

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Ivana Kadlecová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Porovnání paliativní péče u klientů v hospicovém zařízení
a na onkologickém oddělení**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce
Mgr. Petra Zimmelová Ph.D.

Autor práce
Ivana Kadlecová DiS., R.N.

2008

Comparison of palliative care for patients in a hospice and at an oncology ward

This thesis was focused on the various aspects of palliative care for oncological patients. Palliative care and its principles have been defined and it seems crucial to apply these principles not only in hospices but also at hospital wards where there are patients indicated for palliative care. The objective of this thesis was to find out whether the care provided to hospice clients and to dying patients at hospital oncological wards corresponds to the methods and procedures defined for palliative care and to find out whether there are any significant differences between the nursing care provided to the dying in a hospice and the dying at an oncology hospital ward. Four survey questions were formulated and the question dealt with maintaining palliative care standards, differences in providing palliative nursing care for the dying at the individual institutions, whether the dying clients' needs are answered in a holistic and humane way, and the nurses' approach to the dying at the individual institutions. The carried out research is a qualitative one. The research part – data collection – was carried out in the form of uncontrolled interviews with selected members of nursing teams in a hospice and at an oncology ward. Observations and case reports were used in case of several patients in at the individual institutions. The research was carried out in St Stephen Hospice in Litoměřice and at the oncology ward of an undisclosed health care institution by which information was provided in exchange for absolute anonymity. The research part resulted in the finding that the palliative care provided in the hospice corresponds to the methods and procedures defined for palliative care. There are efforts at the oncology ward to provide as perfect care for their dying patients as possible but this care does not correspond to the methods and procedures defined for palliative care. There are problems in providing palliative care especially in inadequate spatial conditions, equipment, shortages, high workloads, and strictly specialized focus of the personnel and these clients need very individual care that cannot be frequently provided under everyday operating conditions at a standard ward that concentrates primarily on curative care. The results of this thesis will be provided to those who may be interested in the various aspects of palliative care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Porovnání paliativní péče u klientů v hospicovém zařízení a na onkologickém oddělení vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové Ph.D., která mi pomohla svými odbornými a zkušenými radami při vedení mé bakalářské práce.

Děkuji také všem členům ošetrovatelského týmu hospicového zařízení sv. Štěpána v Litoměřicích, kde mi byla umožněna stáž, a díky nimž jsem toto zařízení blíže poznala, a také ošetrovatelskému týmu onkologického oddělení za jejich ochotu a laskavost.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Paliativní péče.....	5
1.1.1 Charakteristika paliativní péče.....	5
1.1.2 Historie paliativní péče.....	6
1.1.3 Cíle paliativní péče	7
1.1.4 Vymezení obecné a specializované paliativní péče.....	7
1.1.5 Komunikační dovednosti sestry v paliativní péči.....	9
1.1.6 Úloha sestry při posuzování příznaků v paliativní péči.....	9
1.1.7 Spolupráce s příbuznými v paliativní péči	12
1.2 Potřeby umírajících a jejich uspokojování.....	13
1.2.1 Potřeby umírajících	13
1.2.2 Definování potřeb umírajících dle MUDr. Marie Svatošové.....	14
1.3 Péče poskytovaná v hospicovém zařízení.....	15
1.3.1 Charakteristika hospicového zařízení.....	15
1.3.2 Historie hospicového hnutí	17
1.3.3 Myšlenka a cíle hospicové péče	18
1.3.4 Formy hospicové péče.....	19
1.4 Péče poskytovaná na onkologickém oddělení.....	20
1.4.1 Charakteristika onkologicky nemocných	20
1.4.2 Poslání sester na onkologickém oddělení	21
1.4.3 Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným.....	22
1.4.4 Podávání informací nemocným s onkologickou diagnózou.....	23
2. CÍLE PRÁCE	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
3. METODIKA	26
3.1 Použité metody	26

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	26
4. VÝSLEDKY	28
4.1 Vyhodnocení výsledků získaných neřízeným rozhovorem se všeobecnými sestrami v jednotlivých zařízeních	28
4.2 Vyhodnocení výsledků získaných pozorováním.....	35
4.2.1 Vybavenost prostředí k uspokojování potřeb umírajících klientů.....	35
4.2.1 Přístup zdravotnického personálu k umírajícím klientům	41
4.2.2 Způsob informovanosti klientů o jejich zdravotním stavu	43
4.3 Vyhodnocení výsledků kazuistik	44
4.3.1 Vyhodnocení výsledků kazuistik u klientů v hospicovém zařízení.....	44
4.3.2 Vyhodnocení výsledků kazuistik u klientů na onkologickém oddělení	47
5. DISKUSE	52
6. ZÁVĚR.....	60
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	66
9. PŘÍLOHY	67
9.1 Seznam příloh.....	67

Úvod

Žijeme ve světě, kde problematika umírání a smrti je jedním z klíčových témat v rámci celé společnosti. Vzhledem k nastoleným trendům umírá vysoké procento nemocných v nemocničních zařízeních. Zprávy v médiích o zbytečném utrpení umírajících jsou dokladem toho, že mnozí lidé nemají přístup k profesionální paliativní péči. Přes všechny snahy je paliativní péče nadále prezentována v médiích zejména jako téma diskusí o aktivním ukončení života.

V povědomí moderního člověka patří umírání na nemocniční oddělení do rukou odborníků, někam mimo „normální život“. Je to téma, o kterém se nehodí mluvit, které nepatří k životu. Se smrtí se setkáváme pouze jako s katastrofickou událostí, kdy nad tím, co probíhá, nemáme kontrolu. Neznáme, jak vypadá přirozená smrt, a o to více se jí bojíme.

A přece - umírání je realita, ke které směřuje každý člověk a ve které přes všechny snahy lékařů a pokrok medicíny zůstává lidská existence ohraničena.

Existují různé druhy služeb, kterými jsou například linka důvěry, manželské a předmanželské poradny, genetické poradny a mnoho dalších. Ale na které dveře zaklepat a komu položit otázku „Budu ještě žít?“, „Smím se zeptat, zda to bolí?“ a podobně. Mnoho lidí touží najít odpověď na tyto otázky, a přesto zůstávají sami.

Paliativní péče a její principy byly definovány a jeví se jako zásadní tyto principy implementovat i v rámci ošetrovatelského procesu. Speciální postupy by měly být používány nejen v hospicích, ale i v rámci oddělení, kde jsou pacienti indikováni k paliativní péči.

Máme možnost setkat se s těmito nemocnými na různých nemocničních odděleních. V mnoha případech se setkáváme s nesprávným pohledem zdravotnického personálu na ně a s následnou nedostatečnou péčí.

Bakalářská práce je zaměřena na bližší poznání hospicového zařízení, jehož hlavní náplní je péče o nevléčitelně nemocné a umírající v terminálním stádiu chorob a na nevléčitelně nemocné v rámci paliativní péče na onkologickém oddělení. Mnoho lidí stále neví o existenci hospicových zařízení, a pokud se s tímto pojmem setkali, tak mají mylné představy o jejich významu. Nejčastěji se domnívají, že hospic je zařízením, kam se chodí umírat, odkud není návratu, kde vládne především smutek a beznaděj. Pravá myšlenka hospice však vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti

a garantuje nemocnému, že poslední dny svého pozemského života prožije lidsky, důstojně a v kruhu svých nejbližších.

V dnešní době bude takto nemocných ve zdravotnických zařízeních stále přibývat, a proto je důležité pochopit psychiku i potřeby umírajících.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Paliativní péče

1.1.1 Charakteristika paliativní péče

Pojem „paliace“ byl poprvé definován v léčebných záměrech fyzioterapeutů.

U nemocných, kteří mají příznivé prognostické faktory, byla a je plánovaná radikální léčba zářením, tj. léčba, která zcela likviduje léčitelné onemocnění, nebo paliativní léčba, která nevléčitelný proces pouze zmenšuje nebo brzdí.

Jednotné všeobecně přijímané definice paliativní medicíny a paliativní péče zřejmě neexistuje. V USA se termín „hospice“ často používá pro paliativní péči, ale mnoho lidí si pod pojmem hospice představuje budovu nebo instituci, kde je nemocný umístěn. Častá definice paliativní medicíny zní, že paliativní péče je aktivní péči poskytovaná pacientovi, jenž trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesné a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Blíže popsáno v kapitole 1.2 (1).

Tradičně se paliativní medicína soustředila na péči o pokročile nemocné, umírající onkologické pacienty. V posledním desetiletí jsme však svědky narůstající pozornosti věnované potřebám lidí, kteří trpí jinými (neonkologickými) chronickými a potencionálně letálními chorobami. Dochází tak k určitému rozšíření konceptu paliativní péče.

Jednou z dimenzí je tedy rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Paliativní péče je určena jak onkologicky nemocným, tak všem nemocným, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí, jako je například ischemická choroba srdeční, demence a jiné (26).

„Druhou probíhající změnou je rozšíření časového úseku v průběhu nemoci, ve kterém jsou postupy paliativní péče použitelné. Hospicová paliativní péče chápala sebe sama především jako péči o terminálně nemocné a umírající (poslední týdny a dny života). Nová definice paliativní péče WHO (Světové zdravotnické organizace) 2002 již nepracuje s konceptem terminálního onemocnění, ale s konceptem onemocnění ohrožujícího život. U všech nemocných s onemocněním život ohrožujícím onemocněním, bez ohledu na aktuální prognózu, je třeba včas identifikovat a účinně mírnit utrpení ve všech jeho dimenzích. Takto široce pojatá definice paliativní péče opouští klasickou myšlenku, že paliativní začíná tam, kde končí kurativní a nahrazuje ji komplementárním modelem - paliativní je v různé míře relevantní současně s kurativní, respektive kauzální a na příčinu

nemoci orientovanou léčbou (26, s. 25).“ Zajímavé je, že nová definice z roku 2002 dle WHO staví na první místo především kvalitu života nemocných s život ohrožujícím onemocněním a dále se zaměřuje na utrpení spojené s takto závažným onemocněním, jako je léčba bolesti a jiných nepříjemných symptomů doprovázející závažné onemocnění.

Předchozí definice WHO se na prvním místě zabývaly především léčbou bolesti a jiných nepříjemných symptomů a následně se soustředily na kvalitu života nemocného.

Problematika paliativní péče u onkologických onemocnění je však i ve světě teprve v počátcích. Úspěšná paliativní léčba vyžaduje věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Optimální léčba vyžaduje spolupráci lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků, tedy multidisciplinární přístup (26). Tato práce bude zaměřena na klienty s onkologickým onemocněním v pokročilém stádiu choroby v souvislosti s poskytováním paliativní péče.

1.1.2 Historie paliativní péče

Paliativní medicína bývá popisována jako nová specializace. Jde však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu.

Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta, tedy nejen o jeho „tělo“, ale také o duši a sociální prostředí, byl v tradici evropské medicíny přítomen po staletí. Při některých kláštrech vznikaly již ve středověku útulky pro těžce nemocné. V roce 1842 *Jeanne Garnierová* založila v Lyonu společenství žen, většinou vdov, které se plně věnovaly péči o nevléčitelně nemocné. V roce 1847 toto společenství otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný „hospic“. Právě v souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kam jsou přijímáni pacienti na konci života (6, 26).

Komunita kongregace Sester lásky, jejímž hlavním posláním je doprovázení umírajících při umírání, založila v Londýně hospic sv. Josefa. V tomto hospici pracovala po 2. světové válce další významná osobnost – *Cicely Saundersová*, zpočátku jako sestra, po ukončení studií jako lékařka. V 50. letech 20. století zde postupně formulovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných, kterým tehdy rychle se rozvíjející medicína nemohla nabídnout vyléčení. Za určitý souhrn základních myšlenek Saundersové a celého hospicového hnutí lze považovat její koncept „celkové bolesti“. V roce 1967 zakládá Saundersová na předměstí Londýna hospic sv. Kryštofa, ve kterém byla péče

o celkovou bolest terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Toto bývá považováno za počátek moderního hospicového hnutí (26).

1.1.3 Cíle paliativní péče

Pro volbu přiměřeného postupu v paliativní péči je třeba u každého pacienta co nejjednoznačněji pojmenovat cíle léčby. Teprve vzhledem k pojmenovaným cílům léčby, lze v konkrétním případě posoudit, zda je daný léčebný postup přiměřený a indikovaný. Jednotlivé cíle jsou zakomponovány do jednotlivých fází, které na sebe navazují.

První fází je fáze kompenzovaného onemocnění, kdy prognóza přežití je v řádu měsíců a několik let. Řada pokročile nevléčitelně nemocných (paliativních) pacientů je v klinicky relativně stabilizovaném stavu a *cílem léčby je co nejdéle udržet stav kompenzace, udržet co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délku života*. V této situaci je v případě akutního zhoršení indikována plná intenzivní a většinou i resuscitační péče.

Druhou fází je fáze nevratně se zhoršujícího onemocnění, kdy prognóza přežití je v řádu týdnů a měsíců. V případě progresu onemocnění se často *cíl léčby posouvá směrem k udržení co nejvyšší kvality života*. Maximální prodloužení života přestává být primárním cílem. Opatření, která bezprostředně nepřispívají ke zlepšení nebo k udržení kvality života, přestávají být indikována. Primární a sekundární prevence nejčastějších interních onemocnění a komplikací obvykle není indikována.

Třetí fází je fáze terminální, kde prognóza přežití spočívá v řádu několika týdnů, dnů či hodin. U pacientů v terminální fázi (umírajících), v posledních dnech a hodinách života, je cílem léčby důstojné umírání. *Cílem je neprodlužování procesu umírání*, je kladen důraz na maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života. Tomu by měly být přizpůsobené všechny léčebné a ošetrovatelské postupy. V případě akutních příhod jako je infarkt myokardu, tromboembolická nemoc, infekce a jiné obvykle není indikována intenzivní a resuscitační léčba. Je indikována léčba symptomatická (18).

1.1.4 Vymezení obecné a specializované paliativní péče

„S umírajícími pacienty se můžeme setkat téměř ve všech zdravotnických zařízeních, jelikož se paliativní péče stává základní součástí profesionální role zdravotníků. Rozeznáváme tři roviny paliativní péče, kterými jsou *paliativní přístup* (základní péče),

specializované intervence (specializovaná péče), *paliativní péče poskytovaná specialisty*. Obecná paliativní péče představuje sadu základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o pacienty s život - ohrožujícím či terminálním onemocněním. Na této úrovni by měly být všechny sestry schopny rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy a zajistit jejich řešení, porozumět tomu, co prožívá umírající i jeho rodina, zapojit se do komunikace o individuálních potřebách a prožitcích a konzultovat se specialisty v paliativní péči potřeby pacientů, které přesahují jejich znalosti a kompetence (17, s. 15).“ Všeobecný praktický lékař pro dospělé tuto péči zajišťuje ve spolupráci s rodinou nemocného, popřípadě ve spolupráci s ambulantními specialisty a s agenturou domácí ošetrovatelské péče.

V případě komplikované ošetrovatelské péče je někdy nutné požádat o pomoc specialisty z jiných oblastí, kteří zajistí potřebnou intervenci. Může jít např. o sestru specialistku na hojení ran, která se postará o maligní rány, či sestru v radioterapii, která pomůže při péči o pacienty s paliativní radioterapií. Specializovanou paliativní péči poskytují zdravotníci, kteří mají specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Tito specialisté mohou pracovat v komunitním zařízení paliativní péče, jako konzultanti v nemocnicích nebo v hospicích. Zapojení těchto pacientů je relevantnější u pacientů s komplexními a obtížnými symptomy nebo náročnou ošetrovatelskou péčí. Specialisté zde mohou působit jako poradci, nebo mohou být primárními poskytovateli péče (17). Přejít mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je plynulý. Specializovaná paliativní péče má různé formy, kterými jsou hospice, specializovaná domácí paliativní péče, oddělení specializované paliativní péče v rámci jiných lůžkových zařízení především nemocnic a léčeben (v ČR zatím tato forma neexistuje), konziliární tým paliativní péče v rámci jiného zdravotnického zařízení (v ČR takovéto týmy zatím nepůsobí), specializované ambulance paliativní medicíny, denní stacionáře paliativní péče.

Z uvedeného přehledu vyplývá, že nabídka a dostupnost specializované paliativní péče je v ČR v současné době velmi nízká. Pro každého lékaře je proto zásadně důležité, aby dobře ovládal základy paliativního přístupu i jednotlivé dílčí léčebné postupy (18).

1.1.5 Komunikační dovednosti sestry v paliativní péči

Terapeutická komunikace je záměrná intervence k hodnocení a identifikaci problémů pacienta, ale neobejde se bez odborných praktických dovedností. Abychom mohli ocenit, jak může paliativní sestra zlepšit kvalitu života pacienta, musíme pochopit, že terapeutická komunikace je základní klinická intervence, která vyžaduje sebereflexi a nepřetržitý osobní rozvoj.

Paliativní sestry jsou úžasní lidé. Ale práce s pacienty na konci jejich života a setkávání se s existenčními dilematy smrti a umírání nejsou jednoduché. Sestry mohou zásadní měrou pomoci pacientům vyrovnat se s tímto těžkým obdobím a vyřešit některé z jejich problémů. Paliativní sestry provázejí pacienta a jeho rodinu na cestě, která znamená vyrovnávání se s pokročilým onemocněním, sníženou kvalitou života, nejistotou, zármutkem, ztrátou a smrtí. Pokud si paliativní sestry osvojí nezbytné komunikační dovednosti, mají ideální možnost k tomu, aby pacientům a jejich rodinám pomohly tuto výzvu zdárně naplnit (4).

1.1.6 Úloha sestry při posuzování příznaků v paliativní péči

Hodnocení jednotlivých symptomů lze definovat jako systematické sledování fyzických, emocionálních, sociálních a duchovních problémů, které vznikají následkem pokročilého onemocnění. Na této úrovni by měly být všechny sestry schopny rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy u nemocných v terminálním stádiu a zajistit jejich řešení v rámci paliativní péče, porozumět tomu, co prožívá umírající i jeho rodina a zapojit se do komunikace o individuálních potřebách a prožitcích umírajících. Výsledkem uspokojení těchto jednotlivých problémů, souvisejících s onkologickým onemocněním je zajištění kvality života umírajícího a respektování jeho osobnosti. V podstatě se dá říci, že paliativní péče umírajícímu člověku prodlužuje život a umožňuje mu poslední okamžiky a chvíle v jeho životě prožít bezbolestně a v důstojnosti. Zde bych zahrнула nejdůležitější symptomy, se kterými se sestra v rámci paliativní péče setkává a které by měla dokázat rozpoznat.

Bolest je jedním z významných symptomů, který se často vyskytuje u pacientů v terminální fázi nemoci s pokročilým nádorovým onemocněním, dále u pacientů s AIDS a pacientů v terminální fázi orgánového selhání. Zdravotníci, kteří se specializují na léčbu

bolesti, označili bolest u pacientů v terminální fázi onemocnění za největší etické dilema. Nejvýznamnějším problémem léčby těchto pacientů je nedostatečné zmírnění bolesti. Studie ukazují na potřebu důkladné léčby bolesti u pacientů na konci života, protože neléčená bolest způsobuje zbytečné utrpení a má velmi negativní dopad na fyzickou, psychickou, sociální a duchovní stránku kvality života. Bolest může být naštěstí dobře léčena u devadesáti procent pacientů. Bolest je symptom, kterého se pacienti a jejich rodiny na konci života obávají nejvíce. Sestry jsou zodpovědné za to, že budou velmi pečlivě bolest hodnotit a zajistí dostatečnou úlevu. U většiny pacientů lze dosáhnout úlevy od bolesti podáváním opiátů, analgetik a také používáním alternativních metod. Lidé, kteří netrpí bolestí, se mohou zaměřit na psychické a duchovní záležitosti, které dávají smysl jejich posledním dnům, a tím přispívají ke kvalitě života (11,17).

Dušnost je nepříjemný a stresující symptom. Strach pacientů z toho, že nebudou moci dýchat anebo že zemřou během ataky panické hrůzy, je zdrojem trvalé úzkosti pacienta i jeho rodiny. Lidé proto potřebují podporu a povzbuzení. Je velmi stresující pozorovat pacienty, kteří zápasí o dech, a proto si zdravotníci musí uvědomit, jak jejich vlastní pocity a obavy mohou ovlivnit péči o pacienta. Léčba dušnosti vyžaduje multidisciplinární přístup nejen s ohledem na zmírnění symptomu a úzkosti, která dušnost provází, ale také při poskytování jednotlivých zásahů, které podporují všeobecný pocit pohody a zvyšují kvalitu života (17).

Únava je průvodním jevem všech život ohrožujících a chronických onemocnění. U pacientů s nádorovým onemocněním je únava nejčastějším symptomem, který se vyskytuje po celou dobu onemocnění. Únavu, stejně jako jiné symptomy, nelze léčit jako izolovaný problém. V centru léčby všech symptomů musí být základní princip holistické péče. Při léčbě únavy u pacientů v paliativní péči je tedy nezbytné všechny nepříjemné symptomy hodnotit a řešit.

Zácpa je nepříjemný symptom, který se často vyskytuje u lidí s pokročilým nádorovým onemocněním či s terminální fází jiného onemocnění. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty se liší v rámci jednotlivých institucí. Zácpa je častý a obtížný problém pacientů v paliativní péči. Léčba zácpy je založená na všestranných znalostech ošetřujícího personálu, a na zajištění fyzické i psychické pohody pacientů.

Nevolnost a zvracení jsou velmi obtížné symptomy, a pocit vyčerpání, který s nimi souvisí, může významně snížit kvalitu života a klade velké fyzické i psychické nároky na rodinu pacienta i profesionální pečovatele. Cílem léčby těchto symptomů v paliativní péči je potlačit fyzické a psychické potíže pacienta a emocionální problémy jeho příbuzných a přátel. Méně zjevným, ale stejně důležitým cílem je umožnit pacientovi, aby si zařídil své poslední věci. Dlouhodobá nevolnost a zvracení snižuje šanci na udržení „celistvosti jedince“. Pečlivá analýza a vhodné léčebné zákroky mohou oba tyto symptomy potlačit na přijatelnou úroveň a přispět ke zvýšení kvality života, ke klidné smrti a pozitivním vzpomínkám u pozůstalých (17).

Výživa a tekutiny jsou ve všech fázích onemocnění otázkou kvality života. Sestry si musí uvědomit, že podávání jídla je více než jen dodávání živin do organismu. I tehdy, když už výživa není hlavním cílem péče, plní jídlo další potřeby pacienta v souvislosti se sociálními, psychickými a emocionálními aspekty jeho života. Abychom mohli pacientovi porozumět v celém kontextu, musíme vědět, co se s ním děje na jeho poslední pouti životem (17).

Maligní rány jsou pro pacienta velmi obtížné. Maligními ránami se rozumí postupně nekrotizující, rozpadající se, tkáň následkem maligního procesu. Kromě svých negativních dopadů je maligní rána také neustálou připomínkou toho, že pacient trpí postupující a nevléčitelnou chorobou. Holistický přístup, který bere ohledy na názory pacienta, umožní identifikovat oblasti, jež s ohledem na kvalitu života vyžadují největší péči. Tato informace spolu s důkladnou znalostí problematiky umožní sestře stanovit plán péče, který povede k uspokojení pacientových potřeb.

Zmatenost a neklid jsou problémy, které se často v paliativní péči nerozpoznají, a proto nejsou vhodně léčeny. Pro sestru je důležité uvědomit si, že emocionální tíseň může zkomplikovat zmatenost a terminální neklid. Při posouzení a léčbě zmatenosti je třeba zabývat se všemi aspekty péče o pacienta, včetně stránky emocionální i sociální.

Psychickou a existenciální tíseň sestra rozpozná tím, že pacient trpí dále podle gest, postavení těla, tichého pláče a jiných projevů, které pozoruje při poskytování péče. Má možnost naslouchat pacientovým obavám a obhajovat jeho potřeby. Citlivá, empatická péče o terminálně nemocné pacienty je základním kamenem klinické péče, protože navazuje tam, kde kauzální léčba již není možná, a pokračuje až do smrti pacienta.

Dokonce i poté je podpora sester velmi důležitá pro příbuzné, kteří s nimi navázali vztah a mohou i nadále vyhledávat jejich pomoc (4, 17).

Sexualita a body image jsou součástí každého jedince. S ohledem na holistické pojetí péče musíme věnovat pozornost sexuálním potřebám pacientů v paliativní péči. Sestry mohou pacientům pomoci tím, že uznají sexualitu jako nedílný aspekt kvality života, posoudí jejich sexuální potřeby a budou na ně reagovat vhodně a bez předsudků. Sestry a další zdravotníci jsou zodpovědní za to, že všichni členové týmu mají dostatečné znalosti a dovednosti v posuzování sexuálních potřeb svých pacientů.

Alternativní terapie byly dlouho součástí tradiční ošetrovatelské péče. V určitém smyslu to, čemu dnes říkáme alternativní léčba, není ve skutečnosti nic jiného, než rozvinutí tradičních ošetrovatelských technik. Pokud se alternativní terapie používají profesionálně a s mírou, mohou rozšířit rejstřík intervencí, které mají sestry k dispozici, aby mohly dosáhnout hlavního cíle paliativní péče – komfortu pacienta (17).

1.1.7 Spolupráce s příbuznými v paliativní péči

Většina pacientů má přání zemřít doma. Mnoho rodin tedy potřebuje praktickou pomoc, která se jim nabízí prostřednictvím *respitní péče*. Respitní služby pomohou příbuzným udržet si dostatek sil. Respitní péče může mít různé formy pro přijetí pacienta do nemocnice nebo hospicu, když jsou jeho symptomy obtížně zvládnutelné nebo když si příbuzní potřebují odpočinout. Pacienta lze také přijmout do nemocnice, když umírá a nepřeje si zemřít doma.

Respitní péči je možné poskytovat i v domácím prostředí. V tomto případě může pomoci dobrovolník nebo přítel, který umožní členům rodiny, aby měli nějaký „čas pro sebe“. Péči může na určitou dobu rovněž převzít ošetrovatelka nebo sestra.

Příbuzní často potřebují praktickou pomoc s hygienickou péčí o pacienta. Neměli bychom automaticky předpokládat, že členové rodiny, i když jsou pacientovi velmi oddaní, budou chtít nebo umět dělat všechno. Mohou mít problémy s tím, jak pacienta polohovat, přemísťovat nebo dostat na toaletu, jak poskytovat základní hygienickou péči (například péči o dutinu ústní) a jak pečovat o kůži. Je důležité toto s příbuznými prodiskutovat.

Příbuzní mohou též potřebovat pomoc s transportem pacienta do zdravotnického zařízení na pravidelné kontroly. Někdy budou potřebovat finanční pomoc a radu, jak získat různé sociální dávky. V tomto případě může velmi pomoci sociální pracovník. Paliativní sestra může přispět tím, že dá příbuzným kontakt na další členy multidisciplinárního týmu (21).

1.2 Potřeby umírajících a jejich uspokojování

1.2.1 Potřeby umírajících

Definování a uvědomování si lidských potřeb patří k výchozím bodům paliativní péče. Ta se snaží potřeby umírajících uspokojovat a naplňovat.

Všechny lidské potřeby tvoří jeden celek, který spojuje fyzickou, psychickou, sociální a duchovní stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné. Potřebou nerozumíme pouze něco, co člověku chybí, ale hlavně to, k čemu skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem k člověku, předmětu či činnosti. Je projevem bytostného přání (25).

Nedá se přesně popsat a vymezit, jak má taková péče vypadat, protože ke každému umírajícímu je třeba přistupovat individuálně. Obecně však péče o umírající vychází z jejich potřeb. Péče o fyzický stav pacienta je na první pohled nejmarkantnější. Jde o hygienickou péči, zabránění proleženinám, péče a čistotu apod. Z psychické stránky je důležitý respekt, bezpodmínečná úcta, která vychází z pojetí pacienta jako člověka a tento požadavek platí vždy.

Dále je to pochopení pro umírajícího. Je to náročné, protože člověk, který podobnou situaci neprožil, těžko může plně chápat. Je však třeba pochopit, že umírání je pro nemocného tím nejtěžším okamžikem. Umírající prochází několika stádii umírání, které na sebe navazují a definovala je E. K. Rossová. Jsou jimi fáze negace, neboli popírání nemoci, druhou fází je agrese, třetí smlouvání, čtvrtou deprese a pátou smíření (příloha 5).

Další důležitou stránkou péče o umírajícího je neopouštět jej. To úzce souvisí s komunikací (verbální i neverbální) a hlavně s nasloucháním. Umírající má mít prostor pro vyjádření svých emocí a obav. Také pro umírající v bezvědomí je nezbytná přítomnost někoho blízkého, protože i oni mají zachované vnímání zvláště sluchové. Proto je třeba k nim hovořit, vyprávět jim, třebaže nemohou odpovídat. Zvláštní místo zde zaujímá komunikace neverbální - vzít nemocného za ruku, pohladit jej, dotýkat se, otřít čelo

a podobně. Dále je to péče o duchovní stránku umírajícího, vycházející z jeho spirituálních potřeb. Týká se například přivolání kněze, zprostředkování svátostí a podobně (12).

