

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**Pohled zdravotníků na potřebnost rozvoje**

**komunitního ošetřovatelství v ČR**

**Diplomová práce**

**Vedoucí diplomové práce**

Mgr. Andrea Festová

2009

**Autor práce:**

Věra Nagyová

## **Abstract**

Community nursing services provide health care services in communities outside health care institutions. They are targeted at the sick people in their own home environments, especially providing disease prevention, health support and health care assistance. The goal of community health services is to improve the whole community health, especially of those people who are exposed to risky lifestyles and who are under risk of getting sick, or of death, and to provide a specific care to them.

The introductory part of my thesis contains the theory and elementary parts and types of the health care system in the CR as well as categorized structures and functions of the World Health Organization. It also includes the primary health care goals as well as the goals of the European Union and of the Czech Ministry of Health for the health care system development.

In the second part the theory deals with the meaning of the community care, its foundations, the past and the present in the CR. It also describes the nurses' job descriptions.

In the course of the quantitative research I chose the technique of a questionnaire on the grounds of a stratified selection. It was made up by questions used in interviews with nurses. In the frame of qualitative research I chose a method used in interviews with workers in health insurance companies in which I used a guided interview.

The goal of my thesis was to find out whether health care workers are aware of health care deficits. I asked for the workers' opinions on the necessity of community care development in the CR. The goals of my work were reached.

The research question was used to find out what the opinions of health care insurance companies representatives' opinions on the necessity of the community care in the CR are. On the grounds of the questionnaire it was found out that the representatives of health care insurance companies have a positive opinion on the necessity of the community care development in the CR.

I did not prove the first hypothesis which stipulated that nurses working outside hospital facilities do not feel any deficit in providing health care services referring to the provided care.

The second hypothesis was proven stipulating that nurses working in hospital facilities can see the most serious deficit in the fact that people lack their interest in their own health.

The third hypothesis was proven, too. The health care workers' opinions on the necessity of the community care in the CR are positive.

## **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 fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích .....

.....

Podpis studenta

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování mé diplomové práce Mgr. Andree Festové za cenné rady a připomínky. Mé velké díky také patří nejbližší rodině za všestrannou podporu během celého studia.

## OBSAH

Úvod.....	3
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Systém zdravotní péče v ČR.....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Základní prvky zdravotnického systému.....	4
1.1.2 Základní typy zdravotnického systémů.....	5
1.1.3 Organizace zdravotnických služeb.....	6
1.1.3.1 Role státu .....	6
1.1.3.2 Role krajů, obcí a měst.....	6
1.1.4 Veřejné zdravotní pojištění.....	7
1.1.5 Charakteristika systému péče v ČR.....	7
<b>1.2 Světová zdravotnická organizace WHO.....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Funkce, struktura a činnosti WHO.....	8
1.2.2 Cíle Světové zdravotnické organizace pro rozvoj zdravotnické péče ....	10
1.2.3 Cíle Evropské Unie pro rozvoj zdravotnické péče v ČR.....	10
1.2.4 Cíle Ministerstva Vnitra pro rozvoj zdravotnické péče v ČR.....	11
<b>1.3 Multidisciplinární tým pro rozvoj v péči o zdraví.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 Lékaři.....	12
1.3.2 Zdravotníci nelékařské profese.....	13
<b>1.4 Primární zdravotní péče .....</b>	<b>14</b>
1.4.1 Systém primární zdravotní péče.....	15
1.4.2 Činnosti primární zdravotní péče.....	15
1.4.3 Hlavní cíle primární zdravotní péče dle WHO.....	16
<b>1.5 Komunitní ošetřovatelství.....</b>	<b>17</b>
1.5.1 Historie komunitního ošetřovatelství.....	17
1.5.2 Komunita.....	18
1.5.3 Komunitní péče.....	19
1.5.4 Komunitní plánování.....	19
1.5.5 Komunitní zdraví.....	21
1.5.6 Domácí péče.....	22

1.5.6.1 Historie domácí péče.....	22
1.5.6.2 Charakteristika domácí péče.....	23
1.5.6.3 Ošetrovatelská péče v domácí péči.....	26
1.5.7 Náplň práce sestry pracující v ordinaci praktického lékaře.....	28
1.5.8 Náplň práce sestry pracující v Agentuře Domácí péče.....	30
1.5.9 Náplň práce sestry samostatně výdělečně činné.....	32
1.5.10 Náplň práce porodní asistentky samostatně výdělečně činné.....	33
<b>2. Cíl práce a hypotézy.....</b>	<b>35</b>
<b>3. Metodické postupy.....</b>	<b>36</b>
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>38</b>
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>114</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>130</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>132</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>139</b>
<b>9. Příloha.....</b>	<b>140</b>

## Úvod

Sestry a porodní asistentky jsou stále častěji považovány za základní zdroj většiny strategií pro reformu zdravotnictví. Podstatnou měrou přispívají k plnění cílů, které jsou stanoveny pro zdraví celé populace ve 21. století a jsou a budou součástí poskytovatelů péče o komunitu. Obor, který se zabývá ošetrovatelskou péčí v komunitě, je nazýván komunitním ošetrovatelstvím.

Ošetrovatelství v komunitní zdravotnické péči zasahuje do všech oblastí života a to od narození až do smrti. Komunitní ošetrovatelství se podílí na péči o zdraví populace v komunitě, mimo zdravotnické zařízení. Je zaměřena jak na péči o nemocného člověka v jeho domácím prostředí, tak zejména na prevenci, na upevnění a podporu zdraví. Cílem komunitního ošetrovatelství je zlepšení zdraví celé komunity identifikací rizikových skupin, kterým bezprostředně hrozí riziko onemocnění, zdravotního postižení nebo smrti a poskytování jim specifické péče.

Proto musí být sestry a porodní asistentky neustále vzdělávány a školeny, aby byly schopné zaujmout pozici kvalifikované sestry a porodní asistentky v oblasti rozvoje komunit, práci v multidisciplinárních týmech, schopnost poskytnout zdravotní péči blíže lidem a na rovnost v přístupu k péči. (WHO, 2000)

Přesto však komunitní ošetrovatelská péče je v ČR teprve na samém rozvoji. Dnes je totiž jako jediná podoba komunitní péče u nás domácí péče, která je spíše zaměřena na nemocné lidi a ne o zdravou nebo ohroženou populaci.

Mnoho zdravotníků má na rozvoj komunitní ošetrovatelské péče různý pohled a názor. To byl také jeden z hlavních důvodů, proč jsem si tuto práci vybrala k jejímu zpracování. V dnešní době představuje právě samostatná kompetence sestry v péči o upevnění, ochranu a návrat zdraví člověka základní charakteristický rys vyspělého ošetrovatelství a zdravotní péče.



## 1. Současný stav

### 1.1 Systém zdravotní péče v ČR

Rozvoj komunitní zdravotní péče a komunitního ošetřovatelství úzce souvisí se zaměřením zdravotní politiky státu, která představuje souhrn různých politických aktivit, které ovlivňují zdraví a kvalitu života jedinců, skupin a komunit. Zdravotnictví se jako kompaktní společenský systém vytvářelo v historickém vývoji a to z potřeb denního života a na základě různých vzniklých institucí, které poskytovaly zdravotní a charitativní péči a pomoc. Zdravotnický systém je odvětvím produkujícím zdravotnické služby, je představován soustavou zdravotnických institucí a je subsystémem systému péče o zdraví (15).

#### 1.1.1 Základní prvky zdravotnického systému

V současném zdravotnickém systému existují tři propojené strany, pacient jako příjemce péče, poskytovatel v podobě lékaře a zdravotnického zařízení a plátce, který provedenou zdravotní péči finančně hradí. Plátce se objevuje nejpozději, protože do konce devatenáctého století byla obvyklá přímá úhrada poskytované zdravotní péče pacientem. Pacient přicházel k lékaři a kupoval si od něj službu podobně jako jiné zboží na trhu. U těch nejchudších vrstev populace převládala v historii úhrada naturální, popřípadě byli léčeni zadarmo. Až s rozvojem solidarity se zdraví stalo jednou ze základních lidských potřeb. Současně s rozvojem zdravotnických zařízení narůstaly ceny zdravotnických služeb, to mělo na následek, že přímá úhrada pacientem nestačila a stala se tak brzdou rozvoje. V případě závažnějších onemocnění se dostávali do finančních potíží i relativně solventní obyvatelé a početně velké a chudé skupiny obyvatelstva neměly dostatek prostředků na zdravotní péči. Proto vstoupil do systému zdravotní péče financující subjekt (plátce), který realizuje sociální solidaritu a organizuje směnný vztah mezi lékařem a pacientem (9).

### *1.1.2 Základní typy zdravotnického systému*

Zdravotnické systémy vyspělých zemí se rozdělují do čtyř základních skupin. Tou první skupinou je tzv. liberálně-tržní zdravotnictví založené na dobrovolném pojištění. Toto pojištění je zavedené v USA. Dalším zdravotnickým systémem je povinné zákonné veřejné pojištění, které funguje v zemích např. Německo, Francie, Holandsko, Belgie, Rakousko, Japonsko, Korea, Švýcarsko a od roku 1992 v České republice. Ve Velké Británii, Kanadě, Švédsku, Norsku, Finsku a v Novém Zélandě je státní zdravotnictví financované především z daní. Poslední skupinou zdravotnických systémů jsou smíšené zdravotnické systémy fungující např. v Irsku a Chile (9).

V podstatě všechny evropské země vycházejí při financování zdravotní péče z tradičního principu sociální ekvity, kdy je v různých zemích její míra odlišná. Zdravotní péče se stává jedním z občanských práv, které je stát povinen garantovat. Sociální ekvitu tedy lze definovat jako solidaritu bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími, jedinců s rodinami a ekonomicky aktivních a ekonomicky neaktivními (9).

Obyvatelé odvádějí na financování zdravotní péče část svých příjmů v rámci daňového zatížení do státního rozpočtu, ze kterého je pak v systému státní zdravotní služby financována zdravotní péče. Tento model byl rozpracován po druhé světové válce anglickým politikem a ekonomem lordem Beveridge (Beveridgeovský model). Byl realizován v bývalých socialistických zemích, v současné době např. ve Velké Británii, v nordických zemích (9).

V rámci zákonně stanovených pravidel (povinné zákonné veřejné pojištění) vytvářejí obyvatelé tzv. veřejné fondy, do kterých odvádějí účelové příspěvky určené na sociální a zdravotní potřeby (zdravotní a sociální pojištění), a prostřednictvím voleného managementu si tyto fondy spravují. Vzniká tak zvláštní typ relativně samostatné instituce – veřejné zdravotní či sociální pojišťovny. Tento typ byl vytvořen a realizován již kancléřem Bismarckem v průmyslovém Prusku (Bismarckův model). Postupně byl realizován v zemích Rakouska-Uherska a do druhé světové války existoval prakticky ve všech vyspělých zemích Evropy. Po válce je nadále rozvíjen především v německy

mluvících zemích, ve Francii, v zemích Beneluxu, po politických změnách také ve většině bývalých socialistických zemích včetně České republik (9).

### *1.1.3 Organizace zdravotnických služeb*

Ke zdravotnímu stavu obyvatelstva se úzce vztahuje tzv. zdravotní chování. To zahrnuje jednak využívání zdravotnické péče, ale také některé další neformální aktivity, které přispívají k prevenci a předcházení onemocnění a tím i k menšímu zatížení zdravotnického systému (36).

#### 1.1.3.1 Role státu

Mezi nejdůležitější role státu patří z oblasti zdravotní situace a zdravotní péče monitoring zdravotního stavu populace, vyhodnocování dat, minimální zdravotní péče garantovaná státem, dostupnost zdravotní péče, řešení krizových situací, hygienický dozor, pracovní prostředí a samozřejmě zdravotní osvěta. Z oblasti legislativy se věnuje zdravotní politice, legislativnímu rámci a role státní správy. V oblasti zdravotního pojištění plní funkce v rámci postavení pojišťoven, úhrady léčebných postupů, poměr mezi solidární a individuální částí pojistného, centrální registry a v neposlední řadě přerozdělování vybraného pojistného jako výraz solidarity. Oblast lékové politiky řeší problémy cenové politiky, kontroluje a schvaluje léčiva a klinicky zkouší léky. Částečně zasahuje i do oblasti vzdělávání a výzkumu, kde zajišťuje garanci vzdělání pracovníků, postgraduální vzdělání a podíl financování a usměrňuje výzkum. Do poslední role státu řadíme mezinárodní vztahy, kde hlavním cílem je podporovat mezinárodní spolupráci a kontakty s mezinárodními organizacemi (9).

#### 1.1.3.2 Role krajů, obcí a měst

Hlavní funkcí krajů v organizování zdravotnických služeb je koncipování a uplatňování krajské zdravotní politiky (nákup speciálních zdravotních služeb, zřízení a provozování speciálních zdravotnických zařízení, tvorba programů dotovaných regionem a registrace zdravotnických zařízení (9).

Města a obce podporují a rozvíjí komunitní péči, věnují se zřizovatelské funkci u svých nestátních zdravotnických zařízení, zajišťuje garanční dostupnost zdravotní péče v obci pro její obyvatelé a organizuje pohotovostní služby na území obce (9).

#### *1.1.4 Veřejné zdravotní pojištění*

Převážná část poskytované zdravotní péče je v České republice hrazena ze zdrojů povinného zdravotního pojištění prostřednictvím devíti zdravotních pojišťoven. Principem veřejného zdravotního pojištění je zajištění stejných podmínek k čerpání zdravotní péče pro všechny občany bez ohledu na konkrétní výši odváděného pojistného. Plátcí zdravotního pojištění jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Ze všeobecného zdravotního pojištění je plně nebo částečně hrazena diagnostická péče, léčebná péče ambulantní, ústavní péče včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné, prevence, léčiva a prostředky zdravotnické techniky, doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů, dále lázeňská a zvláštní léčebná péče dle doporučení lékaře (9).

#### *1.1.5 Charakteristika systému péče v ČR*

V České republice je pojištění nemocenských dávek organizováno Ministerstvem práce a sociálních věcí a je odtrženo od zdravotního pojištění, které spadá pod rezort zdravotnictví. Ve většině zemí Evropské unie je nemocenské a zdravotní pojištění sloučeno v jedno tzv. nemocenské pojištění (36).

Zaměstnanci hradí zdravotní pojištění ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu, kterým je hrubá mzda (1/3 hradí sami, 2/3 hradí zaměstnavatel). Osoby samostatně výdělečně činné hradí zdravotní pojištění ve výši 13,5 % ze svého vyměřovacího základu, který je stanoven v návaznosti na zákon o dani s příjmu fyzických osob. Stát hradí zdravotní pojištění ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu (80 % minimální mzdy) za neopatřené děti, poživatelé důchodu z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání v evidenci úřadu práce, osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřebnosti, osoby pečující o převážně nebo úplně bezmocné osoby, osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu, osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují

podmínky pro jeho přiznání, osoby celodenně, osobně a řádně pečující o jedno dítě do sedmi let, popřípadě o dvě děti do patnácti let věku, osoby, které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění v nemocenské ochranné lhůtě (36).

Česká republika vstoupila do EU s ekonomickým potenciálem, který ji řadí mezi první čtyři státy spolu s Kyprem, Maltou a Slovinskem. Avšak ve výši výdajů na zdravotnictví stále zaostáváme za průměrem EU jak v absolutních hodnotách, tak i v procentuálním vyjádření (36).

## ***1.2 Světová zdravotnická organizace WHO***

Světová zdravotnická organizace (WHO) je řídicím a koordinujícím orgánem pro mezinárodní spolupráci v oblasti péče o zdraví. WHO byla založena Spojenými národy dne 7. Dubna 1948 v New Yorku. V současné době má 192 členských států, z nichž každý disponuje právem jednoho hlasu. Hlavní úloha WHO je stanovena jejím statutem, tzn. Dosažení co nejvyšší úrovně zdraví pro všechny lidi na celém světě. Zodpovědnost za dílčí plnění této úlohy přebírají vlády jednotlivých států, které garantují právo svých obyvatel na péči a zdraví. Světová zdravotnická organizace je mezinárodním koordinátorem zdravotních záležitostí. Jejím hlavním posláním je pomáhat všem vládám nést odpovědnost za zdraví občanů, posilovat účast všech rezortů na plnění zdravotních programů, zvyšovat aktivní podíl veřejnosti na péči o zdrav (9).

### ***1.2.1 Funkce, struktura a činnosti WHO***

Mezi hlavní funkce WHO je poskytování celosvětového poradenství v oblasti zdravotnictví, ustanovovat globální standardy pro zdraví, spolupracovat s vládami při rozvoji národních zdravotních programů a rozvíjet a šířit vhodné zdravotnické technologie, informace a standardy (9).

Do struktury WHO a mezi její hlavní orgány patří světové zdravotnické shromáždění, které se schází každoročně ve svém sídle Ženevě. Světové zdravotnické shromáždění schvaluje programový rozpočet a řeší klíčové otázky politiky WHO. Jako další orgán WHO je výkonný obor, který se schází dvakrát ročně, má celkem 32 zvolených členů a jeho hlavní funkcí je uvádět do praxe rozhodnutí a politiku

shromáždění a koordinovat činnost WHO. Sekretariát je vytvořen generálním ředitelem a přibližně 3800 zdravotnickými a jinými odborníky v jednotlivých zemích, členové sekretariátu pracují v šesti oblastních úřadovnách na území 6 států (9).

WHO organizuje nepravidelná shromáždění a konference, na kterých jsou definovány hlavní priority zaměření celosvětové zdravotní politiky a vyhlašovány strategické zdravotní programy. K nejdůležitějším setkáním odborníků patřila společná mezinárodní konference Světové zdravotnické organizace a Dětského fondu Organizace spojených národů UNICEF v Alma-Atě v roce 1978. Zde byla přijata deklarace Základní zdravotní péče jako klíče k dosažení cíle pozdějšího programu Zdraví pro všechny v roce 2000. Na této konferenci bylo definováno nové pojetí zdravotní péče na primární zdravotní péči s cílem rozvinout základní zdravotní péči jako součást národní péče o zdraví ve spojení s dalšími rezorty (9).

Aktuálními úkoly WHO v současné době je boj proti infekčním chorobám, poskytování odborné pomoci vládám (např. živelné katastrofy), podporuje výzkum zdravotnické problematiky, posílá odborníky do potřebných oblastí, poskytuje materiální a technickou pomoc, pořádá odborné konference a zasedání, pomáhá při výchově zdravotnických pracovníků, monitoruje epidemiologické situace, vypracovává jednotné metodiky mezinárodní statistiky, definuje mezinárodní názvosloví, poskytuje stipendia a školení zdravotnických pracovníků, pečuje o matku a dítě, zajišťuje zdravotní výchovu obyvatelstva, pečuje o životní prostředí a v neposlední řadě zajišťuje publikační činnost (9).

### *1.2.2 Cíle Světové zdravotnické organizace pro rozvoj zdravotnické péče*

Cíle Světové zdravotnické organizace jsou určeny její Ústavou. Hlavním účelem je řídit a koordinovat mezinárodní zdravotnickou činnost s cílem zabezpečit všem lidem na této planetě nejvyšší možnou úroveň zdraví (36).

Světová zdravotnická organizace kromě řady svých úkolů pomáhá na základě žádosti vládám jednotlivých zemí v zabezpečení zdravotnických služeb, zřizuje a zabezpečuje tyto administrativní a technické služby, včetně epidemiologické a statistické služby. Dále poskytuje informace, konzultace a asistenci v oblasti zdraví se základním cílem potlačit epidemické, endemické a ostatní onemocnění (35).

Světová zdravotnická organizace se zasazuje o vhodné podmínky stravování, bydlení, lékařské péče, pracovní podmínky a další aspekty zdravotní hygieny. Zajišťuje spolupráci vědeckých a profesních skupin s cílem zlepšit zdraví lidí. Navrhuje mezinárodní konvence a smlouvy týkající se zdravotnictví, prosazuje a řídí vědecký výzkum v oblastech lidského zdraví. Vyvíjí mezinárodní standardy pro potravinové, biologické a farmaceutické produkty a podílí se na ovlivňování veřejného názoru lidí v oblasti zdraví (35).

### *1.2.3 Cíle Evropské Unie pro rozvoj zdravotnické péče v ČR*

Na zdravotnictví působí mnoho politik Evropské unie. Mezi tyto politiky řadíme podporu veřejného zdraví (Akční programy jako AIDS a civilizační choroby), sociální politiku, především její pracovní podmínky a volný pohyb služeb jako je přeshraniční zdravotní péče. Zdravotnictví také ovlivňuje volný pohyb pracovníků, hlavně migrace zdravotnického personálu a volný pohyb pacientů (koordinace sociálního zabezpečení). Dále je zdravotnictví ovlivňováno volným pohybem zboží jako je trh s léky a paralelní importy a trh se zdravotnickými přístroji a nakonec volným pohybem kapitálu (trh soukromého zdravotnického pojištění) (38).

Evropská pravidla umožňují financovat projekty v oblasti zdravotní péče. Do tohoto financování patří především financování investic do zdravotnictví v regionech, podporuje zaměstnanost ve zdravotnictví, vzdělávání zdravotnického

personálu, zvyšování standardu bezpečnosti práce na rizikových pracovištích, sociální začleňování lidí se zdravotními problémy a jiné. Využití „evropských“ peněz ve zdravotnictví závisí na národních vládách. Evropská unie využívá peníze v oblastech podpory zdraví, prevenci nemocí, zlepšení přístupu ke zdravotní péči a rozvíjení partnerství ve zdravotnictví (38).

#### *1.2.4 Cíle Ministerstva Zdravotnictví pro rozvoj zdravotnické péče v ČR*

Navržené reformní kroky Ministerstva sledují cíle a cesty zvýšení medicínské a technické efektivity fungování v několika rovinách. V souladu s platným právním stavem je kladen důraz na existující úroveň dosaženého poznání a rozvoj nástrojů řízení a správy, které umožňují v demokraticky rozvinuté společnosti kriticky reflektovat nejen samotnou tvorbu, ale i realizaci zdravotní politiky (19).

Krátkodobé cíle jsou seskupeny do devíti okruhů v návaznosti na stejně strukturované okruhy problémů a rozvojových příležitostí. To umožňuje navazující diskuse vztahů mezi problémy, jejich příčinami, koncepčními cíli a rozvojovými příležitostmi a cestami jejich realizace. I když je nyní z krátkodobého koncepčního hlediska upřednostněna problematika stabilizace hospodaření v systému zdravotního pojištění a nemocniční péče, zůstává hlavním obecným cílem zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Aktuálním problémem českého zdravotnictví je naplnění práv pacientů. Několik krátkodobých cílů má instrumentální charakter. Jde o rozvoj nástrojů, které sledují cíle zvýšení vnitřní efektivity fungování zdravotnického systému jako je optimalizace sítě veřejných zdravotnických služeb, léková politika, stabilizace hospodaření pojišťoven a nemocnic, motivace odpovědného jednání spojená s rozvojem využití moderních poznatků, úhrady zdravotnických služeb vztahované k objemu a struktuře potřebné péče a využívající vedle výkonového principu také metody globálního rozpočtování, zpětné vazby cestou národních zdravotních účtů a princip neziskového hospodaření (19).



### ***1.3 Multidisciplinární tým pro rozvoj v péči o zdraví***

#### *1.3.1 Lékaři*

Podle definice WHO lékaři musí mít ukončené univerzitní lékařské vzdělání, které mají oprávnění samostatně vykonávat lékařskou praxi, tj. mají ukončenou předepsanou postgraduální průpravu v nemocnici (36).

Dle zákona 95/2004 Sb. byly stanoveny podmínky pro získávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Odborná způsobilost k výkonu povolání lékaře se získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství. Za výkon povolání lékaře s odbornou způsobilostí se považuje činnost preventivní, diagnostická, léčebná, rehabilitační a dispenzární péče pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Specializovaná způsobilost lékaře se získává úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou, na jejímž základě je lékaři vydán ministerstvem diplom o specializaci v příslušném specializačním oboru. Podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře je získání specializované způsobilosti, která se dokládá diplomem. Specializační vzdělávání se uskutečňuje formou celodenní úpravy v rozsahu, který odpovídá stanovené týdenní pracovní době, nebo externí průpravě, která může být zkrácená nejvýše na polovinu doby stanovené pro celodenní průpravu (47).

Odborná způsobilost k výkonu povolání zubního lékaře se získává absolvováním nejméně pětiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu zubního lékařství nebo stomatologie (zahájen nejpozději v akademickém roce 2003/2004). Za výkon povolání zubního lékaře s odbornou způsobilostí se považuje činnost preventivní, protetická, diagnostická, léčebná a dispenzární péče. Podmínkou pro samostatný výkon povolání zubního lékaře je absolvování magisterského studijního programu a absolvování odborné praxe ve zdravotnickém zařízení v minimální délce 36 měsíců pod vedením lékaře, který je způsobilý k samostatnému výkonu povolání zubního

lékaře a má minimálně 5 let praxe v oboru. Specializovaná způsobilost zubního lékaře se získává úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou, na jejímž základě je zubnímu lékaři vydán ministerstvem diplom o specializaci v příslušném specializačním oboru (47).

Odborná způsobilost k výkonu povolání farmaceuta se získává absolvováním nejméně pětiletého prezenčního studia v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu farmacie obsahujícího teoretickou a praktickou výuku a z toho nejméně 6 měsíců praxe v lékárně, nebo farmacie, pokud byl zahájen nejpozději v akademickém roce 2003/2004, a absolvováním odborné praxe ve zdravotnickém zařízení v délce 36 měsíců v průběhu předcházejících 5 let nebo specializace I. stupně v základním oboru získané podle dosavadních právních předpisů. Po získání odborné způsobilosti může farmaceut samostatně vykonávat činnost při přípravě lékových forem léčivých přípravků, při výrobě a kontrole léčiv, při kontrole léčiv v lékárně a v laboratoři pro kontrolu léčiv, při skladování a distribuci léčiv u distributora léčiv, při přípravě, kontrole, skladování a výdeji léčiv v lékárnách a při poskytování odborných informací o léčivech. Specializovaná způsobilost farmaceuta se získává úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou, na jejímž základě je farmaceutovi vydán ministerstvem diplom o specializaci v příslušném specializačním oboru, nebo absolvováním doplňující odborné praxe podle vzdělávacího programu v akreditovaném zařízení, které vydá osvědčení o jejím ukončení (47).

### *1.3.2 Zdravotníci nelékařské profese*

V roce 2004 vstoupila Česká republika do Evropské unie a tímto se zavázala přijmout i celou řadu opatření, která se vztahují k oboru ošetřovatelství a porodní asistence. Jednou z podmínek pro vstup České republiky do Evropské unie bylo vypracovat předpisy, které budou řešit specifické oblasti, které mají přímý vztah k výkonu povolání všeobecné sestry, tj. definovat profesi, určit rozsah působnosti v primární, sekundární a terciální péči, stanovit profesní kompetence, stanovit vzdělávací standardy a stanovit etické standardy profesní způsobilosti. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a plnění povinnosti

se prokazuje na základě kreditního systému, který slouží pro zápočet k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (20).

Mezi stěžejní legislativní normy patří Zákon č. 189/2008 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), kterým se mění Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, Vyhláška MZ ČR č. 321/2008, kterou se mění Vyhláška MZ ČR č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 SB. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a Koncepce ošetřovatelství České republiky. Dalšími souvisejícími předpisy jsou Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, Vyhláška MZ ČR č. 470/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka a Vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (20).

Nedostatek sester ve zdravotnictví se kromě nedostatečného platového ohodnocení vysvětluje také nízkou prestiží profese (10).

Rok 2004 přinesl pro sestry a obor ošetřovatelství mnoho změn. Nakolik jsou tyto změny přínosné nám teprve ukáže čas. Tyto změny přinesly sestrám a oboru ošetřovatelství mnoho pozitiv. Přesto však ještě chvíli potrvá než nás všichni lékaři budou akceptovat a vnímat jako rovnocenné partnery (39).

