

UPLATNENIE METÓDY OŠETROVATEĽSKÉHO PROCESU V KOMUNITNEJ OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Rybárová L.

Katedra pôrodnej asistencie
Fakulta zdravotníctva PU v Prešove

Abstrakt

Využitie ošetrovateľského procesu sa zvyčajne spája s praxou individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti, ale tento systematický prístup k ošetrovaniu poskytuje užitočný rámec aj komunitne zameranej ošetrovateľskej starostlivosti. V príspevku sa sústreďujeme na poskytnutie kompletných informácií o posúdení zdravia komunity, ako klienta komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti, o možnostiach tvorby sesterskej diagnózy komunity, o tvorbe akčného plánu intervencií zameraných na podporu a ochranu zdravia komunity, o realizácii akčných plánov a o hodnotení poskytnutej starostlivosti. Súčasťou príspevku sú aj štandardy ošetrovateľskej praxe v komunite.

Kľúčové slová: komunita - ošetrovateľský proces - posúdenie zdravia - sesterská diagnóza - akčný plán - realizácia - hodnotiaci proces - štandardy

Abstract

Use of the nursing process is usually concentrated on its application to the care of individual clients. This systematic approach to the nursing care offers framework for the community oriented nursing care, too. The article is focused on detailed information about assessment of community health, possibilities of formulation of community nursing diagnoses, compiling intervention plans oriented on prevention, health promotion and health maintenance of the community, about possibilities of implementation of intervention plans and evaluation of nursing care provided for the community. The standards of nursing practice in the community are included in the article, too.

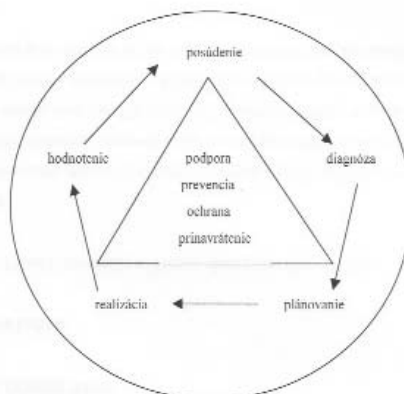
Key words: community - nursing process - health assessment - nursing diagnoses - plan of interventions - implementation - evaluation process - standards

Ošetrovateľský proces je definovaný ako systematický prístup k ošetrovaniu chorých, ktorý rieši ich individuálne problémy a je zameraný na telesné, psychické a sociálne potreby jednotlivca, rodiny a komunity (Kozierová et al., 1995; SZO, 1996). Je protikladom rutínnej tradičnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá vychádza zo zabezpečenia ordinácií lekára a prevádzky pracoviska (Bullough - Bullough, 1990). Ošetrovateľský proces sa zaoberá zdravotnými potrebami jednotlivca. Zahrňuje posudzovanie, diagnostiku, plánovanie, realizáciu starostlivosti a hodnotenie jej efektívnosti (Kozierová et al., 1995). Sestra v spolupráci s ostatnými členmi tímu posúdi u klienta úroveň uspokojovania jeho potrieb, stanoví sesterskú diagnózu, definuje ciele, stanoví priority,

určí potrebné intervencie a mobilizuje zdroje na ich zabezpečenie. Starostlivosť poskytuje priamo alebo nepriamo a hodnotí jej výsledky. Spätná väzba získaná hodnotením efektu poskytnutej starostlivosti umožňuje zmeniť starostlivosť podľa momentálnych potrieb a situácie (Kozierová et al., 1995, Bullough - Bullough, 1990). Tak sa ošetrovateľská starostlivosť stáva dynamickým procesom, ktorý sa neustále zdokonaľuje (Bullough - Bullough, 1990).

Využívanie ošetrovateľského procesu sa zvyčajne spája s praxou individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti, ale tento systematický prístup k ošetrovaniu poskytuje užitočný rámec aj komunitne zameranej ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom individualizovanej starostlivosti o klienta je dosiahnuť čo najlepší úroveň jeho zdravia. Ošetrovateľská starostlivosť v komunite sa zameriava nielen na obnovu zdravia, ale aj na jeho udržanie, prevenciu chorôb a podporu zdravia. Ošetrovateľský proces v komunite sa musí preto orientovať na všetky tieto ciele (Bullough - Bullough, 1990).

