

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

ŠKOLNÍ SESTRA A JEJÍ ZAŘAZENÍ DO ZDRAVOTNICKÉHO
SYSTÉMU ČR
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Andrea Festová

Autor práce:
Bc. Simona Kudláčová

2011

Abstract

There is a new trend of shifting the provision of health care from hospitals to the patient's natural environment. We are increasingly aware of the expensive and sometimes ineffective late hospital treatment; therefore, there are stronger efforts for early diagnosis, prevention and health education from an early age. It is necessary to keep the future generations focused on their health and the health of their family members who live in the community. The initiative must originate not only in families but also in the school environment in which children find themselves almost every day.

A school nurse is an expert in the field of community care working in school environment. The work load of the school nurse rests in maintaining and improving physical and mental health. The school nurse supports pupils in their responsibility for their health and she creates a system of formalized school activities, prepares and implements the school's educational program focused on prevention.

The data in the research part of the thesis was obtained through quantitative and qualitative research survey. The quantitative research was carried out using the technique of an anonymous questionnaire. The questionnaire was intended for general practitioners for children and adolescents, as well as nurses working with general practitioners for children and adolescents. The qualitative research data was collected through semi-structured interviews with the head teachers of elementary and secondary schools on the basis of which casuistries were created resulting in categorized charts.

The objective of this thesis was to find out about the position of general practitioners for children and adolescents, and paediatric nurses working with general practitioners for children and adolescents on introducing the function of school nurses in the healthcare system of the Czech Republic.

The research in this thesis showed a low level of awareness about the position of school nurses. The primary controversies related to the introduction of school nurses can be

described as follows: the method of financing, the issues of authority of such nurses, and the way of preparing for this occupation.

The main positive aspect of school nurses can be seen by the respondents in comprehensive care for pupils, prevention and better public education. School head teachers, general practitioners and nurses believe that school nurses should be placed in schools according to the number of school pupils and school head teachers assume greater use school nurses in primary schools than in secondary ones. The method of financing school nurses should be, according to the respondents, from multiple sources.

This thesis may be used as a basis for further research work focused on the position of school nurses, and also as a proposal of establishing the school nurse position in the healthcare system of the Czech Republic, or as informative material for professional as well as lay public.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 18. 8. 2011

.....
Bc. Simona Kudláčová

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat vedoucí práce paní Mgr. Andree Festové za její laskavé vedení a cenné rady při zpracování této práce.

OBSAH

1 Současný stav	5
1.1 Systém zdravotní péče	5
1.1.1 Úloha státu v péči o zdraví lidu	5
1.1.2 Zdravotnický systém	5
1.1.2.1 Základní typy zdravotnických systémů	6
1.1.3 Systém zdravotnictví České republiky v minulosti	7
1.1.4 Systém zdravotnictví České republiky v současnosti	10
1.1.5 Systém zdravotní péče o dítě v ČR	12
1.1.6 Preventivní prohlídky v předškolním a školním období	14
1.2 Komunita	15
1.2.1 Komunitní ošetřovatelství	17
1.2.2 Komunitní ošetřovatelská péče o děti	19
1.3 Dítě v předškolním a školním věku	20
1.3.1 Předškolní věk	21
1.3.2 Školní věk	22
1.3.3 Adolescence	24
1.4 Školní sestra	24
1.4.1 Úloha školní sestry	26
1.4.2 Úloha školní sestry v péči o zdraví dětí ve škole	28
1.4.3 Úloha školní sestry v péči chronicky nemocných dětí ve škole	30
1.4.4 Úloha školní sestry ve výchově ke zdraví a v prevenci	31
1.4.5 Úloha školní sestry v procesu řízení péče ve školách	32
1.5 Školní zdravotní služba	35
1.5.1 Úkoly školní zdravotní služby	36
1.5.2 Školní dětská sestra ve školní zdravotní službě	37
2. Cíl práce a hypotézy	40

2.1 Cíle práce	40
2.2 Hypotézy a výzkumné otázky	40
3. Metodika	42
3.1 Použité metody a techniky	42
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	43
4. Výsledky	44
4.1 Interpretace kvalitativního výzkumného šetření - kasuistiky	44
4.1.1 Interpretace kvalitativního výzkumného šetření	56
4.2 Interpretace kvantitativního výzkumného šetření	65
5. Diskuse	89
6. Závěr	99
7. Seznam použitých zdrojů	102
8. Klíčová slova	108
9. Seznam příloh	109

Úvod

V posledních desetiletích se Světová zdravotnická organizace snaží prosadit nový směr při poskytování zdravotnické péče, která se přesouvá z nemocničních zařízení do přirozeného prostředí pacienta. Tento nový trend nastolený koncem 90. let v Evropě zahájil významné reformy zdravotní péče v členských zemích Evropského regionu Světové zdravotnické organizace.

Stále více si uvědomujeme nákladnost, někdy i neúčinnost pozdní nemocniční léčby, a proto sílí snaha o včasnou diagnostiku, prevenci a výchovu ke zdraví od útlého věku. Ze stejného důvodu se také objevuje snaha reformovat zdravotní péči založenou na zásadách primární zdravotní péče. Taková péče podněcuje veřejnost k přebírání odpovědnosti za své vlastní zdraví a k přecházení na zdravější způsob života. Nově se objevuje důraz na podporu zdraví a prevenci chorob, rozvoj komunit a na poskytování zdravotnických služeb v místě, kde lidé žijí a pracují.

Aby tento systém mohl být rozvinut a uplatněn ve svém plném rozsahu, je nutné, abychom budoucí generaci vedli k zájmu o své zdraví a zdraví svých nejbližších žijících ve společné komunitě. Podnět musí vycházet nejen z rodiny, ale i ze školního prostředí, ve kterém se děti téměř denně pohybují. Škola je velmi specifickou komunitou, která je pro vývoj dítěte zásadní, proto i tato oblast spadá do systému primární péče a stává se předmětem zájmu komunitního ošetřovatelství. Školní sestra je v zahraničí standardem v poskytování komunitní péče na školách. Předmětem zájmu školní sestry je zlepšování psychického a duševního zdraví dětí a výchova ke zdraví a prevenci.

Stejně jako mnoho zemí Evropy i Česká republika se v oblasti komunitního ošetřovatelství nachází v přechodné fázi. Tudíž pozice školní sestry v České republice (s výjimkou soukromých škol a školek) nyní nenalezneme.

1. Současný stav

1.1 Systém zdravotní péče

Úroveň komunitního ošetrovatelství a tím i zavedení pozice školní sestry je závislé na zaměření zdravotní politiky státu. Zdravotní politika státu je účelný směr jednání, kterým daný činitel řeší nějaký problém týkající se zdravotní péče. Zdravotní politika tedy představuje souhrn politických aktivit, které ovlivňují zdraví a kvalitu života jedinců a skupin obyvatel státu. Zdravotnický systém je odvětvím politiky státu produkujícím zdravotnické služby. Je to soustava zdravotnických institucí a je chápán jako subsystém systému péče o zdraví (11,18).

1.1.1 Úloha státu v péči o zdraví lidu

V současné době stát pečuje o zdraví obyvatel celým systémem orgánů. Plní tak důležité úkoly v tvorbě plánů a koncepcí zdravotní péče, zajišťování dostupnosti kvalifikované zdravotní péče nebo také garantuje efektivní využití prostředků na zdravotní péči. Hlavní nástroje státu zajišťující tyto úkoly jsou: systém různých zákonů, norem, normativ nebo standardů. Finanční prostředky a jejich přerozdělování. Dále sem patří instituce, informace a vyjednávání s účastníky zdravotní péče (6,11)

Stát plní také důležitou úlohu v regulaci společnosti. Snaží se řešit důležité problémy týkající se zejména zvyšování motivace obyvatel k ochraně vlastního zdraví. Hledá řešení ekologických problémů a snaží se o vytvoření účinné soustavy veřejného zdravotnictví a efektivní využití veřejných zdrojů ve zdravotní sféře. Dalším z mnoha úkolů je zajištění ekonomické, geografické a časové dostupnosti zdravotní péče všem obyvatelům státu. Dál stát zajišťuje legislativní a ekonomickou podporu preventivních programů společensky závažných nemocí. Z toho vyplývá, že úloha státu v péči o zdraví je velmi důležitá a směrodatná pro celkovou úroveň zdraví lidu (7,11).

1.1.2 Zdravotnický systém

Zdravotnický systém lze definovat různými způsoby. V praxi jsou v systémovém přístupu možné uplatnit tři hlediska. Hledisko národohospodářské počítá se

zdravotnictvím jako odvětvím národního hospodářství. Hledisko organizačně institucionální uvažuje o zdravotnickém systému jako o soustavě specifických zařízení a institucí, které poskytují zdravotní péči. Třetí hledisko je funkční a řadí zdravotnický systém jako subsystém systému péče o zdraví. Systém péče o zdraví můžeme definovat jako soubor všech aktivit, které vykonává společnost ve snaze docílit prevence a léčení nemocí, zachování a rozvíjení duševní a fyzické výkonnosti, pracovní schopnosti, prodloužení a zkvalitnění života a především zabezpečení zdravého vývoje dalších generací (6,11).

Ve stávajícím zdravotnickém systému existují tři propojené elementární strany. Pacient, který je zde chápán jako příjemce péče, dále poskytovatel, kterým je míněn lékař a zdravotnické zařízení. Poslední stranou je plátce, který vykonanou zdravotní péči finančně uhradí. Do konce devatenáctého století byla obvyklá přímá úhrada pacientem za poskytnutí zdravotní péče, proto třetí strana (plátce) tohoto systému nastupuje nejpozději. Pacient tehdy přicházel k lékaři a kupoval si od něj službu podobně jako jakékoliv jiné zboží. Pokud pacient patřil k chudším vrstvám populace, objevovala se v historii úhrada v podobě naturální, popřípadě byli léčeni tito obyvatelé zadarmo. Rozvoj sociální solidarity s sebou přináší změnu v tom, že se zdraví stalo jednou ze základních lidských potřeb. V přímé úměře s rozvojem zdravotnických zařízení narůstaly i ceny zdravotnických služeb, přímá úhrada pacientem tak časem přestala stačit a stala se prvkem, který brzdil rozvoj. V případě závažnějších onemocnění se tak dostávali do finančních potíží i relativně finančně zajištění obyvatelé a početně velké a chudé skupiny obyvatelstva neměly dostatek prostředků na zdravotní péči. Všechny tyto aspekty si vyžádaly, aby vstoupila do systému zdravotní péče třetí strana neboli financující subjekt (plátce), který umožňuje sociální solidaritu a organizuje obchodní vztah mezi lékařem a pacientem (11,14,18).

1.1.2.1 Základní typy zdravotnických systémů

Ve vyspělých zemích nalézáme čtyři hlavní typy zdravotnických systémů. Prvním je systém založený na liberalistické koncepci zdravotnictví, tedy tzv. liberálně-tržní zdravotnictví. Zdravotnická péče je zde služba, která má charakter zboží. Tato

služba je zde nakupována pomocí přímé platby nebo na základě soukromého dobrovolného pojištění. Úloha státu je zde spíše nepřímá a finančně se podílí pouze z 30 – 40 %. Tento model zdravotnického systému je zavedený v USA, Austrálii, Japonsku nebo také ve Švýcarsku. Další zdravotnický systém je založen na povinném zákonném veřejném pojištění. Zdravotní péče je umožněna prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, které je financováno ze strany státu, zaměstnavatele a občana. Je zde akceptován princip sociální solidarity. Úloha státu je zde významná. Tento systém funguje v České republice od roku 1992, dále funguje na Slovensku, v Německu, Francii, Holandsku nebo také v Belgii. Systém národní zdravotní služby je třetím model nejčastějších zdravotnických systémů. Ten podobně jako liberalistický považuje zdravotní péči za službu, ale s tím rozdílem, že je zde nakupována pro občany státem. Úloha státu je zde centrální a státní zdravotnictví je financované především z daní. Tento systém nalezneme ve Velké Británii, Kanadě, Norsku, Itálii, Řecku, Finsku a v Novém Zélandě. Poslední skupinou zdravotnických systémů jsou smíšené zdravotnické systémy fungující např. v Irsku a Chile. Jako čtvrtý typ se také uvádí zdravotnictví socialistického typu, které bylo na území České republiky uplatňováno od roku 1951 až do roku 1990 (11,18).

V podstatě se dá říct, že všechny evropské země vycházejí při financování zdravotní péče z principu sociální rovnosti (ekvity). Jednotlivé země se od sebe odlišují v míře právě této sociální ekvity. Zdravotní péče je jednou ze základních občanských práv, kterou je stát povinen garantovat. Sociální ekvitu tedy lze definovat jako solidaritu protipólů bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími, jedinců s rodinami a ekonomicky aktivních a ekonomicky neaktivními (11).

1.1.3 Systém zdravotnictví České republiky v minulosti

Území dnešní České republiky bylo do roku 1918 součástí rakousko-uherského císařství, které po první světové válce zaniká a je založena samostatná Československá republika, která se v té době rozkládá na území Čech, Moravy, Slezka, Slovenska a Podkarpatské Rusi. Československo bylo v té době moderní parlamentní demokracií. Jednotlivé oblasti země se potýkaly s velmi rozdílnou hospodářskou, ale i kulturní

úrovni. Nejvyspělejší byly české země hlavně díky tomu, že na jejich území byla soustředěna většina průmyslu. Zdravotnický systém byl založen na Bismarckovském systému. Pracující občané platili povinné zdravotní pojištění. Zajímavostí je, že existovalo cca 300 zdravotních pojišťoven a pojistné činilo 4,3 % mzdy a bylo hrazeno rovným dílem zaměstnavatelem a zaměstnancem a vztahovalo se i na rodinné příslušníky pojištěnců (11,14).

V roce 1937 byla v Československu střední délka života u mužů 52 a u žen 55,2 let. V porovnání se státy západní Evropy té doby byla o 2 až 3 roky nižší. Příčinou byla především vysoká kojenecká úmrtnost, která dosahovala v českých zemích 101 promile a na Slovensku dokonce 150 promile. Na takto vysoké úmrtnosti dětí se podílely hlavně infekční nemoci dětského věku a u dospělých se na úmrtnosti podílely také infekční choroby, ale i nemoci cévního a dýchacího systému. Pro představu lze dodat, že v roce 1937 činilo úmrtí na tuberkulózu celých 11% ze všech zemřelých (11,25).

V letech 1939-45 bylo české území pod okupací fašistického Německa. Toto smutné období v českých dějinách započalo dalekosáhlé nepříznivé důsledky v oblasti zdravotnictví. Po nástupu fašistické diktatury byly uzavřeny vysoké školy, a tudíž byla přerušena výchova lékařů. Mnoho ze zdravotnických pracovníků a lékařů bylo odvedeno do koncentračních táborů, a tak v roce 1945 po skončení 2. světové války nastal kritický nedostatek zdravotnického personálu. Po roce 1945 došlo k územním změnám státu, protože se Podkarpatská Rus připojila k tehdejšímu SSSR. Po vítězství komunistické strany ve volbách byl zaveden totalitární politický systém, který zcela změnil dosavadní vývoj zdravotnictví završený v roce 1951 převzetím modelu sovětského zdravotnictví. Pojišťovací systém byl zrušen a zdravotní péče byla převedena výhradně do rukou státu. Úhrady za péči byly financovány ze státního rozpočtu z daní občanů. Finanční prostředky do zdravotnictví přidělovalo ministerstvo financí po projednání s ministerstvem zdravotnictví. Dále byly prostředky přerozdělovány přes krajské a okresní národní výbory. Byly vytvořeny v každém okrese ústavy národního zdraví (ÚNZ), které sdružovaly zařízení poskytující zdravotnické služby. V okresním ústavu národního (OÚNZ) zdraví byli soustředěni praktičtí lékaři, specialisté, střední zdravotní školy a technicko-hospodářské služby. Dále byly zřízeny

krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ) v nichž byly začleněny krajské a fakultní nemocnice a některé specializované služby. KÚNZ měly vůči ÚNZ metodickou a kontrolní úlohu. Existovala rajonizace lékařských služeb, která fungovala tak, že obyvatelé byli přiděleni k danému obvodnímu lékaři, poliklinice nebo nemocnici podle místa bydliště. Ekonomicky aktivní občané měli zajištěnou péči prostřednictvím soustavy závodních lékařů a ve velkých podnicích byly i závodní polikliniky či lůžková zařízení. Od zavedení systému až do roku 1965 dosahoval tento systém zdravotnictví určitých pozitivních výsledků. Zvýšila se dostupnost základní lékařské péče, výrazně poklesla kojenecká a dětská úmrtnost, došlo k prodloužení střední délky života na 67,4 let u mužů a 72,5 let u žen. Ovšem od 60. let dochází k rychlému zhoršování zdravotního stavu obyvatel a stavu zdravotnictví obecně. V 70. a 80. letech zdravotnictví trpí silným nedostatkem prostředků. Státní monopol neumožnil soutěživost mezi poskytovateli zdravotní péče a tím i výrazně ovlivnil kvalitu služeb. Ekonomické podhodnocení pracovníků přispívalo k jejich nespokojenosti a snížení zájmu o pacienty. Přístrojové vybavení bylo nedostatečné, výchova ke zdraví většinou pouze formální a bez efektu. Systém byl stále více rigidní, neefektivní a neschopný reagovat na rostoucí potřeby obyvatel v oblasti zdravotní péče (6,11,14).

Politické změny v listopadu roku 1989 s sebou přinášejí transformaci zdravotnictví, která svým způsobem trvá do dnes. Po roce 1990 skupina expertů pod vedením ministerstva zdravotnictví pracuje na nové koncepci zdravotnického systému, která vycházela z těchto zásad. Nový systém bude založen na modelu povinného zdravotního pojištění, stát bude garantovat zdravotní péči všem občanům, bude umožněna konkurence zdravotní péče, občan bude mít právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení, monopolní postavení státního zdravotnictví bude zrušeno, budou zrušeny ústavy národního zdraví a základním prvkem veřejného zdravotnictví budou zdravotnická zařízení, těžištěm péče bude ambulantní péče, zejména primární sféra a financování zdravotnictví bude zajišťováno z více zdrojů. Základ pro tento nový systém vznikl hlavně v letech 1991 až 1993. Jednou z mnoha změn byla například vznik nových institucí a organizací, které se podílely na zdravotní politice. Mezi tyto instituce patří zdravotní pojišťovny, Česká lékařská komora, Česká stomatologická

nebo lékárnická komora, asociace sester a jiné organizace. V roce 1997 došlo v nemocnicích k přechodu z výkonového způsobu platby ke kombinaci paušálů a výkonových sazeb a docházelo k přípravě na zavedení DRG systému. V primární sféře převládá kapitační platba. A stomatologové poskytují služby na základě dohodnutých ceníků. Došlo k velkému modernizování zdravotnictví po stránce technologii a techniky. V roce 1993 vláda přijala Národní program podpory zdraví a primární prevence (11,14,52).

1.1.4 Systém zdravotnictví České republiky v současnosti

V současné době žije v České republice cca 10, 4 milionu obyvatel. Střední délka života činí u mužů 74 let a u žen 80,1 let. Česká republika se již zařadila mezi země, kde index stáří překračuje hodnotu 100 v důsledku výrazného poklesu porodnosti v 1. polovině 90. let patříme mezi země s nízkým podílem dětí ve věku do 15 let, zatím je ČR však zemí i s relativně nízkým zastoupením osob nad 65 let. Ovšem podíl v této skupině bude nadále narůstat a to zejména s dosažením této věkové hranice silnými generacemi z období po 2. světové válce. Struktura a zajištění sítě zdravotnických zařízení je v České republice relativně stabilní. Dlouhodobě klesá primární ambulantní péče a vážnou hrozbou je stále se zhoršující věkové složení lékařů (11,43).

V České republice, jak již bylo řečeno výše, je zdravotnictví hrazeno modelem povinného zdravotního pojištění a nemocenské dávky jsou přerozdělovány pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí a tím jsou odděleny od zdravotního pojištění, které spadá pod rezort zdravotnictví. Zdravotní pojištění ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu je rozděleno mezi zaměstnance a zaměstnavatele, kdy si 4,5% hradí ze svého platu zaměstnanci a 9% hradí zaměstnavatel. Osoby samostatně výdělečně činné hradí zdravotní pojištění v plné výši 13,5 % ze svého vyměřovacího základu, který je stanoven v návaznosti na zákon o dani z příjmu fyzických osob. Stát hradí zdravotní pojištění ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu nezaopatřeným dětem, důchodcům z důchodového pojištění, rodičům pobírajícím rodičovský příspěvek, ženám na mateřské dovolené, uchazečům o zaměstnání v evidenci úřadu práce, osobám pobírajícím dávky sociální péče, osobám pečujícím o bezmocné osoby, osobám ve vazbě nebo ve výkonu

trestu, osobám, které dosáhly věkově starobního důchodu, ale nesplňují další podmínky pro jeho přiznání, osobám celodenně, osobám a řádně pečujícím o jedno dítě do sedmi let, popřípadě o dvě děti do patnácti let věku, osoby, které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění v nemocenské ochranné lhůtě. Způsob financování zdravotní péče v roce 2008 činil z veřejného zdravotního pojištění 76,4% výdajů. Státní a místní rozpočty uhradily 7% celkových výdajů a soukromé výdaje tvořily 16,6% (11,14,43).

Pro mezinárodní srovnávání zdravotnictví z hlediska ekonomiky se často užívá ukazatel podílu výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP). Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v České republice se v posledních letech pohybuje kolem 7 %. Vyšší životní úroveň v daném státě obvykle přináší i vyšší podíl výdajů na zdravotnictví na HDP. Pro srovnání můžeme například uvést Francii, kde se pohybuje podíl HDP kolem 11% (42).

Soustava zdravotnických zařízení je v současné době dělena do dvou skupin na zařízení hygienické služby a zařízení léčebně-preventivní péče. Mezi zařízení léčebně-preventivní péče patří zařízení ambulantní péče, závodní preventivní péče, odborné léčebné ústavy, hospice, lékárny, zvláštní dětská zařízení a agentury domácí péče. Rozhodující role v poskytování zdravotnické péče je v rukou praktického lékaře. Pojištěnec si lékaře volí dle vlastního uvážení a lékař má právo odmítnout z důvodu neúnosné pracovní kapacity (11).

Od 1. května 2004 je Česká republika součástí Evropské unie a svým členstvím se zavazuje k plnění cílů stanovených Evropskou unií na základě doporučení Světové zdravotnické organizace. Zdravotnictví v Evropském kontextu ovlivňuje strukturální politika Evropské unie, které přerozděluje příliv financí do zdravotnictví. Strukturální politika je přerozdělena na oblasti zahrnující podporu veřejného zdraví (akční programy týkající se například AIDS nebo civilizačních chorob), sociální politiku a její pracovní podmínky a volný pohyb služeb především v pohraničí. Zdravotnictví je ovlivňováno migrací zdravotnického personálu a volným pohybem pacientů. Dále na zdravotnictví působí volný pohyb zboží, a to především trh s léky a zdravotnickými přístroji a nakonec volným pohybem kapitálu. Cílem strukturální politiky a čerpání peněz z fondů Evropské unie je posílení ekonomické a sociální soudržnosti a snížení rozdílů mezi

jednotlivými regiony. Evropská pravidla umožňují financovat projekty v oblasti zdravotní péče. Česká republika má možnost investovat finance z Evropské unie především do zdravotnictví v regionech, do podpory zaměstnanosti ve zdravotnictví, vzdělávání zdravotnického personálu, zvyšování bezpečnosti práce na rizikových pracovištích nebo do sociálního začleňování lidí se zdravotními problémy. Využití těchto peněz ve zdravotnictví závisí na úsilí vlády. Evropská unie směřuje příliv peněz do oblasti podpory zdraví, prevenci nemocí, zlepšení přístupu ke zdravotní péči a rozvíjení partnerství ve zdravotnictví (45).

Cíle ministerstva zdravotnictví pro rozvoj zdravotnické péče v ČR jsou především zvýšení odborné medicínské a technické efektivity fungování zdravotnictví. Tento hlavní cíl je rozčleněn do devíti krátkodobých cílů. V současnosti je z krátkodobého koncepčního hlediska v popředí problematika stabilizace hospodaření v systému zdravotního pojištění. Nemocniční péče je ještě stále zcela nedořešena v oblasti financování lůžkové péče. Aktuálním problémem českého zdravotnictví je naplnění práv pacientů. Několik krátkodobých cílů má za úkol rozvinout nástroje, které podporují hlavní cíle zvýšení vnitřní efektivity fungování zdravotnického systému jako je optimalizace sítě veřejných zdravotnických služeb, stabilizace hospodaření pojišťoven a nemocnic, léková politika, motivace odpovědného a využívání moderních poznatků, úhrady zdravotnických služeb ve vztahu k objemu a struktuře poskytnuté péče za využití výkonového principu a metody globálního rozpočtování, zpětné vazby cestou národních zdravotních účtů a princip neziskového hospodaření (11,14).

1.1.5 Systém zdravotní péče o dítě v ČR

Pediatric je lékařský obor, který se zabývá dítětem a dospívajícím ve zdraví a nemoci. Jako samostatný lékařský obor se pediatrie začala vyvíjet až na přelomu 19. století. Ošetřování dětských pacientů probíhalo do té doby společně s dospělými hlavně v interně a gynekologii. K rozvoji pediatrie přispěly společenské změny v 19. století, kdy se dítě stalo středem pozornosti. Pro vývoj pediatrie jako samostatného lékařského oboru bylo rozhodující zaměřením dvě problémové oblasti. První zahrnovala zdraví a vývoj dítěte ve společnosti. Nedostatečná výživa a infekční choroby způsobovaly

vysokou úmrtnost a nemocnost dětí. Příčinou tohoto nepříznivého vývoje zdravotního stavu dětí byla především chudoba. Snaha řešit tento problém dal základ pro vznik preventivní péče o děti, jako rozhodující složky pozvolna se vytvářející péče společnosti o každé dítě. Druhou oblastí bylo zaměření se na děti, které potřebovaly zvláštní pomoc. Šlo především o děti osiřelé a opuštěné (28,34).

Pediatric jako obor tvoří základní článek komplexní péče o dítě, který poskytuje péči ambulantní a lůžkovou. Objemem zdravotnických služeb je obsáhlejší péče ambulantní. Ambulantní péči lze rozdělit na primární, specializovanou a zvláštní péči o děti a dorost. Primární péče je komplexní zdravotně-sociální péče, poskytovaná na úrovni prvního kontaktu dítěte se zdravotnickým systémem. Ambulantní primární péče je soubor činností poskytovaných praktickým lékařem pro děti a dorost a dětskou sestrou od 0 do 19 let života. Tato péče je zaměřená zejména na ochranu zdraví a sledování zdravého vývoje, na prevenci nemocí a jejich léčbu, případně následnou rehabilitaci. Tyto činnosti jsou poskytovány co možná nejbližší sociálnímu prostředí dítěte a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. Úloha primární péče pediatrii také zahrnuje spolupráci praktického lékaře a dětské sestry s ostatními odborníky při odhalování vrozených vad a dispozic ovlivňujících životní styl, stravovací návyky, řešení zlovyků a vliv rodiny na dítě. Dále se lékař a sestry v primární péči snaží podporovat pozitivní postoj rodiny k dítěti, okolí a společnosti. Podílejí se na systematickém sledování životního prostředí se zaměřením na jeho vliv na děti. V případě ohrožení vývoje a zdraví dítěte, při selhání funkce rodiny pomáhá zajistit náhradní rodinnou péči. Specializovaná ambulantní péče je prováděna ve specializovaných institucích pediatrem s příslušnou kvalifikací, např. kardiolog, hematolog, nefrolog atd. Zvláštní pediatrická péče je poskytována v různých typech zařízení jako například stacionáře, kojenecké ústavy, dětské odborné léčebny, ozdravovny, dětská centra, lázeňská zařízení a jiné (20,34).

Nemocniční péče navazuje na primární péči a řeší závažné stavy ohrožení zdraví a života dítěte. Lůžkovou péči tvoří síť dětských oddělení, která jsou součástí různých typů nemocnic. Nemocnice s dětským oddělením mohou být soukromé nebo zřízené ministerstvem zdravotnictví. Dětská oddělení jako lůžková zařízení nemocnic zajišťují

diagnostickou a léčebnou péči při hospitalizaci dítěte. Navazuje tedy přímo na ambulantní péči, kterou doplňuje a rozšiřuje. Stejně jako u ambulantní péče je věkový rozsah dětí na dětských odděleních v rozsahu 0 – 19 let. Dětská oddělní využívají konziliárních služeb všech odborníků a specialistů dalších oborů zastoupených v nemocnici. Pro dítě je hospitalizace vždy závažný stav, protože je vytrženo ze svého přirozeného a známého prostředí. Adaptace dítěte je proto velmi obtížná a někdy až pro dítě traumatizující. Snahou proto je dítěti hospitalizaci co nejvíce zpříjemnit a odstranit nežádoucí aspekty hospitalizace. Zásady jak nejlépe dítěti usnadnit pobyt v nemocnici je shrnut v Chartě práv hospitalizovaných dětí. Charta práv hospitalizovaných dětí byla formulována a schválena na I. Konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu roku 1988. V České republice vyhlásila Chartu práv hospitalizovaných dětí Centrální etická komise MZ ČR v roce 1993 (20,34,38).

Další lůžková zařízení pečující o děti jsou odborné léčebné ústavy, dětské lázeňské léčebny, ozdravovny a zvláštní zdravotnická zařízení. V odborných léčebných ústavech se řeší již diagnostikovaný problém pacienta podle specializace např. dětská psychiatrická léčebna nebo léčebna respiračních nemocí. Dětská lázeňská léčebna slouží k rehabilitaci a rekonvalescenci dětí po prodělaných onemocněních, operacích a úrazech (39).

1.1.6 Preventivní prohlídky v předškolním a školním období

Součástí každé preventivní prohlídky, kterou dítě absolvuje u praktického lékaře pro děti dorost je měření, vážení, orientační zkouška moče proužky, které detekují pH, bílkoviny, glukóza, urobilinogen, ketony a krev. V závislosti na věku se provádí také měření krevního tlaku. Ve všech těchto a jiných intervencích významně figuruje dětská sestra, která dítě připravuje na ty to prohlídky (25).

