



Bakalářská práce

Principy zdravotní péče zaměřené na pacienta v prostředí spinální jednotky

Studijní program:

B0913P360030 Všeobecné ošetřovatelství

Autor práce:

Radka Loskotová

Vedoucí práce:

Mgr. Andrea Vávrová, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2024



Zadání bakalářské práce

Principy zdravotní péče zaměřené na pacienta v prostředí spinální jednotky

Jméno a příjmení:

Radka Loskotová

Osobní číslo:

D21000019

Studijní program:

B0913P360030 Všeobecné ošetřovatelství

Zadávací katedra:

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok:

2022/2023

Zásady pro vypracování:

Cíle a výstupy práce:

Hlavní tematický okruh bakalářské práce spočívá v identifikaci klíčových bodů implementace Péče zaměřené na pacienta (Patient centered care, PCC) na spinální jednotce a ve stanovení priorit a zapojení zúčastněných stran do tohoto procesu (např. formou vhodných IT řešení pro usnadnění integrace postupů PCC) spolu se splněním evropských standardů a zvýšením kvality péče.

Cíl č.1: vymezení pojmu "na pacienta zaměřená péče" a nástin měření a hodnocení výsledků implementace na pacienta zaměřené péče

Cíl č.2: rešerše odborné literatury a jiných dostupných zdrojů v oblasti implementace Patient centered care na zahraničních spinálních jednotkách

Výsledky výzkumu budou sloužit jako zdroj informací k seminářům na dané téma; výstupem závěrečné práce bude teoretický podklad pro sebereflexi zdravotnického personálu a k vyhodnocení, zda a kdy je péče skutečně realizována jako "péče zaměřená na pacienta (PCC)".

Teoretická východiska:

Nárůst chronických onemocnění spolu s demografickým stárnutím a vzrůstajícími náklady ve zdravotnictví vyspělých zemí vyžadují nový koncept pojetí zdravotnické péče, který by zlepšoval kvalitu poskytované péče spolu se zvýšením efektivity nákladů.

Efektivním řešením je péče založená na hodnotě (Value Based Healthcare, VBHC), která je však z důvodu způsobu financování zdravotní péče v řadě zemí Evropy nereálná. Východiskem je koncept péče zaměřené na pacienta (Patient Centered Care, PCC), jejíž příklady úspěšné implementace ukazují Dánsko, Švédsko, Německo a Holandsko. Tento přístup, vycházející z doporučení Evropského parlamentu, Světové zdravotnické organizace (WHO) a The International College of Person-centered Medicine (ICPCM), optimalizuje náklady ve zdravotnictví, přináší nové technologie a inovace a zejména pak zapojuje samotného pacienta do procesu péče tím, že upřednostňuje jeho potřeby, preference a rozhodování o vlastní péči, podporuje jeho autonomii a respektuje pacienta jako rovnocenného a jedinečného partnera. Pro spolupráci, inovace a učení slouží platformy živých laboratoří (Living Labs, LL), které zahrnují zdravotnický personál, průmyslové podniky a jejich moderní technologická řešení, akademická pracoviště a zejména pak pacienty v samotném středu dění. Zásadní předností na člověka zaměřené péče je její ekonomičnost – v porovnání s tradičním přístupem je hodnocena jako celkově finančně výhodnější.

Z pohledu provozu oddělení Spinální jednotky nabízí implementace přístupu péče zaměřené na pacienta zvýšení hodnoty a kvality života pacienta v poúrazovém období, snížení rizika nástupu komplikací spojených se sníženou mobilitou (dekubity, zažívací obtíže, psychické problémy, znovuzapojení do aktivního života), zefektivnění všech funkčních složek péče (zdravotnické, sociální atd.) a ve svém výsledku by měla v dlouhodobém horizontu snížit náklady spojené s péčí o pacienty (zkrátit délku hospitalizace a výrazně snížit počet pacientů vracejících se na oddělení z důvodu nastalých komplikací).

Metody práce:

Bakalářská práce bude zpracována v teoretické rovině metodou analýzy písemných pramenů. Sběr dat proběhne pomocí rešeršní a analyticko-komparační činnosti z odborných publikací (monografií, článků a virtuálních zdrojů informací).

Výzkumné otázky:

1. Jaké předpoklady jsou potřebné pro naplnění na pacienta zaměřené péče ve zdravotnictví?
2. Jak je charakterizována na pacienta zaměřená péče v provozu spinálních jednotek v zahraničí?
3. Jakou formou je možné realizovat na pacienta zaměřenou péči v provozu spinální jednotky?

Rozsah grafických prací: 5
Rozsah pracovní zprávy: 40-60 stran
Forma zpracování práce: tištěná/elektronická
Jazyk práce: čeština

Seznam odborné literatury:

- ARCHIBALD, Mandy et al. 2021. Protocol for a systematic review of living labs in healthcare. *BMJ Open*. **11**(2), e039246. DOI 10.1136/bmjopen-2020-039246.
- BARROS, Pedro Pita. 2021. Introduction to the Expert Panel on Effective ways of investing in health (EXPH) and its mandate. *European Journal of Public Health*. **31**(Supplement_3), ckab164.147. DOI 10.1093/eurpub/ckab164.147.
- EDGMAN-LEVITAN, Susan a Stephen C. SCHOENBAUM. 2021. Patient-centered care: *achieving higher quality by designing care through the patient's eyes*. *Israel Journal of Health Policy Research*. **10**(1), 21. DOI 10.1186/s13584-021-00459-9.
- EUROPEAN COMMISSION. DIRECTORATE GENERAL FOR HEALTH AND FOOD SAFETY. 2019. *Defining value in 'value-based healthcare': opinion by the Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH)*. Publications Office.
- HEINEMANN, Allen W. et al. 2016. Perceptions of Person-Centered Care Following Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. **97**(8), 1338–1344. DOI 10.1016/j.apmr.2016.03.016.
- The International College of Person-centred Medicine. Geneva Declaration on Person-and People-centred Integrated Health Care for All. The International College of Person-centred Medicine. 2014 [on line] [cit. 2023-08-27]. Dostupné na: http://personcenteredmedicine.org/doc/2014_Geneva_Declaration_Released_May_27.pdf
- KIM, Junghee et al. 2019. Living labs for health: an integrative literature review. *European Journal of Public Health*. **30**(1), 55–63. DOI 10.1093/eurpub/ckz105.
- LINDBERG, J. et al. 2013. Patient participation in care and rehabilitation from the perspective of patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. **51**(11), 834–837. DOI 10.1038/sc.2013.97.
- NOVÁKOVÁ, K., Konečná H., Šídlo L. 2016. Principy zdravotní péče zaměřené na člověka – person-centred health care. *Praktický Lékař*. **96** (1), 14–17.
- NUÑO-SOLINÍS, Roberto. 2019. Advancing Towards Value-Based Integrated Care for Individuals and Populations. *International Journal of Integrated Care*. **19**(4), 8. DOI 10.5334/ijic.5450.
- OECD. 2017. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD. DOI 10.1787/9789264266414-en.
- PENNESTRÌ, F., G. LIPPI a G. BANFI. 2019. Pay less and spend more—the real value in healthcare procurement. *Annals of Translational Medicine*. **7**(22), 688. DOI 10.21037/atm.2019.10.93.
- RATHERT, C., M. D. WYRWICH a S. A. BOREN. 2013. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*. **70**(4), 351–379. DOI 10.1177/1077558712465774.
- TZELEPIS, Flora et al. 2015. Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient Preference and Adherence*. **2015**(9), 831–835. DOI 10.2147/PPA.S81975.
- ZIPFEL, Nina et al. 2022. The relationship between the living lab approach and successful implementation of healthcare innovations: an integrative review. *BMJ Open*. **12**(6), e058630. DOI 10.1136/bmjopen-2021-058630.

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Vávrová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce: 10. července 2023

Předpokládaný termín odevzdání: 30. dubna 2024

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,
MBA
děkan

V Liberci dne 30. listopadu 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Vávrové Andree, Mgr. Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady a laskavý přístup. Rovněž děkuji všem, kteří mi poskytli inspiraci a podporu v mé profesní dráze. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za jejich trpělivost a podporu během mého studia.

ANOTACE

Název práce

Principy zdravotní péče zaměřené na pacienta v prostředí spinální jednotky

Cíle a výstupy práce:

Hlavní tematický okruh bakalářské práce spočívá v identifikaci klíčových bodů implementace Péče zaměřené na pacienta (Patient centered care, PCC) na spinální jednotce a ve stanovení priorit a zapojení zúčastněných stran do tohoto procesu (např. formou vhodných IT řešení pro usnadnění integrace postupů PCC) spolu se splněním evropských standardů a zvýšením kvality péče.

Cíl č.1: vymezení pojmu „na pacienta zaměřená péče“ a nástin měření a hodnocení výsledků implementace na pacienta zaměřené péče

Cíl č.2: rešerše odborné literatury a jiných dostupných zdrojů v oblasti implementace Patient centered care na zahraničních spinálních jednotkách

Výsledky výzkumu budou sloužit jako zdroj informací k seminářům na dané téma; výstupem závěrečné práce bude teoretický podklad pro sebereflexi zdravotnického personálu a k vyhodnocení, zda a kdy je péče skutečně realizována jako „péče zaměřená na pacienta (PCC)“.

Teoretická východiska:

Nárůst chronických onemocnění spolu s demografickým stárnutím a vzrůstajícími náklady ve zdravotnictví vyspělých zemí vyžadují nový koncept pojetí zdravotnické péče, který by zlepšoval kvalitu poskytované péče spolu se zvýšením efektivity nákladů. Efektivním řešením je péče založená na hodnotě (Value Based Healthcare, VBHC), která je však z důvodu způsobu financování zdravotní péče v řadě zemí Evropy nereálná. Východiskem je koncept péče zaměřené na pacienta (Patient Centered Care, PCC), jejíž příklady úspěšné implementace ukazují Dánsko, Švédsko, Německo a Holandsko. Tento přístup, vycházející z doporučení Evropského parlamentu, Světové zdravotnické organizace (WHO) a The International College of Person-centered Medicine (ICPCM), optimalizuje náklady ve zdravotnictví, přináší nové technologie a inovace a zejména pak zapojuje samotného pacienta do procesu péče tím, že upřednostňuje jeho potřeby, preference a rozhodování o vlastní péči, podporuje jeho autonomii a respektuje pacienta jako rovnocenného a jedinečného partnera. Pro spolupráci, inovace a učení slouží platformy živých laboratoří (Living Labs, LL), které zahrnují zdravotnický personál, průmyslové podniky a jejich moderní technologická řešení, akademická pracoviště a zejména pak pacienty v samotném středu dění. Zásadní předností na člověka zaměřené péče je její ekonomičnost – v porovnání s tradičním přístupem je hodnocena jako celkově finančně výhodnější.

Z pohledu provozu oddělení Spinální jednotky nabízí implementace přístupu péče zaměřené na pacienta zvýšení hodnoty a kvality života pacienta v poúrazovém období, snížení rizika nástupu komplikací spojených se sníženou mobilitou (dekubity, zažívací obtíže, psychické problémy, znovuzapojení do aktivního života), zefektivnění všech

funkčních složek péče (zdravotnické, sociální atd.) a ve svém výsledku by měla v dlouhodobém horizontu snížit náklady spojené s péčí o pacienty (zkrátit délku hospitalizace a výrazně snížit počet pacientů vracejících se na oddělení z důvodu nastalých komplikací).

Metody práce:

Bakalářská práce bude zpracována v teoretické rovině metodou analýzy písemných pramenů. Sběr dat proběhne pomocí rešeršní a analytickokomparační činnosti z odborných publikací (monografií, článků a virtuálních zdrojů informací).

Výzkumné otázky:

1. Jaké předpoklady jsou potřebné pro naplnění na pacienta zaměřené péče ve zdravotnictví?
2. Jak je charakterizována na pacienta zaměřená péče v provozu spinálních jednotek v zahraničí?
3. Jakou formou je možné realizovat na pacienta zaměřenou péči v provozu spinální jednotky?

Klíčová slova

Na pacienta orientovaná péče, Péče zaměřená na pacienta, Spinální jednotka, Kvalita života

ANNOTATION

The title of the Thesis

Principles of Patient centered care and spinal cord injury unit

Aims and outcomes of the thesis:

The main thematic focus of the bachelor thesis is to identify the key points for the implementation of Patient Centered Care (PCC) in a spinal unit and to prioritise and involve stakeholders in this process (e.g. through appropriate IT solutions to facilitate the integration of PCC procedures), along with meeting European standards and improving the quality of care.

Objective 1: define the term "patient-centred care" and outline the measurement and evaluation of the outcomes of implementing patient-centred care

Objective 2: search the literature and other available resources on the implementation of Patient Centered Care in foreign spinal units

The results of the research will be used to inform seminars on the topic; the output of the final thesis will be a theoretical basis for self-reflection by healthcare professionals and to evaluate if and when care is actually implemented as "patient centered care (PCC)".

Theoretical background:

The increase in chronic diseases, together with demographic ageing and rising health care costs in developed countries, calls for a new concept of health care that improves the quality of care provided together with increasing cost-effectiveness. Value Based Healthcare (VBHC) is an effective solution, but is unrealistic due to the way health care is financed in many European countries. The starting point is the concept of Patient Centered Care (PCC), with examples of successful implementation in Denmark, Sweden, Germany and the Netherlands. This approach, based on recommendations from the European Parliament, the World Health Organization (WHO) and the International College of Person-centred Medicine (ICPCM), optimises costs in healthcare, brings new technologies and innovations and, most importantly, involves the patient in the care process by prioritising their needs, preferences and decisions about their own care, promoting their autonomy and respecting the patient as an equal and unique partner. Living Labs (LL) platforms are used for collaboration, innovation and learning, involving healthcare professionals, industrial companies and their advanced technological solutions, academic institutions and, above all, the patients at the heart of the process. The fundamental advantage of person-centred care is its cost-effectiveness - it is rated as more cost-effective overall compared to the traditional approach.

In terms of the operation of the Spinal Unit, the implementation of a patient-centred care approach offers an increase in the value and quality of life of the patient in the post-traumatic period, a reduction in the risk of the onset of complications associated with reduced mobility (decubitus ulcers, digestive difficulties, psychological problems, reintegration into active life), a streamlining of all functional components of care

(medical, social, etc.) and in the long term should reduce the costs associated with patient care (shorten the length of hospitalisation and significantly reduce the number of patients returning to the ward due to complications).

Methods:

The bachelor thesis will be prepared in theoretical level by the method of analysis of written sources. Data collection will be done by means of research and analytical-comparative activity from professional publications (monographs, articles and virtual sources of information).

Research questions:

1. What are the prerequisites needed to fulfil patient-centred care in healthcare?
2. How is patient-centered care characterized in the operation of spinal units abroad?
3. How can patient-centred care be implemented in spinal unit operations?

Keywords

Patient Oriented Health Care, Patient centred care, Spinal unit, Quality of life

Obsah

Seznam symbolů a zkratek	10
1 Úvod.....	11
2 Cíle a výstupy práce:.....	12
3 Metody práce	13
4 Zdravotní péče zaměřené na pacienta (PCC).....	15
4.1 Zdravotní péče založená na hodnotě	18
4.2 Živá laboratoř (Living Labs, LL)	19
4.3 Organizace napomáhající implementaci Péče zaměřené na pacienta	19
4.4 Měření kvality Péče zaměřené na pacienta	22
4.5 Konkrétní nástroje a doporučení zavedení péče zaměřené na pacienta ve zdravotnickém zařízení	23
4.6 Péče o spokojenost pacienta.....	24
4.7 Komunikace zdravotnického personálu v péči orientované na pacienta	24
4.8 Na pacienta orientovaná domácí péče.....	25
5 Ošetřovatelský proces ve vztahu k péči zaměřené na pacienta	26
5.1 Ošetřovatelské modely	26
5.2 Ošetřovatelský proces	27
5.3 Příprava zdravotnických pracovníků na povolání.....	27
5.4 Role sestry v péči zaměřené na pacienta.....	28
5.5 Vztah sestry a pacienta.....	28
5.1 Aktivní účast pacienta.....	28
6 Nové koncepty přístupu k léčbě.....	30
6.1 Metoda validace	30
6.2 Psychobiografický model.....	31
7 Spinální poranění	32
8 Spinální program České republiky	33

9	Ukázka úspěchu individualizované péče v zahraničí	34
10	Týmová práce, multidisciplinární tým a duševní zdraví zdravotníků jako základní aspekt při péči zaměřené na pacienta.....	36
	10.1 Mentální zdraví pracovníků	36
	10.2 Rehabilitace a její pokrokové koncepty v péči zaměřené na pacienta po spinálním poranění.....	37
	10.3 Multidisciplinární tým.....	37
11	Studie kvality života v péči zaměřené na pacienta po spinálním poranění	38
	11.1 Potřeby pacienta se spinálním poraněním.....	39
	11.1.1 Měření kvality života a identifikace potřeb pacientů se spinálním poraněním	39
	11.1.2 Potřeba stanovení cílů.....	40
	11.2 Potřeby fyziologické	42
	11.3 Potřeby bezpečí a jistoty	42
	11.3.1 Potřeba být s rodinou	43
	11.4 Potřeba lásky a sounáležitosti	44
	11.4.1 Vnímání	44
	11.5 Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty.....	45
	11.6 Sociální a kulturní potřeby	45
12	Ošetrovatelská péče u pacienta s poraněním páteře a míchy a prevence sekundárních komplikací	46
	12.1 Prevence vzniku dekubitů	46
	12.2 Péče o dýchací cesty.....	47
	12.3 Péče o výživu pacienta	48
	12.4 Péče o vyměšování moče	48
	12.5 Péče o vyměšování stolice	48
	12.6 Péče o psychický stav pacienta	49

12.7 Studie úspěšné implementace péče zaměřené na pacienta na spinálních jednotkách v zahraničí	49
Implementace	50
13 Diskuze	53
14 Závěr a doporučení pro praxi	59
Seznam použité literatury	62

Seznam symbolů a zkratek

ABT	Activity-based therapy
ADL	activities of daily living
ANA	Americká asociace sester
BP	Bakalářská práce
COPM	Canadian occupational performance measure
FIM	Funkční míra nezávislosti
HL4V	Health Labs4Value
ICPCM	The International College of Person-centered Medicine
IOM	Institute of Medicine
LL	Living Labs
PCC	Patient Centered Care
PIK	Patientinnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (na pacienta orientovaná integrovaná péče)
QoL	Quality of life
SCI	Spinal cord Injury
VBHC	Value Based Healthcare
WHO	World Health Organization

1 Úvod

Nárůst počtu chronických onemocnění v kombinaci s demografickým stárnutím populace a rostoucími náklady ve zdravotnictví vyspělých zemí vyžaduje inovativní přístup k poskytování zdravotní péče. Tento nový koncept by měl nejen zvyšovat kvalitu péče poskytované pacientům, ale zároveň i zefektivňovat náklady spojené s poskytováním této péče. Východiskem je koncept péče zaměřené na pacienta (Patient Centered Care, PCC). Tento přístup, vycházející z doporučení Evropského parlamentu, Světové zdravotnické organizace (WHO) a The International College of Person-centered Medicine (ICPCM), nejen optimalizuje náklady ve zdravotnictví a přináší nové technologie a inovace, ale také aktivně zapojuje samotného pacienta do procesu péče. Toho dosahuje tím, že klade důraz na jeho potřeby, preference a rozhodování o vlastní péči. Tímto způsobem podporuje autonomii pacienta a respektuje ho jako rovnocenného a jedinečného partnera v rámci léčebného procesu. Living Labs (LL) jsou prostředím pro spolupráci, inovace a vzájemné učení, které propojuje zdravotnický personál, průmyslové podniky s jejich moderními technologickými řešeními, akademická pracoviště a zejména pacienti, kteří hrají klíčovou roli v celém procesu. Jedním z hlavních benefitů péče orientované na pacienta je její ekonomická výhodnost. Oproti konvenčnímu přístupu je hodnocena jako celkově finančně přínosnější.

