

ORIGINAL ARTICLE

NÁZORY LÉKAŘŮ A VŠEOBECNÝCH SESTER NA VÝHODY A NEVÝHODY PÉČE O SENIORY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Opinions of physicians and general nurses concerning advantages and drawbacks of taking care of seniors in home environment

Valérie Tóthová, Věra Veisová, Sylva Bártlová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Summary

In the recent years, ever increased attention is being paid to worldwide trends of aging population, which is reflected in social, health as well as economic spheres. Seniors ever increase in number and thus, quite different requirements for services, which can they use including those in the field of healthcare, are quite different compared to the situation several tens of years ago. The contemporary care for this population exerts its failures and this is also one of many reasons why there are important discussions concerning the community care, where the healthcare and welfare professionals, and particularly community nurses, can completely use their potential and knowledge, thus filling gaps in taking care of healthy as well as diseased people. Targets, which should be achieved in European Union countries, are thus focused on improving the long-term care but also on reducing waiting periods or geographic differences in the availability and quality of the care depending on the system of a given country. The priority should be just providing specifically adjusted taking care of individuals in home environment, which of course assumes improvements in the coordination at different levels of healthcare and social services as well as financial sources with providing sufficient human sources in terms of the education of employees in the field of geriatrics. The contribution presented here is aimed at providing information on the condition of taking the community care of seniors in their home environment. It is focused on advantages and drawbacks of this type of taking the care in the viewpoint of nurses and physicians. The contribution is based on data accumulated within the scope of the solution of project No. NS/9608-3 "Incorporation of nurses into the community care of the healthcare system of the Czech Republic and comparison with the situation in EU countries", implemented under a support of the Internal Grant Agency of the Ministry of Health of the Czech Republic. Based on the data obtained and processed, it is possible to unambiguously decide that from the standpoint of both physicians and nurses, in the environment known to the senior, there is undoubtedly an advantage given by a better cooperation with his/her family, non-stressing environment and improved possibility to start contacting the senior. The main disadvantage in providing taking care of the senior in their home environment is the distance between the site of dwelling of the senior and healthcare institution.

Key words: community care – seniors – home environment – opinions of physicians – opinions of nurses

Souhrn

Celosvětovému trendu stárnoucí populace je v posledních letech věnováno stále více pozornosti, neboť se odráží v oblasti sociální, zdravotnické i ekonomické. Počet seniorů neustále stoupá, a proto i na služby včetně oblasti zdravotnictví, jež mohou využívat, jsou kladeny zcela odlišné nároky, než tomu bylo před desítkami let. Současná péče o tuto populaci má své nedostatky a to je také jeden z mnoha důvodů, proč na významu nabývají diskuse týkající se komunitní péče, kde mohou zdravotníci i sociální pracovníci a především komunitní sestry plně uplatnit svůj potenciál a vědomosti, a tak zaplnit prázdná místa v péči o zdravé i nemocné. Cíle, kterých by mělo být dosaženo v zemích Evropské unie, jsou tedy směřovány ke zlepšení poskytování dlouhodobé péče, ale i ke zkrácení čekacích dob či snížení geografických rozdílů v dostupnosti a kvalitě péče dle systému dané země. Prioritou by mělo být právě zajištění specificky uzpůsobené péče poskytované jedincům v domácím prostředí, což samozřejmě předpokládá zlepšení koordinace na různých úrovních zdravotních a sociálních služeb stejně jako finančních zdrojů, a zajištění dostatečných lidských zdrojů ve smyslu vzdělávání zaměstnanců v oblasti geriatric. Předmětem předkládaného příspěvku je poskytnutí informací o stavu komunitní péče o seniory v domácím prostředí. Zaměřuje se na výhody a nevýhody tohoto typu péče z pohledu sester a lékařů. Příspěvek vychází z dat zjištěných v rámci řešení projektu č. NS/9608-3 „Začlenění sestry do komunitní péče zdravotnického systému České republiky a srovnání se situací ve státech EU“, provedeného za podpory Interní grantové agentury MZ ČR. Na základě získaných a zpracovaných dat lze jednoznačně říci, že nespornou výhodou poskytování péče seniorům v domácím prostředí je jak z pohledu lékařů, tak z pohledu sester prostředí známé pro seniora, lepší spolupráce s jeho rodinou, nestresující prostředí a lepší možnost navázat se seniorem kontakt. Hlavní nevýhodou poskytování péče seniorům v domácím prostředí spatřují ve vzdálenosti bydliště seniora od zdravotnického zařízení.

