

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N 5341

Bc. Pavla Vojtová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

NABÍDKA KOMUNITNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

PLZEŇ 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Bohumile Hajšmanové za odborné vedení diplomové práce a za poskytování cenných odborných rad. Dále děkuji zdravotnickým organizacím za pomoc při výzkumném šetření a v neposlední řadě děkuji celé rodině a blízkým za veškerou podporu při mém studiu.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Bc. Pavla Vojtová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Nabídka komunitní péče v České republice

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 62

Klíčová slova: Česká republika - domácí péče - klient - komunita - komunitní péče - komunitní ošetrovatelství - komunitní plánování - primární péče

Souhrn:

Tato diplomová práce se zabývá nabídkou komunitní péče v České republice. Teoretická část obsahuje nejen historii komunitního ošetrovatelství, ale popisuje význam komunity a komunitní péče, kterou doplňuje primární péče. V části komunitní ošetrovatelská péče jsou vystihnuty nejdůležitější oblasti, které se zabývají problematikou různých komunit v České republice. V neposlední řadě je důležité komunitní plánování a domácí péče, které jsou součástí nabídky komunitní péče v České republice.

Praktická část obsahuje stanovené cíle a hypotézy diplomové práce týkající se nabídky komunitní péče v České republice. Výzkumná část je zaměřena na zjištění úrovně znalostí a informovanosti o nabídce komunitní péče v České republice u všeobecných sester v osmi zdravotnických organizacích v Jihočeském kraji. V rámci výzkumného šetření byla aplikována explorační metoda výzkumu - dotazník. Získaná data byla vyhodnocena a znázorněna v tabulkách.

ANNOTATION

Name: Bc. Pavla Vojtová

Department: Nursing and Midwifery Education

Title: Offer of Community-based Care in the Czech Republic

Supervisor: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Number of Pages – numbered: 81

Number of Pages – unnumbered: 22

Number of Attachments: 3

Number of Titles of Used Literature: 62

Keywords: Czech Republic – home care - client - community – community care – community nursing – community planning – primary care

Summary:

This thesis deals with the range of community care in the Czech Republic. The theoretical part contains not just the history of community nursing but it also describes the importance of community and community nursing complemented by primary care. In the part of community nursing care there are described the most important areas which deal with issues of different communities in the Czech Republic. Finally community planning and home care are important part of the offer of community care in the Czech Republic.

The practical part contains the set objectives and hypotheses of the thesis regarding the offer of community care in the Czech Republic. The empirical part is focused on the finding of level of knowledge and awareness about the community care in the Czech Republic within nurses in eight health care organizations in the South Bohemian region. Within the scope of research there was applied an exploratory research method – a questionnaire. The collected data were analysed and presented in the tables.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORIE KOMUNITNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ	12
2 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V ZAHRANIČÍ A V ČESKÉ REPUBLICE	14
3 KOMUNITA A KOMUNITNÍ PÉČE.....	15
3.1 Komunita	15
3.2 Komunitní péče.....	16
3.3 Principy komunitní péče	17
3.4 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě	18
3.4.1 Preventivní zdravotní péče o děti a dorost.....	18
3.4.2 Posuzování potřeb dítěte v komunitě	18
3.4.3 Plánování komunitní péče poskytované dětem a dospívajícím.....	19
3.4.4 Instituce podílející se na komunitní péči	19
3.5 Komunitní péče o rodinu	21
3.5.1 Hodnocení rodiny	21
3.5.2 Zaměření komunitní sestry při práci s rodinou.....	23
3.5.3 Charakteristika zdravé rodiny.....	23
3.6 Komunitní péče o seniora	23
3.6.1 Kvalita péče o seniory	24
3.6.2 Ošetrovatelská péče o seniory	24
3.6.3 Posuzování seniorů v komunitní a domácí péči	24
4 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	25
4.1 Komunitní ošetrovatelská péče o děti se závislostí na drogách	25
4.1.1 Dělení a klasifikace působení drog.....	25
4.1.2 Prevence návykového chování u dětí a dospívajících	26
4.1.3 Seznam institucí v drogové oblasti.....	27

4.2	Komunitní ošetrovatelská péče o osoby se závislostí na alkoholu	28
4.2.1	Alkoholismus.....	29
4.2.2	Cíle ošetrovatelské péče o osoby se závislostí	29
4.2.3	Alkoholové poradny	29
4.3	Komunitní ošetrovatelská péče o osoby se syndromem demence	29
4.3.1	Demence Alzheimerova typu	30
4.3.2	Komunikační problémy u osob s demencí	31
4.4	Komunitní ošetrovatelská péče o osoby s mentálním postižením	31
4.4.1	Rodina s dítětem se zdravotním postižením	32
4.4.2	Komunikační problémy u osob s mentální retardací.....	32
4.4.3	Komunitní ošetrovatelská péče o mentálně retardované osoby.....	33
4.4.4	Formy péče u mentálně retardovaných osob	33
4.5	Komunitní ošetrovatelská péče o osoby s diabetem mellitem	34
4.6	Komunitní ošetrovatelská péče o osoby s onkologickým onemocněním	36
4.7	Hospicová péče v komunitním ošetrovatelství	39
4.7.1	Právo člověka na důstojné umírání.....	39
4.7.2	Důstojnost a umírání.....	40
4.7.3	Paliativní péče	40
4.7.4	Hospicová péče.....	40
5	KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	43
5.1	Komunitní plánování	43
5.1.1	Fáze komunitního plánování	43
5.2	Komunitní plánování sociálních služeb	44
5.3	Komunitní práce	44
5.4	Komunitní sestra a její vzdělání.....	45
5.4.1	Náplň práce komunitní sestry	45
6	DOMÁCÍ PÉČE	46

6.1	Historie domácí péče	46
6.2	Domácí péče	46
6.3	Domácí péče v komunitě	46
6.4	Formy domácí péče.....	47
6.5	Sestry domácí péče	47
6.6	Péče o staré lidi	47
PRAKTICKÁ ČÁST		49
7	FORMULACE PROBLÉMU	49
7.1	Hlavní problém	49
7.2	Dílčí problémy	49
8	CÍL A ÚKOL VÝZKUMU	49
9	METODIKA.....	50
10	HYPOTÉZY	51
11	VZOREK RESPONDENTŮ	51
12	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	53
13	DISKUZE	75
ZÁVĚR.....		80
SEZNAM ZDROJŮ		82
SEZNAM TABULEK		87
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK		89
SEZNAM PŘÍLOH		90
PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL.....		91
PŘÍLOHA B - ŽÁDOSTI O VYPLNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....		96

ÚVOD

Komunitní ošetrovatelství se vyvíjelo již před několika staletími a svého vrcholu dosáhlo v meziválečném období, kdy došlo k nejtěsnějšímu propojení teorie a praxe. Velkou průkopnicí v této oblasti byla F. Nightingalová, která poprvé uspořádala komunitní péči sester v Liverpoolu. V třicátých letech byla celá řada různých komunitních péčí, ale v roce 1942 zaznamenala postupný útlum. Komunitní péče má svoji dlouhou historii a v České republice se z forem komunitního ošetrovatelství nejvíce rozvinula domácí péče.

Komunitní péče je spektrem zdravotnických, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám jisté komunity. Tyto služby doplňují primární péči. Cílem komunitní péče je poskytovat péči v domácím prostředí, dát možnost co nejdelšího setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti nebo chronické nemoci. Přináší holistické a integrované pojetí do péče jak o nemocné, tak i o zdravé občany. Nesmíme zapomenout i na to, že do konceptu komunitní péče řadíme poskytování fyzických, psychologických, paliativních a duchovních služeb. Komunitní péče znamená umožňovat služby a podporu občanům ve správné podobě a ve správné chvíli tak, aby občan dosáhl co největší úrovně nezávislosti, tedy samostatnosti a soběstačnosti.

Komunitní zdravotní péče je poskytována multidisciplinárním týmem. Zdravotnický pracovník, který v rámci komunitní péče poskytuje zdravotnickou péči, úzce spolupracuje s lékaři, občanskými sdruženími, orgány státní správy a samosprávy apod. Všeobecné sestry a porodní asistentky jsou považovány za nejdůležitější zdroj pro zajištění reformních strategií v souvislosti s rozvojem primární a komunitní péče.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí - části teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá teorií komunitního ošetrovatelství, komunitním ošetrovatelstvím v zahraničí a v České republice, popisuje význam komunity a komunitní péče. V části komunitní ošetrovatelská péče jsou vystiženy nejdůležitější oblasti, které se zabývají problematikou různých komunit v České republice. V neposlední řadě je důležité komunitní plánování a domácí péče, které jsou součástí nabídky komunitní péče v České republice. Pro praktickou část byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, který byl vybrán na základě pečlivého uvážení. Výzkumná část je zaměřena na zjištění úrovně znalostí a informovanosti o nabídce komunitní péče v České republice

u všeobecných sester v osmi zdravotnických zařízeních v Jihočeském kraji. Přehled, důležitost a dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče v České republice je hlavní výzkumnou sondou této diplomové práce.

Téma nabídka komunitní péče v České republice je velice opomíjené téma, které mě vedlo k tomu, abych se o tuto problematiku zajímala.

Získaná data jsou vyhodnocena a znázorněna v tabulkách. Při vypracování diplomové práce jsem vycházela z literatury a zdrojů informací uvedených v odkazech a v seznamu literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE KOMUNITNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Komunitní ošetrovatelská péče má své začátky v řádovém ošetrovatelství. Některé církevní řády se již od začátku charitativního ošetrovatelství věnovaly kromě práce ve špitálech péči o nemocné v domácnostech. Pomohlo k tomu v roce 1292 i rozhodnutí papeže zakázat ženám pracovat ve špitálech, toto bylo zrušeno až Tridentským koncilem v roce 1545. K většímu rozvoji domácího ošetřování došlo v 18. a 19. století díky České diakonii a řádu Šedých sester. Slovo diakonie je odvozeno z řeckého slova diakonein a znamená sloužit, pomáhat. I jiné řády, které poskytovaly péči o nemocné, vysílaly své příslušníky k nemocným domů. Tato péče byla nazývána jako charitativní, laická. V 19. století stát zvýšil zájem o zdraví obyvatelstva. Ve veřejném zdravotnictví se uplatňovaly civilní sestry a začínaly v terénu vykonávat zdravotně–sociální činnost. Velkou průkopnicí v této oblasti byla F. Nightingalová, která poprvé uspořádala komunitní péči sester v Liverpoolu. *„Historickými mezníky v organizované veřejné sociálně–zdravotní (komunitní) péči u nás bylo až otevření Státní ošetrovatelské školy v roce 1916 a vznik samostatného Československa a založení Českého červeného kříže.”* (1, s. 5; 2, s. 26)

Nastupující světová hospodářská krize na konci dvacátých let zaznamenala výraznou chudobu, nezaměstnanost a zhoršení životní úrovně společnosti. Potřeba komunitní péče výrazně vzrostla. Do sociálního ošetrovatelství byly státem vyčleněny výhradně diplomované sestry. Řada sester si doplňovala odborné vzdělání. Hlavní činnosti této služby představovaly školní a venkovskou hygienu, organizované ošetřování v rodinách a ochranu členů rodiny, edukaci matek o výživě a výchově dětí, zprostředkování léčení a odborné vyšetření, umístění invalidních, starých a zanedbaných občanů v ústavech, ale i zjednávání úklidu a vyprání prádla. (1, s. 5, 6)

V třicátých letech byla celá řada různých typů komunitní péče. V roce 1942 byla činnost ČSČK (Československý červený kříž) zastavena. To znamenalo postupný útlum. Po skončení války bylo u nás na obnovu komunitní sesterské práce méně času, a tak zatímco ve světě začala postupně nabývat nových rozměrů, u nás dílo zkázy dokonala padesátá léta. Tzv. „sjednocené zdravotnictví” posadilo sestru do ordinace praktického lékaře a postupně jí samostatnou práci v terénu na mnoho let sebralo. Prvotními

průkopnicemi v této oblasti byly sestry geriatrické. Tyto sestry jako jediné odpovídaly představě komunitní práce se starší populací, ale ta byla v rámci totální reorganizace zdravotní péče u nás před několika lety zrušena. (1, s. 6; 3, s. 1)

Komunitní ošetřovatelství má svoji dlouhou historii. Jak jsem již zmiňovala, na počátku devadesátých let byly geriatrické sestry a sestry specializované na sociální péči zrušeny. Jedinou podobou komunitní péče je u nás domácí péče, která je zaměřena především jen na nemocné a nemohoucí lidi, nikoliv na zdravou a ohroženou populaci, takže se v pravém smyslu slova o komunitní péči hovořit nedá. V současné době lze říci, že v České republice (dále jen ČR) žádný systém komunitního ošetřovatelství vytvořen není. Nicméně v ČR jsou již připraveny rámce pro komunitní ošetřovatelství. U nás se nejvíce z forem komunitního ošetřovatelství rozvinula domácí péče. (4)

2 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V ZAHRANIČÍ A V ČESKÉ REPUBLICĚ

Komunitní ošetřovatelství je syntéza ošetřovatelské praxe a veřejného zdraví užívaná k podpoře a zachování zdraví obyvatelstva. Zahrnuje činnosti orientované na podporu a udržení zdraví, zdravotní výchovu, management, koordinaci a kontinuitu péče. Převládá holistický přístup k zajištění zdravotní péče jednotlivců, rodin, skupin a komunit. V roce 1974 Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) definovala tři nezbytné charakteristiky komunitní ošetřovatelské péče k tomu, aby vysvětlila jedinečnost této disciplíny. První disciplína je charakterizována jako smysl pro zodpovědnost při poskytování potřebné zdravotní péče v komunitě. Další prioritou je péče o ohrožené jedince a skupiny v komunitě a jako poslední disciplínou je klient (jednotlivec, rodina, skupina, komunita), který musí být partnerem při plánování a hodnocení zdravotní péče. (5)

Koncem roku 2007 byl Evropskou komisí schválen mezinárodní projekt s názvem E-learning v komunitní péči. Hlavním řešitelem tohoto projektu je Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Projektu se zúčastnilo pět států – ČR, Slovensko, Maďarsko, Polsko a Francie. Tento projekt měl trvat dva roky a jeho cílem bylo vytvořit nový distanční specializační vzdělávací program pro sestry a porodní asistentky v komunitní a primární péči, realizovaný prostřednictvím e-learningu. Tato forma vzdělávání klade velké nároky na samostatnost a samostudium studujících. Každá země má vlastní specifika v oblasti vzdělávání v komunitní péči. Například v Maďarsku je péče o ženu v mateřství a péče o dítě podporována navštěvujícími sestrami. Komunitní péče se v některých zemích mírně liší, ale z velké části je problematika řešena velmi podobně jako u nás. Jednotlivé země se podílely na tvorbě speciálních modulů pro všeobecné sestry. Tyto moduly jsou zaměřeny na práci komunitní sestry v domácí péči, v péči o rodinu, v péči o seniory a v prevenci pracovních rizik. (6, s. 59)

3 KOMUNITA A KOMUNITNÍ PÉČE

3.1 Komunita

„Komunita je 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 nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce.“ (7, s. 23)

Podle WHO je komunita definována jako sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi nebo společnými hodnotami a zájmy. Její příslušníci se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Toto je uskutečňováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které tvoří. (7, s. 23)

Každý z autorů komunitu definuje jiným způsobem. Kuzníková mluví o komunitě jako o nástroji k dosažení změny. Způsoby komunity lze také kategorizovat, např. následovně: komunita jako lokalita, komunita zájmů a komunita osob, které mají společný problém. (8, s. 89)

Sikorová uvádí, že pojem komunita je chápán různě, s ohledem na disciplínu, která jej definuje. Rozlišujeme pojmy jako je občanská komunita, výcviková komunita, terapeutická komunita a spirituální komunita. **Občanská komunita** charakterizuje společenství osob, které ve společném prostoru provádějí každodenní aktivity. **Výcviková komunita** představuje společenství osob, které se zaměřuje na sebezpoznání, nácvik dovedností, postojů atd. **Terapeutická komunita** je definována jako specifická forma organizace léčebné instituce, ve které klienti spolurozhodují a podílejí se na léčbě. **Spirituální komunita** představuje společenství osob, které sdílí podobné ideje a snaží se společně o duchovní rozvoj. (9, s. 125)

„Komunita je jednou ze čtyř základních oblastí primární péče definovaných pracovní skupinou WHO pro primární péči: Komunita – zdraví celé komunity zahrnuje dobrovolnou činnost jednotlivých členů komunity, skupin i terénních pracovníků. Činnost je zaměřena na podporu zdraví, informování veřejnosti a plánování a realizaci zdravotnických aktivit komunity.“ (7, s. 24)

Většina autorů se i přes rozdílnost definic komunity shoduje na třech společných prvcích komunity. Mezi společné prvky řadí **lidi**, to jsou členové komunity nebo obyvatelé. Druhým prvkem je **místo** a posledním prvkem je **funkce**, která představuje cíle a aktivity komunity. (7, s. 24)

Komunita je vyhrazena hranicemi, které mohou být geografické, politické, ekonomické nebo sociální. Dále je postavena na pilířích, které představují sdílené hodnoty, společné kulturní dědictví, společné zájmy a společné problémy. V neposlední řadě komunita má strukturu, která představuje formální a neformální organizace, sociální uskupení. (9, s. 125)

Komunita je charakterizována následovně: Je různorodou jednotou; má společný základ sdílených hodnot; vyznačuje se vzájemnou péčí, důvěrnou a týmovou prací; má rozvinutou efektivní vnitřní komunikaci; usnadňuje lidem účast na veřejných věcech; komunita si vytváří vlastní identitu, záměry; dále si vytváří vnitřní a vnější vazby; vychovává, je schopná předávat hodnoty dalším generacím; komunita je otevřená do budoucnosti a má vyvážené institucionální uspořádání. (9, s. 125, 126)

3.2 Komunitní péče

Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a následujících služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám jisté komunity. Tyto služby doplňují primární péči. (7, s. 25)

Termíny komunitní péče a primární péče se velmi často zaměňují. **Primární zdravotní péče** je chápána jako péče poskytovaná praktickým lékařem při prvním kontaktu s nemocným. Primární péče je všeobecně dostupná jednotlivcům a rodinám, a to za cenu, kterou si společnost a stát mohou dovolit na určitém stupni svého rozvoje v souladu s vlastním pojetím, odpovědností a sebeurčením. Primární péče je současně základním článkem péče o zdraví. Obsahem primární péče není jen jednorázový první kontakt, ale ve většině případů jde o přijetí určité odpovědnosti za trvalou, integrovanou osobní zdravotní péči poskytovanou nejen ambulantně, ale třeba i v domácím prostředí. Primární péčí prochází většinou všichni klienti. **Komunitní péče** je zaměřena na skupiny a celé komunity. Cílem je poskytovat péči v domácím prostředí, dát možnost co nejdélsího setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti nebo chronické nemoci. Komunitní péče je založena na propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce, na participaci všech účastníků. Přináší holistický a integrovaný pojetí do péče o nemocné i o zdravé. Do konceptu komunitní péče řadíme poskytování fyzických, psychologických, paliativních a duchovních služeb. (10, s. 29; 11, s. 21; 12, s. 58; 7, s. 25; 13, s. 31)

Komunitní péče je charakterizována následovně: péče o klienta v domácím nebo blízkém prostředí; směřování na prevenci, upevnění a podporu zdraví; směřování na edukaci populace v péči o zdraví, edukace by měla zahrnovat všechny rodinné příslušníky a blízké a měla by se týkat poskytování laické ošetrovatelské péče, prevence onemocnění, ochrany zdraví a výchovy ke zdraví. Dalšími charakteristikami komunitní péče je zaměření se na zvyšování odpovědnosti občana v péči o vlastní zdraví; péče o klienty a jejich rehabilitace a péče o chronicky a nevléčitelně nemocné, o zdravotně postižené. (9, s. 126, 127)

Mezi klady komunitního ošetrovatelství patří: zaměření na prevenci – podpora zdraví, znalost problémů v komunitě, znalost prostředí, kde členové komunity žijí, pracují, učí se apod., decentralizace rozhodovacích procesů z úrovně státu na místní samosprávu. Mezi negativa komunitního ošetrovatelství řadíme nedůvěru odborné veřejnosti, neochotu vzájemné spolupráce jednotlivých resortů a specialistů, nerespektování kompetencí členů multidisciplinárního týmu a nejasnosti ve financování. (9, s. 127, 128)

