

# **POSKYTOVÁNÍ KVALITNÍ PÉČE, SLUŽBA KOMUNITÁM**

## **PÉČE O CHRONICKY NEMOCNÉ**

Všechna práva vyhrazena, včetně překladu do dalších jazyků.

Žádná část této publikace nesmí být kopírována tiskem, fotokopii ani žádným jiným způsobem, nebo uložena v žádném vyhledávacím systému, nebo přenášena žádnou jinou formou, nebo prodávána bez výslovného písemného souhlasu Mezinárodní rady sester (ICN). Krátké výtahy (maximálně 300 slov) mohou být reprodukovány bez autorizace, pod podmínkou, že bude uveden pramen.

### **OBSAH**

Dopis prezidentky a výkonného ředitele Mezinárodní rady sester (ICN)

První kapitola – Problémy chronických onemocnění

Druhá kapitola – Inovace napříč celým spektrem péče

Třetí kapitola – Inovace v řízení, politice a vzdělávání

Čtvrtá kapitola – Uskutečňování změn – od inovace k praxi

Pátá kapitola – Sestry jako průkopnice: minulost a budoucnost

Šestá kapitola – Úloha národních asociací sester při snižování rizika a zlepšování péče o chronicky nemocné

Sedmá kapitola – Závěr

## **Přílohy**

Prohlášení ICN pro tisk (tisková zpráva)

Stanoviska ICN

Přehled základních skutečností, vydaný ICN

Literatura

Vážení kolegové a kolegyně,

všechny země na světě jsou zasaženy přílivem chronických onemocnění a potřebou přístupu k adekvátní, dostupné péči pro jedince s chronickými zdravotními potížemi. Ještě nikdy neměly sestry větší možnosti přispět ke zlepšení zdraví obyvatel na celém světě tím, že budou věnovat pozornost prevenci chronických chorob a péči o chronicky nemocné.

Diabetes, kardiovaskulární onemocnění, choroby cest dýchacích a rakovina jsou nejčastěji se vyskytující smrtelné nemoci, které každý rok způsobí přibližně 35 milionů úmrtí (WHO 2008a). Osmdesát procent těchto úmrtí nastává v zemích s nízkými a středními příjmy. Těmto nemocem se dá předejít. Když už se objeví, může účinná péče a léčba od nejranějších stadií umožnit postiženým žít plnohodnotný a produktivní život. Nejen tyto „konvenční“ chronické choroby, ale i měnící se průběh a povaha jiných nemocí, jako je např. HIV/AIDS, znamená, že dlouhodobou péči o chronicky nemocné potřebuje stále větší počet obyvatel všech zemí.

Je stále více zapotřebí, aby sestry převzaly iniciativu a zabývaly se všemi částmi komunity a všemi oblastmi za účelem řešení vzrůstající hrozby, kterou znamenají chronické nemoci pro celosvětové zdraví a tělesnou i duševní pohodu (well being).

Tento dokument poskytuje základní informace týkající se vzrůstající potřeby péče o chronicky nemocné a poptávce po ní, s použitím příkladu diabetu 2. typu. Vyzývá sestry a ostatní pracovníky, aby pochopili obrovský rozsah problému a aby uznali, že se svými znalostmi, odvahou, vizí a angažovaností jsou sestry dobře vybaveny k tomu, aby převzaly vedoucí úlohu v plnění tohoto úkolu.

Spolu s tímto Balíčkem vydává Mezinárodní rada sester výzvu pro všechny sestry, aby stály v čele boje proti chronickým chorobám, aby působily jak vzory pro plnění úlohy zdravotníka ve svých rodinách, u svých pacientů i ve svých komunitách a aby se přes své národní asociace sester angažovaly spolu s ICN a jejími partnery při obhajování nezbytných sociálních, ekonomických a politických změn.

S úctou

Rosemary Bryant  
prezidentka

David C. Benton  
výkonný ředitel

## 1. KAPITOLA

## **Problém chronických onemocnění**

Svět čelí masivnímu nárůstu počtu úmrtí a invalidity jako následků chronických nemocí. Chronické choroby jsou tradičně spojovány s rozvinutými zeměmi a jsou považovány za nemoci z nadbytku postihující hlavně starší a bohaté jedince, zatímco pozornost a finanční prostředky v rozvojových zemích byly zaměřovány především na infekční nemoci. Statistiky však ukazují, že 60 % úmrtí v celosvětovém měřítku je způsobeno chronickými chorobami a že 80 % z nich se vyskytuje v zemích s nízkými a středními příjmy (WHO 2008a). Je postiženo stále více lidí v produktivním věku. V zemích všech výší příjmu sledují zdraví i nemoci sociální křivku: čím nižší je společensko-ekonomické postavení, tím horší je zdraví (WHO 2008b). „Rychle narůstající břemeno těchto nemocí neúměrně postihuje chudé a znevýhodněné obyvatelstvo a přispívá tím k rozšiřování mezer ve zdravotnictví mezi jednotlivými státy i uvnitř těchto států.“ (WHO 2008a).

Existuje mnoho příčin nárůstu chronických onemocnění a neúměrného dopadu na chudší obyvatelstvo, většina z nich přesahuje možnosti řešení v rámci samotného sektoru zdravotnictví. Sektor zdravotnictví však musí stát v čele boje proti chronickým onemocněním a sestry mohou obrovskou měrou přispět nejen k prevenci, ale rovněž i k péči o miliony lidí na celém světě, kteří jsou již těmito chorobami postiženi.

## **Definice**

V kontextu péče o chronicky nemocné se používá mnoho příbuzných termínů, často navzájem zaměnitelných, včetně chronické nemoci, chronického stavu, dlouhodobých onemocnění, nemocí způsobených špatným životním stylem a nepřenositelných nemocí (NCD). Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje chronickou nemoc jako „nemoc dlouhého trvání a pomalé progresse“ a chronické stavy jako „zdravotní problémy, které vyžadují trvalou léčbu po celé roky nebo desetiletí“ (WHO 2002). NCD byla definována jako nemoc, která není obvykle způsobena infekčním činitelem, ale geneticky podmíněnou náchylností, stylem života nebo vystavením nepříznivým účinkům životního prostředí. Termín chronické zdravotní potíže se často používá jako všeobecný termín, který zahrnuje nepřenositelné choroby (např. diabetes, astma), dlouhodobé infekční choroby (např. HIV/AIDS, TBC), dlouhodobé duševní poruchy (např. depresi, schizofrenii) a pokračující tělesné/strukturální postižení (např. slepotu, genetické poruchy). (WHO 2002).

Termín chronická nemoc bude používán v celém tomto dokumentu, ale budou používány rovněž další termíny, zvláště při citování jiných autorů. **Bez ohledu na použité termíny je však nejdůležitější věcí pro sestry a další zdravotnické pracovníky pochopit velikost problému a naléhavou výzvu, kterou představuje, a zaručit, že budou podniknuty kroky na podporu zdraví, prevenci nemocí a zajištění odpovídající péče a léčby pro ty, kdo to potřebují.**

### **Velikost problému**

Rozsah problému je obrovský. Diabetes, kardiovaskulární onemocnění, choroby cest dýchacích a některé karcinomy reprezentují významnou hrozbu pro zdraví a vývoj člověka a jsou nejvýznamnějšími smrtelnými chorobami na světě.

#### DIABETES – FAKTA (WHO 2009a)

- Podle odhadu WHO žije na celém světě více než 180 milionů lidí s diabetem. Do roku 2030 se toto číslo pravděpodobně více než zdvojnásobí.
- V roce 2005 zemřelo odhadem 1,1 milionu lidí na diabetes.
- Téměř 80 % úmrtí způsobených diabetem se vyskytlo v zemích s nízkými a středními příjmy.
- Téměř polovina úmrtí způsobených diabetem nastává u lidí ve věku nižším než 70 let, 55 % úmrtí způsobených diabetem je u žen.
- WHO předpokládá, že úmrtí následkem diabetu se bez rychlého zásahu v příštích 10 letech zvýší o více než 50 %. Pozoruhodné je to, že v letech 2006 až 2015 se úmrtí následkem diabetu pravděpodobně zvýší o více než 80 % v zemích s vyššími středními příjmy.

#### KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ – FAKTA (WHO 2009b)

- CVD jsou celosvětově příčinou smrti číslo jedna; ročně zemře více lidí na CVD než z jakékoliv jiné příčiny.
- V roce 2004 zemřelo na CVD přibližně 17,1 milionů lidí, což reprezentuje 29 % všech úmrtí na světě. Z těchto úmrtí bylo přibližně 7,2 milionů díky srdeční chorobě (koronárnímu postižení) a 5,7 milionů díky cévní mozkové příhodě.

- Státy s nízkými a středními příjmy jsou postiženy neúměrně: 82 % úmrtí na CVD jsou v zemích s nízkými a středními příjmy a téměř stejnou měrou u mužů i u žen.
- Do roku 2030 zemře téměř 23,6 milionů lidí na CVD, většinou následkem srdeční choroby a cévní mozkové příhody. Předpokládá se, že zůstanou jedinou hlavní příčinou smrti. Nejvyšší procentuální nárůst nastane ve Východní středozevní oblasti. Nejvyšší nárůst v počtu úmrtí bude v oblasti jihovýchodní Asie.

#### RAKOVINA – FAKTA (WHO 2009c)

- Rakovina je hlavní příčinou úmrtí v celosvětovém měřítku: v roce 2004 odpovídala za 7,4 milionů úmrtí (přibližně 13 % všech úmrtí).
- Rakovina plic, žaludku, jater, tlustého střeva a prsou má každý rok za následek většinu úmrtí způsobených rakovinou.
- Nejčastěji se vyskytující typy rakoviny jsou u mužů a žen různé.
- Více než 30 % úmrtí na rakovinu lze předejít.
- Kouření je nejvýznamnější rizikový faktor vzniku rakoviny.
- Rakovina vzniká ze změny v jediné buňce. Změna může být vyprovokována vnějšími činiteli i zděděnými genetickými faktory.
- Očekává se, že úmrtí způsobená rakovinou budou v celosvětovém měřítku stále četnější, v roce 2030 to bude odhadem 12 milionů úmrtí.

#### CHRONICKÉ CHOROBY CEST DÝCHACÍCH – FAKTA (WHO 2009d)

- Každý den trpí stovky milionů lidí chronickými chorobami cest dýchacích.
- V současné době má 300 milionů lidí astma.
- Dvě stě deset milionů lidí má chronickou obstrukční plicní nemoc (COPD), miliony dalších lidí mají alergickou rýmu a jiní mají chybně diagnostikované chronické choroby cest dýchacích.

Vzniku těchto onemocnění se dá zabránit. Až 80 % srdečních chorob, cévních mozkových příhod, diabetu 2. typu a více než třetina karcinomů by se nemusely objevit, kdyby se eliminovaly společné rizikové faktory, především kouření, nezdravá strava, nedostatek tělesné aktivity a zdraví škodlivé pití alkoholu. Pokud se tyto zdravotní problémy nebudou řešit, mortalita a nemocnost budou stále vyšší. Podle předpokladů WHO vzroste v příštích 10 letech

celosvětově počet úmrtí o 17 %. Nejvyšší nárůst bude možno pozorovat v oblasti Afriky (27 %) a ve východní oblasti Středomoří (25 %). Nejvyšší absolutní počet úmrtí nastane v oblasti západního Tichomoří a jihovýchodní Asie (WHO 2008a). Současná citovaná studie ukazuje, že délka života v USA se zkrátila poprvé za 100 let a že to může být připsáno chronickým nemocem, které jsou způsobeny kouřením a obezitou (Thorpe 2009). Výskyt diabetu vzroste spolu se zlepšeným přístupem k anti-retrovirální terapii, která je spojena se čtyřnásobným zvýšením rizika diabetu. Výchozí údaje v Kamerunu uvádějí, že výskyt diabetu zde vzrostl za 10 let více než desetkrát (Bischoff a kol. 2009).

## **Příčiny**

Vyšší výskyt chronických onemocnění po celém světě je způsoben mnoha faktory na globální, celostátní i lokální úrovni. Řada z nich je spojena se základními světovými a společenskými změnami včetně urbanizace a ekonomické globalizace, vládní a sociální politikou a otázkami sociální nespravedlnosti i stárnutí populace.

Rychlá urbanizace má za následek nedostatek občanské vybavenosti s služeb pro „městské chudé“, které jsou bezpodmínečně nutné pro dobré zdraví, včetně bydlení, infrastruktury (silnic, vody z vodovodu, hygienických zařízení, místní kanalizace a zásobování elektrickou energií) a základních služeb (sběr odpadků, primární zdravotní péče, vzdělávání a pohotovostní záchranné služby) (WHO 2002).

Chudí na venkově, včetně domorodého obyvatelstva, trpí nedostatečnými investicemi do infrastruktury a občanské vybavenosti spolu s nepřiměřenou úrovní chudoby a špatnými životními podmínkami. Tyto nerovnosti v oblasti zdraví vznikají díky podmínkám, v nichž lidé vyrůstají, žijí, pracují a stárnou, a místním systémům potírání nemocí. Závěrečná zpráva Komise O sociálních determinantech zdraví potvrzuje, že sociální spravedlnost je opravdu záležitostí života a smrti (WHO 2008b).

S těmito změnami je rovněž spojen nárůst výskytu hlavních modifikovatelných rizikových faktorů: kouření, špatné stravy, nedostatku tělesného pohybu, nadměrné konzumace alkoholu, nebezpečných sexuálních praktik a neléčeného psychosociálního stresu. Z těchto faktorů se vyvíjejí střední rizikové faktory zahrnující zvýšený krevní tlak, zvýšenou hladinu cukru v krvi, vyšší hladinu cholesterolu a obezitu, které vedou ke kardiovaskulárním chorobám, iktu, některým druhům rakoviny, chronickým chorobám cest dýchacích a k diabetu.

## **Diabetes**

Podle International Diabetes Federation bylo v roce 1985 na celém světě přibližně 30 milionů lidí s diabetem. Dnes je to více než 245 milionů lidí s diabetem, což znamená více než sedminásobný nárůst během přibližně 20 let. Jestliže se nic nepodnikne na zpomalení této epidemie, za 20 let dosáhne počet lidí s diabetem 380 milionů (IDFa). „Diabetes je hlavní příčinou částečné ztráty zraku nebo slepoty u dospělých v rozvinutých zemích. Diabetes zodpovídá za většinu amputací končetin, které nejsou následky nehod. U lidí s diabetem je vyšší pravděpodobnost infarktu nebo iktu. Je u nich rovněž vyšší riziko vzniku onemocnění ledvin.“ (IDFa)

Národní centrum pro sociální a ekonomické modelování (National Centre for Social and Economic Modelling) předpokládá, že v příštích 40 letech se výskyt diabetu 2. typu v Austrálii téměř zdvojnásobí na 1,6 milionu lidí – do té doby bude nemoc stát 14 miliard australských dolarů ročně. Odhaduje se, že komplikace způsobené touto nemocí budou zahrnovat: 270 000 operací k provedení koronárního bypassu, přes 250 000 cévních mozkových příhod a více než 750 000 ledvinových potíží (C3 Collaborating for Health 2009).

