

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Alena Neumannová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Paliativní péče v sociálních službách pohledem zdravotnického personálu

Bakalářská práce

2024

Alena Neumannová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Alena Neumannová**
Osobní číslo: **Z20216**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetrovatelství**
Téma práce: **Paliativní péče v sociálních službách pohledem zdravotnického personálu**
Téma práce anglicky: **Palliative care in the social services from the perspective of medical staf**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

Seznam doporučené literatury:

1. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
2. HRDÁ, Karolína; TOLLAROVÁ, Blanka; HÁJKOVÁ, Alena; KREJČÍŘÍKOVÁ, Helena; BRUNEROVÁ, Tereza et al. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. [Česko]: [Domov Sue Ryder], 2018. ISBN 978-80-907190-2-6.
3. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.
4. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
5. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Kmentová**
Katedra porodní asistence, perioperační péče a
zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Paliativní péče v sociálních službách pohledem zdravotnického personálu“ 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 č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30.4.2024

Alena Neumannová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří Mgr. Kateřině Kmentové za cenné rady a připomínky během tvorby této práce. Dále děkuji zařízením, kde bylo možné uskutečnit dotazníkové šetření a v neposlední řadě své rodině za velkou oporu a trpělivost během celého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zaměřuje především na paliativní péči u seniorů v sociálních službách, a to pohledem všeobecných a praktických sester, které tam pracují. Teoretická část popisuje poskytování paliativní péče v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem, dále sociální služby jako takové a související problematiku demence, stáří a umírání. Praktická část zkoumá, jak zdravotnický personál hodnotí důležitost poskytování paliativní péče a své vědomosti v rámci paliativní péče. Další aspekt hodnocení se týká účasti rodiny a v neposlední řadě jsou představeny potenciální možnosti pro zlepšení kvality poskytované paliativní péče v zařízeních, kde dotazníkové šetření probíhalo.

KLÍČOVÁ SLOVA

Paliativní péče, senior, stáří, sociální služby, rodina, demence, umírání

TITLE

Palliative care in the social services from the perspective of medical staff.

ANNOTATION

This bachelor's thesis focuses primarily on palliative care for seniors in social services, from the perspective of general and practical nurses who work there. The theoretical part describes the provision of palliative care in homes for the elderly and in special regime homes, as well as social services as such and related issues of dementia, old age and dying. The practical part examines how individual medical personnel assess the importance of the provision of palliative care and their knowledge in the framework of palliative care. Another aspect of the evaluation concerns the participation of the family and, last but not least, the potential possibilities for improving the quality of palliative care provided in the facilities where the questionnaire survey took place are introduced.

KEYWORDS

Palliative care, senior, old age, social services, family, dementia, dying

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce.....	13
1.1 Cíl teoretické části.....	13
1.2 Cíl praktické části.....	13
1.3 Metody k dosažení cíle.....	13
2 Teoretická část.....	14
2.1 Paliativní péče.....	14
2.1.1 Historie paliativní péče.....	15
2.1.2 Poskytování paliativní péče.....	16
2.1.3 Komunikace v paliativní péči.....	17
2.1.4 Dříve vyslovená přání.....	17
2.1.5 Vybrané okruhy ošetrovatelství o klienta v paliativní péči.....	18
2.2 Sociální služby.....	24
2.2.1 Druhy sociálních služeb.....	24
2.2.2 Demence.....	25
2.2.3 Stáří.....	27
2.2.4 Umírání.....	27
3 praktická část.....	30
3.1 Metodika průzkumné části.....	30
3.2 Zpracování a analýza výsledků.....	30
3.3 Průzkumné otázky.....	30
3.4 Vzorek respondentů.....	30
3.5 Prezentace výsledků.....	32
4 Diskuze.....	51
4.1 Vyhodnocení průzkumných otázek.....	52
4.2 Limity výzkumu.....	55

4.3	Doporučení pro praxi.....	55
5	Závěr.....	57
6	Použitá literatura.....	58
6.1	Literární zdroje.....	58
6.2	Odborné články.....	59
6.3	Internetové zdroje.....	60
6.4	Zahraniční články.....	60
6.5	Kvalifikační práce.....	61
7	Přílohy.....	62

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Grafické znázornění otázky č.3, dotazník (Zdroj: vlastní).....	32
Obrázek 2 Grafické znázornění otázky č.4, dotazník (Zdroj: vlastní).....	33
Obrázek 3 Grafické znázornění otázky č.12, dotazník (Zdroj: vlastní).....	41
Obrázek 4 Grafické znázornění otázky č.13, dotazník (Zdroj: vlastní).....	42
Obrázek 5 Grafické znázornění otázky č.15, dotazník (Zdroj: vlastní).....	44
Obrázek 6 Grafické znázornění otázky č.16, dotazník (Zdroj: vlastní).....	45
Obrázek 7 Grafické znázornění otázky č.19, dotazník (Zdroj: vlastní).....	48
Obrázek 8 Grafické znázornění otázky č.21, dotazník (Zdroj: vlastní).....	50
Tabulka 1 Příznaky demence, Zdroj: vlastní zpracování dle (ALZHEIMER, ©2015).....	25
Tabulka 2 Rozdíl počtu zdravotnických sester v DS a DZR (Zdroj: vlastní).....	31
Tabulka 3 Míra vzdělání zdravotních sester v DS a DZR (Zdroj: vlastní).....	31
Tabulka 4 znázornění otázky č.5, dotazník (Zdroj: vlastní).....	34
Tabulka 5 znázornění otázky č.6, dotazník (Zdroj: vlastní).....	35
Tabulka 6 znázornění otázky č.7, dotazník (Zdroj: vlastní).....	36
Tabulka 7 znázornění otázky č.8, dotazník (Zdroj: vlastní).....	37
Tabulka 8 znázornění otázky č.9, dotazník (Zdroj: vlastní).....	38
Tabulka 9 znázornění otázky č.10, dotazník (Zdroj: vlastní).....	39
Tabulka 10 znázornění otázky č.11, dotazník (Zdroj: vlastní).....	40
Tabulka 11 znázornění otázky č.14, dotazník (Zdroj: vlastní).....	43
Tabulka 12 Znázornění otázky č.17, dotazník (Zdroj: vlastní).....	46
Tabulka 13 znázornění otázky č.18, dotazník (Zdroj: vlastní).....	47
Tabulka 15 znázornění otázky č.20, dotazník (Zdroj: vlastní).....	49

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DS	Domov pro seniory
DVP	Dříve vyslovené přání
DZR	Domov se zvláštním režimem
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věd
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
Tzv.	Takzvaně

ÚVOD

Práce se zabývá pohledem zdravotnického personálu na paliativní péči poskytovanou seniorům v sociálních pobytových službách, kterými jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Při setkávání se se smrtí během profesních činností je důležitá správná míra optimálního odstupu a míra angažovanosti. Tyto subjektivně nastavené hranice vnímá každý jinak a k ucelení dochází v různě dlouhém časovém období. Pro začínající kolegy a kolegyně je vhodné se o svých postojích k takto těžkým situacím podělit se svými spolupracovníky s dlouholetou praxí. (Marková, 2010, s.32)

Dle dat z Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) se počet lidí ve věku 65 a více postupně a výrazně zvyšuje, a to především od konce prvních dvou desetiletí 21. století. Potvrzují nám to statistiky, podle kterých počet obyvatel v seniorském věku od roku 2001 do roku 2011 vzrostl o 226 tisíc a v průběhu dalších deseti let od roku 2011 do roku 2021 vzrostl o 515 tisíc. V roce 2022 bylo v domovech pro seniory nebo v domovech se zvláštním režimem ubytováno téměř 57,6 tisíc seniorů. Z toho téměř celá třetina byla zastoupena klienty ve věku 96 a více let. (ČSÚ, ©2023)

Většina lidí umírá z důvodu progresivního nebo komplikovaného chronického onemocnění. Období před smrtí je různě dlouhé v závislosti na typu základního onemocnění a může trvat až několik let. Jestliže už nelze ovlivnit základní onemocnění kauzální léčbou, je nutné se zamyslet nad tím, jaký druh péče může pomoci těmto nemocným a jaký jim spíše ubližuje. Proto je vhodné zvolit kromě léčby zaměřené na základní onemocnění také paliativní péči. (Cesta domů, ©2024)

Z předchozích statistik vyplývá, že populace nezadržitelně stárne a počet obyvatel ve věku seniorů se bude nadále zvyšovat. Část těchto obyvatel bude vyžadovat sociální pobytové služby. S tím souvisí také poskytování paliativní péče v těchto zařízeních. Jak již bylo zmíněno, paliativní péče je ideálním přístupem k poskytování zdravotní péče vedle kauzální léčby. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla provést dotazníkové šetření v pobytových zařízeních, která poskytují paliativní péči klientům. Obě zařízení spadají pod jednu organizaci a jedná se o zařízení, která poskytují činnosti domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.

Cílem teoretické části je seznámit čtenáře s paliativní péčí poskytovanou v sociálních zařízeních. Dále objasnit pojmy domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

Charakterizovat a vysvětlit onemocnění demencí, stáří a umírání, jelikož to jsou často diskutovaná témata v sociálních zařízeních pro seniory. Praktická část je výstupem z anonymního dotazníkového šetření, kterého se zúčastnily všeobecné i praktické sestry pracující v pobytových sociálních službách pro seniory. Popisují zde rozdíl ve znalostech a potřebě dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče, zapojení rodin dle pohledu zdravotnického personálu a možnosti pro zlepšení kvality poskytování paliativní péče v pobytových zařízeních. Demence je nejčastější diagnózou klienta, který je ubytován v domově se zvláštním režimem a je to onemocnění, které vyžaduje poskytování paliativní péče. Proto jsem se rozhodla dotazníky rozdělit dle místa pracoviště a následně jsem porovnávala odpovědi respondentů.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl teoretické části

1. Vysvětlit paliativní péči.
2. Popsat ošetrovatelskou péči o klienta zařazeného do paliativní péče.
3. Stručně vysvětlit podstatu poskytování sociálních služeb.
4. Charakterizovat onemocnění demence.
5. Objasnit pojem stáří a charakterizovat fáze umírání.

1.2 Cíl praktické části

1. Zjistit rozdíl ve znalostech a v potřebě dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče mezi zdravotnickým personálem v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem.
2. Zjistit, jak se rodiny zapojují do paliativní péče pohledem zdravotnického personálu.
3. Zjistit, jaké jsou možnosti pro zlepšení kvality poskytování paliativní péče.

1.3 Metody k dosažení cíle

Hlavní metoda při psaní teoretické části spočívala ve formulaci teoretických východisek po analýze informací získaných z odborných článků a literárních zdrojů zaměřených na sociální služby, stáří, demenci, paliativní péči a ošetrovatelskou péči o klienty, u kterých byla indikována paliativní péče.

Hlavní metodou pro praktickou část byl kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření vlastní tvorby, kterého se anonymně a dobrovolně zúčastnily praktické a všeobecné sestry z domovů pro seniory a z domovů se zvláštním režimem. Veškerá data jsou vyhodnocena pomocí grafů a tabulek.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je rozdělena do dvou hlavních kapitol. První z nich se věnuje paliativní péči a paliativní péči o klienty v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Druhá část se zaměřuje na popis sociálních služeb. Součástí jsou také kapitoly zabývající se stářím, demencí, umíráním a v neposlední řadě i dříve vyslovenými přáními, jelikož jsou to často diskutovaná témata v pobytových službách pro seniory.

„Smrt by mohla být klidným přitakáním k prožitému životu, láskyplným rozloučením se starými přáteli, se světem. Není nutné, aby v ní byla obsažena stopa tragédie.“ Chandra Mohan (Kupka, 2014, s.102)

2.1 Paliativní péče

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocného, jehož nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (WHO - Světová zdravotnická organizace) (Marková,2010, s.29)

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ (American Academy of Hospice and Palliative Medicine) (Marková, 2010, s.19.)

„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči o umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů a dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé – bereavement.“ (National Hospice Organisation USA) (Vorlíček, Zdeněk, 1998, s.19)

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčba péče je kvalita jejich života.“ (Velká Británie) (Kupka, 2014, s.28)

Autoři (Kupka, 2014), Vorlíček, Zdeněk (1998), Marková (2010), ačkoliv uvádějí ve svých knihách různé definice paliativní péče, se po zhodnocení shodují ve všech oblastech. Od

začátku zahájení paliativní péče je zapojena rodina nebo blízcí přátelé. Zajištění potřeb nemocného co nejkvalitněji to jde v domovech, hospicích, nemocničních nebo sociálních zařízeních a tím zvýšit kvalitu života, na čemž se podílí multidisciplinární tým. Můžeme si také všimnout, že ani v jedné definici se nevyskytují slova: terminální stádium nebo označení umírající. Je to z toho důvodu, že to jsou termíny užívané pro nemocného v posledních dnech či týdnech života a praktická aplikace paliativní péče by se měla zahájit mnohem dříve.

S tím souhlasí i Cicely Saundersová, zakladatelka novodobého hospicového hnutí, která sdělila: *..Uvědomila jsem si, že potřebujeme lepší nejen kontrolu bolesti, ale celkovou péči. Lidé potřebovali prostor, aby byli sami sebou. Zavedla jsem pojem, celková bolest (celkové utrpení, total pain), neboť jsem pochopila, že umírající lidé trpí bolestí nejen tělesnou, ale také spirituální, duševní, či sociální, které všechny se musejí léčit. A od té chvíle jsem na tom pracovala.*“ (Kalvach, 2019, s.15)

2.1.1 Historie paliativní péče

Stýkáme se s častým přesvědčením o mladosti tohoto oboru, ale opak je pravdou. Po dlouhá staletí bylo hlavním posláním lékařů a později i zdravotních sester zejména zmírnění utrpení a doprovázení lidí k bezbolestnému a klidnému konci života, a to s pomocí přátel, rodinných příslušníků a duchovních v domovech lidí na sklonku jejich života. Když v 19. století docházelo k rapidnímu nárůstu stěhování lidí do měst, začalo docházet i k umírání bez blízkých osob, které by se o umírajícího mohly postarat v klidu domova. Z tohoto důvodu se začaly stavět tzv. chorobince, kde bylo o umírající lidi postaráno. Pokud personál nebyl schopen nemoc vyléčit, zajistili umírajícímu soukromí, teplo a čistotu. (Marková 2010 s.13)

V polovině 20. století byl nemocniční systém velmi kritizován z důvodu nedostatečného zohledňování duchovních, psychických a rodinných potřeb pacientů, zaměřoval se především na jejich fyzické onemocnění. Tato kritika vedla k vzniku tzv. hospicového hnutí, které iniciovalo změny ve všech oblastech péče o nevléčitelně nemocné. V roce 1967 byl v Londýně otevřen první dostupný hospic, který poskytoval komplexní multidisciplinární paliativní péči s důrazem na psychické, sociální a duchovní potřeby pacientů. Toto zařízení, nazvané St. Christopher's Hospice, sloužilo jako velká inspirace pro výstavbu podobných zařízení. (Vorlíček a kol. 2004, s.21-23) První zařízení, které zavedlo poskytování paliativní péče v České republice, bylo v nemocničním zařízení v Babicích nad Svitavou, a to v roce 1992. Díky propagandě MUDr. Marie Svatošové o hospicovém hnutí se v roce 1996 podařilo

otevřít první české hospicové zařízení s názvem Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Její krok inspiroval k další výstavbě zařízení tohoto typu. (Tomeš a kol., 2015, s.40)

2.1.2 Poskytování paliativní péče

Paliativní péče se dělí na obecnou a speciální. **Speciální paliativní péče** je poskytována mezioborovým týmem, který je odborně vyškolen v oblasti paliativní péče. Tento typ paliativní péče poskytuje specializovanou péči nemocným, jejichž celkový stav přesahuje možnosti obecné paliativní péče. Do této kategorie patří mobilní paliativní péče, lůžková hospicová zařízení, ambulance paliativní medicíny a také denní stacionáře paliativní péče. (Bužgová, 2015, s.43) **Obecná paliativní péče** by měla být dostupná všude, kde dochází k vyššímu počtu úmrtí. Zahrnuje paliativní péči poskytovanou v domácím prostředí, kde se rodinní příslušníci spolupodílejí s mobilním hospicem nebo s agenturami domácí péče. Obecná paliativní péče je také poskytována v pobytových zařízeních, jako jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Poskytuje se také v lůžkových zařízeních, jako jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných nebo hospicová zařízení. (Kalvach a kol., 2019, s.18-19.)