Z hlediska provozu Spinální jednotky přináší zavedení péče zaměřené na pacienta zvýšení hodnoty a kvality života pacientů v poúrazovém období. Tento přístup pomáhá snižovat riziko vzniku komplikací spojených s omezenou pohyblivostí, jako jsou dekubity a zažívací potíže, a také předchází psychickým problémům. Individualizovaným přístupem podporuje efektivní reintegraci pacientů do běžného života a současně optimalizuje všechny složky péče, včetně zdravotnických i sociálních. To by mělo vést ke snížení nákladů spojených s péčí o pacienty v dlouhodobém horizontu, což se projeví zkrácením doby hospitalizace a výrazným snížením počtu pacientů, kteří se vrací na oddělení kvůli vzniklým komplikacím.

2 Cíle a výstupy práce:

Hlavní tematický okruh bakalářské práce spočívá v identifikaci klíčových bodů implementace Péče zaměřené na pacienta (Patient centered care, PCC) na spinální jednotce a ve stanovení priorit a zapojení zúčastněných stran do tohoto procesu (např. formou vhodných IT řešení pro usnadnění integrace postupů PCC) spolu se splněním evropských standardů a zvýšením kvality péče.

Cíl č.1: vymezení pojmu „na pacienta zaměřená péče“ a nástin měření a hodnocení výsledků implementace na pacienta zaměřené péče

Cíl č.2: rešerše odborné literatury a jiných dostupných zdrojů v oblasti implementace Patient centered care na zahraničních spinálních jednotkách

Výsledky výzkumu budou sloužit jako zdroj informací k seminářům na dané téma, například na třinácté odborné konferenci a setkání spinálních jednotek 6.-7. června 2024 v hotelu Kunětická hora, Dříteč. Výstupem závěrečné práce bude teoretický podklad pro sebereflexi zdravotnického personálu a k vyhodnocení, zda a kdy je péče skutečně realizována jako „péče zaměřená na pacienta (PCC)“.

3 Metody práce

Bakalářská práce byla zpracována v teoretické rovině metodou analýzy písemných pramenů. Sběr dat proběhl pomocí rešeršní a analytickokomparační činnosti z odborných publikací (monografií, článků a virtuálních zdrojů informací).

K dosažení cílů práce byla využita metoda analýzy dokumentů, která se skládá ze dvou samostatných, navazujících částí. První částí byla systematická rešeršní činnost s postupnou konstrukcí dat, zatímco druhou částí byla analyticko-komparační činnost prováděná na základě nalezených zdrojů.

Další fáze rešeršní práce, zahrnující postupné shromažďování dat, spočívala v hledání dalších dostupných informačních zdrojů. Pracovalo se s online katalogy a databázemi, jako je například Pub Med, Medical Tribune. V české literatuře dominovaly monografie významných autorek, které se zaměřovaly na obor ošetrovatelství a jeho základy, etiku, komunikaci, vztahy mezi zdravotníky a pacienty, a rovněž na články z odborných časopisů. Zahraniční zdroje byly nejčastěji zastoupeny články z odborných časopisů např. Institute of Medicine, World Health Organization, Picker, Medscape.

Práce byla obohacena o záznamy z Innovation campu projektu HL4V (hlavní řešitel Krajská nemocnice Liberec, a.s.), kterého jsem se účastnila 18.1. 2024.

Ve výzkumné práci bylo čerpáno celkem ze 82 zdrojů.

Výzkumné otázky:

1. Jaké předpoklady jsou potřebné pro naplnění na pacienta zaměřené péče ve zdravotnictví?
2. Jak je charakterizována na pacienta zaměřená péče v provozu spinálních jednotek v zahraničí?
3. Jakou formou je možné realizovat na pacienta zaměřenou péči v provozu spinální jednotky?

4 Zdravotní péče zaměřené na pacienta (PCC)

Síla informovanosti při péči zaměřené na pacienta

Průměrná délka života jedince se celosvětově zvyšuje. Ale často s několika onemocněními a stavy v životě jedince, které vyžadují dlouholetou péči. Bohužel příliš mnoho lidí není informováno o péči, která je jim poskytována a ani se o ní nedozvídají (Edgman-Levitan a Schoenbaum, 2021).

Dle statistik Světové zdravotnické organizace je v některých zemích riziko léčby vysvětleno pouze jedné ze tří osob. Každý pátý člověk podstoupí alespoň jeden zbytečný test a až čtyřicet procent výdajů na zdravotnictví je promarněno z důvodu neefektivity. Zdravotní péče by neměla být taková. Nezapomeňme, že lidé žijí se svým zdravotním stavem nepřetržitě. Proto je tak důležitá péče zaměřená na pacienta. Péče zaměřená na pacienta znamená, že zdravotní služby jsou přizpůsobeny potřebám a preferencím pacientů a jsou poskytovány ve spolupráci s nimi, nikoliv jim pouze předávány. Znamená to péči, kde jsou lidé, rodiny i komunity respektováni, informováni, podporováni a kde se s nimi zachází důstojně a soucitně (World Health Organization, 2020).

Péče zaměřená na pacienta může mít trvalé výhody. Péče zaměřená na pacienta zlepšuje důvěru, zkušenosti a výsledky. Lidé mají k tomuto typu péče důvěru a jsou spokojeni s přístupem zdravotnických pracovníků a s kvalitou a efektivitou zdravotnického systému. Péče zaměřená na pacienta může zvýšit přístup ke zdravotním službám a redukovat jejich neefektivní využívání (Edgman-Levitan a Schoenbaum, 2021).

Z koncepčního hlediska zahrnuje PCC poskytování péče, která je soucitná, empatická a reaguje na potřeby, hodnoty a vyjádřené preference každého jednotlivého pacienta; pacienti by měli o své péči rozhodovat na základě jim dostupných informací. PCC by měla brát v úvahu pacienta jako prožívajícího jedince, který není jen objektem z pohledu nemoci. To znamená, že poskytovatelé péče musí mít pochopení pro kontext pacienta. Především musí být mezi poskytovateli péče a pacienty vytvořeno "terapeutické spojení" (Rathert et al., 2013).

Posílení role pacienta

PCC je popisována jako "přístup k pacientovi jako k jedinečné osobnosti". Je to standard praxe, který prokazuje respekt k pacientovi jako osobnosti. Jde o to, aby se v rozhodovacím procesu do značné míry zohlednil pohled pacienta a okolnosti spojené s jeho životem, a jde mnohem dál než pouhé spolustanovení cílů léčby. Orientace na pacienta se také vztahuje ke stylu setkávání lékaře s pacientem, který by měl být vnímavý k potřebám a preferencím pacienta, k využívání uvědomělých přání pacienta v procesu sebekontroly a sebekpěče, k interakcím a který by měl být otevřený k poskytování informací pacientovi a ke společnému rozhodování. Jedná se o způsob pohledu na zdraví a nemoc, který ovlivňuje celkovou pohodu člověka, a o snahu posílit postavení pacienta rozšířením jeho role v péči o zdraví. Zlepšení informovanosti pacienta a poskytnutí ujištění, podpory, pohodlí, přijetí, legitimacy a důvěry jsou základními funkcemi PCC (Pelzang, 2010).

Kontinuita a koordinovanost péče

Přístup zaměřený na člověka staví jedince do centra zdravotních a sociálních služeb, včetně péče a podpory. Jedná se o přístup, kdy jsou lidé uznáváni jako jednotlivci, jsou povzbuzováni k aktivní účasti na péči o ně a jejich potřeby a preference jsou chápány a respektovány. Pozitivní terapeutické vztahy jsou zásadní pro kvalitní péči zaměřenou na člověka, a proto toto slovní spojení zahrnuje také pracovní podmínky zdravotnického a pečovatelského personálu. Pečovatelský personál si zaslouží, aby měl uspokojující a naplňující práci a pracoval v prostředí, které podporuje jeho vlastní pohodu a umožňuje mu poskytovat péči na nejvyšší úrovni (Picker, 2018).

V přístupu k veřejnému zdravotnictví zaměřeném na člověka se uznává, že lidé mají přirozenou důstojnost, a zachází se s nimi s respektem, aby se podpořilo jejich rozvíjející se zdraví a štěstí. Přístup zaměřený na člověka podporuje svobodu a odpovědnost rozvíjet svůj život způsobem, který je osobně smysluplný a který respektuje ostatní v prostředí, v němž společně žijeme. Důkazy naznačují, že zdravotnické organizace fungují dobře, pokud fungují způsobem zaměřeným na člověka a společenství lidí, protože to stimuluje lepší koordinaci, spolupráci a sociální důvěru. Aby byla zdravotní péče účinná, efektivní a spravedlivá, musí být integrována na několika vzájemně propojených úrovních. Pro snížení zátěže nemocí je nutná integrace mezi lidmi,

kteří péči vyhledávají a těmi, kteří ji poskytují a to v rámci sociální sítě každého jedince, napříč jeho životní dráhou, spolu s primárními pečovateli a specialisty napříč různými sektory společnosti. Aby byla integrace na všech těchto úrovních úspěšná, je třeba podporovat společné hodnoty a společnou vizi budoucnosti (Cloninger et al., 2014).

Klíč ke kvalitnímu životu

Péče zaměřená na pacienta (PCC) je mezinárodně uznávaná jako klíčová součást vysoce kvalitní zdravotní péče. PCC se však vyvinula v několika málo zemích s vysokými příjmy a údaje zkoumající tento koncept v naprosté většině zemí s nízkými a středními příjmy jsou omezené (Nkhoma et al., 2022).

Výzvy, kterým čelí celosvětové zdravotnictví, jsou dobře známy. Roste počet starších lidí a lidí žijících s chronickými onemocněními či se zdravotním postižením. Současně jsou poskytovatelé zdravotní a sociální péče pod stále větším tlakem. Pokud chceme poskytovat vysoce kvalitní péči, která lidem zajistí co nejlepší kvalitu života, musíme přehodnotit vztah mezi službami, které jim poskytují péči a klienty či pacienty, kteří služby využívají. Péče zaměřená na člověka podporuje jedince, aby si osvojili znalosti, dovednosti a sebedůvěru, kterou potřebují k efektivnější sebekontrolě (self-managementu) a k sebepéči a k informovanému rozhodování o vlastním zdraví a zdravotní péči (Health Foundation, 2014).

Protože zdraví je ovlivňováno složitou souhrou fyzických, sociálních, ekonomických, kulturních a environmentálních faktorů, je třeba na něj pohlížet v širším kontextu a zapojit do něj všechny zúčastněné strany. Úspěchy moderní medicíny za poslední století jsou impozantní. Pokroky v diagnostických postupech, neinvazivních zákrocích, léčivých přípravcích a účinných strategiích podpory zdraví a prevence nemocí výrazně zlepšily schopnost lékařů diagnostikovat, zvládat a léčit řadu zdravotních stavů. Zdravotnické systémy však dosáhly důležitého bodu obratu. V celosvětovém měřítku se mění vzorce zdravotního stavu obyvatelstva a jeho výsledky, protože zátěž nemocí se přesouvá od infekčních nemocí k chronickým onemocněním. Diabetes, deprese, kardiovaskulární onemocnění a zdravotní postižení nyní představují více než polovinu zátěže nemocemi na celém světě. Očekává se, že tento trend bude pokračovat, což představuje velkou výzvu pro současné zdravotnické systémy, zejména proto, že posun v zátěži nemocí zvyšuje potřebu, aby lidé byli v systému zdravotnictví neustále v kontaktu s několika specialisty z různých oborů (WHO, 2020).

Integrovaný přístup zaměřený na pacienta je podmíněný:

- rovnost v přístupu: aby měl každý a všude přístup ke kvalitním zdravotním službám, které potřebuje, kdy a kde je potřebuje
- kvalitu péče: bezpečná, účinná a včasná péče, která odpovídá komplexním potřebám jedince a je na nejvyšší možné úrovni
- interakce a účast: péče je koordinována s ohledem na potřeby lidí, respektuje jejich preference a umožňuje jim podílet se na záležitostech spojených s jejich zdravotním stavem a léčbou
- efektivita: zajištění toho, aby služby byly poskytovány v nákladově nejefektivnějším prostředí se správnou rovnováhou mezi podporou zdraví, prevencí a péčí o pacienty hospitalizované a po dispenzarizaci(propuštění) do domácí péče, zamezení duplicitně poskytovaných služeb a zamezení neefektivnímu plýtvání zdroji
- odolnost: ve významu posílení schopnosti zdravotnických subjektů, institucí a obyvatel připravit se na krize v oblasti veřejného zdraví a účinně na ně reagovat (World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 2007)

4.1 Zdravotní péče založená na hodnotě

Zdravotní péče založená na hodnotě (VBHC) a péče orientovaná na pacienta (PCC) se stávají stále důležitějšími faktory v poskytování excelentní péče pacientům a zároveň optimalizují náklady v nemocnicích po celém světě. Jejich implementace představuje klíčový krok pro zdravotnická zařízení, které usilují o zlepšení kvality péče, optimalizaci procesů a dosažení vyšší efektivity nákladů. VBHC je rámec zdravotní péče, který klade důraz na dosažení hodnoty a kvality péče pro pacienty. Namísto výhradního zaměření se na poskytování zdravotních služeb se VBHC soustředí na dosažení pozitivních výsledků péče o pacienty při efektivním využití dostupných zdrojů. Jedná se o posun od objemu péče ke kvalitě, hodnotě a k výsledkům pro pacienty (Health Labs4Value, 2023).

4.2 Živá laboratoř (Living Labs, LL)

Živá laboratoř představuje prostředí inovace, kde se testují a vyvíjejí nové technologie, služby nebo procesy přímo v reálném prostředí uživatelů. Jedná se o otevřený přístup, který podporuje spolupráci mezi různými zúčastněnými stranami, včetně pacientů, zdravotnických pracovníků, výzkumníků a dalších relevantních partnerů. V rámci zavádění péče orientované na pacienta (PCC) ve zdravotnickém zařízení hraje živá laboratoř klíčovou roli, jelikož přispívá k úspěšné implementaci a optimalizaci postupů a technologií PCC. V rámci této laboratoře se vytváří prostředí a mechanismy pro spolupráci a aktivní zapojení zúčastněných stran, které sdílejí své zkušenosti, názory a přispívají ke zlepšení poskytované péče. Do živé laboratoře při zavádění PCC ve zdravotnickém zařízení jsou zapojeny následující zainteresované strany: pacienti, zaměstnanci a vedení nemocnice, výzkumní pracovníci a malé a střední podniky (Health Labs4Value, 2023) .

4.3 Organizace napomáhající implementaci Péče zaměřené na pacienta

International College of Person-centered Medicine (ICPCM) je nezisková vzdělávací, výzkumná a advokační organizace, která vznikla na základě ženevských konferencí o medicíně zaměřené na člověka od roku 2008 do současnosti a jejímž cílem je podporovat propojení vědy a humanismu v medicíně a zdravotní péči a jejich zaměření na celého člověka. Medicína zaměřená na člověka se věnuje podpoře zdraví jako stavu tělesné, duševní, sociokulturní a duchovní pohody, jakož i omezování nemocí, a je založena na vzájemném respektu k důstojnosti a odpovědnosti každého jednotlivce (Nováková et al., 2016).

