

Komunitní ošetřovatelství

Bakalářská práce

ZUZANA KARNETOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci vypracovala samostatně. Všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

Abstrakt

KARNETOVÁ, Zuzana. *Komunitní ošetřovatelství*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář v ošetřovatelství. Školitel: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D.

Tématem bakalářské práce je komunitní ošetřovatelství. Zdraví je prioritou každé společnosti. Komunitní ošetřovatelství jako jedinečná součást ošetřovatelství je v úzkém vztahu s primární zdravotnickou péčí. Komunitně zaměřený přístup využívá pozitivní sílu kolektivního konání, s cílem posilnit komunitu a tím zlepšit jejich zdraví.

Teoretická část práce charakterizuje komunitu jako klienta, definuje komunitní ošetřovatelství i komunitní péči. Empirickou část práce tvoří průzkum, který je zaměřený na zdravotní sestry z praxe, s cílem zjistit úroveň jejich informovanosti o ošetřovatelství v komunitě.

Klíčová slova: Komunita, komunitní zdraví, komunitní ošetřovatelství, komunitní péče.

Abstract in English language

KARNETOVA, Zuzana. *Community Nursing*. Prague, 2009. Bachelor work. University of Medicine, o. p. s. Bachelor of Nursing. Adviser: PhDr. Anna Mazalanova, Ph.D.

Idea of this bachelor work is community nursing. Health is priority for every society. Community nursing is like unique part of nursing and is in closest connection with primary sanitarian care. Community focus approach to turn positive power of collective act, with aim to support community and with this improve their health.

Theoretic part of work characteristic community like a client, to define community nursing and community care too. Empire part of work compose research to focus to nurses from practice with aim to determine level of their information about nursing in community.

Key words: Community, community of health, community nursing, community care.

Předmluva

V současné době, kdy probíhají velké změny v systému zdravotní péče, se ukázalo, že komunitní péče o nemocné, ale i o zdravé, v podobě podpory zdraví a prevence nemocí je méně nákladná a má výhodu v tom, že pacient nemusí být vytržen ze svého domácího prostředí.

Pokud se chce zlepšit kvalita ošetrovatelské péče ve všech oblastech působnosti, musí se sestřám poskytnout příležitost, aby se mohli vzdělávat z dostupné publikace. Bakalářskou práci předkládám hlavně studentům ošetrovatelství, s cílem objasnit umístění ošetrovatelství v péči o zdraví v komunitě. Jsem si vědoma toho, že tato práce nemůže pokrýt celou předkládanou problematiku, podává však základní údaje k osvojení odbornosti práci v jednotlivých úsecích práce komunitní sestry.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem programu ošetrovatelství, oboru všeobecné sestry, ale i zájmem o tuto problematiku.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Anně Mazalánové, Ph.D. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

Osnova

Úvod.....	8
1 Komunita jako klient	10
1.1 Komunita	10
1.2 Komunitní zdraví	10
1.2.1 Faktory ovlivňující zdraví komunity	11
1.2.2 Zdraví pro všechny	12
2 Teorie komunitního ošetřovatelství	13
2.1 Charakteristika komunitního ošetřovatelství	13
2.2 Komunitně orientované a tradiční ošetřovatelství	14
2.3 Paradigma ošetřovatelství	14
3 Praxe komunitního ošetřovatelství.....	15
3.1 Náplň práce komunitní sestry	15
3.2 Komunitní péče.....	17
3.2.1 Komunitní ošetřovatelská péče o rodinu	18
3.2.2 Komunitní ošetřovatelská péče o děti	19
3.2.3 Úloha komunitní sestry ve školách.....	20
3.2.4 Komunitní ošetřovatelská péče o ženu	20
3.2.5 Komunitní ošetřovatelská péče o staré lidi	21
3.2.6 Komunitní ošetřovatelská péče o duševně nemocné	22
3.2.7 Domácí péče v komunitním ošetřovatelství.....	24
3.2.8 Hospicová péče v komunitním ošetřovatelství	25
3.2.9 Komunitní ošetřovatelství zaměřené na zdraví v zaměstnání.....	26
3.3 Etika v komunitním ošetřovatelství	27
3.4 Komunikace	28
3.5 Ošetřovatelský proces v komunitě.....	29
3.5.1 Posuzování zdraví komunity.....	29
3.5.2 Diagnostika zdraví komunity.....	30
3.5.3 Plánování komunitní ošetřovatelské péče	30
3.5.4 Realizace komunitní ošetřovatelské péče	31
3.5.5 Vyhodnocení komunitní ošetřovatelské péče	32
3.5.6 Využití modelů v komunitním ošetřovatelství.....	32

3.6 Průzkum v komunitním ošetřovatelství	33
3.6.1 Funkce průzkumu	33
3.6.2 Kroky v procesu průzkumu.....	34
3.6.3 Úlohy průzkumu pro komunitní sestry	34
4 Metodologie průzkumu.....	35
4.1 Průzkumný problém.....	35
4.2 Předmět průzkumu	35
4.3 Průzkumné hypotézy.....	35
4.4 Cíle průzkumu.....	35
4.5 Metoda a metodika průzkumu	35
4.6 Průzkumná vzorka	36
4.7 Realizace průzkumu.....	36
4.8 Vyhodnocení průzkumu.....	37
4.9 Diskuse.....	54
4.10 Doporučení pro praxi	54
Závěr	55
Seznam literatury	56
Seznam tabulek	58
Seznam grafů	59
Seznam příloh	60

„Každá práce, která povznáší lidskost, má cenu a je důležitá a měla by se vykonávat s horlivou dokonalostí.“

Martin Luther King jr.

Úvod

V době převratných reforem zdravotnictví, tváří v tvář neustále narůstajícím zdravotním problémům, jsou sestry stále častěji považovány za základní zdroj většiny strategií pro reformu zdravotnictví. Sestry představují nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu, pracují na nejrůznějších konkrétních pozicích. Musí být proto vzdělávány a školeny tak, aby byly schopné postavit se výzvám, jež na ně klade nový důraz na osvětu a prevenci chorob, rozvoj komunit, práci v multidisciplinárních týmech, snahu přenést poskytování zdravotní péče blíže lidem a na rovnost v přístupu k péči.

Probíhají reformy zdravotní péče, postavené na zásadách primární zdravotní péče, které podněcují klienta a veřejnost k odpovědnosti za své vlastní zdraví a za zdravý způsob života. Tím roste význam primární péče reflektující společenské, skupinové a taky individuální potřeby. (Jarošová, 2007, s. 7)

Termíny jako terénní ošetřovatelství, ošetřovatelství veřejného zdraví a komunitní ošetřovatelství jsou v zahraniční praxi běžně používány, přičemž název „komunitní ošetřovatelství“ se začal používat v zahraničí jen v druhé polovině dvacátého století. K nám začínají pronikat tyto nové trendy ošetřovatelské péče se značným opožděním. Napříč této nepříznivé situace, myšlenky vypracování systému komunitního ošetřovatelství na teoretické a praktické bázi a jeho včlenění se do systému primární zdravotnické péče jsou velmi aktuální a nevyhnutné pro zlepšení péče celé populace, s důrazem na prevenci. (Zborník, 1996, s. 66).

V bakalářské práci se zabírám, u nás ještě s dost neznámým pojmem, komunitním ošetřovatelstvím. Touto prací bych chtěla poskytnout více informací, hlavně studentům ošetřovatelství, a zároveň zvýšit jejich informovanost z této oblasti.

Práce zahrnuje teoretickou a empirickou část. Teoretickou část tvoří tři hlavní kapitoly. V první kapitole charakterizují komunitu jako klienta a komunitní zdraví. Cílem druhé kapitoly je představit komunitní ošetřovatelství a přiblížit jeho význam

pro společnost. Třetí kapitola definuje komunitní péči, která je zaměřená na speciální populační skupiny v komunitě.

Empirickou část práce tvoří průzkum, ve kterém jsem se zaměřila na zjištění úrovně informovanosti zdravotních sester z praxe o komunitním ošetřovatelství z oblasti teorie a praxe.

Doufám, že moje bakalářská práce bude přínosem pro každého, kdo si ji přečte. To znamená, že se dostatečně obeznámí s komunitním ošetřovatelstvím a pochopí jeho význam pro společnost.

1 Komunita jako klient

V komunitním ošetřovatelství není klientem jednatel, ale celá komunita i přesto, že součástí komunity jsou právě jednotlivci a rodiny. Není třeba se proto obávat, že se na jednotlivce na základě této koncepce péče zapomene, protože v komunitě se často problém jednotlivce stává problémem společným. (Hanzlíková, 2007, s. 35)

1.1 Komunita

Komunita je definována jako souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity, a obvykle tvoří autonomní jednotku. Mají společné životní zájmy, potřeby, stejné společenské problémy, cíle, formy spolupráce, zvyklosti a podobně. Je to typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce. (Jarošová, 2007, s. 23)

Podle Světové zdravotnické organizace z roku 1974, je komunita sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi, anebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří.

I když jsou definice komunit různé, mají společné prvky, ze kterých jsou nejvýznamnější tři dimenze: lidé, místo a funkce.

Posláním komunitní práce je mobilizace občanské pomoci a svépomoci v součinnosti s různými formami státních nebo lokálních programů. (Hanzlíková, 2007, s. 35)

1.2 Komunitní zdraví

Jednou ze základních paradigmat ošetřovatelství je zdraví, o kterém se předpokládá, že je věcí každého jedince. Na rozdíl od jiných živých tvorů člověk o svém chování rozhoduje, a tedy nese i zodpovědnost. Zdraví, respektive zdravý životní styl by neměl být výjimkou.

Zdraví je v životě člověka nejdůležitější hodnotou. V definici zdraví není jednota, diskuse o tom probíhají již staletí. V současnosti se opíráme o definici zdraví Světové zdravotnické organizace, kterou předložila krátce po svém založení v roce 1948, kdy

zdraví definovala jako „celkový stav tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti.“ (Hanzlíková, 2007, s. 14)

Komunitní zdraví má tři stěžejní charakteristiky:

1) **Stav** - zahrnuje:

- *biologickou dimenzi* - je sledována a měřena pomocí mortality, střední délky života a rizikových faktorů
- *psychickou dimenzi* - je hodnocena spokojeností klientů a dle stavu jejich psychického zdraví
- *sociální dimenzi* - vztahuje se ke kriminalitě a k funkční úrovni komunity.

2) **Struktura** - je definována službami a zdroji komunity.

3) **Proces** - znamená efektivní činnosti komunity a efektivní řešení problémů.

Nejdůležitějším východiskem pro zlepšování zdraví komunity jsou strategické programy definované a vyhlášené Světovou zdravotnickou organizací. (Jarošová, 2007, s. 41)

1.2.1 Faktory ovlivňující zdraví komunity

Zdraví v komunitě ovlivňuje řada faktorů, které můžeme rozdělit podle původu:

- a) **Osobnostní** - nepůsobí na jedince zvenčí, z jeho prostředí, ale zevnitř osobnosti člověka. Vycházejí z biologické (vrozené a získané), psychologické, sociální a duchovní složky osobnosti.
- b) **Behaviorální** - faktory životního stylu, souvisí s chováním člověka. Prostředí formuje chování jedince, ale na druhé straně i chování jedinců komunity má vliv na celkové prostředí v dané komunitě. Chování člověka určují především složky jako vědomosti, postoje a praxe.
- c) **Environmentální** - působí na jedince zvenčí, z prostředí, které ho obklopuje. Je možné je rozdělit na přírodní, působící mimo lidskou společnost (fyzikální, chemické, biologické), a na sociální, pramenící z komunity, případně z celé společnosti, které mají ekonomické, etické a kulturní aspekty.

Z hlediska působení na člověka se tyto faktory dělí kvalitativně (ochranné, oslabující, etiopatogenetické) a kvantitativně (relativní riziko, připsatelné riziko, výskyt a stupeň ovlivnitelnosti, atributabilní riziko).

I když jsou tyto faktory z didaktických důvodů rozděleny do skupin a podskupin, není možné je chápat izolovaně. Vzájemně se různým způsobem ovlivňují a na člověka působí jako celek. (Hanzlíková, 2007, s. 81)

1.2.2 Zdraví pro všechny

Rezoluce 30. světového zdravotnického shromáždění přijatá v roce 1977 stanovila, že hlavním sociálním cílem všech vlád a Světové zdravotnické organizace v nejbližších dekadách bude dosáhnout, aby všichni lidé na světě do roku 2000 měli takové zdraví, které jim dovolí plný, sociálně a ekonomicky produktivní život.