U nemocných bez onkologického nálezu, ale se špatnou prognózou, kterým je indikována paliativní léčba, jde především o poskytování dlouhodobé podpory nemocnému a jeho rodině. Nemocný i jeho rodina nachází podporu v různých oblastech, jako je tělesný stav, kde se jedná především o bolest, dušnost, nevolnost, chronické rány nebo poruchy výživy a hydratace. Duševní problémy zahrnují například depresi, úzkost, delirantní stavy nebo pocit osamělosti. V sociálních oblastech mohou nasávat problémy se zabezpečením, hmotnou nouzí nebo problémy v rodinných vztazích. (Kalvach a kol., 2019, s.14)

Základem multidisciplinárního týmu jsou lékaři a zdravotní sestry se speciálním výcvikem. Neměla by zde chybět účast psychologa, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, popř. duchovních. Ostatní pracovníci bývají převážně oporou pro nemocného a tím mohou být konsiliární lékaři nebo i někdo v roli dobrovolníka. (Kalvach a kol., 2019 s.47-48)

Je vhodné zahrnout koncept bazální stimulace při poskytování paliativní péče. Základem bazální stimulace je pochopení člověka jako jedinečné bytosti, která má své subjektivní bio-psycho-sociální potřeby. Ty se snažíme uspokojovat pomocí podpory při zachování lidské důstojnosti. Tím ovlivníme i kvalitu poskytované péče současně i s kvalitou života nemocného. (Machálková a kol., 2017)

Při poskytování paliativní péče klientům v DS a DZR rozlišujeme celkem čtyři základní procesy. Plánování budoucí péče, což získáme po rozhovoru s klientem a jeho rodinou a zjistíme tak, jak péči poskytovat na základě klientových individuálních potřeb. Sestavení plánu péče v závěru života, který slouží k vyhovění přání klienta v souvislosti s jeho zdravotním stavem a plánem postupu při poskytování nejen zdravotní péče. Vlastní poskytování péče v závěru života, pak hovoříme o paliativní péči, která vychází z plánu v závěru života a DVP. Posledním procesem je péče o pozůstalé, protože smrtí člověka by péče končit neměla. (Hrdá, Tollarová a kol. 2018, s.23)

2.1.3 Komunikace v paliativní péči

Při rozhodnutí o poskytování paliativní péče nemocnému je nutné toto rozhodnutí sdělit rodinným příslušníkům za předpokladu, že si to nemocný přeje. Ideálním způsobem je osobní sdělení, pokud je to možné. Je vhodné zvolit neutrální prostředí, kde bude rozhovor probíhat. Cílem tohoto setkání je informovat rodinu o způsobu poskytování péče. Je důležité si uvědomit, že rozhovor nemusí být neutrální. Musíme být ohleduplní v projevech, vůči rodině, protože často prožívají úzkost a smutek. Základem komunikace je vstřícnost, nepopírání naděje a snaha o navázání partnerského vztahu. (Kalvach a kol, 2019, s.63-66)

2.1.4 Dříve vyslovená přání

Dříve vyslovené přání (dále jen DVP) umožňuje nemocným rozhodnout o poskytované léčbě, která je čeká. Jestliže dojde ke stavu, kdy nemocný nebude schopen rozhodovat o léčbě, budou to dělat jiní lidé s ohledem na DVP. K sepsání tohoto dokumentu dochází ve chvíli, kdy se nemocný obává, že se v budoucnosti nebude schopen vyjádřit. Tímto umožňujeme nemocným rozhodovat o intervencích jako je například podávání umělé výživy nebo antibiotik. S těžce nemocnými je tento dokument sepsován z toho důvodu, že je můžeme osvobodit od resuscitačních zákroků, převozu do nemocničních zařízení a ponechat je tak v jejich domácím prostředí. DVP je možné provést dvěma způsoby. Buď se jedná o dokument vypracovaný osobou ve spolupráci s lékařem, nebo může být DVP zapsáno do zdravotnické dokumentace během přijetí do péče nebo při hospitalizaci. V první variantě je potřeba, aby byl dokument úředně ověřený. V druhé variantě ověřený podpis nemocného být nemusí, ale je nutný podpis i osoby, která se sepsáním pomáhala a dále podpis svědka. Jelikož se obsah DVP liší u každé osoby, je velmi obtížné vytvořit univerzální dokument, který by vyhovoval všem. (Krejčíková, 2020)

U lidí, kteří trpí onemocněním demence, je nutné, aby se DVP sepsalo již v brzkém stádiu onemocnění, protože jak je vysvětleno v nadcházející kapitole o demenci, člověk s tímto onemocněním se charakterově nevratně mění. Společně s lékařem plánují cíle léčby a stanoví tak DVP. Tím potom dokážeme zachovat, ideálně dosáhnout lepší kvality života takto nemocného. (Rusina, Špeciánová, 2020)

2.1.5 Vybrané okruhy ošetřovatelství o klienta v paliativní péči

Vědomí

Stav vědomí je obvykle hodnocen kvantitativně a kvalitativně. Za ideální stav vědomí se považuje bdělost (vigilita) nebo fyziologický spánek, ze kterého lze nemocného probudit klasickým způsobem. Kvantitativní poruchy vědomí se posuzují například pomocí Glasgowské škály poruch vědomí (GSC), která hodnotí otevírání očí, motorické reakce na slovní výzvu a verbální odpovědi. U klientů v terminálním stavu se často setkáváme se somnolentními stavy, což znamená, že jsou velmi ospalí i během dne a dokážou usnout i při provádění běžných činností, jako je například čtení nebo pletení. Somnolentní stavy mohou být způsobeny z důvodu vyčerpání, spánkového deficitu, anémií, demencí nebo účinky léků. Je nutné sledovat progresi a případné prohlubování do dalších fází. Sopor je kvantitativní porucha spánku, která se projevuje velmi hlubokým spánkem, ze kterého lze nemocného probudit pouze bolestivým podnětem a jen na krátkou dobu. Příčinami mohou být extrémní vyčerpání, nitrolební postižení nebo opět účinky léků. Takto nemocní vyžadují neustálou péči, včetně pravidelného sledování dýchání a kontrolu pomocí pulzního oxymetru. Koma je nejzávažnější kvantitativní poruchou vědomí, kdy nemocného nelze probudit. Dle stavu nemocného se rozlišují tři typy kómatu – mělké, hluboké a tzv. vigilní koma. (Kalvach a kol., 2019, s.121-124)

Psychický stav

Z kvalitativního hlediska se hodnotí orientace nemocných v oblastech osoby, místa a času. Také se hodnotí patologické psychotické projevy ve formě bludů a halucinací. Sledujeme, zda u nemocného nedochází k prudkým změnám ve střídání nálad. Za primární ošetřovatelskou intervenci považujeme uklidnění nemocného verbálně i neverbálně. Ideální je také konzultace s lékařem ohledně změny medikace, kdy se doporučují anxiolytika nebo neuroleptika. U nemocných s dlouhodobou prognózou se zvažuje nasazení antidepresiv. (Kalvach a kol., 2019, s.125)

Delirium je psychická porucha, jejíž příčinou je různě intenzivní spouštěč, který je obvykle vícečetný. Může se jednat například o kombinaci zánětlivého onemocnění spolu s poruchami vnitřního prostředí. Delirium, které se často projevuje dezorientací, poruchami koncentrace a paměti, může být lehce zaměněno za demenci kvůli podobným příznakům. Na rozdíl od demence je delirium pouze dočasné. U geriatrických nemocných se delirium často projevuje za soumraku a trvá několik hodin, dní až týdnů. Přestože jsou projevy deliria a demence podobné, přistupujeme k nim odlišně. Zatímco u nemocných s demencí se snažíme o akceptaci a kompenzaci, u deliria se snažíme o vyléčení vyvolávajících příčin. V případě spojení paliativní péče s deliriem se nejčastěji setkáváme s horečnatými stavy, anémií, malnutricí, imobilizací, úzkostí nebo nežádoucími účinky léků. Základem péče o nemocné s deliriem je především lidská blízkost a podpora nemocného. Můžeme jim pomoci i podáváním symptomatické léčby a tlumivých neuroleptik podle ordinace lékaře. (Kalvach a kol. 2019, s 88-91)

Bolest

Bolesti se dělí na akutní a chronické. Akutní bolesti jsou lépe diagnostikovány díky rychlému nástupu a alespoň přibližné lokalizaci místa porušení organismu. Po vyléčení příčiny bolest ustupuje a ve většině případů se již nevrací, s výjimkou například kolikovitých bolestí, které mají tendenci se vracet. (Rokyta a kol., 2017, s.11-12) Chronická bolest je obvykle definována jako trvající déle než tři měsíce. Při léčbě chronické bolesti je důležité zohlednit psychosociální příčiny. Při poskytování paliativní péče u onkologicky nemocných se setkáváme s neurologickými či muskulárními postiženími. (Kalvach a kol., 2019, s.79)

Nejčastější způsob hodnocení bolesti je vizuální analogová škála (VAS), která může být vyjádřena pomocí čísel nebo symbolů. Na numerické škále nemocný hodnotí subjektivní pocit bolesti od jedné do deseti nebo od jedné do sta, přičemž jedna je nejméně. Po nasazení analgetické léčby je z pozorování zdravotnického personálu zpravidla viditelný pokles na VAS. (Rokyta a kol., 2017, s.11-12)

V zahraničním článku je podrobně vysvětlena metoda zjištění bolesti u nemocných s diagnostikovaným onemocněním demence. Jedná se o škálu nazvanou PAINAD, ve které se hodnotí: dýchání nezávisle na vokalizaci, bolestivá vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Každý z těchto aspektů je hodnocen od nuly do dvou, přičemž nejnížší možný součet je nula a nejvyšší deset. (Nathan, 2023), (Překlad vlastní). V přílohách je přiložen český formulář hodnocení PAINAD z internetové stránky.

Bolest je řešena podle žebříčku WHO, který je rozdělen na tři stupně. Prvním z nich jsou neopioidní analgetika, druhým stupněm jsou slabé opioidy, které jsou určeny pro středně silnou bolest a třetím jsou opioidy pro středně silnou až silnou bolest, jejichž klasickým východiskem je morfin. V paliativní léčbě by měly být součástí i další postupy, jako je podávání antidepresiv, anxiolytik, správné polohování nebo fyzioterapie. (Kalvach a kol., 2019, s.80-81.)

Ideálně se bolest hodnotí denně, nejen podle slov nemocného, ale také podle jeho neverbálních projevů, jako jsou například změny v chování nebo ve výrazech. Je také důležité sledovat nežádoucí účinky podávaných analgetik, které se mohou projevit útlumem dechového centra, obstipací, zmateností nebo nevolností. (Kalvach a kol., 2019, s.125-127)

Dýchání

Nejčastějším patologickým stavem dýchacích cest je dušnost, což je subjektivně ztížený pocit při dýchání. Rozlišujeme dušnost námahovou, klidovou a záchvatovou. Hlavními příčinami dušnosti v paliativní péči jsou srdeční selhání, stenóza hrtanu, průdušnice, velkých bronchů, plicní embolie, chronická obstrukční plicní nemoc nebo takzvaná "nepravá dušnost". Po stanovení diagnózy se terapeutické intervence v paliativní péči liší v závislosti na příčině. V praxi se používá například oxygenoterapie, polohování nemocného do úlevové polohy, dechová rehabilitace, podávání antibiotik při zánětech a podávání diuretik při srdečním selhávání. (Kalvach a kol., 2019, s. 81-84) Z ošetrovatelského hlediska se při dušnosti používá pulzní oxymetrie k monitorování hladiny kyslíku v těle. Při hodnocení dýchání je důležité sledovat frekvenci, hloubku a případné vedlejší dechové fenomény v různých polohách. (Kalvach a kol., 2019, s.127-128)

Krevní tlak, puls

Klasický způsob měření krevního tlaku je pomocí elektronických tonometrů na paži. U nemocných v paliativní péči se můžeme setkat s hypotenzí i hypertenzí. Hypotenzní stavy se řeší vysazením diuretik nebo zvýšením příjmu tekutin. Hypertenzní stavy se naopak řeší indikováním diuretik nebo rozkousáním tablety captoprilu, jejíž nejznámějším zástupcem je Tensiomin. Puls se měří palpací nejčastěji na zápěstí v místě, kde se nachází arterie radialis, na karotidách krku nebo na arterii femoralis v třísele. Hodnotí se rychlost a pravidelnost. Při patologických nálezech lékaři indikují změny v podávání kardiologických léků. (Kalvach a kol., 2019, s.128-130)

Tělesná teplota

Běžná tělesná teplota měřená v podpaží se pohybuje v rozmezí od 36 °C do 37 °C, teplota měřená v rektu je zpravidla vyšší o 0,5°C. Se zvýšenou teplotou až horečkou se během poskytování paliativní péče setkáváme poměrně často. Příčiny mohou být takové, které souvisí s již diagnostikovaným onemocněním, nicméně změna teploty může vzniknout i při bakteriálních komplikacích. Při horečnatých stavech popisujeme u nemocného přidružené příznaky, což mohou být například bolesti břicha, kašel, pocení, průjmy nebo změny v chronických ranách. Ideální postupy v paliativní péči jsou vlažné obklady horní poloviny těla, symptomatické podávání antipyretik a zvýšení příjmu tekutin, případně i konzultace s lékařem o indikaci antibiotické léčby. (Kalvach a kol., 2019, s.131-132)

