

# SESTRY

## V ČELE DOSAŽENÍ

### CÍLŮ UDRŽITELNÉHO ROZVOJE



## **ROLE SESTER V DOSAŽENÍ CÍLŮ UDRŽITELNÉHO ROZVOJE**

**MEZINÁRODNÍ DEN SESTER PROSTŘEDKY A DŮKAZY**

**MEZINÁRODNÍ RADA SESTER (ICN)**



# OBSAH



Část první: Úvod	4
Cíle udržitelného rozvoje a ošetřovatelství	5
Nerovný svět	6
Co jsou to cíle udržitelného rozvoje (SDG)?	8
Proč by měly sestry cíle SDG zajímat?	9
Část druhá: Cíle udržitelného rozvoje	10
Cíl 1: Konec chudoby	11
Cíl 2: Konec hladu, zlepšení výživy	14
Cíl 3: Zdraví a kvalitní život	17
Cíl 4: Kvalitní vzdělání	22
Cíl 5: Rovnost mužů a žen	24
Cíl 6: Pitná voda, kanalizace	26
Cíl 7: Dostupné a čisté energie	28
Cíl 8: Důstojná práce a ekonomický růst	30
Cíl 9: Průmysl, inovace a infrastruktura	33
Cíl 10: Méně nerovností	36
Cíl 11: Udržitelná města a obce	38
Cíl 12: Odpovědná výroba a spotřeba	41
Cíl 13: Klimatická opatření	42
Cíl 14: Život ve vodě	44
Cíl 15: Život na souši	44
Cíl 16: Mír, spravedlnost a silné instituce	45
Cíl 17: Partnerství ke splnění cílů	47
Část třetí: Jak se můžete postavit do čela?	50
Postavte se do čela – jako jednotlivec	52
Postavte se do čela – jako profese	54
Postavte se do čela – jako člen multidisciplinárního týmu	54
Vést a být slyšet	55
Bibliografie	56

Všechna práva vyhrazena, a to včetně překladů do jiných jazyků. Žádná část této publikace nesmí být rozmnožována tiskem, fotokopie ani žádným jiným způsobem, nesmí být uložena v systému umožňujícím přístup k informacím, ani v žádné formě přenesena nebo prodána bez výslovného písemného souhlasu Mezinárodní rady sester. Krátké výňatky (méně než 300 slov) mohou být reprodukovány bez nutnosti žádat o souhlas za předpokladu, že je uveden zdroj.

Copyright © 2017 International Council of Nurses — 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland  
ISBN: 978-92-95099-41-8 / Design by ACW acw.uk.com

# VÁŽENÉ KOLEGYNĚ, VÁŽENÍ KOLEGOVÉ,



jménem Mezinárodní rady sester bychom rádi popřáli sestřám po celém světě šťastný Mezinárodní den sester!

Mezinárodní rada sester letos zvolila téma „Sestry: V čele dosažení cílů udržitelného rozvoje“. Prostřednictvím této publikace a doprovodné kampaně na webových stránkách, videích a sociálních sítích chceme zvýšit povědomí jednak mezi členy ošetrovatelské profese o tom, co to jsou cíle udržitelného rozvoje (SDG) a proč jsou důležité, a také mezi širokou veřejností, vládami a dalšími odpovědnými činiteli o tom, jak sestry k dosahování těchto cílů přispívají. V této publikaci najdete přehled SDG a jejich návaznosti na ošetrovatelskou profesi. Konkrétně publikace nabízí řadu případových studií, z nichž je zřejmé, jak vynikající práci sestry po celém světě odvádí v oblasti zlepšení přístupu ke zdravotní péči, vzdělávání široké veřejnosti, boje s chudobou, výživy, čistých energií, nerovnosti, udržitelnosti, inovace, spravedlnosti a všech dalších cílů SDG. Sestry jsou všude a na všech pracovištích primárními poskytovateli zdravotní péče a jako takové jsou pro dosažení cílů SDG zcela nepostradatelné. Bez investic vlád a světových vůdců do ošetrovatelské profese jednoduše nemůžeme uspět.

Cíle SDG se týkají nás všech v našem profesním i osobním životě. I vy osobně jste a můžete být pro jejich dosažení přínosem. Oslavte to, čeho jste dosáhli, podělte se s ostatními o svůj příběh a postavte se do čela.




Judith Shamian  
Prezidentka



Frances Hughes  
Výkonná ředitelka

# ÚVOD



Všichni známe slavný výrok Mahátma Gándhího: „Buď sám tou změnou, kterou chceš ve světě vidět“. Je to krásná myšlenka – my se ale pod tlakem okolí neustále cítíme provinile za to, že pro to neděláme dost. Sestry se vzhledem k profesi, kterou si vybraly, neustále obětují, aby mohly pomáhat ostatním. Často se o nás mluví jako o „andělech spásy“ a vzorech pro ostatní: laskavých, obětavých a soucitných lidech. Co dalšího ještě můžeme udělat?

Mezinárodní rada sester letos zvolila téma „Sestry: V čele dosažení cílů udržitelného rozvoje“. Znamená to, že toho od sester očekává ještě víc? Opravdu se od nás sester – přepracovaných, vyčerpaných, s nízkým platem a nedostatkem prostředků a zdrojů – očekává, že vyřešíme všechny problémy světa?

Odpověď je jednoduchá: už je řešíte! A právě to bychom letos chtěli v rámci oslav úspěchů ošetrovatelské profese ukázat. Možná si ani neuvědomujete, že to, co děláte, přispívá k dosažení cílů udržitelného rozvoje OSN. Mezinárodní rada sester doufá, že webové stránky věnované Mezinárodnímu dni sester, naše publikace, videa a kampaň na sociálních sítích vám pomohou pochopit, co cíle SDG jsou, proč jsou důležité a jak vy – a miliony dalších sester po celém světě – už teď přispíváte k jejich úspěchu a ke zdraví miliard lidí na celé planetě.

Ponořte se s námi do příběhů neopěvovaných hrdinek a hrdinů ošetrovatelské profese, jejich snahy zlepšit život jiných lidí a toho, jak jejich činnost souvisí s cíli SDG. V rámci letošního Mezinárodního dne sester je chceme oslavit a čerpat inspiraci z jejich příběhů o tom, jak mohou sestry prostřednictvím vlivu na své okolí a komunity vytvářet zdravější svět.

„Svět kolem nás je plný apatie. Každý den se děje spousta věcí, které nejsou správné. Přestože si každý z nás musí vybrat svůj boj, je velice důležité, abychom se tvářili v tvář takovým věcem ozvali. Vedení je o tom naučit se, jak to dělat efektivně.

Nebudete dobrým vůdcem, pokud vám instinkt neříká: ‚Tohle musím dát do pořádku.‘“

– Marla Salmon, bývalá hlavní sestra, ministerstvo zdravotnictví USA

## 1.1 CÍLE UDRŽITELNÉHO ROZVOJE A OŠETŘOVATELSTVÍ

Cíle udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals, SDG) přijalo OSN v roce 2015, kdy nahradily předcházející rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals, MDG).

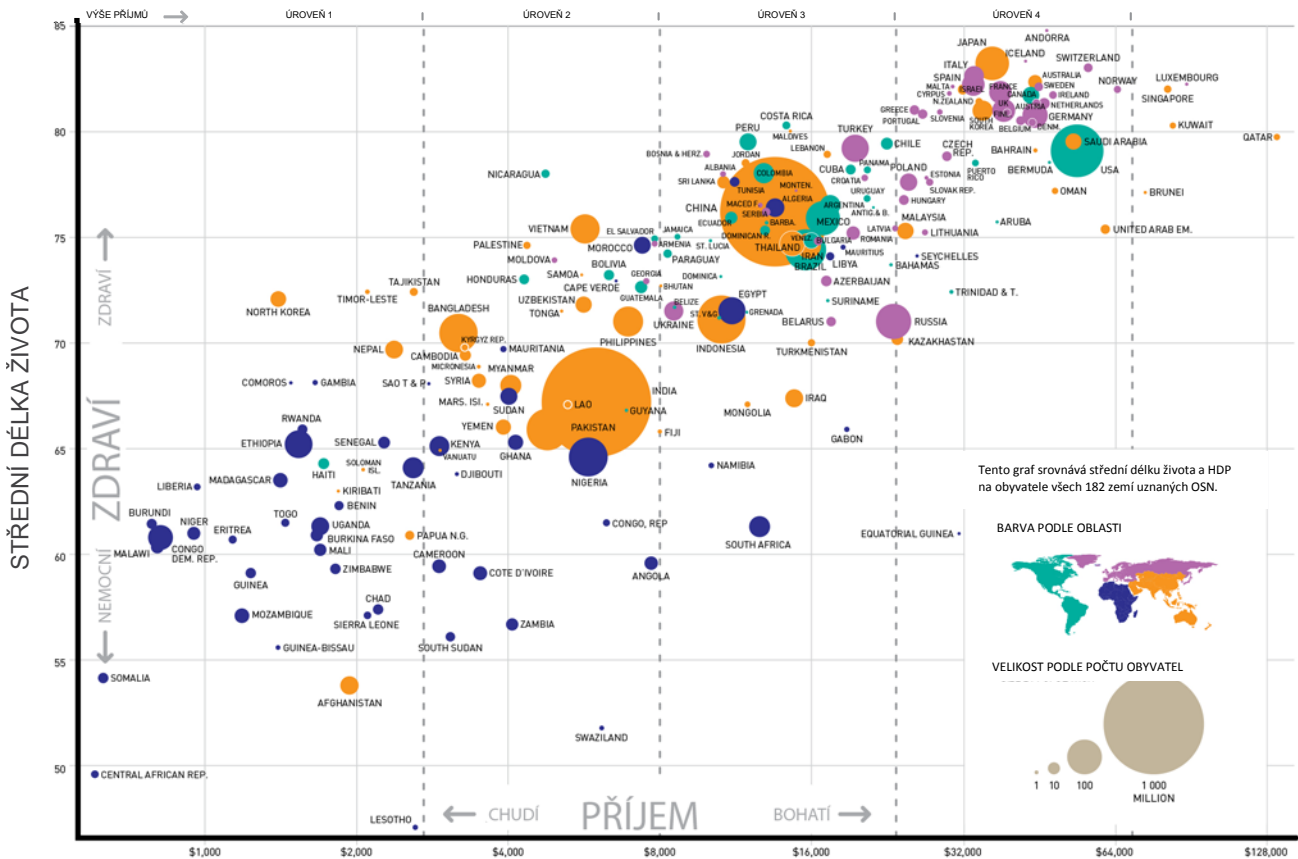
Jedná se o 17 cílů pokrývajících širokou škálu světových problémů udržitelného rozvoje, jako je například vymýcení chudoby a hladu, zlepšení zdraví a vzdělávání, boj se změnou klimatu apod. Všechny 191 členských států OSN se dohodlo na tom, že tyto nové cíle splní do roku 2030. Zdraví je ústředním motivem cíle SDG 3: „Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku“, a není potřeba zdůrazňovat, že ošetřovatelství má v dosažení tohoto cíle důležitou roli. Práce sester má ale velký vliv i na dosažení ostatních cílů SDG, například v oblasti vzdělávání a chudoby, které bývají označovány jako sociální determinanty zdraví. Sociální determinanty zdraví jsou podmínky, ve kterých se lidé rodí, vyrůstají a pracují a které mají dopad na jejich zdraví a každodenní život. Sestry pomáhají lidem dosáhnout optimálního zdravotního stavu, naše práce ale často zahrnuje i tyto determinanty a rozumíme širším souvislostem mezi okolními podmínkami a zdravím jednotlivce a populace. Tato publikace a použité případové studie tyto souvislosti podtrhují a jasně ukazují, proč jsou sestry tak důležité nejen pro optimalizaci zdraví jednotlivých lidí, ale také pro dosažení cílů SDG.



## 1.2 NEROVNÝ SVĚT

Rozvojové cíle tisíciletí významně přispěly ke zlepšení životů milionů lidí po celém světě, propast mezi bohatými a chudými, zdravými a nemocnými a vzdělanými a nevzdělanými se ale stále prohlubuje. Cíle udržitelného rozvoje se proto soustředí na nerovnosti mezi jednotlivými zeměmi, ale i v rámci nich. To, že sociální faktory – například vzdělání, zaměstnání, výše příjmů, pohlaví a etnická příslušnost – mají přímý vliv na zdraví lidí, je v současnosti dobře známý fakt.

Ilustrovat to můžeme například na střední délce života. Podle údajů z roku 2010 je mezi střední délkou života v zemích na špičce a na chvostu žebříčku rozdíl 35 let (obr. 1). V zemích, kde je HDP na obyvatele nižší než 4 000 \$, je střední délka života většinou nižší než 70 let. A naopak, v zemích, kde je HDP na obyvatele vyšší než 8 000 \$, je střední délka života většinou vyšší než 70 let. Tento rozdíl ve střední délce života má zjevně souvislost s výší příjmu. Kromě rozdílů mezi bohatými a chudými zeměmi jsou zde ale i rozdíly mezi bohatými a chudými lidmi v rámci jednotlivých zemí. V Anglii je například mezi bohatými a chudými podstatný rozdíl ve střední délce i kvalitě života (obr. 2).

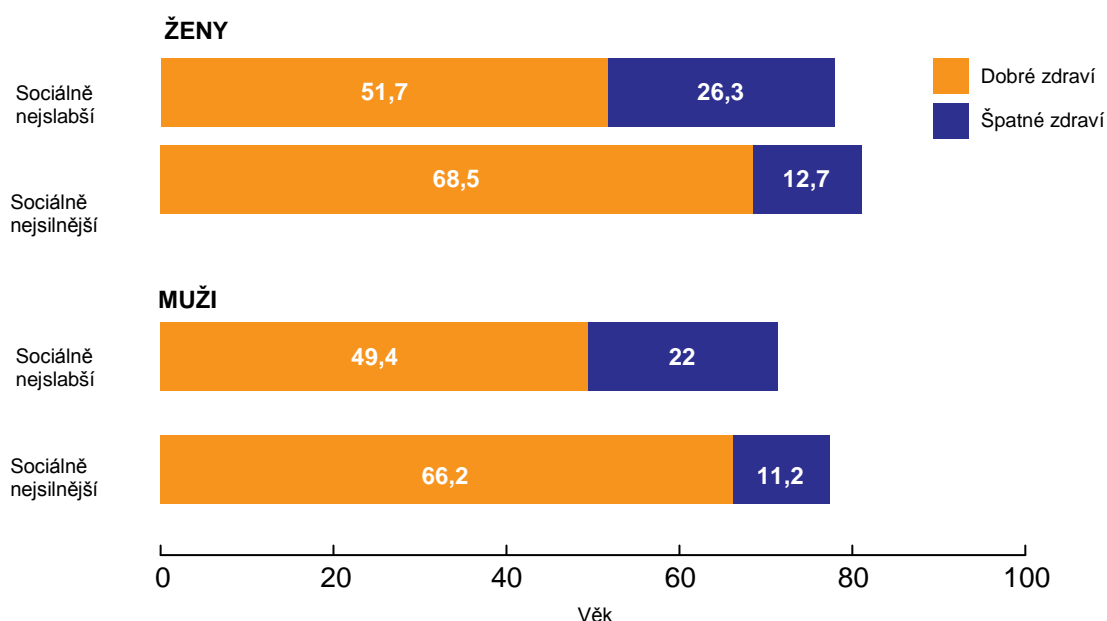


Tento graf srovnává střední délku života a HDP na obyvatele všech 182 zemí uznávaných OSN.

HDP na obyvatele (\$ očištěné o cenové rozdíly, parita kupní síly 2011)

**Obr. 1. Střední délka života podle země a ročního příjmu**

Založeno na volně přístupném grafu z webových stránek [www.gapminder.org](http://www.gapminder.org)<sup>[51]</sup>



**Obr. 2. Střední délka života prožitá ve zdraví a souvislost mezi zdravím a sociálním postavením v Anglii<sup>[5]</sup>**

Střední délka života není jen o bohatství a chudobě. Jde také o kvalitu života a o rozdíly pozorované mezi sociálními skupinami s nízkými, středními a vysokými příjmy. Po celém světě lze pozorovat stejný fenomén: čím nižší je socioekonomický status, tím vyšší je riziko špatného zdravotního stavu a tím pravděpodobnější je předčasná smrt.

Problém přitom nespočívá pouze v omezeném přístupu ke zdravotnickým službám. Špatný zdravotní stav souvisí s nerovností podmínek, v nichž se lidé rodí a v nichž vyrůstají, žijí, pracují a stárnou. Tuto nerovnost v každodenním životě způsobuje nerovnost v moci, bohatství, vzdělání a přístupu ke zdrojům. Tyto faktory se obecně označují jako sociální determinanty zdraví.<sup>[17]</sup>

## Rovnost v oblasti zdraví a sociální determinanty zdraví

Sociální determinanty zdraví jsou podmínky, ve kterých se lidé rodí a ve kterých vyrůstají, žijí, pracují a stárnou.<sup>[17]</sup> Tyto podmínky jsou na celosvětové, národní i místní úrovni utvářeny distribucí peněz, moci a zdrojů. Za nerovností v oblasti zdraví – nespravedlivými a zbytečnými rozdíly ve zdravotním stavu mezi zeměmi i v rámci nich – stojí z větší části právě sociální determinanty zdraví.

Rovnost v oblasti zdraví a sociální determinanty zdraví jsou považovány za stěžejní součást globálního programu udržitelného rozvoje po roce 2015 a úsilí o postupné dosažení všeobecně dostupné zdravotní péče. Pokud má v oblasti zdraví panovat větší rovnost, je potřeba uceleně a systematicky řešit jak sociální determinanty zdraví, tak všeobecnou dostupnost zdravotní péče.<sup>[6]</sup>

Kromě toho cíle SDG nerozlučně spojují sociální determinanty zdraví nejen se sektorem zdravotnictví, ale se všemi vládními sektory (jako je například zemědělství, voda, vzdělávání, energie, doprava, infrastruktura, sociální rozvoj, ochrana životního prostředí nebo veřejná správa).

Třetí z cílů udržitelného rozvoje (SDG 3) sice hovoří konkrétně o zdraví (zdravý a kvalitní život pro všechny v jakémkoli věku), sociální determinanty zdraví (kterým se někdy říká „příčiny“) se ale zjevně promítají do všech cílů. Úkolem nás sester je vzít jazyk, kterým hovoří cíle SDG, „přeložit“ ho do jazyka vládních priorit každé země a explicitně ho propojit s proklamovanou vládní politikou. Jako sestry můžeme významně přispět k dosažení většiny ze všech 17 cílů.

Co se týče zdraví, cíle SDG berou v potaz sociální determinanty a jejich dopad na zdraví a kvalitu života. I Světová zdravotnická organizace (WHO) uznává, že socioekonomické životní podmínky jednotlivých lidí a skupin mají na zdraví přinejmenším stejný dopad jako lékařská péče a osobní chování v oblasti zdraví. Mezi ty nejdůležitější sociální determinanty zdraví patří chudoba, ekonomická nerovnost, sociální status, stres, vzdělání a péče v dětství, sociální vyloučení, zaměstnanost a jistota pracovního místa, sociální podpora a dostatek potravin.

Studie celosvětové zátěže nemocemi (Global Burden of Disease Study)<sup>[10]</sup> ukazuje, že indikátory rozvoje, jako je příjem, vzdělání nebo porodnost, jsou pro zdravý život zásadní, nejsou to ale jediné faktory, které mají na zdraví vliv. Několika zemím se navzdory omezeným zdrojům podařilo zlepšit zdraví obyvatel díky zlepšení kanalizace, očkování, kvality vnitřního ovzduší a výživy.

Širší záběr, který je u programu cílů SDG patrný, odráží nutnost celostního pohledu na kořeny ekonomického, sociálního i ekologického rozvoje. Jinak řečeno, odpovědnost za zdraví obyvatel nenese jen zdravotnický sektor, ale také sektor dopravy, životního prostředí, bydlení, obchodu nebo zemědělství.

### 1.3 CO JSOU TO CÍLE UDRŽITELNÉHO ROZVOJE?

Cíle udržitelného rozvoje (SDG) staví na úspěchu rozvojových cílů tisíciletí (MDG). Jdou ale mnohem dál a zabývají se problémy, které mají negativní dopad na lidi, planetu, prosperitu, mír a partnerskou spolupráci. V září 2015 se světoví vůdci dohodli na 17 cílech a 169 dílčích cílech.

Nejsou sice právně závazné, od vlád se ale očekává, že se k nim postaví zodpovědně a v rámci svých zemí přijmou opatření pro jejich dosažení. Během příštích 15 let budou země usilovat o vymýcení všech forem chudoby a bojovat proti nerovnosti a změně klimatu tak, aby „nikdo nezůstal pozadu“.<sup>[11]</sup>



„Zamyslete se nad tím, jak vzácná je celost duše a těla. Pokud je dosažení dobrého zdraví náročný cíl pro toho, o jehož zdraví se jedná, představte si, jak těžké je pro sestru pomoci mu tohoto cíle dosáhnout. Musí se svým způsobem dostat ‚pod kůži‘ každého ze svých pacientů, aby věděla, co daný člověk chce, ale také aby věděla, co potřebuje k tomu, aby zůstal naživu a získal zpět ztracené zdraví. Dočasně se stává vědomím toho, kdo je v bezvědomí, láskou k životu toho, kdo trpí sebevražednými sklony, nohou člověka po amputaci, očima toho, kdo právě oslepl, možnostmi pohybu pro novorozence, znalostmi a sebevědomím mladé matky, hlasem těch, kdo jsou příliš slabí nebo nespěšlí na to, aby promluvíli, a tak dál.“<sup>[14]</sup>

— Virginia Henderson



## 1.4 PROČ BY MĚLY SESTRY CÍLE SDG ZAJÍMAT?

Možná se ještě teď sami sebe ptáte, jaký může mít vaše přispění k cílům SDG asi vliv? Je tu ale několik důležitých důvodů, proč byste se vy i všechny ostatní sestry měly o cíle SDG zajímat.

### 1. SESTRY SE ZAJÍMAJÍ A STARAJÍ O OSTATNÍ

Ošetrovatelskou profesi si člověk volí proto, aby mohl lidem i celým skupinám obyvatel pomáhat k lepšímu zdraví. To je smyslem a základem tohoto povolání. Jak uvádí definice ošetrovatelství podle ICN<sup>[171]</sup>:

„Ošetrovatelství zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o fyzicky a duševně nemocné a osoby se zdravotním postižením všech věkových skupin na všech zdravotnických pracovištích i v komunitním prostředí. V rámci tohoto širokého spektra zdravotní péče zajímá sestry zejména to, jak jednotlivci, rodiny a skupiny reagují na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy.“ Jako sestry nás proto oprávněně zajímá, kde se rodí děti, kde lidé vyrůstají, kde žijí, pracují a stárnou.

### 2. JE TO SPRÁVNĚ

Celý tento program je postaven na myšlence sociální spravedlnosti. Měli bychom se o cíle SDG zajímat a přispívat k nim, protože je to tak správně. Můžeme zabránit úmrtím dětí a matek, můžeme vymýtit extrémní chudobu, můžeme zlepšit kvalitu života, můžeme zajistit, aby děti chodily do školy, můžeme vymýtit násilí a útlak, můžeme dosáhnout spravedlnosti. Cíle SDG nám dávají příležitost využít znalostí, které jako sestry máme, k vytvoření zdravějšího a lepšího světa.

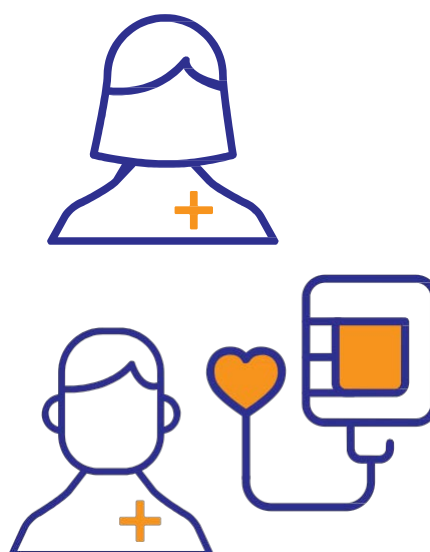
### 3. ZMĚNA JE MOŽNÁ

Rozvojové cíle tisíciletí (MDG) znamenaly pro svět neuvěřitelné zlepšení ve vyšší střední délce života, snížení dětské úmrtnosti, vyšším počtu dětí ve školách, snížení extrémní chudoby a zlepšení přístupu k nezávadné vodě a kanalizaci.

Ambicióznost dílčích cílů v rámci SDG může u někoho vzbuzovat skepsi, cíle MDG nám ale ukazují, že pokrok je možný a že z něj může těžit nespočet lidí, jejichž životy budou díky němu lepší.<sup>[11]</sup>

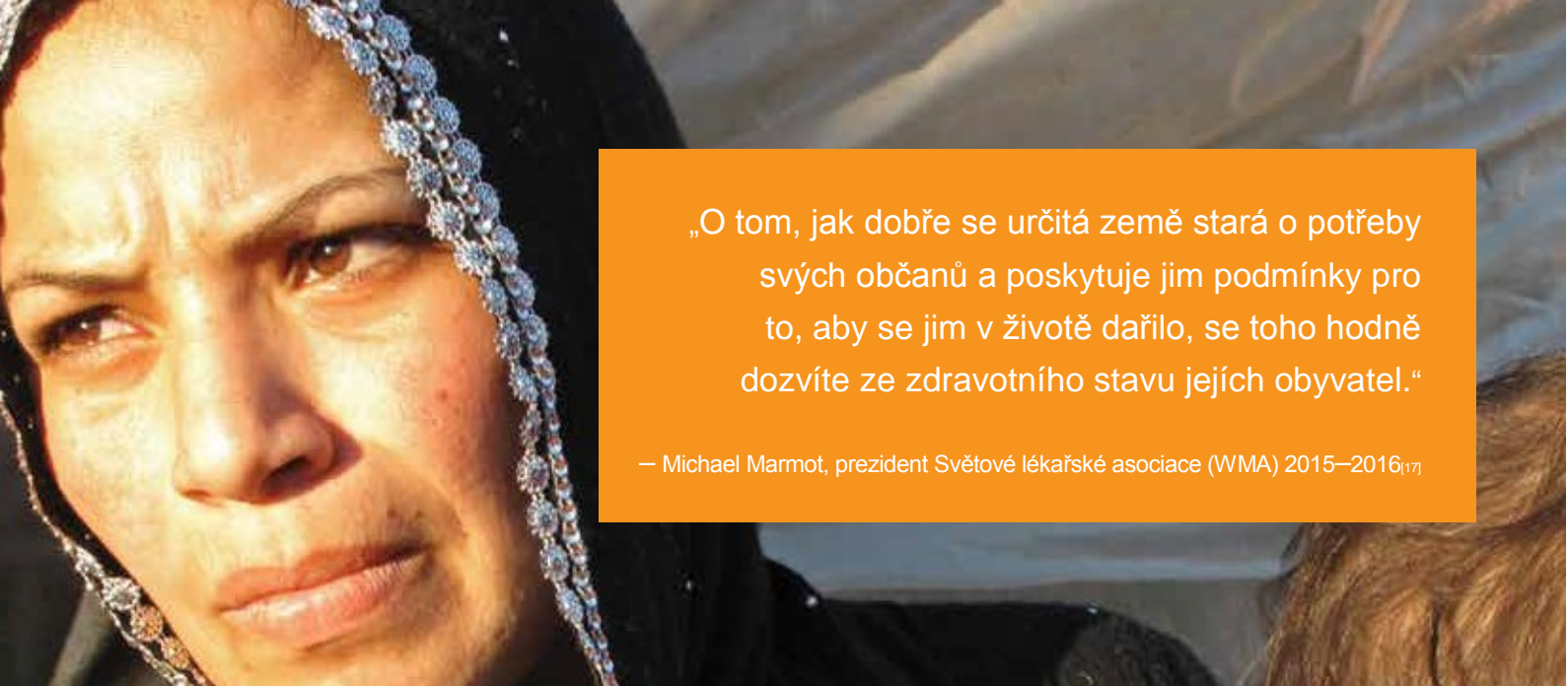
### 4. JE TO NAŠE ZDRAVÍ

Cíle SDG se netýkají jen lidí v zemích s nízkými příjmy. Týkají se nás všech. Naplnění jednotlivých dílčích cílů zlepší životy lidí okolo nás, našich rodin a dokonce i nás samotných. Cíle jsou důležité, protože vy jste důležití.