World Health Organization (Světová zdravotnická organizace) propaguje zdravější a bezpečnější život. Podporuje země na cestě k general health insurance (veřejnému zdravotnímu pojištění) tím, že vytváří zdravotnické systémy podle potřeb lidí, nikoli podle nemocí a zdravotnických zařízení, aby se každému dostalo správné péče ve stejnou dobu a na správném místě (WHO, 2020).

Institute of Medicine (Lékařský institut, IOM) označil orientaci na pacienta jako klíčovou pro kvalitní zdravotní péči. IOM schválila šest dimenzí zaměřených na pacienta, které stanovily, že zdravotní péče musí:

- respektovat hodnoty, preference a vyjádřené potřeby pacientů
- být koordinovaná a integrovaná
- poskytovat informace, komunikaci a vzdělávání
- zajistit fyzické pohodlí
- poskytovat emocionální podporu
- zapojit rodinu a přátele (Tzelepis et al., 2015).

Health Foundation (Nadace pro zdraví) je dalším velkým propagátorem PCC. Je to nezávislá charitativní organizace usilující o zlepšení kvality zdravotní péče ve Spojeném království. Nadace pro zdraví provádí výzkum a hodnocení, uvádí myšlenky do praxe prostřednictvím řady programů. Podporuje a rozvíjí vedoucí pracovníky a sdílí důkazy s cílem podpořit širší změny. Health Foundation je velkým centrem zdrojů informací a osvěty z oblasti péče zaměřené na pacienta. Zdroj informací dostupný online je určený pro zdravotnické pracovníky a má jim pomoci zavádět zdravotní služby více zaměřené na člověka. Health Foundation poskytuje nástroje, informace a další materiály, které lidem umožní efektivněji řídit své zdraví a péči a činit o nich informovaná rozhodnutí (Health Foundation, 2014).

Picker Institute Europe je nezisková organizace, která vytváří a využívá důkazy k prosazování vysoce kvalitní péče a zkušeností pacientů. Mezi její činnosti patří vypracovávání průzkumů zkušeností pacientů a poskytování zpětné vazby o jednotlivých lékařích (The Health Foundation, 2014).

Organizace Picker se snaží propagovat a šířit myšlenku péče zaměřené na člověka. Zásady péče zaměřené na člověka, které tato organizace vypracovala na základě původního výzkumu s pacienty, jejich rodinami a personálem, stanovují rámec pro pochopení toho, co je pro většinu lidí nejdůležitější a co představuje vysoce kvalitní péči zaměřenou na člověka. Pickerovy zásady péče zaměřené na člověka se týkají všech aspektů péče o pacienty a klienty (Picker Institute, 2018).

Následující text přibližuje osm tzv. Pickerových zásad péče zaměřené na člověka

1. Rychlý přístup ke spolehlivému zdravotnímu poradenství

Přístup ke správným službám ve správný čas je zásadní pro vysoce kvalitní péči, která odpovídá potřebám jednotlivců. Přístup zahrnuje: snadné plánování schůzek, minimální čekání na doporučení nebo léčbu, dostupnost vhodných odborníků a dostupnost poradenství. Rychlý a snadný přístup je důležitý jak pro běžnou péči, tak pro neplánované krizové situace.

2. Účinná léčba důvěryhodnými odborníky

Základem péče zaměřené na člověka jsou pozitivní terapeutické vztahy. Lidé by měli dostávat klinicky vhodnou a účinnou péči, která odpovídá jejich potřebám a respektuje jejich preference. Vzájemné vztahy s odborníky v oblasti péče by měly vzbuzovat pocit důvěry a jistoty.

3. Kontinuita péče a plynulé přechody

Při poskytování péče se lidé dostávají do kontaktu s řadou poskytovatelů a pracovníků. Pro koordinovanou péči zaměřenou na člověka je zásadní zajistit, aby tyto přechody byly plynulé. Všichni lidé by měli zažívat kontinuitu informací, vztahů s personálem a způsobu řízení péče.

4. Zapojení a podpora rodiny a pečovatелů

Poskytovatelé a personál musí uznat význam rodin, pečovatелů, přátel a širších podpůrných sítí pro celkové zdraví a pohodu pacientů. Jejich zapojení by mělo být vítáno a podporováno. Emocionální dopad pečovatelských povinností by neměl být podceňován: rodinní příslušníci a i placené služby musí po celou dobu cítit podporu.

5. Jasně informace, komunikace a podpora při sebedpěči

Lidé využívající zdravotní a pečovatelské služby by měli dostávat spolehlivé, kvalitní a dostupné informace v každé fázi své cesty. Informace by měly být poskytovány ve vhodnou dobu, srozumitelným způsobem a měly by lidem pomáhat, aby mohli činit informovaná rozhodnutí a řídit svou vlastní péči.

6. Zapojení do rozhodování a respektování preferencí

Lidé mají právo podílet se na rozhodování o svém zdraví a péči a rozhodovat o nich. Poskytovatelé by měli s lidmi spolupracovat v rovnocenném a vzájemném partnerství a měli by respektovat jejich volby a preference - mimo jiné i ty, které odrážejí jejich původ, sociální a kulturní hodnoty.

7. Emocionální podpora, empatie a respekt

Péče zaměřená na člověka vyžaduje pečující a holistický přístup. Lidé poskytující péči by měli projevovat empatii a respekt a uznávat emocionální potřeby jednotlivce. Aby byla péče soucitná, musí být poskytována s respektem, citlivostí a uznáním osoby jako jednotlivce.

8. Pozornost věnovaná fyzickým a environmentálním potřebám

Lidé si zaslouží, aby se o ně pečovalo v bezpečném a příjemném prostředí, které jim poskytuje soukromí a důstojnost. Stejně tak by pečovatelé měli dbát na fyzické potřeby lidí - včetně léčby bolesti, pomoci při aktivitách a při osobní péči (Picker Institute, 2018).

4.4 Měření kvality Péče zaměřené na pacienta

Péče orientovaná na pacienta (PCC) klade důraz na hodnotu z pohledu samotného pacienta. Hodnocení hodnoty této péče je založeno na spokojenosti pacientů, jejich přístupu k informacím, účasti na rozhodování a dosažení cílů zdravotní péče (Health Labs4Value, 2023).

Pacientem hlášená opatření vyvinutá k posouzení kvality péče zaměřené na pacienta zahrnují měření spokojenosti s péčí a měření zkušeností s péčí. Míra spokojenosti hlášená pacienty jsou zásadní pro úsilí o zlepšení kvality, protože poskytují pacientovu perspektivu ve vztahu k oblastem zdravotní péče, která je vysoce kvalitní, a aspekty péče, kde je třeba zlepšení. Pacientem hlášená míra spokojenosti jsou pravděpodobně nejlepším způsobem, jak posoudit konstrukty, které se týkají orientace na pacienta, protože péče zaměřená na pacienta odpovídá pacientovi a je vedena podle jeho preference. Míra spokojenosti hlášená pacienty jsou také schopna shromažďovat

informace, které lze získat pouze od samotných pacientů, například zda pacient dostal adekvátní úlevu od bolesti (Tzelepis et al., 2015).

Organizace, jako Světová zdravotnická organizace (WHO) a Institut medicíny (IOM), zkoumají možnosti, jak zlepšit kvalitu poskytované zdravotní péče s důrazem na potřeby pacientů a jejich zapojení do procesu léčby. Hodnocení patientské spokojenosti je klíčovým faktorem při hodnocení poskytovaných zdravotnických služeb. Před několika lety navrhlo Ministerstvo zdravotnictví ČR a Sdružení fakulturních nemocnic metodu měření kvality péče z perspektivy pacientů a zavedení standardizovaných dotazníků. Efektivní měření kvality vyžaduje spolehlivou metodiku a zapojení co největšího počtu zdravotnických zařízení s dobře srovnatelnými ukazateli kvality (Raiter, 2010).

Při hodnocení kvality péče je důležité zvážit všechny individuální preference pacienta, včetně jeho prostředí, vztahů, kulturních faktorů, dostupných zdrojů a podpory (Mastiliaková, 2014).

4.5 Konkrétní nástroje a doporučení zavedení péče zaměřené na pacienta ve zdravotnickém zařízení

V systému zdravotní péče je potřeba provést významný posun směrem k přístupu, který je více orientován na potřeby pacienta. Začleněním pacientů jako partnerů do péče umožní poskytovatelům zdravotní péče lépe pochopit jedinečné potřeby a preference svých pacientů a účinněji s nimi pracovat. Tento krok nakonec povede ke zlepšení výsledků péče o pacienty a zvýšení její hodnoty.

Při implementaci PCC lze využít následující tipy:

- začněte tím, že individuálně přizpůsobíte svůj přístup každému pacientovi;
- aktivně komunikujte s pacientem a naslouchejte jeho potřebám, obavám a přáním;
- budujte si s pacienty trvalý a důvěryhodný vztah, což může vést k lepší spolupráci a důslednějšímu dodržování léčby;
- zapojte pacienta do procesu rozhodování o jeho zdravotní péči;
- podpořte pacienta, aby měl kontrolu nad svým léčebným plánem a pomáhejte mu s jeho realizací;

- přidejte pacientovi poskytovatele primární péče, který bude sledovat jeho zdravotní stav;
- poskytněte pacientům včasné a srozumitelné informace o jejich diagnóze, léčebném plánu a průběhu onemocnění;
- vytvářejte prostředí pro pacienty, aby se mohli podělit o své zkušenosti a příběhy s ostatními, což může přispět ke zlepšení jejich emocionálního a psychického stavu;
- podporujte multidisciplinární přístup k péči o pacienta, aby lékaři a další zdravotníci lépe koordinovali a spolupracovali při poskytování péče;
- sledujte a měřte úspěšnost a spokojenost pacientů s vaším přístupem k péči a upravujte své postupy na základě zpětné vazby od pacientů (Health Labs4Value, 2023).

4.6 Péče o spokojenost pacienta

Pro zlepšení pohody a spokojenosti pacienta je důležité, aby měl pocit jistoty, že není pouhým číslem v rámci standardizované péče, ale že je brán v úvahu jako jedinečný jedinec. Proto je nezbytné minimalizovat možné chyby. Získání zpětné vazby je klíčové pro informování pacienta o jeho zdravotním stavu a pro porozumění názorům, které se mohou lišit od názorů ošetřujících. Dobrou cestou k získání zpětné vazby je zavádění vhodně koncipovaných standardizovaných dotazníků (Tzelepis et al., 2015).

4.7 Komunikace zdravotnického personálu v péči orientované na pacienta

Efektivní komunikace je základní dovedností, která, podobně jako jiné dovednosti, vyžaduje pravidelný trénink. Existují studie, které ukazují pozitivní výsledky spojené s absolvováním kurzů komunikačních dovedností. Tyto kurzy nejenže přispívají ke zmírnění emočního stresu pacientů, ale také pomáhají zlepšit schopnost směřovat rozhovor k individuálním potřebám a osobnosti pacienta, místo aby se zaměřovaly pouze na sběr dat (Ptáček et al., 2011).

Ve zdravotnickém zařízení je klíčové vytvořit atmosféru otevřené komunikace, která podporuje aktivní dialog mezi pacienty, zdravotnickým personálem a dalšími zúčastněnými stranami. To zahrnuje vytvoření prostředí, ve kterém se pacienti cítí vítáni, respektováni a vyslyšeni. Zdravotnický personál by měl být povzbuzován a motivován k aktivnímu naslouchání a komunikaci s pacienty. Pacienti by měli mít přístup k relevantním informacím o svém zdravotním stavu, diagnóze, léčbě a možnostech péče. Nemocnice by měly zajistit, aby pacienti měli dostatek informací, aby mohli aktivně a informovaně spolupracovat se svým zdravotnickým týmem. To zahrnuje poskytování písemných materiálů, vzdělávacích programů, přístup k online informacím a podporu sdílení informací mezi různými poskytovateli péče (Health Labs4Value, 2023).

Bez empatie a porozumění pro nemocného člověka není možná efektivní komunikace. Zatímco empatie je složitý proces, můžeme ji popsat jako schopnost "vstoupit do bot druhého člověka" a vidět věci z jeho perspektivy. Ošetřující projevuje pacientovi svoji přítomnost a emoční blízkost. Schopnost akceptovat to, co pacient sděluje, a nalézt vhodnou rovnováhu ve vyjádření vlastních postojů, je považována za jednu z nejdůležitějších, ale zároveň nejtěžších dovedností ošetřujících (Mearns a Thorne, 2013).

4.8 Na pacienta orientovaná domácí péče

Poskytování péče zaměřené na pacienta v domácím prostředí může významně přispět ke zlepšení kvality života pacienta (Černocká, 2013).

V domácím prostředí je důležité zajistit rodinným příslušníkům odpovídající podporu. Tato podpora zahrnuje poradenství a odborné zaškolení v péči o nemocného, včetně používání pomůcek usnadňujících život v domácím prostředí. Před propuštěním pacienta do domácího prostředí je poskytnuta důkladná edukace pacientům i jejich rodinám (Válková et al., 2011).

S ohledem na demografický vývoj, který předpokládá významné stárnutí průměrné populace, je zřejmé, že poptávka po těchto službách dramaticky vzroste. Agenturní zařízení specializovaná na domácí péči o starší a nemocné budou pravděpodobně zvyšovat svůj počet (Černocká, 2013).

5 Ošetrovatelský proces ve vztahu k péči zaměřené na pacienta

Definici ošetrovatelství, která zdůrazňuje orientaci na pacienta, poskytuje Světová zdravotnická organizace (WHO). Podle ní je ošetrovatelství systémem typicky ošetrovatelských činností, které se týkají jednotlivců, rodin a skupin a který jim pomáhá být schopnými pečovat o své zdraví a pohodu (Staňková, 2002).

V ošetrovatelství začaly americké sestry v 60. letech 20. století prosazovat holistický přístup. Jejich cílem bylo udržet rovnováhu mezi uspokojováním lidských potřeb a stále narůstajícím technickým pokrokem, který vedl k tomu, že práce sester se často zaměřovala pouze na sledování fyziologických funkcí a potřeb pacientů (Pokorná a Komínková, 2013).

Filozofie holismu změnila přístup k péči o nemocné, přinášeje hodnotový systém a stala se základem etických principů, ošetrovatelských teorií a modelů orientovaných na pacienta. Holistické ošetrovatelství je nezbytné pro poskytování komplexní, individualizované péče, v níž je centrální postavou pacient chápaný jako celostní bytost, zahrnující bio-psycho-sociální a duchovní složky, v určitém prostředí a stavu zdraví (Farkašová et al., 2006).

5.1 Ošetrovatelské modely

Ošetrovatelské modely vycházejí z filozofie holismu a vznikly jako reakce na rychlý rozvoj medicíny a technologií, který vedl k zanedbání orientace na pacienta, jeho osobnost a individuální potřeby. Tyto modely jsou klíčovým faktorem určujícím rozsah činností sester v klinické ošetrovatelské praxi a zároveň definují obsah studia. Jejich vznik se datuje do 50. let 20. století v USA (Jarošová, 2003).

Dnes je nejkompexnějším přístupem k péči o člověka model „Funkčního typu zdraví“ M. Gordonové. Tento model je v zahraničí i u nás využíván jak při výuce na univerzitách, tak v běžné praxi. V některých institucích je dokonce součástí sesterské dokumentace. Obsahuje třináct oblastí, které při sestavování ošetrovatelské anamnézy

poskytují komplexní biografické informace o pacientovi, jeho chování, potřebách a subjektivním vnímání nemoci. Tyto informace pak slouží jako cenný základ pro realizaci ošetřovatelského procesu (Tótová et al., 2014).

5.2 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je pojmem, který vznikl v 60. letech 20. století v USA. Do klinické praxe se ošetřovatelský proces začal implementovat v roce 1988, kdy Americká asociace sester (ANA) uveřejnila ošetřovatelský proces jako standardní postup v jejich praxi (Mastiliaková, 2014). Ošetřovatelský proces je příkladem péče zaměřené na pacienta. Poskytuje komplexní metodiku pro postup v péči a splnění individuálních potřeb pacienta s důrazem na holistický přístup k celkovému zdravotnímu stavu, ať už je pacient zdravý nebo nemocný. Tento proces zahrnuje pět fází, které jsou reflektovány v ošetřovatelské dokumentaci. Ošetřovatelské diagnózy jsou formulovány tak, aby odpovídaly individuálním potřebám pacientů a jejich současnému zdravotnímu stavu (Tóthová et al., 2014). Kritické myšlení je klíčovou součástí ošetřovatelského procesu. V péči zaměřené na pacienta poskytuje sestřím cenné návody pro zlepšení pozitivních účinků poskytované péče a snižování rizika nežádoucích situací (Tóthová et al., 2014).

5.3 Příprava zdravotnických pracovníků na povolání

Některé nedostatky se projevují v připravenosti studentů propojovat teorii s praxí. Často se studenti příliš zaměřují na technické vybavení a pomůcky, což může vést k opomenutí psychosociální podpory, která zůstává při vzdělávání stále na okraji zájmu. Studenti opouští praxi s pocitem, že jsou využíváni k nedostatečně odborným činnostem, místo aby se jejich zájem o pacienta prohluboval. Cílem odborných praxí by mělo být, aby studenti dokázali spojit teorii s praxí a aby je vedl odborník, který nejen sdílí své znalosti a dovednosti, ale také představuje příklad svého osobního přístupu k pacientovi (Vaňková, 2013).