#### **Fakta a čísla**

- V současné době diabetes celosvětově postihuje 246 milionů lidí a očekává se, že do roku 2025 to bude 380 milionů lidí.
- V roce 2007 je pět států s největším počtem lidí s diabetem: Indie (40,9 milionů), Čína (39,8 milionů), USA (19,2 milionů), Rusko (9,6 milionů) a Německo (7,4 milionů).
- V roce 2007 je pět států s nejvyšším výskytem diabetu u dospělé populace: Nauru (30,7 %), Spojené arabské emiráty (19,5 %), Saudská Arábie (16,7 %), Bahrain (15,2 %) a Kuvajt (14,4 %).
- Do roku 2025 bude nejvyšší nárůst výskytu diabetu v rozvojových zemích.
- Každý rok onemocní diabetem dalších 7 milionů lidí.
- Každý rok je 3,8 milionů úmrtí způsobeno diabetem. Ještě větší počet lidí zemře na kardiovaskulární chorobu zhoršenou poruchami lipidů a hypertenzí souvisejícími s diabetem.
- Každých 10 sekund zemře jedna osoba, jejíž úmrtí je spojeno s diabetem.
- Každých 10 sekund onemocní 2 lidé diabetem.
- Diabetes je čtvrtá hlavní příčina úmrtí na nemoc v celosvětovém měřítku.
- Minimálně 50 % lidí s diabetem neví o svém onemocnění. V některých státech může toto číslo dosahovat 80 %.
- Až osmdesáti procentům diabetu 2. typu se dá zabránit tím, že budeme dbát na správnou výživu a více pohybu.
- Diabetes je nejrozšířenější příčinou selhání ledvin v rozvinutých zemích a je zodpovědná za obrovské náklady na dialýzu.
- V západních státech se stala diabetes 2. typu nejčastějším zdravotním problémem u lidí se selháním ledvin. Ohlášený výskyt se pohybuje mezi 30 % a 40 % ve státech,



jako je Německo a USA.

- Deset až dvacet procent lidí s diabetem umírá na selhání ledvin.
- Odhaduje se, že více než 2,5 milionů lidí na celém světě je postiženo diabetickou retinopatií.
- Diabetická retinopatie je hlavní příčinou ztráty zraku u dospělých v produktivním věku (20 až 65 let) v průmyslově vyspělých zemích.
- V rozvinutých zemích umírají lidé s diabetem 2. typu průměrně o 5 – 10 roků dříve než lidé bez diabetu, většinou na kardiovaskulární chorobu.
- U diabetu je kardiovaskulární choroba hlavní příčinou úmrtí, odpovídá za přibližně 50 % všech úmrtí a za většinu invalidity.
- Je více než dvakrát pravděpodobné, že lidé s diabetem 2. typu budou mít infarkt nebo iktus než lidé, kteří diabetes nemají. Je stejná pravděpodobnost, že lidé s diabetem 2. typu prodělají infarkt jako lidé bez diabetu, kteří již infarkt prodělali (IDF 2001).
- Diabetes, respirační choroby (zvláště astma), kardiovaskulární choroba a imunosuprese zvyšují riziko těžké a smrtelné nemoci způsobené virem, jako je např. H1N1, zvláště v menšinových skupinách a u domorodého obyvatelstva (WHO 2009e).

## **2. KAPITOLA**

### **Důsledky pro sociální a ekonomický rozvoj a pro zdravotnictví**

Tato kapitola pojednává o důsledcích narůstající prevalence chronických chorob pro celosvětový sociální a ekonomický rozvoj s ohledem na Rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals – MDGs), chudobu, pohlaví a zdravotnické systémy. Jsou posuzovány náklady spojené s chronickými chorobami, zvláště s diabetem.

### **Sociální a ekonomický rozvoj**

Rozvoj je většinou spojován s probíhajícím udržitelným pokrokem v ekonomické a společenské oblasti v rámci států. Někdo tvrdí, že jakožto následek rozvoje jsou vytvářeny příležitosti pro zdraví, zatímco jiní tvrdí, že zdravá populace je nutná k dostatečnému a udržitelnému rozvoji. To je důležitý argument, když dojde k přidělování finančních prostředků, a vzniká otázka, zda si stát může dovolit investovat do zdraví nebo ne. Samozřejmě neexistuje jednoznačný vztah mezi ekonomickým bohatstvím státu a zdravím celé jeho populace. Na celém světě narůstá nerovnost mezi státy, což znamená, že tradiční srovnání mezi zeměmi nedávají úplný obraz, protože chudí lidé v zemích s vysokými příjmy mohou mít značně horší možnosti, pokud se jedná o péči o své zdraví, než bohatí lidé v zemích s nízkými příjmy. Chronické nemoci a jejich rizikové faktory jsou

úzce spojeny s chudobou a přispívají k chudobě; neměly by proto už být vyloučeny z globálních diskusí o rozvoji (WHO 2008a).

Chronické onemocnění znamená vysoké náklady v oblasti lidské, sociální i společenské, brání jednotlivcům i komunitám v dosažení jejich potenciálu a krade lidem jejich budoucnost. I když je obtížné identifikovat vhodné metody kvantifikace těchto nákladů, zahrnují tyto náklady čas ztracený doma, ve vzdělávání i ve volném čase, stejně jako čas ztracený na pracovišti, s následným snížením kvality života; zvýšené hladiny chudoby pro jednotlivce i rodiny; sníženou produktivitu a hospodářskou produkci ve sféře obchodu a v národním hospodářství jednotlivých států; náklady na diagnostiku, péči a léčbu u jednotlivce i pro celý zdravotnický systém; a náklady na komplikace chronických nemocí, kterým by šlo často předejít.

Při řešení problému chronických chorob v rámci států musí být brán v úvahu celkový kontext rozvoje sociálního, ekonomického i zdravotnického systému.

### **Rozvojové cíle tisíciletí**

Podle názoru mnoha lidí absence specifických cílů řešících chronické choroby v rámci Rozvojových cílů tisíciletí (MDGs) je ztracenou příležitostí a zaměření na HIV/AIDS, tuberkulózu a malárii bylo na úkor chronických nemocí. Tvrdí se, že zaměření na tyto nemoci odvrátilo pozornost i finanční zdroje od blížící se katastrofy chronických nemocí (WHO 2005, s. 70).

Jiní však argumentují tím, že MDGs řeší základní příčiny špatného zdraví, např. bídu, nerovnost (nespravedlnost), nedostatek vzdělání, úmrtnost matek, a že úsilí a finanční zdroje investované do posilování zdravotnictví za účelem vyřešení přenosných chorob mají pozitivní dopad na péči a management chronických chorob.

Ať již je postoj jakýkoliv, MDGs reprezentují dohodu mezi bohatými a chudými státy. Tento účelově zaměřený partnerský přístup může být používán na podporu prevence chronických nemocí a programu řízení, zvláště když chronické nemoci mají stejný význam jako další příčiny špatného zdraví při udržování chudoby. Otázkou není, zda se zaměřit na MDGs nebo na chronické choroby, ale najít synergické způsoby řešení obojího, protože jsou vzájemně propojeny a musí být řešeny jako nezbytný předpoklad sociálního a ekonomického rozvoje a prevence sociální exkluze.

### **Chudoba**

Vztah mezi chudobou a chronickými chorobami je oboustranný – chudoba způsobuje špatný zdravotní stav a špatný zdravotní stav má za následek chudobu. Některé z faktorů, které identifikovala WHO (WHO 2002) zahrnují:

- Matky se špatným nutričním stavem rodí děti, které v dospělosti trpí chronickými chorobami, např. diabetem, hypertenzí a srdečními chorobami.
- Chudoba a špatný zdravotní stav během dětství jsou spojeny s chronickými chorobami v dospělosti, včetně rakoviny, plicních chorob, kardiovaskulárního onemocnění a artritidy.
- Chudí senioři v rozvinutých i rozvojových zemích často trpí špatným zdravotním stavem a nedostatečným přístupem ke zdravotní péči.
- Pracovní prostředí chudých bývá často fyzicky náročné a staví jednotlivce do situace, kdy jim hrozí úraz a vystavení škodlivým látkám. Nebezpečné vystavení chemickým látkám a znečištění životního prostředí, zvláště v rozvojových zemích, jsou spojeny s lokální prevalencí rakoviny, kardiovaskulárních i dýchacích chorob.
- Chudí lidé často nemají přístup ke zdravotní péči nebo k opatřením zdravotní prevence, což má za následek zhoršení zdravotního stavu a exacerbaci (nové vzplanutí) chorobných stavů.
- Chronické choroby jsou spojovány s pracovní neschopností, předčasným odchodem do důchodu a snížením produktivity práce s následnou ztrátou zaměstnání.
- Náklady na léčbu chronických nemocí mohou být mimořádně vysoké, zvláště když nebyly choroby správně léčeny již od samého začátku nebo když nebylo zabráněno vzniku komplikací.
- U lidí s chronickým onemocněním se může vyskytovat riziko marginalizace a stigmatizace v jejich vlastních komunitách, což může mít za následek další omezování vzdělávacích a pracovních příležitostí. Kromě toho stigmatizace a zanedbávání péče jsou spojeny s exacerbací chronických problémů. Ženy s chronickými zdravotními problémy jsou ve větším nebezpečí bezprávi po stránce vzdělání, financí i tělesné újmy.

## **Nerovnost pohlaví**

Sociální nerovnost, chudoba a nerovný přístup ke zdrojům včetně zdravotní péče mají za následek velké břemeno chronických nemocí mezi ženami na celém světě, zvláště mezi chudými ženami.

- Ženy mají tendenci žít déle i s chronickou nemocí než muži, i když jejich zdravotní stav je často špatný.
- Výdaje na zdravotní péči, včetně uživatelských poplatků, jsou překážkou pro ženy ve využívání služeb, protože jejich příjem je nižší než příjem mužů a protože mají méně kontroly nad finančními prostředky domácnosti.
- Pracovní zátěž žen doma a jejich pečovatelská úloha, když je nějaký člen rodiny nemocný, jsou rovněž významnými faktory při odkládání rozhodnutí vyhledat lékaře.
- V oblastech, kde ženy mají omezenou mobilitu, může pro ně být nemožné cestovat do zdravotnických středisek (WHO 2005, s. 65).

### **Zdravotnické systémy**

Nárůst chronických nemocí zvyšuje zátěž zdravotnických systémů a klade nové a dosud neznámé požadavky na zdravotnické systémy po celém světě. Dotýká se to všech složek zdravotnických systémů – poskytování služeb, zdravotníků, informačních systémů, léčiv, vakcín, technologií, financování, vedení a správy. Navzdory deklarovaným závazkům vůči primární zdravotní péči musí většina zdravotnických systémů přesunout svou pozornost z akutní občasné péče na chronickou péči. Podrobnější diskuse ze zaměřením na různé modely chronické péče je uvedena ve čtvrté kapitole.

Akční plán WHO 2008 – 2013 týkající se globální strategie prevence a kontroly nepřenositelných nemocí (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable diseases – WHO 2008a) poskytuje směrnice pro státy k přeorientování a posílení zdravotnických systémů. Sestry mohou používat tyto směrnice za účelem informování o svém přínosu na národní i místní úrovni. Směrnice obsahují zabezpečení implementace vhodných postupů; kvalifikované lidské zdroje; adekvátní přístup k důležitým lékům a základním technologiím; standardy pro primární zdravotní péči; funkční mechanismy odesílání pacientů do odborné péče; používání směrnic a standardů založených na důkazech a týkajících se běžných nemocí, jako např. kardiovaskulárních nemocí, různých druhů rakoviny, diabetu a chronických chorob dýchacích cest; cenově přístupné metody detekce prvních rizikových faktorů rakoviny prsou a děložního čípku, diabetu, hypertenze a jiných

kardiovaskulárních rizikových faktorů; lepší další vzdělávání lékařů, sester a jiných zdravotnických pracovníků a programy celoživotního vzdělávání; podporu, která umožní lidem s nepřenositelnými chorobami lépe zvládat své nemoci (např. podporu vzdělávání, stimulace a nástrojů pro péči a sebek péči); a mechanismy udržitelného financování zdravotnictví za účelem snížení nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči.

### **Náklady na chronické choroby**

Zatímco existují pádné epidemiologické důkazy, které názorně dokládají zvětšující se zátěž chronických chorob, chybí přesvědčivé důkazy ekonomického dopadu chronických nemocí. Náklady na chronické choroby nejsou omezeny na přímé lékařské a ošetrovatelské náklady týkající se operací a medikamentózní léčby. Existují rovněž významné nepřímé náklady, včetně nižší ekonomické produktivity, protože pracovníci onemocní a stanou se neschopni práce, odcházejí předčasně do důchodu; patří sem rovněž výdaje týkající se různých mechanismů zvládnání náročných situací – výběr úspor a investic, prodej majetku domácnosti nebo odvolání dětí ze školy, aby mohly pečovat o nemocného člena rodiny. Tyto náklady na chronické choroby – týkající se jednotlivců i rodin, komunit, zaměstnavatelů a národních ekonomik – rychle rostou (OXHA 2009a). Navíc existují nekvantifikovatelné náklady týkající se bolesti, utrpení a úmrtí blízké osoby.

Je obtížné získat komplexní a schválená čísla, protože k popisu a výpočtu nákladů se používají rozdílné metody a přístupy a výsledky jsou závislé na velkém počtu interpretací. Tři hlavní způsoby kalkulace nákladů jsou tyto:

- metoda evidence nákladů na nemoci
- modely ekonomického růstu, které odhadují dopad chronických nemocí na národní důchod pomocí proměnných, jako jsou např. nabídka pracovních sil a úspory; a
- metoda hrubého příjmu, která se pokouší měřit v penězích ztráty v oblasti sociální péče spojené se špatným zdravotním stavem (WHO 2005, s. 75).

Hodnocení z hlediska ekonomického růstu dávají nejnižší odhady, hledisko hrubého příjmu dává nejvyšší odhady, zatímco odhady nákladů na nemoci se pohybují mezi nimi.

S použitím hlediska nákladů na nemoci v USA se zvýšily odhadované celkové náklady zdravotní péče týkající se srdečních chorob z 298,2 miliard US\$ v roce 2000 na 329,2 miliard US\$ v roce 2001 a 351,8 miliard US\$ v roce 2002 (WHO 2005, s. 75).

Odhaduje se, že v Austrálii je iktus zodpovědný za přibližně 2 % celkových odpovídajících přímých nákladů na zdravotní péči (WHO 2005, s. 76).

Podle odhadů norské studie by úspory ve výši 188 milionů US\$ vzniklé odvrácením nebezpečí srdečních chorob a iktu za období 25 let byly výsledkem snížení krevního tlaku populace o 2 mmHg pomocí snížení příjmu soli (WHO 2005, s. 77).

Podle kanadské studie desetiprocentní snížení prevalence fyzické nečinnosti by mohlo zredukovat přímé náklady na zdravotní péči o 150 milionů C\$ (asi 124 milionů US\$) za rok (WHO 2005, s. 77).

Podle odhadů WHO ztratí Čína 558 miliard \$ předešlého národního důchodu jenom díky srdečním chorobám, iktu a diabetu v období 2006 – 2015 (WHO 2009b).

