

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informovanost sester a lékařů o hospicové péči

Kálesová Kateřina

Bakalářská práce

2009

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**


Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie-nauka o umírání a smrti. 3. vyd. Praha : Nakladatelství Galén, 2007. 204 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. KÜBLER-ROSS, E. O dětech a smrti. 1. vyd. Praha : Ermat s. r. o. , 2003. 310 s. ISBN 80-93086.
3. MUNZAROVÁ, M. Euthanasie, nebo Paliativní péče? 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-01.
4. OCONNOR, M.; ARANDA, S. Paliativní péče : Pro sestry všech oborů. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 319 s. ISBN 80-247-1295-4.
5. SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 5. vyd. Praha : Ecce homo, 2003. 191 s. ISBN 80-902049-0-2.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Monika Marková**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2009**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2009

ANOTACE

Tématem mé bakalářské práce je informovanost lékařů a sester o hospicové péči. V teoretické části je popisována všeobecná problematika péče o umírající, jejich potřeby, definice a druhy hospicové péče. Mýty o smrti a umírání, nejčastější somatické obtíže terminálně nemocných a vzdělávání v paliativní péči. Ve výzkumné části je popisována metodika výzkumu, a dále jsou analyzovány výsledky zjištěné na základě anonymního dotazníku. Výsledky jsou zpracovány v tabulkách, grafech a slovně popsány. Na konci výzkumné části jsou rozebírány v diskuzi předem stanovené výzkumné záměry.

KLÍČOVÁ SLOVA

hospic, hospicová péče, paliativní péče, umírání

TITLE

Awareness of doctors and nurses about hospice care

ANNOTATION

The topic of my bachelor thesis is the awareness of doctors and nurses about hospice care. In the theoretical part is described the general issues of care for the dying people, their needs, definitions and types of hospice care. Myths about death and dying, the most common somatic problems of the terminally ill, and education in palliative care.

In the research part the methodology of the research is described and results are analyzed on the basis of identified anonymous questionnaire. Results are presented in tables, graphs, and verbally described. At the end of the research the pre-defined research projects are analyzed.

KEYWORDS

hospice, hospice care, paliative care, dying

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 22. 04. 2009

Kálesová Kateřina

.....

OBSAH:

<u>OBSAH:</u>	6
<u>CÍLE :</u>	8
<u>ÚVOD</u>	9
<u>I. TEORETICKÁ ČÁST</u>	10
<u>1 SMRT A UMÍRÁNÍ</u>	10
1.1 PROCES UMÍRÁNÍ	11
<u>2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH V HOSPICOVÉ PÉČI</u>	13
2.1 POTŘEBY BIOLOGICKÉ	13
2.2 POTŘEBY PSYCHICKÉ	14
2.3 POTŘEBY SOCIÁLNÍ	14
2.4 POTŘEBY SPIRITUÁLNÍ	15
<u>3. DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE (MEDICÍNY)</u>	16
<u>4. HOSPICOVÁ PÉČE</u>	16
4.1 FILOZOFIE HOSPICE	17
4.2 DEFINICE HOSPICOVÉ PÉČE	17
4.3 HISTORIE HOSPICŮ	18
4.4 ROZDĚLENÍ TYPŮ HOSPICOVÉ PÉČE	18
4.5 MÝTY O HOSPICÍCH	21
5.1 MODEL PROŽÍVÁNÍ NEMOCI ELIZABETH KÜBLER ROSSOVÉ	24
<u>6 NEJČASTĚJŠÍ SOMATICKÉ OBTÍŽE TERMINÁLNĚ</u>	25
<u>NEMOCNÝCH</u>	25
<u>7 VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ V OBLASTI PALIATIVNÍ PÉČE</u>	29
<u>II PRAKTICKÁ ČÁST</u>	31
<u>1 VÝZKUMNÉ ZÁMĚRY</u>	32
<u>2 METODIKA VÝZKUMU</u>	32
<u>3 ANALÝZA VÝSLEDKŮ</u>	33
<u>DISKUZE</u>	63
<u>ZÁVĚR</u>	68

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ69

SEZNAM PŘÍLOH.....71

CÍLE :

1. Zjistit, která skupina respondentů má více znalostí o hospicové péči a z jakých zdrojů tyto informace získali.
2. Ověřit, zda u respondentů přetrvávají mýty a nepravdy o hospicové péči.
3. Zjistit, jaké jsou zkušenosti s indikací do hospicové péče.

ÚVOD

Hospicovou péči, její zásady a způsob jejího poskytování považuji za dokonalý model ošetrovatelské péče o umírající, z kterého by si měli vzít příklad všichni zdravotníci. Proč jsou plněna přání pacientů a kladen vyšší důraz na zjišťování a naplňování jejich potřeby právě v hospicích ve vyšší míře než jinde? Kvalitní péči s dostatkem personálu, vybavení a pomůcek si přece zaslouží všichni pacienti bez rozdílu. Tato věta se lehce řekne, ale jsem si vědoma, že podmínky na velkých odděleních a ve velkých nemocnicích jsou bohužel obtížně překonatelnými překážkami.

Průzkumných šetření na téma informovanosti laické veřejnosti již bylo učiněno mnoho, a víme, že veřejnost není dostatečně informována o tom, co je to hospic a jaká je v něm poskytována péče. Umíme jí poskytnout dostatek kvalitních informací? Osvětu však můžeme šířit pouze v případě, pokud sami známe základy dané problematiky. Kolik toho vlastně zdravotničtí pracovníci vědí o hospicové péči? Tato základní otázka se stala motivací pro vytvoření této bakalářské práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SMRT A UMÍRÁNÍ

..

Smrt je stále ještě zapovězené téma rozhovoru v naší společnosti. Většině populace je nepříjemné o ní mluvit, spíše je smrt děsí. Snad toto odsouvání je jen důsledkem toho, že smrt sama dává smysl nejzákladnějším hodnotám. Jestliže připustíme debatu o smrti jako takové, vystupují na povrch naše obavy. Mezi těmito obavami hraje ústřední roli strach. Strach ze ztráty kontroly nad sebou i nad děním okolo. Nemocniční shon, neznámé prostředí a lidé, kteří často nenaslouchají. S tím vším se musíme vyrovnat. Za podmínky, že dojde k osídlení cizího prostředí, nastupuje strach ze ztráty kontroly nad sebou. Mezi další strachy patří strach z bolesti, opuštěnosti, samoty a nedůstojného zacházení. To se týká nejenom pacientů, ale i zdravotníků. Ne každý si tuto skutečnost ve svém každodenním životě uvědomuje. To, jakým směrem se bude paliativní péče ubírat, mají v rukou především zdravotníci. Pokud ti ji nebudou prosazovat, tam kde jí je potřeba, mohl by její rozvoj ustrnout. Mohou ji ale prosazovat pouze za předpokladu, že o ní mají náležité teoretické znalosti. Každý z nás zestárne a zemře. Nikdo nevíme, jaký konec nás čeká a zda i my nebudeme potřebovat paliativní péči. (15, 1)

Smrt z čistě lékařského hlediska je dnes nejenom zástava dýchání a krevního oběhu, ale také „smrt mozku“ vyplývající z prokazatelné nezvratné ztráty všech funkcí celého mozku včetně, mozkového kmene. Na člověka bychom měli pohlížet nejenom z biologického hlediska, ale dle holistického přístupu věnovat pozornost i psychickým, sociálním a spirituálním potřebám. Pokud je nemocný vytržen ze svého sociálního okolí, je sám a opuštěn blízkými, můžeme hovořit o tzv. „sociální smrt“. „Psychická smrt“ se dá popsat jako psychická rezignace projevující se beznadějí, která usnadňuje přístup smrti fyzické. Ale i rezignace se dá zvrátit trpělivostí a podporou. Je nutné však rezignaci včas rozeznat. (1 , 12)

1. 1 PROCES UMÍRÁNÍ

Základní vědomostí spojenou s umíráním je znát průběh tohoto procesu. Proces umírání bývá nejčastěji rozdělen do tří období :

- Pre finem
- In finem
- Post finem

Období **pre finem** lze chápat jako určitý časový úsek před smrtí. Tento může být různě dlouhý a to týdny, měsíce, ale i může trvat i roky. Společným jmenovatelem pro začátek tohoto období je diagnóza se špatnou prognózou, sdělená pacientovi. Pacient by měl vědět, že mu bude poskytnuta široká podpora, ale bude zabezpečena i stránka psychická a sociální. (1)

Období **in finem** označuje fázi našeho života, která už bezprostředně hraničí se smrtí. Dochází k postupnému zhoršování stavu a postupnému prohlubování symptomů, jako je únava a celková slabost, u pacienta se prodlužuje čas, který prospí ve dne. Snižuje se zájem o okolí a dění ve světě kolem, mohou přicházet stavy dezorientace a někdy až halucinace. Dalšími projevy umírání mohou být odmítání jídla a pití, někdy provázené nauzeou a dysfagií, oligurie až anurie, nepravidelnosti dýchání, chrčivé dýchání způsobené hromaděním sekretu v dýchacích cestách. Se zhoršováním životních funkcí přichází tzv. Facies Hippocratica, jehož hlavním popisovaným znakem je “zašpičatění nosu“. Obecná pravidla péče o umírajícího můžete nalézt v příloze B. (1)

Období **post finem** je období, které začíná smrtí člověka a nese sebou péči o tělesnou schránku zemřelého a potřeby strádajících pozůstalých. Péče o tělo mrtvého je záležitostí zdravotníků, je to jejich “poslední povinnost“. Sestra je povinna zemřelého svléknout, odstranit šperky a ozdobné předměty, prohlédnout chrup nemocného a provést záznam do dokumentace. Lékař zaznamená do listu o prohlídce mrtvého. Tento musí obsahovat stanovení data úmrtí, stanovení příčiny smrti a rozhodnutí o pitvě. Dle standardu oddělení sestra dále odstraní drény, sondy, periferní katétr atd. Personál by měl jednat s tělem taktně a důstojně provést kompletní očistu těla a jeho urovnání (srovnání rukou, podvaz brady). Identifikace těla se provede dle standardu platného na daném pracovišti. Lékař kontaktuje

rodinu zemřelého a informuje je o smrti jejich příbuzného, nebo sestra dle zvyklostí pošle telegram s oznámením o úmrtí. Tento způsob považují za neosobní a nevhodný. Pokud je rodina přítomna na oddělení, měl by oznámení o úmrtí učinit lékař. Při prohlídce těla zemřelého lékař rozhodne, zda bude indikována pitva. Rodina zemřelého nemůže lékaři pitvu zakázat, ale z etického hlediska je vhodné respektovat přání rodiny. Pro rodinu může indikace pitvy znamenat zvýšenou frustraci. Kultura péče o mrtvé tělo se dnes snad zlepšuje. Některá pracoviště patologie umožňují pozůstalým prohlédnout si zemřelého v důstojné místnosti. V hospicích je zřízena "místnost posledního rozloučení", kde se mohou pozůstalí rozloučit se zemřelým. (1, 12, 13)

1.1.1 POZŮSTALÍ

V péči o pozůstalé truchlící členy rodiny má klíčovou roli citlivá komunikace, pro kterou je nezbytná důvěra mezi pozůstalými a zdravotníky. Tato důvěra by měla být budována již při péči o umírajícího pacienta. Jestliže si rodina přeje provést náboženský či jiný rituál, personál by měl být k tomuto vstřícný a otevřený. Oznámení o úmrtí má být prováděno klidně, beze spěchu, a rodině by měla být nabídnuta možnost vidět tělo a rozloučit se. Lékař by měl věcně informovat o průběhu závěru života a ujistit rodinu že pacient netrpěl. Vzhledem k tomu, že pozůstalí jsou většinou v šoku, je podání informací o dalším postupu (vystavení úmrtního listu, zajištění pohřební služby) vhodné tištěnou formou. Dobré je nabídnout možnost dalších forem podpory, pokud jsou dostupné. Patří sem individuální konzultace s psychologem, sociálním pracovníkem event. psychoterapeutem a dalšími odborníky. V řadě českých hospiců jsou často organizovány vzpomínkové programy, setkání pozůstalých a bohoslužby za zemřelé. Hospicové občanské sdružení Cesta Domů nabízí pozůstalým služby klubu Podvečer. Zde je nabízen přívětivý prostor pro sdílení zážitků, prožitků obav i radosti. V klubu se snaží společně bojovat proti osamělosti, monotónnosti času, nečinnosti a podávat kvalitní informace a pomoc s využitím všech dostupných odborníků (sociální pracovník, psycholog). Truchlení je dlouhodobý proces. Po čase nejhorší bolest ze ztráty blízkého pomine, stále se však mohou vracet pocity osamělosti, beznaděje někdy i vzteku. Samo truchlení je jakýmsi procesem zhojení, měli bychom pomoci prožít zármutek z utrpené ztráty a zreorganizovat život bez zemřelého nalezením nových vztahů, rolí, nebo-li nalezením nové rovnováhy. Stále si však musíme uvědomovat, že toto může trvat i roky . (1, 9, 13)

2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH V HOSPICOVÉ PÉČI

„Potřeba je projevem chybění něčeho, nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba nás nutí vyhledávat podmínky pro život nezbytné a zároveň nás vede k vyhýbání se podmínkám pro život nepříznivým.“¹ V průběhu života se potřeby jedince mění, jak ve smyslu kvality tak i kvantity. Mohou existovat společné potřeby, jako je výživa, způsob jejich uspokojení však bude vždy individuální pro každého jedince. Hospicová péče vnímá člověka jako celek a snaží se o zajištění co nejvyšší kvality života, až do jeho konce a podporu sebeúcty nemocných. Je důležité neustále si připomínat nejen potřeby biologické psychické a sociální, ale i ty spirituální. Všechny čtyři tvoří neoddělitelný celek. (1, 14, 15)

2. 1 POTŘEBY BIOLOGICKÉ

Pracovníci hospicové péče poskytují kvalitní péči o tělo. Pečují o vyprazdňování, příjem stravy, hygienu, potřebu dýchání, spánek a odpočinek velký důraz je zde kladen na symptomatickou léčbu. „V kontextu paliativní péče symptomy přestávají mít svou ochranou funkci, stávají se často trvalou stresující připomínkou onemocnění.“² Potlačení symptomů nám pomáhá naplňovat cíl paliativní péče a tím je zvýšení kvality života. Nejčastější symptomy jsou bolest, nauzea, zvracení, dušnost, únava, zmatenost apod. Jelikož je pro nás nejdůležitější kvalitní život nemocného, musíme vždy zhodnotit, zda intervence proti symptomu nemá příliš mnoho vedlejších účinků a neměla by proto být ukončena. Symptomy by měly být personálem pravidelně hodnoceny, a to nejenom z pohledu intenzity, ale také z pohledu distresu (distres/tíseň – do jaké míry symptom snižuje schopnost vykonávat běžné aktivity). „Hodnocení distresu měří účinnost ošetrovatelských intervencí přesněji než hodnocení intenzity symptomu.“³ Například změna léku proti bolesti nemusí vést k jejímu zmírnění, ale díky jiné formě léku může pacient vstát z lůžka. Stává se tak aktivnější v běžných denních činnostech, což snižuje jeho míru utrpení z bolesti. (10, 16)

¹ ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie : Teorie a praktická cvičení*. s. 21

² O'CONNOR, M.; ARADA, S. *Paliativní péče : Pro sestry všech oborů*. s. 79

³ O'CONNOR, M.; ARADA, S. *Paliativní péče : Pro sestry všech oborů*. s. 85

2. 2 POTŘEBY PSYCHICKÉ

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a úcty k člověku jako neopakovatelné bytosti. Potřeba respektu jeho osobnosti a zachování důstojnosti jsou důležité zejména ke konci života. Zachování důstojnosti v praxi zahrnuje především zachování soukromí při léčebných postupech, osobní hygieně a vykonávání potřeby, kdy musí být dodržována intimita. Projevovat respekt bychom měli při komunikaci už oslovením. Omezovací prostředky by měli být použity jen v nejnútnejších případech. V rámci svobody pohybu by měli pracovníci pomáhat nemocným dostat se ven „na čerstvý vzduch“. Každý má právo o sobě rozhodovat, ať je jeho stav jakkoliv vážný, a proto by měl být informován o svém zdravotním stavu. Aby mohli pacienti využívat svá práva musí je znát a musí být o nich dobře poučeni. viz (příloha C. Charta práv umírajících). Vždy respektujeme pacienta jako lidskou bytost, dbáme na jeho přání. V komunikaci bychom se měli zdržet používání direktivy, naopak bychom s pacientem měli hovořit lidsky a nechávat ho rozhodovat o sobě samém. Pro naplnění potřeby bezpečí a jistoty je třeba trpělivou komunikací vytvářet důvěrný vztah, a zároveň vnímat všechny složky komunikace, i tu neverbální. Správný přístup personálu, jeho vlídnost a obětavost zlepšují psychickou stránku nemocného, proto by i zaměstnavatel měl dohlížet na duševní zdraví svých zaměstnanců. (4)

2. 3 POTŘEBY SOCIÁLNÍ

Socializace je proces zespolečenštění, tím prochází každý z nás. Člověk je tvor společenský a nemůže žít sám. Proto by také neměl umírat sám, ale někdy smrt nastane, když se ošetřovatel vzdálí. „*Někdy chce být umírající sám a čeká jen na vhodný okamžik*“. ⁴ Každý člověk má svou rodinu, přátele, problémy, koníčky i závazky. Sestra by se měla o tyto skutečnosti a vazby zajímat a neposuzovat pacienta jen z pohledu času, po který je v její péči. K přirozené saturaci sociálních potřeb většinou nejlépe dochází v přirozeném prostředí nemocného. Toto setrvání doma i ve chvílích komplikovaného konce života umožňuje domácí hospicová péče, o které budu informovat podrobněji později. Nenaplnění sociálních potřeb

⁴ Misoňová, Alžběta. *Http://ukz.katolik.cz : Péče o umírajícího a jeho rodinu* [online]. 2006 [cit. 2009-02-12]. Dostupný z WWW: <<http://ukz.katolik.cz/texty%20sokrates/pece%20o%20umirajici.pps>>.

může být zdrojem úzkosti a napětí, což zhoršuje prožívání tělesných symptomů. V hospicích k naplnění těchto potřeb přispívá i neomezenost návštěv a množství dobrovolníků. (1, 14)

2. 4 POTŘEBY SPIRITUÁLNÍ

Tyto potřeby byly dříve spojovány pouze s věřícími lidmi, ale i nevěřící se v průběhu nemoci začnou zabývat otázkami života a smrti. Spirituální potřeby by neměly být chápány pouze jako plnění náboženských úkonů, jde o daleko širší pojem. Důležitá je potřeba odpuštění, tedy zda nemocný sám je schopen opouštět. Jde hlavně o urovnání vztahů s blízkými a potřebu smysluplnosti života až do jeho konce. Nemocný se často právě v průběhu vážné choroby začíná zabývat existenciálními otázkami, které nabývají na důležitosti. Potřebuje někoho, kdo by mu ukázal, že i nyní má jeho život smysl. Člověk má proč žít do té doby, dokud před sebou vidí úkol nebo možnost dalšího kroku. Nedáváme mu tím falešné naděje, ale snažíme se ho podporovat ve vytváření malých reálných cílů. Pomáháme mu tyto cíle plnit a radovat se z maličkostí jako je procházka nebo projížďka venku, posezení u odpolední kávy, možnost ochutnat oblíbené jídlo a další. Často to jsou úkoly běžného dne, které nám připadají samozřejmé, ale umírající člověk potřebuje k jejich splnění daleko větší úsilí nebo pomoc druhé osoby. Uspokojit základní spirituální potřeby může každý zralý člověk. Za základní úkony spirituální péče je považováno uvědomění si umírajícího, jaký byl jeho život a uvědomění si vděčnosti za prožitý život. Podstatné je i urovnání vztahů k druhým a láskyplné prožívání těchto vztahů. V neposlední řadě pak smíření se a odpuštění sobě i druhým. Důležité je, aby ten kdo pomáhá, znal reálné potřeby a měl blízký vztah s nemocným. (1, 4, 9)

„Jde o to, kým je člověk, který umírá. Jaké jsou vlastnosti jeho osobnosti, jeho charakteru... jakou stopu za sebou zanechává, do jaké míry si to při bilancování svého života uvědomuje a do jaké míry si to uvědomují ti, jejichž život je spojen s jeho s jeho existencí.“⁵

⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. s. 160

3. DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE (MEDICÍNY)

Vzhledem k tomu, že jednoznačná definice neexistuje, a terminologie není zcela ucelena, uvádím zde definice dvě, které poukazují na vývoj paliativní péče. První definice vnímá člověka jako celek. Druhá klade větší důraz na včasné zásahy předcházející utrpení.

Definice paliativní péče WHO 1990

„Aktivní celková péče o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny“⁶

Definice paliativní péče WHO 2002

„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“⁷

S novou definicí jsou ovšem spjaty zásady poskytování paliativní péče, které stanovila WHO a následně byly rozvinuty v Doporučení Výboru ministrů rady Evropy členských států Evropské unie.

