



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Paliativní péče v nemocnici a hospici

Vypracoval: Bc. Eva Rašková
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D

České Budějovice 2014

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá poskytováním paliativní péče v hospici a v nemocnici. V prostředí nemocnic umírá mnoho nemocných s nevléčitelnými chorobami. Ošetrovatelský personál se tak dostává často do kontaktu s lidmi na konci jejich cesty životem. Sestry jsou ve velmi těsném kontaktu s nemocnými, vnímají a reagují na jejich pocity, vnímají taktéž utrpení umírajících v případě nadbytečné léčby, která zatěžuje tělo pacientů. Péče o umírající je velmi zátěžovou situací. Zahrnuje péči nejen o nemocného člověka, ale také komunikaci s rodinou a posléze s pozůstalými. Prostředí nemocnic je však primárně určeno pro akutní péči, paliativní péči se zabývá pouze okrajově. V České republice se rozvíjí paliativní péče zejména v hospicích, a proto inspiraci, jak ji rozvíjet a přenést i do systému nemocniční péče, je možné čerpat hlavně v těchto zařízeních.

V teoretické části jsou popsány základní pojmy paliativní péče. Další část se zabývá vztahem umírajícího a jeho nemocí, vztahem sestry a nevléčitelné nemoci, vztahem mezi sestrou a rodinou či blízkými nevléčitelně nemocného a umírajícího, vztahem mezi sestrou a umírajícím. Další část nastiňuje etické problémy v ošetrovatelství u umírajících, popisuje prostředí, kde je poskytována paliativní péče a zabývá se standardy v paliativní péči.

Práce má tři cíle. Prvním cílem je srovnat úroveň standardů paliativní péče v ošetrovatelství různých zdravotnických zařízeních. Druhým cílem je zjistit možnosti aplikace paliativní péče v ošetrovatelství v různých zdravotnických zařízeních. Třetím cílem je na základě zjištěných výsledků navrhnout možnosti zlepšení poskytování ošetrovatelské paliativní péče v nemocnici.

Ve výzkumné části byla provedena analýza písemných dokumentů a v kvantitativním výzkumu byla použita technika anonymního dotazníku. Byly rozdány dva dotazníky vlastní konstrukce. První byl určen odpovědným pracovníkům pro ošetrovatelskou péči. Týkal se průzkumu poskytování paliativní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Dotazník byl odeslán elektronicky do 238 zdravotnických zařízení. Obsahoval 6 otázek, ze kterých byly 3 otázky uzavřené a 3 polouzavřené. Dotazník přečetlo celkem 78 odpovědných pracovníků pro ošetrovatelskou péči

z různých zdravotnických zařízení a 26 jich dotazník zcela dokončilo. Na základě odpovědí 26 odpovědných pracovníků pro ošetrovatelskou péči jich 18 souhlasilo s provedením podrobnějšího průzkumu týkajícího se sester pracujících u lůžka a poskytování paliativní péče. Druhý dotazník obsahoval 26 otázek, z toho 13 uzavřených a 13 polouzavřených. Dotazník vyplnilo 150 respondentů z nemocnic, zařízení dlouhodobé péče a hospiců. Data byla statisticky zpracována.

Stanovili jsme 4 hypotézy. H 1: Existence standardů pro paliativní péči je závislá na typu zdravotnického zařízení, je platná. H 2: Standardy pro paliativní péči jsou převážně zaměřeny na saturaci základních potřeb spíše než na saturaci psychosociálních a spirituálních potřeb. Hypotéza nepřinesla dostatečně validní výsledky. H 3: Možnosti aplikace paliativní péče poskytované ošetrovatelským personálem jsou závislé na typu zdravotnického zařízení, je platná. H 4: Z pohledu sester je poskytování paliativní péče závislé na zajištění podmínek pro její realizaci. Z odpovědí sester vyplývá, že jsou ovlivňovány podmínkami, za kterých mohou paliativní péči poskytovat.

Výsledky výzkumu ukazují, že ve zdravotnických zařízeních existují standardy pro paliativní péči a jsou převážně zaměřeny na fyzické potřeby. Dále vyplynulo, že kvalitní paliativní péče může být poskytována při vytvoření adekvátních podmínek, jako je dostatečný počet personálu, možnost vzdělávání personálu, organizace prostředí a času. Inspiraci pro rozvoj paliativní péče můžeme získat jak v hospicích v České republice, tak ze zahraničních zdrojů.

Klíčová slova:

paliativní péče, standardy paliativní péče, Liverpool care pathway

Abstract

This master thesis covers the palliative care in a hospice and a hospital. A lot of seriously ill patients suffering from incurable diagnoses die in hospitals. Therefore the nursing staff come into a close contact with patients near the end of their life.

The nurses are in a close contact with the patients. The nurses sense emotions and suffering of dying patients. They sense also feelings of patients in case when improper cure and treatment are applied. Taking care of dying patients is stressing situation. The care covers not only the patient himself but it also includes the communication with the patients' family and later the bereaved families.

The hospital environment is primarily targeted to acute care. The palliative care is at the periphery. In The Czech Republic the palliative care is emerging in hospices mainly. That is the reason why the hospices may serve as a source of inspiration for improvements of the palliative care in other medical institutions.

The first part of the theory section describes the main principles of a palliative care. The next part deals with mutual relations between the dying patient, the disease, between the nurse and the family and relatives of the dying patient. The last part deals with the ethical problems in the dying patients nursing, describes the environment where the palliative care is provided and researches the palliative care standards.

There are three main goals of the work. The first goal is to compare the level of palliative care standards in different types of medical institutions. The second goal is to evaluate the possibility of providing of the palliative care in the different types of the medical institutions. The third goal is to suggest possibility of the hospital palliative care improvements according to results of the surveys.

In the research part an analysis of written documents was performed. The quantitative part of the research used an anonymous survey. We created two surveys to perform the research. The first survey was targeted to the nursing management and their view of the palliative care provided in the different types of medical institutions.

The survey was distributed to 238 relevant medical institutions by electronic means. It consists 6 questions. 3 of them were closed questions, remaining 3 were semiclosed.

The survey was opened by 78 respondents of different institutions. 26 respondents took part and finished the survey.

According to answers of 26 nursing managers 18 of them agreed to cooperate further and participate in more detailed survey targeted on the nurses who work directly with patients and provide the palliative care. The second survey consisted of 26 questions and 13 of them were closed and 13 semiclosed. The survey was finished by 150 respondents from different medical institutions: hospitals, long term care hospitals and hospices. The data of the both surveys were statistically evaluated.

We established 4 hypothesis. H1: The presence of palliative standard depends on the type of medical institution. The hypothesis is valid. H2: The palliative care standards are focused mainly on the basic physical needs providing and less to the spiritual and psycho-social needs providing. The hypothesis was not sufficiently proven.

H3: The possibility to provide palliative care by nursing staff depends on the type of medical institution. The hypothesis is valid. H4: From the point of view of nursing staff the palliative care providing depends on the environmental conditions. The answers of the nursing staff take us to the conclusion that the environment influences providing the palliative care.

The results of the research shows, that the palliative standards in the medical institutions exist. The standards are focused mainly on providing basic physical needs. There is an evidence that the quality palliative care can be provided in case when the conditions are adequate. There are sufficient counts of the nursing staff, possibility of staff education, suitable environment and well organized time. The development of the palliative care in the Czech Republic can be inspired by the hospices or global sources.

Key words:

palliative care, standards of palliative care, Liverpool care pathway

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na 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 Českých Budějovicích dne 14.08.2014

Bc. Eva Rašková

Poděkování

Děkuji PhDr. Marii Trešlové, Ph.D za cenné rady a trpělivost při psaní diplomové práce, též děkuji Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc se zpracováním statistických dat.

Obsah

1	Současný stav.....	12
1.1	Paliativní péče	12
1.1.1	Umírající a jeho nemoc	14
1.1.2	Nemoc a sestra	20
1.1.3	Sestra, rodina a blízcí	22
1.1.4	Umírající a sestra	25
1.1.5	Etické problémy v ošetřovatelství u umírajících	28
1.2	Prostředí poskytování paliativní péče	31
1.2.1	Hospic	31
1.2.2	Nemocnice	33
1.2.3	Oddělení následné péče	35
1.3	Standardy pro paliativní péči	37
2	Cíle a hypotézy práce.....	40
3	Metodika	41
3.1	Analýza písemných dokumentů	41
3.2	Použité metody	41
3.3	Charakteristika výzkumného souboru	42
4	Výsledky zpracování.....	43
4.1	Výsledky 1. dotazníku.....	43
4.2	Výsledky 2. dotazníku.....	48
4.3	Výsledky zpracování hypotéz	68
5	Diskuze.....	74
6	Závěr	90
7	Seznam informačních zdrojů	92
8	Přílohy.....	98

Seznam použitých zkratek

CHOPN Chronická obstrukční pulmomální nemoc

CMP Cévní mozková příhoda

AIDS Acquired Immune Deficiency syndrom (Syndrom získaného selhání imunity)

LDN zařízení pro dlouhodobou péči

Úvod

Současná společnost je zaměřena na výkon, fyzické zdraví, krásu, produktivitu, prosperitu. Společnost je orientována tak, aby člověk spoléhal sám na sebe, na svoje dovednosti, zkušenosti a vědomosti a pokud někoho požádá o pomoc, není dostatečně dobrý v tom, co dělá. Jsme limitováni pracovními podmínkami, financemi, časem. Rodiny jsou si vzdálenější, a to nejen kilometry. Mnohdy slyšíme od nemocných: „Víte, dcera bydlí 200 kilometrů daleko, na druhém konci republiky, na druhém konci světa.“ Když najednou ale zjistíme, že nám blízký člověk onemocní závažnou chorobou, dojde často k přehodnocení smyslu a potřeb v našem životě.

Pro každého z nás je umírání a smrt svým způsobem jedinečná a je jedinou jistotou v celém našem životě. Otázkou je kdy, kde, za jakých okolností a v čí blízkosti. Nikdo nás nemůže informovat o tom, jaké je smrt prožít.

Po celou dobu existence lidstva je zrození a smrt přirozenou součástí života. Celkem nedávno došlo ke změnám v této oblasti tím, jak se institucionalizovala péče. Jedním z cílů současného zdravotnictví je vrátit tyto procesy do přirozených kolejí. Na rozdíl od nedávné minulosti, kdy byl porod a péče o novorozence výhradně v rukou zdravotnického personálu, je v dnešní době možnost přítomnosti otce nebo jiných blízkých osob u porodu, stejně tak v době krátce po porodu. U porodů se daří návrat k přirozenému stavu a zlidštění. Bylo by tedy dobré vzít si příklad z toho, že když člověk, rodí v kruhu nejbližších, měl by také umírat za přítomnosti rodiny nebo blízkých lidí v prostředí, kde se cítí bezpečně.

V současném zdravotnictví na jedné straně dochází ke specializaci péče, která se primárně orientuje na uzdravení člověka a na druhé straně se snaží navracet k holistickému pojetí člověka, které uznává člověka jako celek s jeho bio-psycho-socio-spirituálními potřebami (Kutnohorská, 2007). Ošetřovatelství se v současné době orientuje na člověka a jeho potřeby, snaží se o co nejkompexnější péči zahrnující

vysokou kvalitu, bezpečí a profesionalitu. Sestra je důležitou součástí zdravotnické péče, stává se průvodcem ve zdraví, nemoci, uzdravování a také v umírání. Může poskytnout svoje vědomosti a dovednosti ke zkvalitnění závěru života na této těžké cestě. Podle statistických údajů zemřelo v roce 2012 celkem 108 189 osob. Z toho jich 63 078 zemřelo v nemocnicích (www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli). Z tohoto důvodu je nutné, aby se sestry ve zdravotnických zařízeních, zejména v nemocnicích vzdělávaly v oblasti paliativní péče. Je dobré zamyslet se nad tím, jak přenést poznatky z hospiců, které jsou orientovány na tento druh péče, a zda je to vůbec možné, do ostatních zdravotnických zařízení a tím ulehčit a zkvalitnit závěr života umírajícím.

1 Současný stav

1.1 Paliativní péče

Cílem paliativní péče je zajištění důstojného umírání a zkvalitnění života v jeho závěru. Uznává člověka jako individualitu se všemi jeho potřebami a hodnotami, které doprovází závěrečnou část života. Základem je vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného v oblasti bio – psycho – sociální a spirituální.

Paliativní péče je zahajována v případě, že nemocného již nelze léčit tak, aby došlo k jeho plnému uzdravení. I přesto lze v paliativní léčbě provádět léčebné zákroky, a to v případě, že napomohou ke zlepšení kvality zdravotního stavu nemocného (Vorlíček, 2004). Jak uvádí Haškovcová (2007) může být ukončena léčba nemocného, ale péče je mu poskytována až do samotného závěru života. Prvotním krokem je tedy přijetí rozhodnutí, že pro nemocného je paliativní péče tou nejvhodnější. Je to okamžik, který patří mezi nejtěžší, a to nejen pro nemocného, ale i lékaře. Nelze se zaměřit ovšem jen na nemocného. Důležitá je rodina a blízcí, kteří se o nemocného starají, jsou s ním v častém kontaktu. Její součástí je péče o pozůstalé.

Do paliativní péče je zahrnováno období několika měsíců nebo týdnů před smrtí. Vorlíček (2004) rozděluje umírání na 3 fáze, a to na fázi *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

Fáze pre finem může trvat i několik týdnů až měsíců. U nemocného dochází k mnoha změnám. Týkají se fyzického vzhledu, psychiky, osobního života, aktivit a priorit. Nemocný prochází složitým obdobím plným strachu, úzkosti, obav z budoucnosti. Mění se povaha kontaktu a komunikace s přáteli, příbuznými, spolupracovníky. Nemocný řeší finanční stránku nemoci, protože většinou dojde ke ztrátě zaměstnání. Je to období provázené ztrátou interpersonálních vztahů, sociálních rolí. Na druhou stranu se objevují nové interpersonální vztahy, a to především v dimenzi zdravotník – nemocný. Jedním z členů týmu, který hraje velice důležitou roli v péči o vážně nemocného, je sestra. Motivuje vážně nemocného, aby se aktivně účastnil péče dle svého aktuálního zdravotního stavu a také na základě svého rozhodování. Podílí se

na naplňování reálných cílů společně s nemocným. V této fázi se do péče o nemocného začíná pozvolna zapojovat i rodina a blízcí nemocného.

Fáze in finem se týká vlastního umírání. Je to období týkající se posledních hodin, dní, maximálně týdnů života. V lékařské terminologii se tento stav nazývá terminální. „Terminální léčba a péče není synonymem péče paliativní, ale její součástí, a je chybou používat toto spojení jako synonyma (Opatrná, 2008, s. 37).“ Vytvořením standardizovaných postupů mohou sestry a ostatní členové multidisciplinárního týmu poskytovat validní informace rodině a blízkým umírajícího. S přicházejícím koncem života umírající postupně slábnou, minimalizuje se komunikace s okolím a uzavírají se do svého světa. Snižují se nároky na příjem potravy a tekutin. Umírající se zabývají smyslem života, který prožili. Sestra ve vztahu k rodině plní roli informátora. Podává informace o symptomech doprovázející umírání, poskytuje emoční podporu. Toto období může nemocný využít k zorganizování a uzavření věcí před koncem svého života. Jestliže se umírající rozhodne, že poslední chvíle svého života nechce strávit v nemocnici, je to vhodná doba na nabídnutí a zajištění mobilní nebo lůžkové hospicové péče. Možnosti záleží na druhu poskytovaných služeb v místě bydliště.

Fáze post finem se týká především péče o zemřelé tělo. Zahrnuje také kontakt s pozůstalými, kteří přišli o blízkého člověka. Tato fáze začíná konstatováním smrti, které provádí vždy lékař. Péči o mrtvé tělo provádí sestra. Činnosti vykonává s důstojností k zemřelému. Okamžik smrti je bolestnou ztrátou, doprovázenou velmi silnými emocemi. V případě úmrtí za přítomnosti rodiny, nechá sestra rodinu, aby se mohla s právě zemřelým rozloučit. Jestliže v okamžiku smrti nebyla rodina přítomna, informuje lékař osobu uvedenou v dokumentaci jako kontaktní (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>).

Paliativní péče je multioborová, prováděna profesionály z oboru lékařství, ošetřovatelství a dalších pomáhajících profesí. Je určena především nemocným s kardiovaskulárními chorobami, CHOPN, syndromem demence v pokročilých stádiích, s diagnózou zhoubných novotvarů, neurologických onemocnění, stavy se selháváním jater, ledvin, stavy po CMP, AIDS, polymorbidní geriatrické pacienty. Tento druh péče se dělí na obecnou a specializovanou úroveň péče. Dle Standardů paliativní péče (2013)

by obecnou paliativní péčí měla poskytovat všechna zdravotnická zařízení. Jejím cílem je: „...včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí významné pro kvalitu pacientova života (Radbruch, Payne a kol., s.6).” Zdravotníci zajišťují kontinuitu péče, efektivní komunikaci, vyhledávají a efektivně uspokojují potřeby nemocného, konzultují péči s jinými specializovanými odborníky. V případě, že ve zdravotnickém zařízení existuje multidisciplinární paliativní tým, využívají jeho konzultací (Kalvach, 2010). Specializovanou zdravotní péči poskytují lůžkové hospice, mobilní hospice, denní stacionáře, ambulance bolesti a oddělení paliativní péče, které fungují v rámci zdravotnického zařízení. Tuto péči poskytují odborníci se zkušenostmi a speciálním vzděláním v oblasti paliativní péče (Radbruch, Payne a kol., 2010).

V paliativní péči se z ošetrovatelského hlediska pracuje s několika základními subjekty, které na sebe vzájemně působí. Jedná se o nemocného s infaustní prognózou (umírající), rodinu a blízké, sestru a nemoc. Paliativní péči tak můžeme zkoumat z hlediska těchto vztahů. Vztahy se vyvíjejí v čase a závisí na prostředí, ve kterém je paliativní péče poskytována. Umírající se vyrovnává se svou nemocí. Rodina je zasažena informací o závažné prognóze, stavem umírajícího a změnami v rámci zdravotního stavu. Sestra je obeznámena s nemocí, typ diagnózy ovlivňuje její práci. Péče je určena stavem umírajícího. Sestra v rámci možností zahrnuje rodinu do péče a poskytuje podporu.

1.1.1 Umírající a jeho nemoc

Každý člověk je individualitou. Liší se dobrými i špatnými vlastnostmi, určitým druhem chování a jednání, vztahem k sobě a svému okolí. S nemocí se vyrovnává každý po svém. Přístup nemocného v paliativní péči je ovlivněn mnoha okolnostmi. Záleží na jeho životních zkušenostech, na osobnosti nemocného, podpoře rodiny, předchozí zkušenosti s nemocí, léčbou, kontaktem se zdravotnickým personálem, zda se jedná o muže nebo ženu (Trachtová, 2008).

Paliativní léčba je zaměřená na hodnocení symptomů nemocného. Stálá přítomnost symptomů připomíná nevléčitelně nemocnému pokročilý stav onemocnění. Ovlivňuje

psychiku i fyzickou aktivitu. Z toho důvodu je tedy hlavním cílem paliativní péče symptomy zmírnit nebo potlačit (Plevová, 2011). Aranda (in O'Connor a Aranda, 2005) uvádí, že u umírajícího pacienta nelze symptomy zcela odstranit. Zmírněním symptomu může sestra zhoršit symptom jiný. Intervence v péči zahrnuje na předním místě respekt k přání pacienta. Sestra pravidelně hodnotí pacientův stav a výsledek ošetrovatelských a léčebných intervencí. Léčba nebo zmírňování symptomů souvisí s vyhledáváním a uspokojováním potřeb umírajících. Výchozím bodem je holistické pojetí člověka, které zahrnuje oblast biologickou, psychologickou, sociální a spirituální.

Celý náš život je postaven na uspokojování lidských potřeb. Jejich vznik je dán nedostatkem nebo nadbytkem něčeho v našem životě. Jsou základem vnitřní motivace pro naše další chování a jednání. Jejich uspokojování souvisí s prožíváním emocí. Pokud prožíváme kladné uspokojení potřeb, objevují se libé pocity, při neuspokojení prožíváme frustraci. Uspokojování potřeb je proces, který se neustále opakuje, vzniká a zaniká (Plevová, 2011). Uspokojování lidských potřeb je základem ošetrovatelské péče.

Biologické potřeby zahrnují péči o vyhýbání se bolesti, potřebu dýchání, vyprazdňování, výživy, spánku, příjem tekutin, aktivity, tepla, hygieny a sexuální potřeby.

Jednou z nejvýraznějších potřeb u umírajících je potřeba být bez bolesti. Bolest je vyvolána samotným onemocněním, intervencemi v paliativní léčbě nebo jinými příčinami. Dlouhodobá bolest oslabuje tělo, působí na psychiku člověka a vyvolává únavu. Únava se projevuje zpomalením fyzického i psychického tempa, nedokončováním započaté práce. Vyskytuje se často v souvislosti s dušností, anemií a zmenšením energetického příjmu (O'Connor a Aranda, 2005).

U nemocného v paliativní péči dochází ke snížení objemu přijímané potravy. Důvodem je vzrůstající nechut' k jídlu a omezení energetického nároku těla. Strava přestává být důležitou součástí života. Dochází k úbytku tělesné váhy. Dalším doprovodným příznakem je zácpa. Souvisí s omezením aktivity nemocného, se způsobem výživy, podáváním léků a hydratací. Umírajícímu se postupně snižuje potřeba přijímat tekutiny. Kvalita spánku je ovlivněna symptomy, které souvisí s onemocněním, s psychickým a fyzickým stavem a s pokročilostí onemocnění.

Paliativní péče se také zabývá tématem sexuálních potřeb. Tato oblast je opředená různými mýty. Jeden z nich předpokládá, že umírající nemá o tyto potřeby zájem. Překážkami k aktivitě v této oblasti mohou být únava, deprese, bolest a další symptomy. Sexualita bývá spojena s pojetím vlastního těla. To je nemocí a léčbou změněné (O'Connor a Aranda, 2005).

V čase, kdy se přibližuje smrt, dochází ke zhoršování fyzických symptomů, jako jsou únava, dušnost, nauzea, zvracení, nechut' k jídlu, spavost, horečka. Mohou být doprovázené zmateností, poruchou vědomí.

V době, kdy se nemocný dozví závažnou informací, že léčba již nespěje k jeho vyléčení, zbývá krátký čas mezi oznámením a smrtí. Prožívá změny v oblasti *psychických potřeb*. Projevují se emoce, jako jsou strach, obavy, úzkost, deprese, zmatenost, bezradnost, zlost. Základem pro uspokojování těchto potřeb je respektování lidské důstojnosti. Nemocný se snaží vyrovnat s tíživou situací, která zasáhla jeho a zároveň celou rodinu a blízké. „Kromě loučení a zařizování finančních záležitostí se pacienti mohou v dosti krátkém časovém období rozvíjet, dospívat a duševně růst (Theová, 2007, s. 219).“

Podle Elisabeth Kübler-Rossové si nemocný, který se dozvěděl závažnou diagnózu, může projít několika možnými stádii. Prvním stádiem je šok, negace a popírání. Následuje agrese, hněv a vzpoura, kdy se nemocný snaží svalit vinu za své onemocnění na okolí. Ve fázi smlouvání a vyjednávání hledá pomoc kdekoliv a u kohokoliv, kdo ji nabídne. Je ochoten vydat velké peníze za prostředky, které by ho mohly uzdravit. Uzavírá sliby sám se sebou. Deprese a smutek, které jsou další fází, vyplývají z myšlenek na zabezpečení rodiny, bilancování a strachu z konce a konečnosti života. Poslední fází je akceptace, smíření a souhlas se smrtí. Umírající se vyrovnává se svou nemocí a koncem života, loučí se se svými blízkými (Svatošová, 2011).

Podobně Křivohlavý (1989) uvádí 5 fází průběhu závažné nemoci. Pacient nejprve prochází fází nazývanou výkřik. V tuto chvíli si nemocný uvědomí závažnost situace a dochází k nárůstu negativních emocí, pacient je ořesen. Psychické projevy, které se v tomto období vyskytují, jsou závislé na osobnosti nemocného. Objevuje se agresivita, obviňování druhých nebo naopak stažení se do sebe. Ve fázi popírání se pacient brání

příjmu špatných zpráv. Může se projevit žádostí o opakování vyšetření, oslovením jiného lékaře. Tato fáze připravuje nemocného na další boj se závažnou nemocí. Křivohlavý (1989) tedy první dvě stádia popisuje v opačném pořadí než Elisabeth Kübler-Rossová. Další fází je přítomnost vtíravých myšlenek, kdy nemocný přemýšlí nad nemocí, nad situací, do které se dostal. Je to období, kdy upadá do depresivních stavů. Zabývá se myšlenkami, jak nemoc ovlivní jeho budoucnost. Bojí se, že bude umírat v bolestech. V této době nemocní často pomýšlejí na sebevraždu. Čtvrtou fází je vyrovnání. Poslední je fáze smíření. Jde o úspěšné zvládnutí vztahu umírajícího k nemoci. Nemocný tato stádia nemusí prožít všechna, nebo se může do některých opakovaně vracet. Křivohlavý (1989) ve svém výčtu boje umírajícího s nemocí poslední dvě fáze, oproti Elisabeth Kübler-Rossové, odděluje od sebe a zcela vynechává fázi smlouvání.

Nemocní s infaustní prognózou reagují aktivními a pasivními druhy obranných mechanismů. Do aktivních patří kromě agresivity zvýšená aktivita nemocného, čímž se snaží nemyslet na závažný stav. Mezi pasivní mechanismy patří popření, únik do fantazie, stavy rezignace nebo regrese (Jobánková a kol., 2006). Křivohlavý (2002) tyto reakce pacienta rozšiřuje o pojmy represe neboli vytěsnění, inverze, která označuje opačné chování (např. pacient si hraje na hrdinu), sebeobviňování. Dále jsou to externalizace viny (obviňuje ostatní z toho v jakém je stavu), projekce. „Pacient promítá vlastní záměr do jednání druhých lidí (Křivohlavý, 2002, s.106).“

Od začátku sdělení závažné diagnózy nemocný potřebuje informace. Týkají se plánu, realizace a možností léčby a péče. Nemocnému by měly být sdělovány pravdivé informace. V nemocném zanechává pravdivá komunikace pocit bezpečí. Profesionály chrání před ztrátou důvěry, kteří si nemusí hlídat, kdo, kdy a co nemocnému řekl nebo neřekl a nezamotávají se do vymyšlených nepravd. Sdělování závažných informací by mělo obsahovat naději. Naděje jako součást paliativní péče je důležitým předpokladem pro kvalitní prožití zbytku života. Haškovcová (2007) rozděluje naději na reálnou, částečně reálnou a iracionální. Reálná naděje se využívá u stavů, kde předpokládáme vyléčení nemoci, částečně reálná naděje se poskytuje u nemocných, u kterých se

předpokládá remise nebo zlepšení stavu, iracionální naděje se ponechává u nemocných v terminální fázi.

V současnosti má většina nemocných přístup k internetu, kde si vyhledá informace o své nemoci. Jsou zahlceni velkým množstvím údajů. Následně se u nich mohou objevit emoce, jako jsou strach, úzkost, deprese. V této chvíli potřebují mít nablízku osobu, která je povzbudí svojí přítomností, dotekem, popřípadě rozhovorem. Nemocný může prožívat i opačné pocity. Díky sociálním sítím na internetu komunikuje s lidmi, kteří se nachází v podobné situaci. Pomocí těchto sítí prožívá emoce společně s jinými nemocnými, zabývá se průběhem onemocnění. Nabízí umírajícím možnost podpory a pomoci, včetně literatury. Poskytuje kontakty na odborníky a zařízení specializované na poskytování paliativní péče.

Nemocný má potřebu i právo podílet na rozhodování o léčbě a o péči. Předchází tak obavám ze ztráty autonomie. Potřebuje vědět, že jeho názor je pro zdravotníky důležitý a pracují s ním.

Člověk je společenský tvor a má potřebu *sociálních* vazeb, potřebu někam patřit. Je součástí různých společenství, v nichž zaujímá určité role. Nemoc tyto role mění. Bártlová a Matulay (2009) uvádí, že ke změnám rolí dochází v oblasti pracovní, v rodině a ve schématech trávení volného času. S přibývajícimi a prohlubujícimi se příznaky nevyléčitelné choroby se mění postavení nemocného v rodině. Účastní se méně aktivit spojených s chodem rodiny, povinnosti přecházejí na další členy domácnosti. Rodina i nemocný prožívají emocionálně velmi vypjaté období. Nemoc mění vnímání vztahů s blízkými. Je to období revize vztahů, postojů jednotlivých členů rodiny k nemoci a umírajícímu. K ovlivnění může dojít směrem negativním, ale i pozitivním. Umírání a smrt může rodinu spojit dohromady. Vlivem infaustní prognózy ubývá nebo mizí čas, který nemocný tráví věcmi, jenž ho baví. Může se stát, že mu na ně nezbývají síly nebo nechce být v kontaktu s ostatními. Nemocný se může chtít soustředit na dokončení pro něj důležitých činností, které vlivem nemoci musel přerušit. Chce si zorganizovat závěr života podle svého. Pokud to zdravotní stav dovoluje, je důležité nemocného podporovat v činnostech, které dělal, ještě než onemocněl.

Psychická podpora je pro ně zdrojem energie. Jednou z potřeb procesu umírání může být i zorganizování vlastní smrti a pohřbu.

Jestliže onemocní člověk v produktivním věku, řeší ekonomickou stránku. Sníží se příjem finančních prostředků z pracovní činnosti na jedné straně. Na druhé straně se s progredující nemocí zvyšuje finanční náročnost péče o umírajícího nemocného.