#### ***1.4 Primární zdravotní péče***

Podle WHO je primární zdravotní péče místem prvního kontaktu s lidmi, které poskytuje opatření ke zlepšení zdraví v komunitě. Primární péče je koordinována komplexní zdravotně-sociální péče, která je poskytována 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 (9).

Primární zdravotní péče je pro pacienta nejdostupnější. Představuje linii prvního kontaktu lékaře s pacientem a je také nejlevnější. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho biopsycho-sociální potřeby (27).

Mezi poskytovatele primární zdravotní péče v České republice řadíme praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost, agentury komplexní domácí péče, ambulantní gynekology, stomatology, lékařské služby první pomoci a ostatní zdravotnické pracovníky v komunitě (9).

#### *1.4.1 Systém primární zdravotní péče*

Systém primární zdravotní péče prošel mnoha změnami a to nejen co se týká pohotovostních služeb, ale v pojetí celého zdravotnictví a primární péče. Zanikly krajské a okresní ústavy národního zdraví a dochází k privatizaci ordinací. Lékaři v primární péči se stávají soukromými podnikateli, vznikají zdravotní pojišťovny. Je nastartována nová etapa v oblasti primární péče. Rozvoj primární péče je i jednou z priorit SZO. Svědčí o tom i program „Zdraví 21“. Primární péče se stává důležitou součástí celého systému zdravotnictví. Na primární péči pak navazuje sekundární a terciární péče. Význam primární péče neustále stoupá, do nemocnic by měli být umísťováni pouze pacienti, kteří nemohou být léčeni ambulantně (18).

#### *1.4.2 Činnosti primární zdravotní péče*

Primární zdravotní péče je nezbytná zdravotní péče založená na praktických, vědecky fungovaných a společensky přijatelných metodách a postupech, univerzální přístupná jednotlivcům a rodinám v komunitní skrze plnou participaci a za cenu, kterou si komunita a stát mohou dovolit. Tvoří nedílnou součást systému zdravotnictví každé zemi (18).

Na nejobecnější úrovni zahrnuje primární zdravotní péče všechny služby, které ovlivňují zdraví, např. příjem, bydlení, vzdělání a životní prostředí. Zahrnuje rovněž

primární péči, tj. diagnózu a léčbu nemocí a úrazů. A zahrnuje také kritické prvky podpory zdraví a prevence nemocí a úrazů. Jednou z jejich nejsilnějších stránek je účast občanů na identifikaci potřeb a poskytování služeb a přinášení těchto služeb co možná nejlíže lidem (18).

Práce sester tvoří základ primární zdravotní péče. Vyplývá to z našeho vzdělání, našich zkušeností a z toho, kde pracujeme. Sestry poskytují služby všude, kde se nacházejí lidé: v lidských domovech, ve školách, na pracovištích, ve vězeních, zdravotnických střediscích a v dalších komunitních zařízeních a také v nemocnicích a výzkumných centrech. Prakticky ve všech zemích představují sestry největší skupinu zdravotnických pracovníků. Sestry jsou důležité také pro výcvik jiných pracovníků a dohled nad nimi a pro plánování, organizaci, sledování a hodnocení služeb v primární zdravotní péči (18).

Zdravotnické služby musí být poskytované všem lidem bez ohledu na jejich schopnost platit a ke zdravotnickým službám musí přístup všichni lidé (bohatí i chudí, městští i venkovští obyvatelé) (18).

#### *1.4.3 Hlavní cíle primární zdravotní péče dle WHO*

Na zvláštním zasedání OSN v září roku 2000, tzv. Summitu tisíciletí, schválili státníci časově ohraničené a měřitelné cíle na boj proti chudobě, hladu, nemocem, negramotnosti, ničení životního prostředí a diskriminaci žen. Do těchto cílů tisíciletí patří snížit na polovinu extrémní chudobu a hlad, zajistit základní vzdělání pro všechny lidi, posílit postavení žen ve společnosti a podporovat rovnost mezi ženami a muži, snížit úmrtnost dětí do 5 let o dvě třetiny, snížit mateřskou úmrtnost o tři čtvrtiny, zastavit šíření nemocí, hlavně HIV/AIDS a malárie, zajistit trvalou udržitelnost životního prostředí, vytvořit globální partnerství pro rozvoj zaměřené na pomoc, obchodování a snižování dluhu (19).

Pro úspěšné využití programu Zdraví 21 jsou důležité zejména tyto okolnosti: pojmát zdraví jako významnou individuální i sociální hodnotu, chápat péči o zdraví v její plné sociální šíři, posílit odpovědnost pracovníků, dobré řízení respektující lidské hodnoty, vstřícnost, slušné financování a věnovat pozornost sociálním determinantám zdraví (18).

## **1.5 Komunitní ošetřovatelství**

### *1.5.1 Historie komunitního ošetřovatelství*

Komunitní ošetřovatelská péče má své počátky v řádovém ošetřovatelství. Některé církevní řády se již od počátku charitativního ošetřovatelství věnovaly kromě práce ve špitálech péči o nemocné v domácnostech. Přispělo k tomu i rozhodnutí papeže v roce 1292 zakázat řeholnicím pracovat ve špitálech, které bylo nakonec zrušeno až Tridentským koncilem v roce 1545. K většímu rozvoji domácího ošetřování došlo zejména v 18. a v 19. století díky České diakonii. V 19. století se zvyšuje zájem státu o zdraví obyvatelstva, což vedlo k uplatnění prvních civilních sester ve veřejném zdravotnictví, které začaly provádět v terénu zdravotně-sociální činnost. Historickými mezníky v organizované veřejné sociálně-zdravotní (komunitní) péči u nás bylo až otevření Státní ošetřovatelské školy v roce 1916 a vznik samostatného Československa a založení Českého červeného kříže (32).

Nastupující světová hospodářská krize na konci dvacátých let znamenala výraznou chudobu, nezaměstnanost a zhoršení životní úrovně společnosti. Potřeba komunitní péče výrazně vzrostla. Do čela organizace a sociálního ošetřovatelství byly začleněny výhradně diplomové sestry. Jejich hlavní činností této služby tvořily školní a venkovská hygiena, organizované ošetřování v rodinách a ochrana členů rodiny, edukace matek o výživě a výchově dětí, zprostředkování léčení a odborného vyšetření (32).

Ve třicátých letech se objevují různé typy komunitní péče, jsou to různé poradny a dispenzáře. V roce 1942 byla činnost ČSČK stejně jako dalších organizací zastavena. To znamenalo postupný útlum i této jeho významné práce. Po skončení války bylo u nás na obnovu komunitní sesterské práce málo času a tak zatímco ve světě začala postupně nabývat nových rozměrů, u nás dílo zkázy dokonala padesátá léta. Tzv. sjednocené zdravotnictví posadilo sestru do ordinace praktického lékaře a postupně jí profesionální samostatnou práci v terénu na mnoho let sebralo. Prvními průkopnicemi v této oblasti byly geriatrické sestry (32).

V současné době lze tvrdit, že v České republice žádný systém komunitního ošetřovatelství vytvořen není. Avšak jeho rozvoj je více nutný a především v péči

o zdraví lidí důležitý. Systém poskytování komunitního ošetřovatelství neexistuje, ale v ČR jsou již připraveny rámce pro komunitní ošetřovatelství. U nás se nejvíce z forem komunitního ošetřovatelství rozvinula domácí péče (5).

### *1.5.2 Komunita*

Komunita je často definována jako souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity, a obvykle tvoří autonomní jednotku. Je to vlastně typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce. Dle Světové zdravotnické organizace je komunita sociální skupina determinována geografickými hranicemi a společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří (9).

Komunita má tři společné prvky komunity. Do těchto prvků řadíme lid jako člen komunity, dále místo, které nám určuje geografické nebo časové určení a funkci určující cíle a aktivity komunity. Komunitní sestra musí znát vliv těchto tří společných faktorů na ošetřovatelskou praxi prováděnou v komunitě (9).

Posláním komunitní práce je mobilizace občanské pomoci a svépomoci v součinnosti s různými formami státních nebo lokálních programů. V České republice je prosazování práce v komunitě relativně dost obtížné a to z důvodu degradace organizovaných svépomocných činností v období minulého režimu, dále pro relativní neustálenost státní a místní správy a posledním důvodem je nedostatečná koordinace institucí a nedostatečnou informovaností obyvatel (40).

Mezinárodní den sester je vždy oslavován na celém světě 12. května u příležitosti výročí narozenin Florence Nightingale. Mezinárodní rada sester připomíná tento důležitý den každým rokem vytvářením a rozšiřováním balíčku k mezinárodnímu dni sester. Balíček na rok 2008 obsahuje vzdělávací a veřejné materiály pro sestry na celém světě (8).

Téma roku 2008 bylo Poskytování kvalitní péče, služba komunitám: Sestry v čele primární zdravotní péče. Obsah tohoto tématu obsahuje dokumenty pro využití

samotnými sestrami, odbornými společnostmi a sdruženími, ministerstvy zdravotnictví a institucemi. Tento materiál byl již distribuován do národních asociací po celém světě. Tento projekt vyzývá sestry kdekoli, aby rozšířily myšlenky Poskytování kvalitní péče, služba komunitám: Sestry v čele primární zdravotní péče (8).

### *1.5.3 Komunitní péče*

Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity. Komunitní péče je zaměřená více na skupiny a celé komunity a činnosti vycházejí z potřeb komunity. Cílem je poskytovat péči v domácím prostředí a to při zdravotním postižení, závislosti, chronické nemoci. Komunitní péče je založena na propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce, na všech zúčastněných (klient, rodina, komunita, profesionálové, poskytovatelé, zřizovatelé, obec). Přináší holistický a integrovaný přístup do péče o nemocné i o zdravé (9).

### *1.5.4 Komunitní plánování*

Hlavní funkcí komunitního plánování je vytváření prostředí pro efektivní vykonávání práce jednotlivců pracujících ve skupině. Nejdůležitějším úkolem manažera je dosáhnout jistoty, že každý pochopil účel a stanovené cíle skupiny, včetně metod pro jejich dosažení. Jestliže má být skupinové úsilí efektivní, musí lidé vědět, co je třeba udělat (13).

Dále lze komunitní plánování také definovat jako otevřený a cyklický proces, který zajišťuje potřeby členů komunity. Cílem je hledat řešení, která nejlépe odpovídají místním podmínkám a potřebám, a podle toho se utváří fungující systém zdravotních a sociálních služeb jejich poskytovatelů a zadavatelů, tzn. např. obcí a kraje (9).

WHO vytvořila v posledních letech několik komunitních projektů pro podporu zdraví. Prvním takovým koncepčním programem WHO byl projekt „Zdraví pro všechny do roku 2000“ (Health for All). Tento projekt byl v roce 2002 přepracován a nazván programem „Zdraví 21“ (Health 21). Přípravná fáze jeho rozpracování probíhala pomocí odborných skupin ke každému dílčímu úkolu ve spolupráci s ostatními resorty. V rámci tohoto programu byly definovány úkoly v primární a sekundární prevenci,



včetně zodpovědných aktérů, termínů a indikátorů pro jejich hodnocení. Dalším vytvořeným komunitním programem WHO je „Zdraví pro všechny do 21. století.“ Tento dlouhodobý program poukazuje na zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. „Zdraví pro všechny do 21. století“ má stanovených několik cílů. Hlavním cílem je, že do roku 2015 by měli mít obyvatelé příležitost žít ve zdravých sociálních i ekonomických podmínkách doma, ve škole, na pracovišti i v místních společenstvích. Novými možnostmi jak uplatnit „Zdraví 21“ je zapojení regionů. Vznikly tak další fáze a nové prvky rozšiřování komunitních projektů. Do těchto komunitních projektů jsou zařazena Zdravá města, Zdravé školy a školky, Podpora zdraví na pracovišti, Bezpečná komunita, Komplexní preventivní projekty CINDI, Zdravá nemocnice a Síť „Regiony pro zdraví“ (34).

Klienti komunitní péče jsou v převážné míře senioři, ale také lidé v produktivním věku, jejichž stav vede k přechodné až trvalé bezmocnosti. Nejčastěji jsou to lidé po prodělané cévní mozkové příhodě, s chronickým degenerativním onemocněním, s tělesným a duševním postižením, pacienti se smyslovými poruchami, dále jsou to pacienti, kteří mají následky po těžkých úrazech, pacienti k doléčení po operacích, pacienti dementní, s toxikománií a umírající (9).

Určení věkové struktury a stanovení potřeb určuje kolik klientů a v jakých věkových horizontech potřebuje pomoc k zabezpečení relativní nezávislosti. Za nejdůležitější faktory vedoucí ke ztrátě nezávislosti klienta a vzniku potřeby služeb považujeme zdravotní stav, sociální prostředí a kvalitu bydlení (9).

Další činností v procesu komunitního plánování je zmapování stávajících služeb ve zdravotní komunitě. Zdravotní komunita zahrnuje formy služeb, počet, jejich struktura a návaznost na veřejné zdravotní pojištění, počet lékařů v ambulantní primární péči, jejich odbornost, počet specialistů, pohotovostní služby, lékárenské služby, přednemocniční neodkladná péče, ordinace pro léčbu toxikomanie, agentury domácí péče, dopravní zdravotní služba, stacionáře zdravotní péče aj. Do sociální komunity řadíme denní stacionáře, centra denních služeb, ostatní asistence, pečovatelskou službu, azylové domy, chráněné bydlení a různé poradny. Do nestátní subjektů patří svépomocná občanská sdružení, církevní organizace, poradenské služby pro zdravotně

znevýhodněné občany, edukační aktivity ke zlepšení zdravotnického stavu, různé dobrovolnické aktivity a kluby důchodců (9).

Multidisciplinární tým je především tvořen zástupci komunity či obce, poskytovateli služeb a zástupci příjemců. Jejím úkolem je promýšlet a plánovat, jaké služby jsou potřebné a jak má být celý systém v rámci komunity propojen. Dle plánu sociálně zdravotních služeb pak dojednává dohody se všemi subjekty participujícími na financování služeb pro vybudování nového komplexního systému (9).

#### *1.5.5 Komunitní zdraví*

Komunitní zdraví má tři stěžejní charakteristiky: stav, struktura a proces. Stav zdraví komunity zahrnuje různé dimenze. Biologická dimenze je sledována a měřena pomocí mortality, střední délka života a rizikových faktorů. Psychická nebo-li emocionální dimenzuje hodnocena spokojeností klientů a dle stavu jejich psychického zdraví. Dimenze sociální se vztahuje ke kriminalitě v komunitě a k funkční úrovni komunity (9).

Struktura zdraví komunity je definována službami a zdroji komunity. Je hodnocena pomocí dat a informací poskytovaných organizacemi a agenturami, které provozují služby členům komunity (např. statistika počtu lůžek v nemocnici, rozsahu pohotovostní služby). Hodnocení struktury komunity zahrnuje demografická a socioekonomická data jejich členů (věk, pohlaví, stupeň vzdělání apod.) (9).

Proces komunitního zdraví znamená efektivní činnosti komunity a efektivní řešení různých problémů. Proces komunitního zdraví řeší jaká je schopnost komunity efektivně spolupracovat při identifikaci problémů a potřeb, jak dosáhnout dohody při formulování cílů a priorit, jak společně odsouhlasit způsoby a prostředky k dosažení cíle a jak implementovat v komunitě navrhované změny a opatření (9).

Komunitní sestra a další zdravotníci pracují v komunitě především jako poskytovatelé zdravotní péče. Současně je její povinností sledovat epidemiologická data vztahující se ke zdraví a zdravotnímu stavu komunity a jejich členů. Hlavním šetřením je na základě sběru dat a analýzy dat popsat a vysvětlit zdravotní stav a zdravotní podmínky populace žijící v komunitě (9).

### 1.5.6 Domácí péče

#### 1.5.6.1 Historie domácí péče

Domácí péče je přirozený způsob péče o člověka a existuje již od nejstarších dob. První zmínky jsou od počátku 12. století. Masivně se ošetrovatelství v domácnostech rozvíjelo na konci 13. století. Šeholnice pak opatrovnictví vykonávaly v domovech nemocných. V 15. století tzv. diakonky provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví, které byly pro tuto práci speciálně školeny. Diakonky docházely denně za nemocnými, opatrovaly je, myly a praly jim pádlo. Jejich činnost později zakázala církev. To mělo za následek vznik lazaretů ve městech, kde nemocné obsluhovaly neškolené starší ženy vybrané pražskými konšely. Nemocní byli ošetřováni v institucích – lazaretech, špitálech a později v nemocnicích po několika století. Ve druhé polovině 19. století bylo rozhodnuto o potřebě odborně připravené ženy pro péči o raněné a nemocné. Vzhledem k meziválečnému období byla ošetrovatelská péče situována převážně v terénu. S podporou Československého červeného kříže byly realizovány první pokusy v oblasti domácí péče. Ošetrovatelská péče byla tehdy zaměřena především na děti, staré lidi, chudé nemocné a nabývala více charakteru sociálního ošetrovatelství. V té době byly na sjezdu Spolku diplomovaných sester formulovány tři hlavní úkoly sociální zdravotní péče a to ošetrovatelský, sociální a lidovýchovný. Po druhé světové válce došlo k masivnímu rozvoji ošetrovatelských škol a mezi nově zavedené obory patřila také odborná výchova sester pro úsek ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. S rozvojem medicíny a techniky se ošetrovatelství více medicinalizuje. Po roce 1948 byly řeholní sestry ze zdravotnictví vytěsněny a hlavní těžiště práce civilních sester se přesunulo z obce do nemocnic a institucí. Se vznikem Ústavu národního zdraví se rozvíjela organizace ošetrovatelské a zdravotní služby. Dle zákona 103/1951 Sb. přebral odpovědnost za provádění domácí péče stát a to od 19. 8. 1952. Tento segment péče se tak stal součástí zdravotní péče, jež byla poskytována ve zdravotních obvodech. K zásadním změnám pak došlo až v posledním desetiletí minulého století, kdy vznikaly první agentury domácí péče v dnešní podobě (9).

Se systémem domácí péče jsme se začali zcela seznamovat v České republice vlastně až po roce 1989. První informace přivezli ze zahraničí sestry a lékaři, kteří se po revoluci s domácí péčí seznámili na svých prvních výjezdech (23).

Vzniklo první občanské sdružení pod názvem Asociace domácí péče a zároveň se domácí péčí začala zabývat i Česká katolická charita. Poskytovatelů přibývalo a taktéž přibylo i profesních a občanských sdružení. Pracovníci se v té době sdružovali i do České asociace sester a České společnosti sester. Agentury domácí péče vznikají na základě zákona č. 160/1992 Sb. o nestátních zdravotnických zařízeních, jehož přílohy stanoví rovněž požadavky na negraduální vzdělání všech pracovníků poskytujících domácí péči (23).

Domácí péče je v současné době statisticky sledována Ústavem zdravotnických informací a statistiky. Zde se shromažďují statistické údaje, např. o počtu agentur domácí péče, o počtech pracovníků, provedených ošetřeních a dalších ukazatelích (23).

V současné době seminární školení na národní, regionální i komunální úrovni, realizované pod záštitou Agentur domácí péče, nabízí sestřám otevřený a flexibilní systém vzdělávání, který přináší nové poznatky v oblasti aplikace nových, progresivních ošetrovatelských, léčebných a rehabilitačních postupů (21).

Proto, aby mohlo dojít k výměně zkušeností a poznatků na mezinárodní úrovni, vznikla v roce 1996 Světová organizace domácí a hospicové péče (World Home and Hospice Care Organization – WHHO). Tento projekt může být v různých zemích vnímán odlišně, ale základní filozofické principy – humánní a dostupná péče poskytovaná jedinci v jeho vlastním sociálním prostředí, jsou pro poskytovatele domácí péče na celém světě jednotné (21).

#### 1.5.6.2 Charakteristika domácí péče

Domácí péče představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Pokrok v oblasti medicínských oborů a ošetrovatelství umožňuje poskytovat pacientům kvalitní péči také v jeho přirozeném domácím prostředí, které přispívá k psychické pohodě člověka a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování. Na rozvoj domácí péče má vliv mnoho společenských faktorů jako jsou stoupající náklady na zdravotní

pěči, populační stárnutí, rostoucí poptávka veřejnosti po službách v domácím prostředí, rozvoj moderních technologií a politické faktory (9).

Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Nemocným jsou zajišťovány fyzické, psychické, paliativní a duchovní potřeby. Komplexní domácí péče je formou integrované péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče a jejíž filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti. V rámci komplexní domácí péče pak bývá poskytována zejména odborná zdravotní péče indikována ošetřujícím lékařem klienta, dále sociální péče a pomoc, která vychází z aktuální sociální diagnostiky klienta a jeho prostředí a laická pomoc v oblasti sebepéče nebo za účasti blízkých osob klienta, která je modifikována aktuální situací v rodině a společenským klimatem (9).

Cílem domácí péče je pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím, zachovat kvalitu života blízkých a ve svém domácím prostředí, zabezpečit komplexní domácí péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb, udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech, edukovat pacienta a zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta a rodiny (9).

Domácí zdravotní péče je zajišťována multidisciplinárním týmem pracovníků poskytujících péči dle aktuálního stavu klienta v jeho vlastním prostředí. Klient je spolu se svou rodinou aktivní participant. Základem domácí péče je princip subsidiarity, aktivní péče a pomoc ke svépomoci s podporou a rozvojem všech zbytkových potenciálů klienta. Ve složení multidisciplinárního týmu agentur domácí péče je aplikován horizontální management, tzn. že jeho členové jsou pro klienta na stejné hodnotové úrovni – bez rozdílu profesionálního zaměření. Tento způsob organizace

deleguje odpovědnost za kvalitu komplexní domácí péče na každého z poskytovatelů, a tak je průběžně motivuje k odbornému růstu (9, 21).

Učební osnovy, podle kterých se v současné době na katedrách ošetrovatelství sestry domácí péče vzdělávají, jsou většinou zpracované moderním modulovým systémem, tzn. střídáním teoretických a praktických výukových období za pomoci teoretických a praktických výukových pomůcek. Během praktického výukového období je účastnice studia vedena zkušenou školitelkou – sestrou domácí péče (25).

Kvalita komplexní domácí péče je přímo ovlivňována základními principy, které vycházejí z filozofie domácí péče. Mezi tyto základní principy patří humanizace zdravotní péče, orientace na občana, respektování základních lidských práv, chápání lidské bytosti ve vztahu s prostředím, komplexnost, standardizace ošetrovatelských činností a sociálních intervencí, efektivní a cílené využití finančních prostředků určených na zdravotní a sociální služby a kontinuální odborný růst a celoživotní vzdělávání poskytovatelů domácí péče (9).

Jedním z klíčových nástrojů pro realizaci principu komplexnosti domácí péče je vytvoření podmínek pro integraci zdravotní a sociální péče na národní i komunální úrovni při zachování transparentnosti jejího financování (21).

Součástí komplexního programu zaměřeného na matku a dítě je projekt Správné životosprávy, Výchovy dítěte, Prevence úrazů a nehod dítěte. Do projektů agentur POMAD (Péče o matku a dítě) je začleněn také projekt Prevence AIDS, který tyto agentury realizují na základních a středních školách (21).

Dalším projektem v systému domácí péče je Pomoc k svépomoci, který je realizován ve spolupráci se samosprávou konkrétní obce a spočívá v přípravě pacienta s trvalým zdravotním postižením na novou životní situaci (21).

Projekt domácí hospicové péče je orientován na komplexní péči poskytovanou nejen umírajícímu pacientovi, ale také na psychoterapeutickou péči, která je cíleně orientovaná na rodinné příslušníky klienta či jeho blízké (21).

Další jiné projekty jsou realizovány ve spolupráci s občanskými sdruženími zdravotně postižených pacientů, které ve speciálních programech systematicky připravují semináře, soustředění a další akce (21).

#### 1.5.6.3 Ošetrovatelská péče v domácí péči

Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci zdravotní péče, která je členěna podle zaměření aktivit na primární, sekundární a terciální péči. V souvislosti s primární zdravotní péčí je poskytována v rámci prvního kontaktu členů společnosti se zdravotními službami v komunitě. Je zaměřena na ochranu a upevňování zdraví a na prevenci různých onemocnění. V rámci sekundární zdravotní péče je realizována v nemocnicích, odborných ústavech, léčebnách, hospicích aj. a je především zaměřena na prevenci komplikací onemocnění. Zajišťuje pacientům komplexní, specializovanou a základní péči. Smyslem terciální péče je dokončit terapeutický proces a zlepšit zdravotní stav pacienta. Ošetrovatelská péče je zaměřena na komplexní a zdravotní péči, na léčebné výkony, rehabilitaci, edukaci, paliativní péči, na léčebné výkony, rehabilitaci, edukaci a paliativní péči a je především poskytována v domácnostech pacientů, zařízeních dlouhodobé péče a rehabilitačních zařízeních (9).

Většina nemocných je ošetrována doma. Pouze malá část pacientů podstoupí léčení v nemocnici, ale speciální ošetrovatelská zařízení a jiné formy zdravotnické péče mimo domov mohou být příliš nákladné, nedostupné nebo nevhodné pro citové potřeby rodiny (33).

Ideální domácí ošetrování by mělo splňovat fyzické, duševní, sociální a duchovní potřeby nemocného tak, aby se pacient zotavil co nejdříve nebo se dokázal co nejlépe přizpůsobit omezením daným nemocí (33).

V současné době žijí v nemocnicích díky novým možnostem medicíny a kvalitní ošetrovatelské péči po velmi dlouhou dobu děti s nejrůznějšími postiženími, které jsou částečně nebo plně závislé např. na umělé plicní ventilaci. Tyto děti dříve v krátkém čase umíraly na četné komplikace, jako je sepse, poruchy vzdušnosti plic, neprůchodnost tracheostomické kanyly apod. Nyní je snaha tyto chronicky nemocné

děti zařadit do programu domácí ventilační péče. Všechny kliniky, které se zabývají problematikou dětí s umělou plicní ventilací v domácí péči, považují za nejdůležitější, aby dítě zůstávalo domácím prostředím a v kontaktu se svou rodinou. Za pacienty ventilovanými v domácí péči docházejí sestry s delší praxí na resuscitačním oddělení pro děti a pomáhají rodině adaptovat se na novou situaci. Domácí péče v rodině představuje menší finanční zátěž nežli péče o dítě v nemocnici (28, 29).

Sestra pracující v domácí hospicové péči se často setkává s umíráním svých klientů. Umírání doma je důstojnější, člověk završuje svůj život ve své posteli, obklopen lidmi, kteří na něj mají čas a lépe se tak vyrovnávají s jeho úmrtím. Nicméně péče o umírajícího klienta v domácím prostředí je pro tyto sestry velmi náročná. Nejdůležitějším cílem pečujících je uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb klienta, správné poskytování paliativní péče a zachování kvality života klienta. Sestry pracují metodou ošetřovatelského procesu a jeho prostřednictvím realizují hlavní cíle ošetřovatelství, jimiž jsou udržení a podpora zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, mírnění utrpení nevléčitelně nemocného, zajištění klidného a důstojného umírání a smrti. Ideálním místem, kde lze komplexně uspokojovat potřeby umírajících a jejich doprovázejících kromě domova, jsou hospice, kterých u nás v posledních letech vzniklo již několik. Ošetřovatelská péče zde zahrnuje všechny ošetřovatelské výkony. Práce v tomto zařízení vyžaduje od sester a ostatních zdravotnických pracovníků vysokou odbornost, samostatnost, psychickou a fyzickou odolnost a hlubokou míru empatie a tolerance. Samozřejmě práce sester v hospicích přináší i určitá úskalí, hospicové sestry jsou každodenně konfrontovány se smrtí a tak není divu, že častým důsledkem jejich práce je stres. Protože ale není možné, aby všichni naši nevléčitelně nemocní a staří lidé umírali v hospicích, je právě na sestřích pracujících v domácí péči, aby se snažili myšlenky hospicové péče přenášet a uskutečňovat na všech místech, kde umírají lidé (16, 24, 26, 37).