Ze zápisu jednání OECD v roce 2008 vyplývá:

- Pokles produktivity spojený s nebezpečím špatného zdravotního stavu se rovná přibližně 400 % nákladů na léčbu chronických chorob.
- V USA lidé s chronickými chorobami jsou příčinou více než 75 % nákladů na léčebnou péči dosahující 2 bilionů US\$.
- Protože hospodářské břemeno chronických chorob stále roste, mohlo by vytlačit peněžní prostředky potřebné na zlepšení jiných důležitých otázek, jako je např. vzdělání a infrastruktura, jak u průmyslově vyspělých, tak u vznikajících ekonomik.
- V zemích OECD jdou na prevenci jen 3 % výdajů na zdravotnictví (PriceWaterhouseCoopers LLP 2008)

Každý rok jsou přímé a nepřímé náklady na kouření v USA vyšší než 75 miliard \$ a na diabetes přes 130 miliard \$ (OXHA 2009a).

V roce 2007 způsobila diabetes přibližně 3,8 milionů úmrtí na celém světě, což je asi 6 % celkové světové mortality, stejně jako HIV/AIDS. Při použití údajů WHO o ročních ztrátách na životě na osobu umírající na diabetes to lze převést na více než 25 milionů let života ztracených každý rok. International Diabetes Federation (IDF) odhaduje, že ekvivalent dalších 23 milionů let života je ztraceno díky invaliditě a snížené kvalitě života způsobené komplikacemi diabetu, kterým se dá zabránit. Lidé s diabetem čelí vysokému riziku předčasné smrti zvláště v zemích, kde jednotlivci a rodiny musí sami hradit náklady na svou péči a léčbu.

**Rozdíly mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi**

Více než 80 % výdajů na zdravotnickou péči o diabetiky je v nejbohatších státech světa. V zemích se středním a nízkým příjmem je to 20 % výdajů, přitom právě v těchto zemích bude brzy žít 80 % lidí s diabetem. Obyvatelé USA s diabetem tvoří přibližně 8 % světové populace a spotřebují více než 50 % celosvětových výdajů na péči o diabetiky, zatímco Evropa odpovídá za spotřebu další čtvrtiny výdajů na péči o diabetiky. Zbývající průmyslově vyspělé země, jako je např. Austrálie a Japonsko, spotřebují převážnou část zbytku výdajů. V nejhudších státech světa se nespotřebuje ani tolik, aby se zajistily alespoň nejlevnější účinné léky proti diabetu.

### **Dramatický nárůst nákladů na léčebnou péči pro diabetiky**

Diabetes je nákladné onemocnění již před stanovením diagnózy jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích. Náklady jsou mnohem vyšší, než by musely být, protože se neinvestuje dostatek peněz na prevenci nákladných komplikací, jako jsou např. srdeční choroby, iktus, onemocnění ledvin a amputace. Náklady na léčbu jedince s diabetem, který má onemocnění ledvin v konečném stádiu, jsou 3x až 4x vyšší, než jsou náklady na jedince bez komplikací. V roce 2007 se celosvětově spotřebovalo na léčbu a prevenci diabetu a jeho komplikací odhadem nejméně 232 miliard US\$. Do roku 2025 to pravděpodobně přesáhne 302,5 miliard US\$ (IDFb).

## **3. KAPITOLA**

### **Strategie snižování rizika chronických chorob**

Tato kapitola se zaměřuje na prevenci chronických chorob. Zabývá se některými behaviorálními a biologickými rizikovými faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku nejobvyklejších chronických nemocí, tj. diabetu, kardiovaskulárních chorob, chorob cest dýchacích a některých druhů rakoviny, a uvádí řadu intervencí na snížení nebo zvládnutí těchto rizik.

### **Prevence chronického onemocnění**

Protože vlastní příčiny často leží vně sektoru zdravotnictví, strategie zaměřené na prevenci chronické nemoci vyžadují účast dalších sektorů, jako je např. zemědělství, finančnictví, obchod, transport, územní plánování, vzdělávání a sport. Politika všech sektorů musí být analyzována a seřízena tak, aby zajistila nejlepší možné zdravotní výsledky.

### **Snižování rizikových faktorů**

Až 80 % srdečních chorob, iktu a diabetu 2. typu a více než třetině různých druhů rakoviny lze zabránit eliminací nebo zvládnutím rizikových faktorů. Nejvýznamnějšími společnými behaviorálními rizikovými faktory jsou kouření, nezdravá strava, tělesná nečinnost a zdraví škodlivá konzumace alkoholu. Doprovodné biologické rizikové faktory zahrnují zvýšený krevní tlak, zvýšený cholesterol, zvýšenou hladinu cukru v krvi a nadváhu/obezitu.

Podle údajů Oxford Health Alliance (OXHA 2006) jsou rizikové faktory v rozvinutých zemích koncentrovány hlavně mezi chudými obyvateli, zatímco v rozvojových zemích se různé rizikové faktory mění podle různých sociálně-ekonomických skupin. Např. ve většině států s nízkými příjmy je kouření nejvíce rozšířeno mezi chudými. Pokud jde o obezitu, nezdravé návyky mají tendenci začínat u bohatých a šířit se mezi chudé v rámci státu. Zatímco údaje týkající se diabetu naznačují predominanci (převahu) mezi bohatými jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích, může to odrážet skutečnost, že chudší lidé se nezabývají stanovením diagnózy. U dalších indikátorů, jako je např. tělesná aktivita a angina (pectoris), je obraz různorodější.

Strategie snižování rizikových faktorů by měly podporovat metodu spolupráce, měly by směřovat ke zvyšování informovanosti, zajišťovat a podporovat realistické a cenově přístupné zdravé alternativy a měly by umožňovat, aby zdravé alternativy byly snadné alternativy.

### **Intervence**

Intervence zabývající se rizikovými faktory zahrnují primární a sekundární prevenci. Intervence primární prevence se provádějí před stanovením diagnózy nemoci a mohou se týkat jednotlivce, komunity nebo všeho obyvatelstva. Sekundární prevence zahrnuje klinický screening, např. kontroly krevního tlaku a testy na cholesterol, užívání léků, jako



jsou např. aspirin, statiny, beta-blokátory a inhibitory ACE, u těch obyvatel, u nichž je vysoké riziko chronických chorob nebo u nichž již chronické nemoci vypukly.

### **Individuální úroveň**

Lidé se rozhodují k účasti na různých aktivitách podporujících zdraví v různou dobu svého života a z různých důvodů, včetně toho, aby vypadali lépe, cítili se lépe nebo si udrželi zdraví. Jejich záměrem není vždy jen prevence chronického onemocnění, nicméně následující aktivity snižují riziko vzniku obvyklých chronických nemocí:

- přestat kouřit, v případě potřeby využít nikotinovou substituční terapii;
- pít alkohol odpovědně, nepřesáhnout maximální doporučené dávky;
- pravidelně cvičit nejméně tolik, kolik se rovná různé třicetiminutové chůzi třikrát týdně;
- udržovat si odpovídající hmotnost a BMI a jíst nejméně pětkrát denně čerstvé ovoce a zeleninu, snížit příjem soli a přejít na nenasycené tuky.

I pro ty jedince, kteří mají možnost, zdroje a motivaci ke snížení svého rizika vzniku chronické nemoci, může být udržování těchto aktivit, dokud se nestanou zcela nedílnou součástí každodenního života, obtížné. Sestry mohou být příkladem a podporovat rodinu a přátele, aby se k nim připojili v osvojení si zdravého způsobu života.

### **Komunitní úroveň**

Pro to, aby mohly být intervence na komunitní úrovni úspěšné, existuje celá řada významných faktorů, včetně účasti komunity, podpůrná místní politická rozhodnutí, mezioborová činnost a spolupráce s nevládními organizacemi, průmyslem a soukromým sektorem. Např. zdravé školy a pracoviště mohou mít významný vliv na zdraví dětí, rodin a zaměstnanců a mohou mít za následek větší nadšení, spoluúčast a zvýšenou produktivitu. Sestry mohou hrát významnou úlohu při podpoře těchto iniciativ tím, že povedou vzdělávací a informační kampaně; zajistí, aby myšlenka zdraví byla srozumitelná a důsledná; ovlivní politická rozhodnutí týkající se přístupu ke zdravým potravinám ve školách a na pracovištích; zajistí přístup ke zdravotnickým službám, jako je např. nutriční poradenství nebo kontroly tlaku krve; budou podporovat vytváření zdravého životního prostředí a poskytování zařízení pro tělesné aktivity; a vytvoří prostředí, v němž zdravé alternativy jsou snadné alternativy.

Community Interventions for Health (Komunitní intervence pro zdraví – OXHA 2009b) je celosvětový výzkumný program zaměřený na vytváření prostředí a politických koncepcí, které snižují vystavení účinku kouření, špatné stravy a nedostatku tělesné aktivity. Intervence zahrnují budování komunitní koalice, zdravotní osvětu, strukturální intervence a sociální marketingové strategie. Program se zavádí ve vysoce rizikových komunitách v rozvojových i rozvinutých zemích včetně Číny, Indie, Mexika, Tuniska, Izraele, Velké Británie a USA. Intervence jsou zaměřené na komunity, školy, pracoviště a zdravotní střediska. Předpokládá se, že program bude poskytovat:

- „mapu“ nejlepších praxe jako směrnici pro řešení rizikových faktorů chronických chorob
- komplexní mezinárodní databázi intervenčních procesů a výsledků
- výzkumné články zabývající se oblastí redukce rizikových faktorů a prevencí chronických nemocí.

Původní domorodí obyvatelé Severní Ameriky jsou neúměrně postiženi epidemií diabetu 2. typu s mírou výskytu, která se řadí k nejvyšším na světě. Členové arizonského indiánského kmene Pima měli údajně prevalenci u dospělých jedinců 50 %, což je nejvyšší výskyt, který byl kdy zaznamenán. Významnými rizikovými faktory jsou domorodá strava a nedostatek tělesného cvičení. Ukázalo se, že intervenční program zahrnující většinu členů ze dvou komunit a četné instituce je kulturně přijatelný a relevantní, a v současné době je provozována další činnost (Rosecrans a kol. 2008).

## **Společenská úroveň**

Změny na společenské úrovni zahrnují mezi jiným politické změny týkající se např. zdanění tabáku a alkoholu; návrhy zákonů týkajících se kouření a pití alkoholu; politické změny týkající se označování potravin, marketingu a výroby produktů. Změny v průmyslových procesech redukující nezdravé složky potravy – např. množství trans tuků nebo soli v potravinářských výrobcích – mohou mít značný vliv na lidskou stravu.

V Indii je doložena ročně třetina úmrtí spojených s tabákem ze tří milionů úmrtí na celém světě a zvýšil se rovněž výskyt prekancerózních lézí v ústech – které podle přesvědčení lékařů jsou způsobeny žvýkáním tabáku. Žvýkání tabáku je společensky přijatelné a je stále populárnější v celé Indii, zvláště mezi mladými. V minulém desetiletí byly některé druhy žvýkacího tabáku prodávány dětem ve věku šesti nebo sedmi let a užívány jimi (Joshi 2006). Rakovina ústní dutiny má inkubační dobu deset let, takže jsou obavy, že za několik let

zasáhne Indii rozsáhlá vlna onemocnění rakovinou ústní dutiny. Stát Goa schválil některé z nejprísnejších protitabákových zákonů na světě. Zákon státu Goa o zákazu kouření a plivání zakazuje kouření a plivání rozžvýkaného tabáku na veřejných místech, včetně autobusových zastávek, pláží a veřejné dopravy. Zakazuje veškerou reklamu na tabákové výrobky ve státě a prodej tabákových výrobků v dosahu 100 metrů od škol nebo modlitebních míst (BBC Worldservice).

## Otázky

Řešení rizikových faktorů chronických chorob vneslo mnoho otázek včetně efektivnosti nákladů, kulturních rozdílů, přístupu k informacím a informované (zasvěcené) rozhodování.

Náklady a dopad mnoha intervencí snižujících riziko jsou snadněji měřitelné na individuální úrovni než na úrovni komunitní a společenské. Nyní např. probíhá výzkum, který má určit relativní efektivnost nákladů obecné primární intervence ve srovnání se zaměřením na vysoce rizikové populace.

Existují kulturní rozdíly týkající se zdravého chování, individuální volby a odpovědnosti za podporu, udržování a management zdraví. Významné rozdíly se rovněž týkají vztahů mezi veřejností a zdravotníky, zvláště pokud jde o sdílení informací a rozhodování.

Přístup k přesným, relevantním, nezkráceným informacím a jejich využívání jsou důležité na všech úrovních – od jednotlivce přes zdravotníka až po politiky. Potřeba větší informovanosti je zřejmá v rozvojových zemích, kde je nízká informovanost o zdravotních následcích kouření, konzumace alkoholu, špatné stravy a tělesné nečinnosti. Iniciativa Health Information For All do roku 2015, na níž ICN participuje, směřuje k zajištění toho, aby každá osoba měla přístup k informovanému poskytovateli zdravotní péče (HIFA). Příkladem přínosu takovéto informovanosti je náhlá a trvalá redukce kouření, která nastala v USA po zveřejnění zprávy hlavního lékaře o zdravotních rizicích užívání tabáku (kouření) v roce 1964.

Otázka informovanosti však není tak jednoduchá, jak vypadá. Trvalo celá staletí, než byly obecně známy zdravotní účinky kouření, takže nemusí být k dispozici všechny nezbytné informace. Některé skupiny, včetně dětí, nemají schopnosti nebo kapacitu interpretovat nebo pochopit informace, proto je prodej jídla a pití dětem spornou otázkou. U dospělých se může vyskytovat skepse a nedůvěra v informace poskytované průmyslem, vládami a jinými stakeholdery.

Platí také, že znát zdravou alternativu je jedna věc, ale zvolit si zdravou alternativu je věc zcela jiná. Lidé se vždy nechovají racionálně a riskování je součástí normálního lidského

chování. I dobře informovaní lidé jí nezdravá jídla, kouří a pijí příliš mnoho alkoholu. Poskytování informací a zvyšování informovanosti je sice významný krok, ale sám o sobě nestačí ke změně chování nebo jednání. Aby mohly být informovány a vzdělávány celé populace, musí být zprávy týkající se zdraví soustavně přenášeny, pravidelně a různým způsobem posilovány.

Významnou úlohu při dosahování trvalých změn životního stylu a prevence chronických chorob hraje psychosociální, motivační a behaviorální podpora, např. stanovení cílů a řešení problémů (Fekete a kol. 2007; Whittemore a kol. 2009; Lindstrom a kol. 2008). Odhadem může být zabráněno výskytu až 80 % chronických nemocí, sestry mají tedy důležitou pozici pro to, aby byly celosvětovým přínosem při prevenci chronických chorob.

## **Prevence diabetu 2. typu**

Primární prevence identifikuje a chrání jedince, u nichž je nebezpečí vzniku diabetu 2. typu, a snižuje jak potřebu diabetické péče, tak potřebu léčby komplikací spojených s diabetem. Při prevenci diabetu 2. typu jsou významným cílem změny životního stylu zaměřené na kontrolu hmotnosti a zvýšenou tělesnou aktivitu.

Sekundární prevence zahrnuje včasnou detekci a prevenci komplikací, a tím snížení potřeby léčby. Kroky podniknuté na začátku rozvoje diabetu jsou účinnější, pokud jde o kvalitu života, a efektivnější, pokud jde o náklady, zvláště tehdy, když tyto kroky mohou zabránit hospitalizaci. Existují nyní evidentní důkazy, že dobrá kontrola hladiny krevní glukózy může podstatně snížit riziko vzniku komplikací a zpomalit jejich postup u všech druhů diabetu. Stejně tak důležitý je management vysokého krevního tlaku a zvýšených krevních lipidů (tuků) (IDFc). Podle současné studie v USA může být regrese z pre-diabetu k normální regulaci glukózy dosaženo hmotnostním úbytkem a intenzivní úpravou životního stylu (Perreault a kol. 2009).

