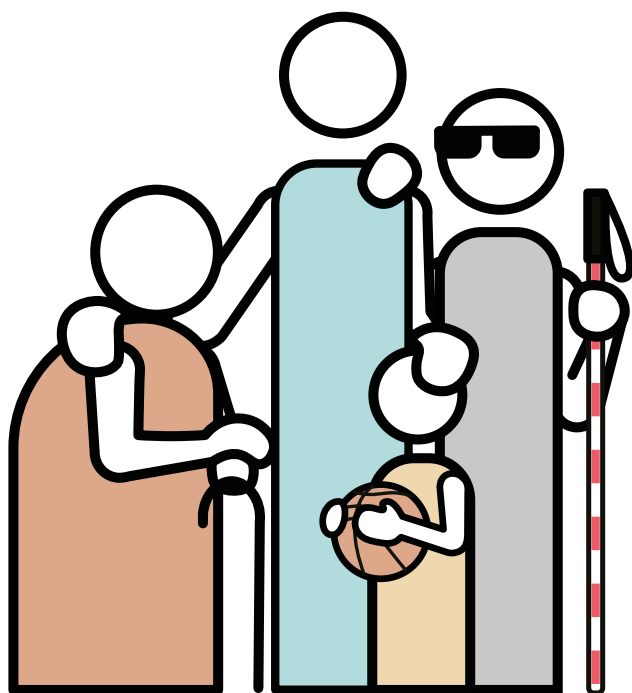


Martina Dingová Šliková, Eva Jandová, Lucie Lidická

Komunitní péče

pro nelékařské zdravotnické obory



FAKULTA
BIOMEDICÍNSKÉHO
INŽENÝRSTVÍ
ČVUT V PRAZE



Martina Dingová Šliková, Eva Jandová, Lucie Lidická

Komunitní péče

pro nelékařské zdravotnické obory

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **tretně stíháno**. Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

Mgr. Martina Dingová Šliková, Ph.D., Mgr. Eva Jandová, Ing. Lucie Lidická

KOMUNITNÍ PÉČE

pro nelékařské zdravotnické obory

Hlavní autorka: Mgr. Martina Dingová Šliková, Ph.D.

Spoluautorky: Mgr. Eva Jandová, Ing. Lucie Lidická

Všechny autorky pracují na Fakultě biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze.

Recenzent: Mgr. Jaroslav Forýtek

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s. Publikace vznikla ve spolupráci s Fakultou biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze.

© Grada Publishing, a.s., 2026

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2026

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 10362. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Štěpánka Ryšavá

Sazba Ondřej Mikulecký

Ilustrace na obálce a obrázky v barevné příloze Barbora Kunová

Počet stran 176 + 4 strany barevné přílohy

1. vydání, Praha 2026

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-8386-9 (ePub)

ISBN 978-80-271-8385-2 (pdf)

ISBN 978-80-271-3952-1 (print)

Obsah

Úvod	7
1 Definice základních pojmů	9
<i>Martina Dingová Šlíková</i>	
1.1 Komunita	9
1.2 Komunitní a sociální práce	9
1.3 Sociální služby, komunitní péče.....	11
2 Přehled vývoje komunitní péče	18
<i>Martina Dingová Šlíková</i>	
2.1 Starověk	18
2.2 Středověk	19
2.3 Novověk	21
2.4 Moderní dějiny	24
3 Principy poskytování komunitní péče	39
<i>Martina Dingová Šlíková</i>	
3.1 Princip rovnosti	39
3.2 Princip osobních práv, svobody a důstojnosti	41
3.3 Princip solidarity	42
3.4 Princip participace	44
3.5 Etika komunitní péče	45
4 Strategie rozvoje komunitní péče.....	54
<i>Martina Dingová Šlíková, Eva Jandová</i>	
4.1 Organizace spojených národů	54
4.2 Světová zdravotnická organizace	57
5 Pracovníci a týmy komunitní péče	70
<i>Martina Dingová Šlíková</i>	
5.1 Pomáhající profese	70
5.2 Pracovníci v komunitní péči	71
5.3 Vzdělání pracovníků v komunitní péči.....	74
5.4 Specializace pracovníků v komunitní péči	76
5.5 Dobrovolníci v komunitní péči	82
5.6 Týmy pracovníků v komunitní péči	86
5.7 Svépomocné skupiny.....	87

6 Typy komunitní péče v České republice.....	96
<i>Lucie Lidická</i>	
6.1 Sociální služby	96
6.2 Zařízení sociálních služeb	99
6.3 Zdravotní služby	109
6.4 Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí.....	113
6.5 Propojení sociálních a zdravotních služeb	114
7 Komunitní péče o vybrané skupiny	121
<i>Lucie Lidická, Eva Jandová</i>	
7.1 Rodina v komunitní péči.....	121
7.2 Komunitní péče o děti	124
7.3 Komunitní péče o ženy.....	128
7.4 Komunitní péče o seniory.....	131
7.5 Komunitní péče o osoby se zdravotním postižením.....	134
7.6 Komunitní péče u kulturně a etnicky odlišných menšin	145
8 Komunitní péče, digitalizace a telekomunikace	154
<i>Martina Dingová Šliková</i>	
8.1 Telemedicína	155
8.2 Elektronické zdravotní záznamy	155
8.3 Chytré senzory a zařízení pro domácí monitorování	158
8.4 Výzvy informačních technologií v komunitní péči.....	160
Závěr	164
Seznam zkratk.....	165
Rejstřík.....	167
Souhrn.....	174
Summary.....	175

Úvod

V několika posledních letech čelíme nečekaným událostem, které mají celosvětový dopad. Období pandemie covidu-19 nebo probíhající válka vyvolaly změny v dosavadním fungování lidské společnosti a jednou z nejvíce zatížených oblastí se stalo zdravotnictví. Ukázalo se, že poskytovatelé zdravotních služeb během mimořádných událostí a krizových situací nedokážou přes veškerou snahu kapacitně zvládnout nápor všech nemocných. Proto se do popředí zájmu dostávají i alternativní řešení, a to zejména v domácím prostředí, např. dobrovolnická pomoc nebo využití telekomunikačních technologií. Zároveň jsme svědky rozvoje technologických možností medicíny a dlouhodobějších demografických změn, které jsou spojeny s růstem výskytu chronických a invalidizujících chorob, což opět klade stále vyšší nároky nejen na zdravotnický a sociální systém, ale i na blízké pečující. Taktéž medicinalizace našeho života, při níž je řešení řady životních situací (porody, ztráta soběstačnosti, umírání, ale i sport nebo vzhled) přesunuto do prostředí zdravotnických institucí, s sebou přináší jako následek neustálé zvyšování nároků na zdravotnictví, včetně zvyšování spotřeby vzácných zdrojů, kterých ve spojitosti se současnou politickou a klimatickou situací rychle ubývá. Další požadavky na zdravotnický a sociální systém klade imigrace, v našich zemích momentálně spojená především s válečným konfliktem probíhajícím na území Ukrajiny.

Již v dlouhodobém horizontu se také ukazuje, že zdravotnické a sociální instituce, a to zejména v podobě dlouhodobé ústavní péče, nejsou vždy ideální volbou z hlediska uživatele a náležitého zajištění všech jeho potřeb. Jednou z možností, jak ulevit přetíženým zdravotnickým i sociálním institucím a zároveň optimálně zabezpečit potřeby uživatelů péče, je důraz na rozvoj různých forem komunitní péče a podpory, z nichž některé se poměrně svébytně rozvíjí i v České republice. Protože od napsání posledních českých monografií na toto téma uplynulo již více než deset let, jsou možnosti komunitní péče, které jsou nyní k dispozici, poněkud nepřehledné. Předložená monografie je tak určena především stávajícím a budoucím zdravotníkům

(u nichž je v současnosti výuka komunitní péče nedílnou součástí profesní přípravy), ale i dalším pomáhajícím profesím, např. sociálním pracovníkům, s cílem přinést ucelený obraz stávajícího stavu komunitní péče v České republice včetně základních pojmů, stručné historie vývoje, principů poskytování péče, přehledu pracovníků podílejících se na komunitní péči a vybraných aktuálních mezinárodních a národních strategií orientujících se na rozvoj komunitní péče. Stejně tak je ambicí autorek prezentovat ukázkou směrů, kudy by se komunitní péče mohla ubírat v budoucnosti.

1 Definice základních pojmů

Martina Dingová Šliková

Vysvětlení klíčových pojmů z oblasti komunitní péče a podpory tvoří základ pro další porozumění fungování komunitních služeb a jejich roli v sociální a zdravotní oblasti. Cílem je přiblížit jejich význam a souvislosti, které pomáhají lépe pochopit principy a přístupy využívané v komunitní péči.

1.1 Komunita

Slovo **komunita** pochází z latinského *communitas*, což podle Sociologické encyklopedie zahrnuje pojmy jako společenství a zároveň i pospolitost [1].

Na našem území nemá pojem komunita nijak dlouhou tradici, proto ani výklad tohoto termínu není ustálen a v současnosti zahrnuje široké spektrum možných výkladů z různých úhlů pohledu. Základní podstatou jeho významu však zůstává, že členové komunity více než jednorázově sdílí své sociální vazby a opakovaně vytváří sociální interakce. Může se tak jednat o komunitu geografickou, tedy skupinu lidí žijících, studujících nebo pracujících v určitém místě (obec, škola), či komunitu s psychickou sounáležitostí, sdílející názory, hodnoty a zájmy, životní styl (např. zájmové kroužky, různá hnutí – skauting, woodcrafting, náboženská komunita), ale i komunitu řešící problémy (např. patientská sdružení, skupiny pozůstalých, terapeutická komunita). Dnes lze v tomto kontextu považovat za komunity i skupiny, z nichž se vytratila fyzická podstata sociálních kontaktů, příkladem mohou být členové sdílející diskusní platformy v online prostředí, nicméně objevují se i názory (zejména ze strany sociologů), že komunitou v pravém slova smyslu jsou pouze skupiny s reálným sociálním kontaktem svých členů.

1.2 Komunitní a sociální práce

Z výše uvedeného vyplývá, že člověk během různých fází svého života vždy patří do některé z komunit a příslušnost ke komunitě je pro něj přirozená.

Pokud komunita funguje na základě pospolitosti, je ochotna a schopna poskytovat svým členům různé formy podpory, což přináší pozitivní sociální změny. Těchto dvou uvedených principů cíleně využívá řada postupů, metod a konceptů nazývaných souhrnně **komunitní práce** (také práce s komunitou, komunitní sociální práce, sociální práce s komunitou), která je většinou odborníků považována za součást sociální práce. Pod pojmem **sociální práce** pak rozumíme v těchto souvislostech společenskovední obor zahrnující teorii a praxi, které jsou orientovány na odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů s cílem zvyšování kvality života [2].

Podle mínění odborníka na sociální práci M. Kappla je cílem komunitní práce v rámci metod sociální práce: „... *vyvolání a podpora změny problémových sociálních podmínek, na které se podílí samotní klienti – členové cílové komunity. Hlavní úlohou sociálního pracovníka v takovémto procesu je minimálně jedna z následujících činností: inicializace vzniku či semknutí určité komunity, analýza problémů a potřeb, organizování a plánování procesu komunitní práce*“ [3, s. 10].

Zcela odlišný názor zastávají autoři zabývající se romskou problematikou T. Tožička a S. Uhlová, kteří považují komunitní práci za zcela svébytnou oblast, zcela nezávislou na sociální práci. Argumentují samostatností a nezávislostí komunitního pracovníka. Ten, podle nich, hledá řešení osobně v komunitě a nepoužívá předem dané postupy, čímž se odlišuje od sociálního pracovníka. Komunitní práce a organizování komunit je podle těchto autorů: „... *profesionální aktivita, která umožňuje lidem společně řešit vlastní problémy...*“ [4, s. 5]. **Komunitní pracovník**¹, který je pojímán jako profesionál zaměřující se na kolektivní problémy a procesy v komunitě, v jejich pojetí nehodnotí, co je špatné, nepředkládá jasné názory a postupy k řešení vzniklých situací, pouze podporuje rozvojové procesy na základě sběru a analýzy interních informací z konkrétní komunity [4].

1 Z těchto důvodů je v následujícím textu cíleně užíván pojem pracovník v komunitní péči, protože je zde poskytování komunitní péče pojato v širším kontextu.

Přes výše uvedený názor je historickým vývojem uznáváno spíše stanovisko konceptu komunitní práce jako jednoho ze základních pilířů sociální práce, protože byla oficiálně přijata jako jedna z metod sociální práce již v 60. letech 20. století, a to jak ve Velké Británii, tak ve Spojených státech amerických (USA), později i v dalších zemích [5]. Komunitní práci do metod sociální práce přiřazuje i jedna z významných iniciátorek jejího rozvoje u nás Z. Havrdová a doplňuje, že se jedná o důležitou metodu rozvoje místních společenství [6]. Argumentem pro tento pohled může být i tvrzení, podle něhož si sociální pracovníci osvojili řadu metod z oblasti komunitní práce a začlenili je do své praxe [7]. Výuka komunitní sociální práce se stala povinnou součástí profesní přípravy sociálních pracovníků i na našem území a v souladu s tímto požadavkem byla zařazena do standardů vzdělávacího kurikula Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy [8]. Současná komunitní práce tak v rámci sociální práce zahrnuje organizaci sociálních aktivit směrem k podpoře svépomocných procesů v komunitě a zlepšení kvality života členů komunity. Pro tyto komunitní služby je v České republice (ČR) používán termín **terénní sociální práce**, jenž zahrnuje především poradenské služby a terénní programy, které jsou v současnosti poskytovány v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o sociálních službách) [9].

1.3 Sociální služby, komunitní péče

Za **sociální služby** jsou považovány činnosti zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Důležitým principem terénních programů je jejich poskytování v **přírodním sociálním prostředí příjemců/uživatelů**² (rodina, domácnost, sociální vazby k osobám blízkým a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se či realizují běžné sociální aktivity). Jedná se o služby uživatelům, jejichž vedení života je považováno za rizikové, a to s cílem minimalizovat tato rizika. **Příjemci**

2 V následujícím textu jsou pojmy „příjemce“ a „uživatel“ péče (služeb) používány jako synonyma.

služby terénní sociální práce jsou např. osoby ohrožené závislostmi, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách a další sociálně ohrožené osoby a skupiny [10].

Ať již je pojetí komunitní práce jakékoliv, nelze než souhlasit s M. Kinkorem, který ji popisuje jako: „... proces, díky němuž můžeme lidem pomoci, aby společnou aktivitou účinně řešili problémy celé komunity, a zkusili tak zkvalitnit životní podmínky, ve kterých se nacházejí. Tento proces potřebuje profesionálního pracovníka, jenž bude v průběhu tohoto snažení v komunitě přítomen a bude jí v jejím snažení nápomocen“ [11, s. 45].

Řada odborníků zahrnuje pod pojem komunitní práce různé modely, které se navzájem prolínají a doplňují. Za jeden z nich je považován i model **komunitní péče**, který je zaměřen, za pomoci rozvoje sociálních sítí a dobrovolnických služeb, na svépomocné uspokojování potřeb obyvatel, a to zejména seniorů, osob se zdravotním postižením a dětí předškolního věku [12]. Komunitní pracovníci pak podněcují zájem členů komunity o dobrovolnou nebo neformální podporu a péči o ostatní, což se odehrává zejména v rámci rodin [3]. Rodiny jsou tak v oblasti komunitní péče stěžejním cílem většiny aktivit zúčastněných [13].

Metody modelu komunitní péče jsou všestranně využitelné, a proto je snahou posledních dekád jejich rozšíření i do dalších oblastí, jako je např. zdravotnictví. Poměrně běžně jsou již aplikovány v psychiatrii v podobě **komunitní psychiatrie**, geriatrii nebo ošetrovatelství, přičemž v posledním uvedeném případě hovoříme o **komunitním ošetrovatelství**.

Výstižnou definici psychiatrické komunitní péče uvádí na svých webových stránkách Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně: „Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími

lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče včetně péče lůžkové, určuje jí však pozměněnou roli.“ [14] Komunitní péče tedy v uvedeném pojetí neusiluje o nahrazení tradičních zdravotnických zařízení, ale o jejich propojení s komunitními službami a přenastavení jejich funkcí tak, aby více podporovaly rekonvalescenci ve smyslu navrácení psychosociální rovnováhy a začlenění člověka do běžného života.

V ČR je z dlouhodobé perspektivy chápán pojem komunitní péče ještě šířeji, a to nejen jako různé druhy podpůrných služeb a intervencí sociálních a zdravotních, ale i vzdělávacích, dopravních nebo komunikačních, které jsou určeny jedincům a různým skupinám (rodinám, obcím a dalším typům komunit). Komunitní péče je tak vnímána zejména v kontextu rozvoje schopnosti komunit podporovat své členy v udržování jejich zdraví, soběstačnosti nebo sociální vyváženosti, a slouží tak pro případy různých typů životních událostí, při nichž může být sociální vyváženost vychýlena a hrozí sociální vyloučení. Mezi zmíněné události patří zejména ohrožení zdraví, nemoc, invalidita, umírání, mateřství, rodičovství, ztráta živitele, ztráta výtěžku nebo návrat z výkonu trestu či imigrace. Termín **sociální vyloučení** (exkluze) znamená narušení až ztrátu sociálních vztahů a vazeb, ať již jedince, nebo i menších skupin, komunit vůči větším. Následkem exkluze je ztráta pocitů sounáležitosti, pochopení, schopnosti pomoci, uznání, podílení se, spojená s nemožností uplatnit svá práva a příležitosti, což vede k psychické deprivaci [15].

Komunitní péče je optimálně poskytována takovým způsobem, aby členové komunit, znevýhodnění některými z výše uvedených životních událostí, mohli zůstat při zachování optimální kvality života ve svém sociálním prostředí v rámci svých přirozených komunit nebo se do některé z komunit začlenili. Pojem sociální prostředí je definován zákony, a zatímco zákon o sociálních službách uvádí pojem **přirozené sociální prostředí** a vymezuje jej jako: „... rodinu a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují,

vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity...“ [9], zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zdravotních službách), uvádí pojem týkající se uživatelů zdravotních služeb a péče, tedy **pacientů**, šířeji jako **vlastní sociální prostředí** a rozumí jím: „*domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, např. zařízení sociálních služeb, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, školy...*“; „... a zařízení školního stravování nebo jiná obdobná zařízení, věznice pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, ústavy pro výkon zabezpečovací detence, zařízení pro zajištění cizinců a azylová zařízení...“ [16].

Jeden z předních českých geriatrů Z. Kalvach v této souvislosti uvažuje o nevhodnosti běžně užívaného pojmu „komunitní péče“, který, dle jeho mínění, vyvolává představu pečování o pasivního příjemce, což posléze vede k rozvoji nebo zhoršování jeho soběstačnosti a nezávislosti. Podle tohoto autora je vhodnější v uvedených souvislostech používat pojem **komunitní podpora**, který lépe vystihuje aktivity vedoucí ke zlepšení zdravotního stavu, psychické pohody i k řešení sociálních problémů příjemců, a to při zachování jejich plné autonomie a participace na podpůrných procesech [15].

Pro účely této publikace je i přes uvedené argumenty používán zažitý pojem komunitní péče, obsahově však odpovídající výše uvedenému názoru. To znamená, že komunitní péče je zde představena jako **systém komunitní aktivní podpory** (různí komunitní aktéři, zdravotní, sociální a další služby, zařízení, organizace, instituce) určený zejména ohroženému jedinci (event. rodině, skupině) k udržení svépomoci v jeho přirozené komunitě tak, aby nedošlo k sociálnímu vyloučení a zároveň byla zachována jeho schopnost rozhodování při udržení co nejvyšší možné kvality života.

Do definice komunitní péče je také zahrnuta pomoc komunitám v potenciálu podporovat své členy tak, aby mohli, pokud je to možné, zůstat žít ve svém přirozeném prostředí.

Všem pojetím, ať již hovoříme o komunitní péči, či podpoře, je společná myšlenka odklonu od řešení sociálních událostí pomocí **institucionalizace**, tedy poskytování ústavní péče v institucích, zejména ve smyslu dlouhodobé

izolace uživatelů této péče (pobyty v ústavech sociální a zdravotní péče, jako jsou domovy seniorů, dětské domovy nebo léčebné ústavy), a zabránění přehnané **medicinalizaci** života a společnosti, tedy přenášení událostí a jevů ne-medicínského rázu do zdravotnictví [17, 18, 19]. Snahou je naopak přispívání k **sociální inkluzi** (začlenění) členů komunity, jak nejlépe a nejdéle je to možné.

Komunitní péče se neobejde bez **komunitního plánování**, které je podle D. Jarošové analýzou zjišťování potřeb členů konkrétní komunity, na jejímž podkladě je možné naplánovat saturaci těchto potřeb za pomoci cílených aktivit podpůrných služeb [13].

Důležitou součástí komunitního plánování podpůrných služeb je partnerská spoluúčast členů komunit na přípravě plánů, což zaručuje, že poté přesně odpovídají potřebám komunity [11].

Pro potřeby komunitní péče by mělo být k dispozici spektrum krátkodobě pobytových, ambulantních, terénních a respitních (odlehčovacích) služeb, což při optimální provázanosti těchto služeb omezuje nutnost dlouhodobého pobytu v některém ze sociálních nebo zdravotnických zařízení [20].

Bibliografie ke kapitole 1

1. NEŠPOR, Zdeněk R. (ed.). *Sociologická encyklopedie*. Online. Sociologický ústav AV ČR, 2017. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Komunita>. [cit. 2025-07-23].
2. ŠÁMALOVÁ, Kateřina a TOMEŠ, Igor (ed.). *Řízení sociálních procesů v České republice*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4180-5.
3. KAPPL, Miroslav. *Úvod do teorií a metod sociální práce s komunitou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-401-4.
4. TOŽIČKA Tomáš a UHLOVÁ, Saša. *Základy a principy komunitní práce*. Online. Educon, 2018. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Publikace-komunitni_prace.pdf. [cit. 2023-08-01].
5. GOJOVÁ, Alice. *Teorie a modely komunitní práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-154-4.

6. ŽUROVCOVÁ, Hana, VISHWANATHAN, Kumar, BÍLÝ, Tomáš et al. *Role sociálního pracovníka v komunitní práci*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce, 2/2015. ISBN 978-80-7421-087-7.

7. ŠŤASTNÁ, Jaroslava. *Když se řekne komunitní práce*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3356-5.

8. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR. *Specifické požadavky pro akreditaci oborů z oblasti sociální práce*. Online. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/specificke-pozadavky-pro-akreditaci-oboru-z-oblasti-socialni-prace>. [cit. 2023-08-01].

9. ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Online. Zákony pro lidi, 2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2023-10-01].

10. POLÁČKOVÁ, Lýdia a NEDĚLNÍKOVÁ, Dana (ed.). *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Methodicka_prirucka_TSP.pdf/17bd1ea0-e9c2-1ca1-b8da-a4102d995d32.

11. PILÁT, Miroslav. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0932-4.

12. POPPLE, Keith. *Analysing Community Work: Theory and Practice*. 2nd ed. Open University Press: Maidenhead, 2015. ISBN 978-03-352-4511-6.

13. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

14. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ. *Komunitní péče*. Online. Praha, 2010. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/200-komunitni-pee>. [cit. 2024-09-03].

15. KALVACH, Zdeněk et al. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Ostrava: Diakonie ČCE, 2014. ISBN 978-80-87953-07-5.

16. ČESKO. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Online. Zákony pro lidi, 2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2024-09-03].

17. ILLICH, Ivan. *Limity medicíny: Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012. ISBN 978-80-87171-26-4.

18. ŠIMEK, Jiří. Lékařská etika. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.

19. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina. *Etické souvislosti alokace zdrojů s ohledem na možnosti a meze chronické dialyzační léčby*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2021.

20. HORECKÝ, Jiří; POTŮČEK, Martin; CABRNOCH, Milan a KALVACH, Zdeněk. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku: jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče*. Studie. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. ISBN 978-80-88361-14-5.

2 Přehled vývoje komunitní péče

Martina Dingová Šliková

Komunitní péče prošla během staletí významnými proměnami, které reflektují nejen změny ve společnosti, ale i vývoj přístupů k péči o jedince či skupiny, které ji potřebují. Klíčové historické milníky od počátků institucionální péče přes její různé formy až po moderní modely zaměřené na podporu samostatnosti a sociální integraci ukazují, jak se měnilo vnímání a řešení potřeb zranitelných skupin i role komunity. Tento vývoj ilustruje postupný odklon od centralizované, institucionální a dlouhodobě pobytové péče směrem k individuálnějšímu a inkluzivnějším přístupům, které zdůrazňují důstojnost, aktivní zapojení jednotlivců do společnosti a podporu přirozeného sociálního prostředí.

2.1 Starověk

Laický typ solidární péče fungující jako podpůrné procesy pro komunity (pravěké tlupy, později okruh širší rodiny – rod, kmen) je starý jako lidstvo samo. Dokud byla společnost uspořádána do rodů, později kmenů, tedy skupin spojených příbuzenstvím, nebyly žádné formy podpory v podstatě nutné, široká rodina svým členům dokázala zajistit odpovídající zdroje a ti se podíleli dle svých možností na jejich obstarávání. Vyloučení z těchto rodinných uskupení ovšem znamenalo pro vyhnance většinou smrt, a proto také patřilo mezi formy prvních trestů při provinění. Přidělování zdrojů bylo v dávných dobách řízeno určeným členem rodu, v pozdějších dobách kmenů většinou kmenovým náčelníkem a kmenovým starším. Z tohoto uspořádání začaly vznikat ve formujících se civilizacích první podoby podpory, které řešily tehdejší sociální události paternalistickým způsobem. S rozmachem nejstarších městských států se pojí vznik širších společenství, pro která bylo typické postupné rozvolňování blízkých příbuzenských vazeb. Ti, kdo nebyli schopni samostatné obživy a zároveň postrádali oporu v rodině či širším příbuzenstvu,

začali být považováni za celospolečenskou zátěž. Jako jedni z prvních v evropské historii koncipovali určité paternalistické formy podpory v některých městských státech antičtí Řekové. Například v Athénách byla podpora určena svobodným obyvatelům, které poškodily četné válečné konflikty (váleční veteráni, sirotci po vojácích). V pozdějších dobách byla rozšířena i na fyzicky postižené, kteří si nedokázali sami zajistit obživu a zároveň byli nemajetní [1]. Zaváděny byly také státní příděly potravin, které se časem proměnily na slavné a občany nárokované „chléb a hry“. Později, v antickém Římě, existovaly podobné státní podpory, ale začínaly se rozvíjet i první formy svépomocných uskupení. Příkladem mohou být *collegia*, sdružení, která zakládaly různě zaměřené komunity obyvatel (vojáci, svobodní řemeslníci a kněží) k prosazování svých zájmů. *Collegia* plnila řadu funkcí, od politické podpory a prosazování zájmů (z tohoto důvodu byla ale i častým terčem vládních represí), zlepšování životní úrovně svých členů a pomoc v období, kdy je postihlo neštěstí (vypravení pohřbu ze společné pokladny *collegia*, podpora osiřelých dětí a vdov) [2].

2.2 Středověk

Další snahy přišly až spolu s nově se rozšiřujícími monoteistickými náboženstvími, nejprve judaismem, později křesťanstvím i islámem, a jejich filantropickými postoji³. Již učení Starého zákona, který je součástí židovské tradice, a posléze také Nový zákon přinesly důraz na pomoc bližnímu a milosrdenství, které je dodnes vnímáno jako ctnost a povinnost věřících. V tomto kontextu začala být nezištná péče o potřebné akceptována jako správná a žádoucí [3, 4]. Křesťanské filantropické snahy se tedy od těch antických principiálně liší. Pomoc v křesťanských intencích je, na rozdíl od státních paternalistických přídělůvých forem, vedena jinými motivy, jako je služba Bohu, dobročinnost, charita, sousedská výpomoc bližnímu.

³ Řecké *philantropia* původně znamenalo milost, kterou helénští králové prokazovali poddaným, v římském období se začalo používat ve významu dobra prokázaného člověkem ve vyšším postavení.

V rámci křesťanské filozofie se již od raného středověku formovaly církevní řády a společenstva⁴, které v různě proměněné podobě, a to např. s jiným zaměřením nebo organizační strukturou, působí dodnes. Řády vytvářely samostatné komunity, které poskytovaly ochranu, pomoc a různé služby nejen svým řádovým členům, ale také ostatním laickým věřícím. Mnoho řádů se věnovalo ošetrovatelské činnosti a řeholníci a řeholnice často poskytovali své služby přímo v rodinách, tedy v dnešním pojetí v podstatě komunitním způsobem [5, 6, 7].

Důležitým článkem komunitní podpory se staly v tomto období vznikající **farní systémy**, které v různých podobách opět přetrvávají dodnes. Pojem farnost pochází z řeckého *paroikia* (sousedství). Jedná se o nejmenší správní jednotku většiny křesťanských církví (podléhající diecézi v čele s biskupem), která sdružuje věřící na určitém území a poskytuje jim pastorační péči typicky v osobě faráře, případně i kaplanů [8]. V období vrcholného středověku kopírovaly farnosti území patřící k jednotlivým hradům a zajišťovaly základní duchovní potřeby věřících, tedy svátost manželství, křty, církevní pohřby a taktéž společné bohoslužby. Během rozvoje středověké společnosti farnosti přibývalo a staly se pro věřící důležitou součástí běžného života. Farní komunity přinášely nejen sdílení společných hodnot pod jednotným duchovním vedením, ale církev, dle svých stanov, měla pro své farníky plnit funkci opory v náročných životních situacích. Podle církevního práva katolické církve by se farář měl snažit poznat svěřené věřící (farníky) a plnit službu pastýře (pastorační péče), což znamená nejen posilovat farníky ve víře, ale mít i účast na jejich starostech, úzkosti a zármutku. Nemocným, kteří jsou blízko smrti, by

4 Církevní řády (lat. *ordo*) jsou řádová společenství a řídí se tzv. řeholí (řádovými pravidly). Členové se slibem zavazují dodržovat řeholí a dle typu řádu se nazývají mniši, mnišky, řeholníci, řeholnice, bratři a sestry. V 16. stol. začaly vznikat tzv. kongregace, jejichž sliby nejsou tak závazné jako řádové a většinou netrvají na odděleném životě svých členů v klášteře. Mezi ošetrovatelské řády patří mj. Řád sv. Benedikta, Řád sv. Alžběty Durynské (alžbětinky), Řád křížovníků s červenou hvězdou (založený v textu uváděnou Anežkou Přemyslovnou), Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského (boromejky); rytířské řády Vojenský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského, Rytířský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského (johanité), Suverénní maltéžský rytířský řád (odnož johanitů) nebo více civilní řády jako Kongregace sv. Zdislavy (zdislavky) a diakonky.

se měl věnovat se zvláštní láskou a stejně tak pečovat o chudé, utiskované, osamělé, vyhnance a postižené zvláštními nesnáze. Měl by navštěvovat rodiny a v nich usilovat o podporu manželů a rodičů tak, aby dokázali plnit své povinnosti a zvládli správně vychovávat děti [9].