„Sestry naplňují zdravotní potřeby lidí v jakémkoli prostředí a v jakémkoli věku. Hrají zásadní roli v tom, aby se podařilo dosáhnout globálních cílů, jako je všeobecná dostupnost zdravotní péče a cíle udržitelného rozvoje.“

— Dr. Margaret Chan, generální ředitelka WHO<sup>[172]</sup>

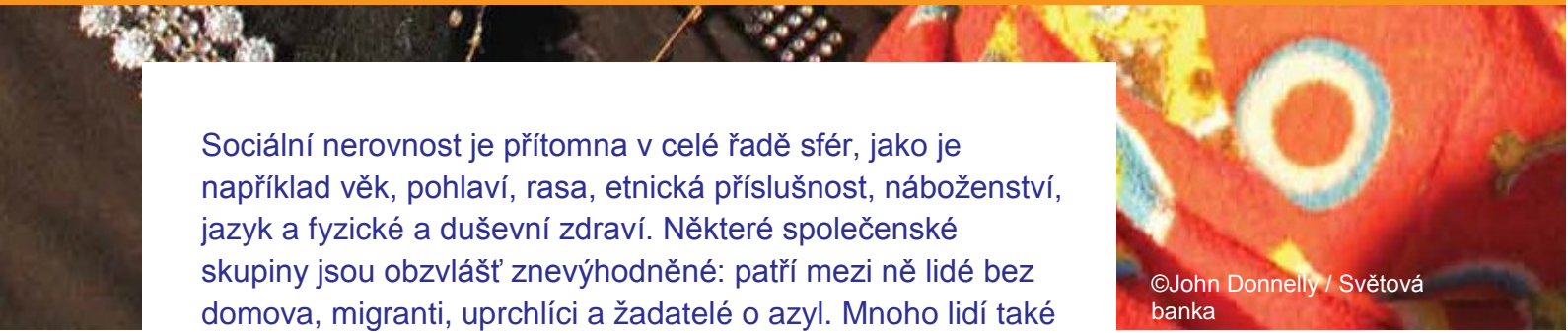


„O tom, jak dobře se určitá země stará o potřeby svých občanů a poskytuje jim podmínky pro to, aby se jim v životě dařilo, se toho hodně dozvíte ze zdravotního stavu jejich obyvatel.“

— Michael Marmot, prezident Světové lékařské asociace (WMA) 2015–2016<sup>[17]</sup>

## ČÁST DRUHÁ

# CÍLE UDRŽITELNÉHO ROZVOJE



Sociální nerovnost je přítomna v celé řadě sfér, jako je například věk, pohlaví, rasa, etnická příslušnost, náboženství, jazyk a fyzické a duševní zdraví. Některé společenské skupiny jsou obzvláště znevýhodněné: patří mezi ně lidé bez domova, migranti, uprchlíci a žadatelé o azyl. Mnoho lidí také žije v naprosté chudobě a nedostává přitom žádnou finanční podporu. Tyto druhy nerovnosti se navzájem ovlivňují ve složitém spletní vzájemných vztahů a společně utváří to, jak se lidé rodí a jak vyrůstají, žijí a stárnou.

Nerovnost má dopad na zdraví lidí a kvalitu jejich života i na jejich možnost naplnit svůj potenciál.<sup>[16]</sup>

ICN shromáždila případové studie z celého světa, aby ukázala, jak každodenní práce sester přispívá k dosažení cílů SDG. Následující část obsahuje příklady, které mají významný vliv na zdraví jednotlivců, komunit a celých zemí.

©John Donnelly / Světová banka



©Scott Wallace / Světová banka

## CÍL 1: KONEC CHUDOBY

Amelie se v březnu 2016 zabila. Bylo jí jenom deset let. V malé obci Looma v oblasti West Kimberley na západě Austrálie se stala devatenáctým člověkem, který spáchal během předchozích tří měsíců sebevraždu.<sup>[173]</sup> Tato šokující tragédie má dopad na životy mnoha lidí a komunit.

Tento konkrétní případ bude samozřejmě předmětem vyšetřování, neméně důležité ale je podívat se na širší souvislosti. U domorodých obyvatel Austrálie je sebevražda mezi mladými dívkami šestkrát vyšší než u nedomorodých dívek. Počet sebevražd mezi domorodými chlapci je čtyřikrát větší než u nedomorodých chlapců.<sup>[178]</sup> Proč se tolik mladých domorodých lidí rozhodne tímto způsobem ukončit svůj život?

Sir Michael Marmot<sup>[17]</sup> definuje sebevraždu jako „reakci na bezmocnost – poslední zoufalý pokus získat kontrolu nad nekontrolovatelnou situací“. Podle něj může nedostatek kontroly nabývat různé podoby: může být materiální (nedostatek peněz pro nákup základních potřeb, jako je jídlo), psychosociální (možnost mít kontrolu nad vlastním životem) nebo politický (to, že váš hlas má váhu). Domorodí obyvatelé Austrálie – stejně jako znevýhodnění lidé obecně – nemají kontrolu nad žádnou z těchto tří oblastí. Tento nedostatek kontroly se netýká jen některé části světa. Je to univerzální jev a má dopad nejen na počet sebevražd, ale na zdraví a kvalitu života obecně.

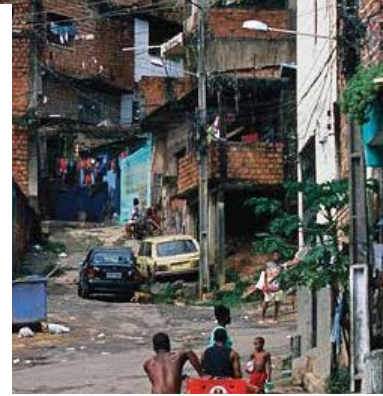
Chudoba je často ústředním prvkem tohoto nedostatku kontroly. Má vliv na sociální hierarchii a omezuje intelektuální a sociální rozvoj dětí. Od raného věku jsou přítomny okolnosti, které lidem brání rozvinout svůj potenciál naplno. To, co se odehraje v rané fázi života, má zásadní dopad na pozdější roky. Horší podmínky v raném dětství vedou k horším možnostem vzdělávání, méně příležitostem k dobré a smysluplné práci, nízkému příjmu, horšímu okolnímu prostředí, vysokému počtu kuřáků, špatnému stravování a vyšší míře pití alkoholu a braní drog.<sup>[17]</sup>

Lidé čelí od raného věku omezením, která limitují jejich základní lidské svobody – dát svému životu smysl a dosáhnout co nejlepšího zdraví. Chudobou začíná bludný kruh, z kterého se těžko vykračuje. Narušuje sociální podmínky, v kterých mají lidé vyrůstat, žít a stárnout.<sup>[17]</sup>

Chudoba má také přímé dopady na zdraví. Je tu očividná korelace s dostupností jídla, oblečení a přístřeší. Zároveň má ale dopad na dostupnost zdravotnických služeb a léčby potřebné pro to, aby člověk získal své zdraví zpět.

Lze tvrdit, že během celé historie ošetrovatelství byly sestry v přední linii péče a spolupráce s těmi nejvíce ohroženými a bezmocnými skupinami lidí. Všichni jsme viděli a zažili sestry pracující neuvěřitelným a obětavým způsobem na tom, aby se jiní mohli těšit z lepšího zdraví. Jsou tu sestry, které se starají o vězně bez ohledu na to, jaké zločiny možná spáchali, sestry, které pracují na ulicích a starají se o lidi bez domova, sestry, které nabízejí pomoc komukoli, kdo projde dveřmi nemocnice nebo kdo navštíví jejich mobilní kliniku na korbě nákladního vozu, i sestry pracující s naprosto nedostatečnými zdroji v odlehklých částech světa.

Přestože cílem této péče je zlepšit zdraví, posouvá zároveň kupředu i celou ošetrovatelskou profesi. Sestry často musí vyplnit mezeru, ve které nejsou ochotné nebo schopné pracovat žádné jiné zdravotnické profese. Tak došlo ke změně v tom, jak my sami vnímáme roli ošetrovatelských pracovníků i jak nás vnímá veřejnost, a v důsledku toho i ke změnám v rozsahu činností. Zároveň jsou tak sestry přímými svědky toho, co špatný zdravotní stav způsobuje. Hlas sester je autoritativní, protože sestry znají zdravotní potřeby pacientů nad rámec lékařské diagnózy.



## PŘÍPADOVÁ STUDIE 1.1: PARTNERSKÁ SPOLUPRÁCE SESTER A RODIN V MĚSTSKÉM PROSTŘEDÍ, USA

„Sestry musí překračovat hranice mezi profesemi a vytvářet tak nákladově efektivní intervence, které zlepší život pacientů se složitými zdravotními a sociálními potřebami - Dr. Katherine Kinsey

Dr. Katherine K. Kinsey, PhD, RN, FAAN, je ředitelka pro ošetřovatelství a hlavní výzkumná pracovnice programů domácích návštěv matek s dětmi konsorcia National Nurse Led Care Consortium (NNCC).

NNCC podporuje a rozvíjí modely péče vedené sestrami prostřednictvím strategií, konzultací a inovativních programů. Mezi dva z nejúspěšnějších programů konsorcia patří The Philadelphia Nurse Family Partnership (NFP) a Mabel Morris Family Home Visit Program (MM-PAT). Jedná se o iniciativy pro děti v raném věku zaměřené na ženy a děti s nízkými příjmy v městských čtvrtích, které patří mezi ty nejchudší v celých Spojených státech.

Tyto programy vedou sestry se specializací na veřejné zdraví, které zajišťují matkám s malými dětmi a nízkými příjmy ve Filadelfii ve státě Pensylvánie domácí návštěvy, podporu pro rodinu a vzdělání. Služba každoročně poskytne podporu a péči více než 700 matkám a jejich dětem. Většina klientek jsou neplnoleté matky buď afroamerického (73 %), nebo hispánského původu (21 %). Průměrný roční příjem domácnosti je u klientek nižší než 6 000 amerických dolarů.

Většina žen se do programu zařadí ve chvíli, kdy čekají své první dítě. Během programu se každé klientce dostane 30–50 návštěv od její sestry, které jsou zaměřené na tři cíle: zdravé těhotenství a porod, dobré zdraví a rozvoj dítěte a vize a cíle matky do budoucna.

V průběhu let zaznamenaly sestry nárůst počtu těhotných žen, které uvádí krizovou situaci a mají obavu o své fyzické bezpečí, dostatek potravin, bydlení a další základní potřeby související s chudobou. Více než 90 % matek má za sebou tři nebo více negativních zážitků z dětství (Adverse Childhood Experience, ACE): byly například fyzicky, sexuálně a/nebo slovně zneužívány, žily s duševně nemocným členem rodiny, někdo ze členů jejich rodiny byl ve vězení nebo byly svědkem domácího násilí. Přibližně 45 % matek vykazuje při zapsání do programu symptomy perinatální deprese.

To vedlo k navázání nové partnerské spolupráce, která spojuje ošetřovatelskou péči s právní pomocí.

„Navázali jsme novou spolupráci s neziskovou organizací Health, Education, and Legal Assistance Project: A Medical-Legal Partnership, která má jedinečné zkušenosti s poskytováním bezplatné právní pomoci matkám s nízkými příjmy. Společně jsme spustili program Nursing-Legal Partnership,“ vysvětluje dr. Katherine Kinsey.

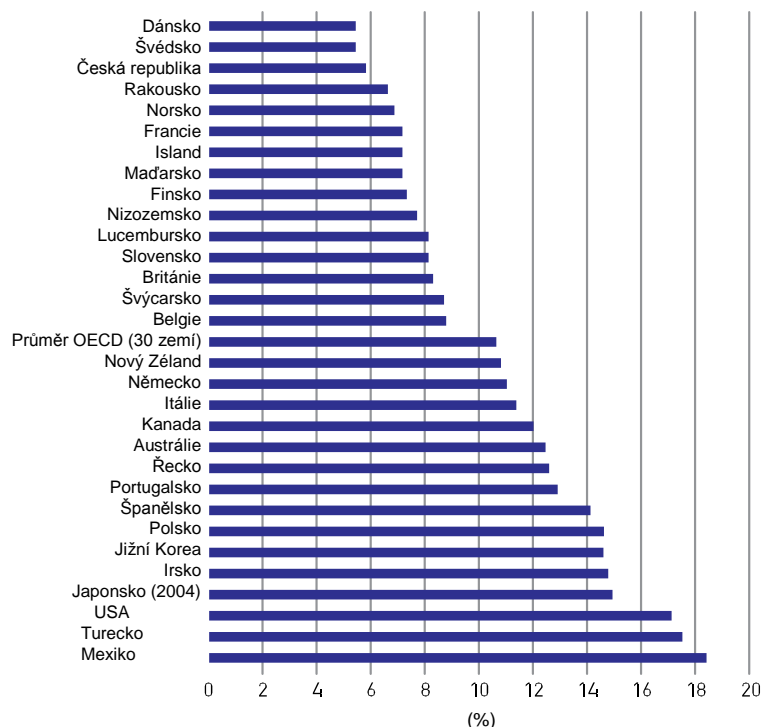
V tomto programu spolupracují právníci se sestrami a společně se snaží zajistit, aby měly matky možnost vychovávat své děti v bezpečném a zdravém domově s nepřetržitým přístupem ke státní pomoci. Matky mají příležitost získat nové dovednosti, aby mohly lépe plnit sociální, emocionální, fyzické a vývojové potřeby svých dětí, a současně mají přístup k právní pomoci, která zajistí, aby byly naplněny základní potřeby každé rodiny. Ve spolupráci se svou sestrou si mnoho matek poprvé v životě stanoví cíle, kterých chtějí dosáhnout.

K dnešnímu dni už programy domácích návštěv sester pomohly 3 500 matek a jejich dětí. Odborné znalosti a zkušenosti registrovaných sester jsou při těchto intervencích zcela zásadní pro získání důvěry čerstvých matek. Sestry pomáhají prvorodičkám zvládnout emocionální, sociální a fyzické výzvy spojené s přípravou na zdravý porod. Podporu v prenatálním období program začíná, sestra ale své klientce pomáhá i po porodu a učí ji rodičovským a životním dovednostem, které pozitivně rozvíjí jak matku, tak její dítě.

Právníci se zkušenostmi z oblasti státní podpory, předpisů v oblasti zdravotnictví, bydlení a ochrany spotřebitelů a dalších právních oblastí zastupují klientky a spolupracují se sestrami na vyřešení právních potřeb s negativním dopadem na zdraví, které byly zjištěny při screeningu.

Jak říká dr. Kinsey: „Na prolomení bludného kruhu chudoby je zapotřebí interdisciplinární tým odborníků. Naší vizí je propojení a koordinace zdravotnických, sociálních a podpůrných služeb, které plní potřeby rodin a které řídí sestry. Vzhledem k důrazu, který ošetřovatelství klade na celostní péči, se sestry přirozeně pohybují na hranici zdravotnických a sociálních služeb.“

Příspěvek zaslala dr. Katherine K. Kinsey, ředitelka, National Nurse-Led Care Consortium (NNCC), Philadelphia Nurse-Family Partnership a Mabel Morris Family Home Visit Program



**Relativní chudoba**  
 Chudoba není jen záležitostí zemí s nízkými a středními příjmy. Jedná se o celosvětový fenomén. Lidé mohou sice mít v jedné zemi přístup k většímu množství peněz než v jiné, stále to ale neznamena, že mají zdroje a prostředky k udržení životní úrovně nutné pro zdraví. Relativní chudoba se určuje ve vztahu k členům dané společnosti a napříč různými zeměmi se proto liší. Lidé jsou považováni za chudé, pokud si nedokážou udržet životní úroveň stanovenou společností.<sup>[18]</sup>

Pokud chudobu definujeme takto, pak po celém světě žije velká část populace v chudobě. Obr. 3 ukazuje relativní chudobu v zemích OECD.

**Obr. 3. Relativní chudoba v zemích OECD (okolo r. 2005)<sup>[19]</sup>**



V ROCE 2014 MUSELO KAŽDÝ DEN **42 000** LIDÍ opustit svůj domov a hledat útočiště před konfliktem.<sup>[20]</sup>



DOMORODÍ OBYVATELÉ představují asi **5 %** světové populace, ale asi **15 %** lidí žijících v chudobě.<sup>[21]</sup>



NA CELÉM SVĚTĚ ŽIJE **1,2 MILIARD** LIDÍ (22 procent) za méně než 1,25 \$ na den. Pokud zvýšíme příjem určující práh chudoby na 2,50 \$ na den, zvýší se počet lidí žijících v chudobě asi na **50 %**, Tedy **2,7 MILIARD** LIDÍ.<sup>[22]</sup>



V rozvojových zemích (kde žije 92 % všech dětí), se **7 ZE 100** NEDOŽIJE VĚKU PĚTI LET.<sup>[21]</sup>



**TŘETINA** VŠECH CHUDÝCH v rozvojových zemích jsou děti od 0 do 12 let.<sup>[21]</sup>



## CÍL 2: KONEC HLADU, ZLEPŠENÍ VÝŽIVY

Jen málo problémů, s kterými se svět dnes potýká, se svým rozsahem blíží problému malnutrice (podvýživy a nadvýživy). Malnutricí trpí jeden ze tří lidí a odhaduje se, že je základní příčinou 45 % dětských úmrtí.<sup>[24]</sup>

Malnutrice brání lidem v tom, aby naplno rozvinuli svůj potenciál. Projevuje se mnoha různými způsoby: v růstu a vývoji chudých dětí, v náchylnosti k infekcím, v obezitě a riziku chronických onemocnění způsobených zvýšeným příjmem soli, tuku nebo cukru nebo v nedostatku důležitých vitamínů a minerálů.

Malnutrice vede k horším výsledkům dětí ve škole a k tomu, že jejich výběr možných budoucích povolání je omezený. Podvyživení dospělí mají sníženou schopnost pracovat a přispívat k ekonomice nebo se starat o své rodiny. Děti podvyživených matek budou mít pravděpodobně podváhu a ponесou rizika spojená s fyzickými a kognitivními poruchami. Tak dochází k opakování bludného kruhu chudoby a ekonomické stagnace.<sup>[25]</sup> Tento problém je natolik závažný, že Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje špatnou výživu za nejvážnější hrozbu pro světové zdraví.<sup>[24]</sup>

**Přestože počet lidí, kteří trpí různými typy malnutrice, nelze přesně stanovit (protože u jednoho člověka může být přítomno více typů), je rozsah malnutrice ohromující.<sup>[26]</sup>**

**Z CELKOVÉHO POČTU  
7 MILIARD OBYVATEL ZEMĚ**



Trpí asi 2 miliardy lidí nedostatkem mikronutrientů



Téměř 800 milionů lidí trpí nedostatečným příjmem kalorií

**Z 5 MILIARD  
DOSPĚLÝCH OBYVATEL  
ZEMĚ**



Mají téměř 2 miliardy nadváhu nebo jsou obézní



Jeden z 12 má cukrovku  
2. typu

**Z 667 MILIONŮ DĚTÍ DO 5 LET  
VĚKU NA SVĚTĚ**



159 milionů do 5 let věku nemá výšku odpovídající věku (zpomalený růst)



50 milionů nemá váhu, která by odpovídala jejich výšce (chátrání)



41 milionů je obézních

**ZE 129 ZEMÍ  
S DOSTUPNÝMI DATY JE**

**V 57 ZEMÍCH** závažná míra podvýživy a současně nadváhy (včetně obezity) u dospělých<sup>[26]</sup>



©Maria Fleischmann / Světová banka

Hospodářské důsledky malnutrice jsou závažné. OSN odhaduje, že malnutrice stojí světovou ekonomiku každoročně 3,5 bilionu amerických dolarů (\$). Odhaduje se také, že v Africe a Asii představuje malnutrice každoročně 11% ztrátu pro hrubý domácí produkt (HDP). Prevence malnutrice v těchto oblastech má návratnost 16 \$ na každý investovaný 1 \$.<sup>[26]</sup>

## Cena malnutrice <sup>[25]</sup>



Vlády po celém světě hledají způsob, jak tento složitý problém řešit. Sestry mohou být pro zlepšení v této oblasti zásadním přínosem. Součástí jejich práce je totiž i identifikace těch, u nichž hrozí riziko malnutrice, a péče o ně, vývoj nových modelů péče pro tento problém, úprava léčebných programů tak, aby vyhovovaly

životním podmínkám konkrétních osob, zavádění strategií a podpora změn v legislativě. Za určitých okolností používají sestry k informování veřejnosti média a ovlivňují tak politické rozhodování. Sestry jsou v předních liniích úsilí o dosažení tohoto cíle.

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 2.1: PŘÍSTUP K POTRAVINOVÉ POMOCI, SÝRIE

Khaled Naanaa pracoval jako všeobecný ošetřovatel v syrském městě Madája. V červenci 2015 syrský režim a jeho stoupenci město zcela obklíčili pomocí kontrolních stanovišť a nášlapných min, čímž obyvatelé uvěznil uvnitř a zablokovali přístup k dodávkám potravin. Získat potraviny začalo být velmi obtížné a pacienti v nemocnici, kde Khaled pracoval, začali umírat hlady. Khaled kontaktoval OSN s žádostí o naléhavou potravinovou pomoc.

Navzdory opakovaným žádostem ale syrský režim odmítl povolit OSN přístup do města. Khaled poslal videa a fotografie zpravodajským službám. Snímky rychle zaplavily svět a objevily se v evropských novinových titulcích. Dostaly se také na program OSN v New Yorku. Pod stupňujícím se tlakem povolila syrská vláda konvoji OSN s pomocí vstup do města. Dvacet osm obyvatel včetně šesti dětí ale bohužel při čekání na pomoc zemřelo hlady.<sup>[30]</sup>

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 2.2: BARIATRICKÁ PRAXE, AUSTRÁLIE

„Program individuální péče o pacienty pod vedením sester vyústil v důkladnější kontrolu klinického posouzení a přispěl k lepším klinickým výsledkům.“ - Shirley Lockie

Šedesát šest procent Australanů má nadváhu nebo je obézní. Čekací doba na bariatrický zákrok v rámci systému veřejného zdravotnictví je v současnosti delší než tři roky. Bez soukromého zdravotního pojištění není jiná možnost než čekat, zatímco se vaše zdraví stále zhoršuje.

Shirley Lockie, která pracuje v Austrálii jako perioperační sestra – chirurgická asistentka v bariatrické a obecně chirurgické praxi, vytvořila komplexní bariatrický program zaměřený na potřeby pacientů, který je má provést celým zákrokem. Základní tým se skládá z chirurga, dietetika, psychologa a perioperačního koordinátora. Kontinuita péče, průběžné posuzování a komunikace a plánování zajišťují pro každého pacienta podstupujícího bariatrický zákrok to nejlepší.

Typickým příkladem pacientů, o které je v tomto programu pečováno, byla žena, která byla při první návštěvě kliniky v kategorii obezity 3. stupně („superobézní“) a měla cukrovku 2. typu, hyperlipidémii, hyperparatyreoidismus a hypotyreózu.

Byla bipolární, trpěla refluxní chorobou jícnu a obstrukční spánkovou apnoe. Navštěvovala středisko terciární péče specializované na lékařský management obezity a neměla žádné soukromé zdravotní pojištění ani prostředky.

Shirley navázala spolupráci s praktickým lékařem, endokrinologem, anesteziologem, chirurgem, dietetikem a psychologem pacientky. Díky této spolupráci bylo možné stanovit jasný klinický postup a dopředu určit rizika, jako například nevolnost způsobenou lithiem a pooperační nevolnost, a stanovit postup pro management cukrovky. Byly také nastaveny protokoly návštěv endokrinologa a praktického lékaře, aby bylo možné u pacientky monitorovat vývoj diabetes a hypertenze.

Rok po operaci klesla váha pacientky o 72 kilogramů a vyřešily se její problémy s cukrovkou a hypertenzí. Nadále probíhá spolupráce v oblasti základních živin (makronutrientů). Pacientka prodala svůj invalidní vozík a navštěvuje kurz pro recepční ve zdravotnictví.

<sup>30</sup> Příspěvek zaslala Shirley Lockie, výkonná ředitelka perioperačních služeb.





© Dominic Chavez / Světová banka

## ČÍL 3: ZDRAVÍ A KVALITNÍ ŽIVOT

Ve světě došlo v posledních několika letech k dramatickým změnám. Je mezi nimi odpor vůči politickému uspořádání, fluktuace měn, nestabilní ekonomiky, dlouhotrvající konflikty, etnické napětí a nevysvětlitelné násilné činy. Organizované teroristické útoky představují celosvětovou a nepředvídatelnou hrozbu. Rychle se mění nejen společnost, ale i prostředí, ve kterém žijeme: na celém světě stoupají teploty, selhává účinnost antibiotik, zvyšuje se nerovnost v úrovni příjmů a rychlým tempem narůstají náklady na zdravotní péči. Přestože v oblasti zlepšování zdraví dochází k pokrokům, mezi jednotlivými zeměmi i v rámci nich jsou stále výrazné rozdíly ve střední délce života i v jeho kvalitě.<sup>[34]</sup>

„Je šílené pokoušet se předstírat, že zdraví nesouvisí se sociálními podmínkami, v nichž lidé žijí. Žádnému pacientovi by neměl být upřen přístup k péči, bez ohledu na jeho zdravotní stav nebo pojištění. To je přímočará vize, ve kterou věřím a za kterou každý den své profesní kariéry bojuji.“

— Ruth Lubic, sestra-porodní asistentka, která založila národní asociaci porodních center – National Association of Childbearing Centres.<sup>[32]</sup>

Rozvojové cíle tisíciletí ukázaly, jakých pokroků lze v rozvoji, zdraví a výsledcích zdravotní péče dosáhnout. Začínají se ale objevovat nové výzvy. Vůbec poprvé převyší počet obyvatel země starších 60 let počet dětí do 5 let.<sup>[47]</sup> Evidentní je také přesun obyvatel z venkovských oblastí: více než polovina světa teď žije ve městech. Tyto nové demografické faktory mají vliv na zdravotní stav lidí a mění výzvy, kterým čelíme.

Poprvé v historii dnes neinfekční nemoci předstihly nemoci infekční jako hlavní příčina mortality na celém světě. Ekonomický růst, modernizace a urbanizace znamenají snadné šíření nezdravého životního stylu.<sup>[10]</sup> Mnoho zdravotnických systémů bylo vytvořeno tak, aby se dokázalo vypořádat s akutními infekcemi, a vzhledem k měnícímu se profilu nemocí teď řada z nich není připravena na zvládnutí onemocnění, které vyžadují dlouhodobou – a někdy celoživotní – péči.

Je důležité zamyslet se nad tím, jak můžeme zvyšovat kvalitu fyzického i duševního zdraví během celého života. Důkazy ukazují, že u lidí trpících duševními poruchami je vyšší prevalence i incidence infekčních i neinfekčních nemocí. Zároveň je u nich nižší pravděpodobnost, že se jim dostane zdravotní péče potřebné pro zvládnutí těchto onemocnění. Duševní zdraví je záležitost, která byla v celosvětovém měřítku až příliš dlouho opomíjena.<sup>[34]</sup>

V roce 1946 bylo zdraví prohlášeno za lidské právo. Navzdory tomuto prohlášení v ústavě WHO<sup>[2]</sup> a nejrůznějším mezinárodním úmluvám o lidských právech stovky milionů lidí stále nemají přístup k životně důležitým zdravotnickým službám nebo se při splácení nutné zdravotní péče ocitnou v chudobě. V rámci řešení tohoto problému začalo více než 100 zemí pracovat na všeobecné dostupnosti zdravotní péče.

## Všeobecná dostupnost zdravotní péče znamená, že:



Jak uvádí dr. Margaret Chan:

„Ze všech možných politických řešení je všeobecně dostupná zdravotní péče tím, které dokáže nejlépe smazat sociální nerovnost. Je dokonale spravedlivá. Pokud má veřejné zdravotnictví něco, co může pomoci našemu světu zmítanému starostmi a nestabilitou, je to právě toto. Máme stále více důkazů o tom, že dobře fungující a inkluzivní zdravotnické systémy přispívají k sociální soudržnosti, rovnosti a stabilitě. Drží společnost pohromadě a pomáhají snižovat sociální napětí.“<sup>[34]</sup>

Všeobecně dostupná zdravotní péče má řadu výhod. Pracovníci jsou produktivnější, děti mají ve škole méně absencí, snižuje se chudoba a nerovnost, společnost je vyrovnanější a růst stabilnější a udržitelnější. Z ekonomického hlediska je všeobecně dostupná zdravotní péče dobrou investicí. WHO odhaduje, že každý 1 \$, který se v rozvojových zemích investuje do zdraví, má návratnost 9–20 \$ růstu.<sup>[35]</sup>

Ošetrovatelská profese je dlouhodobým a hlasitým zastáncem všeobecně dostupné zdravotní péče. Etický kodex sester ICN<sup>[36]</sup> hovoří o tom, že sestry mají prosazovat „rovnost a sociální spravedlnost v rozdělení zdrojů, přístupu ke zdravotní péči a dalším sociálním a ekonomickým službám“. Sestry podporují myšlenku všeobecně dostupné zdravotní péče a jsou si dobře vědomy toho, jaké trendy ve zdravotnictví panují a jaké jsou náklady a dodatečné požadavky na každodenní práci ošetrovatelského personálu. Navzdory tomu, co mohou sestry nabídnout, je profese limitována řadou omezení. Jsou tu regulační a institucionální překážky včetně omezení rozsahu činnosti sester. Tyto překážky je potřeba odstranit, aby mohly zdravotnické systémy plně využít vzdělání, dovedností, zkušeností a znalostí sester.

Kromě toho představují omezení také postoje, které jsou často pevně zakotvené v názorech a zásadách lékařských organizací jednotlivých zemí. Někteří lékaři mají za to, že pokud bude sestrám umožněno pracovat v plném rozsahu činností, které mohou vykonávat, bude to mít negativní dopad na kvalitu péče. Tento názor v současnosti zcela vyvrací důkazy, které máme k dispozici a které ukazují, že sestry poskytují nákladově efektivní a dostupnou kvalitní péči s lepšími nebo stejnými klinickými výsledky a spokojeností pacientů v porovnání s lékařskou péčí.<sup>[37]</sup>

Využití potenciálu ošetrovatelství naplno ale samo o sobě problém nevyřeší. Jak uvádí publikace WHO<sup>[38]</sup>: „Zdravotnictví nemůže existovat bez pracovníků“. Pokud má být dosaženo cíle všeobecně dostupnosti zdravotní péče, je potřeba investovat do rozvoje ošetrovatelské pracovní síly a zajistit tak dostatečný počet schopných a kvalifikovaných pracovníků. Bez průběžných investic do pracovníků nebude možné všeobecně dostupné zdravotní péče dosáhnout ani ji udržet, a to jak co se týče samotné dostupnosti, tak co se týče kvality poskytované péče.

Všeobecně dostupnosti zdravotní péče můžeme dosáhnout pouze s vedením a přispěním ošetrovatelských pracovníků. To znamená zapojit sestry nad rámec klinické praxe: do politiky, ekonomiky a reform, a to na místní, národní i celosvětové úrovni.

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 3.1: PODPORA OŠETŘOVATELSKÉ PRÁCE, KUBA

„Nejlepší podporou rozvoje ošetřovatelské profese ze strany sester je vytváření atmosféry spolupráce a vhodných a dostatečně kvalitních pracovišť s interdisciplinárním a etickým přístupem. - Dr. Idalmis G. Infante

Kubánský zdravotnický systém je celosvětově uznávaný pro svou kvalitu a efektivitu. Navzdory omezeným zdrojům, které jsou důsledkem obchodních omezení uvalených na zemi od šedesátých let, se Kubě podařilo zajistit přístup k péči pro všechny skupiny obyvatel a dosáhnout v oblasti zdraví a kvality života výsledků, které jsou mezi nejlepšími na světě.<sup>[39]</sup> Kuba zároveň vysílá více klinických pracovníků do zemí s nízkými a středními příjmy na podporu jejich zdravotnictví než kterákoli jiná země. Byla například mezi těmi, kdo jako první zareagovaly na krizi nákazy virem ebola v západní Africe.<sup>[40]</sup>

Úspěch místního zdravotnictví se přičítá jeho preventivnímu přístupu k péči. Kubánská hlavní sestra, Dr. Idalmis G. Infante Ochoa, má za to, že za velkou část úspěchu kubánského zdravotnictví stojí právě sestry. Sestry se zaměřují na poskytování individuální, komplexní a kvalitní péče a racionální využití lidských a technologických zdrojů. Napomáhá jim k tomu patřičně uzpůsobené organizační prostředí a dodržování standardů pro kompetentní a odpovědnou profesionální praxi.

Kubánská vláda ošetřovatelskou profesi významně podporuje a uznává její důležitost pro rozhodování. Sestry jsou aktivně zapojeny do tvorby politiky a rozhodování v rámci ministerstva zdravotnictví. Zastávají vedoucí pozice na celostátní, krajské, městské i institucionální úrovni a jejich přínos je pro výsledky zdravotnického systému zcela zásadní. Všichni obyvatelé Kuby mají v rámci své obce 100% přístup k ošetřovatelské péči, bez ohledu na to, zda žijí ve městě nebo na venkově.<sup>[41]</sup>

Sestry odpovídají za:

- Vzdělávací a regulační standardy týkající se jejich profese.
- Plánování pracovní síly.
- Provádění výzkumu a udržování jeho vysoké kvality.
- Návrh a vývoj modelů péče.
- Práci na přístupu k poskytování péče postaveném na spolupráci více sektorů.

Pod vedením hlavní sestry podpořila Kuba strategie, které sestřím pomáhají v profesním rozvoji. Byly vytvořeny jasné postupy a pobídky na podporu vysokoškolského vzdělání v ošetřovatelství a zdravotní péči na magisterské a doktorské úrovni. V rámci interdisciplinárního přístupu propojujícího různé sektory tyto sestry úzce spolupracují s jinými klinickými pracovníky, poskytovateli sekundární péče, vzdělávacími institucemi, vědeckými pracovníky, systémy sociálního zabezpečení a dalšími vládními orgány na zajištění komplexního přístupu k péči o jednotlivce i celé komunity.



Příspěvek zaslala dr. Idalmis G. Infante Ochoa, kubánská hlavní sestra

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 3.2: PŘEKONÁNÍ LEGISLATIVNÍCH PŘEKÁŽEK PRO ORDINUJÍCÍ SESTRY, KANADA

„Navzdory dosaženému pokroku je stále ještě potřeba aktualizovat řadu federálních zákonných předpisů. Bez těchto změn má stále mnoho Kanadánů ztížený přístup ke zdravotní péči.“ - Carolyn Pullen

Před více než dvaceti lety se ordinující sestry staly v Kanadě regulovanou skupinou poskytovatelů zdravotní péče. Cílem této změny bylo zlepšit přístup řady občanů k primární péči: týkalo se to zejména domorodých obyvatel žijících na venkově a v odlehlých obcích. Dnes je v Kanadě téměř pět tisíc ordinujících sester. Mnoho z nich pracuje v rámci multidisciplinárních týmů a společně poskytují primární zdravotní péči více než třem milionům Kanadánů.

Od zavedení institutu ordinující sestry byla řada zákonných předpisů na úrovni provincií, teritorií i federální vlády postupně modernizována, aby mohly být ordinující sestry uznány a uváděny jako odborní pracovníci, kteří mohou poskytovat celou řadu zdravotnických služeb. Stále je ale potřeba celé řady novel, které by zvýšily rozsah činností ordinujících sester a rozšířily dostupnou péči na všechny obyvatele.

Novelizace zákona umožnily ordinujícím sestřám oficiálně podepisovat řadu právních a správních dokumentů potvrzujících, že pacienta vyšetřily nebo léčily a že posoudily nárok pacienta na zařazení do federálního programu.

Britská Kolumbie je průkopníkem v odstraňování překážek na úrovni provincií, kde byla pro začlenění ordinujících sester do systému potřeba novelizace stávající legislativy. V roce 2014 Britská Kolumbie tento problém vyřešila, když schválila návrh zákona č. 17, kterým provedla jedenáct změn v devíti různých zákonech. Tento úspěch byl výsledkem spolupráce Komory lékařů a chirurgů Britské Kolumbie a Asociace registrovaných sester Britské Kolumbie.

Souběžně s pokroky, které se daří na úrovni provincií, spolupracuje Kanadská asociace sester (CNA) a její partneri – včetně Kanadské asociace sester s rozšířenými kompetencemi a Kanadské asociace domorodých sester – s federální vládou, aby zajistila podobné legislativní změny na federální úrovni. Přestože požadované legislativní úpravy jsou drobné, společně výrazně zlepší dostupnost péče.

CNA na federální úrovni i nadále důrazně prosazuje změny celkem 34 federálních zákonných předpisů. Momentálně pracuje na uceleném řešení problému, které se možná podaří prosadit v roce 2017. V současnosti je posledním výsledkem jejich snah vysoké povědomí o tomto problému mezi politiky a odpovědnými činiteli na federální úrovni a velká podpora navrhovaných změn.



**VŠEOBECNÁ DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE JE ZÁSADNÍ, PROTOŽE 1 MILIARDA LIDÍ** nemá přístup k základní zdravotní péči.<sup>[35]</sup>



**PŘINEJMENŠÍM 400 MILIONŮ LIDÍ PO CELÉM SVĚTĚ** nemá přístup k jedné nebo více základním zdravotnickým službám.<sup>[35]</sup>



V průměru je **32 %** nákladů na zdravotní výdaje každé země **PLACENO PŘÍMO PACIENTY**.<sup>[35]</sup>



**ZLEPŠENÍ V OBLASTI ZDRAVÍ** stálo mezi lety 2000 a 2011 za čtvrtinou z celkového růstu příjmů v rozvojových zemích.<sup>[35]</sup>

Příspěvek zaslala Carolyn Pullen, ředitelka strategického odboru Kanadské asociace sester



© Dominic Chavez / Světová banka

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 3.3: VIRUS EBOLA V SIERRA LEONE

„Propagace a poradenství ohledně toho, jak realizovat a podporovat programy pro zlepšení zdraví v těch nejodlehlejších a nejhůř přístupných oblastech na světě zajišťuje, že globální iniciativy v oblasti zdraví se dostanou k těm, kdo je potřebují, a na celosvětové i místní úrovni tak přispívá k dosažení cílů udržitelného rozvoje.“

- Amanda McClellan

V roce 2014 se po vypuknutí epidemie viru ebola soustředila na Sierra Leone pozornost celého světa. Odhaduje se, že se virem nakazilo 28 616 lidí a více než 11 310 lidí zemřelo. Nemoc měla na zemi zdrcující dopad: mnoho rodin bylo rozvráceno, děti přišly o své rodiče, došlo k občanským nepokojům a nedostatku potravin.<sup>[84]</sup>

Celý zdravotnický systém byl na pokraji zhroutil. Na nemoc zemřel také velký počet zdravotnických pracovníků. Zdravotnická zařízení byla plná pacientů nakažených virem ebola. Rodiči ženy a lidé s jinými nemocemi jako malárie, zápal plic nebo průjmová onemocnění tak měli ztížený přístup ke zdravotnickým službám.

Amanda McClellan je registrovaná sestra z Austrálie, která pracuje jako poradkyně pro naléhavé situace v oblasti veřejného zdraví u Mezinárodní federace společností Červeného kříže a Červeného půlměsíce. Od června 2014 do ledna 2015 byla nasazena do západní Afriky, kde pracovala v rámci Sierra Leone, Libérie a Guinei. Amanda měla na starost zdravotnické akce federace související s ebolou, kde měla roli technické poradkyně.

V rámci své role spolupracovala na školení a vedení 200 klinických pracovníků a 6 000 dobrovolníků.

Skutečnost, že mrtvá těla jsou vysoce nakažlivá, měla tragické důsledky. Pohřby a pohřební rituály prováděné nevhodným způsobem byly katalyzátorem mnoha infekcí. Jednou z hlavních povinností Amandy bylo dohlížet na pohřbívání mrtvých kulturně citlivým a zároveň bezpečným způsobem. Další důležitou součástí její práce je koučování a mentorování zdravotnického personálu. Pokud mají být jednotlivé komunity lépe odolné vůči podobným šokům, je důležité pomoci místním zdravotnickým pracovníkům a dobrovolníkům Červeného kříže a Červeného půlměsíce, aby byli lépe připraveni reagovat na katastrofy a naléhavé zdravotnické situace. Zapojení komunit a spolupráce s nimi na vytvoření silnějších zdravotnických systémů, které budou schopné omezit hladovění a zlepšit zdravotní výsledky, je zásadní součástí zdravotnických programů federace. Kromě této terénní práce Amanda většinu času zastupuje federaci na koordinačních a technických fórech a zajišťuje, aby byla role komunit, dobrovolníků a místních zdravotnických pracovníků brána v potaz na těch nejvyšších úrovních.

Příspěvek zaslala Amanda McClellan, Mezinárodní federace společností Červeného kříže a Červeného půlměsíce



© Khasar Sandag / Světová banka



## CÍL 4: KVALITNÍ VZDĚLÁNÍ

Venkovský okres Pemiscot na jihovýchodě amerického státu Missouri má necelých 20 000 obyvatel. Přibližně čtvrtinu z nich tvoří Afroameričané, 30 % obyvatel žije pod hranicí chudoby, 18 % má nižší než středoškolské vzdělání a míra nezaměstnanosti přesahuje 10 %. Rizikové faktory pro zvýšenou zátěž nemocemi jsou v této oblasti šokující a v důsledku toho má okres nejvyšší míru výskytu kardiovaskulárních onemocnění v celém státě. Studie<sup>[53]</sup> provedená v této oblasti ukázala, že jednou z důležitých příčin této zdravotní zátěže je právě míra vzdělání.

Úroveň dosaženého vzdělání je všeobecně uznávaná za jeden z důležitých sociálních determinantů zdraví. Vzdělání hraje důležitou roli v utváření budoucích pracovních příležitostí, ovlivňuje naše rozhodování a volby a umožňuje těžit ze společenských a osobních zdrojů, které jsou pro fyzické i duševní zdraví zásadní. Z úrovně vzdělání se dá poměrně spolehlivě usoudit dlouhodobý zdravotní stav a kvalita života.

Vzdělání by potenciálně mohlo být velkým přínosem pro jednotlivce, rodiny, komunity i celé země. Jedná se přitom nejen o zaměstnanost a příjmy, ale také o řadu společenských přínosů.

Ne všechny děti ale mají přístup ke zdravotnickým službám, který by jim zajistil komplexní péči. Existuje řada překážek, které omezují dostupnost zdravotní péče, včetně těch zeměpisných, finančních, dopravních a sociokulturních, ale také překážek souvisejících s nedostatkem služeb. V rámci podpory zdraví a prevence nemocí, časného screeningu a rozpoznání onemocnění spolupracují sestry s poskytovateli vzdělávání, aby tyto překážky společnými silami omezili.



**DÍTĚ NAROZENÉ MATCE, KTERÁ UMÍ ČÍST, MÁ O 50 %** vyšší pravděpodobnost, že se dožije více než pětilet.<sup>[54]</sup>



**171 MILIONŮ LIDÍ BY NEMUSELO ŽÍT V CHUDOBĚ**, kdyby si všichni žáci odnesli ze školy základní čtenářské dovednosti.<sup>[54]</sup>



Zapojení do základního vzdělávání v rozvojových zemích dosáhlo **91 %, ALE 57 MILIONŮ DĚTÍ STÁLE VYRŮSTÁ BEZ VZDĚLÁNÍ.**<sup>[54]</sup>



**103 milionům** mladých lidí po celém světě chybí základní gramotnost **A VÍCE NEŽ 60 % Z NICH JSOU DÍVKY.**<sup>[54]</sup>



**V ZEMÍCH OECD MÁ 30LETÝ ABSOLVENT VYSOKÉ ŠKOLY** o osm let vyšší očekávanou délku života než muž, který nedokončil středoškolské vzdělání.<sup>[53]</sup>



**K VOLBÁM CHODÍ 80 % ABSOLVENTŮ VYSOKÝCH ŠKOL, ALE JEN 54 %** mladých dospělých lidí, kteří nedokončili střední školu.<sup>[53]</sup>



**PREVALENCE KOUŘENÍ JE MNOHEM VYŠŠÍ U LIDÍ S NIŽŠÍM VZDĚLÁNÍM.**<sup>[54]</sup>



**LEPŠÍ VZDĚLÁNÍ DÍVEK POMÁHÁ ŽENÁM ZÍSKAT KONTROLU NAD TÍM, KOLIK DĚTÍ BUDOU MÍT.** V Mali mají ženy se středoškolským nebo vyšším vzděláním v průměru tři děti, zatímco ženy bez vzdělání mají v průměru sedm dětí.<sup>[54]</sup>

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 4.1: EDUCATION PLUS HEALTH, USA

„Organizace Education Plus Health rozšiřuje roli školní sestry o komplexnější zdravotní péči a zajišťuje tak všem žákům přístup k celostní primární péči a prevenci.“ - Julie Cousler Emig



Stejně jako v mnoha zemích i v USA stojí lidé před celou řadou potenciálních překážek, které jim mohou bránit v přístupu ke kvalitní zdravotní péči. Jednou z nejohroženějších skupin jsou přitom děti žijící v chudobě. Ve čtvrtích Filadelfie s vysokou mírou chudoby jsou pro děti největší hrozbou astma a cukrovka, což ještě zhoršuje vysoká míra obezity (22 % žáků bylo loni v kategorii obézních).

Julie Cousler Emig je výkonná ředitelka neziskové organizace Education Plus Health („Vzdělání plus zdraví“), která zlepšuje výsledky vzdělání i zdravotní péče zajišťováním přístupu k vysoce kvalitní zdravotní péči a vzdělání v oblasti zdraví pro žáky přímo v jejich školách. Velká většina (75 %) středisek organizace poskytuje také služby v oblasti duševního zdraví.

Organizace Education Plus Health se zaměřuje konkrétně na oblasti s nedostatkem služeb, kde vysoké procento žáků žije v chudobě: bylo totiž zjištěno, že právě tato skupina čelí největšímu množství překážek bránících trvalému využívání zdravotnických služeb. Organizace si vytvořila inovativní přístup založený na důkazech, aby mohla lépe vyhovět zdravotním potřebám žákům prostřednictvím preventivní a akutní primární péče.

Program pokrývá každoročně více než 7 000 jednotlivců v rámci 15 zdravotnických středisek ve Filadelfii, která fungují v rámci škol a řídí je sestry. Education Plus Health představuje nákladově efektivní model personálního obsazení sestrami: program vedou sestry s rozšířenými kompetencemi. Ty spolupracují s licencovanými praktickými sestrami (které mají omezenější rozsah činností) na poskytování školní ošetrovatelské péče a primární péče. Ordinující sestry zajišťují spolupráci s domovským zdravotnickým zařízením žáků a specializovanými lékaři, aby se této ohrožené skupině dětí dostalo celostní zdravotní péče.

Příspěvek zaslala Julie Cousler Emig, výkonná ředitelka, Education Plus Health

Všichni žáci zapojení do programu mají nárok na bezplatné školní obědy placené z federálního rozpočtu: na ty mají obecně nárok žáci žijící v domácnostech, jejichž příjem je pod hranici chudoby. Řada žáků žije ve státem dotovaných bytech a řada z nich také je – nebo dříve byla – bez domova. Cílem programu je poskytnout pomoc znevýhodněným dětem na základě principu, že zdraví přímo souvisí se školním prospěchem a že pro zlepšení šancí studentů je zásadní zlepšit obojí. Tento model dává sestram s rozšířenými kompetencemi ideální možnost monitorovat děti se speciálními zdravotními potřebami, spolupracovat s poskytovateli primární péče a specialisty, kteří děti vidí pouze při návštěvách ordinace nebo při hospitalizaci, a rychle zasáhnout u všech dětí s akutním zdravotním problémem.

Úspěch programu Education Plus Health dokládá i téměř 40 let výzkumu, který dokumentuje pozitivní vliv školních zdravotnických středisek na výsledky a kvalitu života studentů i úsporu nákladů pro společnost.

Kromě jiného se mezi úspěchy programu řadí snížení absence, hlavně mezi studenty, kteří trpí astmatem. Žáci mají ve škole lepší prospěch, méně často chybí a méně často chodí pozdě a také se u nich snížil počet kázeňských problémů a propadání v jednotlivých předmětech.

Kromě toho program omezil zbytečné návštěvy na pohotovosti a celkové náklady na veřejně placené zdravotní pojištění i počet hospitalizací dětí s astmatem. Kromě toho se u 56 % dětí s astmatem za poslední tři roky zlepšila docházka.

Programu se také daří nabízet mladým lidem služby péče o duševní zdraví. U žáků ve městech byla 21krát vyšší pravděpodobnost, že navštíví s problémem v oblasti duševního zdraví školní středisko, než že s ním navštíví tradiční místní zdravotnické středisko, které je součástí záchranné sociálně-zdravotní sítě.



© Scott Wallace / Světová banka

## CÍL 5: ROVNOST MUŽŮ A ŽEN

V některých částech Afriky je dnes u dívek v pubertálním věku sedmkrát vyšší pravděpodobnost, že se nakazí virem HIV, než u jejich mužských protějšků, a AIDS je hlavní příčinou úmrtí u dívek a žen v reprodukčním věku.<sup>[55]</sup> Nakažení virem HIV je tragická událost, ať už se stane komukoli, toto je ale jasný příznak očividné nespravedlnosti: nerovnosti mužů a žen. Rovnost mužů a žen patří mezi základní lidská práva. Navzdory tomu ale s mladými ženami a dívkami v mnoha komunitách není jednáno jako s rovnocennými. Řada z nich nemá možnost se hrozbě nemoci jako HIV vyhnout, protože nemohou rozhodovat o věcech, které se týkají zdravotní péče nebo jejich vlastního těla. Nemohou si vybrat, kdy se vdají, koho si vezmou, kdy budou mít sex, jak se budou chránit nebo kolik dětí budou mít. Zdrucující je také míra, v jaké jsou vystaveny fyzickému a sexuálnímu násilí.

Dopady nerovnosti mužů a žen jsou dalekosáhlé a prostupují všechny společnosti. Rovnost pohlaví je důležitá už ze své podstaty, protože má vliv na možnost lidí rozhodovat o svých základních lidských právech. Nerovnost mužů a žen poškozuje zdraví milionů žen a dívek. K tomu dochází v důsledku diskriminačního rozdělování potravin, násilí vůči ženám, chybějící dostupnosti zdrojů a příležitostí a nemožnosti dělat rozhodnutí ohledně vlastního zdraví. Nerovnost pohlaví prostupuje mocenské struktury, rozdělování zdrojů, sociální nároky, normy a hodnoty i organizaci služeb.

Jako profese, v níž převažují ženy a která je svědkem nerovností ve zdraví mezi pohlavími, mohou sestry významně přispět k omezení těchto nerovností. Mezinárodní rada sester sehrála zásadní roli v založení specializované agentury OSN pro ženy: UN Women. Sestry z řady zemí vyjádřily podporu myšlenky vytvoření jediné organizace, která by plnila úlohu OSN v oblasti dosažení rovnosti pohlaví a pokroku pro ženy, a napsaly v tomto smyslu výboru pro soudržnost OSN. Paula Donovan, hlavní poradkyně pro záležitosti týkající se žen a dětí z kanceláře zvláštního vyslance OSN pro AIDS v Africe, má za to, že sestry sehrály v tomto rozhodnutí větší roli než kterákoli jiná zájmová skupina.

Podle ní měla záplava reakcí od sester značný vliv a pomohla přesvědčit členy výboru, aby brali tuto otázku vážně.<sup>[57]</sup>

**Ošetřovatelství jako profese je využíváno k prosazování rovnosti mužů a žen. Přestože ošetřovatelství není výlučně ženská profese a nemělo by tak být vnímáno, ženy v současnosti představují značnou většinu ošetřovatelských pracovníků. Práce sestry znamená pro mnoho dívek a žen po celém světě přístup k formálnímu vzdělání a školicím programům a možnost získat příjem a respekt v rámci své komunity. Mohou se tak vymanit z bludného kruhu chudoby. Kompetentní a kvalifikovaní pracovníci v ošetřovatelství s dostatečnými pravomocemi pak navíc pomáhají jiným ženám zlepšit jejich zdraví a kvalitu života.<sup>[58]</sup>**

– Zpráva uskupení All-Party Parliamentary Group on Global Health – Triple Impact Report: How Nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth.



**495 MILIONŮ ŽEN** je negramotných (64 % ze všech negramotných dospělých).<sup>[56]</sup>



PODÍL ŽEN V NÁRODNÍCH PARLAMENTECH: **27 %**.<sup>[56]</sup>



ŽENY MAJÍ **o 20–30 % NIŽŠÍ PLAT** než muži za stejnou práci.<sup>[56]</sup>



**1 Z 9 DÍVEK SE VDÁ** před dosažení věku 15 let.<sup>[56]</sup>



## V rámci Evropské Unie<sup>[56]</sup>

- 1 ze 3 dívek zažila fyzické nebo sexuální násilí
- 5 % bylo před dosažením věku 15 let znásilněno
- 500 000 žen je vystaveno hrozbě mrzačení ženských pohlavních orgánů
- Nejvyšší riziko stát se obětí obchodu s lidmi

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 5.1: SNÍŽENÍ STIGMATU SPOJENÉHO S HIV, ZAMBIE

V Zambii spolupracují sestry s jinými organizacemi, aby zajistili ženám jejich práva, co se týče managementu a léčby HIV/AIDS. Katolická diecéze ve městě Ndola v Zambii zavedla integrovaný program pro AIDS, který v sobě spojuje ošetrovatelskou a lékařskou péči, socioekonomickou podporu, lidská práva, právní podporu a psychologickou péči. Program také v rámci poskytování péče místním obyvatelům úzce spolupracuje s vládními i nevládními organizacemi. V rámci ošetrovatelských kurzů pro veřejnost a komunitní praxe seznamují sestry rodiny s informacemi o přenosu viru HIV a tuberkulózy a opravují jejich mylné představy. Pomáhají zvýšit povědomí o tom, že lidé žijící s HIV potřebují lásku a podporu svých rodin a přátel, a snaží se snížit stigma spojené s tímto onemocněním.

V rámci své práce spolupracují s právními institucemi, dobrovolníky v oblasti lidských práv i dalšími právními odvětvími a snaží se tak zajistit právní ochranu proti zneužívání dětí a násilí na ženách a pomáhat vdovám chránit svůj majetek proti zabavení rodinou jejich zesnulého manžela. Díky této práci si pro potřebnou péči a léčbu přichází více žen.<sup>[60]</sup>

V Jihoafrické republice byly spuštěny programy, kde je péče o nemocné s HIV zařazena do služeb primární zdravotní péče poskytované sestrami. Sestry pracující v primární péči poskytují na svých klinikách antiretrovirovou léčbu první linie, péči o sexuální zdraví a další formy celostní péče.<sup>[61]</sup> Zvýšil se tak počet žen, kterým se dostává léčby, a to zejména mezi ženami, které se staly obětí sexuálního násilí. Je tu naděje, že zlepšením dostupnosti antiretrovirové léčby v oblastech s omezenou dostupností lékařské péče dojde ke snížení počtu přenosů viru HIV.

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 5.2: NEROVNOST MUŽŮ A ŽEN V OŠETŘOVATELSTVÍ, USA

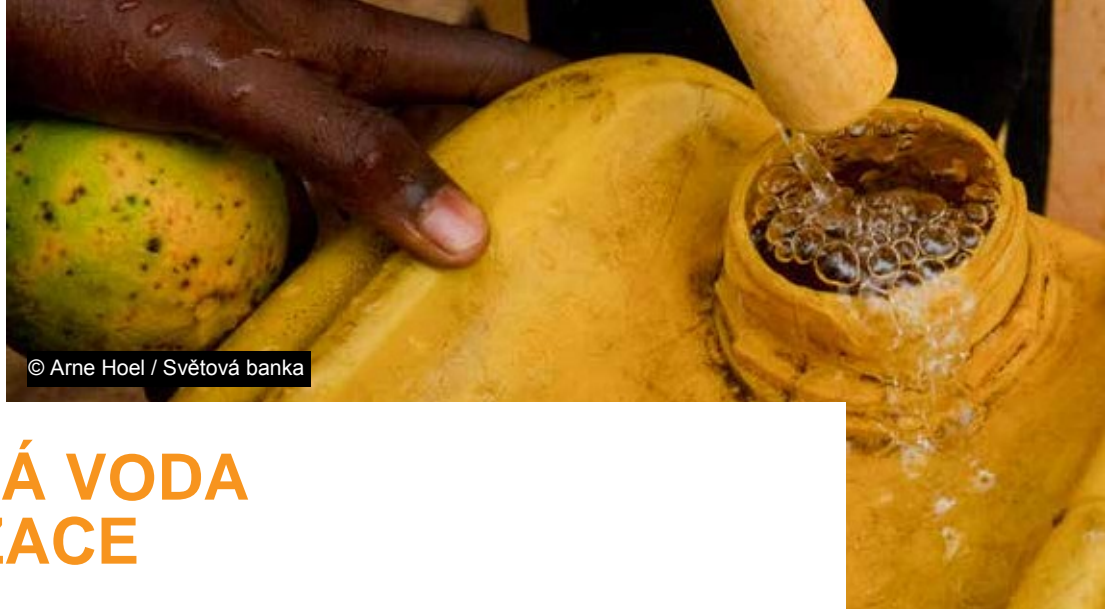
„Širší povědomí o tom, že sestry jsou samostatní a vzdělaní odborní pracovníci, posílí ošetrovatelskou péči, vzdělání a výzkum, a umožní sestram zachránit více životů.“ - Sandy Summers

Nerovnost mužů a žen se nevyhnula ani ošetrovatelské profesi. Vzhledem k tomu, že v ní stále pracují převážně ženy, odráží to, jak daná společnost jedná se sestrami, často to, jak jedná se ženami obecně. V médiích jsou bohužel sestry často zobrazovány jako symboly ženských stereotypů: málo kvalifikované služebné, sexuální objekty nebo semetriky. Zpravodajství se stále většinou zaměřuje na práci lékařů a ignoruje klinické a výzkumné úspěchy sester. V mnoha televizních seriálech jsou lékaři — často mužské postavy — chváleni za přínosnou péči o zdraví, zatímco sestry — většinou ženské postavy — jim trpělivě pomáhají bez jakéhokoli vlastního přínosu a s minimem dovedností. Podobné postavy mohou odrážet snahu tvůrců zařadit do jinak napjaté situace prvek komičnosti nebo dosáhnout s co nejmenší námahou etnické různorodosti. Mužští lékaři také samozřejmě vedle nespěšných žen — sester — působí jako ještě větší hrdinové. Dokonce i „progresivní“ pořady, kde vystupují ženy v roli lékařek nebo dokonce muži jako členové ošetrovatelské profese, často odráží stejné domněnky a rozšiřují je o další stereotyp v podobě toho, že muži, kteří pracují v ošetrovatelství, jsou buď slaboši, nebo gayové.

Reklamy stále využívají postavu „nezbedné sestřičky“, jako by sestry existovaly především proto, aby poskytovaly sex pacientům nebo lékařům. Média tyto mylné představy o ošetrovatelství v globální společnosti často ještě utvrzují.

Sestry by měly těmto mylným představám vzdorovat. Sestra Sandy Summers je jednou z předních zastánkyň ošetrovatelské profese a je zakladatelkou a výkonnou ředitelkou mezinárodní neziskové organizace The Truth About Nursing („Pravda o ošetrovatelství“), která vyvrací stereotypy a vzdělává celosvětovou veřejnost o hodnotě ošetrovatelské práce. Od roku 2001 Sandy neúnavně pracuje na šíření realistického obrazu ošetrovatelské profese v médiích a na vyvracení často nepřesných portrétů sester, které se v nich objevují. Organizace The Truth About Nursing také spravuje obsáhlé webové stránky s rozbory ošetrovatelství v médiích a zapojuje se do mnoha nadnárodních kampaní. V důsledku její práce došlo ke změnám v mnoha programech a reklamních kampaních.

Příspěvek zaslala Sandy Summers, zakladatelka a výkonná ředitelka neziskové organizace The Truth About Nursing



© Arne Hoel / Světová banka

## CÍL 6: PITNÁ VODA A KANALIZACE

Scovia má 16 let a žije ve vesnici Opolin v Ugandě. Doufá, že se jí jednoho dne podaří získat vzdělání a výcvik potřebné pro to, aby mohla pracovat jako sestra – chce totiž „zachraňovat lidské životy“.

Neustále se vracějící průjem společně s menstruačním cyklem ale pro Scovii znamená častou absenci ve škole. Škola, do které chodí, nemá vodu pro mytí rukou a má velice málo toalet. Po návštěvě toalety a v období menstruace má Scovia strach se čehokoli dotknout nebo jíst, protože má špinavé ruce. Stejně jako řada jejích kamarádek ve škole je často nemocná, což je další důvod absencí. Je pro ni proto těžké připravovat se na zkoušky a pravidelně propadá. Pro Scovii je to stresující situace, protože její naděje na to, že se stane sestrou a prolomí bludný kruh chudoby, se snižuje.<sup>[62]</sup>

Nezávadná a snadno dostupná voda je pro zdraví lidí důležitá, ať už se jedná o pitnou vodu nebo o vodu pro použití v domácnosti, k výrobě potravin nebo k rekreačním účelům. Lepší zásobování vodou a hygienické podmínky jsou zcela zásadní pro zlepšení životů milionů lidí, podpoře ekonomického růstu a snížení chudoby.

Jednou z velkých tragédií je to, že i ve zdravotnických zařízeních často nezávadná voda chybí. V roce 2015 proběhl průzkum 66 000 zdravotnických zařízení v 54 různých zemích s nízkými a středními příjmy. Studie ukázala, že více než třetina těchto zařízení neměla pro personál a pacienty dostatek vody a mýdla k mytí rukou a dodržování základní hygieny.<sup>[67]</sup>

Špinavá voda a nedostatek bezpečných toalet jsou celosvětově mezi pěti hlavními zabijáky žen. Bez těchto základních potřeb nemohou zdravotnická střediska účinně bránit a omezovat šíření infekce, což znamená pro matky a jejich děti riziko během porodu. Pokud nejsou k dispozici latríny, musí rodící ženy vykonávat potřebu venku a většinou zdravotnické zařízení opouštějí během několika hodin po porodu, takže mají jen velmi málo času na to, aby mohly obdržet rady a podporu.<sup>[68]</sup>

Dostupnost pitné vody, kanalizace a hygienických zařízení ve zdravotnických střediscích je pro poskytování kvalitních služeb a podporu zdraví zcela zásadní. Hygiena rukou je jednou z nákladově nejefektivnějších intervencí k ochraně zdraví a sestry hrají zásadní roli v tom, aby byla umožněna všude, kde se poskytuje zdravotní péče.



Nejméně **1,8 MILIARD LIDÍ** POUŽIVÁ ZDROJ PITNÉ VODY kontaminovaný fekáliemi.<sup>[63]</sup>



Odhaduje se, že kontaminovaná pitná voda způsobuje **KAŽDÝ ROK 502 000 ÚMRTÍ** ZPŮSOBENÝCH PRŮJEM.<sup>[63]</sup>



**663 MILIONŮ LIDÍ PO CELÉM SVĚTĚ** se spoléhá na nečištěné zdroje vody, včetně **159 MILIONŮ LIDÍ, KTEŘÍ JSOU ZÁVISLÍ NA POVRCHOVÉ VODĚ.**<sup>[63]</sup>



Odhaduje se, že nejméně **10 % SVĚTOVÉ POPULACE** konzumuje potraviny zavlažované odpadní vodou.<sup>[64]</sup>

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 6.1: ZLEPŠOVÁNÍ KANALIZACE, UGANDA

Philomena Okello pracuje jako hlavní sestra v nemocnici poskytující terciární péči v ugandském městě Lira. Nemocnice má kapacitu na 22 žen denně, pravidelně jich sem ale přichází více než 100. Philomena je přímým svědkem zničujících důsledků nedostatku nezávadné vody a kanalizace v řadě zdravotnických zařízení v Ugandě. Má ale za to, že „pokud se lidé semknou, mohou si zavedení pitné vody vyžádat“.

Vede hnutí mezi zdravotnickými pracovníky a místními obyvateli, které usiluje o zlepšení nemocnic a jejich lepší přístup k pitné vodě, kanalizaci a hygienickým zařízením (WASH). Jeho výsledkem jsou v posledních dvou letech dramatická zlepšení.

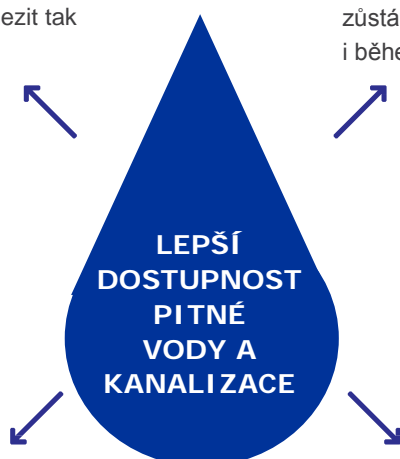
Philomena zdůrazňuje nutnost toho, aby lidé o programu WASH věděli a aby byli motivovaní se tohoto práva dožadovat. Nabádá své zaměstnance a pacienty k tomu, aby se stali součástí hnutí usilujícího o naplnění tohoto práva. „Nejenže máme právo být vyslyšeni, máme také právo na to, aby nás někdo skutečně poslouchal a zapojil do rozhodování. To je jediná možnost, jak něco změnit,“ říká.<sup>[69]</sup>

### Hlad

Dostupnost vody znamená dostatek potravin. S menšími ztrátami na úrodě se omezuje i hlad. Školy mohou zajistit žákům stravování pomocí vlastních zahrad a omezit tak náklady.

### Vzdělávání

Když jsou žáci osvobození od povinnosti chodit pro vodu, vrací se do tříd. S řádnými a bezpečnými latrínami zůstávají dívky ve školách i během puberty.



### Chudoba

Dostupnost vody může prolomit bludný kruh chudoby.

### Zdraví

Pitná voda, čisté ruce, zdravá těla. Omezuje se čas, kdy jsou lidé nemocní, a ti se tak mohou vrátit do práce a pokusit se vymanit z chudoby.

**Studie 66 000 zdravotnických zařízení v zemích s nízkými a středními příjmy zjistila následující:<sup>[67]</sup>**



Přítomnost vodního zdroje nebo dodávka vody přímo do zařízení nebo poblíž něj (do 500 metrů) k pití, osobní hygieně, zdravotní péči, úklidu, praní a vaření –  
**CHYBÍ V 38 % PŘÍPADŮ.**



Přítomnost latrín nebo toalet v zařízení (nebere v úvahu funkčnost ani dostupnost) –  
**CHYBÍ V 19% PŘÍPADŮ.**



Možnost mytí rukou mýdlem nebo mycími alkoholovými emulzemi v zařízení –  
**CHYBÍ V 35% PŘÍPADŮ.**

**Obr. 4. Přínos pitné vody pro zdraví<sup>[70]</sup>**



© Sofie Tesson /  
TAIMANI FILMS /  
Světová banka

## CÍL 7: DOSTUPNÉ A ČISTÉ ENERGIE

V obci Totorabamba v Peru se Espirita krčí u otevřeného ohně a praží ječmen. Došková střecha je pokrytá tlustou vrstvou černých sazí jako jasné připomínky toho, jaké částice při vaření vdechuje. Pro miliony lidí, kteří tímto způsobem vaří každý den, je to totéž, jako by denně vykouřili téměř 400 cigaret.<sup>[74]</sup>

Znečištění vnitřního ovzduší se týká většiny lidí v zemích s nízkými a středními příjmy, kteří představují 82 % světové populace.<sup>[75]</sup> Je zařazeno do první desítky zdravotních rizik<sup>[10]</sup>, které jsou v těchto zemích příčinou úmrtí, a to dokonce ještě před závadnou vodou.

WHO přičítá 22 % úmrtí na chronickou obstrukční plicní nemoc právě znečištění vnitřního ovzduší způsobenému pevnými palivy. Chronická obstrukční plicní nemoc způsobuje úmrtí novorozenců s nízkou porodní váhou, zápal plic u dětí a problémy se srdcem a plícemi u dospělých. OSN odhaduje, že téměř tři miliardy lidí vaří na otevřeném ohni a tradičních kamnech.<sup>[75]</sup>

Omezený přístup k čistým energiím má zásadní a dalekosáhlý dopad na zdraví. Omezuje možnost šířit informace o podpoře zdraví a prevenci nemocí, má vliv na podmínky, které mají přímý dopad na zdraví (např. dostupnost pitné vody, znečištění vnitřního ovzduší, malnutrice), omezuje služby, které lze bezpečně poskytovat v rámci zdravotnických zařízení (od skladování léčiv po radioterapii), a odrazuje zdravotnické pracovníky od práce v těchto oblastech (např. kvůli izolaci a nemožnosti pracovat s odpovídajícími nástroji).

Je důležité, abychom si důležitost čistých energií a jejich dopadu na zdraví a poskytování zdravotnických služeb uvědomili (viz obr. 5). Sestry pečují o lidi, jako je Espirita, každý den. Jako součást této péče se musíme sami sebe ptát, jak můžeme pomoci lidem, které posíláme zpět tam, kde v první řadě onemocněli?

“

...počet úmrtí každoročně způsobených znečištěným vnitřním ovzduším stále přesáhne 1,5 milionu lidí – to je víc, než zemře na malárii a tuberkulózu dohromady...<sup>[73]</sup>

– OSN

”



**58 % MÁ PŘÍSTUP K ČISTÝM PALIVŮM** a technologiím.<sup>[76]</sup>



**VÍCE NEŽ 50 % ÚMRTÍ NA ZÁPÁL PLIC MEZI DĚTMI** do pěti let věku způsobují částice (saze) vdechované ve znečištěném vnitřním ovzduší.<sup>[76]</sup>



**1,1 miliardy lidí** nemá přístup k elektřině.<sup>[76]</sup>



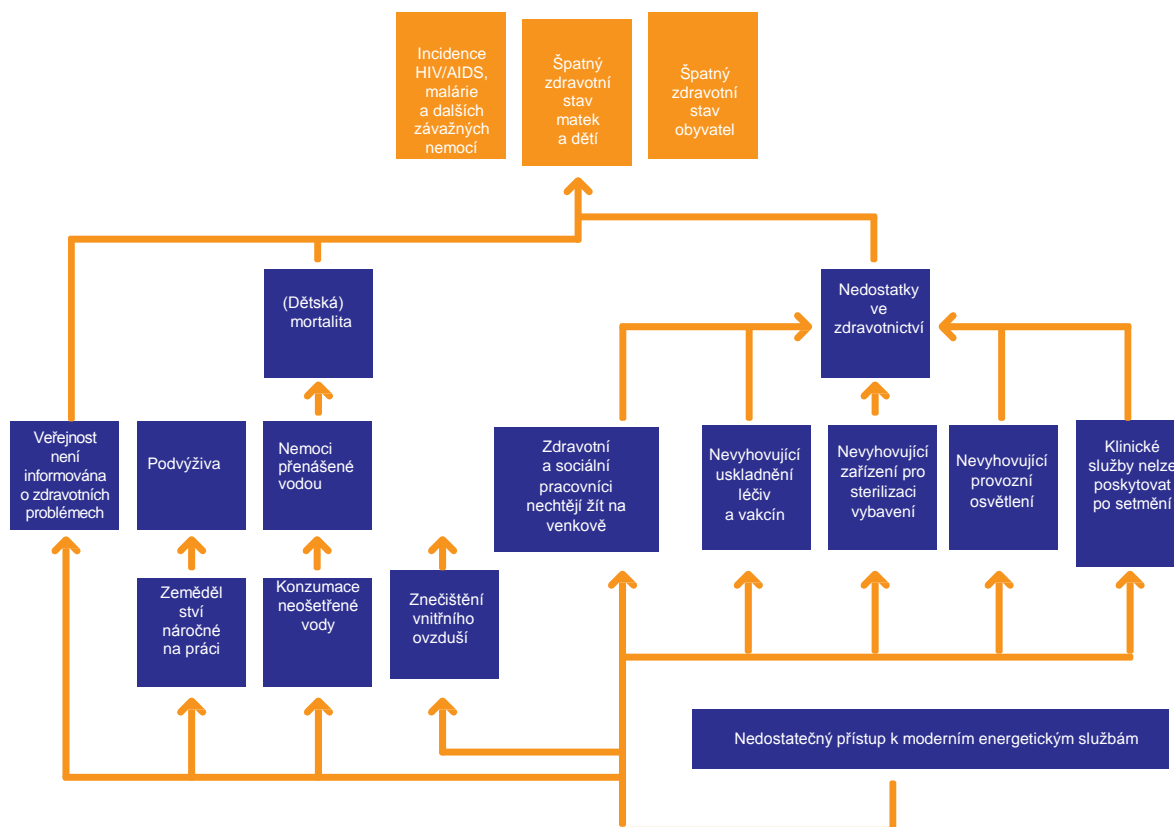
**2,8 miliardy lidí VAŘÍ A TOPÍ DŘEVEM, UHLÍM,** zvířecími exkrementy nebo odpadem z úrody.<sup>[76]</sup>



**Více než 4 miliony lidí PŘEDČASNĚ ZEMŘOU NA NEMOCI ZPŮSOBENÉ ZNEČIŠTĚNÍM** vnitřního ovzduší z pevných paliv používaných k vaření.<sup>[77]</sup>



**4,3 milionu PŘEDČASNÝCH ÚMRTÍ NA NEINFEKČNÍ NEMOCI** včetně ischemické choroby srdeční, chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) a rakoviny plic je každoročně přičítáno vystavení znečištěnému vzduchu v domácnosti.<sup>[77]</sup>



Obr. 5. Dopady nedostupnosti energií na zdraví [78]

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 7.1: BOJ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ, ČÍNA

V Číně je chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) hlavní příčinou morbidity a mortality. Tato situace má řadu příčin včetně kouření tabákových výrobků, genetické náchylnosti a znečištění vnitřního ovzduší používáním pevných paliv.<sup>[79]</sup>

CHOPN se projevuje trvalým omezením proudění vzduchu, které se většinou postupem času zhoršuje a není možné ho zcela zvrátit. Jedná se o nemoc se závažnými důsledky, která vede k invaliditě a zhoršuje kvalitu života. Zároveň pro pacienty znamená značnou ekonomickou zátěž: náklady s ní spojené představují pro lidi žijící ve městech i na venkově téměř 40 % průměrného ročního příjmu.

V Kantonu zlepšila služba respirační péče pro pacienty s CHOPN vedená sestrami život mnoha lidí. Klinika se zaměřuje na pacienty s CHOPN, u kterých je vysoké riziko hospitalizace. Program zahrnuje rozřídění pacientů podle rizikosti, celostní posouzení pacientů, domácí návštěvy podle potřeby, posílení pozice pacientů a 24hodinovou kontaktní službu. Program omezil akutní zhoršení stavu, zlepšil kvalitu života související se zdravím a snížil výdaje pacientů na zdravotní péči.<sup>[80]</sup>



© Dominic Chavez / Světová banka

## CÍL 8: DŮSTOJNÁ PRÁCE A EKONOMICKÝ RŮST

Propuknutí nákazy ebola v roce 2014 mělo na řadu afrických zemí ničivý dopad. Epidemie způsobila úmrtí tisíců lidí a měla významný dopad na socioekonomické podmínky. Odhalila nedostatky ve veřejných zdravotnických systémech zemí a ve světové pomoci při mimořádných událostech vzhledem k problémům s dostupností pracovníků a zdrojů potřebných k jejímu zvládnutí.<sup>[133]</sup>

Dne 17. března 2016 oznámila WHO konec propuknutí horečky ebola v Sierra Leone.<sup>[84]</sup> V zemi dnes stále panuje pohotovostní režim, aby se zabránilo případné další epidemii.

Závažné obavy ale vzbuzuje skutečnost, že sestry v Sierra Leone už měsíce nedostaly výplatu. Svou práci často vykonávají dobrovolně. V důsledku toho sestry svou profesi opouštějí a hledají si práci, která jim zajistí stabilní příjem. Tato situace má negativní dopad na poskytování zdravotnických služeb v zemi a současně znamená, že další epidemii už by Sierra Leone nemusela zvládnout.<sup>[85]</sup>

Dostupnost vysoce kvalifikovaných a vzdělaných zdravotnických pracovníků je zásadní pro zlepšení zdraví na místní, celostátní i celosvětové úrovni. WHO v roce 2013 vydala zprávu s názvem A Universal Truth: No Health without a Workforce („Všeobecně platná pravda: bez zdravotníků není zdraví“).<sup>[88]</sup> Zpráva zdůrazňuje, že pokroky, které byly na poli zdraví dosaženy, lze přičítat větší dostupnosti zdravotnických pracovníků.

Investice do zdravotníků a zdravotnické infrastruktury mohou být považovány za ekonomickou zátěž, opak je ale ve skutečnosti pravdou. Zdravotnictví je stěžejní sektor ekonomiky a zdroj pracovních příležitostí. Poptávka po zdravotnických službách neustále roste a vytváří tak miliony pracovních míst. Odhaduje se, že při vytváření nových pracovních pozic ve zdravotnictví je návratnost investice devítinásobná. Výzkum v této oblasti také ukazuje, že za každý rok, o který se zvýší střední délka života, vzroste HDP o čtyři procenta.<sup>[88]</sup>

Komise na vysoké úrovni zaměřená na zdraví, zaměstnanost a ekonomický růst<sup>[88]</sup> uvedla, že investice do zaměstnanosti ve zdravotnictví mohou mít pozitivní vliv na hospodářství, posunout vývoj v zemi směrem k všeobecně dostupné zdravotní péči a fungovat jako nárazník proti náhlým propuknutím nemocí jako ebola. Vzhledem k rostoucímu počtu obyvatel a incidenci neinfekčních nemocí bude po celém světě do roku 2030 potřeba přibližně 40 milionů zdravotnických pracovníků.

Aby bylo možné tohoto požadovaného počtu dosáhnout, bude potřeba využít řadu strategií k přilákání a udržení lidí v ošetrovatelství. Strategie pro nábor sester a jejich udržení v ošetrovatelské profesi vyžadují vyřešení stávajících problémů. V zásadě se jedná o následující čtyři velké problémové oblasti: vzdělání (včetně odchodu studentů z bakalářských programů, přístupu k magisterskému a vyššímu vzdělání, stanoveného kariérního postupu a možností dalšího vzdělávání), přiměřená odměna, pracovní podmínky (včetně personálního obsazení a zastoupení potřebných dovedností, pracovní doby a větší přívětivosti profese pro rodinný život) a poskytnutí bezpečného, zdravého a uspokojivého pracovního prostředí.

**Slýchám sestry říkat: „Jsem jedním sestrou. Chápete to? Nejdůležitější člověk v nemocnici podceňuje svoji hodnotu. Sestry jsou základním stavebním kamenem zdravotní péče a přitom nemají respekt vůči své práci.“**

— Margaret McClure (bývalá hlavní sestra v newyorském zdravotnickém středisku NYU Medical Center a průkopnice výzkumu, který vedl k ustavení standardu Magnet, ošetrovatelského standardu pro nemocnice).

### Británie

V Británii poklesly od roku 2010 reálné mzdy sester o 14 %. Mnoho lidí tak žije pod zvýšeným finančním tlakem a řada sester v důsledku toho profesi opouští. Nedostatek pracovních sil se tak dále prohlubuje.<sup>[89]</sup>

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 8.1: OSVĚDČENÉ POSTUPY, VZDĚLÁNÍ A TÝMOVÁ PRÁCE, MALEDIVY

„Najděte v sobě manažera a vůdce, protože to sestry jsou.“

Na řadě klinických pracovišť jsou sestry přepracované a nedocenené. Pečují o pacienty, kteří jsou na jejich péči do velké míry závislí, nemají ale čas na to, aby jim poskytl dostatek péče a interakce.

Fathimath Rasheeda, vrchní sestra v nemocnici Indhira Gandhi Memorial Hospital v Male v Indonésii, to na svém oddělení pozorovala. Nedalo se předvídat, jak náročný ten který den bude, protože mnoho úkonů je spolu do značné míry provázáno nebo závisí na stavu pacienta, kterého se týkají. Při počtu pěti až šesti sester, které se staraly o 35 pacientů a střídaly se v osmi či devítihodinových směnách, většina sester ani nemohla využít svou hodinovou pauzu. Přibližně 75 až 80 % pacientů bylo upoutáno na lůžko a velice závislých na ošetrovatelské péči.

Nízká morálka mezi personálem vedla ke konfliktům a mnoho sester mělo pocit, že pobíhají po oddělení „úplně bezhlavě“. Nedokázaly efektivně komunikovat samy mezi sebou ani s jinými nemocničními jednotkami a týmová spolupráce byla špatná. Někteří pacienti v kritické péči na mechanických dýchacích přístrojích byli umístěni do prostor, kde nemohli být řádně sledováni a kde tak nebyli zcela v bezpečí.

Po důkladném rozboru situace se svými zástupci a dalšími sestrami na oddělení navrhla Fathimath hlavní sestře nemocnice, aby bylo její oddělení sloučeno s menším oddělením všeobecné péče, kde se více než 10 sester staralo o pacienty připravené k propuštění. Tím se zvýšil počet sester na obou odděleních a některé sestry mohly být na týden či dva zařazeny na oddělení intenzivní kritické péče, aby se naučily péči o tyto pacienty.

Dvě další sestry začaly navštěvovat specializační kurz kritické ošetrovatelské péče a zavedly každoměsíční školení pro všechny sestry, které probíhalo na pravidelném setkání personálu oddělení. Školení se týkalo témat z oblasti kritické péče, jako je například interpretace výsledků vyšetření Astrup, interpretace a rozpoznání abnormálního EKG a fyzické vyšetření (systémové, kardiovaskulární, pulmonální, gastrointestinální, neurologické atd.). Kromě toho začalo oddělení vyučovat vyšetření jednotlivých tělesných soustav a plánování péče pro studenty ošetrovatelství, kteří na oddělení docházeli na praxi.

Fathimath také zavedla nový „prioritní pokoj“ výhradně pro pacienty v kritické péči a informovala všechny doktory o kritériích pro přijetí nebo přeřazení pacientů na tento pokoj.

V důsledku těchto změn vzniklo na oddělení prostředí, kde mohly sestry prokázat svou kompetentnost v klinické praxi a lépe zvládaly péči o pacienty v kritickém stavu. Počet stížností v rámci oddělení se snížil a celý interdisciplinární tým vykazoval lepší spolupráci a respekt vůči jednotlivým členům týmu. Z oddělení se stalo místo k učení a profesnímu růstu, kde sestry rády pracují a kam se těší noví absolventi i studenti ošetrovatelství.

“

Pracuji v rušné nemocnici v Jihoafrické republice a každý den zažívám kvůli vysilujícím pracovním podmínkám a nedostatku personálu pocit obrovské bezmocnosti. Často jsme nuceni dělat věci, které nemáme v popisu práce, bez patřičného školení nebo odměny. Nejenže je nás málo: naše nemocnice jsou nebezpečné. Byly tu případy, kdy pacienti fyzicky a slovně napadli ošetrovatelský personál a ochranka dorazila až za 10 minut. Tolik mých kolegů a kolegů už odešlo kvůli vyhoření a „únavě ze soucitu“.<sup>[90]</sup>

”

Příspěvek zaslala Fathimath Rasheeda, vrchní sestra (RNM, BSN, CCN), nemocnice Indhira Gandhi Memorial Hospital (IGMH), Kanbaa Aisaarani Hingun, K. Male<sup>1</sup>, Maledivy  
Ve spolupráci se sestrami: Mariyam Shaukath, zástupkyně vrchní sestry, Zileena Mohamed Didi, zástupkyně vrchní sestry, Aminath Rishfa, zástupkyně vrchní sestry.



Nezaměstnanost po celém světě stoupá:  
TÉMĚŘ **202 MILIONŮ LIDÍ** BYLO  
V ROCE 2012 BEZ PRÁCE.<sup>[86]</sup>



VE ZDRAVOTNICTVÍ CHYBÍ  
**7,2 MILIONU**  
PRACOVNÍKŮ.<sup>[38]</sup>



Zvýšení investic do zdravotnictví  
o 932 milionů \$ ročně po dobu 20  
let zabrání **54 000 ÚMRTÍ**  
A BUDE MÍT EKONOMICKOU  
NÁVRATNOST  
14 \$ za každý utracený 1 \$.<sup>[87]</sup>



**2,2 MILIARDY LIDÍ** ŽIJE POD  
HRANICÍ CHUDOBY ZA MÉNĚ  
NEŽ 2 \$ NA DEN.<sup>[88]</sup>

## NÁSILÍ NA PRACOVIŠTI<sup>[92]</sup>

V USA byla během loňského roku fyzicky napadena přibližně každá čtvrtá sestra. Ve zdravotnictví dochází k většímu počtu násilných zranění než ve všech ostatních sektorech dohromady.

