

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Komunitní péče versus sestry v primární pediatrické péči

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Vlasta Koudelková, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Soňa Vaňková

17. 8. 2009

Abstract

We are living in a time of continuous health system reforms. A remarkable breaking point in its history was Alma Ata declaration in 1978 and since then the significance of primary care has been growing. After more than 50 years providing health services has been turning back from institutional care to community care, closer to places where people live and work, and where the health care is more affordable for endangered population.

Paediatricians and nurses belong to primary health care providers in the in child care while nurses have been taking over a key role in the primary health care. Their position is becoming stronger under the conditions of growing demands in the current health system.

This survey was carried out as a combination of quantity and quality research. A questionnaire and an interview for nurses and parents was worked out as a major tool of the research. The survey included 102 nurses in paediatricians' offices. 112 parents and five nurses were interviewed in the range of the research work.

There were six objectives set for the thesis. The first objective was to find out whether nurses in primary paediatricians' offices use nursing procedures. The hypothesis set up for the first objective was as of the following: nurses in primary paediatricians office do not use nursing procedures. This was proven on the grounds of the answers received in the survey. The second objective was to find out whether nurses keep their own nursing books and records. The second hypothesis set up was worded as of the following: Nurses in primary paediatricians' offices do not keep their own nursing records. This hypothesis was proven as well. The third objective was to find out whether nurses from primary paediatricians' offices visit families as a part of their service to families. The hypothesis for the third objective was worded as of the following: Nurses from primary paediatricians' offices visit patients in their homes. The hypothesis was proven on the grounds of the survey. The fourth objective was to find out whether nurses in primary paediatricians' office observe children in families with bad socio-economic backgrounds.

The hypothesis was worded as of the following: nurses observe children in families with

bad socio-economic backgrounds. This hypothesis was proven as a fact. The fifth objective was to find out whether nurses are informed about community care. The fifth hypothesis was worded as of the following: nurses in primary paediatricians' offices are not informed about community care. This hypothesis was not proven. The sixth and the seventh objectives were to find out what the range of awareness about community care in parents' minds exists and whether parents are satisfied with nursing care provided by paediatricians and nurses. The hypotheses were worded as of the following: parents are not aware of community care and they consider paediatricians' and nurses' care substantial. The sixth hypothesis about the range of parents' awareness of community care was not proven, while the seventh hypothesis about satisfaction of nursing care by paediatricians and nurses was proven.

In the frame of quality research and on the grounds of four research questions two hypotheses were set up. The first one is worded as of the following: Paediatric nurses in primary paediatric care consider community care as necessary and inevitable to provide a thorough care in families with bad socio-economic backgrounds. The second one is worded as of the following. Paediatric nurses consider cooperation with nurses in other fields of the system as necessary and that education towards well-being is desperately needed.

Nurses should be aware of their roles within the health care system. They are no longer just nurses providing care and doers of doctors' commands. They have to learn how to operate successfully in other roles such as: managers, researchers, legislative assistants, advisors, educators and etc.

Prohlášení

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 jejích internetových stránkách.

Datum:

Podpis studenta

.....

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Vlastě Koudelkové Ph.D. za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této práce.

Obsah

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	8
1.1 Komunitní ošetrovatelství	8
1.1.1 Historie komunitního ošetrovatelství ve světě	8
1.1.2 Historie komunitního ošetrovatelství u nás	9
1.1.3 Definice komunity	11
1.1.4 Komunita jako skupina klientů i jednotlivců.....	11
1.1.5 Zaměření komunitní péče.....	12
1.1.6 Náplň komunitního ošetrovatelství	12
1.1.7 Komunitní sestra u nás a ve světě.....	13
1.1.8 Možnosti uplatnění komunitní sestry při práci s dětskou klientelou.....	15
1.1.8.1 Komunitní ošetrovatelská péče o děti	15
1.1.8.2 Školní sestra.....	16
1.1.8.3 Rodinná sestra	18
1.1.8.4 Porodní asistentka pro komunitní péči	19
1.1.9 Ukázka realizace komunitní péče v Evropě	19
1.1.10 Ošetrovatelský proces v komunitní péči.....	21
1.2 Vybrané významné strategie podporující komunitní a primární péči	22
1.2.1 Zdraví 21.....	22
1.2.2 Alma-Atská deklarace	24
1.2.3 Mnichovská deklarace	24
1.2.4 Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví	24
1.3 Formy zdravotní péče ze systémového hlediska.....	25
1.3.1 Primární péče	25
1.4 Pediatrie	27
1.4.1 Historie pediatrie a pediatrického ošetrovatelství.....	28
1.4.2 Organizace pediatrické péče	29
1.4.2.1 Ambulantní péče	30

1.4.2.2 Ústavní péče.....	31
1.4.3 Osobnost dětské sestry.....	32
1.4.3.1 Výchova a vzdělání dětské sestry.....	33
1.4.3.2 Specializovaná způsobilost v oboru ošetrovatelské péče v pediatrii	34
1.4.3.3 Sestra v ordinaci PLDD.....	35
1.4.4 Ošetrovatelský proces v pediatrii	40
1.4.5 Ošetrovatelská dokumentace v primární a komunitní péči.....	41
1.5 Jednotlivá vývojová období dítěte a úloha sestry v nich	42
1.6 Vybrané ošetrovatelské diagnózy vyskytující se v ordinaci PLDD.....	47
2. Cíle práce a hypotézy.....	50
2.1 Cíle práce	50
2.2 Hypotézy	50
2.3 Výzkumné otázky.....	51
3. Metodika.....	52
3.1 Použitá metoda	52
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	53
4. Výsledky.....	54
4.1 Výsledky kvantitativního šetření – popisná statistika	54
4.1.1 Statistické zpracování dat získaných od sester pracujících v ordinacích PLDD.....	54
4.1.2 Statistické zpracování dat získaných z dotazníků vyplněných rodiči.....	81
4.1.3 Porovnání statistických vztahů/testů - kontingenční tabulky.....	94
4.2 Výsledky kvalitativního šetření.....	108
5. Diskuze.....	124
6. Závěr	139
7. Seznam použité literatury	142
8. Klíčová slova.....	148
9. Přílohy.....	149
9.1 Seznam příloh	149

Úvod

Žijeme v době, kdy stále probíhají reformy zdravotnictví. Významným reformním mezníkem byla Alma-Atská deklarace v roce 1978. Stále roste význam primární péče, probíhající reformy zdravotní péče jsou postavené na zásadách primární zdravotní péče, která se snaží podněcovat člověka a veřejnost k odpovědnosti za své zdraví i zdravý způsob života. V historii se nikdy nekladl takový důraz na podporu zdraví a prevenci chorob jako nyní. „Poskytování zdravotních služeb se po více než půl století institucionálně zaměřené péče vrací zpět do komunit, blíže k místům, kde lidé žijí a pracují a kde je také snadnější dostupnost pro ohrožené populace“ (17, s. 7-8).

Sestry a porodní asistentky by si měly uvědomit, že zaujímají klíčovou a nenahraditelnou roli pro rozvoj zdraví populace. Právem jsou považovány za nejdůležitější zdroj pro zajištění reformních strategií souvisejících s transformací nemocnic, zkracováním doby hospitalizace, s rozvojem primární a komunitní péče (17).

„Termíny komunitní péče a primární péče se často zaměňují, přičemž se nediferencuje, jaké jsou rozdíly i souvislosti mezi nimi. Toto dilema je příčinou toho, že primární zdravotní péče je chápána jako péče poskytovaná praktickým lékařem při prvním kontaktu s nemocným. Přitom současné trendy směřují primární zdravotní péči na plnění zdravotní politiky v komunitě, což znamená přenesení péče z akutních zařízení do komunitních. Tím se součástí komunitní péče stává nejen primární, ale i sekundární a terciární péče, stejně tak i prevence“ (14, s. 29).

Mezi poskytovatele primární zdravotní péče dětské populaci patří pediatričtí lékaři ve spolupráci s dětskými sestrami. Sestry zaujímají klíčovou úlohu v rámci primární péče a jejich pozice se bude dále upevňovat v rámci zvyšujících se nároků na zdraví.

Diplomovou práci na toto téma jsem si zvolila z důvodu objasnění problematiky primární pediatrické péče a také ze zájmu, zda je komunitní péče jako pojem známá a z hlediska práce v terénu potřebná i žádaná.

1. Současný stav

1.1 Komunitní ošetřovatelství

Komunitně orientované ošetřovatelství není novou záležitostí, v zemích západní Evropy má dlouholetou tradici. Vždyť i před několika staletími se lidé léčili více doma než v institucích. Právě v posledních letech, díky významným reformám zdravotní péče v členských zemích Evropského regionu Světové zdravotnické organizace, převládá trend řešit, co nejvíce možných zdravotních problémů doma (v komunitě) a pobyt v lůžkových zařízeních zkracovat na nezbytně nutnou dobu. Proto se začíná klást stále větší důraz na komunitní ošetřovatelskou péči (17, 63).

1.1.1 Historie komunitního ošetřovatelství ve světě

Komunitní ošetřovatelství má dlouhou historii. Za matičku komunitního ošetřovatelství je považována Velká Británie. Komunitní péči můžeme datovat již do období před naším letopočtem, kdy roku 1300 př. n. l. starohebrejské sestry poskytovaly péči, která byla založena na principech prevence a léčby. První návštěvní sestrou byla Phoebe z Cenchrey. Druhou významnou osobností byla Flaccilla, dcera španělského krále, která byla první návštěvní sestrou dobrovolnicí. V 16. století došlo k sociálním změnám, které s sebou přinesly nové sociální vědomí a odpovědnost za služby nemocným. Až v 18. a 19. století dochází k rozvoji domácího ošetřovatelství, profesionálního ošetřovatelství i komunitního ošetřovatelství. Průmyslová revoluce v roce 1750-1830 s sebou přinesla problémy působící na zdraví lidí. V této době byla velká chudoba, nepříznivé pracovní podmínky, časté úrazy, velká dětská úmrtnost či častá duševní onemocnění. Toto vše mělo za následek přesunutí péče z nemocnic do terénu (10, 51).

V roce 1812 na britských ostrovech sestra Mary Augustin založila řád Irské sestry charity v Dublinu, Milosrdné sestry založily domov pro dívky bez prostředků a také prováděly návštěvní službu pro nemocné v jejich obydlích. 1836 byl založen Kaiserwert Theodorem a Frederikem Fliednerovými, kde probíhala výuka diakonek, a účastnice byly připravovány pro práci na obvodě. Významnou osobností v rozvoji komunitní péče byla Florence Nightingalová, která ve spolupráci s W. Rathbonem

založila První asociaci ošetřovatelství veřejného zdraví. K založení asociace přispěla myšlenka, že dlouhodobě nemocní lidé mají potřebu, aby jim byla péče poskytována především v domácnostech nežli v nemocnici. Péče vycházela ze znalostí potřeb nemocných a neměla být v rozporu s názory a vírou pacienta. Rathbon velmi podporoval filozofii domácí péče a dle jeho modelu se začalo rozvíjet komunitní ošetřovatelství v Evropě a USA (51).

Sestry Lilian Waldová a Mary Brewsterová byly zakladatelkami komunitního ošetřovatelství v USA na konci 19. století. Založily Henry Street Settlement, experiment komunitního ošetřovatelství a Newyorskou návštěvní službu sester, které společně poskytovaly péči lidem v každém věku, s akutními i chronickými onemocněními, poskytovaly péči ve školách aj. (10, 11, 51).

1.1.2 Historie komunitního ošetřovatelství u nás

Komunitní ošetřovatelská péče má své začátky spojeny s křesťanstvím a řádovým ošetřovatelstvím. Některé řády se již od počátku charitativního ošetřovatelství věnovaly péči o nemocné v domácnostech. Jejich příslušnice kromě ošetřovatelské péče také vedly celé rodiny k vyššímu uvědomění v oblasti hygieny, výživy apod. (44).

K největšímu rozvoji domácího ošetřování došlo v 18. a 19. století. Největší podíl se kladl České diakonii a řádu českých sester.

V 19. století dochází k větší angažovanosti státu o zdraví populace. Ve veřejném zdravotnictví dochází k uplatňování civilních sester, které v terénu provádějí zdravotně sociální činnost. Orientují se především na zlepšování hygieny a zdravotního stavu populace. Mezníkem v komunitní péči u nás bylo otevření Státní ošetřovatelské školy v roce 1916, vznik Československa a založení Československého červeného kříže. První vlna rozvoje komunitní péče proběhla po první světové válce. Organizace sociálního ošetřovatelství se ujal Československý červený kříž, jehož předsedkyní byla Alice Masaryková, která ve spolupráci s Československým červeným křížem založila Masarykovu ligu proti tuberkulóze. Již v roce 1918 byla založena Vyšší sociální škola v Praze, která vychovávala sociálně orientované pracovníky a diplomované sestry pro práci v terénu (41, 44).

První zdravotní stanice u nás začaly vznikat od roku 1921, v jejich čele stála diplomovaná nebo dobrovolná vyškolená sestra. Hlavní náplní poraden byla edukace, především chudého a nevzdělaného obyvatelstva ve výchově ke zdraví, zdravotně, výživě, hygieně, přípravě na rodičovství, ale i v péči o nemohoucí a zanedbané občany. Návštěvní služba byla nedílnou součástí komunitních sester. Sestry vedly evidenci o nemocných, záznamy o návštěvách, o výdeji léků, režijním poplatku. Péče byla financována státem, Československým červeným křížem a charitativními organizacemi. První porada se udílela každému zdarma. Velmi chudým lidem se zdarma dávali léky, potraviny, ale i prádlo. Bohatší občané si péči platili sami (18, 41, 44).

V roce 1929 Československý červený kříž zřídil tzv. Ošetřovatelské a zdravotní služby, tím došlo k druhé etapě rozvinutí komunitní péče. V čele organizace stály výhradně diplomované sestry, které získávaly vzdělání na mezinárodních školách, např. v Kanadě či Anglii. Od třicátých let se u nás objevuje řada typů komunitní péče, např. Poradny ochrany matek a kojenců, Poradna pro těhotné ženy, Poradna „Našim dětem“, Školní a zubní poradna, Poradna pro mladé lidi, Venerologický dispenzář aj. V této době péči hradily především nemocenské pojišťovny (18, 44).

Poradnu Našim dětem vedl profesor Prošek, který byl průkopníkem aktivní prevence v pediatrii. V této poradně měly sestry ideální pole působnosti, především svým výchovným posláním. „Sestry učily správným zásadám péče o kojence, děti ve školách učily péči o mladší sourozence, se školami vyjednávaly posílání dětí k lékařským prohlídkám a všude uplatňovali zásady hygieny“ (18, s. 61). V poradnách Našim dětem bylo podchyceno téměř sto tisíc dětí, z nichž 65 835 bylo těžce podvyživených, rachitických či ohrožených tuberkulózou (18).

V roce 1942 byla zastavena činnost Československého červeného kříže a dalších organizací a v roce 1948 činnost terénních sester úplně zanikla. V padesátých letech byla činnost komunitních sester nahrazena prací sester v ordinacích praktických lékařů. V 70. letech začaly v terénu pracovat geriatrické sestry, ale již v 90. letech byla jejich činnost potlačena (44, 65).

1.1.3 Definice komunity

Komunitu můžeme definovat různě, podle přístupů, kterými na ni nahlížíme. Sociologický přístup říká, že komunita je souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity, tvoří autonomní jednotku, mají společné zájmy, myšlenky a idee, stejný etnický původ, postižení apod. Psychologický přístup definuje komunitu jako typ organizace, kde se dosahuje lepší spolupráce a komunikace na základě odstranění vztahů nadřízenosti a podřízenosti. „WHO definuje komunitu jako sociální skupinu determinovanou geografickými hranicemi nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř důležitých sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří“(15, 17, 21).

I když se definice často liší, mají i společné prvky. Těmi nejhlavnějšími jsou lidé, místo, funkce. Lidé jsou členové komunity; ti, co se v ní setkali; bydlící či žijící v komunitě. Místo určuje geografickou nebo časovou sféru komunity. Funkce se projevuje v cílech a aktivitách komunity (17).

1.1.4 Komunita jako skupina klientů i jednotlivců

V této oblasti ošetřovatelství není klientem pouze jedinec, ale celá komunita. V komunitě se problém jedince, stává problémem společným, proto se není třeba obávat, že se na jedince v této koncepci zapomene. Koncepce komunity či jedince zahrnuje proces změny, který má směřovat ke zlepšení situace komunity, a proto musí probíhat na více úrovních směrem od jedince ke společenství. Životní styl přináší různé zdravotní problémy, jak už u dospělých, tak u dětí. Např. obezita, kouření. Těchto špatných návyků se jedinec nezbaví jen pouhým přáním, mnozí nedokáží své zlovyky změnit sami, proto potřebují podporu rodiny, přátel, systému komunitní péče, ale i odpovídající zdravotní politiku (14).

1.1.5 Zaměření komunitní péče

Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb. Jde o poskytování péče v rámci komunity systémem tvořeným státními i nestátními službami, jež jsou dostupné členům komunity, nebo péči poskytovanou členy komunity, tzv. péči svépomocného charakteru, kterou si navzájem poskytují rodiny, sousedé aj. Komunitní péče je zaměřena na: prevenci, upevnění a podporu zdraví; na péči o nemocného člověka v domácím prostředí; na edukaci populace v péči o své zdraví; na zvyšování odpovědnosti každého jedince za své zdraví a na odhalování potřeb jedince a poskytnutí pomoci. V uvedených činnostech se na celém světě uplatňují hlavně sestry, protože mají k lidem blízko, umějí si získat jejich důvěru a jsou schopny pracovat samostatně. Obecně tyto sestry nazýváme komunitními sestrami (21).

„Komunitní péče znamená poskytovat služby a podporu občanům na správné úrovni, ve správné podobě a chvíli tak, aby občan dosáhl co největší úrovně nezávislosti“ (17, s.27). Proto nám slouží obecné principy komunitní péče, mezi které patří čtyřicetihodinová dostupnost základní pomoci, snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb, rychlé předání klienta odpovídajícím službám, návaznost péče, multidisciplinární spolupráce a koordinace činností, možnost výběru služeb, individuální přístup, diskrétnost a účelnost nákladů (17).

Multidisciplinární péči a služby v komunitní péči poskytují např. praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, agentury komplexní domácí péče, ambulantní gynekologové, stomatologové, lékařské služby první pomoci, komunitní ošetrovatelské ústavy, stacionáře i centra pro specializovanou péči, pečovatelská služba, osobní asistence, centra denních služeb, denní stacionáře, odlehčovací služby a domovy pro seniory (17).

1.1.6 Náplň komunitního ošetrovatelství

Komunitní ošetrovatelství je v metodickém opatření MZČR definováno takto: „Ošetrovatelské 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 nemocné a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetrovatelské péče. Komunitní péče zahrnuje i péči o chronicky a nevléčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany, včetně zajišťování různých forem domácí péče. Zdravotnický pracovník, který poskytuje ošetrovatelskou péči v komunitní péče, úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími apod.“ (33).

WHO definovala tři komponenty komunitní péče. Tvoří je smysl pro zodpovědnost, prioritní péče o ohrožené skupiny v komunitě a klient, který musí být partnerem jak při plánování, tak i hodnocení zdravotní péče (11).

V zahraničí je komunitní péče rozdělena podle zaměření a činností na dva základní modely: ošetrovatelství orientované na zdraví komunity (community health nursing) a ošetrovatelství orientované na komunitu (community based nursing) (17, 32, 45).

Prvním modelem je *Ošetrovatelství orientované na zdraví komunity* (community health nursing), které je realizováno v domovech, školách, zaměstnáních atd. a klade důraz především na primární a sekundární prevenci. Terciární prevenci zahrnuje také např. ve formě rehabilitace. Toto ošetrovatelství usiluje o uchování, podporu a ochranu zdraví členů komunity (17, 32, 45).

Druhým modelem je *Ošetrovatelství orientované na komunitu* (community based nursing), které je zaměřeno na péči o nemocné a jejich rodiny v celé délce jejich života. Zahrnuje péči jak při chronickém, tak i akutním onemocnění. Sestra tuto péči neposkytuje ve zdravotnických zařízeních, ale jako přímou péči v domově klienta nebo jiných komunitních organizacích (zaměstnání, škola). Ošetrovatelství orientované na komunitu přikládá důraz na sekundární a terciární prevenci (17, 32, 45).

1.1.7 Komunitní sestra u nás a ve světě

Komunitní sestry si v zahraničí získaly své nezastupitelné místo, proto se můžeme setkat i s jinými označeními komunitní sestry podle oblastí, kterým se věnují: sestra pro veřejné zdravotnictví (public health nurse), rodinná sestra (family nurse), sestra pro návštěvní službu (hesly visitor nurse), sestra pro domácí výchovu, školní sestra,

sestra pro domácí péči atd. Tyto sestry, pracují v zahraničí ve státním zájmu samostatně v terénu a jsou součástí veřejného zdravotnictví. V zahraničí jsou tyto sestry velmi ceněny a odměňovány z veřejných prostředků. V našich podmínkách si komunitní sestra začíná budovat také své místo, proto je velmi důležitá úloha společnosti, která by měla pomoci upevnit úlohy a funkce komunitních sester. Neméně důležité jsou vzdělávací instituce, které by měly tuto oblast rozvíjet. Pro vzdělání komunitních sester je důležitá všeobecná a specializovaná příprava v ošetrovatelství (1, 14, 21, 41).

V našich podmínkách je definována komunitní sestra jako všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí, kterou získala studiem v akreditovaných studijních programech nebo kurzech. Specializační vzdělávání jí poskytuje informace z oblasti domácí péče, péče o rodinu, péče seniory, péče o děti a mládež, péče v prevenci pracovních rizik apod. Proto komunitní sestry pracují na různých místech od domácností až po závody. Tyto sestry pracují samostatně, musí se umět správně a včas rozhodnout a řešit problémové situace. V České republice jsou činnosti komunitní sestry dány vyhláškou 424/2004 Sb. Po získání specializované způsobilosti vykonává sestra činnosti bez odborného dohledu (§ 4) a dále bez odborného dohledu a indikace analyzuje, poskytuje, organizuje a řídí ošetrovatelskou péči. Dále poskytuje specializované činnosti ve svém oboru: edukuje klienty v různých oblastech, hodnotí zdravotní rizika, analyzuje zdravotní a sociální situaci klienta a jeho blízkých, připravuje a koordinuje preventivní prohlídky atd. (Příloha 5). Komunitní sestra velmi úzce spolupracuje se sociálními pracovníky, lékaři, pracovníky ochrany veřejného zdraví atd.(21, 33).

1.1.8 Možnosti uplatnění komunitní sestry při práci s dětskou klientelou

Komunitní sestra se zaměřením na dětskou klientelu má široké pole působnosti, ve kterém může realizovat své vědomosti, dovednosti a postoje.

1.1.8.1 Komunitní ošetrovatelská péče o děti – primární, sekundární a terciální prevence

Komunitní ošetrovatelská péče o děti je zaměřena především na podporu zdraví a primární prevenci nemocí, ale i sekundární a terciární prevenci. Největší důraz je kladen na podporu správného růstu a vývoje dítěte, na vývoj pozitivních vztahů v rodině, výživu, bezpečnost, očkování, hygienu, dentální hygienu a přípravu na rodičovství. Dítě pro svůj růst a vývoj potřebuje dostatečně podnětné prostředí a komunitní dětská sestra může rodičům při vytváření takového prostředí pomoci. Sestra informuje rodiče, aby byli schopni se zapojit a reagovat na různě vzniklé situace v období růstu, že není dobré snažit se vývoj urychlit i např. brzkým vysazováním dítěte na nočník. Učí rodiče správné manipulaci s dítětem, jak provádět hygienu dítěte aj. (14).

Také správná výživa je klíčem ke správnému růstu a vývoji. Důraz je kladen především na výživu novorozence a kojence, kdy tou nejpřirozenější výživou je mateřské mléko a kojení. Pokud dojde k situaci, kdy matka není schopna kojit, edukuje komunitní dětská sestra rodiče o přípravě umělé výživy, hygienickém režimu přípravy stravy atd. Upozorňuje rodiče o změně stravovacích návyků např. v batolecím věku, kdy dítě ztrácí svůj apetit z důvodu zpomaleného růstu. Speciální pozornost musí komunitní dětská sestra věnovat dětem s chronickým onemocněním jako je např. celiakie či Crohnova choroba, Diabetes mellitus aj. (14).

Další důležitou kapitolou prevence je ochrana bezpečí dítěte. Jelikož prvenství v úmrtí dětí mají úrazy, klade se důraz na bezpečnostní opatření v okolí dítěte. Do předškolního věku spolupracuje sestra především s rodiči. Poté už sestra poučuje i samotné dítě, učí ho bezpečnostním pravidlům při sportování, pravidlům silničního provozu, informuje děti o škodlivosti omamných látek atd. Příprava dospívajících dětí na rodičovství spočívá v poskytnutí realistických informací, poznatků péče o dítě

formou přednášek, školení, kurzů aj. Gulášová uvádí, že dětská komunitní sestra by se měla zaměřit také na odhalování zneužívaných a zanedbávaných dětí (13, 14).

Zdravotní problémy dítěte řeší sekundární prevence. Je zaměřena na diagnostické a léčebné služby, screening a dispenzarizaci dítěte při zjištění odchylek zdravotního stavu. (14)

V terciární péči se komunitní dětská sestra zaměřuje především na prevenci opakovaného výskytu zdravotních problémů, na prevenci zhoršení zdravotního stavu a komplikací, pomoc v procesu adaptace na chronické onemocnění (14, 23).

V USA má působení dětských komunitních sester svá specifika. Tam je komunitní péče rodičům a dětem poskytována poliklinikami, privátními praxemi a tzv. sousedskými zdravotnickými centry. V prvním roce života sestra navštíví kojence minimálně pětkrát, během rutinních prohlídek odebírá podrobnou anamnézu, zjišťuje hmotnost dítěte, jeho výšku a obvod hlavy. Provádí různá screeningová vyšetření, jejichž smyslem je odhalit děti, které zaostávají za svými vrstevníky. V USA se používá Denverský vývojový screening, který slouží k vyhodnocování stavu vývoje dětí do 6 let věku. Zvláštním hodnocením novorozence je Brazeltonova neonatální behaviorální hodnotící škála, která pomáhá popsat vznikající osobnost dítěte, hodnotí reflexy, celkovou aktivitu, orientaci na hlas, odpověď na zrakové podněty, které se hodnotí i v našich podmínkách. V dalších krocích sestra hodnotí úroveň funkční schopnosti dítěte při krmení, spaní, ovládání vyměšování, hru a motorickou aktivitu (23).

1.1.8.2 Školní sestra

Školní sestra je zárukou zdravotní péče ve školském systému. Podílí se na plánování zdravotní osvěty, zdravotních služeb a prevenci na školách. Činnost školní sestry je zaměřena především na primární zdravotní péči, podporu, uchování, rozvoj zdraví každého školáka. Školní sestry jsou součástí týmu, který se skládá z ředitele školy, učitelů, dětského lékaře, stomatologa, sociálního pracovníka, psychologa a personálu speciálních škol. Všichni členové týmu zodpovídají za koordinaci aktivit a navazování vztahů s ostatními členy, aby došlo k včasnému odhalení nemocného dítěte. Rodiče jsou taktéž považováni za členy týmu a jsou podněcováni k aktivitě.

V působnosti školní sestry je ale i sekundární a terciární péče a prevence. Sestra poskytuje komplexní zdravotní péči zdravým i nemocným dětem, vyhledává a posuzuje rizikové či škodlivé faktory působící na zdraví dětí, jako je prašné prostředí, hluk aj. Dále školní sestra plánuje obsahy kurzů zdravotní výchovy a výchovy ke správné výživě. V těchto kurzech sestra často spolupracuje i se zákonnými zástupci dětí. V dnešní době nejčastěji školní sestry vedou kurzy týkající se protidrogové prevence, zneužívání látek, prevence úrazů a zároveň programy bezpečnosti (např. při sportovních aktivitách, trávení volného času) či o prevenci šíření infekčních nemocí. Školní sestra vykonává rutinní zdravotní prohlídky u každého dítěte, pokud zdravotní stav dítěte vyžaduje ošetření lékařem, sestra uvědomí rodiče, tím se sníží ohrožení zdravotního stavu dítěte a také riziko přenosu onemocnění. Ve spolupráci s lékařem sestra hodnotí růst a vývin dítěte, zda nedochází k odchýlkám, vykonává screeningová vyšetření, věnuje pozornost stomatohygieně, osobní hygieně a hygieně zraku. Svou působnost sestra uplatňuje i při školení personálu školy v první pomoci a náhlých život ohrožujících stavech (3, 4, 14, 31, 32).

V rámci sekundární a terciární prevence sestra podporuje adaptaci dětí na chronicky změněný stav, podporuje integraci handicapovaných dětí. Mezi její činnosti patří evidence těchto dětí, následná pravidelná kontrola lékařem a zdravotní péče, kdy lékař buďto do školy dochází nebo sestra dítě k lékaři odešle. Podávání léků je taktéž v její kompetenci.

Školní sestra si vede podrobnou dokumentaci, ve které zachycuje problémy ochrany zdraví a včas je analyzuje. Zároveň vykonává průběžná hodnocení a podává zprávy.

Školní sestra ve své profesi vykonává několik rolí. První je role pečovatelky, kdy sestra poskytuje neodkladnou péči nejen dětem, ale i pracovníkům školy. Neméně důležitou je role edukátorky, jak již bylo řečeno, vytváří výchovné programy z různých oblastí podpory zdraví pro žáky i ostatní členy týmu, včetně rodičů. Školní sestra jako manažerka řídí četné aktivity. Při vyhledávání příčin problémů dítěte spolupracuje sestra s rodiči, diskutuje s nimi i samotným žákem. Rovněž do manažerské funkce patří i plánování kontrol dítěte u lékařů či specialistů. Velmi důležitou rolí školní sestry je

role poradce. Měla by působit důvěryhodně a být příkladem žákům i školnímu týmu. Děti i dospívající potřebují poradit v různých situacích, svěřit se, diskutovat jak o svých zdravotních, tak o osobních problémech. Takto může sestra působit i na eliminaci nevhodného chování dětí a dospívajících. V roli konzultanta sestra spolupracuje s celým školním týmem, ale i s různými organizacemi (3, 4, 14, 31, 32).

1.1.8.3 Rodinná sestra

V zahraničí je rodinná sestra velmi preferována. Tato sestra ovlivňuje zdraví rodiny po dlouhá léta, často se stává jakýmsi „členem rodiny“, na kterého se může každý z členů rodiny spolehnout a obrátit. Sestra posuzuje zdraví rodiny jako celku i jednotlivců. Zdraví každého z členů ovlivňuje funkci rodiny jako celku. Pokud dítě trpí chronickým onemocněním, měla by se rodina přizpůsobit jeho potřebám a poskytovat mu kvalitní péči, na které se budou podílet všichni členové. Sestra identifikuje problémy a plánuje péči. Sestra musí brát v úvahu fyzikální prostředí v celé šíři od pouhé velikosti bytu až po rizikové faktory, které rodinu obklopují. Zejména v dětském věku hrozí nebezpečí úrazů či otrav. Psychologické prostředí rodiny posuzuje sestra zejména v oblasti komunikace. Způsob komunikace v rodině může sestře v mnohém napovědět a odhalit vztahy mezi členy. Další hodnocenou oblastí jsou vývojová stadia jednotlivých členů a celé rodiny. Dětská komunitní sestra působící v rodině musí brát v úvahu vývojové zvláštnosti dítěte v jednotlivých obdobích a brát v úvahu příslušná úskalí daného věku a předcházet vzniku problémových situací či připravit na tyto situace členy rodiny, a popř. pomoci je řešit. Pro dítě je velmi důležité také sociální prostředí, které je základem pro vývoj osobnosti. Kultura a náboženství ovlivňuje taktéž vztahy v rodině a formování osobnosti. Sestra by neměla zapomenout na hodnocení socioekonomického statusu rodiny, ten totiž ovlivňuje zdraví rodiny. Nedostatek financí může znamenat nedostatečný zdroj hodnotných potravin, nevhodné často až nevyhovující bydlení, ale i nedostatečný přístup k zdravotnickým službám. V neposlední řadě musí sestra hodnotit životní styl rodiny, ten v sobě zahrnuje stravování, odpočinek a spánek, tělesnou aktivitu, abúzus alkoholu a léků. Na základě informací zhodnotí, zda hrozí poškození zdraví členů rodiny, stanoví ošetřovatelské

diagnózy a plánuje ošetrovatelskou péči. Provádí edukaci v rámci zdravého životního stylu (14, 17, 27, 32).

1.1.8.4 Porodní asistentka pro komunitní péči

Porodní asistentky mimo ústavní péči pracují také v privátní oblasti. Pečují zejména o těhotné ženy a ženy v šestinedělí. V ČR je návštěvní služba poskytována porodní asistentkou jedenkrát před porodem a třikrát v období po porodu, a je tato péče hrazena ze zdravotního pojištění. Porodní asistentky pracující v terénu jsou specialistky na problémy, které trápí matky a jejich děti v šestinedělí. Péče porodních asistentek o matky a jejich děti v domácím prostředí navazuje na nemocniční péči. Porodní asistentka poskytuje profesionální zdravotní služby, snaží se zajistit včasnou odbornou pomoc (10, 11, 13, 28).

Podle vyhlášky 424/2004 Sb. porodní asistentka pro komunitní péči vykonává činnosti podle § 60 při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o ženy, novorozence, jejich rodiny a o skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí (Příloha 6).

1.1.9 Ukázka realizace komunitní péče ve světě

Politické a ekonomické změny posledních let, měly na zdravotnictví po celém světě hluboké dopady. Reformy zdravotnictví, které probíhají si žádají zdokonalení, vývoj a změnu orientace systémů ekonomických a společenských, možností plánování služeb, diagnostiky, léčby a péče (64).

„Radikální povaha reformních strategií vyžaduje, aby sestry a porodní asistentky spolu s dalšími pracovníky ve zdravotnictví pracovaly více inovačními způsoby. Existuje vzrůstající tlak na posun péče směrem k výhodnějšímu umístění do prostředí komunity“ (64, s 11). Nutné je poukázat na to, jak působí komunitní péče ve světě a možná by mohla inspirovat i naše sestry. Známé jsou země, ve kterých sestry vypracovaly a realizovaly plány zaměřené na péči s dětskou komunitou.

Např. v Estonsku byla až donedávna péče soustředována na nemoc a nemocnice. Sestry byly považovány jako asistentky lékařů a jejich úloha v podpoře a udržování

zdraví obyvatel nebyla rozpoznána. 1991 získalo Estonsko nezávislost a rozvoj služeb primární zdravotní péče se stal prioritou. Pediatrické sestry, které pracují v denním zařízení se zaměřily na diabetické děti a jejich rodiče. Děti i rodiče informují o povaze diabetu, správné výživě, komplikacích spojených s diabetem aj. Dětské sestry pracující na poliklinice poskytují služby pro zdravé děti, kontrolují vývoj dětí od 0 – 7 let věku, provádějí individuální či skupinové konzultace s rodiči v oblastech zdraví dětí, výživy, diet, ale i výběru hraček dle věku dítěte atd. Dále sestry a porodní asistentky v dětských poliklinikách poskytují poradenské služby pro adolescenty, promítají jim různé osvětové materiály, řeší problémy, kterým mladí lidé čelí atd. Diskutují s nimi individuálně nebo na skupinových sezeních (64).

V Rumunsku byl již v roce 1993 zahájen program na podporu zdravého zraku a na prevenci poruch zraku u dětí ve všech věkových kategoriích. Komunitní sestry, které pracovaly s dětmi se ujaly vedení a uskutečňování programu. Komunitní sestry úzce spolupracovaly s lékaři, učiteli, psychology a médii. Program byl zaměřen na různé úrovně prevence (64).

V Polsku byl vytvořen program Služby primární péče ve školách. Do roku 1985 nebyly školní sestry jako poskytovatelky primární zdravotní péče brány školskými správami ani tvůrci zdravotní politiky plně v úvahu. Od roku 1985 byly školní sestry zařazeny jako komunitní sestry pracující v prostředí škol. V roce 1986 se spustil nový model školní zdravotní péče v devíti obvodních zdravotních úřadech a v roce 1992 se tento model začlenil do polských škol. Tyto projekty jsou známé jako např. Národní projekt Zdravá škola. Program školního zdravotnictví je podstatným stanoviskem vládní strategie primární zdravotní péče (64).

Slovinská zdravotnická politika velmi zdůrazňuje podporu zdraví, zdravé životní prostředí, zdravý životní styl a přiměřenou zdravotní péči k uchování zdraví a léčení nemocí, proto byl vyvinut projekt Služby rodinné ošetřovatelské péče. Poskytují jej komunitní sestry a pomocné sestry. Komunitní sestry vedou a přebírají odpovědnost za pomocné sestry při péči o nemocné v městských oblastech. Diplomované sestry a porodní asistentky pečují o těhotné ženy před a po porodu. Sestry navštíví matky a děti první měsíc po porodu celkem sedmkrát a dále ještě čtyřikrát během prvního roku

života dítěte. Komunitní sestry, které mají kombinované úlohy, např. pečují o matky a děti a nemocné děti, tráví 2/3 času s matkami a dětmi a 1/3 péčí o nemocné. Tyto sestry plánují a vykonávají ošetrovatelskou péči samostatně. Komunitní sestry znají rodinu v širší socioekonomické souvislosti a jsou považovány za nejvhodnějšího člena rodinného zdravotnického týmu. Činnosti sester zahrnují podporu zdraví, preventivní péči, ošetrovatelskou péči a zdravotní výchovu (64).

Těchto několik příkladů ukazuje, jak důležité postavení mají komunitní sestry ve zdravotnickém systému vybraných států v rámci primární péče.

1.1.10 Ošetrovatelský proces v komunitní péči

„Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Umožňuje systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetrování každého nemocného/klienta v nemocniční i terénní péči“ (42, s.7). Poprvé tento pojem použila Hallová v roce 1955. Dnes je ošetrovatelský proces mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe (25).

Ošetrovatelský proces je vědeckou metodou řešení problémů, které může sestra profesionálně ovlivnit a který se skládá z pěti základních fází.

První fází je *anamnestika* – v této fázi zjišťujeme faktory ovlivňující zdraví v komunitě, faktory životního stylu, sociální faktory, environmentální faktory a osobnostní faktory.

Druhou fází je *diagnostika zdraví komunity* – tato fáze zahrnuje analýzu zdravotních problémů komunity. Pro plánování a hodnocení péče v komunitním ošetrovatelství se užívá klasifikační Omaha systém. Tento systém vznikl roku 1970. Omaha systém rozlišuje environmentální doménu, psychosociální doménu, fyziologickou doménu a doménu chování ovlivňující zdraví (60).

Třetí fází je *plánování komunitní péče*, které zahrnuje analýzu zdravotních problémů komunity, stanovení priorit mezi nimi, sestavení cílů a úkolů, identifikování intervencí a aktivit. V této fázi jsou důležitá kritéria: uvědomění si problémů komunitou, motivace komunity řešit problémy, možnosti a schopnosti sester ovlivňovat řešení problémů, dostupnost řešení podobných problémů, nebezpečí, které hrozí

z nevyřešení problémů a čas, za jaký jsme schopni problémy vyřešit. Do procesu určování priorit a plánování péče by měli zasahovat i členové komunity a vytvářet je společně (14, 17, 42, 43).

Čtvrtou fází je *realizace komunitní ošetrovatelské péče* – v této fázi plní každý z účastníků svou roli a provádí činnosti, které vedou k dosažení cílů a splnění úkolů. Úspěšnost realizace závisí na připravenosti a ochotě komunity řešit problémy, na znalostech, dovednostech sester, na schopnostech sester vykonávat komunitně orientované činnosti, mezi které patří organizace péče, koordinace, edukace, poradenství, obhajoba, spolupráce s členy týmu, rodinnými příslušníky, institucemi aj.

Pátou fází je *hodnocení komunitní ošetrovatelské péče* – tato fáze je zaměřena na vyhodnocení naplánovaných a realizovaných aktivit. V tomto procesu se zkoumá vhodnost, účinnost, a následky činností. Hodnocení provádíme tzv. Likertovo škálou s 5ti bodovým hodnocením ve třech oblastech, kterými jsou znalosti, chování a stav (14, 17, 60).