V předškolním věku praktický lékař pro děti a dorost cíleně posuzuje u dítěte v pěti letech kromě základního vyšetření také stav prořezávajícího se chrupu a vývoj řeči. Případné poruchy řeči je poté nutné řešit s logopedem ještě před nástupem do školy. Dále je nutné posouzení stavu zraku dítěte. V pěti letech se posuzuje školní zralost na základě Jiráskova testu a v případě nutnosti se zvažuje odklad školní

docházky. Dítě v pěti letech by mělo umět při preventivní prohlídce poznat barvy a udržovat tělesnou hygienu. U dětí s vyšším rizikem kardiovaskulárních onemocnění v rodině se vyšetřuje hladina celkového cholesterolu, triacylglycerolu a HDL cholesterolu (46,47).

Další preventivní prohlídky probíhají u dětí školního věku v sedmi, jedenácti a třinácti letech. V tomto věku se mohou u dětí projevit poruchy držení těla, způsobené dlouhým sezením ve škole nebo doma u počítače s minimem pohybové aktivity. Již u starších školáků je nutné sledovat i známky nikotinu, závislosti na drogách a psychické rozpoložení dětí v tomto bouřlivém období. Při preventivních prohlídkách se v ambulanci dětského lékaře zaměřují v období školního věku hlavně na vývoj pubertálních známek, možné vady zraku, barvocitu a sluchu. Měří se tlak krve a při každé prohlídce se provádí screeningové vyšetření štítné žlázy vizuálně a palpačně. Při prohlídce v patnácti letech lékař řeší s dětmi otázku výběru školy a budoucího povolání. Hodnotí se celkový stav vývoje dítěte od narození až do patnácti let a dle prognózy a možností se koriguje výběr budoucího povolání. Děvčatům se doporučuje návštěva gynekologa (25,46).

V adolescentním věku probíhají preventivní prohlídky v sedmnácti a devatenácti letech. Nemocnost v tomto věkovém období není příliš častá, ale trvá zvýšené nebezpečí úrazů, závislosti na nikotinu a drogách a je zde i poměrně vysoký výskyt sebevražd. Při těchto prohlídkách také hodnotíme celkový zdravotní stav a vhodnost studijního a pracovního zařazení. V devatenácti letech je výstupní prohlídka, která převádí mladistvého do péče praktického lékaře (25).

1.2 Komunita

Definice slova komunita můžeme nalézt několik. Tyto definice však mají vždy několik shodných znaků. Jedná se o skupinu osob žijících na určitém geograficky ohraničeném místě, kde vykonávají každodenní aktivity. Pokud tyto osoby nežijí na stejném místě, spojují je alespoň společné hodnoty a zájmy. Toto soužití v komunitě tak vytváří určité normy, hodnoty a sociální instituce. Specifickým rysem komunity je pocit sounáležitosti, při komunikaci ve skupině je používán stejný jazyk a forma sdělení.

Komunita se tedy skládá ze tří základních složek. Mezi tyto složky zahrnujeme lidi (obyvatelé nebo členové komunity), místo (určené geograficky nebo časem) a funkci (aktivity směřující k dosažení cíle komunity) (18).

WHO určila komunitu jako jednu ze čtyř základních oblastí primární péče. Proto komunitní ošetřovatelství vychází z ošetřovatelství primárního a je jeho nedílnou součástí. Podle Alma – Atské deklarace je primární zdravotní péče poskytována jako základní zdravotní péče ve formě preventivní, rehabilitační a podpůrné. Je občanům všeobecně dostupná v obci i ve městě, kde lze co nejlépe uspokojit zdravotní potřeby. Především zabezpečuje účast jedinců a skupin, to znamená jejich právo na spoluúčast na péči o zdraví a převzetí odpovědnosti za své zdraví. Proto můžeme říct, že primární zdravotní péče je nezbytná zdravotní péče. Je založená na praktických a vědeckých metodách, které musí být společensky přijatelné, tudíž musí splňovat univerzální přístupnost jednotlivcům a rodinám v komunitě za cenu, která je pro komunitu a stát přijatelná. Tvoří nedílnou součást systému zdravotnictví v každé zemi (17,18,27).

V oblasti ošetřovatelství zabývající se komunitou je klientem celá komunita a jednotlivec. Proto pokud nastane problém u jednotlivce, stává se problémem společným pro celou komunitu, které je jedním z jejích součástí. Z toho vyplývá, že pokud je náš zájem zaměřen na komunitu je našim cílem poskytovat péči každému klientovi individuálně. Koncepce komunity a jednotlivce zahrnuje proces změn, který směřuje ke zlepšení situace komunity, a proto probíhá na několika úrovních směřujících od jednotlivce ke komunitě. Životní styl jednotlivce může přinášet různé zdravotní problémy pro dospělé i děti. Nejčastěji to bývá například obezita, kouření, alkoholismus, Diabetes mellitus a jiná onemocnění. Proto, aby se jedinec zbavil svých špatných návyků, nestačí většinou pouhé přání. Velmi těžko své zlozvyky jedinec mění sám bez pomoci okolí. Proto potřebuje podporu rodiny, přátel, ale i komunitního systému a odpovídající zdravotní politiku státu (12,18,39).

Komunitní péče v sobě zahrnuje především služby zdravotní a sociální, jež jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám určité geografické nebo etnické komunity. Tyto služby doplňují primární péči a zároveň jsou alternativou péče specializované a institucionální. Služba komunitní péče je poskytována na

regionální úrovni a jejím cílem je poskytovat péči v domácím prostředí tak, aby bylo umožněno co nejdélejší setrvání jedince ve svém přirozeném prostředí (18).

1.2.1 Komunitní ošetřovatelství

Historie komunitního ošetřovatelství má své počátky v charitativním ošetřovatelství, kdy se členové církevních řádů věnovali kromě práce ve špitálech i péči o nemocné v domácnostech. K většímu rozvoji domácího ošetřování dochází hlavně v 18. a v 19. století díky České diakonii. V 19. století si stát uvědomuje důležitost péče o zdraví lidu a zavádí první civilní sestry ve veřejném zdravotnictví, které začaly provádět zdravotně-sociální činnost v terénu. Historicky významným okamžikem v organizování veřejné sociálně-zdravotní péči u nás bylo v roce 1916 otevření Státní ošetřovatelské školy a později vznik samostatného Československa a založení Českého červeného kříže. Potřeba komunitní péče výrazně vzrostla především v období hospodářské krize ve 20. letech. Hlavní činností diplomovaných sester v této době byla školní a venkovská hygiena, organizované ošetřování v rodinách a ochrana členů rodiny, edukace matek o správné výživě a výchově dětí, zprostředkování léčení a odborného vyšetření. Ve třicátých letech se objevují různé poradny a dispenzáře komunitního typu. Po roce 1942 nastal postupný útlum rozvíjejícího se ošetřovatelství, zatímco ve světě začala komunitní péče postupně získávat na významu, v našich podmínkách nabírá systém zdravotnictví opačný směr a od padesátých let prakticky sestra z terénní práce vymizí. Výjimku zde později tvoří geriatrické sestry (37).

V současné době se dá říct, že v České republice není systém komunitního ošetřovatelství vytvořen. Jeho rozvoj je ovšem více než nutný. Ucelený systém poskytování komunitního ošetřovatelství v České republice v současné době neexistuje, ale jsou již připraveny rámce pro komunitní ošetřovatelství. U nás se nejvíce z forem komunitního ošetřovatelství rozvinula domácí péče (10).

Ošetřovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel. Komunitní péče je zaměřená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Dále se zaměřuje na péči o nemocného a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetřovatelské péče.

Komunitní ošetřovatelství zahrnuje i péči o chronicky a nevyлéčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany, včetně zajišťování různých forem domácí péče. Sestra, která poskytuje ošetřovatelskou péči v rámci komunitního ošetřovatelství, úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími apod. Rozvoj komunitního ošetřovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace a tudíž trendem poslední doby je přesouvat řešení co nejvíce možných zdravotních problémů z lůžkových zařízení do domácího prostředí klienta. Tím nabývá na významu komunitní ošetřovatelská péče (8,18).

Ve státech západní Evropy má komunitní ošetřovatelství již dlouholetou tradici. Stejným vývojem procházelo komunitní ošetřovatelství také v bývalém Československu. Tento vývoj byl však přerušena II. světovou válkou a v období po válce byl tento vývoj utlumen. Zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, je komunitní ošetřovatelství opět definováno, včetně podmínek získání specializace komunitní sestra (18,53).

Ve většině zemí západní Evropy, v USA, Kanadě a Austrálii se komunitní ošetřovatelství diferencuje podle zaměření na dva modely. Prvním je ošetřovatelství orientované na zdraví komunity, které zahrnuje zachování, ochranu a podporu zdraví. Poskytuje se jako přímá nebo nepřímá péče v komunitních institucích, školách, domácím prostředí apod., obsahuje prvky zdravotní péče ve všech třech složkách. Primární péče zahrnuje edukaci, sekundární péče screening a terciální péče rehabilitaci. Druhým modelem je ošetřovatelství orientované na komunitu. Tento model se zaměřuje na péči nemocné jednotlivce a jejich rodiny, pečuje o akutně a chronicky nemocné v domácnostech a komunitních organizacích a zahrnuje především prvky sekundární a terciální zdravotní péče (18).

V českých podmínkách nebývá komunitní ošetřovatelství diferencováno od primární péče. V přímé domácí péči u nás spíše převládá model komunitně orientovaného ošetřovatelství. V České republice ke komunitním zdravotnickým zařízením patří agentury domácí péče, ambulance praktických lékařů pro dospělé, ambulance praktických lékařů pro děti a dorost, gynekologické a stomatologické ambulance (18, 39)

1.2.2 Komunitní ošetrovatelská péče o děti

Cílem komunitního ošetrovatelství v péči o děti nalézáme ve třech oblastech prevence. V primární prevenci je cílem podpora růstu a vývoje dítěte, vytváření pozitivních vztahů mezi rodiči a dítětem, ochrana zdraví a předcházení nemoci a vývoj prostředků primární prevence. Sekundární prevence se snaží o podporu při vytváření přesných ošetrovatelských diagnóz, ulehčování léčby a péče u již vzniklých onemocnění a eliminace existujících zdravotních problémů. Terciární prevence si v péči o dítě klade za cíl stabilizovat již poškozené funkce organismu a prevenci zhoršování zdravotního stavu. Zabránit vzniku komplikací existujících zdravotních problémů a podporovat adaptaci dítěte na vzniklý chronický stav (2,12).

Specifickými předměty zájmu v práci dětské sestry v komunitní péči o dítě je například dětská úmrtnost v dané komunitě, nízká porodní hmotnost, prevalence vrozených anomálií nebo chronických onemocnění. Výskyt nakažlivých chorob, abúzus alkoholu a drog. A v neposlední řadě je to aktivní vyhledávání zneužívaných, týraných a zanedbávaných dětí (3,12).

Úsilím dětské sestry je splnit cíle primární, sekundární a terciární prevence v péči o dítě za pomoci modelu epidemiologického procesu prevence a péče o dítě. Epidemiologický proces tvoří jednotlivé kroky, které zahrnují posuzování, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování, realizaci a vyhodnocení. Tyto kroky se týkají čtyř hlavních komponent: růst a vývoj dítěte, prostředí, životní styl a systém zdravotní péče. Při posuzování potřeb dítěte v komunitě je důležité si na počátku stanovit model, který nám vhodně umožní hodnotit stav dítěte a identifikovat jeho případné problémy (12,18).

Získávání dat o dítěti je při prvním setkání největší, ale v průběhu dalšího kontaktu s dítětem je nutné si informace doplňovat a korigovat již získané poznatky o dítěti. Stanovení ošetrovatelských diagnóz provádí dětská komunitní sestra na základě získaných informací. Diagnózy odrážejí základní problémy dítěte vycházející z jeho zdravotního stavu a potřeb. Tyto diagnózy mohou reflektovat primární, sekundární a terciární oblast prevence (3,12).

Dalším krokem sestry je vytvoření plánu ošetrovatelské péče o dítě. Plánování péče se skládá z několika kroků. Patří sem stanovení priorit podle potřeb dítěte,

vytvoření výsledných kritérií, hodnocení alternativ, stanovení cílů péče a plánování konkrétních intervencí týkajících se primární, sekundární a terciární prevence. Pokud věk dítěte umožňuje, je vhodné, aby se plánování účastnilo i dítě případně osoby pečující o dítě. Komunitní dětská sestra musí vždy při plánování péče myslet na to, jaký má dítě hlavní problém, přihlížet k věku dítěte a jeho vývojové úrovni (2,12).

Realizace činností u dětí komunitní dětská sestra spočívá po samotné intervenci i v opětovném posouzení stavu dítěte. Sestra tak hodnotí pozitivní i negativní změny, ke kterým došlo v průběhu ošetrovatelských činností. Sestra zhodnotí účelnost plánu ošetrovatelské péče. Při realizaci opět sestra respektuje individualitu dítěte, jeho věk, vývojovou úroveň pohlaví, zdravotní stav a prostředí, ve kterém dítě žije. Při své práci nesmí opomínat, hlavně u starších dětí, jejich postoje a hodnoty (12, 21).

Posledním krokem v epidemiologickém procesu prevence je vyhodnocení ošetrovatelské péče. Komunitní dětská sestra hodnotí, zda bylo stanovených cílů dosaženo a do jaké míry. Proces hodnocení zahrnuje identifikaci výsledných kritérií, získání údajů vzhledem k těmto kritériím, porovnání údajů a posouzení ošetrovatelských činností se stavem dítěte. Dál nastupuje revize plánu a jeho následná úprava. V samém závěr sestra vyhodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče o dítě (12, 21).

1.3 Dítě v předškolním a školním věku

Lékařský obor zabývající se zdravím a nemocí člověka od jeho narození do dosažení dospělosti je pediatrie neboli dětské lékařství. Pediatrická péče trvá do 19. narozenin a lidský jedinec do ní vstupuje v okamžiku narození. Během pediatrického věkového období se lidský jedinec kontinuálně výrazně a dramaticky mění. Tento vývoj je plynulý, přesto však jeho jednotlivá vývojová období jsou specifická. Z tohoto důvodu se určuje periodizace dětského věku, kdy je cílem rozdělit a pojmenovat vývojové fáze člověka a specifikovat tak fyziologii a patologii vývoje lidského jedince (22,31).

Rané dětství je považováno za senzitivní období, kdy se nejefektivněji vytváří základní vlastnosti osobnosti. Vývoj člověka je v dětství nejrychlejší a v dalších etapách

ontogeneze se zpomaluje, až dosáhne poměrně dlouhé fáze stabilizace. Péče o děti proto vyžaduje odborné medicínské a pedagogické schopnosti, ale hlavně opravdovou lásku a trpělivost. Při péči o děti je nutné si uvědomit jejich závislost na dospělém člověku, jejich postupné osamostatňování, rozvoj sebevědomí i typický negativismus v batolecím věku. Dále specificky dětskou emocionalitu, zvědavost, nezkušenost, změny ve vnímání autorit v průběhu dětství, rozvíjení smyslu pro čest a spravedlnost, období bouřlivých změn provázejících pubertální věk a spoustu dalších kritických momentů, kterými dítě ve svém vývoji prochází (15,41).

1.3.1 Předškolní věk

Poslední stádium raného dětství počítáme od čtvrtého do šestého roku dítěte. Tempo růstu se v tomto věku zpomaluje. Konečná výška v 6 letech dosahuje 110 až 115 cm. Ročně dítě přibývá na váze 2 - 3 kg a v 6 letech váží cca 20 - 22 kg. Dochází k proporčním změnám těla, tzv. „první proměně postavy“. A většinou lze již rozpoznat budoucí tělesný habitus dítěte (robustní, křehký, obézní, astenický atd.) (48).

Na začátku předškolního období je typ postavy stejný jako u batolete, ale postupně se mění a hlava se stává poměrně menší vůči zbytku těla. Dokončuje se prořezávání mléčného chrupu a na konci tohoto období se již začíná prořezávat trvalý chrup. Kolem 6. roku se u dítěte mění způsob chůze. Z typického cupitání malého dítěte se začíná vyvíjet počátek kráčení. Rozdíl se projevuje hlavně při běhu, protože je vyvinuta příčná podélná klenba nožní. Toto období je charakteristické dalším rozvojem hrubé a jemné motoriky a výraznou progresí poznávacích funkcí (34,41)

V tomto věku se nápadně rozvíjí bohatá dětská fantazie. Dítě dokáže již svou pozornost poměrně dlouho soustředit na zajímavou činnost. Paměť je trvalejší a objevuje se úmyslná pozornost a logická paměť. Typické otázky tohoto období jsou zaměřené na objasnění příčin a funkce, „Jak to dělá?“ a „Proč to dělá?“. V 6 letech života dítě vnímá perspektivu v délce několika týdnů a je zralé pro školní docházku. Mění se charakter hry, ta se stává cílevědomou. Dochází k přechodu od hry individuální ke společenské. Oblíbené hry v předškolním věku jsou např.: prohlížení obrázků, poslouchání pohádek, poslech hudby a mezi 3. - 5. rokem se objevují tematické hry,

jako např. hra na prodavačku nebo na doktora. Předškolní dítě je ještě dosti emotivní a objevují se prudké afekty vzteku a strachu. Strach je většinou vyvolán velmi živou fantazií dítěte a strachem z neznámého a záhadného. Postupně se nálady dítěte stabilizují a upevňují se citové vztahy k dospělým osobám a vrstevníkům. Mezi vrstevníky projevují touhu po sebezprosazení, která je provázena dětským egocentrismem. Dítě se ovšem v tomto věku také dokáže vcítit do pocitů ostatních, dokáže se do určité míry sebeovládat a počíná hodnotit i samo sebe (22, 44).

Předškolní věk končí nástupem do školy po splnění podmínek školní zralosti. Pod pojmem školní zralost rozumíme takový stupeň tělesného a duševního vývoje, který je nevyhnutelným předpokladem úspěšného zvládnutí školních požadavků. Kritériem pro posouzení školní zralosti je standardizovaný test, který vypovídá o somatické a psychické připravenosti dítěte na vstup do školy – „test školní zralosti“. V tomto věku děti nejčastěji onemocní alergickými chorobami dýchacích cest a infekčními onemocněními. Častá příčina úmrtí u dětí v předškolním věku jsou úrazy (20, 43).

1.3.2 Školní věk

Tento věk se váže na povinnou školní docházku a trvá 9 let. Těchto 9 let dělíme na mladší školní věk (od 6 let do 12 let) a starší školní věk (od 12 let do 15 let). V tomto období jsou růstová aktivita a orgánové změny málo výrazné. Dítě vyrostne asi o 4 - 6 cm ročně. Průměrný přírůstek hmotnosti je cca 2 kg ročně. V tomto období dochází také k výměně mléčných zubů za chrup trvalý tím, že se za mléčným chrupem prořezává první trvalá stolička nahoře vlevo a vpravo dole. Potom začíná vlastní výměna zubů, která se odehrává většinou v témže pořadí, jaké bylo při prořezávání mléčného chrupu. Proces výměny zubů, který začíná se školní zralostí, se odehrává po celé druhé sedmileté období. S výjimkou 3. stoliček je ve 14 letech trvalý chrup kompletní. 3. stoličky (tzv. zuby moudrosti) se začínají objevovat po 16. roce, ale u mnoha jedinců se vůbec neprořežou. Úplně vyvinutý chrup obsahuje 32 zubů (25,38).

V mladším školním věku se začíná tvarově odlišovat tělo chlapců a děvčat. Objevují se rozdíly mužské a ženské kostry ve tvaru pánve, ramen a lebky. Rozdíly jsou i ve způsobu ukládání tuku a na konci mladšího školního období se u dívek objevují

první známky nástupu puberty. Ve starším školním věku je charakteristická pubertální akcelerace. Děti dosahují větší roční přírůstky nežli v obdobích předcházejících. U chlapců je to asi 7 až 12 cm za rok a u dívek 6 až 11 cm. Později se růstové štěrby uzavírají. Toto pubertální zrychlení růstu se objevuje v důsledku rychle stoupající tvorby hormonů. Období puberty u dítěte je doprovázené biologickými a fyziologickými změnami. Tyto bouřlivé změny mají za výsledkem proměnu dítěte v dospělého člověka. Pubescence začíná zpravidla dříve u dívek než u chlapců. Dochází k dozrávání pohlavních orgánů a k zahájení jejich činnosti, významně se do procesu puberty zapojuje centrální nervová soustava a endokrinní aktivita se zvyšuje stejně jako činnost mazových a potních žláz. Růstový hormon spolu s pohlavními hormony posiluje růstovou akceleraci. Narůstá objem svalů a během této druhé fáze puberty skoro úplně přestává růst nohou do délky, ale začíná růst trupu. Dochází k změnám tělesných proporcí ke změnám pohlavních orgánů. Na konci období se u chlapců objevuje první výron semene. U děvčat bývá první známkou dospívání zduření základu mléčné žlázy. Je to signál, že vaječníky už začaly produkovat ženské pohlavní hormony estrogeny. První menstruace obvykle přichází do dvou let od počátku vývoje prsou. Kromě výrazných tělesných změn v tomto období dítě provází významné životní změny. V mladším školním věku je takovým zlomovým okamžikem nástup do školy a ve starším školním věku je to puberta a ukončení školní docházky. V pubertě nastávají převratné změny ve vývoji všech psychických funkcí a často se toto období nazývá „vulkanizmem“. Dospívající hledá sám sebe, odmítá autoritu dospělých a je nápadná citová rozkolísanost a nevládní některých citových projevů chování. Po rozumové stránce se dospívající blíží k vrcholu ovšem, aby je mohli plně využít, chybí jim životní zkušenosti. Často pubescent požaduje práva dospělého, ale současně nehodlá přijmout povinnosti s tím spojené. Pubescent potřebuje ve svém okolí chápavý a taktní přístup dospělých. Musí mít důvěru vůči někomu blízkému, který mu poradí a poskytne pomoc při překonávání tohoto bouřlivého období (13,15,38).

Objevují se neurózy, alergie a poruchy růstu. Častá příčina úmrtí u dětí ve školním věku jsou dopravní úrazy (43).

1.3.3 Adolescence

Adolescence je poslední etapou v dospívání. Období charakterizované ukončením povinné školní docházky pozvolným přechodem do dospělosti. Je to období mezi 15. – 16 a 18 – 20. rokem. Po předchozí pubertální akceleraci se tělesný růst zpomaluje. U dívek se mezi 16. a 18. rokem zcela zastaví. U chlapců se růst ukončuje až ve 20. roce věku. Adolescence je obdobím, kdy dochází k výrazným tělesným a psychickým změnám. Dokončuje se vývoj druhotných pohlavních znaků a dochází k charakteristickým změnám ve stavbě těla. V této době se adolescent připravuje na budoucí povolání na některé střední škole. Tělesně a duševně dozrává a jeho vývoj a funkce se tak stabilizují. Konfliktů s okolím oproti předcházejícímu období ubývá a v pozdní adolescenci se obvykle ustálí dospělé normy chování. Typický je skutečný ústup egocentrismu a schopnost opravdové empatie k ostatním. Myšlení je flexibilní a adolescent v optimálním případě dosahuje psychosociální zralosti. Začíná profesionální orientace mladého člověka. Budují se vztahy k opačnému pohlaví (34,41,48).

V tomto věku děti často trpí ortopedickými vadami a psychózami. Nejčastějšími příčinami úmrtí jsou dopravní úrazy, ale objevují se i sebevraždy. Syndrom rizikového chování vyjadřuje celý problematický vývoj v dospívání (43).

1.4 Školní sestra

Výchova a vzdělání jsou jednou ze základních funkcí společnosti. Škola plní hlavní funkci přípravy mládeže na život v současném a budoucím světě. Školní prostředí a její interiéry a exteriéry ovlivňují vytvoření optimální pohody pro učení, ale významně ovlivňuje i tělesný, duševní a sociální vývin dítěte. Současný český vzdělávací systém je několikastupňový. Povinná školní docházka zahrnuje vzdělávání dětí v 9 postupných ročnících počínaje 6. rokem věku. Rodiče mají možnost děti zapojit do předškolní výchovy. Ta je vhodná zejména proto, že děti uvádí do kolektivu a napomáhá jejich hladkému přechodu do školy. Další stupně vzdělávání tvoří střední a vysoké školy (5).

V období nejintenzivnějšího růstu prožije žák ve škole 10 let svého života. Toto období je považováno za velmi významné pro další život a podle mnohých odborníků je

klíčové. Již v zákoně z roku 1966 o péči o zdraví lidu nalézáme podmínky ochrany zdraví a života, kdy tento zákon upravuje podmínky práce dětí a mládeže. Mimo jiné zákon z roku 1966 také upravoval jednotlivé složky školního režimu, jako jsou samotné vyučování, odpočinek, sport, příprava na vyučování, zájmové činnosti nebo životospráva. V zákoně byla zahrnuta také léčebná a preventivní péče o mladou generaci. Tuto péči vykonávala do roku 1989 školní zdravotní služba, o které se pojednává blíže v další kapitole (5).

V domácím prostředí se o výchovu a zdraví dětí starají rodiče, ve školním prostředí se o vzdělání a výchovu starají učitelé, ale důkladná a komplexní péče o zdraví je ve školách opomíjena. Po zrušení školní zdravotní služby po roce 1989 je péče o zdraví dětí přesunuta pouze na rodiče a obvodní lékaře a sestry pro děti a dorost. Jak již bylo zmíněno jenom v povinném cca desetiletém období školní docházky dítě prožije významnou část svého času ve školním prostředí. Je to významná příležitost jak ovlivnit budoucí generace v péči o své zdraví. Proto funkce školní sestry jako poskytovatele primární a sekundární prevence a péče je pro budoucnost důležitou složkou výchovy a péče o děti a mládež (4,5).

Česká republika po vstupu do Evropské unie přijala dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR zvaný Zdraví pro všechny v 21. století. Strategie péče o zdraví zahrnuje celoživotní podporu zdraví. Jednou ze složek tohoto programu je i výchova jedince k odpovědnosti za zdraví. Proces podpory zdraví dětí a mládeže je zaměřen na rodiče a pedagogy, významnou institucí je škola, kterou absolvuje prakticky celá populace žijící v dané zemi. Cíl 4 Zdraví mladých z Programu Zdraví pro všechny do 21. století se zabývá právě výše uvedenou problematikou. Podpora zdraví ve školách je realizována různými programy, z nichž nejznámější a dlouhodobě nejúspěšnější je evropský program Škola podporující zdraví. Hlavním cílem tohoto programu je, aby každé dítě v ČR mělo možnost být vzděláváno ve škole, která veškerou svou činností zdraví podporuje (23, 26).

Proto, aby mohly být tyto programy plnohodnotně naplněny, musí školy podporu zdraví zakotvit do svých dlouhodobých plánů. Osobou, která by se mohla plně věnovat tomuto programu a zároveň by se věnovala aktivně současnému zdravotnímu

stavu žáků, by měla být právě školní sestra, která již v mnoha jiných zemích na této pozici funguje. Příkladem s podobnými životními podmínkami obyvatelstva je Polsko, kde byl zaveden v letech 1992 až 2002 model školní zdravotní péče. Školní sestry zde významně ovlivnily programy v rámci projektu Školy podporující zdraví (4, 23).

V Polsku je program školního zdravotnictví významným aspektem vládní strategie primární péče. Podobně jako v Polsku, kde tento program funguje teprve krátce, je školní sestra zavedena v mnoha vyspělých západních zemích. Asi nejvýznamnější jsou Velká Británie a Spojené státy americké. V těchto zemích má školní sestra svou velmi dlouhou tradici, podpořenou kvalitním studiem, profesními organizacemi a aktivními školními sestrami, které provádějí výzkum, vydávají vlastní periodika, píšou do odborných publikací, pořádají sjezdy, konference a neustále se ve svém oboru zdokonalují. Na příklad v USA praxe školního ošetřování začala již 1. října roku 1902. Počáteční role školní sestry zde byla redukována na zasahování v oblasti špatné docházky studentů do školy, starala se o potřeby studentů a jejich rodin souvisejících s nakažlivými nemocemi. Zatímco se role školní sestry velmi rozšířila ze svého původního ohniska, základ praxe zůstává stejný. Školní sestra podporuje úspěch studentů tím, že provádí zdravotní dohled (1,5).

Školní sestra je tedy nezávislý odborník, který posuzuje potřeby školáků. Funguje také jako kontaktní osoba mezi školou rodinou, dalšími odborníky a širší komunitou. Zabezpečuje ve škole primární péči zaměřenou na udržování, zlepšování a propagaci zdraví dětí ve škole. Motivuje žáky k zodpovědnosti za vlastní zdraví tak, že ve škole vytváří systém formalizovaných školních aktivit. Připravuje a realizuje edukační program ve škole zaměřený na prevenci.

1.4.1 Úloha školní sestry

Školní sestra je odborník v oblasti komunitní péče pracující v prostředí školy. Cílem práce školní sestry je zlepšení fyzického a duševního zdraví. Důležitým cílem je také zlepšení znalostí dětí ve výchově ke zdraví a prevenci. Úloha školní sestry spočívá v mnoha různých činnostech, ale směřuje k jednomu cíli, kterým je zdravé a spokojené dítě. Školní sestra jako komunitní pracovník by mohla být významnou osobou, která by

vedla zdravotní programy ve školách a poskytovala další podněty k rozvoji kroků za lepší zajištění primární péče na školách. Již nyní jsou mnohé školy zapojeny do projektu Zdravá škola, ale často chybí erudované osoby, které vedou ochranu a podporu zdraví s pozitivními výsledky. Zcela chybí osoby, které by poskytovaly případnou péči o děti s různými onemocněními ve školách (4,23,32).