Odhaduje se, že:

- Pouze 29 % sester, které jsou fyzicky napadeny, útok ohlásí.
- 18 % sester má obavu z odvety, pokud by násilí ohlásily.
- 20 % sester říká, že by fyzické násilí neohlásily, protože je to podle nich normální součástí práce.

„Každý týden se setkávám s tím nejhorším: asi desítka členů mé rodiny pracuje v ošetrovatelství a další v různých jiných zdravotnických profesích. Staniční sestry, sestry na urgentním příjmu, sálové sestry, sestry na pooperačních odděleních i další pracovníci poskytující péči jsou každý den vystavováni zraněním, agresivním pacientům a sexuálnímu obtěžování, nemluvě o zraněních a všeobecnému tělesnému opotřebení při manipulaci se stále vyšším počtem pacientů, kteří váží přes 130 kg. Kromě odvětví, kde je zapotřebí náročná fyzická práce, jako je hornictví, ropné vrty, těžba dřeva apod., mě nenapadá žádný jiný sektor, kde by byla tak vysoká pravděpodobnost závažných zranění. Pokud se rozhodnete pracovat v ošetrovatelství, je skoro jisté, že utrpíte poranění, a pokud v něm zůstanete dost dlouho, nejspíš utrpíte i závažné poranění nebo skončíte s trvalým handicapem.“

— Komentář uživatele Openuris k článku publikovaném v časopise The Atlantic, citováno 5 prosince 2016<sup>[92]</sup>





© John Hogg / Světová banka

## CÍL 9: PRŮMYSL, INOVACE A INFRASTRUKTURA

Když Jane diagnostikovali rakovinu vaječníku, žila ve venkovské oblasti Austrálie. Její matka i sestra na rakovinu zemřely a diagnóza tak pro ni byla o to děsivější. Vzhledem k tomu, v jak odlehle oblasti žila, byla nejbližší velká nemocnice nabízející chemoterapii vzdálená čtyři hodiny jízdy. Situace je stejná na mnoha malých městech: místní nemocnice nemohou poskytovat chemoterapii, protože počet pacientů s rakovinou je tak nízký, že jen málo členů personálu má kompetence potřebné k tomu, aby mohli chemoterapii zajistit. Pokud se má pacientům dostat péče, musí často dlouhodobě dojíždět do značně vzdálených míst. Pro pacienty je to často příliš obtížné a příliš nákladní (380 amerických dolarů za návštěvu) a kromě toho by to pro ně znamenalo odloučení od rodiny, takže léčbu vůbec nepodstoupí.<sup>[93]</sup>

Nemocnice Townsville zavedla inovativní model poskytování chemoterapie ve venkovských oblastech. Jedná se o službu poskytování chemoterapie v rámci tzv. telemedicíny, kterou tato nemocnice poskytuje menším venkovským nemocnicím. V praxi to funguje tak, že na všeobecnou sestru z venkovské nemocnice dohlíží specializovaná sestra prostřednictvím videospojení se specializovanou nemocnicí. Díky tomuto modelu se pacientům dostane stejně intenzivní a bezpečné léčby, jako by byli léčeni přímo ve specializované nemocnici. Tento model péče zlepšil spokojenost pacientů a dostupnost péče pro ně, omezil výdaje jak ze strany pacientů, tak ze strany nemocnic, a obecně zvýšil kvalitu života pacientů.<sup>[94]</sup>

Pro mnoho lidí po celém světě vyžaduje získání zdravotní péče hodiny cesty, často v náročném terénu. Lidé žijící ve venkovských oblastech mají jen omezenou možnost volby, co se týče způsobu dopravy. To vše může znamenat značnou časovou i finanční zátěž. Stárnoucí populace a vyšší incidence chronických nemocí často vyžadují časté návštěvy zdravotnických zařízení.

V ideálním případě by lidé měli mít možnost spolehnout se na to, že mají bezproblémový přístup ke službám primární, dentální a behaviorální medicíny a službám neodkladné a veřejné zdravotní péče. Přístup ke zdravotní péče je důležitý pro:

- celkové fyzické, sociální a duševní zdraví a pohodu,
- prevenci nemocí,
- diagnózu a léčbu nemocí,
- omezení morbidit a mortality.



© John Hogg / Světová banka

Tváří v tvář náročným požadavkům v oblasti zdravotnictví a poskytování zdravotní péče prosazuje mnoho vlád a vedení nemocnic inovace. Jsou si vědomi toho, že staré metody práce jsou neudržitelné, a hledají proto nová řešení. Bývalý Institut pro inovace a zlepšení britské národní zdravotnické služby (NHS) uvedl, že „inovace znamená dělat věci jinak nebo dělat jiné věci, aby bylo možné dosáhnout lepších výsledků. Není pravda, že většina inovací pochází z laboratoří, od politických činitelů nebo hlavního vedení. S většinou inovací přijde personál, který v těchto organizacích pracuje.“<sup>[97]</sup>

Sestry po celém světě jsou svědky toho, co pacienti potřebují a jaké problémy mají zdravotnické systémy s naplněním těchto potřeb. Prakticky neexistuje intervence, léčba nebo zdravotní program, v kterém by nefigurovaly sestry. Sestry proto hrají zásadní roli v určování kvality, efektivity a dostupnosti péče.

Sestry na všech úrovních musí i nadále zkoumat a využívat potenciál inovací pro zlepšení kvality, efektivity a dostupnosti péče. Musíme ostatním ukázat dopad a výsledky těchto intervencí, protože budoucnost lidského zdraví a kvalitního života závisí na našich nápadech, naší kreativitě a ochotě zapojit se do změn.

„Nikdy jsem se nechtěla ničím ‚stát‘. Chtěla jsem dělat věci, které jsou důležité – věci, které vás nenechají spát – jako tváře dětí imigrantů nebo boty na pláži (na Srí Lance po tsunami), věci, které mají sociální dopad a význam.“

– Marla Salmon, bývalá hlavní sestra, ministerstvo zdravotnictví USA



## Na vzdálenosti záleží

Existuje jasná korelace mezi vzdáleností ke klinicky nevhodnější zdravotní péči a zdravotními výsledky. Jako příklad lze uvést následující:

Švédská studie zjistila, že pacienti, kterým se zvýší vzdálenost od jejich spádové nemocnice o 50–60 km, mají o 15 % nižší šanci, že přežijí infarkt, než pacienti, kteří žijí do 10 kilometrů od své spádové nemocnice.<sup>[100]</sup>

Studie v Británii přišla se zjištěním, že každých 10 kilometrů, o které se v přímé linii zvýší vzdálenost k oddělení urgentního příjmu, je spojeno s asi 1% absolutním zvýšením mortality.<sup>[101]</sup>

Studie v Austrálii našla silnou korelaci mezi vzdáleností od pracovišť zajišťujících radioterapii

a přežitím lidí, kterým byla diagnostikována rakovina. V průměru se jednalo o 6% nárůst rizika mortality na každých 100 kilometrů, o které se zvýšila vzdálenost k nejbližšímu radioterapeutickému pracovišti.<sup>[102]</sup>

V Nigeru bylo v roce 2012 přibližně 90 % všech silnic nevyasfaltovaných. V šesti okresech nejsou žádná zdravotnická zařízení a odhaduje se, že poměr zdravotnických zařízení vůči počtu obyvatel je 7 000. Během období sucha bylo jen 39 % obyvatel nanejvýš hodinu chůze od zdravotnického střediska. Toto procento se během období dešťů snížilo na 24 %. Studie našla významnou korelaci mezi proočkovaností a vzdáleností. Zjistila, že pokud bylo dítě vzdáleno od nemocnice nanejvýš hodinu chůze, byla u něj skoro dvojnásobná pravděpodobnost, že projde úplným programem očkování, než u dětí, které žily dál.<sup>[95]</sup>

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 9.1: SOUSEDSKÁ PÉČE V NIZOZEMSKU

„Dobrý vztah s našimi pacienty nám pomáhá lépe porozumět jejich prostředí. Léčba, kterou jim potom můžeme poskytnout, posiluje jejich postavení, protože jim dává kontrolu nad jejich nemocí.“

V roce 2006 byly sestry v Nizozemsku stále více nespokojené s modelem péče poskytované lidem se složitými zdravotními potřebami v rámci komunitní péče.

Tradiční modely využívaly k poskytování péče méně nákladný a hůře proškolený personál. Jako reakce na tuto situaci vznikl model péče Buurtzorg, což v nizozemštině znamená „sousedská péče“. Model je založený na náboru vysoce kompetentních ošetrovatelských pracovníků, kteří pracují v nezávislých týmech o až 12 sestrách, které mají ve stanovené oblasti na starost všechny aspekty péče o 50 až 60 pacientů.<sup>[177]</sup>

Model se spoléhá na IT systémy: plánování rozvrhů, dokumentace ošetrovatelských diagnóz i fakturace probíhá online. Cílem modelu sousedské péče je:

- Vytvořit samostatné týmy sester, které poskytují jak zdravotní, tak podpůrné služby domácí péče.
- Vytvořit udržitelný a celostní model komunitní péče.
- Udržet nebo navrátit pacientům jejich nezávislost.
- Vyškolit pacienty a jejich rodiny v péči o sebe sama.
- Vytvořit síť sousedské podpory.
- Spoléhat se na profesionální přístup sester.<sup>[177]</sup>

V roce 2015 zaměstnávala organizace Buurtzorg 8 000 sester v 700 týmech, které poskytovaly úplnou škálu zdravotních a podpůrných služeb více než 65 000 pacientů. Model vedený sestrami je založený na posílení pozice pacientů. Maximální možné využití stávajících možností, zdrojů a prostředí klientů a důraz na sebeřízení týmů přinesly velice dobré výsledky.<sup>[176]</sup>

Program snížil náklady klientů o 40 %, čímž se každoročně ušetří až 2 miliardy eur, a snížil počet hodin péče na pacienta o 50 %. Zlepšila se také kvalita péče: pacienti rychleji získávají zpět nezávislost a snížil se počet hospitalizací i jejich délka.<sup>[177]</sup>

Ornella Zanin a Gerda Mast, sestry v domácí péči se specializací na triáž chronických ran, nám zaslaly následující příběh, aby ilustrovaly možnosti, které tento program nabízí.

Sedmdesátiletý Lars, který žil v jednom ze sousedství, kde působila služba Buurtzorg, potřeboval závažnou intervenci. Od dětství byl po prodělané dětské obrně upoután na vozík a trpěl syndromem Guillain-Barré. Na pravém bérce se mu vytvořil vřed s následnou komplikací v podobě mykózy, která se rozšířila na nohu a prsty. Vzhledem k bolesti nebylo možné provádět kompresní terapii, což vedlo ke značnému otoku končetiny. Larse jeho zdravotní stav v podstatě upoutal na lůžko. Nebyl schopen řádné péče o své nohy a chodidla a odmítal zapojení do různých forem léčby.

Ornella a Gerda navštívily Larse u něj doma a společně s ním vypracovaly léčebný plán jeho rány. Během šesti týdnů se rána zahojila. Díky tomu, že si Ornella a Gerda vybudovaly s Larsem dobrý vztah a mohly tak lépe porozumět jeho situaci, dokázaly vytvořit takový léčebný plán, který byl nejen v krátkodobém horizontu úspěšný, ale také posílil Larsovu roli a Lars teď věnuje péči o své nohy větší pozornost.

Příspěvek zaslaly: Buurtzorg Nederland, Ornella Zanin, sestra v domácí péči se specializací na triáž chronických ran. Gerda Mast, sestra v domácí péči se specializací na triáž chronických ran.



© Dominic Chavez / Světová banka

## CÍL 10: MÉNĚ NEROVNOSTÍ

Morley byla malá domorodá dívka, která byla velice citově vázaná na lidi kolem sebe, zejména na svého mladšího bratra. Morleyina matka byla jako dítě zneužívána, trpěla závažnými obdobími deprese a řadou závislostí. Tyto vnitřní boje pak také bohužel způsobily, že zanedbávala své děti. Morley se začala řezat a pokusila se o sebevraždu. Přestože chtěla žít doma s matkou a bratrem, pro její ochranu bylo rozhodnuto o jejím umístění do péče. Její pěstouni následně začali hlásit, že Morley slyší hlasy, které jí říkají, aby se řezala. Psychiatr u ní diagnostikoval posttraumatickou stresovou poruchu. Její duševní zdraví a chování se dále zhoršovalo a po dalším pokusu o sebevraždu musela být hospitalizována. Její stav se zhoršil natolik, že byla umístěna do ústavního zařízení.<sup>[103]</sup>

Poměry, do kterých se narodíme, mají zásadní vliv na to, jak se budeme vyvíjet a vyrůstat. Nejde ale jen o to, jak začnete, ale i o to, jak se pozitivní a negativní zkušenosti postupně nahromadí. Výzkumy ukazují, že u lidí, kteří v dětství prodělali čtyři nebo více různých typů negativních zážitků, je skoro pětkrát větší riziko, že zažili týdny trvající deprese, a dvanáctkrát větší riziko sebevraždy.<sup>[104]</sup> Ve výše popsáném případě se bludný kruh znevýhodnění stále opakoval a nakonec Morley závažným způsobem podlomil zdraví.

Rozdíly ve zdraví a kvalitě života u znevýhodněných a znevýhodněných skupin obyvatel jsou velice výrazně znatelné u domorodých obyvatel. Sociální znevýhodnění je spojeno s vyšší mírou sebevražd, alkoholismu a závislosti na drogách, problémů s duševním zdravím, srdečních a plicních nemocí, obezity, cukrovky a řady dalších nemocí a rizikových faktorů. Lidé s nejmenší mírou znevýhodnění a lepším sociálním postavením se většinou těší mnohem lepšímu zdraví. Tato nerovnost existuje napříč zeměmi i v rámci nich.

Žádná země před ní není imunní. Jak to výmluvně řekl sir Michael Marmot, existuje proto, že se lidé rodí a rozvíjí, pracují, žijí, a stárnou v rozdílných podmínkách. Má dopad nejen na střední délku života, ale také na jeho kvalitu.<sup>[104]</sup>

Nejvíce znevýhodněné skupiny obyvatel budou nejspíš potřebovat největší objem zdravotní péče, zároveň je ale u nich nižší pravděpodobnost, že se jim jí dostane. Současně se chudým a sociálně znevýhodněným lidem často dostane jiné léčby než těm, kteří znevýhodnění nejsou. Může to být důsledek toho, že zdravotnické systémy nejsou nastaveny tak, aby poskytovaly zdravotnické služby lidem na nejspodnější příčce společenského uspořádání. Ošetřovatelství je důležitou silou, která se může těmto problémům postavit a prosazovat práva pacientů. Sestry mohou ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky vytvořit prostředí, v němž je rozlišování podle sociálního a ekonomického postavení nepřijatelné. Postavit se za zdravotní potřeby všech lidí znamená nezpronevěřit se bohaté tradici této profese.

„Měřítkem našeho pokroku není to, jestli dokážeme zvýšit nadbytek těch, kdo žijí v blahobytu, ale to, jestli dokážeme dát dost těm, kdo mají příliš málo.“

– Franklin D. Roosevelt, bývalý prezident Spojených států amerických



NEJBOHATŠÍ 1 % SVĚTOVÉ  
POPULACE OVLÁDÁ AŽ 40 %  
světových aktiv.<sup>[105]</sup>



50 % NEJCHUDŠÍCH OBYVATEL  
VLASTNÍ POUZE 0,5 % světových  
aktiv.<sup>[105]</sup>

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 10.1: KLINIKA SE SPECIALIZACÍ NA HEPATITIDU C VEDENÁ SESTRAMI, NOVÝ ZÉLAND

„Sestry ze všech oblastí péče mají možnost postavit se diskriminaci a zlepšit diagnostiku hepatitidy C u této často neviditelné skupiny obyvatel.“ - Jenny Bourke

Po celém světě trpí hepatitidou C 200 milionů lidí. To je ohromující číslo, když uvážíme, že s HIV žije 40 milionů lidí. Velkou většinu postižených tvoří bývalí nebo současní uživatelé nitrožilně aplikovaných drog. Pro ty je obtížné zajistit si léčbu vzhledem k sociálnímu stigma a životu na okraji společnosti, které jim brání ve vyhledání pomoci a činí z nich vysoce rizikovou skupinu. To je často důvodem, proč injekční uživatelé drog ani nezvažují, že by v souvislosti s hepatitidou C vyhledali léčbu.

Na Novém Zélandu se počet lidí s hepatitidou C odhaduje na 50 000 a očekává se, že v příštích deseti letech se zvýší o 50 %. Tato čísla jsou obzvláště znepokojivá proto, že hepatitida C může po řadu let probíhat zcela bez příznaků. Pouze asi čtvrtina nakažených ví, že virus přenáší, a pouze 5 % se léčí. Pokud nebudou nakažení jedinci léčeni, bude to pro Nový Zéland znamenat do roku 2020 náklady ve výši 400 milionů \$.<sup>[174]</sup>

Jenny Bourke je specializovaná klinická sestra a manažerka ošetrovatelské péče na komunitní klinice zaměřené na hepatitidu ve městě Christchurch, kde žije přibližně 375 000 lidí.<sup>[175]</sup> Spolu se dvěma dalšími sestrami, sociálním pracovníkem a praktickým lékařem tvoří multidisciplinární tým, který se snaží odstranit překážky dostupnosti péče a zvýšit dostupnost testování, diagnózy a léčby této nemoci.

Podle Jenny je jedním z největších úspěchů kliniky získaná důvěra a respekt – a to nejen ze strany klientů, ale také ze strany dalších poskytovatelů péče (služby pro závislé na alkoholu a drogách, programy výměny jehel, praktičtí lékaři a lékaři pracující v sekundární péči). Budováním spolupráce a partnerství s dalšími zdravotníky a službami se jim podařilo zajistit integrovaný přístup a zlepšit dostupnost léčby hepatitidy C pro injekční uživatele drog.

Díky zásadní roli sester v průběžné péči o pacienty s hepatitidou C – od šíření informací o této problematice po provádění testů na hepatitidu C, spolupráci s ostatními a vzdělávání a podporu injekčních uživatelů drog – může klinika svým klientům nabídnout prostředí, ve kterém je nikdo nesoudí, flexibilní časy návštěv, expertní odběry krve, terénní ošetrovatelskou službu a kontinuitu péče.

Poslední tři roky klinika roste geometrickou řadou. Služba aktuálně pomáhá 465 klientům a každý měsíc přibývá asi 15–25 nových klientů. Program slaví úspěch a dosahuje 98 % docházky.



Příspěvek zaslala Jenny Bourke, specializovaná klinická sestra a manažerka ošetrovatelské péče na komunitní klinice zaměřené na hepatitidu, Christchurch, Nový Zéland



**PŘÍJMOVÁ NEROVNOST SE** v rozvojových zemích mezi roky 1990 a 2010 **ZVÝŠILA O 11%**.<sup>[105]</sup>



V některých částech Ekvádoru je u domorodých obyvatel až **30KRÁT VYŠŠÍ RIZIKO RAKOVINY KRKU, NEŽ JE CELOSTÁTNÍ PRŮMĚR**.<sup>[106]</sup>



**STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA DOMORODÝCH OBYVATEL JE AŽ O 20 LET** nižší než u jejich nedomorodých protějšků.<sup>[106]</sup>

V USA je u příslušníka domorodé populace **600KRÁT VYŠŠÍ PRAVDĚPODOBNOST, ŽE SE NAKAZÍ TUBERKULÓZOU,** A O **62 % VYŠŠÍ PRAVDĚPODOBNOST, ŽE SPÁCHÁ SEBEVRAZDU**.<sup>[106]</sup>



Celosvětově trpí více než **50 % DOSPĚLÝCH MEZI DOMORODÝMI OBYVATELI CUKROVKOU 2. TYPU**.<sup>[106]</sup>



V Kanadě je počet uvězněných mez domorodými obyvateli **10KRÁT VYŠŠÍ** A V AUSTRÁLII **14KRÁT VYŠŠÍ**.<sup>[106]</sup>



© Dominic Chavez / Světová banka



## CÍL 11: UDRŽITELNÁ MĚSTA A OBCE

Odhaduje se, že do roku 2050 bude 70 % světové populace žít v městských oblastech. Zdraví obyvatel celé planety tak budou stále více určovat města. Města budou představovat prostředí, kde budou lidé vyrůstat, žít, pracovat a hrát si.<sup>[110]</sup>

Život ve městě je spojován s lepším příjmem i zdravím. Zároveň ale tlaky spojené s růstem přispívají ve městech po celém světě ke vzniku zásadní sociální a zdravotní nerovnosti.

Brazílské São Paulo je rychle se rozrůstající metropole. Před 100 lety mělo São Paulo pouhých 100 000 obyvatel. Jejich počet se od té doby rychle rozrostl na více než 10 milionů lidí (při započítání okolních oblastí je počet obyvatel 18 milionů). Je to město mnoha kontrastů: v některých čtvrtích najdeme pestrý kulturní život a ekonomický růst, v jiných vysokou kriminalitu a velkou chudobu. Jak řekl Wolfgang Nowak, „velká města jsou všechno: v jednom městě najdete rozvinutý i rozvojový svět a všechno mezi tím.“<sup>[108]</sup>

### PŘÍPADOVÁ STUDIE 11.1: INTEGROVANÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE, MICAH PROJECTS, AUSTRÁLIE

„Zlepšit zdraví lidí bez domova, dostat je z ulice a ušetřit peníze nemocničnímu systému je možné. - Kim Rayner

Kim Rayner je manažerka a vedoucí klinická sestra organizace Inclusive Health v rámci Micah Projects v australském Brisbane. Ta vznikla v reakci na vysokou míru multimorbidity a známých rizik mortality mezi znevýhodněnými lidmi a rodinami, kteří žijí bez domova, v chudobě, sociální izolaci, s duševními nemocemi či handicapem nebo kteří jsou vystaveni domácímu násilí.

V Brisbane, kde žije 1,15 milionu obyvatel, je více než 4 300 lidí bez domova.<sup>[111]</sup>

Rychlý nárůst počtu obyvatel ve městech sehrál v této nerovnosti zásadní roli. Expanze byla tak rychlá, že s ní plánování nestihlo udržet krok. Výsledkem je nedostatek služeb, jako je kanalizace a čištění odpadních vod, možnost dopravy, stavební normy, kvalita vnitřního ovzduší a komunikace. Dostupnost škol, zdravotnických služeb i pracovních příležitostí je ztížena. Všechny tyto faktory vedou k nerovnosti v tom, jak lidé vnímají své zdraví a kvalitu svého života. Chudí jsou často od sociální rovnosti nejvíce vzdáleni v případě, že žijí na okrajích měst. Integrovaná města musí do své městské sítě zapojit i ty méně majetné, minimalizovat míru izolující chudoby a umožnit vytvoření skutečně veřejné infrastruktury, kterou mohou sdílet skupiny s širokým spektrem příjmů. Je potřeba omezit rozrůstání a zvýšit celkovou kompaktnost měst: to by měl být důležitý bod sociální politiky. Existuje mnoho možností, které lze využít pro přeměnu města na zdravé město. Pokud má ale tato přeměna znamenat skutečný přínos, musí se vypořádat s otázkou rovnosti.<sup>[109]</sup>

Nevládní organizace Micah Projects byla založena s cílem aktivně tento problém řešit a Kim sehrála zásadní roli v navázání spolupráce mezi Micah Projects a některými z největších soukromých nemocnic v Brisbane s cílem zajistit služby pro obyvatele Brisbane, kteří žijí na ulici nebo se nacházejí ve složité situaci, co se týče bydlení.

Sestry pracující v týmu si pro své potřeby upravily tzv. „ukazatel ohrožení“ (Vulnerability Index) vyvinutý ve Spojených státech a s jeho pomocí provedly průzkum, aby si mohly udělat lepší představu o zdravotních a sociálních potřebách dané skupiny lidí.

Z průzkumu vyplynulo, že:

- u 59 % se současně vyskytovala chronická nemoc, duševní nemoc a zneužívání návykových látek,
- 36 % prodělalo poranění mozku,
- 30 % mělo v anamnéze onemocnění jater, cirrhózu nebo chronické jaterní selhání,
- 28 % mělo v anamnéze srdeční onemocnění nebo arytmií,
- u 9 % byla diagnostikována rakovina.<sup>[112]</sup>

Analýza těchto údajů umožnila týmu přijít s cíleným přístupem pro prevenci a časnou intervenci, aby se lidé na ulici vůbec nedostali, pro prolomení bludného kruhu bezdomovectví a pro zlepšení organizace služeb poskytovaných lidem bez domova.

Výsledkem byl vznik zdravotnických služeb vytvořených na míru této ohrožené skupině obyvatel. Program zahrnuje rychlé zajištění bydlení pro lidi bez domova a poskytování nákladově efektivních zdravotnických služeb ve všech stádiích procesu (před zajištěním nového bydlení, v průběhu i po nastěhování) a snaží se tak omezit osobní a sociální náklady a negativní dopady bezdomovectví na jednotlivce i na celou komunitu.<sup>[113]</sup>

Služba Homeless to Home Healthcare After-Hours Service („Z ulice domů: zdravotní péče po pracovní době“) se skládá ze dvou týmů. Jeden tým pracuje z mobilní dodávky Street to Home, která navštěvuje veřejné prostory, parky a squaty, zatímco druhý zajišťuje domácí návštěvy i návštěvy veřejných prostor, a to v celé metropolitní oblasti Brisbane.

Služba zahrnuje:

- Společné plánování a zapojení komunitních pracovníků pokrývajících otázku bydlení.
- Zajištění jednoho přístupového bodu, který mimo pracovní dobu poskytuje služby v oblastech bydlení a zdravotní péče.
- Získání důvěry a navázání vztahů s lidmi a rodinami bez domova i s ohroženými lidmi, kteří aktuálně mají kde bydlet.
- Zajištění okamžité pomoci lidem, kteří přijdou do střediska služeb pro lidi bez domova Brisbane Homelessness Service Centre, i terénní služby na ulicích, v parcích a v domovech lidí ubytovaných prostřednictvím iniciativy Housing First.
- Zajištění zdravotního vyšetření a doporučení na pracoviště primární péče, včetně partnerských zdravotnických služeb.
- Následná péče prostřednictvím doporučení k dalším zdravotníkům a pomoc při orientaci ve zdravotnickém systému.

- Zapojení do proaktivní časné intervence a preventivní zdravotní péče.
- Vzdělání v oblasti zdraví a koordinace zdravotní péče pro jednotlivce v rámci spolupráce s místními praktickými lékaři a specializovanými službami, jako jsou zubní lékaři, služby pro osoby závislé na drogách a alkoholu, léčba onemocnění ledvina a cukrovky a očkování.
- Spolupráce s nemocnicemi a zaměstnanci nemocnic ohledně plánování propouštění a následné klinické péče.<sup>[114]</sup>

Tuto službu vede zvláštní ošetřovatelský tým, která ukazuje, že je možné zlepšit zdravotní výsledky lidí bez domova, dostat je z ulice a ušetřit peníze nemocničnímu systému.

Služba slaví úspěchy na všech frontách: zlepšila kvalitu života související se zdravím, výrazně snížila návštěvy nemocnice mezi lidmi, kteří službu využívají, snížila hospitalizace pacientů o 37 % a návštěvy pohotovosti o 24 %. Došlo také k výraznému snížení nákladů nemocnic s čistou úsporou přibližně 6,45 milionu australských dolarů ročně, ročním čistým sociálním ziskem více než 12,6 milionu australských dolarů a přínosu v podobě alespoň 82 získaných let kvalitního života (QALY) ročně.<sup>[114]</sup>



## PŘÍPADOVÁ STUDIE 11.2: PŘEDEPISOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, BRITÁNIE

V jedné z nejchudších oblastí Anglie začala působit nová komunitní organizace, která svými inovacemi změnila tuto oblast k nepoznání. Středisko Bromley by Bow Centre ve spolupráci s poskytovateli primární zdravotní péče a místními občanskými skupinami pomáhá lidem v rozvoji dovedností, hledání práce a obecně ke spokojenějšímu životu.

Praktičtí lékaři a registrované sestry odkazují své pacienty na služby, které středisko a obec nabízí. Personál používá metodu, které se začalo říkat „předepisování sociálních služeb“, kdy je lidem doporučována návštěva dalších neklinických služeb, jako jsou programy zdravého životního stylu, poradenství pro státní podporu a bydlení, podpora v nezaměstnanosti a dluhové a finanční poradenství. Program tak reaguje na skutečnost, že zdravotní problémy mohou mít jiné než fyzické příčiny.

Alison Bell, která v této praxi pracuje, doporučuje pacientům s CHOPN, aby začali chodit do pěveckého sboru – to jim pomůže naučit se ovládat svůj dech. Pacientům s kloubními potížemi jsou doporučovány keramické kroužky, protože hnětení hlíny zlepšuje sílu rukou a rozsah pohybu. Občanská sdružení jsou také doporučována těm, kdo chtějí řízeně zhubnout. Filozofií „předepisování sociálních služeb“ je posílit pozici pacientů a propojit je s jejich okolím a prostředím.<sup>[115]</sup>



V roce 2015 ŽILO **50 %** LIDÍ  
(3,5 MILIARDY) VE MĚSTECH.<sup>[110]</sup>



**828** MILIONŮ LIDÍ  
ŽIJE VE SLUMECH.<sup>[110]</sup>



Do roku 2030, BUDE  
V MĚSTSKÝCH  
OBLASTECH ŽÍT **60 %**  
LIDÍ.<sup>[110]</sup>



**1,6** MILIARDY LIDÍ NEMÁ  
ODPOVÍDAJÍCÍ  
BYDLENÍ.<sup>[110]</sup>



**95 %** NÁRŮSTU MĚSTSKÉ  
POPULACE se odehraje v rozvojovém  
světě.<sup>[110]</sup>



Když se OSN naposledy pokusila  
provést celosvětové sčítání,  
**100** MILIONŮ LIDÍ BYLO BEZ  
DOMOVA.<sup>[110]</sup>





© Aisha Faquir / Světová banka

## CÍL 12: ODPOVĚDNÁ VÝROBA A SPOTŘEBA

Nemocnice a zdravotnictví obecně spotřebovává hodně zdrojů a vytváří značné množství odpadu. Odhaduje se, že zdravotnický sektor vytvoří každý den 7 000 tun odpadu včetně tuhého a zdravotnického odpadu. Kromě toho se odhaduje, že zdravotnická zařízení spotřebují asi 2,5krát víc energie, než kancelářská budova o stejné velikosti.<sup>[116]</sup>

Zdravotnická zařízení tak mají významný vliv na udržitelnost zdrojů. Současně mají přímý vliv na zdraví obyvatel. WHO se domnívá, že pouze 58 % odpadu ze zdravotnictví je zlikvidováno správně.<sup>[67]</sup> Obyvatelům jsou tak vystaveni rizikům, jako je křížová kontaminaci odpadu infekčním a patologickým odpadem, poranění způsobená ostrými předměty a otrava způsobená znečištěním chemikáliemi, léky a genotoxickým a radioaktivním odpadem.



### PŘÍPADOVÁ STUDIE 12.1: HEALTHCARE WITHOUT HARM, USA

Healthcare Without Harm („Zdravotnictví neublíží“) je organizace, na jejímž založení se podílela i registrovaná sestra Charlotte Brody. Organizace vznikla v reakci na zprávu americké Agentury pro ochranu životního prostředí (EPA), kde bylo spalování zdravotnického odpadu uvedeno jako hlavní zdroj dioxinu, což je významný karcinogen. Organizace se významně podílela na dosažení řady cílů: podařilo se jí v USA prakticky eliminovat používání lékařského vybavení s obsahem rtuti a podporuje nemocnice v nákupu od místních dodavatelů, kteří se řídí zásadami udržitelného zemědělství.<sup>[119]</sup>



**85 %** ODPADU ZE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ je neškodný směsný odpad.<sup>[120]</sup>



Každoročně se aplikuje **16 MILIARD INJEKCÍ**, ale ne všechny injekční stříkačky jsou řádně zlikvidovány.<sup>[120]</sup>



Injekce aplikované rizikovým způsobem jsou příčinou až **33 800 NOVÝCH PŘÍPADŮ INFEKCE HIV, 1,7 MILIONU PŘÍPADŮ INFEKCE HEPATITIDOU B A 315 000 PŘÍPADŮ INFEKCE HEPATITIDOU C.**<sup>[120]</sup>



**15 %** ODPADU JE POVAŽOVÁNO ZA NEBEZPEČNÝ MATERIÁL, který může být infekční, toxický nebo radioaktivní.<sup>[120]</sup>



**1/3** VEŠKERÉHO JÍDLA se zlikviduje (1,3 miliard tun jídla).<sup>[120]</sup>



Každý den se vytvoří **3 MILIONY TUN ODPADU.**<sup>[120]</sup>



© Lundrim Aliu / Světová banka

## CÍL 13: KLIMATICKÁ OPATŘENÍ

Angela pracuje jako sestra ve velkém městě ve Spojených státech. Ve dnech, kdy je hlášena zvýšená úroveň znečištění, pozoruje nárůst počtu návštěvníků kliniky. Angela v rámci svých intervencí pacientům upravuje medikaci a doporučuje jim, aby ve dnech se zhoršenou kvalitou ovzduší zůstali doma. Většina jejich pacientů ale pracuje a vzhledem ke své sociální situaci nemá auto ani klimatizaci. Vyhnout se znečištěnému vzduchu tak pro ně není reálné.<sup>[121]</sup>

Sestry a další poskytovatelé zdravotní péče jsou přímými svědky dopadu měnících se klimatických podmínek. Generální ředitelka WHO dr. Margaret Chan uvedla, že „změna klimatu je jednou z největších výzev naší doby“.<sup>[122]</sup> Přestože v některých konkrétních oblastech bude změna klimatu přínosem, například v podobě nižšího počtu úmrtí během zimy a vyšší úrody, v naprosté většině případů budou její dopady negativní a budou se týkat těch nezákladnějších determinantů zdraví: dostatek jídla, čistý vzduch, nezávadná pitná voda a bezpečné přístřeší.

Dopady změny klimatu nejsou omezeny jen na některé z nás. Týkají se nás všech. Někteří lidé jsou ale ohroženi více než jiní.

Sestry a ošetrovatelské organizace jsou často mezi prvními, kdo začne používat strategie pro zlepšení zdraví obyvatel, a jsou tedy v první linii řešení problémů, jako je i změna klimatu.

V roce 2008 například Kanadská asociace sester (CNA) vydala zprávu nazvanou *The Role of Nurses in Addressing Climate Change* („Role sester v boji se změnou klimatu“). CNA si uvědomila hrozbu, kterou změna klimatu představuje pro zdraví obyvatel, a nabídla sestram návod k tomu, jak mohou přispět k adaptaci i ke zmírnění dopadů. Zároveň se aktivně účastní snahy přesvědčit jednotlivé vlády, aby se změně klimatu postavily.<sup>[123]</sup>

Změna klimatu není jen záležitostí ochrany přírody, jak se stále mnoho lidí domnívá. Je to hrozba pro celý svět.

— Kofi Annan, generální tajemník, OSN, 2006



© Boris Balabanov / Světová

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 13.1: ALLIANCE OF NURSES FOR HEALTHY ENVIRONMENTS, USA

Nemoci související s počasím a přenášené vektory, jako jsou například komáři, jsou problémem mimo jiné i v mírném podnebí jižních pobřežních států USA. Vzdělávání a poradenství ohledně toho, jak se vyhnout nemocem přenášeným vektory, a poradenství ohledně hubení a regulace komárů jsou důležité zejména pro obyvatele, kteří se nachází na federálně stanovené hranici chudoby nebo pod ní.

V roce 2016 se Lisa Campbell, DNP, RN, APHN-BC, členka rady Alliance of Nurses for Healthy Environments („Svaz sester pro zdravé prostředí“) a zdravotnické iniciativy Texas Team Action Coalition, setkala s vedoucími představiteli Obamovy vlády a federálních úřadů, aby projednala přínos sester ke zmírnění dopadů změn klimatu a nastínila činnost sester v oblasti vzdělávání, výzkumu, praxe i politiky.

Lisa má řadu let zkušeností jako vedoucí pracovnice v oblasti veřejného zdraví. Boj se změnou klimatu pro ni znamená:

- Udržení účinných programů pro zmírnění dopadu, jako je například hubení komárů.
- Vydávání zdravotních výstrah a vzdělávání veřejnosti během vln extrémního horka.
- Spolupráce s orgány krizového řízení na posouzení situace v daném místě a vypracování plánů pro případ povodní, hurikánů a dalších katastrof.
- Lobování za výzkum změny klimatu a zdraví.

Dr. Lisa Campbell využila jako bývalá ředitelka místního odboru pro veřejné zdraví všechny tři prvky veřejného zdraví: posouzení situace, ujištění obyvatel a vypracování strategie pro další práci v boji se změnou klimatu. U nemocí souvisejících s počasím a přenášených vektory, kam patří i nemoci přenášené komáři, je zvláště důležité průběžné sledování situace. V mírném podnebí podél jižanských pobřežních států monitorovala dr. Lisa Campbell a její personál případy výskytu západonilské horečky, horečky dengue a dalších nových infekčních nemocí, jako je například virus zika.

Příspěvek zaslala Lisa Campbell, DNP, RN, APHN-BC, členka rady svazu Alliance of Nurses for Healthy Environments a docentka na fakultě ošetřovatelství, Health Sciences Center, Texas Tech University.[125]

Dr. Lisa Campbell zajistila účinný program hubení komárů s pomocí personálu odpovědného za hubení škůdců v rámci ochrany lidského zdraví. Cílem programu bylo zabránit možnému a pravděpodobnému přenosu nemocí přenášených vektory. Díky pečlivému plánování rozpočtu se jí podařilo zajistit také pravidelné školení, údržbu vybavení a nákup vhodných pesticidů. Společně se svým personálem spolupracovala s místními i státními úřady na vytvoření akčních plánů pro boj s virem zika včetně likvidace komárů na soukromém pozemku, kde byl potvrzen případ nákazy tímto virem. Vydávání zdravotních výstrah během horkého a deštivého období se stalo klíčovou strategií pro omezení nemocí přenášených vektory. Veřejnost byla prostřednictvím místních médií a webových stránek ministerstva zdravotnictví informována o opatřeních pro prevenci nemocí přenášených vektory, jako je například nevycházení za svítání a soumraku, nošení oděvu s dlouhými rukávy a nohavicemi, používání repelentů a vypuštění nádrží a nádob se stojatou vodou.

Zdravotní výstrahy spolu se vzděláváním veřejnosti byly využity také při extrémním počasí, například během vln horka. Výstrahy jsou důležité pro zabránění nemocí souvisejících s horkem zejména u ohrožených skupin obyvatel, jako jsou děti, staří lidé a ekonomicky znevýhodněné osoby. Většina ohrožených skupin má

jen omezenou nebo vůbec žádnou klimatizaci, což zvyšuje riziko výskytu nemocí souvisejících s horkem. Tým spolupracoval s místními médii na šíření informací a s místními úřady na zajištění větráků a zázemí s možností ochlazení pro ekonomicky znevýhodněné skupiny. Všechny programy k řešení problémů v oblasti veřejného zdraví souvisejících s počasím zaštiťoval odbor veřejného zdraví a partnerské organizace.

Dr. Lisa Campbell spolupracovala s oddělením krizového řízení na posouzení funkčních kapacit a aktiv obce a na tvorbě plánů pro případ povodní, hurikánů a dalších katastrof. Byla vytvořena evidence obyvatel nízkopoložených oblastí pro případnou evakuaci. Byla také navázána spolupráce s místními a státními organizacemi pro péči o veřejnost podepsáním memoranda o porozumění.



**POČET PŘÍRODNÍCH KATASTROF SOUVISEJÍCÍCH S POČASÍM SE OD 60. LET ZTROJNÁSOBIL.** Tyto katastrofy si každoročně vyžádají 60 000 obětí.[128]



**VÍCE NEŽ 1/2 SVĚTOVÉ POPULACE ŽIJE DO 60 KM OD MOŘE.**

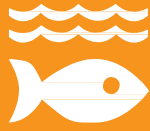
Lidé mohou být donuceni odejít, což zvyšuje riziko dopadů na zdraví od duševních poruch po infekční nemoci.



V roce 2012 bylo **12,6 milionu ÚMRTÍ ZAPŘÍČINĚNO PŮSOBENÍM ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ.** To představuje 23 % všech úmrtí.[127]



Pokud se podmínky nezmění, očekává se, že mezi roky 2030 a 2050 **ZPŮSOBÍ ZMĚNA KLIMATU KAŽDOROČNĚ DALŠÍCH 250 000 ÚMRTÍ** (na malárii, malnutrici, průjmová onemocnění a přehřátí organismu).[128]



## CÍL 14: ŽIVOT VE VODĚ

Jezero Tolne Sap v Kambodži je největší jezero v jihovýchodní Asii a je jedním z nejvýznamnějších zdrojů sladkovodních ryb na světě. Jezero je zdrojem obživy pro rodiny a celé obce v Kambodži a je hlavním zdrojem bílkovin a dalších mikronutrientů se zásadním významem pro zdraví. Jako takové má zásadní význam pro prevenci malnutrice u dětí, která je v zemi značně rozšířená. Jezero ale začalo ohrožovat nepovolené rybaření, kácení lesů, znečištění a střety zájmů. Budoucnost dostatku potravin z jezera pro celý region byla vážně ohrožena, dokud vláda nepodnikla potřebné kroky na podporu udržitelnosti.<sup>[129]</sup>

O naše moře a další vodní tělesa musíme pečovat. Představují totiž přirozený zdroj potravy, léků, biopaliv a dalších produktů. Podporují rozklad a odstranění odpadů a napomáhají snahám o zmírnění dopadů změny klimatu a adaptaci na ni. Jsou také zásadní pro turistiku a rekreaci. Jak uvedla Organizace pro výživu a zemědělství: „Zdraví naší planety i naše zdraví a zajištění dostatku potravin pro budoucnost závisí na tom, jak se budeme chovat k vodnímu světu.“<sup>[130]</sup>



© Chor Sokunthea / Světová banka

## CÍL 15: ŽIVOT NA SOUŠI

V roce 2015 bylo oznámeno, že epidemie viru ebola je u konce. Do té doby ale napáchala neuvěřitelnou spoušť: zabila více než 11 000 lidí (500 zdravotníků) a nakazila více než 30 000. Stále má dozvuky v podobě podlomeného zdraví těch, kdo nákazu přežili, a narušených zdravotnických systémů. Důsledky viru ebola budou znatelné ještě řadu let, kdy se jednotlivá odvětví a výrobci potravin budou snažit získat zdroje potřebné pro obnovu.<sup>[133]</sup>

Podle zprávy WHO<sup>[127]</sup> mohly za propuknutí nákazy do velké míry stát změny v krajině a biodiverzitě. Zpráva uvádí, že změny ve využívání půdy, které zavádí člověk, jsou primární příčinou řady infekcí. Má se za to, že změny ve využití půdy, potravinářská výroba a změny v zemědělství stojí celosvětově téměř za polovinou všech naléhavých situací vyvolaných zoonotickými infekčními nemocemi.

Stoupající těžba dřeva, lov zvěře v buši na maso, rozrůstání vesnic a změny v zemědělství: to vše přivádí lidi do bližšího kontaktu s hostiteli nemocí, jako je například ebola.<sup>[134]</sup>

Stabilní ekosystémy jsou pro lidský život nezbytné. Lidský blahobyt je zcela závislý na statcích a službách z okolních ekosystémů, které jsou zase závislé na biodiverzitě. Ztráta biodiverzity a změny v ekosystémech mohou mít ničivé důsledky. Může docházet k náhlým propuknutím infekčních nemocí, které podlomí dosažený pokrok, a může být ohrožen dostatek potravin a zajištění výživy i ochrana před přírodními katastrofami.<sup>[134]</sup>





© Gennadiy Ratushenko / Světová banka

## CÍL 16: MÍR, SPRAVEDLNOST A SILNÉ INSTITUCE

Čtrnáctileté Kabře a jejím dvěma mladším bratrům, Merhawovi a Filmonovi, hrozila kvůli jejich náboženské výchově poprava. Na útěku z domova v Súdánu je na čas zotročily gangy, které je přinutily pro ně pracovat. Poté, co se jim podařilo z tohoto strašného zajetí uprchnout, je stále ještě čekala dlouhá cesta. Připojili se k 700 uprchlíků na nebezpečně přeplněném člunu a strávili dva dny

na cestě z Libye na Sicílii, která už zabila stovky lidí. Dětem se dostalo azylu, stále jsou ale příliš traumatizované na to, aby o své minulosti dokázaly mluvit, a neví, zda jsou naživu jejich rodiče. Mnoho dalších se nikdy do bezpečí nedostalo.<sup>[138]</sup>

Zločinecké gangy a obchodníci s lidmi využívají migrační krize. Mnoho lidí, zejména žen a dětí, je donuceno k sexuální nebo jiné formě otroctví.<sup>[139]</sup>

V roce 2015 požádalo o azyl v Evropě téměř 96 000 dětí bez doprovodu. Téměř 10 % těchto dětí ztratilo kontakt s vládními úřady. Má se za to, že organizované zločinecké skupiny

cílí na děti, protože „je snadné je získat a dají se rychle nahradit. Kromě toho je také relativně levné udržet je pod kontrolou a jde to snáze utajit.“ Děti, které se stanou obětí obchodu s lidmi, se kupují a prodávají za částky od 4 000 \$ do 8 000 \$. Děti jsou prodávány na sexuální práci, nucenou práci (zemědělství a služba v domácnosti) nebo jsou nuceny žebrať.<sup>[140]</sup>

Zdá se to být až nepředstavitelně kruté a srdcervoucí – a takové to opravdu je. Svět zažívá humanitární krizi v masivním měřítku. Toto je nejzávažnější symptom nespravedlnosti, nerovnosti a války. To, jak budou naši společnost soudit budoucí generace, bude záviset na naší reakci na krize, jako je tato.

Naše lidskost jako společnosti závisí na lidskosti každého z nás. Nebudeme souzeni podle našeho vědeckého a technologického pokroku ani podle toho, jak jednáme s bohatými a mocnými, ale podle toho, jak jednáme s chudými a zavrhanými, s lidmi nucenými opustit svůj domov a s vězni.

Pokud chceme tuto krizi ukončit, musíme se postavit chudobě, nerovnosti a chaosu a nahradit je mírem a spravedlností. Ošetřovatelská profese hraje v této změně vedoucí úlohu. Máme důvěru veřejnosti, viděli jsme napáchané škody na vlastní oči, stojíme si za svým přesvědčením – a můžeme nabídnout řešení, která pomohou jednotlivcům, komunitám i celým zemím.

„Opakem chudoby je spravedlnost.“

– Bryan Stevenson, právník



Korupce, úplatkářství, krádež a daňové úniky stojí KAŽDOROČNĚ PŘIBLIŽNĚ 1,26 BILIONŮ \$.<sup>[141]</sup>



Pouze 50 % DĚTÍ V OBLASTECH KONFLIKTU dokončilo základní vzdělávání.<sup>[141]</sup>



Po CELÉM SVĚTĚ JE 21,3 MILIONU UPRCHLÍKŮ.<sup>[143]</sup>



21 MILIONŮ LIDÍ JE OBĚTÍ NUCENÉ PRÁCE.<sup>[142]</sup>



34 000 LIDÍ JE KAŽDÝ DEN NÁSILÍM VYHNÁNO ZE SVÝCH DOMOVŮ.<sup>[143]</sup>



4,5 MILIONU JE OBĚTÍ NUCENÉ SEXUÁLNÍ PRÁCE.<sup>[142]</sup>

## Ochrana zdravotníků v Sýrii a dalších oblastech konfliktu

Jedním z dílčích cílů SDG 16 je „významně omezit všechny formy násilí a související úmrtnost po celém světě“. ICN se aktivně zasazuje o ochranu práv sester a dalších zdravotnických pracovníků, aby mohli poskytovat péči ostatním bezpečně a bez ohrožení vlastního fyzického nebo duševního zdraví.

V květnu 2016 podepsala ICN společné prohlášení iniciativy Health Care in Danger („Zdravotní péče v ohrožení“), které vyzývá Radu bezpečnosti OSN k přijetí rezoluce na ochranu zdravotnických pracovníků. Prohlášení požadovalo, aby členské státy Rady bezpečnosti potvrdily platnost mezinárodního humanitárního práva a přijaly konkrétní opatření na ochranu zdravotnických pracovníků. Požadovalo také, aby vlády znovu zrevidovaly a případně zavedly vnitrostátní legislativu pro prevenci násilí vůči pacientům, zdravotníkům a zdravotnickým zařízením a vozidlům.

V srpnu 2016 se ICN připojila ke Světové lékařské asociaci v odsouzení pokračujících útoků na zdravotnické pracovníky v Sýrii i dalších zemích. V prohlášení stojí, že neustálé a cílené útoky na lékaře, sestry, pracovníky zdravotnické pohotovosti a další zdravotníky v Sýrii dosáhly bezprecedentní úrovně, která by měla pobouřit celý svět.<sup>[14 5]</sup>

V prosinci 2016 ICN opakovaně vydala společnou výzvu k respektování a ochraně dostupnosti zdravotní péče pro raněné a nemocné během ozbrojených konfliktů a k ukončení útoků na zdravotnický personál a zařízení.<sup>[14 6]</sup>

Iniciativa Health Care in Danger, která má podporu odborníků a profesionálů z řady různých oborů, včetně těch, kdo pracují v první linii, vlád, ozbrojených složek, agentur humanitární pomoci, mezinárodních profesních asociací a zdravotnických služeb i Mezinárodního hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce, vydala celou řadu doporučení a praktických opatření, která by při zavedení do praxe zvýšila ochranu zdravotnických služeb v ozbrojených konfliktech nebo jiných nouzových situacích.

Kromě toho, že rada ICN podporuje iniciativu Health Care in Danger, je také zakládajícím členem Safeguarding Health in Conflict Coalition („Koalice pro ochranu zdraví v konfliktech“), které prosazuje respekt vůči mezinárodnímu humanitárnímu právu a lidským právům týkajícím se bezpečnosti zdravotnických zařízení, zdravotníků, sanitek a pacientů během ozbrojených konfliktů nebo občanských nepokojů.

ICN je také členem řídicího výboru a vědeckého výboru International Conference on Violence in the Health Sector („Mezinárodní konference o násilí ve zdravotnickém sektoru“).

„Respekt vůči zdravotnickým službám je jednou ze základních hodnot mezinárodního humanitárního práva a lidského práva na zdraví. Útoky na sestry, lékaře a zdravotnická zařízení v Sýrii a dalších zemích zmítaných konfliktem musí bezodkladně ustát, aby mohli dále poskytovat potřebnou péči místním obyvatelům.“

— Dr. Frances Hughes, výkonná ředitelka ICN



© Stephan Gladieu / Světová banka

## CÍL 17: PARTNERSTVÍ KE SPLNĚNÍ CÍLŮ

Rose kouřila od svých 13 let. Důsledkem byla rakovina plic a více než dva roky intenzivní léčby. Prodělala radioterapii, operaci, ozařování a dlouhé hospitalizace. Část plic jí musela být chirurgicky odebrána a vzhledem ke komplikacím musela zůstat v nemocnici déle než měsíc. Rose si přála, aby jí bylo dopřáno více dní, které by mohla strávit s přáteli a rodinou, zejména se svými třemi vnoučaty. V roce 2015 zemřela na rakovinu způsobenou kouřením.<sup>[149]</sup>

Její příběh, jakkoli tragický, bohužel není výjimečný. Každý rok zemře na rakovinu plic více než 1,6 milionu lidí.<sup>[150]</sup>

Rostoucí počet neinfekčních nemocí znamená pro státní pokladny nemalou zátěž. Nejenže země předčasně přichází o své občany, ale na jejich léčbu jsou potřeba horentní sumy. Náklady na léčbu rakoviny například začínají být příliš vysoké i pro země, které jsou považovány za bohaté. V roce 2012 schválil americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) 12 nových léků na léčbu různých druhů rakoviny. Z 12 schválených léků jich 11 stálo více než 100 000 \$ na pacienta a rok.<sup>[34]</sup>

Prevence je zdaleka nejlepší možností. Omezuje náklady na zdravotnictví a zlepšuje kvalitu života lidí. Prevence je ale současně u neinfekčních nemocí mnohem složitější než u těch infekčních. Řadě infekčních nemocí lze předejít pomocí očkování nebo je vyléčit pomocí léků: obojí přitom zajišťuje zdravotnický systém.

Základní příčiny neinfekčních nemocí ale spadají mimo zdravotnický sektor. Často jsou mimo vliv zdravotnické politiky. A pokud zdravotnická politika zkrčí cestu ekonomickým zájmům sektorů, jako je obchod nebo finance, ekonomické zájmy většinou převáží.

Pokud má zdravotnictví přijít se skutečně účinnými strategiemi pro prevenci, pak nemůže fungovat izolovaně. Musíme pracovat společně s průmyslem a dalšími vládními sektory. Pokud zdravotnictví spolupracuje s ostatními sektory, může mít obrovský přínos. Může se postavit i silnému, záluďnému a nebezpečnému průmyslu na řadě front, včetně fiskálních a regulačních opatření.



„Zdraví je jedna z nejcennějších komodit v životě. Má na něj ale zásadní vliv politika a současně vyžaduje investice. Proto potřebujete politické vedení, potřebujete oddanost věci a také potřebujete dialog s veřejností.“

— Dr. Margaret Chan, generální ředitelka WHO

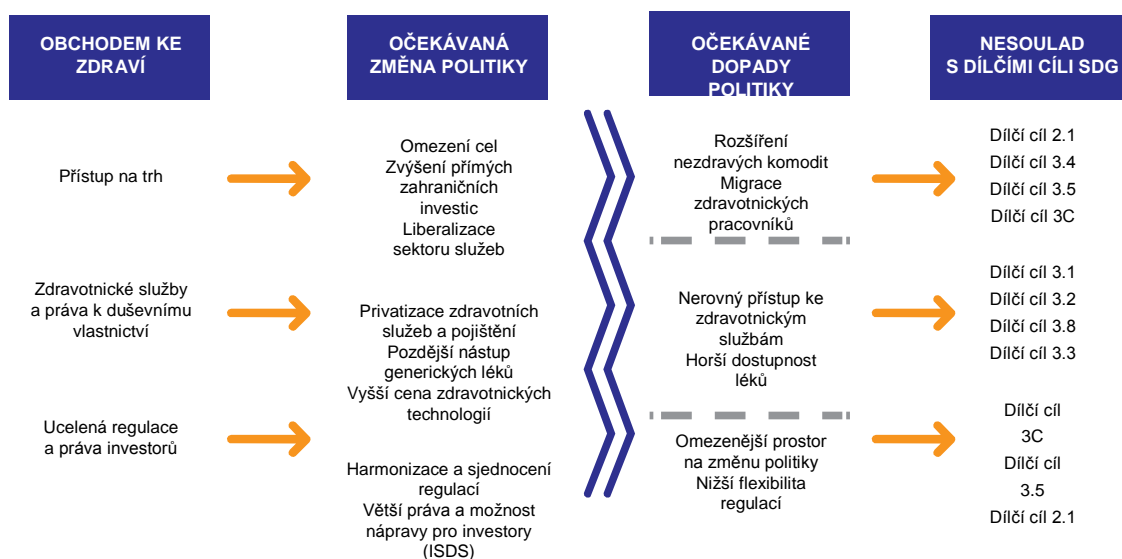
„V obtížných situacích nesmíte zapomenout na tři věci: vize, spolupráce a odvaha. Vždy se postavte na stranu dobra, i když je to často obtížnější, a budete mít jistější půdu pod nohama.“

— Marla Salmon, bývalá hlavní sestra, ministerstvo zdravotnictví USA<sup>[32]</sup>

## PŘÍPADOVÁ STUDIE 17.1: MANAGEMENT ZÁVISLOSTI NA TABÁKU, HONGKONG

Dr. Sophia Chan, zástupkyně ministerstva pro potraviny a zdraví v Hongkongu, projevila ve věci boje s neinfekčními nemocemi skutečnou oddanost a nasazení. Před vstupem do politiky pracovala jako profesorka ošetřovatelství a vedoucí výzkumu na fakultě ošetřovatelství hongkongské university.<sup>[151]</sup> Specializovala se na podporu zdraví se zvláštním zaměřením na management závislosti na tabáku a sehrála zásadní roli v tvorbě výzkumného programu testování ošetřovatelských intervencí zaměřených na změnu chování u kuřáků a na ochranu dětí před pasivním kouřením.

Výsledkem byl vznik prvního poradenského programu pro skončení s kouřením v zemi, který pomáhá všem zdravotníkům s managementem intervencí v oblasti závislosti na tabáku. Dr. Chan založila také pracovní skupinu Ženy proti tabáku, která má pomoci čínským ženám přestat kouřit. Část jejího úspěchu lze přisoudit vztahům, které navázala s WHO, vládními úřady a různými koalicemi na podporu zdraví.<sup>[152]</sup>



**Obr. 6. Potenciální vliv obchodu na zdraví<sup>[153]</sup>**

Politická rozhodnutí mohou mít ohromný dopad na zdraví a determinanty zdraví, i když se zdraví přímo netýkají. Poté, co Vietnam zrušil omezení přímých zahraničních investic, například vzrostl prodej sladkých perlivých nápojů z 6,7 % na 23 % ročně. Odhaduje se, že pro společnosti Coca Cola a PepsiCo bude Vietnam jedním z trhů s největším růstem.<sup>[154]</sup>

Větší objem obchodu a investice sice může mít pozitivní vliv na zdraví díky stimulaci ekonomického růstu a snížení chudoby, jsou tu ale i potenciální zdravotní rizika, která je potřeba zvážit.



## PŘÍPADOVÁ STUDIE 17.2: VEDOUcí ÚLOHA SESTER V DOSAŽENÍ CÍLŮ SDG, ČÍNA

Zdraví obyvatel je pro čínskou vládu prioritou a zdravotníci – a zejména sestry – jsou považováni za hlavní hybnou sílu v oblasti podpory zdraví.

V loňském roce sestry významně přispěly ke střední délce života v Číně, která se v roce 2015 zvýšila na 76,34 let. Sestry také sehrály zásadní roli ve snížení mateřské mortality (původně 20,1 na 100 000) porodů a kojenecké mortality (původně 8,1 na 1 000 porodů).

Dr. Li Xiuhua, prezidentka čínské asociace sester, připisuje tento úspěch čtyřem úrovním strategií v rámci vedení.

Za prvé je důležitá pozice a zastoupení zdravotnické péče na celostátní úrovni. Čínská vláda rozvoj ošetrovatelské péče výrazně podporuje a vybírá členy Národního výboru Čínské lidové politické poradního shromáždění (ČLPPS) a zástupce Všečínského shromáždění lidových zástupců, aby reprezentovali sestry, působili jako poradci, účastnili se politických jednání a konzultací a aktivně ovlivňovali zdravotnickou politiku. Dr. Li působila dvě období jako členka Národního výboru ČLPPS: podávala vládě návrhy týkající se ošetrovatelství, komunikovala s lidmi z nejrůznějších sociálních a profesních vrstev a usilovala o získání vládní a společenské podpory.

Za druhé je za sílu vedoucí k rozvoji potřeba považovat inovace.

Za třetí musí mít zdravotnické systémy velkou kapacitu pro implementaci. Dokud nedosáhneme cíle, musíme se stále posouvat kupředu, nebát se navzdory překážkám, s nimiž se setkáme, nesmíme zapomenout na původní záměr a musíme na sebe odhodlaně brát povinnosti.

Za čtvrté musíme podporovat integraci a spolupráci včetně spolupráce mezi různými profesemi.

Dr. Li věří, že k dosažení cílů udržitelného rozvoje a vyřešení řady problémů včetně celosvětového nedostatku ošetrovatelských pracovníků je zapotřebí spolupráce vedoucích osobností v ošetrovatelství z celého světa. Ti by měli společně formulovat dlouhodobou strategii udržitelného rozvoje, prosazovat pokrok ošetrovatelské vědy, definování kariérního postupu v ošetrovatelství a rozvoj ošetrovatelského sektoru a přispět tak k lepšímu zdraví veřejnosti. Zdůrazňuje, že na prvním místě by mělo být rozšíření našich znalostí, informovanosti a podpory řešení nouzových situací a poskytování první pomoci na celosvětové úrovni, péče o seniory a management chronických nemocí, boj s novými infekčními nemocemi, prevence a zdravý životní styl a péče o zdraví matek a dětí. Kromě toho je prioritou také poskytování zdravotního poradenství ohroženým a vyloučeným skupinám, aby byla zajištěna dostupnost zdravotní péče pro všechny.

Příspěvek zaslala Dr. Li Xiuhua, prezidentka Čínské asociace sester



„Sestry na vedoucích pozicích po celém světě by měly aktivně usilovat o to, aby byly vyslyšeny a aby se účastnily akcí, které mohou změnit zdravotnickou politiku, a podpořily tak vliv sester.“

ČÁST TŘETÍ

# JAK SE MŮŽETE POSTAVIT DO ČELA?

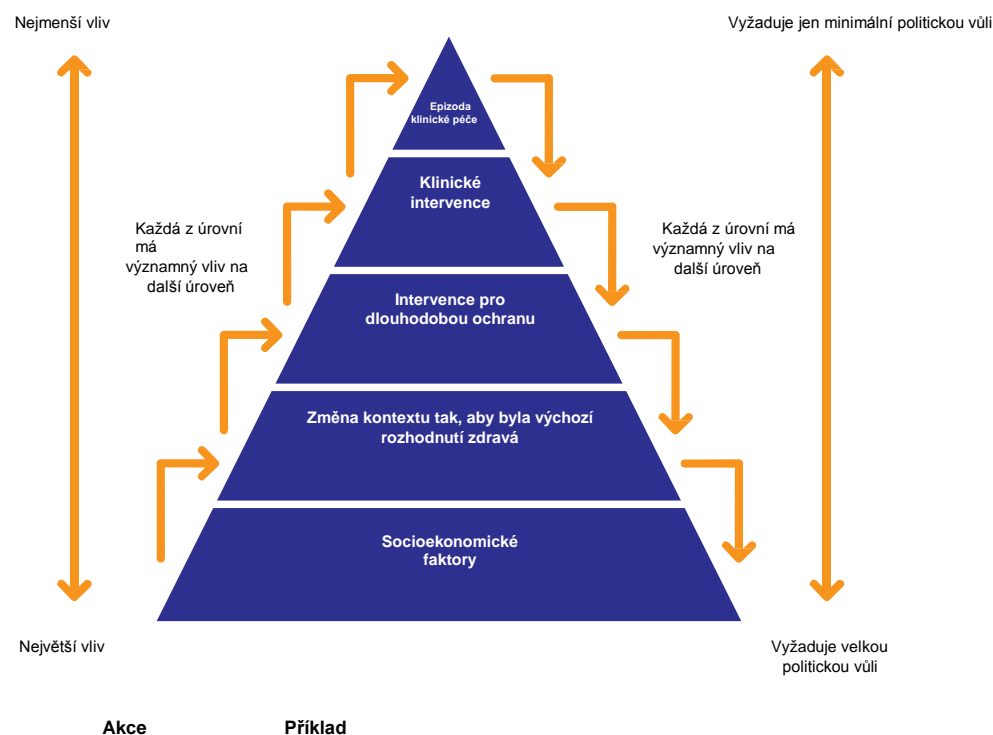


Existuje řada možností, jak zlepšit zdraví a kvalitu života lidí a celých populací. Lze toho dosáhnout prostřednictvím klinické praxe, prací s jednotlivci a jejich rodinami, prostřednictvím podpory obcí a rozvojových programů, národních zdravotních iniciativ a politiky i prostřednictvím mezinárodních závazků a dohod o zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče. Na každé z těchto úrovní hrají sestry důležitou roli: ať už se jedná o poskytování péče, správné posouzení potřeb, navržení klinického postupu nebo vhodné politické strategie či zhodnocení výsledků a efektivity.

Jak je vidět na obrázku 7, jsou tyto činnosti navzájem propojené, proto je potřeba, aby se sestry zapojily a byly slyšet na všech úrovních rozhodování.

Jsou tři možnosti, jak se můžete postavit do čela:

- jako jednotlivec,
- jako profese,
- jako součást multidisciplinárního týmu.



**Obr. 7. Rámec akcí k podpoře zdraví.**

Upraveno podle publikace Frieden (2010)<sup>[155]</sup>

## 1. POSTAVTE SE DO ČELA – JAKO JEDNOTLIVEC

Změna a vliv začínají u vás! Téma letošního Mezinárodního dne sester: „Sestry: V čele dosažení cílů udržitelného rozvoje“ se netýká jenom několika málo privilegovaných jedinců. Každá sestra na této planetě má hlas a může ho využít k tomu, aby něco změnila, jak je patrné z mnoha případových studií v této publikaci. Převzetí vedení a politický aktivismus jsou klíčem k tomu, aby byl váš hlas slyšet.

„Co měly všechny tyto vedoucí osobnosti ošetrovatelství společné, byl politický aktivismus založený na osobních znalostech získaných při poskytování péče chudým, přistěhovalcům a jinak ohroženým skupinám lidí a na vědomí toho, že jejich snaha o dosažení sociální spravedlnosti byla pro zdraví právě tak důležitá, jako přímá ošetrovatelská péče, kterou poskytovaly.“<sup>[157]</sup>

— Adeline Falk-Rafael

### UJMĚTE SE VEDENÍ

Sestry možná nejsou zvyklé vnímat samy sebe jakou vedoucí osobnosti. Proto, aby se člověk postavil do čela a přinesl změnu, která bude přínosem pro jeho okolí nebo pro celý svět, ale není potřeba mít tradiční pracovní nebo volenou vedoucí pozici.<sup>[156]</sup>

Schopnost sester zajistit změny je právě tak důležitá jako jejich odborná schopnost poskytovat bezpečnou a efektivní péči – a lze ji uplatnit na všech úrovních.

Vedení není pozice, ale proces. Moderní přístup k vedení jej vidí jako proces spolupráce, která se odehrává ve skupinách a komunitách. Vedení je spojeno se společenskou a občanskou odpovědností, což rezonuje s profesní a etickou povinností sester prosazovat lidské právo na zdraví.

Sestry v primární péči spolupracují s pacienty a používají svůj vliv na posílení jejich schopnosti sami provádět pozitivní změny.

Nejenže mají sestry ve své každodenní práci vliv na ostatní, ale mají také vynikající dovednosti v umění přesvědčovat ostatní, což je proces, ke kterému jsou potřeba mezilidské vztahy a vyjednávání. Přesvědčit staršího člověka s demencí, že je potřeba se osprchovat, dítě ke spolupráci při očkování nebo rodiče k tomu, aby očkování umožnili, jsou příklady toho, jak může schopnost přesvědčit vést k oboustranně výhodnému výsledku.

Sféra vlivu sester jako zdravotnických pracovníků přesahuje úroveň jednotlivce, rodiny, skupiny a komunity, kde pracují. Zahrnuje celý zdravotnický sektor včetně kolegů v ošetrovatelství a porodní asistenci, lékařů, a dalších zdravotníků i těch, kdo nesou odpovědnost za strategii, management a financování.



Mohammad Sharifi Moghadam měl a má velký vliv na profesní rozvoj ošetrovatelství v Íránu. Je velkým zastáncem rozšiřování role sester ve zdravotnickém managementu, politice a strategickém rozhodování. Kromě toho při svém působení v řadě ošetrovatelských a politických organizací a prostřednictvím spolupráce s dalšími klinickými pracovníky aktivně zlepšil pověst a reputaci ošetrovatelské profese mezi dalšími zdravotníky i na ministerstvu zdravotnictví.

## PŘIDEJTE SVŮJ HLAS K POLITICKÉ DISKUSI

Cíle udržitelného rozvoje jsou pro sestry příležitostí, jak ovlivnit rozhodovací procesy a zdravotnickou politiku. Tvorba politik a strategií je praktickým nástrojem změn<sup>[159]</sup> a tam, kde jsou zapojeny sestry, je zdravotní péče bezpečná, kvalitní, přístupná a finančně dostupná.

Není pochyb o tom, že sestry by se měly zapojovat do utváření strategie a politiky a že se jedná o logické prodloužení a vyjádření péče a soucitu, které jsou této profesi vlastní,<sup>[157]</sup> zejména při řešení otázek týkajících se rozdělení prostředků a dostupnosti zdravotní péče pro ohrožené skupiny lidí.<sup>[160]</sup>

Sestry jsou v politických diskusích potřeba a jsou tam vítané.<sup>[161]</sup> Jak zdůrazňuje nezisková americká organizace Institute of Medicine, „musí dojít k posunu v tom, jak sestry vnímají svou odpovědnost za ty, o které se starají: musí samy sebe vidět jako rovnocenné partnery dalším zdravotnickým profesím,“ pokud se mají efektivně zapojit.<sup>[162]</sup> Aktivismus má řadu úrovní.<sup>[163]</sup> Na první úrovni vzniká politické uvědomění jako reakce na danou situaci.

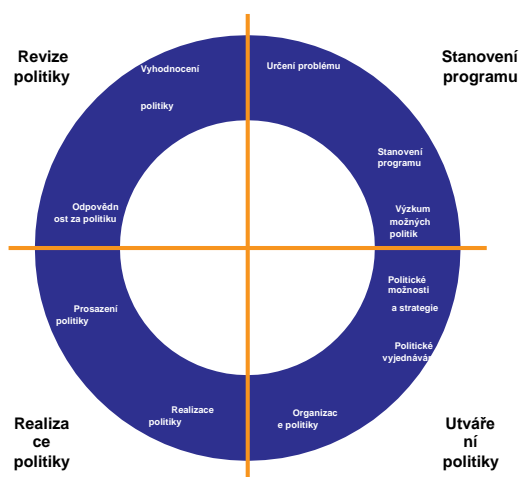
Druhá úroveň vyžaduje vytvoření programu pro změnu. To probíhá ve spolupráci s ostatními, kteří pracují na společném cíli. Například: Sestry, které pracují v rámci různých spotřebitelských skupin a celostátních ošetrovatelských organizací, si na této úrovni většinou vypěstují značné politické dovednosti. Vytvářejí koalice s dalšími podobně smýšlejícími skupinami (sester), přispívají k rozvoji strategií a aktivně prosazují jmenování sester na strategicky významné pozice v oblasti zdravotnictví.

Na třetí úrovni musí sestry tento program rozvést tak, aby zahrnoval i otázky, které se netýkají jen přímo ošetrovatelství, ale také širších zdravotnických a sociálních otázek a politických a ekonomických podmínek, které způsobují a udržují špatný zdravotní stav obyvatel.<sup>[164]</sup>



„Hlas sester nebyl na vysokých úrovních politiky a rozhodování nikdy tak naléhavě potřeba jako právě teď.“

— Judith Shamian, prezidentka ICN<sup>[158]</sup>



**Obr. 8. Politický cyklus**

Toto kontinuum politického aktivismu názorně ukazuje, že závažný společenský problém jen stěží vyřeší jediný člověk jednající bez podpory ostatních. Úspěch se dostavuje tehdy, když sestry spolupracují napříč jednotlivými úrovněmi a efektivně se tak zapojují do politického procesu. Existují čtyři hlavní stádia politického cyklu: stanovení programu, utváření politiky a následně její realizace a revize (viz obr. 8).<sup>[165]</sup> Do každé z těchto úrovní se mohou v nejrůznějších rolích zapojit i sestry.

Zastánci konkrétní politické strategie hrají v utváření politiky významnou roli tím, že spojují problémy s řešeními, sledují situaci a čekají na vhodnou politickou situaci.<sup>[166]</sup> Bez takovýchto zastánců, kteří poznají, že nastala ta správná politická situace na podání návrhu řešení problému, se dobré nápady nikdy neujmou.<sup>[167]</sup> Této úlohy se může chopit kdokoli a sestry k tomu mají obzvlášť dobrou pozici a dovednosti. Každá sestra, která prosazuje konkrétní politiku, potřebuje podporu ostatních sester: v tomto ohledu mohou k procesu tvorby politiky přispět všechny sestry.

## 2. POSTAVTE SE DO ČELA – JAKO PROFESE

Rada ICN je dlouhodobě přesvědčena, že asociace sester mohou sloužit jako nástroje k prosazení cílů ošetrovatelské profese. Spoluprací celé profese v rámci národní asociace sester dosáhneme sjednocení cílů a společně se tak budeme moci postavit do čela úsilí za jejich naplnění.

Jako členové ICN těží národní asociace sester z celosvětového respektu, kterému se ICN už přes 100 let těší jako významný hráč v rozhodování o zdravotnické politice na mezinárodní úrovni. Kromě toho poskytuje ICN svým členům platformu a prostředky k dosažení společných cílů prostřednictvím společných akcí, spolupráce pro dobro společnosti, pokroku v profesi a rozvoje svých členů. Počet příslušníků naší profese, náš strategický a ekonomický přínos, naše spolupráce s veřejností, zdravotníky, dalšími partnery a jednotlivci, rodinami a komunitami, kterým poskytujeme péči – to vše dodává naší vizi sílu.

Prostřednictvím ICN sehrály sestry zásadní roli v tvorbě a realizaci řady klíčových politik a strategií, globální strategie WHO pro lidské zdroje ve zdravotnictví Workforce 2030 a nedávného doporučení komise OSN na vysoké úrovni zaměřené na zdraví, zaměstnanost a ekonomický růst. Řada národních asociací sester podobně přispívá k tvorbě státní politiky.

## 3. POSTAVTE SE DO ČELA – JAKO ČLEN MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Právě tak důležité je to, aby byl hlas sester slyšet v rámci multidisciplinárních zdravotnických týmů. Příkladem může být spolupráce ICN s mezinárodními federacemi zastupujícími lékaře, farmaceuty, zubaře a fyzioterapeuty. ICN také úzce spolupracuje s Mezinárodní konfederací porodních asistentek. Pokud se má pacientovi dostat péče, která je skutečně zaměřená na něj, je týmová práce a komunikace mezi jednotlivými profesemi zcela zásadní.

Vzhledem k důležitosti sociálních determinantů zdraví je zřejmé, že zdravotníci musí spolupracovat také s jinými profesemi – pedagogy, právníky, politiky, sociálními službami apod. Musíme znát rodinné a sociální potřeby pacienta i jeho ekonomickou situaci.

**Co dělají národní asociace sester?** Národní asociace sester hájí zájmy svých členů a podporují rozvoj ošetrovatelské profese utužováním vysokých standardů ošetrovatelské praxe, prosazováním bezpečného a etického pracovního prostředí, podporou dobrého fyzického a duševního zdraví sester a angažovaností ve zdravotnických otázkách, které mají dopad na sestry a na veřejnost (upraveno podle Americké asociace sester).

**Co dělají hlavní sestry?** Hlavní sestra ze své pozice ovlivňuje utváření zdravotnické politiky a další představitele ministerstva zdravotnictví a vytváří příležitosti k tomu, aby sestry mohly mít vliv na program zdravotnické politiky. Od hlavní sestry se očekává vysoká úroveň poradenství, vedení a pokynů ohledně ošetrovatelství a zdravotnické politiky.<sup>[166]</sup>

**Co dělá ICN?** Mezinárodní rada sester (ICN) je federace, která spojuje více než 130 národních asociací sester a zastupuje více než 16 milionů sester na světě. Jako globální hlas ošetrovatelství podporuje a prosazuje ošetrovatelskou profesi a využívá hlasu sester ke zlepšení zdraví jednotlivců, komunit a zemí po celém světě. ICN zastupuje sestry na Světovém zdravotnickém shromáždění.

Musíme také spolupracovat s nutričními terapeuty, fyzioterapeuty a sociálními pracovníky a integrovat péči do každodenního života komunit i pacientů. A především musíme spolupracovat s pacienty a vytvářet si s nimi vztah založený na vzájemném respektu.

Jak známo, spolupráce často přivádí dohromady jednotlivce či organizace s rozdílnými znalostmi, dovednostmi nebo zdroji, které se ale navzájem doplňují. Její nedílnou součástí je také závazek všech stran usilovat o úspěch jejich společného podniku. Zdravotníci, pacienti a vlády, kteří pracují společně, mohou mít významný dopad na zdravotní politiku jednotlivých zemí a životy lidí, kterým slouží.

## VÉST A BÝT SLYŠET

Každý čin, ať je jakkoli malý, se počítá. Jednou z možností, jak můžete využít svůj hlas a postavit se do čela, je prostřednictvím sociálních sítí jako Facebook a Twitter. Pokud jsou tyto platformy používány zodpovědně, mohou sestry jejich prostřednictvím předávat svým kolegům i veřejnosti informace založené na důkazech a pozvednout profesní reputaci ošetrovatelství.<sup>[168, 169]</sup>

Když sestry na těchto veřejných fórech sdílí své názory, jedná jako odpovědní občané a současně jako legitimní hlas celé ošetrovatelské profese.

Přestože se jedná o drobné a jednotlivé činy politického aktivismu, společně mají sílu ovlivnit veřejné mínění a v konečném důsledku vést ke změnám ve veřejné politice. ICN a národní asociace sester pravidelně organizují kampaně na sociálních médiích. Jejich sledování a sdílení s vaší vlastní sítí vyžaduje minimální úsilí a navíc si sestry mohou jejich prostřednictvím udržovat přehled o aktuálním dění na místní, celostátní i celosvětové úrovni.

## VLÁDNÍ KROKY

Přestože je povinností sester pracovat na dosažení cílů SDG – a zejména dílčích cílů týkajících se zdraví – povinností vlád je poskytovat sestrám prostředky, které jim umožní k těmto cílům smysluplně přispět.

Vlády samozřejmě odpovídají za státní i nadnárodní politické iniciativy, ať už se jedná o dosažení a udržení všeobecně dostupné zdravotní péče, nábor, podporu a udržení zdravotnických pracovníků nebo zajištění udržitelného rozvoje a umožnění a koordinaci partnerství a spolupráce a jednotlivých sektorů a organizací. Možná vůbec nejdůležitější rolí vlády ale je mít politické vedení, které si uvědomuje, že výdaje na zdravotnictví nejsou ekonomickou zátěží, ale investicí. Tento diagram velmi jednoduše ukazuje, jak zdravé obyvatelstvo vytváří ekonomický růst. V mnoha částech světa se ale přesto výdaje na zdravotnictví omezují a zdravotnické služby se potýkají s nedostatkem prostředků.

Můžete začít hned teď – sledujte nás na Twitteru pod @ICNurses a pomocí hashtagů #IND2017 a #VoiceToLead. Můžete se k nám také připojit na Facebooku na odkazu [www.facebook.com/icn.ch](http://www.facebook.com/icn.ch), podělit se o své znalosti a zkušenosti a šířit povědomí o otázkách, které jsou pro ošetrovatelství důležité

Dalším cenným nástrojem, který nám umožňuje rozšiřovat si odborné znalosti v konkrétních oblastech, je přihlášení k odběru e-mailových zpravodajů a účast na webinářích. Pokud se připojíte k zavedeným a respektovaným ošetrovatelským kampaním, posílí kolektivní a proto silnější podpora účinek jejich sdělení. Představte si, co by s těmito nástroji pro publicitu dokázali naši předchůdci z řad sester!

A konečně se můžete podělit o své úspěchy, inovace a příběhy s ICN i s kolegy z celého světa zasíláním svých příběhů na adresu [indstories@icn.ch](mailto:indstories@icn.ch)

Potřebujeme změnu politického myšlení a sestry – ať už pracují kdekoli a zastávají jakoukoli pozici – jsou hlasem, který může tuto změnu vést. Je na každém jednom z nás postavit se do čela a stát se hlasem, který povede ostatní, naše pacienty, kolegy, komunity a vlády k lepšímu zdraví. Postavte se do čela!



