



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Paliativní péče versus student ZSF

Vypracoval: Helena Ludačková
Vedoucí práce: Mgr. Jitka Tamáš Otásková

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou paliativní péče ve vztahu ke studentům Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university. Konkrétně ke studentům programu všeobecná sestra a ošetřovatelství. Úmyslně není v této práci blíže rozebírána specializovaná paliativní péče, problematika hospiců a dalších specializovaných zařízení. Zde paliativní péče funguje dobře a bylo o ní napsáno mnohé.

Většina studentů však vykonává odborné praxe z větší části na odděleních nemocnic, nebo jsou v nemocnicích zaměstnáni. Proto je práce věnována převážně paliativní péči obecné, která by měla být součástí každého zdravotnického zařízení. V České republice je totiž nejčastějším místem úmrtí, podobně jako v jiných evropských zemích, z 60% akutní nemocnice a z 9% nemocnice dlouhodobé péče.

Teoretická část práce se věnuje historii světové i české paliativní péče a jejímu vývoji do současnosti. Jsou zde stručně popsány obě úrovně paliativní péče, obecná a specializovaná, tak jak se dnes doporučuje s nimi pracovat. Dále se práce zmiňuje o kompetencích sestry v paliativní péči a o některých specifických potížích a potřebách nevléčitelně nemocných. Tyto potřeby jsou rozděleny na tělesné, psychické, sociální a spirituální, přesto, že se někdy úzce prolínají.

Práce měla stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat znalosti a povědomí studentů o paliativní péči a druhým cílem bylo zjistit, jaké mají studenti zkušenosti s paliativní péčí a jaké pocity u nich toto téma vyvolává.

Ve výzkumné části byl použit kvantitativní výzkum. Technikou sběru dat byl anonymní dotazník. Respondenti odpovídali na 30 otázek. 12 otázek bylo uzavřených, 9 otázek otevřených a 9 polouzavřených. Osloveny byly studentky prvního až třetího ročníku bakalářského studia programu všeobecná sestra, oboru ošetřovatelství, prezenčního i kombinovaného studia a studentky magisterského programu ošetřovatelství, oboru ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, také obou forem studia v obou ročnících.

Po zpracování výsledků se ukázalo, že větší část respondentů z celkového počtu je mladší než 25 let a nemá žádnou praxi všeobecné sestry. I přesto z výsledků vyplynulo, že studenti mají vědomosti o paliativní péči velmi dobré. O něco méně znalostí sice bylo patrné u studentů, kteří jsou teprve první rok na vysoké škole, ale lze předpokládat, že ti si znalosti během studia ještě doplní. Jediným poněkud zarážejícím výsledkem ve

znalostní části výzkumu bylo, že větší část studentů nerozlišuje rozdíl mezi termíny paliativní a terminální péče.

Znepokojující je však závěr, že studenti nemají zkušenost s obecnou paliativní péčí, respektive, že se s ní během odborné praxe takřka nesetkávají, přesto, že přímo s umíráním a smrtí se během téže praxe setkávají často a umírání v nemocnicích vnímají jako nedostatečně důstojné. Téměř polovina studentů prožívá u lůžka umírajícího pacienta pocit bezmoci a smutku a není vyrovnána s otázkou smrti, což může být faktorem vyvolávajícím syndrom vyhoření, nebudou-li s touto problematikou studenti vědomě dále pracovat na rovině duševní hygieny a osobního psychického růstu. V tomto případě je pochopitelné, že jen velice malé množství studentů by bylo ochotno na odděleních či v zařízeních s vyšším výskytem nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů pracovat.

Pozitivním závěrem šetření se jeví, že většina studentů má smysl pro pravdu a vnímá jako důležité ji pacientovi sdělit i ve chvíli, kdy se to může zdát pro obě strany obtížné.

Dalším pozitivním závěrem bylo též zjištění, že v podstatě všichni studenti mají jasnou a téměř shodnou představu, jak má vypadat důstojné umírání, jaké vlastnosti má mít sestra, která pečuje o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty, a většina studentů je i přesvědčena, že těmito vlastnostmi sama disponuje.

Závěrem této práce je tedy zjištění, že se studentům na Zdravotně sociální fakultě dostává dostatek kvalitních teoretických znalostí ohledně problematiky paliativní péče a že i vyučující mohou mít vliv na morální a charakterové přesvědčení svých studentů. Otázkou ale zůstává, jak s touto kvalitní teoretickou přípravou koresponduje praktická výuka na nemocničních odděleních.

Klíčová slova: Paliativní péče, student, nevléčitelně nemocný, doprovázení, umírání

Abstract

This bachelor thesis deals with the issues of palliative care in relation to students of the Faculty of Health and Social Studies, namely to students of the programme General Nurse and Nursing. The thesis intentionally does not detail specialized palliative care, the problems of hospices and further specialized facilities. Here the palliative care works well and a lot has been written about that.

Nevertheless most of the students take their practical placements at hospital wards or are employed in hospitals. This is why the thesis mostly deals with general palliative care, which should be a part of every healthcare facility. Actually in the Czech Republic, like in other European countries, an acute hospital is the most frequent place of death (60%). In long-term care hospitals the percentage is 9%.

The theoretical part deals with the world and Czech history of palliative care and its development up to these days. It briefly describes both the levels of palliative care, general and specialized, as they are recommended nowadays. The thesis also mentions competences of nurses in palliative care and some specific problems and needs of incurably ill patients. These needs are divided into physical, psychical, social and spiritual although they are sometimes strongly linked.

The thesis had two goals. The first goal was to map the awareness of palliative care among students; the other goal was to find out what experience the students have with palliative care and what kind of feelings this topic evokes in them.

Quantitative research was used in the research part, an anonymous questionnaire was chosen as the data collection technique. The respondents answered 30 questions. 12 questions were closed, 9 questions were open and 9 semi-closed. Students of the first to third years of the bachelor programme General Nurse, Nursing branch from full-time and combined courses, and students of master programme of Nursing, specialization Nursing in Selected Clinical Fields, also from both course types of both years were addressed.

The results have shown after being processed that more than a half of the respondents are younger than 25 years and have no experience as general nurses. Despite this fact the results indicate that the knowledge of palliative care is very good among the students. The knowledge was obviously poorer among student of the first year, but we may suppose that they will extend their knowledge during their studies. The only slightly surprising result of the knowledge part of the research was that more than a half of the students do not distinguish between the terms palliative care and terminal care.

There is however an alarming conclusion, that students do not have experience in general palliative care, in other words they factually do not meet it during their practical placement although they often encounter dying and death and they perceive dying in hospitals insufficiently dignified. Nearly a half of the students experience the feelings of helplessness and sadness at a bed with a dying patient and are not able to cope with the question of death, which might be a factor leading to the burnout syndrome, unless the students work with that knowingly at the level of mental hygiene and personal mental growth. It is understandable in such a situation that only few students would be willing to work at wards or in facilities with higher occurrence of incurably ill and dying patients.

A nice result of the research was that most of the students have the sense of truth and feel its importance and appropriateness in the situation when there is not much time to spare. Another positive result was the finding that virtually all the students have clear and true idea of what dignified dying should look like, what qualities a nurse that cares of incurably ill and dying patients should have and most of the students are persuaded that they themselves have these qualities.

Finally we can conclude that students of the Faculty of Health and Social Studies are given high quality theoretical knowledge related to the issue of palliative care and that also teachers may influence moral and character conviction of their students. However there is still a question how practical training at hospital wards corresponds with this high quality theoretical education.

Key words: palliative care, student, incurably ill, accompanying, dying

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Jitce Tamáš Otáskové za odborné vedení, vstřícnost, cenné rady, připomínky a čas, který mi ochotně poskytovala po celou dobu psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav	10
1.1 Paliativní péče	10
1.1.1 Historie paliativní péče	10
1.1.2 Paliativní péče dvacátého století	11
1.1.3 Paliativní péče v České republice	12
1.1.4 Definice a rozdělení paliativní péče dnes.....	12
1.1.5 Obecná paliativní péče	14
1.1.6 Specializovaná paliativní péče	14
1.2 Sestra v paliativní péči.....	15
1.2.1 Komunikace	15
1.2.2 Nejčastější ošetrovatelské problémy	17
1.2.3 Psychické obtíže.....	21
1.2.4 Potřeby sociální	24
1.2.5 Spirituální potřeby.....	27
1.2.6 Truchlení pozůstalých	28
2 Cíle a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíle	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3 Metodika	31
3.1 Metodika práce	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 Výsledky	33
4.1 Vyhodnocení výzkumných otázek	33
5 Diskuze	51
6 Závěr	58
7 Seznam použitých zdrojů.....	59
8 Přílohy.....	61
Příloha č. 1 – Dotazník	62
Příloha č. 2 – Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících.“	66

Úvod

Paliativní péče versus student ZSF. Paliativní péče, téma, o kterém od sametové revoluce bylo napsáno a přeloženo mnoho a mnoho krásných knih. Každý rok je navíc na toto téma napsáno několik absolventských prací. Co jiného napsat? Velmi často je paliativní péče laickou veřejností, ale i mnoha zdravotníky, mylně považována za synonymum péče hospicové.

V této práci není hlouběji rozebírána problematika hospiců a další formy specializované paliativní péče. Tato péče u nás již funguje na velmi dobré úrovni a její snad jedinou nevýhodou je, že je stále málo dostupná. Nadále zůstává největší část nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů v obecné paliativní péči, která se týká všech zdravotníků, a tedy i všech studentů ošetřovatelství.

Teoretická část se snaží dotknout několika specifíků paliativní péče, která jsou těm, kdo denně pracují na specializovaných pracovištích, známou věcí. Ne všichni se ale setkáváme s doprovázením nemocných „na druhý břeh“ tak často. A právě proto je dobré a moudré, být dobře připraveni, abychom věděli, co máme dělat a jak se chovat, protože každá příležitost dobře doprovodit umírajícího by měla být beze zbytku využita.

Dovolte mi, abych úvod své práce uzavřela malým osobním vyznáním. Upřímně přiznávám, že víc nežli já jsem si vybrala toto téma, si ono vybralo mě, protože mi v podstatě zbylo. S odstupem času jsem velice vděčná, že jsem mohla tak krásné téma zpracovávat. Vlastně ani nevím, proč mě neoslovilo hned, protože téma paliativní péče je mi velice vlastní a blízké. Na všech odděleních, kde jsem pracovala, jsem se snažila, prvky paliativní péče dle potřeby vkomponovat. V některých kolektivech mi k tomu byl dán prostor a v jiných ne. Moc jsem si přála pracovat v hospici, což se mi nakonec nesplnilo. Mojí cestou zůstala obecná paliativní péče.

1 Současný stav

Česká republika s 10,5 milióny obyvatel, patří mezi rozvinuté a bohaté země Evropy. Každý rok zde umírá zhruba 105 000 lidí. Příčinou úmrtí většinou bývá zhoršení či komplikace chronického onemocnění. Období, kdy nemoc člověka funkčně limituje, a působí mu nepříjemné obtíže, trvá u velké většiny řadu měsíců až několik let. Kauzální léčbou se již v této fázi základní onemocnění příliš neovlivní. Tato situace se každoročně týká 60-70000 chronicky nemocných v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob. Nastává zde naléhavá otázka, jaký je u těchto pacientů klinicky, eticky a ekonomicky přiměřený rozsah zdravotní péče? V současné době nejsou v našem systému zdravotnictví vytvořeny podmínky pro dostupnost kvalitní paliativní péče pro tyto potřebné pacienty.

Doporučuje se pracovat se dvěma úrovněmi paliativní péče: s obecnou a specializovanou paliativní péčí. K obecné paliativní péči a k úrovni její kvality bohužel nejsou k dispozici žádná reprezentativní data, ale některé soubory kazuistik a drobné sondy ukazují, že je spíše nedostatečná. Agentura STEM/MARK v roce 2011 provedla průzkum mezi laickou i odbornou veřejností, který prokázal obavu občanů, že v nemocnicích a především v léčebnách dlouhodobě nemocných nebude v závěru života dostatečně léčena ani bolest, ani nebude věnováno dostatek pozornosti psychickým, sociálním a spirituálním potřebám a obtížím pacientů.

Specializovaná paliativní péče ve všech svých formách poskytuje naopak péči velice kvalitní, avšak potýká se s problémy finančními a některá zařízení až se základní existenční nejistotou. V ČR zatím stále není ze strany tvůrců zdravotní politiky pohlíženo na oblast paliativní péče jako na svébytnou oblast poskytování zdravotní a sociální péče, která vyžaduje koncepční přístup (Sláma, Kabelka, Špinková 2013).

1.1 Paliativní péče

1.1.1 Historie paliativní péče

Historie moderní paliativní péče je poměrně krátká. Mnoho těch, kteří ji spolu tvořili, stále žijí. Přesto tento mladý obor má svou prehistorii (Payne, Seymour, Ingleton, 2007). Zcela obecně vzato se dá říci, že paliativní péče je nejstarším medicínským oborem. Dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a bolesti a doprovázení k dobré smrti jednou z největších starostí lékařů i ošetřovatelů. Dělo se tak z velké většiny v domácím prostředí (Marková, 2010).

V devatenáctém století se u nás i ve světě zřizovalo mnoho nemocnic, špitálů. Ovšem zájem o ty, kdo se nacházeli na konci života, byl nevalný, neboť smrt pacienta byla pokládána za selhání medicíny. Jakési vytěsnění umírání na okraj medicínské praxe se stalo výzvou pro různé dobročinné a charitativní organizace, které začaly vytvářet různé instituce.

Roku 1843 založila J.Garnier spolu s jinými ženami ve francouzském Lyonu dům pro umírající. Její vliv vedl v letech 1874-1899 v Paříži a New Yorku k založení šesti dalších zařízení s péčí o umírající. Také Irka M.Aikenhead, která stála se svými spolusestrami u zrodu nemocnice v Irském Dublinu v roce 1834, snila o zřízení hospice. Její sen se splnil až po její smrti, kdy se klášter Panny Marie, ve kterém strávila poslední dny svého života, změnil v hospic. Milosrdné sestry tohoto řádu založily v Austrálii, Anglii a Skotsku další hospice, které existují dodnes. V roce 1885 Skotka F. Davidson zřídila první institucionální domov pro umírající. Některé z těchto hospiců již nepatří do správy náboženských řádů, ale představují nejdéle fungující složku paliativní péče ve Velké Británii.

V USA byl založen R. Hawthornem v roce 1896 první domov pro nevléčitelné a oběti rakoviny. Z dostupných dokladů o provozování těchto domů je patrné, že již tenkrát nebylo mnoho lékařů a ošetřovatelů, kteří by měli zájem o práci s lidmi umírajícími. Protože tyto rané hospice stavěly na náboženství, dobročinnosti a morálce, středem jejich pozornosti byla péče o duši umírajícího a zaměřeny byly především na chudé a společnosti znevýhodněné. Jejich zakladatelkám je přičítáno, i když se vzájemně neznaly, vytvoření základních podmínek pro moderní hospicovou a paliativní péči (Payne, Seymour, Ingleton, 2007).

1.1.2 Paliativní péče dvacátého století

Zcela zásadní pro paliativní péči po druhé světové válce byl vliv Cecily Saunders. Nejen, že se zasadila o založení hospice sv. Kryštofa v Londýně, ale svou rozsáhlou korespondencí, která zasahovala do Severní Ameriky, Indie, Cejlonu, Francie, Švýcarska, Austrálie, Nizozemska i Polska, tvořila jakousi mezinárodní síť podobně smýšlejících lidí. Cecily Saunders velice systematicky a intenzivně pečovala o své terminálně nemocné a své poznatky a teorie publikovala. Přesto, že se snažila působit na své kolegy lékaře, ti kdo především podporovali a prosazovali její myšlenky a publikace, byli ošetřovatelé.

Jako první rozvinula koncept „totální bolesti“, což je pohled, který zahrnuje bolest nejen fyzickou, ale i sociální, emoční a duchovní aspekty utrpení.

Propagovala též používání analgetik v pravidelných dávkách, aby se bolesti předešlo a nejen ulevovalo. Hospic sv. Kryštofa jako první využíval kombinace všech tří složek: výborné klinické péče, vzdělávání a výzkumu. Jeho úspěch byl fenomenální a stal se podnětem velkého rozmachu hospicového hnutí (Payne, Seymour, Ingleton, 2007).

1.1.3 Paliativní péče v České republice

V důsledku odlišné politické a ekonomické situace byl vývoj paliativní péče v České republice o několik desetiletí opožděn. Její počátky je možné klást teprve do první poloviny 90. let minulého století. První pokus o zřízení lůžkového oddělení hospicové péče byl v roce 1992 v rámci Nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou. Ten však neměl dlouhé trvání. V roce 1993 bylo založeno občanské sdružení *Ecce homo* s cílem rozvinout hospicové hnutí v České republice (Vývoj paliativní péče v ČR). Činnost hospicového hnutí z počátku nebyla snadná. Termín „hospic“ byl mnohdy vnímán zkresleně. Helena Haškovcová ve své knize *Spoutaný život* (1985) hospice nazývá „domy smrti“. Také obyvatelé města, kde měl být zřízen první český hospic, sepsali petici proti zařízení. Stejně tak i v Plzni a Litoměřicích se zřizovatelé hospice potýkali s odpůrci výstavby tohoto zařízení. První samostatný lůžkový hospic byl otevřen v Červeném Kostelci v roce 1995, jehož zakladatelkou byla doktorka Marie Svatošová. V současné době asociace hospiců sdružuje šestnáct hospiců, z čehož čtrnáct jich nabízí lůžkovou i mobilní formu péče a dva pouze formu mobilní (Hospice v ČR).

Od roku 2004 existuje samostatný atestační obor „paliativní medicína a léčba bolesti“.

V lednu 2009 byla založena Česká společnost paliativní medicíny.

1.1.4 Definice a rozdělení paliativní péče dnes

Tak jako paliativní péče sama, tak i její definice procházela a stále prochází na první pohled drobnými, přesto však důležitými změnami. Vorlíček (2004; str. 198) uvádí: „Dochází tak k určitému rozšíření konceptu paliativní péče, a to ve dvou dimenzích. První dimenzí je rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní, druhou probíhající změnou je rozšíření časového úseku v průběhu nemoci, ve kterém jsou postupy paliativní péče použitelné“. Marková zdůrazňuje ještě jeden podstatný aspekt: „Velmi důležité je, že dle definice WHO paliativní medicína zahrnuje léčbu a péči nejen o pacienta, ale i o jeho blízké. Tím tato definice průlomově zdůrazňuje, že nemocný a jeho

blízcí jsou jednou jednotkou a že pokud je jim péče věnována odděleně, nebo jedné části neposkytována vůbec, nemůžeme mluvit o kvalitní paliativní péči a léčbě“(Marková, 2010; str. 19).

Autoři „Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci“ vydané Českou společností paliativní medicíny 2011 definují paliativní péči takto:

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“ Kalvach poznamenává: „Smyslem není a nesmí být zkrácení umírání a života, nýbrž zmírnění obtíží a zkvalitnění života. Paliativní péče odstupuje od marného, mnohdy komplikacemi zatíženého zadržování neodvratné smrti, ale poskytuje nadstandardní úroveň ostatních forem péče a podpory. Paliativní péče též zásadním způsobem a kvalifikovaně podporuje rodinu umírajícího člověka, pomáhá řešit konkrétní problémy, usiluje o odstranění komunikačních bariér (aby nic podstatného úlevového nezůstalo nevyřčeno), poskytuje pomoc v úzkosti i v zármutku po úmrtí, přispívá k prevenci pocitů viny a výčitek, mnohdy dlouhodobých, co vše mohlo a mělo být v posledních dnech života jinak, lépe.

Paliativní péče, chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk prožívá závěrečnou část svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně. Dále chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života. Nabízí všestrannou, účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka“ (Kalvach, 2011).

Cílovou skupinu paliativní péče tvoří pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob (např. nádory, konečná stádia chronického srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, pacienti s neurologickými onemocněními typu demence, roztroušené sklerózy, polymorbidní „křehcí“ geriatřičtí pacienti a pacienti ve vigilním komatu). Výše uvedené diagnostické skupiny se mohou významně lišit v dynamice přirozeného průběhu onemocnění a v naší schopnosti odhadnout pravděpodobnou délku přežití. Dále se mohou lišit v konkrétním klinickém obrazu a spektru symptomů, ale také ve vzájemném zastoupení kauzálních a paliativních léčebných postupů v komplexním léčebném plánu. Klinický obraz v terminální fázi (umírání) je bez ohledu na základní onemocnění podobný.

Paliativní péče by se tedy měla týkat všech umírajících a nevléčitelně nemocných, a proto také všech zdravotníků (Marková, 2010).

1.1.5 Obecná paliativní péče

Paliativní péče se dělí na paliativní péči obecnou a paliativní péči specializovanou. V případě obecné paliativní péče jde o péči, která má být součástí každého zdravotnického zařízení, které přichází do styku s vážně nemocnými a umírajícími lidmi. Její součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, porozumění a poskytnutí takové léčby a péče, jaká je důležitá pro kvalitu pacientova života. Důraz musí být kladen na respekt k pacientově autonomii, léčbu bolesti a dalších symptomů (Marková, 2010). Nedílnou součástí je též podpora rodiny, její informovanost a odborné poradenství. Sláma, Špínka (2004; str. 24) doplňují: *„Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti“*.

