



## **Primární a komunitní péče**

TEXT PRO POSLUCHAČE ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

MACÁŠKOVÁ Šárka, Jana HLINOVSKÁ a Hana TOŠNAROVÁ

**Praha 2014**

Vysokoškolská skripta - text k předmětu Primární a komunitní péče.

© Šárka Macášková, Jana Hlinovská, Hana Tošnarová

Vydavatel: VŠZ, o. p. s., Duškova 7, Praha 5

S. 78

ISBN 978-80-905728-7-4

## Primární a komunitní péče

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický celek. Zaměřuje se na zdraví lidí v komunitě. Studenti pochopí význam pojmu „komunita“, její hlavní sociální funkce v uspokojování potřeb lidí a její hierarchii: jedinec-rodina-obvod-město-kraj-stát-národ-svět. Uvědomí si nutnost zdravého společenského a přírodního prostředí v komunitě pro život jednotlivců a jejich rodin. Naučí se ošetřovatelsví pacientů/klientů ve vlastních sociálních podmínkách.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tento text byl vytvořen ze studijních materiálů, které vznikly realizací projektu podpořeného v rámci operačního programu OP VK (Operační program Vzdělání pro konkurenceschopnost, <http://www.msmt.cz/strukturalni-fondy/op-vpk-obdobi-2007-2013>). Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

## Obsah

1 Komunita a komunitní péče .....	7
1.1 Komunita .....	7
1.2 Komunitní péče .....	8
1.3 Komunitní sestra .....	9
2 Zdraví v komunitním ošetřovatelství .....	12
2.1 Definice zdraví.....	12
2.2 Determinanty zdraví .....	13
2.3 Péče a zdraví jednotlivce v komunitním ošetřovatelství .....	14
3 Služby a instituce komunitní péče .....	15
3.1 Historický vývoj komunitních služeb .....	15
3.2 Zdravotní služby a instituce komunitní péče.....	15
3.3 Sociální služby komunitní péče .....	16
3.4 Ostatní služby a instituce komunitní péče .....	17
4 Ošetřovatelství v komunitě .....	18
4.1 Veřejné zdravotnictví a primární zdravotní péče .....	18
4.2 Ochrana a uchování zdraví .....	18
4.3 Komunita jako klient .....	19
4.4 Prevence, ochrana a podpora zdraví .....	19
5 Zdraví pro všechny .....	21
5.1 Světová zdravotnická organizace .....	21
5.2 Zdraví pro všechny do roku 2000 .....	22
5.3 Zdraví pro všechny v 21. století – Zdraví 21.....	23
6 Národní program podpory zdraví .....	25
7 Faktory ovlivňující zdraví komunity .....	28
7.1 Kvalitativní hodnocení faktorů .....	28
7.2 Kvantitativní hodnocení faktorů .....	28
7.3 Osobnostní faktory .....	28
7.4 Faktory životního stylu.....	29
7.5 Environmentální faktory.....	29
7.6 Sociální faktory.....	29
8 Ošetřovatelský proces v komunitním ošetřovatelství .....	31
8.1 Zhodnocení zdraví komunity .....	31

8.2 Diagnostika zdraví komunity.....	31
8.3 Plánování komunitní ošetrovatelské péče .....	32
8.4 Realizace komunitní ošetrovatelské péče .....	32
8.5 Vyhodnocení komunitní ošetrovatelské péče .....	33
9 Etika v komunitním ošetrovatelství .....	35
9.1 Vymezení pojmů.....	35
9.2 Základní etické principy komunitní péče.....	36
9.3 Vztah etiky a práva.....	37
10 Komunitní ošetrovatelská péče o rodinu.....	38
10.1 Definice rodiny.....	38
10.2 Charakteristika rodiny.....	38
10.3 Model prevence péče o rodinu .....	40
10.3.1 Posuzování .....	40
10.3.2 Ošetrovatelské diagnózy.....	40
10.3.3 Plánování a realizace.....	40
10.3.4 Vyhodnocení .....	41
11 Komunitní ošetrovatelská péče o děti.....	42
11.1 Cíle komunitní péče o děti.....	42
11.2 Epidemiologický proces prevence a péče o děti.....	42
11.3 Specifická zručnosti sestry využívaná při péči o dítě v komunitě .....	43
11.4 Prevence úrazů v dětském věku .....	44
12 Komunitní ošetrovatelská péče ve školách.....	45
12.1 Úloha školní sestry .....	45
12.2 Zdravotní péče ve školách.....	45
12.3 Řízení péče ve školách .....	46
13 Komunitní ošetrovatelská péče o ženu.....	49
13.1 Specifické faktory péče o ženu.....	49
13.2 Model prevence péče o ženu .....	49
14 Komunitní péče o seniory .....	51
14.1 Vymezení pojmů.....	51
14.2 Změny během stárnutí .....	52
14.3 Zachování soběstačnosti u seniorů.....	52
14.4 Adaptační mechanismy seniora na nové životní podmínky.....	54
14.5 Prevence ve stáří .....	55

14.6 Úloha komunitní geriatrické sestry .....	55
14.7 Možnosti komunitních služeb pro seniory.....	56
15 Komunitní ošetrovatelská péče o duševně nemocné .....	57
15.1 Duševní zdraví .....	57
15.2 Prevence a podpora duševního zdraví.....	57
15.3 Historie komunitních služeb o duševně nemocné .....	58
15.4 Služby péče o duševní zdraví.....	58
16 Komunitní ošetrovatelství zaměřené na zdraví v zaměstnání.....	60
16.1 Prevence pracovních rizik .....	60
16.2 Prevence úrazů na pracovišti .....	60
16.3 Osobní bezpečnost a ochrana zdraví při práci .....	61
17 Komunitní sestra v domácí péči.....	63
17.1 Definice domácí péče, cíle domácí péče.....	63
17.2 Charakteristika zdravé rodiny .....	63
17.3 Význam rodiny pro pacienta v domácí péči .....	64
17.4 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče.....	65
17.5 Vývoj domácí péče v ČR .....	66
17.6 Domácí péče v ČR .....	66
18 Hospicová péče v komunitním ošetrovatelství.....	68
18.1 Kvalita života umírajícího člověka .....	68
18.2 Paliativní péče .....	68
18.3 Hospicová péče.....	69
18.4 Psychosociální aspekty ošetrování umírajících .....	69
19 Komunitní péče u kulturně odlišných skupin.....	72
Literatura: .....	74

# 1 Komunita a komunitní péče

Od konce 90. let 20. století byly zahájeny významné reformy zdravotní péče v členských zemích Evropského regionu Světové zdravotnické organizace. Systémy zdravotní péče těchto zemí prochází přechodným obdobím, ve kterém dochází k významným změnám. Mnohé státy uskutečňují reformy zdravotní péče, staví je na zásadách primární péče a podněcují veřejnost k přijetí odpovědnosti za své zdraví a podpoře zdravého způsobu života. Je kladen důraz na podporu zdraví a prevenci chorob, rozvoj komunit a poskytování zdravotnických služeb blíže k místům, kde lidé žijí a pracují. (FESTOVÁ, 2007)

Komunitní péče zahrnuje systém zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Cílem komunitní péče je poskytnout péči v domácím prostředí a umožnit co nejdéle setrvání v komunitě. Základem péče je propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce, je založena na spoluúčasti všech zúčastněných (klient, rodina, komunita, profesionálové, poskytovatelé, zřizovatelé, obec). (JAROŠOVÁ, 2007)

## 1.1 Komunita

### Definice komunity

Termín komunita vznikl spojením latinského *cum* – spolu a *munere* – darovat.

Světová zdravotnická organizace (WHO) roku 1974 definovala komunitu takto:

**„Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými rozměry nebo stejnými hodnotami a zájmy. Její členové se znají a jsou ve vzájemné interakci. Funkcí je vytvořit vlastní sociální strukturu, předvídat a tvořit normy, hodnoty a sociální instituce“.** (HANZLÍKOVÁ, 2007, s. 35)

Jiná definice uvádí, že komunita je **skupina jedinců, kteří mají společné zkušenosti, filozofii, víru, morálku, předsudky a zájmy.** Jedná se o **geografickou nebo teritoriální organizaci lidí podle místa, kde žijí a pracují.** Jedinci mohou být členy několika komunit současně. (MARKOVÁ, MIKULKOVÁ, 2009)

Komunitu lze chápat jako **„souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity, a obvykle tvoří autonomní jednotku. Je to typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce“.** (JAROŠOVÁ, 2007, s. 23)

I když jsou **definice komunit** různých autorů rozmanité, **mají společné prvky:**

- **lidé** – ti, co se setkali v komunitě, žijí v ní nebo bydlí,
- **místo** – geografické nebo časové určení,
- **funkce** – cíle a aktivity komunity. (HANZLÍKOVÁ, 2007)

**Základní typologie komunity podle Bluma:**

- komunita tváří v tvář
- komunita podle zájmů
- komunita se schopností identifikovat potřeby
- komunita podle okolí

- komunita s ekologickými problémy
- komunita se speciálními zájmy
- komunita se schopností změn
- komunita s akceschopností
- komunita podle soudního rozhodnutí. (JAROŠOVÁ, 2007, s. 24)

#### **Typy komunity podle disciplíny:**

- **komunita občanská** – společenství osob vykonávající každodenní aktivity ve společném prostoru,
- **komunita výchovná** – společenství osob zaměřující se na sebepoznání, nácvik, nácvik dovedností a postojů,
- **komunita terapeutická** – specifická forma organizace léčebné instituce umožňující pacientům spolurozhodovat a podílet se na léčbě
- **komunita spirituální** – společenství osob sdílející podobné ideje a snažící se o spirituální rozvoj.

#### **Charakteristika vyváženě žijící komunity:**

- komunita je různorodou jednotou,
- základem jsou společně sdílené hodnoty,
- vyznačuje se vzájemnou péčí, důvěrou a týmovou prací,
- má rozvinutou efektivní vnitřní komunikaci,
- vytváří si vlastní identitu,
- usnadňuje lidem účast na veřejných věcech,
- vychovává a je předává hodnoty dalším generacím,
- je otevřená do budoucnosti. (SIKOROVÁ, 2012)

## **1.2 Komunitní péče**

Komunitní péče je **soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity**. Komunitní péče je **zaměřená na skupiny a celé komunity** a činnosti vycházejí přímo z potřeb komunity.

Cíl komunitní péče je **poskytnout péči v domácím prostředí** a umožnit co nejdéle setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti či chronické nemoci. (JAROŠOVÁ, 2007)

Komunitní zdravotnictví poskytuje péči jednotlivcům a rodinám na specifických místech (městské čtvrtě, malá města, venkovské usedlosti).

Ošetrovatelství v komunitní zdravotní péči provází člověka celým životem od narození po smrt.

#### **Specializace ošetrovatelství v komunitní zdravotní péči:**

- sestra komunitního zdraví
- terénní sestra – vykonává domácí ošetrovatelskou péči
- porodní asistentka – pečuje o ženu před, v průběhu a po porodu
- dětská komunitní sestra
- komunitní psychiatrická sestra



- sestra pro tělesně a mentálně handicapované
  - školská sestra (na Slovensku)
  - sestra pro zdraví v povolání a zaměstnání (na Slovensku). (HANZLÍKOVÁ, 2007)
- Komunitní péče zahrnuje **fyzické, psychologické, paliativní a duchovní** služby. (JAROŠOVÁ, 2007)

Světová zdravotnická organizace definovala v roce 1974 **charakteristiky komunitní ošetrovatelské péče:**

- smysl pro **zodpovědnost** při poskytování zdravotní péče v komunitě,
- prioritou jsou **ohrožení jedinci** a skupiny v komunitě,
- **klient** (jednotlivec, rodina, skupina, komunita) **musí být partnerem** při plánování a hodnocení zdravotní péče. (MARKOVÁ, MIKULKOVÁ, 2009)

**Obecné principy komunitní péče:**

- 24hodinová dostupnost základní pomoci
- snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb
- rychlé předávání klienta odpovídajícím službám
- návaznost péče
- multidisciplinární spolupráce
- možnost výběru služeb
- individuální přístup
- diskrétnost
- účelnost nákladů. (JAROŠOVÁ, 2007)

**Hlavní trendy ovlivňující rozvoj komunitní a domácí péče:**

- **globální stárnutí populace**
- **mění se rodinné struktury** - méně dětí, neúplné rodiny, stěhování...
- „**postmoderní společnost**“ - individualismus, emancipace žen, zvýšená rozvodovost, jednočlenné domácnosti
- **technika v terénní péči** - telenursing, telemedicína, výzkum v terénu, management bolesti, infuzní terapie, parenterální výživa
- **informovaný příjemce zdravotní péče** - lepší informovanost, znalost svých práv, vyhledávání přírodních terapií a alternativní péče
- **krize ošetrovatelství** – zvyšující se věk sester, nedostatek sester, klesá zájem o studium a profesi (JAROŠOVÁ, 2007, s. 26)

### 1.3 Komunitní sestra

- Komunitní sestra je **nelékařský zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí.**
- Komunitní sestra **poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči.**
- Komunitní sestra se podílí na **preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči** o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním prostředí.

**Vzdělání komunitních sester**

- získání odborné způsobilosti oboru všeobecná sestra

- specializační vzdělávání v oboru komunitní sestra
- magisterský studijní program (ČECHOVÁ, 2010)

### **Náplň práce komunitní sestry**

Sestra v komunitní péči poskytuje péči celé komunitě v primární, sekundární a terciární prevenci. Komunitní sestra při své práci vychází ze znalosti potřeb, které souvisejí se zdravím, ale i rizik, které komunitu ohrožují. Komunitní sestra poznává a vyhodnocuje sociální, kulturní, ekonomické a ekologické podmínky komunity. (KARNETOVÁ, 2012).

Komunitní sestry potkáváme nejčastěji v agenturách domácí zdravotní péče, ale patří jim daleko širší záběr aktivit. Má spolupracovat s praktickými lékaři, sociálními pracovníky, krajskými úřady, institucemi obcí, různými společnostmi a organizacemi. (ČECHOVÁ, 2010)

### **Úloha komunitních sester**

- vystupovat jako zprostředkovatel zdravotní a ošetrovatelské péče pro členy komunity, zejména pro zranitelné skupiny, např. členové minoritních skupin a jejich rodiny (zástupci různých etnik, osoby se zdravotním postižením, senioři atd.)
- edukace jedince a komunity
- případový management
- sběr dat a výzkum
- koordinace péče mezi provozovateli
- poskytování specifických intervencí ošetrovatelské péče (JAROŠOVÁ, 2007)

### **Americká asociace sester (ANA) definuje standardy ošetrovatelství v komunitě:**

- Sestra při rozhodování v praxi uplatňuje teoretické vědomosti.
- Sestra systematicky sbírá ucelené a přesné údaje.
- Sestra analyzuje zjištěné údaje o komunitě, rodině a jednotlivci a ty determinují ošetrovatelské diagnózy.
- Pro všechny úrovně prevence sestra připraví plány, které specificky určují ošetrovatelské aktivity a jsou individuálně zaměřené na potřeby klienta.
- Sestra plní plán, který ochraňuje, udržuje a obnovuje zdraví, předchází nemocem a stará se o rehabilitaci.
- Sestra zaznamenává reakce komunity, rodiny a jednotlivců nebo intervence a opatření, které zlepšily zdravotní stav, vedly ke splnění určených cílů a podle toho reviduje databázi, diagnózy a plány.
- Sestra se účastí setkání s kolegy, porovnává s nimi své názory, aby se ujistila o rozvoji kvality ošetrovatelské péče. Sestra přebírá zodpovědnost za rozvoj profese, podporuje profesionální růst ostatních.
- Sestra spolupracuje s ostatními (kteří vykonávají péči o zdraví, s profesionály a reprezentanty komunity) na plánování, uskutečňování a zpětné revizi programu pro komunitní zdraví.
- Sestra přispívá k rozvoji teorie a praxe komunitního ošetrovatelství prostřednictvím výzkumu. (HANZLÍKOVÁ, 2007, s. 36).

### **Požadavky na komunitní sestru:**

- způsobilost k analyzování a řešení problémů
- výborné jednání s lidmi (každý pacient vyžaduje individuální přístup)

- organizování a plánování práce
- rozhodnost
- způsobilost k zacházení s informacemi
- spolupráce v týmu
- preciznost, přesnost, odpovědnost

Kromě těchto požadavků by komunitní sestra měla splňovat celou řadu dalších vlastností (koncentrace pozornosti, dlouhodobá paměť, přizpůsobivost, sebeovládání, odolnost vůči zátěži, pohotovost vystupování, schopnost sociálního kontaktu). (ČECHOVÁ, 2010)

Od konce 90. let 20. století byly zahájeny významné reformy zdravotní péče v členských zemích Evropského regionu Světové zdravotnické organizace. Systémy zdravotní péče těchto zemí prochází přechodným obdobím, ve kterém dochází k významným změnám. Mnohé státy uskutečňují reformy zdravotní péče, staví je na zásadách primární péče a podněcují veřejnost k přijetí odpovědnosti za své zdraví a podpoře zdravého způsobu života. Je kladen důraz na podporu zdraví a prevenci chorob, rozvoj komunit a poskytování zdravotnických služeb blíže k místům, kde lidé žijí a pracují. (FESTOVÁ, 2007)

Komunitní péče zahrnuje systém zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Cílem komunitní péče je poskytnout péči v domácím prostředí a umožnit co nejdelší setrvání v komunitě. Základem péče je propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce, je založena na spoluúčasti všech zúčastněných (klient, rodina, komunita, profesionálové, poskytovatelé, zřizovatelé, obec). (JAROŠOVÁ, 2007)

## 2 Zdraví v komunitním ošetřovatelství

### 2.1 Definice zdraví

Zdraví je nejdůležitější hodnotou v životě člověka. Existuje několik definic zdraví, které se stále vyvíjejí.

**Definice zdraví dle WHO z r. 1948:**

- „**Zdraví je celkový stav tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.**“ (Hanzlíková, 2007, s. 14)

**Definice zdraví z r. 1984:**

- „**Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím.**“ (Zacharová et al., 2007, s. 16)

**Definice zdraví v současnosti:**

Zdraví je **dynamický proces** vzájemného působení **potenciálu zdraví a determinant zdraví**, jehož důsledkem je:

- **vznik nebo vymizení poruch zdraví**
- funkčně změřitelné **poruchy funkcí orgánů a orgánových systémů**
- subjektivně vnímaný **handicap** (Vojtová, 2009).

**Modely zdraví**

- jsou náčrty komplexnějších jevů, kterými jsou definovány zdraví, pohoda a nemoc
- podle vztahu, který v modelu převládá, se od sebe jednotlivé modely liší

**a) Klinický model**

- **zdraví je nepřítomnost znaků a symptomů choroby či úrazu**
- protipólem zdraví je nemoc či úraz

**b) Ekologický model**

- je založen na vztahu lidí k prostředí
- má 3 interaktivní prvky, které na sebe dynamicky působí:
  1. **hostitel** – osoba nebo skupina vystavená riziku nemoci nebo choroby
  2. **agens nebo faktory prostředí** – mohou vyvolat nemoc nebo chorobu
  3. **prostředí (vnější a vnitřní)** – může predisponovat ke vzniku nemoci nebo choroby

**c) Model hraní rolí**

- **zdraví je schopnost jedince plnit své společenské úlohy**
- choroba je neschopnost vykonávat svou práci

**d) Adaptační model**

- zdraví je tvořivý proces
- **jedinci se aktivně a soustavně adaptují na své prostředí**
- **choroba je selhání adaptace**

**e) Eudemonistický model**

- **zdraví je stav uskutečňování potenciálu, choroba brání seberealizaci**

**f) Holistický model**

- opírá se o pojem holistického zdraví, který zahrnuje **osobnost člověka jako celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu** (tělesná zdatnost,

primární prevence negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnutí stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci, duchovní stránku osobnosti)  
- holistická péče pomáhá lidem **převzít zodpovědnost za své zdraví**, hledat alternativy, zdravý způsob života (Hanzlíková, 2007).