Již zmíněný polský příklad školní sestry jako komunitní sestry pracující ve školách plní mnoho důležitých funkcí. K těm hlavním funkcím patří zajištění primární zdravotní péče na školách. Primární péče v prostředí školy je zaměřená na udržování, zlepšování a propagaci fyzického a psychického zdraví školních dětí a zajištění emocionální a sociální prosperity. Školní sestry v Polsku dále plánují obsahy kurzů zdravotní výchovy a výživy, provádí rutinní zdravotní prohlídky u každého dítěte a sledují děti se zvláštními potřebami. Školní sestry jsou členky školního zdravotního týmu, který se dále skládá z ředitele školy, učitelů, dětského lékaře, stomatologa, sociálního pracovníka, psychologa a personálu zvláštních škol. Odpovídají za koordinaci týmu a navazování vztahů mezi členy týmu tak, aby včas odhalili choroby a odeslali nemocné dítě k odborníkovi. Informují příslušného lékaře a stomatologa o programu školní péče a o tom, do jaké míry tento program doplňuje jejich vlastní služby. Zapojují rodiče do projektu jako součást školního zdravotního týmu. Polsko je inspirací jak zavést funkci školní sestry, tak aby byly pokryty všechny důležité oblasti komunitní péče (4,5,23).

Americká Národní asociace školních sester neboli National Association of School Nurses definuje školní sestru v sedmi hlavních rolích. V těchto rolích vystupuje školní sestra jako poskytovatel přímé zdravotní péče studentům a personálu, je vedoucí osobou pro zajištění zdravotnických služeb, poskytuje vyšetření a vystavuje doporučení pro další prohlídky, podporuje zdravé školní prostředí a zdraví žáků. Školní sestra je ve vedoucí roli pro zdravotní politiku a programy. Školní sestra slouží jako spojení mezi školním personálem, rodinou, komunitou, a poskytovateli zdravotnické péče. Školní sestra také plní další role dle potřeb daného školního prostředí (30,33).

Národní asociace školních sester (NASN, National Association of School nurses) požaduje, aby školní sestra byla registrovaná a měla minimálně bakalářský

stupeň vzdělání se speciální osvědčením pro ošetrovatelskou péči poskytovanou školní komunitě. Školní sestra před započítáním práce ve školách získává zkušenosti prací v nemocnici nebo komunitě, ale vždy v práci s dětmi (1,30).

Úloha školní sestry v České republice by mohla vycházet z některých zkušeností se školní zdravotní službou, která u nás měla tradici již od konce 19. století a zároveň čerpat poznatky od školních sester ze zahraničí.

1.4.2 Úloha školní sestry v péči o zdraví dětí ve škole

Zdravotní problémy ovlivňují prospěch a docházku žáků. Školní sestra má své stálé místo v prostorách školy kam mohou studenti a pedagogové kdykoliv přijít při momentálních zdravotních potížích. Úlohou školní sestry je zdravotní problémy identifikovat, pokud možno již v samém začátku, poznat příčinu a nastavit možná řešení. Sestra těmito kroky může předejít absencím dětí ve vyučování a pozitivně ovlivnit vztah dětí ke škole.

V případě infekčních onemocnění sestra včas nemocné dítě pošle k lékaři a zabrání tak dalšímu šíření onemocnění. Sestra při setkání s nemocným zhodnotí závažnost stavu a dle potřeby a svých kompetencí dále postupuje. Školní sestra poskytuje péči studentům a zaměstnancům, kteří přicházejí s akutním problémem. Zasahuje nejčastěji v oblasti infekčních respiračních onemocněních, při počínající chřipce a jiných četných dětských onemocněních. Školní sestra dále zabezpečuje péči při drobných úrazech a poraněních, které nevyžadují zásah rychlé lékařské pomoci. Dále zasahuje při akutních stavech a poskytuje první pomoc v rámci svých možností a zajišťuje zprostředkování další odborné pomoci. Školní sestra také vystavuje pro studenty a případně jejich rodiny doporučení pro další speciální odbornou pomoc. Při závažnějších úrazech, akutních stavech a onemocněních zajišťuje management následné péče ve škole, tak aby mohlo být dítě co nejdříve opět zapojeno do výuky (30,35).

Její úkolem je také zajišťovat komunikaci s rodiči a obvodním lékařem a zároveň mít dohled na dodržování předepisovaného režimu u dítěte. Školní sestra je odpovědná za podávání léků a za úroveň péče o zdraví ve škole. Při své péči postupuje dle rámce ošetrovatelské praxe. Školní sestra je vedoucí osobou v poskytování zdravotnických

služeb ve školním prostředí. Kromě poskytování přímé zdravotní služby, školní sestra musí brát v úvahu i povahu školního prostředí, včetně dostupných zdrojů. Proto, jako expert v péči o zdraví v rámci školy, školní sestra hodnotí celkový systém péče a vytváří plán, který upravuje zajištění zdravotnické péče ve škole. Tato vůdčí role zahrnuje vypracování plánu s cílem reagovat na mimořádné události a katastrofy a školení personálu. Školní sestra také může studenty doprovázet na výletech, ve škole v přírodě a jiných mimoškolních aktivitách jako zdravotnický dozor (1,12,16).

Další velmi důležitou úlohou školní sestry je vyhledávání potenciálních zdravotních problémů, které jsou překážkami v učení nebo příznaky některých onemocnění. Screeningové činnosti školní sestry mohou zahrnovat sledování zraku, sluchu, obezity pomocí body mass indexu a jiná vyšetření (9,12).

Školní sestra zajišťuje fyzicky a emocionálně bezpečnou školní komunitu. Dle zákona školní sestra řídí zavádění opatření proti šíření nakažlivých nemocí ve školním prostředí cestou imunizace a včasné eliminace nakažlivého zdroje z prostředí, ovládá všeobecné zásady očkování a zná preventivní opatření při výskytu přenosných chorob ve škole. Školní sestra hodnotí rovněž samotné prostředí a prostor školy a podniká kroky ke zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví. Tyto činnosti mohou zahrnovat například posuzování bezpečnosti školního sportoviště, jídelny, hodnocení kvality vnitřního ovzduší a evidenci nemocí či zranění a určení rizikových zdrojů. Kromě toho školní sestra monitoruje emotivní prostředí školy a upravuje podmínky tak, aby školní prostředí nemělo nepříznivý vliv na optimální duševní zdraví a vzdělávání žáků a v krajních případech nedocházelo k šikaně a násilí (1,9).

Školní sestra se zaměřuje na děti ze sociálně slabších rodin, které mají častější absence ve škole. Dále se zaměřuje na děti, které mohou trpět například chronickými ušními infekcemi, které mohou přejít až do ztráty sluchu, na děti s opakovanými respiračními infekcemi, alergiemi, kariézním chrupem, kožními chorobami a jinými onemocněními. Všechna tato onemocnění mohou u dětí ze sociálně slabších rodin pramenit z nedostatku zdravotnických služeb. Nejvýraznější problémy dnešní doby týkající se zdraví dětí ve školním věku zahrnují kromě samotného zdraví také sociální, emocionální, behaviorální a technologické oblasti. Ty vyžadují komplexní služby, které

je nutné poskytovat individuálně a přitom musí být řízeny flexibilně, koordinovaně a v mezioborové spolupráci (9,12).

1.4.3 Úloha školní sestry v péči chronicky nemocných dětí ve škole

Jak již bylo zmíněno, zdravotní problémy dětí ovlivňují školní docházku a úlohou školní sestry je také těmto absencím a stavům, které dítě limitují předcházet. U chronicky nemocných dětí je tento problém značný. Narůstající počet dětí s chronickým onemocněním v prostředí školy stále více poukazuje na důležitost odborného zdravotnického dohledu a pomoci. Sestra tím, že je součástí prostředí, v němž se dítě pohybuje a je mu nablízku, může ulehčit a urychlit včasnou identifikaci zdravotních problémů. Následně může doporučit další intervence a stát se tak důležitým partnerem lékaře dítěte. U studentů s chronickým onemocněním školní sestra používá ošetrovatelský proces, který zahrnuje posouzení, plánování, realizaci a vyhodnocení. Školní sestra sestavuje u jednotlivých chronických onemocnění individuální plán péče, který by měl zahrnovat také nouzový akční plán. Příkladem může být plán péče o dítě s diabetem mellitem 1. typu, který může obsahovat management měření hladiny glykemie, podávání inzulínu, stravování a tělesné aktivity ve škole tak, aby byla dlouhodobě udržována normální hladina krevního cukru. Pokud u chronicky nemocného dítěte existuje riziko náhlého ohrožení zdraví nebo života musí mít sestra vytvořený nouzový akční plán neboli pohotovostní plán. Školní sestra vede záznamy o podávaných lécích ve škole u dětí, které je běžně užívají. V tomto případě je nutný, jak souhlas lékaře, který lék předepsal a určil dávkování, tak souhlas rodičů dítěte. Každé užití léku musí sestra zaznamenat do dokumentace, ve které se musí vyskytovat informace, jako je jméno dítěte, kterému je lék podán, název podaného léku, dávka, čas podání a jméno osoby, která lék podala. Školní sestra skladuje léky na čistém a bezpečném místě, ke kterému má přístup pouze ona, lékař a případně pověřená osoba.

Školu mohou navštěvovat děti se speciálními potřebami, jako je s močový katétr, periferním nebo centrálním intravenózním katétr, nějaký druh stomie vyžadující převaz nebo i.v. medikaci. Úkolem školní sestry je také sledování výskytu chronických onemocnění a poskytování rad zaměstnancům školy v přístupu k těmto dětem (35, 36).

1.4.4 Úloha školní sestry ve výchově ke zdraví a v prevenci

Školní sestra provádí na školách primární prevenci zaměřenou hlavně na růst, vývoj a ochranu zdraví dítěte, dále sekundární prevenci, kdy řeší aktuální zdravotní problém a podporuje děti se znevýhodněním. V terciální prevenci pomáhá dětem přecházet opakování zdravotního problému a snaží se zabránit zhoršení aktuálního stavu dítěte. Školní sestra je propagátorem zdraví, edukuje žáky o zdravém životním stylu a prevenci. Zdravý životní styl zahrnuje celou škálu oblastí, ve kterých si musí dítě budovat správné a pevné základy již od útlého věku. Stále více se stává alarmující problematika výživy. Děti ve školním věku častěji podléhají reklamám a konzumování jídel, která neodpovídají nutričním nárokům. Převládají jídla s vysokým obsahem cukrů, tuků a soli. Takový způsob stravování může dítěti v dospělosti způsobit vznik obezity, hypertenze, cukrovky a jiných chronických, metabolických a degenerativních onemocnění. Například dětská obezita je v současnosti závažným problémem hlavně u dívek ve věku 2 – 9 let. Dále se u dětí školního věku objevují problémy se zrakem a sluchem. U starších školáků je to abúzus alkoholu, který se přesouvá stále více mezi mladší školáky. Školní sestra vede rozhovory s adolescenty o eliminaci nevhodného chování. Sociálně patologické jevy charakterizované jako nevhodné chování u dětí jsou abúzus měkkých a tvrdých drog, nechtěné těhotenství, nakažení pohlavní chorobou, šikana a jiné. Jako vhodné se ukazuje o těchto problémech začít hovořit s dětmi již ve věku, kdy toto riziko aktuálně nehrozí (12, 23).

Školní sestra se v primární prevenci také zaměřuje na prevenci dětských úrazů nebo snížení rizika rozvoje chronického onemocnění a sledování stavu imunizace u dětí. Existují organizace, které nabízejí již připravené edukační programy, které školní sestra může využívat. Příkladem edukace v primární prevenci u dětí může být vyučování mytí rukou nebo čištění zubů a jiné (35).

Děti a adolescenti mají přirozenou potřebu diskutovat a svěřovat své problémy nejen zdravotního charakteru někomu, kdo je pochopí a může jim pomoci. Značná část dětí má zájem učit se o lidském těle, o zdraví a zdravém životním stylu. Aktuální témata k diskuzím v adolescentním věku jsou například akné, sexuální výchova, zdravá výživa, fyzický vzhled, nedorozumění s rodiči a jiné (12).

Stejně jako do aktivní péče o zdraví patří screening, tak patří i do prevence. Je to proces vyhledávání problémů dětí školního věku. Školní sestra využívá selektivní screening, který zahrnuje vyhledávání rizikových faktorů mající vliv na chování žáka ve škole, ale i v rodině a jejím okolí. Sestra provádí systematické sledování všech dětí a zaměřuje se na vyhledávání různých anomálií a symptomů, které signalizují změnu zdravotního stavu u dítěte. Školní sestra by měla svou pozornost koncentrovat především u žáků s rizikovými faktory, jako jsou vyšší absence, časté kontroly u lékaře z důvodu chronického onemocnění, snaha některých žáků vyhnout se školnímu vyučování, emocionální problémy, žáci s vážnějším fyzickým nebo psychickým poškozením, žáci s pozitivní rodinnou anamnézou či genetickou predispozicí. Dále sem patří děti, které připadají pedagogům chronicky nemocné, nebo samy děti častěji vyhledávají školní sestry s neopodstatněnými nebo neurčitými problémy. Proto, aby sestra mohla účinně provádět screening na školách si musí vytvořit strukturu realizace screeningu, vytvořit plán a metody řízení. Sestra také určí, kdo bude screening provádět a jakým způsobem. Vždy spolupracuje s ostatními školami a odborníky z dalších oborů jako jsou psycholog, pedagog nebo sociolog (1,12, 30).

Oblast prevence a výuky školní sestry na školách je velmi široká a zabírá značnou část její náplně práce. Úkolem školní sestry je vytváření a realizace programů péče o zdraví a prevence ve škole. Sestra ve spolupráci s pedagogy vyvíjí výukové plány a edukační materiály ve formě letáků a informačních brožur. Může být vedoucí osobou při tvorbě kampaní na podporu zdraví nejen ve školách, ale i v jeho blízkém okolí. Vytváří pro studenty různé soutěže a tematické dny týkající se první pomoci a zdravotní výchovy. Při své pedagogické činnosti využívá moderní způsoby výuky. Zaměřuje se na faktory a rizika, která ovlivňují zdraví dětí nebo socio-ekonomické faktory s možným vlivem, který ovlivňuje výuku žáků. Vede edukační plány, provádí vyhodnocení a uplatňuje operativnost v manažerské práci školní sestry (1,23,54).

1.4.5 Úloha školní sestry v procesu řízení péče ve školách

Školní sestra je manažerkou, která řídí ve školním prostředí mnohé aktivity. Spolupracuje s rodiči a lékaři a vyhledává příčiny problémů dítěte. Vyvíjí snahu

diskutovat o těchto problémech, jak se žákem, tak s jeho rodiči. Navazuje kontakt s učiteli a ostatními pracovníky školy. Ti jsou pro školní sestru zdrojem informací o možných faktorech, které mohou ovlivnit zdravotní stav žáků. Pobízí je k vlastnímu pozorování, které je zaměřené na změnu zdravotního stavu a chování žáka. Zároveň je informuje o charakteru a prognóze zdravotních problémů, o specifikách dané léčby, kterou někteří žáci vyžadují i v průběhu vyučování. Sestra poskytuje informace ostatním pracovníkům vždy s ohledem na soukromí žáka, ale s vědomím, že musí být dítěti v případě potřeby poskytnuta maximální péče. Školní sestra identifikuje v průběhu vyučování situace, které mohou přímo ovlivnit onemocnění žáka. Často se zapomíná, že děti jsou ve školním prostředí 6-8 hodin denně, plus mimoškolní aktivity provozované ve škole. To je více než polovina jejich aktivních hodin přes den. Což činí významnou část aktivního času dětí, který není v současnosti mapován a z hlediska primární péče je nezajištěn. Národní asociace školních sester (NASN) doporučuje, aby byl poměr školní sestry a studentů 1:750 v obecné populaci dětí školního věku. V populaci, kde se vyskytuje více chronicky nemocných či zdravotně postižených dětí a dětí se zvýšenou potřebou lékařské péče by měl být tento poměr 1:125. Poměr školní sestry vůči studentům by však měl být vždy určen na základě individuálních potřeb dané komunity. Přestože obhájeři školní sestry doporučují tuto pozici v každé škole je i dnes mnoho škol v USA, které jsou stále bez jakékoliv školní zdravotní sestry. Někde tento nedostatek kompenzují tak, že školní sestra navštěvuje danou školu na dohodnutém denním principu. Za účelem splnění zdravotních potřeb všech školních dětí, mnoho škol vyžaduje přenést pravomoc školní sestry méně kvalifikovaným jednotlivcům. Tito nezdravotníci dostávají často omezený výcvik v této oblasti. Poslední zmíněný princip můžeme v současnosti nalézt v našem školním systému (1,30, 48).

Školní sestra pracuje v týmu pracovníků školské zdravotní péče. Jejich cílem je vytvoření specifického programu zdraví pro žáky školy. Příkladem je Program podpory zdraví, který v USA zahrnuje tři hlavní části. První je primární prevence ve školách a její komponenty. Tyto komponenty jsou výživa žáka, fyzická aktivita, antikoncepce a příprava na rodičovství, eliminace stresu studentů ve škole, posilování sebepojetí a sebevědomí žáka. Druhou oblastí je výchova ke zdraví a její všeobecné cíle. Všeobecné

cíle jsou učit žáky poznat své tělo, vést žáky k péči o své zdraví, učit žáky být zodpovědným a osvojit si správné návyky, učit žáky dělat samostatná rozhodnutí týkající se jejich zdraví, rodiny a komunity. A důležitým cílem této oblasti je také naučit žáky účelně využívat zdravotnické služby. Třetí oblastí je prostředí a zdraví, které pokrývá oblast fyziologického, psychologického, fyzikálního a sociálního prostředí. Školní sestra pracuje v rámci hodnocení prostředí žáka s místními veřejnými úřady v zabezpečení zdravotní péče na školách. Sestra pracuje metodou ošetrovatelského procesu a plní funkce koordinátora, manažera, edukátora a konzultanta. Činnosti vyplývající z těchto úkolů spočívají pro školní sestru především v zajištění integrovaného a souhrnného školního programu zdraví, v pomoci rodinám při hledání řešení problematických situací a ve vytváření programu řízení služeb (1,12,30).

Dále je její snahou chránit a podporovat zdraví a zodpovědnost za zdraví ve formě sreeningu, výchově ke zdraví, vytváření zdravého a bezpečného školního prostředí a jiných. Školní sestra uplatňuje a využívá ve svém programu poznatky z oboru ošetrovatelství, pediatrie, výchovy ke zdraví nebo veřejného zdravotnictví. Školní sestra při řízení školního programu zdraví uplatňuje operativní přístup realizovaný čtyřmi důležitými kroky. První krok je plánování, dále organizování, samotná realizace a posledním velmi důležitým krokem je vyhodnocení, čili kontrola kvality programu. V průběhu procesu je nezbytné hodnocení plnění krátkodobých cílů. Školní sestra je vůdčí osobou a koordinátorem školního programu zdraví, ale pracuje v týmu. Tento tým může zahrnovat školního lékaře, pedagogy, rodiče, žáky, administrativní pracovníky, školní poradce, školní psychology, lídry komunit v daném prostředí, ale také ostatní školní sestry. Zdravotní tým může také expandovat a vytvořit koordinovaný školní zdravotní tým, který integruje zdravotnické služby, zdravotnickou výchovu, fyzioterapeuty, nutriční poradce, poradenské, psychologické a sociální služby, školní sociální pracovníky, logopedy, zdravotní propagaci pro personál a aktivity rodinné nebo občanské angažovanosti. Školní zdravotní tým může zahrnovat velké množství specialistů podle možností dané školy. Celý tým se spolupodílí na sestavení školního zdravotního programu na sestavení strategie, plánování a plnění cílů. Na závěr tým vyhodnotí, nakolik byl cíl splněn. Pokud dojde k nesplnění cíle, celý tým se snaží

odhalit příčinu neúspěchu a znovu vytvořit lepší plán tak, aby bylo cíle dosaženo (1,12,30).

1.5 Školní zdravotní služba

První myšlenky o ochraně dětí nacházíme již 17. století v dílech pokrokových pedagogů, kteří pokládali péči o zdraví dětí za jeden z nejdůležitějších cílů při výchově a vyučování dětí. Významné jsou především myšlenky J. A. Komenského o zdravotní péči o děti. Myšlenky zdravotní péče o děti na školách byly formulovány jako součást práce pedagogů. V 18. století se objevují vize hygienického dozoru na školách a cílevědomé organizování zdravotní péče dětí (24).

Počátkem 19. století se zdravotní péče o školní mládež objevuje již v Rusku, Anglii, Itálii, Francii a jiných státech. V tomto období lze nalézt počátky této zdravotní péče i na našem území. Jako první v roce 1883 Praha započala se zdravotním dozorem na obecných a měšťanských školách a podle jejího vzoru počala budovat školní lékařství i jiná města. Tudíž na konci 19. století je vědecky zpracováno a organizováno školní lékařství, které postupně začíná s lékařskými prohlídkami dětí. Ukazuje se nutnost hygienické úpravy školního prostředí a zlepšení péče o zdraví dětí. V období první republiky bylo u nás vydáno několik zákonných opatření a výnosů, které měly za cíl zlepšení hygienického dozoru na školách (stavba a zařizování škol, školní hygiena, boj proti infekcím) (19,24).

Nejvíce ovlivnilo organizaci školní zdravotní služby v této době vládní nařízení 64/1925 Sb., kterým byl prováděn malý školský zákon. Podle těchto předpisů byla však školní lékařská služba budována ve městech a okresech, kde byla místní iniciativa a finanční zajištění školními radami nebo institucemi dobrovolné zdravotně sociální péče o mládež. Proto byla v posledních předválečných letech školní zdravotní služba organizovaná asi na 30% našich škol (24).

Po válce v roce 1946 ministerstvo zdravotnictví se souhlasem ministerstva školství okresním národním výborům nařídilo provádění školní zdravotní služby. O rok později v roce 1947 byla školní zdravotní služba upravena v rámci zákona č. 49/1947 Sb. O poradenské zdravotní péči. Tímto počinem státní zdravotní správa převzala

odpovědnost od organizací dobrovolné sociální péče a školní zdravotní službě se tím dostává zákonného podkladu k povinnému zavedení na celém území Československé republiky a tudíž i možnosti dalšího rozvoje a finančního zajištění. Zákon č. 103 ze dne 19. prosince 1951 o jednotné preventivní a léčebné péči je definitivní úpravou školní zdravotní služby. Spolu s dalšími vyhláškami zákon č. 103 určuje, že je školní zdravotní služba organizovaná jako samostatná složka dětského oddělení zdravotního střediska. Za organizaci, provádění a kontrolu výsledků školní zdravotní služby je odpovědný přednosta dětského oddělení. Hygienicko - epidemiologická péče na školách je řízena v krajích krajskými hygienickými stanicemi, které mají oddělení školní hygieny. Ministerstvo zdravotnictví – odbor péče o ženu a dítě řídí a kontroluje školní zdravotní službu celostátně a určuje její náplň a vývoj (25,51).

Zákon 103/1951 Sb. a jeho pozdější znění byl zrušen dnem 1. 7 1966. Byl nahrazen zákonem 20/1966 Sb. Náplň a řešení školní zdravotní služby později již významně řešena nebyla. Zákon 20/ 1966 se o školní zdravotní službě zmiňuje, pouze okrajově, ale pozici školní sestry mezi specializačními studii středně zdravotnického personálu neudává (51,52).

1.5.1 Úkoly školní zdravotní služby

Úkoly školní zdravotní služby tak jak byly v 50. letech nastíněny:

- Sledovat a individuálně zachycovat vývoj a zdravotní stav dítěte ve školním prostředí po všech stránkách. Úkolem je zaznamenávat odchylky v tělesném a intelektuálním vývoji, odchylky v chování. Provádět včasnou diagnostiku onemocnění a vad a umožnit vhodnou nápravu.
- Vyhledávat chronicky nemocné děti a dispenzární formou o ně pečovat.
- Provádět očkování a protiepidemická opatření na školách.
- Provádět prohlídky dětí pro zvláštní akce a prohlídky na upozornění učitelů nebo rodičů.
- Pečovat o hygienickou úroveň školního a mimoškolního prostředí.
- Sledovat vliv prostředí školy a vyučování na dětský organismus. Odstraňovat nepříznivé činitele ze školního a pracovního prostředí dětí.

- Provádět závěry z individuálních prohlídek a z celkového stavu žáků a následně činit opatření k preventivní ochraně zdraví celého kolektivu.
 - Konat zdravotní osvětovou činnost zaměřenou na učitele, rodiče a žáky.
 - Ve spolupráci s obvodním lékařem pečovat i o učitele.
- Touto náplní je zřejmé, že se školní zdravotní služba rozšířila z pouhé péče o hygienu na školách na individuální péči o dítě (24,51).

1.5.2 Školní dětská sestra ve školní zdravotní službě

Koncept školní zdravotní služby počítal do budoucna s normou jednoho školního lékaře a jednou a půl až dvěma školními sestrami na 4000 školních dětí. Vedoucí osobou veškeré zdravotní péče o dítě ve škole je školní lékař. Určuje jednotlivé úkoly a tudíž je i zodpovědný za jejich plnění. Školní dětská sestra společně s lékařem připravuje plán školní zdravotní služby (systematické prohlídky, prohlídky příležitostné a zvláštní, očkování, protiepidemická opatření, hygienické prověrky, zdravotnická osvěta, ...) (19,52).

Školní sestra připravuje lékařské prohlídky dětí, soustřeďuje anamnestické údaje o dítěti a spolupracuje přitom se školou a rodinou. Provádí zkoušky zrakové ostrosti, sluchu, zkoušky moči a měří antropometrické údaje. Je vhodné, aby sestra před prohlídkou lékaře měla možnost s dítětem individuálně pohovořit, všimnout si jeho osobní hygieny, získala informace od učitele tak, aby mohla zjistit vliv okolí dítěte na zdraví a vývoj. Získání všech těchto údajů je nutné získat, ještě před lékařskou prohlídkou, aby sestra mohla dítě komplexně představit školnímu lékaři. To přináší lékaři možnost posuzovat dítě v souvislosti s vlivy školního a rodinného prostředí. Role školní sestry v péči o dispensarizované děti spočívá v zajištění kontaktu s odbornými službami, pomáhá lékaři při ordinaci, vede kartotéku a dle pokynů lékařů popřípadě provádí návštěvní činnost v rodinách. Při těchto návštěvách sestra působí na úpravu životosprávy dítěte, poskytuje rodičům rady ke zlepšení hygienických podmínek, výživy dítěte a zdravotní péči o zdravotní stav. Školní sestra je dle potřeby spojkou mezi školním lékařem a obvodním lékařem a zajišťuje předávání informací o dětech. Sestra organizuje odborná vyšetření dětí tak, aby co nejméně zameškalo ze školního

vyučování. Spolupracuje s poradnami pro nápravu řeči a oddělením zvláštní tělesné výchovy. Podílí se společně s lékařem na očkování dětí a při provádění protiepidemických opatření na školách. Sleduje hygienu školního prostředí, mimoškolních zařízení, osobní hygienu dětí a spolupracuje při odstraňování závad. Zvláštní péči věnuje hygieně dospívajících dětí a zvláště dívek. Ve školním stravování sleduje hygienickou stránku stravování, pravidelné vyšetřování zaměstnanců. Stará se o dobrou úroveň stolování dětí. Provádí zdravotnickou osvětu mezi žáky, učiteli i na schůzích sdružení rodičů a přátel školy, organizuje přednášky, výstavky apod. Pečuje o řádné doplňování školních zdravotních záznamů a jejich řádné uložení. Vede veškerou písemnou agendu školní zdravotní služby a sestavuje výkaz o činnosti (19,24,40).

Práce školní sestry a školního lékaře musí být koordinována, aby tvořila harmonický celek, který je základem pro další péči o dítě. Ve školní zdravotní službě měla školní sestra velmi důležitou funkci. Aby péče lékaře nebyla pouze náhodná, ale systematická zaměřená do budoucnosti a hlavně preventivní, kdy bylo nutné vytvořit plán. Sestavování a koordinování tohoto plánu měla v náplni práce právě školní sestra. Sestra musela dobře znát povinnosti školní zdravotní služby a specifika okresku, ve kterém působila (19,24).

Božena Klimková v knize Školní dětská sestra nastiňuje odpovědnost školní sestry a její poměr k práci především jako preventivního pracovníka. Podle Klimkové nemá být školní sestra stržena jednotvárností denní práce a pouhým plněním plánů, ale jejím hlavní zájmem musí být zdravý růst jí svěřených dětí. Je tedy pracovníkem vsutku preventivním, který musí hájit prevenci, jako důležitý aspekt zdravotní péče před těmi, kteří ji opomíjejí. Školní sestra má zdravé sebevědomí plynoucí z její práce, tak aby získala důvěru lékaře, učitelů a rodičů. Mezi učiteli získává spolupracovníky na poli zdravotnické osvěty a hygieny ve školách je jejich instruktorem a vedoucím. Školní sestra se úzce neprofiluje, ale zůstává polyvalentním preventivním zdravotním pracovníkem zaměřeným na člověka jako celek a jako součást celku. Dítě je pro školní sestru žák školy, člen rodiny a společnosti, kterého vidí dnes, ale myslí na jeho zdraví v dospělosti. Sestra není kancelářskou silou, ale prostředkem v péči o zdraví. Není pouhou asistentkou lékaře, která provádí jeho příkaz. Práci plánuje, a i když je vázána

odbornou diagnózou lékaře nečeká na příkaz a ví, že je její povinností starat se o důsledky vyšetření. Cítí se plně odpovědnou za zdraví dětí, jednotlivců i celků, i když zákon obvykle přičítá odpovědnost lékaři jako vedoucímu pracovníkovi. Taková školní sestra necítí podřízenost lékaři jako ponižující. Přesto, že je mu podřízená, služebně ví, že záleží na ní a její práci, zda bude uznávána za samostatného a rovnocenného spolupracovníka. Klimková také zdůrazňuje povinnost sestry vůči sobě samé hlavně v oblasti psychohygieny. Školní sestra je představitel moderního odborně vzdělaného pracovníka, který si je vědom své velké odpovědnosti. Klimková vidí školní sestru jako osobu, která vychovává ke zdraví, k harmonické jednotě osobnosti, je průkopníkem nových metod práce služby veřejnosti. Aby sestra mohla splnit všechny tyto povinnosti, musí být i ona sama harmonickou osobností a stále se udržovat na výši svých odborných a morálních kvalit (19,24).

Mnoho názorů je v těchto publikacích pokrokových. Bohužel vize tohoto typu školní sestry ve své plné míře nebyla nikdy dosažena a po roce 1989 úplně zanikly zbytky výše uvedených činností sester, které pracovaly ve školním prostředí. V dnešní době nalezneme mnoho z těchto důležitých činností v práci komunitního pracovníka v zahraničí. V zemích, kde práce školních sester pokračovala bez přerušení, jsou výše uvedené představy o školní sestře již naplněny a dále rozšířeny.