U umírajících může docházet k postupné sociální izolaci. Nemocný sám snižuje počet kontaktů s okolím. Johnstonová (in Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007) uvádí, že člověk, který se neúčastní společenských kontaktů, může být postižen takzvanou sociální smrtí, k níž může dojít v důsledku zhoršování symptomů nemoci, prodlouženého umírání, ale i vlivem omezení kontaktů. Jednou z příčin je, že nemocnému je nepříjemné opakovaně vysvětlovat, jakou nemocí trpí, jak se cítí, nechce být litován.

Je stále mnoho zdravotníků, kteří nemají zkušenosti s pojmem a obsahem *spirituálních potřeb* a nejsou si jisti v jejich uspokojování. Spirituální potřeby mají všichni lidé. Nezáleží na tom, zda jsou věřící, tedy, že se hlásí k určitému náboženství, nebo ne (Svatošová, 2011). Pro sestru není vůbec jednoduché tyto potřeby identifikovat. Uspokojování spirituálních potřeb probíhá během celého procesu péče o umírajícího pacienta. Na konci života se dostávají do hlavního zájmu umírajícího (Svatošová, 2012).

Ústřední spirituální potřebou je potřeba lásky. Člověk potřebuje být milován a touží lásku dávat. Život nepřináší jen radosti, ale také starosti. „Přijmout život znamená přijmout i omezení. Nejvyšší formou tohoto přijetí je přijetí vlastní smrti, kdy přijímáme nejen svůj život vegetativní, který okamžikem smrti končí, ale život celý, tedy i ten, který přesahuje práh smrti (Svatošová, 2012, s.47).“ Mezi další spirituální potřeby patří potřeba odpuštění, lásky, přijmout sama sebe, usmíření a pozitivní vztah s jinými, včetně Boha (O'Brien, 1998). Na sklonku života lidé řeší často smysl života, otázky vlastní existence. Chtějí být ujištěni o tom, že jejich život má smysl do poslední chvíle (Svatošová, 2012). Bilancují. Umírající přemítá nad tím, zda nebude blížkým na obtíž, má strach z bolesti, ze ztráty lidské důstojnosti. Často se ptá, kolik mu zbývá času. Řeší, jak bude smrt vypadat, má obavy z cesty, která ho čeká. Obrací se na sestru

s otázkami, na které sestra neví jak reagovat. Následně se vyhýbá kontaktu s nemocným a posiluje pocit osamění, úzkosti, strachu. V důsledku může nemocný pomýšlet na rychlejší ukončení života pomocí sebevraždy nebo žádat o ukončení života někoho ze svého okolí.

Součástí komplexní péče o nemocného zařazeného do paliativní péče je nabídka poskytování duchovních služeb. Zdravotnické zařízení může nabízet služby duchovních, na které sestra poskytuje kontakt, pokud o ně umírající projeví zájem. V nemocnicích jsou zřizovány kaple nebo alespoň prostory pro konání pravidelných bohoslužeb. Zároveň jsou místem pro zastavení se, rozjímání, zamyšlení nebo pro klidný rozhovor s umírajícím nebo jeho rodinou a blízkými. V této oblasti mají zdravotníci velké mezery v oblasti vzdělávání.

1.1.2 Nemoc a sestra

Péče o nemocné má svá specifika, stejně jako péče o umírající. Studenti ošetrovatelství ve škole získávají vědomosti o nemocech, učí se praktickým dovednostem, v určité míře se věnují komunikaci a psychologii. Absolventka, která ukončila odborné vzdělání má málo nebo žádné zkušenosti s umíráním a smrtí. První zkušenost se smrtí sestra získá v různých obdobích svého života. Poprvé se může setkat se smrtí již v dětství při úmrtí člena rodiny nebo blízkých přátel. Další zkušenosti získá sestra v průběhu vzdělávání anebo vlastního povolání. Dle Vorlíčka (2004) je obsahem vzdělávání v paliativní péči získávání nových vědomostí, dovedností a postojů. Týkají se oblasti medicínsko – ošetrovatelské, psychosociální, organizační a seberozvoje. Cílem pro vzdělávání v paliativní péči je zvýšení kvality a komplexnosti péče o umírajícího. Cíle vychází z různých pohledů: nemocných, rodiny, zdravotníků a také dobrovolníků. Prostředkem pro získávání nových informací může být samostudium, přednáška, konference, certifikovaný kurz, odborná stáž. Ideální formou rozšiřující vzdělání je sebezkušenostní výcvik, kdy si sestra vlastními prožitky uvědomí, jaké pocity nemocní mohou zažívat a jak vnímají sestru.

Jedním z výsledků přípravy na povolání sestry je naučit se profesionálnímu vystupování. Sestra ošetřuje všechny bez ohledu na míru sympatie nebo antipatie.

Očekává se, že k nemocnému bude přistupovat s emocionální neutralitou. To ale neznamená, že neprožívá emoce při péči o nemocného člověka. Emocionálně neutrální sestra zůstává v situaci, která pro ni může být zdrojem paniky nebo neadekvátního chování a bránila by výkonu její funkce (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2001). Marková (2010) uvádí, že pokud sestra zažívá ztrátu pacienta, zejména, kterého dlouhodobě ošetřovala, má nárok na to být smutná, nebát se plakat a projevit své emoce. Na druhou stranu sestra respektuje emocionální projevy nemocného, které prožívá v souvislosti se svým onemocněním. Je pro ni přirozené, že nemocný a jeho potřeby jsou prioritou.

Ošetřování umírajících je velmi náročná a obtížná situace, při které dochází k intenzivnímu kontaktu s nemocným, jenž je plný emocí. Pro sestru je ošetřování náročné z fyzické i z psychické stránky. Sestra, jako součást multidisciplinárního týmu, se nejčastěji dostává do blízkého kontaktu s nemocným při jeho hospitalizaci. Opakovaně se s ním setkává, od oznámení závažné diagnózy až po opětovné pobyty, při kterých se střídají stavy zhoršení a zlepšení fyzického a psychického stavu. Jako první si všímá objevujících se příznaků, emocí, vyplývajících z prožívání onemocnění a případné hospitalizace, a potřeb nemocného. Sleduje progresi jejich onemocnění a nakonec se stává doprovázející osobou na jejich poslední cestě. Sestra také vnímá prožívání nemoci rodinou a blízkými přáteli. Proto se stává důležitým kontaktním článkem mezi nemocným, rodinou, blízkými a personálem. Všechny tyto činnosti zahrnují velmi širokou škálu emocí a jsou pro sestru náročné z hlediska prožívání. Přestože smrt je součástí života, mohou mít sestry pocit, že umírající je pro ně ztrátou, které nemohou zabránit a pociťují ji jako selhání. Uvědomují si, že dopředu nikdy neví, jak dlouho bude nemocný umírat, jakým způsobem a jakou bude potřebovat pomoc. Každý z umírajících má svůj vlastní příběh a scénář umírání. Pokud nejsou sestry vyrovnány sami se smrtí, těžko budou pomáhat ostatním v tomto směru. Může se stát, že zdravotník neunese břímě opakované ztráty a ze zdravotnictví odchází nebo se věnuje jiným oblastem ve zdravotnictví. Na druhou stranu se toho od umírajících a nevyléčitelně nemocných můžeme mnoho naučit. Jde o trpělivost, obětavost, vytrvalost, přístup k životu a nemoci.

Podle Kopřivy (2006) je hlavně nutné, aby sestra zůstala sama sebou, aby nedocházelo ke ztrátě hranice mezi osobním a klientovým životem, aby se neobětovala pro druhé. Marková (2010) uvádí, že pro sestru je velmi důležité stanovit si hranice do jaké míry se angažovat a udržet si odstup od umírání a smrti jednotlivých nemocných. Svou míru si uvědomuje každá sestra během své profese a nejlépe v komunikaci se zkušenými kolegyněmi.

Důležitou součástí pomáhající profese sestry je, aby nezapomínala sama na sebe a nedošlo u ní k vyčerpání a syndromu vyhoření. Prevencí proti stresu je věnování se sama sobě, kontakt s blízkými lidmi, věnování se fyzickým aktivitám, odpočinku, relaxaci. Výhodou v profesi sestry je zvládnání relaxačních technik, možnost supervize, celoživotní vzdělávání (Bartošíková, 2006).

Nemocní jsou zodpovědní sami za sebe, nemůžeme přebírat zodpovědnost za jejich život, ale konečnou cestu jim můžeme usnadnit.

1.1.3 Sestra, rodina a blízcí

Péče o rodinu by měla začít ve stejné chvíli jako péče o nemocného, tedy na začátku paliativní péče. Závažné sdělení o infaustní prognóze sděluje lékař nejprve pacientovi a na základě jeho rozhodnutí rodině a blízkým. Nemocný mnohdy nechce své rodině sdělit diagnózu, aby je ušetřil starostí a smutku nebo nechce být závislý na druhém člověku (Marková, 2010).

Stadia podle Elisabeth Kübler – Rossové, kterými prochází nemocný, se týkají také rodiny a blízkých nemocného (viz. výše). Často nejsou sladění do stejné fáze jako on, ale mohou být posunuti o stádium dozadu. To může způsobovat mnohé konflikty a nedorozumění. Velmi důležitá je v tomto případě podpora rodiny a blízkých, kteří jsou poučeni o tom, že si útoky nemocného nemají brát osobně.

Rodina hledá pomoc na všech různých stranách. Zjišťuje nové metody léčby, navštěvuje léčitele, čte rady, názory na internetu. Mnohdy vynakládá nemalé finanční prostředky na preparáty nebo procedury, které údajně mohou pomoci, žije nadějí, že právě daný preparát nemocnému pomůže.

V krátkém časovém intervalu rodině odchází ze života někdo blízký, ztráta je doprovázena silnými emocemi. Mají o svého blízkého strach, mohou mít obavy z toho, že nevědí, jakým způsobem o něj budou pečovat. Na této cestě jim může pomoci sestra. Kontakt s příbuznými lze navázat v době, kdy navštěvují nemocného. Sestra svojí přítomností vyjadřuje podporu v těžkých chvílích. Mnohdy stačí jen pouhý úsměv, přítomnost, slova pochopení.

Pro rodinu je důležité podávání pravdivých informací. Týkají se nemoci samotné, léčby a podpory umírajícímu. Chtějí být ujištěni, že nemocný bude umírat v klidu a bez bolesti a nebude sám na konci své cesty (Kelnarová, 2007).

Péče o paliativně nemocného je velmi náročná nejen fyzicky a psychicky, ale i finančně. Výhodou při zvládnání péče je pomoc široké rodiny a blízkých známých, ale ne všichni mají odvalu, možnosti, vědomosti nebo schopnosti. Rodinní pečovatelé zpočátku mohou mít pocit, že vše zvládnou. Postupně jim dochází síly. Náročnost péče je může přivést do ordinace lékaře se somatickými nebo psychickými potížemi. Stěžují si na únavu, bolesti hlavy nebo žaludku, nespavost, změny nálad. Velice často se stává, že do několika měsíců po smrti nemocného pečovatel sám onemocní. Stejně tak je náročné, pokud člen rodiny, aktivně pracující, přebírá roli pečovatele a tím přichází o zdroj příjmů.

Sestra by měla umět nabídnout vlastní pomoc, ale zároveň by měla vědět do kterých činností pro rodinu, se chce zapojit. Jestliže si není jistá, může požádat o radu nebo nabídnout radu prostřednictvím pracovníků multidisciplinárního týmu poskytujícího paliativní péči nebo pomoc jiného odborníka, jako je psycholog nebo psychiatr. Základní otázkou je, zda se sestra chce angažovat, zda má čas a prostor na to se angažovat a zda má povědomí o tom, že může něco nabídnout. Je proto vhodné pečovatelům nabízet služby, které jim mohou pomoci. Jedná se o respitní pobyty, nabídku mobilní nebo lůžkové hospicové péče, pomoc v oblasti sociálních služeb, domácí péče, pomoc psychologa nebo psychiatra. Sestra také doporučuje rodinným pečovatelům, aby se věnovali také sobě, aby přijali nabízenou pomoc, protože jinak nebudou mít sílu na další fáze péče.

Jestliže se rodina rozhodne zvládnout péči o umírajícího doma, je nutností zajistit návaznost péče. S pomocí sociálního pracovníka zařizují další péči. Řeší také situaci s rodinou, zda má vhodné prostředí, pomůcky a finanční zdroje. Zajišťuje kontakt se zdravotnickými nebo sociálními zařízeními, pomáhá v případě potřeby zajistit dávky pro pečující. Sestra seznamuje rodinné pečovatele s informacemi o symptomech, které mohou doprovázet dané onemocnění, co dělat v případě zhoršení stavu a nacvičuje s pečovateli zvládání praktických dovedností péče o umírajícího (Svěráková, 2012).

Umírající i rodina prožívají velmi intenzivní emoce. Vorlíček (2004) uvádí, že je důležité stanovit určitou formu ritualizace. Jde o pravidla chování a jednání, která pomohou sestře, rodině i umírajícímu zvládnout nadcházející situace, snížit emocionální vypětí a strach z neznámého. Cílem je zajistit umírajícímu důstojný a klidný odchod ze života. Sestra by při pobytu umírajícího v nemocnici měla umožnit rodině a blízkým trávit u nemocného tolik času, o který stojí a to jak nemocný, tak rodina. Umožnit jim podíl na péči, pokud o to mají zájem. Vše závisí na rodině, ale také na zvyklostech zdravotnického zařízení. Po smrti nemocného je potřeba rodinu přivést k rozloučení se zesnulým. Rituály umožňují jak rodině a blízkým neprodlužovat dobu truchlení na nebezpečně dlouhou dobu. V dnešní době některé rituály vymizely, jiné jsou uspěchané, nedokončené. Mezi tyto rituály patří rozloučení se se zesnulým, omytí těla, vypravení pohřbu, smuteční obřad, smuteční hostina. Dříve se ještě zesnulý oblékal do slavnostního šatu, celá rodina se rozloučila se zesnulým ležícím v rakvi, probíhaly modlitby (Marková, 2010). Podle Haškovcové (2007) a Vorlíčka (2004) není vhodné příbuzným a blízkým v době po úmrtí, ale ani při předávání pozůstalosti, vyjádřit upřímnou soustrast. Je to z důvodu, že pozůstalý stále ještě nepochopil situaci, ve které se nachází. Zdravotníci na přání rodiny poskytují informace, jak jejich blízký umíral, co prožíval v době těsně před smrtí.

Předávání pozůstalosti v nemocnici často probíhá na chodbě v časovém krátkém intervalu. Sestra i pozůstalí se mohou cítit nepříjemně, chtějí mít záležitost co nejdříve vyřešenou. Vhodné je pro pozůstalé, ale nejen pro ně, vytvořit místo, kde budeme i po smrti nemocného zachovávat jeho důstojnost. Ideálem je vytvoření místnosti nebo

alespoň prostoru pro návštěvy, kde probíhá komunikace mezi rodinou, pozůstalými a zdravotníky. Pozůstalým by sestra měla věnovat čas (Kelnarová, 2007).

Rodina se nachází v situaci, kdy ztratila blízkého člověka a je důležité jí poskytnout kontakty pro pozůstalé na letácích, internetových stránkách nemocnice, odkazy na péči o pozůstalé. Tyto materiály obsahují informace, jak postupovat při zařizování pohřbu, kam se mohou obrátit v případě potřeby psychologické nebo duchovní pomoci. Nabízí kontakt na psychologa, psychiatra, duchovního, svépomocné skupiny pro pozůstalé, poradenství pro pozůstalé. Posledně jmenovaná služba je poskytována zejména v rámci hospicové péče. „Cílem poradenství pro pozůstalé je vrátit jedince, páry, rodiny nebo skupiny na určitou úroveň fungování (Špatenková, 2008).“ Špatenková (2008) rozděluje poradenství na laické, prestižní poradenství, které udílí rady, informuje prostřednictvím známých osobností a odborné poradenství. Pro posledně jmenované poradenství je potřeba získat odpovídající vzdělání. Zahrnuje péči o osoby po smrti blízkého člověka, ale také před ní, kdy rodina a blízcí truchlí nad budoucí ztrátou milované osoby. Jedná se o tzv. anticipované (předjímané) truchlení. Poradenství pomáhá truchlícím uvědomit si běžné pocity spojené s truchlením, mezi které patří smutek doprovázený pláčem, pocit samoty, strach z budoucnosti, vyčerpání, únava, narušený spánek, únik z reality.

Haškovcová (2007) uvádí, že po pohřbu začíná období truchlení. Ten, kdo přišel o blízkého člověka, si hledá novou cestu, jak zaplnit prázdné místo, které po něm zbylo. Toto období trvá průměrně kolem 1 roku.

1.1.4 Umírající a sestra

Sestra se aktivně zabývá vyhledáváním a uspokojováním bio-psycho-socio-spirituálních potřeb nemocného v rámci ošetrovatelského procesu. U umírajícího pacienta postupně dochází k progresi onemocnění. Slábne tělesná schránka, umírající prochází množstvím emocí, zabývá se sám sebou a vztahy v okolí. Sestra se stává důležitým partnerem, který doprovází nemocného na konci cesty životem. Je s ním v častém kontaktu. Během jednotlivých fází umírání sestra provádí rozmanité ošetrovatelské intervence. Jak uvádí Kelnarová (2007), ošetrovatelský proces je součástí komplexní paliativní péče. Základy a osnovu pojetí ošetrovatelské péče zahrnující

komplexní přístup a akceptující člověka jako celistvou bytost se všemi jeho složkami osobnosti, položila Florence Nightingelová, na kterou navázala Virginia Hendersonová. Virginia Hendersonová je autorkou Teorie základní ošetrovatelské péče, jejíž ústřední myšlenkou je ošetrovatelské péče založená na individuálním přístupu k nemocnému, respektování lidských práv a práv pacienta. Úlohou sestry ve vztahu k nemocným je aktivní vyhledávání potřeb a přítomnost sestry v případě pomoci v běžných denních aktivitách. Pacient je podporován na cestě k uzdravování a není – li to možné tak na cestě ke klidnému umírání. Rodinu akceptuje jako neoddělitelnou součástí péče o umírajícího (Pavlíková, 2010). Farkašová (2006) doplňuje, že dle teorie Hendersonové, sestra vyhledává potřeby na základě aktivní spolupráce a komunikace s pacientem. Není – li to možné, sestra se stává zástupcem pacienta v určování jeho potřeb a zástupcem ve vykonávání činností, na které již sám nestačí.

Marková (2010) uvádí, že informace získané pomocí ošetrovatelské anamnézy umožňují sestře hodnotit přítomné symptomy u nemocného, jsou důležité pro další komunikaci s pacientem a vedou ke zjišťování potřeb. Informace sestra získává jak od samotného nemocného, tak od rodiny a blízkých a to především formou rozhovoru. Vyhrazením času a určením prostoru, kde bude rozhovor probíhat, vytváří podmínky pro navození důvěry a bezpečí. Klade otevřené otázky, poskytuje zpětnou vazbu, aby se ujistila, že dobře pochopila, co nemocný říká (Marková, 2010). V rámci anamnézy sestra nebo sociální pracovník také zjišťuje, zda má nemocný rodinu, v jakém jsou vztahu, jaká je jeho bytová situace, jaká je jeho finanční situace, jak lze rodinu zapojit do péče o umírajícího.

Kromě bio-psycho-sociálních potřeb zjišťuje sestra potřeby v oblasti spirituální a duchovní. O'Brien (1998) uvádí, že sestra naslouchá nemocnému, který vyjadřuje strach, úzkost a další emoce jako zlost, smutek, samotu. Podporuje nemocného v době, kdy prožívá bolest, trápí se nebo řeší problémy. Aby se sestra mohla zabývat spirituálními potřebami, musí nejprve sama identifikovat svoje spirituální potřeby (Svatošová, 2012). V souvislosti s uspokojováním spirituálních potřeb se v současnosti v České republice rozvíjí služby nemocničních kaplanů. Kaplani jsou zaměstnání jako stálí pracovníci nemocnice nebo mohou být ve smluvním vztahu s vedením nemocnice.

„Nemocniční kaplan je kvalifikovaný duchovní poskytující péči pacientům, personálu a návštěvníkům zdravotnického zařízení. Je členem multidisciplinárního zdravotnického týmu. Poskytuje doprovázení v duchovní oblasti všem potřebným bez rozdílu jejich vyznání či světového názoru.“ V roce 2013 poskytovalo 21 zdravotnických zařízení služby nemocničního kaplana (<http://www.nemocnicnikaplan.cz>).

Dle fyzického a psychického stavu je naplánována a poskytována péče a aktivizován nemocný. Sestra stanovuje reálně dosažitelné cíle. Hodnocení péče probíhá průběžně a je zaznamenáváno do dokumentace (Kelnarová, 2007)).

Klíčovou součástí paliativní péče je komunikace. Prolíná se celým procesem péče o nemocného, týká se i rodiny a blízkých lidí. Jde o obousměrnou komunikaci v rámci partnerského vztahu. Nejen sestra vnímá nemocného, ale i on vnímá její chování, jednání, komunikaci a celkový přístup. Cílem je efektivní a pravdivá komunikace, která navozuje důvěru a pocit bezpečí. Efektivní komunikace respektuje nemocného se všemi jeho stránkami, je empatická, identifikuje problémy nemocného a nedevaluje získané informace (Jobánková, 2006). Proto je potřeba, aby sestra měla přesné informace o tom, kolik toho nemocný ví o své nemoci a v jaké fázi se nachází. Sdělování závažné diagnózy není v kompetenci sestry. Toto sdělení provádí lékař, který ho zaznamená do zdravotnické dokumentace a kdy, kým, komu a v jakém rozsahu byl tento závažný stav sdělen. Rotter (1999) zdůrazňuje, že pokud je smrtelně nemocnému odíráno právo na informace o skutečném stavu, zvětšují se stavy úzkosti. Dle Theové (2007) by sestry rády využily možnost být při sdělování závažné diagnózy, aby věděly, co přesně a jakým způsobem lékař nemocnému sdělil. Jsou následně připraveny na možné pacientovy reakce a emoce. Zároveň se cítí tímto přístupem náležitě profesionálně oceněny.

Součástí rozhovoru s umírajícím je zvládnutí umění mlčet, sdílení okamžiku nebo situace, zvládnutí umění nedirektivního rozhovoru a umění naslouchat (Jobánková, 2006). Sestra si uvědomuje, že je důležitá komunikace s pacientem, ne nad pacientem. Jak uvádí O'Connor, Aranda (2005), mnohé sestry mají v této oblasti nedostatečné vzdělání. Komunikace je spíše nahodilou a personál se vyhýbá častějšímu kontaktu s umírajícím, protože neví, jak s ním mluvit a jak k němu přistupovat. Dochází k tomu,

že nejsou dostatečně odhaleny potřeby pacientů. Výsledkem může být až depersonalizace nemocného. Komunikace s umírajícími je oblast, ve které se zdravotnický personál musí kontinuálně vzdělávat. Díky vzdělávání a praxi sestry zjišťují, že umírající pacient je vnímavý, citlivý ke kontaktu, reaguje na přítomnost sestry u lůžka. Mnohdy stačí dotek, pohlázení, ujištění o přítomnosti.

Komunikace mezi sestrou a nemocným nemusí probíhat jen pomocí slov, ale důležitou složkou je komunikace neverbální. Sestra si všímá postoje nebo polohy nemocného při komunikaci, výrazu obličeje, gest, doteků, paralingvistických projevů v řeči, jako je tón hlasu, rychlost řeči, souvislost projevu, síla hlasu (Venglářová, 2006).

Důležitou součástí komunikace v paliativní péči je vzájemná komunikace v týmu. Velice hodnotné informace mohou přinést i nižší zdravotničtí pracovníci. Získané informace by měly být zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace. Zaznamenávají se informace týkající se nejen tělesného stavu, ale i psychického.

1.1.5 Etické problémy v ošetrovatelství u umírajících

Jedním z cílů paliativní péče je předcházet a zmírnit utrpení. Byock (2013) představuje termín dobré umírání. Aby k němu mohlo docházet, je potřeba navodit změny v oblasti vzdělávání a praxe v oblasti zdravotnictví, v politické sféře a sociální oblasti. Jedná se o změny v rámci celé společnosti. Uvádí, že v péči o nevléčitelně nemocné je důležitá péče odborníků, ale hlavním cílem je, aby péči o umírající převzaly jejich rodiny a blízcí přátelé. Ti tak dohlíží na to, aby umírající nezůstal sám, a zda jsou plněny jeho potřeby. V souvislosti s péčí o umírající uvádí Munzarová (2005) čtyři druhy dobra. Dobro lékařské, dobro vnímané nemocným, tedy jeho priority a hodnoty, dobro člověka (zachování respektu a důstojnosti) a dobro spirituální, které vychází z představy o konci života. Z toho vyplývá, že sestra při ošetrování umírajícího musí brát v potaz jeho postoje, přesvědčení a hodnoty (O'Connor a Aranda, 2005). S tím také souvisí respektování práv pacienta, zejména právo na citlivou péči všech zdravotníků. Ti musí respektovat přání pacienta, ale jen v případě, že nejsou v rozporu s platnými zákony (Opatrná, 2008).

Umírající nemocní jsou často v dlouhodobém kontaktu s ošetřujícím personálem. Zkušená sestra vnímá a často těžce nese nadbytečnou terapii u umírajících prostřednictvím zákroků, podáváním léků, infuzí, jídla v závěru života. Umírající tuto péči netoleruje a nadměrně ho zatěžuje. Haškovcová (2007) tento jev nazývá dystanázie neboli zadržaná smrt. Může být způsobena nadměrnou aktivitou lékaře, nebo nátlakem příbuzných, kteří doufají v to, že existují metody odvracející smrt. „Medicína by měla být zdrženlivá a rozvážná (Haškovcová, 2007, s. 33).“ Nemocní jsou vyčerpaní zhoršujícím se stavem. Sestra se setkává se stesky na kvalitu života, setkává se s vyslovením přání zemřít. Podle Rottera (1999) se jedná pouze o vyslovení žádosti na zlepšení kvality života v procesu umírání. V této chvíli je nutné, aby sestra měla poznatky o tom, jak zareagovat a postupovat. V případě dostatečných komunikačních dovedností by se neměla bát otevřeně mluvit s nemocným o tom, co ho trápí. I přesto se během rozhovoru může sestra dostat do situace, kdy nezná odpověď na otázku, kterou jí nemocný nebo rodina klade. V této chvíli by se neměla bát přiznat, že něco neví. Pokud je to v jejích silách a možnostech, odpovědi na otázky může zjistit, zejména pokud se jedná o odpovědi týkající se léčby nebo péče. Další volbou postupu je odkázat nebo zprostředkovat kontakt s jinými odborníky.

Mezi základní etické aspekty péče o umírající patří zachování lidské důstojnosti a respektu k nevyлéčitelně nemocným. Jedním z dokumentů, který chrání zájmy umírajících je Doporučení Rady Evropy č.1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících. Tento dokument byl schválen parlamentem Rady Evropy. Rada Evropy doporučuje všem členským zemím legislativně upravit poskytování paliativní péče v souladu se zájmy pacientů. Především poskytovat komplexní paliativní péči nevyлéčitelně nemocným a umírajícím, uznat právo na sebeurčení a zakázat usmrcení, které by proběhlo úmyslně. Poukazuje na faktory, kterými jsou ohrožena práva nevyлéčitelně nemocných a umírajících (<http://www.umirani.cz>).

Sestra se setkává se situacemi, kdy lékař podá informace o infaustní prognóze nejprve rodině. V reakci na závažnou zprávu často rodinní příslušníci nechtějí, aby diagnózu nevyлéčitelné nemoci jako první slyšel nemocný. Nejčastějším argumentem je,

že by ji nezvládl přijmout. Je těžké odhadnout, kolik informací o své diagnóze snese od lékaře. Tomu lze předejít vhodně naplánovaným rozhovorem. Podle zákona číslo 372/2011 Sb. O zdravotních službách je řečeno, že: „Informace o nepříznivé diagnóze nebo prognóze zdravotního stavu pacienta může být v nezbytně nutném rozsahu a po dobu nezbytně nutnou zadržena, lze-li důvodně předpokládat, že by její podání mohlo pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví (www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372, paragraf 32).“ Takto nelze podle daného zákona postupovat v případě, že pacient požádá o sdělení přesné a pravdivé informace, aby si mohl zařídit nezbytné záležitosti. Dále pokud sdělení o nepříznivé diagnóze je jedinou možnou cestou pro prevenci nebo zahájení léčby.

Pro poskytování paliativní péče je důležitým předpokladem podání pravdivé informace srozumitelně a v dostatečném rozsahu. V případě, že došlo k necitlivé přímé konfrontaci nemocného s nepříznivým nálezem a prognózou, nebo byla - li diagnóza sdělena odborným jazykem nebo mu nebyl věnován dostatek času a prostoru pro dotazy, může u pacienta dojít k vyvolání stavu, kdy nemocný neporozumí, tomu, co bylo řečeno. Může se zcela zhroutit. Po odchodu lékaře se poté obrací na sestru, aby mu informace podané lékařem, vysvětlila.

Při studiu dokumentace se sestra může seznámit s dříve vysloveným přáním nemocného. Podle paragrafu 36, zákon 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách je nutné tento dokument respektovat v případě, že pacient: „...by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí.“ Tento dokument musí být v písemné formě a s ověřeným podpisem pacienta.

1.2 Prostředí poskytování paliativní péče

1.2.1 Hospic

Hospic je zdravotně-sociální zařízení poskytující specializovanou paliativní péči. Funguje buď jako zařízení lůžkového typu nebo mobilní hospic. Náplní činnosti hospice je holistická péče při doprovázení umírajících. První lůžkový hospic v České republice byl otevřen v roce 1995 v Červeném Kostelci. Nejvýznamnější propagátorkou hospicového hnutí a paliativní péče u nás je MUDr. Marie Svatošová. Svatošová (2011) uvádí, že doprovázení umírajících není snadným úkolem. Nestačí jen chtít, ale je nutné vědět jak. V současné době existuje v naší republice 16 lůžkových hospiců. V kraji Vysočina a v Libereckém kraji není lůžkový hospic, ale paliativní péče je poskytována prostřednictvím mobilní hospicové služby. V Karlovarském kraji není lůžková ani mobilní hospicová péče (<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni>).

Indikací pro přijetí do lůžkového hospice je stav, kdy život nevléčitelně nemocného je ohrožen progresí choroby, potřebuje péči, která je zaměřena na léčbu nebo zmírnění symptomů, dále v případě, že stav nemocného nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici nebo již nemůže být ošetřován doma (Vorlíček, 2004). Kapacita lůžkového hospice je obvykle kolem 20 – 30 lůžek. Do hospice je nemocný přijat na základě vyplněné přihlášky, ke které je přiložena zpráva lékaře a s plným informovaným písemným souhlasem nemocného. Péče není podřízená provozu zařízení, ale řídí se potřebami a přáními nemocného. Běžný den začíná vstáváním podle zvyklostí nemocného, které není řízeno určitou hodinou. Stejně tak snídane, oběd nebo večeře, ke které si nemocný může vybrat stravu v množství a konzistenci, která mu dle zdravotního stavu vyhovuje. Během dopoledne provádí lékař vizitu, která probíhá formou přátelského rozhovoru. Lékař si pro každého vyhradí tak dlouhý čas, jaký potřebuje ke sdělení svých potíží, potřeb a myšlenek. Personál hospice zajišťuje péči o další potřeby dle aktuálního zdravotního stavu nemocného (www.asociacehospicu.cz).

Prostory hospice jsou barevně vymalovány, vkusně zařízeny a poskytují pocit bezpečí. Pokoje jsou vybaveny jedním, maximálně dvěma lůžky pro nemocné. Součástí

každého pokoje je přistýlka pro návštěvy, které mohou přicházet podle potřeby a přání nemocného (www.asociacehospicu.cz). V každém pokoji je telefon, televize nebo jiný elektrický spotřebič, který nemocný používá. Lůžka a nábytek vypadají jako z domova a zároveň jsou polohovatelná. Oblečení, které nosí klienti hospice, je domácí, nosí to, v čem se cítí pohodlně. U ležících nemocných je oblečení přizpůsobeno tak, aby zajišťovalo co největší komfort. Volný čas mohou nemocní trávit přímo v hospici, na terase, na zahradě nebo se vypravit mimo areál hospice, pokud to stav nemocného dovolí. Prostředí hospice působí klidně, přátelsky, vyrovnaně. V hospici je respektována lidská důstojnost, je posilována důvěra a pozitivní vztah mezi klientem a pracovníky hospice. Velkou roli hraje komunikace, která je otevřená a plyne směrem ke klientům, k rodině a mezi členy týmu. Personál hospice se snaží nemocným saturovat potřeby soukromí, míru a klidu. Klienti a jejich potřeby jsou řešeny na společných hlášeních multidisciplinárního týmu, na kterých se probírají hlášení sester a lékařů, sociální pracovníce a dalších pracovníků. Personál je prostřednictvím vedoucích pracovníků hospice informován o blížících se akcích a opatřeních v hospici. Hospic pořádá kulturní akce pro klienty, jejich rodiny a blízké.

Sestry pracují s psychickým stavem nemocného, s jeho emocemi, jejich záznam je součástí ošetrovatelské dokumentace. Pracovníci hospice jsou v úzkém kontaktu s rodinou a blízkými nemocného. V hospici sestra může volat rodině o zhoršujícím se stavu. Mají v tomto směru vyšší kompetence než v nemocnici. Po měsíci od úmrtí kontaktují pracovníci hospice rodinu nebo blízké zemřelého pomocí pohlednice, po 6 měsících rodina dostane pozvánku na posezení pro pozůstalé (bohoslužba, posezení při kávě). Sestry v hospici musí být motivovány pro práci s umírajícími.

Pro lůžkový hospic je určen počet zdravotnického personálu, v přepočtu na 30 lůžek, na 2 lékaře, 10 zdravotních sester, 10 ošetrovatelů, psychologa na 0,5 pracovního úvazku, 1 sociálního pracovníka, duchovního na 0,2 pracovního úvazku (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013). Na péči o nevléčitelně nemocné se v hospici podílejí dobrovolníci. Mohou se starat o okolí nebo o interiér hospice, mohou doprovázet nemocné na drobné nákupy, procházky, připravovat společenské akce nebo jen být u umírajícího. Jsou z řad obyvatelstva a z řad církve.

1.2.2 Nemocnice

I přesto, že v současné době dochází k rozvoji hospicové péče, stále mnoho nevyléčitelně nemocných umírá v nemocnici. Služby nemocnice jsou zaměřeny především na akutní a standardní lůžkovou péči. Péče je diagnosticky a technicky zaměřená a jejím cílem je převážně navrácení zdraví. Do nemocnice bývá člověk přijat na základě akutního zhoršení stavu.

Oddělení v nemocnici se skládá z 20 – 30 lůžek a pokoje jsou pro nemocné vybaveny 2-3 lůžky. Prostory v nemocnici bývají barevně vymalovány, vybavení pokojů se liší dle finančních možností jednotlivých nemocnic.

Péče o nemocné je dána chodem nemocnice. Je narušen denní a životní stereotyp nemocného. Fyzické příznaky, které jsou projevem zhoršeného akutního stavu, jsou doprovázeny úzkostí a obavami o vlastní zdraví či stresem z neznámých situací. Nemocný se přizpůsobuje režimu oddělení, vyšetření, vizit a výkonů. Při vizitách se většinou lékař ptá pouze na fyzický stav nemocného, s psychickým stavem se výrazněji nepracuje. Je narušováno soukromí a intimita nemocného (Křivohlavý, 2002). Díky většímu počtu lůžek na pokojích není vytvořen prostor pro soukromí v době návštěv, rozhovor mezi nemocným a návštěvou, která sedí u lůžka pacienta, poslouchají cizí osoby. Návštěvy rodiny a blízkých lidí jsou převážně stanoveny do odpoledních hodin, aby nenarušovaly chod oddělení. Devalvujícím prvkem v nemocnici je standardní nošení pyžama

V nemocnici jsou uspokojovány převážně potřeby biologické a sociální, psychické a spirituální méně (Vorlíček, 2004). Proč se tak děje, má mnoho příčin. Patří mezi ně krátká doba hospitalizace, nízký počet personálu, neochota personálu zabývat se těmito potřebami, nízká motivace, nedostatečné vzdělání a nedostatečná komunikace a to jak směrem k pacientovi a rodině, tak v týmu (Taylorová in Payneová, Seymourová a Ingeltonová, 2007). V nemocnicích často probíhá komunikace mezi sestrami jen v době, kdy o nemocného pečují, protože teď u něj provádí úkon a musí u nemocného být. Předávání informací o nemocných probíhá odděleně mezi sestrami a lékaři. Nejčastěji se předávají informace typu kdy a koho čeká jaké vyšetření, jaké užívá léky, jaké jsou jeho tělesné funkce. Do dokumentace není zaznamenáván psychický stav nemocného.

V ošetrovatelské anamnéze se sestry při přijetí také nemocného dotazují na otázku víry. Na výběr je většinou kolonka ano, je věřící nebo ne, není věřící. Často je to jediná informace, kterou se sestra v souvislosti s vírou a spirituálními potřebami dozví. Pozitivní zprávou je, že v současnosti přibývá nemocnic, které spolupracují nebo zaměstnávají psychology a nemocniční kaplany.

Po úmrtí nemocného v nemocnici jsou telefonicky lékařem informováni nejbližší příbuzní, pokud nebyli v době smrti přítomni u umírajícího. Pokud ano, nechá je sestra rozloučit se se zemřelým. Poté provede péči o zemřelé tělo, vyplní ošetrovatelskou zprávu o úmrtí nemocného. Kontakt s rodinou končí předáním pozůstalosti a předáním informací týkající se zařizování věcí po smrti a kontaktu na pohřební službu (Haškovcová, 2007).

Poskytování paliativní péče v nemocnici je ovlivněno počtem personálu, dále nutností stanovit okamžik, kdy se nemocný dostává do paliativní péče, vzděláním lékařů a sester, přítomností multidisciplinárního týmu, kvalitou komunikace, kvalitou a kvantitou kontaktu s rodinnými příslušníky a jejich zapojením do paliativní péče (Marková, 2010).

Počet personálu je dán Předpisem číslo 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Týká se stanovení počtu personálu pro oddělení s 30 lůžky. Je tedy potřeba zajistit 2 lékaře se specializovanou popřípadě zvláštní odbornou způsobilostí v příslušném oboru, 2 lékaře s odbornou způsobilostí z toho 1 s certifikátem, 1 všeobecnou sestru se specializovanou způsobilostí v oboru bez dohledu, 8 pracovních úvazků, které mohou vykonávat všeobecné sestry bez dohledu a všeobecné sestry nebo zdravotničtí asistenti a 3, 5 pracovního úvazku pro sanitáře nebo ošetrovatele (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99/info>).

V současné době je v nemocnicích snaha o přenášení myšlenek hospicové péče do systému institucionální péče, vzdělávání v paliativní péči, vytváření konziliárního multidisciplinárního týmu, vyčlenění paliativních lůžek (Vorlíček, 2004). V České republice existují v rámci nemocnice dvě oddělení paliativní péče. Zřizovateli jsou

Nemocnice Jihlava a Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze (<http://www.nemji.cz>; <http://www.nmskb.cz>).

1.2.3 Oddělení následné péče

Oddělení následné péče poskytují následnou nebo dlouhodobou péči chronicky nemocným. Snahou je vrátit nemocnému úplné nebo částečné zdraví nebo zpomalit progresi onemocnění. Oddělení následné péče zajišťuje léčebně rehabilitační péči a především ošetrovatelskou péči (www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372). Na toto oddělení jsou přijímáni nemocní z akutních lůžek nemocnice, u kterých došlo ke zvládnutí zhoršeného akutního stavu, ale nejsou schopni propuštění do domácího ošetřování. V některých případech bývá místem, kde lidé, kteří již nejsou soběstační, čekají na volné lůžko v některém ze zdravotnických nebo zdravotně sociálních zařízení. Velká část nemocných se nachází ve fázi nemoci, která směřuje ke konci života a personál oddělení následné péče se snaží zajistit podmínky pro důstojné umírání.

Oddělení následné péče jsou součástí nemocnice a mívají obvykle kolem 20 až 30 lůžek. Počet personálu je, stejně jako pro akutní lůžka, stanoven Předpisem číslo 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Péči zajišťuje lékař se specializovanou způsobilostí se základním zaměřením interním, chirurgickým, neurologickým, urologickým, ortopedickým, pediatrickým nebo zaměřením na praktické lékařství orientované na zdravotní péči, a to minimálně na třetinový úvazek, dále 1 lékař s odbornou způsobilostí z čehož má být jedna třetina pracovního úvazku lékaře s certifikátem. Pro zabezpečení nelékařské péče je stanovena 1 všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru bez dohledu, 7 pracovních úvazků, které mohou vykonávat všeobecné sestry bez dohledu a všeobecné sestry nebo zdravotničtí asistenti a 3, 5 pracovního úvazku pro sanitáře nebo ošetřovatele, 1 fyzioterapeut nebo ergoterapeut. Musí být zajištěna dostupnost psychologa a logopeda (www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99/info).

Existují velké rozdíly týkající se nabídky péče a služeb jednotlivých oddělení následné péče a to i ohledně poskytování paliativní péče. Péče o nemocné na těchto odděleních je ošetrovatelsky i medicínsky velmi náročná. Nemocní jsou často vysokého

věku, polymorbidní, umírající, čímž vznikají specifické potřeby, které by sestry měly umět rozpoznávat a respektovat, stejně tak jako specifika komunikace. Často se jedná o nemocné s vysokým stupněm závislosti na ošetrovatelském personálu, který je s nemocnými v intenzivním a dlouhodobém kontaktu. Rozsah péče je spojen s rozšiřováním vědomostí v oblastech jako je bazální stimulace, paliativní péče, nebo komunikace (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007). Péči o ošetrovatelsky náročné nemocné usnadňuje vybavení oddělení pomůckami, které zvyšují komfort nemocným a zároveň ulehčují práci personálu. Zahrnují polohovací lůžka, antidekubitory, moderní pomůcky pro hygienu jako jsou zvedáky, sprchovací lehátka a další. Důležitá je bezbariérová úprava prostředí s dostatečným množstvím prostoru. Pokoje jsou vybaveny 2 až 4 lůžky, což nezaručuje prostředí pro zachování intimity a soukromí. Ve srovnání s akutními lůžky v nemocnici, prostředí více připomíná domov, například díky kvalitě nábytku, elektronického vybavení nebo výzdobě, avšak domov nenahradí. Proto je velmi důležité podporovat kontakt s rodinou a blízkými, pokud nemocného navštěvují. Ti jsou článkem, jenž spojuje potřebu bezpečí s představami vlastního domova. Bohužel sestry bývají i svědky opačné situace, kdy nemocní a umírající zůstávají sami a opuštění.

Ideální provoz oddělení je sladěn s péčí o potřeby nemocných, zároveň je jeho provoz dán časovým harmonogramem. Jednou z možností předávání informací o nemocném mezi sestrami, jsou ošetrovatelské vizity. Velkou roli v týmu pracovníků oddělení následné péče hraje sociální pracovník, který zajišťuje kontakt s organizacemi poskytujícími péči nemocnému nebo umírajícímu po jeho propuštění, jako jsou agentury domácí péče, pečovatelská služba, hospic.

Práci odborného personálu vhodným způsobem doplňují dobrovolníci. Cílem dobrovolnického programu je podpořit hospitalizované nemocné v jejich těžkých chvílích a sdílet přítomný okamžik. Účelem není, aby dobrovolník znal diagnózy, ale aby věděl, co nemocný může dělat. Je společníkem a průvodcem. Díky nim si sestry mohou lépe zorganizovat péči o nemocného a zvyšují tak kvalitu péče. Dobrovolníci jsou organizováni přímo nemocnicí nebo nemocnice využívá služby organizací zabývajících se touto činností (www.dobrovolnik.cz).

Kalvach (2010) uvádí, že pokud se oddělení, kde se paliativní péče ještě neposkytuje, ji rozhodne poskytovat, měl by se personál nejprve ztotožnit se základními principy. Klade důraz na vytvoření osobního prostoru pro nemocné, aby mohli být sami sebou, na smysluplně naplněný bdělý stav umírajícího k jeho spokojenosti a zdůrazňuje potřebu empatické komunikace a kontaktu s rodinou. Je potřeba, aby se personál soustředil na poskytování péče, která zajistí respektování přání a důstojnosti umírajícího člověka. Personál se musí vzdělávat v oblasti paliativní péče. Jestliže oddělení zavádí specializovanou paliativní léčbu nebo vymezuje paliativní lůžka, je nutné, aby mělo vytvořenu určitou osnovu, aby byla stanovena minimální hranice poskytování kvalitní péče a je potřeba přizpůsobit dokumentaci. Je nutné zajistit financování lůžek paliativní péče navýšením režii a paušálu od zdravotních pojišťoven. Paliativní péče má být aplikována pouze se souhlasem nemocného (Kalvach, 2010).

1.3 Standardy pro paliativní péči

Ve zdravotnictví je snaha o sjednocení postupů při poskytování péče, to se týká i oblasti paliativní péče. V současné době je ve zdravotnictví kladen důraz na kvalitní a bezpečnou péči o člověka. Jak uvádí Vorlíček (2004) během aktu umírání a v době smrti by neměl člověk zůstat sám. Aby k tomu mohlo dojít, je potřeba zorganizovat péči, určit postupy a pravidla, aby každý ze zúčastněných věděl, jak se zachovat. Minimální dohodnutou úroveň péče, která bude poskytována, zajišťuje standard péče. Standardy jsou zpracovány pro různé oblasti zdravotnictví. Na jejich základě se hodnotí kvalita poskytované péče, která je určitým způsobem měřitelná, kontrolovatelná a v důsledku toho ji můžeme srovnávat a zkvalitňovat (Vorlíček, 2004). Sestra by v rámci paliativní péče měla znát symptomy doprovázející umírání. Jejich znalost a péče o umírajícího je stanovena v rámci ošetrovatelských standardů. Standardy ošetrovatelské péče jsou vytvořeny v nemocnici i hospici. Ke tvorbě standardů zabývající se postupy při uspokojování potřeb umírajících přistupují jednotlivá zdravotnická zařízení individuálně (Vorlíček, 2004). V nemocnicích je zodpovědná za úroveň a kvalitu poskytované péče umírajícím sestra manažerka. Je důležité, aby komunikace v rámci managementu pro oblast paliativní péče probíhala vertikálním a horizontálním směrem (Kelarová, 2007).

Nemocnice, které mají zájem o poskytování paliativní péče a sjednocení postupů při péči o umírající se mohou inspirovat Standardy kvality pro specializovanou paliativní péči, které v roce 2006 vydala Asociace hospiců. Zabývá se terminologií a rozdělením paliativní péče, cílovou skupinou pro tento druh péče, strukturou a procesem péče, náplní léčby a péče, požadavky na pracovníky a na jejich vzdělávání. Zabývá se aspekty péče po stránce tělesné, psychologické, duchovní a existenciální, sociální, právní a etické (www.asociacehospicu.cz). Standardy popisují sběr anamnézy, jejímž cílem je podrobně zjistit informace o potřebách nemocného, včetně náboženských a kulturních. Do anamnézy jsou zahrnuta přání spojená s úmrtím. Standardy kladou důraz na intenzivní práci s potřebami, které se mohou rychle měnit v závislosti na zdravotním a psychickém stavu nemocného. Proto je potřeba důkladně pracovat s ošetrovatelskou dokumentací, jež je zdrojem informací pro lékařský i nelékařský personál pečující o nemocného. Ve Standardech kvality pro specializovanou paliativní péči (2006) je kladen důraz na péči poskytovanou v souladu s kvalitou života nemocného a rodiny (kvalitu života určuje nemocný a jeho blízcí), a proto je potřeba, aby se ošetrovatelský personál stále zajímal o psychický stav nemocného a blízkých osob. Ošetrovatelské postupy jsou nastavovány dle jedinečnosti každého nemocného a zároveň jsou stanoveny postupy pro akutní zhoršení zdravotního stavu a postupy pro případ terminálního stavu. Standardy se také zabývají vzděláváním pracovníků v oblasti paliativní péče a doporučují praktický výcvik zařadit do studia na zdravotních školách a také do specializačních studií všech ošetrovatelských oborů. Je důležité, aby vědomosti, které zdravotníci vzděláváním v oblasti paliativní péče získávají, předávali ostatním spolupracovníkům. Pro poskytování kvalitní paliativní péče je nutné pravidelné vyhodnocování kvality péče a na jejím základě zvyšování efektivity poskytované péče. Standardy se zabývají vytvořením vhodného a laskavého prostředí pro blízké osoby respektující soukromí. Z hlediska psychologických aspektů péče je kladen důraz na znalost psychologických reakcí a jevů vyskytujících se u nemocného, způsob chápání a vyrovnávání se s těžkou nemocí, posouzení rizika ztráty a žalu u blízké osoby a případně doporučení odborné pomoci. Je vhodné vypracovat standardizované postupy pro uspokojení spirituálních

potřeb. Veškeré standardy se stávají závaznými v případě, že jsou zařazeny mezi vnitřní předpisy zdravotnického zařízení (www.asociacehospicu.cz).

Další inspiraci pro tvorbu standardů paliativní péče mohou nemocnice získat ze Standardů paliativní péče, které v roce 2013 vydala Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Zabývají se popisem specifíků paliativní péče. V první části je popsána základní struktura paliativní péče (kdy, za jakých okolností, kým a kde má být poskytována paliativní péče) a potřeba zaměřit se na podporu a vzdělávání profesionálů poskytujících paliativní péči. V dalších standardech jsou popsána doporučení pro zvládání bio-psycho-socio-spirituálních potřeb nemocného v paliativní péči a péče o rodinu a pozůstalé. Standard číslo sedm se zabývá péčí o umírajícího. V neposlední řadě se standardy zabývají etickými a právními aspekty poskytování paliativní péče. Tento dokument je určen především lékařům, ale celkově sjednocuje postupy paliativní péče (Sláma, Špinková a Kabelka; Příloha 1).

Oboje standardy se shodují v mnoha bodech: je potřeba, aby paliativní péče byla poskytována se souhlasem nemocného a aby se nemocný aktivně účastnil na péči. Personál musí umět pružně reagovat na potřeby nemocného, a proto je důležité kontinuální vzdělávání pracovníků. Aby nedocházelo k syndromu vyhoření, je vhodné pracovníkům poskytovat podporu vhodnými prostředky, například odbornou supervizí. Do péče o nevléčitelně nemocného a umírajícího je důležité začlenit péči o rodinu, a to nejen během umírání, ale i po smrti nemocného. Standardy zohledňují poskytování paliativní péče s ohledem na kulturní specifika jedince.

Čas umírání je náročný pro všechny zúčastněné a hlavními emocemi jsou strach a nejistota. Každý člověk se ke smrti ubírá originální cestou, přesto však můžeme zobecnit určité projevy umírajících a připravit se na jejich zvládnutí (Vorlíček, 2004)

2 Cíle a hypotézy práce

Cíl 1. Komparace úrovně standardů paliativní péče v ošetrovatelství různých zdravotnických zařízeních.

Cíl 2. Zjistit možnosti aplikace paliativní péče v ošetrovatelství v různých zdravotnických zařízeních.

Cíl 3. na základě zjištěných výsledků navrhnout možnosti zlepšení poskytování ošetrovatelské paliativní péče v nemocnici.

Výzkumná otázka:

1. Jak ovlivňují standardy v ošetrovatelství poskytování paliativní péče?
2. Jak ovlivňují podmínky poskytování paliativní péče?

H 1. Existence standardů pro paliativní péči je závislá na typu zdravotnického zařízení.

H 2. Standardy pro paliativní péči jsou převážně zaměřeny na saturaci základních potřeb spíše než na saturaci psychosociálních a spirituálních potřeb.

H 3. Možnosti aplikace paliativní péče poskytované ošetrovatelským personálem jsou závislé na typu zdravotnického zařízení.

H 4. Z pohledu sester je poskytování paliativní péče závislé na zajištění podmínek pro její realizaci.

3 Metodika

Ke zpracování tématu diplomové práce bylo využito studia a analýzy písemných dokumentů a metody kvantitativního výzkumu, technikou dotazníků.

3.1 Analýza písemných dokumentů

K analýze a zpracování dat bylo použito těchto dokumentů: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, Standardy paliativní péče 2013, Standardy hospicové paliativní péče, Doporučení Rady Evropy č. 1418/ 1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících a zasláné standardy ze 4 zdravotnických zařízení. Zdravotnická zařízení se v 1. dotazníku vyjádřila, že se zasláním ošetrovatelských standardů, zabývajících se paliativní péčí, souhlasí 7 zdravotnických zařízení, a zamítavě reagovalo 19 zdravotnických zařízení. Ze 7 zdravotnických zařízení, která souhlasila se zasláním standardů, je zaslala 4.

3.2 Použité metody

Na základě studia literárních zdrojů a legislativy byly rozdány dva dotazníky vlastní konstrukce. První byl určen odpovědným pracovníkům pro ošetrovatelskou péči a rozeslán v srpnu až říjnu 2013. Dotazník byl odeslán elektronicky, dle statistických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR za rok 2012 (<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni>), do všech zdravotnických zařízení, tedy do 238. Týkal se průzkumu poskytování paliativní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních (Příloha 2). Obsahoval 6 otázek, ze kterých byly 3 otázky uzavřené a 3 polouzavřené. Druhý dotazník byl rozeslán na základě kladných odpovědí ze zdravotnických zařízení, která se chtěla účastnit další spolupráce. Dotazník, který byl určen sestřám pracujícím u lůžka, a byl odeslán v únoru a březnu 2014 (Příloha 3). Byli osloveni odpovědní pracovníci pro ošetrovatelskou péči a byla jim nabídnuta možnost dotazník vyplnit elektronicky nebo zaslat v tištěné formě. Obsahoval 26 otázek, z toho 13 uzavřených a 13 polouzavřených. V 8 otázkách dotazníku mohli respondenti volit současně z více možností odpovědí. Pro vyplnění

dotazníků bylo použito systému pro zpracování elektronických dotazníků Lime Survey a ke zpracování statistických údajů z dotazníků byl použit systémů Microsoft Excel 2010 a SPSS 16.0.

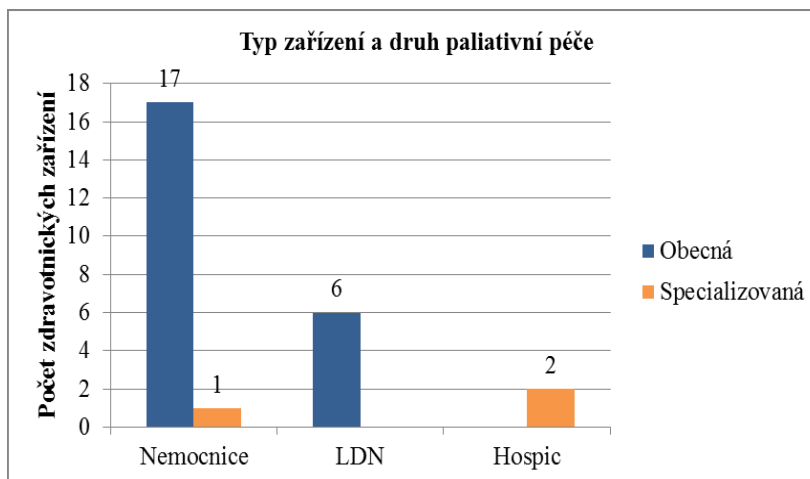
3.3 Charakteristika výzkumného souboru

V prvním průzkumu byli osloveni odpovědní pracovníci pro ošetrovatelskou péči ve 238 zdravotnických zařízeních. Na dotazník reagovalo celkem 78 odpovědných pracovníků pro ošetrovatelskou péči z různých zdravotnických zařízení a 26 jich dotazník zcela dokončilo. Na základě odpovědí 26 odpovědných pracovníků pro ošetrovatelskou péči jich 18 souhlasilo s provedením podrobnějšího průzkumu týkajícího se sester a poskytování paliativní péče. Po domluvě s vedoucími pracovníky byl 2. dotazník rozeslán 110x pro sestry v tištěné formě. Návratnost byla 100 dotazníků a z toho jich bylo 9 vyřazeno pro nesprávné nebo neúplné vyplnění. V konečném součtu i s elektronickým vyplněním dotazníku jich bylo zpracováno 150.

4 Výsledky zpracování

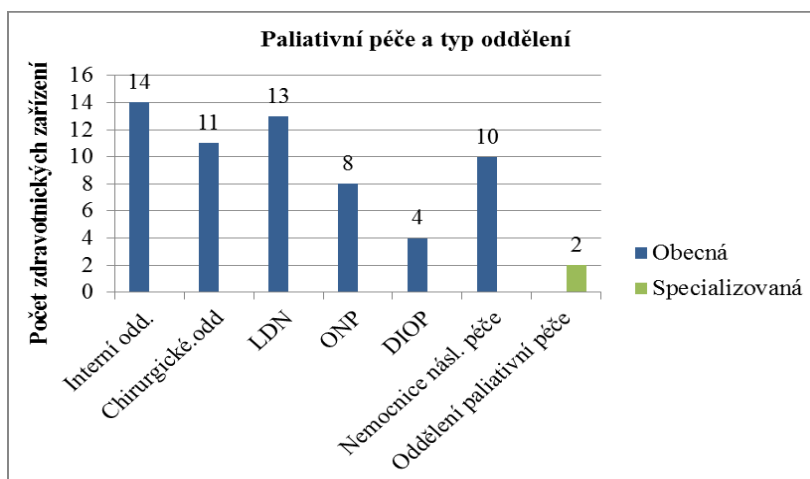
4.1 Výsledky 1. dotazníku

Graf 1



Obecnou paliativní péči poskytuje 23 zdravotnických zařízení a 3 poskytují specializovanou paliativní péči. Z celkového počtu 26 zařízení, poskytuje obecnou paliativní péči 17 nemocnic a 6 zdravotnických zařízení pro dlouhodobou péči (LDN). Specializovanou péči poskytují 2 hospice a 1 nemocnice.