1.1.6 Specializovaná paliativní péče

Sláma, Špínka (2004; str. 24) definují specializovanou paliativní péči jako: *„Odbornou, interdisciplinární péči poskytovanou pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče odborně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi“*. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Tým tvoří zejména lékař, sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník a další odborníci.

Ti samí autoři dále rozdělují specializovanou paliativní péči do zhruba sedmi organizačních forem.

Jako první uvádějí zařízení domácí paliativní péče - neboli domácí či mobilní hospice. Jde o poskytování specializované paliativní péče specialisty a odborníky týmu návštěvní formou u pacienta v jeho domácím prostředí. Důležitou součástí je komplexní podpora rodiny pacienta, která se obvykle na péči aktivně podílí.

Další, a pro většinu nejen laiků, ale i zdravotníků nejznámější hospice, jakožto samostatně stojící lůžkové, zdravotně sociální zařízení. Poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům nejčastěji v preterminální a terminální fázi. Umožňuje ubytování člena rodiny s nemocným. Poskytuje maximální možnou míru fyzického i psychického komfortu a snaží se o domácí atmosféru. V hospicích převažují nemocní s onkologickým onemocněním.

Dále sem patří oddělení paliativní péče, které v rámci nemocnice (léčebny) pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní léčbu a zároveň pro diagnostiku a léčbu služby a komplement nemocnice. V rámci některých nemocnic pracují takzvané konziliární týmy paliativní péče. Pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen. Tým dochází na tato oddělení, posiluje kontinuitu péče, přímo ovlivňuje kvalitu paliativní péče a edukuje personál oddělení.

Specializované ambulance paliativní péče – zajišťují ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí, nebo v zařízeních sociální péče.

Možnou formou je též denní stacionář paliativní péče, což je forma denního navštěvování stacionáře pacientem. V zahraničí se denní stacionáře obvykle úzce pojí s lůžkovými hospici.

Poslední formou jsou pak zvláštní zařízení specializované paliativní péče, jako například specializované poradny či tísňové linky.

1.2 Sestra v paliativní péči

Sestra vykonávající paliativní péči potřebuje pracovat v dobrém týmu. Každý člen týmu musí vědět, jaké jsou jeho úkoly a požadované dovednosti. Za člena týmu by měl být považován i sám pacient (Marková, 2010).

„Tým, který nenaplní své potřeby svých vlastních členů, se bez ohledu na to, jak je úspěšný při uspokojování potřeb druhých, brzy rozpadne“ (Parkes, 2007; str. 25).

1.2.1 Komunikace

O komunikaci mezi zdravotníky a pacienty pojednává rozsáhlá literatura. Marková (2010; str. 51) píše: *„Tato kompetence je zásadní a klíčová“*.

Pacienti vkládají do zdravotníků velké naděje a očekávají od nich, že budou nejen odborníky na kontrolu symptomů, ale díky dobré komunikaci jim budou i psychickou a emoční oporou (Payne, Seymour, Ingleton, 2007).

Umět navázat kontakt a vytvořit atmosféru důvěry

Prvořadým úkolem ošetrovatelského personálu je tedy vytvořit takovou atmosféru, ve které by se dokázali pacienti uvolnit, získali důvěru a posílili svou sebedůvěru a lidskou důstojnost. Velmi záleží na tom, jaké zkušenosti pacienti mají z předešlých hospitalizací. Pokud k nám nemocný důvěru nemá, je nutné se pokusit, často neskadno, tuto důvěru začít budovat (Marková, 2010). Jednou z možností, jak navázat důvěrný

vztah s pacientem je forma nedirektivního přístupu. Ten spočívá na třech základních pilířích.

Prvním z nich je *respektovat druhého* jako jedinečnou a hodnotnou bytost, bez soudů, hodnocení a odsouzení. Vyjádřit to můžeme například tím, že se představíme, zeptáme se pacienta, jak si přeje být osloven a jeho jméno si pamatujeme. Udržujeme s ním oční kontakt. Seznámíme ho s tím, kolik máme času a pak mu se zájmem a pozorně nasloucháme, neskáčíme mu do řeči, nevynášíme soud nad tím, co nám sdělí. Můžeme si ověřit své domněnky.

Dalším prvkem je *empatické naslouchání*, ve smyslu umění vstoupit do příběhu a emocí druhého a umět dát najevo své pochopení. Přesto nás nesmí emoce druhého přemoci a neměly by ovlivnit naši objektivitu. Empatii vyjádříme zpětnou reflexí pocitů, či zrcadlením chování nemocného.

Třetí podmínkou na cestě k důvěře je *opravdovost, být sám sebou*. Předpokládá to však znalost vlastních hranic. Svou upřímnost vyjádříme přirozeným a nepředstíraným chováním, spontánností, vyrovnaností. Výraz tváře by měl odpovídat mluvenému slovu. Spojením těchto tří postojů máme možnost získat důvěru nemocného a udělat prostor pro sdílení náročných pocitů a strachů (Parkes, 2007).

Další zcela nezbytnou schopností ošetřujícího personálu je *aktivní naslouchání*. V této dovednosti se musíme učit naslouchat i očima, abychom postřehli gesta, řeč těla. Musíme též umět „naslouchat srdcem“, abychom zaslechli to, co nebylo řečeno nahlas. Na takovéto naslouchání si však předem musíme vyčlenit dostatek času, klidu a soukromí, nakolik to jen jde (Parkes, 2007).

Náš zájem a snahu porozumět můžeme dále podpořit *povzbuzením, přitakáním*. Prosté „hmm“, „ano“, přitakávání hlavou, nebo přímá prosba „řekněte mi o tom více“ ujišťuje nemocného, že ho stále vnímáme, a jsou pro něj povzbuzením (Marková, 2010). Že se snažíme pacientovi porozumět, vyjádříme také *empatickou zpětnou vazbou, reflexí*. Nejlepší způsob je parafrázovat pacientovo sdělení vlastními slovy, čímž mu dáme možnost k posouzení, jestli pocity, které nám sděluje, chápeme správně.

Otázky přímé a nepřímé

Pokud chceme slyšet konkrétní odpověď, použijeme otázku přímou. Chceme-li dát prostor pacientovi, aby vyjádřil své pocity, klademe otázky nepřímé. Někdy jsou nutné proto, aby se nemocný mohl rozpovídat. Například: „Co vás obtěžuje nejvíce? Co vám lékař o nemoci řekl?“ (Marková, 2010).

Své místo má v komunikaci také *mlčení*. Zvláště stojí-li lidé tváří v tvář utrpení a bolesti, jsou v hovoru chvíle mlčení časté. V těchto pomlčkách pacient provádí zpětnou vazbu řečeného, nebo hledá formulaci pro pojmenování dalších těžkých pocitů. Nepřerušujeme příliš brzo tyto pomlky a věřme, že i pouhá naše přítomnost má smysl.

Mohou nastat okamžiky, kdy nenalzáme žádné slovo jako vhodné. Muže to být prostor pro *dotyk*. Držení za ruku, nebo objetí kolem ramen může být účinným projevem podpory a pochopení. Musíme však být pozorní, protože všem lidem nemusí dotek být příjemný (Parkes, 2007).

Komunikace s pacientem s afázií

Tato kompetence je v prostředí paliativní péče velmi důležitá, protože afatická porucha je jednou z velmi častých komplikací tumorů CNS (Klener, 2002).

Důležité je najít způsob komunikace i s těmi, kdo jsou nemocí už tak vysílení, že k mluvení nemají sílu (Marková, 2010). Je nutné osvojit si jiné způsoby komunikace než verbální (kýváním hlavy, stiskem ruky, používání piktogramů aj.)

Komunikace s rodinnými příslušníky

Pacient je většinou nedílnou součástí rodiny a ta trpí spolu s nemocným. Jak píše Svatošová (2011). Především je třeba si uvědomit, že dále uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Sestra musí umět podat rodině citlivým způsobem pravdivé informace o průběhu umírání, a o tom, čím nemocný prochází. Měla by se naučit rozumět dění v rodině, respektovat vzájemné vztahy, komunikační styly a hodnoty rodiny. Měla by umět předejít konfliktním situacím, popřípadě je zvládnout. Sestra by měla umožnit pozůstalým projít procesem truchlení a nechat je ventilovat své emoce.

1.2.2 Nejčastější ošetrovatelské problémy

Bolest, pro kterou je definic hned několik. Pro sestru v paliativní péči není zanedbatelná ani zcela obyčejná definice, že: „*Bolest je to, když pacient říká, že ho něco bolí*“ (Kalvach 2011; str. 321). Je jedním z nejčastějších příznaků pokročilých stádií nejen nádorových ale i chronických onemocnění. Má zásadní vliv na komfort a náladu, ale také radost ze života, naději, motivaci k životu i spolupráci při léčbě. Neléčená bolest vede ke snížení hybnosti, apatii, nechutenství, poruchám výživy, k sociální dysfunkci až izolaci. Bolest tedy nelze vnímat jenom jako somatický vjem, ale jako jednu ze složek celkového utrpení pacientů i jejich blízkých.

Chronická bolest má vždy psychosociální důsledky; stává se součástí celkového utrpení, tzv. totální bolesti (koncept „totalpain“ ze šedesátých let 20. století pochází od

zakladatelky hospicového hnutí C. Saunders). Některé aspekty této bolesti neumíme zcela odstranit, ale tělesné aspekty lze u většiny pacientů zmírnit na snesitelnou míru. Do anamnézy bolesti zjišťujeme lokalizaci a vyzařování bolesti, nástup bolesti a změny v čase, kvalitu a charakter bolesti, intenzitu bolesti, vliv bolesti na spánek, pohyb, příjem potravy, dále co bolest provokuje a co mírní, dosavadní léčbu a její úspěšnost a změny vnímání bolesti při psychické zátěži (Vorlíček 2004).

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Pocit nedostatku vzduchu je velmi individuální a podílejí se na něm faktory fyziologické, psychické a sociální.

Dušnost je též jedním z nejčastějších příznaků u nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním. Příčin dušnosti ať už akutní, subakutní či chronické je celá řada.

Někteří pacienti, ale i zdravotníci mají se slovem dušnost na prvním místě spojené slovo kyslík. A opravdu mnoho zdravotnických zařízení má ve zvyku při dechovém diskomfortu podávat kyslík, aniž by se měřily krevní plyny a efekt léčby. Pacienti mají po podání kyslíku velice často úlevu od subjektivního pocitu dušnosti a hlavně při častých hospitalizacích udělali opakovaně pozitivní zkušenost. Rozmlouvat tedy v této situaci pokročile a terminálně nemocným a jejich rodinám, že kyslík nepotřebují a neměli by si na něj zvykat, je absurdní a zcela proti principům léčby symptomů v paliativní medicíně. Strach pacientů a jejich nejbližších z „dušení při umírání“ je jednou z nejsilnějších obav a také častým důvodem, proč se někteří lidé bojí umírat doma (Sláma, 2007). Velmi důležité je pracovat s úzkostí nemocného, zachovat klid a ujistovat nemocného, že uděláme vše, co je v našich silách. Mnohdy pomůže čerstvý vzduch z otevřeného okna, nebo obyčejný stolní ventilátor. Pomůžeme nemocnému zaujmout vhodnou polohu, jde-li to a podáme vhodnou farmakoterapii (Marková 2010).

Maligní rány, tedy ty, které jsou spojeny s nádorem, postihují přibližně 5–19 % lidí, kteří trpí rakovinou. Tento typ rány je velmi závažný a vyžaduje speciální péči a ošetřování. V paliativní péči představují obtížný ošetrovatelský problém. Nádorové rány jsou nezhojitelné a úkolem sestry je zajistit maximální pohodu pacienta a zamezit jeho sociální izolaci. Sociálním problémem může být samotná lokalizace proliferující rány, zápach rány, masivní exudát či krvácení a v neposlední řadě i bolest. Sestra by měla mít znalosti v používání prostředků vlhkého hojení ran a nezapomínat na analgezii rány před každým převazem.

Potíže příjmu potravy, nechutenství provází víceméně každé závažné onemocnění. Svou roli zde opět hraje psychika pacienta – strach, úzkost, nejistota. Snížený příjem potravy však může způsobovat řada jiných příčin. Podstatné je podávat nemocnému

takové jídlo, na které má chuť. Jídlo by mělo být v malých dávkách a pěkně upravené. Teplá jídla by měla být opravdu teplá. Pokud ale u nemocného vyvolává nauzeu, je vhodné spíše chladnější, protože není tak aromatické a vůně jídla bývá často příčinou nevolnosti (Marková, 2010). Dalším důvodem k nechutenství až kachektizaci jsou problémy se sliznicí dutiny ústní. Častá je souvislost s onkologickou léčbou. Objevují se mykózy, stomatitidy a suché sliznice. Sestra by měla věnovat péči o dutinu ústní pravidelnou pozornost. Udržovat sliznice vlhké, čistit pravidelně nemocnému zuby a odlučovat povlaky na sliznicích. Problematika bolestivých zubů není u pacientů v paliativní péči ojedinělá, neboť na řádné stomatologické ošetření před intenzivní protinádorovou terapií se stále často zapomíná. K posledním dnům života, v terminální fázi, však nechutenství patří a nemá smysl nemocného do jídla nutit. Je dobré se ale v této fázi věnovat rodině, neboť často „nenakrmení“ svého blízkého vnímají jako vlastní selhání (Marková, 2010).

Hydratace. Bez tekutin člověk umírá v horizontu dnů. Podávání tekutin bývá chápáno jako projev základní péče o člověka. Nemocní v terminálních stádiích často tolerují spíše chlazené nápoje nežli teplý čaj. Například dobře chlazená cola pozitivně ovlivňuje nauzeu a ananasová šťáva s nízkým obsahem kyselin je vhodná pro pacienty s poraněním v ústech. Pokud už nemocní nepřijímají tekutiny a nejsou významně dehydratováni, není parenterální hydratace v konečném stádiu indikována. Lze však podávat kostky mražených nápojů na cucání, neboť chlad ošálí receptory žízně. V paliativní péči je parenterální hydratace vhodná, pokud je nemocný celkově stabilizovaný a v relativně dobrém stavu, ale ztrácí tekutiny například průjmy, zvracením či pocením, nebo z důvodu progresu základního onemocnění v trávicím traktu není schopen tekutiny přijímat, nebo má velké ztráty tekutin například ileostomií či opakovanými punkcemi ascitu. Dále je parenterální hydratace terminálních stavů indikována, pokud způsobuje neklid, zmatenost, delirantní stavy, křeče, hypotenzi a s tím spojené riziko pádů (Marková, 2010). V paliativní péči více než v jiných oborech se stále častěji využívá podkožního podání tekutin, neboli hypodermoklýza. Bylo prokázáno, že se jedná o bezpečný způsob parenterální hydratace (Sláma, 2007).

Zácpa by měla být léčena komplexně. Pacienti v paliativní péči mají často zvýšené riziko zácpy, takže je na místě preventivní přístup (Sláma, 2007). Specifickým problémem u pacientů, kteří užívají na bolest opioidy, je tzv. opioidní střevní dysfunkce. Je typická tvrdou, suchou stolicí, nadýmáním, zvýšeným napětím až bolestmi břicha, neúplným vyprázdněním a gastroezofageálním refluxem. Přesto, že paliativní medicína

má své specifické příčiny zácpy, jako například nádory břicha, mozku, obstrukce střev, poruchy míchy, deprese či postradiační fibróza, nesmí setra zapomínat ani na obecnější příčiny způsobené vlivem léků (antidepresiva, diuretika, preparáty železa, antiemetika aj.) Je žádoucí téměř u všech nemocných léčených opioidy současně začít pravidelně podávat projímadla, se samozřejmou snahou o zvýšení pohybu nemocného a o větší příjem tekutin a v neposlední řadě o soukromí při vyprazdňování, zejména v ústavních podmínkách (Sláma, 2007). V paliativní péči je též poměrně častý tzv. paradoxní průjem. Jde o stav, kdy tuhou stolicí začne obtékat stolice řídká, která ve střevě stagnuje nad překážkou. V tomto případě je velmi důležité pozorně se věnovat anamnéze ohledně vyprazdňování, aby se nestalo, že budeme řešit inkontinenci průjmovité stolice, místo abychom řešili zácpu (Marková 2010).

Zvracení může mít mnoho příčin. Lze uvést stručnou tabulku možných příčin zvracení. Zvracení velkého objemu s následující úlevou je často způsobeno obstrukcí horní části trávicího ústrojí nebo poruchou evakuace žaludku (při peptickém vředu, hepatomegalii, ascitu nebo nádoru slinivky břišní). Zvracení malého množství žaludečního obsahu provázené úzkostí charakterizuje psychogenní potíže. Ranní zvracení provázené neurologickými projevy a bolestmi hlavy může být vyvoláno mozkovými metastázami nádoru. Závislost nevolnosti a zvracení na pohybu hlavou odpovídá postižení vestibulárního aparátu. Závislost na pohybu těla zas může souviset se zvýšeným napětím mezenteria při ascitu nebo nádoru v břiše. Zvracení provázené dehydratací, žízní a polyurií může být projevem dekompenzovaného diabetu. Provázeno dalšími příznaky jako je celková slabost, hypotenze a bolest břicha může být způsobeno náhlým vysazením kortikoidů. V paliativní péči se též často může vyskytnout zvracení způsobené cytostatiky, radioterapií, nedostatečně tlumenou bolestí, či soorem dutiny ústní a hrdla a jejich nedostatečnou hygienou (Sláma, 2007; str. 116).

Anemie se vyskytuje v pokročilých a konečných stádiích onemocnění velmi často. Klinický obraz anemického syndromu zahrnuje: únavu, slabost, námahovou dušnost, bolest na hrudi, zhoršení nálady, koncentrace, pokles libida, anorexii, vertigo, tinitus, zhoršení městnavého srdečního selhávání a další. Vnímání potíží je ale individuální. Pokud k poklesu hemoglobinu docházelo pozvolna, mohou být pacienti funkčně adaptováni a téměř bez klinických známek anemického syndromu (Sláma, 2007).

1.2.3 Psychické obtíže

Různá literatura a nespočet životních příběhů potvrzují, že základním kamenem v prevenci psychických potíží jsou dobré a pevné rodinné zázemí a citlivá, pravdivá a profesionální komunikace ze strany zdravotníků. Payne, Seymour, Ingleton, (2007; str. 319) přímo uvádí: *„Mají-li zdravotníci poskytovat pacientům s těžkými chorobami optimální psychologickou péči stejně jako úlevu od tělesných symptomů, měli by mít vynikající schopnosti a dovednosti při komunikaci s lidmi. Pro mnoho pacientů bude postačovat přítomnost pečujícího empatického odborníka, který je schopen citlivě poskytnout otevřené a pravdivé informace“*.

Pokud se pacient dozví, že je jeho nemoc nevléčitelná, nastává u něj duševní otřes, po němž následuje období úzkosti, podrážděnosti, poruch spánku, stavy zlosti, ale i strachu a smutku. Toto velmi náročné období pro nemocného, jeho blízké i zdravotní personál, bylo v minulých letech často důvodem, proč informace před pacientem zatajovat. Ve skutečnosti se však citlivá komunikace o diagnóze ukazuje jako prospěšná, protože se pacienti mohou sami podílet na rozhodování ohledně své budoucí zdravotní péče a léčby, než se jejich stav zhorší natolik, že už rozhodování nebudou schopni (Payne, Seymour, Ingleton, 2007).

Jak jsem již předeslala, této základní psychické podpory by měl být schopen každý zdravotník bez ohledu na svou specializaci. Předpokladem této pomoci je schopnost a ochota podporu věnovat, dát pocit důvěry a bezpečí. Patří sem ujištění, že nemocný nebude mít nesnesitelné bolesti, že ho nenecháme osamoceného, že zůstane v čistotě a suchu a že stále má a bude mít svou hodnotu a důstojnost. Pomoc náročnější, vyžadující poučeného a zkušeného „doprovázejícího“, by měla spočívat v umožnění nemocnému a jeho rodině vyjádřit své myšlenky, pocity, strachy a obavy týkající se jeho nemoci a umírání. Dochází tak k vyplavení negativních emocí. Tento prostor, může být nezastupitelně důležitý, neboť jeho prožití může přinést úlevu, změnu ve vnímání pacientovy těžké situace, a tím posun ve vyrovnávání se s vlastním osudem. Tímto „doprovázejícím“ může být zkušený zdravotník, duchovní ale i někdo z přátel nemocného, má-li zkušenost či vzdělání v oblasti psychologické péče. Zde může „pomáhajícím“ pomoci logoterapie Viktora Frankla, která se zabývá otázkami smyslu života, hledí na utrpení jako na výzvu, navádí, jak ve svém údělu nalézt smysluplnost a hodnotu. V opačném případě, totiž při ztrátě smyslu života, dochází k rezignaci nemocného, a tím k jakési neefektivní metodě vyrovnávání. Pokud se v psychice

nemocného objeví nějaká patologie či psychická porucha, je zde na místě pomoc opravdových specialistů v oblasti poruch duševního zdraví (Soukupová, 2006).

