

Kvalita péče o pacienta v terminální fázi onemocnění

Dana Musilová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dana Musilová**

Osobní číslo: **H13877**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita péče o pacienta v terminální fázi onemocnění**

Zásady pro vypracování:

Studium literatury.

Vymezení pojmů v oblasti terminální fáze onemocnění.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu metodou dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení získaných dat.

Interpretace a shrnutí výsledků šetření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

STUDENT, Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. 2., überarb. Aufl. München [u.a.]: Reinhardt, 2007. ISBN 9783825225476.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 22. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 8. 4. 2016

D. Musilová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je vyhodnotit názory nelékařského zdravotnického personálu na kvalitu poskytované paliativní péče nevléčitelně nemocným pacientům na interním oddělení a v léčebně dlouhodobě nemocných Krajské nemocnice T. Bati, a. s., ve Zlíně. Přestože se kapacita hospicových lůžek rozrůstá, umírá na těchto nemocničních odděleních stále velký počet nevléčitelně nemocných pacientů.

Teoretická část je zaměřena na definování pojmů, praktická část se věnuje kvantitativnímu výzkumu, výběru výzkumného vzorku, provedení samotného šetření, zpracování výsledků a závěrečnému vyhodnocení.

Klíčová slova: pacient, terminální stav, umírání, paliativní péče, nevléčitelná nemoc

ABSTRACT

The object of the bachelor thesis is to evaluate views of paramedical staff on quality of patient care in the terminal stage of illness in internal department and in department of long-term care in Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Zlín. Although the capacity of hospice's beds incessantly grows, in these hospital departments still die high number of patients in the terminal stage of illness.

The theoretical part is aimed to defining of terms, the practical part is concerned with quantity research, choice of sample for research, take a research, processing of results and final evaluation.

Keywords: patient, terminal stage, dying, palliative care, incurable illness

Ráda bych poděkovala doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, CSc., za odborné vedení, trpělivost a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji také všem zúčastněným respondentům za jejich čas a ochotu.

Velký dík patří mé rodině za velkou podporu v průběhu studia.

„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“

Platón

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	12
1.1 MÍSTO UMÍRÁNÍ.....	12
1.2 DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ.....	14
2 NEMOC	16
2.1 NEVYLÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ	16
2.1.1 Terminální stav.....	16
2.2 PACIENT A HOSPITALIZACE.....	18
2.2.1 Komunikace s pacientem	18
2.2.2 Komunikace s rodinou pacienta	19
3 PALIATIVNÍ PÉČE	21
3.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE	22
3.2 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	22
3.3 POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	23
3.3.1 Domácí paliativní péče – mobilní hospice.....	24
3.3.1 Hospice.....	24
3.3.2 Nemocniční lůžková oddělení.....	25
3.3.2.1 Léčebna dlouhodobě nemocných.....	27
3.3.2.2 Interní lůžkové oddělení	28
3.4 POJETÍ KVALITY V PALIATIVNÍ PÉČI.....	28
3.5 SYNDROM VYHOŘENÍ	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	33
4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE	33
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
4.3 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKA SBĚRU DAT	34
4.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	34
5 VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT	35
6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	49
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	57
SEZNAM GRAFŮ	58
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

Péče o umírající se v průběhu minulého století pozvolna přesunula z domácího prostředí za zdi nemocničních ústavů. Z konečné etapy lidského života se vytratil kontakt s blízkými příbuznými, umírání se postupně změnilo v tabu. Umírající člověk bývá často umístěn do zařízení, kde je mu poskytnuta pouze základní zdravotnická péče, prostředky od bolesti, ale chybí blízkost a podpora rodiny. Člověk, který trpí lékařsky nevléčitelnou nemocí, se potýká s nepříjemnými projevy, které těžká nemoc přináší, strádá po stránce tělesné, sociální, duševní, klesá kvalita jeho života, upadá do apatie, uzavírá se do sebe, bojuje sám se sebou i širokým okolím. Přichází deprese, stísněnost, agrese a obavy, jak nemocný příchod smrti zvládne.

V posledních letech napomáhá vytěsnit mýty o umírání plném bolesti, osamění a neporozumění rozšiřující se medicínský obor, a to paliativní medicína. Není to jen pasivní přihlížení na umírajícího člověka, ale aktivní a na kvalitu končícího života orientovaná péče, která umožňuje dožít hodnotný život v oblasti životních podmínek, rodinných vztahů, a respektuje kulturní a komunikační zvyklosti. Její prioritní úlohou je jak odstranění nepříjemných doprovodných symptomů a zachování vysoké kvality života klientů v terminálním stádiu, tak navázání úzkého kontaktu mezi rodinou a umírajícím. V této fázi je paliativní péče záslužná dostatečným množstvím utišujících prostředků, neustálou blízkostí, sounáležitostí, pochopením a úctou, kterou klientovi poskytuje ošetřující personál a rodinní příslušníci.

Terminální stav přichází s progresí nevléčitelné nemoci pacienta a navazuje na komplexní symptomatickou léčbu. Člověka prožívajícího závěrečnou část svého života čeká nesnadný úkol vyrovnat se s obtížemi a těžkostmi z blížícího se konce. Trpí zvýšenými úzkostmi, depresemi, bolestí, strachem z opuštění, izolace, přestává komunikovat, cítí se nepotřebný a nadbytečný, obává se ztráty důstojnosti. Pro tyto pacienty je nesmírně důležité, aby i vzhledem ke gradujícímu onemocnění nebyli stranou zájmu zdravotnického personálu, příbuzných a blízkých, aby se necítili vytěsněni do neosobního prostředí a měli povědomí o zmírnění bolesti, tělesných a duševních obtíží. Prožít pokojně poslední dny života může umírajícímu poskytnout kvalitní paliativní péče.

Tato bakalářská práce je zaměřena na péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci, dále na to, jaké názory na kvalitu poskytované paliativní péče v konečné fázi života nemocného má nelékařský zdravotnický personál v léčebně dlouhodobě nemocných a na interním lůžkovém oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s., ve Zlíně. Péče o klienta v terminální fázi nemoci

by měla být zacílena především na důstojnou a hodnotnou péči v posledních dnech jeho života, což je vyčerpávající práce po fyzické i psychické stránce a vyžaduje dostatek času, energie, pozornosti a respektu ošetřujícího personálu. Přesvědčila jsem se o tom na základě vlastních zkušeností při práci na interním oddělení a také v průběhu povinné školní praxe.

Teoretická část práce je zaměřena na objasnění pojmů, jako je paliativní péče, terminální stav, umírání, syndrom vyhoření, hospice a lůžková nemocniční oddělení. Praktická část popisuje výsledky kvantitativního výzkumu provedeného formou dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření bylo prováděno v léčebně dlouhodobě nemocných a na interním oddělení KNTB, a. s. ve Zlíně. Interní klinika byla zapojena do šetření z toho důvodu, že jsou tato oddělení zdravotním stavem svých hospitalizovaných klientů velmi podobná právě léčebnám dlouhodobě nemocných. Vzhledem ke stále se zvyšujícímu průměrnému věku populace jsou zde hospitalizováni především senioři a řada z nich zde také prožívá svůj závěr života. Proto je tady poskytování paliativní péče nezbytné a velmi časté. Typickým místem zaměřeným na paliativní péči je onkologické oddělení. Zdravotnický personál na tomto oddělení by měl mít speciální vzdělání a praktické zkušenosti pro poskytování paliativní péče svým klientům. Jedná se tedy o paliativní péči specializovanou. Náš průzkum je zaměřen výhradně na paliativní péči obecnou, tedy takovou, která by měla být prováděna na každém zdravotnickém oddělení v rámci rutinních úkonů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

„Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua“ (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 435). Ale jak podotýká Kutnohorská (2007, s. 77), „čas umírání nemusí být čekáním na smrt, může být dobou, ve které se usiluje o hodnoty vztahové, o to, co je každému člověku drahé během života.“

Umírání je poslední a nejtěžší fází života. V porovnání s minulostí, kdy se lidé nedoživali vysokého věku, současná generace smrt vnímá jako tabu, odmítá ji, chápe závěr života a umírání jako krizi, kterou je obtížné zvládnout. Dřívější generace byly srozuměny se smrtí mnohem více, než dnešní, běžně se s ní setkávaly a umírání bylo přirozenou součástí života. V určitém slova smyslu pro ně bylo samozřejmostí zemřít než žít, umírání bylo relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy, „lapidárně se dá říct, že lidé krátce stonali a rychle umírali“ (Haškovcová, 2007, s. 24).

Nyní, v době pokročilé moderní medicíny, profesionálové v lékařských oborech i příbuzní umírajícího často vnímají smrt nemocného pacienta jako prohru, nezvládnutí situace, zklamání, selhání, neschopnost pomoci. Charakteristické pro moderní medicínu je, že bojuje o život každého člověka. Pro moderního člověka je samozřejmostí žít dlouho a tak snaha vítězit nad smrtí přivedla většinu odborné i laické veřejnosti k jejímu tabuizování. Smrt nelze vnímat jako nutný a nepatřičný fenomén, nehodící se do našeho života, pocity viny a prohry nejsou na místě, protože smrt patří do života stejně jako zrození (Haškovcová, 2007). „Každé umírání znamená loučení se se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád. Bylo by určitě dobré, kdyby toto rozloučení proběhlo důstojně a umírající se stačil připravit na poslední cestu“ (Kutnohorská, 2007, s. 71).

Moderní umírání se spíše brání strachu z umírání než myšlence na smrt, umírání je také vyděleno ze všedního života. Poslední část životní cesty může být bezpochyby velice skličující, ale také může přinést naplnění (Student, 2007).

1.1 Místo umírání

S rozvojem medicíny, léčebnými úspěchy a četnými objevy vzrostla důvěra lidí ve zdravotnická zařízení a péči zdravotníků, nemocní jsou hospitalizováni v léčebnách dlouhodobě nemocných a v případě nevléčitelné choroby zde většinou umírají. Jen málo pacientů se dostane do domácího nebo hospicového léčení. Pokrok medicíny společně se změnou modelu

rodiny a eliminací sociálních vztahů v průběhu minulého století způsobil změnu místa, kde lidé dříve běžně umírali – tedy v domácím prostředí. V důsledku společenských socioekonomických změn se tradiční vícegenerační soužití vytratilo, ubyla ochota a možnost se postarat o těžce nemocného, umírajícího příbuzného.

O umírání doma panuje řada mýtů a nejistot, jestli jsme schopni zajistit dobrou péči, zda nezanedbáme něco podstatného, zda to budeme umět, budeme-li mít dost sil, zvládneme-li pohled na zuboženého umírajícího. Otázky jsou ale zbytečné, protože v naprosté většině případů je pro umírajícího nejdůležitější právě to, že není mezi cizími lidmi a v cizím prostředí, ale v láskyplné péči svých nejbližších. V časnějších stádiích nemoci není neustálá přítomnost pečujících členů rodiny nezbytná, s blížícím se koncem života je nutné, aby umírající nebyl sám, aby mu rodina s pomocí odborníků v paliativní péči nebo personálu hospice umožnila zemřít bez bolesti a důstojně. Situací, kdy je opravdu nutná hospitalizace je minimum, ale často k ní dochází z důvodu, že rodina péči doma o blízkého umírajícího zvládá s velkými obtížemi nebo vůbec (Skála, 2011).

Jak uvádí Haškovcová, umírání doma mělo a má svá nepřehlédnutelná pozitiva, umírající se necítí opuštěný, není v cizím prostředí, starají se o něho ti, kteří ho milují. Dřívější domácí model umírání usnadňovala víra a účast kněze. Přítomnost u umírajícího znamenala, že se každý v průběhu svého života opakovaně setkal s umírajícím a mrtvým tělem. Příbuzní pak sami tělo umyli a oblekli (Haškovcová, 2007). „Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka“ (Haškovcová, 2007, s. 28).

„A tak se stalo, co důvěrně známe: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně tak jako on pro ně, cizí lidé. Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v pochopitelné naději, že vítězná medicína zabrání smrti, nebo zajistí důstojný odchod ze života. O to první se vítězná medicína snaží za každou cenu, v tom druhém selhává“ (Haškovcová, 2007, s. 31).

V okamžiku, kdy léčba závažného onemocnění selhala a medicína vyčerpala všechny možnosti, přichází otázka, kdo má umírajícímu pomáhat nyní. Společnost odsunuje umírajícího do zdravotně-sociálních zařízení mimo domov, ale tam je opět odsunut do ústraní. Dnešnímu institucionálnímu modelu umírání je připisována řada stinných stránek, jako je chladná a odtažitá profesionální péče. Je patrné, že taková péče nemůže zajistit důstojný model umírání a návrat k tradičnímu domácímu modelu se zdá vzhledem k hodnotám dnešní společnosti

značně nereálný. Umírajícímu je poskytována potřebná základní péče, ale zůstává sám. V současné době se již apeluje na hledání různých alternativ pro umírání: posílit hospicovou péči, zajistit kvalitní odbornou péči umírajícímu v domácím prostředí, přijmout umírajícího a jeho rodinu do nemocnice nebo kombinaci obou předchozích variant (Kutnohorská, 2007).

Sláma (2013, in Bužgová, 2015, s. 23) uvádí, že „nejvíce osob v ČR zemřelo v nemocnici (58 280 pacientů, 58 % ze všech úmrtí) a v léčebně dlouhodobě nemocných (8 279 pacientů, 9 % ze všech úmrtí). V domácím prostředí nastalo 21 % úmrtí. Jedná se o většinou náhlá, nečekaná úmrtí, kdy pacient umírá před příjezdem služby rychlé lékařské pomoci. Podle kvalifikovaného odhadu je pouze asi 5-10 % úmrtí v domácím prostředí očekávaných.“

Vysoký počet pacientů umírajících v nemocnici není častý pouze v naší republice, podobné procento jako v České republice je např. ve Velké Británii. Ze 45 vyspělých zemí, ve kterých organizace (NHPCO) National Hospice and Palliative Care Organization prováděla studii o místu úmrtí, zaujímá Česká republika v počtu úmrtí v nemocnici 11. místo za Japonskem, Brazílií, Maltou, Koreou, Botswanou, Walesem, Švédskem, Portugalskem, Španělskem a Kanadou (Bužgová, 2015).

1.2 Důstojné umírání

Všichni máme nárok nejen lidsky a důstojně žít, ale lidsky a důstojně zemřít. Za důstojné umírání se obecně pokládá citlivý přístup okolí, mírnění bolestí, empatická komunikace a důstojné zacházení, ale především přítomnost blízké osoby v posledních chvílích života. Na samotný okamžik smrti se připravit nedá, ale na umírání ano.

„Důstojná smrt je považována za vážnou chvíli a právě ona vážnost má mít doprovodné a zřetelně čitelné atributy. Není náhodné, že každá vážná situace má svůj ustálený rituál, a to i tehdy, když se jedná o akt, který je ve svém důsledku šťastným krokem (např. svatba, křest dítěte). Přestože je pojem důstojná smrt používán v současnosti velmi často, zřídka je jeho obsah specifikován. Zarážející je spojení důstojností právě se smrtí. O důstojném narození, důstojném potratu a důstojném dýchání přece nehovoříme“ (Haškovcová, 2015, s. 160).

Každý z nás má nepochybné právo na důstojnou smrt, ale ne každému se jí skutečně dostane. Mnoho pacientů přicházejících do nemocnice s nadějí na uzdravení zde bohužel svůj život i zakončí, a nežli se tomu tak opravdu stane, musí projít nejtěžším životním úsekem a řadou zbytečných vyšetření, kterými se lékaři pokoušejí o další a další diagnostiku onemocnění a

snaží se jej léčit. Předem je ale jisté, že k vyléčení dojít nemůže, protože je organismus ve vysokém věku fyziologicky vyčerpaný. Jak zmiňuje Kutnohorská (2007), v naší republice jsme si zkrátka zvykli, že se vždy musí umírat „na něco“, nikoli proto, že jsme smrtelní.