3.3 Principy komunitní péče

Komunitní péče znamená umožňovat služby a podporu občanům na správné úrovni, ve správné podobě a ve správné chvíli tak, aby občan dosáhl co největší úrovně nezávislosti, tzn. samostatnosti a soběstačnosti. (7, s. 27)

Komunity (obce) by měly produkovat podmínky pro bydlení zdravých a nemocných občanů i občanů s tělesným a mentálním postižením. Měly by zaručit dostupnost zdravotních a sociálních služeb klientům, včetně informovanosti o nich a snadného přístupu k těmto službám. Pro nemocné a nesoběstačné seniory zaručit systém domácích služeb, popř. možnost krátkodobé či dlouhodobé péče mimo domácnost. Tyto služby by měly být zaručeny s využitím kapacity rodin, občanů a poskytovatelů péče nebo ve spolupráci s jinými komunitami. (7, s. 27)

Do obecných principů komunitní péče řadíme: čtyřiaadvacetihodinovou dostupnost prvotní pomoci, pohodlnou dostupnost zdravotních a sociálních služeb, okamžité předávání klienta odpovídajícím službám, návaznost péče pro zajištění kontinuity a propojení zdravotní a sociální, ústavní a komunitní péče. Dále do obecných principů zahrnujeme multidisciplinární spolupráci a koordinaci činností poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, schopnost výběru služeb pro zajištění spoluúčasti občana na rozhodnutí o formě odpovídající pomoci, individuální přístup k respektování

jedinečnosti každé osoby a její potřeby, diskrétnost při předávání informací a v neposlední řadě účelnost nákladů pro vytvoření a udržení komunitního systému. (13, s. 31)

3.4 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě

Základní úlohou komunitní péče o děti je výchova ke zdraví a zodpovědnost za vlastní zdraví v útlém věku. Hlavním cílem péče o děti v komunitě je podpora zdraví, prevence a edukace dětí a mladých generací. K dosažení cílů je nevyhnutelné posuzování potřeb, odhalování rizikových skupin, zlepšení zdravotního stavu a rozvoj zdraví u dětí zdravých a ohrožených. (14, s. 23)

Komunita vytváří společně s odborníkem, tím je dětská sestra působící v primární péči, programy podpory zdraví, včetně časových plánů a návrhů, jak získávat zpětnou vazbu o jejich účinnosti. Do přípravy i realizace těchto programů se zapojuje více členů, kteří jsou i mimo komunitu. Svůj záměr komunita formálně stvrzuje tím, že se přihlásí k některému programu podpory zdraví. K nejznámějším komunitním programům v ČR se řadí: Bezpečná komunita – tento program se zajímá o prevenci úrazů, dále to jsou programy – zdravé stravování ve školách, zdravá mateřská škola, bezpečný cyklista. K úspěšnému plánování komunitní péče je nezbytné vyhotovit profil komunity. Tento profil je nástinem působnosti plánovaného poskytování komunitní služby. Na profilování by mělo navazovat zpracování dat a identifikace potřeb komunity (např. potřeba péče o děti). (9, s. 129, 130)

3.4.1 Preventivní zdravotní péče o děti a dorost

Důležitou rolí dětského lékaře, který sleduje zdraví a zdravý vývoj dítěte, je systém preventivních prohlídek. Tento systém je nastaven tak, aby se vývoj dítěte zachytil v každé důležité etapě jeho života. První vyšetření probíhá do 48 hodin po propuštění z porodnice. Následující preventivní prohlídky se dělají ve 14 dnech, v 6 týdnech, ve 3, 4, 6, 8, 10 měsících, v 1. roce věku dítěte, poté v 18 měsících, ve 3 letech a dále vždy každé dva roky až do 18 let života. Obsahem těchto prohlídek je tělesný vývoj dítěte, smyslový vývoj a psychomotorický vývoj. (15, s. 30, 31)

3.4.2 Posuzování potřeb dítěte v komunitě

Při hodnocení potřeb dítěte v komunitě si vybereme vhodný model, který nám umožní cíleně hodnotit zdravotní stav dítěte a identifikovat jeho problémy. Hodnocení by mělo být důsledné, ale při prvním setkání závisí na aktuálním stavu dítěte a prostředí, ve kterém dítě žije. (10, s. 179)

3.4.3 Plánování komunitní péče poskytované dětem a dospívajícím

Sikorová popisuje několik kroků pro plánování komunitní péče, která je poskytována dětem a dospívajícím. Důležité je hledat řešení, která nejlépe odpovídají místním podmínkám, proto je nutné při tomto plánování zapojit nejen poskytovatele, ale i uživatele služeb. Prvním krokem plánování je vyhledávání skupin, na které se komunitní péče prioritně zaměřuje. Při vyhledávání skupin se zaměřujeme na rodiny s dětmi s tělesným a duševním postižením, se smyslovými poruchami, s chronickými postiženími, s následky těžkých poruch, k doléčování po operacích, s problémy závislosti, nevyлéčitelně nemocnými a umírajícími. Dále na děti a dospívající ve školních zařízeních a na děti v mateřských školách. Pro navazující druhý krok je důležité určení věkové struktury a stanovení potřeb jedinců komunity. Třetím krokem je zhodnocení stávajících služeb, které mapují dostupnost zařízení a jejich služby – zdravotní služby v návaznosti na zdravotní pojištění, sociální služby, nestátní subjekty a vzdělávací instituce. Posledním krokem plánování je posouzení situace a stanovení společné koncepce. (9, s. 130, 131)

3.4.4 Instituce podílející se na komunitní péči

Instituce komunitní péče se dělí na zdravotnické služby, sociální služby, další služby, vzdělávací instituce a rodinu.

Zdravotnické služby zahrnují *Ambulance praktického lékaře pro děti a dorost*, které poskytují komplexní péči pro populaci od narození do 19 let věku. Péče je preventivní, včetně očkování a preventivních prohlídek. *Stomatologická ambulance* je řazena mezi zdravotnické služby, které slouží jako prevence postižení tvrdých zubních tkání a paradontu. První návštěva dítěte u zubního lékaře by měla proběhnout do šesti měsíců od prořezávání prvního zubu, dále 1× (ročně) v prvním roce života a od 1 roku do 18 let dvakrát ročně. Dále mezi zdravotnické služby patří *gynekologické ambulance* poskytující preventivní prohlídky s ohledem na možnost prevence karcinomu hrdla děložního čípku a poučení o užívání antikoncepce, či o pohlavně přenosných chorobách mezi 13. a 15. rokem života dívek. *Lékařské služby první pomoci* jsou také důležitou složkou patřící ke zdravotnickým službám. Tyto služby slouží k ošetření náhlých onemocnění, kde by odklad mohl vést k vážnému ohrožení zdraví a kde není nutný výjezd vozidla zdravotnické záchranné služby. V neposlední řadě mezi zdravotnické služby patří *komunitní ošetrovatelská centra*, která jsou funkční v zahraničí. Jsou pod vedením vysokoškolsky vzdělané sestry a poskytují ošetrovatelskou péči pro děti v domácím

prostředí. Dále mohou umožnit umístění v ošetrovatelském domě. A *Stacionáře a centra pro specializovanou péči* nabízejí specifickou zdravotní péči vybraným skupinám dětí. Může se jednat o rehabilitační (dále jen RHB) centra pro děti se zdravotním postižením nebo s kombinovaným postižením. (9, s. 131 - 133)

Sociální služby zahrnují *pečovatelské služby*, které zajišťují nejen terénní, ale i ambulantní služby dětem, dospívajícím a občanům se sníženou soběstačností při zvládnání denních činností. *Služby osobní asistence* jsou určeny občanům, kteří potřebují pomoc pro zajištění nezávislého života ve vlastním rodinném prostředí. Důvodem je chronické onemocnění nebo zdravotní postižení. Osobní asistenti pomáhají nejen uživateli služby, ale zároveň i odlehčí rodičům od jejich zatížení a podpoří je v realizaci a návratu do běžného života. *Odlehčovací služby*, které jsou zahrnuty do sociálních služeb umožňují pečující osobě odpočinek v péči o postižené či chronicky nemocné dítě. Tato služba je vhodná pro domácnosti, kde o dítě pečuje jen jedna osoba. *Azylové domy* poskytují pomoc matkám a dětem, které jsou v těžké sociální nebo životní situaci. Většinou jsou to ženy s jedním nebo více dětmi, které jejich partneři dlouhodobě týrali, nebo se s partnery rozešly a nemají právo na bydlení ve společném bytě a nemají ani jinou možnost bydlení. *Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež* poskytují výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Dále sociální služby zahrnují *komunitní centra*, která nabízí volnočasové aktivity, přípravu k úspěšnému nástupu na základní školu, motivační aktivity ke splnění povinné školní docházky a v neposlední řadě vzdělávací a osvětové programy. *Rodinná komunitní centra* jsou zaměřena na rodiny s malými dětmi, u nichž hrozí riziko sociální izolace. Tato centra zajišťují tvořivé a pohybové aktivity dětí, dále vzdělávání, besedy a přednášky pro rodiče, poradenství pro rodiče a podání informací prostřednictvím knihoven, internetu apod. V neposlední řadě sociální služby zahrnují *pracoviště rané péče*, které poskytuje terénní služby, podporu a pomoc rodinám, ve kterých vyrůstá dítě se zrakovým či jiným postižením, v raném věku. (9, s. 133 - 135; 16, s. 80)

Nejen, že se instituce komunitní péče dělí na zdravotnické a sociální služby, ale zahrnují i **další služby**, do kterých zahrnujeme terapeutické komunitní programy, krizová centra, sociálně terapeutické dílny a další zařízení. Dále se instituce komunitní péče dělí na **vzdělávací instituce**, které obsahují základní školy, školní družiny a domovy

děti a mládeže. A v neposlední řadě významné místo v komunitní péči má vždy **rodina**. O této komunitní péči se rozepíše v další kapitole. (9, s. 135)

3.5 Komunitní péče o rodinu

Rodina je základní sociální jednotkou společnosti. Dle komunitního ošetřovatelství je rodina definována jako sociální systém složený ze dvou či více lidí, kteří žijí spolu a které spojuje legální a pokrevní vztah, narození nebo adopce dítěte. (17, s. 173)

Bártlová definuje rodinu jako společenskou instituci, jejíž základ tvoří tzv. nukleární rodina, čímž je chápána bezprostřední skupina otce, matky a dětí žijících pospolu. (18, s. 96)

Atributy ztěžujícími pojetí rodiny jsou charakterizovány tak, že rodina je systém nebo jednotka; rodinní příslušníci mohou, ale i nemusí udržovat vzájemné vztahy, stejně tak mohou nebo nemusí žít spolu; jednotka může nebo nemusí zahrnovat děti; mezi rodinnými příslušníky jsou závazky a vztahy s povinnostmi do budoucna; opatrovnická funkce je založena na ochraně, výživě a socializaci příslušníků jednotky. (7, s. 49, 50)

Funkce rodiny se rozdělují na ekonomické, reprodukční, ochranné, kulturní, výchovné a společenské. „*Komunitní sestra pracuje v komunitě s mnoha typy rodin a setkává se s velkou různorodostí komunity. Měla by si formulovat svoji osobní definici konkrétní rodiny a současně si uvědomovat proměnlivost definice rodiny vzhledem k jiným oborům, odborníkům a rodinným skupinám.*” (7, s. 50)

Utváření rodiny je velmi náročné už na počátku manželství, kdy mladý pár musí čelit celé řadě úkolů. Nejtěžším obdobím pro rodinu je příchod dítěte, kdy se ve struktuře rodiny objevuje nový soubor subsystémů, neboť děti a rodiče plní různé úkoly. (19, s. 29)

3.5.1 Hodnocení rodiny

Komunitní sestra využívá svých komunikačních dovedností a zkušeností, aby popsala zdravotní potřeby rodiny odpovídající obvyklým životním událostem, jako je porod, odchod do důchodu, nebo nestandardním událostem, které představují např. rozvod nebo chronické onemocnění. (7, s. 51)

Hodnocení rodiny zahrnuje způsoby chování, terapeutický rozhovor, rodokmen a ekomapu, terapeutické otázky, silné stránky rodiny. Jednotlivá hodnocení su rozepíšeme níže.

3.5.1.1 Způsoby chování

Způsoby chování jsou společná sociální chování, která mají vliv na atmosféru rozhovoru a jsou podstatná pro vývoj terapeutického vztahu mezi sestrou a příslušníky rodiny. Sestra dodržuje při rozhovoru společenské zásady, kdy se představuje celým jménem a titulem, stejně tak oslovuje i rodinné příslušníky, vysvětlí důvod návštěvy a k rozhovoru zaujme pozitivní postoj. (7, s. 51)

3.5.1.2 Terapeutický rozhovor

Rozhovor je cílený ve vztahu k rodině, je zaměřen na rodinu a vyžaduje aktivní zapojení rodiny. Sestra naslouchá a musí umět dobře komunikovat. Dále se dotazuje přesvědčivě, snaží se vtáhnout rodinu do společné komunikace a do procesu sběru a posuzování dat, povzbuzuje rodinu. (7, s. 51)

3.5.1.3 Rodokmen a ekomapa

V rámci těchto dvou pojmů jsou získávány základní informace o struktuře rodiny. Rodokmen pomáhá při sběru informací sestře zviditelnit zdravotní a léčebnou historii rodiny – příčiny úmrtí členů, geneticky vázaná onemocnění. Ekomapa je pomůckou pro znázornění vazby rodiny na externí systém – např. lidé a instituce důležité pro rodinu. (7, s. 52)

3.5.1.4 Terapeutické otázky

Terapeutické otázky jsou předem připravené otázky, které sestra pokládá rodině. Jsou zaměřené na očekávání rodiny od návštěvy a rozhovoru se sestrou, na změny, zájmy a problémy, se kterými se rodina setkává. (7, s. 52)

3.5.1.5 Pochvala rodiny – silné stránky

Při rozhovoru s rodinou je vždy dobré si zjistit alespoň dva kladné body či aktivity rodiny a během rozhovoru je sdělit. Takový rozhovor napomáhá kladným změnám a rozvoji rodiny. Rozhovor s rodinou může probíhat v různých zařízeních a při různých příležitostech. Nejčastěji je veden v komunitních zařízeních, ale také v nemocnicích. Komunitní sestra se může podílet na různých preventivních programech pro rodinu a její členy. Dále musí být schopna pracovat s informacemi získanými v rodinách a v komunitě. Komunitní sestra musí znát také potřeby konkrétních rodin a porovnávat je s možnostmi komunity. (7, s. 52)

3.5.2 Zaměření komunitní sestry při práci s rodinou

Zaměření je charakterizováno několika body: dysfunkce jednoho člena rodiny ovlivní celou rodinu. Dysfunkcí je myšlena např. separace, handicap, úrazy. Dále je zaměřena na zdraví rodiny, které lze zlepšit dobrým životním stylem a snížením rizika. Tím je myšlena podpora zdraví, edukace a sebepéče. Dále komunitní sestra musí jasně pochopit funkci jednotlivců a to lze jen při posuzování jednotlivce v kontextu rodiny. A v neposlední řadě musí být rodina zahrnuta do léčebného plánu jako zásadní podpůrný systém pro jednotlivce. (7, s. 53)

3.5.3 Charakteristika zdravé rodiny

Mezi charakteristické znaky rodiny patří dobrá komunikace a vzájemné naslouchání všem členům, pomoc a podpora všem členům, vzájemné respektování, vzájemná důvěra, společné činnosti, vzájemné působení a ovlivňování, sdílené trávení volného času, smysl pro zodpovědnost, tradice, rituály a uznávání soukromí. (7, s. 54)

3.6 Komunitní péče o seniora

Mladšími seniory můžeme v dnešní době nazývat lidi, kteří dosáhli věku 65 let. Staršími seniory můžeme nazývat lidi, kterým je 75 let a více, a v současné společnosti je k nim směřována největší pozornost odborné zdravotní veřejnosti. Pokud člověk dosáhne věku 85 let, je možné ho označit za starého seniora, který ve většině případů vyžaduje různou míru pomoci k zajištění vlastní soběstačnosti. (14, s. 82)

Osobnost starého člověka je založena na jednotě tělesné konstituce a utváří se v jeho společenských vztazích, stejně tak jako u mladého člověka. V minulosti umírali lidé dříve, dnes se lidé dožívají vysokého věku a zdá se, že díky aktivnímu stylu života a zdravotní a sociální podpoře se proces stárnutí zpomaluje. Obtíže, které jsou často spojovány se stářím jsou zatím neodstranitelné, takže se s věkem se zvyšuje i riziko omezení pohybových schopností, snižování zrakového a sluchového vnímání nebo úbytek mentální kapacity. Nastávají i změny sociálních rolí, zvyšuje se riziko osamělosti. (20; 21, s. 146)

V oblasti péče o seniory dominují mezi poskytovanými službami sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody pro seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb a podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho domácím prostředí. (7, s. 74)

3.6.1 Kvalita péče o seniory

Kvalita péče je jedním z důležitých příspěvků ke kvalitě života. Kvalitu života starých lidí tvoří celá řada aspektů. Zahrnuje nejen materiální zabezpečení a zdravotní stav, ale i rodinný stav a situace kvality bydlení, dostupnost zdravotně sociálních a dalších služeb, možnosti realizace zálib a koníčků či rozvíjení sociálních kontaktů. Pro kvalitu každodenního života starého člověka však není rozhodující přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. (22, s. 36,37)

3.6.2 Ošetrovatelská péče o seniory

Ošetrovatelskou péčí o seniory lze rozdělit do dvou velkých oblastí. První oblastí je **základní ošetrovatelská péče**, která je zaměřena na uspokojování základních životních potřeb člověka a je vykonávána především v domácím prostředí starého člověka nebo ve specializovaných institucích. Druhou oblast tvoří **odborná ošetrovatelská péče**, která zahrnuje všechny odborné aktivity sester ošetřujících starého a nemocného člověka. Cílem této péče je uspokojit potřeby seniora a vyřešit problémy, které se objevily v průběhu jeho onemocnění. Ošetrovatelská péče o seniory v komunitě je prováděna nejčastěji formou komplexní domácí péče. Primárním cílem komunitní péče o seniory je udržení nebo usnadnění jejich sebepéče a soběstačnosti. (7, s. 77)

3.6.3 Posuzování seniorů v komunitní a domácí péči

Ošetrovatelsko-geriatrická diagnostika se zabývá hodnocením starého člověka a má jistá specifika. Soustřeďuje se na starého člověka, je vícerozměrná, je problémově orientovaná, jejím výsledkem musí být geriatrická nebo ošetrovatelská intervence. Zdravotnickým personálem musí být vždy posouzen funkční dopad nemoci na starého člověka a naplánován druh a rozsah potřebné péče. Velmi důležitou součástí vyšetřování starého člověka je diagnostika funkčních důsledků chorob a poruch, které významně omezují jeho život. Funkční stav musí být vždy hodnocen individuálně vzhledem ke konkrétní osobě a komplexně ve všech aspektech jeho života. Při posuzování funkčního stavu starého člověka je důležité komplexní hodnocení jeho soběstačnosti. Zahrnuje instrumentální a základní činnosti denního života, posouzení mobility, kognitivních schopností, zraku a sluchu, vyprazdňování, výživy a prostředí. (7, s. 78)

4 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

4.1 Komunitní ošetrovatelská péče o děti se závislostí na drogách

Komunitní sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost se setkává s dětmi a dospívajícími, kteří drogy neužívají, drogu užíli jednorázově, s drogami experimentují, jejich užívání drog je problémové nebo jsou na užívání drog závislí. (9, s. 137)

Závislost je definována jako úzký vztah člověka k jinému člověku, ideji, instituci, předmětu nebo omamné látce, kterýžto významně omezuje autonomii daného jedince, a tak ovlivňuje jeho prožívání a chování. (9, s. 137)

Syndrom závislosti představuje skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky, nebo třídy látek, má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné chování, kterého si kdysi cenil více. Diagnózu závislosti lze stanovit pouze tehdy, pokud jedinec splňuje do jednoho roka minimálně tři následující jevy. Silná touha užívat látku, tělesný odvykací stav, kdy jedinec může užívat i příbuznou látku s podobnými účinky. Mezi další jevy řadíme průkaznost tolerance k účinku látky, postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů a pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků. Příkladem může být toxické poškození myšlení. (23, s. 10)