## **4. KAPITOLA**

### **Management péče o chronicky nemocné, přínosy a kompetence sester**

Tato část se zamýšlí nad péčí a managementem chronických stavů, pokud jde o různé modely péče o chronicky nemocné. Je vyzdvižen přínos sester k managementu péče o

chronicky nemocné a je poukázáno na kompetence vyžadované sestrami v celém rozsahu a v celé délce trvání péče o chronicky nemocné.

### **Modely managementu péče o chronicky nemocné**

Na jednotlivé chronické choroby se již nepohlíží izolovaně, protože je stále více lidí postiženo více než jednou nemocí, např. diabetem a kardiovaskulárním onemocněním. Nároky, které kladou běžné chronické choroby na pacienty, rodiny a celý zdravotnický systém, jsou podobné. Srovnatelné strategie managementu jsou vlastně účinné u všech chronických chorob, což je činí, zdá se, více podobnými než rozdílnými.

Pacienti s chronickými zdravotními potížemi potřebují vysokou úroveň podpory v rámci svých komunit, aby si mohli udržet co nejdéle svůj zdravotní stav na co nejlepší úrovni, stejně jako funkce svého organismu. Potřebují dovednosti sebepéče pro zvládnání problémů ve svých domovech, spojené s proaktivní, integrovanou, plánovanou péčí a managementem, které předvídají jejich potřeby, takže jakákoliv změna nebo zhoršení jejich stavu mohou být rychle vyřešeny - dříve, než se situace stane akutní.

Modely péče o chronicky nemocné se používají a upravují v různých státech. Sestry jsou na prvním místě ve vedení a podpoře vhodných modelů péče o chronicky nemocné. Na obrázcích č. 1 a 2 jsou charakterizovány jako příklady dva modely, model péče o chronicky nemocné (CCM) a rámec WHO pro inovaci péče o chronicky nemocné (WHO Innovative Care for Chronic Conditions Framework – ICCF).

### **Model péče o chronicky nemocné (CCM)**

Podstatou koncepce CCM je vztah mezi „informovaným, aktivovaným pacientem a připravenými, proaktivními poskytovateli zdravotní péče“. To znamená, že „pacient je motivovaný, má informace, dovednosti a odvahu dělat účinná rozhodnutí týkající se jeho zdraví a zvládat je, a že poskytovatel zdravotní péče má nezbytné informace o pacientovi, podporu pro rozhodování a zdroje pro kvalitní péči.“ (Improving Chronic Illness Care 2004). Model je založen na šesti navzájem propojených prvcích a přidružených činnostech identifikovaných níže. Ve všech těchto prvcích a aktivitách hrají hlavní roli sestry na celém světě.

**Obrázek č. 1: Model péče o chronicky nemocné (CCM)**

<b>Prvek</b>	<b>Aktivita/Přínos</b>
Vztah pacient – poskytovatel zdravotní péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zapojit pacienty jako aktivní partnery v managementu jejich zdravotního stavu</li> <li>- poskytovat informace a vzdělávání pro pacienty, pečovatele, rodiny a širší veřejnost</li> <li>- usnadnit pacientovi sebedpěči a management</li> <li>- vytvořit dlouhodobé vztahy s pacienty a pečovateli, uznat, že pacienti, pečovatelé i rodiny mohou být většími odborníky než praktický lékař, pokud jde o novinky a možnosti léčby, a že mohou být zdrojem nových informací pro sestru i lékaře</li> </ul>
Návrh systému poskytování péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>- být v čele prevence, screeningu, hodnocení, diagnostiky</li> <li>- přejít z reaktivní péče na péči plánovanou a na dlouhodobý proaktivní follow-up</li> <li>- používat týmový přístup a kolektivní praxi</li> <li>- kontrolovat rizikové skupiny</li> <li>- péči o pacienty koordinovat s celkovými potřebami</li> <li>- plánovat a poskytovat péči, které pacienti rozumí a která je v souladu s jejich kulturou</li> </ul>
Podpora rozhodování	<ul style="list-style-type: none"> <li>- systematicky využívat hodnotících a diagnostických nástrojů</li> <li>- používat protokoly založené na důkazech a směrnice klinické praxe k řízení intervencí a sdílet je s pacienty</li> <li>- koordinovat odesílání pacientů ke specialistům integrovaným do týmu</li> </ul>
Informační systémy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- komunikovat účinně a zacházet vhodně s informacemi</li> <li>- používat nové technologie</li> <li>- upozorňovat na směrnice pro praxi a zpětnou vazbu včetně využívání registru pacientů</li> <li>- monitorovat a hodnotit péči a léčbu</li> <li>- zaměřit se na zlepšování kvality</li> </ul>
Komunitní zdroje	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vytvořit silné spojení s komunitními agenturami, které podporují sociální integraci a zdravý způsob života, za účelem podpory nebo tvorby programů</li> <li>- vědět, co funguje v určitých kulturách nebo komunitách</li> <li>- povzbuzovat pacienty k účasti na účinných programech</li> <li>- zvýšit své postavení v rámci veřejnosti, nezdravotnického personálu a v jiných sektorech</li> </ul>
Organizace zdravotní péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>- podporovat strategický rozvoj infrastruktury plánované péče</li> <li>- přijmout vhodné vedoucí úlohy v rámci jednotlivých organizací i napříč organizacemi</li> <li>- vytvořit dohody o koordinaci péče</li> <li>- využívat finanční zdroje a hospodařit s nimi rentabilně</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- přispívat k vytváření politiky, plánování a managementu služeb</li> <li>- propagovat efektivní inovační strategie</li> <li>- zajistit, aby odměny byly založeny na kvalitě péče</li> </ul>
--	---

### **Rámec WHO pro inovaci péče o chronicky nemocné (ICCC)**

Rámec WHO pro inovaci péče o chronicky nemocné (ICCC) je založen na přesvědčení, že pozitivních výsledků v péči o chronické zdravotní problémy lze dosáhnout jen v podmínkách spolupráce připravených, informovaných a motivovaných pacientů, rodin, zdravotnických týmů a těch, kdo podporují komunity (WHO 2002).

Rámec je podložen těmito klíčovými principy:

- rozhodováním založeným na důkazech
- zaměřením na populaci
- zaměřením na prevenci
- zaměřením na kvalitu
- integrací
- flexibilitou/přizpůsobivostí.

Rámec obsahuje základní složky neboli „stavební kameny“, které mohou být použity k vytvoření nebo přepracování systému zdravotnictví, který pak může účinněji zvládat dlouhodobé zdravotní problémy. Sestrám jejich pozice umožňuje být komplexním a efektivním přínosem v každé z těchto složek a zajistit tak vhodnou a účinnou péči a management chronických zdravotních problémů podle místní situace a dostupných zdrojů.

### **Obrázek č. 2: Rámec WHO pro inovaci péče o chronicky nemocné (ICCC)**

<b>Stavební kameny</b>	
<b>Organizace zdravotní péče</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- podporovat samostatné zvládání nemoci (self-managementu) a prevenci</li> <li>- organizovat a vybavovat týmy zdravotníků</li> <li>- využívat informační systémy</li> <li>- propagovat kontinuitu a koordinaci</li> <li>- podporovat kvalitní péči svým vedením a odměnami</li> </ul>
<b>Komunita</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mobilizovat a koordinovat zdroje</li> <li>- poskytovat komplementární služby</li> <li>- podněcovat k lepším výsledkům svým vedením a podporou</li> </ul>

	- zvyšovat informovanost s snižovat stigma
<b>Politické prostředí</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- posilovat partnerství</li> <li>- rozvíjet a přidělovat lidské zdroje</li> <li>- poskytovat vedení a advokaci</li> <li>- integrovat politiku</li> <li>- propagovat konzistentní financování</li> <li>- podporovat legislativní rámce</li> </ul>

## **Přínos sester**

Ústřední téma obou těchto modelů je zaměření na informované, motivované pacienty, rodiny a komunity podporované informovaným a motivovaným týmem spolupracujících zdravotníků. Sestry vždy stály a stojí v čele praxe, pokud jde o poskytování informací a vzdělávání pacientů, vytváření vztahů s pacienty, pečovateli a komunitami, poskytování kontinuální péče, používání technologie k prosazení pokroku v poskytování péče (ICN 2007), podporu zachování dlouhodobé léčby a propagaci kolektivní práce v praxi (ICN 2004).

Model péče o chronicky nemocné byl vytvořen v USA a zaváděn do praxe hlavně lékaři, avšak Bodenheimer, lékař, konstatuje, že „zdravotnická literatura a zkušenosti mnohých při zlepšování péče o chronicky nemocné ukazují, že sestry, ne doktoři, jsou klíčem k implementaci modelu péče o chronicky nemocné v zdravotnickém týmu zaměřeném na pacienta“. (Bischoff a kol. 2009)

„Mnoho pozitivních výsledků, jak je zřejmé z plánovaných návštěv sester, může být dosaženo díky lepší komunikaci s pacienty. Zdá se, že sestry jsou zvláště způsobilé pro týmovou práci a jsou schopny vytvořit možná prospěšnější interakci s pacienty (než lékaři). Sestry by tedy měly být dobře připraveny na převzetí úkolu vyřešení celosvětové epidemie chronických chorob (Bischoff a kol. 2009)“.

## **Kompetence**

Ať je používán kterýkoliv model péče o chronicky nemocné, jsou sestry důležité a musí mít znalosti, dovednosti a vlastnosti, které by jim umožňovaly přispívat podle svých nejlepších možností. Je zapotřebí vzdělávání a praktické vzdělávací programy, které vybaví sestry a další zdravotníky pro řešení stále se měnícího břemene nemocí. Typ požadovaného teoretického i praktického vzdělávání vede k multidisciplinárnímu a interdisciplinárnímu učení. Musí být používán rentabilní a pragmatický přístup, který zajistí, aby byla vhodná, cenově přístupná



celková péče dostupná všem pacientům s chronickými nemocemi spolu s přístupem ke specializované péči a managementu v případě potřeby (ICN 2008).

Rámec kontinua ošetrovatelské péče a kompetencí ICN staví na Rámci kompetencí ICN pro všeobecnou sestru a poskytuje důkladný rámec pro zajištění rozvoje vhodných znalostí, dovedností a vlastností nebo kompetencí v celém kontinuu ošetrovatelské péče (ICN 2008). Vždy je problémem určit společné prvky v péči a managementu chronických stavů a nemocí, které by měly být aplikovány v celém kontinuu péče, a specifické specializované znalosti týkající se komorbidit a složitých situací. Hranice praxe specialistů budou stanoveny na lokální a celostátní úrovni, aby mohly být co nejlépe využity dostupné zdroje za účelem splnění požadavků na zdravotní péči u místních populací. ICN poskytuje rámec kompetencí pro sestry pracující v rolích klinických specialistů (ICN 2009).

Kompetence vyžadované sestrami k prevenci a zvládnutí chronických nemocí zahrnují tyto body (ICN 2008):

- Účast na aktivitách týkajících se zlepšování přístupu k okruhu služeb požadovaných pro efektivní zdravotnické služby (registrovaná sestra).
- Respektování klientova práva na informace, volbu a rozhodování o sobě při ošetrovatelské a zdravotní péči (registrovaná sestra a sestra specialista).
- Názorná demonstrace profesionální integrity, bezúhonnosti a etického chování jako reakce na průmyslové marketingové strategie při předepisování léků a jiných produktů (sestra specialista a sestra s vyššími kompetencemi – advanced practice nurse).
- Zdroj informací a vzdělání pro klienty snažící se o zlepšení životního stylu, přejímání preventivních opatření týkajících se nemoci/úrazu a vyrovnání se se změnami zdraví, s invaliditou a smrtí (registrovaná sestra).
- Rozpoznání příležitosti a poskytování vedení/vzdělání jednotlivcům, rodinám a komunitám za účelem podpory přijetí opatření týkajících se prevence nemocí a udržování zdravého životního stylu (registrovaná sestra a sestra specialista).
- Výběr výukových/učebních strategií vhodných pro potřeby a vlastnosti jednotlivce nebo skupiny (registrovaná sestra a sestra specialista).
- Spolupráce s jinými profesionály, komunitami a odbornými zájmovými skupinami v aktivitách zaměřených na snížení nemocnosti a na propagaci zdravého životního stylu a prostředí v oblastech významných pro odbornou praxi (sestra specialista).
- Začlenění perspektivy, která bere v úvahu četné determinanty zdraví, do praxe (registrovaná sestra a sestra specialista).

- Spolupráce s jinými profesionály v rámci zdravotní péče za účelem podpory zdokonalování ošetrovatelských a dalších zdravotnických služeb hodnocených klienty (registrovaná sestra).

## **Management chronické nemoci**

Sestry hrají vedoucí úlohu v managementu chronických nemocí ve stále větší míře. Někde se tak děje, protože nikdo jiný není k dispozici, jakožto výsledek narůstajícího počtu lidí vyžadujících péče. Jinde je zavedení sester specialistek a sester s vyšší klinickou praxí (advanced clinical nurses) strategickou reakcí na identifikovanou potřebu. Ve Velké Británii byly sestry specialistky pro péči o pacienty s diabetem mellitem mezi prvními skupinami sester, které na sebe vzaly další, rozsáhlejší povinnosti v managementu péče.

## **Management diabetu 2. typu**

Národní směrnice pro management diabetu 2. typu v primární a sekundární péči ve Velké Británii byly v roce 2008 revidovány a aktualizovány na základě nejlepších dostupných systematických analýz (NCC-CC 2008; Bannister 2008). Podobné směrnice jsou k dispozici i v jiných zemích a z těchto směrnic je zřejmé, že sestry v mnoha státech jsou v postavení, které jim umožňuje přebírat odpovědnost za management a péči o pacienty s diabetem.

**Péče orientovaná na pacienta:** veškerá péče by měla brát v úvahu potřeby a preference jednotlivých pacientů. Nezbytně nutná je dobrá komunikace, která umožňuje pacientům dělat informovaná rozhodnutí, podporovaná přístupem k informacím založeným na důkazech i přístupem k edukaci.

**Edukace pacientů:** směrnice doporučují, aby byla všem pacientům při stanovení diagnózy poskytnuta strukturovaná edukace. I když na základě důkazů je skupinová edukace lepší, měla by být nabídnuta alternativa pacientům, kteří se jí nemohou nebo nechtějí zúčastnit. Edukace by měla být založena na důkazech a splňovat potřeby jednotlivce. Měla by mít strukturované kurikulum, měla by být poskytována vyškolenými edukátory, měla by být zajištěna její kvalita a její pravidelné audity. Edukační přehled by měl tvořit součást všech ročních přehledů pacienta a přístup ke každoročním aktualizacím je důležitou složkou trvalé péče. Do této stálé péče o každého pacienta by měla být včleněna edukace poskytnutá formou strukturovaných edukačních programů. Je proto nesmírně důležité, aby všichni zdravotníci

zabývající se poskytováním péče o diabetické pacienty byli obeznámeni s obsahem, klíčovými tématy a nástroji sebez péče používanými v lokálním programu.