Péče o umírajícího se však netýká jen toho, co děláme, ale také jak, a někdy především, naší osobnosti. Jenom ten, kdo je sám silný, může posilovat druhé. Jenom ten, kdo je sám klidný, může uklidňovat druhé. Sestra musí mít sama ujasněný vztah ke stáří a ke starému člověku. Vytvořit si vztah ke stáří a tedy i ke smrti druhého. To však nelze, aniž bychom si ujasnili vztah k vlastnímu stáří a vlastní smrti. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání a práva, pokud tato práva a přání nejsou v rozporu s platnými zákony (příloha 4), (19).

1.2.2 Definování potřeb umírajících dle MUDr. Marie Svatošové

V rámci této práce se budu věnovat definování potřeb dle MUDr. Marie Svatošové, která se již řadu let zabývá péčí o umírající, aplikovala a zúžila spektrum potřeb na potřeby umírajících. Ty rozčlenila do čtyř obecnějších okruhů. Vyplývají z definice WHO (Světové zdravotnické organizace), zdraví je plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka.

Do *biologických potřeb* zahrnuje vše, co potřebuje nemocné tělo. Je to potřeba spánku, vylučování, dýchání, přijímání potravy apod. Je velmi důležité, aby tyto základní potřeby byly uspokojeny, ale v běžné praxi se často stává, že se veškerá péče omezuje právě jen na uspokojení těchto potřeb. Většinou jsou sestrami zvládány s profesionální zručností, ale bez pohledu na pacienta jako celku lidské bytosti (20).

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

Sociální potřeby jsou taktéž velmi důležité. Člověk je tvor společenský a jako nemůže sám žít, tak nemůže ani sám umírat. Potřebuje mít kolem sebe lidi, kteří ho mají rádi, což je zejména rodina, ale také zdravotnický personál. Jedna z hlavních věcí

ve společenském styku je komunikace. Ať už verbální, do níž patří uctivé oslovování, naslouchání a ochota porozumět, ale zvláštní místo pro umírajícího zaujímá komunikace neverbální. Je nutné být a zůstat u umírajícího. Tělesný kontakt, dotyky a pohlázení je to nejdůležitější vůbec, neboť umírající je velmi citlivý právě vůči těmto projevům, z nichž může mnohé vyčíst (pohled očí, gesta a ostatní). Důležité je také umírajícímu zprostředkovat kontakt s rodinou, protože ta je ve většině případů nenahraditelná. Nemocný by měl mít možnost sám si návštěvy usměrňovat. Je třeba respektovat a pomáhat nemocnému při všech obavách a vyjádřeních například ohledně práce, domu, zaměstnání a podobně (20).

Spirituální potřeby dotváří pohled na holistické pojetí člověka. Vlivem mnohaletého ateistického tlaku se u nás často opomíjí existence duchovní oblasti a péče o ni. Zvláště pro lidi věřící je uspokojení duchovních potřeb zdrojem vnitřního klidu. V každém zařízení, kde se pečuje o nemocné a zvláště o umírající, by měla být možnost zajištění duchovní péče podle přání nemocného, ať už je to zprostředkování svátostí, zajištění přenosu bohoslužby, přivolání kněze a podobně. Často zde působí zakořeněný ostych ze strany nemocného a rodiny. Sestra by měla umět vytvořit náboženské klima, kde nemocný sám řekne, co si v této oblasti přeje. Také pro nevěřící jsou tyto potřeby důležité. Umírající má potřebu odpouštět a touží po odpuštění, po jistotě, že jeho život měl smysl až do konce a že odchází smířen se svými blízkými (20).

1.3 Péče poskytovaná v hospicovém zařízení

1.3.1 Charakteristika hospicového zařízení

Hospic je zařízením, jež pečuje o pacienty v terminální fázi jejich onemocnění. Poskytuje paliativní lékařskou i ošetrovatelskou péči těm, u nichž vítězná medicína vyčerpala všechny své možnosti. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje tuto péči jako aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychických, sociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin. Zdravotnická péče, kterou hospic poskytuje, se označuje termínem paliativní medicína a péče. K tomu působí v hospici kvalifikovaný tým lékařů, zdravotních sester a ošetrovatelů. A také, pokud si pacient přeje, psycholog nebo duchovní různých církví. Hospic se orientuje nejen na zdravotnickou a ošetrovatelskou činnost v úzkém slova

smyslu, ale snaží se vhodně naplňovat volný čas pacienta například četbou, rozhovorem, tvůrčími aktivitami a je-li možno i vycházkami. Rovněž hmotné zázemí vychází vstříc vysokým nárokům. Ať se již jedná o plně automatická polohovací lůžka, televizor, možnost připojení k internetu, společenskou místnost, různé kulturní akce a tvořivé práce s klienty. Každý pokoj je také vybaven přistýlkou pro blízkou osobu. Její pobyt je vítán a umožněn kdykoliv. Režim návštěv je přizpůsoben potřebám pacienta denně 24 hodin 365 dní v roce.

Ideálem hospice je, aby člověk umíral bez bolesti fyzické, psychické, sociální a spirituální a s vděčností za život, který mu byl dán. Vycházíme z úcty k člověku jako neopakovatelné lidské bytosti. Součástí paliativní péče je důležitá i přítomnost rodiny, blízkých, kteří nemocného doprovázejí a mohou se podílet na péči společně s ošetřujícím personálem (9).

V hospici je rovněž možnost krátkodobých, takzvaných respitních pobytů. Ty jsou vhodné zejména tam, kde si pečující rodina potřebuje odpočinout například na dovolené. Příbuzný může čas dovolené své rodiny strávit v hospici a po jejím návratu se vrací zpět domů k blízkým.

Zakladatelem hospicového hnutí u nás je MUDr. Marie Svatošová, která výstižně uvádí, že hospic je „umění doprovázet.“

Zařízení, která se jím označují, však mají životně důležitý význam. Nevyléčitelně nemocným, trpícím a umírajícím i jejich rodinám dávají naději, že mohou poslední chvíle pozemského života prožít spolu, lidsky a důstojně (9).

Celý přístup je nesen vírou a nadějí, že skrze vhodnou péči ošetřovatelského týmu, který je citlivý k potřebám pacienta i jeho rodiny, se může umírající člověk dobře připravit na smrt a to v oblasti duševní i duchovní. Hospic je místem, kam jsou přijímáni umírající, je však pravým opakem místa umírání, je naopak místem, kde se život prosazuje celou svou silou. Mnoho lidí z personálu i příbuzných zde objevuje své vlastní lidství. Hospic již neléčí, ale svým režimem má co nejvíce připomínat domov a doprovází pacienta na jeho posledním úseku života. Hospic tedy nenahrazuje nemocnici, tak jako nemocnice nemůže plně nahradit hospic (19). Přehled hospiců v České republice je uveden v přílohové části (příloha 8).

1.3.2 Historie hospicového hnutí

Hospic je anglický výraz a znamená útočiště nebo útulek. Kdysi dávno ve středověku byla hospicem označována místa, kde dostali unavení poutníci, jejichž cílem cesty byla Svatá země, najíst, napít a kde mohli i přenocovat. A nejen to, podle potřeb a možností byli také ošetřeni a povzbuzeni. Často byli tak nemocní, že mnozí v hospici zemřeli. Útulky byly budovány také v kláštorech, kde se dostávalo poutníkům pomoci duchovní.

Na počátku dvacátého století otevřela Charita irských sester St. Joseph's Hospice v Hackney ve východní části Londýna. Po druhé světové válce pracovala v uvedeném zařízení *Cecilie Saundersová*, která má nepopiratelné zásluhy na rozvoji moderního hospicového hnutí a paliativní péče, o které je zmiňováno v kapitole 1.1. Byla přesvědčena, že umírající je možné uchránit od utrpení a že je možné kultivovat i poslední měsíce, týdny a dny těžce nemocného člověka. I v přítomnosti nemoci a s respektem k ní je možno žít „do poslední chvíle“ kvalitní život a s účinnou pomocí jej co nejvíce přiblížit běžnému nebo dosavadnímu životnímu způsobu nemocného. Saundersová zakládá v roce 1967 vlastní St. Christopher Hospic a své bohaté zkušenosti zveřejnila v obsažné knize *Hospic - žijící myšlenka*.

Hospicová filosofie se šířila, a tak hospice začaly vznikat po celém světě. V Americe je chápán hospic jako filosofický přístup k nevyлéčitelně nemocným, o něž pečují zdravotníci v domácím prostředí. V Evropě se tato péče přesouvá do zařízení, hospice, kde zdravotnický personál a dobrovolníci pomáhají umírajícímu i jeho rodině zvládnout toto životní údobí. Smrt je zde chápána jako okamžik vyvrcholení života, pak okamžik dozrání a přechod na věčnost (26).

Léta plynula, program specializované péče o umírající doznal řady změn, zlepšení a řady konkretizovaných forem. Dnes je celé úsilí o kvalitní péči všech, kteří se ocitli v závěru života, nazýváno hospicovým hnutím. Hospice se postupně rozšířily nejprve v Anglii, Irsku a Americe, v současné době jich celá řada existuje také v Evropě. Odhaduje se, že v celé Anglii poskytuje služby asi sto padesát hospiců, ve světě je jich asi dva tisíce.

I v České republice byla v roce 1994 založena *Asociace hospicového hnutí*, která má ve svém programu vzdělávání a výměnu zkušeností hospicového typu. Samozřejmě, že asociace též podporuje úsilí o vybudování hospiců na našem území. První Hospic

Anežky České v Červeném Kostelci byl otevřen v prosinci roku 1995. I nadále se hospicové aktivity rozšiřují (9).

1.3.3 Myšlenka a cíle hospicové péče

„Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné lidské bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Jde o to naplnit dny životem, nikoli život naplnit dny. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí. Jde o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých, kteří, přestože trpí současně s nemocným, zde hrají nesmírně významnou a do značné míry nezastupitelnou roli. Hospice neopouštějí ze zřetele rodinu ani po smrti nemocného, a je-li to třeba, věnují se jí i dlouhodobě. Pro některé umírající právě toto ujištění představuje pomoc nejcennější (19, s.123).“ Hospice pravidelně pořádají setkání s pozůstalými, kde otevřeně hovoří o umírání a smrti svých blízkých, společně na zemřelé s ošetřujícím personálem vzpomínají a připomínají si jejich památku. Na setkání mohou být přizváni i příbuzní, rodina, kterým právě odchází jejich blízká osoba a mohou si vyslechnout zkušenosti a pocity pozůstalých, kterým již jejich blízcí v hospici zemřeli.

Cíle hospicové péče vycházejí z myšlenek hospicové péče. Hospice mají různé formy podle místních podmínek, ale cíle mají stejné. Mezi hlavní a podstatné cíle hospicové péče patří především zmírnit utrpení u nevléčitelně nemocných, zabezpečit odpovídající péči při umírání a zajistit utišující léčbu a léčbu bolesti tak, aby nepříjemné symptomy provázející jeho onemocnění byly pod kontrolou a bylo jim předcházeno. Dále je důležité respektovat jedinečnost pacienta a jeho svobodné rozhodnutí o léčbě, potřebách, přáních, náboženském vyznání a posílit ho jistotou, že v posledních chvílích života nezůstane osamocen (3). Tyto cíle se snaží hospice dodržovat a dbají též na pacientovu svobodnou vůli a jeho lidskou důstojnost. Nikdy nemocného do ničeho nenutí, respektují jeho přání a snaží se mu co nejvíce vyjít vstříc.

V hospicích je kladen důraz nejen na uspokojení biologických, psychických, sociálních, ale též spirituálních potřeb pacienta.

Hospice nejsou žádné domy smutku, jak by si někdo mohl myslet, ale jedná se o zařízení, ve kterých má člověk možnost nacházet sám sebe, má možnost urovnat rodinné

vztahy, může za plné odborné péče bilancovat svůj život a nacházet prostor pro řešení svých problémů (19).

1.3.4 Formy hospicové péče

Formy hospicové péče lze rozdělit do tří oblastí. Jednou z nich je domácí hospicová péče, která je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejích možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem vyčerpá, prostě dojdou síly. Ale důvody mohou být i jiné, např. prostorové. Žijí-li v menším bytě s nemocným dvě nebo tři generace, mohou vzniknout vážné problémy. Děti mají psát úkoly a učit se, tatínek se musí vyspat, protože ráno vstává do zaměstnání, někdo by se potřeboval odreagovat při televizi, ale jak, když nemocného dědečka to ruší a obtěžuje. Dalším omezujícím faktorem může být i odbornost. Zejména v místech, kde dosud není žádná sesterská agentura poskytující domácí péči, anebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci. Pak i jen přechodné zhoršení stavu pacienta znamená návrat do nemocnice – ledaže bychom tu už měli další dvě formy hospice (19).

Další formou je *stacionární hospicová péče (denní pobyty)*, kdy je pacient do hospicového zařízení přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo hospic. Záleží na domluvě a místních podmínkách. Je pochopitelné, že tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě nebo z blízkého okolí. V určité fázi onemocnění ale může být pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením. Pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Když vidí, že doma se to už dobře nezvládá a přitom pobyt v nemocnici není nutný. Sem je třeba také zařadit nemocné, kteří si přejí prožít poslední dny a hodiny života v hospici nikoliv proto, že by se doma nedaly zvládnout příznaky nemoci, ale prostě proto, že chtějí některé členy své domácnosti, např. malé děti, těchto prožitků ušetřit.

„Ale v takových případech už nepůjde o stacionář, nýbrž o *lůžkovou hospicovou péči*. Důvodem lůžkové hospicové péče může být vše, co bylo uvedeno u péče stacionární, a to tehdy, není-li možné každodenní dojíždění nemocného, buď pro jeho zdravotní stav, nebo vzdálenost bydliště od hospice. Byl by zásadní omyl si myslet, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, musí na něm i zemřít. Samozřejmě může, ale nemusí. Většina nemocných, nejčastěji s nádorovým onemocněním, využívá hospic

velice účelně. A co je nesmírně důležité, přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tedy, kdy oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Když vidí, že doma se to už dobře nezvládá a přitom pobyt v nemocnici není nutný. Záleží na pacientovi, zda chce v hospici pobývat se svým průvodcem nebo bez něho a jak si s rodinou dohodne návštěvy. Ty jsou v hospicích zásadně neomezené jsou možné nepřetržitě po celý den i noc. Nikomu nepřekáží, naopak jsou vítány jako nezbytná součást péče o těžce nemocného. Od návštěvy se neočekává, že bude nemocného ošetřovat, ale je-li toho schopna, je jí to umožněno. Může to být milé pacientovi, ale může se to později ukázat jako velice prospěšné i tomu, kdo se na ošetřování podílel. Vědomí, že člověk udělal pro svého blízkého všechno, co udělat mohl je nejlepším prostředkem na tišení bolesti z jeho odchodu (19, s. 129).“

1.4 Péče poskytovaná na onkologickém oddělení

1.4.1 Charakteristika onkologicky nemocných

Nádory jsou jedním z největších současných problémů. Jsou na druhém místě jako příčiny smrti a patří také mezi nejvýznamnější příčiny pracovní neschopnosti a invalidity. Při vzrůstajícím počtu případů rakoviny lze odhadnout, že kolem roku 2015 zahubí přibližně devět milionů osob ročně, z toho tři čtvrtiny v rozvojových zemích (27).

Značná část onkologicky nemocných dříve nebo později zakusí bolest. Bolesti se vyskytují u třiceti až čtyřiceti procent onkologicky nemocných v časném stádiu, u sedmdesáti procent pacientů v pokročilém stádiu a až devadesáti procent pacientů v terminálním stádiu choroby. Bolesti jsou u onkologicky nemocných nejčastějším příznakem probíhajícího onemocnění. Většina onkologických pacientů udává, že obava ze silných bolestí má větší podíl na strachu z nádorové nemoci, než choroba sama.

Pozornost lékařů a sester se zaměřuje především na rozvíjení účinných preventivních metod k včasnému odhalení nádorových onemocnění, na zkvalitnění stávajících způsobů proti nádorové léčby a ošetřování nemocných (1).

Nemocní s onkologickým onemocněním netrpí pouze fyzicky, ale mají také velké psychické a sociální problémy. Péče o onkologicky nemocné vyžaduje mnohostrannou spolupráci. S těmito nemocnými se setkáváme nejen na specializovaných onkologických, ale prakticky na všech odděleních, ať už interních, chirurgických, na jednotkách intenzivní péče, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Stále častěji jsou onkologičtí nemocní

vyšetřování a léčení jak na odborných ambulancích, tak v neposlední řadě u obvodních lékařů a sester. Mimořádně důležitou roli hraje spolupráce s rodinou a přáteli nemocného (27).

1.4.2 Poslání sester na onkologickém oddělení

Onkologické oddělení je specializované pracoviště, které se zabývá léčbou *kurativní* (radikální, se záměrem vyléčit), *paliativní* (léčba odstraňující symptomy u pokročilého onemocnění), *symptomatickou* (odstraňování obtěžujících symptomů medikamenty), dispenzarizací nádorového onemocnění a prekanceróz. Onkologické oddělení se dělí na část ambulantní a lůžkovou. První kontakt pacienta je vždy se sestrou a to bývá nejprve v ambulanci při příjmu. Předpokladem úspěšné práce sestry je pacientova důvěra v ní. Musí u pacientů vyvolat pocit jistoty, důvěry a ohleduplnosti.

Sestra na onkologické ambulanci podává pacientovi poučení o výkonech, které je oprávněna provádět (aplikací injekcí, zavádění sond, převazy a jiné). Informuje pacienty o přípravě před vyšetřením a objednává pacienty. Asistuje lékaři při různých vyšetřeních pacienta, při převazech, aplikuje ordinované léky. Dále provádí odběry biologického materiálu a zajišťuje transport materiálu do laboratoře. Sestra v ambulantní složce se také stará o vedení zdravotní dokumentace pacienta. Sleduje frekvenci vyšetření, objednává pacienty k dalším pravidelným kontrolám. Dispenzarizované pacienty, kteří se nedostaví v určeném termínu ke kontrole, vyzve písemnou formou s určením nového termínu. Řádně archivuje výsledky vyšetření (10).

Další složkou onkologického oddělení je chemoterapie, která se zabývá léčbou onkologicky nemocných podáváním cytostatik. Léčba se provádí v pravidelně určených cyklech, které podle druhu a závažnosti onemocnění určuje lékař. Toto je také ovlivněno celkovým zdravotním stavem pacienta s přihlédnutím k vedlejším reakcím chemoterapie. Edukační činnost sestry zde opět spočívá v seznámení pacienta s oddělením, frekvencí léčby a způsobem podání cytostatik. Dále sestra seznamuje pacienta s možností projevů vedlejších účinků chemoterapie a jak se má v případě projevu těchto příznaků zachovat. Na tomto oddělení sestra připravuje infuzní roztoky s cytostatiky. Sestra zde asistuje lékaři při i.v. aplikacích cytostatik, sleduje pacienta během podávání cytostatik. Každou změnu i v pocitech pacienta sestra hlásí lékaři.

Další možností léčby je aktinoterapie (radioterapie), kterou můžeme definovat jako léčbu ionizujícím zářením, která je založena na skutečnosti, že většina zhoubných nádorů je citlivější na toto záření než okolní normální tkáň. I zde se sestra podílí na péči o nemocného před i po radioterapii, sleduje jednotlivé časně a pozdní poiradiační změny a komplikace (27).

Sestra musí překonat počáteční velmi hluboké a živé prožívání mnohých zatěžujících událostí, s nimiž se ve své práci denně setkává. Patří sem utrpení, bezmocnost, žal, ale i smrt. Je třeba je prožívat s odstupem, přiměřeně, bez traumatizujícího vlivu, depresí, aby nenarušovaly pracovní odborné výkony. Sestra zde musí získat stupeň emocionální odbornosti a neztotožňovat se s pacientem natolik, aby sama prožívala citové ztráty. Čas a stupeň profesionální adaptace závisí na motivaci její volby. Adaptace sestry v onkologii se dosáhne rychleji a snáze, je-li její motivací pro volbu hluboký zájem a znalost jeho náplně. Projevem úspěšné adaptace je, jestliže má sestra blízko k psychologii nemocného, vžívá se do toho, jak pacient vnímá zdravotnické zařízení, jak prožívá bolest, strach a nejistotu (10).

1.4.3 Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným

Je všeobecně známo, že onkologicky nemocný prožívá speciální, značně silný stres. Od zjištění nemoci reaguje většina nemocných na tuto skutečnost napjatě a průběh choroby je tím značně ovlivňován. Maligní onemocnění mění způsob psychického prožívání a životní stereotypy nejen nemocného, ale i všech členů rodiny, včetně jejich vzájemných interakcí.

Vyrovnění se s nemocí závisí na předchozích životních zkušenostech a na struktuře osobnosti nemocného. Typy reakcí na nemoc jsou různé a mají charakteristický ráz podle jednotlivých období vývoje maligního onemocnění. Není žádoucí podporovat pasivitu nemocného, jeho nadměrnou přizpůsobivost, poslušnost či hrdinný postoj, kdy nemocný mlčky snáší své utrpení. Takový nemocný je sice pro zdravotníky nejméně zatěžující, ale je prokázáno, že má horší prognózu proti těm, kteří zaujmou bojový postoj, proti nemoci se vzbouří a emočně se projevují (14).

Jak tedy mohou sestry psychologicky pomoci onkologicky nemocným. Důležité je podporovat a umožnit nemocnému jeho emoční projevy a to i negativního charakteru jako starosti, obavy, ale i naděje a přání. Nechme nemocnému prostor projevovat jeho

emoce jakkoliv jsou silné a nesnažme se je změnit, tolerujme výkyvy nálad i agresivitu. Tyto projevy nejsou namířeny proti nám osobně, ale jsou projevem zoufalství. Vyhněme se u nemocného kritice, co je správné a normální v prožívání. U lidí s přehnaně tuhou morálkou a zásadami společenského chování je důležité nechat je uvolnit. Snažme se pozorně naslouchat a projevme porozumění, snažme se být empatičtí. Přijímejme ho jako rovnocenného partnera a hovořme s ním na jeho úrovni chápání a myšlení. Snažme se nemocného podporovat v jeho životních aktivitách a pomozme mu hledat nový smysl života a hodnotovou orientaci. Nikdy neberme nemocnému novou naději a plány do budoucna, i když by byly podle vás zcela nereálné. Nemusíme věřit, že se nemocný uzdraví, ale jsme povinni připustit, že se uzdravit může. V závěrečné fázi života neutíkejme od umírajícího, každé naše upřímné slovo či dotyk je tím nejvýznamnějším lékem (27).

1.4.4 Podávání informací nemocným s onkologickou diagnózou

„V současné době se objevuje nový přístup k pacientovi a dochází ke změnám v informovanosti o nemoci. Ovšem v mnoha případech se jen zjednodušeně přebírají postupy a názory zdravotnické praxe v anglosaských zemích. Naši lékaři zapomínají, že pacientovi je v těchto zemích zajištěna dostupnost psychologických služeb. Některé země pokládají zcela nezastírající pravdu sdělenou pacientovi za moderní a prospěšný přístup. Jestliže však lékaři neposkytnou jakoukoli naději a nehledají společně další možnosti, pak nemocného pouze psychicky zdeptají. Takto podané informace o zdravotním stavu postrádají smysl. Komunikace s pacientem musí mít cíl. Podávání informací je dynamický proces, nikoli jednorázový akt. Cílem sdělení je navázat s pacientem důvěryhodný vztah a získat ho ke spolupráci a osobní zainteresovanosti na léčbě jeho nemoci. Jen v tomto případě se podání informací o nemoci stává smysluplným (13, s. 206-207).“

Každý zdravotník se setká s problémem sdělení pravdy pacientovi o jeho vážném zdravotním stavu. Sdělení pravdy může být pokládáno stejně tak za etické, jako za neetické. Společnost v určitém časovém období preferuje větší či menší otevřenost, dříve vítězila strategie milosrdného oklamání. V poslední době se společenský konsensus přiklání ke strategii sdělování pravdy. Záleží na tom, komu má být pravda sdělena, kdy, jak a kde. Zanedbatelné není ani to, kdo ji má sdělovat. Většina lidí chce být o své nemoci informována a různým způsobem to dává najevo (ptá se). Ne každý však chce znát pravdu

a ne každý ji „snese“. Sdělení pravdy nemusí vždy znamenat sdělení diagnózy, spíše jde o rozhovor o nemoci, jejich problémech, o prognóze. Tok informací by neměl být jednostranný. Vhodný je dialog, kdy pacient hovoří o svých problémech, zdravotník mu radí, jak je řešit. Závažná je otázka, kdo má pravdu sdělit. V našich podmínkách by měl závažnější informace sdělovat lékař. Jsou však situace, kdy okolnosti k tomu donutí i jiné pracovníky, výjimečně se přenechává pravdivé sdělení psychologovi nebo knězi. Všichni členové týmu by však měli vědět, v jakém rozsahu je pacient o svém zdravotním stavu informován a jak na pravdu reaguje (6).

2. CÍLE PRÁCE

2.1 Cíle práce

Cíl 1:

Zjistit, zda péče poskytovaná klientům hospice a umírajícím klientům onkologického oddělení odpovídá metodám a postupům definovaných pro paliativní péči.

Cíl 2:

Zjistit, zda existují významné rozdíly v ošetrovatelské péči poskytované umírajícím v hospici a umírajícím na onkologickém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

- 1.** Je umírajícím klientům hospice a umírajícím klientům onkologického oddělení poskytována paliativní péče dle standardu pro paliativní péči?
- 2.** Existují rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče o umírající v hospicovém zařízení a na onkologickém oddělení?
- 3.** Existují rozdíly v přístupu sester k umírajícím v jednotlivých zařízeních?
- 4.** Jsou u umírajících klientů uspokojovány biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby v jednotlivých zařízeních?

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Provedený výzkum je výzkumem kvalitativním. Pro výzkumnou část, ke sběru dat, byla zvolena technika neřízeného rozhovoru s vybranými členy ošetrovatelského personálu hospicového zařízení a onkologického oddělení. Metodou nestandardizovaného (neřízeného) rozhovoru byly získány informace o paliativní péči v rámci standardu paliativní péče (příloha 1) od všeobecných sester hospicového zařízení a onkologického oddělení. Pro neřízený rozhovor bylo použito několik klíčových témat z problematiky paliativní péče (příloha 5). Důvodem pro stanovení témat byla potřeba zjistit informovanost a zkušenosti sester z oblasti paliativní péče.

Pozorování bylo zaměřeno na několik kritérií. Jedním z nich byla vhodnost prostředí k uspokojování jednotlivých potřeb klientů (příloha 6), které jsou v souladu se standardem paliativní péče. Dále na přístup ošetrovatelského personálu ke klientům a způsob, jakým jsou klienti informováni o svém onemocnění, průběhu a nynějším stavu onemocnění. Pro přehlednost pozorování byl sestaven pozorovací záznam (příloha 7).

Kazuistiky byly použity u vybraných klientů v jednotlivých zařízeních a byla jimi sledována spokojenost klientů s poskytovanou péčí.

Výzkum byl proveden v hospicovém zařízení sv. Štěpána v Litoměřicích v severních Čechách a na onkologickém oddělení nejmenovaného zdravotnického zařízení, kde byly poskytnuty informace, za splnění podmínky anonymity zařízení.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazovanými (výzkumným souborem) byly čtyři všeobecné sestry z hospicového zařízení a tentýž počet sester z onkologického oddělení. Kritériem tohoto rozhovoru byla ochota a čas ze strany všeobecných sester pro neřízený rozhovor. Rozhovory byly velmi podrobné a ne každá sestra byla ochotna vést tento rozhovor, což bylo respektováno. Rozhovory byly vedeny se čtyřmi všeobecnými sestrami z hospicového zařízení a tomu byl přizpůsoben i počet rozhovorů se sestrami z onkologického oddělení, které byly ochotné vést rozhovor na toto téma. Všechny všeobecné sestry, které byly ochotny vést rozhovor, byly předem seznámeny s tím, že jejich názory a udaná fakta budou použity pouze k této práci a nebudou nijak zneužity.

Pozorování bylo zúčastněné a zaměřené komplexně v rámci jednotlivých institucí.

Kazuistiky byly použity u předem doporučených klientů ošetřujícím personálem v jednotlivých institucích. Kritériem pro výběr byli klienti v terminálním stavu onemocnění a ochota vzájemné komunikace z jejich strany. Uvedeny jsou dvě kazuistiky z hospicového zařízení a dvě kazuistiky z onkologického oddělení.

Jednotlivými výzkumnými soubory bylo sledováno, jak je dodržován, či nikoli standard paliativní péče.