Úzkost a strach. Úzkost je nepříjemný stav, emoce, která vyjadřuje obavu a nervozitu z budoucích událostí (Kalvach, 2011), tedy z něčeho neurčitého, neznámého. Projevuje se tělesně bušením srdce, pocením, třesem, vnitřním chvěním, pocity dušnosti, tlaku na hrudi, nevolností a další. Pacient v úzkosti obvykle málo mluví a vyhýbá se očnímu kontaktu. Není však ani výjimkou, že úzkost způsobuje naopak zrychlenou, až nutkavou mluvu. Mluvení, které přináší úlevu od úzkosti, může mít podobu křiku. Dovolme svým pacientům tento emocionální projev, nechme je vykřičet se z bolesti a zloby na svou nemoc, neboť jim často přináší úlevu z napětí. Křičí-li pacient na nás, učme se s takovou reakcí vyrovnávat a rozlišovat, neboť praxe a zkušenost nás učí, že křik mířený na nás nepatří nám, ale pacientově bolesti.

S úzkostným pacientem mluvmě klidně, srozumitelně, nezahlcujme ho proudy slov a otázky mu pokládejme pozvolně. Respektujme přání pacienta, ať už svá přání vyjádří verbálně či neverbálně (Sláma, 2007). Přesto, že na rozdíl od úzkosti lze strach definovat jako emoční a tělesnou odpověď na nebezpečí známé, v literatuře paliativní péče se často setkáme s oběma výrazy najednou. Buď přímo jako úzkostný strach z...., nebo častěji: úzkostný stav v souvislosti se strachem z bolesti, udušení či smrti samotné (Marková, 2010).

Smutek a deprese. Hluboký smutek může být jak projevem onemocnění depresivní poruchou, tak zdravým projevem a adekvátní reakcí na náročnou životní situaci. Při ztrátě důležité životní hodnoty nebo vztahu je truchlení nejen přiměřenou a zdravou, ale i nutnou reakcí pro znovuoobnovení rovnováhy duševního života. Určit však hranice mezi „ještě“ přirozeným truchlením a „už“ depresí je velmi obtížné, protože v prožívání smutku existují veliké rozdíly. Vhodným kritériem pro rozlišení je tedy jejich průběh. Smutní lidé mají nejhlubší bolest duše vzápětí po nepříznivé informaci či ztrátě nějaké naděje. Později jsou schopni projevit zájem nebo pozitivnější emoci. Lidé ve smutku si někdy přejí být sami, ale občas jsou schopni zapojit se do aktivit ve společenství. Lidé v depresi však nezažívají mnoho „světlych chviliek“, jejich skleslost je vytrvalá a jsou pro ně typická takzvaná ranní pesima. K depresi patří mnoho negativních myšlenek a úsudků o sobě. Lidé v depresi zpravidla nejsou schopni žádné aktivity a už vůbec ne ve společenství (Sláma, 2007). „*Deprese je i v závěru života nemocí, která zasluhuje adekvátní psychologickou pomoc a psychiatrickou léčbu*“ (Marková, 2010; str. 114).

Smutek zasluhuje prostor, aby mohl být prožit a vyústit ve vyrovnání (Sláma, 2007; str. 240).

Delirium je akutní porucha pozornosti, myšlení, vnímání, spánkového cyklu a psychomotoriky. Projevy deliria v závěru života nacházíme až u dvou třetin nemocných (Sláma, 2007). Porucha se může projevit oběma směry. Buď jako hypoaktivní delirium, nebo jako hyperaktivní, jinak také agitované terminální delirium (Marková, 2010). Klinické stavy predisponující ke vzniku deliria jsou: věk nad 70 let, nádorová onemocnění s postižením mozku, přidružení dalších vážných onemocnění, senzorický deficit, demence, deprese, malnutrice a dehydratace. Spouštěčem neboli vyvolávající příčinou deliria v těchto závažných stavech pak může být například relativně zanedbatelná infekce močových cest, podání nového léku, ale i nevyřešené životní problémy (Sláma, 2007).

Terminální delirium se v posledních dnech a hodinách života projevuje neklidem, stálými změnami polohy, neschopností se uvolnit, svlékáním, stahováním peřiny, výkřiky a sténáním a někdy svalovými záškuby (Sláma, 2007). Důležité je správně delirantní stavy rozlišit od chronické zmatenosti, již zapříčiňuje demence, neboť na rozdíl od ní, mají řadu odstranitelných příčin (Marková 2010).

U hyperaktivního deliria je žádoucí pacientovo zklidnění. Toho je možné dosáhnout farmakologicky spolu s opatřeními, jako je zajištění klidu na pokoji, pokud možno stabilní ošetřovatelé, ideální je přítomnost člena rodiny či známého předmětu, klidná, jasná, srozumitelná mluva s pacientem, zajištění přítomí během noci, vyvarování se převozům a omezujícím opatřením (Sláma, 2007). Důležitá je též komunikace s rodinou, neboť pro tu je delirantní chování nemocného zpravidla velice náročné a zatěžující. (Marková 2010).

Nespavost označujeme, pokud pacient udává, že se špatně vyspal a necítí se odpočatý. V paliativní péči je několik častých příčin nespavosti. Rušení klidu, nebývá problém hospiců a domácího ošetřování, ale spíše ústavních pobytů na vícelůžkových pokojích. Špatná spánková hygiena bývá z převážného množství času, stráveného na lůžku během dne, zapříčiněná často léky se zklidňujícím účinkem. Jiné léky zase mohou způsobovat nauzeu (chemoterapeutika), nucení na močení a jiné přímé vlivy na CNS, které pacienta v noci obtěžují. Další častou příčinou jsou úzkostné a depresivní stavy. Nemocní mohou dlouho a těžce usínat, nebo se v noci budí zpocením, s palpitacemi, dušně. V neposlední řadě častým důvodem nespavosti je farmakologicky nezvládnutá bolest a tělesné nepohodlí různých příčin (Sláma, 2007).

Pokud u svých pacientů zaznamenáme *suicidální tendence*, nikdy je nesmíme brát na lehkou váhu a jen tak je přejít. Vždy je nutné se poradit se zkušenějšími kolegy a situaci probrat s rodinou a ošetřujícím lékařem. Vždy se snažme pacienta chránit takových pokusů, jako je stále otevřené okno či dveře na balkon, nebo stále se houpající hrazdička nad lůžkem nemocného (Parkes 2007). Pokud se takové smýšlení podaří nemocným realizovat, potřebuje podporu nejen rodina, ale i členové ošetřujícího týmu, protože obě strany může skličovat pocit, že neudělali vše, co mohli, a že zklamali (Payne, Seymour, Ingleton, 2007).

1.2.4 Potřeby sociální

Není úplně jednoduché, rozdělit všechny potřeby nemocných do čtyř okruhů, které se uvádí v literatuře, na biologické, psychologické, sociální a spirituální. Některé potřeby patří do více skupin, prolínají se a striktně je rozdělit nelze (Marková, 2010). Ve slovníku cizích slov u slova sociální jedna pododrážka uvádí: „*Týkající se životních podmínek jednotlivce ve vztahu ke společnosti.*“ (ABZ.cz:slovník cizích slov). Potřeb, které se týkají nemocného, a jeho vztahu k okolí je celá řada. Paní Svatošová (2011; str. 16) ve své knize píše: „*Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, co všechno nemocný ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity...atd.*“.

Potřeba vlastní identity. Každý z nás je osobnost a osobnost je jedinečná. Osobnost každého našeho pacienta se vyvíjela v určitých rodinných, pracovních, sociálních a kulturních podmínkách. Toto jsou převážně silné vazby, nutné a potřebné k tomu, aby nám pomohly udržet životní rovnováhu a pozitivní sebeobraz nevyčleřitelně nemocného. Je tedy velice žádoucí, nakolik to jen jde, omezit pobyty v nemocnicích a podporovat ošetřování v domácím prostředí. Pokud toto možné není, je potřeba umožnit pacientovi kontakt s jeho rodinou, přáteli či kolegy, nakolik to on sám vyžaduje (Kalvach, 2011). Pacienti převážně o návštěvy stojí a potřebují je, i když ne vždy a ne všechny. Proto pacienti mají právo si tuto oblast korigovat sami, a ostatní by to měli respektovat (Svatošová, 2011). Co se nemocných a jejich rodin týče, naskytá se zde prostor pro nezastupitelnou pomoc od ošetřujícího personálu. Často se totiž stává, že bolest obou stran je tak veliká, až brání komunikaci a vzájemnému porozumění. Pacient o svém celostním strádání nemluví, aby situaci nejbližším těžší neztěžoval, a rodina se zase bojí zraňovat nemocného. Vzniká tak dusná atmosféra a nepochopení, které má možnost prolomit pozorný a citlivý personál (Marková, 2010).

Velmi důležité pro sebepojetí naší osobnosti je naše pohlaví. Ženy a muži mají odlišný pohled na své tělo, potřebu krásna kolem sebe, odlišné projevy prožívání, pochody uvažování. Mnohdy postačí, když se zdravotní personál nepozastaví nad tím, že chce pacientka na cestu na vyšetření po nemocničním areálu svůj květinový župan, ponožky a polobotky, na hlavu klobouček, a bez komentářů, že je to „zbytečné“, jí toto umožní (Marková, 2010).

Potřeba znát pravdu a podílet se na rozhodování o sobě. Velmi často může ošetrovatelský pracovník od rodin nevyhládně nemocných a někdy i zdravotníci mezi sebou slyšet názor: „Tatínkovi nesmíme říct pravdu, ztratil by všechnu naději“. Paní Svatošová (2011; str. 29) však píše: „*Posilovat naději v nemocném vůbec neznamena, že mu musíme lhát. Naopak, krátkonohou lži se připravíme dříve nebo později o důvěru pacienta, a jeho možná i o poslední naději*“. Pacient musí vždy nějakou naději mít, bez ní se žít nedá. Myslíme-li, že prognóza bere nemocnému naději, není tomu tak. Naděje je vícevrstevná. Základní nadějí pacienta je, že se uzdraví. Další nadějí, když tato zklame, je, aby tedy žil co nejdéle, a často si sám vytýčí nějakou metu. Pokud nemoc pokračuje a pacient začne mít potíže, jeho nadějí je – aby zítra bylo lépe, ať to tolik nebolí, hlavně ať netrpím. Poslední nadějí pak je – ať neumírám sám, ať opustím svět důstojně, ať se stihnu rozloučit. Zkušenosti, a nejen zahraniční ukazují, že se vyplatí a je dobré, pokud lékař (a nejen on) hovoří se svým pacientem férově, neboli empaticky, pravdivě a otevřeně. Pouze v takovém případě se totiž pacient může spolupodílet na rozhodování o další léčbě, péči, postupu, o sobě samém (Péče o umírajícího pacienta, 2012)

Rozhodování o sobě samém je totiž základní otázkou lidské důstojnosti (Marková, 2010). Chceme-li mluvit o „kvalitě života“, musíme dovolit pacientovi, aby se spolupodílel dle svých možností a zájmu na léčbě, trávení volného času a třeba i na tom, jaké oblečení chce mít na sobě. Pokud zanecháme pacienta v jakési mlze informací, jak je to doopravdy s jeho nemocí, není možné, aby se ani on, ani jeho rodina informovaně podíleli na tom, jak chtějí co nejlépe využít čas, který jim zbývá. (Parkes, 2007).

Potřeba smíření má svůj čas. Pokud má pacient dostatek informací, času a vnější podpory, dochází vnitřně k touze po usmíření. Je to zároveň finální fáze (jak je uvádí E. K. Rossová), cíl nevyhládně nemocných, umírajících. Jde o přijetí pravdy, smíření se s neodvratitelnou skutečností. (Svatošová, 2011).

Cesta k vnitřnímu pokoji nebývá snadná. Reakce na životní situace mohou být u každého pacienta odlišné. Určité zákonitosti však existují. Již v roce 1969 je popsala a zavedla americká psycholožka, Elizabeth Kübler Rossová, jako pět fází smutku, umírání.

Pro přehlednost je zde uvádím.

1. Fáze negace, šoku a popírání.

Projevy: „Ne já ne, pro mne to neplatí. „To není možné“. „To je určitě omyl.“
„Zaměnili výsledky.“

Co s tím: Neopustit, zůstat na blízku. Navázat kontakt, získat důvěru.

2. Fáze hněvu a vzpoury

Projevy: „Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi, zdravotníky.

Co s tím: Dovolit odreagování, nepohoršovat se.

3. Fáze smlouvání a vyjednávání

Projevy: Hledání zázračných léků, léčitelů, diet. Ochota zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.

Co s tím: Maximální trpělivost. Pozor, nenaletět „uzdravovacím“ podvodníkům.

4. Fáze deprese a smutku

Projevy: Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.

Co s tím: Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení.

5. Fáze smíření a souhlasu

Projevy: Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou.“

Co s tím: Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

Jak je patrné, ke smíření vede cesta, na které si náš pacient potřebuje dát mnoho věcí do pořádku. Odpustit někomu, nebo aby jemu bylo odpuštěno, najít jistotu, že jeho život na zemi měl smysl a že smysl mělo a má i jeho utrpení. Potřebuje rozloučení a vyslovit dosud nevyslovené. Potřebuje uzavřít svůj život, poděkovat a prožít vděčnost. Potřebuje umírat s nadějí, že nebude pohlcen nicotou, prázdňem (Marková, 2010).

Není vůbec výjimkou, že do této fáze dojde nemocný dřív, než rodina, která ho doprovází. Neodsuzujme za to příbuzné, je to lidské. Je to opět výzva pro někoho třetího, takže i pro zdravotní personál, aby se v tuto chvíli věnoval rodině, neboť ta momentálně potřebuje podporu více než nemocný (Svatošová, 2011).

1.2.5 Spirituální potřeby

V posledních letech se i v českém zdravotnictví začíná objevovat forma spirituální péče, většinou v podobě nemocničních kaplanů, kteří jsou pravidelně přítomni v některých nemocnicích a slouží potřebným lidem.

Přesto, že stále pro většinu lidí a bohužel i zdravotníků nemocný člověk = člověk nemocný na těle, světová zdravotnická organizace přiznává svou definicí zdraví, že člověk je zdravý, má-li naplněny a uspokojeny potřeby tělesné, duševní, sociální a spirituální. Potřeby spirituální má každý člověk, jen si je v různých etapách a situacích života, různě intenzivně uvědomuje. Často bývá i nesnadné je pojmenovat.

Spirituální potřeby nejsou to samé, co náboženské úkony a nesouvisí ani s členstvím v nějaké církvi či sympatiemi k ní (Kalvach, 2011). Definice WHO z roku 1990 zní „*Spirituální aspekty péče o pacienty jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům přesahujícím smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoliv pro mnoho lidí je náboženský projev vyjádřením jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propojuje fyzické, psychické a sociální stránky života jedince. Spiritualita se chápe jako zabývání se smyslem a účelem života a pro lidi na konci života se běžně spojuje s potřebou odpuštění, usmíření a potvrzení jejich hodnoty a užitečnosti*“.

Kalvach (2011) k tomuto z praxe doplňuje, že nejen na sklonku života, ale téměř vždy, když je život člověka něčím otřesen (úraz, ztráta), člověk přehodnocuje své priority minulosti a priority budoucnosti, jejich smysl a užitečnost. Spirituální péčí můžeme nazvat tedy vše, čím citlivě a vnímavě a vhodně reagujeme na tyto potřeby.

Může jít například o rozhovor. Ten, pokud je na téma hrozící smrti, se smí konat pouze v případě, že je pacient schopen a připraven ho snášet. Zpravidla pacient sám dá k tomuto rozhovoru impulz a někdy jen tak mezi řečí projeví o rozhovor zájem. Kdo takové, mnohdy rozpačité, pozvání od nemocného přijme, musí být v rozhovoru velice citlivý a pozorný. Kdykoli totiž pacient dá náznak k ukončení rozhovoru nebo téma opět převede do fáze odmítání nemoci a její nevléčitelnosti, je třeba rozhovor ukončit (Kübler-Rossová, 1993). Nevždy ale musí jít o tak závažný rozhovor. Někdy může jít v rozhovoru o pomoc v rozkrývání minulosti, vzpomínek a dávno vytěsněných příběhů. Často už více než o rozhovor jde o službu naslouchání. Pomoc v tomto případě může být i to, že jsme ochotni vyhledat pomoc jinou, například zprostředkovat duchovního (Kalvach 2011).

Opravdu velkým neštěstím je, když své umírající odsouváme do úplné samoty. Nemocný srdcem i tělem cítí, že se smrt blíží, ale rodina se usmívá, přátelé, sestry, lékaři a všichni se usmívají tak, že nemocný ví, že je to lež (Kalvach, 2011). Tento postoj rodiny však často nemocného dovede k závěru, že jeho nejbližší nejsou schopni a ochotni čelit realitě, přijme jejich hru z důvodů „aby jim to nedělal ještě těžší“, a tak zůstává sám s pocitem, že nebylo vyřčeno, co mělo být vyřčeno a zůstane skryto, co mělo být odhaleno. Nenalezne-li člověk nikoho, kdo je ochoten udělat si čas a pohovořit si, pak raději o svých pocitech přestane mluvit. Když je potřeba vyjádření nejnaléhavější a nedostává se slov, bývá to většinou právě v tom okamžiku, kdy je problém v nalezení někoho, kdo by pomohl pocity formulovat (Parkes, 2007).

Vzhledem k výše uvedenému můžeme do jisté míry říci, že uspokojovat základní spirituální potřeby je schopen každý zralý člověk. Minimálně nabídnout příležitost k chápajícímu rozhovoru, ve kterém nemocný ani nečeká toliko nové informace, jako spíše ujasnění svých otázek a pochybností, může téměř každý. S existenciálními otázkami může být velmi nápomocný psycholog. Tím spíše, vykazuje-li nemocný známky větší úzkosti a strachu (Kalvach, 2011).

1.2.6 Truchlení pozůstalých

Má-li být péče specializovaných paliativních týmů kompletní, musí zahrnovat i péči o truchlící rodinu, pozůstalé. Mnoho z prvků této péče však lze provádět i na jiných odděleních, kde se setkáme s umírajícími a jejich rodinami (Marková, 2010). V této péči záleží na mnoha okolnostech. Například, došlo-li k úmrtí náhle, nebo šlo-li o očekávané úmrtí, umíral-li nemocný v bolestech a utrpení, nebo pokojnou smrtí, bylo mezi rodinou a umírajícím silné pouto, nebo rodina zájem spíše nejevila. Jsou-li v rodině děti, adolescenti, lidé depresivní, agresivní, nebo jinak psychicky labilní. Co rodinní příslušníci potřebují nejvíce, je čas (Parkes, 2007). Pokud předává sestra pozůstalost na běžném oddělení, je vhodné, aby ji předávala v klidu a měla dostatek času a prostoru pro otázky pozůstalých. Je též blahodárné, může-li pronést větu: „Vaše maminka zemřela v klidu a bez bolesti, vlastně ve spánku“. „Byla to statečná žena, měli jsme ji moc rádi“ (Marková, 2010).

Pomoc rodině v zármutku po úmrtí je prevencí mnohdy dlouhodobých výčitek a pocitů viny, co všechno mohlo, nebo mělo být v posledních dnech života jinak, lépe (Kalvach, 2011). Rodina, která svého nemocného měla možnost doprovodit až do konce, si již velkou část zármutku prožila a je na tom v tomto směru lépe, než rodina, která je

v šoku, zasažena náhlou smrtí blízkého. Zármutek ze ztráty milovaného člověka je normální reakcí na extrémní situaci, a pokud truchlící nevykazují abnormální reaktivní poruchy, neměli bychom je považovat za nemocné a ani se k nim tak chovat (Špatenková, 2001). Truchlení a doba jeho trvání je velmi individuální. Přesto většina literatury uvádí, že nekomplikované truchlení trvá zhruba jeden rok. Je ho možné rozdělit do několika fází.

První fázi je intenzivní fáze od úmrtí do pohřbu- konfuze, otřes. Je to fáze přijetí reality. Pozůstalí mohou prožívat pocity hněvu, vzteku, zlosti, pocity viny, zoufalství a bezmoci.

Druhou fázi je období žalu - exprese. Délka tohoto období je velmi individuální. Tato fáze bývá plna emočních projevů a často se stává zápasem o smysl života. Nejdéle v této fázi setrvávají nejbližší osoby (rodič, partner). Úkolem této fáze je prožít zármutek. Někteří lidé mají tendenci zármutek potlačovat, ale snáze a rychleji projdou truchlením lidé, kteří se projevům smutku nebrání (Špatenková, 2001). V tomto období může pozůstalé provázet zapomnětlivost, nesoustředěnost, návaly pláče, výkyvy nálad, poruchy spánku, zmatené chování a „nepřítomnost duchem“ (Marková, 2010). V procesu truchlení se často mohou pozůstalí vracet na začátek a znovu prožívat intenzivní žal, smutek a prázdnotu, především v období rodinných oslav (narozeniny, svátky, výročí svatby) nebo při návštěvě místa, která jim intenzivně připomene hlubokou ztrátu (Wehner, 2014).