Současná programová struktura a z ní vyplývající cíle se soustřeďují na zlepšení zdraví lidí jako celospolečenského zájmu. Světová zdravotnická organizace má celou řadu programů a strategií, které jsou velkoplošně rozpracované a průběžně se plní. Mezi nejnovější projekty patří:

- INCO COPERNICUS - program financování epidemiologických studií Evropské unie
- CESAR - program zaměřený na sledování prašnosti ve vybraných městských aglomeracích ve vztahu ke zdraví dětské populace
- MONICA - program zaměřený na monitorování trendů a determinantů kardiovaskulárních chorob
- ORATEL - program zaměřený na orální zdraví
- LEMON - program na vzdělávání sester a ošetřovatelství
- CINDI - program na redukování chronických neinfekčních chorob
- ZDRAVÁ MĚSTA - program na formování zdravého způsobu života
- ŠKOLY PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ - program na osvojení si zdravého způsobu života, pěstování větší zodpovědnosti za vlastní zdraví
- ZDRAVÁ PRACOVIŠTĚ - program zaměřený na ovlivňování pracovního prostředí, pracovních podmínek a způsobu života zaměstnanců
- ZDRAVÍ PRO VŠECHNY VE 21. STOLETÍ - hlavní programová strategie, která navazuje na program ZDRAVÍ PRO VŠECHNY DO ROKU 2000 (Hanzlíková, 2006, s. 46)

2 Teorie komunitního ošetřovatelství

Ošetřovatelství orientované na zdraví komunity není novou záležitostí. Již před několika stoletími lidé stonali více doma než v institucích a také v posledních letech převládá tendence řešit co nejvíce možných zdravotních problémů v komunitě (doma) a zkracovat pobyt v lůžkových zařízeních na nezbytně nutnou dobu. Tím nabývá na významu komunitní ošetřovatelská péče včetně dalších zdravotních a sociálních služeb, které jsou klientům poskytovány v přirozeném prostředí, kde žijí. (Hanzlíková, 2007, s. 31)

2.1 Charakteristika komunitního ošetřovatelství

Komunitní ošetřovatelství je v metodickém opatření MZČR (2004) definováno jako „ošetřovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče, které jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel“. (Jarošová, 2007, s. 39)

Jedinečnou součástí ošetřovatelství je komunitní ošetřovatelství, úzce spojeno s primární zdravotnickou péčí. Komunitní ošetřovatelství je syntézou ošetřovatelské a veřejné zdravotnické praxe, vztahující se na podporu a ochranu zdraví obyvatelstva. Ohniskem práce v komunitním ošetřovatelství je v první řadě prevence před nemocemi a podpora zdraví. Cílem je péče o komunitu, jako celek - to znamená o celou populaci v rámci dané komunity, o všechny rodiny a jednotlivce. Nejvyšším cílem komunitního ošetřovatelství je zlepšit zdraví celé populace v rámci komunity a to identifikací každé rizikové podskupiny. Taktéž zlepšit ošetřovatelskou péči o vysoce rizikové klienty se závažným onemocněním, případně bezmocným a umírajícím. (Zborník, 1996, s. 67)

Úloha ošetřovatelství je stupňovitě rozdělená podle potřeb, které se v ochraně zdraví vyskytují. Přitom nejnižší stupeň je podpůrné působení a nejvyšší péče poskytovaná v plném rozsahu:

- **Podpůrné působení** se uplatňuje v takovém případě, pokud úroveň zdravotního uvědomění a zodpovědnosti za vlastní zdraví je jen částečná a vyžaduje korekci, případně doplnění. Často je možné podpůrné působení využít tehdy, pokud má klient dostatečné vědomosti o zdravém způsobu života, ale nemá dost pevnou vůli je dodržovat.

- **Edukační (výchovná a vzdělávací) úloha** má význam tehdy, když klient neví, jak se o vlastní zdraví starat, má chybné nebo nedostatečné vědomosti, případně neovládá základní zručnosti v péči o své zdraví.
- **Péče v plném rozsahu** znamená přebrání zodpovědnosti za klienty, kteří ztratili nezávislost. (Hanzlíková, 2007, s. 31)

2.2 Komunitně orientované a tradiční ošetřovatelství

Mezi tradičním a komunitně orientovaným ošetřovatelstvím existuje rozdíl. Základní údaje o tom nabízí tabulka (viz. Příloha č. 1), která slouží k porovnání a má i vzdělávací záměr.

Jak vyplývá z údajů, úlohou komunitního ošetřovatelství je předcházet vzniku nemocí, chránit, udržovat a podporovat zdraví. Proto je ošetřovatelství v komunitním zdravotnictví zaměřeno nejen na vykonávání terapeutických zásahů, ale hlavně na poradenské, edukační, manažerské a obhajovací aktivity. Při uskutečňování těchto cílů se zaměřuje na komunity jako celky a na rodiny i jednotlivce.

Ochrana a podpora zdraví, výchova ke zdraví a jeho řízení, koordinace a kontinuita péče se uskutečňují holistickým přístupem k jedincům, rodinám a komunitám. Klienti, kterým se věnuje ošetřovatelská péče, jsou v komunitě vybíráni na základě programové politiky zdraví, která reflektuje prioritní potřeby komunity a společnosti. (Hanzlíková, 2002, s. 31)

2.3 Paradigma ošetřovatelství

V takto uplatňované péči se paradigma ošetřovatelství upravují následovně:

- Osoba je komunita, to znamená, že všechny osoby žijí v jistém geopolitickém vymezení, nebo mají společnou základní charakteristiku.
- Prostředím jsou všechny podmínky okolí a všechno, co ovlivňuje a podmiňuje vývoj a život komunity.
- Zdraví je definovatelný stav rovnováhy, který vyvolává harmonii a má v ní maximální potenciál. (Hanzlíková, 2007, s. 34)

3 Praxe komunitního ošetřovatelství

Pojem komunitní práce se v našich zemích začíná objevovat po roce 1989. Neznamená to, že by tato metoda práce nebyla v praxi realizována, nebyla však takto označována. Lze říci, že přídavné jméno „komunitní“ se stalo do značné míry módním. Představy o tom, co je komunitní práce a jaký může být její obsah, jsou velmi různorodé. (Gojová, 2006, s. 5)

„Praxe komunitního ošetřovatelství se vyvíjí z teoretických poznatků. Ošetřovatelská praxe v komunitě zahrnuje způsob práce podporující rozvoj komunity. Je vysoce ovlivňována sociálními, politickými a ekonomickými faktory.“ (Bullough, 1990, s. 76)

Praxe komunitního ošetřovatelství ochraňuje a udržuje kontinuální zdraví populace, a to integrací zručností a vědomostí z ošetřovatelství a veřejného zdraví. Budoucnost pro komunitní péči je třeba vidět ve spolupráci nejen mezi zdravotnickými, ale i sociálními pracovníky. (Hanzlíková, 2007, s. 35)

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství. (Matoušek, 2007, s. 9)

3.1 Náplň práce komunitní sestry

Náplní práce komunitní sestry je poskytovat péči celé komunitě, a to v primární, v sekundární, nebo v terciární prevenci. Práce komunitní sestry odráží znalost potřeb souvisejících nejen se zdravím, ale i s riziky, které danou komunitu ohrožují. Je přirozené, že sestra musí poznat i sociální, kulturní, ekonomické a ekologické podmínky komunity. (Lemon, 1997, s. 89)

Sestry jsou důležitými členy multidisciplinárních týmů. Hlavní úlohou komunitních sester je vystupovat jako zprostředkovatel zdravotní a ošetřovatelské péče pro členy komunity. Další neméně významné role sestry vycházejí z rozmanitých činností, které sestra vykonává: edukace jedince a komunity, případový management, sběr dat a výzkum, koordinace péče mezi provozovateli, poskytování specifických intervencí ošetřovatelské péče. (Jarošová, 2007, s. 26)

Ošetrovatelství v komunitní zdravotní péči zasahuje do všech oblastí života od narození do smrti a uskutečňuje se v těchto specializacích:

- sestra komunitního zdraví,
- terénní sestra vykonávající domácí ošetrovatelskou péči,
- porodní asistentka pečující o ženu před porodem, v průběhu nebo i po ukončení porodu,
- dětská komunitní sestra,
- komunitní psychiatrická sestra,
- sestra pro tělesně nebo mentálně handicapované,
- školská sestra (v SR),
- sestra pro zdraví v povolání a zaměstnání (v SR).

Komunitní sestry pracují na různých místech - od domácnosti přes školy až po závody. Toto široké rozpětí pracovního prostředí klade vysoké nároky na vzdělávání všeobecné komunitní sestry. (MZČR, 2002, s. 184)

V komunitě sestra pracuje samostatně, musí se správně a včas rozhodovat a řešit problémy. Rozsah specifického profesionálního zaměření v komunitě se může podle potřeb rozšířit na oblasti, které se v některých komunitách vyskytují, nebo se stávají potenciálním problémem. Je to například sestra pro postižené HIV/AIDS a podobně. (Hanzlíková, 2007, s.30)

Sestry zabezpečující komunitní péči musí zjištěním prostřednictvím odhadu jak fáze ošetrovatelského procesu, tak jejich praxe podmiňující personální, geografické a funkční dimenze komunity.

Americká asociace sester definuje tyto standardy ošetrovatelství v komunitě:

1. Sestra uplatňuje teoretické vědomosti při rozhodování v praxi.
2. Sestra systematicky sbírá údaje, které jsou ucelené a přesné.
3. Sestra analyzuje údaje, které zjistila o komunitě, rodině a jednotlivci, a ty determinují ošetrovatelské diagnózy.
4. Pro všechny úrovně prevence sestra připraví plány, které specificky určují ošetrovatelské aktivity, jedinečně zaměřené na potřeby klienta.
5. Sestra se řídí plánem, jehož plněním ochraňuje, udržuje a obnovuje zdraví, předchází nemocem a stará se o rehabilitaci.

6. 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.
7. Sestra se zúčastňuje setkání s kolegy, porovnává s nimi své názory, aby se ujistila o rozvoji kvality ošetrovatelské praxe. Sestra přebírá zodpovědnost za rozvoj profese a podporuje profesionální růst ostatních.
8. Sestra spolupracuje s ostatními, kteří vykonávají péči o zdraví, s profesionály a reprezentanty komunity, na plánování, uskutečňování a zpětné revizi programu pro komunitní zdraví.
9. Sestra přispívá prostřednictvím výzkumu k rozvoji teorie a praxe komunitního ošetrovatelství. (Hanzlíková, 2007, s. 35)

3.2 Komunitní péče

Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Tyto služby doplňují primární péči, jsou určitou alternativou specializované a institucionální péče poskytované na regionální úrovni. Komunitní péče je orientována více na skupiny a celé komunity. Její činnosti vycházejí z potřeb komunity.

Cílem je poskytovat péči v domácím prostředí, umožnit co nejdéle setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti, chronické nemoci. Je založena na propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce, na participaci všech zúčastněných. Přináší holistický a integrovaný přístup do péče o nemocné i o zdravé.

Do konceptu komunitní péče, který vychází ze dvou základních faktorů: existence rodin a existence komunit, patří poskytování fyzických, psychologických, paliativních a duchovních služeb. Rodiny jsou obecně hlavním zaměřením péče a základním kamenem spolupráce celého týmu komunitní péče, který je tvořen nemocnými nebo postiženými, rodinnými pečovateli, komunitními zdravotnickými a sociálními pracovníky, dobrovolníky z komunity. Převážnou část primárních zdravotních služeb poskytovaných v rámci komunitní péče tvoří služby a aktivity ošetrovatelské péče.

Obecné principy komunitní péče jsou:

- čtyřiaadvacetihodinová dostupnost základní pomoci,
- snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb,
- rychlé předávání klienta odpovídajícím službám,

- návaznost péče pro zajištění kontinuity a propojení zdravotní a sociální, ústavní a komunitní péče,
- multidisciplinární spolupráce a koordinace činností poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb,
- možnost výběru služeb pro zajištění spoluúčasti občana na rozhodnutí o formě odpovídající pomoci,
- individuální přístup v respektování jedinečnosti každého člověka a jeho potřeb,
- diskrétnost při předávání informací,
- účelnost nákladů pro vytvoření a udržení komunitního systému. (Jarošová, 2007, s. 25)

Termíny komunitní péče a primární péče se často zaměňují, přičemž se nediferencuje, v čem je rozdíl a v čem souvislost mezi nimi. Toto dilema je příčinou toho, že primární zdravotní péče je chápána jako péče poskytovaná praktickým lékařem při prvním kontaktu s nemocným. Přitom současné trendy směřují primární zdravotní péči na plnění zdravotní politiky v komunitě, což znamená přenesení péče z akutních zařízení do komunitních. Tím se součástí komunitní péče stává nejen primární, ale i sekundární a terciární péče, stejně tak i prevence. (Hanzlíková, 2007, s. 29)

3.2.1 Komunitní ošetrovatelská péče o rodinu

Rodina je základní sociální jednotkou společnosti. Definovat rodinu je složité, protože má různé formy. Se zřetelem na komunitní ošetrovatelství je rodina definovaná jako sociální systém složený ze dvou nebo více lidí, kteří žijí spolu a které spojuje legální a pokrevní vztah, narození nebo adopce dítěte. (Hanzlíková, 2006, s. 173)

Komunitní sestra pracuje v komunitě s mnoha typy rodin a setkává se také 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. Využívá svých komunikačních dovedností a zkušeností, aby popsala zdravotní potřeby rodiny odpovídající obvyklým nebo nestandardním životním událostem. Ošetrovatelské intervence pak budou vycházet z výsledků komplexního dotazování a měly by mít celkový a širší dopad na rodinný i sociální systém.

Komunitní sestra musí být schopná pracovat s informacemi získanými v rodinách a v komunitě a srovnávat je v širších souvislostech města, regionu a státu. Sestra musí znát také potřeby konkrétních rodin a porovnávat je s možnostmi komunity, popřípadě participovat na formulování priorit komunity.

Komunitní sestra se při práci s rodinou zaměřuje na:

- dysfunkce jednoho člena rodiny ovlivní celou rodinu
- zdraví rodiny je závislé na roli rodiny ve všech aspektech zdravotní péče
- zdraví rodiny lze zlepšit dobrým životním stylem a snížením rizika
- shodnost rizikových faktorů a nemocí rodinných příslušníků může vést k objasnění případů uvnitř rodiny
- pochopit jasně funkci jednotlivců lze jen při posuzování jednotlivce v kontextu rodiny
- rodina musí být zahrnuta do léčebného plánu jako zásadní podpůrný systém pro jednotlivce. (Jarošová, 2007, s. 53)

3.2.2 Komunitní ošetrovatelská péče o děti

Komunitní dětská sestra musí znát a umět posoudit základní potřeby dětské populace v komunitě.

Cíle komunitní ošetrovatelské péče o děti:

1. **Cíle primární prevence** - podpora normálního růstu a vývoje dítěte, vývoj pozitivních vztahů mezi rodiči a dítětem, ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům dítěte, vývoj prostředků primární prevence.
2. **Cíle sekundární prevence** - podpora při tvorbě přesných ošetrovatelských diagnóz zdravotních problémů dítěte, ulehčení léčby a péče již u existujících zdravotních problémů dítěte, eliminování existujících zdravotních problémů.
3. **Cíle terciární prevence** - stabilizování poškozených funkcí organismu, prevence opakujících se problémů a zhoršování zdravotního stavu dítěte, prevence komplikací existujících zdravotních problémů, podpora adaptace dítěte na chronický stav.

V podpoře zdraví a prevenci chorob dětí je potřeba zabývat se několika specifickými problémy, což je náplní práce komunitní dětské sestry. Jedná se například o dětskou

úmrtnost v komunitě, nízkou porodní hmotnost, chronické nemoci, abúzus alkoholu, drog a podobně. (Hanzlíková, 2007, s. 178)

3.2.3 Úloha komunitní sestry ve školách

Školská sestra pomáhá dětem řešit jejich zdravotní problémy a poskytuje jim rady, jak mohou o své zdraví pečovat ve školním věku až do období dospělosti. Taky se aktivně podílí na plánování speciálních edukačních a preventivních programů ve škole.