Klíčová slova: komunitní péče – senioři – domácí prostředí – názory lékařů – názory sester

ÚVOD

Péče o seniory zasluhuje naši pozornost už z důvodu demografické prognózy vývoje populace pro Českou republiku. Předpokládá se neustálé zvyšování hranice dožití při narození, a to pro rok 2050 u mužů ve střední rovině na 78,9 let a u žen pro stejný rok ve střední rovině na 84,5 let. Celkově se pak předpokládá, že počet osob starších 65 let ze současného počtu jedné sedminy všech obyvatel v roce 2050 vzroste až na jednu třetinu všech obyvatel České republiky – tedy zaujme absolutní počet téměř 3 milionů lidí (Český statistický úřad, 2004; Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR – výkonný tým, 2004). To bude v důsledku znamenat větší nároky na zdravotnictví, na systém služeb a na vzájemné propojení institucí poskytujících tyto služby, tak aby byly zdroje vyčleněné pro danou oblast co nejefektivněji využívány.

Pokud se podíváme do historie, zjistíme, že v druhé polovině 20. století byli senioři umístováni spíše do státních domovů důchodců či jiného pobytového zařízení typu léčeben dlou-

hodobě nemocných (LDN). Mnohdy pak tyto lidé trávili poslední léta života v pokojích společně s ostatními „pacienty“, daleko od svých blízkých, v prostředí, které pro ně bylo cizí, neosobní (Malíková, 2010). I když oblast poskytování zdravotních a sociálních služeb seniorům doznala mnohých změn, stále má i své nedostatky, které ovlivňují kvalitu života jich samotných i členů jejich rodin. K těmto nedostatkům patří zejména nízké povědomí o službách, které mohou senioři využívat, neochota seniory a jejich rodiny o službách informovat, složitý postup při získávání služeb ve vztahu k jednání s různými institucemi a podobně (Mát, Jabůrková, 2007).

Senioři mají stejně jako mladší generace nárok na kvalitní a dostupné služby, které odpovídají jejich individuálním požadavkům. K těm samozřejmě patří také možnost zůstat i ve stáří v domácím prostředí, které je člověku známé a v němž prožil velkou část svého života. Přestože péče probíhající v tomto prostředí má mnoho výhod a pro klienta může být v mnohem příjemnější a přínosnější, má také své nevý-

hody. I o nich je nutné hovořit a snažit se je minimalizovat nebo zcela odstranit. Je třeba si uvědomit, že tato oblast péče bude v budoucnu vzhledem ke své nízké finanční náročnosti pro společnost, omezené kapacitě zdravotnických a pobytových zařízení a zvyšujícímu se počtu seniorů stále více využívána. Zmapování postoje odborné veřejnosti k možnosti poskytování komunitní péče seniorům, orientaci v jejích základních výhodách a nevýhodách lze proto ve vztahu k jejímu budoucímu vývoji považovat za velmi podstatnou.

METODIKA

Realizace zjišťování názorů lékařů a sester probíhala technikou řízených rozhovorů. Každý respondent byl informován o účelu výzkumu a byl seznámen s tazatelským archem. Sběr dat proběhl prostřednictvím profesionální tazatelské sítě. Každý tazatel prošel podrobnou instruktáží. Ke zpracování těchto dat byl využit program SASD (Statistická analýza sociálních dat) verze 1.4.4. Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky 2. stupně třídění.

Do výběrového souboru bylo zařazeno 1 007 lékařů a 1 005 sester. Tito respondenti byli vybráni náhodným výběrem pomocí kvót. V souboru lékařů bylo v rámci terénního šetření tazatelů osloveno celkem 1 215 náhodně vybraných lékařů s žádostí o rozhovor k problematice začlenění sestry do komunitní péče zdravotnic-

kého systému ČR. Rozhovor odmítlo poskytnout 208 lékařů, tj. 17,1 % všech oslovených. S rozhovorem naopak souhlasilo 1 007 respondentů, tj. 82,9 % oslovených. V souboru sester bylo v rámci terénního šetření tazatelů osloveno celkem 1 196 náhodně vybraných sester s žádostí o rozhovor k problematice postavení komunitní sestry v multidisciplinárním týmu. Rozhovor odmítlo poskytnout 191 sester, tj. 16,0 % všech oslovených. S rozhovorem naopak souhlasilo 1 005 respondentů, tj. 84,0 % oslovených.