Paliativní péči je možno rozdělit podle komplexnosti, která je nutná k udržení kvality života na paliativní péči obecnou a specializovanou. **Obecnou paliativní péči** by měl umět poskytnout každý zdravotnický pracovník s uvážením jeho individuality a odbornosti. V obecné paliativní péči jde zejména o rozpoznání a ovlivnění toho, co je významné, k udržení kvality života (empatická komunikace s nemocným i jeho rodinou, respektování pacientovi nezávislosti, zajištění domácí ošetrovatelské služby ...). **Specializovaná paliativní péče** je poskytována pacientům a rodinám multidisciplinárním týmem odborníků, jejichž hlavní pracovní náplní je paliativní péče. Tito odborníci, jsou v oboru paliativní péče školeni a mají potřebné zkušenosti. (11, 16)

⁶ MUNZAROVÁ, M. *Euthanasie, nebo Paliativní péče?*. s. 62

⁷ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče*. s. 5

4. HOSPICOVÁ PÉČE

4.1 FILOZOFIE HOSPICE

Filozofie hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Garantuje nemocnému, že nebude trpět nesnesitelnými bolestmi a nezůstane osamocen. Hospic neslibuje uzdravení, ale zároveň nebere naději. Hospic respektuje celé spektrum pacientových potřeb a zaručuje pacientovi respekt jeho lidské důstojnosti. Cílem není prodloužení života, ale jeho kvalita. (1)

4.2 DEFINICE HOSPICOVÉ PÉČE

Světová zdravotnická organizace (WHO):

„Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin u nichž je prognózou ošetrujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče.“

Americká akademie pro léčbu bolesti:

„Hospicová péče je program paliativní péče určený nevléčitelně nemocným umírajícím klientům, soustředěný především v jejich domovech. Hlavní úsilí je věnováno symptomatické léčbě. Cílem je zlepšit kvalitu života a maximálně zmírnit utrpení fyzické a duševní. Péči zajišťuje tým speciálně vyškolených pracovníků. Péče se týká nejen pacienta, ale i rodiny, a to ještě nejméně po dobu 1 roku po úmrtí pacienta.“

Elizabeth Kübler–Rossová:

„Hospicová péče je vlastně staromódní zvyk – důstojná reakce na nevyhnutelný konec života, pomáhá umírajícímu i jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou. Nemocný, který smí zemřít v důvěrně známém okolí, se nemusí tak přizpůsobovat, neboť rodina jej zná. Někdy se uklidňující lék může nahradit sklenkou vína, vůně doma připravené polévky ho povzbudí, aby si vzal pár lžic. Nic proti uklidňujícím prostředkům a infuzím, vím, že často zachraňují život a že se jim nelze vyhnout! Ale stejně tak dobře vím, že trpělivost, důvěrná ruka a obvyklá jídla mohou nahradit mnoho lahviček intravenózních tekutin, které jsou fyziologicky nutné, ale hlavně nevyžadují mnoho personálu, ale individuální péči.“⁸

Z definic je patrné, že hospice jsou orientovány na vytvoření systému služeb a péče pro umírající, které v maximální možné míře respektují uspokojování různých potřeb nemocného a to ve formě lůžkové, ambulantní či stacionární. Nejosobnější je definice Elizabeth Kübler-

⁸Hospicová péče : Definice hospicové péče [online]. Upravené vydání. c2009 [cit. 2009-01-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>>.

Rossové. Poukazuje na to, že každý všední den může být pro umírajícího poslední. Vyjadřuje především názor, že domácímu prostředí se nic nevyrovná. Na druhou stranu respektují, že ve všech případech nelze mít umírajícího doma až do poslední chvíle. Ve dvou definicích je zmíněn časový horizont do příchodu smrti. Očekávanou smrt lze ale předpovědět s „jistotou“ jen několik málo dní před očekávanou smrtí. Tento časový úsek je jistě diskutabilní pojem, ovšem je podstatný k odlišení hospicové péče od dalších forem následné péče, která je pro dlouhodobě nemocné pacienty.

4. 3 HISTORIE HOSPICŮ

Ve středověku byly hospice budovány u cest jako útočiště poutníků i nemocných. Většinou byly provozovány církevními řády. Umírání bylo pro křesťany náboženskou záležitostí a bylo chápáno jako poslední příležitost litovat svých hříchů a vejít tak do věčného života. Péče o duši byla stejně důležitá jako péče o tělo. Smrt byla považována jako nezbytný předstupeň života s Bohem. Ke konci 19. stol. byly v Irsku a Anglii zakládány domy, zvané hospice, které se staly místem pro lidi ke konci jejich života. Myšlenka hospice, jako speciální péče, zajišťující důstojné umírání se rozšiřovala do celého světa. (1, 19)

Zásady péče o nevléčitelně nemocné zformulovala sestra, později lékařka Cecily Saundersová, která nejprve pracovala v hospici Sv. Josefa v Londýně a poté v roce 1967 sama založila St. Christopher hospic (Hospic sv. Kryštofa). Je považována za zakladatelku moderního hospicového hnutí.

4. 4 ROZDĚLENÍ TYPŮ HOSPICOVÉ PÉČE

4. 4. 1 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Domácí hospicová péče někdy nazývána **jako mobilní hospic**. Tato péče je základním pilířem hospicové péče jako celku. Je to typ vyžadující určité rodinné zázemí. Rodina se musí chtít starat a být schopna zajistit péči o nemocného. Pomoci rodině zajistit podmínky materiální a finanční však není úkolem zdravotníků, ale sociálních pracovníků.

„Obecná hospicová domácí péče“ bývá zprostředkována nejčastěji církevními organizacemi (Charita, Diakonie), nebo agenturami domácí péče. V těchto organizacích však pracuje personál, který většinou nemá specializaci v oblasti paliativní péče a jeho tým není multidisciplinární.

„Speciální domácí hospicová péče“, kterou u poskytují organizace mající v názvu „domácí nebo mobilní hospic“. Tento typ péče ordinuje lékař na základě Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 493/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Poskytování této péče je však limitováno. Maximální časový rozsah hrazený ze zdravotního pojištění je 3krát denně jedna hodina odborné péče. Období poskytování péče určuje lékař. Lze rozhodnout o navýšení péče po domluvě s revizním lékařem. Nesmíme zapomínat, že tuto péči lze rozdělit na specializovanou nebo také „Odbornou domácí hospicovou péči“ a „Laickou domácí hospicovou péči“. Laická péče měla u nás dlouholetou tradici a dala by se také nazvat tradičním modelem. Oba druhy se často prolínají v závislosti na pečovatelských schopnostech rodinného příslušníka a stavu nemocného. Odborná domácí hospicová péče je poskytována multidisciplinárním týmem složeným z lékaře, sester, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního, ošetřovatelů, dobrovolníků a dalších odborníků. (10,11)

4. 4. 2 LŮŽKOVÝ HOSPIC

Hospic jako lůžkové zařízení. U nás je tento typ péče poskytován ve 12 zařízeních. (viz příloha D adresář lůžkových hospiců 2) Péče je zde zaměřena především na individuální potřeby a přání každého nemocného. Dále na vytvoření prostředí v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Personál hospice se snaží vytvořit domácí atmosféru s maximálním soukromím pacientů. Toto podporuje i stavební uspořádání hospiců, a fakt, že většina pokojů v těchto zařízeních jsou jednolůžkové pokoje s možností přespání blízkých osob. Návštěvy jsou zde povoleny 24 hodin denně. Podmínky pro přijetí do hospice:

- ❖ *„pacient trpí pokročilým nevyléčitelným onemocněním, které mu působí tělesné či psychické obtíže a kauzální léčba byla ukončena a je nahrazena léčbou symptomatickou*
- ❖ *stav pacienta není stabilizován vzhledem k jeho jasně definovanému terminálnímu nebo preterminálnímu stavu a není v silách rodiny či*

blízkých osob pacienta zajistit mu odpovídající péči a kvalitu života vlastními silami

- ❖ *pacient je seznámen s principy paliativní péče a souhlasí s jejím poskytováním na základě písemné smlouvy a informovaného souhlasu. V případě, že nemůže projevit svou vlastní vůli vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, uzavírá smlouvu opatrovník, resp. osoba blízká.*⁹

Personál poskytující specializovanou péči v hospicích tvoří tzv. multidisciplinární nebo interdisciplinární tým. Tento tým tvoří lékaři, sestry, ošetřovatelé, duchovní, sociální pracovník, dobrovolníci, psycholog, psychoterapeut a další specialisté dle aktuálních potřeb nemocného. Dále i podpůrný personál zajišťující chod hospice. Portál www.hospice.cz uvádí jako členy týmu i pacienta a jeho rodinu. Já osobně vnímám pacienta a rodinu, jako součást týmu automaticky, ale literatura se v tomto pojetí značně liší. Do týmu nezahrnuje pacienta a rodinu např. publikace *Thanatologie – nauka o umírání.* (1, 11, 14)

*„ Rodina a ostatní neformální poskytovatelé péče jsou základními spolupracovníky při poskytování účinné specializované paliativní péče. Zároveň jsou cílovou skupinou, které je tato komplexní péče určena. “*¹⁰

Sám pacient zaujímá nejdůležitější pozici v týmu, vždyť on je ten, jehož přání se plní a k němuž je směřována veškerá péče. Stává se tak členem i příjemcem péče v jedné osobě, stejně jako jeho blízcí.

4. 4. 3 STACIONÁRNÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Stacionární hospicová péče někdy nazývaná **semi-ambulantní**. Pacienti bývají přijati většinou na část dne. Dopravu do stacionářů zajišťuje především rodina. Pobyt ve stacionáři je prospěšný nemocnému i jeho rodině z mnoha důvodů, např. kontrola bolesti, kterou se v domácích podmínkách nepodařilo zcela zvládnout. Dále za účelem poskytnutí nejrůznější paliativní léčby pod odbornou kontrolou. Využití pobytu k odpočinku jak pro nemocného tak pro rodinu, která se cítí péčí vyčerpána. Bohužel rozvoji této formy péče v ČR brání nedostatek finančních a legislativních opatření. Je zde snaha zajišťovat tuto péči v rámci lůžkových hospiců ale i v případě, že ji má hospic uvedenou v rámci poskytování služeb, v následných výročních zprávách o ní není zmínka. Pravdě podobně to může být způsobeno

⁹ Pracovní skupina MZČR s asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. Standardy kvality specializované paliativní péče. s. 10

¹⁰ Pracovní skupina MZČR s asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. Standardy kvality specializované paliativní péče. s. 18

i tím, že je tato péče vhodná pro lidi pouze z určité oblasti, z blízkého okolí. Stacionární péče zajišťuje co nejdelší možný pobyt nemocného v domácím prostředí. Tato forma péče nese prvky tzv. respitní péče. (16)

- ❖ *“Respitní péče je forma péče jejímž cílem je umožnit rodinným příslušníkům dočasný oddech od péče o pacienta; tato péče může být potřebná například pro umožnění lékařského ošetření partnera nebo v případě dovolené.*
- ❖ *Respitní péče může být poskytována v nemocnicích, pečovatelských domech, domovech pro seniory, nebo v hospicích. Hranice mezi krátkodobou péčí, denním stacionářem a krátkodobou hospitalizací není vždy zcela jasná.“¹¹*

Respitní péče může být označována také jako úlevová péče nebo odlehčovací služba, a tak je i zahrnuta v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Tato péče se však poskytuje za úplaty a musí o jejím poskytování být sepsána smlouva. Bývá poskytována zejména osobám s přiznaným II., III. a IV. st. závislosti na pomoci druhých. Podle toho je poté přiznán příslušný příspěvek na péči. Tuto službu poskytuje například Hospic sv. Lukáše v Ostravě, a to jak pobytovou, tak ambulantní. Hospic Sv. Lazara, Hospic Sv. Štěpána, Hospic Citadela a další také poskytují pobytovou odlehčovací službu. Ambulantní odlehčovací službu poskytuje např. pražská Cesta domů o. s. Poskytovatele této služby, lze najít v registru poskytovatelů sociálních služeb na WWW.MPSV.CZ, i některé agentury domácí péče.

4. 4. 4 DALŠÍ TYPY HOSPICOVÉ PÉČE

Konziliární tým paliativní péče by měl být v rámci zdravotnických zařízení a působit jako mezioborový expertní tým, který přináší informace z oblasti paliativní péče. Hlavní působnost tohoto týmu by měla být v ambulanci paliativní medicíny. Složení týmu: lékař, sestra, sociální pracovník. V České republice tyto týmy nejsou rozšířeny. **Oddělení paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení**, pečující o pacienty, kteří potřebují kompletní služby nemocnice i paliativní péči. Toto oddělení je základnou konziliárního týmu. (12)

¹¹ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. Standardy domácí paliativní péče. s. 34

4.5 MÝTY O HOSPICÍCH

Umírání a smrt je v naší společnosti stále tabu. Díky tomuto mlčení, vznikají v naší mysli mnohé mýty a nepravdy. V následujícím textu bych uvedla alespoň některé. **„Umírání je plné bolesti a osamění a s tím se nedá moc dělat.“** Paliativní péče je cestou, která slibuje, že nemocný nebude trpět nesnesitelnými bolestmi a bude vždy obklopen lidmi, kteří budou ochotni plnit vstřícně jeho přání. Dalším mýtem je: **„Hospic je dům a jedině zde lze poskytovat paliativní péči“**. Existence domácí hospicové péče tento mýtus zcela popírá. **„Paliativní péče je určena jen těm, kdo jsou se smrtí smířeni“**. Ten, kdo je nevléčitelně nemocný a jeho smrt se blíží, bojuje s pocity jako je beznaděj a vztek. Paliativní tým mu však může pomoci se s tímto faktem vyrovnat cestou a rychlostí jakou si on sám přeje. **„Hospice jsou náboženské, nebo církevní, a přijímání jsou do nich jen věřící.“** Do hospice jsou přijímáni lidé bez ohledu na víru. Nikdo není nucen k účasti na bohoslužbě. Některé hospice (Červený Kostelec, Rajhrad, Valašské Meziříčí..) zřizuje charita či diakonie, ale to neznamená, že musíte být věřící pokud chcete být přijati do hospice. Jeden z nejčastějších mýtů je, že kdo do hospice přijde ten zde umře, nebo-li **„ Hospic je dům smrti“**. Lidé přicházejí do hospice s prognózou blízké smrti. Ano, někteří zde zemřou. Na druhou stranu je mnoho klientů, kteří přicházejí opakovaně po dobu několika měsíců i let a střídavě pobývají v domácí péči a v hospici. Nebudu popírat, že smrt v hospici není. Naopak se smrtí se v hospici setkáme často, ale říkat dům smrti by se nemělo. Ve výročních zprávách Hospice Svaté Anežky České se dokonce uvádí, že 25% pacientů se vrací zpět do domácího ošetřování. (1)

S rozvojem domácí hospicové péče se vynořuje řada obav a nejistot, které často trápí nejenom rodinné příslušníky tedy tzv. laické pečovatele. Zda budou pečovat o svého příbuzného správně? Zvládnou tuto péči, aniž by něco zanedbali? S těmito otázkami vznikají bohužel i nové mýty vztahující se k domácí péči o umírajícího. **„Bolest se dá léčit pouze opioidy. Ty však jsou návykové, pacienta omámí a on pak bude zmatený.“** Odborně vedená léčba bolesti pomocí opioidů, psychiku neničí, spíše zabraňuje vyčerpání bolestmi, aby nemocný mohl i nadále komunikovat se svým okolím. **„ Doma není možno poskytnout kvalitní odbornou péči jako v nemocnici, snadno se něco zanedbá“**. Pro většinu umírajících je nejdůležitější přítomnost blízkých a možnost setrvat ve svém přirozeném prostředí. Pracovníci poskytující paliativní domácí péči jsou pak pro rodinu velkou oporou a zárukou kvalitní péče. **„Péče o umírajícího doma je pro rodinu vyčerpávající a nepřináší jí žádnou**

radost.“ Péče o nemocného je náročná, ale dokáže-li to rodina, přinese jí to nejenom radost, a sblížení s nemocným členem rodiny, ale také pomůže překonat snáze období zármutku. Stále tu však zůstává otázka individuálního stavu klienta a možností konkrétní rodiny (někdy je partner sám nemocen, a péče by ho velmi stresovala). Ne všichni mohou zůstat v domácí péči. Zdravotníci by měli být schopni posoudit, kdy už domácí péče, vzhledem k tomu co je schopná pacientovi zajistit, není možná. (8)

5 FÁZE PROŽÍVÁNÍ TĚŽKÉ NEMOCI

Lidé, kteří prožívají těžkou nemoc a snaží se s ní vyrovnat, jsou ovlivněni mnoha faktory. Nejenom svojí osobností, ale také předchozími zkušenosti se zdravotníky a celým systémem péče, průběhem onemocnění, množstvím informací, které mají k dispozici o své nemoci. Důležitý je i postoj rodiny, zda-li je schopna poskytovat podporu, i to, nakolik nemoc změní způsob dosavadního života nemocného. Na závažnou diagnózu či blížící se smrt reagují lidé různým způsobem.

„Bouchal (1993) uvádí řadu různých reakcí

- *smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného);*
- *pasivní rezignace (netečnost a nezájem);*
- *únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo;*
- *únik do fantazie a úvah o nesmrtnosti;*
- *pozitivní kompenzace – snaha o dokončení rozdělaného díla;*
- *negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám, přejídání, sexuálním výstřelkům atp. „¹²*

5.1 MODEL PROŽÍVÁNÍ NEMOCI ELIZABETH KÜBLER ROSSOVÉ

Klasické prožívání nemoc popsala Elizabeth K. Rossová, její model je dnes považován za klasický, jelikož vyhovuje s obecnou platností. I když jsou tyto fáze seřazeny postupně, tak jak obvykle přicházejí, tento sled není pravidlem. Některé fáze se mohou vracet, střídat nebo prolínat v jediném dni. Nejsou stejně dlouhé a některé mohou i chybět. Blízcí často mají jakési zpoždění a tyto fáze vnímají později než pacient. Vyrovnat tempo není vždy nutné. Jsme jenom lidi. V tomto případě by měl na místo doprovázejícího nastoupit ještě někdo další (duchovní, sestra, přítel ...).

„Fáze podle E. K. Rossové:

- *negace, šok, popření*
- *agrese, hněv, vzpoura*
- *smlouvání, vyjednávání*
- *deprese, smutek*
- *smíření, souhlas“¹³*

¹² ZACHAROVÁ, E. et al. Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení. s. 30

¹³ SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. s. 25

5. 1. 1 ŠOK, NEGACE, POPŘENÍ

Bezprostřední reakce, pokud nám někdo sdělí, že naše choroba nás ohrožuje na životě, je šok. Může se projevat zmateností, kdy pacient neví co se s ním děje, a zároveň není ani schopen přijímat a třídit informace. Kdy pacient říká: „ To je omyl, já ne. To není možné.“ Nejdůležitější je v tuto chvíli trpělivě vyčkávat, zůstat na blízku a navázat kontakt s nemocným. (1, 14)

5. 1. 2 FÁZE AGRESE

Nemocný v tomto období stojí před těžkým úkolem. Musí se sám vyrovnat s množstvím negativních emocí. Je plný vzteku, vzdoru a často se ptá „Proč já? Čí je to vina?“ Pacient se často zmítá v negativních pocitech a zlobí se na „celý svět“. V této fázi je důležité nepohoršovat se, dovolit odreagování a zároveň být průvodcem rodiny. Rodina by měla vědět, že se jedná o fázi, která je přirozená a přechodná, aby se netrápila zbytečnými pocity viny. (1, 14)

5. 1. 3 FÁZE SMLOUVÁNÍ

V tomto čase nemocný hodně přemýšlí o smyslu života, o tom, co by rád ještě zažil. Svým způsobem smlouvá o čas. Tato fáze může být pouhým zábleskem v konverzaci. Je důležité dávat pozor na různé podvodníky a zázračné léky, které slibují nesplnitelné. (1, 14)

5. 1. 4 FÁZE DEPRESE

S postupně horšícím se zdravotním stavem si nemocný stále více uvědomuje, že se blíží smrt. Přichází smutek, smutek nad ztrátou blízkých, smutek z utrpené ztráty. Zde má nezastupitelnou roli přítomnost člověka, který naslouchá a je ochoten mluvit o strachu a obavách, které nemocného trápí. (1, 14)

5. 1. 5 FÁZE SMÍŘENÍ

Poslední fází je vyrovnání, akceptace zdravotního stavu. Nemocný se nachází ve stavu vnitřního klidu a vyrovnanosti. Do tohoto stavu se však nemusí dostat každý a tento proces může skončit rezignací, beznadějí. Cílem doprovázejícího je však dosáhnout smíření. V konečné fázi je nutné podporovat hlavně rodinu. (1, 14)

6 NEJČASTĚJŠÍ SOMATICKÉ OBTÍŽE TERMINÁLNĚ NEMOCNÝCH

Na prvním místě mezi somatickými obtížemi stojí bolest. Její problematika je tak specifická, že by přesáhla rámeček celé této práce, proto uvedu jen její stručnou charakteristiku.