4. VÝSLEDKY

4.1 Vyhodnocení výsledků získaných neřízeným rozhovorem se všeobecnými sestrami v jednotlivých zařízeních

Odpovědi všeobecných sester v rámci neřízeného rozhovoru v jednotlivých zařízeních byly různorodé. Pro přehlednost jsou uvedeny tabulky, ve kterých jsou zmiňované prioritní termíny, které dotazované sestry uváděly v rámci rozhovorů k jednotlivým okruhům, týkajícím se paliativní péče. U každého okruhu je uvedena ukázka výpovědi hospicové sestry a ukázka výpovědi onkologické sestry na zmiňované téma. Vybrané ukázky nejvýstižněji zachycují odpovědi. Vzhledem k přehlednosti nejsou uvedeny odpovědi v plném znění.

Okruh 1 – Vnímání pojmu a náplně paliativní péče sestrami

Tabulka 1 - zmiňované termíny v rámci rozhovorů - Vnímání pojmu paliativní péče.

<i>Sestry - hospic</i>	<i>Sestry - onkologie</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>kvalita života</i>• <i>empatie</i>• <i>důstojnost</i>• <i>respekt</i>• <i>komunikace</i>• <i>tišení bolesti a jiných biologických příznaků</i>• <i>duchovní potřeby</i>• <i>psychologické potřeby</i>• <i>přítomnost rodiny</i>• <i>pomoc rodině</i>• <i>týmová spolupráce</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>tišení bolesti</i>• <i>důstojnost</i>• <i>kvalita života</i>• <i>přítomnost rodiny</i>

Zdroj: vlastní výzkum

Ukázka výpovědi hospicové sestry: „ Smrt je součástí života, jde o to, aby umírání bylo důstojné a bez bolesti. Aby měl člověk možnost uspořádat si věci, pokud chce pomoc - nabídnout mu ji, pomáhat i rodinám v jejich těžké situaci. Vnímat klientovy psychologické potřeby i jeho duchovní potřeby. V každém případě dbát na svobodnou volbu nemocného.

Nenutit a nemanipulovat s nemocným. Vycházet z jeho potřeb, vysvětlovat, komunikovat. Paliativní péče je náročná a neobešla by se bez vzájemné spolupráce mezi lékaři, sestrami, ošetřovatelkami, ošetřovateli a dobrovolníky, kteří jsou také důležitou součástí našeho týmu.“

Ukázka výpovědi onkologické sestry: „Paliativní péče je péče, která zmírňuje, odstraňuje bolesti a nepříjemné příznaky nemoci, aniž by léčila původní onemocnění. Je to péče o pacienta s nevléčitelnou nemocí v pokročilém či terminálním stavu, kterému poskytneme kvalitní zbytek života a důstojné umírání, kde již neprovádíme žádné úkony k jeho prodloužení.“

Okruh 2 – Přítomnost a znalost standardu paliativní péče v jednotlivých zařízeních

Tabulka 2 - zmiňované termíny v rámci rozhovorů - Přítomnost standardu paliativní péče v jednotlivých zařízeních.

Sestry - hospic	Sestry - onkologie
<ul style="list-style-type: none"> • přítomnost standardu paliativní péče • znalost sester 	<ul style="list-style-type: none"> • nepřítomnost standardu paliativní péče • neznalost sester • přítomnost standardu - Péče o umírající - znalost standardu

Zdroj: vlastní výzkum

Ukázka výpovědi hospicové sestry: „Standard paliativní péče máme k dispozici na obou odděleních. Jsme s ním seznámeny, postupujeme a pracujeme podle tohoto standardu. Se standardem paliativní péče jsme byly seznámeny hned při přijetí do pracovního procesu v hospici.“

Ukázka výpovědi onkologické sestry: „Standard paliativní péče k dispozici nemáme, tudíž neznáme ani jeho plné znění a nemůžeme podle tohoto standardu postupovat. Na oddělení máme k dispozici ošetřovatelský standard - Péče o umírající, a podle tohoto standardu postupujeme při umírání klientů. Na tento standard navazuje ošetřovatelský standard - Péče o mrtvé tělo. I přes nepřítomnost a neznalost standardu paliativní péče se snažíme zajistit důstojné umírání v rámci možností našeho oddělení.“

Okruh 3 – Definování cílů a náplně paliativní péče z pohledu sester

Tabulka 3 - zmiňované termíny v rámci rozhovorů - Definování cílů paliativní péče.

Sestry - hospic	Sestry - onkologie
<ul style="list-style-type: none">• zmírnit bolest a ostatní nepříjemné příznaky• respektování psychických, sociálních a duchovních potřeb• v posledních chvílích nezůstat osamocen• za každých okolností zachovat lidskou důstojnost• zapojení rodiny do péče o klienta	<ul style="list-style-type: none">• zmírnit bolest• klidný spánek• důstojné umírání• zajistit přítomnost rodiny

Zdroj: vlastní výzkum

Ukázka výpovědi hospicové sestry: „Jednotlivé cíle a postupy jsou uvedeny přesně ve standardu paliativní péče, který usiluje o kvalitu života, neusiluje o urychlení smrti ani prodlužování života. Důležité je zvládnutí především potíží fyzických, ale nejde jen o bolest, která je nejčastějším problémem, ale např. nauzea, úporné průjmy a jiné příznaky jsou stejně důležité jako tišení bolesti. Ale zároveň je důležité respektování psychických, sociálních, duchovních potřeb, zachování lidské důstojnosti a v posledních chvílích nezůstat osamocen. Být v těchto chvílích oporou je stejně důležité jako zvládnutí bolesti. Proto i práce s rodinou není jen okrajovou záležitostí.“

Ukázka výpovědi onkologické sestry: „Myslím si, že hlavním cílem paliativní péče je pacientovi zmírnit bolest, zajistit dostatečný spánek a odpočinek. Dále zajistit důstojné umírání v kruhu nejbližších – v rodinném kruhu.“

Okruh 4 – Znalosti sester a zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče

Tabulka 4 - zmiňované termíny v rámci rozhovorů - Znalosti sester v oblasti paliativní péče.

Sestry - hospic	Sestry - onkologie
<ul style="list-style-type: none">• pravidelné vzdělávání a prohlubování znalostí v paliativní péči• čerpání zkušenosti z práce v hospici• odborné konference specializované paliativní péče• čerpání z účasti na vizitách s lékařem• péči poskytují sestry - specialistky pro paliativní péči	<ul style="list-style-type: none">• neúplné znalosti• zájem o další vzdělávání• nedostatek seminářů na téma paliativní péče• péči poskytují zkušené onkologické sestry• sestry - specialistky pro paliativní péči zde nejsou

Zdroj: vlastní výzkum

Ukázka výpovědi hospicové sestry: „Znalosti o paliativní péči mám především ze zkušenosti z práce z hospice, z absolvování mnoha odborných konferencí, školení a seminářů, které se týkaly problematiky specializované paliativní péče. Naší náplní nebyly pouze semináře o paliativní péči, ale absolvovaly jsme i semináře, jak pečovat o klienty s problémy jako je agresivita, apatie, demence, nedoslýchavost, slepota a mnoho dalších, se kterými se také často setkáváme, nejčastěji, když se nemocní smířují se svým těžkým onemocněním a negují ho. Každý v tento okamžik reaguje jinak a na nás záleží, jak tuto situaci zajistíme a budeme si s ní vědět rady. Kromě zmiňovaných oblastí čerpám také z účasti na vizitách s lékařem. Rozhodně mám zájem a je i mou povinností, pokud pracuji v hospici, se v paliativní péči dále vzdělávat.“

Ukázka výpovědi onkologické sestry: „Měla bych zájem o více informací z paliativní péče, nějaké základy mám, něco jsem si přečetla na webových stránkách a v literatuře, ale mám pocit, že to nejsou dostačující informace. Navíc bych přivítala, já i mé kolegyně, seminář s touto problematikou, ale bohužel těchto seminářů je velice málo v rámci naší nemocnice a při přihlašování na ně jsou hned zaplněná místa.“

Okruh 5 – Problémové oblasti v paliativní péči z pohledu sester

Tabulka 5 - zmiňované termíny v rámci rozhovorů - Problémové oblasti paliativní péče.

Sestry - hospic	Sestry - onkologie
<ul style="list-style-type: none">• <i>nedostatečná komunikace, nesdělování pravdy, neupřímný rozhovor lékařů v nemocnici</i>• <i>nedostatečná informovanost o zdravotním stavu, prognóze a možnosti pobytu v hospici</i>• <i>nedostatečná spolupráce mezi onkologií a hospicem</i>• <i>mylná představa nemocných o významu hospice, plynoucí z nedostatečné komunikace</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>nedostatek a jednostranná vyčerpání ošetrojícího personálu</i>• <i>nedostatek času věnovat se individuálně každému</i>• <i>neadekvátní jednání ze strany lékařů i některých sester</i>• <i>větší zájem o pacienty ze strany lékařů, sester a ošetrovatelek</i>• <i>nesdělování pravdy, neupřímný rozhovor</i>• <i>nevyhovující prostory pro zachování soukromí</i>• <i>nemožnost pobytu rodinných příslušníků s umírajícím</i>

Zdroj: vlastní výzkum

Ukázka výpovědi hospicové sestry: „Já spatřuji problém v tom, že nemocní nejsou včas a pravdivě informováni o své nemoci a prognóze. Největší problém však vidím v komunikaci s nemocnými ze strany lékařů a praktiků v nemocnicích. Myslím si, že se o možnosti paliativní péče s nemocnými ani jejich rodinami moc nemluví. Často k nám přichází klienti a jsou mylně informováni o významu našeho zařízení ve smyslu sanatoria a rehabilitační péče. Rozhodně bych zlepšila komunikaci s nemocnými, způsob sdělovat nemocným pravdu a dostat paliativní péči více do podvědomí zdravotníků a pomoci hledat řešení v této péči, kterou poskytuje hospic.“

Ukázka výpovědi onkologické sestry: „Za největším problémem v oblasti paliativní péče považuji nedostatek personálu a tím i nedostatek času věnovat se individuálně každému nemocnému. Dalším problémem je špatná komunikace ze strany lékařů, kteří mnohdy nesdělují úplnou pravdu nemocným, nebo se jí vyhýbají, špatná komunikace ze strany sester plynoucí z jejich vyčerpání na oddělení, které pak neadekvátně jednají s klienty, aniž by to tak chtěly. V některých případech je problémem i nedostatečné tlumení

bolesti a zbytečná terapie, která prodlužuje proces umírání, ale to je v kompetenci lékaře a do toho my jako sestry nemůžeme zasahovat. Z našeho sesterského pohledu je důležité, abychom zajistily klidné a důstojné umírání v soukromí a v kruhu rodinném, ale to je další problémovou oblastí, kterou v rámci našeho oddělení nedokážeme pro nevyhovující podmínky zajistit.“

Okruh 6 – Postoj sester k umírání a smrti

Tabulka 6 - zmiňované termíny v rámci rozhovorů - Postoj sester k umírání a smrti.

Sestry – hospic	Sestry – onkologie
<ul style="list-style-type: none"> • <i>umírání je součástí lidského života</i> • <i>umírání je krátká, ale velmi důležitá etapa</i> • <i>zhodnocení dosavadního života</i> • <i>příjemné umírání v kruhu rodinném</i> • <i>těžké vyrovnání se smrtí mladých umírajících</i> • <i>umírání a smrt jsou náplní naší práce</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>umírání je přirozené ukončení života</i> • <i>hluboká lítost a zármutek</i> • <i>těžké vyrovnání se smrtí mladých umírajících</i> • <i>vyrovnanost u věřících</i> • <i>nepříjemné pocity a úzkost z umírání</i> • <i>umírání v domácím prostředí</i>

Zdroj: vlastní výzkum

Ukázka výpovědi hospicové sestry: „Myslím, že jsem smířená, ale nevím, nejsem si jistá. Smrt mojí maminky jsem nesla velice těžce a bolestně. Umírání je krátká, ale velmi důležitá etapa lidského života. Je to čas na smíření, odpuštění a zhodnocení dosavadního života. Dá se říci, že umírání a smrt je náplní mé práce. Beru, že je součástí života a že mne učí si života vážit a žít ho naplno. Ze zkušenosti vím, že může být i hezké umírání v kruhu rodiny, nebo známých, tiše, v klidu a bez bolesti. Teoreticky jsem dostatečně vybavena na to, abych se s vlastní smrtí bez problémů vyrovnala, ale osobně si myslím, že člověk není nikdy na smrt připraven. Čím je člověk mladší, tím je to horší i pro nás, kteří o něj pečujeme. Myslím si, že mám výhodu, že jsem na mnoha případech viděla, že se smrti bát nemusím - no, uvidíme, až na mne přijde řada.“

Ukázka výpovědi onkologické sestry: „Každá smrt člověka na mě zanechává lítost a hluboký zármutek. Umírá-li člověk ve vysokém věku, je to normální životní průběh, umírá-li mladý člověk, je to velice bolestné a tragické. Umírání je přirozené ukončení

života. Lidé by měli umírat především doma mezi svou rodinou. Pohled na umírání není příjemný, ale především mladí lidé by si měli více vážit zdraví a života. Já osobně ze samotné smrti strach nemám, ale bojím se umírání, bude-li dlouhé, v bolestech a o samotě. Smíření mohou být snad jen věřící nebo těžce nemocní, pro něž je smrt vysvobozením.“

Okruh 7 – Znalosti sester v oblasti práv umírajících

Tabulka 7 - zmiňované termíny v rámci rozhovorů - Znalosti sester v oblasti práv umírajících.

Sestry - hospic	Sestry - onkologie
<ul style="list-style-type: none"> • všechny sestry znají práva umírajících 	<ul style="list-style-type: none"> • některé sestry neznají práva umírajících

Zdroj: vlastní výzkum

Ukázka výpovědi hospicové sestry: „Ano, znám chartu umírajících. Nejdůležitější je zachování lidské důstojnosti do konce života. Myslím, že je to nejdůležitější a že s tím vše ostatní souvisí.“

Ukázka výpovědi onkologické sestry: „Znám práva umírajících a za nejdůležitější považuji zajistit důstojné umírání.“

Okruh 8 – Motivace sester k povolání s těžce nemocnými – umírajícími

Tabulka 8 - zmiňované termíny v rámci rozhovorů - Motivace sester k povolání s umírajícími.

Sestry - hospic	Sestry - onkologie
<ul style="list-style-type: none"> • pomoc nemocným – umírajícím • užitečnost • kolektiv • prostředí • pohoda • atmosféra 	<ul style="list-style-type: none"> • pomoc nemocným – umírajícím • práce s lidmi • užitečnost

Zdroj: vlastní výzkum

Ukázka výpovědi hospicové sestry: „Náhoda. Neměli místo v nemocnici a já jsem náhodou uviděla směrovku k hospici. Byla jsem zvědavá a tak jsem se dohodla na stáži. Práce, kolektiv, prostředí, atmosféra, pohoda to všechno mne oslovilo a já věděla, že tady chci pracovat. Jsem vděčná, že jsem příležitost pracovat v hospici dostala. Mám svou práci moc ráda a neměnila bych.“

Ukázka výpovědi onkologické sestry: „Motivovalo mě pomáhat lidem a pracovat s nimi. Z počátku to byla jediná možnost, protože jsem neměla místo odpovídající mému původnímu oboru - dětská sestra. Dnes bych již neměnila, tato práce je sice namáhavá a smutná, ale při ní mám pocit užitečnosti. Odměnou je třeba telefonát o vánocích, kdy mi přeje pacient, na kterého si již sotva vzpomenu.“

4.2 Vyhodnocení výsledků získaných pozorováním

K naplnění cíle práce byla dále využita technika pozorování. Šlo o zúčastněné pozorování, jehož cílem bylo zjistit:

- 4.2.1 Vybavenost prostředí k uspokojování potřeb umírajících klientů
- 4.2.2 Přístup zdravotnického personálu k umírajícím klientům
- 4.2.3 Způsob informovanosti klientů o jejich zdravotním stavu

4.2.1 Vybavenost prostředí k uspokojování potřeb umírajících klientů

Pro účely této práce je pojem vybavenost prostředí využit v kontextu: materiální a technické vybavení, ošetrovatelská dokumentace.

Pro přehlednost jsou uvedeny tabulky, ve kterých jsou vytýčeny priority a nedostatky jednotlivých institucí v souvislosti s uspokojováním potřeb klientů v rámci paliativní péče. Postupováno bylo podle pozorovacího záznamu (příloha 7).

Materiální a technické vybavení

Tabulka 9 - zmiňované termíny v rámci pozorování - Materiální a technické vybavení.

Hospicové zařízení	Onkologické oddělení
<ul style="list-style-type: none">• <i>jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro příbuzné</i>• <i>polohovatelná lůžka s elektrickým ovládáním</i>• <i>součástí lůžek je jídelní stůlek</i>• <i>signalizační zařízení u lůžka</i>• <i>bezbariérový přístup v celém objektu</i>• <i>prostorná koupelna a s masážní vanou</i> <i>- možnost zajetí s lůžkem, prostorné WC - možnost zajetí s pojízdným vozíkem</i>• <i>vyhovující prostory k zavezení lůžka s klientem na terasu</i>• <i>místnost posledního rozloučení</i>• <i>přítomnost kaple, velká účast na bohoslužbě, možnost kontaktu s knězem</i>• <i>režim dne si určuje klient</i>• <i>návštěvy 24 hodin denně, bez omezení</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>třílůžkové pokoje, není možnost přistýlky pro příbuzné</i>• <i>klasická lůžka, ručně polohovatelná</i>• <i>součástí lůžek je jídelní stůlek</i>• <i>signalizační zařízení u lůžka</i>• <i>bezbariérový přístup v celém objektu</i>• <i>nevyhovující prostory pro zajetí s lůžkem do koupelny</i>• <i>místnost posledního rozloučení – plánuje se výstavba, zatím není k dispozici žádná místnost pro tyto účely</i>• <i>přítomnost kaple, malá účast na bohoslužbě, možnosti kontaktu s knězem nevyužito</i>• <i>režim dne je přizpůsoben chodu oddělení</i>• <i>návštěvy po dohodě s lékařem mimo návštěvní dobu</i>

Zdroj: vlastní výzkum

Již na první pohled budova *hospicového zařízení* zaujme zajímavým a vkusným řešením. Hospic je členěn na dvě patra s kapacitou dvacet dva jednolůžkových pokojů s možností přistýlky pro rodinné příslušníky a dva pokoje dvoulůžkové. Pokoje v hospici jsou vybaveny polohovatelnými lůžky s nastavitelnou výškou a elektrickým ovládáním, to umožňuje klientům pohodlný odpočinek. U každého lůžka v jednotlivých zařízeních je signalizační zařízení, které plně slouží k potřebám klientů, toto zařízení je vzhledem k rozlehlosti a členitosti objektu naprostou nutností. Interiér pokojů připomíná spíše domov než nemocnici.

Na *onkologickém oddělení* jsou pouze třílůžkové pokoje, možnost přistýlky pro příbuzné zde není. Kapacita je třicet lůžek na oddělení. Lůžka jsou určena pro nemocné, kteří na toto oddělení přichází zejména ke kurativní (léčí příčinu onemocnění) léčbě. Pokud se zde nachází nemocný v terminálním stádiu choroby, ošetrovatelský personál se snaží, umírajícího v rámci možností uložit na samostatný pokoj a zajistit mu soukromí, pokud to možnosti oddělení dovolují. Většinou je kapacita lůžkového oddělení naplněna a umístit umírajícího na samostatný pokoj nelze. Lůžka jsou klasická, ručně polohovatelná. Na onkologickém oddělení převládají spíše bílé, strohé zdi a velká čísla na dveřích pokojů. Pozitivní na oddělení je bezbariérový přístup.

Součástí lůžka *v obou typech zařízení* jsou jídelní stolky, které umožňují nemocnému příjem potravy a tekutin přímo na lůžku. V hospici se nachází i malá kavárnička, která klientům zpříjemňuje pobyt v hospici.

V hospicovém zařízení je velká koupelna, kam je možné zajet přímo s lůžkem a klienti zde mají možnost, pro většinu z nich, příjemné koupele v masážní vaně. Pokud tuto možnost klient odmítne, má na svém pokoji koupelnu se sprchovým koutem a toaletou.

Na *onkologickém oddělení* je hygienické zařízení součástí pokoje, ale není zde sprcha. Koupat, nebo sprchovat se klient musí na společné koupelně pro celé oddělení. Vzhledem k nevyhovujícím a stísněným prostorům se do koupelny obtížně zajíždí s lůžkem nemocného.

Okna *v celém hospicovém zařízení* jsou prosklená až k podlaze a umožňují i ležícímu nemocnému co největší výhled. Na terasu hospice lze zajet i s lůžkem. Celý objekt je bezbariérový. Tuto možnost nemocní velmi rádi uvítají, protože i přesto, že jsou upoutáni na lůžko, mohou pociťovat alespoň „kus přírody, slyšet zpěv ptáků a podobně.“

Velmi důležitým místem *hospicového zařízení* je kaple, která je jednoduše a skromně zařízena. Třikrát týdně jsou zde slouženy bohoslužby, kterých se mohou účastnit nejenom nemocní, ale i personál. Většina tuto možnost uvítá s radostí a vděčností. Dále zde mají nemocní možnost pohovořit si s knězem, který do hospice pravidelně dochází a je zde pro ně k dispozici. V žádném případě kritériem pro přijetí není příslušnost k nějaké církvi. Na částečný úvazek je v hospici přítomen i psycholog. Klienti si tedy mohou vybrat, s kým by si chtěli pohovořit, zda s knězem nebo psychologem. V suterénu

hospicového zařízení se nachází místnost posledního rozloučení, kde mohou pozůstalí trávit se zemřelým poslední chvíle a důstojně se s ním rozloučit.

Součástí *nemocnice* je také kaple, kde jsou slouženy bohoslužby jednou týdně, většinou o víkendu. Informovanost nemocných o bohoslužbách není dostačující, proto této možnosti moc nevyužívají. Vrchní sestra *onkologického oddělení* naznačila, že do budoucna plánují také výstavbu místnosti posledního rozloučení, kde by se mohla rodina se zemřelým důstojně rozloučit obdobně, jak je tomu v hospici. V současné době pro tento účel prostory nemají. Na onkologickém oddělení je přítomen psycholog, který má v kompetenci celé onkologické oddělení, denně si stačí podrobně pohovořit nejvýše s pěti klienty.

Režim dne v hospici se dosti výrazně liší od režimu dne v nemocnici. Pokud to nenarušuje pohodu ostatních klientů, určuje si režim dne v hospici víceméně sám klient. Rozhodně ho nikdo ráno nebudí s teploměrem, spí a vstává podle své vůle a potřeby. Taktéž hygienu provádí tehdy, kdy on sám chce a má dostatek síly. Na onkologickém *oddělení* toto není možné, vzhledem k danému režimu oddělení, i kdyby to ošetřující personál klientům rád dopřál.

Návštěvy jsou v *hospicovém zařízení* nepřetržitě 24 hodin denně, jsou jak pro nemocné, tak pro rodinu velmi cenné. V hospici je důležitá přítomnost doprovázející osoby, která se v rámci svých možností a schopností podílí na ošetřování umírajícího společně s ošetřujícím personálem, ale není to nutné.

Na *onkologickém oddělení* jsou návštěvy omezeny na návštěvní dobu a po dohodě s lékařem i mimo návštěvní dobu.

Tabulka 10 - zmiňované termíny v rámci pozorování - Ošetrovatelská dokumentace.

<i>Hospicové zařízení</i>	<i>Onkologické oddělení</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>plně aplikovaná metoda ošetrovatelského procesu</i> • <i>přehledná dokumentace</i> • <i>barevně odlišená dokumentace</i> • <i>monitorování fází podle Rossové</i> • <i>monitorování bolesti a ostatních biologických příznaků</i> • <i>dokumentace je časově nenáročná</i> • <i>umožňuje více času věnovat se umírajícím</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>metoda ošetrovatelského procesu v počátcích</i> • <i>dokumentace je totožná s dokumentací na jiných odděleních nemocnice</i> • <i>není barevně odlišená</i> • <i>záznam monitorování bolesti</i> • <i>dokumentace je časově náročná</i> • <i>nedostatek času věnovat se umírajícím</i>

Zdroj: vlastní výzkum

V hospicovém zařízení sestry pracují v rámci ošetrovatelského procesu. Pracují podle nejnovějších poznatků moderního ošetrovatelství a veškerá ošetrovatelská péče je poskytována v největší kvalitě. Postupují podle ošetrovatelské dokumentace, která se personálu tohoto hospice velmi osvědčila. Sestry zde vyplňují ošetrovatelský záznam při přijetí klienta a během hospitalizace zaznamenávají nejdůležitější změny, které u klienta nastaly. Hlavním důvodem pro zavedení ošetrovatelské dokumentace byla snaha, aby sestry netrávily více času u dokumentace než u klientů. Aby nemusely psát dlouhá hlášení, ale jenom zaškrtovaly okénka, zakroužkovaly či doplňovaly domluvené symboly, značky a přitom na nic nezapomněly. Jednotlivé tiskopisy dokumentace jsou barevně odlišené pro rychlejší orientaci. Již při příjmu, stanovují sestry ošetrovatelskou diagnózu a plán ošetrovatelské péče. Snaží se od klienta nebo jeho rodiny získat co nejvíce informací a zaznamenat je do dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace je velice přehledná a přínosná, proto je zde vhodné zmínit se o jednotlivých formulářích. Na žlutém formuláři sestry zakroužkují všechny úkony a situace, v nichž není klient soběstačný a je závislý na pomoci sester, je to záznam o ošetrovatelské anamnéze a plánu ošetrovatelské péče. Na podkladě toho stanovují ošetrovatelské diagnózy. Na růžovém formuláři pomocí

domluvených značek nakreslí „pavouka“. Je to v podstatě rodinná anamnéza, ale není zaměřena na choroby, nýbrž na vztahy v rodině. Na první pohled se pak z tohoto grafu dá vyčíst, koho nemocný má, kdo už mu zemřel, s kým je v kontaktu, na koho se může spolehnout a kdo je pro něho nejdůležitější. Zeleně si tu podtrhávají jména osob, kterým nemocný dovolil poskytnout informace o svém zdravotním stavu a to je pak respektováno. Samotný zelený formulář slouží k sepsání okolností smrti klienta, spolupráci s rodinou a pro budoucí kontakt s pozůstalými. Dokud není uspokojivě zvládnuta bolest, zaznamenávají ji barevně do předkresleného „panáka“. V denním záznamu sestry pouhým zakroužkováním symbolu zaznamenávají kromě běžných ošetrovatelských údajů i návštěvy, způsob koupele a také apetit v procentech. Nechutenství je důležitým příznakem, který se u klientů zvýšeně sleduje a svědčí o zhoršení celkového stavu. Dalším formulářem je průběžná charakteristika a hodnocení rány. V jedné z dokumentací si sestry zaznamenávají jednotlivé fáze podle E. K. Rossové, kterými umírající prochází.

Na *onkologickém oddělení* je metoda ošetrovatelského procesu teprve v počátcích. Při přijetí klienta na onkologické oddělení sestra sepisuje ošetrovatelský záznam, který podle jednotlivých znění v průběhu hospitalizace doplňuje a upravuje. Součástí ošetrovatelského záznamu je škála monitorování bolesti, kterou sestry zapisují, a informují lékaře, který následně určí analgetickou léčbu. V rámci sesterské anamnézy, při péči o umírající, sestry zjišťují informace o tom, zda chce zajistit přítomnost rodiny, kněze nebo jiné osoby, kterou si přeje. Pokud je umírající věřící, většinou si sama rodina zajistí přítomnost kněze, nejlépe, kterého umírající sám dobře zná ze své farnosti. Kněz v této situaci uděluje umírajícím svátost nemocných. Sestra zaznamenává tuto duchovní službu do ošetrovatelské dokumentace. Dokumentace je časově náročná, je vedena i v elektronické podobě, kterou sestra musí také vyplňovat společně s ostatními tiskopisy, kterých ve zdravotnickém zařízení stále přibývá. Na konci služby sestry píšou podrobné písemné hlášení o nemocných. Předání služby směnové sestře se uskutečňuje ústním hlášením.

4.2.2 Přístup zdravotnického personálu k umírajícím klientům

Tabulka 11 - zmiňované termíny v rámci pozorování - Přístup k umírajícím.

<i>Hospicové zařízení</i>	<i>Onkologické oddělení</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>příkladný přístup</i> • <i>přístup s respektem a úctou</i> • <i>opravdový zájem</i> • <i>lidský přístup</i> • <i>dostatek času pro umírající</i> • <i>vlídné slovo</i> • <i>naslouchání</i> • <i>pohlazení</i> • <i>důvěra k ošetrovatelskému personálu</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>milý, laskavý přístup / arogantní přístup</i> • <i>přístup s respektem a úctou</i> • <i>nedostatek času pro umírající</i> • <i>nedostatek času pro komunikaci</i> • <i>nedostatek času pro naslouchání</i> • <i>nepříjemné pocity a úzkost z umírání</i>

Zdroj: vlastní výzkum

Ošetřující personál v jednotlivých zařízeních se snaží ke klientům přistupovat s úctou a respektem.