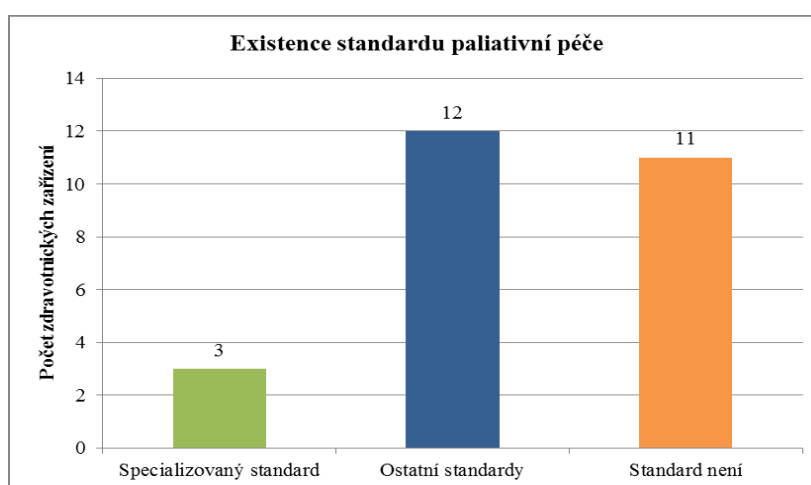
Graf 2



Odpovědní pracovníci pro ošetrovatelskou péči poskytli informace, na kterých odděleních poskytují obecnou nebo specializovanou paliativní péči. V rámci akutní péče

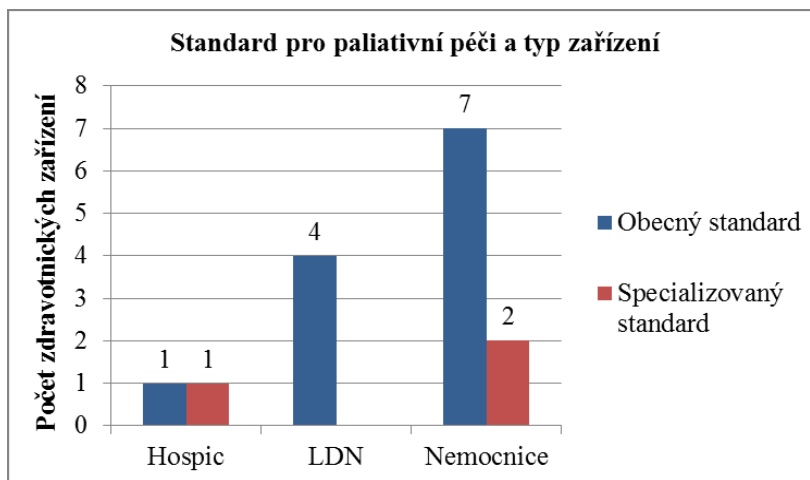
uvedlo 14 interních oddělení a 11 chirurgických oddělení z celkem 26 zdravotnických zařízení, že poskytují obecnou paliativní péči. V rámci lůžek dlouhodobé péče poskytuje obecnou paliativní péči 13 léčeбен dlouhodobě nemocných (LDN), 8 oddělení následné péče (ONP), 4 oddělení dlouhodobé intenzivní péče (DIOP) a 10 oddělení následné péče, jenž jsou součástí nemocnice. Specializovanou paliativní péči poskytují 2 oddělení paliativní péče.

Graf 3



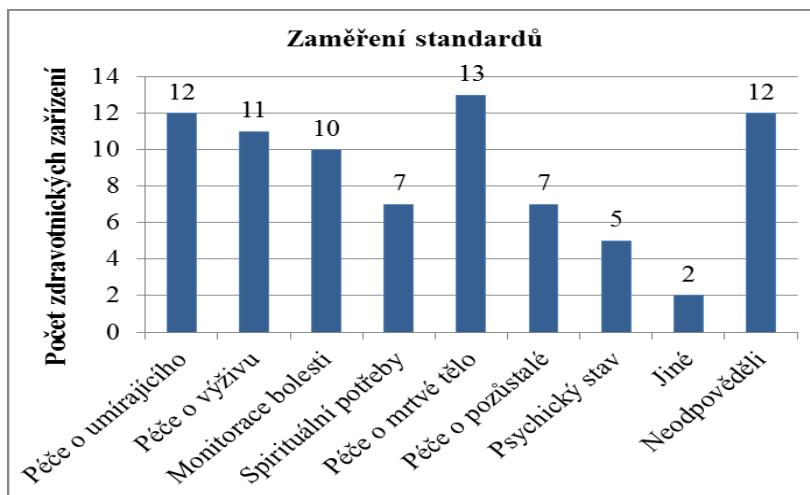
Existenci standardů pro paliativní péči ve svých zdravotnických zařízeních potvrdilo 15 zařízení z 26 odpovídajících a 11 zařízení existenci standardu negovalo. Z 15 zdravotnických zařízení, která potvrdila existenci standardů, mají 3 zdravotnická zařízení vytvořen specializovaný standard pro poskytování paliativní péče a ve 12 zdravotnických zařízeních není paliativní péče popsána samostatným standardem, ale je zahrnuta do ostatních standardů ošetrovatelské péče.

Graf 4



Z 15 zdravotnických zařízení, která potvrdila existenci standardu pro paliativní péči, 12x odpověděla, že mají obecný standard, z toho existuje 1x v hospici, 4 x v zařízeních pro dlouhodobě nemocné (LDN) a 7x v nemocnicích. Existenci specializovaného standardu potvrdil 1x hospic a 2x nemocnice.

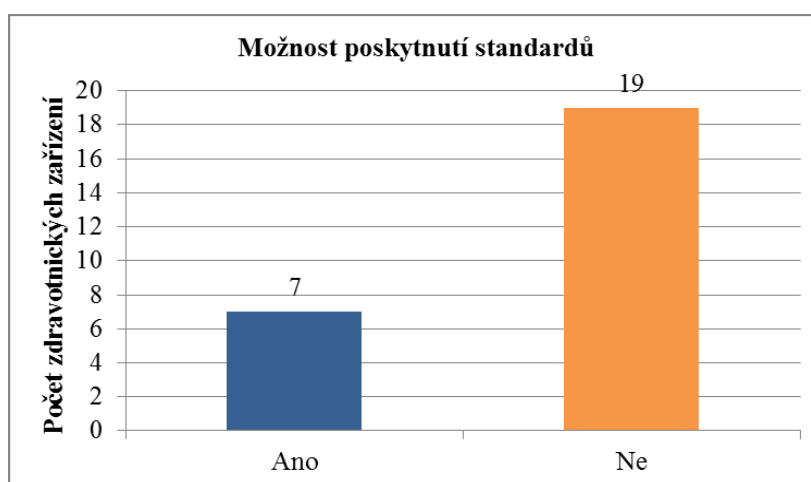
Graf 5



Odpovědní pracovníci pro ošetrovatelskou péči určovali, pro které oblasti jsou v jejich zdravotnických zařízeních zpracovány standardy paliativní péče. Měli na výběr z více možností. Standardy zahrnující péči o umírajícího jsou zpracovány 12x. 11x jsou zpracovány pro oblast péče o výživu, 10x pro oblast monitorující bolest, 7x pro oblast

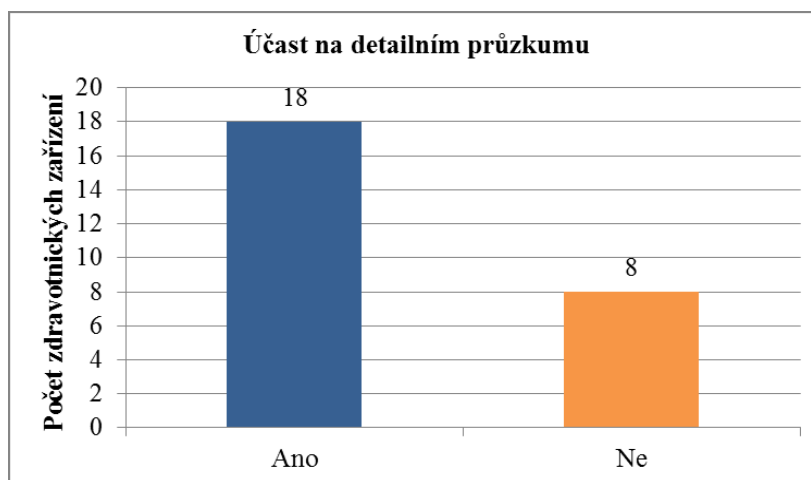
zajišťující spirituální potřeby, 13x pro oblast zahrnující péči o mrtvé tělo, 7x pro oblast péče o pozůstalé a 5x pro oblast péče o psychický stav nemocného. 2x odpovědní pracovníci zdravotnických zařízení odpověděli, že jsou jiné oblasti, pro které jsou zpracovány standardy pro paliativní péči, ale podrobné informace nebyly uvedeny. 12 x odpovědní pracovníci zdravotnických zařízení na tuto otázku vůbec neodpověděli.

Graf 6



S poskytnutím ošetrovatelských standardů pro analýzu, ve kterých je popsáno poskytování paliativní péče souhlasilo 7 zdravotnických zařízení, a zamítavě reagovalo 19 zdravotnických zařízení.

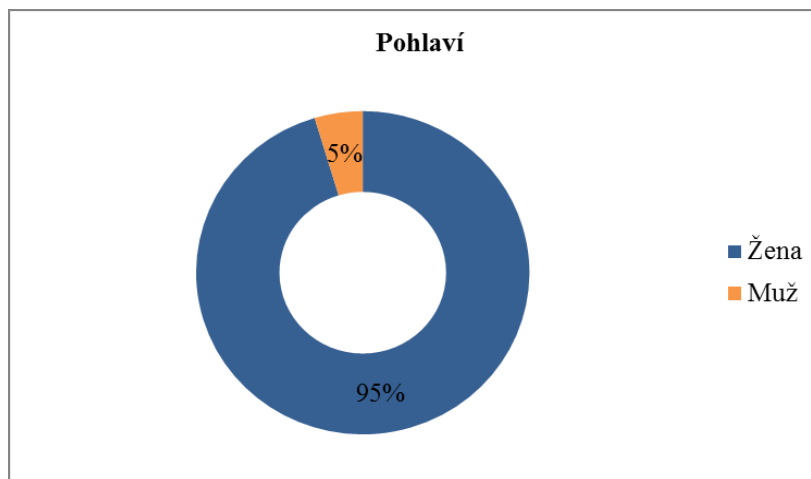
Graf 7



Z výzkumného souboru 26 zařízení souhlasilo s účastí na detailním průzkumu, určenému sestřám, 18 zdravotnických zařízení a 8 nechtělo být zařazeno do dalšího průzkumu.

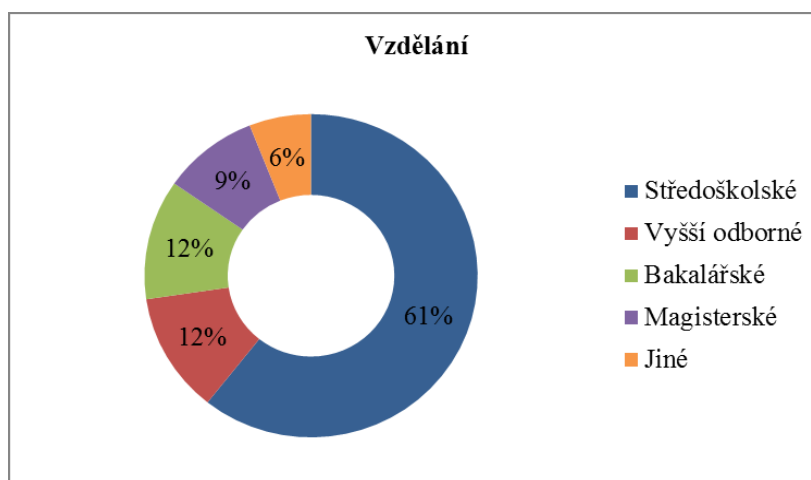
4.2 Výsledky 2. dotazníku

Graf 8



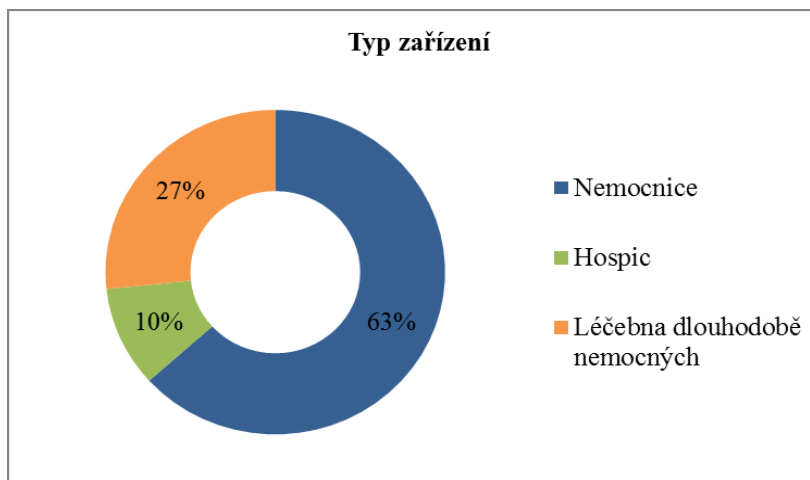
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 150 všeobecných sester z nemocnic, zařízení dlouhodobé péče (LDN) a hospiců. Z toho bylo 95% žen a 5% mužů.

Graf 9



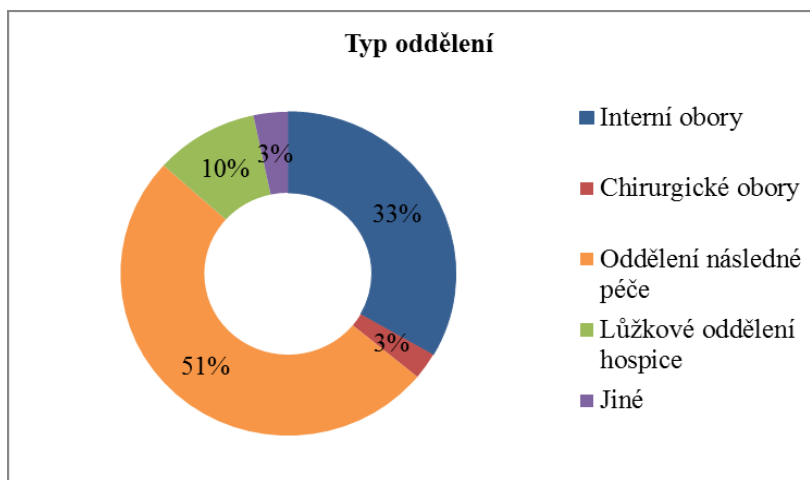
Z celkového počtu respondentů 2. souboru jich 61% (91) dosáhlo středoškolského vzdělání, 12% (18) dosáhlo vyššího odborného vzdělání, 12% (18) dosáhlo bakalářského vzdělání a 9% (14) dosáhlo magisterského vzdělání. 6 % (9) respondentů uvedlo jiné vzdělání. 7 z nich uvedlo postgraduální specializační studium, 1 uvedl studium v oblasti anesteziologicko resuscitační péče a 1 uvedl studium rodinné školy.

Graf 10



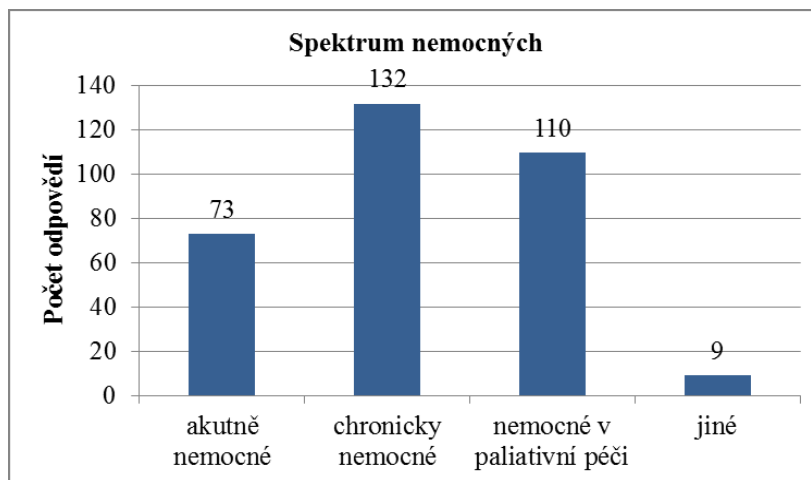
63% (95) respondentů pracuje v nemocnici, 27 % (40) v léčebně dlouhodobě nemocných a 10% (15) v hospici.

Graf 11



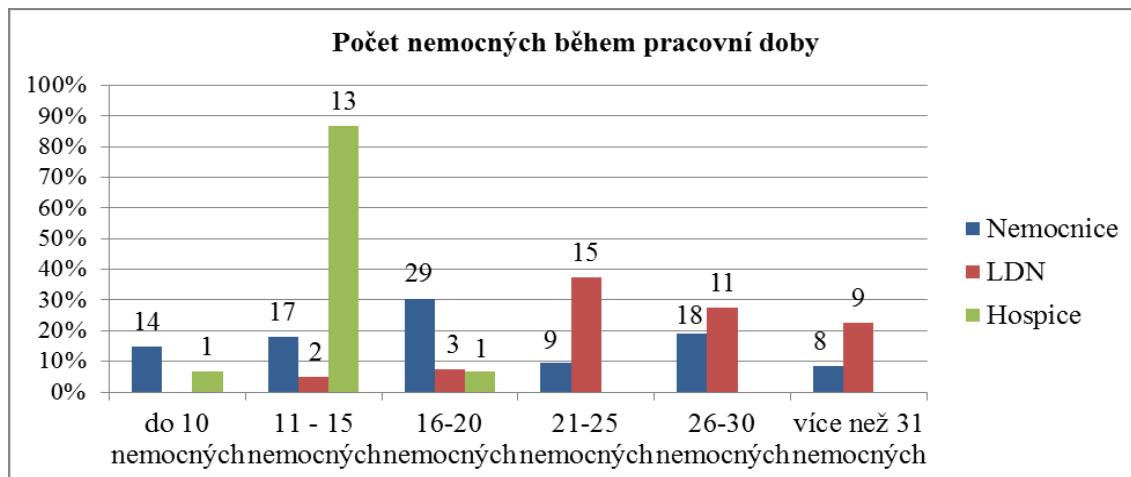
Z výzkumného souboru pracuje v rámci jednotlivých zařízení na odděleních následné péče 51% (76) respondentů. 33% (50) respondentů pracuje v interních oborech, 10% (15) jich pracuje na lůžkovém oddělení hospice. 3% (4) respondentů pracuje v chirurgických oborech a 3% (5) uvedla jiný druh oddělení. V odpovědi jiné se objevilo 3 x pracoviště geriatric a 2x pracoviště následné intenzivní péče.

Graf 12



Chronicky nemocné ošetřuje 132 respondentů, nemocné v paliativní péči ošetřuje 110 respondentů. 73 respondentů pečuje o akutně nemocné. 9 respondentů volilo jinou variantu odpovědi, z toho 5 respondentů pečuje o nemocné, kteří potřebují rehabilitační péči, 2 respondenti pečují o geriatricky a psychiatricky nemocné, 1 respondent pečuje o nemocné po úrazech a operacích a 1 pečuje o bezdomovce. Respondenti měli možnost zaškrtnout více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 324.

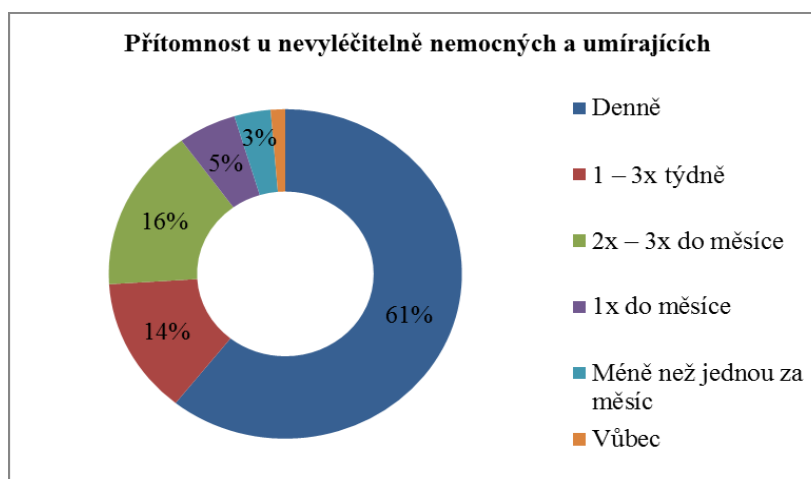
Graf 13



V *nemocnicích* z počtu 95 respondentů na svých odděleních pečuje o 16 – 20 nemocných 31% (29). 19% (18) respondentů pečuje o 26 – 30 nemocných a 18% (17) odpovědělo, že pečují o 11 – 15 nemocných. 15% (14) pečuje během pracovní doby o

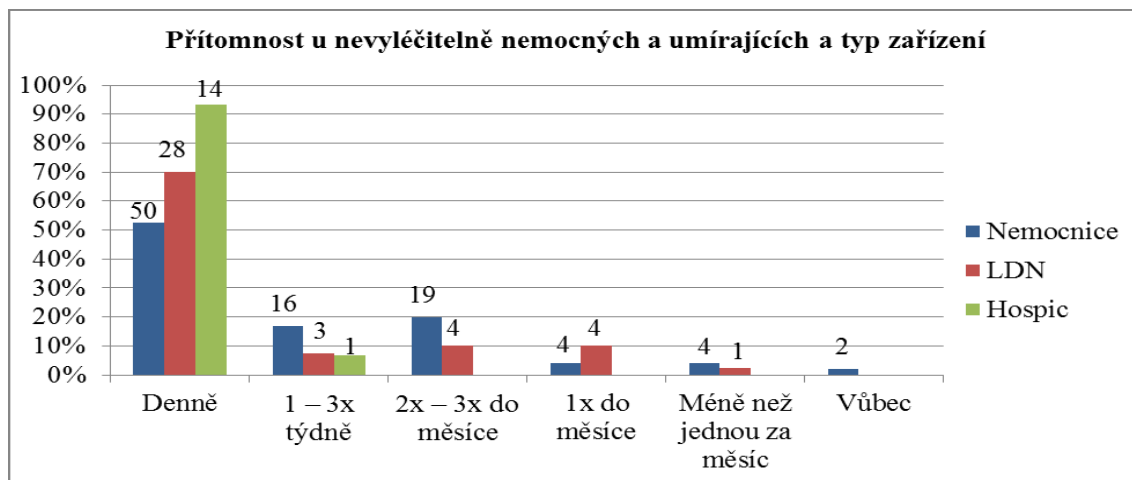
počet menší než 10 nemocných, 9% (9) o 21 – 25 nemocných a 8% (8) o více než 31 nemocných. V *zařízeních dlouhodobé péče (LDN)* z počtu 40 respondentů na svých odděleních pečuje během své pracovní doby o 21 – 25 nemocných 38% (15). O 26 – 30 nemocných pečuje 28% (11) respondentů. 23% (9) respondentů pečuje o více než 31 nemocných. O 16 – 20 nemocných pečuje 8% (3) respondentů a o 11 - 15 nemocných pečuje v *zařízeních dlouhodobé péče* 5% (2) respondentů. V *hospici* z počtu 15 respondentů na svých odděleních pečuje 87% (13) o 11 – 15 nemocných, 7% (1) pečuje o 16- 20 nemocných a 7% (1) pečuje o méně než 10 nemocných během pracovní doby.

Graf 14



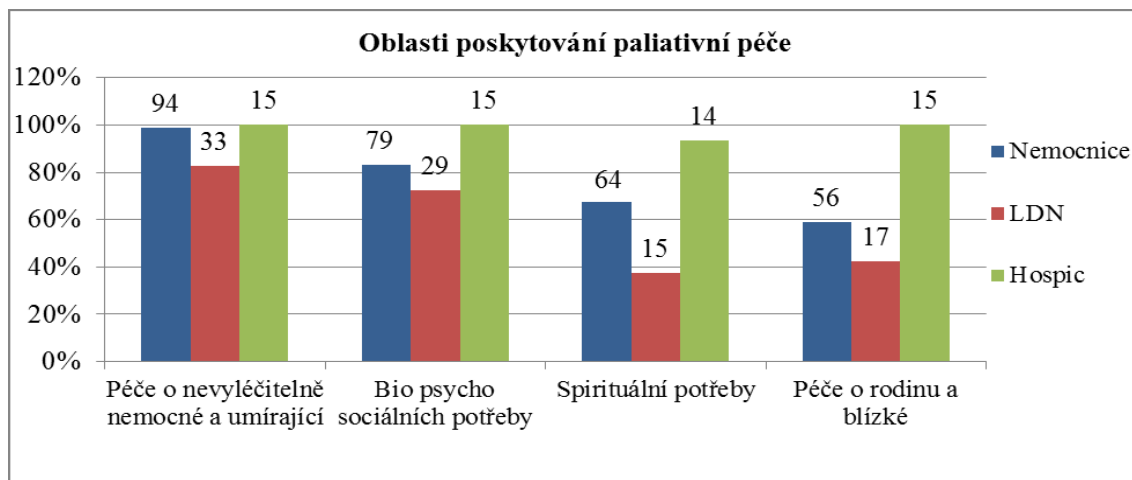
Z výzkumného souboru 150 respondentů se v zaměstnání s nevléčitelně nemocnými a umírajícími denně setkává 61% (91) respondentů. 16% (24) respondentů odpovědělo, že se do kontaktu s takto nemocnými dostávají 2x – 3x do měsíce, 14% (20) respondentů 1- 3x týdně. 5% (8) respondentů se s nevléčitelně nemocnými a umírajícími setkává 1x do měsíce a 3% (5) respondentů méně než jednou za měsíc. 1% (2) respondentů se vyjádřilo, že se do kontaktu s nevléčitelně nemocnými a umírajícími nedostávají vůbec.

Graf 15



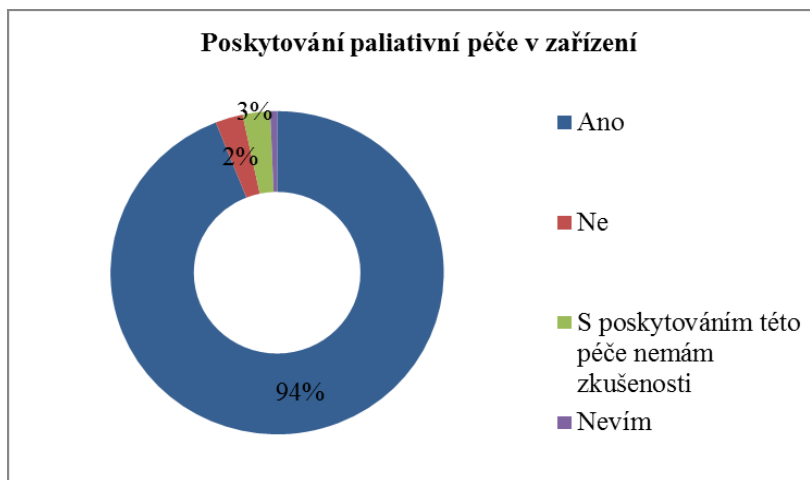
V *nemocnicích* se s nevléčitelně nemocnými a umírajícími při své práci denně setkává 53% (50) respondentů, v *zařízeních dlouhodobé péče (LDN)* 70% (28) respondentů a v *hospicích* 93% (14) respondentů. Odpověď 1 – 3 x týdně zvolilo v *nemocnicích* 17% (16) respondentů, v *zařízeních dlouhodobé péče* 8% (3) a v *hospici* 7% (1). Další výsledky se týkají již jen nemocnic a zařízení dlouhodobé péče. 2x – 3x do měsíce se v *nemocnici* do kontaktu s nevléčitelně nemocnými a umírajícími dostává 20% (19) respondentů a 10% (4) respondentů v *zařízení dlouhodobé péče*. 1x do měsíce jsou respondenti s paliativně nemocnými v kontaktu v *nemocnici* v 4% (4) případů a v 10% (4) v *zařízeních dlouhodobé péče*. Méně než jednou za měsíc se setkala v *nemocnici* 4% (4) respondentů a 3% (1) respondentů ze *zařízení dlouhodobé péče*. Vůbec se s nevléčitelně nemocnými a umírajícími nesetkala 2% (2) respondentů v *nemocnici*.

Graf 16



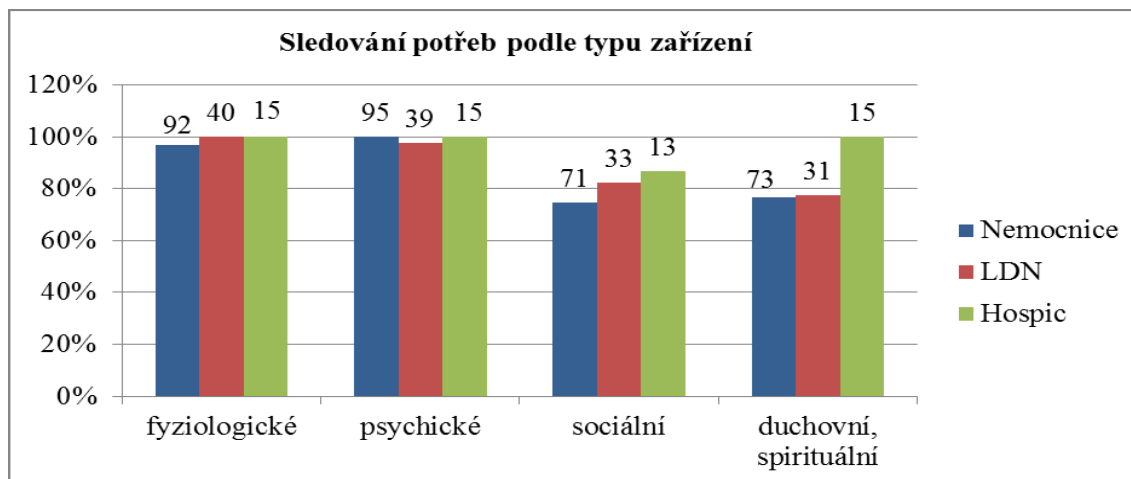
Respondenti se rozhodovali, co pro ně znamená paliativní péče. Vybírali z více odpovědí a celkový součet zahrnoval 446 odpovědí. 142x byla zvolena možnost, že jde o péči o nevléčitelně nemocné a umírající. V *nemocnicích* tuto odpověď zvolilo 99% (92) respondentů, v *zařízeních dlouhodobé péče (LDN)* ji zvolilo 83% (33) respondentů a 100% (15) respondentů tuto odpověď zvolilo v *hospicích*. Celkem 132x respondenti odpověděli, že při poskytování paliativní péče dochází k uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. V *nemocnicích* tuto odpověď zvolilo 83% (79) respondentů, v *zařízeních dlouhodobé péče* to bylo 73% (29) respondentů, a 100% (15) respondentů z *hospice*. Celkem 93 respondentů do paliativní péče zahrnuje uspokojování spirituálních potřeb. V *nemocnici* tuto odpověď zvolilo 67% (64) respondentů, v *zařízeních dlouhodobé péče* to bylo 38% (15) respondentů, a v *hospicích* tuto odpověď zvolilo 93% (14) respondentů. Celkem 88 respondentů zahrnuje do odpovědi péči o rodinu a blízké. V *nemocnicích* tuto odpověď zvolilo 59% (56) respondentů, v *zařízeních dlouhodobé péče* ji zvolilo 43% (17) respondentů a v *hospicích* tuto odpověď zvolilo všech 100% (15) respondentů.