Bolest jako symptom je ovlivňována mnoha různými faktory, a proto je obtížné ji definovat. Můžeme ji označit jako subjektivní nepříjemný pocit, který je přítomný vždy, když pacient řekne. Bolest lze dle délky trvání dělit na akutní a chronickou. Kromě bolestí fyzických jsou také bolesti psychického či sociálního rázu, které spadají do bolestí chronických. Ovlivňují bolesti somatické a mohou je i zhoršovat. Tyto druhy bolesti by neměly být opomíjeny. Terminálně nemocní pacienti trpí především bolestí chronickou. Publikace Paliativní péče pro sestry všech oborů označuje za nejčastější překážku v léčbě bolesti její nedostatečné hodnocení. Správné hodnocení bolesti by mělo být všeobecné a systematické. Nástroj pro hodnocení bolesti by měl obsahovat: lokalizaci, intenzitu, charakter a časový faktor. Dotazy na bolest by měli být časté, pravidelné a systematické. Léčba bolesti by měla být volena dle možností pacienta a prostředí kde se nachází. Léky bychom měli podávat včas a v souladu s ostatními léčebnými prostředky. Pacient je partnerem při léčbě bolesti a měl by se spolupodílet na rozhodování o způsobu léčby. (10, 12)

Mezi další a nejčastější obtíže patří: nauzea a zvracení, nechutenství, průjem nebo zácpa, dušnost a únava. Ráda bych se zde zmínila i o otázce **hydratace u pacientů v terminální fázi**. Toto téma není zcela jednoznačné a každý pacient by měl být posuzován s ohledem na jeho přání a přání rodiny. MUDr. Sláma uvádí několik otázek, které je nutné si položit u pacienta v terminální fázi s předpokládanou prognózou přežití v řádu několika hodin či dní. Způsobuje dehydratace nějaké obtíže? Zlepší rehydratace závažnost stavu při umírání? Je nutné pacienta kvůli dehydrataci někam převážet? Jaký je nebo byl postoj pacienta a jeho rodiny? Ať už lékař rozhodne jakkoliv, vždy musí uvážit názory všech zúčastněných stran. Povinností sestry je dokonalá péče o sliznice dutiny ústní. (12)

Nauzea a samotné zvracení jsou dalšími symptomy, které pacienta výrazně omezují, vyčerpávají a snižují kvalitu jeho života. Při pátrání po příčině zvracení musíme pečlivě naslouchat, abychom neopomněli nějaký z příznaků, který může poukazovat na příčinu

zvracení. Nepokládáme uzavřené otázky ale využíváme otevřených, které pacienta povzbuzují k vyjádření vlastních pocitů. Samotnou léčbu nevolnosti a zvracení lze rozdělit do několika skupin :

Nefarmakologická opatření:

- farmakologická opatření
- mechanické a chirurgické výkony
- alternativní možnosti terapie

Nefarmakologická opatření zahrnují, přípravu a plánování jídla. Pečlivě vybíráme stravu dle přání pacienta. Vyhýbáme se smaženým, mastným a přeslazeným jídlům. Bereme v úvahu, že studená jídla jsou lépe snášena. Stravu podáváme častěji, v malých porcích a omezujeme tekutiny v průběhu jídla. Pacient by neměl provádět aktivity vyvolávající námahu před jídlem. Pokud má pacient rád alkoholický nápoj např. pivo, můžeme mu alespoň sklenku dopřát. Při jídle nespěcháme. Pokud pacient potřebuje dopomoc při jídle, sedneme si k němu a nikdy nad ním nestojíme. Poloha v sedě omezuje zpětný návrat obsahu žaludku do jícnu. Farmakologická část léčby je v našich podmínkách v rukou lékařů. Obecně je preventivní používání antiemetik prospěšnější, než jejich použití až při vzniku obtíží. Někdy jsou používány antipsychotika s antiemetickým účinkem (Tisercin, Haloperidol), jejichž tlumivý účinek je někdy pro pacienta prospěšný více a jindy méně. K mechanickým a chirurgickým zákrokům přistupujeme pouze po pečlivém uvážení, jaký vliv bude mít zásah na kvalitu života, a zda nezpůsobí další nepříjemné účinky. V případě úplné obstrukce žaludku, lze zavést nasogastrickou sondu , která přinese úlevu od napětí v žaludku. Zavedení perkutánní gastrostomie však musí být velice pečlivě zváženo. Dle publikace Paliativní péče pro sestry všech oborů je však vhodnou metodou při stálém zvracení a nevolnostech vyvolaných obstrukcí střeva. Mezi alternativní terapii patří postupy jako akupresura, aromaterapie a využití relaxačních technik snižujících napětí. (10, 12)

Zácpa definovaná jako méně časté úporné vyprazdňování tuhého střevního obsahu. Sama je příčinou stresu a obtíží, ale může vést k dalším komplikacím jako nevolnost zvracení, paradoxní průjem, zmatenost, hemeroidy, prolaps recta ... Primární zácpa vychází z životního stylu, věku, pohybové aktivity a způsobu stravování. Sekundární zácpa je způsobena nemocí nebo podávanými léky. V paliativní péči jsou jedním z nejčastějších sekundárních příčin opioidy, které snižují peristaltiku, zvyšují absorpci tekutin ve střevě, napětí svěrače.

Náplast'ové opioidy (Durogesic) by měli výskyt zácpy snížit. Důležitá je prevence a komplexní přístup léčbě zácpy. Do nefarmakologických opatření patří: zvýšený příjem tekutin, dostatečný příjem vlákniny, pravidelný pohyb, zajištění intimity, času a prostoru pro defekaci pokud je to možné využívat polohy v sedě. Cílem farmakologické léčby není abychom si každý den mohli „udělat čárku“, ale to aby se pacient mohl vyprazdňovat bez obtíží. V poslední fázi nemoci je velice obtížné rozhodnout jestli je nutné stále pokračovat v léčbě zácpy, příliš časně ukončení může způsobit komplikace naopak neukončení zbytečné obtíže nejenom pacientovi ale i rodině. (10, 12)

Únava je projevem každého pokročilého onemocnění. Projevuje se celkovou slabostí, nedostatkem energie, vyčerpáním, nespecifickými bolestmi, poruchami spánku, problémy se soustředěním, ztráta motivace a toto vše neovlivní ani dostatečný odpočinek. Příčina únavy je celková v rámci pokročilého onemocnění. Mohou však být příčiny, které jsou odstranitelné jako např.: anemie, vliv léků, anorexie, hypotyreóza, poruchy spánku... Ke konci života se pocity únavy výrazně stupňují a stávají se tak ukazatelem zhoršujícího se stavu pro nemocného i jeho rodinu. Zde by měla sestra využít různé „užitečné strategie,,. Monitorovat únavu pacienta a jeho činnost rozvrhnout do doby, kdy má více energie. Ve spolupráci s pacientem stanovit co je pro něho důležité, co chce ještě udělat a co už nezbytné není a lze to pře - delegovat na jinou osobu. Nejdůležitější je přání pacienta, dovolujeme mu odpočívat i přes den. Pokud plánujeme aktivity, vždy individuálně a aktuálně k danému stavu. Respektujeme jeho vyjádření o únavě, může nám často otevřít prostor k diskusi nad zdravotním stavem, jeho obavami či případnou frustrací. (10, 12)

Dušnost je jeden z nejvíce stresujících příznaků, nejenom pro pacienta a jeho rodinu, ale také pro zdravotníky. Je to subjektivní velice obtížně definovatelný pocit. Na jeho vzniku se podílí komplex faktorů psychických, fyzických, emocionálních a funkčních. Čím déle dušnost trvá, tím je pravděpodobnější, že strach, úzkost a frustrace zvýší vnímání její intenzity. Sestra by se měla v rámci hodnocení dušnosti zaměřovat především na to, kdy dušnost začala, jaké problémy působí, jak se s ní pacient vyrovnává, do jaké míry omezuje dušnost funkční schopnost pacienta. Pokud je to možné měla by být příčina dušnosti odhalena a léčena. Pokud tedy zátěž a množství nežádoucích účinků léčby nepřeváží nad přínosem pro pacienta. Symptomatická léčba dušnosti zahrnuje opioidy, anxiolitika, kortikoidy a to tam, kde předpokládáme přítomnost edému kolem patologických ložisek. Bronchodilatancia jsou vhodná u dušnosti způsobené rozvinutou obstrukcí dýchacích cest. Mukolytika používáme při

nadměrné tvorbě hlenu a diuretika tam, kde dušnost způsobuje retenci tekutin (kardiální selhávání). Pacienti i jejich rodiny však často mají velký strach z dušnosti a podání kyslíku vnímají jako aktivní přístup. I přesto, že objektivně podání kyslíku nemá efekt. Je neohleduplné vysvětlovat rodinám a pacientům, že kyslík v tomto případě nepomůže ke zlepšení stavu. Subjektivně pacienti často pocítují výraznou úlevu. Velký vliv na subjektivní úlevu mají opatření jako otevření okna, zvlhčování vzduchu, a relaxační techniky, které mají za cíl odvést pozornost od dušnosti, navodit správné prohloubené dýchání. Tyto techniky často přinášejí i úlevu od stresu a úzkosti způsobeného dušností. (10, 12)

Ještě považuji za důležité zmínit **postupné snížení příjmu potravy ke konci života**, které však nemusí postihnout každého. Pokud pacient nemá hlad, do jídla ho nenutíme, je to přirozený proces. Postupně snižujeme porce, jsme aktivní v nabízení různých druhů potravin, a tekutin ale ne direktivním způsobem. Základním úkolem je řádná péče o dutinu ústní, můžeme nabízet kostky zmražené koly nebo džusu, zmrzlinu a to pacientovi sníží pocit suchosti v ústech. Podávat v období před koncem života infuze také není vhodné. Bohužel, někdy je zdrojem napětí pro nemocného rodina a její postoj ke stavu výživy. Proto je dobré empaticky vysvětlit rodině, že pacienti obvykle nepocítují hlad, snížený příjem potravy je známkou postupného selhávání funkcí organismu, sonda do žaludku ani infuzní terapie, už nezachrání život nemocného a mohou mu závěr jeho života spíše znepríjemnit. Otázky výživy v posledních dnech života by měly být s rodinou vždy projednávány velice decentně a bez naléhání. (10, 12, 6)

7 VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ V OBLASTI PALIATIVNÍ PÉČE

V roce 2004 byla vypracována zpráva Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky). V této zprávě je mimo jiné zahrnuto průzkumné šetření, které se zabývá způsobem a formou vzdělávání lékařů a zdravotnického personálu v oblasti paliativní medicíny. Jako podklad pro tento průzkum byly použity osnovy středních škol, na vyšších školách anketa a u vysokých škol kurikula předmětů. (3)

Střední zdravotnické školy se dotýkají při výuce paliativní péče pouze v některých předmětech. V občanské nauce je obsažena filozofie a etika, v psychologii a komunikaci je umístěn 20 hodinový blok psychologie nemocných. Pro předmět ošetřovatelství je vyhrazen 10 hodinový blok ošetřování nemocného s bolestí, a dále by měli studenti získávat potřebné dovednosti především odbornou praxí. (3)

Pro anketní šetření na vyšších zdravotnických školách byly zvoleny dvě otázky. Vyučuje se zde paliativní medicína jako samostatný předmět? Je problematika zvládání bolesti vyučovaná jako samostatný předmět? Z deseti uvedených škol byla paliativní medicína vyučována jako samostatný předmět pouze na jediné. Ostatní školy uváděly, že se tato témata vyučují jako součást dalších předmětů a to nečastěji ošetřovatelství. (3)

Výuka na vysokých školách byla hodnocena dle dostupných kurikul, jak jsem se již zmínila, a to u studentů všeobecného lékařství a ošetřovatelství. V době výzkumu byla paliativní péče vyučována jako samostatný předmět na dvou univerzitách. Na Masarykově univerzitě v Brně jako volitelný seminář a jako součást praktického bloku na Palackého Univerzitě. Témata spojená s paliativní medicínou jsou však zastoupena v rámci dalších předmětů. Ze závěru vyplývá, že studenti ošetřovatelství jsou připravováni o něco lépe než studenti všeobecného lékařství. Autoři průzkumu hodnotí pouze léčbu bolesti, jako téma dostatečně zastoupené ve výuce. Paliativní medicína léčba bolesti byla uzákoněna jako samostatný specializační obor v roce 2004. Od této doby uběhly již čtyři roky a předpokládám, že výuka na univerzitách se rozšířila, např. na naší Univerzitě Pardubice jsou vyučovány samostatné předměty na Katedře klinických oborů Paliativní péče v onkologii, Hospicová péče u nás a ve světě a předmět Terminální stádium nemoci. (3)

V rámci této zprávy je uváděn i pohled zdravotníků na kvalitu péče o umírající, všeobecně ji vnímají jako nedostatečnou a jsou mnohem kritičtější než laická veřejnost. Jako hlavní překážky v péči o umírající uvádějí zdravotníci nedostatečné znalosti a zkušenosti v oblasti komunikace, špatné financování péče o umírající a celkově nepropracovaný systém podpory paliativní péče a další. Závěrem této zprávy je popis situace v roce 2004, reflexe a vyhlídky. Vyhlídky v oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků nabádají k systematictějšímu zařazení paliativní péče do kurikul a studijních plánů. Bohužel další situace zatím mapována nebyla tudíž nemohu zde uvést zda se tyto vyhlídky naplnily. (3)

V rámci postgraduálního vzdělávání pořádá Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů kurz s názvem Paliativní ošetrovatelská péče. Cílem kurzu je připravit všeobecnou sestru a zdravotnického asistenta na poskytování péče umírajícím a jejich blízkým, snížit riziko profesionální deformace při poskytování péče. Existuje množství vzdělávacích akcí pořádaných nejenom samotnými hospici. Velkou tradici mají např. Brněnské dny Paliativní péče. Zmínky o připravovaných konferencích a dění v českých hospicích lze najít převážně na www.hospice.cz.

II PRAKTICKÁ ČÁST

1 VÝZKUMNÉ ZÁMĚRY

- Lékaři budou mít více znalostí o problematice hospicové péče než sestry.
- Sestry budou více ovlivněny mýty o smrti a umírání než lékaři.
- Lékaři dokáží lépe rozpoznat pacienta vhodného pro paliativní péči než sestry
- Sestry mají větší znalosti o praktické stránce zajištění lůžkového hospice než lékaři.
- Lékaři vzhledem ke svému postavení budou sebejistější v komunikaci než sestry.
- Lékaři budou více získávat informace o hospicové péči formou samostudia než sestry.
- Sestry se budou cítit lépe připraveny studiem na péči o terminálně nemocné než lékaři.

2 METODIKA VÝZKUMU

V této bakalářské práci jsem se snažila zjistit, jaké jsou znalosti odborné zdravotnické veřejnosti, a to konkrétně lékařů a sester, o hospicové péči a kde tyto znalosti získali.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila teoreticko – průzkumnou práci a jako způsob sběru dat jsem zvolila formu dotazníku. Na počátku jsem si určila cíle a výzkumné záměry a podle nich jsem vytvořila dotazník. Dotazník byl zcela anonymní a respondenti z řad lékařů a sester ho vyplňovali v období od konce ledna do konce února 2009. Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků, přičemž návratnost byla 87, a použitelnost 55. Důvody k vyřazení některých dotazníků byli zejména nevyplnění otázek, a to nejčastěji překvapivě otázky č.7, která nenabízela volnou možnost odpovědi.

Lékaře a sestry jsem oslovila v Pardubické nemocnici a. s., zde bylo rozdáno celkem 58 dotazníků a v Orlicko-ústecké nemocnici a. s., kde jsem distribuovala za pomoci především vedoucích sester 62 dotazníků.

Dotazník měl celkem 19 otázek, které byly zaměřeny na oblasti získání obecných informací o hospicové péči, na část zabývající se problematikou mýtů spojených se smrtí a umíráním a část zjišťující, kde respondenti získali nejvíce informací o hospicové péči. Je zde včleněna i krátká tabulka zkoumající subjektivní názor respondentů na jejich komunikační dovednosti. Dotazník, který byl respondentům rozdán je zařazen jako příloha A.

Odpovědi jsem zpracovávala do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Excel. Výsledky, diskuze a závěr jsou uvedeny v následujících kapitolách. Zkratky použité v tabulkách empirické části:

n_i = absolutní četnost

f_i = relativní četnost

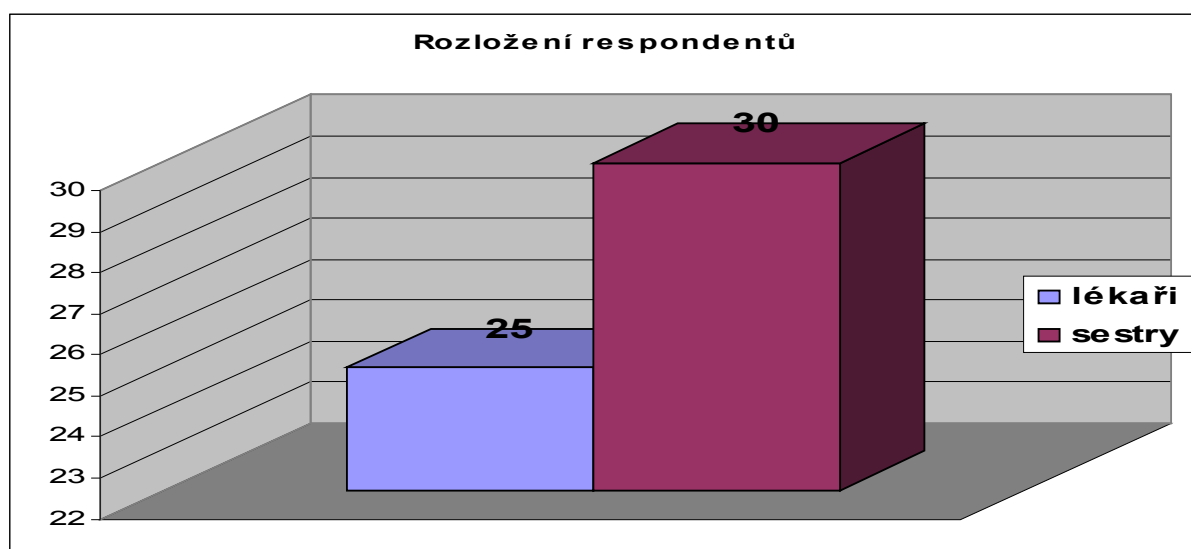
3 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

OTÁZKA Č. 1

Jste lékař nebo sestra ?

Tabulka č. 1 rozložení respondentů

rozdělení respondentů	
lékaři	sestry
25	30



Obr. č. 1 Graf Rozdělení respondentů

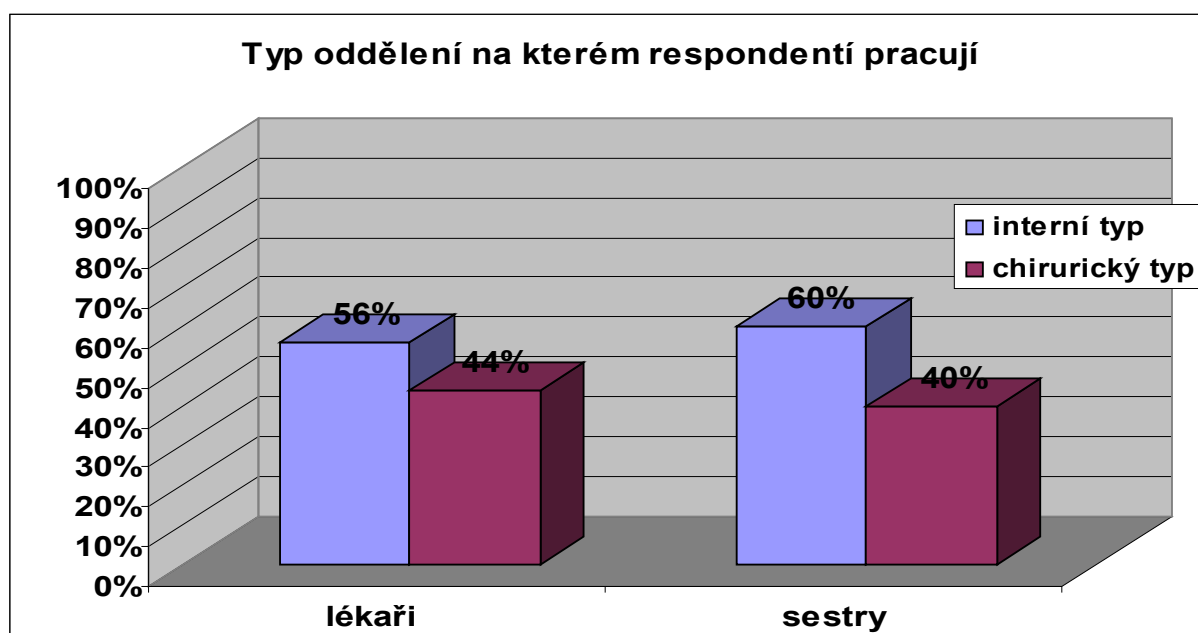
Mým hlavním cílem, je porovnávat tyto dvě skupiny respondentů tedy lékaře a sestry. První otázka rozdělila vzorek pro výzkumné šetření na 25 lékařů a 30 sester. (viz tab. 1 a obr. 1)

OTÁZKA Č. 2

Na jakém oddělení pracujete ?

Tabulka č. 2 Typ oddělení

Typ oddělení na kterém respondenti pracují				
	lékaři		sestry	
	n_i	f_i	n_i	f_i
interní typ	14	56%	18	60%
chirurgický typ	11	44%	12	40%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. č. 2 Graf Typ oddělení na kterém respondenti pracují

Tuto otázku jsem ponechala pro případ, že bych měla větší počet respondentů, a bylo by možné porovnávat znalosti pracovníků z hlediska toho na kterém oddělení pracují. Ve výsledku převažují respondenti z interních oddělení. Sester, které byly zahrnuty v šetření, bylo 60 % pracujících na interním typu oddělení a 40 % na chirurgickém. Dotazovaní lékaři působili v 56 % na interním typu oddělení a 44 % na chirurgickém typu oddělení.

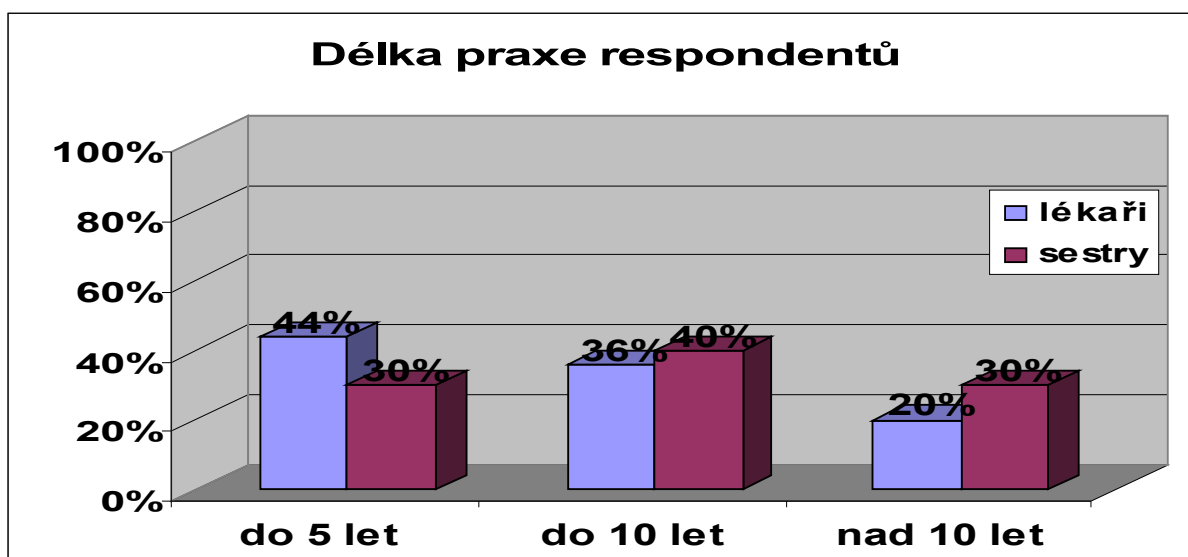
(viz tab. 2 a obr. 2)

OTÁZKA Č. 3

Jaká je délka Vaší praxe ?

