

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Možnost nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Zuzana Janečková, DiS.

2010

Abstract

The paper subject covers Nurse Care Options for Incurables. A theoretical paper of the Diploma Thesis is something like a comprehensive summary of potential nurse care options for incurable people. Based on data gathered herein, I tried to create a schematic layout making the above options clearer. It forms the Annex No.1 to the paper.

A practical part is prepared as a quality – quantity survey. I concentrated on the Czech Republic legislative and statistic data related to the subject as well as the informedness level of patients/clients and general nurse of nurse care options for incurable people. One of hypotheses related to the issue determined by me (“The nurse care options for incurable people in the Czech Republic meet their needs”) was confirmed; other two options (“All nurse care options provided to incurable people are available to them” and “Incurable people are informed of the nurse care options available to them in the frame of their illness”) were disproved.

I determined three essential objectives in my paper: 1. Identify nurse care options for incurable people in the Czech Republic; 2. Determine the availability of the nurse care for incurable people in the Czech Republic; and 3. Find the informedness level of incurable people regarding potential use of nurse care suitable for them, that I met. My theoretical part defines nurse care options for incurable people in the Czech Republic; my quality and quantity survey resulted into a conclusion that the nurse care availability for incurable people in the Czech republic doesn not meet their needs, and the informedness level of incurable people of suitable nurse care availability to them is insufficient.

The Diploma Thesis findings result into following recommendations: To continue in development of the palliative care and start to perceive it not only as care for oncology terminal ill people; aim to improvement in the informedness of incurable people of the nurse care options available to them (currently a social nurse, general nurse, as well also voluntary workes, in the future a case manager nurse – advisor), and promote development of community nursery in the Czech Republic.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Možnost nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se

zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses. cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2010

.....
podpis

Poděkování:

Děkuji své vedoucí diplomové práce PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za neskonalou trpělivost, profesionální přístup, poskytování cenných rad a materiálu. Dále pak děkuji svým blízkým a spolupracovníkům za podporu při studiu.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav.....	4
1.1 Základní aspekty péče o nevléčitelně nemocné.....	5
1.2 Case management v péči o nevléčitelně nemocné.....	7
1.2.1 „Trajektory“ model“	8
1.2.2 Sestra – case manager	10
1.3 Komunitní péče.....	13
1.3.1 Komunitní služby a instituce	14
1.4 Domácí péče	16
1.5 Zdravotně sociální péče	17
1.5.1 Pečovatelská služba	18
1.5.2 Osobní asistence	19
1.5.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením	19
1.5.4 Domovy pro seniory	19
1.6 Následná péče	21
1.7 Paliativní péče.....	22
1.7.1 Obecná paliativní péče.....	23
1.7.2 Specializovaná paliativní péče.....	23
1.7.3 Oddělení paliativní péče	24
1.7.4 Konziliární tým paliativní péče.....	24
1.7.5 Ambulance specializované paliativní péče	25
1.7.6 Denní stacionář paliativní péče.....	25
1.7.7 Domácí paliativní péče (domácí hospic)	26
1.7.8 Hospicová péče	28
1.7.9 Dobrovolníci	29
1.8 Duchovní péče	31
1.8.1 Duchovní péče v České republice.....	32
1.8.2 Duchovní péče v USA	33
1.8.3 Duchovní péče v Nizozemí.....	36

1.8.4 Duchovní péče v Německu	37
2 Cíle práce a hypotézy	39
2.1 Cíle práce	39
2.2 Výzkumné otázky	39
2.3 Hypotézy	39
3 Metodika	40
3.1 Pilotáž	40
3.2 Použité metody	40
3.2.1 Metodika analýzy dokumentů	40
3.2.2 Metodika zpracování dotazníku	40
3.3 Charakteristika zkoumaného souboru	42
3.3.1 Charakteristika zkoumaného souboru pro analýzu dokumentů	42
3.3.2 Charakteristika zkoumaného souboru pro sběr dat dotazníky	42
4 Výsledky	44
4.1 Výsledky analýzy dokumentů	44
4.1.1 Statistická data	44
4.1.2 Legislativa	46
4.2 Výsledky dotazníků	49
4.2.1 Výsledky dotazníků všeobecných sester	49
4.2.2 Výsledky dotazníků nevléčitelně nemocných	56
4.2.3 Komparativní výsledky dotazníků	63
5 Diskuze	78
6 Závěr	88
7 Seznam použitých zdrojů	90
8 Klíčová slova	95
9 Přílohy	96

Úvod

„Během následujících deseti let výrazně vzroste poptávka po dlouhodobé zdravotně sociální péči, neboť bude sílit populace osmdesátiletých a starších lidí. Už dnes je jich v Česku podle posledních statistik na 400 tisíc. Odborníci proto varují. V poslední době přibývá závažných a zatím nevléčitelných nemocí, ovšem míst, kde by člověk mohl v klidu dožít je tragicky málo (32).“

Důvod, proč jsem si vybrala téma diplomové práce „Možnost nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné“ je zřejmý. Jak již z textu výše vyplývá, nevléčitelně nemocných přibývá a míst, kde by jim mohla být poskytována ošetrovatelská péče je výrazný nedostatek. Navíc společnost má tendenci, ve chvíli, kdy se hovoří o nevléčitelné nemoci, vidět za touto rakovinu a nemocného v terminálním stádiu nemoci. A tak se velmi živě hovoří o povolení či nepovolení eutanázie, která by jejich „trápení“ mohla vyřešit. Ovšem nevléčitelně nemocní nejsou pouze lidé, jejichž život je u konce, kteří nelidsky trpí a čekají na vysvobození v podobě smrti. Nevléčitelně nemocní jsou i lidé žijící běžným životem, jsou to lidé, kteří mají před sebou i několik desítek let života, lidé nesmírně silní, které nemoc donutila k zásadní proměně rolí, vztahů a perspektiv a přesto se s tímto vyrovnali a „žijí“. Pomoc zdravotníků potřebují jen ve chvílích, kdy jim nemoc opět vstoupí do života a oni se stávají z rodičů, partnerů, zaměstnanců, dětí, pacienty. Doba, kdy se sestra stává jejich partnerem může být různě dlouhá, poskytovaná péče pacientům různě rozsáhlá, ovšem seznam míst, kde je snaha nepříjemné symptomy nemoci minimálně zmírnit je velmi úzký.

Cílem mé diplomové práce je tedy zejména vytvořit ucelený, informačně plný, přehled o možnostech nabídky ošetrovatelské pro nevléčitelně nemocné a na podkladě dat shromážděných v teoretické části se pokusit vytvořit jakési schéma, které výše zmíněné možnosti zpřehlední. V praktické části diplomové práce bych se ráda zaměřila jednak na legislativu České Republiky a statistická data související s tématem a dále pak na míru informovanosti pacientů/klientů a všeobecných sester o možnostech nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné.

1 Současný stav

V péči o zdraví člověka má ošetřovatelství postavení nezastupitelné. O ošetřovatelské péči lze hovořit jako o souboru odborných činností, jež jsou zaměřené na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, kteří mají buď společné sociální zázemí, nebo obdobné zdravotní obtíže. Součástí ošetřovatelství je i péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti (46).

Za nevyлéčitelně nemocného považujeme takového člověka, jemuž byla sdělena diagnóza onemocnění, u kterého není možno dostupnými léčebnými postupy dosáhnout vyléčení, které má nepříznivou prognózu a přímo směřuje v jakkoli dlouhé době ke smrti. Každé sdělení diagnózy nevyлéčitelného onemocnění vede u člověka zpravidla ke zlomu v životních perspektivách, k přehodnocení hierarchie hodnot. Nemocný je nucen kromě fyzických obtíží bojovat s pocity strachu, úzkosti, s otázkami týkající se budoucnosti. Znamená to tedy, že nemocní mohou trpět bolestí fyzickou, jejíž příčinou je nemoc, ale zároveň také bolestí emocionální a psychickou. Tu pociťují především v důsledku ztráty životních rolí, životních cílů, budoucích plánů. A zatímco fyzické utrpení způsobené nevyлéčitelnou nemocí, lze obvykle zvládnout medikamenty, utrpení pocházející z osobní, duševní bolesti představuje mnohem složitější a palčivější problém. Duševní mučivá úzkost z hrozícího osobního zániku a citové zoufalství nad ztrátou všeho, co člověk měl a čím je, mohou být totiž daleko úpornější než strádání tělesné. Nevyлéčitelná nemoc je situací, která je pro nemocného krajní mezí, situací, v níž se cítí zcela bezmocný. Navíc těžce nemocný člověk je považován za „nezpůsobilého pro společnost“, nevědomky je vylučován z lidského společenství a ze společenství rodiny a stává se jen „věcí“ v nemocnici (3,15).

Pro velmi úzkou souvislost s daným tématem a komplexní pojetí problematiky, je nutné zmínit také nemoci chronické. Jedná se o stavy, jejichž příznaky jsou přítomny téměř trvale. Někdy mohou být sotva patrné remise (tj. vymizení příznaků a projevů onemocnění), jindy se naopak prudce zhoršují exacerbace (tj. nové vzplanutí choroby). Jejich trvalé působení může poškozovat organismus a jeho orgány. Některá onemocnění

mají chronický ráz od samého počátku např. revmatoidní artritida, Crohnova choroba, roztroušená skleróza, jiná se stávají chronickými po opakovaných nebo neléčených akutních nemocech např. vznik chronického zánětu průdušek u kuřáka (44).

1.1 Základní aspekty péče o nevléčitelně nemocné

Hlavní filozofií ošetrovatelství je holismus, jež vyžaduje orientaci na biologické, psychické, sociální a spirituální aspekty ve zdraví i nemoci. Pokud je tedy sestra odhodlána pečovat kvalitně o nemocné, musí vnímat pacienta jako celek a musí se snažit pochopit současně vztah jednotlivých částí k celku a vztah celku k jeho částem. Zaměříme-li se na problematiku nevléčitelně nemocných, pak samozřejmě i u těchto (spíše u těchto nemocných zejména) je více, než nutné neléčit pouze příznaky onemocnění, ale soustředit se i na ostatní aspekty ošetrovatelské péče. Aby byla sestra schopná na všechny 4 výše zmíněné složky profesionálně reagovat, je nutné vytvořit si tzv. plán péče. Ten musí být pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal měnícím se potřebám pacienta a rodiny (33).

Situace nevléčitelného onemocnění představuje pro pacienta i jeho blízké velkou psychickou zátěž. Z tohoto důvodu je příhodné u pacienta i jeho rodiny psychický stav pravidelně hodnotit. Předmětem takového psychologického hodnocení by mělo být to, jakým způsobem pacient/jeho rodina chápe a vnímá nemoc, nezbytná je taktéž podpora strategií, pomocí kterých se pacient/jeho rodina se svou těžkou situací vyrovnává (náboženství, umění, relaxace atd.). Součástí péče o nevléčitelně nemocné je taktéž komplexní zhodnocení sociální problematiky. To zahrnuje rodinné vztahy, kulturní vazby pacienta, jeho komunikační zvyklosti, finanční a životní podmínky, dostupnost dalších laických poskytovatelů péče, dostupnost potřebného domácího vybavení. Důležitou součástí péče o sociální složku nevléčitelně nemocného a jeho rodiny je zajištění účinné respitní péče, jejíž nejčastější formou je krátkodobé přijetí pacienta do hospice nebo jiného lůžkového zařízení (37).

V rámci poskytované komplexní péče by měli lékař nebo sestra citlivě získat informace o pacientových spirituálních hodnotách, jeho orientaci a s nimi spojenými

životními názory, rituály a praktikami. Právě v období konce života by měla být pomoc zdravotníků nabízena způsobem, jež odpovídá individuálním i rodinným kulturním i náboženským hodnotám. Zdravotníci by měli respektovat přání pacienta a rodiny a případně jim umožnit náboženské a duchovní obřady/rituály. Je velmi důležité si uvědomit, že vyjádřená přání pacienta nebo jeho zákonného zástupce tvoří spolu s názorem rodiny a lékaře základ plánu péče o nevléčitelně nemocné. Z tohoto důvodu by přání pacienta a rodiny mělo být vždy dokumentováno (37).

O známkách a symptomech blížící se smrti by měli být pacient i jeho rodina poučeni způsobem, který odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí. S pacientem a rodinou by měla být vyjasněna otázka místa, kde má péče v terminální fázi probíhat (doma nebo v lůžkovém zařízení). Dále je třeba společně s rodinou a pacientem vytvořit plán řešení krizových situací, jež mohou nastat v mimopracovní době zdravotníků (co dělat a koho volat v případě náhlého zhoršení stavu). Cílem tohoto krizového plánu je zachování kontinuity péče a léčebných rozhodnutí (37).

1.2 Case management v péči o nevléčitelně nemocné

Case management, nebo-li případové vedení, je jedním z nástrojů řízené péče ve zdravotnictví, který se neustále snaží najít efektivnější způsoby poskytování péče klinicky náročným pacientům. Jedná se o proces, jehož krátkodobým cílem je předvídat změny v potřebách pacienta a dlouhodobým cílem je zajistit kontinuitu kvalitní péče, snížit počet relapsů a hospitalizací (18).

Case management zahrnuje tři základní úkoly. Prvním je posouzení stavu klienta a podmínek, v nichž se klient pohybuje. V praxi to znamená, že case manager, tedy osoba soustředící se na vedení „případu“, by měl mít přehled nejen o klientových potřebách a schopnostech, ale také možnostech dalších osob, kteří o klienta pečují. Druhým úkolem case managementu je spárovat nabízené služby s identifikovanými potřebami klienta a stanovit takový cíl, jehož výsledkem bude uspokojení klientových potřeb. Toto bývá obsahem tzv. individuálního plánu péče, jež reflektuje člověka jako holistickou bytost. Na jeho tvorbě se vedle sestry podílí sám klient, popř. další pracovníci zaangażovaní v péči o daného klienta. Vytvořený plán by měl být zaměřen na oblast sebeobsluhy (každodenní život a rizika), tělesného zdraví, duševního zdraví, schopnosti a životní styl klienta, přínos pečovatелů, sociální síť a podporu, ale také na bydlení a finanční situaci klienta. Vedle potřeb nevléčitelně nemocného zaznamenává individuální plán péče také jeho silné stránky. Identifikuje tedy rovněž ta místa, o která se pracovník spolu s nemocným mohou opřít. Nedílnou součástí individuálního plánu je i návrh opatření, která je třeba uskutečnit pro zlepšení klientovy situace. A konečně třetím úkolem je realizovat tento individuální plán za pomoci klienta, zaznamenávat uskutečněné kroky a jejich dopad – tj. zřehlednit výsledky ve vztahu ke klientovi i k pracovníkům, kteří se na dané práci podíleli. Sledování provedených kroků i jejich dopadu slouží nejen k hodnocení, ale i k případné revizi (v případě, že se individuální plán jeví jako neúčinný) individuálního plánu ve spolupráci s ostatními zúčastněnými stranami (18, 25).

Vhodnost použití case managementu u nevléčitelně nemocných je neoddiskutovatelná. Zejména v současnosti, kdy se doba hospitalizace na akutních

lůžkách nemocnic, nejen z ekonomických důvodů, ale také díky moderním diagnostickým a léčebným metodám a rozvoji ambulantních služeb, zkracuje. Tím je kladen čím dál větší důraz na rozvoj kvalitní následné, či v ideálním případě komunitní péče, v jejichž rámci musí dojít k zabezpečení toho, co měl klient zajištěno v době hospitalizace. Aby pacienti, jejich rodinní příslušníci i ostatní poskytovatelé zdravotnické péče byli schopni navázat na péči předchozí, nemocniční, je nutné jim podat dostatečně včas veškeré potřebné informace. V tomto ohledu se jeví, jako nejefektivnější právě case management, prostřednictvím něhož jsou pacient a jeho rodina informováni nejen o klientově zdravotním stavu, ale také o možnostech využití dalších zdravotnických, sociálních či laických subjektů, podílejících se na péči následné (36).

1.2.1 „Trajektory“ model“

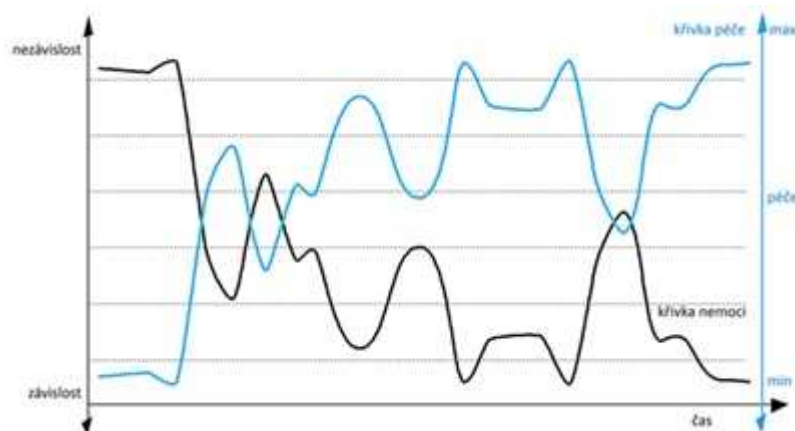
V rámci plánované ošetrovatelské péče formou case managementu je vhodné využít systémový model, který umožní individuální, kontinuální vedení pacienta. Takovým se jeví model od autorů Corbin a Strauss, tzv. „trajektorý“ model, zaměřený především na dlouhodobou perspektivu nevyлéčitelně nemocného, interdisciplinární spolupráci a kooperaci mezi klientem, jeho rodinou a odborníky jednotlivých oborů. K metaparadigmatickým koncepcím, které determinují ošetrovatelství a jeho praxi patří Osoba, Zdraví, Prostředí a Ošetrovatelství. V rámci tohoto modelu jsou jednotlivá metaparadigmata chápána následujícím způsobem. Klient – „Osoba“ nese ve značné míře vlastní odpovědnost za preventivní a léčebná opatření, za každodenní aktivity, činí nutná rozhodnutí, která souvisejí s danou nemocí a zároveň jsou v souladu s vlastním životním příběhem – „biografií“. Pohled na „Zdraví“ je ovlivněn faktem, že se jedná o model určený pro chronicky nemocné. Zdraví v tomto případě tedy neznamená vždy uzdravení se, ale spíše možnost předcházet komplikacím, adaptovat se na život s nemocí a udržovat kvalitu života pacienta na maximální možné úrovni. „Prostředí“ zahrnuje jednak samotné prostředí, v kterém člověk žije, především však nejbližší sociální okolí nemocného. Primárním okolím je pro nemocného tedy domov a rodina. V

dlouhodobé perspektivě se však může prostředí nevyhládně nemocného měnit a na to je nutné jak nemocného, tak jeho rodinu připravit. To zejména proto, aby byl přechod bezproblémový, pro všechny strany co nejméně zatěžující (včetně zabezpečení technických pomůcek, kontaktů a koordinace péče profesních skupin). Úkolem „Ošetřovatelství“ je poskytnout pomoc chronicky nemocnému při utváření každodenních aktivit a životních podmínek tak, aby byla zajištěna, eventuelně udržena maximální možná kvalita života. V úvahu je brána, jak minulost, tak i budoucnost klienta (33, 13).

Podobně jako Kübler-Rossová formulovala křivku prožívání příchodu a rozvoje nemoci v psychické úrovni, využívá křivky i samotný „Trajektory“ model. Zatímco ale křivka Kübler-Rossové je pouze jedna a tvoří 5 fází (popření, zloba, smlouvání, deprese, akceptace), „Trajektory“ model využívá křivky dvě – křivku nemoci, která znázorňuje proměnlivost stavu nemocného a křivku péče, jež zobrazuje potřebu péče a popisuje osm typických stádií chronické nemoci. 1. stádiem je doba před propuknutím nemoci, kdy člověk netrpí žádnými symptomy a ošetřovatelská péče je pouze preventivní, 2. stádium je definované jako výskyt nemoci – pacient je konfrontován se symptomy nemoci, s nemocí samotnou, vstupuje do léčby a je započata ošetřovatelská péče o nemocného, 3. stádium = krize, neboli život ohrožující situace, ve 4., akutní fázi, je již nutná hospitalizace nemocného a může dojít k různým komplikacím zdravotního stavu pacienta, 5. stádium je stabilní fází nemoci, kdy jsou jak průběh nemoci, tak její symptomy pod kontrolou péče a léčebného programu. Pokud se nemocný dostane do 6. nestabilní fáze nemoci znamená to, že nemoc a symptomy nelze již danou péčí a léčebným programem zvládnout, ovšem pobyt v nemocnici zatím není nutný. Předposlední, 7. fázi, je tzv. „chátrání organismu“. V této fázi dochází k progresi nepříznivého tělesného i duševního stavu, přibývají nepříjemné symptomy a nemocný postupně přechází do stádia 8. – umírání – tedy stavu bezprostředně před smrtí (13,14).

Křivka, kterou v rámci tohoto modelu vytváříme znázorňuje vždy jednotlivé fáze nemoci (konkrétní pacient nemusí vždy projít všemi fázemi) a křivka péče s ní úzce souvisí. Dojde-li ke zhoršení průběhu nemoci – křivka se propadá, pak potřeba péče o nemocného stoupá – křivka se zvyšuje (viz.obr.1). Takto vzniklý graf je pak v podstatě

jakousi zpětnou vazbou vyjadřující skutečnost, zda péče organizovaná case managerem byla dostatečně odpovídající zdravotnímu stavu nemocného (13,14).



Obr. 1 – Křivka nemoci a péče vytvořená v rámci „Trajektoriy“ modelu

Zdroj: autorka

1.2.2 Sestra – case manager

Možnosti ošetrovatelské péče nabízené nevléčitelně nemocným v České republice jsou značně omezené. V situaci, kdy má nemocný akutní problém je hospitalizován v nemocničním zařízení. Jak bylo ale již výše zmíněno, doba pobytu v těchto zařízeních se zkracuje na období nezbytně nutné, a po odeznění akutního problému je nemocný propouštěn. Tím se ale mnohdy nevléčitelně nemocný dostává do tíživé životní situace, zejména proto, že možnosti další péče o jeho „chronický problém“ nejsou rozmanité.

Pro klienta zcela jistě nejideálnější možností péče je péče komunitní. I přes značné snahy o to, aby byla komunitní péče u nevléčitelně nemocných v České republice zavedena, není stále systém tohoto typu péče ucelený. Bohužel u řady oblastí souvisejících s problematikou komunitní péče není také jasně definován národní konsensus (společný názor) ve způsobech péče. Dále je problémem informovanost. V regionech často chybí ucelený přehled služeb dostupných veřejnosti, chybí i vzájemná informovanost mezi jednotlivými poskytovateli péče. Jednou z dalších potíží je vzdělání a vzdělávání v komunitní péči. Znalosti významu, poslání a možných podob komunitní péče pro různé skupiny pacientů jsou v celonárodním měřítku neuspokojivé. Navíc

vzdělávání zdravotního i sociálního personálu pro práci v terénu je nedostatečné. Chybí vzdělávání managementu organizací poskytujících sociální a zdravotní péči komunitního týmu. Chybí vzdělávání úředníků v mapování skutečných potřeb pacientů, plánované budování sítě a vyhodnocování její efektivity (40).

I přesto, že problematických oblastí související s rozvojem komunitní péče v České republice je stále poměrně dost, je nepochybné, že jejich překonání bude posléze ku prospěchu. Zejména pro nevléčitelně, dlouhodobě nemocné pacienty představuje komunitní péče jakousi naději v budoucnost strávenou v domácích, přirozených podmínkách se svými blízkými. Především toto je totiž důvodem jednoznačné preference komunitní péče pacienty před jakoukoli péčí jinou.

Jak je již výše zmíněno, systém komunitní péče netvoří prozatím v České republice komplexní celek. To ale neznamená, že zde nefungují jednotlivé složky, které lze do komunitní péče v budoucnu zahrnout. Jedná se například o agentury domácí péče, stacionáře, lze se setkat i s působením dobrovolníků. Součástí komunitní péče jsou také ambulance praktických lékařů, specialistů či paliativní péče. V neposlední řadě lze nevléčitelně nemocným nabídnout i služby sociální. Z těch lze u nevléčitelně nemocných do oblasti komunitní péče zahrnout např. službu pečovatelskou či osobní asistenci aj.

Pokud nemocný nemůže setrvat v domácích podmínkách, lze mu nabídnout některá ze zařízení sociálních služeb (např. Domovy pro osoby se zdravotním postižením, Domovy pro seniory) či zařízení následné péče. Jejich lůžková kapacita je prozatím uspokojující, nicméně ještě nedávno informovala rozličná média o neutěšeném stavu v těchto zařízeních. Problém se týkal především Léčeben pro dlouhodobě nemocné. Konkrétně šlo o strádání pacientů, vysokou lůžkovou obloženost pokojů, nezájmem personálu o nemocné a falšování dokumentace. V roce 2009 však proběhla ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále jen VZP) kontrola Léčeben dlouhodobě nemocných (dále jen LDN), která prokázala, že péče ve většině z nich je kvalitní. Konkrétně z kontroly vplynuly tyto výsledky: ze všech 196 LDN, s kterými má VZP smlouvu je celkem 36% pacientů ubytováno v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích, dalších 34% pacientů žije v třílůžkových pokojích. Čtyři lůžka a více má v

pokojích 10% klientů léčeben. Podle kontrolorů se v léčebnách oproti předchozím prověrkám obecně výrazně zlepšila kvalita dokumentace; pravidelné a vážnější nedostatky v dokumentech objevili u 10% léčeben. Pokud je hodnocena kvalita ošetrovatelské péče, pak k ní neodmyslitelně patří i správným způsobem vedená ošetrovatelská dokumentace. Jsem přesvědčena o tom, že i když výsledky kontroly ze strany VZP hovoří o tom, že ve většině LDN je již poskytována péče kvalitní, je ještě poměrně značná část těch, v kterých je nutné mnohé zlepšit. 10% LDN, v kterých byly zjištěny vážné nedostatky skýtá ,relativním číslem vyjádřeno, přibližně 20 léčeben pro dlouhodobě nemocné, což osobně považuji za stále notně vysoké číslo (6).