Součástí zdravotní péče ve školách jsou:

- základní služby - screening (proces vyhledávání problémů), základní ošetrovatelská péče při běžných onemocněních, administrace léků, imunizace, identifikace a vyhledávání problémů, odstranění příčin problémů, konzultace o zdraví,
- primární péče,
- rehabilitace/léčba prací a zaměstnáním,
- psychologické služby,
- sociální služby,
- právní služby.

Všechny tyto činnosti jsou soustředěny i na rodinu dítěte a jsou zaměřeny na prevenci nemocí a podporu zdraví. Školské sestry jsou zodpovědné za zachování zdraví dětí ve školách. (Hanzlíková, 2006, s. 196)

3.2.4 Komunitní ošetrovatelská péče o ženu

Zdraví ženy determinují některé specifické faktory, kterými se ženy odlišují od mužů. Tyto faktory, vzájemně propojené a ovlivňované, mají biologický, psychologický, sociální a spirituální aspekt, které dávají komunitní ošetrovatelské péči, jako součásti zdravotní péče, některé specifické rysy. Model prevence péče o ženu zahrnuje tyto fáze činností:

1. odhad biologických faktorů, prostředí, životního stylu a zdravotnického systému,
2. ošetrovatelská diagnóza,
3. plánování úrovně prevence,

4. implementace,
5. vyhodnocení.

Na základě odhadu a diagnózy se určí druh vykonávané prevence (primární, sekundární, terciární).

Obsahem primární prevence je v podstatě identifikace rizikových faktorů, edukace a rozvinutí náležitých zručností. Specifická část zahrnuje pro ženy přípravu na jednotlivé přirozené etapy života ženy v různých věkových obdobích. Primární prevence by se měla realizovat podle těchto období ženy (například příchod první menstruace, první sexuální zážitky, nechtěné těhotenství, sexuální výchova a prevence pohlavních chorob, osobní hygiena, antikoncepce, gravidita, klimakterium a podobně).

Sekundární prevence zahrnuje screening, dispenzarizaci, diagnostiku a léčbu již existujících problémů (například edukace samovyšetřování prsu, preventivní onkologické prohlídky již u žen nad dvacet let a podobně).

Terciární prevence se zaměřuje na rehabilitaci a zabránění obnovení zdravotních problémů (například sexuální zneužití, sexuální přenosné choroby, řešení problémů menopauzy a podobně). (Hanzlíková, 2007, s. 197)

3.2.5 Komunitní ošetrovatelská péče o staré lidi

Stáří je konečná časová etapa života. Je to přirozený úsek v ontogenetickém vývoji člověka a stejně jako vývojová stadia má své znaky, které se odlišují od předchozích životních etap. Strukturní a funkční změny, které vznikají v průběhu stárnutí a stáří, mají převážně regresivní charakter a jsou nezvratné. Nastávají změny v somatické, psychické, sociální a duchovní oblasti.

Dosahování cílů péče znamená participaci komunitní sestry na všech třech úrovních prevence. Prevence může zlepšit kvalitu života, vést k ochraně nebo ke zlepšení tělesného a duševního zdraví.

Primární prevence je určená těm, u nichž se nevyskytují symptomy narušeného zdraví. Zahrnuje aktivity týkající se pohybu, cvičení a odpočinku, výživy, péče o sebe, prevence úrazů, posilování duševního zdraví, péče o dutinu ústní a podobně.

Sekundární prevence znamená vyhledávání chorob v raných stádiích, jejich diagnostika a léčba. Intervence sekundární prevence zastavují progresy choroby a předcházejí vzniku trvalých následků. Důležité je včasné poskytnutí potřebné péče.

Dále sem patří získávání informací o životním stylu, sociálním stavu, finančním zabezpečení, bytových podmínkách a podobně.

Terciární prevence je zaměřená na předcházení komplikací a vzniku závislosti na pomoci jiných.

Úlohy komunitní geriatrické sestry:

- sestra poskytuje komunitní ošetrovatelskou péči s cílem udržet starého člověka co nejdéle v jeho původním prostředí, se zachováním jeho soběstačnosti, zmírněním utrpení a udržením kvality života na maximální možné úrovni
- komunitní ošetrovatelská péče sestry představuje komplexní péči, na základě podrobného posouzení stavu starého člověka (somatický stav, psychický stav, funkční stav)
- sestra spolupracuje s ostatními členy týmu, s různými zařízeními poskytujícími služby starým lidem (geriatrické centrum, hospic, domovy, penzióny pro důchodce), s organizacemi (například kluby důchodců, církevní společenství, agentury domácí ošetrovatelské péče)
- komunitní sestra plánuje a realizuje aktivity zaměřené na prevenci onemocnění a jejich komplikací, podporu a udržení zdraví
- mezi nejčastější aktivity sestry patří edukace, poradenství, obhajoba, organizace péče, vykonávání základních ošetrovatelských technik
- péče o umírajícího a poskytnutí pomoci a podpory pozůstalým
- politická aktivita – obhajování práv starých lidí na všech úrovních (Hanzlíková, 2006, s. 211)

Ošetrovatelská péče je poskytována metodou ošetrovatelského procesu a probíhá ve všech pěti základních fázích.

3.2.6 Komunitní ošetrovatelská péče o duševně nemocné

Podpora duševního zdraví a prevence nemocí tvoří základ komunitní ošetrovatelské péče o duševní zdraví.

Primární prevence v oblasti duševního zdraví je souborem různých zdravotních a sociálních aktivit zahrnujících spolupráci s komunitami v plánování a realizování preventivních služeb. Mezi tyto služby patří vytváření a poskytování konzultačních

a edukačních programů k lepšímu pochopení psychických problémů, identifikace potenciální hrozby pro duševní zdraví, poskytování pomoci skupinám a lidem, kteří mohou být riziková z hlediska vývoje duševních nemocí.

Sekundární prevence je zaměřená na zkrácení doby trvání duševních chorob v komunitě přes včasnou identifikaci problémů, efektivní léčbu a ošetrovatelskou péči. Cílem sekundární prevence je skóre záchytu onemocnění, zkrácení času jeho trvání, snížení prevalence onemocnění, návrat nemocného do rodinného a pracovního prostředí v co nejkratším čase a zabránění vzniku relapsu.

Terciární prevence je orientovaná na minimalizování následků psychických poruch, na zabránění vzniku recidiv a invalidizujících důsledků onemocnění. Využívá možnosti rehabilitační léčby a resocializace.

Komunitní psychiatrická sestra využívá ošetrovatelský proces jako metodu práce. V rámci shromažďování údajů o komunitě se zaměřuje na výskyt duševně nemocných v komunitě, rizikové faktory životního stylu, vědomosti a schopnosti komunity i jednotlivců s ohledem na oblast udržení a obnovy duševního zdraví, potřeby a problémy ve skupinách lidí postižených duševní poruchou a jejich příbuzné, úroveň podpory a opozice, kterou je možné očekávat při realizaci péče v komunitě. Na základě získaných údajů a zjištěných problémů sestra plánuje a realizuje péči. Je to například výchova ke zdraví, poradenství, obhajoba, návštěvní služba, psychologické a biologické intervence, krizové intervence, rehabilitace psychických a sociálních funkcí. Obecně sestra plní i úlohy praktika, vychovatele a koordinátora.

Komunitní ošetrovatelská péče o duševně nemocné je zaměřená na zabránění sekundárního psychického a sociálního poškození, chronicity, opakovaných hospitalizací, degradaci pacienta, včasné vyřazení nemocných z plnohodnotného uplatnění ve společnosti, neuspokojivého rodinného zázemí, vzniku izolace.

V současnosti jsou duševně nemocní často odsouzeni k sociální izolaci, protože laická veřejnost je přijímá velmi opatrně. Proto jsou více odkázáni na účinnou pomoc různých institucí a rodinných příslušníků. (Hanzlíková, 2007, s. 214)

3.2.7 Domácí péče v komunitním ošetrovatelství

Nejčastější dělení v současné době najdeme mezi domácí zdravotní péčí (mezinárodně užívaný výraz z anglického HOME CARE) a domácí pomocí (mezinárodně užívaný výraz z anglického HOME HELP). (Misconiová, s. 8)

Domácí péče představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Pokrok v oblasti medicínských oborů a ošetrovatelství umožňuje poskytovat pacientům kvalitní péči také v jeho přirozeném domácím prostředí, které přispívá k psychické pohodě člověka a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování. Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako „jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech.“ Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb. Primární péče v tomto kontextu je chápána jako první linie kontaktu klienta se systémem zdravotní a sociální péče v rámci komunity.

V rámci komplexní domácí péče pak bývá poskytována zejména odborná zdravotní péče indikovaná ošetrujícím lékařem klienta, dále sociální péče a pomoc, která vychází z aktuální sociální diagnostiky klienta a jeho prostředí, a laická pomoc v oblasti sebepéče nebo za účasti blízkých osob klienta, která je modifikována aktuální situací v rodině a společenským klimatem. Rozsah jednotlivých aktivit je dán stavem klienta, stavem jeho sociálního prostředí, rozsahem kompetencí multidisciplinárních týmů poskytujících domácí zdravotní péči. Významnou roli zde hrají také kulturní tradice jednotlivých států, forma a legislativní nastavení systému zdravotnictví.

Cílem domácí péče je:

- pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím,
- zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí,
- zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb,
- udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech,
- edukovat pacienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví,
- zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta i rodiny.

Domácí zdravotní péče je zajišťována multidisciplinárním týmem pracovníků poskytujících péči dle aktuálního stavu klienta v jeho vlastním prostředí (rodina, sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, nutriční terapeut a jiní). (Jarošová, 2007, s. 60)

3.2.8 Hospicová péče v komunitním ošetřovatelství

Hospicová péče přináší dar klidného závěru života, případně i ve vlastní rodině. (Andrejkivová, 2008, s. 49)

Pod právem člověka na důstojné umírání rozumíme především závěr života zbavený velkých bolestí. Je synonymem celkového bio-psycho-sociálně-duchovního komfortu, který má být umírajícímu zabezpečen. Právo člověka na důstojnou smrt je základním etickým principem.

Kvalita života umírajícího člověka, jako subjektivní pocit spokojenosti, navenek prezentován chováním a jednáním, se váže na všechny složky osobnosti člověka. Když je člověk v co nejlepší fyzické a emocionální kondici, smířen se svým zdravotním stavem, má šanci dosáhnout vysoké úrovně kvality života. Zlepšení kvality života umírajících vyžaduje dostatek času, schopnost vcítit se do situace umírajícího a jeho rodiny, dostatečné vědomosti, zejména v oblasti odstraňování nepříjemných symptomů onemocnění a schopnost pozitivně ovlivňovat psychiku pacienta a jeho blízkých.

Prostřednictvím hospicového programu se realizuje paliativní péče o terminálně nemocné. Paliativní péče klade větší důraz na péči než na léčbu. Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako „aktivní celkovou péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na léčbu vlastního onemocnění a do popředí vystupuje léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb a problémů nemocných.“ Hlavním cílem paliativní péče je nejvyšší možná kvalita života pacienta a jeho rodiny.

Hospicová péče začíná tehdy, když už nelze doufat v prodloužení života. Charakterizuje ji týmový interdisciplinární přístup, zabezpečení přiměřeně dosažitelného komfortu, celková rehabilitace a psychologická podpora. V této péči má důležité místo i poskytnutí duchovní podpory umírajícímu a pozůstalým. Definicí hospicové péče podle Světové zdravotnické organizace je „hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických a věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího

lékaře předpokládaná délka dalšího života v rozsahu méně než šest měsíců.“ Filozofií hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku, realizované poskytováním péče a podpory umírajícím a jejich rodinám. Typy hospicové péče jsou domácí hospicová laická péče, domácí hospicová odborná péče, ambulantní hospicová péče, stacionární hospicová péče, lůžková hospicová péče, samostatná hospicová jednotka, mobilní hospicové týmy.

Úloha hospicové sestry:

- hospicová sestra je obvykle pro tým klíčovou osobou, která řídí celkovou péči, je primárně zodpovědná za kvalifikované zaznamenávání všech změn fyzického stavu pacienta, což vyžaduje široké vědomosti o fyzickém odhadu a monitorování symptomů bolesti
- sleduje, doporučuje a zajišťuje dietní režim podle aktuálního stavu nemocného
- spolupracuje s rodinnými příslušníky a ostatními členy týmu
- realizuje intervence paliativní péče
- provádí edukaci
- zajišťuje pomůcky a speciální zařízení potřebná pro komfort pacienta v terminálním stadiu onemocnění (Hanzlíková, 2007, s. 255)

3.2.9 Komunitní ošetřovatelství zaměřené na zdraví v zaměstnání

Ošetřovatelství zaměřené na ochranu zdraví v zaměstnání není novým odvětvím ošetřovatelství. Je zaměřeno především na ochranu zdraví, prevenci nemocí a navrácení porušených funkcí pracující populace. Základním úkolem ošetřovatelství zaměřeného na ochranu zdraví v zaměstnání je se seznámit se statistikou zaměstnanosti populace, obsazeností podniku, charakteristikou pracovních zdrojů, změnami v ekonomice a legislativě, s cílem prodloužit kvalitní život pracujících. Ošetřovatelské zásahy jsou plánovány pro primární (ochrana zdraví, prevence nemocí a úrazů), sekundární (screening, léčení současných problémů) a terciární (prevence šíření chorob a komplikací chronických problémů) úroveň prevence.

Ošetřovatelská úloha sester:

- sestry spolupracují s managementem na rozvoji takových služeb, které jsou potřebné pro zdraví zaměstnanců
- sestry řídí služby, které směřují ke zdraví zaměstnanců

- sestry přebírají ošetřovatelskou autoritu a zodpovědnost a spolupráci s managementem při determinaci postavení ošetřovatelství v organizaci
- sestry řídí ošetřovatelskou péči a provádějí výkony zaměřené na specifické potřeby pro zdraví zaměstnanců
- sestry napomáhají bezpečnosti pracovníků při práci a přitom je chrání před zdravotnickými riziky
- podporují bezpečné a zdravé pracovní prostředí
- sestry zodpovídají za posouzení znaků zdraví, ochranu podmínek zdraví a prevenci nemocí a úrazů
- sestry spolupracují s dalšími členy zdravotnického týmu na zlepšování pracovního prostředí a používání vnějších zdrojů podle potřeby
- sestry prosazují a podporují pracovní vztahy s jinými komunitními agenturami
- obecně sestra plní role - klinická sestra, administrátorka, edukátorka, výzkumnice, konzultantka (Hanzlíková, 2006, s. 232)

3.3 Etika v komunitním ošetřovatelství

Etika zahrnuje hodnoty nebo normy společnosti, které mají převládat v chování lidí a které určují správnost nebo nesprávnost jejich konání.