Třetí fázi je akceptace, přijetí skutečnosti, adaptace ve světě a životě bez zemřelého. Pokud pozůstalý došel do této fáze, již se citově odpoutal od zemřelé osoby, je schopen vložit energii do nových vztahů a činností, našel nový smysl života. V této době většinou přestává potřebovat podporu paliativního týmu (Marková, 2010). Parkes (2007) píše: *Zármutek nás natrvalo změní, některé může ochromit, ale mnozí z něj vyjdou silnější a moudřejší.*“

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle

1. Zmapovat, jaké informace mají studenti ZSF o paliativní péči
2. Zjistit, jakou mají studenti zkušenost s paliativní péčí.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké máte informace o paliativní péči?
2. Jakou máte zkušenost s paliativní péčí?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Získat vhodnou literaturu pro teoretickou část bakalářské práce na téma paliativní péče nebyl problém, neboť v naší zemi vyšlo velké množství literatury české, i přeložené ze světových jazyků. Rešerše, které jsem si nechala vypracovat, obsahovaly z převážné většiny literaturu, kterou jsem již měla k dispozici z knihovny při Hospici sv. Jana Neumanna v Prachaticích. Mnoho textů a absolventských prací, které obsahovaly rešerše, bylo na téma paliativní péče a euthanasie, což nebylo moje cílové téma, takže nebyly použity.

Pro získání dat k praktické části práce byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl dotazník (viz. Příloha 1) pro studenty Zdravotně sociální fakulty JČU. Dotazník byl anonymní a zcela dobrovolný. Byl sestaven z dvanácti otázek uzavřených, které nabízely výběr konkrétních odpovědí, z devíti otázek polouzavřených, kde mohli respondenti vyjádřit vlastní názor, pokud jim nevyhovovala žádná z nabízených možností, a z devíti otázek otevřených, jež nenabízely alternativy, ale odpověď byla zcela na respondentovi.

U některých otázek mohli respondenti označit více odpovědí. Dotazník obsahoval celkem 30 otázek. Prvních 6 otázek bylo zaměřeno na identifikaci – pohlaví, věk, délku praxe, typ studia a formu studia.

Další otázky byly zaměřené na znalost problematiky paliativní péče, na dosavadní zkušenost s daným tématem a na pocity respondentů spojené s umíráním a smrtí. Sběr dat proběhl v době od 14. března 2014 do 4. dubna 2014. Dotazníky byly rozdány v tištěné podobě studentkám, které bylo možno oslovit během výuky. Zároveň byly všechny studentky osloveny i prostřednictvím třídních mailů, neboť např. třetí ročníky nebylo možné zastihnout během výuky, neboť v době sběru dat vykonávali studenti odbornou praxi, nebo složení ročníku při osobním oslovení mezi přednáškami bylo neúplné. Spolupráce se studenty byla rozmanitá. Ti, kteří již mají zkušenost s vypracováváním závěrečných prací, byli většinou velice ochotní a raději vyplňovali tištěnou podobu. Studenti nižších ročníků chtěli dotazník raději zaslat na třídní mail, ale návratnost pak byla poměrně malá.

Ke zpracování dat byl použit program Microsoft Office Excel 2007, kde byly vytvořeny tabulky a provedeno statistické zpracování a následně vytvořeny grafy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek byl tvořen studenty, kteří studují na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university. Osloveni byli studenti bakalářského studijního programu všeobecná sestra, obor Ošetrovatelství, 1. - 3. ročník prezenční i kombinované formy studia a studenti magisterského studijního programu ošetrovatelství, obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, 1. – 2. ročník opět prezenčního i kombinovaného studia.

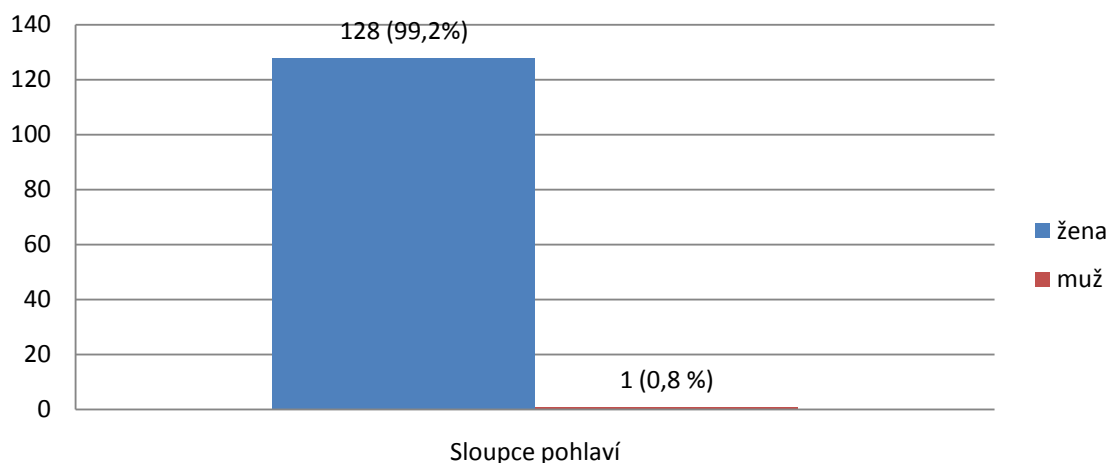
Celkem bylo rozdáno 75 dotazníků v tištěné podobě, vrátilo se 60 (80%) dotazníků, z nichž 7 bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění. Návratnost dotazníků byla 53 (70,7%) dotazníků v tištěné podobě.

Zbylé dotazníky byly zasílány elektronickou poštou. Ze 79 (17,9%) přijatých dotazníků nebylo možné 3 zobrazit. Návratnost dotazníků elektronickou cestou byla 76 (17,2%) dotazníků. V době sběru dat bylo teoreticky elektronickou poštou a osobní návštěvou osloveno 501 (100%) studentů. Na vyplnění dotazníku tedy reagovalo 139 (27,7%) studentů. Data byla zpracovávána ze 129 (25,7%) správně vyplněných dotazníků.

4 Výsledky

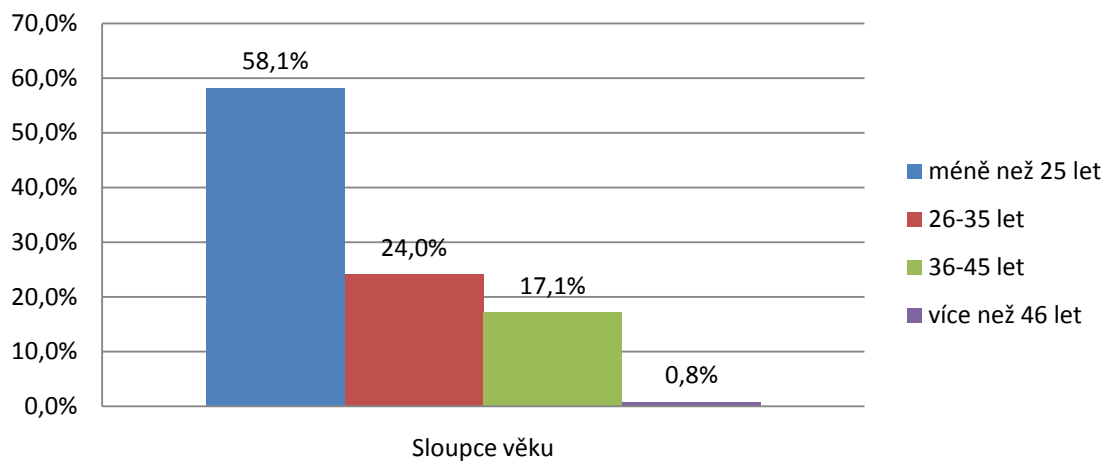
4.1 Vyhodnocení výzkumných otázek

Graf 1 Pohlaví dotazovaných



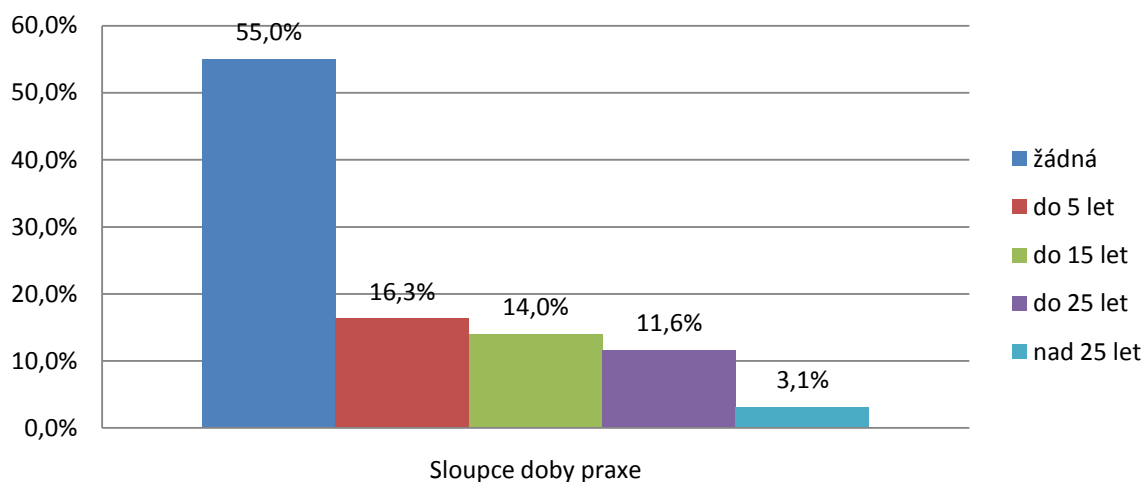
Z celkového počtu 129 (100%) respondentů, bylo 128 (99,2%) žen a 1 (0,8%) muž.

Graf 2 Věk dotazovaných



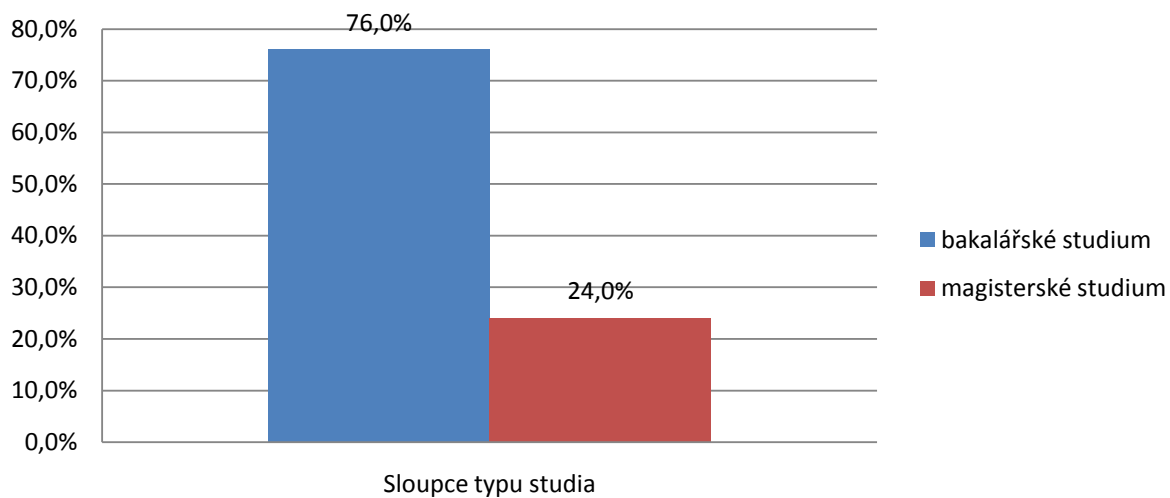
Graf znázorňuje věk respondentů. 75 (58,1%) respondentům je méně než 25 let. 31 (24%) respondentům je mezi 26-35 lety, 22 (17,1%) respondentů je 36-45 let a 1 (0,8%) respondent je starší než 45 let.

Graf 3 Délka praxe



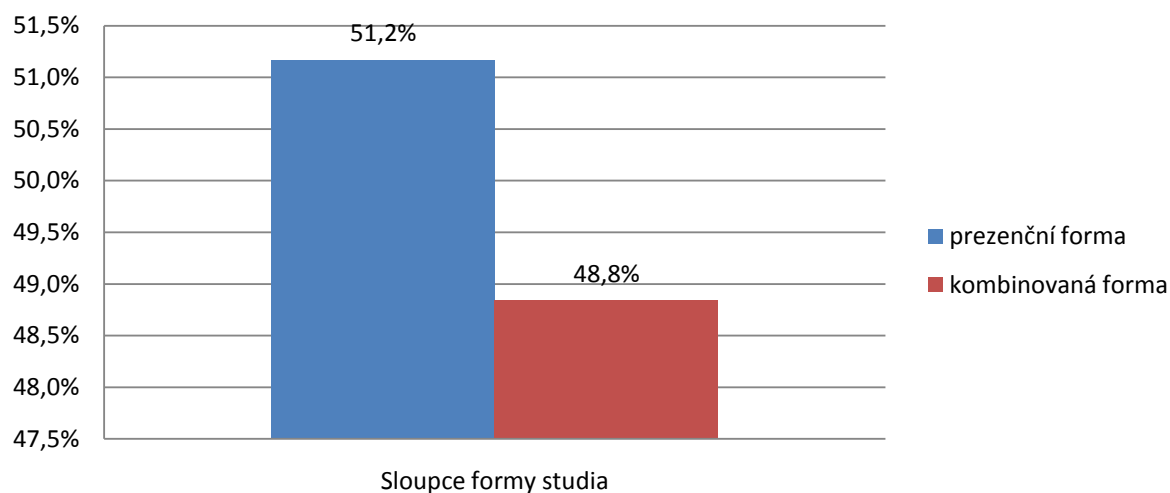
71 (55%) respondentů zatím žádnou praxi všeobecné sestry nemá. 21 (16,3%) respondentů má délku praxe do 5 let, 18 (14%) respondentů do 15 let, 15 (11,6%) respondentů do 25 let a 4 (3,1%) respondenti mají nad 25 let praxe všeobecné sestry.

Graf 4 Typ studia



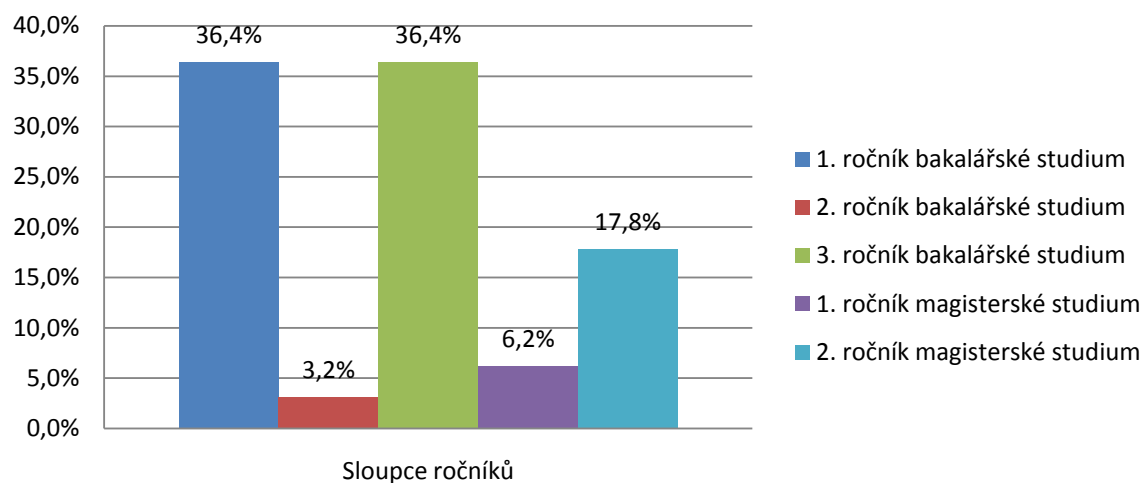
Čtvrtý graf znázorňuje, že 98 (76%) respondentů studuje bakalářské studium a 31 (24%) respondentů studuje magisterský typ studia.

Graf 5 Forma studia



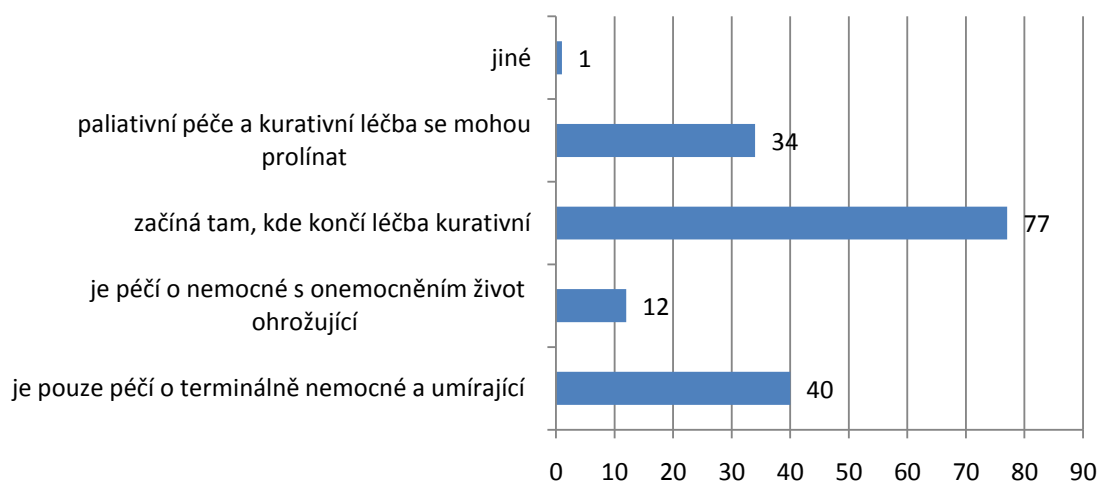
Graf číslo 5 znázorňuje, že 66 (51,2%) respondentů studuje prezenční formou a 63 (48,8%) respondentů studuje kombinovanou formou studia.

Graf 6 Ročník studia



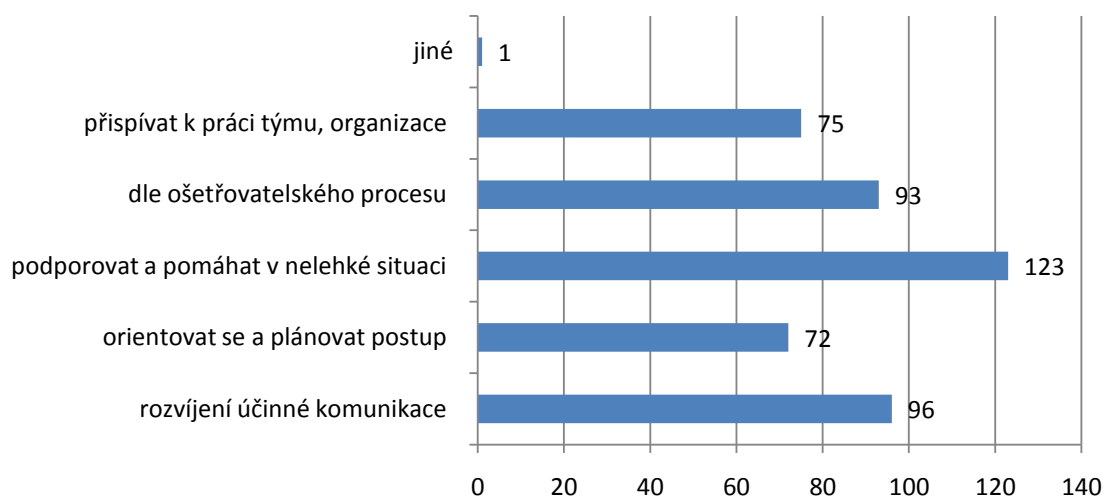
Grafem je znázorněno, kolik studentů z jakých ročníků reagovalo na vyplnění dotazníku. Z 1. ročníku 47 (36,4%) respondentů, 4 (3,1%) respondenti z 2. ročníku a 47 (36,4%) respondentů z 3. ročníku bakalářského studia. Dále pak 8 (6,2%) respondentů z 1. ročníku magisterského studia a 23 (17,8%) respondentů z 2. ročníku magisterského studia.

Graf 7 Tvrzení o paliativní péči



Z celkového počtu 129 respondentů, uvedlo 40 respondentů, že paliativní péče je péčí pouze o terminálně nemocné a umírající pacienty. 12 respondentů uvedlo, že paliativní péče je péčí o nemocné s život ohrožujícím onemocněním. 34 respondentů z těchto dvou skupin využilo možnosti více odpovědí a zaškrtnli také tvrzení, že paliativní péče se může prolínat s kurativní léčbou. 77 respondentů uvedlo, že paliativní péče začíná tam, kde končí kurativní léčba. 1 respondent doplnil, že je to též péče o rodinu a blízké nemocného.