1.2 Vybrané významné strategie podporující komunitní a primární péči

Existuje několik významných strategií podporující rozvoj primární a komunitní péče. Jedny z nejvýznamnějších jsou Zdraví 21, Alma-Atská deklarace, Mnichovská deklarace a Ottawská charta.

1.2.1 Zdraví 21

Další z dokumentů podporující neustálé zlepšování zdravotního stavu obyvatel, je Zdraví pro všechny v 21. století. Velký význam se přikládá účasti všech složek společnosti na zlepšování národního zdraví. Tuto strategii tvoří 21 cílů a patří sem: Solidarita ve zdraví a evropském regionu, spravedlnost ve zdraví, zdravý start do života, zdraví mladých, zdravé stárnutí, zlepšení duševního zdraví, prevence infekčních onemocnění, snížení výskytu neinfekčních onemocnění, snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy, zdravé a bezpečné životní prostředí, zdravý životní styl, snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem, zdravé místní životní podmínky, zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů, integrovaný zdravotnický sektor,

řízení v zájmu kvality péče, financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů, příprava zdravotnických pracovníků, výzkum a znalosti v zájmu zdraví, mobilizace partnerů pro zdraví, opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny (67, 68).

Zdravý start do života si dává za cíl vytvořit do roku 2020 pro všechny narozené děti a děti předškolního věku takové podmínky, aby měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života. Tento cíl se skládá z několika dílčích úkolů, které je třeba splnit. Patří mezi ně lepší přístup k prenatální a perinatální péči, snížit míru kojenecké úmrtnosti, snížit podíl vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí, snížit podíl dětí s porodní hmotností méně než 2500g o 20 %, snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5ti let o 50 % (67, 68).

Zdraví mladých má za cíl vytvořit podmínky, aby do roku 2020 byli mladí lidé zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti. Také se skládá z dílčích úkolů, mezi které patří, aby děti a dospívající mládež byli způsobilější ke zdravému životu a aby získali schopnost dělat zdravější rozhodnutí, aby se snížil počet úmrtí a invalidity mladých lidí v důsledku násilí a nehod alespoň o 50 %. Dalším dílčím úkolem je snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, kam patří konzumace drog, tabáku a alkoholu. Posledním úkolem je snížit o třetinu počet těhotenství u dospívajících dívek (67, 68).

Dalším z důležitých cílů Zdraví 21 je Prevence infekčních onemocnění. Cíl je rozdělen do 5 dílčích úkolů zaměřených na eliminaci dětské obrny z evropského regionu SZO a z globálního pohledu na její úplnou eradikaci. Druhý úkol je zaměřen na eliminaci novorozeneckého tetanu, i když tento úkol byl na našem území již splněn. Třetí úkol je eliminace nezavlečených spalniček, zde se řadíme dosavadním vývojem nemocnosti ČR mezi zatím nejúspěšnější státy Evropy. Dalším úkolem je snížení nemocnosti dalšími závažnými infekcemi, proti kterým se očkuje (záškrť, hepatitida B, dáivý kašel, příušnice, zarděnky, *Haemophilus influenzae b*). Posledním cílem je snížit nemocnost významnými a závažnými infekcemi regionu (HIV/AIDS, TBC, malárie, akutní respirační a průjmová onemocnění (67, 68).

1.2.2 Alma-Atská deklarace

Koncepce primární zdravotní péče byla deklarována na konferenci v Alma-Atě roku 1978. Primární péče je založena na praktických, vědecky odůvodněných, společensky přijatelných metodách a postupech. Tato péče je všeobecně dostupná jednotlivcům, rodinám, komunitám a je integrální součástí jak zdravotnictví, tak sociálního a ekonomického postoje společnosti. Primární péče je první linií kontaktu klienta se zdravotnictvím a spadá podle zákona do kompetence státní správy (25).

Alma-Atská konference zdůrazňovala, že zdraví je základním lidským právem a dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví je hlavním celospolečenským cílem. Rozdíly ve zdravotním stavu lidí v rozvojových a rozvinutých zemích jsou podle deklarace politicky, sociálně, ekonomicky nepřijatelné (25).

1.2.3 Mnichovská deklarace

Mnichovská deklarace se konala v červnu roku 2000 a díky ní byl uskutečněn velký krok k upevnění pozice ošetrovatelství a porodní asistence v Evropě. Deklarace se zaměřuje na zlepšení vzdělávání v ošetrovatelství a porodní asistenci (na pregraduální, postgraduální úrovni), na upevnění jejich pozice, na podporování výzkumu, diseminaci výsledků výzkumu a na multioborovou spolupráci. V neposlední řadě je velmi důležitým bodem hledání příležitostí k založení a podpoře programů a služeb, které budou komunitně zaměřené na rodinu, budou posilovat rozvoj rodinných sester, rozvoj role sester a porodních asistentek ve veřejném zdravotnictví, podporovat zdraví a vývoj komunity (62).

1.2.4 Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví

Roku 1986 se konala I. Mezinárodní konference O podpoře zdraví v kanadské Ottawě. Charta vymezuje posilování a rozvoj zdraví jako proces, umožňující lidem rozšířit svůj podíl na ochraně, zlepšení a péči o své zdraví. Posilování a rozvoj zdraví není jen záležitostí zdravotnického sektoru, ale přesahuje i rámec životního způsobu. Podle této charty je základním předpokladem zdraví mír, obydlí, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, dostatečné zdroje, rovnoprávnost a sociální spravedlnost.

Posilovat a rozvíjet zdraví znamená vytvořit zdravotní politiku, vytvořit příznivé životní prostředí, zvýšit společenskou aktivitu, rozvíjet osobní schopnosti a nově orientovat zdravotnické služby (25).

1.3 Formy zdravotní péče ze systémového hlediska

„Zdravotnické instituce se rozdělují podle svého začlenění do primární, sekundární a terciární péče“ (17, s.20).

Primární péče je rozepsaná v následující kapitole 1.3.1. Sekundární zdravotní péči rozumíme poskytování specializované zdravotní péče především prostřednictvím zdravotnických institucí jako jsou nemocnice či specializované ambulance v nemocnicích nebo péče v terénu prostřednictvím ambulantních specialistů. Terciární zdravotní péče je vysoce specializovaná a komplexní zdravotní péče a patří k finančně nejnákladnější péči ve zdravotnickém systému. Pod terciární péčí si můžeme představit např. transplantační program, onkologickou péči (17).

1.3.1 Primární péče

První zmínka o praktickém/rodinném lékaři je z 18. století. V roce 1870 byl v Rakousku – Uhersku vydán zákon ustavující obecní a městské lékaře, kterým byly kromě péče o nemocné přiděleny i další činnosti jako protiepidemická činnost, zdravotní dohled nad špitály, lékárnami a školami. Před druhou světovou válkou byl u nás zaveden systém rodinných lékařů, který byl v 50. letech reorganizován na systém tzv. obvodních územních a závodních lékařů. Důraz se kladl na rozvoj specializovaných služeb a to i v ambulantní složce. Došlo k vyčlenění pediatrické a gynekologické péče. Zvyšující se zdravotně sociální problematika vedla k zavedení geriatrických sester a posílení počtu dětských sester v primární péči (38).

V současné době význam primární péče ve zdravotnických systémech stále narůstá. Souvisí to především s obecnými trendy v péči o zdraví. Zdravotní služby se přesouvají z nemocnic do ambulancí, je snaha posunout kurativu k prevenci, zvyšuje se význam péče chronické vedle akutní, péče paliativní, zvyšuje se potřeba integrované sociální péče, je kladen důraz na sebepéči a odpovědnost obyvatelstva za zdraví. Toto

vše je spojeno zejména se stárnutím populace, rozvojem medicínských technologií a snahou co nejlépe využívat finance (38).

Jak již bylo řečeno, o posílení primární péče usilovala Alma-Atská deklarace. Od roku 1978 nastává v celosvětovém měřítku vzestup primární péče (34).

„Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejlépe vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují bio-psycho-sociální potřeby“ (38, s.13). Důležitá je ale i povinná péče občana o své zdraví (5).

Primární péče je charakteristická sedmi základními body: první bod je odrazem a produktem ekonomických poměrů, kulturních, politických charakteristik země a obyvatel. Tato péče se opírá o výsledky výzkumů sociálních i zdravotnických služeb a veřejného zdravotnictví. Druhý bod se zaměřuje se na důležité zdravotní problémy společnosti, zajišťuje preventivní, léčebné a rehabilitační služby. Třetí bod zajišťuje výchovu, která je zaměřena na důležité zdravotní problémy a metody jejich prevence. Čtvrtý bod se netýká pouze zdravotnictví, ale i dalších odvětví a faktorů celostátního i místního rozvoje. Pátý bod vyžaduje maximální soběstačnost jak jedinců, tak skupin, jejich spoluúčast na plánování, organizaci, řízení a kontrole základní péče o zdraví. Vyžaduje maximální výchovné působení, aby se veřejnost na péči o své zdraví podílela. Šestý bod uvádí, že by primární péče měla vést ke zlepšování péče o zdraví všech lidí, zejména těch nejvíce potřebných, integrovanými systémy se zpětnou vazbou. Sedmý bod spočívá na územně orientované péči zdravotníky, kteří jsou řádně vzdělání všeobecně i odborně, jsou členy zdravotnických týmů, kdy berou na sebe zodpovědnost za výsledky své práce a za uspokojování zdravotních potřeb společnosti (25).

Primární zdravotní péče je charakteristická dostupností a otevřeností, schopností porozumět potřebám občanů, citlivostí a humánností. Je kvalitní i odborná a je tím nejvhodnějším prostředím pro prevenci. Klíčové postavení v primární péči mají praktičtí lékaři, jejichž práce vyžaduje spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotních a

sociálních služeb v komunitě. Významnou roli v péči sehrává sestra praktického lékaře (35, 38, 39).

Primární péči v České republice zajišťují: praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD), praktičtí lékaři pro dospělé, stomatologové, ambulantní gynekologové, agentury domácí péče, lékařské služby první pomoci a lékárny, ostatní zdravotničtí pracovníci v komunitě (17, 39).

Pro lékaře a sestru primární péče je typické, že se práce s pacientem odehrává v rodinném prostředí, nebo co nejbližší rodinnému prostředí klienta. Jak lékař, tak sestra znají sociální a pracovní anamnézu klienta. Péče je komplexní, neboť pohlíží na pacienta holisticky. Znalost rodinné zdravotní anamnézy je pomůckou k prevenci onemocnění u klienta. Nedochozí ke zbytečnému čerpání financí z prostředků veřejného pojištění a riziku poškození pacienta (39).

Některé služby primární péče se u nás rozvíjejí teprve od nedávna, např. agentury domácí péče od 90. let. Do budoucna se ale předpokládá se vznikem dalších služeb. Rodinný lékař, který bude poskytovat péči všem věkovým kategoriím, všem členům rodiny realitou blízké budoucnosti (35).

1.4 Pediatrie

Pediatrie je základní lékařský obor, který se zabývá dítětem a dospívajícím, jak ve zdraví, tak i v nemoci a zahrnuje vývojové období člověka od narození do 19ti let života. Zabývá se prevencí, diagnostikou, terapií, rehabilitací, psychologickou a výchovnou péčí, prostředím dítěte a sociálně právní normou ochrany dětí. Cílem pediatrie je harmonický rozvoj tělesných a duševních schopností jednotlivce a celé mladé populace (2, 16, 37, 46).

Podobory pediatrie jsou preventivní pediatrie a sociální pediatrie. Cílem preventivní pediatrie je, aby nedošlo k poškození dítěte z hlediska somatického, psychického a sociálního. Odborníkem na preventivní pediatrii je dětský lékař ve spolupráci s dětskou sestrou (56).

1.4.1 Historie pediatrie a pediatrického ošetřovatelství

Zprávy o ošetřování a léčení dětí jsou již z období 2000 př. n. l. Z této doby se dochovaly záznamy o léčbě i výchově dětí, kde byly zdůrazňovány pokyny ke kojení, ale i zaměření na boj s parazity. Z období středověku není mnoho informací, neexistovaly dětské nemocnice, pouze nalezince a léčba dětí se prováděla doma.

O starší děti v dřívější době pečovali internisté a o novorozence porodníci. Oddělená péče o děti začala již v 18. století, ale byla na nízké úrovni, vzhledem k nedostatečným znalostem o dětských nemocech a jejich příčinách, o výživě, hygieně atd. (2, 7, 40, 47).

Se změnami v rozvoji společnosti dochází k rozvoji pediatrie jako samostatného lékařského oboru. Objevují se první pokusy systematicky sledovat vývoj dítěte, vyvozovat závěry pro výchovu a poskytování systematické péče. První dětská nemocnice vznikla v roce 1802 v Paříži. Na našem území vznikla první dětská nemocnice roku 1842 v Praze a další roku 1846 v Brně. Pediatrie se v této době zaměřovala na dvě oblasti. První se zabývala zdravím a vývojem dítěte ve společnosti a druhá oblast byla zaměřena na děti, které potřebovaly zvláštní pomoc ve společnosti, především děti opuštěné, postižené, nemanželské či jinak ohrožené (2, 19).

Prof. Velemínský ve své publikaci *Vybrané kapitoly z pediatrie* popisuje pět období, které byly důležité pro pediatrii jako takovou. Prvním obdobím je poválečná pediatrie po druhé světové válce, kdy byla vysoká úmrtnost kojenců, především v souvislosti s poruchami výživy. Byla zavedena a správně aplikována umělá výživa. Dochází k rozvoji dětských poraden s preventivním zaměřením. Druhé období, 60. léta, je zaměřeno na stálé zlepšování prevence, především sekundární a zavedení odborných ordinací. Prohlubuje se preventivní péče, včetně očkování. 70. léta jsou třetím obdobím, které je charakteristické rozvojem intenzivní péče, především pro patologické novorozence, dále pak i pro větší děti. V tomto období se rozvíjí prolaktační program a ošetřování novorozenců systémem rooming – in. Ve čtvrtém období, v 80. a 90. letech, dochází k vzestupu sociální pediatrie. Intenzivní péče se stále zlepšuje a prohlubuje, vznikají první nemocnice se statutem Baby Friendly Hospital, prohlubuje se prolaktační program. Avšak v tomto období dochází k nástupu užívání drog mladistvými, zvyšuje

se problematika sexuálně přenosných chorob aj. 21. století, čili páté období, se zaměřuje na sociální problematiku, kam spadá prevence úrazů, protidrogová prevence, problematika rizikového chování. Dále je toto období věnováno intenzivní péči a speciálně pedagogické problematice (56).

S rozvojem dětského lékařství je úzce spjata i ošetrovatelská péče o děti. Odborná příprava zdravotníků pro práci s dětmi po dlouhou dobu neexistovala. První dětské sestry byly ošetrovatelky v nalezincích. Nejčastěji to byly svobodné matky, vdovy, osamělé ženy, které se do nalezinců uchýlily se svými dětmi. V této době ještě teoretická příprava neexistovala a jak řádové sestry, tak civilní sestry v nemocnicích i nalezincích čerpaly své zkušenosti z praxe. První ošetrovatelská škola pro dětské sestry byla založena roku 1922 v Praze – Krči a byla jedinou školou pro přípravu dětských sester až do roku 1945. O rok později vznikla Švejcárova škola pro výuku a výchovu dětských sester. Všechny školy pro výuku dětských sester byly v roce 1948 transformovány na střední odborné školy a byly čtyřleté, v roce 1951 bylo studium zkrácené na tři roky a již v roce 1955 opět prodloužené na čtyřleté studium. V roce 1995 došlo k přeměně zdravotnického školství v oboru dětská sestra, bylo zrušeno čtyřleté studium a dvouleté pomaturitní kvalifikační studium. V roce 1996 byl zaveden tříletý pomaturitní obor Diplomovaná dětská sestra na vyšších zdravotních školách. Roku 2006 skončilo vzdělávání dětských sester na vyšších zdravotních školách a podle nové legislativy získá všeobecná sestra kvalifikaci dětské sestry ve specializačním vzdělávacím programu (2, 37, 47).

1.4.2 Organizace pediatrické péče v ČR

Pediatrická péče je zajišťována na dvou úrovních. První úroveň je péče ambulantní, která v sobě zahrnuje péči primární a péči specializovanou. Druhou úroveň je péče ústavní, která v sobě zahrnuje péči nemocniční a péči poskytovanou ve zvláštních dětských zařízeních (50, 19).

1.4.2.1 Ambulantní péče

Primární ambulantní péče je dětem poskytována v zařízeních, ve kterých pracuje praktický lékař pro děti a dorost s dětskou sestrou. Sestra by měla mít nejméně pět let praxe na lůžkovém dětském oddělení a specializaci v oboru. Společně se poskytuje péče preventivní, léčebná a dispenzární dětem do ukončených osmnácti let. Rozdělení péče je dáno organizací práce, kdy jsou vyhrazené hodiny pro děti nemocné a pro děti zdravé. Tato zdravotnická zařízení jsou umístěna buďto jako samostatné ordinace nebo jsou soustředěna v budovách poliklinik nebo jako samostatně stojící dětské polikliniky. Dřívější rozdělení na územní zdravotnické obvody již neplatí, protože rodiče si mohou vybrat lékaře, kterému důvěřují. Většina lékařů pro děti a dorost pracuje v soukromých ordinacích. Primární pediatrická preventivní péče spočívá ve vyhledávání dětí, které jsou ohrožené po stránce zdravotní, psychické a sociální. Dále se u dětí sleduje psychomotorický a sociální vývoj. Preventivní prohlídky jsou nedílnou součástí péče, mají svůj hodnotící obsah i časový harmonogram a jsou prováděny v poradnách. Očkování a screening se také provádí v rámci preventivní péče. V našem státě má systém očkování vysokou úroveň, za kterou stojí důslednost dětských lékařů a sester, jež se snaží očkovat včas všechny děti, které jsou zdravé, a dané očkování u nich není kontraindikované (56, 58).

Preventivní prohlídky jsou dány ministerstvem zdravotnictví. Do jednoho roku života navštíví dítě poradnu v rámci preventivních prohlídek devětkrát. První prohlídka je po příchodu z porodnice nejpozději do 48 hodin, tato prohlídka je spojena s registrací novorozence u pediatra, kterého by si matka měla najít již před porodem a po porodu u něho dítě zaregistrovat. I když se tak často neděje, měla by první prohlídka novorozence proběhnout návštěvou pediatra a dětské sestry v rodině. Další harmonogram prohlídek je ve 14 dnech, 6 týdnech, ve 3 měsících, ve 4 měsících, v 6 měsících, v 8 měsících, mezi 10. - 11. měsícem a ve 12 měsících. Dále je pak dítě prohlédnuto v 18 měsících, ve 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 a 17 letech (29, 30, 50, 58).

Dispenzární péče spočívá v pravidelném sledování dětí s chronickým onemocněním, smyslovými, duševními vadami a dětí defektních. „Zařazení dětí a mladistvých do dispenzární péče provádí praktický lékař pro děti a dorost se sestrou

na základě výsledků preventivních prohlídek, závěrů hospitalizací dětí v nemocničním zařízení či z odborných ordinací, léčeben, na základě upozornění hygienické služby apod.“(29, s 24). Tato péče představuje celý komplex preventivních, léčebných, hygienicko epidemiologických, sociálních, sociálně právních, zdravotně výchovných opatření (29).

Specializovaná ambulantní péče je prováděna v samostatných specializovaných zařízeních pediatrie s příslušnou kvalifikací, jako jsou kardiologové, urologové, neurologové, gastroenterologové aj. (46, 56).

Pohotovostní služba slouží k ošetření náhlých onemocnění, úrazů aj., kdy není nutný výjezd zdravotnické záchranné služby. V rámci této služby pracují lékaři s sestry pod patronací záchranných služeb a jiných subjektů dle pověření zřizovatele. Pohotovostní služby poskytují péči dle rozpisu na území své působnosti (17).

1.4.2.2 Ústavní péče

Ústavní péče v sobě zahrnuje péči nemocniční a péči poskytovanou ve zvláštních dětských zařízeních.

Nemocniční péče je tvořena sítí dětských oddělení různých typů nemocnic nebo klinik. Ty mohou být soukromé, územní či státní a jsou přímo zřizovány Ministerstvem zdravotnictví ČR. Dětská oddělení poskytují ambulantní, základní, specializovanou diagnostickou a léčebnou péči dětem od narození do 18 let. Nemocniční péči zabezpečují dětské lékaři a zdravotní sestry s preferencí odbornosti dětských sester. V souvislosti s Chartou práv hospitalizovaného dítěte je třeba děti hospitalizovat výhradně na dětských či dorostových odděleních, nikoli na odděleních pro dospělé. Nemocniční péče se rozděluje na standardní, intenzivní a dlouhodobou. „Dětská oddělení jsou většinou tvořena třemi základními stanicemi – oddělením kojenců a batolat, oddělením větších dětí a novorozeneckým úsekem“ (37, s 15). Při těchto odděleních jsou často zřízeny odborné poradny (19, 37, 46).

Novorozenecká oddělení tvoří jednotný celek s porodnickým oddělením. Péče je poskytována systémem rooming in. Ve větších nemocnicích jsou zřizována perinatologická centra, kde je poskytována specializovaná péče. Tyto centra mají

standardní oddělení novorozenců, oddělení intermediární péče a jednotky intenzivní a resuscitační péče (40).

Dětská oddělení v krajských nemocnicích poskytují péči v rozsahu okresních, ale i další konsiliární a specializované služby (kardiologické, gastroenterologické, psychiatrické aj.), jejich součástí jsou často jednotky intenzivní a resuscitační péče.

Dětská oddělení fakultních nemocnic (kliniky) poskytují péči v rozsahu krajských nemocnic, ale i péči v rámci nad regionálních či celorepublikových center, jako jsou např. kardiologická, onkologická nebo transplantační centra (19, 37). Odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, ozdravovny, denní i týdenní stacionáře (sanatoria), kojenecké ústavy a dětská centra tvoří vedle nemocnic síť lůžkových zařízení pro děti a dorost (37, 46).

1.4.3 Osobnost dětské sestry

Dětská sestra zaujímá nezastupitelné místo v oboru pediatrie. V rámci svých kompetencí se podílí na komplexní péči o děti od narození až do jejich devatenáctého roku života (37).

Poskytování ošetrovatelské péče dětem není podmíněno jen dosažením odborné způsobilosti, ale vyžaduje od sestry i určité osobnostní vlastnosti a předpoklady jako je láska k dětem, citlivost k dětskému trápení a bolesti, trpělivost, vytríbené pozorovací schopnosti, logickou úvahu, rozhodovací schopnosti, předvídavost, zodpovědnost, sebekázeň a obětavost. Sestře by neměly chybět ani předpoklady pro výchovnou práci s dětmi, všeobecný rozhled, estetické cítění aj. Aby sestra v poskytování ošetrovatelské péče uspěla, musí správně zhodnotit psychický stav a citové rozpoložení dítěte. Je téměř nadlidský výkon splnit ordinace lékaře a zvládnout ošetrovatelské postupy, nejde-li dítě ztišit, uklidnit, získat ho ke spolupráci a tím tak zajistit bezpečné podmínky pro provádění výkonů. I správná volba formy komunikace podle úrovně vývoje a vyjadřovacích schopností dítěte je nezbytností. Sestra přiměřeným a dostačujícím způsobem dítěti vysvětlí, co od něj požaduje, poskytne útěchu, když je potřeba a současně vyhodnocuje změny reakcí i stavu dítěte. Velmi důležitá je schopnost sestry posoudit neverbální projevy komunikace dítěte. Práce dětské sestry je více než jiné

ošetřovatelské obory, zaměřena na rodinu. Ať je dítě přijato s rodičem do nemocnice, či navštíví-li ordinaci v rámci např. preventivní prohlídky, dostává se dětská sestra do situace, kdy musí péči poskytnout zároveň dvěma klientům. Je vystavena konkurenci ve smyslu autority pro dítě. Vzniká pomyslný trojúhelník sestra – dítě – rodič, kde si sestra nemůže za každou cenu vydobývat dominantní postavení u dítěte, protože z přirozených zákonitostí bude u dítěte na prvním místě vždy matka. Není možné produkovat ovzduší rivality o přízeň dítěte, ale najít vzájemný vztah důvěry i spolupráce mezi dětskou sestrou a matkou. Často se sestra setkává s řadou problémů a situací etického charakteru. Setkává se i se situacemi, kdy jsou medicínské možnosti vyčerpány a lékař i sestra jsou nuceni akceptovat nezvratný osud a smrt dítěte. V této situaci se očekává od sestry péče založená na profesionálním doprovázení dítěte i jeho rodiny. Působení dětské sestry není zaměřeno jen na péči o děti nemocné, ale stále více se její působnost přesouvá do preventivní oblasti. Nelze si bez ní představit péči poskytovanou dětem v ordinacích PLDD (52).

1.4.3.1 Výchova a vzdělávání dětské sestry

Vzdělávání dětských sester v minulosti bylo již popsáno v kapitole 1.2 Historie pediatrie a pediatrického ošetřovatelství.

V současnosti dochází k rozsáhlým a podstatným změnám v přípravě a vzdělávání dětských sester v naší republice v souvislosti se vstupem do Evropské unie. Došlo k podstatným změnám v úpravě legislativy nelékařských zdravotnických povolání a tudíž se změnila i integrace povolání dětské sestry. Tehdejší právní normy byly nahrazeny zákonem č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon neuvádí dětskou sestru jako samostatné ošetřovatelské povolání v souvislosti s tím, že Česká republika se při přijímání kritérií Evropské unie řídila především oborovými směnicemi pro uznávání kvalifikací všeobecné sestry a porodní asistentky (52, 70).

Dětské sestry a diplomované dětské sestry podle § 5, zákona 96/2004 Sb. nabývají způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry, diplomovaná dětská sestra má v tomto zákoně uvedenou specializovanou způsobilost. Od 1. září 2004 zákon ruší přípravu diplomovaných dětských sester na vyšších zdravotnických školách a poslední diplomované dětské sestry ukončily studium v roce 2006. „Příprava dětských sester se posouvá do specializačního vzdělávání pro všeobecnou sestru jako jedna z forem celoživotního vzdělávání. Oborem specializačního vzdělávání je ošetrovatelská péče v pediatrii s označením specializované odbornosti dětská sestra“ (52, s.14).

Touto změnou v legislativě se výrazně prodloužila doba vzdělání pro přípravu dětských sester. Prvním krokem je získání maturity na libovolné střední škole (4 roky); následuje další studium na vyšší zdravotnické škole v oboru diplomovaná všeobecná sestra (3,5 roku) nebo bakalářské studium na vysoké škole (3-4 roky); dále minimálně jeden rok praxe v zařízení, které poskytuje ošetrovatelskou péči dětským klientům a specializační studium v modulovém programu se zaměřením pro dětskou sestru. Minimální kvalifikační příprava dětské sestry trvá pět až sedm let (52, 70).

Ministerstvo může rozhodnout o přiznání specializované způsobilosti absolventům akreditovaného doktorského, či magisterského studia navazujícího na bakalářský nebo magisterský studijní obor, odpovídá li příslušnému vzdělávacímu programu specializačního vzdělání vydaného ministerstvem, např. Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – pediatrický modul (66).

1.4.3.2 Specializovaná způsobilost v oboru ošetrovatelské péče v pediatrii

„Podmínkou pro zařazení do vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti v odbornosti dětská sestra je způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry a nejméně dvanáct měsíců výkonu povolání všeobecné sestry v úseku péče o dítě“ (27, s. 60). Pokud je uchazečka zařazena do specializačního oboru, musí splnit dvanáct měsíců výkonu povolání v oboru specializace, absolvovat povinný odborný modul role dětské sestry před zařazením do specializačního zaměření, absolvovat stanovený počet hodin teoretického a praktického vyučování, prokázat požadované vědomosti a dovednosti, absolvovat odbornou praxi, splnit požadovaný počet výkonů a

získat počet kreditů, které jsou stanoveny vzdělávacím programem. Délka vzdělávacího programu pro získání specializované péče v pediatrii je minimálně 36 měsíců a obsahuje minimálně 640 hodin teoretické a praktické přípravy. Tento vzdělávací program se skládá z modulů. Tvoří jej základní modul, ve kterém je cílem prohloubit poznatky a dovednosti ke zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Tento modul je společný pro všechny specializace. Dále je program tvořen šesti odbornými moduly, které jsou povinnou součástí vzdělávacího programu příslušného odborného zaměření k dané specializaci. Cílem je připravit dětskou sestru pro poskytování vysoce specializované péče dětem dle jejich věku a aktuálních potřeb jak ve zdraví, tak v nemoci. Šest základních modulů tvoří: Role dětské sestry; Role dětské sestry se zaměřením na ošetrovatelskou péči v dětské a dorostové psychiatrii; Role dětské sestry se zaměřením na herní aktivity a výchovnou péči; Role dětské sestry se zaměřením na ošetrovatelskou péči ve vybraných klinických oborech; Role dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii a Role dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii. Posledními jsou moduly specializované, které vymezují konkrétní problematiku, specifickou ošetrovatelskou péči podle zaměření jednotlivých odborných modulů. Po splnění všech podmínek studia a absolvováním atestační zkoušky získá uchazečka diplom dětské sestry specialistky ve vybraném oboru (9, 27, 28) (Příloha 11).

Specializačním vzděláním dětská sestra získá kompetence, které jsou uvedeny ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví 424/2004 Sb. Dětská sestra realizuje činnosti spojené s odbornou způsobilostí všeobecné sestry a jednak činnosti spojené s její specializovanou způsobilostí (Příloha 4) (61).

1.4.3.3 Sestra v ordinaci PLDD

Ordinace PLDD je místem, kde se děti s rodiči poprvé setkávají se sestrou a lékařem. Od samého počátku se sestra příjemným a trpělivým přístupem snaží, aby se děti zbavily strachu z prohlídek, vyšetření, odběrů atd. Práce na dětském obvodu se dělí na část preventivní, léčebnou (kurativní) a péči o ordinaci. Tomu jsou přizpůsobeny i ordináční hodiny lékařů. Preventivní prohlídky jsou vždy v hodinách, kdy neprobíhá

kurativa, aby se zdravé děti nenakazily od dětí nemocných, často právě v odpoledních hodinách (16, 20, 56, 57).

Při příchodu dítěte s rodičem sestra vždy připraví potřebnou dokumentaci. Jde-li o kurativní vyšetření, vyčkává, až lékař dětského klienta prohlédne, či mu u vyšetření asistuje, snaží se dítě uklidnit a vysvětlit postup dítěti i rodičům. Poté dle ordinace lékaře provede potřebné odběry, popř. změří teplotu, pulz, tlak krve aj. Podle vybavenosti ordinace může sestra příslušná vyšetření provést přímo v ordinaci (CRP, glykemie). Při práci vždy používá ochranné jednorázové pomůcky a dodržuje hygienicko-epidemiologické zásady (20, 55, 57).

V preventivní části je povinností sestry návštěva novorozence v domácím prostředí. Často tuto návštěvu sestra provádí ve spolupráci s lékařem. Některé ordinace, ale tuto první návštěvu novorozence nerealizují, ale zvou si novorozence do poradny. Tato návštěva by se měla uskutečnit co nejdříve od propuštění z nemocnice. Nejlépe do 48 hodin po propuštění se sestra sama nebo ve spolupráci s lékařem setká s dítětem a matkou v jejich domácím prostředí, všimá si stavu domácnosti, má-li dítě vůbec svou postýlku, dále si všimá, kde je umístěna a zda má dítě zajištěny své potřeby. Takto se seznámí s prostředím, kde bude dítě vyrůstat, ale často i s širší rodinou (2, 16, 20, 50, 55, 57).

Sestra by také měla zhodnotit socioekonomický status rodiny, je totiž prokázána souvislost mezi socioekonomickým statusem a zdravím. Výsledky různých studií ukazují, že čím je vyšší socioekonomický status, tím příznivěji ovlivňuje zdravotní stav a naopak u populace s nižším socioekonomickým statusem bylo prokázáno významně horší zdraví, a to jak subjektivně udávané, tak i objektivně zjištěné. Velmi významný vliv na úmrtnost má již socioekonomická pozice v dětství, tak i později v dospělém věku. Proto by lékař i sestra měli tyto děti zvýšeně sledovat, pomoci jim např. zajištěním kontaktů se sociální pracovníci, která bude nárokovat vyšších dávkou tak, aby děti nestrádaly v základních lidských potřebách a všestranně se rozvíjely (48).

Dále je při této návštěvě provedeno fyzikální vyšetření, kdy je dítě prohlédnuto celé. Dětská sestra dítě zváží, zda nedochází k většímu úbytku hmotnosti než je fyziologický úbytek (tolerance 10-12 % ztráty porodní hmotnosti), změří velikost

fontanel, dále zhodnotí celkový stav, barvu a charakter kůže, zkontroluje pupeční pahýl, v té souvislosti poučí matku o hygienické péči, jak správně pečovat o kůži a pupeční pahýl. Dále sestra vyšetří uši, nos, oči, genitálie, končetiny a sleduje psychomotorický vývoj včetně reflexů. Sestra matku poučí a ukáže, jak dítě držet a jak s ním správně manipulovat v různých situacích. Kojící matky nezapomene sestra informovat o výhodách kojení, opět matku poučí o zásadách i správné technice kojení. Pokud má matka s kojením problémy, ukáže a naučí ji správné technice kojení, přiložení, odříhnutí dítěte atd. Poučí matku o charakteru a frekvenci stoliček i frekvenci močení. Nesmí zapomenout matku informovat o nezbytnosti pravidelného a zdravého stravování a dodržování pitného režimu vzhledem ke kojení. Dále by sestra měla matku informovat o podávání vitaminové profylaxe, vitamínu K a D. Pokud sestra ani lékař neshledají žádné pochybnosti ve zdravotním stavu dítěte, provedou registraci dítěte a matce předají informace o ordinačních hodinách, neměli by opomenout podat informace, kde a kdy je dostupná dětská pohotovost. Poté pozve sestra matku do poradny ve čtrnácti dnech věku dítěte. Povinností sestry je dbát o to, aby zvala děti a jejich rodiče na preventivní prohlídky v určených intervalech (2, 20, 55, 57).

Preventivní prohlídky mají svou specifickou náplň, od narození do osmnácti měsíců se sledují nejdůležitější charakteristiky tohoto období, tj. růst, vývoj v oblasti motoriky, smyslový rozvoj a rozvoj řeči. U dítěte se vždy posuzuje hmotnost, výška, obvod hlavy, obvod hrudníku, velká fontanela, barva i stav pokožky a celkový vzhled. Všechny tyto naměřené hodnoty sestra zaznamená do očkovacího průkazu a zdravotní dokumentace. Dětská sestra nesmí zapomenout tyto hodnoty zaznamenat také do percentilových růstových grafů (Příloha 7). Lékař poté provede fyzikální vyšetření, posoudí jemnou a hrubou motoriku, psychomotorický vývoj, popřípadě i jiná vyšetření specifická pro daný věk. Vyskytne-li se nějaká odchylka posílá často pediatr dítě do odborné poradny. V tomto období se také kontrolují výsledky screeningového vyšetření kyčlí a správné podávání vit. D, K. Ve čtvrtém a pátém měsíci dítěte sestra provádí orientační vyšetření sluchu, kolem šestého až osmého měsíce sestra či lékař kontrolují prořezávání mléčného chrupu, sestra ukáže rodičům techniku čištění zubů a nezapomene rodiče upozornit na návštěvu zubního lékaře. V tomto období lékař může

zvážit podávání fluoritových tablet jako prevenci zubního kazu. V desátém a jedenáctém měsíci věku se hodnotí oblast motoriky, rozvoj řeči, ve dvanáctém měsíci přítomnost samostatné chůze, v osmnáctém měsíci hodnotíme uzavření velké fontanely. Součástí každé preventivní prohlídky je měření, vážení, orientační vyšetření moči a podle věku dítěte i měření krevního tlaku (30, 57).

Ve třech letech sestra či lékař vyšetřují smyslové orgány (zrak, sluch), hodnotí řeč, ověřují laterální, znalost barev a opět provádí celkové fyzikální vyšetření. V tomto období je také velmi důležitý rozhovor s rodiči, který je zaměřený na nová anamnestická fakta, posouzení funkčnosti rodiny aj. (30, 57).

V pěti letech se posuzuje školní zralost podle testu IMV – 5. Děti které mají v rodině přítomné kardiovaskulární zatížení se vyšetřuje hladina celkového cholesterolu, triglycerolu a HDL cholesterolu (30, 57).

V sedmi, devíti, jedenácti, třinácti letech se hodnotí vývoj pubertálních známek, provádí se vyšetření pohybového aparátu. Opět sestra vyšetřuje zrak, sluch, barvocit a tlak krve. V tomto období se může opakovat i vyšetření cholesterolu. Náplní těchto prohlídek by mělo být také vyšetření štítné žlázy a lymfatických uzlin. Opět by lékař či sestra měli provést rozhovor s rodiči. Již v této době se řeší otázky případné volby povolání (30, 57).

V patnácti letech lékař hodnotí stejné parametry jako v předešlém období. V tomto období lékař zhodnotí stav a vývoj od narození, stanoví nejzávažnější odchylky a poruchy od normy, popř. další postup léčby, či návrh na změnu pracovní schopnosti. U dívek se v tomto věku doporučí preventivní gynekologická prohlídka (30, 57).

V sedmnácti letech se hodnotí celkový zdravotní stav včetně zařazení do budoucího pracovního studia nebo dalšího studia (30, 57).

Do náplně preventivních prohlídek patří také očkování, které je státem povinné a řídí se dle § 46 zákona 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví. Díky očkování je dnes úmrtnost dětí na infekční onemocnění několikanásobně nižší než v minulosti, a některé infekční onemocnění se podařilo zcela vymýtit. Děti se očkují podle tzv. očkovacího kalendáře, který stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č.537/2006 Sb. O očkování proti infekčním nemocem. Úkolem sestry v této oblasti preventivní péče je

evidence očkování a zvaní si dětí ve správných intervalech (Příloha 10). Sestra musí mít zajištěné očkovací látky, sledovat jejich expirační dobu, zajistit jejich uskladnění. Při očkování, sestra vždy rodiče poučí, jakou látku a proti čemu dítěti očkuje, vysvětlí jaké se mohou vyskytnout nežádoucí reakce. Vždy po očkování by sestra měla nechat dítě s rodičem minimálně ½ hodiny vyčkat v čekárně či ordinaci a sledovat, zda nedochází k alergické či jiné reakci po očkování. Sestra by měla znát očkovací látky a umět rodičům poradit např. v oblasti nepovinných očkování (50, 57).

V rámci preventivní péče zve sestra děti také na dispenzární prohlídky. Při těchto prohlídkách lékař zjišťuje aktuální zdravotní stav dítěte, ale také i jeho sociální potřeby. Lékař i sestra by měli v této oblasti intenzivně spolupracovat s rodiči. Měli by mít přehled a rodiče poučit např. kde a kdy, či v jakých intervalech žádat o sociální dávky, změněnou pracovní schopnost atd. Ve všech těchto oblastech vede sestra potřebnou dokumentaci, včetně vyplnění různých žadanek, žádostí do odborných poraden, nemocnic atd. V pravidelných intervalech musí také hlásit povinné písemnosti, které vyplývají z různých hygienických nařízení (20, 55).

V neposlední řadě je povinností sestry i péče o ordinaci. Sestra dbá, aby byl vždy dostatek pomůcek k odběrům, dostatek obvazového materiálu, vyšetřovacích a ochranných pomůcek, dezinfekčních roztoků, žadanek k určitým vyšetřením atd. V určitých daných intervalech sestra uklízí a dezinfikuje lékovou lednici, základní i pohotovostní lékárnou a kontroluje expiraci všech léků. Po ukončení ordinační doby se sestra postará o úklid a dezinfekci pomůcek, hraček i povrchů. Zkontroluje instrumentační stůl či tácku, dá sterilizovat nástroje, zkontroluje, zda je dostatek materiálu na další den a zapíše teplotu v lékové lednici (55).

Povinností dětské sestry by také mělo být další vzdělávání. „Svědomitým plněním svých povinností sestry přispívá ke správnému chodu ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, který se zpětně projeví na spokojenosti pacientů“ (55, s. 99).