Paliativní péče je zaměřena na uspokojování individuálních potřeb nemocných a jejich rodinných příslušníků. Tuto péči poskytují sestry celých 24 hodin denně. Má-li být ošetřovatelský proces efektivní, je jednou z podmínek navázání partnerského vztahu s nemocným. Sestra v takovém případě do ošetřovatelského procesu přináší svou specializovanou znalost, klient přináší svou znalost sebe, svých problémů, pochopení



své situace. Na základě důvěry nemocného a vhodného profesionálního přístupu sestry může probíhat dynamický ošetrovatelský proces, jehož cílem je vždy uspokojení potřeb pacienta. V paliativní medicíně je však velmi nutný přístup holistický, proto je nutné co nejlépe nastolit rovnováhu mezi léčbou a péčí. Toho lze však docílit pouze spoluprací celého multidisciplinárního týmu. Dobře koordinovaná péče pak zajišťuje prostředí pro paliativní léčbu (4).

Sestra domácí péče musí být schopna provést veškeré standardní výkony své profese preventivního i léčebného charakteru. Hledisko sterility se samozřejmě uplatňuje při jakékoli parenterální aplikaci léčiv nebo při ošetřování pooperačních ran hojících se per primam. Rány schopné primárního hojení většinou sestru domácí péče příliš nezaměstnávají, nejsou ošetrovatelským problémem. Hlavním ošetrovatelským problémem je ošetřování chronických ran, jako jsou bércové vředy, diabetické vředy, sekundárně se hojící posttraumatické a pooperační hojení rány, dekubity či exulcerované nádory. Ošetřování v domácnosti má obrovskou výhodu a to takovou, že zde není riziko nozokomiálních infekcí (30).

Domácí ošetrovatelská péče je také specifická tím, že pacient je ve svém prostředí, a snáze tak podlehně svým starým návykům, není pod stálým dohledem a mnohdy ani rodina zcela nechápe důsledky správné životosprávy. Správná výživa zvyšuje obranyschopnost organismu, a tím přispívá k lepšímu uzdravování, hojení ran, ale i ke zlepšování hybnosti. Sestry samozřejmě sledují u svých klientů hydrataci, neustále edukují jak klienta, tak i rodinu o její nezbytnosti. Proto sestra pracující v domácí péči musí klást velký důraz na správnou výživu, která je velmi důležitá nejen pro zdravého člověka, ale zvláště při nemoci a ve stáří (3).

#### *1.5.7 Náplň práce sestry pracující v ordinaci praktického lékaře*

Práce sestry v ordinaci praktického lékaře má svá specifika. Už samotný výběr sestry je pro lékaře velice důležitý krok. Je potřeba, aby se jeden na druhého mohl spolehnout, rozumět si a najít společnou strategii v péči o pacienty. Ideální sestra v ordinaci praktického lékaře je vysoce vzdělanou profesionálkou, která zvládá s přehledem a spolehlivě náročné situace a problémy, přináší a usiluje o vyšší kvalitu

praxe, nemá komunikační problémy s pacienty a je loajální ke svému lékaři. Dobrá sestra je tou nejlepší vizitkou dobrého praktického lékaře (27).

Sestra musí ovládat i samu sebe. Důraz se klade na ohleduplný, citlivý a šetrný přístup. Sestra vystupuje klidně, trpělivě, ovládá se a nebere věci osobně. Musí umět se vcítit do pacienta, tzn. být schopna empatie. Projevy nemocného musí umět chápat v souvislosti s jeho utrpením a starostmi, působit povzbudivě, důvěryhodně, nenechat se vyprovokovat, být zdrženlivá a trpělivá. Nedílnou součástí je také umět respektovat občanskou důstojnost nemocných a zachovávat společenská pravidla (2).

Požadavky na vzdělání sestry pracující u praktického lékaře se zásadně změnilo. Dříve mohla v ordinaci pracovat sestra s odpovídajícím vzděláním, tzn. absolventka střední zdravotnické školy se splněnou praxí u lůžka. Od 1. 4. 2004 nabyt účinnosti 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). Sestra pracující v ordinaci praktického lékaře musí splňovat zákonem dané podmínky. Musí mít „Osvědčení o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“, které je potřebné k uzavření smlouvy s pojišťovny a k nasmlouvání výkonů sestry v domácím prostředí pacienta (47).

Práce sestry v ordinaci praktického lékaře je velmi specifická a rozmanitá a rozsah pracovních činností je velmi široký. Sestra musí být zejména dobrou sestrou, ale i ošetřovatelkou, psycholožkou, administrativní pracovnící, spolupracovnící lékaře, sekretářkou, uklízečkou atd. Na ní většinou záleží, jak se pacienti v dané ordinaci cítí, zda je tam přátelská a vstřícná atmosféra, důvěra či příjemné prostředí. Osobnost sestry je klíčová pro image lékařské praxe. Sestra je první, s kým se pacient při návštěvě praktického lékaře setkává. Na ní především záleží, zda pacient odchází s pocitem, že o něj bylo dobře postaráno, že nebyl na obtíž a že jeho zdravotní obtíže nebyly zlehčovány. V povolání zdravotní sestry je velice důležitý vztah mezi sestrou a pacientem. Nemocný člověk čeká, že bude víc než jen jedním z mnoha. Chce cítit, že je o něj zájem, čeká na osobní vztah, na pozornost či na úsměv. Potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný, mít pocit, že není na obtíž (14).

Náplň práce sestry pracující v ordinaci praktického lékaře se liší v mnoha směrech s náplně práce sestry v nemocničním zařízení. Ordinační doba je průměrně 25 hodin týdně. Mimo tuto dobu jsou prováděny odběry krve a biologického materiálu a další výkony sestry. Po skončení ordinačních hodin většinou nastává čas pro administrativní výkony a návštěvní službu lékaře a sestry. Objednací systém se nedá většinou dodržet v plném rozsahu zejména pro otevřený přístup akutních pacientů. Plánovat si lze většinou preventivní prohlídky (2).

#### *1.5.8 Náplň práce sestry pracující v Agentuře Domácí péče*

Poskytování komplexní domácí péče pacientům má v systému primární péče své nezastupitelné místo. Jedním z důvodů je, že domácí prostředí představuje pro pacienta útočiště, které sdílí se svou rodinou. Neméně důležitým faktorem je také vliv domácího prostředí na psychiku našich pacientů. Dnes možná více než jindy nelze opominout finanční náklady na domácí péči, které jsou samozřejmě nižší než na lůžkách ve zdravotnických zařízeních (6).

Vzhledem k tomu, že ošetrovatelská péče v domácnostech vyžaduje zdravotní sestru s vysokou kompetencí, ale i odpovědností, musí mít sestry pracující v domácí péči odpovídající nástavbové studium nebo vysokoškolské vzdělání. Sestry v terénu nejsou vedeny lékařem, tak jak je tomu v nemocnici či v ordinaci praktického lékaře, proto je prvním předpokladem pro práci v terénu profesní zdatnost. Sestry pracující v Agenturách domácí péče musí neustále obhajovat své kompetence na bázi kontinuálního vzdělávání. Je to základní podmínka jejich zvyšování úrovně kvality komplexní péče. Pro sestru to znamená především dobré komunikační dovednosti, odborné znalosti, rychlost, iniciativu a samostatnost. Druhým předpokladem sestry domácí péče je dobrá pracovní morálka - spolehlivost, pracovitost, poctivost, důvěryhodnost, ochotu udělat maximum pro pacienta v souladu s požadavky. Třetím předpokladem pro sestru v domácí péči jsou povahové vlastnosti, jako je empatie, nepodléhání negativním náladám a nekonfliktní jednání (6, 21).

Náplň práce sestry pracující v Agentuře Domácí péče zahrnuje především návštěvní službu u pacientů ve vlastním sociálním prostředí. Zejména u těch jedinců, kteří nejsou schopni dostavit se do ordinace k ošetření, k odběrům krve, vzhledem

ke svému zhoršenému zdravotnímu stavu. Zejména sleduje rodinné prostředí, ve kterém se pacient nachází a hodnotí jeho soběstačnost. Dále do jejích činností patří odběry biologického materiálu, aplikuje léčebné přípravky, provádí ošetřování ran po operacích nebo ošetřování chronických ran. Napomáhá lepší komunikaci mezi rodinnými příslušníky. Umí poradit s ošetřováním, s možností rehabilitace, s prevencí dekubitů u imobilních jedinců. Aktivně komunikuje s pacientem a jeho rodinou a svým empatickým přístupem odkrývá možné skryté příčiny zhoršení zdravotního stavu u pacienta. Dodává pacientům pocitu sebejistoty, posiluje jejich zodpovědnost, respektuje jejich osobnost. Sleduje a vyhodnocuje fyziologické funkce u pacientů, sbírá anamnestická data, sleduje úroveň soběstačnosti pacientů a vyhledává rizikové faktory. V neposlední řadě hodnotí sociální situaci pacienta a poskytuje informace o možnostech sociální pomoci finanční nebo v rámci domácí péče (2).

Poskytování komplexní domácí péče pacientům má v systému primární péče své nezastupitelné místo. Jedním z hlavních důvodů je, že domácí prostředí představuje pro pacienta útočiště, které sdílí se svou rodinou. V české republice se bohužel u řady praktických lékařů setkáváme s nepochopením pro indikaci domácí péče. Hlavním argumentem ze strany lékařů, proč nedávají pacienta do domácí péče je, že jim tato péče spadá ze strany zdravotní pojišťovny do sledovaných nákladů, což se vždy nezakládá na pravdě. Možnost regulace ze strany pojišťoven se však nevztahuje na vyžádanou péči, tzn. na ordinaci domácí péče. Pro mnohé je však pohodlnější raději svým pacientům domácí péči vůbec neordinovat. Může to být také hlavně tím, že informovanost některých lékařů je stále malá a tím se pacienti automaticky odesílají do léčeben pro dlouhodobě nemocné nebo do domovů důchodců, kde především strádají hlavně psychicky a brzy umírají. Situaci negativně ovlivňuje také fakt, že funkce rodinného lékaře, která je běžná v zemích EU, není v naší republice natolik rozvinuta, jak by bylo potřebné. Důležité je zviditelnit agentury domácí péče a tím i prospěšnost péče pro pacienty samostatné a jejich rodiny (1, 6, 17).

Sestry pracující v Agenturách domácí péče, které jsou členkami asociace domácí péče ČR při Národním centru domácí péče ČR, se neustále vzdělávají. Absolvují různé víkendové semináře, kde na těchto školeních jsou seznamovány s novinkami v ošetřování, s novými pomůckami a léky, které budou na trhu a také vzájemným

předáváním zkušeností z léčebných postupů. Sestry registrované u Národního centra domácí péče musí každé dva roky obhajovat certifikát kvality, který centrum vydává (1).

#### *1.5.9 Náplň práce sestry samostatně výdělečně činné*

Ze zdravotnických činností se velmi uplatňují nejen ve světě, ale již i u nás právě sestry samostatně výdělečně činné. Tradičně mají k lidem velmi blízko, mají důvěru, pracují samostatně a finančně se každému státu vyplatí. Obecně jsou nazývány komunitními sestrami, i když v různých zemích mohou nést i jiné názvy, např. sestra pro veřejné zdravotnictví, sestra pro návštěvní službu, sestra pro domácí péči, školní sestra, sestra pro zdravotní výchovu a v poslední době je velmi preferovaná rodinná sestra. Všechny tyto sestry pracují ve státním zájmu samostatně v terénu jako součást veřejného zdravotnictví a jsou za svou práci, která je společností velmi ceněna, odměňovány z veřejných prostředků. Samozřejmě jsou pro tuto práci v různých specializačních formách studia systematicky připravovány (31).

Sociální práce zdravotnictví má u nás svou tradici, charakter práce se však mění. Zatímco dříve šlo o práci spíše administrativní, nyní se sociální práce ve zdravotnictví zaměřuje na podporu klienta a jeho rodiny. Jako příklad může posloužit klient v krizi, krátce po úmrtí blízkého člověka. V akutní krizi sociální pracovník nemůže aplikovat pomoc, protože je klient bezradný, neví, co má zařizovat, kam se obrátit. Potřebuje vedení. Tato krize však rychle odezní, a pak je na místě kontrolu zaměnit za pomoc. Sociální pracovník může takového klienta podporovat ve třech úrovních. Nejprve mu nabídne emocionální podporu a verbalizuje jeho pocity. Dále následuje podpora kognitivní, kdy sociální pracovník jako profesionál má přehled o možných druzích a formách pomoci, takže se může stát koordinátorem péče o klienta. Poté může konečně nabídnout i pomoc praktickou, kdy může za handicapovaného klienta vyřídit pochůzky po institucích či být nápomocen i jinak (22).

Důležitou podmínkou pro činnost pracovníka pro sociální komunikaci je motivace a sociální citění. Jeho náplní je především sociální komunikace s klientem, jejímž cílem je navození duševní pohody klienta. Do pracovní náplně patří dále doprovod klienta při zdravotních procházkách nebo k léčebným procedurám, zprostředkování

komunikace mezi klientem a vnějším světem, pomoc při psychické přípravě klienta na plánované léčebné procedury, pomoc při drobných hygienických nebo kosmetických úkonech na klientovu žádost, součástí práce jsou také různé individuální či skupinové výchovné činnosti (11).

#### *1.5.10 Náplň práce porodní asistentky samostatně výdělečně činné*

Porodní asistentky, které pracují mimo ústavní péči a v současné době pracují v privátní oblasti, se zabývají zejména péčí o těhotné ženy, provádí předporodní přípravu, cvičení s těhotnými ženami, či poskytují návštěvní službu. Porodní asistentky pracující v terénu jsou specialistky na všechny problémy, které ženy trápí a jejich děti v šestinedělí. Komplexní péče porodních asistentek v domácím prostředí bezprostředně navazuje na péči nemocniční a poskytuje profesionální zdravotní služby, které se snaží zajistit včasnou odbornou pomoc. Dostupnost péče porodních asistentek je velmi nerovnoměrná a je spíše soustředěná do větších měst (5).

Zdraví ženy je determinováno specifickými faktory, které jsou vzájemně propojené a ovlivňované. Tyto faktory mají biologický, psychologický, sociální a spirituální aspekt. Péče o ženu porodními asistentkami je dána především reprodukční funkcí (7).

Hlavním úkolem práce porodní asistentky v komunitě je poskytovat specifickou péči o reprodukční zdraví ženy během všech období jejího života. Porodní asistentka pro komunitní péči vykonává takové činnosti při poskytování primární péče, které jsou preventivně zaměřené na ošetrovatelskou péči o ženy, novorozence a jejich rodiny a o skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí. Pracuje bez odborného dohledu a bez indikace, tzn. že 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 tak s odpovědnými orgány. Dále identifikuje problémy a stanovuje adekvátní plán pro ošetrovatelskou péči k jejich uspokojení. Provádí poradenskou činnost v oblasti reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství, sexuálně přenosných chorob, epidemiologické ochrany a sexuálního zneužívání. Také si všímá možného vzniku onemocnění, zneužívání a dalších těžkostí, které se mohou vyskytnout v životě ženy. V neposlední řadě se porodní asistentka podílí na vytváření

bezpečného a vhodného prostředí, eliminuje existující rizika z hlediska reprodukčního zdraví, zdraví žen a novorozenců. Zajišťuje cílené preventivní programy, včetně zajištění screeningu. Bez odborného dohledu na základě indikace lékařem se specializací v oboru gynekologie a porodnictví provádí ultrazvukové vyšetření plodu (5).

## **2. Cíl práce, hypotézy a výzkumná otázka**

### **2.1 Cíle**

Cíl 1: Zjistit, zda zdravotníci spatřují deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče

Cíl 2: Zjistit, jaký je pohled zdravotníků na potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství v ČR

### **2.2 Výzkumná otázka**

Jaký je pohled zástupců zdravotnických pojišťoven na potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství v ČR?

### **2.3 Hypotézy**

Hypotéza 1: Sestry pracující mimo nemocniční zařízení spatřují nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče v chybění zajištění v návaznosti poskytované péče

Hypotéza 2: Sestry pracující v nemocničním zařízení spatřují nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče v nezájmu veřejnosti pečovat o své zdraví

Hypotéza 3: Pohled zdravotníků na potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství v ČR je kladný



### **3. Metodické postupy**

#### ***3.1 Metodika práce***

V rámci kvantitativního šetření byla zvolena technika dotazníku na základě stratifikovaného výběru, tvořeného otázkami zaměřenými pro sestry. Tento dotazník obsahoval 45 otázek, které byly zaměřené na zjištění názoru a pohledu zdravotníků na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství v ČR, problematiku současného zdravotnictví ČR, poskytování ošetřovatelské péče lidem v jednotlivých věkových kategoriích apod. Tyto dotazníky byly rozdány a pomocí internetového programu Dokumenty Google rozeslány sestřám na e-mailové adresy, které byly vyhledány pomocí internetového vyhledavače Seznam.cz přes odkaz Firmy. Zde byly osloveny ve stejném množství s průvodním dopisem v dotazníku nemocnice, Agentury domácí péče, sestry samostatně výdělečně činné a ordinace praktických lékařů s prosbou o předání dotazníků svým sestřám. Jejich odpovědi byly pomocí tohoto programu zcela anonymní. Program Dokumenty Google byl zvolen z důvodu časové nenáročnosti a vysokého získání množství dat. Poté byla získaná data zpracována v programu SPSS verze 16.0.

V rámci kvalitativního šetření jsem zvolila metodu dotazování pro zaměstnance zdravotnických pojišťoven. Byl vytvořen strukturovaný rozhovor (viz. příloha). Otázky byly zaměřené na problematiku zdravotnictví v ČR, jejich názor na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství, s tím související její organizace a financování a dále otázky, zaměřené na návštěvní službu v domácím prostředí klienta a uzavírání smluv zdravotnických pojišťoven o poskytování těchto služeb.

### ***3.2 Charakteristika souboru šetření***

Soubor kvantitativního šetření tvořilo 504 sester pracujících u praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, praktického zubního lékaře, praktického ženského lékaře, v nemocničních zařízeních, agenturách domácí péče a pro samostatně výdělečně činné sestry v ČR. Celková návratnost od sester byla 504 dotazníků (100 %).

V rámci kvalitativního šetření byla metoda dotazování uskutečněna se 3 zaměstnanci zdravotnických pojišťoven.

#### 4. Výsledky

**Tabulka 1 – Věková struktura respondentů** (k otázce 1 - dotazník pro sestry)

Věková struktura respondentů		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18 – 25 let	80	15,9	15,9	15,9
	26 – 30 let	77	15,3	15,3	31,2
	31 – 40 let	143	28,4	28,4	59,5
	41 – 50 let	130	25,8	25,8	85,3
	51 – 60 let	47	9,3	9,3	94,6
	61 a více let	27	5,3	5,3	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z celkového počtu 504 (100 %) byla nejčetněji zastoupena věková kategorie od 31 - 40 let, 143 sester (28,4 %) a dále věková kategorie 41 – 50 let, 130 sester (25,8 %). Nejméně byla zastoupena věková kategorie 61 a více let, což bylo 27 sester (5,3 %).

**Tabulka 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (k otázce 2 - dotazník pro sestry)**

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SZŠ	214	42,5	42,5	42,5
	VZŠ	54	10,8	10,8	52,0
	VŠ – Bc.	129	25,6	25,6	77,6
	VŠ – Mgr.	42	8,2	8,2	87,1
	specializace	65	12,9	12,9	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Nejvíce sester vystudovalo Střední zdravotnickou školu a to 214 sester (42,5%). Dále 129 sester (25,6 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání bakalářského studia a specializaci si v rámci dalšího studia dodělalo 65 sester (12,9 %). Nejméně sester vystudovalo Vyšší zdravotnickou školu a to 54 sester (10,8 %) a vysokou školu magisterského studia, 42 sester (8,2 %).

**Tabulka 3 – Délka praxe ve zdravotnictví (k otázce 3 - dotazník pro sestry)**

Délka praxe sester ve zdravotnictví		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	do 1 roku	40	7,9	7,9	7,9
	2 – 5 let	60	11,9	11,9	19,8
	6 – 10 let	45	8,9	8,9	28,8
	11 – 15 let	93	18,5	18,5	47,2
	16 – 20 let	64	12,7	12,7	59,9
	21 – 25 let	50	9,9	9,9	69,8
	26 – 30 let	61	12,1	12,1	81,9
	31 a více	91	18,1	18,1	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Nejdélejší praxi ve zdravotnictví 11 – 15 let vykonalo 93 sester (18,5 %), 31 a více let vykonalo 91 sester (18,1 %), 16 – 20 let vykonalo celkem 64 sester (12,7 %), 26 – 30 let vykonalo 61 sester (12,1 %). Nejméně zastoupeni jsou sestry do 1 roku, 40 sester (7,9 %).

**Tabulka 4 – Registrace sester** (k otázce 4 - dotazník pro sestry)

Registrace sester		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	402	79,8	79,8	79,8
	ne	102	20,2	20,2	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu získalo z celkového počtu 504 sester (100 %), 402 sester (79,8 %) a 102 sester (20,2 %) ji nemá.

**Tabulka 5 – Kraje respondentů (k otázce 5 - dotazník pro sestry)**

Kraje respondentů		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jihočeský	48	9,5	9,5	9,5
	Jihomoravský	46	9,1	9,1	18,7
	Karlovarský	24	4,8	4,8	23,4
	Královehradecký	37	7,3	7,3	30,8
	Liberecký	29	5,8	5,8	36,5
	Moravskoslezský	29	5,8	5,8	42,3
	Olomoucký	31	6,2	6,2	48,4
	Pardubický	37	7,3	7,3	55,8
	Plzeňský	31	6,2	6,2	61,9
	Praha	38	7,5	7,5	69,4
	Středočeský	50	9,9	9,9	79,4
	Vysočina	30	6,0	6,0	85,3
	Ústecký	38	7,5	7,5	92,9
	Zlínský	36	7,1	7,1	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Kvantitativního šetření se z 13 krajů a Prahy zúčastnilo nejvíce 50 sester (9,9 %) ze středočeského kraje a nejméně 29 sester (5,8 %) z Libereckého kraje a 29 sester (5,8 %) z kraje moravskoslezského. Z každého kraje a Prahy byl osloven stejný počet sester, proto jsou výsledky velice podobné.

**Tabulka 6 – Typ zdravotnického zařízení respondentů (k otázce 6 - dotazník pro sestry)**

Typ zdravotnického zařízení respondentů		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	AMB praktického lékaře pro dospělé	58	11,5	11,5	11,5
	AMB praktického lékaře pro děti a dorost	57	11,3	11,3	22,8
	AMB praktického zubního lékaře	56	11,1	11,1	33,9
	AMB praktického ženského lékaře	45	8,9	8,9	42,9
	nemocnice	263	52,2	52,2	95,0
	Agentura domácí péče	20	4,0	4,0	99,0
	sestra samostatně výdělečně činná	5	1,0	1,0	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z celkového počtu 504 sester (100 %) se kvantitativního šetření z jednotlivých zdravotnických pracovišť z ČR nejvíce zúčastnilo 263 sester (52,2 %) pracujících v nemocnicích ČR. Sester pracujících v ambulanci praktického lékaře pro dospělé bylo 58 (11,5 %), sester pracujících v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost bylo 57 (11,3 %), sester pracujících v ambulanci zubního lékaře bylo 56 (11,1 %) a sester pracujících v ambulanci ženského lékaře bylo 45 (8,9 %) z ČR. Z Agentur domácí péče zodpovědělo 20 sester (4,0 %) z ČR. Nejméně zodpovědělo sester, které jsou samostatně výdělečně činné, jich bylo pouze 5 (1,0 %) z ČR.



**Tabulka 7 – Vykonávající funkce respondentů ve zdravotnických zařízeních**  
(k otázce 7 - dotazník pro sestry)

Vykonávající funkce sester ve zdravotnických zařízeních		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vrchní sestra	15	3,0	3,0	3,0
	staniční sestra	6	1,1	1,1	4,2
	vedoucí směny	2	,4	,4	4,6
	sestra pracující u lůžka	265	52,6	52,6	57,1
	ambulantní sestra	215	42,7	42,7	99,8
	ostatní	1	,2	,2	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Nejčtenější funkce sester z jednotlivých zdravotnických pracovišť v ČR, které se zúčastnily kvantitativního šetření, bylo 265 sester pracujících u lůžka (85,4 %), 215 sester pracujících v ambulanci praktického lékaře (42,7 %), dále 15 vrchních sester (3,0 %), 6 staničních sester (1,1 %) a 2 sestry vedoucí směny (0,4 %). Na kvantitativním šetření se podílela 1 majitelka Agentury domácí péče (0,2 %).

**Tabulka 8 – Zájem respondentů o problematiku zdravotnictví v ČR**  
(k otázce 8 - dotazník pro sestry)

Zájem sester o problematiku zdravotnictví v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	485	95,9	95,9	93,7
	ne	19	4,1	4,1	95,8
	Total	504	100,0	100,0	

Z celkového počtu 504 tázaných sester se o problematiku současného zdravotnictví v České republice zajímá 485 sester (95,9 %) a ostatních 19 sester (4,1 %) uvedlo, že se nezajímají o současnou problematiku zdravotnictví.

**Tabulka 9 – Pozitivní věci v systému zdravotnictví ČR dle respondentů**  
(k otázce 9 - dotazník pro sestry)

Pozitivní věci v systému zdravotnictví ČR dle respondentů		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dostatek financí v resortu zdravotnictví	2	,4	,4	,4
	dobré hospodaření s financemi	5	1,0	1,0	1,4
	v řízení zdravotnictví	30	6,0	6,0	7,3
	regulační poplatky ve zdravotnictví	108	21,4	21,4	28,8
	snadná dostupnost zdravotnické péče	90	17,9	17,9	46,6
	dobrá informovanost ZP o novinkách	56	11,1	11,1	57,7
	kvalifikovaná péče ve zdravotnictví	74	14,7	14,7	72,4
	kvalitní vzdělání zdravotníků	59	11,7	11,7	84,1
	zájem veřejnosti pečovat o své zdraví	36	7,1	7,1	91,3
	žádné	44	8,7	8,7	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Za nejvíce pozitivní věc v systému zdravotnictví ČR spatřuje 108 sester (21,4 %) nově zavedené regulační poplatky ve zdravotnictví. Dále 90 sester (17,9 %) kladně hodnotí snadnou dostupnost zdravotnické péče, 74 sester (14,7 %) pozitivně hodnotí kvalitní péči ve zdravotnictví a 59 sester (11,7 %) kvalitní vzdělání zdravotníků. Nejméně za pozitivní věc spatřuje 5 sester (1,0 %) dobré hospodaření s financemi a 2 sestry (0,4 %) dostatek financí v resortu zdravotnictví.

**Tabulka 10 – Nejzávažnější problémy současného zdravotnictví v ČR dle respondentů (k otázce 10 - dotazník pro sestry)**

Nejzávažnější problémy současného zdravotnictví v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumul. Percent
Valid	nedostatek financí v resortu zdravot.	60	11,9	11,9	11,9
	dostatek financí, ale špatné hospodaření	64	12,7	12,7	24,6
	v řízení zdravotnictví	141	28,0	28,0	52,6
	system zdravotnického pojištění	74	14,7	14,7	67,3
	chybí zajištění v návaznosti poskytované péče	51	10,1	10,1	77,4
	nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví	13	2,6	2,6	80,0
	problematika dostupnosti zdravotní péče	4	,8	,8	80,8
	nedostatek času pro klienty	55	10,9	10,9	91,7
	poměrně nízké kvalitní vzdělání zdravotníků	4	,8	,8	92,5
	špatná komunikace vedení nem. s podřízenými	38	7,5	7,5	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Nejzávažnější problém v současném zdravotnictví v ČR spatřuje 141 sester (28,0 %) v řízení zdravotnictví. Dále 64 sester (12,7 %) spatřuje problém ve špatném hospodaření financí a 60 sester (11,9 %) v nedostatku financí v resortu zdravotnictví. Za nejméně závažný problém spatřují 4 sestry (0,8 %) problematiku dostupnosti zdravotní péče a 4 sestry (0,8 %) poměrně nízké kvalitní vzdělání zdravotníků.

**Tabulka 11 – Názor respondentů na nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče (k otázce 11 - dotazník pro sestry)**

Nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	chybí zajištění v návaznosti poskyt. péče	62	12,3	12,3	12,3
	nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví	111	22,0	22,0	34,3
	nedostatek následné péče	101	20,0	20,0	54,4
	nedostatečná kvalita poskyt. zdrav. péče	45	8,9	8,9	63,3
	problematika dostupnosti zdravotní péče	12	2,4	2,4	65,7
	poradenství o životním stylu	12	2,4	2,4	68,1
	informace o mikroklim. podmínkách pracov.	9	1,8	1,8	69,8
	pravidelné preventivní prohlídky	44	8,7	8,7	78,6
	edukace klienta	40	7,9	7,9	86,5
	výchova klienta ke zdraví	50	9,9	9,9	96,4
	nevím	18	3,7	3,7	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Za nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče, který z šetření vyplynul, byl nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví a odpovědělo na něj 111 sester (22,0 %). Dále 101 sester (20,0 %) uvedlo za nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče, nedostatek následné péče. Ostatní odpovědi dotazovaných byly velice shodné. Nejméně odpovědělo 9 sester (1,8 %), které za nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče upřednostňují nedostatek informací o mikroklimatických podmínkách pracovníka.

**Tabulka 12 – Pojem komunitní ošetrovatelská péče dle respondentů**  
(k otázce 12 - dotazník pro sestry)

Pojem komunitní ošetrovatelská péče		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	péče o zdraví populace v terénu	147	29,2	29,2	29,2
	zdrav. a sociál. péče o komunity obyvatel	98	19,4	19,4	48,6
	péče o určitou skupinu (komunitu)	87	17,3	17,3	65,9
	péče o klienty v domácím prostředí	82	16,3	16,3	82,1
	sestra pracující pouze v terénu	50	9,9	9,9	92,1
	rodinná sestra	14	2,8	2,8	94,8
	Nevím	22	4,3	4,3	99,2
	Ostatní	4	,8	,8	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

147 sester (29,2 %) si pod pojmem komunitní ošetrovatelská péče představí péči o zdraví populace v terénu, 98 sester (19,4 %) zdravotní a sociální péči o komunity obyvatel a 87 sester (17,3 %) péči o určitou skupinu obyvatel (komunitu). Dále 14 sester (2,8 %) si pod tímto pojmem představí rodinnou sestru. Pojem komunitní ošetrovatelská péče nedokázalo určit a definovat 22 sester (4,4 %). Ostatní 4 sestry (0,8 %) doplnily, že komunitní ošetrovatelská péče je péče i v nemocnici.

**Tabulka 13 – Existence komunitní ošetrovatelské péče v ČR dle respondentů**  
(k otázce 13 - dotazník pro sestry)

Existence komunitní ošetrovatelské péče v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	234	46,4	46,4	46,4
	ne	202	40,1	40,1	86,5
	nevím	68	13,5	13,5	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

234 sester (46,4 %) uvedlo, že u nás v ČR tento typ komunitní ošetrovatelské péče existuje a 202 sester (40,1 %) si myslí, že u nás stále ještě neexistuje. Zbýlých 68 sester (13,5 %) nevěděly, zda tento typ komunitní ošetrovatelské péče u nás v ČR již existuje.

**Tabulka 14 – Existence komunitní ošetrovatelské péče v zahraničí dle respondentů** (k otázce 14 - dotazník pro sestry)

Existence komunitní ošetrovatelské péče v zahraničí		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	379	75,2	75,2	75,2
	ne	97	19,2	19,2	94,4
	nevím	15	3,0	3,0	97,0
	ostatní	13	2,6	2,6	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Celkem 379 sester (75,2 %) je názoru, že existuje komunitní ošetrovatelská péče v zahraničí a 97 sester (19,2 %) si myslí, že neexistuje v zahraničí a 15 sester (3,0 %) nevědělo. Ostatních 13 sester (2,6 %) se k této otázce vyjádřilo tak, že komunitní ošetrovatelská péče v zahraničí existuje a obdobně doplnily, že je velice úspěšná a pro pacienty zcela výhodná.



**Tabulka 15 – Názor respondentů na určení oblastí komunitní ošetrovatelské péče**  
(k otázce 15 - dotazník pro sestry)

Názor respondentů na určení oblastí komunitní ošetrovatelské péče		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	péče o dítě	17	3,4	3,4	3,4
	péče o rodinu	62	12,3	12,3	15,7
	péče o seniory	64	12,7	12,7	28,4
	péče o chronicky nemocné	113	22,4	22,4	50,8
	péče o nevyлéčitelně nemocné	63	12,5	12,5	63,3
	péče o těhotné ženy	17	3,4	3,4	66,7
	péče o psychicky nemocné	8	1,6	1,6	68,3
	péče o umírající	22	4,4	4,4	72,6
	péče o ohrožené skupiny	101	20,0	20,0	92,7
	péče o minority	9	1,8	1,8	94,4
	péče o terminálně nemocné	13	2,6	2,6	97,0
	nevím	11	2,1	2,1	97,8
	žádná z uvedených možností	2	,4	,4	97,4
	ostatní	2	,4	,4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z celkového počtu 504 sester (100 %) si 113 sester (22,4 %) myslí, že komunitní ošetrovatelská péče je určena pro chronicky nemocné a 101 sester o ohrožené skupiny. Nejméně odpovědělo 9 sester, které si myslí, že komunitní ošetrovatelská péče je určena pro minority a 8 sester (1,6 %) uvedlo, že je určena pro psychicky nemocné. 1 sestra (0,4 %) je názoru, že každá skupina potřebuje komunitní ošetrovatelskou péči a dle další

sestry (0,4 %) potřebují ošetrovatelskou péči také všechny tyto skupiny, ale zdůraznila potřebu ošetrovatelské péče v přirozeném prostředí a to hlavně v domácím.

**Tabulka 16 – Názor respondentů na potřebnost rozvoje komunitní ošetrovatelské péče v jednotlivých oblastech (k otázce 16 - dotazník pro sestry)**

Názor respondentů na potřebnost rozvoje komunitní ošetrovatelské péče v jednotlivých oblastech		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	péče o dítě	8	1,6	1,6	1,6
	péče o děti ve škole	28	5,6	5,6	7,1
	péče o rodinu	55	10,9	9,1	16,3
	péče o těhotné ženy	10	2,0	2,0	18,3
	péče o psychicky nemocné	31	6,2	6,2	24,4
	péče o chronicky nemocné	46	9,1	13,3	37,7
	péče o seniory	59	11,7	11,7	49,4
	péče o terminálně nemocné	67	13,3	10,9	60,3
	péče o umírající	46	9,1	9,1	69,4
	péče o minority	19	3,8	3,8	73,2
	péče o ohrožené skupiny obyvatel	6	1,2	1,2	74,4
	péče v oblasti prevence pracovních rizik	13	2,6	2,6	77,0
	domácí péče	42	8,1	8,1	85,3
	návštěvní péče pro děti	13	2,6	2,6	87,9
	samostatně ošetrovatelské jednotky	5	1,0	1,0	88,9
	zdravotní výchova u dětí	8	1,6	1,6	90,5
	edukační centra v rámci zdrav. Výchovy	9	1,8	1,8	92,3
	návštěvní služby pro matky	22	4,4	4,4	96,6
	nevím	17	3,4	3,4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

67 sester (13,3 %) jsou názoru, že by bylo třeba nejvíce rozvinout komunitní ošetrovatelskou péči o terminálně nemocné, dále 59 sester (11,7 %) o seniory a 55 sester (10,9 %) o rodinu. Nejméně odpovědělo 8 sester (1,6 %), které si myslí, že je důležité rozvinout komunitní ošetrovatelskou péči v ČR o dítě a stejný počet sester uvedlo zdravotní výchovu u dětí. 6 sester jsou názoru péče o ohrožené skupiny obyvatel a nejméně sester by komunitní ošetrovatelskou péči v ČR rozvinuly v oblasti samostatné ošetrovatelské jednotky. Ostatních 17 sester (3,4 %) odpovědělo, že neví.

**Tabulka 17 – Přínos komunitní ošetrovatelské péče při jeho začlenění do zdravotnického systému dle respondentů (k otázce 17 - dotazník pro sestry)**

Přínos komunitní ošetrovatelské péče při jeho začlenění do zdravotnického systému dle respondentů		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	efektivní financování	25	5,0	5,0	5,0
	znalost klientova sociálního prostředí	51	10,1	10,1	15,1
	zlepšení zdravotní výchovy	18	3,6	3,6	18,7
	zefektivnění poskytované péče	49	9,7	9,7	28,4
	podpora dostupnosti péče	24	4,8	4,8	33,1
	zvýšení autonomie sester	11	2,2	2,2	35,3
	rozšíření kompetencí sester	49	9,7	9,7	45,0
	vyhledávání rizikových skupin obyvatel	28	5,6	5,6	50,6
	nepřineslo by nic zdravotn. systému	4	,8	,8	51,4
	zajištění návaznosti posk. péče klientům	53	10,3	10,3	61,9
	zvýšená zaměřenost na prevenci onem.	26	5,2	5,2	67,1
	snadnější podpora zdrav. život. prostředí	22	4,4	4,4	71,4
	snadnější vyhodnocení psychosoc. rizik	11	2,2	2,2	73,6
	zkvalitnění péče	32	6,3	6,3	80,0
	znalost klientů	8	1,6	1,6	81,5
	evidence očkování	5	1,0	1,0	82,5
	podpora zdraví	12	2,4	2,4	84,9
	zvýšení zájmu o své zdraví	16	3,2	3,2	88,1
	zvýšení prestiže povolání sester	35	6,9	6,9	95,0
	zkvalitnění péče o zaměstnance	6	1,2	1,2	96,2
	nevím	19	3,8	3,8	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z odpovědí vyplynulo, že za největší přínos do zdravotnického systému ČR by bylo zajištění návaznosti poskytované péče klientům, to uvedlo 53 sester (10,5 %), znalost klientova sociálního prostředí, 52 sester (10,1 %), zefektivnění poskytované péče, 49 sester (9,7 %) a rozšíření kompetencí sester, 49 sester (9,7 %). Nejméně dotazovaných odpovědělo, že přínosem komunitní ošetrovatelské péče do zdravotnického systému ČR by bylo zkvalitnění péče o zaměstnance, 6 sester (1,2 %) a evidence očkování, 5 sester (1,0 %). Tuto otázku nedokázalo zodpovědět 19 sester (3,8 %), a proto uvedly možnost nevím. 4 sestry (0,8 %) si myslí, že začlenění komunitní ošetrovatelské péče nepřineslo žádný přínos zdravotnickému systému ČR.

**Tabulka 18 – Podmínky vykonávání práce komunitní sestry dle respondentů**  
(k otázce 18 - dotazník pro sestry)

Podmínky pro vykonávání práce komunitní sestry		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	středoškolské vzdělání	28	5,6	5,6	5,6
	vyšší vzdělání	48	9,5	9,5	15,1
	vysokoškolské vzdělání	60	11,9	11,9	27,0
	specializace	67	13,3	13,3	40,3
	registrace	129	25,6	25,6	65,9
	praxe ve zdravotnictví	111	22,0	22,0	87,9
	odborná praxe u lůžka	59	11,7	11,7	99,6
	ostatní	2	,4	,4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z výsledků šetření vyplynulo, že hlavní podmínkou vykonávání práce komunitní sestry je její registrace - osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, to uvedlo celkem 129 sester (25,6 %) a její praxe ve zdravotnictví, 111 sester (22,0 %). Nejméně odpovědí 28 sester (5,6 %) uvedlo podmínku středoškolského vzdělání. Ostatní 2 sestry (0,4 %) souhlasily s předchozími možnostmi, ale přesto jim však chyběla důležitá podmínka pro vykonávání práce komunitní sestry a to láska k člověku.

**Tabulka 19 – Organizace činnosti práce komunitní sestry** (k otázce 19 - dotazník pro sestry)

Organizace činnosti práce komunitní sestry		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	krajem	86	17,1	17,1	17,1
	městem	145	28,8	28,8	45,8
	školou	19	3,8	3,8	49,6
	privátní sférou	113	22,4	22,4	72,0
	praktickým lékařem pro děti a dorost	74	14,7	14,7	86,7
	nemocnicí	54	10,7	10,7	97,4
	nevím	13	2,5	2,5	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Činnost sestry by měla být organizována hlavně městem, to uvedlo 145 sester (28,8 %), dále privátní sférou, 113 sester (22,4 %) a krajem, 86 sester (17,1 %). Nejméně by dle těchto výsledků měla být činnost komunitní sestry organizována školou, to uvedlo 19 sester (3,8 %). Na tuto otázku odpovědělo 13 sester (2,6 %), že neví.



**Tabulka č. 20 – Názor respondentů na nutnost potřeby rozvinout komunitní ošetřovatelství v ČR (k otázce 20 - dotazník pro sestry)**

Názor respondentů na nutnost potřeby rozvinout komunitní ošetřovatelství v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	485	96,2	96,2	96,2
	ne	17	3,4	3,4	96,6
	ostatní	2	4	4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z celkového počtu 504 sester (100 %) odpovědělo 485 sester (96,2 %), že je potřebné rozvíjet komunitní ošetřovatelství v ČR a 17 sester (3,4 %) jsou názoru, že komunitní ošetřovatelství v ČR není potřebné rozvíjet. 1 sestra (0,4 %) souhlasila s potřebou rozvoje komunitního ošetřovatelství v ČR a uvedla, že lidé by měli být vedeni k zodpovědnosti za své zdraví a pečovat o něj. Poslední 1 sestra (0,4 %) také souhlasí s potřebou rozvoje komunitního ošetřovatelství. Uvedla příklad využití komunitní ošetřovatelské péče u rodiny pečující o umírajícího, kdy by jim komunitní ošetřovatelská péče vše straně pomohla.

**Tabulka 21 – Názor respondentů na možnost překážek ve vytvoření systému komunitního ošetrovatelství v ČR (k otázce 21 - dotazník pro sestry)**

Názor respondentů na možnost překážek ve vytvoření systému komunitního ošetrovatelství v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	409	81,1	81,1	81,2
	ne	90	17,9	17,9	97,8
	nevím	5	1,0	1,0	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

409 sester (81,1 %) vidí možné překážky ve vytvoření systému komunitní ošetrovatelské péče a 90 sester (17,9 %) žádné překážky nevidí. Ostatních 5 sester (1,0 %) na tuto otázku nevěděly jak odpovědět. Ty, co odpověděly ne, mohly pokračovat otázkou číslo 23.

**Tabulka 22 – Překážky ve vytvoření systému komunitního ošetřovatelství v ČR**  
(k otázce 22 - dotazník pro sestry)

Překážky ve vytvoření systému komunitního ošetřovatelství v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nedůvěra ve schopn.sester ze str.laic.veřej.	14	4,8	4,8	4,8
	nedůvěra ve schopn.sester ze str.odbor.veř	12	4,4	4,4	9,1
	nedostatečné zkušenosti sester	41	10,1	10,1	19,2
	nespolupráce mezi odborníky	27	7,3	7,3	26,6
	neochota ke změnám v syst. péče o zdraví	21	6,2	6,2	32,7
	finanční zátěž	75	16,9	16,9	49,6
	nejasnosti financování	26	7,1	7,1	56,7
	otázka legislativy	46	11,1	11,1	67,9
	nezájem ze strany odborníků	22	4,4	4,4	72,2
	nezájem sester o navýšení kompetencí	10	2,0	2,0	74,2
	nedostupnost vzdělání pro komunitní sestry	2	,4	,4	74,6
	obtížná spolupráce se zdrav. pojišťovnami	66	15,1	15,1	89,7
	překrýv. kompet. sester s kompet. lékaře	25	6,0	6,0	95,6
	součas. nedostatečné vzdělání pro sestry	9	1,6	1,6	97,4
	žádné z uvedených možností	2	,4	,4	97,8
	nevím	6	1,2	1,2	99,0
	ostatní	5	1,0	1,0	100,0
	Total	409	100,0	100,0	

Z celkového počtu 409 sester (100 %) za největší překážku ve vytvoření systému komunitního ošetřovatelství v ČR vidí finanční zátěž, 75 sester (16,9 %), obtížnou spolupráci se zdravotnickými pojišťovnami, 66 sester (15,1 %) a související otázka legislativy, to uvedlo 46 sester (11,1 %). Nejméně odpovědí představovala překážka v nedostupnosti vzdělání pro komunitní sestry, kterou upřednostnily 2 sestry (0,4 %).

6 sester odpovědělo, že neví a další 2 sestry (0,4 %), odpověděly, že žádná z uvedených možností. Dále 5 sester přiznalo, že na tuto otázku nedokážou odpovědět a posoudit ji. Na otázku číslo 22 mohly odpovědět pouze ty dotazované, kteří v předchozí otázce odpověděli, že vidí možné překážky ve vytvoření systému komunitního ošetřovatelství v ČR.

**Tabulka 23 – Náplň komunitní ošetrovatelské péče dle respondentů (k otázce 23 - dotazník pro sestry)**

Náplň komunitní ošetrovatelské péče		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	edukace klienta	13	2,6	2,6	2,6
	výchova klienta ke zdraví	45	8,7	8,7	11,5
	prevence onemocnění	36	7,1	7,1	18,7
	udržování a podpora zdraví	33	6,5	6,5	25,2
	poradenství o životním stylu	27	5,4	5,4	30,6
	zajišť. návaznost na péči dalších odborníků	2	,4	,4	31,0
	zhodnocení rizik prostředí	10	2,0	2,0	32,9
	poskytovat první pomoc	20	4,0	4,0	36,9
	telefonické poradenství	10	2,0	2,0	38,9
	vyhledávat rizikové skupiny jedinců	36	7,1	7,1	46,0
	očkování	15	3,0	3,0	49,0
	hodnocení sociál. prostředí klienta	3	,6	,6	49,6
	preventivní prohlídky	27	5,4	5,4	55,0
	vést ošetrovatelskou dokumentaci	54	10,7	10,7	65,7
	účast na screeningu	87	17,3	17,3	82,9
	provádět fyzikální vyšetření u klienta	80	15,9	15,9	98,8
	návštěvní služba v domácím prostředí	6	1,2	1,2	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Nejvíce byla zastoupena odpověď sester, 87 sester (17,3 %), které upřednostňují do náplně komunitní ošetrovatelské péče účast komunitní sestry na screeningu a provádění fyzikálního vyšetření klienta komunitní sestrou, 80 sester (15,9 %). Velké zastoupení obsahovali odpovědi 54 sester (10,7 %), které jsou názoru, že do náplně komunitní ošetrovatelské péče patří vedení ošetrovatelské dokumentace a dalších

45 sester (8,9 %) uvedly nutnou výchovu klienta ke zdraví. Nejméně sester však uvedlo, že by do náplně komunitní ošetrovatelské péče zahrnuly návštěvní službu v domácím prostředí, 6 sester (1,2 %), hodnocení sociálního prostředí, 3 sestry (0,6 %) a zajišťování návaznosti na péči dalších odborníků, 2 sestry (0,4 %).

**Tabulka 24 – Místa vykonávání samostatné práce komunitní sestry (k otázce 24 - dotazník pro sestry)**

Místa vykonávání samostatné práce komunitní sestry		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	v mateřských školách	36	7,1	7,1	7,1
	na základních školách	86	17,1	17,1	24,2
	v domácnosti	116	23,0	23,0	47,2
	v terénu	166	32,9	32,9	80,2
	ve vlastní ordinaci	21	4,2	4,2	84,3
	ve speciálních klinikách	13	2,6	2,6	86,9
	v závodní péči	35	6,9	6,9	93,8
	nevím	17	3,4	3,4	97,2
	nikde	2	,4	,4	97,6
	ostatní	12	2,4	2,4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Místa, ve kterých by komunitní sestra mohla pracovat samostatně, odpovědělo 166 sester (32,9 %), že v terénu, 116 sester (23 %) v domácnosti a 86 sester (17,1 %) na základních školách. Nejméně odpovědělo 13 sester (2,6 %), že ve speciálních klinikách. Další 17 sester (3,4 %) nevědělo odpověď a 2 sestry (0,4 %) dokonce odpověděly, že nejsou žádná místa, ve kterých by komunitní sestra mohla pracovat samostatně. Ostatních 12 sester (2,4 %) uvedlo, že by mohly samostatně pracovat v nemocnici.

**Tabulka 25 – Názor respondentů na návštěvní službu ve vlastním prostředí klienta v ČR (k otázce 25 - dotazník pro sestry)**

Názor respondentů na návštěvní službu ve vlastním prostředí klienta v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	448	88,9	88,9	88,9
	ne	42	8,3	8,3	97,2
	nevím	7	1,4	1,4	97,6
	ostatní	7	1,4	1,4	98,4
	Total	504	100,0	100,0	

Návštěvní služba se ve vlastním domácím prostředí klienta provádí, to si myslí 448 sester (88,9 %) a dalších 42 sester je názoru, že se u nás návštěvní služba ve vlastním domácím prostředí klienta neprovádí. Na tuto otázku 7 sester (1,4 %) nevědělo odpovědět a ostatních 7 sester (1,4%) navíc podotklo, že se u nás návštěvní služba ve vlastním prostředí klienta sice provádí, ale poměrně v malém množství.



**Tabulka 26 – Zdravotníci poskytující návštěvní službu ve vlastním prostředí klienta v ČR dle respondentů (k otázce 26 - dotazník pro sestry)**

Zdravotníci poskytující návštěvní službu ve vlastním prostředí klienta v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sestra pracující v nemocnici	11	2,2	2,2	2,2
	sestra pracující v ambulanci prakt. lékaře	18	3,6	3,6	5,8
	sestra pracující v Agentuře domácí péče	112	22,2	22,2	28,0
	sestra samostatně výdělečně činná	48	9,5	9,5	37,5
	praktický lékař pro dospělé	126	25,0	25,0	62,5
	praktický lékař pro děti a dorost	25	5,0	5,0	67,5
	porodní asistentka	28	5,6	5,6	73,0
	lékař pracující v nemocnici	64	12,7	12,7	85,7
	nevím	16	3,4	3,4	98,0
	ostatní	56	10,8	10,8	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z výsledků kvantitativního šetření vyplynulo, že z celkového počtu 448 sester, 126 sester (25 %) si myslí, že návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta provádí praktický lékař pro dospělé a 112 sester (22,2 %) je názoru, že ji provádí sestra pracující v Agentuře domácí péče. Nejméně odpovědi zahrnovaly názory sester, které uvedly, že návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta provádí praktický lékař pro děti a dorost, 25 sester (5,0 %). 16 sester (3,4 %) nevědělo odpověď na tuto otázku. Ostatních 56 sester (10,8 %) na tuto otázku neodpovídalo, protože v předchozí otázce, která se týkala názoru respondentů, uvedly, že se u nás neprovádí návštěvní služba v domácím prostředí klienta, tudíž na tuto otázku odpovídat neměly.

**Tabulka 27 – Výhody v poskytování péče klientům v domácím prostředí**  
(k otázce 27 - dotazník pro sestry)

Výhody v poskytování péče klientům v domácím prostředí		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lepší spolupráce s rodinou klienta	77	15,3	15,3	15,3
	známé prostředí pro klienta	137	27,2	27,2	42,5
	možnost zapojení dobrovolníků	50	9,9	9,9	52,4
	rychlejší uzdravení klienta	43	8,5	8,5	60,9
	lepší možnost navázání kontaktu s klientem	38	7,5	7,5	68,5
	nestresující prostředí pro klienta	60	11,9	11,9	80,4
	lepší možnost posoudit zdr.,soc.,psych.stav	95	18,9	18,9	99,2
	nevím	4	,8	,8	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Největší zastoupení tvořila odpověď 137 sester (27,2 %), které uvedly, že výhodou v poskytování péče klientům v domácím prostředí je určitě známé prostředí pro klienta. Velký počet tvořila také odpověď a názor 95 sester (18,8 %) a to lepší možnost posouzení zdravotního, sociálního a psychického stavu klienta. Nejméně sester odpovědělo, 38 sester (7,5 %), že výhodou v poskytování péče klientům v domácím prostředí spatřují lepší možnost v navázání kontaktu s klientem. 4 sestry (0,8 %) nevěděly na tuto otázku jasnou odpověď.

**Tabulka 28 – Aktivní nabídka služeb Agentur domácí péče klientům (k otázce 28 - dotazník pro sestry)**

Aktivní nabídka služeb Agentur domácí péče klientům		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	5	1,0	1,0	1,0
	spíše ano	114	22,7	22,7	13,1
	nevím	178	35,3	35,3	47,8
	spíše ne	108	21,4	21,4	69,2
	ne	99	19,6	19,6	88,9
	Total	504	100,0	100,0	

Z celkového počtu 504 respondentů 178 sester (35,3 %) nevědělo, zda jsou klientům aktivně nabízeny služby agentur domácí péče, 114 sester (22,6 %) uvedlo, že spíše ano a 108 sester (21,4 %), že spíše ne. Dalších 99 sester (19,6 %) odpovědělo, že klientům aktivně nabízeny služby agentur domácí péče v žádném případě nejsou. Zbýlých 5 sester (1,0 %), odpovědělo ano.

**Tabulka 29 – Názor respondentů na nízkou nabídku služeb Agentur domácí péče klientům (k otázce 29 - dotazník pro sestry)**

Názor respondentů na nízkou nabídku služeb Agentur domácí péče klientům		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nedostatek financí	338	67,1	67,1	67,1
	obava o přebírání respondentů	49	9,7	9,7	76,8
	neznalost kompetencí sester v ADP	25	5,0	5,0	81,7
	neinformovanost ADP	12	2,4	2,4	84,1
	obava sankcí ze str. zdr. pojišťoven	7	1,4	1,4	85,5
	neznalost pojmu ADP	17	3,4	3,4	88,9
	neznalost legislativy	14	2,8	2,8	91,7
	nedostatek personálu	23	4,6	4,6	96,2
	nezájem pacientů a zdr. pracovníků	6	1,3	1,3	97,6
	špatná komunikace	8	1,2	1,2	99,2
	ostatní	5	,9	,9	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Za největší problém dle respondentů, který způsobuje nedostatečnou nabídku služeb agentur domácí péče, z celkového počtu 499 sester (100 %) může nedostatek financí. Tento názor vyjádřila většina dotazovaných a to 338 sester (67,1 %). 49 sester (9,7 %) odpovědělo, že klientům nejsou aktivně nabízeny služby agentur domácí péče z důvodu obavy o přebírání respondentů. Nejméně odpovědí zahrnovaly názory sester jako je špatná komunikace mezi nabízejícími a příjemci služeb agentur domácí péče, 8 sester (1,6 %), obava ze sankcí ze zdravotnických pojišťoven, 7 sester (1,4 %) a nezájem pacientů či zdravotnických pracovníků o služby agentur domácí péče, 6 sester (1,3 %). Ostatních 5 sester (0,9 %) na tuto otázku neodpovídalo, protože v předchozí otázce zodpověděly, že klientům jsou aktivně nabízeny služby agentur domácí péče.

**Tabulka 30 – Úroveň poskytované ošetrovatelské péče o děti v ČR (k otázce 30 - dotazník pro sestry)**

Úroveň poskytované ošetrovatelské péče o děti v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	výborná	14	2,8	2,8	2,8
	chvalitebná	135	26,8	26,8	24,6
	dobrá	220	43,7	43,7	68,3
	dostatečná	110	21,7	21,7	95,0
	nedostatečná	23	4,6	4,6	99,6
	nevím	2	,4	,4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Dle respondentů je úroveň ošetrovatelské péče o děti v ČR hodnocena dobře, 220 sester (43,7 %), 135 sester (26,8 %) odpovědělo chvalitebně a 110 sester (21,7 %) dostatečně. 23 sester (4,6 %) zhodnotili nedostatečně a pouze 14 sester (2,8 %) výborně.

**Tabulka 31 – Deficit v poskytování ošetrovatelské péče o děti v ČR (k otázce 31 - dotazník pro sestry)**

Deficit v poskytování ošetrovatelské péče o děti v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	chybí návštěvní služba dítěte v domácnosti	54	10,7	10,7	10,7
	neinform.rodičů o zdr.stavu dítěte ze str.ZP	74	14,7	14,7	25,4
	nezájem rodičů vést zdr. výchovu u dítěte	131	26,0	26,0	51,4
	nedost. kvalita poskytované zdravotní péče	20	4,0	4,0	55,4
	problematika dostupnosti zdravotní péče	64	12,7	12,7	57,7
	chybí prav. prevent. prohlídky u děts.lékaře	19	3,8	3,8	61,5
	edukace dítěte	42	8,3	8,3	69,8
	očkování	19	3,8	3,8	73,6
	výživa u dětí	69	13,6	13,6	87,3
	nevím	12	2,4	2,4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z celkového počtu 504 sester (100 %) odpovědělo 131 sester (26,0 %), že deficitem v poskytování ošetrovatelské péče o děti v ČR je nezájem rodičů vést zdravotní výchovu u dítěte, 74 sester (14,7 %) odpovědělo, že deficitem je neinformovanost rodičů o zdravotním stavu dítěte ze strany zdravotnických pracovníků a 69 sester (13,7 %) odpovědělo, že vidí deficit v poskytování ošetrovatelské péče o děti ve výživě. Nejméně odpovědí bylo od 19 sester (3,8 %), které uvedly, že chybí pravidelné preventivní prohlídky u dětského lékaře a 19 sester (3,8 %) očkování. Na tuto otázku nevědělo odpověď 12 sester (2,4 %).

**Tabulka 32 – Úroveň zdravotnické péče o dospělé v ČR (k otázce 32 - dotazník pro sestry)**

Úroveň zdravotnické péče o dospělé v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	výborná	53	10,5	10,5	10,5
	chvalitebná	120	23,8	23,8	34,3
	dobrá	265	52,6	52,6	86,9
	dostatečná	56	11,1	11,1	98,0
	nedostatečná	5	1,0	1,0	98,6
	nevím	5	1,0	1,0	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

265 sester (52,6 %) zhodnotilo úroveň ošetrovatelské péče o dospělé v ČR za dobrou, 120 sester (23,8 %) zhodnotilo péči o dospělé chvalitebně a 56 sester (11,1 %) dostatečně. Dalších 53 sester (10,5 %) péči o dospělé v ČR zhodnotilo na výborné úrovni. Na nedostatečné úrovni tuto péči hodnotilo 5 sester (1,0 %). Zbýlých 5 sester (1,0 %) odpovědělo nevím.

**Tabulka 33 - Deficit v poskytování ošetrovatelské péče o dospělé v ČR (k otázce 33 - dotazník pro sestry)**

Deficit v poskytování ošetrovatelské péče o dospělé v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nedostatečná kvalita poskytov. zdr. péče	30	6,0	6,0	6,0
	problematika dostupnosti zdravotní péče	26	5,2	5,2	11,1
	chybí pravidelné preventivní prohlídky	84	16,7	16,7	27,8
	edukace klienta	6	1,2	1,2	29,0
	výchova klienta ke zdraví	40	7,9	7,9	36,9
	chybí zajištění návazn. poskytované. péče	47	9,3	9,3	46,2
	nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví	44	8,7	8,7	55,0
	chybí poradenství klienta o životním stylu	66	13,1	13,1	68,1
	neinfor. nem. klienta o moderní léčbě	48	9,4	9,4	77,6
	spory mezi klientem a zdrav. pracovníkem	91	18,1	18,1	95,6
	nevím	22	4,4	4,4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

91 sester (18,1 %) vidí deficit v poskytování ošetrovatelské péče o dospělé ve sporech mezi klientem a zdravotnickým pracovníkem, 84 sester (16,7 %) jako deficit vidí nedostatek pravidelných preventivních prohlídek a 66 sester (13,1 %) odpovědělo, že chybí poradenství klienta o životním stylu. Pouze 6 sester (1,2%) upřednostnilo za deficit v poskytování ošetrovatelské péče o dospělé v edukaci klienta.



**Tabulka 34 - Úroveň zdravotnické péče o ženy v ČR (k otázce 34 - dotazník pro sestry)**

Úroveň zdravotnické péče o ženy v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	výborná	74	14,7	14,7	14,7
	chvalitebná	185	36,7	36,7	51,4
	dobrá	199	39,5	39,5	90,9
	dostatečná	36	7,1	7,1	95,6
	nedostatečná	7	1,4	1,4	96,0
	nevím	3	,6	,6	96,6
					100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Úroveň zdravotnické péče o ženy v ČR dobře zhodnotilo 199 sester (39,5 %) a 185 sester (36,7 %) hodnotilo chvalitebně. Výborně zhodnotilo 74 sester (14,7 %) a dostatečně 36 sester (7,2 %). Nedostatečně zhodnotilo celkem 7 sester (1,4 %). Zbylé 3 sestry (0,6 %) odpověděly, že neví.

**Tabulka 35 - Deficit v poskytování ošetrovatelské péče o ženy v ČR (k otázce 35 – dotazník pro sestry)**

Deficit v poskytování ošetrovatelské péče o ženy v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumul. Percent
Valid	nedost.kvalita poskyt. zdr. péče ženám	19	3,6	3,6	3,6
	problematika dostupnosti zdravotní péče	25	5,0	5,0	8,7
	chybí pravid. prev. gynekolog. prohlídky	27	5,4	5,4	14,1
	edukace těhotné ženy	17	3,4	3,4	17,5
	výchova ženy ke zdraví	58	11,5	11,5	29,0
	neinf. ženy o možnostech moder. léčby	33	6,5	6,5	35,5
	chybí návštěvní služba PA v dom. prostředí	56	11,1	11,1	46,6
	v péči o gyn.nem.ženy v domác. prostředí	5	1,0	1,0	47,6
	v péči o ženy po porodu v domác. prostředí	58	11,5	11,5	59,1
	v péči o novorozené děti v domácím prostředí	11	2,2	2,2	61,3
	k péči o onkologicky nemocné ženy	40	7,9	7,9	69,2
	v péči o ženy z různých etnických skupin	20	4,0	4,0	73,2
	onkologická prevence	28	5,6	5,6	78,8
	špatné vyhledávání rizik.skupin (dom.násilí)	83	16,5	16,5	95,2
	nevím	24	4,8	4,8	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

58 sester (11,5 %) vidí deficit v poskytování ošetrovatelské péče o ženy v ČR hlavně v nedostatečné výchově ženy ke zdraví. Dále 58 sester (11,5 %) odpovědělo deficit v péči o ženy po porodu v domácím prostředí a 56 sester (11,1 %) za deficit v poskytování ošetrovatelské péče o ženy uvedlo chybění návštěvní služby porodní asistentky v domácím prostředí. Deficit v péči o gynekologicky nemocné ženy v domácím prostředí odpovědělo 5 sester (1,0 %). Dalších 24 sester odpovědělo, že neví.

**Tabulka 36 - Úroveň zdravotnické péče o seniory v ČR (k otázce 36 – dotazník pro sestry)**

Úroveň zdravotnické péče o seniory v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	výborná	23	4,6	4,6	4,6
	chvalitebná	76	15,1	15,1	19,6
	dobrá	238	47,2	47,2	66,9
	dostatečná	97	19,2	19,2	86,1
	nedostatečná	63	12,5	12,5	96,2
	nevím	7	1,4	1,4	97,2
	Total	504	100,0	100,0	

Problematiku hodnocení úrovně zdravotnické péče o seniory v ČR hodnotilo známkou dobře 238 sester (47,2 %), dostatečně hodnotilo 97 sester (19,2 %) a 76 sester (15,1 %) tuto péči o seniory zhodnotilo chvalitebně. Nedostatečně zhodnotilo všech 63 sester (12,5 %) a známkou výborně hodnotilo 23 sester (4,6 %). Celkem 7 sester odpovědělo, že neví, jakou známkou by hodnotily zdravotnickou péči o seniory v ČR.

**Tabulka 37 – Scházející služby o seniory v ČR (k otázce 37 – dotazník pro sestry)**

Scházející služby o seniory v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumul. Percent
Valid	Domovy pro seniory	44	8,7	8,7	8,7
	Domy s pečovatelskou službou	83	16,5	16,5	25,2
	Pečovatelská služba	61	12,1	12,1	37,3
	Denní stacionář	110	21,8	21,8	59,1
	Odlehčovací pobyty	105	20,8	20,8	80,0
	Agentury domácí péče	18	3,6	3,6	83,5
	Dobrovolnictví	60	11,9	11,9	95,4
	nevím	23	4,6	4,6	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

V systému zdravotnictví ČR je dle 110 sester (21,8 %) nedostatek denních stacionářů v péči o seniory a 105 sester (20,8 %) uvedlo nedostatek odlehčovacích pobytů. Pro dalších 83 sester (16,5 %) je málo domů pro seniory s pečovatelskou službou. Nejméně odpovědělo 18 sester (3,6 %), které si myslí, že je zde málo agentur domácí péče. 23 sester (4,6 %) na tuto otázku nedokázalo odpovědět.

**Tabulka 38 – Návrh respondentů k odstranění či vyřešení nedostatků v péči o seniory (k otázce 38 – dotazník pro sestry)**

Návrh respondentů k odstranění či vyřešení nedostatků v péči o seniory		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lepší spolupráce prakt. lékařů se soc. prac.	35	6,9	6,9	6,9
	lepší spolupráce prakt. lékařů s ADP	101	20,0	20,0	27,0
	finanční zvýhodnění rodinných pečovatelů	137	27,3	27,3	54,2
	obnovení funkce geriatrické sestry v terénu	108	21,4	21,4	75,6
	nevím	108	21,4	21,4	97,0
	ostatní	15	3,0	3,0	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Jako východisko k odstranění či vyřešení nedostatků v péči o seniory by dle 137 sester (27,2 %) bylo finanční zvýhodnění rodinných pečovatelů a dalších 108 sester (21,4 %) by jako návrh řešení viděli obnovení funkce geriatrické sestry v terénu. 101 sester (20,0 %) by navrhovalo lepší spolupráci praktických lékařů s agenturami domácí péče. Velká většina sester, 108 sester (21,4 %) odpovědělo nevím. Ostatních 15 sester (3,0 %) podobně doplnilo, že hlavními problémy související s nedostatkem v péči o seniory je špatný systém následné péče, špatná komunikace mezi klasickým lůžkovým oddělením a sociálním sektorem nemocnice, taktéž mezi praktickými lékaři a sociálními odbory, či nedostatečná informovanost.

**Tabulka 39 - Úroveň zdravotnické péče o duševně nemocné v ČR (k otázce 39 – dotazník pro sestry)**

Úroveň zdravotnické péče o duševně nemocné v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	výborná	6	1,2	1,2	1,2
	chvalitebná	65	12,9	12,9	14,1
	dobrá	204	40,5	40,5	54,6
	dostatečná	169	33,5	33,5	88,1
	nedostatečná	58	11,5	11,5	99,6
	nevím	2	,4	,4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Známkou dobře hodnotilo úroveň zdravotnické péče o duševně nemocné v ČR 204 sester (40,5 %) a dalších 169 sester (33,5 %) hodnotilo zdravotnickou péči o duševně nemocné dostatečně. Chvalitebně odpovědělo 65 sester (12,9 %), nedostatečně 58 sester (11,5 %) a výborně odpovědělo pouhých 6 sester (1,2 %). Zbylé 2 sestry (0,4 %) odpověděly, že neví, tudíž nedokázaly zdravotnickou péči o tuto skupinu zhodnotit.

**Tabulka 40 - Deficit v poskytování ošetrovatelské péče o duševně nemocné v ČR**  
(k otázce 40 – dotazník pro sestry)

Deficit v poskytování ošetrovatelské péče o duševně nemocné v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nedostatečná kvalita poskyt. zdrav. péče	33	6,5	6,5	6,5
	problematika dostupnosti zdrav. péče	14	2,8	2,8	9,3
	chybí návštěvní služba v rodinách	58	11,5	11,5	20,8
	chybí poskytov. podpora v rodině	78	15,3	15,1	35,9
	chybí zajištění v návaznosti poskyt.péče	40	7,9	7,9	43,8
	špatné vyhledávání rizikových osob	47	9,3	9,3	53,2
	špatná zdravotně výchovná činnost	34	6,7	6,7	59,9
	prevence stresu	41	8,1	8,1	68,1
	v poradenství	9	1,8	1,8	69,8
	nízké hodnocení domácího prostředí	9	1,8	1,8	71,6
	špatná spolupráce s rodinou v péči o nem.	76	14,9	15,1	86,7
	nevím	65	13,4	13,4	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Deficitem v poskytování ošetrovatelské péče o duševně nemocné v ČR dle 78 sester (15,1 %) je deficit v chybění poskytované podpory v rodině. Špatnou spolupráci s rodinou v péči o nemocné uvedlo 76 sester (14,9 %) a 58 sester odpovědělo, že za problém v poskytování ošetrovatelské péče o duševně nemocné vidí deficit chybění návštěvní služby v rodině duševně nemocného. Nejméně odpovědělo 9 sester (1,8 %), že chybí deficit v poradenství a dalších 9 sester (1,8 %) v nízkém hodnocení domácího prostředí duševně nemocného. Velká část výzkumného vzorku, 65 sester (13,3 %) odpovědělo, že neví.

**Tabulka 41 - Úroveň zdravotnické péče o umírající v ČR (k otázce 41 – dotazník pro sestry)**

Úroveň zdravotnické péče o umírající v ČR		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	výborná	55	10,9	10,9	10,9
	chvalitebná	12	2,4	2,4	44,0
	dobrá	118	23,4	23,4	67,5
	dostatečná	152	30,2	30,2	97,6
	nedostatečná	167	33,1	33,1	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Největší zastoupení a to 167 sester (33,1 %) je přesvědčeno, že zdravotnická péče o umírající je v ČR nedostatečná. Dalších 152 sester (30,2 %) hodnotilo dostatečně a 118 sester (23,4 %) hodnotí tuto úroveň za dobrou. Ostatních 55 sester (10,9 %) je naopak přesvědčeno, že zdravotnická péče o tuto skupinu je v ČR na výborné úrovni a zbylých 12 sester (2,4 %) vidí tuto úroveň za chvalitebnou.



**Tabulka 42 – Názor respondentů na zajištění péče o umírající a jejich rodiny v domácím prostředí (k otázce 42 – dotazník pro sestry)**

Názor respondentů na zajištění péče o umírající a jejich rodiny v domácím prostředí		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	2	,4	,4	,4
	spíše ano	61	12,0	11,9	12,3
	nevím	60	11,9	11,9	24,2
	spíše ne	294	58,3	58,3	82,5
	ne	87	17,4	17,5	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z celkového počtu 504 respondentů, 294 sester (58,3 %) jsou názoru, že spíše není zajištěna péče o umírající a jejich rodiny v jejich domácím prostředí. Názor, že v ČR není vůbec zajištěna péče o umírající a jejich rodiny v jejich domácím prostředí má 87 sester (17,4 %). Velice vyrovnané byly odpovědi sester, které odpověděly spíše ano, 61 sester (12,0 %) a 60 sester (11,9 %), že neví. Pouhé 2 sestry byly názoru, že je zcela zajištěna péče o umírající a jejich rodiny v jejich domácím prostředí.

**Tabulka 43 – Názor respondentů na možnost samostatného poskytování hospicové péče sestrou v domácím prostředí (k otázce 43 – dotazník pro sestry)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	149	29,6	29,6	29,6
	spíše ano	217	43,1	43,1	72,6
	nevím	59	11,7	11,7	84,3
	spíše ne	48	9,4	9,4	93,8
	ne	31	6,2	6,2	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Většina sester odpověděla, 217 sester (43,1 %), že sestra spíše může poskytovat hospicovou péči v domácím prostředí samostatně a 149 sester (29,6 %) jsou názoru, že sestra může poskytovat hospicovou péči v domácím prostředí zcela samostatně. Dalších 59 sester (11,7 %) odpovědělo, že neví. 48 sester (9,5 %) spíše nesouhlasí, aby sestra poskytovala hospicovou péči v domácím prostředí samostatně a zbylých 31 sester (6,2 %) s tím zcela nesouhlasí.

**Tabulka 44 – Názor respondentů na zájem ze strany veřejnosti o komunitním ošetřovatelství v ČR (k otázce 44 – dotazník pro sestry)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	435	86,3	86,3	86,3
	ne	53	10,5	10,5	96,8
	nevím	5	1,0	1,0	97,8
	ostatní	11	2,2	2,2	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

Z celkového počtu 504 sester (100 %) odpovědělo 435 respondentů (86,3 %), že by ze strany veřejnosti měl být zájem o komunitní ošetřovatelskou péči a 53 sester (10,5 %) je názoru, že by mít zájem neměli. 5 sester odpovědělo, že neví a ostatních 11 sester souhlasilo s pozitivním zájmem veřejnosti o komunitní ošetřovatelskou péči a to hlavně z důvodu prevence zdraví pro všechny, s nutností zavedení této komunitní ošetřovatelské péče jako bezpečnost o své zdraví do budoucnosti a že v současné době taková péče u nás chybí.

**Tabulka 45 – Definice komunitní ošetrovatelská péče v koncepci ošetrovatelství**  
(k otázce 45 – dotazník pro sestry)

Definice komunitní ošetrovatelská péče v koncepci ošetrovatelství		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	199	39,5	39,5	39,5
	ne	67	13,3	13,3	52,8
	nevím	238	47,2	47,2	100,0
	Total	504	100,0	100,0	

199 sester (39,5 %) ví, že je komunitní ošetrovatelská péče definovaná v koncepci ošetrovatelství a 67 sester (13,3 %) odpovědělo, že zde definována není. Největší počet odpovědí uvedlo 238 sester (47 %), které nevěděly, zda je komunitní ošetrovatelská péče v koncepci ošetrovatelství definována.

**Tabulka 46 – Věková struktura respondentů** (k otázce 1 – dotazník pro sestry)

Věková struktura respondentů		Rozdělení respondentů		Total
		sestry pracující mimo nemocnici	sestry pracující v nemocnici	
	18 – 25 let	23	57	80
	26 – 30 let	38	39	77
	31 – 40 let	71	72	143
	41 – 50 let	69	61	130
	51 – 60 let	24	23	47
	61 a více let	16	11	27
Total		241	263	504

Porovnání věkové skupiny sester pracujících v nemocnici a mimo nemocniční zařízení ukázaly tyto výsledky. Z celkového počtu 504 (100 %) se kvantitativního šetření zúčastnilo 263 sester pracujících v nemocnici a 241 sester pracujících mimo nemocniční zařízení. Nejčetněji byla zastoupena věková kategorie od 31 - 40 let, 72 sester zaměstnaných v nemocnici a 71 sester mimo nemocnici. Nejméně byla zastoupena věková kategorie 61 a více let, což bylo celkem 27 sester (5,3 %), 16 sester pracujících mimo nemocnici a 11 sester zaměstnané v nemocničním zařízení.

**Tabulka 47 – Rozdělení respondentů dle jejich kraje a pracovního zamětnání**  
(k otázce 5 – dotazník pro sestry)

Kraje respondentů	Typ zdravotnického zařízení respondentů							
	AMB prakt. lékaře pro dospělé	AMB prakt. lékaře pro děti a dorost	AMB prakt. zubního lékaře	AMB prakt. ženského lékaře	nemocnice	Agentura domácí péče	sestra samostatně výdělečně činná	Total
Jihočeský	3	5	4	2	20	2	0	36
Jihomoravský	5	6	4	2	21	0	0	38
Karlovarský	3	1	3	4	17	1	1	30
Královehradecký	4	6	7	6	27	0	0	50
Liberecký	3	7	2	3	20	3	0	38
Moravskoslezský	3	4	3	2	16	2	1	31
Olomoucký	4	5	3	4	19	2	0	37
Pardubický	5	3	2	4	14	2	1	31
Plzeňský	4	0	5	4	15	1	0	29
Praha	6	3	5	3	11	1	0	29
Středočeský	4	4	5	4	17	3	0	37
Vysočina	3	4	2	3	12	0	0	24
Ústecký	5	6	6	3	25	1	0	46
Zlínský	6	3	5	2	28	2	2	48
Total	58	57	56	45	263	20	5	504

Z celkového počtu 504 (100 %) se kvantitativního šetření zúčastnilo 263 sester pracujících v nemocnici a 241 sester pracujících mimo nemocniční zařízení. Největší zastoupení výzkumného vzorku tvořilo 263 sester, pracujících v nemocnicích ČR. Nejvíce se jich zúčastnilo ze zlínského kraje, 28 sester a z královehradeckého kraje, 27 sester a nejméně z Prahy a to pouhých 11 sester. Sester pracujících v ambulanci pro praktického lékaře odpovědělo celkem 216 sester. Nejvíce z tohoto celku odpověděly sestry pracující v ambulanci pro praktického lékaře pro dospělé a nejméně sestry, které jsou zaměstnány v ambulanci praktického ženského lékaře, 45 sester. Z Agentur domácí péče se výzkumu zúčastnilo pouhých 20 sester z celé ČR. Odpověděly pouze 3 sestry, které pracují jako sestry samostatně výdělečně činné a to z kraje karlovarského, moravskoslezského a pardubického.

**Tabulka 48 – Rozdělení respondentů dle jejich registrace (k otázce 4 – dotazník pro sestry)**

Registrace sestry	Rozdělení respondentů		Total
	sestry pracující mimo nemocnici	sestry pracující v nemocnici	
ano	186	216	402
ne	55	47	102
Total	241	263	504

Z celkového počtu sester pracujících v nemocnicích, 263 sester (100 %), Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dozoru získalo 216 sester a 47 sester ji ještě nezískalo. Z celkového počtu sester pracujících mimo nemocniční zařízení, 241 sester (100 %), Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu získalo 186 sester a 55 sester ji stále nemá.



**Tabulka 49 – Názor sester na nejzávažnější problémy současného zdravotnictví ČR (k otázce 10 – dotazník pro sestry)**

Nejzávažnější problémy současného zdravotnictví v ČR		Rozdělení respondentů		Total
		sestry pracující mimo nemocnici	sestry pracující v nemocnici	
	nedostatek financí v resortu zdravot.	29	31	60
	dostatek financí, ale špatné hospodaření	35	29	64
	v řízení zdravotnictví	70	71	141
	systém zdravotnického pojištění	40	34	74
	chybí zajištění v návaznosti poskytované péče	21	30	51
	nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví	7	6	13
	problematika dostupnosti zdravotní péče	0	3	3
	nedostatek času pro klienty	28	27	55
	poměrně nízké kvalitní vzdělání zdravotníků	0	5	5
	špatná komunikace vedení nem. s podřízenými	11	27	38
Total		241	263	504

Výsledky v porovnání názoru sester pracujících v nemocnicích a sester pracujících mimo nemocnici ukázaly, co považují sestry za nejzávažnější problém současného zdravotnictví v ČR. Shodný názor u obou skupin sester a největší podíl odpovědí tvořila odpověď, že nejzávažnější problém současného zdravotnictví v ČR je v celkovém řízení zdravotnictví. Naopak si žádné sestry pracující mimo nemocnice nemyslí, že by závažným současným problémem mohla být problematika dostupnosti zdravotní péče či poměrně nízké kvalitní vzdělání zdravotníků. To potvrdily i sestry z nemocnic a to tím, že na tyto uvedené možnosti také odpověděly nejméně.

**Tabulka 50 – Pozitivní věci v systému zdravotnictví ČR dle respondentů (k otázce 9 – dotazník pro sestry)**

Pozitivní věci v systému zdravotnictví ČR dle respondentů		Rozdělení respondentů		Total
		sestry pracující mimo nemocnici	sestry pracující v nemocnici	
	dostatek financí v resortu zdravotnictví	1	0	1
	dobré hospodaření s financemi	3	2	5
	v řízení zdravotnictví	16	14	30
	regulační poplatky ve zdravotnictví	50	59	109
	snadná dostupnost zdravotnické péče	43	47	90
	dobrá informovanost ZP o novinkách	27	29	56
	kvalifikovaná péče ve zdravotnictví	35	39	74
	kvalitní vzdělání zdravotníků	27	32	59
	zájem veřejnosti pečovat o své zdraví	17	19	36
	žádné	22	22	44
Total		241	263	504

Za nejvíce pozitivní věc spatřují regulační poplatky ve zdravotnictví, to odpovědělo 59 sester pracujících v nemocnicích a 0 sester pracujících mimo nemocnici. Naopak za nejméně pozitivní věc spatřují dostatek financí v resortu zdravotnictví ČR, což potvrdila pouhá 1 odpověď od sestry pracující mimo nemocnici a dobré hospodaření s financemi, kdy na tuto možnost odpověděly pouze 2 sestry pracující v nemocnici a 3 sestry pracující mimo nemocnici.

**Tabulka 51 – Názor respondentů na nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče (k otázce 11 – dotazník pro sestry)**

Nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče		Rozdělení respondentů		Total
		sestry pracující mimo nemocnici	sestry pracující v nemocnici	
	chybí zajištění v návaznosti poskyt. péče	28	34	62
	nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví	56	55	111
	nedostatek následné péče	53	48	101
	nedostatečná kvalita poskyt. zdrav. péče	22	23	45
	problematika dostupnosti zdravotní péče	5	7	12
	poradenství o životním stylu	3	9	12
	informace o mikroklim. podmínkách pracov.	3	6	9
	pravidelné preventivní prohlídky	19	25	44
	edukace klienta	22	18	40
	výchova klienta ke zdraví	23	27	50
	nevím	7	11	18
Total		241	263	504

Výsledky zde byly opět u obou skupin velice shodné, 55 sester pracujících v nemocnicích a 56 sester pracujících mimo nemocnici uvedlo, že za nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče spatřují nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví. Nejméně uvedly možnost informace o mikroklimatických pracovních podmínkách, 6 sester pracujících v nemocnicích a 3 sestry pracující mimo nemocnici.

**Tabulka 52 – Zdravotní pojišťovny** (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)

Respondent	R1	R2	R3	Součet
Všeobecná zdravotní pojišťovna	1	1		2
Ministerstvo vnitra			1	1
Celkový výskyt	1	1	1	

Kvalitativního šetření se zúčastnili 3 respondenti ze zdravotnických pojišťoven, z nichž 2 respondenti, R1 a R2 pracují ve Všeobecné zdravotní pojišťovně a 1 respondent R3 ve zdravotnické pojišťovně Ministerstva vnitra.

**Tabulka 53 – Délka praxe ve zdravotní pojišťovně** (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)

Respondent	R1	R2	R3
Délka praxe	5 let	17 let	13 let

Nejdelší praxi ve zdravotnické pojišťovně má respondent R2 a to 17 let. Délka praxe respondenta R3 je 13 let a respondenta R1 5 let ve zdravotnické pojišťovně.

**Tabulka 54 – Vykonávající funkce respondentů ve zdravotních pojišťovnách**  
(rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)

Respondent	R1	R2	R3	Součet
referent zdravotní pojišťovny	1		1	2
finanční poradce		1		1
Celkový výskyt	1	1	1	3

Respondent R1 stejně jako respondent R3 vykonávají funkci referenta zdravotní pojišťovny. Respondent R1 vykonává referenta ve Všeobecné zdravotní pojišťovně a respondent R3 vykonává referenta ve zdravotnické pojišťovně Ministerstva vnitra. Pracovní funkce respondenta R2 je finanční poradce ve Všeobecné zdravotní pojišťovně.

**Tabulka 55 – Zájem o problematiku zdravotnictví dle respondentů (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
regulační poplatky	1		1	2
financování sociálních zdravotnických služeb		1		1
příspěvky pojištěncům		1		1
Celkový výskyt	1	2	1	4

Zájem o regulační poplatky v současném zdravotnictví ČR upřednostnili respondenti R1 a R3. O problematiku financování sociálních zdravotnických služeb a problematiku související s příspěvky pojištěncům se nejvíce zajímá respondent R2.

**Tabulka 56 – Názor na pozitivní věci v systému zdravotnictví ČR dle respondentů**  
(rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)

Respondent	R1	R2	R3	Součet
kvalifikovaná péče ve zdravotnictví	1	1	1	3
zájem veřejnosti pečovat o své zdraví	1	1		2
snadná dostupnost zdravotnické péče		1	1	2
dobrá informovanost zdravotníků o novinkách ve zdravotnictví		1		1
Celkový výskyt	2	4	2	8

Výsledky kvalitativního šetření ukázaly, že za nejvíce pozitivní věc, kterou spatřují všichni 3 respondenti (R1, R2, R3) je hlavně kvalifikovaná péče ve zdravotnictví. Respondenti R1 a R2 jako pozitivní věc spatřují zvýšený zájem veřejnosti pečovat o své zdraví. Dále byla zmíněna i snadnější dostupnost zdravotnické péče a to respondenty R2 a R3. Respondent R3 podotkl, že je názoru, že jako pozitivní věc v systému zdravotnictví vidí dobrou informovanost zdravotníků o novinkách ve zdravotnictví.

**Tabulka 57 – Názor na nejzávažnější problém současného zdravotnictví v ČR dle respondentů (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
nedostatek financí v resortu zdravotnictví	1	1	1	3
v řízení zdravotnictví	1	1		2
nedostatek času při poskytování péče klientům v nemocnicích	1			1
Celkový výskyt	3	2	1	6

Zde všichni respondenti (R1, R2, R3) uvedli jako nejzávažnější problematiku současného zdravotnictví v ČR nedostatek financí v resortu zdravotnictví. Respondenti R1 a R2 ještě dodali související problematiku v celkovém řízení zdravotnictví. Jako jeden také z důležitých závažných problémů v současném zdravotnictví ČR vidí respondent R1 v nedostatku času pro klienty v nemocnicích souvisejících s poskytováním zdravotnické péče.



**Tabulka 58 – Pojem komunitní ošetrovatelská péče dle respondentů (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
péče o klienty v jejich domácím prostředí	1			1
péče o zdraví populace v terénu, mimo zdravotní zařízení		1	1	2
Celkový výskyt	1	1	1	3

Respondent R1 si pod pojmem komunitní ošetrovatelské péče představí ošetrovatelskou péči o klienta, která mu je prováděná v jeho domácím prostředí. Jiné názory měli respondenti R2 a R3, kteří odpověděli, že si pod tímto pojmem představí zdravotnickou péči o zdraví populace v terénu a to mimo zdravotnické zařízení.

**Tabulka 59 – Názor respondentů, pro koho si myslí, že je komunitní ošetrovatelská péče určena (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
péče o seniory	1		1	2
péče nevléčitelně nemocné	1			1
péče o umírající	1		1	2
péče pro všechny lidi		1		1
Celkový výskyt	3	1	2	6

Respondent R1 si myslí, že je komunitní ošetrovatelská péče určena hlavně pro seniory, nevléčitelně nemocné a umírající. Respondent R3 je názoru, že je komunitní péče také určena pro seniory a umírající. Zcela rozdílnou odpověď na tuto otázku měl respondent R2, který uvedl, že komunitní ošetrovatelská péče je určena pro všechny skupiny lidí.

**Tabulka 60 – Názor respondentů na oblasti existence komunitní ošetrovatelské péče v ČR (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
Domácí péče	1	1	1	3
Návštěvní péče pro děti	1			1
péče o těhotné		1		1
péče o dítě			1	1
Celkový výskyt	2	2	2	6

Všichni 3 respondenti odpověděli, že komunitní ošetrovatelská péče v ČR existuje jako Domácí péče. Dále návštěvní péči pro děti uvedl respondent R1, péči o těhotné ženy respondent R2 a péči o dítě respondent R3.

**Tabulka 61 – Názor respondentů na potřebnost rozvoje komunitní ošetrovatelské péče v oblastech ČR (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
škola	1			1
péče v oblasti prevence pracovních rizik	1		1	2
samostatně ošetrovatelské jednotky	1			1
péče o psychicky nemocné		1	1	2
péče o chronicky nemocné		1	1	2
péče o umírající		1	1	2
péče o těhotné ženy		1		1
péče o seniory		1		1
Celkový výskyt	3	5	4	12

Respondent R1 vidí potřebnost rozvoje hlavně v oblastech jako je škola, prevence pracovních rizik a podotkl i samostatně ošetrovatelské jednotky. Dle názoru respondenta R2 by potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství spatřoval v péči o psychicky a chronicky nemocné, těhotné, seniory a umírající. Poslední respondent R3 by komunitní ošetrovatelství rozvinul také v oblasti prevence pracovních rizik, v péči o psychicky a chronicky nemocné a o umírající.

**Tabulka 62 – Názor respondentů na překážky ve vytvoření systému komunitní ošetrovatelské péče v oblastech ČR (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
finanční zátěž	1		1	2
nedostupnost vzdělání pro komunitní sestry	1			1
překrývání kompetencí sester s kompetencemi lékaře	1		1	2
nedůvěra ve schopnosti sester ze strany laické veřejnosti		1	1	2
neochota ke změnám v systému péče o zdraví		1		1
nezájem ze strany odborníků			1	1
Celkový výskyt	3	2	4	9

Všichni respondenti (R1, R2, R3), kteří se zúčastnili rozhovoru, vidí překážky ve vytvoření systému komunitní ošetrovatelské péče v ČR. Respondent R1 uvedl překážky, které souvisí s finanční zátěží ve vytvoření tohoto systému v ČR, dále si myslí, že není stále zcela dostupné vzdělání pro komunitní sestry a mohlo by při jejich vykonávání činnosti v praxi, dojít k překrývání kompetencí sester s kompetencemi lékaře. Respondent R3 měl podobné názory, také viděl podobné překážky, které by mohly nastat v překrývání kompetencí mezi sestrou a lékařem a překážky související s finanční zátěží. Dále uvedl, že by mohla nastat nedůvěra ze strany laické veřejnosti ve schopnosti sester a nezájem ze strany odborníků. Respondent R2 má také obavy související s nedůvěrou ve schopnosti sester ze strany laické veřejnosti a je názoru, že mohou nastat překážky, které budou souviset s neochotou k celkovým změnám v systému péče o zdraví.

**Tabulka 63 – Názor respondentů na přínos při začlenění komunitní ošetrovatelské péče do zdravotnického systému ČR? (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
znalost klientova sociálního prostředí		1	1	2
zefektivnění poskytované péče	1	1		2
snadná dostupnost poskytované péče	1			1
zvýšení autonomie sester	1			1
zajištění návaznosti poskytované péče klientům		1		1
zkvalitnění péče		1	1	2
Celkový výskyt	3	4	2	9

Největším přínosem při začlenění komunitní ošetrovatelské péče do zdravotnického systému by bylo dle respondenta R1 zefektivnění a snadnější dostupnost celkové poskytované péče klientovi a zvýšení autonomie sester. Respondent R2 jako přínosné spatřuje znalost klientova sociálního prostředí, zefektivnění, zkvalitnění a zajištění návaznosti poskytované péče klientovi. Respondent R3 jako přínos při začlenění komunitní ošetrovatelské péče do zdravotnického systému vidí také dobrou znalost klientova sociálního prostředí a celkové zkvalitnění dostupné poskytované péče.

**Tabulka 64 – Názor respondentů, proč by měl být ze strany veřejnosti zájem o komunitní ošetrovatelskou péči (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
pocit bezpečí o své zdraví	1			1
léčba v jiném než ústavním prostředí je lepší		1		1
snadná dostupnost poskytované péče			1	1
Celkový výskyt	1	1	1	3

Respondent R1 je názoru, že by ze strany veřejnosti měl být zájem o komunitní ošetrovatelskou péči a to hlavně z důvodu pocitu bezpečí o své zdraví. Respondent R2 odpověděl, že by ze strany veřejnosti měl být zájem o komunitní ošetrovatelskou péči, protože je názoru, že léčba v jiném než ústavním prostředí je určitě lepší. Respondent R3 podotkl, že by měl být ze strany veřejnosti zájem o komunitní ošetrovatelskou péči a to proto, že díky ní budou mít snadnou dostupnost poskytované péče.

**Tabulka 65 – Zájem zástupců zdravotní pojišťovny na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství v ČR (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
Ano	1	1	1	3
Celkový výskyt	1	1	1	3

Všichni 3 respondenti uvedli, že mají kladný názor na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství v ČR.

**Tabulka 66 – Zájem zdravotní pojišťovny na rozvoji komunitního ošetřovatelství v ČR (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
smlouvy s charitou		1		1
smlouvy s domácí péčí	1		1	1
Bez odpovědi	1			1
Celkový výskyt	1	1	1	3

Všichni 3 respondenti uvedli, že jejich zdravotní pojišťovna má zájem na rozvoji komunitního ošetřovatelství v ČR. Respondent R2 uvedl, že jejich zdravotní pojišťovna zajišťuje smlouvy s charitou a se sestrami domácích péčí a zdravotní pojišťovna respondenta R3 také smlouvy s domácí péčí. Pouze respondent R3 nesouhlasil s odpovědí, aby uvedl příklad aktivit jeho zdravotní pojišťovny.



**Tabulka 67 – Názor respondentů na organizaci komunitního ošetřovatelství v ČR**  
(rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)

Respondent	R1	R2	R3	Součet
krajem	1			1
privátní sférou		1	1	2
Celkový výskyt	1	1	1	3

Respondent R1 odpověděl, že dle jeho názoru by mělo být komunitního ošetřovatelství v ČR organizováno krajem. Ostatní respondenti (R2 a R3) si myslí, že by komunitní ošetřovatelství v ČR mělo být organizováno privátní sférou.

**Tabulka 68 – Názor respondentů na financování komunitního ošetřovatelství v ČR**  
(rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)

Respondent	R1	R2	R3	Součet
stejně jako ostatní privátní zdravotnické pracoviště		1	1	2
Bez odpovědi	1			1
Celkový výskyt	1	1	1	3

Respondenti R2 a R3 si myslí, že by komunitního ošetřovatelství v ČR mělo být financováno stejně tak, jako ostatní privátní zdravotnické pracoviště. Zde opět respondent R1 odmítl odpovědět.

**Tabulka 69 – Zásadní zájmy zdravotní pojišťovny ve financování těchto služeb**  
(rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)

Respondent	R1	R2	R3	Součet
dostupnost a kvalita poskytované péče	1	1	1	3
Celkový výskyt	1	1	1	3

Zde se všichni 3 respondenti shodli ve svých odpovědích, kdy uvedli, že jejich zdravotní pojišťovna má zájem ve financování těchto služeb a to hlavně, aby docílili v dostupnost a kvalitu poskytované péče.

**Tabulka 70 – Názor respondentů, kdo u nás provádí návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
sestra pracující v ambulanci praktického lékaře	1		1	2
praktický lékař pro dospělé		1		1
sestra samostatně výdělečně činná		1		1
sestra pracující v Agentuře domácí péče		1	1	2
Celkový výskyt	1	3	2	6

Respondent R1 se shodl svou odpovědí s respondentem R3, že návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta provádí sestra pracující v ambulanci praktického lékaře. Zde respondent R3 ještě dodal, že ji také provádí sestra pracující v agentuře domácí péče. Respondent R2 je názoru, že u nás návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta provádí praktický lékař pro dospělé, sestra samostatně výdělečně činná a sestra pracující v agentuře domácí péče.

**Tabulka 71 – Názor respondentů na hrazení návštěvní služby ve vlastním domácím prostředí klienta (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
zdravotní pojišťovna	1	1	1	3
Celkový výskyt	1	1	1	3

Zde všichni 3 respondenti odpověděli, že návštěvní služby ve vlastním domácím prostředí klienta hradí zdravotní pojišťovna.

**Tabulka 72 – Názor respondentů na indikaci návštěvní služby ve vlastním domácím prostředí pro klienta (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
lékař	1	1	1	3
Celkový výskyt	1	1	1	3

Zde všichni 3 respondenti odpověděli, že návštěvní služby ve vlastním domácím prostředí klienta indikuje lékař.

**Tabulka 73 – Názor respondentů na poskytování domácí ošetrovatelské péče (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
výhoda	zabezpečení nemocného člena rodiny	vhodný způsob péče pro všechny	kvalitní poskytovaná péče v domácím prostředí	3
nevýhoda	nedostatečná kvalifikovanost a finanční nákladnost	nevidí žádnou nevýhodu	nedostatečná motivace sester	2
Celkový výskyt	2	1	2	5

Respondent R1 upřednostnil jako výhodu v poskytování domácí ošetrovatelské péče zabezpečení nemocného člena rodiny. Jako nevýhodu vidí nedostatečnou kvalifikovanost zdravotníků a finanční nákladnost s tím související. Respondent R2 jako výhodu uvedl vhodný způsob domácí ošetrovatelské péče pro všechny skupiny lidí a žádnou nevýhodu v poskytování domácí ošetrovatelské péče nevidí. Poslední respondent R3 za výhodné spatřuje hlavně to, že poskytovaná ošetrovatelská péče v domácím prostředí je na kvalitní úrovni. Za nevýhodné dle jeho názoru určitě považuje nedostatečnou motivaci sester provádějících tuto domácí ošetrovatelskou péči.

**Tabulka 74 – Názor respondentů na princip uzavírání smluv o poskytování těchto služeb s agenturami domácí péče (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
smlouvy zaručují úhradu domácí péče ze zdravotních pojišťoven		1		1
zajištění úhrady péče	1		1	2
Celkový výskyt	1	1	1	3

Respondent R2 odpověděl, že jeho zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvy o poskytování služeb s agenturami domácí péče na principu smluv, které zaručují úhradu domácí péče ze zdravotních pojišťoven. Respondenti R1 a R3 uvedli, že jejich zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvy o poskytování služeb s agenturami domácí péče na principu smluv, které zajišťují úhrady ošetrovatelské péče poskytnuté svým klientům.

**Tabulka 75 – Názor respondentů na princip uzavírání smluv o poskytování těchto služeb se samostatně výdělečnými sestrami (rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven)**

Respondent	R1	R2	R3	Součet
smlouvy zaručují úhradu domácí péče ze zdravotních pojišťoven		1		1
zajištění úhrady péče	1		1	2
Celkový výskyt	1	1	1	3

Respondent R2 odpověděl, že principem uzavírání smluv jeho zdravotní pojišťovny o poskytování těchto služeb se samostatně výdělečnými sestrami je hlavně ten, že zaručuje úhradu domácí péče. Ostatní respondenti R1 a R3 vysvětlili, že tyto smlouvy zajišťují úhradu poskytované péče svým klientům.

## 5. Diskuze

Ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Součástí ošetrovatelství je péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelství si v ústavní, ambulantní i komunitní péči vytvořilo vlastní pole působnosti, v němž ošetrovatelský personál pracuje výrazně samostatněji. Proto mě zajímal názor sester na potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství v ČR.

Kvantitativního šetření se zúčastnilo celkem 504 sester pracujících u praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, praktického zubního lékaře, praktického ženského lékaře, v nemocničních zařízeních, agenturách domácí péče a pro samostatně výdělečně činné sestry a to ve všech krajích ČR a to z důvodu, aby bylo dosaženo většího souboru šetření. Při výběru sester byla hlavním kritériem jejich současná praxe v daných výše uvedených zdravotnických zařízeních. Šetření se uskutečnilo díky ochotě a spolupráci sester na vybraných zdravotnických zařízeních v ČR.

Hodnocení výsledků, které vycházejí z rozhovorů s pracovníky zdravotnických pojišťoven je následující. Realizace rozhovorů se zdravotnickými pojišťovnami byla velice obtížná, dá se říci, až skoro nemožná. Většina zdravotnických pojišťoven odmítala spolupráci na mém kvalitativním šetření. Nebyly ochotné na spoustu otázek zodpovědět. Otázky se týkaly komunitního ošetrovatelství související s jeho rozvojem a současným působením v ČR a vzájemné spolupráce těchto zdravotnických pojišťoven v této oblasti. Proto kvalitativního šetření se zúčastnili pouze 3 respondenti ze zdravotnických pojišťoven, z nichž 2 respondenti, R1 a R2 pracují ve Všeobecné zdravotní pojišťovně a 1 respondent R3 ve zdravotnické pojišťovně Ministerstva vnitra. Velice si vážím spolupráce s těmito respondenty.

Při vyhodnocení dotazníků pro sestry bylo dospěno k těmto výsledkům. Nejčetněji byla zastoupena věková kategorie od 31 - 40 let, 143 sester (28,4 %) a nejméně byla zastoupena věková kategorie 61 a více let, což bylo 27 sester (5,3 %).



V šetření byly často porovnávány názory sester pracujících v nemocnicích s názory sester pracujících mimo nemocniční zařízení. Při porovnání sester pracujících v nemocnici a mimo nemocniční zařízení a jejich věkového rozdílu, výsledky ukázaly, že nejčetněji byla zastoupena také věková kategorie od 31 - 40 let a to u 72 sester zaměstnaných v nemocnici a 71 sester mimo nemocniční zařízení. Nejméně byla zastoupena věková kategorie 61 a více let, což bylo celkem 27 sester (5,3 %), z toho 16 sester pracujících mimo nemocniční zařízení a 11 sester zaměstnané v nemocničním zařízení. Zajímal mě i jejich pohled a názor na současnou zdravotnickou péči o pacienty v nemocnici či v domácím prostředí v ČR apod., a to proto, že sestry mohou být velice ovlivněné místem, ve kterém pracují.

Všichni zúčastnění, 504 respondentů (100 %) vystudovali Střední zdravotnickou školu. Z nich 214 sester (42,5%) vystudovalo Střední zdravotnickou školu a již se dále nevzdělávaly. Ostatních 290 sester (57,5 %) po vystudování Střední zdravotnické školy se ještě dále vzdělávalo. Překvapilo mě a zároveň potěšilo, že z celkového počtu 504 respondentů 129 sester (25,6 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání bakalářského studia a 42 sester (8,2 %) má již vystudované magisterské studium, což je nemalý počet.

Kvantitativního šetření se zúčastnili respondenti ze všech krajů ČR. Z každého kraje a Prahy byl osloven stejný počet sester, proto jsou výsledky počtů sester velice podobné. Nejvíce se tohoto šetření zúčastnilo sester ze střeďočeského kraje, 50 sester (9,9 %) a nejméně sester z Libereckého kraje, 29 sester (5,8 %) a sester z kraje moravskoslezského, 29 sester (5,8 %). Dotazované pracovaly v ambulancích praktických lékařů pro dospělé, děti a mládež, zubního a ženského, dále v nemocnicích, Agenturách domácí péče a i jako sestry samostatně výdělečně činné. Z celkového počtu 504 respondentů (100 %) největší zastoupení souboru šetření tvořilo 263 sester, pracujících v nemocnicích ČR. Nejvíce se jich zúčastnilo ze zlínského kraje, 28 sester a z královehradeckého kraje, 27 sester a nejméně z Prahy a to pouhých 11 sester. Sester pracujících v ambulanci pro praktické lékaře odpovědělo celkem 216 sester. Z toho bylo sester pracujících v ambulanci praktického lékaře pro dospělé 58 (11,5 %), sester pracujících v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost bylo 57 (11,3 %), sester pracujících v ambulanci zubního lékaře bylo 56 (11,1 %) a sester pracujících

v ambulanci ženského lékaře bylo 45 (8,9 %) z ČR. Mrzí mě, že i přes mé velké oslovení mnoha Agentur domácích péčí v ČR se kvantitativního šetření zúčastnilo pouhých 20 sester (4,0 %) z nich pracujících. Nejméně zúčastněných bylo 5 sester (1,0 %) pracujících jako samostatně výdělečně činných a to z kraje karlovarského, moravskoslezského a pardubického. Nejspíše je to proto, že tato činnost sester se u nás v ČR teprve rozvíjí.

Výsledky dále ukázaly, kolik sester se zajímá o problematiku zdravotnictví v ČR. Bylo zjištěno, že 485 sester (95,9 %) se o problematiku současného zdravotnictví v České republice zajímá. Sice jen 19 sester (4,1 %) se o současnou problematiku ve zdravotnictví nezajímá, přesto mě velice zarazí, že mohou v klidu a bez problémů pracovat a vykonávat své povolání ve zdravotnictví, když se o tuto zdravotnickou problematiku ČR nezajímají.

Sestry převážně spatřují v systému zdravotnictví ČR za pozitivní věc, nově zavedené regulační poplatky ve zdravotnictví, 108 sester (21,4 %). Dotazovaní ze zdravotnických pojišťoven se v problematice zdravotnictví ČR také nejvíce zajímají o regulační poplatky. Všichni víme, že v průběhu roku 2008 regulační poplatky do systému českého zdravotnictví přinesly nemálo finanční pomoci, kdy spousta peněz bylo vybráno regulačními poplatky a další byly ušetřeny za zdravotnickou péči a léky, které byly dříve předepisovány zbytečně a nyní si je pacienti měli možnost koupit sami. Výsledky mého šetření to jen potvrzují. Dále 90 sester (17,9 %) kladně hodnotí snadnou dostupnost zdravotnické péče, kdy poskytování zdravotní péče v odpovídající kvalitě a snadné dostupnosti je jedním z prvořadých zájmů všech zdravotníků. Dalších 74 sester (14,7 %) pozitivně hodnotí kvalitní péči ve zdravotnictví v ČR. Kvalitou zdravotní péče ve zdravotnictví rozumíme podle definice Světové zdravotnické organizace souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Kvalitní vzdělání zdravotníků uvedlo 59 sester (11,7 %). Nejméně za pozitivní věc spatřuje 5 sester (1,0 %) dobré hospodaření s financemi a 2 sestry (0,4 %) dostatek financí v resortu zdravotnictví. Tím se jednoznačně potvrdil převážný názor všech sester, že nejzávažnější problém v současném zdravotnictví je v řízení zdravotnictví ČR, 141 sester (28,0 %)

a s tím související špatné hospodaření s financemi, 64 sester (12,7 %) a nedostatek financí v resortu zdravotnictví, 60 sester (11,9 %). Víme, že řízení zdravotnictví je obor, zabývající se organizací, řízením a managementem zdravotnictví. Samozřejmě respondenti zde mají na mysli celkové problémy v řízení zdravotnictví. Tím je podle mne hlavně myšleno např. kvalita přijímaných zákonů, nerovnoměrnost a nadbytečnost zdravotnických zařízení státem regulovaných, financování a dluhy související se vznikem krajů a převodem zdravotnických zařízení na kraje, nezaměstnanost zdravotníků, odměňování zdravotníků apod. Za nejméně závažný problém 4 sestry (0,8 %) spatřují problematiku dostupnosti zdravotní péče a 4 sestry (0,8 %) poměrně nízké kvalitní vzdělání zdravotníků, čím se opět potvrzuje názor, že dle většiny dotazovaných je všem pacientům zdravotnická péče v ČR bez problémů dostupná a i vzdělání zdravotníků je dnes na vysoké úrovni. Odpovědi respondentů ze zdravotnických pojišťoven se zde velice shodovali. Výsledky ukázaly, že za nejvíce pozitivní věc, kterou spatřují všichni 3 respondenti (R1, R2, R3) je hlavně kvalifikovaná péče ve zdravotnictví. Respondenti R1 a R2 jako pozitivní věc spatřují zvýšený zájem veřejnosti pečovat o své zdraví. Respondent R3 podotkl, že je názoru, že jako pozitivní věc v systému zdravotnictví vidí dobrou informovanost zdravotníků o novinkách ve zdravotnictví. V odpovědích respondentů ze zdravotnických pojišťoven na otázku, týkající se jejich názorů na nejzávažnější problém současného zdravotnictví v ČR se také velice shodovali. Všichni respondenti (R1, R2, R3) totiž uvedli, stejně jako respondenti zúčastnění kvantitativního výzkumu, že za nejzávažnější problematiku spatřují nedostatek financí v resortu zdravotnictví. Respondenti R1 a R2 ještě dodali související problematiku v celkovém řízení zdravotnictví.

Při zjišťování názoru sester, jaký je podle nich nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče, byly zjištěny překvapivé výsledky. Z těch totiž vyplynulo, že nejzávažnějším deficitem v oblastech poskytování zdravotnické péče je hlavně nezáměr veřejnosti pečovat o své zdraví, to uvedlo 111 sester (22,0 %) a dále nedostatek následné péče pro pacienty, 101 sester (20,0 %). Při porovnání mezi sestrami pracujícími v nemocnici a sestrami mimo nemocniční zařízení panoval velice shodný názor na tuto problematiku a to v celkovém řízení zdravotnictví. Naopak

si žádné sestry pracující mimo nemocnice nemyslí, že by závažným současným problémem mohla být problematika dostupnosti zdravotní péče či poměrně nízké kvalitní vzdělání zdravotníků. To potvrdily i sestry z nemocnic a to tím, že na tyto uvedené možnosti také odpověděly nejméně. *Důležitým zjištěním pro mne je to, že sestry pracující mimo nemocniční zařízení nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče v chybění zajištění v návaznosti poskytované péče nespatřují. Tímto jsem nepotvrdila hypotézu 1, protože sestry pracující mimo nemocniční zařízení spatřují nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče v nezájmu veřejnosti pečovat o své zdraví. Dále sestry pracující v nemocničním zařízení nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče spatřují v nezájmu veřejnosti pečovat o své zdraví. Tímto jsem potvrdila hypotézu 2 (H<sub>2</sub>).*

Dle autorky Darji Jarošové v knize Úvod do komunitního ošetřovatelství je komunitní péče zaměřená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. 147 sester (29,2 %) si pod pojmem komunitní ošetřovatelské péče představí péči o zdraví populace v terénu, 98 sester (19,4 %) zdravotní a sociální péči o komunity obyvatel a 87 sester (17,3 %) péči o určitou skupinu obyvatel (komunitu). Výsledky tak potvrdily, že pojem komunitní ošetřovatelská péče je v dnešní době většině sester velice známý a jsou o komunitním ošetřovatelství velice dobře informované. Avšak z výsledků pro mne bylo nejvíce překvapující to, že na otázku, která se sester dotazovala, zda existuje tento typ komunitní ošetřovatelské péče u nás v ČR, uvedlo 234 sester (46,4 %), že ano, ale dalších 202 sester (40,1 %) uvedlo, že tento typ komunitní ošetřovatelské péče u nás stále ještě neexistuje. To mne velice zarazilo, protože přeci jen existence domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní i sociální péče v České republice a v současné době i velice aktuální. Výsledky kvantitativního a kvalitativního šetření se také shodují. Je viditelné, že pojem komunitní ošetřovatelská péče je již velice známý. Je to pro mne dobré zjištění.

Dále mě zajímal názor sester, pro koho si myslí, že je komunitní ošetřovatelská péče určena. Zde se odpovědi sester velice shodovaly opět s názorem autorky Darji Jarošové v knize Úvod do komunitního ošetřovatelství, jak bylo již zmíněno. Většina sester uvedla, že komunitní ošetřovatelská péče je určena pro chronicky nemocné,

113 sester (22,4 %) a o ohrožené skupiny, 101 sester. Zajímavé byly názory 2 sester (0,8 %), které doplnily, že každá skupina potřebuje komunitní ošetrovatelskou péči a zdůraznily potřebu ošetrovatelské péče v přirozeném prostředí a to hlavně v domácím. Respondenti ze zdravotnických pojišťoven při svých odpovědích uvedli více příkladů, ve kterých se také shodovali. Respondent R1 si myslí, že je komunitní ošetrovatelská péče určena hlavně pro seniory, nevyléčitelně nemocné a umírající. Respondent R3 je názoru, že je komunitní péče také určena pro seniory a umírající. Zcela rozdílnou odpověď na tuto otázku měl respondent R2, který uvedl, že komunitní ošetrovatelská péče je určena pro všechny skupiny lidí. Všichni 3 respondenti jsou názoru, že komunitní péče u nás v ČR existuje jako domácí péče.

Potěšilo mne, co z výsledků dále vyplynulo, že rozvinout komunitní ošetrovatelskou péči v ČR by bylo potřeba, hlavně v oblastech o terminálně nemocné, 67 sester (13,3 %), dále o seniory, 59 sester (11,7 %) a o rodinu, 55 sester (10,9 %). Ale přesto mě zarazí, že velmi malý počet sester, 8 sester (1,6 %) je názoru, že je důležité rozvinout komunitní ošetrovatelskou péči v ČR o dítě a stejný počet sester uvedlo zdravotní výchovu u dětí. Z těchto výsledků to spíše chápu od sester tak, že poskytování služeb domácí péče více potřebují terminálně nemocní a senioři než děti, které jsou převážně zdravé bez větších zdravotních problémů. Názor respondentů ze zdravotnických pojišťoven na potřebnost rozvoje komunitní ošetrovatelské péče v oblastech ČR se mírně odlišoval. Respondent R1 vidí potřebnost rozvoje hlavně v oblastech jako je škola, prevence pracovních rizik a podotkl i samostatně ošetrovatelské jednotky. Dle názoru respondenta R2 by potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství spatřoval v péči o psychicky a chronicky nemocné, těhotné, seniory a umírající. Poslední respondent R3 by komunitní ošetrovatelství rozvinul také v oblasti prevence pracovních rizik, v péči o psychicky a chronicky nemocné a o umírající. Dle mého názoru všichni respondenti vidí potřebnost rozvoje komunitní ošetrovatelské péče na pravém místě.

Dle 53 sester (10,5 %) by hlavním přínosem pro začlenění komunitní ošetrovatelské péče do zdravotnického systému ČR bylo zajištění návaznosti poskytované péče klientům, dále znalost klientova sociálního prostředí, 52 sester

(10,1 %) a zefektivnění poskytované péče, 49 sester (9,7 %). Tyto výsledky mi zcela připomínají cíle Koncepce domácí péče, tj. zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytovaná v jejich vlastním sociálním prostředí, což mě velice těší. Dále 49 sester (9,7 %) vidí jako hlavní přínos rozšíření kompetencí sester, co je samozřejmě nejen pro sestry nezbytně důležité. Respondenti ze zdravotnických pojišťoven také vidí velký přínos při začlenění komunitní ošetrovatelské péče do zdravotnického systému. Přínos jako je zefektivnění a snadnější dostupnost celkové poskytované péče klientovi a zvýšení autonomie sester podotkl respondent R1. Respondent R2 jako přínosné spatřuje znalost klientova sociálního prostředí, zefektivnění, zkvalitnění a zajištění návaznosti poskytované péče klientovi. Respondent R3 jako přínos při začlenění komunitní ošetrovatelské péče do zdravotnického systému vidí také dobrou znalost klientova sociálního prostředí a celkové zkvalitnění dostupné poskytované péče. Potěšilo mne, že i tito respondenti mají kladný názor na celkový rozvoj komunitního ošetrovatelství v ČR.

Z šetření dále vyplynulo, že hlavní podmínkou pro vykonávání práce komunitní sestry má být její registrace - osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, to uvedla převážná část respondentů, celkem 129 sester (25,6 %). Dle mého názoru, registrace sice sebou přinesla některé překážky, ale především pozitivně ovlivnila celoživotní vzdělávání sester a jsem ráda, že si mnoho sester tuto věc uvědomuje a hodnotí ji jako pozitivní a důležitou podmínku pro vykonávání práce komunitní sestry. To potvrzují i výsledky, kolik sester získalo Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Z celkového počtu 504 sester (100 %), 402 sester (79,8 %) je registrováno a získalo osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Z 263 sester (100 %) pracujících v nemocnicích, Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu získalo již 216 sester. Z celkového počtu 241 sester (100 %) pracujících mimo nemocniční zařízení, Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu získalo 186 sester. Dále 111 sester (22,0 %) upřednostnilo jako hlavní podmínku pro vykonávání práce komunitní sestry dlouholetou praxi

ve zdravotnictví, což je samozřejmě také nezbytně důležité. Ostatní 2 sestry (0,4 %) souhlasily s předchozími možnostmi, ale přesto jim však chyběla důležitá podmínka pro vykonávání práce komunitní sestry a to hlavně láska k člověku. Za tuto připomínku jsem velice ráda.

Důležitými a potěšujícími výsledky jsou pro mne odpovědi na otázku, která od sester zjišťovala, zda je potřebné rozvíjet komunitní ošetrovatelství v ČR. *Všech 485 sester (96,2 %) odpovědělo, že ano a pouhých 17 sester (3,4 %) jsou názoru, že komunitní ošetrovatelství v ČR není potřebné rozvíjet. Z výsledků šetření tak vyplynulo, že pohled zdravotníků na potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství v ČR je kladný. Tímto jsem potvrdila hypotézu 3.* Zajímavý byl názor 1 sestry (0,4 %), která souhlasila s rozvojem komunitního ošetrovatelství v ČR a uvedla, že lidé by měli být vedeni k zodpovědnosti za své zdraví a pečovat o něj. Dále 1 sestra (0,4%) také souhlasí s potřebou rozvoje komunitního ošetrovatelství. Uvedla příklad využití komunitní ošetrovatelské péče u rodiny pečující o umírajícího, kdy by jim komunitní ošetrovatelská péče vše straně pomohla. Odpovědi respondentů ze zdravotnických pojišťoven na zjištění, jestli mají zájem na rozvoji komunitního ošetrovatelství v ČR, byli pro mne také potěšující. *Všichni 3 respondenti totiž odpověděli, že mají kladný pohled na potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství v ČR a že jejich zdravotní pojišťovny mají zájem na rozvoji komunitního ošetrovatelství v ČR. Tímto jsem zodpověděla na výzkumnou otázku, jaký je pohled zástupců zdravotnických pojišťoven na potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství v ČR. Z rozhovorů tak bylo zjištěno, že zástupci zdravotnických pojišťoven mají kladný pohled na potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství.* Respondent R2 uvedl, že jejich zdravotní pojišťovna zajišťuje smlouvy s charitou a se sestrami domácích péčí a zdravotní pojišťovna respondenta R3 také smlouvy s domácí péčí. Pouze respondent R3 nesouhlasil s odpovědí, aby uvedl příklad aktivit jeho zdravotní pojišťovny. Byl názoru, že jsou to soukromé věci zdravotní pojišťovny.

Přesto však 409 sester (81,1 %) vidí možné překážky, ve vytvoření systému komunitní ošetrovatelské péče. Z tohoto počtu, 409 sester (100 %), ve vytvoření systému komunitního ošetrovatelství v ČR, vidí za největší překážku finanční zátěž

75 sester (16,9 %). Obtížnou spolupráci se zdravotnickými pojišťovnami uvedlo 66 sester (15,1 %) a související otázku problematiky legislativy potvrdilo 46 sester (11,1 %). I respondenti ze zdravotnických pojišťoven (R1, R2, R3), jsou podobného názoru. R1 uvedl překážky, které souvisí s finanční zátěží ve vytvoření tohoto systému v ČR, dále si myslí, že není stále zcela dostupné vzdělání pro komunitní sestry a mohlo by při jejich vykonávání činnosti v praxi, dojít k překrývání kompetencí sester s kompetencemi lékaře. Respondent R3 měl podobné názory, také viděl podobné překážky, které by mohly nastat v překrývání kompetencí mezi sestrou a lékařem a překážky související s finanční zátěží. Dále uvedl, že by mohla nastat nedůvěra ze strany laické veřejnosti ve schopnosti sester a nezájem ze strany odborníků. Respondent R2 má také obavy související s nedůvěrou ve schopnosti sester ze strany laické veřejnosti a je názoru, že mohou nastat překážky, které budou souviset s neochotou k celkovým změnám v systému péče o zdraví. Názor respondenta R1, který uvedl jak bylo již zmíněno, že není stále zcela dostupné vzdělání pro komunitní sestry, mě nutí se zamyslet, zda si to respondent R1 myslí správně. Jak víme, v oblasti komunitní péče je realizován zdravotnickými zařízeními, vysokými školami a vzdělávacími institucemi pilotní Mezinárodní projekt ve vzdělávání komunitních sester a porodních asistentek E-learning v komunitní péči. Specializačním vzděláváním v oboru komunitní ošetrovatelské péči je specifická ošetrovatelská péče v domácí péči, péče o rodinu, péče o seniory a i péče v prevenci pracovních rizik. Proto si naopak myslím, že vzdělání pro budoucí komunitní sestry je snadno dostupné a velice rozmanité.

Náplní komunitní ošetrovatelské péče by podle respondentů měla být účast sestry na screeningu, 87 sester (17,3 %) a provádění fyzikálního vyšetření klienta komunitní sestrou, 80 sester (15,9). Nejméně sester však uvedlo, že by do náplně komunitní ošetrovatelské péče zahrnuly návštěvní službu v domácím prostředí, 6 sester (1,2 %), hodnocení sociálního prostředí, 3 sestry (0,6 %) a zajišťování návaznosti na péči dalších odborníků, 2 sestry (0,4 %). Tyto výsledky jsou pro mne rozpačité a zarážející. Z těchto výsledků pro mne totiž vyplývá, že sestry se spíše zaměřily na sebe a hodnotily více své kompetence ve svém povolání než, aby hodnotily



důležitost péče nemocného v jeho známém domácím prostředí. Tuto věc braly spíše jako samozřejmost.

Sestry jsou názoru, že by komunitní sestra mohla samostatně pracovat hlavně v terénu, odpovědělo 166 sester (32,9 %). Tím se opět ukázalo, že sestry ví, v čem práce a činnost komunitní sestry spočívá. Práce komunitní sestry spočívá např. v oblasti psychiatrické rehabilitace a terénní práce v psychiatrii, práce porodních asistentek či práce sestry v agenturách domácí péče. Jen 13 sester (2,6 %) podotklo, že by komunitní sestra mohla pracovat samostatně ve speciálních klinikách. Myslím si, že je to poměrně malý počet, již několikrát jsem se setkala s inzeráty, které nabízely práci sestrám na speciální pracoviště. Vyskytly se i 2 názory sester (0,4 %), které dokonce odpověděly, že nejsou žádná místa, ve kterých by komunitní sestra mohla pracovat samostatně. Dle mého úsudku nejsem zcela přesvědčena, zda tyto 2 sestry pochopily pojem komunitní ošetrovatelství a náplň práce komunitní sestry.

Z šetření dále vyplynulo, že se u nás návštěvní služba ve vlastním domácím prostředí klienta provádí, 448 sester (88,9 %), dle mého názoru to potvrzuje, že jsou sestry dostatečně informované o provádění návštěvní služby v ČR. Tuto návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta dle respondentů, nejvíce provádí praktický lékař pro dospělé, 126 sester (25 %) a sestra pracující v agentuře domácí péče, 112 sester (22,2 %). Nejméně panoval názor, že návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta provádí praktický lékař pro děti a dorost, 25 sester (5,0 %). Od respondentů R1 a R3 ze zdravotnických pojišťoven bylo zjištěno, že návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta u nás provádí nejvíce sestra pracující v ambulanci praktického lékaře. K této problematice respondent R3 ještě dodal, že ji provádí také sestra pracující v agentuře domácí péče. Respondent R2 je názoru, že u nás návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta provádí praktický lékař pro dospělé, sestra samostatně výdělečně činná a sestra pracující v agentuře domácí péče. Opět se ukázalo, že se názory respondentů ze zdravotnických pojišťoven velice shodují se sestrami. Výsledky dále dodávají, že za největší výhodu v poskytování péče klientům v domácím prostředí je nejprve samozřejmě známé prostředí pro samotného klienta, 137 sester (27,2 %) a lepší možnost posouzení zdravotního, sociálního a psychického

stavu klienta sestrou, 95 sester (18,8 %). Potěšilo mě, že sestry v tomto případě na prvním místě vidí vždy pacienta/klienta, který je a má být středem zájmu. Názor respondenta R1 ze zdravotnické pojišťovny byl také zajímavý. Zde upřednostnil jako výhodu v poskytování domácí ošetrovatelské péče, zabezpečení nemocného člena rodiny. Jako nevýhodu vidí opět nedostatečnou kvalifikovanost zdravotníků a finanční nákladnost s tím související. Jak jsem již zmínila, dle mého názoru je vzdělání sester více než dostupné, ale přesto musím souhlasit s názorem respondenta R1, že je stále mnoho zdravotníků s nedostatečnou kvalifikovaností vykonávat komunitní sestru. Názor tohoto respondenta R1 je v rozporu s názorem respondenta R3. Ten totiž za výhodné spatřuje hlavně to, že poskytovaná ošetrovatelská péče v domácím prostředí je na kvalitní úrovni. Za nevýhodu respondent R3 upřednostňuje nedostatečnou motivaci sester provádějících tuto domácí ošetrovatelskou péči. To by mohlo částečně odůvodnit s tím související názor respondenta R1, že je stále nedostatečná kvalifikovanost zdravotníků. Dle respondentů zdravotní pojišťovny hradí návštěvní služby ve vlastním domácím prostředí klienta zdravotní pojišťovna. Opět shodné odpovědi respondentů byly na otázku, která se zabývala, kdo podle nich indikuje návštěvní služby ve vlastním domácím prostředí klienta. Zde všichni 3 respondenti odpověděli, že ji indikuje lékař. Zásadní zájmy jednotlivých zdravotních pojišťoven respondentů ve financování těchto služeb, jsou u všech 3 respondentů stejné. Respondenti uvedli, že jejich zdravotní pojišťovna má zájem ve financování těchto služeb a to hlavně, aby docílili dostupnosti a kvalitě této poskytované péče.

Odpovědi respondentů z kvantitativního šetření na otázku, zda jsou klientům aktivně nabízeny služby agentur domácí péče, byly spíše rozpačité a to proto, že převážná část souboru šetření vůbec nevěděla odpověď, 178 sester (35,3 %). Ostatních 114 sester (22,6 %) souhlasí s aktivním nabízením služeb agentur domácí péče, ale velice podobný počet sester tvrdí, že služby agentur domácí péče spíše nejsou klientům aktivně nabízeny, 108 sester (21,4 %). Hlavním a největším problémem nedostatečné nabídky služeb agentur domácí péče je dle sester nedostatek financí, to uvedla většina dotazovaných, 338 sester (67,1 %). Objevily se i důvody jako je obava ze sankcí od zdravotnických pojišťoven, 7 sester (1,4 %) a nezájem pacientů

či zdravotnických pracovníků o služby agentur domácí péče, 6 sester (1,3 %). Jsem za tyto výsledky ráda, ačkoliv nejsou pro mne příliš potěšující, a to proto, že si sestry uvědomují nutnost informovanosti a potřebu poskytování těchto služeb klientům. Snad se zdravotničtí pracovníci nad tímto problémem dostatečně zamyslí a pomohou více informovat a aktivně tak nabízet služby agentur domácí péče nejen svým klientům.

Dalším úkolem mého šetření bylo zjistit, jak dotazovaní hodnotí úroveň zdravotnické péče o děti, dospělé, ženy, seniory, duševně nemocné a umírající v ČR. Péče o děti byla nejvíce hodnocena známkou dobře, 220 sester (43,7 %). Našli se i tací, kteří tuto otázku ohodnotili známkou nedostatečně, 23 sester (4,6 %), bohužel své přesvědčení do výzkumu neodůvodnili. Z výsledků šetření dále vyplynulo, že deficitem v poskytování zdravotnické péče o děti v ČR je hlavně nezájem rodičů vést zdravotní výchovu u dítěte, 131 sester (26,0 %). Spousta sester je jistě v roli rodiče a přesto, že jsou zdravotníci, zajímavé je, že jako deficit v poskytování zdravotnické péče o děti v ČR vidí neinformovanost rodičů ze strany zdravotnických pracovníků o zdravotním stavu dítěte, 74 sester (14,7 %). Velká část sester zmínila i oblast problematiky obezity u dětí, kdy velkým deficitem je nesprávná životospráva v dětském věku, 69 sester (13,7 %). Jak víme, problematika obezity u dětí velice rychle narůstá a v dnešní době je velmi aktuální. Kompetencí sestry je nejen edukovat děti i rodiče o problematice obezity, o možných následcích a komplikacích spojených s touto diagnózou, ale i poskytovat rady a emoční podporu při změnách životního stylu obézního dítěte a jeho rodiny. Naopak těmito výsledky byl, dá se říci, vyvrácen názor pouhých 19 sester (3,8 %), které uvedly za deficit v poskytování zdravotnické péče o děti v ČR chybění pravidelných prohlídek u dětského lékaře a 19 sester (3,8 %) očkování. Úroveň zdravotnické péče o dospělé v ČR byla hodnocena převážně známkou dobře, 265 sester (52,6 %). Hlavním deficitem v poskytování ošetrovatelské péče vidí 91 sester (18,1 %) spory mezi klientem a zdravotnickým pracovníkem a 84 sester (16,7 %) nedostatek pravidelných preventivních prohlídek. S tímto názorem musím souhlasit, přeci jen velká část dospělých osob na pravidelné preventivní prohlídky nedochází, což samozřejmě dále vede k rozvoji různých onemocnění a s tím související následné komplikace. Při hodnocení úrovně zdravotnické péče žen, hodnocení známkou chvalitebně a dobře

byly skoro na vyrovnané pozici, 199 sester (39,5 %) hodnotilo známkou dobře a 185 sester (36,7 %) známkou chvalitebně. Těmi největšími deficity v poskytování zdravotnické péče o ženy v ČR byly dle respondentů, špatná výchova žen ke zdraví, uvedlo 58 sester (11,5 %), deficit v péči o ženy po porodu v domácím prostředí, odpovědělo také 58 sester (11,5 %) a chybění návštěvní služby porodní asistentky v domácím prostředí, dodalo 56 sester (11,1 %). Těmto výsledkům jistě dá za pravdu nejen většina porodních asistentek a lékařů. Úroveň zdravotnické péče o seniory v ČR byla hodnocena opět převážně známkou dobře, hodnotilo 238 sester (47,2 %). Avšak velký soubor šetření 97 sester (19,2 %) hodnotil známkou dostatečně a velký podíl souboru šetření tvořily odpovědi známky nedostatečně a to všech 63 sester (12,5 %). Tyto výsledky šetření mě také velice zaskočily. Víme, že se stářím zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život a tím nejdůležitějším se pro něj stane péče. Když rodina nezvládá či nemůže dostatečnou a zvýšenou péči starým rodičům poskytnout, existuje řada variant a to od asistované domácí péče přes penzióny a domovy důchodců až po domy s pečovatelskou službou. Z mnoha variant možností péče o seniory je určitě tou neoptimálnější právě domácí pečovatelská služba. Odborné sestry poskytují v domácím prostředí péči nemocným seniorům a zvláště těm, kteří nejsou schopni si obstarat nutné domácí práce. S dobrou domácí pečovatelskou službou a ve vlastním prostředí tak mohou senioři důstojně prožít své stáří. S tím souvisejí i názory sester, že služby, které u nás scházejí v poskytování péče o seniory jsou hlavně denní stacionáře, odpovědělo 110 sester (21,8 %), nedostatek odlehčovacích pobytů, 105 sester (20,8 %) a dalších 83 sester (16,5 %) vidí velký nedostatek domů pro seniory s pečovatelskou službou. Jen 18 sester (3,6 %) si myslí, že je málo agentur domácí péče, což potvrzuje, že agentury domácí péče jsou zdravotníkům známé a dnes pro klienty snadno dostupné. Problematiku nedostatků v péči o seniory by 137 sester (27,2 %) k jejich odstranění řešilo finančním zvýhodněním rodinných pečovatelů. Zvýšení sociálních příplatků za péči o rodinného příslušníka by dle mého názoru určitě mělo své výhody, ale jistě i nevýhody, související s negativním využíváním těchto služeb některými rodinnými příslušníky. Dalších 108 sester (21,4 %) by jako návrh řešení vidělo obnovení funkce geriatrické sestry v terénu. To si myslím, že je velice

dobrý nápad při řešení nedostatků v péči o seniory a dle mého názoru by se jistě geriatrická sestra v dnešním zdravotnictví uplatnila. 101 sester (20,0 %) by navrhovalo lepší spolupráci praktických lékařů s agenturami domácí péče. Sama určitě nemohu posoudit jaká je spolupráce mezi praktickými lékaři a agenturami domácí péče, ale samozřejmě velkou roli zde hraje ze strany praktického lékaře, jeho aktivní nabízení a podávání dostatečných informací svým klientům o Agenturách domácí péče a jejich službách. Ostatních 15 sester (3,0 %) podobně doplnilo, že hlavními problémy související s nedostatky v péči o seniory je špatný systém následné péče, špatná komunikace mezi klasickým lůžkovým oddělením a sociálním sektorem nemocnice, taktéž mezi praktickými lékaři a sociálními odbory, či nedostatečná informovanost. Při zjišťování, jak zdravotní pojišťovna respondentů uzavírá smlouvy o poskytování služeb s agenturami domácí péče, respondent R2 odpověděl, že jeho zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvy o poskytování služeb s agenturami domácí péče na principu smluv, které zaručují úhradu domácí péče ze zdravotních pojišťoven. Respondenti R1 a R3 uvedli, že jejich zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvy o poskytování služeb s Agenturami domácí péče na principu smluv, které zajišťují úhrady ošetrovatelské péče poskytnuté svým klientům. Také mne zajímal názor respondentů, na princip uzavírání smluv jejich zdravotnických pojišťoven o poskytování těchto služeb se samostatně výdělečnými sestrami. Zde respondent R2 odpověděl na uzavírání smluv tak, že tyto smlouvy zaručují hlavně úhradu domácí péče ze zdravotních pojišťoven. Ostatní respondenti R1 a R3 vysvětlili, že tyto smlouvy zajišťují úhradu poskytované péče svým klientům. V podstatě odpověděli velice podobně jako v předchozí otázce. Mrzí mě, že více tu to záležitost v obou dvou otázkách nechtěli rozebírat. Při hodnocení úrovně zdravotnické péče o duševně nemocné v ČR, tvořilo dobré hodnocení zdravotnické péče, 204 sester (40,5 %), ale dalších 169 sester (33,5 %) hodnotilo zdravotnickou péči o duševně nemocné dostatečně, což není malé množství. Deficitem v poskytování zdravotnické péče o duševně nemocné v ČR, vidí sestry hlavně v chybění poskytované podpory v rodině, uvedlo 78 sester (15,1 %) a špatnou spolupráci s rodinou v péči o nemocné, 76 sester (14,9 %). Výsledky zhodnocení úrovně zdravotnické péče o umírající v ČR jsou doslova alarmující. Celých 167 sester (33,1 %) je přesvědčeno, že zdravotnická péče

o umírající je v ČR nedostatečná a dalších 152 sester (30,2 %) hodnotilo známkou dostatečně. Názor, že péče o umírající a jejich rodiny v jejich domácím prostředí není vůbec zajištěna v ČR, upřesnilo 87 sester (17,4 %). Již od roku 1994 byla zpracována ve spolupráci s agenturami domácí péče řada studií i analýz o poskytování péče umírajícím v domácím prostředí. Na základě získaných poznatků byl vydán již v roce 1994 manuál pro poskytování domácí hospicové péče, který je kontinuálně doplňován o nové trendy a postupy. V současném pojetí "odsunu" umírajících do různých typů zařízení, ztrácí umírání charakter přirozeného sociálního aktu. Poskytování péče umírajícím v jejich domovech je bezprostředně spjato s podmínkami, které jsou společností vytvářeny pro laickou hospicovou péči. Péče rodiny a blízkých měla a věřím, že znovu bude mít i u nás, nezastupitelnou úlohu v péči o umírající. Dnes sice existují Hospice pro umírající pacienty, ale zdaleka se jejich množství nevyrovná počtu všem umírajícím s rodinou, kteří by tuto pečovatelskou službu rádi využili. To je jeden z mála důvodů, proč by bylo potřeba obsadit komunitní sestru do praxe ve zdravotnictví. To potvrzují i přesvědčení většiny respondentů, že komunitní sestra spíše může poskytovat hospicovou péči v domácím prostředí zcela samostatně, 217 sester (43,1 %) a všech 149 sester (29,6 %) o tom vůbec nepochybují a naprosto s tím souhlasí.

Dle 435 sester (86,3 %) by ze strany veřejnosti měl být zájem o komunitní ošetrovatelskou péči a 11 sester souhlasilo s pozitivním zájmem veřejnosti o komunitní ošetrovatelskou péči a to hlavně z důvodu prevence zdraví pro všechny, s nutností zavedení této komunitní ošetrovatelské péče jako bezpečnost o své zdraví do budoucnosti a že v současné době taková péče u nás chybí. Na otázku týkající se zjištění názoru respondentů ze zdravotnických pojišťoven, proč by měl být ze strany veřejnosti zájem o komunitní ošetrovatelskou péči, každý respondent odpověděl zcela rozdílně, ale o to pro nás více zajímavé výsledky. Respondent R1 odpověděl, že by ze strany veřejnosti měl být zájem o komunitní ošetrovatelskou péči a to hlavně z důvodu pocitu bezpečí o své zdraví. Respondent R2 je názoru, že by ze strany veřejnosti měl být zájem o komunitní ošetrovatelskou péči, protože léčba v jiném než ústavním prostředí je určitě lepší. Respondent R3 podotkl, že by měl být ze strany

veřejnosti zájem o komunitní ošetrovatelskou péči a to proto, že díky ní budou mít snadnou dostupnost poskytované péče. Těchto odpovědí si velice vážím.

Z otázky, která zjišťovala, zda je definována komunitní ošetrovatelská péče v koncepci ošetrovatelství, vyplynuly velice zajímavé odpovědi. 199 sester (39,5 %) si jsou jisté, že je komunitní ošetrovatelská péče definována v koncepci ošetrovatelství. Šokující je, že 238 sester (47 %) nevědělo, zda je komunitní ošetrovatelská péče v koncepci ošetrovatelství vůbec definována. Tím se potvrzuje, že převážná část sester ví, co je to komunitní ošetrovatelská péče, ale neví, zda je komunitní ošetrovatelská péče v ČR zcela zavedena.

## 6. Závěr

Cílem mé diplomové práce na téma “Pohled zdravotníků na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství v ČR“ bylo zjistit, zda zdravotníci spatřují deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče a jaký je pohled zdravotníků na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství v ČR.

V rámci šetření byly stanoveny tři hypotézy. Z výsledku analýzy dat vyplynulo, že sestry pracující mimo nemocniční zařízení nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče v chybění zajištění v návaznosti poskytované péče nespátřují. Tímto jsem nepotvrdila hypotézu 1.

Sestry pracující v nemocničním zařízení nejzávažnější deficit v oblastech poskytování zdravotnické péče spatřují v nezájmu veřejnosti pečovat o své zdraví. Tímto jsem potvrdila hypotézu 2.

Z výsledků šetření také vyplynulo, že pohled zdravotníků na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství v ČR je kladný. Tímto jsem potvrdila hypotézu 3.

Cíle práce byly splněny.

Výzkumnou otázkou bylo zjistit pohled zástupců zdravotnických pojišťoven na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství v ČR. Z rozhovorů bylo zjištěno, že zástupci zdravotnických pojišťoven mají kladný pohled na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství.

Tato diplomová práce a především její část šetření by měla přispět k dalšímu rozvoji komunitního ošetřovatelství v ČR. Dále v rámci těchto zjištěných výsledků a poznatků by bylo vhodné zajistit dostatečnou propagaci výhod komunitního ošetřovatelství nejen mezi laickou, ale i odbornou veřejnost a zajistit dostatečný přístup komunitních seser ke vzdělání.



