



Teorie ošetřovatelství

Anotace předmětu:

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický a je zaměřen na získání základních vědomostí z pedagogiky a didaktiky a jejich využití při výchovném působení všeobecné sestry na jedince, rodinu, komunitu a účastníky kvalifikačního a celoživotního vzdělávání. Všeobecná sestra se naučí prakticky aplikovat edukační činnost nejen u klientů, ale i dalších členů zdravotnického týmu.

Garant předmětu:

PhDr. Jana Hlinovská, PhD., RS

1 Ošetřovatelství jako vědní disciplína

1.1 Definice a předmět ošetřovatelství

Vědní obor je určité odvětví, disciplína, která je charakterizovaná specifickým předmětem a metodou (popřípadě technikou výzkumu). **Ošetřovatelství je aplikovaná vědní disciplína**, která má vlastní teoretickou základnu poznatků a jejich praktickou aplikaci.

Definice ošetřovatelství:

- Ošetřovatelství je systém specifických teoretických poznatků (předmět zkoumání) a metoda praxe - ošetřovatelský proces (Mastiliaková, 2002).
- Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako systém typicky ošetřovatelských činností týkající se jednotlivce, rodiny, společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu (Staňková, 1996).
- Ošetřovatelství je v tomto pojetí relativně mladý obor.

Cílem ošetřovatelství je všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví, nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním.

Ošetřovatelství je **multidisciplinární obor** integrující poznatky z jiných oborů:

- **přírodovědných, medicínských** - ošetřovatelství v nich působí, čerpá z nich poznatky o etiologii, patogenezi a projevech onemocnění, o prevenci, diagnostice, o terapii atd.,
- **humanitních a společenských** - filosofie, etiky, psychologie, sociologie, pedagogiky aj.

Poznatky pomáhají v ošetřovatelství zkoumat psychosociální, duchovní a kulturní potřeby člověka. Jde hlavně o tyto obory:

- **filosofie**, hlavně křesťanství i filosofie, která se zajímá o člověka a smyslem jeho života, pomáhá ošetřovatelství lépe poznat objekt svého působení (tedy člověka),
- **etika**, věda o mravnosti, která všeobecně vymezuje a zdůvodňuje způsob chování lidí, rozlišuje základní principy dobra a zla, etika je východiskem teorie ošetřovatelství v oblasti utváření etických norem a postojů sester a jejich činnosti,
- **sociologie**, zabývá se zákonitostmi vývoje a struktury společnosti; pomáhá ošetřovatelství analyzovat, poznávat a tím i přetvářet prostředí, ve kterém se ošetřovatelská péče realizuje, ve kterém člověk žije, a tak lepší uspokojuje sociální potřeby,
- **pedagogika**, nauka o výchově, která umožňuje ošetřovatelství zvládnout edukační postupy působení na člověka, hlavně nemocného, aby pochopil a splnil požadavky ošetřovatelské péče a aby pozitivně a aktivně působil při utváření zdravého způsobu života a zachování zdraví,
- **psychologie**, zabývá se psychikou člověka ve zdraví i v době nemoci v jednotlivých věkových obdobích života, poskytuje ošetřovatelství poznatky o psychice, chování nemocného i zdravého jedince, jeho osobnost, čím ošetřovatelství získává teoreticky a vědecky zdůvodněná východiska na uspokojování psychických potřeb člověka; věda zabývající se lidskou psychikou, to jest duševním životem a jeho vnějšími projevy (do konce 19. století nedílnou součástí filozofie),

Dělení psychologie:

a) základní:

- obecná → předmět psychologie,
- osobnosti → jednotlivce,
- vývojová → psychický vývoj jedince,
- sociální → vztah jedince a společnosti,
- fyziologická → stránky psychických jevů,
- psychopatologie → abnormální jevy duševního života,
- dějiny psychologie → vývoj psychologie od středověku,

b) speciální:

- psychometrie → faktické vlastnosti psychických jevů,
- farmako-psychologie → dopad toxických látek na psychiku aj.,

c) aplikovaná:

- pedagogická psychologie,
- klinická psychologie,
- psychologie práce,
- poradenská psychologie,
- soudní psychologie.

1.2 Obory ošetřovatelství

Ošetřovatelství je vědní disciplína, pracovně je možno rozdělit její obory na základní a aplikované.

Základní obory: teorie, dějiny a metodologie ošetřovatelství. Jednotný celek s ošetřovatelství tvoří jeho tzv. **dílčí, aplikované obory.**

Ošetřovatelství zahrnuje tyto základní obory:

- **teorie ošetřovatelství** se zabývá teoretickými východisky vědního oboru, ve všeobecné rovině problémy managementu, profesionální přípravy atd.,
- **dějiny ošetřovatelství** se u nás se začínají utvářet vedle dějin medicíny a zdravotnictví,
- **metodologie ošetřovatelství** je nauka o metodách, které jsou určené k poznávání, ošetřovatelství má svoje vlastní metody poznání a specifickou metodiku výzkumu, aplikuje ve svých podmínkách výzkumné metody příbuzných vědních disciplín.

Mezi aplikované obory patří např.:

- **interní ošetřovatelství** je zaměřené na komplexní ošetřovatelskou péči v jednotlivých interních oborech,
- **chirurgické ošetřovatelství** se orientuje na komplexní ošetřovatelskou péči ve všech chirurgických oborech při konzervativní a operativní léčbě,
- **gynekologicko-porodnické ošetřovatelství** se zabývá ošetřovatelskou péčí o ženu a matku, tuto činnost vykonávají většinou porodní asistentky,
- **intenzivní ošetřovatelství** se teoreticky a prakticky zabývá nemocnými se selháním životně důležitých funkcí a ohrožení života. Intenzivní ošetřovatelství je součástí všech lékařských oborů,
- **psychiatrické ošetřovatelství** je zaměřené na komplexní ošetřovatelskou péči o psychiatricky a psychicky nemocné, pozornost věnuje ošetřování psychicky alterovaných pacientů mimo psychiatrické oddělení,
- **geriatrické ošetřovatelství** se zabývá komplexním ošetřováním zdravých i nemocných starých lidí ve všech úsecích zdravotnické a sociální péče,
- **onkologické ošetřovatelství** se zaměřuje na komplexní ošetřovatelskou péči o onkologicky nemocné ve všech věkových skupinách, uskutečňuje se v rámci ambulantní a ústavní péče,
- **ošetřovatelství v primární péči** zahrnuje komplexní ošetřovatelskou péči o všechny věkové kategorie občanů a o vybranou skupinu obyvatelstva v rámci prvního kontaktu v ambulantních zařízeních, zaměřuje se na prevenci, diagnostiku, psychosociální a výchovnou oblast péče,

- **komunitní ošetřovatelství** je zaměřené na primární, sekundární a následnou péči o jedince, rodiny a skupiny z komunity, velkou část ošetřovatelské péče tvoří ochrana, upevňování a navrácení zdraví, sestry zabezpečují ošetřovatelskou péči v úzké spolupráci s orgány a organizacemi na území komunity,
- **ošetřovatelství v oblasti zdraví při práci** je zaměřené na péči o lidi v pracovním procesu s cílem zachovat a obnovit jejich zdraví, vytváření podmínek, které neškodí zdraví, předcházení zdravotním rizikům, vypracovávání screeningových programů, programů na podporu zdraví a koordinace zdravotnické péče, sestra je součástí interdisciplinárního týmu,
- **rehabilitační ošetřovatelství** je součástí aplikovaných ošetřovatelských disciplín, jeho úlohou je prevence sekundárních změn, včasná mobilizace a psychická aktivizace nemocných,
- **transkulturní ošetřovatelství** vychází z poznání kulturních hodnot jednotlivců a skupin v multikulturní společnosti, transkulturnost v ošetřovatelské péči předpokládá poskytovat komplexní péči, která bude respektovat kulturní, náboženské hodnoty, sociální podmínky ošetřovaných a zabezpečovat účinnou a efektivní ošetřovatelskou péče,
- **paliativní ošetřovatelství** je zaměřené na péči o nemocné v terminálním stádiu života, paliativní ošetřovatelská péče je komplexní, individualizovaná, zaměřená na posuzování biopsychosociálních a duchovních potřeb, problémů a celkového stavu, diagnostika, plánování a realizace ošetřovatelské péče je holistická atd.

Ošetřovatelství jako vědní disciplína podléhá značným změnám, které jsou výsledkem působení nejen změn v oblasti medicíny a v systému zdravotnické péče, ale i rozvojem společnosti. Proto názory na **soustavu ošetřovatelských oborů jsou někdy nejednotné, protichůdné.**

1.3 Základy moderního ošetřovatelství

Za období reformace ošetřovatelství se pokládá **práce anglické sestry Florence Nightingalové (1820-1910)**. Pocházela z bohaté rodiny, měla kvalitní vzdělání a politicky vlivné přátele. Rodina však bránila její touze věnovat se ošetřovatelství v místní nemocnici, protože ošetřovatelství bylo pokládáno za nevhodné pro mladou dámu z vyšších vrstev. Florence přesto navštěvovala nemocné v nemocnicích v Anglii, Francii, Německu.

Její znalosti a zkušenosti spolu se zkušenostmi z vedení malé ošetřovatelské instituce byly **základem pro její práci v Krymské válce, kde se objevila o rok později než Pirogov**. Přivedla s sebou **skupinu čtyřiceti anglických ošetřovatelek, které sama pro tuto práci připravila**. Florence Nightingalové a jejím sestram i laickým ošetřovatelkám se podařilo během války **výrazně snížit počet vojáků**, kteří umírali na následky poranění a infekce. Pod jejím vedením byla **uvvedena do provozu** prádelna, dietní kuchyně, hygienická zařízení, zajištěny dostatečné zásoby prádla a potravin pro personál a vojáky.

Po jejích zásazích do organizace ošetřování nemocných a raněných vojáků **poklesla úmrtnost z dřívějších 50 % na 22 %**. **Její reformy znamenaly položení základů k samostatnému profesionálnímu ošetřovatelství**, které vyžaduje kvalitní přípravu ošetřovatelek, a zásadně ovlivnily moderní ošetřovatelství. Po návratu z Krymu založila **Florence v roce 1860 v Londýně první ošetřovatelskou školu ve světě (Škola při nemocnici Sv. Tomáše)**, která se stala vzorem pro ostatní země. **Vytvořila první koncepci ošetřovatelství**, vycházející z charitativního pojetí péče o nemocné, v němž jsou akceptovány především humanitní motivy ošetřovatelství.

Teprve od té doby začaly být **ošetřovatelky pro svoji práci systematicky vzdělávány a cíleně vychovávány** jak v nemocniční, tak i domácí službě. Díky Nightingalové se z charitativní služby stalo ošetřovatelství skutečným odborným a hluboce lidským povoláním.

Velký vliv na vývoj ošetřovatelství měla její kniha - **Poznámky o ošetřovatelství (1860)**. V roce 1874 již byla přeložena do sedmi jazyků včetně češtiny. Její témata jsou stále aktuální: návody na uspokojování pacientových hygienických potřeb, potřeb výživy, čerstvého vzduchu, odpočinku, pohodlí, podnětného a příjemného prostředí. Florence Nightingalová si dobře uvědomovala rozdíl



mezi ošetřovatelstvím a medicínou, a představovala si, že ošetřovatelství bude samostatnou profesí.

Výchova a práce sester byly ještě dlouho podřízeny potřebám nemocnice a lékařů. Nightingalová však **udělala z ošetřovatelství důstojné civilní zaměstnání pro ženy středních vrstev. Popularizovala myšlenku systematického vzdělávání sester, zavedla funkci hlavní sestry jako hlavy ošetřovatelského personálu v nemocnici.**

Po vzoru londýnské ošetřovatelské školy vznikly v relativně krátké době ošetřovatelské školy v dalších velkých evropských městech i ve Spojených státech. Vzdělané sestry rychle ovlivňovaly kvalitu ošetřovatelské péče, zejména pak nemocniční péče. Sestry v jednotlivých zemích se začaly sdružovat a vytvářet národní profesní organizace absolventek ošetřovatelských škol.

Na konci 19. století v roce **1899** se první národní sesterské organizace spojily a vytvořila se **Mezinárodní rada sester** (International Council of Nurses - **ICN**), která pracuje dodnes.

1.4 Historie českého ošetřovatelství

Zárodky organizovaného ošetřování nemocných můžeme v českých zemích sledovat už **v 10. století** za vlády knížete **Boleslava** (935-967). Na území Prahy vznikly **první hospice** - v podstatě útulky pro chudé, nemajetné a nemocné osoby, v nichž civilní sestry poskytovaly charitativní pomoc v základních potřebách.

Podobnou úlohu sehrály některé **náboženské řády a kongregace**, které viděly své poslání ve službě trpícím a potřebným. Vedle svých klášterů zakládaly špitály, které zajišťovaly spíše střechu nad hlavou, obživu, postel a teplo, než léčení nemocných.

Prvním byl špitál v Týně (v místě dnešního Staroměstského náměstí), který byl **určen pro dvanáct nemocných**, jež opatrovalo dvanáct žen. Další, později zakládané **špitály** na našem území, byly zpravidla **spojeny s kaplí, kostelem nebo klášterem. Ošetřovatelství bylo tehdy laickou službou trpícímu člověku**, mělo vysoce humanitní charakter. Prováděly ho **osoby bez jakéhokoliv odborného vzdělání**, osoby, které přejímaly zkušenosti svých předchůdců.

Velkou postavou začátku českého ošetřovatelství byla **Anežka Přemyslovna**, sestra českého krále Václava I. Založila v Praze několik klášterů - **první v roce 1233 u sv. Haštala**, kde byl umístěn i špitál. Anežka také založila **řád křížovníků s červenou hvězdou**, který při ošetřování a opatrování chudých a nemocných vycházel z pravidel, jež pro ně vypracovala.

V pozdějších letech byla **u nás pokládána za zakladatelku ošetřovatelství** a koncem 20. století byla její činnost plně doceněna svatořečením. Z dalších řádů, které se věnovaly převážně ošetřovatelské a opatrovnické péči, je třeba **jmenovat boromejky, johanity, alžbětky, milosrdné bratry** (špitály v Praze, Brně, Letovicích, Valticích a další, zakládané převážně v 17. století).

V nemocnici poskytovali lidem pomoc i vycvičení holiči, lázeňské, porodní báby, kořenářky, mastičkářky, potulní lidoví chirurgové a další osoby. **Diakonky (15. stol.)** pracovaly kromě špitálů a lazaretů **také v terénu**. Za nemocnými docházely do jejich domovů, kde se o ně staraly zejména při infekčních onemocněních. V Praze byla známa svou charitativní činností **oblast Františku**, kde **od roku 1620 zajišťovali opatrovnictví milosrdní bratři**. Pečovali o tělesně i duševně nemocné každého stavu, zejména chudé, bez rozdílu národnosti a náboženství.

Od poloviny 18. století byly zakládány **první všeobecné nemocnice**, a to v roce 1785 v Brně, v roce 1787 v Ostravě a v roce 1790 v Praze. O nemocné, a také o veškerý úklid, se starali opatrovníci a opatrovnice, kteří byli přijímáni bez předchozího ošetřovatelského vzdělání. **Postupně se vyvíjela další role sestry - pomocnice lékaře**. Tento trend si poměrně rychle vynutil odborné vzdělání sester a přispěl ve druhé polovině 19. století k založení prvních ošetřovatelských škol.

1.4.1 České ošetřovatelské školy

První česká ošetřovatelská škola

Práce Florence Nightingalové výrazně ovlivnila rozvoj ošetřovatelství v Rakousku-Uhersku. **První ošetřovatelská škola vznikla již v roce 1874 v Rakousku-Uhersku**, a to v Praze. Byla to **škola**

česká. Její existenci značně ovlivnila česká spisovatelka **Karolina Světlá**, která stála **v čele ženského hnutí**, a byla horlivou vlastenkou a zastánkyní ženských práv.

V této české škole se **ošetřovatelky odborně vzdělávaly v teorii a praxi pod vedením českých lékařů**, zpravidla učitelů na lékařské fakultě Karlovy univerzity. **Délka jednoho kurzu** byla zpravidla několik měsíců. Jen menší část absolventek však skutečně předpokládala, že bude prakticky provádět ošetřovatelskou péči jako svoje zaměstnání. Více než polovina frekventantek tvořily **měšťanské dámy shromážděné kolem Ženského výrobního spolku**, které ve studiu na ošetřovatelské škole především oceňovaly možnost vzdělávat se a tak se společensky alespoň částečně vyrovnat mužům. Škola **neměla dlouhého trvání** a po osmi kurzech pravděpodobně z národních a finančních důvodů, zanikla. Přesto je třeba ocenit, že to byla první ošetřovatelská škola na území Rakouska-Uherska a do jisté míry **ovlivnila rozvoj ošetřovatelství ve střední Evropě** již tím, že poukázala na potřebu systematického vzdělávání sester pro stále náročnější ošetřovatelskou činnost. I když **zanedlouho po té vznikla ošetřovatelská škola ve Vídni** (Rudolfinerhaus, 1882), v českých zemích si **po mnoho let každá klinika zacvičovala sestry sama**.

V soukromých službách a **v domácnostech ošetřovaly nemocné laické sestry Červeného kříže a řádové sestry**. Opatrovnická činnost se postupně začala proměňovat v ošetřovatelskou. Ženám zabývajícím se ošetřovatelstvím byla oporou - **Kniha o ošetřování nemocných** od Florence Nightingalové, která u nás vyšla v překladu Paulíny Králové **v roce 1874**. Absolventky první české ošetřovatelské školy pracovaly jako ošetřovatelky v domácnosti. Pro nemocniční službu byly ošetřovatelky vychovávány přímo v nemocnicích formou tzv. vyučení. Celý kurz byl zakončen zkouškou a absolventky obdržely diplom.

Česká zemská škola pro ošetřování nemocných

V květnu 1914 vyšlo nařízení rakouského ministerstva vnitra č. 139 o ošetřování nemocných provozovaném z povolání. Nařízení **legalizovalo zřizování ošetřovatelských škol** a stanovilo rámcově jejich organizační strukturu a obsahovou náplň. Jednou z nejdůležitějších zásad nařízení bylo, že ošetřovatelská škola může být **zřízena jen při nemocnici**, která zajistí praktickou výuku žákyň v nejdůležitějších oborech.

K otevření nové - **České (zemské) školy pro ošetřování nemocných při Všeobecné nemocnici v Praze** došlo až během 1. světové války v roce **1916**. Škola zůstala v činnosti i po skončení války v nově vzniklém Československu a **stala se vzorem pro další české civilní i řádové ošetřovatelské školy**, které se postupně na území mladé republiky začaly otvírat. Škola měla vysokou odbornou úroveň. K jejímu vybudování byly v roce 1918 **pozvány do Prahy tři zkušené americké sestry** (v čele s Miss Parsons), které vypracovaly koncepci teoretické i praktické výuky a postupně zacvičily pro práci sester učitelky-instruktořky praktického vyučování první absolventky této školy.

První českou ředitelkou školy se stala v roce 1923 **Sylva Macharová**, jedna z mála vzdělaných českých sester, která se pro sesterské povolání připravovala v ošetřovatelské škole ve Vídni (v Rudolfinehausu). První kurzy absolvovalo **každoročně okolo 10-15 diplomovaných ošetřovatelek** a tak ještě po dlouhou dobu vedle sebe pracovaly v nemocnici vedle řádových sester **dvě kategorie civilního ošetřovatelského personálu: diplomované ošetřovatelky - absolventky ošetřovatelské školy a pomocné ošetřovatelky zacvičené na nemocničním oddělení**. Sociální postavení obou kategorií bylo velmi nízké. Zejména pomocné ošetřovatelky měly velmi **nízké platy**, bydlely přímo na pokojích nemocných.

1.4.2 Ošetřovatelství v meziválečném období

První absolventky ošetřovatelské školy založily již v roce 1921 Spolek absolventek ošetřovatelské školy, od roku 1928 Spolek diplomovaných sester. Začaly se budovat **sesterské ubytovny**, došlo k úpravě pracovních podmínek, pracovní doby, dovolené. Spolek pořádal přednášky, pokračovací kurzy, pomáhal zakládat další ošetřovatelské školy. Spolupracoval

se zahraničními sesterskými organizacemi. V roce **1933** byl Spolek diplomovaných sester **přijat do Mezinárodní rady sester**.

V roce **1937** začal spolek vydávat svůj **první časopis Diplomovaná sestra**. Úroveň ošetřovatelské péče, její organizace i vzdělávání sester se relativně rychle zlepšovaly. Vzdělané absolventky ošetřovatelské školy navázaly mnoho velmi užitečných společenských kontaktů, které jednak umožnily získat finanční podporu pro ošetřovatelské školství, avšak především neobyčejně **zvýšovaly společenskou prestiž ošetřovatelek** a jejich profese. Významnou roli v podpoře ošetřovatelství sehrály po mnohá léta - prakticky až do komunistického puče v r. 1948, Alice Masaryková a Hana Benešová. **Alice Masaryková** dcera prvního československého prezidenta T. G. Masaryka, předsedkyně Československého Červeného kříže, **Hana Benešová** manželka druhého československého prezidenta dr. Edvarda Beneše.

České ošetřovatelství mezi válkami nebylo orientováno jen na **rozvoj nemocniční služby**. Již v roce **1918** byla v Praze otevřena **Vyšší sociální škola**, která připravovala **v jednoletém studiu sociálně orientované pracovníky** a později zejména diplomované sestry **pro samostatnou práci v terénu**. Tyto sestry zakládaly a vedly **poradny pro matky a děti**, zdravotní stanice s dispenzářem tuberkulózně a pohlavně nemocných.

V roce **1929 zavedl ČSČK organizovanou ošetřovatelskou a zdravotní službu v rodinách (OZSR)**, v níž **sestry pracovaly samostatně na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami**. Terénní péče sester byla **zaměřena na výchovu sociálně slabších vrstev obyvatelstva ke zdravému uvědomění, rodičovství, prevenci šíření nebezpečných infekčních chorob**. **Samostatná terénní péče po roce 1948 zcela zanikla a teprve v sedmdesátých letech začaly znovu působit v terénu relativně samostatně pracující sestry - geriatrické sestry** v rámci návštěvní služby.

1.4.3 České poválečné ošetřovatelství

Pozitivní **vývoj ošetřovatelství byl násilně přerušena** druhou světovou válkou. Činnost Spolku i vydávání časopisu byly záhy zastaveny, neotevíraly se nové ošetřovatelské školy. Výuka ve stávajících školách však pokračovala a **relativní pokrok lze i přes válečné hrůzy pozorovat v organizaci nemocniční péče**. Poprvé se setkáváme s funkcí civilní sestry představené (**hlavní sestry**) v pražské nemocnici na Bulovce. Jsou vypracovány **organizační řády a pracovní náplně sester** v jednotlivých pracovních směnách i **povinnosti a práva vrchních a staničních sester**. Vedoucí lékaři začínají uznávat **sestru jako významného spolupracovníka potřebného pro zajištění kvalitní odborné ošetřovatelské péče**. Mnoho českých sester bylo během války zapojeno do odbojového hnutí. Již během války, ale zejména po jejím skončení, se naléhavě zvýšila potřeba kvalifikovaného ošetřovatelského personálu. **Síť státních ošetřovatelských škol se rychle rozšiřovala - v r. 1947 jich bylo již 26**. Činnost spolku diplomovaných sester byla na krátkou dobu **obnovena** a ošetřovatelství se znovu začalo slibně rozvíjet.

V roce **1946** byla v Praze **otevřena Vyšší ošetřovatelská škola**, která **připravovala sestry-učitelky pro ošetřovatelské školy** (pedagogické vzdělání) a **vrchní sestry pro řídicí práci** v ošetřovatelství (manažerské vzdělání). Na svou dobu to byla škola velice pokroková.

Zásadní zlom v kontinuálním úspěšném poválečném rozvoji československého ošetřovatelství a především vzdělávání sester **znamenal rok 1948**. Všechny **výrazné osobnosti stojící v čele československého ošetřovatelství byly ze svých funkcí v nemocnicích i ošetřovatelských školách odvolány**, neboť se hrubě provinily svou spoluprací s A. Masarykovou, H. Benešovou a dalšími osobnostmi. Do vedoucích funkcí pak byly **jmenovány nové pracovnice** - členky Svazu československé mládeže a Komunistické strany Československa.

Po roce 1948 (Nový školský zákon podle Sovětského Svazu) se **ošetřovatelské školy sloučily s rodinnými a sociálními školami a byly přejmenovány na střední zdravotnické školy**, na nichž se připravovaly všechny kategorie zdravotnických pracovníků. **Studium začínalo ve 14-15 letech** a trvalo 4 roky. Školy připravovaly všechny kategorie tzv. **středního zdravotnického personálu**, např. vedle sester také různé typy laborantů, rehabilitační pracovníky, dietní sestry, ženské sestry

apod. Polovinu celkové doby studia tvořily předměty všeobecně vzdělávací, takže absolventi studia získávali maturitní zkoušku platnou pro vstup na kteroukoliv vysokou školu.

Po další rozvoj profesní přípravy vznikl v roce **1960 Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě**. Instituty zaměřily svou pedagogickou práci na **specializační studium sester** v řadě oborů a na svou dobu byly velmi pokrokové.

Ve stejném roce bylo **pro sestry-odborné učitelky otevřeno v Praze na Filozofické fakultě Karlovy univerzity dvouoborové pětileté studium ošetřovatelství v kombinaci s psychologií a později s pedagogikou**. Ošetřovatelské předměty byly zajišťovány Fakultou všeobecného lékařství UK, na jejíž III. interní katedře specializované na ošetřovatelství se brzy jako vyučující objevily první zkušené absolventky tohoto vysokoškolského studia jako vyučující. Studium probíhalo formou **studia při zaměstnání**. Od roku 1980 byla otevřena také řádná denní forma studia. Absolventky měly možnost získat po složení rigorózních zkoušek akademický titul PhDr. V letech **1987-1994** proběhlo na Filozofické fakultě UK v Praze také **jednooborové studium péče o nemocné** určené zejména hlavním a vrchním sestřám.

Československé sestry měly svůj **vlastní odborný časopis Zdravotnická pracovnice**. Odborný časopis Zdravotnická pracovnice **vznikl v roce 1951**. Vznikl jako časopis odborový, ale postupně se stával stále více odborným a v roce 1970 byl doplněn pravidelnou vědecko-výzkumnou přílohou Československé ošetřovatelství, ve které byly publikovány výsledky výzkumných prací, teoretické statě. Po roce **1989** časopis zanikl a byl nahrazen **novým modernějším časopisem Sestra**.

Otevřením **bakalářského studia ošetřovatelství** na některých nelékařských a později i zdravotně-sociálních fakultách mají sestry **od roku 1992** možnost dalšího odborného vzdělání a zvyšování své kvalifikace. Průběžnou informovanost sester o českém a zahraničním ošetřovatelství a o otázkách s tím souvisejících má ve své náplni odborný časopis Sestra aj.

1.5 Role žen v medicíně a zdravotnictví

Ženy byly dlouhou dobu v medicíně opomíjeny, **nesměly studovat** a byly vykázány do oblasti léčitelsství, do role opatrovnic nemocných, kořenářek, pomocnic při porodu apod. Zde prokazovaly vždy řadu cenných a mnohdy muži nenahraditelných schopností, ale ukázalo se, že jejich ambice zde nekončí.

1.5.1 První lékařky

První dvě Češky dosáhly aprobace již v roce **1880, ovšem mimo území Rakouska-Uherska**, kde ženské studium na vysokých školách, na rozdíl od některých jiných evropských zemí, nebylo ještě otevřeno. **Anna Bayerová** (1852-1924) a **Bohuslava Kecková** (1854-1911) **studovaly ve Švýcarsku**, kde také studium úspěšně dokončily. Ještě před nimi studium absolvovalo 21 žen. Z toho 7 z Ruska, 4 z Ameriky, 4 z Velké Británie, 2 ze Švýcarska a po jedné z Bulharska, Polska, Srbska a Uher. **Vůbec první ženou, která řádně vystudovala lékařství** a dosáhla promoce, byla **Elisabeth Blackwellová**, jež **promovala v lednu 1849 ve státě New York**. Že šlo tehdy o událost naprosto výjimečnou, dokazuje, že další žena promovala až po 18 letech. Byla to N. Suslovová, a to v Curychu v r. 1867.

K tomu, **aby diplom platil na území Rakousko-Uherska a umožňoval tak otevření vlastní praxe bylo třeba jej nostrifikovat**. A to se ukázalo v tehdejší rakouské monarchii **nerealizovatelným**. Nepřátelský postoj k možnosti vzdělávání žen zaujímal i naprostá většina členů lékařské fakulty. **Anna Bayerová** řešila situaci tím, že odešla do Bavorska, kde se jí podařilo získat povolení k provozování praxe. V roce 1891 byl zřízen **v Bosně a Hercegovině** úřad státní lékařky. Tato instituce měla napomoci zlepšit zdravotní poměry zejména u **muslimské části obyvatel** země. Ženy-muslimky totiž odmítaly pomoc mužů-lékařů.

Na místo první úřední lékařky byla navržena právě Bayerová. Působila v Dolní Tuzle a v Sarajevu, ale brzy na ni dolehly těžkosti způsobené místními poměry, podněbím i konflikty s místními úředníky. Bayerová se po roce místa sama vzdala z rodinných a zdravotních důvodů. Po jejím odchodu vypsala zemská vláda nový konkurz, jehož výsledkem bylo přidělení Bohuslavy Keckové

do Mostaru, hlavního města Hercegoviny. Přijela sem v lednu 1893 a zůstala zde prakticky až do roku 1911, kdy zemřela.

První ženou, která získala diplom na pražské lékařské fakultě, byla až Anna Honzáková (1875-1940). Konzervativní postoj lékařské fakulty přetrvával i v roce 1895, kdy Honzáková začala studovat. Nelibost vyjádřil i Spolek českých mediků. Nepřátelský postoj k možnosti řádného ženského studia neprojevili pouze tři profesori - Maydl, Janovský a Reinsberg, a to nestačilo. Honzáková proto **začala studovat jako hospitantka na pražské německé univerzitě.** Teprve **po dvou letech mohla přestoupit na českou fakultu. 15. září 1900 byl konečně vydán výnos, kterým se připouštěly ženy k řádnému studiu lékařství.** Tak mohla být Anna Honzáková 17. března 1902 po úspěšném složení všech zkoušek v aule Karolina promována jako **první žena na doktora veškerého lékařství.** Honzáková nastoupila na chirurgickou kliniku u profesora Maydla, ale předčasná Maydlova smrt ji donutila na vědeckou kariéru rezignovat. V roce 1905 si otevřela v Praze soukromou ordinaci, kde pak pracovala jako ženská lékařka 35 let. Mezi její pacientky patřily i E. Krásnohorská, J. Náprstková, H. Kvapilová a mnohé další.

V letech následujících po promoci první ženy na pražské lékařské fakultě se každým rokem k řádnému studiu hlásilo 6 až 10 posluchaček. Tak tomu bylo až do roku 1910/1911, kdy jejich počet stoupl na 23. K radikálnímu zvýšení počtu žen studujících lékařství došlo v letech 1914 až 1915, zřejmě v souvislosti s počátkem 1. světové války. Tehdy tento počet přesáhl stovku a čísla se pak stále zvyšovala.

1.6 Ženy v ošetřovatelství

1.6.1 Florence Nightingalová - průkopnice moderního ošetřovatelství

Při vyslovení jména Florence Nightingalová se nám zpravidla vybaví **obrázek ženy s lampou.** Lampa z ní skutečně udělala slavnou a mezinárodní hrdinku, ale sehrála jen velmi malou roli v jejím životě. Florence byla soucitně pečující, silně věřící a neuvěřitelně vytrvalá žena. Měla talent jak pro nejmenší detaily, tak pro široké souvislosti. Dokázala odhadnout a najít nejlepší cestu k provádění potřebných změn. Ovlivnila zdravotní péči 19. a 20. století v celém světě. Její odkaz sestřám nového milénia je stále platný a aplikovatelný jako před sto lety. **Narodila se 12. května 1820** jako mladší dcera v úspěšné, vzdělané a vlivné anglické rodině. Její rodina hodně cestovala. Svě jméno dostala po Florencii, kde se rodiče zastavili během cesty po Itálii. V dětství bývala často nemocná, nikdy si nehrála s ostatními dětmi. Podobně jako jiné budoucí sestry pečovala o nemocné panenky, starala se o zraněná zvířata. Její život byl velice nepraktický: neuměla jsem si sama ani učesat vlasy, nerozeznala jsem rýži od ječmene, plátno od bavlny. Předpokládalo se, že jejím údělem bude (jak to bylo obvyklé) vdát se, porodit děti a vychovávat je. Nic z toho se však nestalo. V jejím deníku založeném krátce před sedmnáctými narozeninami čteme: sedmého února 1837 ke mně promluvil Bůh a povolal mě do služeb - nevěděla, jaké služby by to měly být, ale tehdy se rozhodla, že zůstane svobodná (nikdy děti, nikdy láska, nikdy svatba). Dobře vzdělaná a se silnou vůlí šla vytrvale za svým přesvědčením a posláním.

Dostalo se jí vynikajícího vzdělání, přestože byla ženou (první polovina 19. století) studovala historii, filosofii, vědy a klasickou literaturu spolu s hudbou a uměním. Neustále sledovala knihy a zprávy o nemocnicích, veřejném zdravotnictví a hygienických zařízeních. Měla rovněž nadání pro matematiku a statistiku, kterým se ráda věnovala. Na doporučení otce a pod jeho dohledem se učila latinu, řečtinu, francouzštinu, němčinu a italštinu. Během svých častých cest po Evropě si však vždy vyšetřila čas na prohlídky nemocnic. Přestože **rodiče nesouhlasili** s jejím rozhodnutím stát se ošetřovatelkou nebránili jí v návštěvách nemocnic ve městech, kam cestovali. Ona sama si pořizovala a uchovávala bohaté zápisky o všem, co se týkalo organizace a řízení nemocnic, hygieny, stavebního uspořádání jednotlivých oddělení a také práce lékařů. V roce 1846 se jí dostala do rukou ročenka Ústavu **protestanské Diakonie v německém Kaiserwerthu.** O čtyři roky později vstoupila do tohoto zařízení jako 31letá studentka ošetřovatelství. Po třech měsících se vrátila zpět do Anglie, kde pokračovala v prohlídkách nemocnic. V roce 1853 se stala **vedoucí Ústavu pro péči**

o nemocné šlechtičny v Londýně. Zde úspěšně **provedla řadu revolučních změn**: zavedla výtah pro jídlo z kuchyně přímo na oddělení, aby sestry nemusely chodit po schodišti s každým jídlem zvlášť; vymyslela a nechala nainstalovat signalizační zařízení od lůžka pacienta se zvonkem na chodbě; nechala rozvést teplou tekoucí vodu do každého patra nemocnice. Upřednostňovala pavilónový typ zařízení, ve kterém byli pacienti separováni podle chorob. Postupně se stala odborníkem na veřejné zdravotnictví.

V roce 1854 začala Krymská válka, ve které bojovaly Anglie a Francie proti Rusku. Florence napsala dopis válečnému sekretáři a nabídla mu pomoc. Současně ji též sekretář, **sir Sydney Herbert**, požádal, aby vedla ošetřovatelky vyslané do vojenské nemocnice. V říjnu se tak vydala s 38 sestrami (10 římskokatolických jeptišek, 14 anglikánských jeptišek, 14 sester bez vyznání) na cestu, která ji historicky proslavila. Sama chápala tuto misi jako velkou příležitost ukázat hodnotu ženy-ošetřovatelky ve vojenské nemocnici. Skutečnost na Krymu byla daleko horší, než ji popisovali váleční zpravodajové. Ve vojenské nemocnici zřízené z kasáren ve Scutari bylo ubytováno 2 300 pacientů. Nemocnice byla špinavá, zamořená krysami a blechami. Ve zpustlých kasárnách leželi na holé a špinavé podlaze nazí ranění a nemocní vojáci. Dostávali pouze jedno jídlo denně (někdy žádné), které jedli rukama. Neměli k dispozici záchody, ani jiná hygienická zařízení. Nemoci jako tyfus, cholera a průjmy zde byly častější a nebezpečnější než samotná zranění. Nově příchozím sestrám se dostalo od lékařů, kteří zde pracovali, velmi chladného a odmítavého přijetí. Zpočátku je k nemocným ani nechtěli pustit. Během prvního týdne pobytu však ošetřovatelky zprovoznily kuchyň a nemocní muži dostávali alespoň stravu podle svých potřeb. Nehledě na to se situace v nemocnici tak zhoršovala, že sami lékaři požádali Florence o pomoc. Brzy bylo uklizeno, byly vybudovány toalety, zřízena prádelna. Vojáci byli nasyceni a sestry konečně mohly poskytnout raněným ošetřovatelskou péči.

Pozice Florence se výrazně zlepšila. **Bojovala za práva nemocných, poukazovala na nedostatky systému** a také sama navrhovala změny. Chtěla **inovovat vojenské nemocnice** tak, aby se zde nemocní cítili jako doma. **Zavedla systém**, který umožnil, aby vojáci mohli pravidelně **posílat peníze domů svým rodinám**. Pro rekonvalescenty zřídila odpočinkovou místnost s čítárnou, psacími pomůckami, společenskými hrami. Během půl **roku se snížila úmrtnost raněných vojáků z neuvěřitelných 60 % na udivující 2 %** a ke konci války dokonce na 1 %. Domů se vrátila až s posledním pacientem jako skutečná hrdinka vojáků a jejich rodin. Protože chodila za vojáky i v noci, referoval o ní tisk jako o **paní s lampou**. Florence se nestarala jen o fyzické potřeby pacientů, ale pečovala i o jejich sociální pohodu. Poprvé v historii nemocní a ranění **vojáci dostávali nemocenské dávky**. **Negativní vliv** na její zdraví měla tzv. krymská horečka, kterou onemocněla, a která ji pravděpodobně nepříznivě ovlivnila na celý zbytek života. Historici se domnívají, že trpěla také **posttraumatickým syndromem** a syndromem z vyčerpání. Byla však schopná pokračovat v ošetřovatelské práci, v práci ve výchově a vzdělávání, a ve veřejném zdravotnictví. **Založila také fond**, do kterého mimo jiné přispívali i její bývalí pacienti-vojáci z Krymské války. Část peněz byla použita na otevření první ošetřovatelské školy. Florence se stala **národní hrdinkou a zakladatelkou moderního ošetřovatelství**.

Během Krymské války navštívila členy správní komise, kteří byli vysláni do pole, aby zkoumali vojenské vybavení a zdravotnická zařízení. Florence měla sice plno nápadů na změny, ale věděla, že v tehdejší době by se žena nemohla prosadit jako reformátorka. Navštívila proto osobně královnu Viktorii a prince Alberta a navrhla jim vytvoření **komise pro reformu vojenského zdravotnictví**. Komise byla ustanovena a Florence se vrátila zpět do práce. Shromažďovala data, školila členy komise a napsala osmisetstránkovou zprávu členům komise, kde detailně zpracovala data zjištěná ve vojenských nemocnicích. Jako první v historii vytvořila **a prakticky využila grafy a diagramy**, které prezentovala v publikaci **Zápisky o armádě a nemocnici**. Současně **navrhla nový systém vojenského zdravotnictví**. Každý člen komise dostal spolu s hlášením i její osobní komentář jak podané informace číst, aplikovat a využívat. Její šokující zpráva (zaslaná ještě během války, v zimě 1854) přiměla vládu k provádění změn. Už v létě 1855 byla otevřena nová nemocnice pro 300 vojáků a v prosinci druhá s 1 000 lůžky. **Budovy** měly samostatná křídla-oddělení s vlastní



pracovnou sester, záchodem, koupelnou, centrálním odpadem, s ventilací, lékárnou. Samozřejmostí byla kuchyně, prádelna, pekárna, kotelna a vodovod.

Ačkoliv nikdy nebyla v Indii, stala se **konzultankou a reformátorkou vojenství a zdravotnictví pro tuto oblast**. Po úspěšné reformě britské armády byla v roce 1858 požádána o pomoc při řešení zdravotnických a hygienických problémů v Indii. Úmrtnost vojáků v Indii byla nejvyšší ze všech anglických posádek vůbec (v roce 1859 to bylo 69 zemřelých na 1 000 vojáků). Na doporučení Florence zřídila královna Královskou komisi pro Indii. Florence sestavila dotazníky a rozeslala je všem jednotkám v Indii. Závěrečná zpráva komise, zpracovaná podle výsledků dotazníku, měla přes 200 stran. Florence z ní vytvořila 23 stránkový výtah doplněný grafy a obrázky. Kopie zaslala královně, vládě a všem zainteresovaným osobám k efektivnímu využití. Na reformě vojenského zdravotnictví Indie pak pracovala denně, více jak pět let. Byla také **konzultankou zdravotní péče o raněné a nemocné vojáky v občanské válce ve Spojených státech amerických, ve francouzsko-pruské válce, ve válce v Egyptě a Súdánu a ve válce v Jižní Africe**.

Na základě vzrůstajících dotazů a žádostí o rady sepsala v roce 1859 knihu **Zápisky o ošetřovatelství**. Publikace byla určena nejen sestřím, ale všem, kteří pečovali o nemocné. Florence **preferovala pět základních elementů**: ochrana zdravého prostředí, čistý vzduch, čistá voda, funkční odpady a světlo. Neměla ráda, když se pacienti dívali do čtyř holých stěn. Tvrdila, že různé barvy evokují různou odpověď, že květiny působí blahodárně a kurativně. O rok později byly Zápisky znovu vydány a v roce 1861 pak doplněny o kapitoly o ošetřování dětí. Těchto knih bylo tehdy po celém světě prodáno přes milion kusů.

V roce 1860 otevřela v Londýně svoji ošetřovatelskou školu při nemocnici sv. Tomáše. Už při stavbě dbala na každý detail. Florence sice nezaložila první školu ošetřovatelství, ale její pojetí bylo velmi rozdílné od předchozích škol. Třídy byly méně formální, mnoho předmětů vyučovali lékaři. Zpracovala také podrobný systém hodnocení každé studentky. Naopak studentky zase mohly hodnotit a kritizovat své učitele, a tím participovaly na příštích změnách. **Studium ošetřovatelství trvalo jeden rok**, v daném ročníku bylo 20-30 posluchaček. **Budoucí ošetřovatelky** byly ubytovány v určené části nemocnice ve vlastních pokojích se společným sociálním zařízením. Učily se jednak v klasických třídách a současně praktikovaly u pacientů v nemocnici, kde nosily speciální uniformy navržené Florence. S pomocí **fondy Nightingale, navštěvovalo školu i mnoho cizinek** (Dánky, Němky, Finky, Švédky, Francouzky).

Od roku 1864 pracovala Florence na projektech domácí ošetřovatelské péče, porodnice, vojenských kasáren. Byla první, která technicky **rozdělila poskytování ošetřovatelské péče** různým pacientům. Do té doby byli **muži, ženy i děti** umístováni společně na pokojích. **Zřizováním nemocnic pro duševně choré** oddělila duševně zdravé pacienty od psychiatricky nemocných. Intenzivně **studovala příčiny dětské úmrtnosti**, v roce 1871 publikovala knihu **Zápisky o šestinedělí v nemocnici**. Byla iniciátorem vzniku a **hlavním organizátorem Britské asociace sester** (1887).

Florence Nightingalová byla jednou z **nejvíce publikujících žen** v historii vůbec. Za celý svůj život napsala mnoho **knih, článků, zpráv a více jak 12 000 dopisů**. Většinou psala současně dva dopisy se stejnou tematikou: jeden úřední s oficiálním požadavkem, druhý byl soukromou verzí prvního za účelem navázání kontaktu mezi ní a příjemcem. V druhém dopise byly zpravidla instrukce a rady jak použít a využít oficiální verzi pro dobro věci.

Nikdy nebylo vidět, že by trpěla nějakou organickou nemocí, přesto byla pravděpodobně **od roku 1857 invalidní**. O čtyřicet let později definitivně ulehla na lůžko a byla na něj upoutaná až do konce života. Velice se jí zhoršoval zrak. Posledních 10 let byla úplně slepá. V roce 1907 ji **král Edward VII.**, jako první ženě v historii, předal **vyznamenání za zásluhy**. **Zemřela 13. srpna 1910 v Londýně**.

1.6.2 České diplomované sestry

Diplomovaná sestra Sylva Macharová

Sylva Macharová (1893-1968) byla **dcerou spisovatele Josefa Svatopluka Machara**. Narodila se 23. 6. 1893. Vystudovala lyceum v Hradci Králové a již tehdy se rozhodla být ošetřovatelkou nemocných. Proto se přihlásila do ošetřovatelské školy **v Rudolfinerhausu ve Vídni** a po jejím absolvování se vrátila v roce 1915 jako jedna z prvních diplomovaných sester do Prahy. Její otec spisovatel Josef Svatopluk Machar se stal kancléřem prezidenta Masaryka. Sylva začala pracovat v **sanatoriu v Podolí**, ale záhy byla přijata na chirurgickou kliniku prof. Kukuly a stala se **instrumentářkou** na operačním sále. Asistovala našim nejvýznamnějším chirurgům - profesorům Otakaru Kukulovi, Arnoldu Jiráskovi, Rudolfu Jedličkovi. S. Macharová hovořila česky, německy a anglicky. Byla velmi vzdělaná a zkušená, také byla jednou z mála českých sester, která měla diplom. **V roce 1920 se stala první českou nositelkou medaile F. Nightingalové**, nejvýznamnějšího sesterského vyznamenání, který uděluje Mezinárodní Červený kříž.

V roce 1923 byla Macharová jmenována ministerstvem zdravotnictví prostřednictvím Alice Masarykové **ředitelkou České ošetřovatelské školy**. Zástupkyněmi byly sestra Františka Růžičková a Emilie Ruth Tobolářová. S. Macharová převzala školu po Američankách (Parsons, Lentill, Kacena). Současně byla ředitelkou Německé ošetřovatelské školy, která měla společné vedení s českou, ale o její existenci (trvala od roku 1916 do roku 1945) jsou jen velmi kusé zprávy. Sylva se zasloužila o velký rozvoj ošetřovatelské školy, velmi dbala na vysokou odbornou úroveň. Během svého působení podstatně školu rozšířila, **na několika klinikách Všeobecné nemocnice v Praze vybudovala školní stanice**, na nichž žáky vedly školené diplomované sestry. Kromě učení připisovala velký význam rozvoji sester prostřednictvím sebevzdělávání. V internátním životě žáky organizovala společné návštěvy koncertů, výletů a podporovala vzájemnou pomoc a solidaritu. V roce 1923 se **provдалa** za veterináře dr. Alfonse Nováčka (za svědka byl TGM), se kterým odešla do Moravských Budějovic a vychovávala své dva syny.

V roce 1938 se vrátila do Prahy a starala se o svého nemocného otce (zemřel 1942). K milovanému **povolání se vrátila až v roce 1946** a pracovala na neurochirurgii ve střešovické **Vojenské nemocnici**. Po třech letech **musela z politických důvodů vojenskou nemocnici opustit**. Od roku 1949 pracovala na klinice prof. Jiráska jako vedoucí rehabilitačního oddělení. Do důchodu odešla v roce 1957. Sylva Macharová zemřela po těžké onkologické chorobě 19. ledna 1968.

Diplomovaná sestra Emilie Ruth Tobolářová

Emilie Ruth Tobolářová (1895-1973) je velkou postavou českého ošetřovatelství a ošetřovatelského školství. Pochází z rodiny rakovnického gymnaziálního profesora. Při pobytu **ve Švýcarsku**, kde se učila německy a francouzsky, se rozhodla odjet do **USA** a vystudovat ošetřovatelskou školu (to jí bylo 16 let), ale při vykonávání potřebné ošetřovatelské praxe pod vedením České diakonie v Jaroměři zmařila její plány 1. světová válka v roce 1914. Pracovala tedy dál v Jaroměři jako ošetřovatelka. Její sen se uskutečnil v roce 1917, kdy **začala studovat na České ošetřovatelské škole v Praze**. Patří tak mezi první absolventky - diplom získala v roce 1919. Již v roce 1920 byla jmenována **instruktorkou-školní sestrou a zástupkyní ředitelky školy** Sylvy Macharové. Československý červený kříž, který školu dostal do správy, vyslal řadu diplomovaných sester, se kterými se počítalo pro práci ve škole, do zahraničí - s. Březinová a s. Růžičková jely do USA, E. R. Tobolářová s několika dalšími do Paříže na **sjezd ICN**. Odkud byla **vyslána na 4 měsíce do ošetřovatelské školy při nemocnici sv. Tomáše v Londýně**. Po návratu domů však bylo její místo ve škole obsazené a tak pracovala jako sestra **ve Všeobecné nemocnici na klinice prof. Syllaby**. Ruth byla nejen velmi schopnou a svědomitou sestrou, ale **ovládala také několik jazyků** (němčinu, angličtinu, francouštinu a později i základy arabštiny).

V roce 1924 byla proto **povolána do Bagdádu, kde pracovala v první české nemocnici s MUDr. Kálalovou**, která nemocnici založila. Získala mnoho cenných zkušeností. Také vážně onemocněla, a proto se musela po dvou letech vrátit zpátky.

Po uzdravení nastoupila **zpět na místo první asistentky-školní sestry do ošetřovatelské školy v Praze** a po odchodu Sylvy Macharové z Prahy **v roce 1931 byla jmenována ředitelkou školy**. V této funkci rozvíjela vzdělávání sester v ČSR téměř dvacet let. Bydlela se svými žáky v internátní škole. Ve škole byla založená odborná ošetřovatelská knihovna. Ruth iniciovala napsání učebnic. Sama **přeložila populární Etiku v ošetřovatelství** od švédské sestry R. Rothe.

Žadatelek o studium ve škole bylo mnohem víc, než mohla škola přijmout, proto **zavedla před přijetím psychologické zkoušky**, na nichž spolupracoval známý psycholog dr. Váňa. Aby byl výběr žákyň co nejkvalitnější, **vytvořila systém elévek** (před přijetím do školy zájemci dobrovolně pracovali v nemocnici). Pokrok školy byl násilně **přerušen mobilizací a německou okupací, do školy byla zavedena němčina, v níž dokonce, v některých předmětech, probíhala výuka i zkoušky**. Ruth Tobolářová byla **zakládající členkou Spolku absolventek školy ošetřovatelské (1921)**, který se **později** přejmenoval na **Spolek diplomovaných sester**. V letech 1933-1935 byla jeho předsedkyní. Na II. celostátním sjezdu diplomovaných sester v roce 1931 **navrhla rozšířit výuku na ošetřovatelských školách na tři roky**. Své stanovisko k odbornému vzdělání ošetřovatelek z povolání vyslovil Spolek prostřednictvím R. Tobolářové na konferenci světských a řádových škol v roce 1934. Díky aktivitě členek výboru SDS **vznikl stavovský časopis Diplomovaná sestra**, jehož **první dvojčíslí vyšlo v roce 1937**. R. Tobolářová přednášela často v zahraničí. Byla členkou Mezinárodní nemocniční společnosti a spolupracovala s redakcí časopisu Nosokomeion i s Nadací F. Nightingalové. Byla respektovanou osobností mezi představiteli tehdejšího veřejného zdravotnictví. Přednášela na akcích Mezinárodní rady sester. V roce 1938 byl zřízen ošetřovatelský referát na Ministerstvu veřejného zdraví a tělesné výchovy v Praze, **nazvaný Ošetřovatelský poradní sbor**. Byly v něm zastoupeny 3 diplomované sestry - za Spolek diplomovaných sester jeho tehdejší předsedkyně Anna Rypáčková, za ošetřovatelské školy R. E. Tobolářová a za ministerstvo zdravotnictví sestra Marie Anzenbacherová.

Po válce muselo odejít z republiky mnoho německých sester a lékařů. Na jedné straně vznikl velký nedostatek personálu, na druhé straně enormně narostla potřeba zdravotnické péče o válkou zbídačené obyvatelstvo. Ruth Tobolářová ve své škole organizovala **ve spolupráci s SDS a ČSČK krátkodobé kurzy pro 40 vedoucích sester**, do nichž byly posílány nejlepší sestry z **pohraničních nemocnic**, kromě přednášek absolventky prodělaly praxi u klinických vrchních sester. Ruth **vypracovala učební osnovy pro výuku dětských sester**, které posoudila řada odborníků, např. prof. Švejcar, a s jeho pomocí se **zasadila o otevření tohoto oboru na své škole**. Ruth Tobolářová bojovala v letech 1946-1947 za **prostory pro ošetřovatelskou školu** a internát **na Karlově náměstí** v budově nově postavené polikliniky, avšak po komunistickém puči v roce **1948 byla záhy z funkce odvolána**, a tak její úsilí musely dovést do konce instruktorky, které ve škole zůstaly. **Nástupkyní** byla jmenovaná diplomovaná sestra **Anna Rypáčková** - poválečná sestra a představená Všeobecné nemocnice. Tobolářová ze zdravotních důvodů odešla do důchodu. **Žila pak celá léta v ústraní** - v podnájmu malého rodinného domku na Sázavě. Zemřela v roce 1973. Podle svých slov **spatřovala smysl svého života v sesterství** tj. v pomoci člověka člověku a ve výchově sester. Chtěla, aby získaly rozsáhlé odborné znalosti, ale zdůrazňovala i praktický výcvik. Kladla důraz na etickou stránku ošetřovatelské péče. Do konce života upozorňovala na nutnost, aby v čele ošetřovatelské (zdravotnické) školy stál zdravotnický odborník - sestra. Diplomovaná sestra Ruth Tobolářová **patří mezi nejvýznamnější osobnosti českého ošetřovatelství**.

Diplomovaná sestra Jarmila Roušarová

Jarmila Roušarová (1900–1979) se narodila v Praze 18. července 1900. Státní ošetřovatelskou školu v Praze navštěvovala v letech 1922-1924. Citujeme její vlastní slova: *...Rodiče jsem ztratila v dětství. Nebyla proto splnitelná moje touha studovat. A tak jsem čekala na dosažení plnoletosti, abych mohla opustit práci v obchodě. Toužila jsem po práci užitečnější. Často jsem vzpomínala na dlouhou chorobu své matky, na její pobyt v různých nemocnicích. Náhodné zjištění, že existuje dvouletá ošetřovatelská škola, mi ukázalo cestu k povolání, jehož volbu jsem nikdy nelitovala.*

Profesní dráhu Jarmily Roušarové lze rozdělit do čtyř úseků. Pracovala v nemocnicích, ve veřejné komunitní péči, v ošetřovatelském školství a ČSČK. Vždy šla tam, kde toho bylo nejvíce zapotřebí a všude za ní zůstal významný kus tvůrčí a obětavé práce. Po ukončení školy byla vybrána, aby pracovala na školní stanici na I. klinice vnitřních nemocí prof. Syllaby ve Všeobecné nemocnici v Praze. Zde **vedla práci žákyň**. Na klinice pracovaly pouze diplomované sestry a žákyně ošetřovatelské školy. Po roce přešla na infekční oddělení Městské nemocnice na Bulovce. Od dubna 1927 byla vyzvána k práci ve zdravotní stanici ČSČK v Praze na Hradčanech. Červený

kříž ji v roce 1928 vyslal na rok do **Mezinárodního kurzu pro sestry pracující ve veřejném zdravotnictví při Bedford College v Londýně**. Po návratu odešla pracovat do Brna, kde zastávala funkci vedoucí sestry **Ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách (OZSR)**. Významně se zde **podílela na budování terénní ošetřovatelské péče**.

Po půlročním studiu v roce 1930 na Vyšší škole sociální péče v Praze se opět vrátila do Brna jako referentka pro ošetřovatelství a lidovýchovu při moravskoslezské divizi ČSČK. Přípravovala otevření ošetřovatelských škol např. v Moravské Ostravě (1937), v Brně (1939), **rozšiřovala síť OZSR** v dalších moravských městech. Organizovala desítky kurzů, přednášela po celé Moravě a Slezsku péči o dítě, ošetřování nemocných v rodině, první pomoc, správnou výživu apod. Z Brna byla odvolána do **ústředí Čs. ochrany matek a dětí**, kde zastupovala v letech 1932-1934 za Annu Šindlerovou, která byla na studijním pobytu v USA. Po další praxi jako školní sestra ve Vršovcích nastoupila jako **instruktorka Masarykovy státní školy zdravotní a sociální péče**, založené při Státním zdravotním ústavu v roce 1926. Vyučovala ošetřovatelství, historii zdravotní a sociální péče, vedla školní knihovnu, **budovala školní stanice** ve Vinohradské nemocnici. Avšak rozdíl mezi výukou a nemocniční praxí byl tak velký, že se nakonec rozhodla odejít. V roce 1937 nastoupila v nemocnici na Bulovce (Bulovka měla v té době 1 200 lůžek), **nejprve jako řadová**, brzy jako inventární sestra a pak postupně přejímala odborný dohled nad ošetřovatelskou péčí a hygienou v celém ústavu. **Vypracovala pracovní náplň funkce sestry představené** (hlavní sestry celé nemocnice) a těsně před válkou **se stala první civilní diplomovanou sestrou**, která ve státním nemocničním zařízení v ČSR tuto funkci zastávala. Jarmila Roušarová zpracovala **detailně směrnice a popis ošetřovatelských úkonů** pro všechna oddělení v Pracovním a služebním řádu pro ošetřovatelský personál. Později ho **rozpracovala v první české učebnici ošetřovatelství - Pokyny k ošetřovatelské technice** (vyšla v roce 1947).

Po roce **1938 byla ze svého místa sesazena** a pracovala jako řadová sestra. V roce 1941 byla přeložena jako instruktorka do ošetřovatelské školy v Brně, kde prožila celou válku. Sestra Roušarová byla **aktivní členkou Spolku diplomovaných sester (SDS)**, v roce 1937 byla místopředsedkyní, později místojednatelkou. V roce 1937 se **účastnila mezinárodního kurzu organizovaného Nadací F. Nightingalové v Londýně**. V roce 1939 byla zvolena do výboru Společnosti čs. nemocnic. Její přednášky vycházely v časopisech *Diplomovaná sestra* a *Čs. nemocnice*. Další její publikací je knížka - **Žena v modrobílém**, která vyšla v roce 1948. Po válce byla J. Roušarová ústředím ČSČK vyzvána, aby převzala **přípravu a vedení nových ošetřovatelských škol ČSČK - Ošetřovatelské školy ČSČK v Praze - Neklanova ulice a Vyšší ošetřovatelské školy v Praze - Ječné ulici**. V roce 1946 díky dlouhodobému úsilí J. Roušarové a dalších představitelk českého ošetřovatelství se **podařilo obě školy otevřít**. Společnou ředitelkou byla jmenovaná Jarmila Roušarová. **Vyšší ošetřovatelská škola byla určena diplomovaným sestrám**, které se dále **připravovaly do funkcí vrchních sester, pro práci instruktorek** na ošetřovatelských školách nebo **sociálně-zdravotní práci v terénu**. Na svou dobu byla škola velice pokroková. V roce 1946 se Jarmila Roušarová významně podílela na **přípravě Jubilejního sjezdu diplomovaných sester v ČSR**, který pořádala Zemská ošetřovatelská škola v Praze u příležitosti 30. výročí založení školy. Udržovala čilé **mezinárodní kontakty** s řadou sester i sesterských organizací v zahraničí. Byla spolu s diplomovanou sestrou **Rypáckovou, Hennerovou a Anzenbacherovou vyslána do Londýna** na mezinárodní konferenci ošetřovatelek.