Obr. 1 Ošetrovateľský proces v komunite (Bullough - Bullough, 1990, s. 57)



Komunitná ošetrovateľská prax je systematický proces, ktorým sa (Bullough - Bullough, 1990):

- posudzuje zdravie a potreby poskytnutia zdravotnej starostlivosti v spolupráci s inými odborníkmi komunitného ošetrovateľského tímu, aby sme zistili rodinné a osobné riziká vzniku ochorenia jednotlivcov a rodín v komunite,

- plánujú intervencie zamerané na poskytnutie finančne dostupných aktivít, ktoré prispievajú k podpore zdravia zdraviu a jeho obnove, k prevencii chorôb, nemoci a predčasnej smrti jednotlivcov v komunite,

- efektívne, výkonne, ekonomicky a spravodlivo realizuje plán poskytovania zdravotnej starostlivosti,

- hodnotí miera, rozsah a vplyv realizovaných aktivít na zdravotný stav populácie v komunite.

Úlohou komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je zlepšiť zdravie celej komunity. Komunitné sestry pracujú v komunite tak s jednotlivcami, ako aj s rodinami. V rámci celej komunity vyhľadávajú skupiny so spoločnými zdravotnými potrebami - napr. budúce matky alebo deti -

obete násilia. Hľadajú cesty na zlepšenie kvality prostredia alebo zabránenie vzniku zdravotných problémov komunity (Oermann, 1991).

Posúdenie zdravia komunity

Komunitný asesment je kľúčový element v ošetrovateľskom procese kde komunita vystupuje ako klient (Bullough - Bullough, 1990). Sestry pri posudzovaní komunity:

1. identifikujú zdravotné aktíva a pasíva komunity,
2. identifikujú vysoko rizikové skupiny v komunite,
3. zbierajú údaje dôležité pre zdravotné plánovanie v komunite (Oermann, 1991).

Cieľom komunitného asesmentu je teda určiť skupiny ľudí s vysoko rizikovým správaním pre vznik choroby alebo predčasnej smrti a identifikovať prostriedky, ktoré môžu byť použité na zistenie rizikových faktorov, alebo na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti zabezpečujúcej ich potreby (Bullough - Bullough, 1990).

Medzi údaje, ktoré zisťujeme patria (Hanzlíková et al., 2002):

- demografické údaje (*vek, pohlavie, stav, socio-ekonomický status, zamestnanosť - nezamestnanosť, úroveň vzdelania, typ a podmienky pre bývanie, vierovyznanie, príslušnosť k rase, etniku, hustota obyvateľstva na území, natalita, morbidita, mortalita*),
- zdravotný stav (*telesný, duševný*),
- zemepisné geografické charakteristiky,
- životný štýl,
- systém zdravotnej starostlivosti (*dostupnosť služieb*),
- dobrovoľnícke a charitatívne organizácie poskytujúce zdravotnú a sociálnu starostlivosť,
- spôsob a efektívnosť komunikačného a informačného systému,
- možnosti na rekreáciu a oddych (*vrátane športovísk*),
- priemysel,
- spôsob zabezpečenia bezpečnosti (*polícia, požiarnici, dopravná polícia*),
- štátna správa, samospráva,
- ekologická situácia.

Posudzovanie je ľahšie, ak má sestra všeobecné poznatky z oblasti verejného zdravotníctva a epidemiologických a výskumných metód (Bullough - Bullough, 1990). Používame metódy priameho zberu údajov od členov komunity, metódy, ktoré čerpajú údaje zo záznamov o komunite (zdravotnícke štatistiky, záznamy zo sčítania ľudí...) a metódy ako sú: analýza dostupných štatistických údajov, rozhovor, pozorovanie, dotazník, anketa (Kyčínová, 2001). Výber metód závisí od veľkosti komunity, účelu, časového faktora, počtu osôb zainteresovaných do zberu informácií, dostupných zdrojov informácií a finančných nákladov. Pri povrchnom a neúplnom zbere údajov hrozí riziko nesprávneho identifikovania problémov komunity (Hanzlíková et al., 2002).

