

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Důstojné umírání v LDN

bakalářská práce

Autor práce: Michaela Žilinová

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

Datum odevzdání práce:

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na důstojné umírání v LDN. Faktem je, že v LDN vykazují asi třikrát vyšší úmrtnost oproti úmrtnosti v nemocničních zařízeních, což odpovídá vysokému podílu terminální péče. Paliativní péče a její principy byly definovány a jeví se, jako zásadní tyto principy implementovat v rámci LDN, kde jsou pacienti indikováni k paliativní péči.

Teoretická část práce je rozdělena do šesti kapitol. První se zabývá paliativní péčí. Druhá se zabývá umíráním. Třetí kapitola teoretické části obsahuje informace o potřebách umírajících. Čtvrtá kapitola se věnuje péči o terminálně nemocného. Pátá kapitola charakterizuje LDN. Šestá kapitola je věnována péči o pečující.

Hlavním cílem práce je zjistit, jestli jsou zásadní rozdíly v pohledu na komplexní paliativní péči v bio-psycho-sociálně-spirituálním rámci mezi profesionálními poskytovateli a rodinou. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké je nejslabší místo dle profesionálních poskytovatelů a rodiny v komplexní paliativní péči.

Ke sběru dat pro empirickou část byl zvolen kvalitativní výzkum. Použila jsem metodiku standardizovaného rozhovoru, se zdravotnickými pracovníky, kteří se podílí na péči o pacienty ve stádiu pre finem (viz. kap. 1.2.3.) v LDN MEDI HELP, spol. s r.o. Stejný rozhovor byl veden s rodinnými příslušníky. Rozhovor obsahoval 12 uzavřených otázek a zjišťoval povědomí a názory na komplexní paliativní péči. Výzkum byl proveden v měsících srpen až prosinec 2011. Respondenti byli vybráni prostým záměrným výběrem.

Popsané kazuistiky a zúčastněné pozorování bylo použito u vybraných pacientů hospitalizovaných ve stádiu pre finem v MEDI HELP, spol. s r.o. Bylo jimi sledováno uspokojování potřeb v komplexní paliativní péči v bio-psycho-sociálně-spirituálním rámci a vycházelo ze standardu paliativní péče.

Bakalářská práce může být použita jako zdroj informací laické i odborné veřejnosti zájímavící se o problematiku paliativní péče.

Abstract

The focus of the bachelor thesis is to explore dignified ways of dying in institutions for long term sick people (LDNs). It is a fact that in LDNs the death rate is three times higher in comparison with death rate in hospital institutions, which results from the high proportion of terminal care. Palliative care and its principles have been defined and it seems to be crucial to implement these principles in LDNs where patients frequently have indications to receive palliative care.

The theoretical part of the thesis is divided into six chapters. The first chapter is dedicated to palliative care, the second to the process of dying. The third chapter of the theoretical part contains information about needs of dying people. The fourth chapter focuses on the care received by a terminally ill person. The fifth chapter characterizes the LDN: institution for long term sick people. The sixth chapter deals with the care provided to the care-takers.

The main objective of this thesis is to find out whether there are crucial differences in the perception of complex palliative care between professional care providers and the family within the bio-psycho-socio-spiritual framework. One partial aim is to identify the weakest point of complex palliative care according to the professional care providers as well as according to the family of the patient.

The data for the empirical part was collected by means of qualitative research. I applied the method of standardized interview with health care workers who participate in the care of patients in the pre finem stage (see chapter 1.2.3.) in the LDN MEDI HELP, spol. s r.o. The same interview was conducted with family members. The interview consisted of 12 yes-no questions and it investigated the consciousness and opinions concerning complex palliative care. The research was conducted in the period from August to December 2011. Respondents were chosen by simple targeted selection.

The described case histories were acquired and participating observation applied in selected cases of patients hospitalised in the pre finem stage at MEDI HELP, spol. s r.o. The case histories and observation were concentrated on satisfaction of needs within the complex palliative care in the bio-psycho-socio-spiritual framework and based upon standards of palliative care.

The bachelor thesis can be used as an information source for both lay and professional public interested in the issue of palliative care.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 Dobříši 28. 6. 2012

.....

Michaela Žilinová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu práce

Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, Th.D. za cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

Děkuji také všem členům ošetrovatelského týmu MEDI HELP, spol. s r.o. a rodinným příslušníkům pacientů hospitalizovaných v tomto zařízení, bez jejichž ochoty by tato práce nevznikla.

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Paliativní péče.....	9
1.1.1 Charakteristika paliativní péče.....	10
1.1.2 Historie paliativní péče.....	11
1.1.3 Cíle paliativní péče.....	12
1.1.4 Obecná paliativní péče.....	13
1.1.5 Specializovaná paliativní péče.....	14
1.2 Umírání.....	16
1.2.1 Co je umírání.....	16
1.2.2 Proces umírání.....	17
1.2.3 Rozdělení umírání v časové posloupnosti.....	17
1.2.4 Modely umírání.....	19
1.2.4.1 Ritualizované umírání.....	19
1.2.4.2 Umírání institucionální.....	20
1.3 Potřeby umírajících a jejich uspokojování.....	20
1.3.1 Definování potřeb umírajících dle Svatošové.....	21
1.3.1.1 Biologické potřeby.....	21
1.3.1.2 Psychické potřeb.....	21
1.3.1.3 Sociální potřeby.....	22
1.3.1.4 Spirituální potřeby.....	23
1.3.2 Fáze přijetí smrti dle Elisabeth Kübler-Ross.....	23
1.4 Péče o terminálně nemocného.....	26
1.4.1 Péče zdravotní.....	26
1.4.2 Péče psychologická.....	27

1.4.3	Péče sociální	27
1.4.4	Péče spirituální.....	27
1.5	Léčebna dlouhodobě nemocných.....	28
1.5.1	Složení multidisciplinárního týmu.....	30
1.6	Péče o pečující.....	31
1.6.1	Požadavky na pečující	31
1.6.2	Syndrom vyhoření.....	32
1.6.3	Pravidla duševní hygieny.....	32
2.	Cíl práce.....	34
2.1	Cíl práce	34
2.2	Výzkumné otázky.....	34
3.	Metodika	35
3.1	Použité metody.....	35
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	35
4.	Výsledky	37
4.1	Kazuistiky	37
4.2	Rozhovory se zdravotnickými pracovníky.....	51
4.3	Rozhovory s rodinnými příslušníky	60
4.4	Vyhodnocení	69
5.	Diskuze	81
6.	Závěr	85
7.	Klíčová slova	87
8.	Seznam použitých zdrojů.....	88
9.	Přílohy.....	91

Seznam použitých zkratk

LDN léčebna dlouhodobě nemocných

RA rodinná anamnéza

NO nynější onemocnění

SA sociální anamnéza

WHO Světová zdravotnická organizace

PEG perkutánní endoskopická gastrostomie

PHK pravá horní končetina

CMP cévní mozková příhoda

Úvod

„Kvalita života člověka určuje kvalitu jeho smrti“

Elisabeth Kübler-Ross

Umírání a smrt je právem aktualizované téma, o kterém bychom měli uvažovat, a to jak v rovině lidské, tak i profesionální. Jestliže si bude člověk opakovaně připomínat konečnost svého života, bude pak zcela jistě jinak a odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který mu je pro pobyt na tomto světě dán. Nepochybně bude vnímavější k problémům občanů, kteří už stojí na prahu smrti. V atmosféře tabuizace všeho co souvisí se smrtí, nepřekvapuje odklon od tohoto ožehavého tématu, který ovšem brání osvojit si alespoň základní znalosti potřeb těžce nemocných a umírajících. Ti, kteří očekávají svůj skon v limitovaném čase, a právě tak jejich rodinní příslušníci, zcela pochopitelně pátrají po přiměřených formách pomoci, ale také po informacích, jak analogickou situaci prožívali a jak se s ní vyrovnávali jiní lidé. Příbuzným a přátelům často chybí konkrétní návody a doporučení, jak zvládat nesnadnou situaci, protože i oni, až do chvíle, než se setkali se smrtí tváří v tvář, žili v přesvědčení, že se jich poslední věci člověka netýkají, anebo že je na ně ještě dost času. S překvapením poznávají, že ani reprezentanti vítězné medicíny na tom nejsou o mnoho lépe, a proto mají nezřídka důvodný pocit zklamání a nepochopeného osamění. Pohled lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků na smrt je ovlivněn paradigmatem doby a strategií vítězné medicíny, která chápe smrt člověka jako prohru. Institucionalizovaná péče o nemocné favorizuje úspěch a v péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající redukuje svou pozornost na selhávající somatický orgán či jeho funkci. V neutěšené situaci se těžce rodí strategie paliativní medicíny, ačkoli všichni v teoretické rovině uznávají potřebu laskavého doprovodu.

Základní znalosti potřeb těžce nemocných a umírajících jsou velmi důležité. Příbuzným, přátelům, ale i zdravotnickému personálu, jistě pomůže znalost těchto potřeb zvládnout nelehkou situaci. V zájmu a pro úlevu těch, kteří odcházejí z našeho světa, i pro jistotu a naději nás všech, na které rozloučení teprve čeká, hledejme přiměřené a dostupné formy péče, které umožní každému důstojně dožít své dny (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

1. Současný stav

1.1 Paliativní péče

Paliativní péče je moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velmi často selhávají (KALVACH, 2004).

Definice paliativní péče je několik, všem je společný důraz na kvalitu života, řešení obtížných symptomů a specifikace skupiny pacientů, kteří jsou příjemci péče.

Pacient je definován jako osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk. Termín pacient je odvozen od latinského slova *patiens*- trpělivý, trpící a *patior*, od *trpět* (STAŇKOVÁ, 1997).

Definice dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) „Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

V definici se hovoří o nemocných, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu, kteří trpí progredujícím, pokročilým onemocněním. Paliativní péče a léčba se netýká jen lidí bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu trvání onemocnění, kdy mají být kontinuálně řešeny všechny potíže s onemocněním spojené (MARKOVÁ, 2010).

Samotný termín paliativní pochází z latinského slova *pallium*, což znamená zakrytí pláštěm, pokrytí nebo také maska a odkrývá podstatu slova. Nemoci, které již nelze vyléčit, se jakoby zakrývají pláštěm. Cílem je tedy projevy smrtelného onemocnění neléčit kurativně, ale jen symptomaticky (MUNZAROVÁ, 2005).

1.1.1 Charakteristika paliativní péče

Paliativní péče chápe umírání jako součást lidského života, a vychází z toho, že každý člověk tuto etapu svého života se všemi jeho fyzickými, psychickými, sociálními, kulturními a duchovními aspekty prožívá individuálně.

Moderní paliativní péče

- neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění
- je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocného
- nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlídném prostředí
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením (KALVACH, 2004).

Paliativní péče znamená určitou filozofii péče, klade důraz na bio-psycho-sociální-spirituální jedinečnost každého člověka, nerozlučnou propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání. Znamená také určitou organizaci péče, která by umožnila saturaci potřeb nemocného ve všech zmíněných oblastech (SLÁMA, 2007).

Paliativní, neboli útěšná a zmírňující medicína je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Paliativní léčbu lze zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní (preventivní, léčebné) a respitivní (podpůrné) léčby. Všechny tyto

přístupy se navzájem prolínají. Liší se však svými cíli. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení pacienta, zatímco postupy paliativní léčby nesměřují k vyléčení nemoci, nýbrž ke zlepšení subjektivního pocitu pacienta. Paliativní medicína má striktně vymezený postoj i k otázkám eutanázie. Pomáhat v umírání ano, pomáhat k smrti ne. Cílem paliativní léčby není prodloužení života, nýbrž kvalita života těžce nemocných pacientů (SVATOŠOVÁ, 2003).

1.1.2 Historie paliativní péče

Pokud chceme pochopit současné paliativní ošetřovatelství, paliativní medicínu a problematiku umírání, je dobré podívat se do minulosti. Zdá se, že se jedná o nějaký nový, zatím nepříliš známý obor. Ve skutečnosti je paliativní péče nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavním posláním lékařů a posléze i ošetřovatelek. V 19. století vlivem industrializace a stěhování množství lidí do měst přibývalo těch, kteří umírali bez zázemí vlastní rodiny. To vedlo i k rozvoji chorobinců, které nahradily moderní nemocnice a ústavy století dvacátého, kde byl kladen velký důraz na léčbu a boj s chorobou. Ve společnosti a především u zdravotníků vznikl dojem, že medicína opravdu může vše a má se snažit bojovat s nemocí až do, ne vždy vítězného, konce. V šedesátých letech 20. Století se poprvé objevuje etický problém-zadržaná smrt. Pod tímto pojmem je třeba chápat situaci, kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by již za normálních podmínek v klidu z tohoto světa odešel. Tento neutěšený stav v přístupu k umírajícím měl dva důsledky: jednak se začalo rozmáhat volání po eutanázii - dobré smrti za asistence lékaře, nebo asistované sebevraždě, jednak se do té doby datuje celosvětový rozvoj hospicového hnutí (MARKOVÁ, 2010). Hospicové hnutí se rozvíjí nejprve v Anglii. Protagonistkou hospicového hnutí se stala Angličanka Cicely Saunders. V roce 1967 byl otevřen v Londýně první hospic moderního typu s názvem St. Christopher's Hospice, v jehož čele stanula právě Cicely Saunders. Tento hospic je dnes známý po celém světě. Za svoje zásluhy byla Cicely Saunders povýšena anglickou královnou do šlechtického stavu. Její myšlenka hospice nezůstala osamocená, ale rozšířila se natolik, že dnes existuje ve světě něco přes 2 000 zařízení hospicové péče (SVATOŠOVÁ, 1995).

O vznik prvního hospice v Čechách se zasloužila lékařka Marie Svatošová, která již v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Ecce homo chce prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti a chce podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v celé České republice. Prvním a mimořádně úspěšným počinem Ecce homo bylo vybudování a otevření hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Slavnostní otevření se konalo 8. prosince 1995 a po měsíčním návštěvním období byli v lednu 1996 přijati první pacienti (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

1.1.3 Cíle paliativní péče

Moderní paliativní péče si klade za cíl udržet dobrou kvalitu života v situaci pokročilého onemocnění. Dobrou kvalitu života určuje kromě mírnění tělesných obtíží také míra saturace potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní (Obrázek č. 1), (SLÁMA, 2007).

Základním mottem paliativní péče je kvalita života pacienta a jeho rodiny. Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Je těžko uchopitelný pro svou mnohostrannost a komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější podmínky, tak vnitřní rozměry člověka (STAŇKOVÁ, 1997).

Lze říci, že prožívání kvalitního života se v nemoci mění. To co by zdravý člověk neoznačil za kvalitní, dostává v nemoci zcela nový význam. Každý člověk má také potřeby trochu jiné, proto je kvalita života velice individuální pojem. Budeme-li o kvalitě života uvažovat v kontextu nemoci, zejména s neblahou prognózou, pak musíme odlišit dva úhly pohledu. Vnější úhel spočívá v tom, že ošetřující personál, nebo příbuzní a přátelé hodnotí stav pacienta z vnějšku a to optikou svého plného zdraví. Často se domnívají, že kvalita života vážně nemocného, nebo umírajícího je nízká, nebo žádná. Nežřídka dovozují, že život dotyčného už nemá cenu a přejí si, by jeho utrpení, respektive život, už skončil. Druhý pohled je vázán na subjektivní hodnocení pacienta, který může být částečně, nebo zcela opačného názoru. Podstatné je, že subjektivní hodnocení pacienta nemusí být ve vztahu s biologickým zdravím. I těžce nemocný a

trpící člověk může lpět na svém problematickém životě a spatřovat v něm smysl. Nedoceňujeme, že i takto redukováná kvalita života může mít pro dotyčného mimořádnou cenu. Je to jeho život a jeho, třeba i malé, radosti (GURKOVÁ, 2001), (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Cesta ke správnému cíli paliativní medicíny vede přes respektování hodnot jednotlivých pacientů. Hodnotový systém každého z nás je jiný, a proto je důležité poznat a pochopit co má pro nemocné a jeho blízké cenu. Pro členy paliativního týmu je důležité být si vědom vlastního hodnotového žebříčku a uvědomovat si i napětí, které může vznikat, pokud se výrazně liší od hodnotového žebříčku nemocného a jeho blízkých (MARKOVÁ, 2010).

Obrázek č. 1: Co určuje kvalitu života v situaci pokročilého nevléčitelného onemocnění.



Převzato z: (SLÁMA, 2007)

1.1.4 Obecná paliativní péče

Jako obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou péči o pacienta v situaci pokročilého onemocnění. Tuto formu paliativní péče by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. 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. Patří sem především respekt k pacientově autonomii, léčba bolesti a dalších

symptomů, podpora rodiny, doporučení k dalším odborníkům (MARKOVÁ, 2010). Měli by jí být schopni poskytnout lékaři všech odborností v rámci své rutinní klinické práce. Řada aspektů obecné paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci stávajících zdravotnických struktur, aniž by byla takto označována (SLÁMA, 2007).

1.1.5 Specializovaná paliativní péče

Specializovanou paliativní péči poskytuje pacientům a jejich rodinám tým odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Tato péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý (SLÁMA, 2007).

Specializovaná zařízení paliativní péče jsou taková zařízení, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Požadují vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoliv: doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo specializovaném oddělení paliativní péče. Specializovaná zařízení paliativní péče hrají také důležitou roli v podpoře ostatních zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích i mimo ně (MARKOVÁ, 2010).

Rozlišení typů specializované paliativní péče

Mobilní paliativní péče poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře specialisty, sester ošetřovatelů, dobrovolníků či dalších členů hospicového týmu. Garantuje trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Důležitou součástí je komplexní podpora pacientovy rodiny. V České republice zatím rozvoj tohoto typu péče naráží na chybějící model úhrady ze strany zdravotních pojišťoven (SLÁMA, 2007).

Hospic je samostatně stojící speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi

nevléčitelného onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle se dosahuje vytvářením osobité a domácí atmosféry a dobrou dopravní dostupností pro návštěvy.

Oddělení paliativní péče (OPP) v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice. OPP usiluje o realizaci hospicového ideálu v rámci možností daného zařízení. OPP ve fakultních nemocnicích mají významnou funkci edukační a výzkumnou. OPP slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče. V ČR zatím OPP ve výše popsaném smyslu neexistuje (SLÁMA, O., Š., ŠPINKA, 2012).

Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny). Tato forma zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu. Posiluje kontinuitu péče- pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen. Umožňuje ovlivňovat kvalitu paliativní péče a nepřímo přispívá k postupné edukaci. Minimální složení takového týmu: lékař, sestra a sociální pracovník. V ČR zatím konziliární týmy nejsou rozšířeny.