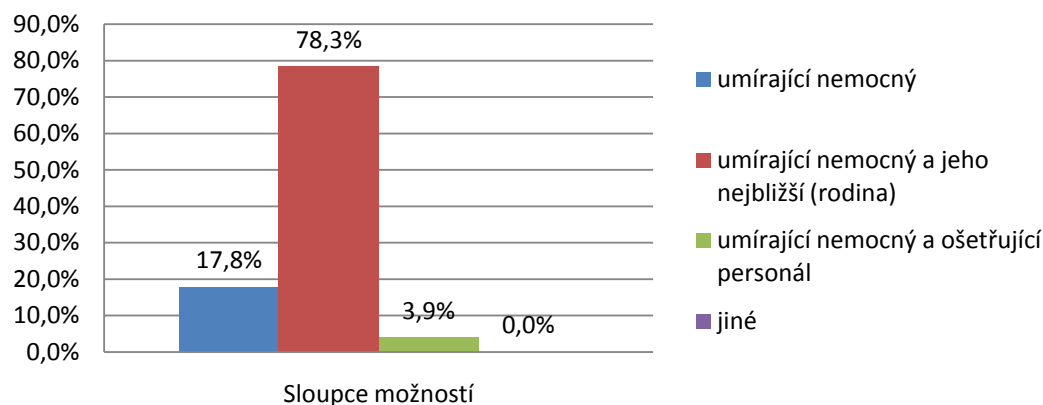
Graf 8 Kompetence sester



V této otázce měli respondenti zaškrtnout tu odpověď, která prezentovala kompetence sester. 123 respondentů se shodlo na kompetenci „podporovat a pomáhat ve

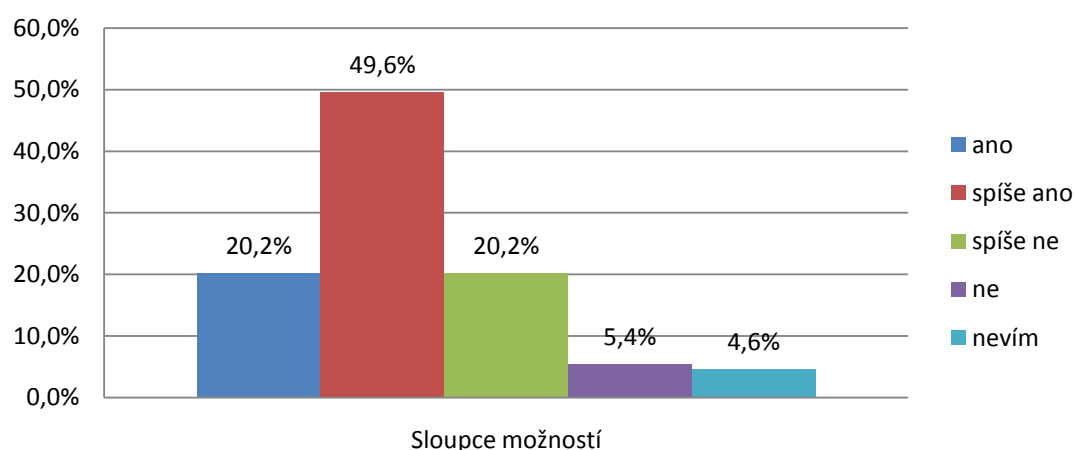
snášení nelehké situace“. Kompetenci „rozvíjení účinné komunikace“ uvedlo 96 respondentů. Dále 93 respondentů uvedlo „pracovat dle ošetřovatelského procesu“. 75 respondentů zaškrtnulo „přispívat k práci týmu a organizace, a 72 „orientovat se a plánovat postup“. Možnost „jiné“ využil 1 respondent, který doplnil „Podporovat a pomáhat rodině“.

Graf 9 Kdo prochází fázemi umírání



Z celkového počtu 129 (100%) respondentů, uvedlo 101 (78,3%) respondentů, že fázemi umírání prochází nemocný i jeho nejbližší a 23 (17,8%) respondentů uvedlo, že pouze sám nemocný. 5 (3,9%) respondentů uvedlo, že fázemi umírání prochází s nemocným i ošetřující personál. Možnost „jiné“ uvedlo 0 (0,0%) respondentů.

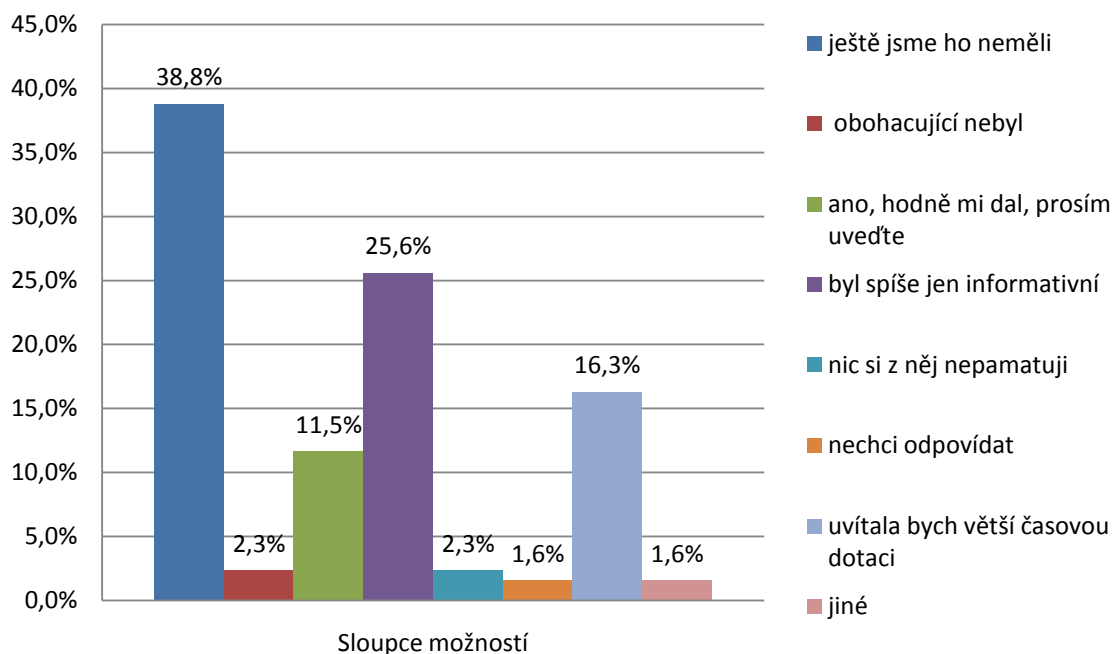
Graf 10 Znalost práv umírajících



26 (20,2%) respondentů, na otázku jestli znají práva umírajících, uvedlo, že „ano“. 64 (49,6%) respondentů, uvedlo, že „spíše ano“. „Spíše ne“ uvedlo 26 (20,2%)

respondentů. Že práva umírajících nezná, uvedlo 7 (5,4%) respondentů a 6 (4,6%) respondentů zvolilo možnost „nevím“.

Graf 11 Předmět paliativní péče

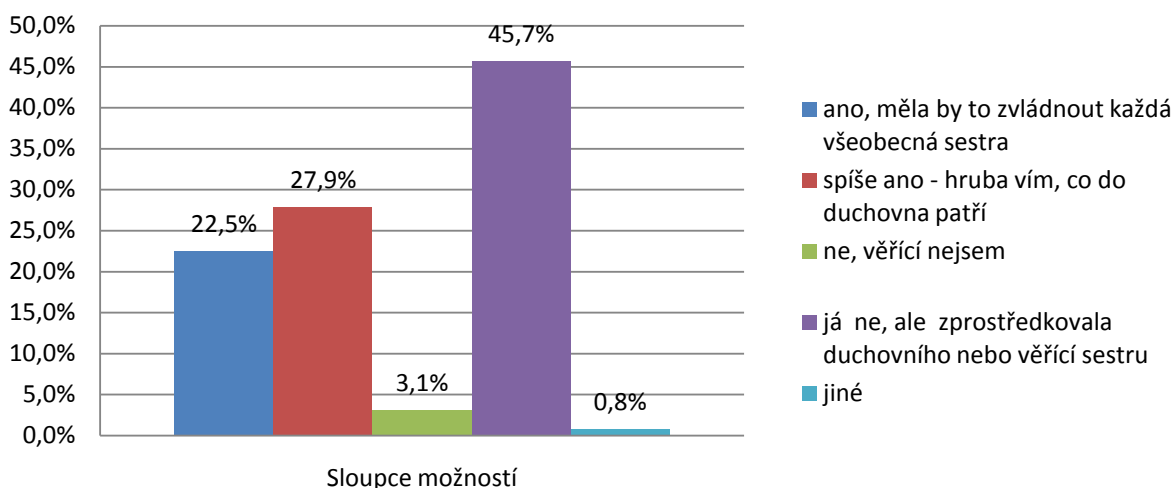


Z celkového počtu 129 (100%) respondentů, uvedlo 50 (38,8%) respondentů, že předmět paliativní péče ještě nemělo. Pouze 3 (2,3%) respondenti uvedli, že pro ně nebyl předmět paliativní péče ani inspirující, ani obohacující. Naopak 15 (11,5%) respondentům hodně dal a do možnosti „uveďte co“ tyto respondenti uvedli: „Důležité pro mě byly diskuze a zkušenosti ostatních“, „dostala jsem jiný pohled na smrt, vedlo mě to k zamyšlení nad skutečným povoláním zdravotní sestry“.

33 (25,6%) respondentů uvedlo, že byl pro ně předmět pouze informativní. 3 (2,3%) respondenti si z něj nic nepamatuji a 2 (1,6%) nechtělo odpovídat.

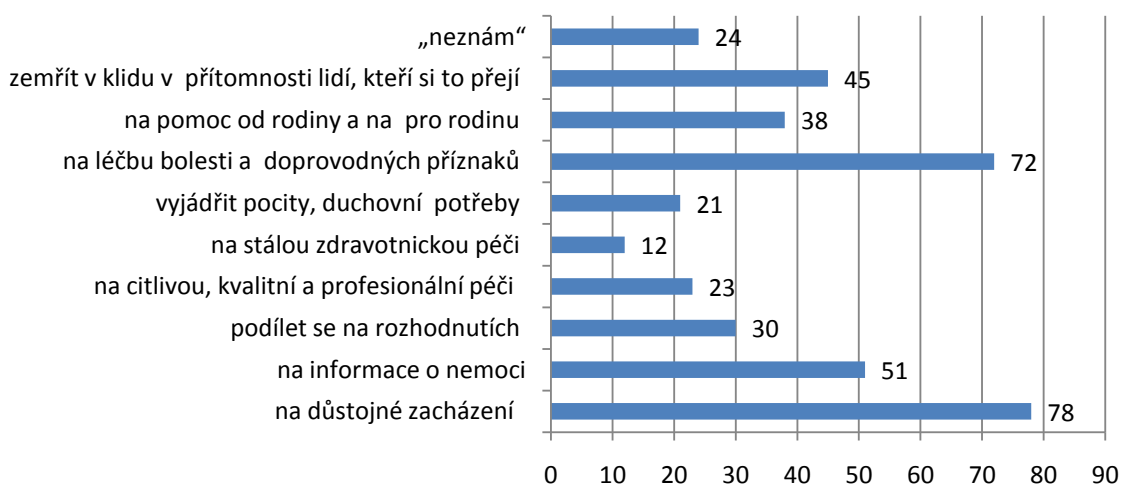
Větší časovou dotaci předmětu by uvítalo 21 (16,3%) respondentů. Poslední možnosti využili 2 (1,6%) respondenti, uvedli: „Zajímavé informace o hospicích“.

Graf 12 Sdílení duchovních potřeb



Z tohoto grafu vyplývá, že 29 (22,5%) respondentů si myslí, že sdílet duchovní potřeby s věřícím člověkem by měla zvládnout každá všeobecná sestra. Dalších 36 (27,9%) si myslí, že spíše ano. 4 (3,1%) respondentů udávají, že věřící nejsou, a tak by duchovní potřeby nesdíleli. 59 (45,7%) respondentů si myslí, že by to nezvládli, ale rádi by zprostředkovali duchovní osobu. Možnost odpovědi „jiné“ využil 1 (0,8%) respondent, který uvedl: „Myslím, že bych to zvládla, ale i tak bych ještě zavolala duchovního“.

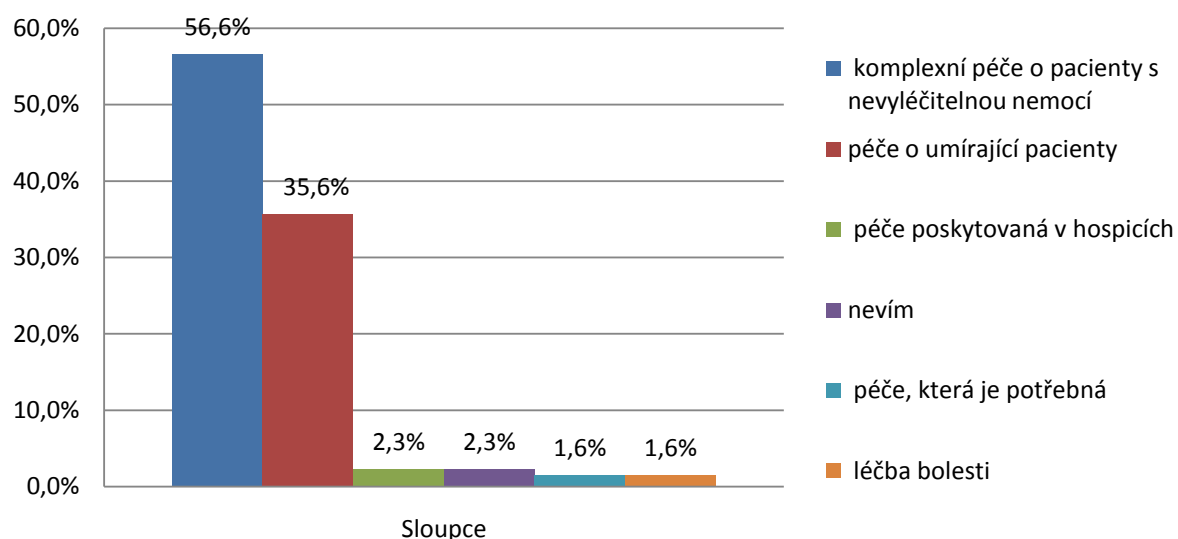
Graf 13 Práva umírajících



V tomto grafu jsou zpracovány počty odpovědí, která z práv umírajících jsou nejvíce v povědomí respondentů. 78 respondentů uvedlo právo na důstojné zacházení jako s lidskou bytostí až do smrti. Na dalším místě v počtu 72 odpovědí, bylo právo na kvalitní léčbu bolesti a ostatních doprovodných příznaků. Právo dostat všechny potřebné

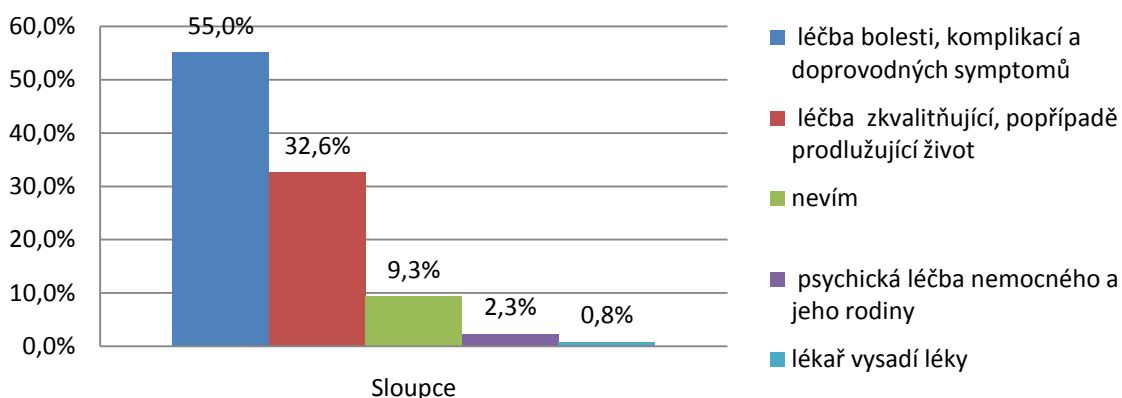
informace týkající se nemoci a smrti uvedlo 51 respondentů. 45 respondentů dále uvedlo právo zemřít v klidu a důstojně a neumírat osamocen. 38 respondentů popsalo právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím smrti. 30 dotázaných dále popsalo právo podílet se na rozhodnutích týkajících se nemoci a péče, bez strachu z odsouzení druhých. 24 respondentů uvedlo, že práva umírajících nezná. Právo na citlivou, kvalitní a profesionální péči multidisciplinárního týmu, který poskytuje prvotřídní péči nemocnému i jeho rodině uvedlo 23 respondentů. 21 respondentů dále uvedlo právo vyjádřit své pocity, duchovní a náboženské potřeby týkající se blízké smrti s ohledem na kulturní hodnoty. Právo na stálou zdravotnickou péči, přestože cíl “uzdravení“ se mění na „zachování pohodlí a kvality života“ uvedlo 12 respondentů.

Graf 14 Paliativní péče



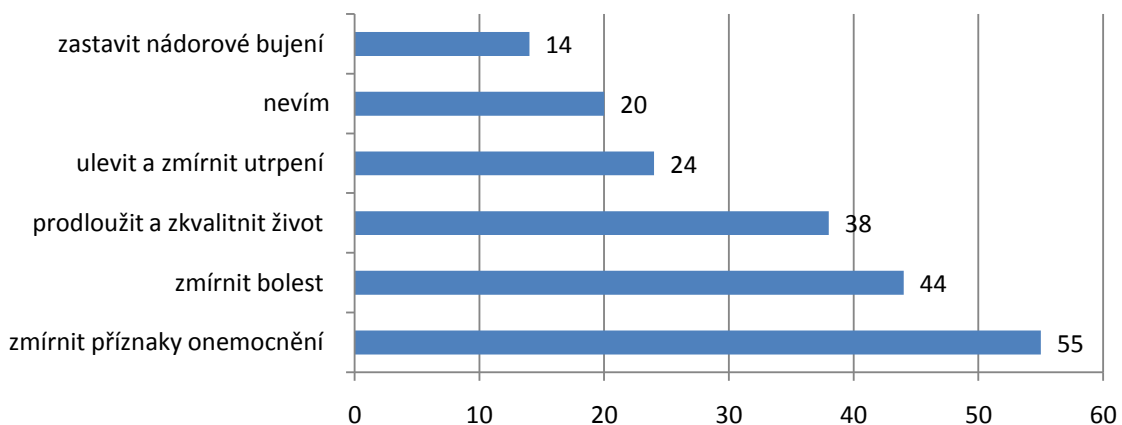
73 (56,6%) respondentů popsalo paliativní péči jako komplexní péči o pacienty s nevléčitelnou nemocí. 46 (35,7%) tuto péči popsalo jako péči o umírající. 3 (2,3%) respondenti napsali, že je to péče poskytovaná v hospicích a stejný počet 3 (2,3%) respondentů uvedl, že neví. 2 (1,6%) respondenti uvedli, že jde o péči potřebnou a taktéž 2 (1,6%) respondenti uvedli, že paliativní péče je léčba bolesti.

Graf 15 Paliativní léčba



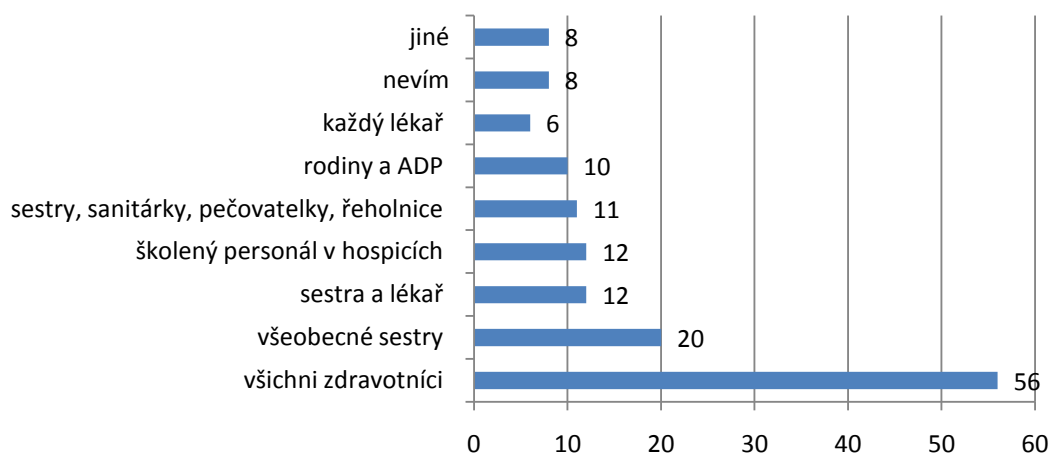
71 (55,0%) respondentů popsal paliativní léčbu jako léčbu zmírňující bolest, komplikace a doprovodné symptomy nemoci. 42 (32,6%) respondentů ji popsal, jako léčbu, která nevy léčitelně nemocným život zkvalitňuje, popřípadě prodlužuje. 12 (9,3%) respondentů uvedlo, že neví. Že jde o psychickou léčbu nemocného a jeho rodiny uvedli 3 (2,3%) respondenti. 1 (0,8%) respondent uvedl, že jde stav, kdy lékař vysadí léky.