## 2.2 Determinanty zdraví

**Determinanty zdraví jsou komplexy příčinných faktorů, které komplexně působí na lidské zdraví.**

Dělení determinantů:

### a) Z hlediska působení

- **přímé** – působí na jedince přímo (pohlaví, věk, životní prostředí, genetický profil, zdravotnický systém, životní styl)
- **nepřímé** – působí na organismus nepřímo, ale působí na zdravotní stav jedince, celé populace (kulturní tradice, politicko-ekonomický systém, demografická situace, sociální stratifikace, role jedince, sociální prostředí)

### b) Z hlediska zdroje

- **vnitřní** – neovlivnitelné (věk, pohlaví, genetický základ, vrozené dispozice), behaviorální faktory (lze ovlivnit cílenou psychoterapií)
- **vnější** – ovlivnitelné (životní styl, prostředí)

### c) Z hlediska vlivu

- **pozitivní** – zvyšují odolnost organismu
- **negativní** – snižují odolnost organismu (Vojtová, 2009)

**Hlavní determinanty zdraví dle WHO:**

#### 1. Životní styl

- podílí se na zdraví z **50 %**
- **životní styl, způsob života, režim práce a odpočinku**, kvalitativní a kvantitativní stránka **výživy, pohybová aktivita, škodlivé návyky** (např. kouření)
- **vzdělání** – nízká úroveň vzdělání provází horší zdraví, vyšší nemocnost a úmrtnost
- **schopnost zvládat problémy**
- **příjem a společenské postavení**

#### 2. Genetický profil

- podílí se na zdraví z **20 %**
- **genetika**
- **pohlaví a věk**

#### 3. Životní a pracovní prostředí

- podílí se na zdraví z **20 %**
- **fyzické prostředí** – voda, ovzduší, zdravé potraviny, hluk, zdravá pracoviště, bezpečné domy, komunity
- **zaměstnání a pracovní podmínky**
- **sociální podpora a sociální síť**
- **kultura** – zvyky, tradice

#### 4. Zdravotní péče

- podílí se na zdraví z **10 %**
- **zdravotnictví – dostupnost preventivních a léčebných služeb** a schopnost využívat je (Kříž, 2011)

## 2.3 Péče a zdraví jednotlivce v komunitním ošetřovatelství

Ochrana zdraví spočívá v:

- **pochopení jednoty organismu a prostředí** ve zdraví a chorobě
- **aktivní účasti při ochraně zdravých životních podmínek**
- **zapojení prevence** při ochraně svého zdraví

**Podpora zdraví**

- je **proces umožňující občanům a členům komunit kontrolovat své zdraví a přispět k jeho zlepšení**
- zahrnuje posílení kapacity jedinců a komunit v oblasti zdraví

**Prevence**

- je **péče o zdraví především zdravých lidí**
- **cíl prevence** – chránit zdraví, podporovat pozitivní rozvoj a zlepšení duševních a fyzických schopností lidí

**Výchova ke zdraví**

- komplexní pojem – **multidisciplinární medicínský obor**
- akceptuje medicínsko-andragogicko-pedagogickou rovinu a výchovně vzdělávací činnosti
- zaměřená na **aktivní postoj ke zdraví, zvyšování zdravotního uvědomění, rozšiřování péče o zdravý způsob života a tvorbu zdravého životního prostředí s cílem zvýšení kvality života** (Bártlová, 2010)

## 3 Služby a instituce komunitní péče

### 3.1 Historický vývoj komunitních služeb

**Raný středověk** – vznik prvních institucí zabývajících se pomocí chudým (ptochotrofium) a starým lidem (gerontofium).

Později zakládány **chudobince, starobince, klášterní a městské ošetřovatelské domy.**

**12. století** – české území – vznik středověkých špitálů, provozovány církevními řády, měly spíše sociální funkci než léčebnou (nocleh, strava, odpočinek pro chudé a staré lidi)

**17. století** – objevují se první klasické nemocnice, vlivem rozvoje přírodních věd a medicíny převládá léčebná složka, zařízení již nemá funkci azylu

**18. a 19. století** – chudinské a domovské právo, vznikají farní chudinská zařízení (chudobince, starobince, pastoušky, nemocnice) pro nezaopatřené, nemohoucí, chudé a staré lidi, musela se o ně postarat příslušná domovská obec - obcí garantovaná péče – první znaky institucionalizované péče (Jarošová, 2007)

**Meziválečné období** – Československý červený kříž provádí první komunitně zaměřenou ošetřovatelskou péči

- středem zájmu byli děti, chudí, nemocní, staří lidé
- byla poprvé systematicky prováděna ošetřovatelská a zdravotní služba v rodinách
- důsledkem negativní hospodářské krize prováděna především preventivní péče (hygiena, stravování, oblečení) (Spáčilová, 2010)

**Po druhé světové válce** – rozvoj ústavní péče, samostatná práce v terénu v komunitě úplně zanikla

**90. léta 20. století** – rozvoj komunitní péče, vznik domácí péče

- zavádí se reformy a strategie zdravotní péče založené na základech primární zdravotní péče

**21. století** – rozvoj komunitního ošetřovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace, rozvoj komunitních projektů zaměřených na podporu zdraví

- zákon č. 96/2004 Sb. ustanovuje specializaci v komunitním ošetřovatelství
- nejznámější služby komunitního ošetřovatelství v ČR - hospice, agentury domácí péče, pracoviště privátních sester a porodních asistentek (Křemenová, Fremlová, 2009)

### 3.2 Zdravotní služby a instituce komunitní péče

**Ambulance praktických lékařů pro děti a dorost** – poskytují komplexní léčebně-preventivní péči pro populaci od narození do 19 let věku

- stěžejním bodem zájmu je preventivní péče (očkování, preventivní prohlídky)

**Ambulance praktických lékařů pro dospělé** – poskytují komplexní léčebně-preventivní péči, která zahrnuje podporu zdraví, prevenci onemocnění, léčbu, rehabilitaci a podpůrnou péči pacientům

- stěžejní činností praktických lékařů jsou preventivní prohlídky (prováděné jednou za 2 roky)

**Stomatologické ambulance** – důraz je kladen na primární i sekundární prevenci

- zahrnuje působení lékaře v suboborech záchovné stomatologie, stomatologické chirurgie, protetické stomatologie, dětské stomatologie, parodontologie, onemocnění ústní sliznice

- preventivní prohlídky jsou prováděny 1x ročně v 1. roce života (mezi 6. a 12. měsícem), od 1 roku do 18 let 2x ročně, u dospělých 1x ročně, těhotné mají nárok na preventivní prohlídku 2x během těhotenství

**Gynekologické ambulance** – poskytují péči v oboru gynekologie a porodnictví

- začátek preventivních prohlídek je stanoven na 13. až 15. rok života dívek, dále 1x ročně

**Lékařské služby první pomoci** – ošetření náhlých onemocnění, která by mohla vést k vážnému ohrožení zdraví a není nutný výjezd zdravotnické záchranné služby

- poskytují pohotovostní služby občanům

**Komunitní ošetřovatelská centra** – fungují v zahraničí, jsou řízeny vysokoškolsky vzdělanou sestrou

- poskytují ošetřovatelskou péči klientům, pro které jsou již služby domácí péče nedostatečné

**Stacionáře a centra pro specializovanou péči** – poskytují specializovanou zdravotnickou péči v rámci ambulantní a lůžkové péče

- jedná se např. o rehabilitační centra pro osoby se zdravotním postižením, domy mentálního zdraví, denní centra pro osoby s psychiatrickým onemocněním, denní centra pro seniory atd.

- poskytují přímou péči – léčbu, sledování, edukaci, nácvik denních činností, management bolesti, krizové intervence apod. (Sikorová, 2012; Jarošová, 2007)

### 3.3 Sociální služby komunitní péče

**Pečovatelské služby** – terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností, jsou realizovány v domácím prostředí

**Osobní asistence** – určena občanům, kteří potřebují pro zajištění nezávislého života ve vlastní domácnosti pomoc z důvodů věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení

**Centra denních služeb, denní stacionáře** – poskytují ambulantní péči osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním

**Odlehčovací služby (respitní péče)** – terénní nebo ambulantní služby, umožňují pečující osobě odpočinek v péči o chronicky nemocnou osobu

- cílem je předcházení stereotypu a izolace pečující osoby

**Domovy pro seniory** – poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností převážně z důvodu věku, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby



**Další zařízení sociálních služeb** – domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, azylové domy, chráněná bydlení, domy na půl cesty, nízkoprahová centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, zařízení pro krizovou pomoc, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně terapeutických služeb, pracoviště rané péče, jiné nestátní subjekty (občanská sdružení, církevní a komunitní centra) (Sikorová, 2012; Jarošová, 2007)

### **3.4 Ostatní služby a instituce komunitní péče**

**Další služby** - terapeutické komunitní programy

**Vzdělávací instituce** – základní školy, školní družiny, domovy dětí a mládeže

**Rodina** – rodina má významné místo při poskytování komunitní péče (Sikorová, 2012)

Komunitní péče zahrnuje spektrum zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám komunity. Tyto služby doplňují primární péči a jsou alternativou specializované a institucionální péče. Jsou poskytovány na regionální úrovni a jejich cílem je poskytovat péči v domácím prostředí a umožnit co nejdelší setrvání v komunitě (Jarošová, 2007).

## 4 Ošetřovatelství v komunitě

### 4.1 Veřejné zdravotnictví a primární zdravotní péče

#### Primární a komunitní péče

- termíny **komunitní a primární péče** se často zaměňují, rozdíl mezi nimi se nerozlišuje
- **primární péče** je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližše sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby
- **primární péče je péče poskytovaná praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a dorost, ambulantním gynekologem, stomatologem při prvním kontaktu s nemocným, agenturami domácí péče (zahrnuje také lékárny a lékařskou službu první pomoci)**
- **primární zdravotní péče** je vlivem současných trendů zaměřená na **plnění zdravotní politiky v komunitě**
- **komunitní péče** zahrnuje **primární, sekundární, terciární péči**, ale i **prevenci**

#### Primární péče v komunitních situacích zahrnuje:

- soustavnou péči
- místo prvního kontaktu
- kontinuální péči
- koordinovanou péči

Ošetřovatelství v komunitní péči zasahuje do všech oblastí života od narození do smrti.

#### Ošetřovatelství v komunitní péči vykonávají:

- **sestry komunitního zdraví**
- **terénní sestry domácí ošetřovatelské péče**
- **porodní asistentky** pečující o ženu před porodem, v průběhu i po ukončení porodu
- **dětské komunitní sestry**
- komunitní **psychiatrické sestry**
- **sestry pro tělesně a mentálně postižené**
- školní sestry (na Slovensku)
- sestry pro zdraví v povolání a zaměstnání (na Slovensku) (Hanzlíková, 2007, s. 29-31).

### 4.2 Ochrana a uchování zdraví

- **Ochrana a uchování zdraví** je úlohou zdravotníků především v situacích, kdy klienti nevědí, nemohou nebo nechtějí přijmout zodpovědnosti za své zdraví.

- **Podpůrné působení využívají zdravotníci** v případě, že úroveň uvědomění a zodpovědnosti za vlastní zdraví je částečná, příp. vyžaduje doplnění. Podpůrné působení je možné využít i u klientů s dostatečnými vědomostmi, ale slabou vůlí.
- **Edukační (výchovná a vzdělávací úloha)** – využívá se u klientů, kteří nevědí, jak se starat o své zdraví, u klientů s nedostatečnými informacemi, v případech, kdy klient neovládá základní zručnost v péči o své zdraví.
- **Péče v plném rozsahu** – přebírání zodpovědnosti za klienty, kteří ztratili nezávislost (Hanzlíková, 2007, s. 33-34).

### 4.3 Komunita jako klient

- V komunitním ošetřovatelství **je klientem komunita**, ne pouze jednotlivec.
- **Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými rozměry nebo stejnými hodnotami a zájmy.**
- Komunita má **3 dimenze – lidi, místo a funkci.**
- **V komunitě se často problém jednotlivce stává společným problémem celé komunity**, např. životní styl (kouření, přejídání, spěch)
- Jedinec se zbaví zlovyku snadněji za pomoci komunity (rodiny, přátel)
- Komunitní péče má budoucnost především z důvodu **propojení zdravotních a sociálních služeb.**
- Ošetřovatelská praxe **ochraňuje a udržuje kontinuální zdraví populace** (Hanzlíková, 2007).

**Klíčové koncepty** z pohledu komunity:

1. **zdraví komunity** jako cíl
2. **spolupráce** pro zdraví komunity (Jarošová, 2007).

**Komunitní ošetřovatelství v praxi:**

**Ošetřovatelství orientované na zdraví komunity**

- zaměřené na „zdravou péči“ jednotlivců, rodin a skupin
- zahrnuje zachování, ochranu a podporu zdraví
- poskytována jako přímá a nepřímá péče v komunitních institucích, domácím prostředí, škole
- obsahuje všechny prvky péče (primární – edukace, sekundární – screening, terciární – rehabilitace)

**Ošetřovatelství orientované na komunitu**

- zaměřeno na péči o nemocné jednotlivce a jejich rodiny
- péče při akutním nebo chronickém onemocnění
- aplikováno jako přímá péče v domácnostech nebo komunitních organizacích
- obsahuje sekundární a terciární prvky zdravotní péče (někdy i primární) (Jarošová, 2007, s. 40).

### 4.4 Prevence, ochrana a podpora zdraví

**Základní principy a cíle zdravotní politiky WHO pro evropský region:**

- cílem reformních kroků je zlepšení zdraví
- ochrana a podpora zdraví je primárním zájmem každé společnosti
- zdravotnické systémy musí nahradit hodnotami, které představují důstojnost, rovnost, solidarita, profesionální etika
- občané musí nést spoluzodpovědnost za své zdraví
- reforma zdravotnictví musí obsahovat cíle a prostředky pro trvalé zlepšení kvality poskytované péče
- financování zdravotnictví zabezpečí zdravotní péči všem občanům
- podpora se soustředí na primární péči
- vytvoří se podmínky pro rozvoj lidských zdrojů, vzdělání, vědu a výzkum (Hanzlíková, 2007, s. 39-40).

## 5 Zdraví pro všechny

### 5.1 Světová zdravotnická organizace

V roce 1945 byl schválen na Konferenci OSN (Organizace spojených národů) návrh na vytvoření nezávislé mezinárodní zdravotnické organizace v rámci OSN. **Světová zdravotnická organizace** (World Health Organisation – WHO) **vznikla 7. dubna 1948** ratifikací členských států OSN včetně Československé republiky. Od té doby se tento den se celosvětově slaví jako **Světový den zdraví**. (WHO, 2011)

#### **Hlavní funkce WHO:**

- poskytovat poradenství v oblasti zdravotnictví na celosvětové úrovni
- ustanovovat globální strategie pro zdraví
- spolupracovat s vládami při rozvoji národních zdravotních programů
- šířit a rozvíjet vhodné zdravotnické technologie, informace a standardy. (JAROŠOVÁ, 2007)

#### **Struktura WHO a hlavní orgány:**

##### **Světové zdravotnické shromáždění**

- nejvyšší orgán WHO, schází se 1x ročně za přítomnosti ministrů zdravotnictví všech členských zemí, sídlo má v Ženevě
- rozhoduje o hlavních politických záležitostech a strategiích WHO

##### **Výkonná rada**

- zasedá 2x ročně, má 32 odborníků z členských států WHO
- funkce – uvádět do praxe rozhodnutí a politiku shromáždění, koordinovat činnost WHO

##### **Sekretariát**

- je tvořen generálním ředitelem a přibližně 3500 odborníky pracujícími v Ústředí WHO v Ženevě a 6 regionálních úřadech WHO po celém světě (WHO, 2012)

##### **Aktuální úkoly WHO:**

- boj proti infekčním chorobám
- odborná pomoc vládám (např. při živelných katastrofách)
- podpora výzkumu
- výchova a vysílání odborníků do potřebných oblastí
- materiální a technická pomoc
- výchova zdravotnických pracovníků
- monitorování epidemiologické situace
- vypracování jednotné metodiky mezinárodní statistiky
- definování mezinárodního názvosloví
- poskytování stipendií a školení zdravotnických pracovníků
- péče o matku a dítě
- zdravotní výchova obyvatelstva
- péče o životní prostředí
- publikační činnost (JAROŠOVÁ, 2007, s. 11).

Světová zdravotnická organizace má celou řadu programů a strategií na zlepšení zdraví lidí jako celospolečenského zájmu.

Název projektu	Popis programu
INCO COPERNICUS	Financování epidemiologických studií EU (např. projekt na prevenci rakoviny plic)
CESAR	Sledování prašnosti ve vybraných městských aglomeracích ve vztahu ke zdraví dětské populace
MONICA	Monitorování trendů a determinantů kardiovaskulárních chorob, bližší sledování a získávání databáze o rizikových faktorech aterogenezy
ORATEL	Program zaměřený na orální zdraví
LEMON	Vzdělávání sester v ošetřovatelství
CINDI	Program zaměřený na redukování chronických neinfekčních chorob
ZDRAVÁ MĚSTA	Formování zdravého způsobu života, zvyšování zájmu občanů o své zdraví
ŠKOLY PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ	Osvojení si zdravého způsobu života, zodpovědnosti za své zdraví, zvládnutí základních rizikových faktorů ohrožujících zdraví
ZDRAVÁ PRACOVIŠTĚ	Ovlivňování pracovního prostředí, pracovních podmínek, způsobu života zaměstnanců
NEDA	Zvýšení povědomí o rizicích spojených s nedostatkem estrogenů, prevence osteoporózy u žen v menopauze
ZDRAVÍ PRO VŠECHNY V 21. STOLETÍ	Hlavní programová strategie Navazuje na program Zdraví pro všechny do roku 2000

**Tabulka 5** Projekty světové zdravotnické organizace (HANZLÍKOVÁ, 2007)

## 5.2 Zdraví pro všechny do roku 2000

Naléhavost nutnosti programu Zdraví pro všechny do roku 2000 zdůrazňovala fakta:

- byly vynaložené nemalé prostředky na rozvoj nových léků a medicínské techniky, přesto je úroveň zdraví lidí je mnohem nižší, než by měla být
- celková vysoká úroveň rozvoje evropského regionu, vědecký, hospodářský a výchovný standard je v nepoměru se zdravotním stavem.

Na základě těchto poznatků schválila Světová zdravotnická organizace v r. 1980 první zdravotně-politický postup, **evropskou strategii zdraví pro všechny**.