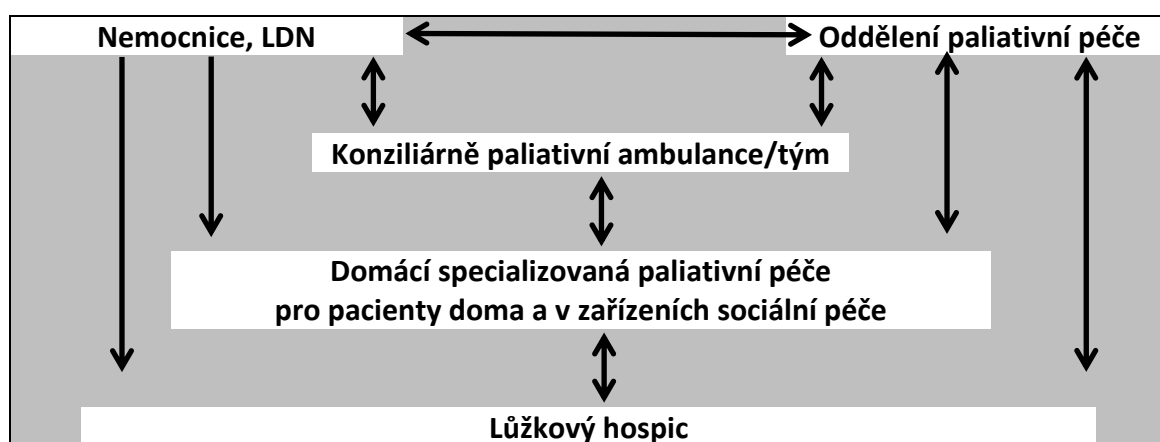
Zvláštní zařízení specializované paliativní péče např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny. V zahraničí existují ještě některé další formy specializované paliativní péče.

Specializovaná ambulance paliativní péče. Zajišťuje ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče.

Denní stacionář paliativní péče. Formou denních návštěv pacienta ve stacionáři pomáhá řešit zdravotní problémy pacienta a současně nabízí komplexní edukační a rekreační aktivity podle potřeb a možností pacienta (SLÁMA, O., Š., ŠPINKA, 2012).

Nabídka a dostupnost specializované paliativní péče v ČR je nízká. Optimální zajištění potřeby obecné a specializované paliativní péče v určitém regionu představují dle zkušeností ze zahraničí, tzv. regionální paliativní programy nebo sítě poskytovatelů paliativní péče, které efektivně sdružují různé formy péče (Obrázek č. 2). Struktura regionálního paliativního programu, kde šipky znázorňují pohyb pacientů po systému. Pacientovi je tak paliativní péče dostupná v takovém prostředí, kde se právě nachází (SLÁMA, 2007).

Obrázek č. 2: Struktura regionálního paliativního programu.



Převzato z: (SLÁMA, 2007)

1.2 Umírání

1.2.1 Co je umírání

Umírání je konečnou fází lidského života. Přichází většinou jako závěrečné vyústění již přítomného chronického onemocnění. Z patofyziologického hlediska je charakterizováno postupným, nebo náhle vzniklým nevratným selháváním funkčních systémů lidského organismu a poruchou regulace těchto systémů. K nevratnému selhání může dojít během několika minut (náhlá smrt) až několika dní. Ke smrtelnému selhání životně důležitého orgánu může dojít náhle a nečekaně. Např. akutní infarkt myokardu. Zde jsou indikovány postupy urgentní a intenzivní medicíny. Dochází-li k selhání důležitých orgánů očekávaně v důsledku známé, pokročilé, kauzálně nevléčitelné nemoci např. metastatický karcinom, je indikována intenzivní paliativní péče. Existuje mnoho nemocných, u kterých je rozpoznání nevratného charakteru orgánového selhání

a zhoršení klinického stavu velmi obtížné. Přehodnocení klinického stavu musí lékař učinit během několika dní, někdy i hodin. Je-li stav pacienta zhodnocen jako umírání, mělo by se hlavním a jediným cílem léčby stát, aby pacient trpěl co nejmenším diskomfortem (KALVACH, 2004).

1.2.2 Proces umírání

Umírání je proces. V umírání a smrti hrají velkou roli také objektivní lidské faktory jako věk, pohlaví, příbuzní, vzdělání a diagnóza nemoci. Mezinárodní etické kodexy věnují pozornost i tomuto fenoménu. Danou problematiku řeší eticky hlavně Charta umírajících (Příloha č. 3).

Dále rozlišujeme

Sociální smrt. To je stav, kdy člověk sice žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních vztahů, je odtržen od společnosti a nelze jej do kontextu společnosti vrátit. Sociální smrt může nastat i u zdravého člověka.

Psychická smrt. Jedná se o naprostou psychickou rezignaci, intenzivně prožívanou beznaděj a zoufalství. Usnadňuje vstup smrti fyzické.

Fyzická smrt. Je úplná, trvalá ztráta vědomí. S odchodem funkcí v mozku odchází i vědomí. Smrt tedy znamená, že nefunguje žádná část mozku. Po mozkové smrti následuje smrt orgánů lidského těla (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

1.2.3 Rozdělení umírání v časové posloupnosti

Z hlediska časové posloupnosti lze rozdělit péči o umírajícího a zemřelého na období:

Období pre finem, začíná, když dochází k povědomí, že nemoc je vážná a perspektivně neslučitelná se životem. Na počátku tohoto období je diagnóza vážné dlouhodobé nemoci a prognosticky neoptimistického stavu. Po celé toto období je potřeba dbát o zmírnění subjektivních potíží nemocného, a s ohledem na pravděpodobnost konce života nemocného vést úskalími nemoci. Je zapotřebí, jak bylo již výše uvedeno, uchránit nemocného zejména před „sociální smrtí“. Je zde prostor i

pro případné sepsání závěti. Především se však jedná o etapy vyrovnávání se s letálním onemocněním dle Elizabeth Kübler-Ross o kterých se zmíním v samostatné kapitole.

„Jedná se o dobu, kdy se nemocný učí, jak může žít se svou vážnou nemocí. Je relativně dlouhá a lze ji počítat nejen na měsíce, ale i na léta“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007)s.56.

Období in finem, je totožné s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Péče v této fázi by neměla rozhodně postrádat takt a jistou ritualizaci. Průběh bývá takový, že po tzv. fázi euforie, jež se dostaví několik dní před smrtí (pacientovi se uleví, znova projevuje zájem atp.), přichází smrtelné kóma.

Období post finem, je charakteristické pietní péčí o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé (posuďme vhodnost, resp. nevhodnost, telegrafické či telefonické zprávy bez osobního kontaktu a účasti oznamujícího), zařizování pohřbu. Mrtvé tělo si zaslouží úctu a pietní zacházení. Je zavrženíhodné, pokud dochází ke zneuctění mrtvého těla jakýmkoliv způsobem. Např. zprávy o „obchodování s nebožtíky“ mezi záchrannými a pohřebními službami v Polsku jsou smutným svědectvím o morální dekadenci dané společnosti a o naprostém profesionálním selhání (HAŠKOVCOVÁ, 2007), (JANKOVSKÝ, 2003).

V tomto období je potřeba nezapomínat na pozůstalé. Pozůstalí prožívají zpravidla velký žal a zármutek, mají proto také právo na pláč, na tzv. otevřený žal (pláč, rozlady, apatie, deprese). Tyto projevy by však měly zpravidla do dvou měsíců postupně odeznít (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

Pro uvedená období péče o umírajícího a zemřelého lze použít také jiná označení, a to „premortální péče“ (před smrtí), „perimortální péče“ (tedy v terminálním stavu) a „postmortální péče“ (po smrti).

Z výše uvedených skutečností je zřejmé, že tzv. paliativní péče představuje vhodný program pomoci umírajícím i jejich rodinám. Paliativní péči je ovšem zapotřebí odlišit od tzv. terminální péče, která je časově poslední odbornou službou umírajícímu

a, jak bylo již výše naznačeno, představuje tedy pouze jednu z etap systému útěšné péče.

V podstatě jde o to, že každému člověku je možné pomoci v umírání, ale ne ke smrti (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

1.2.4 Modely umírání

1.2.4.1 Ritualizované umírání

Pro tento model umírání lze také použít pojmenování tradiční model umírání. Pro tradiční chápání znamenala smrt především hodnocení života. Člověk byl vybízen, aby trvale uvažoval o smyslu svého života a zvažoval mravní dopad svého jednání. Lidská obeznámenost se smrtí byla důvěrná, protože se umíralo doma častěji než dnes. V minulosti přecházela z generace na generaci zkušenost, jak pečovat o umírajícího. Lidé vnímali co je umírání a smrt zblízka. Smrt byla součástí celoživotních rituálů, součástí života a nebyla odosobněná. Stejně jako život nebyla ani smrt událostí týkající se pouze jednotlivce. Byla rituálem, který se týkal celé rodiny, přátel, známých a bylo společenskou povinností dostavit se k lůžku s umírajícím a rozloučit se s ním. I naši předkové se smrti báli. Rodina jim ovšem byla v jejich „hodině pravdy“ po boku a umírání po dlouhé věky vypadalo podstatně jinak než dnes. Naši předkové měli vypracovaný rituál rodinného umírání a nesli si celým životem hodnotu, které my už jen obtížně rozumíme: přáli si šťastnou smrt a mohli v ní doufat. Umírání zralého člověka bylo rodinnou událostí, zvláštním, glorifikovaným a plně předvídatelným okamžikem. Původní předvídatelnost smrti měla prostor a reálnou podobu. Když člověk pocítil, že jeho nemoc je smrtelná, nikdo mu to nevyvracel, bylo by to chápáno jako cynismus a morální selhání. Člověk umíral v kruhu svých blízkých a podle staletími prověřeného rituálu.

Tento důstojný způsob umírání se po staletí neměnil. Samozřejmě, že se všem nepodařilo takto zemřít, ale všichni si přáli šťastnou smrt. Věděli totiž, jak vypadá (DOLISTA, 2007), (JANKOVSKÝ, 2003), (KUTNOHORSKÁ, 2007).

1.2.4.2 Umírání institucionální

Ve společnosti komunikačních technologií se bohužel umírání a smrt diskrétně odehrávají v nemocnicích, LDN, domovech pro seniory- tedy institucionálně. V umírání a smrti tam člověk zůstává sám. O umírajícího by se měl starat kolektiv speciálně vyškolených profesionálů. Umírajícím je poskytována potřebná péče, ale dominantní je profesionalita. Umírající nemá možnost čekat na smrt v náručí milujících a milovaných osob. I při vysoce profesionální péči je nutné poslední okamžiky života zlidštit.

Izolovat umírajícího od okolí se datuje do 30. let 20. století, kdy převládalo přesvědčení, že nemocným je tak zajištěn potřebný klid. Ve snaze zlepšit situaci umírajících i ostatních, vznikla praxe tzv. bílé plenty. Umírajícímu se nadále poskytuje odborná péče, ale zůstává sám. Smrt abstraktněla. V současné době se hledají alternativy a varianty nového rituálu umírání. Ponechat umírajícího doma a zajistit kvalitní odbornou péči, přijmout rodinu umírajícího do nemocnice, kombinace obou variant, hospicová péče (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Výše jsem se zmiňovala o tom, že většina lidí umírala doma a jen výjimečně v nemocnici. Dnes je tomu přesně naopak. „Obojí má však své výhody i nevýhody a záleží na nás, zda si z obojího dokážeme vybrat to dobré. Vneseme-li do domácí péče více odbornosti a do nemocniční péče zapojíme rodinu a přátele nemocného, přiblížíme se o velký kus k vytyčenému cíli. A co nepůjde uskutečnit doma ani v nemocnici, to se jistě podaří v hospicích.“ (SVATOŠOVÁ, 1995) s. 19.

1.3 Potřeby umírajících a jejich uspokojování

Definování a uvědomování si lidských potřeb patří k výchozím bodům paliativní péče. Ta se snaží potřeby umírajících naplňovat. Všechny lidské potřeby tvoří jeden celek, který spojuje fyzickou, psychickou, sociální a duchovní stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné. Potřebou nerozumíme pouze něco, co člověku chybí, ale hlavně to, k čemu skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem k člověku, předmětu či činnosti. Je projevem bytostného přání (TRACHTOVÁ, 2001).

1.3.1 Definování potřeb umírajících dle Svatošové

V rámci této práce se budu věnovat definování potřeb dle MUDr. Marie Svatošové, která se již řadu let zabývá péčí o umírající, aplikovala a zúžila spektrum potřeb na potřeby umírajících. Ty rozčlenila do čtyř obecnějších okruhů, které vyplývají z definice WHO zdraví je plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Nesmíme také zapomínat na fakt, že prioritita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální.

1.3.1.1 Biologické potřeby

Do biologických potřeb patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i zvláštním způsobem upravenou. Dále je to potřeba spánku, vylučování, dýchání, apod. Je velmi důležité, aby tyto základní potřeby byly uspokojeny, ale v běžné praxi se často stává, že se veškerá péče omezuje právě jen na uspokojení těchto potřeb. Většinou jsou sestrami zvládnány s profesionální zručností, ale bez pohledu na pacienta jako celku lidské bytosti (HOLMEROVÁ, 2007), (O'CONNOR, 2005), (SVATOŠOVÁ, 1995).

1.3.1.2 Psychické potřeby

Do této skupiny potřeb patří především respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na tělesném stavu pacienta. Každý člověk je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí, která má své vlastní životní poslání. Je velice důležité přistupovat k pacientovi tímto způsobem a to obzvláště chýlí-li se jeho život do samého konce.

Psychické jsou velmi důležité a patří sem veškeré potřeby týkající se pacientova psychického stavu. Jsou-li uspokojeny, nemocný je v duševní pohodě. To, co umírající nutně potřebuje, je lidská blízkost a citová účast. Znamená to, že nejhorší není umírat, ale být přitom osamocen. Nesmírně důležitá je potřeba respektování lidské důstojnosti. Vědět, že jsem milován, že někdo bere vážně můj život, že pro někoho něco znamenám a nejsem tady zbytečně. Tuto úctu je třeba prokazovat za všech okolností, nezávisle na tělesném stavu umírajícího. S tím úzce souvisí potřeba jistoty a bezpečí. Nemocný se

potřebuje spolehnout, že je tady někdo, na koho se může kdykoliv obrátit (KŘIVOHLAVÝ, 2002), (SVATOŠOVÁ, 2003).

Je důležité si uvědomit, že onemocní-li člověk nevyлéčitelnou chorobou, nejen, že si obvykle přehodnotí své dosavadní životní hodnoty, ale velmi často také ztrácí dosavadní pocit bezpečí a jistoty. Jasná představa o budoucnosti spolu se všemi plány náhle mizí. Nemocný prožívá existenciální tíseň, která zahrnuje otázky umírání a smrti, otázky smyslu života, pocitu vlastní hodnoty, samoty, svobody a další. Do popředí se staví strach ze smrti, která se stává konkrétní a blízkou. Prožívání strachu ze smrti je individuální, tak jako je individuální a originální každý člověk, a je ovlivněn nejen kulturou a náboženským vyznáním, ale mnohdy také nechtěně chováním zdravotníků a okolí. Vždyť umírání a smrt jsou stále tabuizována, nepopulární a negativní témata, o kterých se mnoho lidí odmítá, nebo neumí bavit. To strach ze smrti ještě umocňuje a umírající se může cítit velmi osamoceny, přesto, že má kolem sebe své blízké. Toto duševní utrpení může být tolik kruté, že se umírající uzavře do sebe a ztratí důvěru ve své okolí, což může zhoršit prožívání tělesného utrpení. Tělesné utrpení lze v dnešní době poměrně dobře léčit, obtížnější je to s utrpením psychickým v souvislosti s existenciální tísní. Jedná se o specifický problém umírajících a ohrožuje samotnou podstatu osobnosti. Zdravotnický personál pečující o umírající, proto musí být empatický a neměl by nechat nemocného upadnout do izolující samoty (KUTNOHORSKÁ, 2007), (KUZNÍKOVÁ, 2011), (KŘIVOHLAVÝ, 1995).

1.3.1.3 Sociální potřeby

Sociální potřeby jsou také velmi důležité. Člověk je tvor společenský a jako nemůže sám žít, tak nemůže ani sám umírat. Potřebuje mít kolem sebe lidi, kteří ho mají rádi, což je zejména rodina, ale také zdravotnický personál. Jedna z hlavních věcí ve společenském styku je komunikace. Ať už verbální, do níž patří uctivé oslovování, naslouchání a ochota porozumět, ale zvláště místo pro umírajícího zaujímá komunikace neverbální. Je nutné být a zůstat u umírajícího. Tělesný kontakt, dotyky a pohlazení je to nejdůležitější vůbec, neboť umírající je velmi citlivý právě vůči těmto projevům, z nichž může mnohé vyčíst (pohled očí, gesta a ostatní). Důležité je také umírajícímu zprostředkovat kontakt s rodinou, protože ta je ve většině případů nenahraditelná. Nemocný by měl mít možnost sám si návštěvy usměrňovat. Je třeba respektovat a

pomáhat nemocnému při všech obavách a vyjádřeních například ohledně práce, domu, zaměstnání a podobně (SVATOŠOVÁ, 1995).

Komunikace s nemocným by měla patřit k základním dovednostem celého zdravotnického týmu. Je to dovednost náročná a člověk se jí učí celý život. Specifická a snad nejnáročnější je komunikace s umírajícím člověkem, jeho rodinou a blízkými. Je potřeba se naučit hovořit o smrti otevřeně a odpovídat umírajícímu na jeho otázky pravdivě, protože jinak umírající lež velmi často vytuší, ztrácí důvěru a cítí se oklamán a může se následně izolovat. Je-li téma smrti aktuální, nelze se mu vyhýbat, přesto by nemocnému nikdy neměla být brána jeho naděje. V takovém rozhovoru lze dosáhnout rovnováhy tím, že se zaměříme na kvalitu života nemocného, který mu ještě zbývá (O'CONNOR, 2005), (KUTNOHORSKÁ, 2007).

1.3.1.4 Spirituální potřeby

Spirituální potřeby dotváří pohled na holistické pojetí člověka. Vlivem mnohaletého ateistického tlaku se u nás často opomíjí existence duchovní oblasti a péče o ni. Zvláště pro lidi věřící je uspokojení duchovních potřeb zdrojem vnitřního klidu. V každém zařízení, kde se pečuje o nemocné a zvláště o umírající, by měla být možnost zajištění duchovní péče podle přání nemocného, ať už je to zprostředkování svátostí, zajištění přenosu bohoslužby, přivolání kněze a podobně. Často zde působí zakořeněný ostych ze strany nemocného a rodiny. Sestra by měla umět vytvořit náboženské klima, kde nemocný sám řekne, co si v této oblasti přeje. Také pro nevěřící jsou tyto potřeby důležité. Umírající má potřebu odpouštět a touží po odpuštění, po jistotě, že jeho život měl smysl až do konce a že odchází smířen se svými blízkými (COOB, 2001), (SVATOŠOVÁ, 2003).

1.3.2 Fáze přijetí smrti dle Elisabeth Kübler-Ross

Švýcarsko-americká lékařka Elisabeth Kübler-Ross odhalila, že umírající se vyjadřuje pomocí náznaků, řečí symbolů. Chování umírajícího je mimoslovní komunikací. Vymezila jednotlivé etapy a zobecnila tak pocity a psychickou odezvu na závažné onemocnění.

1. fáze – negace, šok, popírání nemoci. Odmítání vzít na vědomí fakt smrtelnosti. Při sdělení závažné diagnózy pacienti zavírají oči před skutečností a reagují slovy: „Ne, já

ne, pro mne to neplatí. To není možné!“ Jsou v šoku a snaží se o tzv. taktiku vyhýbání. Nechtějí věřit, že jejich nemoc je skutečností a hledají různé chyby (např. v záměně výsledku apod.). Odmítají myslet na svou smrt, nechtějí si ji připustit, nejsou na tuto situaci připraveni. Přitom však vědí, že nemají pravdu, je to jejich obranná reakce na to, co nemohou unést.

Pozorný a citlivý pozorovatel musí rozpoznat pacientovu okamžitou náladu a nechat na něm, jak se chce se svým duševním stavem vyrovnat. Je zde důležité navázat kontakt získat důvěru nemocného.

2. fáze – agrese, hněv, vzpoura. Nemocný dostává vztek a popadne ho závist. Klade si otázku: „Proč právě já? Čí je to vina?“ Je zlostný, projevuje svůj hněv vůči rodině, lékařům, sestřám i vůči sobě samému. Verbální agrese vůči personálu je orientována zejména na empatický a úslužný personál. Také návštěvy jsou přijímány s nechutí a bez radosti. Zde je zapotřebí mnoho trpělivosti a porozumění. Zlobu i ubližování je potřeba vidět pod zorným úhlem toho, že pacient vnímá své onemocnění jako velkou nespravedlnost a tak se při svých výpadech dopouští jiných nespravedlností.

Bohužel nemocniční personál reaguje často na pacientův hněv, jako by byl jeho osobní záští bez nějaké příčiny. Je velmi potřebné zlobu nemocného tolerovat, dovolit jeho odreagování a nepohoršovat se.

3. fáze – smlouvání, vyjednávání. Pacient začne upravovat svůj žebříček hodnot. Je schopen mnoha obětí, aby nepříznivou situaci zvrátil. Hledá „zázračné léky“, utíká k alternativní medicíně, vyhledává léčitele a je ochoten udělat cokoli pro své uzdravení. V jeho obličeji vidíme úzkost, napětí (výraz očí, strnulé rysy). Jeho gesta mohou být nervózní (např. hraní si s věcmi, opakované drobné pohyby, třes, netečnost, apod.). Je nutná maximální trpělivost. Dále je důležité dát si pozor na podvodníky, pro které je nemocný snadnou kořistí.

4. fáze – deprese, smutek. Je zcela přirozenou reakcí na zátěž. Prožívá hluboký smutek nad utrpěnými i hrozícími ztrátami, který se projevuje v jeho obličeji – má smutné oči, často pláč. Je uzavřený do sebe, nedokáže si najít žádnou radost. Gesty vyjadřuje únavu, rezignaci, neochotu cokoli dělat, zaujímá pasivní polohu. Není správné za každou cenu chtít nemocného rozveselit, on sám tyto snahy odmítá. Zde můžeme projevit svou účast

a porozumění svou přítomností u nemocného. Je nutné nemocnému trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, popř. pomoci hledat řešení (zajištění rodiny).

5. fáze – smíření, souhlas. Je to doba klidu. Mizí zájem o informace. Nemocný používá gesta místo slov. Je to doba mlčenlivé lidské přítomnosti, držení za ruku a utření slzy. Přijetí pravdy může probíhat dvojím způsobem. Jednak může mít podobu smíření a nastolení důstojného klidu, nebo má podobu rezignace a zoufalství. Rezignaci lze chápat i jako selhání doprovázejícího, i když neúmyslné. Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. Ti, kteří na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají. V jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího míru. Svatošová (SVATOŠOVÁ, 2003) poukazuje na rozdíl mezi fází smíření a pojmem rezignace, neboli „házení flinty do žita“. Cílem snah hospicové péče je komplexní pomoc nemocným a jejich nejbližším k dosažení smíření, neboli přijetí neodvratitelné skutečnosti. Mnoho lidí se chybně domnívá, že jsou to dva zaměnitelné pojmy. Svatošová, říká, že pojem rezignace znamená zcela něco jiného. Rezignaci lze chápat také jako selhání lidí, jež o pacienta pečují. Rozdíl mezi přijetím a rezignací výstižně popisuje Elizabeth Kübler-Ross cit. dle SVATOŠOVÁ, 2003 st. 28 takto: „Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy.“

Úkolem všech, kteří jsou v závěrečné fázi nemocným nablízku, je udělat maximum pro to, aby proces vyrovnávání se se závažným onemocněním nakonec vyústil do fáze smíření a nikoliv rezignace.

Těmito fázemi umírání neprochází pouze pacient, ale též rodina a přátelé. To je třeba mít vždy na zřeteli. Rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient. Ideální je, pokud pacient i rodina procházejí jednotlivými fázemi více méně současně.

Dále je důležité si uvědomit, že fáze, i když jsou seřazeny za sebou, tak jak obvykle přicházejí, nemusejí vždy zachovat daný sled. Některé se mohou vracet a

střídat, nebo se mohou v jediném dni prolínat. Nejsou stejně dlouhé a některá může chybět (SVATOŠOVÁ, 1995), (JANKOVSKÝ, 2003), (ŠPATENKOVÁ, 2004).

1.4 Péče o terminálně nemocného

Označit určité období v průběhu nemoci za terminální je obtížné. Je třeba se vyvarovat zjednodušeného pohledu na terminální fázi jako na snadno a jednoznačně vymežitelné období. Identifikovat terminální fázi je častěji možné u nádorových onemocnění, kdy informace o typu nádoru, stupni pokročilosti spolu s aktuálním klinickým obrazem umožňují formulovat rámcovou prognózu s vysokým stupněm pravděpodobnosti.

U pacientů s jiným než nádorovým onemocněním nejsou umírání a blízkost smrti zdaleka tak jasně rozpoznatelné. Za terminální stádium nemoci lze považovat období, při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progresu vážného chronického onemocnění, a které je svou konečnou prognózou letální. Za terminální také považujeme celkovou sešlost věkem s typickými geriatrickými syndromy, které u pacienta vedou k letálním komplikacím (HOLMEROVÁ, 2007), (KALVACH, 2010).

1.4.1 Péče zdravotní

Jedná se o fyziologické potřeby, jako je přijímání potravy, pozor zejména na dehydrataci, dýchání, vyměšování, ale také udržení aktivity pacienta, prevenci dekubitů, zajištění bezpečnosti, nejrůznější lékařské zákroky, tišení bolesti (HOLMEROVÁ, 2007), (JANKOVSKÝ, 2003), (KALVACH, 2010).

Aby mohl terminálně nemocný člověk kvalitně prožít poslední část svého života, potřebuje být zbaven bolesti. Bolest člověka ovlivňuje a je-li přítomná, má vliv na chování nemocného. Bývá prvním ukazatelem onemocnění, který přivede nemocného k lékaři. Je-li bolest nesnesitelná, ztrácí svůj význam a je důležité ji vhodně léčit. Dalším tělesným symptomem, který je nutno řešit je dýchání. Dušnost je jedním z nejobtížněji snášených symptomů. Je potřeba pomoci nemocnému zaujmout polohu, která bude pro něj co možná nejvíce pohodlná a usnadní mu dýchání. Lze také

naordinovat kyslík, nebo další léky. Nevolnost a zvracení jsou další velmi časté fyzické symptomy v paliativní péči. Důležité je i stravování, které se musí plánovat podle potřeb nemocného (O'CONNOR, 2005), (KALVACH, 2010).

1.4.2 Péče psychologická

Má zajistit respektování lidské důstojnosti, posílení pocitů bezpečí, verbální i neverbální komunikaci. Velmi důležitá je především schopnost naslouchat a to zejména srdcem. Dále je důležité porozumění, empatie a zvládání negativních emocí jako je strach, zlost, úzkost, pocity viny. Psychologická péče zahrnuje také nenásilné navození pozitivních emocí, lásky radosti, klidu a víry. Promítají se do ní fáze popsané Elisabeth Kübler-Ross (JANKOVSKÝ, 2003).

Onemocní-li člověk nevléčitelnou chorobou, nejen že si obvykle přehodnotí své dosavadní životní hodnoty, ale velmi často také ztrácí dosavadní pocit bezpečí a jistoty. Nemocný prožívá existenciální tíseň, která zahrnuje otázky umírání a smrti, otázky po smyslu života, pocitu vlastní hodnoty, samoty, svobody a další. Do popředí se staví strach ze smrti, která se stává konkrétní. Prožívání strachu ze smrti je individuální, tak jako je individuální a originální každý člověk (ŠPATENKOVÁ, 2004).

1.4.3 Péče sociální

Sociální péče by měla zahrnovat především silnou oporu v rodině, mezi blízkými, tedy doprovázení těmi nejbližšími lidmi.

Nemocný a umírající se může cítit velmi osamocený, přestože má kolem sebe své blízké. Umírání a smrt jsou stále tabuizována, nepopulární a negativní témata, o kterých se mnoho lidí odmítá bavit, což strach ze smrti ještě více umocňuje. Toto duševní utrpení, které je způsobeno samotou, může být natolik kruté, že se nemocný uzavře do sebe a ztratí důvěru ve své okolí. Je proto nutná velká dávka empatie (KUZNÍKOVÁ, 2011).

1.4.4 Péče spirituální

Jedná se o péči duchovní. Po listopadu 1989 se stále více začíná uplatňovat termín péče pastýřská, od níž jsou odvozeny interdisciplinární obory pastorální medicína či pastorální psychologie. Nejedná se pouze o udělení svátosti nemocných

(„poslední pomazání“, respektive „zaopatření“), ta by měla být jakýmsi přirozeným vyvrcholením této péče. Při pastýřské péči je zapotřebí velkého taktu, neboť je postavena na vzájemné důvěře, otevření se, sdílení a sbližování např. modlitbou. Měla by být prostá jakéhokoliv dogmatismu, nejde o přesvědčování, ale o doprovázení, je cestou na hlubinu k samé podstatě smyslu života a smrti.

Duchovní potřeby neuspokojuje jen kněz či pastor, ale duchovní službu může poskytnout i sama sestra, nebo další doprovázející osoba. Duchovní služba by měla vést umírajícího člověka k tomu, aby se smířil se svým životem a svou konečností, aby uměl svůj život zhodnotit a případně by mu měla pomoci v jeho víře (COOB, 2001), (TOPINKOVÁ, 2005).

1.5 Léčebna dlouhodobě nemocných

Česká zdravotnická legislativa zavedla od 1. 1. 1974 označení léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN). Vznikly jako samostatná zdravotnická zařízení začleněná mimo nemocnice do tehdejších okresních či krajských ústavů národního zdraví. Léčebny byly určeny pro pacienty ve stabilizovaném stavu, avšak nesoběstačnost, potřeba ošetrovatelské péče a předpoklad, že nedojde k zlepšení zdravotního stavu v době kratší než 3 měsíce, je indikovalo k hospitalizaci v LDN (KALVACH, 2008). Do zdravotnických zařízení typu LDN jsou přijímáni senioři z různých příčin. Hlavním důvodem je zhoršení jejich zdravotního stavu. Senioři přicházejí do LDN ze standardních lůžek interních, neurologických, chirurgických oddělení. Dále přicházejí ze svého původního domácího prostředí ve chvíli, kdy již senior, nebo jeho rodina nejsou schopni zvládnout péči v domácím prostředí. Důvody, ale nemusí být jen zdravotní. Často bývají senioři v LDN hospitalizováni pro zhoršenou sociální, nebo rodinnou situaci. K hospitalizaci do LDN je klient přijímán na základě podání žádosti o přijetí do LDN. Žádost o přijetí doporučuje zdravotnické zařízení akutní lůžkové péče, praktický, nebo odborný lékař. Nebo lékař sociálního zařízení v případě zhoršení zdravotního stavu klienta v sociálním zařízení. Žádost vyřizuje sociální pracovnice na základě souhlasu primáře v příslušné LDN. Péče v těchto zařízeních je v současné době

hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění s výjimkou regulačních poplatků (MALÍKOVÁ, 2011).

Důvod k hospitalizaci nastává také, jak již bylo zmíněno, jestliže zdravotní stav pacienta je stabilizovaný, ale tento stav mu nedovoluje propuštění do domácího ošetřování. Dlouhodobá péče je charakterizována chronicitou, pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností a závislostí na péči ošetrovatelského personálu. Je také charakterizována multidisciplinárním přístupem, spoluprací se sociálními pracovníky, s laiky jako jsou např. rodiny pacientů, nebo dobrovolníci.

Převážnou část pacientů v LDN tvoří senioři. Základním znakem nemocnosti ve stáří je polymorbidita, která je charakterizována větším výskytem nemocí současně. Sumační efekt se také uplatňuje, kdy jedna choroba má za následek řetězovitý vznik dalších chorob. Nemoci ve stáří mívají sklon k chronicitě a mívají specifický klinický obraz (HAŠKOVCOVÁ, 2002). Nejčastější příčiny hospitalizace jsou kardiovaskulární nemoci, kožní nemoci, respirační a nádorová onemocnění, psychické onemocnění, demence. Většinou jde o osoby s vysokým věkem a osoby nesoběstačné. Kalvach (KALVACH, 2008) uvádí, že pobyty v LDN jsou málo časté, ale zato dlouhodobé. Vykazují také asi třikrát vyšší úmrtnost oproti pobytům nemocničním. To odpovídá hospicové roli LDN, resp. vysokému podílu terminální péče.

Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb nemocných. U nevléčitelně nemocných je prvním úkolem zdravotnického týmu odstranit, nebo aspoň zmírnit obtíže nemocného, pečovat o co nejlepší kvalitu jeho života s vědomím, že doba života často prodloužit nejde. Důraz je kladen na poskytování komplexní, symptomatické a podpůrnou léčbu s ohledem na psychický, sociální, kulturní a duchovní stav nemocného. O vše musí být pečováno současně. Paliativní péče musí mít multidisciplinární, komplexní přístup k nemocnému. Paliativní medicína není často méně drahá než kurativní léčba. Liší se však zásadně od ošetrovatelské péče na ošetrovatelských lůžkách. Převládá nesprávná představa že, paliativní léčba je laciná, méně profesionálně medicínsky i ošetrovatelsky náročná a společensky méně významná (MÁTĽ, 2007), (VORLÍČEK, 1998).

V LDN nastává téměř 10% všech úmrtí v České republice, zvláště pro oblast geriatrické paliativní péče jsou zásadním poskytovatelem. V řadě těchto zařízení je

snaha péči celkově kultivovat. Naráží ovšem na nedostatečné ekonomické podmínky. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a Česká geriatrická a gerontologická společnost vedou společná jednání o postgraduálním vzdělávání a také koncepci tzv. hospicových jednotek v rámci léčení dlouhodobě nemocných. Jednání zatím nedospěla k jednoznačným závěrům a doporučením (MOTEJL, 2006), (KALVACH, 2010).

1.5.1 Složení multidisciplinárního týmu

Každý, kdo se věnuje paliativní péči, potřebuje pracovat v dobrém týmu, který společně soustředí své síly ke stejnému cíli. Ke kvalitnímu životu svých pacientů a jejich rodin, ke zmírňování celkového utrpení nemocného. V paliativní péči je důraz kladen především na multidisciplinární tým, který poskytuje péči umírajícímu a jeho rodině. Kvalitní a koordinovaná paliativní péče je podmíněna spoluprací zmíněného týmu včetně kvalitní týmové či individuální supervize. Za členy multidisciplinárního týmu by měli být cíleně považováni také členové pacientovy rodiny i sám pacient. Ten by měl mít rozhodující slovo při rozhodování o léčbě a dalších intervencích. Jedině v takovém týmu může být skutečně zachována důstojnost pacienta a mohou být individuálně řešeny všechny obtíže nemocného a jeho blízkých (DVOŘÁČKOVÁ).

Složení multidisciplinárního týmu v paliativní péči:

lékaři různých specializací, dle aktuálních zdravotních obtíží nemocného

zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti

sociální pracovník

fyzioterapeut

psycholog, psychiatr

nutriční specialista

pastorační pracovník, duchovní

další pracovníci dle potřeby

nemocný

členové rodiny

dobrovolníci

přátelé

Komunikace mezi všemi členy týmu musí být partnerská. Všichni si musí být vědomi, že důležitou informaci o pacientovi může přinést kdokoliv. Každý je tedy důležitý a musí dostat svůj prostor. Bylo řečeno výše, že sociální pracovník je také rovnoprávným členem multidisciplinárního týmu pečujícího o umírajícího a jeho rodinu. Uplatňuje se v lůžkových hospicích, v mobilních hospicích, v nemocnicích, v LDN, jako koordinátor sociálních služeb, jako koordinátor dobrovolníků a svépomocných skupin pečujících o pozůstalé. Obecným cílem paliativní péče je zlepšení kvality života umírajícího a jeho blízkých. Hlavním zájmem sociálního pracovníka v paliativní péči se tedy stává zlepšení kvality života umírajícího a jeho rodiny v kontextu psychosociálním, a to v období před smrtí umírajícího a také po jeho smrti v rámci pomoci pozůstalým (MARKOVÁ, 2010), (SLÁMA, 2007).

Aby byla práce multidisciplinárního týmu kvalitní, je nutné, aby byli jednotliví pracovníci v paliativní péči dostatečně vzděláni. Zákon č.95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta uznává specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Studium paliativní péče jako takové je však stále ve stádiu vývoje (O'CONNOR, 2005).

1.6 Péče o pečující

1.6.1 Požadavky na pečující

Práce s těžce nemocnými a umírajícími je fyzicky, ale i psychicky náročná. Značnou pozornost je tedy potřeba věnovat péči o pečující. Pro kvalitní výkon v pomáhajících profesích se nejlépe hodí lidé, kteří mají značnou dávku altruismu tj. nesobecké lásky k bližnímu, která se projevuje účinným, vstřícným a pomáhajícím chováním. Takový člověk rád pomáhá druhým a občas se stane, že nemyslí na sebe. Každý zdravotník by si měl být vědom nejen ušlechtilé a ceněné stránky altruismu, ale i rizik, která se k němu vážou. Vstřícnost, účast a obětavost jsou vlastnosti, které ocení člověk v nouzi. Sebeobětování a spásitelský komplex ke skutečnému altruismu již nepatří. Je nutno nezapomínat, že je důležité také pečovat sám o sebe. Každá pomoc má své meze a sebeobět' není žádoucí. Paradoxně velmi často nakonec zatěžuje pečujícího i

nemocného. Kdo to neví, nebo nepraktikuje, je u něj později velmi velké riziko rozvoje syndromu vyhoření (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

1.6.2 Syndrom vyhoření

Poměrně náročné požadavky na pomáhající profese mohou představovat, pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž, jež může vést až k naprostému vyčerpání tzv. syndromu vyhoření (burn-out syndrom). Tento syndrom se projevuje ztrátou elánu, radosti ze života a energie a nadšení, které jsou potřebné při výkonu profese. Dochází postupně k celkové rezignaci. Člověk je frustrován, reaguje podrážděností, nedůvěřivostí, depresivitou, cynismem a celkovým vyčerpáním. Vše je důsledkem chronické zátěže spojené dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. Spoluprožívání nemoci, bolesti a útrap nejrůznějšího druhu vede nakonec k citové imunitě, k lhostejnosti a k odmítání nejen příjemných, ale nakonec i radostných pocitů. Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou zájmů i citů, a to nejen vůči rodině, přátelům i kolegům. Nezřídka dochází k úvahám o správnosti volby povolání a o tom, zda vůbec lze druhému pomoci. Velmi častá je i zvýšená míra kritičnosti a podrážděné postoje vůči oprávněné kritice. Syndrom vyhoření je nutno odlišit od syndromu profesní otrlosti.

Syndrom vyhoření je tedy problém téměř všech zdravotníků a dalších pomáhajících profesí, kde se předpokládá empatie. Empatie je u pomáhajících profesí žádoucí, ale obtíže nastávají, když je nezvládnuta, nebo přehlížena schopnost vymanit se z identifikace s druhým, v daném případě se strádajícím člověkem. Empatický proces je dvoufázový. Zdravotník by se měl umět vcítit do pocitů nemocného, o kterého se stará, ale ve druhé fázi by se měl umět těchto problémů zbavit a odložit je (JANKOVSKÝ, 2003), (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

1.6.3 Pravidla duševní hygieny

Aby mohl pracovník v pomáhající profesi dobře pečovat a být přínosem a oporou nejen nemocnému, ale také jeho rodině, měl by umět především pečovat sám o sebe. Pracovníci vystavení nebezpečí vyhoření proto musí dbát na svou psychohygienu. Důležité je pozitivní přeladění, jež jim umožní načerpat novou sílu. Obecné zásady duševní hygieny jsou dostatečně známy. Patří mezi ně dostatečný a pravidelný spánek. Dovolena se doporučuje v délce alespoň 14 dní celistvě v kalendářním roce. I při

vysokém pracovním zatížení je třeba udržovat kontakty s lidmi mimo obor. Je potřebné pravidelně chodit do přírody, nezříkat se návštěv divadel, výstav a koncertů. Pokud má zdravotník koníčky, měl by je rozvíjet. Vhodnou relaxací je také studium cizích jazyků, práce na zahrádce, sport, nebo ruční práce. Každý sám nejlépe pozná, co mu přináší úlevu a naplňuje jej uspokojením ze smysluplné práce. Zcela mimořádný význam má, aby altruisticky orientovaný člověk neměl problém říkat NE a ovládl principy asertivních strategií (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Mezi další účinné způsoby jak eliminovat nebezpečí vyhoření, může být pozitivní očekávání spočívající v přesvědčení, že naše práce má smysl a problémy jsou zde proto, abychom je řešili, neboť napomáhají našemu osobnímu růstu. Lze také konstatovat, že zátěž snášejí mnohem lépe lidé mající smysluplně uspořádaný život. Fungující manželství patří mezi velmi účinné strategie prevence vyhoření. Člověk hůře zvládá problematické situace sám, je totiž sociální bytostí. Zakotvení v rodině, vědomí, že nás někdo čeká a sdílí naše radosti i starosti, napomáhá k nabrání sil a energie do nového pracovního dne. Velký význam má dále osobní disciplinovanost a pokora. Je potřeba si uvědomit své reálné možnosti i své vlastní hodnoty. Víra též člověku umožňuje pevné zakotvení ve smyslu života (JANKOVSKÝ, 2003), (KŘIVOHLAVÝ, 1995).

2. Cíl práce

2.1 Cíl práce

Zjistit jestli jsou zásadní rozdíly v pohledu na komplexní paliativní péči v bio-psycho-sociálně-spirituálním rámci mezi profesionálními poskytovateli a rodinou.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké je nejslabší místo dle profesionálních poskytovatelů v komplexní paliativní péči?
2. Jaké je nejslabší místo dle rodiny v komplexní paliativní péči?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Provedený výzkum je výzkumem kvalitativním. Zhotoven metodikou dotazování. Před realizací výzkumu jsem se ujistila, zda jsou všichni rodinní příslušníci řádně informováni o zdravotním stavu a prognóze svých blízkých. V rámci výzkumu jsem užila metodiku standardizovaného rozhovoru, s profesionálními poskytovateli, kteří se podílí na péči o pacienty pre finem v MEDI HELP, spol. s r.o. Stejný rozhovor byl veden s rodinnými příslušníky a přáteli pacientů hospitalizovaných ve stejném zařízení ve stadiu pre finem (Příloha č. 1). Kritériem pro výběr dotazovaných byla ochota odpovídat na položené otázky. Pro zdravotnické pracovníky bylo další podmínkou být zaměstnancem ve zmíněném zdravotnickém zařízení. Pro rodinné příslušníky a přátele byla kritériem hospitalizace jejich blízké osoby v MEDI HELP, spol. s r.o. ve stadiu pre finem (PLEVOVÁ, 2011).

Zúčastněné pozorování bylo zaměřeno na uspokojování potřeb jednotlivých pacientů a vycházeno ze standardu paliativní péče (Příloha č. 2, Příloha č. 4).

Kazuistiky byly použity u vybraných pacientů a bylo jimi sledováno uspokojování potřeb v komplexní paliativní péči v bio-psycho-sociálním-spirituálním rámci.

Výzkum byl proveden v MEDI HELP, spol. s r.o. ve středních Čechách v okrese Příbram (Příloha č. 5). V rámci provedení výzkumu v souvislosti s bakalářskou prací jsem oslovila vedoucí pracovníky pěti léčeben dlouhodobě nemocných. Bohužel pouze vedení MEDI HELP, spol. s r.o. mi umožnilo provést výzkum. Ostatní zařízení s provedením výzkumu nesouhlasila ani za podmínky zachování anonymity zařízení.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumným souborem byli zdravotničtí pracovníci ve složení ošetřující lékař, psycholog, vrchní sestra, všeobecná sestra, sociální pracovníce, fyzioterapeut, ošetřovatelka. Dále byli výzkumným souborem rodinní příslušníci a přátelé pacientů hospitalizovaných v MEDI HELP, spol. s r.o. ve stadiu pre finem. Kritériem pro rozhovor byla ochota a čas vést rozhovor. Všichni, kdo byli ochotni vést rozhovor, byli

předem seznámení s tím, že jejich názory a udané skutečnosti budou využity pouze k této práci a nebudou nijak zneužity. Dále si všichni zúčastnění přáli, aby byla zachována jejich anonymita.

Pozorování bylo zúčastněné a bylo zaměřené na uspokojování bio-psycho-sociálních-spirituálních potřeb.

Kazuistiky byly použity u předem doporučených pacientů ošetřujícím personálem. Kritériem pro výběr byli pacienti ve stavu pre finem onemocnění, jejich informovaný souhlas a ochota rodinných příslušníků vést rozhovor. Vše bylo podmíněno zachováním anonymity. Uvedeno je pět kazuistik.

Jednotlivými výzkumnými soubory bylo zjišťováno, zda jsou zásadní rozdíly v pohledu na komplexní paliativní péči mezi profesionálními poskytovateli a rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných ve stádiu pre finem.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky

Kazuistika 1

Paní Ilona přeložena do MEDI HELP spol. s r.o. z neurochirurgického oddělení 4/2011 s diagnózou gigantický chondrosarkom (obrovský chrupavčitý nádor). Jedná se o 39-letou pacientku.

RA: matka zemřela ve 42 letech na tumor (nádor) mozku, otec v 52 letech na oboustrannou pneumonii (zápal plic).

NO: 11/2010 odstranění porce nádoru ze zadní jámy lební, tracheostomie (vyústění dýchací trubice na krku), perkutánní endoskopická gastrostomie (hadička zajišťující výživu do trávicího traktu), dále jen PEG, spastická paréza akra PHK (ochrnutí koncové části pravé horní končetiny).

SA: nepracuje, rozvedená, z prvního manželství 2 děti- postižený syn ve věku 17 let o kterého se starala, dcera- dospělá, má vlastní rodinu. Než onemocněla, žila s přítelem, s kterým má syna ve věku 8 let.

Paní Ilona je kachetická (podvyživená), orientovaná, spolupracuje. Je převážně ležící, sama se posadí, stoj zvládne s dopomocí, chůze je schopna pouze pár kroků s pomocí druhé osoby. Potřebuje komplexní ošetrovatelskou péči. Dýchá spontánně přes tracheostomickou kanylu (vyústění dýchací trubice na krku), potravu přijímá přes PEG, nyní zlepšena porucha polykání proto lze částečně přijímat tekutiny a kašovitou stravu ústy. Na bolesti si nestěžuje.

Výsledky zúčastněného pozorování

Biologické potřeby:

- osobní hygiena: je prováděna dvakrát denně, ráno a večer je pacientka dovezena k umyvadlu, které je součástí sprchového koutu a WC. Toto hygienické zařízení má pacientka pouze pro sebe, protože je součástí jednolůžkového pokoje, který užívá. Jedenkrát týdně je pacientce poskytnuta pomoc při celkové hygieně a je osprchována. Ošetřující personál, na žádost pacientky provádí depilaci nohou, kterou si pacientka

přeje. Vzhledem k věku pacientky personál ochotně vyhoví a nemá s tímto požadavkem žádný problém. Pedikúru, manikúru a holiče může pacientka využívat v rámci zařízení jako placenou službu jedenkrát týdně. Zde však nastává problém, protože klientka nemá k dispozici žádnou hotovost. Tyto služby ochotně zajišťuje ošetřující personál ve volném čase, pochopitelně zdarma. O pokožku je pravidelně pečováno, po koupeli je ošetřena tělovým mlékem, obličej je ošetřen plet'ovým krémem, na který je pacientka zvyklá.

- pomůcky doplňující lůžko: pacientka má k dispozici pomůcky, které jí umožňují samostatný sed na lůžku, servírovací stůl a elektrické polohovací lůžko. Od pondělí do pátku probíhá u pacientky rehabilitační léčba, která je zaměřena na nácvik mobility a samostatnosti. Přes nepříznivou prognózu se fyzický i psychický stav pacientky během pobytu v zařízení zlepšil.

- respektování studu a soukromí klienta je zcela a plně respektováno

- stravování: pacientka má naordinovanou kašovitou stravu a přídavky ve formě nutridrinků. Nejraději má jogurty, pudink a různé druhy kaší. Chuť k jídlu má dobrou, ošetřující personál se snaží vždy vyhovět a nechá v kuchyni připravit stravu dle přání pacientky. Pacientka přibírá na váze.

- tekutiny jsou nemocné pravidelně nabízeny, jsou respektována její chuťová specifika a jsou jí podávány ovocné džusy naředěné vodou, protože nemá ráda čaj, který je k dispozici v rámci zařízení

- bolest a jiné nepříjemné symptomy: na bolest a si nestěžuje

Psychické potřeby

- přítomnost psychologa: přítomnost psychologa odmítá

- kontakt mezi klientem a ošetrovatelským personálem: kontakt považují za velmi dobrý, dalo by se říci nadstandartní

- přítomnost blízkých osob: přítomnost blízkých osob považují za nedostačující. Dospělá dcera a přítel navštěvují pacientku pouze jedenkrát za měsíc. Pacientka by uvítala častější kontakt, dělá si starosti o nezletilého syna a o syna s postižením, které má v péči přítel. Ten však na toto její přání nereaguje s odůvodněním, že nemá čas.

Sociální potřeby

- umístění v aglomeraci je velmi dobré, budova sanatoria se nachází na okraji města Dobříše v klidném a tichém prostředí. Je obklopena parkem, který lze využít k procházkám, nebo vyjížděním na vozíku. Ošetřující personál vyváží pacientku v případě příznivého počasí před budovu, aby si mohla popovídat s ostatními pacienty. Tato možnost být venku a v kontaktu s ostatními pacienty má velmi kladný vliv na psychiku paní Ilony.

- kontakt klienta s rodinou: možnost návštěvy rodiny je každodenní, na jak dlouhou dobu si pacient přeje, kromě nočních hodin. Možnost přespání pro rodinné příslušníky na oddělení není. Pokoj paní Ilony považuji za nadstandardní, i když v zařízení tak veden není. Jedná se o jednolůžkový pokoj, jehož součástí je samostatný sprchový kout a WC. Pokoj je vybaven novým nábytkem, televizí a je velmi útulný.

Duchovní potřeby

- přítomnost duchovního: pacientka má možnost jedenkrát týdně se zúčastnit bohoslužby v rámci zařízení. Je však bez vyznání a tuto možnost odmítá.

- umístění kaple: není součástí zařízení

- účast na bohoslužbě: je umožněna, klientka je o této možnosti informována, kdyby projevila sama o tuto službu zájem

- smuteční místnost: není umístěna v rámci zařízení

Shrnutí kazuistiky č. 1, uspokojování potřeb paní Ilony

- Biologické potřeby:
 - osobní hygiena - uspokojováno
 - péče o pokožku - uspokojováno
 - kontinence - uspokojováno
 - respektování studu a soukromí klienta - respektováno
 - stravování - uspokojováno
 - tekutiny - uspokojováno
 - bolest a jiné nepříjemné symptomy - uspokojováno
- Psychické potřeby
 - přítomnost psychologa- nevyužita

- kontakt mezi klientem a ošetrovatelským personálem - uspokojivý
- přítomnost blízkých osob - neuspokojivá
- Sociální potřeby
 - umístění v aglomeraci - uspokojivé
 - vybavení pokoje - uspokojivé
 - kontakt klienta s rodinou: možnost návštěvy - neuspokojivý
- Duchovní potřeby
 - přítomnost duchovního – nevyužita
 - účast na bohoslužbě - nevyužita

Kazuistika 2

Pan Dominik přeložen do MEDI HELP, spol. s r.o. z interního oddělení 8/2011 s diagnózou totální gastrektomie (odstranění žaludku) pro karcinom (nádor) žaludku, adenom (nádor) nadledviny, malnutricie (podvýživa) při malabsorpčním syndromu (poruše vstřebávání živin), jejunostomie (vyústění střeva na povrch stěny břišní). Jedná se o 67- letého pacienta.

NO: gastrektomie (odstranění žaludku) pro karcinom (nádor) žaludku v r. 2008, anorexie (porucha příjmu potravy), renální insuficience (ledvinná nedostatečnost), provedena jejunostomie (vyústění střeva na povrch stěny břišní) na metabolické jednotce, zavedena aplikace enterální (do střeva) výživy

SA: důchodce, dříve pracoval jako lesník, žije s manželkou, děti nemá

Pan Dominik je astenický (hubený), orientovaný, nyní hydratovaný (zavodněný). Je imobilní (nepohyblivý), otočí se na lůžku, do sedu se přitáhne pomocí druhé osoby, stoj a chůze lze s pomocí druhé osoby, je inkontinentní (nezvládá samostatně výkon fyziologické potřeby), má zaveden permanentní močový katétr (hadička odvádějící moč z močového měchýře) a používá plenkové kalhotky. Cítí se slabý. Stěžuje si na bolesti v oblasti jejunostomie. Potřebuje plnou ošetrovatelskou péči.

Výsledky zúčastněného pozorování

Biologické potřeby:

- osobní hygiena: je prováděna ráno a večer na lůžku v rámci ošetrovatelské péče. Jednou týdně je provedena celková koupel v centrální společné sprše, kam je možno zajet s pacientem na koupacím vozíku. Dále je celková hygiena prováděna vzhledem k inkontinenci pacienta individuálně, dle potřeby. Pedikúru, manikúru a holičské služby v rámci zařízení pacient nevyužívá. Tyto služby mu poskytuje manželka.

- péče o pokožku je prováděna pravidelně v rámci ošetrovatelské péče. Pacient je pravidelně polohován. Pětkrát týdně probíhá rehabilitační léčba, která je zaměřena na nácvik mobility. Vždy se vychází z momentálního stavu pacienta. Jsou používány pomůcky doplňující lůžko, jako je servírovací stolek, hrazdička a pomůcky k polohování pacienta.

- kontinence pacient má u lůžka pojízdné WC, kde probíhá nácvik vyprazdňování, vzhledem k celkovému stavu pacienta jsou používány pomůcky na inkontinenci plenkové kalhotky, sběrné sáčky na moč

- respektování studu a soukromí pacienta: je respektováno, pacient si při celkové hygieně odkládá až v koupelně, při nácviku fyziologické potřeby, nebo výměně plenkových kalhotek je požádáno, aby ostatní na chvíli opustili pokoj. Ti vždy ochotně vyhoví, nečiní jim to žádné potíže, jedná se mobilní pacienty.

- stravování: sní pouze polévku asi polovinu porce, pacient má speciální výživu, která je zaváděna přímo do střeva. Složení výživy je konzultováno s metabolickou jednotkou. Vzhledem k tomu, že trpí nechutenstvím, není do jídla nucen a jsou mu předkládány malé porce.

- tekutiny jsou pravidelně nabízeny, na pitný režim sestry pravidelně dohlížejí, pacient pije

- bolest a jiné nepříjemné symptomy jsou řešeny vzhledem k základní diagnóze pravidelným podáváním léků tlumících bolest. Bolest je pravidelně monitorována, pacient si na bolest nestěžuje

Psychické potřeby

- přítomnost psychologa využita

- kontakt mezi klientem a ošetrovatelským personálem dobrý

- přítomnost blízkých osob: manželka navštěvuje pacienta jedenkrát týdně, pan Dominik je s touto frekvencí návštěv spokojený a na manželku se vždy velmi těší

Sociální potřeby

- umístění v aglomeraci: pacientovi byla nabídnuta možnost pobýt venku na mechanickém vozíku, kde by ho doprovodila manželka. Pacient však tuto možnost odmítl s odůvodněním, že se na to necítí. Uvítal však posazení do křesla na pokoji, kde mu byl umožněn výhled s otevřeného okna do zeleně.

- vybavení pokoje: pokoj je třílůžkový, je vybaven sprchovým koutem a sociálním zařízením, které je společné pro dva pokoje tj. pro šest lidí. Pokoj je dále vybaven novým nábytkem – skříň, stůl, židle. Součástí pokoje je také televize.

- kontakt klienta s rodinou: návštěvy jsou umožněny denně, kromě nočních hodin, možnost přespání pro rodinu není. Manželka navštěvuje pacienta pravidelně jedenkrát týdně na dobu asi tří hodin. Oběma tato doba i frekvence vyhovuje, na delší a častější návštěvy se cítí unaveni.

Duchovní potřeby

- přítomnost duchovního pacient uvítal, protože je věřící. Účast na bohoslužbě však odmítl s odůvodněním, že nemá dostatek sil. Požádal o návštěvu duchovního na pokoji a bylo mu vyhověno.

Shrnutí kazuistiky č. 2, uspokojování potřeb pana Dominika

- Biologické potřeby:
 - osobní hygiena - uspokojováno
 - péče o pokožku - uspokojováno
 - kontinence - uspokojováno
 - respektování studu a soukromí klienta - respektováno
 - stravování - uspokojováno
 - tekutiny - uspokojováno
 - bolest a jiné nepříjemné symptomy - uspokojováno
- Psychické potřeby
 - přítomnost psychologa - využita
 - kontakt mezi klientem a ošetrovatelským personálem - uspokojivý

- přítomnost blízkých osob - uspokojivá
- Sociální potřeby
 - umístění v aglomeraci - uspokojivé
 - vybavení pokoje - uspokojivé
 - kontakt klienta s rodinou: možnost návštěvy - uspokojivý
- Duchovní potřeby
 - přítomnost duchovního – využita

Kazuistika 3

Paní Jarmila hospitalizována v MEDI HELP, spol. s r.o. od 10/2011 s diagnózou nádorová duplicita (více nádorů) - tumor pankreatu (nádor slinivky) a tumor děložního hrdla. Obstrukční ikterus (neprůchodnost žlučových cest), stav po zavedení drenáže žlučových cest. Byla propuštěna z interního oddělení 8/2011 a byla domluvena ambulantní kontrola na onkologii. Jedná se o 78- letou pacientku.

RA: otec zemřel v 51- letech na CMP (cévní mozková příhoda), matka v 78- letech na kardiální (srdeční) příčinu

NO: nádorová duplicita (více nádorů), obstrukční ileus (neprůchodnost) - obstrukce způsobena tumorem hlavy pankreatu (nádozem slinivky), stěžuje si na výrazné hubnutí- za 3 týdny 4 kg a nechut' k jídlu. Dále si stěžuje na bolest.

SA: bydlí sama v rodinném domku na vesnici, je vdova, dcera žije dlouhodobě v zahraničí, přislíbila, že matku přijede navštívit

Paní Jarmila hospitalizována v MEDI HELP, spol. s r.o. na doporučení onkoložky vzhledem k závažnému stavu, který je inoperabilní (neoperovatelný). Stěžuje si nesnesitelné bolesti, které musí být řešeny léčbou opiáty. Potřebuje komplexní (celkovou) ošetrovatelskou péči při progredující (zhoršující se) základní diagnóze.

Biologické potřeby:

- osobní hygiena je prováděna denně, pouze na lůžku, vzhledem k stavu pacientky. Pedikúru, manikúra, úpravu a mytí vlasů provádí ošetřující personál.

- péče o pokožku je prováděna denně, pravidelné polohování probíhá po dvou hodinách, lůžko doplňují polohovací pomůcky
- kontinence: pacientka samostatně nezvládá výkon fyziologické potřeby, jsou proto používány pomůcky na inkontinenci
- respektování studu a soukromí klienta: je respektováno, při provádění hygieny na lůžku je znemožněno sledování pacientky ostatními pacienty tím, že je před lůžkem postavena zástěna. Tato zástěna je po skončení ošetrovatelského úkonu odstraněna.
- stravování je pravidelné, 5 krát denně, možnosti výběru ze dvou jídel. Pacientka však trpí nechutenstvím. Není proto do jídla nucena, jako doplňky stravy jsou podávány nutridrinky.
- tekutiny jsou podávány pravidelně, u pacientky je třeba zvýšený dohled vzhledem k její nesoběstačnosti
- bolest je tlumena opiáty v pravidelných intervalech, je pravidelně monitorována a zaznamenávána do dokumentace

Psychické potřeby

- přítomnost psychologa v zařízení využita
- kontakt mezi klientem a ošetrovatelským personálem je dobrý
- přítomnost blízkých osob je neuspokojivá. Dcera matku navštívila pouze dvakrát během svého pobytu v České republice. Byla informována o vážném stavu své matky, ale odcestovala zpět do zahraničí a nechala kontakt, na kterém si přeje být informována v případě úmrtí.

Sociální potřeby

- umístění v aglomeraci: pacientka nemůže využít možnost procházek ani možnost pobýt venku, protože to její zdravotní stav neumožňuje
- vybavení pokoje, WC ani sprchu pacientka vzhledem ke svému stavu nemůže využívat
- kontakt klienta s rodinou je nedostatečný, klientka projevila přání strávit s dcerou co nejvíce svého času, který jí zbývá do konce života

Duchovní potřeby

- přítomnost duchovního byla plně využita, navštěvuje pacientku pravidelně jedenkrát týdně, vždy po skončení bohoslužby

- účast na bohoslužbě není vzhledem ke stavu pacientky možná

Shrnutí kazuistiky č. 3, uspokojování potřeb paní Jarmily

- Biologické potřeby:
 - osobní hygiena - uspokojováno
 - péče o pokožku - uspokojováno
 - kontinence - uspokojováno
 - respektování studu a soukromí klienta - respektováno
 - stravování - uspokojováno
 - tekutiny - uspokojováno
 - bolest a jiné nepříjemné symptomy - uspokojováno
- Psychické potřeby
 - přítomnost psychologa- využita
 - kontakt mezi klientem a ošetrovatelským personálem - uspokojivý
 - přítomnost blízkých osob - neuspokojivá
- Sociální potřeby
 - umístění v aglomeraci - uspokojivé
 - vybavení pokoje - uspokojivé
 - kontakt klienta s rodinou - neuspokojivý
- Duchovní potřeby
 - přítomnost duchovního – využita

Kazuistika 4

Pan Jaroslav byl přeložen do MEDI HELP, spol. s r.o. z interního oddělení 11/2011 s diagnózou tumor vaterské papily (nádor vyústění žlučovodu) s obstrukčním ikterem (žloutenka na podkladě ucpání žlučových cest), kachexie (podvýživa a sešlost) při chronickém abusu ethylalkoholu (dlouhodobém požívání alkoholu), diabetes mellitus (cukrovka), steatosa jater (zúžení), halucinatorní syndrom (vidiny), alkoholová

epilepsie, rozsáhlý defekt na spodní straně penisu s chybějící uretrou (močová trubice). Pacient je 53- letý polymorbidní (více chorob) chronický ethylik (pijan) s těžkou hepatopatií (nedostatečnost jaterní).

NO: gangréna (odúmrť tkáně) penisu, průjem- stolice s nestrávenými zbytky potravy, pacient se bojí jíst, diabetes mellitus (cukrovka) - inzulínoterapie

SA: invalidní důchodce, žije s manželkou- ta již péči nezvládá

Pan Jaroslav je kachektický (podvyživený), cítí se slabý, má vertigo (závratě). Chůze a stoj lze pouze s dopomocí druhé osoby v rozsahu několika kroků. Je inkontinentní, má zaveden permanentní močový katétr a plenkové kalhotky. Základní hygienu nezvládá. Je dezorientován. Potřebuje plnou ošetrovatelskou péči.

Biologické potřeby:

- osobní hygiena: je prováděna denně, ráno a večer v rámci ošetrovatelské péče. Pacient je vzhledem k inkontinenci dle potřeby osprchován ošetrujícím personálem ve sprchovém koutě, který je součástí pokoje. Vzhledem k přetrvávajícím průjmům je pokožka ošetrována speciálními přípravky, které chrání kůži. Pedikúru a pravidelné holení zajišťuje manželka.

- pravidelné polohování je zajištěno pomocí polohovatelného lůžka s elektrickým ovládním, pacient je několikrát denně posazován, aby se zabránilo rozvoji proleženin. Součástí lůžka je jídelní stůl a signalizační zařízení.

- kontinence: WC a sprchový kout je společný pro dva pokoje, které propojuje. Pro potřeby celkem šesti pacientů lze toto považovat za dostačující, protože součástí každého pokoje jsou pojízdná WC, která má každý imobilní pacient k dispozici u lůžka. Dále je k dispozici centrální sprcha v rámci oddělení. Pomůcky na inkontinenci jsou používány.

- respektování studu a soukromí klienta je plně respektováno. Při ošetření defektu penisu byli ostatní pacienti požádáni, zda by mohli na okamžik odvrátit pohled. Nebylo totiž možné, aby opustili pokoj, vzhledem k jejich imobilitě. Ochotně vyhověli. Sestra ošetrující pacienta dbala na intimitu pacienta tím, že převaz prováděla způsobem, který znemožňoval případné pohledy.

- stravování je pravidelné 5 krát denně, pacient nemá možnosti výběru z několika jídel, složení stravy je nutno individuálně upravit dle ordinace lékaře. Pacientovi bylo řádně vysvětleno, že jeho strava je speciální vzhledem k průjmovému onemocnění a léčbě inzulínem.

- pravidelné nabízení tekutin je dodržováno a je řádně kontrolováno, zda je pacient zavodněn

- před každým převazem je pacient dotazován na bolest a ta je řádně tlumena dle individuálního stavu a přání pacienta podáním léků dle ordinace lékaře

Psychické potřeby

- pacient je v péči psychiatra

- kontakt mezi klientem a ošetrovatelským personálem je dobrý, personál respektuje individuální potřebu pacienta, kterou je kouření a vozí pacienta ven, aby si mohl vykouřit jednu cigaretu denně

- přítomnost blízkých osob je dobrá, manželka pacienta navštěvuje pravidelně dvakrát týdně, vždy ve středu a v neděli. Oběma tato frekvence vyhovuje.

Sociální potřeby

- pacient využívá možnosti nechat se vyvézt ven na kouření, jinak možnost pobýt venku nevyhledává

- pacient obývá třílůžkový pokoj, který je vybaven televizí, WC, sprchou, servírovacím stolem, jídelním stolem, židlemi a skříněmi na uložení osobních věcí

- kontakt klienta s rodinou je dobrý

Duchovní potřeby

- přítomnost duchovního pacient nevyžaduje, ale o této možnosti byl informován

Shrnutí kazuistiky č. 4, shrnutí potřeb pana Jaroslava

- Biologické potřeby:
 - osobní hygiena - uspokojováno
 - péče o pokožku - uspokojováno
 - kontinence - uspokojováno

- respektování studu a soukromí klienta - respektováno
- stravování - uspokojováno
- tekutiny - uspokojováno
- bolest a jiné nepříjemné symptomy - uspokojováno
- Psychické potřeby
 - přítomnost psychologa- využita
 - kontakt mezi klientem a ošetrovatelským personálem - uspokojivý
 - přítomnost blízkých osob - uspokojivá
- Sociální potřeby
 - umístění v aglomeraci - uspokojivé
 - vybavení pokoje - uspokojivé
 - kontakt klienta s rodinou - uspokojivý
- Duchovní potřeby
 - přítomnost duchovního – nevyužita
 - účast na bohoslužbě – nevyužita

Kazuistika 5

Paní Miloslava

Paní Miloslava byla přeložena do MEDI HELP, spol. s r.o. z chirurgického oddělení 11/2011 s diagnózou tumor sigmoidei ad intestinam tenuam et pelvim crescens inoperabile (nádor esovité kličky tenkého střeva s šířením do pánve, který je neoperovatelný). Na chirurgickém oddělení byla operována pro ileus obstruktivus intestini tenuis (zástavu pohybu střeva pro neprůchodnost) a byla jí provedena kolonostomie (výústění tlustého střeva na stěnu břišní). Jedná se o 82- letou pacientku.

NO: tumor sigmoidei ad intestinam tenuam et pelvim crescens inoperabile (nádor esovité kličky tenkého střeva s šířením do pánve, který je neoperovatelný), stav po ileus obstruktivus intestini tenuis (zástava pohybu střeva pro střevní neprůchodnost), stav po provedení paliativního (zkvalitňující život) operačního výkonu.

Pacientka je orientovaná, plačtivá, ležící, zvládá pouze sed na lůžku s pomocí druhé osoby. Stěžuje si na nechutenství a bolesti dolní části zad. Má zaveden permanentní močový katétr (hadička odvádějící moč z močového měchýře).

SA: vdova, žije v domově pro seniory, má dceru a syna, kteří ji nepravidelně navštěvují.

Pani Miloslava je přiměřené výživy, hydratovaná a orientovaná. Je zcela nepohyblivá a nesoběstačná, potřebuje proto komplexní ošetrovatelskou péči. Vzhledem k závažnosti diagnózy je dle ošetřujícího lékaře nutná kontrola celkového stavu a léčba bolesti, kterou lze řešit opiáty.

Biologické potřeby:

- osobní hygiena je prováděna 2 krát denně v rámci ošetrovatelské péče na lůžku
- péče o pokožku prováděna denně, pacientka je pravidelně polohována, lůžko je doplněno elektrickou, nafukovací, antidekubitní matrací (proti proleženinám)
- kontinence: vzhledem k provedené kolostomii, jsou používány sběrné sáčky speciálně vyrobené pro tyto účely
- respektování studu a soukromí klienta není zcela respektováno, při péči o kolostomii mají ostatní pacienti na pokoji možnost sledovat práci sestry. Pacientka se za kolostomii stydí a tato situace je jí nepříjemná.
- stravování je pravidelné (5 krát denně), pacientka má speciálně upravenou dietu, tak aby pro ni byl samovolný odchod stolice co nejméně obtěžující
- tekutiny: jsou pravidelně nabízeny a u pitného režimu je sledováno jeho dodržování
- pacientka je pravidelně dotazována na intenzitu bolesti, aby udala velikost bolesti na škále bolesti. Přestože je bolest léčena opiáty, klientka stále bolest uvádí jako závažnou. Bolest je pravidelně monitorována a zaznamenávána do dokumentace.

Psychické potřeby

- přítomnost psychologa nebyla využita
- pacientka nebyla na přání rodiny zcela informována o svém zdravotním stavu
- přítomnost blízkých osob je nedostatečná, komunikace s rodinnými příslušníky je také nevyhovující. Pacientka projevila obavy z budoucnosti, rodina tyto obavy při hovoru bagatelizuje.

Sociální potřeby

Klientka možnost pobýt venku nemůže využít vzhledem k vytíženosti personálu a neochotě rodiny. Rodině byla nabídnuta možnost, zda nechce s pacientkou pobýt na čerstvém vzduchu. Personál byl ochoten dopravit pacientku ven na lůžku. Rodina tuto možnost odmítla, i když pacientka projevila o tuto možnost zájem.

- vybavení pokoje: WC, sprcha, stůl, židle, jídelní stolek, jedná se třílůžkový pokoj.

- rodina má možnost každodenních návštěv

Duchovní potřeby

- přítomnost duchovního nevyužita, pacientka byla o této možnosti informována

- umístění kaple - není součástí zařízení

- účast na bohoslužbě není možná vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu pacientky

Shrnutí kazuistiky č. 5, shrnutí potřeb paní Miloslavy

- Biologické potřeby:
 - osobní hygiena - uspokojováno
 - péče o pokožku - uspokojováno
 - kontinence - uspokojováno
 - respektování studu a soukromí klienta - nerespektováno
 - stravování - uspokojováno
 - tekutiny - uspokojováno
 - bolest a jiné nepříjemné symptomy - neuspokojováno
- Psychické potřeby
 - přítomnost psychologa- nevyužita
 - kontakt a komunikace mezi klientem a ošetrovatelským personálem – neuspokojivá vzhledem k neinformovanosti pacientky o jejím zdravotním stavu
 - přítomnost blízkých osob - neuspokojivá
- Sociální potřeby
 - umístění v aglomeraci - uspokojivé
 - vybavení pokoje - uspokojivé
 - kontakt klienta s rodinou, možnost návštěvy - neuspokojivý

- Duchovní potřeby
 - přítomnost duchovního – nevyužita
 - účast na bohoslužbě - nevyužita

4.2 Rozhovory se zdravotnickými pracovníky

Rozhovor č. 1: muž, věk 36let, vzdělání vysokoškolské, profese psycholog

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Péči hodnotím jako dobrou a kvalitní, ale našlo by se hodně věcí, které by šly zlepšit.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Nejvíce mi vadí komunikace s rodinou, jejich nereálné požadavky a popírání smrti.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Hlavní překážkou je syndrom vyhoření některých zdravotníků, myslím, že k tomu přispívá i absence supervize.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Ano je, je přiměřená dle stavu pacienta.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Ano, jsou pro ně důležitější než cizí lidé.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Středně, je to těžké téma i pro mne jako pro profesionála.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Jsou zabezpečeny všechny základní potřeby umírajícího, myslím tím biologické, psychické, sociální a spirituální.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Absence supervize v zařízení.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Ano, ale často chybí dobrá vůle ze strany rodiny alespoň to zkusit.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Osobnost některých zdravotníků a někdy velmi špatná spolupráce rodiny.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Šlo by pracovat více na spolupráci rodiny, tak aby došlo ke smíření v rámci rodiny, to by mělo pozitivní vliv na umírajícího.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Asi 150 pacientů.

Rozhovor č. 2: žena, věk 45 let, vzdělání vysokoškolské, profese registrovaná všeobecná sestra

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Hodnotím ji jako nedostatečnou, není možnost hospicových pokojů, a když někdo umírá na vícelůžkovém pokoji, jsou stresováni ostatní.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Vadí mi, že tu nejsou specialisté na paliativní péči.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Hlavní překážka jsou finance, prostor a nedostatečné vzdělání zdravotníků.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Ano, lékař se jim věnuje, pravdu jim sděluje, ale rodina často popírá skutečný stav.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Ano mají, ale musí se to nechat na jejich uvážení. Nesmí se nutit, nejsou na to někdy dost sociálně zralí.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Ne není, mám racionální myšlení.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Důstojné umírání lze uskutečnit pouze v hospici, tam jsou na to lépe vybavení.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Hlavní překážka jsou finance a někdy dobrá vůle.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Ano šlo, ale laik si neumí poradit, chybí mu informovanost.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Nejslabší místo jsou finance a dobrá vůle rodiny i zdravotníků.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Myslím, že by šlo zlepšit prostředí, jednolůžkové pokoje by byly vhodnější.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

100 lidí.

Rozhovor č. 3: žena, věk 42 let, vzdělání středoškolské, profese fyzioterapeut

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Péče je dobrá.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Nejvíce mi vadí neosobnost ze strany personálu.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Hlavní překážku vidím v nedostatku financí.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Ano je jim poskytovaná dostatečná pozornost, ale je malá informovanost.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Mají se zapojovat, jen co se týká psychické podpory, nemají se zapojovat do odborné stránky věci.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Ne není.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Představuji si ho v rodinném kruhu, mezi lidmi, které má člověk rád.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Hlavní překážky vidím v dnešní amorální společnosti, která je zaměřena konzumně.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Při troše dobré vůle ze strany rodiny ano.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Nejslabší místo je nezájem rodiny.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Péči by zlepšilo více personálu, který by byl finančně ohodnocen.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Asi 350 lidí.

Rozhovor č. 4: žena, věk 58 let, vzdělání vysokoškolské, profese lékař

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Péče je velmi dobrá, odpovídá potřebám pacientů.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Vadí mi postoje rodiny. Nevěřící rodina ode mne očekává zázrak, že dokážu nemožné a jejich příbuzný nezemře. Vadí mi, že popírají konečnost lidského života.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Hlavní překážka je často na straně rodiny, která přesvědčuje člověka, který je již smířen se svou smrtí, že musí bojovat.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Ano, pravdivě, ale zároveň citlivě je informuji. Vždy si udělám čas a snažím se o maximální vstřícnost a pochopení těžké situace.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Určitě mají, pacientům by to psychicky prospělo, kdyby viděli zájem rodiny. Také by si začali více vážit náročné práce zdravotníků.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Ne není, jsem věřící a smrt beru jako součást života. Jsem se svou smrtelností vyrovnaná, narodíme se a umřeme, to platí pro všechny stejně.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

V klidu, bez bolesti, bez prodlužování nekvalitního života.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Málo lidí je schopno vyrovnat se s vlastní smrtelností, odmítají akceptovat konečnost lidského života. Vše ostatní se odvíjí od nepřijetí tohoto faktu.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Určitě ano, s pomocí profesionálů.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Řekla bych, že je to prostředí, máme málo jednolůžkových pokojů, kde by mohla být s umírajícím rodina a nikoho by jejich přítomnost nerušila.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Mělo by se zlepšit prostředí z nemocničního na víc domácí, vzala bych si příklad z hospicového hnutí.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Myslím tak 220 lidí.

Rozhovor č. 5: žena, věk 42 let, vzdělání středoškolské, profese vrchní sestra

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Řekla bych, že je velmi dobrá, lepší než doma.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Vadí mi přístup rodiny, někdy mám pocit, „že si je přejí opravit, aby fungovali“.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Nemám pocit, že by neumírali nedůstojně, podle mne umírají důstojně.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Ano je jim poskytována dostatečná pozornost, ale někdy nechtějí slyšet pravdu, smrt je pro ně tabu a zdravotník by mohl být za pravdu pranýřován. O těchto věcech se musí s rodinou mluvit velmi opatrně.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Ano, ale to záleží na jejich ochotě, jestli chtějí. Rozhodně se jim nesmí bránit, ale zároveň bych k tomu nikoho nenutila.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Ne není.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Pacient je čistý, učesaný, má čisté lůžko, pokožku, je zavodněný, bez bolesti, má klid a ticho, je respektována jeho intimita.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Někdy to může být syndrom vyhoření ze strany personálu.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Ano, ale vyžaduje to velké úsilí ze strany rodiny. Podmínkou je, že se o umírajícího stará více lidí, není to v silách jednotlivce zvládnout takovou zátěž.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Nejslabší místo je v informovanosti veřejnosti a od toho se odvíjí přístup příbuzných.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Nemělo by se bojovat o život za každou cenu a uměle život prodlužovat.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Za rok zemřelo odhadem asi 100 pacientů.

Rozhovor č. 6: žena, věk 61 let, vzdělání vyšší odborná škola, profese sociální pracovník

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Péče je dobrá, pacienti zde mají veškerou péči.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Pacienti nemají dostatek soukromí.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Nevím.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Ano rodině je poskytována dostatečná pozornost od všech členů ošetřujícího týmu.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Příbuzní by se měli zapojit vždy, přátelé by se měli rozhodnout dle vlastního přání.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Ne, není to pro mne těžké.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Pacient má veškerou péči a má možnost, aby ho doprovázela rodina.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Hlavní překážka je vyhoření ošetřujícího personálu, jsou v častém kontaktu se smrtí.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

To je individuální, záleží to na rodině, dříve to bylo běžné.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Pacient je osamělý, nikdo ho nenavštěvuje, musí to být ve chvíli skonu velmi těžké.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Šlo by si vzít příklad z hospice, ale velmi těžko by tento přístup šel aplikovat na zdravotnické zařízení.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

200 pacientů.

Rozhovor č. 7: žena, věk 31 let, vzdělání vyučena, profese ošetřovatelka

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Myslím, že péče je dobrá, je důstojná.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Nejvíce mi vadí, když člověk trpí a nemohu mu pomoci.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Hlavní překážku v důstojném umírání vidím v tom, že s umírajícím nemůže být jeho rodina např. v noci, když dojde k úmrtí.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Ano, pokud je zájem rodiny, tak je rodině vždy poskytována dostatečná pozornost. Někdy se bohužel stává, že rodina zájem nejeví, dokonce někteří ani nevyzvednou pozůstalost.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Ano určitě se mají zapojovat, ale neměli by zasahovat do naší práce. Je mi nepříjemné když mi radí, jak mám pracovat.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Ne.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Pacient by měl mít do poslední chvíle nejlepší možnou celkovou péči. Důstojné prostředí a klid.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Hlavní překážka je podle mne v nedostatku jednolůžkových pokojů. Umírajícího pacienta neustále kontrolujeme a rušíme tím ostatní.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Ano, je to o vztahu v rodině.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Únava personálu.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Šlo by zlepšit, kdyby rodina mohla být s umírajícím na jednolůžkovém pokoji, nenarušovalo by to chod oddělení.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Mohlo by to být tak 60 lidí.

4.3 Rozhovory s rodinnými příslušníky

Rozhovor č. 1: muž, věk 40 let, přítel paní Ilony

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Myslím, že péče je výborná, nemám důvod, abych tvrdil, že je špatná.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Není tu dostatek personálu, hlavně o víkendy.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Je tu nedostatek personálu, nemůžou stihnout všechno a být všude.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Je, ale ani o tu pozornost nestojím.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Asi jo, ale nemají na to čas.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Je to těžké, nic o tom nevím.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Asi by bylo nejlepší, kdyby si pacient mohl rozhodnout o euthanasii.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Podle mne je to tehdy, když má pacient velké bolesti, je bezmocný a nedá se už nic dělat.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

To by nebylo možné, jak bychom to dělali, když to neumíme?

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Nejhorší je, že se lidé dožívají vysokého věku a nemoci. Ten život pak už je nekvalitní.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Určitě by šel zlepšit přístup personálu, měl by být víc individuální.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Tak třeba 30.

Rozhovor č. 2: žena, věk 55 let, manželka pana Dominika

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Péče je dobrá, sama bych takovou poskytnout nedokázala, ale spousta věcí tu chybí. Taková ta osobní zúčastněnost.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Nejvíce mi vadí, nedostatek soukromí.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Asi ten nedostatek soukromí, chtěla bych tu s manželem být, ale nechci rušit ostatní pacienty.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Ano je, vše co jsem chtěla vědět, mi bylo vždy ochotně vysvětleno.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Měli by se zapojovat, protože sebelepší péče nemůže nahradit přítomnost blízké osoby.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Je, ale to se nedá nic dělat, manžel má potřebu o těchto věcech hovořit.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Nejlepší by asi bylo umírat doma.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Myslím si, že je to velmi náročné povolání. Mělo by tu být víc personálu, aby bylo na všechno dost času.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Ano určitě by to možné bylo, ale to bych musela být mladší, abych to zvládla.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Malá informovanost v otázkách smrti. Málo se o ní mluví a nic o ní nevíme. Potom z ní máme strach.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

U umírajícího by měla být jeho rodina. Ráda bych se do péče o manžela zapojila co nejvíce, moji přítomnost mu nikdo nenahradí. Vidím, jak pookřeje, když přijdu.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Mohlo by to být 40 lidí za rok.

Rozhovor č. 3: žena, věk 52 let, dcera paní Jarmily

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Péče je dobrá, kapačky dostanou, chodí je kontrolovat.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Nejvíce mi vadí, že jsou pohromadě tři lidé na pokoji a nikdo pak nemá klid.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Asi to prostředí, že jsou tři lidé na jednom pokoji.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Pozornost je poskytována dostatečně, někdy až moc.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

To je individuální případ od případu, jak kdo chce, ale spíš ne.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Ne není, ale nevyhledávám takové hovory.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Představuji si příjemné prostředí, klid a soukromí.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Hlavní překážka je čas, ten dnes nikdo z rodiny nemá.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Ne nebylo by to možné.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Nejslabší místo je v prostředí kde tráví nemocný veškerý svůj čas, na pokoji je více lidí a soukromí nemá nikdo.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Šlo by zlepšit prostředí, kdyby byl na pokoji jeden člověk, mohla by tu třeba tlumeně hrát hudba, jakou by si přál.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

V zařízení zemřelo 250 lidí.

Rozhovor č. 4: žena, věk 50 let, manželka pana Jaroslava.

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Je dostatečná, myslím si, že toho musí mít sestry občas dost a jsou unavené.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Nejvíc mi vadí, že ty sestry jsou asi unavené, nebo nemají pochopení.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

No asi jako všude ve zdravotnictví, peníze.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Je mi poskytovaná pozornost, ale já tomu co mi říkají, stejně moc nerozumím, tak o tu pozornost ani nestojím.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Ne úplně, měli by se zapojovat jen částečně, hlavní péči ať dělají profesionálové.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Je to těžké, nevím, co mám říct, když někdo mluví o smrti.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Umírajícího by měla podpořit rodina, ale ono to nejde, chybí podpora státu.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

To, že umírajícího nemůže podpořit rodina, protože musí chodit do práce.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Nebylo by to možné a ani bych to nechtěla se takhle starat.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Na všechno je málo peněz.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Asi by tu mělo být víc sester, když jsou tu takový těžký případy.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Tak 50.

Rozhovor č. 5: muž, věk 62 let, syn paní Miloslavy

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Péči hodnotím jako dobrou.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Vadí mi nedostatek soukromí na pokojích a neosobnost sester.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Hlavní překážka bude nedostatek financí, třeba na drahé léky proti bolesti.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Ne, komunikuje se málo. Všechny potřebné informace jsem dostal pouze osobně, po telefonu mi nikdo nechtěl nic říci.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Ne úplně, mají se zapojovat pouze v rámci psychické podpory, ostatní odbornou péči bych přenechal zdravotníkům.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Není to pro mne těžké, když o tom mluvím s člověkem, kterého se smrt konkrétně netýká v blízkém časovém úseku. S matkou, která je na tom špatně o smrti mluvit nedokážu, nevím, co jí mám říct.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Asi bez bolesti, nejlépe ve spánku a náhle. Nejlepší by bylo si jít večer lehnout a ráno už se neprobudit.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Nedostatek peněz ve zdravotnictví.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Ne nebylo by to možné, laik si neumí poradit a profesionál s námi doma 24 hodin být nemůže.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Nedostatek personálu, který by se chtěl takové péči věnovat. Každý zdravotník chce pacienta vyléčit a málokdo se chce starat o někoho, komu už není pomoci.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Péče je dobrá, myslím si, že každý pacient dostává léky, jídlo, pití a péči takovou jakou potřebuje.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Vzhledem k tomu, že je tu hodně starých lidí, tak by to mohlo být i 500 lidí za rok.

Rozhovor č. 6: žena, věk 60 let, dcera paní Miloslavy

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Péče je velmi dobrá, starají se tu dobře, jsem spokojená.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Vadí mi nedostatek soukromí, na pokoji jsou další dvě pacientky, chtěla bych si s matkou povídat o samotě.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Sestřičky jsou hodné, ale moc profesionální, chybí mi lidskost, jsou takové nad věcí.

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Pozornost je poskytována dostatečně, paní doktorka se se mnou vždy ochotně bavila a nikam nespíchala. Hovor, ale probíhal na chodbě. Ráda bych si sedla někam do klidu.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Určitě se mají zapojovat, sestřičky jsou profesionální, na takové to popovídání nemají moc čas. Pacient si chce povídat se svým blízkým člověkem. To víte, děti jsou děti, to je něco úplně jiného, ty nemůže nikdo nahradit.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Je to těžké, s mámou o tom mluvit nedokážu, raději dělám, že se nic neděje a že čekáme na výsledky.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Určitě by to mělo být bez bolesti a v příjemném prostředí.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Hlavní překážka je nedostatek soukromí.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Bylo by to lepší, ale neumím si to představit.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Nemůžu tu být v noci, kdyby se to náhodou stalo. Bojím se, že přijdu a bude tu prázdná postel.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Chtěla bych být s mámou víc sama, asi bych se i odhodlala k tomu mluvit s ní o té smrti.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Asi hodně, tak 100.

Rozhovor č. 7: žena, věk 22 let, dcera paní Ilony

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Hodnotím ji jako výbornou, sestřičky pořád běhají a je vidět, že se snaží.

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Nevadí mi nic, o mámu i o ostatní je tu dobře postaráno.

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Všichni by chtěli umírat doma, ale to prostě nejde. Hlavní překážka je to, že nechtějí být v nemocnici, ale doma a to jim nejde splnit.

4. Je poskytována dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Je, ale já toho moc vědět nepotřebuji. Všechno už mi paní doktorka řekla a o pozornost nestojím.

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Asi by měli, ale jak to mám udělat, když mám dvě malé děti. Nemám na to čas.

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Ano, nechci s nikým mluvit o smrti, je to moc osobní.

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Představuji si to tak, jak to vypadá tady, hezký, útulný jednolůžkový pokoj a ochotný personál nemocnice.

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Asi těm lidem chybí soukromí, ne každý může mít jednolůžkový pokoj.

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Nebylo by to možné, já třeba mám dvě malé děti a manžela, který by to nechtěl.

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Péče je výborná, žádné nejslabší místo mne nenapadá.

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Asi by s ním měl někdo být, ve chvíli smrti, až to přijde, neměl by být sám.

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Asi tak 50.

4.4 Vyhodnocení

Vyhodnocení výsledků rozhovorů se zdravotnickými pracovníky

Na otázku č. 1 jak hodnotíte péči o umírající v LDN, měli respondenti možnost vybrat jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná

Tabulka 1a: Hodnocení péče o umírající v LDN.

psycholog	dobrá
sestra	nedostatečná
fyzioterapeut	dobrá
lékař	dobrá
vrchní sestra	velmi dobrá
sociální pracovník	dobrá
ošetřovatelka	dobrá

Zdroj: vlastní výzkum

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Tabulka 2a: Co nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN.

psycholog	komunikace s rodinou, nereálné požadavky, popírání smrti
sestra	nejsou specialisté na paliativní péči, ostatní pacienti jsou stresováni přítomností umírajícího
fyzioterapeut	neosobnost personálu
lékař	postoje rodiny, popírání konečnosti lidského života
vrchní sestra	přístup rodiny
sociální pracovník	nedostatek soukromí
ošetřovatelka	utrpení, bez možnosti pomoci

Zdroj: vlastní výzkum

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Tabulka 3a: Hlavní překážka v důstojném umírání pacientů v LDN.

psycholog	syndrom vyhoření, absence supervize
sestra	finance, prostor, nedostatečné vzdělání
fyzioterapeut	finance
lékař	rodina, která přesvědčuje pacienta, že musí bojovat
vrchní sestra	nic, umírají důstojně
sociální pracovník	nevím
ošetřovatelka	nemožnost přítomnosti rodiny v noci

Zdroj: vlastní výzkum

4. Je poskytována dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Tabulka 4a: Poskytování dostatečné pozornosti rodině a blízkým umírajícího pacienta.

psycholog	ano
sestra	ano
fyzioterapeut	ano
lékař	ano
vrchní sestra	ano
sociální pracovník	ano
ošetřovatelka	ano

Zdroj: vlastní výzkum

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Tabulka 5a: Mají se zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

psycholog	ano
sestra	ano, ale nechat na jejich uvážení, nenutit
fyzioterapeut	jen psychická podpora, nezapojovat do odborné stránky věci
lékař	ano, zájem psychicky prospívá pacientům
vrchní sestra	ano, ale záleží na ochotě, nebránit, nenutit
sociální pracovník	příbuzní ano- vždy, přátelé- dle uvážení
ošetřovatelka	ano, ale nezasahovat do naší práce

Zdroj: vlastní výzkum

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Tabulka 6a: Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

psycholog	středně, těžké téma i pro profesionála
sestra	ne, mám racionální myšlení
fyzioterapeut	ne
lékař	ne, jsem věřící, jsem vyrovnaná se svou smrtelností
vrchní sestra	ne
sociální pracovník	ne
ošetřovatelka	ne

Zdroj: vlastní výzkum

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Tabulka: 7a Porozumění termínu „důstojné umírání“.

psycholog	zabezpečeny bio- psycho- socio- spirituální potřeby
sestra	Ize pouze v hospici, jsou vybavení
fyzioterapeut	v rodinném kruhu
lékař	v klidu, bez bolesti, bez prodlužování nekvalitního života
vrchní sestra	pacient je v čistotě, zavodněný, bez bolesti, klid, ticho
sociální pracovník	veškerá péče, doprovázení rodiny
ošetřovatelka	nejlepší možná péče, důstojné prostředí, klid

Zdroj: vlastní výzkum

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Tabulka 8a: Hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného.

psycholog	absence supervize v zařízení
sestra	finance, dobrá vůle
fyzioterapeut	dnešní amorální společnost a její konzumní zaměření
lékař	neschopnost vyrovnat se z vlastní smrtelností
vrchní sestra	syndrom vyhoření u personálu
sociální pracovník	syndrom vyhoření, častý kontakt personálu se smrtí
ošetřovatelka	nedostatek jednolůžkových pokojů

Zdroj: vlastní výzkum

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Tabulka 9a: Možnost poskytnutí kvalitní péče umírajícímu v domácím prostředí.

psycholog	ano, chybí dobrá vůle to zkusit
sestra	ano, ale laik nemá informovanost
fyzioterapeut	ano, chybí dobrá vůle ze strany rodiny
lékař	ano, s pomocí profesionálů
vrchní sestra	ano, ale podmínkou je více pečujících
sociální pracovník	individuální, záleží na rodině
ošetřovatelka	ano

Zdroj: vlastní výzkum

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Tabulka 10a: Nejslabší místo v komplexní paliativní péči.

psycholog	osobnost některých zdravotníků, špatná spolupráce rodiny
sestra	finance a dobrá vůle
fyzioterapeut	nezájem rodiny
lékař	prostředí, málo jednolůžkových pokojů
vrchní sestra	neinformovanost veřejnosti
sociální pracovník	osamělost, žádné návštěvy
ošetřovatelka	únava personálu

Zdroj: vlastní výzkum

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Tabulka 11a: Co by šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem.

psycholog	pracovat na smíření rodiny, to má pozitivní vliv na umírajícího
sestra	prostředí, jednolůžkové pokoje
fyzioterapeut	více personálu, lépe finančně ohodnoceného
lékař	prostředí, příklad v hospicovém hnutí
vrchní sestra	nebojovat a uměle neprodlužovat lidský život
sociální pracovník	vzít si příklad z hospice
ošetřovatelka	umožnit rodině pobyt na jednolůžkovém pokoji

Zdroj: vlastní výzkum

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Tabulka 12a: Odhad počtu zemřelých za rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek.

psycholog	150
sestra	100
fyzioterapeut	350
lékař	220
vrchní sestra	100
sociální pracovník	200
ošetřovatelka	60

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení rozhovorů s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných ve stadiu pre finem

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN? Vyberte si, prosím jednu z nabízených odpovědí. Výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná, nedostatečná.

Tabulka 1b: Hodnocení péče o umírající v LDN.

přítel paní Ilony	výborná
manželka pana Dominika	dobrá
dcera paní Jarmily	dobrá
manželka pana Jaroslava	dostatečná
syn paní Miloslavy	dobrá
dcera paní Miloslavy	velmi dobrá
dcera paní Ilony	výborná

Zdroj: vlastní výzkum

2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?

Tabulka 2b: Co nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN.

přítel paní Ilony	nedostatek personálu
manželka pana Dominika	nedostatek soukromí
dcera paní Jarmily	tři lidé na pokoji, nikdo nemá klid
manželka pana Jaroslava	unavené sestry, nebo nemají pochopení
syn paní Miloslavy	nedostatek soukromí, neosobnost sester
dcera paní Miloslavy	nedostatek soukromí, nemožnost hovoru o samotě
dcera paní Ilony	nic mi nevadí

Zdroj: vlastní výzkum

3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?

Tabulka 3b: Hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně.

přítel paní Ilony	nedostatek personálu
manželka pana Dominika	nedostatek soukromí
dcera paní Jarmily	prostředí, tři lidé na pokoji
manželka pana Jaroslava	peníze
syn paní Miloslavy	nedostatek financí
dcera paní Miloslavy	sestry jsou profesionální, ale chybí jim lidskost
dcera paní Ilony	pacienti nechtějí umírat v nemocnici, chtějí být doma

Zdroj: vlastní výzkum

4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Tabulka 4b: Poskytování pozornosti rodině a blízkým umírajícího pacienta.

přítel paní Ilony	ano, ale nestojím o ni
manželka pana Dominika	ano, vždy
dcera paní Jarmily	ano, dostatečně až moc
manželka pana Jaroslava	ano, nerozumím, co mi říkají, tak o ni nestojím
syn paní Miloslavy	ne, všechny informace pouze osobně, ne po telefonu
dcera paní Miloslavy	ano, hovor, ale probíhal na chodbě
dcera paní Ilony	ano, ale nestojím o ni

Zdroj: vlastní výzkum

5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

Tabulka 5b: Mají se zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?

přítel paní Ilony	ano, ale nemají čas
manželka pana Dominika	ano, přítomnost blízké osoby je nenahraditelná
dcera paní Jarmily	spíše ne, individuálně dle uvážení
manželka pana Jaroslava	částečně, hlavní péči mají poskytovat profesionálové
syn paní Miloslavy	ne úplně, pouze v rámci psychické podpory
dcera paní Miloslavy	ano, děti nemůže nikdo nahradit
dcera paní Ilony	ano, ale nemám čas

Zdroj: vlastní výzkum

6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?

Tabulka 6b: Je pro Vás těžké o umírání a smrti mluvit?

přítel paní Ilony	ano, je to těžké
manželka pana Dominika	je, ale manžel má potřebu o těchto věcech mluvit
dcera paní Jarmily	ne není, ale nevyhledávám takové hovory
manželka pana Jaroslava	ano je, nevím, co mám říct
syn paní Miloslavy	s matkou ano, s někým koho se to netýká ne
dcera paní Miloslavy	ano je to těžké, dělám, že se nic neděje
dcera paní Ilony	ano nechci o smrti mluvit

Zdroj: vlastní výzkum

7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?

Tabulka 7b: Porozumění termínu „důstojné umírání“.

přítel paní Ilony	pacient si rozhodne o euthanasii
manželka pana Dominika	nejlepší by asi bylo umírat doma
dcera paní Jarmily	příjemné prostředí, ticho a klid
manželka pana Jaroslava	umírajícího by měla podpořit rodina, ale nejde to
syn paní Miloslavy	bez bolesti, ve spánku, náhle
dcera paní Miloslavy	bez bolesti, v příjemném prostředí
dcera paní Ilony	hezký útulný jednolůžkový pokoj a ochotný personál

Zdroj: vlastní výzkum

8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?

Tabulka 8b: Hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného.

přítel paní Ilony	pacient má bolesti, je bezmocný a nedá se už nic dělat
manželka pana Dominika	mělo by být víc personálu, aby bylo na všechno dost času
dcera paní Jarmily	čas, nikdo z rodiny ho nemá
manželka pana Jaroslava	umírajícího nemůže podpořit rodina, musí chodit do práce
syn paní Miloslavy	nedostatek peněz ve zdravotnictví
dcera paní Miloslavy	nedostatek soukromí
dcera paní Ilony	nedostatek soukromí, ne každý může mít jednolůžkový pokoj

Zdroj: vlastní výzkum

9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?

Tabulka 9b: Možnost poskytnutí umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí.

přítel paní Ilony	ne, neumíme to
manželka pana Dominika	ano, kdybych byla mladší
dcera paní Jarmily	ne
manželka pana Jaroslava	ne, ani bych to nechtěla
syn paní Miloslavy	ne, laik si neporadí a profesionál nemůže být 24 hodin s námi
dcera paní Miloslavy	ano, ale neumím si to představit
dcera paní Ilony	ne, mám dvě děti a manžel by to nechtěl

Zdroj: vlastní výzkum

10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?

Tabulka 10b: Nejslabší místo v komplexní paliativní péči.

přítel paní Ilony	dožívání se vysokého věku a nemocí
manželka pana Dominika	malá informovanost v otázkách smrti a z toho plynoucí strach
dcera paní Jarmily	prostředí, nedostatek soukromí
manželka pana Jaroslava	nedostatek peněz
syn paní Miloslavy	nedostatek personálu, který by se chtěl věnovat paliativní péči
dcera paní Miloslavy	nemožnost být u úmrtí v noci
dcera paní Ilony	žádné, péče je výborná

Zdroj: vlastní výzkum

11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?

Tabulka 11b: Co by šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem.

přítel paní Ilony	individuální přístup personálu
manželka pana Dominika	u umírajícího by měla být jeho rodina
dcera paní Jarmily	prostředí, na pokoji jeden člověk, hudba
manželka pana Jaroslava	více sester
syn paní Miloslavy	péče je dobrá
dcera paní Miloslavy	nedostatek soukromí neumožňuje mluvit o smrti s umírajícím
dcera paní Ilony	pacient by neměl být sám ve chvíli smrti

Zdroj: vlastní výzkum

12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Tabulka 12b: Odhad počtu zemřelých za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek.

přítel paní Ilony	30
manželka pana Dominika	40
dcera paní Jarmily	250
manželka pana Jaroslava	50
syn paní Miloslavy	500
dcera paní Miloslavy	100
dcera paní Ilony	50

Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku paliativní péče v LDN. Paliativní péče a péče o nevléčitelně nemocné je stále velice náročnou oblastí pro mnohé zdravotníky i laiky z hlediska holistické (všestranné) lékařské i ošetrovatelské péče. Cílem rozhovorů, se zdravotnickými pracovníky a rodinnými příslušníky, byla snaha získat informace o tom, zda mezi nimi panují zásadní rozdíly v pohledu na komplexní paliativní péči. Dále jsem zjišťovala nejslabší místo v komplexní paliativní péči.

Zdravotnické pracovníky jsem pro potřeby diskuze označila jako skupinu respondentů jedna (R1) a rodinné příslušníky a přátele umírajících jako skupinu respondentů dvě (R2).

R1 a R2 nejčastěji hodnotí péči jako dobrou (Tabulky 1a, 1b). Toto tvrzení je v rozporu s provedeným výzkumem veřejného mínění, který byl publikován s názvem Umírání a paliativní péče v ČR s podtitulem situace, reflexe vyhlídky. Podle názoru veřejnosti není péče o nevléčitelně nemocné a umírající dostatečně kvalitní. Kolektiv autorů uvádí „Špatná kvalita péče o umírající je tak jednoznačně skrytý a zamlčovaný problém, který má ještě větší rozměry, než by se mohlo na první pohled zdát“. (KALVACH, 2004) Pouze jedna všeobecná zdravotní sestra hodnotila péči jako nedostatečnou a poukazovala na skutečnost, že v LDN není možnost hospicových pokojů. To koresponduje s názorem Kalvacha (KALVACH, 2004), který hovoří o nutnosti vytvořit koncepci tzv. hospicových jednotek v rámci léčen dlohodobě nemocných.

Při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN skupině R1 nejčastěji vadí přístup rodiny (Tabulka 2a), což potvrzuje názor Haškovcové, která tvrdí, že téma smrti a umírání je v dnešní společnosti tabuizováno, na smrt, je pohlíženo jako na něco nepatřičného co se nehodí do moderního života. Samozřejmým se stává spoléhání na mocnou medicínu, která umí i zázraky (HAŠKOVCOVÁ, 2007). Přístup rodiny se tedy odvíjí od popírání faktu smrti. Skupině R2 při poskytování paliativní péče nejčastěji vadí nedostatek soukromí (Tabulka 2b). Je faktem, že MEDI HELP, spol. s r. o. má na každém oddělení pouze tři jednolůžkové pokoje, většina pokojů je třílůžkových. Třílůžkové pokoje opravdu neposkytují dostatek soukromí pro umírajícího pacienta a

jeho rodinu. Je nutné, ale podotknout, že ošetřující personál se snaží vyhovět potřebám umírajících a jejich rodinám a v případě nutnosti pacienty podle potřeby na pokojích přestěhuje. Ne vždy se ovšem dá těmto požadavkům vyhovět.

Nedostatek soukromí jako hlavní překážka, aby pacienti umírali důstojně, se také objevuje v odpovědích skupiny R2 (Tabulka 3b).

Na ukázkou zmiňuji odpověď manželky pana Dominika. „*Chtěla bych tu s manželem být, ale nechci rušit ostatní pacienty.*“ Odpovědi skupiny R1 se neshodují a uvádějí různé důvody (Tabulka 3a).

Na otázku co by šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem se také nejčastěji objevila odpověď obou skupin R1 a R2, že by to mělo být prostředí, tak, aby byl zajištěn dostatek soukromí (Tabulky 11a, 11b). Nedostatek soukromí jako hlavní problém považují rodinní příslušníci také za závažný nedostatek při poskytování paliativní péče v LDN u otázky č. 2. Je však velmi důležité zvážit, zda je umístění pacienta na jednolůžkovém pokoji pro něj opravdu to nejlepší. Na můj přímý dotaz položený v rámci školicí akce (Příloha č. 6), zda „*jsou jednolůžkové pokoje vhodné pro poskytování paliativní péče v LDN*“, RNDr. Haškovcová odpověděla, že „*podle ní nikoliv*“. Pacient se ocitá v izolaci, která je pro něj velmi krutá. LDN není hospic, kde by byly možné návštěvy 24 hodin denně. Vždy je tedy nutno brát v úvahu, kolik času s umírajícím člověkem bude trávit na pokoji jeho rodina, nebo ošetřující personál. Jednolůžkový pokoj doporučuje RNDr. Haškovcová pouze v případě, přeje-li si to pacient, a jeho rodina s ním opravdu tráví čas dle jeho potřeb. Jako velmi zajímavé dále Haškovcová uvádí, že ani ostatní pacienti na společném pokoji si nepřejí, aby byl umírající přestěhován jinam. Sama tuto situaci v praxi u pacientů ověřovala a nejčastěji se jí dostalo odpovědi „*Nikam ji paní doktorko nepřendávejte, já bych také nechtěla, až přijde ta moje chvíle, aby mě odvezli na samotku. Stejně bych na to pořád musela myslet. Nechte ji raději tady se mnou, když bude něco potřebovat, tak jí budu moci posloužit.*“ Toto zjištění je v rozporu s názorem zdravotní sestry (Tabulka 13a), která říká, že umírá-li na vícelůžkovém pokoji pacient, jsou stresováni ostatní. Tato situace je vždy samozřejmě individuální, tak jako je jedinečný a individuální každý člověk a podle toho se musí jednat. Ke správnému rozhodnutí, je ovšem nutná značná dávka empatie.

Na otázku zda je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta odpovídají R1 a R2 ano (Tabulky 4a, 4b) zarážející je ovšem dodatek čtyř rodinných příslušníků, že o pozornost nestojí. V tomto případě bych vycházela z názoru Kalvacha (KALVACH, 2004), který říká, že je velmi úzká souvislost mezi péčí o psychiku umírajících a péčí o rodinu umírajícího. Není-li tady věnována dostatečná pozornost rodině umírajícího (nebo nestojí-li o ni) nemohou být dostatečně uspokojovány psychické potřeby nemocného.

V názoru, zda se mají zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé se R1 a R2 nejčastěji shodují na odpovědi ano (Tabulky 5a, 5b). Skupina rodinných příslušníků ovšem odpověď doplňuje o zdůvodnění, proč se do péče nezapojují. Toto zjištění je v rozporu s názorem Vorlíčka (VORLÍČEK, 1998), že při poskytování dobré paliativní péče je rodina považována za členy multidisciplinárního týmu. Jedině v dobře pracujícím týmu může být skutečně zachována důstojnost pacienta a individuálně řešeny všechny jeho potřeby. Členové rodiny a přátelé jsou neoddělitelnou součástí multidisciplinárního týmu.

O tom zda je těžké o umírání a smrti mluvit se odpovědi obou skupin liší. Skupina R1 uvádí, že pro ně není těžké o smrti a umírání mluvit (Tabulka 6a), skupina R2 to považuje za těžké (Tabulka 6b). Je důležité si uvědomit, že umírající prožívá spoustu obav spojených s umíráním a smrtí, na které hledá odpověď. Haškovcová uvádí, že otevřený rozhovor posiluje důvěru pacienta a otevírá možnosti kvalitní a účelné spolupráce. Pacient se necítí izolován a opuštěn (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Termínu důstojné umírání rozumí respondenti R1 a R2 různě (Tabulky 7a, 7b). Většinou se shodují na zabezpečení biologických potřeb a nejlepší možné péči. Pouze psycholog vyjmenoval všechny potřeby umírajícího v rámci holistického spektra člověka. Jako důležité uvádějí také prostředí. Za odpověď, která nutí k zamyšlení, považují odpověď rodinného příslušníka, který si u termínu důstojné umírání představuje aktivní eutanazii. Zde je potřeba konstatovat, že nebezpečí spočívá nejen v problematických okolnostech samotné eutanazie, ale také v mylném přesvědčení, že milosrdná smrt, je jediným a universálním řešením situace mnohých umírajících. Jak tvrdí Vorlíček (VORLÍČEK, 1998), eutanazii bychom neměli považovat za důstojnou smrt. Správná cesta je pomoci nemocnému ke skutečně důstojné, dobré smrti, a nikoliv

pomáhat k zabití. Ke skutečně důstojné smrti vede smysluplná alternativa v podobě paliativní péče.

Jako hlavní překážku v dobré paliativní péči označila skupina R 2 (Tabulka 8b) nedostatek peněz, nedostatek soukromí a nedostatek času. Skupina R1 (Tabulka 8a) označila syndrom vyhoření, nedostatek soukromí a absenci supervize v zařízení. Odpovědi se různily.

Zásadní rozpor se vyskytl u otázky, zda by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí. Skupina R2 odpověděla, že nikoliv, skupina R1 odpověděla ano (Tabulky 9a, 9b). Souhlasím s názorem Vorlíčka, že vrátit umírajícího zpět do rodiny, lze označit za představy neodpovědné, až iluzorní. Není tedy možné vzkřísit tradiční rodinný model umírání, ale zaktualizovat současný model je nutné. Řešením je kompromis, který z obou zachová to dobré, účelné a nosné (VORLÍČEK, 1998).

U otázky jaké je nejslabší místo v komplexní paliativní péči, se odpovědi velmi různily. Jako nejslabší místo v komplexní paliativní péči označila skupina R1 (Tabulka 10a) osobnost zdravotníků, špatnou spolupráci rodiny, finance a dobrou vůli, prostředí, neinformovanost veřejnosti, osamělost, únavu personálu. Skupina R2 (Tabulka 10b) označila malou informovanost, prostředí, nedostatek peněz, nedostatek personálu, nemožnost rodiny být u úmrtí v noci.

Poslední částí rozhovoru bylo zkusit odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP, spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek (Tabulky 12a, 12b). Tato část byla velice zajímavá, protože správně odhadnout úmrtnost dokázala jen sociální pracovnice. Ostatní respondenty správný počet překvapil. To dokazuje, zejména u zdravotnických pracovníků, že si neuvědomují jaký skutečný počet umírajících je ošetřován. Za rok 2010 zemřelo 184 pacientů při celkové lůžkové kapacitě 200 lůžek. Většinou se nejednalo o náhlá úmrtí. Jestliže chceme o umírajícího důstojně pečovat, musíme si uvědomit, že smrt je součástí života. Jak zdůrazňuje J. Křivohlavý (KŘIVOHLAVÝ, 2002) je důležitá úcta k životu za prvé ke svému, pak můžeme mít úctu k životu druhého a tím pádem i ke konci života druhých.

6. Závěr

Péče o umírající je velmi aktuální, protože v populaci stále přibývá dlouhodobě nevyléčitelně nemocných, kteří potřebují odbornou pomoc. V České republice je péče o umírající stále nedostačující (KALVACH, 2004) a je vhodné se touto problematikou zabývat. Proto byla práce zaměřena na problematiku komplexní paliativní péče.

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou zásadní rozdíly v pohledu na komplexní paliativní péči v bio - psycho - sociálně - spirituálním rámci mezi profesionálními poskytovateli a rodinou.

K cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky: 1. Jaké je nejslabší místo v komplexní paliativní péči dle profesionálních poskytovatelů? 2. Jaké je nejslabší místo v komplexní paliativní péči dle rodiny. Provedený výzkum byl výzkumem kvalitativním.

Výzkum byl proveden v MEDI HELP, spol. s r.o., kde mi byly poskytnuty informace, bylo mi umožněno nahlížet do ošetrovatelské dokumentace, vést rozhovory a provádět zúčastněné pozorování.

Při realizaci výzkumu jsem oslovila 7 zdravotnických pracovníků pečující o pacienty v MEDI HELP, spol. s r.o. a stejný počet rodinných příslušníků těchto pacientů. Na téma umírání byli všichni ochotni vést rozhovor. Rozhovory byly velmi příjemné, všichni zúčastnění ochotně odpovídali na položené otázky. Vzhledem k časové vytíženosti zdravotnického personálu jsem požádala o krátké, výstižné odpovědi. Stejně jsem postupovala u rodinných příslušníků a přátel pacientů. S šetření vplynuly následující závěry.

Jako nejslabší místo v komplexní paliativní péči označila rodina nemožnost návštěv v noci, nedostatek financí, nedostatek soukromí, strach ze smrti a dožití vysokého věku. Zdravotničtí pracovníci vidí nejslabší místo v komplexní paliativní péči v osobnosti některých zdravotníků, špatné spolupráci rodiny, financích, dobré vůli, nedostatku jednolůžkových pokojů, v nedostatečné informovanosti veřejnosti, osamělosti ve stáří a únavě personálu.

Zásadní rozdíly v pohledu na komplexní paliativní péči se vyskytly mezi zdravotnickými pracovníky a rodinou při schopnosti mluvit o umírání a smrti. Všichni rodinní příslušníci uvedli, že je pro ně těžké o tomto tématu mluvit. Naopak zdravotničtí pracovníci uvedli, že pro ně není problém mluvit na toto téma. Další zásadní rozdíl nastal u otázky, zda by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí. Většina rodinných příslušníků si myslí, že ne. Většina zdravotníků si myslí, že ano.

V rámci zpracovaných kazuistik bylo zjištěno, že v rámci holistického pojetí jsou u všech pacientů plně uspokojovány biologické potřeby. Sociální, psychické a duchovní potřeby jsou uspokojovány částečně.

Péče o umírající je velice náročná. Jak po fyzické, tak po psychické stránce. Každý z nás by si měl, ale uvědomit, že je nevyhnutelnou součástí života. Mnoho lidí nebude mít to štěstí, aby mohli umřít doma, obklopeni svými blízkými. Je proto nutné pracovat na zlepšení možností k důstojnému odchodu ze života a péči o umírající v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Myslím si, že se jedná o velmi společensky závažné téma, kterému by měla být věnována patřičná pozornost.

Vzhledem k rozsahu práce a počtu zahrnutých respondentů, přestože se jednalo o nelehký úkol, nelze bez dalšího zkoumání daného tématu získané výsledky jednoduše zobecnit.

Výsledky práce budou poskytnuty vedení MEDI – HELP, spol. s r.o. Již během mé práce projevíli vedoucí pracovníci zájem o zjištěné výsledky, které by jim mohly být inspirací k zamyšlením se nad zlepšením paliativní péče. Dále bych výsledky mé práce ráda použila k uspořádání seminářů v léčebnách dlouhodobě nemocných. Myslím, že práce by mohla pomoci i laické veřejnosti s orientací v problematice týkající se paliativní péče.

Domnívám se, že stanovené cíle byly splněny.

7. Klíčová slova

Léčebna dlouhodobě nemocných

Pacient

Paliativní péče

Potřeby

Umírání

8. Seznam použitých zdrojů

1. COOB, M. *The dying soul, Spiritual care at the end of life*. 2. vydání. Buckingham: Open University Press, 2001. 145 s. ISSN 0-335-20053-2.
2. DOLISTA, J. 2007. *Problematika péče o staré a umírající rodiče*. Kontakt. 2, 2007, Sv. IX, 1, str. 264-269 ISSN 1212-4117.
3. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná*. Sociální práce 2010-2 str. 16-17 ISSN 1213-6204.
4. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada, 2001. 223 s. ISBN 97-8802-47-362-59.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1. vydání 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
7. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání Praha: Gerontologické centrum, 2007 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8
8. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
9. KALVACH, Z. A kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-249-4.
10. KALVACH, Z. *Symptomatická a paliativní terapie*. In: MAREK, J. a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vydání. Praha: Grada, 2010. s. 671-682. ISBN 978-80-247-2639-7.
11. KALVACH, Z. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

13. KŘIVOHLAVÝ, J., S., KACZMARCZYK, *Poslední úsek cesty*. 1. vydání Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
14. KŘIVOHLAVÝ, J., J., PEČENKOVÁ, *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
15. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
16. KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vydání Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
17. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
18. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
19. MÁTL, O., M., JABŮRKOVÁ, *Kvalita péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7.
20. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající - hospicová péče*. Národní centrum domácí péče České republiky: 1998. 96 s. ISBN 80-239-1915-6.
21. MOTEJL, O. 2006. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva z návštěv léčebn dlouhodobě nemocných*. [Online] [Citace: 2. 1 2012.] Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2006/LDN_2006.pdf.
22. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
23. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
24. O'CONNOR, M., S., ARANDA, *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
25. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 288s. ISBN 978-80-247-3557-3
26. SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vydání: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

27. SLÁMA, O., Š., ŠPINKA. 2012. *Koncepce paliativní péče v ČR*. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003426.pdf>. [Online] 10. 5 2012.
28. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: 1. lékařská fakulta UK, 1997. 180 s. ISBN 80-7184-243-5.
29. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vydání. Praha: Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80-90249-0-2.
30. SVATOŠOVÁ, M. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství: 2003. 88 s. ISBN 80-7192-833-X.
31. ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vydání Praha: Grada, 2004. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.
32. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
33. TRACHTOVÁ, E. et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovacím procesu*. 1. vydání Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-342-8.
34. VORLÍČEK, J., Z. ADAM, a kol. *Paliativní medicína*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

9. Přílohy

Příloha č. 1: Seznam otázek k strukturovanému rozhovoru se zdravotnickými pracovníky a rodinnými příslušníky

Příloha č. 2: Pozorovací záznam spektra potřeb umírajících

Příloha č. 3: Charta práv umírajících

Příloha č. 4: Přehled potřeb umírajících v rámci standardu hospicové paliativní péče

Příloha č. 5: Žádost o umožnění sběru dat v souvislosti se závěrečnou bakalářskou prací

Příloha č. 6: Potvrzení o účasti na školící akci Thanatologie, principy paliativní péče, euthanasie.

Příloha č. 7: Fotografie MEDI HELP, spol. s r.o.

Příloha č. 1: Seznam otázek k strukturovanému rozhovoru se zdravotnickými pracovníky a rodinnými příslušníky

1. Jak hodnotíte péči o umírající v LDN?
2. Co Vám nejvíce vadí při poskytování paliativní péče u pacientů v LDN?
3. Co je hlavní překážka, aby pacienti v LDN umírali důstojně?
4. Je poskytovaná dostatečná pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?
5. Mají se podle vašeho názoru zapojovat do péče o umírajícího pacienta jeho příbuzní a přátelé?
6. Je pro vás těžké o umírání a smrti mluvit?
7. Jak rozumíte termínu „důstojné umírání“?
8. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní překážky dobré péče o terminálně nemocného?
9. Myslíte si, že by bylo možné poskytnout umírajícímu kvalitní péči v domácím prostředí?
10. Jaké je podle Vás nejslabší místo v komplexní paliativní péči?
11. Co by podle Vás šlo zlepšit v péči o pacienta pre finem (umírajícího)?
12. Zkuste odhadnout kolik lidí zemřelo za 1 rok v MEDI HELP spol. s r.o. při kapacitě 200 lůžek?

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2: Pozorovací záznam spektra potřeb umírajících

Biologické potřeby:

- osobní hygiena: prováděna denně, pedikúra, manikúra, holič
- péče o pokožku: pravidelné polohování, pomůcky doplňující lůžko
- kontinence: WC součástí každého pokoje, pojízdné WC, pomůcky na inkontinenci
- respektování studu a soukromí klienta: zda je respektováno
- stravování: pravidelné (5 krát denně), možnosti výběru z několika jídel
- tekutiny: pravidelné nabízení tekutin, podávání tekutin u nesoběstačných
- bolest a jiné nepříjemné symptomy: pravidelné monitorování, tlumení a záznam do dokumentace

Psychické potřeby

- přítomnost psychologa
- kontakt mezi klientem a ošetrovatelským personálem
- přítomnost blízkých osob (rodiny)

Sociální potřeby

- umístění v aglomeraci: možnost procházek, možnost pobýt venku
- vybavení pokoje: WC, sprcha, nábytek, pokoje 1 - 3 lůžkové
- kontakt klienta s rodinou: možnost návštěvy - jak dlouhou dobu, možnost přespání, nadstandardního pokoje

Duchovní potřeby

- přítomnost duchovního: jak často
- umístění kaple: je součástí zařízení
- účast na bohoslužbě: umožněna, klienti jsou o této možnosti informováni
- smuteční místnost: umístěna v rámci zařízení

Zdroj: vlastní, převzato ze standardu paliativní péče

Příloha č. 3: Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

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

- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

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

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

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

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

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající

- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na 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. Musí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořizení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná

rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyлéčitelně 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 nevyлéčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyлéčitelně 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 nevyлéčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyлéčitelně 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

Zdroj: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>

Příloha č. 4: Přehled potřeb umírajících v rámci standardu hospicové paliativní péče

Tělesné aspekty péče

Základem paliativní péče je průběžné hodnocení a léčba bolesti a ostatních tělesných obtíží v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy. Cílem je bezpečné a včasné odstranění bolesti a dalších závažných symptomů, případně jejich omezení na úroveň pro pacienta přijatelnou po celou dobu poskytované péče.

Hodnocení symptomů u dětí a pacientů se sníženou kognitivní schopností je prováděno adekvátním způsobem.

Nejčastější symptomy a syndromy pokročilých onemocnění:

- bolest
- respirační symptomy, např. dušnost, kašel, hemoptýza a další
- gastrointestinální symptomy, např. nevolnost, zvracení střevní obstrukce a další
- obecné symptomy, například anorexie, slabost, únava, krvácení, svědění a další
- neuropsychiatrické syndromy, úzkost, deprese, zmatenost

Z ošetrovatelského hlediska se péče zaměřuje především na tyto oblasti:

- péče o pokožku
- prevence proleženin a polohování
- nutriční péče a poradenství v otázkách příjmu potravy
- péče o vyprazdňování
- péče o pitný režim
- péče o dutinu ústní
- péče o dýchací cesty, zvláště při onemocněních dýchacího systému.

Vhodným způsobem je posuzováno pochopení pacienta a jeho rodiny co se týká onemocnění, souvislostí onemocnění, funkčního omezení, vhodné terapie a jejich vedlejších účinků.

V případě potřeby je pacientovi doporučena péče lékařů specialistů (např. radioterapeut, invazivní algeziolog, ortoped, fyzioterapeut, dětský specialista atd.).

Rodině je poskytnuta edukace a podpora v poskytování bezpečné a uklidňující péče o pacienta. Při plánování a poskytování mobilní paliativní péče je možné některé komplikace předvídat, očekávat a pravidelně hodnotit, zda nedochází k jejich vývoji. Rodina má k dispozici praktický návod a prostředky na zvládnutí krizových situací.

Psychologické aspekty péče

Situace pokročilého onemocnění představuje pro pacienty a jeho blízké velkou psychickou zátěž. U pacienta je pravidelně hodnocen a dokumentován psychický stav, psychické reakce (stres, obavy z budoucnosti, vyrovnávání se), psychiatrické jevy (těžká deprese, suicidální myšlenky a pokusy, delirantní stavy). U pacientovy rodiny je pravidelně hodnoceno, jaké jsou její hlavní potřeby (dle Kubler-Rossovové), její schopnost poskytnout péči a vyrovnat se s novou situací. Zvláštní pozornost je věnována komunikaci rodiny s pacientem. Pediatrickým pacientům, jejich sourozencům a dětem nebo vnoučatům dospělých pacientů je poskytována podpora přiměřená stupni jejich vývoje. Psychologická péče je poskytována rodinám pozůstalých, pokud si to přejí, po dobu nejméně 12 měsíců od úmrtí pacienta, v případě potřeby i na dobu delší. Podpora a pomoc v době truchlení jsou poskytovány s ohledem na vývojové, kulturní a duchovní potřeby, očekávání a preference rodiny a jejích členů. Služby poskytované v této oblasti jsou považovány za jeden z klíčových prvků programů paliativní péče. Pracovníci interdisciplinárního týmu jsou odborníci se znalostmi a dovednostmi v oblasti prevence, diagnostiky a léčby psychologických důsledků a psychiatrických komplikací závažných onemocnění, které se mohou projevat jak u pacientů, tak u jejich rodinných příslušníků.

Sociální aspekty péče

Specializovaná paliativní péče respektuje základní sociální kontext pacientova života.

Součástí péče je hodnocení sociální problematiky, která zahrnuje:

- rodinné vztahy
- sociální a kulturní vazby pacienta
- komunikační zvyklosti pacienta
- finanční a životní podmínky
- dostupnost dalších poskytovatelů péče
- možnosti dopravy do případných jiných zařízení
- dostupnost potřebného domácího vybavení
- právní podmínky.

V rámci paliativní péče dochází k pravidelným schůzkám pacienta a jeho rodiny se členy interdisciplinárního týmu. Cílem těchto schůzek je zlepšit vzájemné porozumění, poskytnout srozumitelné informace a pomoci s rozhodováním, projednat cíle péče, zjistit přání, preference, naděje a obavy pacienta a jeho rodiny, poskytnout jim emocionální a sociální podporu a zlepšit vzájemnou komunikaci.

Plánované zásahy sociální péče mají minimalizovat nepříznivé dopady poskytování péče na rodinu a na další neformální poskytovatele péče. Důležitou součástí paliativní péče je zajištění účinné respitivní péče, nejčastěji formou krátkodobého přijetí pacienta do lůžkového zařízení paliativní péče. Komplexní péče pomáhá pacientovi a jeho blízkým řešit praktické sociální problémy vzniklé v souvislosti s vážným

onemocněním (např. poradenství v oblasti možností státní finanční podpory, důchodového zabezpečení, posudkových řízení, služby notáře).

Duchovní a existenciální aspekty péče

Specializovaná paliativní péče respektuje pacientovu názorovou, hodnotovou a případně náboženskou orientaci a příslušnost. Pomoc a péče jsou nabízeny způsobem odpovídajícím individuálním, rodinným, kulturním a náboženským hodnotám.

V rámci péče jsou citlivě zjišťovány duchovní a existenciální názory (včetně názorů na život a smrt, nadějí a obav, rozhodujících životních postojů a přesvědčení, pocitů viny, víry v posmrtný život, v odpuštění a otázek spojených s koncem života) s cílem identifikace duchovního a existenciálního zázemí a s tím spojených rituálů a praktik pacienta a jeho rodiny.

Na základě přání pacienta nebo jeho rodiny je zprostředkován kontakt s duchovními jejich vlastní víry či jejich náboženskými komunitami. Tým paliativní péče respektuje a případně pomáhá zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny v okamžiku úmrtí.

Kulturní aspekty péče

Tým paliativní péče zjišťuje a dokumentuje

- kulturní zázemí pacienta a rodiny
- zájmy a potřeby pacienta a rodiny
- kulturní tradice
- specifika týkající se způsobu sdělování informací a forem rozhodování.

Program paliativní péče je zaměřen tak, aby respektoval spektrum kulturních, jazykových, stravovacích a rituálních praktik pacientů a jejich rodin.

Etické a právní aspekty péče

Vyjádřená přání pacienta nebo jeho zákonného zástupce tvoří spolu s názorem rodiny a multidisciplinárního týmu základ plánu poskytované paliativní péče. Pacienti se zachovanými rozhodovacími schopnostmi sami stanovují míru zapojení rodiny do plánu péče a tato rozhodnutí jsou plně respektována. Názory a preference především větších dětí na lékařskou péči, včetně souhlasu s léčbou, mají být dokumentovány a při rozhodování o dalším postupu má být k nim přihlíženo. Pokud se přání dítěte liší od přání jeho zákonného zástupce, jsou dítěti v rámci týmu k dispozici vhodné odborníci.

Tým paliativní péče podporuje dlouhodobé plánování, které umožňuje pochopit a s pacientem nebo jeho zákonným zástupcem projednat jeho preference týkající se poskytovaných služeb během celého období péče, včetně konečného stádia. V případech, kdy pacient již není schopen nadále komunikovat, snaží se program paliativní péče identifikovat dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference. Tým musí být v nutných případech schopen obhájit dodržení dříve vyjádřených přání pacienta nebo jeho zákonného zástupce. Zákonným zástupcům je při rozhodování poskytována podpora v právní a etické oblasti. Etické

otázky, které se v rámci paliativní péče často objevují, jsou rozpoznány a včas řešeny tak, aby se pokud možno předešlo vzniku závažných etických dilemat, případně aby tato dilemata byla vhodným způsobem vyřešena. Mezi tyto otázky mj. patří: otázka prospěšnosti jednotlivých typů péče, respektování osobnosti a jejího práva na sebeurčení, případně souvisejících zákonných opatření týkajících se pravdivého informování pacientů a jejich rodin; posouzení schopností, souhlasu a povolení u osob nezletilých a problematika informovaného souhlasu; otázka spravedlivé distribuce péče a problematika střetu zájmů. Péče je poskytována v souladu s profesními etickými kodexy. Standardy a kodexy etické praxe paliativní péče jsou vypracovány na základě existujících profesních etických kodexů všech souvisejících disciplín. Tým paliativní péče se snaží zejména předcházet vzniku některých zvláště častých a obtížných etických dilemat, usiluje o včasnou identifikaci těchto dilemat a snaží se je řešit. Jde především o etická dilemata spojená se specifickými postupy, jakými jsou například odepření nebo ukončení léčby (včetně výživy a zavodňování), dodržení příkazů a přání pacientů týkajících se možné resuscitace a použití sedativ v paliativní péči.

Etické otázky jsou dokumentovány a v případě potřeby projednávány s poradci nebo příslušnými etickými výbory. Osoby poskytující paliativní péči jsou seznámeny s platnými právními předpisy, které se týkají lékařského rozhodování, dlouhodobého plánování péče, rolí a odpovědností zákonných zástupců; s předpisy týkajícími se opiátů a jiných sledovaných látek, konstatování smrti, požadavků na pitvu, na darování orgánů a na vedení zdravotnické dokumentace včetně ochrany osobních údajů a lékařského tajemství. Pacientům a rodinám je doporučováno, aby při stanovování a úpravách poslední vůle, majetkového vypořádání a opatrovnictví využívali služeb k tomu určených odborníků.

Specifické aspekty péče o umírajícího pacienta

Pacient a členové rodiny by měli být o známkách a symptomech blížící se smrti poučeni způsobem, který odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí.

Obavy, naděje a očekávání pacienta i jeho rodiny týkající se konce života jsou otevřeně a poctivě pojmenovány a řešeny s ohledem na sociální a kulturní zvyklosti pacienta.

Symptomy související s koncem života jsou pravidelně sledovány a dokumentovány a v souladu s preferencemi pacienta a jeho rodiny ošetřovány. Plán péče musí být pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal měnícím se potřebám pacienta a rodiny. Pokud během konečné fáze vznikne potřeba intenzivní paliativní péče, poskytovaná péče je této potřebě bezodkladně přizpůsobena. Je třeba společně s rodinou a pacientem vytvořit plán řešení krizových situací, jež mohou nastat. Je vhodné s rodinou předem domluvit postup v případě úmrtí pacienta a otázku případné pitvy.

Zdroj: Standardy paliativní péče

Příloha č. 5: Žádost o umožnění sběru dat v souvislosti se závěrečnou bakalářskou prací

Žádost o umožnění sběru dat v souvislosti se závěrečnou bakalářskou prací

Jméno: Michaela Žilinová

Datum narození: 15. 9. 1967

Telefon: 723 680 988

E-mail: mzili@volny.cz

Adresa: Na Čihadlech 984, Dobříš okr. Příbram 263 01

Fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Studijní program: Rehabilitace

Obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Téma závěrečné práce: Důstojné umírání v LDN

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil Th.D.

Požadavek: Náhled do ošetrovatelské dokumentace, pozorování, rozhovor.

Způsob provedení sběru dat: Pozorování a standardizovaný rozhovor, náhled do ošetrovatelské dokumentace.

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: MEDI-HELP, spol. s r.o.

Náklady pro zdravotnické zařízení: Čas

Termín sběru dat: Srpen – prosinec 2011

Zavazuji se k mlčenlivosti o všech získaných skutečnostech o nichž se dozvím v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.

Michaela Žilinová

Datum: 1. srpna 2011



Příloha č. 6: Potvrzení o účasti na školicí akci Thanatologie, principy paliativní péče, euthanasie.

Vzdělávací agentura PULS uskutečnila školicí akci

prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcová, CSc.
Thanatologie, principy paliativní péče, euthanasie
Praha, 22.3.2011

POTVRZENÍ O ÚČASTI

Jméno: **Žilínová Michaela** Datum narození: **15.9.1967**

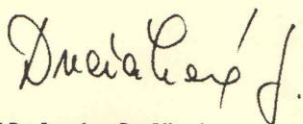
Souhlasné stanovisko:
POUZP pod číslem OZ 383/11 ŠA dle Vyhlášky MZ ČR č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví *kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků*

Forma celoživotního vzdělávání:	školicí akce
Délka trvání akce:	4 hodiny teorie
Druh účasti:	pasivní účast
Počet kreditů:	4 body
Akce byla vedena v cizím jazyce:	ne

Akce je určena pro nelékařská povolání:

<input checked="" type="checkbox"/> Všeobecná sestra	<input checked="" type="checkbox"/> Porodní asistentka
<input checked="" type="checkbox"/> Ergoterapeut	<input checked="" type="checkbox"/> Radiologický asistent
<input checked="" type="checkbox"/> Fyzioterapeut	<input checked="" type="checkbox"/> Zdravotní laborant
<input checked="" type="checkbox"/> Zdravotnický záchranář	<input checked="" type="checkbox"/> Zdravotně sociální pracovník
<input checked="" type="checkbox"/> Nutriční terapeut	<input checked="" type="checkbox"/> Farmaceutický asistent

PhDr. Jaroslava Dvořáková
PULS, vzdělávací agentura
K. Nového 432, 257 51 Bystřice u Benešova
www.puls-kurzy.com
IČ: 71961968


PhDr. Jaroslava Dvořáková
vedoucí vzdělávací agentury PULS

Razítko

Zdroj: vlastní

Příloha č. 7: Fotografie MEDI HELP, spol. s r.o.



Zdroj: autorka