Súčasťou posudzovacieho procesu je podrobná analýza a triedenie údajov. Analýza je kontinuálny proces, v ktorom sa usilujeme porozumieť získaným informáciám. To znamená, že rozoberáme jednotlivé údaje, aby sme sa dozvedeli čo najviac o zdraví komunity a aby

sme mohli vytvoriť zmysluplné akčné plány na jeho zlepšenie. Analýza zahŕňa kontrolu jednotlivých informácií z viacerých zdrojov a nepretržité preformulovanie otázok z hľadiska toho, čo sme doposiaľ analýzou zistili (SZO, 1997). V rámci komunitného posudzovacieho procesu potom tieto údaje možno rozdeliť do nasledujúcich piatich krokov (Bullough - Bullough, 1990):

1. Definovanie komunity, na ktorú sa zameriavame (*definovať, čo budeme nazývať komunitou - mesto, štvrť v meste, skupinu robotníkov v továrni, skupinu žiakov v škole*).

2. Opis populácie tvoriacej komunitu, demografické údaje: pohlavie, vekové rozvrstvenie, úroveň príjmov, zamestnanosť, vzdelanostná úroveň a etnický pôvod, natalita, mortalita, socio-ekonomický status: plat, zamestnanosť a vzdelanie.

3. Identifikácia štruktúr, ktoré organizujú komunitu, orgány štátnej správy a samosprávy, polícia, súdny systém, neformálne vedúce osobnosti komunity, dobrovoľnícke organizácie (*Červený kríž, skauti, svojpomocné kluby, charitatívne organizácie*), štruktúra rodín.

4. Identifikácia rizikových faktorov ovplyvňujúcich zdravie komunity, vývoj chorobnosti, úmrtnosti, výskyt infekčných chorôb,... ekologická situácia.

5. Identifikácia možností pre ovplyvnenie rizikových faktorov v komunite, sociálne služby, zdravotnícke služby, dobrovoľnícke organizácie, možnosti na rekreáciu a oddych (*vrátane športovísk*).

Na analýzu príčin vzniku problémov a ich podmienajúcich faktorov je niekedy potrebné zostaviť skupinu pracovníkov z rôznych odborov: zdravotnícki pracovníci, sociálni pracovníci, ekológovia... (Hanzlíková et al., 2002).

Diagnostika zdravia komunity

Komunitná sesterská diagnóza je odlišná od diagnózy jedinca, či rodiny (Oermann, 1991). Je zameraná na celú komunitu, nie iba na jedného jedinca, či rodinu (Bullough - Bullough, 1990). Komunitné sesterské diagnózy sú zhrnujúce vyhlásenia o stave zdravia komunity v doplnení o identifikované vysoko rizikové skupiny, na ktorých problémy majú byť zamerané intervencie (Oermann, 1991).

Diagnóza môže byť stanovená pomocou taxonómie NANDA, ktorá obsahuje definované charakteristiky problému, etiológiu a pridružené faktory - symptómy (Bullough - Bullough, 1990; Kozierová et al., 1995).

Muecke (1984) navrhol formu sesterskej diagnózy použiteľnej pri vyjadrení komunitného zdravotného problému, ktorá sa skladá z troch častí:

1. potenciálny alebo existujúci problém;
2. identifikovaná komunita, kde problém vznikol, alebo hrozí jeho vznik;
3. charakteristiky komunity (Stanhope - Lancaster, 1996).

Napr.: Riziko vzniku črevných infekcií u dojíciat v oblasti obce Jarovnice vzhľadom na nedostatok informácií o hygienickej príprave dojčenskej výživy.

Podľa Barkauskasa (1986) kompletná sesterská diagnóza komunity obsahuje:

1. sumár zdravotného stavu komunity;

2. správu o tom, v čom je zdravie komunity zraniteľné;

3. špecifický zoznam rizikových vplyvov na jedincov alebo rodiny;

4. sumárny výkaz kompetencií, schopností alebo zdravotných zdrojov - prostriedkov komunity (Oermann, 1991).

Sesterská diagnóza v komunite môže vychádzať aj zo zoznamu rizikových faktorov. Napr. chudoba je rizikový faktor pre choroby, je to sociálny problém a jeho riešenie musí byť orientované celospoločensky, nie iba na ošetrovateľskú a zdravotnícku činnosť (Bullough - Bullough, 1990). Napr.: Riziko vzostupu kardiovaskulárnych ochorení u rómskej populácie vzhľadom na cenovú nedostupnosť potravín so zníženým obsahom tukov a cholesterolu.

Plánovanie intervencií na riešenie zdravotných problémov v komunite a na ich prevenciu

Plánovanie ošetrovateľského procesu v komunite zahŕňa identifikáciu a odsúhlasenie potrebného zdravotného zlepšenia či výsledkov a vytvorenie akčného plánu na ich dosiahnutie. V rozdielnych komunitách i v rozdielnych skupinách v rámci komunity budú možno potrebné rozličné prístupy na riešenie tých istých potrieb. Všeobecný prístup na podporu a udržiavanie zdravia v komunite neexistuje. Je dôležité, aby boli akčné plány vypracované tak, že povedú k práci s ľuďmi v tých oblastiach, ktoré oni sami považujú za dôležité (SZO,1997).

Plán akcií pozostáva z určenia (SZO,1997):

- potrieb a očakávaní komunity,
- cieľov, filozofie a zámerov komunitnej agentúry,
- dostupných prostriedkov,
- dostupných vedeckých poznatkov,
- prijatých kritérií a štandardov ošetrovateľskej praxe,
- klientovej (*komunita, skupina, rodina a/alebo jedinec*) spoluúčasti - participácie, spolupráce a pochopenia.

Plán musí brať do úvahy už existujúce služby a organizácie v komunite a koordinovať ich maximálne využitie (Bullough - Bullough, 1990).

Každému identifikovanému a definovanému problému je priradená priorita podľa toho (Rusnák, 1997):

- ktorý problém má najväčší vplyv na smrť, ochorenie, práceneschopnosť, náklady na rehabilitáciu, na invaliditu, komunity alebo organizácie na úpravu stavu alebo na uzdravenie,
- ktoré skupiny populácie (*deti, matky, etniká*) sú osobitne ohrozené,
- ktorý problém je zvlášť citlivý z hľadiska intervencie,
- ktorým z problémov sa nezaoberali iné organizácie v komunite,
- ktorý z problémov, pokiaľ sa k nemu vhodne prístupí, má z hľadiska zlepšenia zdravotného stavu najväčší potenciál pre ekonomický alebo iný prínos,
- ktoré z problémov sú zaradené medzi regionálne alebo národné priority.

Súčasťou procesu vypracovania prioritných opatrení je identifikovanie problémov, ktoré možno vyriešiť ošetrovateľským zásahom a tých, ktoré si vyžadujú zásah ďalších zdravotníckych pracovníkov či rezortov. Jednou

z príčin, prečo je dôležité multirezortné zapojenie do skúmania zdravotných potrieb je skutočnosť, že ak sa na tomto procese zúčastnia viaceré rezorty, budú oni i členovia komunity oveľa viac veriť zisteniam a analýzam a budú sa tiež ochotnejšie zapájať do plánovania nevyhnutných opatrení. Efektívna multirezortná spolupráca je pri tejto činnosti dôležitou štruktúrnou podporou (SZO,1997).

Je dôležité, aby do procesu určovania priorít a procesu plánovania zasahovali aj členovia komunity (Hanzlíková et al., 2002).

Participácia komunity si vyžaduje vytvorenie a udržanie štruktúr a mechanizmov, ktoré budú ľudí spájať a stmelovať, ako aj spojenia umožňujúceho participáciu v rozhodovaní a plánovaní o veciach ovplyvňujúcich zdravie (SZO, 1997).

Princíp participácie má priamy vzťah ku všetkým fázam ošetrovateľského procesu. Komunita má často snahu participovať. Ak jej chceme účasť umožniť, musíme toto úsilie podporovať a pomáhať pri odstraňovaní bariér, ktoré by jej v účasti bránili. Je náročné umožniť účasť takým členom komunity, ktorí žijú v stresujúcich pomeroch, prípadne sú z komunity sociálne vylúčení a pomôcť tým, ktorí sú relatívne zvýhodnení, aby participovali spôsobom, ktorý zabezpečí chápanie a presadzovanie rovnosti ako priority. Zabezpečiť rovnocennú účasť si vyžaduje zručnosť a skúsenosti s prácou s komunitou (SZO, 1997).

Pri plánovaní uspokojovania zdravotných potrieb v komunite, ktoré možno naplniť ošetrovateľskými zásahmi, majú sestry možnosť aktivizovať a podporovať zapojenie komunity do širokej škály činnosti (SZO, 1997).

Úlohou sestier je (SZO,1997):

- rozvíjanie zdravotníckych kampaní,
- realizácia zdravotníckych skríningových programov,
- formovanie špeciálnych záujmových či nátlakových skupín,
- vystupovanie v úlohe komunitného zdroja,
- vytváranie dostupných a z lokálneho hľadiska významných zdrojov zdravotníckych informácií,
- spolupráca s ostatnými pracovníkmi pri rozvíjaní zdrojov a informácií z oblasti základnej zdravotnej výchovy,
- využívanie miestnych médií na diskusiu o problematike zdravia,
- zúčastňovanie sa na iniciatívach komunitného rozvoja,
- nácvik základných ošetrovateľských zručností, aby sa zvýšila sebestačnosť a schopnosť sebaopatery ľudí,
- školenie členov komunity, aby boli schopní zdravotno-výchovne pôsobiť na spoluobčanov,
- vytváranie štruktúr, akými sú verejné schôdze, pravidelné zdravotnícke fóra a neformálne stretnutia, na ktorých by ľudia mohli predkladať názory a diskutovať o zdravotnej problematike,
- sprostredkovanie toku informácií medzi komunitou a predstaviteľmi plánovacej a rozhodovacej sféry v oblasti služieb,
- monitorovanie lokálneho uplatňovania bezpečnostných opatrení na ochranu zdravia.

Medzi najčastejšie plánované a realizované činnosti patrí organizácia služieb starostlivosti, koordinácia, monitorovanie, edukácia, poradenstvo, obhajoba, vykonávanie základných ošetrovateľských postupov a techník, spolupráca s ďalšími členmi tímu, inštitúciami a rodinnými príslušníkmi (Hanzlíková et al., 2002).

Realizácia akčných plánov na uspokojenie určených zdravotných potrieb

V rámci realizácie akčného plánu sú vykonávané na plánované aktivity a intervencie pre zlepšenie zdravia komunity (SZO,1997). Úspešnosť realizácie závisí od rôznych faktorov, napr. od pripravenosti a ochoty komunity riešiť problém, od skúseností a zručností sestier, od schopností sestier vykonávať komunitne orientované činnosti atď. (Hanzlíková et al., 2002).

Aby sa dosiahla účinná zmena zdravotného správania, je potrebné zamerať jednotlivé stratégie tak na jednotlivca, ako aj na širšiu verejnosť v komunite.

Stratégie zmeny správania zamerané na jednotlivca (Kaplan - Sallis - Patterson, 1996) najlepšie pôsobia vtedy, ak:

- sú pre jednotlivca zaručené výhody,
- sa výhody prejavujú rýchlo (*v priebehu niekoľkých dní - týždňov*),
- sú požadované minimálne náklady.

Stratégie zamerané na komunity (Kaplan - Sallis - Patterson, 1996) sú úspešné vtedy, ak:

- sa zmena dobre definovaného prostredia výrazne dotkne populácie,
- je prostredie kontrolované vládou a nie obchodom,
- je intervencia ekonomicky a politicky prijateľná.

Ak je plán zameraný napr. na informovanie verejnosti, je potrebné vytvoriť a vytlačiť brožúry a letáky, zapojiť ľudí do práce v meste a kontaktovať ľudí v silných štruktúrach na podporu, alebo skorú prevenciu bariér. Ak je v pláne stanovené vytvorenie nových služieb pre komunitu, je potrebné zaistiť prostriedky, protokoly na záznam poskytovania starostlivosti prostredníctvom týchto služieb. Ak je plánované poskytnutie individualizovanej starostlivosti, cieľom je realizovať plán na základe zistených sesterských diagnóz a denne aktualizovať jeho zameranie, ako je to zvykom pri poskytovaní starostlivosti jednotlivým klientom (Bullough - Bul-lough, 1990).

Veľký počet rozmanitých zdrojov poskytuje ľuďom informácie a vplýva na ich správanie. Kaplan, Sallis a Patterson (1996) uvádzajú nasledujúce hlavné stratégie uplatňované pri intervenciách na podporu zdravia komunity:

1. Hromadné oznamovacie prostriedky

Tvorí súčasť nášho života a často propagujú nezdravý životný štýl, ale môžu aspoň štyrmi prostriedkami prispieť k podpore zdravia v komunite.

Možno ich použiť ako bezprostredného činiteľa zmeny. Zábavný televízny program, či informačná brožúrka, môžu ľudí naučiť ako môžu svoje správanie zmeniť.

Môžu dopĺňať iné druhy intervencie - navzájom podobné informácie možno rozširovať rozhlasom, poštou

a prostredníctvom osobitných kurzov v tom istom čase.

Hromadné oznamovacie prostriedky môžu propagovať iné programy. Prenikajú k obrovskému počtu ľudí, čím sú účinným prostriedkom na oboznámenie verejnosti s materiálmi alebo programami na podporu zdravia.

Správy z hromadných oznamovacích prostriedkov môžu podporiť zmenu životného štýlu tým, že povzbudzujú ľudí k udržaniu zmeneného spôsobu správania tým, že prezentujú modely zdravého správania a vo všeobecnosti tým, že trvalo udržiavajú otázky zdravia vo vedomí ľudí.

Účinne možno použiť aj tlačené materiály, napr. letáky obsahujúce návody na zdravé správanie, kuchárske knihy s receptami jedál s nízkym obsahom tuku, návody na zmenu stravovania a na telesné cvičenie vypracované tak, aby vyhovovali potrebám danej populácie. Tlač a elektronické médiá možno kombinovať.

2. Skrining rizikových faktorov

Viacere programy zamerané na komunity zdôrazňujú potrebu skriningu, aby sa v populácii napr. zistilo zvýšenie hladiny cholesterolu v krvnom sére, výskyt vyššieho tlaku krvi a aby vysoko rizikových jednotlivcov podnietili k zmene správania, prípadne k tomu, aby vyhľadali zdravotnícku starostlivosť.

3. Programy na pracoviskách a iných prostrediach komunity

Pracoviská tvoria vhodný priestor pre programy na podporu zdravia, lebo väčšina dospelých ľudí trávi väčšiu časť dňa v práci. Navyše sú tu prístupné komunikačno-informačné kanály, ktoré sa dajú na podporu zdravia využiť. V záujme zamestnávateľov je, aby ich zamestnanci boli zdraví a výkonní. Najbežnejšie bývajú programy pre malé skupiny. Na pracoviskách však možno realizovať aj programy, ktoré majú účinok na celé osadenstvo podniku (program SZO Zdravé pracoviská).

4. Súťaže na podporu zdravia

Dobre spropagované súťaže sú príťažlivým podujatím, ktoré môže mať väčšiu účasť verejnosti než prednášky, či iný štandardný druh zdravotno-výchovného programu. Dôležitým aspektom v súťaži je udeľovanie cien, ktoré sa považuje za účinný prostriedok na zmenu správania. Súťaže slúžia aj na upevnenie spolupráce a vzájomnej podpory vnútri skupiny.

Hodnotenie komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti

Hodnotenie je proces, ktorý posudzuje proces realizácie plánovaných zásahov a výstupy realizovaného programu. Začína už vo fáze plánovania, keď sa určujú ciele a kritériá, ktorých dosiahnutie či nedosiahnutie vyjadruje úspešnosť, prípadne neúspešnosť realizovaných stratégií (Kozierová et al., 1995). Realizuje sa v ňom opis a interpretácia procesov a stratégií, ktoré sa realizovali a posúdenie či opis výsledkov z hľadiska komunity a jednotlivca (SZO,1997). Hodnotenie je nepretržitá súčasť ošetrovateľského procesu, ktorá umožňuje ustavičnú revíziu a úpravu praxe (Bullough - Bul-lough, 1990) a zároveň je to cieľavedomá občasná činnosť, pri ktorej sa z časovej perspektívy meria denná aktivita z hľadiska kritérií

úspechu či zlyhania, obsiahnutých v akčných plánoch komunity. Zisťuje sa vhodnosť, účinnosť, účelnosť a následky činností, náklady a čas investované do projektu (SZO,1997). Aj do vyhodnocovania by mali byť zapojení členovia komunity, ktorí môžu vyjadriť svoju spokojnosť, názory a pocity (Hanzlíková et al., 2002). Na vyhodnocovanie sú potrebné mnohé zručnosti, ktoré sa používajú pri analýze údajov z komunitného posudzovania, týkajúceho sa možného zlepšenia zdravia. Zbieranie údajov potrebných na hodnotenie je zvyčajne súčasťou procesu realizácie akčných plánov (SZO,1997).

Program sa hodnotí aj prostredníctvom vyčíslenia procedúr - ošetroví, ktoré sme urobili. Napr. ak bolo cieľom programu zvýšiť počet zaočkovaných osôb proti rubeole na zníženie výskytu vrodených vývojových chýb v komunite, zisťujeme počet zaočkovaných. Výstupy meraní predstavujú výsledky programu pre klientov v komunite (Bullough - Bullough, 1990).

Americká asociácia sestier (ANA) definovala štandardy ošetrovateľskej praxe v komunite (Hanzlíková et al., 2002):

1. Sestra uplatňuje teoretické vedomosti pri rozhodnutiach v praxi.

2. Sestra systematicky zbiera údaje, ktoré sú ucelené a presné.

3. Sestra analyzuje zistené údaje o komunite, rodinách a jednotlivcoch a na základe nich určuje sesterské diagnózy.

4. Pre všetky úrovne prevencie sestra pripraví plány, ktoré špecificky určujú ošetrovateľské aktivity jedinečne zamerané na klientove potreby.

5. Sestra sa riadi plánom, ktorého plnením ochraňuje, udržiava a obnovuje zdravie, predchádza chorobám a zabezpečuje rehabilitáciu.

6. Sestra zaznamenáva odozvy komunity, rodín a jednotlivcov na to, či intervencie a opatrenia zlepšili zdravotný stav, viedli k plneniu stanovených cieľov a na základe toho reviduje databázy, diagnózy a plány.

7. Sestra sa zúčastňuje na stretnutiach s kolegami, porovnáva svoje názory s ich názormi, aby sa ubezpečila o rozvoji kvality ošetrovateľskej praxe. Sestra preberá

zodpovednosť za rozvoj profesie a podporuje profesionálny rast ostatných.

8. Sestra spolupracuje s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, profesionálmi a reprezentantmi komunity pri odhade, plánovaní, realizácii a spätnej revízii programov pre komunitné zdravie.

9. Sestra prispieva prostredníctvom výskumu k rozvoju teórie a praxe komunitného ošetrovateľstva.

Literatúra

1. BULLOUGH, B. - BULLOUGH, V. *Nursing in the Community. St.Luis* : Mosby Company, 1990. 712 p. ISBN 0-8016-6065-3.

2. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia 1.diel.* Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2002. 175 s. ISBN 80-223-1533-8.

3. KAPLAN, R.M. - SALIS, J.F. - PATTERSON, T.L. *Zdravie a správanie človeka.. Bratislava* : SPN, 1996. 450 s. ISBN 80-08-00332-4.

4. KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, R. - OLIVIREOVÁ, R. *Ošetrovateľstvo 1., 2.* Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

5. KYČINOVÁ, S. Komunita a ošetrovateľský výskum. In *Sborník I. ostravské sympozium ošetrovateľství s me-zinárodní účastí.* Ostrava : Repronis, 2001. s. 69-72.

6. OERMANN, M.H. *Profesional Nursing Practice: A Conceptual Approach.* Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1991. 330 p. ISBN 0-397-54851-6.

7. RUSNÁK, M. Podpora zdravia. Zdravotná výchova a životné prostredie. In *Zborník Motivácia komunit pre rozvoj zdravia a životného prostredia USAID,* 1997. s. 3-31.

8. STANHOPE, M. - LANCASTER, J. *Community Health Nursing. Promoting Health of Aggregates, Families and Individuals. St. Luis* : Mosby - Year Book, Inc., 1996. 1124 s.

9. SZO. LEMON 1. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky.* Brno : IDVPZ, 1996. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.

10. SZO. LEMON 1. *Učebný materiál pre ošetrovateľstvo.* Bratislava:Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, 1997. 160 s. ISBN 80-967818-0-4.