V roce 1950 byla Jarmila Roušarová **z funkce ředitelky školy odvolána**. Začala pracovat jako řadová sestra v **Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze - Podolí**. Zůstala však nezlomená a aktivní až do konce života (dožila se 79 let). V Podolí se záhy zapojila jako **jedna z prvních sester u nás do výzkumné práce**. Sledovala např. práci sester na novorozeneckých odděleních apod. Výsledky publikovala v **Pediatrických listech** a ve **Zdravotnické pracovnici**. Napsala mnoho odborných článků, její ošetřovatelské kapitoly se staly součástí několika lékařských publikací. Udržovala dál mezinárodní kontakty, účastnila se mnoha odborných akcí. Za svoji neúnavnou práci obdržela v roce **1960 titul Zasloužilá pracovnice ve zdravotnictví**. Po odchodu do důchodu v roce 1959 žila spolu s další významnou diplomovanou sestrou Martou Šindlerovou v Domově důchodců v Sulické ulici v Praze. Zemřela v roce 1979.

Diplomovaná sestra Marta Anna Šindlerová

Marta Šindlerová se narodila 10. května 1897 ve Zruči na Sázavou. Do svých 19 let pracovala, po absolvování obchodní školy, v kanceláři obchodního domu. Chtěla se však, inspirována Macharovou knihou Nemocnice, stát ošetřovatelkou a s nadšením **vstoupila do České ošetřovatelské školy v Praze ihned po jejím otevření** v roce 1916. Po ukončení školy nastoupila na interní kliniku prof. Maixnera, kterého záhy ve funkci vystřídal prof. Syllaba, velký příznivec nových diplomovaných sester. Po nástupu dalšího ročníku, v roce 1919, přešla sestra Šindlerová na gynekologickou kliniku prof. Piřhy, kde již byla práce a postavení diplomovaných sester pod vedením vrchní sestry Bártové na dobré úrovni. Postupně zde pracovala na pokojích nemocných, na ambulanci a **na operačním sále**, což bylo tehdy nejvyšší metou.

V roce 1922 byla sestra Marta vyzvána, aby se zapojila do práce tehdy velmi významné **organizace ČSČK. Začala jako jedna z prvních pracovat v terénu.** Prvním působištěm byla **Zdravotní stanice v Praze** na Hradčanech. Střídal se v ní **poradny a ordinace pro pacienty tuberkulózní, pacienty s pohlavními a kožními chorobami, poradny pro těhotné, začala fungovat návštěvní služba v rodinách, školní zubní poradna, lidovýchovné kurzy.** Pracovala zde do roku 1931. Mezitím absolvovala v letech **1925-1926 studijní pobyt v Anglii** a **Mezinárodní kurz veřejného zdravotnictví**, pořádaný Ligou Červených křížů při londýnské univerzitě. V roce 1930 vystudovala ve zkráceném šestiměsíčním programu Vyšší sociální školu v Praze. V roce 1931 přešla do **vedení ústředí Československé ochrany matek a dětí (OMD), které organizovalo převážnou část zdravotní, sociální a výchovné péče o matku a děti.** Zvláště důležitá byla činnost **poradenská.** V Čechách mělo tehdy **ústředí 344 poraden.** V Praze navíc **spravovalo mimo jiné i dětskou nemocnici v Krči** pod vedením přim. Quido Manna, který pořádal od roku **1926 první školení dětských sester.** Ty sice neměly diplom, ale pracovaly ve veřejných zdravotnických zařízeních i v rodinách. **Těžiště práce OMD** spočívalo v organizaci a ideovém **vedení venkovských odboček, místních spolků a poraden.**

V letech 1933-1934 vyslalo ministerstvo zdravotnictví sestru Šindlerovou na **studijní pobyt a studium do USA a Kanady.** Po návratu pracovala jako **instruktorka a zástupkyně ředitele Masarykovy státní školy zdravotní a sociální v Praze**, ale dlouho se zde nezdržela. Měla pocit, podobně jako J. Roušarová, že změnit neutěšené podmínky praxe, i přes podporu A. Masarykové a dalších významných osobností, není možné, a tak se v roce **1937 vrátila ke své lásce - práci v ČSČK.** Šířila a organizovala práci sester v terénu jako referentka ošetřovatelství české divize. M. Šindlerová byla také velmi **aktivní členkou Spolku diplomovaných sester (SDS).** Patří k **zakládajícím členkám Spolku absolventek školy ošetřovatelské (SAŠO),** které založily první české diplomované sestry z popudu amerických sester již v roce 1921. Spolková činnost se zaměřila především na postupné **zvyšování společenské prestiže ošetřovatelského povolání.** Za podpory některých věhlasných lékařů se Spolek zdárně rok od roku rozrůstal. Hájil zájmy svých členek, usiloval o trvalé zlepšení odborné úrovně a vzdělávání sester. V letech 1926-1927 byla Šindlerová **předsedkyní SAŠO,** který připravil svůj první sjezd. V roce 1928 se přejmenoval na Spolek diplomovaných sester. M. Šindlerová pracovala v různých funkcích výboru, kterým byla pověřena přivést na svět a redigovat samostatný sesterský časopis. To se jí podařilo v roce 1937, kdy vyšlo **první číslo časopisu Diplomovaná sestra.** Redigovala ho až do roku **1941** - tehdy byl SDS rozpuštěn a **vydávání časopisu zastaveno.** Během války se vedení SDS neformálně scházelo. Členky připravovaly mimo jiné program další činnosti SDS, až bude moci obnovit svou existenci, připravovaly reformu ošetřovatelství a vzdělávání sester pro poválečné období. V roce 1940 po zrušení ČSČK přešla M. Šindlerová na Ministerstvo sociální péče a zdravotní správy do funkce referentky a brzy pak **vedoucí Ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách,** kterou řídila až do konce války. Její zásluhou vyšly pro tuto službu, i když dvojjazyčně německo-česky, velmi užitečné jednotné směrnice, na nichž začala pracovat již ve dvacátých letech sestra Mánková. **Angažovala se i mimo zaměstnání** - rodinám ilegálních pracovníků, **kterí byli věznění, doručovala potravinové balíčky.** Při pražském povstání v roce 1945 pomáhala organizovat ošetřovatelskou **službu a první pomoc pro raněné na barikádách.** V Praze se přihlásilo do 20 ošetřoven 360 dobrovolnic. Po osvobození M. Šindlerová na ministerstvu zdravotnictví zůstala na nově vytvořeném ošetřovatelském oddělení a **v roce 1948, po vstupu do KSČ, převzala funkci**

přednostky. Zde jí čekala velká práce. Začala s **budováním nových civilních ošetřovatelských škol**, hledala cesty jak sjednotit různorodé vzdělání a tedy i typy ošetřovatelek, které vznikly jak před válkou, tak zejména během ní (sestry s kurzem, sestry diplomované, ošetřovatelky dětí, elévky, sestry s dlouhou praxí bez vzdělání apod.). Některým z nich byly pak uděleny mimořádné diplomy, další se doškolovaly při zaměstnání. Ošetřovatelské oddělení **MZ připravovalo nové zákony, organizovalo vysílání našich sester do zahraničí** (např. do USA v roce 1946 v rámci akce UNRRA), organizovalo konference vedoucích pracovníků škol, náborové propagační akce, řídilo organizaci škol po stránce odborné, právní, hospodářské a správní. Podporovalo otevření Vyšší ošetřovatelské školy v Ječné ulici v Praze. Proto se ošetřovatelské oddělení MZ postupně rozšiřovalo.

V roce **1951** byla M. Šindlerová v rámci akce **70 000 lidí z administrativy do výroby** přeřazena s dalšími odbornými pracovníky do terénu a ministerstvo musela opustit. K lůžku se již ve svých 53 letech netroufala a nastoupila, jako zdravotní sestra v ordinaci pro dorost na středisku ve Spálené ulici v Praze. Jejich kvalit si záhy všiml vedoucí lékař a jmenoval ji do **funkce krajské dorostové sestry**. Vedle práce v ordinaci organizovala **v rámci kraje preventivní periodické prohlídky zejména učňovského dorostu a dělnické mládeže, budovala náplň práce dorostových sester** - návštěvy na pracovištích, školách, sledování stravy, ubytování, zdravotní výchova apod. V roce 1959 odešla M. Šindlerová do důchodu. Ve stáří žila se svou kolegyní a celoživotní přítelkyní Jarmilou Roušarovou v Domově důchodců v Sulické ulici v Praze. Obě i ve vysokém stáří se zájmem sledovaly vše nové co se v ošetřovatelství dělo. **Za celoživotní práci v ČSČK** byla odměněná v roce 1967, kdy jí Mezinárodním červeným křížem byla **udělena medaile Florence Nightingalové**.

Diplomovaná sestra Anna Rypáčková

Anna Rypáčková (1896-1978) pochází z malé vesnice u Bechyně v jižních Čechách. V sedmi letech **oboustranně osiřela**. Nejprve se o ní starala teta, později starší sestra, za kterou Anna odešla do Vídně. Zde prožila I. světovou válku. Po válce již jako mladá dívka neprodleně spěchala do Prahy. Živila se hlídáním dětí a v letech 1922-1924 absolvovala Českou ošetřovatelskou školu. Jako čerstvá diplomovaná sestra **nastoupila do Všeobecné nemocnice na I. interní kliniku**. V té době se **začaly zakládat při klinikách různé typy odborných poraden**. Postupně vznikla poradna diabetologická, poradna kožní a pohlavních chorob, tbc poradna, poradna pro kardiaky apod. I. klinika chorob vnitřních, kde sestra Anna kmenově pracovala, se tak postupně stala centrem sociálně zdravotní služby, které sloužilo i jiným klinikám. Tak se sestra Rypáčková stala **první nemocniční sociálně zdravotní sestrou v Československu**.

V roce 1938 se centrum ve Všeobecné nemocnici osamostatnilo a Anna začala zajišťovat jeho provoz **včetně návštěvní služby v rodinách pacientů**. Říkalo se jí fantom nemocnice, jak ve svých vzpomínkách sama uvádí. V roce 1925 byla **povolána na hrad, aby ošetřovala jako první česká diplomovaná sestra prezidenta Masaryka** (předtím se o něj v době nemoci starala americká sestra Miss Lentell, která pracovala jako členka mise Amerického Červeného kříže v České ošetřovatelské škole). Za dobrou péči ji prezident **odměnil vysláním na stipendijní pobyt do Londýna**. Anna Rypáčková byla aktivní členkou výboru Spolku diplomovaných sester. Účastnila se mezinárodního kongresu ošetřovatelek v Londýně v roce 1937. Byla **poslední předválečnou předsedkyní Spolku diplomovaných sester**, jehož činnost byla ukončena v roce 1941. Za protektorátu se při své sociálně zdravotní činnosti snažila **předávat balíčky židům v Terezíně** a finanční podporu rodinám lidí uvězněných v koncentračních táborech.

V rekreační chatě SDS ukryla na čas řadu lidí. V roce 1942 byla zatčena a odsouzena na dva a půl roku do káznice s návratem nežádoucím. Byla uvězněna ve Walthemu u Drážďan. **Po vypršení trestu ji přemístili do Terezína, kde pracovala jako vězenkyně-ošetřovatelka v Malé pevnosti.** Odtud putovala do Ravensbrücku. Ve vězení se zřejmě seznámila s Marií Zápotockou, manželkou jednoho z dalších, již dělnických prezidentů. Po osvobození A. Rypáčková nastoupila **zpět do Všeobecné nemocnice v Praze, a to jako první civilní sestra představená.** V nemocnici po odsunu německých sester a lékařů nastal velký nedostatek personálu. A. Rypáčková vybrala řadu zkušených diplomovaných staničních sester do funkce vrchních sester, organizovala nábor

školou připravených pomocných sester a elévek. V nemocnici **organizovala řadu kurzů a odborných přednášek pro personál**. Týkaly se nejen odborných otázek, ale i odborové činnosti, veřejné práce žen atd. **Pomáhala při otevírání nových ošetřovatelských škol** např. v Ústí nad Labem, Českých Budějovicích, Písku, Mostě, Táboře, Plzni apod.

Anna Rypáčková **věnovala část svého profesionálního života Všeobecné nemocnici**. Zde také **založila Revoluční odborové hnutí**. Byla rovněž velmi aktivní **členkou Revolučního národního výboru Prahy**, v němž zastupovala sestry. Činnost SDS se již po válce neobnovila, jeho bývalé představitelky, v čele **s předsedkyní Rypáčkovou, dovedly členky pod křídla revolučních odborů. České sestry tím ztratily na 30 let nejen samostatnou profesní organizaci, ale i členství v ICN**. V roce 1946 obdržela **stipendium Rockefellerovy nadace k ročnímu pobytu v USA**, kam odjela počátkem 1947. V tomtéž roce byla Mezinárodním červeným křížem **vyznamenána medailí F. Nightingalové**. Po návratu domů začala **uplatňovat získané zkušenosti**: schůze s vrchními sestrami, **pracovní a služební řády** a další **organizační opatření** zlepšující práci sester v nemocnici. Ihned **po únoru 1948** však vystoupila do popředí její politická orientace a angažovanost. Akčním výborem nemocnice byla již v březnu ustavena **ředitelkou ošetřovatelské školy v Ječné ulici** za okamžitě propuštěnou R. Tobolářovou. Personál školy se výrazně ztenčil, zůstalo v ní jen několik instruktorek, s nimiž mohla A. Rypáčková počítat. Později byly přijaty další politicky spolehlivé sestry z klinik. **Zmizely dospělé žákyně, zdravotnické školy se staly středními školami a přijímaly žákyně ve 14-15 letech**. Ošetřovatelská škola se v roce 1949 přestěhovala z Ječné do Belgické ulice a ztratila internát.

Anna Rypáčková vyvinula velké úsilí o **vybudování nového internátu na Karlově náměstí**, kde se také vyučovalo ošetřovatelské technice. Výuka teoretických předmětů probíhala ve škole v Belgické ulici, kam se přestěhovala i administrativa školy. Do čela školy byla jmenována učitelka všeobecných předmětů podobně jako v dalších SZŠ a A. Rypáčková byla **jmenována správkyní pro zdravotní předměty a ředitelkou internátu**. V internátě organizovala pro žákyně mnoho kulturních akcí. Znamé byly např. kulturní pátky, na něž zvala do internátu řadu umělců. Internát vybavila krásnými uměleckými díly. I po únoru 1948 měla Anna dveře na Hrad otevřené, o čemž svědčí např. osobní pozvánka Marie Zápotocké na oficiální přátelskou besedu na neděli 25. září 1955. V roce 1956 ve svých 60 letech dostala titul **Zasloužilá školní pracovnice ve zdravotnictví**. Pak ještě pracovala v Ústavu hematologie a krevní transfúze a zapojila se do práce ČSČK. A. Rypáčková patří mezi výrazné osobnosti českého ošetřovatelství.

Přehled prvních diplomovaných sester

Přehled prvních diplomovaných sester:

- Marie Anna Hupková-Honzáková (*1883),
- Emilie Gizela Bártová (* 1885),
- Božena Březinová (+ 1925),
- Vilma Černá (+ 1923),
- Sylva Macharová (1893-1968),
- Anna Marie Šindlerová (*1897),
- Josefa Anděla-Křivánková (1889-1980),
- Marie Anzenbacherová (1898-1970),
- Emilie Ruth Tobolářová (1895-1973),
- Marie Jitka Nápravníková-Pazorková (1897-1987),
- Jarmila Roušarová (1900-1979),
- Jarmila Röslerová-Hennerová (*1899),
- Julie Molnářová (1886-1963),
- Marie Karen Trpišovská (1900-1972),
- Anna Rypáčková (1896-1978),
- Miluše Kapslová (1892-1961).

doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.

Narodila se 12. února 1938 v Boskovicích na Moravě. Zdravotnickou školu studovala ve Svitavách a ve zdejší nemocnici (od roku 1956) **pracovala na chirurgickém oddělení**. Její schopnost pracovat s mladými lidmi, schopnost předávat jim znalosti a zkušenosti využila **zdravotnická škola ve Svitavách** v roce 1960, když zde začala pracovat jako odborná učitelka. Ve stejném roce **zahájila studium na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy, obor psychologie-péče o nemocné**. Dráha vysokoškolské učitelky byla nakonec jejím životním posláním. Před vysokoškolské studenty (mediky i sestry) se poprvé postavila v roce 1968. Tehdy se stala **odbornou asistentkou na III. interní katedře Fakulty všeobecného lékařství UK** v Praze a začala úzce spolupracovat s **prof. MUDr. Vladimírem Pacovským, DrSc.** a **doc. MUDr. Jiřím Neuwirthem, CSc.** Podle jejích vlastních slov bylo právě setkání s těmito dvěma lékaři pro její další profesní dráhu velmi důležité. Byli jí dobrými rádci a také **profesionálními vzory**. V roce 1988 získala vědeckou hodnost CSc. Díky svému postavení ve vědeckých kruzích dokázala posunout ošetřovatelství, v povědomí zdravotnické i laické veřejnosti, o hodný kus dopředu.

Po sametové revoluci byla v roce **1990** jmenována **docentkou Karlovy univerzity**, i když návrh na habilitační řízení byl podán již dříve. V tomto roce také souhlasila s nabídkou tehdejšího ministra zdravotnictví prof. MUDr. Pavla Klenera, aby **vedla odbor vzdělávání a vědy na Ministerstvu zdravotnictví**. Po této cenné zkušenosti se v roce 1993 vrátila na 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy do Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství, kde do posledních chvil vzdělávala mladé sestry v bakalářském a magisterském studiu ošetřovatelství. Po ukončení svého působení na ministerstvu se začala také znovu věnovat své práci v **České asociaci sester**. V roce 1971 stála u vzniku České společnosti sester a v roce 2000 sledovala její sloučení s Českou asociací sester (ČAS). Její aktivní spolupráce s ČAS spočívala **ve zvyšování prestiže ošetřovatelské profese**, v upevňování postavení ČAS jako garanta odbornosti. Díky ní se podařilo v České asociaci sester spustit dobrovolnou registraci. Od roku 2001 byla předsedkyní registrační komise ČAS. V posledních měsících svého života dokonce **spolupracovala s MZ ČR** na vyhlášení, která **upravuje registraci** nově, podle zákona. Za největší úspěch, který se jí podařil ve spolupráci s MZ ČR, považovala **vydání Koncepce ošetřovatelství v roce 1998**, na které pracovala jako členka Rady pro rozvoj ošetřovatelství, tehdejšího poradního orgánu hlavní sestry MZ ČR.

Byla **autorkou 162 publikací** v odborných časopisech, 4 učebnic ošetřovatelství a byla spoluautorkou 51 titulů - učebnic, učebních textů a monografií. Působila **v redakčních radách** časopisů Zdravotnická pracovnice, Onkologická péče a International Journal of Nursing Practice. **Časopis Sestra** v průběhu let, kdy byla **předsedkyní redakční rady**, změnila do dnešní podoby. Spolupráce **v mezinárodním měřítku** byla založena např. na jejím **členství ve Workgroups of European Nurse Researches - WENR** (1985-1995), kde reprezentovala Českou společnost sester a dokonce v letech 1991-1994 vykonávala funkci předsedkyně výkonného výboru. Od roku 1991 byla členkou Sigma Theta Tau - Honour Society of Nursing, Fitchburg, USA a od roku 1997 členkou Transcultural Nursing Society, USA. Od roku 1981 spolupracovala také s WHO/EURO, např. na vydání učebních textů pro sestry států Východní Evropy **LEMON** (Learning Material of Nursing). **Za svoji práci získala Čestné uznání České společnosti sester**, Čestné členství v české lékařské společnosti J. E. Purkyně, Čestnou medaili Univerzity Karlovy k 650. výročí jejího založení, pamětní list děkana 1. lékařské fakulty, získala titul **Sestra roku 2001** za celoživotní dílo.

V posledních letech se věnovala zejména **přednáškové činnosti** na téma individualizovaná ošetřovatelská péče, ošetřovatelský proces, sledování kvality ošetřovatelské péče, vzdělávání sester, výzkum v ošetřovatelství, geriatrické ošetřovatelství apod. nejen na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, ale působila po celé ČR. Přednášela nejen sestřím v oblasti zdravotnictví, ale také např. v oblasti sociální péče. Jejím největším koníčkem posledních let však byla historie ošetřovatelství. Shromáždila pozoruhodné množství nejen historických informací, ale také nejruznějších předmětů, včetně vzácných tisků spojených s ošetřovatelstvím v ČR. Byla významným pedagogem, vědeckým pracovníkem, zaníceným odborníkem, hlavně dobrým člověkem a přítelkyní.

Literatura:



- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- CUŘINOVÁ, Ladislava. *Stručné dějiny oborů: medicína a sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Scientia, 2002. ISBN 978-80-7183-254-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena; HEŘMANOVÁ, Jana; STAŇKOVÁ, Marta. a kol. (a)1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. ISBN 978-80-7013-234-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena; HEŘMANOVÁ, Jana; STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. ISBN 978-80-7013-244-2.
- HEINZ, Schott a spol. *Kronika medicíny*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, spol. s. r. o. 1994. ISBN 978-80-85873-16-8.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství. 2000. ISBN 978-80-85866-55-2.
- JAROŠOVÁ, Darja. Florence Nightingalová. In: *Ošetřovatelství*. 2001, 3(1-2), 3-4. ISSN-1212-723X.
- KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: IDV ZP, 1992. ISBN 978-80-7013-123-3.
- MASTILIAKOVA, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství - systémový přístup*. 3. dotisk, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-80-246-0429-9.

2 Historie ošetřovatelství, osobnosti ošetřovatelství

2.1 Historický pohled na vývoj ošetřovatelství

Poznání historie umožňuje objasnit a pochopit postavení a úroveň ošetřovatelství v jednotlivých obdobích, tj. poznat a interpretovat minulost, analyzovat přítomnost a současné problémy, ale také prognózovat budoucnost ošetřovatelství.

Historický vývoj péče o zdraví, kterého součástí je i ošetřovatelská péče, ovlivňovaly společenské a sociálně-ekonomické podmínky. Značný vliv na ošetřovatelství měly kulturní tradice, náboženství, války, rozvoj medicíny, sociální a hospodářská situace a celkový stav zdraví obyvatelstva.

Kořeny ošetřovatelství sahají hluboko do minulosti. Ošetřovatelství je možné rámcově rozdělit do třech historických období, a to na ošetřovatelství **neprofesionální, charitativní a profesionální**.

2.1.1 Neprofesionální ošetřovatelství

Neprofesionální ošetřovatelství (laická péče) je historicky nejdelším obdobím. Člověk je obdařený svobodnou vůlí, která ho odnepaměti podněcovala, aby pomáhal sobě a ostatním. Ne nadarmo se hovoří: „Pomoz si člověče a pán Bůh ti pomůže”. Už v nejstarších dobách měl člověk vnitřní potřebu starat se o sebe, o své zdraví a zdraví svých blízkých. Touha udržovat si zdraví souvisela s přežitím jedince, rodiny a sociální skupiny. Dominantní postavení v ošetřovatelské péči zastávaly ženy. Vědomosti, zkušenosti a zděděnou moudrost si odevzdávaly z pokolení na pokolení. Na léčení a ošetřování používaly přírodní zdroje, nemocné ošetřovaly v jejich domácnosti. Tento způsob ošetřování a péče přetrvával až do příchodu křesťanství, a v určitých podobách existuje dodnes.

2.1.2 Charitativní ošetřovatelství

Charitativní ošetřovatelství se vyvíjelo spolu s křesťanstvím. Orientovalo se na péči o specifickou skupinu lidí, především nemocných, chudých, opuštěných dětí a jedince odkázané na pomoc druhých. Rozvoj charitativního ošetřovatelství **souvisel se zakládáním mnišských řádů, klášterů, útulků, hospiců a nemocnic**. Vzpomenout je třeba řády, které se věnovaly zejména ošetřovatelství a opatrování nemocných a odkázaných na pomoc druhých. Alžbětinky z Řádu sv. Alžběty poskytují své ošetřovatelské služby nemocným v rámci svého osobitého poslání, kterým je konání skutků

milosrdenství. Zakladatelem církevního řádu milosrdných bratrů je **Jan z Boha**, který dostal titul **nebeského patrona nemocnic a nemocných a patrona ošetřovatelství**. Poslání Sester svatého kříže je vykonávat charitativní, sociální a pastorační služby.

Charitativní ošetřovatelství mělo značný význam nejen proto, že umožňovalo ošetřovat chudé a opuštěné, ale také proto, že soustřeďovalo zkušenosti předcházejících generací, obohacovalo je a odevzdávalo je i mimo klášterní zařízení. Charitativní ošetřovatelství se zaměřovalo především na uspokojování nezákladnějších potřeb života, tj. na zabezpečení přístřeší, poskytnutí stravy, na hygienu, duchovní podporu. Charitativní ošetřovatelství ovlivňuje vývoj a další zaměření ošetřovatelství a ošetřovatelského vzdělání několik století a působí dodnes.

2.1.3 Profesionální ošetřovatelství - organizovaná zdravotní péče

Profesionální ošetřovatelství se rozvíjelo spolu s rozvojem medicíny, se vzděláním v medicíně a se vznikem nemocnic. Úzce souvisí s jeho zakladatelkou Florence Nightingalovou, ale určitá profesionální příprava, kterou vyžadovalo fungování nemocnic a veřejného zdravotnictví, už fungovala předtím. Lékař postupně potřeboval ke své práci pomocníka, který by prováděl jeho pokyny a který by na nemocného trvale dozíral jak v domácnostech, tak v nově vznikajících špitálech. Pokrokové prvky v zdravotnické péči se výrazně začaly uplatňovat až v **osvícenském období tereziánskými a josefínskými reformami** (1717-1780). V roce 1753 byla ustavena funkce krajských a městských fyzikusů. Z jejich podnětu zabezpečovala městská správa opatření, které se týkalo především hygieny. Zdravotnický personál byl podřízený jedné osobě, a to předsedovi zdravotní správy říšské komise. Norma z roku 1770 upravovala právo a povinnosti všech zdravotnických pracovníků.

Od poloviny 18. století byly při lékařských fakultách zakládány první **všeobecné nemocnice** – v r. 1785 v Brně, 1778 v Olomouci a v r. 1790 v Praze. Vzdělání ošetřovatelek nebylo v tomto období institucionalizované. Sestry-ošetřovatelky se učily v nemocnicích od lékařů, porodních bab a od svých starších kolegyň. O profesionálním ošetřovatelství začínáme hovořit od období „**reformace ošetřovatelství**“. Na profesionální ošetřovatelství měly velký vliv především tři významné osobnosti, kterých činnost byla motivovaná utrpením raněných na bojištích. Jde o **Florence Nightingalovou**, ruského chirurga **Nikolajeviče Ivanoviče Pirogova** a **Henryho Dunanda**, zakladatele Červeného kříže.

Florence Nightingalová (1820-1910) se pokládá za zakladatelku profesionálního ošetřovatelství, a zároveň za první teoretičku v ošetřovatelství. Její čtyři zásady: čistota, dobré a vlídné zacházení, dostatečná výživa a přívětivé slovo - se na dlouhé období staly mottem a kritériem ošetřovatelské péče. Vytvořila základy ošetřovatelského vzdělání, protože se přičinila o vznik **školy ošetřovatelek při nemocnici sv. Tomáše v Londýně v roce 1860**. Vydala knihu „**Poznámky o ošetřovatelství**“, která byla r. 1874 přeložena do sedmi jazyků včetně češtiny. Nightingalová prosazovala ošetřovatelství jako autonomní povolání. Dáma s lampou, jak jí volali ranění vojáci, se stala pro veřejnost symbolem ošetřovatelství. Den narození Nightingalové (12. květen) byl vyhlášen za **Mezinárodní den sester**.

Zásluhou profesionálního ošetřovatelství vznikla v roce 1899 v Londýně „Mezinárodní rada sester (Internacional Council of Nurses - ICN), která je federací národních sesterských organizací. Jejím cílem a posláním je zlepšit zdravotní péči, kvalitu ošetřovatelských služeb a sociálně-pracovní podmínky sester. Mezinárodní rada sester (ICN) uděluje každoročně sestrám cenu F. Nightingalové.

2.2 Vývoj péče o zdraví

Bolest, utrpení, choroby a smrt ohrožovaly a sužovaly člověka odpradáva. Na jejich odvrácení vynakládal všechny své síly, což se odrazilo ve vývoji péče o zdraví.

2.2.1 Péče o zdraví před naším letopočtem

O chorobách a léčitelnosti v době před objevením písma nás jen nedostatečně informují nálezy na kostrách, které potvrzují výskyt zubního kazu, chorob čelistí, zlomenin, opotřebenosti kloubů, ale také nádorů a zánětlivých chorob kostní dřevě a mozku. Už **v mladší době kamenné** se po úraze lebky **dělaly trepanace kamennými škrabkami**.

Autentické údaje o léčitelnosti poskytují také písemné záznamy ze starověkých civilizací v Egyptě a Mezopotámii. K nejstarším medicínským textům (okolo r. 2100 před n.l.) patří Lékařské kompendium z Nippuru napsané sumerským klínovým písmem, které obsahuje asi 15 receptů na přípravu léků.

Hlavními doklady o medicíně faraónů jsou: **Ebersův papyrus** - souborný spis o různých oblastech tehdejší medicíny (vnitřní lékařství, speciální prostředky pro děti, těhotné apod.) a **Smithův papyrus** o ošetření ran.

Pravděpodobně nejstarší právní úpravou poskytování zdravotnické péče je **Chammurapiho zákoník**, ve kterém babylonský král Chammurapi (okolo r. 1760 před n.l.) mimo jiné, stanovil také zásady pro práci lékařů. Ustanovuje také **honoráře pro lékaře** a tresty za omyly neschopných lékařů, které odpovídaly staroorientálním představám práva: „oko za oko, zub za zub“. Největším trestem bylo useknutí rukou.

2.2.2 Antická medicína

Rozvoj medicíny v Řecku úzce souvisí s řeckou filozofií, která v 5.-6. století před. n. l. chápala přírodu jako všemocnou, určující vznik, vývoj a zánik všech jevů. Řekové vysvětlovali všechny jevy racionálně jako přírodní a přirozené jevy, a tak položili základy vědecké medicíny už v době klasické antiky. Koncepti o zdraví a nemoci, kterou vytvořil Hipokratés a jeho žáci (Galenos a jiní), trvalo a dominantně ovlivňovalo vývoj medicíny v křesťanském i arabském světě.

Zakladatelem racionální a empirické medicíny byl **Hipokratés** (okolo r. 460 před n.l.), který se právem považuje za otce medicíny. Při léčbě pacienta postupoval na základě bedlivého pozorování projevů zdraví a nemoci. Léčba měla obnovit a zachovat původní přírodní a „kosmickou“ rovnováhu (stav před onemocněním), která byla nějakým způsobem porušena. Lékař tedy v anamnéze zjišťoval příčiny a původ nemoci a vytvářel si i představu o průběhu a dalším vývoji (prognóze). Vyšetření mělo dospět ke stanovení nemoci (k diagnóze). Pacienty rozdělil do konstitučních typů - cholerik, sangvinik, flegmatik a melancholik.

Tradici Hipokratovy lékařské rodiny později úspěšně rozvíjeli jeho synové Drakos a Thessalos i zeť Polybos. Tak vznikla na ostrově Kós samostatná, tzv. **Kóská lékařská škola**. Hipokrates sám se stal po smrti héróem (polobohem) a byl kultovně uctíván. Takzvaná **Hipokratova přísaha** tvoří dodnes základ lékařské etiky. Je pravděpodobné, že tato nejznámější část proslulé sbírky Corpus Hippocraticum nebyla vlastním Hippokratovým dílem, vyjadřovala však jeho morální zásady. Klade velký důraz na osobnost lékaře. Z etického hlediska je v ní nejdůležitější zdůraznění principů svědomí a povinnosti dbát za všech okolností zdraví a blaha nemocného, neškodit, ale vždy pomáhat.

V rodinné lékařské tradici pokračovali na řeckém ostrově Kós také jeho synové a zeť **Polybos**, který naplno rozvinul koncepci tzv. **humorální fyziologie člověka** - učení o čtyřech šťávách lidského těla - krev, hlen, žlutá a černá žluč. Jejich poměr určoval nemoc nebo zdraví. Zdravý organismus musel být naplněn **tělesnými tekutinami** „symetricky“, potom bylo tělo v jakési „harmonii“, která mu dodávala sílu. Polybós ovšem vzájemné poměry tělesných tekutin nijak přesně nestanovil,

omezil se pouze na stanovení jejich základního množství a na charakteristiku jejich základních vlastností a funkcí.

Ve **starém Řecku** vznikl i pojem „dietetika“, který ovšem nejprve představoval **nauku o správné životosprávě**. Tato nauka zahrnovala péči o všechny části lidského těla (**soma**) a duše (**psyché**). Správný životní styl a denní režim přizpůsobený individuálním potřebám byl považován za základ obrany před onemocněním a také za hlavní předpoklad úspěšné léčby.

V 2. století n. l. **Galenos**, vedle Hippokrata nejvýznamnější lékařská osobnost antiky, podrobně a systematicky **rozvinul učení** o chorobách s využitím Hippokratova **učení o kvalitách, živlech** (oheň, voda, vzduch a zem) a **šťávách**. Podle jeho humorální patologie je příčinou všech chorob **nerovnováha tělesných šťáv** (dyskrasie): krve - sídlo v srdci, hlenu - sídlo v mozku, žluté žluči - sídlo v játrech, a černé žluči - sídlo ve slezině. Při diagnostikování špatného poměru šťáv v lidském těle Galenos upřednostňoval posuzování pulsu a moče. Galénova koncepce humorální patologie (humores = šťávy) platila až do 19. století.

Téměř ve všech zemích okolo Středozemního moře volali lidé v případě onemocnění na pomoc **boha lékařství Asklépia**, Apollónova syna. Asklepiónův kult a prosba o boží pomoc při léčbě, byly typickými projevy tzv. **theurického konceptu medicíny**. **Kněží v Epidauru** rozšířili božskou rodinu Asklépia. Bůh lékařství měl později manželku Epionu (Mírnou) a několik dcer, z nichž všechny vynikaly schopností léčit a uzdravovat nemocné. Nejznámější z Asklepiónových **dcer** se stala **Hygieia** (Zdraví, odtud výraz „hygiena“), které pomáhaly Akeso, Laso a Panakeia (Všelécící, odtud řecký výraz panacea = všelék). Podle obrazů v dílech výtvarného umění tvořily **hlavní atributy boha lékařství zvířata - had a pes**. Stejně jako jiní bozi (Zeus, Apollón) vystupoval i Asklepión často v podobě hada. Had byl vůbec v celém starověku považován za tvora s léčebnou silou, protože dokázal setřít nákazu jazykem a zahřát chladné tělo ovinutím. Pes podle tehdejších představ uzdravoval a probouzel k životu pouhým olizováním nemocných míst lidského těla. Pes jako atribut božstev zdraví byl doložen především ve starém Orientu (Mezopotámie, bohyně Gula). Přiřazení obou zvířat k Asklepiovi dokazuje velmi **dlouhou tradici mýtických představ o léčitelství a panteonu bohů**. **Asklepiova hůl**, kolem které se vine had, byla původně jenom tenkou hůlkou, která sotva mohla podpírat nemocného. Zatím přesně nevíme, kdy a jak vůbec došlo k tomu, že se hůlka s hadem **stala symbolem lékařského povolání**. Symbolem světského lékařského povolání se Asklepiova hůlka stala až ve středověku a její používání jako znaku léčitelství přetrvalo až do dnešních dnů.

V **Římě** se zformovala **silná opozice proti šíření znalostí řeckých lékařských škol**. Řecká medicína měla již pevné teoretické základy. Hlavními odpůrci jejího šíření v Římě se tehdy stali především přívrženci staroitalského **lidového léčitelství**, které vykonávali lidé bez předchozího vzdělání. Lidové léčitelství stále ještě používalo **magických a rituálních prostředků** ve spojení s podáváním osvědčených domácích léčiv. Římané pokládali lékařské studium podle řeckého vzoru za zbytečné, neboť vycházeli z přesvědčení, že inteligentní a všeobecně vzdělaný římský aristokrat překoná řeckého teoretika. **Zdravotní péči na římských usedlostech zajišťoval otec rodiny** (pater familias). Staral se o zdravotní stav členů své rodiny a služebníků podle staré tradice sám. Často pořizoval podrobné **záznamy** o nejčastějších onemocněních a o způsobu jejich léčby. Tak se i mezi rolníky postupně prohlubovaly znalosti péče o zdraví.

Římané stavěli pro své vojáky a otroky (jen zdravý otrok pracuje) **nemocnice - valetudinária** (z lat. valetudo = zdraví). Valetudinarium ve Veteru mělo stavební formu typickou pro římskou nemocnici: do budovy se vstupovalo halou, která vede k příčnému sálu. Uprostřed byl umístěn vnitřní dvůr, který byl obklopen sloupy a budovami, v nichž se podél střední haly nacházely místnosti pro nemocné. Sanitární zařízení byla nezvykle komfortní: koupelna měla tři přívody teplé, vlažné a studené vody. Záchody byly vybaveny splachováním. K personálu vojenských nemocnic

se počítali vedle táborových lékařů též znalci léků, písaři a inspektoři. V civilních valetudinariích pracovali jako lékaři i otroci („servis medici“).

Ve vojsku existovala organizovaná lékařská služba; od dob císařství byli ke každé z devíti kohort přiděleni čtyři lékaři a stejný počet jich sloužil u pěti městských kohort. Lékaři sloužili i v legiích a na lodích římské flotily (medici legionum, medici ordinarii).

Dějiny nemocnic začínají na křesťanském západě založením „velké nemocnice“ nedaleko Caesareje (dnes Kaysereji v Turecku) Basilejem Velikým (kolem r. 330 - 379). Legendární předchůdkyně nemocnic se skládala z řady menších domků seskupených podle vzoru egyptských „mnišských vesnic“ předchůdců středověkých klášterů, kolem kostela. Po r. 700 vznikaly rané formy nemocnic v duchu křesťanského poselství o milosrdenství a lásce k bližnímu. Původně byla tato útočiště určená pro chudé cizince jako tzv. **xenochódia** (řec. xenos = cizinec, dochión = přijímání) - domovy pro cizince. **Služba bližním**, kteří potřebují pomoc, je **rovnocenná se službou Bohu** a stává se hlavním motivem dění nemocnic.

2.2.3 Medicína ve středověku

Vývoj západní medicíny v období mezi antikou a novověkem **dělí historici medicíny na klášterní** (r. 400-1130) a **scholastickou**¹ (r. 1130-1500), a vývoj **východní medicíny na byzantskou** (r. 400-700) a **arabskou** (r. 300-1300). Vzorem pro středověké „klášterní lékařství“ se stala péče o nemocné v klášteře Monte Cassino u Neapole, který **založil Benedikt** - zakladatel řehole benediktínů a evropského řeholnictví. Pod vlivem jejich charitativní a léčitelské činnosti vznikaly postupně další významné kláštery. Jejich **původní zaměření poskytovat nocleh** pocestným a nemocným se rozšířilo o péči o nemocné.

Některá **xenodochiá**, která dal **papež Štefan II** (752-757) zrenovovat, nazývali **hospitalia**² nebo **infirmaria**. V klášterních špitálech pracovali mniši a jeptišky jako ošetřující a léčitelé a podávali nemocným léky, které sami vyrobili z léčivých bylin. **Lorská kniha léků** z r. 795 je **prvním dokladem klášterní medicíny**. Do Uherska pozval benediktiny okolo r. 1000 král Štefan a oni postavili kláštery na vrchu Zobor nad Nitrou.

Vrchol klášterní medicíny v 12. století ztělesňuje **abatyše Hildegarda z Bingenu**, která při křesťanských představách o nemocech uměla také používat léčivé prostředky na posílení těla.

K nejvýznamnějším **arabským lékařům** středověku patřil **Rhazes z Persie** (r. 865-925), nazývaný také **arabským Hippokratem**. Ve svých dílech zprostředkoval vědomosti antických lékařů a současníků - arabských a indických lékařů. Tak například perský lékař Rhazes nejenom že sepsal 33 chorobopisů, ale poprvé podrobně popsal neštovice a spalničky. Arabští lékaři obohatili také oční lékařství. Učebnice očního lékařství popisuje 130 očních nemocí, je nejvýznamnějším spisem svého druhu celého středověku, a Ammár ibn Alí z Mosoulu, vysával jím sestrojenou dutou kovovou jehlou slabý oční zákal. Praktický význam měla kromě toho zkouška reakce zorničky na světlo při stanovení diagnózy operovaného zákalu. Učil o léčivých účincích hudby.

Okolo r. 1030 perský osobní lékař kalifův z Bagdádu **Avicena** ovlivněný Hippokratem, Aristotelem, Galénem a Rhazesem, **napsal Kánon lékařství**, ve kterém využívá medicínské vědomosti starého světa. Kánon medicíny, skládající **se z pěti knih**, se podle vzorového uspořádání dělí na všeobecnou teoretickou medicínu, popis léčivých látek, popis nemocí od hlavy k patě (lat. a capite

¹ *scholastika* (lat. schola = škola)

² *špitál* (hospital, z lat. hospes = host, pocestný nebo cizinec) souvisí se slovem „hospitalium“ (lat. pohoštění, hostinec), ze kterého se vyvinulo francouzské označení „hôpital“ (špitál, nemocnice) i „hôtel“ (hotel, hostinec). V angličtině dnes znamená „hospital“ nemocnici nebo kliniku.

ad celkem), chirurgii, nauku o horečkách a nauku o použití léčiv. Avicena se narodil roku 980 v Afšadě nedaleko Bucharu, v deseti letech znal zpaměti korán a množství beletrie. V šestnácti letech ovládal už všechny vědy, jejichž znalosti si později jen prohluboval. Jako dědic velkého majetku vedl potulný život na dvorech perských vládců, kde působil jako **státník, lékař, astronom a spisovatel**. Jeho prostopášný život ho dovedl v roce 1037 k předčasné smrti. Avicenuv tezi, že srdce je pramenem síly, která napájí krevní soustavu tepen, uplatnil anglický fyziolog Williams Harvey jako východisko výzkumu o krevním oběhu více jak 600 let později (r. 1628). Avicena předpokládal, že nákazu způsobují neviditelní živočichové, kteří se šíří vzduchem a vodou a je možné je zničit varem.

Ve 12. století vznikají na evropských kláštrech a soukromých školách **první univerzity**, významné **pro vzdělání lékařů**. Měly vlastní správu a soudní pravomoc.

Ze staré lékařské školy v Montpellier vznikla roku 1187 lékařská univerzita. V Bologni vznikla r. 1111 právnická univerzita, v Paříži kolem roku 1200 teologická a artistická univerzita. V Neapoli založil roku 1224 císař Fridrich II. první státní univerzitu. Na všech univerzitách se studovaly především „**artis liberalis**“ (gramatika, rétorika, dialektika; geometrie, aritmetika, astronomie a muzika). K obsahu **učiva medicíny** patřila v Montpellier, Parmě a Bologni kolem roku 1250 anatomie, patologie, terapie a hygiena. Od roku 1302 byly v Bologni prováděny **cvičné pitvy na lidských mrtvolách**.

Vznik univerzit podmínil také rozvoj vyučovacích metod. Pevné schéma vyučování z tohoto období se nazývá **scholastika**, které chyběla především provázanost s lidovým a praktickým léčitelstvím. Ti, kteří získali doktorský titul, zůstávali obyčejně na univerzitě a **léčili jen zlomek obyvatelstva**, protože léčbu si mohli dovolit jen bohatí. To ještě více oddělovalo lékařskou teorii od praxe, která se v následujícím období pokládala za řemeslo.

První **pevná pravidla** pro povolání lékaře, která **oddělovala lékaře od lékárníka**, a rozsáhlejší **zdravotní pořádek** vydal římskoněmecký **císař Fridrich II.** r. 1231ro své Sicilské království. Nikdo nemohl vykonávat lékařskou praxi pod ochranou doktorského titulu, pokud předtím nebyl vyzkoušený. Až po **studiu**, které trvalo **osm let**, a **roku praxe pod vedením lékaře**, udělil na Sicílii absolventovi povolení.

Podobná ustanovení vyšla v následujících letech také v dalších evropských zemích. V zdravotních předpisech se už **rozdílovala farmacie a medicína**. Provoz lékárny musel povolit stát, musela se vést kniha povolených léků a zaplacených poplatků.

Rozvoj měst koncem **13. století** přinesl také zájem měšťanů o zdravotnickou péči. Začaly vznikat první **špitály zřizované městem**. Městské špitály spravovala rada, místní farář a často také zástupce léčitelské řehole, jejíž členové ošetřovali nemocné v duchu klášterního společenství. **Prvním pražským špitálem zřejmě byl kupecký špitál v Týně**, který byl mezinárodním kupeckým střediskem. Jeho existence je spolehlivě doložena v první polovině 13. století. Roku **1234 založila sestra českého krále Václava I. Anežka špitální klášter Na Františku** na Starém Městě pražském. Špitály byly zakládány v královských městech městskými radami a významnou aktivitu v tomto směru projevovali představitelé církve a církevní řády.

Nedostatečná hygiena vedla zvláště ve městech k epidemiím. První **morová epidemie** v Evropě se rozšířila za císaře Justiniána v letech 531-566; druhá vlna moru přišla roku 1347 z Asie pře Orient do střední Evropy. Je známá jako „černá smrt“. **Mezi lety 1347 až 1352 zemřelo asi 25 miliónů lidí, tj. 25-30 % veškerého obyvatelstva**.

Založení Karlovy univerzity v Praze r. 1348. Událostí svým významem daleko přesahující 14. století, se stalo založení pražské univerzity (později s názvem Karlova), která byla první univerzitou na sever od Alp a na východ od Paříže. K založení univerzity si Karel IV. vyžádal souhlas papeže. **Zlatou bulu** o založení univerzity pražské vydal císař římský a král český Karel IV. dne 7. dubna 1348 z moci českého krále, pro České království a jeho lid. Univerzita Karlova měla od svého

založení **čtyři fakulty**, vstupní artistickou a další tři - teologickou, právnickou a lékařskou. Podmínkou k nastoupení lékařského studia bylo absolvování artistické fakulty. **Prvními učiteli medicíny** na pražské lékařské fakultě byl absolvent Sorbonny Mikuláš z Jevíčka, a Baltazar z Toskány, pravděpodobně absolvent univerzity v Padově. Výraznou osobností je **Mistr Křišťan z Prachatic** (asi 1366 -1439), **autor řady spisů o medicíně**, matematice a astronomii, a hlavně tzv. Jader - pokynů, jak se chránit před nemocemi a jak je léčit.

Od přelomu **14. a 15. století** byl učitelem na lékařské fakultě pražské univerzity **osobní lékař českého krále Václava IV.**, a na čas také pražský arcibiskup, **Mistr Albín z Uničova** (1358-1427), jehož **spisy o správné výživě, ochraně před nemocemi a dietetice** byly známy také na některých zahraničních univerzitách. Popsal různé epidemické nemoci, byl dobrým pozorovatelem a terapeutem. Svému nikterak asketickému králi byl jistě příjemným lékařem. Pacientům totiž radil, aby se neutápěli v útrapách a starostech, protože - jak tvrdil - „Non est potus nisi vinum, non est cibus nisicaro, non est gaudium nisi mulier”³. Kolej lékařské fakulty - „schola medicorum” - jejíž provoz byl zajištěn nadacemi a rozsáhlou knihovnou, byla v Kaprově ulici na Starém Městě pražském. Výuka zde probíhala obvyklým scholastickým způsobem, nekonaly se pitvy lidského těla a také praktická chirurgie a porodnictví zde nenacházely uplatnění. Jedinou praktickou výukou byly návštěvy studentů v botanické zahradě.

2.2.4 Medicína v období renesance

Ničivé morové epidemie (černá smrt) ve středověku (r. 1347) způsobily jednu z **největších otřesů v dějinách lidstva** a poukázaly na **neschopnost tehdejší medicíny řešit závažné problémy zdraví**. Tato zklamání a pohromy vyústily do renesance (znovuzrození). Do období, kdy nastal pravděpodobně **rozhodující obrat k moderní vědecké medicíně**. Období renesance charakterizuje velký zájem o medicínský výzkum. Pozorováním a experimentováním se rozšířily hranice poznatků, přičemž se v mnohém zachovala věrnost antickým tradicím. Zásadní vliv na medicínu tohoto období mělo především: **objevení knihtisku, rozvoj alchymie a farmacie, důkladné zkoumání těla**.

ad 1. **Objevení knihtisku** zásadním způsobem ovlivnilo šíření informací, což mělo neocenitelný význam také v medicíně. Roku **1456 v Mohuči vyšla první tištěná kniha s lékařskou tematikou**, kalendář na určení vhodného termínu pouštění žilou v roce 1457. Od této doby byla skoro všechna významná díla dostupná v knižní podobě, což mělo pozitivní vliv na vývoj medicíny v celé Evropě a současně nám poskytuje informace o její úrovni a problémech.

ad 2. **Rozvoj alchymie a farmacie** v pozdním středověku a raném novověku. Převahu měla remedia, která se získávala převážně z rostlin, o čemž svědčí bohatá **herbářská literatura**. V ní se postupně v průběhu 16. století tak zdokonalila kresba rostlin, že při jejich sběru nemohlo dojít k záměně a podle receptů bylo možné léčit některé choroby i bez lékaře. Lékařskou autoritou tohoto období je nepochybně léčitel, teolog a alchymista **Paracelsus** (1493-1541).

Oporou jeho nového lékařství byly „čtyři sloupy” - filozofie (nauka o přírodě), **astronomie** (vliv hvězd na lidský život), **alchymie** (příprava léků) a **„cudnost”** jako léčivá síla lékaře, která je dána od Boha.

Rozvinul **iatrochemii**⁴ (z gr. iatros = lékař), která **vycházela z myšlenky látkové přeměny probíhající** v těle a má původ v antice. Paracelsus jako první používal chemické substance ve

³ Není nápoje kromě vína, není pokrmu kromě masa, není radosti kromě ženy.

⁴ *iatrochemie* - z gr. iatros = lékař, vychází z myšlenky látkové přeměny v lidském organismu. Veškeré tělesné pochody jsou podle Paracelsa řízeny z jednoho silového centra (nazývaného „archeus”), z něhož vycházejí veškeré životní síly. To je duchovní princip, jenž přejímá jakožto „vnitřní alchymista” úlohu „kováře a kuchaře”, aby proměnil živiny v tělesné látky.

velkém rozsahu na vnitřní léčení (iatrochemická léčba), například modrou skalici, sloučeniny arsenu apod. Paracelsus zakládá své iatrochemické učení na třech principech („tria prima“), které se nalézají ve všech přírodninách, rostlinách, zvířatech, minerálech, kovech a rovněž i v lidském těle. „Sulphur“ (síra) je všechno, co hoří a je samozápalné. „Sal“ znamená sůl a je to ona pevná látka, která jako popel nebo kal zůstává po shoření nebo zahřívání v destilačních nádobách. Co neshoří a ani nezůstává na zemi se nazývá „Mercurius“, vzniká v dýmu sublimací na studených stěnách alchymistických nádob. Nepříznivé míšení tří principů vede k onemocnění. Specificky účinné léky připravovali komplikovanými chemickými technikami, které měly uvolnit čisté (duchovní) síly, které měly vypudit z těla rozhodující příčinu choroby - chorobná „semena“. Chemické přípravky se od časů antiky používaly v ranhojičství k vnější aplikaci. **Paracelsus** jako první **zavádí vnitřní užívání chemických látek** ve velkém objemu, mimo jiné, vedle chloridu antimonitého, modré skalice a sloučenin arsenu a vizmutu, také chloridy zlata a přípravky obsahující olovo. Paracelsovo učení se prosazovalo jen postupně v „boji“ s přívrženci galénismu. **Chemiatria** získala univerzitní uznání, přednášela se studentům medicíny a léky, které se vyráběly na základě jejich předpisů, se mohly prodávat v lékárnách.

ad 3. **Důkladné zkoumání těla**, které **přineslo velký pokrok v anatomii**. Více objevů otráslo důvěrou k antické představě o stavbě organismu. Pravděpodobně prvním anatom **Leonardo da Vinci** (1452-1519) začal používat **názorný model „skleněného člověka“**. Na jeho kresbách je možné vidět průsvitný trup, v něm vnitřní orgány a v hloubce cévy. **Andreas Vesalius** (1514-1564) napsal anatomické dílo „**Sedm knih o stavbě lidského těla**“, která se stala základem novodobé anatomie. Odhalil více jak 200 omylů a nepřesností staré anatomie. **Malý krevní oběh** přesně popsal v tomto období **Realdo Colombo** (1516-1559), **Bartolomeo Eustachi** (1520-1574) se věnoval **anatomii ucha** apod.

2.2.5 Medicína v 17. století

Proces vynaňování se medicíny z vlivu antické humorální fyziologie v 17. století dále pokračoval. Nesl se ve znamení dalšího rozvoje Paracelsovy iatrochemie a vzniku **iatromechaniky**, která chápala **všechny projevy života ve zdraví a nemoci jako mechanické úkazy**, které se dají vysvětlit pomocí zákonů fyziky a mechaniky.

Na podkladě této koncepce r. 1628 **William Harvey** vypracoval mechanisticko-matematický **model velkého krevního oběhu**, ve kterém je srdce ústředním hnacím motorem. Prokázal, že všechny **život se vyvíjí z vajíčka** (omne vivum ex ovo). Proto se zárodek vytváří teprve pozvolným novotvořením a diferenciací jednotlivých orgánů, což Harvey nazval epigenesis. Vychází z Harveyovy teorie, vznikají pokusy o **podávání léků do žíly**. **První zmínka o vnitro-žilní injekci podané člověku** obsahuje kniha Clytmatica nova (Nový způsob klystýrů) **Johanna Sigismunda Elsholtza** (1623-1688). Elsholtz se již od r. 1661 zabýval pokusy s injekcemi, nejprve na mrtvém lidském těle (mimo jiné na utopenci), potom na psech. Vstříkoval různé tekutiny (např. víno, pivo, roztok opia) do žíly psům, pozoroval jejich chování a tím ověřoval správnost nauky Williama Harveye o krevním oběhu.

Později městský lékař ve Vratislavi **Matthäus Gottfried Purmann** (1648-1721) **popsal první injekční podávání**, které Elsholtz prováděl **klystýrovou stříkačkou** ve spolupráci s plukovníkem chirurgie na třech vojácích. První z nich měl bérkový vřed na levé noze. Elsholtz mu nechal otevřít větev bérkové žíly a za pomoci malé stříkačky do ní vstříkoval 30g jitrocelové vody, připravené destilací. U druhého a třetího vojáka využil Elholtz příležitost pouštění žilou při horečce, případně při kurdějích (skorbutu) a rovněž jim nechal podat destilovanou rostlinnou vodu.

Johann Daniel Major (1634 -1693) byl profesorem lékařství a botaniky v Kielu. V roce 1668 se rovněž rozhodl vstříkovat člověku injekce a jeho přínos pro zavedení této metody je velmi významný. Použil při tom, zvláštní **stříbrnou stříkačku**, která mu dovoľovala **poměrně přesné dávkování** injekčního roztoku po 0,6 gramu. Ačkoliv jistě nebyl prvním lékařem, který podal takovou

injekci, **obrátil pozornost na tuto metodu** svými spisy Prodrumus inventae a se chirurgiae infusoriae (Předzvěstí mnou objeveného léčení vléváním, z r. 1664) a Chirurgia infusoria (Léčba vléváním, z r. 1667). K podávání injekcí se používala **dlouhá stříbrná jehla**, připevněná ke koženému měchýři, v něm byl vstříkovaný roztok. Při aplikaci (obvykle na předloktí) jedna lékařova ruka přidržovala jehlu v ráně, a druhá pozvolným tisknutím měchýře vtlačovala jeho obsah jehlou do žíly. Takovýto primitivní způsob podání musel ovšem pacienta značně poškodit, zejména zanesením choroboplodných zárodků do jeho krve. Různé látky, které se hodí k injekčnímu podání, rozdělil Major na tišící, ležící, zachovávající a posilující. Podle jeho názoru zodpovídají za zhoubné horečky změněná viskozita a hustota krve, které zadržují pot; chtěl proto **nálevem (infusio)** tekutin zředit krev a tím léčit nejen horečku, ale také neštovice a další choroby.

V tomto čase **začaly také pokusy** o transfúzi krve, nejdříve **mezi zvířaty** a potom ze zvířete na člověka. Mnozí fyziologové se pokoušeli tento objev experimentálně potvrdit. Prováděly se především **krevní převody (transfuze)** mezi zvířaty, a to v šedesátých **letech 17. století** v Anglii, Německu, Francii a Itálii. O jejich následcích se spekulovalo takto: když se ovci převede psí krev, stane se ovce kousavou, a naopak, když se psu podá ovčí krev, narostou mu rohy a vlna. **První převod krve se zvířete na člověka** provedli dva Francouzi., matematik a později osobní lékař krále **Jean Baptista Denis** (asi 1635 až 1704) a chirurg **Paul E. Emmnerez** (zemřel 1690) dne 15. června 1667 v Paříži. Patnáctiletému chlapci, který trpěl horečkami, a byl po opakovaném pouštění žilou velmi zesláblý, podali, údajně bez škodlivých následků, cizí krev. Pozdější pokusy o transfúzi měly pochopitelně až do začátku **20. století krajně riskantní charakter a vedly posléze k zákazům jakýchkoli transfuzí**. O transfúzi se potom podrobně diskutovalo jako o možném léčebném výkonu, úspěšně se však realizoval až na počátku 19. století.

Italský lékař a fyziolog **Santorio Santorio** (Sanctuarius, 1561-1636) jako první **zavedl měření fyziologických funkcí**. Sestrojil mj. rozmanité **váhy, teploměry, hydrometry a pulsilogia**, které užíval ke svým měřením. Vynalezl teploměr a zjistil, že organismus ztrácí vodu neviditelným odpařováním plícemi a kůží (perspiratio insensibilis). Na základě Santoriova objevu „neviditelného vypařování“ byly později zavedeny různé potní kúry.

Do výzkumu se **zavedly jednoduché mikroskopy**, které umožnily poznání jemných struktur těla a otevřely oblast zkoumání původců chorob. Předpokládá se, že první vznikly v Holandsku okolo r. 1600. Jednoduché mikroskopy jsou malé čočky s krátkou ohniskovou vzdáleností, s nimiž se velmi složitě zachází. Navzdory všem téměř uměleckým konstrukcím převažoval až do poloviny osmnáctého století jednoduchý mikroskop nad složeným. Optický systém složeného mikroskopu sestává ze tří částí: objektiv, čočka pole (sběrná čočka, která se až v osmnáctém století stala součástí okuláru) a okulár. Tento systém se obtížně nastavuje do soustředěné polohy a ruší u něho barevné jevy, vznikající nestejným lomem paprsků.

Průkopníkem mikroskopické anatomie byl italský lékař anatom **Marcelo Malpighi** (1628-1694). Podařilo se mu množství objevů, např. v ledvinách Malpighiho tělíska.

I když se v **17. století** zaznamenal vzestup vědeckých poznatků, v lékařské praxi dále převládala koncepce galenismu, z které pramenily všeobecně používané „**všeléky**“ - **pouštění žilou, projímadla, klystýry**. Kritiku tohoto přístupu je možné najít i mimo medicíny, např. v dílech herce a dramatika **Jean-Baptist Moliere** (Zdravý nemocný), který **zesměšňoval váženost lékařů** na dvoře Ludvíka XIV. Například král Ludvík XIII. dostal od svého dvorního lékaře v jednom roce 212 klystýrů, 215krát byl léčen projímadlem a 47krát mu pustili žilou. **Medicína se stala módní záležitostí**. Nemoci krále a jejich léčení osobními lékaři vyvolávaly velkou pozornost a vedly se o nich podrobné záznamy. Především proti králově chuti k jídlu se lékaři pokoušeli podávat projímadla a klystýry. Nejčastěji dostával král tzv. projímavý bujón, jehož podstatou bylo telecí maso, cikorka, šťovík, hlávkový salát a několik koleček citrónu. Tekutina pro klystýry sestávala obvykle z odvaru ibiškového kořene, lístků divizny a lněného semene. Do toho se přidávaly čtyři unce růžové vody a

tři unce mandlového oleje. Základem lehčích klystýrů byl odvar z mouky. Klystýry byly až do devatenáctého století často užívány a měly různé formy a složení. Aplikovali je lékaři i lékárníci.