Etika v komunitním ošetřovatelství úzce souvisí s lékařskou etikou a také s etikou komunitního zdraví. Medicínská etika poskytuje komunitnímu ošetřovatelství systém hodnot, možnost volby a normy morálního chování zdravotnických pracovníků při interakci s klienty. Etika komunitního zdraví se týká hodnot a společenské morálky, které směřují ke zdravé populaci. Obě součásti etiky jsou pro komunitní ošetřovatelství velmi důležité a dodržování jejich norem umocňuje poskytování co nejkvalitnější komunitní ošetřovatelské péče. Mezi základní etické principy v komunitní péči patří:

- **Prospěšnost** - podpora a poskytování péče klientům, jejímž výsledkem bude zvýšení kvality jejich života.
- **Autonomie** - svobodná volba jednotlivce rozhodnout se nebo rozhodovat o svém vlastním jednání, pokud je schopný sám o sobě rozhodovat.
- **Spravedlnost** - etický závazek, zacházet s každou osobou morálně správně a dát každému to, co potřebuje.
- **Neškodnost** - princip spojený s Hippokratovou přísahou neškodit člověku, pokud mu nemůžeme pomoci.

- **Pravdomluvnost** - závazek mluvit pravdu, nelhat a nepodvádět ostatní.
- **Věrnost a poctivost** - povinnost zůstat věrný svým závazkům.

Komunitní ošetřovatelství a jiné formy zdravotní péče mají používat při uspokojování potřeb svých klientů systematický postup při uskutečňování etických rozhodnutí. To znamená, že vzhledem k složitosti zjištěných faktorů se musí umět rozhodnout, jaké stanovisko zaujmout, aby svým klientům neublížily, ale poskytly skutečnou pomoc. Měly by se tedy vyhnout rozhodnutím, která jsou na emocionálním podkladě a nemohou být v zájmu klienta. (Hanzlíková, 2007, s. 121)

3.4 Komunikace

Život lidí ve společnosti zahrnuje vzájemný styk jednotlivců a skupin. Při vzájemném styku se lidé mezi sebou dorozumívají- komunikují.

Při práci s komunitou se sestra dostává do dyadických vztahů s jednotlivými členy komunity, například s klientem nebo jeho rodinným příslušníkem. Každý jedinec je jiný, a proto si sestra nemůže vytvořit určitou šablonu, podle které bude postupovat při kontaktu s lidmi. Navíc ještě tentýž jedinec nemusí reagovat stále stejným způsobem.

V ošetřovatelské praxi je komunikace velmi důležitá. V době velkých změn v ošetřovatelství sestry potřebují efektivněji komunikovat s klientem, mezi sebou, ale i s ostatními členy zdravotnického týmu. K tomu je třeba znát faktory, které ovlivňují pozitivně, ale i negativně vzájemné vztahy, ztěžují nebo ohrožují vzájemné porozumění, spolupráci. Existuje vztah mezi organizací práce, komunikací a kooperací zdravotnických pracovníků na jedné straně a kvalitou ošetřovatelské péče a změnami zdravotního stavu pacienta na straně druhé. Dobrá organizace práce, efektivní komunikace a kooperace se odráží v kvalitní ošetřovatelské péči a rychlejším zlepšování zdravotního stavu pacientů. Tento fakt by si měli všichni členové zdravotního týmu uvědomit. (Hanzlíková, 2006, s. 145)

3.5 Ošetrovatelský proces v komunitě

Ošetrovatelský proces v komunitě je zaměřen především na podporu zdraví komunity. Využívání ošetrovatelského procesu se obvykle spojuje s praxí individualizované ošetrovatelské péče, ale také poskytuje rámec pro poskytování komunitní ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelský proces zahrnuje pět fází - posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci, vyhodnocení.

3.5.1 Posuzování zdraví komunity

Posuzování a hodnocení komunitního zdraví zahrnuje shromažďování relevantních existujících údajů, třídění chybných údajů a interpretace údajů.

Mezi údaje, které jsou získávány, patří: demografické údaje, socioekonomický stav, zaměstnanost, úroveň vzdělání, typ a podmínky bydlení, vyznání, příslušnost k rase, k etniku, natalita, morbidita, mortalita, hustota obyvatelstva na daném území, zdravotní stav, zeměpisné charakteristiky, životní styl, systém zdravotní péče, dostupnost služeb, které poskytují komunitní péči, činnost dobrovolníků, způsob a efektivnost komunikace, informační síť, možnosti rekreace a oddechu, průmysl, realizované programy v komunitě, způsob zajištění bezpečnosti, státní správa a samospráva, ekologie.

Získávají se údaje o vědomostech, hodnotách, názorech, o formálních a neformálních vůdcích, o normách, potřebách a problémech.

Dostupné informace shromažďuje tým komunitních pracovníků. Metody sběru údajů se mohou rozdělit na metody přímého sběru v komunitě a metody, které z předem získaných a zaznamenaných údajů o komunitě. Podrobná analýza a třídění údajů jsou součástí posuzování komunitního zdraví. Při identifikaci problémů se pátrá po příčinách jejich vzniku a ovlivňujících faktorech. Pro analýzu příčin vzniku problémů je třeba často sestavit skupinu pracovníků z různých oborů.

Při povrchním a neúplném sběru údajů hrozí riziko nesprávné identifikace problému komunity. Doporučuje se začít navazovat vztah s komunitou po rozhovoru s vůdcem, případně pozorně naslouchat, pozorovat komunitu a získat o ní dostupné informace ještě před navázáním kontaktu.

3.5.2 Diagnostika zdraví komunity

Problémy jsou vyjádřeny ve formě ošetřovatelských diagnóz. Při jejich tvorbě je přípustný zápis podle formuláře PES (Problém – Etiologie – Symptomy). Ošetřovatelské diagnózy musí být sestavovány vzhledem ke komunitě a skládají se ze tří částí:

1. vyjádření potenciálního nebo již existujícího problému,
2. identifikace komunity, ve které problém vznikl nebo jeho vznik hrozí,
3. charakteristika komunity - motivace, znalosti, dovednosti komunity a její okolí.

Příkladem ošetřovatelské diagnózy v komunitě může být: „Nebezpečí vzniku podvýživy dětí v oblasti obce Rakovník vzhledem k nedostatku informací rodičů o výživě.“

3.5.3 Plánování komunitní ošetřovatelské péče

Fáze plánování zahrnují určení cílů, výsledných kritérií a intervencí. Každému identifikování a definování je přiřazena priorita. Proces přiřazování priorit se realizuje podle předem stanovených kritérií, a to:

- který problém nejvíce ovlivňuje úmrtí, onemocnění, pracovní neschopnost, náklady na rehabilitaci, na invaliditu, výdaje komunity nebo organizace, úpravu stavu nebo uzdravení,
- zda jsou některé části populace více ohroženy,
- který problém je zvláště citlivý z hlediska intervence,
- kterým z problémů se nezabývaly jiné organizace v komunitě,
- který z problémů má největší potenciál z hlediska zlepšení zdravotního stavu, ekonomických úspor nebo jiných přínosů,
- zda jsou některé z problémů zařazeny mezi regionální nebo národní priority.

Proces určování priorit je jednoduchý, pokud jsou dána akceptovatelná a detailní kritéria. Kritéria pro určování priorit jsou:

- uvědomění si problému komunitou,
- motivace komunity řešit problém,
- možnosti a schopnosti sester ovlivňovat řešení problému,
- dostupnost řešení podobných problémů,
- nebezpečí, které hrozí z nevyřešení problému,

- čas, za jaký můžeme problém vyřešit.

Do procesu určování priorit by měli zasahovat i členové komunity. Sestry hrají důležitou úlohu při poskytování informací a rad členům komunity jako partnerům při rozhodování a plánování.

Podle předem určené priority problémů se navrhuje a zaznamenávají jednotlivé intervence v plánu péče.

Participace komunity na plánování si vyžaduje vytvoření a udržení struktur a mechanismů, které budou lidi spojovat. Pokud sestry chtějí dosáhnout účasti komunity na plánování ošetrovatelské péče, musí členy komunity podporovat při vyjadřování svých požadavků, názorů, nápadů a pomáhat při odstraňování bariér, které by účasti bránily. Stanoví krátkodobé a dlouhodobé cíle, které jsou vzájemně propojeny.

Jsou připravená kritéria, podle kterých se bude vyhodnocovat účinnost programu. Kritéria musí být dosažitelná a měřitelná. Sestavení cílů a výsledných kritérií vyžaduje vzájemnou spolupráci mezi účastníky procesu plánování.

3.5.4 Realizace komunitní ošetrovatelské péče

V rámci realizace se vykonávají naplánované aktivity. Úspěšnost realizace závisí na různých faktorech: připravenosti a ochotě komunity řešit problém, poznacích a zručnosti sester, schopnosti sester vykonávat komunitě orientované činnosti a podobně.

Sestra vykonává přímé a nepřímé ošetrovatelské zásahy, které vedou k dosažení cílů a splnění úkolů. Mezi nejčastější plánované a realizované činnosti patří organizace péče, koordinace, monitorování, edukace, poradenství, obhajoba, vykonávání základních ošetrovatelských technik, spolupráce s dalšími členy týmu, institucemi a rodinnými příslušníky. (Hanzlíková, 2007, s. 93)

Způsoby realizace jsou:

- **malé interaktivní skupiny** - skupiny mezi komunitou a jednotlivcem. Sestra by měla umět tyto malé skupiny identifikovat a využít ve prospěch komunity.
- **hromadné sdělovací prostředky** - poskytují neosobní formální komunikace a lze je využít na zprostředkování informací v krátkém čase pro velký počet lidí.
- **zdravotní politika** - zaměřena na potřeby většiny nebo celé populace země a omezuje potřeby jednotlivce ve veřejný prospěch. (Jarošová, 2007, s. 47)

3.5.5 Vyhodnocení komunitní ošetrovatelské péče

Poslední fáze ošetrovatelského procesu je zaměřená na vyhodnocení účinnosti naplánovaných a realizovaných aktivit nebo programu. Zjišťuje se změna, která po realizaci nastala (vhodnost, účinnost, účelnost, následky činností, náklady a podobně).

Evaluace začíná již v etapě plánování, kdy jsou stanovovány cíle a aktivity vedoucí k jejich dosažení. Hodnotící proces je zaměřen na komunitní zdraví, sestra proto srovnává informace o komunitě před začátkem intervencí a po nich. Následně se vyjadřuje úspěšnost, respektive neúspěšnost. (Hanzlíková, 2007, s. 98)

3.5.6 Využití modelů v komunitním ošetrovatelství

Realizace ošetrovatelských činností vyžaduje rámec, který je základní podpůrnou strukturou a vychází ze specifického přístupu ke klientovi. Tento rámec určuje ošetrovatelský model, což je systematický a logický seznam koncepcí obsahující základní, nezbytné komponenty ošetrovatelských činností a vědních teorií, na kterých je činnost postavená. (Archalousová, 2005, s. 107)

Ošetrovatelské modely jsou založeny na třech základních komponentech- klient, cíl ošetrovatelské péče a ošetrovatelské intervence.

Mezi vhodné ošetrovatelské modely pro komunitní ošetrovatelství patří:

- **Adaptační model Callisty Royové** - představuje klienta jako systém, který je schopný přizpůsobit se změnám prostředí. V prostředí se klient nachází v interakci s jinými, kteří ovlivňují jeho schopnosti adaptace.
- **M. Levinové model principů ochrany** - poukazuje na důležitost a nezbytnost adaptace, kterou se zabezpečí prožívání jedince. Model je založen na názoru, že člověk je holistický bytost a svoji integritu si dokáže zachovat prostřednictvím adaptační schopnosti.
- **Behaviorální systémový model D. Johnsonové** - jádro tvoří chování klienta. Podle autorky je model vzorový, opakující se a odhodlaný způsob žití, který charakterizuje každý lidský život.
- **Model podpory zdraví N.Penderové** - individuální percepce, faktory modifikace, změny směřující k podpoře zdraví. (Hanzlíková, 2007, s. 66)

3.6 Průzkum v komunitním ošetřovatelství

Ošetřovatelství jako obor musí být vědecky podložené a ošetřovatelské povolání se musí formovat na vědeckých základech. (Farkašová, 2006, s.9)

Úloha průzkumu v ošetřovatelství je podobná jako v jiných vědních disciplínách. V popředí každého průzkumu je snaha získat nové vědomosti a porozumět zkoumaným jevům.

Průzkum v komunitním ošetřovatelství je aplikovaný, těsněji spojený s praxí. Problémy a otázky průzkumu v komunitním ošetřovatelství vycházejí z praxe a výsledky je možno využít při práci s klienty. Je však důležité, aby i průzkum vycházel z teoretických základů, sociálních potřeb klientů a z předcházejících průzkumných studií. Při průzkumu je důležité dodržovat všeobecné a profesionální etické zásady, které platí při práci s klienty, ale i specifické zásady platné pro daný průzkum.

Průzkum v komunitním ošetřovatelství poskytuje sestřím nové poznatky, umožňuje řešit problémy, porozumět pozorovaným jevům, faktům a událostem. Vědomosti, které komunitní sestry získají, využívají poté při podpoře zdraví, v prevenci chorob a při obnovování zdraví členů komunity. Průzkum se využívá i k vývoji a ověřování teorie.