Křesťanské církve (včetně řádů) zároveň po celá staletí zakládaly **útulky** (zárodky budoucí ústavní péče), v nichž byla, v souladu s požadavkem křesťanského milosrdenství a touze po spasení, poskytována charitativní péče a v případě potřeby i ošetření zdarma těm nejpotřebnějším [10, 3].

Ve vrcholném středověku se k podobným snahám přidali i laičtí věřící a mecenáši – panovníci, šlechta, později měšťané. Všechno popisované úsilí však bylo spíše přísloušnou „kapkou v moři“ a rozhodně nemohlo stačit potřebám obyvatel populačně se rozrůstající Evropy. Kapacita středověkých **špitálů** se pohybovala běžně od jedné do dvou desítek osob, jednou z mála výjimek byl jeden z našich nejstarších a nejvýznamnějších špitálů, pražský špitál Řádu křižovníků s červenou hvězdou, založený sv. Anežkou Přemyslovnou (1211?–1282), který disponoval kapacitou asi 85 potřebných [11]. Běžní lidé tak stále řešili „nežádoucí“ životní události převážně v domácím prostředí, v rodinách a v rámci sousedských vztahů. Do církevních útulků a špitálů přicházel skutečně jen zlomek z množství nejpotřebnějších, přičemž jim zde byla poskytována jen základní pomoc, tedy ošacení, jídlo (a i to někdy v malém množství a ve špatné kvalitě), lůžko (mnohdy sdílené s dalšími z potřebných). Tato skutečnost je doložena dochovanými historickými texty o péči bratrů špitálníků o potřebné, v nichž se velice často opakují slova „*koupel, roucho, chléb, voda a pivo*“ [12, s. 55].

2.3 Novověk

Četné politické a náboženské konflikty či opakující se epidemie v období 13. a 14. století přinesly řadu svízelných situací velkým skupinám obyvatel. Následný masivní nárůst chudoby (pauperismus) znamenal výrazné zvýšení počtu potřebných, kteří se neměli kam se obrátit, a tak řešili své potíže žebráním almužny. Tato situace se stala postupně neúnosnou a přinesla nutnost změn.

Do tohoto období spadají první pokusy o regulaci individuální žebroty, přičemž obce udělovaly jednotlivcům příslušejícím k obci „povolení“ k žebrotě (tzv. „domovské právo“). Tato opatření časem vyústila v první chudinské zákony a tzv. **chudinskou péči**, tedy vznik různých státních a obecních útulků, úřadoven, chudobinců, sirotčinců, ale i pracovních domů (mnohdy ale spíše „donucoven“), to vše doprovázené vydáváním příslušných zákonů a regulí, které ovšem ne vždy znamenaly zlepšení životní situace nuzných. Často ti, kteří nesplňovali podmínky „povolené“ žebroty, byli nuceni pracovat, byli z obcí vyháněni, zatýkáni, dokonce i popravováni [1].

Za určitou formu komunitní podpory pro řešení některých problémů (zejména zdravotních), odehrávající se čistě v rámci tehdejších běžných komunit obyvatelstva, lze označit tehdejší praktikování veřejných lázeňských služeb. Oblibu společných koupelí přinesli do Evropy zejména křížáci, kteří se s lázeňstvím setkávali na křížových výpravách na Blízkém východě. Evropské **lazební**, zakládáné v poměrně velkém počtu v řadě měst (včetně českého území), sloužily nejen k společným setkáním při koupelích a zábavě obyvatel, ale jejich důležitou součástí byly různé další služby. Lazebníci prováděli návštěvníkům různé úkony podle svého „odborného“ zaměření, a to od hygieny, masáže, holení vousů a stříhání vlasů až po dobové léčebné a ranhojičské úkony zahrnující mimo jiné přikládání baněk, pouštění žilou a ošetřování různých typů ran nebo úrazů (podvrtnutí, vykloubení, abscesy atd.) [4].

Časem pak převzali i náročnější chirurgické postupy, což souviselo s církevními nařízeními, zakazujícími tyto „krvavé“ praktiky duchovním v klášterech. Zajímavé je, že i když služby lazebníků (a lazebnic) byly potřebné, lazebnictví nepatřilo mezi vážená řemesla [12]. Jedním z důvodů nízké prestiže může patřit fakt, že k službám lazebnictví mnohdy patřila i prostituce a časem se lazební staly semeništěm přenosných chorob (zejména s objevením se nové hrozby v podobě pohlavní choroby syfilis), což během 18. století vedlo k jejich postupnému rušení.

