

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifika ošetrovatelské péče o onkologicky nemocné v terminálním stádiu
Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Hana Burkertová Ph.D., R.N.

Autor práce:
Eva Pfefferová

2007

Abstract

Specify nurse care about oncology patients in terminal stage

Terminal stage is gradual failure of life functions with death as its consequence. This stage lasts hours, days or weeks in some cases. Continuous must be taken to satisfy biological, psychical, social and spiritual needs of a dying patient. In nowadays, care in terminal state is being provided by after care departments, by oncological department and hospices.

The work is called The Specify nurse care about oncology patients in terminal stage. In its theoretical phase it deals with the problems of oncological ailments and their occurrence; an important part of which concerns a section about palliative care, which is growing in the Czech Republic.

New hospices are being set up, we now have both mobile and home based care and this gradual change in experience is important, although we also frequently have false development and advances in treatment of the dying.

It's generally known, that a person is a being with biological, psychological, social and spiritual needs. Especially the latter of these are overlooked by the general public as well as health workers. Nevertheless, in the terminal phase of illness such needs are rising in importance above biological needs. It's sad, that nurses working with dying people often exchange spiritual needs for psychological or social needs.

In the last pages of the theoretical part of this work, I focus on the challenges of suppliers care for terminal oncological sickness. In the Czech Republic, oncologic patients die mainly in the oncological department, and also in very poor conditions in after care departments. Only 1% of dying people are lucky enough to end their life's journey in one of 10 hospices in our Republic and far fewer people are dying at home surrounded by their loved ones.

Quantitative research was chosen for data collection and elaboration. Question-form was structured, anonymous with 25 questions. The research was held during March 2007. 181 question-forms was distributed. I got back 145 question-forms, on

which the research was based on. Research set consisted of nurses working on special departments of after care, oncology and in chosen hospices.

The practical section of this work deals with a survey, which should confirm or reject selected hypotheses. Hypothesis no.1: the knowledge of nurses caring for terminal oncologic patients is greater with nurses working in hospices than in after care departments. Hypothesis was confirmed.

Hypothesis no.2: the knowledge of nurses caring for terminal oncologic patients is greater with nurses working in hospices than in oncological departments. Hypothesis was confirmed.

Hypothesis no.3: nurses working in hospices have better conditions for satisfying terminal patients needs than nurses working in after care departments. Hypothesis was confirmed.

Hypothesis no.4: nurses working in hospices have better conditions for satisfying terminal patients needs than nurses working in oncological departments. Hypothesis was confirmed.

The objective of this bachelor work is to find out of knowledge of nurses taking care of oncological patients in the terminal stage. The goal was achieved.

The second goal of this thesis is to find out if nurses working on specialized departments have on such departments good conditions for dying patients. The goal was achieved.

This thesis could help improve nurses knowledge about specific problems in deal with dying patients, I suppose.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Specifika ošetrovatelské péče o onkologicky nemocné v terminálním stádiu vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 14.5.2007

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr.Haně Burkertové Ph.D., R.N. za cenné připomínky a trpělivé vedení mé bakalářské práce.

Obsah

1. Současný stav.....	10
1.1 Onkologická onemocnění.....	10
1.1.1 Evidence novotvarů v ČR.....	10
1.2. Paliativní péče.....	11
1.2.1 Paliativní péče a utrpení.....	13
1.2.2 Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě.....	14
1.2.3 Kvalita života v paliativní péči.....	14
1.2.4 Zahájení paliativní léčby.....	15
1.3 Terminální stádium a smrt.....	16
1.3.1 Umírání.....	16
1.3.2 Ošetrovatelská péče a fáze procesu umírání.....	17
1.3.3 Terminální stádium.....	18
1.3.4 Symptomy terminální fáze, jejich léčba a ošetrovatelská péče.....	19
1.3.4.1 Ošetrovatelská péče o pacienta s bolestí.....	20
1.3.4.2 Ošetrovatelská péče o pacienta s astenií.....	21
1.3.4.3 Ošetrovatelská péče o pacienta v deliriu.....	21
1.3.4.4 Ošetrovatelská péče o pacienta s agitovaným terminálním deliriem.....	22
1.3.4.5 Ošetrovatelská péče o pacienta se zvýšeným rizikem vzniku opruzenin a proleženin.....	23
1.3.4.6 Ošetrovatelská péče o pacienta s rizikem hypertermie.....	23
1.3.4.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s respiračními syndromy.....	23
1.3.4.8 Výživa a hydratace v ošetrovatelské péči.....	24
1.3.5 Duchovní péče o umírající.....	25
1.3.6 Smrt.....	26
1.3.6.1 Thanatologie.....	27
1.3.6.2 Dystanázie.....	27
1.4 Potřeby pacienta v terminálním stádiu.....	28
1.4.1 Biologické potřeby.....	29