Účast na výzkumném šetření byla dobrovolná a probíhala na základě informovaného souhlasu. Parametry výběru sester a lékařů byly konstruovány na základě údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky při MZ ČR platných k 31. 12. 2007.

Lékařská veřejnost byla reprezentována z 47,3 % muži a z 52,7 % ženami, což odpovídá analogické skladbě lékařů ČR. Podle věku měla největší zastoupení věková kategorie 45–54 let (40 %). Ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 0,5 %. Lze konstatovat, že výběrové soubory jsou reprezentativní pro jednotlivé věkové skupiny lékařů České republiky.

K územnímu, resp. regionálnímu zařazení dotazovaných slouží členění dle krajů ČR, platné od roku 2001 (tabulka 1).

Tabulka 1 Složení výběrového souboru lékařů dle krajů

KRAJ	Počet lékařů	%	ODCHYLKA
PRAHA	220	21,8	–0,2
STŘEDOČESKÝ	82	8,1	–0,1
JIHOČESKÝ	53	5,3	+0,1
PLZEŇSKÝ	58	5,8	0,0
KARLOVARSKÝ	28	2,8	+0,2
ÚSTECKÝ	65	6,4	+0,1
LIBERECKÝ	35	3,5	+0,1
KRÁLOVÉHRADECKÝ	54	5,3	–0,3
PARDUBICKÝ	40	4,0	+0,2
VYSOČINA	42	4,2	+0,2
JIHOMORAVSKÝ	117	11,6	–0,3
OLOMOUCKÝ	62	6,2	–0,1
ZLÍNSKÝ	46	4,6	+0,2
MORAVSKOSLEZSKÝ	105	10,4	–0,1
CELKEM	1 007	100	

Složení lékařů ČR dle krajů. Stav k 31. 12. 2007. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky 2009.

Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální odchylka 0,3 %.

Lze konstatovat, že výběrové soubory jsou pro lékaře České republiky z hlediska pohlaví, věku a regionu reprezentativní.

Ve výběrovém souboru jsou nejvíce zastoupeni lékaři pracující ve fakultních, krajských, okresních, městských či soukromých nemocnicích (60,5 %). Zastoupení lékařů pracujících v ordinacích praktického lékaře pro dospělé činí

11,2 %, v ordinacích praktického zubního lékaře představuje 11,9 % a v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost 5,2 %. Větší část výběrového souboru (38,4 %) tvoří lékaři, kteří mají druhou atestaci, méně je těch, kteří mají první atestaci (31,7%). Specializaci uvedlo 29,9 % lékařů. Největší část lékařů uvedla, že pracuje ve zdravotnictví 21–30 let (25,7 %), nejmenší je podíl lékařů s nejkratší praxí (do 2 let) ve zdravotnictví.

Tabulka 2 Složení výběrového souboru sester dle krajů

KRAJ	Počet sester	%	ODCHYLKA
PRAHA	181	18,0	+0,1
STŘEDOČESKÝ	86	8,5	+0,4
JIHOČESKÝ	51	5,1	–0,1
PLZEŇSKÝ	55	5,5	–0,1
KARLOVARSKÝ	28	2,8	–0,1
ÚSTECKÝ	72	7,1	–0,1
LIBERECKÝ	35	3,5	0,0
KRÁLOVÉHRADECKÝ	55	5,5	–0,1
PARDUBICKÝ	43	4,3	0,0
VYSOČINA	52	5,2	+0,5
JIHOMORAVSKÝ	111	11,0	–0,8
OLOMOUCKÝ	64	6,4	+0,1
ZLÍNSKÝ	53	5,3	+0,3
MORAVSKOSLEZSKÝ	119	11,8	+0,1
CELKEM	1 005	100	

Složení sester ČR dle krajů. Stav k 31. 12. 2007. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky 2009.

V rámci výzkumu byly osloveny všeobecné sestry ze všech krajů ČR, přičemž jejich zastoupení odpovídá struktuře základního souboru. Lze konstatovat, že odchylka od základního souboru nepřesahuje 0,8 %. Závěry výběrového souboru jsou reprezentativní pro všeobecné sestry České republiky z hlediska jednotlivých krajů.