**Dietetické poradenství:** doporučení týkající se výživy se soustřeďují na zásady zdravé stravy, speciálně zaměřené na optimální ochranu před rizikem kardiovaskulárních nemocí. Měly by být doporučovány tyto potraviny: ovoce, zelenina, celozrnné obiloviny a luštěniny, nízkotučné mléčné výrobky a tučné ryby. Měl by být kontrolován příjem potravin obsahujících nasycené nebo trans mastné kyseliny a měl by být podporován prodej potravin určených speciálně pro jedince s diabetem.

**Krevní tlak:** doporučený cílový krevní tlak pro veškerou populaci s diabetem 2. typu je <140/80 mmHG, i když pro jedince s poškozenými ledvinami, očima nebo s cerebrovaskulárním poškozením je doporučován přísnější cíl <130/80 mmHg. Jako počáteční intervence je doporučováno poradenství týkající se zdravějšího životního stylu, je-li však neúspěšné v dosažení schválené cílové hladiny, je doporučována léčba ACE inhibitory titrovaná na maximální tolerovanou dávku. Speciální péče však musí být věnována ženám, které mohou otěhotnět – protože pro tuto skupinu je doporučováno zavedení blokátoru kalciového kanálu. Působení léčby musí být pravidelně kontrolováno, aby se zajistil optimální management a vhodná titrace dávky.

**Řízení hladiny glukózy:** všeobecně se doporučuje cíl HbA1c 6,5 %, zvláště ve vztahu ke snížení mikrovaskulárního rizika. Mezi jednotlivci se to však velmi liší - v závislosti na kvalitě života, která by mohla být obětována pro dosažení cíle, rozsah vedlejších účinků a zdroje dostupné pro management. U pacientů, kteří se snaží dosáhnout cíle HbA1c blížícího se 6,5 %, je důležité zdůrazňovat, že jakékoliv snížení HbA1c směrem k dohodnutému cíli je prospěšné. Při zavedení léčby, která přináší riziko hypoglykémie, by měla být vyžadována poněkud vyšší cílová hladina, aby se hypoglykémie minimalizovala. Nedoporučuje se agresivní léčba HbA1c pod 6,5 %.

**Sledování hladiny glykémie samotnými pacienty (self-monitoring):** všem nově diagnostikovaným pacientům by mělo být navrženo, aby si sami sledovali svou hladinu glukózy v krvi jako součást jejich edukace týkající se sebeléčby. Ne všichni pacienti si budou chtít sledovat svou hladinu glukózy v krvi. Musí být stanoven účel sledování a musí být k dispozici edukace týkající se interpretace výsledků a možného jednání k vyřešení změn. Pacienti se mohou rozhodnout, že si sami nebudou sledovat svoji hladinu glukózy v krvi, ale ti, kteří se rozhodnou pro své vlastní sledování, by měli být podporováni. Po jejich rozhodnutí o vlastním monitorování by nejméně jedenkrát ročně měl být kontrolován užitek a účinek monitoringu.

**Řízení hladiny lipidů:** většina pacientů s diabetem 2. typu je považována za pacienty s vysokým kardiovaskulárním rizikem. U pacientů starších 40 let je indikována léčba statiny. Někteří pacienti mladší než 40 let jsou vysoce rizikováni podle identifikace konvenčních rizikových faktorů – u těchto pacientů je rovněž indikována léčba statiny. Vysoce rizikové faktory pro jedince mladší než 40 let jsou metabolický syndrom, bohatá rodinná anamnéza, etnický původ a prokázané mikrovaskulární poškození.

## 5. KAPITOLA

### Sesterské inovace v péči o chronicky nemocné

Inovace ve zdravotní péči o chronicky nemocné znamená zavádění nových myšlenek, metod nebo programů, které mají změnit způsob prevence a léčby chronických nemocí (WHO 2002). Inovace není v ošetrovatelské profesi cizím pojmem. Na celém světě se sestry angažují v inovačních aktivitách každý den; tyto aktivity jsou motivovány touhou zlepšit výsledky péče o pacienta a potřebou snížit náklady ve zdravotnictví. Výsledkem mnoha iniciativ byla významná zlepšení zdraví pacientů, populací i zdravotnických systémů (ICN Innovations Database).

Sestrám umožňuje jejich postavení zajišťovat kreativní a inovační řešení problémů chronických nemocí a skutečně změnit každodenní životy pacientů, rodin a komunit. ICN je pověřena podporou a šířením inovací v ošetrovatelství a vydáváním ICN Innovations Database, internetového zdroje pomáhajícího šířit sesterské inovace po celém světě <http://www.icn.ch/innovations/>. Kromě toho ICN vybrala jako téma pro Mezinárodní den sester 2009 „Poskytování kvality, služba komunitám, sestry v čele inovací v oblasti péče“. Jak již bylo uvedeno ve 4. kapitole, péče o chronicky nemocné vyžaduje změnu ve vztazích mezi sestrami, pacienty a komunitami, stejně jako změnu ve vztazích a způsobech práce v ošetrovatelském týmu. Technický pokrok je základem většiny inovací v péči a léčbě chronických nemocí, pokud jde o informační a komunikační technologii, stejně jako o zavádění nových výrobků a postupů. Účinné využití techniky a technologie mění a popírá tradiční pracovní postupy a vyžaduje flexibilitu v řešení a poskytování zdravotnických a ošetrovatelských služeb. Sestry jsou často v čele formování a propagace takovýchto změn.

**Jižní Korea:** klíčem k prevenci komplikací u diabetu 2. typu je udržování hladiny cukru v krvi co možná nejbližší k normálu. Podle jihokorejské studie pomáhá SMS z mobilního

telefonu sestry pacientům dosáhnout lepší kontroly jejich hladin krevní glukózy. V řízeném pokusu posílali pacienti pomocí internetu nebo SMS každý týden hodnoty hladiny krevního cukru, které si sami naměřili, a informace o lécích. Data byla interpretována ve světle osobních zdravotních záznamů jednotlivce a byly posílány rady týkající se např. diety, cvičení nebo léků, např. „nedostatek tělesného cvičení může být příčinou zvýšené hladiny cukru“ nebo „ zkontrolujte si prosím množství jídla“. Tento pravidelný kontakt a zpětná vazba zřejmě motivovaly pacienty, aby si kontrolovali hladiny cukru. U pacientů, kteří byli motivováni prováděním self-monitoringu ukazatelů dlouhodobé kompenzace diabetu (glykosylovaný hemoglobin HbA1c), došlo k příznivému poklesu tohoto ukazatele. (Hee-Seung a kol. 2007).

**Surinam:** sestry dětského oddělení v nemocnici Diakonessenhuis v Surinamu, inspirovány tématem IND na rok 2009 „Sestry v čele inovací v oblasti péče“, se postavily do čela zlepšování péče o děti s chronickými nemocemi. Dětské oddělení je částí soukromé nemocnice s 216 lůžky v hlavním městě Surinamu. I když počet pacientů s chronickými chorobami, kteří jsou hospitalizováni, je nízký, frekvence příjmů je vysoká. Sestry přiznávají, že úroveň psychologické péče dostupné pro rodiče a sourozence pacientů je neadekvátní, a proto vytvořily program poskytování odborného vedení a podpory na pomoc rodinám, aby se mohly vyrovnat s účinky chronických nemocí. Byl navržen multidisciplinární program s použitím modelu péče o chronicky nemocné popsaného ve čtvrté kapitole. Očekávané výsledky zahrnují snížení počtu přijatých pacientů o 40 %, což má za následek zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin a méně absencí ve škole jako výsledku snížení příjmů do nemocniční péče a návštěv v ambulantní klinické péči (Suriname Nurses Association).

**Finsko:** bylo dokázáno, že víceborová facilitace a učení jsou účinné při implementaci směrnic, zlepšování víceborové spolupráce a při sdílení povinností a úkolů, stejně jako při formulování preventivních aktivit a při odpovídajícím řízení zdrojů. Vedlo to ke zlepšení péče a managementu pacientů s diabetem, hypertenzí a dyslipidemií (Sipla a kol. 2008).

**USA:** mezi iniciativami v databázi ICN Innovations Database je cyklus Management životního stylu pro ženy, vytvořený oddělením pro zdravotní edukaci pacientů (PHE) léčebného centra Dayton Veterans Affairs Medical Centre (DVAMC). Byl vytvořen a realizován pětitýdenní inovační didaktický a experimentální program holistického managementu životního stylu pro ženy. Témata zahrnovala stress management, management/udržování hmotnosti, výživu, cvičení a strategie sebepečce. Program se

zaměřuje na zdravé ženy – veteránky - a ty ženy, které jsou více ohroženy vznikem problémů spojených s vojenskou službou, obezitou, hypertenzí, diabetem, osteoporózou a rakovinou. Primárním cílem tohoto multidisciplinárního programu je propagace strategií udržování zdraví (péče o zdraví) a prevence nemocí nebo progresu nemocí. Program vedl účastníky k identifikaci a snížení osobních rizikových faktorů spojených se vznikem nebo progresí nemoci a zlepšil jejich informovanost o významu preventivních prohlídek. Někteří účastníci se pak zapsali do intenzivnějších podpůrných programů, které jim mají pomoci změnit jejich chování za účelem prevence progresu nemoci a pozornějšího zaměření se na udržování svého zdraví. Na konci výukového cyklu odcházeli účastníci se znalostmi, které jim pomohou udržet si dobré zdraví a předcházet nemocem tím, že si sami zvolí lepší životní styl.

**Jižní Afrika:** v nemocnici McCord Hospital byl zaveden program týkající se pracovišť a řešící problémy chronických nemocí, včetně nadváhy a kouření sester. Program byl společným úsilím Demokratické ošetrovatelské organizace Jižní Afriky (Democratic Nursing Organization of South Africa – DENOSA), ICN a Oxfordské aliance zdravotníků (Oxford Health Alliance) a byl veden lokálně sestrou (Nurse Practitioner) Honey Alleovou. Program byl postaven na principech partnerství a angažovanosti, byl založen na sdílených cílech a potvrzoval, že „být zdravý“ znamená různé věci pro různé lidi, v závislosti na faktorech včetně věku, společensko-ekonomickém postavení a na kultuře. Lokální program zahrnoval zdokonalenou organizační politiku, která včleňovala principy péče o pečovatele a zaměřovala se na zdraví a wellness; poskytování možnosti výběru zdravého jídla k obědu; hodiny tělesného cvičení a různé asistenční kluby; zdravotní prohlídky, řízení tělesné hmotnosti a poskytování nikotinových náplastí na pomoc účastníkům, kteří se chtějí odnaučit kouřit. Byly sdíleny poznatky, dovednosti i zkušenosti, stejně jako příběhy úspěchu i překážek. Program byl úspěšný v informování, edukaci a podpoře sester při zlepšování jejich vlastního zdraví. Výsledky k dnešnímu datu ukazují, že významný počet sester zhubl, zlepšil management svých vlastních chronických nemocí, využil zdravotních prohlídek a přestal kouřit. ICN a její partneři jsou aktivní v podpoře jiných národních asociací sester a přejí si zavádět podobné akce pro zlepšování zdraví sester, jejich rodin, pracovišť, škol a místních komunit.

**Tchaj-wan:** sestry na Tchaj-wanu čelí problému nedodržování analgetického režimu pacientů s rakovinou, kteří jsou doma, a aby pochopily percepci týkající se analgetik, vedly studii používající formulář „Barrier Questionnaire-Taiwan“ – BQT). Chtěly získat



údaje o skutečné percepci analgetik pacienti a k tomu použily Moriskyho test dodržování lékového režimu, kdy pacienti hodnotili sebe při užívání analgetik.

Studie ukázala, že pacienti měli o analgetikách mylné představy. Aby se tyto mylné představy vysvětlily, byla pacientům a jejich rodinám poskytnuta edukační příručka o bolesti. Obsah příručky obsahoval objasnění fatalismu, přání být dobrým pacientem, vedlejší účinky léků, závislost, progresi nemocí a další.

Sestry také často pacientům vysvětlovaly předpisy analgetik, včetně používaných účinných léčiv, tvaru léků, účinnosti, možných vedlejších účinků a způsobu podání. Zdůrazňovaly pacientům význam včasného užívání analgetik a v souladu s předpisem, aby byla účinně tišena bolest.

Na každé své zpáteční návštěvě shromažďovaly sestry informace o tom, jak pacienti analgetika vnímají, o skutečně pocíťovaném účinku a vedlejších účincích jako reference pro doktory a jako základ pro úpravu preskripce. Sestry vyzvaly rodiny k účasti na edukaci týkající se zákroků, které mají přinést úlevu od bolesti, napomáhaly pozitivní komunikaci mezi pacienty a lékaři a vyjadřovaly odborný zájem o pacientovy problémy s bolestí. Pacienti byli vyzýváni, aby sdíleli informace o své bolesti, stejně jako o své reakci na léky.

Po měsíci edukace a konzultací se bariéry v užívání analgetik u pacientů a jejich rodin významně snížily. U pacientů se rovněž pozoruhodně zvýšilo dodržování užívání léků podle předpisu. Pacienti oznamovali významně nižší hladiny intenzity bolesti a negativního ovlivňování každodenního života bolestí (Taiwan Nurses Association).

**Velká Británie:** sestra Anita Plummerová získala ocenění za svou práci při vytváření sestrami vedeného programu managementu hmotnosti pro pacienty s chronickými chorobami. V roce 2006 rozpoznala oblast nenaplněných potřeb, když audit BMI odhalil, že výskyt obezity byl vyšší než národní průměr. Jeden ze čtyř pacientů byl klasifikován jako obézní a dva ze tří pacientů jako buď mající nadváhu nebo obézní. Celkově 605 z 1061 pacientů ve věku 18 – 75 let s dlouhodobou nemocí (koronárním onemocněním srdce, diabetem a hypertenzí) mělo BMI vyšší než 28. Protože zdroje byly omezené, rozhodla se Plummerová dát přednost pomoci obézním pacientům a pacientům s nadváhou a s dlouhodobou chorobou řídit si svou hmotnost. Navrhla edukační program, schůzky týkající se managementu hmotnosti a zdravotní procházky, z nichž vše se ukázalo být populární a účinné (Robinson 2007).

**Spojené arabské emiráty:** asociace sester The Emirates Nursing Association (ENA) je pověřena plněním aktivní úlohy ve zlepšování zdravotnických standardů tím, že se

zapojuje do edukace a rozšiřování znalostí o chronických chorobách, zvláště o diabetu a hypertenzi. ENA s podporou MOH zahájila kampaň informovanosti o zdraví za účelem edukace lidí o zdravých praktikách půstu během měsíce ramadanu. Informační kampaň byla určena k pokrytí celých emirátů do Abu Dhabi do Fujeirahu. Přístup byl multidisciplinární, kdy sestry působily ve spolupráci s pacientem, rodinou, lékaři a dalšími příslušnými poskytovateli zdravotní péče. Služby v rámci kampaně poskytované veřejnosti zahrnovaly měření tlaku krve a hladiny cukru v krvi, distribuci zdravotnických informačních letáků a brožur a edukaci pacientů a jejich blízkých ve vytvoření zdravých návyků a v zabránění dlouhodobým komplikacím. Další služby zahrnovaly individuální poradenství a edukaci mladých lidí a jejich rodin o obecných tématech zdravého způsobu života, jako je např. strava, cvičení, psychosociální podpora a společenské aktivity. V době psaní této zprávy oslovila tato kampaň přibližně 10 000 lidí. Úspěch tohoto projektu byl připisován podpoře poskytované od MOH, zapojení sester dobrovolnic a participaci široké veřejnosti (Emirates Nursing Association).