5.4 Role sestry v péči zaměřené na pacienta

Role sestry jako komunikátorky má význam nejen v interakci mezi sestrou a pacientem, ale také v komunikaci mezi samotnými sestrami. Tato role formuje vztahy a je nezbytná na všech úrovních poskytované péče. Role sestry jako edukátorky je interaktivní a směřuje k dosažení stanovených cílů. Sestra jako poradkyně pomáhá pacientovi zvládat nové a obtížné situace. Důležitou rolí je také role sestry jako ochránkyně práv pacienta. Dokáže hájit lidi, kteří jsou nespravedlivě obviněni, a zároveň vyhodnotit reálné a objektivní aspekty jejich chování. Sestra by měla být nejen dobře vzdělaná, ale také pozitivně orientovaná na straně druhé a sociálně zralá. Pouze tak může pacientovi zajistit lidskou jistotu v náročných situacích života (Kopřiva, 2013).

5.5 Vztah sestry a pacienta

Péče orientovaná na pacienta přispívá k hodnotě poskytované péče tím, že vytváří léčebné vztahy, které jsou pro pacienty nezbytné, žádané a očekávané. Aby byl tento vztah založen na porozumění a vzájemné úctě, je nezbytné, aby se spojily tři faktory: odpovědný a otevřený profesionální přístup, aktivní spolupráce pacienta a jeho rodiny a koordinované a integrované léčebné prostředí (Epstein et al., 2010).

5.1 Aktivní účast pacienta

Dnešní ošetrovatelství se stále více opírá o poznatky psychologie a podporuje partnerský vztah mezi pacientem a ošetřujícím, který by měl být osobní, diskutující a hledající neoptimálnější řešení. Nicméně je třeba zdůraznit, že mnoho zdravotníků stále setrvává v paternalistickém modelu, kde se od pacienta očekává poslušnost. Avšak ne všichni pacienti jsou připraveni na takové změny, protože mají obavy z rovnocenného vztahu, který předpokládá spolupráci a sdílení odpovědnosti za vlastní zdraví. Zejména starší pacienti, kteří nemusí plně rozumět nebo se orientovat v nové situaci, mohou být neochotní přijmout samostatné rozhodování nebo změny v ustáleném systému, který jim

poskytuje pocit bezpečí. V této souvislosti můžeme chápat paternalistický přístup jako ochranný, který poskytuje nemocným pocit jistoty (Haškovcová a Pavlicová, 2013).

6 Nové koncepty přístupu k léčbě

Pro zdokonalení péče zaměřené na pacienta začala některá zdravotnická zařízení úspěšně využívat koncepty a modely péče založené na poznacích psychologie o pacientech. Bylo zjištěno, že i když byl pacient léčen, nakrmen a dostal léky, nemusel být nutně spokojený. Měl někdo zájem o jeho osobní příběh? Bez duševní podpory nemocných se ukázalo, že i při nejlepší léčbě není možné dosáhnout uspokojivého fyzického stavu. Proto bylo nutné přehodnotit jednostranný přístup péče zaměřený pouze na nemoc. Mezi nejběžnější metody, které jsou využívány, patří bazální stimulace, validace, smyslová aktivizace, kinestetická mobilizace a psychobiografický model péče. Tyto konceptuální přístupy zdůrazňují nedílnou souvislost mezi pacientem, poskytovateli péče a prostředím. Pro porozumění vnitřnímu světu pacienta je klíčové pracovat s jeho biografií. Kromě změny v osobním přístupu jsou tyto metody závislé také na absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů (Filatová et al., 2014).

6.1 Metoda validace

Reaguje na neefektivitu běžně používaných metod, zejména v oblasti komunikace, která vyžaduje odlišný přístup. Proč se nemocní pacienti neustále vrací do minulosti a proč v nich konfrontace s realitou vzbuzuje zlobu a hněv? Pro tuto práci je nezbytná správná technika komunikace a změna přístupu ošetrovatelského personálu či pečujících rodinných příslušníků v domácí péči. Nevyřešené emoce se pak obtížně projevují v celoživotním prožívání, dokud nemocný nezpracuje své pocity. Hlavním cílem metody validace není pouze zlepšení zdravotního stavu, ale prostřednictvím vhodné komunikace změnit přístup zdravotnického personálu nebo pečujících v domácí péči tak, aby se dokázali vcítit do situace dezorientované osoby a přizpůsobit péči aktuálnímu stavu pacienta. To zahrnuje akceptování pacienta, snahu vnímat nemocného jako jedinečnou bytost, umožnění pacientovi vyjádřit i negativní pocity, ochotu naslouchat, což poskytuje pacientovi pocit důvěry a porozumění. Naopak, ignorace zesiluje pocity hněvu. Je důležité vzít v úvahu, že každý hledá rovnováhu mezi pochopením a trpělivostí (Feil a Klerk-Rubin, 2012).

6.2 Psychobiografický model

Biografický přístup je strategie, která se bezprostředně opírá o životní příběhy pacientů. Tento způsob poskytování péče pomáhá personálu lépe porozumět klientům. Jeho hlavním cílem je motivovat pacienty k samostatnější péči o sebe. Porozumění pacientově biografii pomáhá zdravotnickému personálu lépe chápat pacienta a jeho potřeby. Díky této znalosti a porozumění je možné poskytovat služby a péči s respektem a úctou (Procházková, 2010).

7 Spinální poranění

Poranění míchy (SCI) je chronické onemocnění s komplexními dopady, které mají trvalý vliv na zdraví, funkce a kvalitu života (QoL) lidí s SCI. Po utrpeném poranění míchy se život pacientů změní a vzniknou některé jedinečné sekundární stavy, které, pokud nejsou včas rozpoznány a správně řešeny, mohou vést ke zvýšené morbiditě a mortalitě. S rozvojem míšní medicíny se odborníci na SCI dozvěděli mnoho o fyziologických, psychologických a společenských změnách, které pacienti s SCI zažívají a které pomohly zlepšit zdraví a QoL těchto osob. Rozpoznání příznaků a symptomů těchto sekundárních stavů a znalost toho, jak je adekvátně zvládat a jak předcházet četnosti jejich výskytu, má vliv na udržení zdraví a pohody pacientů s SCI (Van Den Hauwe et al., 2020).

Poranění páteře v 60 % případů postihuje nejčastěji mladé zdravé muže ve věku 15 až 35 let, přičemž nejčastější jsou poranění krční páteře. Hlavní příčinou poranění páteře jsou tupá poranění nejčastěji způsobená při dopravních nehodách (48 %), následují pády (21 %) a sportovní úrazy (14,6 %). Napadení a penetrující poranění představují přibližně 10-20 % případů. Poranění páteře a míchy jsou hlavní příčinou invalidity, postihují převážně mladé zdravé jedince, mají významné socioekonomické důsledky a náklady na celoživotní péči a rehabilitaci (Van Den Hauwe et al., 2020).

Povaha SCI může být způsobena traumatickými nebo netraumatickými příčinami a vede k rozsáhlému motorickému a senzorickému deficitu, stejně jako k mnoha sekundárním postižením postihujícím všechny tělesné systémy (Sun et al., 2016).

V posledních několika desetiletích se průměrný věk pacientů s poraněním míchy zvýšil, což se přičítá podstatně většímu podílu úrazů souvisejících s pády u starších osob. Většinu poranění páteře tvoří poranění krční páteře, z nichž přibližně jedna třetina vzniká v oblasti kraniocervikálního spojení následovaná zlomeninami torakolumbální páteře. Téměř polovina poranění páteře má za následek neurologický deficit, často závažný a někdy fatální (Riascos et al., 2015). Přežití je nepřímo úměrné věku pacienta a neurologické úrovni poranění, přičemž celkové přežití je nižší u pacientů s vysokým stupněm kvadruplegie ve srovnání s paraplegickými poraněními (Van Den Hauwe et al., 2020).

8 Spinální program České republiky

Spinální program znamená kontinuální a komplexní péči o pacienty po poranění míchy. Vývoj spinálních programů byl složitý a muselo být zapojeno několik odborných institucí, Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní zařízení a pojišťovny. Vývoj trval několik desetiletí a výsledek se dostavil v roce 2002 kdy bylo vydáno metodické opatření. V akutní fázi, v 1. až 2. týdnu po úraze, je péče prováděna na spondylochirurgických pracovištích. Následně po provedení operačního zákroku, který je zaměřený na dekompresi a stabilizaci páteře, je pacient přeložen na spinální jednotky ve 3. až 12. týdnu po zranění. Po České republice máme rozmístěno několik spinálních jednotek a to ve FN Praha-Motol, FN Brno-Bohunice, FN Ostrava-Poruba a v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Tyto pracoviště poskytují komplexní lékařskou, ošetrovatelskou, rehabilitační a psychologickou péči. Zde je velmi důležité sledování pacienta pro možný rozvoj zdravotních komplikací a nastavení správné medikace a zřízení režimu močení a vyprazdňování. Podstatná je rovněž intenzivní fyzioterapie a ergoterapie. Přibližně po dvou až třech měsících je pacient přeložen do rehabilitačního ústavu, kde následuje pokračování rehabilitace v délce 4-5 měsíců. V České republice máme tři rehabilitační centra. Jmenovitě to jsou Hamzova odborná léčebna Luže-Košumberk, RÚ Kladrub a RÚ Hrabyně. Zásadní je připravit pacienta na domácí prostředí a zajistit, aby nabyl na soběstačnosti. Po propuštění z rehabilitačního zařízení do domácího prostředí je nadále pacient sledován v ambulantních spinálních jednotkách a u svého praktického lékaře. Zásadní roli zde mají i neziskové organizace, které poskytují sociální služby, půjčování speciálních pomůcek, poradenství a osobní asistenci. Výstupem spinálního programu je dopřát co nejlepší podmínky pro plnohodnotný život (Kříž a Faltýnková, 2012).

9 Ukázka úspěchu individualizované péče v zahraničí

Příkladem rehabilitačního programu, který se přístupem individualizované péče věnuje komplexní terapii je ABT terapie. Dle četných studií vychází jako z jedna nejuspěšnějších metod rehabilitace po poranění míchy a to nejen z hlediska fyziologie ale i z hlediska hluboké podpory psychické pohody pacienta. Výhodou ABT terapie je že je možné jí implementovat v jakémkoliv zařízení (akutní péče, rehabilitační ústav, domácí péče) a to v jakékoliv zemi. Review Kaiser et al. dokládá, že ten to přístup rehabilitace přistupuje ke každému pacientovi individualizovaně. Řídí se více pacientovými potřebami než standardy v nemocnici. V kontextu PCC jsou aktivity založené na terapii navrhovány a prováděny s ohledem na jedinečné charakteristiky a zájmy každého jednotlivce. Tímto způsobem se zajišťuje, že terapeutické aktivity nejsou pouze standardizované, ale jsou přizpůsobeny každému klientu tak, aby podporovaly jeho celkový blahobyt a smysluplnost léčby (Kaiser et al., 2022).

Terapie založená na aktivitách (Activity-based therapy) ABT

Léčebné plány přizpůsobené úrovni a závažnosti poranění jednotlivce většinou zdůrazňují závislost pacienta na kompenzačních strategiích a adaptačních pomůckách pro vykonávání činností každodenního života (Kaiser et al., 2022).

Po ukončení lůžkové rehabilitace se lidé žijící v komunitě spoléhají na fyzickou aktivitu prostřednictvím cvičení, fitness a sportu jako na prostředek k udržení celkového zdraví a funkcí. Avšak ačkoli jsou prospěšné pro snížení sekundárních komplikací a zlepšení duševního zdraví, celkové pohody a kvality života, cvičení a sport se často zaměřují na svaly nad úrovní poranění, a proto nemusí podporovat neurorekonvalescenci (Musselman et al., 2021).

Následně se jako alternativa ke konvenční rehabilitaci objevily terapie ABT které nabízejí "intervence, které poskytují aktivaci nervosvalového systému pod úrovní léze s cílem rekválifikovat nervový systém k obnovení specifického motorického úkolu". Mezi charakteristické rysy ABT patří vysoká intenzita cvičení, mnoho opakování pohybu a vysoká frekvence programu i jednotlivých cvičení. Doba trvání programu ABT se může protáhnout až na 5 hodin denně (Jones et al., 2012).

Součástí ABT jsou cviky se zátěží, pohyby specifické pro daný úkol, hromadné cvičení, senzorická stimulace a vnější facilitace v kombinaci s motivovaným psychickým úsilím. Do programu ABT jsou často začleněny různé typy technologií a vybavení, od nízké až po vysokou složitost, které mohou být použity k podpoře, asistenci nebo jako výzva pro jedince během konkrétního cvičení (Jervis Rademeyer et al., 2023).

Kromě neurorekonvalescence, která vede ke zlepšení funkce a nezávislosti, má ABT řadu zdravotních přínosů, včetně snížení rizika kardiovaskulárních a metabolických onemocnění, zlepšení tělesného složení a psychické pohody. V roce 2019 bylo vytvořeno Společenství pro ABT, dříve nazývané Kanadská pracovní skupina pro ABT, které se zabývá potřebou zvýšit kvalitu a dostupnost ABT v celé Kanadě. Skupina složená z mnoha zúčastněných stran, jejímiž členy byli i jedinci žijící s SCI, určila 5 klíčových priorit, z nichž jednou byl vývoj a implementace nástrojů, které by mohli jedinci žijící s SCI, lékaři a zdravotnické systémy používat ke sledování podrobností o účasti v programu ABT (Musselman et al., 2021).

10 Týmová práce, multidisciplinární tým a duševní zdraví zdravotníků jako základní aspekt při péči zaměřené na pacienta

Týmová práce je považována za důležitý prvek péče o pacienty. Složitost péče o pacienty zdůrazňuje potřebu spolupráce a jasné vzájemné komunikace zdravotnických pracovníků. Všichni členové týmu by měli být svou organizací a vedením podporováni v účasti na vzdělávacích programech zaměřených na týmovou práci, aby se v týmu podpořila pozitivní kultura učení a týmové práce. Vedoucí týmů by měli využít nové sebedůvěry a motivace zaměstnanců v oblasti dovedností týmové práce po účasti na vzdělávacích programech zaměřených na týmovou práci a zajistit, aby na pracovišti existovaly příležitosti k uplatnění nových dovedností a znalostí v každodenní praxi (Eddy et al., 2016).

10.1 Mentální zdraví pracovníků

Přestože se lékaři a sestry snaží poskytovat svým pacientům vynikající péči, často nedávají přednost vlastní péči o sebe, o své fyzické a mentální zdraví. Výsledkem je, že účasti na zdravém životním stylu je často přikládána nízká priorita (Makary a Daniel, 2016).

Kromě osobních faktorů existuje mnoho problémů v systému zdravotní péče, které přispívají k vyhoření a depresi lékařů a sester, včetně špatného personálního obsazení, přetrvávajících problémů s elektronickými zdravotnickými záznamy, které mají za následek méně času efektivně tráveného s pacienty a tlak spojený se zvyšováním počtu případů. Vedoucí pracovníci musí tyto problémy systému zdravotní péče řešit, aby optimalizovali výsledky v oblasti pohody lékařů a zajistili bezpečnost pacientů (Kavalieratos et al., 2017).

10.2 Rehabilitace a její pokrokové koncepty v péči zaměřené na pacienta po spinálním poranění

Poranění míchy je traumatická událost, po které dochází k omezenému obnovení funkcí, a to i přes veškerou snahu mnoha výzkumníků o vytvoření realistických terapeutických postupů. Částečně je to způsobeno mnohostrannou povahou poranění míchy, kdy dochází ke značnému rozvratu a dysfunkci sekundárně po původním poranění. K této sekundární degeneraci přispívá neurotoxicita, vaskulární dysfunkce, gliové jizvení, neurozánět, apoptóza a demyelinizace. Zdá se logické, že řešení potřeby neuroprotektce, regenerace a rehabilitace bude vyžadovat různé léčebné strategie, které lze použít v různých fázích reakce po úrazu. Bylo prokázáno, že cvičení je výhodné na buněčné a biochemické úrovni a že je pro pacienta po poranění míchy prospěšné (Sandrow-Feinberg a Houlé, 2015).

10.3 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým má za úkol sdružovat širokou škálu zdravotnických odborníků z různých disciplín, aby společně stanovili komplexní léčebný plán pro každého pacienta. Tento přístup umožňuje integrovat různé perspektivy, znalosti a dovednosti, což vede k individuálně přizpůsobené péči, která je efektivní a odpovídá specifickým potřebám každého jednotlivce. Díky synergii a spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu je dosaženo komplexního a současně koordinovaného přístupu, který maximalizuje výsledky léčby a péče (Taberna et al., 2020).

11 Studie kvality života v péči zaměřené na pacienta po spinálním poranění

Orientace na pacienta je úzce spojena s celkovou kvalitou poskytované zdravotní péče a reflektuje schopnost ošetřujících vnímat a splňovat potřeby těch, kteří jsou závislí na jejich podpoře a péči. Kvalita života je často spojována s konkrétním onemocněním v kontextu ošetřovatelství (Gurková, 2011).