Sestry byly zastoupeny z 96,8 % ženami a 3,2 % souboru tvořili muži. Podle věku byla zastoupena nejčastěji věková kategorie do 34 let (31 %). Odchylka od základního souboru nepřesahovala 0,7 %. Závěry výběrového souboru jsou pro všeobecné sestry České republiky z hlediska věku reprezentativní.

Ostatní znaky sociodemografického charakteru (tabulka 2), které byly v rámci výzkumu

u všeobecných sester sledovány, nebyly určeny jako reprezentativní, neboť v rámci informačních systémů v ČR nejsou vedeny jiné údaje o základním souboru všeobecných sester.

VÝSLEDKY

Výhody poskytování péče seniorům v domácím prostředí byly u lékařů a sester zjišťovány prostřednictvím baterie uzavřených otázek, kdy respondentům bylo předloženo k vyjádření 7 možných výhod s tím, že u každé z nich měli možnost zvolit odpovědi „souhlasím“, „nevím“ a „nesouhlasím“. Pokud se s žádnou z uvedených možností respondenti neztotožnili, mohli dle vlastního uvážení doplnit další.

Pro větší přehlednost, stanovení pořadí a významu jednotlivých výhod v poskytování

péče seniorům v domácím prostředí byl pro každou z nich vypočítán index (vážený aritmetický průměr) a na základě jeho hodnoty zpracováno pořadí výhod dle důležitosti, kterou jim

příslušná cílová skupina přisuzuje. Platí, že čím nižší je hodnota průměru, tím větší váha je výhodě přisuzována.

Tabulka 3 Pořadí výhod poskytování péče seniorům v domácím prostředí dle významu, který jim přisuzuje odborná veřejnost

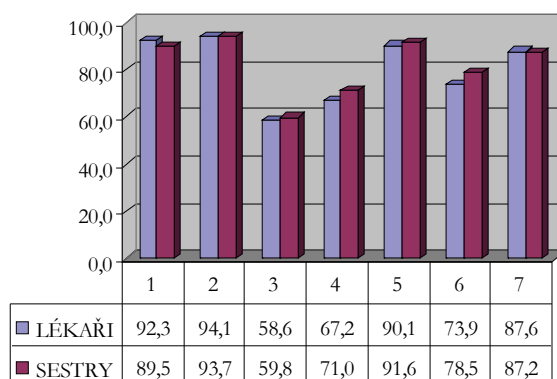
	Průměr		Pořadí	
	Lékaři	Sestry	Lékaři	Sestry
Znamé prostředí pro seniora	1,076	1,069	1.	1.
Lepší spolupráce s rodinou seniora	1,094	1,120	2.	3.
Nestresující prostředí	1,123	1,099	3.	2.
Lepší možnost navázat kontakt se seniorem	1,149	1,148	4.	4.
Lepší možnost posoudit zdravotní, psychický a sociální stav klienta	1,346	1,256	5.	5.
Rychlejší uzdravení	1,388	1,349	6.	6.
Možnost zapojení dobrovolníků	1,506	1,496	7.	7.

V názorech na největší výhody, které péče o seniora v domácím prostředí přináší (tabulka 3), uvádějí lékaři i sestry na prvním místě shodně známé prostředí pro seniora. Velkou výhodou je rovněž lepší spolupráce s rodinou seniora, na kterou kladou větší důraz lékaři, a nestresující prostředí, které preferují sestry. Obě skupiny rovněž považují za velkou výhodu lepší možnost navázat kontakt se seniorem. Za nejmenší výhodu považují obě skupiny shodně rychlejší uzdravení a možnost zapojení dobro-

volníků. U těchto výhod jsou si rovněž lékaři a sestry nejméně jistí, zda platí, a významně častěji volí odpověď „nevím“.

Ke shodným závěrům, jako v případě stanovení pořadí důležitosti jednotlivých výhod domácí péče o seniory prostřednictvím hodnoty váženého aritmetického průměru, lze dojít i v případě selekce odpovědi „souhlasím“ u obou sledovaných cílových skupin (graf 1). Závažnost a pořadí výhod odpovídá zjištěním, uvedeným výše.