Vrcholný středověk je také obdobím vzniku prvních lékařských škol, později i univerzit a většího množství útulků a špitálů. Univerzitně vzdělání

lékaři si dlouhé studium platili a mnohdy byli nuceni léta žít v cizině, pokud ve vlastní zemi univerzitu neměli k dispozici. Vznikla tak výrazná diskrepance mezi proklamovaným křesťanským „pomoci bližnímu svému a nežádat ničeho“ a potřebami lékařů. Nabyté odborné vzdělání a náklady s ním spojené lékaři promítali do svých honorářů, čímž nebyli pro běžné obyvatele v podstatě dostupní. Většina lékařů tedy působila spíše na panovnických dvorech, u bohaté šlechty, měšťanů, ale i u církevních hodnostářů. Obyčejní lidé se uchýlovali k levnějším službám řemeslníků typu populárních ranhojičů, kýlořezců, okulistů, zmiňovaných lazebníků, bradýřů, ale třeba i kovářů a katů, kteří se zabývali spíše chirurgickými zásahy. Na tehdejších univerzitách převažovala v intencích scholastiky výuka konzervativních postupů (jedinou světlou výjimkou byla Itálie a jižní Francie, kde chirurgie zůstala součástí výuky budoucích lékařů v lékařských školách). Lékaři chirurgické praktiky v podstatě považovali za méněcenné a kladli je tak na nižší, řemeslnou úroveň [10].

Ranhojiči, stejně jako lazebníci, ale i další řemeslníci (pekaři, ševci atd.) zakládali **řemeslné cechy**⁵ (horníci „bratrstva“), obdobu výše uváděných římských *collegií*, které lze považovat za významnou formu komunitní podpory. Všechny řemeslné cechy hájily práva a zájmy svých členů a připravovaly učedníky na výkon řemesla. Zejména pro případy onemocnění, úrazů a smrti začaly provozovat cechovní pokladny, peníze z nich pak pokryly období, při nichž se ocitl některý z řemeslníků bez prostředků. Cechy také uspořádaly pohřeb při úmrtí svého člena a vyplácely poté podporu pozůstalým vdovám i sirotkům. Cechy tímto způsobem fungovaly několik století, ale v době osvícenství začaly být považovány za rigidní ve smyslu potírání rozvoje řemesel a odmítání nových řemeslných postupů a z těchto důvodů byly různými nařízeními panovníků omezovány, až nakonec definitivně zanikly na začátku 19. století [13].

⁵ Obdobou cechů, ale ve větším rozsahu, byly hanzy, svazy měst, které prosazovaly své převážně obchodní a mocenské zájmy a navzájem se ochraňovaly. Společnou pokladnu jako cechy však neměly.

2.4 Moderní dějiny

Velkou proměnu přineslo 17. a 18. století s myšlenkovým proudem osvícenství. Nastal nový obrat v celospolečenském myšlení a politice, velký význam měly snahy o formulaci a veřejné vyhlášení přirozených lidských práv⁶. Důležitý byl ale i liberalismus⁷ s myšlenkami **minimální záchranné sociální sítě**, zavedením pracovního zákonodárství a vznikem soukromoprávního pojištění [1, 3]. Na podkladě těchto společenských proměn začaly být ve větší míře organizovány různé formy pomoci, včetně proměny stávající „špitální“ péče ve smyslu budování již moderněji a profesionálnějším způsobem pojatých ústavů, které se začínají více profilovat podle druhu sociálních událostí (nemocnice, sirotčince, invalidovny apod.). Jasněji se začíná od sebe oddělovat zdravotní péče a péče sociálního charakteru [6].

Z pohledu komunitní péče je zajímavý koncept poměrně rozšířeného „institutu“ **výměnků** na venkově, který řešil postavení starých hospodářů, kteří již nezvládali obstarat svůj statek. Otec předal hospodářství synovi, který se za to smluvně zavázal k péči o rodiče až do jejich smrti. Bydlení bývalo zajištěno v malém domku (chalupě) mimo hlavní stavení (výměnek). Že však nebylo toto uspořádání vždy idylické, výstižně popsal ve své slavné knize *Výminkáři* a jiné povídky dobový autor Karel Václav Rais [14].

Z hlediska podpory svépomoci v komunitách jsou významné skutky evangelického faráře Theodora Fliednera (1800–1864). Založení Evangelického spolku pro křesťanskou péči o nemocné v Porýní a Vestfálsku nebo iniciace vybudování nemocnice a mateřského domu diakonek v německém Kaiserwerthu se staly inspirací pro celou Evropu. Ústřední myšlenku těchto počínů tvořilo původně poskytování péče vězňům, po vzoru Angličanky Elizabeth Fryové (1780–1845). Pomoc vězňům časem přerostla v ošetrovatelskou péči pro potřebné prováděnou dobrovolnými jáhenkami (diakonkami) především

6 Již Aristoteles vymezil rámec pro rozvoj přirozených lidských práv v občanské společnosti svobodných lidí. Následovaly další milníky, nejvýznamnějším z nich se stala Deklarace lidských práv z r. 1789 ve Francii a později Všeobecná deklarace lidských práv v roce 1948.

7 Ekonomická, politická i filozofická koncepce, která vznikla v Anglii na podkladě evropského osvícenství. Jedná se o všeobecně známé hnutí prosazující svobodu člověka ve všech oblastech jeho činnosti.

Vážený čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy Komunitní péče.
Pokud se Vám ukáзка líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.