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit postoj praktických lékařů pro děti a dorost a dětských sester pracujících u praktických lékařů pro děti a dorost k zavedení funkce školní sestry do systému zdravotnictví ČR.

Cíl 2 Zjistit názor ředitelů škol na využití pozice školní sestry na jejich školách.

Cíl 3 Navrhnout zařazení školní sestry do systému zdravotnictví ČR.

2.2 Hypotézy a výzkumné otázky

Hypotéza H1: Praktičtí lékaři pro děti a dorost souhlasí se zavedením pozice školní sestry do systému zdravotnictví ČR.

Hypotéza H2: Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost souhlasí se zavedením pozice školní sestry do systému zdravotnictví ČR.

Hypotéza H3: Praktičtí lékaři pro děti a dorost se domnívají, že není nutné vytvořit specializační studium pro školní sestru.

Hypotéza H4: Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že je nutné vytvořit specializační studium pro školní sestru.

Hypotéza H5: Praktičtí lékaři pro děti a dorost se domnívají, že není nutné navýšení kompetencí dětských sester pro vykonávání pozice školní sestry.

Hypotéza H6: Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že je nutné navýšení kompetencí dětských sester pro vykonávání pozice školní sestry.

Hypotéza H7: Praktičtí lékaři pro děti a dorost se domnívají, že by měla být pozice školní sestry financována Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Hypotéza H8: Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že by měla být pozice školní sestry financována Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Výzkumná otázka 1. Jaká je představa ředitelů škol o zařazení pozice školní sestry do vzdělávacího procesu žáků škol.

Výzkumná otázka 2. Jaká je představa ředitelů škol o zařazení školní sestry v péči o zdraví žáků školy.

Výzkumná otázka 3. Jaká je představa ředitelů škol o zařazení školní sestry v přípravě a provádění edukačních a preventivních programů pro žáky školy.

Výzkumná otázka 4. Jaká je představa ředitelů škol o způsobu financování pozice školní sestry.

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky

V empirické části této diplomové práce byla pro zjištění sledovaných informací zvolena metoda kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo v měsíci únoru a březnu roku 2011.

Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou anonymního dotazníku. Dotazník (viz Příloha 1) určený praktickým lékařům pro děti a dorost a sestřím pracujícím u praktických lékařů pro děti a dorost. Obsahuje 8 uzavřených polytomických otázek s výběrem jedné alternativy, dvě otázky s výběrem několika alternativ, jedenáct polouzavřených otázek i s výběrem více alternativ a tři otázky otevřené. Celkem tedy dvacet čtyři otázek. V dotazníku byly poskytnuty informace o školní sestře a jejím obecném pojetí v zahraničí. Celkem bylo rozesláno na veřejně dostupné adresy praktických lékařů pro děti a dorost 295 dotazníků, vyplněno bylo 97 dotazníků, z tohoto počtu jich 97 splňovalo podmínky použití k výzkumnému šetření. Návratnost činila 32,7 %. Lékaři byli požádáni o předání dotazníku svým sestřičkám. Pro zpracování získaných dat z dotazníků je v práci použit program SPSS.

Data kvalitativního výzkumného šetření byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s řediteli základních a středních škol. Rozhovor obsahuje oblast identifikačních údajů a 8 okruhů otázek týkajících se školní sestry (viz Příloha 2). Rozhovor byl zcela anonymní a byl zaznamenáván na diktafon. Ve dvou případech bylo z důvodu rozpaků respondentů nahrávání odmítnuto a záznam probíhal formou zapisování. Počet respondentů je 6 ředitelů škol.

Všichni oslovení respondenti se s pojmem školní sestra před mojí návštěvou ještě neseťkali, proto bylo nutné je rámcově informovat o pozici školní sestry. Respondentům byly poskytnuty informace obecné, tak aby nebyl ovlivněn následující rozhovor.

Respondenti získali informace o tom, že školní sestra je komunitní pracovník v oblasti primární péče. Primární péče je komplexní zdravotně - sociální péče poskytovaná zdravotníky na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým

systemem. Dále primární péče dlouhodobě kontinuálně pracuje s jednotlivci. Jedná se o soubor činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují veškeré jeho potřeby. Školní sestra jako komunitní pracovník, proto pracuje v prostředí škol a předmětem jejího zájmu je celá školní komunita.

Ze všech rozhovorů byly vytvořeny kasuistiky, z nichž vycházejí kategorizované tabulky, které obsahují nejdůležitější výsledky šetření.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovor byl proveden se 6 respondenty – muži ve věku od 41 do 59 let, průměrný věk respondentů je 51 let. Všichni respondenti měli dostatečně dlouhé pedagogické a manažerské zkušenosti, délka jejich zkušeností se pohybovala od 17 do 38 let, v průměru 27,6 let. Úroveň dosaženého vzdělání u všech respondentů byla vysokoškolská. Výzkumné šetření proběhlo celkem se 3 řediteli základních škol a 3 řediteli středních škol.

Výzkumný soubor pro kvantitativní výzkumné šetření se skládal z praktických lékařů pro děti a dorost a sester pracujících u těchto lékařů. Dotazník vyplnilo 52 lékařů a 45 sester. Věk respondentů kvalitativního výzkumného šetření nebyl zjišťován. Nejvyšší dosažené vzdělání u všech lékařů bylo vysokoškolské, u sester bylo zastoupeno nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, vyšší odborné, specializační i vysokoškolské.

4. Výsledky

4.1 Interpretace kvalitativního výzkumného šetření – kasuistiky

Veškeré údaje v kasuistikách a tabulkách vycházejí z informací získaných prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

Respondent R1

Respondent R1 udává délku praxe ve školství 35 let. Věk R1 je 59 let. V minulosti byl ředitelem základní školy městského typu v současnosti je ředitelem základní školy menšího charakteru na vesnici. Aktuální počet žáků v této škole je 184. Škola má I. a II. stupeň, zajišťuje školní družinu a jídelnu pro žáky. Cílová kapacita školy činí 360 žáků, ve školní družině 39 dětí.

R1 si školní sestru představuje jako pracovníka školy, který dbá na bezpečnost a prevenci ve škole.

Do oblasti vzdělávacího procesu by měla být podle R1 školní sestra zařazena, jako vyučující první pomoci, zdravého životního stylu nebo sociálně patologických jevů. Mohla by také podle R1 pracovat s žáky s nějakým znevýhodněním. Dále by školní sestra vytvářela tematické semináře, metodické pokyny, výukové materiály a byla by poradcem pro učitele i žáky.

Zapojení školní sestry do péče o zdraví žáků na škole by si R1 představoval v ošetřování akutních případů, v zajištění doprovodu k lékařům nebo do nemocnice. Dále by měla mít školní sestra na starosti evidence lékárníček a zdravotnického materiálu ve škole, kontrolu jídelníčku sledování jeho nutričních hodnot a pestrosti. Dle R1 by mohla sestra ve škole vést agendu zdravotního stavu žáků, měla by přehled o onemocněných dětech a dle potřeby by poskytovala informace o jejich režimu. Školní sestra by mohla mít také na starosti hygienické a bezpečnostní normy. Například v dílnách nebo tělocvičně by zajišťovala a kontrolovala bezpečnost v rámci prevence úrazů. Znala by legislativní rámec zdravotních a hygienických předpisů a zpracovávala potřebnou dokumentaci. R1 si myslí, že by tak mohla převzít část kompetence, kterou mají nyní v popisu práce ředitelé škol a často jejich znalost a orientace v této

problematicke je nedostačující vzhledem k objemnosti a neustálým změnám v této oblasti.

R1 vidí zapojení školní sestry při tvorbě výukových a preventivních programů především v oblasti první pomoci, prevenci sociálně patologických jevů a zdravého životního stylu. Dále by mohla školní sestra tvořit metodické pokyny v oblasti prevence.

Způsob financování vidí R1 jako velmi problematický. Pro školy menšího typu je to velká překážka nejen z pohledu samotného financování školní sestry, ale také kvůli zajištění vybavení a prostor, kde by školní sestra sídlila. Základní problém vidí v nastavení školního systému. Poukazuje na projekt školních psychologů, kterého si nemohou ze stejných důvodů dovolit. Možná varianta by mohla být dle R1 financování školní sestry z resortů ministerstva školství i zdravotnictví. Konkrétní způsob financování si však R1 neumí představit. Další varianta by mohla spočívat v tom, že školní sestra by byla společná pro více škol, dle počtu žáků a tudíž byla placena školou poměrně k odvedené práci. Jako příklad uvádí R1 spolupráci více menších škol, které by financovaly služby školní sestry dle počtu žáků školy a tím množství stráveného času školní sestry ve škole.

Výhody školní sestry dle R1 hlavně v prevenci ve škole. R1 poukazuje na problematiku poskytování informací ze stran rodičů, vedení agendy onemocnění a komunikace s různými obvodními lékaři dětí. Domnívá se, že sestra by musela být pro všechny zúčastněné důvěryhodnou osobou. A tento proces předávání informací by měl být právně podložen. V tom také vidí možnou nevýhodu práce školní sestry.

Zájem o pozici školní sestry by R1 měl, ale vzápětí dodává, že v současném systému školství vidí tuto pozici jako utopii. R1 uvedl, že: „Zavedení této pozice do praxe je běh na dlouhou trať.“ R1 uzavírá rozhovor tím, že se zavedením školní sestry by souhlasil za podmínek reformy školství a zajištění materiálních, ekonomických a organizačních podmínek.

Respondent R2

Respondent R2 ve školství pracuje již 26 let. Věk R2 je 50 let. Nyní zastává funkci ředitele na škole poskytující střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru obchodní akademie. Dále tato obchodní akademie provozuje vyšší odbornou školu v oboru účetnictví a finanční hospodaření a jednoletou jazykovou školu. Počet studentů na obchodní akademii činí 400, na vyšší odborné škole 40 a 20 studentů na jazykové škole.

Školní sestru respondent R2 chápe jako osobu, která se snaží zlepšit zdraví dětí ve škole, dbá na jejich bezpečnost a působí hlavně v oblasti prevence.

Představa R2 o zapojení školní sestry do výuky je vzhledem k charakteru výuky na této škole velmi nejasná. Možné řešení vidí v zapojení školní sestry do výuky předmětu s přírodovědeckým zaměřením, jako například biologie formou přednášek nebo seminářů. Ve vzdělávacím programu školy není příliš prostoru pro výuku zdravého životního stylu nebo první pomoci. Roli školní sestry by R2 viděl spíše v převzetí role preventisty, kterou nyní vykonává jeden z pedagogů nad svůj plný úvazek. Školní sestra by v tomto případě měla za úkol organizaci různých besed a seminářů. Dále šíření informací mezi děti prostřednictvím tiskovin, propagačních materiálů a podobně. Hlavní náplní by měla být prevence návykových látek. Další oblasti, jako je třeba zdravý životní styl nebo plánované rodičovství by byly dle R2 vítány. V zápětí udává, že by byly přednášky toho typu z dotace hodin výuky značně omezeny a závisely by především na zájmu žáků a snaze školní sestry. V tomto případě by měla školní sestra na starost i celou tvorbu preventivních programů a informačních materiálů.

V oblasti péče o zdraví dětí by školní sestra podle R2 převzala roli dobrovolné sestry, kterou je v současnosti jeden z pedagogů. Ten má tuto funkci nad svůj úvazek a pro plnění této funkce je nucen ze svého času absolvovat školení v oblasti první pomoci a zdravotní péče. Ve škole je pro případ potřeby vyčleněné místo pro lékárničku první pomoci, kterou má na starost také tento vyškolený pedagog. Školní sestra by tedy zasahovala v první pomoci při různých poraněních, nevolnostech a jiných zdravotních potížích.

Způsob financování školní sestry je pro R2 základním problémem pro případné zavedení školní sestry do škol. R2 udává, že financování ze školních peněz by bylo nemožné. Iniciativa pro zřízení a financování by tedy musela vzejít z kraje, který školu zřizuje. Nabídnutá varianta financování z ministerstva zdravotnictví nebo platbou od pojišťoven by byla pro R2 vítaná ve formě spoluúčasti, ale konkrétní představu o způsobu financování nemá, ale poukazuje na složitost takového systému dotace pozice školní sestry. Na návrh zavedení školní sestry pro více škol reaguje R2 kladně a dokonce se domnívá, že by to byla pro jeho školu lepší varianta. Důvod udává R2 ten, že by se tak lépe tato pozice využila, protože by bylo možná problematické nalézt pro školní sestru ve škole práci na plný úvazek. Proto, aby školní sestra našla ve škole plný úvazek, by muselo dojít k úpravě školního vzdělávacího programu se značně větším zaměřením na prevenci. Tuto variantu však vidí jako málo pravděpodobnou vzhledem k charakteru výuky na škole. V případě školní sestry společné pro více škol, by byla dle R2 vhodná nepřetržitá telefonická dostupnost a v případě problému by sestra poskytla telefonickou radu nebo by se do školy dostavila. Školní sestra by byla společná pro více škol sídlících v blízkosti.

Vytvořit pracovní prostor pro školní sestry nebyl, dle názoru R2, příliš velký problém vzhledem k prostornosti školy, ale opět se odkazuje na problematiku financování. R2 ještě také zdůrazňuje, že pokud by byla jedna školní sestra zavedena pro více škol mohl by i tak nastat problém s financování. Překážka by mohla spočívat ve skutečnosti, že každá škola je zřizována jinou institucí. Například zřizovatelem obchodní akademie je kraj, ale sousední základní škola je naopak dotována z finančního rozpočtu města. R2 se opět vrací k složitosti financování a uvádí: „Způsob financování z více kapes je vždy problémem.“

Výhody školní sestry ve škole R2 spatřuje zejména v účinnější osvětě a ucelení péče o žáky. Nevýhody školní sestry ve škole nespatřuje žádné.

Na závěr R2 opakuje, že nápad školní sestry by uvítal, ale v současné době si nedovede dostatečně představit, jakým způsobem by se tato pozice dala financovat a připomíná, že její zavedení by si vyžádalo mnoho změn v systému.

Respondent R3

Respondent R3 pracuje ve školství již 38 let. Věk R3 je 59 let V minulosti byl vždy pedagogem na základní škole a později ředitelem. Nyní zastává funkci ředitele na základní škole, kde je 413 žáků. Tato základní škola je umístěna na sídlišti v okrajové části města. Zajišťuje docházku dětem od první do deváté třídy. Dále škola nabízí školní klub, kde jsou dětem umožněny různé volnočasové aktivity, školní sportovní klub, školní družinu a školní jídelnu.

R3 poukazuje na to, že v současné době funkce školní sestry neexistuje, ale školní sestru si představuje, jako osobou, která ve škole dbá na zdraví žáků a je odborníkem ve zdravotní výchově.

R3 zdůrazňuje důležitost zdravotní výchovy ve škole a připomíná nedostatečnou odbornou vzdělanost některých pedagogů a myslí si, že by bylo vhodné mít ve škole osobu s větším zdravotnickým vzděláním. Školní sestra by dle R3 měla vést na škole výuku zdravotní výchovy od první až do deváté třídy vždy s přihlédnutím k věku a vyspělosti žáků. Zdravotní výchova je již nyní zařazena do vzdělávacích plánů školy, ale školní sestra by podle názoru R3 umožnila rozpoznat a vyzdvihnout problémy, které mohou unikat běžným pedagogům. Zdravotní výchova by měla zahrnovat výuku první pomoci, zdravovědy, zdravého životního stylu a podobně. Konkrétní podobu by měla na starost školní sestra. Pole působnosti školní sestry vidí R3 i v tvorbě preventivních programů a převzetí role preventisty ve škole.

Úloha sestry v péči o zdraví dětí vidí R3 v poskytování první pomoci na škole a rozpoznání případných onemocnění. R3 připomíná také, že současné vzdělání osob, které pečují ve škole o zdraví, není natolik důkladné a odborné jako by mohlo být u školní sestry. Dále by mohla mít tato školní sestra na starost i evidenci lékárníček, zdravotnického materiálu, ale i dodržování hygienických norem. Například kontrola hygienických zařízení, stavu úklidu a podobných oblastí.

Na dotaz, jestli má být školní sestra umístěna přímo ve škole nebo by mohla být terénním pracovníkem společným pro více škol R3 odpovídá, že by měla mít své stálé sídlo jednoznačně ve škole už vzhledem k počtu dětí a měla by být součástí školního komplexu. S prostorem pro školní sestry by neměl R3 ve škole problém, protože mají

v budově bývalou ordinaci školního zubaře. R3 se domnívá, že by školní sestra měla být součástí nejužšího managementu školy.

Finanční zabezpečení školní sestry je podle R3 velmi problematické. Zda by měla být tato pozice financována z peněz ministerstva školství nebo ministerstva zdravotnictví R3 neví, ale předpokládá, že by to byl značný problém, o který by obě ministerstva vedla velký spor. Variantu financování zdravotními pojišťovnami vidí jako málo pravděpodobnou a zamítá ji. R3 se domnívá, že školní sestra by byla jednoznačným přínosem na rozdíl od různých lidí, kteří na škole profitují v podobě různých prodejců, firem a organizací.

R3 vidí v zavedení funkce školní sestry pouze výhody, jako je lepší prevence, péče o žáky a jiné. Do nevýhod by pouze zařadil nevyřešenou otázku financování.

Na dotaz zda by byl pro zavedení funkce školní sestry, odpovídá jednoznačně ano. Skepticky R3 dodává, že ale nepředpokládá vyřešení otázky financování této pozice a připomíná problematiku školních psychologů. Jako ideální formu zajištění péče o děti na škole vidí právě kombinaci školní sestry a psychologa při zajištění peněz pro tyto dvě pozice.

Respondent R4

Respondent R4 pracuje ve školství 20 let. Věk R4 je 44 let. V minulosti byl pedagogem na základní škole a později ředitelem. Nyní zastává funkci ředitele na základní škole již 5 let. Školu navštěvuje aktuálně 620 žáků. Tato základní škola je umístěna v centru města. Škola zajišťuje docházku dětem od první do deváté třídy a je rozdělena na I. a II. stupeň. Ve škole mají děti možnost navštěvovat školní sportovní klub, školní družinu a školní jídelnu, školní klub, kde jsou dětem umožněny různé volnočasové aktivity, které zahrnují školní dílnu a keramickou dílnu.

R4 říká, že pojem školní sestra se zatím nikde, v jemu dostupné, literatuře nebo informacích nevyskytuje, ale školní sestru si představuje, jako osobou která ve škole zajišťuje hlavně prevenci a první pomoc.

V oblasti výuky a tvorby preventivních programů by viděl úlohu školní sestry v zajišťování různých akcí, které jsou součástí preventivních programů. V současné době to má na starost vždy některý z učitelů. Dále R4 uvádí, že má škola zakotvenou v rámcovém vzdělávacím programu výuku výchovy ke zdraví. Tam se domnívá R4, že by školní sestra našla uplatnění, ale hodinová dotace v rámci celé školy by činila zhruba 8 hodin týdně. Proto by pouze ve výuce nenašla sestra ani částečný úvazek. V souvislosti s výukou školní sestry R4 zdůrazňuje, že by takový pracovník musel mít dostatečné pedagogické vzdělání a zvládat práci s dětmi. Pedagogika a didaktika by dle R4 musela být plnohodnotnou součástí studia školní sestry. Tento názor R4 vyvozuje ze zkušenosti s průběhem akce pořádané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Akce se jmenovala zdravé zuby a přednášející dle R4 děti nedokázala zaujmout a ani je kázeňsky zvládnout. Dotyčná přednášející neměla žádné proškolení, jak pracovat s dětmi ani zkušenosti. R4 si myslí, že by školní sestra také mohla provádět pravidelné proškolení zaměstnanců.

V oblasti péče o zdraví by podle R4 školní sestra zastoupila dosavadního školního zdravotníka, kterým je nyní vyškolený jeden pedagog. Poskytovala by první pomoc, případně řešila drobné zdravotní potíže charakteru nevolnosti a podobně. Dále by mohla sledovat různé zákonné normy, které musí škola dodržovat především v oblasti hygieny. Nyní má na škole v podobné funkci najatého externího pracovníka,

který provádí například kontroly hasicích přístrojů a podobně. Na dotaz, jestli by mohla tuto funkci převzít v plném rozsahu školní sestra, odpovídá R4, že dle jeho názoru ne, protože je to oblast příliš specifická a rozsáhlá.

Na dotaz způsobu financování R4 odpovídá, že je pojem školní sestry novým, proto si ani nedokáže představit, jak by byla financována, ale domnívá se, že zrovna škola by nemusela být plátcem této sestry. Na varianty financování ze strany ministerstva zdravotnictví nebo od pojišťoven reaguje R4 rozpačitě a znovu opakuje, že neví, jakým způsobem by mohla být financována. R4 také poukazuje na to, že by záleželo na tom, jestli by tato sestra pracovala pouze na jedné škole nebo na více školách současně. Společná školní sestra pro více škol, by mohla tuto otázku částečně vyřešit, ale vzhledem k počtu žáků si R4 myslí, že by měla být školní sestra přímo ve škole.

Problematiku získání peněz na školní sestru udává R4 jako rozhodující. R4 podotýká, že i přesto, že je základní škola co se týče počtu dětí větší školou, už nyní má problémy nalézat finanční zdroje pro plnohodnotnou práci s dětmi s nějakým znevýhodněním, specifickými poruchami učení nebo naopak nadanými dětmi. Z těchto důvodů se R4 domnívá, že hledání finančních zdrojů pro školní sestru by bylo velmi obtížné. Výhodu školní sestry vidí v prevenci a nevýhodu ve způsobu financování. Na dotaz, zda by R4 souhlasil se zavedením školní sestry, odpovídá ano, ale opět zmiňuje otázku financí a vzpomíná nevyřešený systém školství, který se od revoluce zatím nezměnil.

Respondent R5

Respondent R5 ve školství pracuje již 17 let. Věk R5 je 41 let. Nyní zastává krátce funkci ředitele na střední škole řemesel poskytující vzdělání v tříletých učebních oborech, ve čtyřletých studijních oborech a ve dvouletých nástavbových oborech zakončených maturitní zkouškou. Škola má k dispozici pro studenty jídelnu. Velká část výuky na této škole probíhá v odborně vybavených dílnách mimo budovu školy. Školu navštěvuje aktuálně 510 žáků.

R5 udává, že pojem školní sestra mu není znám, ale školní sestru si představuje, jako osobou která ve škole zajišťuje ošetřování.

V oblasti výuky a tvorby preventivních programů R5 vidí úlohu školní sestry na škole jako mizivou. R5 se domnívá, že vzhledem k charakteru školy by školní sestra v této oblasti nenašla ve škole uplatnění. Oblast přírodovědných předmětů, kde by mohla školní sestra působit s výukou zdravotní výchovy nebo prevence je ve výuce minimum. Pár hodin je v prvních ročnících a na nástavbovém studiu a i tak se R5 domnívá, že by tyto hodiny nebyly plně předmětem zájmu školní sestry. Oblast prevence má nyní na škole jeden z učitelů, který tak činí nad svůj pracovní úvazek, ale dle R5 plně dostačuje. Ve škole mají zajištěný preventivní program, Rychlá pomoc do škol, kterou organizuje jednou ročně rychlá záchranná pomoc. Tento projekt každý rok proškolí žáky v jednodenní akci a dle R5 je tento systém dostačující. Oblast prevence sociálně patologických jevů má na starost již zmíněný pedagog zabývající se prevencí. R5, ale vzápětí dodává, že je obtížné na této škole tuto prevenci provádět, když nemají učitelé ani právní možnost kontroly, jestli žáci drogy nepožívají.

V oblasti péče o zdraví si R5 představuje školní sestru jako osobu, která poskytuje ošetření v případě nutnosti. Ve škole se úrazy dle R5 objevují cca v četnosti jeden až dva do měsíce. Většinou se jedná o úrazy typu naražené koleno, nebo obražený palec. Pro tyto případy tady funguje proškolená kolegyně, která zajišťuje první pomoc ve škole. V případě většího úrazu nebo onemocnění je péče zajištěna obvodním lékařem studenta nebo nemocnicí. Proto ani v této oblasti nevidí náplň práce školní sestry. Dodává, že odbornost zajištěné první pomoci by byla sice dobrá, ale školní sestra by dle R5 nenašla v této škole příliš velké uplatnění.

R5 si myslí, že i kdyby se posbíraly všechny možné předměty, kde by mohla školní sestra působit a převzala roli preventisty a zdravotníka našla by se ve škole pro ni náplň práce maximálně na dva dny v týdnu. Na návrh školní sestry společné pro více škol reaguje R5, že by to mohla být určitá varianta, jak by mohla školní sestra najít uplatnění. Pokud by se domluvilo více škol a mělo se setrou smlouvy na částečný úvazek.

Otázku financování vidí R5 jako problematickou. Uvádí, že žádná škola nebude platit navíc nic, než musí. Pokud by kraj nařídil tuto funkci do škol a vyčlenil by peníze tak by v tom neviděl takový problém. Na návrh financování ze strany ministerstva zdravotnictví nebo pojišťoven uvádí, že by to bylo asi značně složité, protože škola je finančně zajištěna právě z kraje a přesouvání peněz mezi ministerstvy nebo pojišťovnami si nedokáže představit. Znovu opakuje, že škola by finance na školní sestru určitě neměla. Musel by přijít pokyn z ministerstva nebo kraje a školní sestra by ve škole pracovala jen na částečný úvazek, tato funkce by byla podložena zákonem a vyhláškami a v tom případě by to mohlo mít podle R5 určitý přínos.

V současné době jsou dle R5 oblasti, které by školní sestra zastávala pokryty zaměstnanci školy. R5 proto nespátřuje výhody této pozice. Nevýhody vidí v tom, že by podle něj školní sestra nenašla plnohodnotné uplatnění na jejich škole. R5 dodává vzápětí, že uplatnění školní sestry třeba na základní škole by bylo asi větší. R5 by nebyl pro zavedení funkce školní sestry.

Respondent R6

Respondent R6 ve školství pracuje již 30 let. Věk R6 je 54 let. Funkci ředitele na střední škole stavební zastává 7 let. Škola má k dispozici pro studenty jídelnu a rozsáhlé sportoviště. Budova školy je velmi prostorná, moderně vybavená a probíhá zde výuka teoretická i praktická. Škola připravuje studenty pro činnosti v oblasti stavebnictví. Součástí vzdělávacího programu je široká škála stavebně zaměřených oborů, jejichž absolvováním můžete dosáhnout středního vzdělání s výučním listem nebo středního vzdělání s maturitní zkouškou. Stávající počet žáků ve škole je 650.

R6 udává, že se s pojmem školní sestra ještě nesetkal. Školní sestru, proto nedefinuje. V oblasti výuky a tvorby preventivních programů R6 vidí spíše v oblasti prevence. Zásah školní sestry přímo do výuky, vzhledem k předmětům, které jsou ve škole vyučovány si R6 nedokáže představit. Ale spolupráci takovéto školní sestry s preventistou, školním psychologem a výchovným poradcem vidí jako velmi zajímavou. R6 byl dotázán, jestli by školní sestra mohla převzít některou tuto funkci ve škole do své pracovní náplně. R6 odpověděl, že vzhledem k tomu, že je nutné vysokoškolské studium zaměřené na pozici výchovného poradce a psychologa, tak ne. Stávající preventista ve škole musel absolvovat 250 hodinový kurz, pro výkon této funkce a R6 dodává, že roli preventisty by školní sestra převzít mohla. Dále by mohla školní sestra podle R6 vést školení první pomoci.

Školní sestra by mohla být v oblasti péče o zdraví dle R6 velkým přínosem, ale záleželo by, jaké pravomoce by školní sestra v této oblasti měla. Přínosem by mohla být, pokud by školní sestra převzala částečně některé kompetence lékaře, ale R6 dodává, že neví, jak by to šlo legislativně ošetřit. Podle R6 by to bylo pro školu ideální. Když by školní sestra přímo ve škole mohla provést nějaké počáteční vyšetření, testy nebo by mohla podat některé léky, které by spadaly do její kompetence. V případě nutnosti by školní sestra kontaktovala odborného lékaře. Tím by se dle R6 omezily návštěvy žáků u lékařů a došlo by ke snížení absence. Opět R6 opakuje, že by to velmi záleželo na kompetencích školní sestry a v případě, že by tyto kompetence sestra měla, určitě by ji uvítal.

Problematiku financování označuje R6 jako kámen úrazu. Ministerstvo by muselo rozhodnout, jak bude tato pozice ve škole umístěna, jaké by měla školní sestra kompetence, koho by nahradila a z jakých peněz by se měla financovat. Pokud by dle R6 školní sestru mělo financovat ministerstvo školství i ministerstvo zdravotnictví mohl by se způsob financování rozdělit podle kompetencí sestry. Škola jako taková by na nakoupení služeb školní sestry dle R6 neměla dostatek peněz. Variantu financování školní sestry pojišťovny si R6 neumí představit.

Podle R6 by měla být školní sestra určitě součástí školy, možnost externího pracovníka nepřipouští. Odpověď zdůvodňuje, tak, že sestra by měla být každodenní součástí školního života, aby byla schopna co nejlépe poznat prostředí školy a případné problémy. Kdyby školní sestra docházela, do školy například na pouhé 2 hodiny v týdnu, neměla by podle R6 šanci plnohodnotně poznat prostředí a problematiku školy a tak i vhodně zasahovat.

Výhody školní sestry R6 udává jako jednoznačné, pokud by se podařilo nastavit její kompetence tak jak již bylo v rozhovoru zmíněno. Mezi výhody by počítal lepší prevenci a snížení absence dětí ve škole. Nevýhody R6 by v tomto případě u školní sestry neviděl.

R6 je pro zavedení funkce školní sestry do škol, ale za podmínky, že bude vyřešena finanční stránka a dobře nastavené kompetence školní sestry.

4.1.1 Interpretace kvalitativního výzkumného šetření

Tabulka 1 – délka praxe respondentů

Respondent	délka praxe
R1	35 let
R2	26 let
R3	38 let
R4	20 let
R5	17 let
R6	30 let
průměrná délka praxe	28 let

Tabulka 1 popisuje délku praxe oslovených respondentů. Délka zkušeností respondentů se v oblasti školství pohybovala od 17 do 38 let, v průměru 28 let.