Vznik drogového problému u dítěte v rodině je často plíživým procesem, který se vyznačuje drobnými, nicméně významnými změnami v jednání, chování a vzezření. Jakmile rodič zjistí o svém dítěti, že užívá drogy, tak prvotní reakcí je panika. Většinou k závislosti na drogách dochází u jedinců, kteří začínají žít odděleně od rodiny. Postupná vzdorovitost, odtažitost, nesdílnost, častá podrážděnost, neklid, splývavá řeč, nevysvětlené odchody, ztrácející se peníze a majetek, takto lze charakterizovat příznaky u jedinců závislých na drogách. Nejlepším zdrojem pomoci, jak pro rodinu, tak i pro dítě, je praktický lékař. (24, s. 31, 32)

4.1.1 Dělení a klasifikace působení drog

Drogy dělíme na genuinní drogy, dále drogy vyrobené, organická rozpouštědla a alkohol. Do drog *genuinních* řadíme heroin, morfin, kokain, marihuanu a hašiš. Mezi drogy *vyrobené (halucinogeny)* řadíme pervitin, extázi, crack, speed, ice. Všechny tyto drogy působí na člověka budivě, navozují euforii až neklid, tachykardii, hypertenzi, až možnost vzniku maligní dysrytmie, křečových stavů, rozsáhlého nitrolebního krvácení. Následkem je způsobená dehydratace a celkové vyčerpání organismu, které může vést

až k selhání ledvin a jater. Mezi *organická rozpouštědla* řadíme toluen, xylen a trichlóretylén. Při inhalaci těchto látek dochází k útlumu CNS (Centrální nervová soustava), až bezvědomí. Navozují stav euforie a obraz mírné opilosti. Dochází k celkovému vyčerpání organismu až k bezvědomí. Poslední zmiňovanou drogou je *alkohol*, který patří mezi psychotropní látky, které působí hlavně na zlepšení nálady. O problémech s alkoholem budeme mluvit v následující kapitole. (25, s. 29)

4.1.2 Prevence návykového chování u dětí a dospívajících

4.1.2.1 Primární prevence

Cílem této prevence je odradit děti a dospívající od prvního užití drogy, nebo alespoň první kontakt s drogou odložit. Primární prevence může být uskutečňována formou krátké intervence, kterou by měly provádět dětské sestry. Důležité je k této formě udržovat spolupráci s rodinou. V krátké intervenci by sestra měla věnovat pozornost otázkám životního stylu, okruhu přátel dítěte, věnovat se otázkám prostředí, mít optimistický přístup, oceňovat pokroky a doporučit nebrat drogy. Dále by sestra měla zahrnout motivační rozhovor upozorňující na výhody neužívání návykových látek, předávat svépomocný materiál, brožury, příručky a poskytnout kontakty na služby odborné pomoci. (9, s. 139)

Existují různé programy primární prevence. Univerzální program primární prevence je zaměřen na obecnou populaci či její části. Univerzálními programy jsou myšleny například školní programy zaměřené na všechny studenty. Selektivní program primární prevence je zaměřen na specifické skupiny se zvýšeným rizikem problémů spojených s užíváním drog. Jsou to třeba programy zaměřené na děti alkoholiků apod. Indikovaný program primární prevence je zaměřen na jedince, který sice nemá problémy se závislostí, ale vykazuje určité charakteristiky problematického chování. (9, s. 140)

4.1.2.2 Sekundární prevence

Tato prevence spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti. Je určena dětem a dospívajícím, kteří experimentují s drogami. Sestra v této prevenci realizuje časné intervence, jejichž cílem je pochopit výhody, které se dostaví, když jedinec problém překoná. Důležitý je motivační rozhovor mezi sestrou a jedincem. Sestra dělá vše pro to, aby se jedinec sám zamyslel nad výhodami a nevýhodami užívání drog. Léčba v této prevenci je realizována formou ambulantní, skupinové psychoterapie či terapeutické komunity. (9, s. 140)

4.1.2.3 Terciální prevence

Hlavním cílem terciální prevence je předcházet vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Tato prevence se zařazuje u jedinců, kteří prošli léčbou nebo u jedinců, kteří užívají drogy. Terciální prevence je součástí protidrogové politiky a zaměřuje se na bezpečnější užívání drog. Principy harm reduction jsou uplatňovány v nízkoprahových programech, které zajišťují kontaktní centra a terénní pracovníci – příkladem jsou programy výměny jehel, cílem je zastavení šíření infekčních chorob. Kontaktní centra zajišťují služby výměnného, hygienického a potravinového servisu. (9, s. 140)

4.1.3 Seznam institucí v drogové oblasti

Důležité je v této kapitole zmínit se i o drogových institucích a komunitách, které existují v ČR.

Instituce v drogové oblasti jsou následující: Benešov - Centrum adiktologických služeb; Brno - Kontaktní centrum Vídeňská, Sdružení podané ruce o. s. (občanské sdružení); České Budějovice - Poradna drogových závislostí Institutu pro rozvoj osobnosti o. p. s. (obecně prospěšná společnost); Děčín - K - centrum; Frýdek Místek - RENARKON o. p. s.; Havířov - Centrum drogové prevence; Chomutov - K - centrum; Karlovy Vary - K - centrum; Kladno - Oddělení krizového řízení a drogové prevence; Liberec - Středisko výchovné péče, Centrum ambulantních služeb Advaita; Litoměřice - K - centrum; Most - Most k naději K Centrum; Olomouc - Oddělení Podané ruce K - centrum, P - centrum, Ambulance adiktologie; Ostrava - K - centrum RENARKON; Plzeň - Centrum protidrogové prevence a terapie o. p. s. P - Centrum; Praha 1 - Specializované ambulantní služby CADAS, Drop In; Praha 2 - Anima - terapie, o. s., Drop In - Centrum metadonové substituce - II.; Praha 4 - Denní stacionář Ondřejov; Praha 7 - KC; Prostějov - K - centrum; Šumperk - Kontaktní centrum KRÉDO; Trutnov - Riaps; Třebíč - Oblastní charita Třebíč - K centrum Noe; Ústí nad Labem - K - Centrum; Uherské Hradiště - K - Centrum Charáč; Znojmo - Víceúčelová drogová služba Znojmo; Žďár nad Sázavou - SPEKTRUM - kontaktní a poradenské centrum v oblasti drogové problematiky. Více informací o komunitách je na internetových stránkách: <http://www.reknidrogamne.cz/cs/institute-institute>. (26)

Komunity pro drogově závislé v ČR: Terapeutická komunita Podolánky - léčba drogových závislostí; Terapeutická komunita Karlov - Rezidenční léčba a sociální rehabilitace osob závislých na nealkoholových drogách; Terapeutická komunita Magdaléna

- rezidenční program pro závislé na návykových látkách starší 18 let; Terapeutická komunita Němčice - dlouhodobá rezidenční léčba a sociální rehabilitace osob závislých na nealkoholických drogách; Terapeutická komunita pro drogově závislé v Nové Vsi - Hlavním posláním komunity je uzdravovat lidi ze závislosti; Pastor Bonus terapeutická komunita; Terapeutická komunita Podcestný Mlýn; Cesta Řevnice; Terapeutická komunita White Light I. Více informací o komunitách pro drogově závislé je na internetových stránkách: <http://www.reknidrogamne.cz/cs/institute-komunity>. (27)

4.2 Komunitní ošetrovatelská péče o osoby se závislostí na alkoholu

Závislost na alkoholu je ovlivněna mnohými faktory. Existují různé typy závislosti na alkoholu. Prvním typem je **problémové pití**, tzv. abúzus alkoholu, který slouží k odstranění úzkosti či depresivních stavů. Druhým typem je **příležitostný abúzus**, který je charakterizovaný pitím ve společnosti, kdy následkem tohoto typu je somatické poškození. Třetí typ, který je někdy označován jako „anglosaský typ”, je **kombinací piva a destilátů**. Nemocný má poruchy kontroly pití a následkem je somatické a psychické poškození, s výraznější psychickou závislostí. Čtvrtým typem je tzv. „románský typ”, **preferující víno**. Typická je denní konzumace alkoholu, kde si nemocný trvale udržuje svoji „hladinku” bez výrazných projevů opilosti a ztráty kontroly. Důsledkem je somatická závislost s poškozením. A poslední typ závislosti je **epizodický abúzus** s delším obdobím, kdy nemocný prochází etapou, kdy úplně abstinuje. Je to nepříliš častá varianta závislosti, která je provázána afektivními vadami. (28, s. 144)

Vývoj závislosti na alkoholu je charakterizován čtyřmi vývojovými fázemi. První fáze, **počáteční (symptomatická)**, je charakterizována tak, že piják zjistil účinek alkoholu jako drogy, potřebu zvyšovat dávky alkoholu, aby se dostavil pocit dobré nálady. V této fázi pije většinou ve společnosti. Druhá fáze je **varovná (prodromální)**, je charakterizovaná častou podnapilostí a opilostí. Nemocný pije více a přechází od méně koncentrovaných alkoholických nápojů (pivo) k lihovinám. V této fázi se snižuje schopnost pití kontrolovat a zastavit. Třetí fáze je charakterizována jako **rozhodná (krucální)**, kde jsou typická „okénka”. Nemocný slibuje svým blízkým, že už nebude pít, a to neustále porušuje. Při nedostatku alkoholu se dostavují abstinční příznaky a výrazně se zhoršuje fyzické zdraví. Poslední fáze je **konečná (terminální)**, výrazně se snižuje tolerance na alkohol. Závislý pije i několik dní – tzv. tahy, tedy pije již od rána. Nemocný je téměř stále opilý, poruchy paměti se dostavují častěji. V této konečné fázi může pomoci

už jen psychiatr v protialkoholní léčebně nebo ambulantní středisko pro alkoholismus a toxikomanii. (28, s. 145)

4.2.1 Alkoholismus

Závislost na alkoholu se u mladistvých osob vytváří velmi rychle. Svoji roli hrají vlivy dědičné, sociální zázemí, ale také místo, ve kterém se mladé osoby pohybují (parta, učiliště atd.). Nejčastěji ke konzumaci alkoholu dochází u mladých osob, které mají složitou životní situaci. Alkoholismus u mladých lidí zvyšuje nebezpečí jaterních onemocnění, riziko vysokého krevního tlaku, onemocnění trávicího ústrojí, onemocnění nervového systému i duševních chorob. (18, s. 32, 33)

Užívání alkoholu také figuruje při dopravních nehodách, kdy následkem je úmrtí. Dále dochází k domácím úrazům, ale také k rozpadu rodiny, domácímu násilí a zneužívání dětí. Proto je důležité u nemocného zahájit léčbu, která může probíhat nejen v protialkoholních léčebnách, ale i protialkoholních ambulancích. (29, s. 7)

4.2.2 Cíle ošetrovatelské péče o osoby se závislostí

Důležité je eliminovat zdravotní problémy, tzn. detoxikační léčba, a předcházet novým zdravotním problémům, udržet, zlepšit nebo navrátit stupeň zdraví pacientů s chronickou, recidivující závislostí, zabezpečit kombinovanou intervenci - medicínskou, psychologickou a sociální, udržovat pacienta v abstinenci a v neposlední řadě ulehčit návratu závislých osob do společnosti. (14, s. 38)

4.2.3 Alkoholové poradny

Stejně tak, jako je pomoc pro drogově závislé, tak existuje i pomoc o osoby, které mají problém s alkoholem. Alkoholické poradny v ČR: Brno - Psychiatrická AT ambulance; Bruntál - AT ambulance; Hradec Králové - AT ambulance; Olomouc - P - centrum - AT poradna; Praha 1 - Anonymní alkoholici; Praha 3 - Psychiatrická ambulance s protialkoholickou poradnou; Praha 4 - Centrum pomoci závislým; Praha 10 - AT. Více informací o alkoholických poradnách a psychiatrických léčebnách je dostupné na internetových stránkách: <http://www.reknidrogamne.cz/cs/institute-alko>. (27)

4.3 Komunitní ošetrovatelská péče o osoby se syndromem demence

Komunita dementních osob je ve velké míře závislá na poskytované pomoci. Cílem péče je zpomalení progresu, zachování existujících funkcí, předcházení komplikacím a zachování kvality života postiženého. Komunitní sestra na základě podrobné anamnézy navrhuje ve vzájemné spolupráci s rodinou plán péče, koordinuje péči

a pomáhá při řešení vzniklých problémů. Sestra pomáhá řešit problémy, mezi které patří nedostatečná sebek péče, zmatenost, zhoršená paměť, riziko úrazu, narušená komunikace, sociální izolace, riziko vzniku komplikací a deficit vědomostí příbuzných. (10, s. 223)

Komunitní ošetrovatelská péče je také součástí poradensko-podpůrné činnosti určené příbuzným, kteří se starají o nemocného v domácím prostředí. Zdrojem zátěže pro příbuzné je například strach ze zhoršení stavu, nejistota, přítomnost příznaků onemocnění (poruchy orientace, podezíravost, agresivita, nemocný nepoznává ani svoje nejbližší, stavy zmatenosti apod.), přítomnost inkontinence, ztráta soběstačnosti, finanční, sociální a jiné problémy. (10, s. 223)

Bártlová ve své knize uvádí, že komunitní podpůrný systém pro osoby s dlouhodobým duševním onemocněním by se měl řídit různými principy. Služby jsou orientovány na spotřebitele, tudíž by měly vycházet z potřeb nemocného. Služby klienty posilují, služby vyhovují všem, služby jsou pružné - měly by být tedy k dispozici kdykoliv a tak dlouho, jak jen je třeba. Dále se služby zaměřují na silné stránky klienta, zahrnují přirozené podpůrné prvky, uspokojují speciální služby. Systémy služeb jsou odpovědné a koordinované, tím je myšleno, že mezi agenturami poskytujícími služby by měla být koordinace a zároveň návaznost mezi nemocnicí a komunitními službami. (18, s. 62)

Demence je získaná porucha kognitivních a intelektových funkcí obvykle spojená se změnami osobnosti, přičemž tato porucha je trvalá a na tolik závažná, že je překážkou běžným činnostem a sociálnímu zapojení postiženého jedince. Demenci je velmi složité klasifikovat, protože záleží na tom, na jakém základě vzniká. Demence dělíme podle typu zasažení na demence kortikálního typu a subkortikálního typu. Dále demence dělíme dle intenzity zasažení na mírnou, středně těžkou a těžkou demenci. V této kapitole se zaměříme na demenci kortikálního typu, kam spadá - demence Alzheimerova typu (dále jen DAT). (30, s. 12)

4.3.1 Demence Alzheimerova typu

Jedná se o neurodegenerativní onemocnění mozku, které poprvé popsal Alois Alzheimer. Podle nejnovějších studií bylo zjištěno, že příčinou mohou být tvořící se patologické proteiny způsobující tzv. amyloidové plky, které mají vliv na postupný rozpad celých nervových buněk a vláken. Tímto rozpadem dochází k poruchám výměny informací mezi vlákny a k produkci acetylcholinu. Tímto způsobem začíná demence (DAT). Tato demence má dvě formy: Forma časná (presenilní) a forma pozdní (senilní). **Forma časná** se objevuje zpravidla před dosažením šedesáti let věku a trvá přibližně osm

let. Jakmile se vyskytne **pozdní forma**, nelze od začátku přehlédnout silnou progresi degenerace osobnosti, spolu s výraznými poruchami paměti. Mezi časné příznaky Alzheimerovy choroby řadíme poruchy paměti - vstířivosti i výbavnosti, porušena je krátkodobá paměť, starší vzpomínky bývají z počátku dobře zachovány. Nemocný má poruchy orientace, často bloudí, poruchy abstraktního myšlení, sníženou pozornost, řeč ztrácí svou plynulost. U nemocného se rozvíjí poruchy chování, nálady, emotivita a poruchy spánku. V pozdějším stádiu nemocní přestávají komunikovat s okolím a bývají apatičtí, nepoznávají své blízké, ztrácejí s nimi oční kontakt, jsou inkontinentní. Celková doba přežití je 5 - 19 let od vzniku prvního příznaku. (30, s. 98 - 102; 31, s. 3, 4)

4.3.2 Komunikační problémy u osob s demencí

Komunikaci osob, které mají demenci, ovlivňují výrazné problémy, jako jsou časová a místní dezorientace, kdy zapomínají, který je den, kam jdou, ztratí se ve známém prostředí. Dochází ke zhoršování paměti, kdy si nevybavují ani jednoduchá slova. Zhoršuje se racionální úsudek, tzn., že přestávají poznávat i blízké osoby a komunikují s nimi jako s cizími. Dále mají problémy s abstraktním myšlením, zhoršují se jejich vyjadřovací schopnosti, mají změny nálad a chování a celkově upadají do pasivity. Tím se myslí, že přestávají vyhledávat komunikační příležitosti nebo jsou při kontaktu zcela pasivní. Jestliže není s osobou s demencí udržován kontakt, dostává se do sociální izolace a její celková úroveň komunikačních schopností postupně klesá. (21, s. 52)

Kontaktní místa České Alzheimerovské společnosti v ČR - v současné době existuje 25 míst ve všech krajích České republiky. Praha - CENTRÁLA ČALS, Brno - Diakonie ČCE, Písek - Prácheňské sanatorium, o. p. s., Písek - Blanka - středisko Daikonie ČCE, Plzeň - Středisko Městské charity Plzeň. A mnoho dalších kontaktních míst je na internetových stránkách: <http://www.alzheimer.cz/cals/kontaktni-mista/>. (32)

4.4 Komunitní ošetrovatelská péče o osoby s mentálním postižením

Žádný handicap není v životě tak běžný jako mentální postižení. Nepostižení lidé velice často postiženým osobám "nepřijdou na jméno", a tak o nich hovoří jako o "duševně nemocných", nebo jako o "blázních" apod. Mentální retardace je složitější syndromatické postižení, které postihuje nejen psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Nejen že má vliv na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů,

možností společenského a pracovního uplatnění atd. Příčinou vzniku mentálního postižení je závažné organické nebo funkční postižení mozku. (33, s. 109 - 111)

4.4.1 Rodina s dítětem se zdravotním postižením

Rodina, která zjistí, že jejich dítě je mentálně retardované, tak je pochopitelně šokována. Všechny hodnoty, které dítě pro svoji rodinu představuje, jsou ohroženy. Retardované dítě bude těžko rozvíjet rodičovské ambice, i každodenní soužití s ním bude těžké, obtížně si bude budovat vztahy k dalším členům rodiny, těžko bude opětovat projevy náklonnosti, osobní vývoj dítěte bude velmi pomalý a srovnání s nepostiženými sourozenci či vrstevníky bude pro retardované dítě vždy nepříznivé. Reakce rodiny na zjištění mentální retardace u dítěte je podobná reakci rodiny na úmrtí jejího člena. Větším traumatem je mentální postižení dítěte pro rodiče, kteří jsou vzdělání. U těchto rodičů je vyšší pravděpodobnost, že svoje dítě budou tajit před svým sociálním okolím a že je svěří do jiné péče. Na rodinu, která má mentálně postižené dítě, musíme nahlížet v několika úrovních. Nejprve si musíme uvědomit životní situaci rodiny a teprve na základě poznání tohoto aspektu můžeme stanovit odbornou pomoc, kterou je třeba realizovat v kooperaci nejen na úrovni jednotlivých rodin, ale i na úrovni společenské. (34, s. 123; 35, s. 39)

4.4.2 Komunikační problémy u osob s mentální retardací

Problémem u mentálně retardované osoby při komunikaci je slovní zásoba, snížené schopnosti porozumění složitějšímu sdělení, různé agramatismy - tedy odlišnosti ve tvarech slov nebo stavbě vět apod. Záleží na tom, jakým stupněm mentální retardace jedinec prochází. Při **lehké mentální retardaci**, kdy mají osoby inteligenční kvocient (dále jen IQ) 50 - 69, jedinec většinou dosáhne schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci, i když si mluvu osvojuje opožděně. Tito lidé mají problémy se čtením a psaním. S lidmi s lehkou mentální retardací se dorozumíváme bez větších problémů. Vyjadřují se jednoduše, často využívají ustálené výroky a fráze a dokážou velmi dobře zvládnout některé efektivní komunikační strategie-hlasitě pozdravit na ulici, pochválit něco druhému apod. U jedinců, kteří jsou zařazení do **středně těžké mentální retardace** (IQ 35 - 49), je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Jedinci si dokážou osvojit základy čtení, psaní a počítání. Někteří lidé s tímto postižením jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco jiní dokážou stěží hovořit o svých základních potřebách. Úroveň řeči je občas nedostatečná, mají omezenou slovní zásobu, velmi jednoduché věty. Při této mentální retardaci je vhodná taktilní forma dorozumívání

(dotyky, objetí, pohlázení). Lidé s **těžkou mentální retardací** (IQ 20 - 34) se běžnou řečí domluví jen stěží. Jen v ojedinělých případech jsou schopni komunikovat srozumitelně pomocí několika slov, častěji se ale dorozumívají neartikulovanými zvuky, dotyky, gestikulací, ukazováním na předměty apod. U této mentální retardace je vhodné využít alternativních metod komunikace - piktogramy, symbolické a obrázkové systémy - Makaton, komunikační tabulky apod. U **hluboké mentální retardace**, kdy je u jedinců IQ nižší než 20, lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově-prostorových orientačních dovedností. Postižený jedinec se může při vhodném dohledu podílet na praktických sebeobslužných úkonech. (21, s. 48 - 50)

4.4.3 Komunitní ošetrovatelská péče o mentálně retardované osoby

Komunitní ošetrovatelská péče se poskytuje podle závažnosti, druhu a rozsahu postižení, dále podle akutních a potencionálních problémů. Cílem péče o mentálně retardované osoby je maximální rozvoj jejich schopností a zručnosti, začlenění do společnosti, dosažení maximálně možné sociální přizpůsobivosti a zachování jejich soběstačnosti. Péče o mentálně retardovaného je náročná hlavně pro rodinu, nejen v pečovatelské, ale i v oblasti psychické, ekonomické a společenské. Psychiatrická sestra je členkou multidisciplinárního týmu, který poskytuje péči nejen mentálně retardovanému, ale i jeho rodině. Tento tým tvoří sestra, lékař, speciální pedagog, rehabilitační pracovník, ergoterapeut, sociální pracovník nebo jiní odborníci podle potřeby. Dále komunitní psychiatrická sestra participuje na realizaci preventivních, výchovně-vzdělávacích a sociálních aktivit a v neposlední řadě podporuje činnost skupin příbuzných mentálně retardovaných, kde mohou vzájemně komunikovat o problémech, vyměňovat si zkušenosti, požádat ostatní o radu, organizovat společná setkání apod. (10, s. 218, 219)

4.4.4 Formy péče u mentálně retardovaných osob

Výchova v rodině, kde je nutná 24hodinová péče, je realizovaná zpravidla matkou. Vhodnou kombinací této formy jsou různorodé denní. Další formou je denní stacionář, kdy vhodnou kombinací tvoří rodinná péče doplněná denními aktivitami. Tato zařízení nabízejí denní péči a poskytují výchovně vzdělávací péči, rehabilitaci a sociálně pedagogickou péči. U dospělých nabízejí chráněnou práci, volnočasové a vzdělávací programy. Zde se rozvíjí podporované bydlení. Další formou péče o mentálně retardované osoby je ústavní péče. Jednak je tím myšleno zdravotnické zařízení - psychiatrické léčebny - a jednak je tím myšlen ústav sociální péče. (36, s. 309, 310)

Školy a zařízení pro mentálně postižené v ČR: Centrum zdravotně postižených jižních Čech, o.s., Centrum výchovy a vzdělávání mentálně postižených - Přerov, „Ty a Já“ sdružení pro podporu handicapovaných spoluobčanů - Plzeň, Akord - denní stacionář Organizační jednotka sdružení - Praha, Atletický oddíl pro sportovce s mentálním postižením - Praha, Canisterapeutická společnost místní klub Česká Lípa, Denní centrum Mateřídouška pro mentálně postižené občany - Chodov a mnoho dalších zařízeních, které jsou dostupné na internetových stránkách: [www. helples.cz](http://www.helples.cz). (37)

Sociální ústavy v ČR: Asociace vozičkářů a zdravotně i mentálně postižených AVAZ - Nové Město, Denní a týdenní stacionář Jihlava-ústav sociální péče pro osoby s mentálním postižením, Denní centrum Úsměv - Ústí na Labem, Městský ústav sociálních služeb v Klatovech, Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež Empatie - České Budějovice, Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež Osek. A mnoho dalších sociálních ústavů, lze najít na internetových stránkách: www. helples.cz. (38)

4.5 Komunitní ošetrovatelská péče o osoby s diabetem mellitem

Celý svět v současné době prožívá pandemii diabetu, který se stává závažným zdravotně-sociálním problémem všech vyspělých společností. Je zaručeně nejvýznamnější chorobou látkové přeměny a jednou z nejzávažnějších nemocí vůbec a svými projevy a komplikacemi zasahuje téměř do všech odvětví medicíny. (39, s. 13)

Pojem diabetes mellitus (dále jen DM) definujeme jako skupinu chronických metabolických chorob, jejichž základním rysem je hyperglykémie. DM vzniká ve spojitosti s poruchou sekrece nebo účinku inzulínu a je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. Onemocnění se může vyvíjet dlouhé roky, ale často k jeho odhalení dochází až v situaci, kdy se v důsledku vysoké koncentrace krevního cukru v těle vyskytnou další onemocnění, jako například onemocnění cév, ledvin, očí nebo nervů. Aby naše tělo fungovalo tak, jak to od něj den co den očekáváme a vyžadujeme, je odkázáno na pravidelný přísun energie. Lidé, kteří v dnešní době trpí cukrovkou, tak mohou jíst, co jim chutná, mohou si sami určovat dávky inzulínu a ovlivňovat tak svou hladinu krevního cukru. Místo injekčních stříkaček mají v dnešní době k dispozici inzulínové pero, které se dá pohodlně nosit v kapse, a použití tohoto pera je téměř bezbolestné. Stručně řečeno, osoby s DM mohou vést téměř normální život. (40, s. 11; 41, s. 9, 10)

DM 1. typu je onemocnění charakteristické různě rychle probíhajícím zánětem B - buněk, který vede k absolutnímu nedostatku inzulínu, což podmiňuje nutnost jeho substituce. Tento druh cukrovky se objevuje ve velmi raném věku (11 - 15 let). Dříve tento typ cukrovky byl nazýván jako "cukrovka mladistvých." Cukrovka 1. typu je neléčitelná a nemocní jsou celý život odkázáni na inzulínové injekce. U DM 1. typu dochází ke zničení buněk autoimunitním procesem, který probíhá u geneticky predisponovaných osob. U tohoto typu se velmi rychle rozvíjí klinický obraz, který je způsoben absolutní inzulínopenií, tedy nedostatkem inzulínu. Kromě polyurie, polydipsie a poklesu hmotnosti se během několika dnů rozvíjí dehydratace, ketóza až ketoacidóza. K diagnóze je důležité vyšetřit glykémii nalačno nebo glykemickou křivku (dále jen oGTT) opakovaně jeden až dva týdny po odeznění onemocnění. Podle Americké diabetologické asociace došlo k rozdělení DM 1. typu na dva typy - typ 1A a typ 1B. Typ 1A je spojen s jinými imunologicky podmíněnými chorobami - Addisonovou chorobou, celiakií, autoimunitní tyreoiditidou, perciózní anémií. Mezi stádia vývoje DM typu 1A patří genetická dispozice, spouštěcí zóna, aktivní autoimunita, ztráta inzulínové sekrece a zjevný diabetes. DM 1B byl popsán v africké a asijské populaci a jeho etiologie není známa. (42, s. 11; 41, s. 16; 42)

DM 2. typu se vyskytuje až v druhé polovině života, tzv. stařecká cukrovka. Tento typ DM se charakterizuje relativním nedostatkem inzulínu, který vede v organismu k nedostatečnému použití glukózy. Hlavní diagnostickou poruchou je nerovnováha mezi sekrecí a účinkem inzulínu v metabolismu glukózy. Mezi nejdůležitější faktory DM 2. typu řadíme nadměrný příjem kalorií, nevhodné složení stravy, nedostatečná fyzická aktivita, narůstající procento obezity a kouření a jiné civilizační návyky. DM 2. typu probíhá skrytě a nemocní nejsou životně závislí na podávání exogenního inzulínu. Nemocní jsou zpočátku léčeni dietou a pak perorálními antidiabetiky (dále jen PAD). (41, s. 17; 42)

Prevence, jak je všeobecně známo, je lepší než léčba, a proto je velice důležité dbát na preventivní opatření, jako jsou například zvýšená tělesná aktivita, zdravá a vyvážená strava apod. Zdravá strava je základem pro to, abychom se cítili dobře jak tělesně, tak psychicky. Podporuje nejen imunitní systém, ale i chrání tělo před onemocněním. Špatná strava v kombinaci s nedostatkem pohybu nezpůsobuje pouze nadváhu nebo cukrovku. Nyní od stravy přecházíme k pohybu. Pravidelný pohyb je velmi důležitý pro naše zdraví. Pohybem předcházíme nadváze, cukrovce, vysokému krevnímu tlaku i zvýšené hladině krevních tuků. Dále nám pohyb posiluje imunitní systém, snižuje hladinu

krevního cukru, zlepšuje účinnost inzulínu, odbourává stres a díky pohybu jsme výkonnější a vyrovnanější. V neposlední řadě je důležité dávat si pozor na varovné příznaky. Intenzita projevů varovných signálů závisí na tom, jak velký je v těle nedostatek inzulínu a do jak špatného stavu se látková výměna v organismu dostala. Měli bychom si dávat pozor na časté močení, které může nastat, protože tělo potřebuje k vylučování přebytečného cukru větší množství tekutin, nemocný má mnohem častější potřebu vylučování, než je obvyklé. A v důsledku častého močení dochází i k tomu, že člověk má větší potřebu pít. Dále u DM dochází k tomu, že diabetik má trvalý pocit únavy, cítí se malátně a není schopen takového výkonu jako ostatní. Z nedostatku vody v těle dochází k vysychání kůže a sliznice. Také bychom si měli dávat pozor na nevysvětlitelný úbytek tělesné hmotnosti, který může být způsoben tím, že tělo začalo na nedostatek inzulínu reagovat ztrátou tekutin a odbouráváním tuků. U DM 2. typu mohou být přívaly náhlého velkého hladu, protože hladina inzulínu v krvi je vysoká, a v těle dochází k pravidelnému rychlému odbourávání krevního cukru. A jakmile se hladina cukru sníží, tělo začne vysílat signály, aby mu byla dodána další energie. Dále u DM dochází k častým infekčním onemocněním, zejména u dětí. U DM 1. typu dochází k poruchám vnímání až k diabetickému kómatu. V tomto případě musí být ihned zajištěna první pomoc. Tento stav může způsobit i smrt. Také rány, které se špatně hojí, zejména na chodidlech a nohou, mohou být prvním signálem diabetického onemocnění. Nejčastějšími příznaky pro stanovení diagnózy jsou silná žízeň, malátnost, únava, časté močení, svědění, ztráta váhy, nechutenství, přívaly hladu, poruchy zraku a sklon k infekcím, špatně se hojící rány a kožní infekce. (41)

Více informací o DM: Diabetická asociace ČR - <http://www.diabetickaasociace.cz/>, Česká diabetická společnost - <http://www.diab.cz/>, internetový portál nejen pro diabetiky - <http://www.cukrovkar.cz/>, internetový portál Pomocník diabetika - <http://www.vidivici.cz/diabet/>, MTE spol. s r. o. (společnost s ručením omezeným)- společnost, která se od roku 1991 zabývá vývojem a distribucí prostředků zdravotnické techniky pro diabetiky a pacienty s cévní poruchou - <http://www.mte.cz/>.(41)

4.6 Komunitní ošetrovatelská péče o osoby s onkologickým onemocněním

Onkologické onemocnění (nádory) jsou jedním z největších současných zdravotních problémů. Jsou na druhém místě jako příčina smrti a řadíme je také mezi nejvýznamnější příčiny pracovní neschopnosti a invalidity. Pozornost zdravotnického

personálu se zaměřuje na preventivní metody ke včasnému odhalení nádorových onemocnění, na zkvalitnění stávajících způsobů protinádorové léčby a ošetřování nemocných. Nemocní, kteří trpí nádorovým onemocněním, mají nejen fyzické, ale i psychické a sociální problémy. S těmito nemocnými se setkáváme prakticky ve všech odděleních, pacienti jsou vyšetřováni a léčeni nejen na odborných ambulancích, ale i u praktických lékařů a sester. Velmi významnou roli u tohoto onemocnění hraje spolupráce s rodinou a přáteli nemocného. (43, s. 12)

Maligní onemocnění má komplexní příčiny, kdy část z nich je zděděná po rodičích, ale část těchto příčin tkví v okolním světě mimo nás. Tabák a kouření způsobují 90% úmrtí na karcinom plic. Kuřáci ale mají i vyšší výskyt karcinomu močového měchýře, ledvin, pankreatu a děložního čípku. Mezi další faktory řadíme pohybovou aktivitu, díky níž dochází ke snížení rizika vzniku karcinomu tlustého střeva. U žen dochází i ke snížení výskytu karcinomu prsu. Výživa se také podílí na celkové úmrtnosti způsobené nádorovými onemocněními. Naše zdraví významně ovlivňuje to, co jíme. Dalšími faktory, které mohou vyvolávat nádorová onemocnění, jsou infekce. Příkladem může být HPV - lidský papilomavirus, který souvisí se vznikem rakoviny děložního čípku, nebo virus hepatitidy B, který souvisí s karcinomem jater. Další příčinou maligního onemocnění jsou ionizující a UV záření, chemické karcinogeneze a chemoprolaxe. Další vlivy, které podmiňují vznik nádoru, jsou genetické. (43)

Nejúčinnější a nejlevnější opatření proti nádorovému onemocnění je prevence, která je velice důležitá. **Primární prevence** je zaměřena na asymptomatické jedince a má zabránit vzniku nádorového onemocnění. Patří do ní hlavně úprava životního stylu - zanechání kouření, konzumace alkoholu, snížení přísunu tuků a energie v potravě, dostatek vlákniny, vitamínů a minerálů a dostatečná fyzická aktivita. **Sekundární prevence** se často definuje jako včasné vyhledávání nemocí a včasné léčení. **Terciální prevence** se vztahuje k doléčování a návratné péči. (44, s. 52; 43)

Zdravý životní styl zahrnuje rady, které lze doporučit každému - nekouřit cigarety ani neužívat jiné drogy, omezit alkohol, dodržovat vhodné stravovací návyky s dostatečným podílem zeleniny a ovoce, konzumovat stravu, která je bohatá na vlákninu a chudá na tuky, vyhnout se dlouhodobému stresu a mít dostatek tělesné námahy a cvičení. (45)

U nádorových onemocnění trpí nemocný poruchami výživy. Nemocní trpí až podvýživou, kdy hlavními příčinami jsou zvýšené energetické nároky způsobené růstem

nádoru, snížený energetický příjem v důsledku nádorového nechutenství, poruchy zažívacího traktu, nechutenství až zvracení v rámci chemoterapie, v důsledku radioterapie může dojít k zánětu sliznic zažívacího traktu, nadýmání a průjmům. Dále může dojít k metabolickým poruchám a chronickým obtížím. Problémem podpůrné výživy u onkologických pacientů je především překlenutí období sníženého energetického příjmu a snaha zabránit váhovému poklesu a úbytku svalové hmoty. Při všech problémech, které souvisejí s poruchami výživy, doporučuje se: odborná literatura, ale i odborná pomoc doporučuje dostatek pestré a rozmanité stravy. Jíst v menších dávkách, oblíbená jídla. Dbát na to, aby jídelníček obsahoval základní živiny, vitamíny, minerály, stopové prvky. Dopřát dostatek mléčných výrobků, ovoce, zeleniny, potravin bohatých na kvalitní zdroje bílkovin. Dodržovat pitný režim, alespoň 2 litry denně. Vždy, když nestačí běžná strava, odborníci doporučují klinickou výživu - Nutridrinky. Tato výživa je uzpůsobena k popíjení (sipping), vyvinutá pro pacienty se zvýšenou potřebou energie a živin. Výhodou těchto sippingů je to, že přesně definují nutriční složení, vyvažují poměr živin, mají vysoký obsah energie v malém objemu a nabízí se široký výběr příchutí a typů přípravků. Tyto sippingy se doporučují alespoň po dobu 14 dní - 2krát denně. Do klinické výživy řadíme nejen Nutridrinky, ale i Diasip, Fortimel a Cubitan. Mezi novinky pro onkologicky nemocné pacienty patří Forticare, který může předepsat nejen lékař nutriční ambulance, ale i onkolog a přípravek je částečně uhrazen ze zdravotního pojištění. Více informací o této výživě můžeme nalézt na internetových stránkách www.vyzivavnemoci.cz a www.nutriciaclinical.cz. (45, 46)

Rakovina je závažná negativní životní událost, která často vyvolává distres a snižuje kvalitu života. Spolupráce s rodinou je u onkologicky nemocných velmi důležitá. V dnešní době je nutností i pravidlem informovat onkologické pacienty o povaze jejich onemocnění, diagnóze a pravděpodobné prognóze. Rozsah sdělení je třeba přizpůsobit psychickému stavu nemocného. Lékař se vždy musí ujistit, že nemocný současnou situaci pochopil, popřípadě přizve ke spolupráci rodinu. Rodina v tomto případě představuje důležitý podpůrný sociální systém, zvláště v období, kdy léčba může probíhat v domácím prostředí. Pokud je nemocný v domácím prostředí a je soběstačný, stačí pomoc rodiny či blízkých. Ale pokud na všechno nemocný nestačí sám, může využít sociálních služeb. Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Onkologicky nemocní využívají nejčastěji čtyři formy sociální

péče - pečovatelskou službu, osobní asistenci, respitní službu a sociální služby ve zdravotních zařízeních ústavní péče. (47, s. 56; 45)

Instituce a kluby pro onkologicky nemocné: Komplexní onkologické centrum v Praze, Liga proti rakovině - Praha, Améli, o. s., Gaudia proti rakovině, Mamma HELP a mnoho dalších. (45)

4.7 Hospicová péče v komunitním ošetřovatelství

4.7.1 Právo člověka na důstojné umírání

Tento pojem je chápán především jako závěr života zbavený velkých bolestí. Je synonymem celkového bio-psycho-sociálně-spirituálního komfortu, který má být umírajícímu zabezpečen. Slovo spiritualita je odvozeno od latinského spiritus - duch. Toto slovo tedy znamená duchovní. Spiritualitou se rozumí oblast, která je společná pro všechny lidi na světě, jinak řečeno, hledání toho, co je posvátné. V rámci péče o člověka a o všechny jeho lidské dimenze je v současné době rozšířený pojem - potřeba. Potřeba pro člověka je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. Potřeba je zkrátka něčím, co lidská bytost potřebuje pro svůj život a vývoj. (10, s. 255; 48, s. 14, 21; 49, s. 10)

V Chartě práv pacientů se uvádí, že každý pacient má právo na zmírnění utrpení a bolesti v souladu se současným stavem medicínského poznání a zásadami lidskosti, na humánní terminální péči a důstojné umírání, ale i na pietní zacházení s jeho tělem. Lidská důstojnost je součástí základních práv a svobod každého člověka. Lidská důstojnost se vztahuje velmi úzce k terminální fázi péče. **Důstojnost zásluh** je první vrstva chápání lidské důstojnosti, která je charakterizována jako společenský statut, kterého člověk dosáhl během svého života. Jedná se o finance, společenské postavení, majetek, uznání lidí a čest. **Důstojnost mravní síly** je druhou důležitou složkou lidské důstojnosti, která spočívá ve svobodě lidského myšlení, názorů člověka, víry a jeho mravnosti. Za nejdůležitější složku, senioři považují **důstojnost osobní identity**. V této složce se odráží celistvost člověka s celou jeho minulostí, přítomností i budoucností. Jedná se o úctu, jak k druhým lidem, tak i k sobě samému. **Menschenwürde** je německý termín, který označuje základní pojetí lidskosti. Být člověkem je něco, co nezískáváme časem, ani neztrácíme nemohoucností, chudobou, případně nemocí nebo postižením. Díky tomuto pojmu lze založit koncepci lidství na základě nezczizitelnosti a nedotknutelnosti, jaká životu člověka právem patří. (10, s. 255; 48, s. 60)

4.7.2 Důstojnost a umírání

Umírání je poslední etapou života člověka. Umírání není nic, co by člověka připravovalo o důstojnost. Hlavní obavou spojenou s umíráním je bolest, kterou prožívá. Velmi důležitou složkou je zachování verbálního kontaktu až do poslední chvíle života, a to nejen ze strany rodiny, ale i zdravotníků. Důležité je nebát se na nemocného mluvit, komunikovat s ním a dotýkat se ho. Poslední částí důstojného jednání je manipulace se zemřelým člověkem. (48, s. 60)

4.7.3 Paliativní péče

Za zakladatelku moderní paliativní péče je považována Cecilie Saundersová, která zasvětila celý svůj život péči o pacienty, trpící pokročilou a progresivní chorobou. Vybudovala Hospic svatého Kryštofa v Londýně, který otevřela v roce 1967. Saundersonová tvrdila, že každý nemocný má své zvláštní a jedinečné potřeby, stejně tak jako jeho rodina. Paliativní péče se nedá vztahovat jen k ústavům určitého typu, ale jedná se spíše o filozofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, ale i v nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v domácím prostředí. Podle WHO paliativní péče klade větší důraz na prevenci utrpení: *„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s životem ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho včasným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.”* (50, s. 62)

Alternativní (doplňková) léčba má v paliativní péči dlouhodobou historii. To, čemu dnes říkáme „alternativní terapie“, není ve skutečnosti nic jiného, než rozvinutí tradičních ošetrovatelských technik. V paliativní péči přírodní a alternativní terapie obohacují ošetrovatelství a poskytují sestřám více možností, jak pomoci zvýšit komfort pacienta. (51, s. 211)

4.7.4 Hospicová péče

Tato péče začíná tehdy, když už nelze doufat v prodloužení života. Hospicová péče je formou zdravotní, sociální a psychologické péče poskytována všem, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka života méně než 6 měsíců. Hospicová péče smrt ani neoddaluje, ale ani neurčuje. V ČR je považována za „českou Saundersovou“ MUDr. Marie Svatošová, která v roce 1995 „postavila“ první hospic, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, a která pomáhala a pomáhá v budování hospiců dalších. Dnes již máme společnosti a občanská sdružení nejen v ústavech, ale lze

tuto péči zajišťovat i doma, což je pro nemocného nejideálnější, ale ne vždy dostupné a dostačující. Podle Hanzlíkové máme sedm typů hospicové péče. **Domácí hospicová laická péče** je zaměřená na odborné instituce poskytující tuto péči. Tento typ péče je určen těm, kteří mají takové sociální podmínky, které umožňují poskytovat domácí hospicovou péči bez ohrožení nebo snížení kvality života umírajícího. Tato péče je realizována tzv. pečovatelem (člen rodiny, dobrovolník, přítel). **Domácí hospicová odborná péče** je formou zdravotní, sociální, laické, psychologické a spirituální péče poskytovanou umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí. Nemocní u tohoto typu péče vyžadují odbornou pomoc. Je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a je poskytována multidisciplinárním týmem, jehož složení odpovídá aktuálním potřebám umírajícího. **Ambulantní hospicová péče** je určena pro úplně nebo částečně mobilní osoby, jejichž stav nevyžaduje hospitalizaci ani poskytování domácí odborné péče. **Stacionární hospicová péče** poskytuje péči umírajícím v prostředí stacionáře, který nahrazuje vlastní sociální prostředí klienta. Stacionáře jsou určeny klientům, kteří nemají sociální podmínky pro domácí hospicovou laickou i odbornou péči 24 hodin denně. Je také určena těm, kteří vyžadují zvláštní léčbu, kterou nelze realizovat v rámci domácí ani ambulantní hospicové péče. Péči poskytuje multidisciplinární tým. **Lůžková hospicová péče** je autonomní lůžkové zařízení pro klienty, kteří nemají takové sociální podmínky, aby bylo možné zabezpečit minimální úroveň kvality jejich života. Do hospice se přijímají klienti, u kterých se očekává úmrtí v časovém horizontu přibližně do 6 měsíců od přijetí do zařízení. Prioritou hospice je zmírnění fyzického, psychického, sociálního a duševního utrpení. Hospic umožňuje ubytování i členům rodiny, i když návštěvy jsou neomezeně po celý rok. Člověk, který umírá, potřebuje osoby, které jej mají rády. O nemocného se stará multidisciplinární tým, ale mohou se zapojit i příbuzní do primární péče o svého člena. **Samostatná hospicová jednotka** poskytuje komplexní služby umírajícím v rámci nemocnice nebo jiného zdravotnického zařízení. **Mobilní hospicové týmy** jsou formou hospicového programu, který zabezpečuje multidisciplinární tým ve zdravotnických nebo jiných zařízeních v rámci různých lůžkových oddělení, kde se poskytuje paliativní péče. (50, s. 70; 52; 10, s. 264, 265)

Hospice v ČR: APHPP, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče; Cesta domů - Praha; Charitní hospicová péče Pokojný přístav, Opava; Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP; Domácí hospic Jordán o.p.s; Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna; Ecce homo, Sdružení pro podporu domácí péče

a hospicového hnutí; Hospic Anežky České v Červeném Kostelci; Hospic sv. Lazara v Plzni; Nadační fond Umění doprovázet a mnoho dalších hospiců v ČR, viz. internetové stránky: <http://www.hospice.cz/>

5 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

5.1 Komunitní plánování

Komunitní plánování je nejen otevřený, ale i cyklický proces zjišťování potřeb členů komunity. Cílem je hledat řešení, která nejlépe odpovídají místním podmínkám a potřebám, a podle nich vytvářet fungující systém zdravotních a sociálních služeb v komunitě. Komunitní plánování spočívá ve spolupráci a zapojení uživatelů služeb, jejich poskytovatelů a zadavatelů (např. obcí, kraje). (7, s. 28)

Komunitní plánování je strategickým nástrojem ke zjišťování potřeb a jejich následnému uspokojení ve zvolené oblasti. Je to proces, kde v jeho průběhu vzniká komunitní plán. Tyto plány jsou většinou střednědobé, jejich plnění probíhá v časovém rozmezí tři až pět let. Na komunitní plán můžeme nahlížet jako na smlouvu, ve které se účastníci procesu po vzájemné rozpravě dohodli na společných cílech a způsobech jejich naplňování. (53, s. 24)

5.1.1 Fáze komunitního plánování

Do fází komunitního plánování řadíme: **Vyhledávání skupin**, kdy klienti integrované komunitní péče jsou většinou senioři, ale také lidé v produktivním věku a jejich stav vede k přechodné nebo trvalé bezmocnosti. Nejčastěji to jsou lidé, kteří jsou v sociální krizi po cévní mozkové příhodě, lidé s chronickým degenerativním onemocněním, s tělesným a duševním postižením, se smyslovými poruchami, s následky těžkých úrazů, osoby k doléčení po operacích, lidé s toxikomanií a umírající. Druhou fází je určení věkové struktury a stanovení potřeb. V této fázi je definováno **množství klientů** a odhadovaný časový horizont pomoci k zabezpečení relativní nezávislosti. Za nejdůležitější faktory, které vedou ke ztrátě nezávislosti klienta a vzniku potřeby služeb, považujeme zdravotní stav, sociální prostředí a kvalitu bydlení. Ve třetí fázi probíhá **zhodnocení stávajících služeb a možností**. Služby v komunitě dělíme na zdravotní, sociální a na další nestátní subjekty. Pod zdravotními službami si představíme například pohotovostní služby, lékárenské služby, agentury domácí péče, stacionáře zdravotní péče aj. Mezi sociální služby řadíme denní stacionáře, pečovatelské služby, azylové domy, chráněné bydlení aj. A nestátními subjekty jsou myšleny církevní organizace, poradenské služby pro občany se zdravotním postižením, dobrovolnické aktivity, kluby důchodců aj. Poslední, čtvrtou fází, je **posouzení situace a stanovení společné koncepce**,

kdy multidisciplinární tým je tvořen zástupci komunity/ obce, poskytovateli služeb a zástupci příjemců. Tento tým promýšlí a plánuje, jaké služby jsou potřebné a jak má být celý systém v rámci komunity propojen. (7, s. 28 - 30)

Každý autor definuje fáze komunitního plánování jinak. V některých knihách se můžeme setkat i s fází přípravnou, analytickou, strategickou a realizační.

5.2 Komunitní plánování sociálních služeb

Komunitní plánování sociálních služeb je definováno jako proces, který je otevřený pro zjišťování potřeb a zdrojů a hledání nejlepších řešení v oblasti sociálních služeb. Pomocí komunitního plánování lze plánovat sociální služby v komunitě tak, aby odpovídaly místním potřebám, aby byly poskytovány efektivně, tedy aby byly podporovány pouze užitečné služby; aby prostředky - finanční, materiální a lidské zdroje, byly využívány účelně; aby byly hledány nové zdroje pro zajištění potřebných sociálních služeb; v neposlední řadě aby na plánování sociálních služeb participovali všichni, kterých se to týká. (54, s. 34)

Hlavními zásadami komunitního plánování sociálních služeb je partnerství a spolupráce; zapojování místního společenství; potřeby a směry rozvoje, které jsou stanoveny lidmi, kteří v obci žijí; průběh zpracování komunitního plánu; kompromis přání a možností. (55, s. 11 - 16)

Komunitního plánování sociálních služeb se účastní zadavatel, poskyvatelé a uživatelé. Tato skupina se nazývá triáda. Zadavatel je zodpovědný za zajištění sociálních služeb na daném území. Cílem zadavatele je, aby svým občanům zajistil potřebné služby v co nejlepší kvalitě. Poskyvatelé poskytují a nabízejí sociální služby, bez ohledu na zřizovatele. Cílem poskytovatelů je udržet a rozvíjet své zařízení a poskytovat kvalitní sociální služby. Uživatelé jsou osoby, kterým jsou poskytovány sociální služby z důvodu nepříznivé sociální situace. (54, s. 34)

5.3 Komunitní práce

Komunitní práce je jednou z metod sociální práce, která se zaměřuje na pomoc lidem v rámci místní komunity, snaží se určit jejich sociální potřeby, zvážit nejúčinnější způsoby jejich naplnění a začít na nich pracovat do takové míry, jak to umožňují zdroje, které jsou k dispozici. (54, s. 32)

Cílem komunitní práce je ovlivňování sociálních změn v určité lokalitě nebo organizaci utvářením žádoucích vztahů mezi skupinami v dané komunitě, a to nejlépe tak, aby sami členové této komunity tyto změny žádali a uskutečňovali. (56, s. 68)

5.4 Komunitní sestra a její vzdělání

Komunitní sestra je nelékařský zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí. Samostatně poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče. Komunitní sestra se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí. (57)

Komunitní sestra musí získat odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra. Po získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu může pokračovat ve specializačním vzdělání v oboru komunitní sestra. Komunitní sestra by měla spolupracovat s praktickými lékaři, sociálními pracovníky, krajskými úřady a institucemi obcí, různými společnostmi a organizacemi. (57)

5.4.1 Náplň práce komunitní sestry

Komunitní sestra poskytuje péči celé komunitě, a to v primární, sekundární nebo v terciální prevenci. Americká asociace sester definuje standardy ošetrovatelství v komunitě: Sestra uplatňuje teoretické vědomosti při rozhodování v praxi, dále systematicky sbírá údaje, které jsou ucelené a přesné. Sestra analyzuje údaje, které vyzkoumala o komunitě, rodině a jednotlivci, a ty determinují ošetrovatelské diagnózy. Sestra připravuje plány, které specificky určují ošetrovatelské aktivity. Dále se řídí plánem, jehož plněním ochraňuje, udržuje a obnovuje zdraví, předchází nemocem a stará se o rehabilitaci. Komunitní sestra zaznamenává odezvy z komunity, rodiny a jednotlivců nebo intervence a opatření, které zlepšily zdravotní stav, vedly k plnění stanovených cílů a na základě toho reviduje databázi, diagnózy a plány. Zúčastní se při setkání s kolegy, přebírá zodpovědnost na rozvoj profese a podporuje profesionální růst ostatních. V neposlední řadě komunitní sestra přispívá prostřednictvím výzkumu k rozvoji teorie a praxe komunitního ošetrovatelství. (13, s. 30,31)

6 DOMÁCÍ PÉČE

6.1 Historie domácí péče

Domácí péče existuje od nejstarších dob. Před obdobím raného křesťanství byla péče o nemocné svěřena ženám, které ji vykonávaly přímo v domácnostech nemocných. Tyto ženy byly nejen bylinkářky, ale i porodní báby zároveň. Ve středověku byl založen první řád sester - ošetřovatelek, řád augustiánek, které se zaměřily na poskytování ošetřovatelských služeb v domácnosti, a řád vincentek, které svou činnost vykonávají dodnes. Agentury domácí péče v České republice začaly vznikat kolem roku 1990 při České katolické charitě. V roce 1993 vznikla Asociace domácí péče v ČR. V roce 2000 poskytovalo služby více jak 200 agentur domácí péče, v roce 2007 jich bylo zaznamenáno 515. (10, s. 238 - 240)

6.2 Domácí péče

Domácí péče je odborná zdravotní péče poskytovaná klientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti. Dále je zaměřena na zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Cílem domácí péče je zajistit maximální rozsah a dostupnost péče; zajistit nejen kvalitu, ale i efektivitu zdravotní péče klientům v jejich vlastním sociálním prostředí, a v neposlední řadě eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav klientů. (14, s. 42, 43)

Výhodou domácí péče je hospodárnost, mnohostrannost, tzn. že v domácí péči pracuje multidisciplinární tým, který poskytuje služby více odborníků. Dále mezi výhody řadíme individualizovanou péči, komplexnost, dlouhodobou péči a podporu zdraví. (10, s. 247)

6.3 Domácí péče v komunitě

Domácí ošetřovatelská péče v komunitě se zaměřuje na podporu zdraví, upevňování a posilování zdraví, prevenci nemocí a pozitivní spoluúčast jednotlivců, rodin a komunit na rozvíjení zdraví společnosti - **primární prevence**. Dále se podílí na aktivitách, které směřují k navrácení zdraví - **sekundární prevence**, a také se zaměřuje na předcházení komplikacím chronických nemocí, na poskytování útěchy a laskavé péče lidem v každém věku v rámci hospicové ošetřovatelské péče - **terciální prevence**. Domácí péče v komunitě může být krátkodobá a dlouhodobá. V ČR převládá dlouhodobá

péče, která je orientovaná převážně na péči o chronicky a terminálně nemocné. Nyní již v řadě zemí přibývá vysoce specializovaná domácí ošetrovatelská péče, která je nazývána jako agentura domácí ošetrovatelské péče. (10, s. 248)

6.4 Formy domácí péče

V ČR je domácí péče poskytována v pěti formách. **Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)** je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním a nevyžaduje hospitalizaci. Tato forma péče zahrnuje specializovanou domácí péči a je určena klientům, kteří jsou v pooperačním a poúrazovém stavu. Tato péče je poskytována převážně krátkodobě v rozsahu dnů nebo týdnů. **Dlouhodobá domácí péče** je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní stav i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči. U této formy domácí péče jde o komplexní péči, která je poskytována v rozsahu měsíců až několika let. **Preventivní domácí péče** je další formou domácí péče v ČR. Tato péče je určena klientům, u nichž lékař vyžaduje v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Tato péče je poskytována v týdenní nebo měsíční frekvenci, které na základě celkového stavu klienta určí ošetřující lékař. **Domácí hospicová péče** je poskytována klientům v preterminálním a terminálním stadiu života. Tato forma domácí péče je obvykle poskytována u klientů, u nichž ošetřující lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu v následujících 6 měsících. Poslední forma domácí péče je nazývána jako **domácí péče ad hoc**, tedy jednorázová péče, kdy sestry vykonávají jednorázové výkony z ordinací praktických lékařů nebo jiných ošetřujících lékařů. (7, s. 65, 66)

6.5 Sestry domácí péče

Pro sestry v domácí péči je velice důležitá profesní zdatnost. Znamená to hlavně komunikační dovednosti, odborné znalosti, rychlost, iniciativu a samostatnost. Dalším předpokladem sestry pro domácí péči je pracovní morálka, tzn. spolehlivost, pracovitost, poctivost, důvěryhodnost a ochota. A posledním, tedy třetím, předpokladem jsou povahové vlastnosti. Tím je myšlena empatie, nepodléhání negativním náladám a nekonfliktní jednání. (58, s. 34, 35)

6.6 Péče o staré lidi

Proces stárnutí začíná od samého narození a změny, které během stárnutí přicházejí, mohou někdy nakonec vést ke ztrátě samostatnosti. Jak jsem již výše

zmiňovala, starý člověk se o sebe nedokáže postarat a je odkázán na pomoc druhých. Staří lidé na svém domově velmi lpí, proto je dobré, abychom je v domácím zařízení ponechali co nejdéle a ošetrovatelskou péči zařídili jinou cestou. Rozhodnutí závisí na pohyblivosti a nezávislosti starého člověka. Co se týče pohyblivosti, je důležité, abychom se starými lidmi chodili na procházky, pečovali o jejich nohy prostřednictvím zdravotní obuvi, pravidelnou návštěvou pedikéra, péčí o nehty. Často nám může připadat, že bude snadnější, když nějakou činnost vykonáme za starého člověka. Ale existuje mnoho praktických pomůcek, které umožní starému člověku udržet si nezávislost. Měli bychom předcházet pádům - madla kolem toalety, vyvýšené prkénko toaletní mísy, zajistit chodítko nebo hůl, postel ve správné výšce. Měli bychom vést staré lidi k tomu, aby se snadněji oblékali - tzn. nahradit knoflíky suchými zipy a tkanice a pásy přешít dopředu. Dále bychom měli dbát na zabezpečení domácnosti. Je dobré zajistit, aby koberce neměly roztřepené okraje a aby na zemi neležely šňůry od svítidel či spotřebičů. Podlaha nesmí být naleštěná a kluzká, schodiště se doporučuje nasvítit a vypínače snadno nahmatatelné. Dále léky ukládáme na bezpečné místo. Důležitým úkolem „domácí sestřičky“ je přesvědčit seniora, aby si zamykal vchodové dveře a zavíral okna. (59, s. 133 - 135)

Další možností péče o staré lidi je najít dům s pečovatelskou službou, nebo domov důchodců, kde mají obyvatelé vlastní pokoje. (59, s. 133)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

7.1 Hlavní problém

Komunitní péče je péče, která je poskytována nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v sociálních a ostatních službách, které se zajímají o občany, a to již od narození až po jejich smrt. Nabídka komunitní péče v České republice je velice opomíjené a většinou netolerované téma. To nás vedlo k tomu, aby jsme zjistili, jaký je přehled o této problematice.

7.2 Dílčí problémy

Své šetření jsme orientovali na všeobecné sestry, kde jsme zjišťovali, jaký mají přehled o nabídce komunitní péče v České republice. Dalším dílčím problémem, který se vztahuje k této problematice, je důležitost komunitní péče v České republice a dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče v České republice.

8 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

1. Zjistit, zda všeobecné sestry mají přehled o nabídce komunitní péče v České republice.
2. Zjistit, zda si všeobecné sestry myslí, že je v České republice důležitá komunitní péče.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry předpokládají, že je v České republice dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče.

Úkolem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit, zda všeobecné sestry mají povědomí o nabídce komunitní péče v České republice. Dalším úkolem bylo získat relevantní data, kterých bylo dosaženo prostřednictvím dotazníkového šetření. Data byla statisticky zpracována a porovnána s výsledky ostatních vědeckých prací. Posledním úkolem bylo vytvořit na základě prostudované literatury dva informační letáky

o komunitní péči a o principech komunitní péče. Informační letáky slouží ke zvýšení informovanosti o této problematice.

9 METODIKA

Pro vlastní výzkumnou práci byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, který byl vybrán na základě pečlivého uvážení. Sběr dat probíhal pomocí explorační výzkumné metody - dotazníku (viz. Příloha A). Dotazník byl určen všeobecným sestřám, jim bylo položeno 20 otázek. Formy dotazníkových položek jsme volili otevřené, polootevřené a uzavřené - dichotomické, polytomické. Dotazovaný vybíral odpověď, která se nejvíce blížila jejímu vlastnímu názoru. Dotazník byl zcela anonymní a získané informace byly použity výhradně pro tuto práci.

Před výzkumným šetřením jsme provedli pilotní studii, která měla prověřit, zda jsou otázky dobře, srozumitelně a jasně formulovány. Pilotní studii jsme provedli v měsíci prosinec - 2013, kdy jsme rozdali 10 dotazníků všeobecným sestřám, které mi poté vyjádřily svoje připomínky. Na základě tohoto zjištění jsme některé položky upravili.

Pro praktickou část jsme si vymezili tři cíle, od kterých se odvíjí hypotézy. Přehled, důležitost a dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče v České republice je hlavní výzkumnou sondou této diplomové práce. Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2013 do ledna 2014. Celkem jsme rozdali 300 (100%) dotazníků, zpět jsme obdrželi 90% návratnost.

Výsledky byly zpracovány do tabulek za pomoci programu Microsoft Office Excel 2007. Pomocí tohoto programu jsme použili absolutní a relativní četnost. Tabulky jsme doplnili vlastním komentářem.

10 HYPOTÉZY

H 1: Většina všeobecných sester má dostatečný přehled o nabídce komunitní péče v České republice.

Kritériem pro potvrzení hypotézy číslo 1 bylo, že všeobecné sestry odpoví správně alespoň na 4 otázky ze 7.

H 2: Všeobecné sestry mají znalosti o komunitní péči a dokážou tento pojem definovat.

H 3: Všeobecné sestry dokážou vysvětlit rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí.

H 4: Všeobecné sestry si myslí, že komunitní péče je důležitá pro zdravotnictví v České republice.

H 5: Všeobecné sestry předpokládají, že v České republice je dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče.

11 VZOREK RESPONDENTŮ

Jako respondenti pro výzkumnou část této diplomové práce byly osloveny všeobecné sestry. Výzkum probíhal v osmi zdravotnických organizacích v Jihočeském kraji. Byly osloveny čtyři nemocnice a čtyři domovy pro seniory. Za účelem získání výzkumného vzorku bylo rozdáno 300 dotazníků, kdy návratnost byla 90% (Tabulka 1). Pro výzkumné šetření jsme vytvořili vlastní žádost, kterou mi vedoucí každé zdravotnické organizace podepsala (Příloha B). Dotazníky i přílohy jsou k nahlédnutí v přílohách.

Tabulka 1 Návratnost dotazníků

Zdravotnická organizace	Rozdané dotazníky	Vrácené dotazníky	Vrácené dotazníky v %
Nemocnice Strakonice	68	55	81%
Nemocnice Písek	90	80	89%
Nemocnice Volyně	27	25	93%
Nemocnice Horažďovice	45	45	100%
Domov pro seniory Strakonice, Rybniční	16	15	94%
Domov pro seniory Strakonice, Lidická	24	20	83%
Domov pro seniory Písek	15	15	100%
Domov pro seniory, Blatná	15	15	100%
Celkem	300	270	90%

12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	12	4%
Žena	258	96%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů se výzkumného šetření zúčastnilo 12 (4%) mužů a 258 (96%) žen.

Otázka č. 2

Tabulka 3 Délka praxe ve zdravotnickém zařízení

Délka praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 5 let	43	16%
5 - 10 let	44	16%
11 - 20 let	78	29%
21 a více	105	39%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů uvedlo 43 (16%) respondentů, že jejich délka praxe je méně než 5 let. 44 (16%) respondentů odpovědělo, že délku praxe ve zdravotnickém zařízení má 5 - 10 let v praxi. 11 - 20 let označilo 78 (29%) odpovídajících a praxi 21 a více let má 105 (39%) respondentů.

Otázka č. 3

Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Středoškolské	175	65%
Vyšší odborné	38	14%
Vysokoškolské I. stupně	40	15%
Vysokoškolské II. stupně	9	3%
ARIP	6	2%
PSS	2	1%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Ve skupině 270 (100%) respondentů označilo 175 (65%) dotazovaných, že jejich vzdělání je středoškolské. 38 (14%) respondentů má vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolské bakalářské studium 40 (15%) dotazovaných a vysokoškolské magisterské studium označilo 9 (3%) respondentů. K možnosti odpovědi jiné, bylo 6 (2%) respondentů se specializačním vzděláním ARIP a 2 (1%) respondenti s postgraduálním vzděláním.

Otázka č. 4

Tabulka 5 Setkal(a) jste se někdy s pojmem komunitní péče?

Setkal(a) jste se s pojmem komunitní péče?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	184	68%
Ne	86	32%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo 184 (68%) dotazovaných, že se setkali s pojmem komunitní péče a 86 (32%) respondentů odpovědělo, že ne.

Otázka č. 5

Tabulka 6 Jak byste definoval(a) pojem komunitní péče?

Komunitní péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Poskytování zdravotních, sociálních a ostatních služeb, které jsou poskytovány pouze nemocným občanům.	12	4%
Poskytování zdravotních služeb pouze nemocným občanům.	2	1%
Poskytování zdravotních, sociálních a ostatních služeb poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám jisté komunity.	256	95%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů si 12 (4%) odpovídajících myslí, že komunitní péče je poskytování zdravotních, sociálních a ostatních služeb, které jsou poskytovány pouze nemocným občanům. 2 (1%) respondenti odpověděli, že komunitní péče je poskytování zdravotních služeb pouze nemocným občanům. A 256 (95%) respondentů vyplnilo, že **komunitní péče je poskytování zdravotních, sociálních a ostatních služeb poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám či skupinám jisté komunity.**

Otázka č. 6

Tabulka 7 Víte, jaký je rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí?

Komunitní péče × Primární péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	125	46%
Ne	145	54%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo 125 (46%) dotazovaných, že ví, jaký je rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí. 145 (54%) respondentů nemá povědomí o tomto rozdílu. Od tohoto vyhodnocení se odvíjí následující otázka č. 7.

Otázka č. 7

Jestliže jste v předchozí otázce odpověděla ano, napište, jaký je rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí:

Nejčastější odpovědi respondentů jsou interpretovány do tabulek.

Tabulka 8 Rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí? (otevřená otázka)

Komunitní péče je:	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Poskytuje péči nejen nemocným a zdravým občanům, ale i různým skupinám, které jsou v určité komunitě.	40	32%
Komunitní péče se zaměřuje na prevenci a znalost problematiky dané komunity.	30	24%
Komunitní péče doplňuje primární péči.	20	16%
Poskytování služeb v domácím prostředí.	20	16%
Péče od narození až po smrt občana.	15	12%

Tabulka 9 Rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí? (otevřená otázka)

Primární péče je:	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Prvotní péče mezi lékařem a nemocným.	50	40%
Primární péče doplňuje komunitní péči.	30	24%
Individuální péče.	20	16%
Ambulantní péče.	15	12%
Péče, která je vykonávána u většiny klientů.	10	8%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo 125 (46%) dotazovaných na otevřenou otázku tohoto výzkumného šetření. Zbýlých 145 (54%) respondentů nevědělo, jaký je rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí, a zároveň tuto otázku nemohlo zodpovědět. Do tabulek jsme uvedli nejčastější odpovědi týkající se znalostí o primární a komunitní péči.

Do tabulky 8 jsme interpretovali data o **komunitní péči**. Ze 125 (100%) odpovídajících vypsalo 40 (32%), že komunitní péče je poskytována nejen nemocným a zdravým občanům, ale i různým skupinám, které jsou v určité komunitě. 30 (24%) dotazovaných odpovědělo, že komunitní péče se zaměřuje na prevenci a znalost problematiky dané komunity. 20 (16%) respondentů vyplnilo otevřenou otázku se slovy, že komunitní péče doplňuje primární péči, stejně tak dalších 20 (16%) odpovídajících vyplnilo, že komunitní péče poskytuje služby v domácím prostředí. Pouze 15 (12%) respondentů napsalo, že je to péče, která je poskytována od narození až po smrt občana.

Do tabulky 9 jsme vypsali nejčastější odpovědi, které se týkají **primární péče**. Ze 125 (100%) odpovídajících vypsalo 50 (40%), že primární péče je prvotní péče mezi lékařem a nemocným. 30 (24%) dotazovaných odpovědělo, že primární péče doplňuje komunitní péči. 20 (16%) respondentů vyplnilo otevřenou otázku se slovy, že primární péče je individuální péče, tak, jako 15 (12%) odpovídajících vyplnilo, že primární péče je péče ambulantní. Zbýlých 10 (8%) respondentů napsalo, že primární péče je péče, která je vykonávána u většiny klientů.

Otázka č. 8

Víte, co všechno může komunitní péče zahrnovat? (Možnost více odpovědí)

Možnosti odpovědí:

- a) Péče o klienty v domácím prostředí
- b) Prevence upevnění a podpora zdraví
- c) Edukace v péči o zdraví
- d) Primární péči
- e) Jiné: (napište)

Tabulka 10 Víte, co všechno může komunitní péče zahrnovat?

Komunitní péče zahrnuje:	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď za a + b + c	125	46%
Odpověď za a + b + c + d	75	28%
Odpověď za a + b	20	7%
Odpověď za b + c + d	20	7%
Odpověď za a	10	4%
Odpověď za b + c	10	4%
Odpověď za b + d	5	2%
Odpověď za c + d	4	2%
Odpověď za c	1	0%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů vyplnilo otázku s více možnostmi odpovědí celkem 125 (46%) odpovídajících správně, když uvedli odpověď **a + b + c** - tedy že komunitní péče zahrnuje péči o klienty v domácím prostředí, prevenci a podporu zdraví a v neposlední řadě i to, že komunitní péče zahrnuje edukaci v péči o zdraví.

Celkem 75 (28%) respondentů vyplnilo všechny nabídnuté odpovědi - $a + b + c + d$. 20 (7%) dotazovaných vyplnilo odpovědi $a + b$, stejně tak jako 20 (7%) respondentů odpovědělo $b + c + d$. Samotnou odpověď za a vyplnilo 10 (4%) odpovídajících. Odpověď $b + d$ vyplnilo 5 (2%) respondentů, odpověď $c + d$ celkem 4 (2%) účastníci výzkumného šetření a 1 (0%) respondent odpověděl pouze odpověď c .

Žádný z respondentů nevyplnil odpověď e .

Otázka č. 9

Tabulka 11 Existuje komunitní péče v zahraničí?

Péče o chronicky nemocné a duševně postižené?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	266	99%
Ne	4	1%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo 266 (99%), že komunitní péče existuje v zahraničí. 4 (1%) respondenti odpověděli negativně.

Otázka č. 10

Tabulka 12 Pojem komunitní sestra znamená?

Komunitní sestra:	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zdravotní sestra, která zprostředkovává zdravotní a sociální péči pro členy komunit.	200	74%
Sestra, která pečuje o určitou komunitu (skupinu) se specifickým onemocněním.	67	25%
Sestra, která pracuje ve zdravotnickém zařízení.	3	1%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo 200 (74%) dotazovaných, že **komunitní sestra je sestra, která zprostředkovává zdravotní a sociální péči pro členy komunit**. 67 (25%) respondentů odpovědělo, že komunitní sestra je sestra, která pečuje o určitou komunitu (skupinu) se specifickým onemocněním. 3 (1%) dotazovaní odpověděli, že komunitní sestra je sestra, která pracuje ve zdravotnickém zařízení.

Otázka č. 11

Komu si myslíte, že může být komunitní péče nabízena? (Možnost více odpovědí)

Možnosti odpovědí:

- a) Péče o dítě
- b) Péče o seniory
- c) Péče o rodinu
- d) Péče o chronicky nemocné
- e) Péče o těhotné ženy
- f) Péče o zdravotně postižené

Tabulka 13 Komu může být komunitní péče nabízena?

Komunitní péče:	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď za a + b + c + d + e + f	140	52%
Odpověď za a + b + c + d + f	30	11%
Odpověď za a + b + c	25	9%
Odpověď za a + b + f	15	5%
Odpověď za b + c + d	15	5%
Odpověď za b + d	15	6%
Odpověď za c + d + e	10	4%
Odpověď za d + e	10	4%
Odpověď za a + e	5	2%
Odpověď za b + e + f	5	2%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů vyplnilo otázku s více možnostmi odpovědí celkem 140 (52%) dotazovaných správně, když uvedli odpověď **a + b + c + d + e + f** - tedy, že komunitní péče může být nabízena v péči o dítě, v péči o seniory, v péči o rodinu, v péči o chronicky nemocné, v péči o těhotné ženy a v péči o zdravotně postižené.

Celkem 30 (11%) respondentů vyplnilo nabídnuté odpovědi - $a + b + c + d + f$. 25 (9%) odpovídající vyplnilo odpovědi $a + b + c$. 15 (5%) respondentů odpovědělo $a + b + f$, stejně tak jako 15 (5%) dotazovaných odpovědělo $b + c + d$. Stejný počet respondentů 15 (5%) vyplnil odpověď $b + d$. Odpověď $c + d + e$ vyplnilo 10 (4%) respondentů, odpověď $d + e$ celkem 10 (4%) zúčastněných výzkumného šetření. 5 (2%) respondentů vyplnilo odpověď $a + e$ a 5 (2%) vyplnilo $b + e + f$.

Otázka č. 12

Tabulka 14 Je v České republice komunitní péče důležitá?

Je komunitní péče důležitá?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	267	99%
Ne	3	1%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo kladně na otázku celkem 267 (99%) dotazovaných. 3 (1%) respondenti odpověděli, že si nemyslí, že by byla komunitní péče v České republice důležitá.

Otázka č. 13

Tabulka 15 Je v koncepci ošetřovatelství definována komunitní péče?

Je v koncepci ošetřovatelství definována komunitní péče?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	205	76%
Ne	65	24%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo 205 (76%) dotazovaných, že v koncepci ošetřovatelství je definována komunitní péče. 65 (24%) respondentů odpovědělo negativně.

Otázka č. 14

Co byste zařadili mezi principy komunitní péče? (Možnost více odpovědí)

Možnosti odpovědí:

- a) Čtyřiaadvacetihodinovou dostupnost prvotní péče.
- b) Pohodlnou dostupnost zdravotních a sociálních služeb.
- c) Okamžité předávání klienta odpovídajícím službám.
- d) Multidisciplinární spolupráci a koordinaci činností poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb.
- e) Diskrétnost při předávání informací.
- f) Účelnost nákladů pro vytvoření a udržení komunitního systému.
- g) Jiné: (napíšte)

Tabulka 16 Co byste zařadili mezi principy komunitní péče?

Komunitní péče:	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď za a + b + c + d + e + f	190	70%
Odpověď za a + b + c + d + e	25	9%
Odpověď za b + c + d	15	5%
Odpověď za d + e + f	15	6%
Odpověď za d	10	4%
Odpověď za d + e	10	4%
Odpověď za g	5	2%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů vyplnilo otázku s více možnostmi odpovědí celkem 190 (70%) odpovídajících správně, když uvedli odpověď **a + b + c + d + e + f** - tedy že mezi principy komunitní péče řadíme **čtyřadvacetihodinovou dostupnost prvotní pomoci, pohodlnou dostupnost zdravotních a sociálních služeb, okamžité předávání klienta odpovídajícím službám, multidisciplinární spolupráci a koordinaci činností poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, diskrétnost při předávání informací a účelnost nákladů pro vytvoření a udržení komunitního systému.**

Celkem 25 (9%) respondentů vyplnilo nabídnuté odpovědi - *a + b + c + d + e*. 15 (5%) odpovídajících vyplnilo odpovědi *b + c + d*. 15 (6%) respondentů odpovědělo *d + e + f*, dalších 10 (4%) dotazovaných vyplnilo pouze odpověď *d*, stejně tak jako 10 (4%) odpovídajících vyplnilo otázku *d + e*.

Celkem 5 (2%) respondentů reagovalo na odpověď *g*, kdy mohli napsat jiné principy komunitní péče, které nebyly v nabízených odpovědích. Tito respondenti uvedli do výzkumného šetření individuální přístup, mobilitu služeb, propojení služeb a domácí péči.

Otázka č. 15

Tabulka 17 Je v České republice dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče?

Dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče v ČR?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	23	9%
Ne	247	91%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů mi odpovědělo 23 (9%) dotazovaných, že předpokládají dostatečnou informovanost o nabídce komunitní péče v České republice. Celkem 247 (91%) respondentů odpovědělo negativně.

Otázka č. 16

Tabulka 18 Chtěl(a) byste, aby se informovanost o komunitní péči v České republice zvýšila?

Informovanost o komunitní péči	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	251	93%
Ne	19	7%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo na otázku celkem 251 (93%) dotazovaný kladně. 19 (7%) respondentů nechce, aby byla v České republice vyšší informovanost o komunitní péči.

Otázka č. 17

Z jakých zdrojů jste získal(a) informace o komunitní péči? (Možnost více odpovědí)

Možnosti odpovědí:

- a) Odborná literatura
- b) Zdravotnické noviny, časopisy, brožury, letáky
- c) Internet
- d) Studium
- e) Jiné (napište)

Tabulka 19 Z jakých zdrojů jste získal(a) informace o komunitní péči?

Získání informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď za c	156	58%
Odpověď za b + c	70	26%
Odpověď za a + b	20	7%
Odpověď za b + c + d	16	6%
Odpověď za e	8	3%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů byla nejčastěji vyplněna odpověď *c* - tedy že nejvíce informací o komunitní péči získalo 156 (58%) respondentů na internetu. 70 (26%) dotazovaných odpovědělo *b + c* - tedy že informace získali ze zdravotnických novin, časopisů, brožur nebo letáků a z internetu. Celkem 20 (7%) respondentů odpovědělo *a + b*, tedy že získali informace z odborné literatury a zdravotnických novin, časopisů, brožur nebo letáků. Na *b + c + d* odpovědělo celkem 16 (6%) dotazovaných, ti informace

získali prostřednictvím odborných článků, na internetu, ale i při studiu. A na možnost odpovědi e, kdy tato odpověď nabízela možnost napsat o jiných zdrojích mi otázku vyplnilo 8 dotazovaných, informace o komunitní péči získali od svých kolegů.

Otázka č. 18

Tabulka 20 Je komunitní péče důležitá pro zdravotnictví v České republice?

Je komunitní péče důležitá pro zdravotnictví v ČR?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	236	87%
Ne	34	13%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů si 236 (87%) myslí, že je komunitní péče důležitá pro zdravotnictví v České republice a 34 (13%) respondentů odpovědělo negativně. Od tohoto vyhodnocení se odvíjí následující otázka č. 19.

Otázka č. 19

Jestliže jste v předchozí otázce odpověděla ano, napište, proč si myslíte, že je komunitní péče důležitá:

Nejčastější odpovědi respondentů jsou interpretovány do tabulky.

Tabulka 21 Proč je komunitní péče důležitá v České republice?

Proč je komunitní péče důležitá v ČR?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vzájemná spolupráce zdravotní péče se sociální péčí.	40	17%
Kvalitní péče + efektivita.	36	15%
Podpora zdraví, navrácení zdraví, upevnění zdraví.	26	11%
Pomoc lidem v sociální tísní.	25	11%
Individuální přístup mezi občany v komunitě a personálem.	25	11%
Občané ve stejné komunitě se stejným problémem → zvýšení psychické podpory.	17	7%
Začlenění handicapovaných jedinců do společnosti.	15	6%
Péče, která je poskytovaná pro všechny (bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum, problém).	15	6%
Zkvalitnění života pro občana (dostatečná informovanost).	14	6%
Minimální hospitalizace.	12	5%
Snížení nákladů na zdravotní péči.	11	5%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo 236 (87%) dotazovaných na otevřenou otázku tohoto výzkumného šetření. Zbýlých 34 (13%) respondentů si myslí, že komunitní péče není důležitá pro zdravotnictví v České republice, a proto na tuto otázku neodpovídali.

Do tabulky 21 jsme interpretovali odpovědi 236 (100%) respondentů, kteří předchozí otázku kladně vyplnili. Nejčastější odpovědí byla vzájemná spolupráce zdravotní péče se sociální péčí, kdy tuto odpověď napsalo 40 (17%) dotazovaných. 36 (15%) respondentů odpovědělo, že komunitní péče v České republice je důležitá kvůli kvalitní a efektivní péči. 26 (11%) dotazovaných vyplnilo tuto otázku se slovy, že komunitní péče je důležitá, protože podporuje, navrácí a upevňuje zdraví. Dalších 25 (11%) respondentů vyplnilo, že komunitní péče je péče, která pomáhá lidem v sociální tísní. 25 (11%) dotazovaných odpovědělo, že důležitost komunitní péče spočívá v individuálním přístupu mezi občany, kteří jsou v dané komunitě, a mezi personálem, který je v komunitě zaměstnán. 17 (7%) respondentů vyplnilo otevřenou otázku tohoto výzkumného šetření tak, že díky komunitní péči se zlepšuje psychický stav klienta z toho důvodu, že v jisté komunitě jsou občané, kteří mají stejný problém. Dalšími 15 (6%) respondenty je tato otázka zodpovězena tak, že komunitní péče začleňuje handicapované jedince do společnosti. Od dalších 15 (6%) dotazovaných jsme pro toto výzkumné šetření zjistili, že komunitní péče v České republice je důležitá kvůli takové péči, která je poskytována pro všechny občany, bez ohledu na jejich věk, pohlaví a etnikum. Díky dostatečné informovanosti v komunitách dochází ke zkvalitnění života pro každého jedince - tento názor má 14 (6%) respondentů tohoto výzkumného šetření. O minimální hospitalizaci mluví 12 (5%) dotazovaných a 11 (5%) respondentů si myslí, že komunitní péče v České republice je důležitá kvůli snížení nákladů na zdravotní péči.

Otázka č. 20

Tabulka 22 Znáte nějaké komunity v České republice?

Znáte nějaké komunity v České republice?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	111	41%
Ne	159	59%
Celkem	270	100%

Shrnutí:

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo celkem 111 (41%) dotazovaných, že znají komunity v České republice. K otázce, kterou kladně vyplnili, tak mohli napsat komunity, které znají. Nejčastější odpovědi byly - KOMUNITNÍ CENTRUM KOSTKA KRÁSNÁ LÍPA, OBLASTNÍ CHARITA STRAKONICE, KRIZOVÉ A KONTAKTNÍ CENTRUM STRAKONICE, ANONYMNÍ ALKOHOLICI - PÍSEK, TERAPEUTICKÁ KOMUNITA NĚMČICE - SANANIM, OBLASTNÍ CHARITA HORAŽDOVICE, MĚSTSKÝ ÚSTAV SOCIÁLNÍCH SLUŽEB STRAKONICE, PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA BOHNICE, PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA DOBŘANY, PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA LNÁŘE, NADACE DROP - IN - PRAHA, DOMOV PRO ŽIDOVSKÉ SENIORY V PRAZE, AZYLOVÉ DOMY, ETNICKÉ KOMUNITY, KOMUNITNÍ CENTRA PRO SOCIÁLNĚ SLABÉ, FARNÍ CHARITA, ŽIDOVSKÉ KOMUNITY, KOMUNITY PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ, KOMUNITY PRO ZDRAVOTNĚ HANDICAPOVANÉ. Tyto komunity se nejčastěji objevovaly v odpovědích. Tato otázka byla pouze na respondentovi, zda odpoví, nebo ne.

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů odpovědělo 159 (59%), že neznají žádné komunity v České republice.

13 DISKUZE

V diplomové práci s názvem Nabídka komunitní péče v České republice jsme v rámci výzkumného šetření použili metodu kvantitativního výzkumu, který jsme provedli pomocí dotazníku. Pro dotazníkové šetření byly osloveny všeobecné sestry v osmi zdravotnických organizacích. Dohromady bylo rozdáno 300 dotazníků, kdy návratnost byla 90% (270). (Tabulka 1)

Cílem kvantitativního šetření bylo zjistit, zda všeobecné sestry mají přehled o nabídce komunitní péče v České republice. Dalším cílem bylo zjistit, zda si všeobecné sestry myslí, že je v České republice důležitá komunitní péče, a jako třetí cíl jsme si určili zjistit, zda všeobecné sestry předpokládají, že je v České republice dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče. Na tyto tři cíle navazuje pět hypotéz.

Úvodní tři otázky v dotazníkovém šetření se týkají demografických údajů. Celkem bylo osloveno 12 (4%) mužů a 258 (96%) žen (Tabulka 2). Na otázku jak dlouhou praxi všeobecné sestry mají ve zdravotnickém zařízení vyšlo, že má 105 (39%) respondentů délku praxe 21 a více let. 78 (29%) dotazovaných má délku praxe ve zdravotnickém zařízení 11 – 20 let. 5 – 10 let pracuje ve zdravotnictví 44 (16%) respondentů a o něco méně, tedy 43 (16%) všeobecných sester, má délku praxe méně než 5 let (Tabulka 3). Při otázce, jaké mají všeobecné sestry nejvyšší dosažené vzdělání, 175 (65%) dotazovaných odpovědělo, že středoškolské. Vyšší odborné vzdělání mělo 38 (14%) odpovídajících. Vysokoškolské vzdělání I. stupně (Bc.) má 40 (15%) respondentů a vysokoškolské vzdělání II. stupně (Mgr.) má pouhých 9 (3%) všeobecných sester. Při možnosti odpovědi jiné mi 6 (2%) respondentů vyplnilo, že mají specializaci ARIP a 2 (1%) respondenti mají postgraduální vzdělání (Tabulka 4).

V dalších otázkách jsme se zaměřili na zodpovězení mnou určených hypotéz. V otázkách číslo 4 a 5 jsme se již zaměřili na zodpovězení hypotézy č. 2: **Všeobecné sestry mají znalosti o komunitní péči a dokážou tento pojem definovat.** Při otázce, zda se všeobecné sestry setkaly někdy s pojmem komunitní péče, nám 184 (68%) respondentů odpovědělo kladně a 86 (32%) dotazovaných se neseťkalo s tímto pojmem (Tabulka 5). Velmi pozitivní výsledek vyšel u otázky číslo pět, kdy většina 256 (95%) zdravotnického personálu dokázala definovat, co znamená pojem komunitní péče (Tabulka 6). Dle autorky Darji Jarošové v knize Úvod do komunitního ošetřovatelství (7) je komunitní péče spektrem zdravotních, sociálních a následujících služeb, které jsou poskytovány

nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám jisté komunity. Z těchto výsledků se nám potvrdila hypotéza č. 2.

V otázkách č. 6 a 7 jsme se již zaměřili na zodpovězení hypotézy č. 3: **Všeobecné sestry dokážou vysvětlit rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí.** Odpovědi dotazovaných nás celkem zklamaly. I když výsledky byly vyrovnané, tak 125 (46%) respondentů vědělo, jaký je rozdíl mezi komunitní a primární péčí a dokázalo tento pojem vysvětlit, ale 145 (54%) dotazovaných odpovědělo negativně (Tabulka 7). Na tuto otázku navazovala následující sedmá otázka, kdy ti respondenti, kteří odpověděli ano, měli vysvětlit rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí. Z odpovědí jsme do tabulek 8 a 9 napsali nejčastější odpovědi. Od 40 (32%) dotazovaných byla nejčastější odpověď ta, že komunitní péče je péče, která je poskytována nejen nemocným a zdravým občanům, ale i různým skupinám, které jsou v určité komunitě. 50 (40%) respondentů na otevřenou otázku odpovědělo, že primární péče je prvotní péče mezi lékařem a nemocným. Dle Alžběty Hanzlíkové v knize Komunitní ošetrovatelství (10) je primární péče definována tak, že je poskytována praktickým lékařem při prvním kontaktu s nemocným. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že hypotéza byla vyvrácena, jelikož na tuto hypotézu bylo zodpovězeno malým počtem respondentů. Je velice zarážející, že většina respondentů nedovede definovat tento rozdíl, nehledě na to, že primární péče je poskytována ve všech zdravotnických zařízeních.

Otázky číslo 8, 9, 10, 11, 13, 14 a 20 jsou spojené s hypotézou č. 1: **Většina všeobecných sester má dostatečný přehled o nabídce komunitní péče v České republice.** Jako kritérium pro potvrzení hypotézy jsme si určili, že všeobecné sestry odpoví správně alespoň na čtyři otázky ze sedmi položených. Velice nás zklamaly odpovědi dotazovaných na otázku č. 8 (Tabulka 10), kdy všeobecné sestry mohly odpovědět na otázku, která zahrnovala více odpovědí. Pouhých 125 (46%) dotazovaných odpovědělo správně, že komunitní péče zahrnuje péči o klienty v domácím prostředí, prevenci a podporu zdraví a edukaci v péči o zdraví. K této otázce byla i možnost otevřené odpovědi, kterou nám nevyplnil ani jeden dotazovaný. Dle autorky Lucie Sikorové v knize Dětská sestra v primární a komunitní péči (9) je komunitní péče charakterizována následovně – péče o klienty v domácím nebo blízkém prostředí; směřování na prevenci, upevnění a podporu zdraví; směřování na edukaci populace v péči o zdraví. Prevence onemocnění, ochrana zdraví a výchova ke zdraví jsou nezbytnou součástí komunitní péče. Dalšími charakteristikami komunitní péče je zaměření se na zvyšování odpovědnosti

občana za péči o vlastní zdraví; péče o klienty a jejich rehabilitace a v neposlední řadě péče poskytovaná chronicky nemocným, nevyлéčitelně nemocným a zdravotně postiženým. S touto otázkou souvisí otázka č. 11 (Tabulka 13), kdy respondenti mohli z více odpovědí vybrat správnou. Otázka zněla, komu může být komunitní péče nabízena. Při této otázce bylo také málo správných odpovědí, tedy pouhých 140 (52%). V otázce č. 9 (Tabulka 11) jsme se dotazovaných ptali, jestli existuje komunitní péče v zahraničí. Na tuto otázku jsme měli velmi pozitivní odpověď, správně dotazovaných odpovědělo 266 (99%). Podle respondentů v diplomové práci paní V. Nagyové (60) a bakalářské práci paní P. Bochníčkové (61) se tento počet správných odpovědí o moc nelišil. Myslíme si, že v zahraničí je tato péče velice úspěšná a neustále vyžadovaná. V otázce č. 10 (Tabulka 12) jsme zjišťovali, co si všeobecné sestry představují pod pojmem komunitní sestra, a odpovědi byly velice pozitivní. Celkem 200 (74%) dotazovaných odpovědělo správně. Autorka Soňa Čechová v článku Komunitní sestra – chiméra nebo klíčový aktér? (57) definovala komunitní sestru jako poskytovatelku s vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí, která se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí. Dalším pozitivem k nabídce komunitní péče a k našemu dotazníkovému šetření je otázka č. 13 (Tabulka 15), kdy jsme se respondentů ptali, jestli je v koncepci ošetrovatelství defínována komunitní péče. 205 (76%) dotazovaných odpovědělo, že ano. Podobný počet respondentů odpověděl i v diplomové práci paní V. Nagyové. (60) Při otázce č. 14 (Tabulka 16), kde respondenti odpovídali, co by zařadili mezi principy komunitní péče, vyšlo, že 190 (70%) dotazovaných odpovědělo správně. Stejně tak jako autorka Zuzana Kastnerová (13) v odborném časopise Sestra napsala, že mezi principy komunitní péče řadíme čtyřicetihodinovou dostupnost prvotní pomoci, pohodlnou dostupnost zdravotních a sociálních služeb, návaznost péče pro zajištění kontinuity a propojení zdravotní, sociální, ústavní a komunitní péče. Dále mezi principy řadíme multidisciplinární spolupráci a koordinaci činností poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, schopnost výběru služeb pro zajištění spoluúčasti občana na rozhodnutí o formě odpovídající pomoci, individuální přístup k respektování jedinečnosti každé osoby a její potřeby, diskretnost při předávání informací a v neposlední řadě účelnost nákladů pro vytvoření a udržení komunitního systému. Na základě této otázky jsme vytvořili informační leták. Myslíme si, že o principech komunitní péče by měl mít povědomí každý, kdo pracuje ve zdravotnictví, z toho důvodu, že tyto důležité

informace může poskytnout nejen rodinám, ale i občanům a dalším poskytovatelům péče. Otázka č. 20 (Tabulka 22) se zajímala o to, zda respondenti znají nějaké komunity v České republice. Ten z dotazovaných, kdo odpověděl ano, měl napsat, jaké komunity v České republice zná. Vzhledem k tomu, že jsme toto výzkumné šetření vykonávali v Jihočeském kraji, tak odpovědi se většinou vztahovaly na komunity nebo komunitní centra v okolí Strakonice. Nejčastější odpovědí byla terapeutická komunita v Němčicích, která je poskytována občanům užívajícím návykové látky. Kladně odpovědělo pouze 111 (41%) dotazovaných. Velice nás překvapilo, že na tuto otázku neznalo odpověď více respondentů. Vzhledem k tomu, že některé komunity v České republice jsou opravdu známé a toto výzkumné šetření probíhalo mezi zdravotnickým personálem, je opravdu nepřijatelné, aby se o této problematice nehovořilo. Zdravotničtí pracovníci se s určitou problematikou setkávají ve zdravotnických organizacích dnes a denně. Nabízí se tedy otázka, zda by nebylo přínosem na toto téma uspořádat nějaké semináře či přednášky, například v rámci vzdělávacího programu pro všeobecné sestry. Vzhledem k tomu, že všechny tyto otázky nám měly potvrdit hypotézu č. 1, kdy jsem si předem stanovila kritéria, tak mohu říci, že hypotéza byla potvrzena.

V otázkách č. 12, 18 a 19 jsme se zaměřili na zodpovězení hypotézy č. 4: **Všeobecné sestry si myslí, že komunitní péče je důležitá pro zdravotnictví v České republice.** Otázkou č. 12 (Tabulka 14) jsme zjišťovali, jestli je podle respondentů v České republice komunitní péče důležitá. 267 (99%) dotazovaných odpovědělo, že ano. Dle vlastního názoru s tímto pozitivním výsledkem souhlasíme. Vzhledem k tomu, že v České republice je mnoho občanů, kteří prochází těžkými životními situacemi, tak je důležité těmto lidem pomoci. S touto otázkou souvisí v mém výzkumném šetření i otázka č. 18 (Tabulka 20), kdy jsme se zdravotnického personálu ptali, jestli je komunitní péče důležitá pro zdravotnictví v České republice. 236 (87%) dotazovaných odpovědělo, že ano. Tato otázka navazuje na důležitost, kterou jsme už zmínili výše. Pomoci lidem v těžkém životním období je i v zájmu nás všech. My, jakožto zdravotníci, můžeme občanům nabídnout a poradit, kde jim s jejich problémem mohou pomoci, popř. můžeme pomoci sami. Existuje nespočetné množství komunit v celé České republice, a proto je důležité se o tuto problematiku zajímat. Na otázku č. 18 navazuje otázka č. 19 (Tabulka 21), kdy ti respondenti, kteří odpověděli ano, měli napsat, proč si myslí, že je komunitní péče důležitá. V tabulce 21 jsme uvedli odpovědi, které se nejčastěji vyskytly v našem výzkumném šetření. Nejvíce dotazovaných 40 (17%) odpovědělo,

že komunitní péče v České republice je důležitá proto, že dochází k vzájemné spolupráci zdravotní péče se sociální péčí. Jak jsme již uvedli výše, tak s touto odpovědí souhlasíme. Další odpovědi, které nám respondenti vypsali, jsou: Kvalita péče + efektivita; podpora zdraví, navrácení zdraví a upevnění zdraví; pomoc lidem v sociální tísní; individuální přístup mezi občany v komunitě a personálem; zvýšení psychické podpory; začlenění handicapovaných jedinců do společnosti; péče, která je poskytována pro všechny, bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum a problém, s kterým přichází pro pomoc; zkvalitnění života pro občana; minimální hospitalizace a snížení nákladů na zdravotní péči. S těmito všemi výroky souhlasíme. Je milé vědět od zdravotnického personálu, že si uvědomuje důležitost komunitní péče. Těmito třemi otázkami se nám potvrdila hypotéza č. 4.

Otázky č. 15 a 16 nám měly zodpovědět hypotézu č. 5: **Všeobecné sestry předpokládají, že je v České republice dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče.** Otázka č. 15 (Tabulka 17) se ptá, zda je v České republice dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče. Pouhých 23 (9%) respondentů odpovědělo, že ano. Na otázku č. 16 (Tabulka 18), kdy jsme zjišťovali, zda by respondenti měli zájem o to, aby se informovanost o komunitní péči v České republice zvýšila, bylo mnoho kladných odpovědí - 251 (93%). Stejně tak jako v diplomové práci paní V. Nagyové (60), která kladla otázku ve svém výzkumném šetření, zda by respondenti stáli o rozvinutí komunitního ošetřovatelství v České republice. Celkem 96% odpovědělo, že ano. Výsledky se od sebe moc neliší. Bohužel nám ale tato hypotéza nebyla potvrzena, protože dostatek informovanosti o nabídce komunitní péče opravdu není. Paní P. Bochníčková (61) ve své bakalářské práci uvádí, že informovanost o komunitní péči dopadla v jejím výzkumném šetření pozitivně, přesto ne jednoznačně. Souhlasím se slovy paní Bochníčkové, která je názoru, že komunitní péče je stále nerozšířená v oblasti informovanosti.

Z finálních výsledků tohoto výzkumného šetření vzešlo, že se nám potvrdily dva cíle ze tří.

Naším cílem je zvýšit nejen důležitost, ale i dostatečnou informovanost o komunitní péči.

ZÁVĚR

Komunitní ošetřovatelství je syntéza ošetřovatelské praxe a veřejného zdraví užívaná k podpoře a zachování zdraví obyvatelstva. Zahrnuje činnosti orientované na podporu a udržení zdraví, zdravotní výchovu, management, koordinaci a kontinuitu péče. Převládá holistický přístup k zajištění zdravotní péče jednotlivců, rodin, skupin a komunit. Dle WHO byly definovány tři disciplíny komunitní ošetřovatelské péče. První disciplína je charakterizována jako smysl pro zodpovědnost při poskytování potřebné zdravotní péče v komunitě. Další prioritou je péče o ohrožené jedince a skupiny v komunitě a jako poslední disciplínou je klient, který musí být partnerem při plánování a hodnocení zdravotní péče.

Komunitní péče je spektrem zdravotnických, sociálních a následujících služeb, poskytovaných nejenom nemocným, ale i zdravým jedincům jisté komunity. Tyto všechny služby doplňují primární péči. Cílem komunitní péče je poskytovat péči v domácím prostředí, dát možnost co nejdelšího setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti nebo chronické nemoci. Do konceptu komunitní péče řadíme poskytování fyzických, psychologických, paliativních a duchovních služeb.

Cíle pro tuto diplomovou práci s názvem Nabídka komunitní péče v České republice byly stanoveny tři:

1. Zjistit, zda všeobecné sestry mají přehled o nabídce komunitní péče v České republice.
2. Zjistit, zda si všeobecné sestry myslí, že je v České republice důležitá komunitní péče.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry předpokládají, že je v České republice dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče.

Dále byly stanoveny hypotézy:

H 1: Většina všeobecných sester má dostatečný přehled o nabídce komunitní péče v České republice.

Kritériem pro potvrzení hypotézy číslo 1 bylo, že všeobecné sestry odpoví správně alespoň na 4 otázky ze 7.

H 2: Všeobecné sestry mají znalosti o komunitní péči a dokážou tento pojem definovat.

H 3: Všeobecné sestry dokážou vysvětlit rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí.

H 4: Všeobecné sestry si myslí, že komunitní péče je důležitá pro zdravotnictví v České republice.

H 5: Všeobecné sestry předpokládají, že je v České republice dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče.

Výsledky výzkumného šetření bohužel ukazují, že dvě hypotézy (H 3 a H5) nebyly potvrzeny. Stejně tak jako třetí cíl, kde jsme zjišťovali informovanost o nabídce komunitní péče v České republice.

Výzkumné šetření nás vedlo k tomu, abychom zvýšili nejen informovanost o komunitní péči v České republice, ale i její důležitost. Pomocí odborné literatury jsme vytvořili dva informační letáky, které by měly poskytnout základní informace nejen o komunitní péči, ale i o jejích principech. Tyto informační letáky budou nabídnuty zdravotnickým zařízením.

Závěre této diplomové práce by jsme si přáli, aby sloužila k dalšímu šetření a rozvoji komunitní péče v České republice. V neposlední řadě doufáme, že přispěje k informovanosti čtenářů, kteří se o tuto problematiku zajímají.

SEZNAM ZDROJŮ

1. STAŇKOVÁ, Marta. Obrázky z historie českého ošetrovatelství. *Sestra*, 2000, č. 3, s. 5. ISSN 1210-0404.
2. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
3. STAŇKOVÁ, Marta. Jakou chceme sestru v komunitní péči? *Sestra*, 2000, č. 4, s. 1 - 2. ISSN 1210-0404.
4. FESTOVÁ, Andrea. *Komunitní ošetrovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek*. [online]. [cit. 2013-10-29]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=38>.
5. MARKOVÁ, Marie, MIKULKOVÁ, Jana. *Jak můžeme přispět k rozvoji komunitní péče v České republice*. [online]. *Sestra*: [cit. 2013-10-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-muzeme-prispet-k-rozvoji-komunitni-pece-v-ceske-republice-444781>.
6. MARKOVÁ, Marta, BÁRTLOVÁ, Sylva. Mezinárodní projekt e - learning v komunitní péči. *Florance*, 2008, roč. 4, č. 2, s. 59. ISSN 1801-464X.
7. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 99 s. ISBN 978-802-4721-507.
8. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-802-4736-761.
9. SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha, 2012, 184 s. ISBN 978-802-4735-924.
10. HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006, 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
11. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.
12. HOLČÍK, Jan, KÁŇOVÁ, Pavlína; PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-701-3417-8.
13. KARNETOVÁ, Zuzana. Teorie a praxe komunitního ošetrovatelství. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 2, s. 30 - 31. ISSN 1210 - 0404 .

14. MARKOVÁ, Marie, ed al. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-499-3.
15. *Průvodce zdravotní péčí o děti v ČR: informační příručka pro cizince, kteří společně se svými dětmi dlouhodobě pobývají v ČR*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005, 44 s. ISBN 80-866-2541-9.
16. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. ; rozšíř. a přeprac. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-858-5076-1.
17. HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin:Osveta, 2004, 280 s. ISBN 80-8063-155-7.
18. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
19. MINUCHIN, Salvador. *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál, 2013, 231 s. ISBN 978-80-262-0371-1.
20. KENNEDY-MALONE, Laurie, FLETCHER, Kathleen Ryan; PLANK, Lori Martin. *Management guidelines for nurse practitioners working with older adults*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis. ISBN 08-036-1120-X.
21. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-807-3676-919.
22. MÁTL, Ondřej, JABŮRKOVÁ, Milena. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-807-2624-997.
23. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3679-088.
24. BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Překlad Jiří Bareš. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2011, 202 s. ISBN 978-807-3873-868.
25. PAUEROVÁ, Danuše. DLS při užití drog a alkoholu. *Sestra*, 2005, č. 7 - 8, s. 29. ISSN 1210-0404.
26. Řekni drogám NE!: *Seznam institucí v drogové oblasti*. [online]. [cit. 2014-01-05]. Dostupné z: <http://www.reknidrogamne.cz/cs/odbornici/institute>.
27. Řekni drogám NE!: *Komunity*. [online]. [cit. 2014-01-05]. Dostupné z: <http://www.reknidrogamne.cz/cs/institute-komunity>.
28. KASTNEROVÁ, Markéta. *Poradce zdravého životního stylu*. 1. vyd. České Budějovice: Nová Forma, 2012, 378 s. ISBN 978-80-7453-250-4.

29. RITSON, Bruce. *Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem*. 1. vyd. Editor Hana Sovinová, Ladislav Csémy, Karel Nešpor. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. ISBN 80-707-1203-1.
30. HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči*. Bouzov: VEF Enterprises, 2010, 157 s. ISBN 978-80-904611-0-9.
31. JIRÁK, Roman, LAŇKOVÁ, Jaroslava. *Demence: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: 2007*. Praha, 2007, 10 s. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-13-8.
32. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST: Kontaktní místa. [online]. [cit. 2014-01-16]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/kontaktni-mista/>
33. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-802-4717-333.
34. MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 161 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-864-2919-9.
35. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-731-5120-0.
36. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
37. Helples: *Mentálně postižení*. [online]. [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: <http://www.helples.cz/?menu=30&Odkaz=31%20®ionXP=0&txtVyras=&btnHledej=&chckNazvy=on&chckPopis=on&chckAdresy=off&chckMesto=off&sort=2&chckPrenos=&intStar=14&chckClanky=>
38. Helples: *mentálně postižení, sociální ústavy* [online]. [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: <http://www.helples.cz/?menu=30&Odkaz=27®ionXP=0&txtVyras=&btnHledej=&chckNazvy=on&chckPopis=on&chckAdresy=off&chckMesto=off&sort=2&chckPrenos=&intStar=17&chckClanky=>
39. RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Grada, 2006, 283 s. ISBN 80-247-1612-7.
40. PELIKÁNOVÁ, Terezie, BARTOŠ, Vladimír. *Diabetes mellitus: minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999, 179 s. ISBN 80-725-4020-3.

41. BOTTERMANN, Peter, KOPPELWIESER, Martina. *Cukrovka: prevence a vhodná léčba*. 1. vyd. Praha: Olympia, 2008. ISBN 978-80-7376-090-8.
42. RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2007, 317 s. ISBN 978-802-4716-718.
43. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka; VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada., 2006, 328 s. Sestra. ISBN 80-247-1716-6.
44. PATERA, Jiří. *Obecná onkologie: učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 205 s. ISBN 80-246-0968-1.
45. KAREŠOVÁ, Jana. *Praktické rady pro onkologické pacienty aneb Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. Praha: Maxdorf, 2010, 143 s. ISBN 978-807-3452-179.
46. STARNOVSKÁ, Tamara, PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava; HRBKOVÁ, Danuše. *Výživa při nádorovém onemocnění: [praktická příručka pro pacienty]*. Praha: Nutricia, 40 s. ISBN 978-80-239-9055-3.
47. NEZU, Arthur M. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004, 311 s. ISBN 80-736-4000-7.
48. PROKOP, Jiří. *Spiritualita umírajících pacientů*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 140 s. ISBN 80-210-4131-5.
49. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2001. ISBN 80-701-3324-4.
50. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
51. O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
52. HALEY, John, STEIN, Wendy. *The truth about abuse*. New York: Facts On File, c2005. ISBN 08-160-5297-2.
53. SEDLÁKOVÁ, Jaroslava. *Kvalita komunitního plánování sociálních služeb*. Vyd. 1. Oeconomica, 2008, 76 s. ISBN 978-80-245-1392-8.
54. ZATLOUKAL, Leoš. *Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2128-5.

55. *Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004, 59 s. ISBN 80-868-7803-1.
56. HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha, 1997, sv. 14. ISBN 80-858-5045-1.
57. ČECHOVÁ, Soňa. *Komunitní sestra - chiméra, nebo klíčový aktér?*. [online]. Sestra: [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunitni-sestra-chimera-nebo-klicovy-akter-451694>.
58. FOGLAROVÁ, Petra. Vztah agentury domácí péče a praktického lékaře. *Sestra*, 2005, č. 11, s 34 - 34. ISSN 1210-0404.
59. HASTINGS, Diana. *Domácí sestřička: péče o nemocné doma*. Vyd. 1. Překlad Karla Šnýdrová. Knižní klub, 1997. ISBN 80-717-6452-3.
60. NAGYOVÁ, Věra. Pohled zdravotníků na potřebnost rozvoje komunitního ošetřovatelství v ČR. České Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Andrea FESTOVÁ.
61. BOCHNÍČKOVÁ, Pavla. Komunitní péče v ČR. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Zuzana JANDÍKOVÁ.
62. FREI, Jiří, LOUDOVÁ, Soňa. 1. vyd. V Plzni: Západočeská univerzita, 2013, 55 s. ISBN 978-80-261-0167-3.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 návratnost dotazníků

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

Tabulka 3 Délka praxe ve zdravotnickém zařízení

Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 5 Setkal(a) jste se někdy s pojmem komunitní péče?

Tabulka 6 Jak byste definoval(a) pojem komunitní péče?

Tabulka 7 Víte, jaký je rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí?

Tabulka 8 Rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí? (otevřená otázka)

Tabulka 9 Rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí? (otevřená otázka)

Tabulka 10 Víte, co všechno může komunitní péče zahrnovat?

Tabulka 11 Existuje komunitní péče v zahraničí?

Tabulka 12 Pojem komunitní sestra znamená?

Tabulka 13 Komu může být komunitní péče nabízena?

Tabulka 14 Je v České republice komunitní péče důležitá?

Tabulka 15 Je v koncepci ošetrovatelství definována komunitní péče?

Tabulka 16 Co byste zařadili mezi principy komunitní péče?

Tabulka 17 Je v České republice dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče?

Tabulka 18 Chtěl(a) byste, aby se informovanost o komunitní péči v České republice zvýšila?

Tabulka 19 Z jakých zdrojů jste získal(a) informace o komunitní péči?

Tabulka 20 Je komunitní péče důležitá pro zdravotnictví v České republice?

Tabulka 21 Proč je komunitní péče důležitá v České republice?

Tabulka 22 Znáte nějaké komunity v České republice?

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS - Centrální nervová soustava

ČR - Česká republika

ČSČK - Československý červený kříž

DAT - Demence Alzheimerova typu

DM - Diabetes mellitus

HPV - Lidský papilomavirus

IQ - Inteligenční kvocient

MUDr. - Doktor veškerého lékařství. Uvádí se před jménem.

oGTT - Orální glukózový toleranční test

o. p. s. - Obecně prospěšná společnost

o. s. - Občanské sdružení

PAD - Perorální antidiabetika

s. r. o. - společnost s ručením omezeným

UV - Ultrafialové záření

RHB - Rehabilitace

WHO - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník pro zdravotnický personál

Příloha B - Žádosti o vyplnění výzkumného šetření

Příloha C - Informační letáky

PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL

Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Jsem studentkou navazující magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií v Plzni. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce psané na téma „Nabídka komunitní péče v ČR.“ Dotazník je anonymní a získané údaje budou sloužit pro vypracování praktické části k mé diplomové práci. Označte prosím vždy jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Pavla Vojtová

1. Vaše pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Délka praxe ve zdravotnickém zařízení:

- a) Méně než 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské I. stupně (Bc.)
- d) Vysokoškolské II. stupně (Mgr.)

e) Jiné:.....

4. Setkal(a) jste se někdy s pojmem komunitní péče?

a) Ano

b) Ne

5. Jak byste definoval(a) komunitní péče?

a) Poskytování zdravotních, sociálních a ostatních služeb, které jsou poskytovány pouze nemocným občanům

b) Poskytování zdravotnických služeb pouze nemocným občanům

c) Poskytování zdravotnických, sociálních a ostatních služeb poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám jisté komunity

6. Víte, jaký je rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí?

a) Ano

b) Ne

7. Jestliže jste zvolili ano, napište, jaký je rozdíl mezi komunitní péčí a primární péčí:

.....
.....

8. Víte, co všechno může komunitní péče zahrnovat?

(zvolte více odpovědí)

a) Péče o klienty v domácím prostředí

b) Prevence, upevnění a podpora zdraví

c) Edukace v péči o zdraví

d) Primární péči

e) Jiné (napište):.....

9. Existuje komunitní péče v zahraničí?

- a) Ano
- b) Ne

10. Pojem komunitní sestra znamená?

- a) Sestra, která zprostředkovává zdravotní a sociální péči pro členy komunit
- b) Sestra, která pečuje o určitou komunitu (skupinu) se specifickým onemocněním
- c) Sestra, která pracuje ve zdravotnickém zařízení

11. Komu může být komunitní péče nabízena?

(zvolte více odpovědí)

- a) Péče o dítě
- b) Péče o seniory
- c) Péče o rodinu
- d) Péče o chronicky nemocné
- e) Péče o těhotné ženy
- f) Péče o zdravotně postižené
- g) Jiné (napište):.....

12. Je v České republice komunitní péče důležitá?

- a) Ano
- b) Ne

13. Je v koncepci ošetřovatelství definována komunitní péče?

- a) Ano
- b) Ne

14. Co byste zařadili mezi principy komunitní péče?

(zvolte více odpovědí)

- a) Čtyřicetihodinovou dostupnost prvotní pomoci
- b) Pohodlnou dostupnost zdravotních a sociálních služeb
- c) Okamžité předávání klienta odpovídajícím službám
- d) Multidisciplinární spolupráci a koordinaci činností poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb
- e) Diskrétnost při předávání informací
- f) Účelnost nákladů pro vytvoření a udržení komunitního systému.
- g) Jiné (napište):.....

15. Je v České republice dostatečná informovanost o nabídce komunitní péče?

- a) Ano
- b) Ne

16. Chtěl (a) byste, aby se informovanost o komunitní péči v České republice zvýšila?

- a) Ano
- b) Ne

17. Z jakých zdrojů jste získal (a) informace o komunitní péči?

(zvolte více odpovědí)

- a) Odborná literatura
- b) Zdravotnické noviny, časopisy, brožury, letáky
- c) Internet
- d) Studium
- e) Jiné (napište):.....

18. Je komunitní péče důležitá pro zdravotnictví v České republice?

a) Ano

b) Ne

19. Pokud jste zvolili ano, napište, proč je komunitní péče důležitá:

.....

20. Znáte nějaké komunity v České republice?

a) Ano: jaké:.....

b) Ne

Děkuji za ochotu ☺

PŘÍLOHA B - ŽÁDOSTI O VYPLNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

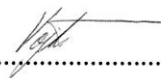
Věc: Žádost o výzkumné šetření

Vážená paní bakalářko Kadeřábková,
jmenuji se Pavla Vojtová a studuji 2. rokem magisterské navazující studium v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu k mé diplomové práci v domově pro seniory v Blatné. Téma mé diplomové práce se nazývá: Nabídka komunitní péče v ČR. Výzkum provádím metodou kvantitativní, ve formě dotazníku. Pro tento výzkum bych ráda oslovila všeobecné sestry Vaší organizace a poprosila je o zcela anonymní vyplnění dotazníku k tomuto tématu. Jejich odpovědi mi pomohou k vyhodnocení praktické části.

Získané informace budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.

Na základě vyřízení této žádosti předem děkuji.

Bc. Pavla Vojtová


.....

Schváleno dne: 8.1. 2014

Za organizaci: Bc. V. KADEŘÁBKOVÁ

DOMOV PRO SENIORY
zdravotní oddělení
T. G. Masaryka 272
388 01 BLATNÁ
tel.: 383 422 026, IČ: 00668109



Věc: Žádost o výzkumné šetření


Vážená paní Turková,

jmenuji se Pavla Vojtová a studuji 2. rokem magisterské navazující studium v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu k mé diplomové práci v domově pro seniory ve Strakonících. Téma mé diplomové práce se nazývá: Nabídka komunitní péče v ČR. Výzkum provádím metodou kvantitativní, ve formě dotazníku. Pro tento výzkum bych ráda oslovila všeobecné sestry Vaší organizace a poprosila je o zcela anonymní vyplnění dotazníku k tomuto tématu. Jejich odpovědi mi pomohou k vyhodnocení praktické části.


Získané informace budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.


Na základě vyřízení této žádosti předem děkuji.

Bc. Pavla Vojtová


.....

Schváleno dne: 9.1.14

Za organizaci: 
.....

Městský ústav sociálních služeb
Strakonice 
Domov pro seniory
Lidická 189 386 01 Strakonice

Věc: Žádost o výzkumné šetření

Vážená paní Trochová,

jmenuji se Pavla Vojtová a studuji 2. rokem magisterské navazující studium v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu k mé diplomové práci v Písecké nemocnici. Téma mé diplomové práce se nazývá: Nabídka komunitní péče v ČR. Výzkum provádím metodou kvantitativní, ve formě dotazníku. Pro tento výzkum bych ráda oslovila všeobecné sestry Seniorského domu v Písku a poprosila je o zcela anonymní vyplnění dotazníku k tomuto tématu. Jejich odpovědi mi pomohou k vyhodnocení praktické části.

Získané informace budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.

Na základě vyřízení této žádosti předem děkuji.

Bc. Pavla Vojtová


.....

Schváleno dne: *10.1.2014*

Za organizaci: *Marie Šup*



**Seniorský dům
Písek**

Seniorský dům Písek a.s.
Čelakovského 8, Písek
IČO 26104822



Věc: Žádost o výzkumné šetření


Vážená paní Vetíšková,

jmenuji se Pavla Vojtová a studuji 2. rokem magisterské navazující studium v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu k mé diplomové práci v domově pro seniory ve Strakonících. Téma mé diplomové práce se nazývá: Nabídka komunitní péče v ČR. Výzkum provádím metodou kvantitativní, ve formě dotazníku. Pro tento výzkum bych ráda oslovila všeobecné sestry Vaší organizace a poprosila je o zcela anonymní vyplnění dotazníku k tomuto tématu. Jejich odpovědi mi pomohou k vyhodnocení praktické části.


Získané informace budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.


Na základě vyřízení této žádosti předem děkuji.

Bc. Pavla Vojtová


.....

Schváleno dne: 9.1.2014
.....

Za organizaci: 
.....

Městský ústav sociálních služeb
Strakonice 
Domov pro seniory
Dubníční 1282, 386 01 Strakonice

Věc: Žádost o výzkumné šetření

Vážená paní magistro Petržilková,

jmenuji se Pavla Vojtová a studuji 2. rokem magisterské navazující studium v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu k mé diplomové práci v Písecké nemocnici. Téma mé diplomové práce se nazývá: Nabídka komunitní péče v ČR. Výzkum provádím metodou kvantitativní, ve formě dotazníku. Pro tento výzkum bych ráda oslovila všeobecné sestry v Horažďovické nemocnici a poprosila je o zcela anonymní vyplnění dotazníku k tomuto tématu. Jejich odpovědi mi pomohou k vyhodnocení praktické části.


Získané informace budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.

Na základě vyřízení této žádosti předem děkuji.

Bc. Pavla Vojtová



Schváleno dne: 13. 1. 2014

Za organizaci: 

NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČI
LDN HORAŽDOVICE, s.r.o.
Blatenská 314, 341 01 Horažďovice
tel. 376 512 331-3
fax: 376 512 231 

Věc: Žádost o výzkumné šetření

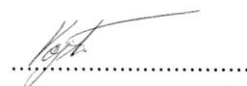
Vážená paní magistro Hejduková,

jmenuji se Pavla Vojtová a studuji 2. rokem magisterské navazující studium v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu k mé diplomové práci ve Volyňské nemocnici. Téma mé diplomové práce se nazývá: Nabídka komunitní péče v ČR. Výzkum provádím metodou kvantitativní, ve formě dotazníku. Pro tento výzkum bych ráda oslovila všeobecné sestry Vaší nemocnice a poprosila je o zcela anonymní vyplnění dotazníku k tomuto tématu. Jejich odpovědi mi pomohou k vyhodnocení praktické části.


Získané informace budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.

Na základě vyřízení této žádosti předem děkuji.

Bc. Pavla Vojtová



Schváleno dne: 23. 1. 2014

Za organizaci: 

Mgr. HEJDUKOVÁ Dana
Nemocnice Volyňe s.r.o.
Husova 401
387 01 Volyňe
IČ: 251 55 946 ②

Věc: Žádost o výzkumné šetření

Vážená paní magistro Somrová,

jmenuji se Pavla Vojtová a studuji 2. rokem magisterské navazující studium v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu k mé diplomové práci v Písecké nemocnici. Téma mé diplomové práce se nazývá: Nabídka komunitní péče v ČR. Výzkum provádím metodou kvantitativní, ve formě dotazníku. Pro tento výzkum bych ráda oslovila všeobecné sestry Vaší nemocnice a poprosila je o zcela anonymní vyplnění dotazníku k tomuto tématu. Jejich odpovědi mi pomohou k vyhodnocení praktické části.

Získané informace budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.


Na základě vyřízení této žádosti předem děkuji.

Bc. Pavla Vojtová



Schváleno dne: 14. 1. 2014

Za organizaci:.....


NEMOCNICE PÍSEK, a.s.
hlavní sestra
Mgr. Jana Somrová

Věc: Žádost o výzkumné šetření

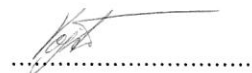
Vážená paní magistro Janoušková,

jmenuji se Pavla Vojtová a studuji 2. rokem magisterské navazující studium v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu k mé diplomové práci ve Strakonické nemocnici. Téma mé diplomové práce se nazývá: Nabídka komunitní péče v ČR. Výzkum provádím metodou kvantitativní, ve formě dotazníku. Pro tento výzkum bych ráda oslovila všeobecné sestry Vaší nemocnice a poprosila je o zcela anonymní vyplnění dotazníku k tomuto tématu. Jejich odpovědi mi pomohou k vyhodnocení praktické části.


Získané informace budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.

Na základě vyřízení této žádosti předem děkuji.

Bc. Pavla Vojtová



Schváleno dne: 9. 1. 2014

Za organizaci: 

Nemocnice Strakonice, a.s.
Radomyšlská 336
386 29 Strakonice
IČO: 260 95 181
DIČ: CZ260 95 181 

Mgr. Marie Janoušková
náměstek ošetrovatelské péče,
hlavní sestra
Nemocnice Strakonice, a.s.