## **6. KAPITOLA**

### **Úloha národních asociací sester při snižování rizika a zlepšování péče o chronicky nemocné**

Řešení problému prevence a léčby chronických nemocí vyžaduje od národních asociací sester odvalu a ambice. Je to způsobeno četnými konkurenčními a urgentními prioritami, z nichž mnohé mají zřetelnější a okamžitější dopad než dlouhodobá prevence nemocí a podpora zdraví. Je však bezpodmínečně nutné, nejen kvůli stávajícím pacientům, ale kvůli jejich rodinám, komunitám a budoucím generacím, aby národní asociace sester poskytovaly vedení pro ošetrovatelskou profesi.

Národní asociace sester mají výhodnou pozici pro informování, zaangažování a zplnomocnění sester na všech úrovních pro práci s širokým okruhem stakeholderů včetně komunit, zaměstnavatelů, partnerů, politických činitelů, škol, pacientů a rodin na zastavení přílivu chronických chorob a na zajištění toho, aby všichni pacienti s chronickými nemocemi dostávali péči, ošetření a léčbu nutnou k podpoře jejich tělesné i duševní pohody a k zajištění nejlepších možných zdravotních výsledků.

Každá asociace musí zvážit množství faktorů při rozhodování o tom, které intervence jsou vhodné pro její situaci, včetně kapacity pro implementaci, přijatelnosti a komunitní a



politické podpory. Výběr malého množství aktivit a jejich úspěšná realizace bude mít pravděpodobně větší význam než zahájení většího počtu aktivit a jejich namátková realizace.

## **Diseminace informací a advokace**

Postavení národních asociací sester jim umožňuje šířit informace a klíčová sdělení o chronických chorobách jednotlivcům, komunitám a politikům. K větší informovanosti a k ovlivnění chování je zapotřebí široká distribuce srozumitelných informací založených na důkazech a týkajících se chronických nemocí. Sdílení informací o vládní politice týkající se chronických chorob je rovněž nutné pro podporu veřejné debaty, podnícení advokace a zajištění toho, že chronické nemoci budou prioritou na programu jednání o veřejném zdraví.

Národní asociace mohou:

- zveřejňovat klíčové informace, fakta a čísla týkající se chronických zdravotních potíží ve svých proslovech a tiskových zprávách
- rozšiřovat informace o chronických chorobách ve školách, na pracovištích, ve zdravotnických střediscích a v komunitních centrech
- organizovat celostátní kampaně a akce na zvýšení informovanosti o prevenci a léčbě chronických chorob
- zvýšit prioritu prevence a léčbu chronických zdravotních problémů na programech jednání důležitých diskusních setkání a schůzí
- oslavovat úspěchy sester v oblasti inovace na poli péče o chronicky nemocné a uvádět práce sester v publikacích, na internetových stránkách, konferencích apod.
- napomáhat spolupráci s jinými asociacemi zdravotnických pracovníků, s ministerstvy zdravotnictví a dalšími relevantními sektory a stakeholdery
- spolupracovat s ministerstvy zdravotnictví na ovlivňování národního zdraví a dalších příslušných oblastí veřejné politiky
- lobovat za legislativu a řízení, které podporují a umožňují přínosy sester v péči o chronicky nemocné
- lobovat za vyvážený přístup k preventivním, podpůrným, léčebným a rehabilitačním službám
- poskytovat fórum pro dialog a správné pochopení změn a problémů
- prosazovat zdraví ohrožených populací
- rozšiřovat důkazy o nejlepší praxi
- lobovat u zaměstnavatelů, aby zajistili zdravé pracovní prostředí.

## **Asociace v čele aktivizace členské základny**

Národní asociace mohou spolupracovat s advokačními skupinami a dalšími čelnými představiteli komunit na:

- organizování kampaní a akcí členské základny, např. každoročních dnů zdraví, které mohou být využity ke zvýšení informovanosti o rizicích chronických chorob, o jejich prevenci a léčbě
- podpoře akcí a činností týkajících se chronických chorob na místní úrovni
- podpoře inovačních postupů v zajišťování zdravotně nezávadných škol a pracovišť a spolupráci s dalšími klíčovými hráči
- podpoře místních zástupců národních asociací sester v jejich angažovanosti v místních komunitách, hovory s místními médii, se sousedy, přáteli apod. o výhodách zdravého životního stylu a prevence chronických nemocí
- povzbuzování pacientů a komunit k tomu, aby lobovali za místní, dosažitelné, zdravé alternativy
- zajištění toho, aby národní strategie byly šity na míru místním podmínkám.

## **Vytváření partnerství**

Úspěšná prevence a léčba chronických zdravotních potíží vyžaduje koordinovanou činnost v rámci zdravotnického sektoru i mimo něj, mezi občanskými sdruženími, ministerstvy, čelnými představiteli komunit, zdravotníky a soukromým sektorem a obchodními skupinami.

Konstruktivní partnerství podporuje spolupráci, minimalizuje duplicitu a snižuje soupeření o zdroje, umožňuje organizacím posílit a rozšířit programy boje proti chronickým chorobám.

- Vytvoření partnerství mezi čelnými představiteli komunit, zdravotníky, vedoucími představiteli obchodu a politiky za účelem sdílení informací, vytváření strategií a mobilizace zdrojů.
- Vyzývání politiků ke zvýšení investic do prevence a léčby chronických chorob a do realizace programů a politických linií, které propagují zdravou stravu, fyzickou činnost a nekuřáctví.
- Poskytování vstupních informací určených zdravotnickým organizacím, výzkumníkům i politikům o významu nových přístupů k prevenci, péči a léčbě pro

sestry, jak pro krátkodobou realizaci, tak pro dlouhodobé náklady a zisky, a diskusní příspěvky o tom, jak tyto důsledky mohou být účinně řízeny.

- Spolupráce se vzdělávacími zařízeními na posílení vstupních informací o chronických chorobách ve vzdělávacích programech.
- Spolupráce s ošetrovatelskými vzdělávacími a výzkumnými centry na zaměření výzkumu na péči o chronicky nemocné.
- Spolupráce se zákonodárci na eliminaci všech nesrovnalostí v legislativních a regulačních postupech, které omezují sestry v uplatňování jejich plného potenciálu v boji proti chronickým chorobám.

## **Budování kapacit**

Národní asociace sester hrají významnou úlohu v budování kapacit ve všech sesterských profesích a ve vytváření kapacit u jednotlivců, rodin a komunit pro podporu zdraví, prevenci nemocí a léčbu špatného zdravotního stavu a chronických nemocí.

- Poskytování technické pomoci v plánování a realizaci programů boje proti chronickým chorobám.
- Poskytování prostoru/fóra pro výměnu metod a inovací v prevenci a léčbě chronických chorob a pro diskusi o nich.
- Rozšiřování ošetrovatelských inovací mezi sestrami i jinde.
- Lobování na ministerstvech pro zajištění stipendií nebo jiné finanční pomoci k podpoře dalšího vzdělávání.
- Stimulace zájmu o ošetrovatelství a výzkum pomocí zajišťování studijních pobytů a příležitostí k praktickému vzdělávání sester a vytvářením příležitostí pro rozvoj kariéry.
- Podpora/usnadnění pochopení nových informačních technologií pomocí odpovídajícího školení a zpětnovazebních mechanismů.
- Podpora řízení změny.

## **7. KAPITOLA**

### **Závěr**

Na celém světě se objevila naléhavá potřeba toho, aby se sestry chopily iniciativy a angažovaly se spolu se všemi členy komunit a všemi sektory v řešení narůstající hrozby pro světové zdraví a well-being. Prudký pokles světového ekonomického klimatu v letech 2008 – 2009 zvýšil tlak na zdroje dostupné pro zdravotnický sektor ve všech zemích na světě. Zároveň jednotlivci, rodiny i komunity hospodářsky vyspělých i rozvojových zemích stojí před stále obtížnějšími alternativami a problémy ve svém každodenním životě.

Nyní je více než kdy jindy důležité, aby sestry pracovaly na zajištění toho, aby zdravé alternativy byly snadné alternativy. Tato činnost může na národní a mezinárodní úrovni obsahovat lobování a obhajování legislativy a regulace, která napomáhá zdravým alternativám při výběru např. ve zpracování potravin, jejich označování a cenové politiky; lobování za přidělování státních finančních prostředků založené na důkazech a určené na podporu účinných, zdravých intervencí; spolupráci se školami a pracovišti na propagování zdravého životního prostředí a směrnic; a využívání příležitostí k informování a edukaci pacientů a rodin.

Na rozdíl od některých témat a činností doporučovaných pro oslavu Mezinárodního dne sester vyžaduje tato výzva pozornost a odezvu všech sester na celém světě bez ohledu na specializaci, místo nebo druh vykonávané činnosti. Kdyby každá ze 13 milionů sester na celém světě si udělala osobní závazek, že bude jíst zdravě, přiměřeně cvičit, pít rozumně a vyhýbat se kouření, zlepšilo by se jejich zdraví a well-being a snížila by se pravděpodobnost vzniku chronické nemoci. Kdyby každá z těchto sester plnila úlohu modelu, edukátora a hybné síly změny v rámci svých rodin, přátel, pracovišť a místních komunit a propagovala zdravější styl života, společně bychom mohli zadržet příliv chronických chorob. Vzdělané a zplnomocněné sestry a komunity mohou účinněji přispívat k rozsáhlým změnám potřebným ve zdravotnické a sociální politice i ke strukturálním změnám v lokálním, celostátním i mezinárodním kontextu.

ICN a její partneři aktivně podporují prevenci a dokonalejší léčbu chronických nemocí a budou pracovat na tom, aby svět byl zdravější.

# PŘÍLOHY

## Prohlášení ICN pro tisk (tisková zpráva)

### ICN zveřejňuje výzvu všem sestřám:

### **Bud'te v čele boje proti chronickým chorobám**

**12. května 2010 Ženeva, Švýcarsko** – Protože svět stojí před problémem masivního nárůstu počtu úmrtí a invalidity jako následků chronických nemocí, projevuje se urgentní potřeba aktivní účasti všech sester na práci se všemi částmi komunity a všemi sektory za účelem boje proti této rostoucí hrozbě pro světové zdraví a rozvoj. Podle současných statistik je 60 % úmrtí v celosvětovém měřítku způsobeno chronickými chorobami, z nichž 80 % nastává v zemích s nízkými a středními příjmy. U příležitosti Mezinárodního dne sester vyzývá Mezinárodní rada sester (ICN) všechny sestry k tomu, aby se ve svém soukromém životě i ve své profesní roli odhodlaly k akci za účelem zastavení pandemie chronických chorob.

Podle slov Rosemary Bryantové, prezidentky ICN, „je nyní důležitější než kdykoliv jindy, aby sestry pracovaly na zajištění toho, aby zdravé alternativy byly snadné alternativy“. „Kdyby si každá ze 13 milionů sester na celém světě udělala osobní závazek, že bude jíst zdravě, přiměřeně cvičit, pít rozumně a vyhýbat se kouření, zlepšilo by to jejich zdraví a pohodu a snížilo pravděpodobnost vzniku chronické nemoci. Kdyby každá z těchto sester plnila úlohu modelu, edukátora a hybné síly změny v rámci svých rodin, přátel, pracovišť a místních komunit a propagovala zdravější styl života, společně bychom mohli zadržet příliv chronických chorob.“

### **Závažnost problému**

Rozsah problému je obrovský. Diabetes, kardiovaskulární onemocnění, choroby cest dýchacích a některé karcinomy reprezentují významnou hrozbu pro zdraví a vývoj člověka a jsou nejvýznamnějšími smrtelnými chorobami na světě.

- Podle odhadu WHO žije na celém světě více než 180 milionů lidí s diabetem. Do roku 2030 se toto číslo pravděpodobně více než zdvojnásobí.

- V roce 2004 zemřelo na CVD přibližně 17,1 milionů lidí, což reprezentuje 29 % všech úmrtí na světě. Z těchto úmrtí bylo přibližně 7,2 milionů způsobeno srdeční chorobou (koronárním postižením) a 5,7 milionů cévní mozkovou příhodou.
- Očekává se, že úmrtí způsobená rakovinou budou v celosvětovém měřítku stále četnější, v roce 2030 to bude odhadem 12 milionů úmrtí.

Vzniku těchto onemocnění se dá zabránit. Až 80 % srdečních chorob, cévních mozkových příhod, diabetu 2. typu a více než třetina karcinomů by se nemusely objevit, kdyby se eliminovaly společné rizikové faktory, především kouření, nezdravá strava, nedostatek tělesné aktivity a zdraví škodlivé pití alkoholu. Pokud se tyto zdravotní problémy nebudou řešit, mortalita a nemocnost budou stále vyšší.

Spolu s osvojením si zdravého životního stylu mohou sestry obhajovat legislativu a regulaci, které napomáhají zdravým alternativám, např. ve zpracování potravin, jejich označování a cenové politice; lobování za přidělování státních finančních prostředků založenému na důkazech a určenému na podporu účinných, zdravých intervencí; spolupráci se školami a pracovišti na propagování zdravého životního prostředí a způsobů; a využívání všech příležitostí k informování a edukaci pacientů a rodin.

Tato výzva vyžaduje pozornost a odezvu všech sester na celém světě bez ohledu na specializaci, místo nebo druh vykonávané činnosti. Vzdělané sestry a komunity s pravomocí mohou účinněji přispívat k rozsáhlým změnám potřebným ve zdravotnické a sociální politice i ke strukturálním změnám v lokálním, celostátním i mezinárodním kontextu.

## **Příloha č. 1**

### **Úloha sester v prevenci rakoviny**

#### **Stanovisko ICN**

Prevence rakoviny je důležitou úlohou mnoha zdravotnických pracovníků a skupin spotřebitelů, ale sestry zauímají klíčovou pozici, která jim umožňuje přímo ovlivňovat zdraví lidí. Mezinárodní rada sester (ICN) tedy důrazně doporučuje, aby sestry:

- přispívaly k primární prevenci rakoviny tím, že budou pomáhat jednotlivcům osvojit si zdravé životní návyky
- vykonávaly činnosti týkající se sekundární prevence a včasné detekce s poskytováním informací o významu screeningových programů a zařízení, které screening provádějí; doporučovaly tyto prohlídky vysoce rizikovým jedincům nebo rodinám; a účastnily se screeningových aktivit, zvláště na úrovni primární zdravotní péče.

Národní asociace sester (NNA) musí plnit důležitou úlohu. ICN je nabádá, aby:

- lobovaly za sesterský výzkum, který se zabývá potenciálními inovacemi v přístupech a strategiích prevence a včasné detekce rakoviny i úlohami sester při těchto činnostech
- doporučovaly začlenění nových poznatků a technologií týkajících se prevence a včasné detekce rakoviny do vzdělávacích programů pro sestry v rámci základního (kvalifikačního), specializačního i celoživotního vzdělávání
- podporovaly informovanost veřejnosti, vlády i dalších iniciativ zaměřených na prevenci a včasnou detekci a angažovaly se v této oblasti
- napomáhaly participaci národních ošetrovatelských organizací pro rakovinu v mezinárodních výměnných aktivitách týkajících se prevence a včasné detekce rakoviny
- lobovaly za zahrnutí vakcíny proti lidským papilomavirům (HPV) do národních imunizačních programů
- spolupracovaly s jinými zdravotníky a vládními úřady na úplném zákazu používání tabáku a kouření na veřejnosti
- vyzývaly k angažovanosti sester v aktivitách a strategiích sester při prevenci rakoviny, včetně účasti na celostátních a mezinárodních akcích
- lobovaly za změny v politice hygieny životního prostředí, např. za veřejně přístupné prostory bez kouření a za politiku zdravé veřejnosti, která se dotýká širších sociálních determinantů zdraví.