Graf 16 Cíl paliativních výkonů



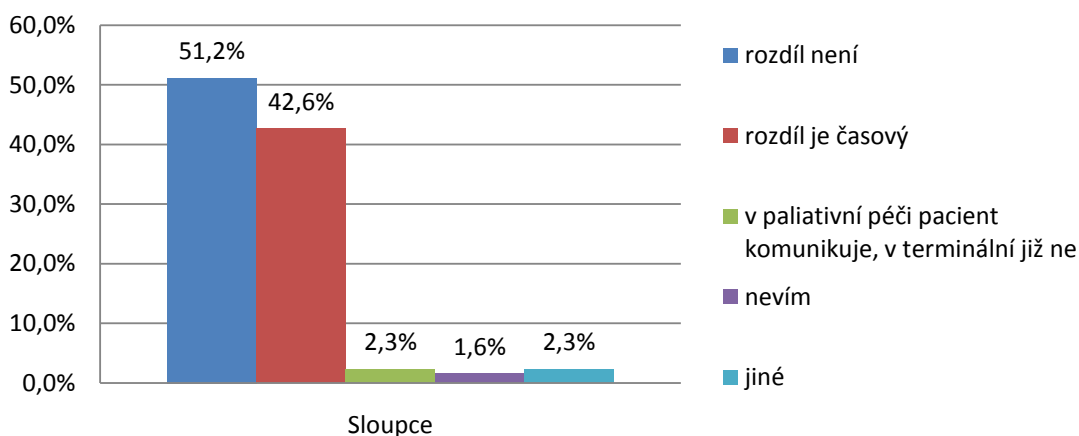
Graf ukazuje, že 55 respondentů vidí cíl chirurgických paliativních výkonů, radioterapie a chemoterapie ve zmírňování příznaků onemocnění. 44 respondenti konkretizovali jako cíl zmírnění bolesti. Že jedním z cílů paliativních výkonů je též prodloužení a zkvalitnění života uvedlo 38 respondentů. Dalších 24 respondentů, použili výraz „úleva a zmírnění utrpení“. 20 respondentů uvedlo, že neví. 14 respondentů doplnilo, že cílem může být též zastavení nádorového bujení.

Graf 17 Kdo poskytuje obecnou paliativní péči



Z tohoto grafu je patrné, že 56 respondentů si myslí, že poskytnout obecnou paliativní péči by měli být schopni všichni zdravotníci, celý personál. 18 respondentů uvedlo pouze všeobecné sestry. 12 respondentů odpovědělo „sestra a lékař“. 11 dotazovaných uvedlo, že obecnou paliativní péči poskytuje školený personál v hospicích. 10 respondentů vyjmenovalo „sestry, sanitárky a pečovatelky“. Rodiny a agentury domácí péče uvedlo 6 respondentů a stejný počet uvedl, že neví. 4 respondenti vyjmenovávali jednotlivá oddělení, takže dvakrát byla jmenována onkologie a oddělení následné péče a jedenkrát chirurgie, interna, obvod, dům s pečovatelskou službou a léčebna dlouhodobě nemocných.

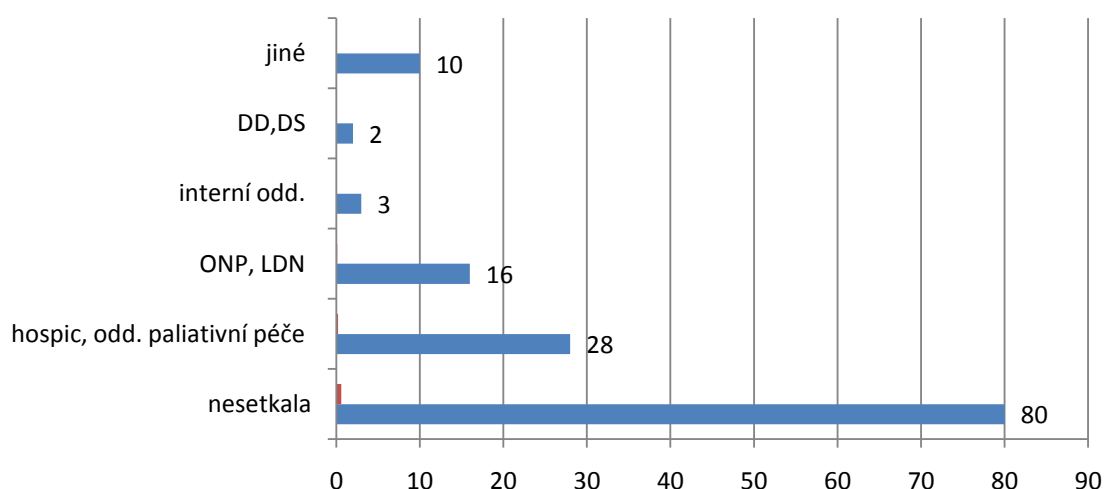
Graf 18 Terminální a paliativní péči



66 (51,2%) respondentů rozdíl uvádí, že rozdíl v těchto druzích péče není. 55 (42,6%) respondentů vidí rozdíl časový. Paliativní péče je poskytována nevléčitelně

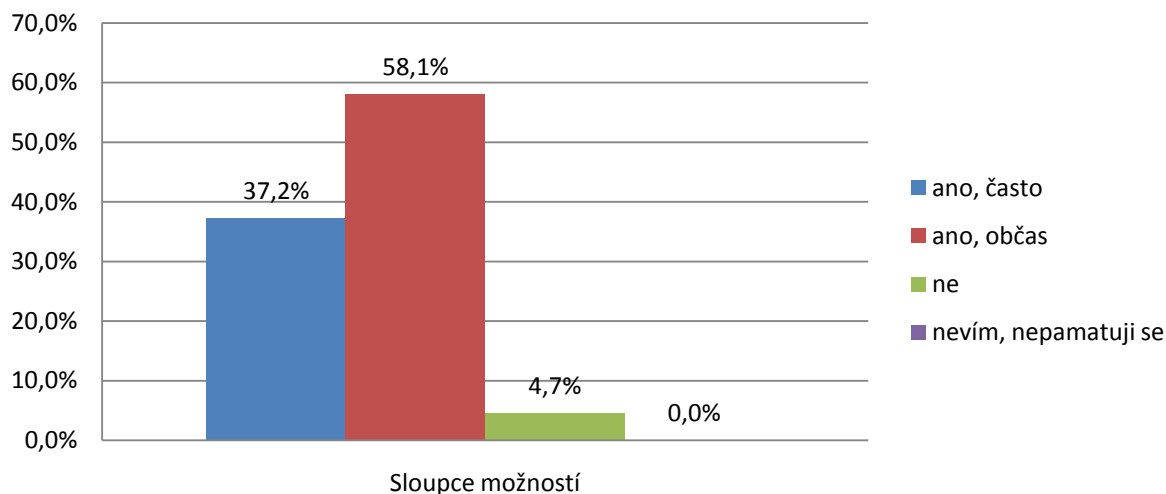
nemocným, otázka týdnů, měsíců i roků, a terminální péče je péče o umírající, otázka dnů, hodin. 3 (2,3%) uvádí rozdíl ve stavu pacienta, kdy v paliativní péči ještě komunikuje, kdežto v terminální již ne. 2 (1,6%) respondenti použili možnost „nevím“ a 3 (2,3%) respondenti byli zařazeni do sloupce „jiné“. Uvedli: 1. Paliativní péče je empatická, terminální péče je na kterémkoli oddělení v nemocnici. 2. Paliativní péče je u onkologicky nemocných, terminální péče u všech umírajících. 3. Paliativní je kompletní, terminální je léčba bolesti.

Graf 19 Setkání s paliativní péčí



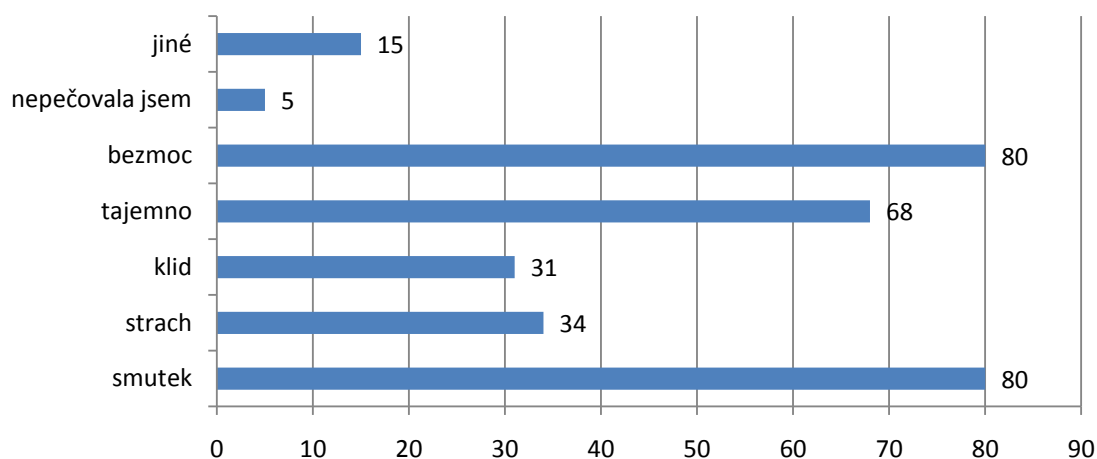
80 respondentů uvedlo, že se na odborné praxi na ZSF s paliativní péčí neseťkala. 28 respondentů se s ní seťkalo ve specializovaném zařízení, jako je hospic a oddělení paliativní péče. 16 respondentů uvedlo oddělení následné péče a léčbu dlouhodobě nemocných. 3 dotazovaní uvedli interní oddělení a 2 uvedli domov důchodců. 10 respondentů bylo zařazeno do sloupce „jiné“. Jmenovali jednotlivá oddělení, takže vždy jen jedenkrát byla jmenována: gynekologie, chirurgie, agentura domácí péče, charita, onkologie, rodina, dům s pečovatelskou službou, jednotka intenzivní péče, psychiatrický domov.

Graf 20 Setkávání s umíráním v praxi



48 (37,2%) respondentů uvedlo, že se s umírajícím pacientem setkávají v praxi často. 75 (58,1%) respondentů uvedlo, že se s ním setkávají, ale jen občas. 6 (4,7%) dotázaných se ještě s umírajícím nesešlo.

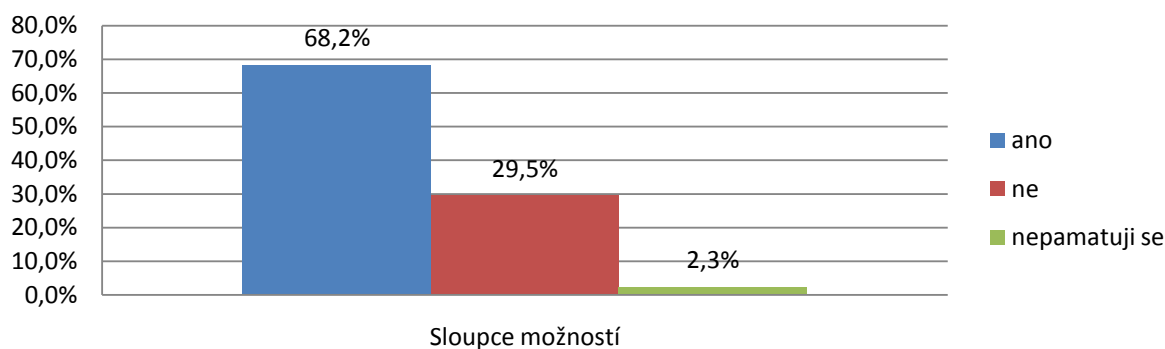
Graf 21 Pocity při péči o umírající



Nejčastěji jmenovaným pocitem při setkání s umírajícím pacientem je „smutek“ a „bezmoc“. Oba tyto pocity jmenovalo 80 respondentů. 68 respondentů dále zaškrtno pojem „pocit tajemna“. 34 respondentů pociťuje „strach“. 31 dotázaných uvedlo, že pociťují „klid“, ale 8 z nich mělo potřebu doplnit „jak u koho“, nebo „ne u každého“. 5 respondentů o umírajícího ještě nepečovalo a 15 respondentů využilo možnosti napsat své pocity do „jiné“. Uváděli: pocit konečnosti, pochopení, lítost, soucit, úleva, že dotyčný již

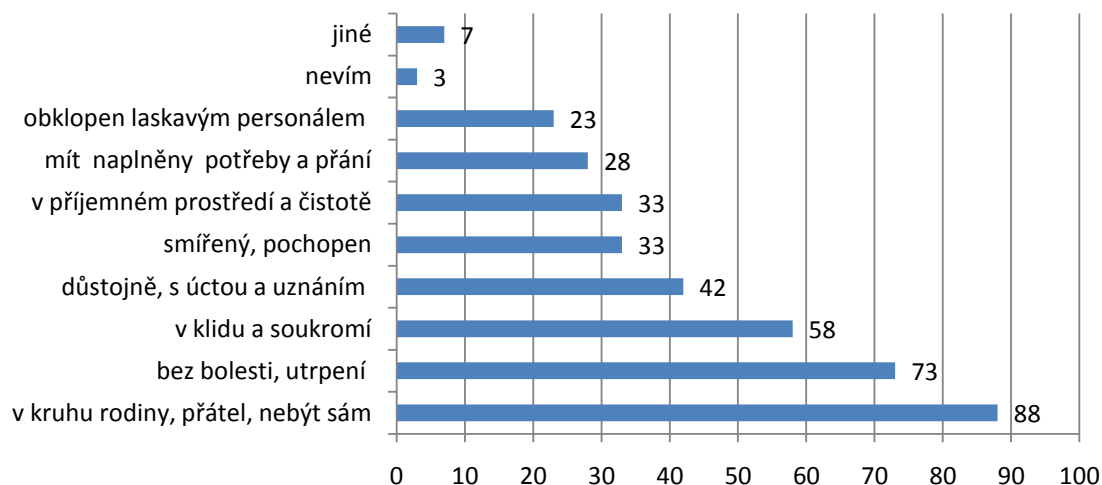
netrpí, pokora, respekt, nejistota, víra, že se věci dějí tak jak mají, vždy mě to rozhodí, vždy jsem bez pocitů, až se tomu sama divím, mám snahu podporovat rodinu, je-li přítomna.

Graf 22 Zkušenost s umíráním blízkých



Zkušenost se smrtí někoho blízkého má 88 (68,2%) respondentů. 38 (29,5%) respondentů uvedlo, že tuto zkušenost nemají a 3 (2,3%) uvedli, že se nepamatují.

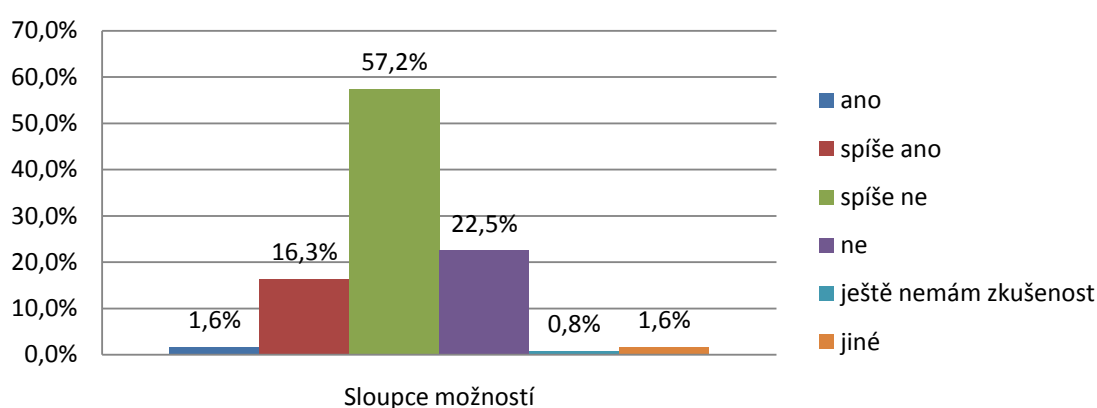
Graf 23 Důstojné umírání



V této otázce mohl každý respondent uvést více výrazů, které pro něj znamenají důstojné umírání. Jednotlivá tvrzení pak byla rozdělena do několika skupin. Největší skupinu tvoří tvrzení: umírat v kruhu rodiny, přátel, blízkých, nebýt sám, nejlépe doma. To uvedlo 88 respondentů. Umírat bez bolesti, utrpení a obtěžujících symptomů zmínilo 73 respondentů. 58 respondentů si představuje důstojné umírání v klidu a soukromí. Umírat důstojně, s úctou a uznáním, lidsky jako holistická bytost uvedlo 42

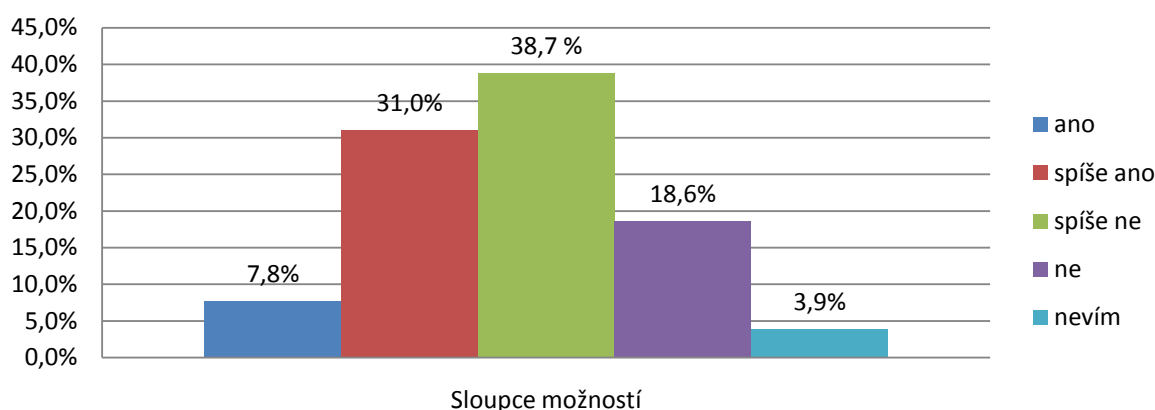
dotazovaných. Umřít smířený a pochopen uvedlo 33 respondentů. Stejný počet 33 respondentů uvedlo umírání v příjemném, pohodlném prostředí, v čistotě, teple a suchu. Pro 28 respondentů je důležité, aby měli zajištěny a naplněny všechny potřeby a přání. 23 respondentů by chtělo být obklopeno laskavým, empatickým a milým personálem. Pouze 3 respondenti napsali, že neví. 7 respondentů bylo pro specifičnost výrazů zařazeno do skupiny „jiné“. Představy zněly: neumírat nahý, umřít rychle, umírat na úrovni, umírat obklopen věcmi, které mám rád, umírat v hospici, nemít hlad, umřít, když si o to řeknu.

Graf 24 Důstojnost umírání v nemocnicích



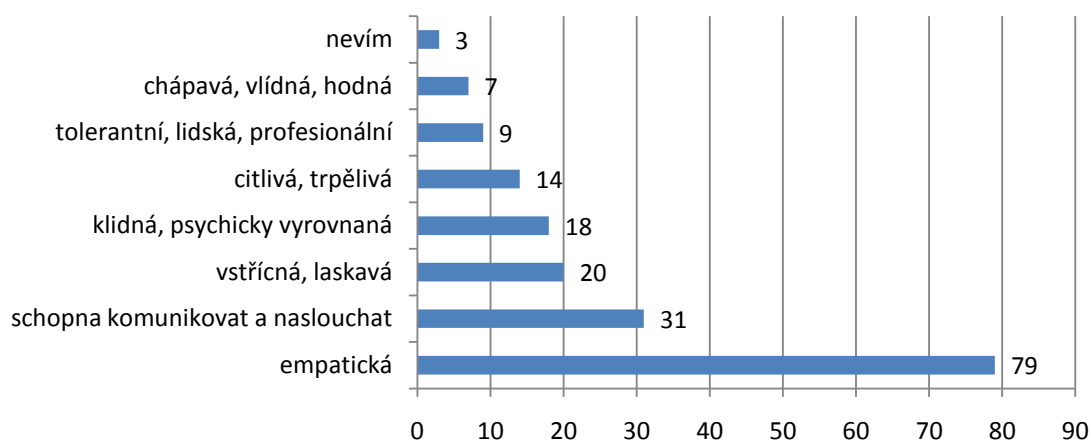
Na otázku, považují-li umírání v nemocnicích za dostatečně důstojné, uvedli 2 (1,6%) respondenti, že „ano“ a 21 (16,3%) respondentů, „spíše ano“. 74 (57,2%) respondentů si naopak myslí, že „spíše ne“ a 29 (22,5%) dotazovaných zaškrtnulo pouze „ne“. Zkušenost zatím neudělal 1 (0,8%) respondent a 2 (1,6%) respondenti využili možnosti „jiné“ a uvedli: 1. Záleží to na personálu. 2. Co se děje v nemocnicích, je hulvátství.

Graf 25 Je těžké mluvit o smrti



10 (7,8%) respondentů v otázce je-li pro ně těžké mluvit o smrti, uvedli „ano“. 40 (31,0%) uvedlo „spíše ano“. 50 (38,7%) respondentů uvedlo, že „spíše ne“ a 24 (18,6%) respondentů uvedlo, že „ne“. 5 (3,9%) respondentů zaškrtno, že neví.