3.6.1 Funkce průzkumu

Průzkum v komunitním ošetřovatelství má tyto funkce:

- identifikování a definování možností komunitního ošetřovatelství, kdy právě průzkum může poukázat na zvláštnosti komunitního ošetřovatelství
- dokumentování účinků intervencí v komunitním ošetřovatelství
- zkoumat a hodnotit efektivitu intervencí komunitního ošetřovatelství
- edukace klienta
- komunitní sestry mohou výsledky svého studia poskytnout různým institucím

3.6.2 Kroky v procesu průzkumu

Všeobecně se v procesu průzkumu rozeznávají tyto kroky:

1. Definování průzkumného problému a jeho formulování ve formě otázky.
2. Studium problému, vyhledávání publikovaných materiálů v oblasti zájmu. Sestra se zaměřuje na předcházející průzkumy, jejich záběry a metody.
3. Identifikuje proměnné veličiny průzkumu.
4. Formuluje hypotézy.
5. Výběr vhodného průzkumného záměru. Jeho cílem je zodpovědět specifickou otázku průzkumu.
6. Výběr průzkumného vzorku.
7. Shromažďování údajů.
8. Analýza shromažďovaných údajů.
9. Oznámení výsledků a závěrů.

Uvedené kroky se mohou měnit na základě typu průzkumu.

3.6.3 Úlohy průzkumu pro komunitní sestry

Ne každá komunitní sestra má potřebné vzdělání, aby samostatně vedla průzkum. Je důležité vycházet z dosažené úrovně vzdělání. Zapojení se do průzkumu je však integrální částí role komunitní sestry. Zahrnuje čtyři základní průzkumné úkoly:

- Používání výsledků průzkumu, průzkumné závěry by se měly uplatňovat v komunitní ošetrovatelské praxi.
- Identifikování průzkumných otázek. Otázky průzkumu vyplývají z pozorování, každodenní činnosti komunitní sestry.
- Shromažďování údajů. Sestra často sbírá údaje pod vedením vedoucího průzkumného týmu nebo i samostatně. Metody mohou být kvalitativní a kvantitativní.
- Projektování a vedení průzkumných studií. Tato úloha vyžaduje určitou úroveň vzdělání, které určuje, zda komunitní sestra bude problém řešit samostatně, nebo pod vedením vedoucího průzkumného týmu. (Hanzlíková, 2006, s. 107)

4 Metodologie průzkumu

4.1 Průzkumný problém

Do jaké míry jsou zdravotní sestry informovány o komunitním ošetřovatelství?

4.2 Předmět průzkumu

Teorie a praxe komunitního ošetřovatelství.

4.3 Průzkumné hypotézy

- č. 1 – Předpokládáme, že 50% optaných respondentů není dostatečně informovaných o komunitním ošetřovatelství z oblasti teorie.
- č. 2 – Předpokládáme, že 50% optaných respondentů není dostatečně informovaných o komunitním ošetřovatelství z oblasti praxe.

4.4 Cíle průzkumu

- č. 1 – Zjistit úroveň informovanosti zdravotních sester o komunitním ošetřovatelství z oblasti teorie.
- č. 2 – Zjistit úroveň informovanosti zdravotních sester o komunitním ošetřovatelství z oblasti praxe.

4.5 Metoda a metodika průzkumu

Jako metodu shromažďování potřebných údajů za účelem získání pravdivých informací jsem použila metodu dotazníku (viz. Příloha č. 2).

Dotazník byl anonymní a obsahoval:

- a) obeznámení respondentů s problematikou průzkumu
- b) demografické údaje o průzkumné vzorce – věk, oddělení pracoviště, počet odpracovaných let
- c) samotné otázky

Dotazník obsahoval 10 otázek. Otázky č. 3, 4, 6, 8 a 10 byly uzavřené, respondenti si odpovědi vybírali z připravovaných možností. Polootevřené otázky č. 1, 5, 9 respondenti zakroužkovali a doplnili. Otevřené otázky měly číslo 2 a 7, respondenti v nich měli možnost vyjádřit svůj vlastní názor. Dotazník vyplnilo 50 respondentů.

Na zjištění výsledků z první hypotézy byly zaměřené otázky s čísly 1, 2, 3, 4 a 5. Otázky s čísly 6, 7, 8, 9 a 10 byly zaměřené na zjištění výsledků druhé hypotézy.

4.6 Průzkumná vzorka

Průzkumnou vzorku tvořili zdravotní sestry, zaměstnané na různých pracovištích Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

4.7 Realizace průzkumu

Na průzkumu jsem pracovala od ledna do března roku 2009, na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. v Praze. Rozdala jsem 50 dotazníků, kterých návratnost byla 100%, to je 50 vyplněných dotazníků.

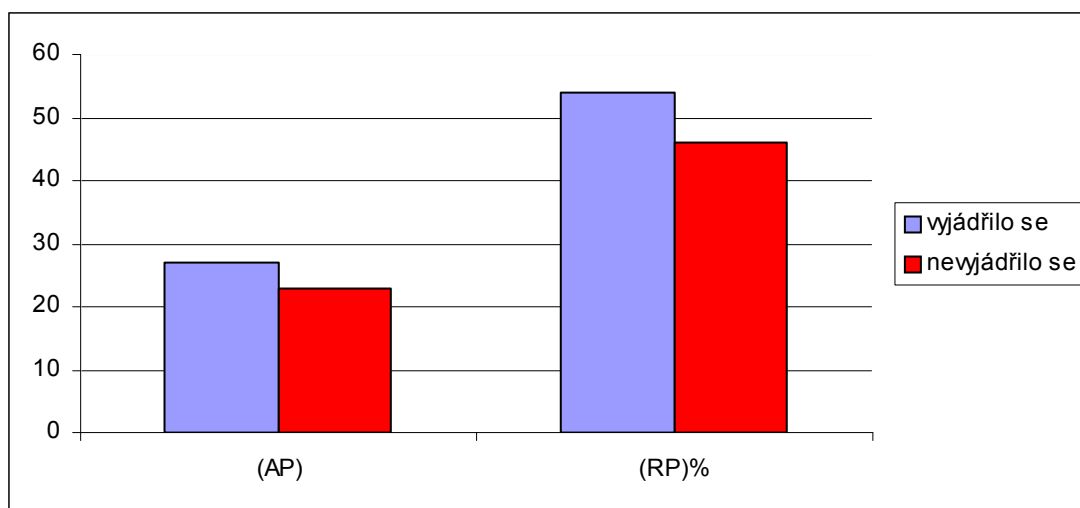
4.8 Vyhodnocení průzkumu

Vyhodnocení demografických údajů:

Tabulka č. 1 – Vyhodnocení věku respondentů

Možnosti	(AP)	(RP)%
20 – 30 let	25	50
31 – 40 let	14	28
41 – 50 let	7	14
51 – více let	4	8
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 1 – Vyhodnocení věku respondentů

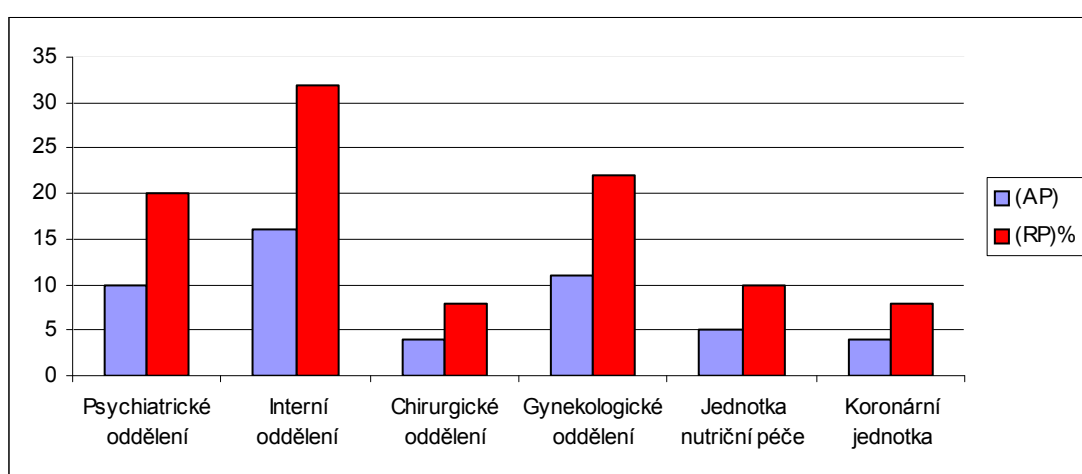


První demografický údaj dotazníku se týkal věku optaných respondentů. Odpovědělo všech 50 respondentů, to je 100%. Z toho 25 respondentů a zároveň 50% zvolilo věkové rozmezí 20 – 30 let. Možnost 31 – 40 let si vybralo 14 respondentů, to je 28%. Třetí možnost odpovědi, tedy 41 – 50 let si zvolilo 7 optaných respondentů, co je 14%. A poslední věkové rozmezí, tedy 51 – a více let, si vybrali 4 respondenti, co tvoří 8%.

Tabulka č. 2 – Vyhodnocení oddělení pracovišť respondentů

Možnosti	(AP)	(RP)%
Psychiatrické oddělení	10	20
Interní oddělení	16	32
Chirurgické oddělení	4	8
Gynekologické oddělení	11	22
Jednotka nutriční péče	5	10
Koronární jednotka	4	8
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 2 – Vyhodnocení oddělení pracovišť respondentů

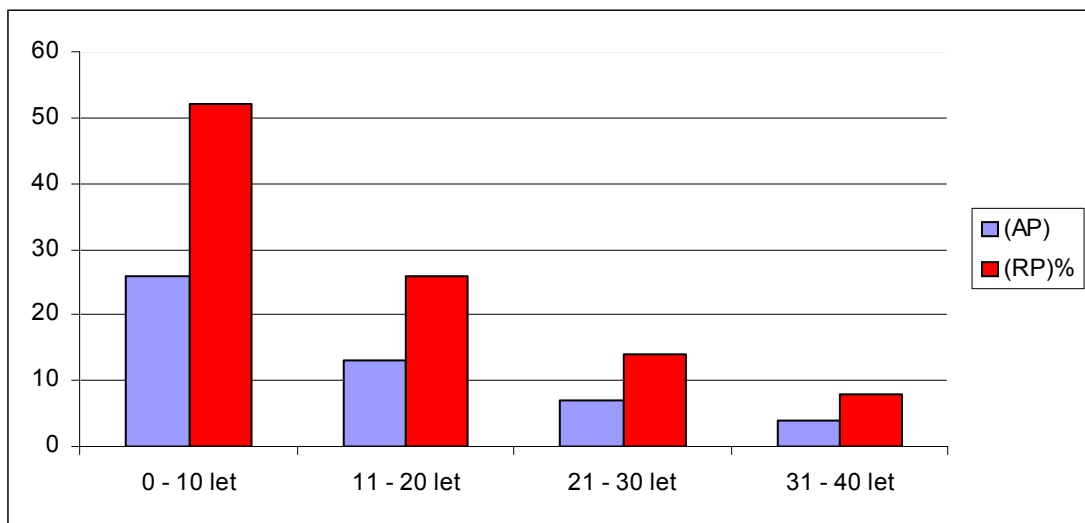


Druhý demografický údaj dotazníku se týkal oddělení pracovišť, kde optaní respondenti pracují. Odpovědělo všech 50 respondentů, to je 100%. Z toho 10 respondentů a zároveň 20% zvolilo jako pracoviště psychiatrické oddělení. Možnost interního oddělení si vybralo 16 respondentů, to je 32%. Třetí možnost odpovědi, tedy chirurgické oddělení si zvolili 4 optaní respondenti, co je 8%. Gynekologické oddělení mělo zastoupení 11 respondentů, co tvoří 22%. Na jednotce nutriční péče pracuje 5 respondentů, tedy 10%. Poslední možnost pracoviště byla koronární jednotka, kde pracují 4 z optaných respondentů, co tvoří 8%.

Tabulka č. 3 – Vyhodnocení počtu odpracovaných let respondentů

Možnosti	(AP)	(RP)%
0 – 10 let	26	52
11 – 20 let	13	26
21 – 30 let	7	14
31 – 40 let	4	8
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 3 – Vyhodnocení počtu odpracovaných let respondentů



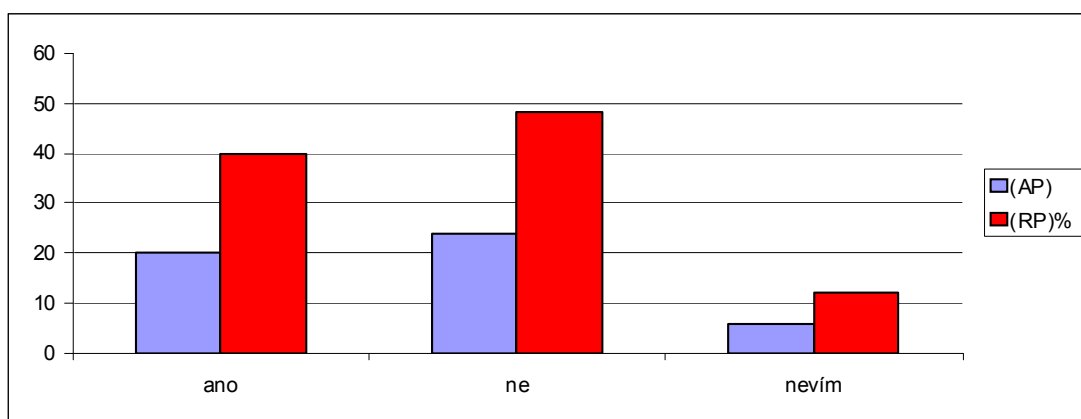
Třetí demografický údaj dotazníku se týkal počtu odpracovaných let optaných respondentů. Odpovědělo všech 50 respondentů, to je 100%. Z toho 26 respondentů a zároveň 52% zvolilo věkové rozmezí 0 – 10 odpracovaných let. Možnost 11 – 20 odpracovaných let si vybralo 13 respondentů, to je 26%. Třetí možnost odpovědi, tedy 21 – 30 odpracovaných let si zvolilo 7 optaných respondentů, co je 14%. A poslední věkové rozmezí, tedy 31 – 40 odpracovaných let, si vybrali 4 respondenti, co tvoří 8%.

Položka č. 1: Střetli jste se už s pojmem komunitní ošetřovatelství?

Tabulka č. 4 – Střetli jste se už s pojmem komunitní ošetřovatelství?

Možnosti	(AP)	(RP)%
ano	20	40
ne	24	48
nevím	6	12
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 4 – Střetli jste se už s pojmem komunitní ošetřovatelství?



V odpovědi na otázku č. 1 se respondenti měli vyjádřit, jestli se už střetli s pojmem komunitní ošetřovatelství. Na otázku č. 1 odpovědělo 50 respondentů, to je 100%. Z toho 20 respondentů odpovědělo na otázku ano, tedy, že se už střetli s pojmem komunitní ošetřovatelství, co tvoří 40%. S tímto pojmem se nestřetlo 48% respondentů, co je 24 respondentů. A 6 optaných respondentů odpovědělo na otázku nevím, to je 12%.

První možnost odpovědi na otázku zněla ano. Když respondenti zvolili tuto odpověď, měli zároveň doplnit, kde se s pojmem komunitní ošetřovatelství střetli. Odpovědi byly následovné:

- ve škole
- časopis Sestra
- od kamarádky
- v ambulanci
- z medií

- v práci

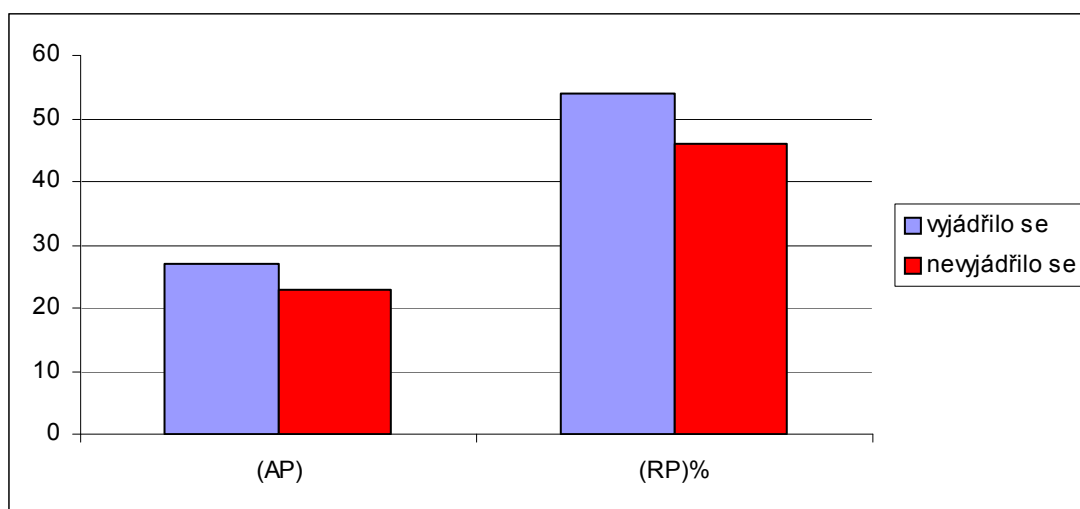
Domníváme se, že počet respondentů, kteří se ještě nestřetli s pojmem komunitní ošetrovatelství, je ovlivněno pravděpodobně nedostatečnou informovaností, a taky v minulosti znaly zdravotní sestry toto ošetrovatelství spíš pod pojmem „terénní.“

Položka č. 2: Co rozumíte pod pojmem komunitní ošetřovatelství?

Tabulka č. 5 – Co rozumíte pod pojmem komunitní ošetřovatelství?

Možnosti	(AP)	(RP)%
vyjádřilo se	27	54
nevyjádřilo se	23	46
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 5 – Co rozumíte pod pojmem komunitní ošetřovatelství?



K otázce č. 2 se vyjádřilo 27 respondentů, co tvoří 54%. Nevyjádřilo se 23 respondentů, to je 46%.

Respondenti měli napsat, co rozumějí pod pojmem komunitní ošetřovatelství. Nejčastější odpovědi zněly ve smyslu:

- ošetřovatelská péče v komunitě
- ošetřovatelská péče o spolek lidí, kteří mají stejné znaky (například staří lidé, alkoholici, narkomani)
- ošetřovatelská péče mimo zdravotnické zařízení
- péče v domácím prostředí
- ošetřovatelství menšin, náboženských skupin, cizinců, jiné kultury
- podpora zdraví
- péče ve spolupráci s rodinou i zdravotníky, například hospicová péče

- zdravotnické i sociální služby, poskytované nemocným, ale i zdravým jedincům a komunitě, v domácím prostředí
- odvětví ošetřovatelství, ve smyslu následné péče, sociální péče
- plánována péče o pacienta po propuštění z nemocnice domů

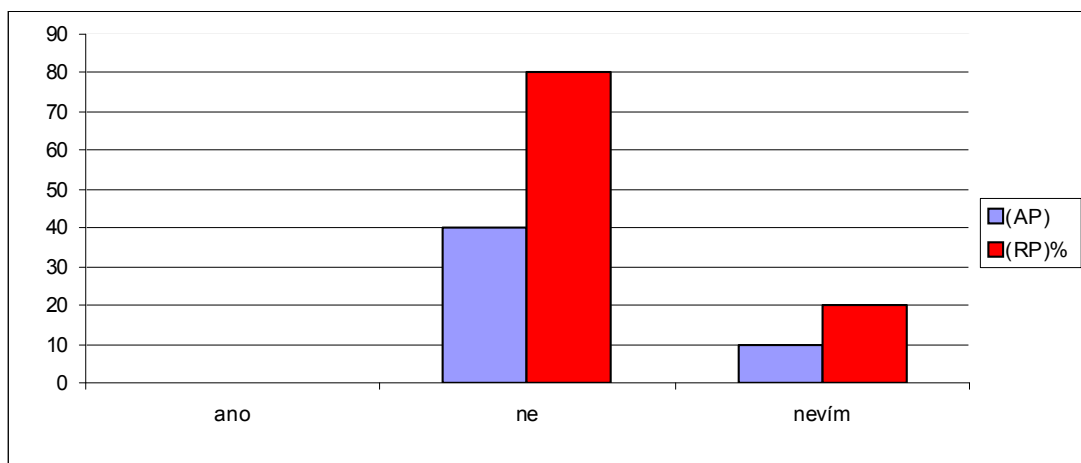
Celkově z odpovědí vyplývá, že překvapivě každý z respondentů, který se pokusil komunitní ošetřovatelství charakterizovat, zná jeho základní definici, nebo se jí přibližuje.

Položka č. 3: Je podle Vás informovanost o komunitním ošetřovatelství dostačující?

Tabulka č. 6 – Je podle Vás informovanost o komunitním ošetřovatelství dostačující?

Možnosti	(AP)	(RP)%
ano	0	0
ne	40	80
nevím	10	20
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 6 – Je podle Vás informovanost o komunitním ošetřovatelství dostačující?



Na otázku č. 3 měli respondenti odpovědět, jestli je podle nich informovanost o komunitním ošetřovatelství dostačující. Odpovědělo 50 respondentů, to je 100%. Z nich nikdo nezvolil první odpověď, tedy tu kladnou. Záporně se vyjádřilo 40 respondentů, to je 80%, tím si zvolili druhou odpověď. Na třetí možnost odpovědi, to je nevím, se vyjádřilo 10 respondentů, tedy 20%.

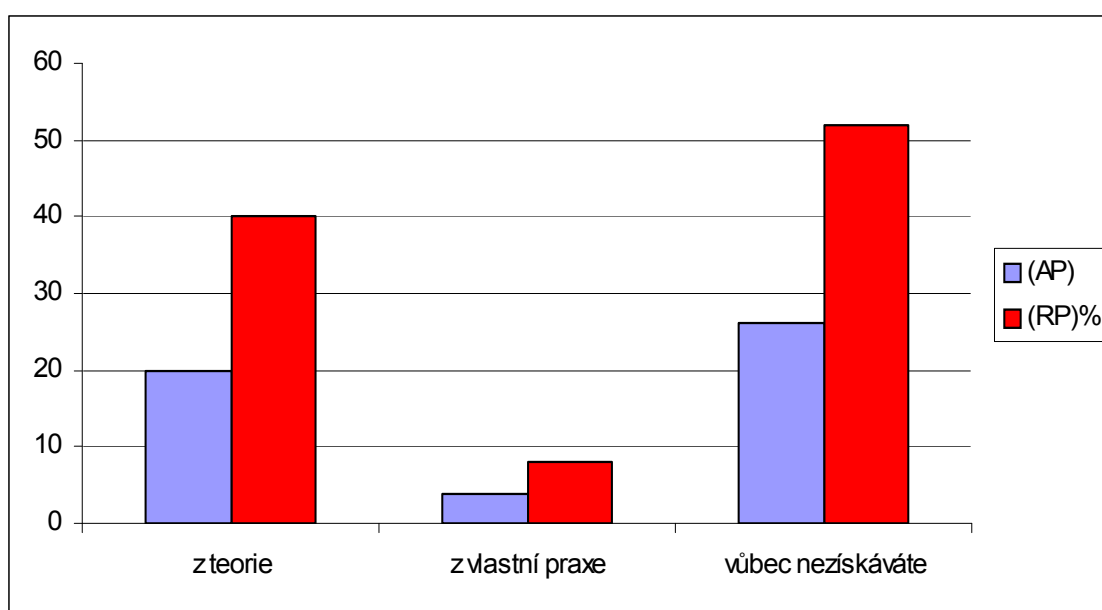
Na základě odpovědí k otázce se domníváme, že respondenti, kteří se vyjádřili záporně, odpověděli pravdivě, protože vývoj komunitního ošetřovatelství je v našem státě opožděný a uvedená oblast je ještě nedostatečně objasněná.

Položka č. 4: Informace o komunitním ošetřovatelství získáváte nejvíc:

Tabulka č. 7 – Informace o komunitním ošetřovatelství získáváte nejvíc:

Možnosti	(AP)	(RP)%
z teorie	20	40
z vlastní praxe	4	8
vůbec nezískáváte	26	52
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 7 – Informace o komunitním ošetřovatelství získáváte nejvíc:



K otázce č. 4 se vyjádřilo 50 respondentů, to je 100%. Respondenti se měli vyjádřit, ze které oblasti získávají nejvíc informací o komunitním ošetřovatelství. Z toho 20 respondentů, co je 40% se vyjádřilo, že informace o komunitním ošetřovatelství získávají nejvíc z teorie (odborná knižní a časopisecká literatura, škola, media a podobně). Dále 4 respondenti, tedy 8% odpověděli, že tyto informace nejvíc získávají z vlastní praxe. A 26 respondentů, to je 52% tyto informace vůbec nezískávají.

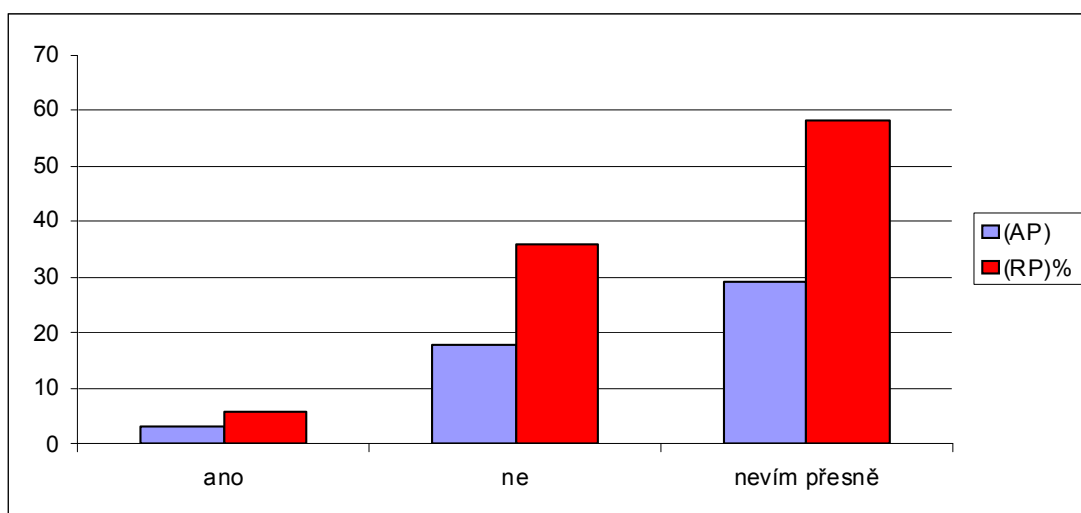
Odpovědi respondentů jsou různé. Nejideálnější by bylo, kdyby se odpovědi všech respondentů shodovaly v tom, že neustále získávají nové, kvalitní informace a poznatky o komunitním ošetřovatelství z různých oblastí.

Položka č. 5: Znáte rozdíl mezi komunitním ošetrovatelstvom a ošetrovatelstvom všeobecne?

Tabulka č. 8 – Znáte rozdíl mezi komunitním ošetrovatelstvom a ošetrovatelstvom všeobecne?

Možnosti	(AP)	(RP)%
ano	3	6
ne	18	36
nevím přesně	29	58
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 8 – Znáte rozdíl mezi komunitním ošetrovatelstvom a ošetrovatelstvom všeobecne?



Respondenti se měli v otázce č. 5 vyjádřit, jestli znají rozdíl mezi komunitním ošetrovatelstvom a ošetrovatelstvom všeobecne. Na tuto otázku odpovědělo všech 50 respondentů, to je 100%. Z toho 3 respondenti, tedy 6% odpověděli na otázku kladně, to znamená, že znají rozdíl mezi tradičním a komunitním ošetrovatelstvom. Dále 18 respondentů, to je 36% odpovědělo záporně. A 29 respondentů, tedy 58% zvolilo odpověď nevím přesně.