**Oblasti zaměření programu Zdraví pro všechny:**

- životní styl a zdraví
- rizikové faktory související se zdravím a prostředím
- nové zaměření systému poskytování zdravotní péče
- opatření politické, správní, technické, personální, vědeckovýzkumné

### **Nutné předpoklady zdraví pro dosažení zdraví pro všechny:**

- svět zbavit strachu z válek, stejné možnosti pro všechny, uspokojování základních potřeb, výživa, základní školní vzdělávání, voda, hygiena, sanitace, bydlení na přiměřené úrovni, zajišťování práce a užitečné role ve společnosti, politická vůle a veřejná podpora. (HANZLÍKOVÁ, 2007, s. 44-45)

### **5.3 Zdraví pro všechny v 21. století – Zdraví 21**

Program Zdraví pro všechny do roku 2000 zůstává pro evropský region trvalým konceptem i po r. 2000. V posledních 20 letech v evropském regionu nastaly politické, sociální, ekonomické a další **změny**, které **si vyžádaly inovaci programu** (HANZLÍKOVÁ, 2007). V r. 1998 na konferenci v Alma-Atě byl předložen aktuální strategický dokument **Zdraví 21** (JAROŠOVÁ, 2007). Program byl formulován do **21 cílů**. Termín plnění cílů je v závislosti na druhu a charakteristice rok 2020, u některých cílů je dřívější termín. (HANZLÍKOVÁ, 2007)

#### **Základní součásti programu Zdraví 21:**

**Jeden stálý záměr** – umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu.

#### **Dva hlavní cíle** pro zlepšení zdraví

- ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život
- snížení výskytu hlavních nemocí a úrazů

#### **Tři etické hodnoty programu**

- zdraví jako základní lidské právo
- ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita mezi jednotlivými zeměmi a skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí (včetně mužů a žen)
- spoluúčast a odpovědnost jednotlivců, skupin, společenství, institucí, organizací a resortů za rozvoj zdraví

**Čtyři základní postupy pro realizaci programu** s využitím vědeckých, ekonomických, sociálních a politických podmínek

- **meziresortní strategie** postihující determinanty zdraví, beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti, průběžné hodnocení zdravotního dopadu přijatých opatření
- **příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky** a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska přínosu
- **integrovaná základní zdravotní péče** zaměřená na rodinu a celé společenství podporovaná flexibilním a citlivým nemocničním systémem
- **participační zdravotní rozvoj**, jeho prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou přispět ke zdraví (např. rodiny, školy, pracoviště, místní společenství, územní celky), smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci, odpovědnost. (Zdraví 21, s. 17-18)

#### **Zaměření 21 cílů programu pro 21. století:**

- Solidarita ve zdraví v evropském regionu
- Spravedlnost ve zdraví
- Zdravý start do života

- Zdraví mladých lidí
- Zdravé stárnutí
- Zlepšení duševního zdraví
- Snížení výskytu infekčních chorob
- Snížení výskytu neinfekčních chorob
- Snížení výskytu poranění způsobených násilím a nehodami
- Zdravé a bezpečné životní prostředí
- Zdravější životní styl
- Snížení poškození zdraví vlivem alkoholu, drog, tabáku
- Zdravé místní životní podmínky
- Multioborová odpovědnost za zdraví
- Integrovaný resort zdravotnictví
- Management pro kvalitu péče
- Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
- Příprava zdravotnických pracovníků
- Výzkum a poznatky ve zdravotnictví
- Mobilizace partnerů pro život
- Politika a strategie programu zdraví pro všechny (HANZLÍKOVÁ, 2007, s. 45-49).

V roce 1977 stanovila rezoluce 30. světového zdravotnického shromáždění cíl všech vlád a Světové zdravotnické organizace v nejbližších dekádách. Tímto cílem bylo dosáhnout, aby **všichni lidé na světě měli do roku 2000 takové zdraví, které by jim dovolilo sociálně a ekonomicky produktivní život.** (Hanzlíková, 2007) Tento cíl je známý pod názvem **Zdraví pro všechny do roku 2000.** (MASTILIAKOVÁ, 2004, s. 18)



## 6 Národní program podpory zdraví

**Podpora zdraví** je definována jako proces umožňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinanty svého zdraví a zlepšit tím svůj zdravotní stav (Kernová, Komárek, 2007, s. 1).

Vnímání zdraví lze ovlivnit zkvalitněním podpory a posilováním zdraví, preventivními, diagnostickými a terapeutickými postupy, zvýšením účinnosti rehabilitace a resocializace, přijetím osobní odpovědnosti za své zdraví a akceptováním ovlivnitelných faktorů a determinant zdraví. (Kernová, Komárek, 2007)

**Plnění zdravotní politiky probíhá na úrovni:**

- **mezinárodní** – programy WHO, EU
- **meziúrovňové** – strategické dokumenty na všech úrovních (strategické dokumenty vlády ČR, krajské zdravotní plány, zdravotní plány městských samospráv)
- **regionální, lokální** – vládní a nevládní organizace při realizování aktivit v městských samosprávách (Hamplová, 2010)

**Národní program zdraví (NPZ)**

- byl schválen r. 1991 jako česká varianta evropské strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000“
- je zaměřen na primární prevenci
- opírá se o zkušenosti a zájmy obcí a občanů, zahraniční zkušenosti a výzkum

**Důvody vzniku Národního programu zdraví**

- vážně narušené zdraví obyvatelstva ČR
- nevyhovující životní prostředí
- pracoviště s nevhodným pracovním prostředím
- nevyhovující struktura průmyslu s preferencí energeticky náročné výroby
- přetrvávající rizikové situace a vznik nových z důvodu nerespektování legislativně upravených zásad ochrany zdraví
- rozpor mezi propagováním prevence a preferováním terapie ve zdravotnictví
- zdravotnictví v pozici „resortismu“ (souvisí s představou, že ovlivňuje zdraví lidí)
- podceňování řešení mobilizování zodpovědnosti a kompetencí výkonných složek zdravotnictví, státní správy a obyvatel
- opoždění vývoje struktury, organizace, technického a přístrojového vybavení ve zdravotnictví
- zaostávání v budování informačního systému

**Základní strategie péče o zdraví**

- 1. Strategie ochrany zdraví** – celospolečenská primární péče – plánování a ochrana prostředí, bytová politika, průmyslová výroba, zemědělství, doprava a výroba energie
- 2. Strategie rozvoje zdraví** – dosažení změny postoje k vlastnímu zdraví, faktorům souvisejícím se zdravím – postoj k racionální výživě, fyzická aktivita, zlepšení zdraví dětí a mládeže, boj proti kuřáctví, zastavení spotřeby alkoholu, opatření proti užívání drog, posilování psychohygieny

### **3. Strategie zdravotnické prevence**

Strategie byly zpracovány do 15 programů. **Hlavním cílem Národního programu zdraví je podpora zdraví a výchova ke zdravému způsobu života.** Národní program zdraví obsahuje jednotlivé cíle, kterých má být dosaženo.

#### **Cíle Národního programu zdraví**

##### **1. Změna životního stylu**

- změna životních zvyklostí – snížení energetického příjmu, snížení spotřeby tuků, cukrů, soli, zvýšení příjmu ovoce, zeleniny, luštěnin, ryb, celozrnného pečiva
- omezení kouření (hlavně mládeže)
- omezení spotřeby alkoholu
- omezení a zvládnutí nadměrného stresu
- prevence drogové závislosti
- zlepšení reprodukčního chování (plánování rodičovství, antikoncepce)
- optimalizace pohybové aktivity
- prevence úrazů a otrav

##### **2. Zlepšování životního a pracovního prostředí**

- voda, půda, vzduch
- potraviny (omezování kontaminace škodlivými látkami)
- hluk a vibrace
- monitorování životního a pracovního prostředí a jeho zdravotních důsledků
- komunitní programy Zdravé město, škola, podnik

##### **3. Prevence nemocí**

- kardiovaskulární program
- onkologický program
- gerontologický program
- diabetologický program
- perinatologický program
- program péče o duševní zdraví
- program rehabilitace osob se zdravotním postižením

(Hanzlíková, 2007, s. 52-54)

Mezinárodní dokumenty	
1984	Zdraví pro všechny do roku 2000 - zahájení programu evropskou úřadovnou WHO
1986	Ottavská charta podpory zdraví - vymezuje podporu zdraví jako proces, který umožňuje lidem zlepšit zdraví a zvýšit nad ním kontrolu (Kernová, Komárek, 2007, s. 2)
1999	Zdraví pro všechny v 21. století – Evropská zdravotní politika
2012	Zdraví 2020 (Health 2020) - podpora zdraví a blahobytu napříč odvětvími na mezinárodní, národní i lokální úrovni
Dokumenty pro podporu zdraví v ČR	
<b>1991</b>	<b>Národní program obnovy a podpory zdraví – krátkodobá strategie NPZ</b>
1992	Národní program obnovy a podpory zdraví – střednědobá strategie NPZ
1995	„Zdraví pro všechny do roku 2000“ – národní varianta programu WHO, dlouhodobá strategie NPZ
1998	Akční plán zdraví a životního prostředí (NEHAP)
2000	Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví – definuje ochranu a podporu zdraví
2002	„Zdraví pro všechny v 21. století“ - dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR
2003	Národní program přípravy na stárnutí (období 2003-2007)
2004	Národní strategie rozvoje cyklistické dopravy České republiky
2007	Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007-2017
2008	Národní strategie bezpečnosti silničního provozu pro období let 2008-2010 – revize a aktualizace – revize a aktualizace
2008	Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012
2008	Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR na období let 2008-2012
2010	„Strategický rámec udržitelného rozvoje České republiky“ prioritní osa 1 – populace, člověk a zdraví
2010	Strategie bezpečnosti potravin a výživy na období let 2010-2013
2010	Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018
2012	Zákon č. 115/2012 Sb., o ochraně veřejného zdraví (kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb.)

Tab. 6 Strategické dokumenty podpory zdraví

## 7 Faktory ovlivňující zdraví komunity

### 7.1 Kvalitativní hodnocení faktorů

**Kvalitativní faktory** rozlišujeme:

- **ochranné** – zvyšují odolnost organismu, příp. schopnost přizpůsobovat se škodlivým vlivům přicházejícím zvenku (např. estrogény u žen ve fertilním věku snižují riziko aterosklerózy)
- **oslabující** – snižují schopnost organismu čelit škodlivým agens, ale samy nevyvolávají onemocnění (např. oslabení imunity umožní patogenním mikroorganismům vyvolat infekci)
- **etiopatogenetické (rizikové)** – podílí se přímo na vzniku nemoci (např. zvýšená hladina LDL lipoproteinů v plazmě se přímo podílí na vzniku aterosklerózy)

### 7.2 Kvantitativní hodnocení faktorů

Přestože u mnoha faktorů není znám mechanismus účinku, dá se kvalitativně hodnotit jejich vliv na komunitu.

Podle způsobu hodnocení rozeznáváme:

- **relativní riziko** – podíl výskytu onemocnění v populaci
- **atributabilní (připsatelné) riziko** – jaký podíl onemocnění v populaci je možné připsat danému faktoru
- **atributabilní frakce** – jakému procentu z celkového počtu onemocnění by bylo možné předejít, kdyby se eliminoval faktor z populace
- **výskyt a stupeň ovlivnitelnosti** – význam faktoru v populaci vzrůstá s výskytem

**Dělení faktorů podle původu:** osobnostní faktory, faktory životního stylu, environmentální faktory, sociální faktory

### 7.3 Osobnostní faktory

Působí na jedince zevnitř osobnosti člověka.

Dělíme je na biologické, psychologické, sociální, duchovní (spirituální).

**1. Biologické faktory** – vyplývají z biologických funkcí organismu

**a) vrozené (dědičné)** – jedinec si je přináší svým genetickým materiálem  
- negativní nežádoucí faktory není možné odstraňovat, je možná prevence

**b) získané** – v průběhu života vznikají antenatálně (od početí po porodu), perinatálně nebo postnatálně

- způsobují je vnější příčiny, psychologické, sociální a duchovní faktory

**2. Psychologické, sociální a duchovní faktory** – podílejí se na celkovém stupni zdraví a onemocnění jedince

## 7.4 Faktory životního stylu

Souvisí s chováním člověka.

Prostředí formuje chování jedince a zároveň chování jedinců má vliv na celkové prostředí v komunitě.

**Životní styl a chování jedince je možné ovlivnit:**

- **vědomostmi** – hodnocení životního stylu na základě informací, co je škodlivé a prospěšné
- **postoji** – odráží získané informace, předchozí zkušenosti, prostředí, ve kterém žijí
- **praxí** – praktikování životosprávy na základě získaných informací a postojů

## 7.5 Environmentální faktory

Působí na jedince zvenčí z prostředí, které ho obklopuje.

Můžeme dělit na **přírodní** (působí mimo lidskou společnost), **sociální** (pramení z komunity či celé společnosti).

**Přírodní faktory** – působí mimo lidskou společnost, jsou spojeny s činností člověka

Dělení podle mechanismu působení:

**a) fyzikální faktory** - teplota, proudění vzduchu, vlhkost, sluneční záření, záření (elektromagnetické, ionizační aj.)

**b) chemické faktory** - většinou vznikají činností člověka, na organismus působí prostřednictvím vzduchu, vody, potravin

**c) biologické faktory** - působení živých organismů v živém prostředí člověka

## 7.6 Sociální faktory

Vycházejí z lidské společnosti, činnosti a vzájemných vztahů

**a) ekonomické faktory**

- ovlivňují schopnost jedinců, rodin a komunit obstarávat si své životní potřeby
- dokonalejší metody, financování léčby a prevence, zvyšování administrativy, financování zdravotnických služeb

**b) etické faktory**

- usměrňují chování člověka v komunitě, určují správnost a nesprávnost chování

**c) kulturní a religiózní faktory**

- usměrňují postoje, hodnoty, názory na svět, ovlivňují chování komunit související se zdravím

**přímé vlivy** – ovlivňují chování přímo, specifické zvyky a předpisy týkající se např. stravování, bydlení, odívání

**nepřímé vlivy** – závisí na definici zdraví a nemoci v dané kultuře, hodnotovém systému a morálce, z toho vychází postoj k příznakům chorob, zdravotnickým programům, přijímání léčebných postupů (Hanzlíková, 2007, s. 81-91)

Faktory ovlivňující zdraví komunity se vzájemně ovlivňují a působí na člověka jako celek.

## 8 Ošetrovatelský proces v komunitním ošetrovatelství

### 8.1 Zhodnocení zdraví komunity

**Zhodnocení komunity zahrnuje shromažďování relevantních existujících údajů, třídění chybných údajů a interpretaci údajů.**

K **zjišťovaným údajům** patří: demografické údaje (věk, pohlaví, stav), socioekonomický stav, zaměstnanost (nezaměstnanost), úroveň vzdělání, typ a podmínky bydlení, příslušnost k rase, etniku, vyznání, natalita, morbidita, mortalita, hustota obyvatelstva na daném území, zdravotní stav (tělesný a duševní), zeměpisné charakteristiky, životní styl, systém zdravotní péče, dostupnost služeb poskytujících komunitní péči, činnost dobrovolníků, způsob a efektivnost komunikace (formální, neformální), informační síť, možnosti odpočinku a rekreace, průmysl, programy realizované v komunitě, zajištění bezpečnosti (policie, hasiči, bezpečnost provozu), státní správa a samospráva, ekologie.

Mezi **další zjišťované údaje** patří údaje o vědomostech, hodnotách, názorech, formálních a neformálních vůdcích, normách, potřebách, problémech. Je nezbytné analyzovat zdroje, odhadnout náklady a důvody podpory či odmítnutí nového projektu. (HANZLÍKOVÁ, 2007)

Metody sběru údajů:

- přímý sběr údajů v komunitě
- předem získané a zaznamenané údaje o komunitě (zdravotnické dokumenty, hlášení, statistická data Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR)

K základním metodám sběru údajů patří analýza dostupných statistických údajů, rozhovor, pozorování, dotazník a anketa. Výběr metody zohledňuje velikost komunity, účel, časový faktor, počet osob zainteresovaných do sběru informací, dostupné zdroje informací, finanční náklady.

Mezi zdroje údajů, které poskytují informace o komunitě, patří členové komunity, zdravotnická statistika, masmédia (noviny, rozhlas, televize), úřady státní správy, lokální agentury zdraví.

Součástí zhodnocení komunitního zdraví je podrobná analýza a třídění údajů. Při identifikaci problémů se zjišťují příčiny vzniku a ovlivňující faktory. K analýze příčin a vzniku problému je často potřeba sestavit multidisciplinární tým. Při identifikaci problému spolupracují zdravotníci, sociální pracovníci a pracovníci zabývající se životním prostředím. (HANZLÍKOVÁ, 2007, s. 93-94)

### 8.2 Diagnostika zdraví komunity

**Diagnostika je analyticko-systematický proces vedoucí k vytvoření ošetrovatelské diagnózy.** Devátá národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz v roce 1990 **definovala** ošetrovatelskou **diagnózu** jako „**klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny či komunity na skutečné nebo potenciální problémy či životní proces**“. (BÁRTLOVÁ, 2010, s. 21)

Každý zjištěný problém musí být definován jako ošetrovatelská diagnóza, která se vztahuje ke zdraví komunity. Ošetrovatelská diagnóza je zapsaná podle formuláře PES (Problém – Etiologie – Symptomy). Proces tvorby diagnóz je důležitým krokem pro plánování. Při plánování jsou diagnózy analyzovány, sestaveny podle priority a jsou identifikovány intervence.

**Ošetrovatelské diagnózy** sestavované vzhledem ke komunitě obsahují:

- **riziko** – zdravotní problém nebo riziko komunity
- **uvnitř (mezi)** – specifikuje komunitu nebo klienta, s nímž sestra pracuje
- **ve vztahu k** – popisuje charakteristiku komunity – motivace, znalosti, dovednosti komunity a její okolí (fyzická, kulturní, psychosociální, politická charakteristika komunity). (JAROŠOVÁ, 2007, s. 45)

Komunitní ošetrovatelské diagnózy popisují úroveň komunity, která odpovídá aktuálním a potenciálním onemocněním a životním procesům. (JAROŠOVÁ, 2007)

### 8.3 Plánování komunitní ošetrovatelské péče

**Fáze plánování zahrnuje analýzu zdravotních problémů komunity identifikovaných v diagnózách, stanovení priorit, cílů a úkolů, vymezení intervencí a aktivit vedoucích k jejich naplnění.** (JAROŠOVÁ, 2007)

Kritéria pro určování priorit jsou:

- uvědomění si problému komunitou,
- motivace komunity k řešení problému,
- schopnost sester ovlivnit řešení problému,
- dostupnost řešení podobných problémů,
- nebezpečí hrozící z nevyřešení problému,
- čas potřebný k vyřešení problému

Do procesu **vytváření priorit** jsou zapojeni i členové komunity. Účast komunity na plánování vyžaduje vytvoření struktur a mechanismů, které budou lidi spojovat. Sestry podporují členy komunity při vyjadřování svých požadavků, nápadů a pomáhají odstranit bariéry, které by zamezily účasti. **Cíle** se stanovují krátkodobé a dlouhodobé.

Je potřeba stanovit **dosažitelná a měřitelná kritéria**, které budou vyhodnocovat účinnost programu. Stanovení cílů a výsledných kritérií vyžaduje spolupráci mezi účastníky procesu plánování. Výsledkem procesu plánování je určení **intervenčních činností**, které jsou potřebné k dosažení stanovených cílů.

### 8.4 Realizace komunitní ošetrovatelské péče

V komunitním ošetrovatelství znamená realizace **poskytnutí zdravotních služeb, které jsou v kompetenci komunitní sestry a jsou žádoucí z hlediska potřeb komunity.** (BÁRTLOVÁ, 2010, s. 22)

Cílem komunitního ošetrovatelství je předcházet vzniku nemocí, ochrana, udržení a podpora zdraví. Z tohoto důvodu se komunitní ošetrovatelství zaměřuje kromě



vykonávání terapeutických zásahů hlavně monitorování, poradenskou, edukační, manažerskou a obhajovací činnost.

**Úspěšnost realizace** závisí na připravenosti a ochotě komunity řešit problém, na schopnosti členů komunity a vzájemnými vztahy mezi členy komunity, schopnosti, zručnosti a zkušenosti sester vykonávat komunitně orientované činnosti. (BÁRTLOVÁ, 2010)

**Způsoby realizace:**

- **malé interaktivní skupiny** – skupiny mezi jedincem a jednotlivcem (např. rodiny, sousedé) umožňující ovlivňovat komunitu i jednotlivce
- **masmédiá** (noviny, časopisy, televize, rozhlas) – neosobní formální komunikace ovlivňující velký počet lidí v krátkém čase
- **zdravotní politika** – zaměřená na potřeby většiny či celé populace, potřeby jednotlivce omezuje ve veřejný prospěch. (JAROŠOVÁ, 2007, s. 47)

## 8.5 Vyhodnocení komunitní ošetrovatelské péče

V poslední fázi ošetrovatelského procesu se **vyhodnocuje účinnost naplánovaných a realizovaných aktivit**. Hodnocení je zaměřené na komunitní zdraví, srovnávají se informace o komunitě před začátkem intervencí a po nich. Zkoumá se vhodnost, účinnost a následky činností. Hodnotí se náklady a čas investovaný do projektu. Srovnávají se také mezi sebou jiné komunity. Do procesu vyhodnocení jsou zapojeni i členové komunity. (HANZLÍKOVÁ, 2007)

**Ošetrovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče.** (MASTILIAKOVÁ, 2004, s. 119)

Ošetrovatelský proces má 5 fází – zhodnocení, diagnostiku, plánování, realizaci, vyhodnocení.