**Obr. 9. Investice do zdraví zajišťují zdraví obyvatel a ekonomický růst<sup>[170]</sup>**

# BIBLIOGRAFIE

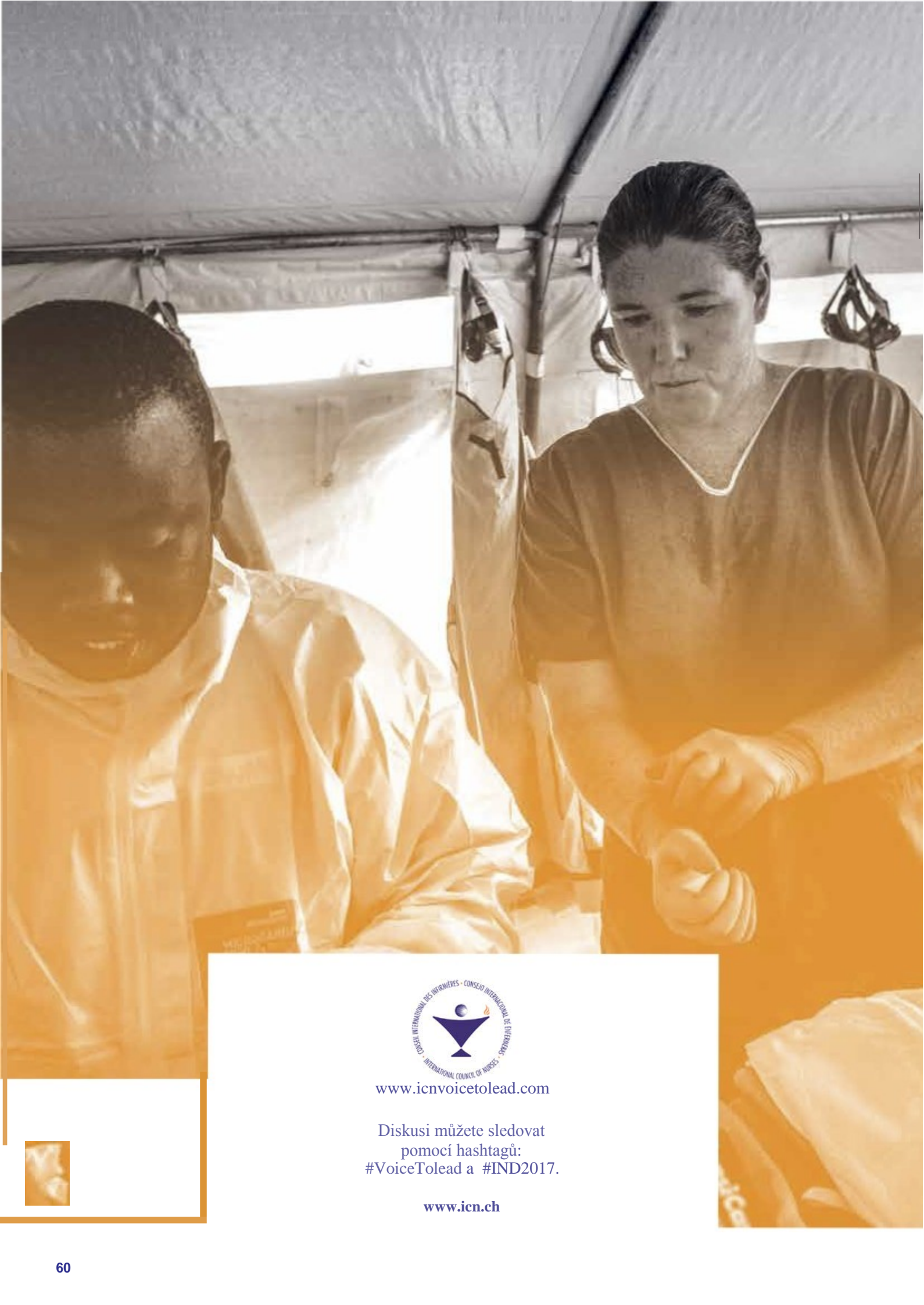
- Kounang, N. Aleppo's angel: A nurse's devotion to Syria's children. 2016 [cited 2016 21 December]; Available from: <http://edition.cnn.com/2016/08/13/health/nurse-childrens-hospital-syria/>
- World Health Organization. Constitution of the world health organization. 2006 [cited 2016 22 December]; Available from: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- Davidson, P.M. Not Angels but Shining Examples. 2016 [cited 2016 7 November 2016]; Available from: [http://www.huffingtonpost.com/patricia-m-davidson/not-angels-but-shining-ex\\_b\\_11567674.html](http://www.huffingtonpost.com/patricia-m-davidson/not-angels-but-shining-ex_b_11567674.html).
- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) Data: Life Expectancy. 2016 [cited 2016 7 November]; Available from: [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/situation\\_trends/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/).
- U.K. Parliament. Health inequalities - extent, causes, and policies to tackle them 2009 [cited 2016 22 December]; Available from: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/28605.htm>.
- Cook, L. U.S. Education: Still Separate and Unequal 2015 [cited 2016 22 December]; Available from: <http://www.usnews.com/news/blogs/datamine/2015/01/28/us-education-still-separate-and-unequal>.
- Breierova, L. and Duflo, E. The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Father's Really Matter Less Than Mothers? 2004.
- World Health Organization. What are the social determinants of health? 2016 [cited 2016 22 December 2016]; Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/).
- Canadian Nurses Association. Social Determinants of health and Nursing: A Summary of the Issues. CNA Backgrounder 2005 [cited 2016 22 December]; Available from: [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/social-determinants-of-health-and-nursing\\_a-summary-of-the-issues.pdf?la=en](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/social-determinants-of-health-and-nursing_a-summary-of-the-issues.pdf?la=en).
- Forouzanfar, M.H., et al., Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990—2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 2016. 388(10053):p. 1659-1724.
- United Nations. Sustainable Development Goals: 17 Goals to transform our world. 2016 [cited 2016 7 November]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>.
- Nightingale, F. Notes on Nursing: What it is, and What it is not. 1860; Available from: <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html>.
- Bridges, D.C., A history of the International Council of Nurses, 1899-1964: The first sixty-five years. 1967: Lippincott.
- Henderson, V., Harmer and Henderson's Textbook of the Principles and Practice of Nursing. 1955, Macmillan: New York.
- Kagan, P.N., Smith, M.C. and Chinn, P.L., eds. Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis. *Routledge studies in health and social welfare*. 2014, Routledge: New York.
- Marmot, M. and Bell, R. Fair society, healthy lives. *Public health*, 2012. 126: p. S4-S10.
- Marmot, M. Boyer Lectures: Sir Michael Marmot highlights health inequalities and 'causes of the causes'. 2016 [cited 2016 21 December]; Available from: <http://www.abc.net.au/news/2016-09-03/boyer-lecture-sir-michael-marmot-highlights-health-inequalities/7810382>.
- Williams, Y. What is Relative Poverty? 2015 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://study.com/academy/lesson/what-is-relative-poverty-definition-causes-examples.html#transcriptHeader>.
- Nippon.com. Japan's Worsening Poverty Rate. 2014 [cited 2016 19 December]; Available from: <http://www.nippon.com/en/features/h00072/>.
- United Nations. Goal 1: End poverty in all its forms everywhere. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/poverty/>.
- World Bank Group, Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change. Overview booklet. 2016, World Bank: Washington DC.
- UNDP. Human Development Report: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. 2014 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://www.compassion.com/multimedia/human-development-report-2014-undp.pdf>.
- World Bank Group. Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity. 2015 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://www.compassion.com/multimedia/ending-poverty-sharing-prosperity-world-bank.pdf>.
- European Parliament. Background Document: The social and economic consequences of malnutrition in ACP Countries. 2016 [cited 2016 11 November]; Available from: [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009\\_2014/documents/acp/dv/background\\_/background\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/acp/dv/background_/background_en.pdf).
- Food and Agriculture Organisation of the United Nations. (2014). Understanding the true cost of malnutrition. Retrieved from <http://www.fao.org/zhc/detail-events/en/c/238389/>
- International Food Policy Research Institute, Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030. 2016: Washington, DC.
- OECD. Obesity Update. 2014 [cited 2016 11 November ]; Available from: <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>.
- World Bank. Prevalence of undernourishment 2016 [cited 2016 11 November]; Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SN.ITK.DEFC.ZS?locations=MX>.
- Jordan, M. Malnutrition Blights Mexico's Young. 2003 [cited 2016 11 November]; Available from: <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2003/06/09/malnutrition-blights-mexicos-young/c8170157-7ed3-4c03-a003-b9609ad090b9/>.
- McNeil, S., Khaled Naanaa and his family fled to Perth after deaths threats in Syria, in Perth Now. 2016, Perth Now: Western Australia. <http://www.perthnow.com.au/news/western-australia/khaled-naanaa-and-his-family-fled-to-perth-after-deaths-threats-in-syria/news-story/b18d35a7c9832979daec6a068c2e816e>
- Food and Agriculture Organization of the United Nations, I. WFP (2015) The state of food insecurity in the world 2015—Meeting the 2015 international hunger targets: taking stock of uneven progress. 2015 [cited 2016 9 December]; <http://www.fao.org/3/a-i4646e/index.html>
- Houser, B. and Player, K. Words of Wisdom from Pivotal Nurse Leaders. 2008, Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- World Health Organization. Universal health coverage (UHC): Fact sheet. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>.
- Chan, M. (2015). WHO Director-General addresses ministerial meeting on universal health coverage. Retrieved from <http://www.who.int/dg/speeches/2015/singapore-uhc/en/>
- World Health Organization. The Global Push for Universal Health Coverage. 2015 [cited 2016 9 December]; Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/GlobalPushforUHC\\_final\\_11Jul14-1.pdf](http://www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf).
- International Council of Nurses, ICN Code of Ethics for Nurses. 2015, Geneva: ICN.
- Currie, J., Chiarella, M. and Buckley, T, An investigation of the international literature on nurse practitioner private practice models. *International nursing review*, 2013. 60(4): p. 435-447.
- World Health Organization. A Universal Truth: No Health Without a Workforce. ISBN 2013 [cited 2016 30 November]; Available from: [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a\\_universal\\_truth\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1).
- Latina, P. World Health Organisation describes Cuba's health system as exemplary. 2015 [cited 2016 7 November]; Available from: <http://en.granma.cu/mundo/2015-10-21/world-health-organization-describes-cubas-health-system-as-exemplary>.
- Lamrani, S. Cuba's Health Care System: a Model for the World. 2014 [cited 2016 7 November]; Available from: [http://www.huffingtonpost.com/salim-lamrani/cubas-health-care-system-\\_b\\_5649968.html](http://www.huffingtonpost.com/salim-lamrani/cubas-health-care-system-_b_5649968.html).
- Columbia University School of Nursing. A Lesson in Cuban Health Care. 2016 [cited 2016 7 November]; Available from: <http://nursing.columbia.edu/lesson-cuban-health-care>.



42. United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
43. World Health Organization, WHO Media Centre Fact Sheet N94: Malaria. 2015, WHO: Geneva.
44. World Health Organization, WHO Media Centre Fact Sheet N104: Tuberculosis. 2015, WHO: Geneva.
45. World Health Organization, WHO Media Centre Fact Sheet N378: Immunisation Coverage. 2015.
46. World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2015 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
47. World Health Organization. 10 facts on Mental Health. [cited 2016 23 December]; Available from: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/).
48. International Medical Corps. Mental Health: The Invisible Burden The Facts. 2014 [cited 2016 23 December]; Available from: <https://internationalmedicalcorps.org/document.doc?id=312>.
49. World Health Organization. 10 facts on ageing and health. 2015 [cited 2016 23 December]; Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/#>.
50. Age International. Facing the facts: The truth about ageing and development. 2015 [cited 2016 23 December]; Available from: <https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Age%20International%20Facing%20the%20facts%20report.pdf>.
51. Gapminder. Gap Minder World Poster. 2016 [cited 2016 23 December]; Available from: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.gapminder.org/GapminderMedia/wp-uploads/20161010170934/countries\\_health\\_wealth\\_2016\\_v84.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.gapminder.org/GapminderMedia/wp-uploads/20161010170934/countries_health_wealth_2016_v84.pdf).
52. Barnidge, E.K., et al., The effect of education plus access on perceived fruit and vegetable consumption in a rural African American community intervention. *Health Educ Res*, 2015, 30(5): p. 773-85.
53. OECD. Education Indicators in Focus. 2013 [cited 2016 11 November]; Available from: [https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EDIF%202013--N%C2%B010%20\(eng\)--v9%20FINAL%20bis.pdf](https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EDIF%202013--N%C2%B010%20(eng)--v9%20FINAL%20bis.pdf).
54. UNESCO. Education Counts: Towards the Millennium Development Goals. 2010 [cited 2016 11 November]; Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001902/190214e.pdf>.
55. UNAIDS & The African Union. Empower Young Women and Adolescent Girls: Fast-Tracking the end of the AIDS Epidemic in Africa. 2015 [cited 2016 11 November]; Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2746\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2746_en.pdf).
56. European Commission. Strategic Engagement for Gender Equality: 2106-2019. 2016 [cited 2016 11 November]; Available from: [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/document/files/strategic\\_engagement\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/document/files/strategic_engagement_en.pdf).
57. Oulton, J.A., Nurses as advocates for women worldwide. *Int Nurs Rev*, 2007, 54(1): p. 11.
58. All Party Parliamentary Group on Global Health, Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. 2016, APPG: London.
59. Abwao, P. Kenya's Nurses Can Empower Women through Family Planning. 2015 [cited 2016 22 December]; Available from: <https://www.intrahealth.org/vital/kenya%E2%80%99s-nurses-can-empower-women-through-family-planning>.
60. UNAIDS, HIV - Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case studies of successful programs, UNAIDS, Editor. 2005: New York.
61. Uebel, K., et al., Integrating HIV care into nurse-led primary health care services in South Africa: a synthesis of three linked qualitative studies. *BMC health services research*, 2013, 13(1): p. 1.
62. WaterAid, Her right to education: How water, sanitation and hygiene in schools determines access to education for girls. 2013, WaterAid: London.
63. World Health Organization, Media Centre Fact Sheet N. 391: Drinking Water. 2015, WHO: Geneva.
64. World Health Organization, Progress on Drinking Water and Sanitation 2014 Update. 2014, WHO: Geneva.
65. World Health Organization, Media Centre Fact sheet N°392. Sanitation., 2015, WHO: Geneva.
66. UNDP, Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. 2014, UNDP: Geneva.
67. World Health Organization and UNICEF. Water, sanitation and hygiene in health-care facilities: Status in low- and middle-income countries and way forward — WASH in Health Care Facilities for better health care services. 2015 [cited 2016 20 November]; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf?ua=1).
68. Lamble, L. Lack of safe water, sanitation and soap 'an embarrassment', says WHO 2015 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://www.theguardian.com/global-development/2015/mar/17/lack-safe-water-sanitation-soap-embarrassment-who-priority>.
69. WaterAid. Breaking down barriers: why quality health care is reliant on water, sanitation and hygiene (WASH) and how to make integration happen. 2015 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.wateraid.org/~media/Publications/Breaking-down-barriers-event-report.pdf?la=en>.
70. The Water Project. Poverty and Water. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://thewaterproject.org/why-water/poverty>.
71. Chamney, M. and James, R. Dialysis water quality for renal nurses. *Renal Society of Australasia Journal*, 2008, 4(1).
72. Gill, C.J. and Gill G.C. Nightingale in Scutari: her legacy reexamined. *Clin Infect Dis*, 2005, 40(12): p. 1799-805.
73. United Nations. Goal 7—Ensure Access to Affordable, Reliable, Sustainable and Modern Energy for All 2015 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://unchronicle.un.org/article/goal-7-ensure-access-affordable-reliable-sustainable-and-modern-energy-all>.
74. Fraser, B. Killer cookstoves: Indoor smoke deadly in poor countries; cleaner stoves elusive 2012 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.environmentalhealthnews.org/ehs/news/2012/not-so-improved-cookstoves>.
75. World Health Organization. Burden of disease from Household Air Pollution for 2012. 2014 [cited 2016 20 November]; Available from: [http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/FINAL\\_HAP\\_AAP\\_BoD\\_24March2014.pdf](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/FINAL_HAP_AAP_BoD_24March2014.pdf).
76. United Nations. Leaving no one behind: Energy for humanitarian response and sustainable development. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/?page=view&nr=2016&type=13&menu=1634>.
77. World Health Organization. Household air pollution and health. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/>.
78. European Commission, The role of energy services in the health, education and water sectors and cross-sectoral linkages 2006: London.
79. Should read Gao, J. and Prasad, N, Chronic obstructive pulmonary disease in China: the potential role of indacaterol. *Journal of thoracic disease*, 2013, 5(4): p. 549.
80. Li, P., et al., A new mode of community continuing care service for COPD patients in China: participation of respiratory nurse specialists. *International journal of clinical and experimental medicine*, 2015, 8(9): p. 15878.
81. International Atomic Energy Agency. The Advisory Group on increasing access to Radiotherapy Technology in low and middle income countries. 2013 [cited 2016 7 November]; Available from: <https://cancer.iaea.org/documents/AGaRTBrochure.pdf>.
82. World Health Organization. Breast Cancer Awareness Month: increased awareness, equitable access to early diagnosis and timely, effective, and affordable treatment needed globally. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: [http://www.who.int/cancer/breast\\_cancer\\_awareness/en/](http://www.who.int/cancer/breast_cancer_awareness/en/).
83. International Atomic Energy Agency. Poverty's Cancer. 2011 [cited 2016 20 November]; Available from: [cancer.iaea.org/newsstory.asp?id=87](http://cancer.iaea.org/newsstory.asp?id=87).
84. World Health Organization. WHO statement on end of Ebola flare-up in Sierra Leone. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-flare-ebola-sierra-leone/en/>.
85. Shyrock, R. Some Sierra Leone nurses have not been paid in months. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.voanews.com/a/3609710.html>.
86. United Nations. Goal 8: Promote inclusive and sustainable economic growth, employment and decent work for all. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/economic-growth/>.
87. The Lancet Commission on Investing in Health. Graduation of Ghana and Kenya to lower-middle income status: fiscal implications for health financing 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://globalhealth2035.org/sites/default/files/afhea-fiscal-analysis-ghana-and-kenya.pdf>.
88. High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce. 2016, WHO: Geneva.

89. Royal College of Nursing. RCN responds to 1% pay award for NHS nursing staff. 0216 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://www.rcn.org.uk/news-and-events/news/rcn-responds-to-1-per-cent-pay-award-for-nhs-nursing-staff>.
90. Oosthuizen, M.J. The portrayal of nursing in south african newspapers: A qualitative content analysis. 2011 [cited 2016 29 November]; Available from: [http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/8897/ajnm\\_v14\\_n1\\_a6.pdf?sequence=](http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/8897/ajnm_v14_n1_a6.pdf?sequence=).
91. UCL Institute of Health Equity, Health inequalities in Taiwan. 2016, Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare: Taiwan.
92. Campbell, A.F. Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade. The Atlantic 2016 [cited 2016 2 December]; Available from: <http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/>.
93. Fernbach, N. Townsville Hospital's tele-health delivers cancer treatments to outback patients. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.abc.net.au/news/2016-04-20/tele-health-chemotherapy-saving-lives-and-money/7341724>.
94. Males, T. Remote Chemotherapy Supervision via Telehealth. 2014 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://www.healthroundtable.org/Portals/0/PublicLibrary/2014/HRT1420/1c/1.1c-10-TimMales-TownsvilleQld.pdf>.
95. Blanford, J.I., et al., It's a long, long walk: accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger. *International journal of health geographics*, 2012. 11(1): p. 1.
96. United Nations. Goal 9: Build resilient infrastructure, promote sustainable industrialization and foster innovation. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/infrastructure-industrialization/>.
97. National Health Service. Institute for Innovation and Improvement; Innovation Making it Happen. 2011 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://www.institute.nhs.uk/innovation/introduction/introduction.html>.
98. Burkett, E. and Scott, I. CARE-PACT: a new paradigm of care for acutely unwell residents in aged care facilities. *Australian family physician*, 2015. 44(4): p. 204.
99. World Health Organization. mHealth New horizons for health through mobile technologies. 2011 [cited 2016 3 December]; Available from: [http://www.who.int/goe/publications/goe\\_mhealth\\_web.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf).
100. Avdic, D., A matter of life and death? Hospital distance and quality of care: Evidence from emergency room closures and myocardial infarctions. University of York HEDG Working Paper, 2014. 14: p. 18.
101. Nicholl, J., et al., The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study. *Emergency Medicine Journal*, 2007. 24(9): p. 665-668.
102. Baade, P.D., et al., Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland. *Med J Aust*, 2011. 195(6): p. 350-354.
103. Rusnell, C. and Russell, J. Alberta report details 'heartbreaking' life stories of 7 Indigenous youths who committed suicide 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-report-details-heartbreaking-life-stories-of-7-indigenous-youths-who-committed-suicide-1.3551181>.
104. Marmot, M., *The Health Gap*. 2015, London: Bloomsbury.
105. United Nations. Goal 10: Reduce inequality within and among countries. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/inequality/>.
106. United Nations. State of the World's Indigenous Peoples. 2010 [cited 2016 6 December]; Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP/press%20package/sowip-press-package-en.pdf>.
107. Health Canada. Awards of Excellence in Nursing. 2016 [cited 2016 22 December]; Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/nurs-infirm/profil/index-eng.php>.
108. London School of Economics. Cities and Social Equity: Detailed Report. 2009 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://lsecities.net/publications/reports/cities-and-social-equity/>.
109. London School of Economics. Cities and Social Equity: Implications for policy and practice. 2009 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://lsecities.net/media/objects/articles/cities-and-social-equity-implications-for-policy-and-practice/en-gb/>.
110. United Nations. Goal 11: Make cities inclusive, safe, resilient and sustainable. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/cities/>.
111. Brisbane City Council. Brisbane City Council: Housing and homelessness. 2016 [cited 2016 1 November]; Available from: <https://www.brisbane.qld.gov.au/community-safety/community-support/housing-homelessness>.
112. Walsh, K., Stevens, B. and Rayner, K. Homeless to Home Healthcare - More Healthcare Please 2013 [cited 2016 7 November]; Available from: <http://chp.org.au/wp-content/uploads/2013/05/Karyn.pdf>.
113. Connelly, L., Walsh, K. and Rayner, K. Micah Projects. 2015 [cited 2016 4 November]; Available from: [http://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2016/02/160218\\_Presentation\\_PerthMicahHealthEvaluation\\_KarynWalsh.pdf](http://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2016/02/160218_Presentation_PerthMicahHealthEvaluation_KarynWalsh.pdf).
114. Connelly, L. An economic evaluation of the homeless to home healthcare after-hours service. 2013 [cited 2016 4 November]; Available from: [http://micahprojects.org.au/assets/docs/Publications/IR\\_130\\_An-Economic-Evaluation-of-the-Homeless-to-Home-Healthcare-After-Hours-Service.pdf](http://micahprojects.org.au/assets/docs/Publications/IR_130_An-Economic-Evaluation-of-the-Homeless-to-Home-Healthcare-After-Hours-Service.pdf).
115. Bhardwa, S. Social prescribing pioneers. 2015 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.independentnurse.co.uk/professional-article/social-prescribing-pioneers/89126/>.
116. iSustainableEarth. Sustainability and Healthcare: The Green Connection. 2012 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.isustainableearth.com/sustainable-living/sustainability-and-healthcare-the-green-connection>.
117. United Nations. Goal 12: Ensure sustainable consumption and production patterns. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-consumption-production/>.
118. ONE. Ensure sustainable consumption and production patterns. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://www.one.org/international/globalgoals/responsible-consumption/>.
119. iSustainableEarth. Nurses Taking the Lead in Green Initiatives. 2012 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.isustainableearth.com/green-jobs/nurses-taking-the-lead-in-green-initiatives>.
120. World Health Organization. Health-care waste. 2015 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/>.
121. Domrose, C. The climate connection: Nurses examine effects of climate change on public health. 2015 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://www.nurse.com/blog/2015/10/12/44479/>.
122. World Health Organization. Message from WHO Director-General. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: [http://www.who.int/world-health-day/dg\\_message/en/](http://www.who.int/world-health-day/dg_message/en/).
123. Canadian Nurses Association. The Role of Nurses in Addressing Climate Change. 2008 [cited 2016 6 December]; Available from: [https://www.cna-aic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/climate\\_change\\_2008\\_e.pdf?la=en](https://www.cna-aic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/climate_change_2008_e.pdf?la=en).
124. World Health Organization. Global environmental change. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.who.int/globalchange/climate/en/>.
125. Crimmins, A., et al., The impacts of climate change on human health in the United States: a scientific assessment. *Global Change Research Program*: Washington, DC, USA, 2016.
126. United Nations. Goal 13: Take urgent action to combat climate change and its impacts. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/climate-change-2/>.
127. World Health Organization. Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1).
128. World Health Organization. Climate change and health: Fact Sheet. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>.
129. WorldFish. Building resilient community fisheries in Cambodia. 2013 [cited 2016 6 December]; Available from: [https://www.ard-europe.org/fileadmin/SITE\\_MASTER/content/eiard/Documents/Impact\\_case\\_studies\\_2013/WorldFish\\_-\\_Building\\_resilient\\_community\\_fisheries\\_in\\_Cambodia.pdf](https://www.ard-europe.org/fileadmin/SITE_MASTER/content/eiard/Documents/Impact_case_studies_2013/WorldFish_-_Building_resilient_community_fisheries_in_Cambodia.pdf).
130. Food and Agriculture Organisation of the United Nations. The State of World Fisheries and Aquaculture. 2014 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.fao.org/3/a-i3720e.pdf>.

131. Brunner, E.J., et al., Fish, human health and marine ecosystem health: policies in collision. *International journal of epidemiology*, 2009. 38(1): p. 93-100.
132. United Nations. Goal 14: Conserve and sustainably use the oceans, seas and marine resources. 2016 [cited 2016 6 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/oceans/>.
133. Morrison, S. After the Ebola Catastrophe. 2015 [cited 2016 6 December]; Available from: <https://www.csis.org/analysis/after-ebola-catastrophe>.
134. Romanelli, C., et al. Connecting global priorities: biodiversity and human health: a state of knowledge review. 2015. World Health Organization/Secretariat of the UN Convention on Biological Diversity.
135. United Nations. Goal 15: Sustainably manage forests, combat desertification, halt and reverse land degradation, halt biodiversity loss. 2016 [cited 2016 6 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/biodiversity/>.
136. Centers of Disease Control and Prevention, Drought and Health. 2012.
137. Colfer, C., et al. Forests and human health in the tropics: some important connections. [cited 2016 22 December]; Available from: <http://www.fao.org/docrep/009/a0789e/a0789e02.html>.
138. Hill, P. Freedom for the child refugees sold into slavery during 2,000-mile journey through hell. 2016 [cited 2016 7 December]; Available from: <http://www.mirror.co.uk/news/world-news/freedom-child-refugees-sold-slavery-8334676>.
139. European Commission. Report on the progress made in the fight against trafficking in human beings (2016). 2016 [cited 2016 7 December]; Available from: [http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/trafficking-in-human-beings/docs/commission\\_report\\_on\\_the\\_progress\\_made\\_in\\_the\\_fight\\_against\\_trafficking\\_in\\_human\\_beings\\_2016\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/trafficking-in-human-beings/docs/commission_report_on_the_progress_made_in_the_fight_against_trafficking_in_human_beings_2016_en.pdf).
140. Rankin, J. Human traffickers 'using migration crisis' to force more people into slavery 2016 [cited 2016 7 December ]; Available from: <https://www.theguardian.com/world/2016/may/19/human-traffickers-using-migration-crisis-to-force-more-people-into-slavery>.
141. United Nations. Goal 16: Promote just, peaceful and inclusive societies. 2016; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/peace-justice/>.
142. International Labour Organisation. Forced labour, human trafficking and slavery. 2016 [cited 2016 6 December]; Available from: <http://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/lang--en/index.htm>.
143. UNHCR. Figures at a Glance. 2015 [cited 2016 7 December]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-au/figures-at-a-glance.html>.
144. Hawtin, J. Burns, M. Médecins Sans Frontières and The Royal Children's Hospital. 2016 [cited 2016 22 December]; Available from: <http://blogs.rch.org.au/global/2016/10/01/profile-monica-burns/>.
145. International Council of Nurses and World Medical Association Physician and Nursing Leaders condemn Syrian Attacks on Health Personnel. 2016: Geneva.
146. International Council of Nurses and Health Care in Danger Initiative, Everyone, wounded or sick during an armed conflict, has the right to health care. 2016.
147. World Health Organization. Tobacco: Fact Sheet. 2016 [cited 2016 13 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
148. Reuters. Ukraine drops lawsuit against Australia over plain-packaging tobacco laws, WTO says. 2015 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://www.abc.net.au/news/2015-06-04/plain-packaging-tobacco-ukraine-drops-lawsuit-against-australia/6520160>.
149. Centre for Disease Control. Rose's Story. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/stories/rose.html>.
150. World Health Organization. Cancer: Fact Sheet N297. 2015 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
151. Chan, S. 2016 [cited 2016 10 December]; Available from: <https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AANNET/c8a8da9e-918c-4dae-b0c6-6d630c46007f/UploadedImages/docs/Featured%20Nurse%20Leader/2016/2016-01-11%20Sophia%20Chan.pdf>.
152. Chan, S.S.-C. Professor in Nursing and Director of Research School of Nursing, The University of Hong Kong. [cited 2016 13 December]; Available from: [http://www.nurse.cmu.ac.th/inter2012/Document/SophiaChan\\_bio.pdf](http://www.nurse.cmu.ac.th/inter2012/Document/SophiaChan_bio.pdf).
153. Ruckert, A., et al., Policy coherence, health and the sustainable development goals: a health impact assessment of the Trans-Pacific Partnership. *Critical Public Health*, 2016: p. 1-11.
154. Schram, A., et al., The role of trade and investment liberalization in the sugar-sweetened carbonated beverages market: a natural experiment contrasting Vietnam and the Philippines. *Globalization and health*, 2015. 11(1): p. 1.
155. Frieden, T.R., A framework for public health action: the health impact pyramid. *American journal of public health*, 2010. 100(4): p. 590-595.
156. Wagner, W., Ostick, D.T., Komives, S.R. Leadership for a better world: Understanding the social change model of leadership development. 2010, National Clearinghouse for Leadership Programs. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
157. Falk-Rafael, A., Speaking Truth to Power: Nursing's Legacy and Moral Imperative. *Advances in Nursing Science*, 2005. 28(3): p. 212-223.
158. Shamian, J., Global perspectives on nursing and its contribution to healthcare and health policy: Thoughts on an emerging policy model. *Nursing Leadership*, 2014. 27(4): p. 44-51.
159. Hughes, F., Policy - a practical tool for nurses and nursing [Editorial]. *Journal of Advanced Nursing*, 2005. 49(4): p. 331-331.
160. International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses. 2012; Available from: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>.
161. Khoury, C.M., et al., Nursing leadership from bedside to boardroom: a Gallup national survey of opinion leaders. *Journal of Nursing Administration*, 2011. 41(7-8): p. 299-305.
162. Institute of Medicine. The future of nursing: Focus on scope of practice. 2010; Available from: <http://www.nationalacademies.org/hmd/-/media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Scope%20of%20Practice%202010%20Brief.pdf>
163. Cohen, S.S., et al., Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go. *Nursing Outlook*, 1996. 44(6): p. 259-266.
164. Tomm-Bonde, L., The Naïve nurse: revisiting vulnerability for nursing. *BMC Nursing*, 2012. 11: p. 5-5.
165. World Health Organization, Health in all policies: Training manual. 2015. Geneva: WHO.
166. Hughes, F.A., et al., Enhancing nursing leadership: Through policy, politics, and strategic alliances. *Nurse Leader*, 2006. 4(2): p. 24-27.
167. Kingdon, J.W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 1995, New York: Longman.
168. Risling, T., Social media and nursing leadership: Unifying professional voice and presence. *Nursing Leadership (1910-622X)*, 2016. 28(4): p. 48-57.
169. Jackson, J. and Mitchell, R. Day in the Life: Live tweets as a professional tool. *American Nurse Today*, 2015. 10(6): p. 14-22.
170. World Economic Forum, Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off. 2015, WEF.
171. ICN 1987. Definition of Nursing, located <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
172. Global Directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020 Strengthening
173. Taylor, P. (2016). WA community in shock after suicide of Aboriginal child. Retrieved from <http://www.theaustralian.com.au/news/wa-community-in-shock-after-suicide-of-aboriginal-child/news-story/c28fb9e534657ee3fc1a00609d8b3799>
174. Andrews, K. (2011). "The little community clinic that could." Retrieved 11 November, 2016, from <https://www.drugfoundation.org.nz/book/export/html/2318>
175. Christchurch City Council (2016). "Christchurch City Council: Population." Retrieved 11 November, 2016, from <https://www.ccc.govt.nz/culture-and-community/statistics-and-facts/facts-stats-and-figures/population>
176. Belardi, L. (2014). "Dutch model offers new approach to home care." Retrieved 7 November, 2016, from <http://www.australianageingagenda.com.au/2014/07/30/dutch-model-offers-alternative-approach-home-care/>.
177. The Commonwealth Fund (2015). "Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model." Retrieved 7 November, 2016, from <http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands>.
178. Australian Bureau of Statistics. (2015). Cause of Death, Australia, 2013. Retrieved from <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0-2013-Main%20Features-Suicide%20by%20Age-10010>



[www.icnvoicetolead.com](http://www.icnvoicetolead.com)

Diskusi můžete sledovat  
pomocí hashtagů:  
#VoiceTolead a #IND2017.

[www.icn.ch](http://www.icn.ch)