Tabulka 2 - věk respondentů

Respondent	věk
R1	59 let
R2	50 let
R3	59 let
R4	44 let
R5	41 let
R6	54 let
průměrný věk respondentů	51 let

Tabulka 2 ukazuje věk oslovených respondentů. Rozhovor proběhl s muži ve věku od 41 do 59 let, průměrný věk respondentů byl 51 let.

Tabulka 3 – typ školy

Respondent	typ školy
R1	základní škola
R2	střední škola
R3	základní škola
R4	základní škola
R5	střední škola
R6	střední škola

Tabulka 3 ukazuje respondenty a typ školy, ve kterých respondenti působí jako ředitelé. Respondenti R1, R3 a R4 jsou ředitelé základní školy a respondenti R2, R5 a R6 jsou ředitelé středních škol.

Tabulka 4 – počet studentů ve škole

Respondent	počet žáků
R1	181 žáků
R2	460 žáků
R3	413 žáků
R4	620 žáků
R5	510 žáků
R6	650 žáků

Tabulka 4 ukazuje počet žáků ve školách jednotlivých respondentů.

Tabulka 5 - Představa ředitelů škol, kdo je školní sestra

R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
dbá na bezpečnost a prevenci	1						1
dbá na zdraví žáků a snaží se o jeho zlepšení		1				1	2
zajišťuje ošetřování a první pomoc při úrazech			1				1
nedokáže sdělit				1	1		2
CELKOVÝ VÝSKYT	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: „Kdo je školní sestra?“ Nejčastější kategorie odpovědi je *pracovník školy, který dbá na bezpečnost a prevenci*, uvedeno celkem 3krát. Další kategorie odpovědi *osoba, která dbá na zdraví žáků a snaží se o jeho zlepšení*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *zajišťuje ošetřování a první pomoc při úrazech*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *nedokáže sdělit*, byla uvedena pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 8.

Tabulka 6 – Zařazení školní sestry do vzdělávacího procesu žáků škol

R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
vyučující první pomoci	1		1				2
vyučující výchovy ke zdraví	1		1	1			3
nelze zapojit do vzdělávacího procesu žáků		1			1	1	3
CELKOVÝ VÝSKYT	2	1	2	1	1	1	8

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na zařazení školní sestry do vzdělávacího procesu žáků škol. Kategorie odpovědi *vyučující první*

pomoci, uvedeno celkem 2krát. Další kategorie odpovědi *vyučující výchovy ke zdraví*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *nelze zapojit do vzdělávacího procesu žáků ve škole*, byla uvedena 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 8.

Tabulka 7 – Zařazení školní sestry v přípravě a provádění edukačních a preventivních programů pro žáky školy

R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
vytváření seminářů, přednášek a besed	1	1		1		1	4
tvorba metodických pokynů	1						1
tvorba informačních a výukových materiálů	1	1					2
poradce pro učitele a žáky	1						1
převzetí role preventisty		1	1				2
tvorba preventivních programů školy			1				1
školení první pomoci						1	1
nevidí uplatnění školní sestry					1		1
CELKOVÝ VÝSKYT	4	3	2	1	1	2	13

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na zařazení školní sestry v přípravě a provádění edukačních a preventivních programů pro žáky školy. Kategorie odpovědi *vytváření a zajišťování tematických seminářů, přednášek a besed*, byla uvedena celkem 4krát. Další kategorie odpovědi *tvorba metodických pokynů*, byla uvedena pouze 1krát. Kategorie odpovědi *tvorba informačních a výukových materiálů*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *poradce pro učitele a žáky*, byla uvedena pouze 1krát. Další kategorie odpovědi *převzetí role preventisty*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *tvorba preventivních programů školy*, byla uvedena pouze 1krát. Kategorie odpovědi *školení první pomoci*, byla uvedena pouze 1krát. Kategorie odpovědi *nevidí uplatnění školní sestry*, byla uvedena pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 13.

Tabulka 8 - Zařazení školní sestry v péči o zdraví žáků

R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
ošetření akutních případů	1	1	1	1		1	5
doprovod k lékaři nebo do nemocnice	1						1
evidence léků, lékárníček, zdr. materiálu	1	1	1				3
kontrola jídelníčku	1						1
agenda zdravotního stavu žáků	1						1
sledování norem a platné legislativy	1		1	1			3
převzetí role dobrovolné sestry		1		1			2
vyšetřování žáků a podávání základních léků			1			1	2
komunikace s lékařem						1	1
nevidí uplatnění školní sestry					1		1
CELKOVÝ VÝSKYT	6	3	4	3	1	3	20

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na zařazení školní sestry v péči o zdraví žáků. Kategorie odpovědi *ošetření akutních případů*, byla uvedena celkem 5krát. Další kategorie odpovědi *doprovod k lékaři nebo do nemocnice*, byla uvedena pouze 1krát. Kategorie odpovědi *evidence léků, lékárníček, zdravotnického materiálu*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *kontrola jídelníčku*, byla uvedena pouze 1krát. Další kategorie odpovědi *agenda zdravotního stavu žáků*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *sledování norem a platné legislativy v oblasti zdraví, bezpečí a hygieny ve škole*, byla uvedena 3krát. Další kategorie odpovědi *převzetí role dobrovolné sestry*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *vyšetřování žáků a podávání základních léků* byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *komunikace s lékařem*, byla uvedena pouze 1krát. Kategorie odpovědi *nevidí uplatnění školní sestry*, byla uvedena pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 20.

Tabulka 9 – Problémy ve financování pozice školní sestry

R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
zajištění prostoru a vybavení	1						1
nevyhovující nastavení školního systému	1						1
nedostatek peněz v rozpočtu školy	1	1	1	1	1	1	6
složitost financování		1			1		2
spor mezi resorty, kdo bude školní sestru financovat			1				1
CELKOVÝ VÝSKYT	3	2	2	1	2	1	11

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů týkající se problematiky financování pozice školní sestry. Kategorie odpovědi *zajištění prostoru a vybavení*, byla uvedena celkem 1krát. Další kategorie odpovědi *nevyhovující nastavení školního systému*, byla uvedena pouze 1krát. Kategorie odpovědi *nedostatek peněz v rozpočtu školy*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědi *složitost financování*, byla uvedena pouze 2krát. Další kategorie odpovědi *spor mezi resorty, kdo bude školní sestru financovat*, byla uvedena 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

Tabulka 10 - Způsoby financování pozice školní sestry

R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
financování z ministerstva zdravotnictví i školství	1					1	2
1 školní sestra pro více škol – společné financování	1				1		2
nedokáže sdělit		1	1	1			3
CELKOVÝ VÝSKYT	2	1	1	1	1	1	7

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů týkající se způsobu financování pozice školní sestry. Kategorie odpovědi *financování z ministerstva zdravotnictví i školství*, byla uvedena celkem 2krát. Další kategorie odpovědi *1 školní sestra pro více škol – společné financování*, byla uvedena pouze 2krát. Kategorie odpovědi *nedokáže sdělit*, byla uvedena 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 7.

Tabulka 11 – Působíště školní sestry

R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
školní sestra společná pro více škol	1	1			1		3
školní sestra je pořád k dispozici ve škole			1			1	2
v budově školy pouze v případě většího počtu žáků				1			1
CELKOVÝ VÝSKYT	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů týkající se působíště školní sestry. Kategorie odpovědi *školní sestra společná pro více škol* byla uvedena celkem 3krát. Další kategorie odpovědi *školní sestra je k dispozici ve škole*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *v budově školy pouze v případě většího počtu žáků*, byla uvedena pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 6.

Tabulka 12 – Výhody školní sestry

R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
lepší osvěta		1	1				2
ucelená péče o žáky		1	1				2
snížení absence žáků						1	1
prevence	1		1	1		1	4
nevidí výhody					1		1
CELKOVÝ VÝSKYT	1	2	3	1	1	2	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů týkající se výhod práce školní sestry. Kategorie odpovědi *lepší osvěta*, byla uvedena celkem 2krát. Další kategorie odpovědi *ucelená péče o žáky*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *prevence*, byla uvedena 4krát. Další kategorie odpovědi *snížení absence žáků*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *nevidí výhody*, byla uvedena pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Tabulka 13 – Nevýhody školní sestry

R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
nevidí nevýhody		1				1	2
nevřešené financování			1	1			2
problematika poskytování informací	1						1
nešla by uplatnění					1		1
CELKOVÝ VÝSKYT	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů týkající se nevýhod práce školní sestry. Kategorie odpovědi *nevidí nevýhody*, byla uvedena celkem 2krát. Další kategorie odpovědi *nevřešené financování*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *problematika poskytování informací*, byla uvedena pouze 1krát. Kategorie odpovědi *nešla by uplatnění*, byla uvedena pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 6.

Tabulka 14 – Souhlas se zavedením školní sestry

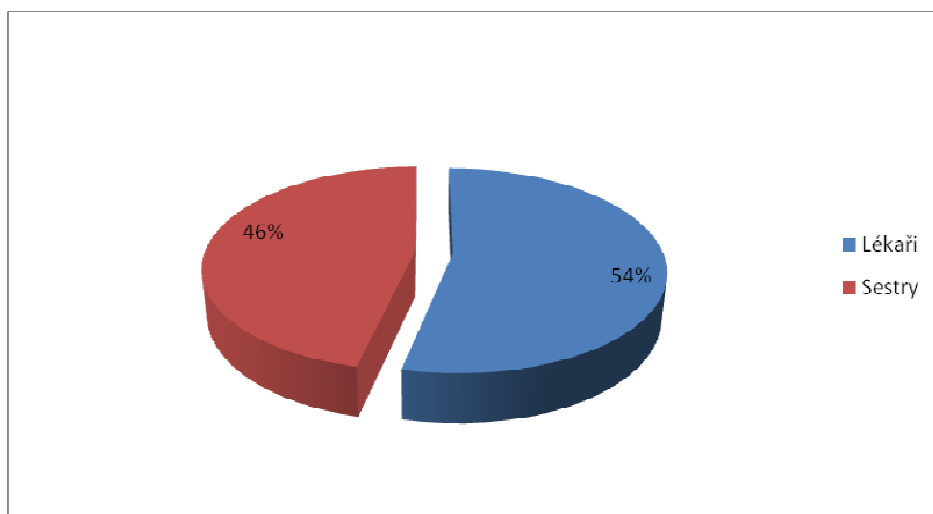
R = RESPONDENT	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SOUČET
ano, v případě vyřešení financování	1	1	1	1		1	5
ne, nevidí uplatnění					1		1
CELKOVÝ VÝSKYT	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů týkající souhlasu se zavedením školní sestry. Kategorie odpovědi *ano, v případě vyřešení financování*, byla uvedena celkem 5krát. Další kategorie odpovědi *ne, nevidí uplatnění*, byla uvedena pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 6.

4.2 Interpretace kvantitativního výzkumného šetření

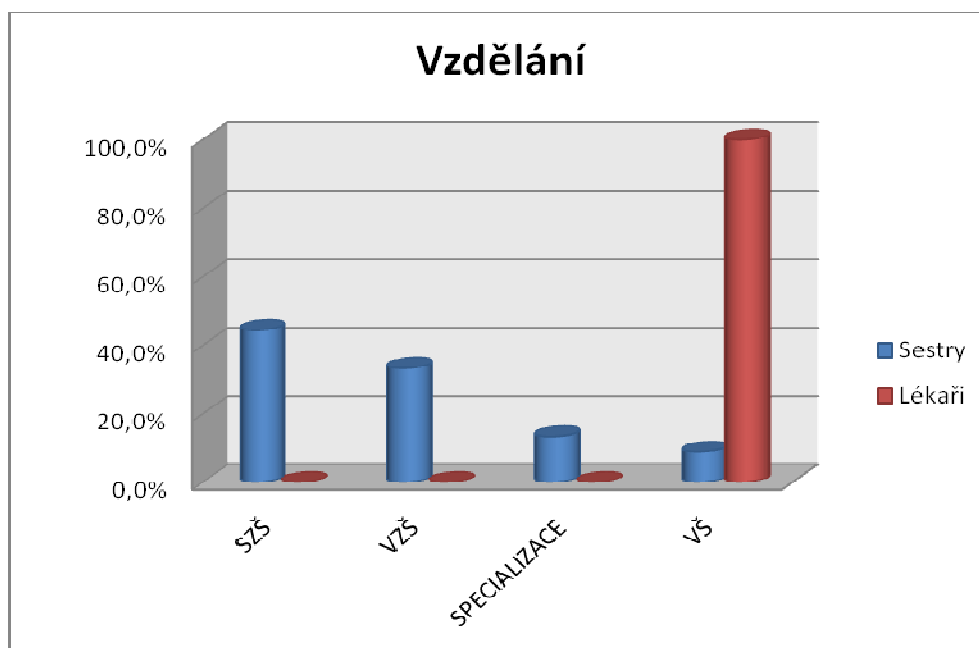
Při výzkumném šetření byli osloveni praktičtí lékaři pro děti a dorost a dětské sestry pracující v ambulancích praktických lékařů pro děti a dorost. V popiscích tabulek a grafů jsou pro přehlednost uvedeny pouze označení lékař a sestra.

Graf 1 – Povolání respondentů



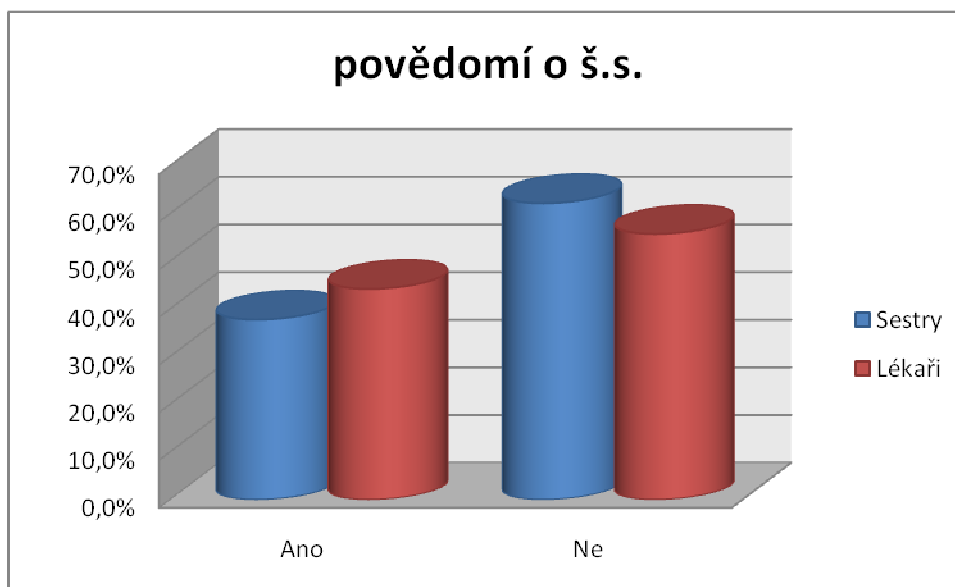
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 97 respondentů. Z toho bylo zastoupeno 52 lékařů (54%) a 45 sester (46%).

Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf 2 ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvyšší dosažené vzdělání u všech lékařů bylo vysokoškolské 52 (100%). Nejvyšší dosažené vzdělání u 20 (44,4%) sester byla střední zdravotnická škola, 15 (33,3%) sester mělo nejvyšší dosažené vzdělání vyšší zdravotnickou školu. 6 (13,3%) sester absolvovalo specializační studium a 4 (8,9%) sestry dosáhly vysokoškolského studia.

Graf 3 – Povědomí o pojmu školní sestra



Graf 3 ukazuje odpovědi sester a lékařů na otázku: „Setkal/a jste se již někdy s pojmem školní sestra?“ 23 (44,2%) lékařů odpovědělo ano a 29 (55,8%) lékařů odpovědělo ne. 17 (37,8%) sester odpovědělo ano na tutéž otázku a 28 (62,2%) sester odpovědělo ne.

Tabulka 15 – Kde se respondenti setkali s pojmem školní sestra

Pojem š.s.	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
škola	1	1,9%	1,9%	5	11,1%	11,1%
praxe	14	26,9%	28,8%	3	6,7%	17,8%
zahraniční stáž	0	0,0%	28,8%	0	0,0%	17,8%
konference	0	0,0%	28,8%	1	2,2%	20,0%
odborná publikace	2	3,8%	32,7%	4	8,9%	28,9%
média	1	1,9%	34,6%	1	2,2%	31,1%
pojem nezná	29	55,8%	90,4%	28	62,2%	93,3%
jiné: z vyprávění	2	3,8%	94,2%	1	2,2%	95,6%
jiné: dětství	3	5,8%	100,0%	2	4,4%	100,0%
Součet	52	100%		45	100%	

Tabulka 15 ukazuje odpovědi na otázku: „Kde jste se setkal/a s pojmem školní sestra?“ 29 (55,8) lékařů a 28 sester (62,2%) pojem nezná. Odpověď v praxi označilo 14

(26,9%) lékařů a 3 (6,7%) sester. 1 (1,9%) lékař a 5 (11,1%) sester uvedlo, že ve škole. 2 (3,8%) lékaři a 4 (8,9%) sestry v odborné publikaci. 3 (5,8%) lékaři a 2 (4,4%) sestry uvedli do položky jiné, odpověď dětství a 2 (3,8%) lékaři a 1 (2,2%) sestra odpověděli z vyprávění. Možnost média uvedl 1 (1,9%) lékař a 1 (2,2%) sestra. 1 (2,2%) sestra uvedla konferenci. Zahraniční stáž neuvedl nikdo z respondentů.

Tabulka 16 – Kdo je podle respondentů školní sestra

Školní sestra	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Odborník v oblasti komun. péče prac. ve škol. prostředí	39	52,7%	52,7%	30	45,5%	45,5%
Osoba působící v oblasti sekundární péče	2	2,7%	55,4%	5	7,6%	53,0%
Osoba působící v oblasti primární péče	24	32,4%	87,8%	20	30,3%	83,3%
Pedagog zaměřený na zdravotní výchovu dětí	9	12,2%	100,0%	11	16,7%	100,0%
Součet	74	100%		66	100%	

Tabulka 16 ukazuje výběr odpovědí respondentů na otázku: „Kdo je školní sestra?“ Respondenti měli možnost označit více odpovědí, proto počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů. Četnost odpovědí u lékařů je 74 (100%) a u sester 66 (100%).

Odpověď školní sestra je odborník v oblasti komunitní péče pracující ve školním prostředí zvolilo 39 (52,7%) lékařů a 30 (45,5%) sester. 24krát (32,4%) lékaři a 20krát (30,3%) sestry odpověděli osoba působící v oblasti primární péče. Pedagog zaměřený na zdravotní výchovu dětí byl lékaři označen v 9krát (12,2%) a sestrami 11krát (16,7%). 2krát (2,7%) označili lékaři a 5krát (7,6%) sestry školní sestru jako osobou působící v oblasti sekundární péče.

Tabulka 17 – Cíl práce školní sestry dle respondentů

Cíl práce školní sestry	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Přispět k udržování, zlepšování a propagaci fyz. a dušev. zdraví dětí	42	42,9%	42,9%	34	41,0%	41,0%
Výhradně zajišťování první pomoci ve škole	6	6,1%	49,0%	8	9,6%	50,6%
Ulehčit a urychlit včasnou identifikaci zdr. problému	24	24,5%	73,5%	22	26,5%	77,1%
Zmapovat prostředí ve kterém se dítě pohybuje a reag. na příp. problémy	26	26,5%	100,0%	19	22,9%	100,0%
Součet	98	100%		83	100%	

Tabulka 17 ukazuje výběr odpovědí respondentů na otázku: „Co je cílem práce školní sestry?“ Respondenti měli možnost označit více odpovědí, proto počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů. Četnost odpovědí u lékařů je 98 (100%) a u sester 83 (100%).

42 (42,9%) lékařů odpovědělo, že cílem práce školní sestry je přispět k udržování, zlepšování a propagaci fyzického a duševního zdraví dětí. 26krát (26,5%) byla označena odpověď, co nejlépe zmapovat prostředí, ve kterém se dítě pohybuje a reagovat na případné problémy. Možnost ulehčit a urychlit včasnou identifikaci zdravotního problému byla lékaři označena 24krát (24,5%) a 6krát (6,1%) označili jako cíl práce školní sestry výhradně zajišťování první pomoci ve škole.

Sestry nejčastěji odpovídaly 34 (41,0%), že cílem práce školní sestry je přispět k udržování, zlepšování a propagaci fyzického a duševního zdraví dětí. 22krát (26,5%) označily odpověď, že cílem práce školní sestry je ulehčit a urychlit včasnou identifikaci zdravotního problému. Možnost, co nejlépe zmapovat prostředí, ve kterém se dítě pohybuje a reagovat na případné problémy byla sestrami označena 19krát (22,9%) a 8krát (9,6%), že školní sestra výhradně zajišťuje první pomoci ve škole.

Tabulka 18 – Náplň práce školní sestry

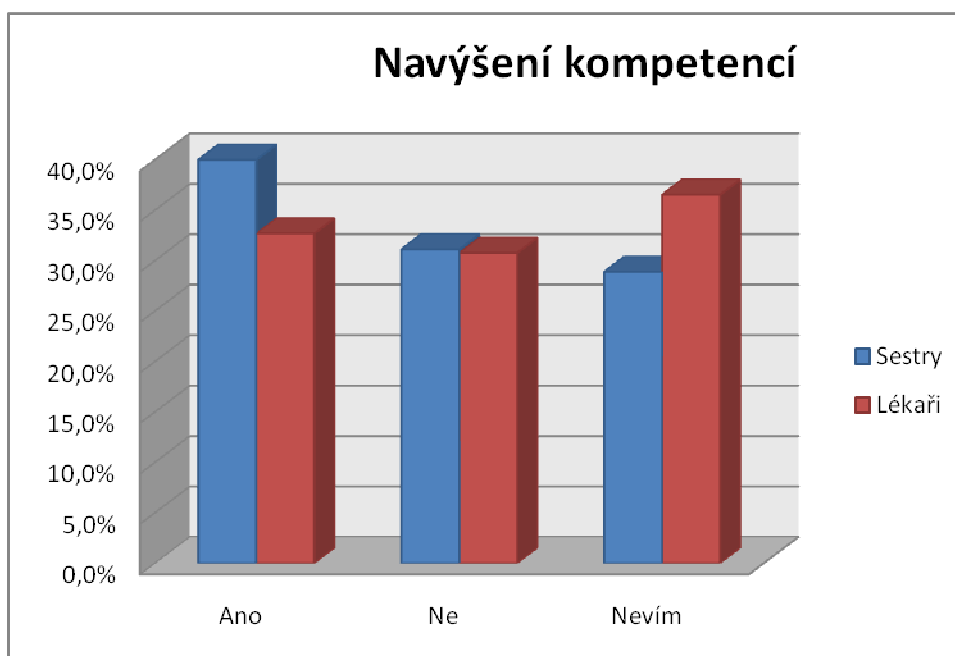
Náplň práce š.s.	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Edukace (dětí, rodičů)	41	15,5%	15,5%	34	13,3%	13,3%
Zajišťování zdr. služby a první pomoci na školách	32	12,1%	27,5%	32	12,5%	25,9%
Doprovod na školních akcích	26	9,8%	37,4%	22	8,6%	34,5%
Spolupráce výukových plánů	6	2,3%	39,6%	8	3,1%	37,6%
Praktická výuka (první pomoc, výchova ke zdraví, ...)	32	12,1%	51,7%	24	9,4%	47,1%
Získávání epidem. dat, zajišťování a kontrola hyg. prostředí	23	8,7%	60,4%	19	7,5%	54,5%
Identifikace a vyhledávání zdr. , soc. a jiných problémů	24	9,1%	69,4%	22	8,6%	63,1%
Management péče o dítě s chron. onemocněním a spec. potřebami	10	3,8%	73,2%	12	4,7%	67,8%
Screening	7	2,6%	75,8%	18	7,1%	74,9%
Očkování dětí	2	0,8%	76,6%	4	1,6%	76,5%
Podávání a předepisování některých léků	1	0,4%	77,0%	8	3,1%	79,6%
Vystavování doporučení pro další vyšetření dětí	18	6,8%	83,8%	16	6,3%	85,9%
Komunikace s orgánem sociálně-právní ochrany	22	8,3%	92,1%	20	7,8%	93,7%
Vytváření edukačních materiálů a preventivních programů	21	7,9%	100,0%	16	6,3%	100,0%

Jiné	0	0,0%	100,0%	0	0,0%	100,0%
Součet	265	100%		255	100%	

Tabulka 18 ukazuje výběr odpovědí respondentů na otázku: „Které činnosti by mohli být náplní práce školní sestry?“ Respondenti měli možnost označit více odpovědí, proto počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů. Četnost odpovědí u lékařů je 265 (100%) a u sester 255 (100%).

41krát (15,5%) lékaři a 34krát (13,3%) sestry označili odpověď edukace (dětí, rodičů). 26krát (9,8%) lékaři a 22krát (8,6%) sestry uvedli doprovod na školních akcích (škola v přírodě, školní výlety...) a 32krát (12,1%) lékaři i sestry (15,5%) zajišťování zdravotní služby a první pomoci na školách. 24krát (9,1%) lékaři 22krát (8,6%) sestry označili možnost identifikace a vyhledávání zdravotních, sociálních a jiných problémů. Možnost praktická výuka (první pomoc, výchova ke zdraví, ...) byla označena 32krát (12,1%) lékaři a 24krát (9,4%) sestrami. 23krát (8,7%) lékaři a 19krát (7,5%) sestry označili získávání epidemiologických dat, zajišťování a kontrola hygienického prostředí. Lékaři 21krát (7,9%) a sestry 16krát (6,3%) uvedli vytváření edukačních materiálů a preventivních programů. Možnost komunikace s orgánem sociálně-právní ochrany, v případě výchovných a jiných problémů dítěte byla označena lékaři 22krát (8,3%) a sestrami 20krát (7,8%). Vystavování doporučení pro další vyšetření dětí (obvodní lékař, psycholog, sociální pracovník) označili lékaři 18krát (6,8%) a sestry 16krát (6,3%). Management péče o dítě s chronickým onemocněním a speciálními potřebami byl označen lékaři 10krát (3,8%) a sestrami 12krát (4,7%). 7krát (2,6%) lékaři a 18krát (7,1%) sestry označili Screening, lékaři 6krát (2,3%) a sestry 8krát (3,1%) spolutvorba výukových plánů, 2krát (0,8%) lékaři a 4krát (1,6%) sestrami byla označena možnost očkování dětí. 1krát (0,4%) v případě lékařů a 8krát (3,1%) sestrami byla označena možnost podávání a předepisování některých léků. Možnost vlastní odpovědi nevyužil nikdo z lékařů ani sester.

Graf 4 – Nutnost navýšení kompetencí dětských sester v souvislosti se zavedením pozice školní sestry



Graf 4 ukazuje odpovědi sester a lékařů na otázku: „Domníváte se, že by bylo nutné se zavedením pozice školní sestry zvýšit kompetence dětských sester?“ 19 (36,5%) lékařů odpovědělo neví. 16 (30,8%) lékařů odpovědělo ne a 17 (32,7%) lékařů uvedlo ano. 18 (40,0%) sester odpovědělo ano. 14 (31,1%) sester odpovědělo ne a 13 (28,9%) odpovědělo neví.

Tabulka 19 – Samostatnost školní sestry při práci

samostatnost při práci	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Zcela samostatně	0	0,0%	0,0%	1	2,2%	2,2%
Samostatně v součinnosti s ostatními institucemi	40	76,9%	76,9%	30	66,7%	68,9%

Pod přímým vedením některé instituce	12	23,1%	100,0%	14	31,1%	100,0%
Jiné	0	0,0%	100,0%	0	0,0%	100,0%
Součet	52	100%		45	100%	

Tabulka 19 ukazuje názory respondentů, jak by měla školní sestra pracovat. Samostatně v součinnosti s ostatními institucemi zabývajícími se dětmi školního věku (škola, lékař pro děti a dorost, hygienická stanice, komise pro zdravotnictví a sociální věci jednotlivých krajů,...) uvedlo 40 (76,9%) lékařů a 30 (66,7%) sester. Odpověď pod přímým vedením některé instituce označilo 12 (23,1%) lékařů a 14 (31,1%) sester. Možnost zcela samostatně neoznačil nikdo z lékařů a pouze 1 (2,2%) sestra. Možnost jiné neoznačil nikdo ze sester ani lékařů.

Tabulka 20 – Řídící orgán školní sestry

řídící orgán š.s.	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Praktický lékař pro děti a dorost	16	30,8%	30,8%	7	15,6%	15,6%
Ředitel školy	1	1,9%	32,7%	1	2,2%	17,8%
Hygienická stanice	2	3,8%	36,5%	0	0,0%	17,8%
Zdravotní komise jednotlivých krajů	1	1,9%	38,5%	4	8,9%	26,7%
Školní sestra by měla pracovat samostatně a spolupracovat ...	30	57,7%	96,2%	31	68,9%	95,6%
Školní sestra by měla pracovat samostatně bez nutnosti spolupráce	1	1,9%	98,1%	1	2,2%	97,8%
jiné: nevím	1	1,9%	100,0%	1	2,2%	100,0%
Součet	52	100%		45	100%	

Tabulka 20 ukazuje odpovědi sester a lékařů na otázku: „Kdo by měl být řídicím orgánem pro školní sestry?“. Lékaři 30 (57,7%) a sestry 31 (68,9%) se nejčastěji domnívají, že školní sestra by měla pracovat samostatně a spolupracovat s obvodním lékařem, ředitelem školy, hygienickou stanicí nebo zdravotní komisí příslušného kraje. 16 (30,8%) lékařů a 17 (15,6%) se domnívá, že řídicím orgánem pro sestru by měl být praktický lékař pro děti a dorost. 1 (1,9%) lékař a 1 sestra (2,2%) se domnívají, že by měl být řídicím orgánem školní sestry ředitel školy, 1 (1,9%) lékař a 4 (8,9%) sestry zdravotní komise jednotlivých krajů a 1 (1,9%) lékař a 1 (2,2%) sestra si myslí, že školní sestra by měla pracovat samostatně bez nutnosti spolupráce s jinou institucí. Hygienická stanice byla označena 2 (3,8%) lékaři a žádnou sestrou. Možnost jiné z odpovědí nevím uvedl 1 (1,9%) lékař a 1 (2,2%) sestra.

Tabulka 21 – Spolupráce školní sestry s praktickým lékařem pro děti a dorost

spolupráce š.s. a PLDD	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Školní sestra postupuje dle pokynů lékaře, plán péče vytváří lékař, sestra plní dílčí úkoly	5	9,6%	9,6%	1	2,2%	2,2%
Školní sestra má svůj vlastní plán péče a dle potřeby kontaktuje lékaře	29	55,8%	65,4%	25	55,6%	57,8%
Školní sestra vytváří plán péče, ale vždy jej konzultuje s lékařem	10	19,2%	84,6%	11	24,4%	82,2%
Školní sestra vytváří plán péče, ale lékař ho musí vždy schválit	7	13,5%	98,1%	8	17,8%	100,0%
Jiné: sestra je v praxi PLDD nepotřebná	1	1,9%	100,0%	0	0,0%	100,0%
Součet	52	100%		45	100%	

Tabulka 21 ukazuje odpovědi sester a lékařů na otázku: „Jak by měla vypadat spolupráce školní sestry s praktickým lékařem pro děti a dorost?“

Odpověď školní sestra má svůj vlastní plán péče o děti ve škole a dle svého uvážení a potřeby kontaktuje příslušného lékaře a řeší s ním konkrétní problematiku (nastavení režimových opatření u chronicky nemocných dětí,...) označili lékaři 29krát (55,8%) a sestry 25krát (55,6%). Školní sestra vytváří plán péče o děti ve škole, ale vždy jej konzultuje s lékařem a případně na jeho žádost tento plán upravuje, označilo 10 (19,2%) lékařů a 11 (24,4%) sester. 7 (13,5%) lékařů a 8 (17,8%) sester označilo odpověď, školní sestra vytváří plán péče o děti ve škole, ale lékař ho musí vždy schválit a v případě potřeby nařizuje, jak má plán péče vypadat. 5 (9,6%) lékařů a 1 (2,2%) sestra vybrali odpověď, že školní sestra postupuje dle pokynů lékaře, plán péče o děti ve škole vytváří lékař, sestra plní dílčí úkoly. Položku jiné: sestra je v praxi PLDD nepotřebná uvedl 1 (1,9%) lékař.

Tabulka 22 – Klíčové oblasti spolupráce školní sestry a praktického lékaře pro děti a dorost

klíčové oblasti spolupráce	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Prostředí – hygiena, zdravé prostředí	45	17,9%	17,9%	39	19,6%	19,6%
Stravovací návyky	32	12,7%	30,7%	34	17,1%	36,7%
Imunizace	4	1,6%	32,3%	5	2,5%	39,2%
Infekční onemocnění	26	10,4%	42,6%	19	9,5%	48,7%
Chronická onemocnění	28	11,2%	53,8%	13	6,5%	55,3%
Režimová opatření	40	15,9%	69,7%	21	10,6%	65,8%
Preventivní opatření	49	19,5%	89,2%	41	20,6%	86,4%
Screening	16	6,4%	95,6%	18	9,0%	95,5%
Dispenzarizace	11	4,4%	100,0%	9	4,5%	100,0%

Jiné	0	0,0%	100,0%	0	0,0%	100,0%
Součet	251	100%		199	100%	

Tabulka 22 ukazuje výběr odpovědí respondentů na otázku: „Které oblasti by měli být klíčové pro spolupráci školní sestry a praktického lékaře pro děti a dorost?“ Respondenti měli možnost označit více odpovědí, proto počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů. Četnost odpovědí u lékařů je 251 (100%) a u sester 199 (100%).

Preventivní opatření označili lékaři 49krát (19,5%) a sestry 41krát (20,6%). Prostředí – hygiena, zdravé prostředí uvedli lékaři 45krát (17,9%) a sestry 40krát (15,9%) lékaři a 21krát (10,6%) sestry označili odpověď režimová opatření a 32krát (12,7%) lékaři a 34krát (17,1%) sestry stravovací návyky. 28krát (11,2%) lékaři a 13krát (6,5%) sestry uvedli chronická onemocnění. 26krát (10,4%) lékaři a 19krát (9,5%) sestry označili infekční onemocnění. 16krát (6,4%) lékaři a 18krát (9,0%) sestry označili možnost screening. 11krát (4,4%) lékaři a 9krát (4,5%) sestrami byla označena dispenzarizace a pouze 4krát (1,6%) lékaři a 5krát (2,5%) sestry označili odpověď imunizace. Možnost jiné nevyužil nikdo z lékařů ani sester.

Tabulka 23 – Umístění školní sestry

Sídlo š.s.	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
V prostorách školy bez ohledu na počet žáků	15	28,8%	28,8%	17	37,8%	37,8%
V prostorách školy pouze v případě většího počtu žáků	8	15,4%	44,2%	4	8,9%	46,7%
Měla by mít vlastní působiště mimo školu	3	5,8%	50,0%	2	4,4%	51,1%
Měla by být v ordinaci praktického lékaře	4	7,7%	57,7%	3	6,7%	57,8%

V případě školy s velkým počtem žáků má stálé sídlo v prostorách školy, v případě školy s malým počtem žáků je školní sestra společná pro více škol	21	40,4%	98,1%	19	42,2%	100,0%
Jiné: nikde	1	1,9%	100,0%	0	0,0%	100,0%
Součet	52	100%		45	100%	

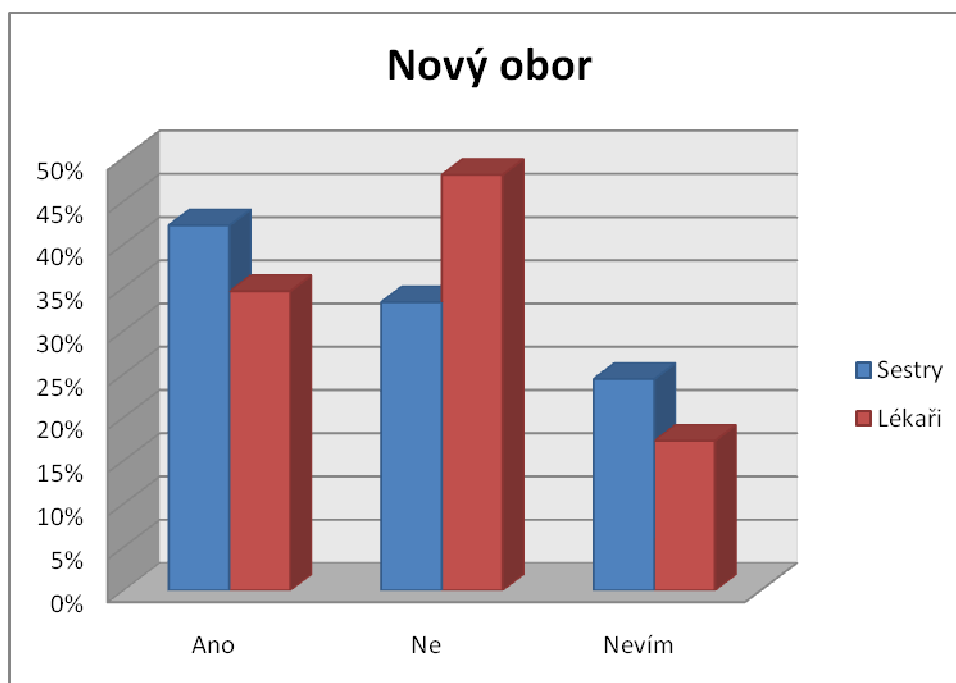
Tabulka 23 zobrazuje názory respondentů na to, kde by měla školní sestra sídlit? 21 (40,4%) lékařů 19 (12,2%) sester odpovědělo v případě školy s velkým počtem žáků má stálé sídlo v prostorách školy, v případě školy s malým počtem žáků je školní sestra společná pro více škol v daném regionu. 15 (28,8%) lékařů a 17 (37,8%) sester odpovědělo v prostorách školy bez ohledu na počet žáků. 8 (15,4%) lékařů a 4 (8,9%) sestry odpověděli v prostorách školy pouze v případě většího počtu žáků. 4 (7,7%) lékaři a 3 (6,7%) sestry odpověděli, že školní sestra by měla být v ordinaci praktického lékaře. 3 (5,8%) lékaři a 2 (4,4%) sestry se domnívají, že by školní sestra měla mít vlastní působiště mimo školu. Vlastní odpověď v položce jiné s odpovědí nikde uvedl 1 (1,9%) lékař a žádná sestra.

Tabulka 24 – Zdroj financování školní sestry

Financování	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy	16	30,8%	30,8%	10	22,2%	22,2%
Ministerstvo zdravotnictví	11	21,2%	51,9%	16	35,6%	57,8%
Zdravotní pojišťovny - přímou platbou	13	25,0%	76,9%	4	8,9%	66,7%
Kombinace výše uvedených	8	15,4%	92,3%	10	22,2%	88,9%
jiné: zřizovatel školy	1	1,9%	94,2%	1	2,2%	91,1%
jiné: rodiče	1	1,9%	96,2%	0	0,0%	91,1%
jiné: neví	2	3,8%	100,0%	4	8,9%	100,0%
Součet	52	100%		45	100%	

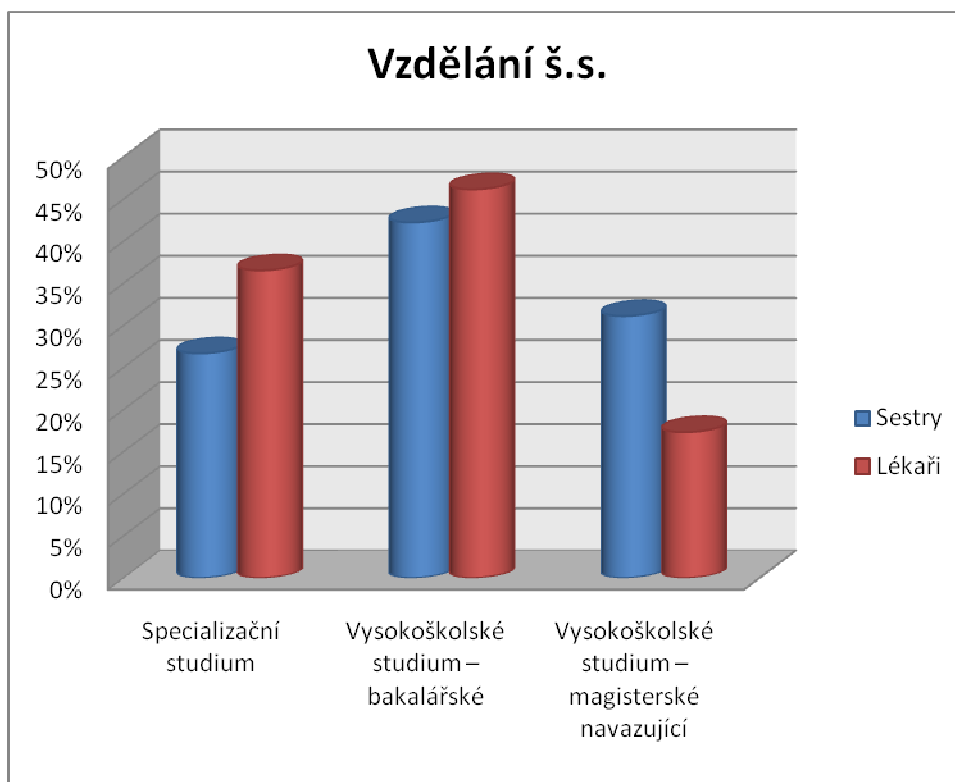
Tabulka 24 mapuje názory respondentů, kdo by měl být zdrojem financování školní sestry. 16 (30,8%) lékařů a 10 (22,2%) sester odpovědělo ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. 11 (21,2%) lékařů a 16 (35,6%) sester odpovědělo ministerstvo zdravotnictví. Odpověď zdravotní pojišťovny - přímou platbou uvedli lékaři 13krát (25,0%) a sestry 4krát (8,9%). Položku kombinace výše uvedených označilo 8 (15,4%) lékařů a 10 (22,2%) sester. 1 (1,9%) lékař a 1 (2,2%) sestra do položky jiné uvedli odpověď zřizovatel školy a 1 (1,9%) lékař do této položky uvedl odpověď rodiče. Možnost jiné s odpovědí nevím zvolili 2 (3,8%) lékaři a 4 (8,9%) sestry.

Graf 5 – Vytvoření nového studijního oboru školní sestra



Graf 5 mapuje názory respondentů na otázku: „Bylo by dle vašeho názoru nutné vytvoření specializačního studijního oboru školní sestra pro zavedení oboru do praxe?“ 18 (34,6%) lékařů a 19 (42,2%) sester uvedlo odpověď ano. 25 (48,1%) lékařů a 15 (33,3%) sester odpovědělo ne. Možnost nevím zvolilo 9 (17,3%) lékařů a 11 (24,4%) sester.

Graf 6 – Vzdělání školní sestry



Graf 6 mapuje názory respondentů na otázku: „Jaké vzdělání by podle vás měla mít školní sestra?“ 24 (46,2%) lékařů a 19 (42,2%) sester se domnívá, že by školní sestra měla mít vysokoškolské studium – bakalářské. 19 (36,5%) lékařů a 12 (26,7%) sester označilo odpověď specializační studium a 9 (17,3%) lékařů a 14 (31,1%) sester odpovědělo vysokoškolské studium – magisterské navazující.

Tabulka 25 – Praxe jako podmínka výkonu povolání školní sestry

Praxe š.s.	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Ano – praxe u lůžka na dětském oddělení	3	5,8%	5,8%	2	4,4%	4,4%
Ano – praxe v ambulantním provozu typu dětského zařízení	20	38,5%	44,2%	8	17,8%	22,2%

Ano - praxe v ambulantním provozu dětského typu i na dětském lůžkovém oddělení	28	53,8%	98,1%	31	68,9%	91,1%
Ne	0	0,0%	98,1%	1	2,2%	93,3%
Nevím	1	1,9%	100,0%	3	6,7%	100,0%
Součet	52	100%		45	100%	

Tabulka 25 ukazuje odpovědi respondentů na otázku: „Měla by být podle vás podmínkou výkonu povolání školní sestry praxe?“ 28 (53,8%) lékařů a 31 (68,9%) sester odpovědělo praxe v ambulantním provozu dětského typu i na dětském lůžkovém oddělení. 20 (38,5%) lékařů a 8 (17,8%) sester označilo praxe v ambulantním provozu typu dětského zařízení. 3 (5,8%) lékaři a 2 (4,4%) sestry odpověděli praxe u lůžka na dětském oddělení. 1 (1,9%) lékař a 3 (6,7%) sestry odpověděli, že neví a odpověď ne zvolila 1 (2,2%) sestra.

Tabulka 26 – Pozitivní přínos školní sestry dle respondentů

Pozitiva	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Zvýšení osvěty dětí, edukace, výuka	14	15,9%	15,9%	11	13,3%	13,3%
Včasný záchyt onemocnění, lepší PP	8	9,1%	25,0%	10	12,0%	25,3%
Znalost prostředí, zdravotnický dohled	3	3,4%	28,4%	2	2,4%	27,7%
Znalost vážněji nemocných žáků a jejich léčby	2	2,3%	30,7%	4	4,8%	32,5%
Zdroj informací pro učitele a PLDD	6	6,8%	37,5%	3	3,6%	36,1%
Úleva PLDD - řešení menších problémů přímo se sestrou	0	0,0%	37,5%	1	1,2%	37,3%

Ulehčení situace ve škole dětem s chron. onem, handicapovaným, ...	1	1,1%	38,6%	2	2,4%	39,8%
Zlepšení zdravotního stavu dětí	0	0,0%	38,6%	3	3,6%	43,4%
Zlepšení prevence	15	17,0%	55,7%	12	14,5%	57,8%
Lepší komunikace - rodiče, PLDD, škola, ...	5	5,7%	61,4%	7	8,4%	66,3%
Spoluvytváření zdravého prostředí	3	3,4%	64,8%	4	4,8%	71,1%
Spojovací článek mezi školou, psychologem a rodiči	5	5,7%	70,5%	2	2,4%	73,5%
Konzultace pro děti přímo ve škole	2	2,3%	72,7%	1	1,2%	74,7%
Včasný záchyt rizikových skupin dětí (zdr., soc., hyg., psych. potíže, ...)	3	3,4%	76,1%	4	4,8%	79,5%
Řešení problémů v rodinách	0	0,0%	76,1%	1	1,2%	80,7%
Zlepšení návaznosti péče s odborem péče o dítě	2	2,3%	78,4%	0	0,0%	80,7%
Kontrola kvality stravy ve š. jídelnách	4	4,5%	83,0%	1	1,2%	81,9%
Zlepšení docházky ve škole	0	0,0%	83,0%	2	2,4%	84,3%
Kurzy první pomoci	2	2,3%	85,2%	4	4,8%	89,2%
Dispenzarizace	1	1,1%	86,4%	0	0,0%	89,2%
Neodpověděli	3	3,4%	89,8%	2	2,4%	91,6%
Nevím	4	4,5%	94,3%	5	6,0%	97,6%
Žádná pozitiva - není potřeba	5	5,7%	100,0%	2	2,4%	100,0%
Součet	88	100%		83	100%	

Tabulka 26 kategorizuje odpovědi respondentů na otázku: „Jaká pozitiva by podle vás mohla přinést pozice školní sestry?“ Tato otázka byla otevřená a respondenti odpovídali vlastními slovy. Některé názory respondentů se opakovaly nebo jeden respondent zvolil několik odpovědí, proto počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů. Lékaři uvedli 88 (100%) odpovědí a sestry 83 (100%) odpovědí.

Zvýšení osvěty, edukace, výuka uvedlo 14 (15,9%) lékařů a 11 (13,3%) sester. Včasný záchyt onemocnění, lepší PP uvedlo 8 (9,1%) lékařů a 10 (12,0%) sester. Znalost prostředí, zdravotnický dohled uvedli 3 (3,4%) lékaři a 2 (2,4%) sestry. 2 (2,3%) lékaři a 4 (4,8%) sestry vidí pozitivum školní sestry ve znalosti vážněji nemocných žáků a jejich léčby. Jako zdroj informací uvedlo školní sestru 6 (6,8%) lékařů a 3 (3,6%) sestry. 1 (1,2%) sestra uvedla odpověď úleva PLDD – řešení menších problémů přímo se sestrou ve škole. Ulehčení situace ve škole dětem s chronickým onemocněním, handicapovaným, ... uvedl 1 (1,1%) lékař a 2 (2,4%) sestry. Zlepšení zdravotního stavu dětí uvedly 3 (3,6%) sestry. Zlepšení prevence uvedlo 15 (17,0%) lékařů a 12 (14,5%) sester. Lepší komunikace s rodiči, PLDD, školou ... uvedlo 5 (5,7%) lékařů a 7 (8,4%) sester. Spoluvytváření zdravého prostředí uvedli 3 (3,4%) lékaři a 4 (4,8%) sestry. Spojovací článek mezi školou a psychologem a rodiči uvedli lékaři 5krát (5,7%) a sestry 2krát (2,4%). Včasný záchyt rizikových skupin dětí uvedli 3 (3,4%) lékaři a 4 (4,8%) sestry. Řešení problémů v rodinách uvedla 1 (1,2%) sestra. Zlepšení návaznosti péče s odborem péče o dítě uvedli 2 (2,3%) lékaři. Kontrola kvality stravy ve školních jídelnách uvedli 4 (4,5%) lékaři a 1 (1,2%) sestra. Zlepšení docházky ve škole uvedly 2 (2,4%) sestry. Kurzy první pomoci uvedli 2 (2,3%) lékaři a 4 (4,8%) sestry. Odpověď dispenzarizace udal 1 (1,1%) lékař. Neodpověděli 3 (3,4%) lékaři a 2 (2,4%) sestry. Nevím uvedli 4 (4,5%) lékaři a 5 (6,0%) sester. Žádná pozitiva – školní sestra není potřeba, jako svou odpověď uvedlo 5 (5,7%) lékařů a 2 (2,4%) sestry.

Tabulka 27 - Negativní přínos školní sestry dle respondentů

Negativa	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Zatížení systému zdravotnictví, nedostatek financí	13	19,1%	19,1%	10	16,4%	16,4%
Zdvojení péče	4	5,9%	25,0%	2	3,3%	19,7%
Nedůvěra rodičů	2	2,9%	27,9%	3	4,9%	24,6%

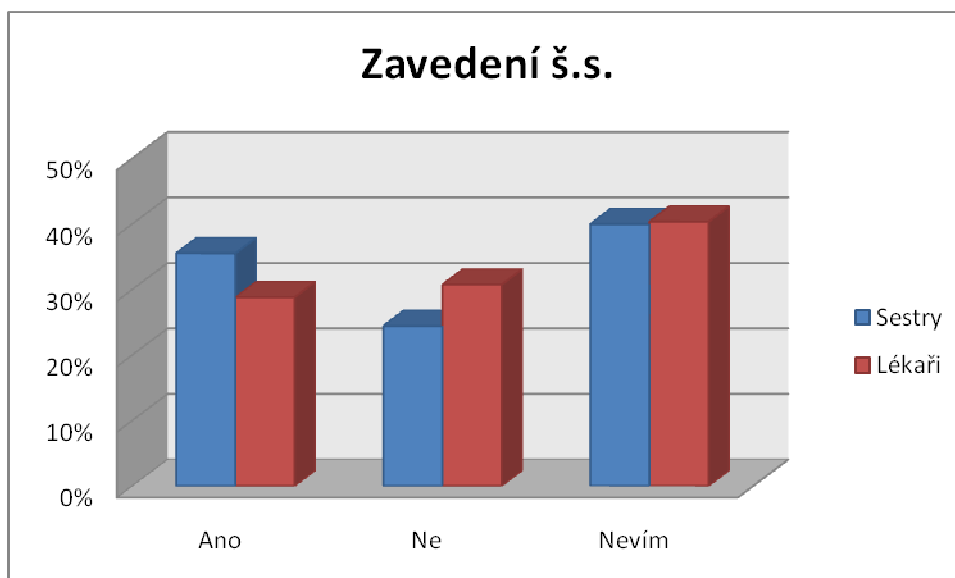
Zneužívání školní sestry žáky - simulace	0	0,0%	27,9%	2	3,3%	27,9%
Přesouvání zodpovědnosti škol za děti na tuto š.s.	1	1,5%	29,4%	0	0,0%	27,9%
Menší ochrana osobních údajů	2	2,9%	32,4%	0	0,0%	27,9%
Nepřijetí školní sestry rodiči, dětmi, lékaři, ...	5	7,4%	39,7%	3	4,9%	32,8%
Křížení kompetencí	8	11,8%	51,5%	6	9,8%	42,6%
Více administrativy	2	2,9%	54,4%	5	8,2%	50,8%
Špatné uplatnění	5	7,4%	61,8%	2	3,3%	54,1%
Rozštěpení zdravotní péče o děti a dorost	2	2,9%	64,7%	1	1,6%	55,7%
Špatná komunikace s rodinou, bez znalosti RA, OA, SA, ...	1	1,5%	66,2%	0	0,0%	55,7%
Omezení kompetencí a práv zákonných zástupců	1	1,5%	67,6%	1	1,6%	57,4%
Ztráta informací sestry- lékaře- rodiče	0	0,0%	67,6%	2	3,3%	60,7%
Obcházení PLDD, nekvalifikovaný zástup	3	4,4%	72,1%	0	0,0%	60,7%
Vrácení se ke školní zdr. službě, škol. sestře, škol. lékaři je krok zpět	1	1,5%	73,5%	0	0,0%	60,7%
Možné podcenění vážného zdr. problému	2	2,9%	76,5%	1	1,6%	62,3%
Žádná negativa	6	8,8%	85,3%	9	14,8%	77,0%
Nevím	7	10,3%	95,6%	10	16,4%	93,4%
Neodpověděli	3	4,4%	100,0%	4	6,6%	100,0%
Součet	68	100%		61	100%	

Tabulka 27 kategorizuje odpovědi respondentů na otázku: „Jaká negativa by podle vás mohla přinést pozice školní sestry?“ Tato otázka byla otevřená a respondenti odpovídali

vlastními slovy. Některé názory respondentů se opakovaly nebo jeden respondent zvolil několik odpovědí, proto počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů. Lékaři uvedli 68 (100%) odpovědí a sestry 61 (100%) odpovědí.

13krát (19,1%) lékaři a 10krát (16,4%) sestry uvedli nedostatek financí na školní sestru a zatížení systému zdravotnictví. 8krát (11,8%) lékaři a 6krát (9,8%) sestry odpověděli křížení kompetencí. Lékaři 7krát (10,3%) a sestry 10 krát (16,4%) uvedli nevim. 6krát (8,8%) lékaři a 9krát (14,8%) sestry uvedli, že nevidí negativa a 3krát (4,4%) lékaři a 4krát (6,6%) sestry neodpověděli. 4krát (5,9%) lékaři a 2krát (3,3%) sestry uvedli možné zdvojování péče. 5krát (7,4%) lékaři a 2krát (3,3%) sestry uvedli špatné uplatnění. 2krát (2,9%) lékaři a 1krát (1,6%) sestry uvedli rozštěpení zdravotní péče o děti a dorost. Omezení kompetencí a práv zákonných zástupců uvedl 1 (1,5%) lékař a 1 (1,6%) sestra. 1 (1,5%) lékař uvedl odpověď vrácení se ke školní zdravotní službě, školní sestře, školnímu lékaři je krok zpět. 2krát (2,9%) lékaři a 3krát (3,9%) sestry uvedli odpověď nedůvěra rodičů, 1 (1,5%) lékař uvedl přesouvání zodpovědnosti škol za děti na tuto školní sestru. Menší ochrana osobních údajů uvedli 2 (2,9%) lékaři. Špatná komunikace s rodinou, bez znalosti RA, OA, SA,... byla odpověď jednoho (1,5%) lékaře. Možné podcenění vážného zdravotního problému uvedli 2 lékaři (2,9%) a 1 (1,6%) sestra. Nepřijetí školní sestry rodiči, dětmi, lékaři, ... uvedlo 5 (7,4%) lékařů a 3 (4,9%) sestry. Více administrativy uvedli 2 (2,9%) lékaři a 5 (8,2%) sester. Nekvalifikovaný zástup a obcházení PLDD uvedli 3 (4,4%) lékaři. Ztráta informací sestra-lékař- rodiče uvedly 2 (3,3%) sestry a 2 (3,3%) sestry také uvedly odpověď zneužívání školní sestry žáky k simulaci.

Graf 7 – Postoj respondentů k zavedení školní sestry



Graf 7 ukazuje odpovědi sester a lékařů na otázku: „Chtěli byste, aby byla v ČR zavedena pozice školní sestry?“ 21 (40,4%) lékařů a 18 (40,0%) sester odpovědělo na tuto otázku nevím. 16 (30,8%) lékařů a 11 (24,4%) sester uvedlo ne. 15 (28,8%) lékařů a 16 (35,6%) sester uvedlo ano.

Tabulka 28 – Přijetí pozice školní sestry rodiči dle respondentů

Přijetí š.s. rodiči	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Pozitivně	10	19,2%	19,2%	9	20,0%	20,0%
Negativně	7	13,5%	32,7%	3	6,7%	26,7%
Se smíšenými pocity	11	21,2%	53,8%	12	26,7%	53,3%
S nedůvěrou v kompetentnost sester	3	5,8%	59,6%	6	13,3%	66,7%
S pocitem omezení práva zvolit si ošetřující osobu	8	15,4%	75,0%	2	4,4%	71,1%
S pocitem úlevy, že má dítě zajištěnou neustálou zdravotnickou péči	4	7,7%	82,7%	5	11,1%	82,2%

Nevím	9	17,3%	100,0%	8	17,8%	100,0%
jiné	0	0,0%	100,0%	0	0,0%	100,0%
Součet	52	100%		45	100%	

Tabulka 28 ukazuje názory respondentů na otázku: „Jak si myslíte, že by přijali rodiče dětí zavedení pozice školní sestry?“ 11 (21,2%) lékařů a 12 (26,7%) sester odpovědělo se smíšenými pocity. 10 (19,2%) lékařů a 9 (20,0%) sester uvedlo pozitivně. 7 (13,5%) lékařů a 3 (6,7%) sestry zvolili odpověď negativně. 8 (15,4%) lékařů a 2 (4,4%) sestry zvolili odpověď s pocitem omezení práva zvolit si ošetřující osobu. S pocitem úlevy, že má dítě zajištěnou neustálou zdravotnickou péči označili 4 (7,7%) lékaři a 5 (11,1%) sester. 3 (5,8%) lékaři a 6 (13,3%) sester uvedli s nedůvěrou v kompetentnost sester. Odpověď nevím zvolilo 9 (17,3%) lékařů a 8 (17,8%) sester. Do položky jiné se nevyjádřil nikdo z lékařů.

Tabulka 29 - Přijetí pozice školní sestry dětmi dle respondentů

Přijetí š.s. dětmi	Lékaři		Sestry	
	četnost	percent	četnost	percent
Ano	14	27%	19	42%
Ne	6	12%	4	9%
Nevím	31	60%	22	49%
Jiné: Bude to dětem jedno	1	2%	0	0%
Součet	52	100%	45	100%

Tabulka 29 ukazuje názor respondentů na otázku: „Domníváte se, že by zavedení pozice školní sestry bylo pozitivně přijato dětmi?“ 3 (59,5%) lékařů a 22 (48,9%) sester zvolilo odpověď nevím. 14 (26,9%) lékařů a 19 (42,4%) sester uvedlo ano. 6 (11,5%) lékařů a 4 (8,9%) sestry uvedlo ne. Do položky jiné 1 (1,9%) lékař uvedl, že to bude dětem jedno.