Uvažujeme-li stále, že pacient ve své chorobě nemůže z jakéhokoli důvodu zůstat v domácím prostředí, pak je mu, nejčastěji v terminálním stádiu jeho choroby, možno doporučit buď oddělení paliativní péče fungující nejčastěji v rámci nemocničního zařízení, nebo hospic. Výhodou těchto je, že se nezaměřují pouze na nemoc, tedy diagnózu člověka, ale pojmají ho, jako bytost holistickou. Velkým negativem je však nedostatečná lůžková kapacita.

Budeme-li nahlížet na pacienta jako na bytost celostní, nelze opomenout stránku spirituální. I přesto, že mnohé instituce poskytující zejména zdravotní péči hlásají, že přistupují ke klientovi jako k bytosti bio-psycho-socio-spirituální, je duchovní péče v českém zdravotnictví prozatím situována na okraji uspokojovaných potřeb nemocných. Vyhovět klientům v této oblasti je v současnosti schopen jakýkoli hospic, určité možnosti jsou i v rámci některých stacionářů, velmi malé pak v dalších výše zmiňovaných sférách péče.

Z předchozího jednoznačně vyplývá, že možností ošetrovatelské péče, které by sestra-case managerka mohla nevyčísitelně nemocnému klientovi v českých podmínkách nabídnout není mnoho. Přesto by však měla být schopna komplexně koordinovat nejen zdravotní, ale i sociální péči u klienta a zabezpečovat proces resocializace klienta v zařízeních sociálních a zdravotnických služeb, ale zejména a co nejdéle to pacientův stav dovolí, především v komunitě. Je nutné podotknout, že case management je činností vysoce odpovědnou, a z tohoto důvodu by ji měl provádět

pouze kompetentní pracovník s náležitým vzděláním, praxí a organizačními a koordinačními schopnostmi.

1.3 Komunitní péče

V posledních letech převládá tendence řešit co nejvíce zdravotních problémů doma v blízkosti své rodiny a přátel a zkrátit tak pobyt v lůžkovém zařízení na nezbytně nutnou dobu. Tím komunitní ošetrovatelská péče, sociální péče a další zdravotní péče nabývají na významu.

Ošetrovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel. Komunitní péče je zaměřená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Dále se zaměřuje na péči o nemocného a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetrovatelské péče. Komunitní péče zahrnuje i péči o chronicky a nevyléčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany, včetně zajišťování různých forem domácí péče. Zdravotnický pracovník, který poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci komunitní péče, úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími apod. Hlavním úkolem komunitního ošetrovatelství je tedy prostřednictvím multidisciplinárního týmu poskytování fyzických, psychologických, paliativních a duchovních služeb a dosáhnout co nejvyšší možné úrovně nezávislosti, samostatnosti a soběstačnosti klienta. Rozvoj komunitního ošetrovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace (12).

Komunitní tým je tvořen zdravotnickými a sociálními pracovníky, dobrovolníky z komunity, nemocnými nebo postiženými. Důležitými členy multidisciplinárního týmu jsou všeobecné sestry, nejlépe se specializací „komunitní ošetrovatelská péče“. Sestry vykonávají mnoho rozmanitých činností, ke kterým náleží především edukace jedince i komunity, management, sběr dat a výzkum, poskytování specifických intervencí ošetrovatelské péče. Hlavní úlohou komunitních sester je vystupovat jako zprostředkovatel zdravotní a ošetrovatelské péče pro členy komunity (21).

Komunitní péče nabývá v současnosti na svém významu nejen proto, že dochází ke stárnutí populace, ale také proto, že se neustále vyvíjí a zdokonaluje technika používaná v terénní péči a zlepšuje se informovanost klientů. Klienti pak již nejsou pouze pasivními příjemci zdravotní péče, ale jsou lépe poučeni a jsou si vědomi svých práv. Rozvoj komunitní péče také ovlivňuje „krize ošetřovatelství, kdy se zvyšuje průměrný věk sester a potýkáme se s jejich nedostatkem“(21).

1.3.1 Komunitní služby a instituce

V komunitní péči má nejvýznamnější místo rodina, popřípadě přátelé, kteří se o klienta chtějí starat. Domov je klienty vnímám jako životní centrum. V případě, že je již při uspokojování potřeb klienta laická ošetřovatelská péče nedostatečná, je vhodné tuto doplnit, či zcela nahradit (leckdy jen na nějaký časový úsek) péčí profesionální. Mezi zdravotní služby, které tuto péči zajišťují patří např.: *léčebně – preventivní péče*, kterou poskytují praktičtí lékaři. Tato péče zahrnuje podporu zdraví, prevenci onemocnění, léčbu, rehabilitaci a léčbu podpůrnou. Odbornou zdravotní a ošetřovatelskou péči poskytují klientům *agentury domácí péče*. Domácí péči indikuje lékař, péče může být poskytována 24 hodin denně speciálními agenturami a je hrazena ze zdravotního pojištění. Klienti si platí pouze nadstandardní výkony. *Stomatologové*, kteří kladou důraz na preventivní prohlídky, a to ve všech subdisciplínách (stomatologická chirurgie, parodontologie, dětská stomatologie atd.). *Stacionáře a centra pro specializovanou péči* poskytují zdravotní péči vybraným skupinám klientů v rámci péče ambulantní či lůžkové. Tato centra poskytují klientům nejen léčbu a sledování daného zdravotního problému, ale také např. edukaci klienta a jeho rodiny, nácvik denních činností, zaměřují se na management bolesti, poradenství apod. (21).

V komunitní péči se můžeme setkat i se službami sociálními. Těmi jsou např. pečovatelská služba, osobní asistence, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory. *Pečovatelská služba* je služba terénní či ambulantní, která pomáhá osobám se sníženou soběstačností, zaměřuje se především na poskytování základních činností lidského života. Služeb *osobní asistence* využívají klienti, kteří potřebují

pomoc v životních úkonech z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Cílem osobní asistence je umožnit klientovi žít co nejdéle ve svém domácím prostředí a oddálit ústavní zaopatření. Dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby poskytují *domovy pro osoby se zdravotním postižením*. *Domovy pro seniory* nabízejí dlouhodobé pobytové služby seniorům, kteří potřebují pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu (49, 21).

Aby bylo možné hovořit o péči komunitní, musí sestra poskytovat ošetrovatelskou péči celé komunitě. V našich podmínkách pak hovoříme o sestře komunitní (dříve specializace „zdravotní výchova“, v současnosti „Komunitní ošetrovatelská péče“). V jiných zemích se ale můžeme setkat s pojmy jako sestra pro veřejné zdravotnictví (public health visitors), sestra pro návštěvní službu (health visitors), sestra pro domácí péči, školní sestra, sestra pro zdravotní výchovu, rodinná sestra (family nurse), která je v poslední době hodně preferovaná. Všechny tyto sestry pracují ve státním zájmu samostatně v terénu a jejich práce je nejen společensky velmi ceněna, ale především je velmi užitečná (39).

1.4 Domácí péče

Dle koncepce domácí péče je tato definována jako zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (27).

Domácí péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou formou péče, která díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyt klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytně nutnou dobu. Na druhé straně vytváří vhodné podmínky pro praktické lékaře v rámci primární péče, kteří ve spolupráci s agenturami domácí péče mohou poskytovat širší rozsah potřebné zdravotní péče klientům, kteří by jinak byli hospitalizováni. Cílem domácí péče je tedy zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytovaná na základě doporučení k tomu příslušným lékařem, a to v jejich vlastním sociálním prostředí. K dalším cílům pak patří eliminace vlivů nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů (27).

Domácí péči zajišťuje multidisciplinární tým, jehož členy jsou lékař, všeobecná sestra, specializovaná sestra, fyzioterapeut, sociální pracovník, psychiatr, ergoterapeut, dobrovolníci, rodina a další jiné osoby podílející se na péči o klienta. Všeobecná sestra v domácí péči pracuje metodou ošetřovatelského procesu. V jeho první fázi se zaměřuje na hodnocení zdravotního stavu klienta a na získání anamnestických údajů. Na základě informací, které od nemocného získala provádí diagnostiku problému klienta (2.fáze). Nezaměřuje se pouze na aktuální problémy, ale stanovuje i ty rizikové, které mohou u pacienta nastat. Na základě stanovených diagnóz pak společně s pacientem plánuje ošetřovatelské činnosti – intervence, které vedou ke zmírnění či odstranění jeho problému. Ve čtvrté fázi pak realizuje naplánované ošetřovatelské intervence a ve fázi poslední, páté, pacientův stav zhodnotí. Veškeré fáze – jejich plánování i realizace –

probíhají za přímé účasti pacienta, ale za volbou nejvhodnějšího způsobu péče o nemocného a realizaci naplánovaných aktivit plně odpovídá sestra (35).

Domácí péče je v České republice poskytována v 5 formách. Jedná se o domácí péči akutní, dlouhodobou, preventivní, hospicovou a domácí péči ad hoc. V případě nevyлéčitelně nemocného klienta by bylo vhodné mu nabídnout dlouhodobou formu domácí péče určenou právě chronicky nemocným, jejichž stav vyžaduje pravidelnou profesionální péči. V preterminálním a terminálním stádiu nemoci by pak připadala v úvahu hospicová forma domácí péče (35).

Ošetření v rámci domácí péče je hrazeno zdravotními pojišťovnami podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Některé nadstandardní výkony platí nemocný či rodina. Zařízení poskytující agentury domácí péče (home care) jsou státní, privátní či církevní (27).

1.5 Zdravotně sociální péče

Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde dochází k prolínání péče zdravotní s péčí sociální a je nedílnou a nezbytnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Ke komplexnosti léčby tedy nevyhnutelně patří i pomoc při řešení sociálních problémů pacienta v případech, kdy toho není schopen sám, rodina mu tuto péči poskytnout nemůže, nechce, nebo pokud pacient rodinu nemá. Cílem sociální práce je umožnit jedinci dosáhnout maximální možné hranice uspokojení jeho základních-nižších i vyšších životních potřeb s ohledem na jeho zdravotní stav a sociální podmínky (4).

Podle § 10, § 43 a § 96 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních je osobou kompetentní pro vykonávání sociálně zdravotní práce zdravotně sociální pracovník způsobilý k výkonu sociální práce ve zdravotnictví, sociální pracovník způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (51).

Budeme-li v podmínkách zdravotně sociální péče uvažovat o uplatnění péče ošetrovatelské, pak dojdeme k závěru, že zde jistě své místo má. V textu dále je uvedeno, jací klienti, s jakými problémy mohou využívat zdravotně sociálních služeb.

Z těchto informací pak vyplývá, že u mnohých z těchto klientů je nutné minimálně zajistit základní ošetrovatelskou péči. Tou se rozumí ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav umožňuje běžné aktivity denního života a jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí je minimální. K poskytování základní ošetrovatelské péče jsou dle vyhlášky č. 424/2004 Sb. kompetentní jednak všeobecná sestra a pod jejím dohledem i ošetrovatel. Právě jeho kompetentnost k činnostem vycházející ze stejné vyhlášky plně koreluje s potřebami klientů využívajících zdravotně sociálních služeb. Jedná se zejména o provádění hygienické péče, prevence proleženin, pomoc při podávání stravy pacientům, péči o vyprazdňování pacientů apod. (46).

Proces zdravotně sociální práce je zaměřen na individuální přístup k pacientovi, který přispívá ke zkrácení doby hospitalizace a snižuje riziko rehospitalizace, motivuje pacienty k řešení vlastních problémů, napomáhá k zabezpečení a uspokojování jejich biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb, napomáhá účelnému využití materiálních a finančních prostředků služeb sociální péče a přispívá k prevenci patologických sociálních jevů (4).

1.5.1 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v přirozeném prostředí klienta i ve specializovaných zařízeních a obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů klienta.

Služba je poskytována za úplatu, bezúplatně pak rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let (49).

1.5.2 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Obsahuje zejména tyto základní činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (49).

1.5.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů (49).

1.5.4 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Na základě doporučení ošetřujícího lékaře je v domovech pro seniory poskytována také základní

ošetřovatelská péče. Sestry se zaměřují zejména na podávání léků dle ordinace lékaře, aplikace podkožních, intramuskulárních a intravenózních injekcí, prevenci a péči o proleženiny, převazy ran a kožních defektů, zajištění kontaktu s dalšími zdravotnickými zařízeními podle aktuálního zdravotního stavu uživatele, zdravotnickou osvětu a edukaci, sledování a hodnocení zdravotního stavu a vedení předepsané dokumentace, zajištění výživy s výjimkou sond zavedených do zažívacího traktu, péči o vyprazdňování – podávání klysmat, péče o kolostomie, péče o močový katétr, příprava k vyšetření ve zdravotnickém zařízení, aplikace hygienicko epidemiologických opatření, základní rehabilitační péči (49).

1.6 Následná péče

Rehabilitační a doléčovací péče a dlouhodobá péče převážně ošetrovatelského typu byly doposud poskytovány léčebnami pro dlouhodobě nemocné a nyní bývají organizovány jako tzv. následná péče (23).

Následnou lůžkovou péčí se rozumí poskytování zdravotní péče při pobytu na lůžku, pokud pominuly zdravotní důvody k poskytování akutní zdravotní lůžkové péče, nemocným, u kterých byla stanovena diagnóza a došlo ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, nebo nemocným, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný tj. nelze očekávat zvrát stability vyžadující akutní zdravotní lůžkovou péči (49).

Oddělení následné péče jsou zdravotnická zařízení oboru geriatric pro dlouhodobé léčení nemocných se stanovenou diagnózou a dlouhodobým léčebným plánem. Indikací pro přijetí na oddělení následné péče jsou všechny chorobné stavy, u nichž je narušena soběstačnost nemocného, tzn. že zdravotní stav nemocného vyžaduje pravidelnou ošetrovatelskou péči poskytovanou multidisciplinárním týmem.

Oddělení následné péče jsou specializovaná oddělení nemocnic, na která může být nemocný přijat buď na základě doporučení nemocnice, nebo i praktického lékaře (o péči může požádat i nemocný sám, popřípadě jeho rodina, ovšem vždy na doporučení ošetrujícího lékaře). Délka pobytu by neměla přesáhnout 3 měsíce, problematiku propuštění a následné péče pak řeší sociální pracovník. Péče je hrazena zdravotní pojišťovnou (23).

Dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/1998 je cílem následné péče dosažení úplného fyzického nebo duševního zdraví chronicky nebo dlouhodobě nemocných osob nebo co nejvýraznější zmírnění následků onemocnění, úrazů či vrozených vad (případně alespoň zpomalení progresu nebo důstojné dožití u nevléčitelně nemocných osob) (23).

V systému následné péče převládá jak péče ošetrovatelská, tak služby sociální. Hovoří se tedy o dlouhodobé péči zdravotně sociální. A právě toto nejednoznačné

postavení následné péče na pomezí sociální a zdravotní sféry je, co se týče financování péče, jednou z nejproblémovějších oblastí péče a to nejen u nás ale i ve světě (23).

1.7 Paliativní péče

Tradičně se paliativní medicína soustředila především na péči o nemocné v preterminálním stádiu nemoci a umírající onkologické pacienty. Světová zdravotnická organizace ve své definici paliativní péče v roce 1990 uvádí, že se jedná o komplexní péči o nemocné, jejichž onemocnění neodpovídá na péči kurativní. V posledním desetiletí jsme však svědky narůstající pozornosti věnované potřebám lidí, kteří trpí jinými (neonkologickými) chronickými a potenciálně letálními chorobami. Postupy a zkušenosti získané v kontextu paliativní péče o onkologické pacienty se ukazují jako velmi efektivní rovněž u jiných skupin pacientů. Dochází tak k určitému rozšířenému konceptu paliativní péče, a to ve dvou dimenzích: První dimenzí je rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Paliativní péče není určena pouze onkologicky nemocným, ale všem, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí (např. ischemickou chorobou srdeční, chronickou obstrukční plicní nemocí, neurodegenerativním onemocněním, demencí atd.). Druhou dimenzí je rozšíření časového úseku v průběhu nemoci, ve kterém jsou postupy paliativní péče použitelné. Paliativní péče chápala sebe sama především jako péči o terminálně nemocné a umírající (poslední týdny, dny života). Nová definice paliativní péče Světové zdravotnické organizace z roku 2002 již nepracuje pouze s konceptem terminálního onemocnění, ale také s konceptem onemocnění ohrožujícího život. U všech nemocných s onemocněním život ohrožujícím (bez ohledu na aktuální prognózu) je třeba včas identifikovat a účinně mírnit utrpení ve všech jeho podobách (45).

Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou.

1.7.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.) (42).

Všechny sestry by měly být schopny na této úrovni rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy a zajistit jejich řešení, porozumět tomu, co prožívá umírající i jeho rodina, zapojit se do komunikace o individuálních potřebách a prožitcích a konzultovat se specialisty v paliativní péči potřeby klientů, které přesahují jejich znalosti a kompetence.

Lékaři všech odborností by měli tuto péči poskytovat v rámci své rutinní klinické práce. Všeobecný praktický lékař pro nemocné tuto péči zajišťuje ve spolupráci s ambulantními specialisty, s agenturou domácí péče.

Z celkového objemu paliativní péče poskytnuté v rámci péče primární má charakter obecné paliativní péče část větší (38).

1.7.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní multidisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Tito specialisté mohou pracovat v komunitním zařízení paliativní péče, jako konzultanti v nemocnicích nebo v hospicu (42).

Specializovaná paliativní péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Přejít mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je plynulý.

K základním formám specializované paliativní péče patří oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben), konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny), ambulance specializované paliativní péče, denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“), zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic, hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči (42).

1.7.3 Oddělení paliativní péče

Paliativní jednotka je navázána na nemocnici. Je však samostatným oddělením, které se specializuje na nevléčitelně nemocné pacienty. Řeší tedy symptomy, které doprovázejí nevléčitelné onemocnění. Oddělení paliativní péče je oddělením autonomním jak v oblasti přijetí, léčby i propuštění nemocných a k dispozici nemocným je multidisciplinární tým, který se stará jak o nemocné, tak i o jejich příbuzné. Důvodem k přijetí na oddělení paliativní péče jsou nevládnuté příznaky nemoci, pro které pacient není schopen zůstat v domácím prostředí, nebo jiném zařízení. Cílem léčby je kvalitativní zvládnutí těchto symptomů (22).

1.7.4 Konziliární tým paliativní péče

Konziliární služby jsou poskytovány multidisciplinárním týmem, který je v první řadě k dispozici lékařskému a ošetrovatelskému personálu zdravotnických, sociálních nebo ambulantních zařízení. Bývají součástí nemocnice.

Tým je především poradenský a nabízí zkušenosti s léčbou bolesti a ostatních symptomů, komplexní péči, psychosociální doprovázení, pomoc s rozhodnutím týkající se různých specializovaných postupů. Konziliární tým je k dispozici na požádání všech složek zdravotního systému, ve chvílích, které vyžadují specializované paliativní intervence.

Cílem je především podpora odborného personálu, doporučení jiných, pro nemocného vhodnějších, zařízení, snaha aby nemocný zůstal co nejdéle to bude možné v domácím prostředí, pokud je běžná domácí péče dobře spolupracující (22).

1.7.5 Ambulance specializované paliativní péče

Ambulance specializované paliativní péče je určena klientům v preterminálním a terminálním stavu nemoci, dále pak jejich rodinám, které se rozhodly o nemocné pečovat v domácích podmínkách.

Zdravotnický personál působící v ambulanci paliativní péče může nemocným nabídnout služby v oblasti terapie bolesti (od perorální po svodnou anestézii), nutriční konzultace, návštěvní službu lékařem a sestrou, edukace rodiny sestrou při ošetřování nemocného, ošetření a prevenci dekubitů, telefonickou konzultační službu lékaře, infúzní terapii, spirituální pomoc při péči o umírající, blízkou osobu (42).

Ambulance specializované paliativní péče zajišťuje ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními obecné domácí péče a specializované paliativní péče. Ambulance paliativní péče někdy působí při lůžkových hospicích či při odděleních paliativní péče lůžkových zařízení, kde může být součástí ambulance léčby chronické bolesti nebo jako samostatná ambulance při onkologickém oddělení. Ve zdravotnických zařízeních může působit současně i jako konziliární tým paliativní péče (22, 42).

1.7.6 Denní stacionář paliativní péče

Denní stacionáře obvykle fungují při specializovaných lůžkových odděleních paliativní péče, při domácích hospicích nebo jako samostatná zařízení. Nabízí pacientům možnost pobytu přes den, mimo jejich přirozené prostředí. Navštěvovat je pacienti mohou jeden či více dní v týdnu.

Poskytované služby lze označit jako zdravotní (krevní transfúze, zmírňování bolesti a symptomů atd.), sociální (sprcha, koupel), rehabilitační (fyzioterapie, ergoterapie), relaxační (masáže) nebo zájmové (umělecké a řemeslné aktivity).

Tým působící v denním stacionáři paliativní péče lze označit, jak již z předchozího textu vyplývá, za multidisciplinární. Zajišťuje poradenství, podporu i léčbu problémů. Je doplněn o školené dobrovolníky, kteří zajišťují většinu aktivit.

Cílem denního stacionáře paliativní péče je nabídnout úlevu pro pečující, zlepšit kvalitu života nemocnému rozšířením životního prostoru a zamezením sociálním izolace, motivovat nemocného k sebeobsluze, umožnit setkání s lidmi v podobných situacích (22, 42).

1.7.7 Domácí paliativní péče (domácí hospic)

Poskytování domácí paliativní péče vychází ze zákona č. 160/1992 Sb., „O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních“. Jedná se o péči, která je zaměřena na kvalitu života nevléčitelně nemocných. Ta je posuzována na základě údajů získaných od nemocného, přičemž není hodnocen pouze pocit fyzického zdraví, ale také psychické kondice, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty (47).

Domácí hospic je službou komplexní, což znamená, že v sobě zahrnuje péči zdravotní, sociální, psychologickou a duchovní. Nemocného navštěvují zdravotní sestry, lékař specialista a na přání nemocného také sociální pracovník, pastorační asistent a dobrovolníci. Péče domácího hospice probíhá ve spolupráci s praktickým, nebo jiným ošetřujícím lékařem. Poskytování komplexní domácí paliativní péče dnes od všech zúčastněných předpokládá nadstandardní profesní a lidské výkony (38,45).

Zásadní rozdíl mezi domácím prostředím a zdravotnickým zařízením je v dostupnosti profesionální zdravotní péče a v míře, jakou se na péči podílejí laici. Je-li pacient ošetřován doma, je primárním poskytovatelem zdravotní péče jeho registrující praktický lékař. Ten dle vlastní úvahy rozhoduje o zavedení domácí paliativní péče. V domácím prostředí se velice významně počítá s praktickou pomocí pacientových

blízkých, avšak s progresí základního onemocnění se často poměrně dramaticky pacientův celkový stav mění, objevují se nové symptomy, mění se jejich charakter a intenzita a narůstá potřeba kvalifikované péče. Mnohdy právě v těchto chvílích dochází k únavě a vyčerpání pečující rodiny. Zkušenost v ČR ukazuje, že právě nedostatečné zvládnutí těchto kritických momentů bývá důvodem zbytečných hospitalizací a velké frustrace pro pacienta i jeho rodinu. A právě proto při plánování a poskytování domácí paliativní péče je třeba možné komplikace předvídat, očekávat a pravidelně hodnotit, zda nedochází k jejich rozvoji. Pro případ nejčastějších komplikací je také třeba předem vytvořit „krizové scénáře“, které bude mít pacient a jeho rodina písemně doma. Tyto návody by měly obsahovat informaci o tom, co je třeba udělat bezprostředně, koho zavolat, event. kam pacienta převést. Ošetřující lékař by měl ve spolupráci se sestrou domácí péče, pacientem, a jeho rodinou zajistit předpis popřípadě zapůjčení potřebných pomůcek. Samozřejmě je spolupráce s odbornými ambulancemi (onkologickou, ambulancí léčby bolesti). Pokud mají být tyto složité situace doma dobře zvládnuty, je třeba, aby byla sestra domácí paliativní péče schopna k nemocnému přijet 7 dní v týdnu a 24hodin denně. Ze zahraničních zkušeností vyplývá, že zajištění kontinuity paliativní péče v domácím prostředí je možné pouze za předpokladu, že specializovaná agentura domácí paliativní péče má také vlastní lékaře, kteří jsou schopni kvalifikovaně a nepřetržitě řešit doma vzniklé komplikace (45).

Rozhodnutí o zavedení domácí péče by mělo být vždy výsledkem domluvy mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou a manažerem agentury domácí paliativní péče.

Domácí paliativní péči indikuje registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Praktický lékař může domácí paliativní péči předepsat na jeden měsíc a poté může indikaci neomezeně obnovovat. Lékař v nemocnici může domácí paliativní péči předepsat nejvýše na 14dní po propuštění. Poté může být domácí paliativní péče předepsána praktickým lékařem.

Při společném jednání zadávajícího lékaře s manažerem domácí paliativní péče se stanoví individuální plán paliativní péče o konkrétního nemocného. V případě, že některé, pacientem a rodinou, požadované výkony nepovažuje zadávající lékař za indikované, je možná individuální domluva mezi pacientem a agenturou domácí

paliativní péče o způsobu financování této péče. Tato péče není hrazená z prostředků zdravotního pojištění. Jde o tzv. péči na vlastní žádost klienta (45).

1.7.8 Hospicová péče

Zcela uspokojivá definice hospicové péče neexistuje. Původně se tento pojem používal pro formu péče, jež se rozvinula v protikladu k běžné zdravotní péči. Hospicová péče kladla důraz na komfort, psychické a spirituální rozměry péče a mnoho práce tu vykonávali dobrovolníci. Dnes je v mnoha zemích, zřejmě proto, že principy a východiska paliativní i hospicové péče jsou shodné, stále častěji používán termín hospicová péče jako synonymum péče paliativní. Lze se setkat i s názorem, že hospicová péče je jednou z forem péče paliativní. Z tohoto důvodu je řazena podkapitola „Hospicová péče“ do kapitoly „Paliativní péče“ (43).

Cílem hospicové péče je vytvoření takového programu služeb a péče pro umírající a jejich blízké, který v první řadě respektuje uspokojování individuálních potřeb umírajícího. Akcent je kladen na integritu lidské bytosti s jejím vlastním sociálním prostředím (28).

Kvalita života umírajících je spojena se zajištěním takových podmínek, které dovolí umírajícímu prožít své poslední dny v prostředí známém, v kruhu svých blízkých, bez fyzické i duševní bolesti a zbytečného utrpení. Je důležité si uvědomit, že každá pro nás všední činnost může být pro umírajícího posledním prožitkem, proto je nutné vytvořit takové prostředí, podmínky a klima v kterém umožníme umírajícímu naplno prožívat co prožít chce a může (28).

Hodnotově mění hospicová péče orientaci nás zdravotníků a dalších odborníků z vítězství nad nemocí, či smrtí – ve snahu o zkvalitnění života umírajícího a jeho blízkých. Kvalita života v tomto pojetí je veličinou, která je měřitelná spokojeností, smířením a vyrovnáním se umírajícího s přicházející smrtí.

Odlišení hospicové péče od dalších forem následné péče určené dlouhodobě nemocným klientům je v časovém vymezení. Toto vymezení časového horizontu prognózy života umírajících do 6 měsíců života je však velmi relativní. Klienti, kteří

jsou propuštěni z nemocnic, aby mohli doma v klidu zemřít za přítomnosti svých blízkých pookřejí a často díky kvalitní domácí péči přežívají mnohem déle než uvedených šest měsíců. Z tohoto důvodu je nutné časový horizont „do šesti měsíců“ vnímat pouze orientačně. Hospicová péče nabízí ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám, který se snaží o svojí vlastní identitu v stávajícím systému vítězné medicíny. Do péče o nemocného zapojuje i jeho rodinu. Snaží se o zlepšení kvality života umírajících. Jeho zakladatelkou byla Dáma Cicely Saunders, která založila první hospic na světě, hospic svatého Kryštofa (28).

Hospice jsou určeny těžce nemocným lidem, kterým zbývá maximálně několik měsíců života a u nichž již byly možnosti kurativní léčby vyčerpány. Jedná se o místa, kde v civilním prostředí, jež tak trochu připomíná klasický penzion, mohou pod dohledem sester, lékařů a psychologů pacienti důstojně zakončit svůj život. Anebo přečkat několik dnů či týdnů, než se jejich blízcí zařídí tak, aby se o nevléčitelně nemocného mohli postarat doma (17).

Paliativní a hospicové péči je v České republice v posledních letech věnována zasloužená pozornost. Přesto je z přehledu uvedeného v příloze č.2 patrné, že pokrytí jednotlivých oblastí naší republiky hospici ještě není dostatečné. Zvláště přihlédneme-li k demografickému vývoji obyvatelstva, tedy ke zvyšujícímu se počtu starých občanů v České republice.

1.7.9 Dobrovolníci

Dobrovolníci jsou pečující osoby, které jsou zapojeny do paliativní péče o pacienty, bez nároku na odměnu a bez předchozího vztahu k pacientovi. Většinou jsou vedeni koordinátorem dobrovolníků. Dobrovolníky mohou být senioři, studenti, ale také zdravotníci a další odborníci. Žijí obvykle v bezprostřední blízkosti klienta, ve stejné komunitě a působí zejména jako psychická, ale i fyzická opora pro klienta. U osamělých klientů nahrazují člena rodiny působí v roli společníků. Komunikují s klientem, naslouchají mu, monitorují jeho fyzický i duševní stav, sdělují změny stavu sestrám a ošetřujícímu lékaři. Provádějí tzv. laickou ošetrovatelskou péči. K dalším činnostem

dobrovolníků patří pomáhat rodinám klientů s nákupy, přípravou jídla, transportem klienta, ošetrovacími technikami, hygienou klienta. Také předčítají knížky, či píšou dopisy, vytváří pro klienta i jeho rodinu příznivé klima klidu a pohody, připravují rodinu na neodvratný příchod smrti jejich blízkého a po smrti nemocného pomáhají rodinám překonat nejobtížnější období.

Na svou činnost jsou dobrovolníci připravováni ve speciálních kurzech, které pořádají většinou odborní pracovníci hospicové péče. Základní příprava je realizována v třítydenních kurzech. V těchto kurzech, se učí dobrovolníci jednoduché ošetrovací techniky spojené s péčí o umírající. V pravidelných intervalech jsou také pro dobrovolníky pořádány komunitou, či agenturami domácí péče speciální relaxační skupiny, kde dochází ke snížení úrovně stresu (28).

1.8 Duchovní péče

Duchovní péče se zaměřuje na otázky smyslu života a existenciální a náboženské otázky, které na pacienta a jeho rodinné příslušníky tváří v tvář pokročilému stádiu progredující nemoci často doléhají. Tato péče se neomezuje na věřící pacienty, nýbrž obrací se na všechny pacienty a na jejich rodinné příslušníky, ať věřící či nevěřící, před smrtí pacienta i po ní (31).

Hlavním předpokladem duchovní péče jsou kvalitní vztahy. Při vytváření těchto vztahů je sestra často hlavní osobou, která poskytuje podporu v duchovní krizi. Sestry by měly být zapojeny v procesu hodnocení a vytváření plánů duchovní péče. Tyto činnosti vyžadují spolupráci s pacientem, a dalšími členy týmu, zejména s těmi, kteří jsou odborníky v duchovní péči. Duchovní péče může probíhat pouze v aktivním partnerském vztahu s pacientem. K jejímu poskytování může tedy sestra významně přispět (30).

Podobně jako bio-psycho-sociální aspekty ošetrovatelské péče, tak i duchovní potřeby nemocného mohou být všeobecnými sestrami posuzované, diagnostikované, plánované, realizované a hodnocené. To vše samozřejmě za plné účasti nemocného. Důležitou součástí péče o duchovní potřeby nemocného je také jejich zanesení do ošetrovatelské dokumentace. A i přesto, že existují různé způsoby dokumentace duchovních potřeb, všechny mají jedno společné – zdůrazňují důležitost vzájemných vztahů v duchovní péči. Pro zajištění holistické ošetrovatelské péče je nezbytná otevřenost jednotlivců a zanícení celého týmu. Nutným předpokladem pro kvalitní záznam a následné uspokojování duchovních potřeb je ovzduší partnerské, vzájemné podpory a důvěry. Duchovní péče nepředstavuje izolované intervence, které se odlišují od jiných výkonů, nýbrž je součástí veškerých činností, které v rámci kvalitní péče provádíme (30).

Duchovní intervence zahrnují podporování vztahů, které jsou pro pacienta důležité, povzbuzování při opětovném navazování přetržených svazků a ochraňování svazků stávajících a v zapojení dalších osob při podporování pacienta v jeho víře. Hodnocení duchovních potřeb vyžaduje dovednosti vést rozhovor a osobní zájem o

pacientův životní příběh s tím, že si zároveň uvědomujeme, že nemůžeme na pacienta naléhat a předpokládat, že máme na jeho prožitky právo.

Kvalita všeho výše zmíněného je ovlivněna, mimo jiné, avšak mnohdy velmi zásadně, i vlastní reflexí sestry. To znamená její schopností uvědomovat si nejen duchovní potřeby pacienta, ale i ty své (30).

1.8.1 Duchovní péče v České republice

V České republice vzniklo několik skupin, které se zabývají problematikou poskytování spirituální péče v českých nemocnicích. Na církevní půdě je to „Komise pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních Ekumenické rady církví (ERC)“ a „Rada pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních při České biskupské konferenci (ČBK)“, které spolupracují. Ovšem i v řadách lékařů, psychologů, sester i teologů jsou lidé, kteří by chtěli v této situaci pomoci. Z tohoto důvodu byla založena při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně v rámci Společnosti lékařské etiky „Sekce krizové asistence“, jejímž hlavním cílem je sdružovat lidi se zájmem o duchovní podporu pacientů ve zdravotnických, event. sociálních zařízeních, bez rozdílu jejich světového názoru a příslušnosti k jakémukoliv společenství či církvi. Tato sekce spolupracuje s oběma komisemi prostřednictvím jejich zástupců – P. Aleše Opatrného a Pavla Pokorného (5, 34).

Při Ministerstvu zdravotnictví ČR (MZČR) vznikla v srpnu 2006 „Komise pro duchovní péči ve zdravotnictví“, do které byli jmenováni zástupci MZČR, ERC, ČBK a Sekce krizové asistence. Komise se ovšem stihla sejít pouze jednou, protože následně na to došlo k výměně ministra zdravotnictví a řešení otázky spirituální péče ve zdravotnických zařízeních bylo odsunuto. V roce 2007 byla komise zrušena, ale přeměnila se na pracovní skupinu, která by, dle managementu MZČR, měla být operativnější (34).

Další skupinou, která má zájem o spirituální péči o pacienty je „Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče“, která se zaměřuje na zvyšování kvality poskytované paliativní péče pacientům v hospicích, v domácím prostředí i v

nemocnicích a na zvyšování kvality péče o umírající. Provází pacienta a jeho rodinu k důstojné smrti ve všech aspektech, včetně péče duchovní.

K dokumentům, v kterých nalezneme zmínky o nárocích pacientů na duchovní péči a na které je možno se při argumentaci ve zdravotnických zařízeních odvolat patří v současnosti pouze Charta lidských práv, Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících a mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice ustanovenými Joint Commission International (JCI). JCI je mezinárodní organizace, která od roku 1998 akredituje zdravotnická zařízení mimo USA. Je dceřinou společností společnosti Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), která je největší kreditující organizací v USA s dlouholetou tradicí. Mimo spojené státy je dnes přes 80 nemocnic akreditovaných dle JCI. V České republice je touto společností akreditována např. Ústřední vojenská nemocnice a Nemocnice Na Homolce v Praze (34).

Z výše uvedeného je zřejmé, že v České republice v současnosti není vybudována v souvislosti s poskytováním spirituální péče dostatečná legislativní základna. Zlepšení situace nebrání pouze nedůvěřivý přístup velké většiny lidí a ne vždy dobré zkušenosti zdravotníků s příslušníky některých náboženských společenství, ale i nedostatek financí, určených pro naše zdravotnictví a z toho vyplývající neochota investovat do péče, která se nedá vyčíslit návratností v penězích. Proto je důležité hovořit se zdravotníky o spirituálním rozměru každého člověka a připravovat vzdělané a otevřené pracovníky duchovní péče, kteří si časem získají ve zdravotnictví respekt a důvěru u pacientů i zdravotnického personálu (34).

1.8.2 Duchovní péče v USA

Klinická pastorační péče byla ve své novodobé historii praktikována nejdříve v USA, následně pak v celé Severní Americe. Odtud tento model převzaly i evropské země, které ho upravily podle svých potřeb, možností a kulturních specifik.

V polovině 20. let 20. stol. se stal prvním nemocničním kaplanem Anton T. Boisen. Tím se zrodila nová forma teologického vzdělání, tzv. Clinical Pastoral Education (klinické pastorační vzdělání, dále jen CPE). Ovšem až po mnoha letech

diskusí a plánů, v roce 1967, vznikla Asociace pro klinické pastorační vzdělávání (Association for Clinical Pastoral Education – dále jen ACPE). Asociace má tři komise – pro standardy, pro akreditace a pro certifikaci supervizorů. Od roku 1969 má tato organizace akreditaci federální vlády (5).

V současnosti poskytuje ACPE vzdělání studentům z mnoha zemí z celého světa. ACPE má v dnešní době asi 3300 členů (kaplanů, studentů, supervizorů atp.). Sdružuje asi 350 akreditovaných vzdělávacích center, 600 certifikovaných supervizorů, 118 teologických škol, 21 náboženských skupin (5).

Model teologického vzdělávání, CPE, je založen na učení se zkušeností. Učí umění a vědu pastorační péče. Studenti jsou vedeni k tomu, aby z teologického pohledu reflektovali svůj život. Tato reflexe (do jisté míry se dá říct i sebereflexe) jim pomůže objevit jejich silné a slabé stránky, které mohou ovlivnit jejich službu. Skrze tento systém výuky „akce/reflexe“ studenti vytvářejí formu služby, která odráží to, co se naučili. Na základě „akce/reflexe“ stále modifikují svou službu (5).

Kaplanství nabízí širokou škálu programů, které uspokojují vzdělávací potřeby těch, kteří ve službě začínají, stejně jako těch, kteří usilují o certifikát specialisty ve zdravotnické službě nebo CPE supervizora.

Typický týden v životě CPE studenta obsahuje: pastorační péči o pacienta a jeho blízké, klinické semináře, ve kterých studenti předkládají svou pastorační práci ke kontrole (k zhodnocení) kolegům (spolužákům), přednášky a semináře se zkušenými klinickými lékaři a církevními představiteli, setkání s kolegy za účelem upevnění dovedností v mezilidských vztazích, zapojení do interdisciplinárního zdravotnického týmu za účelem pomoci rozvoji spolupráce s profesionály z různých oborů, individuální supervize (5).

Kromě vlastní „kaplanské fakulty“ jsou součástí vzdělávání přednášky lékařů, sester, sociálních pracovníků, lidí zabývajících se etikou a ostatních zdravotnických profesionálů. Témata jejich přednášek jsou: Pastorační péče o ty, kteří jsou obklopeni kritickou situací nemoci a ztráty, Duchovní ohodnocení (posudek), Pastorální diagnóza, Péče o umírající a jejich blízké, Péče o ty, kteří žijí s HIV/AIDS, Lékařská etika,

Teologie utrpení (bolesti), Pastorální teologie, Pastorační péče v multikulturním prostředí (5).

Jak v USA, tak v Kanadě, se k získání a udržení certifikace nemocničního kaplana požaduje dokončené teologické vzdělání nebo jeho ekvivalent, souhlas (doporučení) náboženské skupiny nebo názorně prokázaná vazba s uznávanou náboženskou skupinou, klinické pastorální vzdělání rovnocenné ročnímu postgraduálnímu výcviku v akreditovaném programu, který je uznán ustavujícími organizacemi, každoroční doplňování požadavků na vzdělání, dodržování etického kodexu profesionálních kaplanů pracujících ve zdravotnictví, růst profesních schopností, který je vyjádřený v „*profesionálním hodnocení kolegů*“ (dokument ve kterém kolegové navzájem hodnotí profesní schopnosti). Profesionální kaplani jsou tedy teologicky a klinicky vyškolení duchovní (5).

Základní duchovní péči může poskytovat celá řada lidí – od dobrovolníků, přes duchovní místních komunit, až po nemocniční kaplany. Duchovní péče je zpravidla poskytována pacientům, rodinným příslušníkům, přátelům, členům jejich náboženské komunity a zaměstnancům dané instituce. Duchovní z místní náboženské komunity by měl nabízet duchovní péči své vlastní tradice pomocí poskytování rad a praktikování příslušných obřadů. Profesionální nemocniční kaplan nenahrazuje místní náboženské představitele, ale vyplňuje speciální potřeby nemocných plynoucí z pobytu ve zdravotnickém zařízení (5).

Zdravotnické organizace jsou v USA povinny reagovat na duchovní potřeby, protože pacienti mají právo na tyto služby. Jasně to vyjádřila Sdružená komise na Akreditaci zdravotnických organizací (JCAHO, 1998): „Pacienti mají základní právo na ohleduplnou péči, která chrání jejich osobní důstojnost a respektuje jejich kulturní, psychosociální a duchovní hodnoty.“ Kanadská Rada schvalující zdravotnické služby (1999) prohlásila: „Pokud se rozvíjí plán služeb, tým přihlíží ke klientovým psychickým, duchovním a citovým potřebám. Tým respektuje klientovu kulturní a duchovní víru a umožňuje mu vykonávat jeho obvyklé příslušné kulturní a náboženské zvyky.“ Ve snaze naplnit takové pověření, stejně jako ctít jejich vlastní hodnoty, vytvořily zdravotnické organizace „*práva pacientů*“, ve kterých přislíbily, že poskytnou

citlivou péči o důstojnost, potřeby víry, kulturní, praktické a duchovní potřeby všech pacientů, jejich ošetřovatelů a nemocničního personálu. Taková pozornost plyne z víry, že péče o tělo, nemůže být sama efektivní, pokud je ignorováno srdce, mysl a duše. Zdravotničtí odborníci stále častěji zjišťují, že pacienti touží po své celkové spokojenosti (5).

Duchovní péče v USA hraje významnou roli ve chvíli, kdy léčba není možná a lidé se ptají po smyslu svého života. Ve chvíli, kdy je pacient už v takovém stavu, že přechází do péče paliativní medicíny, stává se tišení bolesti stěžejní součástí péče. Lékaři tiší bolest fyzickou, kaplani pak tu psychickou a duchovní. Tím, že si pacient začne uvědomovat konečnost svého života, vyvstávají duchovní otázky, které způsobují úzkost, depresi, skleslost a zoufalství. V tomto okamžiku přichází kaplan, aby pacientovi pomohl objevit transcendentní smysl, cíl a hodnotu života. Když pacient tento smysl najde, většinou se se svou situací vyrovná a uklidní se (5).

1.8.3 Duchovní péče v Nizozemí

Kaplanství, duchovní a pastorační péče jsou v Nizozemí nedílnou a běžnou součástí péče zdravotnické. Systém kaplanství v Nizozemí je založen na modelu praktikovaném v Severní Americe (5).

V Nizozemí je už 50 let ve vládní koalici minimálně jedna politická strana křesťanská. Tím je zajištěno dobré zázemí pro duchovní a kaplany. V Nizozemí je uzákoněno právo pacientů na duchovní péči i to, na kolik lůžek připadá jeden kaplan. V současnosti je tento poměr zhruba 1 kaplan na 100 lůžek. Kaplani jsou placeni státem, stejně jako vedení nemocnice a většina lékařů (5).

Teologické vzdělání V Nizozemí trvá 6 let. Během prvních čtyř let absolvují studenti na univerzitě jakési „základní teologické vzdělání“ (latina, řečtina, hebrejščina, filozofie, církevní dějiny, atp.). Po těchto čtyřech univerzitních letech přecházejí studenti do církevní specializace, kde se jim dostává hlubšího teologického vzdělání. Nemocniční kaplani ještě absolvují 3 měsíční specializovaný kurz “Medical pastoral training” založený na odborném výcviku (5).

Náplň práce nemocničních kaplanů je velice různorodá a pestrá. Kaplan pečuje o duchovní potřeby pacienta a jeho rodiny, pečuje ale také o zaměstnance nemocnice. Praxe probíhá tak, že ve chvíli, kdy je pacient přijímán do nemocnice, je kromě ostatních údajů dotázán i na to, jestli chce, aby ho během jeho pobytu v nemocnici navštívil kaplan. Je-li v nemocnici více kaplanů více vyznání, personál se pacienta zeptá, kterého kaplana si přeje – jakého vyznání má být. Podle těchto informací je sestavena jakási „mapa“ pacientů, kteří si přejí návštěvu. V ní je uvedeno oddělení, číslo pokoje, číslo lůžka, na kterém pacient leží. Tato „mapa“ je předána kaplanovi, který podle ní uskutečňuje návštěvy (5).

Pacient může kaplana i sám vyhledat či kontaktovat. Kontakt může zprostředkovat ošetrovatelský personál, pacient může sám kaplanovi zatelefonovat (kaplanovo telefonní číslo je dostupné v informačních materiálech nemocnice) nebo ho kontaktovat před, nebo po, pravidelné bohoslužbě (5).

1.8.4 Duchovní péče v Německu

Před převratem v roce 1989 byla duchovní péče v nemocnicích provozována často duchovními místními náboženskými obcemi. Po převratu se situace změnila a duchovní péče v nemocnicích byla institucionalizována. Písemné právní vymezení pastorační služby ve zdravotnických zařízeních je ve státní smlouvě zemských církví s vládou Sasko (5).

V celém Německu jsou dva základní typy nemocnic – církevní a „světské“. „Světské“ nemocnice jsou buď státní, městské nebo soukromé. V církevních nemocnicích se běžně setkáme s kaplí i kaplanem. Ve „světských“ nemocnicích je kaplanství teprve v začátcích. Pokud je však v nemocnici nabízena duchovní péče, působí to dobrým dojmem a zároveň ovlivňuje i hodnocení celé nemocnice. Dá se říci, že se z nabízení duchovní péče nemocnicemi stává prestižní záležitost (5).

Vzdělání nemocničních kaplanů v Německu je šestileté. Poslední dva roky jsou více prakticky a odborně teologicky zaměřené. Když se absolvent studia stane knězem dané církve, absolvuje ještě 6 týdnů speciálního školení, které je zaměřeno na pastorační

ve zdravotnických zařízeních. Toto školení zajišťuje institut nemocniční péče, který spravuje Zemská evangelická církev. Výuka je zaměřena na komunikaci s pacientem, práci s pacientem, teorii duchovní péče v nemocnici, práci se skupinou, procesy skupiny a teorii práce se skupinou. Významnou součástí je i samostudium. Speciální „kaplanské“ vzdělávání je kontinuální. Jednou ročně kaplani absolvují týdenní školení. Každý měsíc se kaplani schází podle církevní příslušnosti. Kaplanská školení jsou financována zemskou církví (5).

Náplní práce kaplana jsou především tyto aktivity: rozhovory s pacienty, se zaměstnanci a s úředníky (vedením) nemocnice, pravidelné bohoslužby, příprava slavení křesťanských svátků, práce s rodinou pacienta, získávání dobrovolníků pro pastorační práci v nemocnici, vzdělávání zdravotnického personálu v etických tématech, spolupráce s etickou komisí nemocnice, spolupráce s ostatními kaplany (i z jiných církví) (5).

Praktická realizace duchovní péče v Německu probíhá tak, že když je pacient přijímán do nemocnice, je kromě, pro nás, běžných údajů dotázán i na své náboženské vyznání. Na rozdíl od Nizozemí se ho však neptají, jestli chce být kaplanem navštíven. Kaplan dostane seznam pacientů (jméno, oddělení, číslo pokoje a číslo lůžka pacienta) příslušného vyznání. Jeho úkolem potom je navštívit tyto pacienty. Problém je v tom, že např. v Sasku je velká většina evangelíků a minimum katolíků, takže evangelický kaplan má na seznamu např. 50 jmen, zatímco katolický kaplan má na seznamu jmen pouze 5. Praxe je taková, že pacienti většinou musí kaplana kontaktovat jako první. Kontakt může zprostředkovat ošetrovatelský personál, pacient může sám kaplanovi zatelefonovat (kaplanovo telefonní číslo je dostupné v informačních materiálech nemocnice) nebo ho kontaktovat před, nebo po, pravidelné bohoslužbě (5).

Pokud je to možné, obchází kaplan pokoje a oslovuje i nekřesťany. Pacientům je nabízen týdeník „Nejen pro nemocné“, kde jsou informace o duchovní péči, kontakty na kaplany i různé duchovní texty a zamyšlení. Tato nabídka je kladně přijímána (5).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- Cíl 1: Zjistit jaké jsou možnosti nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné v České Republice
- Cíl 2: Zjistit dostupnost ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné v České Republice
- Cíl 3: Zjistit míru informovanosti nevléčitelně nemocných o možnostech využití pro ně vhodné ošetrovatelské péče.

2.2 Výzkumné otázky

- O 1: Je z demografického hlediska vhodné zabývat se ošetrovatelskou péčí u skupiny obyvatel trpících nevléčitelnou chorobou?
- O 2: Jsou v legislativě zanesena práva nevléčitelně nemocných?
- O 3: Je legislativně ošetřena charakteristika ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocné pacienty/klienty?

2.3 Hypotézy

- H 1: Nabízená ošetrovatelská péče nevléčitelně nemocným v České Republice odpovídá jejich potřebám.
- H 2: Veškeré možnosti ošetrovatelské péče poskytované nevléčitelně nemocným jsou pro ně dostupné.
- H 3: Nevléčitelně nemocní jsou informovaní o možnostech nabídky ošetrovatelské péče, kterou v rámci svého onemocnění mohou využít.

3 Metodika

Pro výzkum byly využity dvě metody. První metodou byl výzkum kvalitativní, konkrétně se jednalo o analýzu dokumentů vztahujících se k dané problematice. Druhou metodou pak byl kvantitativní výzkum, který byl uskutečněn pomocí anonymních dotazníků určených nevyлéčitelně nemocným pacientům/klientům a všeobecným sestřám.

3.1 Pilotáž

Před vlastním výzkumem byla provedena pilotáž, kdy byl 8 pacientů/klientům a 10 sestřám rozdán dotazník. Dle výsledků a připomínek respondentů byla upravena konečná verze dotazníku, který byl následně využit při výzkumu.

3.2 Použité metody

3.2.1 Metodika analýzy dokumentů

K provedení kvalitativního šetření byly využity oficiální, úřední, sekundární a archivní data (1). Tyto byly následně analyzovány, zaznamenány do tabulek a byl vytvořen ucelený informační materiál týkající se problematiky ošetrovatelské péče o nevyлéčitelně nemocné P/K (1).

3.2.2 Metodika zpracování dotazníku

Pro sběr kvantitativních dat byl využit anonymní dotazník, který byl určen nevyлéčitelně nemocným pacientům/klientům (dále jen P/K) a všeobecným sestřám (příloha č. 3 a č. 4).

Dotazník určený P/K se skládal z celkem 15 otázek a výroků. Úvod dotazníku obsahoval identifikační otázky, další z otázek byly zaměřeny na názory P/K týkající se uspokojování jejich potřeb narušených chorobou, či jejich znalostí možných nabídek

ošetřovatelské péče, jež mají možnost využít. V dotazníku bylo 8 uzavřených a 7 polouzavřených otázek.

Dotazník určený všeobecným sestřám se skládal z celkem 15 otázek a výroků. Úvod dotazníku obsahoval identifikační otázky, další z otázek byly zaměřeny na názory všeobecných sester, jako poskytovatelek ošetřovatelské péče nevléčitelně nemocným. Otázky směřovaly k dotazům, kterým z potřeb se všeobecné sestry u P/K věnují nejvíce a na znalosti všeobecných sester týkající se možných nabídek ošetřovatelské péče, o kterých mohou P/K informovat. Dotazník obsahoval 7 uzavřených, 8 polouzavřených a 1 otevřenou otázku.

Sběr kvantitativních dat pomocí dotazníků probíhal od dubna do června 2010. Údaje z dotazníků byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel. Data byla zobrazena pomocí kuželových grafů a tabulek.

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

3.3.1 Charakteristika zkoumaného souboru pro analýzu dokumentů

Ke zpracování kvalitativních dat jsem využila celkem 13 souborů. Konkrétně se jednalo o Listinu základních práv a svobod, Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, Zákon č. 20/1966Sb. o péči o zdraví lidu, Nařízení vlády č. 31/ 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou působností, Vyhlášku č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 - O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými zeměmi - O organizaci paliativní péče, Deklaraci práv onkologických pacientů, Etický kodex "Práva pacientů", Etický kodex sester a dokumenty Českého statistického úřadu (Věkové složení obyvatelstva v letech 2002-2009, Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech, Neuspokojení žadatelé o umístění v domovech důchodců).

3.3.2 Charakteristika zkoumaného souboru pro sběr dat dotazníky

Dva zkoumané soubory tvořily nevléčitelně nemocní P/K a všeobecné sestry. Zaměřila jsem se především na nevléčitelně nemocné navštěvující v rámci svých pravidelných kontrol specializované ambulance, dále pak na nevléčitelně nemocné hospitalizované. Respondentkami z řad všeobecných sester byly ty, které o nevléčitelně nemocné pečují. Dotazníky byly rozdány na oddělení gastroenterologickém, neurologickém, ortopedickém a infekčním ve Fakultní nemocnici v Plzni, Fakultní nemocnici v Motole a v nemocnici na Homolce.

Celkem bylo rozdáno 320 dotazníků. Oběma skupinám respondentů byl rozdán stejný počet dotazníků (tzn. každé ze skupin 160 dotazníků). Návratnost od respondentů ze skupiny všeobecných sester byla 119 (tj.74%), po vyřazení tří dotazníků pro nemožnost hodnocení bylo pro vyhodnocení kvantitativních dat využito 116 dotazníků

(tj.73%). Návratnost od nevléčitelně nemocných P/K byla 144 (tj.90%), po vyřazení 8 dotazníků pro nemožnost hodnocení bylo pro vyhodnocení kvantitativních dat využito 136 dotazníků (tj. 85%)

Celkově pro skupinu respondentů VŠEOBECNÉ SESTRY tedy tvoří 100% konečný výzkumný soubor 116 dotazníků, pro skupinu respondentů NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÍ tvoří 100% výzkumný soubor 136 dotazníků.

4 Výsledky

4.1 Výsledky analýzy dokumentů

4.1.1 Statistická data

Tabulka 1 Průměrný věk obyvatel ČR v letech 2002-2009

K datu	Průměrný věk obyvatel v ČR
31.12. 2002	39,3
31.12. 2003	39,5
31.12. 2004	39,8
31.12. 2005	40,0
31.12. 2006	40,2
31.12. 2007	40,3
31.12. 2008	40,5
31.12. 2009	40,6

Zdroj: Český statistický úřad

Z dat zaznamenaných v tabulce vyplývá, že průměrný věk obyvatel v České Republice se každým rokem zvyšuje a to v průměru o hodnotu 0,2 /rok.

Tabulka 2 Počet zemřelých obyvatel ČR v letech 2002 -2008

K roku	Počet zemřelých
2002	108 243
2003	111 288
2004	107 177
2005	107 938
2006	104 441
2007	104 636
2008	104 948
2009	104 421

Zdroj: Český statistický úřad

Z dat zaznamenaných v tabulce je zřejmé, že, až na rok 2003, umírá v ČR každým rokem méně obyvatel.

Tabulka 3 Statistika hospicových lůžek v ČR k r.2009

	Počet potřebných lůžek	Aktuální počet lůžek
Česká republika	515	307
Hlavní město Praha	59	25
Středočeský kraj	58	30
Jihočeský kraj	31	30
Plzeňský kraj	28	28
Karlovarský kraj	16	0
Ústecký kraj	41	41
Liberecký kraj	22	0
Královehradecký kraj	28	30
Pardubický kraj	25	27
Vysočina	26	0
Jihomoravský kraj	56	66
Olomoucký kraj	32	30
Zlínský kraj	30	30
Moravskoslezský kraj	63	30

Zdroj: Asociace hospiců

Statistické údaje asociace hospiců vypovídají o tom, že v České republice bylo k roku 2009 307 hospicových lůžek. Počet potřebných hospicových lůžek byl ten samý rok o 208 vyšší než počet skutečných hospicových lůžek.

Nejvyšší počet hospicových lůžek bylo v roce 2009 v Moravskoslezském kraji, naopak v Karlovarském kraji, Libereckém kraji a na Vysočině hospicová lůžka zcela chybí.

4.1.2 Legislativa

Tabulka 4 Dokumenty vztahující se k problematice ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocné

Čerpáno z:	Výňatek z dokumentu vztahující se k problematice ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocné
1. Listina základních práv a svobod	-
2. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění	<p>§ 22 - Zvláštní ambulantní péče Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako:</p> <p>a) domácí zdravotní péče b) zdravotní péče ve stacionářích c) zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče d) zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb e) ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče (50).</p> <p>§ 22a - Zvláštní ústavní péče - péče paliativní lůžková Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu. Lůžková péče má i svůj kód – tzv. ošetrovací den v seznamu zdravotních výkonů a od roku 2008 zná zákon i mobilní neboli domácí formu – zvláštní ambulantní paliativní péče poskytovanou pojištěncům v terminálním stavu (50).</p>
3. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách	<p>Zákon o sociálních službách problematiku nevléčitelně nemocných přímo neřeší. Zmiňuje však podmínky získání příspěvku na péči a různé druhy sociální péče u chronicky nemocných a to zejména:</p> <p>§39 osobní asistence §40 pečovatelská služba §44 odlehčovací služby §45 centra denních služeb §49 domovy pro seniory</p> <p>Přičemž pro všechny poskytovatele sociálních služeb platí § 36, který říká, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje služby v zařízeních sociálních služeb (49).</p>
4. Zákon č. 20/1966Sb. o péči o zdraví lidu	-
5. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou působností	<p>Upravuje specializace podle dřívějších právních předpisů na nové obory specializačního vzdělávání. Pro oblast ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné byla upravena specializace dle vyhlášky č. 77/1981 Sb. „Zdravotní výchova obyvatelstva“ na specializaci „Komunitní ošetrovatelská péče“. Absolvent získá odbornost „Komunitní sestra“(29).</p>

<p>6. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků</p>	<p>§ 2a ošetrovatelskou péčí soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o <u>nevléčitelně nemocné</u>, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti (46).</p> <p>§ 4 Všeobecná sestra k) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních (46).</p> <p>§ 21 Psycholog ve zdravotnictví h) provádí poradenskou činnost v oblasti péče o psychický stav tělesně i duševně nemocných pacientů, včetně paliativní péče o <u>nevléčitelně nemocné</u> a přípravy na lékařské zákroky (46).</p>
<p>7. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 - O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících</p>	<p>8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.) • Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli • Umírání o samotě a v zanedbání • Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží • Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů • Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících (8) <p>9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost <u>nevléčitelně nemocných</u> nebo umírajících lidí, a to tím:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) že uznají a budou hájit nárok <u>nevléčitelně nemocných</u> nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření b) tím, že budou chránit právo <u>nevléčitelně nemocných</u> a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení <u>nevléčitelně nemocných</u> nebo umírajících osob (8).

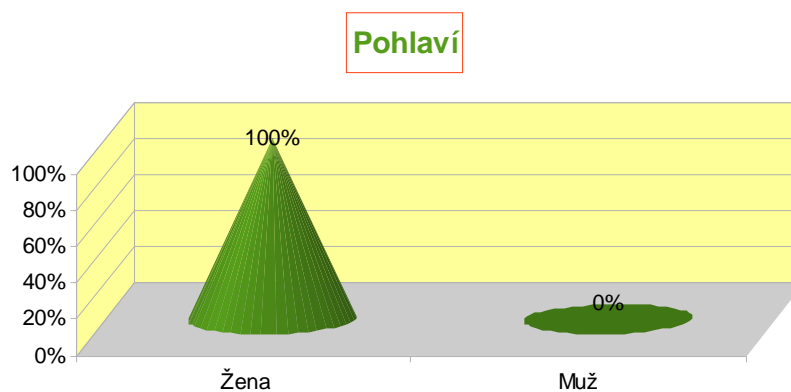
<p>8. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským zemím - O organizaci paliativní péče</p>	<p>Paliativní péče obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta. vysoká úroveň o fyzickou stránku je samozřejmě zásadní, avšak sama o sobě nestačí. Nesmíme redukovat lidskou bytost na pouhou biologickou jednotku.“ „...úcta k <u>nevléčitelně nemocným</u> a umírajícím vyžaduje především poskytování patřičné péče ve vhodném prostředí, jež jim umožní zemřít důstojně“ „...paliativní péče je nedílnou součástí systému zdravotní péče a nezczitelným prvkem práva občanů na zdravotní péči a je proto povinností vlády zajistit, aby paliativní péče byla dostupná všem, kteří ji potřebují“ „...je nutné usilovat o rozvoj kvalitní a humánně poskytované péče, aby se stala zásadní součástí zdravotní péče o pacienty na konci života (9)</p>
<p>9. Deklarace práv onkologických pacientů</p>	<p>Celý tento dokument, jak již jeho název naznačuje, se věnuje onkologickým pacientům - mnohdy nevléčitelně nemocným. Podstatu dokumentu tvoří práva onkologicky nemocných, která, jak je na konci dokumentu uvedeno „nejsou právními povinnostmi nebo právy, jsou však vnímány jako základ lepšího života lidí s rakovinou (7).</p>
<p>10. Etický kodex "Práva pacientů"</p>	<p style="text-align: center;">-</p>
<p>11. Etický kodex sester</p>	<p>Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů (10). Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity (10).</p>

Z jedenácti legislativních dokumentů, které jsou v tabulce č. 4 zanesené, se k problematice ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocné P/K nevyjadřují 3, jimiž jsou Listina základních práv a svobod, Zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu a etický kodex „Práva pacientů“. V ostatních legislativních dokumentech je alespoň částečně naznačena charakteristika ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocné, popřípadě role sestry při péči o nevléčitelně nemocné. Značná část dokumentů hovoří v souvislosti s nevléčitelně nemocnými o paliativní péči, o úctě, ochraně důstojnosti a práv nevléčitelně nemocných, Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách pak o druzích sociální péče, které mohou tito P/K využít.

4.2 Výsledky dotazníků

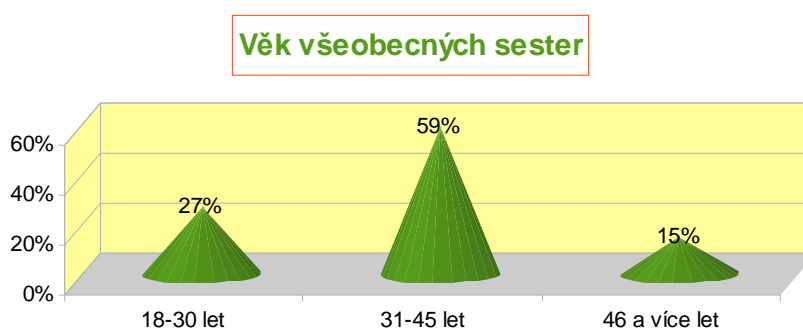
4.2.1 Výsledky dotazníků všeobecných sester

Graf 1



Pohlaví respondentů z řad nelékařských zdravotnických pracovníků bylo ve 116 případech (tj.100%) ženské. Z tohoto důvodu dále uvádím označení respondentů „Všeobecná sestra“.

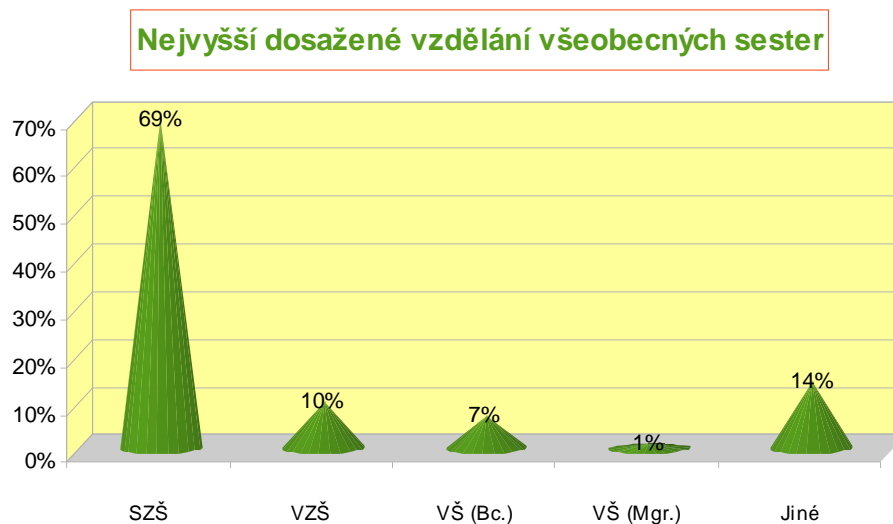
Graf 2



Nejvíce, tj. 68 (59%) dotazovaných všeobecných sester se pohybovalo ve věkové hranici 31-45 let. Věkové rozmezí 18-30 let reprezentovalo 31 (27%)

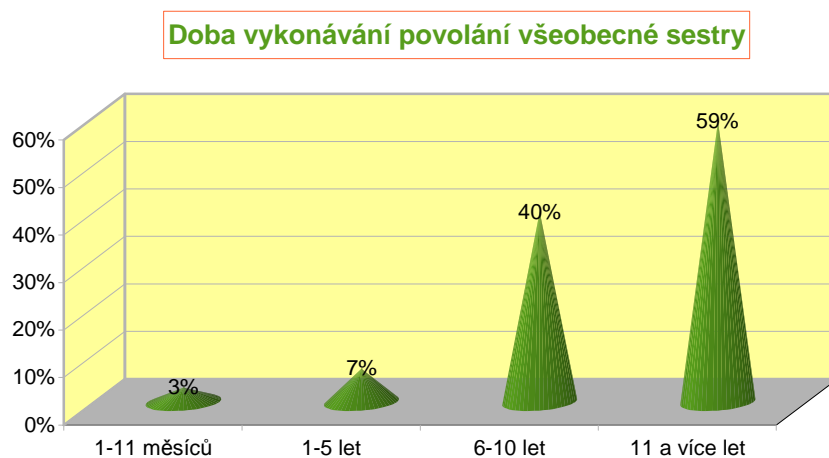
všeobecných sester, zbylých 17 respondentek (15%) náleželo do věkové kategorie 46 a více let.

Graf 3



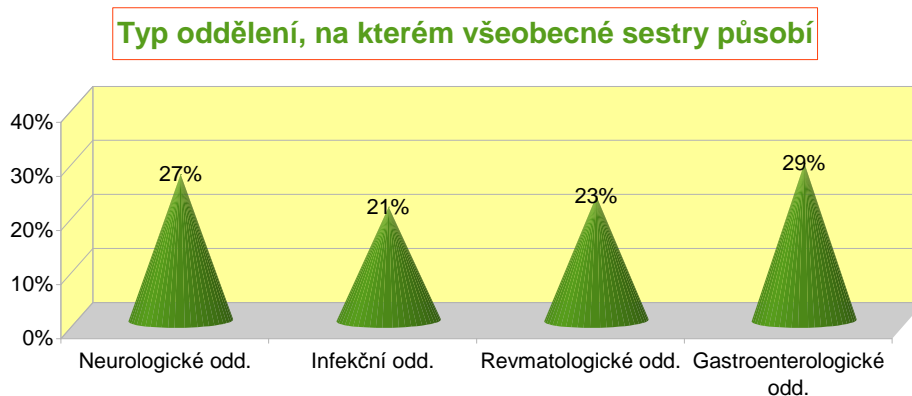
Z výsledků šetření zanesených do grafu vyplývá, že největší počet dotazovaných všeobecných sester, tedy 80 (69%) je absolventek středních zdravotnických škol. 11 respondentek (10%) dokončilo studium na vyšší zdravotnické škole, 8 (7%) má bakalářský titul, 1 respondentka je magistrou. 16 dotazovaných všeobecných sester (14%) označilo variantu odpovědi jiné. Všechny tyto 14% absolvovalo pomaturitní specializační studium.

Graf 4



59 (51%) respondentek vykonává povolání všeobecné sestry 11 a více let. 46 (40%) ze 100% dotazovaných všeobecných sester vykonává povolání všeobecné sestry v rozmezí 6-10 let. Celkem 11 dotazovaných všeobecných sester, tj. 10% vykonává své povolání dobu, která nepřesáhla pět let.

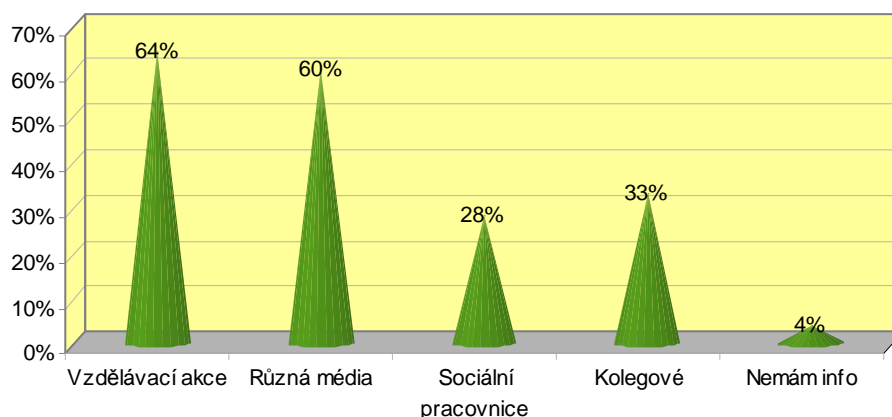
Graf 5



Z celkového počtu 116 respondentek, jež vyplnily dotazník kompletně je 31 (27%) všeobecných sester zaměstnaných na neurologickém oddělení, 24 (21%) všeobecných sester na infekčním oddělení, 27 (23%) všeobecných sester je zaměstnáno na oddělení revmatologie a 34 (29%) všeobecných sester na oddělení gastroenterologie.

Graf 6

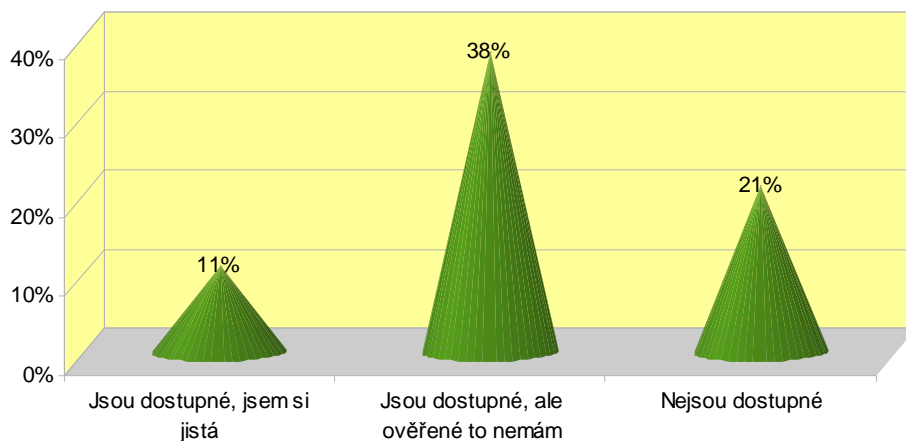
Zdroje informací o možnostech ošetrovatelské péče - všeobecné sestry



Z grafu vyplývá, že informace o tom, kde všude může být nevléčitelně nemocným pacientům poskytována ošetrovatelská péče získává 74 (64%) dotazovaných všeobecných sester ze vzdělávacích akcí a 70 (60%) dotazovaných všeobecných sester z různých médií, jako jsou např. z časopisy, televize, internet. 38 respondentek (33%) čerpá informace tohoto druhu od kolegů či kolegyně a pro 32 (28%) respondentek je zdrojem informací o možnostech nabídky ošetrovatelské pro nevléčitelně nemocné sociální pracovníce. 3 (4%) respondentky informace o možnostech ošetrovatelské péče nemají.

Graf 7

Dostupnost nabídek oš. péče zaznamenaných všeobecnými sestrami



70% dotazovaných všeobecných sester se domnívá, že v ČR existuje více možností, kde je možné nevléčitelně nemocnému nabídnout ošetrovatelskou péči. Tyto respondentky pak dále zaznamenaly, zda jsou možnosti, které do dotazníku zanesly, pro nevléčitelně nemocné dostupné. Výsledky jsou zřejmé z tohoto grafu. 49% respondentek se domnívá, že dostupné jsou, z těchto ale pouze 11% si je svým tvrzením zcela jistá, zbylých 38% tuto dostupnost ošetrovatelské péče ověřenu nemá. 21% respondentek tvrdí, že všechny nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné dostupné nejsou.

Tabulka 5 Důvody nedostupnosti oš. péče pro nevléčitelné nemocné –*VS

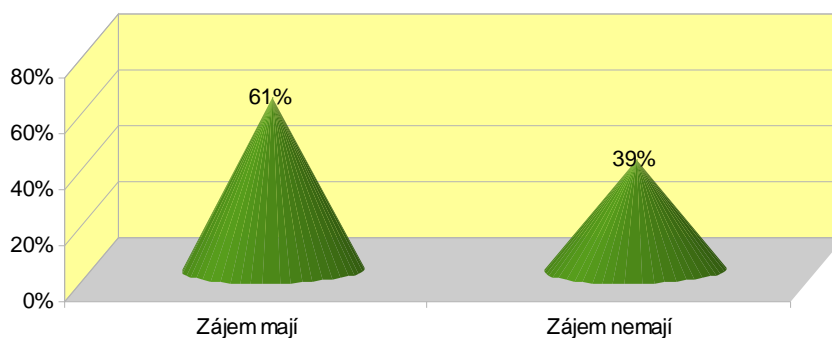
*VS = všeobecná sestra	*VS Infekční oddělení	*VS Neurologické oddělení	*VS Revmatologické oddělení	*VS Gastroenterologické oddělení	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Finanční	1	2	0	5	8	33%
Vzdálenostní	1	1	0	1	3	13%
**Kapacitní	4	4	1	6	15	63%

** Je myšlena lůžková kapacita

Problém ve finanční dostupnosti vidí 1 respondentka z infekčního oddělení, 2 z neurologického oddělení a 5 z gastroenterologického oddělení. Jako důvod nedostupnosti ošetrovatelské péče označily „vzdálenost“ celkem 3 dotazované všeobecné sestry a to konkrétně po jedné z infekčního, neurologického a gastroenterologického oddělení. Největší překážku v dostupnosti ošetrovatelské péče vnímají sestry v lůžkové kapacitě některých zařízení. Vyjádřily se takto 4 respondentky z infekčního oddělení, stejně tak z neurologického oddělení, 1 respondentka z revmatologického oddělení a 6 respondentek z gastroenterologického oddělení. Zbylé, nezmíněné hodnoty byly nulové.

Graf 8

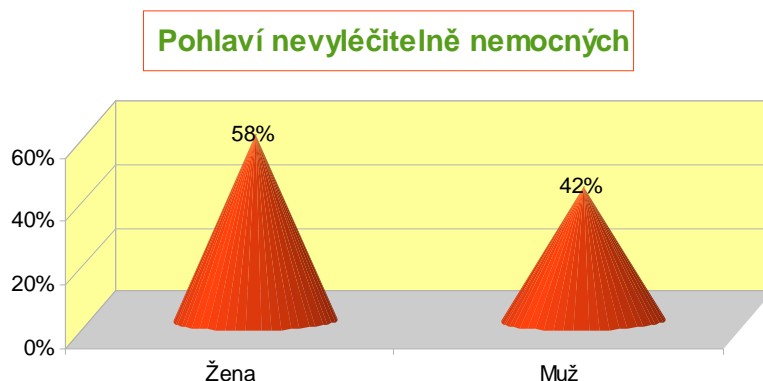
Zájem nemocných/jejich rodin o informace o možnostech nabídky oš. péče



Z výsledků šetření zaznamenaných do grafu vyplývá, že 61% všeobecných sester má zkušenosti s tím, že se pacienti, nebo jejich rodina zajímají o možnost nabídky ošetrovatelské péče, kterou mohou v rámci svého onemocnění či onemocnění svých příbuzných využít. Nezájem pacientů či jejich rodiny o tyto informace je vyjádřen z pohledu sester 39%.

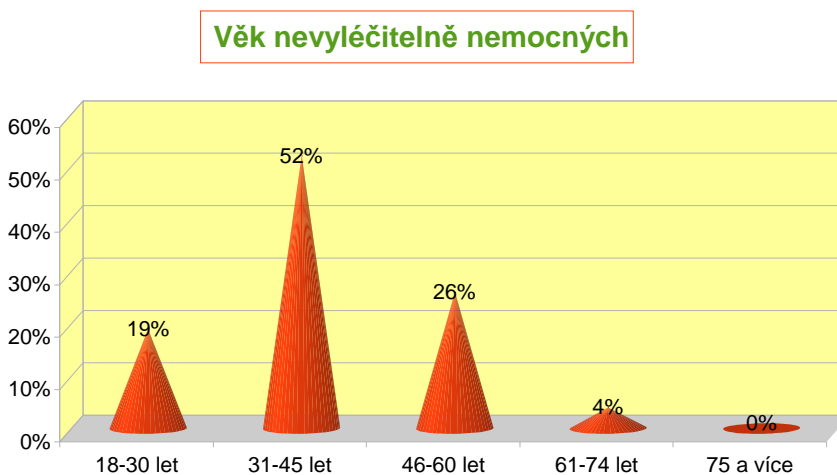
4.2.2 Výsledky dotazníků nevléčitelně nemocných

Graf 9



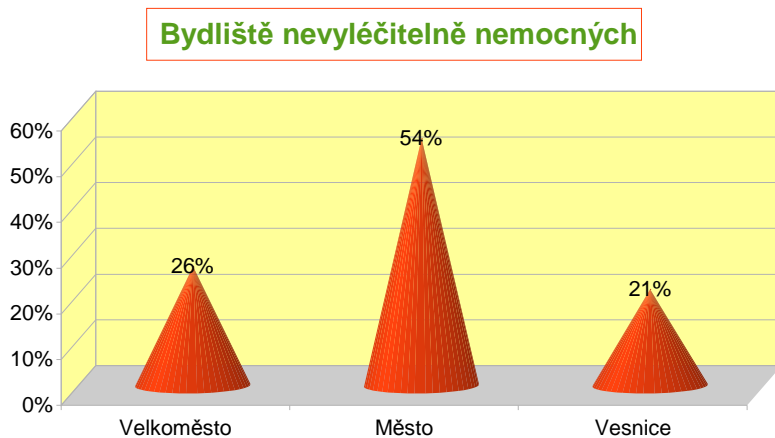
Respondenti s nevléčitelnou chorobou byly z 58% (79) ženy, z 42% (57) muži.

Graf 10



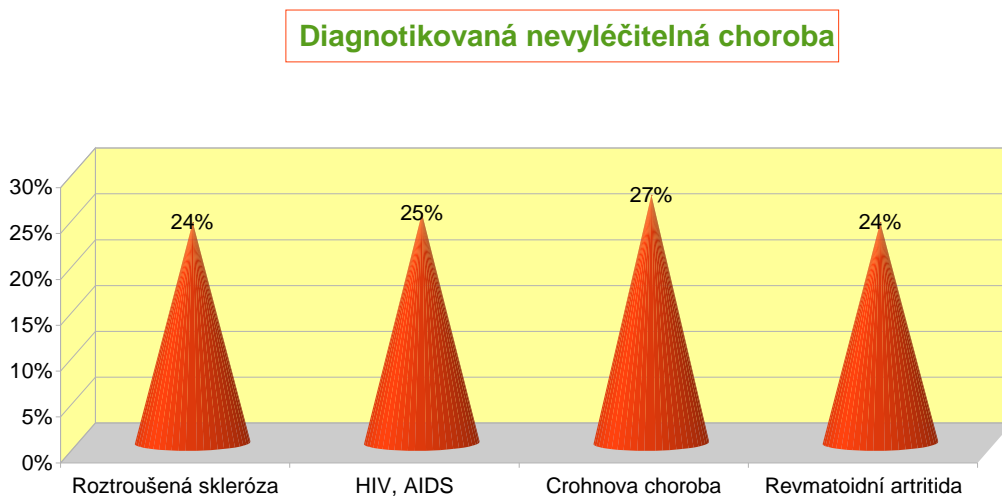
Věk respondentů z řad pacientů s nevléčitelnou chorobou se u 52% z nich pohyboval v rozmezí mezi 31-45 lety. V období mladší dospělosti se nacházelo 26 (19%) respondentů, v období starší dospělosti pak 35 (26%) respondentů. Období stárnutí bylo zastoupeno pouze 5 respondenty (4%). Věková hranice 75 a více let nebyla zastoupena žádným respondentem.

Graf 11

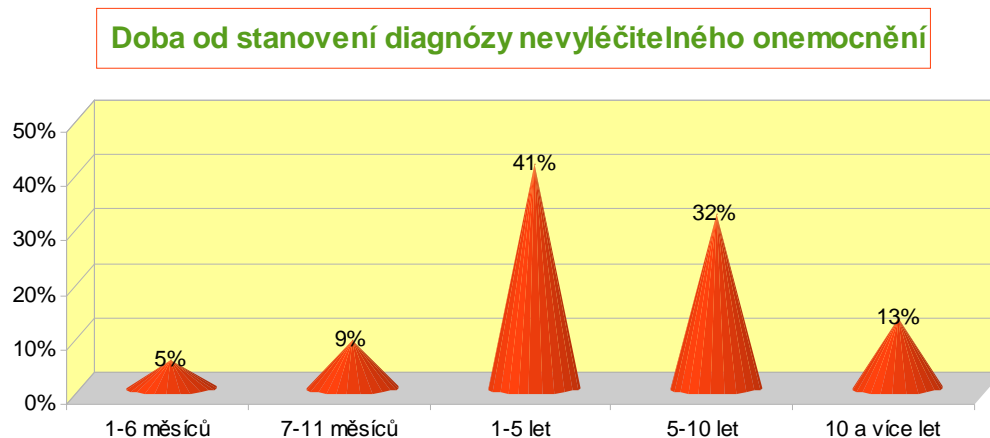


Většina -73- (54%) mnou oslovených nevléčitelně nemocných bydlí ve městě, 35 (26%) respondentů pak ve velkoměstě, a 27 (21%) respondentů označilo jako své bydliště vesnici.

Graf 12



Graf zachycuje, jaká nevléčitelná choroba byla nemocným diagnostikována. Ve 24% (33) to byla roztroušená skleróza, v 25% (34) pozitivita viru HIV či onemocnění AIDS, v 27% (37) Crohnova choroba a ve 24% (33) revmatoidní artritida.

Graf 13

Z grafu je zřejmé, že u 56 respondentů (41%) je doba od stanovení diagnózy v rozmezí 1-5 let. 44 (32%) respondentů trpí nevléčitelnou chorobou přes pět let, ne však déle než deset let. 17 (13%) nevléčitelně nemocným zasáhla choroba do života před více než deseti lety. 19 (14%) respondentů zná svoji diagnózu nevléčitelného onemocnění méně jak rok.

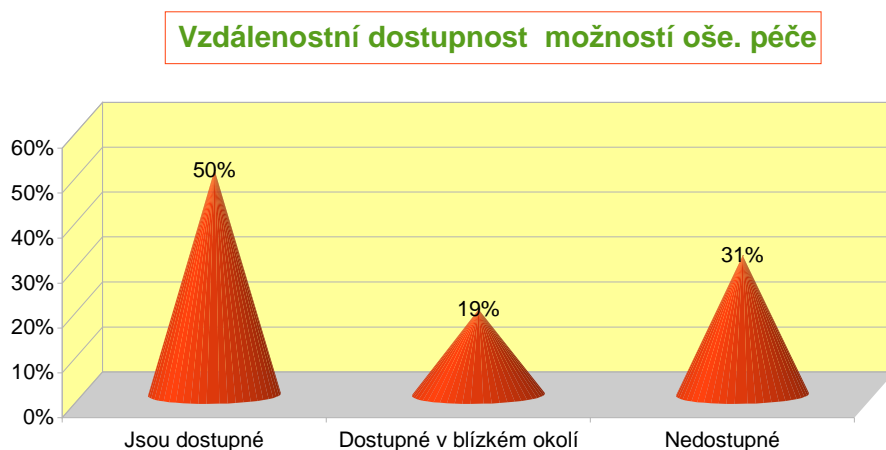
Tabulka 6 Znalost finančně nedostupné ošetrovatelské péče

	HIV/AIDS	Roztroušená skleróza	Revmatoidní artritida	Crohnova choroba	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Ano, takovou péči znám	0	1	2	0	3	9%
↓ jedná se o...	-	Hospic	Hospic	-		
Neznám takovou péči	0	19	7	3	29	81%

3 respondenti zaznamenali do dotazníku, že znají ošetrovatelskou péči, kterou by rádi využili, ale je pro ně finančně nedostupná. Za takovou péči označili všichni 3 respondenti (1 respondent s roztroušenou sklerózou, 2 respondenti s revmatoidní artritidou) ošetrovatelskou péči poskytovanou v hospicích.

Ze všech respondenty zaznamenaných odpovědí nezná finančně nedostupnou ošetrovatelskou péči 19 respondentů s roztroušenou sklerózou, 7 respondentů s revmatoidní artritidou a 3 respondenti s Crohnovou chorobou.

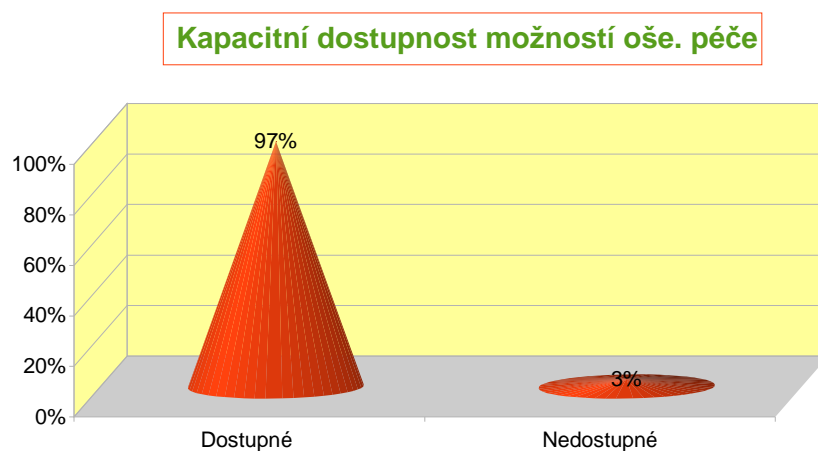
Graf 14



Graf demonstruje, že možnosti, kde může být ošetrovatelská péče poskytována nevyčísitelně nemocným, jsou pro tyto vzdálenostně dostupné. Celkem se takto vyjádřilo 22 respondentů (69%), z těchto však 6 respondentů (19%) udává, že nejsou dostupné v místě bydliště, ale lze je zajistit v blízkém okolí. 10 (31%) respondentů pak udává, že pro ně dostupné nejsou.

Pokud respondenti (6 respondentů) zvolili variantu odpovědi, že možnosti, kde může být ošetrovatelská péče poskytována nevyčísitelně nemocným jsou dostupné v blízkém okolí, měli tím 4 respondenti s roztroušenou sklerózou namysli vzdálenost 20km, 25km, 50km a 70 km od svého bydliště a zbylí 2 respondenti s revmatoidní artritidou 45km a 80km od svého bydliště.

Graf 15



Pozn.: Je myšlena lůžková kapacita

97 % kužel v levé části grafu jasně vyjadřuje názor respondentů na kapacitní dostupnost všech možností, kde může být ošetrovatelská péče poskytována nevléčitelně nemocným. Pouhé 3 % dotazovaných nevléčitelně nemocných se domnívá, že veškeré možnosti, kde těmto může být poskytována ošetrovatelská péče, jsou kapacitně nedostupné.

Tabulka 7 Zdroje informací o možnostech ošetrovatelské péče

	HIV/AIDS	Roztroušená skleróza	Revmatoidní artritida	Crohnova choroba	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Lékař specialista	0	13	2	0	15	47%
Praktický lékař	0	2	0	3	5	16%
Všeobecná sestra	0	0	7	0	7	22%
Sociální pracovnice	0	0	0	0	0	0%
Známý, kamarád, příbuzný	0	1	0	0	1	3%
Informace jsem si zjistil/a sám/a	0	0	0	0	0	0%
Informace nemám	0	4	0	0	4	13%

13 respondentů s roztroušenou sklerózou bylo informováno lékařem specialistou, 2 praktickým lékařem a 1 získal informace od kamaráda, známého či příbuzného. Zároveň však 4 respondenti s roztroušenou sklerózou udávají, že informace nemají žádné. U dotazovaných nemocných s revmatoidní artritidou byli 2 respondenti informováni lékařem specialistou a 7 všeobecnou sestrou. Zbylí 3 nevyčísitelně nemocní z celku byli nemocní s Crohnovou chorobou, kterým byli informace podány praktickým lékařem. Zbývající hodnoty uvedené v tabulce jsou nulové.

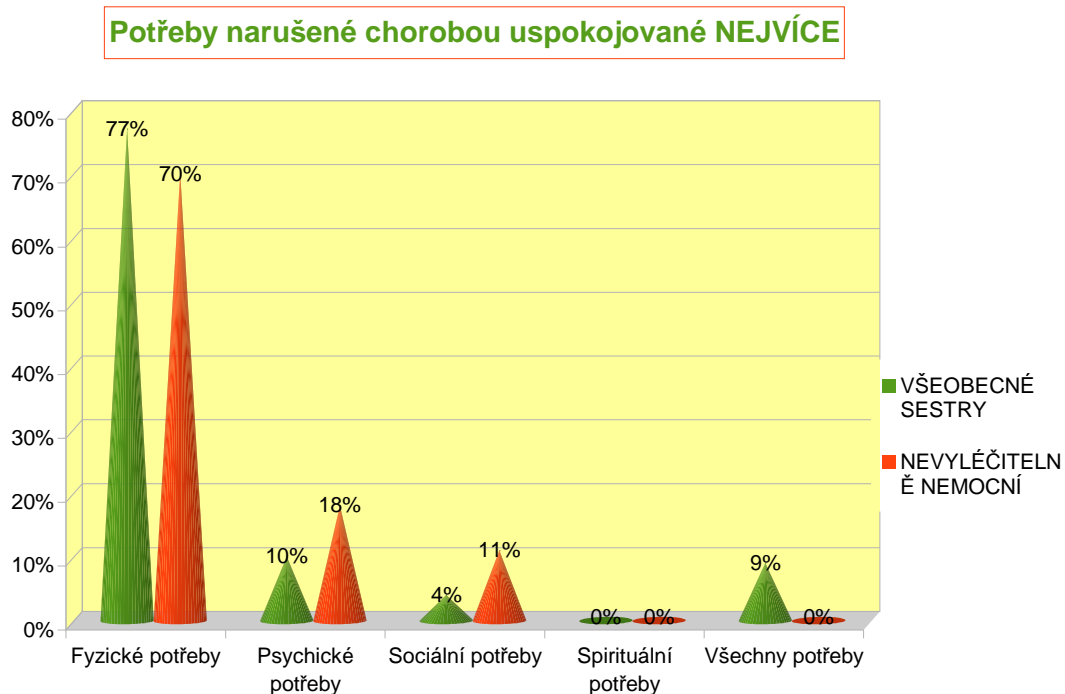
Tabulka 8 Rozsah podaných informací

	HIV/AIDS	Roztroušená skleróza	Revmatoidní artritida	Crohnova choroba	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Předpokládám, že informace byly kompletní	0	12	9	3	24	75%
Informace byly kompletní, ověřil/a jsem si to	0	1	0	0	1	3%
Informace nebyly kompletní	0	5	0	0	5	15%
Nevím	0	2	0	0	2	6%

Z 20 respondentů s roztroušenou sklerózou jich 12 předpokládá, že informace, které dostali od výše zmíněných zdrojů jsou kompletní, ovšem toto si dále již neověřovali, jelikož zdrojům, které jim informace podaly plně důvěřují. 6 z těchto dvaceti si rozsah informací ještě dále ověřili a pouze jeden pak označil variantu odpovědi: „Informace byly kompletní, ověřil/a jsem si to“, zbylých 5 zjistilo, že informace podané zdroji výše jmenovanými byly nekompletní. 2 respondenti s roztroušenou sklerózou označili odpověď „nevím“. Pro 9 nevléčitelně nemocných s diagnostikovanou revmatoidní artritidou a pro 3 dotazované s Crohnovou chorobou byly informace jim podané kompletní, ovšem toto si již dále neověřovali.

4.2.3 Komparativní výsledky dotazníků

Graf 16



Z grafu je evidentní, že jak všeobecné sestry (77%), tak nevléčitelně nemocní (70%) se domnívají, že nejvíce uspokojují a jsou jim v největší míře uspokojovány fyzické potřeby. Na druhém místě u obou skupin respondentů pak stojí potřeby psychické. 15 (11%) dotazovaných nevléčitelně nemocných se domnívá, že všeobecné sestry uspokojují nejvíce jejich sociální potřeby. Toto vnímá i 5 (4%) dotazovaných všeobecných sester. 10 (9%) respondentek z řad všeobecných sester volilo variantu odpovědi, že veškerým potřebám pacientů se věnují jak nejvíce mohou. Tu samou odpověď volilo 0% dotazovaných nevléčitelně nemocných. Nulové hodnoty byly zaznamenány i u spirituálních potřeb obou skupin respondentů.

Tabulka 9 Všeobecné sestry: Potřeby narušené chorobou uspokojované nejvíce

*VS = všeobecná sestra	*VS Infekční oddělení	*VS Neurologické oddělení	*VS Revmatologické oddělení	*VS Gastroenterologické oddělení	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Fyzické potřeby	18	20	22	29	89	77%
Psychické potřeby	2	6	3	1	12	10%
Sociální potřeby	0	1	0	4	5	4%
Spirituální potřeby	0	0	0	0	0	0%
Všechny	4	4	2	0	10	9%

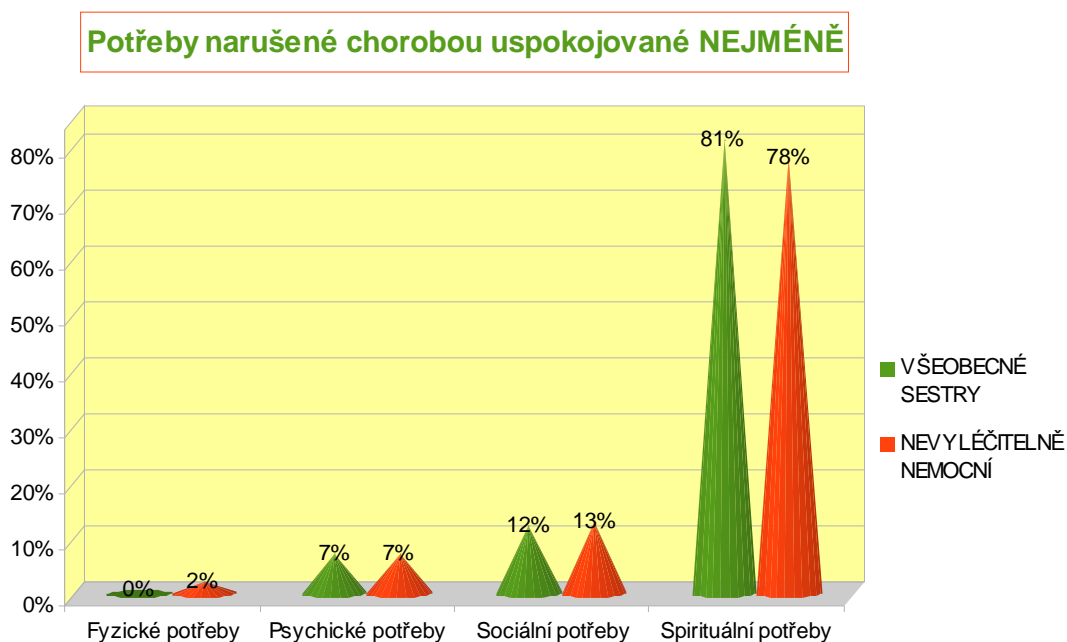
Celkem 89 (77%) dotazovaných všeobecných sester se domnívá, že nejvíce uspokojují fyzické potřeby pacientů. Konkrétně si to myslí 18 VS z infekčního oddělení, 20 z neurologického oddělení, 22 z revmatologického oddělení a 29 z gastroenterologického oddělení. Ze zbylých 6 dotazovaných všeobecných sester z infekčního oddělení se 2 domnívají, že nejvíce uspokojují psychické potřeby nemocných, 4 pak, že se věnují v největší míře všem pacientovým potřebám, jež má narušeny chorobou. Ze zbývajících 11 respondentek z řad všeobecných sester označilo 6 variantu odpovědi „psychické potřeby“, 1 variantu odpovědi „sociální potřeby“ a 4 variantu odpovědi „všechny potřeby uspokojují nejvíce“. 3 dotazované všeobecné sestry z revmatologického oddělení a 1 z gastroenterologického oddělení zaznamenaly, že v největší míře uspokojují psychické potřeby nemocných. 4 respondentky z gastroenterologického oddělení soudí, že se nejvíce věnují sociálním potřebám nemocných a 2 respondentky z revmatologického oddělení označily variantu odpovědi „všem potřebám se věnuji nejvíce“. Zbylé hodnoty odpovědí jsou nulové.

Tabulka 10 Nevyléčitelně nemocní: Potřeby narušené chorobou uspokojované nejvíce

	HIV/AIDS	Roztroušená skleróza	Revmatoidní artritida	Crohnova choroba	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Fyzické potřeby	16	18	28	32	94	70%
Psychické potřeby	9	8	3	5	25	18%
Sociální potřeby	9	4	2	0	15	11%
Spirituální potřeby	0	2	0	0	2	2%
Všechny	0	0	0	0	0	0%

Nejvíce respondentů ze všech 4 skupin nevléčitelně nemocných je toho názoru, že všeobecné sestry se nejvíce věnují fyzickým potřebám, jež má nemocný narušeny chorobou. Konkrétně si toto myslí 16 nemocných s pozitivitou HIV/AIDS, 18 nemocných s roztroušenou sklerózou, 28 nemocných s revmatoidní artritidou a 32 nemocných s Crohnovou chorobou. Psychické potřeby jsou všeobecnými sestrami z pohledu nevléčitelně nemocných uspokojovány celkově v 18%, z toho se toto konkrétně domnívá 9 respondentů HIV/AIDS, 8 respondentů s roztroušenou sklerózou, 3 respondenti s revmatoidní artritidou a 5 respondentů s Crohnovou chorobou. Uspokojování sociálních potřeb v nejvyšší míře zaznamenalo celkem 15 respondentů, z toho 9 s HIV/AIDS, 4 s roztroušenou sklerózou a 2 s revmatoidní artritidou. 2 respondenti s roztroušenou sklerózou se domnívají, že nejvíce jsou všeobecnými sestrami uspokojovány spirituální potřeby. Zbylé hodnoty odpovědí jsou nulové.

Graf 17



94 (81%) dotazovaných všeobecných sester a 106 (78%) dotazovaných nevléčitelně nemocných se domnívá, že nejméně uspokojují/jsou jim uspokjovány potřeby spirituální. 14 (12%) dotazovaných všeobecných sester a o 3 více dotazovaných nevléčitelně nemocných zmiňovalo potřeby sociální, stejné procento (7%) v obou skupinách respondentů se shodlo na potřebách psychických a fyzické potřeby byly hodnoceny nulově u respondentek z řad všeobecných sester a 3 (2%) respondenty z řad nevléčitelně nemocných.

Tabulka 11 Důvody k neuspokojování potřeb - *VS

*VS = všeobecná sestra	*VS Infekční oddělení	*VS Neurologické oddělení	*VS Revmatolog . oddělení	*VS Gastroenterol. odd.	Celkem **AČ	Celkem ***RČ																														
Fyzické potřeby protože ...	0	0	0	0	0	0%																														
	-	-	-	-			Psychické potřeby protože ...	2	3	3	0	8	7%	„O ty pečuje psycholog, nemám na to vzdělání“	„Pacienti jsou hospitalizováni opakovaně, nepotřebují to; pacienti většinou personál znají; zabezpečuje psycholog“	-	-	Sociální potřeby protože...	5	3	6	0	14	12%	-	„Není na to čas; máme sociální pracovníci“	-	-	Spirituální potřeby protože ...	17	25	18	34	94	81%	„Nevím jak je uspokojovat, nejsem věřící; klienti nejsou věřící; nedostatek personálu, materiálního zabezpečení; není nutné je uspokojovat; není to v souladu s odd.; nemám na to vzdělání“
Psychické potřeby protože ...	2	3	3	0	8	7%																														
	„O ty pečuje psycholog, nemám na to vzdělání“	„Pacienti jsou hospitalizováni opakovaně, nepotřebují to; pacienti většinou personál znají; zabezpečuje psycholog“	-	-			Sociální potřeby protože...	5	3	6	0	14	12%	-	„Není na to čas; máme sociální pracovníci“	-	-	Spirituální potřeby protože ...	17	25	18	34	94	81%	„Nevím jak je uspokojovat, nejsem věřící; klienti nejsou věřící; nedostatek personálu, materiálního zabezpečení; není nutné je uspokojovat; není to v souladu s odd.; nemám na to vzdělání“	„Pacienti nevyžadují duchovního; je nedostatek duchovních; pacienti upřednostňují jiné potřeby; není na to čas; nemám s tím zkušenosti“	„Není to možné; nedostatek času; není to moje starost; nejsem věřící; pacienti o to nemají zájem“	„Nevím jak je uspokojovat; v ambulanci není na toto čas; v dnešní době je upřednostňován papír nad pacientem – není na to čas“								
Sociální potřeby protože...	5	3	6	0	14	12%																														
	-	„Není na to čas; máme sociální pracovníci“	-	-			Spirituální potřeby protože ...	17	25	18	34	94	81%	„Nevím jak je uspokojovat, nejsem věřící; klienti nejsou věřící; nedostatek personálu, materiálního zabezpečení; není nutné je uspokojovat; není to v souladu s odd.; nemám na to vzdělání“	„Pacienti nevyžadují duchovního; je nedostatek duchovních; pacienti upřednostňují jiné potřeby; není na to čas; nemám s tím zkušenosti“	„Není to možné; nedostatek času; není to moje starost; nejsem věřící; pacienti o to nemají zájem“	„Nevím jak je uspokojovat; v ambulanci není na toto čas; v dnešní době je upřednostňován papír nad pacientem – není na to čas“																			
Spirituální potřeby protože ...	17	25	18	34	94	81%																														
	„Nevím jak je uspokojovat, nejsem věřící; klienti nejsou věřící; nedostatek personálu, materiálního zabezpečení; není nutné je uspokojovat; není to v souladu s odd.; nemám na to vzdělání“	„Pacienti nevyžadují duchovního; je nedostatek duchovních; pacienti upřednostňují jiné potřeby; není na to čas; nemám s tím zkušenosti“	„Není to možné; nedostatek času; není to moje starost; nejsem věřící; pacienti o to nemají zájem“	„Nevím jak je uspokojovat; v ambulanci není na toto čas; v dnešní době je upřednostňován papír nad pacientem – není na to čas“																																

**AČ – absolutní četnost

***RČ – relativní četnost

Že by to byly fyzické potřeby, které by respondentky nejméně uspokojovaly u nemocných popírají všechny dotazované všeobecné sestry.

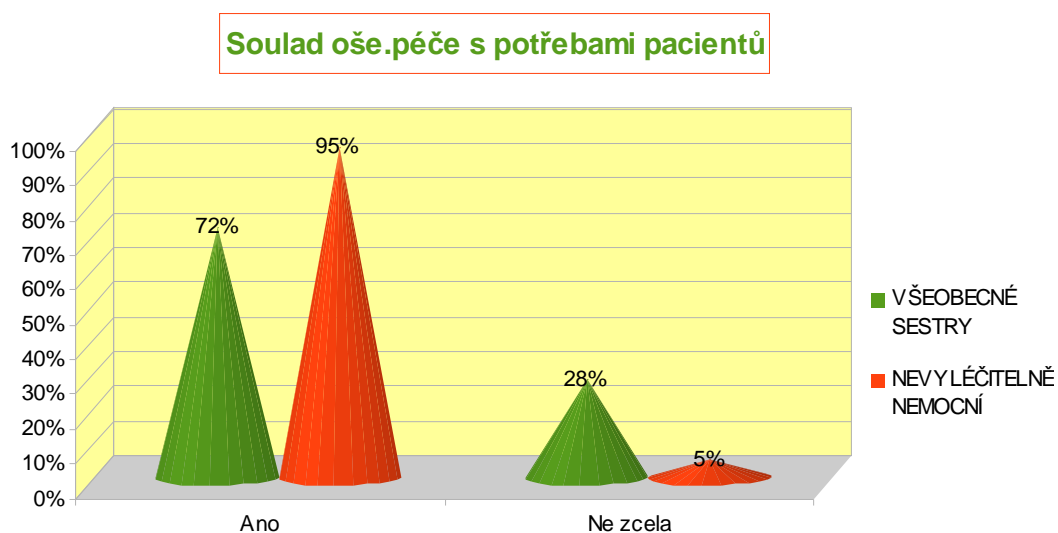
2 dotazované všeobecné sestry z infekčního oddělení, 3 z neurologického oddělení a 3 z revmatologického oddělení se domnívají, že se nejméně věnují narušeným psychickým potřebám pacientů. Důvody, proč tyto potřeby uspokojují nejméně, jsou tyto: „O ty pečuje psycholog, nemám na to vzdělání“ (respondentky z infekčního oddělení) a „Pacienti jsou hospitalizováni opakovaně, nepotřebují to; Pacienti většinou personál znají; Zabezpečuje to psycholog“ (respondentky z neurologického oddělení). Respondentky z revmatologického oddělení konkrétní důvod, proč uspokojují nejméně psychické potřeby P/K, nezaznamenaly.

Celkem 14 respondentek je toho názoru, že se nejméně věnují sociálním potřebám – z toho se přímo jedná o 5 všeobecných sester z infekčního oddělení, 3 všeobecné sestry z neurologického oddělení a 6 všeobecných sester z revmatologického oddělení. Konkrétní důvody, proč se dotazované všeobecné sestry věnují nejméně sociálním potřebám P/K zaznamenaly pouze všeobecné sestry z neurologického oddělení – „Není na to čas; Máme sociální pracovníci“.

17 respondentek z infekčního oddělení, 25 respondentek z neurologického oddělení, 18 respondentek z revmatologického oddělení a 34 respondentek z gastroenterologického oddělení vyjádřilo názor, že se nejméně věnují spirituálním potřebám, které má nevyhlášeně nemocný narušené svojí chorobou. Konkrétní názory všeobecných sester z infekčního oddělení, proč tyto potřeby uspokojují nejméně zněly takto: „Nevím jak je uspokojovat, nejsem věřící; Klienti nejsou věřící; Nedostatek personálu, materiálního zabezpečení; Není nutné je uspokojovat; není to v souladu s odd.; Nemám na to vzdělání.“, názory dotazovaných všeobecných sester z neurologického oddělení pak zněly takto: „Pacienti nevyžadují duchovního; Je nedostatek duchovních; Pacienti upřednostňují jiné potřeby; není na to čas; Nemám s tím zkušenosti“. Respondentky z revmatologického oddělení uspokojují nejméně spirituální potřeby nemocných, protože to není to možné, nebo mají nedostatek času, či se domnívají, že to není jejich starost, zazněl také názor, že nejsou věřící nebo že o to pacienti nemají zájem. Poslední skupina respondentek z gastroenterologického oddělení

zaznamenala toto: „Nevím jak je uspokojovat; v ambulanci není na toto čas; v dnešní době je upřednostňován papír nad pacientem – není na to čas“. Zbylé hodnoty odpovědí jsou nulové.

Graf 18



To, že poskytovaná ošērovatelská pēče odpovídá pacientovým potřebám zaznamenalo 83 (72%) dotazovaných všeobecných sester a 129 (95%) dotazovaných nevlēčitelnē nemocných. Odpověď „ne zcela“ pak volilo 33 (28%) respondentek z řad všeobecných sester a 7 (5%) respondentů z řad nevlēčitelnē nemocných.

Tabulka 12 Oblasti zlepšení ošetrovatelské péče – všeobecné sestry

*VS = všeobecná sestra	*VS Infekční oddělení	*VS Neurolog. oddělení	*VS Revmatolog. oddělení	*VS Gastroenter. oddělení	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Oše. péče odpovídá pacientovým potřebám	14	22	20	27	83	72%
Oše. péče neodpovídá zcela pacientovým potřebám ↓ zlepšení by mělo nastat:	10	9	7	7	33	28%
	V oblasti psychické a sociální	V oblasti psychické, fyzické; ve všech oblastech	V oblasti psychické, sociální	V oblasti psychických a sociálních potřeb		

14 dotazovaných všeobecných sester z infekčního oddělení, 22 z neurologického oddělení, 20 z revmatologického oddělení a 27 z gastroenterologického oddělení se domnívá, že ošetrovatelská péče zcela odpovídá pacientovým potřebám. Opačný názor zastává 10 respondentek z infekčního oddělení, 9 z neurologického oddělení, 7 z revmatologického oddělení a 7 z gastroenterologického oddělení. Tyto jsou toho názoru, že zlepšení by mělo nastat v oblasti psychické a sociální (názor respondentek z infekčního, revmatologického a gastroenterologického oddělení). Respondentky z neurologického oddělení zaznamenaly, že zlepšení by mělo nastat zejména v oblasti psychické a fyzické, některé z nich se domnívají, že zlepšení by mělo nastat ve všech oblastech.

Tabulka 13 Návrhy pacientů zkvalitňující ošetrovatelskou péči

	HIV/AIDS	Roztroušená skleróza	Revmatoidní artritida	Crohnova choroba	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Oše. péče odpovídá mým potřebám	34	31	27	37	129	95%
Oše. péče neodpovídá zcela mým potřebám	0	1	6	0	7	5%
<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Uvítal bych ...</p>	-	„Více lásky“	„Více trpělivosti, méně spěchu, více tolerance“	-		

34 respondentů s HIV/AIDS, 31 s roztroušenou sklerózou, 27 s revmatoidní artritidou a 37 s Crohnovou chorobou se domnívá, že ošetrovatelská péče zcela odpovídá jejich potřebám. Opačný názor zastává 1 dotazovaný nevléčitelně nemocný s roztroušenou sklerózou a 6 respondentů s revmatoidní artritidou. Aby ošetrovatelská péče odpovídala pacientovým potřebám, pak těchto 7 nevléčitelně nemocných respondentů navrhuje zakomponovat do ní „Více lásky“, „Více trpělivosti“, „Méně spěchu“ či „Více tolerance“.

Zbýlé hodnoty odpovědí jsou nulové.

Graf 19



81 (70%) dotazovaných všeobecných sester a 32 (24%) dotazovaných nevléčitelně nemocných zastává názor, že existuje více možností, kde může být nemocnému poskytována ošetrovatelská péče. Naopak 35 (30%) respondentek z řad všeobecných sester a 104 (76%) respondentů z řad nevléčitelně nemocných se domnívá, že pokud se pacientův stav zhorší, může mu být ošetrovatelská péče poskytnuta pouze v nemocnici.

Tabulka 14 Konkrétní možnosti poskytování ošetrovatelské péče – všeobecné sestry

*VS = všeobecná sestra	*VS Infekční oddělení	*VS Neurologické oddělení	*VS Revmatologické oddělení	*VS Gastroenter ologické odd.	Celkem **AČ	Celkem ***RČ
Existuje více možností ↓ vím o.....	15	27	16	23	81	70%
	„Hospic, Oddělení dlouhodobé péče, LDN, Dům s pečovatelsk ou službou, Domov důchodců, Domácí péče“	„Hospic, Domácí péče, LDN, Sociální lůžka“	„Hospic, LDN, Denní stacionáře, Domácí péče, Domov důchodců, Dům s pečovatelskou službou“	„Hospic, Domácí péče, Domácí paliativní péče, LDN, Oddělení paliativní péče“		
Pouze nemocnice	9	4	11	11	35	30%

**AČ = absolutní četnost

***RČ= relativní četnost

Většina respondentek, tj. 81 (70%) se domnívá, že existuje více možností, kde je možné poskytnou pacientovi ošetrovatelskou péči. Konkrétně se toto domnívá 15 dotazovaných všeobecných sester z infekčního oddělení, 27 dotazovaných všeobecných sester z neurologického oddělení, 16 dotazovaných všeobecných sester z revmatologického oddělení a 23 dotazovaných všeobecných sester z gastroenterologického oddělení. V „jiných možnostech“, kde může být ošetrovatelská péče poskytnuta dotazované všeobecné sestry zmiňovaly především hospice, agentury domácí péče, léčebny pro dlouhodobě nemocné, oddělení následné péče, domovy důchodců aj.. Odpověď „Pokud se pacientův stav zhorší, může mu být poskytnuta ošetrovatelská péče pouze v nemocnici“ volilo 9 respondentek z infekčního oddělení, 4 z neurologického oddělení, 11 z revmatologického a gastroenterologického oddělení.

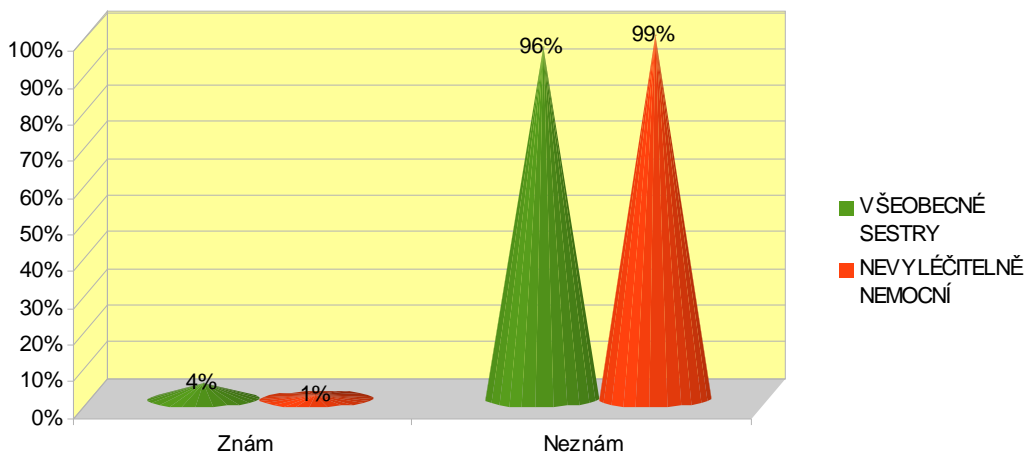
Tabulka 15 Konkrétní možnosti poskytování ošetrovatelské péče – nevléčitelné nemocní

	HIV/AIDS	Roztroušená skleróza	Revmatoidní artritida	Crohnova choroba	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Existuje více možností	0	20	9	3	32	24%
↓ vím o.....	-	„Agentury domácí péče, LDN, Domy s pečovatelskou službou“	„Agentury domácí péče, Rehabilitační ústavy, Kluby artrotiků, Lázně“	„Agentury domácí péče“		
Pouze nemocnice	34	12	24	34	104	76%

Celkem 32 (24%) respondentů z řad nevléčitelně nemocných je toho názoru, že existuje více možností, kde jim může být poskytnuta ošetrovatelská péče. Konkrétně je o tom přesvědčeno 20 nemocných s roztroušenou sklerózou, 9 nemocných s revmatoidní artritidou a 3 nemocní s Crohnovou chorobou. Pacienti s roztroušenou sklerózou jsou informováni především o agenturách domácí péče, léčebnách dlouhodobě nemocných a domech s pečovatelskou službou. Respondenti postižení revmatoidní artritidou zaznamenaly agentury domácí péče, rehabilitační ústavy, kluby artrotiků a lázně a respondenti s Crohnovou chorobou se zmínily o agenturách domácí péče. Domněnka, že pokud se stav těchto nemocných zhorší, může jim být ošetrovatelská péče poskytnuta pouze v nemocnici byla zaznamenána u 34 respondentů s HIV/AIDS, 12 respondentů s roztroušenou sklerózou, 24 respondentů s revmatoidní artritidou a 34 respondentů s Crohnovou chorobou.

Graf 20

Znalost možností nabídek ošetrovatelské péče v zahraničí



Graf znázorňuje znalost jakékoli oblasti, v které působí všeobecná sestra pečující o nevléčitelně nemocné, ale v České republice není k dispozici. 111 dotazovaných všeobecných sester a 135 dotazovaných nevléčitelně nemocných žádnou takovou oblast nezná. Znalost projevilo 5 respondentek z řad všeobecných sester a 1 nevléčitelně nemocný.

Tabulka 16 Konkrétní možnosti ošetrovatelské péče v zahraničí – všeobecné sestry

*VS = všeobecná sestra	*VS Infekční oddělení	*VS Neurologické oddělení	*VS Revmatolog. oddělení	*VS Gastroenterolog. oddělení	Celkem **AČ	Celkem ***RČ
Vím o..., ve státě....	1	0	1	3	5	4%
	„Paliativní stanici; Krátkodobé péči v nemocnicích“ Stát: Německo	-	„Hospici“ Stát: Holandsko	„Hospici; Paliativní péči;Eutanázii“ Stát: Anglie, Holandsko		
Neznám	23	31	26	31	111	96%

** AČ – absolutní četnost

*** RČ – relativní četnost

1 respondentka z infekčního a revmatologického oddělení a 3 respondentky z gastroenterologického oddělení mají znalosti o možnosti nabídek ošetrovatelské péče v zahraničí. Konkrétně se jedná, dle respondentky z infekčního oddělení, o paliativní stanici či krátkodobou péči v nemocnicích v Německu. Respondentka z revmatologického oddělení zaznamenala hospice v Holandsku a 3 respondentky z gastroenterologického oddělení zmínily hospic, paliativní péči a eutanázii a to ve státech Anglie a Holandsko. Naopak 23 dotazovaných všeobecných sester z infekčního oddělení, 31 z neurologického oddělení, 26 z revmatologického oddělení a 31 z gastroenterologického oddělení znalosti o možnosti ošetrovatelské péče v zahraničí nemá.

Tabulka 17 Konkrétní možnosti nabídek ošetrovatelské péče v zahraničí-nevyléčitelně nemocní

	HIV/AIDS	Roztroušená skleróza	Revmatoidní artritida	Crohnova choroba	Celkem absolutní četnost	Celkem relativní četnost
Ano, znám a chtěl/a bych využít	0	0	0	0	0	0%
	-	-	-	-		
Ano, znám, ale nechtěl/a bych „to“ využít	0	1	0	0	1	1%
	-	Domy, kde se provádí eutanázie	-	-		
Neznám	34	31	33	37	135	99%

1 respondent s roztroušenou sklerózou zaznamenal, že v zahraničí zná „domy, kde se provádí eutanázie“ a zároveň zaznamenal, že by tato zařízení využít nechtěl. Ostatní dotazovaní nevyléčitelně nemocní, tj. 34 nemocných s HIV/AIDS, 31 nemocných s roztroušenou sklerózou, 33 nemocných s revmatoidní artritidou a 37 nemocných s Crohnovou chorobou, žádné možnosti ošetrovatelské péče, kterou by mohli v rámci svého onemocnění využít neznají.

5 Diskuze

Již zpracováním své bakalářské práce zabývající se problematikou eutanázie jsem došla k názoru, že v Čechách stále více narůstají tendence volat po její legalizaci. Důvod, proč toto „volání“ po něčem tak snadno zneužitelném neustále zesiluje je zřejmý. Výzkum a technologie v oblasti zdravotnictví jsou v neustálém vývoji a tak s onemocněními, která dříve vedla nekompromisně k okamžité smrti nemocného, dnes medicína úspěšně bojuje. Ač by se tedy tento trend zdál býti pouze pozitivním, je třeba se poohlédnout i na vedlejší kolej tohoto jednání. Na ní je pak možno vidět obrovský nárůst chronicky, nevléčitelně nemocných a bohužel mnohdy i nevýznamné, dlouhodobé udržování terminálně nemocných pacientů při „životě“. A jelikož společnost má tendence vidět pod pojmem nevléčitelně nemocný především utrpení, bolest, samotu a smutek, jediným kvalitní řešením se potom v jejích očích jeví legalizace eutanázie. Bráno z mého pohledu se tedy společnost o něco snaží, v tomto případě zřejmě usiluje o nesmrtelnost nemocného (vývoj v oblasti medicíny), ale na druhé straně, budu-li pokračovat v takto striktním hodnocení, tam, kde se to nepovedlo uplatněme „dobrou smrt“. Z předchozí věty je zřejmé, že můj názor na legalizaci eutanázie je negativní, vnímám totiž jako pro společnost více prospěšnou diskuzi o tom, jaké možnosti zdravotnické péče můžeme my, zdravotníci, nevléčitelně nemocným nabídnout a pokud je tato nabídka neuspokojivá, pak kde zapracovat a co změnit, aby život nemocného nekončil podáním jedu. To je tedy důvod, proč jsem pro téma své diplomové práce zvolila „Možnost nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné“.

Teoretickou část diplomové práce jsem zaměřila na oblasti péče, které je možné nevléčitelně nemocnému nabídnout a v kterých se uplatňuje všeobecná sestra (viz. příloha 1). Už při zpracování této části práce jsem nabyla dojmu, že těchto oblastí není mnoho. Respektive, že není mnoho těch oblastí, jejichž nabídka péče - i té ošetrovatelské - by odpovídala poptávce nemocných po takovém druhu péče. Toto mé zjištění potvrdila i slova doktora O. Slámy, odborníka z oblasti paliativní onkologické péče z Masarykova onkologického ústavu v Brně: „Dostupnost kvalitní zdravotní a sociální péče je nízká. Řada nemocných tráví závěrečnou fázi života v lůžkových

zdravotnických zařízeních, kde struktura nabízených služeb neodpovídá jejich potřebám. Péče bývá špatně koordinovaná, nejednou je lidsky i profesionálně neadekvátní a ve svém důsledku často vede k utrpení a frustraci nemocných a jejich rodin“(2). Absolutně souhlasím s názorem doktora Slámy, že péče o nevléčitelně nemocné je špatně koordinovaná – pokud tedy vůbec někým koordinovaná je. Zabývala jsem se tímto i ve své teoretické části diplomové práce, do které jsem zakomponovala, mimo jiné, kapitolu týkající se právě case managementu a sestry – case managerky. Právě tento typ péče/tuto roli sestry v oblasti péče o nevléčitelně nemocné postrádám a domnívám se, že právě sestra – case managerka by byla vhodným „doplňkem“ v českém zdravotnictví, který by uvítali nejen pacienti a jejich rodiny, ale jsem zcela přesvědčena o tom, že i zdravotníci, kteří o takto nemocné pečují. V současnosti, dle kompetencí uvedených ve vyhlášce 424/2004 Sb., se v ČR nejvíce přibližuje roli sestry case managerky sestra komunitní. Jelikož komunitní ošetrovatelství se momentálně, zejména, ale nejenom, pro pacienta, jeví jako téměř ideální, je snaha o jeho rozvoj a tudíž i podporu vzdělávání v této oblasti. Momentálně sestra musí pro dosažení specializace „Komunitní sestra“ nejprve získat odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra a následně, po získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, pokračovat ve specializačním vzdělávání v oboru komunitní ošetrovatelská péče. Komunitní sestru lze dnes rovněž studovat přímo v magisterském studijním programu. Základ pro vznik skutečné sestry case managerky tedy je, nyní „pouze“ zbývá tuto roli naplnit (29).

Praktická část diplomové práce vychází z kvalitativně – kvantitativního šetření. V rámci kvalitativního šetření jsem se pokusila o analýzu dat, které úzce souvisí s problematikou nevléčitelně nemocných. Před zpracováním této kvalitativní části mého šetření jsem si položila 3 výzkumné otázky. Zda-li je z demografického hlediska vůbec vhodné zabývat se ošetrovatelskou péčí u skupiny obyvatel trpících nevléčitelnou chorobou, zda-li jsou v legislativě zanesena práva nevléčitelně nemocných a zda-li je legislativně ošetřena charakteristika ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocné pacienty/klienty. Z vyhledaných dat statisticky zpracovaných Českým statistickým úřadem jsem došla k závěru, že průměrný věk obyvatel se každým

rokem zvyšuje - populace tedy stárne a počet zemřelých se snižuje. Velmi překvapujícím zjištěním pro mě byl statistický údaj z roku 1995, kdy počet zemřelých činil 117 913. To je o 13 492 více než v posledním statisticky zpracovaném roce. V roce 2009 Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen ÚZIS ČR) zveřejnil Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR. Výsledky tohoto šetření vycházejí z odpovědí 1955 respondentů a závěr z nich je takový, že nějakou chronickou nemocí trpí 72 % dotázaných osob. Zpracovatelka zprávy ze šetření ÚZIS ČR RNDr. Šárka Ševčíková dále popisuje, že výskyt většiny chronických onemocnění s věkem roste. S věkem se také zvyšuje podíl respondentů, kteří se cítí být nemocí vážně omezeni. Ve srovnání s rokem 2002 se podíl respondentů s chronickým onemocněním zvýšil. Podíl osob, které trpí nějakou dlouhodobou nemocí, vzrostl z 55 na 67 % u mužů a ze 65 na 77 % u žen (11). Ač ÚZIS ČR zahrnul do svého šetření opravdu jakoukoli chronickou nemoc (např. i chronické bolesti zad), domnívám se, že přesto jsou výsledná procenta značně vysoká. Veškerá výše uvedená data tedy směřují k pozitivní odpovědi na moji první výzkumnou otázku. A opět je možné se v myšlenkách navrátit k vhodnosti rozvoje komunitní péče v ČR. Jestliže totiž počet dlouhodobých, chronických, nevléčitelně nemocných stoupá, opravdu se, alespoň z mého hlediska, nabízí možnost zdravotnické péče v domácích podmínkách u neakutních případů jako více než patřičná.

Dále jsem se zaměřila na legislativu týkající se nevléčitelně nemocných. Celkem jsem prostudovala 11 dokumentů. Z nich je v osmi více či méně zmínka o zdravotní péči u nevléčitelně nemocných či o jejich právech. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách pak předkládá různé druhy sociální péče, kterou mohou tito P/K využít.

Všechny mnou analyzované dokumenty, vyjma zákona č. 108/2006Sb. o sociálních službách, Nařízení vlády č. 31/2010Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou působností a vyhlášky č. 424/2004Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud zmiňují nevléčitelně nemocné, pak je to zejména v souvislosti s umíráním a poskytováním paliativní péče. Vnímám velice pozitivně, že

byl do zákona č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění, po dlouhodobém naléhání odborníků zabývajících se paliativní péčí, zakomponován § 22 a §22a (znění viz. podkapitola 4.1.2 Legislativa, tabulka 4) hovořící o paliativní péči, paliativní péči lůžkové (hospic) a ambulantní (domácí – mobilní-hospic). Zejména pro nevléčitelně nemocné, a nyní opět, v terminálním stádiu choroby a jejich rodiny je toto velkým přínosem. Znovu si ale neodpustím upozornit na fakt, že nevléčitelně nemocný není pouze nemocný v terminálním stádiu své choroby. Dále je také nutné poukázat na to, že nově pojímaná paliativní péče/medicína se již nezaměřuje pouze na onkologicky nemocné v terminálním stádiu choroby. A přesto, že již v roce 2002 definice paliativní péče Světové zdravotnické organizace zmiňuje, že „u všech nemocných s onemocněním život ohrožujícím (bez ohledu na aktuální prognózu) je třeba včas identifikovat a účinně mírnit utrpení ve všech dimenzích“ (46, str.24), domnívám se, že paliativní péče je stále spojována pouze s onkologickými nemocnými. Tuto moji domněnku potvrzuje i komentář prof. Vorlíčka a kol. zanesený ve velmi rozsáhlé publikaci „Paliativní medicína“: „...problematika paliativní péče u neonkologických onemocnění je však i ve světě teprve v počátcích. Proto jsme se rozhodli koncipovat naši monografii především jako paliativní medicínu u onkologicky nemocných.“(46, str.25).

Mám-li vytvořit nějaký závěr týkající se legislativy a nevléčitelně nemocných, pak tito, péče o ně i jejich práva zanesená alespoň částečně v legislativě jsou. Domnívám se ovšem, že jejich autoři mají, soudě dle charakteru záznamů v těchto dokumentech, představu o nevléčitelně nemocném jako o člověku onkologicky nemocném v terminálním stádiu své choroby. A pokud by to tak opravdu bylo, pak s tímto nejsem ztotožněná. Co se týká charakteristiky ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocné, ta konkrétně v legislativě specifikována není.

U kvantitativního sběru dat jsem se primárně chtěla zaměřit na pacienty – nevléčitelně nemocné, což je zřejmé i ze stanovených hypotéz. Nakonec jsem se však rozhodla názory P/K doplnit i těmi od všeobecných sester. Toto mé rozhodnutí vyplynulo z faktu, že jsem se nevléčitelně nemocných v dotaznících ptala mimo jiné i na otázky z oblasti kvality jim poskytované ošetrovatelské péče.

Ještě před tvorbou samotných dotazníků, bylo nutné ujasnit si, které z P/K s diagnózou nevyléčitelného onemocnění oslovím. K vytvoření výzkumného vzorku jsem nakonec zvolila P/K s onemocněním, jehož prevalence v České republice není několika procentní (jako např. u Diabetu mellitu II. typu 7%, či chronické obstrukční plicní nemoci 7,7% (19,27), přesto se však jedná o velmi závažnou nevyléčitelnou nemoc, jejíž výskyt na území naší republiky stále narůstá. Zaměřila jsem se tedy na P/K s *Morbus Crohn* (prevalence k r. 2006 byla 0,025%; vzhledem k stoupajícímu počtu onemocnění hlavně u mladých lidí a lidí v produktivním věku ve všech vyspělých státech světa, je nyní toto onemocnění řazeno ke skupině civilizačních onemocnění(42).), *Revmatoidní artritida* (Prevalence revmatoidní artritidy k r. 2009 v dospělé populaci se pohybuje mezi 0,5 a 0,8 %. Ženy jsou postiženy třikrát častěji než muži. Incidence stoupá s věkem. Ve vyšších věkových skupinách činí prevalence revmatoidní artritidy 2–3 %(20).), *Sclerosis multiplex* (prevalence k r. 2006 0,08 – 0,13%; Řada epidemiologických studií ukazuje, že incidence i prevalence roztroušené sklerózy stoupají. Není jasné, zda je to skutečný vzestup či zda je jen spolehlivější a přesnější diagnostika nemoci. Vzhledem k tomu, že však stoupá i výskyt dalších autoimunitních onemocnění, zvláště juvenilního diabetu, není pravděpodobné, že by šlo o zkreslení údajů způsobené zlepšenými možnostmi diagnostiky (16).) a pacienty nakaženými *Human Immunodeficiency Virus* (prevalence k r. 2008 0,01%; V r. 2008 bylo zachyceno 148 nových případů infekce HIV, tedy o 27 více než v předchozím roce. Jde již o šestý rok v řadě, v němž počet nových případů zachycených v jednom kalendářním roce převýšil hodnoty ze všech předchozích let od počátku sledování v r. 1985(25).). Respondenty z řad sester byly sestry pečující o takto nemocné (tedy také 4 skupiny sester).

Jelikož mým cílem bylo především zjistit míru informovanosti všeobecných sester a nevyléčitelně nemocných o možnostech využití pro ně vhodné ošetrovatelské péče a ne, které sestry a kteří P/K s nevyléčitelným onemocněním jsou informovaní více a které/kteří méně, sjednotila jsem všechny čtyři skupiny u respondentů Všeobecné sestry a respondentů nevyléčitelně nemocní a pracovala s nimi jako se dvěma výzkumnými celky v počtu 136 respondentů z řad nevyléčitelně nemocných a 116

respondentů z řad všeobecných sester. Dílčí odpovědi jednotlivých skupin respondentů jsem zaznamenala pouze u těch výsledků, které byly z hlediska mého šetření zajímavé.

Pro svůj kvantitativní výzkum jsem si stanovila tři hypotézy. První hypotéza zněla: Nabízená ošetrovatelská péče nevyčísitelně nemocným v ČR odpovídá jejich potřebám. K hypotéze se vztahovaly 3 otázky u obou skupin respondentů. Otázky byly zaměřené na to, které z potřeb narušených chorobou uspokojují všeobecné sestry nejvíce, které nejméně a zda mají obě skupiny respondentů pocit, že péče jim/jimi poskytovaná odpovídá jejich/pacientovým potřebám. Výsledky na všechny 3 otázky jsou graficky zaznamenané v podkapitole 4.2.3 Komparativní výsledky dotazníků. Pokud se zaměříme na výsledky šetření, které demonstrují, jaké z potřeb všeobecné sestry uspokojují u nemocných nejvíce (viz. graf 16), pak zjistíme, že u obou skupin respondentů došlo ke shodě – nejvíce jsou uspokojovány potřeby fyzické (z výběru bio – psycho-sociálních, spirituálních a všech potřeb). Toto si myslí 77% všeobecných sester (dále jen VS) a 70% nevyčísitelně nemocných (dále jen NN). Variantu odpovědi, že všechny potřeby jsou u pacientů upokojuvané nejvíce volilo 9% VS, ovšem žádný NN, což považuji za negativní výsledek, protože právě u této varianty bych očekávala největší zastoupení odpovědí. Překvapující pro mne bylo i to, že NN mají silnější pocit, že VS pečují o jejich psychické (18% NN) a sociální (11% NN) potřeby, než sestry samotné.

I výsledky u otázky, které z potřeb jsou uspokojované v nejmenší míře (viz. graf 17) dopadly u obou skupin respondentů téměř totožně. Nejhůře bylo hodnoceno uspokojování potřeb spirituálních. VS měly v dotazníku možnost ještě zaznamenat, proč se těmito potřebám věnují nejméně (viz. tabulka 11). Jejich odpovědi, na mne působily dvěma způsoby – překvapivě (ovšem jednalo se o negativní překvapení) a nepochopitelně. Překvapení ve mne vzbuzovaly odpovědi typu: nevím, jak je uspokojovat; nejsem věřící; je nedostatek personálu a není na to čas, nemám na to vzdělání, není to moje starost; je nedostatek duchovních. Nepochopitelně pak odpovědi: máme nedostatek materiálního vybavení; není nutné je uspokojovat; v dnešní době je upřednostňován papír nad pacientem. Budu-li upřímná, výsledek, že spirituální potřeby budou sestrami uspokojované nejméně jsem očekávala, s čím se ale nemohu smířit jsou

důvody VS k tomu spirituální potřeby neuspokojovat. Ráda bych v souvislosti s tímto upozornila na fakt, že ač základní filozofií ošetrovatelství je holismus a sestra by v souvislosti s tímto měla pečovat o všechny složky lidského organismu, pak vyhláška č. 424/2004Sb., § 4 Všeobecná sestra, v kterém jsou zaznamenané činnosti, k jimž je sestra kompetentní, spirituální potřeby, jako jediné ze všech 4 (bio-psycho-sociálních a spirituálních) nezmiňuje. Vnímám to jako nešťastné, protože se domnívám, že uspokojování spirituálních potřeb by mělo být, a to zejména u nevléčitelně nemocných, velmi významnou součástí ošetrovatelské péče.

Výsledky poslední otázky, která se vztahovala k první hypotéze, vyjadřují soulad/nesoulad ošetrovatelské péče s potřebami nemocných (viz. graf 18). I přesto, že výsledky výše naznačují, že ne všechny potřeby, jež mají pacienti narušeny chorobou jsou sestrami uspokojované, jich 95% tvrdí, že ošetrovatelská péče jim poskytovaná je v souladu s jejich potřebami. Toto se domnívá i většina VS (72%). 28% VS uznává, že by mohlo nastat v určitých oblastech zlepšení. Nicméně ani jednou z těch oblastí, dle odpovědí sester, není oblast spirituální (viz. tabulka 12). Jako „krásné“ a zároveň i smutné jsem považovala odpovědi NN, kteří žádají od sester více lásky, tolerance a trpělivosti (viz. tabulka 13). Závěrem lze říci, že hypotéza se potvrdila, protože z výsledků vyplývá, že nabízená ošetrovatelská péče nevléčitelně nemocným odpovídá jejich potřebám. Je potřeba však zmínit, že zjištěné výsledky poukazují na ještě určité nedostatky v poskytované ošetrovatelské péči. Opět se vracím k nedostatečnému uspokojování spirituálních potřeb. Přístup Čechů k víře byl silně ovlivněn minulostí a stal se z nás převážně stát ateistů, je možné tedy pochopit výsledek mého šetření, kdy ač spirituální potřeby uspokojované nejsou (holistické ošetrování nemocných tedy naplněno není), přesto nemocní udávají, že jim poskytovaná ošetrovatelská péče odpovídá jejich potřebám. Je zcela možné, že představa hospitalizovaného Čecha, za kterým přichází duchovní (takto podobně je spirituální péče poskytována v zahraničí, viz. kapitola 1.8.2 Duchovní péče v USA, kapitola 1.8.3 Duchovní péče v Nizozemí, 1.8.4 Duchovní péče v Německu) je pro některé až děsivá. Ovšem do oblastí uspokojování spirituálních potřeb nespadá pouze kontakt s duchovním, ale také to, že sestra jedná v souladu s přesvědčením pacienta, nebo to, že respektuje jeho životní

hodnoty. A to je, domnívám se, v souvislosti s ošetřováním nevléčitelně nemocného velmi zásadní, ne-li v některých situacích pro nemocného nejdůležitější.

Druhá hypotéza - Veškeré možnosti ošetrovatelské péče poskytované nevléčitelně nemocným jsou pro ně dostupné – se dle výsledků šetření nepotvrdila. U skupiny respondentů z řad NN jsem se dotazovala na dostupnost vzdálenostní, kapacitní (konkrétně jsem se ptala na lůžkovou kapacitu) a finanční. Předpokládala bych, že pro nejvíce respondentů bude problémem finanční nedostupnost ošetrovatelské péče. Ovšem 81% NN udává, že neznají druh ošetrovatelské péče, který by pro ně byl finančně nedostupný (viz. tabulka 6). Zbýlých 9% NN pak jako finančně nedostupnou označilo ošetrovatelskou péči v hospicích. 97% NN vnímá ve zdravotnických zařízeních, o kterých jsou informováni, lůžkovou kapacitu jako dostatečnou (viz. graf 15). Ani v této oblasti tedy nevidí NN problém. Poslední otázka pak směřovala na vzdálenostní dostupnost (viz. graf 14) – konkrétně jsem se ptala, jestli jsou veškeré možnosti, kde jim může být poskytnuta ošetrovatelská péče, pro ně dostupné v místě bydliště. Pro 50% dotazovaných NN je ošetrovatelská péče dostupná v místě bydliště, pro 19% pak dostupná v blízkém okolí. Bylo pro mě překvapivé, že se našli i tací respondenti, kteří při záznamu vzdálenosti - kilometrů, představujících pro ně blízké okolí zaznamenali např. i 70 km. Celkově průměrnou vzdálenost „blízkého okolí“ respondenti vyjevili 48km. 31% dotazovaných NN vyjádřilo názor, že pro ně možnosti, kde jim může být poskytnuta ošetrovatelská péče jsou vzdálenostně nedostupné. VS naopak vidí zásadní problém v dostupnosti kapacitní (63%) (viz. tabulka 5). Myslím, že tento jejich názor je ovlivněn především dlouholetou praxí, kterou většina z mých respondentek má. Domnívám se, že respondenti NN nevidí v kapacitní dostupnosti prozatím tak zásadní problém, protože většina z nich je momentálně zapojena do aktivního života (respondenti NN byli dotazováni především při pravidelných kontrolách ve specializovaných ambulancích), tzn. že pokud jejich zdravotní stav vyžadoval pobyt v některém ze zařízení, kde jim byla poskytována ošetrovatelská péče, pak tímto zařízením byla především nemocnice. Pokud bych však stejnou otázku položila nevléčitelně nemocným v preterminálním či terminálním stádiu nemoci (což bych považovala minimálně za neetické), lze se domnívat, že tito

nemocní by zmínili kapacitní nedostupnost jako hlavní problém. Budeme-li uvažovat tak, že prozatím, jak nejrůznější průzkumy dokazují, je to právě hospic, který se nejvíce přibližuje holistickému pojetí ošetřování nemocných a poskytování kvalitní paliativní péče, pak, jak uvádí MUDr. Sláma, by paliativní péče v něm poskytovaná měla být dostupná všude tam, kde se nevléčitelně nemocní vyskytují. Na to navazuje Martina Špinková z občanského sdružení Cesta domů upozorněním, že v hospicích dnes umírají jen dvě procenta z nás a i kdyby bylo hospiců dvojnásobně více, budou to stále jen čtyři procenta (2). Vráťm-li se pak ke své kvalitativní části šetření, pak jsem pro data v ní zaznamenaná využila i statistiku Asociace hospiců a z té je zřejmé, že v ČR chybí 307 hospiců. V Libereckém kraji, Karlovarském kraji a na Vysočině dokonce hospicová lůžka zcela schází. Na druhou stranu je ale nutné podotknout, že paliativní péče v České republice se vyvíjí. V ČR vzniklo již 14 hospiců (viz. příloha 2), ambulance paliativní péče a několik mobilních hospiců, byla zřízena specializovaná atestace paliativního lékařství (a léčby bolesti) a tuto atestaci již získalo pár desítek lékařů a do zákona o veřejném zdravotním pojištění se podařilo prosadit možnost úhrady této péče (45).

Poslední otázky v dotazníku týkající se možnosti nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné měly potvrdit či vyvrátit třetí hypotézu. Ta zněla: Nevléčitelně nemocní jsou informovaní o možnostech nabídky ošetrovatelské péče, kterou v rámci svého onemocnění mohou využít. Z výsledků šetření vyplývá, pro mě, zcela zajímavé zjištění. VS jsou ve většině (70%) přesvědčené, že existuje více možností, kde může být NN poskytnuta ošetrovatelská péče a odpovědi na otázku v dotazníku následující to i potvrdily (viz. tabulka č.14). Zároveň ale většina (76%) NN udává (viz. graf 19), že možností, kde jim může být poskytnuta adekvátní ošetrovatelská péče ve chvíli, kdy se jejich zdravotní stav zhorší je pouze nemocnice. VS tedy informace o jiných zařízeních, či službách mají, NN nikoli. Toto mě opět utvrzuje v myšlence o nutnosti existence nejlépe sestry – case managerky, tedy jakési koordinátorky ošetrovatelské péče (viz. kapitola 1.2 Case management v péči o nevléčitelně nemocné). Jsem přesvědčena o tom, že ne vždy, když se zdravotní stav NN zhorší, lze mu poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči pouze v nemocnici. Navíc budu-li pokračovat v tomto duchu, pak další z výsledků mého šetření toto moje

přesvědčení opět potvrdí. 61% dotazovaných VS (viz. graf 8) má zkušenost s tím, že NN či jejich rodiny mají o informace o možnostech ošetrovatelské péče zájem. Dále jsem z výsledků mého šetření zjistila, že informace, které nemocní od zdravotníků získali považují, zejména proto, že zdravotníkům plně důvěřují, za zcela kompletní a z tohoto důvodu si další možnosti poskytování péče nezjišťovali. To by opět vedlo (kromě toho, že by mělo být apelováno na veřejnost, aby převzala za svůj zdravotní stav odpovědnost) k tomu, mít v českém zdravotnictví sestru koordinátorku, která by byla schopná nabídnout a podat informace pacientům o možnostech ošetrovatelské péče opravdu kompletní. V současnosti jakousi poradkyní, která by měla být pacientům či jejich rodině schopna podat alespoň částečné informace o možnostech nabídky ošetrovatelské péče (zejména když jsou propouštěni z nemocnice do domácího prostředí) je sociální pracovnice. Jak z mnou provedeného výzkumu ale vyplývá, pak ji jako zdroj takového typu informací označily VS v 28%, což není zcela uspokojivé číslo. Nicméně uvažujme tak, že sociální pracovnice by měla být nápomocna zejména pacientům. Ovšem v tomto ohledu výsledky mého šetření vyznívají ještě negativněji, neboť jako zdroj informací uváděli NN sociální pracovníci v 0%. Poslední mnou stanovená hypotéza byla tedy výsledky mého šetření vyvrácena.

Mnoho pacientů bojuje se svojí nevléčitelnou chorobou v nemocnicích, popřípadě na odděleních následné péče. Mnoho pacientů ale touží po tom bojovat doma a i tam se na případnou prohru s nemocí připravit. Proto ze všech možností, kde je možné nevléčitelně nemocnému poskytovat ošetrovatelskou péči a které jsem zmínila ve své diplomové práci volím komunitní péči. Vnímám ji jako velmi dobrý kompromis mezi pouze laickou či pouze profesionální ošetrovatelskou péčí, nehledě na její pozitivní vliv na ekonomiku ve zdravotnictví. Velmi kladně proto vnímám specializaci, kterou je možné v tomto oboru získat. Dále bych chtěla vyzdvihnout péči o nevléčitelně nemocné poskytovanou formou case managementu. V České republice sestra-case managerka, tedy jakási koordinátorka, poradkyně pro nevléčitelně nemocné velmi schází a jsem přesvědčena o tom, že by byla jak pacienty, tak zdravotníky velmi vstřícně uvítána.

6 Závěr

Veškeré statistické údaje hovoří o stárnutí populace, každoročním snižování počtu umírajících obyvatel a zvyšování počtu nevléčitelných nemocí. Tomuto trendu je nutné uzpůsobit i vývoj v českém zdravotnictví, mimo jiné tedy i rozšířit nabídku možností, kde může být nevléčitelně nemocným poskytována ošetrovatelská péče.

V souvislosti s tématem diplomové práce jsme si stanovili 3 hlavní cíle: 1. Zjistit jaké jsou možnosti nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné v České Republice, 2. Zjistit dostupnost ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné v České Republice a 3. Zjistit míru informovanosti nevléčitelně nemocných o možnostech využití pro ně vhodné ošetrovatelské péče. Všechny tyto byly naplněny. V teoretické části práce jsem uvedla, jaké jsou možnosti nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné v ČR, kvalitativně kvantitativním šetřením jsem pak došla k závěru, že dostupnost ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné v České Republice neodpovídá potřebám takto nemocných a že míra informovanosti nevléčitelně nemocných o možnostech využití pro ně vhodné ošetrovatelské péče je nedostatečná.

Před zpracováním kvalitativní části našeho šetření jsme si položili 3 výzkumné otázky. Zda-li je z demografického hlediska vůbec vhodné zabývat se ošetrovatelskou péčí u skupiny obyvatel trpících nevléčitelnou chorobou, zda-li jsou v legislativě zanesena práva nevléčitelně nemocných a zda-li je legislativně ošetřena charakteristika ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocné pacienty/klienty. Naše analýza dokumentů vedla k pozitivní odpovědi u prvních dvou výzkumných otázek, u třetí pak k odpovědi negativní, neboť charakteristika ošetrovatelské péče legislativně ošetřena není.

Z námi stanovených hypotéz vztahujících se k dané problematice se H1: Nabízená ošetrovatelská péče nevléčitelně nemocným v České Republice odpovídá jejich potřebám sice potvrdila, ovšem námi zjištěné výsledky poukazují na ještě určité nedostatky v poskytované ošetrovatelské péči, ostatní dvě hypotézy - H2: Veškeré možnosti ošetrovatelské péče poskytované nevléčitelně nemocným jsou pro ně dostupné a H3: Nevléčitelně nemocní jsou informovaní o možnostech nabídky ošetrovatelské péče, kterou v rámci svého onemocnění mohou využít - byly vyvráceny.

Z výsledků našeho šetření vyplývají jistá doporučení týkající se problematiky ošetrovatelské péče pro nevléčitelné nemocné. Prvním je zcela jisté pokračovat ve vývoji paliativní péče a tuto začít vnímat nejen jako péči o onkologicky, terminálně nemocné, ale jako péči o všechny nevléčitelné nemocné. Druhým pak, zaměřit se na zlepšení informovanosti nevléčitelné nemocných o možnostech nabídky ošetrovatelské péče, kterou jim lze poskytnout. V současnosti by měla být v ČR zdrojem informací o možnostech nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelné nemocné sociální sestra, nebo všeobecná sestra, mohou to být i dobrovolníci. Ovšem výsledky šetření jasně poukázaly na to, že informovanost nevléčitelné nemocných o různým možnostech ošetrovatelské péče je nedostatečná. Proto bychom chtěli podpořit posílení postu sestry case managerky - jakési poradkyně a to nejen pro nevléčitelné nemocné. A třetím doporučením je zaměřit se na rozvoj komunitního ošetrovatelství v České republice.

Na základě výstupů našeho šetření by bylo možné uspořádat seminář, na kterém by jak laici, tak zdravotníci získali potřebné informace o možnostech ošetrovatelské péče pro nevléčitelné nemocné v ČR. Zcela jisté by bylo dále možné, vytvořit internetové stránky, z nichž by zájemci o tuto problematiku získali podstatná data týkající se možností ošetrovatelské péče pro nevléčitelné nemocné a v neposlední řadě by bylo možné základní informace o této problematice zakomponovat do jakéhosi edukačního letáku. Cílem by tedy bylo rozšířit obzory společnosti o možnostech nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelné nemocné.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
2. Bojíme se smrti a umíráme nedůstojně. *Medical Tribune* [online]. 07.04.2008, 10, [cit. 2010-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.umirani.cz/detail-clanek/bojime-se-smrti-a-umirame-nedustojne.html>>.
3. BYOCK, I. *Dobré umírání: Možnosti pokojného konce života*. Praha : Vyšehrad, 2005. 328 s. ISBN 978-80-7021-797-9.
4. ČAS/PP/2008/0003. *Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních*. Praha : Česká asociace sester, 2.5.2008. 7 s. Dostupné z WWW: <http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf>.
5. ČERMÁKOVÁ, M. Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí. In *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí* [online]. [s.l.] : [s.n.], 16.7.2009 [cit. 2009-10-08]. Dostupné z WWW: <http://www.husiti.cz/ccshpd/attach/modely_pece.doc>.
6. ČTK.Kontroly LDN ukázaly, že péče ve většině léčeben je kvalitní. *Lidové noviny : Zpravodajský server lidových novin* [online]. 9.7.2009, [cit. 2010-07-18]. Dostupný z WWW: <http://www.lidovky.cz/kontroly-ldn-ukazaly-ze-pece-ve-vetsine-leceben-je-kvalitni-p4n-/ln_domov.asp?c=A090609_132459_ln_domov_mtr>.
7. *Deklarace práv onkologických pacientů*. Oslo : Asociace evropských lig proti rakovině , 29.6.2002. - s. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/deklarace-prav-onkologickych-pacientu.html>>.
8. *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“*. [Štrasburk] : Rada Evropy, 25.6.1999. 4 s. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>>.
9. *Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy (2004) 23 : O organizaci paliativní péče*. 860. zasedání zástupců ministrů : Výboru ministrů Rady Evropy , 2004. 52 s. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/doporuzeni-vyboru-ministru-rady-evropy-2003-24.html>>.
10. *Etický kodex sester*. [s.l.] : Mezinárodní rada sester, 2000. 6 s. Dostupné z WWW: <http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf>.

11. *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR : Chronické nemoci*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2009. 7 s.
12. FESTOVÁ, A. KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V ČR SE ZAMĚŘENÍM NA PÉČI PORODNÍCH ASISTENTEK . *Moderní babičství* [online]. 2007, 12, [cit. 2010-03-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/clanek.php?c=1>>.
13. GREGORY L.A. *The Nurse-patient Trajectory Framework*. Columbia, USA: K.Kuhn et.al., IOS Press, MEDINFO. p.910-914,2007. ISBN 978-1-58603-774-1
14. GROTKEN K., HOKENBECKER-BELKE E. *Das Trajekt-Modell*. [on line] [cit. 10.5.2010], dostupné na: http://www.pflege-und-gesundheit.net/cms/upload/pdf/Trajectory_Model.pdf
15. HAVLÍČKOVÁ, J. *Hospic a paliativní péče v životě* [online]. Brno, 2008. 65 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Filozofická fakulta. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/179537/ff_b/Text_prace.doc?info=1&zpet=http://theses.cz/hledani/?search=chronicky%20nemocny%20Váňová&start=1>.
16. HAVRDOVÁ, E. Roztroušená skleróza. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2008, 2, [cit. 2010-06-05]. Dostupný z WWW: <<http://portal.klubsms.cz/assets/files/prednasky/Roztrousena%20skleroza%20-%20Ceskoslovenska%20neurologie.pdf>>.
17. Hospic: Nevyléčitelně nemocní mohou poslední dny strávit i doma. In *Hospic: Nevyléčitelně nemocní mohou poslední dny strávit i doma* [online]. [s.l.] : [s.n.], 25. 7. 2008 [cit. 2009-12-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/detail-clanek/hospic-nevylecitelne-nemocni-mohou-posledni-dny-stravit-i-doma.html>>.
18. HOŠKOVÁ, H. *Case management v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog* [online]. Praha : Centrum adiktologie, 2007 [cit. 2010-01-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/635/Case-management-v-kontextu-nizkoprahovych-sluzeb-pro-uzivatele-drog.html?acc=enb>>.
19. HRADEC, J . Stabilní angina pectoris . *Medicína po promoci* [online]. 2005, 3, [cit. 2010-06-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/6994>>.
20. HUSCHER, D., et al. Revmatoidní artritida ve stáří. *Medicína po promoci* [online]. 2009, 6, [cit. 2010-07-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/16174>>.
21. JAROŠOVÁ , D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství* . Praha : Grada, 2007. 100 s. ISBN 80-247-2150-3.

22. KABELKA, L., et al. *Paliativní medicína : oficiální stránky České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP* [online]. c2006 [cit. 2009-12-19]. Organizační formy paliativní péče. Dostupné z WWW: <http://www.paliativnimedicina.cz/obec_vystupbasic_hledani.php>.
23. KAŇOVSKÁ, M. *Sociální služby pro seniory poskytované v zařízeních následné zdravotní péče* [online]. Brno, 2008. 87 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/185233/fss_m/KOMPLETNI_DIPL._PRACE.doc>.
24. MALÝ, M.; NĚMEČEK, V.; ZÁKOUCKÁ, H. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2008. *Zprávy epidemiologie a mikrobiologie* [online]. 2009, 18, [cit. 2010-06-05]. Dostupný z WWW: <http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/Zpravy_EM/18_2009/10_11_rijen_list_opad/332_aids>
25. MATOUŠEK, O., et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
26. Medical Tribune. Rok 2010 je Rokem plic. *Medical Tribune* [online]. 2010, 6, 4, [cit. 2010-06-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/16878>>.
27. *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. 2006 [cit. 2010-02-18]. Domácí péče. Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/koncepc-domaci-pece0>>.
28. *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. 2006 [cit. 2010-02-18]. Hospicová péče. Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>>.
29. Nařízení vlády č.31/2010Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In *Sbírka zákonů*. 2010, 10, s. 338-347.
30. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
31. OPATRŇÝ, A. Vážně nebo nevyléčitelně nemocní. In OPATRŇÝ, Aleš . *Pastorační péče : Pastorační péče v méně obvyklých situacích* [online]. Praha : Pastorační středisko, 14. 12. 2004 [cit. 2010-01-02]. Dostupné z WWW: <http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=&sel_tema=167&sel_pod_tema=841&sel_text=2648>.
32. OUHRABKA, P. Odejít důstojně ze života? Není kde, chybí polovina potřebných lůžek. In *Odejít důstojně ze života? Není kde, chybí polovina potřebných lůžek*

- [online]. Praha : [s.n.], 19.8.2005 [cit. 2009-11-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.naseadresa.cz/cz/s347/c908-Zpravodajsky-portal/n10734-AUDIOSLIDESHOW-Odejiti-dustojne-ze-zivota-Neni-kde-chybi>>.
33. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
34. Projekt "nemocniční kaplan". *Spirituální péče v nemocnici z pohledu lékaře*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Evangelická teologická fakulta, Kalvínská, E., [2008]. 43 s. Dostupné z WWW: <http://web.etf.cuni.cz/ETF-107-version1-090301_Kalvinska_spiritualni_pece.pdf>.
35. RAJMAJEROVÁ, P. *Základní principy ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče u sester v agenturách domácí péče* [online]. České Budějovice, 2009. 84 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z WWW: <<http://theses.cz/id/sw2j2c?info=1;isslhret=Z%C3%A1kladn%C3%AD%3Bprincipy%3B;zpet=%2Fhledani%2F%3Fsearch%3Dz%C3%A1kladn%C3%AD%20principy%20ovliv%C5%88uj%C3%ADc%C3%AD%20kvalitu%26start%3D1>>.
36. REIBNITZ von, Ch. *Case Management: praktisch und effizient*. Berlin: Springer, 2009, s.26-41. ISBN 978-3-642-01317-1
37. SKÁLA, B., et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci : Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha : Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005. 16 s. ISBN 80-86998-03-7.
38. SLÁMOVÁ, R.; PLÁTOVÁ, L. Je možné v dnešní době pečovat o vážně nemocného a umírajícího doma? : Představení nové zdravotní služby v domácnosti – Domácího hospice Tabita. In *Liga proti rakovině Brno* [online]. Brno : [s.n.], 2009 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.onko.cz/lekar-je-mozne-v-dnesni-dobe-pecovat-o-vazne-nemocneho-a-umirajiciho-doma/>>.
39. STAŇKOVÁ, M. Jakou sestru chceme v komunitní péči . *Sestra*. 2000, 10, 4, s. 1-2. ISSN 1210-0404.
40. ŠTEFLOVÁ, A. *Integrovaná komunitní péče : úloha primární péče v komunitní péči* [online]. Praha, 2000. 40 s. Oborová práce. Škola veřejného zdravotnictví, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Dostupné z WWW: <www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=136>.
41. ŠTEFLOVÁ, A. Morbus Crohn. In *Morbus Crohn* [online]. Praha : Národní lékařská knihovna, 2005 [cit. 2010-06-05]. Dostupné z WWW:

<<http://www.nlk.cz/publikace-nlk/referatove-vybery/radiodiagnostika/2005/morbus-crohn>>.

42. *Umírání* [online]. c2010 [cit. 2010-02-01]. Co je paliativní péče. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>>.
43. *Umírání* [online]. c2010 [cit. 2010-07-10]. Doprovázení nemocných. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/o-portalu-umirani-cz.html>>.
44. VOKURKA, M., et al. *Velký lékařský slovník*. 5.vyd. Praha : Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.
45. VORLÍČEK, J. , et al. *Paliativní medicína*. Praha : Grada, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
46. Vyhláška č. 424/2004Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů*. 2004, 139, s. 8096 - 8137.
47. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. In *Sbírka zákonů*. 1992
48. Zákon č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu. In *Sbírka zákonů*.
49. Zákon č.108/2006, o sociálních službách. In *Sbírka zákonů*.
50. Zákon č.48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění. In *Sbírka zákonů*.
51. Zákon č.96/2004Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů . In *Sbírka zákonů*. 2004, 30

8 Klíčová slova

Nevyléčitelně nemocný

Nevyléčitelná nemoc

Ošetrovatelská péče

Holismus

Demografický vývoj

Komunitní péče

Case management

„Trajektory“ model

9 Přílohy

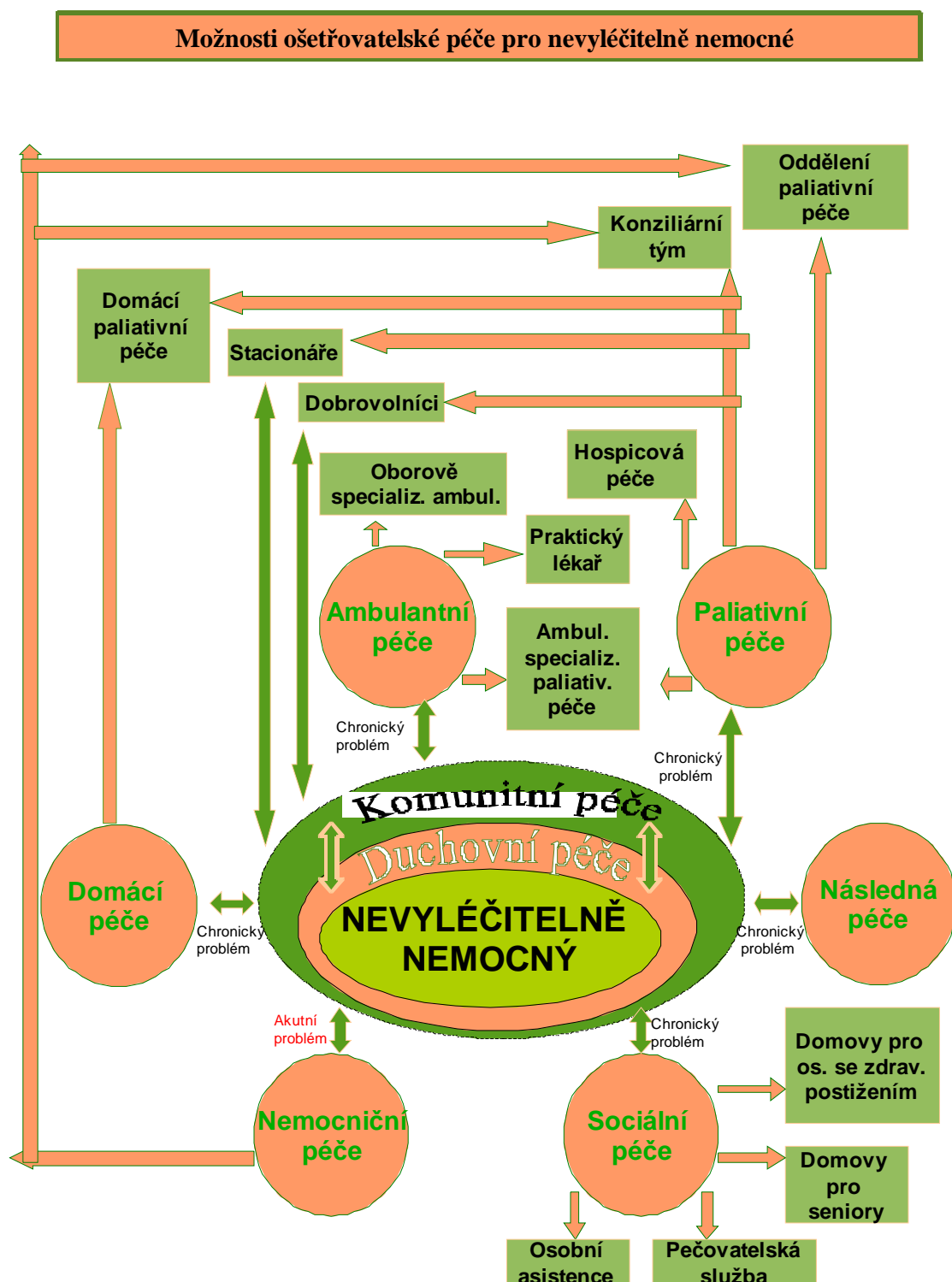
Příloha č. 1 – Možnosti ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné v ČR

Příloha č. 2 - Seznam současných zařízení hospicového typu v ČR

Příloha č. 3 – Dotazník určený všeobecným sestřám

Příloha č. 4 – Dotazník určený nevléčitelně nemocným

Příloha č. 1 – Možnosti ošetrovatelské péče pro nevléčitelné nemocné v ČR



Zdroj: autorka

Příloha č. 2 – Seznam současných zařízení hospicového typu v České republice

Typ zařízení	Název zařízení	Místo působnosti	Web
Hospic	1. Hospic sv.Štěpána	Litoměřice	http://www.hospiclitomerice.cz
	2. Hospic Dobrého Pastýře	Čerčany	http://www.centrum-cercany.cz
	3. Hospic Anežky České	Červený Kotelec	http://www.hospic.cz
	4. Hospic sv.Lazara	Plzeň	http://www.hsl.cz
	5. Hospic v Mostě	Most	http://www.hospic-most.cz
	6. Dům léčby bolesti s hospicem sv.Josefa	Rajhrad u Brna	http://www.dlbsh.cz
	7. Hospic na Svatém Kopečku	Olomouc	http://www.acho.caritas.cz/hospic
	8. Hospic Citadela	Valašské Meziříčí	http://www.citadela.cz
	9. Hospic sv. Alžběty	Brno	http://www.hospicbrno.cz
	10. Hospic sv. Jana N. Neumanna	Prachatice	http://www.hospicpt.cz
	11. Hospic ve Chrudimi	Chrudim	http://www.smireni.cz/
	12. Dětský hospic	Malejovice	http://www.klicek.org/
	13. Hospic Štrasburk	Praha	http://hospice.cz/hospice1/org_info.php?id=6
	14. Hospic sv. Lukáše	Ostrava	http://ostrava.caritas.cz
Domácí (mobilní) hospic	15. Terénní služby Benešov	Benešov	http://www.centrum-cercany.cz/index2_tsluzby.html
	16. Domácí hospic, poradna a půjčovna pomůcek	Brno	http://www.hospicbrno.cz/
	17. Domácí hospicová péče Bárka	Jihlava	-
	18. Hospicové hnutí Vysočina	Jihlava	http://hhv.nmm.cz
	19. Domácí hospic David, Charita Kyjov	Kyjov	http://www.kyjov.caritas.cz
	20. Dětský hospic Klíček	Malejovice	http://www.klicek.org/
	21. Hospicové hnutí	Nové Město na Moravě	http://hhv.nmm.cz

	Vysočina		
	22. Charitativní hospicová péče Pokojný přístav	Opava	http://www.charitaopava.cz/strediska.php?stredisko=pokojnypristav
	23. Dětský hospic Klíček	Ostrava	http://klicek.org/kontakt/kontakt.html
	24. Mobilní hospic Ondráček	Ostrava	http://www.mhondrasek.cz
	25. Mobilní hospicová jednotka-charita Ostrava	Ostrava	http://www.ostrava.caritas.cz
	26. Domácí hospic Cesta Domů	Praha	http://www.cestadomu.cz/
	27. Mobilní hospic Sv.Jana	Rajhrad	http://www.dlbsh.cz/
	28. Oblastní charita domácí hospicová péče	Žďár nad Sázavou	http://zdar.domaci-hospic.cz/
Ostatní lůžková zařízení			
	1. Domov sv.Josefa	Žireč	http://www.domovsvatehojosefa.cz

Zdroj: cesta domů

Příloha č. 3 – Dotazník určený všeobecným sestřám

Vážená kolegyně, Vážený kolego,

jmenuji se Zuzana Janečková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který slouží ke zpracování praktické části mé diplomové práce psané na téma „Možnost nabídky ošetrovatelské péče pro nevléčitelně nemocné“. Dotazník je zcela anonymní, odpověď) před odpovědí. U otázek □ označte, prosím, křížkem do pole(je pouze jedna možná odpověď. U některých odpovědí je nutné zaznamenat vlastní zkušenost. V takovém případě je prostor pro Vaši odpověď vyznačen tečkovanou čarou.

Předem děkuji za spolupráci a Váš čas.

Zuzana Janečková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- 18 – 30
- 31 – 45
- 46 – 60
- 61 – 74
- 75 a více

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední zdravotnická škola
- Vyšší zdravotnická škola
- Vysoká škola (Bc.)
- Vysoká škola (Mgr.)
- Jiné.....

4. Jak dlouho vykonáváte své povolání?

- 1- 11 měsíců
- 1 – 5 let
- 6– 10 let
- 11 a více let

5. Na jakém oddělení v současnosti působíte?

- neurologie
- infekční odd.
- revmatologie
- gastroenterologie

6. Které z potřeb, jež má nemocný narušeny chorobou se domníváte, že uspokojujete v nejvyšší míře?

- fyzické potřeby (př. potřeba dýchání, vylučování, spánku, pohybu, hygieny, oblékání, pohybu, atd.)
- psychické potřeby (př. potřeba důvěry, navrácení radosti ze života, osvobození od strachu, úzkosti)
- sociální potřeby (př. potřeba udržovat kvalitní mezilidské vztahy, zabránit sociální izolaci nemocného, zapojit do péče o nemocného jeho rodinu)
- spirituální potřeby (př. jednat v souladu s přesvědčením nemocného, respektovat jeho životní hodnoty, zprostředkovat styk s představeným církve, kterou nemocný uznává)
- všechny

7. V rámci uspokojování potřeb nemocného se nejméně věnujete potřebám

- fyzickým, protože.....
- psychickým, protože.....
- sociálním, protože.....
- spirituálním, protože.....

8. Domníváte se, že Vámi poskytovaná ošetrovatelská péče odpovídá pacientovým potřebám?

- ano
- ne zcela, zlepšení by mohlo nastat zejména v oblasti.....

9. Domníváte se, že existuje více možností, kde lze v ČR nevléčitelně nemocnému nabídnout ošetrovatelskou péči?

- ano, vím o.....
- ne, pakliže se pacientův stav zhorší, může mu být adekvátní ošetrovatelská péče poskytnuta pouze v nemocnici

Pokud jste v otázce č. 9 odpověděl/a „ne“ pokračujte otázkou č.13

10. Které z Vámi uvedených možností v otázce č. 9 byste nevléčitelně nemocnému doporučil/a?

.....

11. Domníváte se, že veškeré Vámi uvedené možnosti v ot. č. 9, kde lze v ČR nevyléčitelně nemocnému nabídnout ošetrovatelskou péči, jsou pro nemocného dostupné?

- a) ano, jsem si jistá
b) myslím, že ano, ale ověřené to nemám
c) ne, dostupné nejsou tyto.....

Pokud jste v otázce č. 11 zvolil/a variantu a) nebo b) pokračujte otázkou č. 13

12. Vámi uvedené možnosti, kde lze nevyléčitelně nemocnému nabídnout ošetrovatelskou péči, nejsou pro nemocného dostupné:

- finančně
 dosahem (vzdáleností)
 kapacitou lůžek

13. Znáte v zahraničí nějaké možnosti, kde všude lze nevyléčitelně nemocnému poskytovat ošetrovatelskou péči?

- ano, ve státě.....vím o.....
 ne

14. Informace o možnostech, kde lze poskytovat ošetrovatelskou péči i nevyléčitelně nemocným získáváte: (lze označit více možností)

- ze seminářů, konferencí, kongresů apod.
 z různých médií (časopisy, televize, internet)
 od sociální pracovníce
 od kolegů/kolegyň
 nemám tyto informace, nezajímám se o ně

15. Máte zkušenosti s tím, že se pacienti, nebo jejich rodina zajímají o možnosti nabídky ošetrovatelské péče, které mohou v rámci svého onemocnění či onemocnění svých příbuzných využít?

- ano
 ne

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha č. 4 – Dotazník určený nevyléčitelně nemocným

Vážená/ý,

jmenuji se Zuzana Janečková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který slouží ke zpracování praktické části mé diplomové práce. Dotazník je zcela anonymní, odpověď označte, prosím, křížkem do pole() před odpovědí. U otázek je pouze jedna možná odpověď. U některých odpovědí je nutné zaznamenat vlastní zkušenost. V takovém případě je prostor pro Vaši odpověď vyznačen tečkovanou čarou.

Předem děkuji za spolupráci a Váš čas.

Zuzana Janečková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- 18 – 30
- 31 – 45
- 46 – 60
- 61 – 74
- 75 a více

3. Kde bydlíte?

- velkoměsto (více jak 1 000 000 obyvatel)
- město
- vesnice (do 2 000 obyvatel)

4. Jakou chorobou trpíte?

- HIV/AIDS
- Roztroušenou sklerózou
- Revmatoidní artritidou
- Crohnovou chorobou

5. Jak dlouhou dobu trpíte Vaším onemocněním?

- 1 – 6 měsíců
- 7- 11 měsíců
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 a více let

6. Kterým z potřeb, narušených Vaší chorobou, se sestry nejvíce věnují?

- fyzické potřeby (př. potřeba dýchání, vylučování, spánku, pohybu, hygieny, oblékání, pohybu, atd.)
- psychické potřeby (př. potřeba důvěry, navrácení radosti ze života, osvobození od strachu, úzkosti)
- sociální potřeby (př. potřeba udržovat kvalitní mezilidské vztahy, poskytnutí kontaktu na podobně nemocné osoby, zapojit do péče i vaši rodinu)
- spirituální potřeby (př. sestry jednájí v souladu s Vaším přesvědčením, respektují Vaše životní hodnoty, pokud máte zájem, pak Vám zprostředkují styk s představeným církve, kterou uznáváte)
- všem

7. Které z potřeb narušených Vaší chorobou jsou, dle Vašeho názoru, ze strany sester uspokojovány minimálně, popřípadě nejsou uspokojovány vůbec?

- fyzické potřeby (př. potřeba dýchání, vylučování, spánku, pohybu, hygieny, oblékání, pohybu, atd.)
- psychické potřeby (př. potřeba důvěry, navrácení radosti ze života, osvobození od strachu, úzkosti)
- sociální potřeby (př. potřeba udržovat kvalitní mezilidské vztahy, poskytnutí kontaktu na podobně nemocné osoby, zapojit do péče i vaši rodinu)
- spirituální potřeby (př. sestry jednájí v souladu s Vaším přesvědčením, respektují Vaše životní hodnoty, pokud máte zájem, pak Vám zprostředkují styk s představeným církve, kterou uznáváte)

8. Domníváte se, že poskytovaná ošetrovatelská péče v důsledku Vašeho onemocnění odpovídá Vaším potřebám?

- ano, ošetrovatelská péče odpovídá mým potřebám
- uvítal/a bych.....

9. Znáte nějakou oblast, v které působí sestra pečující o podobně nemocné jako jste Vy, ale v ČR není k dispozici?

- ano, znám a chtěl/a bych využít.....
- ano, znám....., ale nechtěl/a bych „to“ využít
- neznám

10. Domníváte se, že existuje více možností, kde Vám může být sestrou poskytována ošetrovatelská péče?

- ano, vím o
- ne, pokud se můj zdravotní stav zhorší, může mi být ošetrovatelská péče poskytována pouze v nemocnici

Pokud jste v otázce č. 10 označil/a odpověď „ne“ ve vyplňování dotazníku již dále nepokračujte.

Děkuji Vám velmi za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

11. Jsou Vám známi nějaké možnosti, kde Vám může být poskytnuta ošetrovatelská péče, které byste rád/a využil/a, ale nejsou pro Vás finančně dostupné?

- ano, jedná se o
- ne, o žádném takovém druhu ošetrovatelské péče nevím

12. Jsou veškeré možnosti, kde Vám může být poskytována ošetrovatelská péče a o kterých jste informován/a dostupné v místě Vašeho bydliště?

- ano, jsou
- nejsou, ale jejich služby lze zajistit v blízkém okolí – dokm
- nejsou

13. Domníváte se, že veškeré možnosti, kde Vám může být poskytnuta ošetrovatelská péče jsou pro Vás dostatečně dostupné s ohledem na lůžkovou kapacitu zařízení?

- ano
- ne

14. O různých možnostech, kde může být poskytována ošetrovatelské péče Vás poprvé informoval/a:

- a) lékař specialista (např. neurolog, gastroenterolog, revmatolog, lékař zabývající se infekčními chorobami)
- b) praktický lékař
- c) sestra
- d) sociální pracovnice
- e) známý, kamarád, příbuzný
- f) nikdo mě neinformoval, informace jsem si zjistil/a sám/a z/od.....
- g) informace o různých možnostech ošetrovatelské péče nemám

Pokud jste označil/a v otázce č. 10 možnost e,f,g pokračujte otázkou č. 15.

15. Byly pro Vás informace, které jste získal/a od lékaře specialisty, praktického lékaře, sestry či sociální pracovnice kompletní?

- předpokládám, že ano, důvěřuji jim
- ano, ověřil/a jsem si to ještě u/z/na
- ne, sám/a jsem si zjistil/a ještě další možnosti ošetrovatelské péče
- nevím
- ne

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.