1.4.2 Psychické potřeby.....	30
1.4.3 Sociální potřeby.....	30
1.4.4 Spirituální potřeby.....	31
1.5 Poskytovatelé péče o onkologicky nemocné v terminálním stádiu.....	32
1.5.1 Hospice.....	32
1.5.1.1 Charakteristika hospicové péče.....	33
1.5.1.2 Financování lůžkové hospicové péče.....	34
1.5.1.3 Formy hospicové péče.....	34
1.5.2 Oddělení následné péče.....	35
1.5.3 Onkologická oddělení.....	36
2. Praktická část.....	38
2.1 Cíl práce.....	38
2.2 Hypotézy.....	38
3. Metodika.....	39
3.1 Metodika.....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4. Výsledky.....	41
5. Diskuse.....	80
6. Závěr.....	87
7. Seznam použité literatury.....	88
8. Klíčová slova.....	91
9. Přílohy.....	92

Úvod

..... Neodcházejte pryč. Zůstaňte tady.
Potřebuji teď hlavně vědět, že tu je někdo,
kdo mě bude držet za ruku, až to budu potřebovat. Mám
strach...

Ještě nikdy v životě jsem totiž neumíral

(třináctiletý chlapec, který zemřel na zhoubný nádor)

Smrt. Slovo, které nás současně fascinuje a zároveň děsí. Vyvolává v nás úzkost a strach. Strach z neznámého, protože jak bylo řečeno v uvedeném citátu, umíráme jen jednou, napoprvé, bez předchozí vlastní zkušenosti. Nevíme tedy jaká je, co přijde s ní a co po ní, co s námi udělá. A z toho máme strach. A tak smrt vytěsňujeme ze svého života, jako by se nás ani netýkala.

Dříve či později se s ní ale setká každý z nás. Každému z nás umřel nebo umře někdo blízký či známý. Víme ale, jak se k takovému umírajícímu chovat? Jaká má přání a touhy? Co ho trápí a z čeho má strach? Umíme s naším blízkým v těchto těžkých chvílích komunikovat? Protože jsem si, stejně jako naprostá většina lidí, na tyto zásadní otázky odpověděla NE, rozhodla jsem se, že si vyberu bakalářskou práci na toto téma.

Práce má název Specifika ošetrovatelské péče o onkologicky nemocné v terminálním stádiu. Ve své teoretické části se zabývá problematikou onkologických onemocnění a jejich výskytu; důležitou část tvoří kapitola paliativní péče, která je nyní v České republice na vzestupu. Zakládají se nové hospice, máme už i mobilní a domácí hospicovou péči a co je důležité, postupně se mění zažitě, ale často nesprávné postupy a přístupy zdravotníků k umírajícím.

Terminální stádium onkologického onemocnění je pojem zahrnující konečnou fázi lidského života, která je časově ohraničena hodinami až dny. Jeho projevy, léčbou a ošetrovatelskou péčí se tato práce také zabývá.

Je všeobecně známo, že člověk je bytost s biologickými, psychologickými,

sociálními a spirituálními potřebami. Zvláště ty posledně jmenované jsou laickou veřejností i zdravotníky neprávem opomíjeny. Přitom v terminální fázi onemocnění vystupují do popředí více než potřeby biologické. Je tedy smutné, že sestry pracující s umírajícími lidmi často zaměňují potřeby spirituální za potřeby psychologické či sociální.

Na posledních stránkách své teoretické části práce se věnuji problematice poskytovatelů péče o onkologicky nemocné v terminálním stádiu. V České republice umírají pacienti s onkologickou diagnózou především na onkologických odděleních, dále v naprosto nevyhovujících prostorách na odděleních následné péče. Pouze 1 % umírajících má to štěstí, že může svou životní pouť ukončit v některém z 10 hospiců v naší republice a ještě méně lidí umírá doma, obklopeni svými blízkými.

Prvním cílem této bakalářské práce je zjistit znalosti sester v ošetrovatelské péči o onkologicky nemocné pacienty v terminálním stádiu. Druhým cílem této práce je zjistit, zda sestry pečující o onkologicky nemocné v terminálním stádiu mají na svých odděleních vytvořeny důstojné podmínky pro uspokojování potřeb umírajících pacientů.

1. Současný stav

1.1 Onkologická onemocnění

Onkologické choroby jsou v České republice velmi časté. Každý čtvrtý člověk z nás zemře na maligní onemocnění. Každému z nás se proto může stát, že jednoho dne bude postaven před krutou realitu, že trpí onkologickým onemocněním. Většina lidí vnímá onkologickou diagnózu jako beznadějnou a ani neví, že zhoubné nádory lze již téměř v 50 % vyléčit, nebo alespoň to, že se s rakovinou dá žít i léta jako s každým jiným chronickým onemocněním. (1, 35)

Výskyt onemocnění zhoubným nádorem neustále stoupá a podle Světové zdravotnické organizace onemocní na počátku třetího tisíciletí během života zhoubným nádorem každý třetí obyvatel naší planety. Je smutné a varovné, že Česká republika patří na jedno z předních míst ve výskytu zhoubných nádorů na světě. (35)

Nemocní se zhoubným nádorem tvoří ve zdravotnických zařízeních velkou část pacientů a od ostatních nemocných se výrazně odlišují. Jsou to často dlouhodobě léčení pacienti, kteří se opakovaně vrací ať již jako vyléčení na kontrolní vyšetření nebo s recidivou onemocnění. Mnozí z nich končí svou životní pout' právě v nemocnici. (35)

Diagnóza zhoubného nádoru vyvolá v každém postiženém existenční krizi (pacienti se zhoubným nádorem si často stěžují na ztrátu osobní kontroly). Psychosociální zátěž, jíž jsou nemocní se zhoubným nádorem vystaveni, mohou zdraví lidé pouze těžko pochopit. (28)

1.1.1 Evidence novotvarů v ČR

Sledování výskytu zhoubných novotvarů v České republice zavedlo Ministerstvo zdravotnictví v roce 1951 formou povinného hlášení každého zhoubného novotvaru. Od května 1975 působí v ČR plnohodnotný Národní onkologický registr (NOR) podle kritérií Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (IARC) v Lyonu. Umožňuje sledovat stav nemocných, úroveň jejich diagnostiky, terapie a dispenzarizace. (1)

Hlášení novotvaru podává lékař zdravotnického zařízení, ve kterém byl případ diagnostikován na předepsaném tiskopise, v písemné nebo elektronické podobě do jednoho měsíce od data stanovení diagnózy, zaslaném na spádové centrum NOR podle trvalého bydliště pacienta. (1)

Hlášení obsahuje identifikaci nemocného, parametrický popis novotvaru, jeho diagnostiku a léčbu, další průběh nemoci a příčinu smrti, adresu dispenzárního pracoviště. (1)

Evidence se vztahuje na české občany a cizince s trvalým pobytem v ČR. Základem evidence nádoru je převedení jeho údajů ze zdravotní dokumentace do počítače. Rozsah nemoci se určuje pomocí klinické TNM klasifikace. (1)

1.2. Paliativní péče

Definice paliativní péče Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2002 říká, že 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. Dále konstatuje, že paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces, ani neurychluje, ani neoddaluje smrt. (19)

Paliativní, neboli útěšná a zmírňující medicína, péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Principy paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní cíle: symptomatickou léčbu, zmírňující péči, efektivní terapii somatické a psychické bolesti, emotivní podporu, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající, doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího. (32)

Paliativní léčbu lze zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení, zatímco postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta zlepší. (22, 32)

Cílem paliativní léčby není prodlužování života, nýbrž kvalita života. Cílem je dále provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Obvykle se jedná o chronicky nemocné nebo o nemocné v terminální fázi života.

K otázce eutanázie má jednoznačně vyhraněný postoj: Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE. (20)

Definice se nezmiňují o terminální péči nebo o péči o umírající, protože principy a praktická aplikace paliativní péče by měly být používány i před konečnými dny či týdny nemocného. Léčba nemocných v terminálním stavu a péče o umírající jsou dvě tváře pokračující paliativní léčby a péče, která celkově často trvá dlouhé měsíce. (22, 32)

Paliativní medicína je moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velmi často selhávají. Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou. (20)

Obecnou paliativní péčí se rozumí dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována lékaři a sestrami 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, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni lékaři a sestry s ohledem na specifika své odbornosti. (20)

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. Základní formy specializované paliativní péče jsou zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic, hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci

nemocnic a léčeben; u nás je jediné oddělení paliativní péče a to v Babicích nad Svitavou), konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny), specializovaná ambulance paliativní péče, denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“), zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.). (20)

Zatímco paliativní medicína je aktivní léčba nepříjemných symptomů, které doprovázejí progredující onkologické onemocnění, paliativní péče je zaměřena na uspokojování individuálních potřeb nemocných a jejich rodinných příslušníků. Tuto péči poskytují především sestry celých 24 hodin denně. Proto je práce sestry v paliativní péči velmi náročná. (6)

1.2.1 Paliativní péče a utrpení

Utrpení můžeme definovat jako bolest či tíseň související s událostmi, které ohrožují neporušenost nebo celistvost jedince. Cílem paliativní léčby je provádět integrovanou komplexní péči, která je předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Utrpení musí být odlišováno od bolesti a ostatních symptomů, se kterými bývá spojováno. (32)

Příčiny utrpení můžeme rozdělit na fyzické (bolest), psychické (narůstající úzkost), sociální (pocity izolace od rodiny), kulturní a duchovní (nenalezení smyslu života). Pro nemocné v terminálním stádiu může být zdrojem utrpení kterákoliv z uvedených příčin a jejich účinky se sčítají. Termín celkové (totální) utrpení se používá k popisu součtu všech utrpení nemocného, kterému je určena také celková paliativní léčba a péče. (32)

Neřešené a neléčené problémy vztahující se ke kterékoliv příčině utrpení jsou následně příčinou vzniku některého dalšího aspektu utrpení. To znamená, že řešení kterékoliv příčiny utrpení má pozitivní vliv na zabránění vzniku nebo zmírnění některého dalšího aspektu utrpení. V paliativní péči je nejdůležitější vědomí toho, že

komponenty utrpení nemohou být odstraněny, pokud není zmírněna či odstraněna bolest. (32)

I pro sestru a ostatní členy zdravotnického týmu přináší poskytování paliativní péče emocionální vypětí, se kterým není jednoduché se vyrovnat. (2)

1.2.2 Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě

Moderní paliativní léčba není možná bez multidisciplinární spolupráce, tedy spolupráce lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků. (33)

Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým. Tvoří ho řada odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného. Do tohoto týmu určitě patří lékaři různých specializací, sestry, nutriční terapeut, sociální pracovníce, fyzioterapeut, psycholog, psychiatr, duchovní, ale i členové rodiny, přátelé nemocného a dobrovolníci. Sestra má v multidisciplinárním týmu velmi důležitou roli, a to například při hodnocení bolesti či únavy onkologicky nemocného. (32, 33)

Po sestavení týmu je klíčem k jeho úspěšnosti těsná a častá vzájemná komunikace jeho členů. Veškeré získané informace o fyzickém a psychickém stavu nemocného jsou sdíleny všemi členy týmu. Vztahy v týmu jsou určeny tak, aby přínos každého členy týmu byl stejně cenný. (31)

1.2.3 Kvalita života v paliativní péči

Důstojné umírání a dobrá smrt v sobě vždy nerozlučně zahrnují kvalitu poskytované péče a pacientovo subjektivní hodnocení a prožívání konce života. (22)

Otázka kvality života se v posledních desetiletích velmi zdůrazňuje ve všech zemích s rozvinutou lékařskou a ošetrovatelskou péčí. Diskuse nad tímto tématem probíhá v několika rovinách: lékařské, ošetrovatelské, etické, psychologicko-sociální a mnoha dalších.

Kvalita života je výslednicí stavu psychické a fyzické pohody (opakem je bolest, nevolnost atd.), úrovně sebeobsluhy, pohyblivosti pacienta, sociální zapojení pacienta (zda a jak často pacienta navštěvují příbuzní), podílení se na vytváření „vlastního osudu“ (možnost spolurozhodovat např. o postupech léčby), a toho, jak pacient prožívá a hodnotí svůj život. (29, 34)

Kvalita života je abstraktní a komplexní pojem, který představuje odpovědi člověka na fyzické, mentální, sociální, emocionální a psychické faktory a vlivy, které jsou součástí každodenního života. (3)

Z hlediska běžné praxe je třeba připustit, že se každý vážně nemocný člověk musí smířit se ztrátami, které přímo nebo nepřímo souvisí s existencí nemoci. Redukované možnosti však nutně neznamenají ztrátu kvality života. Každá ztráta však musí být vhodným způsobem kompenzována. Dobrá kvalita života zamezuje vzniku situačních psychických poruch a snižuje riziko psychotraumatizace pacienta. (3, 34)

Paliativní medicína je vedena snahou o udržení dobré kvality života. Snaží se nabídnout účinnou léčbu a podporu v oblasti tělesných obtíží a psychosociálních a duchovních potřeb. Cílem je, aby pacient netrpěl nesnesitelnými tělesnými symptomy a aby mohl vnímat svůj život až do konce jako smysluplný. (33)

V současné době se ve světě využívá stále více toho systému zjišťování kvality života pacienta, který vychází z nejzákladnějších životních cílů pacienta. Hodnotitelem není lékař, sestra či klinický psycholog, ale sám pacient. Ten uvádí (u systému nazvaného SEIQL) u každého z pěti pro něho osobně nejdůležitějších životních cílů, do jaké míry se on sám domnívá, že se mu daří toho kterého cíle dosahovat. Výsledkem je pak číselně vyjádřená míra pacientovy spokojenosti se životem. (14)

1.2.4 Zahájení paliativní léčby

Nemocný není povinen podstupovat léčbu, která již není účinná. Kurativní léčba může být tedy ukončena a vystřídána léčbou paliativní. Péče o nemocného však nesmí být ukončena nikdy. S paliativní léčbou se začíná, jakmile jsou negativní důsledky

kurativní terapie větší než očekávaný přínos. V případě zlepšení pacientova zdravotního stavu, je možné kombinovat paliativní i kurativní léčbu. (8, 21)

1.3 Terminální stádium a smrt

1.3.1 Umírání

Umírání je konečnou fází lidského života. Přichází většinou jako závěrečné vyústění již přítomného chronického onemocnění. Z patofyziologického hlediska je charakterizováno postupným nebo náhle vzniklým nevratným selháváním funkčních systémů lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus) a poruchou regulace těchto systémů. K nevratnému selhání může dojít během několika minut (náhlá smrt) až několika dní. Existují klinické situace, kdy k selhávání důležitých orgánů dochází očekávaně v důsledku známé, pokročilé, kauzálně nevyléčitelné nemoci. Zde je indikována intenzivní paliativní péče. (22, 32)

Umírání nespadá do koncepce života. Může být spojeno s nepříjemným utrpením. Utrpení je však přirozenou, nezbytnou, i když nemilou součástí lidského života, právě tak jako dýchání, trávení, rozmnožování, vědomí, světlo a krása. (31)

Přehodnocení klinického stavu z „pacient je kriticky nemocný“ na „pacient umírá“ a z toho plynoucí přechod z kurativního přístupu na přístup paliativní musí nejednou lékař učinit během několika dní, někdy několika hodin. Přechod z kurativního na paliativní přístup není zdaleka pouze medicínským rozhodnutím. Do hry zde vstupují otázky a přání pacienta a jeho rodiny a rovněž některé otázky etické a právní a ekonomické. Je-li stav pacienta zhodnocen jako „umírání“ mělo by se hlavním a jediným cílem léčby a ošetrovatelské péče stát, aby pacient trpěl co nejmenším dyskomfortem. (18, 22, 32, 33)

Odpověď na otázku co potřebuje a chce umírající člověk není příliš složitá. Je to hlavně dokonalá paliativní péče, respektování vlastních přání a vlastní důstojnosti, dále hmotné zabezpečení, smysluplné využití zbývajících času (přiměřenou aktivitu a příjemné podněty), své stabilní prostředí, přijetí vlastního života i vlastního konce,

blízkost a doprovod sympatizujícího člověka a smíření se sebou samým, se svou rodinou, se světem, popřípadě s Bohem. (21)

Protichůdnou otázkou je otázka – co terminálně nemocný nechce: nechce být překládán a odsouván ze zařízení do zařízení, nechce být vyloučen z rozhodování, nechce časté střídání ošetrovatelského personálu, nechce být obtěžován přemírou péče, nechce být nucen do jídla a pití, nechce komunikovat se spolupacienty. Z těchto řádků lze poznat, že většinu předešlého můžeme my, jako sestry ovlivnit. (21)

Co potřebuje sestra, která o terminálně nemocného pečuje a co tím může získat? Tak především potřebuje mít vyřešený vztah k vlastní konečnosti, motivaci, lásku, trpělivost, musí být tělesně a duševně zdatná, dále musí ovládat umění odstupu, mít zázemí a nezapomínat pečovat také o své zdraví (jíst a dostatečně spát). A co získá sestra, která o terminálně nemocného pečuje? Taková sestra především dozraje, vyrovná se s vlastní konečností a překoná strach ze smrti a naučí se rozlišovat, co je a co není v životě podstatné. (21)

Péče o umírající představuje velkou zátěž pro sestry. Původcem úzkostí je připomenutí vlastní smrtelnosti a smrtelnosti našich blízkých. Zdrojem frustrací je pocit selhání a bezmocnosti, když nemůžeme zachránit nemocného před smrtí. (30)

1.3.2 Ošetrovatelská péče a fáze procesu umírání

Proces umírání se rozděluje na tři fáze:

1. Fáze *pre finem* může být velmi dlouhá a časově obsáhne někdy měsíce, ale i roky. Je nutno usilovat o remisi, tedy stav různě dlouhého a různě kvalitního příměří s nemocí, která dříve či později pravděpodobně vzplane znovu. S ohledem na aktuální stav nemoci je nutné, aby sestra pacienta motivovala na cíle, které jsou reálné. (32)

Jedná se o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stádia.

Do tohoto období patří také vyrovnání se s blížící se smrtí a umíráním. Tomuto tématu se věnovala Dr. Elisabeth Kübler-Rossová, která popsal následujících pět fází procesu vyrovnání se s infaustní diagnózou. První je fáze *negace*, kdy je pacient v šoku

a má tendenci nově vzniklou situaci popírat („to je určitě omyl“), ve druhé fázi přichází období agrese a hněvu („proč já?“, zlost na zdravotníky či zdravé lidi), následuje fáze smlouvání, kdy pacient tzv. vyjednává a hledá zázračné léky; po tomto období přichází fáze deprese a smutku a nakonec snad i fáze smíření a pokory. Fázi smíření je třeba odlišit od rezignace („házení flinty do žita“), cílem je pacientovi i jeho blízkým pomoci dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti. (24)

Je třeba, aby si sestra uvědomila, že uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Dále je nutné, aby věděla, že tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy zachovávat tento sled. Naopak se mohou vracet a střídat a někdy se mohou dvě nebo tři v jednom dni prolínat. A také je třeba upozornit na časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacient a jeho blízcí. Pokud je rodina „pozadu“ či „napřed“, měla by se snažit co nejdříve vyrovnat s pacientem krok, aby neškodila sama sobě ani svému blízkému. (24)

2. Ve stádiu in finem jde o vlastní umírání pacienta s následným koncem života, v tomto období je paliativní ošetrovatelská péče nejaktivnější a nejdůležitější. Jedná se o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu. (24, 32)

3. Fáze post finem je pro sestru charakteristická péčí o mrtvé tělo a také doprovázením pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku. Tato fáze nebývá v popředí zájmu sester v nemocnicích (s výjimkou péče o mrtvé tělo), ale je charakteristická pro hospicovou péči. (24, 32)

1.3.3 Terminální stádium

Hovoří-li se o terminální fázi, o umírání, tak se zpravidla jedná o období několika posledních dní života (obvykle méně než 72 hodin), ve kterém se velmi často vyskytují některé obtížné symptomy. Základním předpokladem náležité péče o pacienta v této fázi je, aby lékař správně rozpoznal, že pacient umírá. Tento zdánlivě banální fakt je často přehlížen a podceňován. To vede nejednou k nepřiměřeně invazivním vyšetřením a léčbě a v podstatě k prodloužení umírání a zvětšení utrpení pacienta i jeho blízkých. Je velmi obtížné určovat prognózu přežití v horizontu týdnů až měsíců,

avšak rozpoznat, že pacient umírá je možné s velmi vysokou pravděpodobností z některých příznaků a projevů. (23)

Terminálně nemocný pacient je člověk, před kterým se na jednu stranu uzavírá jeho životní cesta a na druhou stranu se rozšiřuje prostor jeho duchovního hledání. Nejde jen o naléhavost toho, že něco je třeba rychle najít, neboť času moc nezbyvá. I tato naléhavost působí a může být i dobrým stimulem, pokud není prožíván stresově. Jde ale o určité bohatství okamžiku, o zvláštní inspiraci těžké chvíle, která člověka nejen drtí, ale klade mu i určité otázky. (36)

Terminálně nemocní jsou ti nemocní - dle definice paliativní medicíny - jejichž onemocnění je progredující a nevyléčitelné. Takovéto onemocnění předpokládá u většiny nemocných a jejich blízkých potřebu podpory ve všech oblastech bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu, tedy vyžaduje vysoce profesionální zájem ze strany zdravotně-sociálního sektoru. (20)

Označit určité období v průběhu nemoci za terminální (konečné) je obtížné. Je třeba se od začátku vyvarovat zjednodušeného pohledu na terminální fázi jako na snadno a jednoznačně vymezitelné období. Identifikovat terminální fázi je častěji možné u nádorových onemocnění, kdy informace o typu nádoru, stupni pokročilosti spolu s aktuálním klinickým obrazem umožňují formulovat rámcovou prognózu s vysokým stupněm pravděpodobnosti. (20)

Za terminální stádium nemoci považujeme to období, při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progresu vážného chronického onemocnění, a které je svou konečnou prognózou letální. (22)

1.3.4 Symptomy terminální fáze, jejich léčba a ošetrovatelská péče

Umírání je komplexní, mnohvrstevný proces. Tělesné a psychické symptomy a jejich léčba jsou pouze jednou z oblastí tohoto procesu. Dobré zvládnutí tělesných symptomů je do značné míry předpokladem k důstojnému umírání. Dostatečné zmírnění tělesných symptomů je rovněž nesmírně důležité pro pacientovu rodinu a blízké a rovněž pro pacienty, kteří s umírajícím pobývají na společném pokoji. (23)

Pro všechny tyto zúčastněné je citlivá komunikace ze strany sester a lékařů a efektivní léčba tělesných symptomů příslibem a nadějí, že důstojné umírání je možné a že poslední hodiny života nemusí být naplněny nesnesitelnou bolestí a utrpením. I proto musí být sestra neustále přítomná a dostupná nejen pro umírajícího pacienta, ale i pro jeho blízké. (2, 23)

Vlastní klinický průběh terminální fáze samozřejmě závisí na typu a stupni pokročilosti nádoru, stejně jako na přidružených onemocněních. Přesto jsou některé symptomy a syndromy pro poslední dny a hodiny života charakteristické. Nejčastějšími obtížnými symptomy posledních 48 hodin života jsou kognitivní dysfunkce, dechové obtíže a bolest. (23)

Postoje k péči o umírající nejsou jednotné. Obsahují kulturní, a náboženské odlišnosti různých skupin lidí. Sestra by měla být seznámena s obecně platnými normami v této oblasti. To jí pomůže zaujímat profesionální stanovisko. (30)

1.3.4.1 Ošetřovatelská péče o pacienta s bolestí

V posledních hodinách života je nesnesitelná bolest poměrně vzácná. Je to jistě dáno pacientovou minimální pohybovou aktivitou. Zásady pro léčbu bolesti v této fázi lze shrnout následovně: pravidelné hodnocení intenzity a charakteru bolesti, které u nemocného provádí sestra. Sestra je zodpovědná za to, že bude velmi pečlivě bolest hodnotit a zajistí dostatečnou úlevu. Sestra může umírajícímu pomoci verbalizovat pocity spojené s bolestí. Dále sem patří podávání léků v dostatečných dávkách dle ordinace lékaře, v případě nemožnosti perorálního podání zvolení jiné cesty (např. rektální, parenterální), pravidelná aplikace analgetik bez přerušování dávek kvůli celkovému útlumu nemocného, silné opioidy (např. morfin, fentanyl) nikdy náhle nevysazovat (ani u pacienta v komatu), jako prevence abstinčního syndromu postačí 25 % původní denní dávky. (4, 23, 32)

Dnes je možné zajistit skoro pro všechny pacienty v poslední fázi života prostředky zmírňující bolest. Léčba bolesti pomocí opiátů umožňuje většinou osvobození od bolesti při zachovaném vědomí. Je třeba překonat strach z morfia a dalších opiátů, který je široce rozšířen. Moderní léčba bolesti tyto léky používá

s jasným cílem: zachovat co nejvyšší kvalitu života umírajícího až do konce. Je třeba si uvědomit, že umírajícímu zbývá krátký čas a zaslouží si jej žít bez bolesti, která by jej vyčerpávala. (23, 32)

V posledních letech začaly sestry na některých pracovištích u nás (především v hospicích) používat, ve spojení s farmakologickou léčbou, také nefarmakologické metody tišení bolesti. K těmto metodám patří především placebo efekt, hypnóza, relaxace, kognitivní psychoterapie bolesti, aromaterapie, termo- a kryoterapie, odvádění pozornosti atd. Sestra může terminálně nemocným tyto metody nabídnout a některé z nich (např. aromaterapii, relaxační techniky, odvádění pozornosti, kryo- a termoterapie) i sama, v rámci ošetrovatelského procesu provádět. (4, 13, 26)

Sestra má primární zodpovědnost při hodnocení bolesti a podílí se na vytváření léčebného plánu. Měla by obhajovat zájmy pacienta a jeho blízkých a přesvědčit pacienta o tom, že u většiny umírajících lze bolest dobře léčit. (4)

1.3.4.2 Ošetrovatelská péče o pacienta s astenií

Celková slabost-astenie a prohlubující se somnolence jsou přirozenými projevy umírání. Pro pacienta většinou nepředstavují problém ve smyslu symptomu, který by vyžadoval specifickou léčbu.

Pacient se postupně uzavírá vnějšímu světu. Sestra by měla vědět, že významnými zůstávají pouze vztahy s několika nejbližšími. Neustálé vstupování nových aktérů „na scénu“ (střídání sester, nové návštěvy atd.) mohou pacienta velmi zatěžovat. (23)

A jak může pomoci sestra? Sestra rodině umírajícího vysvětlí, že slabost a únava se dá u pokročilého onemocnění očekávat a že se vyskytuje u mnoha pacientů. (2)

1.3.4.3 Ošetrovatelská péče o pacienta v deliriu

Jedná se velmi častý (až 80 % onkologických pacientů v terminální fázi nemoci) a zároveň velmi obtížný syndrom se závažnými důsledky pro kvalitu života pacienta

i jeho blízkých. Jako delirium se označuje akutně vzniklá kvantitativní porucha vědomí v oblasti pozornosti, kognitivních funkcí, vnímání a psychomotorických projevů. Dle charakteru psychomotorických projevů bývá delirium terminálních onkologických pacientů děleno na hyperaktivní (agitované), hypoaktivní a smíšené. Hypoaktivní delirium bývá často nesprávně hodnoceno jako demence resp. deprese. Přitom bývá nejednou vyvoláno odstranitelnou příčinou. V posledních dnech života je pro sestru někdy poměrně obtížné odlišit přirozené „odpoutání“ pacienta od vnějšího světa a jeho ponoření do svého vnitřního světa od deliria.

Jako prevenci deliria je třeba, aby sestra zajistila vhodné vnější prostředí, to znamená: klidnou místnost s pohodlným lůžkem, celou noc rozsvícené malé světlo (nenechat pacienta v úplné tmě), pokud možno stabilní ošetřující personál (v ideálním případě stabilně jedna sestra), přítomnost členů rodiny a přátel (zvažovat stupeň zátěže pro pacienta), minimální přesuny nemocného (stěhování mezi pokoje, cesty na vyšetření atd.), velmi uvážlivě indikovat všechna fyzická omezení (zábrany u lůžka, „přikurtování“ nemocného atd.), zvýšený dohled a kontrolu ze strany ošetřovatelského personálu, dle ordinace lékaře vysadit všechny zbytečné léky. (1, 23)

1.3.4.4 Ošetřovatelská péče o pacienta s agitovaným terminálním deliriem

Takto bývá označováno agitované delirium, které se u některých pacientů rozvíjí v posledních dnech a hodinách života. Představuje velikou stresovou zátěž pro sestry a ošetřující personál a bývá jedním z častých důvodů hospitalizace pacienta na závěr života.