SOUHLASÍM



Graf 1 Výhody péče o seniory v domácím prostředí – odpověď „souhlasím“ (v %)
 N = 1 007 (lékaři); N = 1 005 (sestry) – legenda na další straně

Legenda – 1) lepší spolupráce s rodinou seniora; 2) známé prostředí pro seniora; 3) možnost zapojení dobrovolníků; 4) rychlejší uzdravení; 5) nestresující prostředí; 6) lepší možnost posoudit zdravotní, psychický a sociální stav klienta; 7) lepší možnost navázat kontakt se seniorem.

Lze tedy uzavřít, že lékaři i sestry považují za největší výhody domácí péče o seniory známé prostředí pro seniora, lepší spolupráci s jeho rodinou, nestresující prostředí a lepší možnost navázat kontakt se seniorem. Pohled obou skupin dotazovaných na tuto problematiku je podobný, statisticky významné odlišnosti identifikovány nebyly.

Podobně jako v případě výhod, byly i nevýhody u odborné veřejnosti (lékaři a sestry) zjišťovány prostřednictvím baterie uzavřených otázek,

kdy respondentům bylo předloženo k vyjádření 5 možných nevýhod s tím, že u každé z nich měli možnost zvolit odpovědi „souhlasím“, „nevím“ a „nesouhlasím“. Pokud se s žádnou z uvedených položek respondenti neztotožnili, mohli dle vlastního uvážení doplnit další.

Pro větší přehlednost, stanovení pořadí a významu jednotlivých nevýhod v poskytování péče seniorům v domácím prostředí (tabulka 4) byl pro každou z nich vypočítán index (vážený aritmetický průměr) a na základě jeho hodnoty zpracováno pořadí výhod dle důležitosti, kterou jim příslušná cílová skupina přisuzuje. Platí, že čím nižší je hodnota průměru, tím větší váha je výhodě přisuzována.

Tabulka 4 Pořadí nevýhod poskytování péče seniorům v domácím prostředí dle významu, který jim přisuzuje odborná veřejnost

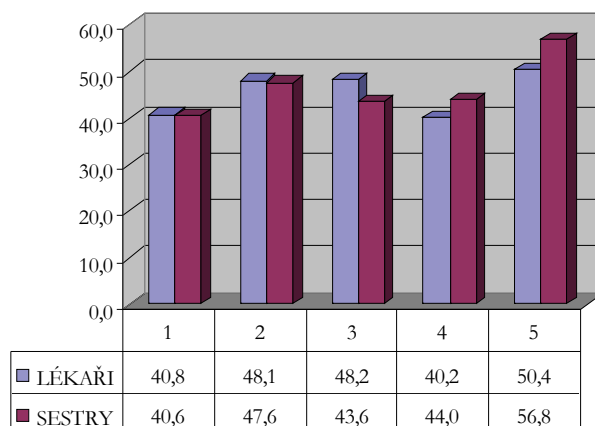
	Průměr		Pořadí	
	Lékaři	Sestry	Lékaři	Sestry
Vzdálenost bydliště seniora od zdravotnického zařízení	1,708	1,624	1.	1.
Nedodržování léčebného režimu seniorem	1,786	1,837	2.	3.
Nedostatek pomůcek pro péči	1,840	1,852	3.	4.
Časová nedostupnost	1,863	1,814	4.	2.
Nemožnost zajistit kvalitní odbornou péči	1,998	1,997	5.	5.

Hlavní nevýhodou poskytování péče seniorům v domácím prostředí je dle lékařů i sester vzdálenost bydliště seniora od zdravotnického zařízení. Odborná veřejnost zde poukazuje jak na skutečnost, že pro lékaře či sestru může být obtížné v důsledku této okolnosti pravidelně seniora navštěvovat, tak na to, že v případě náhlých zdravotních komplikací, jejichž léčení vyžaduje dobré přístrojové vybavení a odborné zázemí, je zdravotní stav seniora ohrožen, neboť toto zázemí je v důsledku vzdálenosti zdravotnického zařízení hůře dostupné. Za další nevýhodu v pořadí považují lékaři nebezpečí nedodržování léčebného režimu seniorem, sestry oproti

tomu časovou nedostupnost péče. Naopak obě skupiny si myslí, že nejmenší nevýhodou je nemožnost zajistit kvalitní odbornou péči – toto nebezpečí dle nich nehrozí s tím, že pravidelná péče poskytovaná seniorovi v jeho domácím prostředí, pokud se nejedná o léčení akutních stavů, může být dostatečně odborná a kvalitní.

Názory na tuto problematiku jsou přes rozdílnost pořadí, stanoveného na základě hodnoty váženého aritmetického průměru, u lékařů a sester podobné. Tato skutečnost je patrná z následujícího grafu (graf 2), sestaveného na základě relativních četností odpovědí „souhlasím“.

SOUHLASÍM



Graf 2 Nevýhody péče o seniory v domácím prostředí – odpověď „souhlasím“ (v %)

N = 1 007 (lékaři); N = 1 005 (sestry)

Legenda – 1) nemožnost zajistit kvalitní odbornou péči; 2) nedostatek pomůcek pro péči; 3) nedodržování léčebného režimu seniorem; 4) časová nedostupnost; 5) vzdálenost bydliště seniora od zdravotnického zařízení.

Lze tedy konstatovat, že pro lékaře i sestry je hlavní nevýhodou poskytování péče seniorům v domácím prostředí vzdálenost bydliště seniora od zdravotnického zařízení. Nejméně z nich považuje za nevýhodu nemožnost zajistit kvalitní odbornou péči – v tomto případě je poměr souhlasu a nesouhlasu vyrovnán, zatímco v případě ostatních nevýhod převažuje souhlas nad nesouhlasem. Největší nejistotu projevují lékaři i sestry při posuzování časové nedostupnosti a nedodržování léčebného režimu seniorem – v těchto případech je odpověď „nevím“ nejčastější.

DISKUSE

Z „Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“ schváleného usnesením vlády v lednu roku 2008 je jasně patrná potřeba zvýšení participace seniorů ve společnosti. To znamená kromě podpory mobility – tedy možnosti dopravy na nejrůznějších úrovních, např. městskou hromadnou dopravou či vnitrostátní dopravou; podpory sociálního prostředí – možnosti navazování nových kontaktů;

také bezpečné bydlení a zvýšení dostupnosti zdravotnických i sociálních služeb. Důraz je samozřejmě kladen na preventivní opatření, neboť prevence je mnohem méně finančně nákladná než řešení vzniklých nežádoucích situací. V bodě 5.10 můžeme zachytit nutnost rozvoje komunitních center, která mohou přispět ke zvýšení nezávislosti seniorů a ke zvýšení jejich podílu na společenském životě. V bodě 6.8 je patrná návaznost ve smyslu posílení primární péče i na místní úrovni. Je potřeba změnit strategii zdraví s ohledem na stárnoucí populaci, která bude v budoucnu čítat stále větší počet jedinců. Negativní hodnocení snižování možnosti a množství ošetrovatelské péče poskytované v domácnostech seniorů se odráží v bodě 6.13 (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2008).

Z uvedených dat zjištěných v rámci řešení projektu č. NS/9608-3, týkajících se postoje odborné veřejnosti k poskytování péče v domácím prostředí, přitom jasně vyplývá, že je efektivní a mnohdy také vítanou alternativou pobytu v lůžkovém zařízení (graf 1). Pro seniory je její

nespornou výhodou známé prostředí, které není zdrojem nezvyklých stresujících situací. Z hlediska psychologického nelze opomenout ani roli rodiny, která se na péči v domácím prostředí podílí a která může pomoci v udržení sociálních kontaktů seniora (tabulka 3). To je zohledněno i ve zprávě Evropské komise zaměřené na zaměstnanost, sociální oblast a rovné příležitosti. Kromě jiného je v tomto dokumentu věnována pozornost koordinaci zdravotní a sociální péče v různých zemích EU včetně České republiky, kde komunitní péče v některých částech dané země není možná (European Commission, 2008b). Ovšem velkou nevýhodou stále zůstává nerovnoměrná geografická dostupnost poskytovaných služeb a individuální možnost nedodržení léčebného režimu (tabulka 4). Některé z těchto bodů korespondují s částí „Bílé knihy v sociálních službách“, kde je zcela jasně řečeno, že každý z nás je zodpovědný za svou sociální situaci a za roli v systému, kterou zastává. Každý by si měl uvědomit svůj podíl v péči o příslušníky své rodiny. Neopomenutelná je samozřejmě také role státu a jednotlivých institucí, které se na péči o seniory podílejí. Tyto instituce je třeba rozvíjet v souladu s populačními prognózami a s potřebami společnosti (European Commission, 2008a; Malíková, 2010).

Lékaři i sestry považují za největší výhody domácí péče o seniory známé prostředí pro seniora, lepší spolupráci s jeho rodinou, nestresující prostředí a lepší možnost navázat kontakt se seniorem. Jako hlavní nevýhodu poskytování péče seniorům v domácím prostředí spatřují ve vzdálenosti bydliště seniora od zdravotnického zařízení. Otázkou také zůstává dodržování léčebného režimu ze strany seniorů, které lékaři vnímají jako problematické. Z některých výzkumných šetření vyplývá, že to může být dáno neporozuměním významu léčby nebo úmyslným nedodržováním doporučení. Svůj vliv na tuto problematiku má také věk, schopnosti nebo zkušenosti seniora s medikací, množství užívaných léků, které mohou mít dopad na rozhodnutí o jejím užívání (Banning, 2008).

Sestry působící v rámci domácí ošetrovatelské péče v současném systému mohou plnit pouze intervenční roli, navíc reálně pouze v případech, kdy je péče indikována lékařem. Podle současných právních předpisů se může sestrou poskytující domácí ošetrovatelskou péči stát každá sestra způsobilá na území ČR k výko-

nu povolání bez odborného dohledu, tedy registrovaná sestra.

V budoucnu je nutné se zaměřit na zlepšení propojení služeb z oblasti zdravotnictví a sociální sféry, na zvýšení jejich dostupnosti, která by poskytla možnost využití i lidem z částí České republiky, které jsou vzdálenější od velkých měst. Problémem, kterému je třeba věnovat pozornost, je také administrativní stránka získávání služeb agentur domácí péče či jiných poskytovatelů, která je pro mnohé potenciální klienty velmi složitá a zdoluhavá. A právě zde vzniká prostor pro realizaci komunitních sester a interdisciplinárních týmů, které mohou současným, ale i budoucím seniorům poskytnout péči v souladu s novodobými požadavky a představami o moderním ošetrovatelství.

ZÁVĚR

Stárnutí a s ním spojené stáří je životním kolooběhem, kterého jsme všichni účastní. Každý z nás by si jistě přál prožít svůj život co možná nejlépe, kvalitně a smysluplně. Tyto priority nejsou však aktuální jen pro mladou generaci, ale objevují se i u generace mnohem starší, kde jsou zastoupeny především soběstačností, možností účastnit se společenského života, být pro společnost přínosem a být vnímán coby právoplatný člen společnosti s respektem k důstojnosti. Tyto hodnoty komunitní péče – péče v domácím prostředí seniorů jistě může respektovat a respektuje je. A je velkým úkolem do budoucna oblast komunitního ošetrovatelství rozvíjet, zlepšovat její strukturu a návaznost různých oborů ve snaze zajistit seniorům co možná nejvyšší péči odpovídající jejich požadavkům.

* Studie byla provedena s podporou Interní grantové agentury MZ ČR v rámci řešení projektu č. NS/9608-3.

LITERATURA

BANNING, M.: *Older people and adherence with medication: A review of the literature*. [on-line], 2008, [citováno 2010-12-06]. Dostupné z: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T7T-4S9RDK2-2-3&_cdi=5067&_user=3508089&_pii=S0020748908000576&_origin=gateway&_coverDate=10%2F31%2F2008&_sk=999549989&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzk&md5=af2cb309eb3224af9fb42da8f427ec68&ie=/sdatarticle.pdf

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Projekce obyvatelstva České republiky*. [on-line], 2004, [citováno 2010-12-06]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/\\$File/4025rra.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/$File/4025rra.pdf)

EUROPEAN COMMISSION: EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND INCLUSION. *Long-term care*. [on-line], 2008a, [citováno 2011-04-0]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>

EUROPEAN COMMISSION: EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND EQUAL OPPORTUNITIES DG. *Long-term care in the European union*. [on-line], 2008b, [citováno 2010-12-06]. Dostupné z: ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en

MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 328 s.

MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M.: *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR: výstupy z aplikovaného výzkumu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 176 s.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, VÝKONNÝ TÝM. *Demografický vývoj*. [on-line], 2004, [citováno 2010-12-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2237/srovnani-demografie.pdf>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. [on-line], 2008, [citováno 2010-12-06]. Dostupné z: http://www.rscr.cz/prispevky/program08_12.pdf

Valérie Tóthová et al.
tothova@zsf.jcu.cz