Tabulka č. 3 Délka praxe respondentů

Délka praxe respondentů				
	lékaři		sestry	
	n_i	f_i	n_i	f_i
do 5 let	11	44,00%	9	30,00%
do 10 let	9	36,00%	12	40,00%
nad 10 let	5	20,00%	9	30,00%
Suma (Σ)	25	100,00%	30	100,00%



Obr. č. 3 Graf Délka praxe respondentů

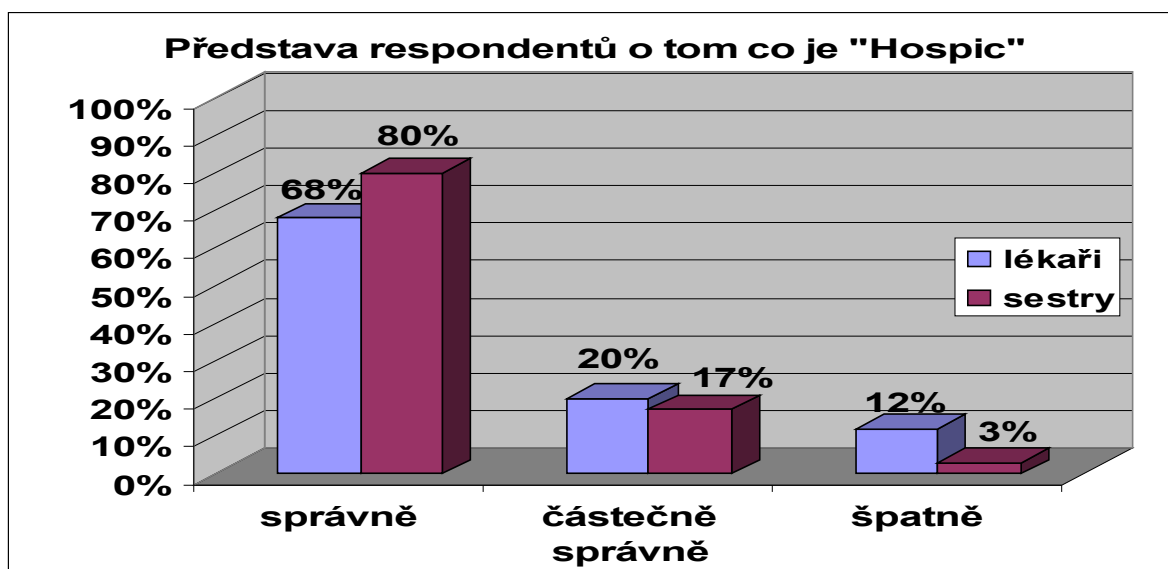
Otázka číslo tři rozdělila respondenty dle délky praxe. Lékaři dosahovali nejvyššího počtu v první možnosti. 44 % lékařů praktikuje do 5 let, 36% do deseti let a 20 % více jak deset let. Možná to souvisí s tím, že mladší lékaři jsou ochotnější vyplňovat dotazníky než starší. Sestry byly rozděleny poněkud rovnoměrněji : 30 % sester pracuje do 5 let, 40 % do 10 let a 30 % nad deset let. (viz. tab. 3 a obr. 3)

OTÁZKA Č. 4

Co si představíte pod pojmem „Hospic“ ?

Tabulka č. 4 Pojem hospic

Představa respondentů o hospici				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
správně	17	68%	24	80%
částečně správně	5	20%	5	17%
špatně	3	12%	1	3%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. č. 4 Představa respondentů o tom co je “Hospic“

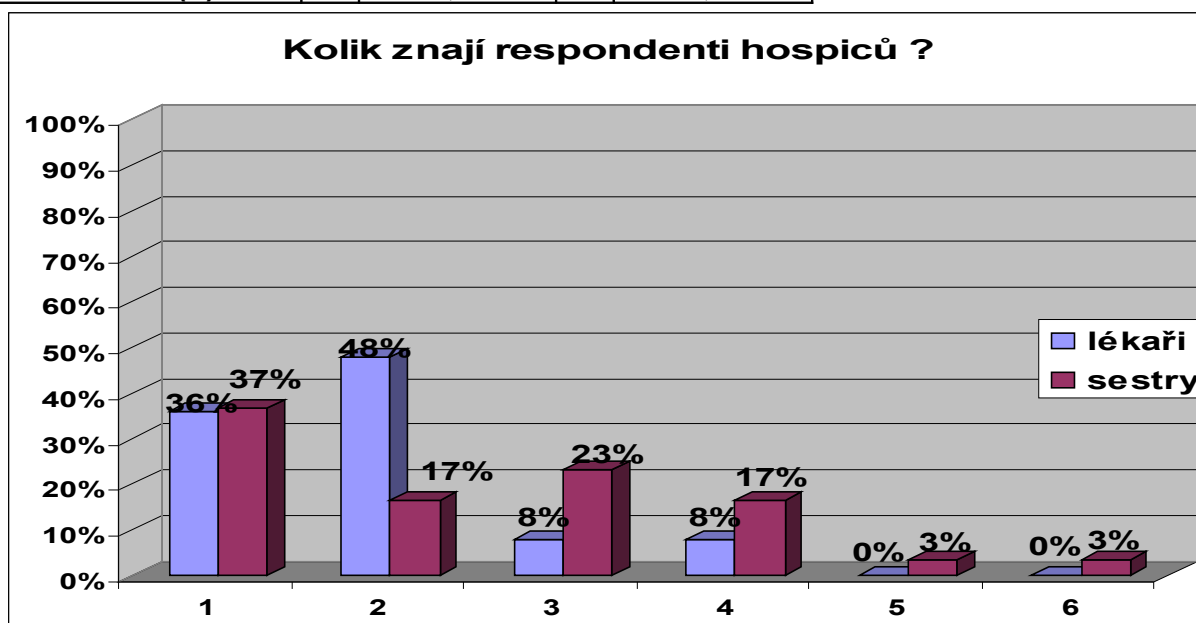
Zde byla použita otázka s volnou možností odpovědi. To, zda dotazovaní odpovídali správně či částečně správně nebo špatně, jsem hodnotila s pomocí definic hospicové péče. V částečně správných odpovědích jsou zahrnuti ti respondenti, kteří uváděli, na konci celkem dobrého popisu, že je zde poskytována péče o nemocné vyžadující rehabilitaci nebo pouze „pomoc umírajícím“ což se mi zdá příliš široké a nic neříkající. Ve špatných odpovědích jsou zahrnuti ti, kteří odpověděli nevím, nebo že hospic je Léčebna dlouhodobě nemocných. Výsledkem je, že sestry mají lepší představu o tom co je hospic. Správně odpovědělo 80% sester, částečně správně 17% a 3% špatně. Lékaři měli správnou představu o hospici v 60%, částečně správnou ve 20% a špatnou ve 12 %. (viz tab. 4 a obr. 4)

PODOTÁZKA Č 4.1

Znáte nějaké hospice ?

Tabulka 4.1 Kolik znají respondenti hospiců

Počet uvedených hospiců				
	lékaři		sestry	
počet hospiců	n _i	f _i	n _i	f _i
1	9	36%	11	37%
2	12	48%	5	17%
3	2	8%	7	23%
4	2	8%	5	17%
5	0	0%	1	3%
6	0	0%	1	3%
Suma (Σ)	25	100,00%	30	100,00%



Obr. č. 4.1 Graf Kolik znají respondenti hospiců ?

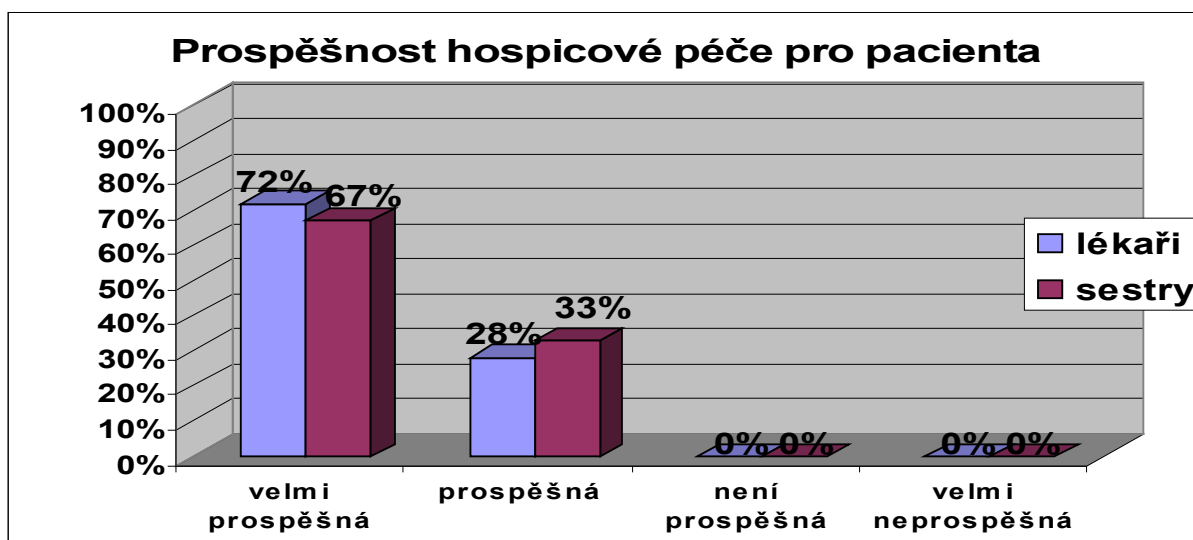
Tato otázka byla opět otevřená. Nejčastější odpovědí byl Hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci. 37 % sester zná alespoň jeden hospic v ČR, 17 % sester zná dva, 23% dokáže vyjmenovat tři hospice, 17 % čtyři, 3% pět a 3% dokonce 6 hospiců. Lékaři byli poněkud méně úspěšní, ale opět 36 % dokáže vyjmenovat alespoň jeden hospic, 17 % dva, 23 % tři, 8 % čtyři hospice. (viz. tab. 4.1 a obr. 4. 1)

OTÁZKA Č. 5

Myslíte si, že je hospicová péče pacientům prospěšná ?

Tabulka č. 5 Prospěšnost hospicové péče

Prospěšnost hospicové péče pro pacienta z pohledu respondentů				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
velmi prospěšná	18	72%	20	67%
prospěšná	7	28%	10	33%
není prospěšná	0	0%	0	0%
velmi neprospěšná	0	0%	0	0%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. č. 5 Graf Prospěšnost hospicové péče pro pacienta

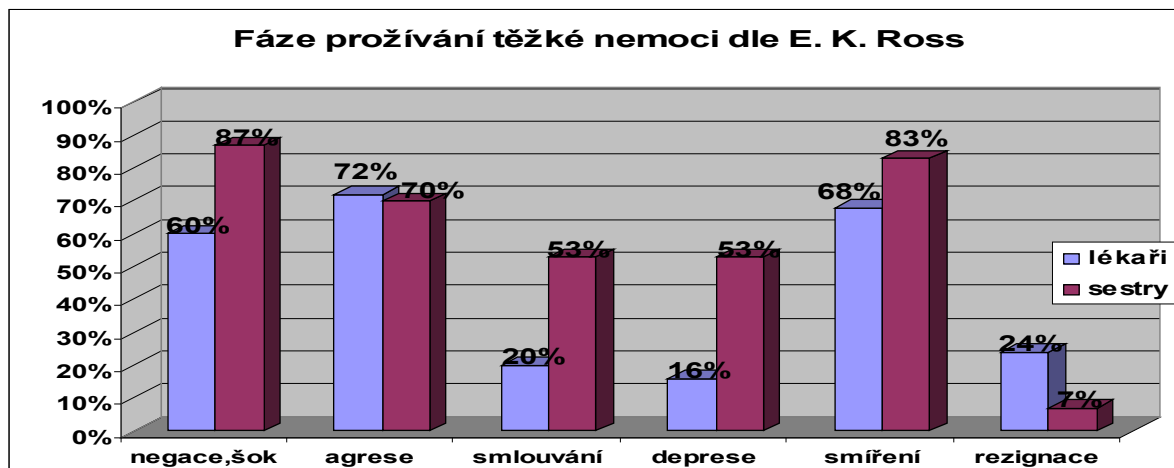
Dle očekávání se nenašel nikdo, kdo by zvolil možnost b) není prospěšná a možnost c) velmi neprospěšná z obou dotazovaných skupin. Jako velmi prospěšnou hodnotí hospicovou péči 72 % lékařů a 67 % sester. „Pouze“ prospěšná se zdá být 28 % lékařů a 33 % sester. To že takto respondenti hospicovou péči vnímají je myslím její dobrou vizitkou (viz. tab. 5 a obr. 5)

OTÁZKA Č. 6

Vzpomenete si, na fáze, známé jako prožívání těžké nemoci, které sestavila Elizabeth Kúbler Rossová? (nemusíte je přesně vyjmenovat, stačí přibližný popis)

Tabulka č. 6 Fáze dle E.K. Ross

Fáze prožívání těžké nemoci dle E. K. Ross, které respondenti dokázali vyjmenovat				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
negace, šok	15	60%	26	87%
agrese	18	72%	21	70%
smlouvání	5	20%	16	53%
deprese	4	16%	16	53%
smíření	17	68%	25	83%
rezignace	6	24%	2	7%



Obr. č. 6 Graf Fáze prožívání těžké nemoci dle E.K. Ross

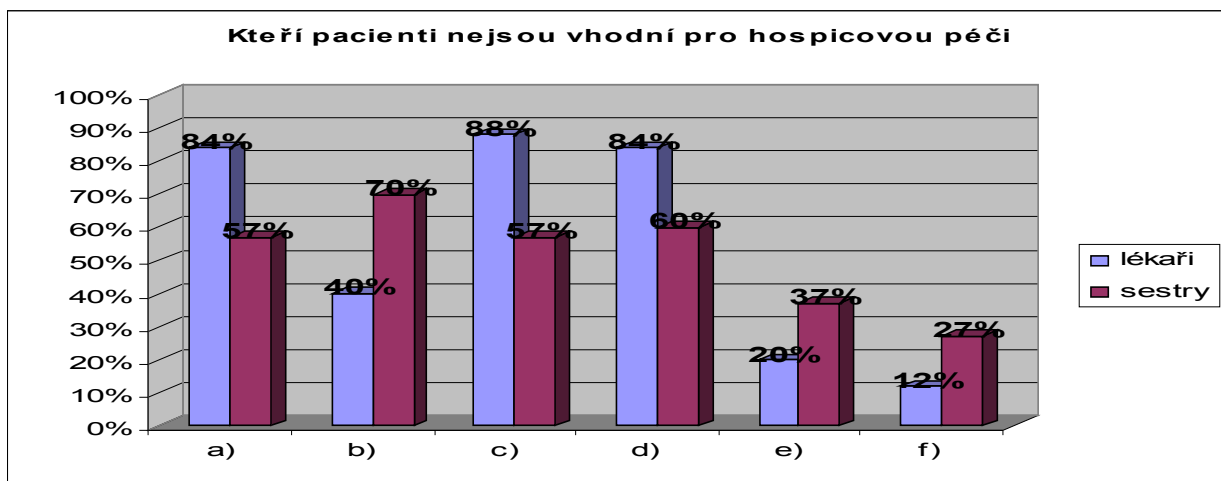
Respondenti byli vyzváni k popisu jednotlivých fází, a přesto je dokázali celkem přesně vyjmenovat, i když je trochu zarážející, že 24 % lékařů a 7 % sester vnímá rezignaci jako součást procesu vyrovnávání se s těžkou nemocí. Nejspíše se s ní často setkávají. Nejvíce sestry si vzpomnělo na fázi negace a šoku 87 %, 83 % zmínilo smíření, 70 % agrese, 53 % smlouvání a deprese. Lékaři v celkovém součtu dokázali vyjmenovat fází méně. Nejčastěji však zmínili agrese v 72 % poté smíření a negaci 60 %, následovala rezignace 24 %, smlouvání ve 20 % a deprese 16 %. (viz. tab.6 a obr.6)

OTÁZKA Č. 7

Kterí pacienti s následujícími diagnózami nejsou, dle vašeho mínění, vhodní kandidáti pro paliativní péči, myšleno péči v lůžkovém hospici ? (zakroužkujte, je zde více možností)

Tabulka č. 7 Kterí pacienti nejsou vhodní pro paliativ. péči

nabízené možnosti	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
a) stav po CMP (cévní mozkové příhodě)	21	84%	17	57%
b) chroničtí interní pacienti, jejichž sociální prostředí neumožňuje adekvátní ošetrovatelskou péči	10	40%	21	70%
c) vigilní koma	22	88%	17	57%
d) pacienti po polytraumatech vyžadující intenzivní RHB	21	84%	18	60%
e) pokročilé stádium Alzheimerovi choroby(kde předpokládaná doba smrti 3-6 měsíců)	5	20%	11	37%
f) pokročilá nádorová onemocnění	3	12%	8	27%



Obr. č. 7 Graf Kterí pacienti nejsou vhodní pro hospicovou péči

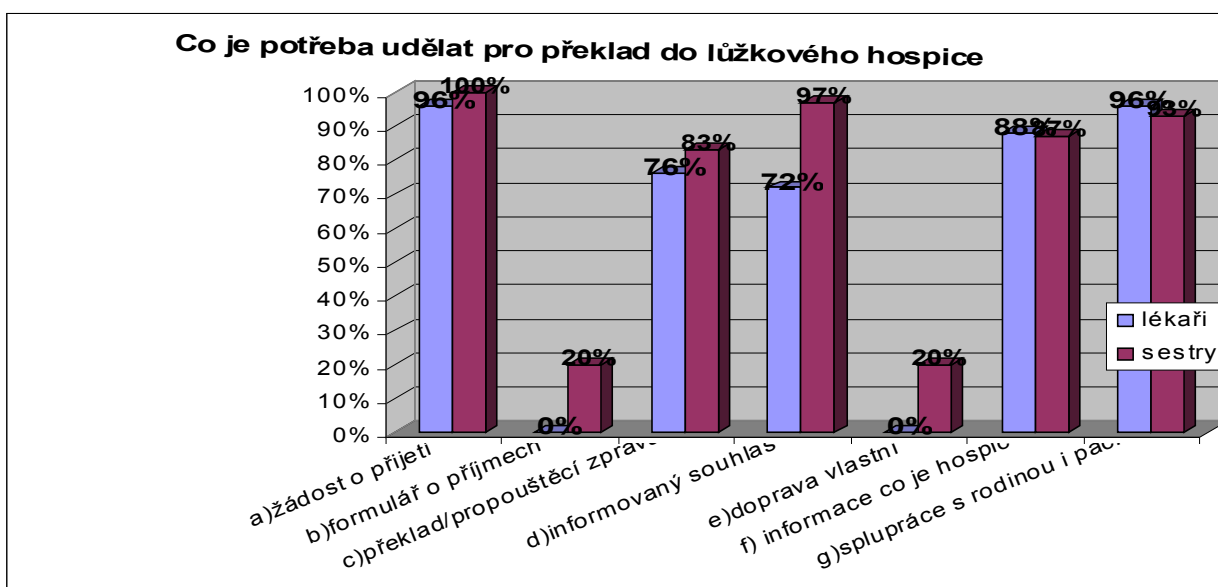
Za nevhodného pacienta považuje 84 % lékařů osobu po cévní mozkové příhodě, 40 % chronického interního pacienta, jehož prostředí mu neumožňuje adekvátní ošetrovatelskou péči, 88 % pacienta ve vigilním komatu, 84 % pacienta po polytraumatu vyžadujícího intenzivní RHB, 20 % pacienta s pokročilým stádiem Alzheimerovi choroby, a 12 % pacienta s pokročilým nádorovým onemocněním. Sestry považují za nevhodného pacienta pro paliativní péči v 57 % možnost a), v 70 % možnost b), v 57 % možnost c), v 60%, a možnost d), ve 37 % možnost e), a 27% označilo možnost f). (viz tab. 7 a obr. 7)

OTÁZKA Č. 8

Co je potřeba zařídit pro překlad do lůžkového hospice ?

Tabulka č. 8 Co zařídit pro překlad do hospice

Co je si myslíte, že je potřeba udělat pro překlad do hospice?	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
a) vyplnit žádost o přijetí do hospice	24	96%	30	100%
b) vyplnit formulář o příjmech nemocného a rodiny	0	0%	6	20%
c) přiložit překladovou nebo propouštěcí zprávu	19	76%	25	83%
d) vyplnit informovaný souhlas o přijetí do Hospice	18	72%	29	97%
e) upozornit rodinu, že dopravu zajišťuje sama	0	0%	6	20%
f) informovat pacienta co je „hospic“	22	88%	26	87%
g) na překladu spolupracovat s rodinou i pacientem	24	96%	28	93%



Obr. č. 8 Graf Co je třeba udělat pro překlad do lůžkového hospice

Povědomí o tom, že je potřeba vyplnit žádost do hospice má 96 % lékařů a 100 % sester. Některé sestry přesněji 20 % se domnívá, že pro překlad do hospice je nutný formulář o příjmech nemocného a rodiny. Překladovou nebo propouštěcí zprávu považuje za vhodnou 76 % lékařů a 83 % sester, podepsání informovaného souhlasu 72 % lékařů a 97 % sester. 20 % sester by nechalo rodinu, ať si zajistí převoz pacienta sama. Informovat pacienta o tom co je hospic uvedlo 88 % lékařů a 87% sester. Na překladu by spolupracovalo s rodinou 96 % lékařů a 93 % sester.

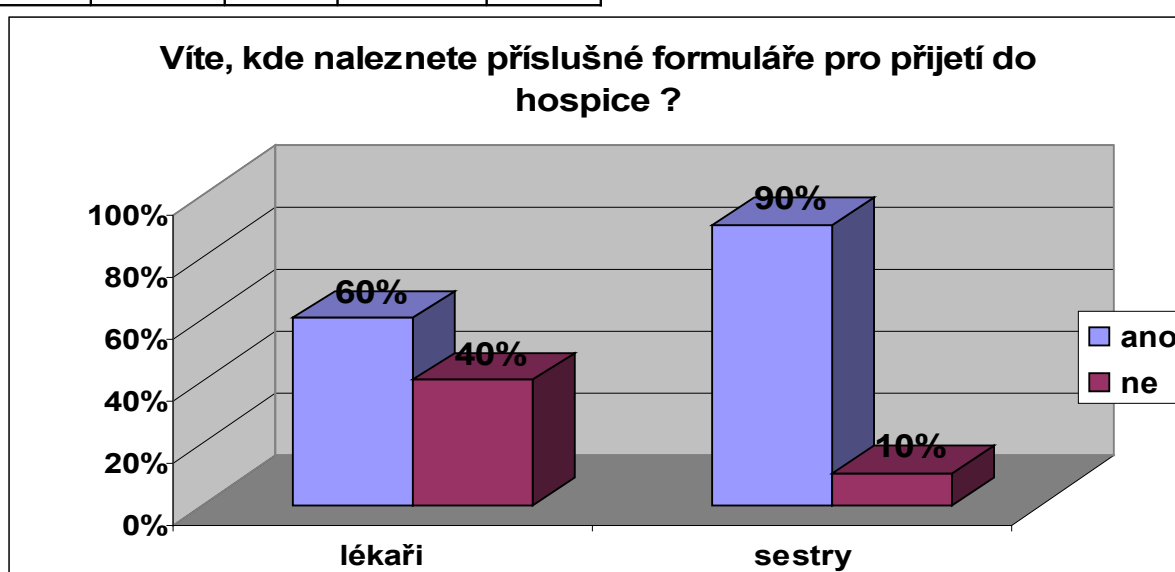
(viz tab. 8 a obr. 8)

OTÁZKA Č. 9

Víte, kde naleznete příslušné formuláře pro přijetí do hospice?

Tabulka č. 9 Formuláře pro hospic

Víte, kde naleznete příslušné formuláře pro překlad do hospice ?				
	lékaři		sestry	
	n_i	f_i	n_i	f_i
ano	15	60%	27	90%
ne	10	40%	3	10%



Obr. č. 9 Graf Víte kde naleznete příslušné formuláře pro přijetí do hospice ?

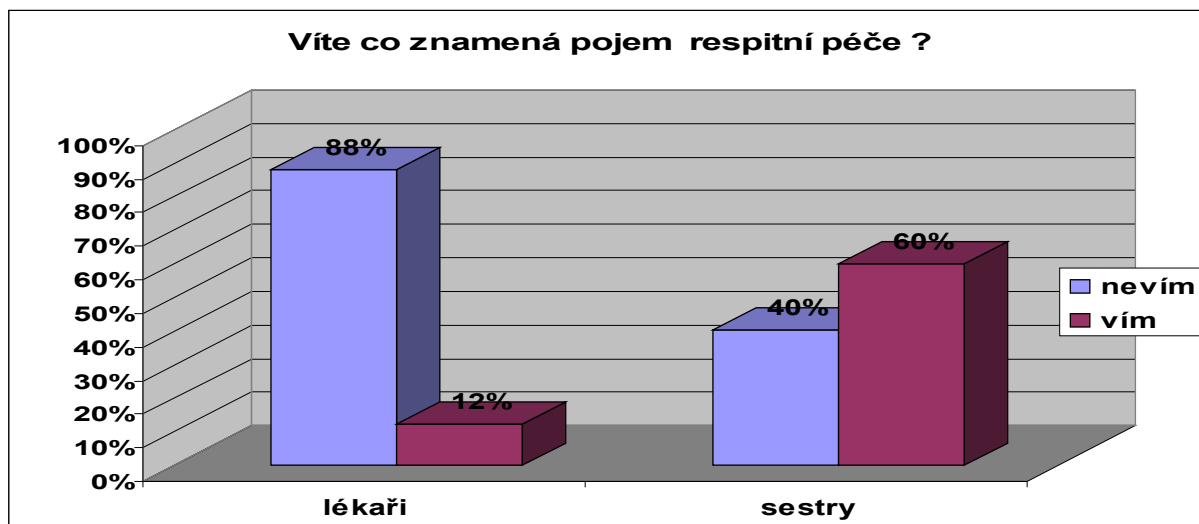
Většina sester, tedy 90 % ví, kde by našli formuláře pro překlad do hospice, pouze 10% neví. Lékaři vědí, kde je hledat v 60 % a nevědí ve 40 %. Tato otázka byla doplněna podotázkou pokud odpověděli respondenti ANO, měli uvést, kde je naleznou. Nejčastější odpovědí byl internet, u sociální pracovnice, někde i na oddělení. Lékaři často uváděli, že tyto formuláře najdou u sester. (viz obr. 9 a tab. 9)

OTÁZKA Č. 10

Víte, co znamená pojem „respitní péče“ ?

Tabulka č. 10 Respitní péče

Víte, co znamená pojem respitní péče ?				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
nevím	22	88%	12	40%
vím	3	12%	18	60%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. č. 10 Graf Víte, co znamená pojem respitní péče?

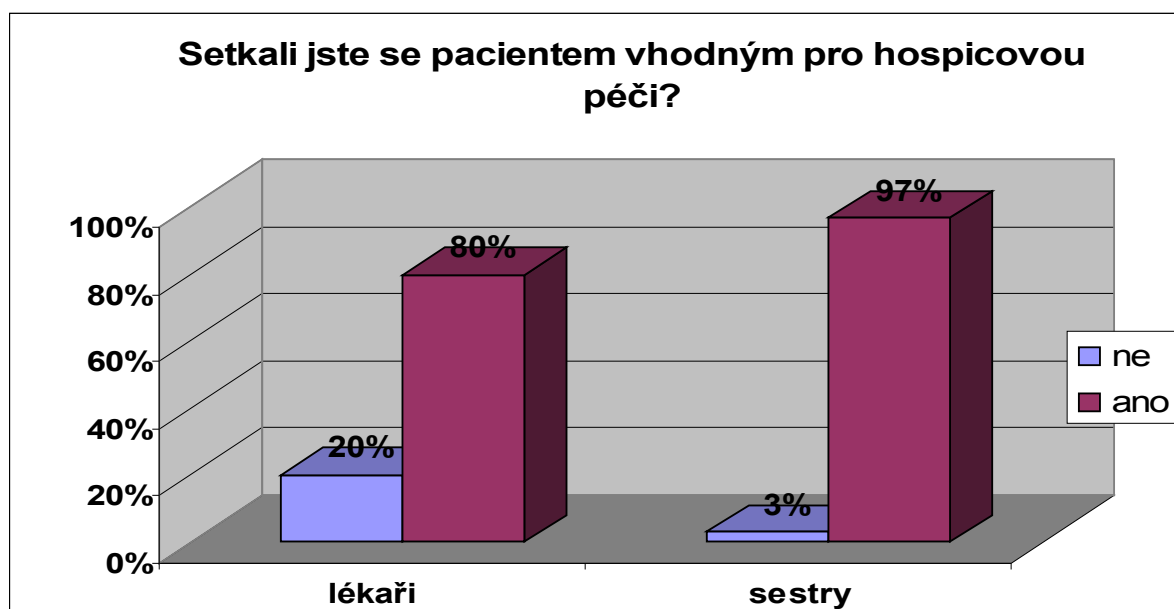
Tato otázka byla opět doplněna podotázkou, pokud odpověděli ano, měli respitní péči popsat vlastními slovy. Celých 88 % lékařů neví, co pojem respitní péče znamená, ale 12 % lékařů respitní péči zná a dokáže ji i popsat. Sestry jsou výrazně úspěšnější 60 % zná respitní péči a 40% neví, co tento pojem znamená. (viz tab. 10 a obr. 10)

OTÁZKA Č. 11

Setkali jste se během své praxe s pacientem, který byl dle vašeho názoru vhodným pro hospicovou péči ?

Tabulka č. 11 Pacient vhodný pro hospicovou péči

Setkali jste se s pacientem vhodným pro hospicovou péči ?				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
ne	5	20%	1	3%
ano	20	80%	29	97%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. č. 11 Setkali jste se s pacientem vhodným pro hospicovou péči ?

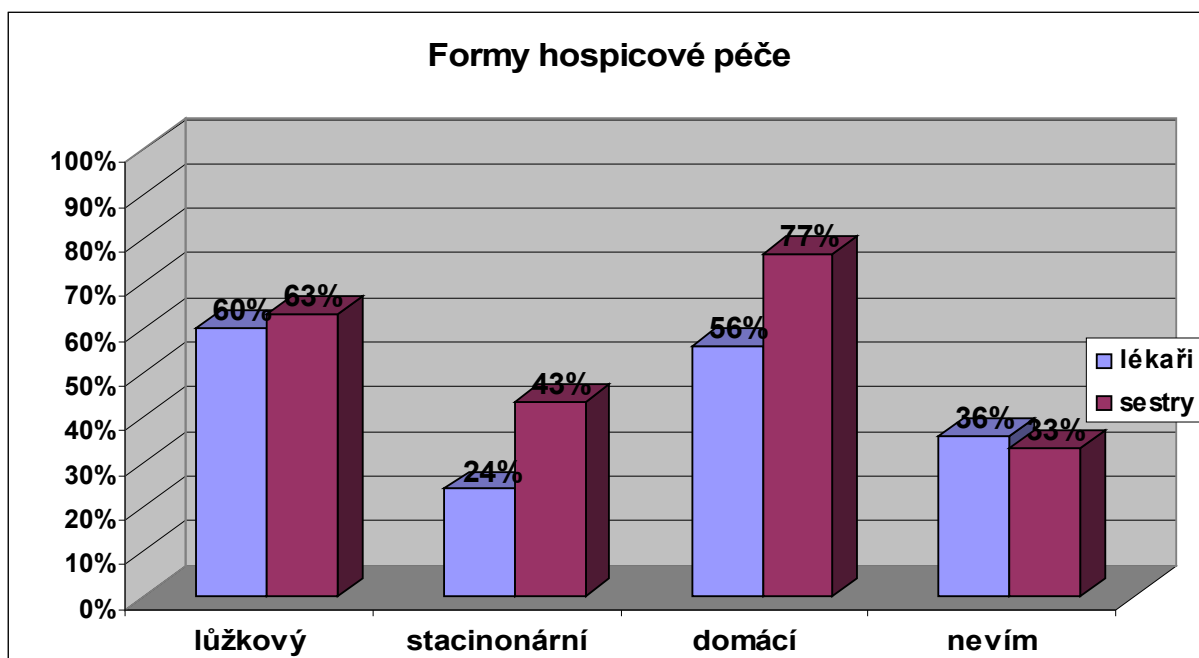
Tato otázka ukázala, že většina lékařů 80% a sester 97% se již setkala s pacientem, o kterém se domnívali, že je vhodný pro hospicovou péči. I zde byla uvedena podotázka pokud, jste odpověděli ano, „Byla takovému to pacientovi tato péče poskytnuta?“ Všichni odpověděli kladně až na jediného lékaře, který jako důvod uvedl nedostatek zkušeností . (viz tab. 11 a obr. 11)

OTÁZKA Č. 12

Víte jaké jsou tři základní formy hospicové péče ? (dělené dle místa poskytování péče)

Tabulka č. 12 Formy hospicové péče

Formy hospicové péče				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
lůžkový	15	60%	19	63%
stacionární	6	24%	13	43%
domácí	14	56%	23	77%
nevím	9	36%	11	33%



Obr. č. 12 Graf Formy hospicové péče

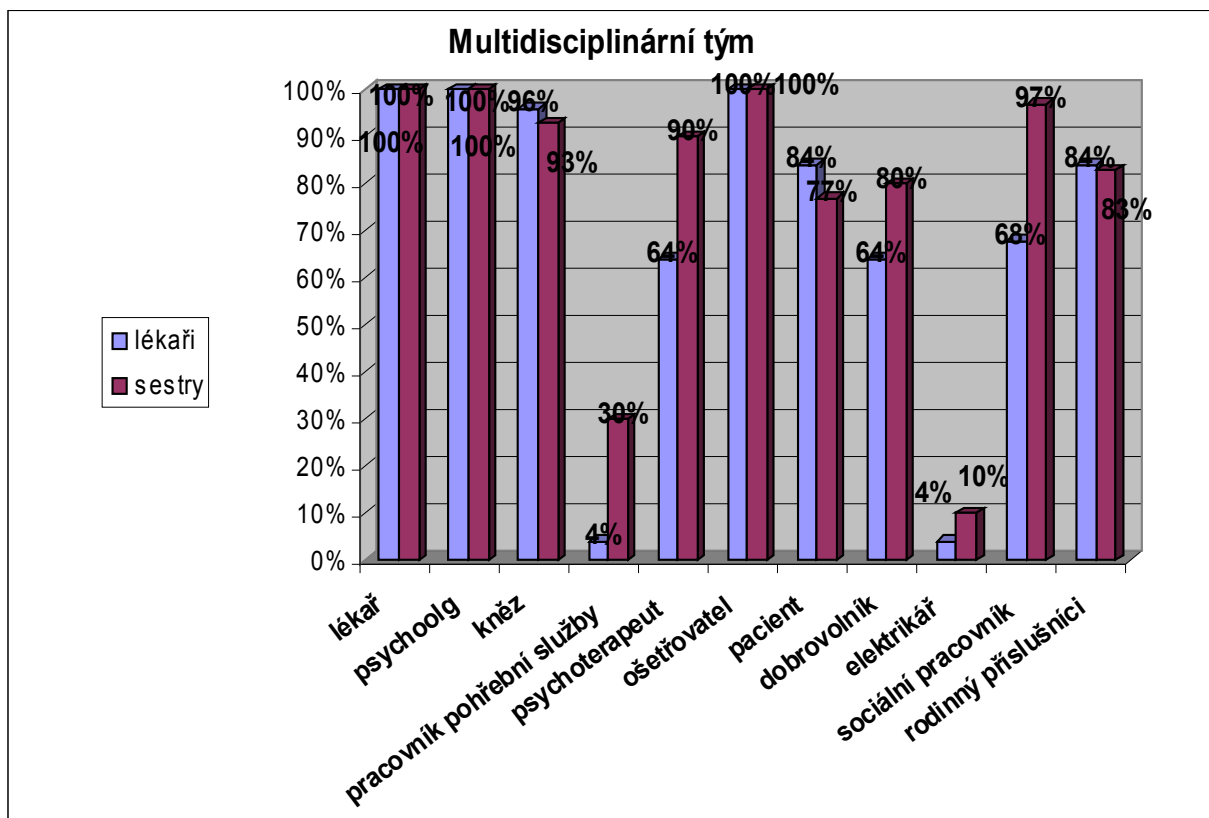
Z hodnocení této otázky vyplývá, že 63% sester zná lůžkovou formu hospice, 43% stacionární, 77% domácí, a 33% neví o formách hospicové péče. Lékaři uvedli lůžkovou hospic v 60%, stacionární ve 43%, 56% lékařů si vzpomnělo na domácí hospicovou péči a 36% nezná žádnou z forem hospicové péče. (viz tab. 12 a obr.12)

OTÁZKA Č. 13

Zakroužkujte osoby, které jsou součástí multidisciplinárního týmu ? (hospicový tým)

Tabulka č. 13 Multidisciplinární tým

Složení multidisciplinárního týmu				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
lékař	25	100%	30	100%
psycholog	25	100%	30	100%
kněz	24	96%	28	93%
pracovník pohřební služby	1	4%	9	30%
psychoterapeut	16	64%	27	90%
ošetřovatel	25	100%	30	100%
pacient	21	84%	22	77%
dobrovolník	16	64%	24	80%
elektrikář	1	4%	3	10%
sociální pracovník	17	68%	26	97%
rodinný příslušníci	21	84%	25	83%



Obr. č. 13 Graf Multidisciplinární tým

Z předešlé tabulky a grafu vyplývá, že 100% respondentů z obou skupin považuje lékaře, psychologa a ošetřovatele za součást hospicového týmu. Kněze považuje za člena týmu 96 %

lékařů a 93% sester, psychoterapeuta 64 % lékařů a 90% sester, pacienta 84 % lékařů a 77% sester, dobrovolníka 64% lékařů a 80% sester, sociálního pracovníka 68% lékařů a 97% sester, rodinného příslušníka 84 % lékařů a 83 % sester. Elektrikáře za součást multidisciplinárního týmu považují 4% lékařů a 10% sester, pracovníka pohřební služby 4% lékařů a 30% sester. (viz tab. 13 a obr.13)

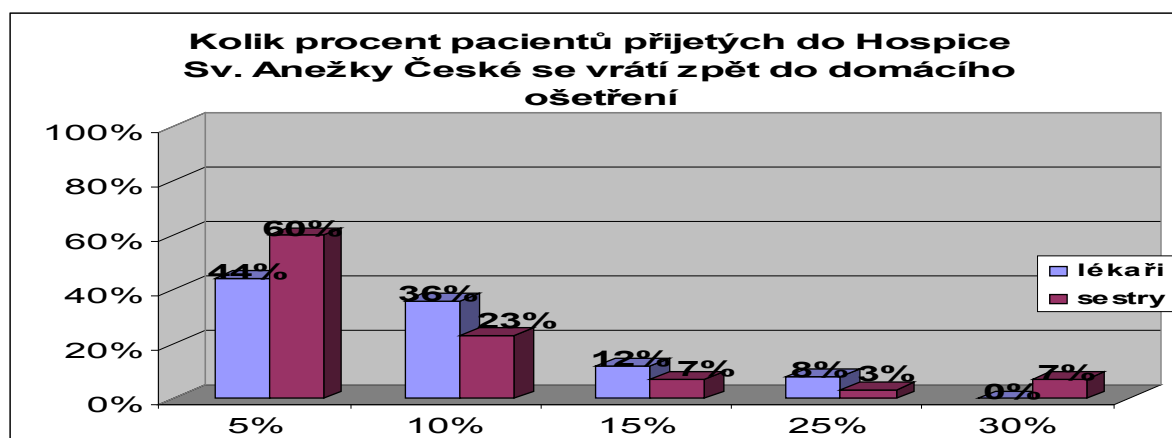
OTÁZKA Č. 14

Zkuste odhadnout kolik procent pacientů, přijatých do Hospice Svaté Anežky České se po ošetření vrátí zpět do domácího ošetřování(za rok) ?

Tabulka č. 14 Subjektivní odhad navrácení se do domácího prostředí

Kolik procent pacientů, přijatých do Hospice Sv. Anežky České, se dle vašeho odhadu vrátí zpět do domácího ošetřování ?				
	lékaři		sestry	
	n_i	f_i	n_i	f_i
5%	11	44%	18	60%
10%	9	36%	7	23%
15%	3	12%	2	7%
25%	2	8%	1	3%
30%	0	0%	2	7%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%

Obr. č.14 Graf Kolik procent pacientů přijatých do Hospice Sv. Anežky České se vrátí zpět do



domácího ošetřování

Sestry se v této otázce zdají poněkud skeptičtější 60 % se domnívá, že pouze 5% procent pacientů se po přijetí do hospice vrátí do domácího ošetřování, 23% se domnívá, že se vrátí domů 10 % pacientů, 7% se přiklonilo k odpovědi 15% , 3% sester označila odpověď 25%, a 7% vybralo odpověď 30% pacientů, kteří se vrátí domů. Z lékařů 44% vybralo odpověď 5%, odpověď 10% zaškrtnulo 36 % lékařů, odpověď 15% označilo 12% lékařů, správnou odpověď tedy 25%, zahrlo 9% lékařů a možnost 30% navrátiivších nevyznačil nikdo. (viz tab.14 a obr.14)

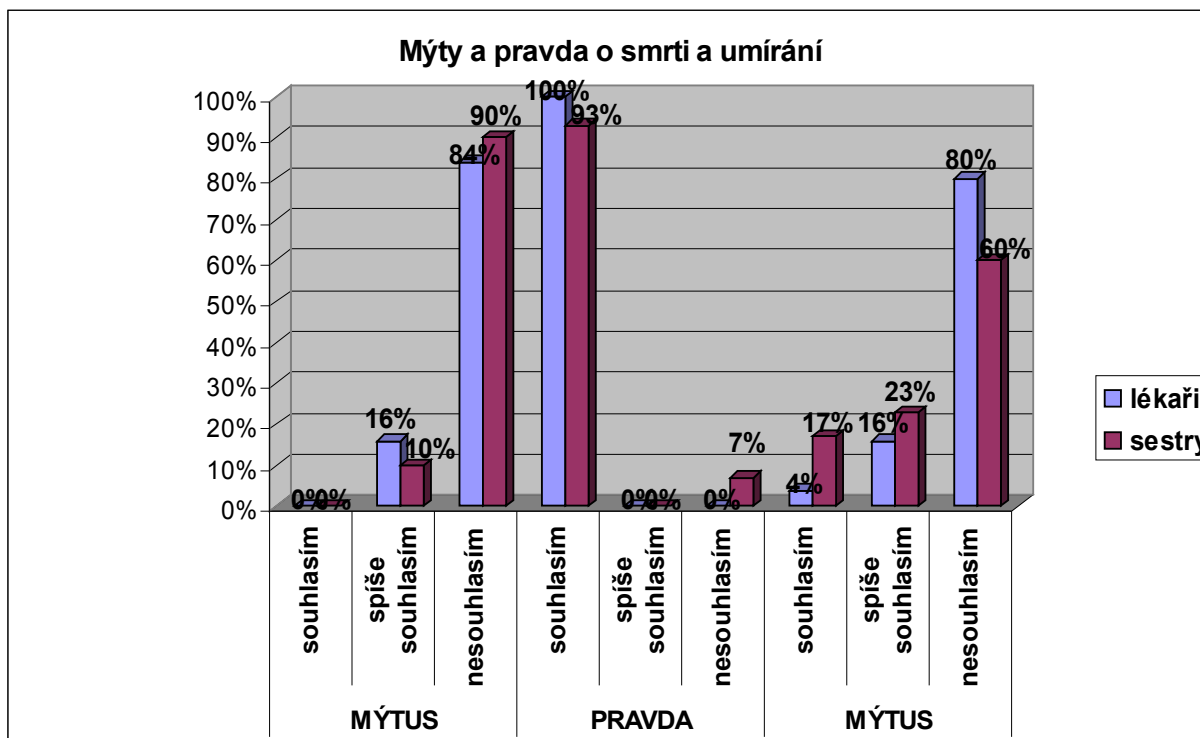
OTÁZKA Č. 15

Souhlasíte s následujícími výroky?

- Hospic je dům, a jedině zde lze poskytovat paliativní péči.
- Je důležité dát členům rodiny umírajícího najevo, že jejich pocity nejsou ojedinělé a zahanbující?
- Umírání je plné bolesti a osamění a s tím se nedá moc dělat.

Tabulka č. 15 Mýty a pravda

Mýty a pravda o smrti a umírání		lékaři		sestry	
		n _i	f _i	n _i	f _i
MÝTUS	souhlasím	0	0%	0	0%
	spíše souhlasím	4	16%	3	10%
	nesouhlasím	21	84%	27	90%
PRAVDA	souhlasím	25	100%	28	93%
	spíše souhlasím	0	0%	0	0%
	nesouhlasím	0	0%	2	7%
MÝTUS	souhlasím	1	4%	5	17%
	spíše souhlasím	4	16%	7	23%
	nesouhlasím	20	80%	18	60%



Obr. č. 15 Graf Mýty a pravda o smrti a umírání

S prvním mýtem „nesouhlasí“ 84% lékařů a 90% sester, „spíše souhlasí“ 16% lékařů a 10% sester. Pravdivé tvrzení souhlasně označilo 100% lékařů a 93% sester, 7% procent s tímto tvrzením „nesouhlasí“. Druhý mýtus poznalo 80% lékařů a 60% sester, kteří označili odpověď „nesouhlasím“. Spíše s tímto mýtem „souhlasí“ 16% lékařů a 23% sester. „Souhlasí“ s ním 4% lékařů a 17% sester. (viz tab.15 a obr. 15)

OTÁZKA Č. 16

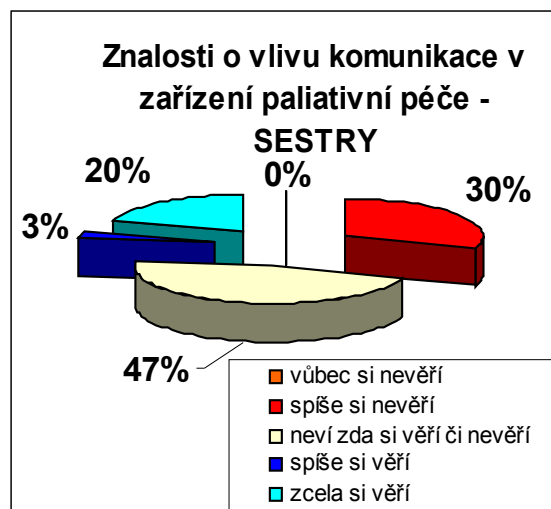
Zhodnoťte své dovednosti s použitím škály 1-10,

(„1“ –vůbec si nevěřím, „10“– zcela si věřím)

- Mám znalosti o vlivu komunikace na pacienty v zařízení paliativní péče ?
- Dokážu hovořit s pacienty, kteří mají terminální onemocnění pravdivě a otevřeně o všem, co je pro ně důležité ?
- Dokážu komunikovat s rozrušenými pacienty ? (plačícími, křičícími)
- Dokážu komunikovat s úzkostlivými členy rodiny a pozůstalými ?

Tabulka č. 16. Znalosti o vlivu komunikace v zařízení paliativní péče

	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
(1-2) vůbec si nevěří	4	16%	0	0%
(3-4) spíše si nevěří	1	4%	9	30%
(5-6) neví, zda si věří či nevěří	7	28%	14	47%
(7-8) spíše si věří	10	40%	1	3%
(8-10) zcela si věří	3	12%	6	20%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr.16a Graf Znalosti o vlivu komunikace v zařízení paliativní péče - lékaři

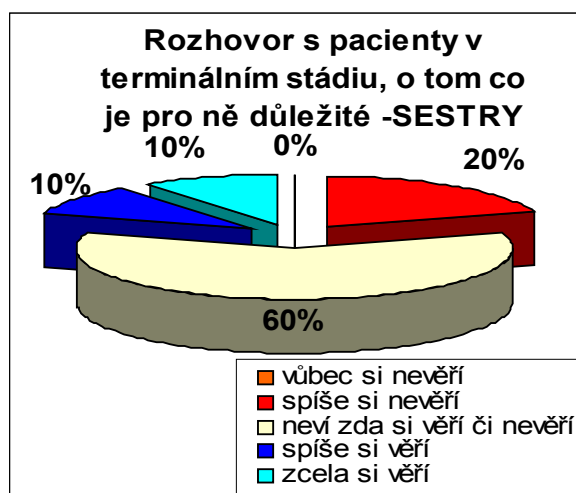
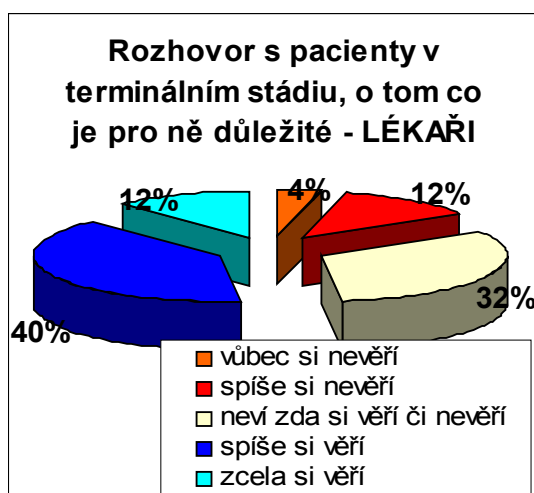
Obr.16b Graf Znalosti o vlivu komunikace v zařízení paliativní péče - sestry

Subjektivně zhodnotili zdravotníci své komunikační dovednosti o vlivu komunikace v zařízeních paliativní péče takto. Vůbec si nevěří 16% lékařů, spíše si nevěří 4%, neví, zda si věří či nevěří 28%, spíše si věří 40%, zcela si věří 12%. Sestry si spíše nevěří v 30% , neví, zda si věří či nevěří ve 47%, spíše si věří 3%, a zcela si věří 20%.

(viz tab. 16 a obr.16a , 16b)

Tabulka č. 16. 1 Rozhovor s pacienty v term. stádiu, pravdivý a otevřený

Rozhovor s pacienty v terminálním stádiu, pravdivý a otevřený o tom co je pro ně důležité				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
(1-2) vůbec si nevěří	1	4%	0	0%
(3-4) spíše si nevěří	3	12%	6	20%
(5-6) neví, zda si věří či nevěří	8	32%	18	60%
(7-8) spíše si věří	10	40%	3	10%
(8-10) zcela si věří	3	12%	3	10%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



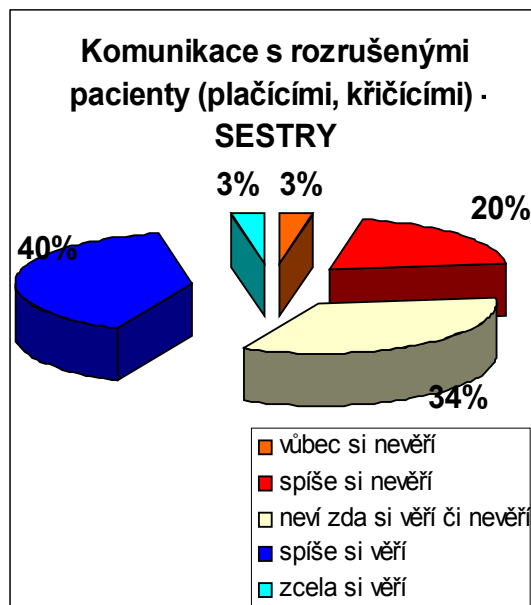
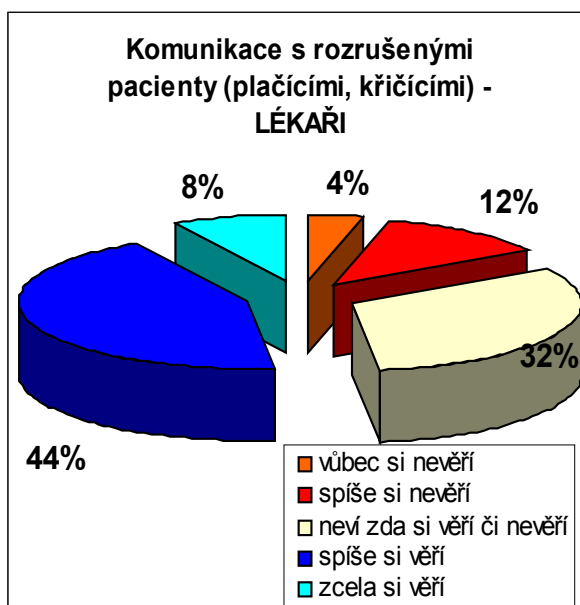
Obr. 16. 1a Graf Schopnost hovořit s pacienty, kteří mají terminální onemocnění - lékaři

Obr. 16. 1b Graf Schopnost hovořit s pacienty, kteří mají terminální onemocnění - sestry

Schopnost hovořit s pacienty pocítují lékaři následovně: vůbec si nevěří 4%, spíše si nevěří 12%, neví, zda si věří či nevěří 32%, spíše si věří 40%, zcela si věří 12%. Sestry hodnotí své komunikační dovednosti takto: spíše si nevěří 20%, neví, zda si věří či nevěří 60%, spíše si věří 10% a zcela si věří 10%. (viz tab. 16.1 a obr 16.1a, 16.1b)

Tabulka č. 16. 2 Komunikace s rozrušenými pacienty

Komunikace s rozrušenými pacienty (plačícími, křičícími)				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
(1-2) vůbec si nevěří	1	4%	1	3%
(3-4) spíše si nevěří	3	12%	6	20%
(5-6) neví, zda si věří či nevěří	8	32%	10	34%
(7-8) spíše si věří	11	44%	12	40%
(8-10) zcela si věří	2	8%	1	3%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%

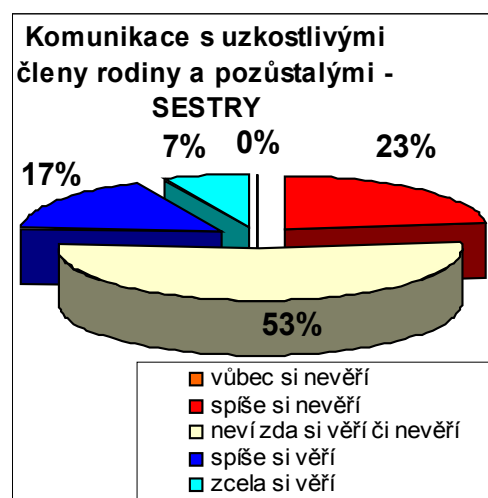
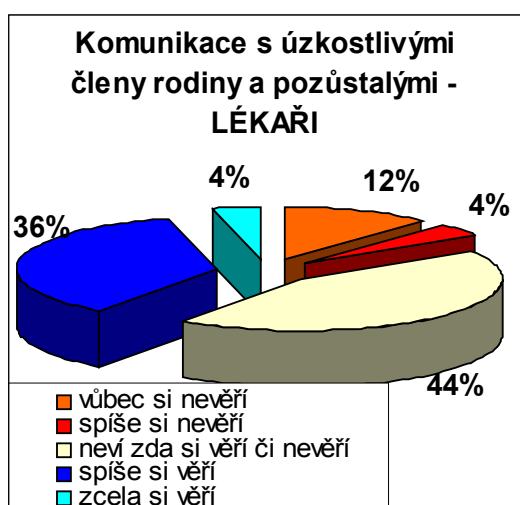


Obr. 16. 2a Graf Komunikace s rozrušenými pacienty - lékaři
 Obr. 16. 2b Graf Komunikace s rozrušenými pacienty - sestry

Schopnost vést komunikaci s rozrušenými pacienty vnímají lékaři takto: vůbec si nevěří 4%, spíše si nevěří 12%, neví, zda si věří či nevěří 32%, spíše si věří 44%, zcela si věří 8%. Sestry si vůbec nevěří ve 3% , spíše si nevěří 20%, neví, zda si věří či nevěří 34%, spíše si věří 40%, zcela se věří 3%. (viz tab. 16.2 a obr. 16.2a, 16.2b)

Tabulka č. 16. 3 Komunikace s úzkostlivými členy rod. a pozůstalými

	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
(1-2) vůbec si nevěří	3	12%	0	0%
(3-4) spíše si nevěří	1	4%	7	23%
(5-6) neví, zda si věří či nevěří	11	44%	16	53%
(7-8) spíše si věří	9	36%	5	17%
(8-10) zcela si věří	1	4%	2	7%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. č 16.3a Graf Komunikace s úzkostlivými členy rodiny a pozůstalými - lékaři
 Obr. č 16.3b Graf Komunikace s úzkostlivými členy rodiny a pozůstalými -sestry

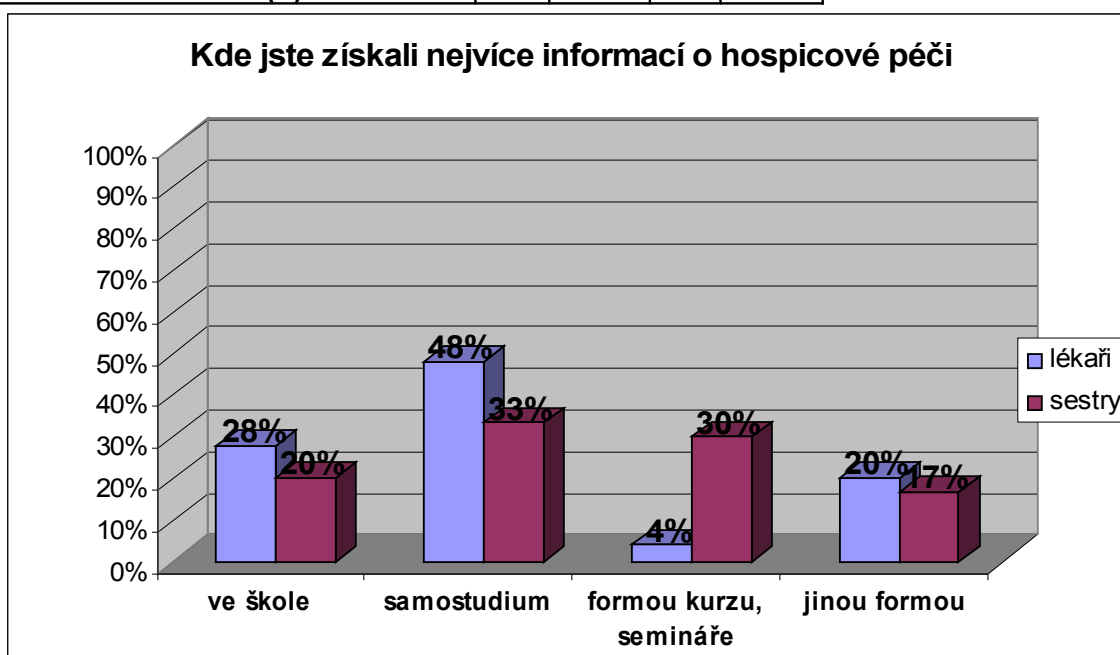
Komunikaci s úzkostlivými členy rodiny a pozůstalými subjektivně zhodnotili lékaři takto: vůbec si nevěří 12% , spíše si nevěří 4%, neví, zda si věří či nevěří 44%, spíše si věří 36%, zcela si věří 4%. Sestry: vůbec si nevěří 0%, spíše si věří 23%, neví, zda si věří či nevěří 53%, spíše si věří 17%, zcela si věří 7%. (viz tab. 16.3 a obr. 16.3a, 16.3b)

OTÁZKA Č. 17

Kde jste se dozvěděli nejvíce informací o hospicové péči ?

Tabulka č. 17 Kde respondenti získali nejvíce informací

Kde získali respondenti nejvíce informací o hospicové péči				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
ve škole	7	28%	6	20%
samostudium	12	48%	10	33%
formou kurzu, semináře	1	4%	9	30%
jinou formou	5	20%	5	17%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. č 17 Graf Kde získali respondenti nejvíce informací o hospicové péči ?

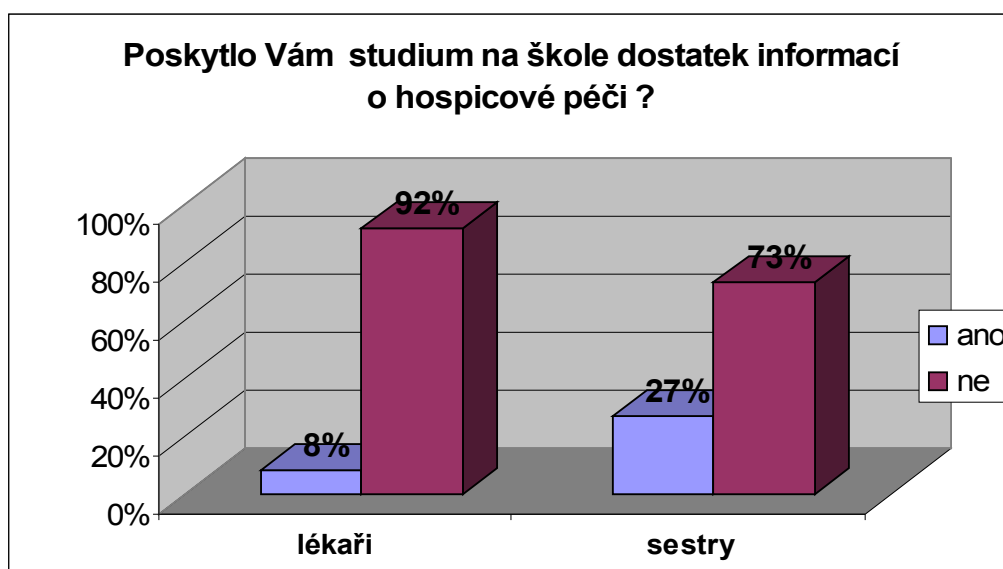
Na otázku, kde získali nejvíce informací o hospicové péči odpověděli lékaři možnostmi a) ve škole – ve 20%, samostudiem 48%, formou kurzu nebo semináře 4% a jinou formou 20%. Jinou formou byl nejčastěji internet a www stránky hospiců. Sestry získaly nejvíce informací samostudiem 33%, ve škole ve 20%, formou kurzu nebo semináře 30%, jinou formou 17% opět se zde objevoval internet jako zdroj informací. (viz tab.17 a obr. 17)

OTÁZKA Č. 18

Myslíte si, že Vám studium poskytlo dostatek informací o hospicové péči ?

Tabulka č 18 Poskytlo Vám studium dostatek informací o hospicové péči

Poskytlo Vám studium dostatek informací o hospicové péči				
	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
ano	2	8%	8	27%
ne	23	92%	22	73%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. č. 18 Graf Poskytlo Vám studium ve škole dostatek informací o hospicové péči ?