První možnost odpovědi na otázku zněla ano. Když se respondenti přiklonili k této odpovědi, měli k ní dopsat, o jaký rozdíl jde. Odpovědi zněly nejčastěji v tomto smyslu:

- všeobecné ošetřovatelství se zaměřuje hlavně na jedince, ale komunitní ošetřovatelství se zaměřuje na určitou komunitu – skupinu lidí
- v komunitním ošetřovatelství se jedná o nestandardní péči mimo zdravotnické zařízení
- komunitní ošetřovatelství je zaměřeno na rizikovou populaci
- komunitní péče se zúčastňují rodina, dobrovolníci a jiní

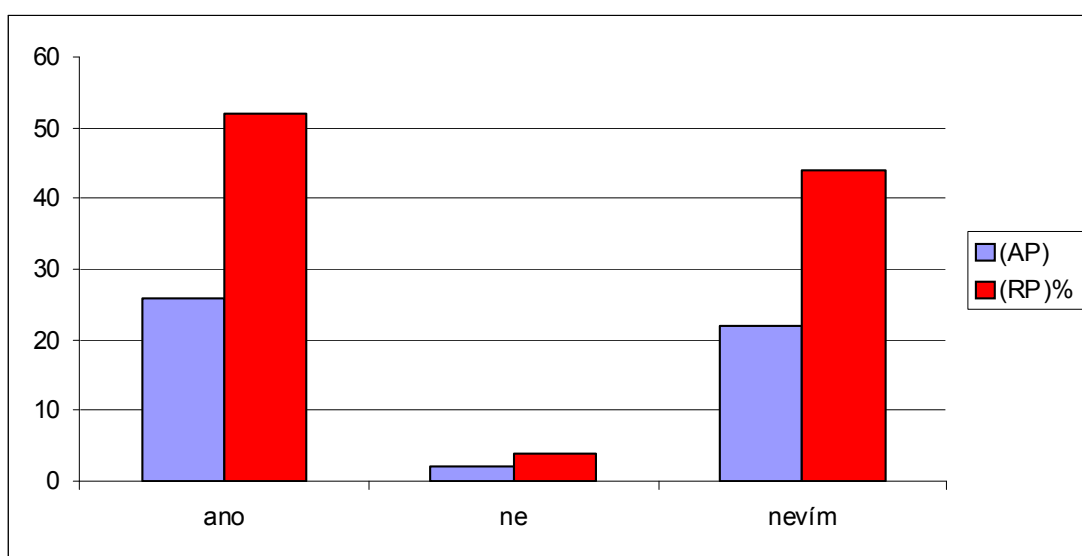
Na základě odpovědí musíme konstatovat, že jsme čekaly více kladných odpovědí. Avšak 3 respondenti, kteří kladně odpověděli, rozdíl mezi komunitním a všeobecným ošetřovatelstvím vystihli.

Položka č. 6: Praktikuje se komunitní ošetřovatelství v našem státu?

Tabulka č. 9 – Praktikuje se komunitní ošetřovatelství v našem státu?

Možnosti	(AP)	(RP)%
ano	26	52
ne	2	4
nevím	22	44
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 9 – Praktikuje se komunitní ošetřovatelství v našem státu?



Na otázku č. 6 odpovědělo všech 50 respondentů, to je 100%. Respondenti měli zvolit možnost odpovědi, jestli se v našem státu praktikuje komunitní ošetřovatelství. Z toho 26 respondentů, tedy 52% odpovědělo na otázku, že se komunitní ošetřovatelství praktikuje v našem státu. Dále 2 respondenti, co tvoří 4%, se vyjádřili, že se v našem státu komunitní ošetřovatelství nepraktikuje. A 22 respondentů, co je 44% nevědělo na tuto otázku odpovědět.

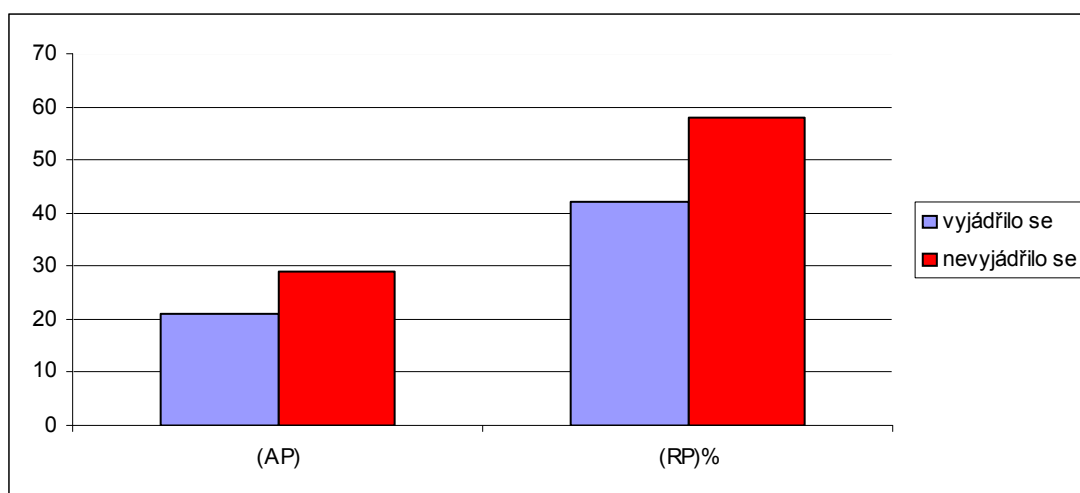
Z uvedených odpovědí vyplývá, že polovina optaných respondentů odpověděla na otázku kladně, tedy správně. A skoro polovina respondentů si neví představit využití komunitního ošetřovatelství v praxi.

Položka č. 7: Napište hlavní náplň práce komunitní sestry:

Tabulka č. 10 – Napište hlavní náplň práce komunitní sestry:

Možnosti	(AP)	(RP)%
vyjádřilo se	21	42
nevyjádřilo se	29	58
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 10 – Napište hlavní náplň práce komunitní sestry:



Na otázku č. 7 odpovědělo 21 respondentů, to je 42%. Nevyjádřilo se 29 respondentů, co tvoří 58%.

Respondenti měli napsat hlavní náplň práce komunitní sestry. Všichni respondenti, kteří se k této otázce vyjádřili, odpověděli více-méně správně. Jejich nejčastější odpovědi zněly:

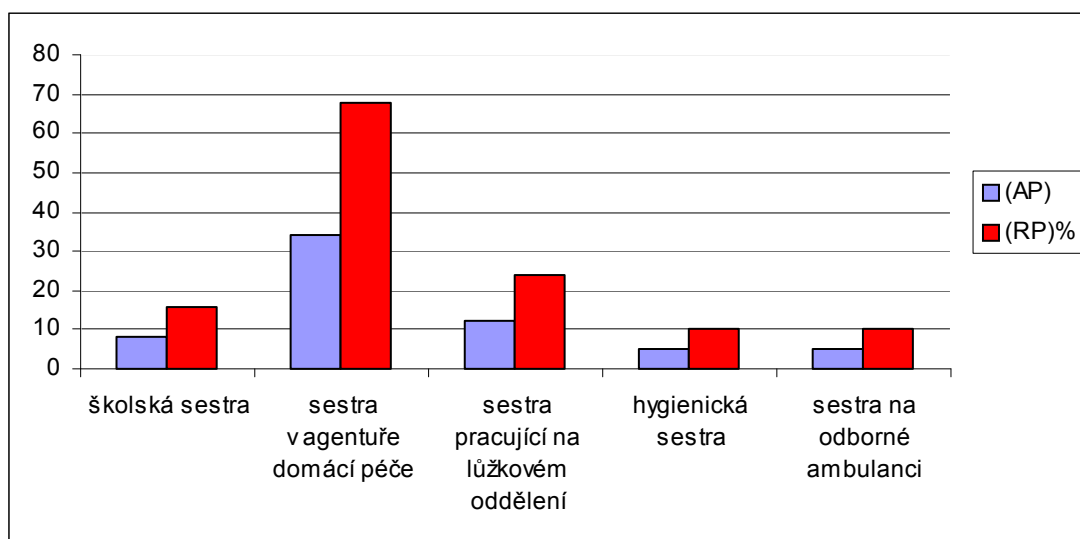
- zaobírá se ošetrovatelskou péčí v komunitě
- zapojuje klienty do preventivní péče
- je to skupinová práce, za pomoci pracovníků sociálních služeb
- poskytuje primární, sekundární a terciární ošetrovatelskou péči, poradenství, vyhledává rizikové pacienty, komunikuje
- pracuje v terénu, pečuje o zdravé i nemocné mimo zdravotnické zařízení
- edukuje svoje klienty

Položka č. 8: Kdo z uvedených zdravotnických pracovníků podle Vás praktikuje komunitní ošetrovatelství?

Tabulka č. 11 – Kdo z uvedených zdravotnických pracovníků podle Vás praktikuje komunitní ošetrovatelství?

Možnosti	(AP)	(RP)%
školská sestra	8	16
sestra v agentuře domácí péče	34	68
sestra pracující na lůžkovém oddělení	12	24
hygienická sestra	5	10
sestra na odborné ambulanci	5	10

Graf č. 11 – Kdo z uvedených zdravotnických pracovníků podle Vás praktikuje komunitní ošetrovatelství?



Na otázku č. 8 odpovědělo všech 50 respondentů, to je 100%. Respondenti měli možnost zakroužkovat správné odpovědi na otázku, kdo z uvedených zdravotnických pracovníků praktikuje komunitní ošetrovatelství. Z toho 8 respondentů si vybrali možnost školské sestry, 34 respondentů zvolili odpověď sestry v agentuře domácí péče, 12 respondentů se přiklonilo k sestře pracující na lůžkovém oddělení, 5 respondentů zvolilo možnost hygienické sestry. A 5 respondentů vybrali poslední odpověď, tedy sestru na odborné ambulanci.

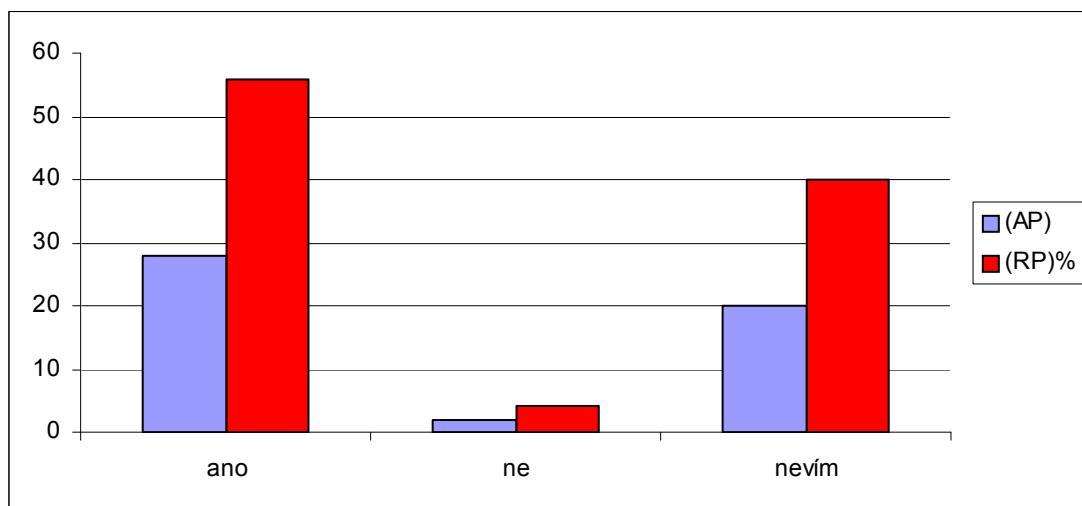
Na základě odpovědí se domníváme, že tyto odpovědi respondentů byly spíše jenom náhodným tipem, protože žádný z respondentů nevybral jen správné z uvedených možností.

Položka č. 9: Je důležité, aby komunitní ošetrovatelství bylo úzce spojeno s ošetrovatelským průzkumem?

Tabulka č. 12 – Je důležité, aby komunitní ošetrovatelství bylo úzce spojeno s ošetrovatelským průzkumem?

Možnosti	(AP)	(RP)%
ano	28	56
ne	2	4
nevím	20	40
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 12 – Je důležité, aby komunitní ošetrovatelství bylo úzce spojeno s ošetrovatelským průzkumem?



Na otázku č. 9 odpovědělo všech 50 respondentů, to je 100%. Respondenti se měli vyjádřit, jestli je důležité, aby komunitní ošetrovatelství bylo úzce spojeno s ošetrovatelským průzkumem. Z toho 28 respondentů, to je 56% se vyjádřilo kladně. Zápornou odpověď zvolili 2 respondenti, tedy 4%. A 20 respondentů, zároveň 40% se přiklonilo ke třetí možnosti, tedy nevím.

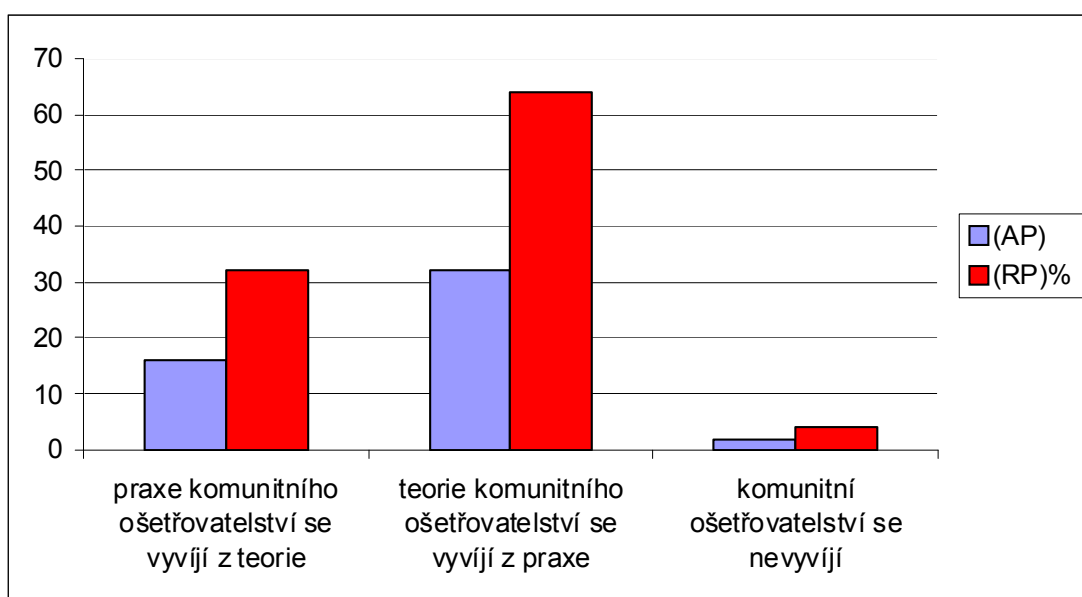
Průzkum je velmi důležitý jak pro teorii, tak i pro praxi komunitního ošetrovatelství, proto první z uvedených možností byla správná.

Položka č. 10: Která z těchto odpovědí je správná?

Tabulka č. 13 – Která z těchto odpovědí je správná?

Možnosti	(AP)	(RP)%
praxe komunitního ošetřovatelství se vyvíjí z teorie	16	32
teorie komunitního ošetřovatelství se vyvíjí z praxe	32	64
komunitní ošetřovatelství se nevyvíjí	2	4
(N) Sumář	50	100%

Graf č. 13 – Která z těchto odpovědí je správná?