## **Východiska**

Rakovina je hlavní příčinou úmrtí v mnoha státech. Podle současných názorů se může přibližně osmdesáti pěti procentům rakoviny předejít. I když poznatky o skutečných příčinách rakoviny jsou stále ještě omezené, výzkum upozornil na dvě nejzávažnější rizika – kouření cigaret a stravu.

Více než 30 procent úmrtí na rakovinu je způsobenou kouřením a přibližně 35 procent úmrtí na rakovinu může souviset s nezdravou stravou, škodlivou konzumací alkoholu a tělesnou nečinností.

Prevence rakoviny znamená navrhnout změny v životním stylu a chování, tj. přestat kouřit, snížit konzumaci alkoholu, změnit stravovací návyky, zvýšit tělesnou aktivitu a vyhnout se nebezpečnému životnímu prostředí, např. pasivnímu kouření, slunci a azbestu. Potenciál pro snížení výskytu rakoviny a mortality, kterého lze dosáhnout pomocí strategií včasné detekce, se jeví jako slibný.

Přibližně 99 % rakoviny děložního čípku je spojeno s infekcemi HPV. Existuje všeobecná shoda názorů na bezpečnost vakcíny proti HPV v prevenci a potírání karcinomu děložního čípku.

Nejnovější studie rovněž potvrzují, že využívání Pap testů (stěrů z děložního hrdla) a cytologie v tekutém médiu při prohlídkách významně snižuje riziko mortality na invazivní karcinom děložního hrdla. Dalšími procedurami včasné detekce rakoviny, které rovněž mohou snížit morbiditu a mortalitu na rakovinu, jsou např. samovyšetření prsou, test na okultní krvácení do stolice, sigmoidoskopie a prohlídky ústní dutiny, kůže a manuální vyšetření konečníku.

Kouření a další rizikové faktory souvisí s širšími společenskými determinanty zdraví, které ovlivňují životní styl jednotlivců i rodin.

Poskytování informací a edukace týkajících se rizikových faktorů vzniku rakoviny by mělo přesahovat rámec životního stylu a zabývat se sociálními determinanty zdraví a politikou zdravé veřejnosti, včetně úplného zákazu kouření na veřejnosti.

## **Příloha č. 2**

### **Kouření a zdraví**

#### **Stanovisko ICN**

Epidemie kouření představuje vážnou hrozbu pro veřejné zdraví, přesto opatření na omezení kouření jsou tragicky neadekvátní.

Mezinárodní rada sester (ICN) aktivně podporuje:



- úplný zákaz kouření
- prevenci a eliminaci kouření sester a studentů ošetrovatelství
- implementaci politiky nekouření v rámci ICN, včetně povzbuzování národních asociací sester (NNA) k přijetí nekuřácké politiky v jejich objektech, při jejich schůzích a dalších akcích
- spolupráci s dalšími mezinárodními vládními a nevládními organizacemi a zdravotnickými profesními organizacemi na boji proti epidemii kouření
- spolupráci s národními asociacemi sester na podpoře implementace Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku (WHO Frame Work Convention on Tobacco Control – FCTC).

ICN doporučuje členským asociacím koordinovat činnost s dalšími státními skupinami při informování vlády a veřejnosti o negativních účincích tabáku na zdraví a při podporování vlády ve snahách snižovat používání tabáku, bojovat proti kouření a případně tento jev zcela vymýtit. ICN výslovně podporuje tyto celostátní akce:

- lobování za zákaz reklamy na tabákové výrobky, sponzorování a za uvádění nápadného varování na všech tabákových výrobcích
- spolupráci s vládou na zavádění legislativních a daňových opatření, např. vyšších daní z tabákových výrobků
- zákaz kouření na veřejnosti a vytvoření nekuřáckého prostředí na školách, sportovištích, pracovištích, v letadlech, restauracích a jiných veřejných prostorách
- účast na veřejných vzdělávacích/informačních kampaních, zaměřených speciálně na ohrožené skupiny, jako např. na mládež
- odměňování farmářů pěstujících tabák za přechod na jiné plodiny
- doporučování sestrám, aby se staly modelem nekuřáka, a nabízení programů odvykání kouření
- doporučování sestrám, aby integrovaly prevenci a odvykání kouření do své běžné praxe
- integraci informací o kouření do všech úrovní studijních plánů ošetrovatelství
- identifikaci faktorů podporujících hospitalizované pacienty – kuřáky v nekuřáckém prostředí zdravotnických zařízení

## **Východiska**

Kouření a užívání tabáku celosvětově roste a počet úmrtí dosahuje 5 milionů lidí ročně. Očekává se, že do roku 2020 tento počet dosáhne 10 milionů. Znepokojení vyvolává kouření sester a mladých žen obecně.

Podle Etického kodexu ICN pro sestry patří podpora zdraví a prevence nemocí mezi základní povinnosti sester. Sestra rovněž sdílí s ostatními občany odpovědnost za zahájení a podporování akcí, které mají naplnit zdravotní a sociální potřeby veřejnosti.

Zdravotním problémům způsobeným kouřením se dá snadno zabránit. Musí být posílena podpora zdraví a prevence nemocí ve vztahu k Rámcové úmluvě WHO o kontrole tabáku (WHO Frame Work Convention on Tobacco Control) a sestry jsou pro tuto implementaci dobře vybaveny. Sestry a národní asociace sester by se rovněž měly účastnit výzkumu zaměřeného na tabák a kouření a na diseminaci jeho výsledků.

### **Příloha č. 3**

## **Redukce zdravotních rizik vyplývajících z životního prostředí a z životního stylu**

### **Stanovisko ICN**

Sestry a národní asociace sester by měly hrát strategickou úlohu při snižování zdravotních rizik spojených s životním prostředím a životním stylem.

Národní asociace sester (NNA) mohou přispět ke snížení zdravotních rizik pro jednotlivce a komunity tím, že budou:

- propagovat pozitivní životní styl včetně cvičení, stress managementu, prevence nehod, udržování tělesné hmotnosti a nutriční edukace. Tento styl by měl být citlivý na společensko-ekonomický status, pohlaví a kulturní přesvědčení;
- rozvíjet a šířit stanovisko národní asociace sester týkající se největších zdravotních rizik souvisejících s životním prostředím a stylem v zemi;
- spolupracovat s vládami a komunitami na zavádění opatření na vytváření a zachování zdravého životního a pracovního prostředí včetně fluorizace vody, kontroly potravinářských aditiv, opatření na snížení zneužívání prášků a služeb potírajících zdravotní rizika;

- podporovat snahy vlády o prevenci a regulaci specifických zdravotních rizik včetně mezinárodní spolupráce v řešení společných problémů (např. nedostatečné výživy, obchodu s narkotiky, boje proti znečišťování, sexuálně přenosných infekcí, lékových padělků apod.);
- iniciovat a participovat v:
  - a) orgánech, které rozvíjejí, koordinují a kontrolují programy prevence a řízení rizik
  - b) celostátním/lokálním plánování katastrof a mezinárodních programech v případě katastrof v jiných státech
  - c) výzkumu rozsahu, následků a požadovaných intervencí při kritických zdravotních rizicích životního a pracovního prostředí; wellness a postupů a technik, které umožňují lidem snížit zdravotní rizika a udržet si své zdraví; včasného varování před zdravotními riziky; zlepšování životních a pracovních podmínek; sledování hladin látek znečišťujících životní prostředí a měření dopadu ošetřovatelských intervencí na environmentální rizika;
- zajišťovat, aby sestry měly dostatek informací a vzdělání, pravomoc a zdroje k účinné realizaci své úlohy v podpoře zdraví a poradenství týkající se rizik;
- spolupracovat s manažery zdravotnických zařízení na zajištění bezpečné likvidace nemocničního odpadu a zabránění vzniku škod v životním prostředí.

Mezinárodní rada sester (ICN) potvrzuje Světovou deklaraci o přežití dětí, jejich ochraně a rozvoji a akční plán, zabývající se potřebou vytvořit a zachovat zdravé prostředí pro děti.

## **Východiska**

Životní styl a zdravotní problémy způsobené životním prostředím jsou narůstající příčinou morbidity, mortality, zvýšených nákladů na zdravotní péči a poklesu produktivity a kvality života. Zvláště důležité jsou:

- rizika spojená s životním stylem, např. kouření, nadměrná konzumace alkoholu a užívání drog, které přispívají k osobním a společenským nákladům ve formě rakoviny, násilí, dopravních nehod atd. Celosvětovým problémem jsou rovněž kardiovaskulární choroby a psychiatrické poruchy, stejně jako dramatický nárůst sexuálně přenosných nemocí;
- potravinářská aditiva a chemikálie používané při výrobě potravin;

- obezita a poruchy příjmu potravy, např. anorexie nebo bulimie, jsou problémy, kterými trpí lidé v mnoha průmyslově vyspělých zemích. Na celém světě je velké množství lidí podvyživených.

Hlavními příčinami špatného zdravotního stavu jsou environmentální faktory, např. stres. Prevalenci akutních a chronických nemocí zvyšuje znečištění (vody, vzduchu a země).

Tato rizika vyžadují pozornost, ať již vznikla na základě osobní volby nebo vlivem životního prostředí. Sestry ve vzrůstající míře podporují politiku a programy zaměřené na vytváření zdravých domovů, škol, pracovišť, komunit atd. Mělo by být podporováno, vytvářeno a studováno pracovní prostředí, které snižuje stres a umožňuje lidem realizovat se podle svých nejlepších možností.

Sestry jsou důležitými obhájci prevence nehod a nemocí jak doma, tak na pracovišti. Většině nehod se dá zabránit, je však zapotřebí v mnohem větší míře vzdělávání.

#### **Příloha č. 4**

### **Eliminace zneužívání návykových látek u mládeže**

#### **Stanovisko ICN**

Mezinárodní rada sester (ICN) je znepokojena narůstajícím počtem mladých lidí, kteří zneužívají návykové látky, a výsledným dopadem na jejich zdraví. Sestry jako klíčoví poskytovatelé zdravotní péče pro mládež mají rozhodující úlohu v řešení zneužívání návykových látek v této věkové skupině. Významnou úlohou pro ICN a ošetřovatelství je prevence a snížení zneužívání návykových látek za pomoci politických opatření a advokace, propagování zdravého životního stylu a vybavení mládeže životními dovednostmi, které by mladým lidem umožňovaly vyrovnat se se stresem, tlakem vrstevníků a s dalšími rizikovými faktory.

ICN se angažuje pro prevenci zneužívání návykových látek a vyzývá sestry a národní asociace sester (NNA), aby mobilizovaly své snahy směrem k prevenci zneužívání návykových látek, zvláště mezi mládeží, a aby:

- doporučovaly svým vládám, komunitám, asociacím mládeže a rodičů, školským úřadům šířit informace o rizicích zneužívání návykových látek a o životních dovednostech
- spolupracovaly s jinými organizacemi včetně zdravotnických škol, asociací mládeže a rodičů, pracovníků škol, vlád a komunit na realizaci strategií, které mají eliminovat zneužívání návykových látek
- spolupracovaly se svými národními agenturami na vytváření celkových strategií týkajících se tabáku, alkoholu, drog a jiných látek, jejichž účelem je snížit poptávku po psychoaktivních látkách a minimalizovat škody pomocí přístupu k prevenci a léčbě
- mobilizovaly síly v prevenci a odvykání kouření
- podporovaly zavádění preventivních a odvykacích programů spojených s tabákem, alkoholem, drogami a jinými zneužívanými látkami do kvalifikačního, specializačního a celoživotního vzdělávání sester
- se účastnily výzkumu zaměřeného na trendy a nemoci spojené se zneužíváním návykových látek u adolescentů a s jejich závislostí, dále na léčebné přístupy zaměřené na pacienta a na farmakologické intervence, aby se účastnily studií intervencí zaměřených na vysoce rizikové skupiny a jednotlivce a na identifikaci bariér pro realizaci účinných preventivních opatření
- zajišťovaly řadu opatření na snížení rizik, např. informování a poradenství, vakcinaci, výměnu jehel/injekčních stříkaček a celkovou prevenci a léčbu nediskriminujícím způsobem
- bojovaly s předsudky, stigmaty a diskriminací spojenými se zneužíváním návykových látek
- podporovaly strategie a intervence v rámci lidských práv.

Národní asociace sester i sestry samy se musí angažovat v celostátních diskusích a politických otázkách spojených se zneužíváním návykových látek.

### **Východiska**

Kouření, konzumace alkoholu a užívání nezákonných drog představují významnou hrozbu pro zdraví a sociální a ekonomickou strukturu rodin, komunit a národů.

Narůstající počet společenských i hospodářských problémů je spjat s kouřením, konzumací alkoholu a užíváním drog a jiných látek. V mnoha případech nejsou účinky omezeny jen na jednotlivce, ale také na jeho rodinu, přátele, kolegy a celou společnost.

Mladí lidé často zneužívají návykové látky z rodinných důvodů, kvůli životním nesnázím a pod vlivem svých vrstevníků. Biologické změny v dospívání způsobují nejistotu a úzkost a aby se mladí vyrovnali s touto situací, často užívají drogy.

Mezi lidmi, kteří konzumují alkohol a užívají drogy, a těmi, kdo mají společné jehly na injekční aplikaci drog, narůstá výskyt HIV a sexuálně přenosných infekcí, hepatitidy B a C a dalších infekcí. Odhaduje se, že tabák způsobuje asi 5 milionů úmrtí ročně, následován alkoholem, který způsobuje 2,3 milionů předčasných úmrtí nebo 3,2 % všech úmrtí na celém světě; nezákonné drogy způsobují 0,2 % všech úmrtí. Důležité je rozlišovat mezi kouřením a zneužíváním dalších látek. V případě tabáku znamená jakékoliv „použití“ velké riziko pro mládež. Je dokázáno, že závislost na nikotinu začíná u vnímavých dětí téměř okamžitě po začátku kouření.

ICN podporuje světové iniciativy na snížení nebo eliminaci kouření, jako je např. WHO Framework on Tobacco Control (FCTC). Sestry se zabývají škodlivými účinky zneužívání látek a s tím spojenými tělesnými, psychologickými a společenskými následky. Jako klíčoví poskytovatelé zdravotní péče musí sestry hrát rozhodující úlohu v eliminaci zneužívání návykových látek. Předsudky, stigmata a diskriminace spojené se zneužíváním návykových látek odradí mladé lidi od vyhledání podpůrných a zdravotnických služeb. Pro úspěch programů zaměřených na kontrolu a prevenci zneužívání návykových látek jsou opatření na snížení škod životně důležitá.