Dostatek informací o hospicové péči získalo studiem 8% lékařů a 27% sester, jako nedostatečné informace nabídnuté ve škole hodnotí 92% lékařů a 73 % sester. (viz tab.18 a obr. 18)

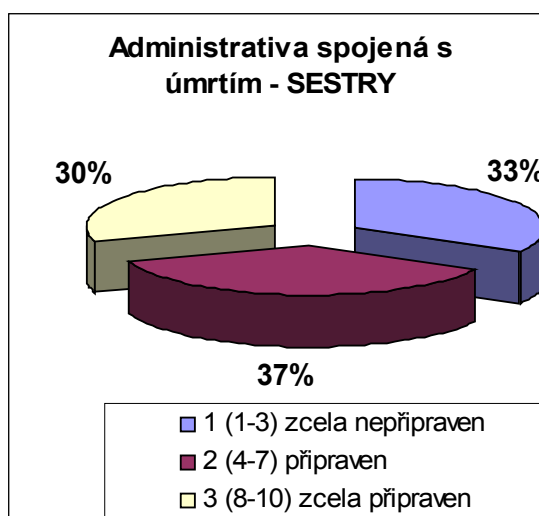
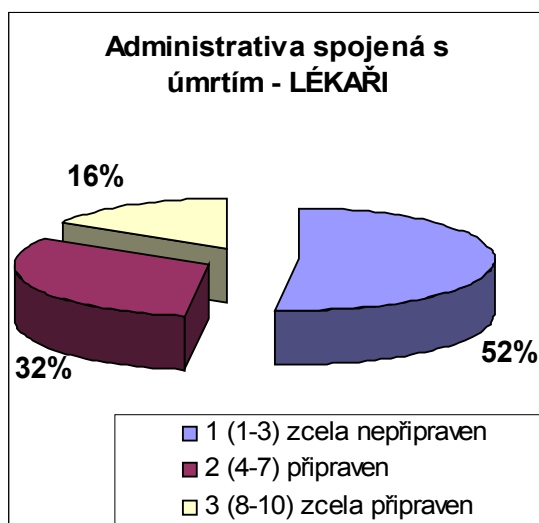
OTÁZKA Č. 19

Zhodnoťte následující oblasti péči o terminálně nemocné (od 1 do 10), dle toho, jak Vás studium na ně připravilo. („1“ zcela nepřípraven, „10“ zcela připraven)

- administrativa spojená s úmrtím
- odborné výkony
- komunikace spolupráce s pacientem
- komunikace spolupráce s rodinou
- péče o pozůstalé

Tabulka č. 19 Administrativa spojená s úmrtím

Administrativa spojená s úmrtím				
intervaly	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
1 (1-3) zcela nepřípraven	13	52%	10	33%
2 (4-7) připraven	8	32%	11	37%
3 (8-10) zcela připraven	4	16%	9	30%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



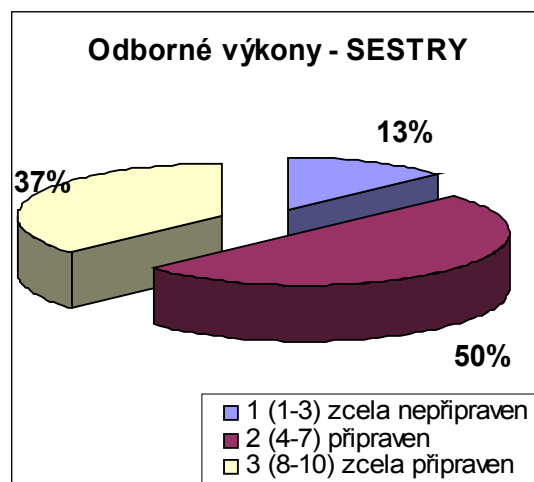
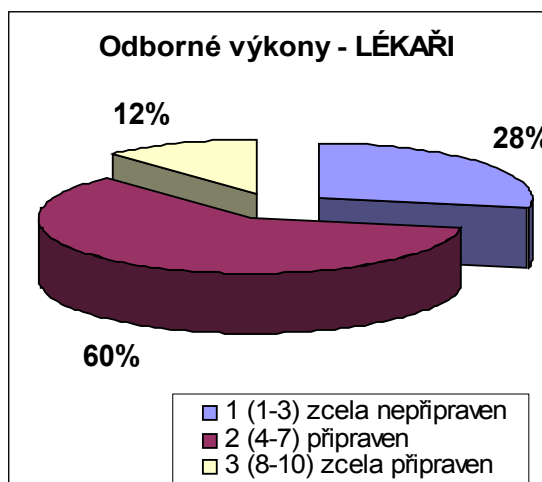
Obr. č.19a Graf Administrativa spojená s úmrtím - lékaři

Obr. č.19b Graf Administrativa spojená s úmrtím - sestry

Přípravenost na administrativu spojenou s úmrtím hodnotí lékaři takto: 52% zcela nepřípraveno, připraveno 32%, zcela připraveno 16%. Sestry se cítí zcela nepřípraveny v 33%, připraveny v 37%, a zcela připraveny 30%. (viz tab. 19 a obr. 19a, 19b)

Tabulka č. 19. 1 Odborné výkony

Odborné výkony				
intervaly	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
1 (1-3) zcela nepřípraven	7	28%	4	13%
2 (4-7) připraven	15	60%	15	50%
3 (8-10) zcela připraven	3	12%	11	37%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



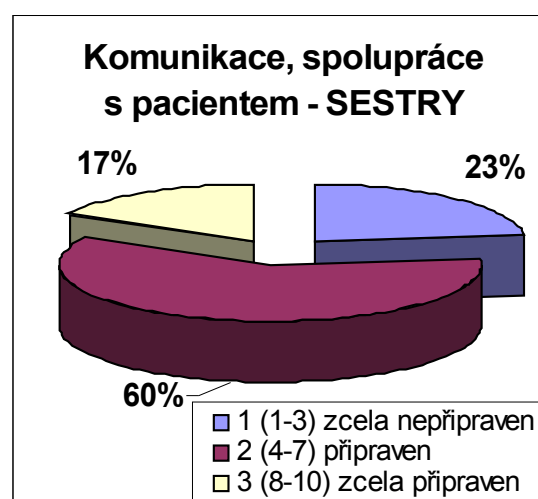
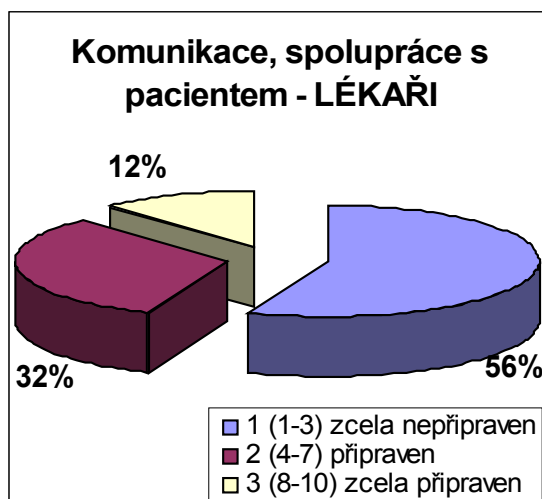
Obr. č. 19. 1a Graf Odborné výkony - lékaři

Obr. č. 19. 1b Graf Odborné výkony - sestry

Na odborné výkony se cítí zcela nepřípraveno 28% lékařů, připraveno 60% a zcela nepřípraveno 12%. Sestry své schopnosti po studiu hodnotí takto: zcela nepřípraveno 13%, připraveno 50%, a zcela připraveno 37%. (viz tab. 19. 1 a obr 19.1a, 19.1b)

Tabulka č. 19. 2 Komunikace a spolupráce s pacientem

Komunikace, spolupráce s pacientem				
intervaly	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
1 (1-3) zcela nepřípraven	14	56%	7	23%
2 (4-7) připraven	8	32%	18	60%
3 (8-10) zcela připraven	3	12%	5	17%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



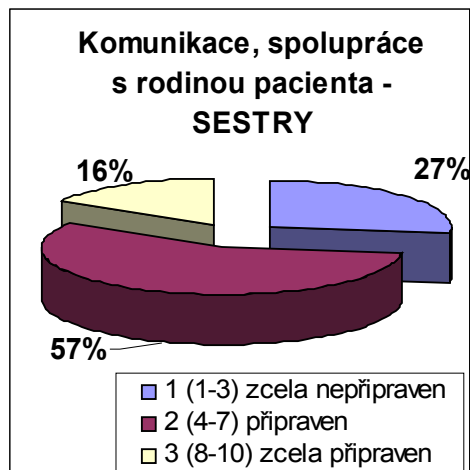
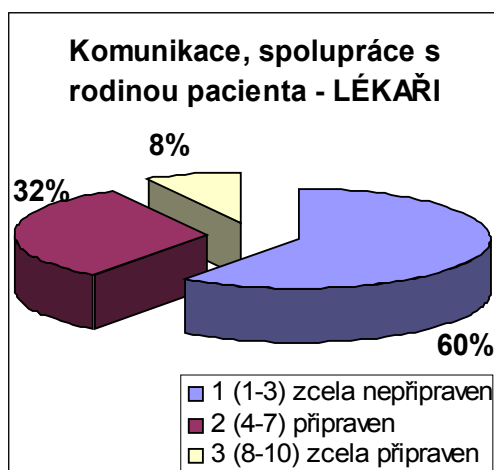
Obr. 19.2a Graf Komunikace, spolupráce s pacientem - lékaři

Obr. 19.2b Graf Komunikace, spolupráce s pacientem - sestry

V oblasti komunikace s pacientem se zcela nepřípraveno cítí 56% lékařů, připraveno 32%, zcela nepřípraveno 12%. Sestry se hodnotí jako zcela nepřípraveny ve 23%, připraveny 60% a zcela připraveny 17% (viz tab. 19.2 a obr. 19.2a, 19.2b)

Tabulka 19.3 Komunikace spolupráce s rodinou pacienta

Komunikace, spolupráce s rodinou pacienta				
intervaly	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
1 (1-3) zcela nepřipraven	15	60%	8	27%
2 (4-7) připraven	8	32%	17	57%
3 (8-10) zcela připraven	2	8%	5	16%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. č.19.3a Graf Komunikace, spolupráce s rodinou - lékaři

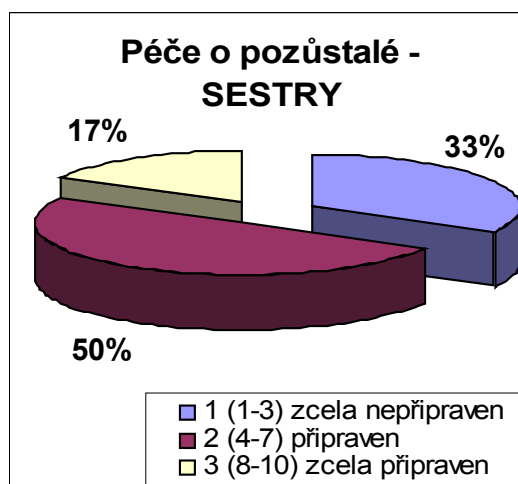
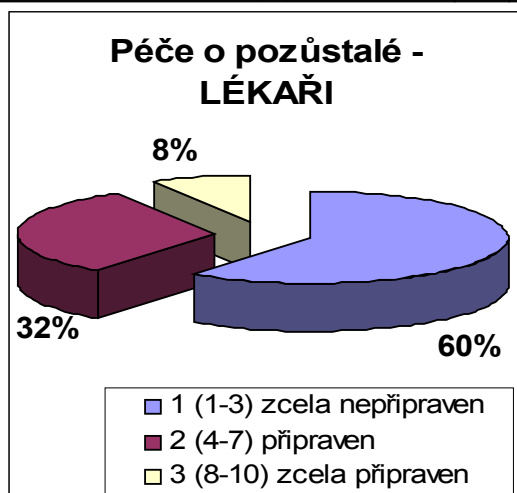
Obr. č.19.3b Graf Komunikace, spolupráce s rodinou - sestry

Pro komunikaci a spolupráci s rodinou se cítilo zcela nepřipraveno 60% lékařů, 27% sester, připraveno 32% lékařů a 57% sester, zcela připraveno 8% lékařů a 16% sester.

(viz tab. 19.3 a obr. 19.3a, 19.3b)

Tabulka č. 19. 4 Péče o pozůstalé

Péče o pozůstalé				
intervaly	lékaři		sestry	
	n _i	f _i	n _i	f _i
1 (1-3) zcela nepřípraven	15	60%	10	33%
2 (4-7) připraven	8	32%	15	50%
3 (8-10) zcela připraven	2	8%	5	17%
Suma (Σ)	25	100%	30	100%



Obr. 19.4a Graf Péče o pozůstalé - lékaři

Obr. 19.4b Graf Péče o pozůstalé - sestry

Pro poskytnutí pomoci pozůstalým se cítilo zcela nepřípraveno 60% lékařů a 33% sester, připraveno 32% lékařů a 50% sester, zcela připraveno 8% lékařů a 17% sester.

(viz tab. 19.4 a obr. 19.4a, 19.4b)

DISKUZE

V této části práce shrnuji odpovědi na předem stanovené výzkumné záměry. Dále komentuji některé zajímavé skutečnosti, které z výzkumu vyplynuly.

1. Lékaři budou mít více znalostí o problematice hospicové péče než sestry.

Výsledek pro tento výzkumný záměr vychází z odpovědí na otázky č. 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13.

Otázka č. 4 Co si představíte pod pojmem „Hospic“? nabízela volnou možnost tvoření odpovědi (viz tab. 4). Správnou představu má 80% sester a 68% lékařů. Tato čísla jsou pro mne velice uspokojivá. Ráda bych zde uvedla příklady špatných odpovědí, kterých naštěstí nebylo mnoho: „Je to léčebna dlouhodobě nemocných“, „Ústav pro umírající“ a „Zařízení zaměřené na léčbu bolesti“. Otázka měla i podotázku, kde jsem se dotazovala na to, jaké hospice respondenti znají. (viz tab. 4.1). Jako nejznámější se ukázal Hospic sv. Anežky v Červeném Kostelci. Výsledkem této otázky je, že sestry znají více hospiců než lékaři a dokáží svoji představu i správně vyjádřit.

Otázka číslo 5 zkoumala subjektivní pohled respondentů na prospěšnost hospicové péče pro pacienta (viz tab. 5). Za velmi prospěšnou ji označilo 72% lékařů a 67% sester. „Pouze“ prospěšně ji hodnotí 28% lékařů a 33% sester. Tento výsledek je krásnou vizitkou hospicové péče.

Otázka číslo 6 byla zaměřená na fáze prožívání těžké nemoci dle Elizabeth K. Ross, které se měli respondenti pokusit vyjmenovat (viz tab. 6). Všechny fáze dokázalo vyjmenovat 53% sester a 16% lékařů. Překvapivým zjištěním bylo, že k těmto fázím řadí 24% lékařů a 7% sester rezignaci což je možnost, kterou může tento proces skončit. Zajímavé je, že nejvíce lékařů si vzpomnělo na agresi a nejvíce sester na negaci a šok to jsou nejspíše fáze se kterými se respondenti setkávají nejčastěji. Z výsledků vyplývá, že sestry znají tyto fáze lépe, než lékaři.

Otázka č.10 se dotazovala na pojem respitní péče (viz tab. 10). Bohužel bylo pro mne velkým zklamáním, že 88% lékařů vůbec netuší, co tento pojem znamená. Zato 60% sester ho zná a dokáže ho i popsat. Sestry jsou tedy úspěšnější i v této otázce.

V Otázce č. 12 jsem se dotazovala na základní tři formy hospicové péče. Vyjmenovat všechny formy dokázalo 44% sester a 24% lékařů. Sestry opět ve výsledku skončily lépe, jejich větší část dokáže vyjmenovat formy hospicové péče ve vyšším procentu, než lékaři.

Kdo patří do multidisciplinárního týmu (hospicový tým)? Toto byla otázka číslo 13 (viz tab.13). Lékaři i sestry se správně domnívají ve 100%, že lékař, psycholog, ošetřovatel jsou součástí týmu, ovšem 7% sester a 4 % lékařů se nedomnívá, že kněz by byl součástí týmu. Psychoterapeuta, jako součást týmu nevnímá 36% lékařů a 10% sester což je opět škoda. To, zda je pacient součástí týmu je otázkou použité literatury, osobně se však domnívám, že tam patří a byla jsem k tomu i během své praxe v hospici vedena, 16% lékařů a 23% sester, však tento názor nesdílí. Dobrovolníka jako součást týmu neoznačilo 36% lékařů a 20% sester, přitom dobrovolnictví je běžnou součástí hospicové péče. Sociálního pracovníka jako člena týmu nevidí 32% lékařů a 3% sester. Rodinné příslušníky, jako členy týmu nevnímá 16% lékařů a 17% sester. Výsledek je velice vyrovnaný, ale lékaři mají lepší představu o tom, kdo by měl být součástí multidisciplinárního týmu.

Souhrn vychází s výsledků hodnocení jednotlivých otázek. Sestry dokáží vyjmenovat více hospiců než lékaři, ve vyšším procentu dokázali popsat co je hospic a mají více informací o tom, jaké jsou fáze prožívání těžké nemoci dle E. K. Ross. Většina sester ví, co je respitní péče. V tom, jaké máme formy hospicové péče, se opět lépe orientují sestry. Lékaři vědí lépe, kdo by měl být součástí hospicového týmu, než sestry. Otázka číslo pět spíše jen nepřímou poukazuje na to, že lékaři vnímají hospicovou péči jako více prospěšnou než sestry a tudíž by měli mít lepší znalosti o hospicové péči. Souhrnně bohužel musím říci, že **výzkumný záměr nebyl potvrzen**, jelikož sestry mají hlubší znalosti než lékaři.

2. Sestry budou více ovlivněny mýty o smrti a umírání než lékaři.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě odpovědí k otázkám č.14 a č.15. V otázce číslo 14 jsem se dotazovala na procentuální množství pacientů, které se vrátí po přijetí do Hospice Sv. Anežky České zpět do domácího ošetřování. Správná odpověď je 25% (viz tab.č. 14) Touto otázkou jsem chtěla nepřímou poukázat na to, že většina zdravotníků si myslí, že „Hospic je dům smrti“, což je jeden z nejčastějších mýtů, který naznačuje, že kdo je

přiját do hospice, ten zde i zemře. Velice mírně převažuje skeptičtější pohled na hospic u sester než u lékařů.

V otázce č. 15 jsem uvedla dva mýty a jedno pravdivé tvrzení (viz tab. 15). Respondenti měli vybrat, zda souhlasí, spíše souhlasí či nesouhlasí s daným výrokem. První byl mýtus „*Hospic je dům, a jedině zde lze poskytovat paliativní péči.*“. Sestry s touto smyšlenkou nesouhlasili v 90% a lékaři v 84 %. V rámci tohoto výroku jsou tedy lékaři ovlivněni mýtem více než sestry. Druhá možnost otázky č.15 bylo pravdivé tvrzení „*Je důležité dát členům rodiny umírajícího najevo, že jejich pocity nejsou ojedinělé a zahanbující*“. Lékaři souhlasili ve 100%, sestry v 93%. Zde nelze říci, že by skupina 7% nesouhlasících sester byla či nebyla ovlivněna mýtem, ale bylo by vhodné doplnit jejich informace o psychické podpoře rodiny. Třetí výrok, nebo-li mýtus „*Umírání je plné bolesti a osamění a s tím se nedá moc dělat*“. Tento mýtus vyvrací už sama existence paliativní péče. S tímto mýtem nesouhlasí 80% lékařů a 60% sester. Obě skupiny respondentů jsou ovlivněny tímto mýtem, i když sestry opět převažují. Nejspíše mají zkušenosti s pacienty, kteří trpí velkými bolestmi. Souhrnně lze tedy říci, že sestry jsou více ovlivněny mýty, než lékaři, i když rozdíl není velký a **výzkumný záměr se tedy potvrdil.**

3. Lékaři dokáží lépe rozpoznat pacienta vhodného pro paliativní péči než sestry.

Výsledky pro tento výzkumný záměr by měla poskytnout otázka č. 7. Kteří pacienti s následujícími diagnózami nejsou vhodní kandidáti pro paliativní péči? (myšleno péči v lůžkovém hospici) (viz tab.č. 7). Správné odpovědi a) označilo 84% lékařů a 57% sester, c) zaškrtnulo 88% lékařů a 57% sester, možnost d) vyznačilo 84% lékařů a 60% sester. Možnost b) patří spíše na sociální lůžka a přesto by ji indikovalo do hospice 60% lékařů a 30% sester. Někteří respondenti označili za nevhodné kandidáty i f) pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním a e) pacienty v pokročilém stadiu Alzheimerovy choroby, kde jsem uvedla předpokládanou dobu smrti 3-6 měsíců. Tuto chybu příkládám na vrub tomu, že si řádně nepřečetli otázku. Výsledkem tedy je, že lékaři dokáží identifikovat pacienta vhodného pro paliativní péči lépe než sestry. Lékaři byli úspěšnější v nevhodných indikacích a chybovali u možnosti e) a f) v menším procentu než sestry i když by nevyšším procentu indikovali možnost b). **Výzkumný záměr se tedy potvrdil.**

4. Sestry mají větší znalosti o praktické stránce zajištění lůžkového hospice než lékaři.

Výsledky pro tento výzkumný záměr by měli poskytnout otázky č. 8, 9, 11 Otázka č. 8 Co je potřeba zařídit pro překlad do lůžkového hospice? (viz tab.8) Sestry byly úspěšnější než lékaři ve všech správných možnostech vyjma spolupráce s rodinou pacienta na překladu. Bohužel 20% shodně označilo, možnost b) vyplnit formulář o příjmech pacienta a rodiny, a variantu e) upozornit rodinu aby si dopravu zajistila sama. Ty to dvě možnosti jejich výsledek značně snižují. Naopak sestry ví, kde hledat formuláře pro přijetí do hospice v 90% a lékaři v 60% (viz tab. 9). Pokud respondenti odpověděli, že vědí kde hledat příslušné formuláře, měli napsat konkrétně kde. nejčastější odpovědí byl internet, pro zajímavost uvedu, že lékaři několikrát uvedli, že tyto formuláře nelezou u sester. Otázka číslo 11.(viz tab. č. 11) měla ukázat jestli se respondenti během své praxe setkali s pacientem, který byl vhodný pro hospicovou péči. S takovým to pacientem se setkalo 80% lékařů a 97% sester. Pokud odpověděli respondenti, že setkali, měli uvést, zda-li péče byla pacientovi poskytnuta. Všichni odpověděli kladně s výjimkou jediného lékaře, který uvedl jako důvod neposkytnutí péče nedostatek zkušeností. Z výše uvedeného vyplývá, že většina respondentů má zkušenosti s překladem do hospicové péče a to více sestry než lékaři. Souhrnně lze říci, že **výzkumný záměr se ani nepotvrdil ani nevyvrátil** Sestry sice ví, kde hledat příslušné formuláře pro překlad do hospice a setkali se s pacientem vhodným pro hospicovou péči, která mu byla následně poskytnuta, častěji než lékaři, ale lékaři jsou úspěšnější v tom, jaké formuláře je třeba vyplnit pro překlad do hospice.