Graf 17



Paliativní péče je poskytována v 94% zdravotnických zařízeních, ve kterých respondenti pracují. 3 % respondentů odpověděla, že nemá zkušenosti s poskytováním této péče, 2 % odpověděla, že v jejich zařízeních paliativní péče není poskytována a 1% neví, zda poskytují tento druh péče.

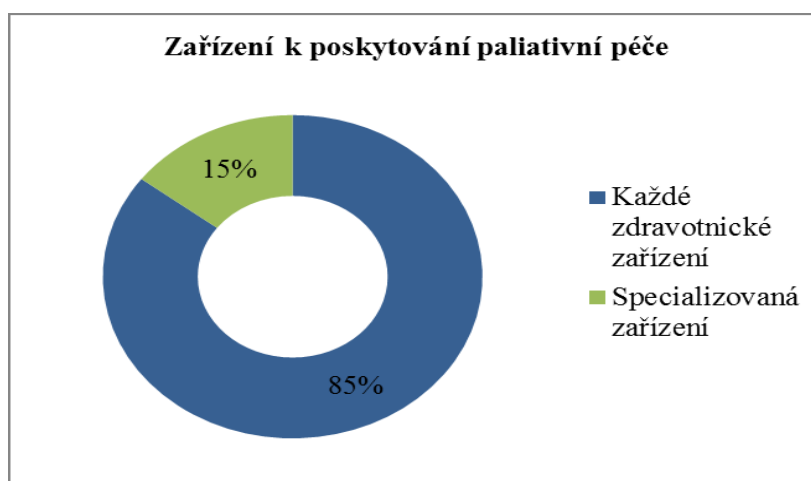
Graf 18



V dotazníku respondenti určovali, které potřeby sledují při péči o nevléčitelně nemocné a umírající. Respondenti mohli zvolit z více možností a celkový počet odpovědí byl 532. Celkem 147 respondentů sleduje fyzické potřeby. V *nemocnici* z 95 respondentů tuto odpověď zvolilo 97% (92) respondentů, v *zařízeních dlouhodobě nemocných (LDN)* ze 40 respondentů ji zvolilo 100% (40) a v *hospici* z počtu 15

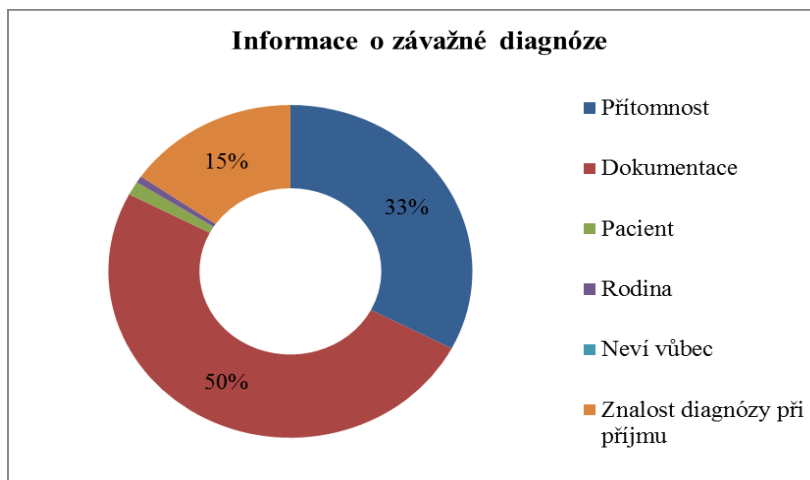
respondentů, byl celkový součet 100% (15). Celkem 149 respondentů sleduje psychické potřeby. V *nemocnici* tuto možnost zvolilo 100% (95) respondentů, v *zařízeních dlouhodobě nemocných* to bylo 98% (39) respondentů a v *hospici* tuto možnost zvolilo 100% (15) respondentů. Celkem 117 dotázaných sleduje sociální potřeby. v *nemocnici* je sleduje 75% (71) dotázaných, v *zařízeních dlouhodobě nemocných* je sleduje 83% (33) respondentů a v *hospici* je sleduje 83% (13) respondentů. Celkem 119 dotázaných sleduje duchovní a spirituální potřeby. V *nemocnici* tyto potřeby sleduje 77% (73) respondentů, v *zařízeních dlouhodobě nemocných* 78% (31) respondentů a v *hospici* tyto potřeby sleduje 100% (15) respondentů.

Graf 19



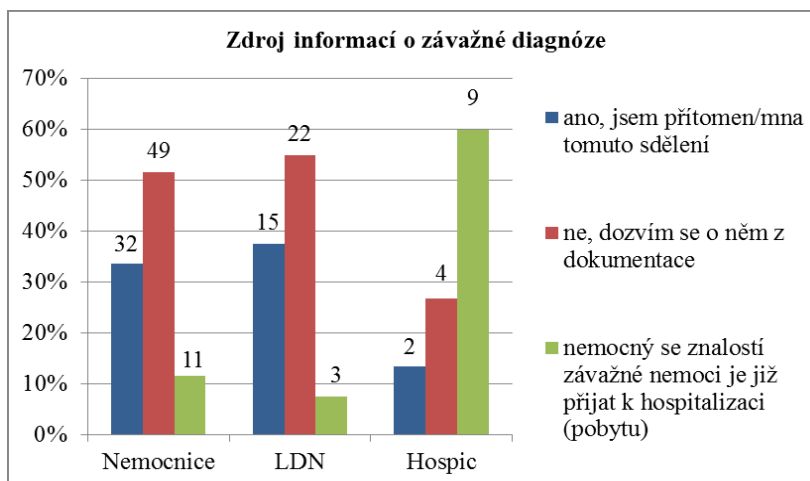
Z výzkumného souboru 85% respondentů odpovědělo, že paliativní péče má být poskytována v každém zdravotnickém zařízení a 15% odpovědělo, že má být poskytována jen ve specializovaných zařízeních jako jsou hospice nebo oddělení paliativní péče.

Graf 20



Z celkového počtu 150 respondentů se 50% o závažné diagnóze dozví z dokumentace nemocného, 33% je přítomno při sdělování a 15 % respondentů odpovědělo, že nemocný k hospitalizaci přichází již se znalostí diagnózy. Ve zbylých 2% se o závažné diagnóze dozvídají přímo od nemocného nebo od jeho rodiny. Žádný z respondentů nezvolil možnost, že by o závažné diagnóze vůbec nevěděl.

Graf 21



Sestry v *nemocnicích* jsou z 95 respondentů přítomné při sdělování závažné diagnózy ve 34 % (32) případech. V *zařízeních dlouhodobě nemocných (LDN)* je to ze 40 respondentů 38 % (15) případů a v *hospicích* z 15 respondentů je to 13 % (2) případů. Z dokumentace se o závažné diagnóze dozví v *nemocnicích* 52% (49) respondentů,

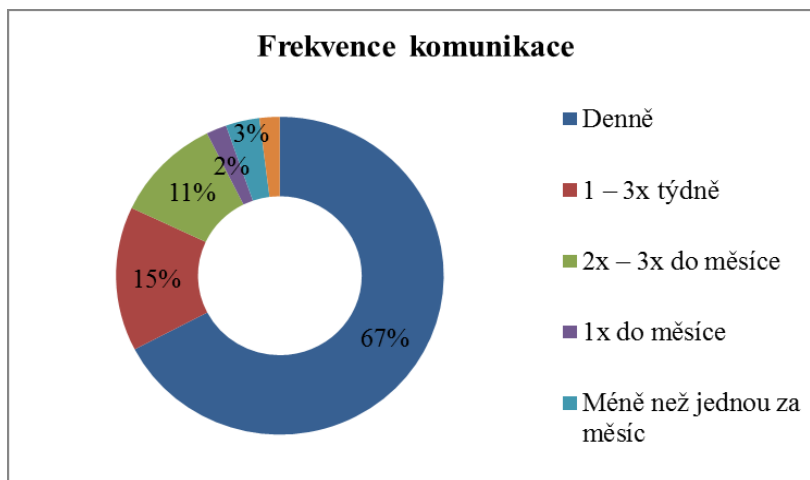
v *zařízeních dlouhodobě nemocných* je to 55% (22) respondentů a v *hospicích* je to 27% (4) respondentů. Další možností je, že nemocný již k hospitalizaci (pobytu) přichází se znalostí závažné diagnózy a sestra, tedy o něm ví. V *nemocnicích* tuto možnost zvolilo 12% (11) dotázaných, v *zařízeních dlouhodobě nemocných* ji zvolilo 8% (3) dotázaných a v *hospici* 60% (9) dotázaných. U respondentů v *nemocnici* se 2x vyskytla odpověď, že se o závažné diagnóze nemocného dozvídají od pacienta a 1x se o závažné diagnóze nemocného dozvídají od jeho rodiny.

Graf 23



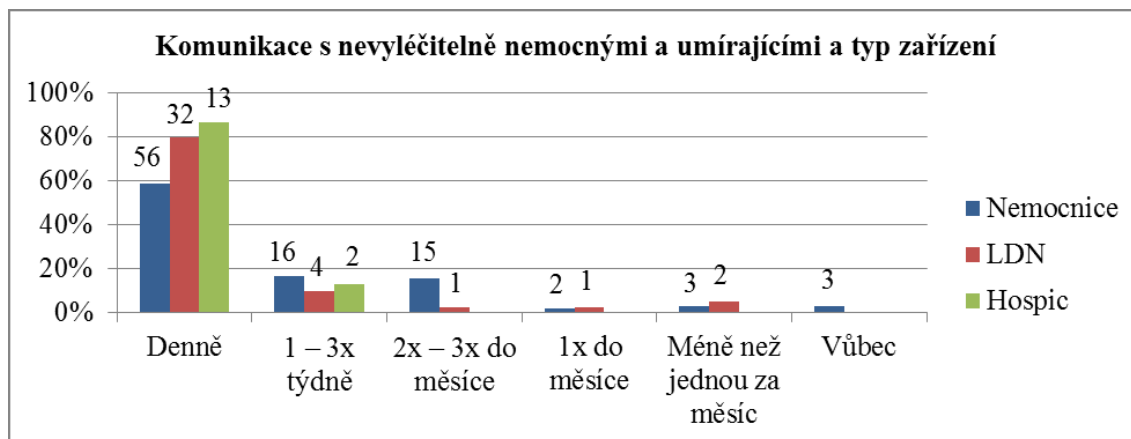
Možnost vzdělávat se v komunikačních dovednostech s nevléčitelně nemocnými a umírajícími má 88% respondentů. 12% uvedlo, že tuto možnost nemá.

Graf 24



Z celkového souboru 150 respondentů s nevléčitelně nemocnými a umírajícími denně komunikuje 67% respondentů. 1- 3 x týdně s nimi komunikuje 15% respondentů, 11% 2- 3 x týdně. Méně než jednou za měsíc jsou to 3 % respondentů a 2% s nimi nekomunikuje vůbec nebo jedenkrát do měsíce.

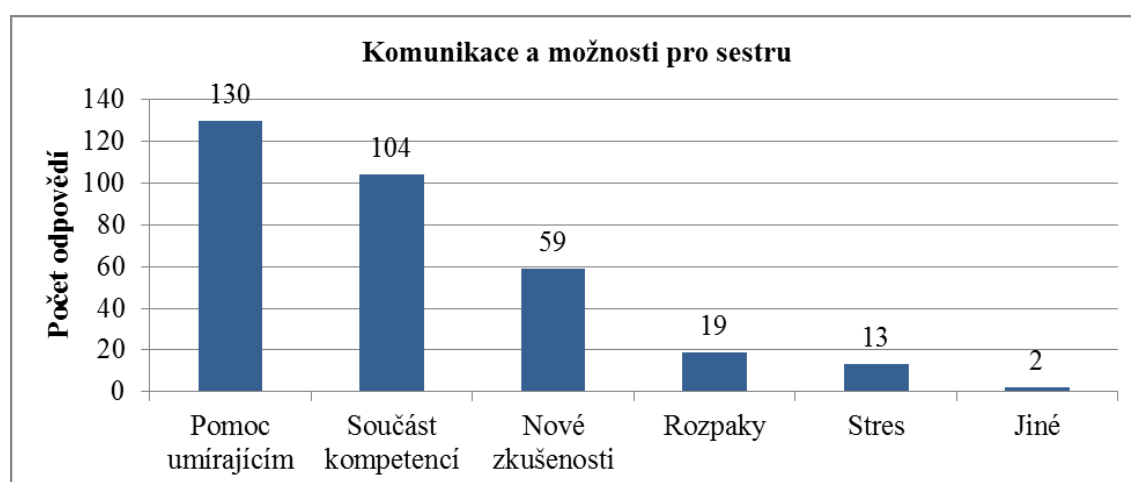
Graf 25



V *nemocnicích*, z počtu 95 respondentů, denně komunikuje s nevléčitelně nemocnými a umírajícími 59% (56) respondentů, v *zařízeních dlouhodobé péče (LDN)* ze 40 respondentů je to 80% (32) respondentů a v *hospici* je to 87% (13) respondentů. 1 – 3 x týdně komunikuje s nemocnými spadajícími do paliativní péče 17% (16) respondentů v *nemocnicích*, 10% (4) v *zařízeních dlouhodobé péče* a 13% (2)

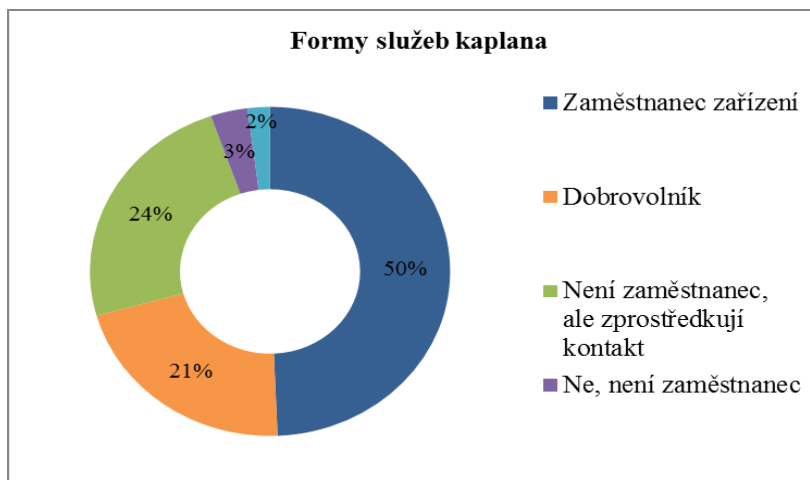
respondentů v *hospicích*. V 16% (15) případech komunikují v *nemocnici* 2x – 3x do měsíce a v *zařízeních dlouhodobé péče* jsou to 3% (1). 1x do měsíce s takto nemocnými komunikují v *nemocnici* 2% (2) respondentů a v *zařízení dlouhodobé péče* jsou to 3% (1) respondentů. Odpověď méně než jednou za měsíc zvolila 3% (3) respondentů v *nemocnici* a 5% (2) v *zařízení dlouhodobé péče*. Vůbec s nevléčitelně nemocnými a umírajícími nekomunikují 3% (3) respondentů v *nemocnici*.

Graf 26



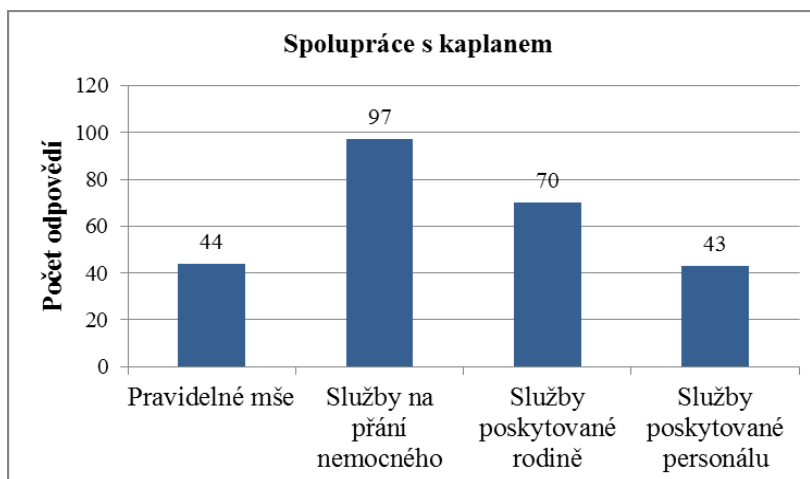
Respondenti rozhodovali, co pro ně znamená komunikace s nevléčitelně nemocnými a umírajícími. Sestry měly možnost zvolit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 327. Pro 130 respondentů je komunikace s takto nemocnými možností, jak pomoci umírajícím na jejich nelehké cestě ke smrti. Ve 104 odpovědích uvedli, že je pro ně součástí jejich kompetencí. V 59 případech jim přináší nové zkušenosti. V 19 odpovědích se objevilo, že je uvádí do rozpaků a ve 13, že je pro ně stresující a vyhýbají se jí. Ve 2 odpovědích se objevila možnost jiné. Zahrnovala poznámku, že je stresující, ale nevyhýbá se jí a druhá odpověď byla, že je nezbytně nutná při každodenní péči. Ani jeden respondent nezvolil možnost, že není součástí jeho kompetencí.

Graf 27



Z výzkumného souboru uvedlo 50% respondentů, že je zaměstnancem zařízení, ve kterém pracují. 24% uvedlo, že není zaměstnancem zařízení, ale je možné zprostředkovat kontakt na duchovního. 21% uvedlo, že v zařízení pracuje jako dobrovolník. Ve 3% odpovědí zaznělo, že není zaměstnancem zařízení a ve 2% odpovědí nevěděli, zda jsou u nich nabízeny služby nemocničního kaplana.

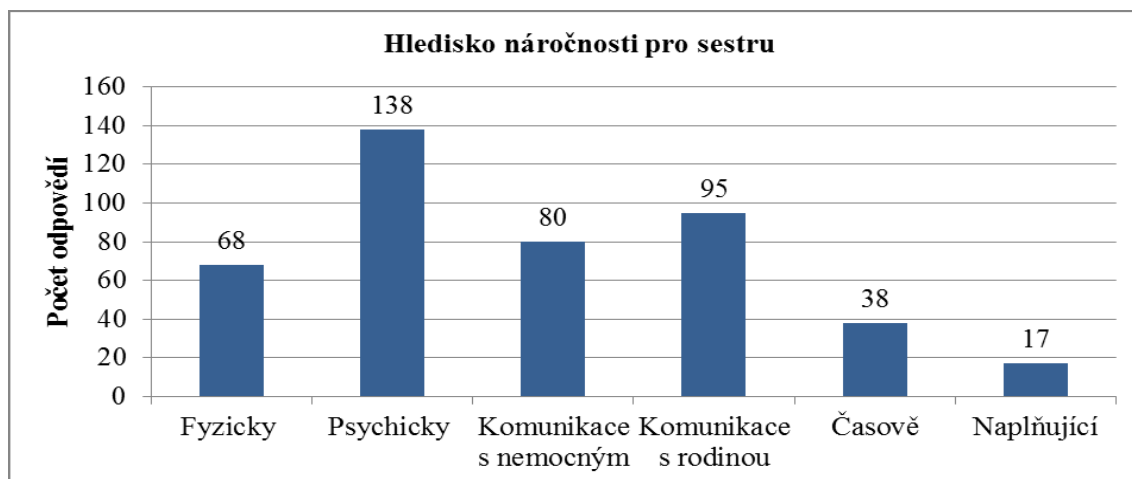
Graf 28



71% (106) respondentů, kteří v předchozí odpovědi zvolili, že nemocniční kaplan je zaměstnancem zdravotnického zařízení nebo pracuje jako dobrovolník, určovali druh spolupráce s kaplanem. Měli možnost zaškrtnout více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 254. 44x respondenti odpověděli, že jsou u nich pořádány pravidelné mše.

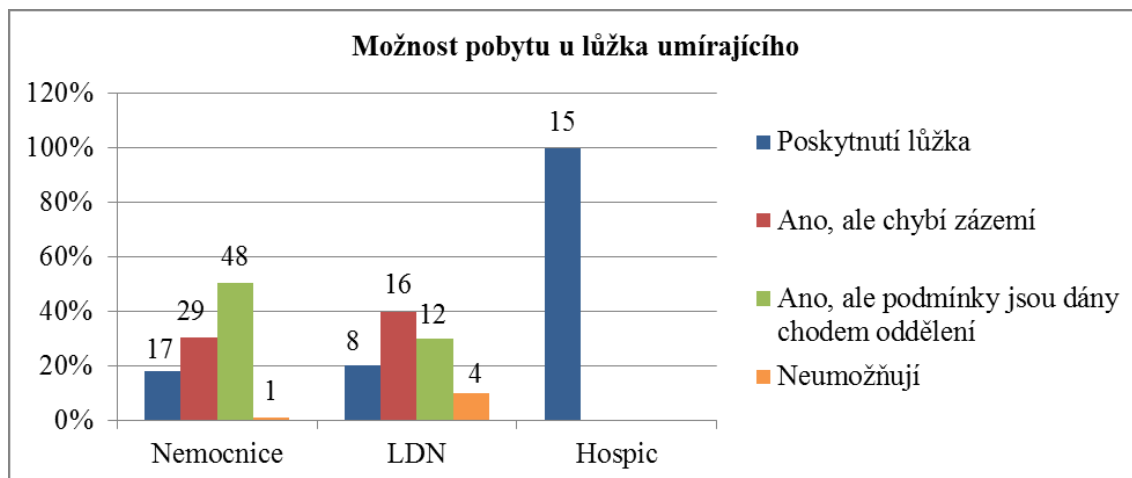
97x se objevilo, že nemocniční kaplan poskytuje své služby, pokud nemocný nebo umírající projeví své přání. 70x respondenti uvedli, že poskytuje služby rodině a blízkým nemocného, pokud o to projeví zájem. 43x respondenti odpověděli, že poskytuje služby personálu, pokud o ně projeví zájem.

Graf 29



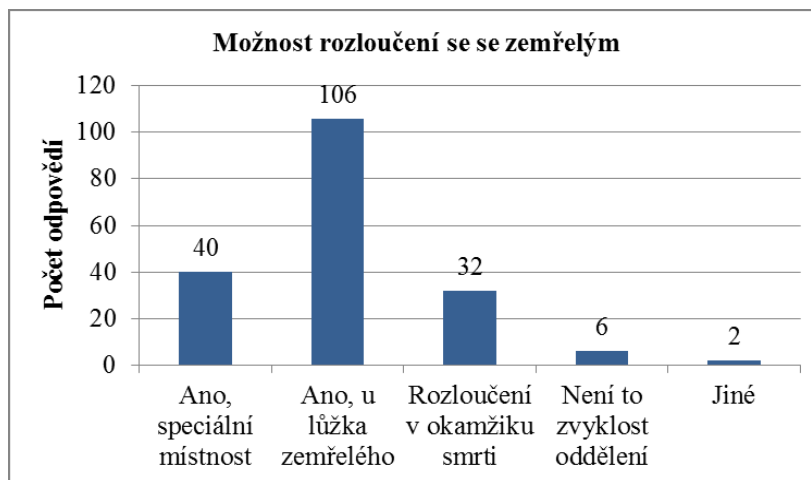
Respondenti hodnotili náročnost péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Mohli zvolit více odpovědí a celkový počet byl 436. Pro sestry je péče o nevléčitelně nemocného a umírajícího nejvíce náročná psychicky. Tato odpověď byla uvedena 138x. 95x se objevilo, že je pro ně náročná z hlediska komunikace s rodinou. 80x zahrnovala možnost, že je pro ně náročná z hlediska komunikace s nemocným. 68x je pro sestry péče náročná fyzicky a 38x časově. 19x se objevilo, že je pro sestru tato péče naplňující.

Graf 30



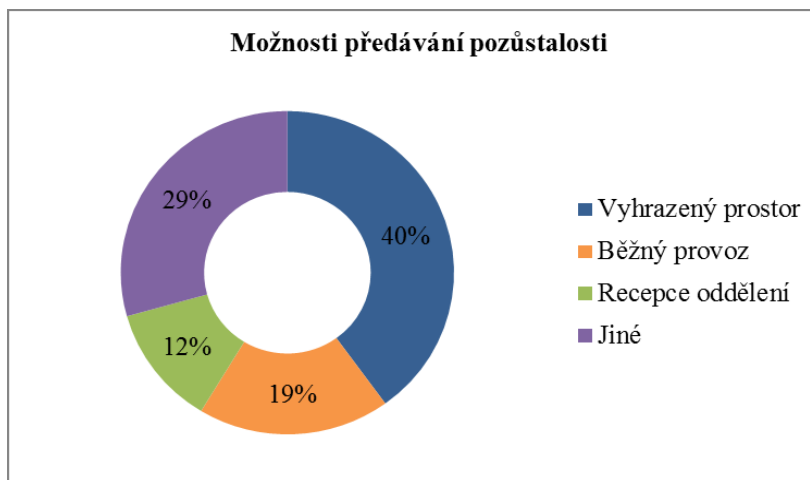
Lůžko poskytují členům rodiny ve 100% (15) případů v *hospici*, ve 20% (8) v *zařízeních dlouhodobé péče (LDN)* a v 18% (17) případů v *nemocnicích*. Zařízení, která umožňují pobyt u lůžka umírajícího, ale nemají k tomu materiální ani prostorové vybavení jsou ve 40% (16) odpovědí *zařízení dlouhodobé péče* a v 31% (29) odpovědí *nemocnice*. Ze zařízení, která pobyt umožňují, ale jsou ovlivněna provozem oddělení a obsazeností lůžek je 51% (48) *nemocnic* a 30% (12) *zařízení dlouhodobé péče*. Pobyt u lůžka umírajícího není umožněn, dle odpovědí respondentů, v 10% (4) v *zařízeních dlouhodobé péče* a v 1% (1) v *nemocnicích*.

Graf 31



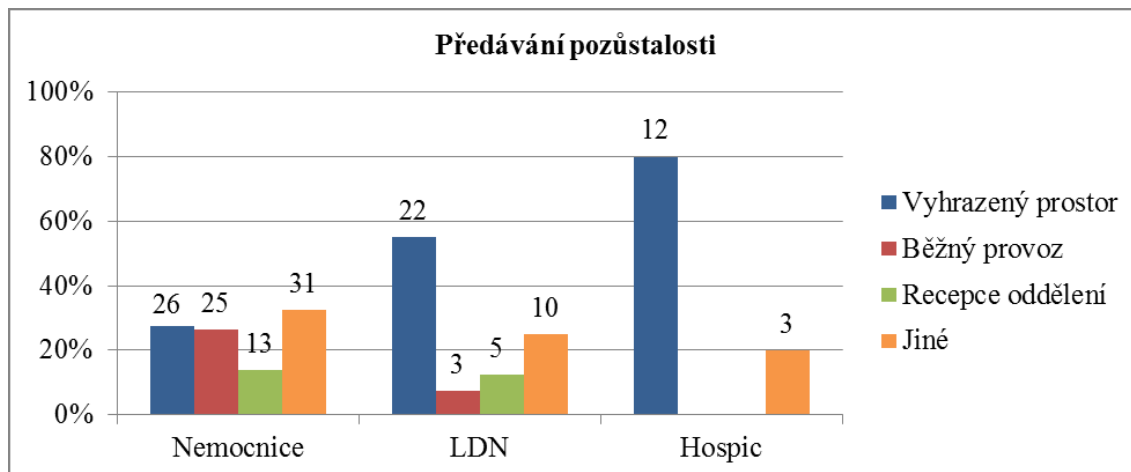
Respondenti určovali, jakým způsobem se mohou pozůstalí rozloučit se zemřelým. Měli možnost zvolit více odpovědí a celková suma odpovědí byla 186. 106x uvedli, že se rodina může rozloučit u lůžka zemřelého. 40x bylo uvedeno, že zařízení má speciální místnost, kde se rodina může rozloučit, 32x uvedli, že se mohou rozloučit jen v případě, že byli přítomni u lůžka v okamžiku smrti. 6x se objevilo, že to není zvyklostí oddělení. 2x odpovědi zahrnovaly jiné možnosti, a to, že rozloučení probíhá na pokoji zemřelého nebo občas na přání v upravené márnici. Další odpovědi, spadající do jiných možností, bylo, že se mohou rozloučit, nedejde-li k narušení provozu oddělení.

Graf 32



Místo, kde probíhá předávání pozůstalosti, označilo 40% respondentů z 2. výzkumného souboru jako prostor vyhrazený k tomuto účelu nebo místnost nebo koutek s křesly. 29 % respondentů označilo odpověď jiné. Označili jako místo předání vyšetřovnu, sesternu, místnost staniční sestry, pokoj zesnulého, lékařský pokoj nebo nějaké klidné místo. 19% respondentů odpovědělo, že předání probíhá v běžném provozu oddělení a ve 12 % probíhá na recepci oddělení.

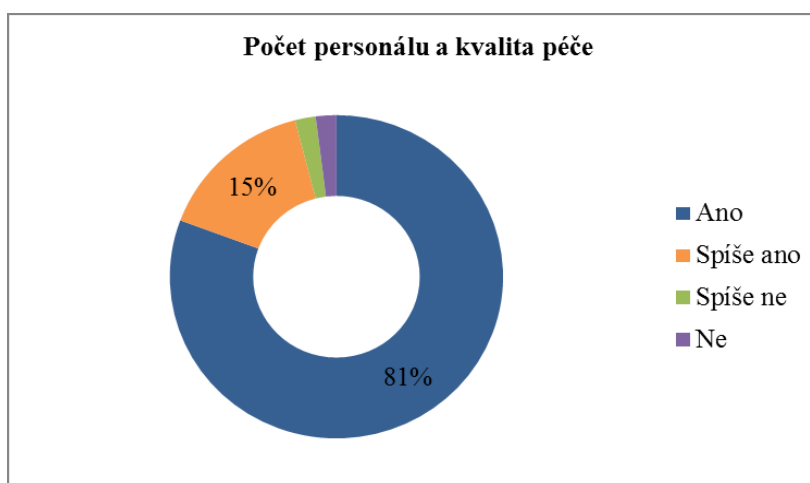
Graf 33



V *nemocnici* 33% (31) respondentů zvolilo odpověď jiné, to znamená místo předání je sesterna nebo vyšetřovna. 27% (26) respondentů předává pozůstalost v prostoru, který je vyhrazen k tomuto účelu a 26% (25) ji předává v běžném provozu. 14% (13)

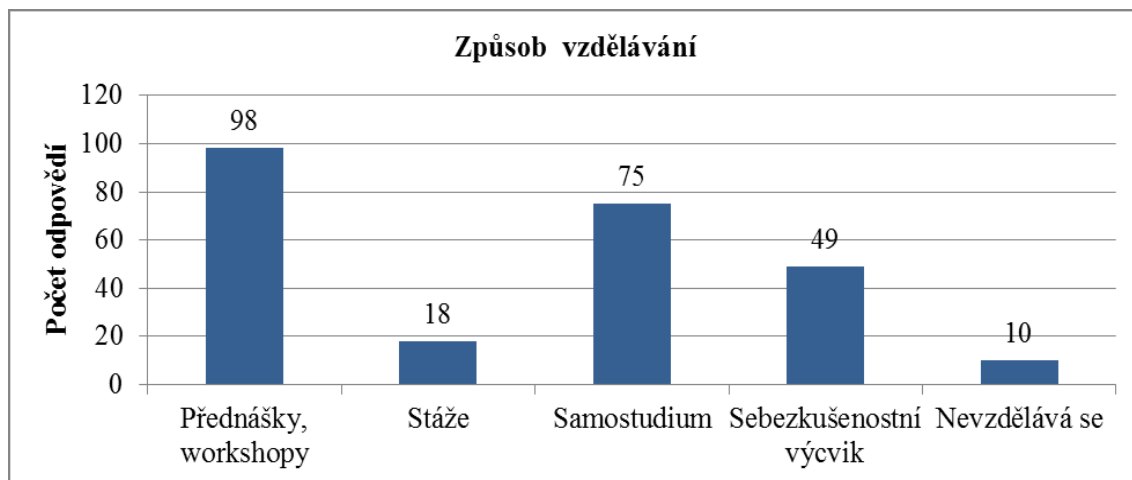
respondentů pozůstalost předává na recepci oddělení. V *zařízeních dlouhodobé péče (LDN)* předávají pozůstalost ve vyhrazených prostorách, a to v 55% (22) případech. 25% (10) respondentů zvolilo odpověď jiné, to znamená místo předání je sesterna nebo vyšetřovna. 13% (5) pozůstalost předává na recepci oddělení a 8% (3) respondentů ji předává v běžném provozu oddělení. V *hospici* 80% (12) respondentů pozůstalost předává v cíleně určeném prostoru a 20% (3) na sesterně nebo vyšetřovně.

Graf 34



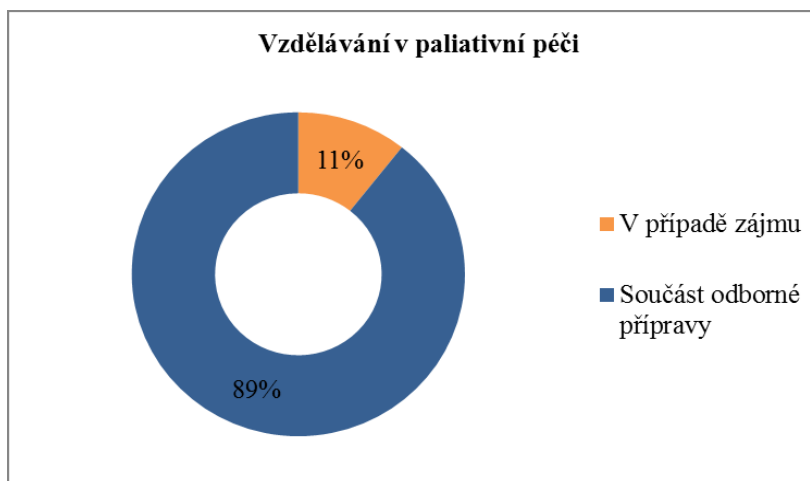
81% respondentů si myslí, že počet personálu ovlivňuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a 15 %, že spíše ano. Ve zbývajících 4 % respondenti odpověděli, že spíše neovlivňuje nebo neovlivňuje.

Graf 35



Respondenti vybírali, jakou formou se vzdělávají v oblasti paliativní péče. Na výběr bylo více možností a celkový počet odpovědí byl 250. 98x zahrnovala přednášky a workshopy, 75x zahrnovala samostudium. 49x byla zaškrtnuta možnost sebezkušenostního výcviku. 18x se objevila forma stáží a 10x zaznělo, že se nevzdělávají vůbec.

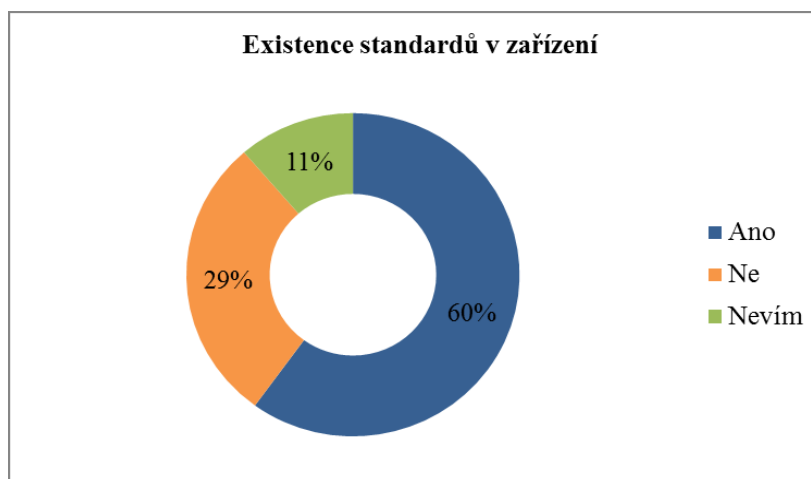
Graf 36



89% respondentů odpovědělo, že vzdělávání v oblasti paliativní péče by mělo být součástí celkové odborné přípravy na povolání všeobecné sestry. 11% respondentů zaškrtnulo odpověď, že má být prováděno jen v případě zájmu o tuto oblast. Odpověď, že

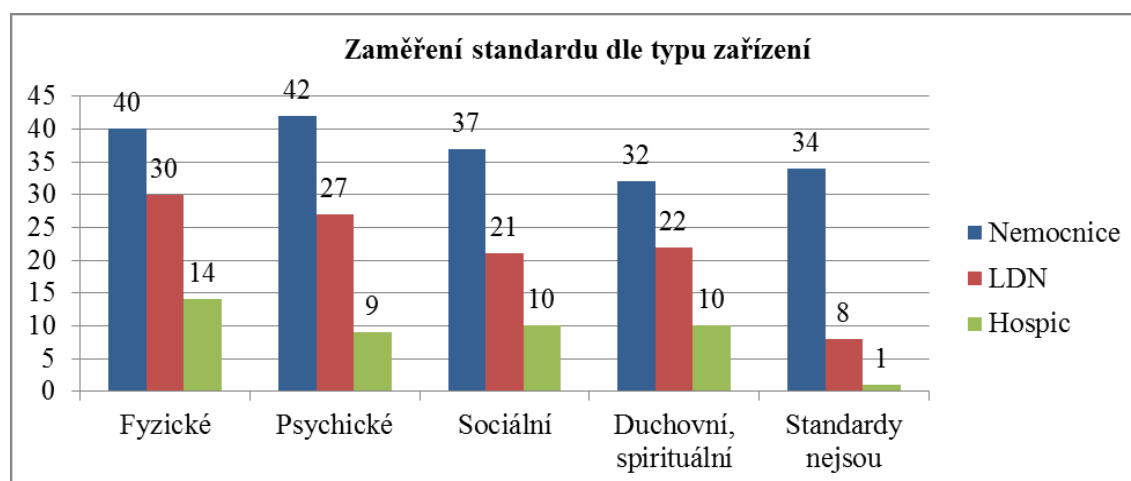
má být prováděno v případě nařízení vedoucím pracovníkem, nezvolil žádný respondent.

Graf 37



Existenci standardu pro poskytování paliativní péče v zařízení, kde jsou respondenti zaměstnaní, potvrdilo 60% (90) dotázaných. 29% (43) respondentů uvedlo, že v jejich zařízeních tyto standardy nejsou a 11% (17) respondentů nevědělo, zda v jejich zařízení jsou standardy zpracovány.

Graf 38

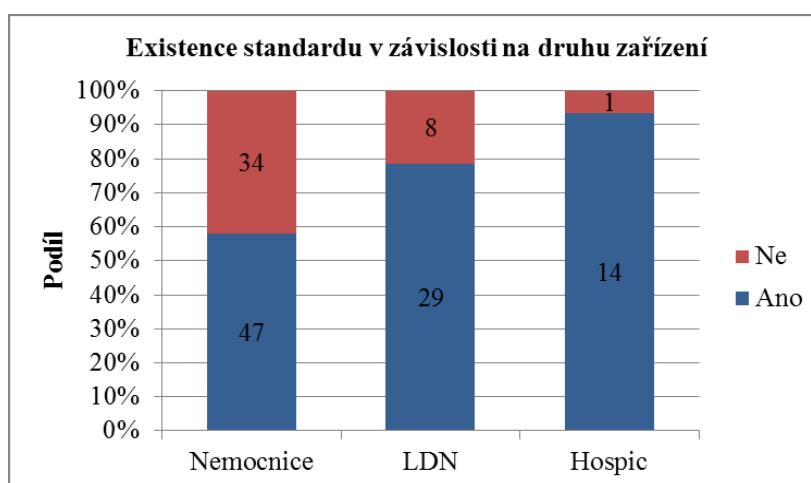


Respondenti, kteří uvedli, že v jejich zařízení existují standardy pro paliativní péči, určovali, na jakou oblast potřeb jsou zaměřeny. Respondenti měli možnost zvolit více

odpovědí. Bylo jich celkem 294. 84x byly označeny fyzické potřeby. V *nemocnici* zaměření standardu na fyzické potřeby uvedlo 40 respondentů, v *zařízení dlouhodobé péče (LDN)* 30 respondentů a v *hospici* 14 respondentů. Standardy věnující se psychickým potřebám, byly označeny 79x. V *nemocnici* uvedlo zaměření standardu na psychické potřeby 42 respondentů, v *zařízení dlouhodobé péče (LDN)* 27 respondentů a v *hospici* 9 respondentů. 68x byly označeny standardy sledující sociální potřeby. v *nemocnici* zaměření standardu na sociální potřeby uvedlo 37 respondentů, v *zařízení dlouhodobé péče* 21 respondentů a 10 respondentů v *hospici*. 64x byly označeny duchovní a spirituální potřeby. V *nemocnici* zaměření standardu na duchovní a spirituální potřeby uvedlo 32 respondentů, v *zařízení dlouhodobé péče (LDN)* 22 respondentů a 10 respondentů v *hospici*. 43 x respondenti odpověděli, že v zařízení, kde pracují, nemají standardy zaměřené ani na jednu oblast.

4.3 Výsledky zpracování hypotéz

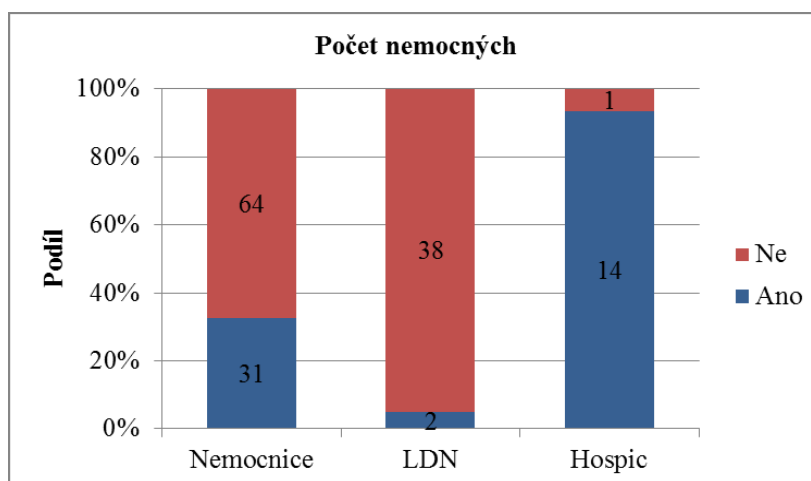
Graf 39



H1 byla testována pomocí otázek 3 a 25. Ke zpracování bylo použito Pearsonova chi kvadrat testu. Na platnost hypotézy ukazuje poměr odpovědí ano: ne 90:43. Dosažená hladina významnosti je 0,7%. Hypotéza, Existence standardů pro paliativní péči je závislá na typu zdravotnického zařízení, platí.

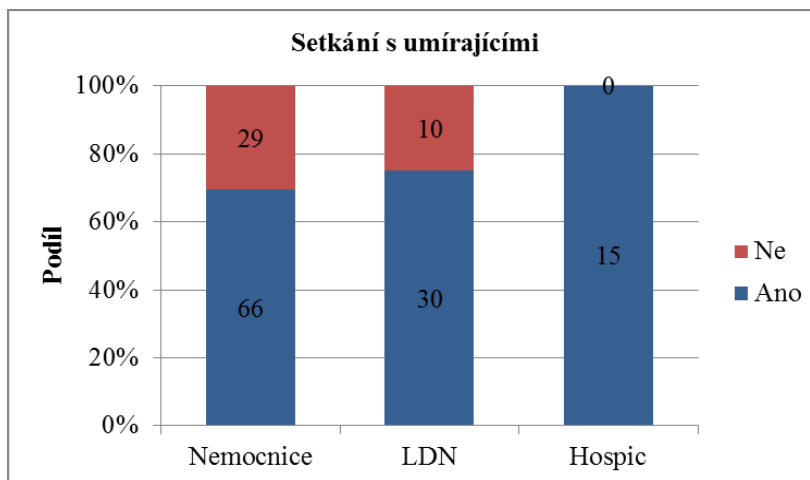
Pro H3 byly testovány možnosti aplikace paliativní péče poskytované ošetrovatelským personálem v závislosti na typu zdravotnického zařízení. Bylo stanoveno 7 kritérií pro poskytování paliativní péče a pro každé z nich vytvořena hypotéza. Podmínky byly testovány otázkami 3, 6, 7, 12, 13, 16, 19 a 21.

Graf 40



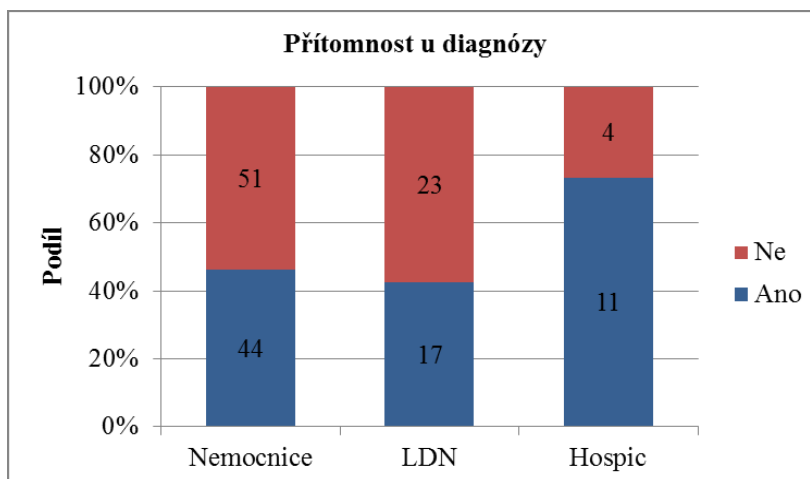
První kritérium aplikace paliativní péče bylo testováno otázkami 3 a 6. Pro odpovědi ano byly zvoleny možnosti 6a - b. Zbývající možnosti odpovědi v otázce 6 jsou považovány za ne. Ke zpracování bylo použito Pearsonova chi kvadrat testu. Na platnost ukazuje poměr odpovědí ano: ne 47:103. Dosažená hladina významnosti je 0%. Hypotéza, počet nemocných, o které sestra pečuje během směny, je závislý na druhu zdravotnického zařízení, platí.

Graf 41



Druhé kritérium aplikace paliativní péče bylo testováno otázkami 3 a 7. Pro odpovědi ano byly zvoleny možnosti 7a - b. Zbývající možnosti odpovědí v otázce 7 jsou považovány za ne. Ke zpracování bylo použito Pearsonova chi kvadrat testu. Na platnost ukazuje poměr odpovědí ano: ne 111:39. Dosažená hladina významnosti je 4,3%. Hypotéza, frekvence kontaktu s nevléčitelně nemocnými a umírajícími je závislá na druhu zdravotnického zařízení, platí.

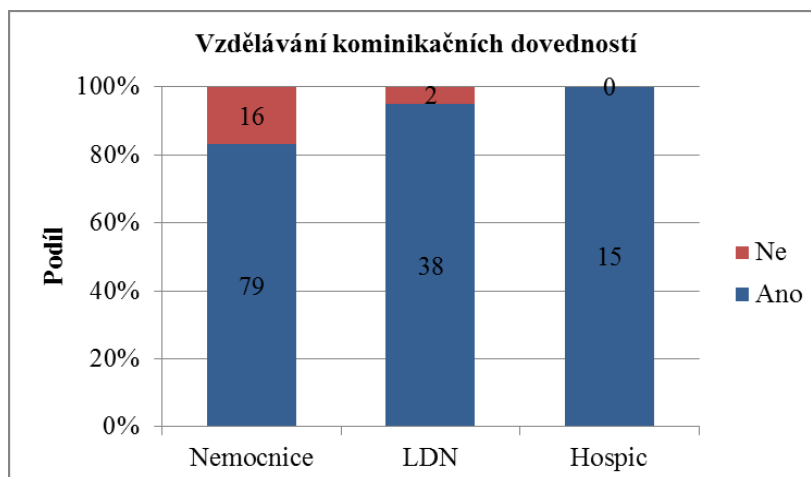
Graf 42



Třetí kritérium aplikace paliativní péče bylo testováno otázkami 3 a 12. Pro odpovědi ano byly zvoleny možnosti 12a a 12f. Zbývající možnosti odpovědí v otázce 12 jsou považovány za ne. Ke zpracování bylo použito Pearsonova chi kvadrat testu.

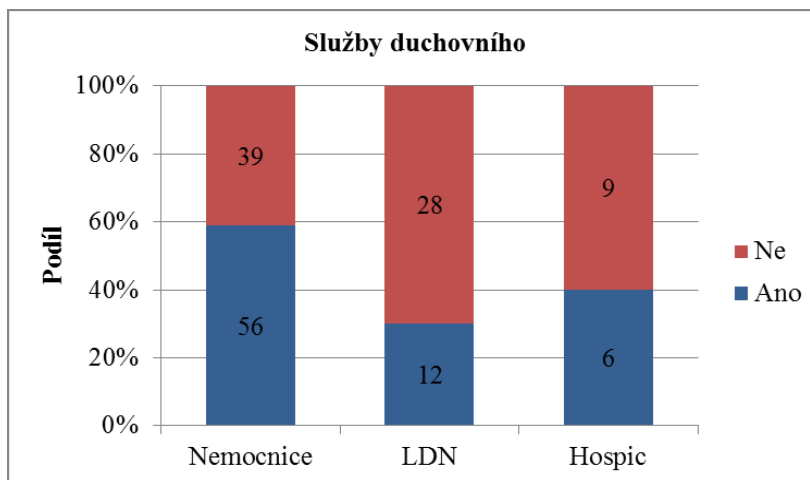
na neplatnost ukazuje poměr odpovědí ano: ne 72:78. Dosažená hladina významnosti je 10,8%. Hypotéza, přítomnost sestry při sdělování závažné diagnózy je závislá na druhu zdravotnického zařízení, neplatí.

Graf 43



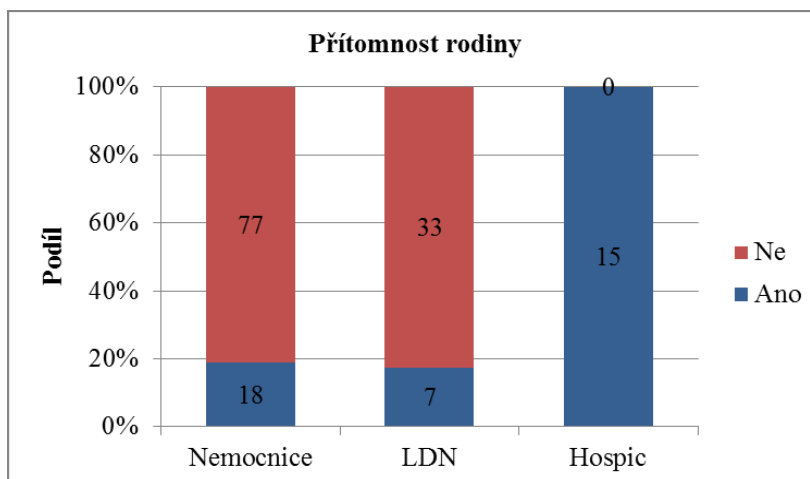
Čtvrté kritérium aplikace paliativní péče bylo testováno otázkami 3 a 13. Ke zpracování bylo použito Pearsonova chi kvadrat testu. Na platnost ukazuje poměr odpovědí ano: ne 132:18. Dosažená hladina významnosti je 4,95%. Hypotéza, možnost vzdělávat se v komunikačních dovednostech s nevléčitelně nemocnými a umírajícími je závislá na druhu zdravotnického zařízení, platí.

Graf 44



Páté kritérium aplikace paliativní péče bylo testováno otázkami 3 a 16. Pro odpovědi ano byla zvolena možnost 16a. Zbývající možnosti odpovědí v otázce 16 jsou považovány za ne. Ke zpracování bylo použito Pearsonova chi kvadrat testu. Na platnost ukazuje poměr odpovědí ano: ne 74:76. Dosažená hladina významnosti je 0,7%. Hypotéza, poskytování služeb kaplana nebo jiného duchovního je závislá na druhu zdravotnického zařízení, platí.

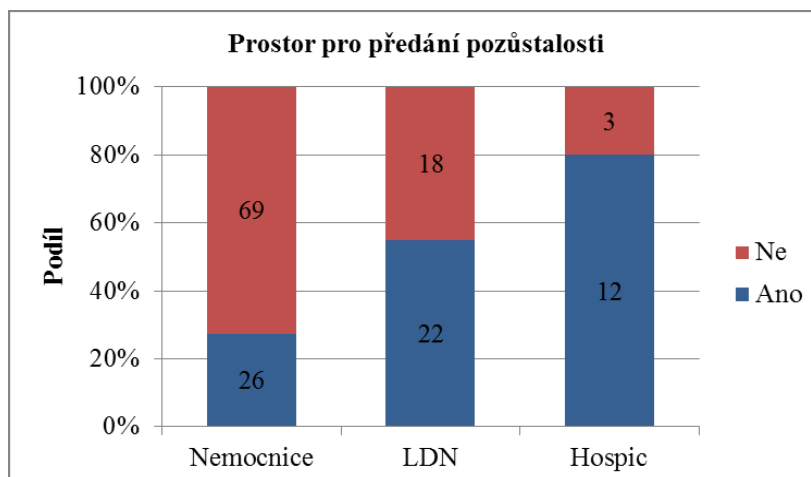
Graf 45



Šesté kritérium aplikace paliativní péče bylo testováno otázkami 3 a 19. Pro odpovědi ano byla zvolena možnost 19a. Zbývající možnosti odpovědí v otázce 19 jsou považovány za ne. Ke zpracování bylo použito Pearsonova chi kvadrat testu.

Na platnost ukazuje poměr odpovědí ano: ne 40:110. Dosažená hladina významnosti je 0%. Hypotéza, umožnění přítomnosti rodiny u lůžka umírajícího je závislá na druhu zdravotnického zařízení, platí.

Graf 46



Sedmé kritérium aplikace paliativní péče bylo testováno otázkami 3 a 21. Pro odpovědi ano byla zvolena možnost 21a. Zbývající možnosti odpovědí v otázce 21 jsou považovány za ne. Ke zpracování bylo použito Pearsonova chi kvadrat testu. Na platnost ukazuje poměr odpovědí ano: ne 60:90. Dosažená hladina významnosti je 0%. Hypotéza, prostor, kde probíhá předávání pozůstalosti je závislé na druhu zdravotnického zařízení, platí.

5 Diskuze

Podnětem ke zpracování tématu, jak probíhá paliativní péče v nemocnici a hospici byla osobní zkušenost s umírajícími v nemocnici a potřeba zjistit, jaké jsou podmínky, rozmezí, možnosti, postupy ošetrovatelské péče a překážky umožňující nebo neumožňující důstojné umírání v nemocnici. Paliativní péče klade důraz na kvalitu života v jeho závěru. Kvalita je ovlivněna přístupem sester, v zařízeních, kde pečují o nevléčitelně nemocné a umírající, a dále podmínkami pro poskytování paliativní péče.

Během výzkumu, který se zabýval poskytováním paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, byly rozdány 2 dotazníky. První dotazník byl určen odpovědným pracovníkům za ošetrovatelskou péči (dále jen manažeři). Druhý dotazník byl určen sestřám v zařízeních, která se rozhodla podílet na výzkumu (Graf 7).

Podle statistických údajů z roku 2012 existovalo v České republice 238 zdravotnických zařízení. Všechna byla v rámci prvního dotazníku oslovena, prostřednictvím manažerů, s dotazem na poskytování paliativní péče. Většina z nich na zaslání dotazníku vůbec neodpověděla, někteří si ho pouze přečetli a dál se jím nezabývali. Jedním z možných důvodů, proč si elektronický dotazník nemohli prohlédnout, mohlo být, že z interní sítě zařízení nebyl dotazník přístupný. Dalším je, že se nechtěli průzkumu účastnit. Ti, kteří odpověděli zamítavě, zasílali různé důvody, proč se nemohou účastnit dalšího průzkumu. Mezi ty zajímavé patří, že se nemohou zúčastnit, protože vedení zařízení nebo zřizovatel jim vyplňování dotazníku neumožňuje. V jiném zařízení byli plně zaměstnáni přípravou na akreditaci. V další odpovědi se objevilo, že se nesetkávají s paliativně nemocnými a umírajícími při své péči o nemocné.

První dotazník zpracovalo 26 manažerů různých zdravotnických zařízení. Zjišťoval, zda zdravotnická zařízení poskytují paliativní péči, a zda je zahrnuta do standardů. Jak uvádí Sláma, Špínková, Kabelka a kol. ve Standardech paliativní péče pro rok 2013, obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout zdravotničtí pracovníci v rámci svých odborností, z čehož vyplývá, že, by měla být poskytována ve všech zdravotnických zařízeních, pokud se v nich setkávají s nevléčitelně nemocnými a umírajícími. Na to ukazují i výsledky šetření pro manažery ošetrovatelské péče, ze kterých vyplývá, že

obecnou nebo specializovanou paliativní péči poskytují všechna zúčastněná zdravotnická zařízení. Specializovanou péči poskytují ve 2 hospicích a 1 nemocnici (Graf 1). Problematikou poskytování paliativní péče jsme se zabývali z pohledu manažerů ošetrovatelské péče, ale zároveň nás zajímal i pohled sester. Ze 150 sester, které se účastnily šetření, je paliativní péče poskytována v 94% zdravotnických zařízení, ve kterých pracují (Graf 17). Rozdíl mezi výsledky dotazníků manažerů a sester si můžeme vysvětlit tím, že ne všechny sestry si uvědomují, že poskytují paliativní péči (paliativní péče je součástí jejich práce, aniž by ji oddělovaly jako samostatný obor) nebo ji neposkytují, protože neví, co paliativní péče obnáší nebo nejsou ochotné ji poskytovat, nemají k ní podmínky, vzdělání, organizaci práce. Jak tedy zlepšit povědomí o poskytování paliativní péče? K tomu významně přispívá vzdělávání sester v oblasti paliativní péče, které umožňuje získání náhledu na poskytování této péče, získání nových vědomostí a dovedností. Podněty by měly vycházet z potřeb různých úrovní pracovníků zdravotnického zařízení. Sestry mají významné slovo, které rozhoduje o tom, jakým způsobem, v jakém rozsahu a kvalitě bude péče poskytována. S tím souvisí zvyšování odpovědnosti sester za odvedenou práci a posiluje jejich pozice v rámci týmu (Škrla, Škrlová, 2003).

Vhodným způsobem, jak sjednotit poskytování paliativní péče, a to nejen v rámci oddělení jednoho zařízení, ale i napříč zdravotnickými zařízeními, by mohlo být vytvoření standardů pro paliativní péči. Existenci standardu pro paliativní péči uvedlo v šetření pro manažery 15 odpovědných pracovníků pro ošetrovatelskou péči z 26 dotázaných (Graf 3). 12 z nich, to je 7 nemocnic, 4 zařízení pro dlouhodobě nemocné a 1 hospic, odpovědělo, že paliativní péče není popsána samostatným standardem, ale je zahrnuta do ostatních standardů ošetrovatelské péče. Existenci specializovaného standardu zahrnujícího paliativní péči potvrdili ve 3 zdravotnických zařízeních, z toho 2x v nemocnici a 1x v hospici (Graf 4). 11 odpovědných pracovníků pro ošetrovatelskou péči odpovědělo, že paliativní péče není zahrnuta do standardů žádným způsobem (Graf 3). To je možné vysvětlit tak, že tato zařízení nemají vytvořeny žádné standardy nebo si vedoucí pracovníci při odpovědích nebyli zcela jisti, co vše je

zahrnuto do pojmu paliativní péče nebo se poskytování paliativní péče nevěnují, i přesto, že by obecnou paliativní péčí měla poskytovat všechna zdravotnická zařízení.