Proti koncepci galenismu stála koncepce chemiatrie, kterou založil Paracelsus. K typickým chemiatrickým prostředkům patřily opiáty, železité a rtuťové přípravky a chinidin, který přivezli z Ameriky Španělé. Jeho specifický účinek proti malárii potvrdil také vynikající lékař, **Angličan Thomas Sydenham**, a tak chinidín splnil ideál parcelsovske medicíny - lék s účinkem speciálně jen na jednu chorobu.

Vychází protimorový spisek Jana Amose Komenského (1592-1670) Zpráva kratičká o morním nakažení z příčin zvláštních v čas přímoří v Lesně polském. Komenský v něm připomíná **nutnost vzájemné pomoci obyvatelstva** a navrhuje proto stanovit **obyvatelům úkoly v péči o nemocné a při prevenci**. Také v některých dalších svých spisech se Komenský zabýval zdravotnickou problematikou. Zejména jeho **Informatorium školy mateřské** (1628) obsahuje řadu **zdravotně výchovných rad** pro chůvy a matky malých dětí. Cílem Komenského byla výchova dětí v tělesně i duševně dokonalé osobnosti. Za velkého nepřítele zdraví dětí a mládeže označuje alkohol a připomíná střízlivost starých Sparťanů. Velkou důležitost přikládá stravě, varuje před mlsností a upřednostňuje prosté a střídmé jídlo, k pití vodu. Jako obranu před nemocemi doporučuje otužování a tělesnou čistotu, kterou staví na roveň čistotě mravní. **Správná životospráva má vést k vývoji osobnosti**.

2.2.6 Medicína v 18. století

Rozvoj medicíny v 18. století **ovlivnilo osvícenství**, které **vycházelo z bezmezné důvěry v možnosti rozumu a vědy**. Navazovalo na myšlenky renesance a humanismu a ve vědě si vytýčilo cíl poznat a ovládnout přírodu. **V medicíně vznikly a osamostatnily se nové obory**: fyziologie jako věda o činnosti zdravého organismu, dětské, kožní, oční, zubní, ušní, soudní, válečné lékařství apod. Také porodnictví a **chirurgie dostává nové možnosti**, zejména zdokonalením své výuky. Velký rozvoj zaznamenalo především interní lékařství.

Významně se **změnila výchova lékařů**. Základním znakem nového přístupu byla **výuka u lůžka nemocného v nemocnici**. Od r. 1714 Boerhaave (holandský lékař a chemik) organizoval v nemocnici svaté Cecílie klinickou výuku u lůžka nemocného. K dispozici měl dvanáct lůžek (šest pro ženy a šest pro muže) a dvakrát týdně u nich vyučoval studenty. Seznámil je s jednotlivými pacienty a příznaky jejich nemoci, popsal průběh choroby, diagnózu a léčení. Tento přístup se **brzy proslavil v celé Evropě** jako vzor praktické výuky lékařství. Klinická pozorování se porovnávala s pitevními nálezy, čímž se instruktivní účinek vyučování výrazně zvýšil.

Významné **změny nastaly v organizaci zdravotnické péče**. Vlády států si začaly uvědomovat, že nemohou déle ponechávat péči o zdraví občanů a boj proti nákazám náhodě, nebo činnosti léčitelů a kontrolovat jejich činnost na základě povolovacích zkoušek. Na konci století se začala formovat také **nauka o veřejném zdravotnictví**, o čem svědčí také kniha **Johanna Petra Franka** (1779-1872) **Systém všeobecné zdravotní policie**.

V 18. století se mění **péče o duševně nemocné**, jejichž osud patří mezi nejsmutnější stránky vývoje evropské civilizace. Klidné duševně nemocné přijímali do péče obyčejné klášterní špitály. Hrozný osud měli neklidní duševně nemocní, které zavírali, **drželi v poutech**, v nehygienických podmínkách. Jediným **léčebným prostředkem byly karabáče a studená voda**. První oddělení pro duševně nemocné vznikla ve Francii a stala se vzorem také pro jiné země. **Od řetězů osvobodil** tyto nemocné **Philippe Pinel** (1745-1795), který odmítl potrestat duševně nemocné a tvrdil, že si zasluhují ohled, **přátelský přístup a pochopení**. Odmítal trestání, kterému byli vystaveni, a podle něho měla přispět k zlepšení jejich stavu přiměřeně lehká a smysluplná práce a slova útěchy. **Samostatné ústavy pro duševně choré** se objevily r. 1751 v Londýně, r. 1776 v Novgorodě, r. 1784 ve Vídni, **r. 1790 v Praze**. Řeholní řád sv. Alžběty zřídil v Praze **Na Slupi** r. 1722 nemocnici

určenou původně pro ženy. V ní byla vyhrazena místa pro ošetřování klidných duševně chorých žen. Pro duševně choré kněze bylo r. 1783 na pokyn císaře Josefa II. zřízeno oddělení v nemocnici Milosrdných bratří, a od r. 1784 byla duševně chorým mužům vyhrazena celá špitální budova u sv. Bartoloměje. Když byl v r. 1789 zřízen na Karlově chorobinec jako náhrada zrušených klášterních špitálů, bylo v něm rovněž oddělení pro klidné duševně choré staré muže a ženy. V Čechách byl **první samostatný ústav pro duševně choré otevřen až 1. listopadu 1790 v rámci pražské Všeobecné nemocnice** (dnes slouží jako administrativní budova fakultní nemocnice na Karlově náměstí).

Vznikl **vědní obor chirurgie. Založením Královské chirurgické akademie** v Paříži (r. 1731) se lékaři-chirurgové **jasně oddělili od řemeslných chirurgů** (ranhojiči, lazebníci a holiči), kteří nebyli lékaři. Řemeslní chirurgové byli uznáni jako léčitelé. Akademicky vzdělaní chirurgové byli považováni za lékaře (medici, physici), ačkoliv byli podle medicínského zařazení v 18. století - vedle lékařů, lékárníků a porodních bab - státními autorizovanými zdravotníky. Postavení ranhojičů upravili Habsburkové v rámci tereziánských reforem Generálním zdravotním pardonem (r. 1753) a Říšským zdravotním pardonem (r. 1770). Měli oprávnění léčit téměř všechny nemoci a zranění, s výjimkou vnitřních nemocí a jejich léčení pomocí léků. **Ranhojič musel mít výuční list a osvědčení o zkoušce.** Teprve potom mohl vykonávat ranhojičskou živnost. Byla mu přidělena oblast a mohl zaměstnávat několik tovaryšů a dva učně. Byl organizován v cechu ranhojičů. Od r. 1776 směli ranhojiči **provozovat drobnou chirurgii** jako živnost, těžká poranění mohli ošetřovat jen za přítomnosti aprobovaného lékaře. Provozovali oční, krční, nosní a ušní lékařství, chirurgii, urologii, ortopedii, dermatologii, zubní a soudní lékařství. Jejich význam pro zdravotní péči lidu nebyl doceněn. **Chirurgie se stává vědou. Vzniká nauka o obvazování a o technice ošetřování.** Prosazovaly se nové **operační nástroje a chirurgické metody** (u léčby šedého zákalu, tracheostomie, amputace).

V r. 1630 vzniklo první **porodnické oddělení** v pařížské nemocnici (Hotel Dieu), které **vedla vrchní „babice“**. K oddělení patřila také škola pro porodní báby. **Základy moderního porodnictví položil Francois Mauriceau** (1637-1709), který ve své knize podal přesné pokyny pro normální průběh porodu, objasnil techniku obrácení dítěte apod.

Průkopníkem **pracovního lékařství, pracovní hygieny a sociálního lékařství** se stal italský lékař **Bernardino Ramazzini** (1633-1714). Jeho nejvýznamnější dílo Vědecká zpráva o chorobách umělců a řemeslníků je analýza příčin chorob ve vztahu k vykonané práci a konkrétních podmínkách na pracovišti. Ramazzini **pojednával systematicky o nemocech** tzv. **špinavých řemesel** (např. koželuhů, sýrařů, mydlářů, hrobníků, porodních bab), **prašných řemesel** (např. pekařů, mlynářů, tabáčníků), stojících, sedících a **obcházejících umělců** a řemeslníků a těch, jejichž **práce souvisí s vodou** (např. lazebníků, rybářů, lodníků). Novinkou byl **rozbor konkrétních pracovních podmínek v provozu**. Jako typická nemoc zaměstnání, při němž lidé stojí (např. tesaři, řezbáři, zedníci), se objevují křečové žíly (jako důsledek městnání krve v žilách), slabý žaludek, únava a zmatenost. Jako prevence, případně léčení se doporučují pracovní přestávky, během nichž se sedí, koupele a obklady.

Fyziolog a teolog Stephan Hales vykonal poprvé r. 1726 přesné **měření krevního tlaku** u zvířete otevřenou metodou pomocí skleněné vytvarované trubičky, kterou přiložil na otevřenou tepnu.

Dominique-Jean Larrey, francouzský vojenský lékař, začal organizovat pro Francouzskou revoluční armádu pohyblivá obvaziště, tzv. **létající lazarety**⁵, které jsou předchůdcem dnešní moderní rychlé lékařské pomoci. Mnozí ranění vojáci umírali pro nedostatek pomoci na bojišti nebo v průběhu špatné organizace převozu na otevřených vozech po špatných cestách. Larrey, který má velké zásluhy na zdokonalení chirurgických, především amputačních technik, dosáhl poprvé zlepšení

⁵ Pohyblivá obvaziště: *ambulances volantes*

péče o raněné. Jako štábní lékař rýnské armády vytvořil takzvané **systém pohyblivých polních obvazišť**. Byly to oddíly složené ze tří zkušených chirurgů a jednoho ošetřovatele, který vedl koně naloženého obvazovým materiálem a vůz k naložení raněných. Ti tak mohli být ošetřeni již na bitevním poli. Zastaralé transportní korby byly nahrazeny lehkými, dobře pérovanými vozy. Dalšími reformami zdravotnické péče bylo **zavedení lékařských kursů a zkoušek pro lékaře a chirurgy odváděné na vojnu**. Nová byla i myšlenka, že je třeba poskytovat první pomoc také raněným nepřátelům. Francouzský **vojenský chirurg Pierre Francois Perey** (1754-1825) dal první podnět k tomu, aby byla mezi všemi státy uzavřena smlouva prohlašující raněné a **lazarety viditelně označené za neutrální**.

V Evropě začala **éra očkování** proti infekčním chorobám poté, co britský lékař **Edward Jenner** r. 1796 započal se svým legendárními pokusy s očkováním tekutinou z kravských neštovic a otevřel tím **éru vakcinace**⁶. Očkování černými neštovicemi bylo již dlouhou dobu používáno v Indii, Číně a Turecku. Probíhá tak, že hnis z pustul nemocných s lehkým průběhem nemoci je pomocí jehly přenášen na zdravé jedince. Tato metoda **variolizace** (inokulace neštovic) se do Anglie dostala díky dopisu lady Mary Wortley Montaguové. Už roku 1721 metodu variolizace úspěšně aplikoval na vlastním dítěti - zřejmě jako první ve střední Evropě - prešovský lékař **Johann Adam Raymann** (1690-1770). Na venkově bylo již dříve všeobecně známo, že se vyrážka na kravských vemenech při tzv. kravských neštovicích může nakazit také čeled, která nemocné krávy dojí, a že tito lidé zůstávají během epidemií černých neštovic ušetřeni nákazy, nebo onemocní jen lehce. **Jennerova metoda vakcinace se brzy uplatnila i v českých zemích**. Roku 1800 v Brně provedl německý lékař Alois Carl vakcinaci proti neštovicím i úspěšný zpětný pokus na dětech ze sirotčince a dokumentoval tak bezpečnost této metody. Téhož roku se vakcinace uskutečnila v Praze.

2.2.7 Medicína v 19. století

V první polovině 19. století ovlivňoval vývoj medicíny **spor mezi empirií a filozofií, teorií a experimentem**. Rozvoj medicíny od osvícenství 18. století k **pozitivismu 19. století** vedl v německy mluvících zemích přes epochu idealismu a romantismu. Především pod vlivem přírodní filozofie Fridricha Wilhelma Josepha von Schellinga, ale také ostatních filozofických a teologických tradic (Platón, Baruch, Spinoza aj.) a předchůdců vědecké medicíny (Paracelsus, Franc Anton Mesner aj.) se snahy vytvořit filozofický základ lékařské teorie a terapeutické praxe ještě jednou postavily proti sílící tendenci oddělit medicínu a filozofii. Trend ke specializaci měl být zastaven, absolutizace objektivního (tedy de facto somatického) podkladu medicíny měla být potlačena a již vzniklé rozdělení přírodních a duchovních věd mělo být překonáno.

Základem lékařství vycházející z idejí romantismu je tvrzení o identitě organické přírody a ducha, a o jednotě přírody; přírodní zákony se mají shodovat se zákony ducha. Neustálý spor protikladů (polarita) je základem dialektického vývoje hmoty až k nejvyšším projevům života. **Zdraví a nemoc** jsou dle lékařství romantismu projevy života a **nelze je pouze mechanicky interpretovat**. Přesto došlo k mnoha pokusům je v jejich mnohotvárnosti přehledně uspořádat. Systém nemocí vytvořený Johnem Brownem (1735-1788) byl lékaři romantického zaměření sice uznáván, ale zároveň prohlášen za filozoficky nedostatečný, protože život nemůže být chápán podle schématu podnět - reakce.

První polovina 19. století

Základem „romantické medicíny“ bylo chápání jednoty živé přírody a ducha. V terapeutické oblasti se romantičtí lékaři znovu vrátili k rozsáhlé koncepci antické dietetiky (světlo a vzduch, jídlo a pití, pohyb a klid, spánek a bdění, výměšky a afekt), které byla již v průběhu 18. století zúžena v. 19. století už znamenala jen nauku o výživě a stravě nemocných. Jako terapeutický prostředek bylo užíváno i umění. Kerner uklidňoval neklidné duševně choré pacienty tóny píšťalky, Reil rozvíjel rozsáhlé koncepty psychologických léčebných metod. Léčení medikamenty či chirurgicky bylo rovněž interpretováno v romantické perspektivě. Základem veškerého léčení je podle tohoto

⁶ Vakcinace: očkování, lat. vacca = kráva

náhledu léčivá síla přírody. Romantické spory o podstatu medicíny a její vztah k filozofii byly jednou stránkou složitého vývoje medicíny v první polovině 19. století.

Období absolutní platnosti romantismem ovlivněného lékařství bylo relativně krátké a bylo populární především v německých zemích. Již v počátečním období okolo roku 1800 bylo toto pojetí provázeno kritikou. Kritické vyrovnání se s lékařstvím období romantismu, a konstruktivní aplikace zahraničních inovací, umožnila **ve 40tých letech 19. století německým lékařům položit přírodovědecké základy medicíny a tomu odpovídajícímu výzkumu**. Fyzika a chemie se stávají jak z metodického, tak i z vědeckého hlediska základem medicíny. Rozvíjejí se počátky institucionalizovaného a profesionalizovaného výzkumu. Začaly se zakládat speciální a univerzitní, či mimo univerzitní vědecké ústavy, vědecky se pracovalo na klinikách. Sociálně lékařské iniciativy, jimž dalo impulsy osvícenství, připomínají přes jednostrannou přírodovědnou orientaci, že **medicína stojí na pomezí přírodních a duchovních věd**.

První **polovina 19. století vyústila ve vývoji medicíny v Čechách v první pražskou lékařskou školu**, v úctu k exaktnímu přírodovědnému poznání a k objektivní klinické diagnóze. **Pražská lékařská fakulta** se stala nejvýznamnější z fakult staroslovanské univerzity a v Evropě **váženou vědeckou a klinickou institucí**. Byla nejenom garantem vysoké úrovně lékařské vědy a výuky lékařů v Čechách, ale také výrazem těsného spojení s lékařskými fakultami německé jazykové oblasti a s celou evropskou medicínou. Druhou, **praktickou stránkou života byla špatná zdravotní situace obyvatelstva** ve většině evropských zemí, nezvládnutelná hrozba epidemií a nízká úroveň veřejného zdravotnictví.

Medicínu tohoto období ovlivnilo více objevů a osobností:

- K **tradičním fyzikálním vyšetřovacím metodám** patřila inspekce (vyšetření pohledem) a palpace (vyšetření pohmatem). Vyšetřováním čichem nebo ochutnáváním (např. moči) hrálo podřadnou úlohu. Perkuse (vyšetření poklepem) a auskultace (naslouchání zvukům vznikajících v organismu) se zavedly až na začátku 19. století. **Perkusi** popsal vídeňský **lékař Leopold Auenbrugger**.

- (r. 1761), **Gapar Laurent Bayle** (1774-1816) zavedl přímou **auskultaci**, kterou **Laenec** zdokonalil **objevením stetoskopu** (1819).

- Londýnský lékař **James Parkins** (1755-1824) popsal příznaky „**třaslavé obrny**“, degenerativní choroby mozku, která se podle objevitele nazývá Parkinsonova choroba.

- Rolnický syn **Vincenc Priessnitz** začal **léčit studenou vodou** (r. 1818). Léčil první pacienty z blízkého okolí Gräfernbergu (nyní Lázně Jeseník) studenou vodou (hydroterapií). Rok předtím se totiž sám takto vyléčil ze zápalu plic a zlomenin žeber utrpěných při lesní práci. Zpočátku se omezil na přikládání obkladů a omývání studenou vodou. Od roku 1824 začal používat studené koupele po předchozím pocení, i částečné lázně (sedací, nožní, ruční, hlavové i oční lázně, kde zbytek těla zůstával suchý) a sprchování studenou vodou. Během roku 1831 přijal pouze 64 nemocných, v roce 1837 již přes 500 a roku 1839 na 1700, z toho 120 lékařů, kteří se svěřili jeho „**vodoléčebným kúram**“.

Jeho lázeňské procedury v roce 1835 zahrnovaly: 1. potní zábaly, 2. celkové studené koupele, 3. rozmanité částečné lázně, 4. sprchování, 5. mokré zapařovací obklady (dnes známé jako priessnitzské obklady), 6. pohyb na čerstvém vzduchu, 7. pití vody, 8. vydatnou posilující stravu. Pacienti byli obvykle na 4 hodiny ráno zabaleni do vlněné houně k potní kůře (nejméně půl hodiny od počátku pocení), následovala několik minut trvající celková koupel ve studené vodě (6–8 °C), po které se měl lázeňský host procházet do zahřátí. Společná snídaně se konala v devět hodin a sestávala se ze studeného mléka a černého chleba. Po snídani následoval odpočinek. Některé léčebné metody probíhaly i ve volné přírodě.

- **Teodor Friedner** (1800-1864), farář evangelické farnosti Kaiserwerth (u Düsseldorfu), založil Evangelistický spolek pro křesťanskou péči o nemocné v Porýní a Vestfálsku. Zřídil **nemocnici a**

mateřský dům diakonek⁷. Oba ústavy se staly brzy vzorem pro diakonická zařízení jak v Německu, tak i v cizině. Friednerovým cílem bylo poskytovat pomoc především chudým nemocným, jak v jejich domovech, tak v nemocnicích prostřednictvím evangelistických pečovatelek, které budou dobrovolně vykonávat jáhenský úřad. Friedner se řídil příkladem Milosrdných sester, katolického ženského ošetřovatelského řádu, který byl založen v 17. století a dnes zahrnuje různá seskupení (známé pod názvy **boromejky**, klementinky apod.). Odtud také převzal **princip mateřského domu** jako sociálního a školícího střediska diakonek. Na rozdíl od Milosrdných sester, ale kladl důraz na „tělesnou péči o nemocné“, při které měl diakonky každý den alespoň hodinu vyučovat lékaře. Místo řádového hábitu měly diakonky nosit jednoduchý šat vdaných měšťanek. Kromě toho se měly vyznačovat vyšší úrovní vzdělání.

Friednerova manželka Friederika (1800-1842) se intenzivně podílela na přípravných pracích. Podle Friednerových představ měla péče o nemocné splývat s misijní službou. Diakonky sloužily jako ošetřovatelsky nemocných a tím i Kristu. Přejímají úkoly duchovní péče tím, že nemocným předčítají a vedou s nimi duchovní rozhovory, aniž přitom smějí zanedbávat tělesnou péči. Friedner se tak postaral o první větší organizaci zaměřenou na péči o nemocné v podmínkách evangelické církve, a založil první školu pro zdravotní sestry s moderním způsobem vyučování. Díky podpoře veřejnosti se diakonská péče o nemocné brzy rozšířila. Vznikla řada samostatných mateřských domů nejen v Německu; v roce 1849 se diakonky poprvé usadily ve Spojených státech (v Pittsburgu). Roku 1861, pouhých 25 let po založení, existovalo na celém světě již 28 mateřských domů s asi 1200 diakonkami. Ke kaiserswertskému domu náleželo 380 z nich. Evangelická diakonice existovala do počátku 50. let i u nás.

- Český přírodovědec a lékař **Jan Evangelista Purkyně** r. 1837 postavil **základy buněčné teorie** - rostlinné a živočišné tělo se skládá ze stejných základních jednotek, buněk. Konečnou formulaci této teorie podal o dva roky později německý fyziolog **Theodor Schwann**, který dospěl k poznání, že všechny **buněky** mají jádro, buněčnou membránu a vakuoly.

- V roce 1831-1832 postihla Evropu **epidemie cholery** (asijská nákaza), kterou sem zavlekla ruská vojska. Způsobila velké ztráty na životech obyvatelstva. Nepoznaná příčina choroby se odrazila v opatřeních, která byla neúčinná (hraniční zábrany, karanténní opatření). Vedly se horečné debaty o nebezpečí nákazy, o ochraně a léčbě. Mezi obyvatelstvem kolovaly nesčetné **vysvětlující brožury, letáky i výzvy**, které většinou sestavovali lékaři. Záludný průjem se zvracením skolil v Prusku jen v roce 1831 více než 32 000 obětí. Bez jakýchkoliv varovných příznaků mohli i ti nejzdravější jedinci být během několika hodin zasvěceni smrti. V nejrůznějších podobách se v Evropě vynořovaly pověsti o tom, že cholerová epidemie je vlastně naplánovaná epidemie, kterou v obrovském měřítku uskutečnili cizinci. Ještě silnější byla nedůvěra k lékařům a k vlastním vládám, kterým se vytýkalo, že se chtějí tímto způsobem zbavit chudých.

- Francouzský lékař **Charles-Gabriel Pravaz** (1791-1853), který od roku 1826 vedl ortopedický ústav v Paříži a roku 1834 založil podobný v Lyonu, použil při léčení svých pacientů **zvláštního druhu injekční stříkačky**. S její pomocí **odstraňoval aneuryzmata**⁸, protože po vstříknutí roztoku chloridu železitého se v postiženém úseku srazil krev a následně hojivé pochody výduť vyplnily. Pravazův nástroj sestával ze skleněného válce s nástavcem, na který byla našroubovaná kanyla. Stříkačka měla kožený píst, jehož **dřík** byl opatřen **závity**. Otáčením křídlové matky byl roztok vypuzován z válce do kanyly. Podle počtu otáček bylo možné **velmi přesně dávkovat množství vstříknuté tekutiny**. Skleněná stříkačka se objevila v lékařské literatuře již koncem 18. století. Pravazovo podstatné vylepšení stříkaček spočívalo v tom, že na nástavec byla nasazována kanyla - dutá jehla s ostrým hrotem, jejíž pomocí bylo možné přímo proniknout např. do duté žíly. Používání tohoto typu lékařské stříkačky se rozmohlo po roce 1859 především subkutánní injekční léčbě (lék

⁷ *diakonky jáhenky* - jsou evangelické ošetřovatelky nemocných, obdobně katolickým řádovým sestrám

⁸ *aneurizma*: chorobná rozšíření částí tepen

je vstříkován do podkožního vaziva), jak ji např. propagoval pařížský lékař Louis-Jules Béhier (1813-1875). Ten také dal stříkačce označení Pravaz apparatus (Pravazův nástroj).

- **Johann Georg Ruehl** (1769-1846), hlavní lékař carského nalezince v Petrohradě, zavedl r. 1835 plechové vaničky s dvojitými stěnami na ohřívání novorozenců. Dutina mezi stěnami se vyplnila teplou vodou, a tak se zachránilo mnohé předčasně narozené dítě. Tento vynález je prototypem dnešního **inkubátoru**.

- Zubní lékař **William Morton** podal 16. října 1846 **poprvé inhalační éterovou narkózu** při veřejné demonstraci chirurgické operace. Zavedením inhalační narkózy způsobil revoluční změny v chirurgii, protože umožnil vykonávat bezbolestné operace.

- Maďarský lékař **Ignác Filip Semmelweis** zavedl r. 1847 ve vídeňské Všeobecné nemocnici **povinnou dezinfekci rukou chlórovým roztokem** (chlorovým vápnem) jako **opatření proti šíření horečky omladnic**. Nařízení se vztahovalo na lékaře a ošetřující personál a snížilo úmrtnost šestinedělek na polovinu. V dnešní terminologii šlo o první opatření proti šíření **nozokomiální infekce**. Semmelweis byl ustaven adjunktem (asistentem) porodnické kliniky. Ta se sestávala ze dvou oddělení: na prvním probíhalo vyučování mediků, na druhém studovaly porodní báby. Těžká „epidemie“ horečky omladnic působila nápadně více úmrtí šestinedělek na prvním oddělení, nežli na druhém. Příčinou horečky byly mrtvolné částice, které se dostaly do cévního systému. Protože lékaři se studenty přicházeli přímo z pitevny, aby vyšetřovali rodičky, v nevyměněném oděvu a aniž by si omyli ruce. Snadno je proto infikovali smrtelnou nákazou. Semmelweis musel ve svém boji za prosazení dezinfekce rukou překonat silné předsudky. Roku 1865 zešel a zemřel v ústavu pro chorobomyslné nedaleko Vídně. Jeho poznatky se dostaly do lékařské praxe až po dlouhém období.

Druhá polovina 19. století

V druhé polovině 19. století **vstoupila medicína do skutečně moderního období**. Při zkoumání začala používat stejné metody jako v oborech přírodovědných věd a v praktické medicíně se projevovala úsilím používat jen vědecky ověřené poznatky. V **popředí vědeckého zájmu byla fyziologie**, která objevovala způsoby fungování jednotlivých orgánů, měřila jejich výkon a odchylky od normy.

Významně se změnilo **postavení chirurgie**. Z řemesla, vyučovaného někdy mimo univerzitu, se především **objevením narkózy, antiseptiky, asepse a rentgenu stává moderní vědní obor**, který se postavil do čela pokroku v medicíně. Většina chirurgických výkonů před érou asepse se považovala za poslední možnost léčby, protože velké procento pacientů umíralo na sepsi, jejíž příčiny, které nebyly známé.

Nejčastějšími chorobami s největší úmrtností tohoto období byly **akutní infekční choroby**. Dalším velkým problémem byly chronické nákazy - **tuberkulóza a syfilis**. Objevením původců těchto onemocnění (bakterií) a začátky očkování vytvořily základní předpoklady pro jejich účinnou léčbu, kterou se však podařilo objevit až za delší dobu.

Důležité objevy a osobnosti v tomto období:

- Nové **představy o povolání zdravotní sestry** položila Angličanka ze zámožné rodiny **Florence Nightingalová** (1820-1910). Spolu s 38 dalšími zdravotními sestrami se odebrala r. 1854 do Skutaru v Turecku pomáhat raněným z **krymské války** (1853/54-1856). V září 1853, respektive v březnu 1854, vypověděly Osmanská říše, Velká Británie a Francie válku Rusku. Britská sanitní služba nebyla na tuto situaci připravena, zatímco na ruské a francouzské straně již byly válečné zdravotní sestry nasazeny. Britům chyběli jak lékaři, tak zdravotnický personál a materiál. Na základě alarmující reportáže v londýnském listu Times o hrůzné situaci rozhodl britský **ministr války Sidnej Herbert**, aby Florence Nightingalová zorganizovala zdravotnickou pomoc přímo na místě. Její vzdělání u pařížských milosrdných sester a v církevní nemocnici v Kaiserwerthu bylo velmi dobrou přípravou pro tento úkol.

Florence Nightingalová si vybrala **skupinu pomocnic** a 4. prosince 1854 s nimi dorazila do Skutaru. Ke konci války již řídila činnost 125 zdravotnických sil. Péče o zraněné vojáky byla prováděna za nejprimitivnějších podmínek; brzy vypukla cholera. Přesto byl úspěch její organizátorské práce pronikavý. Někdy zajišťovala s 38 sestrami stravu pro 3 000 až 4 000 vojáků, v průběhu tří měsíců zásobila 10 000 mužů šatstvem a dalšími potřebami z týlových skladů. Po svém návratu otevřela z prostředků získaných dobrovolnou peněžní sbírkou **zdravotnickou školu pro sestry v moderním vědeckém duchu při Nemocnici sv. Tomáše** (St. Thomas' Hospital) v Londýně (r. 1860). Nightingalová shrnula své základní představy v dílech **Notes on Hospitals** (Poznámky k nemocnici - 1859) a **Notes on Nursing** (Poznámky ke zdravotnické péči - 1860). Tak byla **zahájena nová etapa přípravy středního zdravotnického personálu**. Odborná příprava zdravotních sester se stala základem pro povolání, bez něhož si nelze existenci nemocnice představit.

- **Rudolf Virchov** (1821-1902) položil **základy buněčné patologie**, která se stala základním kamenem medicíny a biologie. Byl také politicky činný a po osobních zkušenostech s poměry při tyfových a cholerych epidemiích ve Slezsku horlil proti bídě, kterou navrhoval řešit převratem, který povede ke svobodě a blahobytu. Podle Virchova úlohou medicíny není jen léčit, ale také pozdvihnout občany živořící na morálním a materiálním dně.

- **Henry Dunant**, zámožný finančník a filantrop, který potom, když uviděl utrpení raněných u Solferina po bitvě mezi vojsky Napoleona III. a rakouskou armádou (r. 1859), inicioval **vznik mezinárodní organizace na pomoc raněným vojákům - Červený kříž**. Spolu se Ženevskou konvencí⁹ z roku 1864 byl založen i Červený kříž. V r. 1910 byl Dunand za tuto iniciativu vyznamenán první **Nobelovou cenou míru**. 30. října 1910 zemřel v Heidenu.

- Po zákazu z dob francouzské revoluce nechal císař Napoleon I. v r. 1807 opět působit dobročinné spolky „**milosrdných sester**“ (**katolickou řádovou péčí**). **K nim patřili boromejky a vincentky**, které pronikly do jižních a západních oblastí Německa. Tyto pečovatelské řády navazovaly bezprostředně na středověkou formu péče o chudé a nemocné. Příkladem jim byly **evangelické diakonie milosrdných sester**. Nová je jejich představa „**mateřského domu**“ (Mutterhaus) jako sociálního zařízení pro ženy, jež nejsou vázány na žádný řád a jejich zařazení do škol pro zdravotní sestry. Ve Velké Británii došlo v roce 1848 v rámci anglikánské církve k založení prvního ošetřovatelského řádu Svatého Jana. Rozhodujícím impulzem k vybudování organizace ošetřovatelské péče byla bezúspěšná situace na bitevních polích. V době „války za nezávislost“ proti Napoleonu I. (1813-1815) vznikly v Německu „**vlastenecké ženské spolky**“; v r. 1865 byl v Lipsku založen Všeobecný německý spolek. Vlastenecké zanícení si však protřečejí; humanitární pomoc raněným znamená současně posílení bojové síly mužů. Každopádně však díky účasti sester na zdravotní péči **v průběhu válečných bojů získává profil světové zdravotní péče zřetelnější obrysy**. Ke konci 19. století se rozšiřuje povolání zdravotní sestry v souvislosti se sociálními reformami.

- **Gregor Mendel**, augustiánský mnich a nestor opat kláštera v Starém Brně, přednesl r. 1865 výsledky svých pokusů s rostlinnými hybridy (zejména hrachem), kterými položil základy moderního učení o **dědičnosti**.

- Francouzský chemik **Lois Paterur**, zakladatel **bakteriologie** objevil r. 1861 mikroorganismy, nejdříve označené jako bakterie. Byl objevitel **pasterizace** (jeden z nejčastěji používaných způsobů konzervace potravin), objevil původce obávaných nemocí bource morušového. Neocenitelné jsou

⁹ Ženevskou konvencii 22. srpna 1864 podepsalo 16 evropských zemí. Zástupci států podepsali jménem svých vlád konvencii o zlepšení osudu raněných vojáků armád v poli. Ústředním motivem se stala zásada neutrality sanitní služby. Ta platí pro polní ošetřovny a zdravotní personál, pro péči o raněné obou stran, kterou poskytuje obyvatelstvo sídlící na území, kde probíhají válečné operace. Za označení bylo ujednáno znamení červeného kříže v bílém poli.

jeho objevy zejména při vývoji očkovacích látek. **Očkovací látku proti vzteklině** použil poprvé r. 1885 u chlapce, kterého pokousal vzteklý pes. Tím začal nový věk k léčení nakažlivých onemocnění - věk aktivní imunizace. Založil a vedl Pasterův ústav v Paříži, který byl střediskem pro výrobu očkovacích látek. To otevřelo medicíně nové cesty k řešení problémů infekčních chorob.

- V návaznosti na objevy Lousa Pastera vyvinul **Josef Lister** r. 1867 (profesor chirurgie v Glasgowě) prostředky na dezinfekci v chirurgii, čímž **založil princip antiseptického postupu** a otevřel úplně novou éru v chirurgii. Jako účinný prostředek na dezinfekci **použil kyselinu karbolovou** (fenol). Dezinfikoval nejen ránu, ale také obvazový materiál i ruce a nástroje operátora. V roce 1890 americký chirurg **William Stewarten Halsteden** (1852-1922), zavedl **pro sestry na operačním sále** a v roce 1894 doporučil i pro chirurgy **gumové rukavice**.

- Rozvoj bakteriologie v poslední třetině 19. století poskytl nové možnosti při určování příčin mnohých chorob, čímž se vytvořila také možnost kauzální terapie. Průkopnickým činem bylo **objevení bacila tuberkulózy Robertem Kochem** r. 1882, jako i bacila slezinné sněti a cholery (*Vibrio cholerae*).

- Žák Roberta Kocha, Němec **Emil Berring** a Japonec **Šibasaburó Kitaso** objevil r. 1890 možnost léčby záškrtu a tetanu pomocí protilátek - antitoxínů, čímž položili **základy séroterapie a moderní imunologie**.

- Fyzik **Wilhelm Conrad Röntgen** objevil r. 1895 **paprsky X** pojmenované později po něm. Objev umožnil převratnou modernizaci medicíny, začala **epocha rentgenologie a radiologie** - léčby pomocí záření. Diagnostické a terapeutické nasazení ionizačního záření si vyžádalo v průkopnických dobách radiologie, kdy škodlivost tohoto záření nebyla dosud spolehlivě zjištěna, četné oběti. Především u lékařů, fyziků a techniků (znetvoření kůže, leukémie, amputace rukou aj.)

- Konec 19. století byl také ve znamení vzniku **farmaceutického průmyslu**. V roce 1887 vzniklo farmaceutické oddělení v Bayerově továrně na barvy, kterým prvním výrobkem byl Phenacetin¹⁰ (r. 1887), později **Aspirin** (r. 1899) aj. K dalším farmaceutickým podnikům, které vznikaly v tomto období hlavně v chemických továrnách, patří firma Boehringer-Ingelheim, firma Sandos a jiné.

2.2.8 Medicína v 20. století

Vstup medicíny do 20. století se **nesl v znamení optimistického očekávání vítězství nad mnohými chorobami**. Zdálo se, že je jen otázkou času, kdy se podaří choroby nejen diagnostikovat, ale také úspěšně léčit. I když další roky postupně naplňovaly naděje v oblasti prevence, diagnostiky a léčby chorob, pokrok a úspěchy se rodily obtížněji, než se původně předpokládalo. Koncem století překvapil odbornou i laickou veřejnost nová **smrtelná choroba - AIDS**.

Důležité objevy a osobnosti první poloviny 20. století:

- Vídeňský lékař **Karl Landsteiner** objevil r. 1901 **krevní skupiny**, které potvrdil r. 1907 český psychiatr **Jan Jánský** a zavedl **označení krevních skupin**.

- Vývoj imunologie posunul **objev anafylaktického šoku** francouzským fyziologem **Charlesem Richetem** r. 1902 a **alergie** vídeňským pediatrem **Clemensem Pirquetem** r. 1907.

- V oblasti kardiologie německý patolog **Ludwig Aschoff** objevil (r. 1906) **převodový systém srdce**, holandský fyziolog **Willem Einthoven** objevil metodu **záznamu činnosti srdce** (ekg); v r. 1929 **Werner Forssmann** informoval, jak si sám zavedl tenkou gumovou hadičku přes ramenní žílu do srdce, a tak zavedl **katetrizační vyšetření srdce**, které spolu s kontrastním médiem a rtg

¹⁰ Phenacetin lék, který zůstal až do doby po druhé světové válce jedním z nejoblíbenějších prostředků na snižování horečky.

vyšetření (r. 1931 jodid sodný) výrazně přispěly k diagnostikování hlavně vrozených, ale i získaných vad srdce.

- V boji proti smrtelným infekčním chorobám se vedle séroterapie rozvíjela **aktivní imunizace** (r. 1913 očkování proti záškrtu, r. 1924 **Albert Calmett a Camilie Guérin**, francouzští bakteriologové, vyvinuli účinnou očkovací látku proti tuberkulóze); frankfurtský sérolog **Paul Ehrlich** (r. 1910) objevil velmi účinný **prostředek proti původci syfilis arzén** vyráběný jako Salvarsan; skotský lékař **Alexandr Fleming** (r. 1928) objevil antibakteriový účinek plísňe *Penicillium notatum*, a tím **otevřel éru antibiotik**, která zejména v druhé polovině 20. století rozhodným způsobem ovlivnila léčbu infekčních chorob; německý chemik **Gerhard Domagk** (r. 1935) zavedl do léčby bakteriových infekcí **sulfonamidy** (začátek vývoje chemoterapie) a americký mikrobiolog **Selman Abraham Waksman** izoloval r. 1944 **streptomycin** - antibiotikum proti tuberkulóze.

- Americký biolog **Thomas Morgan** (r. 1919) zformuloval **genovou teorii dědičných chorob**. Revoluční posun genetiky nastal až v druhé polovině 20. století na základě elektronové mikroskopie, molekulární biologie a analýzy DNA.

- **Objevy hormonů**, nejdříve **adrenalinu**, ale především **inzulínu** (kanadský fyziolog Frederik Banting a medik Charles Best, r. 1921) zásadně ovlivnily léčbu cukrovky.

Skutečné převratné změny ve zdravotní péči se staly v druhé polovině 20. století v oblastech:

1. organizace a řízení:

- rozvoj veřejného zdravotnictví,
- vývoj systémů zdravotnické péče,
- vývoj systémů sociální péče - sociální a zdravotní pojištění,
- regulace zdravotní péče legislativními prostředky,

2. etiopatologie, diagnostika a léčba chorob:

Podat přehledný popis těchto změn není úplně možné. Jejich hlavními faktory bylo využití technické revoluce při konstrukci nových diagnostických a léčebných přístrojů a výsledky, které se dosáhly především v genetice a imunologii. Jak se ukázalo, tvoří dominantní determinanty zdraví a chorob v závislosti na endogenních a exogenních faktorech.

Největší rozvoj se zaznamenal především v těchto oblastech:

- v oblasti **diagnostických a terapeutických technologií** v laboratorní a klinické medicíně. Je nutné upozornit na **rozvoj zobrazovacích metod** jako je:

- **sonografie** - dvojrozměrný obraz dítěte v těle matky popsal r. 1958 britský gynekolog **Ian Donald**. Sonografie se později zdokonalila a rozšířila o **trojrozměrný obraz orgánů a barevný průtok** krve na dopplerovském principu,

- **počítačová tomografie** - r. 1973 na základě práce britského elektrotechnického inženýra **Godfrea N. Hounsfielda** se pomocí počítače dají lépe rozlišit velmi malé **kontrasty při prosvícení těla** rentgenovou lampou,

- **nukleární magnetická rezonance**, kterou popsal r. 1972 americký chemik **Paul Christiane Lauterbur**, bez rentgenového záření nabízí od r. 1982 nejen obrazy orgánů, ale umožňuje vyšetřit také některé jejich funkce apod.,

- **v oblasti imunologie** - rozpoznání mechanismů obranného systému lidského organismu:

- francouzský hematolog **J. Dausset** objevil **histokompatibilní systém** (HLA antigen r. 1958),

- izolace **interferonu**, látky zpomalující rozmnožování virů - angličtí virologové **A. Isacs** a **J. Lidemann** (r. 1957),

- objasnění klíčového **významu thymu** (brzlíku) při řízení imunity - australský imunolog **J. Miller** (r. 1961),

- rozpoznání **struktury protilátek** - americký imunolog **G. M. Edelman** a Angličan **R. R. Porter** (r. 1965),

- rozpoznání **monoklonových protilátek** - německý imunolog **G. J. Kohler** a Argentinec **César Milstein** (r. 1975).

Tyto, ale i další objevy umožnily také úspěšný rozvoj **transplantace různých orgánů**, pochopení imuno-patomechanismů systémových chorob, sepse apod. K výraznému úspěchu tohoto období patří **imunizační program**, kterým se podařilo významně **ovlivnit výskyt mnohých infekčních chorob** - tetanu, záškrtu apod. Například epidemie dětské obrny přerušila očkování, který zavedl americký virolog **Jonas E. Salk** r. 1954. Vakcína obsahovala mrtvý virus. Boj proti dětské obrně definitivně ukončil **Albert Bruce Sabin** (americký virolog). **Vyrobil živou vakcínu** s oslabenými viry, které nezpůsobují onemocnění a která se podává perorálně.

V oblasti genetiky některé významné objevy:

- objev dvouvláknové **struktury deoxyribonukleové kyseliny** (DNA - r. 1953 anglický molekulární biolog **Francis H. Crick** a jeho americký kolega **James D. Watson**). Dvouvláknová struktura tvoří základ modelové struktury chromozómů, přičemž geny jsou v tomto modelu úseky jejich vláken. Tento objev vedl k rozhodujícímu obratu humánní genetiky k molekulární biologii a biochemii,

- **popis normálního počtu chromozómů** v lidské tělové buňce r. 1956 genetici **Joe H. Tjio** a **Albert Levan**. Později analýzy chromosomů ukázaly, že jejich anomálie jsou příčinou vrozených chyb, např. r. 1958 francouzští vědci **J. Lejeune, M. Gautier** a **R. Turpin** zjistili, že příčinou **Downova syndromu** je nadpočetný chromosom 21,

- **objev regulačních genů** - francouzští **genetici F. Jacob, A. Lwoff** a **J. L. Monod** r. 1960, tyto geny urychlují, nebo zpomalují vývoj organických látek a jejich odlišení od struktury genů, které řídí tuto stavbu,

- **objasnění genetického kódu** a jeho funkce v procesu biosyntézy bílkovin r. 1968 **R. W. Holley, H. G. Khoran** a **M. W. Nirenberg** na základě nových laboratorních metod (např. analýza DNK v druhé polovině 70. let) **vedlo k rozsáhlému mapování genů** na chromosomech s určováním jejich kauzálního vztahu k některým chorobám (např. gen pro cystickou fibrózu na dlouhém rameni chromosomu 7 apod.). Pro genové mapování znamenal velký přínos mezinárodní výzkumný projekt Human Genome Project, který se začal realizovat r. 1991 a ukončil se r. 2003.

- **Rozvoj genového inženýrství umožnil hromadnou výrobu hormonů** např. **inzulínu** - r. 1978 **Keiči Itakura** a spolupracovníci ze City of Hope National Medical Centre v Los Angeles. Inzulín uvedla na trh r. 1982 společnost Eli Lilly jako Humulín.

- Genovou technologií **transplantovali** američtí genoví inženýři **R. D. Palmiter** a **R. M. Evans** r. 1982. Vznikla tzv. **transgenová myš**. Vyvrcholením genové technologie je **klonování** - možnost vytvoření identických kopií molekul a buněk, které se využívají na zkoumání buněk a genů. Na základě těchto výzkumů potom mohl **Capbell** a spolupracovníci (r. 1996) vytvořit identického živočicha - **ovci Dolly**. Metody klonování jsou velkým příslibem při chovu dobytka a rostlinné výrobě (zušlechťování), ve farmaceutické výrobě a v oblasti regenerace, transplantace a terapie v humánní medicíně. Klonování je současně hrozbou pro možné zneužití při vytváření nových lidských jedinců s nepředstavitelnými morálními, sociálními, ekonomickými a medicínskými následky. Ve stejném období však **pro medicínu vznikly nové problémy, především se stárnutím populace** (zvýšení počtu chronicky nemocných, neléčitelných chorob apod.) vznikem nových chorob. Jde především o:

- **syndrom získané imunitní nedostatečnosti** (Acquired Immune Deficiency syndrome - AIDS). Virového původce určil virolog **L. Montagnier** (Francie) a **R. Gall** (USA) r. 1983. Jde o novou pandemii, která pro svůj charakter a rozsah nemá v historii lidstva obdobu.

- **prionózy**, název prion zavedl americký neurolog a biochemik **Stanley B. Prusiner** r. 1982. Jde o proteinové infekční částice, které jsou podstatně jednodušší než viry. Normálně se vyskytují v buňkách nervového systému, **mohou se však měnit na patologickou formu**, která vede k degeneraci neuronů a vzniku přenosných degenerativních chorob. Nejznámější chorobou tohoto

typu je tzv. Klusavka ovcí a koz a encefalopatie (BSE) hovězího dobytka (krav), která se může přenést na člověka po konzumaci především některých částí hovězího masa. U lidí do této kategorie patří např. KURU, **Creutzfeldtova-Jakobova choroba** a jiné.

- **závažný akutní respirační syndrom** (Sever Acute Respiratory Syndrome - SARS). První případy se vyskytly začátkem r. 2003 v Číně Hong Kongu, Singapuru a Vietnamu. Jde o virovou infekci, kterou dodnes neumíme účinně léčit.

Z uvedeného vyplývá, že **infekční onemocnění** nepředstavují v současnosti uzavřenou kapitolu, jako se předpokládalo v sedmdesátých letech. **Ostatní vývoj pravděpodobně navždy zničil iluzi definitivního vítězství nad infekčními chorobami, i dnes jsou hrozbou bioterorizmu.**

2.3 Historie ošetřovatelství

Současná role a **postavení sester v ošetřovatelství mají své kořeny** v minulosti. Abychom **porozuměli dnešnímu ošetřovatelství** a mohli je rozvíjet, **musíme znát jeho historii**. Rozvoj ošetřovatelství v různých zemích má některé společné znaky, ale i řadu odlišností. Ošetřovatelství bylo a je ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními, ekonomickými a politickými faktory. Velký význam měly rovněž války, vědecké objevy a některé osobnosti, které si uvědomovaly potřebu změn a našly cesty, jak jich docílit. Tyto faktory působí vždy v určitém vzájemném vztahu, proto není možné jejich vliv chápat odděleně.

2.3.1 Počátky ošetřovatelství

Primitivní život obyvatel v nejstarších dobách provázely různé choroby a epidemie. Proti nemocem se využívaly zkušenosti z pozorování účinku bylin, vody a slunce na lidský organismus a předávaly se dalším generacím. Poté, když se na naše území dostalo křesťanství, stalo se i opatrování nemocných součástí medicíny. **Primitivní lidé** nechápali příčiny nemocí, a tak první léčebné praxe vycházely z přesvědčení, že kouzla mohou zabránit vzniku nemocí. Na potlačení nemoci nebo její léčeni vyvinuli **šamani** různé rituály. V terapii se nejvíce používala rostlinná léčiva a masáže. Lidé věřili, že je napadají zlí duchové a způsobují nemoc. Snažili se duchy udobřit a nabádat je, aby opustili těla nemocných, nebo se pokoušeli zabránit jejich působení.

Později přicházeli nemocní do chrámů, kde se modlili kněží za jejich vyléčení nebo pomáhali usmiřovat rozhněvané bohy - původce nemocí. Kněží tak vedli do povědomí jako **kněží-lékaři**. Ošetřovatelská péče v domácnostech byla poskytována matkami nebo jinými členy domácnosti a otroky.

Rozhodující vliv na rozvoj medicíny v Evropě měla **starořecká medicína**, jejíž počátky spadají do druhého tisíciletí př. n. l. **Asklepios**, který pravděpodobně působil v Thesálii, měl mimořádné léčitelské schopnosti, uměl křísit mrtvé. Později byl uznáván jako „bůh medicíny“. Asklepios měl podle pověsti dvě dcery, Hygieiu (bohyni zdraví) a Panaceiu (bohyni léčiv). A Epitauru byl vystaven chrám zasvěcený Asklepiovi a okolo něj vzniklo centrum medicíny. **Hipokrates**¹¹, „otec medicíny“, autor typologie, učitel autorů lékařské přísahy nesoucí jeho jméno, žil v 5. a 4. stol. př. n. l. Mezi nejznámější osobnosti starořecké medicíny patřil i **Galénos**¹² (3. a 2. stol. př. n. l.), jehož díla ovlivnila medicínu po mnoho století.

Také **islám**, založený na oddanosti člověka bohu, nabádal lidi k touze po poznání. Islám vytvořil množství mystických filosofí, z nichž mnohé odrážely myšlenky přijaté z dobytých území včetně řeckých lékařských spisů z knihovny v Alexandrii. V průběhu několika staletí po smrti proroka Mohameda byl Islám v čele medicínských znalostí. Arabové přejali a upravili metody Hippokrata a

¹¹ Hippokrates (460-370 př. n. l.)

¹² Galenos (asi 131-200 n. l.)

Galéna a dále rozvíjeli nauku o příznacích onemocnění. O pacienty v primitivních špitálech pečovali sluhové pod dohledem lékařů. Dva lékaři, **Rhazes** (850-923) a **Avicenna** (980-1036) se zapsali do dějin lékařství a filosofie. Nejvýznamnějším představitelem byl Abú alí ibn Sína žijící na přelomu 10. a 11. století (známý pod polatinštěným jménem Avicena). Napsal pětisvazkovou lékařskou encyklopedii přeloženou koncem 12. století do latiny jako „**Kánon lékařství**“, který ovlivnil medicínské myšlení celé středověké Evropy a stal se jedním z předních autorit. Vycházel sice z Galena, ale zdůrazňoval především význam praktické zkušenosti lékaře. Arabové měli i velký smysl pro zdravotnickou problematiku. Na rozdíl od většiny nemocnic křesťanské Evropy byli **nemocní v arabských nemocnicích ošetřováni vzdělanými lékaři**. Měli také podrobné a dobré hygienické zásady, které se opíraly o Korán. Jejich díla byla později přeložena do latiny a obohatila medicínu západní Evropy.

Křesťanská víra v to, že služba člověka je vlastně službou Bohu, vedla v 1. stol. n. l. mnoho dobročinných osob k tomu, aby navštěvovaly a ošetřovaly nemocné.

Křesťanský **pojaté milosrdenství se realizovalo v zakládání nemocnic**, jež se měly starat o nemocné poutníky, o staré, chudé a nemocné. Tyto špitály však neposkytovaly vlastní léčebnou péči. Speciálními zařízeními byla jen tzv. **leprosária**, do nichž byli soustřeďováni malomocní. V raném středověku byli nemocní vyobcováni ze společnosti, museli se odívat do zvláštních šatů, aby byli dobře rozeznatelní, nosit rukavic a dřevěnou klapačku, kterou hlasitě ohlašovali svůj příchod.

Ve **4. stol.** začaly pro tyto účely vznikat **první kláštery** a mnoho příslušnic **římských vysokých společenských vrstev** se zapojilo do péče o nemocné lidi. Mezi nejznámější patří **Fabiola**, která podle sv. Jeroma (340-420) založila první špitál v Římě.

Po dalších několik staletí zakládaly církevní řády v mnoha zemích mužské i ženské kláštery, v nichž mniši a jeptišky ošetřovali tělesně i duševně nemocné. V jejich činnosti (poskytování útulku, stravy, další fyzické péče a duchovní podpory) je již možné rozeznat první pokusy a uspokojení tělesných, psychických i sociálních potřeb člověka.

Zatímco **katolická církev orientovala** nové církevní řády k poskytování **péče** potřebným lidem převážně **v kláštorech a špitálech**, **protestantská církev** se zaměřovala na **pomoc jedince v rodině a komunitě**. V 17. století v Paříži zásluhou **sv. Vincenta a Louise de Gras**, jedné z mnoha bohatých dam, které se zapojily do ošetřovatelství, založen **řád Charitativních sester**. Těmto sestrám pomáhaly venkovské dívky, které byly cvičeny v domácím ošetřovatelství a základních ošetřovatelských dovednostech. Kromě toho měly také přednášky z etiky. V roce 1656 měly charitativní sestry již 40 domů, kde pečovaly o nalezence a duševně choré. Ošetřovaly nemocné také v jejich domovech a na bojištích.

O nemocné se v **protestantských zemích** staraly zejména **diakonky**. Diakonky pečovaly o lidi v jejich domech, v komunitě a na požádání i v nemocnicích.

V roce 1822 založil mladý luteránský pastor **Theodor Fliedner** se svojí ženou **nemocnici v Německu, Kaiserworthu**. Diakonky prošly teoretickou i praktickou přípravou vedenou lékařem a musely složit zkoušku z farmacie. V roce 1864 již existovalo 1600 diakonek soustředěných v 32 **mateřincích**. Za svou práci nedostávaly žádné peníze, ale bylo postaráno o jejich základní potřeby, a to i ve stáří.

Křesťanské církve měly významný vliv na rozvoj zdravotní péče. Na jedné straně měly **soucit s člověkem v nouzi**, a na druhé straně však věřily, že tento **život je pouze přechodný**, přípravou na život posmrtný. Byli přesvědčeni, že léčení je v rukou boha, a lidé si mají pomoci především modlitbou a vírou. Proto církev nejen nepodporovala, ale někdy dokonce přísně trestala (jako hřích) zkoumání procesů probíhajících v lidském těle a hledání příčin nemocí. Vlivem hladomorů, válek, nemocí a nebezpečí spojené s porodem, se lidé většinou dožívali kratšího věku. Tradiční „léčitele“, kteří používali rostliny nebo jiné metody léčení, někdy církve označovaly za čarodějnice a pronásledovaly je, či dokonce popravovaly. Duševně nemocní lidé byli často považováni za posedlé ďáblem a bylo s nimi nelidsky zacházeno.

2.3.2 Medicína a ošetřovatelství

Vznik **medicíny jako vědního oboru** a lékařského vzdělání se datuje **okolo roku 1300-1450**. Avšak vědecká diagnostika, léčení a úspěšné chirurgické metody byly omezené až do konce minulého století. Teprve pak došlo k rychlému rozvoji medicíny a lékařské technologie. Rozšířené možnosti chirurgie, hlubší znalosti léků, patogenních organismů, antiseptik a objev rentgenových paprsků dávaly lékařům lepší možnost pro stanovení diagnózy a léčení nemocí. Nemocnice už nesloužily pouze pro léčení pacientů, ale i pro výuku mediků a studium nemocí.

Na počátku 19. století většina nemocných **lidí zůstávala doma** a byla ošetřována členy rodiny, sluhy opatrovníky, jejichž postavení bylo jen o málo lepší než postavení domácího služebnictva. Měli nízké platy a nízké společenské postavení. Své znalosti získávali v praxi od starších spolupracovníků. Někteří byli zruční a s praxí získali i patřičné vědomosti, ale někteří byli nezodpovědní, primitivní, a dokonce se mezi nimi nacházeli i alkoholici a prostitutky. Od **opatrovníků** (později ošetřovatelů a ošetřovatelek) se očekávalo, že budou **asistovat lékařům** a plnit bez výhrad jeho příkazy. Hlavní důraz byl kladen na léčbu tělesného onemocnění. Museli pracovat podle zažitých postupů. Někteří lékaři si však začali postupně uvědomovat **na základě relativně rychlého rozvoje medicíny potřebu nového typu ošetřovatelky**, která by **inteligentně spolupracovala** při péči zejména o psychiatrické pacienty.

Teprve až kolem **18. století** byly organizovány **první přednášky pro ošetřovatelky**, a to v zařízeních pro duševně choré. Zde lze najít **první zárodky organizovaného vzdělávání sester**.

2.3.3 Kvalitativní změny v ošetřování nemocných

Války měly vždy velký vliv na rozvoj ošetřovatelství. Velké množství vojáků, hromadné infekce v důsledku špatných hygienických podmínek lazaretů a nedostatečných znalostí zdravotnického personálu, vyvolávaly zvýšenou potřebu lékařské a ošetřovatelské péče. Často bylo více vojáků zabito nemocí než nepřítelem.

Ve středověku se o nemocné a raněné na bojišti starali otroci. Římané při svém imperativním tažení Evropou stavěli velké, dobře organizované lazarety, v nichž pečovali o nemocné a zraněné vojáky v době pobytu v zahraničí. Náboženské války (křížácké výpravy), vedené v letech 1095-1121 západními Evropany proti muslimům za účelem znovuzískání Svaté země, vedly k vytvoření dobře organizovaných **vojenských ošetřovatelských řádů**, které pečovaly o křížáky. Cíle těchto řádů byly jak náboženské tak vojenské. Kombinovaly náboženské prvky (ošetřovatelství jako poslání) s vojenskými způsoby (přísná pravidla a vojenská hierarchie ošetřovatelství), které se promítly do způsobů ošetřování v pozdějších dobách. Mezi nejznámější vojenské ošetřovatelské řády patřili **Rytíři Špitálníci sv. Jana Jeruzaléma, Rytíři sv. Lazara a Teutonští rytíři**. Tyto řády vybudovaly mnoho lazaretů, v nichž byli ošetřováni nejen vojáci, ale i poutníci, kteří onemocněli na cestě do Svaté země. Mnoho **ošetřovatelských tradic** má původ ve vojenském ošetřovatelství, které se datuje od dob svatých válek. Patří sem přísná morálka, vizity s lékaři, a způsob uspořádání ošetřovatelských jednotek s velkými pokoji pro lehčí pacienty, postranními pokoji pro vážnější pacienty a boxy pro pacienty v kritickém stavu.

Změny v kvalitě opatrovnictví se přisuzují období **Krymské války** (1854-1856). Myšlenku uplatnit na bojišti ženy jako ošetřovatelky, prosadil **Nikolaj I. Pirogov** (1810-1881), ruský chirurg, který vyškolil třicet ruských dobrovolných ošetřovatelek pro ruskou frontu na Krymu v roce 1854. Důraz při školení kladl především na dodržování hygienických zásad, čímž se snažil předcházet epidemiím infekčních chorob, které způsobovaly větší ztráty na životech než válečná zranění.

Další významný vliv na péči o poraněné vojáky měl **Henri Dunnant**, švýcarský kupec, který se náhodou ocitl na bojišti u Solferina po bitvě mezi francouzskou a rakouskou armádou v roce 1859. Byl tak rozrušen utrpením zraněných a umírajících vojáků, že se sám pokusil poskytnout jim

nějakou péči. Tato zkušenost ho bolestivě ovlivnila. Navrhl plán, jak postupovat při podobných událostech v budoucnosti, které zahrnoval spolupráci civilního obyvatelstva. Dunnantovo úsilí vedlo nakonec k založení **mezinárodní organizace Červeného kříže** v Ženevě roku 1864. Dnes se organizace Červeného kříže sjednocené pod mezinárodní organizací starají o lidi postižené válkou, ale i o oběti záplav, hladomorů, zemětřesení a jiných podobných událostí.

