

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Jana Czyžová

Psychosociální aspekty poskytování paliativní péče

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2014

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce v ČJ: Psychosociální aspekty poskytování paliativní péče

Název práce v AJ: Psychosocial aspects of providing palliative care

Datum zadání: 2014. 01. 31.

Datum odevzdání: 2014. 04. 30.

Vysoká škola, fakulta ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor: Jana Czyžová

Vedoucí: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Oponent:

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychosociálních aspektů poskytování paliativní péče. Předkládá publikované poznatky o potřebách z oblasti psychosociální péče, seznamuje s problematikou deprese, úzkosti a strachu ze smrti a pojednává také o problematice bolesti v paliativní péči. Člověk je bytost bio-psycho-sociální a spirituální, všechny tyto dimenze jsou navzájem propojeny, je proto důležité poskytovat pacientovi holistickou péči.

Abstrakt v AJ:

The bachelor thesis deals with the psychosocial aspects of providing palliative care. It provides published knowledge about the needs of psychosocial care, introduces the

problems of depression, anxiety and fear of death and deals with the issue of pain in palliative care. Man is a bio-psycho-social and spiritual creature, all these dimensions are interconnected, it is important to provide holistic care to the patient.

Klíčová slova v ČJ: paliativní péče, psychosociální potřeby, umírající, deprese, úzkost ze smrti, bolest

Klíčová slova v AJ: palliative care, psychosocial needs, dying, depression, anxiety of death, pain

Rozsah práce: 48 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2014

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při zpracovávání přehledové bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem svým blízkým za podporu během celého studia.

OBSAH

ÚVOD	7
1 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY V PALIATIVNÍ PÉČI	9
2 DEPRESE, ÚZSKOT A STRACH ZE SMRTI	20
3 BOLEST V PALIATIVNÍ PÉČI.....	26
ZÁVĚR	33
BIBLIOGRAFICKÉ CITACE	36

ÚVOD

Smrt je zatěžující situací jak pro umírajícího, tak pro jeho blízké (Homolová, 2009a, s. 328). Umírající, jako každý, touží mít kvalitní život (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 407). Na kvalitu života, však působí mnoho faktorů (Slováček, Slováčková, 2012, s. 13 – 17). Je proto důležité zaměřit se v péči o umírajícího pacienta jak na potřeby tělesné (Miaskowski et al., 2006, s. 79 – 88), tak na potřeby psychosociální (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 404 – 414) a spirituální (Prokop, 2006, s. 9 – 21).

Cílem přehledové bakalářské práce je odpovědět na otázku: „Jaké existují publikované poznatky o psychosociálních aspektech poskytování paliativní péče?“

Pro obsah práce byly zvoleny tyto dílčí cíle:

Cíl 1.

Předložit publikované poznatky o psychosociálních potřebách v paliativní péči.

Cíl 2.

Předložit publikované poznatky o depresi, úzkosti a strachu ze smrti.

Cíl 3.

Předložit publikované poznatky o zvládání bolesti v paliativní péči.

Vstupní studijní literatura:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KELNAROVÁ, Jarmila. 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

MISCONIOVÁ, Blanka. 1998. *Péče o umírající - hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. ISBN 80-239-1915-6.

MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Eutanázie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

Rešeršní strategie:

V průběhu rešeršní strategie byla využita tato klíčová slova: paliativní péče, umírající, smrt, potřeby, úzkost, bolest, paliative care, dying, death, needs, anxiety, pain.

Během rešeršní strategie byly do vyhledávacího období zařazeny zdroje od roku 2003 do roku 2014.

Rešeršní strategie proběhla v elektronických databázích EBSCO, PROQUEST a BMČ.

V těchto databázích bylo dohledáno celkem 1863 zdrojů, z toho vhodných 45. Dále byly v rešeršní strategii využity vyhledávače GOOGLE a GOOGLE SCHOLAR a také webové stránky www.umirani.cz. Prostřednictvím těchto vyhledávačů a webových stránek bylo dohledáno 2104 zdrojů, z toho vhodných 43. Součástí rešeršní strategie bylo také vyhledávání zdrojů v periodikách KONTAKT, PROFESEONLINE a JOURNAL OF ADVANCED NURSING, výsledkem této rešerše bylo 18 zdrojů. Z celkového počtu 106 zdrojů bylo v přehledové bakalářské práci využito 60 zdrojů. Zbylých 46 zdrojů nebylo použito, z důvodu odklonu od daného tématu.

1 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY V PALIATIVNÍ PÉČI

Z výzkumu hospicového hnutí Cesta domů vychází najevo, že péče o umírající pacienty v České republice je i v dnešní době nedostatečná (Kalvach et al., 2004, s. 11, 15). Pacientům trpícím nevyléčitelnou chorobou, kteří jsou v pokročilém nebo konečném stádiu nemoci je tak odepírána aktivní péče, jejímž cílem je mírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání, akceptování jejich důstojnosti nebo poskytnutí pomoci jejich blízkým. Součástí paliativní péče je otevřená, vstřícná a empatická komunikace. Léčba a péče je orientována na kvalitu života, která stojí na účinné léčbě symptomů a psychosociální podpoře. Péče může být šitá na míru potřebám umírajícího (Skála et al., 2011, s. 3 – 4).

V rámci péče o člověka je v současnosti poměrně rozšířený pojem potřeba. Tento pojem, je vhodné znát k tomu, aby bylo později možno, zaměřit se na stanovení potřeb u pacientů v paliativní péči. Nakonečný (2003, s. 197 – 198) uvádí, že potřeba je stav tělesného nebo psychosociálního nedostatku, který je základní formou motivace, jenž vychází z nepochybnosti mezi aktuálním stavem a stavem žádoucím. Staňková (2005, s. 13) nechápe potřebu pouze jako stav organismu způsobený nedostatkem, ale potřebu spojuje také s přebytkem. Ve výzkumu zaměřeném na pacienty v paliativní péči, autorky Bužgová a Zeleníková zkoumaly potřeby těchto pacientů. Zjišťovaly, jakou mají stanovené potřeby souvislost s kvalitou života pacientů podstupujících paliativní péči, aby mohly vytvořit nástroj vhodný pro identifikaci potřeb těchto pacientů. Uvádí, že v České republice není nástroj vhodný pro stanovení potřeb pacientů podstupujících paliativní péči jako nástroj, který by hodnotil kvalitu péče (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 404 – 405). Přitom, jednou z důležitých priorit v paliativní péči je hodnocení potřeb pacientů, tuto péči podstupujících. Kvalitu života pacientů

v paliativní péči značně snižuje nedostatečné uspokojení jejich potřeb. Proto, je hodnocení definovaných a naplněných potřeb z pohledu pacienta účinným indikátorem kvality péče jemu poskytované (Osse et al. In Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 405). McIlfatrick (2006, s. 77 - 85) se v práci zaměřila na posouzení potřeb v paliativní péči o dospělé. Zjišťovala, zda je pacientům v Severním Irsku dostatečně poskytována paliativní péče. Uvádí, že všichni pacienti, bez ohledu na diagnózu, by měli mít přístup k paliativní péči odpovídající jejich individuálním potřebám. Lo et al., se ve svém výzkumu věnoval zkušenostem onkologických pacientů, trpících invazí rakovinných buněk do kožní tkáně. Výzkum probíhal na základě hloubkových rozhovorů, které směřovaly ke zjištění toho, jak pacienti tuto fázi nemoci pocítují. Z výzkumu vychází najevo, že nižší kvalitu života mají pacienti, kteří nemají přístup ke specializované péči, a trpí chronickou nemocí v konečném stádiu (Lo et. al., 2008, s. 2699 – 2707). Také Bužgová a Sikorová (2010, s. 47) vyhledáváním v elektronických databázích zjistily nižší kvalitu života a vyšší míru nenaplněných potřeb u pacientů v konečném stádiu chronické nemoci a u pacientů s demencí vzhledem k ostatním pacientům, kterým je poskytována paliativní péče. Příčinou tohoto problému může být skutečnost, že většina pacientů v chronickém stádiu nemoci umírá v nemocnici a jejich potřeby jako umírajících, stojí často v pozadí (Bužgová, 2011, s. 265 – 266). Na základě rozhovorů s lékaři, všeobecnými sestrami, sociálními pracovníky, duchovními, pacienty a rodinnými příslušníky byly stanoveny důležité potřeby pacientů v paliativní péči. Tyto potřeby, byly rozděleny následovně: respektování fyzických potřeb, respektování psychických potřeb, respektování autonomie, respektování sociálních potřeb a respektování spirituálních potřeb. V oblasti fyzických potřeb, považovali pacienti za nejdůležitější být bez bolesti a mít symptomy pod kontrolou. V oblasti

respektování psychických potřeb se vyskytovaly jako nejdůležitější potřeby smíření se s nemocí a se smrtí, zaměření se na pacientův strach a úzkost a potřeby zachování si své identity (být mužem, ženou, partnerem, rodičem, atd.). Pacient považuje za důležité zachování soběstačnosti a možnosti rozhodování o věcech týkajících se jeho života a také mít dostatek informací, tyto potřeby byly zahrnuty do oblasti respektování autonomie pacienta. Z okruhu sociálních potřeb je důležitá aktivita, zabezpečení (a to hlavně rodiny), kontakt s rodinou, lidská přítomnost. Jako poslední se představují potřeby spirituální oblasti, ve které je ze strany pacientů kladen důraz na estetické potřeby, soukromí na pokoji, slušnost, mít smysl života a aspekty odchodu ze života (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 404, 407). Také pracovníci Světové zdravotnické organizace se zaměřili na potřeby umírajících a vypracovali výčet potřeb, které by u těchto lidí měly být naplňovány. Jsou to potřeby pocitu jistoty, důvěry, sounáležitosti, lásky, porozumění, akceptování a potřeba sebeúcty. Lidé blížící se konci svého života potřebují vědět, že nejsou na obtíž, že je jejich rodina miluje a je jim nablízku, komunikuje s nimi, že si jich okolí váží a respektuje jejich rozhodnutí. Přehled potřeb, které pracovníci Světové zdravotnické organizace považují za zásadní, se týká potřeb hlavně z psychosociální oblasti (Staňková, 2005, s. 136 – 137).