Přestože se ošetrovatelský proces běžně spojuje s praxí individualizované ošetrovatelské péče, poskytuje i rámec pro komunitní ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelský proces v komunitě akceptuje komunitu jako klienta a je zaměřen především na podporu zdraví komunity (HANZLÍKOVÁ, 2007).



**Obr. 8** Ošetrovatelský proces v komunitním ošetrovatelství

## 9 Etika v komunitním ošetřovatelství

### 9.1 Vymezení pojmů

**Etika** je definována jako **vědecká disciplína, jejímž objektem je mravnost**. (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 11). Zahrnuje **hodnoty a normy, které mají určovat správnost a nesprávnost jejich konání**. Etika jako samostatný obor lidského bádání byla systematizována starořeckým filozofem **Aristotelem** (385–322 př.n.l.). Podle Aristotela je etika naukou o dobrých charakterových vlastnostech – o lidských ctnostech. Etika je součástí kultury dané společnosti. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

**Etika v komunitním ošetřovatelství úzce souvisí s lékařskou etikou a etikou komunitního zdraví.**

**Medicínská etika** - poskytuje systém, možnost volby (např. ošetřujícího personálu a zařízení) a normy morálního chování zdravotnických pracovníků při interakci klienty/pacienty.

**Etika komunitního zdraví** – poskytuje hodnoty a společenskou morálku ve vztahu ke zdravé populaci.

Obě součásti etiky jsou pro komunitní ošetřovatelství významné a dodržování jejich norem je nezbytné pro poskytování co nejkvalitnější komunitní ošetřovatelské péče (HANZLÍKOVÁ, 2007, s. 121).

#### **Morálka**

**Morálka** je vymezena jako **systém pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí**. Svou morálku má každý obor lidské činnosti, včetně ošetřovatelství. Má vymezené své povinnosti a dotýká se dobra a prospěchu nebo škody a ublížení nemocného. **Morálka vymezuje společensky žádoucí a nežádoucí jednání a usměrňuje chování člověka ve společnosti**. Morálkou jsou reálné mravní vztahy lidí – vztahy mezi jednotlivci, mezi jednotlivcem a skupinou a vztahy k sobě samému.

#### **Mrav**

**Mrav** je to, co se líbí, co je vhodné a danou společností považované za akceptovatelné. To, co bylo dříve považováno společností za nemravné, se časem může změnit a být považováno za mravné (např. společné soužití dvou osob opačného pohlaví bez oddacího listu). (HEŘMANOVÁ et al, 2012, s. 16).

#### **Etické dilema**

**Etické dilema** vyjadřuje **situaci, při které se čelí dvěma vzájemně se vylučujícím možnostem**. Etická dilemata nemají jednoznačná řešení, přesto musí být řešena jednoznačně.

Ke klasickým etickým dilematům medicíny patří postoje k interrupcím, eutanazii, dárcovství ex mortuo, genovým manipulacím.

K otázkám se vyjadřují odborníci z různých oblastí – zdravotníci, právníci, filozofové, sociologové.

**Příklady etických dilemat v komunitním ošetřovatelství:**

- Zodpovědnost za zdraví – zodpovědnost jednotlivce nebo společnosti?

- Svobodná volba při ochraně zdraví – věc jednotlivce nebo zodpovědnost vládní regulace?
- Následkem rozhodnutí jednotlivce by došlo k poškození zdraví jednotlivce nebo zdraví jiných – je za rozhodnutí zodpovědný jednotlivec nebo společnost?

## 9.2 Základní etické principy komunitní péče

Pro vykonávání ošetrovatelské praxe jsou velmi důležité **etické principy**. Každá teorie etiky obsahuje jeden či více etických principů. **Etické principy zahrnují morální rozhodování a morální skutky jsou tvorbou morálních názorů v odborné praxi.**

Etická reakce je založena na nácviu základních etických principů, kterými jsou nejčastěji: prospěšnost (beneficence), autonomie, spravedlnost, pravdomlupnost (veracita), věrnost, poctivost.

### **Prospěšnost (beneficence)**

**Prospěšnost (beneficence)** je závazek konat dobro a vyhnout se působení škod nebo újmy. Sestry mají podnikat kroky, které prospívají pacientovi.

**Prospěšnost** znamená:

- **podporovat a poskytovat klientům/pacientům péči, která povede ke zvýšení kvality jejich života**
- **maximalizovat užitek a vyvarovat se chyb**

**Princip prospěšnosti v komunitní péči zahrnuje:**

- prevenci ublížení na zdraví nebo poškození organismu klienta
- odstranění nebezpečí poškození organismu klienta
- aktivní propagaci podpory zdravého životního stylu

### **Autonomie**

**Autonomie** znamená:

- **svobodnou volbu jednotlivce rozhodovat a určovat chování podle svých etických zásad**, pokud je schopen o sobě rozhodovat v souladu se svéprávností
- připustit volbu jednotlivce podle osobních hodnot
- ochrana nesvéprávných před poškozením nebo zneužitím

**Příklady všeobecných principů autonomie:** respektování člověka jako osobnosti, právo na důvěrné informace, právo na sdělení pravdy, právo na věrohodné informace, právo na odmítnutí léčby, právo na poskytování komunitní péče, právo na záchranu života, nebo odmítnutí výkonů na záchranu života v terminálním stádiu onemocnění.

### **Spravedlnost**

**Spravedlnost** je **princip vyžadující rovné jednání s lidmi, kteří jsou v obdobné situaci a diferencované jednání s lidmi v různých situacích**. Znamená to postarat se stejně o pacienty se stejnými potřebami ve věci zdraví.

**Princip spravedlnosti naplňuje perspektivy:**

- mít dobré služby k dispozici pro všechny občany dané společnosti – poskytnutí kvalitních služeb zdravotní, komunitní nebo sociální péče podle svých potřeb

- spravedlivé rozdělování kvalitních služeb znevýhodněným.

### **Neškodit**

Princip **neškodit** vyplývá z Hippokratovy přísahy, jedná se o principy, které brání poškození člověka, pokud mu nemůžeme pomoci, zakazuje úmyslné poškození osob.

**Princip neškodit v komunitním ošetrovatelství** znamená vyhýbat se poškození zdraví klientů, nezpůsobit psychický stres, nenarušovat soukromí, nevyzradit důvěrné údaje.

### **Pravdomlupnost (veracita)**

**Pravdomlupnost (veracita)** je **závazek, že budeme říkat pravdu a neklamat**. Pravdomlupnost je **součástí respektu k člověku**. Pravdomlupnost má **velký význam při poskytování zdravotní péče** v mnoha částech světa. V řadě kultur je pravdomlupnost zakotvena v jejich tradičních hodnotách.

V komunitním ošetrovatelství jsou sestry povinné říkat pravdu, protože by mohlo dojít ke ztrátě důvěry klienta a vypovězení smlouvy klientem agentury. Tento vztah platí oboustranně. Nedostatek pravdomlupnosti by mohl mít nežádoucí důsledky na vztah mezi klientem a poskytovatelem zdravotní péče.

### **Věrnost a poctivost**

**Věrnost a poctivost** znamená **zůstat věrný svým závazkům**. Jde např. o dodržování slibu a ochrana důvěrných informací. Porušení slibu je morálně akceptovatelné pouze v situaci, kdy by byl někdo závažně ohrožený.

## **9.3 Vztah etiky a práva**

Za ideálních podmínek se shoduje etická a právní norma. Etika je závislá na svědomí člověka, zatímco zákon určuje minimální standardy či kritéria, která jsou vynutitelná pomocí sankcí a trestů. Zákon zajišťuje právo a etika vyžaduje, abychom jednali podle zásad zakotvených v zákonech:

- mravní hodnoty musejí být alespoň rámcově podpořeny v zákonech
- etické kodexy jsou jen mravně závaznou normou, ale nesmí být v rozporu s platnými zákony
- právo obsahuje pouze minimum etiky
- zdravotníci se mají orientovat v mravně a právně závazných normách

K důležitým **etickým kodexům**, které by se měly ve zdravotnictví respektovat, patří např.: Všeobecná deklarace lidských práv (1948), Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod (1948), Kodex sestry ICN (1953, 2000), Deklarace práv duševně postižených lidí (1971), Úmluva o právech dítěte (1989), Kodex sester předložený Českou asociací sester (1991), Práva pacientů (1992), Charta práv hospitalizovaných dětí (1993), Mezinárodní etický kodex porodních asistentek (1993), Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné (1999), Deklarace práv onkologických pacientů (2002) a další dokumenty.

## 10 Komunitní ošetrovatelská péče o rodinu

### 10.1 Definice rodiny

**Rodina je základní sociální jednotkou společnosti** (Hanzlíková, 2007, s. 167). Existuje několik definic rodiny podle účelu jednotlivých teorií. Teorie rodiny se liší podle disciplín posuzovaných hodnot – rodina je definována jinak z pohledu biologie, psychologie, rodina je posuzována jinak ekonomy, sociology.

Rodinu z hlediska ošetrovatelství nejlépe vystihují následující **definice**:

- Rodina je **sociální systém složený ze dvou nebo více lidí, kteří spolu žijí, spojuje je legální a pokrevní vztah, narození nebo adopce dítěte** (Hanzlíková, 2007, s. 167).

- Friedman (1981) popisuje rodinu jako **vzájemné spojení lidí (dvou nebo více) na citovém základu (vyjadřuju společné úsilí při plnění každodenních povinností) na geograficky blízkém území, kterým je obvykle domov** (Sikorová, 2012, s. 24).

- Hartl a Hártlová (2000) vymezují rodinu jako **univerzální skupinu, ve které probíhají významné sociálně psychologické jevy v životě jedince, umožňuje mu vytvořit důvěru v sebe, motivačně plní charakteristiky, postoj k sobě samému a pevné sociální vazby emocionálně opěťovaných vztahů**.

**Znaky rodiny** dle Stuarta (1991):

- rodina je systém nebo jednotka,
- rodinní příslušníci spolu mohou či nemusí udržovat vzájemné vztahy, mohou či nemusí žít spolu,
- jednotka může nebo nemusí zahrnovat děti,
- pečovatelská funkce je založena na ochraně, výživě a socializaci příslušníků jednotky. (Jarošová, 2007, s. 50)

### 10.2 Charakteristika rodiny

Každá rodina je sociální systém, který má kulturní hodnoty, specifickou funkci a strukturu. Rodina prochází různými vývojovými etapami (Hanzlíková, 2007).

**Rodina jako sociální systém** – sociální systém je skupina lidí podílející se na stejné charakteristice, členové jsou na sobě vzájemně závislí. Závislost pomáhá i ztěžuje práci komunitní sestry.

- Rodina je složena z členů nebo ze subsystémů a tvoří součást větší části suprasystému (sousedé, komunity, národy, státy, svazky, celé lidstvo).

**Rodina jako kulturní systém** – hodnotový systém je ovlivňován kulturou rodiny, má vliv na zdraví a poskytování zdravotní péče.

- Rodinné kulturní hodnoty a chování mohou bránit nebo pomáhat komunitní sestře při podpoře zdraví a prevenci nemocí.

**Struktura a funkce rodiny**

- **struktura rodiny** – organizované schéma, hierarchie členů, určuje interakce členů rodiny. Dominantní místo mají obvykle rodiče. Struktura rodiny má vliv na funkci. (Hanzlíková, 2007)

- **funkce rodiny** - ekonomická (finanční), reprodukční, ochranná, kulturní (náboženskou), výchovná, společenská funkce (status) (Jarošová, 2007).

### Vývojová stádia rodiny

- každá rodina prochází 8 vývojovými stádii rodiny. Vývojová stádia jsou rozdělena podle přírůstků v rodině a věku nejstaršího dítěte.

Stadium	Charakteristika	Úloha
I.	<b>Začínající rodina</b> - od uzavření manželství po narození 1. dítěte	- založení uspokojivého manželského svazku - plánování rodiny
II.	<b>Časně rodičovství</b> - od narození 1. dítěte do 30 měsíců jeho věku	- založení stabilní rodinné jednotky - sladění konfliktů ve vývojových otázkách - usměrňování vývoje člena rodiny
III.	<b>Rodina s předškolákem</b> - nejstarší dítě ve věku 2,5-5 let	- plánování a porod 2. a 3. dítěte - výchova dětí - počáteční separace od dětí
IV.	<b>Rodina se školou povinným dítětem</b> - nejstarší dítě ve věku 6-13 let	- separace od dětí ve větší míře - podpora edukace a socializace - udržování manželského svazku
V.	<b>Rodina s adolescentem</b> - nejstarší dítě 13-20 let	- udržování manželského svazku - vývoj nových komunikačních kanálů - udržování rodinného standardu
VI.	<b>Zakládání nového rodinného svazku</b> - odchod dětí z domova	- podpora nezávislosti - integrování nových členů rodiny (nevěsta, zeť) - hledání kvalitativně jiných vztahů - hledání nových zájmů - pomoc v procesu stárnutí
VII.	<b>Rodina ve středním věku</b> - odchod posledního dítěte až důchod	- aktivní odpočinek - vytváření zdravého prostředí - udržování uspokojivých vztahů mezi rodiči a dětmi
VIII.	<b>Rodina ve starším až vysokém věku</b> - důchod až smrt	- udržování uspokojivého životního stylu - přizpůsobení se nižším příjmům - vypořádání se se ztrátou partnera

Tab. 1 Vývojová stadia rodiny (Hanzlíková, 2007)

## 10.3 Model prevence péče o rodinu

### 10.3.1 Posuzování

- odhad zdravotního stavu rodiny, zhodnocení rizikových faktorů ovlivňující zdravotní stav

- 4 komponenty – biologické faktory, prostředí (fyzikální, psychologické, sociální), životní styl, zdravotnický systém

#### 1. Biologické faktory

- posouzení zdraví rodiny, úroveň zdraví jednotlivých členů rodiny, věk, rasa, genetické údaje, bezpečnost prostředí

#### 2. Prostředí

**a) Fyzikální prostředí** – posouzení domácího prostředí, prostory bydlení (velikost bytu, přeplnění, nepořádek), rizikové faktory prostředí pro rodinu (např. nebezpečný materiál v dosahu dětí, nedostatečně ohrazený prostor aj.)

**b) Psychologické prostředí** – komunikace je ukazatelem psychologického prostředí (hodnocení verbální a neverbální komunikace jednotlivých členů rodiny), odhad vývojového stádia rodiny, hodnocení rodinných vztahů a dynamiky rodiny (schéma hierarchie rodiny)

**c) Sociální prostředí** – náboženství, kultura, socioekonomický stav, vnější zdroje komunity (kdo pomáhá rodině vypořádat se se stresem)

#### 3. Životní styl

- jak životní styl ohrožuje zdraví členů rodiny

- stravování, odpočinek, spánek, tělesná aktivita, kouření, abusus alkoholu, léky

- edukace – osvojení si schémat chování podporující zdraví

#### 4. Zdravotnický systém

- hodnocení dostupnosti, dosažitelnosti a využívání zdravotnických služeb členy rodiny

### 10.3.2 Ošetřovatelské diagnózy

- údaje získané během posuzování umožní sestře vykonat informovaná rozhodnutí, týkající se intervencí v rodině

- diagnózy se formulují společně s klientem a rodinou, aby se rodina aktivně zapojila do snížení rizik vzniku nebo rozvoji specifického problému (Hanzlíková, 2007)

- je možné vybírat diagnózy zaměřené na rodinu v systému Taxonomie II NANDA International, např. Zhoršená rodičovská role – 00056, Neschopnost rodiny zvládat zátěž – 00073 (Sikorová, 2012)

### 10.3.3 Plánování a realizace

- vypracování plánu směřujícího k upevnění zdraví z ošetřovatelských diagnóz a získaných údajů při posuzování



- stanovení aktivit a cílů, činností k dosažení cílů, frekvence, trvání a způsob vyhodnocení
- hlavní úkoly sestry – podpora, konzultace, edukace a zdravotní výchova, koordinace, poskytování rad a povzbuzování
- sestra realizuje primární, sekundární a terciární prevenci

#### **10.3.4 Vyhodnocení**

- hodnocení cílů péče, kterých bylo adekvátně dosaženo
  - při dosažení cílů se ukončuje intervence v rodině
  - vyhodnocení a ukončení je nezbytné – cílem ošetřovatelských intervencí je dovést rodinu k samostatnosti (Hanzlíková, 2007)
- Model zahrnuje epidemiologické aspekty prevence  
Model je analogický s ošetřovatelským procesem  
Model prevence péče o rodinu obsahuje činnosti posuzování, ošetřovatelské diagnózy, plánování a realizaci a vyhodnocení.

## 11 Komunitní ošetrovatelská péče o děti

### 11.1 Cíle komunitní péče o děti

Primární prevence	Sekundární prevence	Terciární prevence
- podpora normálního růstu a vývoje dítěte	- podpora tvorby přesných ošetrovatelských diagnóz zdravotních problémů u dítěte	- stabilizování poškozených funkcí organismu
- vývoj pozitivních vztahů mezi rodiči a dítětem	- ulehčení léčby a péče u existujících zdravotních problémů dítěte	- prevence opakujících se problémů a zhoršování zdravotních problémů
- ochrana zdraví a předcházení zdravotních problémů dítěte	- eliminování existujících zdravotních problémů dítěte	- prevence komplikací existujících zdravotních problémů
- vývoj prostředků primární prevence	- organizace dispenzarizace	- podpora adaptace dítěte na chronický stav

Tabulka 11.1 Cíle ošetrovatelské komunitní péče o děti (Hanzlíková, 2007)

### 11.2 Epidemiologický proces prevence a péče o děti

Epidemiologický proces prevence a péče o děti je zaměřený na splnění cílů primární, sekundární a terciární prevence.