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- CUŘINOVÁ, Ladislava. *Stručné dějiny oborů: medicína a sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Scientia, 2002. ISBN 80-7183-254-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta a kol., 1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- HEINZ, Schott a spol. *Kronika medicíny*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 1994. 647 s. ISBN 80-85873-16-8.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 105 s. ISBN 80-85866-55-2.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Karolinum, 1996. 180 s. ISBN 80-7184-243-5.
- SVOBODNÝ, Petr, HLAVÁČKOVÁ, Ludmila. *Dějiny lékařství v českých zemích*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 247 s. ISBN 80-7254-424-1.
- ŽIAKOVÁ, Katarína a kol. *Ošetřovatelstvo teória a vedecký výskum*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. 318 s. ISBN 80-8063-131-X.

3 Paradigmata ošetřovatelství – koncepční modely a teorie

3.1 Definice základních pojmů

Paradigma - teorie oboru (koncepční teorie a modely).

Model je abstraktním vyjádřením reality, zjednodušený koncepční pracovní rámec, sestavený tak, aby ověřil určitou teorii. Obsahuje data - jako např. model budovy. Odráží realitu, jak bude vypadat - myšlenky, názory, jak má ošetřovatelství vypadat, má určitý rámec (ovlivněn svým názorem a přesvědčením). Vytváří je teoretici, vědci, profesionálové z praxe, aby určitým způsobem interpretovali, vysvětlili nebo analyzovali daný jev.

Jevem ve vztahu k péči o zdraví může být např.:

- lidské prostředí a chování lidí v něm,
- zdravotní, sociální a ekonomické zabezpečení lidí,
- patofyziologické procesy (choroby),
- léčebné procesy,
- zdravotnická instituce,
- systémy péče o zdraví (biomedicínký model, model primární péče, atd.).

Význam modelů v ošetřovatelství:

- modely by měly pomoci těm, kteří se snaží pochopit, zkoumat nebo teoreticky více přemýšlet,
- jsou užitečné i pro praxi, pro plánování, kdy je nutné určit priority, při rozvoji a zdokonalování činnosti v praxi.

Vytváření modelů je sociální proces:

- modely odrážejí myšlení těch, kdo je vytvořili,
- modely nabízejí různé chápání jevů i přístupu k nim,
- je třeba na ně nazírat kriticky a měly by být předmětem neustálého přehodnocování v kontextu nových poznatků,
- vztah společnosti ke zdraví a zdravotní péči se v podobě zdravotní politiky odráží v oficiálních modelech sociální a zdravotnické péče, které jsou základem pro rozvoj ošetřovatelské teorie a praxe.

3.2 Vytváření modelů v ošetřovatelství

Vytváření modelů v ošetřovatelství:

- ošetřovatelství si pak vytváří vlastní teoretické modely, které vychází z určitých zdravotně-sociálních programů a hodnot např.:
- Mezinárodní program **Zdraví pro všechny v 21. století** z roku 1998 (pokračování programu z r. 1977),
- Vládní zdravotní zdravotně-sociální strategie a systém zdravotní péče,
- pravidla a programy různých zdravotnických organizací a institucí na regionální a místní úrovni,
- uznávané hodnoty a výkon různých profesí např. v medicíně a ošetřovatelství,
- znalost různých modelů zdraví a zdravotní péče je důležitá jak pro teorii, tak pro praxi ošetřovatelství,
- naše vědomostní základna se neopírá pouze o teorii ošetřovatelství, ale také o poznatky mnoha dalších disciplín (např. z přírodních věd, medicíny, filozofie, psychologie, sociologie, antropologie atd.), z nichž každá má svá vlastní hlediska a trendy a formuluje definici zdraví odlišně,
- mnohé oblasti ošetřovatelství jsou ovlivňovány biomedicínským modelem.

Ujasnění pojmů:

Koncepce (pojetí) - je abstraktní představa nebo obraz jevu nebo reality, ošetřovatelství uznává více koncepcí (např. koncepce lidskosti, zdraví, vztahy vzájemné pomoci a komunikace), obor ošetřovatelství nejvíce ovlivňují **čtyři základní koncepce** (člověk, zdraví, prostředí a ošetřovatelská činnost) - ty zároveň tvoří **metaparadigma - předmět zkoumání oboru**).

Koncepční model - je abstraktní náčrt vztahů mezi koncepcemi (metaparadigmatu), dává jasnou a přímou orientaci na tři oblasti ošetřovatelství - praxi, vzdělání a výzkum (management je součástí každé z těchto tří oblastí).

- **Koncepční modely jsou kombinace** pohledů, názorů a poznatků na jevy světa, soustřeďuje pozornost na některé poznatky a věci, poskytují systém pro myšlení, pozorování a interpretaci, ukazují směr hledání, poznávání a praktického řešení. Mají vliv na naše vnímání světa.

- Lze říci, že koncepční modely jsou myšlenkové kombinace, které nám **umožňují určitý přístup - model řešení** v rámci jedné nebo více disciplín.

- Pojmy koncepčního modelu jsou **velmi abstraktní** a všeobecné z čeho se vyplývá, že je nelze přímo vidět v reálném světě, ani je nelze omezit na nějakého konkrétního jedince, skupinu, situaci a ani událost.

Teorie - podobně jako koncepční modely jsou vytvořeny z koncepcí a abstraktních náčrtů vztahů mezi nimi, ale odrážejí jevy s daleko větší specifikou. Hlavním cílem teorie je vytvořit poznatky v určité oblasti.

Skládají se z pojmů, tvrzení, hypotézy:

- **pojmy** teorie musí být definovány operativně, aby teorie mohla být empiricky ověřena, tyto definice specifikují způsob, jakým lze pojem měřit,

- **tvrzení (konstatování)** - některá tvrzení tzv. nevztahová, definují nebo popisují pojmy teorie,

- **hypotéza** je zvláštní typ tvrzení, které vyjadřuje domněnku (pravděpodobnost) o jednom nebo více pojmech, které lze empiricky testovat.

Typy teorií:

- **Popisné** - popisují specifické dimenze nebo charakteristické rysy jedinců skupin, situací nebo událostí.
- **Vysvětlující** - specifikují vztahy mezi dimenzemi nebo vlastnostmi jedinců, situací nebo událostí.
- **Předvídající (prediktivní)** - přesahují vysvětlení a přistupují k vysvětlení přesných vztahů mezi dimenzemi nebo charakteristikami jevů nebo rozdílů mezi skupinami.

Rozsah teorií:

- **Velké** - mají široký rozsah, pojmy jsou abstraktní, nejsou zcela přístupné přímému empirickému testování.
- **Střední** - zahrnují omezený počet pojmů a omezené aspekty skutečného světa.
- **Dílčí teorie (mikroteorie)** - zahrnují sumarizaci konstatování izolovaných pozorování, která se zabývají úzkým rozsahem jevů (např. kazuistiky).

Ošetřovatelská teorie:

- specifický a konkrétní soubor pojmů a tvrzení, který má za cíl vysvětlit nebo charakterizovat jevy, které jsou předmětem oboru ošetřovatelství.

Koncepční modely jsou důležité, protože poskytují filozofickou i pragmatickou orientaci:

- ✓ službě, kterou ošetřující poskytují klientům
- ✓ službě, kterou poskytují pouze sestry, porodní asistentky
- ✓ modely dávají orientaci nejenom pro ošetřující, ale i pro veřejnost



Obrázek 1 Význam koncepčních modelů

Zdroj: Autor

3.3 Rozlišení mezi koncepčními modely a teoriemi

Rozlišení mezi koncepčními modely a teoriemi

- je míra abstrakce:
 - koncepční modely jsou všeobecné návody,
 - pojmy teorie jsou specifitější, konkrétnější,
- počet kroků, které jsou nutné, aby se mohla práce použít na pragmatické účely (praxe, výzkum).

U koncepčních modelů jsou nutné tři kroky:

- koncepční model musí být formulován,
- z koncepčního modelu musí být odvozena teorie,



- pojmy teorie musí dostat operativní definice a musí být odvozena hypotéza.

U teorií jsou nutné pouze dva kroky:

- musí být uvedena teorie,
- mají mít operativně definované pojmy a z výpovědí musí být formulována hypotéza.

3.4 Proč vznikly ošetřovatelské modely

Proč vznikly ošetřovatelské modely:

- **medicína** se tradičně zaměřuje na diagnostiku a léčbu specializovanou podle anatomických systémů jejich patologických stavů (z tohoto biomedicínckého pohledu byl organizován i tradiční systém zdravotní péče),
- s vývojem poznatků a požadavků na kvalitu péče vznikla potřeba **holistické péče**, která zahrnuje jak léčebnou, tak i ošetřovatelskou péči,
- biomedicínský model péče má tendenci ignorovat psychosociální potřeby člověka a péči v holistickém bio-psycho-sociálním pojetí, **každý člověk je péče víc než lékařská diagnóza**, představuje celistvou jedinečnou a neopakovatelnou osobnost,
- lékařská diagnóza je v případě nemocného člověka pro péči a ošetřování velmi důležitá, ale celostní (holistická) péče nemůže být založena pouze na lékařské diagnóze,
- uvědomění si a respektování tohoto faktu pomohlo sestřím v hledání lepších modelů ošetřovatelské péče,
- základem holistické péče se stává měnící se pohled na zdraví lidí,
- v 70. letech se holistické pojetí člověka a péče o jeho zdraví stalo součástí evropské zdravotní politiky, s tím souvisí i nový způsob řízení efektivity a kvality péče, proto se i v ošetřovatelství zaměřil výzkum na vytvoření **standardního ošetřovatelského modelu** (v Evropě je to tzv. **ENMDS-A European Nursing Minimum Data Set**),
- různost ošetřovatelských modelů, (vznikaly postupně a odpovídají systémům péče o zdraví své doby), nebrání vytvoření standardního modelu tj. struktury pro ošetřovatelské hodnocení klienta/pacienta,
- teorie a modely v ošetřovatelství, vznikaly postupně od doby Florence Nightingalové a odpovídaly hodnotám a systémům zdravotnické péče v dobách svého vzniku,
- modely ošetřovatelské péče se snaží odrážet podstatu ošetřovatelství - **cílem ošetřovatelského modelu je pomoci sestřím zkvalitnit jejich práci.**

K teoretickému rozvoji v oboru ošetřovatelství vedou tři přístupy:

- Převzetí koncepčních rámců z jiných disciplín a jejich aplikace na obor ošetřovatelství (to bývá obtížné).
- Použití induktivního přístupu (indukce = uvedení, zasvěcení) - tj. zkoumání různých aspektů ošetřovatelství na pracovištích a hledání teorií a koncepcí na vysvětlení důležitých jevů pro sestry.
- Použití deduktivního přístupu (dedukce - odvozování) tj. hledání kompatibility nebo shody všeobecné teorie ošetřovatelství s jeho různými aspekty.

3.5 Hlavní prvky ošetřovatelských modelů

Hlavní prvky ošetřovatelských modelů:

- je formováno 7 hlavních prvků ošetřovatelských modelů:

Cíl ošetřovatelství

- to, čeho chceme dosáhnout.

Klient/pacient

- předpoklad, ale i koncepce týkající se příjemce ošetřovatelské péče, většina modelů chápe pacienta jako bio-psycho-sociální bytost.

Role sestry

- potřebná a akceptovaná společností stejně jako léčitelská role lékaře nebo role obhájce-právníka.
- v modelu Oremové úlohou sestry je pomáhat při ovlivňování dosažení optimální úrovně soběstačnosti pacienta,
- v modelu Royové úlohou sestry je zlepšit adaptační chování pacienta přes ovlivňování stimulů,

Zdroj potíží

- je u nemocného, ne u sestry. Zdroj potíží je jasným vyjádřením ošetřovatelských problémů pacienta (ošetřovatelské diagnózy).

Zaměření (ohnisko) zásahu

- u lékaře je to pacientova patologie.
- V modelu Oremové je to u pacienta nedostatek schopnosti sebezpečí.
- U modelu Royové je to neschopnost pacienta adaptovat se na podněty

Způsob zásahu (intervence)

- vyjadřuje specifické způsoby, kterými sestra pomáhá pacientovi. Odvíjí se od ohniska zásahu a vyjadřuje specifické způsoby, kterými sestra pomáhá pacientovi, např. v adaptačním modelu Royové jsou ohniskem zásahu podněty a způsobem zákroku je manipulace s podněty; v modelu Nightingalové způsobem intervence je manipulace s prostředím pacienta spočívající v poskytování tepla, čerstvého vzduchu, světla, potravy apod.

Výsledky

- představují očekávané výsledky ošetřovatelské péče - zlepšení zdravotního stavu klienta/pacienta.

3.6 Potřeba standardního ošetřovatelského modelu

Jediný standardní model

- umožní společný rámec zlepšující se komunikace, výuky, výzkumu,
- podpoří rozvoj ošetřovatelské profese,
- zlepší pochopení role sestry.

Více rozdílných koncepčních modelů:

- podpoří rozvoj ošetřovatelství,
- umožní zkoumat jevy z různých pohledů různými způsoby,
- ošetřovatelská péče je u pacienta/klienta poskytována formou různých služeb a v různých zařízeních,
- představa rámcového modelu, který by z hlediska holistické ošetřovatelské péče vyhovoval všem (sestrám v praxi, managementu, učitelům, studentům a výzkumu) začala v posledních desetiletích nabývat na důležitosti a aktuálnosti,
- z důvodu snižování nákladů a zajišťování kvality péče se řízení systémů péče o zdraví začalo realizovat na vědecké bázi - to představuje jejich určitou regulaci na základě stanovených pravidel,
- jedním z nich jsou **nástroje regulace** a tam patří vedle zákonných norem i standardizace jednotlivých prvků systémů,
- právě **systémový přístup a standardizace** je v současné době aktuální prioritou i pro ošetřovatelství a výzkum v této oblasti,
- **standardní ošetřovatelský model** nepředstavuje podrobně standardizovaný interpersonální přístup k hodnocení nebo analýze a syntéze získaných informací, rovněž neznamená, že by profese měla mít podrobně standardizované pojetí cílů péče a interakcí sestra-pacient,
- přestože různost a odlišnost je základní zásadou a právem, na konkrétní úrovni v praxi (z důvodu kvality) musí být určitá jednota,

- při řízení praxe, která má vědecký základ (teorii a metodu) je právě určitá jednota velmi důležitá. Ale, které teorie a model jsou ty správné?
- každý klient/pacient si minimálně zaslouží, aby sestra adekvátně zhodnotila jeho zdravotní stav tak, že na základě systematického postupu vytipuje jeho nejdůležitější aktuální nebo potenciální problémy, které je nutné řešit,
- standardní (systematické) ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta musí obsahovat takovou strukturu modelu, která je sestavena na základě velmi důkladného promyšlení všech souvislostí a důsledků,
- navržená standardní struktura modelu musí být průběžně vyhodnocována všude, kde se používá.

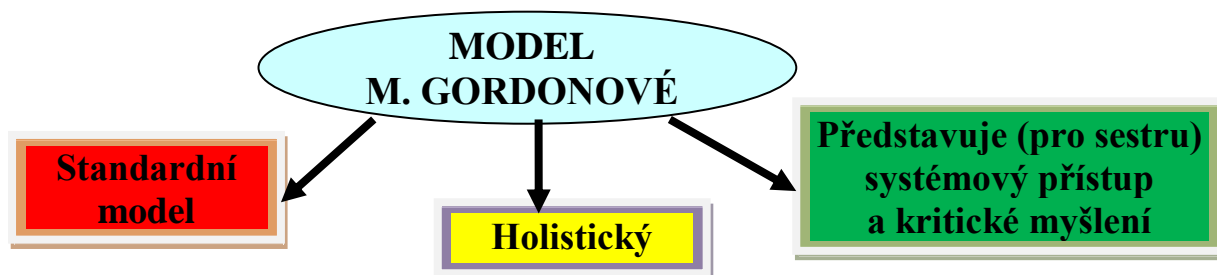
Ošetřovatelská profese musí převzít odpovědnost za sestavení základů takového modelu, aby mohl být aplikován na zdravého i nemocného člověka. Pak bude mít ošetřovatelská profese:

- **jasně vymezené pole působnosti** (kompetence a odpovědnost),
- bude schváleno její zaměření na tuto **standardní strukturu** klinického pozorování a hodnocení,
- pro učitele, studenty a sestry z praxe bude jasně vymezeno, jak je třeba rozvíjet odborné **schopnosti a dovednosti v hodnocení** zdravotního stavu klienta/pacienta v ošetřovatelské diagnostice.

Na základě výzkumu v 80. letech vznikl v USA takový model, který splňuje kritéria standardního modelu. Je to **Model „Funkčního typu zdraví“**, jehož autorkou je profesorka ošetřovatelství z Boston College v **Massachusetts paní Marjory Gordonová**, Ph.D., RN, FAAN. V 90. letech se začal i v Evropě tento model akceptovat v různých modifikovaných podobách, jeden z nich pod názvem ENMDS.

3.7 Model M. Gordonové – model funkčního zdraví

Model M. Gordonové – model fungující zdraví (funkční typ zdraví)



Obrázek 2 Model M. Gordon
Zdroj: Autor

Zdravotní stav klienta/pacienta může být **funkční** nebo **dysfunkční** a při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální i potenciální ošetřovatelské diagnózy a může pak efektivně naplánovat i realizovat svojí péči.

Typologie a definice:

- **funkční typy zdraví** - klientů (jednotlivců, rodin, komunit) jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí,
- zdravotní stav člověka je vyjádřením **bio-psycho-sociální integrace** (poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu/zdraví celého organismu),
- **funkční typy zdraví** jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními (spirituálními) faktory,

- pro **dysfunkční typ zdraví** je charakteristické, že sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy podle priorit a vytvoří adekvátní plán ošetřovatelské péče nejen u **konkrétních chorobných stavů (sekundární a terciární prevence)**, ale i u relativně zdravých jedinců, kdy v případě neposkytnutí adekvátní ošetřovatelské péče (**primární prevence**) dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby,
- k posouzení, zdali jde o **typ funkčního nebo dysfunkčního zdraví**, je nutná adekvátní úroveň znalostí a dovedností sestry, zejména z oblasti klinické propedeutiky a psychologie a používání určitých standardních nástrojů např.: výchozí individuální zdravotní stav, normy stanovené pro věkovou skupinu, normy kulturní, společenské,
- základní **strukturu tohoto modelu tvoří celkem 12 oblastí**, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka (jakmile podle nich sestra získá důležité informace).

Obecná charakteristika jednotlivých oblastí:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- jak klient/pacient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu a jakým způsobem o své zdraví pečuje,
- zahrnuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost ve vztahu k současným aktivitám a plánům do budoucna,
- obsahuje také informace o tom, jak si klient/pacient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaká je úroveň jeho celkové péče o zdraví, např. dodržování aktivit, které podporují tělesné a duševní zdraví, dodržování lékařských a ošetřovatelských doporučení a následné péče v případě nemoci.

2. Výživa a metabolismus

- popisuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu,
- dále různé typy projevů, které svědčí o způsobu lokálního zásobení výživnými látkami,
- zahrnuje individuální způsob stravy a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin, zvláštní preference určitého druhu jídla, užívání náhradních výživných látek a vitamínových preparátů,
- u malých dětí pak kojení a způsob krmení kojence,
- patří sem hodnocení stavu kůže, kožní defekty, poranění a celková schopnost hojení ran,
- patří sem také stav vlasů, nehtů, slizničních membrán, stav chrupu, tělesná teplota, výška a hmotnost.

3. Vylučování

- tato oblast obsahuje informace o způsobu vylučování (tlustého střeva, močového měchýře a kůže),
- zahrnuje individuálně vnímanou pravidelnost ve vylučování, používání obvyklého postupu při vyprazdňování nebo používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování, tvar, kvantita a kvalita exkretů eventuálně triky používané k řízení vylučování.

4. Aktivita, cvičení

- popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci, zahrnuje základní denní životní aktivity (sebepéči, soběstačnost), které vyžadují vynaložení energie a úsilí jako je hygiena, vaření, nakupování, stravování, práce, udržování domácnosti atd., obsahuje také všechny typy cviků, jejich kvantitu a kvalitu, včetně sportů, které jsou typické pro jednotlivce,
- faktory, které brání jednotlivci v provozování aktivit - např. dušnost, angina pectoris, neuromuskulární poruchy, svalové křeče při námaze, onemocnění srdce nebo plicními chorobami atd. Patří sem i způsob trávení volného času a činnosti, které v něm jednotlivec vykonává, zdůrazňujeme ty činnosti, které mají pro jednotlivce největší důležitost.

5. Spánek, odpočinek

- popisuje způsob spánku, odpočinku, relaxace trvání doby spánku během 24 hodin (noc, den),
- zahrnuje individuální vnímání kvantity a kvality spánku a odpočinku a také vnímání úrovně životní energie získané odpočinkem,
- ptáme se také na způsob navození spánku, usínání, přerušování doby spánku, obvyklé činnosti před spaním, eventuálně užívání medikamentů na spaní.

6. Vnímání, poznávání

- popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání, patří sem přiměřenost smyslového vnímání, jako je sluch, zrak, chuť, čich, dotek a používání kompenzačních pomůcek nebo protéz,
- úroveň vědomí, mentálních funkcí zjištění, zda jednotlivec netrpí žádnou bolestí, eventuálně jak je bolest tlumena dále sem patří i zhodnocení poznávacích (kognitivních) schopností jako je schopnost - učení, myšlení, rozhodování, paměť, způsob slovního vyjadřování.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

- popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama,
- zahrnuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, talentu (v oblasti tělesné, citové, poznávací), celkového vzhledu, vlastní identity (totožnosti), celkového pocitu vlastní hodnoty, celkový způsob emocionální reakce,
- způsob nonverbálních projevů jako je držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas a způsob řeči.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů,
- zahrnuje individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědnosti,
- rozvážnost a snášení tíhy odpovědnosti v současné životní situaci,
- soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání, ve vztahu ke společnosti (trestná činnost), plnění povinností ve vztahu k okolí.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

- popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím,
- zahrnuje poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti,
- zahrnuje reprodukční období ženy (premenstruační, menstruační cyklus, porody, potraty, postmenopauza) a problémy s tím související.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

- nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech,
- popisuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových situací,
- zahrnuje individuální rezervy nebo kapacitu ve zvládání narušování vlastní integrity, způsoby zvládání stresu, podpora rodiny a jiných podpůrných systémů vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení včetně náboženské víry a transcendence (to, co přesahuje smyslové nebo rozumové poznání), které jednotlivce vedou nebo ovlivňují jeho volbu nebo rozhodování,
- zahrnuje vše, co je v životě vnímání jako důležité, např. kvalita života, prožívání konfliktů v hodnotách, víře nebo očekávání, které se vztahují ke zdraví.

12. Jiné

- zde je možné zařadit jiné důležité informace, které nejsou obsaženy v předchozích oblastech.

3.8 Struktura NANDA taxomie II

Struktura NANDA taxomiell



NANDA taxonomie I byla postavena na struktuře **devíti vzorců lidských reakcí** (výměna, komunikace, vztahování, výběr, oceňování, pohyb, vnímání, vědění a cítění). V roce 2000 byla NANDA výborem pro taxonomii předložena vyšší verze klasifikace – **NANDA taxonomie II**. Je založena na **diagnostických doménách** vycházejících z Gordonové a mezinárodně užívané struktury dat prvního kroku ošetřovatelského procesu, kterou autorka nazvala **Funkční vzorce zdraví**. Poprvé byla publikována v roce 1974 a obsahuje ošetřovatelské veřejnosti dobře známých jedenáct vzorců zdraví.

Struktura taxonomie II

Diagnostické domény taxonomie II vznikly **dopracováním Gordonové Funkčních vzorců zdraví a připojením nově vytvořených diagnostických domén**. K nim patří:

- bezpečí a ochrana,
- tělesný a duševní komfort,
- růst a vývoj.

Zaměření diagnostických domén je v taxonomii II vymezeno okruhem působnosti a vnitřní stavbu domén **tvorí diagnostické třídy**. Ty s vysokou citlivostí specifikují, jakými konkrétními jevy se při diferenciální ošetřovatelské diagnostice u klienta v dané doméně zabýváme, a každá ze tříd obsahuje sumu názvů ošetřovatelských diagnóz.

První publikovaná verze NANDA taxonomie II pro období 2001-2002, je ošetřovatelské komunitě dostupná v publikaci Nursing Diagnose: Definitions & Classification 2001 - 2002. Bylo v ní **zveřejněno 155 ošetřovatelských diagnóz**. V roce **2003 byla publikována druhá vývojově vyšší verze taxonomie II** v knize s názvem Nursing Diagnose: Definitions & Classification 2003-2004. V ní byly diagnózy z roku 2001 ponechány a současně došlo k **rozšíření o dvanáct nových ošetřovatelských diagnóz**.

Korekce názvů ošetřovatelských diagnóz

Diagnostické pojmy NANDA taxonomie II jsou chápány jako základní nezbytné elementy diagnostického tvrzení. Tyto pojmy se mohou skládat z jednoho nebo více slov. Každá ošetřovatelská diagnóza je označena standardizovaným kódem, který je významnou prevencí záměny.

Došlo ke změně některých diagnóz (např. Identita porušená se změnila na Porušená osobní identita apod.) a vznikly i nové ošetřovatelské diagnózy.

Nové ošetřovatelské diagnózy vzniklé v roce 2003:

- Ochota k uspořádání/nápravě léčebného režimu,
- Ochota k uspořádání/nápravě vyživování,
- Ochota k uspořádání/nápravě rovnováhy tekutin,
- Ochota k uspořádání/nápravě vyprazdňování moči,
- Ochota k uspořádání/nápravě spánku,
- Ochota k uspořádání/nápravě deficitních vědomostí,
- Ochota k uspořádání/nápravě komunikace,
- Ochota k uspořádání/nápravě sebepojetí,
- Ochota k uspořádání/nápravě rodičovské role,
- Ochota k uspořádání/nápravě rodinných procesů,
- Ochota k uspořádání/nápravě zvládnání zátěže,
- Riziko syndromu náhlého úmrtí kojence.

Literatura:

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-31.

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. 187 s. ISBN 978-80-902876-4-8.



FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetřovatelství - teória*. 3. dopl. vyd. Martin: Osveta, c2009. 244 s. ISBN 978-80-8063-322-6.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství. 2000. 105 s. ISBN 80-85866-55-2.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MAREČKOVÁ, Jana. *NANDA - International diagnostika v ošetřovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.

MAREČKOVÁ, Jana, JAROŠOVÁ, Darja. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetřovatelského procesu*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 2005. 86 s. ISBN 807368-058-0.

MASTILIAKOVA, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství - systémový přístup*. 3. dotisk, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 180 s. ISBN 80-246-0429-9.

4 Vybrané koncepční modely a jejich charakteristika

4.1 Cíle ošetřovatelských modelů a teorií

Cíle ošetřovatelských modelů a teorií:

- pomáhají zlepšovat ošetřovatelskou praxi,
- třídí informace do logicky uspořádaných systémů,
- poskytují kritéria na vyhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče,
- organizují a rozvíjí způsoby studia ošetřovatelství,
- odhalují mezery ve vědomostech ve specifických úsecích studia.

Základní pojmy:

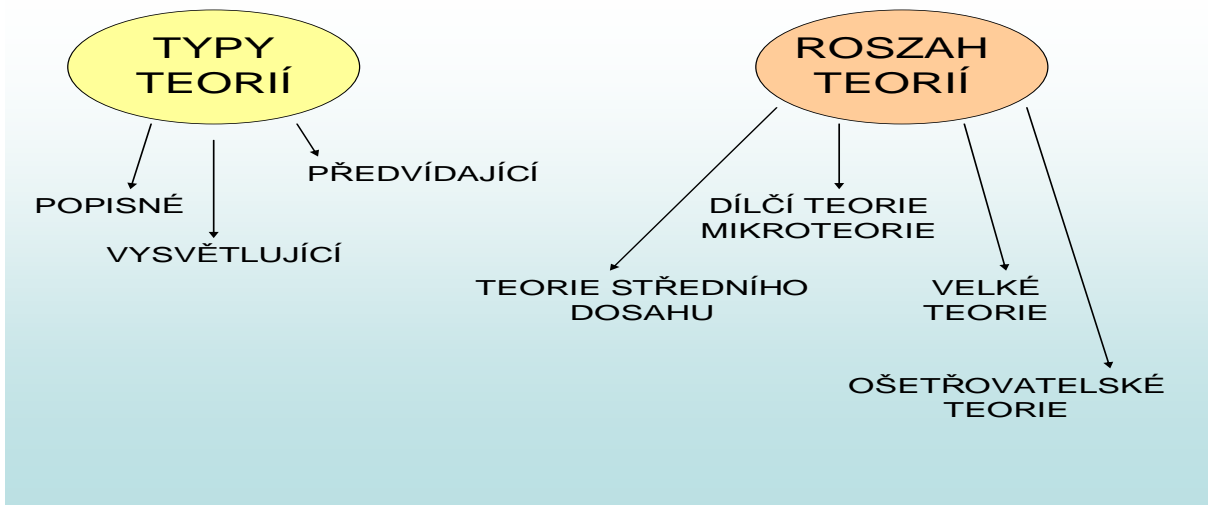
Koncepce: je abstraktní představa, teoretický obraz jevu nebo reality (koncepce lidskosti, zdraví, vzájemné pomoci).

Model: vzor něčeho, abstraktní náčrt, model je abstraktním vyjádřením reality, sestavený tak, aby ověřil určitou teorii.

Koncepční rámec: soubor koncepcí a výroků je způsob, jak se dívat na disciplínu v jasných a zřejmých termínech.

Koncepční model: dává jasnou orientaci na praxi, vzdělávání, výzkum.

Teorie: stejně jako koncepční model je tvořená z koncepcí a výroků, poznatky v určité oblasti.



Obrázek 1 Typy teorií a rozsah teorií

Zdroj: Autor

Nejznámější koncepční modely a teorie:

- Marjory Gordon,
- Florence Nightingal,
- Medeleine Leininger,
- Faye G. Abdellah,
- Ida Jean Orlando,
- Hildegard E. Peplau,
- Dorothy Johnson,
- Imogne King,
- Myra E. Levine,
- Betty Neuman,
- Dorothea Orem,
- Martha E. Rogers,
- Nancy Roper,
- Jean Watson,
- Ernestina Wiedenbache,
- Callista Roy.

Koncepční modely – mají tři základní části:

Předpoklady (asumpcie) - jsou přijímány jako teoretický základ pro pojetí ošetřovatelství, buď byly již ověřené, nebo se dají ověřit.

Hodnotový systém - v každém koncepčním modelu je obsažená filozofická představa o podstatě vztahu mezi člověkem a prostředím

Hlavní jednotky koncepčního modelu:

1. cíl ošetřovatelství,
2. klient – pacient,
3. role sestry,
4. zdroj obtíží, problémů klienta,
5. zaměření zásahu,
6. způsob zásahu (intervence),
7. výsledky ošetřovatelské činnosti.

4.2 Kategorie koncepčních modelů ošetřovatelství

Teoretická východiska uvedená v předcházející části naznačují, že koncepční modely **vycházejí nejen ze všeobecně platných koncepčních modelů, poznatků a modelu jiných disciplín, ale i z různých světových názorů**, které se různě strukturovaně promítají v koncepčních modelech ošetřovatelství.

Tyto různé přístupy k hlavním oblastem ošetřovatelství jsou východiskem pro jednotlivé modely. Jednotlivé modely vytvářejí **možnosti využít rozdílně základ poznatků a přístupů o osobě, prostředí, zdraví a výkonech a činnostech ošetřovatelství**.

Podle uvedených hledisek rozeznáváme:

Vývojové modely:

- zdůrazňují procesy růstu, vývoje, dozrávání s přihlédnutím k problémům, které při tom vznikají,
- kladou důraz na identifikaci jak skutečných, tak i potenciálních problémů,
- vytyčují takové strategie a postupy, které nejoptimálněji řeší situaci,
- předpokládají existenci sil – jsou definovány jako kauzální faktory, které vytvářejí vývoj a růst,
- vycházejí také z toho, že lidé mají vrozenou schopnost ke změně – potencialita může být zjevná nebo latentní, a je uvedena do chodu vnitřními stavy nebo jistými okolními podmínkami,

Příklad:

- D. E. Oremová: model sebeděže,
- N. Roperová: model životních aktivit klienta.

Systémové modely:

- tento typ modelu zdůrazňuje identifikaci skutečných i potenciálních problémů ve funkci systémů a navržení strategií zákroku, které co nejvíce zefektivní operaci systému,
- podstatou této kategorie modelů je tedy prozkoumat systém, jeho části a jejich vztahy v dané době,
- změna v systémových modelech má druhotný význam,
- hlavním znakem modelu je systém a jeho prostředí,
- systémem může být osoba, částí jsou orgány lidského těla, prostředím je rodina,
- systémem může být i rodina, částí jsou její členové, prostředím je stát,
- systémy mohou být obecně otevřené a uzavřené,
- vzhledem k tomu, že ošetřovatelství je zaměřené na člověka, jako živý organismus, jsou v ošetřovatelství systémy vždy otevřené, modely systémů dále poznají:
- hranice – demarkační čáry mezi osobami a prostředím, které mohou být přístupné a méně přístupné; čím je hranice přístupnější, tím je vzájemná výměna energie mezi systémem a jeho prostředím větší,
- napětí, stres, konflikt – síly, které mění strukturu systému,
- zpětnou vazbu - tok energie mezi systémem a prostředím, vzájemná informovanost o stavu systému a prostředí.

Příklad:

- C. Royová: adaptační model,
- M. Kingová: teorie dosažení cíle.

Interakční modely:

- zdůrazňují sociální úkony a vztahy mezi lidmi,
- zaměřují se na identifikaci skutečných a potenciálních problémů v mezilidských vztazích,
- zaměřují se též na určení postupů, které podporují optimální socializaci,

charakteristickými znaky těchto modelů jsou:

- percepce - ovlivňování osob navzájem a vnímání jiných osob,
- komunikace - přenos informací mezi osobami,



- role, která je nevyhnutelná pro danou situaci,
- koncepce sebe samého - sebehodnocení, sebevýchova.

Příklad:

- H. E. Peplauová: psychodynamické ošetřovatelství,
- J. Orlandová: teorie ošetřovatelského procesu.

Modely potřeb a výsledků:

- kategorie potřeb se zaměřuje na funkce sester a hodnocení pacienta z hlediska hierarchie potřeb – jakmile si není klient schopen sám zajistit základní potřeby, přebírá tuto funkci sestra,
- kategorie výsledků kladou důraz na výsledky ošetřovatelské péče a její hodnocení – sestra rozhoduje o uspokojování potřeb a hodnotí výsledek jejich uspokojování v rámci ošetřovatelského procesu.

Příklad:

- V. Hendersonová: Komplementární model (14 základních potřeb).

Humanistické modely:

- zdůrazňují, že ošetřovatelství je věda a umění - dívají se na ošetřovatelství jako na humanitní obor.

Příklad:

- F. Nightingalová: moderní ošetřovatelství,
- V. Hendersonová: definice ošetřovatelství,
- D. Oremová: teorie deficitu sebedpěče,
- M. Leiningerová: teorie transkulturní péče.

Modely energetického pole:

- hovoří o jedinci jako zdroji energie.

Příklad:

- M.E. Rogersová: teorie životního procesu,
- M.E. Levineová: čtyři konzervační principy.

Modely ošetřovatelských intervencí:

- zdůrazňují význam oš. činností napomáhajících udržení zdraví, zlepšení péče,
- zdůrazňují odborné činnosti sestry a její rozhodnutí,
- pacienta považují za předmět ošetřovatelské péče - pacient je pasivní.

Příklad:

- I.M. Kingová - Identifikace systému klienta,
- F.G. Abdellahová - Postupy k řešení problémů a organizace péče.

Substituční modely (modely náhrady):

- zaměřují se na poskytování náhrady za schopnosti pacienta, které mu chybí - ztratil je a nemůže je aktivizovat,
- podle tohoto modelu pacient musí být aktivní v ošetřovatelské péči.

Příklad:

- D.E. Oremová: model sebedpěče,
- M. Peplauová: psychodynamické ošetřovatelství.

Konzervační modely:

- zdůrazňují zachování příznivých aspektů situace pacienta, které jsou ohroženy nemocí nebo skutečnými či potenciálními problémy,
- v tomto modelu aktivita spočívá na sestře, ale sestra uchovává a podporuje existující schopnosti klienta.

Příklad:

- M.E. Levineová: čtyři konzervační principy (principy zachování).



Model opory:

- zdůrazňuje pomoc klientovi akceptovat poškozené zdraví,
- zaměřuje se na podporu klienta a vytváření psychologických, fyziologických a adaptačních mechanismů.

Příklad:

- V. Hendersonová - Komplementární model.

Modely zlepšení:

- hledá možnosti jak zlepšit kvalitu klienta bytí, jestliže je poškozené jeho zdraví,
- považuje ošetřovatelství za cestu zlepšení kvality života pacientů.

Příklad:

- N. Roperová - Aktivita zvyšující kvalitu života.

4.3 Oremové koncepční model sebepečce

Dorothea Elizabeth Oremová narozená 1914

- 1930 - ošetřovatelské vzdělání (Hospital School of Nursing, Washington),
- 1939 - bakalářské vzdělání v oboru edukace v ošetřovatelství,
- 1945 magisterské vzdělání v oboru edukace v ošetřovatelství,
- pracovala jako nemocniční sestra, privátní sestra, sestra konzultantka, ředitelka ošetřovatelské školy,
- 1971 publikace Nursing: Concept of Practice,
- čestné doktoráty.

Filozofie ošetřovatelství D. Oremové:

Model, který Oremová začala vyvíjet v roce 1959:

- předpokládá, že člověk je schopný osobně přispívat k svému vlastnímu blahu,
- klade důraz na individuální odpovědnost za svoje zdraví, prosazuje prevenci a zdravotní výchovu, nemoc,
- v životě jedince vznikají situace, v kterých potřebuje péči, stárne, necítí se zdravým, nedodrhuje přiměřený způsob života,
- profesionální pomoc poskytuje ošetřovatelství lidem s deficitem péče.

Klíčové pojmy:

- sebepečce,
- deficit sebepečce,
- ošetřovatelské systémy.

Ošetřovatelský cíl:

Dosažení sebepečce u klienta, tak, aby dosáhl optimálního zdravotního stavu - pomoc lidem s deficitem sebepečce.

Klient - pacient:

Jednota mezi biologicky fungujícími aspekty a společensko-kulturními aspekty, kde je schopen iniciovat a vykonávat sebepečovatelské činnosti na uchování života, zdraví a blaha.

Role sestry/porodní asistentky:

Sestra ovlivňuje rozvoj klienta v dosažení optimální úrovně sebepečce.

Oremové model:

- řazený mezi vývojové a humanistické modely

- označovaný spíše jako konceptuální rámec.

Oremové konceptuální rámec je tvořený 3 teoriemi:

1) teorie sebepěče

2) teorie deficitu sebepěče

3) teorie ošetřovatelských systémů

1) Teorie sebepěče

- v průběhu života lidé získávají vědomosti a zručnosti v péči o vlastní zdraví (v rodině, ve skupině) - nejdůležitější období dětství,
- v případě potřeby (úraz, chronické onemocnění) - naučení se nových forem sebepěče, které zařazuje do vlastního systému sebepěče.

Faktory ovlivňující požadavky sebepěče a schopnost sebepěče:

- věk,
- pohlaví,
- vývojové období,
- zdravotní stav,
- sociokulturní orientace,
- systém péče,
- diagnostika, léčba,
- rodinný systém,
- zaměstnání,
- prostředky (jejich použitelnost a přiměřenost).

Sebepěče je zaměřena na 6 základních oblastí:

- dostatečný a pravidelný příjem potravy, vody, vzduchu,
- uspokojivé funkce vylučování moči, stolice, potu,
- rovnoměrné rozložení činnosti a odpočinku,
- rovnováha mezi samotou a společenskou interakcí,
- rovnováha mezi bezpečím, jistotou a hrozícím nebezpečím,
- normální bytí, existence, blaho (tendence přizpůsobení se normě).

2) Teorie deficitu sebepěče:

Pokud je klient soběstačný, provádí sebepěči sám prostřednictvím vlastních činností a chování, jež vede k dosažení pohody a zdraví. Pokud dojde k deficitu sebepěče, potřebuje jedinec pomoc prostřednictvím ošetřovatelské péče.

Deficit sebepěče se podle Oremové může vztahovat ke změnám:

- ve fyzické struktuře,
- ve fyziologických funkcích,
- v chování člověka.

Vysvětluje v jakém případě je potřebná ošetřovatelská péče. Deficit sebepěče je pocítovaný deficit, nejen přítomnost postižení. Deficit může být přítomný.

Může se projevit v budoucnosti.

Pomoc v případě deficitu může být poskytována jako – 5 všeobecných způsobů pomoci:

- dělat nebo rozhodovat za někoho,
- vést,
- podporovat,
- poskytovat prostředí pro rozvoj,
- učit.

3) Teorie ošetřovatelských systémů

Ošetřovatelský systém je série činností produkovaných sestrou, které pomáhají jí nebo pacientovi regulovat potřeby sebezpečí.

Skupiny praktických činností splňují terapeutické požadavky pacientů.

Existují 3 možné přístupy k ošetřovatelství:

- **plně kompenzující systém** - sestra je odpovědná za celkovou péči o pacienta, který není schopen vůbec vykonávat sebezpečí,
- **částečně kompenzující** - sestra přebírá ty aspekty péče, které není pacient schopen vykonávat samostatně a bez pomoci,
- **podpůrně-výchovný systém** - sestra podporuje nebo vede osobu tak, aby byla schopna provádět péči, kterou by jinak nebyla schopna provádět bez určitých znalostí, dovedností, praxe nebo pomoci.

4.4 Využití koncepčních modelů a teorií v praxi

Koncepční modely a teorie ošetřovatelství se uplatňují v praxi přes ošetřovatelský proces. Tento systematický proces, podobný vědeckému procesu či procesu řešení problémů zahrnuje pět fází:

1. Posuzování

Shromážděné specifické údaje o zdravotních potřebách pacienta jsou v přímém vztahu k druhé jednotce koncepčního modelu - klientovi/pacientovi, např. když ho vidíme ve světle jeho 14 základních potřeb, shromažďujeme údaje o těchto potřebách.

2. Diagnostika

Údaje z první fáze se analyzují, aby se identifikovaly skutečné a potenciální ošetřovatelské diagnózy, diagnózy se zaznamenávají podle použitého ošetřovatelského modelu.

3. Plánování

Plánování je též v přímém vztahu ke koncepčnímu modelu - cíle rozhodnutí o pacientových problémech, ošetřovatelské zásahy na dosažení těchto cílů a výsledná kritéria, na základě kterých sestra může vyhodnotit, zda se cíle splnily nebo nesplnily, jsou v souladu se způsoby intervence uvedenými v koncepčním modelu.

4. Realizace

Plánované intervence se realizují na základě vědeckých poznatků, které nejsou zahrnuty do ošetřovatelského modelu, model podává sestře instrukce, co má dělat, a přímo určuje, které ošetřovatelské zásahy jsou naplánované, ale nehovoří o tom jak je realizovat.

5. Vyhodnocení

V této fázi sestra vyhodnotí účinnost celého ošetřovatelského procesu a ošetřovatelského modelu.

4.5 Adaptační model Royové

Callista Royová:

- narozena 1939 v USA,
- 1960 základní ošetřovatelské vzdělání na Mount Mary's College v Los Angeles,
- ukončení bakalářského vzdělání v ošetřovatelství na University of California v Los Angeles,
- pracovala jako sestra a staniční sestra v pediatrickém ošetřovatelství,
- 1966 absolvovala magisterské vzdělání v ošetřovatelství na University of California v Los Angeles,
- 1977 ukončila doktorandské studium sociologie na stejné univerzitě,
- ředitelka Mount Saint Mary's Hospital v Tusconu,



- profesorka na Boston College of Nursing v Massachusetts,
- 1985 habilitace z klinické neurologie,
- stala se členkou Americké akademie věd, osobností Ameriky, členkou NANDA a členkou Světové organizace žen.

Ošetřovatelský cíl:

- podpora adaptace v každém ze čtyř adaptačních způsobů ve zdraví i nemoci.

Klíčové pojmy modelu:

- člověk, zdraví, prostředí,
- adaptace,
- stimuly,
- regulátor, kognátor,
- modus - způsob adaptace.

Klient/pacient:

- bio-psycho-sociální bytost, která je v neustálé interakci s prostředím a která má 4 způsoby adaptace založené na:
 - fyziologických potřebách,
 - sebezpojetí (fyzikální ego, morálně-etické ego, sebedůvěra, sebeúcta),
 - rolové funkci,
 - vzájemné závislosti.

Role sestry/porodní asistentky:

- podpora klientových adaptačních mechanismů prostřednictvím manipulace stimuly:

Stimuly:

a) Lokální (ohniskový, centrální)

- podnět, který aktuálně působí na jedince v určitém momentu a na který okamžitě reaguje, působí nejsilněji a urychluje jeho adaptivní chování,

b) Kontextuální stimul

- je náhodně působící podnět v době vlivu fokálního stimulu, působí na jedince současně se stimulem fokálním,

c) Reziduální stimul

- podnět z osobnostní oblasti jedince např. vlastnosti, postoje, názory, předcházející zkušenosti jsou poměrně stálé.

Adaptační systémy člověka:

V modelu Royové existují navzájem související adaptační systémy:

a) efektorové - převádí reakce jedinců do 4 adaptačních oblastí = adaptační módy: **fyziologická oblast, sebezpojetí, rolová funkce, vzájemná závislost.**

b) kontrolní - zahrnuje naučené nebo zděděné mechanismy kontroly procesů nebo překonávání či zvládnutí situace. Skládá se z **regulátoru** a **kognátoru** - jsou to metody na zvládnutí situace, jakési adaptační vnitřní mechanismy.

a) Efektorové:

Fyziologický adaptační systém:

- dýchání a cirkulace,
- výživa, tekutiny,
- vyprazdňování, aktivita, odpočinek, spánek,
- tělesná teplota, smyslové vnímání, vitální funkce, endokrinní a nervový systém obsahuje reakce spojené se strukturou těla, způsobem jeho funkce.

Adaptační systém sebepojetí, sebeuvědomění:

- fyzikální,
- osobnostní,
- interpersonální složka.

Adaptační systém zvládnutí rolí (viz rolový strom):

- identifikace a zvládnání rolí, sociální interakce vzhledem: k primární, sekundární a terciární roli.

Adaptační systém vzájemná závislosti:

- vzájemná **závislost** nebo **nezávislost** během interpersonálních vztahů nebo více osob při zabezpečování potřeb jedince.

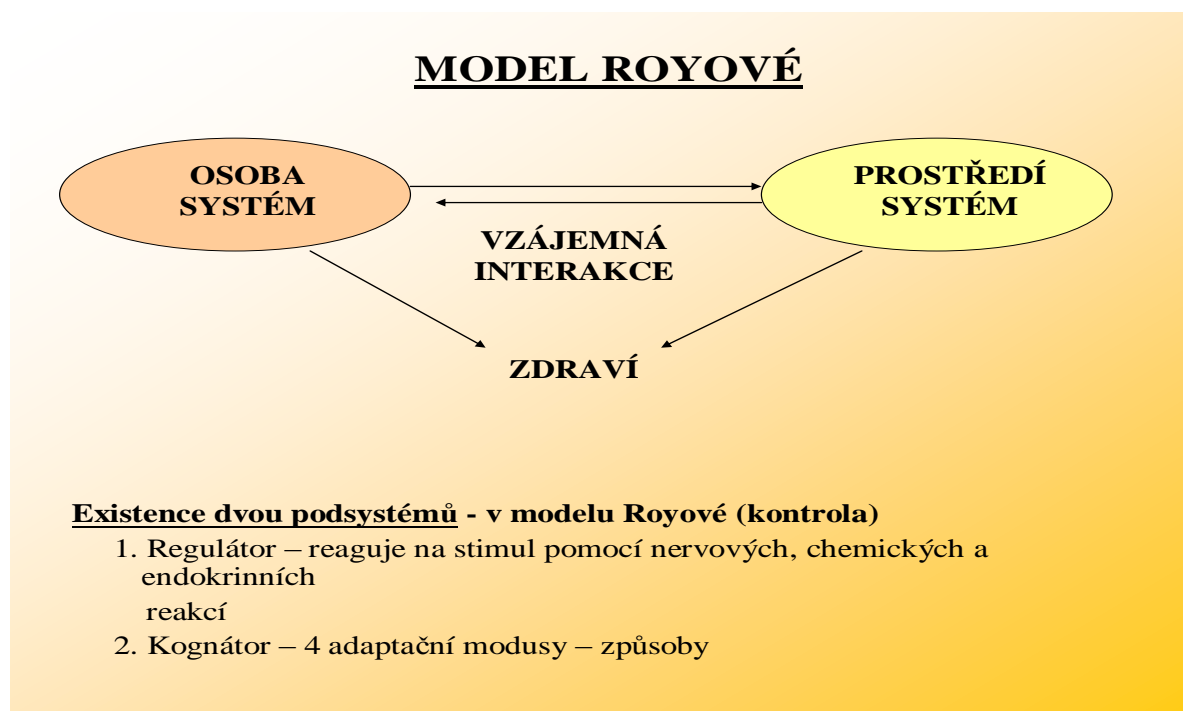
b) Kontrolní:

Regulátor

- reaguje na stimuly z vnějšího a vnitřního prostředí prostřednictvím nervových, chemických a endokrinních reakcí,

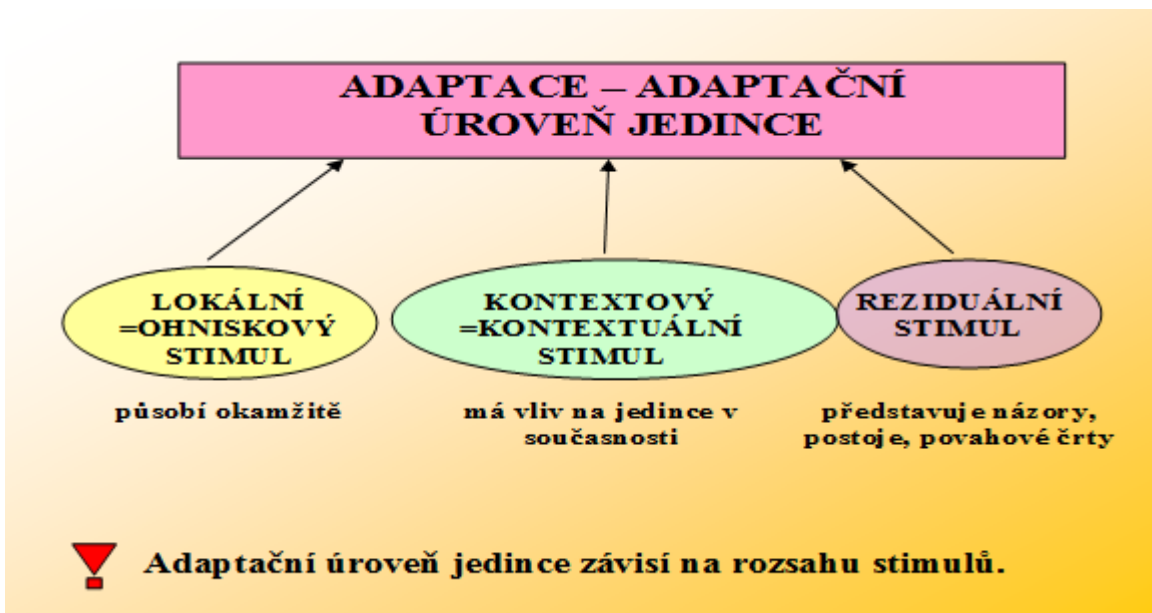
Kognátor

- reaguje prostřednictvím **4 adaptačních způsobů (modů)** - fyziologických potřeb, sebepojetí, rolové funkce a vzájemné závislosti a **čtyřmi emočními kanály** - zpracováním informací, učením, posouzením, emočním zpracováním.



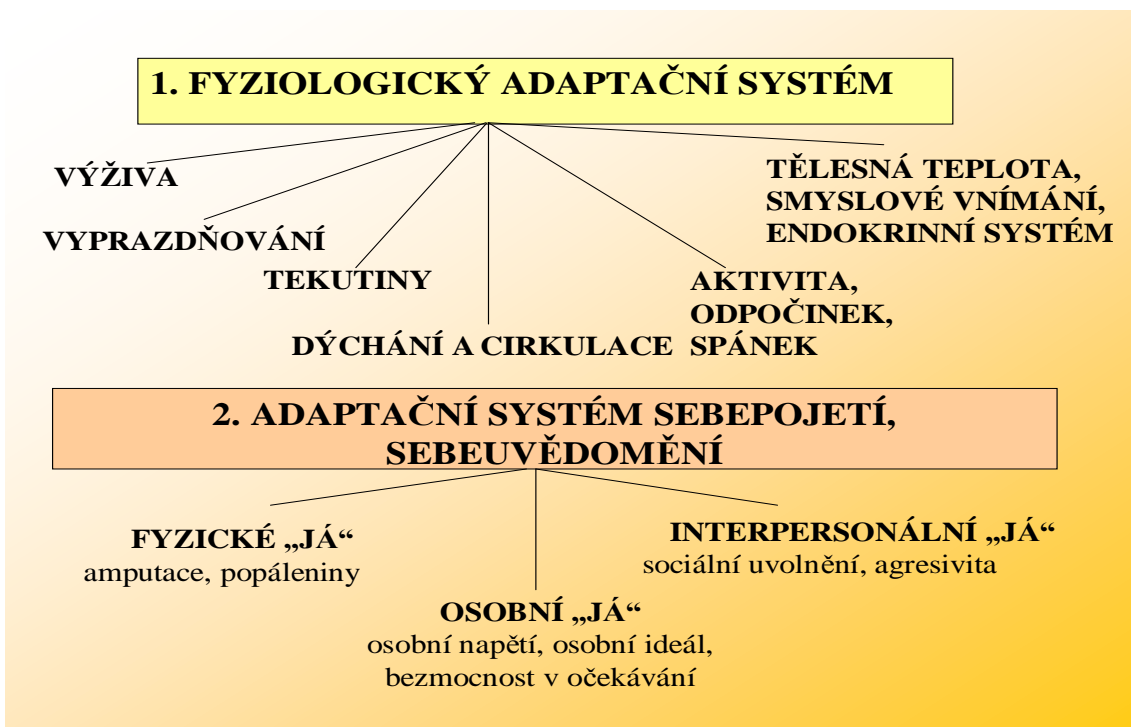
Obrázek 2 Model Royové

Zdroj: Autor



Obrázek 3 Adaptace – adaptační úroveň jedince

Zdroj: Autor



Obrázek 4 Fyziologický adaptační systém

Zdroj: Autor

3. ADAPTAČNÍ SYSTÉM ZVLÁDnutí ROLÍ (ROLOVÝ STROM)



TERCIÁRNÍ ROLE
= dočasná, vybraná
(člen komise)

SEKUNDÁRNÍ ROLE
= vybraná, relativně trvalá
(učitel, lékař, mechanik)

PRIMÁRNÍ ROLE
= pohlaví, věk
(starší muž)

Obrázek 5 Adaptační systém zvládnutí rolí – rolový strom
Zdroj: Autor

4. ADAPTAČNÍ SYSTÉM VZÁJEMNÉ ZÁVISLOTI

ZÁVISLOST ROVNOVÁHA NEZÁVISLOST

HLAVNÍ JEDNOTKY MODELU ROYOVÉ

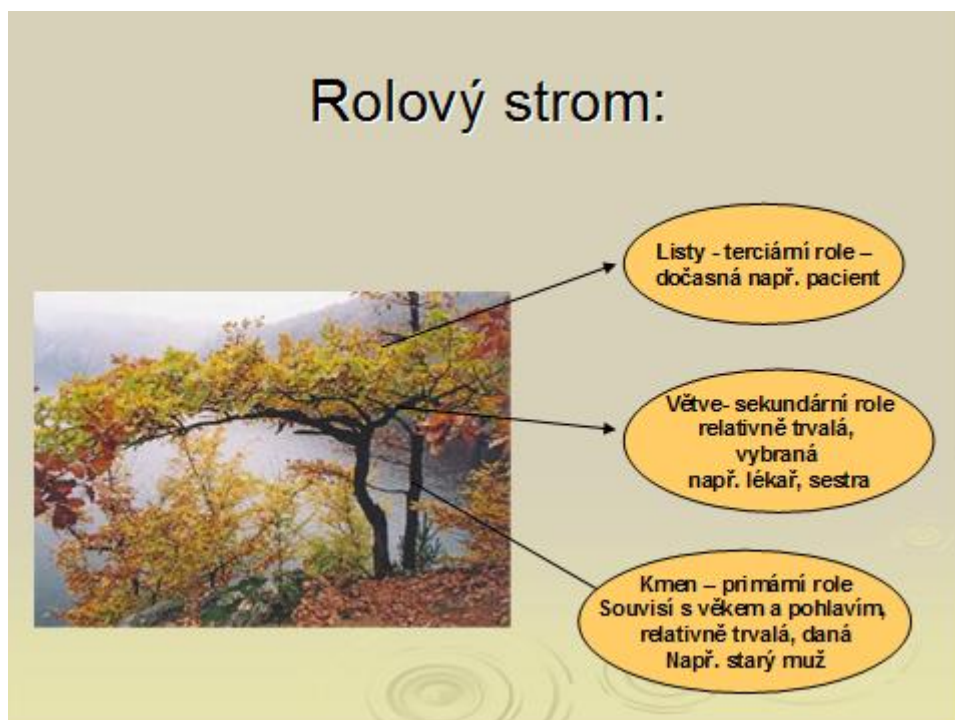
Cíl: Podpora adaptace.

Klient/pacient: Biopsychosociální bytost v interakci s prostředím.

Role sestry/porodní asistentky: Podpora klientových adaptačních mechanismů.

Výsledky ošetrovatelské činnosti: Přizpůsobené reakce pacienta na stimuly.

Obrázek 6 Adaptační systém vzájemné závislosti
Zdroj: Autor



Obrázek 7 Rolový strom

Zdroj: Autor

4.6 Model interakčních systémů Imogene Kingové

Imogene M. Kingová:

- narozena 1923,
- 1945 ošetrovatelské vzdělání,
- 1957 magisterské vzdělání,
- **pracovala jako sestra v oblasti chirurgického ošetrovatelství do 1958,**
- 1961 doktorandské studium (PhD.) - Kolumbijská univerzita pozdější profesorka ošetrovatelství (Jižní Florida).

Klíčové pojmy modelu:

- komunikace,
- interakční systémy,
- interpersonální vztahy,
- akce, reakce, interakce, transakce,
- role,
- stres.

Ošetrovatelský cíl:

- dosáhnout, obnovit nebo udržet či navrátit zdraví jedince tak, aby mohl plnit své sociální role.

Pacient/klient:

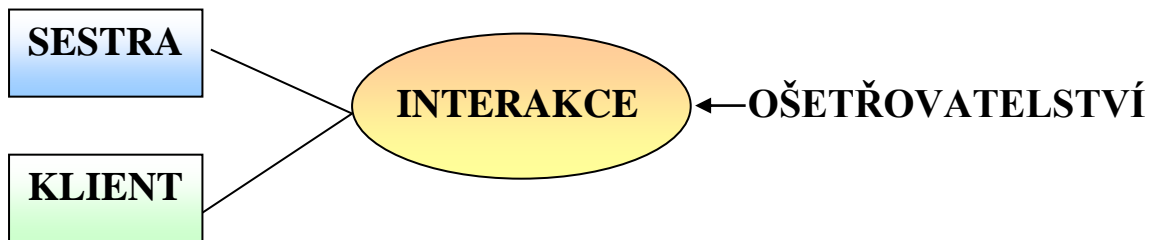
tři interakční systémy:

- **personální (osobnostní)** - jednotlivé osoby,
- **interpersonální** - skupiny,
- **sociální systém** - společnost.