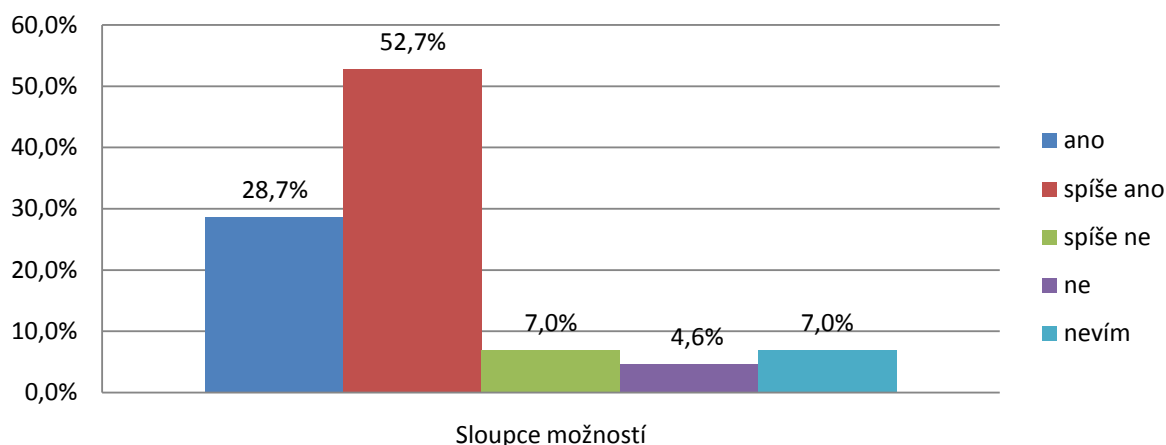
Graf 26 Nejdůležitější vlastnosti sestry



V této otázce měli respondenti možnost více odpovědí. V celkovém součtu bylo použito 79x výraz empatická, 31x komunikativní a umí naslouchat; 20x slovo vstřícná a laskavá; vlastnosti klidná a psychicky vyrovnaná byly užity obě 18x, 14x se objevilo slovo citlivá a trpělivá; 9x bylo užito vlastnosti tolerantní, lidská, profesionální. Vlastnosti chápavá, vlídná a hodná byly užity všechny 7x. 3 respondenti napsali, že neví. Sloupec „jiné“ zastupuje vlastnosti a schopnosti, které byly užity 1-2x. (pokorná, upřímná, ochotná, rozhodná, bezmezně pomáhající, lítostivá, má zájem, důstojně se chová, soucitná, shovívavá, má čas, má úctu, je blízko, milá, tichá, má porozumění, těšitelka, obětavá, plní přání, ohleduplná, důsledná, slušná, mlčící, příjemná, odborná, poctivá, vzdělaná, spolehlivá, erudovaná, duchovní, zodpovědná, etická, odvážná, chytrá, solidární,

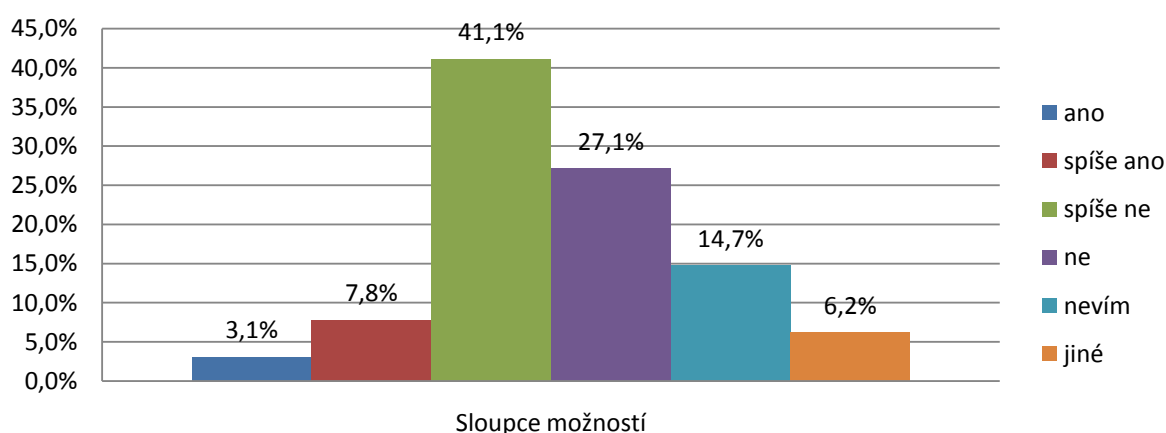
všímavá, spravedlivá, vnímavá, taktní, haptická, sociálně inteligentní, otevřené srdce, individuální, respektující, dává naději, má přehled, umí vidět, drží za ruku, je oporou, starostlivá, šikovná, diskretní, reaguje na potřeby, spolupracuje s rodinou, rozvážná, není 100% profesionální, dobrota sama, vřelá.

Graf 27 Vlastnosti



37 (28,7%) respondentů si myslí, že vlastnosti, které uvedli v předchozí otázce, také mají. 68 (52,7%) respondentů odpovědělo „spíše ano“. 9 (7,0%) respondentů si myslí, že tyto vlastnosti „spíše nemá“ a 6 (4,6%) respondentů zaškrtno možnost „ne“. 9 (7,0%) respondentů využilo možnosti „nevím“.

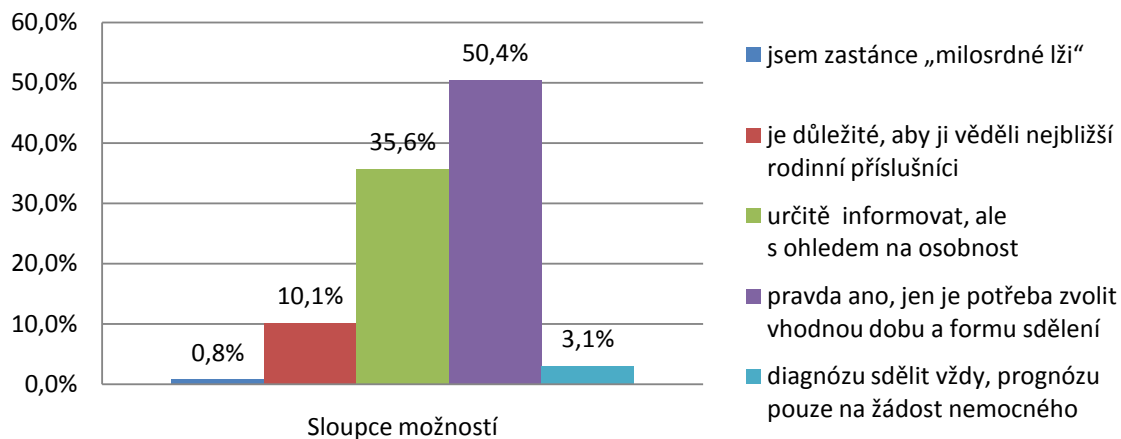
Graf 28 Ochota pracovat u umírajících



Odpověď „ano“ zaškrtnli 4 (3,1%) respondenti. Možnost „spíše ano“ 10 (7,8%) respondentů. 53 (41,1%) dotazovaných uvedlo „spíše ne“ a 35 (27,1%) dotazovaných odpovědělo „ne“. 19 (14,7%) respondentů využilo možnosti „nevím“ a 8 (6,2%) respondentů možnosti „jiné“. Z nichž 5 respondentů uvedlo, že již na takovém oddělení

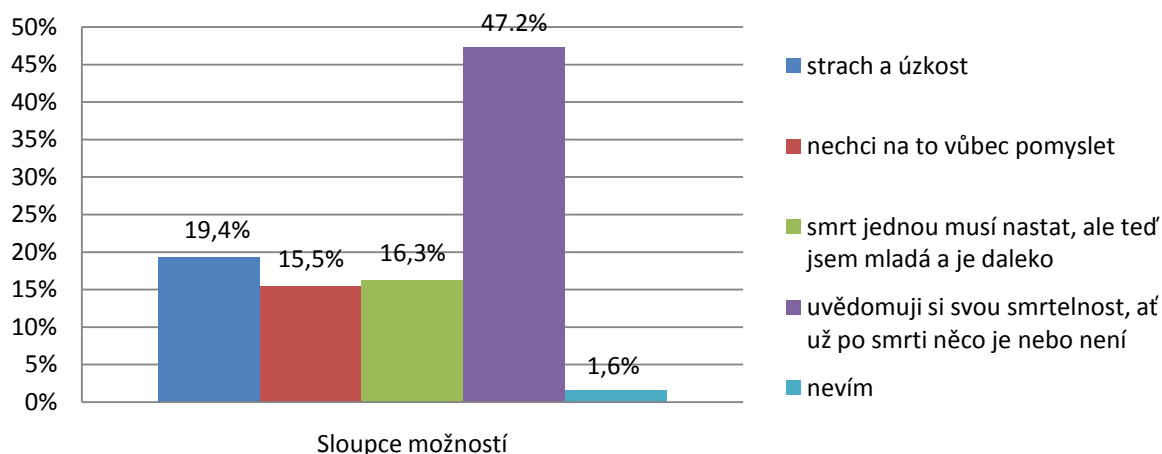
pracují, 2 respondenti uvedli, že by pracovat chtěli, ale ne hned po studiích, a 1 respondent uvedl, že spíše ne, ale bude.

Graf 29 Pravda nevléčitelně nemocným



1 (0,8%) respondent uvedl, že je zastáncem „milosrdné lži“. 13 (10,1%) respondentů se kloní k názoru, že je důležité, aby pravdu znali rodinní příslušníci. 46 (35,6%) respondentů by pacienta pravdivě informovalo, ale po zvážení, za je schopen pravdu unést, nebo není. 65 (50,4%) dotazovaných udává, že sdělit pravdivé informace je důležité, ale je potřeba vhodně zvolit kde, kdy a jak. 4 (3,1%) respondenti se přiklonili k názoru, že diagnózu je třeba sdělit vždy, a prognózu pouze na žádost nemocného.

Graf 30 Vlastní smrtelnost



Na otázku vlastní smrtelnosti uvádí 25 (19,4%) respondentů pocit strachu a úzkosti. 20 (15,5%) respondentů nechce na toto téma ani pomyslet. 21 (16,3%) respondentů si smrtelnost připouští, ale vzhledem k věku mají pocit, že se jich netýká. 61 (47,2%)

respondentů použilo odpověď, že si svou smrtelnost uvědomují. 2 (1,6%) respondenti využili odpověď „nevím“.

5 Diskuze

Z celkového vzorku byl ze 129 (100%) respondentů pouze 1 muž. Více než polovina (75, tj. 58,1%) respondentů byli studenti mladší 25 let. Skupinu „starší než 46 let“ tvořil 1 respondent. S tím koresponduje i výsledek, že 71 respondentů uvedlo, že nemá žádnou praxi všeobecné sestry, vyjma praxe odborné, kterou plní v rámci studia.

98 dotazníků bylo vyplněno od studentů bakalářského a 31 od studentů magisterského typu studia. Tento rozdíl se zdá být velký, ale vzhledem k celkovému počtu studentů obou typů studia je zanedbatelný (z 370 studentů bakalářů je to 26,5% respondentů a ze 131 studentů magistrů jde o 23,4% respondentů).

Dotazníků se od studentů prezenční formy studia vrátilo 66 a od studentů kombinované formy studia 63. Velký rozdíl se ukázal při rozdělení na ročníky studia. Stejný a nejvyšší počet dotazníků byl od 1. a 3. ročníku bakalářského studia. 2. ročník tohoto studia byl zastoupen 4 respondenty. Což bylo pravděpodobně způsobeno tím, že se studenty tohoto ročníku nepodařilo zastihnout podle původního rozvrhu v učebnách a tím pádem nebyli studenti osloveni osobním kontaktem, ale pouze internetovou poštou na třídní mail. Studenti magisterského typu studia jsou zastoupeni 8 respondenty z 1. a 23 respondenty z 2. ročníku.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat znalosti a celkové povědomí studentů o paliativní péči.

Z výsledků vyplynulo, že zhruba polovina studentů nerozlišuje pojem terminální a paliativní péče. Na přímou otázku, zda je mezi těmito druhy péče rozdíl, odpovědělo 66 (51,2%) respondentů, že není. Druhou skupinu tvořili studenti, kteří rozdíl popisovali jako časový. Paliativní je péče o nevléčitelně nemocné a může trvat řádově měsíce i roky a terminální je péče o umírající a trvá řádově dny, hodiny. Vše může být jen nepochopení či zaměňování termínů, jak popisuje i Payne, Seymour, Ingleton, (2007). *„Terminologický posun od terminální péče k péči paliativní odráží jen tendenci k popírání smrti“*. Přesto ale bychom se klonily více k rozlišení, jež se zrcadlilo v odpovědích 55 respondentů již výše zmiňované skupiny studentů, jež upřesňuje i doktor Sláma (2007): *„Při rozhodování o léčebném postupu, nebo případném odstoupení od některých život prodlužujících postupů, je důležitý diferencovanější pohled na nevléčitelně nemocné. Rozlišujeme tři fáze: fázi kompenzovaného onemocnění, fázi zlomu a fázi terminální. Za fázi terminální považujeme obvykle poslední týdny a dny onemocnění.“*

Dále v otázce, kde byli respondenti požádáni vlastními slovy definovat paliativní péči, 46 respondentů použilo spojení „péče o umírající“. V tomto případě je nutné ale dodat, že velká většina respondentů, kteří takto odpovídali, byli studenti, kteří paliativní péči coby předmět, ještě neabsolvovali. Absence tohoto předmětu byla znát i v náročnějších otázkách. Co je paliativní péče, nevěděli 3 respondenti. Co je paliativní léčba, nevedlo 12 respondentů a co je cílem paliativních výkonů chirurgických, radioterapie a chemoterapie nevědělo 20 respondentů. Ostatní respondenti odpovídali zpravidla správně a měli dobré znalosti o této problematice.

Co se předmětu paliativní péče týče, přesně 50 respondentů uvedlo, že předmět ještě nemělo. Povzbudivá byla skupinka 15 (11,5%) respondentů, kterým předmět paliativní péče, jak uvedli, hodně dal a velmi kladně hodnotili způsob výuky, respektive možnost debaty, diskuze a předávání zkušeností. 21 studentů, by přivítalo větší časovou dotaci tohoto předmětu. Pro 33(26,6%), studentů, byl předmět neobohacující, pouze informativní.

Vonešová (2013) ve své diplomové práci, kde se dotazovala všeobecných sester v praxi, uvádí: „Z tohoto výsledku vyplývá, že nadpoloviční většina dotázaných 97 (62%) se domnívá, že problematice umírání není věnována dostatečná pozornost při studiu i přesto, že kvalifikační vzdělávání probíhá na vysokých školách. To potvrzuje i skutečnost, že nejvíce respondentů 122 (78%) volilo možnost, že nejvíce odborných dovedností a znalostí získali až během praxe, nikoliv při studiu.“

Z výsledků dále vyplynula velmi dobrá znalost práv umírajících. Při otázce, zda práva umírajících znají, 90 respondentů odpovědělo „ano“, „spíše ano“. V otázce, kde měli respondenti napsat alespoň 3 práva umírajících, nakonec odpovídalo 109 respondentů. Kromě práva na naději, které nejmenoval žádný respondent, znali respondenti všechna práva umírajících.

Z grafu 8 vyplynulo, že za kompetenci sester nepovažuje v paliativní péči 54 respondentů „přispívání k práci v týmu“ a 33 respondentů „rozvíjení účinné komunikace“.

72 respondentů poznalo všechny kompetence, jak je popisuje Marková (2010). Autorka též uvádí, že: „*Rozvíjení účinné komunikace je kompetence zásadní a klíčová*“. Naši respondenti však nejčastěji uváděli kompetenci „podporovat a pomáhat v nelehké situaci“. Uvedlo ji 123 respondentů. Kompetenci „práci dle ošetrovatelského procesu“ uvedlo 93 respondentů.

V otázce týkající se duchovních potřeb a jejich sdílení s věřícím člověkem se respondenti rozdělili na dva stejně velké tábory. 65 dotázaných odpovědělo „ano“ a „spíše ano“, možnost „ne“ nebo „já ne, ale zprostředkovala bych osobu duchovní...“, zvolilo 64 dotázaných. Aby byl „boj“ úplně vyrovnaný, jedna studentka, která odpověděla, že ano, doplnila v možnosti „jiné“, že pokud by ale ona dotyčnému nestačila, zprostředkovala by osobu fundovanější.

Co s tím? Pokud budeme duchovno a duchovní potřeby brát z pohledu doc. Ing. Mgr. Aleše Opatrného, Th. D., který uvádí, že: „Žádná definice na to, co je „duchovno“, neexistuje, ale troufám si tvrdit, že pokud k nám pacient získá tolik důvěry a v rozhovoru nám svěří něco ze svého nitra, ze života, z toho co prožívá za pocity, ze svého vnitřního boje, zkrátka něco z toho, co jen tak někomu nevykládá, nebo dokonce ještě nikdy nikomu neřekl, svěří nám něco, ze svého duchovna. V tomto případě jsme všichni „duchovní“ a jsou okamžiky, kdy všichni máme své duchovní potřeby“. Pak je v pořádku, že v rámci naslouchání, empatie, s vědomím mlčenlivosti, ale i s vědomím, že si s těmito „příběhy“, které vyplouvají na povrch, musí, nebo by měla být schopna poradit každá sestra. Pokud půjde o opravdu věřícího člověka, ten většinou ví, co dělat a jak si věci zařídit. Sestra by měla být v těchto věcech vždy taktická a pozorná, protože „jakmile nemocný rozpozná, že zdravotník jeho duchovnímu stavu nerozumí, stáhne se a drží si ho od těla. Změní téma hovoru, mlčí, nebo dá nějak jinak najevo nezájem pokračovat v hovoru“ (Svatošová, 2012; str. 40).

Na otázku „kdo by měl být schopen poskytnout obecnou paliativní péči“, vypisovali respondenti poměrně velkou škálu odpovědí. Nakonec přece jen odpověď „všichni zdravotníci“ v počtu 56 respondentů přerostla ostatní. Paradoxně se ukázalo, že 11 respondentů z 12, kteří uvedli, že hospice a speciálně školený personál, byli studenti 3. ročníku bakalářského studia a studenti magisterského studia. Je možné, že samotný předmět paliativní péče, v němž je největší důraz kladen právě na specializovanou paliativní péči, se stal pro studentky zavádějícím. *Pravdou ale zůstává, že 69% procent lidí stále umírá v nemocnicích* (Vojtová, 2014; str. 58) a Payne, Seymour, Ingleton, (2007; str. 11) píše: „Většina pacientů obdrží paliativní péči od svých obvyklých poskytovatelů zdravotní péče“. A my si dovoluujeme poznamenat, ...by měla obdržet od svých obvyklých poskytovatelů.

Jak je již v teoretické části zmiňováno, obecná paliativní péče je věcí všech zdravotníků a je poskytována v rámci stávajících zdravotnických struktur, přesto, že nutně nenese nálepku „paliativní“ (Sláma, 2007).

Druhým cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou dosavadní zkušenosti studentů s paliativní péčí v praxi.

K očekávanému výsledku došlo v přímé otázce, zdali se respondenti setkali s paliativní péčí během odborné praxe na ZSF. 80 respondentů uvedlo, že nesetkalo. Vzhledem k tomu, že v následující otázce 48 respondentů uvedlo, že se s umíráním setkávají často a 75 respondentů méně často, ale setkává, znamená tedy, že studenti během vykonávání odborné praxe přijdou do styku s umírajícími, ale tuto péči nehodnotí jako paliativní. A pod slovem paliativní péče si studenti dle svých slov představují: kvalitní léčbu bolesti, doprovodných symptomů a udržování kvality, života... Nabízí se otázka, s jakou péčí se tedy tito studenti na praxi setkávají?

Vraťme se však zpět. 20 respondentů se setkala s paliativní péčí v hospicích a na odděleních paliativní péče, což je samozřejmé a bylo by asi velmi smutné, kdyby tomu tak nebylo. Zůstává 21 respondentů, kteří vyjmenovali více různých oddělení, kde se s paliativní péčí setkali. 11 z těchto respondentů jsou studenti 1. ročníku bakalářského studia. Mají tito studenti zkušenost opravdu s paliativní péčí? Popsali by tuto péči jako paliativní ve druhém ročníku, až budou mít zkušenost s péčí v hospicích? Pokud ano, je to velmi dobře.