Světová zdravotnická organizace přináší další charakteristiku kvality života, kterou rozděluje do následujících dimenzí:

- fyzická dimenze zahrnuje prožívání bolesti, užívání léků a závislost na nich, schopnost pohybu, pracovní kapacitu a další aspekty tělesného fungování;
- psychická dimenze obsahuje prožívání pozitivních i negativních emocí a vztah k vlastnímu tělu;
- dimenze nezávislosti zahrnuje různé aspekty smyslových schopností, omezení tělesné nezávislosti, aktivitu a pracovní kapacitu;
- sociální dimenze reflektuje subjektivní hodnocení osobních vztahů, sociální podpory a sexuálního života;
- náboženství a spiritualita představují duchovní dimenzi, která zahrnuje náboženské přesvědčení, životní postoje, vztahy, přátelské vazby a hodnoty (Majerníková et al., 2008).

Už během druhé světové války si lidé uvědomili nutnost poskytovat pacientům se spinálním traumatem komplexní lékařskou i ošetřovatelskou péči. Po návratu pacientů z rehabilitačních zařízení do jejich domovů se však objevuje řada překážek, které tvoří celospolečenský problém. Podle samotných pacientů s poraněním míchy jsou největším vnímaným problémem prostorová omezení. Během života na vozíku musí tito jednotlivci každodenně překonávat různé bariéry a překážky v okolí, což negativně ovlivňuje jejich celkovou spokojenost se životem (Ležovič et al., 2013).

11.1 Potřeby pacienta se spinálním poraněním

Hierarchii potřeb má každý jedinec danou, vyznává určité hodnoty a má různé motivace. Tyto motivace jsou hnací silou našeho chování, mají určitou sílu, trvání a určují směr našich činů. Cíle lidského jednání nemusí vždy být vědomé, ale mohou být vyjádřením vnitřních konfliktů a potřeb. Hierarchicky uspořádaný systém motivů a potřeb formuloval Abraham Maslow. Ten zdůrazňoval filozofii hodnot, která by měla být zájmem nejen psychologů, ale i všech, kdo se účastní ošetřování. Každý jedinec je vnímán jako celistvý organismus, jehož jednotlivé části signalizují potřeby celku. To znamená, že když je pacient hladový, projevuje se to nejen ve svém vnímání a touze, ale také v myšlení a emocionálním projevu (Trachtová et al., 2013).

11.1.1 Měření kvality života a identifikace potřeb pacientů se spinálním poraněním

Ve studii *Client-centred assessment and the identification of meaningful treatment goals for individuals with a spinal cord injury* (Hodnocení zaměřené na klienta a identifikace smysluplných léčebných cílů pro jedince s poraněním míchy), kterou napsali Catherine Donnelly a spol., byly přezkoumány zdravotní záznamy od 41 jedinců s SCI přijatých v letech 2000 až 2002. Informace byly získány z hodnocení provedených při přijetí a propuštění. Byly popsány problémy sebeobsluhy, produktivity a volného času identifikované jednotlivci s SCI a byla vypočtena jejich vnímaná úroveň výkonu a spokojenosti. Nejčastěji byly identifikovány cíle sebeobsluhy (79 %), následovaly cíle v oblasti produktivity (12 %) a volného času (9 %). Hlavní tři problémy identifikované jednotlivci s SCI byly funkční mobilita (včetně přesunů a používání invalidního vozíku), oblékání a péče o tělo. Závěry a výsledky této studie zdůrazňují důležitost zahrnutí ukazatele výsledku zaměřeného na klienta do hodnocení jedinců s SCI.

Canadian occupational performance measure (COPM) je na klienta zaměřené, individualizované měření výsledku spravované pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který klientovi umožňuje identifikovat oblasti obtíží v oblastech sebepéče, produktivity a volného času. Po identifikaci problému klient ohodnotí důležitost každého problému pomocí stupnice od 1 do 10 (10 je nejdůležitější). Jako cíle léčby si klient vybere až pět

identifikovaných problémů. Při opětovném hodnocení směrnice COPM doporučují, aby jednotlivci přezkoumali své cíle a znovu ohodnotili svůj výkon a spokojenost s cíli stanovenými při počátečním hodnocení. Skóre změny se získá odečtením skóre po léčbě od počátečního skóre. COPM prokázal spolehlivost mezi testem a opakovaným testem a ukázalo se, že je platným měřítkem napříč diagnostickými kategoriemi a léčebnými nastaveními. FIM je měřítkem individuální pozorované úrovně funkce. FIM zkoumá míru nezávislosti jednotlivce na 7bodové škále pro 13 činností každodenního života (ADL). Skóre se pohybuje od 13 (zcela závislé) do 91 (zcela nezávislé). Spolehlivost a validita FIM v populaci SCI byla dobrá (Donnelly et al., 2004).

Kanadská asociace ergoterapeutů ve spolupráci s Health and Welfare Canada podpořila vývoj COPM, aby se zabývala touto potřebou hodnocení klientského centra. COPM bylo vyvinuto, aby detekovalo změnu v individuálním vnímání pracovního výkonu. Pracovní výkon je definován jako činnosti, které jedinec vykonává v oblastech sebeobsluhy, produktivity a volného času v kontextu svého prostředí. Primárním ukazatelem rehabilitace je měření funkčního stavu. U SCI se tento aspekt nejčastěji určuje pomocí měření pozorované fyzické výkonnosti, jako je měření funkční nezávislosti FIM. FIM je široce uváděn v míšní literatuře a zahrnuje předem stanovené oblasti hodnocení. Bylo navrženo, že obecné rehabilitační zaměření FIM nemusí vyhovovat potřebám jedinců s SCI, vzhledem k heterogenní povaze těchto zranění (Donnelly et al., 2004).

Vzhledem k dlouhému procesu rehabilitace po SCI je použití hodnocení zaměřeného na klienta, jako je COPM, jedním z kroků v přijetí přístupu zaměřeného na klienta jako prostředku umožňujícího jednotlivci stát se „expertem“ v sebezpečí (Donnelly et al., 2004).

11.1.2 Potřeba stanovení cílů

Ve studii *Postupy ergoterapeutů při stanovování cílů v rehabilitaci po poranění míchy v Gautengu v Jihoafrické republice*, kterou napsali Snyman Adele, Jodie de Bruyn Tania Buys, bylo za cíl prozkoumat, jak ergoterapeuti uplatňují a představují postupy stanovování cílů v rehabilitaci páteře. Studie probíhala v prostředí rehabilitačního zařízení v Gautengu v Jihoafrické republice. Stanovení cílů zaměřených na klienta má v rehabilitaci páteře řadu výhod. Výzkum však ukázal, že mnoho ergoterapeutů má potíže

s usnadněním stanovování cílů zaměřených na klienta. Byla uspořádána ohnisková skupina složená z pěti ergoterapeutů pracujících v rámci spinální rehabilitace. Ke zjištění současných úspěchů a budoucích představ o tom, jak implementovat stanovení cílů v zařízeních spinální rehabilitace, byl použit postoj dotazování. Závěry studie zdůrazňují, že aby mohlo dojít k efektivnímu stanovování cílů, musí být proces i nadále zaměřen na klienta. Zásadní pro tento proces je spolupráce mezi týmem i rodinnými příslušníky. Efektivní stanovování cílů podporuje dostatek zdrojů a nízký poměr terapeutů a pacientů. Studie se zaměřila na současné efektivní postupy stanovování cílů (fáze objevování), ideální postupy stanovování cílů (fáze snění) a nakonec generovala nápady na nejlepší postupy stanovování cílů v současném kontextu (fáze návrhu a osudu). Vyplývalo z ní sedm témat.

1. přehled klienta je podporou pro stanovení cílů

- účastníci dodali, že klienti obvykle mají lepší přehled o svém stavu, jakmile jsou na víkend doma, což zase usnadňuje proces stanovení cílů

2. současné stanovení cílů je řízeno terapeutem

3. stanovení cílů by mělo být zaměřeno na klienta

- terapeuti by se také měli snažit zlepšit pohled klienta na jeho diagnózu a prognózu, aby zajistili, že klient je schopen stanovit si realistické cíle; účastníci zdůraznili, že cíle by se měly zaměřit na integraci komunity a ne pouze na to, aby se klient mohl vrátit domů; aby toho dosáhli, účastníci vysvětlili, že by v ideálním případě chtěli vidět prostředí, kam se klienti vrací

4. adekvátní zdroje podporují ideální nastavení cílů

- účastníci vysvětlili, že pokud by měli k dispozici různé pomocné prostředky, byli by schopni klientům ukázat, jak se mohou samostatněji zapojit do úkolů a být schopni lépe usnadňovat realistické cíle

5. spolupráce podporuje stanovení cílů

- v ideální situaci by se multidisciplinární tým a klientova rodina měli zavázat ke spolupráci při stanovování cílů;

účastníci dodali, že v ideálním případě by měly probíhat pravidelné schůzky s týmem za účelem přezkoumání cílů

6. kroky k zajištění praxe zaměřené na klienta při stanovování cílů

- vždy je třeba nejprve řešit priority klienta, obhajovat potřeby klienta v rámci multidisciplinárního týmu, vybavit klienta znalostmi a nastavit dlouhodobé komunitní cíle; mezi další návrhy patří provádění návštěv u klientů, kteří bydlí v těsné blízkosti zdravotnického zařízení

7. kroky k zajištění spolupráce při stanovování cílů

- zlepšení týmové komunikace; účastníci dodali, že by bylo užitečné zavést struktury, které týmu usnadní společné stanovování cílů

Závěr studie zdůraznil, že pro efektivní stanovení cílů musí proces zůstat zaměřený na klienta a zahrnovat efektivní spolupráci v rámci týmu (Snyman et al., 2021).

11.2 Potřeby fyziologické

V oblasti fyziologie je nemoc často stavem, který výrazně ovlivňuje uspokojování potřeb. Důležité je sociální prostředí, protože od něj je odvislé, zda budou fyziologické potřeby pacienta dostatečně rozpoznány a uspokojeny (Trachtová et al., 2013).

11.3 Potřeby bezpečí a jistoty

Pozitivní vztah s rodinou má zásadní dopad na duševní pohodu pacienta. Nedostatek komunikace s rodinou a omezení kontaktu, včetně nedostatku telefonátů či informací od blízkých, může negativně ovlivnit psychický stav pacienta a jeho celkové pohodlí. Proto jsou návštěvy rodiny během hospitalizace klíčové (pokud pacient rodinu má); tyto setkání nejen zlepšují náladu pacienta, ale mohou také pozitivně ovlivnit jeho zdravotní stav (Zacharová, 2017).

11.3.1 Potřeba být s rodinnou

Rodinní pečovatelé hrají důležitou roli při podpoře zotavení, rehabilitace a opětovného začlenění do komunity dospělých, kteří utrpěli neurologické poranění, včetně mrtvice, traumatického poranění mozku a poranění míchy. Podporují řadu každodenních činností a strategií sebeřízení. V souvislosti s poraněním míchy se fyzická péče poskytovaná rodinnými pečovateli vyrovná formální péči (např. ze strany zdravotnických pracovníků) a často ji převyšuje. Pečovatelé také podporují přechody mezi jednotlivými prostředními péče a často uvádějí, že je to náročné. Přibližně každý čtvrtý dospělý pečuje o rodinného příslušníka nebo přítele s postižením, který žije ve společnosti. Jejich neplacená práce je značná, a proto je zásadní pro udržitelnost systémů zdravotní a sociální péče.

Studie, napsaná autorem Jill I. Cameronem, se zabývá historií výzkumu v oblasti péče o osoby se spinálním poraněním a poskytuje návrhy na budoucí směry podpory rodinných pečovatelů o osoby s neurologickým poškozením. Některé z prvních výzkumů s pečovateli o pacienty s poraněním míchy byly publikovány v roce 1989 a výsledky výzkumu zdůrazňují negativní dopad, který může mít poskytování péče na pohodu pečovatele, včetně deprese, úzkosti, a sociálního omezení. Výzkum péče začal popisem dopadu poskytování péče na zdraví a pohodu pečovatele. Následoval intervenční výzkum s cílem podpořit pečovatele v jejich roli a zlepšit výsledky péče. Nedávné recenze dospěly k závěru, že „jedna velikost pro všechny“ intervence nebude pro podporu pečovatelů dostatečná. Nový výzkum naznačuje, že pečovatelé mají různé vzorce přizpůsobení se roli pečovatele, což zdůrazňuje heterogenitu v pečující populaci. Výzkum také postupuje v oblasti podpory pacientů a rodin při přechodu mezi pečovatelským prostředím tím, že zlepšuje načasování poskytování intervence. Systémy zdravotní péče běžně nepřijímají intervence pečovatelů založené na důkazech. V důsledku toho začal nedávný výzkum identifikovat faktory, které ovlivňují přijetí intervencí pečovatelů založených na důkazech ze strany systémů zdravotní péče. Péče zaměřená na rodinu, která řeší potřeby nejen pacienta, ale i pečovatele, může být nakonec tím nejlepším způsobem, jak uspokojit potřeby heterogenní skupiny pečovatelů v celém kontinuu péče. Závěry studie přibližují fakt, že rodinní pečovatelé významně přispívají ke zdraví a pohodě jedinců s míšními a

jinými neurologickými onemocněními. V konečném důsledku mohou být systémové změny, jako je péče zaměřená na rodinu, nejvhodnější pro splnění komplexních potřeb této heterogenní skupiny pečovatelů (Cameron, 2021).

11.4 Potřeba lásky a sounáležitosti

Ve zdravotní péči orientované na pacienta je klíčová potřeba sdílení a náklonnosti. Empatický přístup, který reaguje na touhu po lásce a sounáležitosti, je zvláště důležitý v situacích úzkosti, osamělosti a emocionální izolace, které mohou pacienti ve stavu nemoci zažívat (Trachtová et al., 2013).

11.4.1 Vnímání

Studie *Towards personalized care for persons with spinal cord injury: a study on patients' perceptions* (Směrem k personalizované péči o osoby s poraněním míchy: studie na vnímání pacientů), kterou napsali Garrino a kolektiv, je předběžnou součástí projektu s názvem „*Experimentace a hodnocení personalizované zdravotní péče pro pacienty s poraněním míchy*“, který je součástí zastřešujícího programu cíleného výzkumu zdravotní péče financovaného regionem Piemont v roce 2006. Cílem této studie bylo posoudit vnímání péče pacienty s poraněním míchy sběrem důležitých dat, aby bylo možné určit, zda by cesta integrované a personalizované péče mohla být účinná jak v nemocnici, tak v rehabilitačním prostředí. Kvalitativní hloubkové polostrukturované rozhovory byly provedeny s 21 pacienty s SCI. Výsledek studie ukazuje, že z pohledu pacientů se objevilo šest hlavních kategorií: očekávání od rehabilitační péče, dopad a přijetí, vztah se sestrami a jejich zapojení do léčby, vztah s fyzioterapeuty a účast na rehabilitačních programech, vztah s lékaři a jejich dostupnost a docházka a předávání informace o výsledcích zranění a rehabilitace. Péče byl aspekt, který pacienti považovali za nejdůležitější. Po vytvoření užších vztahů s personálem se zdravotníci stali nezbytnou oporou. Pacienti s SCI běžně uváděli, že k přijetí jejich stavu je nezbytné získat jasné informace. Závěry analýzy vnímání pacientů odhalily množství podrobností o jejich zkušenostech na jednotkách spinální péče a zejména o potřebě flexibilního plánování

doby péče. Začlenění vnímání pacientů do nového modelu péče by mohlo zvýšit povědomí odborníků o potřebách pacientů a poskytnout užitečný základ pro sestavení personalizovaného plánu péče (Garrino et al., 2011).

11.5 Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty

Tato potřeba je spojena se sebehodnocením, kompetencemi a touhou po respektu, což se ještě více posiluje v situaci ztráty sociální role. V ošetrovatelské péči orientované na pacienta je klíčové zdůrazňování aktivní účasti pacienta a jeho rodiny, a tím i důležitost partnerského vztahu s ošetřujícím personálem. K vyhovění těmto potřebám může být zásadní povzbuzování pacienta k účasti a přijetí odpovědnosti, a to za podpory citlivého přístupu ošetřujícího týmu, který respektuje všechny tyto aspekty péče (Trachtová et al., 2013).

11.6 Sociální a kulturní potřeby

Během pobytu v nemocnici je pacient omezen v mnoha aktivitách, jako je setkávání s rodinou a přáteli, oblíbené jídlo, cestování a další. Dokonce i při využití nadstandardního pokoje může dojít k silné sociální izolaci, což může negativně ovlivnit zdraví pacienta. Proto je důležité respektovat pacientovy potřeby a tolerovat jeho výkyvy nálad. Zajištění prostředí pro sociální interakci je klíčové pro duševní pohodu pacientů. Moderní oddělení by měla mít denní místnosti s technologickým vybavením a knihovnami, které by pacienti mohli využívat podle svých potřeb a možností (Zacharová, 2017).

12 Ošetrovatelská péče u pacienta s poraněním páteře a míchy a prevence sekundárních komplikací

Ošetrovatelská péče poskytovaná pacientovi by měla být přizpůsobena konkrétním potřebám každého pacienta. Proto je důležité klást důraz na interakci, budování partnerství, dodržování etických zásad a podporu aktivní spolupráce mezi pacienty a jejich blízkými s ošetrovatelským týmem. V České republice je charakter této péče definován Konceptí českého ošetrovatelství. Tato koncepce určuje strategii ošetrovatelství, která klade důraz na individuální přístup k pacientovi a specifické potřeby, jež jsou s ním spojeny (Tóthová et al., 2014).