1.4.4 Ošetřovatelský proces v pediatrii a ordinaci PLDD

Dětský pacient vždy vyžaduje individuální přístup zdravotníků. Ošetřovatelský proces umožňuje zdravotnickým pracovníkům organizovaný a systematický přístup k dítěti aby sestra mohla uplatnit tuto metodu musí znát zákonitosti vývoje dítěte. Ošetřovatelský proces sestře poskytuje prostor pro přístup dítěti a rodičů. Pomáhá poznat, analyzovat a uspokojovat potřeby dítěte. Je vhodné, aby si sestra vybrala ošetřovatelský model, podle kterého bude pracovat. Pro dětské klienty je vhodný model Hendersonové, který používá v rámci praktické výuky i Zdravotně sociální fakulta v Českých Budějovicích (Příloha 8 a 9) (40).

V první fázi oš. procesu (anamnéza) sestra začíná sbírat anamnestická data. S hodnocením dítěte začíná sestra hned při příchodu do ordinace PLDD. Všimá si, jak již dítě vchází do ordinace, jak vypadá, jak se tváří, zda se bojí atd. Zdroji údajů v této fázi oš. procesu je sám pacient, s ohledem na jeho věk, rodiče, či jiné pečující osoby, zdravotní záznamy, výsledky vyšetření a literatura. Shromažďování údajů probíhá pozorováním, sestra sleduje dítě při činnostech, sleduje klinické problémy dítěte. Rozhovorem se sestra zaměřuje cíleně na problémy dítěte, vyhodnocuje změny, podává informace v rámci jejích kompetencí, poskytuje podporu dítěti i rodičům. Celkové fyzikální vyšetření poskytne celou řadu informací. Je důležité i z hlediska odhalení známek týrání dítěte. V tomto případě je záznam sestry popř. i fotodokumentace důkazem při řešení tohoto problému (8, 40, 42).

Druhá fáze, ošetřovatelská diagnostika, slouží k rozboru informací, které sestra získala v anamnestické fázi. Následně sestra provede syntézu poznatků a stanoví ošetřovatelské diagnózy, aktuální a potencionální. Problémy dítěte mohou být jak z oblasti zdravotní, tak sociální i psychické. V této fázi by sestra měla stanovit ošetřovatelskou diagnózu, která má tři složky (problém, etiologie, symptomy) (6, 40).

V třetí fázi, plánování ošetřovatelské péče, si sestra stanoví priority v péči o dětského klienta, cíle a kritéria. Vše musí být v souladu s dalšími léčebnými postupy lékaře a ostatních zdravotnických pracovníků (40).

Ve čtvrté fázi, realizaci ošetrovatelské péče, sestra uskutečňuje a plní činnosti, které si naplánovala. O všech těchto činnostech by sestra měla provádět záznam do ošetrovatelské dokumentace (40).

V páté fázi, hodnocení ošetrovatelské péče, sestra zjistí, zda se dětský pacient i sestra dostali ke stanovenému cíli, pokud ne, mohou ošetrovatelské zásahy změnit nebo v nich dále pokračovat (40).

1.4.5 Ošetrovatelská dokumentace v primární a komunitní péči

Všechny informace které sestra získala, činnosti které provedla, je nutné dokumentovat. Zdravotnická zařízení bez rozdílu a výjimky mají povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Česká asociace sester je přesvědčena, že sestry, porodní asistentky a sestry v komunitní péči by měly pracovat metodou ošetrovatelského procesu, pro který je důležité, aby mohly být zdokumentovány jeho jednotlivé kroky, vedení ošetrovatelské dokumentace. Vedení ošetrovatelské dokumentace je součástí práce sester, je nástrojem profesionální praxe a má podporovat proces péče, od kterého se nedá oddělit nebo použít pouze tehdy, když dovolují okolnosti. Správné, efektivní vedení dokumentace je odrazem kvalitní praxe. Nejlepší je, vzniká-li ošetrovatelská dokumentace podle potřeb pacientů a která umožňuje sestře, porodní asistentce nebo komunitní sestře péči o pacienta / klienta bez ohledu na stadium procesu péče nebo prostředí péče. Při sestavování ošetrovatelské dokumentace je vhodné použít některý z ošetrovatelských modelů, díky němu se získá ucelený přehled o pacientovi/klientovi a nedojde k opomenutí sledovat určitou oblast. Při poskytování zdravotní péče je vedena trojí dokumentace. První je dokumentace vedená lékaři, ta zachycuje a uchovává skutečnosti, které se vztahují k poskytování zdravotní péče (vyšetření, výsledky vyšetření, preventivní prohlídky, nálezy, lékařské zprávy atd.). Druhá, ošetrovatelská dokumentace zachycuje a uchovává skutečnosti, které se týkají konkrétních pacientů a jim poskytované ošetrovatelské péče. A třetí je tzv. provozní dokumentace, která zachycuje skutečnosti dokládající fungování provozu, ve kterém se péče poskytuje.

Ošetrovatelská dokumentace by měla být vedena i v ordinaci PLDD. Slouží k zajištění kontinuity ošetrovatelské péče; je dokladem poskytnuté péče a správně

provedené péče; důkazem, že péče je zajištěna postupem lege artis; a je podkladovým materiálem pro vědu a výzkum (37, 54, 59).

1.5 Jednotlivá vývojová období dítěte a úloha sestry v nich

Prenatální období je nejdynamičtější vývojovým obdobím celého lidského života. Během 280 dní se z jedné zárodečné buňky vyvine lidský plod, který je bezprostředně po porodu schopen samostatné existence. Prvních 8. týdnů nitroděložního života nazýváme embryonálním obdobím. Období od 9. týdne do narození, nazýváme fetálním. V tomto období má své nezastupitelné místo porodní asistentka, která pečuje o matku ve spolupráci s gynekologem. Edukuje jí v oblasti těhotenství a porodu, v oblastech správné výživy, pohybové aktivity a hygieny. Zve také na pravidelné prohlídky a vyšetření v těhotenství, ve kterých by měla vždy matku vyslechnout, promluvit s ní o nejasnostech, jejích pocitech a obavách z porodu. Doporučí matce, často i otci společně účastnit se předporodních kurzů. Měla by také zhodnotit sociální stránku rodiny, zda jde o dítě chtěné či nikoli, zda matka bude samoživitelka, zda má matka vůbec vhodné prostředí pro výchovu dítěte atd. Důležité je také zhodnocení povahy zaměstnání matky a prostředí v kterém probíhá. Neměla by opomenout zmínit dopady užívání drog a alkoholu, či kouření na vývoj plodu. Pohlavní život nastávající matky je také oblastí, ve které by porodní asistentka měla umět poradit. Měla by matku již před porodem naučit péči o prsy. V období před porodem by si již matka měla vybrat a navštívit pediatra, u kterého bude chtít být i s dítětem registrována (22, 49).

Novorozenecké období trvá od porodu do 28. dne života dítěte. V rámci tohoto období se často setkáme ještě s rozdělením na časné novorozenecké období, tj. do 7. dne života dítěte a na pozdní novorozenecké období, od 8. do 28 dne života dítěte. V tomto období dochází k adaptaci jednotlivých tělních systémů mimo dělohu. Klíčovými momenty je prvních 10 minut života, pak dvě hodiny po porodu a dokončení adaptace do 7. dne života dítěte. Po narození je dítě vybaveno řadou reakcí, které mu mají usnadnit adaptaci a přežití. V tomto období dítě přechodně ubývá na váze, může se objevit novorozenecká žloutenka a jiné změny. V tomto období je velmi důležité rozvíjet pozitivní vztah k dítěti ze strany rodičů a rodiny, jelikož novorozenec je zcela

odkázán na péči druhých lidí. V porodnici dětská sestra či porodní asistentka učí matku péči o dítě, jako je koupání, přebalování, péči o kůži i pupečník a kojení. V oblasti kojení sestra informuje o frekvenci, délce kojení, technice kojení a správného přiložení dítěte k prsu. Měla by naučit matku technice odstříkávání mléka, popř. alternativní způsob krmení. Doporučí matce, že je vhodné dítě koupat ve stále stejnou dobu, aby si zvyklo na režim, který bude pokračovat až do dalších období. Informuje matku o očkování, screeningových vyšetřeních, preventivních prohlídkách. Důležité je poučit matku i o bezpečnosti dítěte, jak s ním správně manipulovat, držet jej, neukládat dítě na břicho bez dozoru, nenechávat jej nikdy na přebalovacím stole bez dozoru, nespát s ním v posteli, zavírat postýlku, mít v autě vhodnou autosedačku atd. Probere s matkou výhody přirozené výživy, nebo umělé výživy, pokud má matka nějaké překážky v kojení, měla by jí předat kontakt na oddělení a vyskytnou-li se nějaké problémy podat informace o horké lince kojení. Vysvětlí matce, jak připravovat umělou výživu a dodržovat hygienické zásady, jak při přípravě umělé výživy, tak i při kojení. Po propuštění domů, je vhodná návštěvní služba v domácnosti, kterou může poskytnout nejlépe do 48 hodin dětská sestra 1x a porodní asistentka 3x v období šestinedělí. Matka by si měla uvědomit, že jak sestra, tak porodní asistentka jsou tu pro ni. Co vše sestra při této návštěvě hodnotí a provádí, je uvedeno v kapitole 1.4.3.3 Dětská sestra v ordinaci PLDD (19, 37, 46, 53).

Kojenecké období navazuje na novorozenecké a trvá do jednoho roku života dítěte. Kojenecké období také můžeme rozdělit na mladší kojenecké, do 6 měsíců a starší kojenecké, po 6. měsíci do roka života dítěte. Toto období je obdobím nejintenzivnějšího růstu a nejbouřlivějšího psychomotorického vývoje. „Růst a vývoj je podmíněn dostatečným množstvím a skladbou přiváděných živin, zráním jednotlivých systémů (hlavně CNS) a dostatečně podnětným, přátelským prostředím rodiny“ (19, s.32). Kolem 2. měsíce se u dítěte objevuje sociální úsměv jako projev spokojenosti. V tomto období je dítě připraveno k zahájení řečové komunikace a navazuje specifické vztahy k lidem, jež se o něj starají. Důležité je tedy, aby sestra matce vysvětlila, jak důležitý je lidský kontakt a lidská řeč pro dítě, aby se mohlo správně rozvíjet. Kojenec v tomto období ztrojnásobí svou porodní hmotnost. Velký skok nastává také v rozvoji

pohybových schopností, který začíná zdviháním hlavičky a končí postavením dítěte na nohy. Dítě dovede také záměrně uchopit a pouštět věci. Sestra by měla proto matce vysvětlit, jak zajistit bezpečnost dítěte jak v prostředí domácím, tak venku např. při hře. Výživa v tomto období by se měla zakládat výhradně na kojení alespoň do 6. měsíce, poté již matka může zavádět příkrmy, pečivo je lepší do jídelníčku zavádět až v roce věku dítěte. Tato oblast kojení a výživy je jednou z nejčastějších, ve které sestry rodiče edukují. V tomto období jsou velmi důležité pravidelné preventivní prohlídky a očkování dle kalendáře. Kolem 6. měsíce se začínají prořezávat první zuby, je proto úkolem sestry, naučit matku, jak o ně pečovat, doporučit, že není vhodné používat pasty s fluorem pro dospělé, protože mají vyšší obsah fluoridů a mohly by poškodit zdraví dítěte. V tomto období se dítě učí řadě hygienickým návykům, sestra by měla rodiče informovat o nevhodnosti předčasného vysazování dítěte na nočník. Měla by také umět poradit při výběru hraček pro dané období a správný rozvoj dítěte. Riziky v tomto období jsou infekční a průjmová onemocnění, o kterých by sestra měla matku informovat, jelikož při průjmech v tomto období je vysoké riziko dehydratace a rozvratu vnitřního prostředí dítěte, které může končit fatálně. (19, 37, 46, 53).

Období batolete trvá od 1 do 3 let života dítěte. V tomto období dochází k dalšímu rozvoji a zdokonalení motoriky a řeči. Růst se v tomto období zpomaluje. Dítě se osamostatňuje, chodí, skáče, učí se samo jíst a udržovat čistotu. To jsou také oblasti, ve kterých se může realizovat dětská sestra. Měla by upozornit na nutnost vyvážené stravy, učení dítěte pitnému režimu a základům stolování. Sestra by matce měla vysvětlit jaké potraviny nejsou pro dítě vhodné a které naopak jsou pro dítě vhodné. V oblasti upevňování hygienických návyků a udržování čistoty sestra informuje rodiče o postupném nácviku vylučování. Není vhodné začínat s nácvikem dříve než v 18. měsíci, jelikož u dítěte nedochází k volnému ovládnutí svěračů. Za nezdary dítě nikdy nekáráme a za úspěch jej pochválíme. S touto oblastí také souvisí oblast hygieny, učíme dítě umývat si ruce po vyprázdnění, před stolováním a po stolování. Objevuje se zvědavost, zkoumání a emoční napodobování. Důležitá v tomto období je hra. Dítě si začíná uvědomovat svou osobu. Dítěti by mělo být poskytnuto dostatečně vlivné prostředí pro jeho rozvoj. Sestra by také měla rodiče informovat o prevenci úrazů, které

na něj číhají ze všech stran, ať už jsou to pády, popáleniny, otravy, vdechnutí cizích těles atd. Dětská sestra by měla rodičům poskytnout edukační materiál vztahující se k této problematice a první pomoci. Opět se pokračuje v očkování a preventivních prohlídkách. V tomto období ještě nejsou děti zralé na umístění do kolektivního zařízení, proto by se děti měly umisťovat do jeslí jen v nevyhnutelných případech. Dítě by v tomto období mělo mít pravidelný spánkový režim. V tomto období jsou děti velmi fixovány na rodiče a pokud je tedy nutná hospitalizace s dítětem, je dobré s ním hospitalizovat i některého s rodičů (16, 19, 26, 37, 46, 53).

Předškolní období trvá od 3. do 6. let věku dítěte. Hlavní pokroky se odehrávají v oblasti sociálního chování dítěte a samostatnosti v praktickém životě. Dochází ke zdokonalování dříve nabytých schopností a dovedností. K výraznému pokroku dochází v oblasti myšlení, paměti a koncentraci pozornosti. Tempo růstu se zřetelně zpomaluje a v souvislosti s tím se i snižuje chuť k jídlu, proto bychom děti neměli nutit, pokud již jíst nechtějí. Motorika se stále zdokonaluje, děti jsou schopny se učit složitějším návykům a proto je vhodné v tomto období učit děti plavat, bruslit i lyžovat. Děti mají v tomto období pro sport smysl, proto by se měla sestra orientovat v této oblasti a umět rodičům poradit. Po 5. roce dochází k prořezávání stálého chrupu. Tak jako v předchozích obdobích by sestra měla rodičům připomínat nutnost dentální hygieny a doporučit pravidelné návštěvy zubaře. V tomto období se také hodnotí vývoj řeči a případné poruchy se odstraňují ve spolupráci s logopedem. Zde je nutno rodičům vysvětlit důslednost při logopedických cvičeních. Na konci tohoto období ve spolupráci s psychologem se hodnotí zralost dítěte pro školní docházku. Hra v tomto období je nedílnou součástí ve vývoji dítěte. Některé děti ještě mají v tomto období problémy s pomočováním. Sestra by měla rodičům, vysvětlit, že občasná nehoda je normální. Závažnější případy by měly být podrobeny podrobné fyzické a psychologické anamnéze. Dítě je schopné v tomto období navštěvovat kolektivní zařízení. Opět probíhá očkování a preventivní prohlídky podle rozpisu. V tomto období je nutné jako v předchozích obdobích informovat rodiče o zajištění bezpečnosti. Důležité je také připomínat rodičům důležitost správné a vyvážené stravy, jelikož dítě stále více přebírá

stravovací návyky rodiny, které často nejsou v dnešní konzumní společnosti takové, jaké by měly být (16, 19, 26, 37, 46, 53).

Školní období je od 6. do 12. roku věku dítěte, do 12. let jde o mladší školní věk a od 12. roku se hovoří o starším školním věku. V tomto období dochází k pokroku ve všech oblastech, formuje se intelekt a osobnost dítěte. Mladší školní věk je popisován, jako relativně klidné období. Proporce těla se výrazně nemění, stále se vyměňuje dentice. V tomto období je také častá úrazovost. V souvislosti se školní docházkou, nároky rodičů, problémech v rodině se mohou objevovat psychosomatická onemocnění, kdy dítě může utíkat do nemoci a snažit se upozornit okolí na svůj problém. „ Zkušená dětská sestra je tím nejvnímavějším detektorem při odhalování nedostatků, změn, odchylek v chování a vzájemných vztazích mezi rodičem a dítětem, které mohou předurčovat nebo přímo signalizovat závažnost problému“ (69, s.315). V tomto období dochází k poruchám držení těla v souvislosti se sezením ve škole a dlouhým vysedáváním u počítačů. Je vhodné, aby sestra informovala dítě i rodiče o nevhodnosti dlouhého vysedávání u počítače, že lepší je pobyt na čerstvém vzduchu, provozování sportu či nějakého koníčku. Proto by se sestra měla orientovat i ve volnočasových aktivitách, které jsou dostupné v okolí dítěte a popř. mu je doporučit. Starší školní věk charakterizován obdobím puberty a některé publikace uvádějí termín časná adolescence. Ta patří mezi nejbouřlivější období lidského života, dochází k fyzickému zrání i k růstu do výšky. Období je ukončeno v okamžiku schopnosti reprodukce. U dívek a chlapců nezačíná a nepokračuje stejně rychle. V tomto období dochází i k psychickým změnám, jako je vzdorovitost, změny nálady, rizikové chování aj. Začíná se projevovat nezávislost na rodině a zvýšeně se pubescent obrací na kamarády. Dětská sestra by se především měla zaměřit na prevenci rizikového chování, své aktivity zaměřit také na prevenci kouření, alkoholismus, drogovou problematiku, problematiku pohlavně přenosných chorob, sekt atd. Opět probíhají preventivní prohlídky a očkování dle kalendáře (16, 19, 26, 37, 46, 53, 69).

Období mladistvích je od 15 do 18 let. V tomto období končí sexuální a psychické zrání. Růst je již minimální a zpomalen. Nevyváženost povahy ustupuje a stoupá psychická výkonnost. Pokračuje osamostatňování a začíná profesionální

orientace mladého člověka. Nebezpečí úrazů přetrvává a v tomto období je poměrně velký výskyt sebevražd. Hrozí rizikové chování jako v předchozím období, z toho by měla vyplývat vysoká angažovanost dětských sester v této problematice (26).

1.6. Vybrané ošetrovatelské diagnózy vyskytující se v ordinaci PLDD

Při návštěvě ordinace PLDD se u dítěte nejčastěji objevuje ošetrovatelská diagnóza strach či úzkost. Je na sestře, aby svým chováním a vlídným přístupem dokázala strach či úzkost dítěte odstranit.

00148 Strach v souvislosti s preventivní prohlídkou, očkováním, diagnostickým vyšetřením projevující se verbalizací, odmítáním daného vyšetření, pláčem, neklidem, podrážděností, zrychleným dýcháním.

Jak již bylo uvedeno výše, preventivní prohlídky jsou základem primární pediatrické péče. Proto k nim můžeme stanovit několik ošetrovatelských diagnóz:

00111 Opožděný růst a vývoj v souvislosti s patologickými vlivy v rodině, nepodnětným prostředím, nedostatky ze strany pečovatele (zanedbávání, týrání, nedostatečná mentální úroveň pečovatele aj.) projevující se změnami tělesného růstu, opožděním či potížemi při získávání motorických, sociálních, vyjadřovacích dovedností v určitém věku, sníženou schopností napodobovat, učit se napodobováním aj.

00112 Riziko opožděného vývoje v souvislosti v souvislosti s negativními vlivy v rodině, nepodnětným prostředím, nedostatky ze strany pečovatele.

Mezi nejčastější dětská onemocnění patří katary horních cest dýchacích, v dospělosti jde většinou o banální onemocnění, ale zejména v dětském věku se mohou tato onemocnění velmi zkomplikovat. Většinou jde o virové infekce. Pouhá rýma stačí k tomu, aby děti nemohly volně dýchat. Hlen, který stéká z nosohltanu, je dráždí ke kašli, děti jsou neklidné, nechťejí jíst, pít a mívají zvýšenou teplotu či horečku. Infekce z nosohltanu může přestoupit do středouší, vedlejších nosních dutin a vede k velmi bolestivému zánětu. Infekce se také může šířit do dolních cest dýchacích. Rýma v novorozeneckém věku je velkou zátěží jak pro dítě, tak pro rodiče (6, 12, 24, 56). Ošetrovatelské diagnózy k dané problematice:

00031 *Neefektivní průchodnost dýchacích cest* v souvislosti se zvýšenou sekrecí z dýchacích cest projevující se dýcháním ústy, produktivním kašlem, tachypnoí, přítomností abnormálních dechových šelestů, strachem, neklidem.

00107 *Neefektivní krmení kojence* v souvislosti v obstrukcí horních cest dýchacích v rámci zvýšené tvorby sekretu projevující se neefektivním sáním, neklidem, podrážděností kojence, stagnováním hmotnosti či dokonce ztrátou hmotnosti.

00007 *Hypertermie* v souvislosti s vniknutím infekčního agens do organismu dítěte projevující se teplotou, překrvenou kůží, tachykardií, pocením, febrilními křečemi.

00132 *Akutní bolest* v souvislosti např. se zánětlivým procesem středního ucha projevující se verbalizací, neklidem, pláčem, držení si postiženého ucha.

00082 *Efektivní léčebný režim* v souvislosti s daným onemocněním projevující se dodržováním léčebných opatření vztahujících se k danému onemocnění, spoluprací matka – dítě – sestra – lékař/ka a vzájemnou důvěrou.

Dalším velmi častým onemocněním dětského věku jsou průjmová onemocnění. Nejčastěji jsou virového původu, ale mohou být i původu bakteriálního. Opět několik ošetřovatelských diagnóz k dané problematice:

00013 *Průjem* v souvislosti s infekčními procesy projevující se zvýšenou frekvencí vyprazdňování řídké a neforemné stolice, slabostí a zvýšenou únavností dítěte.

00028 *Riziko deficitu tělesných tekutin* v souvislosti s častým vyprazdňováním řídké stolice.

00044 *Porušená tkáňová integrita* v souvislosti s častým vyprazdňováním řídké stolice, působením tělesných exkretů jako dráždivel, při používání plenkových kalhotek vznikem vlhké zapáčky bez přístupu vzduchu aj. projevující se zčervenáním až difúzním zarudnutím, pálením, bolestivostí, pocitem nepohody, výsevem puchýřků až následnou kolonizací např. kvasinkami, rozpadáním tkáně.

V rámci používání jednorázových plen se může vyskytnout i bez průjmového onemocnění plenková dermatitida, ke které se může vztahovat tato ošetřovatelská diagnóza:

00047 Riziko porušené kožní integrity v souvislosti s působením exkretů, vlhkem působícím na pokožku, mechanickým drážděním, nedostatečnou hygienou aj.

Nejzávažnějším rizikem u dětí jsou úrazy, na které zemře v ČR přibližně 300 dětí. V porovnání s jinými vyspělými zeměmi jsme na jednom z posledních míst. Méně viditelné jsou úrazy způsobené fyzickým a psychickým týráním způsobené dospělými či vrstevníky, tyto úrazy jsou stejně závažné jako náhodné úrazy. Nejčastějšími místy úrazů jsou škola a domov, dalšími jsou doprava, hřiště aj. Nejtěžšími úrazy jsou popáleniny, úrazy hlavy a polytraumata vzniklá při dopravních nehodách. Je povinností sestry na tuto problematiku pamatovat a edukovat jak rodiče, tak děti v prevenci úrazů. Některé ošetrovatelské diagnózy k této problematice:

00038 Riziko traumatu v souvislosti s nezabezpečením domácího prostředí (zabezpečení schodiště, krytky elektrických zásuvek, krytky ostrých rohů nábytku, pojistky oken a skříní aj.), nepozorností rodičů.

00038 Riziko traumatu v souvislosti s hrou ve venkovním prostředí, sportovními aktivitami, špatně upevněnou autosedačkou aj.

00155 Riziko pádu v souvislosti s věkem dětí, nedostatečným zabezpečením oken, schodišť, nedostatečným pudem sebezáchovy, nedostatečným dohledem rodičů aj. (6, 12, 24, 56).

2. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1. Cíle práce

- Cíl 1 Zjistit, zda sestry v primární pediatrické péči pracují formou ošetrovatelského procesu
- Cíl 2 Zjistit, zda sestry v primární pediatrické péči mají vlastní sesterskou dokumentaci
- Cíl 3 Zjistit, zda sestry v primární pediatrické péči provádějí návštěvní službu v rodinách
- Cíl 4 Zjistit, zda sestry v primární pediatrické péči sledují děti v rodinách se špatnou socioekonomickou situací
- Cíl 5 Zjistit, zda sestry v primární pediatrické péči mají informace o komunitní péči
- Cíl 6 Zjistit povědomí rodičů o komunitní péči

2.2 Hypotézy

- Hypotéza 1 Sestry v primární pediatrické péči nepracují formou ošetrovatelského procesu
- Hypotéza 2 Sestry v primární pediatrické péči nemají vlastní sesterskou dokumentaci
- Hypotéza 3 Sestry v primární pediatrické péči provádějí návštěvní službu v rodinách
- Hypotéza 4 Sestry v primární pediatrické péči sledují děti v rodinách se špatnou socioekonomickou situací
- Hypotéza 5 Sestry v primární pediatrické péči nemají informace o komunitní péči
- Hypotéza 6 Rodiče nemají povědomí o komunitní péči
- Hypotéza 7 Rodičům postačuje péče poskytovaná pediatry a dětskými sestrami v primární péči

2.3 Výzkumné otázky

- Otázka 1 Je potřebná práce v komunitní péči?
- Otázka 2 U jakých skupin dětí v terénu potřebujeme komunitní péči?
- Otázka 3 Je nutná spolupráce sester pracujících v primární pediatrické péči se sestrami pracujícími v terénu?
- Otázka 4 V jakých problematických oblastech v komunitní péči by byla potřeba zlepšení péče podle názoru sester pracujících v primárních pediatrických ordinacích?

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Výzkumné šetření bylo prováděno jako kombinace kvantitativního výzkumu s kvalitativním. Technikou sběru kvantitativních dat byly nestandardizované dotazníky pro sestry a rodiče dětí navštěvující ordinace PLDD. Kvalitativní data byla sbírána pomocí rozhovorů se sestrami pracujícími v ordinaci PLDD. Výzkumné šetření probíhalo od února 2009 do května 2009.

Dotazník pro sestry obsahoval 31 otázek. Tři otázky v úvodu byly identifikační, všechny další otázky byly zaměřeny na téma práce. Celkem dotazník obsahoval 18 otázek uzavřených, 12 polouzavřených a 1 otevřenou otázku. Dotazníky byly rozdávány osobně, elektronickou formou a pomocí poštovní služby. Osobně bylo rozdáno 23 dotazníků a všechny se vrátily zpět. Pro dotazníky rozesílané elektronicky jsem vytvořila formulář v programu Google Docs a dále byly osloveny ordinace praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji. Dotazník byl zcela anonymní, jelikož při odeslání tohoto dotazníku od respondenta se nezobrazuje jeho adresa. Tato metoda se neosvědčila, jelikož bylo odesláno 40 e-mailů a po dobu téměř jednoho měsíce bylo získáno pouze 8 vyplněných dotazníků. Proto byl dotazník ještě rozeslán ve formátu Word aplikace Microsoft a v tomto formátu bylo získáno 6 vyplněných dotazníků. Pro získání dostatečně velkého výzkumného souboru bylo proto ještě rozesláno 50 dotazníků prostřednictvím České pošty. Tímto způsobem bylo získáno 39 dotazníků. 4 dotazníky se vrátily pro již neexistující ordinace a 2 lékařky pracovaly v ordinaci bez sestry. Aby bylo získáno alespoň 100 respondentek, byly rozeslány ještě dotazníky v elektronické podobě do okolních krajů. Bylo rozesláno 120 dotazníků a získáno 26 vyplněných. Celkový soubor tedy tvořilo 102 (100 %) dětských sester pracujících v ordinacích PLDD.

Pro získání kvantitativních dat druhého výzkumného souboru, tedy rodičů, jsem také vytvořila elektronický dotazník, který byl rozeslán po celém Jihočeském kraji. Bylo rozesláno 52 elektronických dotazníků a zpět jich bylo získáno 39. V tištěné podobě bylo rozdáno 100 dotazníků a 73 se jich vrátilo. Celkem jich bylo zahrnuto

do výzkumného šetření 112 (100 %). Dotazník pro rodiče byl tvořen 18 otázkami, 11 otázek bylo uzavřených, 6 polouzavřených a jedna otevřená.

Dotazníky byly zpracovány pomocí statistického programu SPSS 13.0 a 17.0 a pomocí programu Microsoft Office Excell. Pro přehlednost údajů je použito grafické znázornění výsledků a tabulkové zpracování.

Kvalitativní data byla sbírána pomocí rozhovoru se sestrami. Bylo osloveno 6 sester, ale uskutečnilo se nakonec pouze 5 rozhovorů z důvodu časové vytíženosti jedné z respondentek. Rozhovor obsahoval otázky zaměřené na komunitní péči.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor kvantitativního šetření tvořilo 102 (100 %) sester pracujících v ordinacích PLDD a 112 (100 %) rodičů dětí navštěvujících ordinace PLDD.

Kvalitativního šetření se zúčastnilo 5 sester pracujících v ordinacích PLDD v Jihočeském kraji.

4. Výsledky výzkumného šetření

4.1 Výsledky kvantitativního šetření – popisná statistika

4.1.1 Statistické zpracování dat získaných od sester pracujících v ordinacích PLDD

Tabulka 1 Věk respondentek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	do 30 let	13	12,7	12,7	12,7
	31-40 let	25	24,5	24,5	37,3
	41-50 let	31	30,4	30,4	67,6
	51-60 let	32	31,4	31,4	99,0
	61 a více	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek pracuje téměř shodný počet sester ve věkové kategorii 41 – 50 let a 51 – 60 let. Kategorie 41 – 50 let je zastoupena 31 (30,4 %) a kategorie 51 – 60 let 32 (31,4 %) sestrami. Sester do 30 let, pracuje v ordinacích PLDD, 13 (12,7 %). Sester ve věku 31 – 40 let je ve výzkumném vzorku 25 (24,5 %). Pouze jedna sestra (1 %) je starší 61 let.

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání dětských sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Středoškolské	50	49,0	49,0	49,0
	Středoškolské+specializace	40	39,2	39,2	88,2
	Vyšší odborné	5	4,9	4,9	93,1
	Vysokoškolské	6	5,9	5,9	99,0
	Vysokoškolské+specializace	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Ve výzkumném šetření o rozsahu 102 (100 %) sester bylo 50 (49 %) sester středoškolsky vzdělaných, 40 (39,2 %) sester získalo k středoškolskému vzdělání specializaci. Vyšší odborné vzdělání mělo 5 (4,9 %) sester. Vysokoškolsky vzdělaných sester bylo ve vzorku 6 (5,9%) a pouze jedna vysokoškolsky vzdělaná sestra (1 %) získala ke svému vzdělání specializaci. Sestra s vyšším odborným vzděláním a specializací nebyla ve vzorku žádná, proto není uvedena v tabulce.

Tabulka 3 Léta praxe sester v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Do 3 let	17	16,7	16,7	16,7
	Do 5 let	6	5,9	5,9	22,5
	Do 10 let	18	17,6	17,6	40,2
	Do 20 let	33	32,4	32,4	72,5
	Do 30 let	23	22,5	22,5	95,1
	31 a více	5	4,9	4,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek praxi v ordinace PLDD vykonává 17 (16,7 %) sester do 3 let, 6 (5,9 %) sester má praxi u PLDD do 5 let, 18 (17,6 %) sester do 10 let. Největší počet sester, 33 (32,4 %) je zaměstnáno u PLDD do 20 let. Praxi do 30 let má 23 (22,5 %) sester. Praxi u PLDD delší než 31 let vykonává 5 (4,9 %) sester.

Tabulka 4 Registrace dětských sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	76	74,5	74,5	74,5
	Ne	26	25,5	25,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek, bylo 76 (74,5 %) sester registrovaných a 26 (25,5 %) sester vykonává povolání bez registrace.

Tabulka 5 Znalost komplexního ošetrovatelského procesu dětskými sestrami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	79	77,5	77,5	77,5
	Ne	23	22,5	22,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

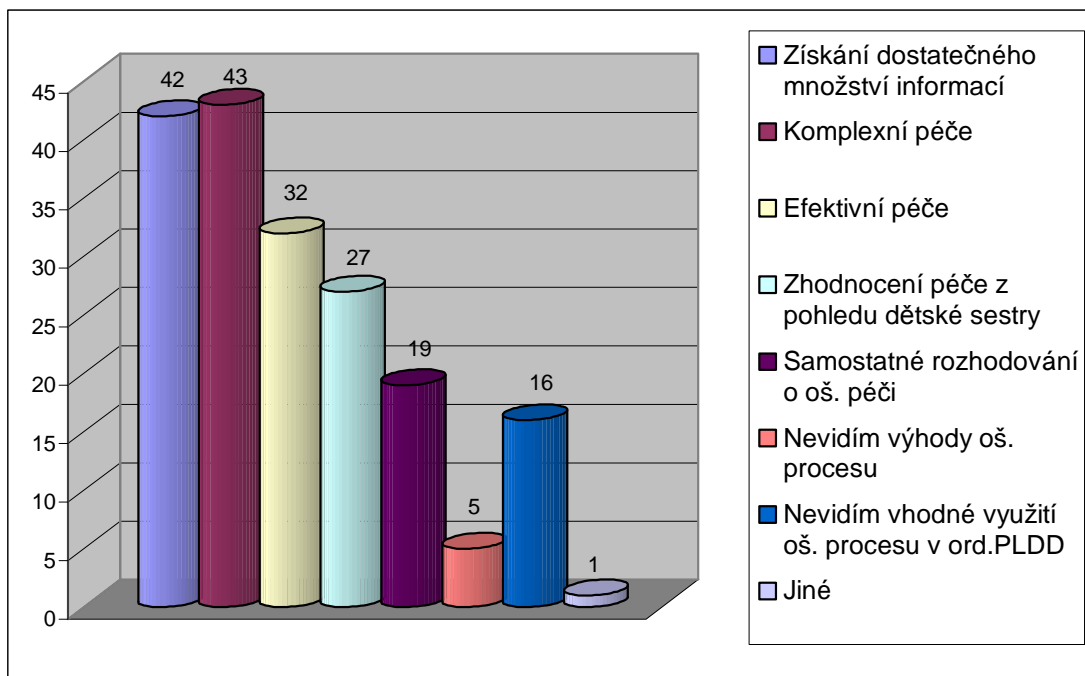
Ze 102 (100 %) dotazovaných sester zná komplexní ošetrovatelský proces 79 (77,5 %) sester a 23 (22,5 %) sester jej nezná.

Tabulka 6 Práce v ordinaci PLDD pomocí ošetrovatelského procesu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	45	44,1	44,1	44,1
	Ne	57	55,9	55,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

I když 77,5 % sester ošetrovatelský proces znalo, v ordinaci PLDD pomocí ošetrovatelského procesu pracuje 45 (44,1 %) sester ze 102 (100 %) dotazovaných, 57 (55,9 %) sester při své práci ošetrovatelský proces nepoužívá.

Graf 1 Výhody ošetrovateľského procesu v ordinaci PLDD dle vyjádření dětských sester



V této otázce si respondentky mohly vybrat z více možností odpovědí. Jako největší výhodu ošetrovateľského procesu respondentky ve 43 případech uvádějí, že mohou komplexně pečovat o děti, ve 42 případech sestry uvádějí jako výhodu získání dostatečného množství informací. 32 sester vidí ošetrovateľský proces jako možnost, jak efektivně pečovat o děti. 27 sester jako možnost, jak zhodnotit péči z pohledu dětské sestry. 19 sester uvedlo jako výhodu ošetrovateľského procesu, možnost samostatného rozhodování o ošetrovateľské péči o dítě. 5 sester uvedlo, že nevidí výhody ošetrovateľského procesu. 16 sester nevidělo vhodné využití ošetrovateľského procesu v ordinaci PLDD. Jedna ze sester uvedla, že vzhledem k časové náročnosti práce nelze ošetrovateľský proces realizovat ve všech krocích, tak jak by měl správně být.

Tabulka 7 Zlepšení ošetrovatelské péče o děti používáním ošetrovatelského procesu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	45	44,1	44,1	44,1
	Ne	21	20,6	20,6	64,7
	Nevím	36	35,3	35,3	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

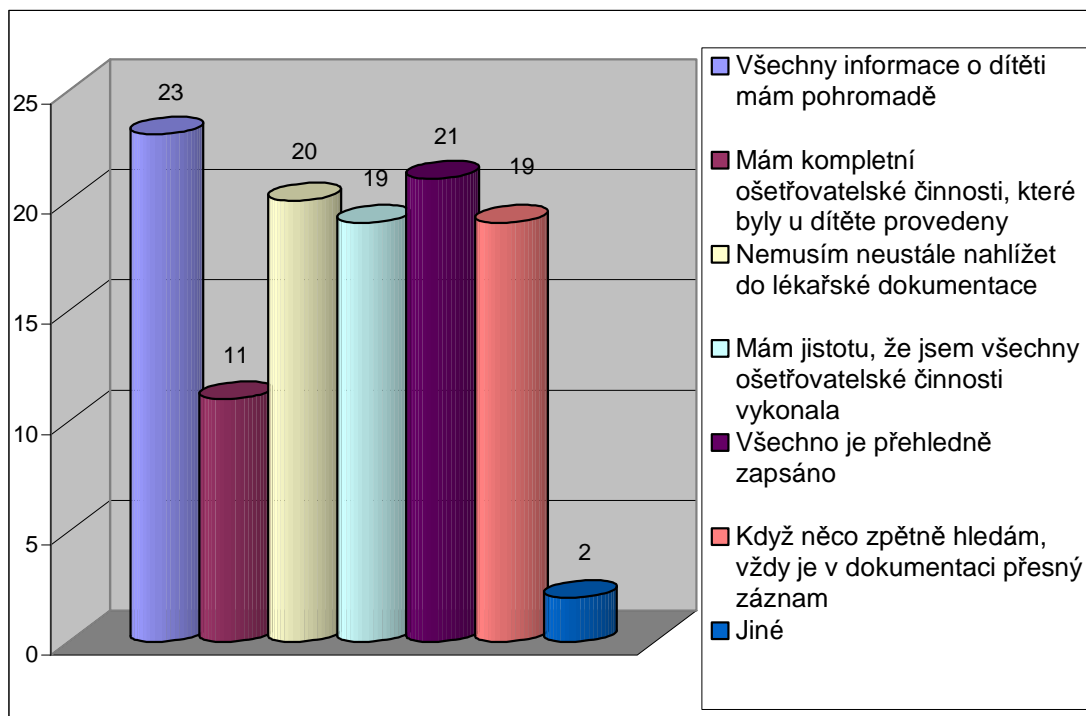
Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek se 45 (44,1 %) sester domnívá, že ošetrovatelský proces zlepšuje péči o děti, 21 (20,6 %) sester se domnívá, že tomu tak není a 36 (35,3 %) dětských sester neví, zda ošetrovatelský proces zlepšuje péči o děti.

Tabulka 8 Vlastní sesterská dokumentace v ordinaci PLDD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	29	28,4	28,4	28,4
	Ne	73	71,6	71,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Na otázku, zda sestry mají v ordinaci PLDD vlastní sesterskou dokumentaci ze 102 (100 %) dotázaných sester, 29 (28,4 %) sester odpovědělo, že sesterskou dokumentaci mají a 73 (71,6 %) sester tuto dokumentaci v ordinaci nemá.

Graf 2 Výhody sesterské dokumentace v ordinaci PLDD dle vyjádření dětských sester



V této otázce si respondentky mohly vybrat z více možností odpovědí. Jako největší výhodu sesterské dokumentace 23 sester shledává fakt, že mají všechny informace o dítěti pohromadě. 11 sester uvedlo, že mají přehled o kompletních ošetřovatelských činnostech, které byly u dítěte provedeny. 20 sester nemusí neustále nahlížet do lékařské dokumentace a proto tuto možnost shledává jako výhodu. 19 sester má díky sesterské dokumentaci jistotu, že vykonaly všechny ošetřovatelské činnosti. 21 sester uvedlo jako výhodu, že v dokumentaci mají vše přehledně zapsáno. 19 sester se shodlo, hledají li nějaké informace zpětně, je vždy v jejich dokumentaci přesný záznam. V možnosti jiné byl zastoupen názor, i když respondentka sesterskou dokumentaci má, neshledává na ní žádné výhody. Druhý názor byl, že sestře slouží tato dokumentace jako kontrola sebe samé.

Tabulka 9 Složky sesterské dokumentace dle vyjádření dětských sester

Přehledy očkování	29
Přehledy preventivních prohlídek	29
Vložka v lékařské dokumentaci	2
Záznamy o registrovaných P/K, ukončené registrace	1
Předaná zdravotní dokumentace	1
Výkony dle ordinace lékaře	1

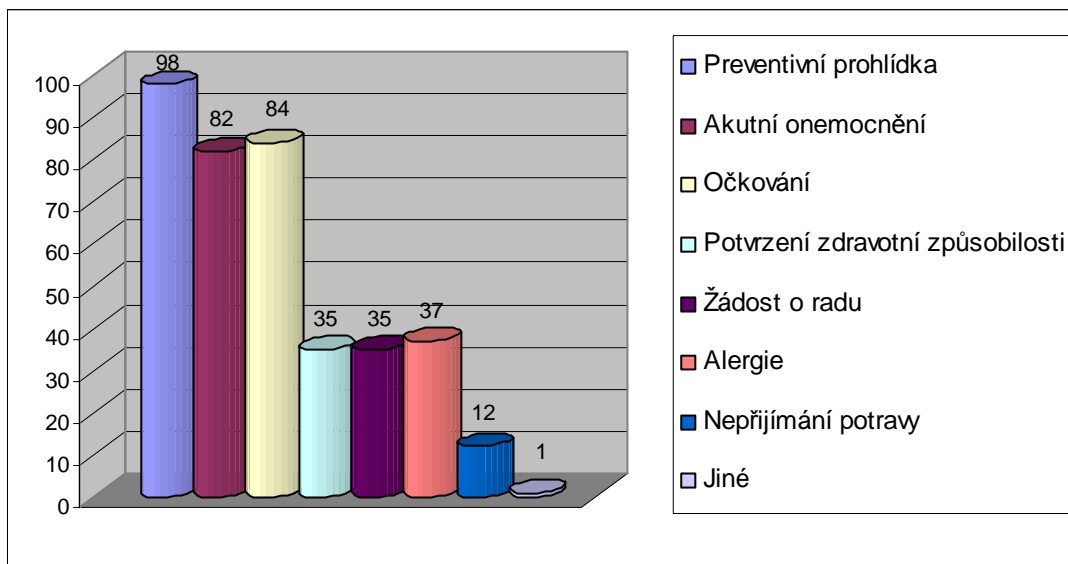
Tato otázka byla volná a sestry měly doplnit z čeho se jejich sesterská dokumentace skládá, ve všech 29 případech téměř shodně sestry uváděly, že jejich dokumentaci tvoří sešity, přehledy, „plachty v lékařské dokumentaci“, kde si vedou přehledy preventivních prohlídek a očkování. 2 sestry uvedly svou dokumentaci jako vložku v lékařské dokumentaci, kam zapisují svá pozorování. Jedna sestra si vedla záznamy registrovaných pacientů a záznamy o ukončených registracích a záznam o předaných dokumentacích. Taktéž jedna sestra si ve své dokumentaci vedla výkony dle ordinace lékaře.

Tabulka 10 Přítomnost ošetrovatelských standardů pro děti a dorost v ordinaci PLDD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	39	38,2	38,2	38,2
	Ne	63	61,8	61,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Ze 102 (100 %) sester 39 (38,2 %) z nich odpovědělo, že standardy ošetrovatelské péče o děti v ordinaci mají a 63 (61,8 %) sester se přiznalo, že tyto standardy v ordinaci nevládní.

Graf 3 Situace, v nichž nejčastěji dětské klienti a jejich rodiče navštěvují ordinaci PLDD



V této otázce si respondentky mohly vybrat z více možností odpovědí. 98 sester se shodlo, že nejčastější návštěvou jejich ordinací jsou preventivní prohlídky, očkování bylo druhou nejčastější odpovědí, kterou uvedlo 84 sester. Další z nejčastějších situací návštěvy ordinace PLDD, které uvedlo 82 sester, bylo akutní onemocnění. Stejný počet odpovědí získalo potvrzení zdravotní způsobilosti a žádost o radu, obě možnosti shodně potvrdilo 35 sester. Alergii jako jednu z možností návštěvy ordinace PLDD v šetření uvedlo 37 sester. Nepřijímání potravy bylo udáváno 12 sestrami jako jedna z příčin návštěvy ordinace PLDD. Jedna sestra uvedla jako možnost návštěvy PLDD obavy rodičů z opožděného psychomotorického vývoje dítěte.

Tabulka 11 Nejčastější onemocnění, se kterými přicházejí dětské klienty do ordinace PLDD dle názoru sester

Akutní respirační onemocnění	79
Úrazy	9
Střevní potíže	5
Bolesti břicha	4
Neklesající teploty	3
Alergie	5
Infekce močových cest	5
Zvracení	2

Tato otázka byla volná, respondenty mohly uvádět i více odpovědí, a zároveň byla podotázkou k předcházející otázce. Nejvíce sester 79 uvedlo, že nejčastějším onemocněním, které přivádí dětské klienty do ordinace PLDD jsou akutní respirační onemocnění. Mezi onemocnění zařadilo 9 sester také úrazy, po 5 sestrách uvedlo střevní potíže, alergie a infekce močových cest. 3 sestry uvedly neklesající teploty a 2 sestry zvracení.

Tabulka 12 Dodržování termínů preventivních prohlídek rodiči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	68	66,7	66,7	66,7
	Ne	3	2,9	2,9	69,6
	Někdy	31	30,4	30,4	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

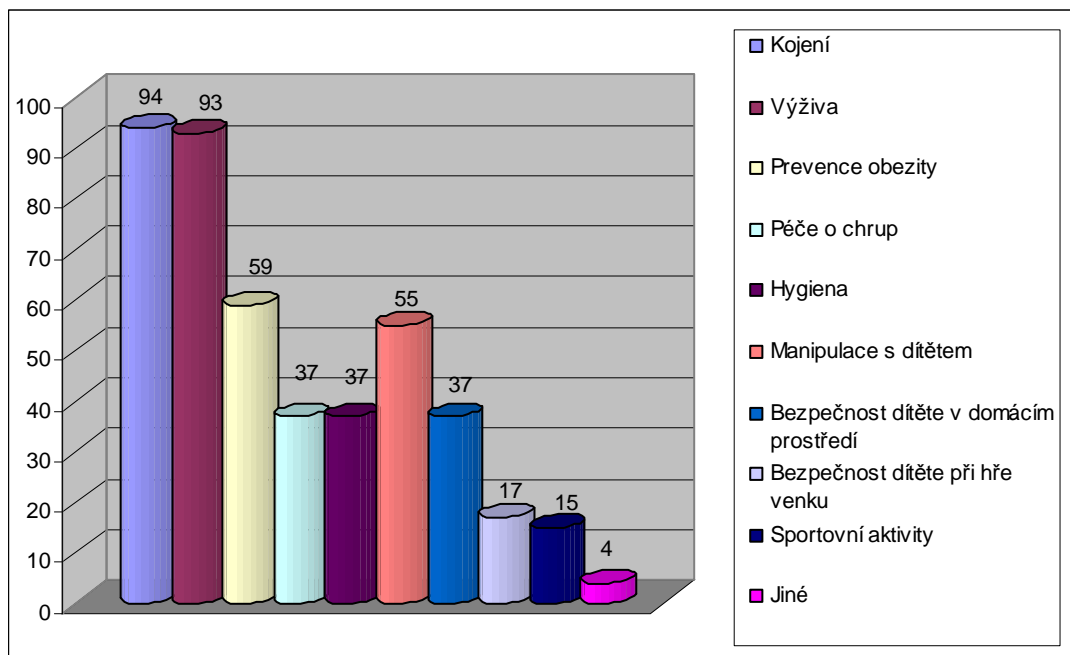
Z celkového počtu 102 (100 %) dotazovaných respondentek 68 (66,7 %) uvedlo, že rodiče dodržují termíny preventivních prohlídek, 31 (30,4 %) sester uvedlo, že preventivní prohlídky rodiče dodržují jen někdy a 3 (2,9 %) sestry uvedly, že rodiče termíny preventivních prohlídek nedodržují.

Tabulka 13 Edukace v oblasti preventivní péče prováděná dětskými sestrami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	85	83,5	83,5	83,5
	Jen když se zeptají	4	3,9	3,9	87,4
	Někdy, podle časových podmínek	13	12,6	12,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek, 85 (83,5 %) odpovědělo, že takto činí, 4 (3,9 %) sestry uvedly, že rodiče s dětmi edukují jen, když se zeptají. 13 (12,7 %) sester uvedlo, že edukují rodiče s dětmi pouze někdy, podle časových podmínek. Žádná ze sester neuvedla možnost, že edukaci neprovádí, proto není v tabulce uvedena.

Graf 4 Oblasti edukace prováděné dětskými sestrami v PLDD



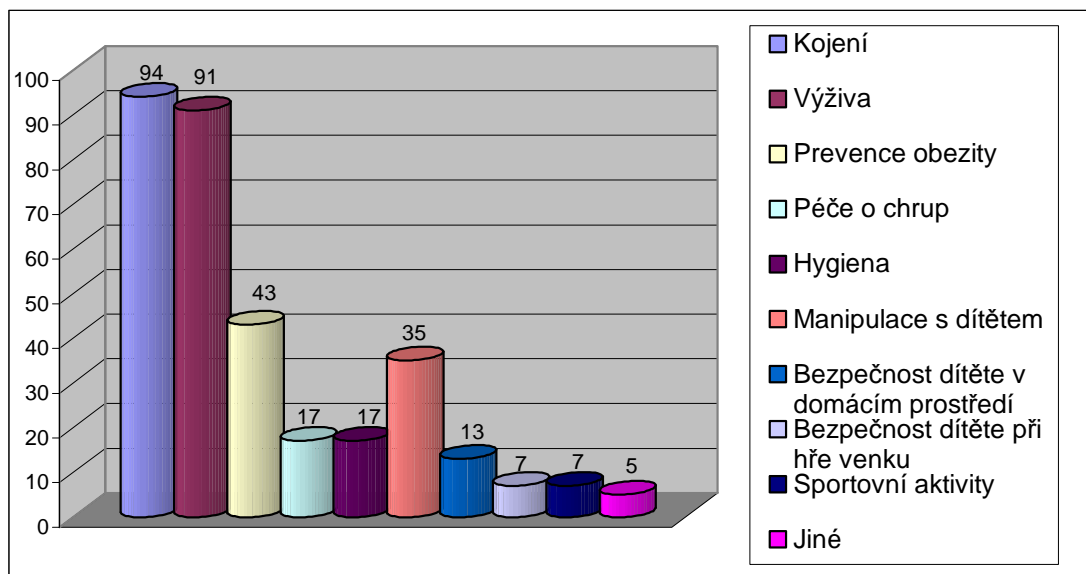
V této otázce si respondentky mohly vybrat z více možností odpovědí. 94 sester shodně uvedlo jako nejčastější oblast edukace, kojení, 93 sester uvedlo, výživu. 59 sester edukuje klienty v oblasti prevence obezity. Shodně po 37 sestřích uvedlo jako oblasti, ve kterých provádí edukaci, oblast péče o chrup a oblast hygieny. 55 sester edukuje matky v oblasti manipulace s dítětem. Bezpečnost dítěte v domácím prostředí jako oblast edukace uvedlo 37 sester. O více než polovinu méně, 17 sester, edukuje rodiče s dětmi i v oblasti bezpečnosti při hře venku. Oblast sportovních aktivit uvedlo 15 sester. Možnost jiné uvedly 4 sestry, 2 sestry uvedly jako oblast edukace povinná a nepovinná očkování a 2 sestry uvedly výběr dětské kosmetiky, včetně pracích prášků při přecitlivělosti dětské pokožky.

Tabulka 14 Žádost o radu dětských sester v oblasti preventivní péče rodiči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	64	62,7	62,7	62,7
	Někdy	38	37,3	37,3	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Ze 102 (100 %) dotazovaných sester 64 (62,7 %) sester odpovědělo, že je rodiče žádají o radu v oblasti preventivní péče, 38 (37,3 %) sester uvedlo, že je rodiče žádají o radu jen někdy. Ve vzorku se nevyskytla odpověď, že by rodiče nežádali vůbec o radu v oblasti preventivní péče, není proto v tabulce uvedena.

Graf 5 Nejčastější žádosti rodičů o radu dětských sester



V této otázce si respondentky mohly vybrat z více možností odpovědí. Nejčastější otázkou na sestry v ordinaci PLDD je problematika kojení, shodně tuto možnost uvedlo 94 sester. 91 sester uvedlo jako druhou nejčastější oblast dotazů rodičů správnou výživu. 43 sester uvedlo jako oblast dotazů rodičů prevenci obezity. Péči o chrup a hygienu opět označil stejný počet sester, nyní ale obě oblasti shodně po 17 sestrách. 35 sester označilo jako žádost rodičů o radu manipulaci s dítětem, 13 sester uvedlo bezpečnost dítěte v domácím prostředí a pouze 7 sester udalo mezi nejčastějšími dotazy rodičů bezpečnost dítěte při hře venku a sportovní aktivity dětí. 5 sester uvedlo možnost jiné. Opět v této možnosti bylo zastoupeno očkování, výběr kosmetiky, ale také dotazy na oblékání novorozenců a kojenců v různých ročních obdobích a otázky ohledně drogové problematiky.

Tabulka 15 Provádění očkování dětí v ordinaci PLDD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lékař	12	11,8	11,8	11,8
	Sestra	27	26,5	26,5	38,3
	Lékař i sestra	63	61,7	61,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

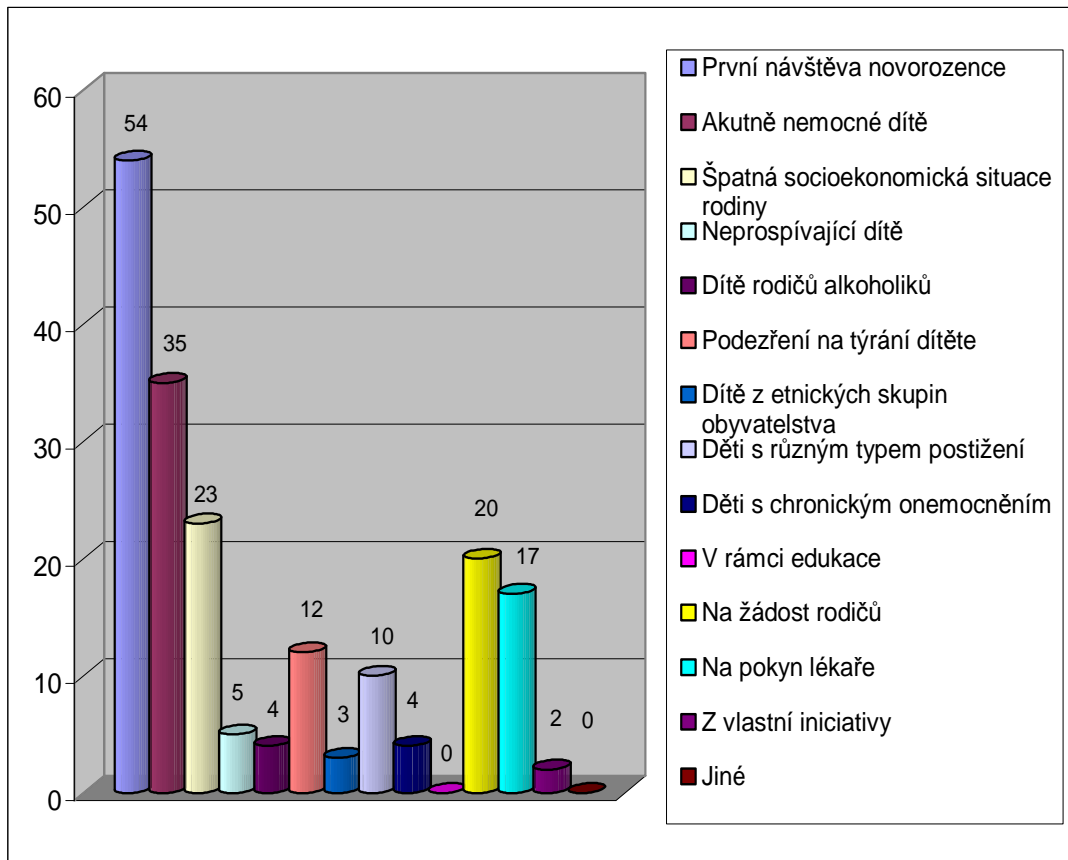
Ze 102 (100 %) dotázaných sester, 12 (11,8 %) sester uvedlo, že očkování dětí provádí pouze lékař. Ve 27 (26,5 %) očkování dětí provádí pouze sestra a 63 (61,7 %) respondentek uvedlo, že očkování dětí vykonává lékař i sestra.

Tabulka 16 Návštěvní služba dětských sester v rodinách

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	60	58,8	58,8	58,8
	Ne	14	13,7	13,7	72,5
	Někdy, podle časových podmínek	28	27,5	27,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 (100 %) dotázaných sester, 60 (58,8 %) sester návštěvní službu provádí. 28 (27,5 %) sester návštěvní službu provádí pouze někdy, podle časových podmínek a 14 (13,7 %) sester uvedlo, že se návštěvní službě nevěnují vůbec.

Graf 6 Důvody návštěvní služby dětských sester v rodinách



V této otázce sestry měly na výběr z několika možností odpovědí. 54 sester uvedlo jako důvod návštěvní služby první návštěvu novorozence v domácím prostředí, 35 sester udává jako důvod akutně nemocné dítě. Špatnou socioekonomickou situaci uvedlo jako důvod k návštěvě rodiny 23 sester. 20 sester uvádí jako důvod k návštěvní službě žádost rodičů. 17 sester provádí návštěvní službu na pokyn lékaře, 12 sester pokud mají podezření na týrání dítěte. 5 sester provádí návštěvní službu u neprospívajících dětí, 4 sestry pokud jde o dítě rodičů alkoholiků nebo o děti s chronickým onemocněním. 10 sester uvedlo, že provádí návštěvní službu u rodin, kde je dítě s různým typem postižení tělesným, mentálním, kombinovaným). 2 sestry uvedly možnost provádění návštěvní služby z vlastní iniciativy. V rámci edukace neprovádí návštěvní službu žádná z respondentek.

Tabulka 17 Hrazení sesterské návštěvní služby pojišťovnou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1x	22	21,6	21,6	21,6
	2x	1	1,0	1,0	22,5
	3x a více	1	1,0	1,0	23,5
	Není hrazena pojišťovnou	10	9,8	9,8	33,3
	Vyказuje si ji lékař přes pojišťovnu kdykoliv vykonám návštěvu	37	36,3	36,3	69,6
	Nevím	30	29,3	29,3	99,0
	Jiné	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

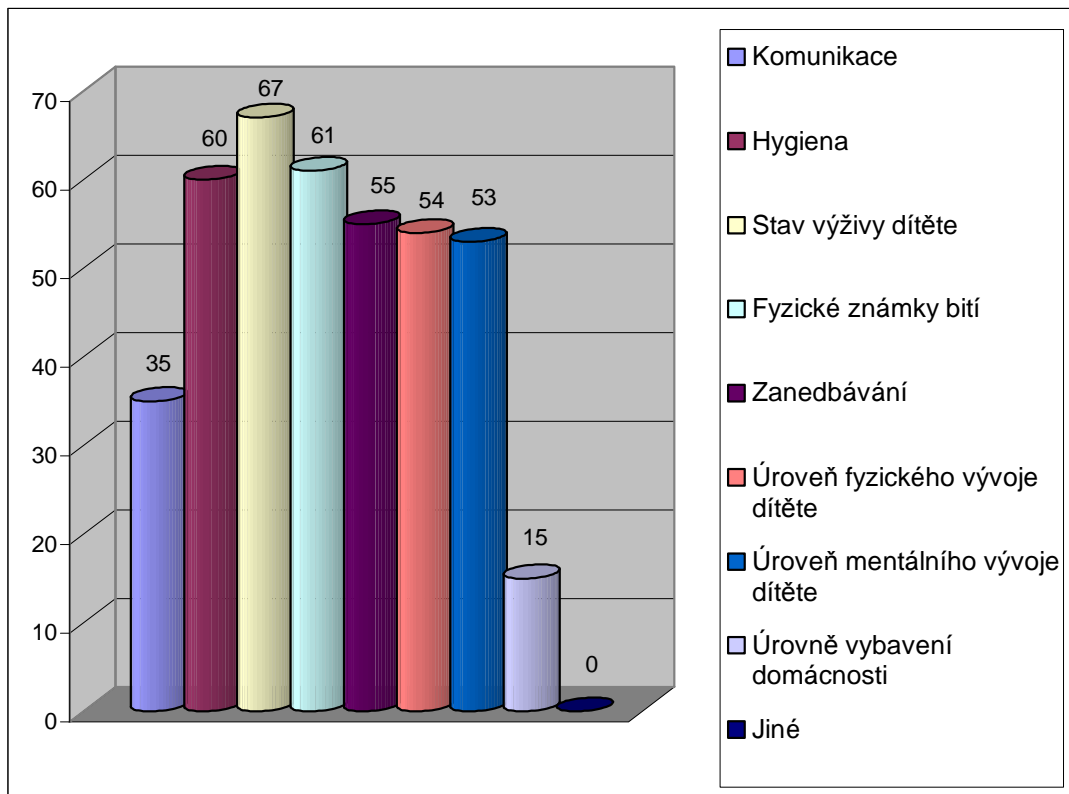
Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek 22 (21,6 %) odpovědělo, že je sesterská návštěvní služba hrazena 1x za rok, jedna sestra (1 %) se domnívá, že 2x za rok, možnost 3x a více uvedla jedna sestra (1 %), 10 (9,8 %) sester uvedlo možnost, že tato služba není hrazena pojišťovnou, 37 (36,3 %) sester uvedlo, že si lékař tuto službu vykáže přes pojišťovnu, kdykoliv sestra návštěvu vykoná. 30 (29,3 %) sester neví kolikrát je tato služba hrazena pojišťovnou. Jedna sestra (1 %) se domnívá, že pojišťovna tuto službu hradí neomezeně.

Tabulka 18 Sledování dětí v rodinách se špatnou socioekonomickou situací dětskými sestrami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	88	86,3	86,3	86,3
	Ne	14	13,7	13,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

88 (86,3 %) sester z výzkumného vzorku o 102 (100 %) respondentkách uvedlo, že sledují děti z rodin, ve kterých je špatná socioekonomická situace. 14 (13,7 %) respondentek uvedlo, že děti z těchto rodin nesledují.

Graf 7 Sledované oblasti dětí z rodin se špatnou socioekonomickou situací sestrami pracujícími v primární pediatrické péči



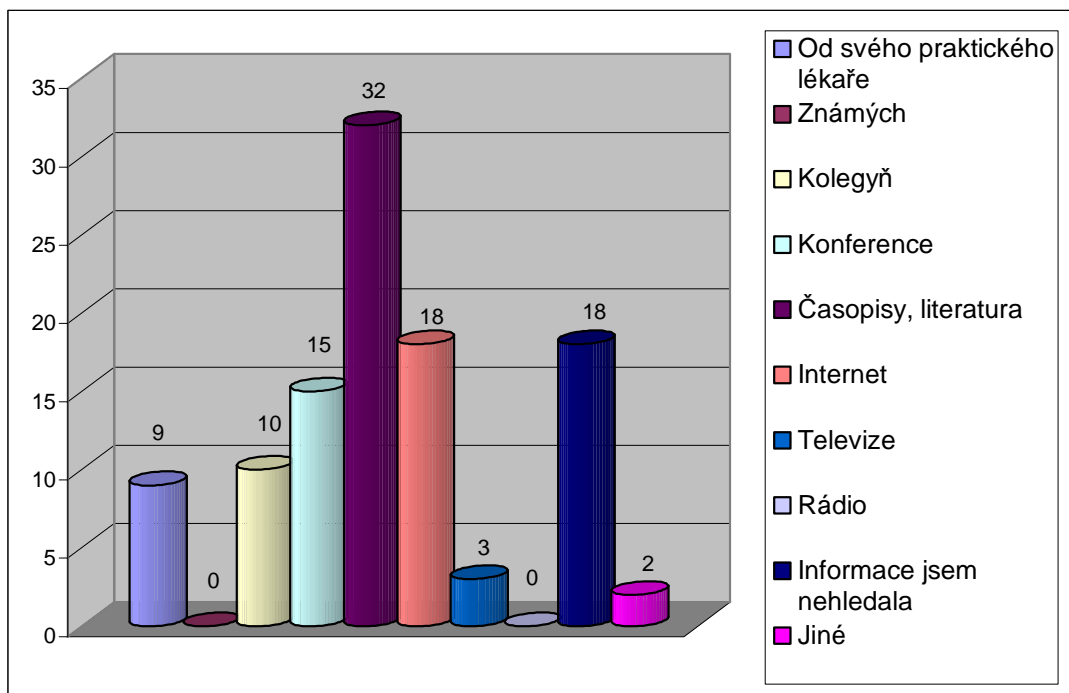
U této otázky měly sestry možnost uvést i více odpovědí. Všechny možnosti byly zastoupeny téměř rovnoměrně. 67 sester uvedlo, že nejvíce je sledována oblast výživy dítěte. 61 sester uvedlo jako sledovanou oblast fyzické známky bití, 60 sester hygienu. 55 sester sleduje, zda nedochází k zanedbávání dítěte, 54 sester věnuje pozornost fyzickému vývoji dítěte a 53 sester mentálnímu vývoji dítěte. 35 sester si všímá komunikace dítěte. Úroveň domácnosti v této problematice sleduje 15 sester.

Tabulka 19 Setkání se s pojmem komunitní péče u dětských sester PLDD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	59	57,8	57,8	57,8
	Ne	43	42,2	42,2	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

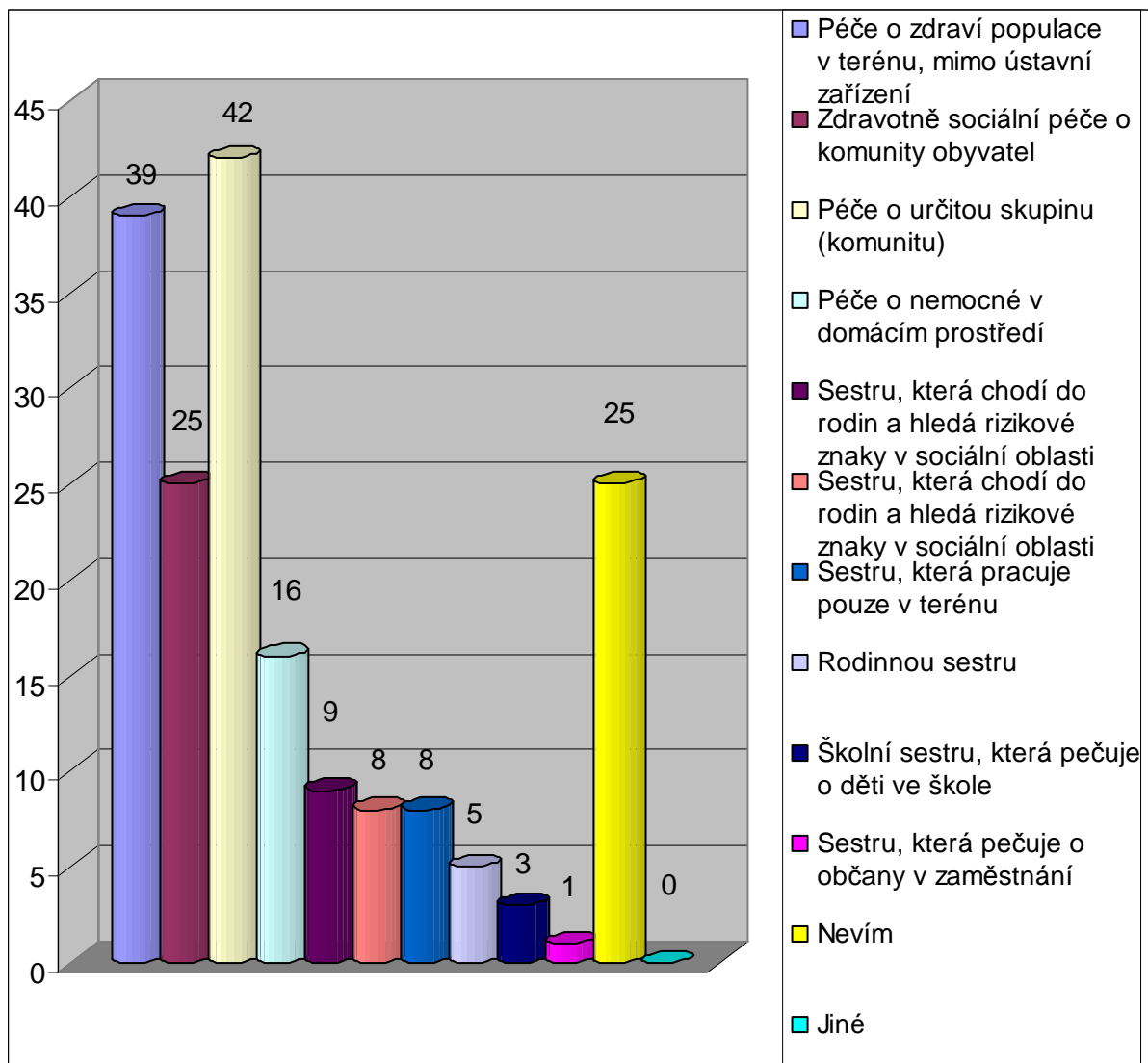
Z celkového počtu 102 (100 %) dotazovaných sester 59 (57,8 %) uvedlo, že termín komunitní péče pro ně není nový a již jej slyšely a 43 (42,2 %) sester se s tímto termínem ještě nesetkaly.

Graf 8 Zdroje informací o komunitní péči u dětských sester



Dětské sestry měly možnost uvést i více odpovědí. Celkem 32 sester uvedlo, že informace o komunitní péči získaly z časopisů a literatury, 18 sester uvedlo jako zdroj informací o komunitní péči internetové stránky, 15 sester se o této problematice dozvědělo v rámci konference, 10 sester uvedlo, že získaly informace od kolegyň a 9 sester od svého praktického lékaře. 3 sestry se o této problematice dozvěděly z televize. 18 sester přiznalo, že informace o komunitní péči nehledaly. A v možnosti jiné 2 sestry odpověděly, že se o této problematice dozvěděly ve škole v rámci studia.

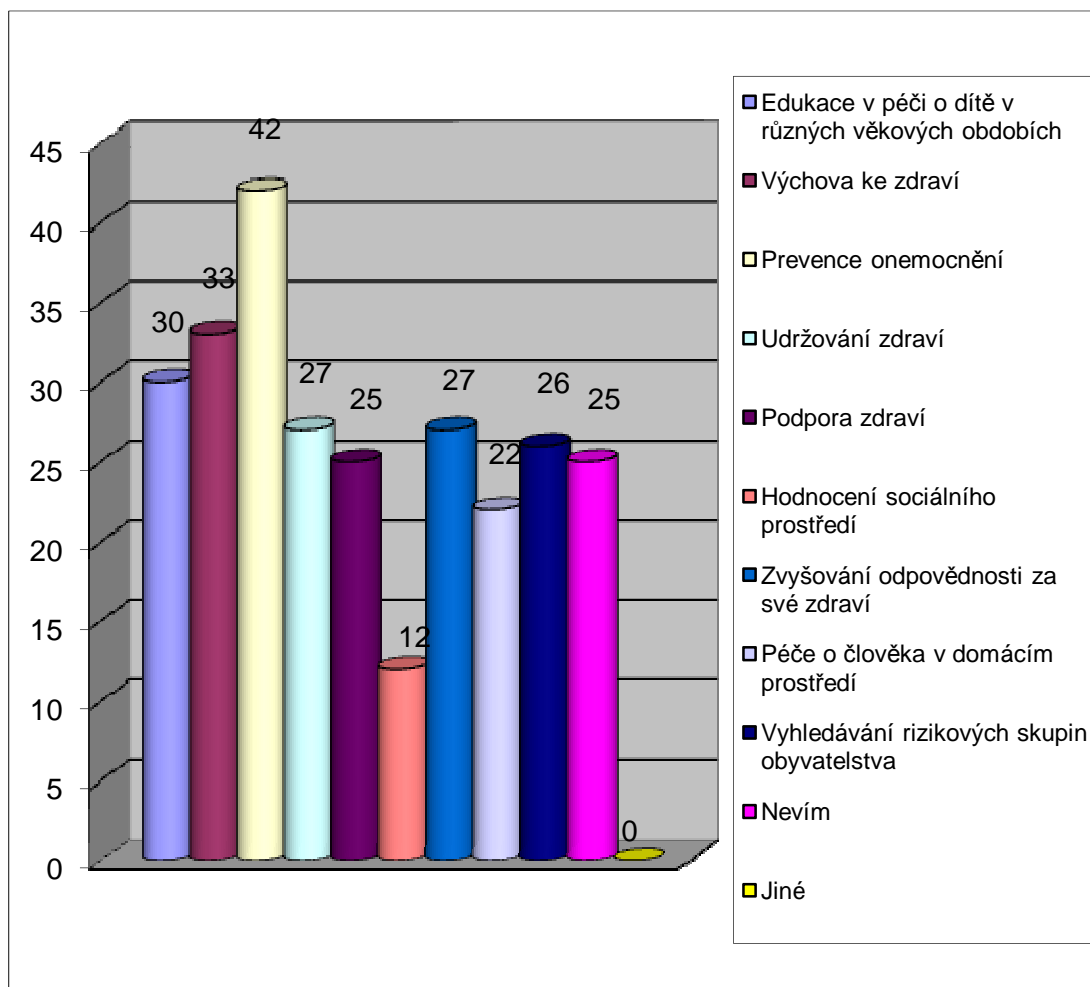
Graf 9 Představa dětských sester o komunitní péči



V této otázce mohly sestry uvést několik odpovědí podle uvážení. 42 sester si představuje komunitní péči jako péči o určitou skupinu (komunitu) lidí, 39 sester si ji představuje jako péči o zdraví populace v terénu, mimo ústavní zařízení. 25 sester tuto péči vidí jako zdravotně sociální péči o komunity obyvatel, 25 sester neví, co si pod tímto pojmem představit. Pod pojmem komunitní péče si 16 sester představí péči o nemocné v jejich domácím prostředí. 9 sester z ordinací PLDD si pod tímto pojmem představí sestru, která chodí do rodin a hledá rizikové znaky v péči o dítě. Sestru, která chodí do rodin a hledá rizikové znaky v sociální oblasti si pod pojmem komunitní péče

představí 8 sester. Stejný počet sester, tedy 8 si pod tímto pojmem představí sestru, která pracuje pouze v terénu. 5 sester uvedlo rodinnou sestru a 3 sestry školní sestru jako představu komunitní péče. 1 sestra si pod tímto pojmem představila sestru, která pečuje o občany v zaměstnání.

Graf 10 Náplň komunitní péče podle vyjádření sester PLDD



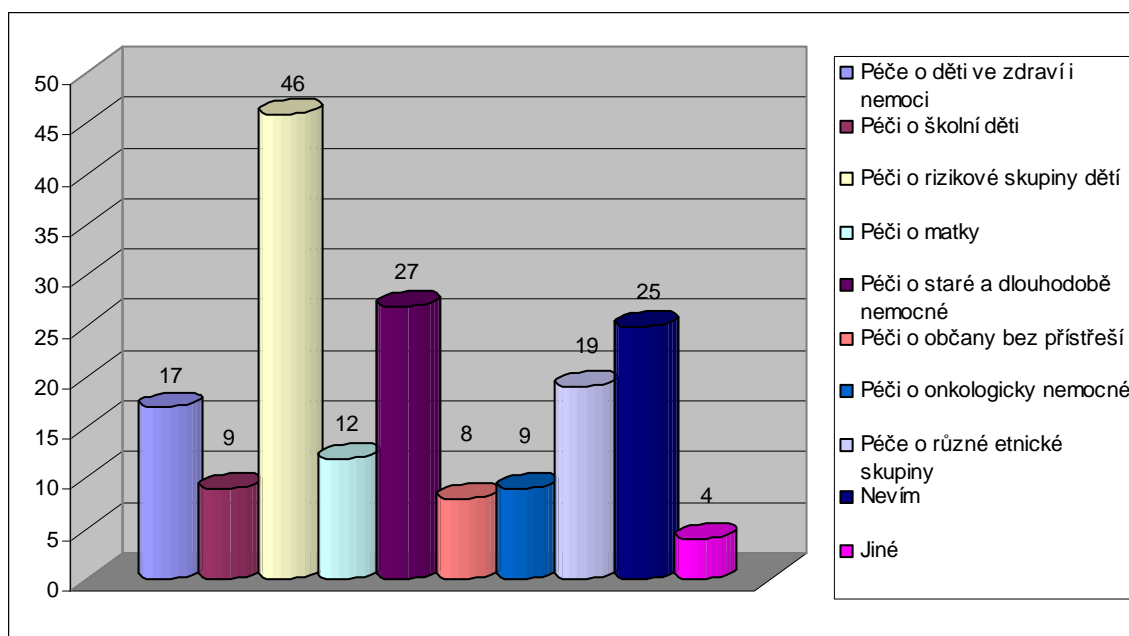
V této otázce mohly sestry uvést několik odpovědí podle uvážení. Největší počet sester 42, se domnívá, že náplň komunitní péče by měla být předcházení onemocněním, tedy jejich prevence. 33 sester uvedlo možnost výchovu ke zdraví jako náplň komunitní péče. Shodně 27 sester uvedlo udržování zdraví a zvyšování odpovědnosti jako náplň komunitní péče. Jako náplň komunitní péče uvedlo 25 respondentek podporu zdraví a stejný počet sester, tedy 25 nevědělo, jakou náplň by komunitní péče měla mít. 25 sester uvedlo, že by náplň komunitní péče mělo být vyhledávání rizikových skupin obyvatel. 12 sester uvedlo jako náplň této péče hodnocení sociálního prostředí jedinců a skupin.

Tabulka 20 Existence komunitní sestry v ČR podle mínění dětských sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	14	13,7	13,7	13,7
	Ne	9	8,8	8,8	22,5
	Nevím	79	77,5	77,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek 14 (13,7 %) uvedlo, že komunitní sestra v ČR existuje. 9 (8,8 %) sester se domnívá, že je to opak, tedy neexistence komunitní sestry a 79 sester neví, zda komunitní sestra v současné době na území ČR existuje.

Graf 11 Oblasti práce komunitní sestry dle mínění dětských sester



V této otázce mohly sestry uvést několik odpovědí podle uvážení. Nejvíce sester, 46 pracujících v ordinaci PLDD, vidí jako náplň komunitní sestry pečovat o rizikové skupiny dětí. Péče o děti obecně, by měla být náplní komunitní sestry podle 17 respondentek, 9 respondentek se domnívá, že by touto náplní měla být i péče o školní děti. 12 dotazovaných uvedlo jako náplň práce komunitní sestry péči o matky, 27 sester péči o staré a dlouhodobě nemocné občany, 8 sester péči o občany bez přístřeší. Péči o různé etnické skupiny jako náplň komunitní sestry uvedlo 19 sester. 25 sester nevědělo jakou náplň by komunitní sestra měla zastávat. V možnosti jiné, byly uvedeny názory, že by komunitní sestra měla pečovat o terminálně nemocné a umírající.

Tabulka 21 Představa, že by sestra PLDD zastávala funkci komunitní sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	15	14,7	14,7	14,7
	Ne	31	30,4	30,4	45,1
	Nevím	56	54,9	54,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 (100 %) respondentek 15 (14,7 %) sester si dovede představit, že by sestra pracující v ordinaci PLDD zastávala funkci komunitní sestry, 31 (30,4 %) sester si tuto situaci nedovede představit a 56 (54,9 %) sester neví, zda by sestra v ordinaci PLDD mohla tuto funkci zastávat.

4.1.2 Statistické zpracování dat získaných z dotazníků vyplněných rodiči dětí

Tabulka 22 Pohlaví respondentů (rodičů)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muž	8	7,1	7,1	7,1
	Žena	104	92,9	92,9	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Z celkového počtu 112 (100 %) dotazovaných respondentů bylo 104 (92,9 %) pohlaví ženského a pouze 8 (7,1 %) pohlaví mužského.