V rámci výzkumu jsme se zabývali hypotézou, zda je závislost mezi druhem zdravotnického zařízení a existencí standardů. Pro hypotézu H1 byla statisticky zpracována data z dotazníku pro sestry v rámci otázek 3 a 25. Statistickým testováním bylo zjištěno, že existence standardů je závislá na typu zdravotnického zařízení a H1 tedy platí (Graf 39). Podle sester jsou standardy pro paliativní péči zpracovány téměř ve 100% případech v hospicích. To odpovídá zaměření hospiců, jejichž prioritou je poskytování paliativní péče. Na druhém místě jsou, dle odpovědí respondentů, zpracovány standardy pro paliativní péči v zařízeních dlouhodobé péče (67%) a v nemocnici jsou zpracovány v nejmenším počtu (50%) (Graf 39). Mnohé sestry existenci a dodržování standardu považují za nesmyslné. Standardy ale sestře umožňují vykonávat péči předepsaným a dohodnutým způsobem a jsou jejím pomocníkem v situaci, kdy si není zcela jistá. Zároveň umožňují respektovat individualitu nemocného, vychází z potřeb nemocného a rodiny, kteří chtějí, aby poskytovaná péče měla určitou úroveň, a nelišila se v závislosti na jednotlivých odděleních. Během péče o nevléčitelně nemocné a umírající a v kontaktu s rodinou může sestra prožívat silné emoce. Standardy mohou být cestou, která sestře umožní držet se stanoveného postupu. Standardy by se ale neměly stát pouhým stereotypem, u kterého sestra nepřemýšlí. Vytvoření ošetřovatelských standardů pro paliativní péči by mělo vycházet jak z potřeb managementu pro ošetřovatelskou péči, tak především z potřeb a poznatků sester v praxi, které chtějí poskytovat kvalitní péči. Měla by tedy probíhat vzájemná komunikace mezi vyšším managementem a sestrami, prostřednictvím pracovníků nižšího managementu (Kelnarová, 2007). Tvorba ošetřovatelských standardů paliativní péče zabývající se jednotlivými oblastmi potřeb, může být inspirována Standardy kvality pro specializovanou paliativní péči, kterou v roce 2006 vydala Asociace hospiců a Standardy paliativní péče, které v roce 2013 vydala Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (www.asociacehospicu.cz; www.paliativnimedicina.cz). Pro sestry, které přichází pracovat do zdravotnického zařízení, standardy představují normu poskytované péče.

Seznámení se s nimi koordinuje staniční nebo vrchní sestra nebo přidělená sestra mentorka. Přístup vedoucích sester k dodržování standardů ovlivňuje přístup sester na oddělení. Proto je důležité, aby standardy byly ověřovány v praxi, podléhaly pravidelné revizi a byly přizpůsobovány na míru oblastem péče, pro které jsou vytvořeny. Jak uvádí Šamánková a kol. (2011, str. 13): „Standard pro naplnění lidských potřeb je velice specifický“. Poznání lidských potřeb je ovlivněno upřímností ve vztahu mezi lidmi, snahou pomoci a snahou pochopit druhé.

Myslím si, že zdravotnická zařízení by měla usilovat o zvyšování kvality péče, zajímat se o to, kde a zda se mohou od někoho něco přiučit a právě standardy jsou jednou z možností, jak zjistit, jestli mohou poskytovat péči jinak a lépe. S poskytnutím standardu, ve kterém je popsáno poskytování paliativní péče, souhlasilo 7 odpovědných pracovníků pro ošetrovatelskou péči z 26 a 19 nesouhlasilo (Graf 6). Některá z nich nesouhlasila se zasláním standardu z důvodu, že jsou vnitřním dokumentem nemocnice. V konečném součtu byla analýza standardů provedena pouze u 4 zdravotnických zařízení, která standardy zaslala. Dle analýzy zasláných standardů je péče zahrnuta do všech oblastí potřeb, tedy fyzických, psychických, sociálních i duchovních a spirituálních (Příloha 4). Nejvíce zasláných standardů se týká vyhledávání a uspokojování fyzických potřeb. S tím korespondují i odpovědi manažerů pro ošetrovatelskou péči v prvním dotazníku. Uvedli, že standardy pro paliativní péči v zařízeních, kde pracují, jsou zaměřeny především na uspokojování fyzických potřeb, jako je péče o výživu, monitorace bolesti, péče o mrtvé tělo a nejméně jsou zaměřeny na oblast psychického stavu. Příjemným překvapením bylo, že téměř polovina zařízení má také vytvořený standard Péče o umírajícího (Graf 5).

V další části výzkumu jsme se zabývali názory sester, což bylo vyjádřeno hypotézou, že standardy pro paliativní péči jsou převážně zaměřeny na saturaci základních potřeb, spíše než psychosociálních a spirituálních. Fyzické potřeby jsou v rozsahu činností, které sestra v nemocnici během pracovní doby musí provádět, tedy diagnostické a terapeutické výkony, ošetrovatelská péče, organizace práce, rychlá obměna nemocných na oddělení, spolupráce s lékařem, práce s dokumentací, nejjednodušejí a nejrychleji uspokojitelné. Fyzické potřeby jsou na první pohled dobře

rozpoznatelné a sestry nemusí být v dlouhodobém kontaktu s nemocným, aby si jich všimly. Fyzické potřeby se dobře popisují, škálují, měří a zaznamenávají. Podle nich můžeme posoudit množství a kvalitu odvedené práce. Pro rodinu bývají první známkou (ne)uspokojivé péče. Sestra ale během péče nemůže opomíjet ani psychické a jiné potřeby. Uspokojování psychických potřeb je těžší než uspokojování potřeb fyzických. Pro vyhledávání a zejména uspokojování psychických potřeb si sestra musí najít více času, být s nemocným delší dobu. Ne všichni nemocní se dokáží otevřít při prvním nebo krátkodobém kontaktu s cizím člověkem. Každý člověk má svůj vnitřní svět, ve kterém žije. Ostatní lidé, kteří s ním přijdou do kontaktu, ho vnímají odlišným způsobem. Na to by sestry ve své praxi neměly zapomínat (Kopřiva, 2006). Sestra si nejprve získává důvěru nemocného, potřebuje mít vědomosti, zkušenosti a ochotu komunikovat s nemocným. Informace plynou obousměrně mezi nemocným a sestrou. Během kontaktu s umírajícími sestra vyhledává a uspokojuje také potřeby sociální. Umírání je situace, která člověka může zcela sociálně izolovat. Jak uvádí Johnstonová (in Paynová, Ingeltonová, a Seymourová, 2007) bariéry, které člověka odizolují, vytváří okolí nemocného, ale také sami nemocní. Proto je potřeba, aby sestry vhodným způsobem komunikovaly s rodinou, podporovaly rodinu v doprovázení umírajícího. V seriálu České televize Život se smrtí (2014) je opakovaně vidět, jak jsou lidé aktivizováni, vrací se mezi přátele, do společnosti, do prostředí, kde pracovali, pokud jim to jejich zdravotní stav umožní. Pokud chce sestra poskytovat komplexní péči nemocnému a umírajícímu, měla by vědět, že všechny oblasti potřeb jsou spolu vzájemně propojeny a nedají se oddělit jedna od druhé (Plevová, 2011). Ten, kdo se o smrt jako součást života nebude zajímat a informace vyhledávat, bude ji stále vytěšňovat ze svého života (Haškovcová, 2007). Paliativní péče na nemocného pohlíží jako na ucelenou bytost. Jestliže má být poskytována ve zdravotnickém zařízení kvalitní ošetrovatelská paliativní péče, musí být opakovaně hodnocen stav nemocného, léčba, péče a uspokojování potřeb (Kelnarová, 2007).

Ve 2. dotazníkovém šetření se sestry rozhodovaly, co pro ně znamená paliativní péče. Jako péči o nevléčitelně nemocné a umírající ji v nemocnicích označilo 99% respondentů, v zařízeních dlouhodobé péče ji označilo 83% respondentů a 100%

respondentů ji označilo v hospicích (Graf 16). Z toho vyplývá, že sestry mají přehled o základním pojmu.

Sestry zahrnují do paliativní péče vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. V nemocnicích to uvedlo 83% respondentů (Graf 16). Je zajímavé, že v otázce, která se konkrétně týkala sledování potřeb během péče o nevléčitelně nemocné a umírající, sestry v nemocnicích uvedly, že nejvíce sledují psychické potřeby (100%) a téměř se stejnou frekvencí sledují potřeby fyzické (97%). Nejméně v nemocnici sledují sociální potřeby (75%) (Graf 18). V zařízeních dlouhodobé péči o bio-psycho-sociální potřeby do paliativní péče zahrnuje 73% respondentů (Graf 16). Stejně jako v nemocnici se v zařízeních dlouhodobé péče objevily rozpory v počtech odpovědí, jaké potřeby jsou uspokojovány při poskytování paliativní péče, a jaké potřeby konkrétně sledují u nevléčitelně nemocných a umírajících. Fyzické a psychické potřeby jsou sledovány stejným dílem (100% a 98%) a sociální potřeby sleduje 83% respondentů (Graf 18). V hospici zahrnují všichni respondenti do paliativní péče uspokojování bio-psycho–sociálních potřeb (Graf 16). Všech 100% respondentů uvedlo, že během péče o nevléčitelně nemocné a umírající sleduje potřeby fyzické, psychické. Sociální potřeby sleduje 83% respondentů (Graf 18).

Kromě bio - psycho - sociálních potřeb jsou součástí péče též duchovní a spirituální potřeby, které mohou být pro některé sestry stále tabu. Nedají se uchopit a změřit, pro některé sestry jsou spojeny pouze s vírou v Boha. Jak vysvětluje Slamková a Poledníková (2013), každá sestra je vybavená do určité míry pomoci nemocnému v oblasti duchovních potřeb. Pokud si sama neví rady, může požádat o pomoc duchovního, jiného odborníka nebo zkušenější kolegyni. Tím ale její práce nekončí. Dále je zodpovědná za vyhledávání potřeb v této oblasti. Do paliativní péče zahrnuje uspokojování spirituálních potřeb v hospici 93% respondentů, v nemocnici 67% respondentů, v zařízeních dlouhodobé péče pouhých 38% respondentů (Graf 16). Je zajímavé sledovat rozdíl, kolik respondentů zahrnuje spirituální potřeby do paliativní péče a kolik respondentů je sleduje v praxi během péče o nevléčitelně nemocné a umírající. V hospici tyto potřeby sleduje 100% respondentů, v nemocnici 77% respondentů a v zařízeních dlouhodobě nemocných 78% respondentů (Graf 18). Jak je

tedy možné, že v zařízeních dlouhodobé péče, je tak markantní rozdíl mezi údaji? Sestry si údaje mohly vymyslet, aby naplnily, co se od nich očekává, ale to bohužel nemůžeme potvrdit. Nebo mají špatné povědomí o teorii paliativní péče, co vše do ní zahrnujeme, nebo nedokáží propojit teoretické znalosti s praxí. Proto se nabízí možnost vytvoření ošetrovatelského standardu pro paliativní péči a vzdělávání sester zaměřené na paliativní péči a uspokojování potřeb. Vytvoření ošetrovatelských standardů pro oblast paliativní péče vede ke zvyšování kvality poskytované péče sestrami (Kelnarová, 2007). V hospici jsou duchovní a spirituální potřeby sledovány na stejné úrovni, jako ostatní oblasti potřeb, čemuž odpovídá i zaměření hospiců (Graf 18).

Do paliativní péče je také zahrnuta péče o rodinu a blízké nevléčitelně nemocného a umírajícího. Jak uvádí Kelnarová (2007), čím méně má rodina zkušeností se smrtí a umíráním, tím citlivější a náročnější to pro ni bude. Sestry a další zdravotničtí pracovníci by se měli kromě nemocného zaměřit i na rodinu, věnovat jí čas a poskytovat informace o tom, jak nemocný prožívá svoji nemoc nebo umírání. Jakou možnou cestou se jeho zdravotní a psychický stav bude ubírat a jak probíhá péče o něj. Péči o rodinu do paliativní péče zahrnují v hospici všichni respondenti, v nemocnicích 59% respondentů a v zařízeních dlouhodobé péče 43% (Graf 16). Jak je vidět z výsledků, péče o rodinu a blízké nepatří v nemocnicích a v zařízeních dlouhodobé péče mezi prioritní. Pokud se má péče v této oblasti rozvíjet, je nutné, zajistit podmínky pro aplikaci kvalitní a komplexní péče o nevléčitelně nemocné a umírající (Svatošová, 2013).

Výsledky výzkumu ukazují, jaké potřeby respondenti sledují na prvních místech a pro jaké potřeby jsou vytvořeny standardy. Sestry v nemocnicích uvedly, že standardy pro paliativní péči jsou zaměřeny na prvním místě na oblast psychickou a na druhém místě na oblast fyzickou a na třetím místě na oblast sociální. Pro spirituální potřeby jsou standardy zpracovány nejméně (Graf 38). V tomto pořadí uvedly i sledování potřeb. Sestry v zařízeních dlouhodobé péče uvedly, že existující standardy jsou zaměřeny nejvíce na oblast fyzických potřeb a téměř ve stejném počtu na oblast psychickou. Na posledním místě jsou uvedeny potřeby sociální, zároveň s potřebami spirituálními a duchovními (Graf 38). Tomuto pořadí odpovídá i sledování potřeb. Standardy v hospici jsou dle respondentů zaměřeny na prvním místě na oblast fyzických potřeb, na druhém

místě jsou zpracovány standardy pro oblast sociální, duchovní a spirituální. Psychické potřeby jsou ve standardech zpracovány nejméně (Graf 38). Pokud ale srovnáme odpovědi s výsledky odpovědných vedoucích pracovníků z 1. dotazníkového šetření, jsou standardy zaměřeny nejvíce na uspokojování potřeb fyzických a nejméně psychických (Graf 5).

Otázkou je, zda lze veškerou péči formulovat pomocí standardů. Mnohdy půjde spíše jen o doporučení postupů, která zahrnují určité minimální požadavky na kvalitu péče o umírající. „Standardy a odborná doporučení mohou poskytnout jen vodítko a podporu, jejich působnost je však omezená (Kalvach, 2010, s.24).“ Podobný názor má Haškovcová (2007) : „Bylo by chybou zaměňovat dodržování standardů kvalitní péče za skutečnou kvalitu života nemocného (s. 162).“

Aby mohla být poskytována kvalitní péče nejen ve specializovaných zařízeních, jako jsou hospice, ale také v nemocnicích a zařízeních dlouhodobé péče, je potřeba vyvinout ještě mnoho úsilí. Shromáždění Rady Evropy v Doporučení rady Evropy č. 1418/1999 „ O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ doporučuje respektovat právo nevléčitelně nemocných a umírajících zajištěním rovného přístupu k přiměřené paliativní péči. Prvním krokem vycházejícím ze zdravotnických zařízení může být vytvoření podmínek pro poskytování paliativní péče (<http://www.umirani.cz>).

Testováním H3 jsme zjišťovali, zda možnosti aplikace paliativní péče poskytované ošetrovatelským personálem jsou závislé na typu zdravotnického zařízení. Sestry, které se zúčastnily výzkumu, nejčastěji pracují na odděleních následné péče a interních odděleních (Graf 11). Pečují zejména o chronicky nemocné a nemocné spadající do paliativní péče (Graf 12). Na základě studia literatury jsme si určili kritéria, za kterých je možné poskytovat paliativní péči. Je to: frekvence kontaktu s nevléčitelně nemocnými a umírajícími denně nebo 1 – 3x týdně, péče o 15 nemocných za směnu, přítomnost sestry při sdělování závažné diagnózy, možnost vzdělávání v komunikačních dovednostech s nevléčitelně nemocnými a umírajícími, komunikace s nevléčitelně nemocnými a umírajícími denně nebo 1 – 3 x týdně, poskytování služeb nemocničního

kaplana nebo duchovního, poskytnutí lůžka rodině a umožnit jim pobývat s umírajícím, předávání pozůstalosti v prostoru vyhrazeném tomuto účelu.

Statistickým testováním bylo zjištěno, že frekvence kontaktu sester s nevléčitelně nemocnými a umírajícími je závislá na druhu zdravotnického zařízení (Graf 40). Do kontaktu s nemocnými se závažnou diagnózou a umírajícími se z výzkumného souboru denně dostává 61% respondentů a 14% respondentů 1- 3x týdně (Graf 14). Denně se respondenti s nevléčitelně nemocnými a umírajícími nejčastěji setkávají v hospicích, to je 93%, na druhém místě v zařízeních dlouhodobé péče, to je 70%, a nejméně v nemocnici, to je 53% (Graf 15). I přesto, že paliativní péče je podstatou náplně hospiců, v odpovědích se neobjevil 100% kontakt, což můžeme vysvětlit tím, že pracovníci nejsou v zaměstnání každý den nebo nepracují na plný pracovní úvazek. Do kontaktu s umírajícími 1 – 3 x týdně přichází nejvíce respondenti v nemocnicích a nejméně v hospici (Graf 15). Ve výzkumu jsme se věnovali srovnání, jak často se sestry s nemocnými setkávají a jak často s nimi komunikují, a došli jsme k závěru, že jde víceméně o shodu (Graf 15; Graf 25). Tyto údaje potvrzují, že velké procento sester se setkává s nevléčitelně nemocnými a umírajícími. Pokud tedy chce ošetrovatelský management zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče o nevléčitelně nemocné a umírající, musí spolupracovat se sestrami podílející se na péči o nevléčitelně nemocné (Kelnarová, 2007).

Statistickým testováním bylo zjištěno, že počet nemocných, o které sestra pečuje během směny, je závislý na druhu zdravotnického zařízení. V hospici sestry nejčastěji během směny pečují o 11-15 nemocných (Graf 13). V nemocnicích nejčastěji pečují o 16 až 20 nemocných, méně často pečují o 26 až 30 nemocných a o 11 až 15 nemocných (Graf 13). Rozdíl v počtech nemocných, o které pečují, může být dán počtem personálu na směnu, formou péče, kterou na oddělení poskytují nebo formou směny, tzn. denní nebo noční směna. Stejně tak to může být i v zařízeních dlouhodobé péče, kde nejčastěji během své pracovní doby pečují o 21-25 nemocných a o 26 – 30 nemocných (Graf 15). V těchto zařízeních tedy počet nemocných, o které sestra pečuje během směny, neklesne pod 20. To znamená, že sestra je velice vytížená. Musí tedy být dobrou vykonavatelkou a zároveň organizátorkou své práce a delegovat ji i na ostatní

pracovníky. Proto by na oddělení měly být přesně rozděleny kompetence zaměstnanců, sestra musí nutně spolupracovat v rámci týmu, který pracuje na oddělení. Pokud některou z těchto činností nezvládá, zhoršuje se kvalita poskytované péče.

Většina respondentů 2. dotazníku (81%) odpověděla, že počet personálu ovlivňuje poskytování ošetrovatelské péče (Graf 29). Pokud tedy chce zdravotnické zařízení aplikovat paliativní péči, musí k tomu být i dostatečně personálně vybaveno (viz. Kapitola 1.2). Jak uvádí Marková (2010) pro poskytování paliativní péče je ideální počet nelékařského personálu a pacientů v poměru 1:3.

Nejen počet, ale i kvalita personálu je důležitá pro poskytování paliativní péče a komunikaci s nemocným. Jak uvádí Theová (2002), nemocný navazuje odlišný kontakt s lékařem a odlišný se sestrou. Sestra je často přítomna v těžkých chvílích nemocného. Sdělení závažné diagnózy je jednou z nich, a proto by mu měla být nablízku i v tomto okamžiku. Statistickým testováním bylo zjištěno, že přítomnost sestry při sdělování závažné diagnózy není závislá na druhu zdravotnického zařízení. V nemocnici je při sdělení diagnózy přítomno pouhých 34% respondentů, v zařízeních dlouhodobě nemocných je to 38 % respondentů a překvapivě v hospici je to 13%. Do hospice má již nemocný přicházet se znalostí diagnózy, ale v odpovědích to potvrdilo pouze 60% respondentů pracujících v hospici. Výsledky z hospice jsou zajímavé, protože jeho podstatou je poskytování paliativní péče a nevléčitelně nemocný a umírající člověk je přijímán na základě Informovaného souhlasu, ve kterém souhlasí s poskytováním paliativní péče a podepisuje, že je srozuměn se svým zdravotním stavem a závažností onemocnění (www.asociacehospicu.cz). Z dokumentace nemocného se o závažné diagnóze dozvídají především v nemocnicích (52%) a zařízeních dlouhodobé péče (55%) (Graf 21). Pokud budou sestry přítomné sdělení závažné diagnózy, plyne z toho pro ně pozitivní zpráva, že jsou považovány za rovnocenného člena týmu a jejich podíl na komplexní péči je velmi důležitý (Theová, 2002).

Komunikace s nemocným je základním kamenem ve vztahu mezi nevléčitelně nemocným nebo umírajícím a sestrou. Jak uvádí Pollard a Swift (in O'Connor a Aranda, 2006) komunikace v paliativní péči je náročná. Bohužel často probíhá komunikace náhodně, protože sestry nejsou vybaveny dostatečnými znalostmi, dovednostmi nebo

nemají dostatek času. Proto bylo zajímavé zjištění, že možnost účastnit se vzdělávání v komunikačních dovednostech s nevyčísitelně nemocnými a umírajícími je závislá na druhu zdravotnického zařízení (Graf 43). Nejvíce tuto možnost využívají respondenti hospiců a to 100%, na druhém místě ji mají respondenti v zařízeních dlouhodobé péče a to 95%. Nejmenší možnost vzdělávat se v komunikačních dovednostech mají v nemocnici, to uvedlo 83% respondentů (Graf 43). Jarrettová a Maslin – Protherová (in Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007) shrnují zajímavé výsledky výzkumu týkající se vzdělávání a komunikace v paliativní péči: pro zdravotníka, který prošel výcvikem, není zpočátku snadné uplatnit teoretické dovednosti v praxi a potvrzují, že k průběhu komunikace svojí aktivitou přispívá i nemocný i jeho rodina a blízcí.

Komunikace je důležitá také pro zjišťování spirituálních potřeb, které sestra může poskytovat sama nebo s pomocí duchovního. Svatošová (2013) uvádí, že pro nemocné, by měla být informovanost o dostupnosti duchovních služeb samozřejmostí. Statistickým testováním bylo zjištěno, že poskytování služeb nemocničního kaplana nebo jiného duchovního je závislé na druhu zdravotnického zařízení (Graf 44). Překvapující bylo zjištění, že nejvíce služby nemocničního kaplana nebo duchovního, dle odpovědí respondentů, poskytují v nemocnicích (56%). To je sice pozitivní výsledek, ale i přesto je nutné zvýšit počet kaplanů nebo nabízených služeb a zároveň informovat personál o tom, že má možnost tyto služby nabízet. Až na druhém místě byly odpovědi respondentů hospice (40%). To si můžeme vysvětlit tím, že v hospicích jsou zaměstnanci vzdělanější v oblasti rozpoznávání a uspokojování spirituálních potřeb. Nejméně služeb nemocničního kaplana nebo duchovního využívají v zařízeních dlouhodobé péče (30%). Dle výzkumu pracuje nemocniční kaplan nebo duchovní nejčastěji jako zaměstnanec zdravotnického zařízení. Méně často pracuje jako dobrovolník nebo s ním personál může zprostředkovat kontakt (Graf 27). Své služby nejvíce poskytuje nemocným, pokud o to projeví zájem, méně často poskytuje služby rodině nemocného. Necelá polovina respondentů uvedla, že se v jejich zdravotnickém zařízení konají pravidelné mše (Graf 28). Pokud zdravotnické zařízení tyto služby nabízí, měli by o tom být zaměstnanci dostatečně a opakovaně informováni. Potřeba vytvoření místa nemocničního kaplana by měla vycházet zejména od sester v praxi.

Statistickým testováním bylo zjištěno, že existují rozdíly v umožnění podmínek pro rodinu a blízké, pokud chtějí zůstat u lůžka umírajícího v závislosti na zdravotnickém zařízení (Graf 45). Lůžko poskytují členům rodiny ve 100% případů v hospici. Pouhých 20% respondentů ze zařízení dlouhodobé péče a 18% respondentů z nemocnic může poskytnout rodině lůžko u umírajícího (Graf 30). Poslední dvě jmenovaná zařízení často nemají zařízené prostory na oddělení, nejsou materiálně přizpůsobeny a jsou ovlivněni možnostmi oddělení. Pokoje jsou vícelůžkové a někdy prostorově stísněné, takže není umožněno soukromí. Na lůžka je velký tlak, a proto nepřipadá v úvahu nechat člena rodiny na pokoji s umírajícím. Po smrti blízkého člověka se rodina chce rozloučit. Rozloučení se zemřelým je rituál, který by rodina, pokud to zvládne psychicky a fyzicky, měla absolvovat. Respondenti určovali, jakým způsobem se mohou pozůstalí rozloučit se zemřelým. Nejčastěji se rodina může rozloučit u lůžka zemřelého. To lze ale uskutečnit jen v případě, že rodina je v době smrti přítomna. Dále zařízení uvedla možnosti, že mají speciální místnost, kde se rodina může rozloučit. Místnost rodině zaručuje soukromí, poskytne jim dobu dostatečně dlouhou k rozloučení (Graf 31). Jak uvádí Haškovcová (2007), vždy by se měl najít způsob, jak umožnit rodině rozloučit se se zemřelým.

Smrt člověka je emocionálně velmi náročná. Rodina se často ptá, jak smrt jejich blízký prožíval. Proto by předávání pozůstalosti rodině mělo probíhat v klidném a nerušeném prostředí, které zachovává důstojnost zemřelého (Kelarová, 2007). Statistickým testováním bylo zjištěno, že prostor, kde probíhá předávání pozůstalosti je závislé na druhu zdravotnického zařízení (Graf 46). 33% respondentů v nemocnici uvedlo, že nejčastěji probíhá předávání pozůstalosti na sesterně nebo vyšetřovně. To sice zaručuje určité soukromí, ale kdykoliv může přijít někdo ze zaměstnanců přítomných ve směně a nevhodným způsobem zasáhnout do předávání pozůstalosti. Jen 27% respondentů předává pozůstalost v prostoru vyhrazeném k tomuto účelu. V zařízeních dlouhodobé péče nejčastěji předávají pozůstalost ve vyhrazených prostorách, a to v 55% případů. 25% respondentů zvolilo odpověď jiné, to znamená místo předání je sesterna nebo vyšetřovna. V hospici 80% respondentů pozůstalost předává v cíleně určeném prostoru a 20% na sesterně nebo vyšetřovně (Graf 28).

Z výzkumu vyplývá, že nemocnice ani zařízení dlouhodobé péče nemají vhodné prostory pro předávání pozůstalosti. To může být dáno prostorovým rozdělením nebo tím, že si zdravotníci neuvědomují význam aktu předávání pozůstalosti pro rodinu.

Statisticky byla ověřena všechna kritéria, která jsme si stanovili pro poskytování paliativní péče. Vyplývá z nich, že H3 platí a možnosti aplikace paliativní péče poskytované ošetrovatelským personálem jsou závislé na typu zdravotnického zařízení.

Paliativní péče se snaží zvýšit kvalitu života nevléčitelně nemocných a umírajících na maximální možnou hranici. Proto je nutné zvyšovat o ní povědomí jak u veřejnosti, tak u zdravotníků. Na obrazovkách České televize proběhl v roce 2013 dokument televizní stanice BBC, který monitoroval nevléčitelně nemocného člověka využívající nabídky služeb paliativní péče v domácím prostředí. Tvůrci filmu tvořili součást života nevléčitelně nemocného až do jeho smrti a byli přítomni i v okamžiku smrti a umírání (www.ceskatelevize.cz). V současnosti, zejména v zahraničí, lidé využívají jako prostředek rozloučení se s blízkou osobou sociální sítě. Dokumentují prožívání umírání samotným nemocným i jeho rodinou.

Pro rozvoj paliativní péče v České republice je nutné, aby vznikaly jednotky nebo oddělení paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, aby byly vytvářeny multidisciplinární týmy, aby byla podporována mobilní hospicová péče a vzdělávání zdravotníků v oblasti paliativní péče. Informace lze čerpat nejen ze vzdělávacích programů v České republice, ale je možné inspirovat se i v zahraničí. Rozvinutá paliativní péče je ve Velké Británii. Jednou z jejích strategií, týkající se umírajících, je program End of life Care Strategy, tedy Péče na konci života. Jedním z jejích modelů je péče poskytovaná v posledních dnech a hodinách umírajícímu, tedy v terminální fázi. Nazývá se Liverpool Care Pathway (LCP). Je zaštiťována Marie Curie Palliative Care Institut, který je součástí Královské nemocnice v Liverpoolu. Podstatou je sjednocení a zkvalitnění péče o umírající. Tento model je využíván v nemocnicích, domech ošetrovatelské péče nejen ve Velké Británii, ale i v dalších zemích. Péči poskytuje multidisciplinární tým paliativní péče. Na počátku musí být stanoveno členy multidisciplinárního týmu (kvalifikovaným starším lékařem a sestrou), že nemocný umírá. Pokud se objeví známka pochybností některého z členů týmu, tento model se

nevyužívá. V nemocnici za řízení modelu LCP odpovídá jmenovitě určený pracovník, který zajišťuje jeho řízení, školí nové pracovníky, dohlíží na dodržování postupů. Model je kontrolován auditem a na základě jeho výsledku se zkvalitňuje péče o terminálně nemocné. Pracovníci, kteří s tímto modelem pracují, jsou opakovaně proškolení (<http://www.sii-mcpcil.org.uk>).