Znalost doporučených preventivních vyšetření, rozpoznávání a řešení specifických stavů pozorovaných po SCI a bezproblémová koordinace péče mezi praktickými lékaři a specialisty na SCI jsou některé z intervencí, které pomáhají předcházet zdravotním komplikacím, snižovat morbiditu a mortalitu, zlepšovat zdravotní výsledky a podporovat QoL u této populace pacientů (Gibson-Gill a Mingo, 2023).

Poskytovatelé péče o pacienty se SCI by měli poskytovat zdravotní služby zaměřené na specifické potřeby pacientů se SCI a sekundární onemocnění, jakož i na všeobecnou prevenci zdraví, která má zásadní význam pro udržení zdraví a kvality života všech osob (Ho, 2016).

12.1 Prevence vzniku dekubitů

Tlakové vředy (nazývané také proleženiny a tlaková poranění), jsou vředy na kůži způsobené tlakem nebo třením v místech, která nesou váhu a která jsou kostěná. Jedná se o jeden z nejčastějších zdravotních problémů postihujících pacienty s poraněním míchy (McInnes et al., 2015).

Dekubit má významný dopad na pacienta i systém zdravotní péče. Navíc má psychickou, fyzickou a sociální zátěž a snižuje kvalitu života pacientů. Jsou časté u starších a imobilních osob a jsou finančně nákladné (Shiferaw et al., 2020).

Prevence proleženin je již mnoho let předmětem zájmu ošetřovatelů. Florence Nightingaleová v roce 1859 napsala: „*Pokud má člověk proleženinu, není to většinou vina nemoci, ale ošetřování*“. Jiní považují bércové vředy za „viditelnou známku hříchu ošetřovatelů spojenou se špatnou nebo žádnou ošetřovatelskou péčí“. Mnoho lékařů se domnívá, že vznik bércových vředů není pouze vinou ošetřovatelské péče, ale spíše selháním celého systému zdravotní péče – tedy selháním spolupráce a dovedností celého zdravotnického týmu (sester, lékařů, fyzioterapeutů, dietologů atd.). Přestože prevence proleženin je multidisciplinární záležitostí, hlavní roli hrají sestry. Prevence proleženin představuje ukazatel kvality péče. Tlakové vředy jsou hlavním výsledkem, na který je citlivá zdravotní sestra. Ošetřovatelská péče má tedy zásadní vliv na vznik a prevenci proleženin. Prevence tlakových vředů často zahrnuje použití základních technologií, ale je zapotřebí ostražitě péče, aby se řešily nejčastěji uváděné rizikové faktory vzniku tlakových vředů (Lyder a Ayello, 2008).

12.2 Péče o dýchací cesty

Přestože riziko úmrtí během prvního roku po SCI klesá, dlouhodobé respirační komplikace zůstávají hlavní příčinou úmrtí a jednou z hlavních příčin vysoké míry rehospitalizace po SCI. Komplikace způsobené změnou respirační fyziologie po poranění míchy zahrnují atelektázu, pneumonii, žilní tromboembolickou nemoc a poruchy dýchání ve spánku. Riziko komplikací je vyšší s vyšším stupněm a závažností SCI a úmrtnost na pneumonii je ve srovnání s běžnou populací zvýšená. Optimální primární péče o osoby s poraněním míchy zahrnuje odpovídající sledování respiračních onemocnění specifických pro poranění míchy, klíčovou preventivní péči včetně podpory očkování proti chřipce a tréninku dýchacích sval spolu s dechovými cvičeními na zvýšení síly vdechu a výdechu pro účinné zvládnutí sekrece. Poskytovatelé primární péče ve spolupráci se spotřebiteli a poskytovateli rehabilitačních a plicních služeb hrají klíčovou roli v prevenci, cíleném sledování, vzdělávání a specializované léčbě respiračních onemocnění v průběhu celého života osoby se SCI (Reyes et al., 2020).

12.3 Péče o výživu pacienta

Fyziologické změny, ke kterým dochází po poranění míchy, jsou hluboké a ovlivňují téměř všechny orgánové systémy v lidském těle. Energetická rovnováha je výrazně změněna v důsledku motorické paralýzy, spasticity nebo ochablosti. Energetický výdej je výrazně snížen. Makronutrienty je třeba pečlivě vyhodnotit, aby se optimalizoval kalorický příjem, zatímco spotřebu mikroživin může být nutné doplnit, aby se splnily doporučené denní dávky. Takový jídelníček by měl klást důraz na potraviny s nízkou kalorickou, ale vysokou nutriční hustotou (Farkas et al., 2019).

12.4 Péče o vyměšování moče

Po poranění míchy patří mezi počáteční cíle urologické léčby udržení bezpečného skladování moči s účinným vyprazdňováním močového měchýře, maximalizace kontinence moči a minimalizace rizika urologických komplikací. Svaly a svěrače močového měchýře jsou normálně řízeny neurologickým vstupem a míšními reflexy. Ztráta této normální neurologické kontroly močového měchýře se běžně označuje jako neurogenní měchýř. Cílem péče o močový měchýř je předcházet infekcím, minimalizovat a omezit inkontinenci a nalézt vhodný způsob vyprázdnění močového měchýře (Welk et al., 2018).

12.5 Péče o vyměšování stolice

Funkce střev je ovlivněna ztrátou neurologické kontroly jeho funkce (neurogenní střevo). Kromě toho mohou funkci ovlivnit léky, jako jsou antibiotika a opioidy, imobilita, změny v jídle, příjem vlákniny a tekutin. Pacienti jsou vystaveni riziku zácpy, impakce a průjmu. Je důležité dosáhnout pravidelného vyprazdňování střev. Zácpa je nejen zatěžující, ale může také vyvolat velké komplikace (Qiao a Tiwari, 2020).

12.6 Péče o psychický stav pacienta

Motivace a povzbuzení ze strany zaměstnanců byly považovány za důležité pro účast pacientů. Motivace je považována za rozhodující při určování výsledků rehabilitace a je považována za důležitou pro přizpůsobení se životu s SCI. Pacienti se domnívali, že personál by je měl povzbuzovat k tomu, aby zkoušeli nové věci, a motivovat je k pohybu v jejich rehabilitaci, což by podle jejich názoru posílilo jejich motivaci, jejich sebedůvěru a pocit odpovědnosti za své zdraví. Personál by měl být citlivý k individuálním přáním a být o krok napřed a posouvat je vpřed. Povzbuzování personálu může také být vnímáno jako vzbuzování naděje v pacientovi a jako takové může mít pro pacienta význam neboli formu "emocionální podpory a potřeby představit si budoucí život". SCI se týká také rodinných příslušníků, dalších blízkých příbuzných a přátel (Lindberg et al., 2013).

12.7 Studie úspěšné implementace péče zaměřené na pacienta na spinálních jednotkách v zahraničí

Začlenění

Ve studii *Péče zaměřená na člověka pro starší dospělé s chronickými stavy a funkčním postižením*, kterou napsali Alexis Coulourides Kogan, PhD, Kathleen Wilber, PhD a Laura Mosqueda byl proveden přehled literatury s cílem prozkoumat existující vědecké poznatky o PCC pro starší dospělé, posoudit odpovídající definice PCC a identifikovat důležité prvky kvalitní PCC. Bylo identifikováno téměř 3 000 článků publikovaných v letech 1990 až 2014. Přezkoumané důkazy naznačují, že PCC je důležitou oblastí rostoucího zájmu. Účelem tohoto přehledu je popsat současný stav výzkumu PCC, a významných prvků PCC. Velká část literatury zdůrazňuje důležitost začlenění preferencí, hodnot, přesvědčení a rodinných nebo fiktivních příbuzných jednotlivců do rozhodovacího procesu souvisejícího s každodenním životem a péčí v klinické praxi a v prostředí sociálních služeb. Velká část literatury zdůrazňuje důležitost začlenění preferencí, hodnot, přesvědčení a rodinných nebo fiktivních příbuzných jednotlivců do rozhodovacího procesu souvisejícího s každodenním životem a péčí v

klinické praxi a v prostředí sociálních služeb. Doporučuje se politický tlak a vzdělávání a školení pro poskytovatele zdravotní péče (zejména pokud jde o komunikační dovednosti), ale současný přehled literatury také zdůrazňuje potřebu mnohostranného měření ambulantní péče a komunitních služeb (úroveň osoby nebo pacienta, rodina nebo fiktivní příbuzní, organizační úroveň a úroveň poskytovatele) (Kogan et al., 2016).

Implementace

Ve studii *Využití implementační vědy k řízení procesu adaptace intervence pro zapojení pacientů v lůžkových zařízeních pro léčbu míchy*, kterou napsali Walsh, McKay a Hansen, bylo cílem popsat proces adaptace pacienta založeného na důkazech. Tato studie byla provedena v nemocnici poskytující postakutní lůžkové, ambulantní a denní rehabilitační služby na středozápadě Spojených států. Nemocnice zaměstnávala více než 3000 lékařských odborníků, výzkumných pracovníků a podpůrného personálu. Jejich cílem bylo podporovat partnerství a spolupráci, představit cíle projektu a adaptační procesy a identifikovat faktory ovlivňující zapojení pacientů v nemocnici. Výzkumný tým zavedl úpravy pro lepší léčebnou rehabilitaci včetně identifikace faktorů ovlivňujících zapojení pacienta do rehabilitace po poranění míchy, např. školení terapeuta. Tato studie prokázala, že strukturované procesy řízené implementací PCC mohou výzkumným pracovníkům a lékařům pomoci identifikovat cíle adaptace a upravit rozšířený program léčebné rehabilitace pro lůžkovou rehabilitaci po poranění míchy (Walsh et al., 2022).

Intervence

Ve studii *Rozvoj péče zaměřené na pacienta v akutním nemocničním prostředí: meta-narativní přehled*, kterou napsali Janerka, Leslie a Gill, bylo za cíl porozumět vývoji péče zaměřené na pacienta v kontextu akutních nemocničních zařízení za posledních deset let. Byl proveden přehled literatury zahrnující sto dvacet čtyři článků, které informovaly o monitorovacích studiích, intervencích, vývoji nástrojů, zlepšování kvality a reflexi. Většina studií byla provedena ve vyspělých zemích a uváděla pohled pacientů, sester a zdravotnických organizací. Analýza intervencí identifikovala tři hlavní typy: 1. související s personálem 2. související s pacientem a rodinou 3. související s prostředím.

Zdravotnické služby by při plánování intervencí měly brát v úvahu personální, patientské a organizační faktory, které mohou usnadnit nebo ohrozit péči zaměřenou na pacienta. Zavádění intervencí zaměřených na pacienta v akutních nemocnicích může zlepšit kvalitu péče, zkušenosti pacientů a personálu a efektivitu péče. Organizace by měly vytvořit kulturu zaměřenou na pacienta, která by byla podpořena politikou dané země a systémy, a měly by vybavit personál osobními dovednostmi, zdroji a pracovními silami potřebnými k efektivnímu poskytování péče zaměřené na pacienta, aby bylo možné dosáhnout zlepšení výsledků u pacientů (Janerka et al., 2023).

Účast pacienta s poraněním míchy při léčbě a rehabilitaci

Ve studii *Patient participation in care and rehabilitation from the perspective of patients with spinal cord injury* byla provedena analýza rozhovorů, která přinesla pět ústředních aspektů participace pacientů:

- aktivní zapojení do péče;
- plánování a rozhodování; možnost dostávat přiměřenou a včasnou péči;
- informace o péči, léčbě, stavu a prognóze;
- motivace a podpora při rehabilitaci;
- poskytnutí možnosti rodinným příslušníkům zapojit se do léčby.

Bylo zdůrazněno, že personál by měl být citlivý a měl by reagovat na skutečnost, že důležitost a požadovaná úroveň těchto aspektů účasti se může v průběhu léčby SCI a u jednotlivých pacientů lišit. Mnoho pacientů dává přednost aktivnímu zapojení do rozhodování o své péči, nicméně ne všichni pacienti se chtějí podílet na všech aspektech své péče a rehabilitace nebo ve stejné míře v průběhu času. Pacienti se domnívali, že personál by měl věnovat čas a měl by naslouchat s respektem k potřebám a preferencím pacientů. Respekt byl považován za zásadní pro vytvoření vztahu, v němž mohou pacient a personál svobodně diskutovat o pocitech, možnostech a informacích. Respekt je také běžně zdůrazňován v literatuře o PCC a participaci pacientů. Různé studie například zdůrazňují význam "porozumění individuální zkušenosti s nemocí" nebo "respektování hodnot, preferencí a vyjádřených potřeb". Pro usnadnění účasti na plánování a rozhodování je nutné, aby personál rozpoznal očekávání jednotlivce schopnosti anebo

zvláštní překážky v péči a rehabilitaci. Jak již bylo dříve řečeno, pacienti se spinálním poraněním mohou mít různé preference nebo možnosti účasti v průběhu léčby v závislosti na jejich stavu a osobnostním nastavení. Informace a znalosti jsou často diskutovány v oblasti PCC a jsou možná nejvýznamnějším předpokladem pro spoluúčast pacienta. „Potřeba vědět“ je ústřední složkou rehabilitace spinálních pacientů a „nedostatek znalostí“ je považován za překážku vypořádání se spinálním poraněním. Pokrok v rehabilitaci závisí na tom, jestli pacient přijme a porozumí informacím o svém stavu. Pacienti však také zdůrazňovali, že informace by měly být poskytovány ve správném množství, ve správný čas a na správném místě. To znamená, že personál musí být citlivý k individuálním potřebám a preferencím pacienta a poskytovat mu informace odpovídajícím způsobem.

Nicméně vzhledem k traumatu způsobenému poraněním míchy se schopnost pacientů trávit a využívat informace mění podle toho, jak se situace pacienta v průběhu času mění, a proto by měly být informace vydávány postupně (Lindberg et al., 2013).

13 Diskuze

Výchozím bodem všech úvah je definice pojmu PCC, tj., co tento pojem znamená a na co se vztahuje. Proto jsme se zaměřili na **první výzkumnou otázku**: Jaké předpoklady jsou potřebné pro naplnění na pacienta zaměřené péče ve zdravotnictví? Technické inovace samy o sobě nedosáhnou cílů péče, pokud není posilován vztah mezi ošetřujícím personálem a pacientem a není zlepšena komunikace ohledně záležitostí, které znepokojují pacienta. Péče by proto měla zahrnovat následující prvky: kvalitní osobní, profesionální a organizační vztahy. Podpora pacientů, aby se stali aktivními účastníky své péče, tím, že jsou ošetřujícím personálem k této účasti motivováni a snaží se posílit jejich zájem o vlastní léčbu. Role ošetřujícího personálu se přesouvá od autoritativní k roli partnerství, solidarity, empatie a spolupráce.

Pacienti a jejich rodiny jednoznačně upřednostňují péči orientovanou na pacienta. Nicméně, kritizují nedostatečnou komunikaci v poskytované péči. Také mnoho studií ukazuje na nedostatek osobního přístupu ošetřujícího personálu.

Někteří autoři považují za problematický prvek demokratizace péče způsob zacházení se standardizovanými dotazníky. Otázka, zda podpis a souhlas s určitým zákrokem nebo postupem slouží spíše jako ochrana zdravotníka než jako informovanost pacienta, je klíčová. Jejich obavy směřují k tomu, aby podpis informovaného souhlasu nebyl pouhým substitutem komunikace mezi ošetřujícími a pacienty, což se však často stává (Medical Tribune, 2009).

Mareš upozorňuje na nedostatečnost standardizovaných dotazníků při zjišťování těchto informací. Obecné pokyny jsou podle něj zaměřeny na průměrného pacienta, který neexistuje (Mareš, Vachková et al., 2010).

Komunikace s pacientem na oddělení je spojená s jeho podpisem informovaného souhlasu a může být spojená i s vyplňováním dotazníku pro zkvalitnění péče. Zde je nesmírně důležité, aby jak informovaný souhlas, tak i dotazníky byly pro pacienta srozumitelné. A kontrola srozumitelnosti by neměla být zajištěna strohým dotazem: "Rozumíte všemu", často bez čekání na odpověď. Pacientovi by měl být dán prostor k dotazům i v případě, že se je ostýchá položit. A informovaný souhlas a dotazníky by měly být prokonzultovány i z pohledu, zda je pacient pochopil. V komunikaci

zdravotnického personálu s pacientem v Česku se ideálně a obvykle uplatňuje profesionální a respektující přístup. Zdravotníci se snaží poskytnout pacientům veškeré potřebné informace týkající se jejich zdravotního stavu, plánu léčby a možných možností péče. Tato komunikace může probíhat jak osobně při návštěvě lékaře, tak i prostřednictvím telefonního nebo online kontaktu.

Ve většině případů je kladen důraz na sdělování informací srozumitelným a empatickým způsobem, aby pacienti mohli lépe porozumět svému stavu a rozhodnout se pro nejlepší možnou péči. Navíc se často zdůrazňuje důležitost zapojení pacientů do rozhodovacího procesu týkajícího se jejich léčby, což podporuje aktivní účast pacientů na jejich vlastním léčebném plánu.

Nicméně, jako v jiných zemích, i v Česku mohou existovat určité výzvy v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty, jako je například nedostatek času pro podrobnější diskuzi, jazykové bariéry, nebo nedostatečná odborná a komunikační připravenost některých zdravotníků v komunikaci s pacienty. Tyto výzvy mohou ovlivňovat efektivitu a kvalitu komunikace, a proto je důležité, aby zdravotníci a zdravotnické instituce dbali na neustálé zlepšování svých komunikačních dovedností a přístupů k pacientům.