Tabulka 23 Věk rodičů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Do 30 let	39	34,8	34,8	34,8
	Do 40 let	62	55,4	55,4	90,2
	Do 50 let	10	8,9	8,9	99,1
	Do 60 let	1	0,9	0,9	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Z celkového počtu 112 (100 %) dotazovaných rodičů 39 (34,8 %) bylo ve věku do 30 let, 62 rodičů (55,4 %) bylo ve věku do 62 let. Ve věku do 50 let bylo 10 (8,9 %) respondentů. Pouze jeden (0,9 %) respondent byl starší 60 let. Rodiče do 20 let věku nebyly v šetření zastoupeni vůbec, proto nejsou v tabulce uvedeni.

Tabulka 24 Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Základní	7	6,3	6,3	6,3
	Středoškolské-vyučen/a	43	38,4	38,4	44,6
	Středoškolské-maturita	44	39,3	39,3	83,9
	Vysokoškolské	18	16,1	16,1	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

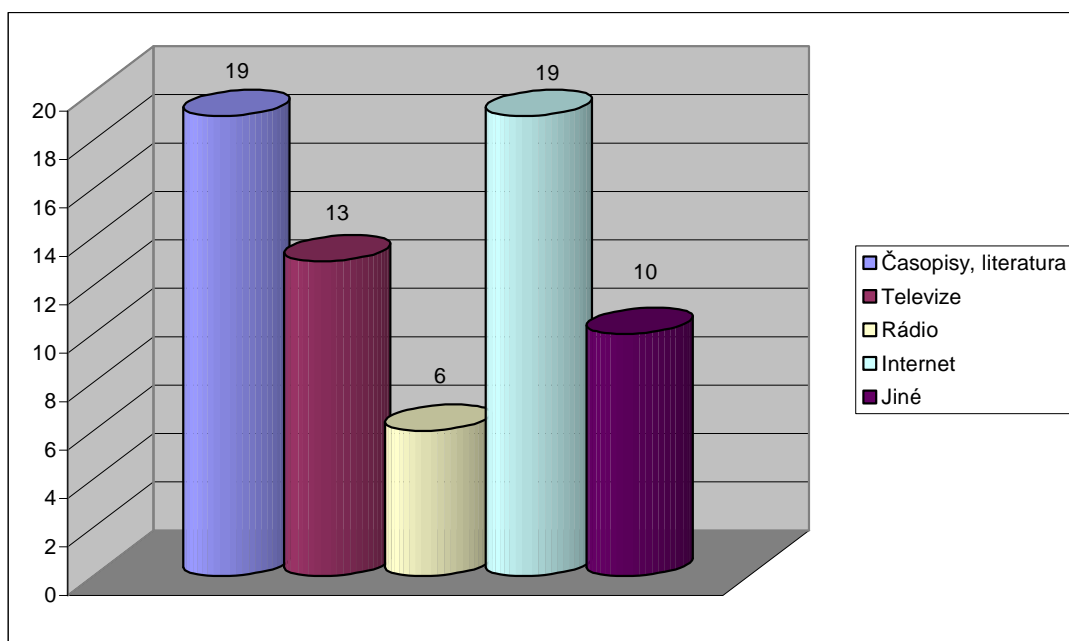
Z celkového počtu 112 (100 %) dotazovaných mělo 18 (16,1 %) respondentů vysokoškolské vzdělání, 44 (39,3 %) respondentů středoškolské vzdělání s maturitou, 43 (38,4 %) středoškolské vzdělání – vyučen/a a 7 (6,3 %) respondentů mělo základní vzdělání. Vyšší odborné vzdělání ve výzkumném vzorku nebylo zastoupeno.

Tabulka 25 Setkání se s pojem komunitní péče u rodičů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	57	50,9	50,9	50,9
	Ne	55	49,1	49,1	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

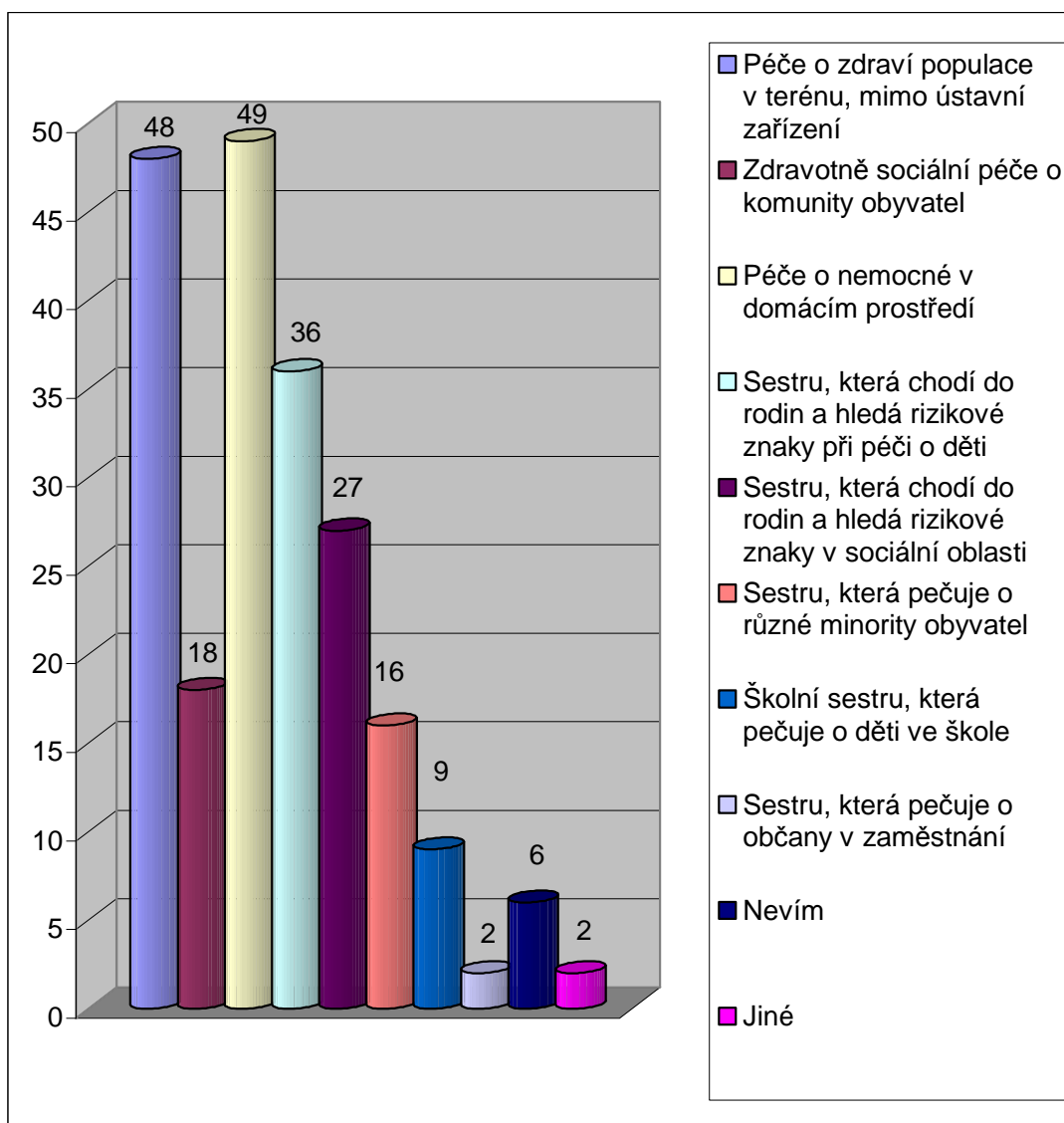
Ze 112 (100 %) dotazovaných respondentů 57 (50,9 %) uvedlo, že pojem komunitní péče již slyšeli a 55 (49,1 %) dotazovaných se s tímto pojmem nesetkalo.

Graf 12 Získání informací o komunitní péči rodiči



V této otázce mohli respondenti uvádět více možností odpovědí. Shodně po 19 rodičích uvedlo, že informace o komunitní péči získali časopisů či literatury a internetu. 13 respondentů uvedlo jako zdroj informací o komunitní péči televizi, 6 rodičů rádio. Možnost jiné uvedlo 10 respondentů. V možnosti jiné se 2x objevili známí, 1x manželka, 1x dcera, 4 x studium, 1x zdravotnický personál, 1x seminář jako zdroj informací o komunitní péči.

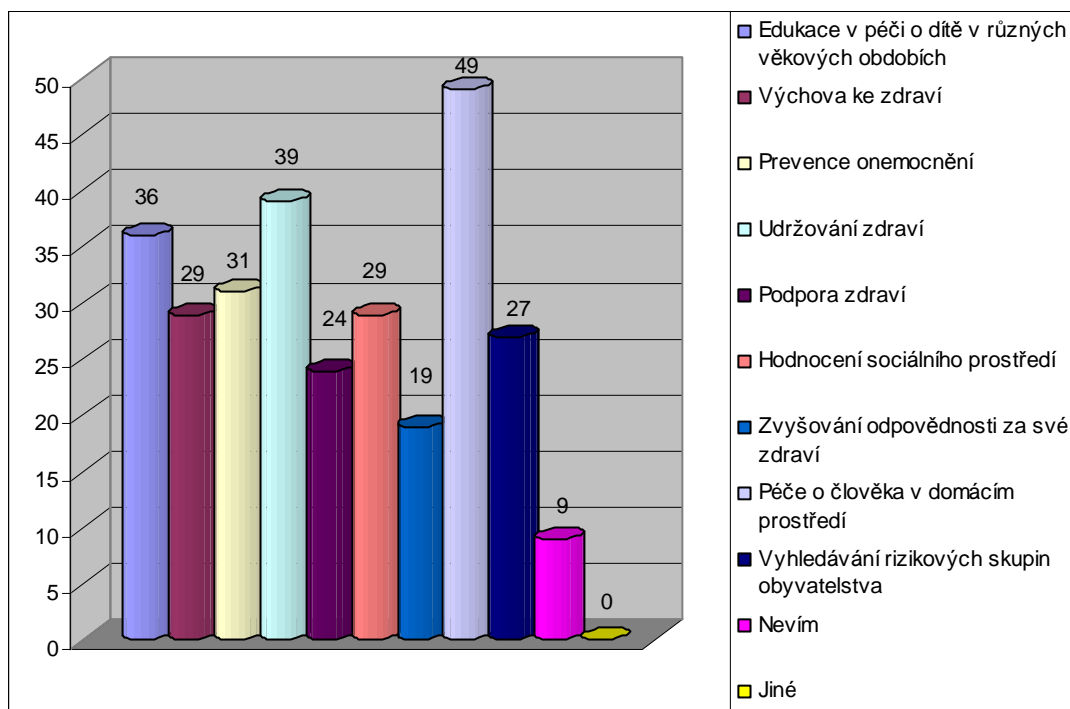
Graf 13 Představa rodičů o pojmu komunitní péče dle jejich vyjádření



V této otázce mohli respondenti opět zaškrtnout více možností odpovědí. Nejvíce 49 rodičů si pod pojmem komunitní péče představí péči o jedince v domácím prostředí, 48 rodičů jako péči o zdraví populace v terénu, mimo ústavní zařízení. 36 respondentů si pod tímto pojmem představí sestru, která chodí do rodin a hledá rizikové znaky při péči o děti, 27 respondentů sestru, která chodí do rodin a hledá rizikové znaky v sociální oblasti. 18 respondentů uvedlo komunitní péči jako zdravotně sociální péči o komunity obyvatel. 16 rodičů si pod tímto pojmem představí sestru pečující o různé minoritní skupiny, 9 rodičů školní sestru. 2 rodiče si pod komunitní péčí představí sestru pečující

o občany v zaměstnání. 6 rodičů neví co si pod tímto pojmem představit. V možnosti jiné bylo uvedeno chráněné bydlení a stacionář jako představa komunitní péče.

Graf 14 Náplň komunitní péče dle vyjádření rodičů



Na tuto otázku mohli rodiče opět uvádět více možností odpovědí. Nejvíce, 49 rodičů uvedlo jako náplň komunitní péče, péči o člověka v domácím prostředí, 39 rodičů udržování zdraví, 36 rodičů uvedlo jako náplň edukaci v péči o dítě v různých věkových obdobích. 31 rodičů vidí náplň komunitní péče v prevenci onemocnění, shodně 29 rodičů uvádí výchovu ke zdraví a hodnocení sociálního prostředí jako náplň komunitní péče. 27 rodičů uvedlo jako náplň komunitní péče vyhledávání rizikových skupin obyvatel, 24 rodičů uvedlo podporu zdraví a 19 rodičů zvyšování odpovědnosti za své zdraví.

Tabulka 26 Existence komunitní sestry dle vyjádření rodičů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	29	25,9	25,9	25,9
	Ne	14	12,5	12,5	38,4
	Nevím	69	61,6	61,6	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Z celkového počtu 112 (100 %) uvedlo 29 (25,9 %) respondentů, že v ČR existuje komunitní sestra, 14 (12,5 %) uvedlo, že ne a 69 (61,6 %) neví zda v naší republice existuje komunitní sestra.

Tabulka 27 Znalost komunitní sestry ve svém okolí rodiči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	6	5,4	5,4	5,4
	Ne	106	94,6	94,6	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Ze 112 (100 %) dotazovaných 106 (94,6 %) rodičů nezná ve svém okolí žádnou sestru pracující v komunitní péči a pouze 6 (5,4 %) dotazovaných sestru pracující v komunitní péči zná.

Tabulka 28 Využití služeb komunitní dětské sestry dle vyjádření rodičů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	28	25,0	25,0	25,0
	Spíše ano	44	39,3	39,3	64,3
	Spíše ne	28	25,0	25,0	89,3
	Ne	2	1,8	1,8	91,1
	Nevím	10	8,9	8,9	100,0
Total		112	100,0	100,0	

Pokud by rodiče měli možnost využít služeb komunitní dětské sestry, odpovědělo z celkového počtu 112 (100 %) dotazovaných 28 (25,0 %) rodičů ano, 44 (39,3 %) spíše ano. 28 (25 %) dotazovaných rodičů by tuto službu spíše nevyužilo a 2 (1,8 %) rodiče by tuto službu nevyužili. 10 (8,9 %) rodičů neví, zda by služeb komunitní dětské sestry využili.

Tabulka 29 Využití služeb Vaší dětské sestry pracující v ordinaci PLDD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	36	32,1	32,1	32,1
	Spíše ano	35	31,3	31,3	63,4
	Spíše ne	17	15,2	15,2	78,6
	Ne	4	3,6	3,6	82,1
	Nevím	20	17,9	17,9	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

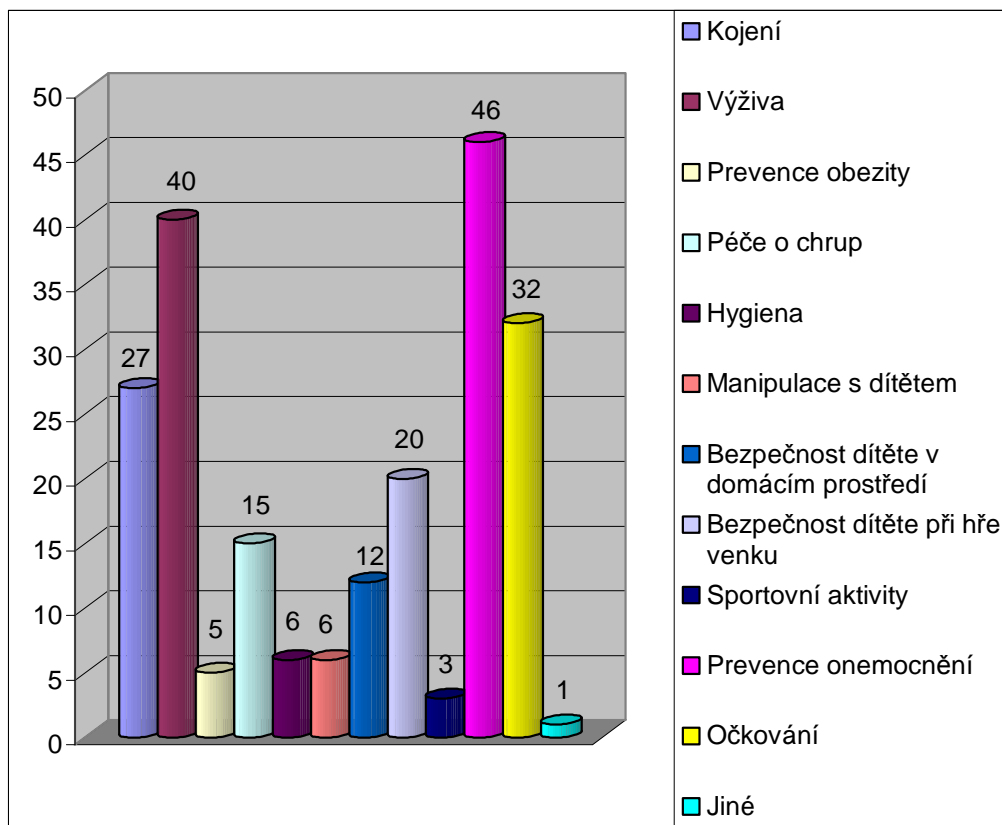
Pokud by tyto služby poskytovala jejich sestra pracující v ordinaci PLDD, odpovědělo z celkového počtu 112 (100 %) 36 (32,1 %) sester, že by této služby využilo, 35 (31,3 %) rodičů odpovědělo spíše ano, 17 (15,2 %) dotazovaných by spíše nevyužilo těchto služeb a 4 (3,6 %) rodičů by těchto služeb nevyužilo vůbec. 20 (17,9 %) rodičů neví, zda by využilo těchto služeb, kdyby je poskytovala jejich sestra PLDD.

Tabulka 30 Frekvence žádostí o radu dětské sestry rodiči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, často	56	50,0	50,0	50,0
	Ne	26	23,2	23,2	73,2
	Někdy	30	26,8	26,8	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

56 (50,0 %) rodičů z celkového počtu 112 (100 %) respondentů žádá sestřičku pracující v ordinaci PLDD o radu často, 30 (26,8 %) rodičů pouze někdy a 26 (23,2 %) nežádá sestřičku o radu vůbec.

Graf 15 Nejčastější oblasti žádosti o radu dětské sestry ze strany rodičů



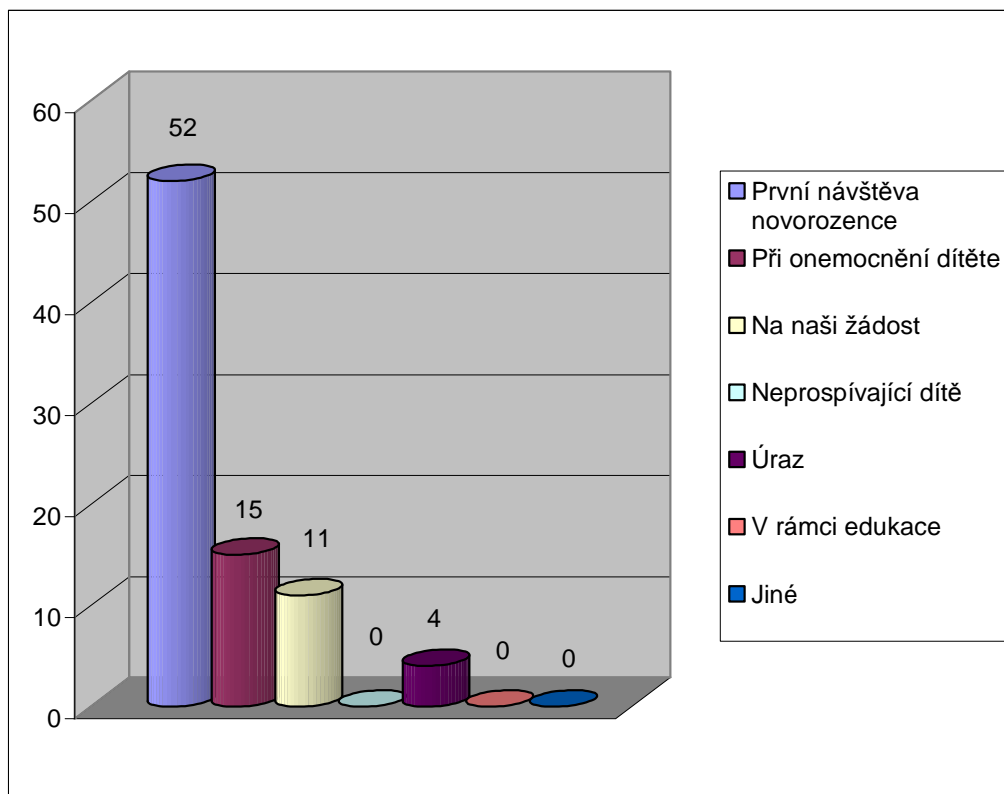
Opět na tuto otázku mohli rodiče uvádět více možností odpovědí. Nejvíce, 46 rodičů žádá sestřičku o radu v oblasti prevence různých onemocnění a 40 rodičů v oblasti výživy dětí. 32 rodičů se žádá o radu v oblasti očkování, 27 rodičů v oblasti kojení. 20 rodičů má zájem o informace o bezpečnosti dítěte při hře venku, 12 o bezpečnosti v domácím prostředí. 15 rodičů žádá sestřičku o radu v oblasti péče o chrup. 6 rodičů žádá o radu v oblasti hygieny a manipulace s dítětem. 5 rodičů má zájem o informace oblasti prevence obezity, 3 rodiče se radí o sportovních aktivitách. Jedna maminka měla dotazy týkající se šestinedělí.

Tabulka 31 Provádění návštěvní služby v domácnosti dětskou sestrou dle vyjádření rodičů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	28	25,0	25,0	25,0
	Ano, provádí ji sestra i lékař	32	28,6	28,6	53,6
	Ne	43	38,4	38,4	92,0
	Ne, provádí ji pouze lékař	9	8,0	8,0	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Na otázku, zda provádí sestra pracující v ordinaci PLDD návštěvní službu v rodině 112 (100 %) rodičů, odpovědělo 28 (25,0 %) rodičů ano. Ve 32 (28,6 %) případech provádí návštěvní službu lékař i sestra společně. 43 (38,4 %) rodičů uvedlo, že jejich dětský lékař a sestra tuto službu neprovádí a 9 (8,0 %) respondentů uvedlo, že návštěvní službu v rodině provádí pouze lékař.

Graf 16 Důvody návštěvní služby dětské sestry v rodině dle vyjádření rodičů



Opět rodiče mohli uvádět více možností odpovědí. Na první pohled je viditelné, že důvodem, kdy byla u rodin návštěvní služba provedena, je první návštěva novorozence, uvedlo ji celkem 52 respondentů. 15 rodičů uvedlo, že jim byla provedena návštěva z důvodu onemocnění dítěte. 11ti rodičům provedla sestra či lékař, nebo společně návštěvní službu na žádost rodičů. 4 rodiče uvedli jako důvod návštěvní služby, úraz.

Tabulka 32 Postačuje rodičům péče poskytovaná jejich PLDD a dětskou sestrou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	56	50,0	50,0	50,0
	Spíše ano	41	36,6	36,6	86,6
	Spíše ne	8	7,1	7,1	93,8
	Ne	4	3,6	3,6	97,3
	Nevím	3	2,7	2,7	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Ze 112 (100 %) dotázaných rodičů, 56 (50,0 %) rodičům postačuje péče poskytovaná jejich PLDD a sestrou, 41 (36,6 %) spíše tato péče postačuje, 8 (7,1 %) rodičů uvedlo, že jim péče spíše nepostačuje a 4 (3,6 %) rodičů nepostačuje péče poskytovaná jejich PLDD a sestrou. 3 (2,7 %) rodiče na tuto otázku nevěděli odpověď.

Tabulka 33 Nedostatky v péči poskytované PLDD a dětskou sestrou z pohledu rodičů

Chybí návštěvní služba	2
Neúplné informace ze strany lékařky	2
Špatný přístup lékařky	1
Neochota ze strany lékařky	2

Pouze 6 rodičů odpovědělo na otázku, co jim chybí v péči poskytované PLDD a dětskou sestrou. Ve 2 případech bylo uvedeno, že rodiče postrádají návštěvní službu. Taktéž ve 2 případech rodiče dostávají neúplné informace ze strany lékařky, v 1 případě jsou nespokojeni s přístupem lékařky a opět ve 2 případech se rodiče setkávají s neochotou lékařky a shledávají tyto případy jako nedostatky v péči.

Tabulka 34 Spokojenost s péčí PLDD i dětské sestry dle vyjádření rodičů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	62	55,4	55,4	55,4
	Spíše ano	39	34,8	34,8	90,2
	Spíše ne	7	6,3	6,3	96,4
	Ne	3	2,7	2,7	99,1
	Nevím	1	0,9	0,9	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Z celkového počtu 112 (100 %) dotázaných 62 (55,4 %) uvedlo, že jsou s péčí jejich PLDD a sestry spokojeni, 39 (34,8 %) respondentů je spíše spokojeno. 7 (6,3 %) rodičů je s péčí k jejich PLDD a sestry spíše nespokojeno a 3 (2,7 %) rodiče jsou nespokojeni. Jeden (0,9) z rodičů neuměl na tuto otázku odpovědět.

4.1.3 Porovnání statistických vztahů/testů – kontingenční tabulky

Kontingenční tabulka 1

Pro statistické testování byla zvolená hladina 5% významnosti a 95% hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fischerův přesný Exact test).

Pro testování nezávislosti proměnných (Věk respondentek a Znalost koncepce ošetrovatelského procesu) byla stanovena hypotéza.

H: Věk respondentek a Znalost ošetrovatelského procesu nejsou na sobě závislé

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Věk respondentů * Znalost koncepce oš. procesu	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Věk respondentů * Znalost koncepce oš. procesu Crosstabulation

Count

		Znalost koncepce oš. procesu		Total
		Ano	Ne	
Věk respondentů	do 30 let	13	0	13
	31-40 let	21	4	25
	41-50 let	27	4	31
	51-61 i více let	18	15	33
Total		79	23	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	15,964(a)	3	,001	,001		
Likelihood Ratio	17,589	3	,001	,001		
Fisher's Exact Test	14,672			,001		
Linear-by-Linear Association	12,036(b)	1	,001	,000	,000	,000
N of Valid Cases	102					

a 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

b The standardized statistic is 3,469.

Ve výstupu nalézáme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. Signifikace (0,001), která je menší než 5 %, přijímáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu, že věk respondentek a znalost koncepce ošetrovatelského procesu jsou na sobě závislé. Čím je vyšší věk respondentek, tím je horší znalost koncepce ošetrovatelského procesu. Lze tedy říci, že zkoumané proměnné **jsou na sobě závislé**.

Toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,001. Lze tedy říci, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

Kontingenční tabulka 2

Pro statistické testování byla zvolena hladina 5% významnosti a 95% hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fischerův přesný Exact test).

Pro testování nezávislosti proměnných (Nejvyšší dosažené vzdělání a Znalost koncepce ošetrovatelského procesu) byla stanovena hypotéza.

H: Nejvyšší dosažené vzdělání a Znalost koncepce ošetrovatelského procesu nejsou na sobě závislé

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nejvyšší dosažené vzdělání * Znalost koncepce oš. procesu	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Nejvyšší dosažené vzdělání * Znalost koncepce oš. procesu Crosstabulation

Count		Znalost koncepce oš. procesu		Total
		Ano	Ne	
Nejvyšší dosažené vzdělání	Středoškolské	37	13	50
	Středoškolské+specializace	30	10	40
	Vyšší odborné	5	0	5
	Vysokoškolské i se specializací	7	0	7
Total		79	23	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3,972(a)	3	,264	,268		
Likelihood Ratio	6,596	3	,086	,128		
Fisher's Exact Test	3,048			,368		
Linear-by-Linear Association	2,906(b)	1	,088	,091	,047	,022
N of Valid Cases	102					

a 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,13.

b The standardized statistic is -1,705.

Ve výstupu nalézáme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. Signifikace (0,264), která je větší než 5 %, zamítáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu, že nejvyšší dosažené vzdělání respondentek a znalost koncepce ošetrovatelského procesu nejsou na sobě statisticky závislé (nejvyšší vzdělání sester neznámá, že sestry znají komplexní ošetrovatelský proces). Lze tedy říci, že zkoumané proměnné **nejsou na sobě závislé**.

Toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,368. Lze tedy říci, že zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.

Kontingenční tabulka 3

Pro statistické testování byla zvolená hladina 5% významnosti a 95% hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fischerův přesný Exact test).

Pro testování nezávislosti proměnných (Nejvyšší dosažené vzdělání a Práce v ordinaci PLDD pomocí ošetrovatelského procesu) byla stanovena hypotéza.

H: Nejvyšší dosažené vzdělání a práce v ordinaci PLDD pomocí ošetrovatelského procesu nejsou na sobě závislé

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nejvyšší dosažené vzdělání * Pracujete v ordinaci formou oš.procesu?	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Nejvyšší dosažené vzdělání * Pracujete v ordinaci formou oš.procesu? Crosstabulation

Count		Pracujete v ordinaci formou oš.procesu?		
		Ano	Ne	Total
Nejvyšší dosažené vzdělání	Středoškolské	22	28	50
	Středoškolské+specializace	20	20	40
	Vyšší odborné	1	4	5
	Vysokoškolské i se specializací	2	5	7
Total		45	57	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,428(a)	3	,489	,526		
Likelihood Ratio	2,562	3	,464	,515		
Fisher's Exact Test	2,235			,532		
Linear-by-Linear Association	,696(b)	1	,404	,455	,234	,054
N of Valid Cases	102					

a 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,21.

b The standardized statistic is ,834.

Ve výstupu nalzáme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. Signifikace (0,489), která je větší než 5 %, zamítáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu, že nejvyšší dosažené vzdělání respondentek a práce v ordinaci PLDD pomocí ošetrovatelského procesu nejsou na sobě statisticky závislé (vzdělání sester nesouvisí s tím, zda sestry ošetrovatelský proces používají v praxi). Lze tedy říci, že zkoumané proměnné **nejsou na sobě závislé**.

Toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,532. Lze tedy říci, že zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.

Kontingenční tabulka 4

Pro statistické testování byla zvolená hladina 5% významnosti a 95% hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fischerův přesný Exact test).

Pro testování nezávislosti proměnných (Znalost koncepce ošetřovatelského procesu a Práce v ordinaci PLDD pomocí ošetřovatelského procesu) byla stanovena hypotéza.

H: Znalost koncepce ošetřovatelského procesu a Práce v ordinaci PLDD pomocí ošetřovatelského procesu nejsou na sobě závislé

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Znalost koncepce oš. procesu * Pracujete v ordinaci formou oš.procesu?	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Znalost koncepce oš. procesu * Pracujete v ordinaci formou oš.procesu? Crosstabulation

Count		Pracujete v ordinaci formou oš.procesu?		Total
		Ano	Ne	
Znalost koncepce oš. procesu	Ano	45	34	79
	Ne	0	23	23
Total		45	57	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	23,444(b)	1	,000	,000	,000	
Continuity Correction(a)	21,191	1	,000			
Likelihood Ratio	32,006	1	,000	,000	,000	
Fisher's Exact Test				,000	,000	
Linear-by-Linear Association	23,215(c)	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	102					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,15.

c The standardized statistic is 4,818.

Ve výstupu nalzáme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. Signifikace (0,000), která je menší než 5 %, přijímáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu, že znalost koncepce ošetrovatelského procesu a práce v ordinaci PLDD pomocí ošetrovatelského procesu jsou na sobě statisticky závislé (znalost koncepce ošetrovatelského souvisí s tím, že sestry pracují v ordinaci formou oš.procesu). Lze tedy říci, že zkoumané proměnné **jsou na sobě závislé**.

Toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,000. Lze tedy říci, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé

Kontingenční tabulka 5

Pro statistické testování byla zvolena hladina 5% významnosti a 95% hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fischerův přesný Exact test).

Pro testování nezávislosti proměnných (Nejvyšší dosažené vzdělání a Pojem komunitní péče) byla stanovena hypotéza.

H: Nejvyšší dosažené vzdělání a Pojem komunitní péče nejsou na sobě závislé

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nejvyšší dosažené vzdělání * Slyšela jste pojem komunitní péče	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Nejvyšší dosažené vzdělání * Slyšela jste pojem komunitní péče Crosstabulation

Count		Slyšela jste pojem komunitní péče		Total
		Ano	Ne	
Nejvyšší dosažené vzdělání	Středoškolské	28	22	50
	Středoškolské+specializace	21	19	40
	Vyšší odborné	4	1	5
	Vysokoškolské i se specializací	6	1	7
Total		59	43	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3,774(a)	3	,287	,313		
Likelihood Ratio	4,191	3	,242	,273		
Fisher's Exact Test	3,468			,319		
Linear-by-Linear Association	2,246(b)	1	,134	,156	,080	,026
N of Valid Cases	102					

a 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,11.

b The standardized statistic is -1,499.

Ve výstupu nalzáme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. Signifikace (0,287), která je větší než 5 %, zamítáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu, že nejvyšší dosažené vzdělání sester a setkání s pojmem komunitní péče nejsou na sobě statisticky závislé (nejvyšší vzdělání sester neznámá, že sestry znají pojem komunitní péče). Lze tedy říci, že zkoumané proměnné **nejsou na sobě závislé**.

Toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,319. Lze tedy říci, že zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé

Kontingenční tabulka 6

Pro statistické testování byla zvolena hladina 5% významnosti a 95% hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fischerův přesný Exact test).

Pro testování nezávislosti proměnných (Věk respondentek a Registrace sester) byla stanovena hypotéza

H: Věk sester a Registrace sester nejsou na sobě závislé

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Věk respondentů * Jste registrovaná sestra	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Věk respondentů * Jste registrovaná sestra Crosstabulation

Count		Jste registrovaná sestra		Total
		Ano	Ne	
Věk respondentů	do 30 let	10	3	13
	31-40 let	22	3	25
	41-50 let	24	7	31
	51-61 i více let	20	13	33
Total		76	26	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5,932(a)	3	,115	,120		
Likelihood Ratio	6,041	3	,110	,124		
Fisher's Exact Test	5,682			,130		
Linear-by-Linear Association	3,600(b)	1	,058	,061	,035	,015
N of Valid Cases	102					

a 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,31.

b The standardized statistic is 1,897.

Ve výstupu nalézáme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. Signifikace (0,115), která je větší než 5 %, zamítáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu, že věk sester a registrace sester jsou na sobě statisticky závislé. Není tedy pravda, čím starší sestry jsou, tím méně jsou registrovány pro výkon jejich profese. Lze tedy říci, že zkoumané proměnné **nejsou na sobě závislé**.

Toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,130. Lze tedy říci, že zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé

Kontingenční tabulka 7

Pro statistické testování byla zvolena hladina 5% významnosti a 95% hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fischerův přesný Exact test).

Pro testování nezávislosti proměnných (Registrace sester a Očkování dětí) byla stanovena hypotéza

H: Registrace sester a očkování dětí nejsou na sobě závislé

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jste registrovaná sestra * Očkování dětí	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Jste registrovaná sestra * Očkování dětí Crosstabulation

Count		Očkování dětí			Total
		Lékař	Sestra	Lékař i sestra	
Jste registrovaná sestra	Ano	10	20	46	76
	Ne	2	7	17	26
Total		12	27	63	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,569(a)	2	,753	,759		
Likelihood Ratio	,615	2	,735	,759		
Fisher's Exact Test	,465			,844		
Linear-by-Linear Association	,421(b)	1	,516	,628	,319	,108
N of Valid Cases	102					

a 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,06.

b The standardized statistic is ,649.

Ve výstupu nalézáme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. Signifikace (0,753), která je větší než 5 %, zamítáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu, že registrace sester a očkování dětí jsou na sobě statisticky závislé (registrace sester nesouvisí s tím, že sestry provádějí samostatně očkování dětí v ordinacích dětských lékařů). Lze tedy říci, že zkoumané proměnné **nejsou na sobě závislé**.

Toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,844. Lze tedy říci, že zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

4.2.1 Výsledky rozhovorů s dětskými sestrami

Respondentka 1 (R 1)

Sestra v ordinaci PLDD pro děti a dorost, Novohradsko

Respondentka 1 se již s pojmem komunitní péče setkala a představuje si pod tímto pojmem sestru, která chodí do rodin, zná celou rodinu, odebírá anamnézu od všech jejích členů, vyhledává a odhaluje problémy v rodině.

Hlavními činnostmi, které by měla komunitní sestra vykonávat podle Respondentky 1, je výchova rodiny a jejích členů ke zdraví. Měla by ale také vykonávat odborné úkony, např. převazy, či podávání léků aj. pokud se v rodině vyskytnou takové situace.

Respondentka 1 se nedomnívá, že by byla práce v komunitní péči potřebná. Podle jejího názoru péče současného zdravotnictví postačuje. Podle Respondenty 1, i kdyby připustila, že je potřebná práce v komunitní péči, byl by jistě problém s dostatečným počtem personálu, který by tuto péči zabezpečoval. Druhým velkým problémem by podle Respondentky 1 byly finance a spolupráce s pojišťovny.

Jako nejvíce potřebnou komunitní péči v dětské populaci shledává péči o děti se socioekonomicky slabých rodin a u dětí problémových. Tato péče by byla potřebná i u dětí, kde jsou rodiče závislí (na alkoholu, omamných látkách). U dětí týraných a zanedbávaných by jistě byla tato péče také prospěšná, ale v intenzivní spolupráci se sociálním odborem. U dětí předškolního a školního věku by tato péče byla zaměřena na výchovu ke zdraví, prevenci úrazů ze všeho nejvíce.

Podle Respondentky 1, by se komunitní péče měla nejvíce rozvíjet v oblasti geriatricke, a v oblasti výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu obecně. V oblasti pediatrie by se mohla komunitní péče rozvíjet také, ale spíše v problémových oblastech, které jsou uvedeny výše a v ordinaci PLDD není dostatek času se jim věnovat intenzivně.

Komunitní sestra by při výkonu jejího povolání měla spolupracovat s různými složkami zdravotnického, sociálního i jiného spektra. Na prvním místě by měla

spolupracovat se sociálním pracovníkem. Ale také pedagog, psycholog, pedagog pro náplň volného času by měly být složky, se kterými by spolupracovala komunitní sestra se zaměřením na dětskou klientelu. Také spolupráce s dětskou sestrou, všeobecnou sestrou, porodní asistentkou by byla v komunitní péči podle Respondentky 1 nutná. Spolupráce s pojišťovny by byla prý kapitolou sama pro sebe, aby si komunitní sestra zajistila příjem financí za návštěvní službu, finance aj. Pokud by šlo o dětskou klientelu, měla by komunitní sestra spolupracovat s pediatrem a odborem sociální péče o dítě.

Respondentka 1 se domnívá, že spolupráce sester pracujících v ordinaci PLDD a komunitních sester by byla nevyhnutelná, bez té by se kvalitní péče nemohla uskutečnit. Sestra PLDD by byla zdrojem informací pro komunitní sestru a naopak.

I když se Respondentka 1 nedomnívá, že je potřebná péče v komunitní péči, na otázku, zda by byla komunitní sestra pro společnost přínosem, uvedla, že ano. Ale neví, zda by se vyřešily problémy, které se vyskytují v současnosti, jako je nedostatečná péče o matky po porodu, o staré lidi, děti ve školách atd.

Tabulka 35 Respondentka 1

Pojem komunitní péče	Představa sester o komunitní péči	Činnosti komunitní sestry	Potřebnost práce v komunitní péči	Oblasti práce s dětskou klientelou
Ano	Sestra, která chodí do rodin	Výchova rodiny a jejích členů ke zdraví, vykonávání odborných úkonů	Ano	Děti předškolního a školního věku, ze socioekonomicky slabých rodin, děti rodičů závislých na alkoholu a omamných látkách, dětí zanedbávaných a týraných.
Oblasti dalšího rozvoje komunitní péče	Složky spolupráce	Spolupráce sester v ordinaci PLDD a sester v terénu	Přínos komunitní sestry pro společnost	Vyřešení problémů dnešní doby komunitní sestrou
Pediatric, Geriatric, Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu	Sociální pracovník, pedagog, psycholog, pedagog pro náplň volného času, dětská sestra, porodní asistentka, pojišťovny, právní poradenství, odbor sociální péče o dítě, pediatr.	Ano	Ano	Nevím

Respondentka 2 (R2)

Sestra v ordinaci PLDD pro děti a dorost, České Budějovice

Respondentka 2 se ještě s pojmem komunitní péče nesešla, ale představuje si pod ním užší kontakt s dětmi a i jejich rodinou, širší spolupráci s rodinou spíše v jejich domácím prostředí nežli v ordinaci. Pod pojmem komunitní sestra si představí všeobecnou sestru, ale i sestru pracující na obvodě, která spolupracuje s rodinou.