Spánek

Kvalitní, bezbolestný a bezúzkostný spánek je jedním z velmi důležitých faktorů při poskytování paliativní péče. Při hodnocení se zaměřujeme na to, zda byl spánek přerušovaný, zda byla přítomna bolest nebo dušnost. Důležité je také zhodnotit, jak se nemocný po probuzení cítí, zda je unavený nebo naopak vyspalý. U geriatrických klientů se často setkáváme se zvýšenou frekvencí spánku během dne než v noci. V takovém případě je vhodné klienty během dne aktivně zapojovat do aktivizačních činností nebo je alespoň vysazovat do křesel. Krátký spánek jim můžeme dopřát po obědě, ale poté je opět aktivizovat. Během noci zajistíme ticho a tmu a pokusíme se tak zachovat běžný spánkový rytmus. Na základě výsledků můžeme poté konzultovat s lékařem možnou změnu medikace a zvážit farmakologickou intervenci v podobě podávání hypnotik. (Kalvach a kol., 2019, s. 132-133)

Výživa a hydratace

U nemocných, kteří jsou zařazeni do paliativní péče se často setkáváme s nechutenstvím nebo malnutricí, což je pro nemocné s delší životní prognózou problémové. Dochází tak k postupnému úbytku svalové hmoty a tím i ke slabosti. Příčinami mohou být základní onemocnění, nežádoucí účinky léků nebo depresivní stavy. Může dojít i k poruchám zažívacího traktu, jako je například dysfagie, časté projevy nevolnosti, zvracení a také odmítání stravy ze strany nemocného. Nutností je pravidelné vážení, sledování příjmu stravy a kontrola BMI. Za předpokladu krátké životní prognózy se nepátrá po příčinách poruch. Vhodnou intervencí je vyhovět nemocnému a jeho chutím. Prospěšné mohou být smetanové jogurty, plnotučné mléko a nápoje s vysokým obsahem kalorií. Pokud dochází u nemocného k časté aspiraci, je nutné zahušťovat potravu. Pokud dochází k problémům s kousáním

potravy, je ideální podávat nemocnému stravu v mleté nebo kašovitě formě. Můžeme zvolit i metodu podávání sippingu, což je nutriční podpora při hubnutí formou popíjení. Pokud nefunguje žádná z jmenovaných alternativ, je otázkou, zda nemocného indikovat k zavedení nasogastrické sondy nebo perkutánní endoskopické gastrostomii. V tomto případě je důležité brát zřetel na přání nemocného a jeho rodiny a také zvážit životní prognózu nemocného. (Kalvach a kol., 2019, s.92-96, s.133-134.)

Hydratace u klientů s dlouhodobou životní prognózou je nutností ve srovnání s klienty, kteří jsou bezprostředně umírající. U těchto klientů nevyžadujeme, aby pili tekutiny, ale nabízíme jim je a snažíme se vyhovět jejich přáním. U geriatrických klientů se často nesetkáváme s pocitem žízně. Je nezbytné aktivně nabízet tekutiny, alespoň po doušcích, několikrát denně. U imobilních klientů se může vyskytnout aspirace, proto je důležité podávat tekutiny takovými klientům ve zvýšené poloze a případně používat zahušťovadlo jako prevenci možné aspirace. (Kalvach a kol., s.134-135)

Vylučování a vyměšování

Sledováním denní diurézy (denního objemu moči) můžeme zjistit několik patologických jevů, jako je anurie, oligurie, polyurie, retence nebo inkontinence. Součástí sledování je také kontrola možných příměsí. Příměs krve je možné vidět pouhým okem pouze za předpokladu, že výskyt je makroskopický. V opačném případě se používají jednorázové diagnostické proužky, které umožňují zjištění přítomnosti krve, cukru nebo bílkovin v moči. V rámci podpurných intervencí v paliativní péči se primárně zaměřujeme na inkontinenci. Používáme spíše neinvazivní inkontinenční pomůcky než permanentní močové katétrů. Snažíme se aktivně podporovat klienty trpící inkontinencí k používání toalety, aby si udrželi přirozený způsob močení. Optimální doba používání jedné, inkontinenční, absorpční pomůcky je čtyři hodiny, maximálně osm hodin. Při výměně je důležité dodržovat správné hygienické postupy, aby se předešlo možným komplikacím, jako jsou infekční onemocnění močových cest nebo kožní problémy. (Kalvach a kol., 2019, s.136-138)

Do ošetrovatelských záznamů patří sledování frekvence vyměšování, jejíž nejčastější patologické změny jsou zácpy a průjmy. Při průjmovité stolici dochází k dehydrataci klienta, a proto je v tomto případě nezbytné aktivně nabízet tekutiny, včetně černého čaje nebo minerálních vod. Jestliže k defekaci nedojde po dobu pěti dní, hovoříme o zácpě, která může být spojována i s bolestmi břicha, nebo nevolností. Při zácpě je nutné se pravidelně dotazovat na odchod plynů, protože zástava odchodu plynů je důležitým ukazatelem, který může odhalit

nově vzniklé onemocnění. Stejně jako u průjmovitých stolic i u zácpy zajišťujeme dostatečnou hydrataci, ideálně zvýšením příjmu vlákniny, popřípadě konzultujeme s lékařem podání přípravků na změkčování stolice. Při odchodu stolice musíme pozorovat i možné příměsi, především ty krvavé. (Kalvach a kol., 2019, s.135-136)

Pokožka

Velmi důležitou složkou je sledování pokožky. Sledováním zbarvení pokožky můžeme odhalit několik zásadních patologických projevů. Ikterus, což je žluté zbarvení pokožky, sliznic, nebo očního bulbu ukazuje na možné poškození jater či obstrukci žlučových cest. Cyanóza se vyznačuje modrofialovým zbarvením zásadně koncových částí lidského těla a dochází k tomu z důvodu respirační insuficience, nebo při onemocnění anemií. Bledost je ukazatelem více možných patologických změn. Často může být bledost spojována s možnou anemií, ale mohlo by se jednat i o srdeční selhávání, oběhový šok nebo arteriální hypotenzi. Dalším patologickým zbarvením může být i hematom, erytém nebo drobné petechie. Při ošetřování a sledování chronických ran nebo umělých vývodů je nutná důkladná a pravidelně vyhodnocovaná dokumentace. V paliativní péči upřednostňujeme pravidelné ošetřování rány dle ordinace lékaře, antidekubitní režim a pravidelné polohování. (Kalvach, 2019, s.139-140)

2.2 Sociální služby

Sociální služby jsou dostupné pro lidi, kteří jsou společensky znevýhodněni. Podstatou poskytování sociálních služeb je spolupráce s klientem, současně s jeho rodinou, za účelem dosažení co nejlepší kvality života. (Hrozenková a Dvořáčková, 2013, s.60)

2.2.1 Druhy sociálních služeb

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) rozeznáváme tři druhy poskytování sociálních služeb, které jsou:

- terénní,
- ambulantní,
- pobytové. (Česko, 2020)

Malíková (2020, s.59) nám ve své knize uvádí dílčí typy, které spadají pod jednotlivé druhy poskytování sociálních služeb a jsou to: pečovatelské a odlehčovací služby, které patří pod terénní služby. Denní stacionáře, centra denních služeb a sociálně terapeutické dílny, které spadají pod ambulantní služby. Domovy pro seniory (dále jen DS), domovy se zvláštním režimem (dále jen DZR), azylové domy a noclehárny, které jsou součástí pobytových služeb.

V pobytových zařízeních pro seniory je zajištěna zdravotní péče praktickými lékaři. Někteří lékaři jsou schopni poskytovat péči o umírající klienty v pobytových zařízeních až do jejich konečné životní fáze, ale někteří své pacienty kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu odesílají k hospitalizaci do nemocničních zařízení. Klienti, kteří žijí v pobytových zařízeních pro seniory, vnímají tato místa jako svůj domov a měli by mít možnost zde v klidu dožít dle svého přání. (Slámová a kol., 2018, s.71-72)

2.2.1.1 Domov pro seniory

DS umožňují poskytování pobytových služeb klientům, kteří kvůli svému věku trpí sníženou soběstačností a potřebují opakovanou pomoc od ostatních osob. V těchto zařízeních je klientům zajištěna strava, ubytování, asistence nebo plná podpora při každodenních činnostech. Nedílnou součástí jsou také aktivizační činnosti a zajištění pomoci při prosazování jejich práv. (MPSV, ©2020)

2.2.1.2 Domov pro seniory se zvláštním režimem

DZR jsou určeny pro klienty, kteří trpí dlouhodobými duševními nemocemi, jsou závislí na návykových látkách, a také pro klienty, kteří trpí Alzheimerovou nebo stařeckou demencí a potřebují pomoc od dalších osob s ohledem na jejich individuální potřeby. (Dvořáčková,

2012, s.64-66) Stejně jako v DS je zde klientům zajištěna strava i ubytování, umožňování aktivizačních činností a pomoc během uplatňování práv. (MPSV, ©2020)

2.2.2 Demence

Charakteristikou tohoto onemocnění je postupné zhoršování kognitivních funkcí, což se týká paměti, učení, myšlení, vnímání, pozornosti a rozhodování. Slovo demence vzniklo z latinského jazyka a doslovný význam zní "nemyslíci". Toto onemocnění omezuje každodenní a společenský život, protože dochází k úbytku mentálních funkcí. (Šáteková a kol ,2021 ,s.9) Příčinami demence jsou úrazy, intoxikace a poruchy cévního zásobení mozku. Častou příčinou demence jsou neurodegenerativní onemocnění, která se projevují v ukládáním patologických bílkovin do mozku. Typy těchto chorobných proteinů a jejich ukládání pomáhají při diagnostice konkrétního typu demence. (Hauke, 2017, s.27-28) Fertařová a Ondriová (2020) ve své knize rozlišují **primární degenerativní demenci**, kam spadá Alzheimerova choroba, která tvoří přibližně 60 % všech demencí, frontotemporální demenci a demenci s Lewyho tělísky. Do **sekundární a smíšené demence** zahrnují vaskulární demenci, která tvoří zhruba 20 % všech demencí, metabolickou demenci, toxickou demenci, demenci při Pickově chorobě, demenci při Parkinsonově chorobě, demenci u Huntingotonovy nemoci, poúrazovou demenci, demenci při onkologickém onemocnění centrální nervové soustavy a demenci při normotenzním hydrocefalu.

Příznaky tohoto onemocnění jsou přehledně vypsány v následující tabulce.

Behaviorální a kognitivní příznaky demence	Emoční příznaky demence
<ul style="list-style-type: none"> • Zmatenost • Pasivita • Ztráta paměti • Agresivita • Poškození komunikačních schopností • Dysartrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Podezíravost • Ustrašenost • Střídání plačtivosti i radosti • Neklid • Porucha v chápání mezilidských vztahů

Tabulka 1 Příznaky demence, Zdroj: vlastní zpracování dle (ALZHEIMER, ©2015)

Demence lze rozdělit do tří stádií: lehkého, středního a těžkého. Lehké stádium, které trvá do čtyř let od propuknutí onemocnění, se projevuje zejména výpadky krátkodobé paměti a poruchou přijímání nových informací. Střední stádium má rozmezí od dvou do deseti let od začátku onemocnění. V tomto stádiu se již objevuje více problémů ohledně psychického

vědomí, protože dochází i k výpadkům dlouhodobé paměti, kdy si nemocní nevzpomínají na své bydliště, datum narození nebo i bývalé povolání. Může dojít i k dezorientaci v dříve známých prostorách. Těžká fáze, která je datována od sedmého do čtrnáctého roku od propuknutí onemocnění, je charakterizována úplným výpadkem paměti. V této fázi si nemocný nevybavuje ani své nejbližší a je nutný nepřetržitý dohled druhé osoby. (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 20-22)

Onemocnění demencí typicky postupuje rychle. V pokročilém stadiu demence trpí klient těžkým kognitivním postižením a ošetrovatelská péče je nezbytná. Lékaři by měli zvážit závažnost tohoto onemocnění, protože progresse je nezvratná a dochází k terminální fázi. Je ideální s klienty vyřešit otázku jejich dříve vysloveného přání v rané fázi tohoto onemocnění. To usnadní personálu rozhodování o poskytování péče a zlepší tak kvalitu života nemocných, nejen během paliativní péče. (Rusina, Špeciánová, 2020)

Diagnostika tohoto onemocnění je často velmi obtížná a může být stanovena pozdě nebo nepřesně. Faktory, které ovlivňují nesprávnou diagnostiku, mohou pocházet jak ze strany nemocného, tak ze strany lékaře. Při vyšetřování nemocného začínáme podrobnou anamnézou. Pokud nemocný není schopen poskytnout informace, jsou zapojeni i jeho rodinní příslušníci a známí. Anamnéza by měla obsahovat informace o vzniku, průběhu a trvání onemocnění. Důležité je také zjištění možných neurologických a psychiatrických poruch v rodině. Dále se zjišťuje, zda nemocný neprodělal úrazy hlavy, metabolická či kardiovaskulární onemocnění. Nemocný podstupuje komplexní vyšetření, které zahrnuje nejznámější standardizovaný Mini – mental state examination (MMSE), stejně jako hodnocení nekognitivních projevů, například pomocí ADL škály (škála aktivit denního života). Provádí se také kompletní laboratorní vyšetření a další vyšetřovací metody, jako je počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR). K diagnostice přispívají také funkční zobrazovací metody, jako je elektroencefalografie (EEG), jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie (PET). (Fertaľová a Ondriová, 2020)

Kalvach a kol. (2019, s. 18) ve své knize uvádějí, že poskytování paliativní péče lidem v pokročilém stadiu demence je žádoucí, protože prognóza je velmi nejistá a dochází k nevratnému zhoršování zdravotního stavu.