Přístup ošetřujícího personálu v *hospicovém zařízení* je příkladný. Nenašel by se nikdo, kdo by ke klientům přistupoval bez opravdového zájmu, respektu a úcty. Klient je zde přijímán jako jedinečná lidská bytost. Od přijetí do hospice má klient přidělen „svoji sestřičku“ takzvaného „anděla strážného“.

Na *onkologickém oddělení* sestry pracují systémem skupinové péče. Každá sestra se stará o skupinku „svých klientů“, kterou předá další směnové sestře.

Ošetřující personál hospicového zařízení si je vědom, že teprve po úlevě od tělesné bolesti se člověk může zabývat hlubšími částmi svého já. Též jeho nejrůznější obavy, úzkost, zmatenosti jsou brány jako přirozené. Nikdo se nesnaží tyto obavy bagatelizovat a ignorovat. Převážně zde převládá otevřená komunikace, která je nezbytně důležitá a to mezi všemi zúčastněnými. Mezi ošetřujícím týmem, klientem a jeho rodinou, ale též mezi členy ošetřujícího týmu navzájem. Všichni klienti zde vnímají ze strany ošetřujícího personálu opravdový zájem a lidský přístup. Všichni, včetně těch, kteří nemají rodinu, mají důvěru k ošetřujícímu personálu a vědí, že mohou požádat o přítomnost kdykoliv to potřebují. Přítomnost, vlídné slovo, zájem ošetřujícího personálu, stačí ke zlepšení klientovy nálady. Personál v hospici má opravdový zájem poznat i duševní stránku

nemocného a snaží se uspokojovat jednotlivé potřeby dle jeho přání a stavu tak, aby měl nemocný pocit jistoty a bezpečí. Ošetřující personál se snaží najít čas k rozhovoru s nemocnými a trpícími. Rozmlouvají s nimi o jejich životě, o rodině. Na tomto základě si při příjmu klienta sepisují příbuzenské vztahy, aby se v nich dokázali orientovat. Není to pro ně ztráta času, ale naopak, je to stejně hodnotná a významná péče jako péče ošetrovatelská. S klientem se nemusí komunikovat pouze verbálně, ale v okamžiku, kdy je to pro klienta obtížná verbální komunikace je na řadě nonverbální komunikace. Mnohdy nastanou takové situace, kdy na úzkost nemocného nelze říci nic vhodného, pohlázení či stisk dlaně může v takové situaci vyjádřit více než odpověď. Citový dotyk, pokud je nabízen upřímně, je velmi uzdravující technikou.

Ošetřující personál onkologického oddělení se snaží k umírajícím klientům přistupovat také s úctou a respektem. Ale bohužel se v některých případech objeví i negativní přístup a reakce ze strany ošetřujícího personálu. Mnohdy to vyplývá z vytíženosti ošetřujícího personálu, který se stará o nemocné na celém oddělení a nezbyvá mu dostatek času pro komunikaci, naslouchání a setrvání v delší přítomnosti s umírajícím. Jindy je to osobní postoj k umírání a smrti. Ne každý je vyrovnán se svou smrtelností a je pro něho obtížné přijmout smrt někoho jiného. Často sestry nevědí, jak vlastně správně přistupovat k umírajícím a neúmyslně se jeho pokoji vyhýbají.

Sestry zde pracují na jednom z oddělení, které je velice náročné na jejich psychiku. Denně se setkávají s onkologicky nemocnými, kterým se snaží pomáhat, povzbuzovat je, ale péče o umírající je pro ně stále náročnou oblastí ošetrovatelské péče, se kterou nemají takové zkušenosti jako hospicové sestry.

Tuto kapitulu nelze ukončit bez zmínky o důležitosti kontaktu, když už je umírající v agonii. Stále je zcela mylným názorem, že člověk v takovéto situaci již nevnímá, co se okolo něho děje. Umírající své okolí skutečně vnímá a v tomto okamžiku potřebuje nejvíce pociťovat přítomnost a kontakt blízké osoby. Velmi důležité je umění naslouchat, kterému se ošetřující personál učí trpělivostí a zkušenostem. Naslouchání umírajícím a jejich rodinám není vždy jednoduché a vyžaduje to především hlubokou vnitřní jistotu k postoji k vlastnímu umírání a smrti. Tyto osobnostní předpoklady má ošetřující personál hospicového zařízení.

4.2.3 Způsob informovanosti klientů o jejich zdravotním stavu

Tabulka 12 - zmiňované termíny v rámci pozorování - Informovanost klientů o zdravotním stavu.

<i>Hospicové zařízení</i>	<i>Onkologické oddělení</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>klienti jsou pravdivě a dostatečně informováni</i>• <i>klienti nemají ostych se lékaře na cokoliv zeptat</i>• <i>lékaři s klienty hovoří otevřeně</i>• <i>současně je informována i rodina umírajícího</i>• <i>sdělování informací probíhá v soukromí, je respektována autonomie klienta</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>klienti jsou průběžně informováni, ale nedostatečně jsou informováni zejména o prognóze onemocnění</i>• <i>klienti se ostýchají lékaře na cokoliv zeptat</i>• <i>lékaři s klienty nehovoří vždy otevřeně</i>• <i>často bývá informována více rodina než klient</i>• <i>při sdělování informací není vždy respektováno soukromí klienta</i>

Zdroj: vlastní výzkum

Jedním z důležitých aspektů paliativní péče je právo nemocných znát svůj zdravotní stav a být o něm plně informováni.

Většina nemocných na *onkologickém oddělení*, je průběžně informována o nynějším zdravotním stavu, ale o prognóze onemocnění většinou informace postrádají. Mnohdy nevědí, co bude dál, kolik času jim ještě zbývá. Informace získávají při pravidelných vizitách, ale často jsou z vizity tak rozpačití, že sled informací nezachytí a ostýchají se zeptat a přitom sdělování informací o zdravotním stavu před ostatními spolupacienty není taktéž vhodné. Lékař je tím, který je pověřen sdělovat veškeré informace o zdravotním stavu nemocným. Při sdělování informací by mělo být respektováno soukromí, což není vždy možné zajistit při chodu standardního oddělení. Přístup jednotlivých lékařů ke klientům je rozdílný a rozdílné jsou i jejich způsoby sdělování informací. Většinou jsou informace předávány rodině a samotný klient je obcházen a žije v nejistotě. V některých případech si rodina nepřeje, aby klient znal pravdu, ale na druhé straně se tím brání důstojnému rozloučení s jejich blízkým, když umírá.

V *hospicovém zařízení* jsem se setkala s ochotou lékařů poskytnout pravdivé informace o zdravotním stavu klientů, prognóze a průběhu onemocnění. Lékařský tým

v hospici zajišťuje stálou odbornou paliativní léčbu. Sestry v hospici jsou speciálně vyškolené, některé z nich mají dlouhodobé zkušenosti s hospicovou péčí u nás i v zahraničí. I ošetřovatelé v hospici jsou lidsky a profesionálně velmi kvalitní. Lékaři zde s nemocnými hovoří otevřeně a sdělují jim pravdu. Předpokládají, že klient, který je přijímán do hospicového zařízení, zná svůj zdravotní stav i prognózu z nemocničního zařízení, odkud je posílám, ale v některých případech tomu tak není. Často dochází k mylným představám o významu hospicového zařízení. Nejčastěji se domnívají, že je to jakési „sanatorium“, které jim pomůže zlepšit jejich zdravotní stav. Lékaři v hospici se snaží tuto situaci napravit tím, že s klienty vedou vzájemné, opakované dialogy. Rozhovory většinou probíhají na pokojích klientů, kde je zajištěno a respektováno soukromí. O zdravotním stavu i prognóze klientů je současně informována i rodina umírajících. Pokud si to nemocný přeje, může být při rozhovoru s lékařem přítomen i někdo z jeho blízkých a doprovázejících.

4.3 Vyhodnocení výsledků kazuistik

4.3.1 Vyhodnocení výsledků kazuistik u klientů v hospicovém zařízení

Kazuistika 1

Paní S. M., 82 let, vdova, důchodkyně, dříve pracovala jako švadlena.

Do hospice byla přijata pro *zhoubný novotvar parotické (příušní) žlázy*.

Žije sama ve městě, na jiné adrese než bydlí její syn Pavel, který ji jako nejbližší osoba doprovází do hospice.

V polovině roku 2006 vyhledala lékaře pro tumor (nádor) levé příušní žlázy. Po podezření na maligní (zhoubnou) povahu nádoru byl celý útvar i s částí levé příušní žlázy v červenci 2006 extirpován (odstraněn). Histologicky byl prokázán epiteliální karcinom (vycházející z epitelu). Adjuvantní (doplňuje nebo zvyšuje účinnost jiné základní metody) pooperační aktinoterapii (léčbu radioaktivním zářením) tehdy nemocná odmítla. Metastatické nádorové postižení nebylo potvrzeno. Na ORL (ušní-nosní-krční) ambulanci se klientka dostavila opět koncem května 2007 již s rozsáhlou centrální nekrózou (odumření tkáně) a rozpadem v oblasti levé příušní žlázy. Stav byl operačně neřešitelný, byla doporučena paliativní symptomatická léčba, nejlépe v hospici. O měsíc později

klientka přijala doporučení do hospice vzhledem k nemožnosti domácího ošetřování rozpadlé levé tváře, kde rozpadající se tkáň byla opakovaně napadena červy.

Klientka je schopná chůze, při běžných úkonech je soběstačná. Při vyšetření je orientovaná, spolupracuje. Klientka trpí mírnou nadváhou, hydratace i kožní kolorit (zásobení) jsou fyziologické. Na obličeji je viditelná paréza (částečné ochrnutí) nervus facialis vlevo (lícního nervu vlevo). V místě levé příušní žlázy je viditelný kráterový zapáchající defekt. Tato rána je pravidelně každý den vyplachována Dermacinem, sterilně převazována a ošetřována Chlorofylem ve spreji. Kůže na jiných částech těla je bez trofických defektů. Současně jsou zvětšené lymfatické uzliny.

Nyní je klientka již třetí týden v hospici a její stav se výrazně zhoršil. Stěžuje si na stále větší bolesti v oblasti krku a hlavy. Pro nádorové bolesti byl zpočátku nasazen DHC tbl – 60 mg jedna tableta po dvanácti hodinách kontinuálně (trvale). Klientka do této doby označovala tlumení bolesti zatím za dostačující. Po zhoršení vnímání bolesti bylo nasazeno Morfium 10 mg i. m. po šesti hodinách. Ošetřovatelský personál pravidelně monitoruje a sleduje vývoj bolesti a jednotlivé údaje zapisuje do dokumentace a s lékařem vyhodnocuje.

U klientky je dalším symptomem obtížné polykání, vzhledem k lokalizaci nádorového ložiska, proto je nutná mixovaná úprava stravy. Klientka má možnost výběru z několika jídel, na které má chuť.

Klientka je plně informována o svém onemocnění i prognóze. Ví, že její život se chýlí ke konci. Každý den za ní pravidelně dochází její syn Pavel, který se jí snaží svou přítomností pobyt zpříjemnit. Přiznává, že je pro něho těžké vidět, jak se maminka trápí, ale je velice rád, že našli společné řešení, kterým je hospicové zařízení. Je tím, kdo maminku doprovází na jejím posledním úseku života.

S ošetřujícím personálem je velice spokojena, tvrdí, že neví, co by si bez nich počala. Každý den se těší na již známé tváře sestřiček, ošetřovatelek a lékařů, kteří k ní přistupují s láskou a porozuměním. Ráda si s nimi popovídá.

Klientka je věřící – vyznání římskokatolického. Proto velice ráda uvítala možnost návštěvy kněze a účasti na bohoslužbě. Víra v Boha je pro ni velikou pomocí a silou, která jí provázela celým jejím životem a stále provází.

Shrnutí:

- *Paliativní péče poskytována klientce v hospici*
- *Plná informovanost klientky a rodiny*
- *Informovanost klientky o možnosti doprovázení – využita*
- *Komunikace s personálem – otevřená bez komunikačních bariér, časově dostatečná*
- *Řešení symptomů (obtížné polykání) souvisejících se základní diagnózou – optimální, individuální,*
- *Léčba bolesti – optimální, individuální*
- *Spokojenost s péčí – výrazná*
- *Uspokojování individuálních potřeb (duchovních) - respektováno*

Kazuistika 2

Paní A. R., 62 let, vdova, důchodkyně. Dříve pracovala jako dělnice.

Do hospice byla přijata pro *bronchogenní karcinom a rozsáhlé metastázy (nádor průdušek s rozsáhlým postupem do okolních a jiných tkání)*.

Žije sama, před pěti lety ovdověla. Má dvě dcery a syna.

Klientka je po *pravostranné horní lobektomii* (odstranění horního plicního laloku) a *lymfadenectomii* (odstranění spádových lymfatických uzlin) v roce 2004. Poté podstoupila sérii pěti chemoterapií (léčba protinádorovými léky) a v roce 2005 radioterapii (léčba radioaktivním, ionizujícím zářením). Při přijetí si stěžuje, že jí bolí úplně všechno, není schopna plně specifikovat a lokalizovat bolest. Nyní po čtvrtém dnu v hospici se jeví subjektivně spokojenější. Stále více se cítí unavená a „motá“ se jí hlava. Není schopná se posadit, má pocit na zvracení, ale snaží se spolupracovat. Občas vážne výbavnost slov.

Bolest lokalizuje především v oblasti hrudníku, skeletu a stěžuje si na časté bolesti hlavy. Pro nádorové bolesti bylo nasazeno Morfium 10 mg i. m. (do svalu) po 6 hodinách. Nejtěžším symptomem pro klientku je stále obtížnější dušnost. Klientce jsou podávány inhalace dle potřeby pro snazší odkašlávání. Je silná kuřačka, kouřila i 30 cigaret denně. I přes veškeré potíže související s nádorem se kouření nevzdala a kouří stále. To je v hospici respektováno. Klientka má nejraději, pokud jí ošetřující personál vyveze s lůžkem na terasu hospice a tam si zakouří. Trpí od přijetí nechutenstvím a odmítá jakoukoliv formu

stravy, několikrát za den se pouze napije a svlaží rty. Ošetrovatelský personál její přání respektuje a do jídla ji nenutí.

Klientka je plně informována o svém onemocnění, zdravotním stavu i prognóze onemocnění. Ví, proč je umístěna v hospici a že se její život schyluje ke konci.

S péčí v hospici a ošetřujícím personálem je velice spokojena. Váží si jejich pomoci, obětavosti i toho, že respektují individuální přání klientů. Má ráda jejich přítomnost a blízkost. Pravidelně jí navštěvují všechny děti, dcery i syn s rodinami. Na fotce má s sebou i všechna vnoučátka.

Klientka není věřící, věří v osud a spravedlivost. Uvědomuje si, že tyto dny jsou pro ni těmi posledními, několikrát vyjádřila přání, že už by chtěla zemřít, ale připouští, že se samotného umírání obává. Je ráda, že tu s ní mohou být děti, které ji doprovázejí.

Shrnutí:

- *Paliativní péče poskytována klientce v hospici*
- *Plná informovanost klientky a rodiny*
- *Informovanost klientky o možnosti doprovázení – využita*
- *Komunikace s personálem – otevřená bez komunikačních bariér, časově dostatečná*
- *Řešení symptomů (bolest, dušnost, únava) souvisejících se základní diagnózou – optimální, individuální*
- *Léčba bolesti – optimální individuální*
- *Spokojenost s péčí výrazná*
- *Uspokojování individuálních potřeb (kouření) - respektováno*

4.3.2 Vyhodnocení výsledků kazuistik u klientů na onkologickém oddělení

Kazuistika 1

Paní J. K., 67 let, vdova, důchodkyně. Pracovala jako prodavačka potravin.

Klientka byla přijata k pokračování paliativní chemoterapie třetí série pro *karcinom (zhoubný nádor) děložního čípku*.

Žije osm let s přítelem. Má dceru a syna. Žije v domě s pečovatelskou službou.

V roce 2003 podstoupila klientka operaci *karcinomu děložního čípku*. Následovala série chemoterapií a radioterapie pánve s centrálním vykrytím. Roku 2005 se objevily recidivy (opakování) a klientce byla doporučena brachyterapie (léčba radioaktivním izotopem v přímé blízkosti nádorového ložiska). Tu klientka snášela dobře, mnohem lépe, nežli samotnou chemoterapii. Nežádoucí účinky chemoterapie se na klientce projevily především celkovou únavou, nevolností, zvracením, nechutenstvím a značným úbytkem hmotnosti.

Po opakovaných brachyterapiích došlo ke komplikaci - k poranění stěny močového měchýře a hrozil prolaps konečníku. Následně musela být provedena nefrostomie (vyústění močového měchýře na povrch těla). V roce 2006 podstoupila klientka hysterektomii (operaci celé dělohy s karcinomem). Poté došlo k prolapsu konečníku a byla provedena kolostomie (vyústění tlustého střeva na povrch těla). Po všech operacích klientka podstoupila radioterapii.

Vzhledem k tomu, co vše klientka podstoupila, jí nechyběl optimismus, a úsměv na tváři. Vedla velice příjemný dialog. Hovořila o veškerých zážitcích z chemoterapií, které popisovala jako velice nepříjemné. Zážitek z brachyterapie gynekologických orgánů hodnotila jako méně nepříjemný a cítila se po něm lépe.

Ze všech operací, které podstoupila, byla pro klientku nejobtížnější urologická operace, jako následek radioterapie. Operace byla provedena v Praze v Motole. Na toto období klientka vzpomíná nerada, po tomto zákroku byla smířena s tím, že už se domů nevrátí. Ale opět u klientky zvítězila její pevná vůle a víra v uzdravení. Klientka byla a je o svém onemocnění, průběhu a komplikacích terapie průběžně informovaná. Nyní se nachází ve stádiu, kdy jsou veškeré možnosti terapie vyčerpány a podstupuje v pořadí již třetí paliativní chemoterapii.

Klientka je drobné postavy, její hmotnost se snížila za poslední rok o 11 kg. Cítí se slabá a unavená, na bolesti si příliš nestěžuje. Žije v domě s pečovatelskou službou, kde je o ni postaráno po ošetřovatelské stránce (tlumení bolesti a jiných nepříjemných symptomů), proto lékař umožnil klientce vrátit se po paliativní chemoterapii zpátky, o možnosti hospicové péče spolu nehovořili. Při vyslovení slova „hospic“, během rozhovoru, klientka vůbec netušila, jaký je jeho význam, z toho lze usoudit, že o této možnosti nebyla informována.

Denně za ní dochází dcera a její přítel je s ní stále, takže zde není sama. Těžko se to popisuje slovy, ale skutečnost je taková, že klientka se nachází na konci svého života, v těžkém stádiu své choroby a přesto na mě objektivně působí velice vyrovnaně a doufá, že jí lékaři ještě na „nějakou dobu“ pomohou. Měla jsem z ní takový pocit, že si nepřipouští, že by její stav byl až tak vážný. Z její výpovědi se mi zdálo, že o své diagnóze a zdravotním stavu není příliš a nepříliš informovaná.

Klientka je věřící – katolička. Víra je pro ni velkou oporou a silou v celém životě. Sama přiznává, že bez víry by to vše nedokázala zvládnout. Zatím si nepřipouští, že se její život chýlí ke konci a snaží se žít naplno. Klientka nebyla informována o možnosti bohoslužby, ani přítomnosti kněze, bývala by této možnosti ráda využila.

S péčí ošetřovatelského personálu je spokojena, i když podotýká, že některé sestřičky jsou hodnější a jiné zase přísnější. Ale chybí jí možnost si se sestřičkami více popovídat. Tvrdí, že za celý den se na pokoji zastaví jen při napojení nebo odpojení infuze, když přinesou jídlo nebo léky a jinak stále pospíchají.

Shrnutí:

- *Paliativní péče poskytována klientce v rámci možnosti oddělení*
- *Průběžná informovanost klientky a rodiny - vyhovující*
- *Neinformovanost klientky o hospicové péči*
- *Informovanost klientky o možnosti doprovázení - nevyužita*
- *Komunikace s personálem - časově nedostatečná*
- *Řešení symptomů souvisejících se základní dg. – optimální, individuální,*
- *Léčba bolesti – optimální individuální*
- *Spokojenost s péčí – uspokojivá*
- *Uspokojování biologických potřeb – uspokojivé*
- *Uspokojování duchovních potřeb – nevyhovující*

Kazuistika 2

Paní K. M., 49 let, invalidní důchodkyně. Dříve pracovala jako učitelka mateřské školy. Bydlí s manželem v panelákovém bytě s výtahem. Má dvě dcery. S manželem

i dcerami mají dobrý vztah, často se navštěvují. Po celou dobu péče byla velice dobrá spolupráce s manželem klientky, který zajišťoval sociální péči a staral se o domácnost.

Na onkologické oddělení byla přijata klientka opakovaně s *Grawitzovým nádorem (nádor tvořící se v ledvinách)*, prorůstajícím na levém boku (velikosti dětské hlavičky) s nekrotickým povrchem. Pacientce byla nyní po vyčerpání konzervativní léčby indikována pouze paliativní léčba pro prognózu onemocnění a nekrotický povrch.

Při přijetí si klientka stěžuje na silnější intenzitu bolesti, byla zvýšena analgezie - Durogesic 150 mg (náplastí), Tramal p. o., Dolmina 1 ampulka i. m. podle potřeby. Denně je prováděn převaz levého boku s dezinfekcí celé plochy defektu. Rána se šetrně očistí, překryje mastným tylem a ošetří se okolí rány a rána se zalepí šetrnou nedráždivou náplastí.

Po týdnu se stav klientky výrazně zhoršil, analgezie byla zvýšena. Klientka přestávala mít chuť k jídlu, proto jí byly podány nutridrinky.

Klientka nyní ležící, výrazně unavená, stále však komunikuje a zajímá se o dění kolem sebe. Vyprazdňování i hygienu provádí na lůžku.

Klientka je plně informována o svém onemocnění, zdravotním stavu i prognóze onemocnění. Ví, jak je její nádorové onemocnění závažné.

S péčí ošetřujícího personálu je velice spokojena. Váží si jejich pomoci a obětavosti.

Klientka nevěří v Boha, ale věří v něco, co nedokázala blíže identifikovat. Uvědomuje si, že tyto dny jsou pro ni těmi posledními, několikrát vyjádřila přání, že už by chtěla zemřít, pro velké bolesti a vyčerpání. Na druhé straně stále myslí na své dcery a manžela, nedokáže se smířit s myšlenkou, že je opouští.

Klientka po necelých deseti dnech na onkologickém oddělení umírá. Zemřela v časných ranních hodinách, sice bez přítomnosti rodiny, ale za důstojných podmínek. Její soukromí bylo respektováno tím, že byla uložena na jednolůžkovém pokoji, kde s ní mohl být přes den její manžel a dcery. Respektování soukromí bylo umožněno vzhledem k tomu, že nebyla zaplněna kapacita lůžkového oddělení.

Shrnutí:

- *Paliativní péče poskytována klientce dle možnosti oddělení*
- *Plná informovanost klientky i její rodiny*
- *Informovanost klientky o možnosti doprovázení – využita*

- *Komunikace s personálem – otevřená bez komunikačních bariér, časově dostatečná*
- *Uspokojování biologických potřeb – optimální, individuální*
- *Řešení symptomů (bolest, únava) souvisejících se základní diagnózou – optimální, individuální*
- *Spokojenost s péčí výrazná*

5. DISKUSE

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku a porovnání paliativní péče v hospicovém zařízení a jaké možnosti v rámci paliativní péče poskytuje onkologické oddělení.

Problematika paliativní péče a péče o nevléčitelně nemocné je stále velice náročnou oblastí pro mnohé zdravotníky z hlediska holistické (všestranné) ošetrovatelské péče. Rozhovorem se sestrami v jednotlivých zařízeních byla snaha získat informace o tom, jaké mají znalosti v oblasti paliativní péče, zda mají k dispozici standard paliativní péče, zda ho znají a podle tohoto standardu postupují. Z šetření vyplynulo, že sestry z onkologického oddělení mají všeobecně nižší znalosti o této problematice než hospicové sestry (tabulka 1 a tabulka 2). Hospicové sestry převážně odpověděly, že paliativní péče je především na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná těžce nemocným a umírajícím v závěrečné fázi života (tabulka 1), na což klade důraz ve své publikaci J. Vorlíček (26). Jedna sestra se vyjádřila takto: „Smrt je součástí života, jde o to, aby umírání bylo důstojné a bez bolesti“ (tabulka 1). Onkologické sestry se všechny shodly na odpovědi, že paliativní péče je taková, která zmírňuje či odstraňuje bolest a nepříjemné příznaky nemoci, aniž by léčila původní příznaky onemocnění. Zajímavé je, že onkologické sestry se v rámci paliativní péče (tabulka 1) zaměřily především na tišení bolesti a ostatních nepříjemných fyzických symptomů jako biologických potřeb, které považovaly za nejdůležitější problém v rámci paliativní péče. Hospicové sestry se nezaměřily pouze na uspokojování biologických potřeb klientů, které samozřejmě považují za velice důležité, ale stejně důležitě považují i respektování jeho psychických, sociálních a duchovních potřeb (tabulka 1), jak uvádí ve své publikaci O'Connor (17). V každém případě je důležité dbát na svobodnou volbu nemocného. Nemocného nenutit, nemanipulovat a vycházet z jeho potřeb, tak jak uvádí ve své publikaci M. Svatošová (19), která také klade důraz na uspokojování jednotlivých individuálních potřeb nemocných (umírajících) a především na uspokojování spirituálních (duchovních) potřeb, které bývají stále často opomíjeny v rámci holistického pojetí člověka).

1. výzkumná otázka. *Je umírajícím klientům hospice a umírajícím klientům onkologického oddělení poskytována paliativní péče dle standardu pro paliativní péči?*
Na tuto výzkumnou otázku navazují výsledky šetření.

Dalším okruhem bylo zjišťováno, zda mají sestry v jednotlivých zařízeních k dispozici standard paliativní péče, zda by definovaly cíle a náplň tohoto standardu a zda podle tohoto standardu postupují (tabulka 2). Hospicové sestry mají k dispozici tento standard na všech odděleních a také podle tohoto standardu postupují, všechny byly schopné definovat náplň tohoto standardu a jsou s ním obeznámené. Plné znění standardu paliativní péče je uvedeno v přílohové části (příloha 1). Na onkologickém oddělení nemají sestry k dispozici standard paliativní péče, proto nedokázaly přesně definovat náplň tohoto standardu. Na onkologickém oddělení mají sestry k dispozici pouze standard - Péče o umírající (příloha 2), podle kterého postupují při umírání nemocných. Všechny onkologické sestry tento standard znají, ale tvrdí, že ne ve všem se tento standard shoduje se skutečností. Tím měly na mysli především nevyhovující prostorové vybavení. Onkologické sestry by rády uvítaly místnost, která by byla vyčleněna pouze pro umírající, kde by mohli být společně se svou rodinou a blízkými, kde by bylo respektováno soukromí a důstojnost umírání. Stejně tak by rády uvítaly i místnost posledního rozloučení, obdobně, jak je tomu v hospicovém zařízení. Zde by bylo vhodné zmínit odpověď jedné onkologické sestry, která na tuto oblast reagovala jednoduchou větou: „Postupujeme vždy dle ordinace lékaře standard – nestandard.“ Z některých výpovědí onkologických sester bylo zřejmé, že se jejich názory a názory lékařů v určitých situacích neshodují, ale jejich povinností je plnit ordinace lékaře. Hospicové sestry v tomto ohledu spolupracují s lékaři a na péči klientů se podílí rovnocenně. Sestry zde mají nezastupitelnou roli. Jedna z hospicových sester uvedla, že jí obohatily právě vizity, na které chodila společně s lékařem a ze kterých čerpala nové poznatky (okruh 4 - ukázka výpovědi hospicové sestry).

Dalším okruhem otázek bylo zjišťováno, jak by sestry definovaly cíle a náplně paliativní péče (tabulka 3). Odpovědi sester se většinou shodovaly s odpověďmi v okruhu otázek 1 a 2. Na jedné odpovědi se shodly společně všechny sestry a tou měly na mysli, že jedním z důležitých cílů paliativní péče je zajistit přítomnost rodiny u umírajícího, která se může a nemusí podílet na ošetrovatelské péči společně s ošetřujícím personálem, jak bylo zmíněno v článku, který pojednává o hospicové péči (9).

Dalším okruhem byly zjišťovány znalosti a ochota sester dále se vzdělávat v oblasti paliativní péče, a zda jsou v jednotlivých zařízeních sestry specialistky pro paliativní péči (tabulka 4). Hospicové sestry udávaly především zkušenosti z práce z hospice, absolvování mnoha konferencí, školení a seminářů, které se týkaly paliativní péče. Mají zájem trvale

se vzdělávat v paliativní péči a lze je považovat, vzhledem k jejich zkušenostem, za specialistky ve svém oboru. Onkologické sestry mají také zájem o další vzdělání, ale stěžují si na nedostatek seminářů na téma paliativní péče v jejich zařízení. Většina se jich shoduje v názoru, že paliativní péče „jako taková“ náleží samotnému hospici. Onkologické oddělení je nedílnou součástí nemocničního zařízení, kde je kladen důraz především na kurativní léčbu a následně po vyčerpání všech možností se přechází na léčbu paliativní, jak uvádí ve své publikaci J. Vorlíček (26). V některých případech ji onkologické sestry vnímají z jejich pohledu jako neadekvátní, například tím, že se pacienti „nadbytečně zavodňují infuzní léčbou“, jak podotýká jedna z onkologických sester. Ale je to ordinace lékaře, kterou musí respektovat, i když je to v rozporu s jejich vnitřním přesvědčením. Zde se nelze ztotožnit s názorem M. Svatošové (19), která uvádí, že v terminálním stádiu významně klesá potřeba tekutin a výživy. Poměry v organismu jsou změněné do té míry, že není schopen metabolizovat, není schopen živiny zpracovávat a využívat. Nechutenství v této situaci je nutno chápat jako normální obranný mechanismus. Nerespektujeme-li to, pak každá forma výživy znamená pro nemocného obrovskou zátěž. V hospicovém zařízení je toto plně respektováno (kazuistika 2 - hospicové zařízení).

Dalším okruhem bylo zjišťováno, v čem sestry spatřují největší problém v rámci paliativní péče a co je nutné na paliativní péči zlepšit (tabulka 5). Všechny hospicové sestry spatřovaly problém v tom, že nemocní nejsou průběžně, včas, a v některých případech pravdivě informováni o svém onemocnění a prognóze, přičemž H. Haškovcová (6) uvádí, že pacienti mají právo na jednotlivý tok informací a zdravotníci jsou povinni jej zajistit. Tato skutečnost se shoduje s výsledky v rámci pozorování (tabulka 12). Jedna hospicová sestra vidí největší problém v komunikaci s nemocnými ze strany lékařů a praktiků v nemocnicích. Myslí si, že se o možnostech paliativní péče s nemocnými moc nehovoří ani s jeho rodinou. Následkem toho pak přichází do hospice klienti, kteří jsou mylně informováni o významu hospicového zařízení ve smyslu sanatoria a rehabilitační péče (okruh 5 - ukázka výpovědi hospicové sestry).

Všechny hospicové i onkologické sestry se shodují, že by se tato péče měla dostat více do podvědomí zdravotníků, více komunikovat s nemocnými, sdělovat jim pravdu, pokud ji chtějí slyšet, hovořit s nimi upřímně, vysvětlit jim, co to je paliativní péče a jaký má pro ně význam (tabulka 12). Onkologické sestry se shodují, že dalším problémem

v poskytování paliativní péče je nedostatek personálu a času, který vyplývá z vytíženosti sester v rámci celého oddělení. Z toho vyplývá i nedostatek času věnovat se individuálně každému pacientovi. Jedna onkologická sestra poznamenala, že problémy ve špatné komunikaci plynou především z vytíženosti sester, vzhledem k nedostatečnému počtu sester na oddělení. Sestry pak v některých případech jednají s klienty neadekvátně, aniž by to tak chtěly (tabulka 11). Zlepšily by tedy větší zájem o pacienty ze strany lékařů, sester, ošetřovatelek a dále zastávají názor, že přítomnost rodiny je velice důležitá a měla by být umožněna umírajícím kdykoliv během dne, jak uvádí M. Svatošová (19).

V oblasti vyrovnanosti sester se smrtí a umíráním všechny sestry rozvedly nejvíce své odpovědi (tabulka 6). Většinou se shodly v odpovědích, že smrt člověka v nich zanechává hluboký smutek a lítost. Ale podotýkají, že umírání je etapou, která neodmyslitelně patří k životu, jak uvádí J. Křivohlavý (15) ve své publikaci. Z šetření vyplynulo, že hospicové sestry jsou více vyrovnané než onkologické sestry. Vyplývá to především z toho, že hospicové sestry jsou s umírajícími každý den v kontaktu a tím mají větší možnost, setkávat se se smrtí a umíráním v lidském životě (tabulka 6). Onkologické sestry se přiklánějí k názoru J. Křivohlavého (15), že přirozené domácí prostředí je pro člověka v terminálním stádiu života nejlepší (okruh 6 - ukázka výpovědi onkologické sestry). Z některých výpovědí onkologických sester vyplynulo, že nemocní stále očekávají a věří, že se jejich zdravotní stavlepší. V některých případech jsou odkázáni již na paliativní péči, a přesto mají pocit, že pokud jsou ve zdravotnickém zařízení, tak se jim musí dostat pomoci. V tomto směru vidí onkologické sestry problém v tom, že je obtížné v některých případech takto nemocným, kteří se nechtějí smířit se svým zdravotním stavem a chtějí se léčit za každou cenu, doporučit hospicovou péči, která by však pro ně byla v daném okamžiku tou nejlepší možností.

Předposlední okruh byl zaměřen na znalosti sester v oblasti práv umírajících (tabulka 7). Všechny hospicové sestry znají práva umírajících a dokázaly by některé právo vyjádřit (příloha 3). Shodly se na důležitosti zachování lidské důstojnosti do konce života. Dvě onkologické sestry znají práva umírajících a shodly se taktéž na důležitosti zajistit důstojné umírání. Dvě onkologické sestry mi sdělily, že chartu práv umírajících neznají, nikdy jí prý neviděly (tabulka 7 – sestry - onkologie). Tento výsledek vyplynul z malého množství respondentů, přesto se domnívám, stejně jak H. Haškovcová (7), že v českých poměrech není stále těmto právům věnována náležitá pozornost.

Posledním sledovaným okruhem paliativní péče v rámci standardu paliativní péče byla motivace sester k povolání s těžce nemocnými – umírajícími (tabulka 8). Pro jednu hospicovou sestru to byla vlastně náhoda, za kterou je nyní velice ráda, jelikož práce v hospici ji naplňuje a nikdy by již neměnila. Uvádí, že neměli místo v nemocnici a ona náhodou uviděla směrovku k hospici. Byla zvědavá a tak se dohodla na stáži. Práce, kolektiv, prostředí, atmosféra, pohoda to vše ji oslovilo a ona věděla, že tady chce pracovat. Jinou sestru k tomuto povolání posunula smrt maminky, která umírala na ARU (anesteziologicko resuscitačním oddělení), a návštěvy tam pro ni byly těžké. Uvědomovala si, že tam není člověk, ale přístroje, maminka byla hodně tlumená a spoustu si toho již nestačily říci. Vadil jí i postoj sester. Profesně samozřejmě neměla žádné připomínky, ale po lidské stránce jí vadilo, že při návštěvách neměly soukromí, personál nerespektoval, že s ní chce být sama. Uvědomila si, že by to mělo být jinak a chtěla sama k tomu alespoň trochu přispět a nastoupila do hospice, kde se cítí být potřebná a na správném místě ve své profesní kariéře (okruh 8 - ukázka výpovědi hospicové sestry). Onkologické sestry měly zcela odlišné příběhy. Dvě se shodly na tom, že je motivovalo pomáhat lidem a pracovat s nimi, mít pocit užitečnosti. Jiné sestry odpověděly, že byly mladé a neuvědomovaly si zátěž fyzickou ani psychickou. Dále je k tomu vedlo zajištění živobytí rodině, a jak tvrdily neschopnost uživit se jinak (okruh 8 - ukázka výpovědi onkologické sestry). Na tuto oblast je vhodné reagovat myšlenkou J. Vorlíčka (26), který uvádí, že práce v paliativní medicíně klade velké nároky na psychiku profesionálního pracovníka, proto by bylo užitečné zkušební období, kdy by si mohl začínající pracovník i jeho nadřízený ověřit, zda se pro takovou práci skutečně hodí. Tato doba by měla trvat dle jeho názoru nejméně půl roku.

Na základě analýzy odpovědí, vztahující se k 1. výzkumné otázce a cíli 1, vyplynula **hypotéza 1:** *Umírajícím klientům v hospicovém zařízení je poskytována paliativní péče dle standardu pro paliativní péči, na onkologickém oddělení není umírajícím klientům poskytována paliativní péče dle standardu pro paliativní péči.*

2. výzkumná otázka. *Existují rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče o umírající v hospicovém zařízení a na onkologickém oddělení?* Na tuto výzkumnou otázku navazují výsledky šetření.

Pozorování v rámci šetření bylo prováděno na základě pozorovacího záznam (příloha 7) v rámci uspokojování individuálních potřeb umírajících (tabulka 6) podle

standardu paliativní péče. V oblasti vybavenosti prostředí k uspokojování potřeb klientů (tabulka 9), jsou v hospicovém zařízení ideální podmínky pro umírající, totožné s tím, co je uvedeno v textu pojednávajícím o hospicové péči (9). Největším přínosem pro umírající i jejich blízké je soukromí, které je v hospici respektováno, nemocní jsou umístěni na jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro příbuzné, kde mohou společně trávit poslední chvíle života a návštěvy jsou zde umožněny kdykoliv během dne, celých 24 hodin denně (tabulka 9), jak podotýká, M. Svatošová (19), návštěvy mohou přicházet v kteroukoli denní i noční hodinu neomezeně. Další předností jsou elektricky polohovatelná lůžka, která nemocným umožňují měnit polohu dle potřeby a přispívají k dostatečnému odpočinku. Součástí lůžka je i jídelní stůl, který umožňuje nemocným přijímat potravu na lůžku. V celém hospici jsou bezbariérové přístupy a vyhovující prostory pro zajíždění s lůžkem na terasu hospice, nebo do kaple, kde mohou být nemocní přítomni na lůžku. Součástí hospice je také velká koupelna s výhřevnou vanou, kde mají klienti možnost příjemné koupele za pomoci personálu. Se zemřelými se jejich blízcí mohou důstojně rozloučit v místnosti posledního rozloučení, která je umístěna v suterénu hospice (tabulka 9 – hospicové zařízení).

Toto spatřuji stejně jako onkologické sestry za největší problém v rámci prostředí zajistit umírajícím klientům onkologického oddělení soukromí. Vyplývá to především z nedostatečného prostoru, které standardní oddělení postrádá pro účely důstojného umírání, je to oddělení jako každé jiné, kde převládá především kurativní složka léčby a péče o nemocné. Proto je dosti obtížné zajistit soukromí pro umírající, pokud je kapacita lůžkového oddělení naplněna. Nejsou zde k dispozici jednolůžkové pokoje. Ošetřující personál se zde snaží umírajícím zajistit co nejdůstojnější podmínky pro umírání, ale pouze tehdy, pokud to kapacita lůžkového oddělení umožňuje. V případě, kdy je plná kapacita oddělení a není možnost umístit umírajícího na samostatný pokoj, přikládá se k lůžku umírajícího zástěna, toto je však v rozporu se standardem paliativní péče i s cílem hospicové, paliativní péče, který klade důraz na to, že v každé situaci má být respektována lidská důstojnost, jak uvádí ve své publikaci M. Svatošová (19). Pozitivním zjištěním bylo, že po domluvě s lékařem a ošetřujícím personálem onkologického oddělení, mohou návštěvy přicházet a trávit poslední chvíle u umírajícího kdykoliv, kromě v noci.

Dále bylo pozorování zaměřeno na ošetřovatelský proces a vedení dokumentace (tabulka 10). V hospici sestry pracují podle ošetřovatelského procesu a stanovují

ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče. Mají zavedenou jednotnou, barevnou a přehlednou dokumentaci, která jim zapisování údajů urychlí a mohou tak více času věnovat umírajícím. Součástí dokumentace jsou jednotlivé formuláře a pozorovací záznamy, které jsou blíže popsány v praktické části (tabulka 10).

Na onkologickém oddělení je metoda ošetřovatelského procesu teprve v počátcích. Dokumentace je velice časově náročná a stále jí ve zdravotnickém zařízení přibývá. V současné době přibylo dokumentace v elektrické podobě. Onkologické sestry tak mají méně času na prostor pro komunikaci a setrvání u nemocných. Důležitou součástí dokumentace obou oddělení jsou záznamy o monitorování bolesti, kam je bolest průběžně zaznamenávána a vyhodnocována.

Na základě analýzy pozorování, vztahující se k 2. výzkumné otázce a cíli 2, vplynula **hypotéza 2:** *Při poskytování ošetřovatelské péče o umírající v hospicovém zařízení a na onkologickém oddělení existují rozdíly.*

3. výzkumná otázka. *Existují rozdíly v přístupu sester k umírajícím v jednotlivých zařízeních?* Na tuto výzkumnou otázku navazují výsledky šetření.

Pozorování bylo dále zaměřeno na přístup zdravotnického personálu k umírajícím klientům (tabulka 11). Z šetření vplynulo, že personál v jednotlivých zařízeních se snaží ke klientům přistupovat s úctou a respektem.

Přístup ošetřujícího personálu v hospicovém zařízení je příkladný. Nenašel by se zde nikdo, kdo by ke klientům přistupoval bez opravdového zájmu, respektu a úcty. Personál hospice si vždy najde dostatek času pro umírající, aby jim dokázal naslouchat, povzbudit je a dát jim najevo svou přítomnost při doprovázení, jak uvádí M. Svatošová (22), která zdůrazňuje, že tyto všechny vlastnosti ošetřovatelského personálu jsou podstatné pro poskytování dobré paliativní péče. Klienti zde mají důvěru k ošetřovatelskému personálu (tabulka 11).

Taktéž na onkologickém oddělení se setkáváme s ochotou ošetřovatelského personálu. Onkologické sestry se snaží co nejvíce času věnovat umírajícím, ale nemohou jim věnovat tolik času, kolik umírajícím věnují hospicové sestry. Onkologické oddělení, je především oddělení, kam jsou přijímáni nemocní ke kurativní léčbě a těch v současné době stále více přibývá a sestry jsou zde plně vytížené. Dále k tomu přispívá i nedostatek personálu, tak, že někdy není možné setrvat u umírajícího delší dobu, naslouchat mu a v klidu s ním komunikovat (tabulka 11).

Pozorování se v některých případech ztotožňuje i s výpověďmi onkologických sester, které jsou zahrnuty v okruhu 2, 5 a 6. Z toho vyplývá, že onkologické sestry jsou často rozpačité při setkání s umírajícími, nevědí, jak se mají v dané situaci zachovat, nemají takové zkušenosti s umírajícími a samotným umíráním jako hospicové sestry.

Poslední oblastí v rámci pozorování byl způsob informovanosti klientů o jejich zdravotním stavu (tabulka 12). Jedním z důležitých aspektů paliativní péče je právo nemocných znát svůj zdravotní stav a být o něm plně informováni, jak uvádí ve své publikaci H. Haškovcová (6). Lékař je tím, který je pověřen sdělovat veškeré informace o zdravotním stavu nemocným. Při sdělování informací by mělo být respektováno soukromí, což není vždy možné zajistit při chodu standardního oddělení. Většina informací o zdravotním stavu a posléze o úmrtí klienta jsou podávány často na chodbách nebo vyšetřovnách, kde není zajištěno soukromí. A toto je v rozporu s tím, co uvádí ve své publikaci H. Haškovcová (6), která klade důraz právě na respektování soukromí při sdělování informací. Přístup jednotlivých lékařů ke klientům je rozdílný a rozdílné jsou i jejich způsoby sdělování informací. Většina nemocných na onkologickém oddělení je průběžně informována o současném zdravotním stavu, ale postrádá informace zejména o prognóze onemocnění. Nemocní mnohdy nevědí, co bude dál, kolik času jim ještě zbývá. Většinou jsou informace předávány rodině a samotný klient je obcházen a žije v nejistotě. V některých případech si rodina nepřeje, aby klient znal pravdu, ale na druhé straně se tím brání důstojnému rozloučení s jejich blízkým, když umírá. V hospicovém zařízení lékaři poskytují pravdivé informace o zdravotním stavu klientů, prognóze a průběhu onemocnění, které jsou jednou ze zásad pro poskytování dokonalé paliativní péče, která je uvedena ve standardu paliativní péče (příloha 1). Lékařský tým v hospici zajišťuje stálou odbornou paliativní léčbu. Sestry v hospici jsou speciálně vyškolené, některé z nich mají dlouhodobé zkušenosti s hospicovou péčí u nás i v zahraničí. I ošetřovatelé v hospici jsou lidsky a profesionálně velmi kvalitní. Lékaři zde s nemocnými hovoří otevřeně a sdělují jim pravdu. Předpokládají, že klient, který je přijímán do hospicového zařízení, zná svůj zdravotní stav i prognózu z nemocničního zařízení, odkud je posílám, ale v některých případech tomu tak není. Často dochází k mylným představám o významu hospicového zařízení. Nejčastěji se domnívají, že je to jakési „sanatorium“, které jim pomůže zlepšit jejich zdravotní stav. Zde se pozorování ztotožňuje s výpověďmi některých hospicových sester (okruh 5).

Na základě analýzy pozorování, vztahující se k 3. výzkumné otázce a cíli 2, vyplynula **hypotéza 3:** *V jednotlivých zařízeních existují rozdíly v přístupu sester k umírajícím.*

4. výzkumná otázka. *Jsou u umírajících klientů uspokojovány biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby v jednotlivých zařízeních?* Na tuto výzkumnou otázku navazují výsledky šetření.

Poslední oblastí šetření byly kazuistiky u vybraných klientů v jednotlivých zařízeních. Rozhovorem s klienty byly zjišťovány informace, jak hodnotí péči, informovanost o zdravotním stavu, prognóze a uspokojování individuálních potřeb v jednotlivých zařízeních. Všichni oslovení klienti byli s péčí a přístupem ošetřujícího personálu spokojeni. V hospicovém zařízení jedna klientka (kazuistika 1) uvádí, že s ošetřujícím personálem je velice spokojena, tvrdí, že neví, co by si bez nich počala. Každý den se těší na již známé tváře sestřiček, ošetřovatelek a lékařů, kteří k ní přistupují s láskou a porozuměním. Jedna klientka onkologického oddělení (kazuistika 1) podotýká, že některé sestřičky jsou hodnější a jiné zase přísnější, ale co nejvíce postrádají je možnost si se sestřičkami více popovídat, ale tvrdí, že jsou velmi vytížené a stále pospíchají. Toto je v rozporu s tvrzením M. Svatošové (22), která považuje komunikovat a naslouchat nemocným za velmi důležité a potřebné. Oslovení klienti hospicového zařízení byli plně informováni o svém zdravotním stavu i prognóze a možnosti doprovázení. Oslovení klienti onkologického oddělení byli informováni částečně, nedostatečně byli informováni o prognóze onemocnění, toto se shoduje s informacemi zjištěnými v rámci pozorování (tabulka 12). U klientů v hospicovém zařízení byly plně uspokojeny jednotlivé potřeby. U klientů na onkologickém oddělení byly plně uspokojeny potřeby biologické a částečně sociální. Psychické potřeby vzhledem k nedostatečné komunikaci a spirituální potřeby, vzhledem k neinformovanosti jedné z klientek o možnosti duchovních služeb (kazuistika 1), byly uspokojeny částečně.

Na základě analýzy kazuistik, vztahující se ke 4. výzkumné otázce a cíli 1, vyplynula **hypotéza 4:** *U umírajících klientů v hospicovém zařízení jsou uspokojovány individuálně biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby, u umírajících klientů onkologického oddělení je péče orientována především na uspokojování biologických potřeb.*

6. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, zda péče poskytovaná klientům hospice a umírajícím klientům onkologického oddělení odpovídá metodám a postupům definovaných pro paliativní péči. Druhým cílem bylo zjistit, zda existují významné rozdíly v ošetrovatelské péči poskytované umírajícím v hospici a umírajícím na onkologickém oddělení.

K cílům práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: 1. Je umírajícím klientům hospice a umírajícím klientům onkologického oddělení poskytována paliativní péče dle standardu pro paliativní péči? 2. Existují rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče o umírající v hospicovém zařízení a na onkologickém oddělení? 3. Existují rozdíly v přístupu sester k umírajícím v jednotlivých zařízeních? 4. Jsou u umírajících klientů uspokojovány biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby v jednotlivých zařízeních? Provedený výzkum je výzkumem kvalitativním.

Výzkum byl proveden v hospici sv. Štěpána v Litoměřicích a na onkologickém oddělení nejmenovaného zdravotnického zařízení, kde mi byly poskytnuty informace, za splnění podmínky anonymity zařízení. Z šetření vyplynuly následující závěry.

Z výzkumné otázky 1 vyplynula **hypotéza 1:** *Umírajícím klientům v hospicovém zařízení je poskytována paliativní péče dle standardu pro paliativní péči, na onkologickém oddělení není umírajícím klientům poskytována paliativní péče dle standardu pro paliativní péči.*

Sestry na onkologickém oddělení nemají k dispozici standard paliativní péče, proto pravděpodobně tento standard neznají a nemohou podle něho postupovat. Na oddělení mají k dispozici standard - Péče o mrtvé tělo. Tento standard znají a při ošetrování umírajících podle tohoto standardu postupují.

Z výzkumné otázky 2 vyplynula **hypotéza 2:** *Při poskytování ošetrovatelské péče o umírající v hospicovém zařízení a na onkologickém oddělení existují rozdíly.*

V hospicovém zařízení jsou ideální podmínky pro poskytování ošetrovatelské - paliativní péče, ve smyslu materiálního vybavení, technického vybavení a zejména odborného personálního obsazení. Na onkologickém oddělení je problémovou oblastí v poskytování ošetrovatelské péče především nevyhovující prostorové vybavení, technické vybavení a zejména nedostatek ošetrovatelského personálu.

Z výzkumné otázky 3 vyplynula **hypotéza 3**: *V jednotlivých zařízeních existují rozdíly v přístupu sester k umírajícím.*

Sestry v jednotlivých zařízeních se snaží k umírajícím přistupovat s úctou a respektem. Přístup hospicových sester je však příkladný, zejména v komunikaci, naslouchání, empatii a doprovázení umírajících. Mají dostatek času, který mohou věnovat těžce nemocným a umírajícím. Hospicové sestry tedy ovládají více komunikačních dovedností než sestry pracující na onkologickém oddělení. Onkologické sestry se snaží co nejvíce času věnovat umírajícím, ale tito klienti vyžadují velmi individuální péči a ta mnohdy není možná zajistit v běžném chodu standardního oddělení, které je primárně orientováno na péči kurativní.

Z výzkumné otázky 4 vyplynula **hypotéza 4**: *U umírajících klientů v hospicovém zařízení jsou uspokojovány individuálně biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby, u umírajících klientů onkologického oddělení je péče orientována především na uspokojování biologických potřeb.*

V hospicovém zařízení je kladen důraz na rovnocenné uspokojování jednotlivých individuálních potřeb. Stejně důležité jsou potřeby duchovní, psychické a sociální jako potřeby biologické a naopak. Potřeby jsou zde uspokojovány v rámci holistického pojetí člověka. Na onkologickém oddělení jsou biologické potřeby uspokojovány velice dobře, ale především duchovní a psychické jsou stále opomíjeny.

V závěru práce by bylo vhodné podotknout, že smrt je nevyhnutelnou součástí života každého z nás. Každý z nás nebude mít to štěstí, aby mohl zemřít doma, v klidu mezi svými blízkými a nebyl osamocen. Proto je nutností zlepšit možnosti oddělení k důstojnému odchodu ze života a rozloučení se s rodinou. A hlavně, dostat více do podvědomí veřejnosti, ale i zdravotníků hospicovou paliativní péči, která se umírajícím nabízí a zlepšit komunikaci mezi hospicem a jednotlivými odděleními, kde umírají lidé.

Výsledky práce budou poskytnuty zařízením, kde byl výzkum prováděn. Navrhovaly bychom možnost zamyšlení se nad zlepšením paliativní péče, zajištění standardu pro paliativní péči a především zajištění zázemí pro poskytování paliativní péče na onkologickém oddělení. Pro onkologické sestry bychom navrhovaly více odborných seminářů na téma paliativní péče v rámci nemocničního zařízení a umožnění výměnných pobytů v hospicových zařízeních.

Domnívám se, že stanovené cíle práce byly splněny.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J. et al. *Obecná onkologie*. Brno: Masarykova Univerzita Lékařská fakulta 2004. 440 s. ISBN 80-210-3574-9 (cit s. 129 – 130).
2. BÁRTLOVÁ, S., SADILEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1 vyd. Brno: NCONZO. 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
3. *Cíle hospicové péče* [online]. ©2005
<<http://www.cestadomu.cz/index.php?lang=cs>>. [cit. 2007-12-10]
4. DYTRICHOVÁ, M. *Sestra v paliativní péči*. In *Sestra*. Praha: 2002. roč. 12, č. 1, 26 s. ISSN 1212-0404.
5. FRÝDECKÁ, H., JEDLIČKOVÁ, O., MELLANOVÁ, A. *LEMON*. 1. vyd. Brno: IDVPZ . 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Praha: Nakladatelství Aleny Krtinové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
8. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o. 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
9. *Hospicová péče* [online]. ©2006
<<http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>>. [cit. 2007-12-11]
10. HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L. et al. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorového onemocnění*. Masarykův onkologický ústav. 1. vyd. Brno: GAD STUDIO s. r. o. 2001. 75 s. ISBN 80-238-7618-X.
11. JAKOUBKOVÁ, J. et. Al. *Paliativní medicína. Trendy soudobé onkologie*. Sv. I. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 125 s. ISBN 80-85824-78-7.
12. KALVACH, J. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexy, vyhlídky)*.

- Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80- 239-2832-5.
13. KLENER, P., VORLÍČEK J. et al. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén, 1998. 231 s. ISBN 80-902501-2-2 (cit s. 206 – 207).
 14. KOUTECKÝ, J., KONOPÁSEK, B. *Nevhodné slovo - Rakovina*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1999. 143 s. ISBN 80-86-003-29-9.
 15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80- 247-0179-0.
 16. KÜBLER-ROSS, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Nadace Klíček, 1998. 148 s. ISBN 80-85878-12-7.
 17. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče (pro sestry všech oborů)*. 1. vyd. České. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4 (cit s. 15).
 18. SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 2005. 10 s. ISBN 80-86998-03-7.
 19. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce Homo, 1999. 144 s. ISBN 978-80-902049-2-9 (cit s. 123, 129).
 20. SVATOŠOVÁ, M. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003. 88 s. ISBN 80-7192-833-X.
 21. SVATOŠOVÁ, M. *Práce s příbuznými a pozůstalými*. In *Sestra*. Praha: 2002. roč. 12, č. 1, 22 s. ISSN 1212-0404.
 22. SVATOŠOVÁ, M., JIRMANOVÁ, M. et al. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce Homo. 1998. 148 s. ISBN 80- 902049-1-0.
 23. TOPINKOVÁ, E. *Paliativní péče a péče o umírající*. In *Sociální péče*. Brno: 2004. roč. 5, č. 1, s. 3-5. ISSN 1213-2330.
 24. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství*. 1.vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální

fakulta, 2002, 293 s. ISBN 80-7040-454-X.

25. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno:

IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

26. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al. *Paliativní medicína*.

2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7 (cit s. 25).

27. VORLÍČEK, J. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006.

328 s. ISBN 80-247-1716-6.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Onkologie

Paliativní péče

Nemocný

Hospic

Umírání

Standardy

Sestra

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Standardy paliativní péče

Příloha 2 - Standard péče o umírající

Příloha 3 - Práva umírajících

Příloha 4 - Fáze přijetí vlastní smrti podle E. K. Rossové

Příloha 5 - Okruhy otázek k neřízenému rozhovoru

Příloha 6 - Přehled spektra potřeb umírajících v rámci standardu paliativní péče

Příloha 7 - Pozorovací záznam

Příloha 8 - Přehled hospiců v České Republice

Příloha 1

Standardy hospicové paliativní péče

Připravila pracovní skupina MZČR ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče s cílem definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v ČR splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita.

Vydala Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče za podpory NROS, program Lidská Práva, 1. vydání - duben 2007

Obsah:

Úvod

Východiska a doporučení Světové zdravotnické organizace 5

Standardy

Cílová skupina 9

Struktura a proces péče 10

Náplň léčby a péče 13

Pracovníci 16

Vzdělávání pracovníků 19

Prostředí, věcné a technické vybavení 21

Tělesné aspekty péče 23

Psychologické aspekty péče 24

Duchovní a existenciální aspekty péče 25

Sociální aspekty péče 26

Etické a právní aspekty péče 27

Odkazy na literaturu 30, Slovník užitých výrazů 30

Adresář zařízení poskytujících hospicovou a paliativní péči 31

Vysvětlivky 32

Standardy kvality

specializované paliativní péče

Východiska a doporučení

„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“

Světová zdravotnická organizace 2002

Světová zdravotnická organizace stanovila tyto hlavní zásady,

podle nichž paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces
- neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti
- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta

- nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti

- nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku

- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku

- usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci

- je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací.

Hlavní zásady Světové zdravotnické organizace jsou rozvedeny v **Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům:**

- Paliativní péče klade velký důraz na dosažení a udržení optimální úrovně tlumení bolesti a ostatních symptomů. To vyžaduje podrobné vyhodnocení stavu každého jednotlivého pacienta, sestávající z podrobné anamnézy, fyzikálního vyšetření a případně z dalších potřebných vyšetření. Pacienti musí mít snadný přístup ke všem nezbytným lékům včetně řady různých forem opioidů. Metody modifikující nemoc mohou též znamenat zmírnění symptomů a měly by být dostupné dle potřeby.

- Paliativní péče podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces. Tato ústřední zásada má za cíl odpovědět na některé postoje obtíže spojené s paliativní péčí. Máme-li všichni něco společného, je to nevyhnutelná realita naší smrti. Na pacienty, kteří potřebují paliativní péči, nesmí být nahlíženo jako na neúspěchy medicíny. Paliativní péče se snaží zajistit, aby pacienti mohli žít svůj život smysluplným, plodným a hodnotným způsobem až do okamžiku své smrti. Význam rehabilitace ve smyslu fyzického, psychologického a duchovního blaha je nedozírný.

- Paliativní péče neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti. Zákroky paliativní péče nesmí být prováděny tak, aby vedly k předčasnému ukončení života. Stejně tak je důležité,

aby technologie dostupné v moderní lékařské praxi nebyly používány za účelem nepřirozeného prodloužení života. Lékaři nemají povinnost pokračovat v léčbě, která je evidentně marná a znamená pro pacienta přílišnou zátěž. Pacienti mají rovněž právo odmítnout léčbu. Cílem paliativní péče je zajistit pacientům co nejlepší kvalitu života. Ve fázi, kdy postup nemoci znamená přirozený konec života,

fyzické, citové a duchovní útechy. Výslovně je zapotřebí zdůraznit skutečnost, že v žádné definici paliativní péče není zahrnuta euthanazie ani asistovaná sebevražda; z tohoto důvodu výbor k těmto otázkám nezaujímá žádné stanovisko.

- Paliativní péče obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta. Vysoká úroveň péče o fyzickou stránku je samozřejmě zásadní, avšak sama o sobě nestačí. Nesmíme redukovat lidskou bytost na pouhou biologickou jednotku.

- Paliativní péče nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co neaktivněji až do smrti. V této souvislosti je nutné poznamenat, že pacient si sám stanovuje cíle a priority. Úkolem zdravotníka je pacientovi umožnit a pomoci stanoveného cíle dosáhnout. Je zřejmé, že pacientovy priority se mohou postupem času dramaticky měnit. Zdravotníci musí umět rozpoznat tyto změny a odpovídajícím způsobem na ně reagovat.

- Paliativní péče pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku. Pro paliativní péči je objektem péče celá rodina. Rodinní příslušníci mají své vlastní problémy a potíže, které je potřeba identifikovat a řešit. Péče týkající se období zármutku začíná již před smrtí pacienta.

- Paliativní péče vyžaduje koordinovanou týmovou práci. Z výše zmíněného je zřejmé, že obvykle jednotlivec ani žádný obor nemůže sám o sobě stačit na různorodé a komplikované problémy, jež vyvstávají v období paliativní péče. Ačkoliv nezřídka dokáže nezbytnou péči poskytnout základní tým složený z lékaře, sestry a sociálního pracovníka, často je nutná účast širokého spektra lékařů, sester a jiných pracovníků. Pro sebranou práci takového týmu je zásadní mít společné cíle a efektivní a rychlé prostředky komunikace.

- Paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života. Otázka „kvality života“ je v posledních letech intenzivně zkoumána. Je důležité si uvědomit, že se nejedná jen o fyzickou pohodu či funkční schopnost. Jde spíše o něco, co může definovat jedině pacient sám a co se během času může podstatně měnit.

- Paliativní péče je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s metodami modifikujícími nemoc a prodlužujícími život. Původně byla paliativní péče spojena s péčí o pacienty nemocné rakovinou ve stádiu krátce před smrtí. Dnes je uznáváno, že paliativní péče může být velmi prospěšná pacientům a jejich rodinám již v dřívější fázi nemoci, přinejmenším od chvíle, kdy se jedná o pokročilé stádium a postupu nemoci se není možné trvale vyhnout. To znamená požadavek

těsného propojení služeb paliativní péče s kompletním spektrem zdravotnických služeb v nemocničním i komunitním

Podle míry komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou paliativní péči.

Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi.

Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.

Zkratka specializované paliativní péče SPP, anglicky SPC - specialized palliative care.

Rozlišení typů specializované paliativní péče:

a) **Mobilní paliativní péče** poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře-specialisty, sester, ošetrovatelů, dobrovolníků, případně dalších odborníků. Garantuje trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Důležitou součástí je komplexní podpora pacientovy rodiny a jeho blízkých, kteří se obvykle aktivně na péči podílejí.

b) **Hospic** je samostatně stojící speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevy léčitelného onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice.

c) **Oddělení paliativní péče (OPP)** v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny)

pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice. OPP usiluje o realizaci hospicového ideálu v rámci možností daného zařízení. OPP slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče. OPP ve fakultních nemocnicích mají významnou funkci edukační a výzkumnou.

d) **Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení** (nemocnice nebo léčebny). Tato forma zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu. Posiluje kontinuitu péče (pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen a které zná) a vedle přímého ovlivnění kvality paliativní péče přispívá také k edukaci

Minimální složení takového týmu: lékař, sestra a sociální pracovník.

e) **Specializovaná ambulance paliativní péče.** Zajišťuje ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními obecné domácí a specializované paliativní péče. Ambulance paliativní péče někdy působí při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lůžkových zařízení, případně jako součást zařízení domácí paliativní péče.

f) **Denní stacionář paliativní péče** („denní hospicový stacionář“). Formou denních návštěv pacienta ve stacionáři pomáhá řešit zdravotní problémy pacienta a současně nabízí komplexní edukační a rekreační aktivity podle potřeb a možností pacienta. V zahraničí je obvyklá úzká vazba těchto denních stacionářů na lůžkový hospic.

g) **Zvláštní zařízení specializované paliativní péče** (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.).

Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy definuje specializovaná zařízení paliativní péče takto:

„**Specializovaná zařízení paliativní péče** jsou 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 těchto zařízení by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoli: doma, v nemocnici, v rezidenční péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, na ambulanci nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Specializovaná zařízení paliativní péče též hrají

důležitou roli v podpoře ostatních zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích i mimo ně. Všichni zdravotníci by měli mít v případě potřeby přístup ke konzultacím a podpoře specializovaných poskytovatelů paliativní péče 3.

Klíčové charakteristiky specializovaných zařízení paliativní péče převzaté z popisu Národní rady pro hospice a specializovaná zařízení paliativní péče ve Spojeném království a Irsku:

- poskytování fyzické, psychologické, sociální a duchovní podpory při zapojení širokého spektra dovedností v rámci spolupráce multiprofesního týmu
- vedoucí každé profesní skupiny v rámci multiprofesního týmu by měl být vyškolený a uznaný odborník v oboru paliativní péče
- pacienti a jejich rodiny se účastní plánování péče
- pacienti jsou povzbuzováni k tomu, aby řekli, kde si přejí, aby jim byla poskytována péče a kde si přejí zemřít
- pečovatelé a rodiny jsou podporováni po celý průběh nemoci včetně období zármutku a potřeby pozůstalých jsou brány v úvahu a uspokojovány
- funguje spolupráce se zdravotníky první linie, s nemocničními zařízeními a se službami domácí péče za účelem poskytování podpory pacientům, ať jsou kdekoli
- přínos dobrovolníků je uznáván a oceňován
- zařízení přímo nebo nepřímo zajišťuje uznávané akademické vzdělávání a zvyšování kvalifikace při zaměstnání
- pro poskytované vzdělávání a výcvik jsou stanoveny standardy
- fungují programy zajišťování kvality, jež jsou neustále používány pro kontrolu praxe
- klinický audit a výzkumné programy jsou využívány k hodnocení léčby a jejich výsledků
- opatření pro podporu pracovníků v oblasti specializované paliativní péče (na plný i částečný úvazek) umožňují vhodným způsobem uspokojovat jejich potřeby.

Cílová skupina

Cílovou skupinu, na kterou je směřována specializovaná paliativní péče tvoří: pacient, blízké osoby pacienta, pozůstalí a v rámci edukace též široká odborná i laická veřejnost.

Pacient

Paliativní péče je poskytována na základě principu rovnosti pacientů bez ohledu na národnost, vyznání, sociální postavení, věk, rasu, pohlaví, sexuální orientaci. Rozhodovat by neměla ani schopnost nemocného na úhradu služeb finančně přispívat. Paliativní péče je dostupná celé populaci, včetně zranitelných skupin, jako jsou například vězni, prostitutky, bezdomovci

a uživatelé drog. Rozhodujícím kritériem pro poskytování komplexní péče je zdravotní stav klienta, vyplývající z pokročilosti nemoci.

Blízké osoby pacienta

Příbuzní pacienta a další klíčové osoby jsou zahrnuti do procesu poskytování péče na jedné straně jako spolupracovníci, kteří mají v poslední části pacientova života nezastupitelnou úlohu, na druhé straně jako objekt péče, protože jsou blízkostí smrti pacienta více či méně zasaženi. Podle svých potřeb mohou využít různých služeb specializované paliativní péče.

Osoby pečující o své blízké v domácím prostředí získají v hospicích a zařízeních paliativní péče informace a praktické dovednosti, aby se mohly o nemocného správně postarat, případně mohou využít služeb půjčovny zdravotnických pomůček. Při hospitalizaci pacienta mají blízké osoby možnost návštěv u pacienta 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Členové multidisciplinárního pracovního týmu jim poskytují duchovní, sociální a psychologickou pomoc, za přiměřenou cenu jim umožní ubytování s pacientem a stravování, v neposlední řadě jim pracovníci poskytují osobní blízkost a příklad péče o pacienta. V případě, že s tím pacient souhlasí, obdrží rodinní příslušníci od lékaře informace o zdravotním stavu pacienta.

Pozůstalí

Členové pracovního týmu se snaží pomoci pozůstalým vyrovnat se smrtí svých blízkých. Pozůstalí mají prostor, aby mohli svoji bolest a další silné prožitky a emoce bezpečným způsobem sdílet, a to pro ně vhodnou formou: osobní návštěva, korespondence, společné setkání pozůstalých s pracovním týmem, bohoslužba apod.

Široká odborná i laická veřejnost

Zájemci o paliativní péči z řad odborníků, studentů, zakladatelů i pracovníků nově vznikajících hospiců aj. mohou získat nové vědomosti, informace i praktické dovednosti při stážích, praxích, školeních a exkurzích.

Tato otevřenost při předávání zkušeností přináší poskytovatelům péče zpětnou vazbu o kvalitě péče.

Struktura a proces péče

V kompetenci ošetřujícího lékaře a specialisty je jasně pojmenovat a sdělit diagnózu a prognózu, navrhnout další postup a zajistit návaznost péče. V případě potřeby hospicové péče z důvodů fyzických, psychických, sociálních či spirituálních potřeb pacienta a jeho blízkých, které nelze zajistit v dané situaci v domácím prostředí klienta a za podpory dosavadního ošetřujícího lékaře, praktického lékaře a rodiny pacienta, dosavadní

ošetřující lékař informuje pacienta a jeho blízké osoby o možnostech komplexní hospicové péče a tuto péči pacientovi doporučí. Zároveň nabídne pacientovi nejvhodnější formu, dle dostupnosti regionálně (domácí hospic, lůžkový hospic). Pokud pacient souhlasí, pak dosavadní ošetřující lékař zajistí indikování této péče ve spolupráci s rodinou pacienta. Pacient nadále zůstává v systému hrazené zdravotní péče.

Pro výběr vhodné péče je možné využít registr poskytovatelů specializované paliativní péče spravovaný Asociací poskytovatelů hospicové a paliativní péče, jenž kromě informací o jednotlivých zařízeních monitoruje aktuální volnou kapacitu jednotlivých zařízení. Povinností každého ošetřujícího lékaře je ale hledat způsoby k zajištění kontinuity péče a tudíž znát formy poskytování paliativní péče ve svém regionu.

Zahájení poskytování péče je možné uskutečnit akutně nebo v průběhu několika dní po osobní návštěvě či telefonické domluvě (s pacientem, s jeho blízkými osobami, s ošetřujícím lékařem), na základě žádosti vyplněné ošetřujícím lékařem. O zahájení poskytování péče rozhoduje poradní tým jednotky specializované paliativní péče po posouzení, zda uchazeč splňuje přijímací kritéria.

Kritéria pro přijetí

Pacient indikovaný ke specializované paliativní péči:

Jedná se o nevléčitelně nemocného, jehož pokročilé onemocnění negativně interferuje s kvalitou života, a to ve všech rovinách - biologické, sociální, psychologické i spirituální - nebo některé z nich. Indikace v konkrétním případě potřebné formy specializované paliativní péče (SPP) závisí na lokálních možnostech a existenci daných forem, stejně jako na individuálních potřebách klienta a jeho blízkých. Tyto jsou zohledňovány nejen v indikaci SPP,

ale i její následné časové organizaci.

Podmínky pro přijetí:

- pacient trpí pokročilým nevléčitelným onemocněním, které mu působí tělesné či psychické obtíže léčba (směřující k vyléčení nemoci) byla ukončena a je nahrazena léčbou symptomatickou
- stav pacienta není stabilizován vzhledem k jeho jasně definovanému terminálnímu nebo neterminálnímu zdravotnímu stavu a není v silách rodiny či blízkých osob pacienta zajistit mu odpovídající péči a kvalitu života vlastními silami
- pacient je seznámen s principy paliativní péče a souhlasí s jejím poskytováním na základě písemné smlouvy a informovaného souhlasu. V případě, že nemůže projevit svou vůli vzhledem

ke svému zdravotnímu stavu, uzavírá smlouvu opatrovník, resp. osoba blízká.

Průběh spolupráce

Do procesu jsou zahrnuti kromě pacienta jeho ošetřující lékař, blízké osoby pacienta, pracovní tým specializované paliativní péče a podle potřeby další osoby. Základním právem pacienta a jeho blízkých osob je svoboda volby a nárok na kvalitní péči. Pro proces rozhodování je nutný přístup ke srozumitelným informacím o možnostech péče. Způsob získání informací musí odpovídat možnostem zájemce o péči (zdrojem informací, je ošetřující lékař, adresáře, média, internet apod.).

Počáteční spolupráce probíhá podle standardizovaného schématu, jehož klíčovými kroky jsou:

- úvodní osobní či telefonický rozhovor zaměřený především na pochopení a objasnění situace pacienta a jeho blízkých osob, jejich potřeb a představ o péči, vedený s kontaktní osobou jednotky specializované paliativní péče - nejčastěji sociálním pracovníkem či lékařem nebo vedoucí sestrou
- srozumitelné formulování možností a limitů nabízené péče (podmínky a rozsah poskytované péče)
- informování o dalších možnostech (další typy specializované paliativní péče, ambulantní ošetrovatelské pečovatelské agentury, mobilní poradenské týmy) a pomoc při koordinaci jejich služeb, návštěva zástupce pracovního týmu u pacienta, nebo obdržení písemné žádosti o přijetí a vyjádření lékaře
- navázání kontaktu zástupce pracovního týmu s ošetřujícím lékařem pacienta
- zjištění a dokumentace informací o zdravotním a sociálním stavu pacienta a o možnostech poskytování péče ze strany jeho blízkých osob, dále viz níže
- zjištění a dokumentace informací o očekáváních pacienta a jeho blízkých osob - cíle péče, porozumění nemoci i její prognóze, preferovaný druh a místo péče
- rozhodnutí o zahájení poskytování péče – pokud pacient splňuje přijímací kritéria
- uzavření smlouvy o poskytování hospicové paliativní péče
- zpracování plánu péče

Smlouva o poskytování hospicové paliativní péče podepsaná oběma stranami obsahuje:

- popis toho, čeho chce pacient prostřednictvím péče dosáhnout
- popis poskytované péče (průběh, podmínky, rozsah, případně délka trvání péče)

- způsoby a podmínky pro ukončení služby (pacient může dohodu vypovědět kdykoli, zařízení jen za podmínek stanovených v dohodě)

- postupy při nedodržování podmínek poskytované služby

- způsob, jímž lze dohodu měnit

Pro účely stanovení plánu péče zjišťují členové multidisciplinárního týmu při počáteční spolupráci

individuální potřeby pacienta a potřebný rozsah péče zejména v těchto oblastech:

Zjištění informací o zdravotním stavu pacienta, o možnostech poskytování péče ze strany jeho blízkých, možnost komunikace, funkčnost smyslů, pohyblivost, užívání léků, stav chrupu, kontinence, stravovací omezení, psychický stav, zapojení blízkých osob do péče, preferovaný rytmus běžného dne, požadované zvyky, návyky a rituály, společenské zájmy, koníčky, dřívější zaměstnání, náboženské a kulturní potřeby, další sociální kontakty, osobní bezpečnost a možná rizika, přání pacienta spojená s úmrtím, jeho duchovní potřeby, event. další oblasti, na které pacient či jeho blízcí upozorní. Řádní členové Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče při provozu svých zařízení jsou povinni zjišťovat spokojenost s nabízenými službami monitorováním např. ve formě dotazníků spokojenosti či jiným vhodným prokazatelným způsobem.

Specifické kroky u mobilní paliativní péče:

- zapůjčení potřebných pomůcek či pomoc při jejich obstarání
- zaučení blízkých osob v ošetrování nemocného a v používání pomůcek

Další kroky společné všem typům péče:

- průběžná kontrola kvality a efektivity péče
- dokumentace všech postupů
- aktualizace osobních cílů a preferencí pacienta a jeho blízkých osob
- aktualizace a dokumentace plánu péče

Interdisciplinární pracovní tým specializované paliativní péče poskytuje pacientovi a rodině služby v souladu s plánem péče. Interdisciplinární tým pravidelně (alespoň jednou týdně, častěji v případech, kdy to vyžadují okolnosti) projednává, kontroluje a přehodnocuje plán péče, a to s přihlédnutím k informacím od pacienta a rodiny. Ukončení péče probíhá podle standardizovaného schématu. Součástí ukončení péče je interdisciplinární zpětné zhodnocení poskytované péče, jehož výsledky jsou písemně zaznamenány a využívány při zkvalitňování poskytované péče.

Plán péče

Vychází z celkového zhodnocení stavu, schopností a preferencí pacienta a jeho blízkých osob. Zhodnocení zahrnuje dokumentaci stavu onemocnění včetně diagnózy a prognózy, doprovodných zdravotních a psychických poruch, fyzických a psychologických symptomů, funkčního stavu, sociálních, duchovních a kulturních aspektů a preferencí plánu péče včetně podmínek potřebných pro přijetí do péče zařízení specializované paliativní péče.

Při posuzování dětí a osob se sníženou kognitivní schopností je zapotřebí přihlídnout k jejich věku, fázi jejich vývoje a k jejich duševním schopnostem. Pacientovi i jeho blízkým osobám jsou poskytnuty srozumitelné informace o způsobu péče v jiných zařízeních tak, aby měli dostatek podkladů pro poučené rozhodování a pro případné rozhodnutí o změně poskytovatele péče. Tým paliativní péče poskytuje pacientovi a jeho blízkým osobám pomoc při rozhodování a průběžně projednává plán péče a jeho změny s pacientem, jeho rodinou a všemi zainteresovanými členy multidisciplinárního týmu.

Vývoj plánu péče a změny pacientových a rodinných preferencí jsou zřetelně zdokumentovány. Pokud je pacient přeložen do jiného zařízení, předává původní poskytovatel specializované paliativní péče své zkušenosti a dosažené informace efektivně dalším poskytovatelům péče. Plán péče je pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal specifickým potřebám pacienta a rodiny v té které fázi onemocnění včetně fáze poslední.

Pokud multidisciplinární tým zaznamená známky nadcházejícího úmrtí, plán péče je dále uzpůsoben podle potřeb pacienta i jeho blízkých. Přechod pacienta do terminální fáze nemoci je zdokumentován a vhodným způsobem oznámen pacientovi a jeho blízkým osobám. Způsob poučení o známkách a symptomech blížící se smrti odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí.

Náplň léčby a péče

Léčba a péče je svým charakterem interdisciplinární. Všechna diagnostická, léčebná a ošetrovatelská opatření jsou indikována s ohledem na jejich dopad na kvalitu života pacienta a jeho blízkých. Rozhodující je pojetí kvality života, jak ji definuje sám pacient a jeho blízcí. Cíle léčby a péče a konkrétní léčebný plán stanovují společně pacient, jeho blízcí a pracovní tým, přičemž hlavní rozhodnutí náleží pacientovi.

Odborná lékařská péče sestává z diagnostiky a terapie symptomů a komplikací základního

onemocnění i onemocnění doprovázejících. Mezi nejčastější tělesné symptomy a syndromy pokročilých onemocnění léčených jednotkou specializované paliativní péče patří:

- bolestivé syndromy
- respirační symptomy, například dušnost, kašel, hemoptýza a další
- gastrointestinální symptomy, např. nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, střevní obstrukce a další
- obecné symptomy, například anorexie, kachexie, slabost, únava, krvácení, svědění a další
- neuropsychiatrické syndromy, například úzkost, deprese, zmatenost a další. Nedílnou součástí práce hospicového lékaře je management multidisciplinárního týmu, jehož významnou složkou jsou blízcí nemocného. Úkolem lékaře je být garantem otevřené komunikace a bezbariérového duchovního prostředí, které je základem pro podporu pacienta i jeho blízkých. Jako garant vystupuje lékař i vůči multidisciplinárnímu týmu ve smyslu edukačním a morálním.

Je plně zajištěn **odborný ošetrovatelský proces** včetně ošetrovatelských intervencí a zajištění individuálních potřeb pacienta. Ošetrovatelský tým pracuje samostatně pod vedením svého manažera a také na základě lékařských ordinací. Součástí ošetrovatelské péče je pravidelné sledování pacientova celkového stavu i tíže dopadu jeho symptomů, jejich hodnocení a domluva s lékařem o léčebném postupu. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je trvalý zájem o psychický stav pacienta a jeho blízkých osob a jejich podpora vycházející ze schopnosti efektivní otevřené komunikace a empatie.

Ve všech typech specializované paliativní péče se postupuje v souladu s nejnovějšími poznatky a metodami, péče se řídí danými standardy kvality a bezpečnosti léčebných a ošetrovatelských postupů, jež vydávají odborné lékařské společnosti. V souladu s těmito standardy má zařízení vypracovanou metodiku upravující standardní způsoby léčebných a ošetrovatelských postupů při poskytování specializované paliativní péče. Léčebné a ošetrovatelské postupy jsou nicméně individuálně nastavovány se snahou přizpůsobení se potřebám nemocného a jeho blízkých. Jsou stanoveny způsoby péče o pacienty se specifickými obtížemi a postižením. Dále jsou stanoveny postupy při akutním zhoršení zdravotního stavu a ošetrovatelský postup v případě terminálního stavu. Je stanoven postup ošetření těla zesnulého a způsob dalšího nakládání se zesnulým.

Velmi důležitou složkou činnosti hospicového týmu je péče o blízké umírajícího v době jeho komunikace o jejich pocitech a potřebách, stejně

jako zodpovězení otázek a eventuelních nejasností. Hospicový tým se snaží pozůstalým nabídnout možnost podpory a dalšího kontaktu v případě jejich potřeby i v budoucnosti.

Stravování

Stravování je zajištěno tak, aby se co nejvíce blížilo podmínkám běžného života při respektování individuálních přání pacientů na dílčí úpravy stravy v rámci daných jídelniček a doporučených diet a hygienických zásad pro stravování ve zdravotnických zařízeních.

Zásady pro hospice a další zařízení poskytující specializovanou paliativní péči ve vlastních prostorách:

- Pacient má možnost volby případně si může doobjednat. Jídlo je k dispozici, když si to pacient přeje.
- Jsou respektovány požadavky pacienta související s osobními zvyklostmi a náboženskými tradicemi, pracovníci vycházejí vstříc dalším přáním pacienta.
- Pokud má zařízení vlastní kuchyň, zodpovídá za to, aby příprava stravy odpovídala platným hygienickým normám a nárokům na přípravu podle předepsaných diet.
- Strava je připravována v konzistenci podle doporučení lékaře.
- Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným dietní sestrou. Dietní sestra (nebo jiná kompetentní osoba) sestavuje rámcový jídelníček na základě doporučení lékaře.
- Členové pracovního týmu denně monitorují individuální požadavky pacientů na dílčí úpravy stravy v rámci daného jídelničku a vyšlou požadavek osobě zodpovědné za přípravu stravy (vedoucí kuchyně).
- V odůvodněných případech mohou pracovníci nabídnout alternativní stravu z mražených či chlazených polotovarů, případně stravu tekutou.
- Pokud je pacient nesoběstačný v přijímání potravy, poskytne mu podporu či pomoc školený zdravotnický a ošetrovatelský personál. Ten zajišťuje též podávání stravy pomocí sond a případně aplikuje nitrožilní výživu.

Vnitřním předpisem je stanoveno:

- postup při objednávání, přípravě, distribuci a podávání stravy pacientům
- přehled osob, které jsou odpovědné za ordinaci stravy pacientům, za přípravu, distribuci a za její podávání a kontrolu stravovacího režimu pacientů
- postup při méně obvyklých a specifických situacích, které se vyskytují v případě pacientů v terminálním stadiu onemocnění
- postup při skladování potravin donesených pacienty nebo jejich blízkými osobami

- způsob kontroly potravin z hlediska dietních omezení pacienta stanovených lékařem a z hlediska kvality
- postup při vyřazování a likvidaci nevhodných potravin
- způsob sledování a dokumentace zdravotního stavu osob podílejících se na přípravě a distribuci stravy.

Dokumentace vedená o pacientovi

Jednotka specializované paliativní péče má systém řízené dokumentace zaznamenávající veškeré léčebné, ošetrovatelské a pečovatelské postupy, včetně poskytované podpory psychologické a sociální. Tato dokumentace je průběžně aktualizována. Přístup pacienta a dalších osob k dokumentaci a další aspekty zaznamenávání a uchovávání dokumentace se řídí platnými předpisy.

Vnitřním předpisem je stanoveno:

- obsah dokumentace vedené o pacientovi
- formální úprava dokumentace vedené lékařem, zdravotními sestrami, pečovatelkami, sociálním pracovníkem, psychologem, terapeutem, apod. včetně způsobu identifikace osoby a času
- frekvence zápisů všech profesních skupin, které o pacienta pečují
- způsob uložení a archivace a likvidace dokumentace
- přístup k dokumentaci

Při aktualizaci dokumentace a při ukončení péče zahrnuje dokumentace písemné interdisciplinární zhodnocení poskytované péče, jehož výsledky jsou využívány při zkvalitňování poskytované péče. Součástí zdravotnické dokumentace je plán péče v oblasti lékařské a ošetrovatelské, sociální, duchovní, psychologické. Specifikem zdravotní dokumentace je zachycení sociálních vazeb pacienta a záznamy o procesu vyrovnávání se s nemocí a blízkostí smrti (fáze podle Kübler Rossové). Součástí zdravotnické dokumentace je písemný informovaný souhlas pacienta s plánem péče a hospitalizací.

Léčebné prostředky a zdravotnický materiál

Vnitřním předpisem je stanoveno:

- postup při objednávání léčiv a zdravotnického materiálu a způsob distribuce
- způsob uskladnění a manipulace s léčivy
- způsob vedení dokumentace o zásobách a sledování expiračních dob
- způsob likvidace nevyhovujících léčiv
- předepisování a podávání léčiv pacientům
- přehled osob, které jsou oprávněny léčiva ordinovat
- přehled osob, které jsou oprávněny léčiva pacientům podávat

Stanovené postupy jsou v souladu s právními předpisy a pověřené osoby pravidelně kontrolují

jejich dodržování. Je písemně stanoven speciální postup uskladnění, manipulace, předepisování, podávání a likvidace opioidů a ostatních sledovaných léčiv.

Pracovníci jsou pravidelně školeni o zacházení s léčebnými prostředky a biologickým materiálem v souladu se zákonnými předpisy.

Pracovníci

Požadavky na pracovní tým specializované hospicové péče

Interdisciplinární spolupráce - Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem pracovníků různých profesí a dobrovolných spolupracovníků. Cílem jejich práce je naplňování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacientů a jejich blízkých osob.

Osobnostní předpoklady pro výkon práce:

- vhodná motivace k práci
- profesionální a zároveň lidský přístup k pacientům a jejich blízkým osobám
- schopnost týmové spolupráce a vytváření efektivních komunikačních struktur
- schopnost napomáhat integraci blízkých osob pacienta do poskytované péče
- schopnost komunikovat s pacienty a jejich blízkými (osobní rozhovory, telefon, korespondence)
- schopnost pružně jednat v nečekaných a krizových situacích, samostatnost v rozhodování
- schopnost přebírat odpovědnost a zacházet s délbou práce v rámci kompetencí
- psychická stabilita, praktikování duševní hygieny jako prevence syndromu vyhoření
- schopnost vyrovnávat se s umíráním, smrtí a zármutkem, schopnost citlivě provázet pozůstalé
- schopnost empatie
- tolerance k věkovým, kulturním, náboženským a osobnostním diferencím
- aktivní účast na pravidelných supervizích, školeních a vzdělávání
- podíl na zpracování dokumentace podle požadavků zákona o ochraně osobních údajů 8.
- způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka (podle Zákona č. 96/2004 Sb. je způsobilý ten, kdo má odbornou způsobilost podle tohoto zákona a je zdravotně způsobilý a bezúhonný)

Odbornost - Všichni členové týmu mají odpovídající kvalifikaci, zkušenosti a kompetence pro dané pracovní pozice, jsou schopni poskytnout pacientovi a jeho blízkým osobám ve spolupráci s ostatními členy týmu komplexní specializovanou paliativní péči. Nároky na vzdělání stanovují právní předpisy. Pracovníci, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty a jejich blízkými osobami,

jsou pečlivě vybíráni formou výběrových řízení, kdy je posuzována jejich odbornost a osobnostní předpoklady.

Odborné požadavky na klíčové členy pracovního týmu:

Lékař - odborné vysokoškolské vzdělání (ukončené magisterské studium v oboru všeobecné lékařství), atestace minimálně I. stupně, nejlépe z některého z následujících oborů: všeobecné lékařství, vnitřní lékařství, neurologie, doporučená je atestace z oboru Paliativní medicína a léčba bolesti, předností je praxe nebo stáž v akreditovaném zařízení specializované paliativní péče, absolvování předepsaných doškolovacích kurzů a dalších vzdělávacích akcí v oblasti paliativní péče organizovaných příslušnými vzdělávacími institucemi (např. Subkatedra paliativní medicíny IPVZ Praha).

Vedoucí lékař - odborné vysokoškolské vzdělání (ukončené magisterské studium v oboru všeobecné lékařství), atestaci I a II stupně z oborů: všeobecné lékařství, vnitřní lékařství a neurologie nebo 10 let praxe ve výše uvedených oborech a perspektivně (předpoklad doplnění vzdělání do 3 let) nejvyšší dosažitelné odborné vzdělání v paliativní péči (podle navrhovaného trojstupňového vzdělání tedy třetí, speciální stupeň vzdělání v paliativní péči). Ve výjimečných případech je možné tolerovat i garanční smlouvu pro situaci, kdy vedoucímu lékaři chybí část praxe, anebo nemá dokončené odborné vzdělání - v takovém případě je nutné doporučení odborné společnosti.

Zdravotní sestra - ukončené ošetrovatelské vzdělání.

Vrchní sestra - vyšší odborné a perspektivně vysokoškolské vzdělání, praxe v následné péči nejméně 3 roky, absolvování předepsaných doškolovacích kurzů a dalších vzdělávacích akcí v oblasti paliativní péče organizovaných příslušnými vzdělávacími institucemi (např. Subkatedra paliativní medicíny IPVZ Praha, Národním centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně).

Minimální personální zabezpečení

Minimální personální složení zdravotnického týmu poskytujícího hospicovou paliativní péči je výsledkem obsáhlé diskuse a kompromisní shody týmu odborníků v pracovní skupině při MZČR.

Minimální personální složení při kapacitě 30 hospicových lůžek:

Lékaři

L3 (index 3) 0,20 pracovního úvazku

L2 (index 2) 1,50

lékař ÚPS (index 2/3) 0,12

Zdravotní sestry

ZPBD - S/1 (index 9) - vrchní nebo staniční sestra 2,00

ZPBD + ZPOD/1 (index 8) - vrchní nebo staniční s. 1,00

ZPBD + ZPOD/3 (index 8) - sestry 8,00

ZPOD bez M (index 7) - ošetřovatelky 5,00

Optimální personální zabezpečení

Optimální personální složení zdravotnického týmu poskytujícího hospicovou paliativní péči vychází ze zkušeností a poznatků tuzemských a zahraničních hospiců, které usilují o maximální dosažitelnou kvalitu péče.

Optimální personální složení při kapacitě 30 hospicových lůžek:

Lékaři

L3 (index 3) 0,33 pracovního úvazku

L2 (index 2) 1,50

L1 (index 1) 0,50

lékař ÚPS (index 2/3) 0,2

Zdravotní sestry

ZPBD - S/1 (index 9) - vrchní nebo staniční sestra 2,00

ZPBD + ZPOD/1 (index 8) - vrchní nebo staniční sestra 1,00

ZPBD + ZPOD/3 (index 8) - sestry 8,00

ZPOD bez M (index 7) - ošetřovatelky 15,00

Dietní sestra 0,20

Další doporučený odborný personál

VNP Psycholog / JNP Psychoterapeut 0,20

Sociální pracovník 1,00

Nemocniční kaplan / pastor 0,50

Kromě uvedených pracovních pozic mohou jednotlivá zařízení podle svých specifických potřeb využít další možné související pracovní pozice: např. ergoterapeut, logoped, řidič dopravy nemocných, atp.

Pokud je hospicová paliativní péče poskytována v samostatném specializovaném zařízení - hospici, pak musí být jeho provoz dle platných norem zajištěn odpovídajícím způsobem i dalšími profesemi nezdravotnického personálu. Jedná se o manažérské profese, ekonomické, technicko-hospodářské, pracovníky stravovacího provozu, prádelny, úklidu, údržby, atp. Vlastní personální složení zabezpečujícího týmu odpovídá specifickým podmínkám každého zařízení.

Součástí interdisciplinárního týmu mohou být řádně vyškolení a pravidelnými supervizemi koordinovaní dobrovolníci. Pracovní kompetence dobrovolníků jsou jasně vymezené v souladu s jejich praxí a vzděláním.

S dobrovolníky je uzavřena písemná smlouva o dobrovolnické činnosti (stanoveny pracovní kompetence), dohoda o mlčenlivosti a prohlášení o bezpečnosti práce. Případně je zřízeno akreditované dobrovolnické centrum a činnost

dobrovolníků je právně ošetřena a pojištěna podle zákona č. 198/2002 Sb. Požadavky na osobnostní předpoklady pro výkon práce dobrovolníka jsou stejné jako u pracovníků - viz výše. Dobrovolník, který pracuje v přímém kontaktu s pacientem, musí být právně bezúhonný. Dobrovolníky školí, hodnotí, koordinuje jejich činnost a provádí nad nimi dohled řádně vyškolený a zkušený člen pracovního týmu - „koordinátor dobrovolníků“.

Náplň práce dobrovolníka:

vytváření společenství u pacienta, doprovázení pozůstalých, zajišťování nákupů pacientům, péče o květiny, služba v recepci a v čajovně, oprava a žehlení prádla, tlumočení, překlady, administrativní a redakční práce, osvěta v oblasti hospicové paliativní péče, pomoc při organizaci setkávání s pozůstalými, kulturních, vzdělávacích a benefičních akcí.

U mobilní paliativní péče se možnosti uplatnění dobrovolníků rozšiřují o pomoc v domácím prostředí pacienta s cílem odlehčení pro osoby pečující o pacienta, transport zdravotnických pomůcek do bytu pacientů, případně jejich montáž a zaučení pečovateli v zacházení s těmito pomůckami. Pracovně - právní vztahy se řídí podle platných předpisů. Rodina a ostatní neformální poskytovatelé péče jsou základními spolupracovníky při poskytování účinné specializované paliativní péče. Zároveň jsou cílovou skupinou, které je tato komplexní péče určena.

Vzdělávání pracovníků

Zákon č. 95/2004 Sb. uznává existenci samostatného specializačního oboru „Paliativní medicína a léčba bolesti“. V současné době se na tento obor specializuje Subkatedra paliativní medicíny a příslušné katedry IPVZ Praha.

V rámci projektu Paliativní péče v ČR byl připraven ucelený návrh vzdělávacích programů pro negraduální a postgraduální přípravu lékařů. Tento návrh je výsledkem dlouhodobých zkušeností a diskusí. Vznikl původně ve Švýcarsku, je však využitelný i v podmínkách ČR. Komentovaná kurikula přehledně rozlišují několik úrovní vzdělání lékařů a dalších vysokoškolských odborníků v paliativní péči: úroveň negraduální pro studenty lékařství a zdravotně sociálních oborů, úroveň postgraduální všeobecnou a postgraduální specializovanou pro paliativní specialisty. Praktický výcvik v paliativní péči je vhodné zařadit do negraduálního a specializačního studia všech ošetřovatelských oborů.

Pochopení (pre a postgraduální)

Budoucí zdravotníci v pregraduální fázi svého vzdělávání (na zdravotnických a ošetřovatelských

školách, v pregraduálním studiu na lékařské fakultě).

Graduovaní zdravotníci, kteří pracují v některém oboru, a paliativní péče představuje pouze část jejich klinické praxe.

Prohloubení (postgraduální)

Graduovaní zdravotníci, kteří pracují na jednotce paliativní péče nebo v jiném oboru, v němž však zastávají pozici specialisty pro paliativní péči.*

Graduovaní zdravotníci, kteří jsou v rámci svého oboru pravidelně konfrontováni se situacemi, které vyžadují paliativní péči.

Specializace (postgraduální)

Graduovaní zdravotníci, kteří vykonávají vedoucí nebo konziliární funkci na jednotkách paliativní péče nebo se aktivně účastní vzdělávání a výzkumu v oblasti paliativní péče.

* Pojem „jednotka paliativní péče“ se zde vztahuje na různé struktury, zvláště na oddělení paliativní péče v nemocnici, mobilní konziliární týmy paliativní péče v nemocnici, jednotky paliativní péče v ústavu sociální péče (nebo hospici), ambulantní týmy paliativní péče pro ambulantní hospicovou péči.

Vzdělávání v oboru paliativní péče musí vycházet ze základních mezinárodně uznávaných hodnot a principů, viz kapitola ÚVOD a ve vzdělání musí být zohledněno:

- interdisciplinární charakter péče
- etické aspekty paliativní péče
- výcvik v komunikaci (sdělování diagnózy, komunikace o smrti a umírání, emoční podpora a doprovázení pacienta a jeho blízkých, pomoc ve vyrovnávání se smrtí)
- zohledňování hodnotových priorit, kulturní a duchovní orientace
- respektování individuálních přání a potřeb pacienta a jeho blízkých osob

Pro každého člena pracovního týmu v zařízení specializované paliativní péče vytváří vedení zařízení plán osobního rozvoje, na základě kterého je zařazován do systému dalšího vzdělávání. Systém vzdělávání počítá s tím, že náročná práce může mít emocionální dopad na členy týmu poskytovatelů paliativní péče. Členům týmu (včetně dobrovolníků) je dostupná emocionální a schůzek a supervizí za účelem zhodnocení a eliminování negativního dopadu péče na členy týmu. Pracovníci získávají podporu v oblastech zvyšování odolnosti proti stresu z fyzicky a psychicky namáhavé práce a rovněž proti tzv. „syndromu vyhoření“. Zařízení realizuje též systém manažérské supervize, který pomáhá zlepšit vzájemnou komunikaci v pracovních týmech a vede k efektivnějšímu řízení a nápravě případných chyb a nedostatků. Členům týmu jsou trvale dostupné informační zdroje a průběžně

profesní doškolování v klíčových oblastech paliativní péče. Účast členů týmu na vzdělávacích a doškolovacích aktivitách je dokumentována.

Požadavky na členy paliativního týmu v oblasti vzdělávání

a zvyšování kvality poskytované péče:

- pravidelné vzdělávání a prohlubování odborných znalostí (studium odborné literatury, účast na odborných kurzech a školeních atd.)
- schopnost využít získané znalosti a tyto znalosti dále předávat
- aktivní vyhledávání novinek v paliativní péči a jejich zavádění do praxe
- účast na pravidelném vyhodnocování kvality poskytované péče a využívání výsledků tohoto vyhodnocování v klinické praxi

Jednotky specializované paliativní péče vyvíjejí edukační činnost pro další zájemce:

Osoby pečující o své blízké v domácím prostředí

Zařízení v rámci svých možností vzdělává osoby pečující o pacienta, případně jim nabízí služby poradny nebo telefonické poradenské linky (vhodné je doplnění o půjčovnu zdravotnických pomůcek). Ti, kdo pečují o své blízké (zvláště pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu nemocného, nebo pokud se vrací do domácího prostředí apod.), potřebují být vybaveni informacemi a praktickými dovednostmi tak, aby se mohli o nemocného správně postarat a on mohl nadále zůstat v domácím prostředí.

Široká odborná i laická veřejnost

Zájemcům o specializovanou paliativní péči z řad odborníků, studentů, zakladatelů a pracovníků nově vznikajících zařízení jsou předávány informace i praktické dovednosti prostřednictvím stáží, praxí, školení a exkurzí. Poskytovateli této formy vzdělávání přináší tato otevřenost zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče a je to též praktická forma šíření „hospicové myšlenky“.

Prostředí, věcné a technické vybavení

Optimální věcné a technické vybavení odpovídá specifickým potřebám jednotlivých typů péče, aby prostředí umožňovalo pracovnímu týmu specializované paliativní péče:

1. uskutečňovat první i další následující kontakty s pacienty, blízkými osobami a pozůstalými v dostupném a vlídném prostředí, přičemž je zajištěno soukromí
 2. poskytovat péči a léčbu a další služby pro pacienty a jejich blízké osoby při zajištění bezpečí, soukromí, pohodlí a dalších požadavků:
- prostředí je uzpůsobené k zajištění podmínek pro poskytování komplexní péče jak v oblasti zdravotní, tak i sociální, psychologické a duchovní

- prostředí je vybaveno vhodným nábytkem a polohovacím lůžkem, je umožněn aktivní i pasivní antidekubitní režim
- návštěvy u pacienta jsou možné 24 hodin denně
- je umožněn pobyt blízké osoby u pacienta, včetně možnosti přenocování
- prostředí umožňuje udržování čistoty, regulaci osvětlení a tepla
- prostředí je v optimálním případě vybaveno samostatnou koupelnou a WC, 1 hygienickou bezbariérovou jednotkou (WC a koupelna s umyvadlem a sprchou) pro max. 4 nemocné
- pacient dostává stravu v souladu s hygienickými normami a svými potřebami
- pacient může být obklopen svými předměty, používat své jídelní nádobí, svůj rozhlasový či TV přijímač, v případě domluvy mít své vlastní oblečení (pak je nutné zajistit dle domluvy s pacientem a jeho blízkými kvalitní praní)
- je zajištěno bezpečné uložení pacientových financí a cenností

3. pružně reagovat na aktuální zdravotní stav pacienta užitím vhodných postupů:

- poskytování ošetrovatelské péče
- poskytování nezbytných léčebných procedur
- podpora dýchání připojením na centrální rozvod kyslíku nebo mobilním oxygenerátorem
- podpora dýchání odsáváním sekretů
- zajištění osobní hygieny v případě imobility

4. být v nepřetržitém kontaktu s pacienty s pomocí signalizačního zařízení

5. vyřizovat administrativní práce, listinnou i elektronickou poštu

6. vést telefonické konzultace

7. uskutečňovat setkání týmu

8. skladovat dokumentaci v souladu s legislativními normami

9. skladovat léky a další zdravotnický materiál

10. skladovat opiaty a další sledované léky v souladu s legislativními normami

11. skladovat zdravotnické pomůcky a provádět jejich očistu a dezinfekci

Druh a množství pomůcek a přístrojů pro specializovanou paliativní péči jsou odvislé od počtu pacientů a jejich diagnózy. Pomůcky a přístroje jsou pravidelně revidovány a udržovány autorizovanými firmami podle doporučení výrobce. Pracovníci oprávnění k používání zdravotnických přístrojů a zařízení jsou náležitě seznámeni se způsobem jejich obsluhy. Některé služby si zařízení zajišťuje smluvně - např. laboratoř, rtg, likvidace odpadu apod.

Přehled základních pomůcek a přístrojů:

- polohovací lůžko (dle počtu pacientů + 2 náhradní lůžka)
- antidekubitní a polohovací pomůcky

- aktivní a pasivní antidekubitní matrace (pro každé lůžko alespoň jeden z režimů)
- injekční dávkovače pro parenterální i enterální výživu (min. 2 ks pro 30 pacientů)
- lineární dávkovač léků (min. 5 ks pro 30 pacientů)
- odsávačky (min. 2 ks pro 30 pacientů, nebo režim centrálního odsávání)
- kyslík (min. 2 ks oxygenerátor nebo centrální rozvod kyslíku)
- glukometr (1 ks pro 30 pacientů)
- přenosné EKG (1 ks pro zařízení do 60 lůžek)
- základní vybavení pro neodkladnou resuscitaci
- pojízdná vana, případně mycí lůžko
- WC židle pojízdné a stabilní k lůžku (min. 10 ks pro 30 pacientů), chodítko pojízdné nízké a vysoké (min. 1 ks pro 30 pacientů), mechanické pojízdné křeslo (min. 5 ks pro 30 nemocných)
- pojízdný vozík do sprchy (min. 3 ks na 30 pacientů)
- další pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem
- signalizační zařízení (rozvod ke každému lůžku) a další drobné pomůcky

Tělesné aspekty péče

Odborná péče usiluje o udržení maximální mobility a funkční kapacity pacientů s ohledem na jejich přání a **prevenci bolestivých stavů**. Bolest, další symptomy a případné vedlejší účinky léčby jsou zvládnány v souladu s nejlepšími známými postupy. Součástí interdisciplinárního týmu jsou odborníci specializovaní na léčbu bolesti a dalších symptomů provázejících umírání. Řešení nepříjemných symptomů a vedlejších účinků zahrnuje farmakologické, nefarmakologické, doplňkové a podpůrné terapie. Základem specializované paliativní péče je průběžné vyhodnocování a dokumentování bolesti i nebolestivých symptomů, omezení funkčních možností a vedlejších účinků terapie. Cílem této kontroly bolesti a symptomů je bezpečné a včasné odstranění bolesti a dalších závažných symptomů, případně jejich omezení na úroveň pro pacienta přijatelnou

po celou dobu poskytované péče. Reakce pracovníků na nepříjemné symptomy je okamžitá a zpětně

sledovatelná za pomoci záznamů ve zdravotní dokumentaci. V případě dlouhodobé aplikace sledovaných látek je vypracován plán omezení rizik. Odstranění či zmírnění utrpení je komplexní a zabývá se fyzickými, psychologickými, sociálními a duchovními aspekty.

Aktivně jsou sledovány a mírněny především tyto projevy pokročilých stadií nevy léčitelných onemocnění:

bolest, nauzea, zvracení, dechová nedostatečnost, slabost a vyčerpání, nespavost, zácpa, funkční omezení nejrůznějšího typu, úzkosti, deprese, zmatenost a další psychické symptomy.

Z ošetrovatelského hlediska se péče zaměřuje především na tyto oblasti:

- péče o pokožku
 - prevence proleženin a polohování
 - nutriční péče a poradenství v otázkách příjmu potravy
 - péče o vyprazdňování
 - péče o pitný režim
 - péče o dýchací cesty, zvláště při onemocněních dýchacího systému, včetně péče o dutinu ústní, (především v preterminální a terminální fázi)
- Vhodným způsobem je posuzováno, jak pacient a jeho blízké osoby rozumí nemoci, jejím souvislostem, funkčním omezením, vhodné terapii a jejím vedlejším účinkům. Posuzována je rovněž jejich schopnost zajistit si a přijímat nezbytnou péči a vyrovnávat se s nemocí a s jejími důsledky. Osobám pečujícím o pacienta je poskytnuta edukace a podpora v poskytování bezpečné a vhodné péče a jsou jim doporučeny prostředky reakce na urgentní situace. Pacient a pečující osoby mají možnost volby při rozhodování o dalším plánu péče.
- Jednotlivé služby na sebe navazují. V případě potřeby je pacientovi doporučena a zprostředkována péče specialistů.
- Pozornost je věnována též zajištění co nejvyšší tělesné i psychické pohody.

Psychologické aspekty péče

Odborná psychologická péče usiluje o přiměřenou podporu pacienta a jeho blízkých v obtížné situaci pokročilého onemocnění. Psychologická podpora je nabídnuta i pozůstalým. Systematická psychologická péče a podpora jsou rovněž poskytovány všem členům týmu.

Psychologické a psychiatrické problémy jsou řešeny v souladu s nejlepšími dostupnými znalostmi. Služby v této oblasti jsou považovány za klíčový prvek programů paliativní péče. Členy interdisciplinárního týmu nebo externími spolupracovníky jsou odborníci se znalostmi a dovednostmi v oblasti prevence, diagnostiky, psychologické pomoci a odborné psychiatrické péče a to jak pacientů trpících závažným onemocněním, tak u jejich blízkých osob. Pravidelně jsou u sledovaných osob hodnoceny a dokumentovány tyto ukazatele:

- zhodnocení potřeby poskytované péče

- psychologické reakce (včetně stresu a obav z budoucnosti) a psychiatrické jevy (včetně depresí, úzkostí, delirií a kognitivních poruch)
 - úroveň porozumění nemoci, symptomům a vedlejším účinkům léčby
 - způsob, jakým chápou onemocnění a jeho dopad na pacienta a jeho okolí blízké osoby pacienta
 - strategie vyrovnávání se s tíživou životní situací
 - hlavní potřeby blízkých osob pacienta a zhodnocení jejich schopnosti poskytnout potřebnou péči
 - vyrovnat se s novou situací
 - posouzení rizik žalu nebo pocitu ztráty u pacientů a jejich blízkých osob
 - kulturní a duchovní potřeby pacienta a jeho blízkých osob, jejich očekávání a preference
- Při léčení psychických potíží nebo psychiatrických syndromů jsou vhodným způsobem používány farmakologické, nefarmakologické a doplňkové terapie. Alternativy léčení jsou jasně dokumentovány a projednány tak, aby pacient a jeho pečovatelé mohli provést informovaný výběr. Blízké osoby pacienta jsou poučeny a podporovány v poskytování bezpečné a vhodné podpory pacientovi. Reakce na symptomy je okamžitá a sledovatelná v dokumentaci. Pravidelně se rovněž dokumentuje přehodnocování efektivity léčby a preference pacienta a jeho blízkých osob. V případě potřeby je zajištěna pomoc zdravotnických odborníků se specializovanými znalostmi psychologických a psychiatrických postupů (např. psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů a sociálních pracovníků). Postup zlepšování kvality a kontroly psychologických a psychiatrických postupů a efektivity léčby je dokumentován a vede ke změnám klinické praxe.
- Pediatrickým pacientům, jejich sourozencům a dětem nebo vnoučatům dospělých pacientů je poskytována podpora přiměřená stupni jejich vývoje. Komunikace s dětskými pacienty a pacienty se sníženou kognitivní schopností je prováděna verbálními, neverbálními či symbolickými prostředky přiměřenými jejich věku, stupni vývoje a kognitivním schopnostem.
- Obsahem psychologické a psychiatrické péče je také podpora pozůstalých po dobu bolesti ze ztráty blízkého člověka. Podpora a pomoc v době truchlení jsou poskytovány s ohledem na kulturní a duchovní potřeby a preference pozůstalých. Služby v této oblasti jsou pozůstalým dostupné po dobu nejméně 12 měsíců od úmrtí pacienta. Pracovníci poskytující tyto služby procházejí průběžným školením a dostávají se jim podpory.

Duchovní a existenciální aspekty péče

Interdisciplinární tým specializované paliativní péče poskytuje pacientům a jejich rodinám podporu v řešení duchovních a existenciálních otázek kladených v souvislosti s pokročilým nevléčitelným onemocněním.

Členy pracovního týmu jsou odborníci se znalostí hodnocení a citlivého reagování na duchovní a existenciální otázky spojené s život ohrožujícím onemocněním. Zařízení spolupracuje i s externími odborníky. Poskytovatelé paliativní péče umožňují na základě přání pacienta nebo jeho rodiny kontakt s duchovními jejich vlastní náboženské víry či jejich náboženskými komunitami.

V zařízení specializované paliativní péče je důsledně respektován hodnotový systém a náboženské přesvědčení každého pacienta. Pracovní tým respektuje a případně pomáhá zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny. V rámci paliativní péče je prováděn a zdokumentován citlivý, pravidelný a průběžný průzkum duchovních a existenciálních potřeb (nadějí a obav, rozhodujících životních postojů a přesvědčení, pocitů viny, víry v posmrtný život a dalších otázek spojených s koncem života) u pacienta a jeho nejbližších osob, pokud s tím pacient souhlasí. Pokud je to možné, jsou používány standardizované postupy. V otázkách týkajících se konce života je pomoc nabízena způsobem odpovídajícím individuálním i rodinným kulturním a náboženským hodnotám. Preference pacienta a jeho blízkých osob jsou dokumentovány.

Preference pacienta mají vždy přednost.

Používání náboženských symbolů ve vybavení lůžkových zařízení bere ohled na kulturní a náboženské rozdíly mezi církvemi různých vyznání a též na požadavky osob bez vyznání.

Sociální aspekty péče

Specializovaná paliativní péče usiluje o snížení nepříznivého dopadu obtížné životní situace na pacienta a jeho okolí. Součástí specializované paliativní péče je zdokumentované komplexní problematiky, které zahrnuje: rodinné zázemí a další sociální a kulturní vazby pacienta, jeho komunikační omezení, finanční podmínky, případně dostupnost potřebného vybavení pro poskytování mobilní hospicové péče, dostupnost dalších poskytovatelů péče a možnosti dopravy do případných jiných zařízení.

Komplexní péče pomáhá pacientovi a jeho blízkým řešit praktické sociální problémy vzniklé v souvislosti s vážným onemocněním (např. poradenství v oblasti možností státní finanční podpory, důchodového zabezpečení, posudkových

řízení, služby notáře atd.) Plán sociální péče je formulován se zřetelem na sociální možnosti i kulturní zvyklosti pacienta a jeho blízkých osob, vyjadřuje jejich hodnoty, cíle a preference na základě interdisciplinárního posouzení. Při komunikaci s pacientem a jeho blízkými osobami berou všichni členové týmu ohled na kulturní tradice a odlišnosti týkající se způsobu sdělování informací a forem rozhodování.

V případě potřeby používají vhodné tlumočnické služby.

Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pacienta. Tento cíl vyžaduje celostní přístup beroucí v úvahu pacienta s jeho životními zkušenostmi i současným stavem.

V průběhu poskytování paliativní péče dochází k pravidelným schůzkám pacienta a jeho blízkých osob se členy interdisciplinárního týmu podle potřeb pacienta a jeho blízkých osob. Cílem těchto schůzek je zlepšit vzájemné porozumění, řešit důležité otázky související s paliativní péčí, poskytnout srozumitelné informace, pomoci s rozhodováním, projednat cíle péče, zjistit přání, preference, naděje a obavy pacienta a jeho blízkých, poskytnout jim emocionální a sociální podporu a zlepšit vzájemnou komunikaci.

Respitní péče

Neformálním poskytovatelům péče (rodina nebo jiné blízké osoby pacienta) je v hospici s ohledem na možnosti lůžkového fondu k dispozici také účinná respitní péče (z anglického „respit“ - oddech, přestávka, pauza).

Jedná se o pobyt na omezenou dobu (dosud většinou do 3 měsíců), jehož cílem je podpořit dosud pečující rodinu či blízké nemocného. Tímto může být chronicky nemocný s nutností péče další osoby, nicméně také pacient s nevléčitelným onemocněním v době dlouhodobější stabilizace stavu. Tento pobyt může sloužit i pro revizi zdravotního stavu nemocného v domácí paliativní péči a zhodnocení možností dalšího naplňování jeho potřeb v dosavadním typu péče. Pobyt je sjednaný s osobami pečujícími o nemocného s jeho souhlasem, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. Sociální rozměr této péče se většinou neliší od péče o chronicky nemocné, dosud ošetřované mimo systém specializované paliativní péče, v duchu bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu chronického onemocnění. Spíše je její nedílnou součástí. Formy této respitní péče musí být přizpůsobeny preferencím pacienta a jeho pečovateli. Pokud je nutné zajistit sociální pomoc nebo pomoc v domácnosti, škole či zaměstnání, dopravu, rehabilitaci, léky, potřebné konzultace, přístupnost obecních zdrojů a vybavení, jsou k tomuto účelu do péče o pacienta a jeho rodinu

zapojovány příslušné služby a organizace, včetně dobrovolníků.

Právní a etické aspekty péče

Členy interdisciplinárního týmu poskytujícího hospicovou paliativní péči jsou zkušení specialisté obeznámení s etickou a právní problematikou lékařského rozhodování. Zdravotnické zařízení spolupracuje též s externími odborníky (právník, notář apod.).

Péče je poskytována v souladu s profesními etickými kodexy a národními a mezinárodními úmluvami o právech pacientů. Záměry, preference a rozhodnutí pacienta jsou, s přihlédnutím k omezením daným platným právním řádem, respektovány a tvoří základ plánu péče.

Mezi základní práva pacienta paliativní péče patří právo na lidskou důstojnost a na nejvyšší možné zmírnění bolesti a utrpení. Dalším základním požadavkem je, že členové týmu respektují autonomii pacienta tím způsobem, že se s ním domlouvají na prioritách a cílech péče, neupírají mu požadované informace a respektují jeho přání nebýt léčen.