#### 1. Posuzování potřeb dítěte v komunitě

- údaje získané při prvním setkání závisí na aktuálním stavu dítěte a prostředí, v němž dítě žije

**a) růst a vývoj dítěte** – zralost, věk, genetická výbava, fyziologické funkce

**b) prostředí** – prostředí může mít pozitivní i negativní vliv na dítě

- **fyzikální prostředí** – bezpečnost prostředí v závislosti na věku dítěte, hodnocení sportovních činností

- **psychologické prostředí** – reakce a odpověď dítěte na stimuly prostředí, vzor dětské reaktivity (základ temperamentu dítěte), rodičovské očekávání a disciplína, schopnost rodičů řešit problémy dítěte, interakce rodiče a dítěte, sebepojetí rodiče

- **sociální prostředí** – interakce s jinými osobami (okolí, sourozenci, spolužáci), nezaměstnanost rodičů

**c) životní styl** – důležité zdroje ochrany zdraví dítěte nebo prevence nemocí

- výživa, odpočinek, spánek, aktivita, péče o dítě ze strany rodičů, chování dítěte ve škole

**d) systém zdravotní péče** – prostředky zdravotní péče, využívání zdravotní péče, služby primární prevence (očkování, dispenzární péče, dentální péče, školní zdravotní péče)

## **2. Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

- komunitní sestra na základě shromážděných údajů při posuzování stanoví ošetřovatelské diagnózy
- diagnózy mohou reflektovat prevenci primární, sekundární i terciární

## **3. Plánování péče o dítě**

- stanovení priorit
- vytvoření výsledných kritérií
- hodnocení alternativ
- stanovení cílů péče
- výběr ošetřovatelských intervencí
- plánování specifických intervencí primární, sekundární a terciární prevence

## **4. Realizace ošetřovatelských činností u dětí**

- opětovné posouzení zdravotního stavu dítěte, pozitivních a negativních změn, které nastaly v průběhu uskutečněných činností
- zhodnocení účelnosti plánu ošetřovatelské péče
- individuální přizpůsobení ošetřovatelských činností dle věku dítěte, vývojové úrovně, pohlaví, zdravotního stavu, faktorů prostředí
- u starších dětí se zohledňují postoje a hodnoty dítěte
- uplatnění aktivní účasti dítěte na realizaci činností podle věku a zdravotního stavu

## **5. Vyhodnocení ošetřovatelské péče o děti**

- hodnocení dosažených cílů
- hodnocení, zda je možné ošetřovatelské zásahy ukončit, změnit či v nich pokračovat
- součástí vyhodnocení: identifikace výsledných kritérií, získání údajů k vymezeným výsledným kritériím, porovnávání údajů a posouzení, porovnávání údajů a posouzení, zda bylo dosaženo cílů, porovnávání ošetřovatelských činností se stavem dítěte, revize plánu péče o dítě a jeho modifikace
- hodnocení kvality ošetřovatelské péče o dítě (Hanzlíková, 2007)

## **11.3 Specifická zručnosti sestry využívaná při péči o dítě v komunitě**

Při péči o děti komunitní sestra vstupuje do interakce dítěte s rodiči

### **Předpoklady komunitní sestry při péči o děti:**

- poznatky z vývojové psychologie
- znalosti: medicínské a ošetřovatelské, pedagogické, psychologické, edukační, komunikační, interpersonální a poradenská zručnost
- charakterové a etické vlastnosti, profesionální chování, emoční a sociální inteligence (Bártlová, 2010)

## 11.4 Prevence úrazů v dětském věku

Zdraví a bezpečí patří k základním právům člověka

### Definice úrazu

- poškození těla v důsledku akutního vystavení energie (mechanické, tepelné, elektrické, chemické nebo radiační) nebo nedostatku životně důležitého prvku (utonutí, uškrcení, zmrazení), interval mezi vystavením a okamžikem výskytu úrazu je krátký
- úraz je hlavní příčinou smrti u dětí a mladých lidí ve věku 5-17 let v evropském regionu

### Úrazy

- **neúmyslné** – dopravní nehoda, tonutí, popáleniny, pády, otravy, jiné
- **úmyslné** – interpersonální násilí (útok, vražda), sebeubližení, legální zásahy (zásah policie či pořádkových sil), válka, civilní povstání a nepokoje, demonstrace

### Prevence úrazů v dětském věku

- progresivně narůstají počty dopravních nehod, jsou příčinou pourazových úmrtí dětské populace
- Národní registr dětských úrazů zajišťuje sběr dat o dětské úrazovosti, následnou analýzu a hodnocení, je základní součástí **Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007-2017**
- sestra se podílí na prevenci dětské úrazovosti od porodu dítěte
- edukace rodičů a formování vhodného postoje k úrazům
- **cíl edukace dětí:** formování postoje k úrazům, výchova k toleranci a ohleduplnosti k ostatním, posilování sebevědomí a sebedůvěry dětí, osvojení si vzorců bezpečného chování, podpora aktivní účasti na preventivních akcích, identifikace rizikových míst, odpovědnost za zdraví své a zdraví ostatních
- výchovná činnost k dopravním úrazům (jízda na kole, v automobilu,...), úrazy v prostředí domova (vdechnutí, udušení, popáleniny,...), sportovní úrazy, úrazy na školním a dětském hřišti, ve vodě (plavání, skákání do vody)
- společnost **Dětství bez úrazu** – pracovní listy pro děti

Hlavní úlohou komunitní ošetrovatelské péče o děti je výchova ke zdraví a zodpovědnost za vlastní zdraví již od útlého věku.

K cílům komunitní ošetrovatelské péče o děti patří:

- podpora zdraví, prevence, předcházení onemocnění
- edukace dětí a mladé generace
- předcházení trvalému poškození zdraví dítěte
- snížení pracovního uplatnění, invalidity a morbidity v dětském i vyšším věku

Komunitní ošetrovatelská péče o děti je **zaměřená na dětský věk**. Komunitní sestra potřebuje mít znalosti z ontogenetické psychologie zaměřené na období novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, školní, období puberty a adolescence (Bártlová, 2010).

## 12 Komunitní ošetrovatelská péče ve školách

### 12.1 Úloha školní sestry

#### **Školní sestra:**

- je odborník v komunitní péči pracující ve školách,
- cílem práce školní sestry je zlepšení fyzického a duševního zdraví, zlepšení znalostí dětí ve výchově ke zdraví a prevenci (primární, sekundární, terciární),
- koordinuje zdravotní programy ve školách, poskytuje podněty k zajištění primární péče ve školách (Kudláčová, 2010),
- zabezpečuje péči při úrazech a akutních onemocněních dětí
- zabezpečuje management péče dětí s chronickým onemocněním a specifickými potřebami,
- komunikuje s rodiči a obvodním lékařem dítěte, zajišťuje dohled nad dodržováním předepsaného režimu dítěte,
- zajišťuje zdravotní výchovu dětí. (Paholíková, 2009)

Americká asociace školních sester (National Association of School Nurses - NASN) definuje školní sestru v **7 rolích**:

1. je poskytovatelem přímé zdravotní péče studentům a personálu
2. je vedoucí osobou pro zajištění zdravotnických služeb
3. poskytuje vyšetření a vystavuje doporučení pro další prohlídky
4. podporuje zdravé školní prostředí a zdraví žáků
5. má vedoucí roli ve zdravotní politice a programech
6. zajišťuje spolupráci mezi školním personálem, rodinou, komunitou a poskytovateli zdravotnické péče
7. plní další role dle školního prostředí (Kudláčová, 2010)

#### **Předpoklady pro práci školní sestry** (dle Americké asociace školních sester):

- univerzitní vzdělání na úrovni minimálně bakaláře v ošetrovatelství
- některé školy požadují minimálně 1 rok klinické praxe v nemocnicích (pokud možno pediatrie)
- další vzdělávání – specializační programy – rozvíjení odborné úrovně ve veřejném zdraví, magisterské studium (Bártlová, 2010)

### 12.2 Zdravotní péče ve školách

**Zdravotní péče ve školách zahrnuje:** základní služby, primární péči, rehabilitaci/léčbu prací a zaměstnáním, psychologické služby, sociální služby, právní služby.

**Základní služby a primární péče zahrnují:** screening, základní ošetrovatelskou péči při běžných onemocněních, administraci léků, imunizaci, identifikaci a vyhledávání problémů, odstranění příčin problémů, konzultace o zdraví.

Zdravotní péče ve školách je zaměřena i na rodinu dítěte, prevenci nemocí a podporu zdraví. Školské sestry zodpovídají za zachování zdraví dětí ve školách. (Hanzlíková, 2007, s. 192)

### 12.3 Řízení péče ve školách

- Školní sestra vystupuje jako manažerka a řídí aktivity ve školách.
- Školní sestra spolupracuje s rodiči při vyhledávání příčin problémů dítěte.
- Školní sestra informuje o zdravotních problémech a prognóze, specifické léčbě a péči, která je požadována i v průběhu vyučování.
- Školní sestra identifikuje situace, které by se mohly vyskytnout při vyučování a ovlivnit onemocnění.

#### **Program Zdraví ve školách**

Společným cílem týmu pracovníků školní zdravotní péče je vytvoření specifického programu zdraví pro žáky a studenty.

Při řízení školského programu zdraví je nutné využívat operativní přístup. Realizace školského programu zdraví má několik fází: 1. Plánování, 2. Organizování, 3. Realizace, 4. Vyhodnocení – kontrola kvality programu.

Na realizaci školního programu zdraví se podílí tým pracovníků složený ze školních sester, pedagogů, rodičů, žáků, administrativních pracovníků, lídrů komunity. Zpočátku je sestaven program, vytvoří se strategie a plánují se činnosti k dosažení cíle. V průběhu programu je nutné průběžně hodnotit krátkodobé cíle. Na závěr se zhodnotí, zda bylo dosaženo cíle programu. Pokud nebylo dosaženo cíle, identifikuje se příčina neúspěchu a znovu se naplánují činnosti. (Hanzlíková, 2007, s. 194-195)

#### **Škola podporující zdraví**

Evropská síť škol podporujících zdraví vznikla v r. 1990. Je garantována Světovou zdravotnickou organizací, Radou Evropy a Komisí Evropské unie. V programu je nyní (r. 2012) přijato 43 zemí. ČR byla přijata mezi prvními zeměmi a v letech 1992/1993 byly do projektu Škol podporujících zdraví přijato 94 škol, z nichž 11 plnilo úkol jako školy pilotní. Od r. 1994 se síť Škol podporujících zdraví začala rozšiřovat i o mateřské školy. (Škola podporující zdraví, 2012)

Program pomáhá mateřským, základním a středním školám stanovit si dlouhodobou a vyváženou koncepci a metody řízení kvalitativní proměny s cílem dosažení zdravého způsobu života a vzdělávání. (Zahradníčková, 2008)

#### **Hlavní myšlenky Škol podporujících zdraví:**

- holistické pojetí zdraví na úrovni biologické, psychické, sociální, duchovní, environmentální
- jde o dlouhodobý program pro každou školu
- záměrem je podpora zdraví v podmínkách školy
- **základní podmínka kvality školy – bezpečné a podnětné sociální prostředí:**
  1. posilování motivace a zvyšování neuropsychických předpokladů žáků i učitelů plněním úkolů,
  2. navozuje pozitivní myšlení, snižuje aktuální stresu a úzkostné stavy,

3. působí formativně na žáky i učitele (vzorce chování),
4. zvyšuje otevřenost a spolupráci žáků, rodičů a učitelů vně školy.

- **cíl – odpovědnost ke zdraví a životní kompetence** – vychovat v žácích úctu ke zdraví a naučit je, aby zodpovědnost ke zdraví svému i druhých patřila mezi celoživotní priority (Škola podporující zdraví, 2012)

#### **Zásady mateřské školy podporující zdraví:**

- v předškolním věku si dítě osvojuje návyky nejtrvaleji
- návyky si dítě vytváří spontánně přímou zkušeností tím, že vidí příklady zdravého chování a žije ve zdravých životních podmínkách
- nejvýznamnější aktéři – rodiče, pedagogové (Zahradníčková, 2008)

**Předpoklady pro mateřskou školu podporující zdraví:** učitelka podporující zdraví, věkově smíšené třídy, rytmický řád života a dne, tělesná pohoda a volný pohyb, zdravá výživa, spontánní hra, podnětné věcné prostředí, bezpečné sociální prostředí, participativní a týmové řízení, partnerský vztah s rodiči, spolupráce mateřské školy se základní školou, začlenění mateřské školy do života obce (Škola podporující zdraví, 2012)

#### **Zásady základní a střední školy podporující zdraví:**

Pohoda prostředí (1. pilíř) – pohoda věcného, sociálního a organizačního prostředí  
Zdravé učení (2. pilíř) – smysluplnost, možnost výběru a přiměřenost, spoluúčast a spolupráce, motivující hodnocení

Otevřené partnerství (3. pilíř) – škola – model demokratického společenství, škola – kulturní a vzdělávací středisko obce (Škola podporující zdraví, 2012)

#### **Životní kompetence člověka podporujícího zdraví:**

1. Chápe holistické pojetí zdraví, rozumí pojmům podpory zdraví a prevence nemocí.
2. Zdraví je prioritní hodnotou.
3. Zvládne řešit problémy a řeší je.
4. Přijímá odpovědnost za vlastní chování a způsob života.
5. Posiluje duševní odolnost.
6. Ovládá dovednost komunikace a spolupráce.
7. Podílí se na tvorbě podmínek a prostředí pro zdraví všech.

#### **Znaky zdravé školy:**

- zbavení školy stresu a strachu,
- vytváří klidné a příjemné prostředí pro práci i relaxaci,
- upřednostňuje dovednosti a návyky před memorováním,
- vnímá chyby jako stupeň učení,
- vytváří zdravý názor na život,
- učení práci i odpočinku,
- vyznačuje se zdravými postoji v jednání. (Zahradníčková, 2008)

Komunitní ošetřovatelské péče ve školách není dosud (2012) našich podmínkách příliš známá a kromě některých soukromých škol, školní sestra v ČR v podstatě neexistuje (Paholíková, 2009). V zahraničí mají zkušenosti se školní sestrou v USA, Velké Británii, Finsku, Francii, Polsku (Boledovičová, 2009).

Ve Velké Británii a USA má školní sestra dlouholetou tradici, která se opírá o kvalitní studium, profesní organizace a školní sestry provádějící výzkum. Školní sestry publikují originální práce, pořádají odborné konference a tím se zdokonalují v oboru. V USA má školní sestra tradici již od r. 1902.

Našim podmínkám je nejbližší model školní sestry, který byl zaveden v Polsku mezi roky 1992 až 2002 (Kudláčová, 2010). V Polsku vytvořili model školní zdravotní péče a standard pro zkvalitnění a sjednocení činnosti sester (byl publikován pod názvem „Standardy praxe školní sestry“). Školní sestry zajišťují primární zdravotní péči na školách, zaměřují se na udržování, zlepšování, propagaci fyzického a psychického zdraví školáka a zajištění jeho psychické a sociální prosperity. Spolu s učiteli vymezují obsahy kurzů zdravotní výchovy a výživy (Boledovičová, 2009). Polské školní sestry se významně podílely na integraci projektu Školy podporující zdraví (Kudláčová, 2010).

V současné době v ČR probíhá mnoho změn ve zdravotnickém systému. Rozvíjí se komunitní projekt podporovaný Světovou zdravotnickou organizací Školy podporující zdraví, narůstá počet chronicky nemocných dětí, a proto můžeme očekávat, že v budoucnu nalezne i komunitní sestra uplatnění v našich podmínkách.



## 13 Komunitní ošetrovatelská péče o ženu

### 13.1 Specifické faktory péče o ženu

Zdraví ženy determinují **specifické faktory**, které odlišují ženy od mužů. Tyto specifické faktory mají biologický, psychologický a spirituální (ovlivnění kulturou dané komunity a společnosti) aspekt (Festová, 2007).

**Faktory ovlivňující péči o ženu:**

- a) **častější využívání zdravotní péče** ženami v porovnání s muži z důvodu **reprodukční funkce žen**
- b) **ženy jsou ekonomicky slabší než muži** – nižší mzdy, složitější hledání vhodného zaměstnání (matky malých dětí), neúplné rodiny – matky samoživitelky
- c) **předsudky a nesprávné postoje společnosti** k ženám (ženy dávány do souvislosti s reprodukční funkcí a zabezpečení chodu domácnosti)
- d) **fyzilogické projevy žen jsou medicínsky posuzovány z mužského hlediska** (např. porod chápán jako chirurgický záležitost bez holistického přístupu) (Hanzlíková, 2007)

**Úloha komunitní sestry v péči o ženu:**

- posouzení postoje ženy ke zdraví a kvality gynekologického zdraví
- vyhledání rizikových faktorů a eliminování negativního dopadu na zdraví ženy
- posouzení prostředí ve vztahu ke gynekologickému zdraví
- zapojení ženu do aktivit podporujících udržení gynekologického zdraví
- hodnocení kvality sexuálního a partnerského života
- posouzení životosprávy a životního stylu ve vztahu ke gynekologickému zdraví ženy
- analyzování a hodnocení zdravotní a sociální situace
- hodnocení rizik reprodukčního zdraví ženy
- vytvářet a realizovat projekty na podporu zdraví
- poradenská činnost v oblasti reprodukčního zdraví, plánovaného rodičovství, antikoncepce
- poskytovat prevenci proti sexuálně přenosným chorobám a sexuálnímu zneužívání
- vyhledat a eliminovat závislosti žen (alkohol, omamné látky) (Andraščíková, 2007)

### 13.2 Model prevence péče o ženu

Model prevence péče o ženu je analogický s ošetrovatelským procesem. Zahrnuje fáze posuzování, ošetrovatelské diagnózy, plánování a realizace, vyhodnocení.

#### 1. Posuzování

- posouzení zdravotního stavu ženy, zjištění rizikových faktorů

**Zjištění faktorů:**

- **biologické faktory** – rodinná anamnéza, etapy dospívání, zralosti, stárnutí, patologické změny, gravidita, infertilita, gynekologické onemocnění, sexuálně přenosné choroby
- **faktory prostředí** (fyzilogické, psychologické, sociální) na pracovišti, v domácnosti

- **faktory životního stylu** – kouření, alkohol, stravovací návyky, odpočinek, pohybová aktivita, zaměstnání, sexuální život, antikoncepce, plánování rodičovství
- **systém zdravotní péče** – preventivní činnost

## **2. Ošetřovatelská diagnóza**

- stanovení ošetřovatelských diagnóz na základě zjištěných údajů
- reflektuje pozitivní zdravotní stav a potenciální a existující zdravotní problémy a faktory podílející se na nich

## **3. Plánování a realizace**

- participace klientek na plánování zdravotní péče
- respektování specifických okolností žen (pracovní čas, potřeba péče o děti)
- plánování zahrnuje naplánování intervencí primární, sekundární a terciární prevence

### **Primární prevence**

- **puberta** – příchod první menstruace, sexuální výchova
- **adolescence** – psychická podpora adolescenta od sestry a rodičů, umožnění zájmových činností, správná životospráva, plánované rodičovství, sexuální výchova
- **reprodukční období (období fertility)** – zralost, plodnost ženy, plnění biologického poslání ženy – osobní hygiena v průběhu menstruačního cyklu, prevence zánětů
- **gravidita** – zvláštní péče o ženu, prenatální a postnatální péče o těhotnou
- **období klimakteria a senia** – doporučení tělesné aktivity, strava bohatá na vlákninu, psychohygiena, preventivní lékařské prohlídky

### **Sekundární prevence**

- screening, dispenzarizace, diagnostika a léčba onemocnění
- detekce různých chorob (nádory prsu a děložního čípku, infertilita, komplikovaný průběh menopauzy, sexuálně přenosné choroby), screening na hypertenzi, diabetes mellitus, nádor kůže, ischemickou chorobu srdeční
- edukace žen v samovyšetřování prsu
- preventivní onkologické prohlídky
- léčba infertility
- podpora ženám s problémy s antikoncepcí a plánováním rodičovství
- řešení problémů u žen v klimakteriu
- pomoc při sexuálním zneužívání žen

### **Terciární prevence**

- rehabilitace a zabránění obnovení zdravotních problémů
- důležitost při nechtěném těhotenství, sexuálním zneužívání, sexuálně přenosných chorobách

## **4. Vyhodnocení**

- hodnocení kvality poskytnuté péče a dosažených výsledků

## 14 Komunitní péče o seniory

### 14.1 Vymezení pojmů

#### Gerontologie

- **gerontologie** je věda o stárnutí a stáří

- má 3 součásti – **experimentální geriatrii** (studium stárnutí buněk, tkání a organismů), **geriatrie sociální** (sociální okolnosti stárnoucích a starých lidí), **geriatrii** – samostatný lékařský obor, zabývá se **zvláštnostmi chorob ve stáří**.

#### Stárnutí

**Stárnutím** označujeme **pozdní fázi ontogeneze, které je na konci přirozeného procesu vývoje každého jedince.**

**Definice stárnutí** existuje mnoho, uvádíme některé z nich:

- **přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti)**

- **plynulý, pozvolný, přirozený, zákonitý fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i psychice člověka, průběh stárnutí u každého jedince je individuální**

- stárnutí má 2 typy – **fyziologické stárnutí a patologické stárnutí** - fyziologický typ stárnutí je normální součástí života a zákonitou epochou ontogeneze, patologickým stárnutí může být předčasné stárnutí, vyskytuje se u osob, jejichž kalendářní věk je nižší než funkční věk. (JAROŠOVÁ, 2006, s. 7-8)

- **stárnutí je soubor multifaktoriálních, které mají svou individuální variabilitu, mají biologickou, psychickou i sociální stránku**

**Proces stárnutí ovlivňují faktory:**

**Vnitřní** - a) genetická složka, b) somatické a psychické nemoci

**Vnější** – a) fyzikální – klimatické podmínky, pracovní prostředí, b) chemické – škodlivé látky, c) sociální – životní styl, vzdělání, zázemí

#### Stáří

**Stáří je výsledný stav organismu, který vzniká procesem stárnutí (BRÍMOVÁ, 2010, s. 8).**

Rozlišujeme 3 druhy stáří:

- **Kalendářní stáří** – **vymezitelné podle data narození, nemusí odpovídat skutečnému stavu individuálních změn v organismu**

**Rozdělení stáří podle OSN:**

- **65–74 let – mladší senioři** – týká se jejich problematika penzionování, volného času, aktivit a seberealizace

- **75–84 let – staří senioři** – týká se jejich problematika adaptace, tolerance, zátěže, osamělosti, specifického stonání

- **85 a více let – velmi staří senioři** – týká se jejich problematika soběstačnosti a zabezpečení (BRÍMOVÁ, 2010, s. 8-9)

- **Biologické stáří** – **konkrétní míra involučních změn u daného jedince, vyjadřuje celkový stav organismu**

- **Sociální stáří – proměna sociálních rolí, potřeb, životního stylu, ekonomického zajištění**, počátek sociálního stáří vzniká v okamžiku nároku na starobní důchod (BÁRTLOVÁ et al, 2010)

## 14.2 Změny během stárnutí

Přestože každý jedinec žije originálním způsobem, významné okamžiky přicházející s vyšším věkem jsou shodné. Jedná se o **změny v rovině tělesné, psychické i sociální**. Je to propojený systém změn.

**Tělesné** **změny**

- změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, změny v kardiopulmonálním systému, změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování), změny vylučování moči (častější nucení), změny sexuální aktivity

**Psychické změny**

- zhoršení paměti, nedůvěřivost, obtížnější osvojování nového, snížená sebedůvěra, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku

**Sociální změny**

- odchod do důchodu, změna životního stylu, ztráta blízkých lidí, stěhování, osamělost, finanční obtíže

Reakce na změny během stárnutí jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi okolí a možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, ve kterých je to pro seniora nutné.

## 14.3 Zachování soběstačnosti u seniorů

Kvalita péče o seniory je vymežována podle schopností udržet nebo zvýšit míru soběstačnosti.

**Soběstačnost je schopnost být fyzicky, psychicky, finančně i emočně nezávislý.** Soběstačnost s přibývajícím věkem v jedné nebo více složkách klesá.

U seniorů dochází ke kombinaci většího počtu zdravotních problémů a involučních změn organismu. Změny vytváří komplex příčin, které se vzájemně ovlivňují a je nelehké určit stěžejní důvod aktuálního zdravotního stavu a stanovit adekvátní postup vhodný k udržení funkčních schopností.

**Mezi komplex příčin ovlivňujících soběstačnost patří:**

**Syndrom**

**instability**

- hlavním rizikem jsou **pády**  
- pády jsou zdrojem nárůstu nemocnosti a úmrtnosti  
- osa: instabilita – pády – osteoporóza – zlomeniny

**Dělení pádů:** pády zhroucením (náhlá ztráta svalového tonu a následný pád), pády skácením (vznik na podkladě těžké poruchy rovnováhy), pády zakopnutím (směřují dopředu, uplatňuje se obranná reakce předpažení rukou), pády zamrznutím (pád směruje dopředu, příčinou je špatná koordinace pohybu mezi chodidlem a tělem)

postiženého), nediferencované pády (není možné zařadit kvůli atypickému průběhu, příčina např. nepozornost)

**Příčiny pádů:** závratě (porucha rovnováhy), poruchy chůze, synkopy (náhlé krátké ztráty vědomí), poruchy smyslových orgánů (poruchy zraku), svalová atrofie, kloubní změny, vnější příčiny (nevhodná obuv, nebezpečný povrch, překážky), léky na snížení tlaku, abúzus alkoholu.

Nebezpečí pádů je největší u samostatně žijících seniorů.

Snížení rizika pádů je stěžejním úkolem zdravotníků. Důležité je vyhodnotit každý pád a vytvořit bezpečné, bezbariérové prostředí.

**Syndrom decondice a hypomobility** - předstupeň syndromu imobility, který při nevhodné kompenzaci následuje

- hypomobilita je postupné omezování pohybu seniora, dochází k němu na podkladě dlouhodobě snížené pohybové aktivity seniora

**Syndrom imobility** - soubor negativních důsledků a projevů dlouhodobého omezení pohybové aktivity – upoutáním na lůžko

**Změny během imobilizačního syndromu:** oblenění krevního oběhu, vznik flebotrombózy a riziko vzniku plicní embolie, hypoventilace plicní, vznik proleženin, svalová atrofie, zhoršení pohybové koordinace při chůzi, deklimace skeletu, vznik osteoporózy, obstrukce, poruchy mikce, psychické poruchy, dehydratace

**Syndrom inkontinence** - stav nedobrovolného úniku moči

**Syndrom smyslové alterace** – intelektové změny, kognitivní deficity až syndrom demence (BÁRTLOVÁ et al, 2010)

**Závislost** u seniorů vzniká **postupně** pozvolným poklesem funkční výkonnosti a adaptačních schopností nebo **náhle** při akutní změně zdravotního stavu.

**Stupně závislosti u seniorů:**

Podle schopnosti zajištění sebepečce a fyzické aktivity, psychických možností seniora můžeme rozdělit seniory do kategorií:

- **Zdatní senioři** – mladší senioři, jsou schopni zajistit si veškeré potřeby, jsou ve výborné nebo velmi dobré kondici, zvládají náročnější fyzickou zátěž, minimální změny na kognitivní úrovni, pomoc zdravotníků vyžadují výjimečně

- **Nezávislí senioři** – velmi dobře zvládají všechny aktivity běžného života, fyzická kondice na dobré úrovni, drobné změny kognitivních funkcí, změněná fyzická kondice pomoc zdravotních a sociálních služeb v případě mimořádné situace

- **Křehčí senioři (frail)** – nejpočetnější skupina od věku 75 let, změněná úroveň fyzické kondice a kognitivních funkcí, trvalá pomoc při zajišťování denních aktivit, trvalá kontrola v různých časových intervalech, při zátěžové situaci se senior nemůže již vrátit zpět do domácích podmínek

- **Závislí senioři** – závislost na pomoci okolí, často žijí v sociálních institucích, ve vlastním sociálním prostředí mohou žít jen výjimečně

- **Zcela závislí senioři** – dlouhodobě upoutání na lůžko, bez pomoci nezvládnou sebeobsahu

- **Umírající** – vyžadují zajištění specifických potřeb, paliativní péči (BÁRTOLOVÁ et al, 2010)

Jiné dělení závislosti seniorů:

- **lehká závislost** – vyžadována podpora a motivace jedince, potřebná kontrola provádění
- **závislost středního stupně** – nutný pravidelný dohled a stálá pomoc druhou osobou
- **úplná – těžká závislost** – trvalá péče, základní potřeby si jedinec nezaopatří sám

#### 14.4 Adaptační mechanismy seniora na nové životní podmínky

Reakce seniora na nové životní podmínky jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi okolí a možnostmi získání pomoci.

##### **Model adaptace na stáří:**

###### **- Konstruktivní přístup**

- připravování aktivit během produktivního věku, které se později rozvinou
- součástí je vhodné stravování, pohybová aktivita, síť přátel a známých, vhodné je pěstování dobrých vztahů v rodině

###### **- Závislost na okolí**

- tělesné obtíže potencují závislost na rodině či zdravotnících
- je manipulována obtížemi seniora k intenzivnějším kontaktům

###### **- Nepřátelský postoj**

- nepřátelství – hostilita k personálu, lidem okolo a ostatním klientům

##### **Změny u seniorů:**

###### **Změna postavení seniora ve společnosti**

- odchod do důchodu – riziko u jedinců orientovaných na práci, aktivitu nebo kariéru
- úbytek sociálních vazeb
- pokles ekonomických příjmů
- vyostření charakterových vlastností

###### **Podpora adaptačních mechanismů:**

- neustálé plánování budoucnosti
- schopnost sebekritiky a ochoty opustit vlastní stanovisko
- prozíravost – schopnost jednat pohotově s určitým nadhledem
- porozumění pro druhé
- navazování nových kontaktů
- potěšení – nejpříjemnější předpoklad úspěšné adaptace

Lidé mají rozdílnou schopnost vyrovnat se se změnami, přijmout je. **Adaptace je základní životní lidskou vlastností.**

Aby adaptace proběhla úspěšně, nesmí být změn příliš mnoho. **Změna musí mít pro svého nositele smysl**, je potom lépe přijatelná pro svého nositele.

Je potřeba hledat nový způsob života. Většina seniorů žije v domácnosti za pomoci a podpory blízkých lidí. Vhodným doplňkem je spolupráce s domácí péčí.

## 14.5 Prevence ve stáří

K dosažení cílů komunitní péče je nutná participace komunitní sestry na všech úrovních prevence (primární, sekundární, terciární).

### Primární prevence

- určena seniorům, u kterých se nevyskytují symptomy narušeného zdraví
- pohybové aktivity, cvičení, odpočinek, výživa, péče o sebe, posilování duševního zdraví, prevence úrazů, péče o dutinu ústní a kůži...

### Sekundární prevence

- vyhledávání chorob v různých stádiích, jejich diagnostika a léčba
- cílem sekundární prevence je zastavení progresu choroby a předcházení vzniku trvalých následků
- např. screening hypertenze, nádorových onemocnění, diabetes mellitus, demence, deprese, získávání informací o životním stylu, sociálních podmínkách, finančním zabezpečení,...

### Terciární prevence

- předcházení komplikací a vzniku závislosti na pomoci ostatních
- **specifika nemocí ve stáří** – polymorbidita, mikrosymptomatologie chorob, výskyt atypických příznaků, chronický průběh nemocí, komplikace, propojenost sociálního a zdravotního stavu seniora.

## 14.6 Úloha komunitní geriatrické sestry

**Úlohou komunitní geriatrické sestry je zachování soběstačnosti seniora a udržení člověka co nejdéle v původním prostředí.**

### Úloha sestry:

- posuzování **soběstačnosti a závislosti** na pomoci druhých
- posuzování **zvládnutí denních aktivit** (přijímání potravy, hygiena, oblékání, motorika, schopnost udržet moč a stolicí, schopnost postarat se o sebe při vylučování moče a stolice)
- hodnocení **stupně nezávislosti**
- hodnocení **sociálního situace** – kontakty v rodině, bytové podmínky, týrání, syndrom vyhoření u příbuzných pečujících o těžce nemocného
- zjišťování **údajů o životním stylu**
- zjišťování **duchovních potřeb klienta** – sebeúcta, vědomí vlastní hodnoty, důstojnosti, potřeba lásky, přátelství, potřeba naděje
- **spolupracovat s ostatními členy týmu, zařízeními poskytujícími služby starým lidem, organizacemi**
- **péče o umírající a poskytnutí pomoci a podpory pozůstalým**
- **obhajování práv starých lidí**

## 14.7 Možnosti komunitních služeb pro seniory

### Dělení služeb podle místa poskytování:

- **ambulantní služby** – specializovaná centra (např. denní stacionář pro zrakově postižené)
- **terénní služby** – poskytovány v přirozeném prostředí jedince (např. pečovatelská služba)
- **pobytové služby** – jedinec v zařízení určitou dobu žije (např. domov pro seniory)

### Služby komunitní péče o seniory:

- **domovy s pečovatelskou službou**
- **hospice**
- **dlouhodobá sociální péče v ochranném bydlení** – prostředí je podobné domácímu prostředí
- **centra denní péče** – zdravotnické, sociální a rekreační služby, vhodné pro staré lidi s narušenou soběstačností
- **domácí péče** – zdravotnické služby, rehabilitace, sociální služby, služby jsou poskytovány v domácím prostředí
- **odlehčovací služby** – terénní, ambulantní, pobytové služby, slouží jako pomoc pečujícím osobám
- **pečovatelské služby**
- **domovy důchodců**
- **geriatrická centra**
- **kluby důchodců**
- **penzióny pro důchodce** – soběstačné osoby důchodového věku se sociálními problémy
- **domovy se zvláštním režimem** – pobytové služby pro klienty s chronickým duševním onemocněním, Alzheimerovou chorobou, demencí
- **centra denních služeb a denní stacionáře**
- **tísňová péče** – nepřetržitá terénní služba, hlasová komunikace
- **charitativní spolky**
- **dobrovolníci**
- **církevní spolky**

I přes fenomén stárnutí populace a nárůst počtu seniorů, kteří potřebují využívat služeb komunitní péče, je těchto institucí stále nedostatek. Požadavek společnosti je zakládání a zvýšení počtu hospiců, center denní péče a geriatrických center.

Komunitní zdravotní péče má nenahraditelnou pozici ve zdravotnickém systému. Představuje významný potenciál přínosu pro zdraví populace. Komunitní péče o seniory je klíčovou oblastí uplatnění samostatně pracujících komunitních sester. Při péči o seniory jsou sestry významnými členy multidisciplinárního týmu. Jejich cílem je přispět na základě svých kompetencí k ochraně a zlepšení tělesného a duševního zdraví seniorů



# 15 Komunitní ošetrovatelská péče o duševně nemocné

## 15.1 Duševní zdraví

### Možné formy definic:

**Duševní zdraví** je stav, kdy všechny duševní procesy probíhají optimálním způsobem, harmonicky, umožňují odrážet podněty a řešit běžné a neočekávané situace, stále se zdokonalovat a mít pocit uspokojení ze své činnosti

**Duševní zdraví** – stav tělesné, duševní a sociální pohody. Jedinec si uvědomuje své schopnosti, dokáže zvládat obvyklý stres, může pracovat produktivně a úspěšně a dokáže být přínosem pro společnost (Bártlová, 2010, s. 28)

### Indikátory duševního zdraví:

- přiměřené vnímání reality
- sebepoznání
- schopnost ovládat své chování
- sebeúcta
- schopnost vytvářet citové vazby
- činnost (Bártlová, 2010)

## 15.2 Prevence a podpora duševního zdraví

Podpora duševního zdraví a prevence nemocí je základem komunitní ošetrovatelské péče o duševní zdraví.

Primární prevence se orientuje na omezení či redukci výskytu psychických onemocnění v komunitě.

Význam v péči o duševní zdraví má komunita, jednotlivec a rodina (Hanzlíková, 2007).

### Primární prevence

- omezování a redukce výskytu duševních onemocnění v komunitě
- snižování a eliminace stresu, včasná identifikace a intervence pro osoby v krizových situacích
- cíl – prevence vývoje duševních poruch

### Sekundární prevence

- zkrácení doby trvání problémů duševního zdraví a duševního onemocnění prostřednictvím včasné identifikace problémů, kvalitní léčby a efektivní ošetrovatelské péče
- cíl – včasný záchyt onemocnění, zkrácení trvání onemocnění, snížení prevalence onemocnění, co nejrychlejší návrat nemocného do rodinného a pracovního prostředí, zabránění vzniku relapsu

### Terciární prevence

- minimalizování následků psychických poruch, eliminace vzniku relapsů a důsledků onemocnění
- podpora rodiny při řešení problémů duševního zdraví

## Podpora duševního zdraví

- forma **poradenství**
- zaměřené na **životní styl, zjištění rizikových faktorů onemocnění rozvíjejících se jako důsledek nezdravého způsobu života a životního stylu** (Bártlová, 2010)

## 15.3 Historie komunitních služeb o duševně nemocné

- **50. léta 20. století** – rozvoj komunitní péče v západní Evropě a USA
- Velká Británie - odemykání uzavřených oddělení  
Zákon o duševním zdraví – reorganizace služeb pro duševně nemocné (od institucionální ke komunitní péči)
- **70. léta 20. století** – USA – Kennedyho plán rozvoje komunitních center, centra vybudována po celých USA, programy náročné, v této fázi se poprvé idea nahradit nemocniční péči nezdařila
- **1980** – Itálie – zákon zakazující nová přijetí do psychiatrických léčeben, nařízení budovat malá psychiatrická oddělení a další komunitní přístupy – neúspěch
- Holandsko – počet nemocničních lůžek se nesnižoval, ale rozvinula se široká síť komunitní péče
- v **ČR do r. 1990** rehabilitace vnímána jako pomocná, nespecifická metoda práce
- pacient zaměstnán v psychiatrických léčebnách, práce vnímána jako vyplňování času či levná pracovní síla
- **od r. 1990** – vznik zařízení mimo nemocnice zaměřených převážně na rehabilitaci osob s dlouhodobým onemocněním
- po listopadu 1989 v Československu a později ČR – rozvoj a uplatnění nové podoby komunitní péče v praxi (Nagyová, 2012)

## 15.4 Služby péče o duševní zdraví

### Komunitní péče o duševně nemocné je poskytována:

- praktickými lékaři
- specializovanými ambulantními psychiatrickými službami a týmy
- psychiatrickými odděleními nemocnic
- krizovými službami a denními stacionáři
- rezidenční péčí v komunitě
- službou psychiatrické rehabilitace

### Současný stav komunitní péče o duševně nemocné v ČR

#### Intermediální služby

- pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí
- spadají do resortu zdravotnictví

**a) denní stacionáře (sanatoria)** – denní léčba psychiatrických pacientů, základním prvkem je psychoterapeutický program, další vyšetření, léčba a rehabilitace duševní poruchy, některá sanatoria kombinována s lůžkovými zařízeními

**b) krizová psychiatrická centra** – neodkladná bezbariérová psychiatrická péče formou krizové intervence, neodkladné psychiatrické vyšetření, emergentní psychoterapie, farmakoterapie, krátkodobý pobyt na lůžku

- nepřetržitý provoz 24 hod denně 7 dní v týdnu

**c) krizové mobilní týmy** – odborný tým složený z psychiatra, klinického psychologa, psychiatrické sestry

- poskytnutí krizové intervence, neodkladné psychiatrické a psychologického vyšetření, farmakoterapie, emergentní psychoterapie v místě rozvoje krizové situace

**d) komunitní psychiatrické sestry** – působí v přirozeném prostředí pacientů, případové vedení, posouzení stavu pacienta, zpracování rehabilitačního krizového plánu, týmová konzultace případu, podpora užívání medikace, postupy zvládnání stresu a krize, trénink komunikačních dovedností, zvládnání běžných činností, péče o somatický stav pacienta, psychoedukace pacienta a blízkých, koordinace dalších služeb

### **Meziresortní služby**

- poskytovány nestátními neziskovými organizacemi - formálně spadají do sociálních služeb, přestože je charakter jejich činnosti zdravotně sociální- poskytují psychiatrickou rehabilitaci

**a) služby pro podporu práce a zaměstnání** – rehabilitační a chráněné dílny, sociální firmy a družstva, podporované zaměstnání, podporované vzdělávání, podpůrné edukační programy při pracovní rehabilitaci

**b) služby pro podporu v oblasti bydlení** – komunitní bydlení, chráněná bydlení, domy a byty na půl cesty, podporované bydlení

**c) služby pro podporu v oblasti volného času a sociálních kontaktů** – centra denních aktivit, svépomocné aktivity uživatelů a rodinných příslušníků

**d) další služby** - případové vedení, asertivní komunitní léčba, poradenství sociální, právní či poradenství o službách

Služby se kombinují do funkčních celků a vzájemně spolupracují. Jedná se o kombinaci lůžkových, intermediárních, meziresortních a ambulantních zařízení (Pěč, 2013).

## 16 Komunitní ošetřovatelství zaměřené na zdraví v zaměstnání

### 16.1 Prevence pracovních rizik

Cílem prevence rizik je **předcházení škodlivého vlivu rizikových faktorů na zdraví zaměstnanců a vzniku nemocí z povolání** (Malý, 2009).

Zaměstnavatel je povinen vytvářet podmínky pro bezpečné a zdraví neohrožující pracovní prostředí, přijímat opatření k prevenci rizik, vyhledávat rizika, a pokud riziko nelze odstranit, přijmout opatření k omezení ohrožení zdraví zaměstnanců na minimum. (Bártlová et al., 2010)

Druh stresoru	Příklad
Chemický stresor	Tekutiny, plyny, prach, částice, kouř, mlha, pára
Fyzikální stresor	Elektromagnetická a ionizační radiace, hluk, tlak, vibrace, teplo, chlad
Biologický stresor	Hmyz, plísně, houby, bakterie
Ergonomický stresor	Monotónnost, únava, nuda, stres, vlivy prostředí na lidi

Tab. 16. 1 Rizika (stresory) pracovního prostředí (zpracováno dle Hanzlíkové, 2007)

Z míry stanoveného rizika vyplývá požadavek zajištění efektivní ochrany zdraví pracovníka. Pravidelné **preventivní prohlídky** u praktického lékaře jsou takovým prostředkem (Bártlová et al., 2010).

### 16.2 Prevence úrazů na pracovišti

- **Pracovní úraz je újma na zdraví nebo škoda, která se stala při plnění pracovních povinností nebo v přímé souvislosti s ním.**
- **Úraz, který se stal během cesty do zaměstnání, není pokládán za pracovní úraz** (Malík, 2006).

**Zaměstnavatel v ČR je povinen:**

- vyšetřit **příčiny a okolnosti vzniku pracovního úrazu**
- vyhotovit **záznam a vést dokumentaci pracovního úrazu**
- vést **evidenci všech pracovních úrazů**
- **ohlásit pracovní úraz stanoveným orgánům a institucím, informovat osobu zodpovědnou za bezpečnost a ochranu zdraví při práci**
- přijímat **opatření proti opakování pracovního úrazu** (Bártlová et al., 2010).

**Prevence úrazů na pracovišti:**

- **technická opatření** – konstrukce strojů, náradí, vozidel, zamezení kluzkosti podlah, nehořlavé materiály

- **organizační opatření** – povinné ochranné pomůcky při práci, zákaz vstupu do rizikových míst, omezení rychlosti vozidel, školení BOZP (bezpečnosti a ochrany zdraví při práci)
- **výchovná opatření** – výchova odpovědnosti vůči sobě i ostatním, edukační programy (Malý, 2009).

### 16.3 Osobní bezpečnost a ochrana zdraví při práci

#### Zásady osobní bezpečnosti a ochrany zdraví při práci:

- dodržování **legislativních požadavků**
- **ochrana zdraví vybraných skupin pracovníků**
- **organizační a finanční zabezpečení ochrany zdraví při práci**
- **korekce způsobů kolektivní i individuální ochrany zdraví při práci** s ohledem na výsledky vyšetření pracovníků
- zavádění **programů podpory zdraví**
- **odstraňování rizikových modelů chování**
- **zlepšení komunikace** se zaměstnanci o zabezpečení zdraví při práci

Nutná **spolupráce zaměstnance**, vést je k tomu, aby:

- měli **zájem o zachování svého zdraví**
- **snížovali** individuální **riziko** poškození zdraví
- vědomě **využívali** všech **postupů a zásad** vedoucích **k ovlivnění míry rizika** (dodržování technologických zásad, používání ochranných pomůcek)
- věděli, jak **minimalizovat dopady zhoršených parametrů pracovního prostředí** na poškození zdraví
- **nepodceňovat časový horizont**, ve kterém může vzniknout poškození zdraví
- **odstraňovali rizikové návyky** (Bártlová et al., 2010, s. 134-135).

Komunitní ošetřovatelství zaměřené na zdraví v zaměstnání není novým odvětvím. Sestry pracují na tomto úseku od rozvoje průmyslu, přibližně od r. 1895.

**Ošetřovatelství zaměřené na zdraví v zaměstnání** je zaměřené na:

- ochranu zdraví
- prevenci nemocí a navrácení porušených funkcí pracující populace

**Cíle ošetřovatelství zaměřeného na ochranu zdraví v zaměstnání:**

- **napomáhat bezpečnosti pracovníka** při práci, **chránit před zdravotními riziky při práci**
- podporovat **bezpečné a zdravé prostředí**
- ulehčovat úsilí pracujících a jejich rodin při uspokojování zdravotních potřeb
- podporovat **edukaci a výzkum** (Hanzlíková, 2007).

**Základní pojmy**

- **bezpečnost** – stav, při kterém je **riziko ohrožení** (osob) nebo vzniku škody **vyloučeno nebo sníženo** na přijatelnou úroveň
- **BOZP - bezpečnost a ochrana zdraví při práci** - cílem je **předcházet nebo omezovat rizika ohrožující životy a zdraví zaměstnanců při práci**

- **hodnocení rizik** – proces, jehož cílem je optimalizace rizika, komplexní proces určení velikosti rizika na základě analýzy možných následků a pravděpodobnosti vzniku, součástí je rozhodnutí, zda riziko přijmout nebo omezit na přijatelnou míru
- **individuální ochrana** – poskytování osobních ochranných pracovních prostředků, pracovních oděvů a obuvi, mycích, čistících a dezinfekčních prostředků a ochranných nápojů, nastupuje v případě, že nelze vyloučit škodlivé vlivy pomocí prostředků kolektivní ochrany
- **nemoc z povolání** – nemoc vzniklá dlouhodobým působením škodlivých vlivů na organismus pracovníka při práci; nemoci z povolání jsou uvedené v právních předpisech o sociálním zabezpečení (seznam nemocí z povolání), jestliže vznikly za podmínek v nich uvedených
- **OOPP** – osobní ochranné pracovní prostředky – OOPP jsou ochranné prostředky, které musí chránit zaměstnance před riziky, nesmí ohrožovat jejich zdraví, nesmí bránit při výkonu práce a musí splňovat požadavky stanovené prováděcím právním předpisem
- **pracovní úraz** – nechtěná, náhlá, zevně působící škodlivá událost, související s činností organizace a mající za následek poškození zdraví pracovníka do té míry, že přechodně nebo trvale, zčásti nebo zcela nemůže plnit svou funkci
- **prevence rizik** – ustanovení nebo opatření plánovaná k prevenci nebo snížení pracovních rizik
- **riziko** – pravděpodobnost výskytu nějaké události s nežádoucími následky (Malý, 2009, s. 11-12).

## 17 Komunitní sestra v domácí péči

### 17.1 Definice domácí péče, cíle domácí péče

#### Definice domácí péče

- Světová zdravotnická organizace definuje domácí péči jako jakoukoliv **formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech**. K ní patří zajišťování **fyzických, psychických a duchovních potřeb**.
- Americká asociace sester definuje domácí péči jako vysoce **humánní, kvalitní, efektivní a maximálně dostupnou formu péče poskytovanou klientovi v jeho sociálním prostředí s podporou komunity**. Využívá se **potenciálu klienta, rodinných příslušníků a blízkých, kteří se začleňují do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče** poskytující individuální péči.
- Česká asociace sester prezentuje domácí péči jako **zvláštní ambulantní péči a nedílnou součást péče zabezpečující komplexní ošetrovatelskou péči jednotlivcům v přirozeném sociálním prostředí vlastních domovů, od začátku života až do konce**. (Jarošová, 2006, s. 55)

#### Cíle domácí péče:

- **dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody ve vlastním sociálním prostředí**
- **zachovat kvalitu života**, umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v domácím prostředí za podpory vlastní rodiny
- zabezpečit multidisciplinárním týmem **komplexní péči** v koordinaci s ostatními zdravotnickými a sociálními zařízeními
- **udržovat soběstačnost** klienta v běžných denních aktivitách
- **edukovat** klienta a rodinu k zodpovědnosti za své zdraví (Jarošová, 2007)
- **eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatrogenního poškození** (Bártlová et al., 2010)

#### Výhody domácí péče:

- **ekonomičnost** – zkrácení doby hospitalizace
- **víceoborovost** – multidisciplinární zdravotnický tým
- **individualizovaná péče**
- **komplexnost** – poskytování činností léčebných, ošetrovatelských, rehabilitačních, psychoterapeutických, sociálních aj.
- **dlouhodobá péče** vycházející z potřeb klienta a jeho blízkých
- **podpora zdraví** – domácí péče zahrnuje primární, sekundární a terciární péči (Jarošová, 2007)

### 17.2 Charakteristika zdravé rodiny

Komunitní sestra v domácí péči si všímá rodiny, rodina je předpokladem a zárukou, že pacient může zůstat ve vlastním sociálním prostředí.

#### Charakteristika zdravé rodiny:

- vzájemná pomoc jednotlivých členů rodiny
- rodina umožňuje rozvoj všech členů rodiny
- efektivní uzpůsobení vztahů mezi jednotlivými rolemi v rodině
- problémy v rodině jsou aktivně řešeny
- zdravé domácí prostředí, zdravý způsob života
- rodina je ve spojení s širší komunitou

### **Zhodnocení rodiny sestrou domácí péče**

Sestra si všímá: struktury rodiny, ekonomické situace, úlohy jedince v rodině, komunikace uvnitř rodiny, významných změn v rodině, schopnosti spolupráce rodiny, energičnosti rodiny, procesu rozhodování, systému podpory a anamnézy poskytování zdravotní péče. (Bártlová et al., 2010)

## **17.3 Význam rodiny pro pacienta v domácí péči**

Při vážném onemocnění je vždy zasažena také rodina nemocného. Při onemocnění člena rodiny dochází ke změnám v rodině – změny rolí mezi rodinnými příslušníky, přerozdělování rolí a úkolů, finanční problémy, stres ze strachu z následků onemocnění, konflikty z neočekávané odpovědnosti, změny společenských zvyklostí. Stav související s nemocí člena rodiny nazýváme „**nemocná rodina**“.

Je nutné informovat rodinné příslušníky o omezení a možnostech nemocného.

Schopnost vyrovnávat se s chorobným stavem je rozdílná u pacienta i jeho rodiny. Úroveň a rozsah adaptace na nemoc je určována schopností vyrovnávat se s konfliktními situacemi, efektivitě komunikace mezi členy rodiny, schopností formulovat a řešit problémy, pochopením a podporou v rodině. Je nutné vytvořit optimální podmínky v rámci rodinného prostředí a uzpůsobit bydlení nemocnému na úkor ostatních členů rodiny.

### **Postoj rodiny a ochota pečovat o nemocného ovlivňuje:**

- druhem onemocnění
- závažností onemocnění
- dlouhodobost
- prognóza

### **Negativní efekt pečování**

- často se projevuje u lidí dlouhodobě pečujících o rodinné příslušníky
- projevuje se zdravotními problémy, problémy v oblasti psychického zdraví, v sociální oblasti
- jeden člen rodiny většinou přebírá většinu péče a je označován jako primární pečující – je nejvíce ohrožen negativním efektem pečování
- může vést k syndromu vyhoření a špatnému zacházení s nemocným
- příčiny vzniku negativního efektu pečování – přepracování pečovatele, chronická únava

### **Základní oblasti zapojení rodiny v péči o nemocného:**

#### **1. rodina jako zdroj informací**



**2. rodina jako účastník přímé péče** – aktivní spoluúčast rodiny na péči, rodina má funkce:

- **ochranná funkce** – opatrující osoba, aby si nemocný příliš neuvědomoval svoji závislost
- **preventivní funkce** – vhodná úprava léčebného režimu a domácnosti zabraňující komplikacím a zhoršováním zdravotního stavu
- **podpůrná funkce** – psychická a fyzická podpora a pomoc

Ošetrovatelská péče v domácím prostředí, která zahrnuje i rodinu se zakládá na propojení emocionálních, sociálních a morálních aspektů. (Bártlová et al., 2010)

## 17.4 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče

Domácí péče je ovlivňována řadou faktorů pozitivním i negativním způsobem.

Mezi nejvýznamnější faktory patří:

- |   |                   |             |
|---|-------------------|-------------|
| <b>Vzrůstající</b>  | <b>ekonomický</b> | <b>tlak</b> |
| - náklady na zdravotní péči stoupají, ošetrovatelská péče poskytovaná v nemocnicích a léčebnách pro dlouhodobě nemocné je finančně náročná, proto se hledají alternativní | formy             | péče        |
| - domácí péče je efektivní a finančně méně náročná  |                   |             |

### **Stárnutí populace**

- komunitní domácí péče je nejčastěji využívána osobami ve věku 65-74 let a osobami staršími 75 let
- zejména u geriatrických pacientů se zdůrazňuje zásada udržet nemocného v domácím prostředí v komunitě z důvodu lepší adaptace a vyrovnávání se s chronickou nemocí

### **Změny struktury rolí v rodině**

- domácí péče závisí na struktuře a funkci rodiny
- vzrůstá počet rodin s 1 členem, bezdětné rodiny a zvláštní typy rodin, pro které je má domácí péče zvláštní význam

### **Vzrůstající poptávka veřejnosti po poskytování služeb v domácnosti**

- důvod – zachování životního stylu v domácím prostředí, v kruhu rodiny a přátel, zachování návyků, uzdravování rychlejší v domácím prostředí než v nemocničním prostředí

### **Rozvoj moderní technologie**

- rozvoj moderních technologií, přístrojů, které mají agentury domácí péče k dispozici (dialyzační přístroje, ventilátory, monitory, infuzní pumpy, atd.)

### **Politické faktory**

- v EU politici získávají hlasy voličů podporou rozvoje domácí péče
- v ČR v souvislosti s komunálními volbami po roce 1994 nárůst počtu agentur domácí péče
- zřizování agentur domácí bylo iniciováno okresními, městskými a obvodními úřady
- v nemocnici není možné nemocnému zajistit dlouhodobou hospitalizaci z důvodu omezené kapacity, přesto je nedostatečně rozvinutá síť agentur domácí péče

- nedostatečná legislativa a problémy s financováním činností agentur domácí péče brání rozvoji domácí péče. (Hanzlíková, 2007)

## 17.5 Vývoj domácí péče v ČR

- po r. 1989 - období transformace a reformy struktury, řízení a financování zdravotnictví
- 1990 – vznik prvního střediska ošetrovatelské péče při České katolické charitě
- 1991 – domácí péče legalizována jako zvláštní forma zdravotní péče, vznik první agentury domácí péče
- 1992 – výrazný nárůst počtu agentur domácí péče v souvislosti s přijatým zákonem 160/92 Sb.
- 1993 – agentury zakládány sestrami, nemocnicemi, Českým červeným křížem, diakonií, řádem Maltézských rytířů, městskými úřady, orientace domácí péče také na pooperační péči u klientů všech věkových skupin
- 1993 – založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR)
- 1994 – 353 agentur v registru Asociace domácí péče
- 2000 – 472 agentur
- 2005 – evidováno 494 pracovišť domácí péče, 88 % dostupných 24 hodin denně (Jarošová, 2007)

## 17.6 Domácí péče v ČR

### Financování domácí péče v ČR:

- prostřednictvím **veřejného pojištění** dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., úhrada zdravotní péče je na základě smlouvy s pojišťovnami
- **přímá platba pacienta**
- **sponzorské dary, nadace, granty** (Bártlová et al., 2010)

### Formy domácí péče v ČR:

#### Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

- indikována u klientů s krátkodobým onemocněním nevyžadujícím hospitalizaci
- nejčastější indikace – zhoršení kardiovaskulárních, neurologických, gastrointestinálních, urologických chorob
- zahrnuje specializovanou domácí péči – určena klientům v pooperačním a poúrazovém stavu
- je poskytována krátkodobě v rozsahu dnů či týdnů

#### Dlouhodobá domácí péče

- určena chronickým nemocným klientům, jejich zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaného personálu
- klienti s mozkovými příhodami, roztroušenou sklerózou, komplikovaným diabetem, imunodeficitem, chronickou bolestí
- zdravotní a sociální aktivity
- je integrovanou formou domácí péče – komplexní domácí péče

- je poskytována měsíce až roky

### **Preventivní domácí péče**

- ošetřující lékař doporučí v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu

- je poskytována týdně nebo měsíčně

### **Domácí hospicová péče**

- péče o klienty v neterminálním a terminálním stádiu

- poskytována klientům, u kterých se předpokládá ukončení jejich terminálního stavu do následujících šesti měsíců

- poskytnutí odborné péče, managementu bolesti, emocionální podpory

### **Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)**

- alternativní využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických lékařů nebo ošetřujících lékařů

- jedná se o odborné výkony – jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu „ad hoc“ bez zavedení domácí péče

- u případů, kde z provozních důvodů nelze zajistit návštěvní službu sester v rodinách u klientů

Domácí péče mohou poskytovat také úkony pečovatelské služby, která je realizována jako služba sociální péče. (Jarošová, 2007)

Domácí péče patří ve vyspělých zemích mezi jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Pokrok medicínských oborů a ošetřovatelství umožňuje poskytovat kvalitní péči pacientovi v jeho domácím prostředí. Domácí péče je ovlivněna řadou společenských faktorů. Nedůležitějšími faktory ovlivňující domácí péči jsou ekonomický tlak, demografické stárnutí populace, vzrůstající poptávka veřejnosti po domácí péči, rozvoj moderních technologií a politické faktory (Jarošová, 2006).

## 18 Hospicová péče v komunitním ošetřovatelství

### 18.1 Kvalita života umírajícího člověka

Kvalita života je subjektivní pocit spokojenosti, který je navenek prezentován chováním a jednáním a váže se na fyzickou, psychickou, sociální a duchovní složku.

**Základní aspekty života nevléčitelně nemocných a umírajících:**

- **fyzické aspekty** – obtíže vyplývající z nemoci a jejich symptomy (bolest, zvracení, dušnost, slabost, průjem, zácpa, nechutenství, únava, nespavost), funkční stav pacienta (výkonnost, schopnost starat se o domácnost, zvládnání každodenní aktivity), soběstačnost a nezávislost (sebepéče)
- **psychické aspekty** – celková nálada pacienta (obavy ze ztráty sebekontroly, strach, hněv, pocit viny, zármutek, žal, depresivní nálada)
- **sociální aspekty** – mezilidské vztahy pacienta (rodina, společenské aktivity, spolupracovníci, přátelé), reintegrace do normálního života (návrat do společnosti, opětovné zaměstnání), orientace na budoucnost (plány do budoucna), plnění běžných sociálních rolí (matka, otec, vedoucí v zaměstnání,...)
- **duchovní aspekty** – smysl vlastního života, potřeba lásky, naděje, odpuštění druhým a sobě samotnému, schopnost vyrovnat se se současnou situací

Snahou ošetřujícího personálu je poskytnout umírajícímu navzdory objektivnímu omezení způsobené těžkou nemocí, vysokou úroveň kvality života a dosáhnout, aby nemocný prožil každý den života pokud možno na vrcholu svých možností, se zachováním aktivity, pozitivních sociálních vztahů a důstojnosti.

U nevléčitelně nemocných se vyskytuje často změna hodnotového systému.

**Nejdůležitější faktory ovlivňující kvalitu života umírajícího:** rodinné a mezilidské vztahy, dobré sociální zázemí a nezávislost.

**Faktory zhoršující kvalitu života umírajícího:** nedostatečné odstranění utrpení, ztráta nezávislosti a soběstačnosti, nedostatek podpory a pochopení ze strany příbuzných či ošetřujícího personálu. (Hanzlíková, 2007, s. 257-258)

### 18.2 Paliativní péče

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako „aktivní celkovou péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na léčbu vlastního onemocnění. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejvyšší kvality života nemocných a jejich rodin“ (Haškovcová, 2007, s. 37)

**Paliativní péče:**

- akceptuje život a umírání jako přirozený proces,
- neurychluje ani neodsouvá smrt,
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení,
- zohledňuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta,

- nabízí pomoc rodině při vyrovnávání se s chorobou svého člena rodiny a vlastním zármutkem. (Hanzlíková, 2007, s. 259)

Paliativní péče je realizována ve 2 dimenzích – kontinuální paliativní péče a hospicová péče. (Hanzlíková, 2007)

Paliativní péči lze poskytnout doma, v nemocnicích, v lůžkových hospicích. (Svatošová, 2010)

### 18.3 Hospicová péče

Hospicová péče je podle všeobecných principů pojímána podobně jako paliativní péče. Odlišnost je v komplexním vnímání umírajícího (vztahu k prostředí, sociálním vztahům, potřebám blízkých).

Světová zdravotnická organizace definuje hospicovou péči jako „integrovanou formu zdravotní, sociální a psychologické péče poskytované klientům všech indikačních, diagnostických a věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka života v rozsahu méně než 6 měsíců“. (Hanzlíková, 2007, s. 259)

#### **Základní formy hospicové péče:**

- lůžkové zařízení (hospic)
- stacionář, který je součástí hospice
- domácí prostředí umírajícího za pomoci kvalifikovaných pracovníků

**Členové hospicového týmu:** pacient a rodina, hospicový lékař, hospicová sestra, zdravotní asistent, sociální pracovníci, vykonavatel spirituální péče, psycholog, dobrovolníci, laici. (Hanzlíková, 2007)

### 18.4 Psychosociální aspekty ošetřování umírajících

Psychický stav značně ovlivňuje průběh onemocnění.