Ne vždy se umírajícímu pacientovi dostává adekvátní, odlehčující péče, nemocnice nedisponují specifickou péčí, kterou mohou nabídnout v dnešní době alternativní zařízení, jako jsou např. hospice. Přiměřený sociální standard a kvalitní péče jsou nezbytnými předpoklady pro naplňování potřeb umírajícího pacienta. Z všeobecného hlediska jsou nejdůležitější tyto oblasti lidských potřeb – biologické, sociální, psychologické a spirituální. Jejich priorita je v průběhu onemocnění pohyblivá, na počátku jde především o potřeby biologické, laicky se dá říct, že je to vše, co potřebuje tělo, tedy příjem a výdej potravy, kyslík a úlevu od bolesti. Kontakt umírajícího s příbuznými, rodinou a přáteli, komunikace verbální nebo neverbální, pomáhají posílit sociální potřeby. K uspokojení psychologických potřeb směřuje respektování lidské důstojnosti, zajištění pocitu bezpečí a sounáležitosti, pacient potřebuje cítit oporu od zdravotnického týmu, rodiny a nejbližších. Život se blíží do své poslední fáze, umírající si o to víc zaslouží respekt a úctu, ocenění svých životních úspěchů, potřebuje cítit, že to, co udělal, mělo smysl. Pro věřící znamenají spirituální potřeby vyrovnaní se se svým údělem, potřebují útěchu své víry.

Haškovcová (2007, s. 163) výše jmenované potřeby blíže konkretizuje a za důležité považuje splnění těchto základních potřeb:

- nezůstat sám, cítit přítomnost druhých,
- mít možnost komunikovat,
- podmínky k vyjádření úzkosti, obav,
- soukromí a intimita,
- hovořit o smyslu dosavadního života,
- ujistit se, že příbuzní unesou bolest ze ztráty, pokud má umírající děti, tak mít jistotu, že o ně bude dobře postaráno,
- vyjádřit se ke svému současnému stavu,
- mluvit o situaci a stále cítit naději,
- potřeba rituálů, u věřících modlitba a náboženské úkony,
- připravit se na smrt, ujistit se, že nebude bolet.

2 NEMOC

Ze širokého hlediska můžeme za zdravím spatřovat sociální, tělesnou a duševní pohodu a spokojený život jedince; nemoc pak vnímáme jako kontradikci vůči zdraví, jako selhání těla. Subjektivně se necítíme dobře, churavíme, naše výkonnost klesá, jsme roztrpčeni. Z lékařského hlediska se jedná o řadu objektivních příznaků podložených lékařskými testy a nálezy.

2.1 Nevyléčitelné onemocnění

„I přes velké úspěchy moderní medicíny zůstává řada onemocnění i v současné době nevyléčitelná. Díky novým léčebným možnostem se ale tato dříve akutní letální onemocnění proměnila v chronické stavy, u kterých lze dosáhnout často mnohaletého stavu funkční kompenzace a významného oddálení nástupu závažných komplikací“ (Sláma, 2009, s. 14).

Když člověka postihne nemoc, u které už není možnost vyléčení, ocitá se ve velice těžké životní situaci. Přichází úzkost, smutek, obavy a strach z konečnosti života (Křivohlavý, 2002). Narůstá a prohlubuje se deprese, zvláště pokud se zdravotní stav rychle zhoršuje, pacient se nedobrovolně začíná loučit se vším, co patřilo do jeho života, objevují se pocity podrážděnosti, bezmoci, zlosti, nenávisti až agrese. K úlevě občas dochází, pokud má možnost se s negativními emocionálními pocity někomu svěřit. Pokud okolí zareaguje nenásilnou formou povzbuzování, dodáváním energie a naděje a pozitivních emocí, nemocný pociťuje, že není na své starosti sám, není zcela opuštěný, že je na blízku někdo, kdo ho vyslyší a pomůže.

2.1.1 Terminální stav

Terminální stav přichází s postupem nevyléčitelné nemoci pacienta a navazuje na komplexní symptomatickou léčbu. Je nezbytné ulevit umírajícímu pacientovi prostřednictvím podpůrné paliativní péče, předcházet a mírnit bolesti a ostatní tělesné symptomy, poskytnout péči o fyzický i psychický stav.

„Onemocnění v terminální fázi má obvykle progresivní ráz a dochází k postupnému nevratnému zhoršování funkce jednotlivých orgánů a celkového stavu jedince. Pacient v přímém důsledku onemocnění nebo některé související komplikace v krátkém časovém horizontu umírá. Právě tato skupina nemocných je v klinické a etické diskuzi označována jako *terminálně nemocní*. Z hlediska předpokládané délky života se prognóza u terminálně nemocných pacientů pohybuje obvykle v řádu týdnů a měsíců. Dynamika postupného zhoršování stavu

může být velmi různá. Přesný odhad prognózy je někdy obtížný. Přesto je koncept terminálního onemocnění klinicky relevantní při rozhodování o klinické a etické přiměřenosti určitých léčebných postupů. Jako *terminální stav* označujeme klinický stav, kdy dochází k závažnému nevratnému selhávání důležitých funkčních soustav, který pacienta bezprostředně ohrožuje na životě. Za *terminální stav* se obvykle považuje období posledních dnů a hodin života. V definici terminálního stavu je důležitý nevratný (ireverzibilní a léčbou neovlivnitelný) charakter patologických změn. Právě to odlišuje pacienty v terminálním stavu a pacienty v kritickém stavu, u kterých předpokládáme určitý stupeň reverzibility patologického postižení. Přehodnocení pacienta z kriticky na terminálně nemocného je obvykle postupný proces“ (Sláma, 2009, s. 14).

Za terminální fázi je považováno období několika posledních dnů života, obvykle kratší než 72 hodin, které je provázeno obtížnými symptomy. Základním předpokladem náležité péče o pacienta v této fázi je, aby lékař správně diagnostikoval, zda pacient umírá. Pokud tento fakt není rozpoznán, dochází často k nepřiměřené invazivní léčbě, což vede k prodloužení umírání a utrpení pacienta a jeho blízkých (Sláma, Vorlíček, 2002).

Vorlíček uvádí, že „terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. Konkrétní závěr lidského života bývá velmi individuální a odborníci se shodují v tom, že každý umírá *svou smrtí*“ (Vorlíček a kol., 2004, s. 435). V užším slova smyslu je pojem terminální stav podle lékařské terminologie synonymem umírání, kdy dochází k postupnému a nevratnému selhávání životně důležitých funkcí a orgánů a následuje smrt. V širším pojetí nastává počátek umírání už v okamžiku, kdy je potvrzena závažná diagnóza. Přestože může pacienta ještě čekat relativně dlouhé období života, bude jeho kvalitu ovlivňovat postupující nemoc. Už počátkem 80. let Elizabeth Kübler-Rossová zdůrazňovala, že o celkovou pohodu nemocného a jeho rodiny je třeba usilovat od prvotní chvíle, kdy do jejich života vstoupila závažná nemoc jedince. Obě strany prožívají od tohoto okamžiku až do úmrtí stejné vývojové fáze, často trpí pocity viny a selhání (Vorlíček a kolektiv, 2004).

Terminální péče, jako součást paliativní péče, je zároveň časově poslední kvalifikovanou službou umírajícímu. Paliativní péče má být poskytnuta nejen v samotném terminálním stavu, ale již mnohem dříve, s ohledem na progresi nemoci. Nemocní se sice nacházejí v inkurabilním stavu, ale smrt jim bezprostředně nehrozí, vysvětluje Haškovcová (2007).

2.2 Pacient a hospitalizace

Hospitalizace přináší pacientovi s těžkou nevléčitelnou chorobou řadu nepříjemných změn, tělesných, psychických, sociálních. Vlivem závažné diagnózy se mění fungování některých tělesných funkcí, omezuje se sociální interakce, zájmy, mění se sebedůvěra, životní rytmus, vzrůstá závislost na druhých a celková pasivita. Donedávna zdravý člověk přestává přemýšlet nad budoucností a z hospitalizovaného člověka se stává umírající pacient.

Pro většinu pacientů je nemocnice prostředím vzbuzujícím obavy a nedůvěru. „K praktickému lékaři, tedy k lékaři prvního kontaktu, přichází pacient do určité míry dobrovolně, s představou možnosti určité partnerské kooperace. Po příchodu pacienta do nemocnice, jde spíše o poslouchání autority, než-li o spolupráci. Když se pacient dostane k ošetřujícímu lékaři, má naději, že jeho zdravotní stav není tak vážně ohrožen. Když přichází do nemocnice, je si vědom toho, že jeho stav je zřejmě vážnější, než si doposud připouštěl. To znamená, že toto povědomí dostává pacienta do stresu a distresu. Ten se přidává ke stávajícímu již značnému psychickému napětí, pramenícímu např. z jeho celkově změněné zdravotní situace“ (Křivohlavý, 2002, s. 48).

Pacient akceptuje svoji nemoc klidněji, pokud je adekvátně informován o důvodech hospitalizace, o své chorobě, jejím průběhu, prognóze a prováděných výkonech. Už samotná hospitalizace je pro pacienta stresovou situací a neinformovanost a nejistota umocněná závažnou diagnózou, narušuje a zpomaluje průběh léčby. Společným cílem pacienta a zdravotnického týmu je, aby proces léčby a hospitalizace probíhal bez velkých komplikací, pacient spolupracoval a byl motivován.

Venglářová (2006) uvádí, že některé tělesné změny u nemocného ovlivňují možnost komunikovat a pak je nutné vypracovat způsob dorozumívání. Psychické změny souvisejí s pocitem ohrožení, se změnou role a zvýrazněním některých osobnostních rysů dlouhodobou záteží a frustrací. Emoční reakce pacienta jako jsou strach, úzkost, pláč, agresivita, smutek, působí zdravotníkům při komunikaci problémy.

2.2.1 Komunikace s pacientem

Dobrá komunikace mezi pacientem v terminálním stádiu nemoci a zdravotnickým personálem je nezbytným základem interakce mezi oběma stranami a pozitivně ovlivňuje stav pacienta. Nemocný v terminální fázi onemocnění je stále živá bytost a potřebuje i v tomto období

vidět projevy naslouchání, cítit dotek a pohlazení nebo slyšet pár uklidňujících slov. Psychický stres nemocného představuje výrazný klinický problém, který může vyústit do deprese, smutku, afektivní poruchy a s ochotou spolupracovat a komunikovat.

„Efektivní komunikace vyžaduje znalosti. Sestry potřebují znát pravděpodobné příčiny pacientovy tísně v dané situaci, musí být schopné odhadnout skryté problémy či obavy. Nezbytným předpokladem efektivního terapeutického rozhovoru jsou výborné komunikační dovednosti“ (O'Connor, 2005, s. 31).

Od sester a nelékařského zdravotnického personálu by se pacient neměl dozvědět, že se blíží smrt, že jeho nemoc je v terminální fázi. Sestry nejsou těmi, kdo sdělují diagnózu. Pacient by měl vědět, že jeho stav je velmi vážný, ale bude mu z medicínského hlediska poskytnuta ta nejlepší možná péče, aby se cítil dobře. Pokud si pacient realitu uvědomuje, je pak na místě umožnit průchod jeho emocím, nahromaděným pocitům, naslouchat tomu, o čem si povídat chce. O vážné nemoci by se pacient měl dozvědět pouze od lékaře a to hned, jakmile je diagnóza potvrzena. Lékař by pacienta měl seznámit se všemi možnostmi léčby, které jsou k dispozici (Kübler-Ross, Elisabeth, 2014). I když už medicína nedokáže pomoci, musí mít pacient stále nadále naději. Musí mít naději v maximální prodloužení života, naději v minimální bolesti, naději v důstojnou smrt bez velkých fyzických obtíží a naději pro smíření se s odchodem.

Pacienti mohou mít často zábrany, nechtějí své starosti a problémy svěřit sestřím a zdravotníkům, hovoření o psychických záležitostech pro ně může být nepřekonatelnou bariérou. Snad i s ohledem na povahu terminálního onemocnění se jim situace jeví jako uzavřená a neřešitelná. Právě sestry v paliativní péči jsou hlavními osobami, které poskytují péči a podporu pacientům a jejich rodinám. Nedostatečné dovednosti nelékařského zdravotnického personálu mohou způsobit komplikace nejen při interakci v paliativní péči. K tomu, aby byl zdravotnický pracovník znalcem v těchto dovednostech, potřebuje praktické zkušenosti, vlastní disciplínu a sebereflexi, což je často při vzdělávání sester a zdravotníků nedostačující (O'Connor, Aranda, 2005).

2.2.2 Komunikace s rodinou pacienta

Diagnóza a léčba terminálního onemocnění vyvolává četné obavy nejen u postiženého pacienta, ale i u rodinných příslušníků, obavy se liší v závislosti na povaze onemocnění. Blízcí příbuzní potřebují dostatek informací a psychickou podporu od zdravotnického týmu, účinné působení začíná posouzením toho, co se příbuzní o průběhu léčby a péče mají dozvědět.

Komunikační dovednosti ošetřujícího personálu jsou velmi důležité, protože každá rodina má jiné hodnoty, zvyky, odlišné způsoby komunikace a charakteristické způsoby zvládnání každodenního života a odlišné schopnosti vyrovnat se s tíživou situací. Pro zdravotnický personál je přínosem, jestliže se rodina sama iniciativně zapojuje do spolupráce a rozhodování o průběhu paliativní péče a je tak významným podpůrným prvkem pro pacienta.

Pacient, jeho rodina a terapeutický tým patří k sobě. S kritikou se setkává situace, kdy dochází k odlišné informovanosti pacienta a rodiny, třeba i na žádost rodiny samotné. Motivace příbuzných skrývat před umírajícím pravdu o jeho diagnóze pramení z neschopnosti čelit bolesti a popření toho, co se stalo. „Rozdílná informovanost rodiny a pacienta omezuje možnost spolupráce rodiny. Nikdo zde nemůže autenticky a přirozeně jednat. Proto je nutno v kontaktu s postiženou rodinou zamezit výše zmíněným dvojným vazbám, naopak je nezbytné mobilizovat rezervy postižené rodiny a pracovat i na smutku pacienta a členů rodiny. Je na místě nabídka duševní pomoci rodině po úmrtí jejího člena“ (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 374).

Péči o rodinu umírajícího pacienta sestra často zahajuje již v průběhu jeho nemoci, především těsně před smrtí, až do doby krátce po úmrtí. Cílem podpory je pomoci příbuzným smířit se se ztrátou blízkého člověka a najít smysl pro budoucí život, což může být zvláště pro životní partnery zemřelých velmi obtížné.

3 PALIATIVNÍ PÉČE

Jednotná všeobecně přijímaná definice paliativní medicíny neexistuje, zahrnuje celkovou léčbu a péči o nemocné v pokročilém stádiu onemocnění, jejichž nemoc již nereaguje na kurativní léčbu. Prioritně se zaměřuje na léčbu bolesti a dalších symptomů, na řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Délka života pacientů je omezená a tak cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

Paliativní péče je aktivní přístup k pacientům nebo lidem v terminální fázi nemoci, a její úspěšnost spočívá v dosažení maximální možné kvality života při umírání. Na tento režim se přechází v okamžiku, kdy kurativní péče přestala být účinná. Cílem paliativní péče není prodlužovat život, ale podporovat jeho kvalitu, mírnit bolest a symptomy nemoci, minimalizovat diskomfort, předcházet a zmírňovat aspekty utrpení nemocného a umožnit jeho důstojné dožití. Všechny přístupy pomoci se navzájem prolínají.

O tom, že rozhodování o přechodu od kauzální k paliativní péči je velmi obtížné, pojednává i Marková (2010, s. 25): „Možná nejtěžší na cestě k dobré paliativní péči je dospět k poznání, že stav nemocného je už natolik vážný, že žádné další sebelepší léčebné prostředky nepovedou k pacientovu uzdravení. Toto poznání je bolestné nejen pro nemocného, ale i pro lékaře, respektive pro celý pečující tým. Nezbytná je pravdivá komunikace s nemocným, zodpovězení všech jeho otázek a respektování jeho názoru na další pokračování či nepokračování intenzivní terapie.“

Haškovcová (2007) označuje paliativní medicínu za reálnou naději umírajících, za útěšnou medicínu představující u

celený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Délka života těchto lidí je omezená a cílem je kvalita jejich života. Účelem paliativní péče je především:

- poskytovat úlevu od bolesti a utrpení,
- nabízet systematickou podporu pacientům a jejich rodinám až do okamžiku smrti,
- umožnit a podporovat kvalitní prožití posledních dnů,
- pozitivně ovlivnit průběh onemocnění,
- neusilovat ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti.

3.1 Obecná paliativní péče

„Jako obecná paliativní péče se označuje dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění. Její součástí je vstřícná, otevřená a empatická komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Lékaři všech odborností by měli tuto péči poskytovat v rámci své rutinní klinické práce. Všeobecný praktický lékař pro dospělé tuto péči zajišťuje ve spolupráci s rodinou nemocného, popřípadě ve spolupráci s ambulantními specialisty, psychoterapeuty, duchovními a s agenturou domácí ošetrovatelské péče“ (Skála, 2011, s. 4).

Paliativní péče se řadí mezi mladé obory s poměrně krátkou historií, v České republice se jako specifický model o nevléčitelně nemocné začala rozvíjet až po roce 1989, čímž mírně zaostává za ostatními státy. Nemocniční paliativní péče nedosahuje vysoké úrovně, což je způsobeno nedostatečným počtem zaměstnanců, kteří by ji vykonávali, chybí čas pro poskytování péče a v neposlední řadě pokulhává i náležitá a správná edukace zdravotnických profesionálů v oblasti péče o pacienty na konci života (Bužgová, 2015).

Jak uvádí Bužgová (2015, s. 19), „zahrnuje pečlivé rozpoznání, sledování a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Je to základní léčba symptomů, respekt k pacientově autonomii a efektivní komunikaci.“

3.2 Specializovaná paliativní péče

„Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzdělaní a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je indikovaná tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Přejít mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je plynulý“ (Skála, 2011, s. 4).

Tuto péči poskytují zařízení, pro něž paliativní péče je hlavní činností a personál je vyškolený na vysokou profesní úroveň. Specializovanou paliativní péčí poskytují „taková zařízení, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Požadují vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoli: doma, v nemocnici, v rezidentní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče“ (Marková, 2010, s. 21).

Mezi zařízení specializované paliativní péče se řadí (Marková, 2010):

- oddělení paliativní péče,
- domácí hospice – mobilní paliativní péče,
- lůžkové hospice,
- konziliární týmy paliativní péče,
- ambulance paliativní péče,
- denní stacionáře,
- zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky).

3.3 Poskytování paliativní péče

Dle Kalvacha (2010) by paliativní péče měla být obecně dostupná všem, kteří očekávaně a neodvratně umírají. Měli by na ni mít nárok všichni pacienti, kteří žijí s onemocněním ohrožujícím jejich život a to bez ohledu na základní diagnózu. Jedná se v zásadě o tři okruhy pacientů: lidé s onkologickým onemocněním, lidé v konečných fázích nenádorových onemocnění a lidé v dlouhodobě nepříznivém a zásadně nezlepšitelném stavu, který se zhoršuje a jeho časová prognóza je nejistá. Místo pro poskytování péče lze zvolit tam, kde jsou k tomu vytvořeny základní podmínky, odpovídající prostředí a kde si umírající lidé přejí být ošetřováni. Paliativní péči lze umožnit:

- v domácím prostředí, kde se na péči kromě rodiny podílejí odborníci z mobilních hospiců a agentury domácí péče řízené praktickým lékařem,
- v lůžkových zdravotnických zařízeních, kterými mohou být hospice, nemocnice, zařízení tzv. následné péče (LDN), nemocnice následné péče (NNP), psychiatrické léčebny, v pobytových zařízeních, např. v domovech pro seniory.

V České republice není k dispozici dostatek reprezentativních dat o kvalitě péče a života umírajících. Přesto se dá ze závěrů některých kazuistik a studií vyvodit, že v oblasti obecné paliativní medicíny chybí důkladné vzdělání. Praktičtí lékaři a ambulantní specialisté nejsou ochotni a schopni vést a koordinovat péči o nemocného v závěru života. Pacienti jsou i ve velmi pokročilých stádiích nemoci sledováni v odborných ambulancích, které většinou nabízejí výhradně algeziologickou péči a nikoliv kompletní paliativní péči. Pečovatelské služby zajišťuje v naší republice také poměrně hustá síť agentur home care, tedy domácí

pečovatelské služby, ale jen malá část z nich poskytuje i nezdravotnickou, psychologickou, sociální a spirituální pomoc. Ošetřující lékař není součástí týmu, není možné počítat s jeho návštěvami v domácnostech a sestry nejsou specificky vyškoleny v oblasti paliativní péče. Velké rozdíly jsou také v kvalitě poskytované péče v zařízeních sociální péče. Naprostá většina pacientů je v závěru života přijata k hospitalizaci odesílajícím lékařem z důvodu nezvládnutelné péče v domácím prostředí, ale v lůžkových zařízeních není péče o umírající uspokojivá. Jak ukázal průzkum agentury STEM/MARK z roku 2011, potenciální pacienti v ČR se obávají, že v nemocnicích a LDN nebude v závěru života dostatečně léčena jejich bolest a mírněny obtíže (Sláma, Kabelka a Špinková, 2013).

3.3.1 Domácí paliativní péče – mobilní hospic

Tato forma je klienty hodně žádaná, může probíhat laickou nebo odbornou formou, ale není vždy uskutečnitelná např. z důvodu nevyhovujících bytových podmínek, rodinného zázemí. Jedná se o paliativní péči poskytovanou v domácím rodinném prostředí za podpory a pomoci profesionálů hospicového zařízení. Představuje základní pilíř hospicové péče, pečovatelem je člen rodiny, příbuzný nebo jiný dobrovolník a pomáhá těm umírajícím, jejichž sociální podmínky dovolují poskytování této laické péče bez ohrožení nebo snížení kvality života umírajícího a okolí. Odborná hospicová péče je spojenou formou zdravotní, sociální a laické hospicové péče a je ordinována ošetřujícím nebo odborným lékařem k hospitalizaci pacienta. Hradí ji zdravotní pojišťovny ve vymezeném maximálním časovém rozsahu (Hospicová péče, ©2016).

Domácí hospicová péče vyžaduje pozitivní úroveň rodinného zázemí a nekončící, dlouhou a obětavou službu nemocnému, pro rodinné příslušníky představuje náročnou a dlouhou službu, i když pro nemocného je to zpravidla ideální řešení. Zůstává v důvěrně známém rodinném prostředí a zároveň je nemocnému poskytována zdravotnická péče při návštěvách sestry nebo lékaře přímo v domácím prostředí.

„Umírající patří do rodiny a rodina patří k umírajícímu. Tým, který paliativní péči poskytuje, by měl udělat maximum pro to, aby mohli být spolu, ať už doma nebo v zařízení“ (Marková, 2010, s. 75).

3.3.1 Hospice

Hospice jsou zařízení pomáhající a sloužící klientům, kteří se ocitli v terminální fázi, léčení v pravém slova smyslu selhalo, nemoc už postoupila do takového stadia, že ji nelze vyléčit,

pouze tlumit její nepříjemné a bolestivé projevy. Hospice jsou určeny pro terminálně nemocné, neslibují uzdravení, ale neberou naději, neodstraňují utrpení, ale respektují smrt jako nedílnou a přirozenou součást života.

Významnou osobnost v novodobé historii hospiců a paliativní medicíny představuje anglická lékařka Cicely Saundersová, intenzivně se zajímala o nevléčitelně nemocné pacienty a umírající. Otevřením hospice sv. Kryštofa v Londýně v roce 1967 podnítila vybudování tisíce dalších podobných zařízení. V České republice se zakladatelkou hospicového hnutí stala lékařka Marie Svatošová, která již v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí Ecce homo, jehož mimořádným úspěchem bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Poté následovala výstavba mnoha dalších hospiců v naší republice. Přestože mezi českými hospici existují určité rozdíly, podstata všech je stejná a organizační rámec podobný. Mimořádná pozornost je věnována právě ošetrovatelské paliativní péči, hospicová zařízení disponují specifickými pomůckami určenými pro tuto péči a v množství a kvalitě, které ve zdravotnických zařízeních nenajdeme (Haškovcová, 2007).

Hospice se řadí mezi zařízení poskytující současně zdravotnickou péči i sociální poradenství. Hlavním posláním hospiců je na rozdíl od nemocnic a jiných zdravotnických zařízení soustředit se na zajištění dobrého umírání klientům. Ovšem ne každý nemocný v hospici umírá, při zlepšení zdravotního stavu nebo úpravě podmínek, lze umírajícího umístit do domácího prostředí. Nezřídka se stává, že pacient přijímaný do hospice není informovaný o svém zdravotním stavu, což významně stěžuje situaci především personálu hospice, ale i samotnému pacientovi a jeho rodině (Marková, 2010).

V České republice existují hospice ve dvou formách. První formou jsou lůžkové hospice, kde je usilováno o poskytnutí komplexní péče klientovi v závěrečné fázi života a personál se zde snaží navodit autentické domácí prostředí. Druhou variantou je prožít konec života v domácím prostředí, kdy tým odborníků pacienta pravidelně navštěvuje. Tato varianta naráží na bariéru způsobu financování péče ze strany zdravotních pojišťoven.

3.3.2 Nemocniční lůžková oddělení

Kvalita poskytované paliativní péče se odvíjí od více faktorů. Podstatné je správné rozpoznání okamžiku k ukončení kurativní péče a nástupu paliativní, poskytnout adekvátně vy-

školený personál, fungující komunikaci uvnitř ošetrovatelského týmu a vstřícnost pro rodinné příslušníky. Dobrá praxe paliativní péče na nemocničním lůžku vyžaduje vyšší počet personálu, než je v dnešní době stanoven jako minimální (Marková, 2010).

Většina pacientů, kteří se rozhodli strávit konec svého života v klidném domácím prostředí je v posledních dnech nebo i týdnech života odeslána k hospitalizaci na lůžko akutní péče nemocničních oddělení. K tomuto dochází pro nezvladatelnost péče o umírajícího ze strany pečujících. Takový krok je však velmi často důsledkem nedostatečné podpory a pomoci, které nejsou poskytovány pacientovi a především jeho rodině ze strany zdravotního systému. Při výběru vhodného místa pro poslední etapu života umírajícího nemocného by měli být pacient i jeho rodina podrobně seznámeni s chodem každého nabízeného zařízení, jeho službami, výhodami a nevýhodami. Často nemocný, který si pro závěr života zvolil domácí prostředí, umírá mezi zdmi nemocnice z toho důvodu, že se jeho nejbližší nedokážou smířit se zhoršujícím se zdravotním stavem a příchodem smrti. Ač byla původně rodina pevně rozhodnuta postarat se o umírajícího až do jeho posledního výdechu, při narůstajících emocích se mu snaží pomoci a přivolávají záchrannou službu. Proto by měli pečující předem zvážit, zda jsou na smrt blízkého opravdu dostatečně připraveni, anebo raději využijí nabízené pomoci hospicového zařízení. Personál zdravotnického zařízení se potom na přání rodinných příslušníků snaží poskytnout pomoc umírajícímu, i přesto, že od první chvíle ví, že podmínky pro tuto péči nejsou v zařízení akutní péče a léčebnách dlouhodobě nemocných optimální.

Přestože by si většina lidí přála zemřít doma, zůstanou nemocnice pravděpodobně ještě dlouhou dobu místem, kde bude k umírání docházet nejčastěji. Podle výzkumů by si většina lidí přála zemřít doma, ale podle statistiky z roku 2008 zemřelo v ČR 60,5 % lidí v nemocnicích, 13 % v léčebných ústavech a sociálních zařízeních (Marková, 2010).

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou jedním ze zdravotních zařízení, kde je obecná paliativní péče denně poskytována. V dnešní době, kdy medicína dělá stále kroky kupředu, a lidé se dožívají vyššího věku, se objevuje více a více pacientů v seniorském věku i na odděleních, která nejsou geriatricky profitována. Jedním, v poslední době takto typickým oddělením je interní klinika, na které jsou z velké části hospitalizováni senioři, kteří zde tráví poslední chvíle života. Paliativní péče je zde nezbytná a proto jsme vedle LDN zařadili do průzkumného šetření i interní oddělení.

3.3.2.1 Léčebna dlouhodobě nemocných

Jedná se o lůžková zdravotnická zařízení sloužící k následné péči o pacienty, jejichž zdravotní stav je odborně posouzený, vyhodnocený, stabilizovaný, nepotřebují nemocniční ošetřování, ale zdravotní důvody neumožňují jejich propuštění do domácí péče. V léčebnách dlouhodobě nemocných umírá v dnešní době stále více pacientů, kteří jsou odkázáni už jen na paliativní péči, nejčastěji se jedná o onkologicky nemocné, nemocné s těžkou demencí apod.

LDN jsou buď součástí nemocnic nebo jejich samostatným, odloučeným oddělením nebo jsou samostatným subjektem. Jsou mezistupněm mezi hospitalizací na oddělení akutní lůžkové péče a následnými sociálními službami, často jsou využívány pro umístění nemocných a nesoběstačných seniorů na dobu, než je pro ně nalezeno jiné vhodné místo v některém ze zařízení sociálních služeb pro seniory. Pacient může být propuštěn pouze tehdy, pokud to umožňuje jeho zdravotní stav a již nevyžaduje další pobyt na akutním lůžku nemocnice. Senioři představují více než 80 % pacientů léčeben dlouhodobě nemocných. Lékařská péče je na dobré úrovni, nejčastěji je vedena odborníky z oboru geriatric, dále je to specializace interního a všeobecného lékařství. Ošetrovatelského personálu je zde z důvodu vysokých požadavků bohužel nedostatek, rozsah ošetrovatelských úkonů je mnohem vyšší, než v jiných ústavních zařízeních (Průvodce službami pro seniory, ©2010). Na personál jsou kladeny příliš velké nároky, sestry jsou přetížené a vyčerpané, což působí v neprospěch kvality poskytované péče pacientům v terminálním stádiu nemoci. Mnoho pacientů je na LDN překládáno zejména k terminální péči, ale odpovídající podmínky k její realizaci zde vytvořeny nejsou. Je zřejmé, že oblast a zajištění paliativní péče v těchto zařízeních vyžaduje do budoucna velkou pozornost.

LDN vykazují dlouhou ošetrovací dobu, která často přesahuje i tři měsíce, kromě toho vykazují podstatně vyšší úmrtnost než jiná lůžková nemocniční oddělení. Často jsou LDN považovány za zařízení pro jakési levné, odkladové umírání. Některá z těchto zařízení nerealizuje paliativní režim péče, personál nemá dostatečné znalosti o paliativní péči a hlavním problémem je nízký počet ošetrovatelského personálu, včetně lékařů. Všichni jsou přetížení počtem odpracovaných hodin, náročnou prací a v nezanedbatelném počtu dochází k syndromu vyhoření personálu (Quo vadis, LDN?, ©2016).

3.3.2.2 Interní lůžkové oddělení

Podobně jako léčebny dlouhodobě nemocných patří interní oddělení mezi často využívaná lůžková zařízení, kam jsou umírající pacienti umístěni. Rodina nezvládá nepříznivý stav pacienta a ošetřujícím lékařem je tedy doporučen k hospitalizaci.

Interní lůžkové oddělení patří mezi standardní oddělení nemocniční péče a zabývá se onemocněním vnitřních orgánů, které může postihnout člověka v každém věku. V dnešní době se na těchto odděleních ale setkáváme především s pacienty vyššího věku a v období stáří. Velmi častými klienty jsou na interních odděleních také onkologicky nemocní pacienti v konečném stádiu života (Šafránková, Nejedlá, 2006).

3.4 Pojetí kvality v paliativní péči

Nemocný člověk zůstává člověkem v každé fázi nemoci, zaslouží si úctu a péči, která může být poskytována i několik let v návaznosti na vývoj nemoci. Včasné zahájení péče o umírajícího je nutnou podmínkou kvality péče v závěru života nemocného pacienta.

„Hodnocení kvality života pacientů je důležitou součástí paliativní péče, může být použito také jako indikátor kvality poskytované péče. Tématu kvality života ve zdravotnictví se věnuje stále větší pozornost“ (Bužgová, 2015, s. 101). Autorka se dále zamýšlí nad otázkou, jak lze hodnověrně posoudit kvalitu života pacientů, u nichž zdravotní stav nedovoluje samostatně odpovídat na otázky. Existuje varianta, že v těchto složitých případech vyplní dotazník jiná osoba, což s sebou přináší riziko, že hodnocení kvality života takového pacienta nebude věrohodné. Zárukou kvality v paliativní péči je především kvalitní a naplněný život umírajících pacientů a jejich rodin, tedy jedná se především o tyto hlavní kategorie:

- prožít smysluplný závěr života,
- štěstí, spokojenost,
- dosažení osobních cílů,
- schopnost vést společenský život,
- fyzická a mentální kapacita.

Kvalitní péče v České republice bezpochyby existuje, i když za vývojem paliativní péče ve vyspělých okolních státech nepatrně zaostáváme. Navíc je dostupná pouze omezenému počtu občanů, jejími příjemci jsou především pacienti s onkologickým onemocněním, roste

počet i neonkologických pacientů s potřebou geriatrické paliativní péče (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015, ©2016).

Kvalita paliativní péče úzce souvisí s kvalitou života v jeho závěrečné fázi, na kterou se ve svém výzkumu zaměřily jeho autorky Bužgová a Zeleníková. Cílem bylo zjistit potřeby pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou jejich života. Analýzou výsledků bylo zjištěno, že nejdůležitějším faktorem kvalitní paliativní péče a života v posledních dnech je respektování fyzických potřeb, být bez bolesti a mít pod kontrolou doprovodné symptomy. Dále respektování psychických potřeb a autonomie, zachování co největší soběstačnosti a schopnosti rozhodování sám o sobě. Důležitým aspektem je i respektování sociálních potřeb, kontakt s rodinou a okolím. Nezbytnost spirituálních potřeb se lišila podle hodnotové orientace jednotlivce.

Výsledky výzkumu naznačují, jak lze poskytnout kvalitní paliativní péči, které potřeby jsou pro pacienty prioritní a u kterých potřeb klienti očekávají, že jim budou ošetřujícím týmem a rodinnými příslušníky splněny (Bužgová, Zeleníková, 2012).

3.5 Syndrom vyhoření

Nejčastější je u lůžka pacienta přítomnost a práce sestry, většina klientů je závislá na celkové ošetrovatelské péči. Na sestry nejvíce doléhají emoce, bolest a strádání pacienta. Jejich práce je náročná a vyčerpávající, pokud si sestra neudrží profesionální odstup a připustí identifikaci s umírajícím, může se pro ni paliativní péče stát obrovskou zátěží. Práce v oblasti paliativní péče je náročná nejen psychicky, ale i fyzicky, poskytování špičkové kvalitní péče je náročné. Dále je všeobecně známé, že v důsledku nedostatku pracovních sester dochází k jejich přetěžování, nárůstu přesčasových hodin.

Mezi nejčastější zátěžové faktory pracovního prostředí, které na sestry a ošetřující personál působí, patří tyto:

- Neustálá přítomnost smrti a umírání. Při dlouhodobé ošetrovatelské péči dochází často k navázání blízkého vztahu mezi umírajícím a personálem.
- Identifikace s trpícím pacientem.
- Pocit neschopnosti a bezmoci. Sestra se cítí zodpovědná za bolest pacientů.
- Nedostatek kontroly nad situací a pocity vlastního selhání, zvláště v případech, kdy došlo k nečekaně rychlému zhoršení zdravotního stavu.

- Mnohočetné ztráty a zármutek. Těžké deprese mohou u sester nastat v případě, kdy dochází k řadě úmrtí během krátkého časového období.
- Problémy v pracovním týmu. Stresové situace vznikají, pokud spolu personál zdravě nekomunikuje, objevuje se soutěživost, kariérismus, klesá efektivní péče o pacienty (O'Connor, Aranda, 2005).

Syndrom vyhoření může postihnout prakticky kohokoliv, kdo dlouhodobě vykonává nějakou činnost. Nejvíce jsou k němu náchylní profesionálové pracující s lidmi, kteří potřebují pomoc, lidé v tzv. pomáhajících profesích. Jde o změnu psychického stavu, projevující se v oblastech:

- emocionální stránka – člověk se vyhýbá lidem, ztrácí vnímavost a citlivost vůči ostatním, má pocit citové prázdnoty, samoty, nemá zájem sdílet trápení ostatních, radost mu nepůsobí vlastní rodinné prostředí,
- psychická stránka – objevuje se negativní postoje vůči okolí, pesimistický pohled na vše kolem, snižuje se aktivita, soustředěnost, elán do práce,
- tělesná stránka – člověk má zvýšenou potřebu spánku a odpočinku, který ale nepřináší žádaný efekt, pocity únavy, minimální energie, nechutenství,
- oblast sociální – blokace sociálních kontaktů, odloučení od okolí (Bartošíková, 2006).

Nejspolehlivější prevence, které pomáhají předcházet syndromu vyhoření, jsou zejména dobré mezilidské a přátelské vztahy. Je důležité, aby si pracovníci v pomáhajících profesích dokázali udělat i čas na uspokojování vlastních potřeb a zálib. „Aby se mohl zdravotník účastnit na hojení ostatních, musí si uvědomit své vlastní potřeby, musí o sebe vážně pečovat a být schopen sebereflexe“ (O'Connor, Aranda, 2005, s. 49). Účelnou prevencí reprezentuje zaměstnavatel, který svým zaměstnancům umožňuje vzdělávání v této oblasti, pořádá pro ně semináře a workshopy zaměřené právě na tuto tematiku, organizuje skupinové či individuální supervize. Terapie syndromu vyhoření spočívá prioritně právě v posílení mezilidských vztahů, získání realistického pohledu na své zaměstnání, v řešení duševní hygieny a otázek zdravého životního stylu.

Příprava a vypořádání se ošetrovatelského personálu se vztahem k umírání, smutku a smrti je mimořádně důležitá. Podporu specialistům v paliativní péči je nutno brát vážně a cíleně se jí věnovat, a to formou školení o zvládání stresu, zacházení s vlastní úzkostí, přemáhání

smutku, deprese a předcházení zátěže. Psychohygienu by v těchto profesích neměla být v žádném případě opomíjena (Student, 2007).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část je zaměřena na zjištění postojů a názorů nelékařského zdravotnického personálu léčebny dlouhodobě nemocných a interního oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a.s., Zlín, na poskytování paliativní péče pacientům v terminálním stádiu onemocnění, na její kvalitu a možnosti při poskytování této péče.

4.1 Výzkumné cíle

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak hodnotí nelékařský zdravotnický personál v léčebně dlouhodobě nemocných a na interním oddělení KNTB ve Zlíně kvalitu péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci.

Pro podrobnější vyhodnocení byl hlavní výzkumný cíl rozložen na dílčí cíle:

- 1) Zjistit erudici zdravotnického personálu pro práci v oblasti paliativní péče.
- 2) Zjistit, zda zdravotnickému personálu přináší práce v oblasti paliativní péče uspokojení a naplnění.
- 3) Zjistit, zda jsou podle respondentů uspokojovány potřeby pacientů v terminálním stavu.
- 4) Zjistit, které prostředí by zdravotnický personál preferoval pro zajištění péče o umírající blízkou osobu.

4.2 Výzkumné otázky

V návaznosti na výzkumné cíle, byly stanoveny výzkumné otázky:

- 1) Jaká je erudice nelékařského zdravotnického personálu pro práci v oblasti paliativní péče?
- 2) Pociťuje zdravotnický personál při vykonávaném úsilí v oblasti paliativní péče uspokojení a naplnění?
- 3) Jsou podle názoru zdravotnického personálu uspokojovány potřeby pacientů v terminálním stavu?
- 4) Které prostředí by zdravotnický personál preferoval pro poskytnutí péče o umírající blízkou osobu?

4.3 Výzkumná strategie a technika sběru dat

Byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie s využitím techniky dotazníku, který patří mezi často používané metody sběru dat v terénu. Dotazníková metoda prezentuje frekventovanou metodu získávání dat a umožňuje obsáhnout poměrně rozsáhlý počet respondentů.

Průzkum a dotazníkové šetření bylo zaměřeno na KNTB, a. s., Zlín a uskutečnilo se v léčebně dlouhodobě nemocných a na interním oddělení tohoto zařízení. Interní klinika se diagnózami pacientů v mnoha aspektech podobá pacientům v LDN a paliativní péče o pacienty v terminálním stavu je zde nepostradatelná, proto byla do výzkumu také zapojena.

Průzkumné šetření proběhlo během února 2016, dotazníky byly osobně předány staničním sestram na jednotlivých odděleních, které následně zajistily jejich distribuci. Respondenti byli požádáni o vyplnění a vrácení dotazníků do tří týdnů. Z počtu 121 předaných dotazníků byla návratnost 98, počet distribuovaných dotazníků vycházel z počtu ošetřujícího zdravotnického nelékařského personálu na daných odděleních.

4.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zdravotnický nelékařský personál, tedy personál, který s pacientem v terminálním stádiu tráví nejvíce času a je s pacientem ve velmi blízkém kontaktu. Jedná se o všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, ošetřovatele a sanitární pracovníky pracující v léčebně dlouhodobě nemocných a na interním oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati, a. s., Zlín. Do výzkumného vzorku nebyl zahrnut lékařský personál, lékaři se věnují spíše kurativní terapii a zajišťují pacientům medikamentózní léčbu. Práce byla proto zaměřena na nelékařský zdravotnický personál.

5 VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

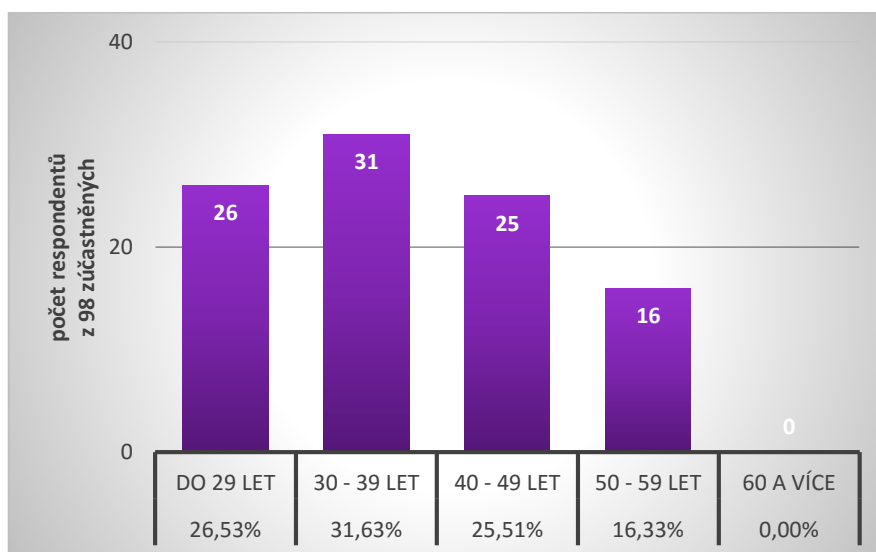
Do průzkumného šetření se zapojilo 98 respondentů ze 121 oslovených, kteří odpověděli na všechny otázky podle instrukcí daných v úvodu dotazníku (viz Příloha P I).

K analýze dat dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Excel a získaná data byla převedena do tabulek s vyjádřenou absolutní a relativní četností. Absolutní četnost představuje počet respondentů, kteří zvolili u dané otázky stejnou odpověď, a relativní četnost vyjadřuje tutéž informaci v procentech. Výsledky šetření byly přehledně znázorněny výsečovými a sloupcovými grafy včetně absolutních četností a vyhodnocení otázek bylo doplněno komentářem. Tabulky, poskytující data pro vytvoření grafů, jsou doloženy v Příloze P II této práce, číslování a pojmenování tabulek koresponduje s otázkami z dotazníku.

Jelikož pro naše šetření nebylo podstatné pohlaví respondentů, není tedy známo, kolik žen a mužů tvoří průzkumný vzorek. Pro jednodušší formulaci při vyhodnocování výsledků budou použity názvy profesí tak, jak je známe z běžné praxe – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitární pracovník.

Původním záměrem byla i konfrontace odpovědí všeobecných sester a zdravotnických asistentů. Jak se při vyhodnocení dat ukázalo, výsledky by neměly vypovídající hodnotu pro velmi nízký počet respondentů z řad zdravotnických asistentů.

Otázka č. 1: Kolik je vám let?

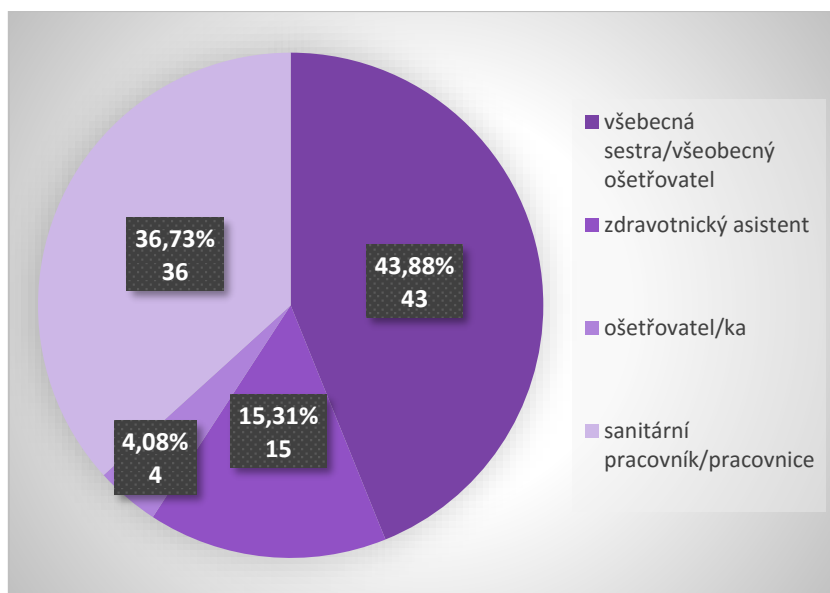


Graf 1 Věk respondentů

Nejpočetněji byla z 98 respondentů zastoupena věková kategorie 30 – 39 let (31,63 %), dále kategorie do 29 let (26,53 %). Nepatrně menší skupinu tvořilo rozmezí 40 – 49 let (25,51 %)

a nejméně zastoupenou skupinu tvořili respondenti 50 – 59 let (16,33 %). Žádný z respondentů neuvedl věk nad 60 let.

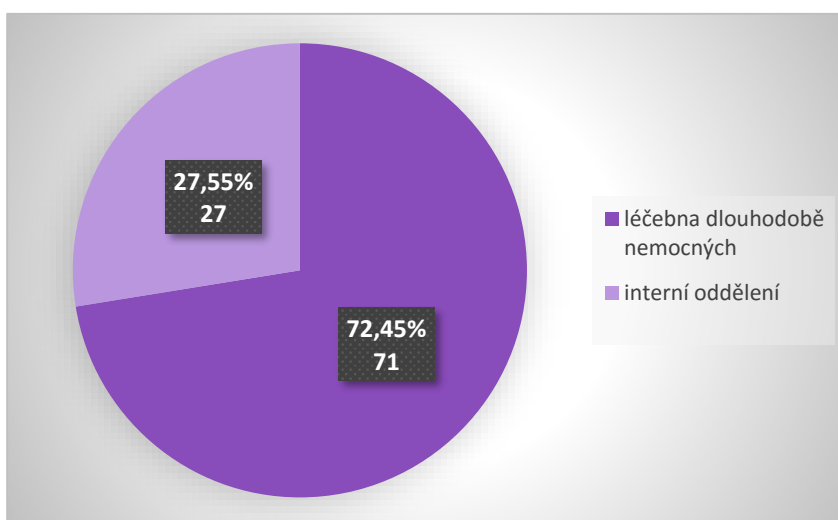
Otázka č. 2: Jakou profesí vykonáváte?



Graf 2 Profesní zařazení

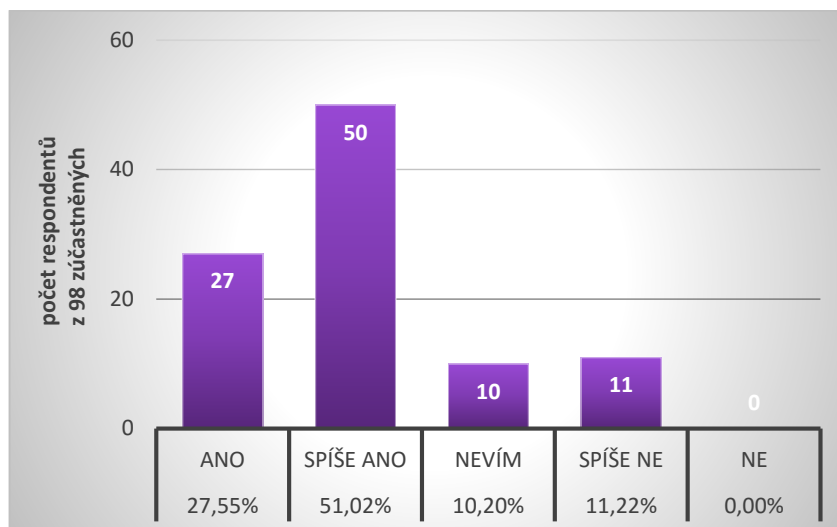
V největší míře byla zastoupena kategorie *všeobecná sestra* – 43 respondentů (43,88 %), dále *sanitární pracovníci* – 36 respondentů (36,73 %), méně bylo *zdravotnických asistentů* – 15 respondentů (15,31 %) a nejméně *ošetřovatelů* – 4 respondenti (4,08 %).

Otázka č. 3: Na kterém oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s., ve Zlíně, pracujete?



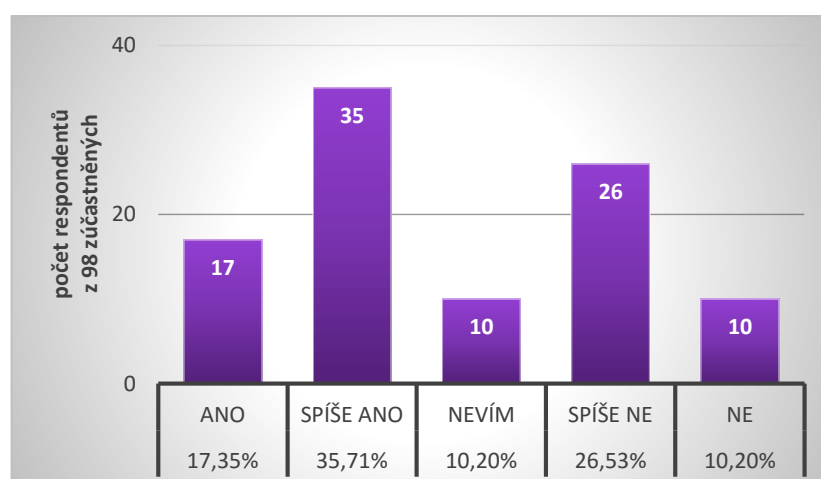
Graf 3 Pracoviště respondentů

Převážná část respondentů pracuje v *léčebně dlouhodobě nemocných* – 71 (72,45 %), menší část na *interním oddělení* – 27 (27,55 %).

Otázka č. 4: Myslíte si, že máte dostačující vědomosti pro práci v paliativní péči?

Graf 4 Vědomosti o paliativní péči

50 (51,02 %) respondentů uvedlo u otázky, zda si myslí, že mají dostačující vědomosti o paliativní péči, odpověď *spíše ano*, *ano* – 27 (27,55 %) respondentů, *spíše ne* – 11 (11,22 %) respondentů, *nevím* označilo 10 (10,22 %) respondentů a žádný z respondentů se nedomnívá, že nemá dostačující vědomosti o paliativní péči. Odpovědi ukazují, že téměř 79 % respondentů míní, že má vědomosti o práci v paliativní péči.

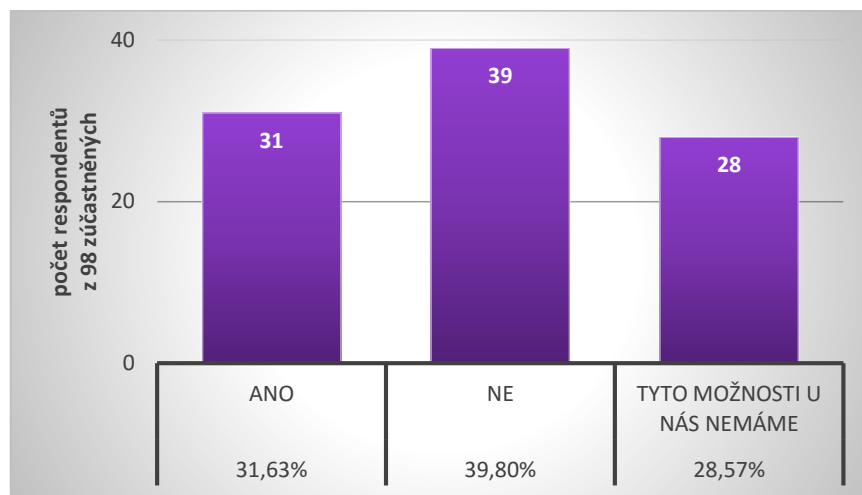
Otázka č. 5: Domníváte se, že Vás dosažené vzdělání připravilo do praxe v oblasti paliativní péče?

Graf 5 Připravenost pro práci v paliativní péči

Na otázku č. 5 bylo nejčastější odpovědí *spíše ano* - 35 (35,71 %) respondentů, méně častá byla odpověď *ano* – 17 (17,35 %) zúčastněných. *Spíše nepřipraveno* je 26 (26,53 %) respondentů, dalších 10 (10,20 %) odpovědělo *ne* a stejný počet, tedy 10 respondentů (10,20 %),

označilo odpověď *nevím*. Ze zjištěných odpovědí vyplývá, že 52 (53,06 %) respondentů hodnotí pozitivně svoji připravenost pro práci v paliativní péči, 46 (46,94 %) z nich se buď necítí být připraveni, nebo neví.

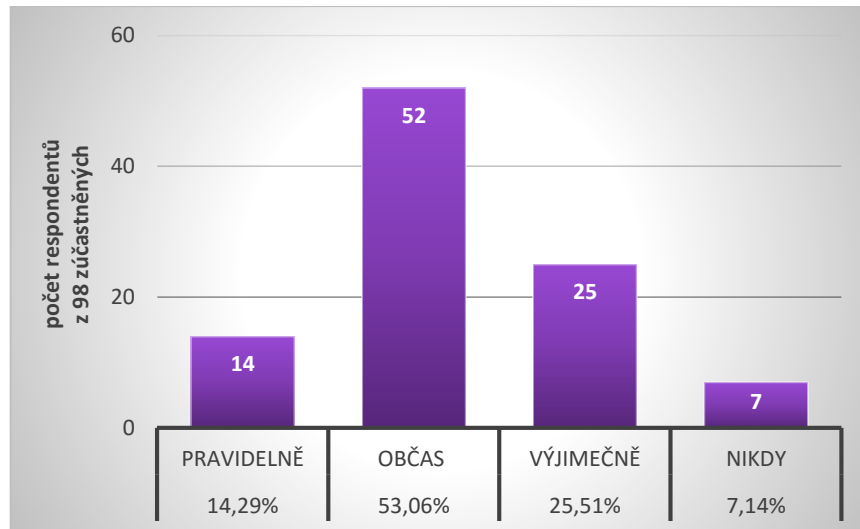
Otázka č. 6: Využíváte možnosti ze strany zaměstnavatele absolvovat doplňující semináře, kurzy, školení apod. týkající se vzdělání v paliativní péči a péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci?



Graf 6 Využívání možnosti vzdělávání ze strany zaměstnavatele

Nejčastější odpovědí na otázku, zda respondenti využívají možnosti ze strany zaměstnavatele k účasti na doplňujících seminářích, kurzech, školeních apod., týkajících se vzdělání o pacienty v terminálním stádiu nemoci, bylo *ne* - 39 (39,80 %) odpovědí, 28 (28,57 %) respondentů uvedlo, že tyto možnosti nemají. Z celkového počtu respondentů využívá možnosti nabídky vzdělávání 31 (31,63 %) respondentů.

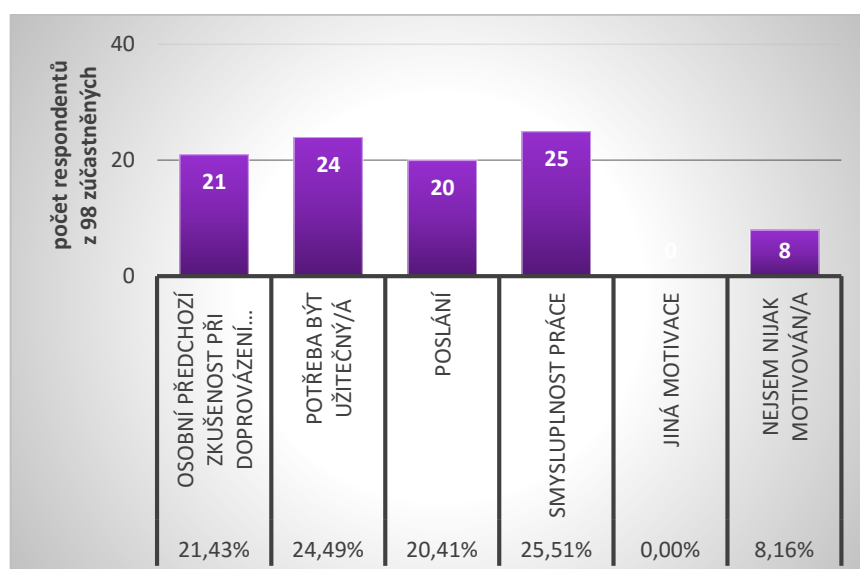
Otázka č. 7: Zdokonalujete se v oblasti péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci i jiným způsobem (např. vyhledáním odborné literatury, sledováním pořadů v médiích)?



Graf 7 Sebevzdělávání

Z uvedených odpovědí vyplývá, že z 98 zúčastněných se 52 dotazovaných (53,06 %) *občas* individuálně vzdělává v oblasti péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, 14 (14,29 %) se v této oblasti vzdělává *pravidelně*. Další skupinku tvoří 25 (25,51 %) respondentů, kteří se vzdělávají jen *výjimečně*, a zbylých 7 (7,14 %) respondentů se nevzdělává *nikdy*.

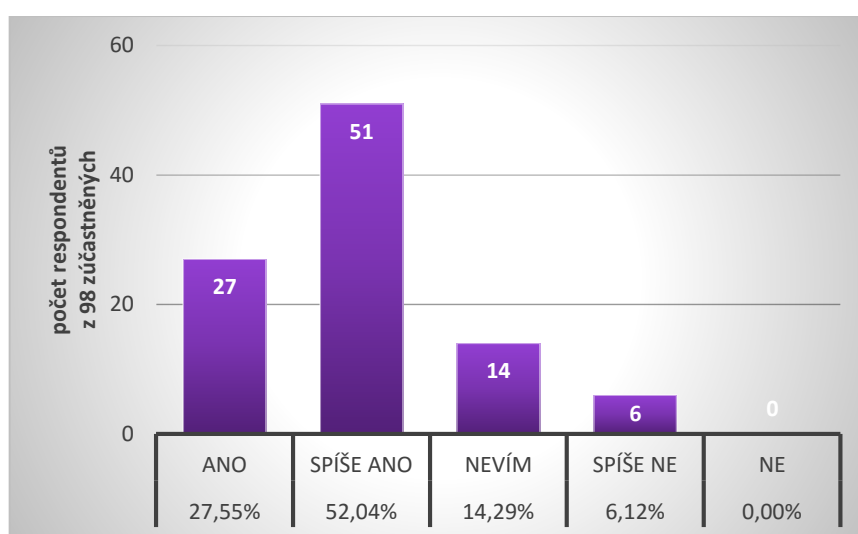
Otázka č. 8: Co Vás motivuje při péči o pacienta v terminální fázi?



Graf 8 Motivace k péči o pacienty v terminálním stavu

Počet odpovědí na výběr nejsilnější motivace pro péči o pacienta v terminální fázi nemoci byly téměř vyrovnané. 25 (25,51 %) respondentů vyzdvihuje *smysluplnost práce*, 24 (24,49 %) shledává jako významnou *potřebu být užitečný*, 21 (21,43 %) respondentů vidí jako důležitou motivaci *osobní předchozí zkušenost při doprovázení umírajícího* a 20 dotazovaných (20,41 %) spatřuje motivaci při péči o pacienta v terminální fázi v *poslání*. 8 (8,16 %) respondentů *není nijak motivováno*. Možnosti uvést *jinou motivaci* nevyužil žádný z respondentů.

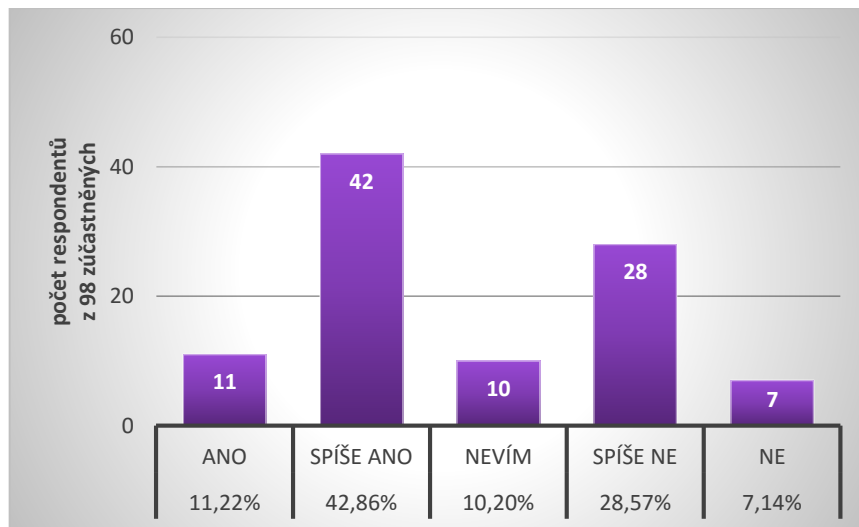
Otázka č. 9: Pociťujete vnitřní uspokojení z vykonávané práce?



Graf 9 Uspokojení z vykonávané práce

Z grafu je naprosto zřejmé, že převážná většina zdravotnického personálu – 78 (79,59 %) vyjádřila pozitivní odpovědi a pociťuje vnitřní uspokojení z vykonávané práce. Nejvíce respondentů - 51 (52,04 %) odpovědělo *spíše ano*, 27 (27,55 %) *ano*, 6 (6,12 %) *spíše ne* a 14 (14,29 %) respondentů označilo odpověď *nevím*. Nebyla zaznamenána ani jedna odpověď *ne*.

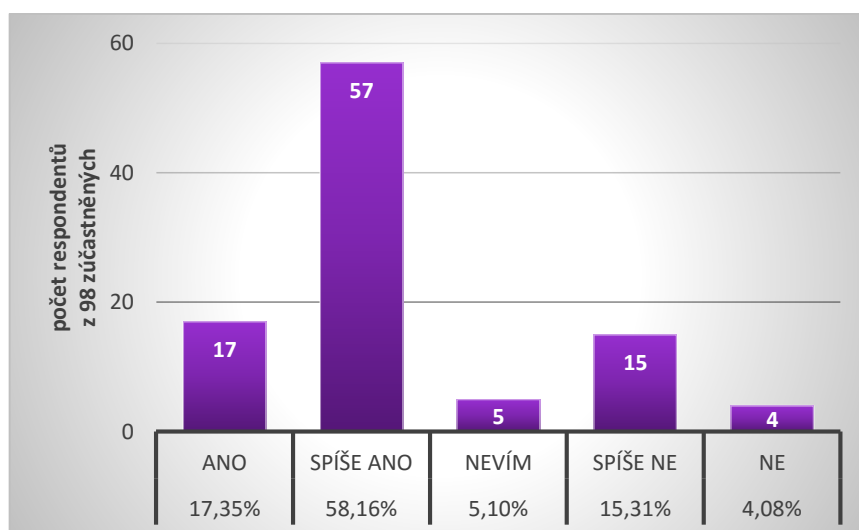
Otázka č. 10: Vnímáte ze strany pacientů a jejich blízkých projevy úcty a respektu ke zdravotnickému personálu při vykonávání paliativní péče?



Graf 10 Úcta a respekt ke zdravotnickému personálu

Na otázku, zda ošetřující personál vnímá úctu ze strany pacientů a jejich blízkých při vykonávání paliativní péče, odpovědělo nejvíce respondentů *spíše ano* – 42 (42,86 %) a 11 (11,22 %) *ano*. Naopak variantu *spíše ne* zvolilo 28 (28,57 %) respondentů, *ne* 7 (7,14 %) respondentů a 10 (10,20 %) zdravotnických pracovníků označilo *nevím*.