Proč se někteří studenti s paliativní péčí při odborné praxi setkali a jiní ne? Částečně můžeme souhlasit s poznámkou dvou studentek, které v otázce 24, kde mimo jiné graf ukázal, že 103 studentů vnímá umírání v nemocnicích jako nedůstojné, uvedly: „Záleží na personálu“, „ Záleží na oddělení a na sestřách“. Již v teoretické části je zmínka o tom, že drobné průzkumy ukazují, že obecná paliativní péče není poskytována, jak by poskytována být měla. Parkes krásně ve své publikaci píše, že se vždy nedaří pacienty se smrtelnými chorobami přeložit na specializovaná oddělení, a proto musí být personál všech standardních oddělení schopen bez ohledu na primární zaměření poskytnout i péči paliativní. Dokud si neosvojí změny ve způsobu myšlení, které vyvstanou, kdykoli léčbu nahradíme paliativní péčí, bude se opakovaně ocitat v situaci, v níž bude jednat způsobem, který je nejen antiterapeutický, ale poškozujícím i personál samotný. Z tohoto důvodu je pro personál pracující v takových podmínkách nutné, aby získal odpovídající výcvik a v ideálním případě přímo v hospicích mohl poznat důsledky jednotlivých pečovatelských přístupů. Není jednoduché na odděleních, kde převládá péče zaměřená na léčbu, poskytovat péči paliativní, například pro nedostatek soukromí či přemíru pracovního vypětí. Přesto vždy existuje mnoho věcí, které udělat lze. Pokud víme, co je zapotřebí, můžeme nalézt mnoho způsobů, jak úroveň takové péče zlepšit (Parkes, 2007).

Urbanová (2011) ve své bakalářské práci provedla průzkum, jak jsou informované všeobecné sestry o paliativní péči. Na otázku o místech provádění paliativní péče většina sester odpověděla, že: „*Místem provádění paliativní péče je pouze hospic. Nemocnice a domov se objevovaly v odpovědích už méně často*“.

Výzkum, který provedla Vonešová (2013) mezi všeobecnými sestrami ukázal, že při smrti pacienta 100 (64%) respondentů o pocitech nepřemýšlí a smrt považuje za součást své práce a 35 (22%) respondentů pociťuje bezmoc.

V našich výsledcích je u respondentů alarmující především pocit bezmoci a smutku. Parkes (2007) píše, že pokud zůstanou ošetřovatelé dlouhodobě vystaveni pocitům bezmoci a strachu bez možnosti duševní hygieny, rozhovoru s terapeutem, nebo jiné účinné pomoci, začne je naplňovat pocit vlastního selhání a stanou se oběťmi syndromu vyhoření.

Kam může vést pocit bezmoci, píše i Grün (2006). „Sotva kdo může tyto pocity bezmoci bez potíží vydržet. Mnozí reagují depresivně nebo utíkají do rezignace, jiní se stávají agresivními, bijí okolo sebe, aby již nemuseli vnímat vlastní bezmoc. Nebo usilují o moc, aby vlastní bezmoci unikli.“

Je tedy „nepřemýšlení o pocitech“ věcí profesionálního postoje, nebo je to již forma rezignace...? Křivohlavý ve své knize Poslední úsek cesty uvádí, že je dobré si být vědom, že při častém pohledu bolesti a utrpení do tváře je přirozené, že se člověk někdy cítí bezbranný a bezmocný. Nesmí tyto pocity ale člověka přemoci, jinak se stanou rizikovým faktorem pro syndrom vyhoření. MUDr. Kalvínská ve své prezentaci uvádí studii, při které v motolské nemocnici sledovali od 4/08 do 9/09 poskytování péče nemocničním kaplanem. V té době poskytl 1445 konzultací pacientům, 198 příbuzným a 367 konzultací zaměstnancům (v naprosté většině se nejednalo o členy církve).

Je to známka toho, že práce ve zdravotnictví je náročná a že je dobré o svých pocitech a bolestech mluvit, přiznat si je a snažit se rozšifrovat, co nám chtějí říct. Proč v nás pohled na to, či ono způsobuje takovou reakci? Ne vždy takovou zátěž zvládneme sami.

Většina studentů zastává názor, že v nemocnicích se neumírá dostatečně důstojně. Na otázku jak si respondenti představují „důstojnou smrt“, uvedlo nejvíce respondentů, že umírání v kruhu rodiny, přátel nebo nebýt sám, umírat bez bolesti a utrpení v klidu a soukromí.

Velmi náročné bylo vyhodnocení nejdůležitějších vlastností, které by měla mít sestra v paliativní péči. Sešlo se 73 výrazů označujících vlastnosti a schopnosti. Nejčastěji

použitý výraz byl: empatická, komunikativní, schopna naslouchat, laskavá a vstřícná. Ostatními výrazy respondenti popisovali jinými slovy sestru empatickou, profesionální a ohleduplnou. 105 respondentů si zároveň myslí, že vlastnosti, které popsali, také sami mají.

Velmi zajímavě dopadl průzkum ohledně sdělování pravdy. Pouze jeden respondent je zastáncem milosrdné lži a 65 dotazovaných si je vědomo, že pravda je důležitá, jen je potřeba zvolit vhodný způsob a čas k jejímu sdělení. Onkolog Ondřej Sláma si kvůli těmto rozhovorům vyžádal u vedení své nemocnice více času pro pacienta. Získal tak zkušenost, že pokud má pro nemocného čas a otevřeně s ním promluví o jeho vyhlídkách a možnostech, většina pacientů se rozhodne další zbytečné terapie, které statisticky prodlouží život jen minimálně, nepodstupovat. Mnoho pacientů, kteří dnes umírají po martyriu vyšetření, zákroků a terapií, tvrdí Sláma, jsou obětí setrvačnosti zdravotního systému, který s nimi neumí komunikovat. (Třešňák, 2013).

Kromě znalostních otázek uvedených na začátku diskuze, kde byl poznat nepatrný vědomostní náskok studentek vyšších ročníků, nebyl po celou dobu vyhodnocování patrný podstatný rozdíl mezi odpověďmi studentek prezenčních forem a studentek kombinovaných forem, tedy většinou všeobecných sester z praxe. Ani poslední dvě výzkumné otázky neukázaly rozdílné názory a pocity mezi různými skupinami respondentů.

O smrti mluvit nevdí 74 respondentům. Mluvit a myslet však na smrt vlastní, už nevdí jen 61 respondentům. V obou odpovědích jsou téměř stejným dílem zastoupeni respondenti ze všech věkových skupin i studijních forem. Z čehož vyplývá, že vyrovnání se se smrtí je věcí spíše výchovy a životního přesvědčení, než stupně vzdělání a délky praxe. *Umění sprátně se se svou smrtí a pomáhat druhým, aby se dokázali sprátně s tou svojí, jsou dvě věci, které nelze od sebe oddělit* (Nouwen, 1997; str. 59).

S tím, že není lehké přicházet s novými postoji, a že záleží na personálu, mám osobní zkušenost. Na pokoj, kde umíral pan XY přicházela ve 13:00 hod. jeho manželka. Čekala jsem ji a vysvětlila jsem jí manželův stav. Pán od rána nekomunikoval, nejedl a měl již apnoické pauzy. Povzbudila jsem ji, ať si k němu sedne a klidně mu i něco povídá, že ji určitě slyší. Jeden spolupacient už z pokoje odešel s rodinou do kantýny a druhý po vysvětlení situace ochotně odešel do jídelny na televizi.

Když jsem se šla podívat na pokoj asi za půl hodiny, seděl u lůžka ještě jeden pán, rodinný přítel. Pan XY měl otevřené oči a přikyvoval celkem živému hovoru. Když paní

viděla můj, zřejmě udivený, výraz, řekla: „Sestřičko, my si tu tak pěkně popovídali a co jsme toho navařily, taťka má chuť na ...“. Když už jsem byla na odchodu z oddělení, vyšla paní z pokoje a prosila, ať tam ještě zajdu, že pán špatně dýchá. Pán už nedýchal. Vysvětlila jsem paní, že pán právě zemřel, ale že jestli chce, ať u něj ještě posedí, že není důvod chvátat. Paní plakala, ale jinak byla velice klidná a velmi vděčná, že tam tu hodinu byla. „Kdybych vás nepotkala, myslela bych si, že je manžel unavený a odešla bych s tím, že přijdu jindy“.

Protože jsem byla na odchodu domů, vrátila jsem se a domluvila se s odpolední směnou, že tam paní ještě chvilku chce být, že to pro ni bylo rychlé a že si i vezme domů těch pár věcí, co u sebe pán měl. Kolegyně mi to odkývaly. Místo domů jsem ale zašla na toaletu, což kolegyně nepostřehly. Když jsem vyšla, pána už odvážely do koupelny a zamykaly. Napůl uplakaná, napůl udivená paní už šla po chodbě z oddělení a podle ručníku na stolku a bačkor pod ním jsem pochopila, že pro těch pár kousků beztak špinavého prádla se bude muset vrátit jindy. Mně bylo řečeno, že jsem měla ve 14:00 padla. Byla to jedna z více zkušeností, kvůli kterým jsem opustila jedno zdravotnické zařízení.

6 Závěr

Paliativní péče. Pro mnohé téma známé, pro jiné stále tabu. Pro jedny věc přijímaná s nadšením, jinými vágně. Ať chceme nebo nechceme, přichází s něčím novým. S novým pohledem, s novým přístupem, s novými nároky. Stačí si přečíst principy paliativní péče a všichni víme, že nám nejsou samozřejmostí, že se na našich odděleních s takovou péčí vždy nesetkáváme ani jako zdravotníci, ani jako příbuzní nemocných. Už sám fakt, že i zdravotníci si pod tímto pojmem často představí pouze hospic, o mnohém vypovídá. A „hospic“ vyvolává další asociace: málo pacientů, hodně personálu, žádné akutní příjmy, žádná kvanta náběrů, vyšetření... Zkrátka tam to jde, tam jsou na to vybavený. Ale jinde? Názory jsou různé, zvyklosti oddělení jsou různé, chování zdravotníků je různé.

Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny 2 cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, jaké informace mají studenti o paliativní péči. Z výsledků vyplynulo, že kromě studentů prvního ročníku bakalářského studia, kteří během dalších let své znalosti ještě doplní, mají studenti dobré informace a znalosti, a problematika paliativní péče jim není neznámá. Druhým cílem bylo zjistit, jakou mají studenti zkušenost s paliativní péčí. Zjistili jsme, že studentky se s touto péčí během své odborné praxe takřka nesetkávají, vyjma těch, které absolvují praxi v hospicích, nebo na paliativních odděleních. Z čehož vyplynulo, že obecná paliativní péče mimo specializovaná oddělení v praxi běžně praktikována není. Cíle byly splněny.

Ze získaných výsledků vyplývá, že by bylo prospěšné nabídnout studentům, např. formou nepovinného předmětu, možnost získat praktické dovednosti v oblasti jednoduchých komunikačních technik s nácvikem modelových situací. Pokud si studenti tyto techniky osvojí a budou vědět, jak pracovat s emocemi pacientů, jak na ně reagovat a správně komunikovat, nebudou mít takovou obavu z kontaktu s umírajícím člověkem.

Rovněž je důležité studenty učit pečovat o sebe, učit je rozpoznávat vlastní emoce a pracovat s nimi, neboť dobrá sebereflexe je může konstruktivně posouvat v osobním růstu. Posledním doporučením vyplývajícím z výsledků, je snažit se reflektovat se studenty zkušenosti z péče o nevyлéčitelně nemocné a umírající na stávajících odděleních, kde vykonávají odbornou praxi.

Tato bakalářská práce může být využita jako studijní materiál pro studenty ZSF do předmětu Paliativní péče, minimálně jako předmět hodný diskuze na seminářích tohoto předmětu.

7 Seznam použitých zdrojů

- Doporučení rady Evropy č.1418/1999 „*O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících*“ („Charta umírajících“)
- GRÜN, Anselm. *Moc nad bezmocí: rozvíjet vědomí vlastní hodnoty*. 3. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7192-346
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život: kapitoly z psychoonkologie (Variant.)*. Praha:3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 1991.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 9788072624713.
- Hospice v České republice – členové APHPP. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče [online]. 2010, [cit. 2014-30-05]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz>
- KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024740263.
- KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. Praha: Galen, 2002. ISBN 9788072621514
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK. *Poslední úsek cesty*. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 8085495430.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vydání. Turnov: Arica. 1993. ISBN 978-80-900134-6-5.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024731711.
- NOUWEN, Henri J. *Náš největší dar: úvahy o smrti a o službě umírajícím*. 1. vydání. Praha: Zvon, 1997. ISBN 80-7113-214-4.
- OPATRŇY, Aleš. *Péče o existenciální a duchovní potřeby pacienta: studijní materiál*. Praha. KTF UK, 2014.
- Paliativní péče. ISBN 9788087029237.
- PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.
- PAYNE,S.,J. SEYMOUR a CH.INGLETON (eds.)*Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 9788087029251.
- Péče o umírajícího pacienta. Cyklus pořadů Moje Medicina. Kolektiv autorů 2012, Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/vysetrovaci-a-lecebne-metody/pece-o-umirajiciho-pacienta>
- SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*.

Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 8023943308.

SLÁMA, Ondřej. Paliativní medicína pro praxi. 1. vydání. Praha:[s.n.], 2007. ISBN 9788072625055.

Sociální. Abz.cz: slovník cizích slov. [online]. 2012, [cit.2014-05-30]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialni>

KALVÍNSKÁ, Eva. Současná situace v poskytování spirituální péče v českých nemocnicích. Konference Paliativní medicíny. Ústí nad Labem. [online]. 2010 [cit.2014-05-30]. Dostupné z:<http://search.seznam.cz>

SOUKUPOVÁ, Tereza. Potřebují nevyléčitelně nemocní odbornou psychoterapii? Předneseno na XII. brněnském dni paliativní péče, Brno 2006 [cit.2014-05-30]. Dostupné z:<http://www.umirani.cz/detail-clanek/potrebuji-nevylecitelne-nemocni-odbornou-psychoterapii.html>

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7.doplňené vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 9788071955801.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024741079.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Zármutek a pomoc pozůstalým. 1. vydání. Praha: ISV, 2001. ISBN 808586682x.

TŘEŠŇÁK, Petr. Cena za dobrou smrt. *Respekt*. 2013, č. 46, s. 55-56. ISSN 0862-6545

URBANOVÁ, Jana. Paliativní péče – informovanost a postoje všeobecných sester. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Universita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

VOJTOVÁ, Hana. Smyslová aktivizace v české praxi. 1. vydání. Prachovice 2014. ISBN 978-80-260-5804-5

VONEŠOVÁ, Petra. Postoj ke smrti a psychická zátěž na odděleních se zvýšeným rizikem úmrtí. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská universita, Zdravotně sociální fakulta.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada-Avicenum, 2004. ISBN 8024702797.

Vývoj paliativní péče v ČR. Paliativní péče. Umírání. [online]. 2004, [cit. 2014-05-30]. Dostupné z:<http://www.umirani.cz/vyvoj-paliativni-pece-v-cr.html>

WEHNER, Lore. Empathischetruauerarbeit: vielfalt der professionellentrauerarbeit in der. 1. vydání., Springer-Verlag, 2014. ISBN 978-3-7091-1588-6.

8 Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.

Příloha č. 1 – Dotazník

Vážená studentko, vážený studente

studuji 3. ročník oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Téma mé bakalářské práce, kterou právě vypracovávám, je **Paliativní péče versus student ZSF**. Jak je z názvu patrné, pro dokončení mé práce jsou dotazníky vámi vyplněné velice podstatné.

Některé otázky jsou možná dost osobní a některé nutí přemýšlet o věcech, ne moc radostných. Prosím Vás proto o velkou trpělivost. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný a data z něho získaná budou využita jen ke zpracování mé bakalářské práce. Výsledky Vám ráda poskytnu.

Děkuji za Váš čas a spolupráci

Helena Ludačková

1. *Vaše pohlaví?*

- a) žena
- b) muž

2. *Kolik Vám je let?*

- a) méně než 25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) více než 46 let

3. *Jaká je Vaše dosavadní délka praxe všeobecné sestry?*

- a) žádná
- b) do 5 let
- c) do 15 let
- d) do 25 let
- e) nad 25 let

4. *Jaký typ studia studujete?*

- a) bakalářského studia
- b) magisterského studia

5. *Jakou formu studia studujete?*

- a) prezenční forma
- b) kombinovaná forma

6. *Jaký ročník studujete?*

- a) 1. ročník
- b) 2. ročník
- c) 3. ročník

7. *Zaškrtněte ta tvrzení, která považujete za správná.*

- a) Paliativní péče je pouze péčí o terminálně nemocné a umírající (poslední týdny a dny života)
- b) Paliativní péče je péčí o nemocné s onemocněním život ohrožující (bez ohledu na aktuální prognózu)
- c) Paliativní péče začíná tam, kde končí léčba kurativní.
- d) Paliativní péče a kurativní léčba se mohou vzájemně prolínat.
- e) Jiné, prosím uveďte.....

8. *Zaškrtněte ty body, které považujete za kompetence sester v paliativní péči.*

- a) rozvíjení účinné komunikace
- b) orientovat se a plánovat postup

- c) podporovat a pomáhat ve snášení nelehké situace
- d) pracovat dle ošetrovatelského procesu a poskytovat služby
- e) přispívat k práci týmu, organizace
- f) jiné, prosím uveďte.....

9. Fázemi umírání dle Elizabeth Kübler-Rosové prochází:

- a) umírající nemocný
- b) umírající nemocný a jeho nejbližší (rodina)
- c) umírající nemocný a ošetřující personál
- d) jiné, prosím uveďte.....

10. Znáte práva umírajících?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

11. Byl pro vás předmět paliativní péče v něčem obohacujícím, inspirativním? Můžete označit více možností.

- a) ještě jsme ho neměli
- b) myslím, že nebyl
- c) ano, myslím, že mi hodně dal, prosím uveďte co.....
- d) byl spíše jen informativní
- e) nic si z něj nepamatuji
- f) nechci odpovídat
- g) uvítala bych větší časovou dotaci
- h) jiné, prosím uveďte.....

12. Ošetrovatelský proces a péče zahrnují i spirituální potřeby. V paliativní péči možná nejvíce ze všech oborů. Myslíte si, že byste byla schopna sdílet duchovní potřeby s věřícím člověkem?

- a) Ano, měla by to zvládnout každá všeobecná sestra
- b) Spíše ano. Zhruba vím, co do duchovna patří.
- c) Ne, věřící nejsem.
- d) Já sama ne, ale určitě bych ráda zprostředkovala duchovního nebo věřící sestru, pokud by na oddělení nějaká byla.
- e) Jiné, prosím uveďte.....

13. Prosím, znáte-li práva umírajících, uveďte alespoň 3.

.....

14. Napište svými slovy, co si představujete pod názvem paliativní péče?

.....

15. Pokuste se svými slovy definovat pojem paliativní léčba.

.....

16. Co je cílem paliativních chirurgických výkonů, paliativní radioterapie či chemoterapie?

.....

17. Kdo poskytuje, nebo by měl být schopen poskytnout obecnou paliativní péči?

.....

18. Myslíte, že je rozdíl mezi terminální a paliativní péčí? Pokud ano, jaký?

.....

19. Setkala jste se během studentské odborné praxe na ZSF s paliativní péčí? Pokud ano, kde?

.....

20. Setkala jste se už s umírajícím, či zemřelým pacientem v praxi?

- a) ano, často
- b) ano, občas
- c) ne
- d) nevím, nepamatuji se

21. Jaké pocity jste prožívala/prožíváte při péči o umírající pacienty? Prosím zaškrtněte maximálně 3 odpovědi.

- a) smutek
- b) strach
- c) klid
- d) pocit tajemna
- e) pocit bezmoci
- f) ještě jsem nepečovala
- g) jiné, prosím uveďte.....

22. Máte přímou zkušenost s umíráním a se smrtí u někoho z Vašich blízkých?

- a) ano
- b) ne
- c) nepamatuji se

23. Co si představujete pod názvem „důstojné umírání“?

.....

24. Vnímáte umírání v nemocnicích jako dostatečně důstojné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) ještě nemám zkušenost
- f) jiné, prosím uveďte

25. Je pro Vás samotné těžké mluvit o smrti a umírání?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

26. Jaké vlastnosti sestry v péči o umírající pacienty pokládáte za stěžejní?

Prosím napište alespoň 3

.....
.....

27. Myslíte si, že těmi vlastnostmi, které jste uvedla jako nejdůležitější i vy sama disponujete?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

28. Chtěla byste tam, kde je více nevléčitelně nemocných a umírajících nemocných, pracovat?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné, prosím uveďte

29. Které tvrzení se nejvíce přibližuje Vašemu názoru na pravdivé informace lidem nevléčitelně nemocným, umírajícím? Prosím zaškrtněte pouze jednu, v případě potřeby doplňte vlastní myšlenkou.

- a) jsem zastávce „milosrdné lži“.
- b) je důležité, aby ji věděli nejbližší rodinní příslušníci.
- c) určitě pacienta informovat, ale s ohledem na jeho osobnost (zda je schopen pravdu unést)
- d) pravda je velice důležitá, jen je potřeba zvolit vhodnou dobu a formu sdělení
- e) diagnózu sdělit vždy, prognózu pouze na žádost nemocného

.....
.....

30. Když by došlo na otázku Vaší smrtelnosti, co nejvíce vystihuje Vašepocity?

- a) strach a úzkost
- b) nechci na to vůbec pomyslet
- c) smrt jednou musí nastat, ale teď jsem mladá a je daleko
- d) uvědomuji si svou smrtelnost, ať už po smrti něco je nebo není
- e) nevím

Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas a spolupráci

Příloha č. 2 – Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

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

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní 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 tlášení bolesti, 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, ošetřovatelskou 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 seburčení 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 zvážena 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 (*livingwill*), 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 (*advancedirectives*), 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

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

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický