VYUŽITÍ TEORIE POKOJNÉHO KONCE ŽIVOTA V KOMUNITNÍ PÉČI

Taking advantage of the theory of calm end of life in community care

Alena Machová, Gabriela Sedláková, Valérie Tóthová

11: 333–338, 2009
ISSN 1212-4117

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství

Summary

The article acquaints the reader with possibilities of using the conceptual model of the “Theory of the calm end of life” by the authors Cornelia M. Ruland and Shirley M. Moore in taking nursing care of patients at the terminal stage of their life within the framework of the hospice care.

In spite of the existing spontaneous development of medicine and nursing, the care for patients at the terminal stage of their disease is still insufficient in the Czech Republic. The World Health Organization puts emphasis on the development of community nursing, which practically means a shift of the nursing care from hospital to the patient's home environment. In the case of a terminally diseased patient, this means the community care provided in home environment. This form of care enables the family members and professional nursing personnel to satisfy all the needs of patients in their natural environment by the method of the nursing process.

In the Theory of the calm end of life, family is the basic structure (the patient at the terminal stage of life and all his/her close relatives) and the nursing care is given in cooperation with professionals in hospital as well as home environment. The nursing process is defined as nursing interventions aimed at the result: condition free from pain, feelings of comfort, feelings of dignity and respect, feeling conciliation and feeling of nearness of close relatives and caregivers. The same targets are established for the hospice care, since the authors of the model started from standards of nursing care for patients at terminal stage in the formation of the Theory of the calm end of life. The theory is based on empiric demonstrations coming from practical experience of professional nurses and detailed reviews of literature focused on the problem of patients at terminal stage.

Key words: conceptual model – terminal stage – community care – pain – dignity – respect

Souhrn

Článek seznamuje čtenáře s možnostmi využití koncepčního modelu „Teorie pokojného konce života“ autorek Cornelia M. Ruland a Shirley M. Moore v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu života v rámci domácí hospicové péče. I přes nezadržitelný rozvoj medicíny a ošetrovatelství zůstává v České republice péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci nedostačující. Světová zdravotnická organizace klade důraz na rozvoj komunitního ošetrovatelství, což v praxi znamená přesunutí ošetrovatelské péče z nemocnic do domácího prostředí pacienta. V případě terminálně nemocného se jedná o komunitní péči poskytovanou domácí hospicovou péčí. Tato forma péče umožňuje rodinným příslušníkům i profesionálnímu ošetrovatelskému personálu uspokojovat veškeré potřeby nemocného v jeho přirozeném prostředí metodou ošetrovatelského procesu.

V Teorii pokojného konce života je základní strukturou rodina (pacient v terminálním stadiu života a všichni jeho blízcí) a ošetrovatelská péče je poskytována ve spolupráci s profesionály v nemocničním i domácím prostředí. Ošetrovatelský proces je definován jako sesterské intervence zaměřené na výsledek: bezbolestnost, pocit pohodlí, pocit důstojnosti a respektu, pocit smíření a pocit blízkosti nejbližších pacienta a pečujících. Stejně cíle jsou stanoveny pro hospicovou péči, jelikož autorky modelu vycházely při tvorbě Teorie pokojného konce života ze standardů ošetrovatelské péče o terminálně nemocné. Tato teorie je založena na empirických důkazech, jež pocházejí z praktických zkušeností sester profesionálů a z podrobných recenzí literatury zaměřené na problematiku terminálně nemocných.

Klíčová slova: koncepční model – terminální stadium – komunitní péče – bolest – důstojnost – respekt

ÚVOD

Ošetrovatelství jako vědní obor vyžaduje neustálý rozvoj poznatků a současně poznávání nových ošetrovatelských koncepcí a teorií. Teorie a modely vznikají postupně a odpovídají hodnotám a systémům zdravotnické péče v době svého vzniku. Teorie jsou dále rozpracovány, vyhodnoceny a používány v praxi. Cílem WHO je přesunout ošetrovatelskou péči do domácího prostředí klienta, tedy poskytovat komunitní péči. Zaměření „Teorie pokojného konce života“ odpovídá požadavkům domácí hospicové péče, a proto lze tento model aplikovat u pacientů v terminálním stadiu v domácím prostředí.

Hospicová péče

Hospicová péče je Světovou zdravotnickou organizací definována jako integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná všem pacientům bez ohledu na diagnózu a věk. Podmínkou pro poskytování hospicové péče je předpokládána délka života nemocného stanovená lékařem kratší než 6 měsíců. Hlavním cílem je zlepšení kvality života terminálně nemocných prostřednictvím paliativní péče. V praxi jsou často hospicová a paliativní péče dávány do stejné roviny. Paliativní péče je Světovou zdravotnickou organizací definována jako celková aktivní péče o pacienta v situaci, kdy jeho nemoc nereaguje na kurativní léčbu a hlavním zájmem je kontrola bolesti nebo jiných příznaků a psychologických, sociálních či duchovních problémů (O'Connor, Aranda, 2005).

Kořeny hospicové péče spadají do daleké historie. Významný rozvoj hospicového hnutí nastal v 60. letech 20. století. Za průkopnici moderního hospicového hnutí je považována C. Saundersová, zakladatelka prvního moderního hospice Saint Christopher Hospice v Londýně. V České republice byl jako první založen v roce 1955 hospic v Červeném Kostelci a následovaly další. Za rozvoj hospicového hnutí u nás se zasadila M. Svatošová. Problematika hospicového hnutí se v současné době stále více dostává do povědomí odborné i laické veřejnosti (Hanzlíková, 2004).

Existuje několik forem hospicové péče. Jedná se o ambulantní hospicovou péči, lůžkovou hospicovou péči, stacionární hospicovou péči, hospicovou péči poskytovanou samostatnou hospicovou jednotkou nebo mobilními

hospicovými týmy a v neposlední řadě domácí hospicovou péči. Hospicová péče poskytovaná mobilními hospicovými týmy a domácí hospicová péče nejlépe odpovídají požadavkům Světové zdravotnické organizace na rozvoj komunitní péče o terminálně nemocné (Hanzlíková, 2004).

Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče může být poskytována laiky, to znamená rodinou, blízkými příbuznými nemocného a dobrovolníky nebo odborným interdisciplinárním týmem složeným z lékaře, sestry, ošetrovatele, sociálních pracovníků, psychologa, pracovníka spirituální služby a pracovníků dalších profesí. Tento způsob poskytování hospicové péče je určen pro pacienty, jejichž zdravotní stav nevyžaduje institucionální ošetrovatelskou péči a jejichž rodinní příslušníci jsou ve spolupráci s odborným ošetrovatelským personálem schopni uspokojit pacientovy potřeby v dostatečné míře (Hanzlíková, 2004).

Největší význam má pro pacienta jeho rodina. Rodina je sociální skupina, která plní v životě jednotlivce řadu funkcí, jako je funkce biologicko-reprodukční, ekonomická, socializačně výchovná a emocionální (Gillernová, Buriánek, 2001). V péči rodiny o nemocného vystupuje do popředí především funkce emocionální. Rodina poskytuje nemocnému pocit bezpečí a jistoty, komunikuje s ním a zajišťuje kontakt s okolím (O'Connor, Aranda, 2005).

Rodina by se v rámci svých možností měla podílet na ošetrovatelské péči o nemocného. Zaměřuje se především na základní potřeby nemocného v terminálním stadiu – potřebu výživy a tekutin, tišení bolesti, spánku, vyprazdňování, potřebu kyslíku a čistoty. Dalšími potřebami, jež si zaslouží pozornost pečujících, jsou potřeba jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky a potřeba uznání a sebeúcty. Při zapojování členů rodiny do ošetrovatelské péče musí být brán ohled na fyzické a psychické předpoklady jejích členů. Překážkou v poskytování péče rodinou mohou být např. finanční problémy nebo nedostatek zkušeností s ošetrovatelskou péčí. V takovém případě nastupuje pomoc profesionálního hospicového týmu, který rodinu informuje o možnostech sociálního zabezpečení, poskytuje rodinám nemocných zdravotnické vybavení a potřebné pomůcky pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, pomáhá zaškolit rodinné příslušníky v ošetrování nemocného a v nepo-

slední řadě poskytuje nemocnému i rodinným příslušníkům psychickou podporu v jejich nelehkém údělu. Významnou součástí profesionálního přístupu hospicového týmu je péče o pozůstalé, neboť závažné onemocnění a následná smrt nemocného silně emocionálně ovlivňuje jeho rodinu a přátele (Opatrný, 2007; Tóthová, 2005).

V situaci, kdy rodina již nezvládá péči o nemocného, nastupuje odborná hospicová péče, která laickou péči doplňuje nebo ji plně nahrazuje. Péče poskytovaná multidisciplinárním týmem by měla být dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Domácí hospicová péče je indikována ošetřujícím lékařem, maximální rozsah je 3x denně 1 hodina. Po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny je možno limit prodloužit za účelem dosažení maximální kvality odborné zdravotní péče (Hanzlíková, 2004).

V péči o terminálně nemocného je využívána metoda ošetřovatelského procesu, jehož významnou součástí je vedení ošetřovatelské dokumentace. Mezi nejčastější ošetřovatelské diagnózy u takového pacienta patří: akutní bolest (00132), chronická bolest (00133), nedostatečná výživa (00002), riziko deficitu tělesných tekutin (00027), zácpa (00011) nebo průjem (00013), porušený spánek (00095), chronická zmatenost (00129), bezmocnost (00125), úzkost ze smrti (00147) a další. Mohou být diagnostikovány i ošetřovatelské diagnózy týkající se pečovatелů: riziko přetížení pečovatele (00062), přerušný život rodiny (00060), neschopnost rodiny zvládat zátěž (00073) (Marečková, 2006).

Jedním z koncepčních modelů moderní doby zabývající se problematikou ošetřovatelské péče u pacientů v terminálním stadiu je „Teorie pokojného konce života“ autorek Corneliie M. Ruland a Shirley M. Moore. Cílem ošetřovatelské péče je zajištění odpovídající kvality života pacientů na konci jejich života, a to metodou ošetřovatelského procesu (Tomey, Alligod, 2007).

Autobiografie autorek „Teorie pokojného konce života“ Corneliie M. Ruland a Shirley M. Moore

Cornelia M. Ruland získala titul PhD. v ošetřovatelské péči na Case Western Reserve University v Clevelandu v Ohio v roce 1988. Nyní je ředitelkou Centra společného rozhodování a ošetřovatelského výzkumu v Rikshospitalitet

univerzitní nemocnice v Oslu v Norsku. Současně zastává funkci odborné asistentky na oddělení biomedicínské informatiky na Kolumbijské univerzitě v New Yorku. Ruland se podílela na výzkumném programu zaměřeném na zlepšení společného rozhodování a mezilidských vztahů mezi poskytovateli ošetřovatelské péče a na rozvoj, realizaci a hodnocení informačního systému pro jejich podporu. Její pozornost je zaměřena na aspekty a nástroje pro společné rozhodování v klinicky podnětných situacích: (1) když jsou pacienti konfrontováni s možností obtížné léčby či vyšetření, když potřebují pochopit možné výhody a nevýhody alternativních možností a odvodit si jejich význam a přednosti a (2) nutnost vypracování časové osy managementu chronické nebo vážné dlouhodobé choroby. Ruland byla hlavním výzkumníkem v několika výzkumných projektech a obdržela několik ocenění za svou práci v ošetřovatelské péči (Tomey, Alligod, 2007).

Shirley M. Moore je prodělkankou pro výzkum a profesorkou Školy ošetřovatelské péče Case Western Reserve University. Získala diplom v ošetřovatelské péči na Youngstown Hospital Association School of Nursing v roce 1969 a bakalářský titul na Kent State University v roce 1974. Na Case Western University získala magisterský titul v psychiatrii v roce 1990 a PhD. titul v ošetřovatelské péči v roce 1993. Vyučovala teorii ošetřovatelské péče a ošetřovatelské vědy studenty na všech stupních vzdělávání v ošetřovatelské péči a řídila program výzkumu a teorii rozvoje zaměřené na uzdravení po srdečních příhodách. V průběhu doktorských studií byla Moore povzbuzována teoretickými ošetřovatelskými J. Fitzpatrick, Jean Johnson a Elizabeth Lenz nejen k používání teorie, ale také k jejímu rozvoji. Moore asistovala při rozvoji a publikování několika teorií a zvažuje sepsání výkladu teorie a základních dovedností studentům doktorandům (Tomey, Alligod, 2007).

Analýza „Teorie pokojného konce života“

Teorie pokojného konce života je zasvěcena počtu teoretických konstrukcí. Je založena zejména na Donabedianově klasickém modelu struktury, procesu a výsledků. Ukazatelem jejího využití je objasnění složitosti interakce a organizace zdravotní péče. V této teorii je strukturován rodinný systém (terminálně nemocný pacient a všichni jeho blízcí), kteří přijímají péči od pro-

fesionálů a ošetrovatelský proces je definován jako sesterské intervence zaměřené na podporu pozitivních výsledků: (1) bezbolestnost, (2) pocit pohodlí, (3) pocit důstojnosti a respektu, (4) pocit smíření a (5) pocit blízkosti blízkých a pečujících (Tomey, Alligod, 2007).

Tato teorie byla vyvinuta velmi pragmaticky v rámci doktorandského vzdělávacího kurzu, ve kterém byla Ruland studentem a Moore učitelem. Po studentech bylo požadováno, aby přemýšleli o budoucím použití a rozvoji středně rozsáhlých teorií pro ošetrovatelskou vědu a praxi. Studenti diskutovali o otázkách zdrojů, ze kterých mohli odvodit středně rozsáhlé teorie, stejně jako o empirických a klinických znalostech. Každý student měl vytvořit střední teorii na základě vlastní volby. Ruland právě dokončila velký projekt rozvoje klinických praktických standardů pro pokojný konec života se skupinou onkologických sester v Norsku. Standard byl přetvořen do Teorie pokojného konce života Ruland a později upraven za pomoci Moore. Tato teorie se stala jedním z prvních příkladů pro použití a pochopení standardů praxe jako zdrojů pro rozvoj středně rozsáhlých teorií (Tomey, Alligod, 2007).

Teorie pokojného konce života byla rozšířena použitím jak induktivní, tak deduktivní metodologie. Jedinečným rysem teorie je její rozvoj ze standardu péče. Standard pokojného konce života byl vytvořen profesionálními sestrami jako odezva na nedostatky v řízení managementu komplexní péče terminálně nemocných pacientů. Standard byl rozvíjen pro chirurgické gastroenterologické oddělení v univerzitní nemocnici v Norsku. Takto standard sloužil jako logický zprostředkující krok mezi praxí a teorií. Standardy péče jsou určeny k tomu, aby sloužily jako spolehlivý návod, který stanovuje role praktiků a povinností a očekávaný výkon nebo úroveň ošetrovatelské péče. Standard péče může být považován jako mezičlánek, který efektivně spojuje klinickou praxi s teorií (Tomey, Alligod, 2007).

Jednotlivé kroky standardu se úzce spojují s ošetrovatelským procesem (anamnestika, stanovení cílů, plánování, realizace a zhodnocení). Proto je logika vývoje pro tuto teorii jasná a lehce pochopitelná. Všechny základní prvky teorie jsou uvedeny jasně, včetně uspořádání, předpokladů, konceptů a podrobných sdělení. Tyto koncepty se velmi liší v úrovni jejich abstraktnosti, od konkrétnějších (bolest a komfort)

k více abstraktním (důstojnost) (Tomey, Alligod, 2007).

Základní pojmy teorie

Mezi základní pojmy teorie patří: bezbolestnost, pocit pohodlí, pocit důstojnosti a respektu, usmíření a pocit blízkosti blízkých. Být bez bolesti nebo netrpět stresem je hlavním bodem mnoha pacientů procházejících etapou konce života. Bolest je definována jako nepříjemný pocit nebo emocionální zkušenost, které souvisí s aktuálním či potenciálním poškozením tkáně. Tato definice je v souladu se současnou definicí bolesti Světové zdravotnické organizace. Pohodlí je definováno jako „úleva od diskomfortu, stav uvolnění a klidu a vše, co usnadňuje pacientovi život“ (Tomey, Alligod, 2007).

Dalším pojmem teorie je pocit důstojnosti a respektu. Pacient v terminálním stadiu by měl být respektován a hodnocen jako jedinečná lidská bytost. Toto pojetí vyzdvihuje hodnotu jednotlivce, vyjádřenou etickými principy autonomie a respektu k osobám. Každý jednotlivec má být léčen a ošetřován jako autonomní jednotka a osoby s oslabenou autonomií mají nárok na ochranu (Tomey, Alligod, 2007).

Usmíření je definováno jako pocit klidu, harmonie a spokojenosti pacienta, který nepociťuje úzkost, nervozitu, obavy či strach. Usmíření zahrnuje fyziologické, psychologické a spirituální dimenze (Tomey, Alligod, 2007).

Blízkost je sounáležitost s dalšími lidskými bytostmi, které mají vztah k nemocnému. Zahrnuje fyzickou a emocionální blízkost, projevuje se udržováním interpersonálních vztahů, jež mají charakter důvěrnosti, vřelosti (Tomey, Alligod, 2007).

Hlavní předpoklady teorie

Protože teorie pokojného konce života byla odvozena ze standardů péče napsané týmem profesionálních sester, které byly zaměřeny na praktické problémy, odrazily se metaparadigmatické koncepce i v ošetrovatelství. Předmětem zkoumání v této teorii je ošetrovatelství, osoba, prostředí a zdraví. Podstatou teorie je komplexní a holistická péče pro podporu pokojného konce života (Tomey, Alligod, 2007).

Ruland a Moore definovaly následující předpoklady (1998):

1. Události a pocity na konci životních zkušeností jsou osobní a individualizované.

2. Ošetrovatelská péče má rozhodující význam pro životní etapu pokojného konce života. Sestry stanovují a vysvětlují podněty, které odrážejí jejich osobní zkušenosti s koncem života a přiměřeně zasahují a udržují pocit smíření i v případě, že umírající pacient nemůže verbálně komunikovat.
3. Rodina zahrnuje všechny další blízké, je nejdůležitější částí péče na konci života.
4. Cílem péče na konci života není přizpůsobit péči tak, aby byla nejlepší, ne však technicky nejvyspělejší, tedy přehnaná. Naopak cílem je zaměřit péči na konci života na co možná nejlepší péči poskytovanou za využití přiměřené technologie a pohodlí. Směřuje ke zvýšení kvality života a pokojné smrti.

Teoretická tvrzení

Ruland a Moore (1988) identifikovaly šest jednoznačných mezilidských bodů:

1. Sledování a tišení bolesti a aplikování farmakologických a nefarmakologických postupů přispívá k pacientově bezbolestnosti.
2. Předcházení, monitorování a uvolnění fyzického diskomfortu, usnadnění odpočinku, relaxace, uspokojení, předcházení komplikací přispívá k pacientově pocitu pohodlí.
3. Zapojení pacienta a jeho blízkých do rozhodování o péči, léčba a ošetrování pacienta s úctou, empatií a respektem, zdvořilostí k pacientovým vyjádřeným potřebám, přáním a jejich upřednostňování přispívá k pacientově pocitu důstojnosti a respektu.
4. Poskytování emocionální podpory, monitorování a vyhovění pacientovým vyjádřeným potřebám léků proti úzkosti, podněcování důvěry, poskytování pacientovi a jeho blízkým poučení v praktických problémech a fyzická přítomnost dalších pečujících osob, jestliže je požadována, přispívá k pocitu smíření.
5. Zapojení blízkých do péče o pacienta, pomoc blízkým v jejich zármutku, obavách a otázkách a zprostředkování příležitosti blízkosti rodiny přispívá k pacientově pocitu blízkosti rodiny nebo dalších pečujících.
6. Pacientovy pocity bezbolestnosti, pohodlí, důstojnosti a respektu, smíření, blízkosti rodiny nebo dalších pečujících přispívá k pokojnému konci života.

Hlavní jednotky modelu aplikované do komunitní péče o terminálně nemocné

Koncepční modely zahrnují sedm hlavních jednotek modelu. Mezi ně patří: cíl ošetrovatelství, pacient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky. Obsahové zaměření hlavních jednotek u jednotlivých koncepčních modelů se liší podle filozofie autorů a jejich pohledu na ošetrovatelství.

Cílem ošetrovatelství v modelu Ruland a Moore je zajištění kvality života terminálně nemocných v situaci, kdy nemoc již není možno léčit kauzálně. Ošetrovatelská péče je zaměřena na pacienta jako celek na jeho fyzickou, psychickou, sociální i spirituální oblast. Splňuje tak požadavky holistické péče. Pacient je ošetrován profesionálním ošetrovatelským personálem ve svém domácím prostředí. Komunitní tým zajišťující paliativní péči mohou tvořit ošetřující lékař, sestry agentury domácí péče nebo mobilní hospicové jednotky, pečovatelky, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, zástupce církve, dobrovolníci a v neposlední řadě sám pacient a jeho blízká rodina. Cílem ošetrovatelství je také péče o pečující i po smrti pacienta.

Pacient je individuální osobností, jež má své životní zkušenosti. Může se jednat o osoby všech věkových kategorií, které onemocněly nevyléčitelnou nemocí a nacházejí se v poslední etapě svého života. Nedílnou součástí osobnosti pacienta je jeho rodina, která je významnou součástí života pacienta v terminálním stadiu života.

Role sestry spočívá v poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. Základem je odhad, diagnóza a intervence zaměřené na zlepšení kvality života terminálně nemocného nebo doprovázení k pokojné smrti. Ošetrovatelské intervence odrážejí osobní zkušenosti sester s koncem života. Sestra pečuje o pacienta s úctou k jeho osobě, je empatická, respektuje přání pacienta a jeho rodiny (Magyarová, 2009).

Zdrojem potíží pacienta a ohniskem zásahu pro sestru jsou fyzické problémy (bolest, únava, výživa, vyprazdňování), psychologické problémy (strach ze smrti, bezmocnost, neschopnost smíření) a sociální problémy pacienta a jeho rodiny (neschopnost ekonomického zajištění rodiny, udržení vztahů s blízkými a známými, ztráta zaměstnání).

Způsob zásahu neboli provádění ošetrovatelských intervencí spočívá především v zajištění bezbolestnosti aplikováním farmakologických i nefarmakologických postupů. Fyzický diskomfort je odstraňován relaxací, odpočinkem, předcházením komplikací nevyléčitelné choroby. Ke zlepšení psychické podpory využívá sestra vhodného sociálního prostředí, jako je vlastní domov pacienta. K psychické pohodě přispívá přítomnost blízké rodiny a spolupráce sestry s ní. V případě potřeby spolupracuje s dalšími pracovníky komunitního týmu, např. psychologem, zástupcem církve. Po smrti pacienta jsou intervence směřovány k rodině zemřelého.

Důsledkem komunitní péče o terminálně nemocného je zajištění pokojného konce života, klidná smrt, smíření rodinných příslušníků se smrtí svého blízkého.

ZÁVĚR

Teorie pokojného konce života má specifické hranice související s časem, uspořádáním a patientskou populací. Byla vyvinuta pro využití u terminálně nemocných dospělých a jejich rodin, kterým se dostává péče v prostředí akutní péče. Koncept teorie pokojného konce života vychází z norského kontextu, a tak nemusí být vhodná pro všechny kultury. Přesto její koncepty a vztahy oslovují mnoho sester a jasně se dotýkají multidimenzionálních aspektů ošetrovatelské péče na konci života. Výsledná kritéria souvisejí s technickými aspekty péče (poskytování farmakologických i nefarmakologických intervencí pro odstranění příznaků), komunikací (rozhodování), psychologickým aspektem (emocionální podpora) a důstojností a respektem (léčba pacienta s úctou, empatií a respektem) (Tomey, Alligod, 2007).

Dosud nebyly publikovány žádné zprávy popisující použití této teorie výzkumníky. Příčinou může být poměrně mladá publikace. Žádný autor aktuálně nepoužívá teorii jako část výzkumného programu, ale obě autorky udávají zájem o využívání této teorie, zejména absolventy vysokých škol (Tomey, Alligod, 2007). Jednotlivé cíle „Teorie pokojného konce života“ plně korespondují s cíli domácí hospicové péče. Jmenujme např. management bolesti, zajištění komfortu pacienta, spolupráce s rodinou pacienta, péče o pozůstalé a další. Je tedy třeba uvažovat nad možností využití této teorie v péči o pacienta v terminálním stadiu v jeho domácím prostředí. Zajímavé by bylo aplikovat prvky teorie v podmínkách České republiky.

* Publikace se vztahuje k řešení grantového projektu č. NS/9608-3, který je realizován za finanční podpory IGA MZ ČR.

LITERATURA

- GILLERNOVÁ, I., BURIÁNEK, J.: *Základy společenských věd*. Praha: Fortuna, 2001. 157 s.
 HANZLÍKOVÁ, A. a kol.: *Komunitné ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2004. 279 s.
 MAGYAROVÁ G.: Podpora rodičov pri úmrtí novorodenca – naše skúsenosti s aplikáciou štandardu. In: *Prevenca úrazů otrav a násilí*, 2009. Vol. 5, no 2.
 MAREČKOVÁ, J.: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s.
 O'CONNOR, M., ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s.
 OPATRŇÝ, A.: *Těžce nemocný člověk v domácím prostředí*. [online]. [2009-09-06]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/nemocny.html>.
 TOMEY, A. M., ALLIGOD, M. R.: *Nursing Theorists and Their Work*. 6. vyd. St. Louis Missouri: Mosby, 2007. 828 s.
 TÓTHOVÁ, V.: *Ošetrovatelství*. 2. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005.

*Machová Alena et al.
machova@zsf.jcu.cz*