Pokud hovoříme o systémovém problému ovlivňujícím péči orientovanou na pacienta, nelze přehlédnout nadužívání lékařské péče. Tento jev je odrazem zdravotnického systému v České republice, který se zakládá na solidaritě (Křížová, 1998). S nárůstem byrokracie přichází stres a přepracovanost, které vyvolávají emocionální a fyzickou přetíženost, často vedoucí k trvalé únavě a vyhoření. I při maximální snaze není ošetřující personál schopen poskytovat individuální péči, která by reflektovala všechny složky člověka, jak zdůrazňuje holistický přístup. Z tohoto důvodu stále přetrvává tendence spoléhat se na instituce, i když existují případy, kdy by péče mohla být poskytována v domácím prostředí nebo prostřednictvím jiných forem péče. Aktuální model domácí péče umožňuje omezené intervence hrazené pojišťovnou, avšak nezahrnuje dostatečné doprovázení, které si nemocní a jejich rodiny v domácím prostředí přejí. To může vést k tomu, že někteří pacienti volí ústavní ošetřování jako nezbytné řešení, ačkoliv by ho nejraději obešli.

Vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče hraje klíčovou roli v úspěchu léčby a péče o zdraví. Paternalismus u pacientů může mít negativní dopad na

jejich léčbu. Když jsou pacienti příliš pasivní a nechávají rozhodnutí týkající se své léčby pouze na lékařích nebo zdravotnickém personálu, může to vést k nedostatečnému porozumění jejich vlastnímu zdravotnímu stavu a léčebnému procesu. Pokud pacienti nejsou aktivními partnery ve své léčbě a nejsou zapojeni do rozhodovacího procesu, může to snížit jejich motivaci k dodržování lékařských doporučení a plánu léčby. To může vést k horšímu zdravotnímu výsledku a delšímu trvání léčby. Je důležité podporovat autonomii pacientů a zapojovat je do procesu rozhodování o jejich vlastní péči, aby se zvýšila jejich motivace a spolupráce při léčbě.

Ve druhé výzkumné otázce jsme zjišťovali, jak je charakterizována na pacienta zaměřená péče v provozu spinálních jednotek v zahraničí? (Křížová, 1998) Zdůrazňuje, že je důležité si uvědomit, že každá země utváří svou zdravotní politiku s ohledem na specifické socioekonomické a kulturní faktory. Jednotlivá zdravotnická zařízení obdrží finanční podporu pouze tehdy, pokud aktivně provádějí tuto specifickou péči. Současně je zaměstnavatel povinen zajistit pravidelné školení ošetřujícího personálu alespoň čtyřikrát ročně, aby se seznámil s preferovanou přístupovou metodou. Ve českém zdravotnictví není používání těchto metod běžnou praxí a často se realizuje individuálně. V některých případech se konceptuální strategie založené na kvalifikačním, specializačním a celoživotním vzdělávání opomíjí. Každá země má vlastní způsob financování zdravotnictví a od tohoto faktu se odvíjí potenciál pro implementaci péče zaměřené na pacienta. V devadesátých letech jsme měli příležitost porovnávat přístup k zdravotní péči v USA, který se od našeho základní filozofie holismu značně lišil. V tomto pojetí je pacient vnímán jako klient, který si platí za svou péči a má ekonomicky definované právo ovlivňovat její kvalitu. I když nedochází k nadměrnému využívání lékařské péče, kvalitní služby nejsou dostupné pro všechny. Liberální přístup k zdravotnické politice, na kterém americká lékařská péče stojí, poskytuje pacientům velkou autonomii při výběru zdravotnických zařízení a metod léčby. Zdravotní personál je motivován finančně a konkurence ovlivňuje různé aspekty poskytované péče. U nás se však stále často opomíjí komunikace s nemocným a jeho rodinou, a právě z tohoto důvodu považují za inspirativní vývoj a proměny v oblasti ošetřovatelství v Americe. Alpen-Adria Universität Klagenfurt, která se podílí na vyhodnocování získaných dat, přináší žádoucí propojení vzdělávacího systému s praktickými poskytovateli péče v celospolečenském kontextu. Nedostatečná koordinace mezi zdravotnickými zařízeními a nedostatečné sdílení informací byly překážkou v zajištění kontinuity péče. Výměna

informací probíhá s maximální ochranou osobních údajů a autoři projektu zdůrazňují důležitost multidisciplinární spolupráce v rámci všech složek poskytované péče.

Pro implementaci PCC je nesmírně důležité, aby spolu zúčastněné instituce a zdravotnická zařízení dokázaly jednotně, bezpečně a efektivně komunikovat. Příkladem takové organizace péče je rakouský model (PIK) který si jako hlavní cíl stanovil zkvalitnění léčebného procesu pro zvýšení spokojenosti pacientů. Dalším jeho důležitým cílem bylo zajištění kontinuity péče a její lepší koordinovanost. Problémy v poskytované péči nemůže ovlivnit pouze zdravotnický personál ale i organizační struktury zdravotnictví, pojišťovny, vzdělávací instituce, praktického zdravotnictví i rodin pacientů. Zde je nutné pracovat s centralizovaným systémem předáváním informací mezi institucemi (následná péče ambulantních pracovišť, hospicová péče v sociální sféře). V Rakousku je však velká výhoda existence standardizovaného elektronického přenosu informací s registrem zaměstnanců s přístupem do systému. Mezi hlavní kroky PCC tohoto rakouského modelu patří edukace pacientů a rodin, informovanost o dostupnosti zdravotních pomůcek, monitoring zdravotnické péče, předávání informací (Saliterer, 2009).

Česká odborná literatura se nezabývá tímto pojmem (PCC) tak rozsáhle a nedává mu tolik pozornosti jako uvedené zahraniční projekty a autoři odborných publikací. Koncept českého ošetřovatelství definuje péči orientovanou na problémy nemocného (patient centered care) na rozdíl od ošetřovatelské péče zaměřené na výkony (task oriented care). Tato koncepce ošetřovatelství je v souladu s dokumenty WHO, EU a jejich doporučeními, a je zakotvena ve Věstníku MZ ČR č. 9/2004.

Jedním z předpokladů pro zavedení péče zaměřené na pacienta je úroveň vzdělání. Vaňková (2013) poukazuje na určité nedostatky, které se odrážejí i v praktickém výcviku, zejména ve vedení odborných praxí. Tyto nedostatky spočívají především v nedostatečném propojení teoretické a praktické části výuky, přičemž je opomíjen etický a sociální rozměr ošetřovatelství. Z tohoto důvodu bylo do praxe odborného výcviku nově zavedeno mentorství. Podpora péče orientované na pacienta by měla být také posílena zájmem vedoucích pracovníků o zaměstnance, zejména o sestry po absolvování studia. Vzdělávací programy, mentorství a supervize by měly být nedílnou součástí praktického plánu pro adaptaci sester na novém pracovišti. V ošetřovatelství dosud nejsou tyto prvky běžnou součástí firemní kultury (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015). Z pohledu

vhodného nastavení péče zaměřené na pacienta na spinální jednotce se z hlediska komunikace s pacientem a nastavení individualizovaného principu jeví jako podstatné využívání mentoringu (Zítková et al., 2015), (Waldsbergerová, s. 63) a kontinuálního vzdělávání zdravotnického personálu (Waldsbergerová, s. 65). Stěžejní pro zaškolení studentů na praxích a nově přijatého personálu může souviset s několika faktory. Například z mé zkušenosti rychlý technologický pokrok (nový nemocniční informační systém) a neustálé změny vzdělávání v oborech zdravotnictví, to může znamenat, že studenti a noví zaměstnanci musí neustále aktualizovat své dovednosti a znalosti. Také pandemie nám přinesla další výzvy v podobě omezeného osobního kontaktu a nutnosti větší flexibility při provádění školení. Dále je třeba vzít v úvahu, že nedostatek času a zdrojů může představovat další výzvu při provádění komplexního zaškolení. Je důležité, aby organizace a instituce věnovaly pozornost těmto výzvám a hledaly efektivní způsoby, jak zaškolovat studenty a nové zaměstnance. To může zahrnovat využití online vzdělávání, mentorství nebo jiných inovativních metod, které umožňují flexibilitu a interaktivitu. Také je důležité mít jasný plán a strukturu pro zaškolení, aby se zajistilo, že každý jednotlivec dostane potřebné dovednosti a znalosti pro svou práci.

Ve **třetí výzkumné otázce** zkoumáme, jak lze implementovat péči orientovanou na pacienta v provozu spinální jednotky. Zde bych ráda zmínila svou účast jako studenta - dobrovolníka na Innovation Campu, který byl první větší událostí naplánovanou v rámci mezinárodního projektu #HealthLabs4Value. Tento projekt byl zahájen Krajskou nemocnicí Liberec, a.s. na liberecké Spinální jednotce. Na tomto "kempu" se sešlo dvanáct bývalých pacientů Spinální jednotky s poraněním míchy. Během celého dne se společně s organizátory zapojili do různých workshopů, přednášek, cvičení a praktických příkladů z praxe, aby společně hledali řešení pro své problémy. Návrhy nových řešení budou postupně zpracovávány a tým všech zúčastněných nadále zůstává v kontaktu, aby prohluboval spolupráci a hledal nové koncepty. Innovation Camp (Inovační tábor) byl spolupořádán spinální jednotkou Krajské nemocnice Liberec, Fakultou zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci a DEX Innovation Centre. Projekt HealthLabs4Value je financován evropským dotačním programem Interreg Central Europe a zaměřuje se na zdravotnické aktivity. Jeho cílem je podporovat vývoj a implementaci digitálních řešení a nových technologií v péči o pacienty, čímž pomáhá zlepšovat péči a kvalitu jejich života. Inovační tábor se zaměřuje na porozumění potřebám a očekáváním pacientů a adaptuje nový produkt na jejich konkrétní požadavky. Mezi

očekávané přínosy projektu patří: posílení postavení pacientů a jejich rodin, aby přispěli ke snížení počtu případů nevhodně postavené zdravotnické péče a ke snížení výdajů za neefektivní léčbu, zlepšení bezpečnosti pacientů a poskytování vysoké hodnoty pacientům díky přechodu od přístupu zaměřeného na nemoc k přístupu zaměřenému na člověka. Projekt by měl vést ke zlepšení spolupráce v rámci hodnotového řetězce systému zdravotní péče.

Personál pracující na spinálních rehabilitačních jednotkách často čelí náročným situacím spojeným s péčí o pacienty. Tyto situace jsou způsobeny závažným stavem pacientů a jejich obtížnou životní situací. Poskytování ošetrovatelské péče na těchto jednotkách je proto časově náročné a vyžaduje vysokou úroveň péče. Ošetrovatelský personál se často musí zabývat i psychickými problémy, se kterými se pacienti s poraněním míchy potýkají. Tato péče však nezahrnuje pouze pacienty samotné; také rodiny pacientů jsou významně ovlivněny psychologickými dopady spinálního poranění. Proto odborníci musí být schopni zvládat psycho-emocionální potřeby nejen samotných pacientů, ale i jejich rodinných příslušníků (Palacios, Tejedor, 2015).

Ráda bych zmínila paní Marcelu Waldsbergerovou a její inspirativní bakalářskou práci (Na pacienta orientovaná péče) a diplomovou práci (Faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta) které mi pomohly lépe porozumět kontextu tématu (PCC), které jsem zkoumala ve své práci.

14 Závěr a doporučení pro praxi

Orientace na pacienta je obecně považována za nekontroverzní a její přínosy jsou všeobecně hodnoceny jako pozitivní a důležité všemi odborníky. Pokud bychom se pokusili najít rozdíly, spíše bychom narazili na obtíže s implementací péče zaměřené na pacienta než na samotnou podstatu této péče. Tato podstata spočívá ve vytváření hodnoty partnerského přístupu a aktivní účasti pacienta, což částečně vyplývá z rovnosti mezi oběma zúčastněnými stranami.

Před rokem 1990 nebylo možné implementovat nové metody, které se ve vyspělých zemích stávaly běžnými. Ošetrovatelská péče byla plně podřízena rozhodnutím lékařů a odrážela jejich hodnocení. Péče o pacienty byla prováděna zcela paternalisticky, kde se veškerá odpovědnost za zdraví pacienta přenášela na lékaře nebo se rozhodnutí delegovala bez zohlednění preferencí, hodnot a zájmů pacienta. Po roce 1990 začaly v našem zdravotnictví postupně vznikat nové modely péče v souladu s holistickým přístupem, kdy pacienti získávají svá práva a vytvářejí se podmínky pro terapeutický vztah založený na partnerství, který se více či méně uplatňuje. Termín "na pacienta orientovaná péče" byl definován na základě informací z americké odborné literatury.

I když v České republice není PCC oficiální součástí zdravotnické terminologie, lze najít zmínku o ní v zákonném normativním bulletinu Koncepce českého ošetrovatelství (Věstník MZ ČR č. 9/2004 Sb.). Tam je definována jako péče zaměřená na pacientovy problémy, nikoliv pouze na výkon.

V mnoha případech považují nedostatek času, nedostatek personálu a nejasnou diferenciaci úkolů na pracovišti za hlavní překážky v plné realizaci této péče. Komplexní péče není realizovatelná vzhledem k nedostatku času a ubývajícimu počtu zdravotnického personálu. Mám dojem, že se pohybujeme v režimu krizového řízení, kde každý vykonává práci všech.

Další vzdělávání o nových přístupových metodách slouží ke zlepšení péče orientované na pacienta a mělo by být realizováno v rámci kontinuálních školení zdravotnického personálu a celoživotního vzdělávání. Jak jsou tyto poznatky aplikovány v praxi, by vyžadovalo provedení praktického výzkumu, který však nebyl součástí této práce.

Výsledky výzkumného šetření naznačují, že ošetrovatelská péče představuje složitý fenomén. Jedním z mnoha faktorů je přítomnost nových medicínsko-právních principů, které odcházejí od paternalistického přístupu k péči a zdůrazňují právo pacienta na autonomii a sebeurčení. Nicméně základním prvkem systému péče o zdraví v České republice zůstává princip solidarity, který ve určitých ohledech udržuje určitý paternalismus. To může negativně ovlivňovat vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem.

Péče orientovaná na pacienta může být velmi cenným přístupem, zejména při péči o pacienty s obtížně léčitelnými stavy a ve spojení se spinálním poraněním představuje klíčový aspekt ve zlepšování kvality života jedinců postižených tímto druhem poranění. Spinální poranění může mít významný dopad na život pacienta, jak z fyzického, tak i z psychologického a sociálního hlediska. PCC v této kontextu znamená poskytování komplexní péče, která respektuje individuální potřeby, preference a hodnoty pacientů s touto diagnózou.

Z hlediska fyzického zdraví mohou být lidé se spinálním poraněním odkázáni na péči zdravotnického personálu nejen v oblasti léčby samotného poranění, ale také v oblasti prevence komplikací, rehabilitace a dlouhodobé péče. Je zásadní, aby péče byla individualizovaná a zaměřená na potřeby každého pacienta a jeho rodiny, s důrazem na maximalizaci jeho funkční nezávislosti a kvality života.

Z psychologického hlediska může mít spinální poranění významný dopad na duševní zdraví pacienta, včetně emocionálních reakcí jako je deprese, úzkost a ztráta sebevědomí. PCC by měla zahrnovat psychosociální podporu, která pomáhá pacientům a jejich rodinám zvládat psychologické důsledky poranění a adaptovat se na novou životní situaci.

Sociální aspekt péče by měl zahrnovat podporu při integraci do společnosti, včetně podpory při hledání zaměstnání, vzdělávání a účasti na společenských aktivitách. Důležitou součástí PCC je také zapojení rodiny a blízkých do procesu péče a podpora jejich potřeb a emocionálního zdraví.

Celkově by PCC ve spojení se spinálním poraněním měla být komplexní, multidisciplinární a individualizovaná. Měla by respektovat potřeby pacientů a podporovat jejich celkové blaho a kvalitu života v každém směru. Tento přístup může

příspěť k lepšímu zvládnání poranění a ke zlepšení životního prostředí pro lidi s touto diagnózou.

Výsledky předloženého výzkumu mohou sloužit jako zdroj informací k seminářům na dané téma a jako studijní materiály k tématu PCC, které byly zpracovány zejména z anglické odborné literatury. Relevantní části této bakalářské práce budou prezentovány na třinácté odborné konferenci a setkání spinálních jednotek 6.-7. června 2024 v hotelu Kunětická hora, Dříteč. Výstupem závěrečné práce bude teoretický podklad pro sebereflexi zdravotnického personálu a k vyhodnocení, zda a kdy je péče skutečně realizována jako „péče zaměřená na pacienta (PCC)“.

Seznam použité literatury

ARCHIBALD, Mandy; Sandra WIEBE; Kendra RIEGER; Janice LINTON a Roberta WOODGATE, 2021. Protocol for a systematic review of living labs in healthcare. online. BMJ Open, vol. 11, no. 2, s. e039246. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039246>.

BARROS, Pedro Pita, 2021. Introduction to the Expert Panel on Effective ways of investing in health (EXPH) and its mandate. online. European Journal of Public Health, vol. 31, no. Supplement_3, s. ckab164.147. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.147>.

CAMERON, Jill I., 2021. Family caregiving research: Reflecting on the past to inform the future. online. The Journal of Spinal Cord Medicine, vol. 44, no. sup1, s. S19–S22. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10790268.2021.1970883>.