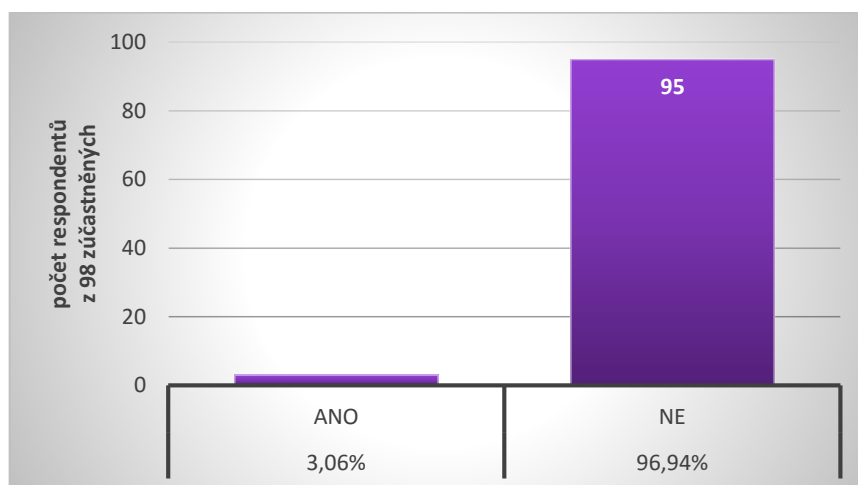
Otázka č. 11: Domníváte se, že je pacientům v terminálním stadiu nemoci na Vašem oddělení zajištěna důstojná péče?



Graf 11 Zajištění odpovídající důstojné péče

Z odpovědí je zřejmé, že zdravotnický personál – 74 (75,51 %) se domnívá, že pacientům v terminálním stádiu nemoci je zajištěna důstojná péče, *spíše ano* zvolilo 57 (58,16 %) respondentů a *ano* vybralo 17 (17,35 %) dotazovaných. Odpověď *spíše ne* označilo 15 (15,31 %) zúčastněných, *ne* 4 (4,08 %) respondenti a 5 (5,10 %) *neví*.

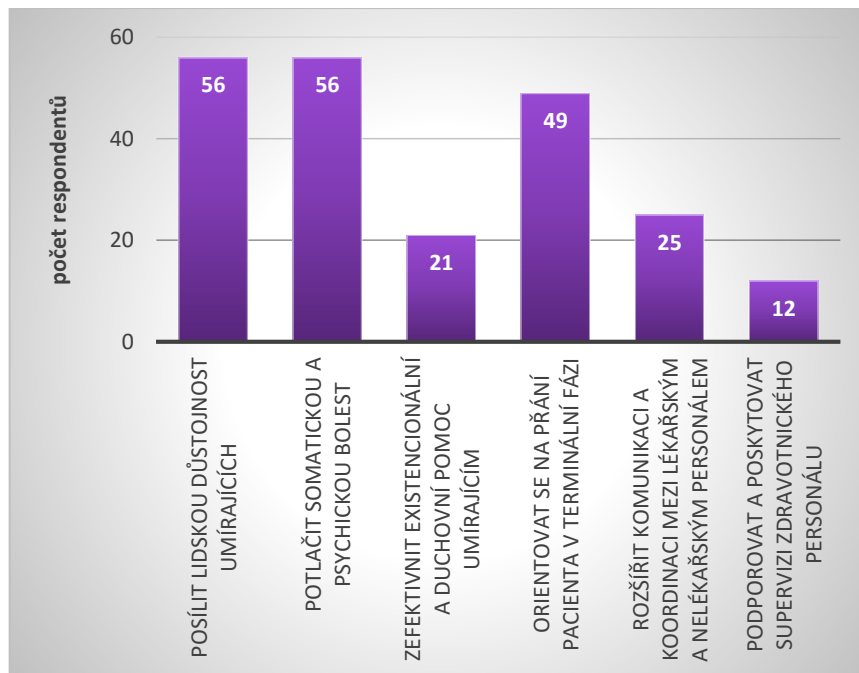
Otázka č. 12: Domníváte se, že je na Vašem pracovišti adekvátní počet zaměstnanců pro zajištění kvalitní paliativní péče?



Graf 12 Dostatečný počet zaměstnanců pro paliativní péči

Z odpovědí na otázku, zda se respondenti domnívají, že mají na oddělení adekvátní počet zaměstnanců pro zajištění kvalitní paliativní péče, naprosto zřetelně vyplývá odpověď *ne* – 95 (96,94 %). Pouze 3 (3,06 %) respondenti stanovili odpověď *ano*, domnívají se, že počet zaměstnanců pro kvalitní péči je adekvátní.

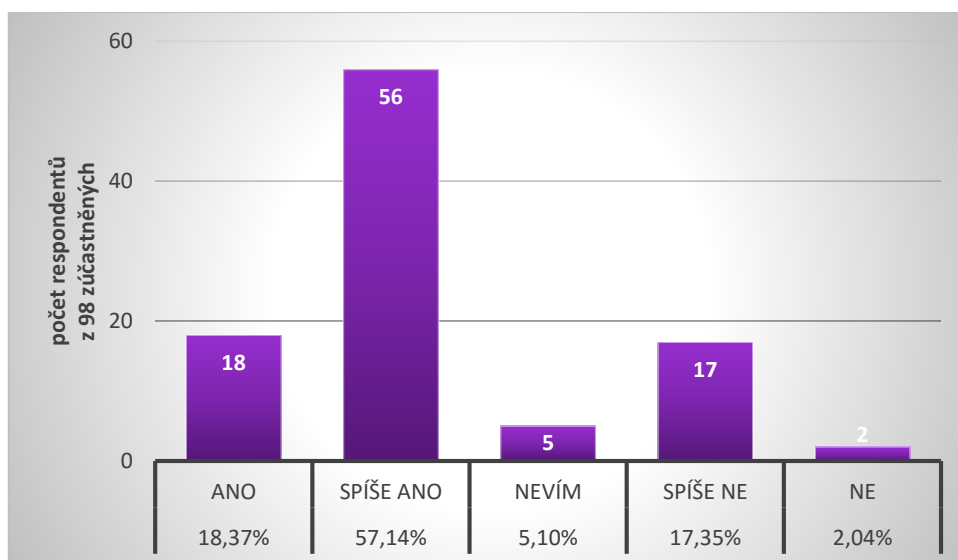
Otázka č. 13: Kterou z uvedených možností byste navrhl/a ke zdokonalení péče o pacienta v terminálním stádiu na Vašem pracovišti?



Graf 13 Možnosti ke zlepšení paliativní péče

U otázky na zlepšení paliativní péče mohli respondenti zvolit více než jednu ze šesti nabízených možností. Jako prioritní možnosti ke zlepšení péče byly vybrány tři možnosti, shodným počtem 56 respondentů byly stanoveny dvě eventuality - *posílit lidskou důstojnost umírajících* a *potlačit somatickou a psychickou bolest*, třetí byla orientace na přání pacienta v terminální fázi – 49 respondentů. Zbylé tři možnosti byly vybrány menším počtem zúčastněných, *rozšíření komunikace a koordinace mezi lékařským a nelékařským personálem* zvolilo 25 respondentů, *zefektivnit existencionální a duchovní pomoc umírajícím* 21 a na posledním místě žebříčku možností ke zlepšení péče vybralo 12 respondentů *podporu a supervizi zdravotnického personálu*.

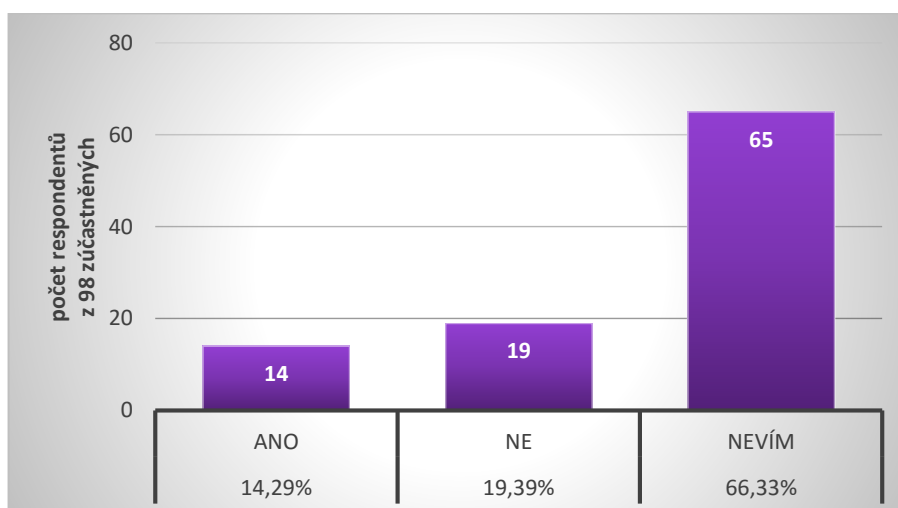
Otázka č. 14: Probíhá na Vašem oddělení otevřená komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinou orientovaná na důstojnou pomoc umírajícímu?



Graf 14 Komunikace mezi rodinou a personálem

Z uvedených odpovědí evidentně vyplývá pozitivní zjištění, že na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných a interním oddělení probíhá dle názorů respondentů otevřená komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinou orientovaná na důstojnou pomoc umírajícímu. Nejčastější byla odpověď *spíše ano* – 56 (57,14 %) respondentů, *ano* – 18 (18,37 %). *Spíše ne* 17 (17,35 %) respondentů, 5 (5,10 %) *neví*, a že komunikace na oddělení *neprobíhá*, míní 2 (2,04 %) respondenti.

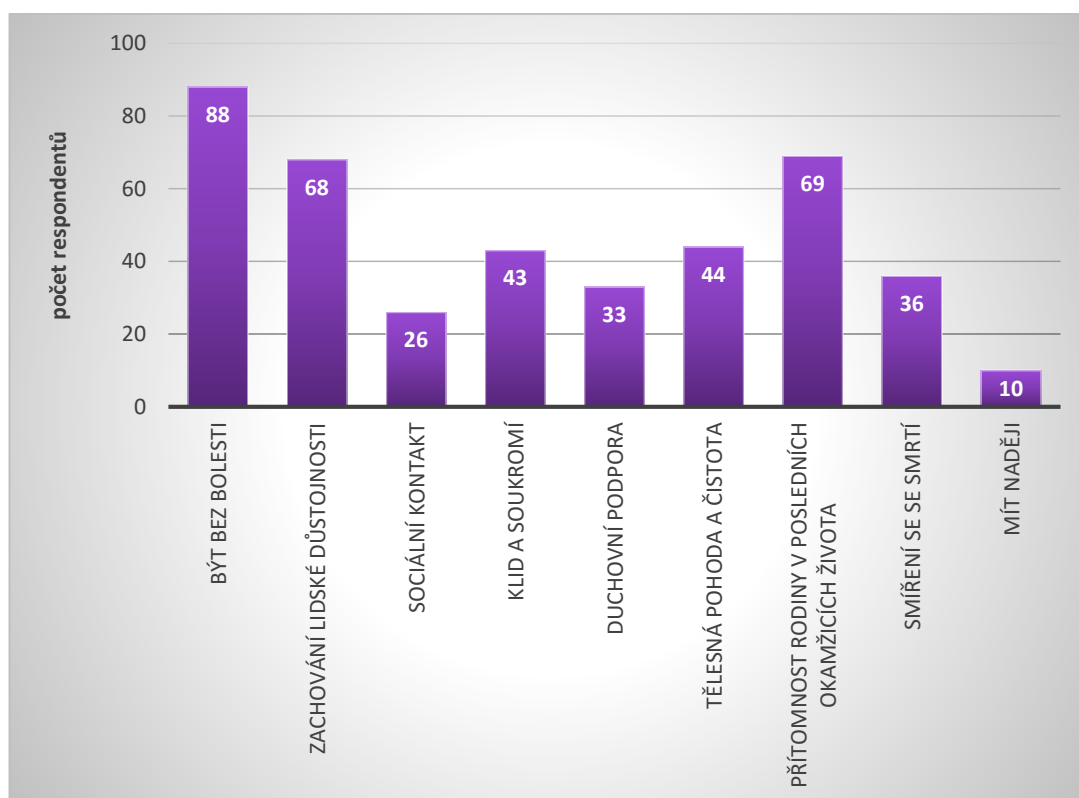
Otázka č. 15: Existují možnosti, jak posílit spolupráci zdravotnického zařízení s příbuznými při péči o pacienta v terminálním stavu?



Graf 15 Možnosti zlepšení spolupráce personálu a rodiny

Tato otázka v případě kladné odpovědi nabízela respondentům vyjádřit vlastní návrh, jak by se dala zlepšit a posílit spolupráce zdravotnického zařízení s příbuznými při péči o pacienta v terminálním stavu. Odpověď *ano* zvolilo 14 (14,29 %) respondentů, z nichž tři blíže nespecifikovali. Ze zbývajících kladných odpovědí se nejčastěji vyskytoval požadavek *prostoru pro soukromí a kontakt umírajícího s rodinou* (5 respondentů), dále pak bylo požadováno *navýšení počtu personálu, zavedení edukačních seminářů, edukace rodiny, otevřená komunikace s rodinou a její akceptace stavu příbuzného*. Mezi volnými odpověďmi byla i zmínka o *nízkém pozitivním náhledu příbuzných na práci personálu* a možnost *většího prostoru pro komunikaci příbuzných s lékaři*. S tím, že *neexistují* možnosti, jak posílit spolupráci zdravotnického zařízení s příbuznými při péči o pacienta v terminálním stavu, se ztožnilo 19 (19,39 %) respondentů a zbývajících 65 (66,33 %) respondentů *neví*.

Otázka č. 16: Které z uvedených potřeb jsou podle Vás pro umírající nejdůležitější?

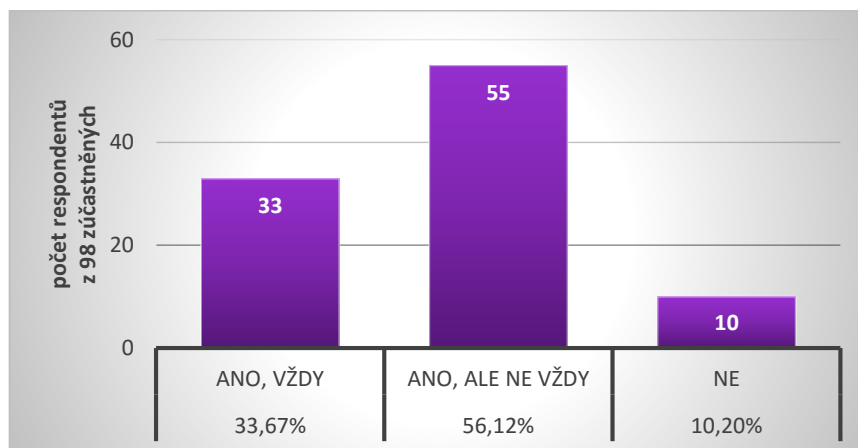


Graf 16 Nejdůležitější potřeby pacienta

V otázce na nejdůležitější potřeby umírajícího pacienta měli respondenti prostor vybrat více možností. Jako nejdůležitější byla označena potřeba *být bez bolesti* (88 odpovědí), *přítomnost rodiny v posledních okamžicích života* (69) a *zachování lidské důstojnosti* (68). V menším počtu byla volena potřeba *tělesné pohody a čistoty* (44), *klidu a soukromí* (43), dále pak

smíření se se smrtí (36), potřeba *duchovní podpory* (33) a *sociálního kontaktu* (26). Nejméně často respondenti označili potřebu umírajícího *mít naději* (10 odpovědí).

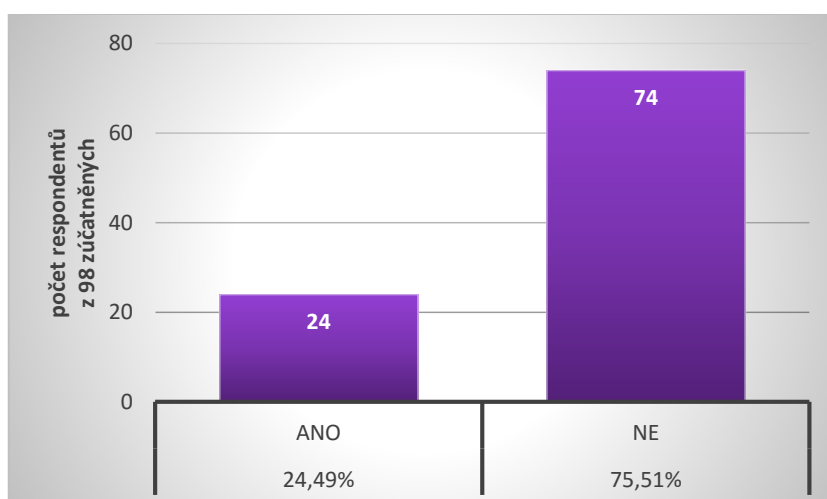
Otázka č. 17: Pokud si umírající a jeho rodina přejí strávit poslední chvíle života o samotě, je jim to umožněno?



Graf 17 Možnost strávit poslední chvíle života o samotě

Většina respondentů odpověděla na otázku, zda je umožněno umírajícímu a jeho rodině strávit poslední chvíle života o samotě *ano, ale ne vždy* – 55 (56,12 %) dotázaných. 33 (33,67 %) respondentů potvrdili variantu *ano, vždy*, tedy že na oddělení, kde pracují, je umožněno soukromí umírajícímu a jeho rodině, *ne* označilo 10 (10,20 %) respondentů.

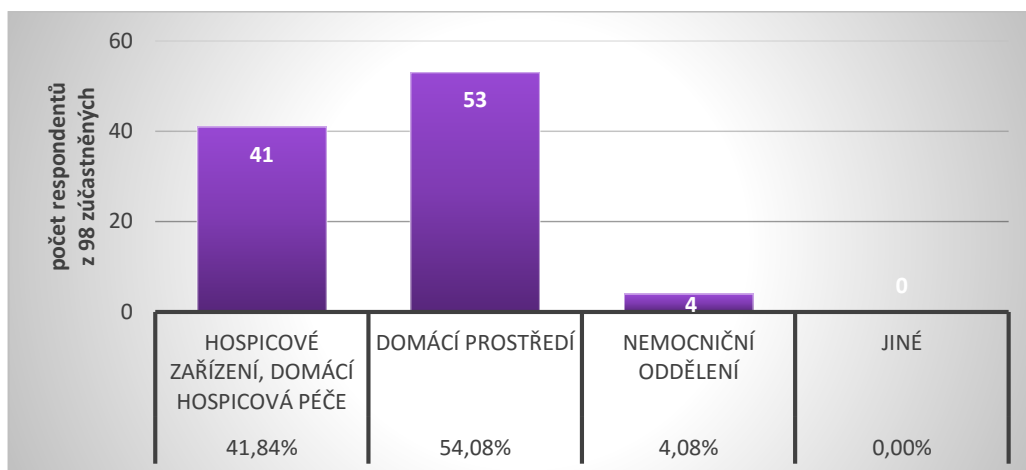
Otázka č. 18: Máte osobní zkušenost s prostředím a péčí v hospicovém zařízení?



Graf 18 Zkušenost s prostředím hospiců

Naprostá většina respondentů – 74 (75,51 %) odpověděla, že nemá zkušenost s prostředím a péčí v hospicovém zařízení, naopak tuto zkušenost potvrdilo odpovědí *ano* 24 (24,49 %) respondentů.

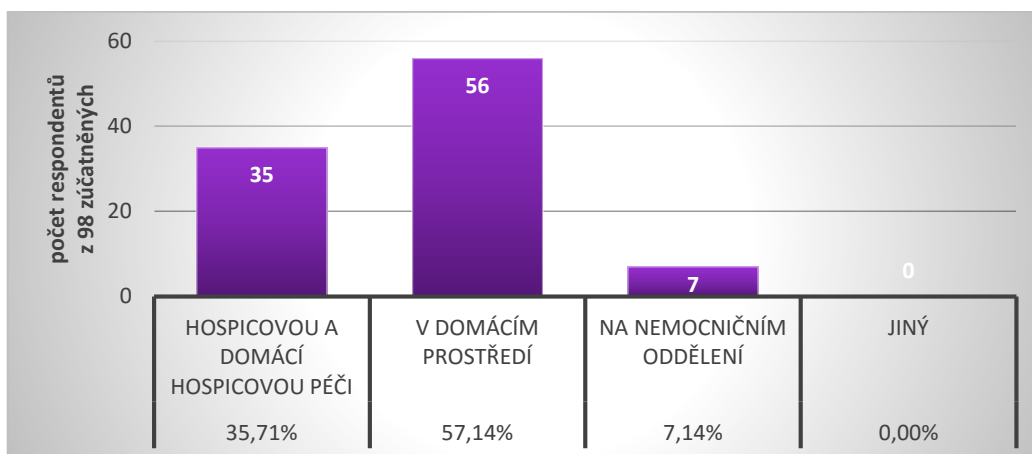
Otázka č. 19: Který z uvedených poskytovatelů může poskytnout umírajícímu nejdůstojnější podmínky k odchodu ze života?



Graf 19 Zařízení poskytující nejlepší podmínky v závěru života

Nejdůstojnější podmínky k odchodu ze života může umírajícímu podle vyhodnocení této otázky poskytnout *domácí prostředí* – jak odpovědělo 53 (54,08 %) respondentů a *hospicové zařízení včetně domácí hospicové péče* – 41 (41,84 %) respondentů. Pouze 4 (4,08 %) zúčastnění jsou přesvědčeni, že nejdůstojnější podmínky umírajícímu v terminální fázi může nabídnout *nemocniční oddělení*. Variantu *jiné* nevybral žádný z respondentů.

Otázka č. 20: Pokud byste měl/a možnost volby, kterou péči o svého blízkého příbuzného v terminálním stádiu byste zvolil/a?



Graf 20 Preferovaný poskytovatel paliativní péče

V porovnání s předchozí otázkou volili respondenti odpovědi v téměř obdobném počtu. Nejvíce preferovaným prostředím pro péči umírajícího příbuzného by bylo *domácí prostředí* – 56 (57,14 %) respondentů a péče *v hospicích či domácí hospicová péče* – 35 (35,71 %). Nejméně příznivců měla péče *na nemocničních odděleních* – 7 (7,14 %) respondentů. *Jinou* možnost péče nenavrhli žádný z respondentů.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Hlavním cílem bakalářské práce bylo vyzkoumat, jak nelékařský zdravotnický personál vybraných oddělení KNTB ve Zlíně posuzuje kvalitu péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci. Analýzou dat byly vyhodnoceny odpovědi na výzkumné otázky, které byly stanoveny před vlastním výzkumem v návaznosti na stanovené cíle.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je erudice nelékařského zdravotnického personálu pro práci v oblasti paliativní péče?

K této otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 4, 5, 6, 7. Z dotazníkového šetření vyplývá, že téměř 79 % respondentů se cítí být připraveno a má dostačující vědomosti nezbytné pro práci v paliativní péči, ostatní buď neví, nebo vědomosti spíše postrádají. 53 % respondentů připisuje svoje znalosti dosaženému vzdělání, naopak 27 % se spíše nedomnívá, že znalosti získali právě vzděláním. Považuji za přínosné zjištění, že 67 % respondentů si doplňuje vzdělání pro práci v paliativní péči individuálně, čtvrtina z nich uvedla, že tak činí pravidelně. Z celkového počtu využívá 32 % respondentů příležitosti a doplňuje si vzdělání v paliativní péči a péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci prostřednictvím nabídky zaměstnavatele. Udivuje mě, že až 40 % respondentů této možnosti nevyužívá vůbec. Všichni bychom si měli rozšiřovat schopnosti, znalosti a pátrat po nových poznacích v průběhu profesního života. Medicína jde neustále kupředu a vyvíjí se na základě praktických poznatků, a s tím, co jsme se naučili ve škole, nemůžeme vystačit napořád. Žádná pracovní činnost se neobejde bez vzdělávacích seminářů, doplňujících kurzů a rozšiřováním dovedností, obzvláště ve zdravotnictví. 29 % respondentů uvedlo, že zaměstnavatel tyto možnosti nenabízí a sedm zdravotníků přiznalo, že se nevzdělává vůbec. 10 % ze souboru respondentů nelékařského zdravotnického personálu uvedlo, že je dosažené vzdělání nepřipravilo do praxe v paliativní péči a stejný počet odpovídajících vyjádřilo, že neví.

Výzkumná otázka č. 2: Pociťuje zdravotnický personál při vykonávaném úsilí v oblasti paliativní péče uspokojení a naplnění?

Odpověď na tuto otázku poskytují dotazníkové otázky č. 8, 9 a 10. Péče o pacienta v terminálním stavu je podle mého názoru mnohem těžší, než péče o pacienta s prognózou na vyléčení. Spokojenost pacienta v závěrečných dnech života je neméně důležitá, než spokojenost jiného pacienta. Smyslem tohoto cíle mělo být zjištění, zda zdravotnický personál vnímá práci v paliativní péči jen jako běžnou rutinu, nebo mu přináší i vnitřní uspokojení. Pozitiv-

ním zjištěním bylo, že téměř 80 % respondentů vyjádřilo pocity vnitřního uspokojení a naplnění při paliativní péči o pacienta v terminálním stavu. Šest respondentů spíše necítí satisfakci z této práce a 14 % uvedlo, že neví. Silnou motivací v péči o pacienta v terminální fázi nemoci je především smysluplnost práce, poslání a potřeba být někomu užitečný, respondentům napomáhá k pocitu uspokojení i předchozí osobní zkušenost při doprovázení umírajícího. K pocitu spokojenosti a naplnění z dobře vykonané práce přispívá i zpětná vazba od pacienta a jeho rodiny. Kladnou odezvu na svoji práci pocítuje 54 % respondentů. Naopak úctu a respekt ke zdravotnickému personálu nevnímá 36 % respondentů.

Výzkumná otázka č. 3: Jsou podle názoru zdravotnického personálu uspokojovány potřeby pacientů v terminálním stavu?

Další otázka se týkala uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu nemoci, na kterou měly odpovědět položky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17. Uspokojování potřeb umírajících je velmi důležitý aspekt v paliativní péči a je třeba mu věnovat pozornost. 76 % respondentů se vyjádřila, že pacientům v terminálním stádiu nemoci je zajištěna důstojná péče. K vyššímu komfortu pacientů by mohlo přispět potlačení somatické a psychické bolesti, posílení lidské důstojnosti umírajících a hlubší orientace personálu na přání pacienta v terminální fázi. Respondenti by uvítali pružnější komunikaci a koordinaci mezi lékařským a nelékařským personálem a účinnější existencionální a duchovní pomoc umírajícím. 97 % respondentů jednoznačně vyjádřilo nedostatečný počet personálu při poskytování paliativní péče, což se může negativně odrážet právě na kvalitě poskytované péče. Příznivě pro uspokojování potřeb pacientů vyznívá šetření, že 76 % respondentů uvedlo, že mezi personálem a rodinou existuje otevřená komunikace zaměřená na důstojnou pomoc umírajícímu, 19 % se přiklání k opačnému názoru. Pouze 14 % respondentů se domnívá, že existují další možnosti ke zlepšení spolupráce rodiny a zdravotnického personálu. K tomu může napomoci například poskytnutí prostoru pro soukromí a kontakt umírajícího s rodinou, dále pak rozšíření řad personálu, zavedení edukačních seminářů, edukace rodiny, otevřená komunikace s rodinou a její akceptace stavu příbuzného. Mezi odpověďmi byla i zmínka o minimálním pozitivním náhledu příbuzných na práci personálu a možnost většího prostoru pro komunikaci příbuzných s lékaři. Jiné eventuality pro posílení spolupráce zdravotnického zařízení s příbuznými při péči o pacienta v terminálním stavu nespatřuje 19 % respondentů a zbývajících 66 % respondentů označilo odpověď neví. Komunikace v paliativní péči mezi personálem a rodinnými příbuznými by měla být empatická, příbuzní mají nárok znát důležité

informace. Každý lékař by měl poskytovat pravdivé informace, čímž by se zabránilo ztrátě důvěry ke zdravotnickému personálu a všeobecně k jejich péči vůbec.

Vzhledem k tomu, že nelékařský zdravotnický personál je s pacientem v terminálním stádiu nemoci v každodenním kontaktu, dá se předpokládat, že zná nejdůležitější potřeby umírajících. Jako prioritní je, aby umírající byl bez bolesti, byla mu zajištěna přítomnost rodiny v posledních okamžicích života a byla zachována lidská důstojnost. Důležitá je i tělesná pohoda, hygiena, klid a soukromí. Opomíjenými by neměly zůstat spirituální potřeby, které mohou být pro umírající stejně tak důležité, jako ostatní potřeby. Z nich respondenti nejčastěji volili za významné pro pacienta smíření se se smrtí, duchovní podporu, klid a soukromí. Pokud si umírající a jeho rodina přejí strávit poslední chvíle života v soukromí, je jim tato služba podle odezvy 34 % respondentů umožněna vždycky, 56 % dodává, že tato chvíle soukromí je sice umožněna, ale ne vždy.

Výzkumná otázka č. 4: Které prostředí by preferoval zdravotnický personál pro poskytnutí péče o umírající blízkou osobu?

K poslední výzkumné otázce se vztahovaly dotazníkové otázky č. 18, 19, 20. Převážná většina respondentů (54 %) zastává názor, že nejdůstojnější podmínky v závěrečných dnech života může umírajícímu poskytnout péče v domácím prostředí, které by zároveň preferovaly jako nejvhodnější pro svého blízkého příbuzného, pokud by taková situace nastala. Vysokou důvěru zajištění kvalitních a důstojných podmínek vyjádřili respondenti hospicové a domácí hospicové péči – 42 %, naopak nemocniční oddělení uvedlo jako prostředí umožňující nejdůstojnější podmínky umírajícím jen několik málo respondentů (4 %). 16 respondentů z 24, kteří uvedli svoji osobní zkušenost s péčí v hospicovém zařízení, ohodnotilo hospice za zařízení poskytující nejvhodnější podmínky pro zakončení života umírajícího a také by respondenti toto prostředí zvolili pro svého blízkého příbuzného, pokud by nastala situace vyžadující tuto péči. Jenom 8 respondentů z těch, kteří uvedli osobní zkušenost s hospicovým prostředím, označilo hospicové zařízení jako poskytovatele nejdůstojnějších podmínek pro závěr života. Nečekaným zjištěním byly odpovědi 53 respondentů, kteří označili domácí prostředí za prostředí poskytující umírajícím nejdůstojnější podmínky, ale totéž prostředí by pro blízkého umírajícího volilo už jen 22 z nich.

ZÁVĚR

Záměrem bakalářské práce bylo zjistit názory nelékařského zdravotnického personálu v léčebně dlouhodobě nemocných a na interním lůžkovém oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s., ve Zlíně na poskytovanou paliativní péči a její kvalitu v konečné fázi života nemocných.

Výběr tohoto tématu vyplývá z mé pracovní zkušenosti jako zdravotní asistentky na interním oddělení. Potvrdila se moje domněnka, že umírání v nemocnicích se v dnešní době stává běžnou skutečností. Přivykli jsme tomu, že umírání přenecháváme medicíně a tím jsme ztratili zkušenost s dochováním umírajících. Nechci se klonit k názoru, že je to špatně. Špatné je podle mého názoru to, že těžce nemocní a umírající pacienti jsou příbuznými odloženi za zdi nemocnic na nemocniční lůžka, která by mohla poskytnout službu jiným pacientům, těm, kteří mají šanci na vyléčení a uzdravení. Dnešní uspěchaná doba a moderní způsob života nepřejí mezigeneračnímu soužití, rodinné vazby jsou mnohem volnější než dříve. A tak když dojde k vážnému onemocnění a nezvratné prognóze, nevíme si rady, jak se o blízkého umírajícího člena rodiny postarat, jsme časově přetěžováni v zaměstnání a tak se nám zdánlivě nejlepší, nejdostupnější a nejlevnější způsob zdá být pobyt v nemocnici.

Pokud už není cesta k vyléčení, měl by být, podle mého názoru, nevléčitelně nemocný pacient umístěn do hospicové péče, která garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude respektována lidská důstojnost a nezůstane v posledních dnech osamocen. Domnívám se, že časy tradičního odcházení ze života a umírání v rodinném kruhu jsou již minulostí a v blízké budoucnosti jejich návratu zpět do domácího prostředí nic nenasvědčuje, přestože ještě existují rodiny, které tento způsob stále uplatňují a dodržují. Do popředí se nyní dostávají hospicová zařízení, která umožňují dostupnou paliativní péči a pomoc odborníků a respektují smrt jako nedílnou a přirozenou součást života.

Zdravotnická zařízení jsou prioritně určena k neodkladné péči o pacienty a jejich léčení. I tak zde umírání patří k častým událostem a myslím si, že je nutné hledat cesty, jak ulevit přetíženému zdravotnickému personálu a přenést péči o pacienta v terminálním stavu do jiného prostředí. Paliativní péče je především psychicky velmi náročná a vyčerpávající a vyžaduje dlouhodobý kvalitní výkon ze strany personálu.

Z výsledků dotazníkového výzkumu vyplývá, že pacientům v terminální fázi nemoci je na interním oddělení a LDN poskytována zodpovědná, důstojná a kvalitní péče, mezi pacientem

a rodinou probíhá efektivní a upřímná komunikace, příbuzným a blízkým je umožněno strávit s umírajícím chvíle v soukromí a o samotě. Kvalita péče se odráží i v připravenosti nelékařského zdravotnického personálu pro výkon profese v oblasti paliativní péče, většina personálu vnímá svoji připravenost a vzdělání pro tuto práci na dobré úrovni.

Přes uvedená pozitiva šetření této práce se ukazují i nedostatky plynoucí z možností a podmínek oddělení. Zdravotnický personál v dotazníku navrhnul některé varianty ve prospěch péče o umírající pacienty, především jde o rozšíření stávajícího počtu ošetřujícího personálu, což jak všichni víme, je v současné době palčivé téma nejen v oblasti paliativní péče, ale ve zdravotnictví v naší republice všeobecně.

Za nepříliš příznivé považují odpovědi na otázku vzdělávání v oblasti paliativní péče, respondenti využívají rozšiřování svých vědomostí pouze v omezeném počtu. Dá se usuzovat, že pokud by se změnila organizační nedostatky, např. rozšířením vzdělávacích příležitostí a navýšením počtu personálu, o jehož nedostatku respondenti také informovali, bylo by více zájemců využívajících nabídek školicí činnosti.

Tyto závěry nelze zobecňovat, v návaznosti na literaturu a publikace s tímto tématem se dá předpokládat, že situace bude na stejných odděleních obdobná, změna k lepšímu by mohla nastat změnou v celkovém systému zdravotní péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-436-9.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

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

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.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2014. *On death & dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy & their own families*. Foreword by Ira Byock. New York: Scribner. ISBN 978-1-4767-7554-8.

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

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.

SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné lékaře [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, Ondřej, 2009. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů* [online]. Brno [cit. 2016-02-26]. Dizertační práce. Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta, Obor doktorského studia: Sociální lékařství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/90625/lf_d/

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ, 2013. Paliativní péče v ČR v roce 2013. In: *Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Brno a Praha, 12. 2. 2013 [cit. 2015-11-9]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>

STUDENT, Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2007. *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care*. Reinhardt. ISBN 9783825225476.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1148-6.

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

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

INTERNETOVÉ ZDROJE:

Hospicová péče, ©2016. *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. [cit. 2016-01-15]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN), ©2010. *Průvodce službami pro seniory* [online]. [cit. 2016-02-14]. Dostupné z: <http://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/ldn.html>

SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří, 2002. Symptomy terminální fáze. In: *Zdravotnictví, medicína* [online]. Brno: 20. 6. 2002 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/symptomy-terminalni-faze-a-jejich-lecba-145903>

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, ŠPINKOVÁ, Martina, 2013. Paliativní péče v ČR v roce 2013. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Brno, Praha: 12. 2. 2013. [cit. 2016-01-15]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>

Quo vadis, LDN?, ©2016. *Umírání.cz* [online], 14. listopadu 2008. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/quo-vadis-ldn>

INTERNETOVÉ DOKUMENTY:

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). In: *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online časopis]. Ostrava, roč. 3, č. 2/2012, s. 404 – 414, [cit. 2016-03-25]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/6_buzgova.pdf

Strategie rozvoje paliativní péče na období 2011 – 2015. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z:

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika.
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati.
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných.
NHPCO	National Hospice and Palliative Care Organization.
NNP	Nemocnice následné péče.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentů.....	35
Graf 2 Profesní zařazení	36
Graf 3 Pracoviště respondentů.....	36
Graf 4 Vědomosti o paliativní péči.....	37
Graf 5 Připravenost pro práci v paliativní péči.....	37
Graf 6 Využívání možnosti vzdělávání ze strany zaměstnavatele.....	38
Graf 7 Sebevzdělávání	39
Graf 8 Motivace k péči o pacienty v terminálním stavu.....	39
Graf 9 Uspokojení z vykonávané práce	40
Graf 10 Úcta a respekt ke zdravotnickému personálu	41
Graf 11 Zajištění odpovídající důstojné péče	41
Graf 12 Dostatečný počet zaměstnanců pro paliativní péči.....	42
Graf 13 Možnosti ke zlepšení paliativní péče.....	43
Graf 14 Komunikace mezi rodinou a personálem	44
Graf 15 Možnosti zlepšení spolupráce personálu a rodiny.....	44
Graf 16 Nejdůležitější potřeby pacienta	45
Graf 17 Možnost strávit poslední chvíle života o samotě.....	46
Graf 18 Zkušenost s prostředím hospiců	46
Graf 19 Zařízení poskytující nejlepší podmínky v závěru života.....	47
Graf 20 Preferovaný poskytovatel paliativní péče.....	47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník

Příloha P II Tabulky

Příloha P I Dotazník

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,
jmenuji se Dana Musilová a jsem studentkou Fakulty humanitních studií, UTB ve Zlíně, obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci zaměřenou na kvalitu péče o nemocné v terminální fázi onemocnění. Proto bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účely praktické části mé bakalářské práce.

Pokud není uvedeno jinak, vyberte u otázek pouze jednu odpověď.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Kolik je vám let?
 do 29 let 30 – 39 let 40 – 49 let 50 – 59 let 60 a více let
2. Jakou profesi vykonáváte?
 Všeobecná sestra/Všeobecný ošetřovatel
 Zdravotnický asistent
 Ošetřovatel/ka
 Sanitární pracovník/pracovnice
3. Na kterém oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s., ve Zlíně, pracujete?
 Léčebna dlouhodobě nemocných Interní oddělení
4. Myslíte si, že máte dostačující vědomosti pro práci v paliativní péči?
 Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne
5. Domníváte se, že Vás dosažené vzdělání připravilo do praxe v oblasti paliativní péče?
 Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne
6. Využíváte možnosti ze strany zaměstnavatele absolvovat doplňující semináře, kurzy, školení apod. týkající se vzdělání v paliativní péči a péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci?
 Ano Ne Tyto možnosti u nás nemáme
7. Zdokonalujete se v oblasti péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci i jiným způsobem (např. vyhledáním odborné literatury, sledováním pořadů v médiích)?
 Pravidelně Občas Výjimečně Nikdy
8. Co Vás motivuje při péči o pacienta v terminální fázi? (Zvolte pouze jednu odpověď)
 Osobní předchozí zkušenost při doprovázení umírajícího
 Potřeba být užitečný/á
 Poslání
 Smysluplnost práce
 Jiná motivace.....
 Nejsem nijak motivován/a
9. Pociťujete vnitřní uspokojení z vykonávané práce?
 Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne
10. Vnímáte ze strany pacientů a jejich blízkých projevy úcty a respektu ke zdravotnickému personálu při vykonávání paliativní péče?
 Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne
11. Domníváte se, že je pacientům v terminálním stádiu nemoci na Vašem oddělení zajištěna důstojná péče?
 Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

12. Domníváte se, že je na Vašem pracovišti adekvátní počet zaměstnanců pro zajištění kvalitní paliativní péče?
- Ano
 - Ne
13. Kterou z uvedených možností byste navrhl/a ke zdokonalení péče o pacienta v terminálním stádiu na Vašem pracovišti? (Lze označit i více odpovědí)
- posílit lidskou důstojnost umírajících
 - potlačit somatickou a psychickou bolest
 - zefektivnit existencionální a duchovní pomoc umírajícím
 - orientovat se na přání pacienta v terminální fázi
 - rozšířit komunikaci a koordinaci mezi lékařským a nelékařským personálem
 - podporovat a poskytovat supervizi zdravotnického personálu
14. Probíhá na Vašem oddělení otevřená komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinou orientovaná na důstojnou pomoc umírajícímu?
- Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne
15. Existují možnosti, jak posílit spolupráci zdravotnického zařízení s příbuznými při péči o pacienta v terminálním stavu?
- Ano (uveďte prosím)
 - Ne
 - Nevím
16. Které z uvedených potřeb jsou podle Vás pro umírající nejdůležitější? (Lze označit více odpovědí)
- Být bez bolesti
 - Zachování lidské důstojnosti
 - Sociální kontakt
 - Klid a soukromí
 - Duchovní podpora
 - Tělesná pohoda a čistota
 - Přítomnost rodiny v posledních okamžicích života
 - Smíření se se smrtí
 - Mít naději
17. Pokud si umírající a jeho rodina přejí strávit poslední chvíle života o samotě, je jim to umožněno?
- Ano vždy
 - Ano, ale ne vždy
 - Ne
18. Máte osobní zkušenost s prostředím a péčí v hospicovém zařízení?
- Ano
 - Ne
19. Který z uvedených zařízení může poskytnout umírajícímu nejdůstojnější podmínky k odchodu ze života? (zvolte pouze jednu odpověď)
- Hospicové zařízení, domácí hospicová péče
 - Domácí prostředí
 - Nemocniční oddělení
 - Jiné (uveďte, prosím)
-
20. Pokud byste měl/a možnost volby, kterou péči o svého blízkého příbuzného v terminálním stádiu byste zvolil/a? (zvolte jen jednu odpověď)
- Hospicovou a domácí hospicovou péči
 - V domácím prostředí
 - Na nemocničním oddělení
 - Jinou (uveďte, prosím)
-

Příloha P II Tabulky

Tabulka 1 Kolik je vám let?

Věk respondentů	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
do 29 let	26	26,53%
30 - 39 let	31	31,63%
40 - 49 let	25	25,51%
50 - 59 let	16	16,33%
60 a více	0	0,00%
celkem	98	100,00%

Tabulka 2 Jakou profesi vykonáváte?

Profesní zařazení	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
všeobecná sestra/všeobecný ošetřovatel	43	43,88%
zdravotnický asistent	15	15,31%
ošetřovatel/ka	4	4,08%
sanitární pracovník/pracovnice	36	36,73%
celkem	98	100,00%

Tabulka 3 Na kterém oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s., ve Zlíně, pracujete?

Pracoviště respondentů	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
léčebna dlouhodobě nemocných	71	72,45%
interní oddělení	27	27,55%
celkem	98	100,00%

Tabulka 4 Myslíte si, že máte dostačující vědomosti pro práci v paliativní péči?

Vědomosti o paliativní péči	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	27	27,55%
spíše ano	50	51,02%
nevím	10	10,20%
spíše ne	11	11,22%
ne	0	0,00%
celkem	98	100,00%

Tabulka 5 Domníváte se, že Vás dosažené vzdělání připravilo do praxe v oblasti paliativní péče?

Připravenost pro práci v paliativní péči	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	17	17,35%
spíše ano	35	35,71%
nevím	10	10,20%
spíše ne	26	26,53%
ne	10	10,20%
celkem	98	100,00%

Tabulka 6 Využíváte možnosti ze strany zaměstnavatele absolvovat doplňující semináře, kurzy, školení apod. týkající se vzdělání v paliativní péči a péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci?

Možnosti vzdělávání ze strany zaměstnavatele	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	31	31,63%
ne	39	39,80%
tyto možnosti u nás nemáme	28	28,57%
celkem	98	100,00%

Tabulka 7 Zdokonalujete se v oblasti péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci jiným způsobem (např. vyhledáním odborné literatury, sledováním pořadů v médiích)?

Sebevzdělávání	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
pravidelně	14	14,29%
občas	52	53,06%
výjimečně	25	25,51%
nikdy	7	7,14%
celkem	98	100,00%

Tabulka 8 Co Vás motivuje při péči o pacienta v terminální fázi?

Motivace k péči o pacienty v terminálním stavu	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
osobní předchozí zkušenost při doprovázení umírajícího	21	21,43%
potřeba být užitečný/á	24	24,49%
poslání	20	20,41%
smysluplnost práce	25	25,51%
jiná motivace	0	0,00%
nejsem nijak motivován/a	8	8,16%
celkem	98	100,00%

Tabulka 9 Pociťujete vnitřní uspokojení z vykonávané práce?

Uspokojení z vykonávané práce	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	27	27,55%
spíše ano	51	52,04%
nevím	14	14,29%
spíše ne	6	6,12%
ne	0	0,00%
celkem	98	100,00%

Tabulka 10 Vnímáte ze strany pacientů a jejich blízkých projevy úcty a respektu ke zdravotnickému personálu při vykonávání paliativní péče?

Úcta a respekt ke zdravotnickému personálu	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	11	11,22%
spíše ano	42	42,86%
nevím	10	10,20%
spíše ne	28	28,57%
ne	7	7,14%
celkem	98	100,00%

Tabulka 11 Domníváte se, že je pacientům v terminálním stadiu nemoci na Vašem oddělení zajištěna důstojná péče?

Zajištění odpovídající důstojné péče	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	17	17,35%
spíše ano	57	58,16%
nevím	5	5,10%
spíše ne	15	15,31%
ne	4	4,08%
celkem	98	100,00%

Tabulka 12 Domníváte se, že je na Vašem pracovišti adekvátní počet zaměstnanců pro zajištění kvalitní paliativní péče?

Dostatečný počet zaměstnanců pro paliativní péči	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	3	3,06%
ne	95	96,94%
celkem	98	100,00%

Tabulka 13 Kterou z uvedených možností byste navrhl/a ke zdokonalení péče o pacienta v terminálním stádiu na Vašem pracovišti? (Lze označit i více odpovědí)

Možnosti ke zlepšení paliativní péče	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
posílit lidskou důstojnost umírajících	56	25,57%
potlačit somatickou a psychickou bolest	56	25,57%
zefektivnit existencionální a duchovní pomoc umírajícím	21	9,59%
orientovat se na přání pacienta v terminální fázi	49	22,37%
rozšířit komunikaci a koordinaci mezi lékařským a nelékařským personálem	25	11,42%
podporovat a poskytovat supervizi zdravotnického personálu	12	5,48%
celkem	219	100,00%

Tabulka 14 Probíhá na Vašem oddělení otevřená komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinou orientovaná na důstojnou pomoc umírajícímu?

Komunikace mezi rodinou a personálem	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	18	18,37%
spíše ano	56	57,14%
nevím	5	5,10%
spíše ne	17	17,35%
ne	2	2,04%
celkem	98	100,00%

Tabulka 15 Existují možnosti, jak posílit spolupráci zdravotnického zařízení s příbuznými při péči o pacienta v terminálním stavu?

Možnosti zlepšení spolupráce personálu a rodiny	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	14	14,29%
ne	19	19,39%
nevím	65	66,33%
celkem	98	100,00%

Tabulka 16 Které z uvedených potřeb jsou podle Vás pro umírající nejdůležitější? (Lze označit více odpovědí)

Nejdůležitější potřeby pacienta	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
být bez bolesti	88	21,10%
zachování lidské důstojnosti	68	16,31%
sociální kontakt	26	6,24%
klid a soukromí	43	10,31%
duchovní podpora	33	7,91%
tělesná pohoda a čistota	44	10,55%
přítomnost rodiny v posledních okamžicích života	69	16,55%
smíření se se smrtí	36	8,63%
mít naději	10	2,40%
celkem	417	100,00%

Tabulka 17 Pokud si umírající a jeho rodina přejí strávit poslední chvíle života o samotě, je jim to umožněno?

Možnost strávit poslední chvíle života o samotě	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano, vždy	33	33,67%
ano, ale ne vždy	55	56,12%
ne	10	10,20%
celkem	98	100,00%

Tabulka 18 Máte osobní zkušenost s prostředím a péčí v hospicovém zařízení?

Zkušenost s prostředím hospiců	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	24	24,49%
ne	74	75,51%
celkem	98	100,00%

Tabulka 19 Které z uvedených zařízení může poskytnout umírajícímu nejdůstojnější podmínky k odchodu ze života?

Zařízení poskytující nejlepší podmínky v závěru života	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
hospicové zařízení, domácí hospicová péče	41	41,84%
domácí prostředí	53	54,08%
nemocniční oddělení	4	4,08%
jiné	0	0,00%
celkem	98	100,00%

Tabulka 20 Pokud byste měl/a možnost volby, kterou péči o svého blízkého příbuzného v terminálním stádiu byste zvolil/a?

Preferovaný poskytovatel paliativní péče	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
hospicovou a domácí hospicovou péči	35	35,71%
v domácím prostředí	56	57,14%
na nemocničním oddělení	7	7,14%
jinou	0	0,00%
celkem	98	100,00%