Plán poskytované péče vytváří interdisciplinární tým na základě přání vyjádřených pacientem nebo jeho rodinou či opatrovníkem. Souhlas pacienta s průběhem péče a další jeho preference jsou pravidelně ověřovány a v lékařských záznamech dokumentovány a při rozhodování o dalším postupu jsou směrodatné. Dospělí pacienti se zachovanými rozhodovacími schopnostmi sami stanovují míru zapojení rodiny do rozhodování a posuzování plánu péče a tato rozhodnutí jsou plně respektována. Pacientům nebo jejich zákonným zástupcům je při rozhodování poskytována podpora v oblastech sociálních, právních, a psychologických, včetně zohlednění aspektů etických. Je

jako jedinečné lidské bytosti. Tým paliativní péče podporuje dlouhodobé plánování, které umožňuje pochopit a s pacientem nebo jeho zákonným zástupcem projednat jeho preference týkající se poskytovaných služeb během celého období péče, včetně terminálního stadia. V případech, kdy pacient již není schopen nadále komunikovat, snaží se program paliativní péče identifikovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference. Tým je garantem dodržení dříve vyjádřených přání pacienta nebo jeho zákonného zástupce. Pacient má právo být

seznámen se záznamy o svém zdravotním stavu v souladu s platnými právními normami. Zdravotní dokumentace je uchovávána způsobem stanoveným v platných právních normách je přístupná jenom oprávněným osobám. Pracovní

tým zdravotnického zařízení hospicové péče si uvědomuje komplexní etické problémy vyplývající z péče o osoby s život ohrožujícími a omezujícími onemocněními a je schopen tyto problémy řešit. Etické otázky, které se v rámci poskytování paliativní péče často objevují, jsou rozpoznány a včas řešeny tak, aby se pokud možno předešlo vzniku závažných etických dilemat, případně aby tato dilemata byla vhodným způsobem vyřešena. Mezi tyto otázky patří: otázka prospěšnosti jednotlivých typů paliativní péče, respektování osobnosti pacienta a jejího práva na seburčení, pravdivého informování pacientů a jejich rodin, vhodnosti ukončení neefektivní léčby, otázka odepření léčby (včetně výživy a zavodňování), posouzení schopností, souhlasu a povolení u osob nezletilých a problematika informovaného souhlasu, otázka spravedlivé distribuce péče a problematika střetu zájmů, zjišťování přání u obtížně komunikujících osob, dodržení příkazů pacientů týkajících se možné resuscitace a použití sedativ, řešení pozůstalosti. Etické otázky jsou dokumentovány a v případě potřeby projednávány s poradci nebo příslušnými etickými výbory.

Zdravotnický personál poskytující paliativní péči je seznámen s platnými právními předpisy, které se týkají lékařského rozhodování, dlouhodobého plánování péče, rolí a odpovědností zákonných zástupců; s předpisy týkajícími se opiatů a jiných sledovaných látek, konstatování smrti, požadavků na pitvu, na darování orgánů a na vedení zdravotnické dokumentace včetně ochrany osobních údajů a lékařského tajemství. Veškerá péče je poskytována v souladu s požadavky příslušných zákonných norem. Zařízení chrání práva pacientů a jejich blízkých osob v souladu s platnými zákony na ochranu osobnosti a osobních dat. Všechny postupy ošetrovatelské a léčebné péče jsou v souladu se zákonnými normami a nejnovějšími medicínskými postupy lege artis. Pacientům a jejich blízkým osobám je doporučováno, aby při stanovování a úpravách poslední vůle, majetkového vypořádání a opatrovnictví využívali služeb k tomu určených odborníků. Zařízení jim na požádání poskytne potřebné kontakty.

Všechny procesy v provozu zařízení specializované paliativní péče jsou řízeny na základě dokumentace schválené příslušnými odbornými institucemi.

Okresní hygienická stanice schvaluje: provoz kuchyně a způsob přípravy stravy, provoz prádelny a způsob distribuce prádla, úklid a dezinfekci místností, dezinfekci zdravotnických pomůcek. Kuchyně a prádelna nemusí být součástí

zařízení, ale jejich služby mohou být zajištěny dodavatelsky.

Akreditovanými institucemi jsou pravidelně kontrolovány parametry a bezpečnost přístrojů používaných pro hospicovou péči. Likvidace komunálních a biologických odpadů je zajišťována odbornou firmou v souladu s platnými normami. Evakuační plány a protipožární ochrana je schválena příslušnými institucemi.

Vyskytne-li se v procesu poskytování specializované paliativní péče jakýkoliv jiný nedostatek či nehoda, bude toto řádně zdokumentováno, prošetřeno a neodkladně učiněna příslušná nápravná opatření. Stížnosti na kvalitu a bezpečnost poskytované péče jsou dokumentovány a podle vnitřního postupu řešeny.

Legislativní úprava

Standards jsou předpisem doporučující povahy. Jde o normy obecného charakteru, které slouží k vymezení minimální úrovně kvality péče, která by měla být standardně dodržována všemi zařízeními poskytujícími specializovanou paliativní péči. Závaznými se stávají v případě, kdy zřizovatel jednotky specializované paliativní péče standardy začlení mezi vnitřní předpisy a jejich dodržování stanoví jako povinnost, nebo pokud se tyto standardy stanou součástí smluvního ujednání (např. mezi zřizovatelem a pacientem).

Standards nepodkročitelného minima jsou závazným dokumentem pro členy Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Lůžkové hospice, jež jsou členy APHPP jsou povinny tyto standardy dodržovat a naplňovat.

Nedodržování standardů může být důvodem pro vyloučení z asociace. Poskytovatelé mobilní hospicové péče mají povinnost dodržovat standardy způsobem přiměřeným.

Standards se dotýkají obecně závazných právních předpisů.

Mezi nejdůležitější právní předpisy patří zejména:

- a) Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
- b) Listina základních práv a svobod (publikována pod č. 2/1993 Sb.)
- c) Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod (publikována pod č.209/1992 Sb.)
- d) Zákon č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, v platném znění
- e) Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění
- f) Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, v platném znění
- g) Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění

h) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění

i) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

j) Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č.47/2006 Sb. atp., v platném znění

k) Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

l) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění

m) Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, v platném znění

n) Zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon)

o) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

p) Zákon č. 309/2006 Sb., o ochraně zdraví při práci

q) Vyhláška č. 137/1998 Sb., o obecných technických požadavcích na výstavbu

r) Vyhláška č. 369/2001 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace

s) Vyhláška č. 619/2006., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007

t) Vyhláška č. 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb.,

kteřou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

S problematikou, kterou se standardy zabývají, souvisí i další právní předpisy, zejména vyhlášky ministerstev a nařízení vlády, případně i obecně závazné vyhlášky samosprávných celků. Je ambicí standardů stát se součástí právních předpisů procesních nebo právních předpisů podzákoných například jako součást vyhlášky ministerstva zdravotnictví.

Odkaz na literaturu a další prameny

Publikace vydané v rámci projektu Paliativní péče v ČR, vydalo Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha 2004

• **Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům** - O organizaci paliativní péče

• **Koncepce paliativní péče v ČR** - Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi

• **Vzdělávání v paliativní péči** - Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů

• **Standards domácí paliativní péče** - Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče

Další podklady

- **Materiály pracovní skupiny pro paliativní péči při MKČR**

- **Standardy pro hospicovou péči** - Hospic Citadela Valašské Meziříčí

Zahraniční standardy hospicové a paliativní léčby a péče:

- **Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care**, National Consensus Project, Pittsburgh, Pennsylvania, USA, 2004, www.nationalconsensusproject.org/guidelines

- **Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians**, by Palliative Care Australia, Canberra 2005

- **National care standards - hospice care**, National Care Standards Committee, 2002 IRL

Užité výrazy:

- autonomie pacienta
- blízké osoby pacienta
- cílová skupina
- členové pracovního týmu specializované paliativní péče
- edukační funkce
- fáze podle Kübler Rossové
- informovaný souhlas
- interdisciplinární tým
- komplexní péče
- kontinuita péče
- konziliární tým
- medicínské postupy lege artis
- multiprofesní tým
- neformální poskytovatelé péče
- opioidy, opiáty
- plán péče
- preterminální stádium onemocnění
- respitní péče – odlehčovací
- sociální prostředí, náhradní sociální prostředí
- specializovaná paliativní péče (zkratka SPP)
- standardy kvality
- stav ante finem
- terminální stadium onemocnění – konečná fáze nevléčitelného onemocnění
- zdravotnické zařízení specializované paliativní péče – lůžkové, ambulantní, mobilní hospicová péče

Adresář zařízení poskytujících hospicovou a paliativní péči:

- **Hospic Anežky České**, 5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec
- **Hospic sv. Štěpána**, Rybářské nám. 662/4, 412 01 Litoměřice
- **Hospic Štrasburk**, Bohnická 12/57, 181 00 Praha 8 - Bohnice
- **Cesta Domů**, mobilní hospicová jednotka, Bubenská 3, 170 00 Praha 7
- **Hospic sv. Lazara**, Sladkovského 66, 326 00 Plzeň

- **Hospic sv. Jana N. Neumanna**, Neumannova 144, 383 01 Prachatice

- **Hospic sv. Alžběty**, Kamenná 36, 639 00 Brno

- **Hospic na Sv. Kopečku**, Sadové nám. 24, 772 00 Olomouc

- **Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa**, Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad

- **Hospicové hnutí Vysočina**, Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě

- **Hospic v Mostě**, Svázná 1528, 434 01 Most

- **Hospic Citadela**, Žerotínova 1421, 757 01 Valašské Meziříčí

- **Mobilní hospic Dobrého Pastýře**, Václavská 507, 257 22 Čerčany

- **Oblastní charita Ostrava**, mobilní hospicová jednotka, Kořenského 17, 708 00 Ostrava

- **Hospic sv. Lukáše**, Charvátská ulice, 700 30 Ostrava, Výškovice

- **Mobilní hospic Ondrášek**, Zd. Chalabaly 2, 700 30 Ostrava, Bělský Les

- **Oblastní charita Uherské Hradiště**, mobilní hospicová jednotka, Velehradská třída 247, 686 01 Uherské Hradiště

Vysvětlivky:

1. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation

of palliative care, Strasbourg 2003, překlad: Cesta domů, Praha 2004, vybrané texty str. 22 - 23

2. Hospicové občanské hnutí Cesta domů: Koncepce paliativní péče v ČR, Praha 2004, v rámci projektu Paliativní péče v ČR

3. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Strasbourg 2003, překlad: Cesta domů, Praha 2004, str. 27

4. Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., § 23 stanovuje, že lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.

5. V souladu s ustanovením Zákona č. 258/2000 Sb., je stanovena povinnost vstupního a průběžného vyšetření pracovníků podléjících se na přípravě a distribuci stravy.

6. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

7. Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, ve znění zákona č. 264/2006 Sb., Vyhláška 195/2005 Sb., Zákon č. 185/2001 Sb.

8. Zákon č. 101/2001 Sb., o ochraně osobních údajů

9. Zákon č. 96/2004 Sb., způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného

odborného pracovníka a související předpisy: Zákon č. 95/2004, Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, Trestní zákon, Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

10. Zákon č. 96/2004 Sb., způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka

11. Pracovněprávní otázky upravuje zejména Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce a Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Práva a povinnosti zaměstnanců týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví při práci jsou uvedeny v § 101 – 108 zákoníku práce a v Zákoně č. 309/2006 Sb., o ochraně zdraví při práci.

12. Porchet, F., Eychmüller, S., Seiner, N.: Vzdělávání v paliativní péči. Zpracovali: Kalvach, Z., Sláma, O. Praha, Cesta domů 2004

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

Modletická 1401/8, 149 00 Praha 4

Kontaktní osoba: Mgr. Eva Černá, generální sekretář

Telefon: 731 461 142, E-mail: asociacehospicu@email

Zdroj:

<http://www.asociacehospicu.cz/download/standardy.doc>

Standard Péče o umírající

Skupina o kterou je pečováno	Nemocní
Určeno	zdravotní sestra, diplomovaná zdravotní sestra, diplomovaná dětská sestra, dětská sestra, diplomovaná porodní asistentka, porodní asistentka, sestra bakalářka (Bc.), sestra magistra (Mgr.) zdravotní sestra se specializovanou způsobilostí
Místo použití	Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice
Sestavila	Komise pro tvorbu standardů
Oponenturu provedl(a)	
Nabývá účinnosti dne	
Kontrola platnosti standardu	Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1x za 3 roky
Revize standardu provedena dne	Revize
Kontaktní osoba	
Náměstek pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra	

Definice:

Péče o umírající je jednou z nejkompexnějších zodpovědností sester. To vyžaduje vysokou míru lidského přístupu a uplatnění všech znalostí a dovedností, které jsou potřebné pro holistickou, bio-psycho-sociálně duchovní péči, zaměřenou na měnící se potřeby terminálně nemocných i jejich rodin.

Vysvětlení základních pojmů:

Holismus: celostní (bio-psycho-sociálně-duchovní) pohled na člověka

Umírání: individuálně dlouhý proces, probíhající ve třech fázích

I. fáze: doba od zjištění nemoci neslučitelné se životem až do vlastní smrti

II. fáze: vlastní smrt

III. fáze: péče o mrtvé tělo, péče o pozůstalé

Smrt: individuální zánik organismu

Cíl:

- Zajistit důstojné a pokojné umírání bez bolesti a jiných nežádoucích příznaků patologického stavu nemocných.
- Pečovat o všechny biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby umírajících.
- Podpora, pomoc pozůstalým v období smutku.

Pomůcky:

Pomůcky pro ošetrovatelskou péči, vyplývají z individuálních potřeb terminálně nemocných, viz příslušné standardy.

Ošetrovatelský postup:

I. fáze umírání

- Nikdy nepodávat nemocnému či jeho rodině informace o zdravotním stavu, průběhu nemoci či prognóze umírajícího, ani na jejich výslovné přání. Vždy je odkazovat na lékaře.
- Dokumentovat pečlivě veškerou ošetrovatelskou péči.
- Spolupracovat se všemi členy zdravotnického týmu.
- Respektovat všechna práva umírajících (viz příloha). Tím významně přispět k důstojné a pokojné smrti nemocného.

Psychická péče a podpora:

- Poskytnout nemocnému prostor pro vyjádření všech jakkoliv silných emocí a projevů. Má na ně právo.
- Být nemocnému oporou ve všech fázích psychického stavu, ve kterých se může se nacházet (šok, zloba, smlouvání, deprese, akceptace smrti).
- Monitorovat včas nejčastější psychické problémy umírajících, jako jsou strach, úzkost, bezmocnost a beznaděj.
- Najít dostatek času na rozmlouvání s umírajícím, nešetřit doteky a vlídnými slovy. Dát umírajícímu najevo, že jste tady pro něj.
- Nebrat nikdy umírajícímu naději na uzdravení či zlepšení zdravotního stavu. Nabízet mu kontakt na svépomocné skupiny či lidi se stejnou diagnózou.
- Vyvarovat se slov posilující strach ze smrti, jako jsou rakovina či zhoubné onemocnění. Raději používat slova, jako např. „Vaše současné onemocnění, změněná tkáň“ apod.
- Snažit se umírajícímu vyplnit všechna přání, vyjma těch, která by byla v rozporu se zákonem.
- Umožnit umírajícímu přítomnost rodiny a všech lidí, které má rád, vždy když to bude možné a bude si to přát.

Duchovní péče a podpora:

- Respektovat a neopomíjet duchovní potřeby umírajících.
- Zajistit kněze či náboženskou literaturu, bude-li si to umírající přát.
- (Děkanství - telefon č....)

Sociální péče a podpora :

- Zařídit umírajícímu úřední záležitosti, je-li to potřeba, přes rodinné příslušníky, event. kontaktovat sociální pracovníci nemocnice.

Péče o biologické potřeby:

- Zaměřit se na uspokojování biologických potřeb umírajících, zvláště pak při zhoršujícím se stavu nemocného.
- Pečlivě hodnotit škálu bolesti. Umírající má právo necítit bolest.

- Zaměřit se zejména na odstranění všech nežádoucích účinků, na dodržování osobní hygieny, zmírnění dýchacích obtíží, pomoc při pohybování, prevenci dekubitů, přiměřenou výživu, adekvátní přívod tekutin, vylučování, sledování senzorických změn a vitálních funkcí.
- Rozpoznat včas příznaky blížící se smrti, tj. stručně: ztráta svalového tonu, změny vitálních funkcí, zpomalení krevního oběhu a narušení smyslových funkcí.

II. fáze umírání:

- Snažit se být s umírajícím v okamžiku vlastní smrti. Pro vlastní smrt svědčí úplná a nevratná ztráta vědomí, dochází ke smrti mozku a orgánů lidského těla.

III. fáze umírání:

- Provádět s úctou péči o mrtvé tělo (viz Standard péče o mrtvé tělo)
- Poskytnout rodině zemřelého dostatek času na truchlení.
- Zajistit odbornou psychologickou pomoc rodině, jestli - že o to požádá.

Komplikace:

- Upozornit lékaře na každou nově vzniklou komplikaci.
Zhoršování tělesného stavu - je individuální, závislé na povaze onemocnění umírajícího. Duševní krize - vyžaduje odbornou psychologickou pomoc. Umírajícího nenecháváme o samotě.

Zvláštní upozornění: Péče o umírající je extrémně náročná pro všechny zúčastněné. Není v možnostech ošetrovatelského standardu poukázat na všechna úskalí a důležitosti, týkající se problematiky umírání a smrti. Proto odkazujeme na vhodnou literaturu.

Seznam literatury:

1. Čechová V., Mellanová A., Rozsypalová M. Speciální psychologie, IDVPZ Brno, 1999
2. Červinková E., Ošetrovatelské diagnózy, IDVPZ Brno, 2001
3. České ošetrovatelství, praktické příručky pro sestry, IDVPZ Brno, 2001

4. Fendrychová J., Ošetrovatelské diagnózy v neonatologie, IDVPZ Brno, 2001
5. Fendrychová J. a kol., Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii, IDVPZ Brno, 2001
6. Haškovcová H., Thanatologie, Galén, Praha 2000
7. Kapesní průvodce zdravotní sestry, ČAS.

Zdroj: Standard - Péče o umírající převzatý z příslušného onkologického oddělení

Příloha 3

PRÁVA UMÍRAJÍCÍCH

Má právo, aby se s ním zacházelo jako s živým člověkem až do jeho smrti.

Má právo udržovat si naději, necht' už se zaměří na cokoliv.

Má právo na poskytování péče takovými lidmi, kteří dokážou jeho naději udržovat, necht' už se situace změní jakkoliv.

Má právo na vyjadřování svých pocitů týkajících se blížící se smrti a to svým osobitým způsobem.

Má právo účastnit se rozhodování, která se týkají péče o něho samého.

Má právo očekávat nepřetržitý lékařský a ošetrovatelský zájem o něho samého, i když se budou muset „léčebné“ cíle nahradit cíly sledujícími udržování jeho pohody.

Má právo na to, aby nezemřel osamocený.

Má právo nemít bolest.

Má právo na čestné odpovědi na své otázky.

Má právo na to, aby mu nikdo nelhal.

Má právo na to, aby mu ve chvíli, kdy si uvědomí blížící se smrt, pomohla jeho rodina a pomoc byla poskytnuta i jeho příbuzným.

Má právo zemřít v klidu a důstojně.

Má právo ponechat si svoji individualitu a nebýt souzen za svá rozhodnutí, která mohou být v rozporu se stanovisky jiných

Zdroj: Přílohová část standardu - Péče o umírající

Fáze přijetí vlastní smrti podle E. K. Rossové

Umírající člověk prochází různými fázemi. Jeho chování se v těchto fázích mění a je vnějším výrazem toho, co pacient prožívá.

Švýcarská lékařka Elizabeth Kübler – Rossová rozlišuje pět fází umírání.

1. fáze – popírání nemoci. Při sdělení závažné diagnózy pacienti zavírají oči před skutečností a reagují slovy: „Já? To není možné!“ Jsou v šoku a snaží se o tzv. taktiku vyhýbání. Nechtějí věřit, že jejich nemoc je skutečností a hledají různé chyby (např. v záměně výsledku apod.). Přitom však vědí, že nemají pravdu, je to jejich obranná reakce na to, co nemohou unést.

Pacienti často vycítí, komu z personálu se mohou svěřit se svými vnitřními pocity. Před ostatními hrají hru, tváří se, jako by se nic nedělo. Může zde docházet k rozporu mezi slovy, kterými vyjadřují zdánlivou bezstarostnost, a gesty, z nichž můžeme vyčíst úzkost. Pozorný a citlivý pozorovatel musí rozpoznat pacientovu okamžitou náladu a nechat na něm, jak se chce se svým duševním stavem vyrovnat. Je zde důležité navázat kontakt a získat důvěru nemocného.

2. fáze – agrese. Pacient si klade otázku: „Proč právě já?“ Je zlostný, projevuje svůj hněv vůči rodině, lékařům, sestřám i vůči sobě samému. Agrese se projevuje i mimo slovně, např. výrazem obličeje, který je stažený, napjatý, odmítavý. Všechna gesta pacienta jsou odmítavá, nepřijímá nabízenou pomoc. Sestry se stávají cílem slovního útoku. Vše, co udělají, je špatné. Také návštěvy jsou přijímány s nechutí a bez radosti. Tím vším chce však nemocný na sebe upozornit, jako by říkal: „Ještě jsem na živu, nezapomínejte na to!“

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

3. fáze – smlouvání. Když pacient poznává, že hněvem a agresí ničeho nedosáhne, pokouší se změnit taktiku. Různými velkými sliby si chce prodloužit život anebo alespoň zmírnit utrpení (např.: „Jestli se uzdravím, nebudu už nikdy kouřit!“). Hledá „záračné léky“

a je ochoten udělat cokoliv pro své uzdravení. V jeho obličeji vidíme úzkost, napjetí

(výraz očí, strnulé rysy). Jeho gesta mohou být nervózní (např. hraní si s věcmi, opakované drobné pohyby, třes, netečnost, apod.). Nervozita pramení z rozporu mezi nadějí a hrozivou skutečností, kterou nemocný tuší.

4. fáze – *deprese*. Nemocný už nemůže déle obelhávat sám sebe a odmítat svůj stav. Prožívá hluboký smutek nad utrpenými i hrozícími ztrátami, který se projevuje v jeho obličeji – má smutné oči, často pláč. Je uzavřený do sebe, nedokáže si najít žádnou radost. Gesty vyjadřuje únavu, rezignaci, neochotu cokoliv dělat, zaujímá pasivní polohu. Není správné za každou cenu chtít nemocného rozveselit, on sám tyto snahy odmítá. Zde můžeme projevit svou účast a porozumění pouze svou přítomností u nemocného.

5. fáze – *smíření*. Tato fáze neznamena vždy jen šťastný stav. Je ale osvobozena od krutých pocitů. Ustávají všechny boje, odcházejí bolesti, závist, zloba. Je to období „posledního klidu před dlouhou cestou“, jak to vyjádřil jeden pacient. Nemocný je unavený, často pospává, je klidný. Jeho obličej je uvolněný, může se usmívat, ale i tehdy, je-li vážný, vyčteme z něj klid. Nemocný se projevuje spíše gesty, než slovy – pohyb ruky, který naznačuje, aby návštěva zůstala, stisk ruky jako výraz vděčnosti.

K dosažení fáze smíření nedojde každý. Cílem všech, kteří umírajícího provázejí – ať už personál v nemocnici nebo hospici, je dovést pacienta k tomu souhlasu, pokoji, vyrovnanosti. Velmi při tom záleží na prostředí, které má být pro pacienta jistotou, že nebude na své utrpení sám. Umírající se snadněji vyrovnává se svým stavem, jestliže ví, že je přijímán, milován a jeho život měl a má smysl. Těmito fázemi umírání neprochází pouze pacient, ale též rodina a přátelé. To je třeba mít vždy na zřeteli. Ideální je, pokud pacient i rodina procházejí jednotlivými fázemi více méně současně

Příloha 5

Okruhy otázek k neřízenému rozhovoru se všeobecnými sestrami hospicového zařízení a onkologického oddělení

Okruh 1 – Vnímání pojmu a náplně paliativní péče sestrami.

Okruh 2 – Přítomnost a znalost standardu paliativní péče v jednotlivých zařízeních.

Okruh 3 – Definování cílů a náplně paliativní péče z pohledu sester.

Okruh 4 – Znalosti sester a zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče.

Okruh 5 – Problémové oblasti v paliativní péči z pohledu sester.

Okruh 6 – Postoj sester k umírání a smrti.

Okruh 7 – Znalosti sester v oblasti práv umírajících.

Okruh 8 – Motivace sester k povolání s těžce nemocnými - umírajícími.

Zdroj: vlastní

Přehled spektra potřeb umírajících v rámci standardu paliativní péče

Biologické potřeby:

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

Psychické potřeby

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

Sociální potřeby

- umístění v aglomeraci: možnost procházek, možnost pobýt venku
- vybavení pokoje: WC, sprcha, nábytek, pokoje 1 – 4 lůžkové
- kontakt klienta s rodinou: možnost návštěvy - jak dlouhou dobu, možnost přespání, nadstandardního pokoje

Duchovní potřeby

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

Pozorovací záznam

4.2.1 Možnosti prostředí k uspokojování potřeb umírajících klientů

Materiální a technické vybavení

- pokoje – možnost přistýlky
- kvalita lůžek
- jídelní stolky
- signalizační zařízení
- bezbariérový přístup
- koupelna, WC
- terasa
- místnost posledního rozloučení
- kaple
- režim dne
- návštěvy

Ošetrovatelská dokumentace

- aplikace ošetrovatelského procesu
- přehlednost
- monitorovací záznamy
- časová náročnost

4.2.2 Přístup zdravotnického personálu k umírajícím klientům

- s respektem a úctou
- opravdový zájem
- dostatek času pro umírající
- umění naslouchat
- důvěra ošetřujícímu personálu

4.2.3 Způsob informovanosti klientů o jejich zdravotním stavu

- otevřená komunikace
- sdělení pravdy

- dostatek informací
- zajištění soukromí při sdělování informací

Zdroj: vlastní

Příloha 8

Přehled hospiců v České republice

Hospic Anežky České



Místo:	Červený Kostelec, Královéhradecký kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	8. 12. 1995
Typ objektu:	novostavba
Lůžková kapacita:	30

Hospic sv. Lazara



Místo:	Plzeň, Plzeňský kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	20. 3. 1998
Typ objektu:	rekonstrukce
Lůžková kapacita:	28

Hospic sv. Alžběty



Místo:	Brno, Jihomoravský kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	1. 6. 1998
Typ objektu:	rekonstrukce
Lůžková kapacita:	16

Hospic Štrasburk



Místo:	Praha
Země:	Česká republika
Datum otevření:	5. 9. 1998
Typ objektu:	rekonstrukce, přístavba
Lůžková kapacita:	26

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa



Místo:	Rajhrad u Brna, Jihomoravský kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	8. 1. 1999
Typ objektu:	rekonstrukce, přístavba
Lůžková kapacita:	50

Hospic sv. Štěpána



Místo:	Litoměřice, Ústecký kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	2. 2. 2001
Typ objektu:	rekonstrukce, přístavba
Lůžková kapacita:	26

Hospic na Svatém Kopečku



Místo:	Olomouc, Olomoucký kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	28. 11. 2002
Typ objektu:	rekonstrukce
Lůžková kapacita:	30

Hospic Citadela



Místo:	Valašské Meziříčí, Zlínský kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	30. 4. 2004
Typ objektu:	novostavba
Lůžková kapacita:	28

Hospic v Mostě



Místo:	Most, Ústecký kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	7. 7. 2005
Typ objektu:	rekonstrukce, nástavba
Lůžková kapacita:	15

Hospic sv. Jana N. Neumanna



Místo:	Prachatice, Jihočeský kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	24. 10. 2005
Typ objektu:	rekonstrukce, přístavba
Lůžková kapacita:	30

Hospic sv. Lukáše



Místo:	Ostrava, Ostravský kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	17. 9. 2007
Typ objektu:	novostavba
Lůžková kapacita:	30

Ostatní paliativní zařízení

Dětský hospic (respitní část), Malejovice



Místo:	Malejovice, Středočeský kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	1. 1. 2004
Typ objektu:	rekonstrukce
Respitní jednotky:	5

Hospic Hvězda



Místo:	Zlín - Malenovice, Zlínský kraj
Země:	Česká republika
Datum otevření:	1. 2. 2004
Typ objektu:	-
Lůžková kapacita:	14

Zdroj: <http://hospice.fsv.cvut.cz/hospice/ceska-republika.php>

Zdroj: <http://hospice.fsv.cvut.cz/hospice/ceska-republika.php>

Zdroj: <http://hospice.fsv.cvut.cz/hospice/malejovice-skola/nazor.php>

Zdroj: <http://hospice.fsv.cvut.cz/hospice/zlin/index>