5. Lékaři vzhledem ke svému postavení budou sebejistější v komunikaci než sestry.

Podkladem pro zhodnocení tohoto výzkumného záměru jsou výsledky vyplývající z otázky č. 16, která byla zaměřena na subjektivní zhodnocení komunikačních dovedností respondenty, při použití škály 1-10 („1“ - vůbec si nevěří, „10“ zcela si věří), která byla následně rozdělena do pěti intervalů (viz všechny tab. počínající č.16) V oblasti znalostí vlivu komunikace v zařízeních paliativní péče, schopnosti vést rozhovor s pacientem v terminálním stádiu a komunikace s rozrušenými pacienty byli sebejistější lékaři, 52% jich zvolilo možnost spíše si věřím či zcela si věřím. Sestry v těchto oblastech dosahovaly výsledků nižších. V poslední oblasti - komunikace s úzkostlivými členy rodiny a pozůstalými - opět mají vyšší

skóre lékaři. 40% si spíše věří či zcela věří. U sester je to pouhých 20%. Vzhledem k vyššímu sebevědomí lékařů se **výzkumný záměr potvrdil.**

6. Lékaři budou více získávat informace o hospicové péči formou samostudia než sestry.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě odpovědí k otázkám č. 17 a 18. Otázka č. 17 Kde jste získali nejvíce informací o hospicové péči? (viz tab. č. 17) Obě dvě skupiny respondentů shodně uvádějí, že nejvíce informací získali samostudiem a to 48% lékařů a 33% sester. Lékaři vybrali ve 20% jinou formu studia, a jako tu uváděli zejména internet a internetové stránky hospiců. Otázka č.18 Myslíte si, že Vám studium poskytlo dostatek informací o hospicové péči (viz tab. 18). Jako nedostatečné informace nabídnuté ve škole hodnotí 92% lékařů a 73% sester. Závěrem je, že lékaři hodnotí přípravu v oblasti hospicové péče ve škole více kriticky než sestry a proto se také vzdělávají formou samostudia častěji. **Výzkumný záměr se potvrdil.**

7. Sestry se budou cítit lépe připraveny studiem na péči o terminálně nemocné než lékaři.

Výsledek pro tento výzkumný záměr vychází z odpovědí na otázku č. 19 , kde měli respondenti zhodnotit pomocí škály 1-10 („1“ zcela nepřípraven, „10“ zcela připraven), to jak je studium připravilo pro oblasti péče o terminálně nemocné (viz všechny tabulky počínající č. 19). Tato škála byla následně rozdělena do tří intervalů. V oblasti administrativy spojené s úmrtím se cítí sestry zcela připraveny či připraveny v 67% a lékaři ve 48%. Na odborné výkony se sestry cítí lépe připraveny než lékaři. 87% sester se cítí zcela připraveno či připraveno. I když jsou lékaři v komunikaci sebejistější, na komunikaci s rodinou pacienta se studiem necítí připraveni v tak vysokém procentu jako sestry. Na péči o pozůstalé a komunikaci s pacientem se cítí zcela připraveno či připraveno shodně 77% sester. U lékařů je to v těchto oblastech výrazně nižší. Celkovým závěrem tedy je, že sestry hodnotí svoji přípravu za dobu studia jako výrazně kvalitnější pro dané oblasti, než lékaři. **Výzkumný záměr se tedy potvrdil.**

ZÁVĚR

Teoretická část mé práce mi poskytla mnoho nových poznatků o tomto širokém tématu, které jak se zdá vstupuje stále více do povědomí nejenom laické, ale i odborné veřejnosti, z čehož mám opravdu velkou radost a doufám, že tento trend bude i nadále pokračovat. Vzhledem k tomu, že dotazníky byly rozdány v širokém spektru jak chirurgických, tak interních oddělení, bez ohledu na to, zda zde lze očekávat vyšší výskyt pacientů vhodných pro překlad do hospicové péče, z čehož by vplynuly vyšší znalosti. S výsledky dotazníkového šetření jsem spokojena.

Cílem mé práce bylo zjistit, která skupina respondentů má více znalostí o hospicové péči, i když jsem ve výzkumném záměru předpokládala, že více znalostí budou mít lékaři než sestry. Opak byl pravdou. Lékaři však více využívají možnosti samostudia, a tak své vědomosti průběžně doplňují. Druhým cílem bylo zjistit, zda u respondentů přetrvávají mýty o hospicové péči. Lékaři i sestry jsou ovlivněni mýty o smrti a umírání, ale sestry se zadají být poněkud skeptičtější. Věřím, že pokud by každý z nich absolvoval, alespoň krátkou stáž v některém z českých hospiců, jejich pohled by se zajisté změnil. Jsem si zároveň vědoma, že je to otázka času a financí, které mohou být překážkou. Poslední cíl: odhalit, jaké jsou zkušenosti s indikací do hospicové péče, nebyl zcela splněn. Většina dotazovaných má zkušenost s překladem do hospice, ale co se týče vhodné indikace, obě skupiny chybovaly i když lékaři méně. Tento cíl by bylo nespíše vhodné stanovit jako téma samostatné práce, která by mohla lépe prozkoumat tuto problematiku. V teoretické části jsem se věnovala oblasti vzdělávání v paliativní péči. Zde jsou vidět pokroky a to zejména v postupném přesunu od vzdělávání pouze formou postgraduální k formě pregraduální a zvyšování kvality její náplně. Tím nechci říct, že by postgraduální forma měla vymizet, ale je určena spíše pracovníkům, kteří již v oblasti paliativní péče pracují. Pokud se zdravotníci sami budou o hospicovou péči zajímat, bude se o ní mluvit, bude mít i nadále dobré podmínky pro svůj rozvoj. Dovolte mi, abych zakončila práci citátem, který se může stát připomenutím toho, proč je práce v oblasti hospicové péče pro lidi v ní pracující tak krásná.

„Nesloužíme my umírajícím, ale oni nám. Jejich poslední dny jsou jako zvětšovací sklo k prohlížení našich vlastních životů. „

T. Feřtek

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie-nauka o umírání a smrti*. 3. vyd. Praha : Nakladatelství Galén, 2007. 204 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. *Hospicová péče : Definice hospicové péče* [online]. Upravené vydání. c2009 [cit. 2009-01-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>>.
3. KALVACH, Zdeněk, et al. *Umírání a paliativní péče v ČR : situace, reflexe, vyhlídky*. Praha : Hospicové občanské sdružení Cesta Domů v rámci projektu Podpora rozvoje paliativní péče v České republice financovaného Nadací Open Society Found , 2004. 101 s. Dostupný z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/004/000507.pdf>>. ISBN 80-239-2832-5.
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
5. KÜBLER-ROSS, E. *O dětech a smrti*. 1. vyd. Praha : Ermat s. r. o., 2003. 310 s. ISBN 80-93086.
6. MISOŇOVÁ, Alžběta. *Péče o umírajícího a jeho rodinu* [online]. c2006 [cit. 2009-01-02]. Dostupný z WWW: <<http://ukz.katolik.cz/texty%20sokrates/pece%20o%20umirajici.pps>>.
7. MUNZAROVÁ, Marta. *Euthanazie, nebo Paliativní péče?*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-01.
8. O'CONNOR, M.; ARADA, S. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 319 s. ISBN 80-247-1295-4.
9. OPATRŇÝ Aleš, *Pastorační péče v méně obvyklých situacích I., II.*, Praha : Pastorační středisko, 2001
10. PAYNEOVÁ, Sheila, et al. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
11. Pracovní skupina MZČR s asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Standardy kvality specializované paliativní péče*. 1. vyd. 2007. 32 s.
12. SLÁMA, Ondřej, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
13. *Smrt a zármutek : Klub Podvečer* [online]. Upravené vydání. c2006 , 2008 [cit. 2008-12-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=1060&lang=cs>>.

14. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd. Praha : Ecce homo, 2003. 191 s. ISBN 80-902049-0-2.
15. SVATOŠOVÁ , Marie, JIMRAMOVÁ , Marie. *Hospic slovem i obrazem*. 1. vyd. Praha : Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.
16. ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče : Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 1. vyd. Praha : Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 40 s. ISBN 80-239-4329-4.
17. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie : Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam příloh

Příloha A	Dotazník
Příloha B	Obecná pravidla péče o umírajícího pacienta
Příloha C	Charta práv umírajících
Příloha D	Adresář lůžkových hospiců

PŘÍLOHA A

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Kálesová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií – Univerzity Pardubice, oboru všeobecná sestra. Ráda bych Vás nyní požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který je zcela anonymní a bude použit, jako zdroj dat pro moji bakalářskou práci.

1. **Jste lékař nebo sestra?** (hodící se zaškrtněte)
pokud jste sestra jaké máte vzdělání? SZŠ, VOŠ, VŠ
2. **Na jakém oddělení pracujete?** (hodící se zaškrtněte)
 - b) Interní typ
 - c) Chirurgický typ
3. **Jaká je délka Vaší praxe ?**
 - a) do 5 let
 - b) do 10 let
 - c) více jak 10 let

4. Co si představíte pod pojmem „Hospic“ ?

.....
.....
.....

Znáte nějaké hospice ?

- | | |
|----------|----------|
| a) | e) |
| b) | f) |
| c) | g) |
| d) | h) |

5. Myslíte si, že je hospicová péče pacientům prospěšná?

- a) Velmi prospěšná
- b) Prospěšná
- c) Nemá prospěšnost
- d) Je velmi neprospěšná

6. Vzpomenete si, na fáze, známé jako fáze prožívání těžké nemoci, které sestavila Elizabeth Kübler Rossová? Nemusíte je přesně vyjmenovat stačí přibližný popis.

1.
...
2.
...
3.
...
4.
...
5.

7. **Kteří pacienti s následujícími diagnózami nejsou dle vašeho mínění vhodní kandidáti pro paliativní péči? Myšleno péči v lůžkovém hospici** (zakroužkujte je zde více možností)
- stav po CMP
 - polymorbidní geriatrickí pacienti
 - chroničtí interní pacienti jejichž sociální prostředí neumožňuje adekvátní ošetrovatelskou péči
 - vigilní koma
 - pacienti po polytraumatech vyžadující intenzivní RHB
 - pokročilé stádium Alzheimerovy choroby (kde je předpokládaná doba smrti 3-6 měsíců)
 - pokročilá národová onemocnění
8. **Co je potřeba zařídit pro překlad do lůžkového hospice?** (kroužkujte, více možností)
- vyplnit žádost o přijetí do Hospice
 - vyplnit formulář o příjmech nemocného a rodiny
 - k žádosti o přijetí přiložit překladovou nebo propouštěcí zprávu
 - vyplnit informovaný souhlas o přijetí do Hospice
 - upozornit rodinu, že dopravu si musí zajistit sama
 - informovat pacienta o tom co je to Hospic
 - na překladu do Hospice spolupracovat s rodinou i pacientem
9. **Víte, kde naleznete příslušné formuláře pro přijetí do hospice?**
- Ne
 - Ano (uvedte kde ?
10. **Víte co znamená pojem „respiti péče“?**
- nevím
 - vím (Napište svými slovy)
.....
.....
.....
11. **Setkali jste se během praxe s pacientem, který byl dle vašeho názoru vhodným pro hospicovou péči?**
- ne
 - ano , (Pokud jste odpověděli ano pokračujte dále)
- a) Byla mu nabídnuta možnost překladu do Hospice?
a) ANO b) NE
Proč?.....
.....
12. **Víte jaké jsou tři základní formy hospicové péče? (dělené dle místa poskytnutí)**
-
 -
 -
13. **Zakroužkujte ty osoby které jsou součástí multidisciplinárního týmu** (hospicový tým).

- a) lékař
- b) psycholog
- c) kněz
- d) pracovník pohřební služby
- e) psychoterapeut
- f) ošetřovatel
- g) pacient
- h) dobrovolník
- i) elektrikář
- j) sociální pracovník
- k) rodinní příslušníci

14. **Zkuste odhadnout kolik procent pacientů, přijatých do Hospice Svaté Anežky České se po ošetření vrátí zpět do domácího ošetřování(za rok) ?**

- a) 5%
- b) 10%
- c) 15%
- d) 25%
- e) 30%

15.Souhlasíte s následujícími výroky?

- a) Umírání je plné bolesti a osamění a s tím se nedá moc dělat.
 - 1) souhlasím
 - 2) spíše nesouhlasím
 - 3) nesouhlasím
- b) Je důležité dát členům rodiny umírajícího najevo, že jejich pocity nejsou ojedinělé a zahanbující?
 - 1) souhlasím
 - 2) spíše nesouhlasím
 - 3) nesouhlasím
- c) Hospic je dům, a jedině zde lze poskytovat paliativní péči.
 - b) souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

16.Zhodnoťte své dovednosti s použitím škály 1-10, („1“ –vůbec si nevěřím, „10“ – zcela si věřím)

Mám znalosti o vlivu komunikace na pacienty v zařízení paliativní péče?	
Dokážu hovořit s pacienty, kteří mají terminální onemocnění pravdivě a otevřeně o všem, co je pro ně důležité ?	
Dokážu komunikovat s rozrušenými pacienty? (plačícími, křičícími)	
Dokážu komunikovat s úzkostlivým členy rodiny a pozůstalými ?	

17.Kde jste se dozvěděli nejvíce informací o hospicové péči ?

- a) ve škole
- b) samostudiem
- c) formou kurzu, semináře
- d) jinak (jak?).....

18.Myslíte si, že Vám studium ve škole poskytlo dostatek informací o hospicové péči?

- a) ano
- b) ne

19.Zhodnoťte následující oblasti péče o terminálně nemocné (od 1 do 10) , dle toho, jak Vás studium na danou oblast připravilo.

(„1“ – zcela nepřípravena , „10“ - zcela připraven)

a) administrativa - spojená s úmrtím	a)
b) odborné výkony	b)
c) komunikace spolupráce s pacientem	c)
d) komunikace spolupráce s rodinou pacienta	d)
e) péče o pozůstalé	e)

PŘÍLOHA B

Obecná pravidla péče o umírajícího pacienta

- Skutečnost, že onemocnění vstoupilo do terminální fáze, je třeba přiměřeným způsobem sdělit rodině i pacientovi.
- Pravidelně hodnotit základní symptomy, působící utrpení pacienta (bolest, dušnost, nauzea).
- Léky k mírnění bolesti a dušnosti podávat pravidelně, účinek podané dávky hodnotit. minimálně každou hodinu a dávku adekvátně upravovat.
- Podání symptomatických léků nastavit tak, aby v případě zhoršení mohly být bez zbytečného prodlení podány dostatečné dávky (např. ordinace v teplotce, instrukce pro pečujícího člena rodiny v domácnosti, instrukce pro sestru home care). Potřebné léky (např. morfin, midazolam, haloperidol, metoclopramid) musí být dostupné v dostatečném množství a v náležitě aplikační formě. To bývá někdy problém u pacientů, kteří umírají doma nebo v zařízení sociální péče. Podávání parenterální analgetik „podle potřeby“ přivolaným lékařem LSSP nebo RZP obvykle pro umírajícího znamená dlouhé čekání, zbytečné utrpení a bývá projevem špatné organizace paliativní péče.
- Pokud je pacient až do konce schopen přijímat per os, v této aplikační cestě pokračujeme.
- Umírající často není schopen přijímat per os. Všechny důležité léky v terminální péči lze podávat subkutánně popř. intravenózně nebo intramuskulárně. Vhodné je podání formou kontinuální subkutánní infúze lineárním dávkovačem nebo infuzní pumpou.
- Některé léky k p.o. podání lze přechodně aplikovat rektálně (např. MST Continus, Oxycodon, Sevredol). jedná se o postup „off label“ (aplikační způsob, který není uveden v SPC a v přívalovém letáku). Průjem, krvácení z konečníku, nepříjemnost této aplikační cesty pro nemocného mohou být kontraindikací tohoto postupu.
- Přehodnotit všechny doposud užívané léky a vysadit ty, které nemají bezprostřední vliv na komfort při umírání. Obvykle lze vysadit: antiagregancia, antikoagulancia, antihypertenziva, antiarytmika, rheologika, venotonika, hypolipidemika, chemoterapii, hormony štítné žlázy, antidepressiva, nootropika, antibiotika, kortikoidy, popřípadě další. Vysazení léků je třeba citlivě vysvětlit pacientovi i jeho rodině. Je nezbytné, aby jim byl tento postup srozumitelný a aby jej akceptovali.
- Ukončit rutinní diagnostické a ošetrovatelské postupy: odběry krve, pravidelní měření TK, měření periferní saturace kyslíkem, monitorování EKG, dechové frekvence a tepové frekvence, ale také pravidelné polohování imobilního ležícího pacienta, rutinní hygiena atd.

Tyto postupy obvykle nepřiměřeně upoutávají pozornost ošetřujících zdravotníků i rodiny k „objektivním“ vitálním parametrům, které jsou však v situaci umírání zcela irelevantní.

- Podávání léků „podle potřeby“ předpokládá, že budeme potřebu pravidelně hodnotit! Nastavit mechanismus pravidelného hodnocení míry pacientova diskomfortu (stav vědomí, bolest, dušnost, úzkost, nevolnost). Nejlepším nástrojem je citlivá komunikace s nemocným a pečlivé pozorování jeho polohy, pohybů, výrazu ve tváři, zvuků atd. Je velmi důležité, aby rodina viděla, že utrpení jejich blízkého je věnována dostatečná pozornost. Je ovšem třeba profesionálně interpretovat informaci rodiny, že „pacient velmi trpí, má nesnesitelné bolesti, dusí se“. Tato hodnocení jsou často spíše popisem stresu a úzkosti, kterou rodina prožívá. Pacient sám bývá někdy již v hlubokém kómatu a bolest či dušnost pravděpodobně nepocítuje. Zásadní důležitost má podpůrná komunikace a opakované vysvětlování situace.
- Umělá (parenterální nebo sondová) výživa a hydratace jsou indikovány, pouze pokud přispívají k zmírnění obtíží a důstojnému umírání. *

□ SLÁMA, Ondřej, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Galén, 2007. s. 305 ISBN 978-80-7262-505-5.

PŘÍLOHA C

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
 - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
 - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží

- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

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:

- 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 podpurnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořizení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

PŘÍLOHA D**ADRESÁŘ HOSPICŮ – POSKYTUJÍCÍCH LŮŽKOVOU PÉČI**

NÁZEV	ADRESA	POSKYTOVANÉ SLUŽBY
HOSPIC SV. ALŽBĚTY V BRNĚ	HOSPIC SV ALŽBĚTY KAMENNÁ 36 639 00 BRNO	LŮŽKOVÁ PÉČE DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE PŮJČOVNA POMŮCEK
DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA V BRNĚ	JIRÁSKOVA 47 664 61 RAJHRAD	LŮŽKOVÁ PÉČE AMBULATNÍ PÉČE VZDĚLÁVACÍ CENTRUM
HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ V ČERVENÉM KOSTELCI	5. KVĚTNA 1170 549 41 ČERVENÝ KOSTELEČ	LŮŽKOVÁ PÉČE PORADENTSKÁ ČINNOST STÁŽE ODBORNÍKŮ I LAICKÉ VEŘEJNOSTI PORADNA A PŮJČOVNA ZDRAVOTNICKÝCH POMŮCEK
HOSPIC ŠTRASBURK V PRAZE	BOHNICKÁ 12 180 00 PRAHA 8 BOHNICE	LŮŽKOVÁ PÉČE DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE
HOSPIC SVATÉHO ŠTĚPÁNA V LITOMĚŘICÍCH	RYBÁŘSKÉ NÁM. 662/4 412 01 LITOMĚŘICE	LŮŽKOVÁ PÉČE DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE PŮJČOVNA POMŮCEK STÁŽE PRO STUDENTY
HOSPIC V MOSTĚ	HOSPIC V MOSTĚ o.p.s. SVÁŽNÁ ULICE 1582 434 00 MOST	LŮŽKOVÁ PÉČE DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE PŮJČOVNA POMŮCEK
CITADELA - DŮM HOSPICOVÉ PÉČE VE VALAŠSKÉM MEZIRÍČÍ	DIAKONIE ČČE - HOSPIC CITADELA ŽEROTÍNOVA 1421 757 01 VALAŠSKÉ MEZIRÍČÍ	LŮŽKOVÁ PÉČE SOCIÁLNÍ PORADESTVÍ ODBORNÉ STÁŽE
HOSPIC SV. LAZARA V PLZNI	SLADKOVSKÉHO TR. 66 326 00 PLZEŇ	LŮŽKOVÁ PÉČE
HOSPIC SV. JANA N. NEUMANA V PRACHATICÍCH	O.S. HOSPIC SV. JANA N. NEUMANA NEUMANNOVA 144 PRACHATICE 383 01	LŮŽKOVÁ PÉČE PŮJČOVNA POMŮCEK PORANSKÉ SLUŽBY STÁŽE
HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU OLOMOUC	SADOVÉ NÁM. 24 OLOMOUC - SVATÝ KOPEČEK 779 00	LŮŽKOVÁ PÉČE PORADENTSKÁ ČINNOST STÁŽE ODBORNÍKŮ I LAICKÉ VEŘEJNOSTI
HOSPIC SV. LUKÁŠE OSTRAVA	CHARVÁTSKÁ 8 700 30 OSTRAVA - VÝŠKOVICE	LŮŽKOVÁ PÉČE DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE PŮJČOVNA POMŮCEK
HOSPIC DOBRÉHO PASTÝŘE ČERČANY	SOKOLSKÁ 584 257 22 ČERČANY	LŮŽKOVÁ PÉČE DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE, STACIONÁRNÍ PÉČE