CLONINGER, Robert; Luis SALVADOR-CARULLA; Laurence KIRMAYER; Michael SCHWARTZ; James APPLEYARD et al., 2014. 2014 Geneva Declaration on Person- and People-centred Integrated Health Care for All. online. ICPCM Board, 2014-05-27. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/271508390_2014_Geneva_Declaration_Released_May_27.

ČERNOCKÁ, Alena, 2013. Agentury domácí péče: formy domácí péče a její pozitiva. Ošetřovatelská péče: odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách, roč. 2013, č. 4, s. 4–5. ISSN 2336-1603.

HEALTH LABS4VALUE, 2023. Systém poskytování zdravotních služeb na základě hodnoty pro střední Evropu. PDF. Verze 2. Interreg, 2023-06. Interní překlad, poskytnutý Krajskou nemocnicí Liberec, oddělením XXX

DONNELLY, C.; J. J. ENG; J. HALL; L. ALFORD; R. GIACHINO et al., 2004. Client-centred assessment and the identification of meaningful treatment goals for individuals with a spinal cord injury. online. Spinal Cord, vol. 42, no. 5, s. 302–307. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101589>.

EDDY, Kylie; Zoe JORDAN a Matthew STEPHENSON, 2016. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. online. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, vol. 14, no. 4, s. 96–137. Dostupné z: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-1843>.

EDGMAN-LEVITAN, Susan a Stephen C. SCHOENBAUM, 2021. Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. online. Israel Journal of Health Policy Research, vol. 10, no. 1, s. 21. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00459-9>.

EPSTEIN, Ronald M.; Kevin FISCELLA; Cara S. LESSER a Kurt C. STANGE, 2010. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. online. Health Affairs (Project Hope), vol. 29, no. 8, s. 1489–1495. Dostupné z: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>.

EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH, 2019. Defining Value in 'Value-Based Healthcare' Opinion by Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (exph). online. Dostupné z: https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_defining-value-vbhc_factsheet_en_0.pdf.

FARKAS, Gary J.; Marika A. PITOT a David R. GATER, 2019. A Systematic Review of the Accuracy of Estimated and Measured Resting Metabolic Rate in Chronic Spinal Cord Injury. online. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism, vol. 29, no. 5, s. 548–558. Dostupné z: <https://doi.org/10.1123/ijsnem.2018-0242>.

FARKAŠOVÁ, Dana et al., 2006. Ošetřovatelství - teorie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-227-4.

FEIL, Naomi a Vicki de KLERK-RUBIN, 2012. The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with Alzheimer's and other dementias. 3rd ed. Baltimore: Health Professions Press. ISBN 978-1-932529-93-7.

FILATOVA, Renáta et al., 2014. Paliativní péče třetího tisíciletí. Frýdek-Místek: JOKL. ISBN 978-80-905419-7-9.

GARRINO, Lorenza; Natascia CURTO; Rita DECORTE; Nadia FELISI; Ebe MATTA et al., 2011. Towards personalized care for persons with spinal cord injury: a study on patients' perceptions. online. The Journal of Spinal Cord Medicine, vol. 34, no. 1, s. 67–75. Dostupné z: <https://doi.org/10.1179/107902610x12883422813741>.

GIBSON-GILL, Carol a Tatiyanna MINGO, 2023. Primary Care in the Spinal Cord Injury Population: Things to Consider in the Ongoing Discussion. online. Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports, vol. 11, no. 1, s. 74–85. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40141-023-00379-6>.

GURKOVÁ, Elena, 2011. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ, 2013. Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-063-9.

HEALTH FOUNDATION, 2014. Ideas into action: person-centred care in practice: what to consider when implementing shared decision making and self-management support: learning report. PDF; online. London: The Health Foundation. Dostupné z: <http://www.health.org.uk/publications/ideas-into-action-person-centred-care-in-practice/>.

HEINEMANN, Allen W.; Sherri L. LAVELA; Bella ETINGEN; Ana MISKOVIC; Sara M. LOCATELLI et al., 2016. Perceptions of Person-Centered Care Following Spinal Cord Injury. online. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, vol. 97, no. 8, s. 1338–1344. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.016>.

HO, Chester H., 2016. Primary care for persons with spinal cord injury — not a novel idea but still under-developed. online. The Journal of Spinal Cord Medicine, vol. 39, no. 5, s. 500–503. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10790268.2016.1182696>.

JANERKA, Carrie; Gavin D. LESLIE a Fenella J. GILL, 2023. Development of patient-centred care in acute hospital settings: A meta-narrative review. online. International Journal of Nursing Studies, vol. 140, s. 104465. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104465>.

JAROŠOVÁ, Darja, 2003. Vybrané ošetrovatelské modely a teorie. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7042-339-4.

JERVIS RADEMEYER, Hope; Cindy GAUTHIER; José ZARIFFA; Kristen WALDEN; Tara JEJI et al., 2023. Using activity-based therapy for individuals with spinal cord injury or disease: Interviews with physical and occupational therapists in rehabilitation hospitals. online. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, vol. 46, no. 2, s. 298–308. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10790268.2022.2039855>.

JONES, Michael L.; Eric HARNESS; Paula DENISON; Candy TEFERTILLER; Nicholas EVANS et al., 2012. Activity-based Therapies in Spinal Cord Injury:: Clinical Focus and Empirical Evidence in Three Independent Programs. online. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, vol. 18, no. 1, s. 34–42. Dostupné z: <https://doi.org/2015043015482600936>.

KAISER, Anita; Katherine CHAN; Maureen PAKOSH; Shane MCCULLUM; Chris RICE et al., 2022. A Scoping Review of the Characteristics of Activity-based Therapy Interventions Across the Continuum of Care for People Living With Spinal Cord Injury or Disease. online. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, vol. 4, no. 4, s. 100218. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.arrct.2022.100218>.

KAVALIERATOS, Dio; Daniel E. SICONOLFI; Karen E. STEINHAUSER; Janet BULL; Robert M. ARNOLD et al., 2017. “It Is Like Heart Failure. It Is Chronic ... and It Will Kill You”: A Qualitative Analysis of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians. online. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 53, no. 5, s. 901-910.e1. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.337>.

KIM, Junghee; You Lim KIM; Hyoeun JANG; Mikyeong CHO; Mikyung LEE et al., 2019. Living labs for health: an integrative literature review. online. *European Journal of Public Health*, vol. 30, no. 1, s. 55–63. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz105>.

KOGAN, Alexis Coulourides; Kathleen WILBER a Laura MOSQUEDA, 2016. Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. online. Journal of the American Geriatrics Society, vol. 64, no. 1, s. e1–e7. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jgs.13873>.

KOPŘIVA, Karel, 2013. Lidský vztah jako součást profese. Vyd. 7. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0528-9.

KŘÍŽ, Jiří a Zdeňka FALTÝNKOVÁ, 2012. Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí: příručka pro praktické lékaře. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA.

LEŽOVIČ, Mário; Z. HOLOŠOVÁ a Matěj MUCSKA, 2013. Hodnotenie kvality života pacientov s poranením miechy. Rehabilitace a fyzikální lékařství, roč. 20, č. 4, s. 204–210. ISSN 1211-2658.

LINDBERG, J.; M. KREUTER; C. TAFT a L.-O. PERSON, 2013. Patient participation in care and rehabilitation from the perspective of patients with spinal cord injury. online. Spinal Cord, vol. 51, no. 11, s. 834–837. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/sc.2013.97>.

LUSILLA-PALACIOS, Pilar a Carmina CASTELLANO-TEJEDOR, 2015. Training a Spinal Cord Injury Rehabilitation Team in Motivational Interviewing. online. Rehabilitation Research and Practice, vol. 2015, s. 1–7. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2015/358151>.

LYDER, Courtney H. a Elizabeth A. AYELLO, 2008. Pressure Ulcers: A Patient Safety Issue. online. In: HUGHES, Ronda G. (ed.). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Advances in Patient Safety. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. PMID 21328751. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/>.

MAJERNÍKOVÁ, L.; A. JAKABOVIČOVÁ a A. OBROČNÍKOVÁ, 2008. Úloha ošetrovatelstva v svojpomocných kluboch a skupinách. PDF; online. In: Molisa 5: medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša, s. 134–136. Prešov: Prešovská univerzita. ISBN 978-80-8068-882-0. Dostupné z:

https://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_149_31.pdf.

MAKARY, Martin A. a Michael DANIEL, 2016. Medical error—the third leading cause of death in the US. online. BMJ, no. 353, s. i2139. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.

MAREŠ, Jiří; Eva VACHKOVÁ et al., 2010. Pacientovo pojetí nemoci II. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-150-7.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.

MCINNES, Elizabeth; Asmara JAMMALI-BLASI; Sally Em BELL-SYER; Jo C. DUMVILLE; Victoria MIDDLETON et al., 2015. Support surfaces for pressure ulcer prevention. online. Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 2015, no. 9, s. CD001735. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001735.pub5>.

MEARNS, Dave a Brian THORNE, 2013. Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3881-9.

MUSSELMAN, Kristin E.; Kristen WALDEN; Vanessa K. NOONAN; Hope JERVIS-RADEMEYER; Nancy THOROGOOD et al., 2021. Development of priorities for a Canadian strategy to advance activity-based therapies after spinal cord injury. online. *Spinal Cord*, vol. 59, no. 8, s. 874–884. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41393-021-00644-2>.

NKHOMA, Kennedy Bashan; Amelia COOK; Alessandra GIUSTI; Lindsay FARRANT; Ruwayda PETRUS et al., 2022. A systematic review of impact of person-centred interventions for serious physical illness in terms of outcomes and costs. online. *BMJ open*, vol. 12, no. 7, s. e054386. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054386>.

NOVÁKOVÁ, Karolína; Hana KONEČNÁ a Luděk ŠÍDLO, 2016. Principy zdravotní péče zaměřené na člověka – person-centred health care. *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů*, roč. 96, č. 1, s. 14–17. ISSN 0032-6739.

NUÑO-SOLINÍS, Roberto, 2019. Advancing Towards Value-Based Integrated Care for Individuals and Populations. online. *International Journal of Integrated Care*, vol. 19, no. 4, s. 8. Dostupné z: <https://doi.org/10.5334/ijic.5450>.

OECD, 2017. Tackling Wasteful Spending on Health. online. Paris: OECD. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

PELZANG, Rinchen, 2010. Time to learn: understanding patient-centred care. online. *British Journal of Nursing*, vol. 19, no. 14, s. 912–917. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.14.49050>.

PENNESTRÌ, Federico; Giuseppe LIPPI a Giuseppe BANFI, 2019. Pay less and spend more—the real value in healthcare procurement. online. *Annals of Translational Medicine*, vol. 7, no. 22, s. 688–688. Dostupné z: <https://doi.org/10.21037/atm.2019.10.93>.

PICKER INSTITUTE, 2018. Picker Principles of Patient Centered Care | Graduate Medical Education Challenge Grant Program. online. In: *Welcome to the Picker Institute-Advancing the Principles of Patient-Centered Care*. Dostupné z: https://web.archive.org/web/20180505093951/http://cgp.pickerinstitute.org/?page_id=1319. [citováno 2024-04-04].

POKORNÁ, Andrea a Alena KOMÍNKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6331-0.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2010. *Psychobiografický model péče a jeho dokumentace*. Odborný časopis sociální služby. roč. 12, č. 10, s. 26-27. ISSN 1803-7348.

PTÁČEK, Radek; Petr BARTŮNĚK et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

QIAO, Liya Y. a Namrata TIWARI, 2020. Spinal neuron-glia-immune interaction in cross-organ sensitization. online. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, vol. 319, no. 6, s. G748–G760. Dostupné z: <https://doi.org/10.1152/ajpgi.00323.2020>.

RAITER, Tomáš, 2010. OECD: O kvalitě zdravotní péče rozhodnou pacienti | MT. online. 2010-09-15. In: *MEDICAL TRIBUNE CZ*. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/komentare/oecd-o-kvalite-zdravotni-pece-rozhodnou-pacienti/>. [citováno 2024-04-04].

RATHERT, Cheryl; Mary D. WYRWICH a Suzanne Austin BOREN, 2013. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. online. Medical Care Research and Review, vol. 70, no. 4, s. 351–379. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>.

REYES, Maria Regina L.; Mary Jo ELMO; Brandon MENACHEM a Sara Mercedes GRANDA, 2020. A Primary Care Provider's Guide to Managing Respiratory Health in Subacute and Chronic Spinal Cord Injury. online. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, vol. 26, no. 2, s. 116–122. Dostupné z: <https://doi.org/10.46292/sci2602-116>.

RIASCOS, Roy; Eliana BONFANTE; Claudia COTES; Mary GUIRGUIS; Reza HAKIMELAHI et al., 2015. Imaging of Atlanto-Occipital and Atlantoaxial Traumatic Injuries: What the Radiologist Needs to Know. online. Radiographics: A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc, vol. 35, no. 7, s. 2121–2134. Dostupné z: <https://doi.org/10.1148/rg.2015150035>.

SANDROW-FEINBERG, Harra R. a John D. HOULÉ, 2015. Exercise after spinal cord injury as an agent for neuroprotection, regeneration and rehabilitation. online. Brain Research, vol. 1619, s. 12–21. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2015.03.052>.

SHIFERAW, Wondimeneh Shibabaw; Yared Asmare AYNALEM a Tadesse Yirga AKALU, 2020. Prevalence of pressure ulcers among hospitalized adult patients in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. online. BMC Dermatology, vol. 20, no. 1, s. 15. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12895-020-00112-z>.

SNYMAN, Adele; Jodie DE BRUYN a Tania BUYS, 2021. Goal setting practices of occupational therapists in spinal cord injury rehabilitation in Gauteng, South Africa. online. Spinal Cord Series and Cases, vol. 7, no. 1, s. 48. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41394-020-00352-8>.

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. Sestra - reprezentant profese. České ošetrovatelství: praktické příručky pro sestry, 11. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 978-80-7013-368-2.

SUN, Xin; Zachary B. JONES; Xiao-Ming CHEN; Libing ZHOU; Kwok-Fai SO et al., 2016. Multiple organ dysfunction and systemic inflammation after spinal cord injury: a complex relationship. online. Journal of Neuroinflammation, vol. 13, no. 1, s. 260. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12974-016-0736-y>.

TABERNA, Miren; Francisco GIL MONCAYO; Enric JANÉ-SALAS; Maite ANTONIO; Lorena ARRIBAS et al., 2020. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. online. Frontiers in Oncology, vol. 10, s. 85. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00085>.

TÓTHOVÁ, Valérie et al., 2014. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

TRACHTOVÁ, Eva; Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

TZELEPIS, Flora; Robert SANSON-FISHER; Alison ZUCCA a Elizabeth FRADGLEY, 2015. Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are

critical to reliable assessment. online. Patient Preference and Adherence, no. 9, s. 831–835. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>.

VÁLKOVÁ, Monika; Iva HOLMEROVÁ a Tomáš ROUBAL, 2011. Optimalizace sítě zdravotních a sociálních služeb: východiska transformace sociálních služeb. Ošetřovatelská péče: odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách, roč. 2011, č. 4, s. 9–11. ISSN 2336-1603.

VAN DEN HAUWE, Luc; Pia C. SUNDGREN a Adam E. FLANDERS, 2020. Spinal Trauma and Spinal Cord Injury (SCI). online. In: HODLER, Juerg; Rahel A. KUBIK-HUCH a Gustav K. VON SCHULTHESS (ed.). Diseases of the Brain, Head and Neck, Spine 2020–2023, s. 231–240. IDKD Springer Series. Cham: Springer International Publishing. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-030-38490-6_19.

VAŇKOVÁ, Miroslava, 2013. Mentorství očima studenta a mentora klinické praxe. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry, roč. 23, č. 3, s. 17–17. ISSN 1210-0404.

WALDSBERGEROVÁ, Marcela, 2015. Na pacienta orientovaná péče. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/xn039k/Bakalarske-prace_-_JCU_ZSF_M.W..pdf.

WALDSBERGEROVÁ, Marcela, 2018. Faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7mtnve/Diplomka.pdf>.

WALSH, Ryan J.; Virginia R. MCKAY; Piper E. HANSEN; Peggy P. BARCO; Kayla JONES et al., 2022. Using Implementation Science to Guide the Process of Adapting a Patient Engagement Intervention for Inpatient Spinal Cord Injury/Disorder Rehabilitation. online. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, vol. 103, no. 11, s. 2180–2188. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.04.010>.

WELK, Blayne; Marc P. SCHNEIDER; Jeffrey THAVASEELAN; Luca R. TRAINI; Armin CURT et al., 2018. Early urological care of patients with spinal cord injury. online. World Journal of Urology, vol. 36, no. 10, s. 1537–1544. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00345-018-2367-7>.

WHO, 2020. WHO methods and data sources for life tables 1990-2019. online. Geneva: World Health Organization. Dostupné z: https://www.who.int/docs/default-source/global-health-estimates/ghe2019_life-table-methods.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs : sustainable development goals. online. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-000510-5. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf?sequence=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC, 2007. People-centred health care: a policy framework. online. Manila: World Health Organization, Western Pacific Region. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/206971>.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.

ZIPFEL, Nina; Bedra HORREH; Carel T. J. HULSHOF; Angela G. E. M. DE BOER a Sylvia J. VAN DER BURG-VERMEULEN, 2022. The relationship between the living lab approach and successful implementation of healthcare innovations: an integrative review. online. *BMJ Open*, vol. 12, no. 6, s. e058630. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058630>.