## **Příloha č. 5**

### **Dodržování režimu dlouhodobé léčby**

#### **Přehled základních skutečností**

Adherence je obecně definována jako „*rozsah, v němž chování jedince – užívání léků, dodržování diety a/nebo změny v životním stylu – souhlasí se schválenými doporučeními*

*od poskytovatele zdravotní péče.*“ Většina studií zkoumajících adherenci se zaměřuje na rozsah, v němž pacienti dodržují lékařské instrukce týkající se předepsaných léků, zahrnují však širší chování spojené se zdravím, které přesahuje užívání předepsaných léků. Některé příklady chování spojené s adherencí zahrnují:

- vyhledání lékařského ošetření
- vyplnění receptů
- užívání léků odpovídajícím způsobem
- získání imunizace
- účast na kontrolách
- změna chování týkající se kontroly hmotnosti, sebeléčby astmatu nebo diabetu, kouření, antikoncepce, rizikového sexuálního chování, nezdravé stravy a nedostatečné úrovně tělesné aktivity.

Existují přesvědčivé důkazy, podle nichž většina chronických pacientů s astmatem, diabetem, hypertenzí, HIV a AIDS má potíže s dodržováním předepsaného léčebného režimu. Např. v Číně dodržuje jen 43 % pacientů s hypertenzí svou antihypertenzní léčbu; v Gambii jen 27 % dodržuje antihypertenzní lékový režim. V Austrálii užívá jen 43 % pacientů s astmatem své léky pravidelně podle předpisu svého poskytovatele zdravotní péče. V Evropě jen 28 % pacientů s diabetem je schopno dosáhnout dodržování optimální glykémie u diabetu. Dodržování antiretrovirální terapie (ART) se pohybuje od 37 % do 83 %, v závislosti na lécích a frekvenci jejich užívání. Ve vyspělých zemích je dodržování léčebného režimu přibližně 50 %, zatímco v rozvojových zemích je toto číslo mnohem nižší.

### **Nedostatečné dodržování léčebného režimu**

Nedostatečné dodržování léčebného režimu oslabuje snahy zdravotnického systému, politiků i zdravotníků o zlepšení zdraví obyvatel. Neschopnost dodržovat léčbu způsobuje komplikace nemoci (včetně psychologických), snižuje kvalitu pacientova života, zvyšuje pravděpodobnost vzniku rezistence vůči lékům, plýtvá zdravotnickými finančními prostředky a nahlodává důvěru veřejnosti ve zdravotnictví.

### **Měření adherence**

Přesné měření adherence je velmi důležité, ale neexistuje žádný „zlatý standard“ ke stanovení rozsahu problému. Literatura pojednává o několika způsobech měření, jsou to však zástupná měření skutečného chování pacienta. Některé z těchto strategií zahrnují:

- dotazování u poskytovatelů péče a pacientů
- standardizované dotazníky vyplňované pacienty
- počítání zbývajících dávků
- elektronické monitorovací zařízení, které zaznamenává čas a datum otevření kontejneru na léky
- kontrolu prvního a dalšího vyhotovení léku podle předpisu.

Všechny tyto metody mají své nedostatky a musí být používány opatrně. Např. jak poskytovatelé zdravotní péče, tak pacienti mají tendenci k přeceňování rozsahu adherence. Podobně používání elektronického monitorovacího zařízení nebo počítání zbývajících tablet neukazuje, zda pacient skutečně léky užil.

### **Faktory ovlivňující adherenci**

Adherence je ovlivněna několika faktory, které zahrnují:

- nízké sociálně-ekonomické postavení
- negramotnost a omezené vzdělání
- nezaměstnanost
- velkou vzdálenost od léčebných středisek
- vysoké náklady na přepravu nebo léky
- charakteristiku nemoci
- faktory související s léčbou: komplexnost a délku léčby, vedlejší účinky
- názory na nemoc a léčbu typické pro určité kulturní prostředí.

Některé z těchto faktorů se týkají pacienta, některé léků a některé poskytovatelů zdravotní péče. Např. nízké sociálně-ekonomické postavení je faktor týkající se pacienta a inhibující adherenci, zatímco vedlejší účinky lékového režimu se týkají léčby. Uvědomíme-li si složitost interakcí faktorů ovlivňujících dodržování léčebného režimu, vyplývá z toho, že pacienti musí být podporováni, ne obviňováni.

### **Zlepšování dodržování léčebného režimu (adherence)**



Lepší adherence je spojena s bezpečností pacientů, vede k lepším zdravotním výsledkům a snižuje náklady na zdravotní péči. Dobrá adherence zlepšuje účinnost intervencí, podporuje zdraví a zlepšuje kvalitu a prodlužuje délku života pacientů. Dobrá adherence je rovněž ekonomickým přínosem pro zdravotnický systém i pro pacienta. Neexistuje jen jeden způsob, jak podporovat dodržování léčebného režimu – k jeho zlepšení je zapotřebí kombinace několika vzdělávacích a behaviorálních strategií. Behaviorální strategie zahrnují upomínky a posilování pacientova chování. Poskytovatelé zdravotní péče mohou rovněž zjišťovat preference pacientů, zjednodušit dávkovací režimy apod. Edukační strategie, které zlepšují adherenci chronicky nemocných pacientů, zahrnují počet léků a četnost dávek, poskytují informace o očekávaných vedlejších účincích a motivují pacienty k dodržování změn životního stylu způsobených léčbou.

Je velmi důležité poučovat pacienty o jejich chronických chorobách, o přínosech léčby a o komplikacích spojených s nedodržováním léčebného režimu. Edukace pacientů je důležitá, protože chronické nemoci vyžadují od pacientů zapojení do sebek péče.

Edukace je významnou strategií ke zlepšení dodržování léčebného režimu, ale pacienti potřebují být nejen informováni, ale i motivováni a povzbuzováni k tomu, aby zachovávali cíle spojené s léčbou a životním stylem.

Ke zvládnutí chronických zdravotních problémů a ke zlepšení zachování léčebného režimu je zapotřebí multidisciplinární přístup. Při podpoře adherence jsou klíčovými partnery rodina, komunita i pacientské organizace. Ti musí být aktivně zapojeni do léčebného plánu a očekávat výstupy péče. Zlepšování dodržování léčebného režimu bude vyžadovat nepřetržitou spolupráci mezi zdravotníky, výzkumníky, politiky, rodinami a, což je nejdůležitější, samotnými pacienty.

## **Příloha č. 6**

### **Zdraví škodlivá konzumace alkoholu**

#### **Přehled základních skutečností**

## Úvod

Zdraví škodlivá konzumace alkoholu je rizikový faktor, kterému se dá zabránit a který je spojen s mnoha nemocemi a společenskými problémy. Zdraví škodlivá konzumace alkoholu zahrnuje mnoho aspektů pití. Prvním z nich je množství vypitého alkoholu. Další aspekty zahrnují pravidelnost, která se může pohybovat od pravidelného nebo příležitostného pití až k intoxikaci, dále kvalitu alkoholických nápojů nebo toxické látky, např. metanolu, který je v nápoji obsažen.

Konzumace alkoholu má nepříznivé zdravotní a společenské následky, včetně:

- intoxikace (opilosti), závislosti (pravidelné, nutkavé a dlouhodobé pití)
- hlavní příčiny předčasné smrti
- úmyslných a neúmyslných poranění
- těžkých infekčních i nepřenositelných nemocí, jako jsou např. kardiovaskulární onemocnění, cirhóza jater, různé druhy rakoviny, duševní choroby
- sexuálně přenosných infekcí včetně infekce HIV.

Odhaduje se, že alkohol je příčinou asi 3,7 % všech úmrtí, s 2,3 miliony předčasných úmrtí a 4,4 % celosvětových nákladů na nemoci. Zdraví škodlivá konzumace alkoholu je navíc spojena s několika nepříznivými společenskými důsledky, jako např. se zločinností, násilím, nezaměstnaností a absentérstvím. V současné době je stále znepokojivější negativní dopad konzumace alkoholu u mládeže a žen na celém světě. Ve své politice Eliminace zneužívání návykových látek u mládeže (Elimination of Substance Abuse in Young People) vyjádřila ICN své znepokojení nad vzrůstajícím počtem mladých lidí, kteří zneužívají návykové látky, a nad výsledným dopadem na jejich zdraví.

### **Co ovlivňuje konzumaci alkoholu?**

Aby mohly být navrženy účinné intervence proti zdraví škodlivé konzumaci alkoholu, je důležité pochopit faktory, které mají na problém vliv. Konzumace alkoholu je v mnoha kulturách často zakořeněná ve společenském a kulturním prostředí a je spojena s osobními vlastnostmi, které zahrnují:

- věk, pohlaví, tělesný a psychický stav, informovanost o nepříznivých účincích konzumace alkoholu

- společenské, ekonomické, kulturní hodnoty a normy rodiny včetně schvalování a souhlasu se vzorcem chování jednotlivce včetně konzumace alkoholu
- přístupnost, dostupnost a přijatelnost konzumace alkoholu ve společnosti
- sociálně-kulturní atributy vlivu skupiny vrstevníků, osobní postavení a postoj společnosti vůči konzumaci alkoholu
- reklamu a zobrazování konzumace alkoholu v médiích jako „chlapskou“ a „přitažlivou“ formuje hodnoty lidí a proces jejich myšlení
- právní postavení alkoholu a právní úkony proti těm, kdo způsobují škody pod vlivem alkoholu.

V mnoha společnostech je konzumace alkoholu spojena s oslavami včetně svateb, narození, dobrých studijních výsledků a postupu v zaměstnání. Rady „pít s mírou“ často vedly k dvojznačnému a protichůdnému chápání konzumace alkoholu, oslabujícímu strategii zdravotníků s cílem snižovat škody spojené s alkoholem.

### **Jaké jsou následky zdraví škodlivé konzumace alkoholu?**

Alkohol má toxický účinek a může poškodit téměř kterýkoliv orgán těla. Konzumace alkoholu má jak akutní, tak dlouhodobé nepříznivé účinky na zdraví a společenské i ekonomické faktory. Akutní účinky alkoholu jsou spojeny s rizikovým chováním včetně nebezpečného sexu, který může vést k sexuálně přenosným infekcím, jako je např. infekce HIV, dále s nehodami a poraněními při řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu nebo při obsluze strojů, a s násilím. Mezi dlouhodobé účinky alkoholu patří více než 60 nemocí a možné zhoršení stávajících chronických chorob, jako např. kardiovaskulárních chorob, rakoviny prsou, hepatitidy C a cirhózy jater. Chronická zdraví škodlivá konzumace alkoholu může oslabit imunitní systém a zvýšit riziko infekčních nemocí včetně bakteriální pneumonie. Alkohol je psychoaktivní látka, která může ovlivnit centrální nervovou soustavu s následnými poruchami motoriky, kognitivního procesu, nálady, vnímání a s behaviorálními změnami. Tyto účinky mohou způsobovat velké společenské problémy.

„Společenské škody“ spojené se zdraví škodlivou konzumací alkoholu zahrnují narušení rodiny, komunity a pracoviště, násilí a zločiny. Jiné důsledky zdraví škodlivé konzumace alkoholu zahrnují ztrátu zaměstnání, zapletení se do zločinu a vězení. Tyto důsledky ovlivňují nejen osobu pijící alkohol, ale rovněž rodinu, komunitu a společnost.

Nepříznivé účinky konzumace alkoholu na zdraví jednotlivce, rodiny i komunity vedly k ekonomické zátěži, pokud jde o náklady na zdravotní péči a o společenské náklady. V celosvětovém měřítku způsobuje alkohol 1,8 milionu úmrtí (3,2 % z celkového množství), z čehož je jedna třetina připisována neúmyslným poraněním. Náklady na zdravotní péči zahrnují náklady na léčbu poranění a nemocí spojených s alkoholem a na rehabilitaci. Společenské náklady zahrnují náklady spojené se ztrátou majetku, s nezaměstnaností, úrazy v silničním provozu a s bolestí a utrpením rodiny.

### **Jaké jsou strategie snížení zdraví škodlivé konzumace alkoholu?**

Strategie snížení zdraví škodlivé konzumace musí být naplánovány tak, aby dosáhly několika cílů včetně zvýšení věku první konzumace alkoholu, snížení počtu lidí, kteří nadměrně konzumují alkohol, minimalizace škodlivých vzorců chování při konzumaci alkoholu a změny chování. Literatura uvádí mnoho strategií snížení zdraví škodlivé konzumace alkoholu.

- *Posílení podpory zdraví, prevence a edukace* za účelem zvýšit informovanost veřejnosti a podpořit schopnost jedinců i komunit participovat na redukci škodlivých následků nemírné konzumace alkoholu. Aby byla tato činnost účinná, musí být přihlédnuto ke kulturnímu a společenskému kontextu pití alkoholu a musí být porozuměno kombinaci opatření, která jsou zaměřena na celou populaci i na rizikové skupiny (např. mladí lidé a těhotné ženy).
- *Zintenzivnění komunitní činnosti*, se zapojením např. čelných představitelů komunit, náboženských organizací, organizací podporujících zdraví, asociací spotřebitelů a odborových svazů, je účinnou strategií minimalizace škod spojených s pitím alkoholu. Akce mohou zvýšit percepce komunity ve vztahu ke škodám, snížit přijatelnost nadměrné konzumace alkoholu a mobilizovat komunitu proti neregulovanému prodeji a konzumaci alkoholu.
- *Regulace dostupnosti alkoholu* za účelem kontroly spotřeby a dostupnosti alkoholu. Tato strategie zahrnuje regulaci výroby a distribuce alkoholických nápojů, patří sem např. regulace nejnižšího legálního věku pro nákup alkoholu, omezení prodejní doby a hustoty sítě prodejen a kontrola cen, propagace a reklama.
- *Podpora a uzákonění pravidel pro řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu* za účelem omezení řízení pod vlivem alkoholu a nepříznivých následků a závažnosti

dopravních nehod. Tato politika musí řešit nízký limit pro koncentraci alkoholu v krvi řidičů a odebírání řidičských průkazů.

- *Posílení reakce sektoru zdravotnictví* účastí a vyškolením zdravotnických pracovníků ve včasné detekci problémů spojených s konzumací alkoholu a prevencí vážnějších zdravotních potíží. Léčba a komunitní služby pro jedince s poruchami konzumace alkoholu jsou účinné tehdy, jsou-li podporovány odpovídajícími politickými opatřeními a systémy a jsou-li integrovány do širší preventivní strategie.

### **Jaké akce mohou podniknout sestry a národní asociace sester?**

Sestry a národní asociace sester hrají významnou roli v redukci nebo eliminaci zdraví škodlivé konzumace alkoholu. Národní asociace sester mohou přijmout tato opatření:

- spolupracovat s vládami, komunitami a dalšími organizacemi na diseminaci informací o škodlivých následcích alkoholu a na implementaci strategií na snížení nadměrné konzumace alkoholu;
- podpořit integraci preventivních programů spojených se zdravím škodlivou konzumací alkoholu do kvalifikačního a celoživotního vzdělávání sester;
- doporučovat vládám, aby vytvořily politické směrnice týkající se alkoholu, aby díky přístupu k prevenci a léčbě mohly být minimalizovány škody;
- zapojit se do výzkumu týkajícího se problémů spojených s alkoholem, např. trendů a zátěže nemocí, ošetřovatelských intervencí zaměřených na vysoce rizikovou skupinu, překážek v implementaci preventivních opatření a koncepce léčby zaměřené na pacienta;
- podporovat politiku a intervence, které jsou založeny na lidských právech.

Sestry a národní asociace sester mohou být klíčovými faktory posilujícími odezvu sektoru zdravotnictví na zdraví škodlivou konzumaci alkoholu. Tato odezva zahrnuje služby týkající se prevence, léčby, péče a rehabilitace.

*V případě zájmu o další informace kontaktujte prosím tuto adresu: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)*