Mezi hlavní činnosti by měla podle Respondentky 2 patřit edukace a návštěvní služba. Edukovat by měla matky i děti v oblasti výživy, úrazů, prevencí onemocnění, ale i prvorodičky ohledně vybavičky, uložení postýlky, péče o novorozence aj. Při návštěvní službě by sestra mohla také provádět edukaci, jelikož z praxe ví, že doma jsou děti klidnější a matky také než při příchodu do ordinace, tak by měla lepší podmínky a čas jim vše vysvětlit, ohodnotit lépe vztah rodič – dítě v přirozených podmínkách aj. Jako velmi důležité sledává, aby sestra naučila matku poskytnutí první pomoci např. při úrazech, popáleninách atd. Na to v ordinaci není tolik času, a komunitní sestra by toto vše mohla obsáhnout. Uvádí, že v minulém režimu spolupracovala s porodní asistentkou, kdy vykonávaly návštěvní službu, předávaly si informace zjištěné díky návštěvní službě. Velmi ráda na tuto dobu vzpomíná a byla by ráda, kdyby se tato péče opět v této době rozběhla. Dokáže si představit, že by vykonávala komunitní péči zaměřenou na dětskou populaci.

Respondentka 2 se domnívá, že je velmi důležitá práce v komunitní péči. Tato péče by podle jejího názoru zlepšila kvalitu zdraví, prospěla k lepšímu zdraví lidí. I když se domnívá, že péče v ČR je na úrovni, komunitní péče by podle jejího názoru, tuto úroveň ještě podzvedla.

Jako nejvíce potřebnou vidí komunitní péči o dětskou klientelu v novorozeneckém a kojeneckém období, zvláště u prvorodiček, kde by se velmi uplatnila, jelikož návštěvní služba v ordinacích PLDD ve městech upadá. U dětí školního a předškolního věku by tato péče nemusela být, jelikož by na dítě měly působit školky a školy. U dětí se socioekonomicky slabých rodin by měla komunitní sestra uplatnění, ale neví, zda by péče měla efekt, taktéž u různých etnických skupin. V oblastech, ve kterých by se měla komunitní péče rozvíjet, po vlastní zkušenosti,

Respondentka 2 uvádí, oblast geriatric nejvíce. Taktéž i pediatrie, onkologie, porodnictví, výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu, prevence onemocnění by měly být dále rozvíjené oblasti.

Jako složky, se kterými by měla komunitní sestra spolupracovat uvedla Respondentka 2: sociálního pracovníka, pedagoga, psychologa, kurátora, dětskou sestru, porodní asistentku, pojišťovny, odbor sociální péče o dítě, gynekologa – porodníka, pediatra, chirurga, lékaře specialistu, ale i školy a školky.

Pro poskytování kvalitní péče by byla jistě velmi nutná spolupráce sester pracujících v ordinaci PLDD a sester v terénu. Obě sestry by si poskytovaly nové informace, spolupracovaly by na různých problémových otázkách, jelikož každá má jiný pohled na určité situace, konzultovaly by zjištěné problémy, péči, výsledky péče aj.

Respondentka 2 se domnívá, že by komunitní sestra byla pro společnost jistě přínosem a podle jejího názoru by se problémy vyskytující se v dnešní společnosti (nedostatečná péče o matky po porodu, o staré lidi, o děti ve školách) vyřešily, a pokud ne všechny, tak alespoň některé a i ty by byly pro společnost přínosné.

Tabulka 36 Respondentka 2

Pojem komunitní péče	Představa sester o komunitní péči	Činnosti komunitní sestry	Potřebnost práce v komunitní péči	Oblasti práce s dětskou klientelou
Ne	Rodinnou péči, užší kontakt s dětmi, širší spolupráce s rodinou, všeobecná sestra na obvodě, která vykonává návštěvní službu.	Edukace v různých oblastech, návštěvní služba	Ano	Novorozenci, kojenci, u dětí ze socioekonomicky slabých rodin, u dětí z různých etnických skupin.
Oblasti dalšího rozvoje komunitní péče	Složky spolupráce	Spolupráce sester v ordinaci PLDD a sester v terénu	Přínos komunitní sestry pro společnost	Vyřešení problémů dnešní doby komunitní sestrou
Pediatric, gynekologie-porodnictví, geriatric, výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu, onkologie, prevence chorob.	Sociální pracovník, pedagog, psycholog, pedagog pro náplň volného času, dětská sestra, porodní asistentka, pojišťovny, právní poradenství, odbor sociální péče o dítě, pediatr.	Ano	Ano	Ano

Respondentka 3 (R3)

Sestra v ordinaci PLDD pro děti a dorost, České Budějovice

Pojem komunitní péče slyší respondentka poprvé. Vůbec neví, co si pod tímto pojmem představit, proto jí byl přečten úryvek o komunitní péči a komunitní sestře.

Mezi hlavní činnosti komunitní sestry by podle Respondentky 3 měla patřit návštěvní služba v rodinách, kdy by se sestra měla zajímat o dané problémy rodiny, které se v ní vyskytují.

Jelikož Respondentka 3 poskytuje péči na největším českobudějovickém sídlišti, domnívá se, že je práce v komunitní péči potřebná, zvláště v takovýchto oblastech, kde se vyskytují socioekonomicky slabé rodiny a různé etnické skupiny. I když se domnívá, že se péče rodin rok od roku lepší, stále by v této oblasti našla komunitní sestra uplatnění.

Jako nejvíce potřebnou vidí Respondentka 3 komunitní péči o dětskou klientelu v oblasti péče o novorozence, u dětí se socioekonomicky slabých rodin, u dětí zanedbaných, týraných.

Nejvíce by se podle Respondentky 3 měla komunitní péče rozvíjet v oblasti onkologie a geriatric.

Ze složek, se kterými by komunitní dětská sestra měla spolupracovat podotýká, že velmi důležitý je sociální pracovník, se kterým úzce spolupracují i v ordinaci PLDD. Pedagog a psycholog by měl být podle Respondentky 3 také složkou v komunitní péči, se kterou by komunitní sestra měla spolupracovat. Dětská, všeobecná sestra, porodní asistentka by měly s komunitní sestrou spolupracovat podle toho, na jakou oblast bude komunitní sestra zaměřena. Lékaři (gynekolog – porodník, pediatr, internista, chirurg, lékař specialista) by měli být také spolupracovníci komunitní sestry dle jejího zaměření.

Respondentka 3 se uvádí, že by spolupráce mezi sestrami pracujícími v ordinaci PLDD a sestrami pracujícími v terénu byla nutná.

Komunitní sestra by byla pro společnost jistě přínosem. Z hlediska informovanosti klientů určitě. Naučili by se lépe pečovat o své zdraví, měla by více času než sestry pracující na obvodech na oblast edukace v různých oblastech.

Jistě by se přítomností komunitní sestry vyřešily i některé problémy, se kterými se setkáváme v této době, a právě že i pouhá informovanost klientů by k tomu pomohla.

Tabulka 37 Respondentka 3

Pojem komunitní péče	Představa sester o komunitní péči	Činnosti komunitní sestry	Potřebnost práce v komunitní péči	Oblasti práce s dětskou klientelou
Ne	_____	Návštěvní služba, vyhledávat dané problémy rodiny	Ano	Novorozenci, u dětí ze socioekonomicky slabých rodin, u dětí zanedbávaných a týraných.
Oblasti dalšího rozvoje komunitní péče	Složky spolupráce	Spolupráce sester v ordinaci PLDD a sester v terénu	Přínos komunitní sestry pro společnost	Vyřešení problémů dnešní doby komunitní sestrou
Geriatric, onkologie.	Sociální pracovník, pedagog, psycholog, dětská sestra, porodní asistentka, odbor sociální péče o dítě, pediatr, gynekolog-porodník.	Ano	Ano	Ano

Respondentka 4 (R4)

Sestra v ordinaci PLDD pro děti a dorost, Trhosvinensko

Respondentka 4 se s pojmem komunitní péče se již setkala, ale pouze okrajově. Pod tímto pojmem si představí návštěvní službu, např. takovou, jakou vykonává ona ve spolupráci s lékařkou při první návštěvě novorozence, nebo služby, které vykonávají sestry pracující v agenturách domácí péče. Také například domy s pečovatelskou službou podle Respondentky 1 mohou poskytovat komunitní péči.

Mezi hlavní činnosti komunitní sestry by tedy měla patřit návštěvní služba a poskytování služeb, které jsou pro daného klienta potřebné (tedy i výkony, aplikace léků, převazy, ale i vyřizování různých žádostí, např. i pro matky samoživitelky poradenství v různých oblastech, aby mohly dostat sociální dávky).

Respondentka 4 se domnívá, že je nutná práce v komunitní péči, jelikož péče o zdraví lidí by měla být na prvním místě, ale neví, zda bude dostatek personálu, aby se tato péče mohla rozvíjet.

K otázce, u kterých skupin dětí by byla podle Respondentky 1 nejvíce potřebná komunitní péče, jednoznačně uvedla u kojenců a dětí se socioekonomicky slabých rodin. Velmi by se také uplatnila u dětí, kde jsou rodiče závislí na alkoholu, drogách, alespoň pro děti by byla prospěšná, ale pokud by šlo o spolupráci s rodiči, ta by asi byla horší, uvedla respondentka. Týrané a zanedbávané děti je obdobný příklad, i když se s těmito případy nikdy nesešla v ordinaci PLDD, uvádí, že se vyskytují a je jim třeba věnovat pozornost.

V oblastech ve kterých by se komunitní péče měla rozvíjet uvádí Respondentka 1 oblast pediatrie, oblast výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu a oblast zaměřenou na prevence onemocnění.

Jako složky, se kterými by měla komunitní sestra spolupracovat uvádí respondentka sociálního pracovníka, pedagoga, dětskou a všeobecnou sestru, sestru z agentury domácí péče, obory právního poradenství, odbor sociální péče o dítě, pediatra.

Respondentka 4 uvádí, že by komunitní sestra jistě měla spolupracovat se sestrami pracujícími v ordinacích PLDD, pokud by poskytovala péči dětem a rodinám.

Zda by byla komunitní sestra pro společnost přínosem, nedovede respondentka posoudit. Asi ano, ale dnešní společnost na to asi není připravená. Možná lidé na vesnicích a malých městech by jí uvítali lépe než lidé z velkých měst, kteří mají všechny služby nadosah a jsou zvyklí na své soukromí. A zda by se vyřešily problémy vyskytující se v dnešní společnosti, uvedla respondentka, že ne, jelikož by podle jejího názoru byla potřeba podpory z ministerstva a to ještě nějaký čas potrvá.

Tabulka 38 Respondentka 4

Pojem komunitní péče	Představa sester o komunitní péči	Činnosti komunitní sestry	Potřebnost práce v komunitní péči	Oblasti práce s dětskou klientelou
Ne	Návštěvní služba, agentury domácí péče, domy s pečovatelskou službou.	Návštěvní služba, odborné výkony, poradenské služby	Ano	Novorozenci, u dětí ze socioekonomicky slabých rodin, u dětí rodičů alkoholiků, u dětí rodičů závislých na omamných látkách, u dětí zanedbávaných a týraných.
Oblasti dalšího rozvoje komunitní péče	Složky spolupráce	Spolupráce sester v ordinaci PLDD a sester v terénu	Přínos komunitní sestry pro společnost	Vyřešení problémů dnešní doby komunitní sestrou
Pediatric, výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu, prevence chorob.	Sociální pracovník, pedagog, psycholog, dětská sestra, porodní asistentka, odbor sociální péče o dítě, pediatr, gynekolog-porodník.	Ano	Nevím	Ne

Respondenta 5 (R5)

Sestra v ordinaci PLDD pro děti a dorost, České Budějovice

Pojem komunitní péče pro Respondentu 5 není nový, jelikož se s ním již setkala při svém dálkovém studiu. Představu pod tímto pojmem má zcela jasnou představu, kdy jde o poskytování zdravotně sociální péče různým skupinám lidí od dětí po seniory, či od cizinců po nějaké znevýhodněné skupiny, ale také i o pracující, těhotné ženy. Podle Respondenty 5 se asi nenajde žádná skupina lidí, která by nemohla být příjemcem komunitní péče. Hlavním rysem je, že tato péče je poskytována mimo nemocnice, snaží se co nejvíce posouvat do rodin a rodinného prostředí člověka.

Mezi hlavní činnosti by mělo patřit hodnocení prostředí člověka, hodnocení jeho zdravotního stavu, pomoc v upevňování a navrácení zdraví, výchova komunity ke zdravému či lepšímu životnímu stylu než měla doposud, ale i provádění různých kurativních úkonů.

Respondenta 5 se domnívá, že by práce v komunitní péči byla potřebná, ale neví přesně, zda to naše legislativa umožňuje. Ví pouze, že agentury domácí péče v této oblasti fungují, a slyšela o sestřích, které pracují na živnostenský list, ale nedovede si představit, jak se tyto sestry užívají a kdo je platí a vůbec jak fungují.

Oblasti práce s dětskou klientelou udává respondentka všechny výše uvedené možnosti, plus by ráda vyzdvihla problematiku onkologicky nemocných dětí, pro které je každá možnost být v domácím prostředí vítána, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje, a proto by nebylo špatné, kdyby existovaly sestry, určitě v tomto oboru vzdělané a s praxí, které by těmto dětem mohly poskytovat služby v jejich domácím prostředí a zmírňovat již tak velké utrpení z jejich nemoci.

Oblasti dalšího rozvoje komunitní péče respondenta uvádí také všechny výše uvedené, ale ráda by ještě přidala péči o psychicky nemocné.

Mezi složky, se kterými by komunitní sestra měla spolupracovat, uvádí respondentka jednoznačně sociálního pracovníka, který se uplatní ve všech oblastech, věkových obdobích atd. Jistě by to měly být také sestry, ať již všeobecné, dětské, ale i porodní asistentky, sestry z agentur domácí péče. Lékaři taktéž jsou důležitými články

komunitní péče. Pro práci s dětmi se jistě uplatní pedagog, pedagog pro náplň volného času. Odbor sociální péče o dítě se taktéž podle respondenty v oblasti komunitní péče uplatní. A pojišťovny, ty budou důležité při financování péče taktéž jako je to v ambulantní péči.

Spolupráce sester primární pediatrické péče a sester pracujících v terénu by byla jistě potřebná. Dokáže si představit, že by komunitní sestra zaměřená na děti měla i několik ordinací se kterými by spolupracovala intenzivně. Měla by svojí oblast pod kterou by spadaly pediatrické ordinace a pokud by PLDD chtěli s touto sestrou spolupracovat, tak by spolupracovali. Otázkou ale zůstává, jak by lékaři tuto spolupráci uvítali.

Komunitní sestra by byla pro společnost jistě přínosem. Ale neví, zda by komunitní sestry vyřešily problémy, které se nyní vyskytují. Asi až po delší době, kdy by si společnost zvykla, že tady komunitní péče je a dostala se více do podvědomí společnosti.

Tabulka 39 Respondentka 5

Pojem komunitní péče	Představa sester o komunitní péči	Činnosti komunitní sestry	Potřebnost práce v komunitní péči	Oblasti práce s dětskou klientelou
Ano	Zdravotně-sociální péče o jedince, mimo nemocnice, co nejbliže k rodině a rod. prostředí	Hodnocení prostředí, zdrav. stavu, upevňovat, navracet zdraví, výchova ke zdraví a životnímu stylu, kurativní úkony	Ano	Novorozenci, kojenci, batolata předškolní, školní děti, u problémových dětí, u dětí ze socioekonomicky slabých rodin, u dětí rodičů alkoholiků, u dětí rodičů závislých na omamných látkách, u dětí zanedbávaných a týraných, onkologicky nemocných dětí.
Oblasti dalšího rozvoje komunitní péče	Složky spolupráce	Spolupráce sester v ordinaci PLDD a sester v terénu	Přínos komunitní sestry pro společnost	Vyřešení problémů dnešní doby komunitní sestrou
Pediatric, geriatric, gynekologie a porodnictví, onkologie, výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu, prevence chorob, psychiatrie.	Sociální pracovník, pedagog, pedagog volného času, všeobecná sestry, dětská sestra, porodní asistentka, sestra agentury domácí péče, odbor sociální péče o dítě, pediatr, internista, chirurg, gynekolog-porodník, lékař specialista, pojišťovny.	Ano	Ano	Nevím

Tabulka 40 Souhrnné vyjádření dotazovaných dětských sester

	Pojem komunitní péče	Představa sester o komunitní péči	Činnosti komunitní sestry	Potřebnost práce v komunitní péči	Oblasti práce s dětskou klientelou
R1	Ano	Sestra, která chodí do rodin	Výchova rodiny a jejích členů ke zdraví, vykonávání odborných úkonů	Ne	Děti předškolního a školního věku, ze socioekonomicky slabých rodin, děti rodičů závislých na alkoholu a omamných látkách, děti zanedbávaných a týraných.
R2	Ne	Rodinnou péčí, užší kontakt s dětmi, širší spolupráce s rodinou, všeobecná sestra na obvodě, která vykonává návštěvní službu.	Edukace v různých oblastech, návštěvní služba	Ano	Novorozenci, kojenci, u dětí ze socioekonomicky slabých rodin, u dětí z různých etnických skupin.
R3	Ne	X	Návštěvní služba, vyhledávat dané problémy rodiny	Ano	Novorozenci, u dětí ze socioekonomicky slabých rodin, u dětí zanedbávaných a týraných.
R4	Ne	Návštěvní služba, agentury domácí péče, domy s pečovatelskou službou.	Návštěvní služba, odborné výkony, poradenské služby	Ano	Novorozenci, u dětí ze socioekonomicky slabých rodin, u dětí rodičů alkoholiků, u dětí rodičů závislých na omamných látkách, u dětí zanedbávaných a týraných
R5	Ano	Zdravotně-sociální péče o jedince, mimo nemocnice, co nejbližší k rodině a rod. prostředí	Hodnocení prostředí, zdravotního stavu, upevňovat, navracet zdraví, výchova ke zdraví a životnímu stylu, kurativní úkony	Ano	Novorozenci, kojenci, batolata předškolní, školní děti, u problémových dětí, u dětí ze socioekonomicky slabých rodin, u dětí rodičů alkoholiků, u dětí rodičů závislých na omamných látkách, u dětí zanedbávaných a týraných, onkologicky nemocných dětí .

	Oblasti dalšího rozvoje komunitní péče	Složky spolupráce	Spolupráce sester v ordinaci PLDD a sester v terénu	Přínos komunitní sestry pro společnost	Vyřešení problémů dnešní doby komunitní sestrou
R1	Pediatric, geriatric, Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu	Sociální pracovník, pedagog, psycholog, pedagog pro náplň volného času, dětská sestra, porodní asistentka, pojišťovny, právní poradenství, odbor sociální péče o dítě, pediatr.	Ano	Ano	Nevím
R2	Pediatric, gynekologie-porodnictví, geriatric, výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu, onkologie, prevence chorob.	Sociální pracovník, pedagog, psycholog, pedagog pro náplň volného času, dětská sestra, porodní asistentka, pojišťovny, právní poradenství, odbor sociální péče o dítě, pediatr.	Ano	Ano	Ano
R3	Geriatric, onkologie.	Sociální pracovník, pedagog, psycholog, dětská sestra, porodní asistentka, odbor sociální péče o dítě, pediatr, gynekolog-porodník.	Ano	Ano	Ano
R4	Pediatric, výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu, prevence chorob.	Sociální pracovník, pedagog, psycholog, dětská sestra, porodní asistentka, odbor sociální péče o dítě, pediatr, gynekolog-porodník.	Ano	Nevím	Ne
R5	Pediatric, geriatric, gynekologie a porodnictví, onkologie, výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu, prevence chorob, psychiatrie.	Sociální pracovník, pedagog, pedagog volného času, všeobecná sestry, dětská sestra, porodní asistentka, sestra agentury domácí péče, odbor sociální péče o dítě, pediatr, internista, chirurg.gynekolog-porodník, lékař specialista, pojišťovny.	Ano	Ano	Nevím

Pouze 2 z 5 sester se s pojmem komunitní péče setkaly. Pod pojmem komunitní péče měly sestry různé představy od sestry, která chodí do rodin, přes všeobecnou sestru na obvodě, která vykonává návštěvní službu, agentury domácí péče aj. Mezi nejčastější činnosti komunitní sestry by podle dotazovaných sester měla patřit návštěvní služba, výchova ke zdraví, vykonávání odborných a kurativních výkonů aj. 4 z 5 sester se domnívají, že práce v komunitní péči je potřebná. Oblasti práce s dětskou klientelou byly ve vzorku zastoupeny různě, nejčastěji však novorozenci (4x), děti ze socioekonomicky slabých rodin (5x), děti zanedbávané a týrané (4x). Oblasti, ve kterých by se měla komunitní péče dále rozvíjet byly nejvíce zastoupeny pediatrie

(4x), gerietrie (4x), výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu (4x), onkologie (2x), gynekologie a porodnictví (2x). Jako nejčastější složky spolupráce se kterými by měla komunitní sestra spolupracovat uvádějí respondentky sociálního pracovníka (5x), pedagoga (5x), dětskou sestru (5x), porodní asistentku (5x), odbor sociální péče (5x), pediatr (5x) aj. Všechny 5 sester se domnívají, že je nutná spolupráce sester primární pediatrické péče se sestrami pracujícími v terénu. 4 z 5 sester se domnívají, že komunitní sestra je pro společnost přínosná, ale pouze 2 sestry se domnívají, že by komunitní sestry vyřešily problémy dnešní doby, 2 sestry neví a jedna se domnívá, že ne.

5. Diskuze

V diplomové práci jsou hodnoceny výsledky kombinovaného kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření, které byly získané dotazníkovou metodou pro dětské sestry i rodiče a rozhovorem s dětskými sestrami.

V úvodní části diskuze uvádíme identifikační údaje respondentek (dětských sester). Již při vyhodnocování Tabulky 1 bylo překvapující věkové zastoupení sester pracujících v ordinacích PLDD. Nejpočetněji totiž byla ve výzkumném šetření zastoupena věková kategorie 51 – 60 let a to bylo 31,4 % sester, a pouze o jednu sestru méně měla věková kategorie 41 – 50 let, která byla zastoupena 30,4 % sester.

Tabulka 2 přinesla velmi zajímavé výsledky. Sestry pracující v ordinacích PLDD mají nejčastěji středoškolské vzdělání a to ve 49,0 % a středoškolské vzdělání se specializací je u 39,2 % sester. To není až tak překvapivé, jelikož v ČR ve zdravotnictví největší podíl tvoří středoškolsky vzdělané sestry. Ale další výsledky ukazují, že i do primární pediatrické péče se začíná angažovat stále více sester s vyšším (4,9 %) a vysokoškolským (6,9 %) vzděláním. Což je podle mého názoru dobře, jelikož takto vzdělaná sestra může uplatnit své vědomosti, dovednosti, postoje získané studiem také v praxi. Vysokoškolsky vzdělané sestry podle mého názoru více vědí, jak je důležitá primární a komunitní péče a její rozvoj.

Nejvíce sester pracujících v ordinaci PLDD má praxi do 20 let a to ve 32,4 % a do 30 let je to 22,5 %, což také odpovídá s výsledky věkového rozložení respondentek (Tabulka 3).

Velmi mě překvapilo, že 25,5 % sester pracujících v ordinaci PLDD nebylo vůbec registrovaných, jelikož je v této době pro výkon profese bez odborného dohledu nutností a povinností být registrován (Tabulka 4). Pro tuto tabulku bylo také použito porovnání statistických vztahů/testů (Kontingenční tabulka 6). Velmi nás totiž zajímalo, zda jsou věk sester a registrace sester na sobě statisticky závislé. Statisticky vyšlo, že tyto dvě proměnné na sobě sice statisticky závislé nejsou (toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,130), jelikož v každé z věkových kategorií se objevila sestra, která vykonávala profesi bez registrace. Je to velmi zarážejí,

jelikož je registrace sester stanovena Vyhláškou 424/2004 Sb. Pro názornost je nutné poukázat na skutečnost, že ze sester ve věku 51 – 61 i více let, kterých bylo tedy 33, vykonává 13 sester svou profesi bez registrace, což je dle mého názoru vysoké číslo. Nevím, jestli vzhledem k jejich věku se domnívají, že již registraci nepotřebují, či ji lékař/ka po nich nevyžaduje, ale už jen ke svému osobnímu a profesnímu rozvoji je registrace potřebná. Další komplikací proč nejsou sestry registrované také může být fakt, že jim lékař/ka neumožňuje dále se vzdělávat, není ochoten/a poskytnout sestře volno v době konání konference atd. Tato problematika by byla jistě zajímavá k dalšímu zpracování v podobě jiné práce.

Nyní se dostáváme k tabulkám a grafům týkajících se výzkumného cíle 1, který měl zjistit, zda sestry v primární pediatrické péči pracují pomocí komplexního ošetrovatelského procesu. 22,5 % sester, což je více než 1/5 dotazovaných nezná koncepci ošetrovatelského procesu (Tabulka 5). Velmi zajímavé je zjištění, že 77,5 % sester tuto koncepci zná, ale pracuje s ní jen 44,1 % sester (Tabulka 6). Sestry, které ošetrovatelský proces znaly, shledávaly jako jeho největší výhody, že mohou komplexně pečovat o děti (43 sester) a získat dostatečné množství informací týkajících se dítěte (42 sester). Oproti tomu ale 5 sester uvedlo, že nevidí výhody oš. procesu a 16 sester se domnívá, že oš. proces nemá vhodné uplatnění v ordinaci PLDD (Graf 1). A zda ošetrovatelský proces zlepšuje péči o děti? Respondenty, které oš. proces při své práci používají, uvádějí že ano a to ve 44,1 %. 20,6 % sester se domnívá, že ne a 35,3 % sester neví, zda ošetrovatelský proces zlepšuje péči o děti (Tabulka 7). Jelikož méně než 50 % sester odpovědělo, že používá ošetrovatelský proces, přesně to bylo 44,1 % sester, potvrdila se hypotéza, že sestry v primární pediatrické péči nepracují formou ošetrovatelského procesu.

Pro tyto tabulky a grafy, byly vytvořeny statistické testy, aby se ukázaly některé zajímavé vztahy týkající se ošetrovatelského procesu. Byla otestována hypotéza, zda jsou na sobě statisticky závislé věk respondentek a znalost koncepce ošetrovatelského procesu (Kontingenční tabulka 1). Statisticky vyšlo, že ano, čím je vyšší věk respondentek, tak tím je horší znalost ošetrovatelského procesu. Je možné tedy prohlásit, že věk sester a znalost ošetrovatelského procesu jsou na sobě závislé (toto

tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,001). Pro další vztah byla stanovena hypotéza, zda je na sobě závislé nejvyšší dosažené vzdělání a znalost ošetrovatelského procesu (Kontingenční tabulka 2). I když všechny sestry s vyšším odborným vzděláním a všechny vysokoškolsky vzdělané sestry ošetrovatelský proces znaly, statistický program tuto hypotézu vyhodnotil, že vzdělání a znalost ošetrovatelského procesu na sobě není statisticky závislé (toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,368). K problematice ošetrovatelského procesu byla stanovena dále hypotéza, zda souvisí nejvyšší dosažené vzdělání s tím, zda sestry pracují formou ošetrovatelského procesu (Kontingenční tabulka 3). Je možné předpokládat, že sestry více vzdělané, budou používat ošetrovatelský proces více, než sestry s nižším vzděláním. Statistický program vyhodnotil, že vzdělání sester s prací pomocí ošetrovatelského procesu na sobě není statisticky závislé (toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,532). Velmi mě překvapilo, že 5 ze 7 vysokoškolsky vzdělaných sester a 4 z 5 sester s vyšším odborným vzděláním nepoužívají ošetrovatelský proces v praxi. Poslední a neméně zajímavou hypotézou vztahující se k ošetrovatelskému procesu, zda je na sobě závislá znalost ošetrovatelského procesu a práce formou ošetrovatelského procesu. Ve výstupu byl získán výsledek, že tyto dvě proměnné jsou na sobě statisticky závislé (toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,000).

Můžeme říci, že ošetrovatelský proces je potřebný nejen v lůžkové péči, kde už si vybudoval, nebo v některých oblastech ještě buduje své postavení, ale i v oblasti primární a komunitní péče. Apeluje na to i Česká asociace sester na svých internetových stránkách, kde uvádí: „ČAS je přesvědčena, že sestry, porodní asistentky a sestry v komunitní péči mají pracovat formou ošetrovatelského procesu. Na zdokumentování jeho jednotlivých kroků a veškerých ošetrovatelských činností je důležité vedení ošetrovatelské dokumentace“(54). To vlastně i uvádí koncepce ošetrovatelství, která klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu. Zdůrazňuje práci metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou i sociálním prostředím. Je cestou k zajištění kvalitní

ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelských standardů. Používání této koncepce se odrazí ve zkvalitnění celkové péče o zdraví populace nejen ve složce ústavní, ambulantní, domácí péči, paliativní péči, ale také v péči komunitní v oblasti prevence a výchovy (33).

Jak již bylo uvedeno s ošetřovatelským procesem také souvisí ošetřovatelská dokumentace, na ni byly proto zaměřeny další tabulky a grafy. Bylo zjišťováno, zda sestry pracující v ordinacích PLDD mají svou sesterskou (ošetřovatelskou) dokumentaci (Tabulka 8). 71,6 % sester uvedlo, že tuto dokumentaci nemají. Sestry ve 28,4 % uvedly, že v ordinaci mají vlastní sesterskou dokumentaci. Dále shledávaly její největší výhody v tom, že měly všechny informace o dítěti pohromadě, nemusely neustále nahlížet do lékařské dokumentace, měly vše přehledně zapsáno, měly jistotu, že vykonaly všechny ošetřovatelské činnosti, které měly a když něco zpětně hledaly, měly v dokumentaci vždy přesný záznam (Graf 2). Poté byly sestry dotazovány, z čeho se jejich sesterská dokumentace skládá (Tabulka 9) a ve všech případech byla podána odpověď, že ji tvoří přehledy očkování a preventivních prohlídek. Pouze 2 sestry měly tzv. „vložku v dokumentaci“, kam si zapisovaly informace týkající se dítěte. 1 sestra si vedla sešit s výkony dle ordinací lékaře. Přehledy očkování a preventivních prohlídek, ale přeci nejsou ošetřovatelská dokumentace. Na základě těchto informací se potvrdila hypotéza, že sestry v primární pediatrické péči nemají vlastní sesterskou dokumentaci a tím se splnil cíl práce 2. Zároveň se tímto potvrdila hypotéza, že sestry v primární pediatrické péči nepracují formou ošetřovatelského procesu. ČAS uvádí: „Vedení ošetřovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce sester, porodních asistentek a sester komunitní péče. Je nástrojem profesionální praxe, který by měl podporovat proces péče. Nedá se od tohoto procesu oddělit, ani to není volitelný prvek, který se používá pouze tehdy, dovolují-li to okolnosti“ (54).

Pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je důležitá přítomnost a práce podle ošetřovatelských standardů. Proto bylo zkoumáno, zda sestry v primární pediatrické péči mají ošetřovatelské standardy pro děti a dorost. 61,8 % sester uvedlo, že ne a 38,2 % sester uvedlo, že ošetřovatelské standardy v ordinaci mají (Tabulka 10). Tento výsledek je zarážející, jelikož jsou standardy na pracovištích dané Konceptí českého

ošetřovatelství a Vyhláškou 424/2004 Sb. Bylo by vhodné vypracovat ošetřovatelské standardy tam, kde chybí, a centralizovat je na národní úrovni, tím by došlo ke zkvalitnění poskytované péče.

Další tabulky a grafy byly zaměřeny na oblast nejčastějších situací, kdy rodiče s dětmi vyhledají ordinaci PLDD, jaká jsou nejčastější onemocnění dětí, edukace rodičů s dětmi, na nejčastější dotazy ze strany rodičů, očkování, návštěvní službu aj. Mezi nejčastější situace, proč rodiče s dětmi navštěvují ordinaci PLDD, jsou jednoznačně preventivní prohlídky, což uvedlo je 98 sester ze 102 a s nimi samozřejmě spojené očkování. Akutní onemocnění je na 3. místě nejčastějšího důvodu návštěvy PLDD (Graf 3). V tomto grafu měly sestry ještě doplnit, jaká jsou nejčastější akutní onemocnění, se kterými děti přicházejí do jejich ordinací (Tabulka 11). Nejvíce sester uvádělo rýmy, kašle, angíny, chřipky, bolesti v krku atd., které byly shrnuty pod pojem akutní respirační onemocnění, které uvedlo 79 sester. Ostatní onemocnění jako alergie, infekce močových cest aj. byly v poměru k akutním respiračním onemocněním zanedbatelné.

Dále jsme se sester dotazovali, zda edukují děti a rodiče v oblasti preventivní péče (Tabulka 13). Naprostá většina sester v 83,5 % uvedla, že ano a mezi absolutně nejvíce edukované oblasti patří kojení (94 sester) a výživa (93 sester), dále je to prevence obezity a manipulace s dítětem. Velkou pozornost sestry také věnují bezpečnosti dítěte v domácím prostředí a při hře venku, aby rodiče předcházeli úrazům, které jsou v dětském věku na předním místě úmrtnosti dětí. Možnost očkování uvedly pouze 2 sestry v možnosti jiné jako oblast edukace (Graf 4).

Dále ve výsledcích všechny sestry uvádějí, že je rodiče žádají o radu v oblasti preventivní péče. 62,7 % sester uvedlo, že je rodiče o radu žádají často a 37,3 % uvedlo někdy (Tabulka 14). Oblasti nejčastějších dotazů rodičů se shodují s oblastmi v předešlé otázce, opět se nejvíce podle sester rodiče dotazují na kojení, výživu, prevenci obezity a manipulaci s dítětem (Graf 5).

V výzkumném šetření bylo zjišťováno pro zajímavost, kdo provádí v ordinaci PLDD očkování dětí, v 61,7 % jej provádí lékař i sestra, ve 26,5 % sestra a ve 11,8 % pouze lékař (Tabulka 15). Bylo provedeno k této problematice porovnání statistických vztahů, jelikož by bylo zajímavé zjistit, že v ordinacích, kde pracují neregistrované

sestry provádí očkování pouze lékař (Kontingenční tabulka 7), ale toto se nepotvrdilo. Tudíž vyšlo, že registrace sester a provádění očkování na sobě nejsou statisticky závislé (toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,844).

V další části dotazníkového šetření bylo zjišťováno téma návštěvní služby sester v rodinách (Tabulka 16). 58,8 % sester odpovědělo, že návštěvní službu provádí, 27,5 % sester jí provádí nepravidelně, podle časových podmínek. Nejvíce sester (54) uvedlo, že provádí návštěvní službu v rámci první návštěvy novorozence, která by se měla provést nejpozději do 48 hodin. Jak uvádí Vejrostová, je to první setkání sestry s matkou a dítětem, kdy si sestra všímá všech možných faktorů, provádí vyšetření dítěte atd. Tato návštěva je velmi důležitá i pro získání vzájemné důvěry matky k sestře (54). 35 sester uvedlo, že vykonává návštěvní službu i pokud jde o akutně nemocné dítě a 23 sester ji vykoná pokud je špatná socioekonomická situace rodiny, 20 sester uvedlo, že provádí návštěvní službu u dětí na žádost rodičů a 17 na pokyn lékaře (Graf 6).

S tímto grafem také souvisí tabulka 17 zaměřená na hrazení sesterské návštěvní služby. 21,6 % sester uvedlo, že tato služba je hrazena pojišťovnou 1x a to v rámci první návštěvy novorozence. Domnívám se, že s tímto faktem také přichází odpověď, proč sestry vykonávají návštěvní službu nejvíce v tomto období. Při bližším dotazování sester, 36,3 % sester uvedlo, že si tuto službu lékař vykazuje přes pojišťovnu, to jistě ano, ale pokud nejde o první návštěvu novorozence, vykáže si ji sám jako svůj vlastní výkon. Na základě těchto odpovědí je patrné, že sestry provádějí návštěvní službu v rodinách, i když jde v převážné většině o první návštěvu novorozence. Tímto výsledkem se potvrdila hypotéza 3, že sestry provádějí návštěvní službu v rodinách. Domnívám se, pokud by sesterské návštěvy byly hrazeny pojišťovnami ve větší míře, sestry by návštěvní službu uvítaly a více by jí využívaly. Mohly by využít své vlastní iniciativy atd. Při rozhovoru na jednom českobudějovickém sídlišti sice sestra běžně neposkytovala návštěvní službu, ale poskytovala jí, pouze pokud šlo o matky mentálně postižené. Tato sestra měla každý čtvrtek vyhrazené 2,5 hodiny, kdy sama bez lékaře vedla poradnu pro matky, které mohly přijít a sestra jim byla plně k dispozici, ať šlo o problematiku kojení, výživy, rad ohledně očkování atd. Domnívám se, že to je velmi dobrý příklad rozvíjení potenciálu a samostatnosti sester pracujících v ordinacích

PLDD. Při rozdávání dotazníků bylo zjištěno, že sestry ve městech vykonávají návštěvní službu v menší míře, než sestry na vesnicích či menších městech. Setkala jsem se i s názory, že sestry z velkých českobudějovických sídlišť zkoušely tuto službu vykonávat, ale rodiče o ni nejevili zájem. Jedna sestra při vyplňování dotazníku uvedla, že ti rodiče, u kterých by ani nebyla návštěvní služba potřebná, by ji jistě uvítali, ale tam, kde by potřebná byla, by ji rodiče bagatelizovali a odmítali, jelikož tvrdili, že je u nich vše v pořádku a přitom by tomu bylo právě naopak. Na vesnicích má návštěvní služba dle mého názoru i takovou svou tradici, lidé se více znají, mají k sestře i lékaři/lékařce důvěru. Při vyplňování dotazníků rodiči, někteří z nich uváděli, že na návštěvní službu v dřívějších dobách rádi vzpomínají a uvítali by ji i nyní.

Další tabulky a grafy byly zaměřeny na výzkumný cíl 4, zda sestry sledují děti z rodin se socioekonomicky špatnou situací. 86,3 % sester uvedlo, že ano (Tabulka 18). Opět do dotazníku několik sester uvedlo, že intenzivně spolupracují s odborem sociální péče. Domnívám se, že i z čistě lidského a etického hlediska, pokud sestra zjistí nějaké nedostatky v péči o dítě, nenechá je jen tak být, aby např. nedošlo k nějakým pozdějším fatálním následkům. Zajímavé je, že tak velký počet sester uvedl, že sledují tyto děti, je ale evidentní, že sestry tyto děti sledují převážně při preventivních či kurativních prohlídkách v ordinaci. Vrátime-li se o několik výsledků výše, kde zjišťujeme z jakých důvodů sestry provádějí návštěvní službu, uvedlo pouze 23 sester, že vykonají návštěvu u dětí z rodin se socioekonomickou situací. Graf 7 nám ukazuje sestrami sledované oblasti dětí z rodin se socioekonomicky špatnou situací. Všechny možnosti byly téměř rovnoměrně zastoupeny, ale nejvíce sester (67) si všímá stavu výživy dítěte, hygieny (60), fyzických známek bití (61). Úrovně fyzického vývoje dítěte (54 sester), úrovně mentálního vývoje (53 sester) a zanedbávání si všímá 55 sester. Oproti tomu oblast komunikace sleduje jen 35 sester a úroveň vybavení domácnosti 15 sester. Takže můžeme říci a potvrdit hypotézu 4, že sestry sledují děti v rodinách se špatnou socioekonomickou situací.