Péče komunitních sester by se mohla uplatnit hlavně v oblastech jako je domácí péče, rodinná sestra, v péči o seniory či v prevenci pracovních rizik. Péče porodních asistentek by se naopak mohla uplatnit v oblastech komunitní péče či školní sestry.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. Autor neuveden. *Postřehy sestry domácí péče*. Sestra. Praha: 2000. č. 5, s. 5. ISSN 1210-0404.
2. BÍLÁ, I. *Ideální sestra v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Brno, 2008. Bakalářská práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity na katedře ošetrovatelství. Vedoucí práce: Doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.
3. CEJNKOVÁ, L. *Výživa v domácí péči*. Sestra. Břeclav: 2002. č. 9, s. 22. ISSN 1210 – 0404.
4. DYTRICHOVÁ, D. *Sestra v paliativní péči*. Sestra. Rajhrad u Brna: 2002. č. 1, s. 26. ISSN 1210 – 0404.
5. FESTOVÁ, A. *Komunitní ošetrovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek*. [online]. [cit. 14. 12. 2008]. Dostupný z: <<http://www.google.cz/search?hl=cs&q=Vize+komunitního+ošetrovatelství+v+ČR&btnG=Vyhledat+Googlem&lr=&aq=f&oq=>>>
6. FOGLAROVÁ, P. *Vztah agentury domácí péče a praktického lékaře*. Sestra. Praha: 2005. č. 11, s. 34 – 35. ISSN 1210-0404.
7. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. s. 279. ISBN 80-8063-155-7.
8. ICN. *Poskytování kvalitní péče, služba komunitám: Sestry v čele primární zdravotní péče*. [online]. [cit. 14. 12. 2008]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/211-oslava-dne-sester.html>>

9. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 987-80-247-2150-7.
10. JANOUŠKOVÁ, H., MELLANOVÁ, A. *Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví*. Sestra. Praha: 2005. č. 11, s. 22 – 23. ISSN 1210-0404.
11. KANTORKOVÁ, M. *Zkušenosti s pracovníky pro sociální komunikaci*. Sestra. Sobotín: 2002. č. 7 – 8, s. 32. ISSN 1210 – 0404.
12. KOMÍNKOVÁ, H. *Právo na důstojné umírání*. Sestra. Brno: 2002. č. 1. s. 20 – 21. ISSN 1210 – 0404.
13. KRBCOVÁ, MAŠÍNOVÁ, L. 1. vyd. Ústí nad Labem: Centrum komunitní péče, 2003. 32 s.
14. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing, 10-11 s. ISBN 80-247-0784-5.
15. KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Univerzita Karlova, 1998. 135 s. ISBN 80-238-0937-7.
16. MARKOVÁ, M. *Ošetřovatelská péče o umírající*. Sestra. Litoměřice: 2002. č. 1, s. 24 – 25. ISSN 1210 – 0404.
17. MAŠKOVÁ, J. *Co potřebuje (a někdy nemá) agentura domácí péče*. Sestra. Praha: 2002. č. 9, s. 28. ISSN 1210 – 0404.
18. Mezinárodní den sester 2008. *Poskytování kvalitní péče, služba komunitám: Sestry v čele primární zdravotní péče*. [online] [cit. 16. 2. 2009]. Dostupné z:

<<http://www.google.cz/search?hl=cs&q=Činnosti+primární+zdravotní+péče&btnG=Hledat&lr=>>

19. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Hlavní body zdravotnictví na léta 2005 – 2009*. [online] [cit. 16. 2. 2009]. Dostupné z: <<http://www.google.cz/search?hl=cs&q=Cíle+Ministerstva+Zdravotnictví+pro+rozvoj+zdravotnické+péče+vČR&btnG=Hledat&lr=>>
20. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Koncepce ošetrovatelství*. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: 2004, Metodické opatření č. 9. [online]. [cit. 10. 12. 2008]. Dostupný z: <<http://209.85.129.132/search?q=cache:ohWcfBiciOAJ:nemocnice.susice.net/oset/koncepce.pdf+Koncepce+ošetrovatelství&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz>
21. MISCONIOVÁ, B. *Základní principy kvality komplexní domácí péče*. Sestra. Praha: 1998. č. 3, s. 27. ISSN 1210-0404.
22. MOCKOVÁ, M. *Sociální pracovník v domácí péči*. Sestra. Praha: 2005. č. 11, s. 35. ISSN 1210-0404.
23. PAVLICOVÁ, J. *Domácí péče v České republice*. Sestra. Praha: 1993. č. 3, s. 11 – 12. ISSN 1210-0404.
24. POLÁCHOVÁ, E. *Stres v práci hospicové sestry*. Sestra. Olomouc: 2004. č. 10. s. 24. ISSN 1210 – 0404.
25. PŘIKRYLOVÁ, L., MALINKOVÁ, M. *Výuka sester domácí péče*. Sestra. Brno: 1999. č. 3, s. 18. ISSN 1210-0404.
26. SCHUBERTOVÁ, M. *Sestra v hospici a v domácí hospicové péči*. Sestra. Praha: 2002. č. 1, s. 21. ISSN 1210 – 0404.

27. SEIFER, B., et al. (2005). Všeobecné praktické lékařství, první vydání. Praha: Galén a Karolinum, 2005. ISBN 80-7262-369-9 (Galén) ISBN 80-246-1131-7 (Karolinum).
28. SLÁMOVÁ, H. „*Ne*“ životu v nemocnici. Sestra. Praha: 2005. č. 11, s. 37. ISSN 1210 – 0404.
29. SLÁMOVÁ, H. *Ventilace dětí v DP u nás a v zahraničí*. Sestra. Praha: 2005. č. 11, s. 36. ISSN 1210 – 0404.
30. SKLENČKOVÁ, M. *Zabezpečení sterility v domácím prostředí*. Sestra. Praha: 2002. č. 9. s. 23. ISSN 1210 – 0404.
31. STAŇKOVÁ, M. *Jakou sestru chceme v komunitní péči?* Sestra. Praha: 2000. č. 4, s. 1 – 2. ISSN 1210-0404.
32. STAŇKOVÁ, M. *Obrázky z historie českého ošetřovatelství*. Sestra. Praha: 2000. č. 3, s. 5 – 6. ISSN 1210-0404.
33. ŠNÝDLOVÁ, K. *Domácí sestřička*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1997. 224 s. ISBN 80-7176-452-3.
34. ŠTEFLOVÁ, A. *Komunitní projekty podpory zdraví WHO*. [online]. [cit. 13. 12. 2008]. Dostupný z: <[http://www.google.cz/search?as\\_q=Komunitn%ED+projekty+podpory+zdrav%ED+WHO&as\\_sitesearch=nszm.cz&lr=lang\\_cs&Submit=hledej](http://www.google.cz/search?as_q=Komunitn%ED+projekty+podpory+zdrav%ED+WHO&as_sitesearch=nszm.cz&lr=lang_cs&Submit=hledej)>

35. SVRŠEK, J. *Světová zdravotnická organizace Spojených národů*. [online] [cit. 13. 2. 2009]. Dostupné z: <<http://natura.baf.cz/natura/2000/4/20000405.html>>
36. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a ČR*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2004. 64 s. ISBN 80-7280-314-X
37. VARGOVSKÁ, K. *Domácí hospicová péče*. Sestra. Frýdek-Místek: 2005. č. 11, s. 33 – 34. ISSN 1210 – 0404.
38. VLASÁK, O. *České zdravotnictví v Evropské unii*. [online] [cit. 16. 2. 2009]. Dostupné z: <<http://www.google.cz/search?hl=cs&q=Cíle+Evropské+Unie+pro+rozvoj+zdravotnické+péče+v+ČR&btnG=Vyhledat+Googlem&lr=&aq=f&oq=>>>
39. VLASÁKOVÁ, D. *Dopad pozměněné legislativy v ošetrovatelské praxi ve vztahu k výkonu povolání všeobecné sestry*. [online]. [cit. 11. 12. 2008]. Dostupné z: <[http://209.85.129.132/search?q=cache:D\\_QVhcCJDMJ:www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx%3Fid%3D215%26name%3DDita%2520Vlasáková2520prezentace.ppt+Vyhláška+MZ+ČR+č.+424/2004+Sb.&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz](http://209.85.129.132/search?q=cache:D_QVhcCJDMJ:www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx%3Fid%3D215%26name%3DDita%2520Vlasáková2520prezentace.ppt+Vyhláška+MZ+ČR+č.+424/2004+Sb.&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz)>
40. VOSTŘÁKOVÁ, J. *Péče o seniory a zdravotně postižené*. In sborník IV. gerontologické dny. Ostrava: 2000. s. 14
41. Vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. [online]. [11. 12. 2008]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/286-iv-pracovnici-ve-zdravotnictvi.html>>

42. Vyhláška MZ ČR č. 321/2008 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků[online]. [19. 12. 2008]. Dostupné z: <<http://www.google.cz/search?hl=cs&q=%09Vyhláška+MZ+ČR+č.+321%2F2008+Sb.%2C+&btnG=Hledat&lr=>>>
43. Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků[online]. [11. 12. 2008]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/286-iv-pracovnici-ve-zdravotnictvi.html>>
44. Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí[online]. [11. 12. 2008]. Dostupné z: <[http://www.cszt.cz/96/aplikace\\_96\\_tech\\_prac.htm](http://www.cszt.cz/96/aplikace_96_tech_prac.htm)>
45. Vyhláška MZ ČR č. 470/2004 Sb. o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka[online]. [11. 12. 2008]. Dostupné z: <<http://www.esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sezn?DR=OB&SORT=CP&ROK=2006&OB=4>>
46. Zákon 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. [online]. [11. 12. 2008]. Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04095&cd=76&typ=r>>
47. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních
48. Zákon č. 189/2008 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů

(zákon o uznávání odborné kvalifikace). [online]. [19. 12. 2008]. Dostupné z:  
<<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakon-c-189-2008-sb-novela-zakona-o-vysokych-skolach>>



## **8. Klíčová slova**

1. Zdravotnický systém
2. Pojištění
3. Komunitní ošetřovatelství
4. Komunita
5. Komunitní péče
6. Komunitní plánování
7. Zdraví

## **9. Přílohy**

1. Dotazník pro zdravotnický personál
2. Rozhovor s klienty od zdravotnických pojišťoven

## **Příloha 1**

### **Dotazník pro zdravotnický personál**

Dobrý den, jmenuji se Věra Nagyová a jsem studentkou 2. ročníku oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku na téma: Názor zdravotníků na potřebnost rozvoje komunitního ošetrovatelství v ČR. Veškeré údaje jsou naprosto anonymní a stanou se podkladem, pro zpracování mé diplomové práce.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

#### **1. Kolik Vám je let?**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18 – 25 let | <input type="checkbox"/> 26 – 30 let |
| <input type="checkbox"/> 31 – 40 let | <input type="checkbox"/> 41 - 50 let |
| <input type="checkbox"/> 51 – 60 let | <input type="checkbox"/> 61 a více   |

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

- SZŠ
- VZŠ
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- specializace ..... (doplňte prosím)
- jiné ..... (doplňte prosím)

**3. Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> do 1 roku   | <input type="checkbox"/> 2 - 5 let   |
| <input type="checkbox"/> 6 – 10 let  | <input type="checkbox"/> 11 – 15 let |
| <input type="checkbox"/> 16 – 20 let | <input type="checkbox"/> 21 – 25 let |
| <input type="checkbox"/> 26 – 30 let | <input type="checkbox"/> 31 a více   |

**4. Jste registrovaná sestra?**

- ano
- ne

**5. Z jakého jste kraje?**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Jihočeský   | <input type="checkbox"/> Jihomoravský    |
| <input type="checkbox"/> Karlovarský | <input type="checkbox"/> Královehradecký |
| <input type="checkbox"/> Liberecký   | <input type="checkbox"/> Moravskoslezský |
| <input type="checkbox"/> Olomoucký   | <input type="checkbox"/> Pardubický      |
| <input type="checkbox"/> Plzeňský    | <input type="checkbox"/> Praha           |
| <input type="checkbox"/> Středočeský | <input type="checkbox"/> Ústecký         |
| <input type="checkbox"/> Zlínský     | <input type="checkbox"/> Vysočina        |

**6. V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?**

- v ambulanci praktického lékaře pro dospělé
- v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost
- v ambulanci praktického zubního lékaře

- v ambulanci praktického ženského lékaře
- v nemocničním zařízení, které ..... (doplňte prosím)
- v agentuře domácí péče
- jako sestra samostatně výdělečně činná
- jiné ..... (doplňte prosím)

**7. Jaká je Vaše funkce ve zdravotnickém zařízení?**

- vrchní sestra
- staniční sestra
- vedoucí směny
- sestra pracující u lůžka
- jiné ..... (doplňte prosím)

**8. Zajímáte se o problematiku zdravotnictví v ČR?**

- ano
- ne

**9. Jaké pozitivní věci spatřujete v systému zdravotnictví ČR?**

- dostatek financí v resortu zdravotnictví
- dobré hospodaření s financemi
- v řízení zdravotnictví
- regulační poplatky ve zdravotnictví
- snadná dostupnost zdravotnické péče

- dobrá informovanost zdravotníků o novinkách ve zdravotnictví
- kvalifikovaná péče ve zdravotnictví
- kvalitní vzdělání zdravotníků
- zájem veřejnosti pečovat o své zdraví
- jiné ..... (doplňte prosím)
- žádné

**10. V čem spatřujete nejzávažnější problém současného zdravotnictví v ČR?**

- nedostatek financí v resortu zdravotnictví
- dostatek financí, ale špatné hospodaření
- v řízení zdravotnictví
- systém zdravotnického pojištění
- chybí zajištění v návaznosti poskytované péče
- nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví
- problematika dostupnosti zdravotní péče
- nedostatek času pro klienty
- poměrně nízké kvalitní vzdělání zdravotníků
- špatná komunikace vedení nemocnice s podřízenými pracovníky
- jiné ..... (doplňte prosím)

žádný

**11. V jakých oblastech poskytování zdravotnické péče spatřujete deficit?**

- chybí zajištění v návaznosti poskytované péče
- nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví
- nedostatek následné péče
- nedostatečná kvalita poskytované zdravotní péče
- problematika dostupnosti zdravotní péče
- poradenství o životním stylu
- informace o mikroklimatických podmínkách pracoviště
- pravidelné preventivní prohlídky
- edukace klienta
- výchova klienta ke zdraví
- jiné ..... (doplňte prosím)
- nevím

## 12. Co si představíte pod pojmem komunitní ošetrovatelská péče?

- péče o zdraví populace v terénu, mimo zdravotní zařízení
- zdravotní a sociální péče o komunity obyvatel
- péče o určitou skupinu (komunitu)
- péče o klienty v domácím prostředí
- sestra pracující pouze v terénu
- rodinná sestra
- nevím
- jiné ..... (doplňte prosím)

*V zahraničí sestry běžně pracují samostatně v terénu, v prostředí, kde lidé žijí (rodina-domov, škola, zaměstnání), poskytují návštěvní službu. Poskytují specifickou péči dětem, rodinám, seniorům, zdravotně postiženým a jejich příslušníkům. Důležitou úlohou je vyhledávání a práce s rizikovými skupinami obyvatel. Pečují o člověka od narození, ale také v době kdy jeho život končí.*

## 13. Existuje tento typ komunitní ošetrovatelské péče u nás v ČR?

- ano
- ne
- nevím



**14. Slyšel/a jste o její existenci v zahraničí?**

- ano
- ne
- nevím

**15. Pro koho si myslíte, že je komunitní ošetrovatelská péče určena?**

- péče o dítě
- péče o seniory
- péče o nevyléčitelně nemocné
- péče o psychicky nemocné
- péče o ohrožené skupiny obyvatel
- jiné ..... (doplňte prosím)
- nevím
- žádná z uvedených možností
- péče o rodinu
- péče o chronicky nemocné
- péče o těhotné ženy
- péče o umírající
- péče o minority

**16. V jakých oblastech si myslíte, že by bylo třeba rozvinout komunitní ošetrovatelskou péči v ČR?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> péče o dítě                               | <input type="checkbox"/> péče o děti ve škole      |
| <input type="checkbox"/> péče o rodinu                             | <input type="checkbox"/> péče o těhotné ženy       |
| <input type="checkbox"/> péče o psychicky nemocné                  | <input type="checkbox"/> péče o seniory            |
| <input type="checkbox"/> péče o chronicky nemocné                  | <input type="checkbox"/> péče o terminálně nemocné |
| <input type="checkbox"/> péče o umírající                          | <input type="checkbox"/> péče o minority           |
| <input type="checkbox"/> péče o ohrožené skupiny obyvatel          | <input type="checkbox"/> domácí péče               |
| <input type="checkbox"/> péče v oblasti prevence pracovních rizik  | <input type="checkbox"/> návštěvní péče pro děti   |
| <input type="checkbox"/> samostatně ošetrovatelské jednotky        | <input type="checkbox"/> zdravotní výchova u dětí  |
| <input type="checkbox"/> edukační centra v rámci zdravotní výchovy |  |
| <input type="checkbox"/> návštěvní služby pro matky                |  |
| <input type="checkbox"/> jiné .....                                | (doplňte prosím)                                   |
| <input type="checkbox"/> nevím                                     |  |

**17. Jaký přínos by podle Vás mělo začlenění komunitní ošetrovatelské péče do zdravotnického systému ČR?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> efektivní financování                  | <input type="checkbox"/> zkvalitnění péče  |
| <input type="checkbox"/> znalost klientova sociálního prostředí | <input type="checkbox"/> znalost klientů   |
| <input type="checkbox"/> zlepšení zdravotní výchovy             | <input type="checkbox"/> evidence očkování |

- zefektivnění poskytované péče
- podpora zdraví
- podpora dostupnosti péče
- zvýšení zájmu o své zdraví
- zvýšení autonomie sester
- zvýšení prestiže povolání sester
- rozšíření kompetencí sester
- zkvalitnění péče o zaměstnance
- vyhledávání rizikových skupin obyvatel
- nepřineslo by nic zdravotnickému systému
- zajištění návaznosti poskytované péče klientům
- zvýšená zaměřenost na prevenci onemocnění
- snadnější podpora zdravého životního prostředí
- snadnější vyhodnocení psychosociálních rizik
- jiné ..... (doplňte prosím)
- nevím

**18. Co by podle Vás mělo být podmínkou pro vykonávání práce komunitní sestry?**

- středoškolské vzdělání
- vyšší vzdělání
- vysokoškolské vzdělání

- specializace
- registrace – osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu
- praxe ve zdravotnictví
- odborná praxe u lůžka
- jiné ..... (doplňte prosím)

**19. Kým by podle Vás měla být činnost komunitní sestry organizována (pod jakou organizací)?**

- krajem
- městem
- školou
- privátní sférou
- praktickým lékařem pro děti a dorost
- nemocnicí
- jiné ..... (doplňte prosím)

**20. Myslíte si, že je v ČR potřebné rozvíjet komunitní ošetrovatelství?**

- ano
- ne

**21. Vidíte nějaké možné překážky ve vytvoření systému komunitní ošetrovatelské péče?**

- ano
- ne (v případě této odpovědi pokračujte prosím otázkou 23)

## 22. Pokud ano, jaké?

- nedůvěra ve schopnosti sester ze strany laické veřejnosti
- nedůvěra ve schopnosti sester ze strany odborné veřejnosti
- nedostatečné zkušenosti sester
- nespolupráce mize odborníky
- neochota ke změnám v systému péče o zdraví
- finanční zátěž
- nejasnosti financování
- otázka legislativy - uzákonění
- nezájem ze strany odborníků
- nezájem sester o navýšení kompetencí
- nedostupnost vzdělání pro komunitní sestry
- obtížná spolupráce se zdravotními pojišťovkami
- překrývání kompetencí sester s kompetencemi lékařů
- jiné ..... (doplňte prosím)
- nevím

## 23. Jaká by podle Vás měla být náplň komunitní ošetrovatelské péče?

- edukace klienta
- výchova klienta ke zdraví
- prevence onemocnění

- udržování a podpora zdraví
- poradenství o životním stylu
- poskytovat první pomoc
- vyhledávat rizikové skupiny jedinců
- hodnocení sociálního prostředí klienta
- vést ošetrovatelskou dokumentaci
- provádět fyzikální vyšetření u klienta
- spolupráce s rodinou v péči o jedince
- zajišťovat návaznost na péči dalších odborníků
- návštěvní služba v domácím prostředí klienta
- jiné ..... (doplňte prosím)
- nevím
- zhodnocení rizik prostředí
- telefonické poradenství
- očkování
- preventivní prohlídky
- účast na screeningu

**24. Uveďte místa podle Vašeho názoru, ve kterých by komunitní sestra mohla samostatně pracovat?**

- v mateřských školách
- v domácnosti
- ve vlastní ordinaci
- v závodní péči
- na základních školách
- v terénu
- ve speciálních klinikách
- nevím

jiné ..... (doplňte prosím)

**25. Provádí se u nás dle Vašeho názoru návštěvní služba ve vlastním domácím prostředí klienta?**

ano

ne (v případě této odpovědi pokračujte prosím otázkou 27)

nevím

jiné ..... (doplňte prosím)

**26. Pokud ano, kdo ji provádí?**

sestra pracující v nemocnici

sestra pracující v ambulanci praktického lékaře

sestra samostatně výdělečně činná

sestra pracující v Agentuře domácí péče

porodní asistentka

lékař pracující v nemocnici

praktický lékař pro děti a dorost

praktický lékař pro dospělé

jiné ..... (doplňte prosím)

nevím

**27. Jaké spatřujete výhody v poskytování péče klientům v domácím prostředí?**

- lepší spolupráce s rodinou klienta  známé prostředí pro klienta
- možnost zapojení dobrovolníků  rychlejší uzdravení klienta
- lepší možnost navázání kontaktu s klientem
- nestresující prostředí pro klienta
- lepší možnost posoudit zdravotní, psychický a sociální stav klienta sestrou
- jiné ..... (doplňte prosím)
- nevím

**28. Jsou klientům podle Vás aktivně nabízeny služby agentur domácí péče?**

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

**29. Pokud ne, z jakého důvodu?**

- ..... (doplňte prosím)



**30. Jak by jste zhodnotil/a úroveň poskytované ošetrovatelské péče o děti v ČR?**

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

výborná

nedostatečná

nevím

**31. V čem podle Vás vidíte deficit v poskytování ošetrovatelské péče o děti v ČR?**

- chybí návštěvní služba dítěte v domácnosti
- neinformovanost rodičů o zdravotním stavu dítěte ze strany zdravotníků
- nezájem rodičů vést zdravotní výchovu u dítěte
- nedostatečná kvalita poskytované zdravotní péče
- problematika dostupnosti zdravotní péče
- chybí pravidelné preventivní prohlídky u dětského lékaře
- edukace dítěte
- očkování
- výživa u dětí
- jiné ..... (doplňte prosím)
- nevím

**32. Jak by jste zhodnotil/a úroveň zdravotnické péče o dospělé v ČR?**

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

výborná

nedostatečná

nevím

**33. V čem podle Vás vidíte deficit v poskytování ošetrovatelské péče o dospělé v ČR?**

- nedostatečná kvalita poskytované zdravotní péče
- problematika dostupnosti zdravotní péče
- chybí pravidelné preventivní prohlídky
- edukace klienta
- výchova klienta ke zdraví
- chybí zajištění v návaznosti poskytované péče
- nezájem veřejnosti pečovat o své zdraví
- chybí poradenství klienta o životním stylu ze strany zdravotníků
- neinformovanost nemocného klienta o možnostech moderní léčby
- jiné ..... (doplňte prosím)
- nevím

**34. Jak by jste zhodnotil/a úroveň zdravotnické péče o ženy ČR?**

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

výborná

nedostatečná

nevím

**35. V čem podle Vás vidíte deficit v poskytování ošetrovatelské péče o ženy v ČR?**

- nedostatečná kvalita poskytované zdravotní péče ženám
- problematika dostupnosti zdravotní péče
- chybí pravidelné preventivní gynekologické prohlídky
- edukace těhotné ženy
- výchova ženy ke zdraví
- neinformovanost ženy o možnostech moderní léčby
- chybí návštěvní služba porodních asistentek v domácím prostředí ženy
- v péči o gynekologicky nemocné ženy v domácím prostředí
- v péči o ženy po porodu v domácím prostředí
- v péči o novorozené děti v domácím prostředí
- v péči o onkologicky nemocné ženy
- v péči o ženy z různých etnických skupin
- onkologická prevence



- rozšíření domovů pro seniory, stacionářů, pečovatelské služby
- obnovení funkce geriatrické sestry v terénu
- jiné ..... (doplňte prosím)
- nevím

**39. Jak by jste zhodnotil/a úroveň zdravotnické péče o duševně nemocné v ČR?**

- 1-----2-----3-----4-----5
- výborná nedostatečná
- nevím

**40. V čem podle Vás vidíte deficit v poskytování ošetrovatelské péče o duševně nemocné v ČR?**

- nedostatečná kvalita poskytované zdravotní péče
- problematika dostupnosti zdravotní péče
- chybí návštěvní služba v rodinách
- chybí poskytovaná podpora v rodině
- chybí zajištění v návaznosti poskytované péče
- špatné vyhledávání rizikových osob
- špatná zdravotně výchovná činnost
- prevence stresu
- v poradenství



nevím

spíše ne

ne

**44. Myslíte si, že by měl být ze strany veřejnosti zájem o komunitní ošetrovatelskou péči?**

ano a proč ..... (doplňte prosím)

ne a proč ..... (doplňte prosím)

**45. Je v koncepci ošetrovatelství definována komunitní ošetrovatelská péče?**

ano

ne

nevím

**Příloha 2**

<b>ROZHOVOR S KLIENTY OD ZDRAVOTNICKÝCH POJIŠŤOVEN</b>	
<b>Název pojišťovny:</b>	
<b>Zaměstnání (délka praxe, pracovní funkce)</b>	<p>Jak dlouhá je Vaše praxe v této zdravotnické pojišťovně?</p> <p>Jakou pracovní funkci vykonáváte?</p>
<b>Problematika zdravotnictví v ČR</b>	<p>O jakou problematiku zdravotnictví se nejvíce zajímáte?</p> <p>Jaké pozitivní věci spatřujete v systému zdravotnictví ČR?</p> <p>V čem spatřujete nejzávažnější problém současného zdravotnictví v ČR?</p>
<b>Pojem komunitní ošetřovatelství</b>	<p>Co si představíte pod pojmem komunitní ošetřovatelská péče?</p> <p>Pro koho si myslíte, že je komunitní ošetřovatelská péče určena?</p>
<b>Rozvoj komunitní ošetřovatelské péče v ČR</b>	<p>V jakých oblastech si myslíte, že komunitní péče u nás existuje?</p> <p>V jakých oblastech si myslíte, že by bylo třeba rozvinout komunitní ošetřovatelskou péči v ČR?</p> <p>Pokud vidíte nějaké možné překážky ve vytvoření</p>



	<p>systému komunitní ošetrovatelské péče, které to jsou?</p> <p>Jaký přínos by podle Vás mělo začlenění komunitní ošetrovatelské péče do zdravotnického systému ČR?</p> <p>Proč si myslíte, že by měl být ze strany veřejnosti zájem o komunitní ošetrovatelskou péči?</p> <p>Jak se podílí Vaše zdravotní pojišťovna na rozvoji komunitního ošetrovatelství v ČR</p>
<b>Organizace komunitního ošetrovatelství</b>	Kým by podle Vás mělo být komunitní ošetrovatelství organizováno?
<b>Financování komunitního ošetrovatelství</b>	<p>Jak by podle Vás mohlo být komunitní ošetrovatelství financováno?</p> <p>Jaké jsou zásadní zájmy Vaší zdravotní pojišťovny ve financování těchto služeb?</p>
<b>Návštěvní služba v domácím prostředí klienta v ČR</b>	<p>Kdo si myslíte, že provádí u nás dle Vašeho názoru návštěvní službu ve vlastním domácím prostředí klienta?</p> <p>Kým je podle Vás návštěvní služba ve vlastním domácím prostředí klienta hrazena a kdo ji indikuje?</p> <p>Jaký máte názor na poskytování domácí ošetrovatelské péče? (výhody, nevýhody,</p>

	problémy, hrazení domácí ošetrovatelské péče)
<b>Uzavírání smluv o poskytování služeb</b>	<p>Na jakém principu uzavíráte smlouvy o poskytování těchto služeb s Agenturami domácí péče, s praktickými lékaři apod.?</p> <p>Na jakém principu uzavíráte smlouvy o poskytování těchto služeb se samostatně výdělečnými sestrami?</p>