Nemocný člověk prochází různými fázemi onemocnění a léčby a podle toho mohou být různé životní aspekty rozdílně zasaženy. Toto přináší informace k poznání potřeb pacienta, které tak mohou být lépe saturovány, což významně přispívá ke zkvalitnění péče. Současná medicína se zaměřuje na pacienta hlavně v jedné rovině, a to somatické. Začíná se ale rozvíjet komplexnější posuzování zdravotního stavu pacienta, které nezůstává pouze na rovině somatické, ale dotýká

se i ostatních dimenzí člověka, jako je psychická, sociální a spirituální rovina (Slováček, Slováčková, 2012, s. 13, 16).

Potřeby psychosociální oblasti, byly ještě do nedávna odsouvány na druhou kolej. V dnešní době, se však na člověka pohlíží ne jenom jako na bytost biologickou, ale také na bytost, která má složku psychologickou, sociální a spirituální. Tendencí zdravotníků je, zajistit hlavně fyzický komfort pacienta, a pokud toho nejsou schopni, tak aspoň zmírňují symptomy. Velice důležitá, je ale i psychická složka člověka, jejíž prostřednictvím si člověk dává dohromady všechny skutečnosti, ve kterých se momentálně nachází, vnitřně je prožívá a z toho pak vyplývají reakce daného člověka ve formě chování. Důležité je si také uvědomit, že člověk je bytost společenská. Má svou sociální složku, na základě které si vytváří vztahy s ostatními jedinci. Tyto vztahy jsou pro člověka důležité a ještě důležitější jsou pak v období nemoci nebo umírání (Prokop, 2006, s. 15 – 17). Stejně tak i Bužgová (2011, s. 268) ve své práci pokládá potřebu sociální podpory za nezbytnou součást paliativní péče. Neméně důležitou složkou člověka, je složka spirituální. Spiritualitu nemusíme nutně spojovat s náboženstvím, ale může být například spojována s existenciálními otázkami, podstatou lidského bytí. Všechny tyto čtyři dimenze jsou navzájem propojeny, mají na sebe navzájem vliv, proto bychom měli člověka chápat jako bytost bio – psycho – sociální a spirituální a saturovat potřeby ve všech těchto dimenzích (Prokop, 2006, s. 15 – 16, 18, 20). I přesto, že je pořád více kladen důraz na psychosociální a spirituální potřeby, saturace potřeb v těchto oblastech, oproti biologickým potřebám, je stále nedostatečná. Je stále veliký rozdíl v poskytování psychosociálních a spirituálních, ale i biologických potřeb, jako jsou hygiena, výživa, tišení bolesti.

Do výzkumu, který sledoval srovnání poskytování paliativní péče v hospici a v nemocnici, byly zapojeny všeobecné sestry a rodinní příslušníci. Jak od sester, tak od rodinných příslušníků byly získány informace, že v hospici jsou psychosociální a spirituální potřeby na rozdíl od nemocnice aktivně vyhledávány a dle přání pacienta uspokojovány. Jako důvod proč je v hospici lepší péče o psychosociální potřeby, z výzkumu vyplývá, že v nemocnici je problém v nedostatku zdravotnického personálu, vzhledem k velkému počtu pacientů. Zdravotnický personál si uvědomuje, že pacienti mají psychosociální a spirituální potřeby, ale z provozních důvodů není schopen tyto potřeby dostatečně a podle přání pacienta saturovat. Pokud bychom chtěli srovnat saturaci potřeb v hospici a v nemocnici v rámci paliativní péče, v hospici jsou potřeby umírajících uspokojovány lépe (Máchová, Macáková, rok: nedohledán, s. 137 – 143). Také při srovnání poskytované kvality péče v nemocnici a v domácím prostředí, je kvalitnější péče hodnocena v domácím prostředí a to zejména proto, že pacienti měli umožněno vykonávat běžné, každodenní domácí činnosti a také zachování aspoň části jejich sociálního života (Peters, Sellick, 2006, s. 524 – 533). I přes tato zjištění, Bužgová a Macháčková (2012, s. 112) ve své práci zaměřené na zjišťování bio – psycho – sociální a spirituální potřeby umírajících pacientů v domácí péči uvádí, že v současné době, v domácím prostředí umírá pouze třicet procent lidí.

Jedna z hlavních potřeb umírajících, z oblasti psychosociální je vhodná komunikace. Ta je důležitou podmínkou v interakci mezi pacientem a sestrou. Sestra by neměla vnímat a reagovat pouze na komunikaci verbální, ale také neverbální. Pacienti v paliativní péči se častěji svěřují s fyzickými problémy, ale o problémech, trápeních, obavách psychických, sociálních a spirituálních mlčí. Sestra by se měla zajímat také o to, proč ji pacient svůj problém sděluje. Většinou

tím pacient míní, že něco očekává, chtěl by něčeho dosáhnout. Pokud je komunikace efektivní, může být důležitá při rozhodování o další léčbě (Kelnarová, 2007, s. 47 – 48). Nedostatečná informovanost a špatná komunikace s pacientem nebo jeho nejbližšími, tak může znamenat velký problém již na začátku, při rozhodování se pro paliativní péči. Tím, že je pacient nekvalitně nebo pozdě informován o své nemoci, mu odebrává možnost rozhodnout se, který typ péče mu bude více vyhovovat (Prokop, 2009, s. 22 – 23). Každý příjemce péče, který je způsobilý, má za svůj život plnou zodpovědnost a měl by tak mít dostatek informací a času k tomu, aby o sobě mohl rozhodovat nebo mít podíl na rozhodování a spolupráci (Nemčková, Tabaková, 2007, s. 37). Pro pacienta je velice důležité mít informace o svém zdravotním stavu, znát přesnou diagnózu, popřípadě znát dopad nemoci na jeho soběstačnost a možnou další péči. Nedostatečná informovanost může u pacienta vyvolat pocity zrady ze strany zdravotníků. Stejně tak to mohou cítit i rodinní příslušníci pacienta. Ti pak mohou být znepokojeni tím, že péče o pacienta není dostatečná nebo se jejich příbuznému nedostává dostatečného laskavého doprovodu (Haškovcová, 2007, s. 32). Pro rodinné příslušníky je důležité vědět, že je jejich příbuznému poskytována nejlepší péče, že profesionálové o umírajícího dobře pečují, a že existuje naděje. Rodinní příslušníci také potřebují mít srozumitelné vysvětlení týkající se nemoci umírajícího a cítit přijetí ze strany zdravotníků. Rovněž je pro rodinné příslušníky, pečující o svého umírajícího v domácím prostředí, důležitá informovanost hlavně o symptomech nemoci, o finančních možnostech a také emocionální podpora (Bužgová, Macháčková, Pražáková, 2013 s. 32, 36). Informování musí být jak pacienti, tak také pečující, pro něž je důležité získávat informace ze strany pacienta, což v některých případech může být problém. Sdílet pečujícímu své obavy, může být

pro pacienta velkou překážkou, protože má potřebu chránit svého ošetřujícího před další psychickou zátěží. Tento problém může v konečné fázi vyústit v neefektivní komunikaci a odcizení se obou stran (Johnston In Bužgová 2011, s. 268). Ve výzkumu, který sledoval a zjišťoval, jaké jsou předpoklady k dobré a špatné smrti z pohledu sester, byla špatná komunikace a neznalost diagnózy řazeny ke smrti špatné (Costello, 2006, s. 599).

Život člověka je vázaný na mezilidské vztahy (Homolová, 2009a, s. 329, 332). Také Prokop (2006, s. 28, 47) potvrzuje, že člověk je společenská bytost a po celý svůj život potřebuje vnímat, že někam patří. Tento pocit dávají umírajícímu blízcí a rodina, která má v životě umírajícího nezastupitelnou roli (Machová, Sedláková, Tóthová, 2009, s. 334, 336 a 337). Je to právě ona, která zná pacienta nejlépe a ví, co nemocný potřebuje, co mu chybí (Dobříková, Olosová, 2007, s. 279). Pro umírajícího v instituci je těžké udržet si mezilidské vztahy, vyhnout se izolaci. Často je pro ně jediným kontaktem přítomnost ošetřujícího zdravotnického personálu, který ale ve většině případů přichází za pacientem z povinnosti, protože vykonává svou práci, a ne z důvodů lidské blízkosti (Prokop, 2006, s. 48). Nevyléčitelně nemocný potřebuje cítit lidskou blízkost, útěchu, oporu, přijetí. Toto všechno může umírajícímu poskytnout pouze rodina a být tak dobrým prostředkem pro zvyšování kvality života umírajícího. Důležitým faktorem pro zájem rodiny o svého blízkého umírajícího jsou dobré vztahy v rodině. Umírající pak může cítit opravdovou lásku a zájem, což se pozitivně odráží na jeho chování, prožívání a dokonce i zdravotním stavu (Dobříková, Olosová, 2007, s. 279). Z průzkumu agentury Stem/Mark (2011, s. 31, 32 a 35) vychází najevo, že mezi největší obavy lidí při umírání patří odloučení od blízkých a osamocení. Lidé by na samotném konci svého života chtěli umírat v domácím prostředí a mít u sebe