Léčba obvykle kombinuje biologické a nebiologické přístupy. Nejčastěji používanou metodou biologické léčby je farmakoterapie, která ovlivňuje poškozené kognitivní funkce anebo

přidružené poruchy nálady, chování a spánku. Nebiologická léčba zahrnuje například rozšířenou metodu bazální stimulace nebo rehabilitační metody. (Jirák a kol., 2009, s.88-95)

2.2.3 Stáří

Stárnutí populace je velmi diskutovaným tématem současnosti. Lze předpokládat, že počet občanů ve věku seniorů bude postupně růst a poptávka po sociální péči pro seniory se zvýší. Zvýšení počtu občanů ve věku seniorů se odráží v demografických datech. Podle těchto dat bude v roce 2040 nejvyšší počet občanů ve věku osmdesáti let. Je pochopitelné, že každá generace má odlišný pohled na stáří a na umírání. V současnosti jsou v pobytových službách převážně klienti, kteří prožili válečné období a jejich myšlenky odrážejí radost z toho, že se nemusí bát hladu a že se o ně někdo stará. Po odchodu této generace budou do pobytových služeb přijímáni klienti, kteří mají zcela jinou představu o svém stáří a o svém odchodu. (Procházková, 2019, s.13-16)

WHO člení stáří dle věku takto:

- období raného stáří (staršího věku) 60-74 let,
- období vlastního stáří (pokročilého, vysokého věku) 75-89 let,
- období dlouhověkosti nad 90 let. (Haškovcová, 2010)

Změny, které doprovázejí stáří, jsou tělesné, sociální i psychické. Viditelnými tělesnými změnami jsou změny chůze i postoje, což je doprovázeno úbytkem váhy a snížením tělesné síly. Součástí stárnutí je také úbytek sluchové ostrosti a snížení vnímání chutí a čichu. Psychickými změnami se rozumí i změna osobnosti, která je často spojena se stárnutím. Dochází také k poklesu životního elánu a narušení schopnosti navázání nových vztahů a jejich udržení. Se sociálními změnami je spojen také postoj ke starým občanům. Je nutné si uvědomit, že ve společenském životě se těmto občanům často připisuje status někoho, kdo už ve společnosti nemá žádnou roli. Nemusí to však být vždy pravda. Jestliže to zdravotní stav dovolí, může být tento občan plně aktivní a soběstačný jedinec. Ke stárnutí patří také následná smrt, která neznamena pouze konec něčího života, ale také konec partnerského soužití. (Dvořáčková, 2012, s.11-15)

2.2.4 Umírání

Péče o umírající klienty je fyzicky i psychicky náročná činnost v ošetrovatelství. Důležitým aspektem během této situace je podpora a opora od rodiny, blízkých přátel i od vedení zařízení vůči osobám, které se starají o umírající. V průběhu péče o umírajícího klienta je nezbytné řídit se Chartou práv umírajících (viz. příloha č.2). Hlavním cílem je zmírňovat

klientovo utrpení a dopřát mu bezbolestné, důstojné a klidné dožití. (Burda a Šolcová, 2016, s.31) Umírání je odlišně trvající časový úsek, který končí terminálním stavem. Experti v oboru zdravotnictví dělí umírání do tří od sebe odlišných fází: pre finem, in finem a post finem. (Kupka, 2014, s.102)

Základní práva umírajících lze dle webu Cesta domů formulovat takto:

1. *„ Právo na důstojné zacházení jako s lidskou bytostí až do smrti*
2. *Právo dostat všechny potřebné informace týkající se nemoci a smrti*
3. *Právo podílet se na rozhodnutích týkajících se nemoci a péče, bez strachu z odsouzení druhých*
4. *Právo na citlivou, kvalitní a profesionální péči multiprofesního týmu, který poskytuje prvotřídní péči nemocnému i jeho rodině*
5. *Právo na stálou zdravotnickou péči přestože cíl „uzdravení“ se mění na „zachování pohodlí a kvality života“*
6. *Právo vyjádřit své pocity, duchovní a náboženské potřeby týkající se blízké smrti s ohledem na kulturní a duchovní hodnoty*
7. *Právo na kvalitní léčbu bolesti a ostatních doprovodných příznaků*
8. *Právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím smrti*
9. *Právo zemřít v klidu a důstojně v přítomnosti lidí, které si přeje mít u sebe“* (Cesta domů, ©2024)

Pre finem

K této fázi dochází při diagnostice a při sdělení nemocnému o jeho závažném onemocnění, které s vysokou pravděpodobností končí smrtí. Jedná se o období dnů, měsíců, ale i let. Každý jedinec na takovou zprávu reaguje subjektivně a důležitou roli hraje i oznámení diagnózy lékařem. O postoji k tomuto sdělení rozhodují u každého z nás osobní zkušenosti, temperament a současné mentální rozpoložení. Může dojít k agresivnímu a odmítavému postoji, se kterým těžce pracuje zejména začínající personál. Je důležité nechat negativním reakcím prostor a nebýt vztahovačný, protože tato agrese pomine, a nemocný bude mít na svou situaci odlišný pohled. Za podmínky, že informace o zdravotním stavu jsou lékařem předány správně, zvyšuje se pravděpodobnost pochopení a akceptování ze strany nemocného a navázání důvěry mezi ním a zdravotnickým personálem. I přes to, že se jedná o nevyléčitelné onemocnění, díky důvěře vůči zdravotnictví se zvyšuje pravděpodobnost, že bio-psycho-sociálně-spirituální paliativní péče bude mít vhodný úspěch nejen pro nemocného, ale i pro jeho rodinu. Nemocný si musí být vědom možnosti psychologické péče, protože není

možné dopustit, aby nemocný zemřel dříve psychicky nebo sociálně, než dojde k fyzické smrti. Přetrvává důležitost poskytování trvalé či náhle potřebné emoční podpory, primárně totiž nemocní pociťují osamělost a odcizení od okolí. (Kupka ,2014, s.102-105)

In finem

Tento stav je často spojován s lékařským "terminálním stavem". Častým trendem v této době bývá přemístění nemocného do nemocničního zařízení nebo do léčeben pro dlouhodobě nemocné. Přesuny do těchto zařízení bývají pro nemocné často obtížné z psychologického hlediska z důvodu neznámého prostředí i neznámých pracovníků. Stereotypní myšlení, že se nemocný má nejlépe pod dohledem lékařů, neumožňuje klidné dožití ve známém prostředí. Většina seniorů nemá nikoho, kdo by se ujal péče o ně, protože se často setkáváme i s případy, kdy rodina nemá zájem se na péči podílet. I v takových případech by nemělo dojít k osamocení umírání. Psychologové zajišťující psychoterapeutickou péči ve spolupráci se zdravotnickým týmem se tak plnohodnotně postarají o osamocení umírajícího. Dochází ke změně vnímání okolí, nemocní se soustředí především na sebe a mají tendenci se vzdalovat od okolního světa. Postupně nemocný ztrácí zájem o knihy, televizní programy nebo noviny a ocení přítomnost hlavně svých nejbližších. (Kupka ,2014, s.105-108)

Post finem

Po smrti nemocného je třeba dbát na problematiku smutku, která ale obvykle nastává dříve, než k předpokládanému úmrtí vůbec dojde. První okamžiky jsou obzvláště důležité pro pozůstalé. Musí se rozhodnout, jakým způsobem se rozloučit se zemřelým. Smutek nad ztrátou milované osoby je normální reakce, ovšem může dojít k patologickým formám zármutku, kdy pozůstalí trpí depresí nebo úzkostmi. Osobní postoj a přístup personálu umožňuje pozůstalým promluvit o svých pocitech, a v případě neschopnosti zvládnout tuto krizovou situaci jim je nabídnuta pomoc. Při práci s pozůstalými je důležité nespěchat! Zdravotníci plní taktně předepsané postupy, během předávání pozůstalosti. (Kupka ,2014, s.108)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

V úvodu praktické části je popsána metodika, která byla v této práci použita. Další kapitola se zabývá popisem zpracování a analýzou získaných dat z dotazníkového šetření. Součástí jsou také výzkumné otázky, popis vzorku respondentů a nakonec zhodnocení všech odpovědí uvedených v dotaznících.

3.1 Metodika průzkumné části

V této bakalářské práci byla použita kvantitativní strategie v podobě dotazníkového šetření. Kvantitativní výzkum se provádí za účelem sběru dat od cílové skupiny. Forma dotazování je při provádění kvantitativního výzkumu nejčastější, protože respondenti odpovídají na otázky a mohou zde uvádět i osobní názory, nebo pohledy na zkoumanou problematiku. Informace jsou nejčastěji vyhodnocovány formou absolutní a relativní četnosti. Výstupem z tohoto šetření jsou tabulková nebo grafická vyhodnocení. (Tahal a kol., 2022)

3.2 Zpracování a analýza výsledků

Postoje zdravotních sester z dotazníkového šetření jsem zpracovala pomocí programu Microsoft Word 2016. Výsledky jednotlivých otázek jsou popsány v tabulkách a grafech společně s relativními i absolutními četnostmi.

Skupinové sloupcové grafy jsou popsány tak, že na vodorovné ose je označení typu zařízení a na svislé ose je znázorněna absolutní četnost respondentů. Výsledné barvy v grafu znázorňují jednotlivé odpovědi z dotazníku.

3.3 Průzkumné otázky

1. Jaký je rozdíl ve znalostech a v potřebě dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče mezi zdravotnickým personálem v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem?
2. Jak se rodiny zapojují do paliativní péče pohledem zdravotnického personálu?
3. Jaké jsou možnosti pro zlepšení kvality poskytování paliativní péče?

3.4 Vzorek respondentů

Dotazníkové šetření probíhalo ve dvou zařízeních sociálních služeb, které poskytují paliativní péči a jsou pod vedením jedné organizace od 6. do 20.3.2024. První zařízení, které se specializuje pouze na činnosti, které poskytují DS, má pro klienty k dispozici 153 lůžek. V druhém zařízení se nachází celkem osm oddělení, z čehož pět oddělení poskytuje činnosti DZR v celkovém počtu lůžek 191. Zbývající tři oddělení poskytují stejně jako první zařízení služby DS v lůžkové kapacitě 106 míst. V domovech pro seniory a v domovech se zvláštním

režimem bylo všeobecným a praktickým sestřím rozdáno celkem 50 dotazníků. Vyplněných a následně mnou zpracovaných bylo celkem 41. Rozdíl počtu sester z DS a DZR a dále míra jejich vzdělání je uvedena v následujících tabulkách.

Typ pobytové služby	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Domov pro seniory	23	56 %
Domov se zvláštním režimem	18	44 %
Celkem	41	100 %

Tabulka 2 Rozdíl počtu zdravotnických sester v DS a DZR (Zdroj: vlastní)

Sester z DS se zúčastnilo 23 (56 %) a sester z DZR 18 (44 %). Celkový počet je tedy 41 (100 %), jak jsem již zmínila.

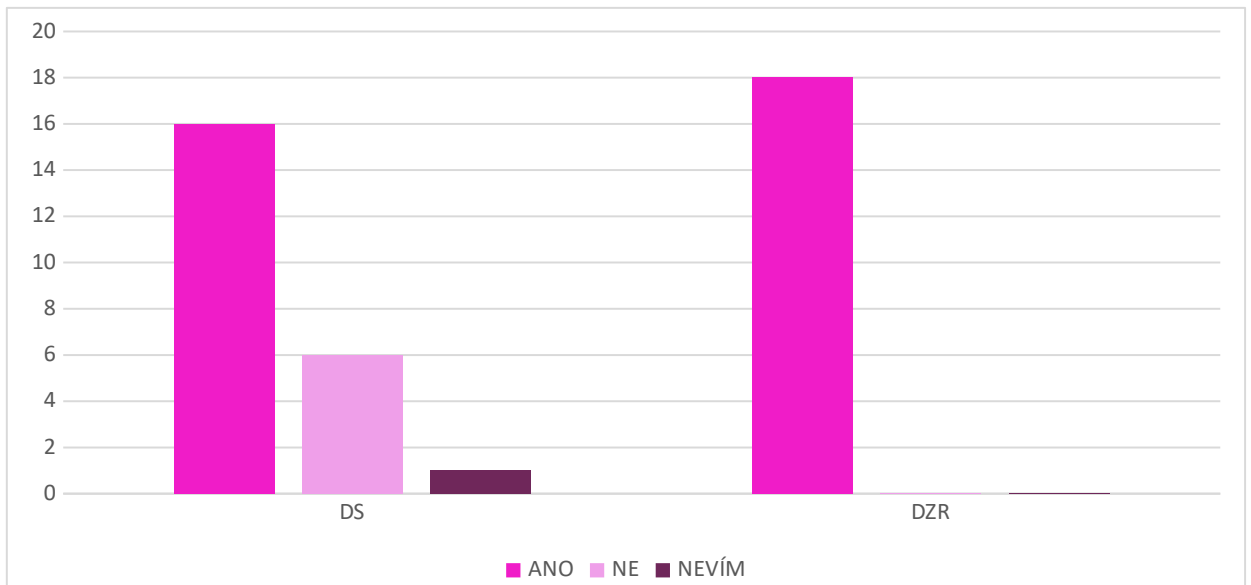
Míra vzdělání	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	16	69 %	15	83 %
Vyšší odborné	5	22 %	0	0 %
Vysokoškolské , bakalářské	2	9 %	3	17 %
Vysokoškolské , magisterské	0	0 %	0	0 %

Tabulka 3 Míra vzdělání zdravotních sester v DS a DZR (Zdroj: vlastní)

V DS vyplnilo dotazník celkem 16 sester (69 %) se středoškolským vzděláním, 5 sester (22 %) s vyšším odborným vzděláním a pouze 2 sestry (9 %) s vysokoškolským, bakalářským, titulem. V DZR je stejně jako v DS nejvíce zastoupené středoškolské vzdělání, a to v počtu 15 sester (83 %). Další 3 pracovníci (17 %) mají bakalářské vzdělání. V obou typech zařízení dotazníkové šetření nevyplňoval nikdo s magisterským vzděláním.

3.5 Prezentace výsledků

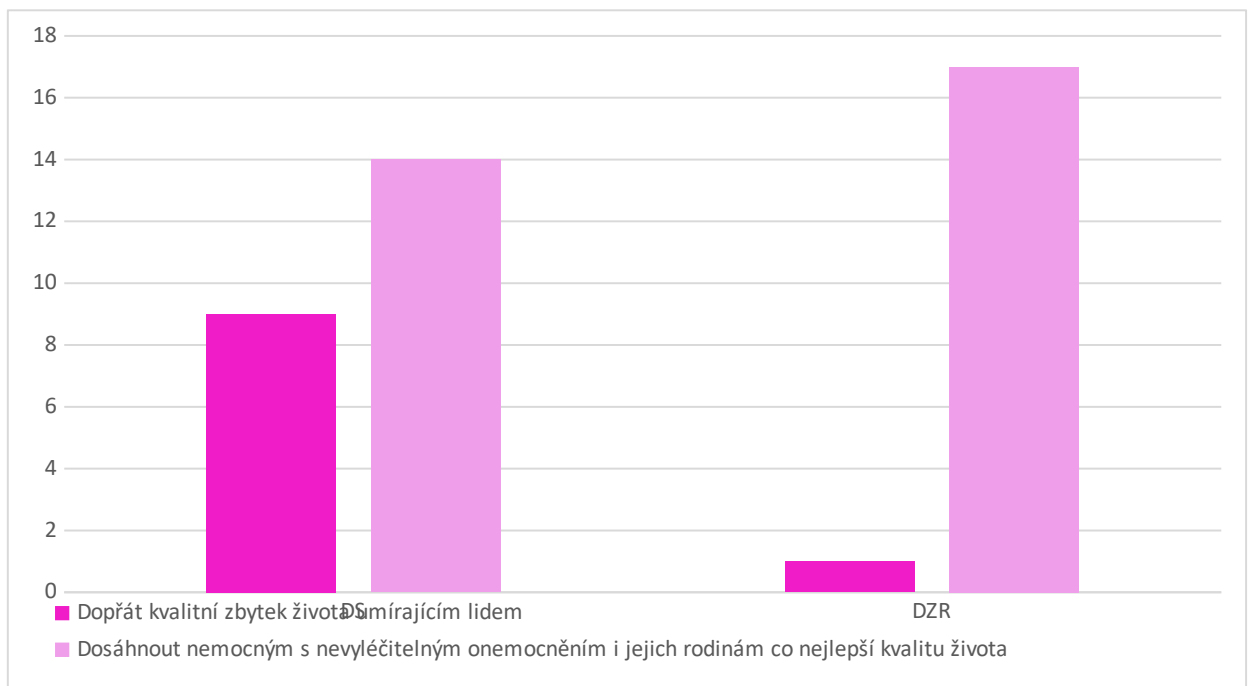
1. Poskytuje vaše zařízení paliativní péči? (zaškrtněte jednu možnou odpověď)



Obrázek 1 Grafické znázornění otázky č.3, dotazník (Zdroj: vlastní)

V DS uvedlo 16 sester (70 %), odpověď „Ano“, 6 sester (26%) uvedlo odpověď „Ne“ a jedna sestra (4%) zvolila odpověď „Nevím“. V DZR všech 18 sester (100%) zaškrtnulo odpověď „Ano“.