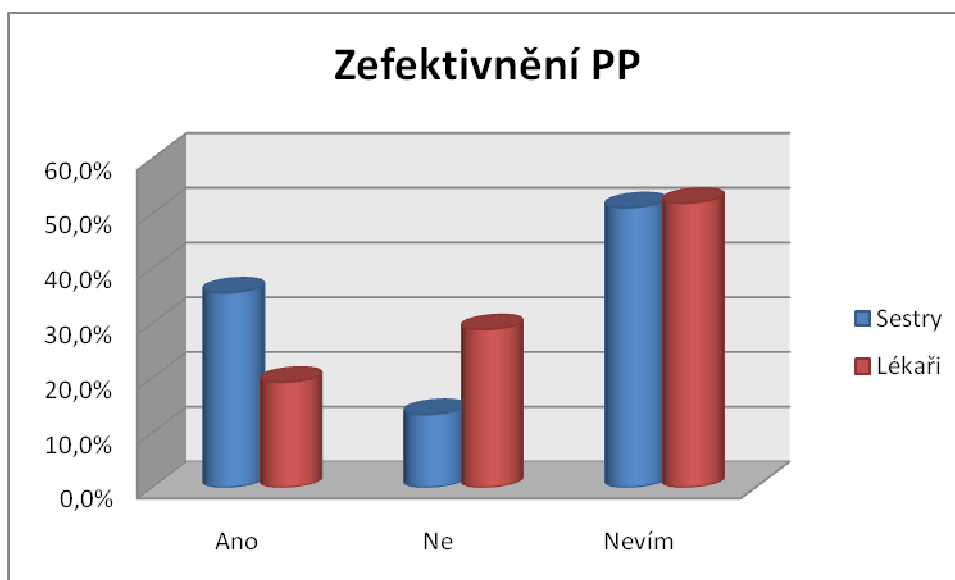
Tabulka 30 – Nedostaty primární péče o děti v ČR dle respondentů

Nedostaty prim. Péče	Lékaři			Sestry		
	četnost	percent	cumulative percent	četnost	percent	cumulative percent
Žádné nevidí	9	9,9%	9,9%	11	16,4%	16,4%
Nedostatek času na pacienty, matky,...	6	6,6%	16,5%	10	14,9%	31,3%
Primární péče o děti je na skvělé úrovni	4	4,4%	20,9%	2	3,0%	34,3%
Nedostatečné preventivní prohlídky	6	6,6%	27,5%	1	1,5%	35,8%
Nedostatečné návštěvní služby	1	1,1%	28,6%	3	4,5%	40,3%
Zdraví dětí záleží pouze na uvážení rodičů	1	1,1%	29,7%	0	0,0%	40,3%
Administrativní zatížení	7	7,7%	37,4%	4	6,0%	46,3%
Malá osvěta a informovanost rodičů i dětí	13	14,3%	51,6%	10	14,9%	61,2%
Malé možnosti mapovat životní podmínky dětí ze soc. slabých rodin	1	1,1%	52,7%	0	0,0%	61,2%
Nedůslednost ze strany rodičů	4	4,4%	57,1%	1	1,5%	62,7%
Nevyhovující spolupráce s jinými institucemi pečující o dítě	6	6,6%	63,7%	2	3,0%	65,7%
Neproškolený personál	1	1,1%	64,8%	0	0,0%	65,7%
Nezajištěný celkový zdravotní dohled	0	0,0%	64,8%	1	1,5%	67,2%
Problematická spolupráce s rodiči	5	5,5%	70,3%	3	4,5%	71,6%
Malá prevence	10	11,0%	81,3%	9	13,4%	85,1%
Nedostatek lékařů	4	4,4%	85,7%	3	4,5%	89,6%
Nevyhovující postgraduálního studium	2	2,2%	87,9%	0	0,0%	89,6%

Nedostatečná opora v legislativě	3	3,3%	91,2%	0	0,0%	89,6%
Zrušení rajonizace	1	1,1%	92,3%	0	0,0%	89,6%
Nevím	3	3,3%	95,6%	4	6,0%	95,5%
Neodpověděli	4	4,4%	100,0%	3	4,5%	100,0%
Součet	91	100%		67	100%	

Tabulka 30 kategorizuje odpovědi respondentů na otázku: „V čem vidíte nedostatky primární péče o děti v ČR?“ Tato otázka byla otevřená a respondenti odpovídali vlastními slovy. Některé názory respondentů se opakovaly nebo jeden respondent zvolil několik odpovědí, proto počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů. Lékaři uvedli 91 (100%) odpovědí a sestry 67 (100%) odpovědí.

Graf 8 – Zefektivnění primární péče o děti v ČR zavedením pozice školní sestry



Graf 8 ukazuje názory respondentů na otázku: „Myslíte si, že přispěje zavedení pozice školní sestry k zefektivnění primární péče o děti v ČR?“ 27 (51,9%) lékařů a 23 (51,1%) sester odpovědělo na tuto otázku neví, 10 (19,2%) lékařů a 16 (35,6%) sester odpovědělo ano. 15 (28,8%) lékařů a 6 (13,3%) sester uvedlo ne.

5 Diskuze

V období nejintenzivnějšího růstu prožije žák na základní škole 10 let svého života, další významný čas tráví na střední škole při přípravě na své budoucí povolání. Toto období je považováno za velmi důležité pro další život a podle mnohých odborníků je klíčové. Jedná se o období, kdy máme příležitost ovlivnit další generace v péči o své zdraví. Proto funkce školní sestry jako poskytovatele primární a sekundární prevence a péče je pro budoucnost důležitou složkou výchovy a péče o děti a mládež. V domácím prostředí se o výchovu a zdraví dětí starají rodiče, ve školním prostředí se o vzdělání a výchovu starají učitelé, ale komplexní a důkladná péče o zdraví ve školách má velké nedostatky. (5)

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní a kvantitativní. V průběhu celého tohoto šetření jsem se setkávala s neznalostí pojmů školní sestra, jak ze strany ředitelů škol při kvalitativním výzkumném šetření, tak i ze strany odborné veřejnosti při kvantitativním výzkumném šetření. 6 z 6 ředitelů škol se s tímto pojmem nikdy nesečkali, a proto bylo nutné rámcově nastínit před rozhovorem tuto pozici. Přesto, že v zahraničí je školní sestra standardem, který propojuje systém školství a zdravotnictví dle výsledků lze konstatovat, že u nás znalost samotného pojmu mezi odbornou veřejností je malá. Proto, aby mohli lékaři a sestry lépe odpovídat na otázky v dotazníku, byly jim poskytnuty informace o tom, jak je školní sestra chápána ve světě. Na začátku dotazníku bylo zjišťováno povědomí o samotném pojmu školní sestra. Ze všech zúčastněných respondentů 28 (62,2%) sester a 29 (55,8%) lékařů uvedlo, že se s pojmem školní sestra nikdy nesečkali. Celkově tedy 57 (58,8%) respondentů z řad odborné veřejnosti se nikdy dříve s pojmem školní sestra nesečkalo. 23 (42,4%) lékařů a 17 (37,8%) sester z celkového počtu dotázaných uvedlo, že se s tímto pojmem již setkali. Respondenti z řad lékařů, kteří uvedli, že se s pojmem školní sestra již setkali, označili nejčastěji položku v praxi 14 (26,9%) přičemž sestry uváděly, že pojem znají z odborné publikace 4 (8,9%) nebo ze školy 5 (11,1%). Objevily se i odpovědi, že tento pojem znají z vyprávění nebo s dětství. Z uvedeného lze předpokládat, že někteří lékaři a sestry znají pojem školní sestra ještě z doby školní zdravotní služby. Z těchto faktů usuzují, že znalost pojmu školní sestra tak, jak je zavedena v zahraničí a kterou

nalézáme v odborné literatuře, není příliš v povědomí osob, jež by s touto sestrou mohly pracovat nebo se jí přímo stát. Poskytnutí stručných informací o školní sestře a odborné znalosti oslovených respondentů byly dostačující pro zúčastnění se tohoto dotazníkového šetření tak, aby byla zachována i možnost vyjádření vlastní představy nebo případné konfrontace s minulou zkušeností.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjištění názorů ředitelů škol na pozici školní sestry a probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů. Při těchto rozhovorech bylo cílem zjistit možnosti škol, jak školní sestru využít v praxi. Všichni oslovení respondenti měli dostatečně dlouhou pedagogickou praxi a zkušenosti s vedením školy.

Školní sestru ve vzdělávacím procesu žáků škol viděli hlavně jako vyučující první pomoci (2 z 3 ředitelů základní školy) a výchovy ke zdraví (3 z 3 ředitelů základní školy). Tato odpověď se vyskytovala u respondentů, kteří působí na základní škole. Na středních školách představa ředitelů o zařazení školní sestry do vzdělávacího procesu žáků nebyla příliš jasná a to zejména z důvodu charakteru výuky na těchto školách. Výuku první pomoci na středních školách by ředitelé škol uvítali, ale spíše formou kurzů a edukačních programů. V roli školitele první pomoci by si dokázali školní sestru představit. Rozsah předmětů, kde by školní sestra mohla vyučovat, byl minimální. V knize Komunitní ošetřovatelství pro sestry je uvedena jako jedna z úloh školní sestry zodpovědnost za poskytování primární výchovy ke zdraví dětem v každém věku. Logicky v této oblasti můžeme nejvíc ovlivnit hlavně děti v období povinné školní docházky, kdy je jistota, že bude pokryta i nejširší část populace. Proto, aby mohla být plnohodnotně poskytována výchova ke zdraví i na středních školách, by muselo dojít k úpravě vzdělávacího systému s povinností zařadit výchovu ke zdraví bez ohledu na charakter výuky na škole (23).

Těmito zjištěními jsem odpověděla na výzkumnou otázku č. 1. *Jaká je představa ředitelů škol o zařazení pozice školní sestry do vzdělávacího procesu žáků škol.*

Školní sestra poskytuje ve školách komplexní péči ve školním prostředí o děti zdravé, chronicky nemocné a děti se zvláštními potřebami. Zařazení školní sestry v péči o zdraví žáků vidí ředitelé škol především v ošetření akutních případů. Tato odpověď

byla uvedena celkem 5krát. Školní sestra by převzala současnou roli dobrovolné sestry, kterou vykonává na školách proškolený pedagog. Dalším úkolem z pohledu ředitelů (3 z 6 ředitelů), by mohlo být sledování norem a platné legislativy v oblasti zdraví, bezpečí a hygieny ve škole. Podle ředitelů je tato oblast složitá a často zůstává řešení této problematiky právě na řediteli, který ovšem nemůže mít dostatečné znalosti v této oblasti. Kategorie odpovědi vyšetřování žáků a podávání základních léků byla uvedena 2krát. Tato oblast je však úměrně závislá na možných kompetencích sestry. Hanzlíková v knize Komunitní ošetřovatelství uvádí screening, identifikaci a vyhledávání problémů jako základní službu primární péče. Další základní službou primární péče ve škole je i odstranění problému. Proto by sestra měla, na základě předem daných kritérií, být schopna rozpoznat žáky s rizikovými faktory a dle možností je vyřešit. Podávání některých léků není v literatuře příliš podpořeno, ale v zahraničí podávání vybraných farmak sestrou je běžné. V tomto případě, ale musíme mít na paměti, že jsou v ČR jiné kompetence sester obecně. Proto při rozhovorech zaznělo ze stran ředitelů, že by velmi záleželo na kompetencích této sestry vůči praktickému lékaři a pokud by sestra mohla svou ordinací zasáhnout při snižování absence, byla by ve škole velmi potřebným prvkem. Tuto myšlenku podporuje Hanzlíková v knize Komunitní ošetřovatelství, která uvádí, že školní sestra pomáhá dětem řešit jejich zdravotní problémy. Forma řešení problému může být přímo zásahem školní sestry nebo jejím doporučením pro další vyšetření žáka u odborníka dle charakteru problému. Ředitelé škol by viděli úlohy školní sestry také v doprovodu k lékaři nebo do nemocnice, evidenci léků a lékárníček, komunikaci s ošetřujícím lékařem, kontrole jídelníčku a agendě zdravotního stavu žáků. Tato agenda by mohla velmi usnadnit práci s žáky a zlepšit jejich ochranu. Při rozhovorech také zaznělo, že jsou ve škole odkázáni pouze na sdělení rodičů o zdravotním stavu žáků a často se stává, že rodiče školu neinformují. Při vzniku problému se následně zbytečně prodlužuje poskytnutí vhodné pomoci dítěti. Školní sestra by tak mohla významně zasáhnout v péči o dítě v akutních případech, ale také v péči o chronicky nemocné a děti se znevýhodněním. Podle ředitelů by byla i významným zdrojem poskytování informací ostatním pracovníkům školy o režimu žáka a přístupu k němu (12,23).

V kvantitativním výzkumném šetření byla upřednostňována odpověď edukace (děti, rodičů) u lékařů (15,5%) a u sester (13,3%). Také velmi častá odpověď u lékařů (12,1%) i sester (12,5%) byla zajišťování zdravotní služby a první pomoci na školách. Mezi další frekventované odpovědi u lékařů i sester patřily například doprovod na školních akcích, získávání epidemiologických dat, identifikace a vyhledávání zdravotních, sociálních a jiných problémů, zajišťování a kontrola hygienického prostředí nebo komunikace s orgánem sociálně-právní ochrany. V péči o zdraví žáků je odpověď poskytování zdravotní služby na školách shodnou pro lékaře, sestry i ředitele škol. Řediteli škol zmíněné podávání a předepisování některých léků nebylo v dotazníkovém šetření lékaři (0,4%) ani sestrami (3,1%) významně podpořeno.

Těmito zjištěními jsem odpověděla na výzkumnou otázku č. 2. *Jaká je představa ředitelů škol o zařazení školní sestry v péči o zdraví žáků školy.*

Školní sestra vytváří systém formalizovaných školních aktivit, připravuje a realizuje edukační program ve škole se zaměřením na prevenci (23).

Takto popsaná úloha školní sestry odpovídá i představě ředitelů škol. Toto tvrzení dokládají následující zjištění. Při rozhovoru byla položena ředitelům škol otázka, jak by si představovali zařazení školní sestry v přípravě a provádění edukačních a preventivních programů pro žáky školy a celkem 4krát uvedli odpověď vytváření a zajišťování tematických seminářů, přednášek a besed. Názor lékařů a sester byl v kvantitativním šetření obdobný. Do náplně práce školní sestry zahrnuje variantu, vytváření edukačních materiálů a preventivních programů, celkem 7,9% lékařů a 6,3% sester. Edukaci v této otázce označilo celkem 15,5% respondentů z řad lékařů a 13,3% sester (viz. Tabulka 18). I když to není procento vysoké, vzhledem k množství možností, které mohli respondenti v této otázce označit, jedná se o jedny z nejčastěji volených odpovědí.

Respondenti se v kvalitativním šetření dále vyjadřovali, že by školní sestra mohla také ve škole tvořit metodické pokyny, preventivní program školy, informační a výukové materiály a byla poradcem pro učitele a žáky. Charakter preventivních programů by byl zcela na sestře, která by určovala náplň preventivních programů dle potřeb. V knize Komunitní ošetřovatelství pro sestry Marková a kolektiv je popsán

způsob, jak školní sestra postupuje. Posuzuje potřeby, problémy, faktory a rizika, která ovlivňují zdraví dětí, školní komunitu a stávající socio-ekonomické faktory s možným vlivem na učení a chování. Dále plánuje a realizuje specifické aktivity a následně vyhodnocuje jejich účinnost. Z vyjádření ředitelů by školní sestra převzala a dále rozšířila roli preventisty, kterou v současné době vykonává jeden z pedagogů nad svůj pracovní úvazek (23).

Těmito zjištěními jsem odpověděla na výzkumnou otázku č. 3. *Jaká je představa ředitelů škol o zařazení školní sestry v přípravě a provádění edukačních a preventivních programů pro žáky školy.*

Při rozhovorech s řediteli škol jsem se opakovaně setkávala s názorem, že na školní sestru není v současnosti dostatek financí v těchto školách. Otázku financování uváděli všichni oslovení respondenti jako hlavní překážku v zavedení pozice školní sestry do škol. 6 z 6 ředitelů uvedlo jako příčinu problematiky financování školní sestry nedostatek peněz v rozpočtu školy a v případě financování z jiných zdrojů uvedli ředitelé problém v možné složitosti takového financování školní sestry. Při možnosti financování z ministerstva školství nebo zdravotnictví se vyskytla obava ze sporu mezi resorty, kdo do jaké míry bude školní sestru finančně zajišťovat. Jeden z ředitelů uvedl i jako možnou překážku nedostatku peněz na tuto pozici nevyhovující nastavení školního systému. Konkrétní způsob financování školní sestry kvůli výše zmíněným důvodům nedokázali 3 z 6 ředitelů sdělit. Protože způsob financování je ve školství složitější a každá škola je financována jiným způsobem a má jiného zřizovatele a financování přímo z rozpočtu školy je nemožné. Několikrát jsem se setkala se srovnáním projektu školního psychologa, kdy školy mají možnost využívat těchto služeb, které jsou bezesporu pro školu prospěšné. Dle slov ředitelů, ale finanční oporu tohoto projektu resort školství nezajistil.

Nabízená varianta financování školní sestry ze strany pojišťoven byla pro respondenty málo představitelná, i přesto připustili, že by to mohla být určitá varianta, alespoň spoluúčasti, konkrétní podobu neznali. Financování z ministerstva zdravotnictví i školství, byla varianta, ke které se přikláněli 2 z 6 ředitelů. Jedna školní sestra pro více škol a společné financování, byla také vítanou možnou variantou u dvou ředitelů. Ti

v tomto způsobu viděli možné částečné vyřešení financování školní sestry. Sestra by dle této představy nebyla, ale součástí školy a byla spíše externím pracovníkem. Tento způsob by sice mohl vyřešit finanční zatížení škol především menšího typu, ale mnoho z podstatných funkcí a smyslu školní sestry by bylo omezeno. Především by bylo mnohem obtížnější pro sestru poznat komunitu školy a žáky. Nemohla by být například zajištěna okamžitá služba první pomoci školní sestrou a vyhledávání rizikových skupin žáků by bylo také obtížnější. U škol menšího typu je to řešení, které nalzáme i v zahraničí. I v zemích, kde je pozice školní sestry plně rozvinuta lze najít školy, kde školní sestra nepůsobí vůbec nebo jenom na částečný úvazek. Školní sestra pracující na více školách současně by musela být v blízkosti těchto škol a v případě nutnosti být alespoň telefonicky k dispozici, jak uvedl v rozhovoru jeden z ředitelů. Výuku, edukační a preventivní programy by pak mohla školní sestra vést na všech zúčastněných školách. Národní asociace školních sester (NASN) v USA doporučuje poměr školní sestry a studentů 1:750 v obecné populaci dětí školního věku. Tento poměr by musel být v našich podmínkách snížen dle mého názoru o 100 dětí ve škole. V populaci, kde se vyskytuje více chronicky nemocných či zdravotně postižených dětí a dětí se zvýšenou potřebou lékařské péče doporučuje NASN tento poměr 1:125. Poměr školní sestry vůči studentům by však měl být vždy určen na základě individuálních potřeb dané komunity. Umístění školní sestry a následně i financování by tak mělo být vždy stanoveno na základě potřeb dané školy a ne paušálním nařízením (30).

Těmito zjištěními jsem odpověděla na výzkumnou otázku č. 4. *Jaká je představa ředitelů škol o způsobu financování pozice školní sestry.*

Zavedení školní sestry by uvítalo 5 z 6 oslovených ředitelů škol. Výhody školní sestry viděli ředitelé v prevenci, ucelené péči o žáky a lepší osvětě. Pouze jeden ředitel neviděl uplatnění školní sestry ve škole, a to zejména kvůli charakteru školy, v zastoupení některých funkcí sestry v současnosti pedagogy a hlavně ve finančním zatížení školy. Vyřešení financování školní sestry bylo také podmínkou u ostatních ředitelů škol pro souhlas se zavedením této funkce. Negativa školní sestry tak byla nejčastěji uváděna v nevyřešeném financování. Proto lze předpokládat pozitivní přijetí školní sestry obecně ve školách. Slovenská republika je nám mentalitou, ekonomikou a

společnou minulostí velmi blízkou zemí, proto se domnívám, že lze srovnat podobný průzkum, který zde proběhl v roce 2006. Jmenoval se Školská sestra jako komunitná sestra pracující v prostředích škol. Toto výzkumné šetření zjišťovalo, mimo jiné, potřebu školní sestry mezi řediteli mateřských a základních škol. Výsledky byly pozitivní, v Prešově 90% a v Nitře 95% oslovených respondentů uvedlo pozici školní sestry za velmi potřebnou (5).

V kvantitativním výzkumném šetření byly kladeny praktickým lékařům pro děti a dorost a sestrám pracujícím u těchto lékařů otázky, zda by souhlasili se zavedením pozice školní sestry do systému zdravotnictví ČR. Postoj lékařů i sester byl spíše váhavý. Výzkumné šetření ukázalo, že 21 (40,4%) lékařů odpovědělo na tuto otázku nevíم stejně jako 18 (40,0%) sester. Ovšem pouze 15 (28,8%) lékařů by si přálo, aby byla v ČR zavedena pozice školní sestry a 16 (30,8%) odpovědělo na tuto otázku ne. Velmi podobný počet odpovědí pro variantu ano i ne nám ukazuje na opět ne příliš vyhraněný postoj k tomuto tématu mezi lékaři. U sester bychom mohli tento postoj dle výzkumného šetření považovat za více nakloněný zavedení pozice školní sestry, protože 16 (35,6%) sester odpovědělo ano a pouze 11 (24,4%) uvedlo jako svou odpověď ne.

Tato zjištění nepotvrdila hypotézu 1: „*Praktičtí lékaři pro děti a dorost souhlasí se zavedením pozice školní sestry do systému zdravotnictví ČR.*“

Tato zjištění nepotvrdila hypotézu 2: „*Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost souhlasí se zavedením pozice školní sestry do systému zdravotnictví ČR.*“

Při již zmíněném výzkumném šetření Školská sestra jako komunitná sestra pracující v prostředích škol na Slovensku autorky Boledovičová, Krištofová a Semanišinová zjistily, že v Prešově i Nitře 70% lékařů a 60% sester má pozitivní postoj k potřebě školní sestry. Při srovnání těchto dvou výsledků je ovšem nutné mít na paměti, že zmíněný průzkum byl založený na předchozím prostudování předloženého konceptu školní sestry respondenty. Cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit vlastní představu lékařů a sester o školní sestře, proto byly na začátku dotazníku poskytnuty pouze obecné informace o školní sestře. Na základě výzkumného šetření a prostudování literatury pak byl navržen určitý koncept školní sestry, který byl v případě slovenského

výzkumného šetření již předložen, a respondenti se vyjadřovali ke konkrétnímu návrhu. Vysoký podíl odpovědí nevím v mém výzkumném šetření, lze proto přisoudit malému povědomí o pojmu školní sestra. Domnívám se, že pokud by byla dostatečná informovanost v této problematice zasvěcených stran a navržený vhodný koncept školní sestry mohli bychom předpokládat obecně spíše pozitivní přijetí školní sestry (5).

Při současném systému vzdělávání jsem předpokládala na začátku výzkumného šetření, že bude nutné vytvořit specializační studium oboru školní sestra jako formu celoživotního vzdělávání. Respondentům jsem položila otázku, jaké vzdělání by měla mít školní sestra, a bylo pro mne zajímavým zjištěním, že 24 (46,2%) lékařů se domnívá, že by školní sestra měla mít vysokoškolské studium – bakalářské a pouze 19 (36,5%) lékařů označilo odpověď specializační studium. U sester byla tato situace trochu jiná 19 (42,2%) sester se domnívá, že by školní sestra měla mít vysokoškolské studium – bakalářské a pouze 12 (26,7%) označilo odpověď specializační studium.

Tato zjištění potvrdila hypotézu 3: *„Praktičtí lékaři pro děti a dorost se nedomnívají, že je nutné vytvořit specializační studium pro školní sestru.“*

Tato zjištění nepotvrdila hypotézu 4: *„Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že je nutné vytvořit specializační studium pro školní sestru.“*

Již zmíněná NASN doporučuje minimálně bakalářský stupeň vzdělání. Tento přístup ke vzdělávání školní sestry podporují výsledky výzkumného šetření. Myslím si, že je velmi zajímavý i poměrně vysoký podíl názorů především u sester, že školní sestra by měla absolvovat magisterské studium. Vysokoškolské studium – magisterské navazující označilo 14 (31,1%) sester. Tento typ studia by byl vhodný i s ohledem na požadavky ředitelů škol. Školní sestra musí mít dostatečné pedagogické vzdělání, aby byla schopna vhodně působit na děti. Být dobrým pedagogem, dětskou sestrou a komunitním pracovníkem, který vykonává svou činnost zodpovědně a samostatně vyžaduje dostatečně odborné studium. Proto se lze na základě výsledků výzkumu přiklonit k požadavkům na studium ve formě vysokoškolského – bakalářského studia s možností navazujícího magisterského studia. Dále je zajímavé, že většina 19 (42,2%)

sester viděla toto studium jako zcela nový studijní obor přičemž lékaři 25 (48,1%) nepovažují za nutné vytvoření nového studijního oboru.

Otázka navýšení kompetencí dětských sester byla položena lékařům a sestřám v dotazníkovém šetření. 19 (36,5%) lékařů odpovědělo nevím, jestli by bylo nutné navýšení kompetencí dětských sester se zavedením pozice školní sestry a 17 (32,7%) lékařů se domnívá, že by bylo nutné navýšení kompetencí dětských sester. 18 (40,0%) sester se domnívá, že je nutné navýšení kompetencí dětských sester se zavedením pozice školní sestry. Sestry tedy v této otázce zaujímaly rozhodnější postoj, což může souviset s určitou potřebou sester rozšířit své kompetence.

Vyšší procento lékařů, kteří dopovídali nevím, dle mého názoru, opět ukazuje na příliš nejasnou představu o školní sestře. Pokud srovnáme výsledky otázky na samostatnost školní sestry při práci, zjistíme, že 40 (76,9%) lékařů a 30 (66,7%) sester odpovědělo samostatně v součinnosti s ostatními institucemi zabývajícími se dětmi školního věku (škola, lékař pro děti a dorost, hygienická stanice, komise pro zdravotnictví a sociální věci jednotlivých krajů,...). Proto, aby mohla sestra pracovat, jako rovnocenný partner těchto institucí musí mít, dle mého názoru, určité kompetence, které v současnosti dětským sestřám chybí. Je patrné, že kompetence školní sestry a sester obecně v ČR jsou velmi složitým problémem. V případě zavedení školní sestry v České republice by bylo správné nastavení kompetencí školní sestry určujícím prvkem kvality a efektivity tohoto povolání v systému zdravotnictví a školství. V současné době se hovoří o změnách kompetencí sester i na vládní úrovni, proto je zřejmé, že posun v této oblasti nastane. Zvýšení kompetencí sebou ovšem nese i změnu ve vzdělávání, protože nové kompetence musí být podpořeny vzděláním, proto se dá očekávat, že plnohodnotné zavedení do praxe bude ještě dlouhodobý proces. Otázka kompetencí školní sestry byla zmíněna i při rozhovorech s řediteli škol. Kompetence školní sestry by byly velmi důležitým bodem působení této sestry ve škole. Sestra by mohla podle tohoto názoru, například podáním některých léků nebo vyšetřením žáka, snížit absenci ve výuce.

Tato zjištění nepotvrdila hypotézu 5: „*Praktičtí lékaři pro děti a dorost se domnívají, že není nutné navýšení kompetencí dětských sester pro vykonávání pozice školní sestra.*“

Tato zjištění potvrdila hypotézu 6: „*Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že je nutné navýšení kompetencí dětských sester pro vykonávání pozice školní sestra.* „

Otázku financování školní sestry jsem již zmiňovala při kvalitativním výzkumném šetření, kdy způsob financování uvedli respondenti jako hlavní problém zavedení pozice školní sestry do praxe. V kvantitativním šetření byla mezi negativy školní sestry také zahrnuta problematika financování a zatížení systému zdravotnictví. Většina lékařů 16 (30,8%) se domnívá, že by školní sestru mělo financovat ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. U sester byla situace překvapivě opačná a 16 (35,6%) sester uvedlo, že by mělo školní sestru financovat ministerstvo zdravotnictví. Je zajímavé, že varianty financování školní sestry pomocí pojišťoven nevyužilo mnoho respondentů a to především z řad sester i přesto, že školní sestra má v náplni práce prevenci a výchovu ke zdraví, která je cílem velkých investic právě pojišťoven.

Tato zjištění nepotvrdila hypotézu 7: „*Praktičtí lékaři pro děti a dorost se domnívají, že by měla být pozice školní sestry financována Ministerstvem zdravotnictví ČR.* „

Tato zjištění potvrdila hypotézu 8: „*Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že by měla být pozice školní sestry financována Ministerstvem zdravotnictví ČR.*„

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit postoj ředitelů škol, praktických lékařů pro děti a dorost a sester pracujících u těchto lékařů k zavedení funkce školní sestry. Na základě prostudované literatury a výsledků výzkumného šetření je navrženo zařazení školní sestry do systému zdravotnictví ČR (viz příloha 3).

6 Závěr

Školní sestra je nezávislý odborník, který je schopen posuzovat potřeby dětí ve škole, funguje jako spojení mezi školou, rodinou, dalšími odborníky a širší komunitou. Úloha školní sestry je velmi široká a zahrnuje hluboké vědomosti o zdraví a pohodě dětí a dospívajících. Školní sestra zajišťuje primární péči ve školách se zaměřením na zlepšování a propagaci zdraví dětí. Všechny úlohy a role školní sestry vycházejí z rozmanitých činností komunitní sestry se zaměřením na dětskou populaci školního věku. Školní sestra při své činnosti pracuje metodou ošetřovatelského procesu. Svou práci plánuje a realizuje na základě potřeb dané komunity a žáka. Mezi hlavní činnosti patří: organizace péče, koordinace péče, sledování zdravotního stavu školní komunity, edukace, poskytování rad všem členům komunity, případový management, vykonávání ošetřovatelské péče, aktivního screeningu, spolupráce s dalšími členy týmu, institucemi i rodinnými příslušníky a zapojení se do výzkumu a sběru potřebných dat (12,23).

Úspěšnost školní sestry závisí na schopnostech dané sestry vykonávat všechny tyto rozmanité a náročné úlohy efektivně. Vysoká míra odpovědnosti a schopnost samostatného rozhodování jsou dva hlavní aspekty výkonu tohoto povolání, které kladou na osobnost školní sestry vysoké požadavky.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit postoj praktických lékařů pro děti a dorost a dětských sester pracujících u praktických lékařů pro děti a dorost k zavedení funkce školní sestry do systému zdravotnictví ČR. Zjistit názor ředitelů škol na využití pozice školní sestry na jejich školách. Navrhnout zařazení školní sestry do systému zdravotnictví ČR (viz. Příloha 3).