**Kübler-Rossová** sestavila na základě mnoholetých zkušeností s umírajícími pacienty 5 stupňový model reakcí pacienta na zjištěné onemocnění:

#### **Model reakcí pacienta na zjištěné onemocnění dle Elizabet Kübler-Rossové:**

##### **1. Negace**

- šok pacienta, popření všech sdělení („Ne, já ne. Pro mě to neplatí“)
- obranná strategie, objevuje se téměř u všech pacientů, kteří jsou konfrontováni s nepřízní osudu
- pacient potřebuje cítit, že nezůstal sám
- přejde časem, nutná blízkost druhého člověka, důležitost důvěry

##### **2. Agrese**

- hněv a vzpoura pacienta („Proč zrovna já? Čí je to vina?“) zaměřená na zdravotníky, zdravé lidi, blízké
- nechat pacienta vyjádřit emoce, nepřesvědčovat, čas vše urovná

##### **3. Smlouvání**

- vyjednávání pacienta („Přece musí existovat zázračný lék, který mi pomůže“)

- po neúspěšném dožadování hněvem přejde v prošení, slibování
- nutná trpělivost a pochopení pacienta

#### 4. Deprese

- hluboký smutek z útrpné ztráty, smutek z hrozící ztráty
- strach z toho, co bude, až odejde, příprava na konečné rozloučení se světem
- naslouchání nemocnému, pomoci urovnat nemocnému vztahy, nebránit mu v jeho prožívání
- vyslyšet nemocného

#### 5. Smíření

- vyrovnání pacienta se svým stavem, vnitřní mír umírajícího, snížení kvantity zájmů nemocného
- nonverbální komunikace (tichá přítomnost, stisk ruky)
- přijetí skutečnosti neschopnosti pokračovat dál v životě, pokora k životu

Jednotlivými fázemi prochází pacient, rodina i blízcí. Často dochází k časovému posunu v prožívání těchto fází mezi pacientem a jeho blízkými. (Doležalová, 2007)

Cílem hospicové péče je poskytnout psychosociální podporu rodině až do jednoho roku od úmrtí člena rodiny.

Při psychosociální podpoře ošetřujícího personálu dbáme na psychohygienu a snažíme se předejít syndromu úplného vyhoření (Hanzlíková, 2007)

**člověk má právo na důstojné umírání.** Důstojné umírání je synonymum závěru života zbaveného velkých bolestí, je to stav celkového bio-psycho-sociálního komfortu.

Důstojné umírání je základní etický princip dodržovaný demokratickými společnostmi, které respektují mezinárodně deklarovaná lidská práva.

**Charta práv pacientů** uvádí, že každý pacient má právo na:

- zmírnění utrpení a bolesti v souladu se současným stavem medicínského poznání a zásadami lidskosti
- humánní terminální péči a důstojné umírání
- pietní zacházení s jeho tělem. (Hanzlíková, 2007, s. 255)

**Postoj ke smrti** se v průběhu dějin měnil. Historicky známe **dva základní modely.**

V **klasickém modelu** přebírá péči o nemocné a umírající rodina. Smrt byla přijímána jako nezbytná součást života, umíralo se v prostředí domova v přítomnosti svých blízkých. Nevýhodou domácího umírání byly omezené možnosti profesionální pomoci, neexistovala kvalitní ošetrovatelská péče.

Snaha zkvalitnit ošetrovatelskou péči a zlepšit léčebné možnosti o umírající přesunula péči o umírající do nemocnic, rozšířil se **institucionální model umírání.** Výhodou tohoto modelu je odborná pomoc, nevýhodou je naplňování psychických a duchovních potřeb, které se dostává do pozadí.

Perspektivním řešením je **kombinovaný model domácího umírání a institucionálního modelu umírání.** Alternativami je návrat umírajících zpět do rodin za asistence profesionálů nebo ponechání umírajícího nemocnici za přispívání rodiny k celkové péči. Protože dnešní medicína nemá příliš prostoru pro tyto druhy péče, vznikla jako alternativa **hospicová péče.** (Doležalová, 2007)

## **Historický vývoj hospiců**

Slovo hospic pochází z latinského **hospec, hospitis (host)**, Anglický překlad slova hospic vyjadřuje útočiště, útulek, domov.

Ve středověku byly hospice domovy sloužící poutníkům k odpočinkům. Hospic vedli lidé, kteří měli znalosti v ošetrovatelství a pohostinství.

Ve Velké Británii navázalo na tradici hospiců hospicové hnutí. Označení hospice ve smyslu péče o umírající bylo užito ve Francii v Lionu. O šíření hospicové ideje se zasloužila charitní sestra **Mary Aikenheadová**, která v Dublinu r. 1879 založila nemocnici s názvem „Hospic Naší paní“. Aikenheadová zdůrazňovala, že umírající má právo na odbornou péči a vlídné zacházení. V Anglii byl první pacient přijat do hospice v r. 1905.

Základní kámen rozvoje novodobého hospicového hnutí a paliativní péče položila **Cecily Saundersová**. Otevřela hospic v Anglii a bylo zahájeno moderní hospicové hnutí ve Velké Británii a po celém světě. Tím byla zahájena výstavba hospiců po celém světě.

V ČR se stala zakladatelkou hospicového hnutí **Marie Svatošová**, která byla členkou projektu pro podporu rozvoje domácí a hospicové péče v ČR. (Doležalová, 2007)

V ČR vzniká r. 1994 Asociace hospicového hnutí a začíná rozvoj hospicové péče a éra výstavby hospiců. (Hanzlíková, 2007)

## 19 Komunitní péče u kulturně odlišných skupin

Úroveň znalostí sester o kulturách a kulturních vzorcích významně ovlivňuje zdravotní situaci komunity.

Pro poskytování komunitního ošetřovatelství založeného na kulturní způsobilosti je nezbytná **znalost sester v oblasti porozumění životnímu stylu, hodnotového systému, chování ve zdraví a nemoci u odlišujících se jedinců, rodin, skupin a komunit** (Jarošová, 2007).

**Role komunitní sestry v podpoře zdraví kulturně odlišných skupin:**

### 1. Provádět kulturní hodnocení

- **etnický a rasový původ**

- **hodnotová orientace** – hodnoty, přesvědčení, zvyky klienta ve vztahu ke zdraví a zdravotní péči, zaměstnání

- **kulturní postihy a omezení** – náboženství, rituály, zvyky při umírání, smrti

- **komunikace** – mateřský jazyk, potřeba tlumočnicka, znalost úředního jazyka

- **přesvědčení a praktiky ve vztahu ke zdraví** – příčinnost onemocnění, praktiky podpory zdraví, využívání přírodní léčby, role nemocného ve skupině

- **výživa** – názory na výživu a stravování, zvyklosti, vliv náboženství

- **socioekonomické faktory** – sociální sítě (rodina, vrstevníci), zapojení rodiny při nemoci

- **vzdělání** – dosažené vzdělání, edukace, vliv vzdělání na znalosti o zdraví

- **náboženská příslušnost** – vliv náboženství na zdraví a nemoc

- **kulturní aspekty incidence nemoci** – genetická onemocnění

- **biokulturní rozdílnost** – charakteristické prvky příslušnosti k etnické či rasové skupině

- **vývojová kritéria** – podstatné faktory sledování dětí od narození do dospělosti, kulturní percepce stárnutí a stáří, péče o staré

### 2. Provádět kulturní sebehodnocení

- uvědomit si etnické a kulturní hodnoty, názory, praktiky, posoudit, jak ovlivňují ošetřovatelskou péči

### 3. Vyhledávat informace o místních kulturách

- naučit se kulturní odlišnosti skupin, seznámit se s charakteristikami etnických a kulturních skupin

- využívat poznatky z ošetřovatelství, antropologie, sociologie a dalších zdrojů

### 4. Rozpoznat politické problémy kulturně odlišných skupin

- uvědomit si politická aspekty zdravotní péče zaměřené na kulturní skupiny

- navrhopvat a podporovat speciálně zaměřené programy

### 5. Poskytovat kulturně způsobilou péči

- poskytovat ošetřovatelskou péči jedinci, rodině, skupině metodou ošetřovatelského procesu způsobem přiměřeným kulturně odlišnému prostředí

### 6. Rozpoznat kulturně orientované zdravotní politiky

- rozumět povaze a smyslu kulturně orientovaných zdravotních praktik



- posoudit, zda jsou kulturně orientované zdravotní praktiky užitečné, neutrální či škodlivé a pokud klienta nepoškozují, sestry by je měla tolerovat (Jarošová, 2007, s. 84-86).

V ČR se nejčastěji setkáváme s **národnostními menšinami**:

- Romové
- Ukrajinci
- Slováci
- Vietnamci
- Rusové
- ostatní (Janatová, 2010).

**Migrace a zdravotní rizika z hlediska ochrany veřejného zdraví:**

- migranti patří k **rizikovým skupinám ve výskytu infekční nemoci** (TBC, HIV/AIDS, sexuálně přenosné choroby, parazitární infekce)
- migranti jsou více ohroženi **psychickými poruchami**, stresem spojeným s migrací, rizikem izolace, ztrátou zaměstnání, konzumací alkoholu
- cizinci často pracují v **rizikových pracovních podmínkách**, jsou ohroženi pracovními úrazy
- **děti migrantů a těhotné cizinky** – nejvíce zranitelné a ohrožené skupiny z hlediska zajištění zdravotní péče (Hnilicová, 2010)

**Podpora zdraví migrantů**

- měla by být součástí celonárodní strategie podpory zdraví
- měla by být zaměřena na nejdůležitější determinanty zdraví, rizikové skupiny, mít dlouhodobý charakter
- migranti jsou významná riziková skupina vyžadující specifický přístup a specifické programy

**Programy podpory zdraví migrantů:**

- zajistit dostupnost zdravotní péče pro všechny migranty, odstranit diskriminaci
- zlepšit dodržování bezpečnosti a zdraví při práci
- zlepšit pracovně-lékařskou péči (Hnilicová, 2010).

## Literatura:

ANDRAŠČÍKOVÁ, Štefánia et al. *Komunitní ošetrovatelství pro porodní asistentky: učební text pro porodní asistentky v komunitní péči*. 1. vydání - dotisk. Editor Marie Marková. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2010. 125 s. ISBN 978-80-7013-500-6.

BÁRTLOVÁ, Sylva et al. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. 1. vyd. - dotisk. Editor Marie Marková. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 154 s. ISBN 978-80-7013-499-3.

BOLEDOVIČOVÁ, Mária et al. Školská sestra - potřeba budoucnosti, alebo súčasnosti? *Kontakt: odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. 2009, č. 1. ISSN 1804-7122. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2009/468-skolska-sestra-potreba-buducnosti-alebo-sucasnosti>

BRÍMOVÁ, Pavlína. *Soběstačnost seniorů v aktivitách denního života* [online]. Brno, 2010 [cit. 2013-01-23]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/142371/lf\\_m/Diplomova\\_prace\\_Pavlina\\_Brimova.pdf](http://is.muni.cz/th/142371/lf_m/Diplomova_prace_Pavlina_Brimova.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

ČECHOVÁ, Soňa. Komunitní sestra – chiméra, nebo klíčový aktér?. *Sestra* [online]. 2010, č. 5 [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunitni-sestra-chimera-nebo-klicovy-akter-451694>

DOLEŽALOVÁ, Jana. *Kvalita života umírajících osob v hospicové péči*. Brno, 2007. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/65045/ff\\_m/DIPLOMOVA\\_PRACE\\_-\\_Jana\\_Dolezalova.pdf](http://is.muni.cz/th/65045/ff_m/DIPLOMOVA_PRACE_-_Jana_Dolezalova.pdf). Diplomová práce. Filozofická fakulta Masarykovy Univerzity v Brně, Psychologický ústav.

FESTOVÁ, Andrea. Komunitní ošetrovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek. *Stránky LEVRET s.r.o. pro porodní asistentky / sestry: Moderní babičství* [online]. 2007, roč. 2007, č. 12, s. 5, 2012. [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=38>

HAMPLOVÁ, Lidmila. Podpora MZ ČR aktivitám v oblasti veřejného zdraví, Dotační programy MZ ČR. In: *Státní zdravotní ústav* [online]. 2010, 2012. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czstp/psycho/konference/2010/Podpora\\_zdravi\\_8dec10/Hamplova.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czstp/psycho/konference/2010/Podpora_zdravi_8dec10/Hamplova.pdf)

HAMPLOVÁ, Lidmila. Podpora zdraví v evropském kontextu a v České republice. In: *Portál pro strategické řízení a udržitelný rozvoj obcí a regionů* [online]. 2009, 2012. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: [http://dataplan.info/img\\_upload/2fee7fa2e72b4bdcd8f9ba761433e67a/01\\_prez\\_Hamplova\\_MZP.pdf](http://dataplan.info/img_upload/2fee7fa2e72b4bdcd8f9ba761433e67a/01_prez_Hamplova_MZP.pdf)

HANZLÍKOVÁ, Alžbeta et al. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2007. s. 81-91. ISBN 978-80-8063-257-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-802-4734-699.

HNILICOVÁ, Helena. Migrace a ochrana a podpora veřejného zdraví. In: *Státní zdravotní ústav* [online]. 2010. [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/mensiny/Hnilicova.pdf>

JANATOVÁ, Hana. Migranti a podpora zdraví v ČR - výsledky evropského projektu. In: *Státní zdravotní ústav* [online]. 2010. [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/mensiny/janatova\\_migranti\\_a\\_podpora\\_zdravi\\_zdravi.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/mensiny/janatova_migranti_a_podpora_zdravi_zdravi.pdf)

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 96 s. ISBN 80-736-8110-2.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

KARNETOVÁ, Zuzana. Teorie a praxe komunitního ošetřovatelství. *Sestra* [online]. 2012, č. 2 [cit. 2012-11-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/teorie-a-praxe-komunitniho-osetrovatelstvi-463437>

KERNOVÁ, Věra a Lumír KOMÁREK. Co je podpora a ochrana zdraví, zásadní dokumenty WHO, EU, MZ v oblasti podpory zdraví. In: *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha, 2007, 2012. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/CINDI/kurz/podpora\\_20zdravi.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf)

KERNOVÁ, Věra. Nová strategie Zdraví 2020 (Health 2020). In: *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha, 2012. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nova-strategie-zdravi-2020-health-2020>

KERNOVÁ, Věra. Podpora zdraví v ČR. In: *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha, 2009, 2012. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/download/file/podpora-zdravi-v-%C4%8CR.pdf>

Komunita. In: *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. Wikimedia Foundation, 2012. Stránka naposledy edit. 23. 10. 2012 v 16:32. [vid. 2012-11-04]. Česká verze. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Komunita&oldid=9196138>

KŘEMENOVÁ, Jana a Helena FREMLOVÁ. Výuka komunitní péče v porodní asistenci. In: *Jana Křemenová, porodní asistentka, pedagožka* [online]. 2009. vyd. 2009. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: <http://www.janakremenova.cz/clanky/vyuka-komunitni-pece-v-porodni-asistenci/>

KŘÍŽ, Jaroslav. Determinanty zdraví. In: *Ochrana a podpora zdraví*. [online]. Praha, 2011, s. 16-27. ISBN 978-80-260-1159-0. [cit. 2013-04-29]. Dostupné z: [http://www.nspz.cz/dokumenty/2012/cindi\\_ochrana\\_a\\_podpora\\_zdravi.pdf](http://www.nspz.cz/dokumenty/2012/cindi_ochrana_a_podpora_zdravi.pdf) a [http://www.recepis.cz/ke\\_stazeni/determinanty.recepis.pdf](http://www.recepis.cz/ke_stazeni/determinanty.recepis.pdf)

KUDLÁČOVÁ, Simona. *Školní sestra a její zařazení do zdravotnického systému ČR*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeské univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Andrea Festová.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

MALÍK, Pavel. Prevence úrazů na pracovišti. In: *Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích* [online]. 2006. [cit. 2013-04-19]. Dostupné z: [http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk\\_7515/11.pdf](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_7515/11.pdf)

MALÝ, Stanislav. *Prevence pracovních rizik* [online]. Vyd. 1. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2009. [cit. 2013-04-29]. ISBN 978-80-86973-76-0. Dostupné z: [http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=prevence%20pracovni%20rizik&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CEEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.vubp.cz%2Findex.php%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc\\_download%2F314-prevence-pracovnich-rizik-i-dil&ei=KEHQUIHVKcWC4gSY1IDICA&usg=AFQjCNHdKkBD9JOaAwuJTVnR3Gwsb dmn4g&bvm=bv.1355534169,d.Yms](http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=prevence%20pracovni%20rizik&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CEEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.vubp.cz%2Findex.php%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc_download%2F314-prevence-pracovnich-rizik-i-dil&ei=KEHQUIHVKcWC4gSY1IDICA&usg=AFQjCNHdKkBD9JOaAwuJTVnR3Gwsb dmn4g&bvm=bv.1355534169,d.Yms)

MARKOVÁ, Marie a Jana MIKULKOVÁ. Jak můžeme přispět k rozvoji komunitní péče v České republice. *Sestra* [online]. 2009, č. 9 [cit. 2012-11-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-muzeme-prispet-k-rozvoji-komunitni-pece-v-ceske-republice-444781>

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. vyd. - 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-246-0429-9.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. vyd. - 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-246-0429-9.

NAGYOVÁ, Jana. *Chráněné bydlení jako systém podpory* [online]. Brno, 2012, 2011. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/204843/pedf\\_b/Bakalarska\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/204843/pedf_b/Bakalarska_prace.pdf). Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.

PAHOLÍKOVÁ, Zuzana. Úloha školní sestry v systému péče o zdraví. *Sestra* [online]. 2009, č. 12, 2012. [cit. 2012-12-01]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uloha-skolni-sestry-v-systemu-pece-o-zdravi-deti-448612>

PĚČ, Ondřej. Komunitní péče. In: *Česká společnost ČLP JEP a Česká psychiatrická společnost* [online]. 2013. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: [http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200&Itemid=106](http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106)

SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada, 2012. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

SPÁČILOVÁ, Martina. *Problematika komunitní péče o ženu, dítě a rodinu v práci porodní asistentky* [online]. Zlín, 2010. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: [http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/11191/sp%C3%A1%C4%8Dilov%C3%A1\\_2010\\_bp.pdf?sequence=1](http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/11191/sp%C3%A1%C4%8Dilov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1). Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

Světová zdravotnická organizace. *World Health Organisation: Kancelář WHO v České republice* [online]. World Health Organisation, 13.12.2011 [cit. 2012-11-27]. Dostupné z: <http://www.who.cz/index.php/zaklinfo>

Škola podporující zdraví: Co je program škola podporující zdraví. *Státní zdravotní ústav: Škola podporující zdraví* [online]. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://www.program-spz.cz/co-je-program-skola-podporujici-zdravi>

TÓTHOVÁ, Valérie a Sylva BÁRTLOVÁ. Uplatnění komunitní sestry v péči o seniory. *Kontakt* [online]. 2010, roč. 2010, č. 3, 2010 [cit. 2013-02-03]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2010/597-uplatneni-komunitni-sestry-v-peci-o-seniory>

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.

VOJTOVÁ, Markéta. Zdraví. In: *Zdravotnická škola Hradec Králové* [online]. 2009 [cit. 2013-04-22]. Dostupné z: [http://www.zshk.cz/files/Zdrav\\_determinanty.pdf](http://www.zshk.cz/files/Zdrav_determinanty.pdf)

VRUBLOVÁ, Yvetta. *Etika v ošetřovatelství* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, [cit. 2013-12-16]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-etika.pdf>

ZAHRADNÍČKOVÁ, Hana. *Program škola podporující zdraví*. Brno, 2008. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/105508/pedf\\_m/Diplomova\\_prace\\_Hana.pdf](http://is.muni.cz/th/105508/pedf_m/Diplomova_prace_Hana.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno, Pedagogická fakulta, Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví.

ZACHAROVÁ, Eva et al. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-802-4720-685.

Základní orgány. *World Health Organisation: Kancelář WHO v České republice* [online]. 21.1.2012 [cit. 2012-11-27]. Dostupné z: <http://www.who.cz/index.php/zakladni-organy>

*Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu* [online]. Praha, 2000 [cit. 2012-11-27]. ISBN 92 890 1349 4. Dostupné z: <http://www.czf.cz/soubory/zdravi21.pdf>