V první části dokumentace LCP je proveden záznam o tom, kdo je členem paliativního týmu, je posbírána anamnéza u umírajícího, která se týká komplexně všech jeho potřeb. Do anamnézy jsou zahrnuty podrobné informace o rodině, kdo bude informován o smrti, zda a za jakých podmínek chtějí být u umírajícího, zda byla s rodinou konzultována péče modelem LCP. Ve druhé části dokumentace jsou stanoveny úkony sestry v různých časových intervalech. Ve třetí části je proveden záznam o smrti pacienta. Součástí dokumentace jsou doporučení pro zdravotníky, jak postupovat při výskytu a zhoršení jednotlivých symptomů jako jsou bolest, dušnost, nauzea a zvracení, stavy zmatenosti (REDA, 2010; www.yacpalliativecare.co.uk).

Od sestry se očekává, že bude umět pomocí komunikace reagovat na emoce a potřeby nemocného a bude jim poskytovat informace (Jarrettová a Maslin – Protherová in Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007). Pro sestry, které se zúčastnily 2. dotazníkového šetření, je komunikace s nevléčitelně nemocnými a umírajícími především prostředkem k pomoci na jejich nelehké cestě ke smrti. Méně často ji považují za součást svých kompetencí a jako cestu k novým zkušenostem. Komunikace s nevléčitelně nemocnými je jen pro malý počet sester stresorem nebo jim působí rozpaky (Graf 26). Překvapivě jsme však zjistili, že v otázce, která mapuje hledisko náročnosti péče o nevléčitelně nemocného a umírajícího, odpověděla velká část respondentů, že je pro ně náročná z hlediska komunikace s nemocným a z hlediska komunikace s rodinou (Graf 29). Sestra se opakovaně v nemocnici, zejména na interních odděleních a odděleních následné péče, setkává s nemocnými se závažnou diagnózou. V zařízeních dlouhodobé péče je s nimi v dlouhodobějším kontaktu. V obou situacích poznává rodinu a zároveň nemocného a jeho život. Pro rodiny jsou důležité informace. Na jedné straně jsou rodiny, které chtějí vědět, jak svému blízkému pomoci, jak s ním mají mluvit, co pro něj mohou udělat, aby byl spokojený. Potřebují vědět, že

blízký člověk, který umírá, a objevují se u něj určité symptomy, jsou přirozené a jsou součástí umírání a že pro něj zdravotníci dělají vše, co mohou. Sestra se stává edukátorkou, informatorkou, vrbou, hromosvodem. Na druhé straně jsou rodiny, které se nesmíří s nemocí a s umíráním a je na sestře, aby byla diplomatem, který uvádí věci na pravou míru, vysvětluje. Nejvíce je pro sestry péče o nevyléčitelně nemocné a umírající zatěžující psychicky (Graf 29). Každá sestra se s emocemi a stresem, který vzniká při péči o nemocné, vyrovnává jinak. Jak uvádí Kelnarová (2007) je potřeba, aby sestra vedla život, který pro ní má smysl a pečovala o svoje zdraví a prováděla duševní hygienu. Velkým kladem je, pokud zaměstnavatel umožňuje provádět supervize. Vyjádření poděkování od rodiny nemocného může být pomyslným jazýčkem na misce vah, který ukazuje, že povolání všeobecné sestry má smysl. Snížit stres, který sestra prožívá při komunikaci s umírajícím a jeho rodinou umožňuje vzdělávání v komunikaci s takto nemocnými. Možnost vzdělávat se v komunikaci paliativní péče má 83% respondentů (Graf 19). Komunikace není ale jedinou oblastí vzdělávání, je potřeba vzdělávat se komplexně. Jak uvádí Vorlíček (2004) je potřeba získávat dovednosti, vědomosti a postoje v oblasti medicínsko – ošetrovatelské, psychosociální, osvojování si nových forem profesionálního chování, organizace a financování paliativní péče. Respondenti uvedli, že nejčastěji se vzdělávají formou přednášek a workshopů, dále samostudiem. Nejméně se vzdělávají formou stáží (Graf 35). Důvodem může být časová a finanční náročnost, dostupnost. Formu sebezkušenostního výcviku uvedla překvapivě 1/3 respondentů. Takto vysoké množství odpovědí mohlo být zapříčiněno tím, že tuto možnost pochopili jako setkávání se s umírajícími během výkonu povolání a ne cílenou formu vzdělávání, při které se sami ocitají v rolích nemocných. 89% respondentů si myslí, že by vzdělání v oblasti paliativní péče mělo být součástí celkové odborné přípravy na povolání (Graf 36). Jestliže se sestry budou dostatečně vzdělávat v oblasti paliativní péče, budou splňovat jedno z kritérií pro její aplikaci.

Ze získaných dat vyplývá několik věcí. Zásadní je, aby si sestry uvědomily, co zahrnuje pojem paliativní péče. V nemocnicích, kde se prioritně starají o geriatrické, nevyléčitelně nemocné a umírající je potřeba dostatečně vzdělávat personál formou konferencí, přednášek a seminářů. Je vhodné pozvat odborníka, který se zabývá

paliativní péčí nejen teoreticky, ale i prakticky. Velice přínosné je absolvovat odborné stáže v hospicích. Během péče o umírající by sestry neměly zapomínat na rodinu a blízké a vytvářet prostředí a podmínky pro poskytování paliativní péče. Po smrti nemocného je vhodné dodržovat rituály, jako např. otevření okna, položení květiny na lůžko, kde někdo zemřel, umožnit rodině rozloučit se se zesnulým. Při předávání pozůstalosti v prostředí zaručující soukromí by si měla sestra vyhradit čas pro kontakt s rodinou. Kromě pozůstalosti by měla předat i informační materiály vytvořené zdravotnickým zařízením, jak postupovat po smrti blízkého člověka, včetně kontaktů (pohřební služba, psycholog, psychiatr). Protože práce s umírajícími je velice náročná, neměly by sestry zapomínat sami na sebe a na duševní hygienu. Cílem ošetrovatelského managementu by mělo být vytvoření podmínek pro poskytování paliativní péče. Tedy podpořit vznik jednotek paliativní péče nebo alespoň pokojů, vytvořit multidisciplinární tým, vytvářet pracovní místo nemocničního kaplana, zvýšit počet personálu pečujícího o nevléčitelně nemocné a umírající, motivovat sestry pro práci s umírajícími, umožnit sestřám rozvíjet komunikačních schopností a dovedností, vytvářet standardy, které zkvalitňují poskytovanou péči. Je zapotřebí zajistit kontinuitu péče, to znamená, že pokud existuje mobilní hospicová péče nebo lůžkový hospic, je vhodné navázat spolupráci. Zdrojem informací, jak poskytovat paliativní péči mohou být i zkušenosti ze zahraničí. Povědomí o paliativní péči by mělo být zvyšováno nejen u odborníků, ale také u laické veřejnosti, například prezentací poskytování paliativní péče na stránkách zdravotnického zařízení. Další formou může být diskuze o umírání mezi odborníky, ale i s veřejností. Podle Práv pacientů a Charty práv umírajících mají nevléčitelně nemocní a umírající právo na důstojnou péči, a proto by se měly změnit podmínky poskytování paliativní péče.

Paliativní péče, pokud je poskytována odborně a s odhodláním, přináší zvýšení kvality života v jeho závěru. Je na každém z nás, jak se do této péče zapojíme, ale základní vědomosti by měli mít všichni zdravotničtí pracovníci. Záleží ale také na podmínkách, které pro poskytování péče nevléčitelně nemocným a umírajícím máme.

6 Závěr

Umírání a smrt člověka jsou přirozenou součástí života stejně jako narození. Podle statistických údajů umírá v nemocnicích velké procento nevléčitelně nemocných. Pro poskytování péče nevléčitelně nemocným a umírajícím v nemocnici je potřeba podporovat rozvoj paliativní péče, zjišťovat zda jsou vytvořeny podmínky, za kterých může být poskytována. Podněty, jak vhodně poskytovat paliativní péči v nemocnici, můžeme čerpat z domácích i zahraničních zdrojů.

Ve výzkumné části této práce byla provedena analýza písemných dokumentů a v kvantitativním výzkumu byla použita technika anonymního dotazníku. Byly rozdány dva dotazníky vlastní konstrukce. První byl určen odpovědným pracovníkům pro ošetrovatelskou péči. Druhý dotazník byl určen sestřám a vyplnilo ho 150 respondentů z nemocnic, zařízení dlouhodobé péče a hospiců. Data byla statisticky zpracována.

Prvním cílem tohoto výzkumu bylo porovnat úroveň standardů paliativní péče v ošetrovatelství různých zdravotnických zařízení. Cíl jsme ověřili pomocí první a druhé hypotézy. Zjistili jsme, že H1: Existence standardů pro paliativní péči je závislá na typu zdravotnického zařízení, je platná. H2: Standardy pro paliativní péči jsou převážně zaměřeny na saturaci základních potřeb spíše než na saturaci psychosociálních a spirituálních potřeb, nepřinesla dostatečně validní výsledky.

Druhým cílem bylo zjistit možnosti aplikace paliativní péče v ošetrovatelství v různých zdravotnických zařízeních. Cíl jsme ověřili pomocí třetí a čtvrté hypotézy. Zjistili jsme, že H 3: Možnosti aplikace paliativní péče poskytované ošetrovatelským personálem jsou závislé na typu zdravotnického zařízení, je platná. Pro H 4: Z pohledu sester je poskytování paliativní péče závislé na zajištění podmínek pro její realizaci, z odpovědí sester vyplývá, že jsou ovlivňovány podmínkami, za kterých mohou paliativní péči poskytovat.

Třetím cílem bylo na základě zjištěných výsledků navrhnout možnosti zlepšení poskytování ošetrovatelské paliativní péče v nemocnici. Na základě dat z výzkumu byly navrženy možnosti pro sestry i ošetrovatelský management.

Výsledky výzkumu ukazují, že ve zdravotnických zařízeních existují standardy pro paliativní péči a jsou převážně zaměřeny na fyzické potřeby. Kvalitní paliativní péče

může být poskytována při vytvoření adekvátních podmínek. Pokud poskytování paliativní péče zahájíme, je důležité, nevzdávat se při prvním neúspěchu. Vždy jde o dlouhou, nikdy nekončící cestu.

7 Seznam informačních zdrojů

ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ. Co je to kaplanská služba. *Nemocnikaplan.cz* [online]. ©2011 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.nemocnikaplan.cz/clanek/9-Co-je-to-kaplanska-sluzba/index.html>

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. *APHPP – Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. ©2010 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/>

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO. ISBN: 80-7013-439-9.

BYOCK, Ira, 2013. *Dobré umírání: Možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Praha: Cesta domů. Cesty, 10. ISBN 978-80-7429-134-0.

ČECHOVÁ, V., A. MELLANOVÁ a M. ROZSYPALOVÁ, 2001. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-342-2.

ČESKO. Předpis č. 99 z 22. března 2012 vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012 [online]. [cit. 2014-05-23]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99/info>

ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Sít zdravotnických zařízení 2012*. Praha: ÚZIS ČR, © 2013. ISBN 978-80-7472-061-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni>

ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zemřelí 2012*. Praha: ÚZIS ČR, © 2013. ISBN 978-80-7472-043-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011 [online]. [cit. 2014-06-14]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2006. *Ošetřovatelství: teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-247-13.

HESTIA: NÁRODNÍ DOBROVOLNICKÉ CENTRUM. *Dobrovolnik.cz* [online]. ©2014 [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: <http://www.dobrovolnik.cz/>

HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vyd. 3. přeprac. a dopl. Praha, EV public relations. ISBN 978-80-254-0719-8.

HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. *Umirani.cz* [online]. ©2014 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>

JOBÁNKOVÁ, Marta a kol., 2006. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-390-2.

KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOPŘIVA, Karel, 2006. *Lidský vztah jako součást profese: s předmluvou Jiřiny Šiklové*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-181-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1989. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum. ISBN 08-065-89.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

Lidské tělo, 7. díl, Konec života. BBC. TV, ČT 2, 18. října 2013. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1016630815-lidske-telo/200382516600007-konec-zivota/>

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-317-11.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2

NEMOCNICE JIHLAVA. Stanice paliativní péče. *Nemji.cz* [online]. [cit. 2014-05-11]. Dostupné z: <http://www.nemji.cz/stanice-paliativni-pece/d-4131/p1=3525>

NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER SVATÉHO KARLA BOROMEJSKÉHO V PRAZE. Oddělení paliativní péče. *Nmskb.cz* [online]. [cit. 2014-07-11]. Dostupné z: <http://www.nmskb.cz/oddeleni/oddeleni-paliativni-pece/>

NORTH YORKSHIRE AND YORK: COMUNITY MENTAL AND HEALTH SERVICES. *Liverpool care pathway* [online]. Huntington, York against cancer Ltd,

©2011 [cit. 2013-10-13]. Dostupné z:
<http://www.yacpalliativecare.co.uk/documents/download78.pdf>

O'BRIEN, Mary Elizabeth, 1998. *Spirituality in nursing: standing on holy ground*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 0-7637-0644-2.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1295-6.

OPATRŇÁ, Marie, 2008. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-1876-0.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2010. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1211-6.

PAYNEOVÁ, S., J. SEYMUROVÁ a CH. INGELTONOVÁ, 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

RADBRUCH, L., PAYNE S. a kol., 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. ISBN 978-80-904516-1-2. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/standardy-a-normy-hospicove-a-paliativni-pece.html>

REDA, Anita, 2009. Péče o umírajícího pacienta. *Sestra*. Č. 12, s. 20. ISSN: 1210-0404.

ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života: Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-302-7.

SLÁMA, O., M. ŠPINKOVÁ a L. KABELKA, 2013. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. Brno: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [cit. 2013-05-12]. Dostupné z:

http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf

SLAMKOVÁ, Alica a Ľubica POLEDNÍKOVÁ, 2013. *Klinické a ošetrovateľské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-379-0.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovateľském procese*. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovateľský management*. Praha: Advent – Orion. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1740-1.

THE MARIE CURIE PALLIATIVE CARE INSTITUTE LIVERPOOL. *LCP model Pathway – UK Core Documentation* [online]. Liverpool, The Marie Curie Palliative Care Institut University Liverpool, 2012 [cit. 2013-08-20]. Dostupné z: <http://www.mcpcil.org.uk/media/10843/lcp%20core%20documentation.pdf>

THEOVÁ, Anne – Mei, 2007. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-24-4.

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. Vyd. 2. přeprac. a dopl. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

Život se smrtí, 1. až 7. díl. TV, ČT 1, březen – květen 2014. Dostupné z: [http://www.ceskatelevize.cz/tv-program/hledani/?filtr\[SIDP\]=10529011887](http://www.ceskatelevize.cz/tv-program/hledani/?filtr[SIDP]=10529011887)

8 Přílohy

Příloha 1

STANDARDY PALIATIVNÍ PÉČE 2013

ZÁKLADNÍ STRUKTURA A PRŮBĚH PÉČE
Standard 1.1
Lékaři všech odborností by měli u pacientů s chronickým progresivním onemocněním včas rozpoznat pokročilý a potencionálně život ohrožující charakter onemocnění.
Standard 1.2
Plán paliativní péče vychází z rozpoznaných a vyjádřených potřeb, přání a preferencí pacienta a jeho rodiny. Pacient je podporován, aby se na jeho tvorbě aktivně podílel.
Standard 1.3
Ošetřující lékař rozhoduje podle svých možností a podle komplexnosti pacientových tělesných a psychosociálních obtíží o tom, zda je pro pacienta dostatečná obecná paliativní péče nebo zda jeho stav vyžaduje konziliární vyšetření nebo předání do péče poskytovatele specializované paliativní péče.
Standard 1.4
Plán paliativní péče je realizován multiprofesním týmem, jehož základními členy jsou lékař, sestra a sociální pracovník. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci paliativní péče má být psycholog a duchovní, případně fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční specialista.
Standard 1.5
Na realizaci plánu paliativní péče se podílejí náležitě edukovaní dobrovolníci, u kterých probíhá pravidelná supervize.
Standard 1.6
Paliativní péče je poskytována v prostředí a místě, které v maximální míře odpovídá pacientově přání a potřebám.
Standard 1.7
Členům týmu je poskytována systematická podpora ke zvládnutí emoční zátěže plynoucí

z péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním.
Standard 1.8
Všichni členové multiprofesního týmu jsou podporováni v kontinuálním vzdělávání a jsou jim k tomu vytvořeny podmínky.
PÉČE O TĚLESNÝ STAV A POTŘEBY
Standard 2.1
Součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě.
Standard 2.2
Bolest a ostatní symptomy jsou pravidelně hodnoceny a léčeny v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy a moderního ošetrovatelství.
PSYCHOLOGICKÉ A PSYCHIATRICKÉ ASPEKTY PÉČE
Standard 3.1
Psychický stav pacienta a jeho rodiny je pravidelně hodnocen a jsou včas aplikovány nefarmakologické a farmakologické léčebné postupy v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy a moderního ošetrovatelství.
Standard 3.2
Podpora a péče v období zármutku a truchlení je poskytována všem pacientům a jejich rodinám v rozsahu, který vychází z jeho potřeb.
SOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE
Standard 4.1
U pacienta je provedeno komplexní multiprofesní zhodnocení jeho sociálních potřeb a plán paliativní péče musí tyto potřeby efektivně řešit.
EXISTENCIÁLNÍ, SPIRITUÁLNÍ A NÁBOŽENSKÉ ASPEKTY PÉČE
Standard 5.1
U pacienta je provedeno zhodnocení jeho spirituálních potřeb a role spirituální dimenze při zvládnutí závažného onemocnění. Plán paliativní péče musí tyto potřeby zohledňovat a

s potenciálem spirituální dimenze pracovat.
KULTURNÍ ASPEKTY PÉČE
Standard 6.1
Potřeba pacienta a jeho rodiny jsou hodnoceny a řešeny kulturně citlivým způsobem.
PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA
Standard 7.1
Terminální stav (umírání) je včas rozpoznán a tato skutečnost je citlivým způsobem sdělena pacientovi i jeho blízkým. Je neprodleně zahájena péče zaměřená na mírnění dyskomfortu při umírání.
Standard 7.2
Péče o tělo zemřelého je prováděna s úctou a respektem k osobě zemřelého a kulturním a náboženským zvykům pacienta a jeho rodiny a v souladu s platnými zákony.
Standard 7.3
Po úmrtí pacienta je rodině pacienta poskytnuta bezprostřední rada a pomoc a je nabídnuta systematická podpora v období truchlení.
ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY PÉČE
Standard 8.1
Pacientova přání a preference jsou respektována, pokud nejsou v přímém rozporu s dobrými mravy nebo platnými zákony.
Standard 8.2
Součástí tvorby plánu paliativní péče je diskuse mezi lékařem a pacientem v rozsahu diagnostických a léčebných metod v rámci paliativní péče a využití tzv. život prodlužujících léčebných postupů.
Standard 8.3
Poskytovatelé obecné i specializované paliativní péče znají a respektují etická pravidla a zákonné normy, které upravují péči o pacienta v závěru života.

Zdroj: www.paliativnimedicina.cz

Dotazník pro odpovědné pracovníky za ošetrovatelskou péči

1. Poskytujete ve vašem zdravotnickém zařízení paliativní péči?

a) **Ano – obecnou**

Obecnou paliativní péčí se rozumí zahrnutí prvků paliativní péče do běžné činnosti zdravotnického personálu.

b) **Ano – specializovanou**

Specializovanou paliativní péčí se rozumí činnost týmu sestaveného speciálně za účelem poskytování paliativní péče.

c) **Ne**

d) **Jiné** (prosím doplňte)

2. Na kterých odděleních ve vašem zařízení je poskytována paliativní péče?

	Poskytována obecná paliativní péče	Poskytována specializovaná paliativní péče	Není poskytována paliativní péče	Oddělení tohoto typu není v našem zařízení
Interní lůžková oddělení				
Chirurgická lůžková oddělení				
LDN				
ONP				
DIOP				
Nemocnice následné péče				
Oddělení paliativní péče				

3. Jakým způsobem jsou ve vašem zařízení zpracovány standardy pro paliativní péči?

a) Existuje standard specializovaný na poskytování paliativní péče

b) Paliativní péče není popsána samostatným standardem, ale je zahrnuta do ostatních standardů paliativní péče

c) Poskytování paliativní péče není popsáno ve standardech

d) Jiným způsobem (popište prosím, do komentáře)

4. Standardy pro paliativní péči jsou zpracovány v oblastech (můžete vybrat více možností. Vyberte všechny, které odpovídají skutečnosti):

- a) Péče o umírajícího pacienta/ klienta
- b) Péče o výživu
- c) Monitorace bolesti
- d) Spirituální potřeby
- e) Péče o psychický stav pacienta
- f) Kontinuita paliativní péče
- g) Péče o mrtvé tělo
- h) Péče o pozůstalé (poradenství pro pozůstalé)
- i) Jiné (prosím doplňte)

Údaje pro další účast v průzkumu

5. Je možné získat ošetrovatelské standardy, ve kterých je popsáno poskytování paliativní péče ve vašem zařízení?

Veškeré informace a údaje, které v rámci průzkumu získám, budou využity výhradně pro zpracování diplomové práce, ve které budou uvedeny v anonymizované formě. **Konkrétní výsledky týkající se vašeho zařízení, stejně jako celou diplomovou práci, vám v případě vašeho zájmu po dokončení poskytnu.**

Zvolte jednu z následujících odpovědí.

- a) Ano
- b) Ne

6. Souhlasíte se zařazením vašeho zařízení do detailního průzkumu týkajícího se poskytování paliativní péče ?

Průzkum bude probíhat dotazníkovou formou. Dotazník bude určen sestřám a bude obsahovat otázky mapující poskytování paliativní péče na jednotlivých odděleních.

Zvolte jednu z následujících odpovědí

- a) **Ano** – v tomto případě vás budu kontaktovat v druhé polovině roku s žádostí o spolupráci při vyplnění detailních dotazníků-
- b) **Ne**

Pro další komunikaci bych se ráda obracela přímo na pracovníka zodpovědného za management ošetrovatelské péče. Zde prosím, vyplňte kontaktní emailovou adresu:

Dotazník pro sestry pracující u lůžka

1. Jste:

- a) žena
- b) muž

2. Doplněte prosím, vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) bakalářské
- d) magisterské
- e) doktorandské
- f) jiné (doplněte prosím)

3. V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

- a) nemocnice
- b) hospic
- c) léčebna dlouhodobě nemocných
- d) oddělení následné péče
- e) jiné (doplněte prosím).....

4. Na jakém oddělení pracujete?

- a) interní obory
- b) chirurgické obory
- c) oddělení následné péče
- d) lůžkové oddělení hospice
- e) jiné (doplněte prosím)

5. Spektrum vašich nemocných zahrnuje (je možné zaškrtnout více odpovědí):

- a) akutně nemocné
- b) chronicky nemocné
- c) nemocné v paliativní péči
- d) jiné (doplněte prosím)

6. Během pracovní doby pečují o:

- a) do 10 nemocných
- b) 11-15 nemocných
- c) 16- 20 nemocných
- d) 21-25 nemocných
- e) 26-30 nemocných
- f) jiné, uveďte prosím

7. Jak často se setkáváte s nevléčitelně nemocnými a umírajícími při vaší práci?

- a) denně
- b) 1 – 3x týdně
- c) 2x – 3x do měsíce
- d) 1x do měsíce
- e) méně než jednou za měsíc
- f) vůbec

8. Podle vás paliativní péče zahrnuje (je možné zaškrtnout více odpovědí):

- a) péči o nevléčitelně nemocné a umírající
- b) uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb
- c) uspokojování spirituálních potřeb
- d) péči o rodinu a blízké
- e) jiné (doplňte prosím)

9. Poskytujete ve vašem zařízení paliativní péči?

- a) ano
- b) ne
- c) s poskytováním této péče nemám zkušenosti
- d) nevím

10. Jaké potřeby sledujete při péči o nevléčitelně nemocného a umírajícího? (je možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) fyziologické potřeby
- b) psychické potřeby
- c) sociální potřeby
- d) duchovní, spirituální potřeby
- e) jiné (doplňte prosím)

11. Podle vás paliativní péče je:

- a) součástí péče poskytované v jakémkoliv zdravotnickém zařízení nevléčitelně nemocným a umírajícím
- b) poskytovaná jen ve specializovaných zařízeních (hospice, oddělení paliativní péče)
- c) nevím
- d) jiné (doplňte prosím)

12. Jste přítome/na při sdělování závažné diagnózy o nevléčitelném onemocnění?

- a) ano, jsem přítomen/mna tomuto sdělení
- b) ne, dozvím se o něm z dokumentace
- c) ne, dozvím se o něm od pacienta
- d) ne, dozvím se o něm od rodiny
- e) ne, nedozvím se o něm vůbec
- f) nemocný se znalostí závažné nemoci je již přijat k hospitalizaci (pobytu)

13. Máte možnost účastnit se vzdělávání v komunikačních dovednostech s nevléčitelně nemocnými a umírajícími?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné (doplňte prosím)

14. Jak často komunikujete s nevléčitelně nemocnými a umírajícími?

- a) denně
- b) 1 – 3x týdně
- c) 2x – 3x do měsíce
- d) 1x do měsíce
- e) méně než jednou za měsíc
- f) vůbec

15. Komunikace s nevléčitelně nemocnými a umírajícími (je možné zaškrtnout více odpovědí):

- a) znamená, že mohu pomoci na nelehké cestě ke smrti
- b) je součástí mých kompetencí
- c) přináší mi nové zkušenosti
- d) uvádí mě do rozpaků
- e) je pro mě stresující, vyhýbám se jí
- f) není součástí mých kompetencí
- g) jiné (doplňte prosím)

16. Jsou ve vašem zařízení nabízeny služby nemocničního kaplana nebo jiného duchovního?

- a) ano, je zaměstnancem našeho zařízení
- b) ano, pracuje jako dobrovolník
- c) není zaměstnancem našeho zařízení, ale můžeme zprostředkovat kontakt na duchovního
- d) ne
- e) nevím

17. Pokud ano, jak s ním spolupracujete? (je možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) pravidelné konání mší v rámci našeho zařízení
- b) poskytuje své služby, pokud nemocný nebo umírající projeví své přání
- c) poskytuje služby rodině a blízkým nemocného, pokud o ně projeví zájem
- d) jiné (doplňte prosím)

18. Péče o nevléčitelně nemocného a umírajícího je pro vás (je možné zaškrtnout více odpovědí):

- a) fyzicky náročná
- b) psychicky náročná
- c) náročná z hlediska komunikace s nemocným
- d) náročná z hlediska komunikace s rodinou
- e) časově náročná
- f) naplňující

19. Je rodině umožněno pobývat u lůžka umírajícího?

- a) ano, máme možnost poskytnout rodině lůžko a trávit čas s umírajícím
- b) ano, ale nejsme k tomu prostorově ani materiálně vybaveni
- c) ano, ale jsme ovlivněni možnostmi oddělení (provoz, obsazenost lůžek)
- d) tuto možnost neposkytujeme

20. Je rodině umožněno rozloučit se se zemřelým? (je možné zaškrtnout více odpovědí):

- a) ano, máme k této příležitosti zařízenou speciální místnost
- b) ano, mohou se rozloučit u lůžka zemřelého
- c) ne, pokud nejsou v době smrti přítomni
- d) ne, není to zvyklostí oddělení
- e) jiné důvody.....

21. Předávání pozůstalosti probíhá:

- a) v prostoru vyhrazeném tomuto účelu (př. místnost, koutek s křesílky)
- b) na chodbě
- c) na recepci oddělení
- d) jinde (uveďte prosím, kde).....

22. Myslíte si, že počet personálu ovlivňuje kvalitu poskytované péče?

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

23. V oblasti paliativní péče se vzdělávám (je možné zaškrtnout více odpovědí):

- a) formou přednášek, workshopů
- b) formou stáží
- c) formou samostudia
- d) sebezkušnostní výcvik
- e) nevzdělávám se

24. Vzdělávání v oblasti paliativní péče by mělo být:

- a) prováděno jen v případě zájmu o tuto oblast péče
- b) součástí celkové odborné přípravy na povolání zdravotní sestry
- c) prováděno v případě nařízení vedoucím pracovníkem
- d) jiné.....

25. Existují ve vašem zařízení standardy pro poskytování paliativní péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

26. Standardy věnující se paliativní péči ve vašem zařízení jsou zaměřeny na (je možné zaškrtnout více odpovědí):

- a) vyhledávání a uspokojování fyzických potřeb
- b) vyhledávání a uspokojování psychických potřeb
- c) vyhledávání a uspokojování sociálních potřeb
- d) vyhledávání a uspokojování spirituálních potřeb
- e) nemáme standardy zaměřené ani na jednu oblast

Příloha 4

Standardy zaslané jednotlivými zdravotnickými zařízeními

Nemocnice Tábor

- Standard Péče o mrtvé tělo
- Standard Péče o spirituální potřeby
- Standard Péče o umírajícího pacienta
- Standard Péče o výživu
- Standard Monitorace a hodnocení bolesti

Standardy GARC Kladno

- Standard Hygienická péče o imobilního pacienta
- Standard ošetřování chronické rány
- Standard Péče o dekubity
- Standard Péče o mrtvé tělo
- Standard podávání stravy sondou
- Standard Prevence dekubitů

Nemocnice Hodonín

- Standard Hygiena nemocných a celková koupel na lůžku
- Standard Prevence dekubitů
- Standard Manipulace s návykovými látkami
- Standard Péče o umírajícího
- Standard Péče o mrtvé tělo

Hospic Plzeň

- Standard Péče o umírajícího a jeho rodinu