



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Teorie a praxe komunitní ošetrovatelské péče**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Hana Vlachová

**Vedoucí práce:** Mgr. Kristýna Toumová

České Budějovice 2019

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Teorie a praxe komunitní ošetrovatelské péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

*podpis*

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí Mgr. Kristýně Toumové, za odborné vedení, ochotu, trpělivost a čas, který mi při psaní a tvorbě této práce poskytla.

# **Teorie a praxe komunitní ošetrovatelské péče**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce je zaměřena na teorii a praxi komunitní ošetrovatelské péče v České republice. V současné době je komunitní péče aktuální téma, jelikož u nás není komunitní péče rozvinuta jako v jiných zemích západní Evropy.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se zabývá několika částmi. V první části popisuje komunitní ošetrovatelství, komunitu a komunitní péči. Dále se zabývá historií komunitní péče ve světě a v České republice. Také popisuje vzdělání a náplň komunitní sestry. V neposlední řadě se zabývá komunitní ošetrovatelskou péčí o vybrané obyvatele, kterou tvoří senioři, rodina, dítě, člověk s mentálním postižením, duševně nemocní, kulturně odlišní skupiny obyvatel a vybrané skupiny obyvatel.

Druhou část bakalářské práce tvoří část empirická. Cílem práce bylo zmapovat rozdíly v teorii a praxi komunitní ošetrovatelské péče v České republice. Pro dosažení tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky. Jaká komunitní ošetrovatelská péče funguje v České republice? Jaká je náplň práce sester působících v oblasti komunitního ošetrovatelství? Jaká je náplň výuky komunitní ošetrovatelské péče v České republice? Ke zpracování empirické části byla zvolena metoda kvalitativního šetření. Sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a vyučujícími, kteří se zabývají komunitní péčí. Oba rozhovory se skládaly ze 14 otázek, kdy byly rozděleny do tří oblastí. Rozhovorů se zúčastnilo šest sester a čtyři vyučující.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že hlavní rozdíl mezi teorií a praxí je v komplexnosti. Teorie na vysokých a vyšších školách popisuje komunitní péči jako celek. Praxe je u nás zaměřena hlavně na domácí ošetrovatelská péči, a na ostatní komunity se zapomíná.

## **Klíčová slova**

Komunitní péče; komunita; ošetrovatelská péče

# **Theory and practice of community nursing care**

## **Abstract**

The bachelor thesis is focused on the theory and practice of community nursing care in the Czech Republic. At present, community care is a topical issue, as community care is not as developed as in other Western European countries.

The bachelor thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part deals with several parts. The first part describes community nursing, community and community care. It also deals with the history of community care in the world and in the Czech Republic. It also describes the education and content of a community sister. Last but not least, it deals with community nursing care for selected inhabitants, which consists of seniors, family, child, mentally handicapped, mentally ill, culturally different groups of inhabitants and selected groups of inhabitants.

The second part of the thesis consists of the empirical part. The aim of the work was to map the differences in the theory and practice of community nursing care in the Czech Republic. Three research questions have been set to achieve this goal. Which community nursing care works in the Czech Republic? What is the job of nurses working in community nursing? What is the content of teaching community nursing care in the Czech Republic? The qualitative survey method was chosen for the elaboration of the empirical part. Data collection was conducted through semi-structured interviews with nurses and community care teachers. Both interviews consisted of 14 questions, divided into three areas. Six nurses and four teachers attended the interviews.

The research results show that the main difference between theory and practice is complexity. High school and higher education theory describes community care as a whole. Practice is mainly focused on home nursing care, and other communities are neglected.

## **Keywords**

Community care; community; community nursing care

## Obsah

Úvod .....	8
1 Současný stav .....	9
1.1 Komunitní ošetřovatelství.....	9
1.2 Komunita .....	10
1.3 Komunitní péče .....	11
1.4 Historie komunitní péče .....	12
1.4.1 Historie komunitní péče ve světě.....	12
1.4.2 Historie komunitní péče v ČR.....	13
1.5 Komunitní sestra a její vzdělání .....	14
1.5.1 Vzdělání komunitní sestry .....	14
1.5.2 Komunitní sestra a její náplň.....	15
1.6 Ošetřovatelská péče o vybrané skupiny obyvatel.....	16
1.6.1 Komunitní ošetřovatelská péče o seniory .....	16
1.6.2 Komunitní ošetřovatelská péče o rodinu .....	18
1.6.3 Komunitní ošetřovatelská péče o dítě .....	19
1.6.4 Komunitní ošetřovatelská péče o člověka s mentálním postižením .....	20
1.6.5 Komunitní ošetřovatelská péče o duševně nemocné .....	22
1.6.6 Komunitní ošetřovatelská péče o kulturně odlišné skupiny obyvatel .....	25
1.6.7 Komunitní ošetřovatelská péče o vybrané skupiny obyvatel .....	26
2 Cíl práce, výzkumné otázky .....	28
2.1 Cíl práce.....	28
2.2 Výzkumné otázky .....	28
3 Metodika .....	29
3.1 Použité metody a techniky.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	29

4 Výsledky .....	31
4.1 Identifikační údaje .....	31
4.2 Analýza výsledků všeobecných sester .....	32
4.3 Identifikační údaje .....	43
4.4 Analýza výsledků u vyučujících .....	44
5 Diskuze .....	50
6 Závěr .....	56
Seznam použitých zdrojů .....	58
Seznam příloh .....	63

## Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože je komunitní ošetrovatelská péče aktuálním tématem. V České republice není komunitní ošetrovatelská péče dostatečně rozvinuta, jako v jiných zemích. Do oblasti komunitní ošetrovatelské péče v současné době můžeme zařadit pouze domácí péči. Komunitní péče u nás není novým pojmem. První záznamy o poskytování komunitní péče se datují už ve 12. století. K největšímu rozvoji došlo v meziválečném období, kdy se věnovala všem potřebným komunitám a byla propojena s teorií i praxí. K úpadku komunitní péče na našem území dochází v poválečném období.

Komunitní ošetrovatelská péče je tvořena zdravotními i sociálními službami. Zabývá se primární, sekundární i terciální prevencí o jedince, skupiny a rodiny, které působí v komunitě. Napomáhá všem komunitám a obyvatelům k podpoře zdraví, předcházení nemocí, s rehabilitací, a také se zabývá péčí o nemocné. Komunitní ošetrovatelská péče je tvořena multidisciplinárním týmem, který se skládá z lékaře, zkušené všeobecné sestry, praktické sestry, rehabilitačního pracovníka, sociálního pracovníka, popřípadě fyzioterapeuta a pracovního terapeuta.

Tato bakalářská práce má za cíl zmapovat rozdíly v teorii a praxi komunitní ošetrovatelské péče v České republice. Propojení teorie a praxe komunitní ošetrovatelské péče bohužel není. Myslím si, že je velmi důležité, aby se teorie a praxe komunitní ošetrovatelské péče propojila, a tím zajistila poskytování péče všem komunitám. Doufám, že se u nás komunitní péče rozvine jako v jiných zemích a bude fungovat na vysoké úrovni.



# 1 Současný stav

## 1.1 Komunitní ošetřovatelství

Komunitní ošetřovatelství se zabývá primární, sekundární a terciální prevencí o jedince, skupiny a rodiny, které působí v dané komunitě. Zaměřuje se na obyvatele všech věkových kategorií, kterým pomáhá v podporování zdraví, při předcházení nemocí, s rehabilitací a následně v péči o nemocné (Marková, et al. 2010). Hanzlíková (2007) uvádí, že úlohou komunitního ošetřovatelství je prevence vzniku nemoci a také udržování a podporování zdraví. Důležitá je ochrana a podpora zdraví, následná výchova ke zdraví, kontinuita a koordinace péče, která se uskutečňuje holistickým přístupem k jedinci, rodinám, následně také ke komunitám. Marková (2010) popisuje zdraví jako základní podmínku šťastného života jedince a pomocí něho i komunity, společnosti. Plevová (2011) zdraví popisuje jako jedno ze základních konceptů ošetřovatelství. Zdraví může být chápáno odlišným způsobem, ale v ošetřovatelství nejčastěji vychází z definice WHO. Jarošová (2007) charakterizuje, že Světová zdravotnická organizace je koordinující a řídicí orgán v oblasti péče o zdraví. Marková (2010) dále popisuje, že zdraví je definováno pomocí programu Zdraví 21. Plevová (2011) píše, že definice zdraví je zaměřena na všechny složky člověka, které jsou bio-psycho-sociální. Hanzlíková (2007) konstatuje, že zdraví je nejdůležitější hodnotou člověka. Role ošetřovatelství při upevňování zdraví jsou velmi důležité. Zdraví posilujeme vhodným životním stylem a zdravým způsobem života. Důležité je pomáhat a radit jedincům, rodinám a komunitám, jak můžou upevnit zdraví a zkvalitnit svůj životní styl.

Ošetřovatelství, které se zabývá zdravím komunity, není zcela nové. Počátky tohoto směru ošetřovatelství jsou evidovány již před několika stoletími, kdy lidé stonali spíše doma než ve vybraných institucích. V dnešní době také převládají myšlenky léčit co nejvíce nemocných v jejich přirozeném prostředí. Lékaři se proto v současnosti snaží pobyt nemocných v lůžkových zařízeních omezit na co nejnutnější dobu (Jarošová, 2007).

Ministerstvo zdravotnictví v roce 2004 vydalo opatření, které zajišťuje jednotný postup při ošetřování nemocných v komunitním ošetřovatelství. Opatření je definováno jako *ošetřovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče, které jsou organizovány*

*zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel (Jarošová, 2007, s. 39).*

## **1.2 Komunita**

Definice komunity se neustále mění a upravuje. Světová zdravotnická organizace (WHO, 1974) popisuje komunitu jako sociální skupinu, která má společné zájmy, hodnoty a je předurčena geografickým rozmezím. Lidé v této skupině sdílí své poznatky, jsou si blízcí a navzájem se ovlivňují. Podle výkladového slovníku z roku 1993 je komunita přesně definována jako *souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity, a obvykle tvoří autonomní jednotku. Je to typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřazenosti a podřazenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce* (Encyklopedický slovník, 1993).

Sikorová (2012) definuje komunitu jako pojem, jenž lze chápat různě, s ohledem na disciplínu, která ji definuje. Komunitu můžeme rozlišit na pojmy jako je občanská komunita, výcviková komunita, terapeutická komunita, spirituální komunita. Do občanské komunity řadíme společenství lidí, které působí ve stejném společném prostoru a vykonávají zde každodenní aktivity. Výcviková komunita se zaměřuje na společenství osob, která se zabývá sebepoznáním, nácvikem nových dovedností, postojů, atd. Terapeutická komunita je charakterizována jako specifická forma organizace léčebné instituce, kde klienti spolurozhodují a podílejí se na dané léčbě. Spirituální komunita je definována jako společenství osob, které spolu sdílejí podobné ideje a společně usilují o duchovní rozvoj.

Komunita má sice mnoho definic, ale všechny mají společné znaky. Komunitu tvoří skupina jedinců, která je předurčena geografickými rozměry nebo společnými zájmy či hodnotami (Hanzlíková, 2007). Členové skupiny by mezi sebou měli komunikovat stejným jazykem a formou sdělení. Hlavním cílem je rozvoj jedince, který je zaměřen na prospěch celé komunity (Jarošová, 2007). Hanzlíková (2007) dále uvádí, že komunitu tvoří lidé, kteří se setkali, bydlí v ní nebo zde žijí. V ošetrovatelské péči je hlavní komunitou klient, přestože sem patří i jeho blízcí a rodina. Pokud má klient problémy, sdílí je právě s rodinou a problém se stává společný.

Podle Bluma (1974) existují základní typologie komunity. Komunita může být rozdělena na několik typů, například: komunita podle zájmů, komunita podle okolí, komunita

s ekologickými problémy, komunita tváří v tvář, komunita se schopností identifikovat potřeby, komunita se speciálními zájmy, komunita s akceschopností, komunita se schopností změn, komunita podle soudního rozhodnutí.

### **1.3 Komunitní péče**

Základ komunitní péče tvoří zdravotní, sociální a ostatní služby, jež jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám nebo skupinám, které působí v určité komunitě (Jarošová, 2007). Hanzlíková (2007) uvádí, že se komunitní péče často zaměřuje s péčí primární. Primární péče je poskytována praktickým lékařem při prvním kontaktu s daným pacientem. Součástí komunitní péče jsou i další hlavní složky, které se nazývají sekundární a terciální. Jarošová (2007) popisuje vybrané zdravotní služby a instituce v komunitní péči. Do těchto služeb patří praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, agentury komplexní domácí péče, ambulantní gynekologové, stomatologové, lékařské služby první pomoci, komunitní ošetrovatelské služby, stacionáře a centra pro specializovanou péči. Dále uvádí služby sociální, do kterých zahrnujeme pečovatelskou službu, osobní asistenci, centra denních služeb, denní stacionáře, odlehčovací služby, domov pro seniory, apod. Kalvach (2014) napsal, že cílem komunitní péče je poskytnout péči v domácím prostředí a umožnit jedinci setrvání ve své komunitě i se zdravotním postižením, s chronickou bolestí a závislostí. Gernot (2008) popisuje, že komunitní péče představuje poskytování služeb, které vedou k podpoře, udržení nebo obnovení zdraví. Snižuje účinky nemoci a zdravotního postižení tak, aby jedinec dosáhl maximální soběstačnosti nebo kontroly nad svým životem. Komunitní péče se také zaměřuje na holistický a integrovaný přístup v péči o jedince nemocné, ale i zdravé (Kalvach, 2014).

Mezi obecná pravidla komunitní péče řadíme více aspektů. V komunitní péči je důležitá čtyřicetihodinová dostupnost základní pomoci a snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb. Neméně důležité je pohotové předání klienta odpovídajícím službám z důvodu zaručení kvalitního poskytování optimální péče. Další důležitou součástí je návaznost péče, součinnost multidisciplinárního týmu a koordinace činností. Každý občan si může vybrat službu, která mu bude poskytována, rovněž má nárok na individuální přístup, ohleduplnost a účelnost nákladů (Jarošová, 2007).

## **1.4 Historie komunitní péče**

V následujících dvou kapitolách se zabývám historií komunitní péče ve světě a v České republice. Staňková (200) popisuje začátky komunitní péče již ve 12. století. Historie má podobu řádového ošetrovatelství. Vybrané církevní řády se od jejich počátku věnovaly charitativnímu ošetrovatelství. Mimo poskytování ošetrovatelské péče ve špitálech se také věnovaly péči o nemocné v jejich domácnostech. K většímu rozvoji komunitní péče dochází zejména v 18. a 19. století.

### **1.4.1 Historie komunitní péče ve světě**

Clark (1996) uvádí, že historie komunitní péče má své začátky v 19. stoletím. Gojová (2006) popisuje, že vznik má souvislost s rozpadem komunit, za což mohla industrializace a urbanizace. Jedním z hlavních zakladatelů byl Samuel Augustus Barnett, který působil jako anglikánský vikář v Londýně a poskytoval pomoc chudým. V roce 1884 založil ve východním Londýně univerzitu Toynbee Hall, kde společně studovali bohatí a chudí studenti. Mezi první organizace pracující s komunitní prací patří The Charity Organization Societies, založena roku 1877 (Společenská charitativní organizace) a New York Association for Improving the Condition of the Poor (Sdružení pro zlepšení stavu chudých), která byla založena roku 1834.

Další důležitou osobou komunitního ošetrovatelství je Florence Nightingalová. Ve svém ošetrovatelském působení se zabývala zdravím, tyto činnosti nazvala „ošetrovatelstvím zdraví“. Ve spolupráci s Wiliam Rathbobeem se snažila prosazovat ochranu zdraví a předcházení nemocem. V roce 1859 spolu založili asociaci obvodních sester. Důležitá myšlenka je, že dlouhodobě nemocní mají potřebu setrvat ve svém domově a nikoliv v nemocnicích (Stanhope, 1996).

K jistému úpadku komunitní práce došlo při světové hospodářské krizi (Pěč, Probstová, 2009). Kutnohorská (2010) uvádí, že na dalším rozvoji se podílela Světová zdravotnická organizace, například konferencí v Alma-Atě roku 1978. Jarošová (2007) popisuje další důležitou konferenci, která byla ve Vídni v roce 1988. Na konferencích se projednávalo rozvíjení ošetrovatelských služeb v primární péči, která je zaměřena na prevenci. Sikorová (2012) popisuje, že roku 1984 byl na Evropském zdravotnickém shromáždění přijat program Zdraví pro všechny do roku 2000. Na program Zdraví pro všechny do roku 2000 navazuje nový program. Ministerstvo zdravotnictví (2008) uvádí, že v květnu roku

1998 na 51. shromáždění Světové zdravotnické organizace (WHO) vzniká nový program Zdraví pro všechny v 21. století. Program se zaměřuje na zlepšení, podporu a ochranu zdraví, snížení nemocí a zmírnění utrpení obyvatelstva.

#### 1.4.2 Historie komunitní péče v ČR

První záznamy o poskytování komunitní péče spadají do počátku 12. století, kdy služby poskytovaly církevní řády (Staňková, 2000). K dalšímu rozvoji komunitního ošetrovatelství na našem území dochází na počátku 18. a 19. století. V tomto období se rozvíjí ošetrovatelství, které se zaměřuje na primární péči v terénu, kdy sestry pracovaly samostatně (Plevová, 2011). V době této reformace začínala na českém území působit Česká diakonie. Diakonie pochází z řeckého slova diakonein, což znamená sloužit, pomáhat (Staňková, 2003). Na našem území podporoval diakonické služby evangelický farář v Krabčicích pod Řípem. V roce 1903 byla ustanovena Česká diakonie a roku 1912 dostala svůj mateřský dům v Praze na Vinohradech (Kutnohorská, 2010). Diakonky byly služebnice, které se staraly o nemocné. Za svou službu nedostávaly peníze, ale bylo postaráno o jejich základní potřeby (Staňková, 2003). Diakonky poskytovaly své služby i v nemocnici Na Bulovce, v sirotčincích a ve zdravotně sociálních institucích (Kutnohorská, 2010).

České ošetrovatelství v roce 1918 nebylo zaměřeno pouze na vývoj nemocnic, byla otevřena i Vyšší sociální škola v Praze, která vyučovala a připravovala diplomové sestry, aby samostatně zvládly práci v terénu (Plevová, 2011). Ošetrovatelská péče sester, která byla komunitně zaměřena, vzniká založením Československého červeného kříže v meziválečném prostředí (Staňková, 2003). Vznik Československého červeného kříže se přesně datuje v únoru roku 1919. Hlavní předsedkyní Československého červeného kříže se stala dr. Alice Masaryková, která funkci vykonávala do roku 1938 (Kutnohorská, 2010). Důležitou komunitou jsou tehdy především děti, nemocní, senioři a sociálně slabší občané. V době hospodářské krize vzrůstaly ekonomické problémy, nezaměstnanost a chudoba. Sestry poskytovaly preventivní péči v komunitách a rodinách, zajišťovaly uspokojení základních potřeb a staraly se o invalidní, zanedbané občany (Jarošová, 2007). V meziválečném období Československý červený kříž doplňoval nedostatky státní zdravotní správy. Vybuďoval a založil mnoho ambulancí, jesle, zdravotní ústavy, poradny pro matky a děti, apod. Československý červený kříž se rozpadl 5. srpna 1940. Na rozpadu se podílela německá okupace a vytvoření protektorátu Čechy a Morava. Všechn

majetek byl zabaven a mnoho představitelů bylo zatčeno, popraveno nebo drženo v koncentračních táborech (Kutnohorská, 2010).

Větší změny v poskytování ošetrovatelské a komunitní péče přinesl rok 1989 (Jarošová, 2007). Československá společnost prošla změnami společenskými, politickými a také změnami v oblasti chápání zdravotní a sociální péče (Plevová, 2011). Roku 1990 bylo založeno první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. Ministerstvo zdravotnictví v roce 1992 přijalo zákon 160/92 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, a došlo ke zřetelnému nárůstu agentur domácí péče (Jarošová, 2007).

## **1.5 Komunitní sestra a její vzdělání**

### 1.5.1 Vzdělání komunitní sestry

Vzdělání v oblasti komunitního ošetrovatelství pro nelékařské profese bylo do roku 2006 upravováno Zákonem č. 96/2004 Sb. V roce 2017 je upraveno novým Zákonem č. 201/2017 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), ve znění pozdějších předpisů. Kalvach (2014) uvádí, že komunitní sestra může podstoupit specializační vzdělání zaměřené na obor komunitní sestra nebo lze studovat magisterský studijní program komunitní péče v porodní asistenci. Ostravská univerzita (217) nabízí studium Ošetrovatelské péče v geriatрии a magisterské specializační vzdělání komunitní péče v porodní asistenci. Magisterské specializační vzdělání lze dále studovat například v Jihlavě a Olomouci.

V roce 2015 Ministerstvo zdravotnictví vydalo speciální vzdělávací program v oboru komunitní ošetrovatelská péče. Cílem specializačního vzdělávání v komunitním ošetrovatelství je získání specializované způsobilosti s označením komunitní sestry. (Věstník, 2015). Komunitní sestra musí nejprve získat způsobilost v oboru vzdělání všeobecná sestra. Všeobecná sestra se dnes studuje v bakalářském studijním programu nebo na vyšší odborné škole (Kalvach, 2014). Sestra si osvojí potřebné teoretické a praktické znalosti a dovednosti. Nejvhodnější doba vzdělávání komunitní sestry je dvanáct až osmnáct měsíců a obsahuje pět set dvacet osm hodin teoretické i praktické výuky. Vzdělávací program je rozdělen do šesti modulů: organizační a metodické vedení

specializované ošetrovateľské péče, komunitní péče, komunitní péče u vybraných onemocnění a postižení, domácí péče, paliativní péče, komunitní péče o seniory (Věstník, 2015).

V druhé polovině roku 2018 vláda schválila návrh na změnu zavedení nebo zrušení specializačních oborů, a tím i celkovou reorganizaci oboru komunitního ošetrovatelství. Tuto rozsáhlou problematiku se chystá rozdělit do dvou oborů, a to na obor ošetrovateľská péče v geriatрии s označením sestra pro péči v geriatрии a na druhý obor domácí péče a hospicová péče s označením odbornosti specialisty – sestra pro domácí a hospicovou péči (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

### 1.5.2 Komunitní sestra a její náplň

Komunitní sestra je profesionál, který poskytuje ošetrovateľskou péči samostatně, samostatně se rozhoduje, pružně reaguje a řeší problémy. Má různé role, které vycházejí z činností, jež provádí. Nejdůležitější rolí je zprostředkování zdravotní a ošetrovateľské péče pro členy komunity (Špirudová, 2015). Komunitní sestra se zaměřuje na preventivně ošetrovateľskou péči, která je velmi často specializovaná. Specializovanou péči sestry poskytují obvykle v domácí péči, ale i v centrech podpory zdraví (Jíchová, 2016). Kalvach (2014) dále uvádí, že komunitní sestra může samostatně organizovat, řídit, poskytovat ošetrovateľskou péči a podílet se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob v jejich vlastním sociálním prostředí. Nies, McEwen (2001) popisuje další činnosti, které komunitní sestra vykonává. Mezi neméně důležité kompetence sestry patří sběr dat, případový management, edukace jedince a komunity, poskytování specifických intervencí ošetrovateľské péče a koordinace péče mezi danými provozovateli.

Sestry, které pracují v komunitní péči, jsou důležitými členy multidisciplinárního týmu. Poskytují komplexní péči o obyvatele a podílejí se na hodnocení konkrétní skupiny (Jarošová, 2007). Featherstone (2018) popisuje, že do multidisciplinárního týmu patří zkušená sestra, doktor, fyzioterapeut, rehabilitační pracovník, praktická sestra, pracovník terapeut, sociální pracovník. Multidisciplinární tým slouží k poskytování kvalitní ošetrovateľské péče, která umožní jedinci setrvání doma. Hlavním cílem je zabránit hospitalizacím, podporovat zdraví jedince nebo komunity, umožnit nezávislý život a poskytnout rehabilitaci. Jarošová (2007) dále popisuje komunitní sestru jako

zprostředkovatele zdravotní i ošetřovatelské péče pro všechny členy, kteří působí v komunitě.

## **1.6 Ošetřovatelská péče o vybrané skupiny obyvatel**

### 1.6.1 Komunitní ošetřovatelská péče o seniory

Vymezení slova senior a stáří je nesnadné. Velmi často odborníci vedou diskuzi nad přesným vymezením životního období, kdy člověka můžeme označit za seniora nebo za starého. Dle organizace spojených národů členíme seniory do tří základních skupin. První skupinou jsou lidé, kteří dosáhnou věku 65 let (Marková, 2010). Hanzlíková (2007) první období staří vymezuje věkem 65–74 let a charakterizuje ho jako presenium, rané staří nebo vyšší věk. Marková (2010) dále seniory v této skupině nazývá mladšími seniory. Další skupinu tvoří senioři od 75 let. Tuto skupinu řadíme do kategorie starých seniorů a v současné době je k nim směřována největší pozornost odborné zdravotnické veřejnosti. Hanzlíková (2007) tuto skupinu vymezuje věkem 75–89 let. Seniory působící v této věkové kategorii charakterizuje vyšším věkem, stařeckým věkem nebo vlastním stářím. Marková (2010) uvádí, že pokud senior dosáhne věku 85 let a více, je možné člověka označit jako velmi starého seniora, který vyžaduje odlišnou míru pomoci, která se týká zajištění vlastní soběstačnosti. Hanzlíková (2007) uvádí nárůst počtu starých lidí a stárnutí populace bere jako globální problém současného světa. Stárnutí populace je problémem ekonomickým, společenským, biologickým, etickým a vyžaduje navýšení zdravotních a sociálních služeb.

Péče, která je poskytována seniorům, musí být komplexní, a proto ji tvoří zdravotní i sociální složka (Jarošová, 2007). Krátká a Šilháková (2008) také uvádějí důležitost poskytování zdravotní a sociální péče současně. Cílem zdravotních a sociálních služeb je pohoda seniora, prevence nemoci, podpora zdraví, uspokojování základních životních potřeb, setrvání seniora v domácím prostředí, posilování autonomie a soběstačnosti (Jarošová, 2007). S vyšším věkem seniora narůstá ztráta funkční činnosti, postupná ztráta soběstačnosti a vznik multimorbidity (Krátká, Šilháková, 2008). Kalvach (2014) popisuje nejzávažnější a nejčastější zdravotní problémy i příčiny, do kterých řadí nesoběstačnost, nízkou úroveň zdraví ve smyslu adaptability, odolnosti a zdatnosti, disabilitu a funkční deficit. Zdravotní problémy, které uvádějí Krátká a Šilháková (2008), neznamenají, že by měl být senior označován za neproduktivního či neaktivního. Věk seniora není



důvodem zvýšené potřeby péče. Zvýšená potřeba nastává až při vzniku zdravotního nebo sociálního problému.

Komunitní ošetrovatelská péče zahrnuje komplexní péči, která se poskytuje posouzením stavu starého člověka (Hanzlíková, 2007). Jarošová (2007) rozděluje komunitní péči na základní ošetrovatelskou péči a na odbornou ošetrovatelskou péči. Do základní ošetrovatelské péče zahrnuje uspokojování základních životních potřeb člověka. Tato péče je většinou poskytována v domácím prostředí a nemusí být prováděna odborníkem. Odborná ošetrovatelská péče se zabývá odbornými činnostmi sestry, která se stará o starého a nemocného člověka. Hanzlíková (2007) popisuje, že sestra podle ošetrovatelského procesu hodnotí somatický stav. Do somatického stavu řadí výživu, hydrataci, spánek, vyprazdňování, apod. Dále hodnotí psychický stav člověka, který zahrnuje vědomí, myšlení, paměť, náladu. V neposlední řadě sestra hodnotí funkční stav člověka. Sestra zde posuzuje míru soběstačnosti a závislost člověka. Krátká a Šilháková (2008) rozdělují úlohu sestry na posouzení klienta a sledování faktorů, které ovlivňují kvalitu života seniora. Posouzením člověka zjistíme zdravotní stav, duševní stav, sociální situaci klienta, úroveň smyslů, fyzické a funkční schopnosti. Do faktorů ovlivňujících kvalitu života řadíme stav kůže, bolest, vyprazdňování, výživa, pohyblivost, překážky v komunikaci apod. Jarošová (2007) uvádí, že mnoho onemocnění má vliv na funkční stav jedince, který může být následně limitován ve vykonávání základních životních činností. Hanzlíková (2007) mezi základní aktivity denního života řadí motoriku, oblékání, přijímání potravy, udržení moči a stolice, sebezpečí v souvislosti s vyprazdňováním, schopnost umýt se. Dle posouzení aktivit sestra určuje index nezávislosti. Po vyhodnocení funkčního šetření je podle Jarošové (2007) sestaven plán komplexní péče o seniora. Plán zahrnuje vybavení a úpravu prostředí pro seniora, kompenzační a jiné pomůcky pro pomoc a asistenci, doporučení vhodných zdravotních a sociálních služeb. Hanzlíková (2007) dále popisuje, že sestra spolupracuje s ostatními členy týmu, s organizacemi a s různými zařízeními, jež poskytují služby starým lidem. Marková (2010) uvádí, že spojení může vést k zachycení příčin i případných komplikací, k vymezení problému v určité oblasti, stanovení jasných požadavků na péči pro všechny členy týmu a vymezení možností preventivních opatření a zajištění kvalitního života.

Charita České republiky (2019) má dlouholetou praxi ve zdravotnických i sociálních službách. Také klade velký důraz na osobní kontakt, individuální přístup a péči

v přirozeném prostředí. Nabízí 146 středisek pečovatelské a ošetrovatelské služby, 36 domovů pro seniory, stacionáře, hospicové či domy se zvláštním režimem.

#### 1.6.2 Komunitní ošetrovatelská péče o rodinu

Rodina patří mezi základní sociální jednotku společnosti. Definice rodiny je složitá, protože má různé formy (Hanzlíková, 2007). Kuzníková a kol. (2011) popisují rodinu z hlediska tradičního a užšího. Z užšího pojetí rodinu chápeme jako skupinu lidí, která je navzájem spojena pokrevními příbuzenskými pouty nebo právními svazky. Z širšího hlediska můžeme rodinu brát jako skupinu lidí, která se deklaruje na základě vzájemné náklonosti. Jarošová (2007) dále popisuje rodinu jako společenskou skupinu či společenství, které má spjaté vztahy uvnitř i navenek. Jedním z hlavních posláních rodiny je poskytovat péči a ochranu členovi rodiny tehdy, kdy není schopen se o sebe postarat. Jedinci dává tělesnou a duševní existenci, přináší mu pocit jistoty a bezpečí, pocit domova se svými nejbližšími. Hanzlíková (2007) rodinu definuje se zřetelem na komunitní ošetrovatelství jako sociální systém složený ze dvou či více lidí, kteří spolu žijí a spojuje je legální a pokrevní vztah, narození nebo adopce dítěte. Každá rodina má své kulturní hodnoty, strukturu, specifickou funkci a prochází různými vývojovými etapami. Členové rodiny jsou vzájemně závislí jeden na druhém.

K fungování rodiny je užitečné vymezení základních funkcí rodiny a jejich naplňování (Kuzníková, 2011). Jarošová (2007) funkci rodiny rozděluje na ekonomickou, reprodukční, ochrannou, kulturní, výchovnou a společenskou. Hanzlíková (2007) bere funkce rodiny jako aktivity, které se přizpůsobují daným potřebám jedince nebo členům rodiny. Děti v rodině jsou vychovávány podle hierarchie hodnot rodiny, kulturního dědictví a společnosti. Všichni členové rodiny potřebují zabezpečení ve smyslu ekonomickém a vzájemnou podporu při adaptaci na změny v rodině a v prostředí.

Hodnocení rodiny provádí komunitní sestra, která při něm využívá své komunikační dovednosti a zkušenosti. Sestra podle svých zkušeností popíše zdravotní potřeby rodiny odpovídající obvyklým životním událostem či nestandardním událostem. Do obvyklých událostí patří například porod, či odchod do důchodu, a do nestandardních událostí patří rozvod, chronické onemocnění, apod. (Jarošová, 2007). Podle Hanzlíkové (2007) sestra používá model prevence péče o rodinu. Model obsahuje činnosti, které se zabývají prevencí a jsou spojené s ošetrovatelským procesem. Model obsahuje čtyři fáze činností,

a to odhad, diagnóza, implementace, vyhodnocení. V první fázi sestra hodnotí životní styl, biologické faktory, prostředí, apod. V druhé fázi hodnotí úroveň primární, sekundární a terciální prevence. Práce komunitní péče je také podpořit každého člena rodiny k optimálnímu zdraví.

Komunitní sestra by měla znát způsoby chování, které mají vliv na atmosféru rozhovoru. Sestra zaujímá pozitivní postoj a neměla by narušit obvyklé chování rodiny, protože může ovlivnit důležitý sběr osobních dat. Komunitní sestra používá terapeutický rozhovor, kdy je rodina aktivně zapojena. Sestra musí umět naslouchat a být si vědoma, že její komunikace má velký vliv v léčbě a v pomoci rodině (Jarošová, 2007).

Zedníková (2017) uvádí, že ve městě Havířov poskytují sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi; poradnu pro rodiny, manželství a mezilidské vztahy; poradnu pro rodinu.

### 1.6.3 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě

*Dítě je definováno v rámci úmluvy jako každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud se na ni nevztahuje zákon, podle kterého by osoba nabyla plnoletosti dříve* (Úmluva o právech dítěte a související dokumenty, 2016, s. 49.). Pediatrické ošetrovatelství se zabývá poskytováním ošetrovatelské péče jedinci od narození do ukončeného osmnáctého roku života (Schönbauerová, Boledovičová, 2015).

Komunitní ošetrovatelská péče o dítě se zabývá výchovou ke zdraví a zodpovědnosti za svoje zdraví. Hlavním cílem je podpora zdraví, předcházení nemocí, prevence a edukace (Marková, 2010). Sikorová (2012) uvádí, že cílem komunitního ošetrovatelství je zlepšení zdraví celé komunity. Komunitní ošetrovatelství se zaměřuje hlavně na rizikové skupiny, u kterých bezprostředně hrozí onemocnění, zdravotní postižení nebo smrt. Podle Hanzlíkové (2007) je cílem komunitní ošetrovatelské péče primární, sekundární a terciální prevence. Do primární prevence řadí podporu normálního růstu, ochranu zdraví a předcházení zdravotním problémům, vývoj pozitivních vztahů mezi rodiči a dítětem, vývoj prostředků primární prevence. Sikorová (2012) do primární prevence řadí programy podporující zdraví. K nejvýznamnějším programům v České republice patří zdravé stravování ve školách, zdravá mateřská školka, bezpečná cyklistika. Podle Hanzlíkové (2007) je dále důležitá sekundární prevence při ulehčení léčby, eliminování existujících zdravotních problémů, tvorba a podpora přesných ošetrovatelských diagnóz zdravotních problémů dítěte. Cílem terciální prevence je

stabilizování poškozených funkcí organismu, prevence komplikací, prevence opakujících se problémů a zhoršování zdravotního stavu.

Komunitní ošetřovatelství o děti je specifické a zaměřuje se na odlišnou věkovou kategorii. Komunitní sestra by měla mít vědomosti ze všech oblastí věku dítěte, a to ontogenetický a novorozenecký věk, kojenecký věk, batole, předškolní a školní věk, období puberty a adolescence (Marková, 2010). Dětská komunitní sestra musí mít k dětem smysluplný vztah, musí umět zmapovat pocity a potřeby, ale přitom udržet své vlastní pocity, a tím udržovat hranici profesionality. Úlohou dětské sestry je působit v oblasti zdravotní výchovy, v oblasti poradenství, působit v oblasti zajišťování spolupráce dalších profesionálů, uskutečňovat etická rozhodnutí, plánovat a realizovat ošetřovatelskou péči (Sikorová, 2010). Dětská komunitní sestra se při posuzování zdravotní péče zaměřuje na prostředky zdravotní péče, využívání zdravotní péče, služby primární prevence, do kterých patří očkování, dentální péče, apod. (Hanzlíková, 2007). Do zdravotnických služeb řadíme ambulance pro děti a dorost, stomatologické ambulance, gynekologické ambulance, lékařské služby první pomoci, komunitní ošetřovatelská centra, stacionáře a centra pro specializovanou péči (Sikorová, 2012). Dále sestra do komunitního ošetřovatelství zahrnuje ošetřovatelský proces (Marková, 2010). Ošetřovatelský proces v pediatrii umožňuje organizovaný a systematický přístup k dítěti a jeho doprovodu. Do ošetřovatelského procesu řadíme pět fází, a to posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a hodnocení (Sikorová, 2012).

Plánování komunitní péče poskytované dětem je cyklický otevřený proces zajišťování potřeb dětí, dospívajících a celé rodiny v komunitě. Plánování komunitní péče se skládá ze čtyř kroků, které na sebe navazují. Prvním krokem je vyhledávání skupin, následuje určení věkové struktury a stanovení potřeb jedince. Třetím krokem je zhodnocení stávajících služeb, do kterých se řadí služby zdravotnické, sociální, nestátní subjekty a vzdělávací instituce. Do čtvrtého kroku patří posouzení situace a stanovení společné koncepce (Sikorová, 2012).

#### 1.6.4 Komunitní ošetřovatelská péče o člověka s mentálním postižením

Mentální retardace v současné době vychází z více definic, které mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti přizpůsobit se danému sociálnímu prostředí (Valenta, et. al., 2012). Petr, Marková, et. al. (2014) dále

uvádějí, že intelekt člověka se skládá z rozumových schopností a vědomostních schopností. Intelekt se vyšetřuje standardizovanými inteligenčními testy, které mají za výsledek inteligenční kvocient IQ. Valenta (2012) uvádí, že se mentální retardace rozděluje podle Světové zdravotnické organizace na základě posouzení struktury inteligence a posouzením adaptibility. Rozděluje se na lehkou mentální retardaci, kdy je IQ 50–69, středně těžkou mentální retardaci s IQ 35–49, těžkou mentální retardaci IQ 20–35 a hlubokou mentální retardaci do 19 IQ. Petr, Marková, et. al. (2014) popisují mentální retardaci jako poruchu vrozenou, nebo vzniklou v časném věku po narození. Život s lehkou mentální retardací je podobný jako život zdravého dítěte. Při dobrém vedení rodičů dítě samostatně zvládne běžné aktivity jako vyprazdňování, oblékání, hygiena a stravování. Tyto děti jsou schopné se adaptovat na jiné prostředí a vyučit se řemeslu. Bendová a Zinkl (2011) uvádí, že děti s lehkou mentální retardací zvládají komunikovat, udržovat konverzaci a vést dialog. Mnohdy mají problémy se čtením, psaním a počítáním. Petr, Marková, et. al. (2014) charakterizují znaky u středně těžké retardace. Jimi jsou pomalu se rozvíjející chápání, malá zručnost, snížená schopnost postarat se o sebe. Postižení jsou aktivní, pohybliví a schopni jednoduchých sociálních kontaktů. Bendová a Zinkl (2011) uvádějí, že komunikace u středně těžké retardace je velmi individuální. Někteří jedinci zvládají tvořit jednoduché věty, jiní komunikují pouze jednoslovně. Petr, Marková, et. al. (2014) popisují, že u jedinců s těžkou mentální retardací můžeme vidět značné postižení motoriky, defekty. Jedinci s těžkým mentálním postižením jsou nevzdělatelní, ale dají se vychovat. Jedinci s hlubokou mentální retardací těžko rozumí instrukcím a požadavkům. Jedinci jsou často inkontinentní, imobilní, nevzdělatelní, nevychovatelní, objevují se u nich poruchy CNS, somatické odchylky a defekty smyslových orgánů. Tito jedinci potřebují nepřetržitou ošetrovatelskou péči, stálou pomoc a dohled. Při komunikaci s mentálně retardovanými můžeme dále používat piktogramy, obrázky, reálné předměty a jejich zmenšeniny, komunikační systémy, apod. (Bendová, Zinkl, 2011). Velká část společnosti je ovlivněna řadou předsudků, které se týkají osob s postižením. Značná část si myslí, že lidé s postižením jsou nešťastníci, nemohou mýt smysl pro humor a zábavu, že nezažívají radost, úspěch nebo nežijí sexuálním životem. Lidé s viditelným postižením mohou u druhých vyvolávat strach, odpor nebo nejistotu (Slowík, 2016). Mezi modely mentální retardace se řadí model ústavní sociální péče. Model je zaměřen na osoby, které potřebují poskytovat komplexní

péči. Tento model poskytuje péči lidem, kteří byli vyloučeni mimo přirozenou vztahovou síť, do které řadíme komunitu nebo rodinu (Valenta, et. al., 2012).

Při ošetrovatelské péči o jedince s mentální retardací klademe důraz na sebezpečí a samostatnost v oblasti denních činností. Základem ošetrovatelské péče o pacienty s mentálním postižením je si získat jejich důvěru a ochotu spolupracovat. Při provádění jakýchkoliv výkonů je třeba vše vysvětlit, názorně předvést a nechat dostatek času na přijetí nových informací. Je důležité, aby pacient nepociťoval žádný stres a vykonával co nejvíce denních činností samostatně (Petr, Marková, et. al., 2014). Cílem komunitní péče je snaha maximálního rozvoje zručností a schopností, přizpůsobení se ve společnosti, začlenění se do společnosti, udržení soběstačnosti jedince (Hanzlíková, 2007). Na aktivizaci pacientů ve zdravotnických zařízeních se podílejí terapeuti s různými specializacemi např. ergoterapeuti, fyzioterapeuti, arteterapeuti, apod. (Petr, Marková, et. al., 2014). Komunitní sestra je součástí multidisciplinárního týmu. Tým poskytuje péči mentálně retardovanému jedinci, ale i jeho rodině (Hanzlíková, 2007). Veškeré ošetrovatelské intervence jsou individuální a odvíjejí se od daného stavu pacienta a jeho schopností (Petr, Marková, et. al., 2014). Komunitní sestra se dále podílí na výchovně vzdělávacích, preventivních a sociálních aktivitách. Podporuje skupinu příbuzných s mentálně retardovaným, kde mohou navzájem komunikovat o problémech, požádat o radu, vyměňovat zkušenosti, organizovat další společná setkání. (Hanzlíková, 2007).

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice (2019) nabízí 57 pobočných spolků ve čtrnácti krajích. Bojují za práva lidí s mentálním postižením a za jejich blízké, učí lidi s mentálním postižením novým dovednostem, pomáhají lidem s mentálním postižením žít tak, jak se jim líbí, učí ostatní lidi jak žít, pracovat, učit se a bavit se s lidmi s mentálním postižením.

#### 1.6.5 Komunitní ošetrovatelská péče o duševně nemocné

Duševní zdraví je stav duševní a tělesné pohody, kdy jedinec dokáže zvládnout obvyklý stres, uvědomuje si své schopnosti, pracuje produktivně a úspěšně, dokáže být užitečný pro svoji společnost. Zdraví pro všechny ve 21. století má dlouhodobý záměr dosáhnout zdraví pro všechny a skládá se z jednadvaceti cílů. Mezi tyto cíle patří např. zlepšení duševního zdraví: Do roku 2020 by se měla zlepšit psychosociální pohoda lidí. Měly

by být k dispozici kvalitnější služby, které jsou přístupné pro lidi s duševními zdravotními problémy (Marková, et. al., 2010).

Psychiatrická péče je propojena sítěmi, jež mají základní prvky, mezi které patří psychiatrická ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a komunitní péče. Péče se v České republice rozděluje na ambulantní a lůžkovou. Ambulantní péče je převážně prvním místem kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Kontakt s pacientem bývá dlouhodobý a kontinuální. Psychiatr se stává koordinátorem pacientovy léčby. Juříčková a kol. (2013) popisují, že do specializovaných psychiatrických ambulančí řadíme ordinace pro prevenci a léčbu závislostí, gerontopsychiatrické ambulance, ambulance psychiatrické sexuologie, substituční léčbu (u pacientů závislých na opioidních látkách se poskytuje udržovací substituční léčba), psychoterapeutické ambulance a centra, další specializované ambulance pro léčbu spánkových poruch, poruch příjmu potravy, pro léčbu depresí, apod. Petr, Marková a kol. (2014) lůžkovou péči dělí na akutní a následnou. Akutní péče by měla být poskytována ve všech psychiatrických odděleních, v psychiatrických nemocnicích pak péče následná.

Komunitní ošetrovatelská péče o duševní zdraví je tvořena podporou duševního zdraví a prevencí nemocí (Hanzlíková, 2007). Komunitní péče je podle Petra, Markové, a kol. (2014) soubor zařízení, programů a služeb, jehož cílem je pomoci lidem s duševním onemocněním žít co nejvíce v podmínkách běžného života, co nejspokojivějším způsobem tak, aby byly co nejvíce naplněny jejich psychologické, sociální a zdravotní potřeby. Marková a kol. (2010) dále rozděluje komunitní péči na primární, sekundární a terciální prevenci, přičemž primární prevence je orientovaná na snížení a omezení výskytu duševních onemocnění v komunitě. Hanzlíková (2007) do primární péče o duševní zdraví dále řadí soubor zdravotních a sociálních aktivit, které zahrnují spolupráci s komunitami v plánování a realizaci preventivních služeb. Marková (2010) uvádí, že sekundární prevence se zaměřuje na zkrácení trvání problémů duševního onemocnění a zdraví pomocí včasné identifikace problémů, kvalitní léčby a efektivní péče. Hanzlíková (2007) do sekundární prevence dále řadí návrat nemocného do pracovního a rodinného prostředí v co nejkratším čase. Terciální prevence se zaměřuje na minimalizování následků psychických poruch, zabránění vzniku recidiv a invalidizujících důsledků onemocnění (Marková, a kol., 2010).

Komunitní péče se zabývá ošetrovatelskou péčí například o lidi se schizofrenií (Hanzlíková, 2007). Schizofrenie je relativně závažná duševní porucha, u které mohou být celoživotní následky v sociálních vztazích, v dodržování sociálních norem, v chování klienta. Schizofrenie patří do skupiny tzv. psychotických poruch, které jsou provázeny halucinacemi, bludy, nesprávným výkladem skutečnosti (Mlýnková, 2010). Lidé, kteří trpí tímto onemocněním, tvoří komunitu, která vyžaduje intenzivní komunitní ošetrovatelskou péči. Dlouhodobá péče o lidi se schizofrenií se zaměřuje na udržování a posilování sebeúcty, vytyčuje nenáročné a dosažitelné cíle, kombinuje podporu pacienta s jasným očekáváním, opírá se o podporu rodiny, podporuje pacienta při sebepéči, vnímá pacienta jako celistvou bytost, apod. (Hanzlíková, 2007). Přístup k pacientovi se schizofrenií je velice individuální a emocionálně náročný. Zejména ze začátku, kdy pečovatel klienta nezná a neví, jak bude reagovat na jeho rady, pokyny a jeho chování. Klientovi nesmíme vyvracet jeho myšlenky, i kdyby byly z našeho pohledu nesmyslné. U klienta je důležitá péče o základní potřeby, do kterých řadíme například hydrataci, příjem potravin, osobní hygienickou péči, vyprazdňování, aktivizaci klienta během dne (Mlýnková, 2010).

Dále se komunitní péče zabývá péčí o klienty se syndromem demence, která se dělí na skupiny atroficko-degenerativního původu (Alzheimerova choroba a další) a skupiny demencí sekundárních (tzv. symptomatických). Alzheimerova demence je nejčastěji se vyskytující demence (Marková, 2010). Komunita dementních osob je ve velké míře závislá na poskytování pomoci druhých. Cílem péče je zpomalení progresu, udržení kvality života s postižením, zachování existujících funkcí a prevence komplikací. Komunitní sestra navrhuje společně s rodinou plán péče, který je sestaven na základě podrobné anamnézy. Sestra dále koordinuje péči a pomáhá při vzniklých problémech. Mezi časté problémy, které sestra pomáhá řešit, patří například zhoršená paměť, zmatenost, nedostatečná sebepéče, deficit vědomostí příbuzných, sociální komunikace, narušená komunikace, riziko vzniku komplikací (Hanzlíková, 2007). Black, et.al. (2018) prováděli výzkum, ve kterém zjistili, že u lidí s demencí žijících doma se často vyskytují neuspokojené potřeby a většina z nich není lékařská. Podle Mlýnkové (2010) je ošetrovatelská péče o lidi s demencí velice náročná a odvíjí se od stádia nemoci. U lidí s demencí je ošetrovatelská péče zaměřena na uspokojování základních potřeb a sebeobslužných činností. Do základních potřeb patří péče o osobní hygienu, vyprazdňování, o stravování, péče o pohyb a bezpečnost klienta (toulání), apod.



Hanzlíková (2007) dále uvádí, že se komunitní sestra snaží udržet duševní a tělesné funkce na dosažené úrovni, zachovává důstojnost a ochraňuje práva, zabezpečuje ochranu a bezpečnost postiženého. Důležitá je podpora členů rodiny, která ovlivňuje kvalitu péče v domácím prostředí, a proto sestra pomáhá příbuzným zvládnout zátěž, pomáhá získat spolupráci s institucemi a dobrovolníky, naučí je potřebným technikám, apod.

Fokus Vysočina (2019) poskytuje zdravotní a sociální služby lidem s vážným duševním onemocněním. Podporuje lidi, kteří se v důsledku svého duševního onemocnění dostali do nepříznivé sociálně zdravotní situace. Zvyšuje kvalitu života a léčí v přirozeném prostředí.

#### 1.6.6 Komunitní ošetrovatelská péče o kulturně odlišné skupiny obyvatel

Každá kultura má svoji specifickou víru, zvyky, hodnoty, způsoby léčby péče, které je potřeba pochopit, zjistit a využívat při poskytování péče lidem, kteří jsou z odlišného kulturního prostředí (Kutnohorská, 2013). Jeden z hlavních faktorů, který se podílí na zdravotní situaci komunity, je úroveň znalostí sester o kulturních vzorcích a kulturách (Jarošová, 2007). V současné době, kdy dochází ke globalizaci společnosti, je pro každou oblast pomáhajících profesí, oblast zdravotnictví nevyjímaje, nevyhnutelné časté setkávání se členy různorodých etnických menšin (Kuzníková, et. al., 2011). Pro humánní péči, která respektuje danou kulturu je nezbytné zdraví, léčba a pocit pohody jednotlivců, rodin, skupin a institucí (Kutnohorská, 2013). Komunitní ošetrovatelství, které je založeno na kulturní způsobilosti, vyžaduje od sester porozumění hodnotovému systému, životnímu stylu, chování ve zdraví a nemoci u odlišujících se jedinců, rodin, komunit a skupin (Jarošová, 2007). Sestry připravené k práci s odlišnými kulturami jsou schopné navrhnout účelné intervence, jež podporují zdraví a snižují rizika, které jsou kulturně shodné s hodnotami jedince, rodiny, komunity (Jarošová, 2007). Adekvátní dovednosti a znalosti transkulturního ošetrovatelství jsou nezbytné proto, aby zajistily smysluplnou a bezpečnou praxi. Předávání zkušeností o efektivních způsobech kulturní péče, nabývání přesvědčení a porozumění tvoří základní poznatky multikulturního ošetrovatelství, a proto může sestrám sloužit jako návod k rozhodování (Kutnohorská, 2013). Komunitní sestra v podpoře zdraví u kulturně odlišných skupin má za roli provádět kulturní hodnocení a sebehodnocení, vyhledávat informace o místních kulturách, rozpoznat politické problémy kulturně odlišných skupin, poskytovat kulturně způsobilou péči, rozpoznat kulturně orientované zdravotní praktiky (Jarošová, 2007).

Nejčtenější minoritní skupinou na území České republiky jsou Romové, kteří zde žijí od patnáctého století. Mezi problémy komunitní péče u tohoto etnika se řadí nedostatečné vzdělání zdravotnických profesionálů v oblasti kulturní různorodosti, nedostatečné informace a zdravotní uvědomění Romů a nedostatečná připravenost sester pro komunitní ošetrovatelství (Jarošová, 2007). Mezi hlavní determinanty nižší kvality zdravotního stavu u Romů považujeme dlouhodobě špatnou sociální a ekonomickou situaci, ze které vyplývají špatné stravovací návyky, nízký standard osobní hygieny, nižší vzdělání, nedostatek zdrojů pitné vody, zvýšený příjem tabákových výrobků, alkoholu a drog, poměrně velkou genetickou zátěž související s častým výskytem vrozených vad, apod. (Marková, 2010). V komunitním ošetrovatelství je stěžejní filozofií zajistit zdraví v rodině a komunitě. Sestra při své práci zejména preferuje podporu zdraví, prevence nemocí, poskytování informací a zdravotní výchovu. Sestra se při edukační činnosti zaměřuje přímo na komunitu (skupiny, rodiny, obyvatele, minority), nikoliv jen na daného jedince (Jarošová, 2007). Marková, et. al. (2010) uvádějí, že hlavní cíl ošetrovatelské péče je eliminovat zdravotní problémy, zkvalitnit výživu, očkovat proti infekčním chorobám, snížit počet těhotenství u mladistvých, naučit základní hygienické návyky, zvýšit povědomí v sexuální oblasti a reprodukčním zdraví, zlepšit přístup Romů k zdravotní péči a prevenci, zjištění a kontrolu chronických nemocí.

#### 1.6.7 Komunitní ošetrovatelská péče o vybrané skupiny obyvatel

Závislost je završením abúzu (škodlivého užívání), to jest na základě pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky. Jedinec, který je závislý, zamění změnu prožívání po požití psychoaktivní látky za změnu reality samotné (Sikorová, 2012). Závislost je vážný problém pro jednotlivce, rodinu, komunitu a celou společnost. Podílí se na úrazovosti, invaliditě, nemocnosti, sebevraždě, předčasném umírání, šíření pohlavních nemocí. Hlavním cílem komunitní ošetrovatelské péče o závislé je dosažení úplné a trvalé abstinence (Hanzlíková, 2007). Vědomosti psychopatologie závislostí je jednou z podmínek efektivních preventivních aktivit sestry, protože může některé vlivy, které vznikají závislosti podporují, oslabit nebo zcela odstranit (Sikorová, 2012). Hanzlíková (2007) do primární prevence v komunitním ošetrovatelství řadí podporu zdravého životního stylu a edukaci, která se zabývá důsledkem drogové závislosti. Sekundární prevence se zaměřuje na identifikaci abúzu návykových látek, případně již rozvinuté závislosti. Sestra sestaví

a realizuje vhodný plán intervencí včetně motivace k léčbě, pokud je to potřeba. Terciální prevence je zaměřena na minimalizování následků závislosti, prevenci vzniku opětovných recidiv a invalidizaci (Hanzlíková, 2007).

Bezdomovci jsou lidé bez domova, přístřeší, sociálně vyloučení a současně začlenění do nebytových prostorů, hospod, kontejnerů, kanálů, autobusových a železničních zastávek, parků, apod. (Marková, a kol. 2010). Arnoldová (2015) dělí bezdomoveckou populaci do tří skupin. Mezi zjevné bezdomovce řadíme osoby, které žijí mimo úroveň hranice sociálních norem a návyků. Jsou to lidé z parků, nádraží, zpoza mostů, apod. Vyhledávají ubytování v zimních noclehárnách, azylových domech apod. Další skupina je skrytá, do které řadíme lidi, kteří jako bezdomovci žijí, ale ostatní to nejsou schopni rozpoznat. Potencionální skupina je okruh lidí, kterým tento způsob života hrozí. Marková, a kol. (2010) popisuje specifickou ošetrovatelskou péči o bezdomovce v posouzení ošetrovatelských problémů bezdomovců, plánování a realizace plánu péče o bezdomovce, a to prostřednictvím edukačního působení na bezdomovce. Nejčastější následky zdravotních problémů bezdomovců v důsledku nepřizpůsobení se útulku, noclehárnám, jsou v terénu úrazy, omrzliny, infekční nemoci, duševní choroby, vředové choroby, podchlazení, apod. Kopecká (2015) uvádí, že bezdomovci jsou často společností odsuzováni a nepochopeni. Lidem bez domova je třeba zajistit základní sociální pomoc v podobě sociálního poradenství, pomoci jim při hledání zaměstnání, podpořit je v soběstačnosti a zvýšit jejich sebevědomí a sebeúctu.

## **2 Cíl práce, výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíl práce***

**Cíl 1:** Zmapovat rozdíly v teorii a praxi komunitní ošetrovatelské péče v České republice.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

**Výzkumná otázka 1:** Jaká komunitní ošetrovatelská péče funguje v České republice?

**Výzkumná otázka 2:** Jaká je náplň práce sester působících v oblasti komunitního ošetrovatelství?

**Výzkumná otázka 3:** Jaká je náplň výuky komunitní ošetrovatelské péče v České republice?

## **3 Metodika**

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

Pro získání dat byla výzkumná část zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Data byla zpracovávána tzv. „snowball“ technikou. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů a probíhal od února do dubna roku 2019.

Rozhovory probíhaly se všeobecnými sestrami a s vyučujícími, kteří se zabývají problematikou komunitní ošetrovatelské péče. Rozhovory byly provedeny anonymně a dobrovolně. Pro výzkumné šetření bylo vybráno šest všeobecných sester a čtyři vyučující na vyšších a vysokých školách. Klíčovým tématem byla komunitní ošetrovatelské péče v České republice, přičemž jsem se zabývala rozdílem mezi praxí v terénu a vyučováním na vysokých či vyšších školách.

Každá všeobecná sestra podstoupila rozhovor. Tento rozhovor obsahoval 14 otázek. Otázky byly rozděleny do tří oblastí. První oblast byla zaměřena na identifikační údaje dotazovaných, druhá oblast byla směřována k současné práci komunitních sester a poslední oblast obsahovala otázky na komunitní péči obecně. Rozhovor se sestrami trval přibližně 15–20 minut.

Všichni dotazovaní vyučující podstoupili rozhovor. Rozhovor se skládal ze 14 otázek. Otázky byly rozděleny do tří oblastí. První oblast se týkala identifikačních údajů vyučujících, druhá oblast se zabývala výukou komunitní péče, třetí oblast směřovala ke komunitní péči obecně. Rozhovor s vyučujícími trval okolo 20–30 minut.

Polostrukturované rozhovory byly zaznamenávány do zápisového archu a některé rozhovory byly zaznamenávány na diktafon do mobilního telefonu. Rozhovory byly dále pomocí listu a poslechu přepsány do písemné podoby a poté ručně podtrhávány a zpracovávány pomocí „kódování“, ze kterého vyvstaly jednotlivé kategorie.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořili všeobecné sestry a vyučující, kteří se pohybují v problematice komunitní péče. Rozhovorů se sestrami bylo provedeno celkem 6. Ve výzkumné části jsou sestry dále označovány jako S1–S6, kvůli zachování jejich anonymity. Všeobecné sestry byly vyhledávány pomocí „snowball“ techniky. Všeobecné sestry se musely pohybovat v oblasti komunitní ošetrovatelské péče.

Rozhovory s vyučujícími byly čtyři. Ve výzkumné části jsou označovány jako V1–V4. Vyučující byli náhodě vybráni pomocí „snowball“ techniky a pocházeli z různých vysokých a vyšších škol v České republice.

## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikační údaje

Tabulka 1. Identifikační údaje všeobecných sester

Sestry	Vzdělání	Pozice	Organizace	Délka praxe v komunitním ošetřovatelství
S1	Vysokoškolské	Vrchní sestra	Domácí zdravotní péče a domácí hospicová péče	7 let
S2	Středoškolské	Staniční sestra	Domácí hospicová péče	10 let
S3	Středoškolské	Vrchní sestra	Domácí ošetřovatelská péče	20 let
S4	Vysokoškolské	Všeobecná sestra	Domácí hospicová péče	5 let
S5	Středoškolské	Všeobecná sestra	Oblastní charita	13 let
S6	Vysokoškolské	Všeobecná sestra	Domácí hospicová péče	8 let

Z tabulky můžeme zjistit, že S1, S4, S6 mají vysokoškolské vzdělání a S2, S3, S5 mají středoškolské vzdělání. S1 zastává pozici vrchní sestry v domácí zdravotní a hospicové péči. Uvedla, že v domácí zdravotní péči pracuje 7 let, ale domácí hospic funguje teprve 3 roky. S2 je staniční sestra v domácí hospicové péči a pracuje zde 10 let. S3 pracuje jako vrchní sestra v domácí péči a má 20letou praxi. S4 vykonává pozici všeobecné sestry v domácí hospicové péči a dále je také lektorkou kurzů paliativní péče pro seniory. V domácí hospicové péči pracuje 5 let. S5 uvádí, že pracuje jako všeobecná sestra v oblastní charitě, kde pracuje 13 let. S6 je všeobecná sestra v domácí hospicové péči a pracuje zde od roku 2011, tedy 8 let.

#### ***4.2 Analýza výsledků všeobecných sester***

Výsledky jsou rozděleny 7 kategorií. Kategorie 1 PRACOVNÍ OBLAST, kategorie 2 POČET KLIENTŮ, která se skládá ze dvou podkategorií. Podkategorie 1 Počet ošetřovaných klientů denně, podkategorie 2 Celkový počet klientů v komunitě. Kategorie 3 NEJČASTĚJŠÍ POTŘEBY, které je tvořena dvěma podkategoriemi. Podkategorie 1 Nejčastější potřeby komunity, Podkategorie 2 Nejčastější potřeby jednotlivých klientů. Kategorie 4 NÁPLŇ PRÁCE. Kategorie 5 PRACOVNÍ USPOKOJENÍ V ZAMĚSTNÁNÍ, kterou tvoří podkategorie 1 Spokojenost v zaměstnání, podkategorie 2 Důvody nespokojenosti v zaměstnání. Kategorie 6 KOMUNITNÍ SYSTÉM V ČR, která obsahuje podkategorii 1 Fungování komunitního systému v ČR, podkategorii 2 Změny v komunitním systému. Kategorie 7 INFORMOVANOST O KOMUNITNÍM SYSTÉMU V ZAHRANIČÍ.



**Tabulka 2. Kategorie výsledků všeobecných sester**

<b>KATEGORIE VÝSLEDKŮ</b>		<b>PODKATEGORIE</b>
<b>Kategorie 1</b>	Pracovní oblast	
<b>Kategorie 2</b>	Počet klientů	Počet ošetřovaných klientů denně
		Celkový počet klientů v komunitě
<b>Kategorie 3</b>	Nejčastější potřeby	Nejčastější potřeby komunity
		Nejčastější potřeby jednotlivých klientů
<b>Kategorie 4</b>	Náplň práce	
<b>Kategorie 5</b>	Pracovní uspokojení v zaměstnání	Spokojenost v zaměstnání
		Důvody nespokojenost v zaměstnání
<b>Kategorie 6</b>	Komunitní systém v ČR	Fungování komunitního systému v ČR
		Změny v komunitním systému v ČR
<b>Kategorie 7</b>	Informovanost o komunitním systému v zahraničí	

## Kategorie 1 – Pracovní oblast

**Tabulka 3. Pracovní oblast**

PRACOVNÍ OBLAST
Domácí hospicová péče
Oblastní charita
Domácí ošetrovatelská péče

Kategorie popisuje, v jaké pracovní oblasti se jednotlivé všeobecné sestry pohybují. S2, S4 a S6 se pohybují v oblasti domácí hospicové péče. S1 pracuje v domácí hospicové i domácí ošetrovatelské péči. S1 uvedla: „*Pracuji v domácí péči a v domácí zdravotní péči ve společnosti Ledax.*“ S3 odpověděla, že pracuje v domácí zdravotní péči. S5 uvádí, že zastává pozici všeobecné sestry v oblastní charitě.

## Kategorie 2 – Počet klientů

Tato kategorie se skládá ze dvou podkategorií. První kategorie se nazývá Počet ošetrovaných klientů denně a druhá podkategorie nese název Celkový počet klientů v komunitě.

**Tabulka 4. Počet ošetrovaných klientů denně**

POČET OŠETŘOVANÝCH KLIENTŮ DENNĚ
1–5 klientů
16 klientů
15–25 klientů

Všeobecné sestry S1, S2, S4, S6 pracující v domácí hospicové péči se shodly, že ošetrojí průměrně 1–5 klientů denně. Počet klientů se v domácí hospicové péči často mění. Sestry jezdí ošetrovat nejvíce 5–6 klientů denně, ale někdy jenom jednoho. S2 odpověděla: „*To je různý, počet se mění. Ošetrojeme v rozmezí od 1–6 klientů denně.*“ S1, která pracuje v domácí hospicové péči i v domácí ošetrovatelské péči uvedla: „*To je nepravidelné.*“

*V domácí hospicové péči máme někdy jednoho a někdy pět lidí. Ve zdravotní péči máme teď zhruba pět lidí. Strídá se to.“ S3 je vrchní sestra domácí ošetrovatelské péče a odpověděla: „Denně se starám zhruba o 15–25 klientů denně. Je to různé, mění se to.“ S5 zastává pozici všeobecné sestry v oblastní charitě a uvádí: „Denně se starám zhruba o 16 klientů denně, ale někdy je jich i více a mám na ně nedostatek času.“*

**Tabulka 5. Celkový počet klientů v komunitě**

<b>CELKOVÝ POČET KLIENTŮ V KOMUNITĚ</b>
20 klientů
16 klientů
200 klientů
110 klientů
40–50 klientů
8–10 klientů

V této podkategorii se dotazující neshodli. V každé organizaci je odlišný celkový počet ošetřovaných v komunitě. S1 uvedla: „V naší hospicové a zdravotní ošetrovatelské péči je dohromady kolem 20 lidí.“ S2: „Kromě hospicové péče sem patří i domácí zdravotní péče a odlehčovací služby. Naši komunitu tedy tvoří zhruba 16 klientů. Naše práce není jenom ošetřování v domácí hospicové péči, ale je různorodá.“ S3 odpověděla: „V naší komunitě je větší počet klientů. Staráme se celkově asi okolo 200 lidí.“ S4 sdělila: „Je to různé a mění se to. Každý týden je jiný, ale statistiky průměrně vycházejí asi okolo 6 lidí v péči na den. Za rok tedy máme zhruba asi 110 klientů. S5 reagovala: „Naši komunitu tvoří zhruba 40–50 klientů.“ S6 uvedla: „V naší komunitě je asi tak průměrně 8–10 klientů.“

### **Kategorie 3 – Nejčastější potřeby**

Kategorie se skládá ze dvou podkategorii. První podkategorie se nazývá nejčastější potřeby komunity, druhá kategorie se nazývá nejčastější potřeby jednotlivých klientů.

**Tabulka 6. Nejčastější potřeby komunity**

<b>NEJČASTĚJŠÍ POTŘEBY KOMUNITY</b>
Postarat se o klienta v terminálním stadiu, o svého blízkého doma až do konce života
Podpora psychického stavu pacienta i rodiny
Zmírnění akutní a chronické bolesti
Komunikace
Strach, úzkost, osamělost
Ošetřování pacienta s imobilizačním syndromem
Ošetřování pacienta s porušením kožní integrity
Podpora výživy
Vyprazdňování moči a stolice

Podkategorie popisuje nejčastější potřeby dané komunity. Nejčastější potřebou, kterou dotazovaní zmínili, je ošetřování klienta v terminálním stadiu v jeho domácím prostředí. Tuto potřebu uvedli S1, S2, S4, S6. S2 uvedla: „*Nejčastější potřeba je se v těžkých chvílích postarat o svého blízkého doma až do konce života. Mít jistotu a mít se na koho obrátit v těžkých chvílích.*“ S3 ještě dodala: „*Provádíme zdravotní úkony u lidí, kteří jsou v terminálním stadiu v jejich domácím prostředí.*“ Další nejčastější potřebou, kterou dotazovaní uvádí je psychický stav pacienta a rodiny. Na této potřebě se shodli S1, S5 a S6. S1 uvedla: „*Pomáháme daným lidem a rodině, podporujeme hlavně jejich psychický stav.*“ Dotazovaní S3, S5 a S6 odpověděli, že důležitou potřebou je zmírnění akutní a chronické bolesti. S3 uvedla: „*Také provádíme zdravotní úkony u lidí s akutním a chronickým onemocněním. S tímto onemocněním většinou souvisejí akutní a chronické bolesti. Pacientům dáváme léky proti bolesti dle ordinace lékaře a také se je od bolesti snažíme odpoutat nějakými činnostmi. Bohužel máme ale nedostatek času, protože u pacienta jsme většinou půl hodiny až hodinu.*“ S1 do nejčastějších potřeb zařazuje hlavně komunikaci. S1 uvedla: „*Přijde mi, že naši klienti potřebují hlavně s někým komunikovat. Jsou sami, tak si rádi s někým popovídají. Bohužel na to není moc času.*“ S5 dále do nejčastějších potřeb své komunity řadí ošetřování kožní integrity, podporu výživy, vyprazdňování moči a stolice, ošetřování pacienta s imobilizačním syndromem.

S5 uvedla: „Mezi nejčastější potřeby řadíme ošetřování kožní integrity, jako jsou dekubity, bércové vředy a podobně. Dále sem řadíme imobilizační syndrom, základní potřeby jako je podpora výživy, vyprazdňování moči a stolice, odpočinek, a podobně.“

**Tabulka 7. Nejčastější potřeby jednotlivých klientů**

<b>NEJČASTĚJŠÍ POTŘEBY JEDNOTLIVÝCH KLIENTŮ</b>
Každý jedinec je individuální
Převazy ran
Aplikace injekcí, odběry
Holistické potřeby – fyzické, psychické, sociální a spirituální
Dle ošetřovatelské diagnózy
Soběstačnost
Prevence nebo zmírnění nežádoucích účinků jako nauzea, zvracení, potíže s vyprazdňováním, prevence dekubitů

V této kategorii šlo o zjištění, které potřeby jsou nejčastější u daného klienta v komunitě. Dotazovaní se shodli, že každý jedinec je individuální a má odlišné potřeby. S1 uvedla: „Potřeby jednotlivých klientů jsou různé. Patří sem hlavně ta komunikace. Ve zdravotní péči jezdíme hlavně na převazy, aplikaci injekcí, inzulínu. V hospicové péči jezdíme za lidmi, kde provádíme výkony, které potřebují. Například zmírnění bolesti, celková hygiena, převazy, a tak dále. Podporujeme rodinu a pacienta po psychické stránce.“ S6 navíc odpověděla: „Přidala bych předcházení nežádoucích příznaků jako je nauzea, zvracení, potíže s vyprazdňováním, potíže s dušností, prevence dekubitů. Informuju rodiny o možnosti vypůjčení různých kompenzačních pomůcek jako je polohovací postel, invalidní vozík, a podobně.“ S4 uvedla: „Do potřeb bych zařadila potřeby holistické. Zajišťujeme uspokojení všech potřeb od fyzických, přes psychické, sociální i spirituální.“

## Kategorie 4 – Náplň práce

Tabulka 8. Náplň práce

NÁPLŇ PRÁCE
Zhodnocení zdravotního stavu, monitorace
Komunikace s klientem a rodinou
Ošetření klienta
Komunikace s multidisciplinárním týmem – lékař, jiné instituce
Zdravotní poradenství, školení

Kategorie popisuje každodenní náplň práce jednotlivých sester. Náplň práce je u sester odlišná, protože záleží, v jaké organizaci pracují, a také jakou pozici zastávají. S1, S3, S4 a S6 odpověděli stejně a mají stejnou náplň práce. S1 uvedla: *„Přijedu do rodiny ke konkrétnímu člověku domů. Zhodnotím jeho zdravotní stav. Zeptám se rodiny a pacienta jak se cítí? Jak mu je? Změřím tlak, puls, saturaci. Provádím hodně psychologické rozhovory s rodinou, pečujícími i s pacientem. Dále řeším často bolest, kde aplikuju morfin, dle ordinace lékaře. S5 odpověděla: „Jezdím po pacientech, které mám na daný den naplánované. Zhodnotím jejich stav. Dále dělám výkony, které jsou u daného pacienta potřeba. Vše zapisuju do dokumentace.“ S2 odpověděla částečně odlišně než ostatní sestry a uvedla: *„Já to mám trochu různorodé. Starám se o pacienty. Komunikuji s lékaři, komunikuji také s pečujícími a s ostatními institucemi, co se daného člověka nějakým způsobem dotýká. Jinak dále máme taky zdravotní poradenství a chodíme, nebo pořádáme různá školení. Pořád se vzděláváme.“**

## Kategorie 5 – Pracovní uspokojení v zaměstnání

Tato kategorie se rozděluje na dvě podkategorie. První podkategorie se nazývá spokojenost v zaměstnání a druhá se jmenuje nespokojenost v zaměstnání.

**Tabulka 9. Spokojenost v zaměstnání**

<b>SPOKOJENOST V ZAMĚSTNÁNÍ</b>
Práce v terénu
Časová volnost
Různorodá práce
Rychlé a svobodné rozhodování
Nemusíme lidem lhát
Lidé jsou v domácím prostředí
Spokojenost rodiny i pacienta

Tabulka 9 poukazuje na spokojenost dotazovaných v zaměstnání. Všichni dotazovaní odpověděli, že jsou ve svém zaměstnání spokojeni. S1 odpověděla: „Baví mě zpětná vazba. Pomáhám jim a vidím, že jsou šťastní, že za nimi přijedu. Taký mě baví jezdit autem, nevdá mi dojíždět ke klientovi ani delší vzdálenosti.“ S2 sdělila: „Baví mě, že pomáhám lidem. I když se jejich zdravotní stav už nezlepší a pacient se nevyлéčí, mohou žít kvalitní život až do konce života. Můžu si naplánovat, co všechno je pro pacienta dobrý, a co můžu udělat, udělám.“ S3 řekla: „Baví mě práce v terénu. Mám nebo teda provádím různorodé činnosti. Jsem ráda, že se můžu svobodně rozhodovat sama za sebe, že můžu jezdit ke klientům domů, a tím jim pomoci. Vždy na nich vidím, jak si váží mé osoby a mé práce. Taký bych sem zmínila, že si vážím práce ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků.“ S4 uvedla: „Do plusů bych zařadila potřebnost tohoto zaměření. Mám možnost mít dostatek času na daného pacienta a rodinu. Naše péče jde za pacientem domů. V naší práci musíme být tým. Líbí se mi, že nás rodina i lékaři dokáží ocenit a všichni jsme si rovnocenní partneři.“ S5 a S6 se na odpovědi shodli. S5 odpověděla: „Baví mě práce s lidmi, jsem ráda, že je ošetřuji v jejich vlastním domácím prostředí. Pacienti jsou vždy rádi, když mě vidí, a to mě naplňuje.“

**Tabulka 10. Důvody nespokojenosti v zaměstnání**

DŮVODY NESPOKOJENOSTI V ZAMĚSTNÁNÍ
Finanční ohodnocení sester a organizace
Administrativa
Čas
Společensky nepopulární zaměstnání
Neinformovanost společnosti
Pohotovost 24 hodin

V této podkategorii se popisuje nespokojenost v daném zaměstnání. Všichni dotazovaní uvádějí hlavně finanční ohodnocení. S1 uvedla: „*Vadí mi pouze pohotovost. Držíme pohotovost, kdy rodina může kdykoliv v noci zavolat. Potom možná ještě finanční ohodnocení.*“ S2 odpověděla: „*Pořád nejistota, zda budou klienti. Taky jestli bude dostatek peněz na péči, na personál. Už mě taky nebaví někdy pořád vysvětlovat, co je domácí hospicová péče. Hlavně když je to u odborných lidí jako jsou sestry, lékaři, který nic neví. Také nás zaměňují s domácí péčí. Neví, s čím jim můžeme pomoci, a tam to potom vážně.*“ S3 odpověděla stejně jako S2 a navíc dodala: „*Bohužel je zde špatná spolupráce s lékaři.*“ S4 uvedla: „*Do záporů bych zařadila nízké finanční ohodnocení a společensky nepopulární zaměstnání.*“ S5 řekla: „*Bohužel nemám dostatek času na pacienta, je náročné si den naplánovat, abych stihla objet všech 16 pacientů. Často přijedu domů déle, než je moje pracovní doba. Od práce mě zdržuje administrativa.*“ S6 odpověděla stejně jako S4.

### **Kategorie 6 – Komunitní systém v ČR**

Tato kategorie se skládá ze dvou podkategorii. První kategorie má název Fungování komunitního systému v ČR a druhá podkategorie se nazývá Změny v komunitním systému v ČR.



**Tabulka 11. Fungování komunitního systému v ČR**

<b>FUNGOVÁNÍ KOMUNITNÍHO SYSTÉMU V ČR</b>
Nevyhovující systém
Nedostatek financí
Nedostatečná podpora ze strany státu

Většina dotazovaných si myslí, že komunitní systém v ČR moc nefunguje. S1, S3 a S5 tento totožný názor mají. S1 odpověděla: „Komunitní systém zde moc nefunguje.“ S2 řekla: „Určitě by se to mohlo zlepšit. Český národ je pomozme si sami. Určitě jsou místa, kde funguje velice dobře a kde to vážne. Je to hodně o mentalitě lidí.“ S6 uvedla: „No nevím, myslím si, že moc nefunguje. Měla by zde být i gynekologická, psychiatrická péče, která moc nefunguje. Ani tyhle naše hospice nejsou moc podporovaný státem.“ S4 oproti ostatním odpověděla: „Myslím si, že ano. Většina republiky je dobře zasíťovaná. Otázka je informovanost praktických lékařů a využití těchto služeb pro své pacienty.“

**Tabulka 12. Změny v komunitním systému v ČR**

<b>ZMĚNY V KOMUNITNÍM SYSTÉMU V ČR</b>
Financování
Povědomí společnosti, organizací, zdravotnictví
Komunikace mezi organizacemi a složkami
Přístup vlády
Další vzdělávání
Přístup obvodních lékařů

Tabulka 12 popisuje, co by dotazované sestry v komunitním systému změnilly. S2, S3, S4, S5, S6 se shodují, že je potřeba zvýšit finance. S4 uvedla: „Na systému bych změnila určitě financování a určitou prestiž.“ S1, S2, S3, S6 mají stejný názor a chtěli by, aby se změnila informovanost celé společnosti o komunitní péči. S6 odpověděla: „Změnila bych povědomí o této péči. Mnoho rodin se bojí si vzít rodinného příslušníka domů.“ S3 ještě dodala: „Změnila bych informovanost profesionálů, protože je to někdy smutné.“ S2 uvedla: „Taky bych změnila komunikaci mezi jednotlivými složkami a organizacemi, které

*o člověka pečují. Aby vzájemně komunikovaly a vycházely si vstříc.“ S1 sdělila: „Změnila bych přístup obvodních lékařů, kteří o nás dostatečně neinformují. Lidé nemají povědomí, že za nimi můžeme na převaz dojet domů.“ S3 by v komunitním systému ještě změnila vzdělávání a odpověděla: „Možná bych ještě dodala, že by bylo dobré se dále vzdělávat, takže určitě zvýšit vzdělávání a třeba organizovat různé přednášky a podobně.“*

## **Kategorie 7 – Informovanost o komunitním systému v zahraničí**

**Tabulka 13. Informovanost o komunitním systému v zahraničí**

<b>INFORMOVANOST O KOMUNITNÍM SYSTÉMU V ZAHRANIČÍ</b>
Moc se nezajímám
Pouze od známých
Mobilní a lůžkové hospice

V této kategorii se popisuje, jak jsou dotazovaní seznámeni s komunitním systémem v zahraničí. S1 a S5 se o komunitní systém jinde nezajímá. S1 odpověděla: „*Ne, nezajímám.*“ S3 uvedla: „*Vím něco pouze od známých, kteří tam pracují a z přednášek. Ale moc se nezajímám.*“ S4 sdělila: „*Zajímám se pouze o mobilní a lůžkové hospice.*“ S6 řekla: „*No, jenom co člověk slyší. Jak to funguje v Německu, že to docela funguje v Anglii, Polsku. Asi je to určitě lepší než u nás, ale jinak se o to nějak nezajímám.*“ S2 odpověděla: „*Mám dobré zprávy, jak to funguje v zahraničí, a jak fungují hospice, a ty jsou pro mě velkým vzorem. Sama jsem to nikdy neviděla. Náš primář byl teď v Salcburku, kde mají program, kde školí lékaře v paliativní péči. Musí to být dobrý doktor, musí umět komunikovat. Předávají se zde zkušenosti. Naše země je hodně pozadu. Jsme omezený ze strany vlády a lidmi, kteří o tom rozhodují. Velkou roli zde hraje postavení dobrovolníka v paliativní péči. Ten, který to chce dělat, baví ho to. U nás je dobrovolník v pozici: ty jsi hloupý, proč to děláš? Tam jsou dobrovolníci chválený, baví je to. Jsou za ně velmi rádi.*“

### 4.3 Identifikační údaje

Tabulka 14. Identifikační údaje vyučujících

Vyučují	Vzdělání	Škola	Vyučované obory	Délka praxe ve vyučování
V1	Vysokoškolské	Vyšší odborná škola	Všeobecné sestry, praktické sestry, ošetřovatelé	30 let
V2	Vysokoškolské	Vysoká škola	Všeobecné sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, porodní asistentky	3 roky
V3	Vysokoškolské	Vysoká škola	Všeobecné sestry	14 let
V4	Vysokoškolské	Vyšší odborná škola	Všeobecné sestry, praktické sestry	10 let

Z tabulky můžeme zjistit, že všichni vyučující mají vysokoškolské vzdělání. V1 vyučuje na vyšší odborné škole zdravotnické. Má vysokoškolské vzdělání v oboru pedagogika-péče o nemocné. Komunitní péči vyučuje 30 let. Dále učí předměty jako je ošetřovatelství, klinická propedeutika, psychologie, latinský jazyk. Vyučuje všeobecné sestry, praktické sestry a ošetřovatele. O problematiku komunitní péče se zajímá. V2 vyučuje na vysoké škole a problematiku komunitní péče učí 3 roky. Vyučuje více předmětů, jako jsou ošetřovatelské postupy, předlékařská první pomoc, edukační činnost sestry, první pomoc pro rehabilitační a psychosociální péči, základy ošetřovatelství. Na své fakultě učí všeobecné sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, porodní asistentky, navazující magisterské obory. Problematika komunitní péče je jí blízká. Komunitní péči bere jako rozšíření pole působnosti. V3 působí na vysoké škole. Věnuje se předmětům

jako je sociologie medicíny a zdravotnictví, reminiscenční terapie. Vyučuje obor Všeobecná sestra. Komunitní péče ji baví a zajímá se o ni. V4 vyučuje všeobecné a praktické sestry na vyšší odborné škole a problematice komunitní péče se věnuje 10 let. Kromě komunitní péče učí předměty ošetrovatelství, epidemiologie a hygiena.

#### 4.4 Analýza výsledků u vyučujících

Výsledky jsou rozděleny do 3 kategorií. Kategorie 1 VÝUKA má tři podkategorie – zaměření výuky při přednášce, zaměření výuky při semináři, změny ve výuce. Kategorie 2 KOMUNITNÍ PÉČE V ČR má dvě podkategorie – vývoj komunitní péče v ČR, fungování komunitní péče v ČR. Kategorie 3 ZKUŠENOSTI Z PRAXE.

**Tabulka 15. Kategorie výsledků vyučujících**

KATEGORIE VÝSLEDKŮ		PODKATEGORIE
<b>Kategorie 1</b>	Výuka	Zaměření výuky při přednášce
		Zaměření výuky při seminář
		Forma výuky
		Změny ve výuce
<b>Kategorie 2</b>	Komunitní péče v ČR	Vývoj komunitní péče v ČR
		Fungování komunitní péče v ČR
<b>Kategorie 3</b>	Zkušenosti z praxe	

#### **Kategorie 1 – Výuka**

Tato kategorie se skládá ze tří podkategorií. První podkategorie se nazývá Zaměření výuky při přednášce, druhá podkategorie nese název Zaměření výuky při semináři. Třetí

podkategorie se jmenuje Forma výuky a poslední podkategorie se nazývá Změny ve výuce.

**Tabulka 16. Zaměření výuky při přednášce**

ZAMĚŘENÍ VÝUKY PŘI PŘEDNÁŠCE
Modul
Pojem komunitní péče, komunita
Ošetrovatelská péče o vybrané obyvatele
Sociální práce
Podpora a prevence zdraví

Tato podkategorie popisuje výuky komunitní péče při přednáškách. V1 odpověděla: *„Řídím se podle daného modulu. Zaměřuji se hlavně na cílovou skupinu. Například na oblast handicapovaných, seniorů, lidí v terminálním stádiu. Snažím se studenty seznámit s možností služeb, zařízení, způsob komunikace s danými lidmi a s jejich rodinou. Snažím se upozornit na výpomoc i ze sociální strany.“* V2 uvedla: *„Já mám hlavně ty cvičení a tam se zaměřuju hlavně na tu domácí komunitní péči, pomocí nějakých agentur domácí péče, hospicovou péči.“* V3 sdělila: *„Studentkám vysvětluji pojem komunita a komunitní péče dle daného modulu. Zdroje v oblasti péče o lidi s postižením. Také se zabývám oblastí prevence, kde zdůrazňuji podporu zdraví. Ráda odkazuji na Jarošovou, která má svoji knížku.“* V4 odpověděla: *„Řídím se podle daného modulu. Snažím se studentům vysvětlit pojem komunitní péče, zaměřuji se na určité komunity jako je komunitní péče o seniory, o rodinu, o dítě, a podobně.“*

**Tabulka 17. Zaměření výuky při semináři**

ZAMĚŘENÍ VÝUKY PŘI SEMINÁŘI
Práce se studenty ve skupinkách
Obohacení výuky – host
Exkurze

Podkategorie se zabývá výukou komunitní péče při seminářích. V1 uvedla: „*Jak už jsem uvedla v předchozí otázce. Ještě bych dodala, že se studenty pracuji ve skupinkách. Studenti si vyberou danou cílovou skupinu a zjistí o dané komunitě informace. V práci nesmí chybět možnosti služeb, nácvik komunikace, možnost vypůjčení kompenzačních pomůcek, sociální pomoc, a tak dále.*“ V2 odpověděla: „*Zabývala bych se tím stejným. Při semináři bych šla více po exkurzích, více rozšířit problematiku, co jsem probrala v seminářích.*“ V3 sdělila: „*Seminář a přednášku moc nerozděluji. Při semináři se snažím výuku obohatit formou hosta. Nedávno jsem si například na seminář pozvala peer konzultanta, který má zkušenosti přímo z terénu.*“ V4 řekla: „*Se studenty probíráme podobné věci jak na semináři, tak na přednášce. Nerozlišuji to. Snažím se studenty zapojit do výuky, aby je dané téma bavilo.*“

### **Tabulka 18. Forma výuky**

<b>FORMA VÝUKY</b>
Teoretická část
Praktická část
Exkurze

Podkategorie se zabývá formou výuky. Všichni dotazovaní se shodli, že vedou výuku hlavně teoreticky. V1 řekla: „*Výuku vedu hlavně teoreticky. Snažím se ale výuku obohatit různými exkurzemi. Například jdeme se studenty do azylového domu pro matky s dětmi, a podobně.*“ V2 odpověděla: „*Máme exkurze, teoretickou část a snažím se i prakticky, ale to moc nejde.*“ V3 uvedla: „*První semestr mají studenti pouze výuku. Druhý semestr mají studenti prázdninovou komunitní praxi, kdy mají dva týdny komunitní praxe, kdy studenti pracují ve skupinkách v terénu. Skupinka si vybere jednu komunitu, která je nejvíce zajímavá. Můžou si vybrat například azylové domy pro bezdomovce, azylové domy pro matky s dětmi, lidi s demencí, apod. Poté studenti zjistí informace o dané komunitě. Poslední týden studenti informace zpracují pomocí kazuistiky a prezentace, kde studenti předávají informace druhým.*“ V4 sdělila: „*Zaměřuji se hlavně na teoretickou část. Snažím se domluvit alespoň nějakou exkurzi, aby měli studenti trochu obohacenou výuku.*“

**Tabulka 18. Změny ve výuce**

ZMĚNY VE VÝUCE
Spokojenost s modulem
Méně studentů v hodině

Všichni dotazovaní vyučující se shodli, že jim modul vyhovuje. V1 a V4 by na výuce nic měnit nechtěli. V1 odpověděla: „*Na výuce bych nechtěla nic měnit.*“ V2 uvedla: „*To nevím, to je spíš otázka na studenty. Mně to takhle vyhovuje. Ale záleží co studenti, čtu nějaký hodnocení, takže občas se to snažím kvůli tomu upravit, ale někdy to úplně nejde.*“ V3 sdělila: „*Mám radost z tohoto modulu, model mi vyhovuje. Jenom bych změnila počet studentů. Ve třídě mám 60 lidí, a to mi přijde moc. Snížila bych počet například na 20.*“

### **Kategorie 2 – Komunitní péče v ČR**

Kategorie se skládá ze dvou podkategorií. První podkategorie se jmenuje Vývoj komunitní péče v ČR, druhá se nazývá Nejvíce rozvinutá komunitní péče v ČR, poslední podkategorie je Hlavní důvody disfunkce komunitní péče v ČR.

**Tabulka 19. Vývoj komunitní péče v ČR**

VÝVOJ KOMUNITNÍ PÉČE V ČR
Komunitní péče není rozvinuta
Propojenost
Podoba pouze domácí péče
Koordinační osoba

Dotazovaní se shodli na tom, že komunitní péče v ČR není dostatečně rozvinuta. V2 odpověděla: „*Ne nemyslím si. Myslím si, že by to bylo fajn jít více do hloubky. Myslím si, že nám tady chybí rozšíření potom, když se lidi vrací z nemocnice, a je jedno, jestli je to žena po porodu, takže by potřebovala nějakou porodní asistentku. Nebo je to senior, který ho mám edukovat, co dál se sebou dělat.*“ V3 sdělila: „*Myslím si, že není. Ošetrovatelská péče má podobu jenom domácí péče. Chybí zde propojenost mezi službami, například s pečovatelskou službou a terénní službou. Chybí nějaká koordinační pozice neboli*

koordinální osoba v terénu, která má zdravotně sociální vzdělání a vše by to řídila. Není to domyšlené a dostatečně rozvinuté.“

**Tabulka 20. Nejvíce rozvinutá komunitní péče v ČR**

NEJVÍCE ROZVINUTÁ KOMUNITNÍ PÉČE V ČR
Pouze domácí péče

Dotazovaní vyučující odpověděli, že u nás funguje pouze domácí péče. V1 řekla: „Myslím si, že asi jenom domácí péče.“ V2 sdělila: „Myslím si, že hodně dobrá je domácí péče přes ty agentury různé. Ted' co jsem zaznamenala, tak domácí hospice, myslím si, že začínají mít nějaký rozmach. Třeba ted'ka je u nás dítě srdci v Budějovicích nová komunitní věc pro maminky, který přišly o dítě v těhotenství nebo porodily mrtvý plod.“ V3 uvedla: „Myslím si, že domácí zdravotní péče je více zaměřena na výkony, ale ne na samotného pacienta.“ V4 odpověděla: „Myslím si, že u nás je docela dobře rozvinuta domácí péče. Bohužel zapomínáme na jiné komunity, které by potřebovaly komunitní péči.“

**Tabulka 21. Hlavní důvody disfunkce komunitní péče v ČR**

HLAVNÍ DŮVODY DISFUNKCE KOMUNITNÍ PÉČE V ČR
Finance
Nastavení služeb
Propagace
Koordinace

Tato podkategorie se zabývá hlavními důvody disfunkce komunitní péče v ČR. V této podkategorii dotazovaní odpovídali různě. V1 řekla: „Myslím si, že nefunguje z více důvodů. Například je malé povědomí veřejnosti o komunitní péči. Je malá propagace ze strany státu. Taky si myslím, že je velká zátěž na pečující a nedostatečné finanční ohodnocení jak pro poskytovatele, tak pro dané instituce.“ V2 odpověděla: „Já si myslím, že největší problém je v penězích, vždycky prostě, a že nemáme nikoho, kdo nás z vrchu podporuje, a že nikomu nedochází, že další potřebná péče pro ty lidi, že je nemůžeme



vypustit z té nemocnice a nechat je vlastnímu osudu.“ V3 sdělila: „Jednak nastavením služeb, nedostatečný důraz na funkci sítě komunitních služeb, její koordinaci, nedostatek podpory pro rodinu pečujících, edukace člověka a jeho rodiny. Myslím si, že sestry v komunitní péči mají v terénu nedostatek času a dovedností.“ V4 uvedla: „ Já si myslím, že je to z mnoho důvodů. Je to hlavně asi naším systémem. Měla by se asi více podílet vláda. Taky si myslím, že není dostatečná finanční podpora pro dané organizace ani pro daný personál.“

### Kategorie 3 – Zkušenosti z praxe

Tabulka 22. Zkušenosti z praxe

ZKUŠENOSTI Z PRAXE
Brigádnice
Praxe v bakalářském studiu
Nemám

Tato kategorie popisuje, zda mají daní vyučující zkušenosti s komunitní péčí z praxe. V1 odpověděla: „Ano mám zkušenosti, jako brigádnice.“ V2 uvedla: „V rámci bakalářského studia jsme byli v agentuře domácí péče, takže s tím mám minimální zkušenost.“ V3 sdělila: „V terénu komunitní péče jsem nikdy nepracovala a s výkony zkušenosti nemám, protože mám sociální vzdělání. Mám pouze zkušenosti s lidmi s demencí.“ V4 řekla: „Ne, zkušenosti z praxe nemám.“

## 5 Diskuze

Bakalářská práce má za cíl zmapovat rozdíly v teorii a praxi komunitní ošetrovatelské péče v České republice. K dosažení stanoveného cíle se dále zabývá tím, jaká komunitní ošetrovatelská péče funguje v České republice. Další zkoumanou oblastí je náplň práce sester působících v oblasti komunitní ošetrovatelské péče. V neposlední řadě pojednává o tom, jaká je náplň výuky komunitní ošetrovatelské péče v České republice. Pro zjištění stanoveného cíle jsem si vybrala dvě skupiny dotazovaných. První skupina byla tvořena sestrami, které se pohybují v komunitní ošetrovatelské péči. Druhou skupinu tvořili vyučující, kteří vyučují komunitní péči na vyšších a vysokých školách v České republice.

Při hodnocení výsledků u dotazovaných sester jsem se zabývala tím, v jaké organizaci se dané sestry pohybují, a jakou pozici zastávají. Všechny dotazované se pohybují v domácí ošetrovatelské péči, ať už se jedná o domácí hospicovou péči, oblastní charitu nebo domácí zdravotní péči.

V České republice se komunitní péče věnuje hlavně domácí péči. Jarošová (2007) uvádí, že domácí ošetrovatelská péče je u nás rozdělena na akutní domácí péči, dlouhodobou zdravotní péči, preventivní domácí péči, domácí hospicovou péči a jednorázovou domácí péči. Domácí péče je však zaměřena pouze na nemocné jedince, kteří potřebují ošetrovatelskou pomoc. Péče by měla být zaměřena i na prevenci zdravých a ohrožených občanů. Dotazované sestry vidí výhodu domácí ošetrovatelské péče v tom, že jsou klienti v jejich domácím prostředí. Sestry také uvádějí, že je baví práce v terénu, protože se musejí rozhodovat sami za sebe. S3 řekla: „*Baví mě práce v terénu. Mám nebo teda provádím různorodé činnosti. Jsem ráda, že se můžu svobodně rozhodovat sama za sebe, že můžu jezdit ke klientům domů, a tím jim pomoci.*“ Další výhodou, kterou vnímají je různorodost práce, dostatek času na ošetrovatelské činnosti, zpětná vazba od klienta a rodiny. Sestry se shodují s Kalvachem (2014), který popsal, že komunitní sestra může samostatně organizovat, řídit, poskytovat ošetrovatelskou péči a podílet se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob v jejich vlastním sociálním prostředí.

Jarošová (2007) uvedla, že domácí hospicová péče zahrnuje komplexní péči o klienty, kteří jsou v preterminálním nebo terminálním stadiu, se kterou se shoduje S1, S2, S4, S6. S2 uvedla: „*Nejčastější potřeba je se v těžkých chvílích postarat o svého blízkého doma*

*až do konce života. Mít jistotu a mít se na koho obrátit v těžkých chvílích.*“ Jarošová (2007) do hlavních potřeb komunity zařazuje zmírnění bolesti, podporu psychického stavu, zmírnění utrpení klienta a jeho blízkých. S Jarošovou (2007) se shodují sestry S1, S2, S4, S6. Do nejčastějších potřeb také zařazují zmírnění bolesti a podporu psychického stavu klienta i rodiny. Vždy zhodnotí celkový stav pacienta a snaží se uspokojit všechny jeho potřeby. S1 uvedla: *„Pomáháme daným lidem a rodině, podporujeme hlavně jejich psychický stav.“* S6 řekla: *„Přidala bych ještě předcházení nežádoucích příznaků jako je nauzea, zvracení, potíže s vyprazdňováním, potíže s dušností, prevence dekubitů. Informuje rodiny o možnosti vypůjčení různých kompenzačních pomůcek jako je polohovací postel, invalidní vozík, a podobně.“*

Hrkal (2011) popisuje domácí péči jako zdravotní péči, které je pacientovi poskytována pouze na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro dorost a děti nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Bužgová (2015) uvádí, že v domácí paliativní péči dochází k intenzivnímu vyjednávání mezi ministerstvem zdravotnictví, Českou společností paliativní medicíny, zástupci hospiců a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Vzhledem k tomu, že jsou mobilní hospice odkázány na dary a granty, snaží se najít shodu, jak zavést domácí paliativní péči do systému úhrady z veřejného pojištění. Všechny dotazové sestry z domácí hospicové péče a domácí zdravotnické péče se shodli a uvedly, že vidí veliký problém ve financování celé jejich organizace i ve finančním ohodnocení jejich práce. Další problémy, které uvedly sestry a vyučující jsou podpora státu, nastavení služeb, propagace a povědomí o komunitní péči, informovanost zdravotníků, koordinace a komunikace mezi organizacemi a složkami. S4 uvedla: *„Na systému bych změnila určitě financování a určitou prestiž.“* S6 odpověděla: *„Určitě bych změnila financování. Povědomí o této péči, mnoho rodin se bojí si rodinný příslušníky vzít domů. Větší osvěta této péče. I třeba financování, když si můžou vzít dlouhodobé ošetřovný, tak je to hrozně složitý, než to člověk oběhá.“*

V USA se modely domácí zdravotní péče neustále rozvíjí. Modely poskytují celou řadu služeb mezi nemocniční a komunitní péčí. Možnost návštěvy sester z domácí péče poskytuje více organizací, ke kterým se řadí oficiální vládní zdravotnická agentura, neziskové dobrovolné agentury a domovské agentury. Služby domácí péče zahrnují asistenci při aktivitách každodenního života, rehabilitaci, dopravu, apod. (Nies, McEwen,

2018). Komunitní péče je rozvinuta i v západoevropských zemích. S1, S3, S4, S5 a S6 nejsou moc informováni o komunitní péči v zahraničí. S2 se zajímá o hospicovou komunitní péči v zahraničí a odpověděla: S2 odpověděla: „*Mám dobré zprávy, jak to funguje v zahraničí, tam a jak fungují hospice, a ty jsou pro mě velkým vzorem. Sama jsem to nikdy neviděla. Náš primář byl teď v Salcburku, kde mají program, kde školí lékaře v paliativní péči. Musí to být dobrý doktor, musí umět komunikovat. Předávají si zde zkušenosti. Naše země je hodně pozadu. Jsme omezený ze strany vlády a lidmi, kteří o tom rozhodují. Velkou roli zde hraje postavení dobrovolníka v paliativní péči. Ten, který to chce dělat, baví ho to. U nás je dobrovolník v pozici: ty jsi hloupý, proč to děláš? Tam jsou dobrovolníci chválený, baví je to. Jsou za ně velmi rádi.*“

Franz, et. al (2016) uvádějí, že v Americe došlo k nedávným změnám v organizaci zdravotní péče, a tím narostla prioritou řešení zdraví obyvatelstva. Zjistili, že je důležitá komunikace mezi jednotlivými zdravotnickými agenturami, nemocnicemi, lékaři a pacienty. Cílem je zaměřením se na prevenci nemocí, podpora blahobytu obyvatelstva. Důležité je pochopení místa, ve kterém pacienti žijí, a také navázání spojení s ním. Je důležité vytvářet vazby s pacienty a komunitami, a tím odhalit jejich zdravotní víru a chování ke zdraví, které vede k úspěšnému partnerství. Vyučující V2 se shoduje s autory článku a na otázku- Myslíte si, že je komunitní péče v České republice dostatečně rozvíjena odpověděla: „*Ne nemyslím si. Myslím si, že by to bylo fajn jít více do hloubky. Myslím si, že nám tady chybí rozšíření potom, když se lidi vrací z nemocnice, a je jedno, jestli je to žena po porodu, takže by potřebovala nějakou porodní asistentku. V3 také odpověděla: „Myslím si, že není. Ošetrovatelská péče má podobu jenom domácí péče. Chybí zde propojenost mezi službami, například s pečovatelskou službou a terénní službou.*“

Při hodnocení výsledků u dotazovaných vyučujících jsem se zabývala výukou komunitní péče na vysokých a vyšších zdravotnických školách.

Všichni vyučující odpověděli, že se při výuce řídí pomocí daného modulu. Nastavený modul výuky komunitní péče všem vyučujícím vyhovuje, a nic by na něm neměnily. Ministerstvo zdravotnictví s ministerstvem školství (2018) vydává kvalifikační standart přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra. Anotace předmětu komunitní péče se zaměřuje na teoreticko-praktický celek. Předmět se zabývá problematikou primární péče a zaměřuje se na oblast komunitního ošetrovatelství. Výuka

seznamuje studenty s hodnocením klientů v komunitě. Dále popisuje aplikaci ošetrovatelského procesu v podmínkách komunitního a domácího prostředí, a také vystihuje problematiku organizace služeb pro klienty v kontextu komunitní péče.

Dle jedné vysoké školy v České republice je výuka rozdělena do dvou semestrů. Zimní semestr v prvním ročníku je komunitní péče dle sylabu a obsahu zaměřena na definici komunitní péče a její cíl. Poukazuje na strukturu v rámci veřejného zdraví, postavení a roli sestry v komunitní péči vycházející z doporučení WHO. Dále se zabývá problematikou zdravé komunity, do které spadají faktory ovlivňující zdravotní stav komunity a výzkum v komunitní péči. Součástí výuky je také ošetrovatelský proces v komunitní péči. Neméně důležitá je také výuka komunitní péče o dané komunity a obyvatele, do které spadá péče o rodinu, ženu, dítě, muže, školní děti, komunitní péče o psychicky nemocné a mentálně retardované, komunitní péče o staré a umírající klienty, komunitní péče v zaměstnání. V zimním semestru druhé ročníku se komunitní péče zaměřuje především na domácí péči. Předmět komunitní péče seznamuje studenty se základními principy domácí péče v České republice. Zabývá se odbornou terminologií a rozvojem komplexní domácí péče. Zaměřuje se na aplikaci ošetrovatelského procesu v podmínkách terénní péče, kde je důležité zhodnotit místní situaci, stanovit problém, analyzovat informace, plánovat a realizovat ošetrovatelskou péči ve spolupráci s místním společenstvím, rodinou a jedincem. Předmět také nastiňuje charakteristické rysy ošetrovatelské péče v jednotlivých a rizikových skupinách společnosti, kde se zaměřuje na prevenci a podporu zdraví. Z vlastní zkušenosti si myslím, že vyučování komunitní péče na vysokých školách je dostačující. Komunitní péči jsme měli zaměřenou na celkovou problematiku. Zabývali jsme se pojmy komunitní péče, komunita, podporou zdraví a komunitní ošetrovatelskou péčí o dané obyvatele. Výuku jsme měli obohacenou exkurzí v azylovém domě pro matky s dětmi.

Dotazování V1, V2 a V4 uvedli, že se výuku snaží obohatit exkurzemi v azylových domech pro matky s dětmi, v azylových domech pro bezdomovce, apod. V3 uvedla, že obohacuje svojí výuku peer konzultantem, který má zkušenosti s komunitní péčí přímo z terénu. Studenti mají dva týdny komunitní praxe a mohou si vybrat danou komunitu, které je zajímavá. Zde zpracují kazuistiku, prezentaci a získané informace předají dalším studentům. Studenti si takto výuku lépe zapamatují. V1 a V4 sdělily, že se studenti ve výuce pracují také ve skupinkách, aby si dané téma lépe zapamatovali.

Hlavními rozdíly mezi teorií a praxí jsou takové, že teorie, která se zabývá výukou komunitní péče na vysokých a vyšších školách, probíhá komplexně. Všechny dotazované vedou výuku dle modulu. Podle odpovědí dotazovaných ve výuce vysvětlují pojem komunita a komunitní péče. Dále se zabývají komunitní péčí o dané komunity, jako je komunitní péče o seniory, rodinu, dítě, handicapované, v terminálním stadiu. Dotazovaná V1 odpověděla: „*Řídím se podle daného modulu. Zaměřuji se hlavně na cílovou skupinu. Například na oblast handicapovaných, seniorů, lidí v terminálním stádiu. Snažím se studenty seznámit s možností služeb, zařízení, způsob komunikace s danými lidmi a s jejich rodinou. Snažím se upozornit na výpomoc i ze sociální strany.*“

Na vysokých a vyšších školách vždy vyučující odkazují na literaturu daného předmětu. Nejnovější literatura, která se zabývá přímo komunitní péčí, je od autorek: Jarošová-*Úvod do komunitního ošetřovatelství* (2007) a Hanzlíková-*Komunitní ošetřovatelství* (2007). Jarošová (2007) se ve svém obsahu zaměřuje na světovou zdravotnickou organizaci, systém zdravotní péče, pojem komunita a komunitní péče, komunitní služby a instituce, komunita jako klient, ošetřovatelský proces zaměřený na komunitu, rodina jako klient, domácí péče, senioři v komunitě, problematika komunitní péče u kulturně odlišných obyvatel. Sestry V3 a V4 se shodují ve výuce komunitní péče s obsahem monografie od Jarošové. V4 odpověděla: „*Řídím se podle daného modulu. Snažím se studentům vysvětlit pojem komunitní péče, zaměřuji se na určité komunity jako je komunitní péče o seniory, o rodinu, o dítě, a podobně.*“ Hanzlíková (2007) se ve své monografii zabývá podobnou tématikou jako Jarošová. Ve své monografii se oproti Jarošové (2007) zaměřuje na ošetřovatelství v primární zdravotní péči, stručný přehled dějin zdravotní péče se zaměřením na prevenci, využití modelů v komunitním ošetřovatelství, faktory ovlivňující zdraví komunity, etika v komunitním ošetřovatelství, komunikace, úloha komunitní péče ve školách, hospicová péče v komunitě. Do novější literatury by se také mohla zařadit monografie Markové, et. al. (2010). Monografie se nazývá *Komunitní ošetřovatelství pro sestry*. Od Jarošové a Hanzlíkové se liší svým obsahem tím, že se navíc zaměřuje na domácí péči, kde uvádí nejčastější klinické stavy v interním ošetřovatelství. Popisuje dokumentaci, která je vedena v agenturách domácí péče. Zabývá se také prevencí pracovních rizik, do které zařazuje stresory pracovního prostředí, jejich detekce a následné zpracování, preventivní postupy v ochraně zdraví zaměstnanců, edukační programy v prevenci pracovních rizik pro klienty v rámci komunity. V České republice bohužel nejsou žádné nové monografie, které by se

zabývaly problematikou komunitní péče. Studenti na vysokých a vyšších školách mají tedy přehled o komplexní komunitní péči, které by měla fungovat i v České republice.

V praxi komunitní péče v České republice vypadá úplně jinak, než se na vysokých a vyšších školách vyučuje. Komunitní péče u nás není dostatečně rozvinuta. V současné době u nás neexistuje žádný ucelený systém komunitní péče. Komunitní péče je především zaměřena na domácí péči. V4 si myslí, že je u nás docela dobře rozvinuta domácí péče. Popisuje, že zapomínáme i na jiné komunity, které by potřebovaly komunitní péči. S1, S2, S3, S5 a S6 se shodli, že komunitní systém u nás není dostatečně rozvinutý. S6 odpověděla: S6 uvedla: „*No nevím, myslím si, že moc nefunguje. Měla by zde být i gynekologická, psychiatrická péče, která moc nefunguje. Ani tyhle naše hospice nejsou moc podporovaný státem.*“

Komunitní péče o duševně nemocné v roce 2017 zaznamenala malý posun. Psychiatrická společnost ČLS JEP a MZ (2017) vydává malý průvodce reformou psychiatrické péče. Komunitní péče je v České republice slabá a systémově nepodporovaná. S6 na otázku, jestli si myslí, zda funguje komunitní systém v ČR, uvedla: „*No nevím, myslím si, že moc nefunguje. Měla by zde být i gynekologická, psychiatrická péče, která moc nefunguje.*“ Reforma má zlepšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Změny v psychiatrické péči mají přinést vznik a rozvoj Center duševního zdraví na komunitní bázi, vybudování psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic a rozšíření ambulantních pracovišť. Do roku 2023 potrvá první fáze, kde probíhají propočty, plánování a modelování.

## 6 Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na teorii a praxi komunitní ošetrovatelské péče v České republice. V současné době je komunitní péče aktuální téma, jelikož u nás není komunitní péče rozvinuta jako v jiných zemích západní Evropy. Komunitní péče je u nás zaměřená spíše na domácí péči, ale na jiné komunity se zapomíná.

Cíl bakalářské práce se zabýval zmapováním rozdílů v teorii a praxi komunitní ošetrovatelské péče v České republice. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že rozdíly mezi teorií a praxí jsou značné. Teorie komunitní péče na vysokých a vyšších školách je probírána komplexně. Výuka je zaměřena na všechny aspekty komunitní péče. V praxi je u nás komunitní péče zaměřena spíše na domácí ošetrovatelskou péči.

V bakalářské práci byly stanoveny tři výzkumné otázky. VO 1: Jaká komunitní ošetrovatelská péče funguje v České republice? Dotazované sestry i vyučující se shodli, že u nás funguje nejvíce domácí ošetrovatelská péče. V domácí péči by změnilo financování a spolupráci mezi jednotlivými institucemi a složkami. Dále se shodly na tom, že u nás komunitní ošetrovatelská péče nefunguje. Měla by se zaměřovat i na jiné komunity, které by komunitní péči taky potřebovaly. Komunitní péče u nás není moc podporovaná státem a obyvatelé o ní nemají povědomí.

VO 2: Jaká je náplň práce sester působících v oblasti komunitního ošetrovatelství? Hlavní náplní sester v domácí ošetrovatelské péče je uspokojovat všechny potřeby klienta. Potřeby se zaměřují na biologické, psychické, sociální a spirituální. Sestry u klienta zhodnotí jeho zdravotní, provedou monitoraci fyziologických funkcí a vše zapisují do ošetrovatelské dokumentace. Při práci se také zaměřují na psychický stav klienta i rodiny. Ve své práci se zabývají i předcházení nežádoucích příznaků, do kterých spadá nauzea, zvracení, zácpa, infekce, apod. Dotazované uvádějí, že je v domácí ošetrovatelské péče důležitá i vzájemná komunikace mezi lékaři a celým multidisciplinárním týmem.

VO3: Jaká je náplň výuky komunitní ošetrovatelské péče v České republice? Vyučující na vysokých a vyšších školách se zabývají výukou komplexně a řídí se dle daného modulu. V předmětu komunitní péče se zabývají pojmy komunita, komunitní péče, podpora zdraví. Dále se zaměřují na cílovou skupinu neboli komunitní ošetrovatelskou péči o vybrané obyvatele, do kterých spadá péče o seniory, rodinu, dítě, handicapované, mentálně postižené, duševně nemocné a lidé v terminálním stadiu.



Myslím si, že je velmi důležité zabývat se problematikou komunitní ošetrovatelskou péčí v České republice. Velký význam má primární, sekundární i terciální prevence, z mnoho důvodů, do kterých patří například stárnutí populace, obezita u lidí, zvýšení alergií, větší výskyt rakoviny, cukrovky, kardiovaskulárních nemocí, apod. Komunitní péče pomáhá všem komunitám a obyvatelům právě k podpoře zdraví, předcházení nemocí, s rehabilitací, a také péčí o nemocné.

Výsledky bakalářská práce mohou využít studenti oboru všeobecná sestra k nastudování základů komunitní ošetrovatelské péče. Dále je bakalářská práce zpracována tak, aby poskytla a pomohla studentům, sestřám a vyučujícím zmapovat rozdíly v teorii a praxi komunitní ošetrovatelské péče v České republice. Výsledky mohou využít vyučující vysokých a vyšších škol pro seznámení studentů s touto problematikou.

## Seznam použitých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 240s. ISBN 978-80-247-9898-1.
2. BENDO VÁ, P., ZINKL, P., 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. 144s. ISBN 978-80-247-3854-3.
3. BLACK, B., et. al. 2019. *Unmet needs in community-living persons with dementia are common, often non-medical and related to patient and caregiver characteristics*. [online]. PubMed. International Psychogeriatrics [cit. 2019-04-1]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30714564>
4. BRANDOVÁ, H. a kol., 1993. *Encyklopedický slovník*. Praha: Odeon. 1253s. ISBN 80-207-0438-8.
5. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 168s. ISBN 978-80-247-5402-4.
6. CLARK, M., 1996. *Nursing in the community*. 2nd ed. In: Hanzlíková 2007. s25. ISBN 978-80-863-257.
7. FEATHERSTONE, A., 2018. *Developing a holistic, multidisciplinary community service for frail older people*. [online]. PubMed. RCN Publishing Company Ltd. [cit. 2019-04-1]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30358335>
8. FOKUS VYSOČINA, 2019. *Centrum duševního zdraví*. [online]. [cit. 2019-04-3]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/centrum-dusevniho-zdravi>
9. FRANZ, A., et. al, 2016. *Changing medical relationships after the ACA: Transforming perspectives for population health*. [online]. PubMed. Elsevier, SSM- population health. [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5757934/>
10. GOJOVÁ, A., 2006. *Teorie a modely komunitní práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 115s. ISBN 80-7368-154-4.
11. HANZLÍKOVÁ, A. a kol., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Vydavatel'stvo Osveta. 273s. ISBN 978-80-863-257.
12. HRKAL, J., 2010. *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2010*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2019-4-18]

- Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-ceske-republice-roce-2010>
13. CHARITA ČESKÁ REPUBLIKA, 2018. *Služby pro seniory*. [online]. [cit. 2018-12-27]. Dostupné z: <https://www.charita.cz/jak-pomahame/socialni-a-zdravotni-sluzby/sluzby-pro-seniory/>
  14. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 99s. ISBN 978-80-247-2150-7.
  15. JÍCHOVÁ, K., 2016. *Není sestra jako sestra. Devět specializací, u nichž nestačí jen dobře píchnout injekci*. [online]. Praha [cit. 2018-11-28]. Dostupné z: [https://www.cнна.cz/docs/akce/tiskova\\_zprava\\_2016\\_07.pdf](https://www.cнна.cz/docs/akce/tiskova_zprava_2016_07.pdf)
  16. JUŘÍČKOVÁ, L., a kol., 2014. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada. 160s. ISBN 978-80-247-4786-6.
  17. KALVACH, Z., a kol., 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE. 95s. ISBN 978-80-87953-07-5.
  18. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3 díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 268s. ISBN 978-80-247-3877-2.
  19. KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G., 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně: Fakulta humanitních věd. 160s. ISBN 978-80-7318-762-2.
  20. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
  21. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství: pro praxi*. Praha: Grada. 160s. ISBN 978-80-247-4413-1.
  22. KUZNÍKOVÁ, I., a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224s. ISBN 978-80-247-3676-1.
  23. LENZ, G., 2008. *Community Care* [online]. *Encyclopedia of Public Health* [cit. 2018-11-15]. Dostupné z: [http://alraziuni.edu.ye/book1/nursing/Encyclopedia%20of%20Public%20Health\\_2008.pdf](http://alraziuni.edu.ye/book1/nursing/Encyclopedia%20of%20Public%20Health_2008.pdf)
  24. MARKOVÁ, M., a kol., 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno. 154s. ISBN 978-80-7013-499-3.

25. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2016. *Úmluva o právech dítěte a související dokumenty*. Praha. 155s. ISBN 978-7421-120-1.
26. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018. *Kvalifikační standart Všeobecná sestra*. [online]. [cit. 2019-4-27] Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kvalifikacni-standard-vseobecna-sestra\\_16448\\_947\\_3.html](https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kvalifikacni-standard-vseobecna-sestra_16448_947_3.html)
27. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [online]. [cit. 2018-12-27] Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)
28. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelsví 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 324s. ISBN 978-80-247-3185-8.
29. NIES, M., McEWEN, M., 2018. *Community/Public health nursing: Promoting the Health od Populations*. Elsevier. 728s. ISBN 978-0323528948.
30. Ostravská univerzita lékařská fakulta, 2017. *Charakteristika Ústavu ošetrovatelství a porodní asistence*. [online]. [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: <https://lf.osu.cz/uom/>
31. PETR, T., MARKOVÁ, E., a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296s. ISBN 978-80-247-4236-6.
32. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. 256s. ISBN 978-80-7387-253-3.
33. PLEVOVÁ, I., a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 285s. ISBN 978-80-247-3224-4.
34. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. [online]. Galén, spol. s.r.o. [cit. 2019-4-15]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)
35. Revue pro sociální politiku a výzkum. 2018. *Komunitní sestru nahradí geriatrická sestra a sestra pro domácí péči*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2018-12-16] <https://socialnipolitika.eu/2018/07/komunitni-sestru-nahradi-geriatricka-sestra-a-sestra-pro-domaci-a-hospicovou-peci/>

36. SCHÖNBAUEROVÁ, A., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2015. *Úloha dětské sestry v návštěvní službě u novorozenců a kojenců v minulosti – literární přehled*. Kontakt. 17 (4), 241-248. ISSN 1212-4117.
37. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208s. ISBN 978-80-247-3593-1.
38. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184s. ISBN 978-80-247-3592-4.
39. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. vydání Praha: Grada. 168s. ISBN 978-80-271-0095-8.
40. SPMPCR, 2019. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s. [online]. [cit. 2018-12-28] Dostupné z: <https://www.spmPCR.cz/>
41. STANHOPE, M., LANCASTER, J., 1996. *Community Health Nursing*. 2nd ed. In: Hanzlíková 2007. s25. ISBN 978-80-863-257.
42. STAŇKOVÁ, M., 2000. *Obrázky z historie českého ošetrovatelství. Sestra*. 10 (3), 5-6. ISSN 1210-0404.
43. STAŇKOVÁ, M., 2003. *Z historie charitativní a ošetrovatelské péče*. Mimořádná příloha z časopisu Sestra. 13 (6), 3-18s. ISSN 1210-0404.
44. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II.: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144s. ISBN 978-80-247-5711-7.
45. VALENTA, M., a kol., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. 352s. ISBN 978-80-247-3829-1.
46. Věstník č.9, 2004. *Metodická opatření. Koncepce ošetrovatelství* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2018-11-20] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c9/2018\\_16146\\_3810\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c9/2018_16146_3810_11.html)
47. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, *Vzdělávací program specializačního vzdělání v oboru komunitní ošetrovatelská péče 2015*. [online]. [cit. 2018-12-3]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/795326-Vestnik-ministerstva-zdravotnictvi-ceske-republiky-obsah.html>
48. Zákon č. 201/2017 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 povolání), 2017. [online]. [cit. 2018-11-28]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 72, s. 2065. ISSN 1211-1244. Dostupné z : <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=201&r=2017>

49. ZEDNÍKOVÁ, A., 2017. Katalog sociálních služeb a souvisejících aktivit ve městě Havířov. [online]. [cit. 2018-12-28] Dostupné z: <https://www.havirov-city.cz/sites/default/files/files/article-attachments/katalog-socialnich-sluzeb.pdf>

## **Seznam příloh**

Příloha 1	Seznam otázek pro rozhovor se sestrami
Příloha 2	Seznam otázek pro rozhovor s vyučujícími