Role sestry:

- **pomáhat pacientům pomocí interakce.**

Podle I. Kingové: ošetřovatelství je proces lidské interakce = **interakční proces** mezi sestrou a klientem.



Obrázek 8 Interakční proces v ošetřovatelství

Zdroj: Autor

Interakční proces podle Kingové

Kroky interakčního procesu podle Kingové jsou:

Akce - vzniká při setkání pacienta/klienta se sestrou,

Reakce - je výsledkem akce a interakce, způsob jakým reaguje sestra a pacient na první krok,

Interakce - je vzájemná komunikace mezi sestrou a pacientem,

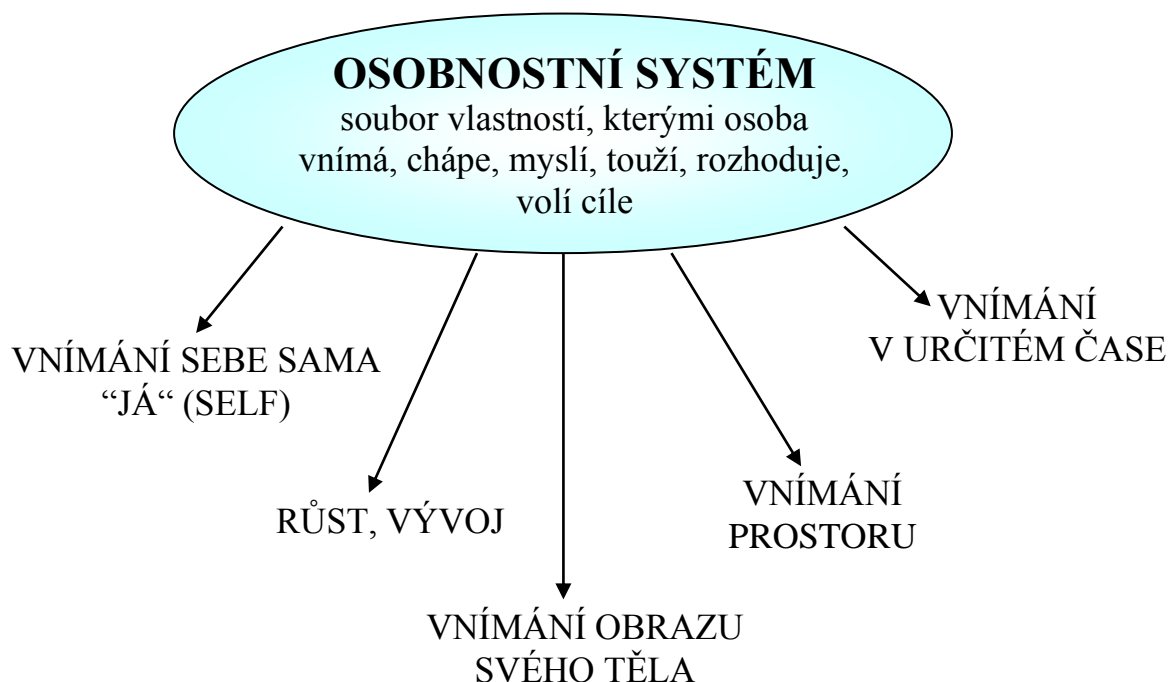
Transakce - je dosažení shody, aktivní spolupráce vedoucí k dosažení cíle.

Charakteristika systémů podle Kingové:

1) Osobnostní systém - soubor vlastností, kterými osoba vnímá, chápe, myslí, touží, rozhoduje, volí cíle, prostředky, způsoby.

Zahrnuje:

- vnímání sebe sama,
- růst, vývoj,
- vnímání obrazu svého těla,
- vnímání prostoru,
- vnímání v určitém čase.



Obrázek 9 Osobnostní systém dle Kingové

Zdroj: Autor

Osobnostní systémy se dostávají do kontaktu a vytvářejí interpersonální systém

2) Interpersonální systém - na základě interakce lidských bytostí, jejich osobnostního systému. **Zde pracuje Kingová s pojmy interakce, komunikace, transakce, role, stres, které definuje:**

- Interakce - mechanismy na stanovení lidských vztahů.
- Komunikace - základní sociální proces, který se rozvíjí.
- Transakce - proces interakcí, lidské chování orientováno na společný cíl.
- Role - vzájemnost, v níž je osoba příjemcem nebo předávajícím.
- Stres - vzniká v rámci mezilidských vztahů, pozitivní i negativní.

3) Sociální systém - interakcí mezi většími skupinami lidí, interpersonálními systémy. Je definovaný jako organizovaný systém sociálních úloh, způsobu chování, činností na udržení hodnot a mechanismů fungování. Příkladem sociálních systémů jsou rodiny, vzdělávací systém, pracovní systémy apod.

Souhrn:

Kingové model zdůrazňuje význam interaktivního procesu na dosažení cíle:

- akceptuje specifika osobnostního, sociálního, interpersonálního systému,
- základem modelu je vztah mezi sestrou a pacientem,
- absence poznatků o osobě, absence vztahů mezi osobami a ve společnosti způsobuje mechanickou a neosobní ošetřovatelskou péči,
- využití Kingové modelu je velmi široké, je to univerzální model,
- umožňuje komplexní a humánní ošetřovatelskou péči.

4.7 Komplementární model Virginie Henderson

Suplementárně – komplementární model Virginie Henderson Teorie základní ošetřovatelské péče



Virginia Henderson – označována jako F. Nightingale 20. století

- Kansas City, USA
- 1921 základní ošetřovatelské vzdělání na Army School of Nursing, Washington,
- 1927 studium ošetřovatelství na Teachers College Columbia University,
- 1934 ukončila magisterské vzdělání,
- od roku 1953 - ošetřovatelský výzkum,
- 1960 publikace Basic Principle of Nursing Care (Základní principy ošetřovatelské péče),
- 1966 publikace The Nature of Nursing (Charakter ošetřovatelství), kde definovala funkci sestry,
- 80. léta min. století aktivní členka ošetřovatelského výzkumu na Yale University,
- 7 čestných doktorátů na různých univerzitách,
- 1988 čestné členství v ANA (American Nursing Association) za celoživotní přínos výzkumu a vzdělávání v ošetřovatelství,
- †1966 Branford, USA.

Definice ošetřovatelství:

Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli a znalosti. A dělá to tak, aby mu co nejrychleji pomohla dosáhnout samostatnosti.

Cíl ošetřovatelství:

- nezávislost pacienta v uspokojování potřeb.

Pacient/ klient:

- nezávislá, celistvá (holistická) bytost, která má 14 elementárních potřeb,
- všechny lidské bytosti mají stejné základní potřeby bez rozdílu rasy, kultury,
- pohlaví, věku, temperamentu, psychické a intelektuální kapacity.

Role sestry:

- udržovat či navracet nezávislost,
- pomáhat v situaci, kdy si základní lidské potřeby nemůže klient zajistit sám,
- plnit terapeutický plán lékaře a spolupracovat s ostatními zdravotníky v zájmu uzdravení klienta.

Zdroj potíží:

- nedostatek síly, vůle, vědomostí.

Obsah modelu:

Hlavním cílem ošetřovatelství je udržet člověka maximálně soběstačného, nezávislého, aby byl schopen hodnotně žít i v případě, že nemá potřebnou sílu, vůli a znalosti, pomáhá sestra vhodnou ošetřovatelskou péčí.

Základní ošetřovatelská péče:

- je poskytována jedincům v nemocnici i domácí péči,
- reaguje na individuální potřeby pacienta,
- je ovlivňována podmínkami a zdravotním stavem.

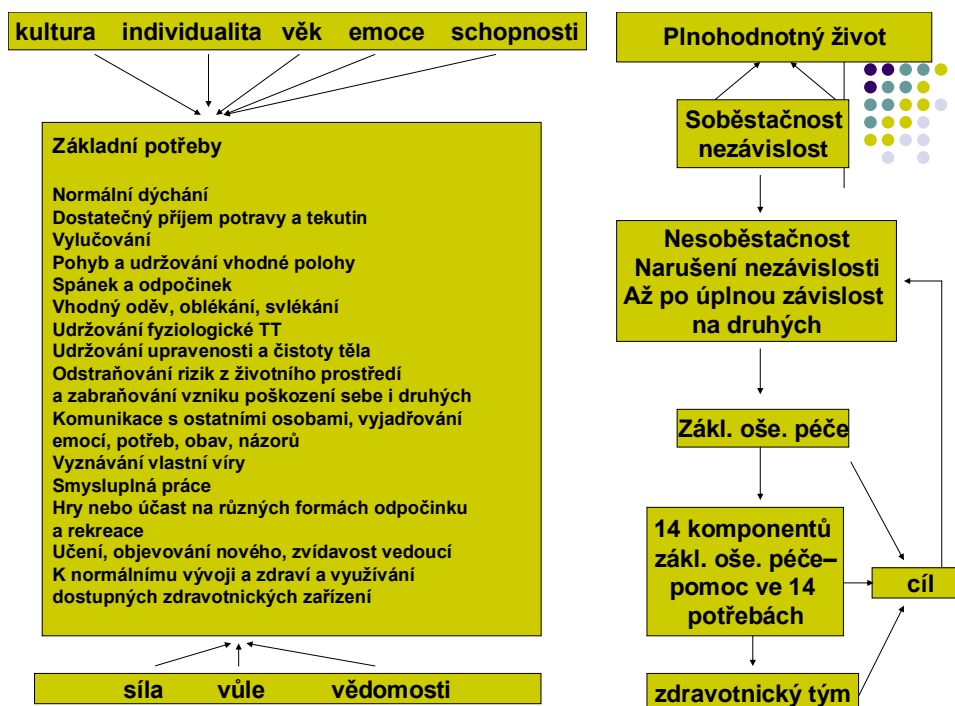
Důsledky:

- zvýšení rozsahu nezávislosti při uspokojování 14 potřeb nebo klidná smrt.

Základní potřeby:

1. Normální dýchání.
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin.

3. Vylučování.
4. Pohyb a udržování vhodné polohy.
5. Spánek a odpočinek.
6. Vhodné oblečení, oblékání, svlékání.
7. Udržování fyziologické tělesné teploty.
8. Udržování upravenosti a čistoty těla.
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých.
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů.
11. Vyznávání vlastní víry.
12. Smysluplná práce.
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace.
14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení.



Obrázek 10 Konceptní model V. Henderson
Zdroj: Autor

4.8 Konceptní model I.J. Orlandové

Konceptní model Orlandové - systémově – vývojový – stresový model

Ida Jean Orlando

- sesterský diplom získala v roce 1947,
- doktorát na kolumbijské univerzitě,
- začínala jako mladá sestra v psychiatrickém ošetřovatelství,
- spolupracovala na výzkumných projektech: mentální zdraví, vztah sestra - pacient.

Ošetřovatelský cíl

Vytvoření dynamického vztahu a poskytování útechy či navození pocitu pohody, uspokojení potřeb klienta, pacienta.

Klient/pacient

Holistická bytost ve vzájemném interakčním procesu se sestrou - fungující lidský organizmus.

Dva aspekty lidského života dle

- 1) Člověk existuje **ve změně**: narození, růst, vývoj a smrt jsou integrální součástí života.
- 2) Člověka chápe jako biologickou, interpersonální a intrapersonální jednotu, která je otevřená prostředí a podléhá změnám „humánní (lidský) systém“. Chápe klienta jako systém pohybující se v čase přes jednotlivá stádia svého vývoje.

Klienta definovala jako humánní systém:

Humánní systém:

1) Biologický subsystém:

- kardiovaskulární
- gastrointestinální
- neurologický
- respirační
- endokrinní, imunitní, kosterní a jiné.

2) Interpersonální subsystém:

orientuje se na:

- sociální vztahy,
- oblast socioekonomickou,
- kulturní,
- interakční.

3) Intrapersonální subsystém:

- zahrnuje světový názor,
- sebekoncepci, sebekontrolu,
- duchovní názor.

Role sestry i porodní asistentky

Sestra/porodní asistentka je povinná vyhledat a odstranit překážky bránící pacientům v dosažení fyzické a psychické pohody. Pomáhat předcházet stavům úzkosti a tísně.

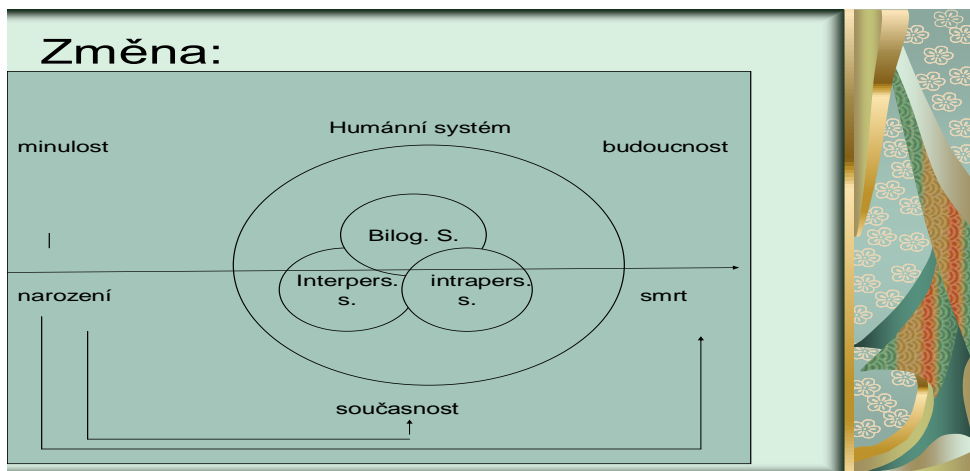
Klienta chápe v jeho životní kontinuitě, bere v úvahu jeho současný stav složený z minulosti i budoucnosti.

Výsledek ošetřovatelské péče:

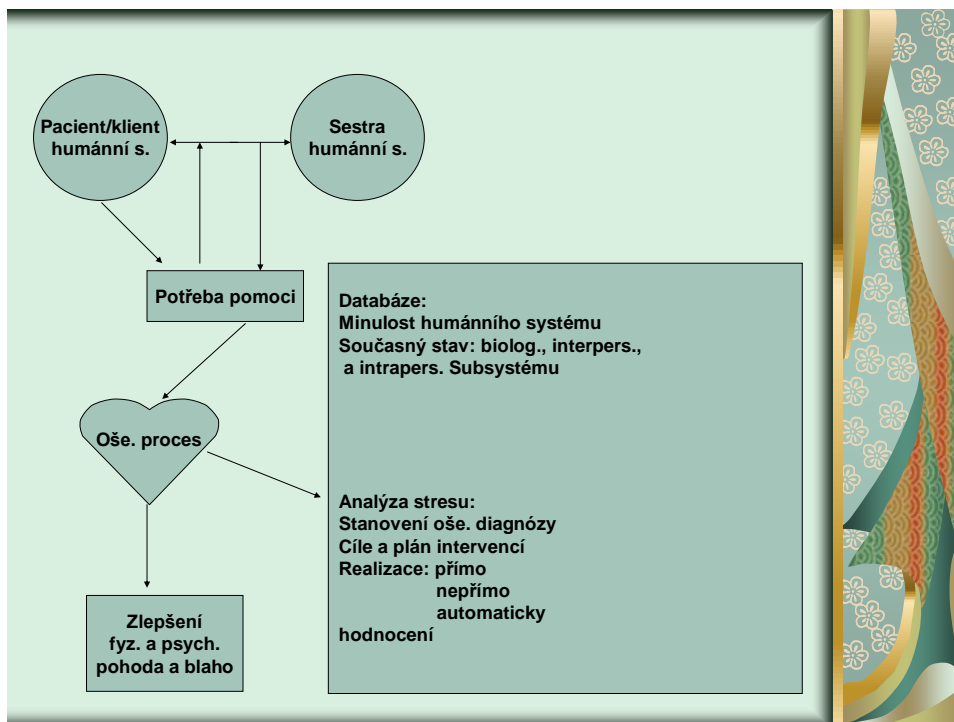
Vyhledávat přímé klientovy zkušenosti, jeho sociální myšlení, city a vnímání, reagovat na ně a vzájemně je ovlivňovat. Zlepšit klientovo psychické i fyzické zdraví a jeho komfort.

Struktura modelu:

- člověk je chápán jako dynamický systém v interakci s prostředím,
- vývoj obsahuje biologické, interpersonální a intrapersonální změny,
- změna je životu vlastní a systémy se usiluje o udržení stability ve změně,
- pacientův stav znamená vztah mezi systémem člověka, časem a prostředím.



Obrázek 11 Změna dle modelu Orlandové
Zdroj: Autor



Obrázek 12 Změna u pacienta/klienta
Zdroj: Autor

4.9 Enviromentální teorie Florence Nightingale

Enviromentální Teorie Florence Nightingale – založená na vztahu člověka, jeho zdraví a prostředí

Florence Nightingale - 12.5.1820 - 13.8.1910

- 1851 studovala ošetřovatelství (Protestant Diakonie, Kaisersworth, Německo),
- 1853 superintendent (Hospital for Invalid Gentlewomen, London),
- 1854 účast v Krymské válce,
- 1859 publikace Notes on Hospitals (Zápisky o nemocnicích),
- 1860 založila ošetřovatelskou školu a domov pro sestry (St. Thomas's Hospital, London),
- 1908 vyznamenání za zásluhy (král Edward VII).



Ošetřovatelský cíl

- definovat vědu a umění ošetřovatelství, poskytnout všeobecná pravidla pro praxi a rozvoj ošetřovatelství.

Klient/pacient

- osoba v prostředí, ve kterém se má uzdravovat (tělesný, sociální a emocionální aspekt).

Role sestry/porodní asistentky

- nositelka morálky s profesionálním vztahem k pacientovi, akceptuje potřebu toho, co upřednostňuje pacient podporuje pacientovu soběstačnost, důsledně pozoruje pacienta, hodnotí reakce a stav zlepšení.

Pojmy modelu:

Člověk/jedinec:

- Lidé jsou multidimenzionální bytosti s tělesnými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami.
- Člověk je příjemce ošetřovatelské péče.
- Člověk má životní sílu, která mu umožňuje vypořádat se s nemocí a navracet zdraví.

Prostředí:

- **Fyzikální** - ventilace, teplo, zápachy, hluk, světlo, čistota, lůžkoviny.
- **Psychologické** - negativní vliv stresu, spojovací článek psychologického prostředí je komunikace s pacientem.
- **Sociální** - komunita a sociální prostředí vzhledem k pacientovi.
- **Emocionální** - podmínky pro přirozené chování a jednání.

Ošetřovatelství (péče o klienta):

- Ošetřovatelství pomáhá pacientovi dosáhnout optimální zdravotní stav.
- Okruh činností poskytující pacientovi co nejvhodnější podmínky pro přirozenou léčbu.
- Ošetřovatelská péče respektuje spirituální, tělesné, emocionální, duševní a sociální potřeby pacienta.

Zdraví/nemoc:

- Zdraví - stav, kdy se člověk cítí dobře a je schopen využívat všech svých sil a možností.
- Je výsledek interakce mezi sestrou (ošetřovatelstvím) a prostředím, v němž aktivity směřující k úpravě prostředí působí na pacienta.
- Současně prostředí a pacient ovlivňují sestru.
- Nemocný je pasivně ovlivňován sestrou a prostředím.

Závěr:

F. Nightingale usilovala o změny v ošetřovatelství, o rozvoj ošetřovatelské praxe, ošetřovatelské vzdělání a rozvoj ošetřovatelství prostřednictvím výzkumu.

4.10 Behaviorální systémový model Johnsonové

Dorothy E. Johnson

Autorka behaviorálního systémového modelu, který zdůrazňuje účelné a účinné chování (jednání) osoby zaměřené na předcházení nemoci.

Osoba

- behaviorální systém tvořený subsystemy (podsystemy).

Ošetřovatelství



- vnější síla působící na zachování organizace a integrace pacientova chování (jednání) na optimální úrovni v péči o tělesné nebo duševní zdraví nebo počas nemoci.

Sestra

- regulace a dohled nad stabilitou a vyvážeností behaviorálního systému.

Zdraví

- rovnováha, stabilita. Účelná, fyzicky, mentálně, emocionálně a sociálně adaptivní odpověď na vnitřní a vnější stimuly v zájmu udržení stability a pohody.

Cíl ošetřovatelství

- posilovat rovnováhu jedince, která mu umožňuje uplatnit se v celém kontinuu zdraví a nemoci.

Společnost

- prostředí, ve kterém jedinec existuje. Všechny události v prostředí ovlivňují chování člověka.

Obsah modelu

- Hlavním zdrojem klientových problémů je funkční a strukturální stres, nesprávný vývoj nebo stimulace systému či jeho částí, selhání regulačních mechanismů, vystavení se škodlivým vlivům, neadekvátní prostředí.

7 subsystémů behaviorálního modelu

Subsystém združování: patřit k někomu, něčemu, k jinému i k sobě samému, sociální zařazení, sociální vztahy.

Agresivně – ochranný subsystém: chránit sebe samého nebo jiné od skutečného nebo představovaného ohrožení objekty, osobami, myšlenkami, obranná odpověď, dokázat sebeochranu a prosadit se.

Subsystém závislosti: udržet zdroje prostředí potřebné na dosažení pomoci, podpory, pozornosti, bezpečnosti a získání důvěry.

Vylučovací systém: vylučování exkretů a biologických látek z těla.

Subsystém příjmu potravy: udržet integritu organismu, dosáhnout stavu spokojenosti.

Subsystémy úspěchu: zdokonalovat sebe samého nebo své prostředí, dosáhnout zlepšení, kontrolovat prostředí, zručnosti.

Sexuální subsystém: plní očekávání v sexuální oblasti, starat se o jiné, přijímat péči jiných.

Každý subsystém má 3 hlavní požadavky: musí být - chráněný před škodlivými vlivy, podporovaný, stimulovaný, aby se rozvíjel. Subsystémy mezi sebou souvisí a změna v jednom ovlivní ostatní.

4.11 Konceptní model Leiningerové

Teorie transkulturní péče- model vycházejícího slunce

Madeleine Leininger - 1948

Ošetřovatelský cíl

Je společná práce a porozumění péči a zdravotnickým otázkám různých kultur tak, aby se způsob péče, hodnoty, názory a životní styl staly podkladem pro poskytování péče specifické pro danou kulturu.



Klient/pacient

Osoba je holistická bytost ovlivněná sociálním pozadím. Klienti z rozdílných kultur vnímají zdraví, nemoc, léčbu, závislost a nezávislost různě.

Role sestry

Poznat laický způsob péče o klienta a jeho kladné stránky využít při poskytování profesionální péče u klienta, který pochází z jiné kultury.

Pojmy modelu:

Kulturní antropologie - věda zkoumající vývoj, strukturu a fungování různých kultur v čase a prostoru.

Kultura - naučené a přenášené hodnoty, víra, normy, životní styl jednotlivce či skupiny, které usměřují jejich myšlení, rozhodnutí i činnosti.

Dominantní kultura - hlavní kultura obyvatelstva, které má na daném území převahu - dominantní (prioritní) skupin lidí.

Subkultura - pojem vztahující se na skupinu lišící se od příslušníků dominantní kultury, která je ovšem její součástí (př. subkultura Romů, subkultura Svědků Jehovových).

Transkulturní ošetřovatelství - profese zabývající se péčí, umění a věda zaměřená na podporu, udržování zdravého způsobu chování či zotavení z choroby kulturně vhodnými způsoby.

4.12 Konceptní model Peplauové

Model interpersonálních vztahů, psychodynamického ošetřovatelství

Hildegard E. Peplau

Ošetřovatelský cíl

Adekvátní komunikace a dobré interpersonální i intrapersonální vztahy umožňující růst a rozvoj klienta.

Klient/pacient

Klient má své biologické, psychologické a sociální kvality, které ho motivují k sebezáchově, reprodukci a růstu.

Role sestry

Důraz je kladen na vztah, který se vytváří mezi sestrou a klientem. Sestra může přijmout jednu ze šesti rolí ve vztahu sestra-klient.

6 základních rolí:

- 1) vystupuje jako cizí člověk (při počátečním kontaktu),
- 2) jako osoba - zdroj,
- 3) jako učitel,
- 4) jako vedoucí,
- 5) jako zástupce, obhájce,
- 6) jako poradce.

Obsah modelu

Problémy, které vyžadují ošetřovatelský zásah, jsou zejména problémy spojené s obavami. Příčiny těchto problémů mohou být fyzické, psychologické nebo sociální. Mnohé příčiny mohou být spojeny s těžkostmi v interpersonálních vztazích. Všechny tyto příčiny vyvolávají pocit nemoci, v jehož důsledku lidé vyhledávají ošetřovatelskou péči.

Literatura:

- ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-31.
- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. 187 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatel'stvo - teória*. 3. dopl. vyd. Martin: Osveta, c2009. 244 s. ISBN 978-80-8063-322-6.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství. 2000. 105 s. ISBN 80-85866-55-2.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MAREČKOVÁ, Jana. *NANDA - International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
- MAREČKOVÁ, Jana, JAROŠOVÁ, Darja. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 2005. 86 s. ISBN 807368-058-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství - systémový přístup*. 3. dotisk, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 180 s. ISBN 80-246-0429-9.

5 Mezinárodní aktivity směřující k transformaci zdravotnictví a ošetrovatelské péče**Literatura:**

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora a Glenora OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetrovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetrovatelství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

5.1 Program Zdraví pro všechny a mezinárodní aktivity**Program "Zdraví pro všechny" a mezinárodní aktivity**

Metodickým východiskem společné cesty ke zdraví se stal dlouhodobě pojatý programový proces, založený na validním informačním a výzkumném základě a systémové teorii řešení problému (tj. posouzení problému, stanovení priorit, naplánování kroků vedoucích ke změně, realizace jednotlivých kroků a vyhodnocení dosažených výsledků, zda a do jaké míry se podařilo výchozí problém zvládnout).

Dokumenty SZO (Světové zdravotnické organizace) uvádí, že metodiky cílového programování a systémového přístupu se začaly plně uplatňovat ve všech oblastech práce SZO hned od počátku

70. let. Na tomto základě byl posouzen vývoj stavu zdraví populace v Evropě i ve světě ve druhé polovině sedmdesátých let.

Jako dominantní problémy byly označeny:

- a) rychlý růst výdajů na zdravotní péči,
- b) stagnace zdravotní úrovně společnosti,
- c) potíže při kontrole a redukci zdravotně rizikových faktorů, protože většina z nich působí mimo tradiční resortní hranice zdravotnictví.

Tyto problémy se staly východiskem rozsáhlého celosvětového hnutí za zlepšení péče o zdraví populace, které úzce souvisí s politickými, ekonomickými a společenskými změnami.

V roce 1977 přijala SZO dvě důležité rezoluce:

1) Historická rezoluce (WHO)- Zdraví pro všechny do roku 2000.

formulovala základní cíl na příští dvě desetiletí: *Hlavním sociálním cílem vlád a SZO v následujících desetiletích by mělo být, aby všichni občané světa dosáhli do roku 2000 takové úrovně zdraví, která jim umožní vést společensky a ekonomicky produktivní život.* Tento cíl je znám pod názvem **Zdraví pro všechny do roku 2000.**

2) Další důležitá rezoluce, druhá v pořadí (WHO) deklaruje:

význam zdravotních sester a porodních asistentek v primární péči. Tato rezoluce se obrátila na členské státy, aby prostudovaly jejich role a funkce a naplánovaly racionální zvýšení jejich počtu v souladu s tím, jak která země potřebuje primární zdravotní péči.

V roce 1978 Mezinárodní konference V Alma-Atě

- byla zaměřena na nové pojetí „Základní zdravotní péče“, které bylo označeno za jeden z nejdůležitějších prostředků realizace nové politiky péče o zdraví. S tím souvisí i nové vymezení rolí zdravotnických profesí v systému péče o zdraví. *Např. lékař má primární roli v léčbě a diagnostice, sekundární roli v péči. Všeobecná sestra má primární roli v péči a sekundární roli v léčbě a diagnostice.*

V roce 1980 SZO označila Program Zdraví pro všechny do roku 2000 za směrnici rozvoje péče o zdraví pro všechny členské země, a tak tento program začal plnit funkci celosvětové zdravotní strategie.

V roce 1981 SZO přijala dokument: Globální strategie zdraví pro všechny do roku 2000:

- byl přijat na 34. Světovém zdravotnickém shromáždění a stal se výrazem individuální i kolektivní národní zodpovědnosti za zdraví populace,

- následovalo vydání pomocných metodických materiálů zaměřených na ukazatele průběžného sledování a kontrolu dílčích výsledků programu, na otázky řízení rozvoje péče o zdraví v jednotlivých zemích a na principy hodnocení zdravotních programů. Zvláštní pozornost je věnována **průpravě zdravotnických profesí:**

Ministerstva zdravotnictví a jiná zainteresovaná ministerstva a instituce, např. ministerstvo školství, přehodnotí přípravu z hlediska počtu, typu a kvality různých potřebných kategorií zdravotnických pracovníků. Taková průprava bude odpovídat za roli zdravotníků při podněcování jednotlivců a rodin k péči o sebe sama. Zodpovědní pracovníci vyvinou úsilí, aby se potřebné reformy zrealizovaly na lékařských fakultách, dostaly do zdravotní vědy a jiných relevantních vzdělávacích institucí, aby zdravotnický personál kromě svých technických znalostí byl seznámen i s filozofií rozvoje zdraví, tak, jak byl zformulován v deklaraci z Alma-Aty.

V roce 1984 schválil Evropský regionální výbor 38 regionálních cílů péče o zdraví:

To byla významná změna pro systémy zdravotní péče v západní Evropě. Poprvé v historii země EU přijaly společné zásady zdravotní politiky jako východisko samostatné i společné práce. Důležité bylo přijetí společných kritérií pro hodnocení zdravotní situace, společných zásad řešení

zdravotních problémů a rozvoj systematické spolupráce ve všech oblastech souvisejících se zdravím lidí.

Pro tento program je charakteristický dlouhodobý časový horizont. Vedle zdravotníků jsou k péči o zdraví vyzváni i politikové, pracovníci jiných resortů a celá veřejnost.

V obecné rovině je evropská strategie tvořena sedmi základními oblastmi:

1) Ekvita (spravedlnost) - zlepšení životních a pracovních podmínek znevýhodněných skupin osob.

2) Zájem o etiku - vytvoření a prosazení mechanismů, které posilují uplatnění etických hledisek ve veškerém rozhodování, která mají vztah ke zdraví jednotlivců, skupin a celé populace.

3) Aktivní účast občanské společnosti - plné využití humánních zdrojů posílením důstojnosti, znalostí a schopností jednotlivců a vhodnou sociální podporou.

4) Podpora zdraví a prevence nemocí - změna orientace zdravotnických služeb, rozvoj životního stylu, tvorba zdravého životního prostředí.

5) Základní zdravotní péče (Primary Health Care) - přiblížit ji potřebám občanů a poskytovat ji co nejbližší místům, kde lidé žijí a pracují, rozvíjet ji a plánovat za účasti občanů a zapojovat občany do poskytování této péče.

6) Meziobvětvová spolupráce - vhodné skloubení práce státní správy na národní, regionální i lokální úrovni, spolupráce s organizacemi, trvalé úsilí o co nejvyšší kvalitu a hospodárnost.

7) Mezinárodní spolupráce - v ochraně životního prostředí, zdroje umožňující zdravý životní styl a poskytování zdravotnických služeb, které využívají přínosu vědeckotechnického rozvoje

Základní osnovu programu Zdraví pro všechny tvoří 38 cílů. Každý z nich vychází z vymezení problému, posouzení metod a možnosti jeho zvládnutí, a je provázen navrženými ukazateli pro hodnocení jeho realizace.

5.2 Evropské strategie péče o zdraví

38 cílů evropské strategie péče o zdraví:

I. Zlepšení zdraví

1. Ekvita (spravedlnost) ve zdraví
2. Zdraví a kvalita života
3. Péče o zdravotně postižené občany
4. Omezení chronických nemocí
5. Omezení přenosných nemocí
6. Zdravé stáří
7. Zdraví dětí a mládeže
8. Zdraví žen
9. Omezení kardiovaskulárních nemocí
10. Zhoubné nádory
11. Úrazy
12. Omezení duševních poruch a sebevražd

II. A. Životní styl

13. Politika a zdraví
14. Rozvoj zdraví v místních podmínkách
15. Zdravotní kompetence
16. Zdravý život
17. Tabák, alkohol a psychotropní látky

II. B. Životní prostředí

18. Politika a životní prostředí

19. Řízení a životní prostředí
20. Kvalita vody
21. Kvalita ovzduší
22. Kvalita a bezpečnost potravin
23. Sklárky a znečišťování půdy
24. Humánní ekologie a osídlení
25. Zdraví lidí v práci

II C. Vhodná péče o zdraví

26. Zaměření zdravotnických služeb
27. Zdroje zdravotnictví a řízení
28. Základní zdravotní péče
29. Nemocniční péče
30. Podíl společnosti na uspokojování zvláštních potřeb
31. Kvalita péče a přiměřená technologie

III. Rozvoj zdraví pro všechny

32. Zdravotní výzkum a rozvoj
33. Zaměření strategie „Zdraví pro všechny“
34. Řízení strategie "Zdraví pro všechny do roku 2 000"
35. Informační systém ve zdravotnictví
36. Příprava a výchova lidí ke zdraví
37. Partnerství pro zdraví
38. Zdraví a etika

V roce 1986 se konala v Ottavě I. Mezinárodní konference "O podpoře zdraví" (Health Promotion), která se zaměřila na zdravý životní styl, chování a jeho význam pro zdraví. Závěry jsou shrnuty v **Ottavské chartě „O posilování a rozvoji zdraví“** která zahrnuje podporu zdraví v pěti oblastech: zdravotní politice, příznivém životním prostředí, rozvoji osobních schopností a dovedností, široké společenské aktivitě a nově orientovaných zdravotnických službách. V mezinárodním měřítku byl takto poprvé položen hlavní důraz na zdraví, místo na nemoci, a na nejdůležitější podmínky jeho rozvoje. Základní podmínkou je mír, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, dostatečné zdroje, rovnoprávnost.

5.3 Vídeňská deklarace

V roce 1988 se konala ve Vídni I. Evropská konference:

o rozvoji adekvátních služeb v primární péči o zdraví "O ošetřovatelství", kde byla také poprvé formulována **Nová koncepce profesionálního ošetřovatelství**, a nutnost změn ve vzdělání kvalifikovaných sester viz **Vídeňská deklarace**:

Vídeňská deklarace:

VS a PA hrají klíčovou úlohu a stále důležitější roli v úsilí společnosti vypořádat se s vážnými úkoly veřejného zdravotnictví naší doby.

Je důležité podporovat ošetřovatelství a porodní asistenci:

- určit překážky v náborové strategii, v problematice vztahu pohlaví a postavení,
- určit problémy medicínské povahy,
- poskytovat finanční podněty a příležitost pro kariérní postup.

Vytvářet příležitost pro VS a PA, aby se mohly učit společně jak na pregraduální, tak i na postgraduální úrovni.

Zajistit lepší spolupráci a interdisciplinární práci v zájmu zlepšení kvality péče o pacienty.

Podporovat výzkum a rozšiřovat informace pro rozvoj vědomostní základny pro praxi. Vytvářet a podporovat komunitní programy a služby.



Uznávali, že posilování ošetřovatelství a porodní asistence by mělo být podporováno:

Rozvojem strategie a regulace,

Zajištěním potřebných podmínek včetně legislativních a regulačních mechanismů.

(Shrnutí - 1. konference se konala ve Vídni v roce 1988, druhá konference se konala v Mnichově 2000.)

V roce 1989 42. Světové zdravotnické shromáždění vydalo rezoluci

O posílení ošetřovatelství a porodní asistence v rámci podpory strategií Zdraví pro všechny do roku 2000

Členské státy v ní byly vyzvány, aby:

„podněcovaly a podporovaly jmenování sester a porodních asistentek do důležitých vedoucích a řídicích funkcí a usnadňovaly jejich účast na plánování a realizaci péče o zdraví v dané zemi“

Počátkem 90. let reagovala regionální kancelář Světové zdravotnické organizace pro Evropu (WHO/EURO) na výzvu zemí EU k podpoře transformace zdravotnických systémů v zemích střední a východní Evropy.

V roce 1991 na jednání Regionálního výboru WHO/EURO byl přijat program EUROHEALTH, který vycházel ze strategie SZO „Zdraví pro všechny do roku 2000“, a pro období 1995 až 2000 **měl šest hlavních priorit:**

- Novou zdravotní politiku
- Reformu zdravotní péče
- Péči o matku a dítě
- Infekční nemoci
- Civilizační choroby a podporu zdraví
- Životní prostředí

V roce 1992 45. Světové zdravotnické shromáždění vydalo rezoluci „Důraz na řízení ošetřovatelství sestrami“ - výzva členským státům. Toto uznání významu vedoucích funkcí sester bylo na shromážděních sester a porodních asistentek, které organizovala SZO odhlasováno v posledních letech několikrát.

5.4 Zdraví 21

V roce 1998 (v květnu) se konalo 51. Světové zdravotnické shromáždění (WHA) v Ženevě, které přijalo novou strategii SZO: **ZDRAVÍ 21 (Zdraví pro všechny v 21. století)**, na jejímž základě je připravován program EUROHEALTH pro období 2000 až 2005. Jde o nové aktivity WHO/EURO rozšiřující program Zdraví pro všechny do roku 2000. Zlepšení zdraví a duševní pohody lidí je hlavním cílem sociálního a ekonomického vývoje každé země.

Dochází k zintenzivnění spolupráce SZO s Evropskou komisí **V České republice** vznikl za účelem iniciace a podpory aktivit vedoucích k zlepšení a ochraně zdraví občanu strategický dokument **Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky: Zdraví pro všechny v 21. století (dále jen program ZDRAVÍ 21)**. Tento program, který je národní variantou programu Světové zdravotnické organizace (WHO) „Health for all in the 21st century“ z roku 1998, byl schválen usnesením vlády ČR a. 1046 dne **30. října 2002** jako mezirezortní dlouhodobý program. Jeho hlavním záměrem je prostřednictvím 21 cílů vybudovat fungující model komplexní péče o zdraví a podpory zdraví celé společnosti.

Program ZDRAVÍ 21 představuje rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a předpokládá účast všech složek společnosti na jeho plnění. Za plnění programu Zdraví 21 odpovídá vláda ČR a její Rada pro zdraví a životní prostředí. Ta zřídila také Výbor pro tento program. Program ZDRAVÍ 21 vychází z racionálního, dobře strukturovaného modelu komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj, vypracovaného týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Navrhuje vlastní cesty ČR, jak směřovat ke splnění 21 cílů

společného evropského programu ke zlepšení zdravotního stavu národu a regionu. Důležitým cílem programu ZDRAVÍ 21 je snížit rozdíly ve zdravotním stavu obyvatel uvnitř státu a mezi státy Evropy, protože jsou jedním z prvků sociálních nerovností a faktorem, který může ovlivňovat stabilitu národních společenství a v důsledcích i Evropského regionu.

ČR z tohoto hlediska nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva, není však bez problému a přes znatelný pokrok dosud nedosáhla parametru zdraví v nejnávštějnějších demokratických průmyslových státech. Kromě toho má úroveň zdraví výraznou časovou dynamiku a teoretická i reálná hladina zdraví jednotlivce a populace se v prosperujících společnostech stále posunuje výš. Velký význam přikládá program ZDRAVÍ 21 účasti všech složek společnosti na zlepšování veřejného zdraví a sdílené odpovědnosti všech resortů.

Program zdraví 21 obsahuje 21 cílů, každý cíl obsahuje ještě několik dílčích úkolů:

1. SOLIDARITA VE ZDRAVÍ V EVROPSKÉM REGIONU
2. SPRAVEDLNOST VE ZDRAVÍ
3. ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA
4. ZDRAVÍ MLADÝCH
5. ZDRAVÉ STÁRNUTÍ
6. ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ
7. PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ
8. SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ
9. SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY
10. ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ
11. ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL
12. SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM
13. ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY
15. ZDRAVÍ, DŮLEŽITÉ HLEDISKO V ČINNOSTI VŠECH RESORTŮ
16. 15. INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR
17. 16. ŘÍZENÍ V ZÁJMU KVALITY PÉČE
18. 17. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ
19. 18. PŘÍPRAVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ
20. 19. VÝZKUM A ZNALOSTI V ZÁJMU ZDRAVÍ
21. 20. MOBILIZACE PARTNERŮ PRO ZDRAVÍ
22. 21. OPATŘENÍ A POSTUPY SMĚŘUJÍCÍ KE ZDRAVÍ PRO VŠECHNY

5.5 Mnichovská deklarace

Mnichovská deklarace ze dne 26. dubna 2000 - všeobecné sestry a porodní asistentky: síla pro zdraví:

- 2. ministerská konference WHO o ošetřovatelství a porodní asistenci v Evropě.

Druhá ministerská konference WHO o ošetřovatelství a porodní asistenci v Evropě se zabývá unikátní rolí a příspěvkem šesti milionů evropských všeobecných sester a porodních asistentek k rozvoji zdraví a poskytování zdravotních služeb. Od první ministerské konference WHO, která se konala ve Vídni v roce 1988, došlo i v Evropě jen k velmi malému pokroku směrem k posilování statutu a plnému využívání potenciálu všeobecných sester a porodních asistentek.

Jako **ministři zdravotnictví členských států WHO** v evropském regionu, účastníci se mnichovské konference:

Domníváme se, že všeobecné sestry a porodní asistentky hrají klíčovou úlohu a stále důležitější roli v úsilí společnosti vypořádat se s vážnými úkoly veřejného zdravotnictví naší doby, stejně jako v zajištění kvalitních, dostupných, efektivních a sensitivních zdravotnických služeb, které reagují na lidské potřeby.

Naléháme na všechny příslušné úřady v evropském regionu WHO, aby zvýšily své úsilí k podpoře ošetřovatelství a porodní asistence:

- Určováním překážek především v **náborové strategii**, dále v problematice vztahu pohlaví a postavení, problémů medicínské převahy, stejně tak poskytováním finančních podnětů a příležitostí pro kariérní postup.
- **Vytvářením příležitostí** pro všeobecné sestry a porodní asistentky, aby se mohly učit společně na pregraduální a postgraduální úrovni, aby byla zajištěna lepší spolupráce a interdisciplinární práce v zájmu zlepšení kvality péče o pacienty.
- **Podporováním výzkumu a rozšiřováním informací** k rozvoji vědomostní základny pro praxi všeobecných sester a porodních asistentek.
- Vytvářením a podporováním **komunitních programů** a služeb.

Uznáváme, že závazek a vážné úsilí směrem k posilování ošetřovatelství a porodní asistence v našich zemích by měl být podporován:

- Rozvojem strategie **přijímání a regulace** dostatečného počtu kvalifikovaných všeobecných sester a porodních asistentek.
- Zajištěním potřebných podmínek včetně **legislativních a regulačních mechanismů** tak, aby bylo všeobecným sestřím a porodním asistentkám umožněno samostatně a efektivně pracovat s plným využitím jejich potenciálů a to v pozici závislého a nezávislého profesionála na všech úrovních zdravotního systému.

Zaručujeme, že budeme pracovat v partnerství se všemi příslušnými ministerstvy a orgány na národní, subnárodní a mezinárodní úrovni tak, abychom realizovali cíle této deklarace. Obracíme se na WHO – regionální úřadovnu pro Evropu, aby poskytla strategické poradenství a případné studie správné praxe, a aby monitorovala vývoj, žádáme regionálního ředitele WHO, aby pravidelně předkládal zprávy Regionální komisi pro Evropu a ta aby zorganizovala v roce 2001 první setkání ke kontrole implementace této deklarace.

5.6 Pražská deklarace

Pražská deklarace 21. září 2003

Konference ministrů zdravotnictví států přistupujících k EU

Deklarace - ministři se zavazovali, že:

- budou se aktivně podílet na rozvoji standardů v oblasti zdravotní a sociální péče,
- budou vzájemně uznávat kvalifikaci zdravotnických pracovníků, včetně zavedení systému registrace těchto pracovníků tak, aby odborníci v oblasti zdravotní a sociální péče poskytovali srovnatelnou kvalitu zdravotní péče,
- zajistí volný pohyb osob a služeb podle příslušných směrnic,
- budou společně usilovat o vytvoření podmínek pro vhodné užití orgánů k transplantaci na základě vzájemné výměny mezi určenými transplantačními centry a jejich napojení na národní a mezinárodní databáze optimálních příjemců orgánů, a to v nejkratším možném čase,
- budou usilovat o realizaci politik v oblasti podpory zdraví, jakož i preventivních programů proti kouření, zneužívání alkoholu a návykových látek,
- budou usilovat o rychlejší implementaci zákonů,
- doporučí, aby se rozvoj systémů zdravotnictví stal prioritou mezi politikami EU v souladu s dokumentem WHO Zdraví 21 a Akčním programem Společenství pro oblast veřejného zdraví (2003-2008),
- podpoří úsilí o dosažení většího množství prostředků pro speciální zdravotní programy.

Byl vytvořen pracovní výbor ministrů - rotující předsednictvo jeden koordinátor bude v období do 31. 12. 2004 ČR.

6.9 Úloha a činnosti sestry v primární prevenci

6 Primární zdravotní péče a prevence

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatel'stvo: koncepce, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- LEPIEŠOVÁ, Emília. *Ošetrovatel'stvo v primárnej zdravotnej starostlivosti*. Martin: Osveta; 1997. ISBN 80-217-0497-7.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatel'ství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetrovatel'ství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetrovatel'ství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatel'ství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

6.1 Primární péče

Primární péče

Primární péče (dále jen PP) zaměřená preventivně, **linie prvního kontaktu**:

- zabývá se udržováním, zlepšováním, podporováním, navracováním zdraví při aktivní účasti jednotlivce, rodiny, společnosti,
- zabývá se i zmírňováním utrpení nevyléčitelných chorob a zabezpečením klidného umírání a smrti,
- je úzce spojena se systémem odesílání pacienta k náročnějším zdravotnickým službám, hospitalizaci,
- na PP navazuje **sekundární péče** (v nemocnicích, ústavech) a **terciární péče** (ve fakultních nemocnicích).

6.2 Konference 1978 v Alma – Atě

Konference 1978 v Alma – Atě

byla zaměřena na primární péči, vymezila definici a charakter PP takto:

- poskytuje se jako základní zdravotní péče (preventivní, rehabilitační, podpůrná),
- realizuje se vědeckými, praktickými, společensky přijatelnými metodami, způsoby, přičemž využívá finanční prostředky, které může společnost poskytnout,
- představuje první úroveň procesu zdravotní péče,
- je všeobecně dostupná všem osobám v obci a městě, kde se dají co nejlépe uspokojit jejich zdravotní potřeby,
- zabezpečuje účast jednotlivce a skupin, tj. právo spoluúčasti na péči o zdraví a převzetí osobní zodpovědnosti za vlastní zdraví,
- konference svolána na základě zdravotních potřeb zemí třetího světa.

Cíle:

- 1) rozdíly mezi státy se budou zmenšovat,
- 2) právo na pozitivní zdraví a účast na jeho plánování,
- 3) důležitost PP,
- 4) spravedlivé rozdělování finančních prostředků za účelem zavedení PP,
- 5) mírové mezinárodní vztahy.



Složky PP: vzdělání, správná výživa, nezávadná voda, plánované rodičovství, očkování, prevence infekčních chorob, správná léčba běžných chorob, dostatek léků.

Oblasti PP: domácí prostředí, komunita, zdravotnické zařízení linie prvního kontaktu, stupeň prvního odeslání.

Pilíře PP:

- 1) participace – spoluúčast,
- 2) meziodvětvová spolupráce,
- 3) rovnost, dostupnost.

Pacient/klient:

- termín pacient je vhodné vyměnit za termín klient - pacient trpí, ale klient je podílí na svém zdraví, radí se o otázkách zdraví, nese za něj zodpovědnost,
- klient může být v rámci jednotlivce, rodiny, skupiny, společnosti, komunity,
- centrem pozornosti je vždy zdraví lidí, životní prostředí a rizikové chování jednotlivce a skupin.

6.3 Komunita jako klient

Komunita (obec, společenstvo, pospolitost):

- představuje sociální skupinu, která žije na určitém geograficky vymezeném místě (město, dědina, sídliště, škola, etnické skupiny),
- mají společné životní zájmy, potřeby, specifické zvyky,
- činnost sestry souvisí se zdravím, sociálními, ekonomickými a ekologickými podmínkami komunity.

6.4 Zdraví

Zdraví

- **dle WHO 1946** - stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady,
- **dle WHO 1984** - stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům a skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojit potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnat se se svými prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti,
- **dle ošetřovatelství** - stav, kdy se cítíme dobře, chybějí obecné a specifické příznaky nemoci, je to úplné fyzicko-duševní blaho.

Péče o zdraví

- souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví,
- těžiště péče spočívá v rodinách, školách a na pracovištích,
- ty zdravotní problémy, jejichž řešení přesahuje možnosti běžné občanské veřejnosti, se stávají předmětem profesních zdravotnických aktivit.

Biomedicínský model zdraví

- důležitou roli hrají symptomy, diagnostická kritéria, dostupnost vyšetření, vhodná terapie,
- stav nepřítomnosti nemoci je považován za zdraví,
- lékař se snaží pomoci pacientovi, který za ním přijde s konkrétním problémem => běžná praxe.

Ekologicko-sociální model zdraví - charakteristika

- v centru pozornosti je také jedinec a jeho zdraví jako člen rodiny, společnosti, kultury,
- zájem o zdraví je na základě věku, vzdělání, pohlaví, příjmu,



- snaha porozumět kulturním a sociálním hodnotám,
- pozornost je věnována subjektivní stránce zdraví a k determinantám zdraví,
- zdraví je vnímáno i jako důsledek aktivity jedince.

6.5 Metody výchovy ke zdraví

Zásady

- výchova je soustavná, systematická, komplexní, důkladně promyšlená,
- cílená vzhledem k věku, vzdělání, problémům,
- aktualizovat nejnovější poznatky z vědy a výzkumu,
- respektovat životní prostředí jedince,
- dostatečná motivace o péči a zodpovědnost ke zdraví,
- dobré podmínky k realizaci zdravého způsobu života.

Cílena na:

- 1) jednotlivce – zdravé, nemocné, ohrožené,
- 2) skupiny obyvatelstva – s ohledem na věk, dg., problematiku žen, rizikové pracovní prostředí,
- 3) komunitu – typy škol, společné stravování...,
- 4) celou populaci – celostátní, regionální, místní problémy.

Metody výchovy jsou přizpůsobeny podle specifických cílů:

- upoutání pozornosti na problém – velkoplošná reklama, plakáty, televizní spoty, upomínkové předměty,
- sdělení základních informací a rad – letáky, kalendáře, brožury, články v novinách,
- sdělení obsažnějších informací – televizní a rozhlasové pořady, monotematické brožury, knihy, přednášky, besedy, zprávy do počítačových sítí,
- motivace ke změně chování – soubory doporučených postupů, receptáře, výstavy.

Peer výchova:

- aktivní zapojení do výchovy lidí s předem připravenými vrstevníky (cílová populace se s ním může ztotožnit), významnou roli hraje věk, blízké sociální zázemí.

Výchovné cíle:

- **kognitivní** - spojené s předáváním informací, vysvětlováním a přesvědčováním se o tom, zda pacient informaci porozuměl, mají rozšířit jeho vědomosti,
- **afektivní** - týkají se postojů, hodnot, názorů a životního přesvědčení, spojeny se silnými emocemi, zaměřují se na vytváření nebo změnu postojů, přesvědčení, hodnot, názorů,
- **behaviorální** - týkají se pacientových dovedností a činností.

Cíle zdravotní výchovy:

- zdravotní uvědomění – zdravotních problémů,
- vědomosti,
- uvědomění si sebe sama – pocity,
- změna postoje,
- rozhodování – o zdraví do budoucna,
- změna chování,
- sociální změna – materiální prostředí.

6.6 Prevence

Prevence:

Úlohou je ochrana zdraví jedince i celé společnosti, jde o neoddelitelnou součást práce sestry na tomto úseku.



Znamená předcházení vzniku, rozvoji, komplikacím, nepříznivým následkům nemoci a předčasnému úmrtí a to intervencemi na úrovni jedince a společnosti.

A) Podle času:

Primární:

- zaměřuje se na udržení, posílení, podporu a ochranu zdraví,
- využívá všeobecné a specifické opatření jak předcházet nemoci, finančně přijatelná (očkování).

Sekundární:

- navazuje na primární; aktivní odhalování chorobných procesů v časném stadiu nemoci,
- poskytována v nemocnici, nastává, když selhala primární (screening).

Terciární:

- cílem je obnovit zdraví, zmírnit následky chorob, poskytována na specializovaných pracovištích.

B) Podle objektu

- **hromadná:** zaměřená na všechno obyvatelstvo,
- **selektivní:** týká se definovaných rizikových skupin,
- **indikativní:** osoby jsou zařazeny do rizikové skupiny až po odborném vyšetření.

C) Podle subjektu

- **společenská:** vykonávají ji státní orgány, instituce, zájmové organizace,
- **osobní:** prováděná jednotlivci (životaspráva...),
- **zdravotnická:** hygienické a protiepidemiologické intervence, zdravotní výchova.

D) Podle metod:

- **na úrovni jedince:** imunizace, zdravotní výchova,
- **na úrovni kolektivu:** legislativní, politické, technické, hygienické opatření.

6.7 Rodina

- základní buňka společnosti
- přirozená sociální skupina, která rozhodujícím způsobem ovlivňuje fyzická, psychický, sociální vývoj jedince
- zabezpečuje uspokojování biologických a materiálních potřeb

Cíle při posuzování zdraví rodiny:

- identifikovat stupeň funkčnosti
- objasnit vztahy v rodině
- zjistit silné a slabé stránky
- zhodnotit celkové stav rodiny
- zhodnotit stav zdraví jednotlivých členů rodiny
- znát environmentální a sociální faktory rodiny
- seznámit se s názory na zdraví rodiny
- zjistit přítomnost rizikových faktorů
- zjistit vztahy rodiny s okolím

Faktory ovlivňující zdraví rodiny:

- RA, OA
- psychosociální a emocionální vztahy
- společenské a kulturní faktory
- environmentální faktory
- sociální a ekonomické faktory.

V primární prevenci se dá využít modelu Dorothy Oremové a Callisty Royové.

6.8 Ošetřovatelský proces v primární prevenci

Úlohy:

- shromažďovat údaje o stavu zdraví a rizikových faktorech ohrožujících zdraví
- identifikovat potencionální problémy ohrožující zdraví
- vytvořit cíle a ošetřovatelské aktivity zaměřené na prevenci a upevnění zdraví
- hodnotit ošetřovatelský proces u hlediska zachování zdraví

Cíle:

- prodloužit období života, ve kterém je člověk zdravý
- odstranit rizikové faktory ohrožující zdraví
- v systému preventivních služeb poskytnout prostor na podporu a upevnění zdraví

6.9 Úlohy a činnosti sestry v primární prevenci

Okruhy činností:

- podpora a upevňování zdraví, zdravotní výchova, vyhodnocení zdraví, prevence nemoci
- péče o K/P s akutními chorobami a úrazy
- léčba a ošetření chronicky nemocných a rekonvalescentů
- péče o tělesně postižené, staré, těžce nemocné a umírající

Role sestry jako pedagoga:

- usměřuje pacienta tak, aby byli schopni převzít zodpovědnost za své zdraví
- radí jim, jak mají využívat systém zdravotnických služeb v zájmu udržení a podpory zdraví nebo v případě nemoci
- umět pedagogicky působit
- poskytování informací přímo nebo prostřednictvím vhodných zdrojů, návodů

Edukace klientů:

- širší proces výchovy a vzdělání, protože si klade za cíl nabytí určitých poznatků a dosažení změny v chápání a přebudování hodnotových, postojevých, citových hodnot
- cílem edukace je zapojení klienta do preventivního nebo léčebného režimu
- edukace je výhodnější postup než nákladná léčba spojená s hospitalizací,
- sestra musí v edukaci nechat velký prostor pro aktivitu a samovzdělávání klienta

Metody, formy a prostředky zdravotně-výchovné činnosti sestry:

- realizace celé výchovy musí obsahovat motivaci pacienta

Rozhovor:

- plánovaná komunikace mezi sestrou a pacientem s cílem sebrat informace potřebné k identifikaci problému a potřeb
- otázky výstižné, přiměřený hlasový projev, očekávat nepřiměřené chování
- otázky mohou být otevřené i uzavřené

Vysvětlování, objasňování:

- doplnit instrukce, příkazy, zákazy
- vyhýbat se odborné terminologii
- sestry nesmí napomínat, poučovat, rozkazovat - opačná reakce.

Přesvědčování:

- účinnější než vysvětlování
- argumenty nevтіravě a opatrně naznačit
- nevyvracet pacientovi názory, dát prostor na úsudek

Přednáška:

- nejpoužívanější, ústní oznamování informací



- doplnit názornými pomůckami, audio záznamem

Beseda:

- slouží k posouzení konkrétních otázek, zapojení posluchačů

Hraní sociálních rolí:

- umožňuje prověřit si zručnosti, sociální chování a empatii

- využívá se u pacienta, kde chceme dosáhnout žádoucího chování

Kasuistika: slouží k ilustraci řešení úloh

Magnetofonové záznamy: rozhlas, telefonické poradenství

Letáky, brožury, časopisy, zdravotnické noviny, knihy: nejvíce ovlivňují názory pacienta

Plakát, nástěnky, video, televize, výstavy, modely, makety.

Svépomocné skupiny:

- sdružení lidí se stejnými zájmy, postižením

- ve skupině jsou charakteristické dlouhodobé sociální kontakty

Individuální, skupinová zdravotní výchova.

Jak můžete v rámci praxe umožnit lidem účast na péči o zdraví:

- vzájemný respekt, ptejte se na názory, podpořit pacienta, že najdete správné řešení

- bojujte proti útlaku, zvýší se tak ochota lidí podílet se na péči o vlastní zdraví

- povzbuzujte pacienty, aby věřili svým zkušenostem a názorům, pomůže jim to zbavit se závislosti na zdravotním systému a získají schopnost sebepěče

- ptejte se pacientů na jejich prožitky

- vtáhněte malou skupinku lidí do činnosti, ti pak budou získávat ostatní prostřednictvím rodiny, přátel

- reagujte kladně na potřeby a požadavky lidí

- vytvořte sociální sítě tím, že budete kontaktovat lidi se stejnými problémy

- pokuste se ustanovit svépomocné skupiny

- pracujte ve skupině se všemi členy, spíše než individuálně

7 Metodologie ošetřovatelství – ošetřovatelský proces

Literatura:

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelstvo: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

7.1 Historie ošetřovatelského procesu

Historie ošetřovatelského procesu

Před vyvinutím ošetřovatelského procesu sestry poskytovali svou péči na příkaz lékaře a jejich péče byla zaměřena více na chorobu než na individuální potřeby nemocného člověka.

1955 Hallová - první použití pojmu „ošetřovatelský proces“

1966 V. Hendersonová - ošetřovatelský proces má stejné fáze jako vědecká metoda.

1971 D. Oremová - ošetřovatelský proces má 3 fáze.

1973 ANA Americká asociace sester publikuje standardy ošetřovatelské praxe dělené na 4 fáze.

1976 C. Rojová používala 6 fázový ošetřovatelský proces a doporučila užívat termín sesterská diagnóza.

1982 National Council od State Boards v USA definuje 5 kroků schématu ošetřovatelského procesu.

Využití ošetřovatelského procesu v klinické praxi legitimováno nejprve v USA v r. 1973.

7.2 Definice a výhody ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces:

- je **systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče**,
- jeho cílem je určit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy, naplánovat uspokojení zjištěných potřeb a vykonat specifické ošetřovatelské zásahy na jejich uspokojení,
- je **cyklický**, to znamená, že jeho jednotlivé složky následují v logickém pořadí, ale v určitém čase může být zahrnuto i více komponentů,
- na konci prvního cyklu se může péče ukončit, pokud se dosáhlo cíle, anebo po znovu posouzení se může cyklicky opakovat.

Ošetřovatelský proces z teoretického hlediska:

- **systematická teorie** aplikovaná na postup, který řeší určitý problém,
- **analyticko-syntetická metoda** řešení problému,
- **myšlenkový algoritmus** používaný kvalifikovanou sestrou při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče,
- z teoretického hlediska jde o **metodologii** oboru ošetřovatelství.

Ošetřovatelský proces z praktického hlediska:

- **systematická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče**,
- cílem je **změna zdravotního stavu pacienta**,
- ošetřovatelský proces je dnes **mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe**.

7.3 Teorie a aplikace ošetřovatelského procesu

Teorie ošetřovatelského procesu:

- vychází ze zvoleného teoretického modelu ošetřovatelství, který se stává podkladem pro jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu, zejména v oblasti zhodnocení nemocného. Tak lze vycházet např.:
- z vyhledávání bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb člověka narušených nemocí, nebo v průběhu onemocnění vzniklých - model Hendersonové,
- ze schopnosti adaptace nemocného - model Royové,
- ze schopnosti nemocného být soběstačným - model Oremové,
- ze schopnosti zajistit si určité aktivity denního života - model Rogersové atd.

Aplikace ošetřovatelského procesu vyžaduje odpovídající vzdělání a dovednosti sestry:

- **interpersonální** (komunikace, naslouchání, zájem a empatie, důvěra),
- **technické** (zručnosti při výkonech),
- **intelektové** (řešení problémů, kritické myšlení, schopnost vytvářet adekvátní úsudky).

Charakteristika ošetřovatelského procesu:

- otevřený, přizpůsobivý, dynamický,
- individuální přístup,
- plánovitý, cílený,
- přizpůsobivý k osobním potřebám pacienta/klienta,
- spolupráce sestry a pacienta/klienta při hledání společného řešení,
- interpersonální, cyklický,
- umožňuje zpětnou vazbu,
- obecně použitelný.

Význam ošetřovatelského procesu:

Pro pacienta:

- kvalitní plánovaná péče pro uspokojení potřeb jednotlivce, rodiny či společnosti,
- soustavná péče,
- účast pacienta na péči.

Pro sestru:

- důsledné a systematické ošetřovatelského vzdělání,
- uspokojení z práce,
- odborný růst,
- vyhýbání se rozporům se zákonem,
- splnění odborných ošetřovatelských norem,
- splnění norem akreditovaných nemocnic.

Fáze ošetřovatelského procesu:

- 1) zhodnocení nemocného
- 2) stanovení ošetřovatelské diagnózy
- 3) plánování ošetřovatelské péče
- 4) realizace
- 5) vyhodnocení

7.3.1 První fáze ošetřovatelského procesu - posuzování

První fáze ošetřovatelského procesu – posuzování

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb.

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta.

Posuzování

Posuzování zahrnuje sběr dat a jejich validizaci (potvrzení) a je nezbytné pro stanovení sesterské diagnózy. Je součástí všech činností, které sestra dělá pro pacienta nebo s pacientem.

Zahrnuje sběr dat, jejich validaci, založení databáze s pacientovými odpověďmi: systematickou a nepřetržitou revizi dat a validizování předpokladů.

Cílem posouzení je založení databáze s pacientovými odpověďmi na zdravotní potíže nebo nemoc s ohledem na jeho potřebu ošetřovatelské péče.

Databáze obsahuje všechny základní informace o pacientovi, tj. sesterská anamnéza, fyzikální posouzení, lékařská anamnéza, fyzikální vyšetření, výsledky laboratorních a diagnostických testů a jiné materiály o pacientově zdravotním stavu.

Sběr dat musí být systematický a nepřetržitý. I z tohoto důvodu je nevhodnější použít některý z ošetřovatelských modelů. Ty umožňují komplexní posouzení pacienta.

K vybudování přesné databáze a předcházení předčasným závěrům musí sestra validizovat předpoklady o pacientově fyzickém a emocionálním chování. Nevykonané potvrzení či ověření údajů vede k přijetí neověřených předpokladů považovaných za skutečnost a tím k nepřesnému nebo neúplnému poznatku sestry. Pokud má být ošetřovatelský proces úspěšným rámcem pro ošetřovatelskou péči, informace shromážděné během posuzovací fáze musí být úplné, faktické a přesné.

Typy údajů

Objektivní - mohou být zjištěny pozorovatelem nebo přezkoušeny porovnáním se standardy. Lze je vidět, slyšet, cítit nebo čichat.

Subjektivní - jsou zřejmé pouze dané osobě, která je může popsat či verifikovat. Údaje o pacientovi mají obsahovat anamnézu týkající se minulosti i současné problémy.

Prameny údajů

Primární údaje:

- pacient - je pramenem primárních dat, obvykle poskytuje subjektivní údaje. Nemluvný pacient může příznaky podhodnocovat a přecitlivělý je zveličuje.

Sekundární údaje:

- známé osoby - rodinný příslušníci, přátelé často znají pacienta dobře a mohou o něm poskytnout informace,

- zdravotničtí pracovníci - sestry, lékaři, fyzioterapeuti apod. mohou podat informaci o minulém nebo současném styku s pacientem,

- zdravotní záznamy - jsou pramenem údajů o pacientových současných a prodělaných onemocněních,

- jiné záznamy a zprávy - laboratorní záznamy, monitorování farmakoterapie, případně zprávy sociálního odboru o pacientových životních podmínkách.

Metody sběru údajů

Pozorování - znamená získávat údaje z využívání pěti smyslů.

Má dvě hlediska:

1) všímání si popudů,

2) výběr, uspořádání a vyjasnění dat.

Pozorování je uvědomělá, cílená zručnost, kterou lze rozvíjet pouze soustředěným úsilím a organizovaným přístupem. Pozorování dělíme na krátkodobé, dlouhodobé, cílené a náhodné. Sestra se zaměřuje na celkový stav pacienta, jeho chování, stav vědomí, soběstačnost, spánek, smyslové orgány a jiné

Rozhovor - je plánovaná komunikace nebo konverzace s určitým cílem. Sestra může klást otevřené i uzavřené otázky, naplánuje si místo, čas rozhovoru, připraví vhodnou atmosféru.

Vyšetření, měření - sestry realizují fyzikální vyšetření na shromáždění objektivních údajů potřebných pro dokončení posuzovací fáze ošetřovatelského procesu.

Po získání dat uspořádáme tyto do strukturálního rámce. Tím může být některý z ošetřovatelských modelů. Posuzování pacienta podle rámce, stejně jako utřídění údajů do rámce představuje efektivně vytvořenou databázi a zároveň se tím zamezuje vytváření duplicitních záznamů. Všechny získané údaje pacienta se implementují do rámce.

Význam plánování

- jasná představa o nemocném,

- stanovení individuálních a specifických potřeb,

- navození účinné komunikace a vzájemné spolupráce,

- předmětem péče je nemocný,

- prevence problémů,

- informace pro ostatní členy týmu.

Úplná databáze subjektivních a objektivních údajů umožňuje sestře formulovat sesterskou diagnózu, rozvíjet pacientovy cíle a zasahovat do činností na zlepšení zdraví a prevenci nemocí.

7.3.2 Druhá fáze ošetřovatelského procesu - diagnostika

Druhá fáze ošetřovatelského procesu – diagnostika

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb.

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta.

Diagnostika

Definice diagnózy:

- umění určit chorobu na základě jejích znaků a příznaků,
- prohlášení nebo závěr týkající se jevu,
- analýza průběhu a podstaty stavu, situace nebo problému.

Ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny nebo komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces. Ošetřovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetřovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná.

Srovnání ošetřovatelské a lékařské diagnózy:

Ošetřovatelská diagnóza

- popisuje odpověď jednotlivce na chorobný proces, stav nebo situaci,
- je zaměřena na jednotlivce. Mění se tak, jak se mění odpovědi pacienta,
- usměrňuje nezávislé sesterské činnosti: plánování, realizaci a vyhodnocení,
- je doplňkovou k lékařské diagnóze,
- nemá obecně přijatý klasifikační systém,
- skládá se ze dvou částí plus zahrnuje i údaje o etiologii, pokud je známá.

Lékařská diagnóza

- popisuje specifický chorobný proces,
- je zaměřena na patologii,
- usměrňuje lékařské ošetření, část jich může vykonávat i sestra,
- je doplňkovou k sesterské diagnóze,
- má dobře vyvinutý klasifikační systém, přijatý lékařskou profesí,
- skládá se z 2 – 3 slov.

Diagnóza je analyticko-syntetický proces. Diagnostický proces má tyto fáze:

Zpracování údajů – interpretace shromážděných dat. Má tyto fáze:

- uspořádání údajů
- porovnání údajů se standardy
- seskupení údajů
- zjištění mezer a rozporů

Zjištění, resp. hodnocení pacientových zdravotních problémů, zdravotních rizik a pozitiv, silných a slabých stránek.

- po zpracování údajů sestra a pacient společně ohodnotí silné a slabé stránky, tedy zdravotní pozitiva a negativa,
- toto je v podstatě rozhodovací proces,

Formulování ošetřovatelských diagnóz

- v tomto konečném stadiu sestra formuluje příčinné vztahy mezi zdravotními problémy a faktory, které je ovlivňují.

Forma ošetřovatelské diagnózy:

- **Termíny popisující problém (P)** - tato složka se týká označení nebo názvu diagnostické kategorie, je popisem pacientova individuálního, rodinného nebo komunitního zdravotního problému, který vyžaduje ošetřovatelskou péči.
- **Etiologie problému (E)** - nebo jiných ovlivňujících faktorů. Tato složka identifikuje jednu nebo více možných příčin zdravotního problému a dává směr nezbytné sesterské léčbě.
- **Charakteristiky pro seskupování znaků a symptomů (S)** - určující charakteristiky poskytují informace nezbytné pro stanovení diagnostické kategorie.

Psaní diagnostického závěru

- dvousložková ošetřovatelská diagnóza: P + E (problém + etiologie),
- tříložková ošetřovatelská diagnóza: P + E + S (problém + etiologie + symptomy).

Charakteristika diagnostického závěru

- diagnostický závěr je jasný a stručný,
- je specifický a zaměřený na pacienta,
- vztahuje se na jeden problém pacienta,
- je přesný,
- vychází ze spolehlivých a podstatných posuzovacích údajů.

Chyby a omyly, které se mohou vyskytnout při stanovení ošetřovatelské diagnózy

- uvádění pacientovy odpovědi jako potřeby namísto problému,
- používání úsudku/domněnky v závěrech,
- kladení etiologie před pacientovu odpověď (problém),
- používání lékařské terminologie namísto sesterské,
- používání závěrů, které neurčují specifický směr pro plánování nezávislých ošetřovatelských činností,
- zahájení diagnózy ošetřovatelským zásahem,
- použití jednoho symptomu vyskytujícího se u pacienta.

7.3.3 Třetí fáze ošetřovatelského procesu - plánování

Třetí fáze ošetřovatelského procesu – plánování

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb.

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta.

Plánování

Plánování je proces vytyčení ošetřovatelských strategií nebo intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny a validizovány během diagnostické fáze.

Cílem je dosažení kvalitní ošetřovatelské praxe.

Plánování je promyšlený systematický proces, nezbytný k dosažení kvalitní ošetřovatelské péče.

Je to proces, ve kterém je realizováno rozhodování a řešení problémů.

Na plánování ošetřovatelských strategií se mohou účastnit sestry, pacient, členové rodiny, podpůrné osoby, poskytovatelé péče a členové jiných zdravotnických profesí.

Proces plánování je v podstatě odpovědností sestry ačkoli, pokud má být účinný, příspěvek pacienta a podpůrných osob je zásadní.

Už vůbec neplatí, že sestry plánují pro pacienta, ale pacient se musí podle možností sám podílet na procesu.

Součásti plánování:

1) Vytýčení priorit - stanovení preferenčního pořadí ošetřovatelských strategií. Priorita může být nízká, střední nebo vysoká. Problémy ohrožující život mají nejvyšší prioritu, po nich následují problémy ohrožující zdraví atd. Priority však nezůstávají neměnné, ale mění se tak, jak se mění pacientovy zdravotní problémy.

Faktory, které mohou působit na stanovení priority:

- urgentnost zdravotního problému,
- pacientova hodnota zdraví a názory,
- pacientovy priority,
- prostředky dostupné sestře i pacientovy,
- čas potřebný pro ošetřovatelské postupy,
- plán lékařské léčebné péče.

2) Stanovení pacientových cílů a výsledných kritérií - pacientův cíl je žádoucí výsledek nebo změna na jeho cestě za zdravím. Ošetřovatelská diagnóza usměrňuje typ cílového závěru.

Důvody pro stanovení pacientových cílů jsou:

- usměrnit plánování ošetřovatelských zásahů, jimiž by bylo dosaženo předpokládané změny u pacienta,
- usměrnit stanovení hodnotících kritérií pro měření účinnosti závěrů.

Cíle jsou uvedeny v termínech chování pacienta a nikoli v termínech ošetřovatelských činností – jsou širokým pojmem a je třeba je dále upřesnit. Usměrnují plánování ošetřovatelských zásahů, jimiž by bylo dosaženo předpokládané změny u pacienta. Také usměrňují stanovení hodnotících kritérií pro měření účinnosti zásahů.

Kritérium je standardem nebo modelem, který lze použít v úsudku. Výsledná kritéria jsou závěry o konkrétních, pozorovatelných a měřitelných odpovědích pacienta. Jsou specifikací obecnějších cílů.

Cíle kritérií:

- řídí činnost sestry,
- poskytují časové limity na plánování aktivity,
- slouží jako kritéria hodnocení pokroku na cestě k dosažení cíle,
- umožňují pacientovi a sestře určit, kdy byl problém vyřešen.

Charakteristika kritérií:

- pro každý pacientův cíl je nutné si stanovit 3-6 výsledných kritérií,
- každé výsledné kritérium souvisí s daným cílem,
- výsledek stanovený kritériem je dosažitelný,
- každé kritérium se týká jediného specifického výsledku,
- každé kritérium má být co nejspecifičtější a co nejkonkrétnější, to pak usnadňuje měření,
- každé kritérium je prokazatelné nebo měřitelné, tj. výsledek lze vidět, slyšet, cítit nebo změřit jinou osobou.

Součástí výsledných kritérií:

- podmět - pacient,
- sloveso - dělá, zná, pije,
- podmínky - jak, kde, co?
- plánovaná úroveň výkonu - za jak dlouho.

Psaní cílů a výsledných kritérií:

- cíle a kritéria se píší z pohledu pacienta a nikoliv z pohledu sestry,
- nepoužívá se terminologie, která odráží ošetřovatelský zásah, tj. činnost sestry a neodráží pacientovo chování, resp. jednání,
- dodržovat následující vazby + cíl se váže na sesterskou diagnózu a výsledné kritérium k cíli,
- formulovat výsledná kritéria tak, aby odrážela pacientovi schopnosti,
- poskytnout pacientům srozumitelné, přiměřené informace, kterým porozumí a jazykem, kterému porozumí,
- posoudit cíle a kritéria s prací dalších zdravotnických pracovníků,
- formulovat kritéria konkrétně, měřitelně a nikoli abstraktně a neměřitelně,
- pacienta nepoučovat, ale vysvětlovat mu.

3) Plánování ošetřovatelských strategií - ošetřovatelské strategie (intervence) jsou činnosti sester zvolené na léčbu v intervencích specifických ošetřovatelských diagnóz pro dosažení pacientových cílů. Specifické strategie zvolené pro dané ošetřovatelské diagnózy se mají zaměřit na odstranění nebo zmenšení příčiny, to je v druhé části diagnostického závěru. Plánování ošetřovatelských strategií znamená přebírat různé alternativy sesterských činností k řešení pacientova problému, zvažovat důsledky každé alternativy a nakonec zvolit jednu nebo více ošetřovatelských strategií. Metody při výběru strategií: brainstorming, hypotézování, extrapolace. Při výběru metod je nutné zvážit i důsledky, které mohou použitím dané metody u pacienta vzniknout. Správný výběr metody vyžaduje od sestry nejen znalosti, ale i zkušenost. Sestra má zohlednit zdravotní stav pacienta v daném okamžiku, biorytmus pacienta, rytmus dne, hodnoty, víru, léčebné metody.

4) Napsání ošetřovatelských ordinací - ošetřovatelské ordinace jsou specifické zásahy prováděné sestrou na dosažení vytyčených cílů zdravotní péče. Ordinace by měly být co nejpřesnější. Měly by obsahovat: datum, akční sloveso, obsahovanou oblast, časový prvek a podpis sestry.

5) Napsání plánu ošetřovatelské péče - plán ošetřovatelské péče je písemným vodítkem, podávajícím organizované informace o pacientově zdraví v logickém celku. Zaměřuje se na zásahy, které musí sestra udělat jako odpověď na zjištěné pacientovy sesterské diagnózy pro dosažení stanovených cílů.

Cíl plánu:

- usměrňovat individualizovanou péči o pacienta,
- zajišťovat kontinuitu péče,
- dokumentovat potřeby pacienta do pacientova záznamu,
- přidělovat ošetřovatelský personál pacientovi,
- hradit platby zdravotním pojišťovnám.

Pro psaní plánu ošetřovatelské péče se používají různé formuláře podle toho, kde a v jakém zdravotnickém zařízení je péče realizována. Součástí dokumentace jsou identifikační údaje o pacientovi, informace o farmakoterapii, léčebných a diagnostických metodách, vyšetření i propouštěcí zpráva.

6) Konzultace - je konzultace o odborných otázkách, o řešení problémů, které jsou důležité pro zajištění kvalitní a bezpečné péče.

Proces konzultování zahrnuje:

- identifikaci problému,
- získávání relevantních údajů o pacientovi,
- výběr konzultanta,
- komunikaci o problému a příslušných informacích,
- diskusi s konzultantem a jeho doporučeních,
- začlenění doporučení do pacientova ošetřovatelského plánu.

7.3.4 Čtvrtá fáze ošetřovatelského procesu - realizace

Čtvrtá fáze ošetřovatelského procesu – realizace

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb.

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta.

Realizace

Realizace čili provedení nebo zásah je uplatnění ošetřovatelských strategií, zaznamenaných v plánu ošetřovatelské péče. V praxi je to ošetřovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku nebo pacientových cílů.

Pacient je vždy prvořadým účastníkem v realizaci plánu ošetřovatelských činností, přestože sestra může někdy jednat za něj. Stupeň pacientovy účasti na realizaci je často závislý na jeho zdravotním stavu.

V realizaci nacházíme jednak sesterské a jednak lékařské ordinace, které se musí vyplnit pro dosažení pacientova cíle. Pacient je hlavním účastníkem při realizaci plánu péče.

Do jaké míry se podílí na péči, závisí na:

- věku,
- zdravotním stavu,
- schopnostech,
- hodnotím systému,
- prostředí.

Sestra může činnosti realizovat v plném rozsahu za pacienta nebo jen částečně nebo mu poskytnout radu, konzultaci.

V rámci své profese sestry při poskytování ošetřovatelské péče poskytují:

- nezávislou - autonomní činnost,
- závislou - komplementární činnost,
- interoperabilní činnost.

Při realizaci se řídí protokoly nebo nařízeními. Protokol se od nařízení liší tím, že obsahuje upřesňující procedury, které je třeba provést v daném čase, situaci. Nařízení je písemný dokument, který opravňuje sestru, resp. porodní asistentku vykonávat specifické činnosti za určitých okolností. Všechny činnosti, které sestra dělá, musí vycházet z jejich pravomocí, které jsou upraveny v právních normách.

Typy ošetřovatelských činností:

- **Nezávislá ošetřovatelská činnost** - je taková, kterou iniciuje sestra na základě vlastních znalostí a dovedností.
- **Závislá ošetřovatelská činnost** - je taková, kterou sestra vykonává na příkaz lékaře, pod lékařským dohledem nebo podle stanovených předpisů.
- **Součinná ošetřovatelská činnost** - je taková, kterou sestra vykonává buď společně s jiným členem zdravotnického týmu, nebo je výsledkem společného rozhodnutí sestry a jiného člena týmu.

Realizační proces:

- **Opětovné posouzení pacienta** - posuzování se dělá během celého ošetřovatelského procesu, nové informace však mohou indikovat změnu priorit nebo strategií. Tím se změní i rozhodnutí a patřičně se reviduje ošetřovatelský plán.

- **Validizace plánu ošetřovatelské péče** - pokud se změní okolnosti a stav pacienta, sestra musí zvážit hodnotu nových dat a rozhodnout, zda je plán i za těchto okolností platný. Pokud se pacientův stav mění je nutné plán přizpůsobit novým okolnostem.
- **Posouzení potřeby asistence při činnostech** - sestra může k realizaci některých ošetřovatelských strategií potřebovat pomoc, a to z těchto příčin: není schopna bezpečně realizovat dané strategie sama, obává se zvýšení stresu pacienta, nemá dost znalostí a dovedností k provedení dané činnosti.
- **Realizace ošetřovatelských strategií** - ošetřovatelské strategie jsou zaměřeny na pomoc pacientovi dosáhnout jeho zdravotních cílů. V realizaci ošetřovatelských strategií rozeznáváme šest významných aspektů:
 - pacientovu individualitu,
 - potřebu pacientovy účasti,
 - prevencí komplikací,
 - uchování obranných mechanismů,
 - poskytnutí pohody a podpory pacientovi,
 - přesné a pečlivé provedení ošetřovatelských aktivit.
- **Záznamy a hlášení o ošetřovatelských činnostech** - ošetřovatelské činnosti se zaznamenávají písemně nebo ústně po jejich provedení.

Význam provádění realizačního procesu spočívá v tom, že nové informace mohou indikovat změnu priorit a strategií, což vyžaduje přizpůsobit plán novým okolnostem. Při realizaci sestra uplatňuje kognitivní, interpersonální a technické dovednosti.

Činnosti, které sestra dělá, při realizaci odrážejí i její roli, kterou v té době zastává.

Sestra může u pacienta zastávat roli:

- **učitelky** - učí je novým poznatkům a dovednostem,
- **komunikátorky** - poskytuje mu informace, ale i předává a zprostředkovává informace od něj jiným,
- **ošetřovatelky** - poskytuje mu podporu, ošetřovatelskou péči,
- **advokátky** - hájí zájmy a práva pacienta, podporuje jej v jeho rozhodnutích
- **nositelky změn** - pomáhá pacientovi rozhodnout se pro změnu, při výběru alternativ v péči,
- **manažerky** - využívá možnost delegování péče na jiné zdravotnické pracovníky a zajišťuje také dohled nad poskytovanou péčí,
- **výzkumnice** - realizuje péči na základě výsledků výzkumu, vybírá metody, které představují pro pacienta a ošetřovatelství přínos.

7.3.5 Pátá fáze ošetřovatelského procesu – vyhodnocení

Pátá fáze ošetřovatelského procesu – vyhodnocení

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb.

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta.

Vyhodnocení

Vyhodnotit v ošetřovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo pacientovo cíle a do jaké míry. Vyhodnocení je cílevědomá, organizovaná činnost. Závěry hodnocení určují, zda mají být specifické zásahy ukončeny, pokračovat, revidovány nebo změněny. Vyhodnocování je souběžným i terminálním procesem.

Vyhodnocování proces je realizován v šesti oblastech:

- **Stanovení výsledných kritérií** - kritéria mají dvojitý účel, vymezují druh údajů, které je potřeba hodnotit a shrnout a poskytují standard, s nímž se mají srovnávat.
- **Získávání údajů s ohledem na definovaná kritéria** - údaje se sbírají tak, aby se daly učinit závěry o tom, zda byly cíle dosaženy. Údaje mohou být subjektivní i objektivní. Shromážděné údaje se musí přesně a jasně zaznamenat.
- **Hodnocení dosažení cíle** - sebrané údaje se porovnávají s vytyčenými kritérii. Existují tři možné výsledky hodnocení: cíl byl splněn, cíl byl splněn částečně, cíl nebyl splněn.
- **Srovnání ošetřovatelských činností s výsledky u pacienta** - nikdy by neměl závěr znít, že ošetřovatelský zásah byl jediným faktorem pro dosažení cíle, částečné dosažení cíle nebo nedosažení cíle. Je důležité najít vztah mezi ošetřovatelskou péčí a výsledky.
- **Revize pacientova plánu ošetřovatelské péče** - zhodnocení dosažení cíle poskytuje zpětnou vazbu potřebnou ke zjištění, zda byl plán péče účinný k vyřešení pacientova problému, jeho omezení nebo prevenci. Sestra musí znovu revidovat plán a zjišťovat, zda byly cíle dosaženy. Pokud jsou cíle splněné, sestra může uzavřít, že problém víc neexistuje a péče k jeho dosažení skončila nebo že problém i přes splnění cíle přetrvává a ošetřovatelská intervence musí pokračovat. Pokud nebyly cíle dosaženy, sestra musí revidovat pacientovu databázi, sestřerské závěry, cíle a ošetřovatelské strategie.
- **Modifikace ošetřovatelských plánů** - pokud se sestra rozhodne pro revizi plánu, musí:
 - změnit údaje pro posouzení tak, aby odrážely nejnovější zjištění,
 - revidovat sestřerské diagnózy,
 - revidovat pacientovy priority, cíle a výsledná kritéria,
 - určit nové ošetřovatelské strategie,
 - změnit výsledná kritéria tak, aby odrážela změny v plánu, stará kritéria je nutné zrušit.

Cíl se vyhodnocuje ve vztahu k dosaženým výsledkům jako:

- cíl byl splněn,
- cíl byl splněn částečně,
- cíl nebyl splněn.

Pokud byl **cíl splněn**, tak problém pacienta, který sestra identifikovala a prostřednictvím ošetřovatelské diagnózy formulovala, umožňuje sestře ukončit ošetřovatelskou péči.

Pokud byl **cíl splněn částečně** a problém pacienta přetrvává, musí sestra v intervencích pokračovat.

Pokud **není cíle dosaženo**, musí sestra revidovat ošetřovatelský proces, a to v každé jeho části.

8 Uspokojování potřeb pacientů/klientů v ošetřovatelském procesu

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora a Glenora OLIVIERIOVÁ. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.



NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

ŽIAKOVÁ, Katarína, JAROŠOVÁ Darja a Juraj ČÁP. *Ošetřovatelství: konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 232 s. ISBN 80-736-8068-8.

8.1 Lidské potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu

Jedním z hlavních úkolů ošetřovatelství je naplňování potřeb jednotlivce, rodiny i komunity s cílem zachovat, udržovat, případně obnovovat optimální zdravotní stav a tím zlepšit kvalitu života. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetřovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetřování nemocného.

Bio- psycho- sociální jednotka organismu

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio- psycho- sociální, bytostí holistickou, ne pouze soubore částí a procesů. Termíny holistický a holismus jsou odvozené z řeckého slova, které znamená celek. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v integraci, které jsou takto více než součtem jejich částí. Z toho vyplývá, že každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému.

Holistická teorie - prezentuje názor, že potřeby jedince musejí být v rovnováze nebo harmonii, když je narušena vzniká nemoc a tím i porucha jedince jako celku.

Holistické zdraví - zahrnuje celou osobnost, celé lidské bytí a kvalitu životního stylu.

Holistická ošetřovatelská péče - akceptuje jednotlivce, rodinu, komunitu jako nedílnou součást komplexní péče v rámci ošetřovatelského procesu. Cílem je napomoci uzdravování a léčení jedince od narození po smrt.

Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a **potřeby**.

8.2 Pojem potřeby člověka

Pojem potřeby člověka

Potřeba se vymezuje jako stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, tj. stav jedince odchylovající se od jeho životního minima. Potřeba pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka- pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Je to jednotka vnitřního s vnějším, s okolním světem. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které chápeme jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvantity i kvality. Je důležité vědět, že všichni lidé mají společné potřeby, je stejně nutné si uvědomit, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž si ani dva nejsou podobné.

- Potřeba výživy je společná všem lidem. Způsob uspokojení potřeby výživy nebude u všech lidí stejný.

- Potřebu odpočinku uspokojí někdo sportem, jiný člověk sledováním televize.

- Potřeba jistoty má svůj biologický základ u pudu sebezáchovy. Projevuje se v nebezpečí.



- Jistotu a bezpečí ztrácíme nejen při fyzickém ohrožení, ale také při psychickém či sociálním, např. při vážném konfliktu v rodině, při ztrátě zaměstnání.

Vrozené potřeby - reagují odpovídající podkorová centra, která jsou drážděna chemickými změnami v krvi.

Sekundární potřeby - vznikly z primárních a to tak, že nějaká situace či prostředek, kterým bylo dosaženo primárního cíle, se asocioval s uspokojením, a pak oddělil jako samostatný cíl.

Za žádoucí způsoby považujeme ty, které neškodí nám, ani jiným, jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami individua a jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak, za nežádoucí způsoby pokládáme ty, které mají jednu nebo více z těchto charakteristik: mohou škodit dané osobě nebo jiným, nejsou ve shodě jejich sociálně- kulturními hodnotami nebo přesahují meze zákona.

Hodnoty a potřeby:

Hodnota je to, co se má člověk snažit, co stojí za to, aby se stalo předmětem chtění. Vytváří se z kontaktu s lidmi, s životním prostředím. Jsou významné a ovlivňují zdraví, zdravotní stav. Identifikace hodnotového systému pomáhá pacientovi najít nový smysluplný hodnotový systém, získat náhled na zdraví či nemoc, hledat adekvátní cíle a strategie, plánovat ošetřovatelské postupy.

Význam hodnot pro existenci člověka - naznačují a integrují postoj k různým objektům, uspořádaný systém hodnot, uznání hodnoty je podmínkou vzniku emocí, uznání hodnoty podmiňuje vznik motivace, hodnocení sebe samého ideální já.

8.3 Dělení potřeb

Potřeby:

- **Biologické:** potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy) - vrozené, primární, potřeby - vzduch, tekutiny, potrava, vylučování odpadních látek, teplota, spánek a odpočinek, aktivita, mateřská péče, sex, bezpečí, bez bolesti.

- **Psychické, sociální a spirituální:** získané, sekundární jsou zcela specifické a vyjadřují psychický stav, při naplnění vedou k pohodě a rozvoji osobnosti, uspokojení závisí na schopnosti vnímat a interpretovat, některé soc. jsou vrozené a vychází z biologické podstaty- potřeba jistoty, něžnosti.

Psychické potřeby - pomoc, bezpečí, láska, emoce, štěstí, úcta, sebeúcta, obdiv, respekt, vyhnout se neúspěchu, selhání.

Estetické a kulturní potřeby - řád, společenské a kulturní dění, tvorba, poznávání, hra, zábava.

Sociální potřeby - sdružování, kontakt, přátelství, komunikace, informovanost.

Duchovní potřeby - smysluplnost existence, náboženské tradice, přijímání svátosti, vyjadřování se k Bohu, náboženské rituály, odpuštění.

Faktory brzdící naplňování potřeb - nemoc, narušení mezilidských vztahů, narušení sebepojetí, vývojové stádium člověka.

Zařazení potřeb dle priorit - závislost na situaci, postupnost plnění, situace ohrožující život mají přednost, zvážení faktorů (zdraví, názor pacienta a ošetřovaných osob), řazení potřeb dle ekonom- soc- kulturních poměrů.

8.4 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Maslowova hierarchie potřeb je teorie v psychologii. Jeho teorie tvrdí, že, zatímco lidé se setkají, snaží se základní potřeby uspokojit postupně. Dle něj nutné motivovat chování jedince.

Obrázek 1 Hierarchie potřeb dle A.H. Maslowa

Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa:

1. fyziologické (biologické potřeby),
2. jistota, bezpečí,
3. láska, sounáležitost,



Zdroj: Autor

Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa:

1. fyziologické (biologické potřeby),
2. jistota, bezpečí,
3. láska, sounáležitost,
4. úcta, sebeúcta,
5. seberealizace.

Fyziologické potřeby - fyziologické potřeby organismu, umožňují homeostázu. Jsou to - potřeba dýchat, potřeba vody, potřeba jíst, potřeba se zbavit tělesných pustin, potřeba spánku, potřeba ovládat tělesnou teplotu, potřeba sexu.

Když jsou některé z těchto potřeb neuspokojené, fyziologické potřeby mají nejvyšší přednost. V důsledku fyziologických potřeb, jednotlivec bude mít všechny jiné touhy a kapacity. Fyziologické potřeby mohou řídit myšlenky a chování, a mohou vést k příčině pocitu nemoci, bolesti a nepohodlí.

Potřeby jistoty a bezpečí - když fyziologické potřeby jsou potkány, potřeba pro jistotu a bezpečí se bude objevovat. Zahrnují - bezpečnost zaměstnání, bezpečnost výnosů a prostředků, fyzická bezpečnost - bezpečí od násilí, kriminality, agrese, Mravní a fyziologická bezpečnost, rodinná bezpečnost, bezpečnost zdraví.

Potřeba lásky a sounáležitosti - po fyziologické a bezpečnostní potřebě je splněna třetí vrstva lidských potřeb a to společenská. Lidé chtějí být přijímáni a patřit do skupiny práce, náboženské skupiny, rodiny, atd. V nepřítomnosti se vyskytne osamělost, soc. úzkost a deprese. Ta zahrnuje citové založení- přátelství, sexuální intimnost, vlastnění rodiny.

Potřeba úcty, sebeúcty - lidé mají potřebu být respektováni, sebejistotu a respektovat jiné. Nerovnováhy na této úrovni mohou vyústit v nízkou sebeúctu, komplexy méněcennosti, nahuštěný smysl pro domýšlivost nebo snobství.

Potřeba seberealizace - realizace vlastní individuality, svých schopností a záměrů, žít plného života, potřeby- poznávací, estetické.

Pokud se potřeba splní, člověk si jí již neuvědomuje. Mohou se naplnit zcela, částečně, nebo vůbec.

8.5 Ošetřovatelství a lidské potřeby

Ošetřovatelství a lidské potřeby

Znalosti o potřebách pomáhají sestřám různým způsobem:

- v pochopení sebe sama, jiných osob, jejich chování (sestry mohou odkrýt příčiny určitého chování),
- znalosti o základních potřebách, poskytují rámec pro ošetřovatelský proces a jeho aplikaci,

- k uplatnění svých poznatků o lidských potřebách pro péči ve stresu,
- sestra může využívat znalost lidských potřeb pro pomoc lidem v jejich růstu a vývoji,
- sestra může podpořit pacienta: v jeho seberealizaci, pochopení co s ním je, jak může situaci čelit, udržet jeho identitu a sebeúctu, přijmout nezbytné, uklidnit se a vážit sebe samého.

V ošetřovatelském procesu setra musí identifikovat potřeby pacienta, aby mohla pochopit, jak subjektivní potřeby pacient pociťuje, posoudit objektivní potřeby. Naplňování je zaměřeno na zlepšení zdravotního stavu.

Pro sestru je důležité vědět, co všechno působí na pacienta, jak ho nemoc ovlivňuje, jak nemoc ovlivňuje sociální poměry. Při naplňování všech potřeb je nutné respektovat práva pacienta.

9 Regulační systém ošetřovatelské praxe

Regulace:

Do oblasti regulace spadá v EU 6 vzdělávacích profesí: všeobecná sestra, porodní asistentka, lékař, farmaceut, stomatolog a veterinář:

Účelem regulace tedy je:

- definovat profese (viz 6 jmenovaných výše) a členy zdravotnického týmu
- určovat vzdělávací standard (snaha o shodné vzdělávání v dané profesi)
- vytvářet etické standardy, pověřovací postupy

Cíl regulace:

- vládní - chránit veřejnost
- profesní - zajistit kvalitní péči, zlepšit ošetřovatelskou praxi rozvojem základny dovedností

Literatura:

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

9.1 Regulační systém ošetřovatelské praxe, druhy regulace

Regulační systém:

- přináší ošetřovatelské profesi a všem jejím členům pevné postavení, soudržnost a integritu
- termín „regulace“ užívá ICN pro legitimní a důležité nástroje, jimž je do ošetřovatelské profese zaváděn řád, důstojnost, identita a kontrola

Cíle regulace:

- definovat profesi a její členy
- určit rozsah působnosti
- stanovit vzdělávací standardy
- stanovit etické a profesní standardy
- vytvořit systémy odpovědnosti, způsobilosti
- vytvořit pověřovací postupy

Druhy regulace:

1) Statutární - externí, vládní:

- primární úlohou vlády je vypracovat příslušné zákony, legislativy (měly by obsahovat činnosti sester)

Funkce regulačního orgánu:

- realizace zákona
- interpretace statutů a nařízení
- vypracování pravidel a nařízení a jejich uvádění v platnost
- definice ošetrovatelské praxe
- řízení pomocí registrace a udělování licencí
- stanovení norem pro vzdělávání a praxi
- odpovědnost za uchování registru sester
- schvalování škol
- jmenování a řízení pomocných sil a odborníků
- udržování a řízení registru a licenčních zkoušek
- vytvoření komisí na plnění jednotlivých úkolů
- určování a vybírání poplatků

Hlavní účel - ochrana veřejnosti tím, že bude zajištěna kvalifikovaná a dostupná ošetrovatelská péče, výhody pro pracovníky jsou až sekundární.

2) Profesní - vnitřní, seberegulace

- v rámci profese
- na úrovni pracovní skupiny, sester, vzdělávací orgány, mezinárodní vzdělávací orgány

Cíl:

- zajistit ošetrovatelskou péči a zlepšit ošetrovatelskou praxi (rozšířit vědomosti a dovednosti)
- vytvoření standardu v praxi, vede k profesnímu růstu sester

9.2 Hlavní role regulace ošetrovatelské profese

V regulaci ošetrovatelské profese mají hlavní role 4 skupiny:

1) Vláda: tvoří zákony, uděluje licenci, chrání práva sester

2) Profesní organizace kvalifikovaných sester:

- aktivní účast na vytváření vládní regulace
- hájit zájmy svých pracovníků
- podpora profesní seberegulace

3) Sestry:

- všechny činnosti vykonávají v souladu se standardy, kodexy, etický přístup, nepřebírat činnosti lékařů

4) Zaměstnavatel:

- vypracovává požadavky na přijímání pracovníků, vypracovává lokální standardy a programy rozvoje zdravotnictví



Stanovisko ICN, ICM k regulaci ošetřovatelské profese a hlavní principy:

- 1995 ICN prohlásila regulaci zajeden ze 3 pilířů svého plánu (dále tam patří odborná kvalifikace pro vykonávání praxe a sociálně ekonomická prosperita)

-

Racionální zdůvodnění:

- regulace vychází z programu Zdraví pro všechny do roku 2000, ovlivnění ošetřovatelské profese

Rezolutnost:

- respektovat profesní standardy, důraz na osobní růst sestry, veřejná podpora sester

Principy:

- **účelnost** - směřovat ke konkrétnímu cíli
- **relevance** - regulace by měla být zkoncipována tak, aby plnila stanovený účel
- **definice** - jasně definovat rozsah, odborné působnosti a zodpovědnosti
- **rovnováha zastoupených zájmů:**
- **optimálnost** - kontrol, které jsou potřebné k dosažení daných cílů
- **flexibilita** - standardy mají mít dostatečně široký záběr
- **efektivita a shoda**
- **univerzálnost** - prosazovat univerzální výkonnostní standardy
- **nestrannost** - zajistit nestranný a spravedlivý přístup
- **rovnost a kompatibilita profesí**

Regulace a personální plánování:

- rozvoj registračního systému
- **registrační systém** - je základem účinné regulace a může vnést pořádek a důstojnost do ošetřovatelského vzdělávání a praxe

Účel:

- stanovit standard pro vzdělání, který musí sestra před registrací splnit
- omezení ošetřovatelské praxe na lidi, kteří jsou zaregistrováni
- vytvořit základ pro další rozvoj profese
- centrálně eviduje a uchovává nezbytně nutné záznamy o sestrách, které jsou vedeny v profesním registru
- **národní registr**
- **mezinárodní registr** - volný pohyb sester na trhu práce
- Registr funguje jako seznam (uchování údajů) a živý záznam (kontakt s člověkem)

9.3 Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN

- ICN, která byla založená v roce 1899, více než sto let hájila zájmy celosvětové
- ošetřovatelské a zdravotnické péče a usilovala o poskytování co nejkvalitnějších ošetřovatelských služeb
- v minulém století se svět dramaticky změnil, ICN nejenže s těmito změnami držela krok, ale udržovala a systematicky budovala svou proaktivní vedoucí úlohu v ošetřovatelství
- výsledkem je značný zájem o mezinárodní uznání odborných kvalifikací a souvisejících kompetencí mnoha různých skupin odborníků, jednu z těchto skupin tvoří také sestry
- ICN se díky své celosvětové řídicí roli v ošetřovatelství a faktu, že představuje mezinárodní hlas ošetřovatelství, domnívá, že je vhodná doba, aby vytvořila mezinárodní kompetence pro všeobecné sestry,
- záměrem ICN je, aby tyto kompetence pomohly vyjasnit roli sester a staly se vodítkem pro budoucí vzájemné smlouvy a vícenárodní licenční programy, o které se stále zvyšuje zájem.

Kontext pro strukturu kompetencí všeobecné sestry:

Podle ICN:

1) Globální trendy- celosvětový kontext:

- mimořádné pokroky v technice a elektronice vede k překonávání obrovské vzdálenosti po celém světě
- technický pokrok ovlivňuje nejvíce oblastí našeho života - má vliv na to jak pracujeme, kde pracujeme, charakter organizací, v nichž pracujeme
- organizace reagují na poptávku zvyšováním produkce a opatřeními v klimatu, kde vládne poptávka určující účinnost, ekonomičnost a hodnotu peněz ve všech aspektech podnikání
- v některých organizacích snaha o ekonomičnost a hodnota peněz vedla ke snížení počtu odborníků s kvalitním vzděláním a zároveň k potřebě, aby zbývající pracovníci zastávali více práce
- zároveň začala se uplatňovat koncepce všestrannosti tzn., že se pracovníci připravují na plnění mnoha různých úkolů, tato všestrannost někdy boří hranice profesionality a dochází k nahrazování drahých pracovníků s vynikající kvalifikací pracovníky s nižší kvalifikací

2) Kontext zdravotnické péče:

- zdravotnické služby
- národní zdravotnická politika: cíle, plány

3) Kontext odborného ošetřovatelství:

- ošetřovatelství
- národní ošetřovatelská politika: cíle, plány
- současná zákonná struktura

Definice kompetencí:

- existuje mnoho definic kompetencí a v části literatury se slovo „kompetence“ užívá jako synonymum slova „norma“ a „standard“
- v oblasti vzdělávání se popisuje kompetence pomocí učebních výsledků
- zaměstnavatelské organizace a poskytovatelé zdravotnické péče mají tendenci popisovat kompetence ve vztahu k výkonu jedince při vykonávání jeho povolání
- Mezinárodní organizace práce popisuje kompetence ve vztahu k pracovním rolím na třech úrovních specifických
- v ošetřovatelských definicích existuje jednota, že při plnění ošetřovatelských rolí tak, aby to odpovídalo normám požadovaným profesí, odrážejí kompetence následující vlastností: znalosti, pochopení a úsudek
- určitý rozsah dovedností: kognitivních, technických nebo psychomotorických a komunikačních
- řadu osobních vlastností a postojů

Definice kompetencí, z nichž vychází struktura mezinárodních kompetencí pro všeobecnou sestru, zní takto: „Úroveň výkonu demonstrující efektivní aplikací znalostí, dovedností a úsudku“(ICN).

4) Profesionální, etická a zákonná praxe

- **Odpovědnost** - přijímá odpovědnost za vlastní profesionální úsudek a vlastní aktivity
- **Etická praxe** - pracuje způsobem, který odpovídá Kodexu etického chování ICN (2000).
- vystupuje jako zastánkyně pacientů a chrání lidská práva
- respektuje právo pacienta/klienta na přístup k informacím a na soukromí
- zajišťuje důvěrnost a bezpečnost písemných a slovních informací získaných v rámci profesionální praxe
- poskytuje kulturně citlivou péči
- **Zákonná praxe:**
- pracuje v souladu s příslušnou legislativou
- pracuje v souladu s celostátní a místní politikou a procedurálními směrnici

- dokáže rozpoznat porušení zákona v souvislosti s ošetrovatelskou praxí nebo kodexu a jedná podle toho

5) Poskytování a management péče

a) Klíčové principy poskytování a managementu péče

- aplikuje potřebné znalosti a dovednosti do ošetrovatelské praxe
- dokáže odůvodnit poskytovanou ošetrovatelskou péči
- dokáže stanovit prioritní pracovní úkoly a efektivně hospodaří s časem, poskytuje jasné a stručné informace

b) Poskytování péče

Podpora zdraví:

- prokáže pochopení národní politiky zdravotní a sociální péče
- pohlíží na jednotlivce, rodinu a komunitu z holistické perspektivy, která počítá s četnými determinantami zdraví
- podílí se na iniciativách pro podporu zdraví a prevenci nemocí a přispívá k jejich hodnocení
- jedná tak, aby přispěla k posílení jednotlivce, rodiny a komunity, aby dokázali přijmout zdravý životní styl
- poskytuje podporu/edukaci při získávání nebo zachování dovedností umožňujících samostatný život

Hodnocení stavu pacienta:

- provádí hodnocení zdravotního stavu pacienta/klienta a jeho potřeb ošetrovatelské péče
- údaje přesně analyzuje, interpretuje a zaznamenává

Plánování:

Formuluje plán péče a stanoví priority péče, pokud možno ve spolupráci s pacienty/klienty nebo jejich pečovateli, identifikuje očekávané výsledky a časový rámec pro jejich dosažení nebo úpravu ve spolupráci s P/K nebo jejich pečovateli, pravidelně kontroluje a upravuje plán péče a zaznamenává ho do dokumentace.

Realizace:

Realizuje naplánovanou ošetrovatelskou péči, aby bylo dosaženo určených výsledků. Zaznamenává provedené intervence. Efektivně reaguje v neočekávané a rychle se měnící situaci.

Hodnocení:

Hodnotí a zaznamenává pokroky směrem k očekávaným výsledkům. Využívá údaje získané při hodnocení k modifikaci plánu péče.

Terapeutická komunikace a mezilidské vztahy:

Pomocí vhodných komunikačních a interpersonálních dovedností iniciuje, rozvíjí a ukončuje terapeutické vztahy s pacienty/klienty nebo jejich pečovateli. Vhodným a srozumitelným způsobem sděluje relevantní, přesné a úplné informace o zdravotním stavu pacienta/klienta - verbální, písemnou a elektronickou formou.

Prokáže, že zná novinky zdravotnické techniky.

Management péče:

Bezpečné prostředí - vytváří a udržuje bezpečné prostředí péče pomocí strategií zajištění kvality a managementu rizika, dodržuje preventivní opatření na kontrolu infekcí.

Interprofesní péče - uplatňuje znalosti efektivních (mezioborových) pracovních postupů. Vytváří a udržuje konstruktivní pracovní vztahy s jinými sestrami a dalšími kolegyněmi. Váží si role a kvalifikace všech členů týmů zdravotnické a sociální péče. Spolu se členy týmů zdravotnické a

sociální péče se podílí na rozhodování týkající se klienta. Se členy týmů zdravotnické a sociální péče kontroluje a hodnotí péči jejich pečovatелů.

Delegace úkolů, dohled - pověřuje jiné pracovníky aktivitami, které odpovídají jejich schopnostem a rozsahu praxe. Ponechává si odpovědnost, když pověřuje určitými úkoly péče jiné pracovníky.

6) Profesionální rozvoj:

a) Profesionální zdokonalování

Podporuje a udržuje profesionální image ošetrovatelství, přispívá k rozvoji profesionální ošetrovatelské praxe, dokáže ocenit výzkum, který přispívá k rozvoji ošetrovatelství a slouží k zlepšování úrovně péče.

b) Zvyšování kvality - podílí se na postupech zvyšování a zajištění kvality.

c) Kontinuální vzdělávání

Provádí pravidelné hodnocení vlastní práce. Bere na sebe odpovědnost za celoživotní vzdělávání a udržování vlastních kompetencí. Provádí opatření na uspokojování potřeb kontinuálního vzdělávání. Přispívá ke vzdělávání a profesionálnímu rozvoji studentů a kolegů.

10 Sesterské organizace, jejich význam pro rozvoj oboru ošetrovatelství

Literatura:

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetrovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetrovatelství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

10.1 Sesterské organizace a jejich význam

Kvalifikované sestry cítí potřebu:

- sdružovat se, diskutovat o svých problémech
- veřejně se prezentovat
- prosazovat zájmy (u vládních organizací, nevládních organizací)
- sledovat kvalitu ošetrovatelské péče
- rozvíjet a podporovat výzkum
- rozvíjet teorii a praxi oboru
- ovlivňovat úroveň a kvalitu a specializační přípravy sester

10.2 České profesní organizace sester



Česká společnost sester ČSS - 1973

- navázala na tradice Spolku diplomovaných sester
- byla mnoho let jednou z odborných společností České lékařské společnosti J.E. Purkyně
- 1982 přijata za člena Mezinárodní rady sester ICN
- 1951 vydávání Zdravotnické pracovnice
- 1989 přejmenovaná na časopis Sestra
- po mnoho let pracovala ve WENR - pracovní skupina sester ve výzkumu

Česká asociace sester (ČAS) 1991

- v roce 2000 došlo ke sloučení ČSS a ČAS, vystupují pod názvem Česká asociace sester

ČAS je:

- **je odborná, stavovská, dobrovolná, nezisková, profesní organizace sester,**
- je otevřena pro všechny sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky v resortu zdravotnictví, sociálního zabezpečení, školství a ve všech oblastech jiného podnikání bez ohledu na národnost, nebo vyznání celé České republiky (internetová adresa: www.cnaa.cz)
- nejvyšším orgánem je Fórum delegátů
- fórum delegátů volí devíti členné prezidium a revizní komisi
- ČAS má prezidentku
- sídlem ČAS je Praha

Cíle ČAS:

- vytváření podmínek pro **zvyšování** odborné, morální a etické úrovně členů asociace
- podílet se na zvyšování úrovně **kvality a efektivnosti poskytované** ošetřovatelské péče
- podporovat a podílet se na **rozvoji moderního** ošetřovatelství a prosazovat jej v praxi
- **podporovat a koordinovat** vzdělávací a výměnné programy pro členy asociace
- podporovat rozvoj **ošetřovatelského výzkumu** a aktivní zapojení členů asociace do řešení výzkumných úkolů
- vytvářet **podmínky** pro výměnu odborných informací souvisejících s ošetřovatelstvím
- podporovat **publikační a přednáškovou** činnost členů asociace
- navazovat a prohlubovat **spolupráci** s domácími, zahraničními a mezinárodními organizacemi, které ovlivňují rozvoj ošetřovatelství
- prosazovat **řešení sociálních a ekonomických problémů** týkajících se zdravotnické profese
- podporovat **vznik komory sester**

Etický kodex asociace sester přijatý 8. dubna 2000 v Srbsku, vychází z etického kodexu Mezinárodní rady sester, vyjadřuje morální hodnoty členek ČAS, členky ČAS se přijatým kodexem zavazují, že ho budou dodržovat - podrobnosti WWW.cnaa.cz.

Odborná sekce a regiony ČAS:

- farmakologických laborantů
- anesteziologickou resuscitační a intenzivní péče
- dermatovenerologická
- paliativní
- 07 chirurgická
- 08 domácí péče
- 10 interní a kardiologická
- 12 nefrologická
- 14 stomických sester
- 15 onkologická
- 16 oftalmologická
- 17 ortopedicko traumatologická



- 18 hojení ran
- 19 pediatrická
- 20 pneumologická kalmetizační
- 21 psychiatrická
- 22 zdravotně sociální
- 27 odborných učitelek atd.
- **region:** Hradec Králové, Kolín, Praha, Brno, Severočeský kraj, Plzeň...atd.

Registrace sester - není u nás zcela nová, v Československu ji zavedly ve 30 letech první diplomované sestry „organizované ve Spolku prvních diplomovaných sester“, avšak celý systém po roce 1948 s příchodem socialistické éry zanikl.

Teprve před několika lety se k němu jako k nezbytnému požadavku znovu **vrací koncepce českého ošetřovatelství** (Metodický pokyn č. 6/1998, Věstník MZ ČR).

Projekt centrální registrace sester, o němž byly informovány nelékařské zdravotnické profese v Sestře č. 9/2000, byl současně v říjnu 2000 předán po zrušení Rady pro rozvoj ošetřovatelství ředitelce nově vzniklého oboru ošetřovatelství Ministerstva zdravotnictví. V projektu centrální registrace byla **zpracovaná metodika registrace** a byl vytvořen a ověřen v praxi přiměřený kreditní systém. Byl vypracován seznam vzdělávacích aktivit v oblasti dalšího vzdělávání sester, každá aktivita byla ohodnocena určitým počtem kreditů, bodů. Délka jednoho registračního cyklu byla stanovena na několik let, byl vypracován metodický postup registrace. ČAS vybudoval **registrační centrum** a jmenoval registrační komisi, ta vypracovala formuláře **registračních dokumentů**: přihláška k registraci, záznam o vzdělávacích aktivitách absolventů v registračním cyklu, potvrzení o ošetřovatelské praxi, žádost o zařazení vzdělávací akce do kreditního systému atd.

Registrace byly zahájeny: historickým datem - Mezinárodním dnem sester 12. května 2001.

Definice registrace: je systém permanentní kontroly celoživotního odborného růstu sester. Každá sestra v pravidelně opakujících se cyklech během svého profesního života prokazuje, že se soustavně rozvíjí a obnovuje své odborné znalosti.

Podmínky registrace: Sestra, která získala způsobilost k výkonu povolání ukončením studia na střední, vyšší zdravotnické škole, vysoké škole v příslušném studijním oboru, se může řádně registrovat, splní-li následující podmínky registrace: **získá 40 kreditních bodů v oblasti dalšího vzdělávání, odpracuje v oboru alespoň 2500 hodin.** Sestra, která splnila uvedené podmínky a je vedena v registru ČAS může užívat titul registrovaná sestra. **Po zanesení do registru obdrží:** registrační kartu s registračním číslem, a označením její validity (doby platnosti), současně je sestře vydán **registrační certifikát**, karta i certifikát mají platnost po dobu jednoho registračního cyklu, registrační číslo zůstává sestře, pokud je registrovaná opakovaně, trvale stejné. Vzdělávací aktivity se zaznamenávají do indexu odbornosti.

Po uplynutí registračního cyklu požádá sestra o **obnovení registrace**, získá novou kartu a certifikát s termínem platnosti na dalších let.

Kreditní systém - seznam vzdělávacích aktivit a jejich kreditní hodnota:

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka - odborná způsobilost dle zákona (získává se absolvováním přesně stanovených oborů):

- je zdravotně způsobilý,



- je bezúhonný,
- **zákon poprvé podrobněji specifikuje celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří jsou povinni se vzdělávat celoživotně,**
- **pro pracovníky pracující bez odborného dohledu - musí získat osvědčení,**
- vztahuje i na zdravotnické pracovníky, kteří vedou odbornou výuku – praxi,
- **osvědčení podle tohoto zákona je v podstatě registrace zdravotnického pracovníka.**

10.3 Mezinárodní organizace sester

- a) ICN - Mezinárodní rada sester
- b) WENR - Pracovní skupina evropských sester pracujících ve výzkumu
- c) PCN - Stálý výbor sester Rady Evropy
- d) ENG - Evropská ošetřovatelská skupina
- e) NNF - Severská federace sester
- f) EDTNA/ERCA - Evropská asociace dialyzačních a transplantačních sester
- g) ACENDIO – Mezinárodní asociace pro společné evropské ošetřovatelské diagnózy, zákroky a výsledky
- h) EONS - Evropská onkologická sesterská společnost

10.3.1 Mezinárodní rada sester (ICN)

Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses)

ICN je nejstarší a nejsilnější mezinárodní profesní organizací sester. **Sdružuje více než 160 národních sesterských organizací** z celého světa. Sídlem výkonného výboru Mezinárodní rady sester je Ženeva, vznikla **1. 1. 1899** z popudu **zakladatelky** národní organizace anglických sester sestry **Ethel Gordon Bedford Fenvick**, která se stala její první prezidentkou.

ICN je věrna svým cílům, které si stanovila při svém založení:

- podporovat vznik národních společností sester v zemích, kde ještě neexistují,
- podporovat úsilí sester o vysokou kvalitu jejich kvalifikační i specializační přípravy,
- pomáhat sestřám při snaze o zlepšení kvality ošetřovatelské péče,
- rozvíjet teoretickou i praktickou bázi ošetřovatelství a podporovat ošetřovatelský výzkum,
- usilovat o zlepšení sociálního postavení sester, být významným zástupcem sester na mezinárodní úrovni,
- zprostředkovat a udržovat spolupráci a mezinárodní kontakty sester.

V čele Mezinárodní rady sester stojí prezidentka, která je volena na sjezdu organizovaném každé 4 roky. Kromě toho se každé 2 roky schází **Rada zástupkyň** zemí složená z předsedkyň národních členských organizací a zástupců prezidia ICN.

Rada zástupkyň rozhoduje o zásadních otázkách činnosti ICN a o přijetí nových členů.

V mezidobí odpovídá za činnost ICN řídicí výbor tvořený 11 vybranými členkami, který jmenuje úřadující výkonnou ředitelku, sídlem řídicího výboru je Ženeva.

Vydává ICN vlastní 3 časopisy:

- **International Nursing Rewie** - vysoce odborný a renomovaný časopis, publikuje kvalitní odborné a výzkumné práce,
- **ICN Calling** - je informační bulletin zabývající se činností ICN,
- **News Letter ICN** - publikuje aktuální zprávy a novinky v ošetřovatelství.

České sestry:

- byly **poprvé přijaty do ICN v 1933**, a to jako členky Spolku diplomovaných sester,
- 2. světová válka, zejména však události po **roce 1945** (SDS stal členem ROH) členství **přerušily**,

- **teprve v 1983** byla po dlouhém úsilí československých sester **znovu do ICN přijata** (jako federální sdružení ČSS - České společnosti sester a Slovenské společnosti sester),
- naše zástupkyně se z finančních důvodů mohly zasedání zúčastnit výjimečně např. Tokio, Jamajka atd.,
- **1993 toto členství zaniklo rozdělením Československa,**
- **1994 novým členem ICN se stala Česká asociace sester.**

Programové oblasti ICN je možno rozčlenit do tří základních pracovních oblastí:

1) Profesionální praxe:

- řízení změn,
- mezinárodní klasifikace pro ošetřovatelskou praxi (ICNP),
- vztahy.

2) Regulace ošetřovatelské profese,

3) Socioekonomické zabezpečení.

Ad 1) Profesionální praxe

Mezi současné priority v oblasti profesionální praxe patří **řízení změn**, vytváření Mezinárodní klasifikace pro ošetřovatelskou praxi, navazování partnerství, spolupráce, výzkum a **praxe založená na důkazech**. Řízení je dlouhodobým předmětem zájmu ICN. V současné době probíhají **dvě důležité iniciativy: jedna je zaměřena na zdokonalování schopností sester být v období změn ve vedoucím postavení a ta druhá se zaměřuje na řízení prostřednictvím dovedností pro vyjednávání. Projekt řízení (leadership for Change) pomáhá sestřám pochopit zdravotnickou reformu a její důsledky, vytvořit strategie pro zavádění změn do plánování a politiky ve zdravotnictví a získat dovednosti pro přípravu nových řídicích pracovníků z řad sester. Program je nyní rozšiřován i do oblasti Středního východu.**

- Mezinárodní klasifikace pro ošetřovatelskou praxi:

Povzbudivou historickou iniciativou ICN je příprava Mezinárodní klasifikace pro ošetřovatelskou praxi (ICNP), která **poskytuje slovník a rámec, s jehož pomocí je možno organizovat a srovnávat ošetřovatelské údaje**. ICNP významným způsobem přispěje k popisu ošetřovatelské praxe a sledování globálních trendů v ošetřovatelské péči. Tento **společný jazyk** umožní sestřám srovnávat ošetřovatelské údaje od různých skupin pacientů, z různých zařízení, zeměpisných oblastí a z různé doby a dokumentovat výsledky ošetřovatelských intervencí. **Beta verze** této klasifikace prochází testováním v terénu a byla již přeložena do několika jazyků.

- Vztahy:

ICN podporuje význam pevných vztahů s národními, regionálními a mezinárodními sesterskými i jinými organizacemi. Budování pozitivních vztahů v mezinárodním měřítku pomáhá připravit ICN, sestry a ošetřovatelství na současné i budoucí úkoly. **Spolupráce** s různými systémy v rámci **Organizace spojených národů**, zejména se **Světovou zdravotnickou organizací a Mezinárodní organizací práce** je důležitá pro sestry na celém světě. ICN navíc těsně spolupracuje s **Mezinárodním červeným křížem, organizacemi UNICEF, UNADS, Amnesty International** a mnoha dalšími mezinárodními nevládními organizacemi včetně dalších, s nimiž vstoupila ICN do partnerství ve **Světové alianci profesí** (World Health Professions Alliance - WHPA).

Ad 2) Regulace ošetřovatelské profese:

Druhou nejdůležitější programovou oblastí ICN je regulace ošetřovatelské profese. Změny v systémech zdravotnictví, k nimž dochází na celém světě, s sebou přinášejí také změny v regulaci. Jak se mění role jednotlivých profesí, dochází ke stírání hranic a ke změnám v zákonném rozsahu praxe. **Cílem regulace je zajištění bezpečnosti pacientů a ne profesní protekcionismus, jak se někdy myslí. ICN se zabývá základními aspekty regulace ošetřovatelství:**

- normy pro vzdělávání, praxi, poskytování služeb a etické chování, které by měly sestry dodržovat, postupy - jakými jsou sestry volány k zodpovědnosti před společností, navzájem a před kolegy a dalšími partnery ve zdravotní péči
- povaha a rozsah všeobecné a specializované praxe.

ICN vytváří mezinárodní normy pro regulaci v ošetrovatelství a pomáhá sestřím pochopit povahu, důsledky a dopad regulačního postupu používaného v jejich zemích.

ICN slouží jako pramen a průvodce pro sestry a pomáhá jim:

- při přípravě regulačních mechanismů, které ovlivňují odborné vzdělání, praxi a výzkum,
- při zajišťování administrativních a monitorovacích procesů používaných v klinické ošetrovatelské praxi
- aby sestry hlavně řídily ošetrovatelství, při řízení ošetrovatelství hrály hlavní roli sestry,
- při regulaci nutné reformy regulace,
- při podpoře koncepce seberegulace jako důležité součásti zodpovědnosti profese.

Ad 3) Společensko-ekonomické zabezpečení:

Snaží se tak přispět k tomu, aby sestry získaly výhody srovnatelné s ostatními odbornými pracovníky se srovnatelným vzděláním, hodnotou a povinnostmi. Směrnice ICN v oblasti společensko-ekonomického zabezpečení jsou široce využívány jak sestrami, tak dalšími pracovníky. Třetí základní programovou oblastí ICN je společensko-ekonomické zabezpečení sester. Prostřednictvím iniciativ na společensko-ekonomické zabezpečení pomáhá ICN sesterským organizacím zajistit, aby sestry **pracovaly v bezpečném prostředí** a dostávaly za svou **práci spravedlivou odměnu**. Iniciativa ICN v oblasti společensko-ekonomického zabezpečení, **zejména projekt Vyjednávání v řízení (Negotiation in Leadership), funguje už 18 let**. Prostřednictvím tohoto projektu poskytuje ICN výcvik pomáhající sestřím získat dovednosti pro vyjednávání.

10.3.2 Pracovní skupina evropských sester pracujících ve výzkumu (WENR)

Workgroup of European Nurse – Researchers 1978

Krátká historie WENR:

- Pracovní skupina sester výzkumnic/badatelek byla ustavena v roce 1978 s **cílem** umožnit bližší vzájemné kontakty sester zabývajících se výzkumem a tak zajistit systematictější spolupráci v ošetrovatelském **výzkumu v Evropě**.
- **Poprvé se** o možnosti založit takové sdružení **diskutovalo na kongresu ICN v Tokiu** v roce 1977. Na následující rok byla svolána konference na téma "Collaborative Research and its Implementation in Nursing" do nizozemského Utrechtu. Setkání se zúčastnilo 26 sester z 18 zemí. Tato skupina vytvořila základ WENR a spolupráce v oblasti ošetrovatelského výzkumu v Evropě.
- Za zmínku stojí, že velká část účastníků (**včetně Československa**) se **podílela na první mezinárodní studii "Peoples Need for Nursing Care"**, která byla iniciovaná ošetrovatelským oddělením WHO v Evropě.

O činnosti WENR:

Členy WENR jsou národní reprezentanti vysílání národním sesterskými organizacemi, které jsou členy ICN. **V současné době skupinu tvoří asi 25 členských organizací. Účast národních reprezentantů na pracovních setkáních financují národní sesterské organizace.** Práci WENR **koordinuje řídicí výbor (steering group)**. Sekretariát WENR financují některé národní sesterské asociace, zejména ze severovýchodních zemí. V letech 1991-1999 byl sekretariát v dánské Kodani, od roku 2000 až dosud ve švédském Stockholmu. Hlavní činností je každoroční setkání pracovní skupiny. Setkání znamenají příležitost pro diskusi a výměnu informací o rozvoji ošetrovatelského výzkumu v různých zemích. Je důležité, že od samého začátku v roce 1978 každý reprezentant zpracovával zprávu o stavu výzkumu ve své zemi. Všechny zprávy byly publikovány. Znamená to, že WENR vybudoval unikátní dokumentaci o vývoji výzkumu v ošetrovatelství v Evropě. Od roku 2001 se formát zpráv změnil - už se netiskne, místo toho je k dispozici na Internetu.

WENR také shromažďuje informace o časopisech s výzkumným zaměřením. Významnou formou činnosti jsou konference WENR, které se konají v dvouletých intervalech. Umožňují šíření výsledků výzkumu a předávání zkušeností, protože méně zkušené sestry/badatelky se setkávají se zkušenějšími. Pro mnoho evropských sester jsou konference WENR prvním setkáním s ošetrovatelským výzkumem vůbec.



Česká republika a WENR:

Československou společností sester zastupovala dlouhá léta ve WENR doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. z Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK v Praze. Pod jejím vedením byl zpracován i český příspěvek ke studii "Peoples Need for Nursing Care" a v Praze se v roce 1993 konalo pracovní setkání WENR. Po rozdělení společnosti sester na Českou asociaci sester a Českou společnost sester se na činnosti WENR podílela Česká asociace sester. Sdružuje zástupce členských organizací ICN z více než 25 zemí Evropy. 1978 začal pracovat WENER. 1985 Česká společnost sester se stala členem této skupiny.

Cíle WENER jsou následující:

- organizovat spolupráci sester zabývajících se výzkumem,
- vytvořit fórum pro výměnu informací,
- napomáhat, aby ve vzdělávacích programech jednotlivých zemí byly sestry připravovány i pro výzkumnou práci v ošetřovatelství,
- publikaci výsledků, diskutovat o nich,
- podporovat vzájemnou komunikaci především na univerzitách,
- aplikace výsledků výzkumu a vědeckého poznání do rutinní ošetřovatelské praxe.

WENER se každoročně schází ke dvoudennímu pracovnímu jednání v některé evropské zemi na pozvání národní organizace sester. Skupina organizuje každé 2 roky velkou mezinárodní konferenci, které se zúčastní okolo 500 sester z celého světa, přednášejí se závěry výzkumných studií zaměřených k vyhlášenému tématu konference.

V roce 1993 zasedala skupina u nás v historii českého ošetřovatelství první mezinárodní setkání, sester z celé Evropy.

10.3.3 Stálý výbor sester Rady Evropy

Stálý výbor sester Rady Evropy PCN (Permanent Committee of Nurses of the European Council)

Vznikl v roce 1971, členy PCN jsou národní sesterské organizace, které jsou členy ICN a jejichž státy patří do Evropské unie. Je Radou Evropy pokládán za oficiálního zástupce sester v tomto orgánu - prosazuje zájmy sester v Radě Evropy.

Členy jsou národní asociace sester, které jsou členy ICN, z 15 členských států EU a mimořádnými členy jsou asociace sester ze zemí patřících do Rady Evropy; mnohá z nich žádá o členství v EU.

Jednou za rok svolává PCN schůzi národních asociací sester na evropské úrovni. Výbor vydává zásadní doporučení pro ošetřovatelství včetně požadavků na **kvalifikační přípravu** sester v členských zemích s cílem dosáhnout vysoké a vzájemně srovnatelné úrovně jejich vzdělání, které umožní volný pohyb pracovních sil (ve shodě s ICN a WHO - např. zahájení studia až po 18 letech, 3letá odborná příprava na vyšších ošetřovatelských školách nebo univerzitách). Činnost sester je dále zaměřena na to, aby Rada Evropy obrátila pozornost k aktuální spolupráci se sestrami v oblasti ošetřovatelství zejména v uspokojování potřeb v terénu a **vytvoření podmínek pro terénní ošetřovatelskou praxi.**

Cíle PCN:

- prosazovat otázky v Radě Evropy (RE) vztahující se k ošetřovatelskému povolání a k poskytování zdravotní péče,
- prezentovat v RE názor sester a vydávat doporučení k ošetřovatelským otázkám,
- působit na zdravotní komisi a výkonný výbor RE jménem a v zájmu ošetřovatelské profese,
- vytvořit databázi o ošetřovatelské profesi v členských státech EU,
- být prostředníkem v organizování spolupráce mezi mezinárodními zdravotnickými organizacemi, výzkumnými institucemi a Radou Evropy,



- PCN upozorňuje EU na aktuální a potenciální spolupráci sester při uspokojování zdravotních potřeb obyvatelstva v celé Unii,
- PCN poskytuje širokou platformu pro rozvoj politiky i praxe a pro ovlivňování rozhodování Evropské Unie o všech otázkách, které mají dopad na ošetřovatelství, včetně pracovních podmínek a poskytování péče,
- PCN vydává zásadní doporučení pro kvalifikační přípravu sester s cílem dosahovat vysoké a vzájemně srovnatelné úrovně, která umožní volný pohyb pracovních sil,
- **Maastrichtská dohoda explicitně uznala roli EU v podpoře zdraví a prevenci nemocí.** S ustanovením amsterodamské dohody a jmenováním Evropského komisaře pro ochranu zdraví a klientů byl význam evropské zdravotní agendy dále zdůrazňován. Sestry hrají významnou roli v procesu směřujícím k dosažení této agendy.

10.3.4 Evropská ošetřovatelská skupina (ENG)

European Nursing Group

- sdružuje národní sesterské organizace těchto zemí: Rakousko, Německo, Francie, Řecko, Itálie, Lucembursko, Portugalsko, Španělsko a Švýcarsko,
- má status pozorovatele v PCN.

Cíle ENG:

- vytvořit regionální (evropské sdružení sester) - spojí národní sesterské organizace,
- zdokonalit vzdělávání sester,
- usilovat o rozvoj ošetřovatelství,
- umožnit propojení sester k Radě Evropy i u zemí, které zatím nejsou členy EU.

10.3.5 Severská federace sester (NNF)

Northem Nurses Federation

NNF sdružuje národní organizace sester severských států - Švédska, Finska, Dánska a Norska. Je velice aktivní v oblasti vzdělání a výzkumu. Organizuje mezinárodní konference, v ICN prezentuje společné zájmy sester. V ČR pomáhá při studijních pobytech v zahraničí našim studentkám.

10.3.6 Evropská asociace dialyzačních a transplantačních sester (EDTNA&ERCA)

European Dialysis and Transplant Nurses Association & European Renal Care Association

Evropská asociace dialyzačních a transplantačních sester & Evropská asociace renální péče. Asociace byla **založena** nefrologickými sestrami v roce **1971**. Během let se rozrostla v důležité mezinárodní fórum. EDTNA/ERCA má **multidisciplinární charakter a sdružuje všechny profese**, které léčí pacienty se selháním ledvin (nefrologické sestry, techniky, sociální pracovníky, dietní sestry, transplantační koordinátory a ostatní profese pracující v oblasti renální péče).

V současné době Asociace sdružuje 5000 členů z více jak 65 zemí světa.

Cíle EDTNA/ERCA:

- být uznávanou evropskou multidisciplinární asociací v oblasti renální péče,
- dosáhnout vysoké úrovně kvality renální péče,
- vyvinout a průběžně aktualizovat standardy renální péče,
- propagovat nové postupy v oblasti renální péče,
- podporovat edukaci a kontinuální profesní rozvoj všech členů multidisciplinárního týmu,
- iniciovat, podporovat a řídit výzkum v oblasti renální péče,
- podporovat komunikaci, spolupráci a výměnu zkušeností mezi všemi členy multidisciplinárního týmu.



10.3.7 Mezinárodní asociace pro společné evropské ošetřovatelské diagnózy, zákroky a výsledky (ACENDIO)

ACENDIO - Mezinárodní asociace pro společné evropské ošetřovatelské diagnózy, zákroky a výsledky (Association for Common European Nursing Diagnoses Interventions and Outcomes) Je evropská organizace zabývající se problematikou standardizace ošetřovatelské terminologie v oblasti ošetřovatelských diagnóz, intervencí a očekávaných výsledků. ACENDIO je organizací, podporující vytváření standardní terminologie v ošetřovatelství, která je předpokladem efektivní komunikace a vedení zdravotnické dokumentace nejen na mezinárodní úrovni, ale uvnitř každé země. **Vznikla v roce 1995 pod patronací Royal College of Nursing z Velké Británie** a má sídlo v Londýně. První konference ACENDIO se konala v roce 1997, druhá v roce 1999 v Benátkách, třetí v roce 2001 v Berlíně, mimořádná konference v roce 2002 ve Vídni a čtvrtá řádná konference v letošním roce v Paříži. První prezidentkou byla zvolena June Clark z Velké Británie a od roku 2001 je prezidentem pan William Goossen z Holandska.

Hlavní úkoly ACENDIO:

Podílet se na vytváření standardní terminologie, která je postupně přijímána v oblasti ošetřovatelství jak v Evropě, tak i mezinárodně. Standardní terminologie zahrnuje všechny aspekty péče, tj. ošetřovatelskou diagnostiku, intervenci, očekávané výsledky a další klasifikace. **ACENDIO úzce spolupracuje s NANDA** (The North American Nursing Diagnoses Association - vznikla v USA v roce 1973).

Podporovat uvádění této terminologie do klinické praxe. Usnadňovat výměnu informací v této oblasti. Organizovat konference v jednotlivých evropských zemích. 5. konference ACENDIO se bude konat 7.- 9. dubna 2005 ve Slovinsku.

Umožňovat tvůrcům ošetřovatelské terminologie ze světových univerzit, klinickým pracovníkům a členům profesních organizací ze všech zemí spolupráci a nabízet jim příležitost, aby se mohli účastnit realizace tohoto aktuálního a náročného úkolu.

V úvodní přednášce na poslední konference v Paříži řekl prezident ACENDIO Dr. William Goosen:

„Rozvoj jednotného ošetřovatelského jazyka, jeho utřídění a klasifikace je výzvou pro sestry na celém světě. Pokud sestry budou moci popsat svoji praxi, budou moci začít s jejím měřením, vyhodnocováním, studiem, výzkumem a ovlivňováním zdravotní politiky nejen na svých pracovištích, ale i v celé zemi. Tím, že ošetřovatelství bude využívat jednotnou terminologii, budou sestry moci mnohem lépe prezentovat podíl ošetřovatelské péče na dosažených výsledcích u klientů/pacientů vedle podílu jiných zdravotnických profesí.“

10.3.8 Evropská onkologická sesterská společnost (EONS)

European Oncology Nursing Society

EONS byla založena v roce 1984 a sdružuje více jak **50 sesterských onkologických organizací, které reprezentují sestry z 25 zemí.**

Rozšířenou roli sestry spatřují:

- v realizaci ošetřovatelského procesu,
- vyhodnocování stavu pacientů,
- ve včasném poznání komplikací a kvalifikovaného zásahu.

Budoucnost onkologického ošetřovatelství spatřuje EONS v naplnění těchto cílů:

- dostupnost kvalitní péče o onkologické pacienty,
- umožnit specializaci onkologických sester,
- zajistit znalost cílů u všech onkologických sester,
- přispívat k získávání znalostí,
- EONS věnuje vzdělávání sester pozornost od 80 let,



- první specializační kurikulum vydala v roce 1989 a další v roce 1993.

11 Výzkum v ošetřovatelství

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- BÁRTOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum v ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416X.
- FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Výzkum v ošetřovatelství*. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.

11.1 Ošetřovatelský výzkum

Ošetřovatelský výzkum

Je to činnost, při které empirickými metodami zkoumáme platnost hypotéz o vztazích mezi jevy v ošetřovatelství. Výzkum v ošetřovatelství přispívá k rozvoji teorie a vědecké základny informací o ošetřovatelství. Pomáhá aplikovat teoretické poznatky na potřeby praxe:

- účelem výzkumu je přispět k celkové sumě lidského vědění,
- znalosti vytvářené výzkumníkem mohou mít praktické dopady,
- výzkum musí být veden systematicky, aby byly výsledky důvěryhodné a přínosné,
- témata ošetřovatelského výzkumu se mění v čase a s místem.

Ošetřovatelský výzkum u nás řeší nejčastěji tyto okruhy problémů:

- 1) **Klinickou ošetřovatelskou problematiku** - navrhuje se a ověřují modely optimální ošetřovatelské péče o určité skupiny nemocných, hledají se vědecky zdůvodněné postupy při ošetřovatelské péči. Sleduje se např. účinek některých ošetřovatelských výkonů na organismus nemocného, efekt rehabilitační péče, vliv ošetřovatelského procesu na pacienta a jeho rodinu, na zvyšování soběstačnosti.
- 2) **Analýza ošetřovatelské profese** - výzkumné práce se např. zabývají utvářením vztahu mezi sestrou a nemocným, otázkami profesionální deformace, psychologickými předpoklady pro výkon ošetřovatelského povolání, metodami verbální a neverbální komunikace.
- 3) **Organizace a řízení ošetřovatelské péče** - např. vhodné metody personálního managementu, optimální systémy organizace práce sester, objektivizace hodnocení úrovně poskytované péče.
- 4) **Ověřování nových technických prostředků** - v ošetřovatelské péči.
- 5) **Analýza pedagogické činnosti v ošetřovatelství** - ověřují se způsoby vhodné edukace v oblasti podpory a upevňování zdraví, vyučovací metody a postupy vhodné pro nácvik některých ošetřovatelských výkonů a formování potřebných vlastností sester, hledá se nejvhodnější způsob organizace praktického vyučování.

Ošetřovatelský výzkum dle WHO se soustředí na:

- vytváření znalostí o péči o lidi ve zdraví a v nemoci,

- pochopení základních genetických, fyziologických, sociálních a behaviorálních mechanismů,
- dopady životního prostředí, které ovlivňují schopnosti jednotlivců i rodin udržet nebo zlepšovat optimální funkce a minimalizovat negativní dopad nemoci,
- vytváření znalostí o programech a systémech poskytující ošetřovatelskou péči účinně a efektivně,
- profesi sestry a její historický vývoj,
- etický kodex ošetřovatelské péče,
- systémy, které účinně připravují sestry naplňovat současné a budoucí společenské úlohy profese.

11.2 Způsoby a zdroje lidského poznání

Způsoby a zdroje lidského poznání

Lidské poznání pochází z různých zdrojů. Některé jsou odvozené z vědeckých poznatků, ale mohou mít i jiný původ.

Nejčastějšími zdroji poznání jsou:

1) metoda tradice

Zodpovídání problémů a otázek na základě zděděných zvyků a tradic (např. na každé službě je úlohou sester vypracovat při výměně služby zprávu o každém pacientovi, bez ohledu na to, jestli se jeho stav změnil).

2) metoda odborníků

Mnoho informací a názorů je získáno od lidí, kteří mají zkušenosti a vzdělání a speciální vzdělání. Tento zdroj poznání je akceptovatelný, ale má i omezení v případě, že odborníci mají nedostatky.

3) metoda zkušeností

Fungujícím zdrojem poznání jsou vlastní zkušenosti, které poskytují schopnost zevšeobecňovat, předvídat souvislosti, řešení a jejich následky. Jako základ poznání mají však určitá omezení. Vymezení zkušeností jako zdroje poznání spočívá v tom, že objektivní realitu vnímají dle jedinci rozdílně.

4) metoda logického uvažování

Řešení některých problémů je výsledkem logického myšlení. Jde o spojení zkušeností, intelektuálních schopností a formálních systémů myšlení (např. sestra si může všimnout chování hospitalizované matky a na základě toho usoudí, že obava o její rodinu a děti na ni působí stresujícím způsobem). Deduktivní uvažování je proces konkretizování zevšeobecněných principů (např. když předpokládáme, že u hospitalizovaných matek se vyskytuje neklidné chování, lze předpovědět, že u matek, které mají doma malé děti, se budou projevovat příznaky stresu).

5) metoda zdravého rozumu, intuice

Je to způsob poznání, při kterém jsou tvrzení ve shodě se zdravým rozumem. Tento princip souhlasu se zdravým rozumem je přirozený.

6) metoda vědeckého přístupu

Pokládá se za nejvyšší formu lidského poznání. Vědecký přístup spojuje důležité prvky **dedukce** a **indukce** a spolu s jinými prvky vytváří systém pro získání vědomostí. Vědecký přístup se od ostatních zdrojů a metod poznání liší tím, že podléhá sebehodnocení, kontrole, což však neznamená, že může vyřešit všechny problémy, nebo že výzkumní pracovníci se nemohou dopustit chyb.

11.3 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum

Je založen na ověřování platnosti teorií, konstruovaných pomocí konceptů a měřených čísel, analyzovaných vzápětí pomocí statistických procedur s cílem zjistit, zda prediktivní zobecnění teorie je pravdivé.

Charakteristiky kvantitativního výzkumu:

- kvantitativní výzkum spočívá v návrhu testu pro podporu nebo zamítnutí nějakého tvrzení nebo hypotézy,
- test hypotézy, musí určit to, zda je hypotéza v dané situaci pravdivá a to, zda lze hypotézu zobecnit i pro další situace,
- model uvažování v kvantitativních studiích tvoří následující lineárně propojené koncepty: závěry a doporučení z předchozích studií, vysvětlení, důvody, teorie a hlediska, otázky, hypotézy, predikce a modely, návrh a struktura připravované studie, shromažďování dat, sumarizace dat, jejich kondenzace pomocí popisné statistiky, grafů, tabulek, statistické testy a intervalové odhady, provádění závěrů, doporučení pro další studium v praxi,
- kvantitativní studie využívá tyto plány: popisné studie pro získání popisu četností rozložení daných proměnných pomocí aplikace strukturovaného pozorování a dotazníků, kauzálně komparativní studie pro zjištění vazeb mezi proměnnými pomocí měření a srovnávání subpopulací, korelační studie popisující sílu vztahů a predikovatelnost závisle proměnných, studie vyhodnocující výzkumné hypotézy, experimentální studie zajišťující pomocí náhodných výběrů a kontrolovanou manipulací nezávislých veličin významnost a rozsah ovlivnění závislé veličiny.

11.4 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum

Představuje systematický proces a subjektivní přístup k popisu a interpretaci životních zkušeností. Kvalitativní výzkum v ošetrovatelství je relativně nový, výzkumnice se o něj začaly zajímat až na konci 70. let a na začátku 80. let minulého století.

Kvalitativní výzkum se nejčastěji provádí jako intenzivní a dlouhodobý kontakt s terénem nebo životní situací. Tyto situace se týkají každodenního života jedince, skupiny nebo společnosti. Hlavním úkolem je ukázat, jak lidé v každodenních situacích rozumí probíhajícím procesům, jak je zvládají a jak provádějí příslušné akce.

V kvalitativním výzkumu hrají důležitou roli následující zásady:

- a) Otevřenost** - spočívá v otevřenosti vůči zkoumaným osobám. Z toho vyplývá, že plán výzkumu nebo hypotézy se dotvářejí až během výzkumu.
- b) Subjektivita** - musí dojít k částečné identifikaci se zkoumaným jevem, jen tento postup zaručí, že výzkumník získá přístup k subjektivním interpretacím zkoumaných osob. Výzkumník by měl být upřímný a čestný.
- c) Procesuálnost** - výzkumný akt je procesem, v jehož průběhu se mění jeho jednotlivé prvky.
- d) Reflexivita** - tj. připravenost výzkumníka reagovat na nové nečekané momenty.
- e) Zaměření na případ** - každý výzkumný proces věnuje pozornost jednotlivým případům (podrobně je popisují, navrhují se pomocí nich teorie, které se také jim podřizují).
- f) Historicitu a kontextuálnost** - určitým situacím můžeme porozumět až tehdy, když známe historii. Kvalitativní výzkum zdůrazňuje kontextualismus v souvislosti se snahou pochopit jevy, chování v jejich kontextu.
- g) Problematizace determinovanosti** - ve společenských vědách je problematické hledat kontextově nezávislé zákonitosti. Uplatňuje se pojem „pravidlo“, který vychází z toho, že pravidelnosti v jednání lidí jsou vysvětlitelné používáním systému pravidel, který je však neustále v procesu změn.

V kvalitativním výzkumu jsou vědecké otázky, ne cíle a hypotézy. Může být i víc hlavních otázek, které mohou být doplněny podotázkami. Otázky tvoří pracovní pomůcky, ne pravdy, které se budou

zkoumat. Vědecká otázka se začíná slovy: objevit, porozumět, hledat, zkoumat, porozumět. Výsledkem výzkumu má být popis. Otázky jsou během výzkumu často reformulovány.

Rozdíly mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem:

- kvalitativní výzkum je orientovaný holisticky, kvantitativní je reduktivním zkoumáním (výzkumník zkoumá pouze oddělenou část),
 - v kvalitativním výzkumu jsou data nenumerická, v kvantitativním mají číselnou podobu,
 - v kvantitativním výzkumu není obtížné určit validitu, v kvalitativním tomu tak není.
- V ošetřovatelství se používá kvantitativní i kvalitativní výzkum.

11.5 Fáze ošetřovatelského výzkumu

Fáze ošetřovatelského výzkumu

Průběh empirického ošetřovatelského výzkumu se rozděluje do několika základních fází. Jsou to ohraničené úseky výzkumných prací, u nichž lze specifikovat náplně, vymezit pracovní vstupy i výstupy, které představují relativně ucelené, samostatné části výzkumu.

Základní schéma postupu:

- Přípravná fáze
- Sběr dat
- Zpracování empirických dat
- Interpretace a praktická aplikace
- Diseminace

1) Přípravná fáze

Je to velmi důležitá fáze. Její podcenění a neodpovídající odborný postup může často vést k závažným chybám v dalším postupu. V přípravné fázi se připravuje jádro poznávacího procesu. Každý výzkum by měl vycházet z určitých hotových poznatků.

Při empirickém šetření musíme brát v úvahu některé základní fakta o společenské realitě:

- Jednotlivá fakta o sociální skutečnosti mají platnost jevu tehdy, jsou-li zařazena do širších teoretických koncepcí. Výzkum nereprodukuje přímo skutečnost, ale odpovídá na otázky, které mu výzkumník o sociální skutečnosti klade.
- Každé poznání vysvětluje pouze určitou část nebo stránku společenské skutečnosti, nikoli skutečnost celou.
- Pozorování společenských jevů je natolik složité, že je velmi těžko ověřitelné, zda skutečně zkoumáme to, co chceme.
- Mnohofaktorová podmíněnost sociálních jevů a statistický charakter společenských zákonů způsobují, že výsledky výzkumů mají pravděpodobnostní charakter.
- Velká část sociálních jevů je určována a ovlivňována nekonečně velkým počtem nejrůznějších faktorů, činitelů a determinant.
- Zákonitosti v oblasti sociálních jevů mají jen pravděpodobnostní charakter, nepůsobí absolutně, vždy a za každých okolností.
- Řada sociálních jevů je bezprostředně nepostižitelná a nevyjádřitelná.
- Základem přípravné fáze je většinou výzkumné zadání, které obsahuje minimálně formulaci výzkumného tématu, někdy i základní výzkumné otázky, požadavky na konečný výstup, časový horizont výzkumu a také základní personální a finanční požadavky a možnosti. Náplní přípravné fáze je rozpracování těchto vstupních dispozic. Většinou jde o upřesnění a rozvedení tématu, jeho teoretické podložení, popř. o formulaci hypotéz, navržení a ověření výzkumných nástrojů a technik, zpracování informací.

Bez přípravné fáze jsou výzkumy povrchní, zůstávají na úrovni pouhého popisu.

Osnova přípravy projektu:

- námět a výzkumný problém,

- dosavadní stav poznání,
- cíl a hodnota výzkumu,
- předmět výzkumu,
- zkoumaný soubor,
- metody a techniky,
- zpracování,
- organizační zabezpečení,
- využití výsledků výzkumu.

a) Námět a výzkumný problém

Základním aspektem výzkumu je správné postavení problému, neboť převážná část jeho řešení spočívá v uvědomění si toho, co vlastně chceme zkoumat.

Při vymezení výzkumného problému je třeba zvážit:

- má tento výzkum teoretický nebo praktický význam,
- je vybraný problém důležitý,
- kdo bude mít z řešení výzkumného problému prospěch,
- lze zkoumat problém vědeckým přístupem,
- je problém vůbec řešitelný,
- mohou se proměnné přesně definovat a měřit,
- je možné řešit vybraný problém v čase, který máme k dispozici,
- lze studovat výzkumný problém způsobem, který je ve shodě s pravidly ochrany lidských bytostí.

Pravidla při formulaci problémů:

- Problém má být formulován konkrétně, jednoznačně a pokud možno v tázací formě.
- Problém má implikovat možnost empirického ověření. Otázky, které nejsou empiricky ověřitelné, nelze ve výzkumu zkoumat.
- Problém musí vyjadřovat vztah mezi dvěma nebo více proměnnými.
- Proměnná se používá pro vlastnosti, které nabývají určitých měřitelných hodnot. Proměnná je jakákoliv charakteristika osob, věcí nebo situací podléhající změně např. pohlaví, věk, chování pacientů v nemoci, vědomosti o určité nemoci.
- Proměnné lze rozdělit na tzv. nezávisle proměnné a závisle proměnné. Nezávisle proměnná je vlastnost, která je příčinou nebo podmínkou vzniku jiné vlastnosti. Závisle proměnná je vlastnost, která je výsledkem působení nezávisle proměnné např. nemoc (závisle proměnná) může být způsobena vrozenou dispozicí (nezávisle proměnná).
- V této části práce jde o studium odborné literatury a o seznámení se se současným stavem poznání dané problematiky.

b) Dosavadní stav poznání

Studium literatury nám umožňuje získat co nejvíce poznatků, vztahujících se k danému problému, zdůvodnit cíle práce, ulehčí formulaci hypotéz, výběr metod a technik a způsob zpracování výsledků. Hlavním úlohou přehledu literatury a jejího studia je vymezení toho, co je již známé ve spojení se sledovaným problémem a stanovení koncepčního rámce, do kterého se problém zasadí. Výzkumník by měl vědět, co bylo o problému publikováno. Bez znalosti způsobu a úrovně jeho řešení v minulosti není možné problém pochopit v plné šíři. To mu umožní lépe se orientovat v dané problematice, poučit se o způsobu řešení, eliminovat riziko, že bude objevovat již objevené.

c) Cíl a hodnota výzkumu

Musíme si vymežit přesně cíl a úkol zkoumání. Cíl musíme formulovat co nejpřesněji a nejkonkrétněji. Je nutné, ještě před započítím výzkumu, uvážit jeho společenské souvislosti. Zda vyřešení jeho teoretických otázek povede k praktické aplikaci a tím ke splnění základního kritéria výzkumu (efektivnost).

d) Předmět výzkumu

Musíme přesně stanovit zkoumanou oblast. Ze složitého komplexu je nutno vyčlenit určité stránky a jejich vztahy, jasně definovat jejich ohraničení. Provést redukci původně širších záměrů, tím docílit zúžení problematiky a možnosti volit jen některé její specifické složky. Je žádoucí přesně definovat základní pojmy, proměnné výzkumu a stanovit hypotézy.

Hypotéza – je podmíněný výrok o vztahu mezi jevy nebo jejich určitými stránkami. Hypotéza je podmíněna výrokem o vztahu mezi dvěma nebo více proměnnými. Má-li být hypotéza potvrzena, musí odpovédět na všechna stanovená fakta a tvrzení.

Druhy hypotéz:

- **Východiskové** - bývají zpravidla obsaženy v úvodní studii. Jejich skladebná struktura je složitá. Mají většinou poměrně obecnou a obtížně ověřitelnou formulaci. Např. Existují rozdíly mezi muži a ženami ve způsobu zvládnutí bolesti.
- **Pracovní** - jsou charakterizované věcnějším obsahem, který se dá formulovat aplikací operacionalizovaných obecných pojmů. Vznikají bližším určením východiskové hypotézy. Lze je ověřovat tak, že jsou testovány všechny znaky vyjádřené hypotézy o souvislostech mezi proměnnými. Např. Ženy při bolesti užívají častěji analgetika než muži,
- **Statistické** - představují specifický případ tzv. empirických hypotéz, jež budou ověřovány, nebo falzifikovány pomocí empirického materiálu.

Pracovní hypotézy hrají ve výzkumu velice důležité role:

- formulace pracovních hypotéz je testem, zda je výzkum vůbec možný,
- pracovní hypotézy obsahují základní informaci pro optimální rozhodnutí o technikách výzkumu,
- pracovní hypotézy jsou základem pro odhad rozsahu výzkumu.

Po připravení pracovních hypotéz jsme schopni odhadnout, jak náročný bude výzkum. Pracovní hypotézy jsou důležitým výchozím bodem pro časové, ve větších výzkumech i finanční, plánování výzkumu. Správné stanovení hypotézy je nejdůležitějším krokem pro proces poznávání během celého výzkumu.

e) Zkoumaný soubor

Soubor všech osob, věcí nebo jevů zaujatých do výzkumné problematiky je základní soubor. Ze základního souboru vybíráme část, která bude základní soubor zastupovat. Informace získané v této části bude možné za určitých podmínek zobecnit na základní soubor. Této části se říká výběrový soubor. Při nesprávném výběru může dojít ke zkreslení výzkumu.

Nejčastější příčiny zkreslení: nereprezentativnost souboru, velikost pozorovaných souborů, odlišné podmínky výběru porovnávaných souborů.

Výběrový soubor je reprezentativní v té míře, nakolik odráží vlastnosti základního souboru.

Záměrný výběr spočívá ve výběru jednotek, které budou zkoumány. S momentem výběru je ve statistice vázána celá řada technik a postupů. Existuje řada speciální technik, které zajišťují vhodné složení vzorku např. Výběr pomocí kvót, vícestupňový výběr, mechanický výběr, mapování. Kritériem pro velikost vzorku je reprezentativnost. Základní hlediska reprezentativnosti: pohlaví, věk, vzdělání, sociální status, lokalita, národnost, aj.

f) Metody a techniky

Základním předpokladem pracovníka ve výzkumu je dokonalé zvládnutí metod a technik využívaných ve výzkumné činnosti. Je zapotřebí, aby znal jejich zásady, smysl, způsoby aplikace, validitu (platnost) a reliabilitu (spolehlivost).

Odpovídající techniku je zapotřebí volit podle účelnosti daného problému. Předpokladem úspěšného řešení je i provedení předvýzkumu. Jeho záměr má být kontrola srozumitelnosti, jednoznačnosti ve formulaci otázek, reakce dotazovaných při rozhovoru, ověřování některých dílčích hypotéz.

g) Zpracování

Základem výzkumné činnosti je odpovědně vytvořený harmonogram a přípravy a vlastního zpracování získaných údajů ve smyslu zaznamenávání, třídění a důsledné analýzy.

h) Organizační zabezpečení

Je nezbytné začlenit do časového plánu výzkumu dostatečnou rezervu k řešení nepředpokládaných problémů. Závažnou problematikou je finanční kalkulace.

i) Využití výsledků výzkumu

Výsledky výzkumu nemají velký význam, pokud o nich nikdo neví. Jednou z možností jejich popularizace je publikování v odborných sesterských časopisech.

2) Sběr dat

Těžiště této činnosti spočívá v co nejširším a nejpečlivějším zachycení dat příslušnými technikami. V průběhu sběru dat je třeba se vyhnout jejich hodnocení, protože by docházelo k ovlivňování poté získaných dat. Mimo otázek teoretické přípravy je nezbytností rovněž zpracování potřebných organizačních i kontrolních opatření pro sběr dat.

3) Zpracování empirických dat

Po získání dotazníků, záznamu rozhovoru je potřeba provést kontrolu dat. Účelem je vyřadit ty, které jsou zpracovány neúplně nebo neobstály při logické kontrole. Dotazník, který není vyplněný úplně, vyřadíme. Logická kontrola znamená ověření si, že respondent odpovídal pravdivě. Nástrojem logické kontroly jsou tzv. kontrolní otázky, záměrně zabudované do dotazníku na různá místa a dotazují se věcně na stejnou věc nebo skutečnost. U otázek, kde je vysoký podíl „nevím“, je nutné zvážit, jestli budou zahrnuty do dalšího zpracování.

Vyčištěný soubor dotazníků je připraven ke kódování, kterým převádíme odpovědi do podoby použitelné pro počítačové zpracování údajů.

Za nejjednodušší postup při třídění považujeme ruční třídění, nejdokonalejší je pomocí počítače.

4) Interpretace a praktická aplikace

Interpretační fáze je zaměřena na podstatu zkoumaného jevu nejen na základě empirických výsledků výzkumu, ale i tím, že daný objekt podřadíme určitému teoretickému postulátu. Souhrn výsledků ošetřovatelského výzkumu má podobu závěrečné zprávy. Při zpracování závěrečné zprávy je nutné se znovu vrátit na začátek, k přípravné fázi. Struktura ani obsah závěrečné zprávy nejsou pevně dány, ale měly by splňovat některá základní kritéria. Závěrečná zpráva musí obsahovat – výsledky, údaje, které umožňují zhodnotit kvalitu těchto výsledků, zhodnocení teoretických východisek, výchozí hypotézy, metody, techniky, charakteristika zkoumané populace, údaje o době terénního sběru dat, možné zkrácení výsledků.

Závěrečná písemná zpráva z výzkumu - zaměřena empiricky zpravidla obsahuje:

- úvod, teoretickou část, empirickou část, závěry, literaturu, přílohy.

5) Diseminace

Neboli šíření znamená, že souhrn výsledků ošetřovatelského výzkumu může mít kromě písemné závěrečné zprávy i celou řadu dalších forem např. odborný článek, sborník, učebnici, monografii. Výsledky lze zveřejňovat verbálně (semináře, konference), nebo písemnou formou. U písemných zpráv záleží na tom komu je určena. V současné době může být písemná zpráva kombinovaná s obrazovou a zvukovou informací např. na internetu.

12 Multikulturní ošetřovatelství

Literatura:

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetrovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetrovatelství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
- NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

12.1 Základní pojmy

Etnikum, etnická skupina

Tento výraz pochází z antické řečtiny, v níž ethnos znamenal kmen, rasa, národ. V západoevropské tradici znamená kulturně definované a diferencované skupiny lidí. Ve stejném významu se používá etnická skupina. Označuje se tak také národ, národnost, národnostní menšina, kmen, což je ovšem nepřesné, protože ne všichni příslušníci jednoho etnika jsou příslušníky stejného národa. **Etnická skupina** je **společenství, do kterého se člověk narodí**. Jde o označení historicky vzniklé sociální skupiny se stejnými etnickými rysy: jazykové, kulturní, náboženské, barva pokožky, národní nebo geografický původ předků a podobně. Etnická skupina je společenství jedinců, kteří udržují a šíří exkluzivní kulturní a sociální dědictví z generace na generaci.

Etnicita

Je vzájemně provázaný systém kulturních (materiálních a duchovních) rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společenském původu působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu. Je to **souhrn znaků vyznačující etnikum**.

Národ, nacionalismus

Je osobitě a vědomě kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území.

K této definici se uvádějí tři typy kritérií, jimiž jsou národy identifikovány:

- 1) **Kritérium kultury:** spisovný jazyk, náboženství, dějinná zkušenost.
- 2) **Kritérium politické existence:** vlastní stát.
- 3) **Psychologické kritérium:** jednotlivci sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu. Silné národní uvědomění se nazývá vlastenectví, jeho vyhraněnou podobou, kdy dochází ke střetu s jinými národy, nazýváme nacionalismem.

Národnost

Je chápána jako příslušnost k určitému národu nebo etniku. V dnešním světě chápána **ve dvojím smyslu** pojmu „národ“, na jedné straně ve smyslu **etnickém** (soubor osob se společným jazykem, společnou historií, tradicí a zvyky, společným územím a národním hospodářstvím), na straně druhé ve smyslu **politickém** (soubor občanů stejného státního příslušenství).

Národnostní menšiny

Ze sociologického pohledu lze národnostní menšinu vymezovat jako sociální skupinu, která:

- 1) je podřízenou částí komplexních státních společenstev
- 2) má zvláštní fyzické nebo kulturní rysy

3) osobité rysy, které mohou přinášet sociální znevýhodnění

4) příslušníci menšin mají tendenci uzavírat manželství uvnitř skupiny, jsou to skupiny lidí, kteří nedisponují vlastním státem

Problém národnostních menšin je dále komplikován tím, že některé národnosti se vymezují nikoliv na základě etnického kritéria, nýbrž na základě náboženského či rasového kritéria. Vznikají tak skupiny populace označované jako náboženská či rasová menšina. V ČR se to vztahuje na Židy a Romy.

Kultura

Vždy součástí lidského druhu: sdílený způsob slovního vyjadřování, mimika, různá gesta a postoje, způsob oblékání, strava, to vše a mnoho dalšího prezentuje lidskou kulturu. Není předávána geneticky, ale je výsledkem lidské činnosti (je tedy artefaktem). Je to produkt lidského myšlení, zahrnuje ideje, vzory a hodnoty.

Kulturní cibule:

1) **zevní vrstva** - řeč, strava, oblečení, architektura, vše je okamžitě viditelné a vnímatelné.

2) **střední vrstva** - odhaluje se pomaleji, v bližším kontaktu s danou kulturou. Pravidla silničního provozu, gesta, rituály pozdravů (stisk ruky, políbení ruky, polibek, úklon), témata rozhovoru.

3) **vnitřní vrstva** - základní hodnoty a otázky existence, stereotypy, archetypy a základní pravdy o životě. Ty jsou už těžko rozpoznatelné.

Stereotypy

Jsou mínění o třídách individuů, skupinách nebo objektech, která jsou v podstatě šablonovité způsoby vnímání a posuzování toho, k čemu se vztahují. Nejsou produktem přímé zkušenosti individua, jsou **přebírány a udržují se tradicí**. Stereotypy lze charakterizovat jako nespolehlivé a zjednodušené generace o všech členech skupiny, jež nerozlišují individuální rozdíl uvnitř skupiny.

Předsudky

Představují zvláštní komplex v podstatě **nezdůvodněných postojů a stanovisek**, které si lidé osvojují docela nenápadně pod vlivem prostředí, nebo je převezmou od nějaké „authority“. Předsudek je tedy citově determinovaný soud, který je ve vzájemném vztahu s diskriminací. Jde o zvláštní druh rigidních, fixovaných a převážně afektivně založených postojů, podle kterých člověk často posuzuje jedince patřící k určité skupině negativně a bez individuálních zkušeností. Mezi faktory ovlivňující předsudky patří: rodina, výchova, psychické potřeby, sociální status.

Xenofobie

Z předsudků může vycházet strach z cizího či neznámého. Xenofobie je bazální psychický pocit, na kterém mohou vyrůstat nenávislné ideologie, jako je rasismus, šovinismus, nacionalismus, fašismus a podobně.

Diskriminace

Znamená věcné rozlišování, jež **znevýhodňuje jednu skupinu vůči druhé**. Diskriminací tedy rozumíme proces odpírání příznivých příležitostí (buď odlišné zacházení nebo úplné vyloučení) určité skupině či jednotlivci odlišných etnických, kulturních nebo rasových atributů. Diskriminace nemusí být jen **negativní**. **Pozitivní** diskriminace je nazývána afirmativní akcí a znamená kladné úsilí, které podporuje členy menšinové skupiny a hájí jejich zájmy.

Minorita

Neboli menšina je obecně jakákoliv skupina lidí definovaná nějakým sociologickým významným společným znakem (náboženská, sexuální menšina, jazyková skupina a podobně), která se početně nemůže rovnat jiné skupině, tvořící v dané společnosti většinu (dominantní skupina). Je to skupina, která je vyčleněna pro své fyzické či kulturní charakteristiky. Strategiemi vedoucími

k odstranění znevýhodnění menšiny jsou: amalgamace (splynutí, např. sňatky), asimilace (přizpůsobení), integrace (včlenění).

Marginalita

Znamená podle slovníku okrajovost, exkluzivnost, **vyloučenost - opak majority**. Často se stává menšinová skupina skupinou marginální. Vyloučením či životem na okraji společnosti vznikají sociální skupiny, které jsou uzavřené a vytvářejí si uvnitř skupiny negativní strategie přežití. Výsledkem je často pauperizace těchto skupin (výrazné chudnutí, nezaměstnanost, malé životní šance).

Segregace

Tohoto pojmu je využíváno na označení fyzického oddělení dvou skupin, které je často menšinové skupině nucené dominantní skupinou.

Rasa

Pojem rasa je zejména v evropské kultuře laicky používán s určitým nádechem ideologické problematičnosti. Je proto nutné pojem uchopit a vymezit vědecky. Rada je antropologický termín, jehož původ není zřejmý. Předpokládá se, že se jedná o výraz arabský (hlava, původ, kořen). Odlišuje se určitými anatomickými znaky, jako je barva kůže, vlasů a očí, tvar lebky a obličeje.

V současné době se rozlišují tři základní rasy:

- 1) **Rasa (plemeno) euroasijské (europoidní)** - bílé, rozšířené v Evropě, Malé a Přední Asii, Kavkaze a v severozápadní Indii.
- 2) **Rasa asijsko-americká (mongoloidní)** - žlutohnědá, většina asijské pevniny a původní obyvatelé Ameriky.
- 3) **Rasa ekvatoriální (negroidní)** - černá, Afrika, jihovýchodní Asie.

Rasismus

Ideologie, která tvrdí, že psychologické kvality jednotlivců jsou nutně spojeny s viditelnými fyzickými rysy a že se nikdy nemohou změnit. Podřadná rasa musí zůstat vždy podřadnou. Genocidou pak rozumíme krajní projev rasismu, který se projevuje snahou skupinu úplně vyhubit.

Kulturní šok

Termín kulturní šok užívají antropologové k popsání dezorientace a stresu, jež prožívají lidé vstupující do neznámého kulturního prostředí. Je zejména způsoben nečekanými nebo překvapujícími zjištěními, která jsou vyvolána kontaktem s cizí, neznámou kulturou.

Kulturní šok má 4 fáze:

- 1) **fáze - fascinace** novými lidmi a novou kulturou,
- 2) **fáze - krize** - období, kdy člověk začíná mít problémy, která se postupně prohlubuje, život v nové kultuře se stává složitým,
- 3) **fáze - poznání** - učíte se zvládat různé situace, učíte se jak komunikovat, pravidla kultury,
- 4) **fáze - přizpůsobení se** - je to období, kdy se člověk opět těší z nové kultury, váží si jí i lidí kolem.

Prevence

V rámci zdravotnického zařízení. Kdykoliv se může stát, že přijmeme na oddělení pacienta jiné kultury. Je potřeba se vzdělávat v oboru multikulturního ošetřovatelství, abychom věděli, co jaká kultura obnáší, jaké má pacient potřeby, naopak co dělat nesmíme. Vzdělávat bychom se měli určitě jazykově, jinak vzniká velká bariéra mezi personálem a pacientem.

12.2 Multikulturní ošetřovatelství

Multikulturní ošetřovatelství

Koncept multikulturalismu - vznikl ve světě v 60. a 70. let 20. století. Předpokládá uchování kulturní identity migrantů. Jinými slovy, v jednom státě (nebo na určitém území) žije vedle sebe několik představitelů (skupin) různých kultur, která je plně zachována, jinými občany (skupinami) respektována a tolerována. Takže určité etnické, kulturní skupiny jsou homogenní, nepřebírají prvky jiných kultur, zároveň jim není odjímana jejich kultura. V podmínkách globalizace a vysoké mobility je těžké zachovat tyto homogenní skupiny, aniž by byly ovlivněny děním v zemi, názory, postoji, sociokulturním prostředím.

Koncept transkulturalismu - můžeme říci, že mnohdy navazuje na fázi multikulturalismu, avšak nyní dochází k tomu, že se jednotlivé kultury mísí, vzájemně ovlivňují, přebírají do své kultury prvky kultur jiných. Jde o interakci mezi příslušníky majoritních a minoritních společností a skupin. Domníváme se, že transkulturnímu procesu se nelze v době migrace vyhnout.

Reagování na zdraví nemoc není jen záležitost biomedicínská, ale taky psychosociální, kulturní, etnická a náboženská. Stojí tedy za to se podrobněji zabývat případy, kdy je pacientem příslušník určité menšiny, který se odlišuje svými názory a reakcemi od běžného „standardního pacienta“. Práce s duchovními tématy je důležitá proto, že se na první pohled zdá, že neovlivňují přímo somatické zdraví pacienta. Opak je pravdou. Zdravotničtí pracovníci by se měli zajímat o duchovní život pacientů, svěřených do jejich péče. Je nutné najít pochopení pro kulturní „cizince“ a jejich odlišné hodnoty a přesvědčení. Je nutné si uvědomit, že budeme přicházet do kontaktu v průběhu doby s jinými etniky a naše poznatky je třeba aktualizovat v závislosti na migračních prouděch směřující do ČR.

K cílům multikulturního/transkulturního ošetřovatelství patří výchova nové generace sester, vybavených patřičnými znalostmi, vnímavostí a pochopením. Takoví zdravotníci se lépe orientují v tomto dynamickém multikulturním světě. Dalším cílem je poskytovat kulturně specifickou a univerzální praktickou péči pro podporu zdraví a k prospěchu lidí, případně pomáhat čelit svízelným situacím, onemocněním nebo smrti smysluplnými kulturně podmíněnými postupy. Multikulturní ošetřovatelství směřuje k péči „šitou na míru“ a k péči, jež je v souladu s osobností a kulturou pacienta.

12.3 Ošetřovatelský model Madeleine Leininger - model vycházejícího slunce Madeleine Leininger

Autorka ošetřovatelských publikací, pedagožka a administrativní pracovník v ošetřovatelských **studiích založila podobor ošetřovatelství tzv. transkulturní ošetřovatelství** - profesorka ošetřovatelství a antropologie, narodila se v Suttonu ve státě Nebraska v USA. Základní ošetřovatelské vzdělání dostudovala na St. Anthony's Nursing School v Denveru roku 1948 a **bakalářské vzdělání** se zaměřením na biologii, filozofii a humanismus na Benedictine College v Atchinsonu roku 1950.

Magisterský titul se specializací na psychiatrické ošetřovatelství obhájila roku 1953 na Catholic University of America ve Washingtonu D. C. Roku 1965 zakončila doktorandské studium na Univerzity of Washington v Seattlu se zaměřením na kulturní a sociální antropologii a stala se tak první sestrou vystudovanou v tomto oboru. Sloužila jako sestra a **staniční sestra** na chirurgickém oddělení. Vykonyvala funkci ředitelky ošetřovatelských služeb v rámci psychiatrického oddělení v St. Josephs Hospital v Omaze. Při zaměstnání sestry na psychiatrickém oddělení potkávala děti různých národností a zjistila, jaký má kultura vliv na péči o tyto děti. Přemýšlela o péči uznávající kulturní návyky pacientů zejména proto, že se zrychlovalo stěhování lidí na jiná místa a že skladba obyvatel v USA je značně kulturně rozdílná. Zajímala se o psychické procesy pacienta patřícího k jiné kultuře.

O transkulturní ošetřovatelství přednášela od roku 1966 na univerzitě v Coloradu. Od roku 1969 působila jako děkanka a profesorka ošetřovatelství na School of Nursing ve Washingtonu a stala se docentkou antropologie na University of Washington. Zde roku 1973 založila Katedru transkulturního ošetřovatelství. Po čase získala post ředitelky centra pro výzkum transkulturního



ošetřovatelství a redaktorky Časopisu transkulturního ošetřovatelství „The Journal of Transcultural Nursing“. Jako děkanka a profesorka působila od roku 1974 na College Nursing a jako profesorka antropologie na University Utah v Salt Lake City. Profesorkou ošetřovatelství a antropologie se stala roku 1981 na Wayne State University v Detroitu, kde též řídila postgraduální studia transkulturní péče. Madeleine Leiningerová, průkopnice v teorii transkulturní péče, byla oceněna titulem LhD, tzn. Doctor of Humane Letters, za přínosnou práci v oboru humanitních věd. Svým dílem zdůraznila vliv kultury na zdraví jedince a jeho přístup k léčbě a ošetřování. Transkulturní ošetřovatelství vysvětluje roku 1979 jako odborné odvětví ošetřovatelství zaměřující se na studium kultur v rámci ošetřovatelské péče o pacienta v jakémkoliv zdravotním stavu.

Pro tyto účely vytvořila dr. Madeleine Leiningerová Model vycházejícího slunce.

Charakteristika:

Transkulturní ošetřovatelství M. Leiningerové je vědou, uměním a profesí, která se kulturně vhodnými způsoby věnuje podpoře a udržování zdravého způsobu chování osob různých kultur:

- teorie transkulturní péče,
- model používáme u cizinců,
- sestra na psychiatrickém oddělení (děti různých národností),
- sestra se zabývá nejen onemocněním, ale prožíváním a chováním N různých kultur,
- termín transkulturní ošetřovatelství používán od roku 1966,
- realizovala výzkum čtyř kultur na Papue a Nové Guinei,
- napsala velké množství publikací.

12.4 Metaparadigmatické koncepce podle Madeleine Leiningerové

Metaparadigmatické koncepce podle M. Leininger:

Osoba: sebedpěče jedince je závislá na kultuře a prostředí, rozdílné vnímání zdraví nemoci, léčby, péče podle kulturní a etnické příslušnosti.

Prostředí: nedefinuje, koncepce kultury souvisí s prostředím (složky politické, ekonomické, sociální, vzdělávací, náboženské atd.).

Zdraví: hodnota, kterou každá kultura definuje specificky.

Ošetřovatelství: je chápáno jako vědní disciplína, která poskytuje péči osobám různých kultur, typ péče je shodný s kulturou klienta/pacienta.

Teoretická východiska:

- **kulturní a sociální antropologie,**
- pojmy
- kultura (hodnoty, normy, životní styl - ovlivňuje myšlení a jednání člověka),
- pojmy
- dominantní kultura – kultury skupiny v sociálním celku – kulturní, ekonomická,
- politická,
- subkultura - odlišná od hlavní, ale je její součástí.

Předpoklady:

- péče je univerzální,
- péče se liší mezi jednotlivými kulturami,
- každá kultura má tradiční (lidovou) a formální (profesionální) péči,
- každá kultura chápe sebedpěči, ošetřovatelskou činnost jinak,
- předpokladem terapeutické ošetřovatelské péče je znalost kulturních hodnot klienta/pacienta.

Koncepce teorie – model vycházejícího slunce:

- **první úroveň:** filozofický názor, úroveň sociálního systému (nad kulturou),
- **druhá úroveň:** kulturně specifické vztahy péče o zdraví,
- **třetí úroveň:** poskytuje charakteristicky každého systému a specifické rysy každého systému,



- **čtvrtá úroveň:** transkulturní ošetřovatelství, které poskytuje péči shodnou s hodnotami kultury klienta/pacienta.

Typy péče – dle potřeb a problému K/P:

- **kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví:** prostřednictvím profesionální činnosti pomáhat upevňovat zdraví, pohodu, zotavit se z nemoci,
- **kulturní péče umožňující získávat adaptaci:** adaptace na nové kulturní způsoby péče,
- **kulturní péče umožňující získávat změnu:** potřeba modifikovat nebo změnit způsob péče o zdraví.

Hlavní jednotky:

- 1) **cíl ošetřovatelství:** poskytovat kulturně specifickou péči (podpora zdraví, léčba, klidná smrt - prostřednictvím kulturně vhodných způsobů),
- 2) **klient/pacient:** osoby různých kultur,
- 3) **role sestry:** znalost tradiční péče příslušné kultury, využití kladných stránek,
- 4) **Zdroj potíží:** rozdílnost kultur,
- 5) **Ohnisko zásahu:** problém v rozdílnosti kultur,
- 6) **Způsoby zásahu:** podpora zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změně, pomoc při umírání, soulad mezi tradičním a profesionálním ošetřováním,
- 7) **Důsledky:** zdraví, blaho nebo klidná smrt v souladu s kulturou K/P a profesionálním ošetřovatelstvím.

12.5 Způsoby aplikace modelu Madeleine Leiningerové

Způsoby aplikace modelu Madeleine Leiningerové:

- M. Leiningerová navrhla pro obdržení dat o členu jiné kultury či subkultury **dva typy vyhodnocení** pro přímé použití ve zdravotnickém zařízení nebo v komunitním ošetřovatelství - opírají se o **Model vycházejícího sluce**, představují určité ošetřovatelské vyhodnocení v rámci všeobecnější ošetřovatelské anamnézy,

typ „A“ - rozšířené, podrobnější posouzení:

- pro sběr 24 informací je vhodné znát obecně kulturu pacienta,
- u dlouhodobé péče,
- při získávání údajů, které pocházejí z komplexního souboru určených oblastí, o členovi jiné kultury či subkultury si sestry všímají, **jak dalece je tento jedinec jiný než členové převažující kultury** a jak samotné oblasti působí na styl péče o tohoto klienta: jazyk, komunikace, vzhled, stravovací návyky, náboženství a víra, hodnota vzdělání, ekonomické faktory,

Typ „B“ – krátké posouzení (akutní stavy), na pohotovostních ošetřovatelských jednotkách:

- sloužící pro rychlejší poskytnutí kulturně shodné péče,
- 5 za sebou jdoucích kroků,
- sběr informací typu B umožňuje soustředit pozornost na typické odlišnosti pacienta hlásícího se k dané kultuře nebo subkultuře - aktivity související se zdravím, potřeby pacienta, veškeré poznatky o K/P - chování, komunikace, gesta,
- sběr zestručněných informací → rozbor informací → ošetřovatelské diagnózy vystihující problém odlišné kultury,

Sestra, která aplikuje transkulturní ošetřovatelství do své péče o členy jiné kultury nebo subkultury, než je ona sama, podporuje a udržuje zdravé jednání lidí z rozličných kultur formou příhodnou pro danou kulturu. Holistická a kulturu respektující péče pomáhá pacientům z jiné kultury či subkultury být zdraví nebo zvládat neutěšené situace, problémy a umírání. Modelem Madeleine Leiningerové se inspirovaly Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová a pokračovaly v myšlenkách teorie transkulturní péče, kterou rozvedly o zjištění potřeb pacientů z jiné kultury či subkultury a ošetřovatelské zásah.

Za vznik teorie transkulturního ošetřovatelství lze považovat moment v polovině 50. let 20. století, kdy Madeleine Leiningerová pracovala jako sestra a zaujalo ji, jak kultura působí na jedince zdravé i nemocné a na ošetřovatelskou péči. První studie dr. Madeleine Leiningerové o transkulturním ošetřovatelství vznikla začátkem 60. let 20. století v rámci antropologického výzkumu na Nové Guinei. Roku 1960 určila dr. Madeleine Leiningerová transkulturní ošetřovatelství částí oboru ošetřovatelství zajímající se o celostní kulturní péči, o zdraví a nemoci pacientů, a uznávající kulturní hodnoty, víru a praktiky. Poté po třicet let teorii vyvíjela a podpořila ji vydáním knih: Ošetřovatelství a antropologie: mísení dvou světů a Transkulturní ošetřovatelství: koncepce, teorie, výzkum a praxe, v nichž mimo jiné ukázala na souvislost a odlišnost mezi antropologií a ošetřovatelstvím.

Kulturní antropologie představuje vědu, která studuje vznik a proměny, způsob složení a činnosti rozličných kultur v příslušném čase a místě. Pojem kultura vystihuje souhrn učením získaných a předávaných hodnot, norem, víry, stylu života mající vliv na myšlení a chování příslušníka dané kultury. Dominantní kultura předčí jiné kultury v určité části země kulturně, ekonomicky a politicky, přičemž nemusí mít nejvyšší četnost členů oproti ostatním kulturám či subkulturám. Název subkultura vyjadřuje součást určité dominantní kultury, ale tato součást se liší ve stylu života, normách, hodnotách a chování příznačného pro příslušnou subkulturu (např. náboženské vyznání, etnicita). Teorie transkulturní péče pokládá následující fakta za základní problematiku: ošetřování provází lidskou bytost po celý život, podporuje vývoj a existenci lidského organismu, ošetřovatelská péče je základním požadavkem léčby, k uzdravení nedojde bez ošetřování, péče se různí v odlišném pojetí kultur. Podstatou transkulturního ošetřovatelství jsou přehled o společných a odlišných zvycích kultur i subkultur a jejich aplikace v ošetřovatelské péči.

Transkulturní ošetřovatelství je péče o podporu a udržení zdraví jedince a péče poskytovaná v nemoci pacientovi formou vhodnou pro příslušnou kulturu či subkulturu. Ošetřovatelský cíl dle teorie dr. Madeleine Leiningerové tvoří spolupráce, pochopení péče a zdravotnické problematiky jednotlivých kultur i subkultur. Forma péče se řídí hodnotami, názory a životním stylem, které poté vytvoří základ pro péči příznačnou určené kultuře nebo subkultuře při uchování zdraví, terapii nemocí, překonávání neuspokojivých momentů a při umírání. **Pacient představuje celostní bytost, na kterou působí sestavení společnosti, kulturně různé názory a hodnoty.**

Rolí sestry je dozvědět se tradiční, lidovou či laickou formu péče kultury nebo subkultury, k nimž klient patří, a pozitivní metody ošetřování tradiční formou vážící se ke kultuře či subkultuře klienta sloučit s profesionálním pečovatelským.

Zdroj obtíží v teorii dr. Madeleine Leiningerové vychází z různorodosti kultur. Ohniskem zásahu je fakt odlišnosti dominantní kultury a subkultury či jiné kultury. Způsob zásahu tvoří podpora zdraví, nápomoc v přizpůsobení, návrh změn či doprovázení ke smrti, kdy **sestra funguje jako vykonavatel tradiční a profesionální péče**. Důsledky péče formou kulturně vhodnou pro klienta jsou zdraví, jeho spokojenost nebo pokojná smrt.

Předměty zkoumání dle dr. Madeleine Leiningerové jsou následující: osoba, prostředí, zdraví, ošetřovatelství. Osoba je celostní existence, na niž působí určité sociální klima. Dovede pečovat a zajímat se o své potřeby, blaho a život. Pomáhají ji v tom metody související s kulturou a prostředím. Osoby z rozličných kultur a subkultur pociťují zdraví, jeho ztrátu a s ní spojenou terapii, potřebu pomoci druhé osoby či samostatnost různorodě.

Prostředí v souvislosti s transkulturním ošetřovatelstvím poukazuje na propojené uspořádání společnosti vytvořené z kulturní, politické, ekonomické, sociální, vzdělávací, technické a náboženské složky.

Zdraví je stav pohody, za kterého jedinci nestojí nic v cestě v jeho denních aktivitách podmíněných kulturou či subkulturou. Zdraví každá kultura i subkultura chápe po svém, proto mu nelze vytvořit jednotnou definici. Ošetrovatelství v metaparadigmatu dle dr. Madeleine Leiningerové existuje jako transkulturní profese a věda. Nabízí péči jedincům různorodých kultur a subkultur. Tvoří ho práce sester na péči stejné s kulturou nebo subkulturou pacienta, aby snížila stresové zatížení pacienta a případné spory mezi poskytovateli a příjemcem péče

Model vycházejícího slunce Madeleine Leiningerové:

Pojmenování „Model vycházejícího slunce“ obdržela teorie transkulturního ošetrovatelství na základě znázornění funkčních závislostí základních myšlenek dle dr. Madeleine Leiningerové. Jeho **znázornění se vztahuje k symbolu slunce, které 22 zrovna vychází, představuje tak obraz ošetrovatelské péče v souvislosti s kulturou či subkulturou klienta.**

Kulturní a sociální složení představuje technologické, náboženské, filozofické, politické, právní, ekonomické, vzdělávací, rodinné činitele, hodnoty kultury a styl života. V znázornění modelu slunce se jedná o jeho „paprsky“ (příloha 2). Jednotliví činitelé spolu souvisí a společně působí na osobu.

Systémy péče se dělí na profesionální a tradiční. Profesionální systém péče upřednostňuje většina občanů a má převahu v profesních zařízeních. Představuje pohled dominantní kultury na péči. Profesionální systém vnímá nemocného člověka jako pacienta, využívá vědecké znalosti, cizí pojmy, cesty ke stanovení diagnózy a léčbu vlastní tomuto systému. Snaží se o vrácení somatického a psychického zdraví. Péče profesionálního systému se podává ve zdravotnickém zařízení běžně za pomoci moderní techniky a je finančně náročnější než tradiční systém péče. Tradiční systém, lze ho také pojmenovat jako laický či lidový, existuje v rámci kultury na podkladě vštípených a předaných pohledů na svět, vědomostí a dovedností členů kultury, kterými je prováděn v rodině a komunitě, v domově a z jeho zdrojů. Každá kultura i subkultura má péči o sebe a ošetrovatelskou péči příznačnou pro danou kulturu. Tradiční systém péče zajímá člověk jako holistický celek, staví na stylu života, víře, hodnotách a názorech dané kultury a subkultury. Tradiční systém vyznává předcházení chorobám a smrti, plnění rolí, praktik a dodržení zapovězeného jsoucí součástí kultury a subkultury. V tradičním systému je komunikace srozumitelná. Je nezbytné uvědomit si odlišnosti mezi představami sester a pacientů o péči. Kladné stránky tradičního systému péče lze integrovat do profesionálního systému péče, a tak užít obou dvou systémů v péči o klienta patřícího k jiné kultuře nebo subkultuře. Konečně význam péče v podobě kulturního pojetí dovoluje chápat ošetrovatelskou péči v rozšířených souvislostech.

Transkulturní teorie se praktikuje v jistých typech péče vybíraných dle situace, potřeb a stavu pacienta. **Volit lze mezi třemi možnostmi, a to mezi péčí s úkolem 23 podpořit či nabýt zdraví, péčí poskytující přizpůsobení a péčí doprovázející ke změně.** Péče s úkolem podpořit či nabýt zdraví a zároveň respektující kulturu pacienta se stará o zdravé i nemocné. Sestra vykonává takové činnosti, aby klientovi péče vydrželo zdraví, nebo aby se nemocný klient vyléčil či se vyrovnal s postižením, nebo aby v neposlední řadě klidně umíral, přičemž sestra je v této péči v roli příslušující

Péče poskytující přizpůsobení a současně chápající kulturu pacienta má za cíl přizpůsobení klienta nové péči, jiné životní roli a nepříjemné životní situaci. Sestra řeší problémy spojené s hospitalizací omezující pacienta patřícího k jiné kultuře či subkultuře v rámci podmínek přijímacího zařízení. Sestra má roli prostředníka tradiční a profesionální péče.

Péče doprovázející ke změně se poskytuje v případě nutnosti změny klientovi péče o své zdraví. Přizpůsobení musí odpovídat léčebné úpravě, kulturním návykům a náboženským pravidlům i peněžní situaci klienta. Sestrám je Model vycházejícího slunce radou jak chápat a posoudit pacienty, kteří mají jiné nebo odlišující se potřeby dané jinou kulturou nebo subkulturou, již jsou na rozdíl od ošetrovujících členy. S modelem Madeleine Leiningerové se sestry seznamují v předmětu Multikulturní ošetrovatelství v rámci studijního bakalářského programu, do kterého byla výuka tohoto

předmětu vložena jako reakce na zvyšující se rozmanitost složení lidí vyskytujících se na území České republiky, tedy i růst kulturně rozdílných klientů péče a potřeby vhodného přístupu a znalostí sester.

13 Vzdělávání v ošetřovatelství

Ošetřovatelskou péči podle koncepce ošetřovatelství zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeném zákonem.

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

13.1 Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru ošetřovatelství

1) zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti:

- a) **kvalifikační studium**: probíhá na VOŠZ a na VS v souladu s příslušnými směrnicemi EU,
- b) **celoživotní vzdělávání** (postkavifikační): jím si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s jeho rozvojem a nejnovějšími vědeckými poznatky. Součástí je také specializační vzdělávání (je zaměřeno na ošetřovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví), jenž probíhá v akreditovaných zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetřovatelství získat vyšší stupně akademického vzdělání (magisterské a doktorské).

2) zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením:

- a) **kvalifikační studium**: probíhá na SZŠ nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu,
- b) **celoživotní vzdělávání**: jím si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.

Nový způsob profesní přípravy sester je dle strategie Zdraví pro všechny 21, kde smyslem je naučit kritickému a tvořivému myšlení (jádro tvoří primární péče).

Mezinárodní kritéria pro vzdělávání:

- ukončené středoškolské vzdělání,
- výhradně odborné studium,



- zaměření - všeobecná sestra (profilace až ve specializačním studiu) - nejprve nauka o zdraví, prevenci, poté na onemocnění a péči v rozvoji soběstačnosti.

Regulace:

Do oblastí regulace spadají v EU vzdělávací profese: všeobecná sestra a porodní asistentka.

Účelem regulace tedy je:

- definovat profesi,
- určovat vzdělávací standard (snaha o shodné vzdělávání v dané profesi),
- vytvářet etické standardy, pověřovací postupy.

Cíl regulace:

- vládní - chránit veřejnost,
- profesní - zajistit kvalitní péči, zlepšit praxi rozvojem základny dovedností.

13.2 Modely vzdělávání

Modely vzdělávání:

1) Dánsko, Norsko, Finsko, Slovensko, Maďarsko, ČR:

- **kvalifikační studium:** VOŠZ - všeobecná sestra, VŠ - Bc.
- **postkvalifikační studium:**
- specializační vzdělávání - různé obory,
- VŠ - Mgr., PhDr.

2) Island, Španělsko, Itálie, Holandsko:

- kvalifikační studium: ošetřovatelské školy - sestry,
- VŠ - college,
- VŠ - univerzita.
- postkvalifikační studium: specializační kurzy, VŠ - Mgr., Dr.

3) USA, Kanada, Austrálie:

- kvalifikační studium: VZŠ, VŠ - college, univerzita
- postkvalifikační studium:
- VŠ,
- akreditovaná vzdělávací střediska.

4) Německo, Rakousko, Portugalsko:

- **kvalifikační příprava:**
- odborné školy bez maturity od 17. let, po 10leté školní docházce buď po dosažení maturity na jiné škole, nebo bez ní (nemůže však na VŠ),
- postkvalifikační studium: VŠ.

13.3 Základní principy vzdělávání podle WHO

Základní principy vzdělávání podle WHO:

- 1) Jsou postupně realizovány ve všech zemích EU.
- 2) Profese všeobecných sester musí být součástí legislativy a regulačního rámce profese.
- 3) Vzdělání a praxe musí být založena na hodnotách a cílech, které vedou k podpoře zdraví a jeho udržení u jedince i komunity, na holistické péči o nemocného, péče musí být dle standardů.
- 4) Vzdělání musí být zaměřeno na individualitu jedince, ke kterému patří rodina, partner atd.
- 5) Vzdělání musí být interdisciplinární a multiprofesionální.
- 6) Pro přijetí do studijního programu ošetřovatelství je nutné ukončené středoškolské vzdělání.
- 7) Kvalifikace porodní asistentky se získá buď v přímém programu nebo v programu navazujícím na kvalifikaci sestry.
- 8) Minimální kvalifikace v oboru ošetřovatelství je bakalář.

- 9) Po dokončení studia musí být profesní kvalifikace Všeobecná sestra, Porodní asistentka.
- 10) Délka studijního programu musí být dostatečná, aby bylo možno získat specifické profesní kompetence, a nesmí být kratší než 3 akademické roky.
- 11) Student nesmí být zaměstnanec, musí mít statut univerzitní student.
- 12) Musí být jedna úroveň sester, kterým pomáhá zdravotnický asistent.
- 13) Kurikulum musí být založeno na nejnovějších poznatcích.
- 14) Specifické kompetence: pracovat v nemocnici, zařízeních primární péče a jako člen zdravotnického týmu.
- 15) Direktivy EU - minimální požadavky.
- 16) Ukončení studia a získání kvalifikace je základem pro další profesní vzdělávání či specializaci.
- 17) Školy i střediska praktického vyučování musí být akreditované.
- 18) Vzdělávací programy musí být akreditované, pravidelně revidované.
- 19) Všechny studijní programy je nutné převést na kreditní systém v teoretické i praktické výuce. Je to určitý počet bodů, které student získá po splnění studijních požadavků a ověření získaných znalostí a dovedností z výuky daného modulu nebo praxe.
- 20) Ředitel školy musí být akademicky vzdělaná sestra.
- 21) Výuka musí být prováděna kvalifikovanými sestrami.
- 22) Učitel ošetřovatelství a porodní asistence musí: splňovat požadavky univerzitního učitele (Mgr, Dr), dostatečné vzdělání pro realizaci strategií založených na nejnovějších poznatcích; mít kvalifikaci, na které je studijní program založen - mít 2 roky praxe, vyučovat v oblasti, v které je odborníkem; být odpovědný za dohled nad studenty na praxi.
- 23) Pokud tyto učitelé schází, je možno povolat je ze zahraničí.
- 24) Odborní asistenti musí být experty ve svém oboru a mít přípravu pro vyučování.
- 25) Pokud asistenti schází, je možné povolat je ze zahraničí.
- 26) Učitelé jiných disciplín musí být též specialisty ve svém oboru.
- 27) Školy, fakulty, univerzity musí mít vhodné materiální, personální zdroje (knihovny, laboratoře atd.).

13.4 Kurikulum

Kurikulum:

Kurikulu je obsah studijního programu podle Evropské strategie WHO, struktura dle kompetencí sester z ICN.

Koncepce kurikula obsahuje vstupní požadavky, předměty, výchovně vzdělávací cíle, plány (rozvrh), popis praktických schopností a dovedností učit se a vyučovat jiné, způsoby využívání strategií hodnocení a metod vyhodnocování výsledků a vzdělávacích cílů (syllabus: podrobně rozepsané kompetence jaké budou mít studující po dokončení studia, obsah přednášek, doporučená literatura).

Kurikulum musí připravovat kvalifikované osoby.

Plán kurikula musí být z hlediska kvality integrovaný:

- a) **struktura:** logické uspořádání, vhodné proporce teorie a praxe,
 - b) **proces:** používat metody pro usnadnění integraci teoretických a praktických poznatků studentů,
 - c) **výsledek:** kompetentní všeobecné sestry a porodní asistentky.
- Obsahově založeno na nejnovějších poznatcích z výzkumu.

Hlavním předmětem musí být teorie a praxe ošetřovatelství nebo porodní asistence. Následující předměty zařazeny jako minimum s jasnou aplikací a jednoznačností k aplikaci do ošetřovatelství (podpora zdraví, výchova ke zdraví, komunikace, společenské a behaviorální vědy, práce s informacemi, management).

Výuka, učení a hodnocení se musí odlišovat od tradičních způsobů výuky (student je aktivním účastníkem výuky).

Je nutné používat metody, které stimulují aktivní přípravu studentů (semináře, konzultace).

Kritické hodnocení propojení teoretické a praktické výuky (pravidelně, uplatnění...)

Výuka má být zaměřena na systematickou a individualizovanou péči orientovanou na potřeby pacienta nebo zdravé osoby, rozvíjet a realizovat péči, osvojení si zvědavého, analyticky a kriticky myslet, schopnost řešit problémy, vést lidi ...).

Klinická pracoviště, v nichž probíhá praktická výuka, musí být pravidelně auditovaná.

Hlavní témata kurikula:

- teorie a praxe ošetřovatelství,
- vývoj člověka a sociální prostředí,
- podpora zdraví a zdravotní výchova,
- sociální a behaviorální vědy,
- komunikační dovednosti,
- organizační struktura a procesy,
- profesní, etické a morální problémy ošetřovatelství,
- evaluace a audit,
- etnické a kulturní hodnoty,
- etické a morální aspekty,
- klinická praxe a manuální zručnost.

Výchovně vzdělávací cíle

Cíl je ideální představa toho, čeho má být v činnosti dosaženo:

- **všeobecné cíle:** musí konkretizovat a definovat pro různé oblasti a etapy výchovy a vzdělávání,

- **specifické cíle:** definují stav, kterého má být dosaženo tj. změna osobnosti studenta:

a) **kognitivní (poznávací - vzdělávací):** zahrnují oblast vědomostí, vnímání, paměť, myšlení, tvořivost atd.,

b) **psychomotorické (zručnost, návyk - dovednost):** motorické, pohybové dovednosti,

c) **afektivní (postojové - výchovné):** zahrnují oblast citovou, postoje, hodnot.

13.5 Legislativní normy pro vzdělávání sester v ČR

V ČR od 1. dubna 2012 nabyly účinnosti zákony reformy zdravotnictví ČR. Základním zákonem této reformy je **zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který má č. 372/2011 Sb.** Tento zákon se skládá ze 14 částí:

Základních ustanovení,

- 1) Zdravotní služby a zdravotní péče Hlava I – Druhy a formy zdravotní péče, Hlava II - Obecné podmínky poskytování zdravotních služeb,
- 2) Oprávnění k poskytování zdravotních služeb,
- 3) Postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (Hlava I – Práva a povinnosti pacienta a jiných osob, Hlava II – Zdravotní služby a zaopatření poskytované v dětských domovech pro děti do 3 let věku),
- 4) Postavení poskytovatele, zdravotnických pracovníků v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb,
- 5) Zdravotnická dokumentace a národní zdravotnický informační systém (Hlava I – Zpracování osobních údajů, Hlava II – Zdravotnická dokumentace, Hlava III – Národní zdravotnický informační systém),
- 6) Nakládání s odejmutými částmi lidského těla, tělem zemřelého, postup při úmrtí a pitvy,
- 7) Stížnosti,
- 8) Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb,
- 9) Kontrolní činnost,
- 10) Kraje,
- 11) Fakultní nemocnice a centra vysoce specializované péče,
- 12) Správní delikty,
- 13) Společná, zmocňovací, přechodná a zrušovací ustanovení.

K tomuto zákonu byly vydány prováděcí právní předpisy - vyhlášky:

- č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči,
- č. 56/2012 Sb., o příspěvku na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce v dětském domově,
- č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách,
- č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče,
- č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci,
- č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb,
- č. 101/2012 Sb., o podrobnostech obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postupu při jeho zpracování a projednání, č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče,
- č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému.

Výše uvedený zákon stanovuje také práva a povinnosti zdravotnických pracovníků. Mimo jiné udává, že **všichni zdravotničtí pracovníci, mají právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jejich zdraví. Toto právo upravuje § 50 odstavec 1, písmeno b).**

Dalším důležitým zákonem je:

- č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě, dále pak mezi další nové předpisy patří:
 - zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
 - zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě,
 - zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a některé další zákony.

Zavedení těchto právních změn přineslo mimo jiné posílení práv pacientů, legislativní zakotvení hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb, dále úprava úhrady léků, očkování a nadstandardní péče, úprava závodní preventivní péče.

Regulační poplatky za hospitalizaci stanovuje zákon 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Tento zákon udává, že za dny nedobrovolné hospitalizace (schválené soudem), se regulační poplatky nehradí.

14 Management a řízení kvality v ošetřovatelství

Od komerčního managementu v ostatních oborech se liší filozofií služeb. Jeho cílem je na jedné straně zajistit nejvyšší možnou kvalitu ošetřovatelské péče, ale na druhé straně za dané finanční prostředky.

V managementu ošetřovatelství se tak prolínají **dva cíle** - ošetřovatelský (medicínský) a finanční. **To znamená udržování kvality péče o pacienty v rámci finančních možností organizace.**

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada, 2012. 124 s. ISBN 978-80-247-4032-4.

- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovateľstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovateľství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetrovateľství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetrovateľství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovateľství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

14.1 Management - základní pojmy

Management chápeme obecně jako teorii a praxi řízení. Je to soubor názorů, zkušeností, doporučení, přístupů a metod, které vedoucí pracovníci (manažeři) užívají ke zvládnutí specifických činností (manažerských funkcí), jež jsou nezbytné k dosažení záměrů organizace. Management je činnost, která mobilizuje lidské i věcné zdroje při respektování určitých norem, nákladů, kvality a lhůt k uskutečnění určité akce či projektu. Management je také umění dosáhnout toho, aby lidé udělali to, co je třeba.

Management v ošetrovateľství znamená aplikaci jednotlivých manažerských úrovní řízení v ošetrovateľství. Využívá pojmového aparátu obecného managementu.

Ošetrovateľský management je řízení ošetrovateľského procesu, který vykonává a plánuje sestra na nejnižší úrovni u pacienta.

14.2 Charakteristika manažera

Pojem **manažer** je odvozen z anglického slova *manager*, což znamená řídit, vést, vládnout, ovládat, mít vedoucí funkci, být ve vedoucím postavení. Manažeři jsou do svých funkcí **jmenování, volení nebo vybrání konkurzem**.

Podle stupně řízení, na kterém manažeři pracují, existují:

- vrcholoví (top) manažeři
- manažeři střední úrovně
- manažeři první úrovně

Tabulka 1 Klasifikace managementu a manažerů v ošetrovateľství

úroveň managementu	manažer v ošetrovateľství
vrcholná	ředitel, náměstek, vedoucí sestra, hlavní sestra
střední	vrchní sestra
nejnižší	staniční sestra

Zdroj: Autor

Na všech řídicích funkcích plní manažer čtyři základní role:

- 1) interpersonální roli**, která se zakládá na mezilidských kontaktech,
- 2) informační roli**, která spočívá v účasti manažera při tvorbě, sběru, přenosu, třídění a využívání informací,

- 3) **rozhodovací roli**, jejíž podstatou je výběr jednoho z řešení situace, přenos (delegování) na realizátora a kontrola plnění rozhodnutí,
- 4) **administrativní roli**, jejíž těžiště je v práci s příslušnými doklady a dokumentací.

14.3 Manažerské funkce

Manažerské funkce jsou typické specifické činnosti manažerů, jejichž realizace vede ke splnění vytčených cílů:

- 1) plánování,
- 2) organizování,
- 3) personální zabezpečení,
- 4) vedení lidí,
- 5) kontrola.

14.3.1 Plánování

*Plánování je proces, ve kterém manažer **formuluje cíl a cesty k jeho dosažení**. Je východiskem pro působení manažera bez plánu nemůže žádná organizace účelně dosáhnout vytčených cílů. Neplánuje-li, nastává zmatek. Plánování je nejdůležitější funkcí řízení, která se realizuje na každém jeho stupni. Základem plánování je stanovení cílů a určení postupů, podmínek a prostředků k jejich dosažení. Specifické plány konkretizují a rozvádějí obecné cíle.*

Jako příklad cílů můžeme uvést:

- rozvoj a konkurenceschopnost organizace,
- maximalizace zisku,
- minimalizace nákladů,
- vysoká kvalita,
- uspokojování požadavků zákazníků,
- sociální jistoty pro zaměstnance.

Z časového hlediska rozlišujeme plánování:

- **dlouhodobé, strategické** - strategické plánování je východiskem plánování vůbec, určuje dlouhodobé cíle z hlediska společenského poslání organizace,
- **střednědobé, taktické** - taktické plánování je rozpracování strategických cílů na konkrétní podmínky nižších stupňů řízení, realizuje se na úrovni klinik a oddělení,
- **krátkodobé, operativní** - realizuje se na úrovni jednotlivých pracovišť a jednotlivých pracovníků, jeho cíle jsou specifické, týkají se jednotlivých činností.

Význam strategického plánování v ošetřovatelství:

V dnešním světě změn se rozhodně vyplatí účelně plánovat budoucnost ošetřovatelství, oddělení i svou vlastní. Na rozdíl od nedávné minulosti, kdy se budoucnost vytvářela interpolací dat a zkušeností z předchozího období, v dnešní době chaosu a turbulence je třeba myslet a plánovat jinak. Strategické plánování nabízí nejlepší potřebnou metodologii i nástroje k vytvoření preferované budoucnosti.

14.3.2 Organizování

***Pojem organizování** je obvykle chápán ve smyslu vymezení, stanovení a zajištění vztahů mezi lidmi a týmy při plnění určených cílů. Posláním organizování je vymežit a efektivně zabezpečit činnosti lidí tak, aby byly splněny stanovené cíle.*

Organizování zahrnuje tyto dílčí činnosti:

- stanovení a uspořádání naléhavých činností

- stanovení a zabezpečení racionální dělby práce,
- sdružování určitých činností tak, aby odpovídaly požadavkům jejich efektivního plnění,
- stanovení a přidělení (delegování), úloh (rolí) pracovníkům,
- koordinace zdrojů a činností v prostoru a čase.

Organizaci můžeme charakterizovat jako:

- 1) účelné, soustavné a jednotné uspořádání systému,
- 2) účelnou činností vzniklý systém,
- 3) účelovou skupinu lidí, podniků, států, společností.

Termín organizace znamená obvykle určitý řád, systém nějaké činnosti. Termín organizace můžeme chápat ve smyslu **organizace jako proces** (dynamičnost). Výsledkem uvedených procesů je určitá **struktura**, uspořádaný celek s interpersonálními vztahy. Je tu jasně vymezená hierarchie řízení. Organizace má společný cíl, existuje zde spolupráce a systém komunikace. Obě koncepce jsou vzájemně podmíněné. Organizování je umožněno existencí určité struktury a struktura se konkrétnímu procesu přizpůsobuje. **Organizaci lze chápat také jako analogii lidského organismu.** V lidském těle (stejně jako v organizaci) je fungování všech částí (buňky, tkáně, orgány) řízeno a koordinováno v jeden funkční celek. Cílem je zachování zdraví a harmonie organismu.

Poslání organizace se od nejvyšší k nejnižší manažerské úrovni organizace rozplývá do víceúrovňových projektů a úkolů. Činnost na nejvyšší manažerské úrovni bude mít vliv na celou organizaci (ředitel zdravotnického zařízení, ředitelka ošetrovatelské péče). Na čím vyšší manažerské úrovni sestra pracuje, tím větší část zdravotnické organizace ovlivňuje svojí činností. Některé problémy zdravotnického zařízení jsou řešitelné na nejvyšší manažerské úrovni, jiné mohou být řešeny na úrovních nižších.

Hlavní cíle zdravotnického zařízení:

- podpora zdraví,
- prevence nemocí,
- diagnostika a léčba nemocí,
- doléčování nemocí,
- hotelové služby,
- sociální služby.

Každá organizace uskutečňuje určité podnikatelské aktivity. Výsledkem těchto aktivit je produkce. Je to **účelová transformace** věcných statků a služeb v jiné věcné statky nebo služby. Cílem je získat ekonomický efekt v podobě zisku, zvýšení podílu na trhu, posílení image organizace, vyniknutí nad konkurencí.

14.3.3 Personální zabezpečení

Personální management se orientuje na práci s lidmi. Jeho základním cílem je zvládnout komunikaci s lidmi, volit správný způsob rozhodování, vyhybat se chybám v řízení. Umění získat, udržet a využívat schopných pracovníků se v managementu pokládá za velmi důležitý faktor úspěchu.

Personální management zahrnuje tyto činnosti:

- vytváření obrazu řídicích pracovníků,
- vytváření obrazu jednotlivých pracovišť,
- strategické plánování personální struktury organizace,
- systém hodnocení pracovníků,
- sbírání informací o zdrojích kvalifikovaných pracovníků,
- systém rekvalifikace a zvyšování kvalifikace,

- strategie odchodu pracovníků do důchodu,
- přehled o službách využitelných v organizaci,
- vytvoření konkurzního systému na přijímání pracovníků,
- poskytnutí informací o sociálním a pracovním právu,
- kontakt s odborovou organizací,
- systém sociální péče o pracovníky.

Úkoly personálního managementu:

- vyhodnotit popis práce každého pracovníka, vytvořit standardy na jednotlivých úsecích práce,
- řešit problém zaměstnanosti,
- řešit pracovní spory na základě znalostí právních norem a dalších principů práce s lidmi.

Obsazování pracovních míst:

- cílem personálního plánování je zajistit, aby ošetřovatelská péče byla bezpečná, reagovala na potřeby pacientů a byla vědecky a technologicky správná,
- vrcholný management poskytuje obecné zásady pro výběr personálního plánu a manažerů v přední linii tento plán uskutečňují a podávají informace o jeho efektivitě.

Proces řízení

Manažer:

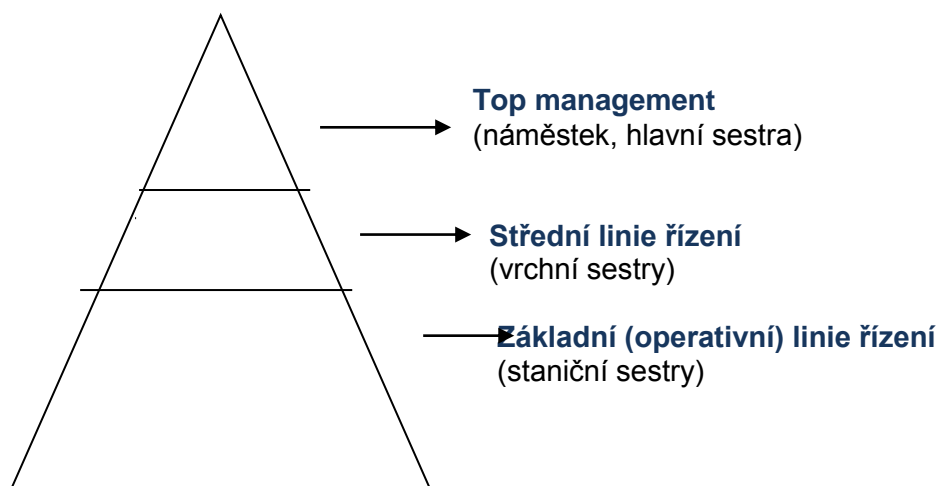
- osoba, která je pověřena řídit skupinu spolupracovníků a je odpovědná za její výsledky. Je jmenována (jmenovacími dekrety) a je formálním vedoucím skupiny.

Požadavky na manažera:

- vysoká výkonnost,
- velké nároky na psychiku,
- umění jednat s lidmi a získávat je,
- přizpůsobit se stále se měnícím situacím,
- odolnost vůči stresovým faktorům,
- vytváření dobrých vztahů na pracovišti.

Úrovně managementu:

Protože organizace je hierarchická, dělí se práce manažera úrovně odpovědnosti:



Obrázek 1 Úrovně managementu

Špičkový řídicí pracovníci (ředitelé, náměstci, hlavní sestra) nacházejí se na špičce řídicí pyramidy a zaměřují se na takové úkoly, jako jsou strategické, dlouhodobé plánování, organizování



celé struktury organizace, obsazování nejvyšších míst ve struktuře a plánování motivačních programů.

Střední řídicí pracovníci (primáři, vrchní sestry) sestavují krátkodobé plány v organizování jim podřízených úseků, provádějí motivační programy a stanovují konkrétní cíle.

Operativní řídicí pracovníci (staniční sestry) vykonávají činnosti, které vyplývají z řešení každodenních problémů, krátkodobě plánují (zajišťují zpracování nových absolventů atd.).

Cíle managementu:

- plnění cílů organizace nebo oddělení ošetřovatelské péče,
- udržování kvality péče o pacienty v rámci finančních omezení organizace,
- zvyšování motivace zaměstnanců a pacientů,
- zvyšování schopnosti podřízených a kolegů přijímat změny,
- budování týmového ducha a zvyšování morálky,
- další profesní rozvoj personálu.

Tyto cíle se plní s různým stupněm hospodárnosti a efektivity podle možností oddělení a nemocnice.

14.3.4 Vedení lidí – řízení a koordinace

Řízení a koordinace

- funkce manažera, která zajišťuje, aby ostatní odvedli svou práci řízení, zahrnuje:

- 1) první aktivitou je **udělování pokynů** mají být jasné, stručné a logické a měly by odpovídat požadavkům situace.
- 2) **dohled** - týká se zaškolení, kontroly rychlosti provedení příkazů,
- 3) **vedení** - schopnost inspirovat a ovlivňovat ostatní za účelem dosažení cílů.

Autokratický typy - používá při řídicí práci autoritu bez konzultace s ostatními, výhody – rychlá rozhodnutí i v kritických situacích, nevýhody – nemotivuje pracovníky, pasivní plnění úkolů, obavy pracovníků z postihu.

V dnešní době se zavádí koncepce **demokratického stylu řízení**, která přinesla myšlenku sdíleného rozhodování. Řadový personál je vyzván, aby sdělil své názory a přispěl k řešení problémů. Čím více zaměstnanců o věci ví, tím je rozhodnutí lepší a informovanější.

Koordinace - spojování a synchronizace lidí a aktivit tak, aby harmonicky plnili cíle organizace. Koordinace je v zásadě preventivní řídicí funkce zabývající se odvrácením konfliktů a nedorozumění. Manažer si je vědom toho, kdo co dělá a jaký by měl být výsledek, a je povinen přesvědčit se, že byly splněny specifické a navzájem související úkoly.

14.3.5 Kontrola

Kontrola

Důležitou součástí funkce managementu je i **motivace** - představuje poskytnutí důvodu proč pracovat co nejlépe.

1) Pozitivní motivace:

- hmotná: zvýšení platu, příspěvky na dovolenou, dary, kurzy atd.,
- nehmotná: veřejné uznání, poděkování, povýšení atd.,

2) Negativní motivace:

- hmotná: srážky ze mzdy, pokuty atd.,
- nehmotná: důtky, hrozba výpovědi, pokárání atd.

14.4 Cíle managementu v ošetřovatelství

Cíle managementu v ošetřovatelství

V ošetřovatelství, oboru z oblasti služeb, panuje vysoká intenzita práce, díky čemuž je řízení obzvláště náročné, neboť zaměstnanci ve zdravotnickém prostředí mají různou praxi a různé vzdělání. Charakter práce i pracovníci vyžadují od sestry manažerky, aby vytvořila takové prostředí, v němž bude možné poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči v primární, sekundární a terciární sféře. Sestra manažerka má vůči organizaci a personálu specifickou zodpovědnost. Personál má na oplátku zodpovědnost vůči organizaci a manažerce. Začínající sestra přispěje k úspěchu své jednotky, když si bude vědoma úlohy manažerky.

Cíle managementu v ošetřovatelství:

- plnění cílů organizace nebo oddělení ošetřovatelské péče,
- udržování kvality péče o pacienty v rámci finančních omezení organizace,
- zvyšování motivace zaměstnanců a spokojenosti pacientů,
- zvyšování schopnosti podřízených a kolegů přijímat změny,
- budování týmového ducha a zvyšování morálky,
- další profesní rozvoj personálu.

Manažer by měl přesně chápat cíle, vztah mezi manažerem a zaměstnancem, zvláštní schopnosti zaměstnanců a relevantní organizační a společenské faktory, které ovlivňují situaci. Při plnění cílů organizace pomůže analýza situace manažera a použití vhodných manažerských nástrojů. **Úlohou manažera je dělat dobrá rozhodnutí na základě řídicího procesu a s využitím funkcí managementu.**

15 Komunitní péče

Komunitní péče představuje soubor služeb, programů a zařízení.

Komunitní péče zahrnuje systém zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity.

Hlavním 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).

Komunitní péče má pomoci lidem žít v podmínkách běžného života, ale také subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Kromě léčby patří mezi postupy komunitní péče i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou přáteli a dalšími lidmi.

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

Cíl komunitní péče je poskytnout péči v domácím prostředí a umožnit co nejdelší setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti či chronické nemoci.

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

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

Cílovou skupinou komunitní péče jsou pacienti a další členové komunity.

Obecné principy komunitní péče jsou:

- čtyřicetihodinová dostupnost základní pomoci,
- rychlé předávání klienta odpovídajícím službám,



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

Nejčastější formy komunitní péče jsou:

- komunitní ošetřovatelská péče o rodinu, o děti, ve školách, v zaměstnání, domácí péče, o ženy, o staré lidi, o duševně nemocné, hospicová péče.

Etika v komunitním ošetřovatelství

Etika v komunitním ošetřovatelství souvisí jak s lékařskou etikou tak také s etikou komunitního zdraví. Mezi základní etické principy v komunitní péči patří: **prospěšnost, spravedlnost, autonomie, neškodnost, pravdomluvnost, věrnost a poctivost.**

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-2472150-7.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovateľstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetřovatelství*. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
- Předpis č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- Předpis č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Předpis č. 134/1998 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

15.1 Komunitní ošetřovatelství

Komunitní ošetřovatelské služby jsou organizovány zpravidla mimo nemocnici a zabezpečují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel. Úkol komunitního ošetřovatelství je v první

řadě **prevence před nemocemi a podpora zdraví**. Cílem je péče o komunitu jako celek, což znamená o celou populaci v rámci dané komunity, o všechny rodiny a jednotlivce. Nejdůležitějším cílem komunitního ošetrovatelství je **zlepšit zdraví celé populace** v rámci komunity, **zlepšit ošetrovatelskou péči o rizikové klienty** se závažným onemocněním, případně **bezmocným a umírajícím**.

V komunitním ošetrovatelství je **klientem celá komunita**, nikoliv jednatel. Není však třeba se obávat, že se na jednotlivce na základě této koncepce péče zapomene, protože v komunitě se často problém jednotlivce stává problémem společným.

Komunita - skupina, která žije v učitým vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity, a často tvoří autonomní jednotku. Mají společné potřeby, životní zájmy, stejné společenské cíle, problémy, formy spolupráce, zvyklosti a jiné.

Budoucnost pro komunitní péči představuje vidět spolupráci nejen mezi zdravotnickými, ale i sociálními pracovníky. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.

Práce komunitní sestry

Hlavním úkolem komunitní sestry je poskytovat péči celé komunitě, nejen v primární, sekundární, ale i v terciární prevenci. Práce komunitní sestry vyžaduje znalosti potřeb souvisejících nejen se zdravím, ale i s riziky, která danou komunitu ohrožují. Je rovněž i žádoucí, aby sestra znala i sociální, kulturní, ekonomické a ekologické podmínky komunity.

15.2 Komunitní péče – home care

Komunitní péče – home care

Péče o zdraví populace (jednotlivce, rodiny, skupiny) **v komunitě** (mimo nemocnice, terénní péče, péče zdravotně sociální prevence a výchova ke zdraví, zvyšování odpovědnosti za své zdraví, péče o klienta v jeho domácím prostředí, vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva).

Komunitní péče je pojem zahrnující jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich přirozeném prostředí (fyzické, psychologické, paliativní a duchovní služby). Lze ji dělit jako formální a neformální péči.

Neformální péče je forma neplacená, zpravidla se jedná o péči poskytovanou přáteli. U formální péče se jedná o placené služby.

Komunita má tři společné prvky:

- **Lidé** - žijící, bydlí spolu, nebo kteří se setkali v komunitě,
- **Místo** - vypovídá o geografické, ale i časové dimenzi (může se měnit, nejen území začlenění, ale i trvání a setrvávání jedinců v komunitě),
- **Funkce** - cíle a aktivity komunity.

Komunita má své specifické rysy - pocit komunitní sounáležitosti. Komunitu tvoří skupina osob, které spolu komunikují a obsah jejich sdělení by měl mít stejný jazyk a formu.

Komunitu lze rozdělit:

- **Teritoriální komunita** - označuje lidi, kteří žijí na společném území,
- **Zájmová komunita** - skupina lidí, kteří mají společné zájmy (lidé se stejným etnickým původem, postižením apod.),
- **Komunita sdílející společný problém** - například drogově závislý.

15.3 Historický vývoj komunitních služeb

Historický vývoj komunitních služeb

Předzvěstí ošetřovatelství a komunitního zdravotnictví byly dva ošetřovatelské řády na britských ostrovech. Mary Aikenhead (sestra Mary Augustine) založila řád Irské sestry charity v Dublinu v roce 1812, který se zabýval navštěvováním a poskytováním pomoci chudé populaci. Milosrdné sestry (Sisters of Mercy) založily domov pro dívky bez prostředků a navštěvovaly i nemocné v domácnostech. V Anglii to byla Florence Nightingelová, která se věnovala zdraví ve své ošetřovatelské činnosti a sama ji nazvala "ošetřovatelstvím zdraví". Ochranu zdraví a předcházení nemoci se snažila uplatňovat hlavně ve spolupráci s William Rathboucem, anglickým filantropem. V roce 1859 založil v Liverpoolu asociaci obvodních sester (District Sisters). Do roku 1951 – Červený kříž. Od roku 1951 za zdraví přebírá odpovědnost stát. Od roku 2001 – systém komunitní péče.

15.4 Základní pojmy v komunitní péči

Komunita je místo, kde lidé žijí, a jsou zdrojem podpory a péče pro jednotlivce a rodiny. Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi anebo stejnými hodnotami a zájmy. Její členové se znají a jsou spolu ve vzájemné interakci. Její funkcí je vytvořit zvláštní sociální strukturu, předvídat a vytvářet normy, hodnoty a sociální instituce. Jsou to lidé a vztahy, které mezi nimi vznikají, v průběhu toho, jak se rozvíjí a chovají na veřejnosti v určitých jednáních a institucích a ve fyzickém prostředí. Je to místně lokalizovaná entita/celek, obsahující systémy formálních organizací odrážejících/reflektujících instituce společnosti, informační skupiny a agregáty.

Komunitní tým:

- nemocní, postižení, rizikovní lidé,
- rodinní pečovatelé,
- pracovníci zdravotnické a sociální péče,
- komunitní zdravotničtí pracovníci,
- dobrovolníci z komunity.

- Hlavní trendy ovlivňující komunitní a domácí péči:

- stárnutí populace,
- měnící se rodinné struktury,
- postmoderní společnost,
- technika v domácí péči,
- informovaný konzument zdravotnické péče,
- krize ošetřovatelství.

Cílem komunitní péče je předcházení vzniku chorob, chránit, udržovat a podporovat zdraví.

Ošetřovatelská péče zaměřena nejen na vykonávání terapeutických služeb, ale hlavně poradenských, edukačních, manažerských a obhajovacích aktivit. Při realizaci těchto aktivit se orientuje na komunity jako celky a na rodiny a jednotlivce (holistický přístup). Zvláště když klienti neumí, nemohou nebo nechtějí, sami tuto činnost realizovat na podpůrné působení, edukační působení, výchova a vzdělávání, péče v plném rozsahu.

Komunitní ošetřovatelství:

- je zaměřeno především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírnování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Významně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci.
- **V takto uplatňované ošetřovatelské péči se paradigma ošetřovatelství upravují následovně:**
- osoba je komunita,
- prostředím jsou všechny podmínky okolí a všechno,
- zdraví je definovatelný stav rovnováhy, který vyvolává harmonii a má v ní maximální potencial.



Komunitní sestra:

Předpis č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků § 54 uvádí, že **všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí je komunitní sestra.**

Komunitní sestra vykonává činnosti podle § 54 při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetřovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí; tato skupina může být vymezena zejména společným sociálně-kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými faktory; přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče, všechna vhodná zařízení zdravotní a sociální péče a koordinovat poskytovanou integrovanou péči,
2. komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých z hlediska ošetřovatelské péče, realizovat poradenství pro skupinu občanů ve spolupráci s odpovědnými orgány;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně a podpoře veřejného zdraví

1. v rozsahu své odborné způsobilosti vypracovávat hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů a sestavovat priority při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů,
2. připravovat a organizovat preventivní prohlídky, vyšetření a očkování.

Na **osobnost komunitní sestry** jsou kladeny stále větší nároky, jak na odborné znalosti, tak na profesionální dovednosti. Výhodou je, pokud má sestra i znalosti z více oborů. Práce komunitní sestry je především interdisciplinární prací, kdy sestra spolupracuje i s odborníky nelékařských oborů, zejména se sociálními pracovníky státního i nestátního sektoru, spolupracuje i se zástupci komunity. Od těchto pracovníků, ale i od zástupců komunity, sestra získává důležité informace i o složení komunity a o její mentalitě. Tyto informace snižují míru rizika, která je s výkonem práce komunitní sestry spojena.

Role komunitní sestry:

- klinická sestra,
- sestra líderka,
- administrátorka,
- manažerka,
- edukátorka,
- výzkumnice,
- konzultantka.

15.5 Ošetřovatelský proces a jeho specifika v komunitě

Ošetřovatelský proces a jeho specifika v komunitě

- je zaměřen především na podporu zdraví komunity. Uplatňuje se zejména tam, kde členové komunity neumí, nemohou nebo sami nechtějí tuto činnost realizovat. Tam je úkolem komunitního ošetřovatelství podpurné působení, edukační působení, výchova a vzdělávání ke zdraví, eventuelně péče v plném rozsahu.

Má pět fází:

- posuzování,
- diagnostiku,
- plánování,
- realizaci,
- hodnocení, akceptuje komunitu jako klienta.

Hodnocení komunity:

Je to první úkol sestry, definují se **3 základní dimenze komunity** – lidé, místo, funkce. Sestává z několika úkonů: třídění a interpretace dat, sekundární analýza, studie.

Diagnostika problémů zdraví komunity:

Pro diagnostiku v komunitní péči se častěji používá **OMAHA** (v zahraničí) klasifikační systém zdravotních problémů v komunitní péči, **protože NANDA** klasifikační systém obsahuje více diagnóz pro jednotlivce, než pro komunitu. Problémy jsou vyjádřeny ve formě ošetřovatelských diagnóz. Při jejich tvorbě je přípustný zápis podle formuláře PES (problém-etologie- symptomy).

Plánování ošetřovatelské péče:

Fáze plánování - ve spolupráci s danou komunitou - zahrnuje analýzu zdravotních problémů komunity identifikovaných v komunitních ošetřovatelských diagnózách a stanovení priorit mezi nimi, dále sestavení cílů, výsledných kritérií a identifikace intervencí.

Proces určení priorit realizujeme podle předem stanovených kritérií, a to: který problém má větší vliv na smrt, pracovní schopnost, invaliditu, na úpravu stavu nebo uzdravení; jsou-li ohrožené některé části populace více (děti); který problém má největší přínos pro zlepšení zdravotního stavu, ekonomických úspor, jsou některé z problémů zařazeny mezi regionální nebo národní priority.

Obecná kritéria pro stanovení priority řešení problémů: komunita zná své problémy; komunita je motivována k řešení problémů; sestra je schopna a má možnost ovlivňovat řešení problémů; sestra má požadovanou odbornost pro řešení problémů; hrozí nebezpečí z nevyřešení problému; čas, určený na vyřešení problému.

Stanovení cílů a úkolů:

Po objasnění priorit komunity se stanovují cíle, úkoly a výsledky. Pro stanovení cílů, které jsou obecným tvrzením o očekávaných výsledcích, je nutná **spolupráce mezi sestrou a zástupci komunity**. Cíle mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé. Úkoly, které jsou přesným konstatováním o očekávaných výsledcích, musí být specifikovány přesně v termínech, vyjadřujících chování, musí být přínosem pro komunitu, musí být měřitelné.

Identifikace intervenčních činností:

Intervenční činnosti jsou strategie využívané pro dosažení stanovených cílů. Jsou to způsoby, které vedou ke změnám, a které přerušují nebo řeší problémy. Zkušená sestra, spolupracující se zástupci komunity, by měla ve spolupráci s nimi rozhodnout, či spíše jim nabídnout nejvhodnější variantu, která vede k řešení problému. V plánu Komunitní péče jsou zaznamenány jednotlivé činnosti, čas, vymezené úkoly, vykonavatelé úkolů.

Realizace ošetřovatelského procesu v komunitě

Sestra uplatňuje všechny role s členy komunity.

Do této fáze jsou zahrnuty činnosti, které vedou k dosažení cílů a splnění úkolů. Realizace intervencí by měla provádět osoba nebo skupina, která se podílela na formulování cílů.

Sestra vykonává přímé a nepřímé ošetřovatelské zásahy. Mezi přímé intervence patří realizace jednotlivých výkonů, rozhovor, monitorování stavu, zabezpečení pomůcek apod. Mezi nepřímé ošetřovatelské zásahy zařazujeme aktivity, které se týkají jednotlivce, rodiny, komunity, směřují k jejich prospěchu, ale nevykonáváme je přímo s klientem, skupinou, rodinou, či komunitou.

Hodnocení intervencí zaměřených na zdraví komunity

Poslední fáze ošetřovatelského procesu je zaměřená na vyhodnocení účinnosti naplánovaných a realizovaných aktivit. Sestra hodnotí účinek, adekvátnost, vhodnost organizované aktivity nebo programu sociálním průzkumem. Hodnotící proces je zaměřen na zdraví komunity, sestra proto srovnává informace o komunitě před začátkem intervencí a po nich. Zjišťuje se změna, která po realizaci nastala. Metodou hodnocení je sociální průzkum, který je zaměřený na hodnocení účinku, adekvátnosti a vhodnosti organizovaného programu nebo aktivity.

15.6 Domácí péče v České republice

Historie domácí péče

První zmínky - z počátku 12. století, kdy vznikaly **řeholní řády** sester Augustínek a řád Vincentiek, které se specializovaly na péči v domácnostech. Moderní koncept - v roce 1859 v Liverpoolu panem **Williamem Rathbornem**, který přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na rakovinu. Ve spolupráci s Florence Nightingalovou založili první školu pro sestry návštěvní služby, které poskytovaly ošetřovatelskou péči chudým a odkázaným na pomoc.

Historie domácí péče v České republice

Česká forma domácí péče má hluboké historické kořeny. Ošetřování nemocných zajišťováno členy řeholních řádů na počátku 12. století řády: řád Svatého ducha, Johanitky, Alžbětky, Milosrdní bratři. Masivně - rozvoj na konci 13. století. V 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví diakonky, které byly pro tuto práci speciálně školeny, denně docházely za nemocnými, pečovaly o ně, praly jim prádlo a myly je. Za vlády Marie Terezie v 18. st. staví se útluky, zakládají se spolky pro ochranu a pomoc potřebným. V domácí péči charitativní i odborná stránka. V roce 1874 je založena první ošetřovatelská škola. Ve druhé polovině 19. století byly realizovány první pokusy v oblasti domácí péče.

Za první republiky byla při Státním zdravotním ústavu založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče. Po roce 1948 byly řeholní sestry ze zdravotnictví vytěsněny a hlavní těžiště práce civilních sester se přesunulo z obce do nemocnic a institucí. V té době byly na sjezdu Spolku diplomovaných sester formulovány tři hlavní úkoly sociálně zdravotní péče: ošetřovatelský, sociální a lidovýchovný. Po druhé světové válce došlo k masivnímu rozvoji ošetřovatelských škol a mezi nově zavedené obory patřila také odborná výchova sester pro úsek ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách.

Od 19. srpna 1952 podle zákona 103/1951 Sb. odpovědnost za provádění domácí péče na sebe přebírá stát.

Domácí péče po roce 1989

Začínáme se vracet k demokratickým přístupům, probíhá transformace společnosti i reforma zdravotnictví. V březnu 1990 vzniklo tzv. středisko ošetřovatelské péče při České katolické charitě.

V říjnu 1991 se ve Strasburgu koná první evropský kongres Domácí péče, který se stává počátkem kampaně k propagaci Domácí péče na území České republiky. Zdravotnický řád jako zvláštní forma zdravotní péče. V říjnu 1991 byla založena při nemocnici v Pardubicích první agentura domácí péče dnešní podoby Niké, která byla financována z rozpočtu nemocnice. Ke konci roku působilo v ČR celkem 26 agentur domácí péče.

K výraznému nárůstu počtu agentur došlo během roku 1992 v souvislosti s nově přijatým zákonem 160/92 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Na jaře 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), v roce 1996 je i ČR reprezentována na I. světovém kongresu domácí péče Asociací domácí péče České republiky, která je jednou ze 7 zakládajících členů Světové organizace domácí a hospicové péče (WHO) se sídlem ve Washingtonu DC. Poslední statistická data z roku 2006 eviduje celkem 494 pracovišť domácí péče, z nich 88 % bylo dostupných 24 hodin denně.

Charakteristika domácí péče

Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO – 1993), jako jakákoliv forma péče poskytována lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.

Hlavní složky domácí péče:

- agentura domácí ošetřovatelské péče,
- pečovatelská služba (sociální oddělení města, ČČK, komunitní centra, atd.),
- rodinní příslušníci,
- lékař prvního kontaktu.

Na rozvoj domácí péče má vliv mnoho společenských faktorů:

- stoupající náklady na zdravotní péči
- populační stárnutí
- rostoucí poptávka veřejnosti po službách v domácím prostředí
- rozvoj moderních technologií
- politické faktory - změny zdravotnických systémů, iniciativy samospráv, neziskový sector.

Cílem domácí péče je: pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím; zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí; zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavni; udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech; edukovat klienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví; zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta i rodiny.

Kvalita komplexní domácí péče je přímo ovlivňována základními principy, které vycházejí z filozofie domácí péče:

- humanizace zdravotní péče,
- orientace na občana (zdravého a nemocného),
- respektování základních lidských práv,
- chápání lidské bytosti ve vztahu s prostředím,
- komplexnost (integrace zdravotní a sociální péče),
- standardizace ošetřovatelských činností a sociálních intervencí,
- efektivní a cílené využití finančních prostředků určených na zdravotní a sociální služby,
- kontinuální odborový růst a celoživotní vzdělávání poskytovatelů domácí péče.

Výhody domácí péče:

- ekonomičnost
- víceoborovost
- individualizovaná péče
- komplexnost
- dlouhodobá péče
- podpora zdraví.

Domácí péče v komunitním ošetřovatelství

Nejširší a všeobecně akceptovaná definice domácí ošetřovatelské byla vyhlášena v roce 1980: „Domácí ošetřovatelská péče je součástí kontinuální zdravotní péče, pomocí které se poskytují zdravotní, sociální a podporní služby jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, udržování nebo navrácení zdraví, nebo alespoň dosažení maximálně možné úrovně nezávislosti při současném minimalizování důsledků neschopnosti a nemoci včetně terminálních stavů.“

Ošetřovatelská péče v kontextu: primární zdravotní péče, je poskytována v rámci prvního kontaktu členů společnosti se zdravotními službami v komunitě; sekundární zdravotní péče je realizována v institucích; smyslem terciární zdravotní péče je dokončit terapeutický proces a zlepšit zdravotní stav nemocného.

Přímá péče - sestra v přímém kontaktu s pacientem, jeho rodinou, vše co se vztahuje k aktuálním fyzickým aspektům ošetřovatelské péče. K přímé péči patří také edukace klienta a jeho rodiny.

Nepřímá péče - aktivity poskytované v rámci nepřímé péče se týkají především zkvalitňování a koordinace péče např. dokumentační práce, konzultace sestry s ostatními odborníky, multidisciplinární spolupráce aj.



Krátkodobá - např. příprava na porod, péče v šestinedělí, pooperační péče.

Dlouhodobá - např. péče o chronicky nemocné, staré lidi, umírající.

Podle zaměření a obsahu činnosti bývá domácí péče členěna na:

Epizodickou - klientovi je poskytována léčebná péče v rámci sekundární a terciární prevence.

Distribuční - péče je zaměřena na podporu zdraví, prevenci nemocí.

Domácí péče v České republice

Domácí péče je v ČR podle vyhlášky MZ ČR č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků formálně evidována jako **odbornost 925** – domácí zdravotní péče je indukovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí. O jejím obsahu, rozsahu i frekvenci rozhoduje ošetřující lékař (praktický lékař) nebo ošetřující lékař za hospitalizace – ten pak maximálně po dobu 14 dní po ukončení hospitalizace. Na základě doporučení a dle aktuálního stavu klienta je poskytována základní zdravotní a sociální péče (zajištění osobní hygieny, prevence dekubitů, příjem tekutin aj.), odborná zdravotní a sociální péče (odběry biologického materiálu, převazy, aplikace injekcí, edukace klienta, sledování vitálních funkcí aj.) a specializovaná zdravotní péče (aplikace diagnostických přístrojů, podpůrná psychoterapie aj.). Snahou domácí péče v České republice je zajistit integrovanou formu zdravotní péče a sociální pomoci.

Formy domácí péče:

Akutní domácí péče (domácí hospitalizace) je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje jeho hospitalizaci, nebo jako alternativa hospitalizace.

Dlouhodobá domácí péče komplexní, která bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let.

Preventivní domácí péče je určena klientům, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu.

Domácí hospicová péče zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stádiu života - lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do následujících šesti měsíců.

Domácí péče ad hoc (jednorázová) je mimořádně alternativní využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinace praktických lékařů např. jednorázová aplikace injekce.

Financování domácí péče

Fond veřejného zdravotního pojištění dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami; přímou platbou klienta; sponzorskými dary, z nadací a grantů.

Sít' zařízení domácí péče

Je zajištěna podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. S ohledem na indikační skupiny pacientů v domácí péči je žádoucí zajistit nepřetržitou dostupnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

Činnost a cíle agentur domácí péče

Napomáhat rozvoji domácí zdravotní péče v rámci komunitní péče; získávat laickou i profesionální veřejnost; garantovat odbornou a etickou úroveň; podporovat další vzdělávání poskytovatelů domácí péče; provádět a podílet se na výzkumu v oblasti domácí péče; hledat nové metody pro zlepšení kvality a efektivity domácí péče; spolupracovat se všemi odbornými společnostmi, profesními organizacemi pracovníků ve zdravotnictví a sociální péči; spolupracovat s MZ, MPaSV a s dalšími institucemi státní správy, s veřejnoprávními institucemi; zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci klientům, kterým je tato péče poskytována;



eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození, zajišťovat dodržování léčebného režimu.

Personální zajištění a technické vybavení

Je zajišťována multidisciplinárním týmem kvalifikovaných pracovníků poskytujících péči dle aktuálního stavu klienta, (rodina, sestra, lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník).

Kontrola kvality domácí péče

Agentury musí být registrovány u pověřeného úřadu státní správy, který dohlíží na dostupnost a kvalitu poskytované péče; kvalitu péče určují ošetřovatelské standardy.

Trendy vývoje domácí péče a výzkum

Posílení významu domácí péče; zlepšování zdravotního stavu populace se zaměřením na podporu a obnovu zdraví a kvalitu života; rozvoj metod prevence patologického stárnutí a stáří, edukace populace v racionální výživě, pohybové terapii; rozvoj domácí a hospicové péče; snižování nákladů na zdravotní péči. Výzkum domácí péče je součástí výzkumu ve zdravotnictví.