rodinu nebo partnera. To, že lidé chtějí umírat doma, lze vyčíst i z průzkumu Homolové (2009b, s. 326). Přesto se tak neděje. Většina lidí prožívá poslední chvíle svého života ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních (Kalvach et al, 2004, s 20; Dolista, 2007, s. 266). Důvodem, toho, proč jsou umírající odloučení od svých nejbližších, jsou změněné společenské podmínky (Homolová, 2009a, s. 328 – 329). Další příčinou osamělého umírání v instituci může být strach rodinných příslušníků z blízkosti umírajícího, nebo také sociální smrt mezi příbuznými a umírajícím ještě v době jeho tělesné aktivity (Dolista, 2007, s. 265). Z průzkumu agentury Stem/Mark (2011, s. 46) by se většina příbuzných zapojila do ošetřování svých blízkých umírajících až do konce. Avšak takovýto úkol je pro ně velice obtížný. Téměř všichni příbuzní by byli postaveni před velké rozhodnutí, a to, buď se postarat o svého blízkého, nebo snížit pracovní úvazek. Vypadnutí z pracovního provozu by mohlo mít negativní finanční dopad pro celou rodinu. Zvyšuje se náročnost na práci a také výdaje za domácnost a celou rodinu. Většina příbuzných by se tak i přes zájem o péči o umírajícího nemohla z pracovního úvazku uvolnit (Dolista, 2007, s. 265 - 266). Péče o umírajícího může příbuzného postavit také před úkol získat a osvojit si základní znalosti a dovednosti v oblasti ošetrovatelské péče a prevence dekubitů. Musí být obeznámení s tím, že umírání má typické fáze, které ovlivňují psychický stav pacienta (Dolista, 2007, s. 267 – 268). Překonání těchto nároků, se stává pro příbuzného obtížným. Kvalita života ošetřujícího příbuzného v domácím prostředí se při péči o umírajícího výrazně snižuje, a to nejen v oblasti ekonomické, ale také v oblasti psychické, fyzické a sociální (Šerfelová, Žiaková, 2011, s. 154). Peters a Sellick (2006, s. 524 - 531) uvádí, že kvalita života pečovatele souvisí s délkou poskytované péče, tato zátěž se může projevit i na vztazích v rodině. Péče o umírající nemá negativní dopad pouze na

rodinné příslušníky, ale také na zdravotní pracovníky a to zejména na sestry, které jsou s umírajícím v kontaktu nejvíce. Jako největší stresory se při péči o umírajícího pro sestru zdají být pracovní zátěž, smrt a umírání pacienta a kontakt a komunikace s rodinou umírajícího. Stres se projevuje formou emocionální reakce a to jako neklid, podrážděnost, úzkost. V oblasti fyzické to jsou bolesti hlavy a poruchy spánku. Po stránce kognitivní zapomínání a špatná koncentrace. Dále může dojít k začátku kouření, snížené produktivitě práce a izolaci (Soosová, Sušinková, Cenkerová, 2013, s. 624, 626). Pro zajištění kvalitní péče umírajícímu se nesmí zapomínat na potřeby poskytovatelé péče. Pokud není ošetřovatel v psychické a fyzické pohodě, odrazí se to na kvalitě péče o umírajícího (Bužgová, Macháčková, Pražáková, 2013, s. 30, 33, 34, 36).

Přítomnost druhých osob je pro umírajícího klíčová také z pohledu respektování lidské důstojnosti. Lidská důstojnost je součástí základních práv a svobod každého člověka, ale často se na tyto práva zapomíná a porušují se (Prokop, 2006, s. 41, 48). Z průzkumu agentury Stem/Mark (2011, s. 31), který proběhl mezi veřejností, lze vyvodit, že největší obavy, spojené s umíráním, mají lidé ze ztráty důstojnosti. Gallagher et al. (2008, s. 8 – 9) analyzoval studie, zabývající se důstojností. Dospěl k názoru, že obavy ze ztráty důstojnosti vychází u pacientů z následujících faktorů. Jako první faktor uvedl prostředí. Lidé mají obavy, jaké bude jejich soukromí během péče, jaký bude přístup k sociálnímu zařízení, mohou mít obavy z porušování intimní zóny, smíšeného oddělení. Druhý faktor se týká obav z přístupu zdravotnických pracovníků a jejich chování. Další obavy vychází z kultury péče. Pod tímto pojmem Gallagher představuje možnost zapojení se do péče, vyjádřit souhlas s poskytovanou péčí, realizaci autonomie. Posledním faktorem jsou specifické aktivity při péči. Důstojnost se spojuje s úctou,

autonomií a ovládním. V projektu hospicového hnutí Cesty domů, byl nejčastěji vyslovovaný, v souvislosti s důstojností, pojem úcta. A to jak sebeúcta, tak také úcta ze strany druhých. Lidé, jako společenské bytosti, potřebují určitý respekt druhých lidí, protože to, jak se s nimi zachází, se pak odráží právě na jejich sebeúctě a sebehodnocení. Pro člověka je ponižující, když se s ním zachází jako s věcí, nerespektuje se správné oslovení a projevuje se nedostatek úcty při specifických aktivitách, jako jsou oblékání, provádění hygieny, vyprazdňování, jedení (Cesta domů, 2004, s. 12 – 15; Gallagher et al., 2008, s. 9). V souvislosti s problémy, které podporují ztrátu důstojnosti je, že umírající člověk ztrácí nezávislost a někdy zbytečně. Umírající by si v některých situacích poradil sám, sám by zvládl některé úkony, ale ze zbytečné protektivity zdravotníků, kteří se snaží předejít všem rizikům a udělají za umírajícího všechno, se tak umírající stává ještě více nemohoucím a sám v sobě ještě více poníženým (Prokop, 2006, s. 51; Cesta domů, 2004, s. 16). Za schopnost ovládat, zvládat a řídit podle vlastních představ a pravidel svůj každodenní život, může být chápán pojem autonomie. Tím, že je uznána a respektována autonomie, se tak danému člověku dává najevo úcta. Lidé úzce spojují zachování nezávislosti s udržením si důstojnosti. V rámci pojmu důstojnost a autonomie se můžeme setkat s pojmem participace. Zapojení lidí do dění kolem jejich vlastní osoby, do rozhodování o jejich vlastním životě a také o péči, která jim je poskytována (Cesta domů, 2004, s. 12 – 21). Gallagher et al. (2008, s. 10) uvádí, že mnohým pacientům je jejich příležitost zúčastnit se péče, vyjádřit svůj názor nebo poskytnout souhlas spojen s péčí, odmítnut. Každý pacient by měl mít možnost rozhodovat o paliativní péči, která se týká jeho osoby, pokud je v rámci postupující nemoci toho schopen. V této oblasti se můžeme setkat s rozporem mezi tím, co chtějí zdravotníci a co chce pacient. Zdravotníci by měli

jednat v pacientově nejlepším zájmu, ale pacient se může rozhodnout úplně jinak. Právě toto může být příčina problému, proč nejsou někteří pacienti do rozhodování zapojeni (Wilson, Ingleton, Gott, Gardiner, 2013, s. 1 – 8). Pacient má nebo měl před onemocněním určité společenské postavení, má své určité mravní zásady, svou vlastní identitu a i přes to, že je na konci své životní cesty, je stále člověkem, který si zaslouží, aby toto všechno bylo respektováno, aby byla zachována jeho důstojnost (Prokop, 2006, s. 41 – 44). Tyto skutečnosti může podpořit výzkum veřejného mínění, prostřednictvím kterého bylo zjištěno, že péče o psychické strádání nevyléčitelně nemocných a umírajících má dvakrát vyšší negativní výsledky, než výsledky kladné a přitom obavy z odloučení od svých blízkých, osamocení, ztráty důstojnosti a z psychického strádání spojené s umíráním patří na horní příčky (Kalvach et al., 2004, s. 24, 26).

2 DEPRESE, ÚZKOST A STRACH ZE SMRTI

Medicína v současné době zvyšuje léčebné možnosti, ale i přesto občas dojde do bodu, kdy již není schopna pacienta vyléčit a přechází k léčbě paliativní. V této situaci vychází najevo, že medicína má své limity a život člověka je existenciálně omezen. Pacient přichází do styku s pocitem vlastní smrtelnosti, což může téměř u každého člověka vyústit v akutní, ale také dlouho trvající psychický stres. Také fyzické příznaky nemoci mohou sekundárně vyvolat depresivní náladu, bezmoc, úzkost, skleslost a další příznaky (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 121 – 122). Pacienti se závažným onemocněním si uvědomují, svou konečnou ztrátu zdraví a logicky, reagují na tuto situaci smutkem, úzkostí a truchlením (Bužgová, Hajnová, Felzl, 2013, s. 117). Podle Raudenské, Javůrkové a Kozáka (2013, s. 308) vzrůstá u pacientů v terminálním stádiu nemoci prevalence deprese až o 77% a prevalence úzkostných poruch se pohybuje okolo 15 – 28%. Spencer et al. (2010, s. 1810) uvádí, že úzkostné poruchy se objevují častěji u žen a mladších pacientů. Úzkost se může projevit různými somatickými a dalšími psychickými problémy, které mají na nemocného negativní dopad. Smutek pak může přejít až v depresi (Bužgová, Hajnová, Felzl, 2013, s. 119). Hanisková a Krajčik (2006, s. 37) uvádí, že všichni depresivní pacienti mohou být hodnoceni jako riziková z pohledu suicida. Pacienti v terminálním stádiu, trpící depresí mají až dvacet pětkrát zvýšené riziko sebevraždy nebo žádostí o urychlení smrti (Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 308). Skutečnost, že deprese je faktorem, který zvyšuje touhu uspišit smrt, potvrzují i Miovic a Block. Uvádějí také, že 59% pacientů, kteří žádají o asistovanou smrt, jsou pacienti trpící depresí (Miovic, Block, 2007, s. 1668). Během zjišťování výskytu úzkosti a deprese na onkologickém oddělení, pacienti, kteří byli zařazeni do paliativní péče, uváděli, které symptomy ve škále deprese

vnímají nejhůře. Pacienti udávali jako problém ztrátu radosti z toho, co je čeká, dále, ztrátu potěšení z věcí, které je těšily dříve, potěšení obecně, smích a optimismus (Bužgová, Hajnová, Feltl, 2013, s. 119). Podle Raudenské a Javůrkové (2011, s. 122), mohou psychické potíže také zesilovat intenzitu bolesti. Raudenská, Javůrková a Kozák (2013, s. 307) uvádí, že psychické potíže negativně ovlivňují vztahy a mohou být bariérou v emočním rozloučení se pacienta s rodinou. Také Spencer et al. (2010, s. 1818), potvrzuje negativní vliv úzkosti na somatiku umírajícího, interpersonální vztahy a emocionální pohodu. Aby bylo možno takovýmto problémům předcházet a zkvalitnit tak ošetrovatelskou péči u terminálně nemocných, je nutno úzkost ze smrti identifikovat. Sestry jsou v přímém kontaktu s pacientem a právě ony by měly umět rozpoznat, zda pacient jeví známky úzkosti ze smrti a měly by být schopny o tomto problému s pacientem komunikovat (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 30). Provedeným průzkumným šetřením, které zjišťovalo, jak sestry v České republice identifikují u pacienta úzkost ze smrti a zda využívají ošetrovatelskou diagnózu „Úzkost ze smrti“ v ošetrovatelských plánech, bylo zjištěno, že téměř polovina respondentů z řad sester, které byly v rámci průzkumu osloveny, uvedly, že se s pacientem, který trpí úzkostí ze smrti, setkávají na svém pracovišti často. Třetina z nich také uvedla, že byly součástí diskuse na téma smrti (Kisvetrová, 2012, s. 24). Z výzkumu, zaměřeném na identifikaci úzkosti ze smrti u pacientů v domácí péči vychází najevo, že 89% sester označilo jako signály, na základě kterých se dá předpokládat, že pacient podléhá úzkosti ze smrti tyto znaky: pacient uvádí hluboký smutek, uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním, uvádí pocit bezmoci nad umíráním, uvádí strach z procesu umírání a uvádí strach z utrpení v souvislosti s umíráním (Kisvetrová, 2011, s. 326). Hanisková a Krajčík (2006, s. 37) mezi další diagnostická kritéria řadí také

sníženou schopnost těšit se, beznaděj, snížené sebehodnocení, myšlenky na smrt, popřípadě sebevraždu. Sestry by měly být schopny účinně komunikovat s pacientem na téma smrti a pomoci jim k vyjádření toho, co cítí a z čeho mají obavy (Kisvetrová, 2012, s. 29). Se strachem a úzkostí ze smrti se u pacienta těžce pracuje, protože pacient má obavy z něčeho, co se nedá uchopit, lokalizovat, pochopit. Je tedy důležité vést pacienta k tomu, aby přeměnil svůj strach z něčeho nekonkrétního, na strach z konkrétní věci. Může tak vyjít najevo, že pacient nemá strach ze smrti, ale že má, například, strach z bolesti, strach ze závislosti a omezení pohybu, strach z osamění, strach z nahoty, atd., což umožní lepší strategii zvládnání strachu (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 125 – 126). Pokud pacient má informace, které ho ohledně nemoci nebo péče zajímaly, může to snížit jeho strach a úzkost ze smrti (Bužgová, 2011, s. 268; Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 408). Těžce nemocní pacienti mají negativní zkušenosti se svěřováním se. Často je pacientovi odepřena možnost zásahu psychologa a upřednostňuje se uklidnění pacienta prostřednictvím léků. Momentální problém se tak sice odsune, ale nevyřeší, pacient potřebuje mít možnost mluvit o svých obavách a strachu (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 408). Příčinu tohoto problému může objasnit výzkum, který proběhl ve Spojeném Království a poukazuje na to, že umírající pacienti v situaci čelící tváří v tvář smrtelné chorobě, pociťují stres a mají také zkušenosti se strachem. Je pro ně však obtížné se s těmito pocity podělit s odborníky, protože ti, jak se ukázalo ve výzkumu, mohou mít s konverzací na toto téma daleko větší problém než samotný pacient. Pacienti ve výzkumu pokládali za velice důležité, když jim sestra nabídla svou přítomnost, mluvila s nimi, naslouchala jim, přáli si, aby tam byla sestra pro ně a podporovala je (Johnston, Smith, 2006, s. 701 – 706). Dle Bužgové (2011, s. 273) a Bužgové, Hajnové, Sikorové a Kozákové (2013, s. 630) je vznik

psychoterapeutického vztahu ošetřujícího personálu s pacientem, jehož základem je vzájemná úcta, důvěra, otevřená komunikace a podpora nezávislosti, důležitou součástí péče o terminálně nemocné pacienty. Pokud mezi pacientem a sestrou vznikne důvěrný vztah, sestra není vnímána jenom jako zdravotní profesionál, ale také se stane přítelem, součástí rodiny, což pacienti vnímají velice kladně. Takové sestry jsou schopné přistupovat k pacientovi holisticky a jsou schopny pacientovi poskytnout co nejlepší paliativní péči (Mok, Chiu, 2004, s. 475).

Sestra se často nachází v situaci, kdy musí řešit své vlastní pocity v souvislosti s vlastní smrtí a umíráním nebo smrti týkající se jejich blízkých, zároveň musí být schopna zvládat problematiku smrti i v profesionálním životě (Bužgová, 2010, s. 265). Pokud je sestra členem paliativního týmu, je důležité, aby měla vyřešeny otázky umírání a smrti ve vztahu k vlastní osobě. Pokud se tak neděje, strach a úzkost může negativně ovlivnit ošetrovatelskou péči o umírající pacienty (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 124). Z výzkumu zabývajícím se měření úzkosti a strachu ze smrti u studentek ošetrovatelství vychází najevo, že ani studentkám oboru ošetrovatelství se strach z vlastního umírání, strach ze smrti blízkých a strach z umírání druhých lidí, nevyhýbá. Vzdělávání budoucích zdravotních profesionálů v oblasti umírání a smrti je důležitou součástí přípravy na budoucí povolání. Množství a kvalita vzdělávání v této oblasti je však zatím nedostatečná (Bužgová, 2010, s. 265 - 266). Ve výzkumném šetření zaměřeném na identifikaci úzkosti ze smrti jako ošetrovatelského problému pacientů v domácí péči se autorka v druhé části zaměřila na problematiku vzdělávání již pracujících sester. Soubor respondentů tvořilo 100 všeobecných sester. O vzdělávání v oblasti negativních emocí spojených s umíráním projevilo nezájem 15% sester. Z 85 sester, které zájem o vzdělávání projevily, se však 72% domnívá, že by nabyté vědomosti a znalosti

v praxi nevyužily. Je to smutné zjištění vzhledem k tomu, že 89% sester uvedlo, že pacientům s úzkostí ze smrti poskytují ošetrovatelskou péči občas a 6% sester je s těmito pacienty v souvislosti péče v kontaktu neustále (Kisvetrová, 2011, s. 328).

Z výzkumu Bužgové, Hajnové a Feltla (2013, s. 117) vyplývá, že u pacientů, kteří se hlásili ke křesťanství se úzkost, v porovnání s ostatními pacienty, objevovala méně často. V průzkumu, zjišťujícím kvalitu života u pacientů s infaustní prognózou v nemocničním zařízení, bylo zjišťováno, jaký vliv má religiozita na kvalitu života nevléčitelně nemocného. Tímto průzkumem bylo zjištěno, že pacienti, kteří svou víru myslí vážně a upřímně, prožívají konec života kvalitněji. Naopak pacienti, kteří svou víru prožívali jen naoko, nebo vůbec nevěřili, podléhali často úzkosti, depresi a strachu z budoucnosti. Jsou to právě duchovní potřeby, které se v konečné fázi života dostávají do popředí. Umírající hledá smysl svého života a přehodnocuje ho (Dobříková, Olosová, 2007, s. 278 – 279). V průzkumném šetření zabývajícím se úzkostí ze smrti, autorka uvádí, že sestry pracující s umírajícími pacienty si uvědomují důležitost v poskytování aktivit spojených se spirituální oblastí a to i přesto, že 66% sester se považuje za nevěřící. 76% sester z průzkumu uvedlo, jaké aktivity v rámci svých kompetencí realizují. Přehled zjištěných aktivit autorka sloučila do osmi kategorií, a to: Zajistit setkání nebo pohovor s duchovním, podpora umírajícího a jeho rodiny ze strany psychické a duchovní, vést s umírajícím vlídný rozhovor, směřující ke zmírnění jeho obav, vyslechnout umírajícího a projevit soucit i neverbálně, zajistit umírajícímu společnost, dát mu prostor k vyjádření názoru, jak by aktuální situaci řešil, podat rodině všechny potřebné informace ohledně toho, jak se chovat k umírajícímu a zajistit umírajícímu klidné prostředí (Kisvetrová, 2011, s. 326 – 327). Pro umírajícího je důležitá duchovní pohoda, která na úzkost vycházející

z uvědomění si vlastního konce života působí protektivně (McClain, Rosenfeld, Breintbart, 2003, s. 1603 - 1607). V Indii proběhla studie, díky které se zjistilo, že spirituální pohoda umírajících vzájemně souvisí s fyzickou pohodou. Spirituální pohoda má pozitivní vliv na únavu, úzkost, poruchy paměti, lepší chuť k jídlu, ospalost, náladu, smutek a větší radost ze života (Kandasamy et al., 2011, s. 55). Je problémem určit pro spiritualitu jednotnou definici, z čehož vyplývá ztížená péče o pacienty, kteří propadají problémům týkajících se spirituality (Reinert, Koenig, 2013, s. 2631). Také Leeuwen a Cusveller (2004, s. 234) zjistili, že mezinárodní literatura poskytuje některé praktické pokyny ohledně péče o pacienty z oblasti duchovních potřeb, ale sestry nemají přesně vymezeno, co mají dělat, pokud mají takovouto péči poskytnout. Důvodem problému může být právě to, že spiritualita není spojena pouze s duchovnem a náboženstvím, ale také s podstatou lidského bytí, existencionálními otázkami. Spirituální rozměr každého člověka je vysoce individuální, proto je standardní péče o potřeby týkající se této oblasti téměř nemožná (Prokop, 2006, s. 9 – 22).

3 BOLEST V PALIATIVNÍ PÉČI

Bolest patří mezi symptomy mnoha onemocnění, je ale také samostatnou nozologickou jednotkou. Raudenská ve své práci sděluje, že bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost, která má subjektivní charakter (Raudenská, 2012, s. 27). Lidé mají z bolesti strach. Průzkumem agentury Stem/Mark (2011, s. 31), bylo zjištěno, že lidé se v souvislosti se smrtí bojí právě umírání v bolestech. Ve výrazné míře může bolest ovlivňovat celkový komfort pacienta, může negativně ovlivnit oblast fyzickou, psychickou, sociální a také oblast spirituální (Schmidtová, 2011, s. 10). Také z výzkumu Miaskowski et al. (2006, s. 79 – 88), vychází najevo, že tělesná pohoda je jednou z hlavních proměnných, která je přímo spojena s kvalitou života. Výzkumem z Číny zaměřeným zejména na faktory spojené s kvalitou života u pacientů, kterým byla poskytována paliativní péče v oblasti biologické, se zjistilo, že bylo hlášeno a léčeno nejvíce pacientů hlavně s bolestí, gastrointestinálními symptomy a respiračními symptomy. Biologické potřeby mají na kvalitu života v paliativní péči velký vliv. (Chui et al. 2009, s. 1865). Pacienti, kteří vykazují méně závažné fyzické příznaky, mají lepší funkční stav a kvalitu života. Skála et al. (2011, s. 3) uvádí, že jedním z hlavních cílů paliativní péče je mírnění bolesti. Pro sestry, je proto důležité umět včas rozpoznat přítomnost bolesti, zhodnotit ji a pro její zmírnění poskytnout kompetentní ošetrovatelskou péči (Schmidtová, 2011, s. 10).

Sestra by měla vědět, že bolest je součástí řady onemocnění a její smyslové vnímání nemůže být odděleno od vnímání bolesti na úrovni emocionální. Každý jedinec prožívá bolest individuálně. Dochází ke změnám chování, pacient může být podrážděný, úzkostný, pesimistický, vzteklý. Bolest může pro pacienta znamenat

omezení ve společenském životě a v aktivitách. Pacient se může cítit v takových situacích bezmocným a jeho stav se tak může ještě více zhoršovat (Raudenská, 2012, s. 27 – 29). Bolest má u pacienta v paliativní péči různé projevy. Fyzické příznaky, které často doprovázejí bolesti, mohou zahrnovat nevolnost, bolesti hlavy, závratě, slabost a únavu, ospalost, zácpu, průjem nebo pocení. Emoční účinky často zahrnují hněv, depresi, pláč, změny nálad, podrážděnost a pacient může být bolesti hnán až k sebevražedným myšlenkám. Pokud nejsou řešeny problémy psychické, emocionální nebo duchovní, výzkum Groena poukazuje na to, že bolest se může stát rezistentní na konvenční léčbu (Groen, 2007, s. 92 – 93).

Při bolesti sestra posuzuje více faktorů, patří mezi ně psychosociální a senzorké faktory, které vysvětlují příčinu a charakter bolesti. Pacient je vybízen k tomu, aby sestře popsal intenzitu, kvalitu, lokalizaci, dobu trvání bolesti a také, aby popsal faktory, které zhoršují nebo zmírňují jeho bolest (Schmidtová, 2011, s. 10). Na intenzitu bolesti v posledních týdnech a dnech života působí několik faktorů, které mohou mít za následek zvýšení bolesti nebo naopak její ustoupení. Mezi tyto faktory se řadí progrese nádoru, metabolické poruchy, komplikace imobility, nepravidelné užívání analgetik, způsobené zvracením, šatným polykáním, úzkost a strach z blížící se smrti, delirium a hyperalgezie (Sláma, 2007, s. 59). Dále sestra posuzuje faktory afektivní, mezi něž patří například hněv, depresivní nálada, úzkost, neschopnost soustředit se a náladovost. Dalšími faktory k posouzení jsou faktory kognitivní. Kognitivní faktory ukazují to, jak pacient bolest vnímá. Pacientovo přesvědčení a vědomosti o bolesti hrají v managementu bolesti v paliativní péči významnou úlohu. Postoj pacienta k bolesti je ovlivněný i předchozími zkušenostmi s ní. Co se týká behaviorálních faktorů, sestra si všímá a hodnotí verbální, i neverbální (křik, pláč, mimika, postavení těla, atd.) projevy

(Schmidtová, 2011, s. 10 – 11). Raudenská (2012, s. 28) ve své práci zmiňuje, že je potřeba zaměřit se na komunikační schopnosti umírajícího a jako další na tělesnou aktivitu, kterou jde lehce zaznamenat a změřit. Sestra nesmí opomenout také sociokulturní faktory, při nichž posuzuje věk, pohlaví, etnicitu, sociální podporu a spiritualitu pacienta. Sestra může v rámci upřesnění a identifikace bolesti použít také jednoduché nástroje jako je verbální škála bolesti, vizuální analogová škála nebo numerická škála. Jako další možnost se nabízí použití dotazníků bolesti (Schmidtová, 2011, s. 11). Čím více nemoc negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného a omezuje jeho soběstačnost, tím méně je přijatelná (Raudenská, 2012, s. 27). Při posuzování bolesti však může sestra narazit na mnoho překážek (Schmidtová, 2011, s. 10). Jednou z nich je přístup pacienta k bolesti. Existují pacienti, kteří svou bolest nejsou zvyklí dávat najevo a mají sklony k sociálnímu stažení. Příčinou takového chování je buď kultura, nebo výchova. Například muži, kteří byli v dětství vychovávaní v tom, že pláč u hochů je nepřijatelný se mohou v dospělosti jevit jako bezproblémoví pacienti. Také pacienti pocházející ze severní Evropy nebo Asie mají s proječováním bolesti problémy a je důležité, aby tyto skutečnosti měla sestra na paměti. Na druhé straně se sestra může setkat s emotivnějšími pacienty, pro které není problém se se svým bolestivým prožíváním svěřovat svému okolí. Takoví pacienti vyžadují sociální zájem a pozornost druhých, nechtějí být se svou bolestí sami, chtějí jí s někým sdílet (Raudenská et al., 2013, s. 38 – 39). Další bariéry, které brání optimálnímu posouzení a managementu bolesti, rozděluje Schmidtová na tři kategorie. Jako první lze uvést bariéru na straně zdravotnických profesionálů. Je důležité, aby měl zdravotnický personál dostatek vědomostí o hodnocení bolesti, o používání vhodných měřících nástrojů a byl schopen adekvátně hodnotit bolest. Může se vyskytnout bariéra na straně

zdravotnického systému, v případě nedostatečné kontroly zdravotnické dokumentace se zaměřením na posouzení bolesti. A v poslední řadě může jít o bariéry vzniklé na straně pacienta nebo jeho rodiny. Problém se může vyskytnout v oblasti komunikace se zdravotnickými pracovníky (Schmidtová, 2011, s. 10).

Sestra nemůže bolest léčit, ale její povinností je bolest u pacienta rozpoznat a podat informace lékaři, který zvolí vhodný léčebný postup. Sestra bolest u pacienta zmírňuje samostatně. Volí vhodnou komunikaci, zajišťuje vhodnou úlevovou polohu a ve spolupráci s lékařem mírní bolest pomocí farmakologických zásahů (Schmidtová, 2011, s. 11). Další možnou variantou vedoucí ke zmírnění bolesti je využití nefarmakologických aktivit. Některé z nich mohou mít menší riziko výskytu nežádoucích účinků než farmakologická léčba a nabízí terapie, které jsou více v souladu s kulturními nebo zdravotními přesvědčeními pacientů. Mezi tyto nefarmakologické aktivity se například řadí akupunktura. Z výzkumu zabývajícím se hledáním klinických zpráv nebo názorů, které hodnotily doplňkové a alternativní způsoby léčby bolesti, lze vyčíst, že akupunktura je účinným způsobem mírnění bolesti. U pacientů, kterým byla poskytnuta akupunktura, se snížila potřeba příjmu analgetik. Aktivitou, která využívá podobné principy jako akupunktura je akupresura. Velmi jednoduchou a účinnou aktivitou v léčbě bolesti je masáž. Jak vyplývá z výzkumu, masáž přinášela pacientům, hlavně mužům, okamžitou úlevu od bolesti, snížení úzkosti a pocity uvolnění. Často se ve spojení s masáží využívá aromaterapie, kterou se dá ovlivnit nebo změnit náladu nebo chování pacienta a tak navodit fyzickou, duševní a emocionální pohodu. Jako účinné se jeví také behaviorální a relaxační terapie. U pacientů, kteří přistoupili na tyto intervence, bylo hlášeno snížení bolesti (Pan et al., 2000, s. 375, 378 - 381). Další možnou terapií pro zmírnění bolesti je muzikoterapie. Výzkum Groena

podporuje využití muzikoterapie pro tlumení bolesti, ale také pro zvýšení pohodlí a jako dobrý prostředek k relaxaci (Groen, 2007, s. 93). Další možné alternativy v léčbě bolesti jsou psychoterapie a hypnóza. Z výzkumu Pan et al., vychází najevo, že psychoterapie má na snížení vnímání bolesti statistický významný vliv. Také hypnóza má na snížení bolesti vliv (Pan et al., 2000, s. 381 – 382). Další studie zabývající se tišením bolesti jinou cestou než farmakologickou, uvádí tišení bolesti cestou virtuální reality. Prostřednictvím počítačové techniky je pacient vtažen do virtuálního světa, který mu pomáhá odpoutat pozornost od vnímání bolesti. Výsledky hodnocení bolesti byly statisticky nižší u pacientů, kteří tento způsob tišení bolesti podstoupili. Rozsah snížení bolesti se však s opakovaným použitím virtuální reality nezmenšil (Hoffman et al., 2001, s. 229 – 234). V dotazníkovém šetření, kterého se zúčastnilo 83 respondentů z řad pacientů, 86% dotazovaných uvedlo, že má praktické zkušenosti s alternativní a doplňkovou léčbou bolesti, zbylých 14% tyto metody nikdy nevyzkoušelo. Nejvíce informací měli respondenti ohledně rehabilitace, dále následovaly masáže a nejméně znalostí měli respondenti o hypnóze a biofeedbacku. 85% respondentů, kteří těmito metodami léčby bolesti prošli, pocítovali díky těmto metodám úlevu od bolesti, u 15% respondentů, byla léčba bolesti spíše bez efektu (Škopová, Stráníková, 2010, s. 36).

V rámci hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči, bylo prostřednictvím testování dotazníku zjištěno, že mezi nejdůležitější potřeby pacientů na onkologickém oddělení jsou fyzické potřeby, zároveň je ale uvedli jako dostatečně naplněné (Bužgova et al., 2013, s. 631). Také Homolová (2009b, s. 324) uvádí dobrou úroveň tlumení bolesti, ale i dalších forem tělesného utrpení. Problém s bolestí se však může vyskytnout zejména u umírajících pacientů, kterým je poskytována péče v domácím prostředí, kdy je bolest špatně tišena nebo praktičtí

lékaři nejsou ochotni léky proti bolesti předepisovat. Umírající by měli cítit, že jsou symptomy jejich nemoci řešeny, že je mají odborníci pod kontrolou. Umírající nechtějí být v čase, kterého už nemají moc, navíc ještě omezování projevy jejich nemoci (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 407). Umírající hodnotící fyzické funkce negativně, jsou vystaveni většímu riziku vzniku deprese a úzkosti. Zároveň, pacienti, u kterých byla prokázána deprese a úzkost, měli horší úroveň fyzických funkcí. Cítili neklid, svírání žaludku a měli problémy s uvolněním se (Bužgová, Hajnová, Felzl, 2013, s. 117, 120).

Haškovcová (2007, s. 139) uvádí dva typy bolesti, fyzickou a psychickou. Dle Prokopa (2006, s. 24 – 33) je možno setkat se jak s bolestí fyzickou a psychickou, tak s bolestí sociální a spirituální. Pokud se zaměříme na bolest z fyzické stránky, občané České republiky se domnívají, že léčba bolesti v naší zemi je relativně dobrá. Zároveň ale, jejich největší obavy spojené s umíráním se týkají právě bolesti (Stem/Mark, 2011, s. 31). Stejně závažná jako bolest fyzická může být i bolest psychická. Psychická bolest by se dala rozdělit na dva okruhy. Obsahem jednoho okruhu jsou přirozené bolesti, jako jsou všechny obavy, smutky, nejistoty, stresy, pramenící z prožívání životních situací. Druhá oblast vychází z patologických stavů. Pacient má zkreslené vnímání, nevnímá realitu, má halucinace, iluze a právě tyto problémy a zkreslené představy mohou nemocnému přinášet úzkost a strach. Jak už zde bylo několikrát zmiňováno, člověk je bytost sociální a je pro něj velice důležitý kontakt nebo přítomnost druhých lidí. Pokud je toto pacientovi odíráno může se u něj dostavit sociální bolest. Častými příčinami odepření sociálního kontaktu jsou provozní důvody oddělení nebo nezájem příbuzných samotných. Nejhlubší bolestí je bolest duchovní. Mohou být zničeny pacientovy nejhlubší zásady, naděje, lásky, jistoty a smysl života. Tato bolest se projevuje velice individuálně. Někteří pacienti

mohou upadnout do deprese, beznaděje a ztrácí smysl svého života (Prokop, 2006, s. 25 – 30).

ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce je dát přehled o informacích týkajících se psychosociálních aspektů poskytování paliativní péče. Byly stanoveny tři cíle.

Prvním cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o psychosociálních potřebách v paliativní péči. V dohledaných článcích autoři seznamují s podstatou paliativní péče (Skála et al., 2011, s. 3 – 4) a pojmem potřeba (Nakonečný, 2003, s. 197 – 198; Staňková (2005, s. 13). Na posuzování potřeb umírajících se zaměřila řada autorů (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 404 – 405; Osse et al. In Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 405; McIlfatrick, 2006, s. 77 – 78). Bylo zjištěno, že ne všem umírajícím je poskytována adekvátní paliativní péče (Lo et al. 2008, s. 2699 – 2707; Bužgová, Sikorová, 2010, s. 47; Bužgová, 2011, s. 265 – 266). Umírající potřebují péči zaměřenou na oblast psychosociální, potřebují být informováni (Slováček, Slováčková, 2012, s. 13, 16; Prokop, 2006, s. 15 - 18, 22 - 23, Bužgová 2011, s. 268; Máchová, Macáková, rok, s. 137 – 143; Peters, Sellick, 2006, s. 524 – 533; Bužgová, Macháčková, 2012, s. 112; Kelnarová, 2007, s. 47 – 48; Nemčková, Tabáková, 2007, s. 37; Haškovcová, 2007, s. 32; Bužgová, Macháčková, Pražáková, 2013, s. 32, 36; Johnston, 2007, s. 377; Costello, 2006, s. 599). Navíc potřebují cítit, že je s nimi zacházeno s důstojností (Gallagher et al. 2008, s. 8 – 10; Cesta domů, 2004, s. 12 – 16; Wilson, Ingleton, Gott, Gardiner, 2013, s. 1 – 8) a potřebují mít a cítit podporu druhé osoby (Máchová, Sedláková, Tóthová, 2009, s. 334, 336 – 337; Dobříková, Olosová, 2007, s. 279; Stem/Mark, 2011, s. 31 – 32, 35; Homolová, 2009b, s. 326; Dolista, 2007, s. 266). Pečujícím osobám však vzniklou situací hrozí zhoršení kvality života (Homolová, 2009a, s. 328 – 329, Dolista, 2007, s. 265 – 268, Šeflerová, Žiaková, 2011, s. 154; Peter

et al., 2006, s. 524 - 531; Soósová, Sušinková, Cenkerová, 2013, s. 624, 626), což se může odrazit v kvalitě péče o umírajícího (Bužgová, Macháčková, Pražáková, 2013, s. 30, 33 – 34, 36).

První cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhým cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o depresi, úzkosti a strachu ze smrti. Autoři článku uvádí, že deprese, úzkost a strach ze smrti se u umírajících pacientů běžně vyskytuje (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 121 – 122; Bužgová, Hajnová, Feltl, 2013, s. 117; Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 308; Spencer et al., 2010, s. 1810). Tyto psychické stavy mohou umírajícího negativně ovlivnit (Hanisková, Krajčík, 2006, s. 37; Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 307 - 308; Miovic, Block, 2007, s. 1668; Bužgová, Hajnová, Feltl, 2013, s. 119; Raudenská, Javůrková, 2011, s. 122; Spencer et al., 2010, s. 1818). Autoři uvádí, že v souvislosti s touto problematikou je pro umírajícího důležitá podpora v duchovní oblasti (Bužgová, Hajnová, Feltl, 2013, s. 117; Dobříková, Olosová, 2007, s. 278 – 279; McClain, Rosenfeld, Breintbart, 2003, s. 1603 – 1607; Kandasamy et al., 2011, s. 55). Sestry by měly být schopny úzkost a depresi rozpoznat a znát intervence, které by umírajícímu pomohly (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 30; Kisvetrová, 2012, s. 24, 29; Kisvetrová, 2011, s. 326 – 327; Hanisková, Krajčík, 2006, s. 37; Raudenská, Javůrková, 2011, s. 125 – 126; Bužgová, 2011, s. 268, 273; Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 408; Johnston, Smith, 2006, s. 701 – 706; Bužgová, Hajnová, Sikorová, Kozáková, 2013, s. 630; Mok, Chiu, 2004, s. 475, Reinert, Koenig, 2013, s. 2631; Leeuwen, Cusveller, 2004, s. 234). Je důležité, aby sestra měla problematiku smrti ve vztahu k vlastnímu umírání vyřešenou (Bužgová, 2010, s. 265 - 266) a byla v této oblasti proškolená (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 124; Kisvetrová, 2011, s. 328).

Druhý cíl bakalářské práce byl splněn.

Třetím cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o zvládání bolesti v paliativní péči. Autoři se shodují na tom, že bolest má na kvalitu života v paliativní péči velký vliv (Stem/Mark, 2011, s. 31; Schmidtová, 2011, s. 10; Miaskowski et al., 2006, s. 79 – 88; Chui et al., 2009, s. 1865). Sestra by proto měla umět bolest identifikovat (Raudenská, 2012, s. 27 – 29; Groen, 2007, s. 92 – 93; Schmidtová, 2011, s. 10 - 11, Sláma 2007, s. 59, Raudenská et al., 2013, s. 38 – 39) a znát intervence k využití mírnění bolesti (Pan et al., 2000, s. 375, 378 – 382; Groen 2007, s. 93; Hoffman et al., 2001, s. 229 – 234; Škopová, Stráníková, 2010, s. 36). V článcích se objevuje zjištění, že bolest je tlumena dostatečně (Bužgova et al., 2013, s. 631; Homolová, 2009, s. 324), problém však může být u pacientů v domácím prostředí (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 407). Kromě bolesti fyzické, je možno se setkat také s bolestí psychickou, sociální a spirituální (Haškovcová, 2007, s. 139; Prokop, 2006, s. 24 – 33).

Třetí cíl bakalářské práce byl splněn.

Význam využití pro teorii a praxi

Prostřednictvím této bakalářské práce je možno uvědomit si, že poskytování kvalitní paliativní péče, je hlavně v nemocničním prostředí nedostatečné. Proto by se nemocnice v oblasti péče o umírající mohly více inspirovat péčí, poskytovanou v hospicích, což by mělo pozitivní vliv na redukci úzkosti a strachu a také by se snížil počet umírajících, kterým je nedostatečně tišena bolest. Pro zkvalitnění paliativní péče je také důležité mít v této oblasti péče vyškolené profesionály.

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

BUŽGOVÁ, Radka. 2010. Měření úzkosti a strachu ze smrti u studentek ošetrovatelství. *Kontakt* [online]. 2010, **12**(3), 264 – 271. [cit. 3. 4. 2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423132452927593.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka. 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt* [online]. 2011, **13**(3), 265-274. [cit. 28. 1. 2014]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214103906469970.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka, HAJNOVÁ, Erika, FELTL, David. 2013. Výskyt úzkosti a deprese u pacientů v paliativní péči při hospitalizaci na onkologickém oddělení: Pilotní studie. *Psychiatrie* [online]. 2013, **17**(3), 117-121. [cit. 28. 1. 2014]. ISSN 1211-7579. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2013/03/02_buzgova.pdf

BUŽGOVÁ, Radka, HAJNOVÁ, Erika, SIKOROVÁ, Lucie, KOZÁKOVÁ, Radka. 2013. Pilotní testování dotazníku PNAP „hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ na onkologickém oddělení. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, **4**(3), 628-633. [cit. 26. 3. 2014]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5_buzgova_kol.pdf

BUŽGOVÁ, Radka, MACHÁČKOVÁ, Gabriela. 2012. Hodnocení potřeb terminálně nemocných v domácí péči: pilotní studie. *Praktický lékař* [online]. 2012, **92**(2), 111-116. [cit. 7. 1. 2014]. ISSN 1805-4544. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fdad178e-1dc2-472b-ba2b-c96c39fb6562%40sessionmgr198&vid=1&hid=127>

BUŽGOVÁ, Radka, MACHÁČKOVÁ, Gabriela, PRAŽÁKOVÁ, Věra. 2013. Hodnocení potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči. *Kontakt* [online]. 2013, 9(1), 29-37. [cit. 25. 3. 2014]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130321141752728579.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka, SIKOROVÁ, Lucie. 2010. Vliv specializované paliativní péče na hodnocení potřeb a kvalitu života pacientů. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, 1(2), 43-47. [cit. 28. 1. 2014]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-02/7_buzgova.pdf

BUŽGOVÁ, Radka, ZELENÍKOVÁ, Renáta. 2012. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, 3(2), 404–414. [cit. 28. 1. 2014]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/6_buzgova.pdf

CESTA DOMŮ. 2004. *Respektování lidské důstojnosti, Příručka pro odbornou výuku, výchovu, a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů* [online]. Praha: Hospicové sdružení Cesta domů. [cit. 21. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>

COSTELLO, J. 2006. Dying well: nurses' experiences of good and bad deaths in hospital. *Journal of advanced nursing* [online]. 2006, 54(5), 594-601. [cit. 7. 1.

2014]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03867.x/pdf>

DOBRÍKOVÁ, Patricia, OLOSOVÁ, Jana. 2007. Kvalita života hospitalizovaných pacientov s infaustnou prognózou. *Kontakt* [online]. 2007, **9**(2), 277-283. [cit. 15. 2.

2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: [http://casopis-](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120329173833133624.pdf)

[zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120329173833133624.pdf](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120329173833133624.pdf)

DOLISTA, Josef. 2007. Problematika péče o staré a umírající rodiče. *Kontakt* [online]. 2007, **9**(2), 264-269. [cit. 15. 2. 2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z:

[http://casopis-](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327121842228789.pdf)

[zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327121842228789.pdf](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327121842228789.pdf)

GALLAGHER, A., LI, S., WAINWRIGHT, P., JONES I. R., LEE, D. 2008. Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing* [online]. 2008, **7**(11), 1-12. [cit. 10. 3. 2014]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-7-11.pdf>

GROEN, K. M. 2007. Pain assessment and management in end of life care: a survey of assessment and treatment practices of hospice music therapy and nursing Professional. *Journal of Music Therapy* [online]. 2007, **44**(2), 90 – 112. [cit. 9. 4.

2014]. ISSN 0022 – 2917. Dostupné z:

<http://search.proquest.com/docview/223549797/fulltextPDF/5A7556D5DE974BE0PQ/2?accountid=16730>

HANISKOVÁ, T., KRAJČÍK, Š. 2006. Paliatívna medicína – depresia, anxieta a delirium. *Geriatrics* [online]. 2006, **12**(1), 36 – 41. [cit. 3. 4. 2014]. ISSN 1335 –

1850. Dostupné z: <http://www.geriatrics.sk/files/geriatrics2006-1.pdf>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HOFFMAN, H. G., PATTERSON, D. CARROUGHER, G. J., SHARAR, S. R. 2001. Effectiveness of virtual reality – based pain control with multiple treatments. *The Clinical Journal of Pain* [online]. 2001, **17**(3), 229 – 235. [cit. 11. 4. 2014]. ISSN – 1526-5900. Dostupné z: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HBMHFPEPBKDDHLBNNCKMKEOBDOAKAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.19.20%257c0%257c000>

HOMOLOVÁ, Mária. 2009a. Postoje moderného človeka k zomieraniu a smrti. *Kontakt* [online]. 2009, **11**(2), 328-332. [cit. 15. 2. 2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330112033339525.pdf>

HOMOLOVÁ, Mária. 2009b. Zomieranie a kvalita zabezpečovania potrieb zomierajúcich. *Kontakt* [online]. 2009, **11**(2), 320-327. [cit. 6. 3. 2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: http://www.zsf.jcu.cz/cs/dekanat/edicni-a-distribucni-cinnost/import/periodika/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt_2009/2-2009/zomieranie-a-kvalita-zabezpecovania-potrieb-zomierajucich-full

CHUI, Y. Y., KUAN, H. Y., FU I. C. Y., LIU, R. K. Y., SHAM, M. K., LAU, K. S. 2009. Factors associated with lower quality of life among patients receiving paliative care. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2009, **65**(9), 1860-1871. [cit.

7. 1. 2014]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05051.x/pdf>

JOHNSTON, B., SMITH, L. N. 2006. Nurse' and patients' perceptions of expert paliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2006, **54**(6), 700-709. [cit. 7. 1. 2014]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x/pdf>

JOHNSTON, G. 2007. Sociální smrt. Důsledky zdlouhavého umírání. In: BUŽGOVÁ, Radka. 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt* [online]. 2011, **13**(3), 265-274. [cit. 28. 1. 2014]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214103906469970.pdf>

KALVACH, Zdeněk, MAREŠ, Jan, PRUDKÝ, Libor, PTÁČEK, Ondřej, SLÁMA, Ondřej, ŠPINKOVÁ, Martina, ŠPINKA, Štěpán. 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)* [online]. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů. [cit. 21. 4. 2014]. ISBN 80-239-2832-5. Dostupné z:
<http://www.umirani.cz/res/data/010/001130.pdf>

KANDASAMY, A., CHATURVEDI, S. K., DESAI, G. 2011. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal of Cancer* [online]. 2011, **48**(1), 55-59. [cit. 28. 1. 2014]. ISSN 0019-509X. Dostupné z: http://www.indiancancer.com/temp/IndianJournalofCancer48155-2095213_054912.pdf

KELNAROVÁ, Jarmila. 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2

KISVETROVÁ, Helena. 2011. Identifikace úzkosti ze smrti jako ošetrovatelského problému pacientů v domácí péči. In *Sborník z mezinárodní konference, Jihlavské zdravotnické dny* [online]. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, s. 324 – 330 [cit. 7. 4. 2014]. ISBN 978-80-87035-37-5. Dostupné z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf

KISVETROVÁ, Helena. 2012. Ošetrovatelská diagnóza „úzkost ze smrti“ v české ošetrovatelské praxi. *Kontakt* [online]. 2012, **14**(1), 21-29. [cit. 15. 2. 2014]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120424113625855035.pdf>

KISVETROVÁ, Helena, KUTNOHORSKÁ, Jana. 2011. Filozofické a psychologické aspekty fenoménu úzkosti ze smrti v paliativním ošetrovatelství. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. 2011, **4**(1), 28 – 30. [cit. 3. 4. 2014]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5030&magazine_id=13

LEEUEWEN, René van, CUSVELLER, Bart. 2004. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2004, **48**(3), 234-246. [cit. 7. 1. 2014]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x/pdf>

LO, S. F., HU, W. Y., HAYTER, M., CHANG, S. Ch., HSU, M. Y., WU, L. Y. 2008. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *Journal of clinical nursing* [online]. 2008, **17**(20), 2699-2708. [cit. 28. 1. 2014]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02482.x/pdf>

Machová A., Macáková J. Komparace poskytování paliativní péče v nemocnici a hospici z pohledu sester a rodinných příslušníků [online]. [cit. 7. 1. 2014]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Janka/Downloads/19%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Janka/Downloads/19%20(4).pdf)

MACHOVÁ, Alena, SEDLÁKOVÁ, Gabriela, TÓTHOVÁ, Valérie. 2009. Využití teorie pokojného konce života v komunitní péči. *Kontakt* [online]. 2009, **11**(2), 333-338. [cit. 4. 2. 2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330112252726481.pdf>

MCCLAIN, C. S., ROSENFELD, B., BREITBART, W. 2003. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet* [online]. 2003, **361**(10), 1603-1607. [cit. 14. 3. 2014]. ISSN – 0140-6736. Dostupné z: http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673603133107.pdf?id=eaRyKeBExj1ya_0P6-su

MCILFATRICK, S. 2006. Assessing paliative care needs: views of patients, informal carers and healthcare professionals. *Journal of advanced nursing* [online]. 2006, **57**(1), 77-86. [cit. 7. 1. 2014]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04062.x/pdf>

MIASKOWSKI, Ch., COOPER, B. A., PAUL S. M., DODD, M., LEE, K., AOUIZERAT, B. E., WEST, C., CHO, M., BANK, A. 2006. Subgroups of patients with cancer with different symptom experiences and quality-of-life outcomes: A cluster analysis. *Oncology nursing forum* [online]. 2006, **33**(5), 79-89. [cit. 27.1. 2014]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://ons.metapress.com/content/45j041752130j582/fulltext.pdf>

MIOVIC, M., BLOCK, S. 2007. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* [online]. 2007, **110**(8), 1665 – 1676. [cit. 7. 4. 2014]. ISSN 1097-0142. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.22980/pdf>

MOK, Esther, CHIU, Pui Chi. 2004. Nurse-patient relationships in paliative care. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2004, **48**(5), 475-483. [cit. 7. 1. 2014]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x/pdf>

NAKONEČNÝ, Milan. 2003. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.

NEMČEKOVÁ, Mária, TABAKOVÁ, Mária. 2007. Etická reflexia problémov domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. *Kontakt* [online]. 2007, **9**(1), 32-41. [cit. 25. 3. 2014]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327095812925082.pdf>

OSSE, B. et al. 2007. A practical instrument to explore patients‘ needs in palliative care: the problems and needs in palliative care questionnaire – short version. In: BUŽGOVÁ, Radka, ZELENÍKOVÁ, Renáta. 2012. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, **3**(2), 404–414. [cit. 28. 1. 2014]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/6_buzgova.pdf

PAN, C. X., MORRISON, R. S., NESS, J., FUGH-BERMAN, A., LEIPZIG, R. M. 2000. Complementary and alternative medicine in the management of pain,

dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life: a systematic review. *Journal of pain and symptom management* [online]. 2000, **20**(5), 374 – 387. [cit. 11. 4. 2014]. doi: 10.1016/S0885-3924(00)00190-1. Dostupné z: <http://ac.els-cdn.com/S0885392400001901/1-s2.0-S0885392400001901>

[main.pdf?_tid=7f1fc1ca-c58e-11e3-bf16-](http://ac.els-cdn.com/S0885392400001901/1-s2.0-S0885392400001901/main.pdf?_tid=7f1fc1ca-c58e-11e3-bf16-00000aacb360&acdnat=1397670336_b390ccf327360f3c1fbc328c9dbab4d9)

[00000aacb360&acdnat=1397670336_b390ccf327360f3c1fbc328c9dbab4d9](http://ac.els-cdn.com/S0885392400001901/1-s2.0-S0885392400001901/main.pdf?_tid=7f1fc1ca-c58e-11e3-bf16-00000aacb360&acdnat=1397670336_b390ccf327360f3c1fbc328c9dbab4d9)

PETERS, L., SELICK, K. 2006. Quality of life of cancer patient receiving inpatient and home-based paliative care. *Journal of advanced nursing* [online]. 2006, **53**(5), 524-533. [cit. 14. 1. 2014]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03754.x/pdf>

PROKOP, Jiří. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno, 2006. s. 142. Disertační práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Ústav lékařské etiky. [cit. 16. 12. 2013]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/21938/lf_d/Mgr.pdf

PROKOP, Jiří, 2009. Specifika přístupu k pacientovi s paliativní léčbou. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2009, **2**(1), 20 – 23. [cit. 11. 4. 2014]. ISSN 1337-6896. Dostupné z:

http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3791&magazine_id=13

RAUDENSKÁ, Jaroslava. 2012. Biopsychosociální model chronické nenádorové bolesti. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2012, **5**(1), 27-29. [cit. 4. 2. 2014]. ISSN 1337-6896. Dostupné z:

http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5715&magazine_id=13

RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. 2011. Strach ze smrti u dospělých umírajících pacientů v terminální fázi onkologického onemocnění. *Sociální studia* [online]. 2011, **8**(2), 121 – 133. [cit. 3. 4. 2014]. ISSN 1214-813X.

Dostupné

z:

http://socstudia.fss.muni.cz/sites/default/files/Raudensk%C3%A1_7.pdf

RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena, KOZÁK, Jiří. 2013. Kognitivně-behaviorální terapie u umírajících onkologických pacientů. *Onkologie* [online]. 2013, **7**(6), 307 – 309. [cit. 7. 4. 2014]. ISSN 1803-5345. Dostupné z:

<http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2013/06/10.pdf>

RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Andrea, KOZÁK, Jiří, KAMENIŠŤÁK, Roman, JIRKOVSKÝ, Daniel, AMLEROVÁ, Jana. 2013. Kulturní aspekty zvládnání nádorové bolesti. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2013, **6**(2), 38 – 40. [cit. 7. 4. 2014]. ISSN 1337-6896. Dostupné z:

<http://www.solen.sk/pdf/acdb8c55620c4a521a4efe0e0dfd4ea3.pdf>

REINERT, K. G., KOENIG, H. G. 2013. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2013, **69**(12), 2622-2634. [cit. 7. 1. 2014]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12152/pdf>

SCHMIDTOVÁ, Zuzana. 2011. Bolesť v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. *Diagnóza* [online]. 2011, **7**(6), 10 – 11. [cit. 7. 4. 2014]. ISSN 1801-1349. Dostupné z: http://www.promediamotion.cz/wp-content/uploads/2013/02/DG_06_2011.pdf

SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří, KABELKA, Ladislav. 2011. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. *Společnost*

všeobecného lékařství ČLS JEP [online]. 2011, s. 1 – 20. [cit. 15. 1. 2014]. ISBN 978-80-86998-51-0. Dostupné z:

http://www.vpl.sk/files/file/dp/2003_2007/paliativni_pece_2011.pdf

SLÁMA, Ondřej. 2007. Mírnění bolesti u umírajících nemocných. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2007, **21**(2), 59 – 61. [cit. 7. 4. 2014]. ISSN 1803-5353. Dostupné z:

<http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2007/02/03.pdf>

SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita. 2012. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2012, **5**(1), 13 – 17. [cit. 4. 2. 2014]. ISSN 1337-6896. Dostupné z:

http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5711&magazine_id=13

SOÓSOVÁ SOVÁRIOVÁ, Mária, SUŠINKOVÁ, Jana, CENKNEROVÁ, Mária, 2013. Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, **4**(3), 622-627. [cit. 16. 2. 2014].

ISSN 1804-2740. Dostupné z:

http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/4_sovariova_kol.pdf

SPENCER, R., NILSSON, M., WRIGHT, A., PIRL, W., PRIGERSON, H. 2010. Anxiety disorders in advanced cancer patients. *Cancer* [online]. 2010, **116**(7), 1810 – 1819. [cit. 7. 4. 2014]. ISSN 1097-0142. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.24954/pdf>

STAŇKOVÁ, Marta. 2005. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 8024608456.

STEM/MARK. 2011. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné* [online]. [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z:

<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>

ŠERFELOVÁ, Radka, ŽIAKOVÁ, Katarína. 2011. Kvalita života opatřovatelů v procese starostlivosti o zomierajúceho. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, **2**(1), 152-156. [cit. 16. 2. 2014]. ISSN 1804-2740. Dostupné z:

<http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011->

[01/2_serfelova_ziakova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-01/2_serfelova_ziakova.pdf)

ŠKOPOVÁ, P., STRÁNÍKOVÁ, J. 2010. Alternativní a doplňkové způsoby léčby bolesti a jejich využití v praxi. *Bolest* [online]. 2010, **13**(suppl 1), 36. [cit. 11. 4. 2014]. ISSN 1212-6861. Dostupné z:

http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2010/suppl_01/04_abstrakta_bolest_suppl

[_1_10_web_zabezp.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2010/suppl_01/04_abstrakta_bolest_suppl_1_10_web_zabezp.pdf)

WILSON, F., INGLETON, Ch., GOTT, M., GARDINER, C.. 2013. Autonomy and choice in paliative care: time for a new model?. *Journal of advanced nursing* [online]. 2013, **00**(0), 1-10. [cit. 7. 1. 2014]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12267/pdf>