2. Hlavním cílem paliativní péče je: (zaškrtněte jednu správnou odpověď)



Obrázek 2 Grafické znázornění otázky č.4, dotazník (Zdroj: vlastní)

Ačkoliv měla tato otázka 5 možných odpovědí, sestry zaškrtnuly pouze dvě z nich, které jsou znázorněné v grafu. Zbylé tři tedy není nutné v grafu uvádět, vzhledem k nulovému počtu. V DS 9 sester (40 %) uvedlo odpověď: „Dopřát kvalitní zbytek života umírajícím lidem“, stejnou odpověď z oddělení DZR zaškrtnula jedna sestra (6 %). V DS dále 14 sester (60 %) uvedlo odpověď: „Dosáhnout nemocným s nevléčitelným onemocněním i jejich rodinám co nejlepší kvalitu života.“ stejně jako zbylých 17 sester (94 %) z DZR.

3. Paliativní péče se provádí: (možnost zaškrtnout více odpovědí)

Odpověď:	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
V hospici	23	100 %	18	100 %
V nemocničních zařízeních	18	78 %	8	44 %
Doma	23	100 %	15	83 %
V pobytových službách pro seniory	19	82 %	18	100 %
Jinde	0	0 %	0	0 %

Tabulka 4 znázornění otázky č.5, dotazník (Zdroj: vlastní)

V DS všechny sestry (100 %) zaškrtnuly odpovědi: „*V hospici*“ a „*Doma*“. Odpověď „*V nemocničních zařízeních*“ zaškrtnulo 18 sester (78 %), a nakonec odpověď „*V pobytových službách*“, kterou zaškrtnulo 19 sester (82 %). V DZR všechny sestry (100 %) zaškrtnuly odpověď „*V hospici*“ a „*V pobytových službách*“, dále 8 sester (44 %) zaškrtnulo odpověď „*V nemocničních zařízeních*“ a 15 z nich (83 %) zaškrtnulo odpověď „*Doma*“. Žádná sestra neuvedla jiné místo možného poskytování paliativní péče.

4. Zaškrtněte na škále, jak dalece se cítíte informováni o paliativní péči. (0 vůbec, 10 úplně)

Odpověď:	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	0	0 %	0	0 %
1	0	0 %	0	0 %
2	0	0 %	0	0 %
3	1	4 %	1	5 %
4	2	9 %	0	0 %
5	1	5 %	0	0 %
6	3	13 %	3	17 %
7	8	35 %	3	17 %
8	6	26 %	5	28 %
9	1	4 %	2	11 %
10	1	4 %	4	22 %

Tabulka 5 znázornění otázky č.6, dotazník (Zdroj: vlastní)

Škála, kterou sestry zaškrtovaly byla číslována od 0 do 10, přičemž 0 znamená nejméně a 10 nejvíce. Ani jedna sestra z DS nebo DZR své vědomosti neohodnotila číslem 0,1 a 2. Z DS jedna sestra (5 %) uvedla míru svých vědomostí na bodě 3, dvě sestry (9 %) uvedly číslo 4, jedna sestra (4 %) uvedla číslo 5, tři sestry (13 %) uvedly číslo 6, osm sester (35 %) uvedlo číslo 7, šest sester (26 %) uvedlo číslo 8. jedna sestra (4 %) 9 a poslední sestra (4 %) své vědomosti ohodnotila číslem 10. Z DZR jedna uvedla číslo 3 (5 %), tři sestry (17 %) uvedly číslo 6, další tři (17 %) uvedly číslo 7, pět sester (28 %) uvedlo 8, dvě (11 %) zaškrtovaly 9, a čtyři sestry (22 %) své vědomosti ohodnotily číslem 10.

5. Kdo se může podílet na poskytování paliativní péče v domovech pro seniory?
(Možnost zaškrtnout více odpovědí)

Odpověď	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sociální pracovník	17	74 %	15	83 %
Psycholog či psychoterapeut	16	69 %	15	83 %
Zdravotní sestra	21	91 %	18	100 %
Kaplan	15	65 %	13	72 %
Dobrovolník	10	43 %	4	22 %
Rehabilitační pracovník	10	43 %	10	55 %
Lékař	21	91 %	16	89 %

Tabulka 6 znázornění otázky č.7, dotazník (Zdroj: vlastní)

Sedmnáct sester (74 %) z DS zaškrtnulo odpověď „*Sociální pracovník*“, šestnáct sester (69%) zaškrtnulo odpověď „*Psycholog či psychoterapeut*“, dvacet jedna sester (91 %) zaškrtnulo možnost „*Zdravotní sestra*“, patnáct sester (65 %) zaškrtnulo odpověď „*Kaplan*“, deset sester (43 %) zaškrtnulo odpověď „*Dobrovolník*“, deset sester (43 %) zaškrtnulo odpověď „*Rehabilitační pracovník*“, a dvacet jedna sester (91 %) uvedlo odpověď „*Lékař*“. Patnáct sester (83 %) z DZR zaškrtnulo odpověď „*Sociální pracovník*“, patnáct sester (83 %) zaškrtnulo odpověď „*Psycholog či psychoterapeut*“, všech osmnáct sester (100 %) zaškrtnulo možnost „*zdravotní sestra*“, třináct sester (72 %) zaškrtnulo odpověď „*Kaplan*“, čtyři sestry (22 %) zaškrtnuly odpověď „*Dobrovolník*“, deset sester (55 %) zaškrtnulo odpověď „*Rehabilitační pracovník*“, a šestnáct sester (91 %) uvedlo odpověď „*Lékař*“.

6. Kdo indikuje paliativní léčbu? (zaškrtněte jednu odpověď)

Odpověď:	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Staniční sestra	0	0 %	0	0 %
Vrchní sestra	0	0 %	0	0 %
Lékař	23	100 %	18	100 %
Zdravotní sestra	0	0 %	0	0 %
Zdravotní sestra se specializací	0	0 %	0	0 %

Tabulka 7 znázornění otázky č.8, dotazník (Zdroj: vlastní)

Sestry pracující v DS se shodují na stejném názoru jako sestry z DZR, jedinou odpovědí v této otázce byl „Lékař“.

7. U kolika klientů ve Vašem zařízení byla v období posledních dvou let indikována paliativní péče? (zaškrtněte jednu odpověď)

Odpovědi	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-5	10	43 %	7	40 %
5-10	0	0 %	3	17 %
10-15	5	22 %	1	5 %
15-20	0	0 %	1	5 %
Více než 20	0	0 %	1	5 %
Nevím	8	35 %	5	28 %

Tabulka 8 znázornění otázky č.9, dotazník (Zdroj: vlastní)

Deset sester (43 %) z DS uvedlo odpověď „0-5“, pět sester (22 %) uvedlo odpověď „10-15“ a osm sester (35 %) uvedlo odpověď „Nevím“. Z DZR sedm sester (40 %) uvedlo odpověď „0-5“, tři sestry (17 %) uvedly odpověď „5-10“, jedna sestra (5 %) uvedla odpověď „10-15“, další sestra (5 %) uvedla odpověď „15-20“, další sestra (5 %) uvedla „Více než 20“ a pět sester (28 %) uvedlo odpověď „Nevím“.

8. Kolik klientů z Vašeho zařízení zemřelo v nemocničním zařízení za rok 2023?
(Zaškrtněte jednu odpověď)

Odpověď	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-10	7	30 %	12	67 %
10-20	4	18 %	1	5 %
20-30	1	4 %	2	11 %
Více než 30	0	0 %	0	0 %
Nevím	11	48 %	3	17 %

Tabulka 9 znázornění otázky č.10, dotazník (Zdroj: vlastní)

V DS sedm sester (30 %) zaškrtnulo odpověď „0-10“, čtyři sestry (18 %) uvedly odpověď „10-20“, jedna sestra (4 %) uvedla odpověď „20-30“ a jedenáct sester uvedlo odpověď „Nevím“. V DZR dvanáct sester (67 %) uvedlo odpověď „0-10“, jedna sestra (5 %) uvedla odpověď „10-20“, dvě další (11 %) zaškrtnuly odpověď „20-30“ a zbylé tři (17 %) uvedly odpověď „Nevím“.

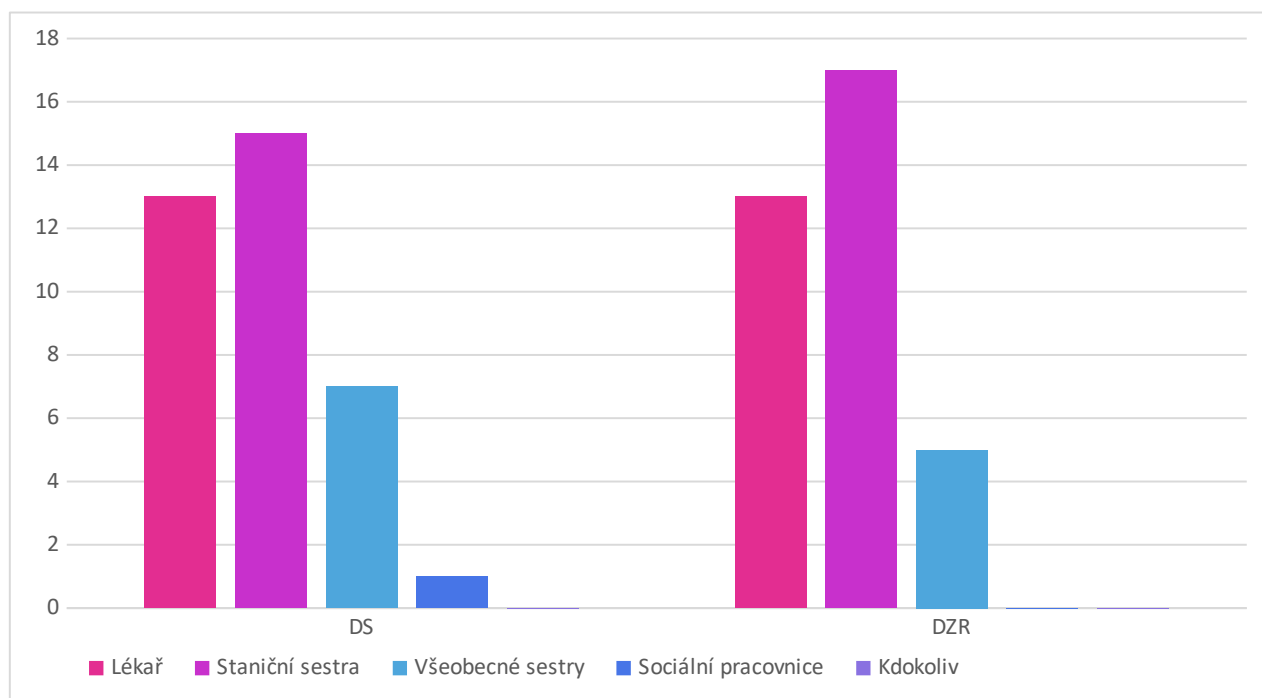
9. Kolik klientů ve Vašem zařízení zemřelo v pobytových službách za rok 2023? (zaškrtněte jednu odpověď)

Odpověď:	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-10	10	43 %	4	22 %
10-20	0	0 %	5	28 %
20-30	1	5 %	2	11 %
Více než 30	2	9 %	4	22 %
Nevím	10	43 %	3	17 %

Tabulka 10 znázornění otázky č.11, dotazník (Zdroj: vlastní)

Z DS deset sester (43 %) uvedlo odpověď „0-10“, jedna (5 %) uvedla odpověď „20-30“, dvě sestry (9 %) uvedly odpověď „Více než 30“ a zbylých deset (43 %) uvedlo odpověď „Nevím“. V DZR čtyři sestry (22 %) uvedly odpověď „0-10“, pět sester (28 %) uvedlo odpověď „10-20“, dvě sestry (11 %) uvedly odpověď „20-30“, čtyři sestry (22 %) uvedly odpověď „Více než 30“ a zbylé tři (17 %) uvedly odpověď „Nevím“.

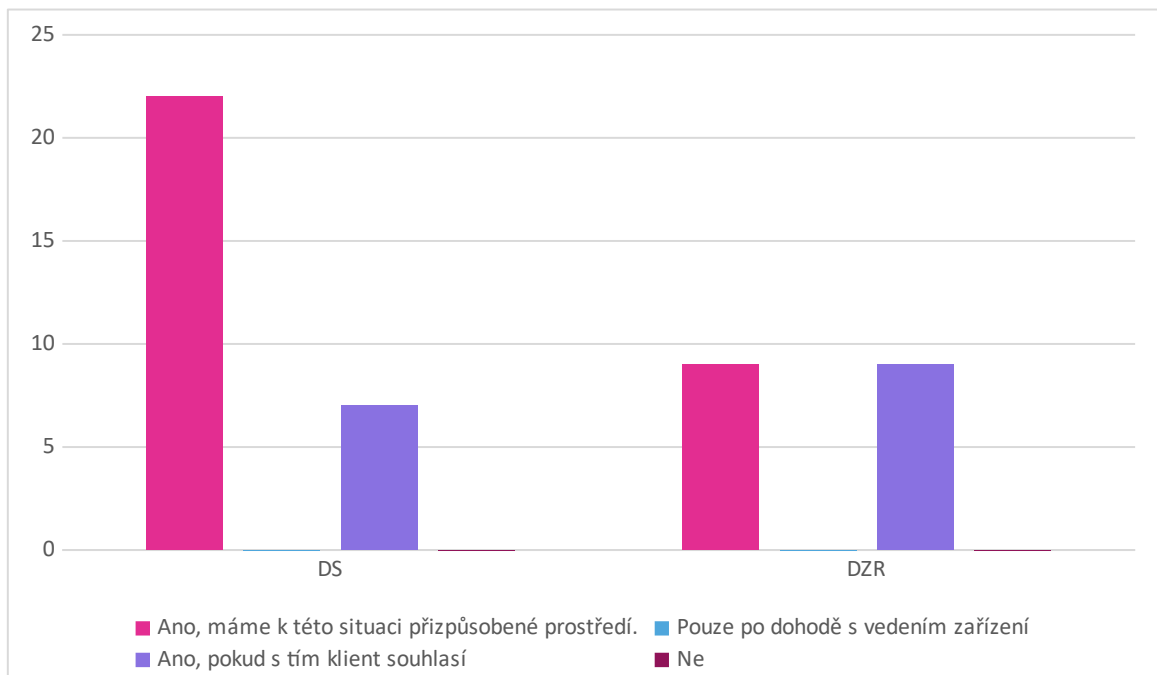
10. Kdo na Vašem oddělení informuje rodinu klienta o indikaci k paliativní léčbě?
(možnost zaškrtnout více odpovědí)



Obrázek 3 Grafické znázornění otázky č.12, dotazník (Zdroj: vlastní)

Z DS celkem třináct sester (55 %) zaškrtno odpověď „Lékař“, 15 sester (65 %) uvedlo odpověď „Staniční sestra“, sedm sester (30 %) uvedlo „Všeobecné sestry“, a jedna sestra (4 %) uvedla odpověď „Sociální pracovníce“. V DZR třináct sester (72 %) uvedlo odpověď „Lékař“, sedmnáct sester (94 %) uvedlo „Staniční sestru“ a pět sester (28 %) uvedlo odpověď „Sociální pracovníce“

11. Umožňujete rodinným příslušníkům návštěvu u klienta v terminálním stádiu v jakoukoliv denní a noční hodinu? (možnost zaškrtnout více odpovědí)



Obrázek 4 Grafické znázornění otázky č.13, dotazník (Zdroj: vlastní)

V DS dvacet dva sester (96 %) uvedlo možnost „Ano, máme k této situaci přizpůsobené prostředí“, a dále sedm sester (30 %) zaškrtnulo odpověď „Ano, pokud s tím klient souhlasí.“ V DZR devět sester (50 %) uvedlo možnost „Ano, máme k této situaci přizpůsobené prostředí“, a dále devět sester (50 %) zaškrtnulo odpověď „Ano, pokud s tím klient souhlasí.“ Žádná sestra neuvedla odpověď „Ne“ a „Pouze po dohodě s vedením zařízení“.

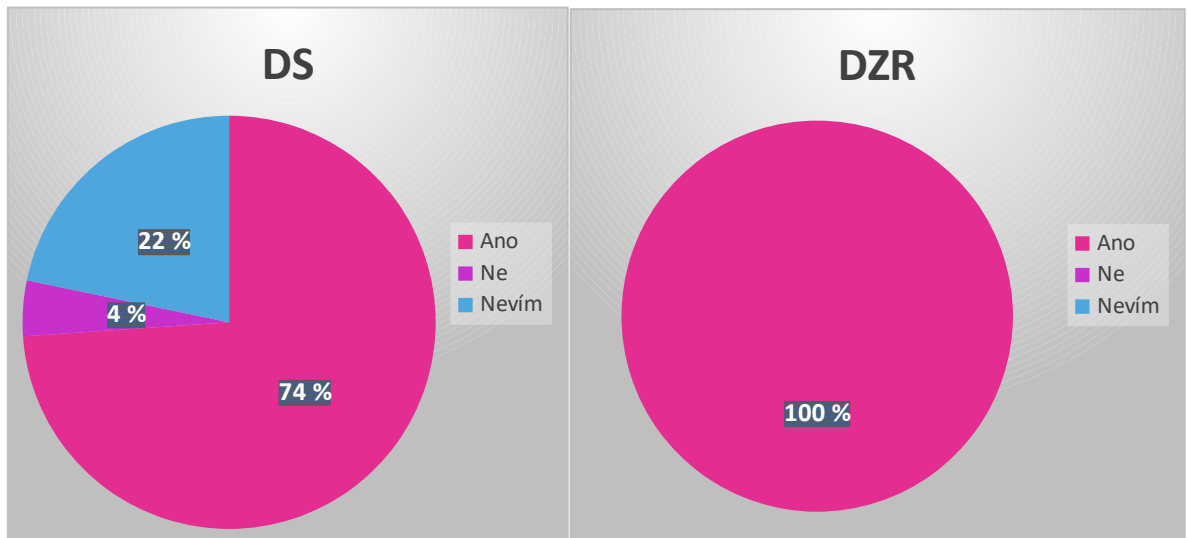
12. Jakým způsobem je rodina zapojena do paliativní péče? (Možnost zaškrtnout více odpovědí)

Odpověď:	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Z výstupu rodinné konference a paliativního týmu	19	83 %	17	94 %
Při praktikování bazální stimulace	9	39 %	4	22 %
Využití informací z biografického listu klienta	12	52 %	8	44 %
Při rozhodování o dalších léčebných postupech	11	48 %	9	50 %
Jiné	0	0 %	0	0 %

Tabulka 11 znázornění otázky č.14, dotazník (Zdroj: vlastní)

Devatenáct sester (83 %) z DS uvedlo odpověď „Z výstupu rodinné konference a paliativního týmu“, devět sester (39 %) zaškrtnulo odpověď „Při praktikování bazální stimulace“, dvanáct sester (52 %) uvedlo odpověď „Využití informací z biografického listu“ a jedenáct sester (48 %) uvedlo odpověď „Při rozhodování o dalších léčebných postupech“. Sedmnáct sester (94 %) z DZR uvedlo odpověď „Z výstupu rodinné konference a paliativního týmu“, čtyři sestry (22 %) zaškrtnuly odpověď „Při praktikování bazální stimulace“, osm sester (44 %) uvedlo odpověď „Využití informací z biografického listu“ a devět sester (50 %) uvedlo odpověď „Při rozhodování o dalších léčebných postupech“. Slovního vyplnění u odpovědi „Jiné“ se respondenti zdrželi.

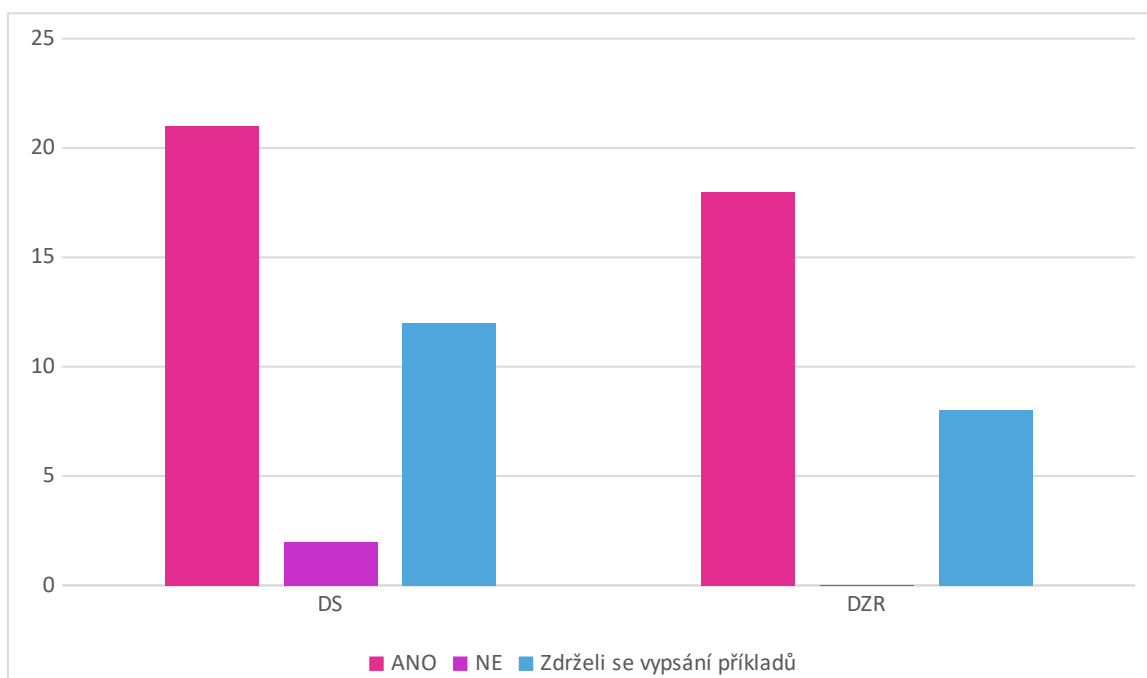
13. Využíváte během poskytování paliativní péče i koncept bazální stimulace? (zaškrtněte jednu odpověď)



Obrázek 5 Grafické znázornění otázky č.15, dotazník (Zdroj: vlastní)

V DS sedmnáct sester (74 %) uvedlo odpověď „Ano“ jedna sestra (4 %) uvedla odpověď „Ne“ a pět sester (22 %) uvedlo odpověď „Nevím“. V DZR se všechny sestry (100 %) shodly na odpovědi „Ano“.

14. Realizuje Vaše zařízení přání klientům nejen v paliativní péči?



Obrázek 6 Grafické znázornění otázky č.16, dotazník (Zdroj: vlastní)

Dvacet jedna sester (91 %) z DS uvedlo odpověď „Ano“, z toho deset sester (43 %) se zdrželo při vypsání příkladů. Dvě sestry (9 %) uvedly odpověď „Ne“, obě se zdržely vypsání důvodu, proč to nelze. Všech osmnáct sester (100 %) zaškrtnulo odpověď „Ano“ z toho osm sester (44 %) se zdrželo vypsání příkladů. Ve vypsání příkladů se odpovědi shodovaly v obou zařízeních. Jako příklady splněných přání klientů zdravotní sestry uvedly tyto příklady: Volnočasové aktivity (vycházky, návštěva kina, hraní deskových her, filmy na přání, nakupování, úprava vlasů v podobě natočení), návštěva kaplanem, návštěvy sexuální pracovnice, návštěvy vlastní kadeřnice. Klientům zde plní i přání návštěv vlastních domácích mazlíčků. Personál se snaží vyhovět klientovým individuálním přáním, jako je například denní vaření kakaa ke snídani.

15. Zaškrtněte na škále, jaký si myslíte, že má význam účast rodiny v paliativní péči. (0 vůbec, 10 úplně)

Odpověď:	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	0	0 %	0	0 %
1	0	0 %	0	0 %
2	0	0 %	0	0 %
3	0	0 %	0	0 %
4	0	0 %	0	0 %
5	1	5 %	0	0 %
6	0	0 %	0	0 %
7	0	0 %	0	0 %
8	2	9 %	3	17 %
9	0	0 %	2	11 %
10	19	83 %	13	72 %

Tabulka 12 Znázornění otázky č.17, dotazník (Zdroj: vlastní)

Na škále jedna sestra (4 %) z DS ohodnotila význam rodiny na bodě pět, další sestra (4 %) zaškrtnula číslo osm, dvě sestry (9 %) uvedly odpověď osm a zbylých devatenáct sester (83 %) uvedlo odpověď deset. Tři sestry (17 %) z DZR uvedly důležitost na škále pod číslem osm, další dvě (11 %) uvedly odpověď devět a zbylých třináct sester (72 %) uvedlo odpověď deset.

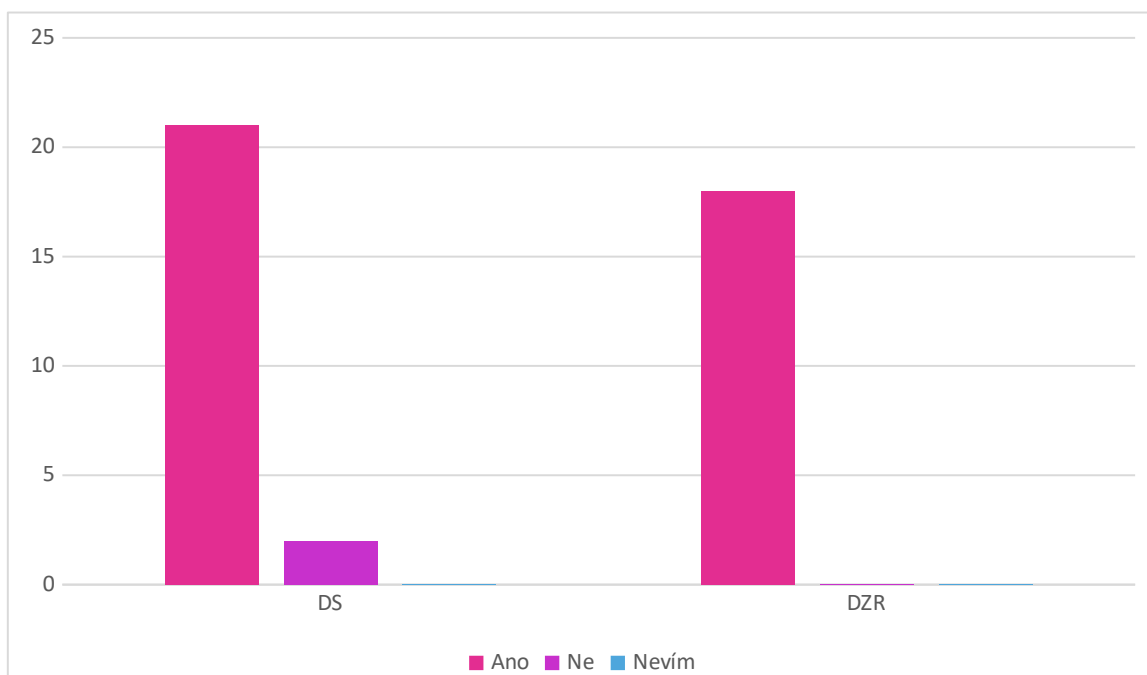
16. Z jakých zdrojů získáváte informace o paliativní péči? (vypište)

Odpovědi:	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Literatura	10	43 %	2	11 %
Internet	7	30 %	5	28 %
Od koordinátorky paliativní péče	7	30 %	0	0 %
Zkušenosti	2	9 %	2	11 %
Kurzy	3	13 %	0	0 %
Školení	7	30 %	12	67 %
Zdrželi se odpovědi	1	4 %	4	22 %

Tabulka 13 znázornění otázky č.18, dotazník (Zdroj: vlastní)

Deset sester (43 %) z DS uvedlo jako zdroj získávání informací o paliativní péči literaturu, sedm sester (30 %) uvedlo internet, sedm sester (30 %) uvedlo koordinátorku paliativní péče, dvě sestry (9 %) uvedly zkušenosti, tři (13 %) uvedly kurzy, sedm sester (30 %) uvedlo školení a jedna (4 %) se zdržela odpovědi. Dvě sestry (11 %) z DS uvedly literaturu, pět sester (28 %) uvedlo internet, dvě sestry (11 %) uvedly své zkušenosti, dvanáct sester (67 %) uvedlo školení a čtyři sestry (22 %) se zdržely odpovědi.

17. Poskytuje Vaše pracoviště školení ohledně paliativní péče? (Zaškrtněte jednu odpověď)



Obrázek 7 Grafické znázornění otázky č.19, dotazník (Zdroj: vlastní)

V DS dvacet jedna sester (91%) uvedlo odpověď „Ano“, a dvě sestry (9 %) uvedly odpověď „Ne“. V DZR se sestry jednohlasně shodly (100 %) na odpovědi „Ano“

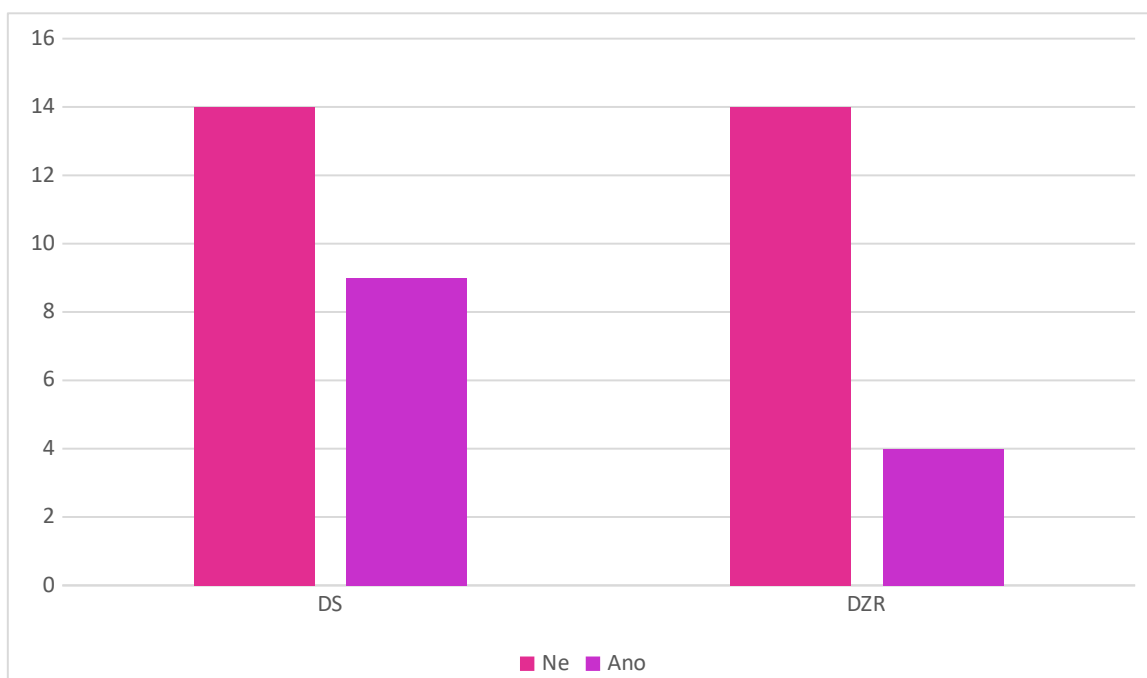
18. Co si myslíte, že by zlepšilo kvalitu poskytování paliativní péče? (Možnost zaškrtnout více odpovědí.)

Odpovědi:	DS		DZR	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Více školení o paliativní péči	18	78 %	14	78 %
Více dostupné literatury ohledně tématu	5	22 %	3	17 %
Medializace paliativní péče v sociálních službách	21	91 %	10	56 %
Jiné	1	4 %	1	6 %

Tabulka 14 znázornění otázky č.20, dotazník (Zdroj: vlastní)

V DS osmnáct sester (78 %) uvedlo odpověď „Více školení o paliativní péči“, pět sester (22 %) uvedlo „Více dostupné literatury ohledně tématu“, dvacet jedna sester (91 %) uvedlo odpověď „Medializace paliativní péče v sociálních službách“ a jedna sestra (4 %) vypsala do odpovědi „Jiné“ paliativní lékaře. V DZR čtrnáct sester (78 %) uvedlo odpověď „Více školení o paliativní péči“, tři sestry (17 %) uvedly „Více dostupné literatury ohledně tématu“, deset sester (56 %) uvedlo odpověď „Medializace paliativní péče v sociálních službách“ a jedna sestra (4 %) stejně jako v DS vypsala do odpovědi „Jiné“ paliativní lékaře.

19. Vnímáte nedostatky v poskytování paliativní péče ve Vašem zařízení?



Obrázek 8 Grafické znázornění otázky č.21, dotazník (Zdroj: vlastní)

Čtrnáct sester (61 %) z DS uvedlo odpověď „Ne“, a devět sester (39 %) uvedlo odpověď „Ano“. V DZR čtrnáct sester (78 %) uvedlo odpověď „Ne“ a zbylé čtyři (22 %) uvedly odpověď „Ano“. Nedostatky, které sestry z DS a DZR uvedly se shodují. Největším nedostatkem sestry vnímají absenci paliativního lékaře, nebo problémy s praktickým lékařem, a jeho neochotu předepisovat opiáty, nebo pozdní indikaci paliativní péče. Dalším nejčastěji psaným nedostatkem bylo nevhodné prostředí v závěru života. Jako další problémy sestry uvedly malé množství školení, špatný přístup vedení, malou informovanost veřejnosti, snížený počet personálu a administrativní náročnost.

4 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjištění pohledů všeobecných a praktických sester, které pracují v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem ohledně problematiky poskytování paliativní péče v sociálních pobytových službách. Byly jim položeny otázky formou dotazníkového šetření, dle kterých jsem zjistila jejich zkušenosti a názory.

Šetření probíhalo ve dvou zařízeních. První zařízení, které se specializuje pouze na činnosti, které poskytují DS má pro klienty k dispozici 153 lůžek. V druhém zařízení se nachází celkem osm oddělení, z čehož pět oddělení poskytuje činnosti DZR v celkovém počtu lůžek 191. Zbylé tři poskytují stejně jako první zařízení služby DS v lůžkové kapacitě 106 míst.

Praktická část se zabývala kvantitativním výzkumem pomocí dotazníkového šetření, který obsahoval celkem 21 otázek. Vzorek respondentů byl tvořen všeobecnými a praktickými sestrami v celkovém počtu 41 (100 %). Z toho odpovídalo 23 zdravotních sester (56 %) z DS a 18 zdravotních sester z DZR (44 %). Středoškolského vzdělání dosáhlo 16 sester (69 %) z DS a 15 (83 %) z DZR, vyšší odborné vzdělání mělo vystudovaných 5 sester (22 %) z DS, vysokoškolský bakalářský titul měly z DS 2 sestry (9 %) a z DZR 3 (17 %).

Hlavním cílem této práce bylo zjištění rozdílů ve znalostech a v potřebě dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče mezi zdravotnickým personálem v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Dílčími cíli bylo zjištění, jak se rodiny klientů zapojují do paliativní péče pohledem zdravotnického personálu a zjistit možnosti, které by zlepšily kvalitu poskytování paliativní péče v zařízeních, kde probíhalo dotazníkové šetření.

Průzkumná otázka č.1: Jaký je rozdíl ve znalostech a v potřebě dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče mezi zdravotnickým personálem v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem?

Průzkumná otázka č.2: Jak se rodiny zapojují do paliativní péče pohledem zdravotnického personálu?

Průzkumná otázka č.3: Jaké jsou možnosti pro zlepšení kvality poskytování paliativní péče?

4.1 Vyhodnocení průzkumných otázek

PO 1: Jaký je rozdíl ve znalostech a v potřebě dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče mezi zdravotnickým personálem v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem.

K této otázce se vztahovaly otázky z dotazníku č.3,4,5,6,7,8,9,10 a 11. U otázky č. 3 mě překvapilo zjištění, že 6 sester (26 %) z DS uvedlo, že se v jejich zařízení neposkytuje paliativní péči, ačkoliv jsou obě zařízení vedená pod stejnou organizací a obě poskytují paliativní péči. Konkrétně to byly dvě sestry z certifikovaného zařízení a čtyři ze zařízení bez certifikace. V DZR se sestry shodly na tom, že paliativní péči poskytují. Všechny sestry se u otázky č.4 shodují na tom, že hlavním cílem poskytování paliativní péče je dopřání klientovi kvalitního zbytku života, s tím že 14 sester (60 %) z DS a 17 sester (94 %) z DZR zaškrtno odpověď, která se vztahuje i na péči o rodinu klienta. Jak ve své knize zmiňuje Kupka (2014), součástí paliativní péče je i péče o rodinné příslušníky, stejně tak jako je popsáno v definici paliativní péče, kterou vytvořila WHO.

K otázce č. 5, ve které jsem se ptala na místo poskytování paliativní péče, jsem obdržela nejméně odpovědi z obou zařízení ohledně nemocničních zařízení. Dle Markové (2010) je kvalitní poskytování paliativní péče v nemocnicích ztížené z důvodu nedostatku personálu, ale i neschopnosti časně rozpoznat potřebu indikování paliativní péče. V roce 2010 však bylo Českou lékařskou komorou přijato Doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Při výběru, která profese se podílí na paliativní péči sestry volily všechny odpovědi uvedené v dotazníku. V menšině se vyskytovala odpověď dobrovolníka. Přitom role dobrovolníka, ačkoliv není zdravotnický nápomocná, poskytuje hlavně oporu klientovi, který je zařazen do paliativní péče. (Kalvach a kol., 2019)

Všechny sestry z obou zařízení se shodují, že paliativní léčbu indikuje lékař. V prvním zařízení, které poskytuje činnosti DS i DZR je lékař přítomen pouze jeden den v týdnu a poté přijímá pouze telefonické konzultace. V druhém zařízení, které poskytuje činnosti DS je lékařka přítomna denně, ale pouze v krátkém časovém úseku. Je tedy logicky nemožné, aby lékaři měli přehled o zdravotním stavu všech klientů a z tohoto důvodu přichází s návrhem na zavedení paliativní péče nejčastěji zdravotní sestra.

U otázky, kde jsem se ptala zdravotních sester na počet klientů zavedených do paliativní péče, jsem si uvědomila irelevantnost odpovědí, a to z toho důvodu, že otázka, kterou jsem položila, nebyla vhodně formulována. Z tohoto důvodu jsem si od vedení pořídila skutečnou statistiku, která ukazuje, že tato péče byla za rok 2023 indikována u 13 klientů.

Zajímavostí je určitě i počet klientů, kteří zemřeli v nemocničním zařízení a kteří v pobytovém. Z důvodu opět irelevantních odpovědí jsem od vedení zařízení získala další statistiky, dle kterých v první organizaci, kde mají celkovou kapacitu lůžek 297 (DS i DZR), zemřelo 108 klientů v pobytovém zařízení, v nemocnicích pouze 15 klientů a dva zemřeli v Psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě. Ve druhém zařízení, kde je celková kapacita lůžek v počtu 153 (DS), zemřelo v nemocničním zařízení 13 klientů a 16 v pobytové službě.

Na škále, kde sestry hodnotily kvalitu svých vědomostí z oblasti paliativní péče, se objevilo pět sester z DS i DZR, které je hodnotily na bodu 5 nebo méně. Zbylé sestry si byly jistější ve svých vědomostech a zvolily tak vyšší hodnoty.

Domnívám se, že sestry pracující v DZR mají větší přehled o poskytování paliativní péče na základě zjištěných odpovědí. Vzhledem k tomu, že několik sester z DS uvedlo, že neposkytují paliativní péči, je z mého pohledu logické, že jejich odpovědi budou za odpověďmi sester z DZR zaostávat.

PO 2: Jak se rodiny zapojují do paliativní péče pohledem zdravotnického personálu?

K této otázce se vztahovaly odpovědi z dotazníku č 12,13,14,15,16 a 17.

Prvním zapojením rodiny je obvykle prvotní sdělení o zavedení paliativní péče u jejich příbuzného, kterého se většinou dozvídají od ošetřujícího lékaře. Dle odpovědí z dotazníku tuto skutečnost rodinám sdělují také staniční sestry, všeobecné sestry nebo sociální pracovnice. V certifikovaném zařízení, kde probíhalo dotazníkové šetření, je rodina seznámena s indikací této zdravotní péče na rodinné konferenci, které se účastní sociální pracovnice, koordinátorka paliativní péče, klient a jeho rodina. Během tohoto setkání je rodina i s klientem seznámena s významem a účelem paliativní péče a společně diskutují o možnostech péče, kterou by klient uvítal. Nejedná se pouze o zdravotní činnosti, ale také o konzultaci ohledně klientových spirituálních, sociálních a psychických potřeb, protože jak zmiňuje Kupka (2014) ve své knize všechny tyto složky jsou neodmyslitelnou součástí poskytování paliativní péče.

Všechny sestry uvedly, že rodina má ke klientovi v terminálním stádiu v jakoukoliv denní i noční hodinu možný přístup z důvodu poskytování opory při umírání a možného rozloučení. Obě zařízení jsou stavebně přizpůsobená těmto situacím a to považují za velmi důležité.

Z výpovědí sester vyplývá, že rodina se účastní rodinné konference. Rodina je také zapojena do poskytování bazální stimulace, i když ne všechny sestry to uvedly. Rodina také pomáhá sestavovat biografický list, který personál používá k získání informací o klientovi a zlepšení kvality poskytované péče. Šoralová (2020) ve své bakalářské práci s názvem „*Paliativní péče v domovech pro seniory*“ uvádí problém v komunikaci mezi personálem a rodinou. V zařízeních, kde probíhalo mé dotazníkové šetření, jsem na tento problém nenarazila. Naopak je z výsledků viditelné, že sestry se snaží o aktivní zapojení rodiny do poskytované péče klientovi.

Plnění přání se odvíjí od individuálních potřeb klienta. Do realizace přání je často zapojena rodina, která například nakoupí oblíbené potraviny nebo může do zařízení přivést domácího mazlíčka. Součástí jsou také volnočasové aktivity, kterých se rodina může účastnit, například návštěva divadelního představení. Některá přání realizuje pouze personál, což může být i z důvodu absence rodiny. S vyhověním přání klientů souhlasí respondentky z bakalářské práce Homolové (2021), která ve své práci s názvem „*Paliativní péče a její možnosti v pobytových službách pro seniory*“ zjistila, že klientům je vyhověno na základě jejich individuálních potřeb a přání.

Většina sester uvedla vysokou míru důležitosti přítomnosti rodiny a s tím souhlasí i Bouzová (2022), která ve své bakalářské práci s názvem „*Paliativní péče v domovech pro seniory*“ uvádí přítomnost rodiny jako druhý nejčastěji uplatňovaný prvek paliativní péče z pohledu zdravotních sester.

PO č.3: Jaké jsou možnosti pro zlepšení kvality poskytování paliativní péče?

Většina sester získává informace o paliativní péči z literatury, internetu, ze zkušeností osobních i kolegů. Některé sestry absolvovaly školení, zatímco jiné získávají informace přímo od koordinátorky paliativní péče.

Co se týče školení, některé sestry uvedly, že jim zařízení poskytuje školení, některé však ne. Zajímala mě skutečná míra školení na téma paliativní péče v těchto organizacích. V prvním zařízení, kde jsou služby poskytované pouze v rámci DS školení na toto téma nikdy

neproběhlo. V zařízení, kde poskytují služby DS i DZR, proběhlo na toto téma pouze jedno školení a to v roce 2022.

Zdravotní sestry by dle jejich výpovědí uvítaly více školení, větší dostupnost literatury ohledně paliativní péče a paliativního lékaře. Dle jejich názoru by pomohla i zvýšená mediální pozornost věnovaná paliativní péči v sociálních službách.

Většina zdravotních sester uvedla, že nepozoruje nedostatky v poskytování paliativní péče ve svém zařízení. Ovšem jiné sestry s tím nesouhlasí a jako nedostatky označují absenci paliativního lékaře, nevhodné prostředí v závěru života, malé množství školení, přístup vedení, administrativní náročnost a malou informovanost veřejnosti. S nedostatkem školení na toto téma souhlasí i autorka diplomové práce Ližičková (2021), která zpracovala práci na téma „*Paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*“. Nedostatky, které zmiňuje Bouzová (2022) ve své bakalářské práci na téma „*Paliativní péče v domovech pro seniory*“ sdělují poměrně stejné a to pohledem zdravotních sester, které tvořily respondenty jejího šetření.

4.2 Limity výzkumu

Cílem průzkumné části bakalářské práce bylo zjistit a porovnat znalosti zdravotních sester pracujících v DS a v DZR v oblasti paliativní péče, dále zjistit důležitost rodiny u klienta v paliativní péči z pohledu zdravotních sester a zjistit možnosti, které by mohly přispět ke zvýšení kvality poskytované péče v zařízeních. Během průzkumu se však vyskytly určité limity, které považuji za vhodné zmínit.

Jako první nedostatek vnímám nevhodně zvolený počet účastníků, který by po zapojení dalších organizací mohl být větší a odpovědi by byly relevantnější. Na druhou stranu při zaměření se pouze na jednu organizaci je spíše možné, že díky této práci by organizace mohla zrealizovat změny, které jsou v této práci navrženy personálem.

Jako další problém vnímám množství již napsaných kvalifikačních prací, které se zabývají podobným tématem. Doufám však, že i přes to bude má práce nápomocná organizaci, ve které pracuji, a která bude mít možnost zkvalitnit poskytovanou péči.

4.3 Doporučení pro praxi

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá potřeba dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče a mnoho návrhů, jakým způsobem by bylo možné zkvalitnit poskytování této zdravotní péče. S koordinátorkou paliativní péče, která je pouze v jednom ze dvou zařízení, jsem

prodiskutovala výsledky ze šetření, které pro ni byly velmi překvapivé. Rozhodly jsme se tuto práci po obhajobě poskytnout jako manuál do zařízení. Teoretická část bude sloužit primárně zdravotním sestřám a z praktické části bude vedení uvažovat o možných změnách v zařízení ve prospěch paliativní péče.

Zdravotní sestry, které nejsou proškolené v paliativní péči uvítají základy ošetrovatelské péče o klienta v paliativní péči, což je uvedeno v teoretické části a může pomoci zlepšit kvalitu života. Po dohodě bude práce odevzdána vedení i oddělením, které se pokusí zrealizovat přání zdravotních sester, pokud to bude v jejich možnostech.

Jako velký nedostatek posuzují pouze jedno školení pro zdravotní sestry, které proběhlo pouze v jednom zařízení před dvěma lety. Jestliže si obě zařízení přejí poskytovat kvalitní paliativní péči, pravidelné školení by mělo být základem. Dalším nedostatkem je absence paliativního lékaře v zařízeních a v neposlední řadě i nemožnost soukromého a důstojného rozloučení s umírajícím.

5 ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se věnovala tématu poskytování paliativní péče pohledem zdravotnického personálu v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Teoretická část popisuje paliativní péči a její vznik a poskytování paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory. Dále se zabývá sociálními službami, stářím, demencí a umíráním. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit rozdíly ve znalostech o poskytování paliativní péče mezi sestrami pracujícími v DS a DZR. Dílčími cíli bylo zjistit, jak se rodiny klientů zapojují do paliativní péče a jaké jsou možnosti pro zlepšení kvality paliativní péče v těchto zařízeních.

Bylo zjištěno, že sestry pracující v DZR mají více zkušeností v poskytování paliativní péče než sestry z DS. Drtivá většina zdravotních sester ohodnotila své znalosti na škále 5 a více a nejvíce informací o této problematice získaly z literatury, internetu nebo od kolegů s dlouholetou praxí. Školení na toto téma bylo pouze jednou a pouze v jednom zařízení.

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že rodina je neodmyslitelnou součástí paliativní péče a je nutné tento fakt zmínit. Rodina totiž může pomoci klientovi při rozhodování o dalších léčebných postupech nebo při realizaci přání klienta a hlavně bude pro klienta oporou.

Zdravotní sestry se zájmem vypisovaly možnosti, které by jednoznačně zlepšily kvalitu poskytované paliativní péče. Častými odpověďmi bylo pravidelné školení na téma paliativní péče, zajištění soukromého prostoru pro klienta a jeho rodinu a získání paliativního lékaře. Po diskuzi s koordinátorkou paliativní péče budou tyto možnosti navrženy vedení a podle jejich možností také realizovány, což považuji za velký úspěch své práce.

Zájem o tuto tematiku byl ze strany sester i koordinátorky paliativní péče poměrně velký a jsem ráda, že má práce bude k ruce zdravotním sestram při poskytování paliativní péče. Ačkoliv práce není nejrozsáhlejší, zde uvedené základy poskytování budou rozhodně užitečné.

Vzhledem k postupujícímu stárnutí obyvatel v seniorském věku považuji toto téma za velmi důležité, protože ne každý má možnost zemřít v pohodlí svého domova. Můžeme seniorům zajistit klidný a důstojný odchod v zařízeních pro seniory poskytováním paliativní péče, na kterou by měl mít nárok každý jednotlivec.

6 POUŽITÁ LITERATURA

6.1 Literární zdroje

BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5333-1.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

FERTAĽOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

HRDÁ, Karolína; TOLLAROVÁ, Blanka; HÁJKOVÁ, Alena; KREJČÍŘÍKOVÁ, Helena; BRUNEROVÁ, Tereza et al. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. [Česko]: [Domov Sue Ryder], 2018. ISBN 978-80-907190-2-6.

HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva a BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.

ROKYTA, Richard; BEDNAŘÍK, Josef; FRICOVÁ, Jitka; KRŠIAK, Miloslav; LEJČKO, Jan et al. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.

SLÁMOVÁ, Regina; MARKOVÁ, Alžběta; KUBÁČKOVÁ, Petra a ANTONOVÁ, Barbora. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1279-7.

ŠÁTEKOVÁ, Lenka. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.

TAHAL, Radek. *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. 2. vydání. EPUB; online. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3535-6. Dostupné z: [Marketingový výzkum | Bookport](#). [cit. 2024-03-21]

TOMEŠ, Igor; DRAGOMIRECKÁ, Eva; SEDLÁROVÁ, Katarina a VODÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdeněk a POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

6.2 Odborné články

MACHÁLKOVÁ, Lenka; MAZALOVÁ Lenka; DANOSOVÁ Marinella; DOBEŠOVÁ Veronika; PASTUCHA, Dalibor, Solen s.r.o. © 2001-2024, *Koncept bazální stimulace a jeho využití v ošetrovatelské péči u seniorů*, Online. Interní medicína pro praxi, 2017 ISSN 1803-5256, Dostupné z: [int_01_17.indd \(internimedicina.cz\)](#). [cit. 2024-3-15].

RUSINA, Robert; ŠPECIÁNOVÁ Šárka, Solen s.r.o. © 2001-2024, *Paliativní aspekty u pokročilé demence*, Online. Neurologie pro praxi, 2020 ISSN 1803-5280 ,Dostupné z: [Aspects of palliative care in advanced dementia \(neurologiepropraxi.cz\)](#). [cit. 2024-3-15].

6.3 Internetové zdroje

ALZHEIMER, ©2015 VIZUS. *Jedná se o Alzheimerovu chorobu? Deset příznaků, které by Vás měly varovat*. Online. Česko: Alzheimer. Dostupné z: [Jedná se o Alzheimerovu chorobu? Deset příznaků, které by Vás měly varovat](#). [cit. 2024-3-10].

CESTA DOMŮ z.ú., *Práva umírajících*. Online, Praha, Dostupné z: [Práva umírajících \(cestadomu.cz\)](#). [cit. 2024-4-10].

CESTA DOMŮ z.ú., *Situace v ČR*. Online, Praha, Dostupné z: [Situace v ČR \(cestadomu.cz\)](#). [cit. 2024-4-10].

ČSÚ, ©2023. Český statistický úřad. Online. Dostupné z: [Senioři v ČR v datech - 2023 | ČSÚ \(czso.cz\)](#) . [cit. 2024-4-1].

KLEVETOVÁ, Dana, 2010. *Hodnocení bolesti u osob s demencí.*, 2010, Online, Česko: Zdraví euro. Dostupné z: [Hodnocení bolesti u osob s demencí - Zdraví.euro.cz](#) [cit. 2024-4-5].

KREJČÍKOVÁ, Helena, 2020. *Dříve vyslovené přání. Manuál nejen pro pacienty.*, Online, Česko: Cesta domů z.ú. Dostupné z: [Dříve vyslovené přání | Cesta domů \(cestadomu.cz\)](#). [cit. 2024-3-14].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚD, © Ministerstvo práce a sociálních věcí., *Sociální služby*. 2020, Online. Česko: Ministerstvo práce a sociálních věd. Dostupné z: [Sociální služby \(mpsv.cz\)](#) . [cit. 2024-3-10].

6.4 Zahraniční články

NATHAN, Kobi, © 2022. Geriatric Academy. *The Highly Accurate PAINAD Scale: Pain Assessment in Advanced Dementia Scale*. 2023, Online. Geriatric Academy. Dostupné z: [You Searched For PAINAD | Geriatric Academy](#)

6.5 Kvalifikační práce

BOUZOVÁ, Eva. *Paliativní péče v domovech pro seniory* Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2022. Dostupné z: <https://theses.cz/id/szdm6b/>. [cit. 2024-04-12].

LIŽIČKOVÁ, Lucie. *Paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory* Online. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta. 2021. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9e4afc/>. [cit. 2024-04-12].

HOMOLOVÁ, Zuzana. *Paliativní péče a její možnosti v pobytových službách pro seniory* Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2021. Dostupné z: <https://theses.cz/id/cfm414/>. [cit. 2024-04-12].

ŠORALOVÁ, Tereza. *Paliativní péče v domovech pro seniory* Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. 2020. Dostupné z: <https://theses.cz/id/akhu9e/>. [cit. 2024-04-12].

7 PŘÍLOHY

Příloha A: *PAINAD* (Zdroj: *Zdraví euro, Praha, 2010*)

Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999

O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

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:
 - o Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - o Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - o Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - o 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 podpůrnou 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 zvažována 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 pořízení 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 C: Dotazník (Zdroj: Vlastní)

Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou Bakalářskou práci na téma: „Paliativní péče pohledem zdravotnického personálu v sociálních službách“
Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci, Alena Neumannová, studentka Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (zaškrtněte jednu odpověď)
 - a) Středoškolské
 - b) Vyšší odborné
 - c) Vysokoškolské - bakalářské
 - d) Vysokoškolské – magisterské
2. V jakém typu registrované sociální služby pracujete? (zaškrtněte jednu odpověď)
 - a) Domov pro seniory
 - b) Domov se zvláštním režimem
3. Poskytuje vaše zařízení paliativní péči? (zaškrtněte jednu odpověď)
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
4. Hlavním cílem paliativní péče je: (zaškrtněte jednu správnou odpověď)
 - a) Dopřát kvalitní zbytek života umírajícím lidem
 - b) Pokusit se o udržení člověka co nejdéle při životě
 - c) Dosáhnout co nejrychlejšího úmrtí člověka
 - d) Dosáhnout nemocným s nevyléčitelným onemocněním i jejich rodinám co nejlepší kvalitu života
 - e) Nevím
5. Paliativní péče se provádí: (možnost zaškrtnout více odpovědí)
 - a) V hospici
 - b) V nemocničních zařízeních
 - c) Doma
 - d) V domovech pro seniory
 - e) Jinde.....
6. Zaškrtněte na škále, jak dalece se cítíte informováni o paliativní péči. (0 vůbec, 10 úplně)



7. Kdo se může podílet na poskytování paliativní péče v domovech pro seniory? (možnost zaškrtnout více odpovědí)
- a) Sociální pracovník
 - b) Psycholog či psychoterapeut
 - c) Zdravotní sestra
 - d) Kaplan
 - e) Dobrovolník
 - f) Rehabilitační pracovník
 - g) Lékař
8. Kdo indikuje paliativní léčbu? (zaškrtněte jednu odpověď)
- a) Staniční sestra
 - b) Vrchní sestra
 - c) Lékař
 - d) Zdravotní sestra
 - e) Zdravotní sestra se specializací
9. U kolika klientů ve Vašem zařízení byla v období posledních dvou let indikována paliativní péče? (zaškrtněte jednu odpověď)
- a) 0-5
 - b) 5-10
 - c) 10-15
 - d) 15-20
 - e) Více než 20
 - f) Nevím
10. Kolik klientů z Vašeho zařízení zemřelo v nemocničním zařízení za rok 2023? (zaškrtněte jednu odpověď)
- a) 0-10
 - b) 10-20
 - c) 20-30
 - d) Více než 30
 - e) Nevím
11. Kolik klientů z Vašeho zařízení zemřelo v pobytových službách za rok 2023? (zaškrtněte jednu odpověď)
- a) 0-10
 - b) 10-20
 - c) 20-30
 - d) Více než 30
 - e) Nevím

12. Kdo na Vašem oddělení informuje rodinu klienta o indikaci k paliativní léčbě? (možnost zaškrtnout více odpovědí)

- a) Lékař
- b) Staniční sestra
- c) Všeobecné sestry
- d) Sociální pracovnice
- e) Kdokoliv

13. Umožňujete rodinným příslušníkům návštěvu u klienta v terminálním stádiu v jakoukoliv denní a noční hodinu? (možnost zaškrtnout více odpovědí)

- a) Ano, máme k této situaci přizpůsobené prostředí
- b) Pouze po dohodě s vedením zařízení
- c) Ano, pokud s tím souhlasí klient
- d) Ne

14. Jakým způsobem je rodina zapojena do paliativní péče?(možnost zaškrtnout více odpovědí)

- a) Z výstupu rodinné konference a paliativního týmu
- b) Při praktikování bazální stimulace
- c) Využití informací z biografického listu klienta
- d) Při rozhodování o dalších léčebných postupech
- e) Jiné:.....

15. Využíváte během poskytování paliativní péče i koncept bazální stimulace? (zaškrtněte jednu odpověď)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16. Realizuje Vaše zařízení přání klientům nejen v paliativní péči?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, vypište příklady:

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

Pokud ne, z jakého důvodu to nelze?

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

17. Zaškrtněte na škále, jaký si myslíte, že má význam účast rodiny v paliativní péči. (0 vůbec, 10 úplně)



18. Z jakých zdrojů získáváte informace o paliativní péči? (vypište)

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

19. Poskytuje vaše pracoviště školení ohledně paliativní péče? (zaškrtněte jednu odpověď)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20. Co si myslíte že by zlepšilo kvalitu poskytování paliativní péče? (Možnost zaškrtnou více odpovědí)

- a) Více školení o paliativní péči
- b) Více dostupné literatury ohledně tématu
- c) Medializace paliativní péče v sociálních službách
- d) Jiné:.....

21. Vnímáte nedostatky v poskytování paliativní péče ve Vašem zařízení?

- a) Ne
- b) Ano
- Pokud ano vypsát

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