Na otázku č. 10 odpovědělo všech 50 respondentů, to je 100%. Respondenti měli z uvedených možností zvolit tu správnou. Z toho 16 respondentů, co tvoří 32%, se domnívají, že praxe komunitního ošetřovatelství se vyvíjí z teorie. Dále 32 respondentů, to je 64% udává, že teorie komunitního ošetřovatelství se vyvíjí z praxe. A 2 respondenti, tedy 4% zvolili odpověď, že komunitní ošetřovatelství se nevyvíjí.

Výběr odpovědí na tuto otázku byl záměrně zavázející. Ti, kteří si zvolili první možnost odpovědi, odpověděli správně, protože základem komunitního ošetřovatelství je teorie a od ní se vyvíjí všechno ostatní, jako i praxe. Většina z respondentů zvolila nesprávné odpovědi.

4.9 Diskuse

Průzkumná práce byla pro mě rozptýlením. Zdravotní sestry byly vstřícné. Při vyplňování dotazníků jsem nebyla přítomná, no otázky vyplnily bez problémů. Respondenti odpověděli přiměřeně na kladené otázky.

Ověření stanovených hypotéz:

Hypotéza č. 1 zní: Předpokládáme, že 50% optaných respondentů není dostatečně informovaných o komunitním ošetřovatelství z oblasti teorie.

První hypotéza se potvrdila. Cíleně byly na ní zaměřené otázky č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 5 v dotazníku. Zjistili jsme, že přibližně 70% optaných respondentů, tedy zdravotních sester, zaměstnaných na různých pracovištích Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, nemá základné teoretické poznatky o komunitním ošetřovatelství, nejsou s ním obeznámení, ale taky mu nevěnují dostatečnou pozornost.

Hypotéza č. 2 zní: Předpokládáme, že 50% optaných respondentů není dostatečně informovaných o komunitním ošetřovatelství z oblasti praxe.

Druhá hypotéza se potvrdila. Cíleně byly na ní zaměřené otázky č. 6, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10 v dotazníku. Zjistili jsme, že přibližně 60% optaných respondentů nemá základné informace o praxi v komunitním ošetřovatelství.

Průzkumné zjišťování u zdravotních sester Všeobecné fakultní nemocnice v Praze nám poskytlo přehled o jejich úrovni informovanosti v komunitním ošetřovatelství.

Výsledek průzkumu poukazuje na nedostatečnou informovanost zdravotních sester v oblasti teorie i praxe komunitního ošetřovatelství. Avšak není tady místo pro kritiku, protože konečný výsledek jen potvrzuje úroveň informovanosti o komunitním ošetřovatelství u nás, která je všeobecně nízká. Pravděpodobně to ovlivňuje nejen finanční situace ve zdravotnictví, ale i celková situace státu.

4.10 Doporučení pro praxi

Je nutné zabezpečit informace zdravotním sestram o komunitním ošetřovatelství z oblasti teorie a praxe, a tím zvýšit jejich vědomosti z této oblasti. Doporučujeme informovanost za pomoci přednášek, seminářů, kongresů, masmédií a podobně.

Závěr

Komunitní péče znamená poskytovat služby a podporu občanům na správné úrovni, ve správné podobě a ve správné chvíli tak, aby občan dosáhl co největší úrovně nezávislosti. Pojem komunitní péče přesahuje klasické dělení na péči zdravotní a péči sociální. Komunity by měly vytvářet podmínky a zajistit dostupnost zdravotních i sociálních služeb klientům, včetně informovanosti o nich a snadného přístupu k těmto službám.

Společnost potřebuje ošetrovatelskou disciplínu, která podporuje výchovu ke zdraví v komunitě. Zdravotnictví v naší republice je složitým sociálním a politickým problémem. Je vedená diskuse o jeho transformaci, zvýšení efektivity a sociální prestiže. Podíl sester na řešení těchto problémů je poměrně malý, i když nejpočetnější profesionální skupinou jsou právě sestry.

Ošetrovatelství v posledních letech prožívá ve vyspělých krajinách dramatický rozvoj. Když u nás nebude realizovaný celý řad změn, je pravděpodobné, že se nám nikdy nepovede rozdíly mezi západoevropským a severoamerickým ošetrovatelstvím změnit.

Vliv ošetrovatelství na veřejné zdraví může být jeden z nejdůležitějších sporných bodů, kterým bude v budoucnosti ošetrovatelství čelit.

Není možné, abych v jedné práci vyčerpala téma komunitního ošetrovatelství. Je jen skromným přispěním k rozšíření informací, kterými všechny sestry obohacují odbor ošetrovatelství a uvědomují si svoje poslání, které už více než před sto lety Florence Nightingale, charakterizovala následovně: „Dnes sestry ošetřují nemocné lidi, ale přijde den, když budou ošetřovat zdravé.“ Její předpověď se stává v současném světě skutečností. Proces proměny zaměření ošetrovatelství se stává zákonitým, protože společnost na jistém stupni vývinu se ocitá před problémy, které ji nutí měnit poslání celých profesí v praxi, jako i v teorii a výzkumu.

Moje bakalářská práce je víceméně zrcadlem komunitního ošetrovatelství ve vyspělých krajinách, protože u nás je tato oblast doposud nedostatečně rozpracována.

Na závěr zůstává nezodpovězená otázka: jak dlouho ještě potrvá, než se komunitní ošetrovatelství v našich podmínkách dostane na úroveň vyspělých krajin?

Seznam literatury

1. ANDREJKIVOVÁ, Pavla. Hospicová domácí péče. Sestra, Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta a.s., 12/2008. ISSN 1210-0404.
2. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, SLEZÁKOVÁ, Zuzana. Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus, 2005. ISBN 80-86225-63-1.
3. BOLEDOVIČOVÁ, Mária. MATULAY, Stanislav. Výskum v ošetrovatel'stve. Nitra: Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína filozofa v Nitre, 2007. ISBN 978-80-89245-03-1.
4. BULLOUGH, B. Nursing in the community. St. Louis. Baltimore. Philadelphia. Toronto: Dy the C.V.Mosby Company, 1990. ISBN 0-8016-6065-3.
5. FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv. Výzkum v ošetrovatel'ství. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-229-4.
6. GOJOVÁ, Alice. Teorie a modely komunitní práce. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-154-4.
7. HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. Komunitní ošetrovatel'ství. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.
8. HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. Komunitné ošetrovatel'stvo. 2. nezmenené vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-213-8.
9. HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. Úloha ošetrovatel'stva v ochrane komunitného zdravia 1. Bratislava: Univerzita Komenského, 2002. ISBN 80-223-1534.
10. JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetrovatel'ství. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
11. LEMON 1 (LEARNING MATERIAL ON NURSING). Učebný materiál pre ošetrovatel'stvo. Bratislava: Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, 1997. ISBN 80-967818-0-4.
12. MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv. Sociální služby. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
13. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: 2002. ISBN 80-85047-21-7.
14. MISCONIOVÁ, Blanka. Komplexní domácí péče – od A do Z. Asociace domácí péče. Projekt Ministerstva zdravotnictví ČR, b. r. Bez ISBN.

15. Zborník. Ošetrovateľstvo v procese zmien. Martin:Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského, 1996. ISBN 80-88866-02-2.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Vyhodnocení věku respondentů	37
Tabulka č. 2 - Vyhodnocení oddělení pracovišť respondentů	38
Tabulka č. 3 - Vyhodnocení počtu odpracovaných let respondentů	39
Tabulka č. 4 - Střetli jste se už s pojmem komunitní ošetřovatelství?	40
Tabulka č. 5 - Co rozumíte pod pojmem komunitní ošetřovatelství?	42
Tabulka č. 6 - Je podle Vás informovanost o komunitním ošetřovatelství dostačující?	44
Tabulka č. 7 - Informace o komunitním ošetřovatelství získáváte nejvíc:	45
Tabulka č. 8 - Znáte rozdíl mezi komunitním ošetřovatelstvím a ošetřovatelstvím všeobecně?	46
Tabulka č. 9 - Praktikuje se komunitní ošetřovatelství v našem státu?	48
Tabulka č. 10 - Napište hlavní náplň práce komunitní sestry:	49
Tabulka č. 11 - Kdo z uvedených zdravotnických pracovníků podle Vás praktikuje komunitní ošetřovatelství:	50
Tabulka č. 12 - Je důležité, aby komunitní ošetřovatelství bylo úzce spojeno s ošetřovatelským průzkumem?	52
Tabulka č. 13 - Která z těchto odpovědí je správná?	53

Seznam grafů

Graf č. 1 - Vyhodnocení věku respondentů	37
Graf č. 2 - Vyhodnocení oddělení pracovišť respondentů	38
Graf č. 3 - Vyhodnocení počtu odpracovaných let respondentů	39
Graf č. 4 - Střetli jste se už s pojmem komunitní ošetřovatelství?	40
Graf č. 5 - Co rozumíte pod pojmem komunitní ošetřovatelství?	42
Graf č. 6 - Je podle Vás informovanost o komunitním ošetřovatelství dostačující?	44
Graf č. 7 - Informace o komunitním ošetřovatelství získáváte nejvíc:	45
Graf č. 8 - Znáte rozdíl mezi komunitním ošetřovatelstvím a ošetřovatelstvím všeobecně?	46
Graf č. 9 - Praktikuje se komunitní ošetřovatelství v našem státu?	48
Graf č. 10 - Napište hlavní náplň práce komunitní sestry:	49
Graf č. 11 - Kdo z uvedených zdravotnických pracovníků podle Vás praktikuje komunitní ošetřovatelství:	50
Graf č. 12 - Je důležité, aby komunitní ošetřovatelství bylo úzce spojeno s ošetřovatelským průzkumem?	52
Graf č. 13 - Která z těchto odpovědí je správná?	53

Seznam příloh

Příloha č. 1 Tabulka č. 1 - Porovnání tradiční a komunitní orientace ošetřovatelství

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 1

Tabulka č. 1 - Porovnání tradiční a komunitní orientace ošetřovatelství (Hanzlíková, 2007, s. 32)

Charakteristika učebního plánu	Tradiční ošetřovatelství	Komunitní ošetřovatelství
Primární zaměření	Nemocný jedinec	Komunitní zdraví
Cílová populace	Nemocní a postižení vyhledávají zdravotnickou pomoc	Celá populace, zejména závislé a rizikové skupiny
Primární výuková zařízení	Nemocnice, zdravotnická zařízení, domovy	Všude, kde jsou lidé
Úloha sestry	Specializovaná, propojená v rámci sektoru zdravotnictví	Široká, nezávislá a propojená se sektory související se zdravím
Zaměření sestry	Stavy vyžadující hospitalizaci	Podpora zdraví, prevence nemocí, rehabilitace, pečovatelská péče, většina zdravotních problémů a potřeb společnosti
Ošetřovatelská praxe	Péče o jednotlivce, účast rodiny/pacienta v procesu péče, ambulantní styk s pacienty po propuštění z nemocnice	Princip primární ošetřovatelské péče, zapojení komunity do procesu, identifikace a sledování rizikových skupin a týmový přístup k péči
Postup řešení problémů	Průzkum individuálních a rodinných potřeb a zdrojů, intervence prostřednictvím jednotlivců a rodiny	Přenos schopností a vědomostí tak, aby byla komunita, rodina, skupina a osoba schopna uspokojovat potřeby
Prevence	Zaměření na sekundární a terciární prevenci	Zaměření na primární prevenci
Terapie	Dosažení stavu, kdy pacient může být propuštěn z nemocnice	Zlepšení zdravotního a výživového stavu pacienta, rodiny, komunity, péče o sebe samotného, soběstačnost
Poskytování zdravotnických služeb	Institucionální a individuální péče o pacienty	Primární péče pro všechny, zapojení dalších sektorů ovlivňujících zdraví, týmový přístup
Vyhodnocování ošetřovatelské praxe	Počet pacientů propuštěných z ošetření na základě diagnózy, frekvence a intenzita kontaktu s pacientem	Procentuální pokrytí obyvatelstva, spokojenost konzumenta, zabezpečení kvality, statistika změn zdravotního stavu rizikových skupin, statistika reakce ošetřených skupin, imunizace, terapie, přiměřená délka hospitalizace, soběstačnost, změna návyků a životního stylu, snížení environmentálních zdravotních rizik

Příloha č. 2

Dotazník

Dostal se Vám do rukou dotazník, který je anonymní, proto nepište svoje jméno. Tímto dotazníkem chci zjistit úroveň informovanosti zdravotních sester o komunitním ošetřovatelství. Vaše odpovědi použiji ve své absolventské práci. Proto Vás prosím, pozorně si přečtete následující otázky a pravdivě na ně odpovězte.

Odpovědi zakroužkujte, nebo doplňte.

Za spolupráci Vám děkuje
Zuzana Karnetová, studentka
VŠZ – Praha, 3.CVS

Věk:

Oddělení pracoviště:

Počet odpracovaných let:

1. Střetli jste se už s pojmem komunitní ošetřovatelství?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Když jste odpověděli ano, napište kde.....

2. Co rozumíte pod pojmem komunitní ošetřovatelství?

.....
.....

3. Je podle Vás informovanost o komunitním ošetřovatelství dostačující?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

4. Informace o komunitním ošetřovatelství získáváte nejvíc:

- a) z teorie (knižní a časopisecká literatura, škola, media apod.)
- b) z vlastní praxe
- c) vůbec nezískáváte

5. Znáte rozdíl mezi komunitním ošetřovatelstvím a ošetřovatelstvím všeobecně?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím přesně

Když jste odpověděli ano, napište o jaký rozdíl jde.....
.....

6. Praktikuje se komunitní ošetřovatelství v našem státu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Napište hlavní náplň práce komunitní sestry:

.....
.....

8. Kdo z uvedených zdravotnických pracovníků podle Vás praktikuje komunitní ošetřovatelství?

- a) školská sestra
- b) sestra v agentuře domácí péče
- c) sestra pracující na lůžkovém oddělení
- d) hygienická sestra
- e) sestra na odborné ambulanci

9. Je důležité, aby komunitní ošetřovatelství bylo úzce spojeno s ošetřovatelským výzkumem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Která z těchto odpovědí je správná?

- a) praxe komunitního ošetřovatelství se vyvíjí z teorie
- b) teorie komunitního ošetřovatelství se vyvíjí z praxe
- c) komunitní ošetřovatelství se nevyvíjí