V poslední části dotazníkového šetření je zkoumána problematika komunitní péče a zjišťujeme, zda sestry mají povědomí, co vůbec komunitní péče je a co je její náplní. Domnívám se také i když se tímto tématem v dotazníkovém šetření nezabýváme

více do hloubky, že sestry, které toto téma nikdy neslyšely, získaly alespoň trochu povědomí o tomto tématu. Zásadním dotazem bylo, zda se sestry s pojmem komunitní péče někdy setkaly (Tabulka 19). Nebyl očekáván tak velký počet sester (42,2 %), které o komunitní péči nikdy neslyšely. Ty sestry, které se s problematikou komunitní péče již setkaly, získaly nejčastěji informace z časopisů a literatury (Graf 8). To odpovídá i sběru informací k diplomové práci, kdy bylo také nejvíce čerpáno z knih a odborných časopisů. Ukazuje se, že komunitní péče se dostává do podvědomí zdravotnické společnosti podle mého názoru stále více. Dalším nejvíce početným zdrojem informací byl internet, což uvedlo jej 18 sester. Velmi mile překvapující byla odpověď, kdy 15 sester uvedlo jako zdroj informací o komunitní péči odbornou konferenci, což poukázalo na fakt, že se sestry celoživotně vzdělávají. 18 sester, z těch, které o komunitní péči nikdy neslyšely, se přiznaly, že informace o komunitní péči nehledaly. Tedy pro upřesnění, 57,8 % sester se s touto problematikou již setkalo. Co si sestry představují pod pojmem komunitní péče a jakou náplň by měla mít, sestry mohly uvádět více možností odpovědí. Nejvíce, 42 sester si pod pojmem komunitní péče představí obecný pojem, péče o určitou skupinu (komunitu), 39 sester uvedlo, že jde o péči o zdraví populace v terénu, po 25 sestrách udává komunitní péči jako zdravotně sociální péči o komunity obyvatel a stejný počet sester nevěděl, co si pod tímto pojmem má vůbec představit. Sestry, které tuto problematiku znaly podrobněji uváděly pod tímto pojmem i školní, rodinnou sestru, sestru pečující o občany v zaměstnání atd. (Graf 9). Náplň komunitní péče podle sester pracujících v ordinacích PLDD (Graf 10) by na 1. místě měla být prevence onemocnění, kterou uvedlo 42 sester, ostatní kategorie byly zastoupeny téměř rovnoměrně, výchova ke zdraví (33 sester), edukace v péči o dítě (30 sester), udržování zdraví a zvyšování odpovědnosti za své zdraví (27 sester), vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva (26 sester), podpora zdraví (25 sester), péče o člověka v domácím prostředí (22 sester).

Pro získání dalších informací o komunitní péči, bylo zjišťováno, zda v ČR existuje komunitní sestra (Tabulka 20). 77,5 % sester nevědělo, pouze 13,7 % sester odpovědělo, že ano. Podle mého názoru je to i tím, že v ČR jako komunitní péče funguje hlavně domácí péče, která je zaměřena především na nemocné i nemohoucí a

není tolik zaměřena na zdravou či ohroženou populaci, jak uvádí doc. Staňková ve svém článku (41). Nyní již ale stále více dochází k rozvoji hospiců, práce privátních sester a porodních asistentek jako poskytovatelů komunitní péče v ČR, je jen potřeba dostat tyto informace do povědomí zdravotníků i laické veřejnosti.

Oblastí práce komunitní sestry (Graf 11) by dle mínění sester pracujících v ordinacích PLDD měla být péče o rizikové skupiny dětí (46 sester). 27 sester uvedlo jako oblast práce komunitních sester, péči o staré a dlouhodobě nemocné, což potvrdily i rozhovory pro kvalitativní šetření. Zda by sestra v primární pediatrické péči mohla zastat funkci komunitní sestry, odpovědělo 14,7 % sester, že ano. 30,4 % sester tuto myšlenku odmítlo a 54,9 % sester nevědělo, zda by tuto funkci mohla zastávat sestra primární pediatrické péče (Tabulka 21). Dle mého názoru by byla sestra s vysokoškolským vzděláním a dostatečnou praxí v lůžkové či ambulantní sféře vhodnou adeptkou pro vykonávání práce komunitní sestry. Pro tuto oblast vztahů byla stanovena hypotéza, zda jsou na sobě závislé nejvyšší dosažené vzdělání respondentek se znalostí pojmu komunitní péče. Statistický program tuto hypotézu vyhodnotil tak, že tyto 2 proměnné na sobě nejsou statisticky závislé (toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,319). Jelikož se 57,8 % sester setkalo s pojmem komunitní péče a měly představu o tomto pojmu i o náplni komunitní péče, je vyvrácena hypotéza 5, že sestry v primární pediatrické péči nemají informace o komunitní péči, jelikož více než 50 % respondentek má povědomí o komunitní péči. Z těchto odpovědí vyplývá, že je třeba se tématice komunitní péče více věnovat, ať již ve studijních programech, odborných seminářích nebo literatuře. I když se tato tematika již objevuje na různých seminářích atd., je stále dle mého názoru na teoretické úrovni, jelikož v ČR chybí implementace do praxe. Až po intenzivním zavedení komunitních sester do praxe, by došlo k velkému rozvoji komunitní péče jako takové a byly by lépe využité informace pro společnost.

To vlastně i ukazují výsledky získané kvalitativním šetřením, kdy byly provedeny rozhovory s 5 sestrami (Tabulka 40). 3 z 5 sester se s pojmem komunitní péče ještě nesetkaly. Každá ze sester měla trochu jinou představu o komunitní péči, ale 4 z 5 sester uvedly jako jednu z činností komunitní sestry návštěvní službu. Všechny

dotazované sestry až na jednu se shodly, že je jistě potřebná práce v komunitní péči. Respondentka, která uvedla, že není tato práce potřebná udává, že péče současného zdravotnictví postačuje. Jiná ze sester zase uvedla i když je podle jejího názoru české zdravotnictví na dobré úrovni, že komunitní sestra by jej ještě více podzvedla, došlo by ke zlepšení zdraví lidí. Na základě těchto odpovědí můžeme stanovit první hypotézu: Dětské sestry pracující v primární pediatrické péči se domnívají, že práce v komunitní péči je nutná a potřebná. Novorozenci, děti ze socioekonomicky slabých rodin, děti zanedbávané, týrané, děti rodičů alkoholiků a závislých na omamných látkách jsou dle dotazovaných sester oblasti, kde by byla nejvíce přínosná komunitní péče.

Aby mohla komunitní péče správně fungovat je nutná spolupráce s různými rezorty. Proto byly sestry dotazovány, zda je podle jejich názoru nutná spolupráce sester pracujících v primární pediatrické péči a sester pracujících v terénu. Všechny sestry se domnívají, že ano. A uvádějí, že by tato spolupráce byla i přínosem, jelikož by byla zdrojem informací a zkušeností. Na základě těchto výsledků, můžeme stanovit druhou hypotézu: Dětské sestry z primárních pediatrických praxí se domnívají, že je nutná spolupráce s ostatními sestrami pracujícími v terénu. Většina sester se shodla na tom, že zlepšení péče a rozvoj komunitní péče by si zasloužila pediatrie, geriatrie, výchova občanů ke zdraví a zdravému životnímu stylu. 4 z 5 sester uvedly, že by komunitní sestra byla pro společnost přínosem, ale zda by vyřešila problémy, které se ve společnosti vyskytují (nedostatečná péče o matky, o děti, staré a dlouhodobě nemocné atd.), na tom se již dotazované sestry neshodly, 2 se domnívají, že ano, 2 sestry neví a jedna se domnívá, že ne.

Při hodnocení výsledků dotazníků získaných od rodičů, se budou moci doplnit i některé informace získané výzkumným šetřením od dětských sester. Při statistickém zpracování dat od rodičů byla naprostá většina 92,9 % respondentů pohlaví ženského (Tabulka 22). Respondenti z řad rodičů byli v nejpočetněji (55,4 %) ve věku do 40 let (Tabulka 23) a byli nejčastěji vyučeni (38,4%) nebo měli středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou (39,3 %) (Tabulka 24). 50,9 % respondentů z řad rodičů se již setkala s pojmem komunitní péče (Tabulka 25), to je pouze o 7 % méně než z řad

zdravotnických pracovníků. Byl očekáván mnohem menší počet rodičů, kteří budou tento pojem znát, což bylo nakonec velmi překvapující.

Stejně jako u sester, byl i u rodičů nejčastější zdroj informací internet, časopisy a literatura (Graf 12). Graf 13 znázorňuje, že si rodiče pod pojmem komunitní péče nejčastěji představili péči o nemocné v domácím prostředí (49). Péči o zdraví populace v terénu, mimo ústavní zařízení bylo na druhém místě získaných hlasů (48), stejně tak jako u sester. U rodičů byla zkoumána specifitější představa komunitní péče. Rodiče pod tímto pojmem ve velké míře představili sestru chodící do rodin, která hledá rizikové znaky při péči o dítě (36), či sestru, která hodnotí rizikové znaky v sociální oblasti (27), zdravotně sociální péči o obyvatele (18) či sestru, pečující o děti ve školách (9), nebo sestru pečující o různé minority obyvatel (16).

Náplň komunitní péče (Graf 14) by dle rodičů v největší míře měla být péče o člověka v domácím prostředí (49) a udržování zdraví (39). Což ukazuje na rozdíl mezi sestrami a mezi rodiči, protože nejvíce sester vidělo náplň komunitní péče v prevenci onemocnění (42) a výchově ke zdraví (33). Dle mého názoru z tohoto vyplývá, že sestry přeci jen více myslí na prevenci a výchovu ke zdraví než veřejnost, ta spíše myslí na komunitní péči již v době, kdy se nemoc nebo nějaké problémy vyskytnou. Prevenci onemocnění jako náplň komunitní péče uváděli rodiče až na 4 místě

Odpovědi rodičů byly velmi potěšující. Domnívám se, že tito respondenti se nad tímto tématem více zamysleli, jelikož jen 6 rodičů nevědělo, co si pod tímto pojmem představit, oproti sestrám, kterých bylo 25. Je patrné, že některé sestry, které se s pojmem komunitní péče nikdy neseťkaly, se již dále nezamýšlely nad jejich představou, náplň komunitní péče a automaticky křížkovaly možnost neví, ale možná to také bylo také dáno jejich pracovní vytížeností. Dle mého názoru se rodiče nad tímto tématem více zamysleli a i když se s tímto pojmem neseťkali, uváděli své představy o komunitní péči a její náplni. Proto byly rodiče také dotazováni, zda v ČR existuje komunitní sestra (Tabulka 26). 61,6 % rodičů nevědělo, zda komunitní sestra v naší republice existuje, 12,5 % rodičů odpovědělo, že u nás komunitní sestry nemáme a 25,9 % uvedlo, že komunitní sestry u nás existují, ale pouze 6 (5,4 %) rodičů ve svém okolí znalo nějakou sestru pracující v komunitní péči (Tabulka 27). I když pouze 50,9 %

rodičů znalo pojem komunitní péče, což přesáhlo 50% hranici pouze o 0,9 %, můžeme ale říci, že rodiče mají povědomí o komunitní péči a tím byla vyvrácena hypotéza 6, že rodiče nemají povědomí o komunitní péči.

Dále byli rodiče dotazováni, zda by využili služeb komunitní dětské sestry (Tabulka 28). Dostalo se nám odpovědi, která byla více méně očekávaná, že 64,3 % rodičů by tuto službu uvítalo (sloučena možnost ano a spíše ano). Z čehož dle mého názoru vyplývá, že by práce komunitních sester měla uplatnění a byla by i veřejností vítána. Leifer uvádí, že v USA komunitní péče probíhá na poliklinikách, v privátních praxích a v tzv. sousedských zdravotnických centrech. Ve spoustě zemích Evropy dochází také k rozvoji komunitní péče, sestry tam pracují více samostatně a uplatňují svůj potenciál v různých oblastech (23). Strategické dokumenty 5 ukazují mnoho příkladů komunitní péče o dětskou populaci, rodiny, těhotné ženy, seniory až po péči o kočovníky aj. (64). Z toho má člověk možnost si učinit obrázek, jak moc je rozvoj primární a komunitní péče potřebný. V evropských státech se komunitní péče rozvíjí mnohem delší dobu než je tomu u nás, ale troufám si říci, že kdyby u nás nebyly zrušeny v roce 1989 sociální reformou poradny, geriatrické sestry, sestry pro sociální péči aj., byla by komunitní péče v ČR na srovnatelné úrovni evropských států.

Dále bylo zjišťováno, že pokud by služby, které by poskytovala komunitní dětská sestra mohla poskytovat i sestra pracující v ordinaci PLDD, kde jsou rodiče s dítětem registrovaní, zda by využili jejích služeb (Tabulka 29). Odpověď ano se nám zvýšila, spíše ano snížila, spíše ne také snížila a možnost nevím se zvedla z 10 na 20 odpovědí. To ve mně vyvolalo domněnku, že ti rodiče, kteří sestře důvěřují, by její služby uvítali a ti, kteří ne, nevědí, zda by jejích služeb využili.

Tak jako sestry, byli dotazováni i rodiče, v jakých oblastech nejčastěji žádají o radu dětskou sestru (Graf 15). Oblast očkování se stala nejčastějším problémem, ve kterém rodiče žádají sestry o radu, jak bylo uvedeno výše. Druhou nejčastější oblastí byla výživa, kterou uváděly i sestry. Poté prevence onemocnění a kojení byly nejčastějšími oblastmi dotazů z řad rodičů.

Další oblast otázek byla zaměřena na návštěvní službu sester (Tabulka 31), byly získány výsledky, které korespondovaly s výsledky získaných od sester. Ve 25 %

návštěvní službu provádí pouze sestra, v 28,6 % ji provádí lékař i sestra společně a v 8,0 % ji provádí pouze lékař. A taktéž jako u sester, byla i u rodičů nejčastějším důvodem návštěvní služby první návštěva novorozence, kdy tuto možnost uvedlo 52 rodičů (Graf 16).

Naprosté většině rodičů, 86,6 % (sloučena možnost ano a spíše ano) postačuje péče poskytovaná lékařem a dětskou sestrou, nic by na této péči neměnili. Pouze 6 rodičů odpovědělo, co jim chybí či jaké nedostatky má péče, kterou poskytuje jejich lékař/ka a dětská sestra. 2 rodiče by uvítali, kdyby jejich lékařka či sestra poskytovala návštěvní službu v rodině. Ostatní nedostatky, které rodiče uváděli se týkaly lékařek, které podávaly rodičům neúplné informace, či pociťovali rodiče ze strany lékařky neochotu a špatný přístup. V této otázce bylo očekáváno více nedostatků, které by právě mohla odstranit komunitní sestra či spolupráce s ní, ale nestalo se tomu tak. Ale celkově 90,2 % rodičů (opět jsem sloučila možnost ano a spíše ano) je spokojeno s péčí poskytující svým PLDD a dětskou sestrou. Tyto výsledky potvrdily hypotézu 7, že rodičům postačuje péče poskytovaná jejich PLDD a dětskou sestrou. Vrátime-li se výše, vzniká myšlenka, že i když 86,6 % rodičů považuje péči poskytovanou pediatrem dětskou sestrou za postačující a jsou s ní spokojeni, uvítali by i možnost rozvinutí služeb komunitní sestry pro děti, což uvedlo 64,3 % rodičů, kdy by využili služeb této sestry. To vyvolává názor, že by komunitní péče v dětském věku jistě měla smysl a byla přínosem. Nevím však, zda by nebyl problém s personálním obsazením těchto míst, jelikož již nyní se zdravotnictví potýká s nedostatkem zdravotních sester. A komunitní sestra, ta musí mít dostatečné vzdělání, a dle mého názoru by také měla mít praxi u lůžka a nejlépe i v zařízení primární péče. Taková sestra se pak dle mého názoru stane dobrou poskytovatelkou komunitní péče.

V poslední části diskuse by bylo vhodné shrnout několik poznatků. Jak uvádí Jarošová, sestry a porodní asistentky představují velký potenciál přínosu pro zdraví a mají nenahraditelnou a stěžejní roli. Jsou považovány za nejdůležitější zdroj reformních strategií souvisejících s transformací nemocnic, zkracováním doby hospitalizace, s rozvojem komunitní a primární péče (17). Z výzkumného šetření také vyplývá, že sestra není jen pouhou poskytovatelkou péče, která se řídí pouze ordinacemi lékaře.

Stává se jeho rovnocenným partnerem a má i své další role, které z šetření vyplývají. Festová ve své práci uvádí role, které může komunitní sestra zastávat (11), dle mého názoru je zastává i sestra pracující v primární pediatrické péči.

Jednou z rolí je sestra, poskytovatelka péče, poskytuje péči dětem bez rozdílu věku a v různých situacích, ať již jde o úrazy, péči v rámci první pomoci, vykonávání návštěvních služeb, provádění úkonů při vyšetřeních, očkováních atd.

Druhou rolí je sestra edukátorka, edukace má v rámci primární péče a zároveň prevence nezastupitelné místo. Sestra v primární pediatrické ordinaci má velmi dobré postavení, aby mohla působit na děti a rodiče v různých oblastech nejen preventivní péče, ale i sekundární a terciální prevence. Měla by se snažit přimět rodiče s dětmi, aby přijali odpovědnost za své zdraví a tím se učili o něj lépe pečovat.

Třetí vybranou rolí je role poradce. V této roli by sestra měla působit důvěryhodně, mít dostatek informací, které si bude průběžně doplňovat. Na sestru v této roli se mohou obracet jak rodiče dětí, tak děti samotné, ale i jiní zdravotně sociální pracovníci.

Čtvrtou rolí je sestra obhájce, kdy by měla vycházet ze základních lidských práv, práv dětí atd. Domnívám se, že právě v problematice dětí ze socioekonomicky slabých rodin, by měla sestra velké uplatnění.

Pátou rolí je sestra, detektor rizikových případů, kdy tuto roli může uplatnit opět v problematice socioekonomicky slabých rodin, ale i při preventivních prohlídkách, nebo v prevenci rizikového chování mládeže aj.

Šestou rolí je sestra výzkumnice, i sestry primární pediatrické péče by měly být angažovány ve výzkumné činnosti a rozvíjet tak ošetřovatelství založené na důkazech.

Někdy je velmi těžké tyto role splňovat v ordinaci PLDD, kdy spousta sester nemá ani možnost uplatnit své kompetence, jelikož pediatrické ordinace jsou soukromé a lékař dovolí sestře často jen to, co on uzná za vhodné. Ve vyhlášce 424/2004 Sb. jsou uvedeny činnosti, které může dětská sestra vykonávat a měla by se je snažit v rámci svého povolání uplatnit. Z těchto kompetencí je jasné, co by dětská sestra mohla vykonávat za činnosti, ale byla by dle mého názoru i vhodnou poskytovatelkou

komunitní péče v oblasti pediatrie. Nyní je otázkou času, než si to tyto sestry uvědomí a termín komunitní péče se stane samozřejmým jak pro zdravotníky, tak pro veřejnost.

Jarošová uvádí: „Komunitní péče se v kontextu českého zdravotnictví a sociální péče rozvíjí teprve v posledních letech. Z oblasti zdravotní péče zde můžeme plnohodnotně zařadit pouze agentury domácí péče a ordinace praktických lékařů“ (17, s.26) Je sice hezké, že praktičtí lékaři pro děti a dorost a jejich sestry jsou také poskytovateli komunitní péče, ale sami si to ani neuvědomují či tento pojem vůbec neznají. Bylo by vhodné, kdyby si sestry PLDD uvědomily, jaké mají možnosti svého působení v tomto systému a snažily se je více uplatnit. Proto by bylo vhodné více se oblasti komunitní péče věnovat např. na seminářích. Provádět osvětu o specializačním vzdělávání v této oblasti, o možnostech certifikovaných kurzů aj., které by sestřám mohly rozšířit obzor a jejich uplatnění. Komunitní péče je velmi aktuální téma, což dokazuje i grant ZSF JCU zaměřený na tuto problematiku nebo projekt E-learning v komunitní péči probíhající současně v několika státech jehož koordinátorem je NCO NZO Brno, který bude připravovat nelékařské zdravotnické pracovníky v různých oblastech komunitní péče (pro sestry – speciální moduly: specifická činnost komunitní sestry v domácí péči, v péči o rodiny, v péči o seniory a prevenci pracovních rizik; pro porodní asistentky – speciální moduly: poradenství při kojení, specifická činnost porodní asistentky v prevenci pracovních rizik, v péči o rodinu, ultrazvuková diagnostika v práci porodní asistentky) (36). Domnívám se, že dojde v blízké době i k rozvoji dalších oblastí komunitní péče, např. onkologie, pediatrie, psychiatrie aj., jelikož komunitní a primární péče budou stále získávat na významu.

6. Závěr

Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je velmi důležitý ošetrovatelský proces a vedení ošetrovatelské dokumentace. V rámci kvantitativního šetření bylo cílem zjistit, zda sestry v primární pediatrické péči pracují formou ošetrovatelského procesu a zda sestry v primární pediatrické péči mají vlastní sesterskou dokumentaci. K těmto cílům byly stanoveny hypotézy. Hypotéza první: Sestry v primární pediatrické péči nepracují formou ošetrovatelského procesu; tato hypotéza byla na základě odpovědí respondentek potvrzena. Hypotéza druhá: Sestry v primární péči nemají vlastní sesterskou dokumentaci; což bylo potvrzeno odpověďmi respondentek. Bylo zjištěno, že i když jsou Konceptí českého ošetrovatelství i Vyhláškou 424/2004 Sb. formulované pojmy ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelské standardy (61,8 % dětských sester standardy nemá) a měla by být povinnost je do praxe aplikovat, bohužel ještě tomu tak není na všech pracovištích.

Při statistickém sledování vztahu věku sester a znalosti koncepce ošetrovatelského procesu, bylo zjištěno, že čím jsou dětské sestry starší, tím mají menší znalosti koncepce ošetrovatelského procesu (Kontingenční tabulka 1). Tento závěr potvrzuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,001. Další vztah, který byl zkoumán – znalost koncepce ošetrovatelského procesu a práce v ordinaci PLDD pomocí ošetrovatelského procesu se také statisticky potvrdil (Kontingenční tabulka 4). Tento závěr potvrdil i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,000.

V primární i komunitní péči má velmi cenné postavení návštěvní služba v rodinách, proto byl stanoven cíl, zda sestry v primární pediatrické péči poskytují návštěvní službu v rodinách. K tomuto cíli se vztahovala třetí hypotéza: Sestry v primární pediatrické péči provádějí návštěvní službu v rodinách, která se na základě informací získaných z dotazníkového šetření potvrdila. Nejčastějším důvodem návštěvní služby byla první návštěva novorozence v domácím prostředí.

Čtvrtý cíl, měl zjistit, zda sestry v primární pediatrické péči sledují děti v rodinách se špatnou socioekonomickou situací. Na tento cíl byla postavena čtvrtá

hypotéza: Sestry v primární pediatrické péči sledují děti v rodinách se špatnou socioekonomickou situací, která se na základě získaných odpovědí potvrdila.

Jelikož komunitní péče v této době stále získává na významu byl stanoven jako další cíl, zda sestry v primární pediatrické péči mají informace o komunitní péči. Pátá hypotéza, která se k tomu vztahovala: Sestry nemají informace o komunitní péči, se na základě získaných odpovědí nepotvrdila.

Posledním cílem bylo zjistit, zda rodiče mají povědomí o komunitní péči. K tomuto cíli byly vysloveny dvě hypotézy, hypotéza šest: Rodiče nemají povědomí o komunitní péči, která se na základě získaných odpovědí od rodičů nepotvrdila a hypotéza sedm: Rodičům postačuje péče poskytovaná pediatry a dětskými sestrami v primární péči, která se na základě získaných odpovědí potvrdila. Můžeme tedy říci, se všechny stanovené cíle podařilo splnit.

V oblasti kvalitativní části výzkumného šetření byly položeny otázky: Je potřebná práce v komunitní péči? U jakých skupin dětí v terénu potřebujeme komunitní péči? Je nutná spolupráce sester pracujících v primární pediatrické péči se sestrami pracujícími v terénu? V jakých problematických oblastech v komunitní péči by byla potřeba zlepšení péče podle názoru sester pracujících v primárních pediatrických ordinacích?

Na základě kvalitativního šetření byly otázky zodpovězeny a ze získaných informací formou rozhovorů je možné vyslovit dvě hypotézy. Hypotéza první zní: Dětské sestry pracující v primární pediatrické péči se domnívají, že práce v komunitní péči je nutná a potřebná z hlediska zajištění dětí z rodin se sníženým socioekonomickým statutem. Sestry uvádí jako nejvíce potřebnou komunitní péči o tyto skupiny dětí, a to novorozence, děti zanedbávané, týrané, děti rodičů alkoholiků a závislých na omamných látkách. Druhá hypotéza zní: Dětské sestry z primárních pediatrických praxí se domnívají, že je nutná spolupráce s ostatními sestrami pracujícími v terénu a je nezbytné se soustředit na výchovu ke zdraví. Podle sester je třeba rozvinout komunitní péči v oblasti pediatrie, geriatrie a výchovy občanů ke zdravému životnímu stylu.

Bylo by vhodné, kdyby tato práce byla předlohou k dalším výzkumům zaměřených na toto téma, které by se problematikou komunitní a primární péče zabývaly více do hloubky, jelikož je tato problematika stále aktuálnější a žádaná. Práce poukázala na nutnost informovanosti zdravotníků o komunitní péči, kdy je toto téma stále nedostatečně známé. Práce by měla posloužit jako předloha k získání informací o tomto tématu, např. v rámci celoživotního vzdělávání sester. Díky této práci bylo také zjištěno, že sestry v primární pediatrické péči nepoužívají ošetrovatelský proces či ho vůbec neznají. Přála bych si, aby tato práce pomohla k objasnění této problematiky a byla předlohou dalších výzkumů či prací, které by pomohly přispět implementovat ošetrovatelský proces do praxe v oblasti primární péče.

7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2000. 127 s. ISBN 80-8063-050-X.
3. BOLEDOVIČOVÁ, M. Školská sestra – realita blízke budúcnosti? In *Sestra*. 2008. roč. 8, č. 5 - 6, str. 34 – 35. ISSN 1235-9444.
4. BOLEDOVIČOVÁ, M., KRIŠTOFOVÁ, E., SEMANIŠINOVÁ M., *Školská sestra jako komunitná sestra pracujúca v prostredíach škol*. [online]. Aktualizace neuvedena. [cit. 2009-01-26]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/sbornik_06/pdf/051.pdf
5. ČELEDVÁ, L. *Primární péče – postavení a úloha v systému zdravotní péče ČR*. Praha: MZČR. 1998. [online] Aktualizace neuvedena. [cit 2009-02-05]. Dostupné na www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=59
6. DOEGENS, M. E., MOORHOUSE, M.F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
7. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha:Grada Publishing, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
8. FENDRYCHOVÁ, J. Hodnocení dítěte sestrou. In *Pediatrie pro praxi*. 2005. roč. 6, č. 5, str.159 – 162. ISSN 1213-0494.
9. FENDRYCHOVÁ, J. Vzdělávání dětských sester. [online]. Aktualizace neuvedena. [cit. 2009-16-03]. Dostupné z www.fnbrno.cz/Data/files/II.DK/Vzdělávání%20sester.ppt
10. FESTOVÁ, A. Komunitní ošetrovatel'ství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek. In *Moderní babičtví*. 2007. roč. 5 , č. 12. str. 5 – 10. ISSN 1214-5572.
11. FESTOVÁ, A. *Vize komunitního ošetrovatel'ství v ČR*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatel'ství, 2006. 194 s. Vedoucí diplomové práce Valérie Tóthová.

12. GREGORA, M. *Nejčastější nemoci dětského věku*. [online] Poslední aktualizace březen 2009. [cit.2009-07-05]. Dostupné na <http://www.babyweb.cz/Clanky/a134-Nejcastejsi-nemoci-detskeho-veku.aspx?s=288>
13. GULÁŠOVÁ, I. Sestra v komunitním ošetrovatelstve. In: MACKOVÁ, M. *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí „Multidisciplinární tým“*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. s 44 - 46. ISBN 80-7013-437-2.
14. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
15. HARTL, P., *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 221 s. ISBN 80-8550-45-1.
16. HORANSKÝ, V., MOJŽÍŠ, R., SLAFKOVSKÝ, A., *Pedatria primarnej starostlivosti*. 1.vyd. Liptovský Mikuláš: TeLem, 1994, 416 s. ISBN 80-901404-3-2.
17. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
18. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1992. 186 s. ISBN 80-7013-123-3.
19. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1.vyd. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2003, 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
20. KOŠATKOVÁ, L. Specifika práce na dětském obvodě. In *Sestra*. 2006. roč. 16, č. 12, str. 36 – 37. ISSN 1210-0404.
21. KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. 1. vyd. Zlín: UTB, 2008. 159 s. ISBN 978-80-7318-726-2.
22. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEICMANOVÁ, L., *Preklinická pediatrie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. 284 s. ISBN 80-7262-207-2.
23. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
24. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

25. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství – Systémový přístup - I.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
26. MICHÁLEK, J. a kol. *Pediatrická propedeutika. Vybrané kapitoly.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 159 s. ISBN978-80-210-4695-5.
27. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.* Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: 2006, č. 2. [online] [cit.2009-06-16] Dostupné na <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/340-vestnik-22006.html>
28. Nařízení vlády č. 463/2004, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. *Sbírka zákonů Česká republika.* Částka 156. Roč. 2004
29. NEČASOVÁ, A a kol. *Vybrané kapitoly dětského lékařství a ošetrovatelské péče o děti a dorost I. díl.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1994. 177 s. ISBN 80-7013-175-6.
30. *Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro děti a dorost.* [online] Aktualizace neuvedena [cit 2009-05-09]. Dostupné z www.peceodite.cz/.../obsah_a_casove_rozmezi_preventivnich_prohlidek.pdf
31. PAŠMÍKOVÁ, T. *Školská sestra – potřeba budoucnosti.* [online]. Aktualizace neuvedena.[cit. 2009-02-02]. Dostupné z http://www.unipo.sk/files/docs/fz_veda/svk/svoc0511.pdf
32. PĚTIVLASOVÁ, A. *Přínos práce dětské sestry v komunitním ošetrovatelství v podmínkách České republiky a v zahraničí.* České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2008. 181 s. Vedoucí diplomové práce Andrea Festová.
33. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1.Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry.* 2. vyd. Brno: NCO a NZO, 2005. 49 s. ISBN80-7013-420-8.
34. *Poskytování kvalitní péč, služba komunitám. Sestry v čele primární zdravotní péče.* Mezinárodní den sester. 2008. [online] [cit. 2009-06-26]. Dostupné na <http://mzcr.cz/Odbornik/Pages/211-oslava-dne-sester.html>

35. Primární péče. Národní centrum domácí péče České republiky. [online] c2006. [cit. 2009-06-26]. Dostupné na <http://www.domaci-pece.info/primarni-pece>.
36. *Projekt E – learning v komunitní péči* [online]. c2008 [cit. 2009-06-26]. Dostupné z <http://www.communitycare.cz/cz/e-learning-popis-projektu.php>
37. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 248. ISBN 978-80-247-1613-8.
38. SEIFERT, B., *Primární péče. Praktické lékařství. Výukový text pro studenty magisterského studia lékařství*. 1. vyd. UK Praha: Karolinum, 2004, 156 s. ISBN 80-246-0883-9.
39. SKÁLA, B. Primární péče = primární prevence? In *Ošetrovatelství*. 2001, sv.3, č. 3-4, str. 100-101. ISSN 1212-723X.
40. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II. Pediatrie, chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 204. ISBN 987-80-247-2040-1.
41. STAŇKOVÁ, M. Jakou sestru chceme v komunitní péči. In *Sestra*. 2000, roč. 10, č. 4, str. 1 – 2. ISSN 1210-0404.
42. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCO a NZO, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
43. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCO a NZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
44. STAŇKOVÁ, M. Obrázky z historie českého ošetrovatelství. In *Sestra*. 2000, roč. 10, č. 3, str. 5 – 6. ISSN 1210-0404.
45. STANHOPE, M., LANCASTER, J. *Community & Public health nursing*. Fifth edition. St. Louis: Mosby. 2000, 988 p. ISBN 032300749X.
46. STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 359 s. ISBN 80-246-1067-1.
47. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

48. ŠPLÍCHALOVÁ, A., ŠLACHTOVÁ, H., FEJTKOVÁ, P. a kol. *Ukazatele zdravotního stavu a indikátory socioekonomické deprivace v epidemiologických studiích* [online] Aktualizace neuvedena. [cit 2009-06-03] Dostupné na <http://www.zuova.cz/projekty/sesindexy/sesindexy007clanek.pdf>
49. ŠVEJCAR, J. a kol., *Péče o dítě, doplněné, rozšířené a aktualizované vydání*. 1. vyd. Praha: NUGA, 2003. 399 s. ISBN 80-85903-15-6.
50. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby*. 1.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
51. TÓTHOVÁ, V. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2008. 310 s. ISBN neuvedeno
52. VACUŠKOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. 1. část. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-419-7.
53. VACUŠKOVÁ, M., VACUŠKA, M., RYŠAVÁ, M. Psychomotorický vývoj dítěte a jeho sledování sestrou. In *Pediatric pro praxi*. 2003. roč. 4, č. 1, str. 43 - 45 ISSN 1213-0494.
54. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [online] c2008 [cit 2009-04-13]. Dostupné na <http://www.cnna.cz/vedeni-oseetrovatelske-dokumentace>.
55. VEJROSTOVÁ, E. Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. In *Pediatric pro praxi*. 2006. roč. 7, č. 2, str.99. ISSN 1213-0494.
56. VELEMÍNSKÝ, M. a kol, *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2007, 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
57. VINCENTOVÁ, D. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči. In *Pediatric pro praxi*. 2007. roč. 8, č. 2, str. 116 – 118. ISSN 1213-0494.
58. VOLF, V., VOLFOVÁ, H., *Pediatric I*. 3. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 112 s. ISBN 80-7333-021-0.

59. VONDRÁČEK, V., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
60. VOROSOVÁ, G. A kol., *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminologie v ošetrovaťelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
61. Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
62. WHO, Evropská úřadovna Kodaň. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: MZČR, 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
63. WHO, Evropská úřadovna Kodaň. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky 2*. Praha: MZČR, 2002. 271 s. ISBN 80-85047-21-7.
64. WHO, Evropská úřadovna Kodaň. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky 5*. Praha: MZČR, 2003. s. ISBN 80-85047-25-X.
65. WHO. *Lemon I*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1997, 160 s. ISBN 80-7013-248-5.
66. *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)*.
67. WHO. *Zdraví 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: Zdraví pro všechny v 21. století*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003, 124 s. ISBN 80-85047-99-3.
68. *Zdraví pro všechny v 21. století*. MZČR [online] c2008 [cit 2009-04-13]. Dostupné na <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/19-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti.html>
69. ZOUHAROVÁ, A. Úkoly dětské sestry v prevenci rizikového chování dětí a mládeže. In *Pediatric pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 6, str. 314 – 315. ISSN 1213-0494.
70. ZOUHAROVÁ, A. Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry. In *Pediatric pro Praxi*. 2005. roč. 6, č. 1, str. 29-30. ISSN 1213-0494.

8. Klíčová slova

Dětská sestra

Dítě

Komunitní péče

Lékař

Primární péče

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro dětské sestry

Příloha 2 Dotazník pro rodiče

Příloha 3 Rozhovor pro dětské sestry

Příloha 4 Činnosti dětské sestry

Příloha 5 Činnosti komunitní sestry

Příloha 6 Činnosti porodní asistentky v komunitní péči

Příloha 7 Percentilové grafy

Příloha 8 Ošetrovatelská dokumentace dle Hendersonové

Příloha 9 Ošetrovatelská anamnéza dle V. Hendersonové

Příloha 10 Očkovací kalendář

Příloha 11 Schéma specializačního vzdělávání

Příloha 1 Dotazník pro dětské sestry

Vážená sestřičko,
jmenuji se Soňa Vaňková a chtěla bych Vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Komunitní péče versus sestry v primární pediatrické péči“. Odpovědi zaškrtněte nebo doplňte dle nabídnutých možností a svého uvážení.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Kolik Vám je let?

- do 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské
- Středoškolské + specializace
- Vyšší odborné
- Vyšší odborné + specializace
- Vysokoškolské
- Vysokoškolské + specializace

3. Kolik let činí Vaše praxe v ordinaci PLPDD?

- do 3 let
- do 5 let
- do 10 let
- do 20 let
- do 30 let
- 31 let a více

4. Jste registrovaná sestra?

- Ano
- Ne

5. Znáte koncepci komplexního ošetrovatelského procesu? (Sběr informací, stanovení ošetrovatelské diagnózy, stanovení cíle, kritérií, intervencí a zhodnocení celého procesu ošetrování)

- Ano
- Ne

6. Pracujete v ordinaci formou komplexního ošetrovatelského procesu?

- Ano
- Ne

7. Pokud ano, v čem vidíte jeho výhody? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Získání dostatečného množství informací o dětech
- Možnost komplexně pečovat o děti
- Možnost efektivně pečovat o děti
- Možnost zhodnotit péči z pohledu dětské sestry
- Možnost samostatného rozhodování o ošetrovatelské péči o dítě
- Nevidím výhody komplexního ošetrovatelského procesu
- Nevidím vhodné možnosti využití komplexního ošetrovatelského procesu v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost
- Jiné, prosím, doplňte: _____

8. Domníváte se, že ošetrovatelský proces zlepšuje péči o děti?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Máte v ordinaci vlastní sesterskou dokumentaci?

- Ano
- Ne

10. Pokud ano, v čem shledáváte její výhody? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Všechny informace o dítěti mám pohromadě
- Mám komplexní ošetrovatelské činnosti, které byly u dítěte provedeny
- Nemusím neustále nahlížet do lékařské dokumentace
- Mám jistotu, že jsem všechny ošetrovatelské činnosti vykonala
- Všechno je přehledně zapsáno
- Když něco zpětně hledám, vždy je v dokumentaci přesný záznam
- Jiné, prosím, doplňte _____

11. Z čeho se Vaše sesterská dokumentace skládá?

- Prosím, doplňte: _____

12. Ošetrovatelská péče se má provádět podle standardů ošetrovatelské péče. Máte ve své ordinaci standardy ošetrovatelské péče pro děti?

- Ano
- Ne

13. V jakých situacích Vás nejčastěji navštěvují dětské klienti a jejich rodiče? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Preventivní prohlídka
- Akutní onemocnění, jaké nejčastěji _____
- Očkování
- Potvrzení zdravotní způsobilosti
- Žádost o radu, v jaké oblasti nejčastěji _____
- Alergie

- Nepřijímání potravy
- Jiné, prosím, doplňte: _____

14. Dodržují Vaši rodiče s dětmi termíny preventivních prohlídek?

- Ano
- Ne
- Někdy

15. Edukujete rodiče s dětmi v oblasti preventivní péče?

- Ano
- Ne
- Jen když se zeptají
- Někdy, podle časových podmínek

16. Pokud ano, v jakých oblastech? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Kojení
- Výživa
- Prevence obezity
- Péče o chrup
- Hygiena
- Manipulace s dítětem
- Bezpečnost dítěte v domácím prostředí
- Bezpečnost dítěte při hře venku
- Sportovní aktivity
- Jiné, prosím, doplňte: _____

17. Žádají Vás rodiče o radu v oblasti preventivní péče?

- Ano
- Ne
- Někdy

18. Pokud ano, v jakých oblastech preventivní péče nejčastěji radu žádají? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Kojení
- Výživa
- Prevence obezity
- Péče o chrup
- Hygiena
- Manipulace s dítětem
- Bezpečnost dítěte v domácím prostředí
- Bezpečnost dítěte při hře venku
- Sportovní aktivity
- Jiné, prosím, doplňte: _____

19. Kdo provádí ve vaší ordinaci očkování dětí?

- Lékař
- Sestra
- Lékař i sestra

20. Provádíte návštěvní službu v rodinách?

- Ano
- Ne
- Někdy, podle časových podmínek

21. Pokud ano, z jakých důvodů provádíte návštěvní službu nejčastěji? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- První návštěva novorozence
- Akutně nemocné dítě
- Špatná socioekonomická situace rodiny
- Neprospívající dítě
- Dítě rodičů alkoholiků
- Při podezření na týrání dítěte
- Dítě z etnických skupin obyvatelstva
- Děti s různým typem postižení (mentální, tělesné, kombinované)
- Děti s chronickým onemocněním
- V rámci edukace
- Na žádost rodičů
- Na pokyn lékaře
- Z vlastní iniciativy
- Jiné, prosím, doplňte: _____

22. Kolikrát je hrazená pojišťovnou návštěvní sesterská služba za rok?

- 1x
- 2x
- 3x a více
- Není hrazená pojišťovnou
- Vykazuje si ji lékař přes pojišťovnu
- Nevím
- Jiné, prosím, doplňte: _____

23. Sledujete děti z rodin se špatnou socioekonomickou situací?

- Ano
- Ne

24. Pokud ano, čeho si nejčastěji všímáte? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Komunikace
- Hygieny
- Stavů výživy dítěte

- Fyzických známek bití
- Zanedbávání
- Úrovně fyzického vývoje dítěte
- Úrovně mentálního vývoje dítěte
- Úrovně vybavení domácnosti
- Jiné, prosím, doplňte: _____

25. Slyšela jste pojem komunitní péče?

- Ano
- Ne

26. Kde jste získávala informace o komunitní péči? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Od svého praktického lékaře
- Známych
- Kolegyň
- Konference
- Časopisy, literatura
- Internet
- Televize
- Rádio
- Informace jsem nehledala
- Jiné, prosím, doplňte: _____

27. Co si pod pojmem komunitní péče představíte? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Péče o zdraví populace v terénu, mimo ústavní zařízení
- Zdravotně sociální péče o komunity obyvatel
- Péče o určitou skupinu (komunitu)
- Péče o nemocné v domácím prostředí
- Sestra, která chodí do rodin a hledá rizikové znaky při péči o děti
- Sestra, která chodí do rodin a hledá rizikové znaky v sociální oblasti
- Sestra, které pracuje pouze v terénu
- Rodinná sestra
- Školní sestra pečující o děti ve škole
- Sestru, která pečuje o občany v zaměstnání
- Nevím
- Jiné, prosím, doplňte: _____

28. Jaká by podle Vás měla být náplň komunitní péče? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Edukace v péči o dítě v různých věkových obdobích
- Výchova ke zdraví
- Prevence onemocnění

- Udržování zdraví
- Podpora zdraví
- Hodnocení sociálního prostředí
- Zvyšování odpovědnosti za svoje zdraví
- Péče o člověka v domácím prostředí
- Vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva
- Nevím
- Jiné, prosím, doplňte: _____

29. Existuje v současné době v ČR komunitní sestra?

- Ano
- Ne
- Nevím

30. Jaké oblasti práce by podle Vašeho názoru měla zastávat komunitní sestra?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Péči o děti
- Péči o školní děti
- Péči o rizikové skupiny dětí
- Péči o matky
- Péči o staré a dlouhodobě nemocné
- Péči o občany bez přístřeší
- Péči o onkologicky nemocné
- Péči o etnické různé skupiny
- Nevím
- Jiné, prosím, doplňte: _____

31. Dokážete si představit, že by sestra PLPDD zastávala funkci komunitní sestry?

- Ano
- Ne
- Nevím

Příloha 2 Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče,

jmenuji se Soňa Vaňková a chtěla bych Vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Komunitní péče versus sestry v primární pediatrické péči“. Odpovědi zaškrtněte nebo doplňte dle nabídnutých možností a svého uvážení.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Pohlaví
 - Muž
 - Žena

2. Věk
 - Do 20 let
 - Do 30 let
 - Do 40 let
 - Do 50 let
 - Do 60 let

3. Vaše vzdělání
 - Základní
 - Středoškolské – vyučen/a
 - Středoškolské – maturita
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské

4. Slyšel/a jste někdy pojem komunitní péče?
 - Ano
 - Ne

5. Kde jste se o této problematice dozvěděla?
 - Noviny
 - Televize
 - Rádio
 - Internet
 - Jiné, prosím doplňte.....

6. Co si pod tímto pojmem představíte? (možno zaškrtnout i více odpovědí)
 - Péči o zdraví populace v terénu, mimo nemocnici
 - Zdravotně sociální péči o komunity obyvatel
 - Péči o nemocné v domácím prostředí
 - Sestru, která chodí do rodin a hledá rizikové znaky při péči o děti
 - Sestru, která chodí do rodin a hledá rizikové znaky v sociální oblasti
 - Péči o různé minority obyvatel
 - Sestru, která pečuje o děti ve škole

- Sestru, která pečuje o občany v zaměstnání
- Nevím
- Jiné, prosím doplňte.....

7. Jaká by podle Vás měla být náplň komunitní péče? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Edukace v péči o dítě v různých věkových obdobích
- Výchova ke zdraví
- Prevence onemocnění
- Udržování zdraví
- Podpora zdraví
- Hodnocení sociálního prostředí
- Zvyšování odpovědnosti za svoje zdraví
- Péče o člověka v domácím prostředí
- Vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva
- Nevím
- Jiné, prosím, doplňte: _____

8. Existuje v současné době v ČR komunitní sestra?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Znáte nějakou sestru ve vašem okolí pracující v komunitní péči?

- Ano
- Ne

10. Pokud by u nás existovala komunitní dětská sestra, která by chodila do rodin a prováděla hodnocení stavu dítěte, preventivní prohlídky (měření, vážení, hodnocení psychomotorického vývoje, event. očkování aj.), pomáhala vám v péči o dítě, ukázala manipulaci s dítětem, koupání a jiné činnosti ve vašem domácím prostředí, využil/a byste jejích služeb?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

11. A pokud by toto vše bylo v kompetenci Vaší dětské sestry, využila byste jejích služeb?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne, jsem spokojena s péčí v ordinaci lékaře

- Nevím

12. Žádáte sestřičku pracující v pediatričké ordinaci o radu?

- Ano, často
- Ne
- Někdy

13. Pokud ano, v jaké oblasti nejčastěji? (možno zaškrtnout i více odpovědí)

- Kojení
- Výživa
- Prevence obezity
- Péče o chrup
- Manipulace s dítětem
- Hygiena
- Bezpečnost dítěte v domácím prostředí
- Bezpečnost dítěte při hře venku
- Sportovní aktivity
- Očkování
- Prevence onemocnění
- Jiné, prosím doplňte.....

14. Provádí Vaše dětská sestra návštěvní službu u vás v domácnosti?

- Ano
- Ano, provádí jí sestra i lékař
- Ne
- Ne, provádí jí pouze lékař

15. Při jaké příležitosti byla provedena návštěvní služba u Vás v rodině?

- První návštěva novorozence
- Při onemocnění dítěte
- Na naši žádost
- Neprospívající dítě
- Úraz
- V rámci edukace
- Jiná situace, prosím, doplňte.....

16. Postačuje Vám péče poskytovaná Vaším dětským lékařem i dětskou sestrou?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

17. Pokud ne, co Vám v péči chybí?

- Prosím, doplňte.....

18. Jste spokojena s péčí poskytující Vaším dětským lékařem a dětskou sestrou?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

Příloha 3 Rozhovor pro dětské sestry

1. Slyšela jste někdy pojem komunitní péče?

- Ano
- Ne

2. Co si pod tímto pojmem představíte?

3. Jaké činnosti by podle Vás mohla komunitní sestra vykonávat?

4. Domníváte se, že je potřeba práce v komunitní péči?

- Ano
- Ne
- Nevím

5. Pokud ano,
proč? _____

6. Pokud ne,
proč? _____

7. U jakých skupin dětí je podle Vás komunitní péče nejvíce potřebná?

8. V jakých oblastech by se podle Vás mohla komunitní péče dále rozvíjet?

9. S jakými dalšími složkami by musela komunitní sestra podle Vás spolupracovat?

10. Domníváte se, že je nutná spolupráce sester PLPDD se sestrami, které by pracovaly v terénu?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Domníváte se, že by komunitní sestra byla pro společnost přínosem?

- Ano
- Ne
- Nevím

12. Domníváte se, že by komunitní sestry vyřešily problémy, které se nyní v terénu vyskytují? (Nedostatečná péče o matky po porodu, o staré lidi, o děti ve školách, apod.)

- Ano
- Ne
- Nevím

* Ošetrovatelské 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 nemocné a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetrovatelské péče. Komunitní péče zahrnuje i péči o chronicky a nevyлéčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany, včetně zajišťování různých forem domácí péče. Zdravotnický pracovník, který poskytuje ošetrovatelskou péči v komunitní péče, úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími apod.

V našich podmínkách je definována komunitní sestra jako všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí, kterou získala studiem v akreditovaných studijních programech nebo kurzech. Specializační zdělávání jí poskytuje informace z oblasti domácí péče, péče o rodinu, péče seniory, péče o děti a mládež, péče v prevenci pracovních rizik apod. Proto komunitní sestry pracují na různých místech od domácností až po závody. Tyto sestry pracují samostatně, musí se umět správně a včas rozhodnout a řešit problémové situace.

Příloha 4 Činnosti dětské sestry

(1) Dětská sestra vykonává činnosti podle § 48 při péči o zdravé i nemocné děti, včetně novorozenců a adolescentů, s výjimkou péče o děti, u kterých dochází k selhání 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. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. vytváří stimulační výchovné a léčebné prostředí, připravuje a provádí výchovná zaměstnání,
2. připravuje stravu novorozencům, kojencům a batolatům,
3. vede matky ke správnému přístupu ve výživě dítěte, edukuje matky v technice kojení a dohlíží na jeho správné provedení,
4. provádí psychickou přípravu dítěte na diagnostické a léčebné výkony a ošetrovatelskou péči o děti v jejich průběhu a po jejich skončení s ohledem na vývojové zvláštnosti dětské psychiky,
5. sleduje psychomotorický vývoj dětí, vede o něm písemný záznam, činí opatření k zamezení vzniku psychických deprivací, retardací psychomotorického vývoje dítěte, vhodným výchovným přístupem předchází negativním vlivům v dalším vývoji dítěte, rozvíjí komunikační schopnosti dítěte,
6. vyhledává rizikové faktory ohrožující zdravý vývoj dítěte,
7. provádí první ošetření novorozence, včetně případného zahájení okamžité resuscitace, zajišťuje screeningová vyšetření, učí matky správnému ošetřování novorozence,
8. poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci primární péče, zejména vykonává návštěvní službu, hodnotí prostředí z hlediska zajištění zdravého vývoje dítěte, poskytuje rady a pomoc v oblasti péče o dítě, tj. ve výživě, kojení, hygieně, v ošetřování dětí, zajišťuje dodržování plánu povinného očkování a preventivních prohlídek,

9. edukuje rodiče ve výchově a péči o děti v jednotlivých vývojových obdobích, 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;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. aplikuje intravenózní injekce a infuze novorozencům a dětem do 3 let,
2. provádí katetrizaci močového měchýře dívek do 10 let,
3. zavádí nazogastrické a jejunální sondy dětem při vědomí,
4. provádí výplach žaludku u dětí při vědomí.

(2) Dětská sestra se zaměřením na ošetrovatelskou péči v dětské psychiatrii vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o děti s duševní poruchou nebo mentálním handicapem. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. utváří vhodné sociální léčebné prostředí a rozvíjí schopnosti dětí tak, aby bylo dosaženo optimálního stavu v aktivitách každodenního života,
2. provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a resocializace dětí, koordinuje spolupráci mezi lůžkovým zařízením a terénními službami, spolupodílí se na vytváření podmínek pro návrat dítěte do vlastního sociálního prostředí;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo dětská a dorostová psychiatrie, klinického psychologa nebo dětského klinického psychologa

1. účastní se terapeutických aktivit dětí, adolescentů i jejich rodičů,
2. poskytuje poradenství a pomoc v rámci krizové intervence,

3. pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo dětská a dorostová psychiatrie, klinického psychologa nebo dětského klinického psychologa se podílí na provádění psychoterapie.

(3) Dětská sestra se zaměřením na herní aktivity a výchovnou péči vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o děti zaměřenou na posilování zdravého psychického, somatického i sociálního vývoje.

Přitom zejména bez odborného dohledu a bez indikace

- a) metodicky vede a organizuje výchovnou péči o děti do 3 let věku, vypracovává programy výchovné péče a výchovná zaměstnání,
- b) zajišťuje odborné poradenství pro děti se zdravotním znevýhodněním, doporučuje úpravu prostředí, vhodné hračky a výchovné pomůcky.

(4) Dětská sestra se zaměřením na ošetrovatelskou péči ve vybraných klinických oborech vykonává činnosti podle odstavce 1 a podle § 53 při péči o děti a adolescenty v oboru svého zaměření.

(5) Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o děti a adolescenty, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí, s výjimkou nedonošených dětí. Přitom vykonává činnosti sestry pro intenzivní péči podle § 49 u dětí, s výjimkou zavedení močového katétru u chlapců.

(6) Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o novorozence a kojence, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí, včetně nedonošených dětí. Přitom vykonává činnosti sestry pro intenzivní péči podle § 49 u dětí, s výjimkou zavedení močového katétru u chlapců.

Přítom bez odborného dohledu a bez indikace

- a) zajišťuje první ošetření rizikového novorozenci na porodním sále a zajišťuje jeho transport na následná pracoviště,
- b) zajišťuje termoneutrální prostředí a vytváří podmínky pro bezproblémovou poporodní adaptaci a zdárný růst a vývoj dítěte.

Příloha 5 Činnosti komunitní sestry

Komunitní sestra vykonává činnosti podle § 48 při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské 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. Přítom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče, všechna vhodná zařízení zdravotní a sociální péče a koordinuje poskytovanou integrovanou péči,
2. komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých¹⁹⁾ z hlediska ošetrovatelské péče, realizuje poradenství pro skupinu občanů a spolupracuje s odpovědnými orgány;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví

1. podílí se na hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů a na sestavování priorit při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů,
2. připravuje a organizuje preventivní prohlídky, vyšetření a očkování

Příloha 6 Činnosti porodní asistentky v komunitní péči

(1) Porodní asistentka pro komunitní péči vykonává činnosti podle § 60 při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o ženy, novorozence a jejich rodiny a o skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí; tato skupina může být vymezena zejména společným sociálně-kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými faktory. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci žen, novorozenců a jejich rodin z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče v oblasti péče o ženu a dítě a spolupracuje s odpovědnými orgány,

2. hodnotí zdravotní rizika skupiny osob z hlediska reprodukčního zdraví žen a novorozenců a podílí se na sestavování priorit jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů, připravuje a realizuje projekty podpory zdraví žen,

3. provádí poradenskou činnost v oblasti reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství, sexuálně přenosných chorob, epidemiologické ochrany a sexuálního zneužívání;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví

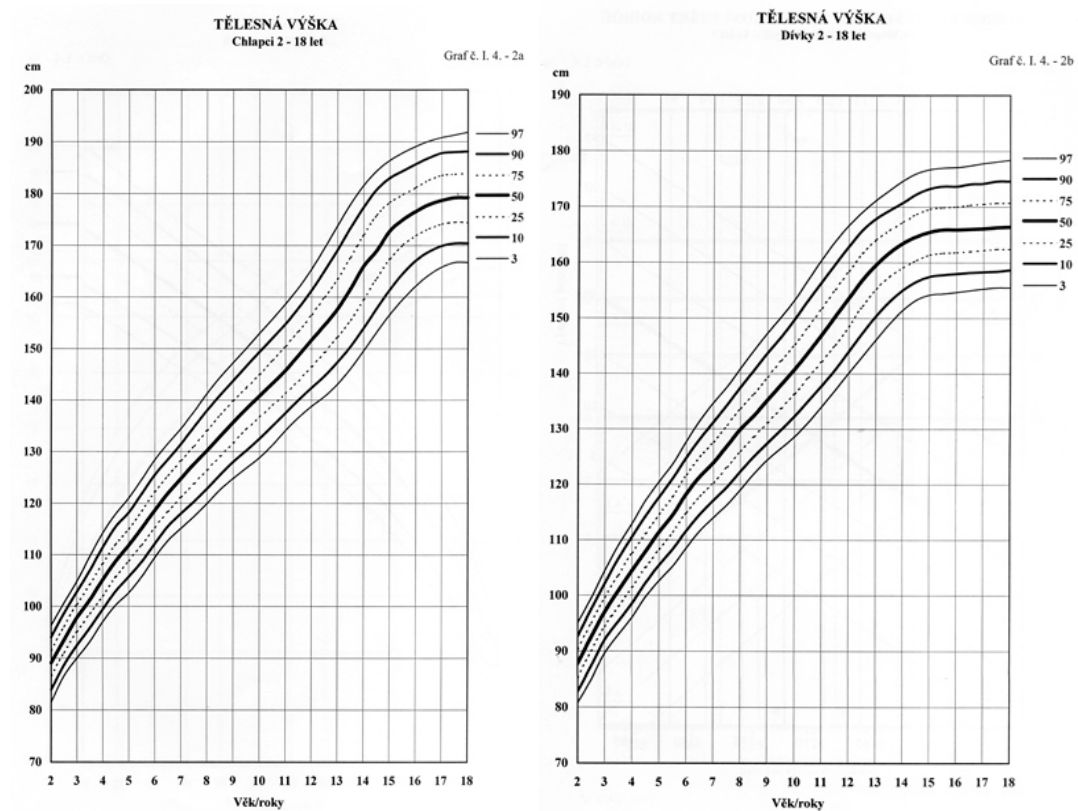
1. podílí se na vytváření bezpečného a vhodného prostředí a eliminaci existujících rizik z hlediska reprodukčního zdraví a zdraví žen a novorozenců,

2. zajišťuje cílené preventivní programy, včetně zajištění screeningu;

c) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializací v oboru gynekologie a porodnictví provádí ultrazvukové vyšetření plodu.

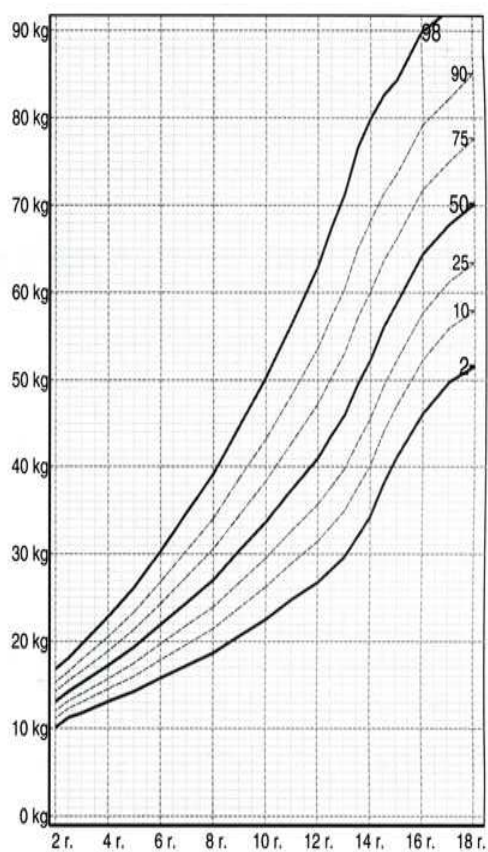
Zdroj: Vyhláška 424/2004 Sb.

Příloha 7 Percentilové grafy

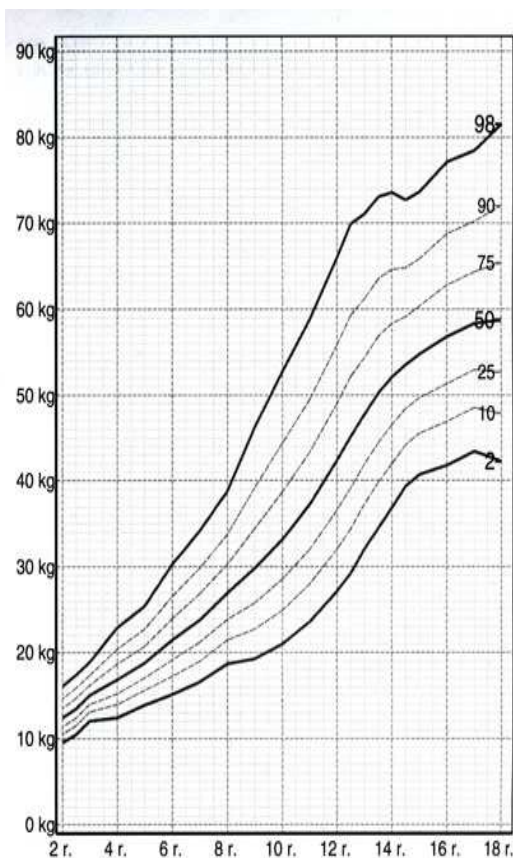


Zdroj: *Jak sledovat vývoj dítěte.* [online]c2007[cit.2009-07-06]. Dostupné na <http://www.vyzivadeti.cz/poradenstvi/jak-sledovat-vyvoj-ditete.html>

Příloha 7 Percentilové grafy - pokračování



Obr. 10: Tělesná hmotnost, chlapci, 2-18 r.
CAV 1991



Obr. 12: Tělesná hmotnost, dívky, 2-18 r.
CAV 1991

Zdroj: *Jak sledovat vývoj dítěte.* [online]c2007[cit.2009-07-06]. Dostupné na <http://www.vyzivadeti.cz/poradenstvi/jak-sledovat-vyvoj-ditete.html>

Příloha 8 Hodnocení potřeb novorozence podle Virginie Hendersonové

Jméno dítěte:	Datum narození:	Porodní hmotnost:	Gestační týden:
<u>1. Potřeba dýchání</u>	<u>2. Potřeba termoneurálního prostředí</u>	<u>3. Potřeba výživy a tekutin</u>	<u>4. Potřeba vyprazdňování</u>
Dítě potřebuje: <input type="checkbox"/> UPV	teplota dítěte °C	dítě je: <input type="checkbox"/> eutrofické	stolice: <input type="checkbox"/> pravidelná
<input type="checkbox"/> kyslík l/min.	teplota v inkubátoru °C	<input type="checkbox"/> hypotrofické	<input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa
<input type="checkbox"/> fyzioterapii plic	teplota na otevřeném výhřevném lůžku °C	<input type="checkbox"/> hypertrofické	četnost vzhled:
<input type="checkbox"/> zvýšenou polohu	vlhkost v inkubátoru %	dítě má: <input type="checkbox"/> parent. výživu	<input type="checkbox"/> inkontinence-pomůcky:
<input type="checkbox"/> inhalace	vlhkost v místnosti %	<input type="checkbox"/> žaludeční sonda	<input type="checkbox"/> ochranná destička
<input type="checkbox"/> odsávání z HCD	<input type="checkbox"/> přehřáté dítě	<input type="checkbox"/> gastrostomii	<input type="checkbox"/> podložky, pleny
<input type="checkbox"/> odsávání z ETC	<input type="checkbox"/> podchlazené dítě	<input type="checkbox"/> pije samo z láhve	moč: <input type="checkbox"/> odchází
<input type="checkbox"/> velikost kanyly v Ch:	<input type="checkbox"/> zábal	<input type="checkbox"/> kojeno	<input type="checkbox"/> porucha mikce
<input type="checkbox"/> velikost cévky v Ch:	Ostatní:	dítě má potíže: <input type="checkbox"/> se sáním	<input type="checkbox"/> inkontinence-pomůcky:
<input type="checkbox"/> fixace kanyly u č.:		<input type="checkbox"/> s polykáním	<input type="checkbox"/> podložky, pleny
Ostatní:		dítě má potravinovou alergii na:	<input type="checkbox"/> katétr Ch: od kdy:
		Ostatní:	<input type="checkbox"/> epicystostomie Ch: od kdy:
			<input type="checkbox"/> nefrostomie Ch: od kdy:
			pocení: <input type="checkbox"/> značné
			<input type="checkbox"/> normální
			<input type="checkbox"/> zvracení: ml
			<input type="checkbox"/> s příměsí:
			Ostatní:
<u>5. Potřeba držení těla a změny polohy</u>	<u>6. Potřeba odpočinku a spánku</u>	<u>8. Potřeba čistoty a ochrany pokožky</u>	<u>9. Potřeba ochrany před nebezpečím</u>
dítě potřebuje:	dítě potřebuje:	barva kůže:	<input type="checkbox"/> nebezpečí infekce
<input type="checkbox"/> zvýšenou polohu	<input type="checkbox"/> zakrýt oči	<input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> opruzeniny	<input type="checkbox"/> nebezpečí pádu
<input type="checkbox"/> vodorovnou polohu	<input type="checkbox"/> zakrýt inkubátor	<input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> eroze	<input type="checkbox"/> nebezpečí úrazu
<input type="checkbox"/> polohu na boku	<input type="checkbox"/> uložit dál od okna	<input type="checkbox"/> péče o oči	<input type="checkbox"/> termolabilita
<input type="checkbox"/> polohu na břiše	<input type="checkbox"/> tišit bolest	<input type="checkbox"/> péče o ušní boltce	<input type="checkbox"/> další ohrožení:
<input type="checkbox"/> měnit polohu po 2 hod.	Ostatní:		
<input type="checkbox"/> poloha úlevová	<u>7. Potřeba vhodného oděvu</u>	<input type="checkbox"/> péče o dutinu ústní	Ostatní:
<input type="checkbox"/> poloha v klubičku	<input type="checkbox"/> dítě je třeba nechat nahé	<input type="checkbox"/> péče o pupeční pahýl	<u>10. Potřeba sociálního kontaktu</u>
<input type="checkbox"/> vývojová	<input type="checkbox"/> dítě je možné překrýt	<input type="checkbox"/> péče o vstupy: <input type="checkbox"/> CVK	zájem rodičů: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>

rehabilitace			ne
<input type="checkbox"/> fixace končetin	<input type="checkbox"/> dítě je možné obléknout	<input type="checkbox"/> CAK <input type="checkbox"/> stomie	vlastní hračky: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Ostatní:	Ostatní:	<input type="checkbox"/> CSF port <input type="checkbox"/> Baby port	vlastní oblečení: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
		<input type="checkbox"/> kanyla:	dítě kojeno: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
		<input type="checkbox"/> tracheostomická	
		<input type="checkbox"/> endotracheální	Ostatní:
		<input type="checkbox"/> žilní-periferní	
		<input type="checkbox"/> centrální	

Zdroj: FENDRYCHOVÁ, J.a kol.: *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. NCONZO, Brno: 2005, 414 s. ISBN 80-7013-427-5

Příloha 9 Ošetřovatelská anamnéza dle V. Hendersonové

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE V. HENDERSONOVÉ - DÍTĚ	
Iniciály:	
Informace získané od	Datum narození:
Kontaktní adresa:	Věk:.....
Oddělení:	Pohlaví:.....
Lékařská diagnóza:	Hmotnost:.....
Pojišťovna:.....	Výška:.....
Užívané léky:	Obvod hlavy.....cm,
hrudníku:.....cm	
Alergie:	Percentily: váha:.....%,
výška:.....%	
Anamnézu odebral/a (mail, kontakt):.....	
1. NORMÁLNÍ DÝCHÁNÍ: <input type="checkbox"/> pravidelné <input type="checkbox"/> nepravidelné	
Počet dechů:.....min	
Kašel : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano : <input type="checkbox"/> suchý <input type="checkbox"/> vlhký <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> expektorace	
Dušnost : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová	
Zvýšená poloha: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pomůcky k dýchání : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> kapesní inhalátor <input type="checkbox"/> kyslíkové brýle <input type="checkbox"/> jiné :	
.....	
Kyslíkl/min	
Inhalace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> tracheotomická kanyla <input type="checkbox"/> endotracheální kanyla	
Nos sekrece : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> hnisavá <input type="checkbox"/> seriózní	
Hodnocení : <input type="checkbox"/> síla : <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nemá	
<input type="checkbox"/> vůle : <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nemá	
<input type="checkbox"/> vědomosti : <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nemá	
Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II:	
2. DOSTATEČNÝ PŘÍJEM POTRAVY A TEKUTIN:	
Způsob podávání stravy: <input type="checkbox"/> je kojeno <input type="checkbox"/> nutno dokrmit <input type="checkbox"/> nutno krmit <input type="checkbox"/> jí samo	
<input type="checkbox"/> kojenecká strava <input type="checkbox"/> batolecí strava <input type="checkbox"/> enterální <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/> nic per os	
Forma stravy : <input type="checkbox"/> tekutá <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> normální konzistence	
Dodržuje dietu : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: dieta č.	
Doplňována mlékem : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: kdy : jaké množství:	
Kolikrát : za den , jaké množství na dávkuml	
<input type="checkbox"/> Sunar <input type="checkbox"/> Nutrilon <input type="checkbox"/> Beba <input type="checkbox"/> Hamilon <input type="checkbox"/> jiné :	
.....	
Přijímá tekutiny : <input type="checkbox"/> z lahve <input type="checkbox"/> z hrnku <input type="checkbox"/> po lžičce <input type="checkbox"/> stříkačkou <input type="checkbox"/>	

jiné:.....
Příjem tekutin za den:.....ml
Druhy
tekutin:.....
NG sonda : ne ano: datum zavedení:.....
PEG : ne ano: datum zavedení:.....
Oblíbená
jídla:.....
Neoblíbená
jídla:.....
Potravinové
alergie:.....
Užívání léků: bez problémů
s problémy:.....
Stav sliznic : vlhké suché prokrvené bledé
Kožní turgor : snížený normální dehydratace
Hodnocení : síla : má částečně nemá
 vůle : má částečně nemá
 vědomosti : má částečně nemá
Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II:

3.VYLUČOVÁNÍ:

Moč :

plenky vysazování na nočník chodí na WC
Řekne si o nočník: ano ne
Pomočování : ne ano denní noční
Příměsi moči: ne ano: krev hnis žlučová barviva bílkovina
Potíže při močení: ne ano: řezání pálení svědění bolest
Močový katétr : ne ano: datum poslední katetrizace :
Diuréza :ml moče/ 24 hodin

Stolice :

pravidelná: nepravidelná:
Barva: hnědá žlutá acholická zelená jiná:
Příměsi: ne ano: hlen krev nestrávené zbytky jiné:
Konzistence: formovaná vodnatá kašovitá bobkovitá skybala
 průjem zácpa
Užívání projímadel: ne ano: jaká : jak často:.....
Používání rektální rourky : ne ano
Stomie: ne ano: jaká:
Pomůcky : jednodílná dvoudílná výpustné sáčky jednorázové sáčky
 jiné :
Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá
 vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II:

4. POHYB A UDRŽOVÁNÍ VHODNÉ POLOHY:

Poloha, kterou dítě zaujímá: pouze leží přetáčí se sedí s oporou leze sedí sám/a stojí s oporou stojí sám/a chodí s pomocí chodí sám/a

jiné:.....

Odpovídá věku: ne ano

Pohybový režim: bez omezení pohybu klid na lůžku přísný klid na lůžku

Rehabilitace: ne ano: jaká:

.....

Plavání: ne ano

Polohování: ano ne

Kompenzační pomůcky u lůžka: ne ano:

jaké:.....

Dekubity: ne ano: jaký stupeň: I. II. III. IV.

hodnocení rizika dle Nortonové:.....bodů

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II:

Bolest: ano ne lokalita:

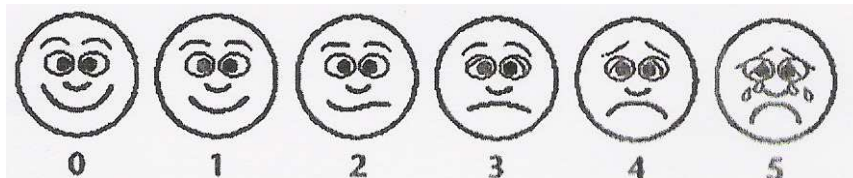
Projevy nemocného: verbální pláčem agresivita změny polohy odmítání jídla

jiné:.....

Charakter bolesti: tupá ostrá kolikovitá pálivá vystřelující vyzařující

jiná:.....

Škála bolesti:



Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II :

5. SPÁNEK A ODPOČINEK:

V kolik hodin chodí spát?

Spánek přes den: ano ne kolik hodin :

Spánek v noci: kolik hodin

spí klidně neklidně spí celou noc budí se v noci: proč:

.....

Spánkové fenomény: spánková inverze noční běsy náměsíčnost jiné:

.....

Spánkové rituály: ne ano: jaké:

.....

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II:

6. VHODNÉ OBLEČENÍ, OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ:

Pocení: ne ano

Výběr oblečení dle stavu dítěte: ne ano

podchlazování přehřívání

alergie na syntetické materiály alergie na plenkové kalhotky jiné

alergie:.....

abdukční balení ortopedické pomůcky: jiné:

.....

Oblékne se sám/a: ano ne svlékne se sám/a: ano ne

Potřebuje pomoci: ano ne

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II:

7. UDRŽOVÁNÍ FYZIOLOGICKÉ TĚLESNÉ TEPLoty:

Poslední měřená teplota: °C , kdy:..... kde:

Podaná antipyretika: Hodina podání:

Dítě je: podchlazené afebrilní subfebrilie febrilie febrilní křeče

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II:

8. UDRŽOVÁNÍ UPRAVENOSTI A ČISTOTY TĚLA:

Způsob hygienické péče: koupel ve vaně sprchování omývání žínkou koupel na lůžku jiné:

.....

Frekvence mytí: 1x denně 2x denně 1x za 2 dny

jiné:.....

Hygienická péče: ráno večer během dne podle potřeby

Vlasy: čisté mastné suché vši

Nehty: ulámané špinavé panaritium čisté

Kůže: čistá suchá olupující se otoky eroze jiné:

dermatitidy opruzeniny hematomy : lokalizace

Oči: sekrece: ano ne oční kapky: ano ne oční mast: ano ne

Uši: sekrece: ano ne výplach: ano ne léky: ano ne

jiné:.....

Zuby: přítomné ne ano: zdravé kariézní

Defekty v dutině ústní: ne ano:

jaké:.....

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II:

9. ODSTRAŇOVÁNÍ RIZIK Z ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ A ZABRAŇOVÁNÍ VZNIKU POŠKOZENÍ SEBE I DRUHÝCH:

Přítomnost rodičů během hospitalizace: matka otec oba babička nikdo

jiné:.....

Návštěvy rodičů: ano ne četost návštěv:

.....

Seznámení rodičů s Chartou práv dětí v nemocnici: ano ne

Seznámení rodičů s provozem oddělení: ano ne

Prevence pádů: ne ano: jak:

.....
Periferní žilní kanyla: ne ano: místo zavedení: datum zavedení:
.....

Centrální žilní katétr: ne ano: místo zavedení: datum zavedení:
.....

Hodnocení : síla : má částečně nemá
 vůle : má částečně nemá
 vědomosti : má částečně nemá

Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II:

10.KOMUNIKACE S JINÝMI OSOBAMI, VYJADŘOVÁNÍ EMOCÍ, POTŘEB, OBAV, NÁZORŮ:

Dítě mluví česky: ano ne

Projev: přiměřený plačtivý agresivní apatický negativistický

Dítě komunikuje: s rodiči s vrstevníky s ošetřujícím personálem s herní terapeutkou

návštěva psychologa

jiné:.....

neumí mluvit slabiky několik slov mluví ve větách nekomunikuje nerozumí

Vady řeči: ne ano:

jaké:.....

Postižení sluchu: ne ano:

jaké:.....

Postižení zraku: ne ano:

jaké:.....

Používání kompenzačních pomůcek: ne ano:

jaké:.....

Alternativní komunikace: znaková řeč Breilovo písmo

jiné:.....

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II:

11.VYZNÁVÁNÍ VLASTNÍ VÍRY:

Náboženské vyznání rodiny: ne ano: jaká církev:

.....

Speciální

přání:.....

Hodnoty, které rodina

upřednostňuje:.....

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II:

12. SMYSLUPLNÁ PRÁCE:

Činnost: pasivní aktivní:

jaká:.....

Zapojení se do zaměstnávání dětí: aktivně pasivně nezapojí se

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II:

13. HRY NEBO ÚČAST NA RŮZNÝCH FORMÁCH ODPOČINKU A RELAXACE:

Návštěva jeslí: ano ne

Návštěva školky: ano ne

Sport v kolektivu: plavání cvičení s dětmi nesportuje

jiné:.....

Vlastní hračky: ano ne

Sledování TV: ano ne předčítání: ano ne samostatné čtení: ano ne

Oblíbená hra:

.....

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II:

14. UČENÍ, OBJEVOVÁNÍ NOVÉHO, ZVÍDAVOST, KTERÁ VEDE K NORMÁLNÍMU VÝVOJI A ZDRAVÍ A VYUŽÍVÁNÍ DOSTUPNÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH:

Zrakové podněty: ne ano: jaké:

.....

Sluchové podněty: ne ano: jaké :

.....

Kontakt s vrstevníky: ne ano

Herní terapeut: ano ne

Stimulace k učení: ne ano:

jaká:.....

Hodnocení : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II:

Doplňující údaje (výsledky vyšetření, zákroky, anamnéza):

Zdroj: ZSF JCU, katedra ošetřovatelství

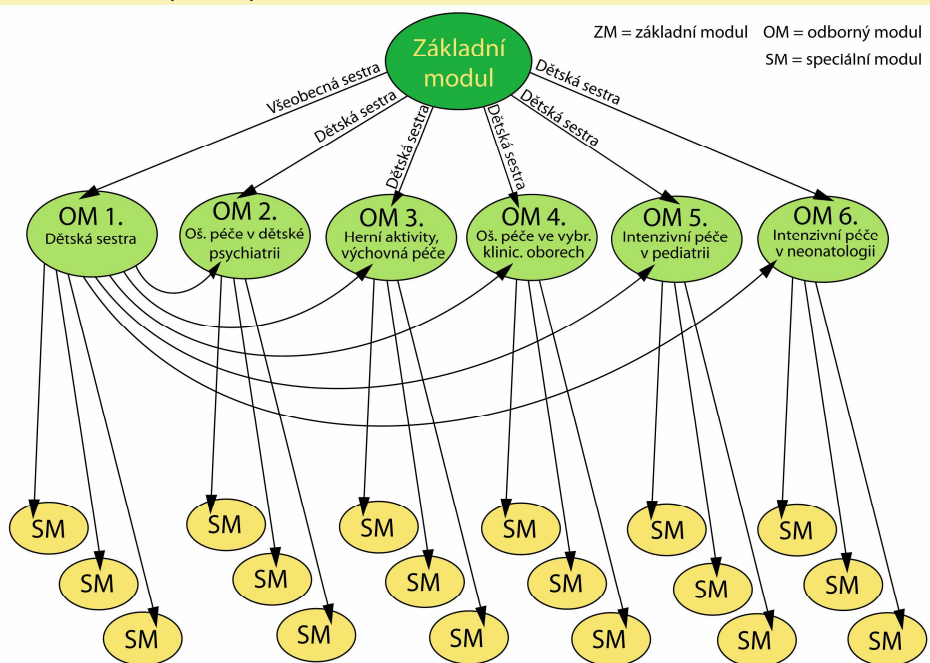
Příloha 10 Očkovací kalendář

OČKOVACÍ KALENDÁŘ platný v ČR (od března 2009)					
- obecná verze					
Rok	Měsíc	Týden	Očkování proti		
			Záškrtu, tetanu, dávivému kašli a hemofilovým nákazám typu b, virové hepatitidě typu B a dětské přenosné obrně (DTaP-HBV-IPV+Hib 6)	Tuberkulóze (TBC)	Spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR)
1	1	1-2		od 4. dne do 6 týdnů po narození, 1. dávka	
		3-4			
	2	5-6			
		7-8			
	3	9-10			
		11-12			
	4	13-14	od 13. týdne; 1. dávka DTaP-IPV-HBV+Hib 1)		
		15-16			
	5	17-18	po min. 1 měsíci od předešlé dávky; 2. dávka DTaP-IPV-HBV+Hib		
		19-20			
6-8	po min. 1 měsíci od předešlé dávky; 3. dávka DTaP-IPV-HBV+Hib				
9-12					
2	13-14	Po minimálně 6 měsících od podání 3. dávky nejpozději do 18. měsíce života; 4. dávka DTaP-IPV-HBV+Hib	ve 2.-3. roce revakcinace tuberkulín negativních RIZIKOVÝCH dětí a dětí, které nebyly po narození očkované.	od 15. měsíce, 1. dávka	
	15-16				
	17-18				
	19-20				
	21-22				
	23-24			21.-25. měsíc, 2. dávka 5)	
3-4					
5-6	v 5 letech (A); 5. dávka DTaP 2)				
7-8					
9-10	v 10 letech (B); 5. dávka IPV + 6. dávka Tdap				
11-12		ve 12 letech (C), HBV imunizace 3 dávkami 3)			
13-14		ve 14 letech (D), 6. dávka T 4)			
15-24					
25-26		v 25 letech (E), 7. dávka T 4)			

Zdroj: PETRÁŠ, M. Očkovací kalendář v ČR [online] Poslední aktualizace 23.3.2009
[cit.2009-06-29]. Dostupné na http://www.vakciny.net/principy_ockovani/pr_04.html

Příloha 11 Schéma specializačního vzdělávání

Ošetrovatelská péče v pediatrii



Zdroj: FENDRYCHOVÁ, J. Vzdělávání dětských sester. [online]. Aktualizace neuvedena. [cit. 2009-16-03]. Dostupné z www.fnbrno.cz/Data/files/II.DK/Vzdělávání%20sester.ppt