Všechny cíle se mi podařilo splnit. K dosažení cílů bylo stanoveno 8 hypotéz a 4 výzkumné otázky. Hypotéza 1: Praktičtí lékaři pro děti a dorost souhlasí se zavedením pozice školní sestry do systému zdravotnictví ČR. Hypotéza 2: Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost souhlasí se zavedením pozice školní sestry do systému zdravotnictví ČR. Hypotéza 3: Praktičtí lékaři pro děti a dorost se domnívají, že není nutné vytvořit specializační studium pro školní sestru. Hypotéza 4: Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že je nutné vytvořit specializační studium pro školní sestru. Hypotéza 5: Praktičtí lékaři pro děti a dorost se

domnívají, že není nutné navýšení kompetencí dětských sester pro vykonávání pozice školní sestra. Hypotéza 6: Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že je nutné navýšení kompetencí dětských sester pro vykonávání pozice školní sestra. Hypotéza 7: Praktičtí lékaři pro děti a dorost se domnívají, že by měla být pozice školní sestry financována Ministerstvem zdravotnictví ČR. Hypotéza 8: Dětské sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že by měla být pozice školní sestry financována Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření mohu prohlásit, že byla potvrzena hypotéza 3, hypotéza 6 a hypotéza 8. Na základě odpovědi respondentů nebyla potvrzena hypotéza 1, hypotéza 2, hypotéza 4, hypotéza 5 a hypotéza 7.

K dosažení cílů byly také stanoveny výzkumné otázky, které se mi podařilo zodpovědět. Výzkumná otázka č. 1. Jaká je představa ředitelů škol o zařazení pozice školní sestry do vzdělávacího procesu žáků škol. Výzkumná otázka č. 2. Jaká je představa ředitelů škol o zařazení školní sestry v péči o zdraví žáků školy. Výzkumná otázka č. 3. Jaká je představa ředitelů škol o zařazení školní sestry v přípravě a provádění edukačních a preventivních programů pro žáky školy. Výzkumná otázka č. 4. Jaká je představa ředitelů škol o způsobu financování pozice školní sestry.

Na základě kvalitativního výzkumného šetření byly stanoveny tyto hypotézy: Hypotéza 1: Ředitelé škol neznají pojem školní sestra. Hypotéza 2: Ředitelé škol udávají jako hlavní překážku zavedení pozice školní sestry do praxe způsob financování. Hypotéza 3: Ředitelé škol vidí hlavní pozitivum školní sestry v ucelené péči o žáky, v prevenci a lepší osvětě. Hypotéza 4: Ředitelé škol souhlasí se zavedením pozice školní sestry. Hypotéza 5: Ředitelé škol se domnívají, že školní sestra by měla být ve škole umístěna dle počtu žáků školy. Hypotéza 6: Ředitelé škol předpokládají vyšší uplatnění školní sestry na základních než na středních školách.

Výzkum v této diplomové práci ukázal na malou míru informovanosti o pozici školní sestry. Jako hlavní sporné body zavedení školní sestry byly označovány: způsob financování, otázka kompetencí této sestry a způsob přípravy na toto povolání. Při vyřešení této problematiky lze předpokládat pozitivní přijetí školní sestry odbornou veřejností.

Zavedení školní sestry do systému zdravotnictví ČR vyžaduje mnoho změn nejen v legislativě, ale i v myšlení společnosti. Dostatek informovanosti a představení správné vize školní sestry v ČR je cestou jak vzbudit zájem veřejnosti o tuto pozici. Minulá zkušenost se školní zdravotní službou může být příčinou možného nesouhlasného postoje k této pozici, ale je nutné poukázat, že stávající vize školní sestry má sice společné body s minulou školní zdravotní službou, ale zároveň je práce takové školní sestry posunuta na vyšší úroveň. Školní sestra není osoba, která by měla v úmyslu přejímat některé úkoly ordinace praktického lékaře pro děti a dorost. Je pracovníkem, který umožňuje účinnější působení primární péče a poskytuje komplexní pohled na dítě. Je stmelujícím prvkem v péči o dítě a má unikátní možnost poznat dítě v jeho prostředí a ovlivňovat jeho postoj ke zdraví v jeho přirozené formě.

Zavedení školní sestry má před sebou dlouhou a komplikovanou cestu a do značné míry závisí na reformě zdravotnictví a především na vhodném nastavení komunitní péče v ČR. Práce školní sestry je dosti specifická, proto se domnívám, že základem správného fungování školní sestry je vytvoření vhodného vzdělávacího programu pro tuto pozici.

Tato práce může být použita jako výzkumný podklad pro další práce zaměřené na pozici školní sestry. Další využití této práce může být jako informační materiál pro odbornou i laickou veřejnost nebo jako podklad pro vytvoření pozice školní sestry v systému zdravotnictví v České republice.

7. Seznam použitých zdrojů

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS The role of the school nurse in providing school health services. Committee on School Health. *Pediatrics*, USA: 2001. roč. 108, č. 5, s. 1231-1232. ISSN: 1098-4275.
2. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Pediatrické ošetrovatel'stvo* : učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN: 80-8063-211-1.
3. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2000. 127 s. ISBN: 80-8063-050-X.
4. BOLEDOVIČOVÁ, M., KRIŠTOFOVÁ, E., NÁDASKÁ, I. Školní sestra a její úloha při ochraně zdraví. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 9, s 36. ISSN 1210-0404
5. BOLEDOVIČOVÁ, M., KRIŠTOFOVÁ, E., SEMANIŠINOVÁ, M. *Školská sestra ako komunitná sestra pracujúca v prostrediach škol*. [online]. [cit. 20. 5. 2010]. Dostupný z: <http://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik_2006/pdf/051.p>
6. DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2001. 126 s. ISBN: 80-245-0217-8.
7. EMMEROVÁ, M. *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. 1. vyd. Kostelec n. Čer. lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 62 s. ISBN: 80-86625-14-1.
8. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'ství: teorie*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. FEDEROČKOVÁ, J. *Koncepcia školskej sestry, jej náplň a úlohy*. [online]. [cit. 15. 5. 2010]. Dostupný z: <<http://www.szs.edu.sk/projects/diplomovky/sestra.ppt> >

10. FESTOVÁ, A. *Komunitní ošetřovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek*. [online]. [cit. 15. 2. 2010]. Dostupný z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/clanek.php?c=1> >
11. GLADKIJ, I., STRNAD, L. *Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
12. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
13. HLADÍK, M. *Dětské lékařství pro studenty ošetřovatelství*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2008. ISBN 978-80-7248-472-0.
14. HOLČÍK, J.; KÁŇOVÁ, P.; PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy* 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN: 80-7013-417-8.
15. HRODEK, O.; VAVŘINEC, J. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 767 s. ISBN: 80-7262-178-5.
16. CHEETZ, A. Why Is the School nurse Leadr Role Important? *NASN School Nurse*, USA: 2007. roč. 22, č. 8, s. 8-9. ISSN: 1942-602X.
17. ICN. *Poskytování kvalitní péče, služba komunitám: Sestry v čele primární zdravotní péče*. [online]. [cit. 20. 12. 2009]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/211-oslava-dne-sester.html> >
18. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
19. KAPLÍN, V. *Školní zdravotní služba*. 1. vyd. Praha: SZdN, 1955. 365 s.
20. KLÍMA, J. *Pediatric: učebnice pro zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN: 80-86432-38-6

21. KRÁTKÁ, A.; ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. 1.vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 159 s. ISBN 978-80-7318-726-2.
22. LEBL, J. a kol. *Preklinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 248 s. ISBN 978-80-246-1321-5.
23. MARKOVÁ, M. a kol. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2009.152 s. ISBN: 978-80-7013-499-3
24. MATOUŠEK, M. a kol. *Školní dětská sestra*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1958. 132s.
25. MICHÁLEK, J. *Pediatrická propedeutika I*. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 160 s. ISBN 978-80-210-4695-5.
26. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - *Zdraví pro všechny v 21. století: Zdraví 21*. Program Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001. 147 s. ISBN 80-85047-19-5.
27. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
28. MUNTAU, A.C. *Pediatric* 4. vyd. , 1. české vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
29. NAŘÍZENÍ VLÁDY č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.
30. NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSE, *School Health Nursing Services Role in Health care, Role of the school nurse*. [online] [cit. 5. 6. 2010]. Dostupný z: <<http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=279> >
31. O'CALLAGHAN,CH., STEPHENSON, T. *Pediatric do kapsy* 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 448 s. ISBN 80-247-0933-3.

32. PAHOLÍKOVÁ, Z. Úloha školní sestry v systému péče o zdraví dětí. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 12, s. 18. ISSN 1210-0404.
33. POTTER, P., A., PERRY, A., G. *Fundamentals of nursing*. 5. vyd. St. Louis: Mosby, 2001. 1785 s. ISBN: 0-323-01141-1.
34. SEDLÁŘOVÁ, P. a kolektiv. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-16-13-8.
35. SMITH, S. G.; FIRMIN, M. W. School nurse perspectives of challenges and how they perceive success in their professional nursing roles. *Journal of School Nursing*. Ohio, USA: 2009, roč. 25, č. 2, s. 152 - 162. ISSN 1059-8405.
36. STANHOPE, M., LANCASTER, J. *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. 2nd edition. USA: Mosby, c2006. 781 p. ISBN 13 978-0-323-03209-4.
37. STAŇKOVÁ, M. *Obrázky z historie českého ošetrovatelství*. *Sestra*. Praha: 2000. č. 3, s. 5 – 6. ISSN 1210-0404.
38. STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 359 s. ISBN 80-246-1067-1.
39. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. 2, Čtyřiapadesáté světové zdravotnické shromáždění. Evropská strategie WHO pro vzdělávání zdravotních sester a porodních asistentek. Komunitní ošetrovatelství pro země v přechodové fázi*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 271 s. ISBN 80-85047-21-7.
40. ŠAMÁNKOVÁ, L.; ŘEZNÍK, Z.; NOVÁK, Š. *Kolektivní zařízení pro děti do 3 let; Školní zdravotní služba; Dorostové lékařství: Určeno pro posluchače fakulty dětského lékařství*. 1.vyd. Praha: SPN, 1966. 48 s.
41. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

42. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008*. Praha: 2009. 260 s. ISBN: 978-80-7280-845-8
43. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
44. VIRGUÉ, J., FOLCH, G. *Zdraví dítěte* 1. vyd. Barcelona: Ars Medica, Grupo Ars XXI, Čestlice: Rebo productions , 2006. 293 s. ISBN 80-7234-535-4
45. VLASÁK, O. *České zdravotnictví v Evropské unii*. [online] [cit. 20. 4. 2010]. Dostupné z: <http://www.google.cz/search?hl=cs&q=Cíle+Evropské+Unie+pro+rozvoj+zdravotnické+péče+v+ČR&btnG=Vyhledat+Googlem&lr=&aq=f&oq=>>
46. VINCENTOVÁ, D. *Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči*. *Pediatr. pro Prax Olomouc*: 2007. č. 2, s. 116–118. ISSN - 1213-0494
47. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie I*. 3. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 112 s. ISBN 80-7333-021-0.
48. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2000. 247 s. ISBN: 80-86073-62-9.
49. Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
50. WOLFE, L., C., SELKMAN, J. School nurses: what it was and what it is. *Pediatric Nursing*, New Jersey, USA: 2002. roč. 28, č. 4, s. 403-407. ISSN: 0097-9805.
51. Zákon 103/1951 Sb. [online]. [cit. 3.1.2010]. Dostupný z: http://www.lexdata.cz/lexdata/sb_free.nsf/c12571d20046a0b20000000000000000/c12571d20046a0b2c12566d40071b051?OpenDocument

52. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu
53. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
54. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2002. 95 s. ISBN: 80-8063-108-5 .

8. Klíčová slova

Školní sestra

Komunita

Komunitní ošetřovatelství

Primární péče

Dítě

System zdravotnictví

9. Seznam příloh

Příloha 1 – Struktura rozhovoru s řediteli škol.

Příloha 2 – Dotazník určený praktickým lékařům pro děti a dorost a dětským sestřám pracujícím u praktických lékařů pro děti a dorost.

Příloha 3 - Návrh zařazení školní sestry do systému zdravotnictví ČR

Příloha 1 - Struktura rozhovoru s řediteli škol

1. Identifikační údaje

- věk:
- délka praxe:
- dosažené vzdělání:
- typ školy:
- počet studentů:

2. Školní sestra

- 1) Kdo je školní sestra?
- 2) Co si představujete pod pojmem školní sestra?
- 3) Které hlavní úkoly by podle Vás měly spadat do kompetencí školní sestry?
- 4) Jakou konkrétní představu byste měl/a o zapojení školní sestry do vzdělávacího procesu žáků?
- 5) Jakou konkrétní představu byste měla/a o zapojení školní sestry do péče o zdraví žáků?
- 6) Jakou roli by mohla hrát školní sestra při tvorbě výukových a preventivních programů?
- 7) V čem spatřujete hlavní výhody a nevýhody práce školní sestry?
- 8) Jak by měla být podle Vás pozice školní sestry financována?
- 9) Měl/a by jste zájem o pozici školní sestry?

Příloha 2 – Dotazník určený praktickým lékařům pro děti a dorost a dětským sestram pracujícím u praktických lékařů pro děti a dorost.

Školní sestra a její zařazení do systému zdravotnictví ČR

Dobrý den, jmenuji se Simona Kudláčová a studuji navazující magisterský obor ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě JU v Českých Budějovicích. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní. Dotazník zjišťuje Váš osobní názor a představu o možném zavedení školní sestry v ČR. Všechna získaná data budou použita pro diplomovou práci „Školní sestra a její zařazení do systému zdravotnictví ČR“. Pokud není uvedeno jinak, zvolte jednu odpověď. Děkuji.

*Povinné pole

Pracujete jako: *

- Lékař
- Sestra

Nejvyšší dosažené vzdělání: *

- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Specializační studium
- Vysokoškolské

Setkal/a jste se již někdy dříve s pojmem školní sestra? *

- Ano
- Ne

Kde jste se setkal/a s pojmem školní sestra? *

- Škola
- Zahraniční stáž
- Praxe
- Konference
- Odborná publikace
- Média (tisk, televize, rádio, internet)
- Pojem neznám
- Jiné:

Školní sestra

Ve světě je školní sestra obecně definovaná jako odborník v oblasti komunitní péče pracující v prostředí školy. Posuzuje potřeby školáků a je poskytovatel přímé zdravotní péče studentům a personálu, je vedoucí osobou pro zajištění zdravotnických služeb, poskytuje vyšetření a vystavuje doporučení pro další prohlídky, podporuje zdravé školní prostředí a zdraví žáků. Je také ve vedoucí roli pro zdravotní politiku a programy dané komunitou. Školní sestra slouží jako spojení mezi školním personálem, rodinou, komunitou, a poskytovateli zdravotnické péče a také plní další role dle potřeb daného školního prostředí. Cílem práce školní sestry je zlepšení fyzického a duševního zdraví dětí a zlepšení znalostí dětí ve výchově ke zdraví a prevenci.

Školní sestra je dle vašeho názoru? (možnost označit více správných odpovědí) *

- Odborník v oblasti komunitní péče pracující ve školním prostředí
- Osoba působící v oblasti sekundární péče
- Osoba působící v oblasti primární péče
- Pedagog zaměřený na zdravotní výchovu dětí

Cílem práce školní sestry je podle Vás? (možnost označit více správných odpovědí) *

- Přispět k udržování, zlepšování a propagaci fyzického a duševního zdraví dětí
- Výhradně zajišťování první pomoci ve škole
- Ulehčit a urychlit včasnou identifikaci zdravotního problému
- Co nejlépe zmapovat prostředí ve kterém si dítě pohybuje a reagovat na případné problémy

Které činnosti by podle vás mohly být náplní práce školní sestry ČR? (možnost označit více odpovědí) *

- Edukace (dětí, rodičů)
- Zajišťování zdravotní služby a první pomoci na školách
- Doprovod na školních akcích (škola v přírodě, školní výlety...)
- Spolupráce s výukových plánů
- Praktická výuka (první pomoc, výchova ke zdraví, ...)
- Získávání epidemiologických dat, zajišťování a kontrola hygienického prostředí
- Identifikace a vyhledávání zdravotních, sociálních a jiných problémů
- Management péče o dítě s chronickým onemocněním a speciálními potřebami
- Screening
- Očkování dětí
- Podávání a předepisování některých léků

- Vystavování doporučení pro další vyšetření dětí (obvodní lékař, psycholog, sociální pracovník)
- Komunikace s orgánem sociálně-právní ochrany, v případě výchovných a jiných problémů dítěte
- Vytváření edukačních materiálů a preventivních programů
- Jiné:

Domníváte se, že by bylo nutné se zavedením pozice školní sestry zvýšit kompetence dětských sester? *

- Ano
- Ne
- Nevím

Školní sestra by podle vás měla pracovat: *

- Zcela samostatně
- Samostatně v součinnosti s ostatními institucemi zabývajícími se dětmi školního věku (škola, lékař pro děti a dorost, hygienická stanice, komise pro zdravotnictví a sociální věci jednotlivých krajů,...)
- Pod přímým vedením některé instituce
- Jiné:

Řídícím orgánem by podle vás měl být pro školní sestru? *

- Praktický lékař pro děti a dorost
- Ředitel školy
- Hygienická stanice
- Zdravotní komise jednotlivých krajů
- Školní sestra by měla pracovat samostatně a spolupracovat s obvodním lékařem, ředitelem školy, hygienickou stanicí nebo zdravotní komisí příslušného kraje
- Školní sestra by měla pracovat samostatně bez nutnosti spolupráce s jinou institucí
- Jiné:

Jak by podle vás mohla vypadat spolupráce školní sestry s obvodním lékařem pro děti a dorost? *

- Školní sestra postupuje dle pokynů lékaře, plán péče o děti ve škole vytváří lékař, sestra plní dílčí úkoly

- Školní sestra má svůj vlastní plán péče o děti ve škole a dle svého uvážení a potřeby kontaktuje příslušného lékaře a řeší s ním konkrétní problematiku (nastavení režimových opatření u chronicky nemocných dětí,...)
- Školní sestra vytváří plán péče o děti ve škole, ale vždy jej konzultuje s lékařem a případně na jeho žádost tento plán upravuje
- Školní sestra vytváří plán péče o děti ve škole, ale lékař ho musí vždy schválit a v případě potřeby nařizuje, jak má plán péče vypadat
- Jiné:

Které oblasti by podle vás měly být klíčové pro spolupráci školní sestry a obvodního lékaře pro děti a dorost? (možnost označit více odpovědí) *

- Prostředí – hygiena, zdravé prostředí
- Stravovací návyky
- Imunizace
- Infekční onemocnění
- Chronická onemocnění
- Režimová opatření
- Preventivní opatření
- Screening
- Dispenzarizace
- Jiné:

Kde by podle vás měla školní sestra sídlit? *

- V prostorách školy bez ohledu na počet žáků
- V prostorách školy pouze v případě většího počtu žáků
- Měla by mít vlastní působiště mimo školu
- Měla by být v ordinaci praktického lékaře
- V případě školy s velkým počtem žáků má stálé sídlo v prostorách školy, v případě školy s malým počtem žáků je školní sestra společná pro více škol v daném regionu
- Jiné:

Zdrojem financování školní sestry by podle vás mělo být... *

- Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
- Ministerstvo zdravotnictví
- Zdravotní pojišťovny - přímou platbou
- Kombinace výše uvedených dle činnosti sestry
- Jiné:

Bylo by podle vašeho názoru nutné vytvoření specializačního studijního oboru školní sestra pro zavedení tohoto oboru do praxe? *

- Ano
- Ne
- Nevím

Jaký typ vzdělání by měla podle vás mít školní sestra pro výkon svého povolání? *

- Středoškolské vzdělání doplněné specializačním studiem
- Vysokoškolské studium – bakalářské
- Vysokoškolské studium – magisterské navazující

Měla by být podle vás podmínkou výkonu povolání školní sestry praxe? *

- Ano – praxe u lůžka na dětském oddělení
- Ano – praxe v ambulantním provozu typu dětského zařízení
- Ano - praxe v ambulantním provozu a i na lůžkovém oddělení
- Ne
- Nevím

Jaká pozitiva by podle vás mohla přinést pozice školní sestry? *

Jaká negativa by podle vás mohla přinést pozice školní sestry? *

Chtěli byste, aby byla ČR zavedena pozice školní sestry? *

- Ano
- Ne
- Nevím

Jak si myslíte, že by přijali rodiče dětí zavedení pozice školní sestry? *

- Pozitivně
- Negativně
- Se smíšenými pocity
- S nedůvěrou v kompetentnost sester
- S pocitem omezení práva zvolit si ošetřující osobu
- S pocitem úlevy, že má dítě zajištěnou neustálou zdravotnickou péči
- Nevím

- Jiné:

Domníváte se, že by zavedení pozice školní sestry byla pozitivně přijata dětmi? *

- Ano
- Ne
- Nevím
- Jiné:

V čem vidíte nedostatky v primární péči o děti v ČR? *

Příloha 3 - Návrh zařazení školní sestry do systému zdravotnictví ČR

Zařazení školní sestry do systému zdravotnictví ČR

Charakteristika školní sestry:

Školní sestra je pracovník, který samostatně poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, neodkladné nebo dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob ve školním prostředí. Školní sestra je nezávislý odborník, který je schopen posuzovat potřeby dětí ve škole, funguje jako spojení mezi školou, rodinou, dalšími odborníky a širší komunitou. Školní sestra vytváří systém formalizovaných školních aktivit, připravuje a realizuje edukační program ve škole se zaměřením na prevenci.

	Obor specializačního vzdělávání	Označení odbornosti specialisty
Současný stav: nařízení vlády č. 31/2010 Sb.	Komunitní ošetrovatelská péče	Komunitní sestra
Současný stav: nařízení vlády č. 31/2010 Sb.	Ošetrovatelská péče v pediatrii	Dětská sestra
Návrh	Komunitní ošetrovatelská péče v pediatrii	Školní sestra nebo komunitní dětská sestra

Podmínka pro specializační studium: Všeobecné sestry s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu podle zákona 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, ve znění pozdějších předpisů (29,53).

- Po absolvování bakalářského studijního oboru všeobecná sestra následuje: navazující magisterské studium – Komunitní ošetrovatelská péče v pediatrii.

Podmínka získání specializace Školní sestra je rok praxe v ambulantním a lůžkovém zařízení dětského typu.

- Po absolvování bakalářského studia nebo vyšší odborné školy v oboru všeobecná sestra následuje: Zařazení do specializačního vzdělávání pověřenou organizací instituce, která zabezpečuje koordinaci, kontrolu organizaci a realizaci specializačního vzdělávání včetně atestačních zkoušek.

Návrh na složení studijního programu Školní sestra:

Základní modul	Role sestry specialistky, role sestry v primární péči.
Odborný modul	Role dětské sestry, role dětské sestry v komunitním ošetrovatelství.
Speciální modul	Speciální ošetrovatelská péče o dítě a adolescenta v praktickém lékařství pro děti a dorost. Speciální ošetrovatelská péče o dítě a adolescenta ve školním prostředí.
Speciální modul	Zdravotní výchova dětí a adolescentů k péči o jejich zdraví.

Průběhu studia, doporučenou studijní literaturu, požadavky vzdělávacího programu, které musí účastník plnit v jeho průběhu, rozsah vědomostí a dovedností, které jsou potřebné pro ukončení modulu nebo části vzdělávacího programu, způsob ukončení a hodnocení modulu nebo částí vzdělávacího programu, kreditový systém a atestační

zkoušku (státní závěrečnou zkoušku) určuje instituce specializačního vzdělávání nebo příslušná vysoká škola na základě ustanovení Ministerstva zdravotnictví ČR.

Kompetence školní sestry: Následující kompetence školní sestry jsou sestaveny podle vyhlášky 424/2004 Sb. § 51 a § 52 a výsledků výzkumného šetření.

Školní sestra vykonává činnosti při péči o zdravé i nemocné děti v předškolním a školním období, s výjimkou péče o děti, u kterých dochází k selhávání základních životních funkcí nebo toto 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. Dále školní sestra vykonává svou činnost při poskytování primární péče, o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí; tato skupina může být vymezena zejména společným sociálně-kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými faktory (49).

Bez odborného dohledu a bez indikace školní sestra:

- Komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci dítěte ve vlastním sociálním prostředí (ve školním prostředí) 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 dětí a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče, realizuje poradenství, výuku a tvorbu preventivních programů škol a spolupracuje s odpovědnými orgány.
- Vytváří stimulační a výchovné a léčebné prostředí, připravuje a provádí výchovná zaměstnání.
- Vyhledává rizikové faktory ohrožující zdravý vývoj dítěte.
- Edukuje rodiče ve výchově a péči o děti ve školním a předškolním období, pomáhá jim řešit zdravotní i sociální problémy v rámci školního poradenství, spolupracuje s ostatními institucemi v oblasti péče o dítě a rodinu, zejména sociálními a vzdělávacími zařízeními a správními úřady.

- Provádí preventivní prohlídky, vyšetření u rizikových dětí a skupin občanů, dle předem stanovených postupů práce školní sestry bez indikace lékaře.
- Poskytuje ošetrovatelkou péči v rámci primární péče, hodnotí prostředí z hlediska zdravého vývoje dítěte.

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví

- Připravuje a organizuje preventivní prohlídky, vyšetření a očkování.
- Podílí se na hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve školním prostředí nebo skupiny dětí a na sestavování priorit při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů.
- Specifické úkony v péči o chronicky nemocné a zdravotně znevýhodněné děti.

Konkrétní činnosti školní sestry sestavené na základě výzkumného šetření a prostudované literatury:

- Komplexní analýza zdravotní a sociální situace jednotlivce a skupiny občanů ve školním prostředí z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče.
- Mapování prostředí, ve kterém si dítě pohybuje.
- Zásah sestry v případě problému.
- Udržování, zlepšování a propagace fyzického a duševního zdraví dětí. Koordinace poskytované integrované péče (komunikace s různými institucemi pečující o dítě).
- Komplexní analýza zdravotní a sociální situace žáků a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče.
- Péče o žáky se speciálními potřebami a chronicky nemocné. Poskytování poradenství v ošetrovatelské péči, prevenci a pozitivní ovlivňování životního stylu dětí a adolescentů.
- Edukace (dětí, rodičů). Vyhodnocování účinnosti podniknutých kroků a vedení edukačních plánů.
- Vytváření edukačních materiálů a preventivních programů ve škole.

- Plánování a realizování specifických aktivit spojených s preventivními programy.
- Získávání epidemiologických a statistických dat, zajišťování a kontrola hygienického prostředí ve škole. Sestavování priorit při řešení zdravotních rizik na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů.
- Orientace v legislativě upravující zdraví a hygienu ve školním prostředí.
- Hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve školním prostředí nebo skupiny občanů. Ulehčení a urychlení včasné identifikace zdravotního problému.
- Výuka zdravotně sociálních předmětů (první pomoc, výchova ke zdraví, ...).
- Zajišťování zdravotní služby a první pomoci na školách, doprovod na školních akcích.
- Příprava a organizování preventivních prohlídek, vyšetření a podávání některých farmak dle předem stanovených kompetencí sestry v této oblasti.
- Výchova a vzdělávání zaměřené na získávání vědomostí a dovedností žáků v oblasti zdraví, prevence a hygieny.
- Spolupráce na tvorbě rozvrhu se zaměřením na psychohygienu. Studium nových poznatků v oboru a jejich aplikace do vzdělávání.

Požadavky na znalosti a způsobilosti školní sestry

Požadavky na odborné znalosti:

Ošetrovatelská péče obecně, ošetrovatelská péče o děti, měření a sledování zdravotního stavu a životních funkcí, aplikace injekcí a očkovacích látek, podávání léků, odebírání krve a dalších biologických vzorků, obvazová technika, specializovaná péče o děti se zdravotním znevýhodněním. Obecná pedagogika, vzdělávání a výchova ve školství, integrace znevýhodněných dětí mezi děti bez znevýhodnění, didaktika a didaktická technika. Tvorba edukačních a výukových programů.

Požadavky na obecné způsobilosti:

Analyzování a řešení problémů, předvídání potřeb žáka, srozumitelné vysvětlování složitějších principů, zákonitostí a postupů. Diplomatické a taktické

sdělování. Demonstrování vlastní profesionality. Motivace oceněním a vlastním jednáním. Plánování kapacit a časů k dosažení cílů, vytváření alternativních plánů zohledňující různé vnější vlivy. Realizace a hodnocení cílů. Schopnost adaptability, flexibility, přizpůsobivosti a improvizace a způsobilosti. Práce s informacemi a kritické myšlení. Rozhodnost (přijetí odpovědnosti za případná rizika). Případový management a schopnost týmové práce. Převzetí odpovědnosti za poskytování rad a podpory školy.

Umístění školní sestry:

V případě školy s velkým počtem žáků má školní sestra stálé sídlo v prostorách školy, v případě školy s malým počtem žáků je školní sestra společná pro více škol v daném regionu.

Poměr školní sestry a studentů 1:600 v obecné populaci dětí školního věku. Poměr školní sestry vůči studentům by však měl být vždy určen na základě individuálních potřeb dané komunity. Tento počet se řídí se počtem žáků se zdravotním a jiným znevýhodněním, socio-ekonomickým faktory v prostředí školní komunity apod.

Možné způsoby financování školní sestry:

Více zdrojový:

- Ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo školství se podílí na financování školní sestry dle charakteru vykonané práce.
- Školní sestra, jako nositelka výkonu dle nově vznikajícího Sazebníku výkonu. Během letošního roku bude do tohoto sazebníku zařazeno cca 50 výkonů. Celkově by mohlo být zařazeno až 250 výkonů. Školní sestra jako nositelka výkonu může z velké části zajistit financování své pozice. Po revizi vyhlášky 424/2004 by mohlo dojít i k úpravě kompetencí sester.
- Zřizovatel školy – stát, kraj, obec
- Smluvní ujednání s pojišťovnou
- Školní sestra může reagovat na vypsané granty a projekty pojišťovny – oblast prevence.