Mezi klinické příznaky patří neklid, agitovanost, kolísavý stav vědomí (častá je spánková inverze - přes den somnolence a spánek, v noci agitovanost), svalové záškuby až záchvaty generalizovaných křečí.

Při objevení se příznaků se sestra snaží zmírňovat úzkost a strach (např. ze smrti), bolest, popřípadě podle ordinace lékaře sestra aplikuje léky zajišťující sedaci pacienta (zcela nevhodným lékem je Morfin – prohlubuje delirium). Ošetřovatelská péče je stejná jako u ostatních typů delirií. (1, 23)

1.3.4.5 Ošetrovatelská péče o pacienta se zvýšeným rizikem vzniku opruzenin a proleženin

Jak z lékařského a ošetrovatelského hlediska, tak také ke spokojenosti nemocného je důležité, aby byla maximální pozornost věnovaná pokožce umírajícího, aby bylo zajištěno vhodné polohování. Pokud se sám neudrží, je možné jej šetrně vypodložit, aby setrval v požadované poloze na boku. Sestra dbá na to, aby riziková místa, ohrožená vznikem proleženin, byla chráněna před tlakem vypodložením měkkými polštáři nebo molitanovými podložkami. Sestra vždy pracuje po dohodě s nemocným, aby se mu leželo dobře a časté polohování jej nevyčerpávalo a nepůsobilo mu bolest.

Sestra musí pokožku nemocného udržovat čistou a suchou, hlavně v místech, která jsou pocením a nebo jinými sekrety ohrožena. Pokožka pravidelně ošetrovaná a chráněná vhodným krémem je odolnější proti vzniku proleženin, otlaků a opruzenin. (26)

1.3.4.6 Ošetrovatelská péče o pacienta s rizikem hypertermie

Mění se tělesná teplota: ruce a nohy mohou být studenější kvůli zhoršenému prokrvení. Sestra může zkusit udržet tělesnou teplotu použitím ponožek nebo ohřívacích lahví. Pokud má umírající naopak vyšší teplotu, potom jsou příjemné slabé přikrývky nebo jen prostěradlo či samotný povlak. Někdy může udělat dobře studený obklad na čelo nebo do třísel. Je důležité, aby sestra nemocnému pravidelně měřila teplotu. Horečka v tomto stádiu bývá známkou selhání termoregulačního centra, ne zápalu plic či nějaké jiné infekce. (26)

1.3.4.7 Ošetrovatelská péče opacienta s respiračními syndromy

Nejčastějšími respiračními obtížemi v terminální fázi nemoci jsou dušnost a hlasité chrčivé dýchání. Jedná se o dva rozdílné stavy. To je velice důležité z hlediska léčby a ošetrovatelské péče, ale také vzhledem k častým obavám členů rodiny o pacientův komfort v případě chrčivého dýchání.

Terminální chrčivé dýchání vzniká z nahromadění sekretu ve velkých dýchacích cestách u zesláblých terminálně nemocných, kteří nejsou schopni expektorace. Často se vyskytuje u umírajících pacientů s poruchou vědomí. V hrdle může vzniknout chrčení nebo „kloktání“, které bývá pro pacientovi blízké či spolupacienty velmi nepříjemné, protože mají pocit, že se umírající každou chvíli udusí.

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu a obtížného dýchání. Bývá spojeno s úzkostí, která pocit dušnosti dále zhoršuje.

Mezi ošetrovatelské intervence u těchto potíží patří: uklidnění pacienta, zvýšení hlavy nebo horní části těla (Fowlerova poloha) či otočení na bok, hlava by neměla být v záklonu. Pomůže také, když sestra zajistí dobré větrání místnosti a zvlhčí vzduch. Pomoci mohou také relaxace a dechová cvičení, které s umírajícím provádí sestra. Bylo prokázáno, že jen výrazná menšina terminálně nemocných potřebuje ke kontrole dušnosti kyslík. Dle ordinace lékaře sestra aplikuje bronchodilatancia (např. Ventolin), anxiolytika (Diazepam), mukolytika (Mucosolvan) či opioidy. U pacienta při vědomí je odsávání zdrojem velkého dyskomfortu, zvyšuje riziko zvracení a aspirace a obvykle nevede k úlevě. (1, 23, 26)

1.3.4.8 Výživa a hydratace v ošetrovatelské péči

Umírající pacienti obvykle nepociťují žízeň a hlad. Pokud by však tyto pocity měli, je samozřejmě povinností sestry jim dle jejich přání tekutiny a potravu zajistit. U terminálně nemocných často není možné zajistit dostatečný příjem potravy per os. Příčinou může být celkový stav nemocného – sopor, koma, těžké delirium, mechanická překážka polykání, nechutenství. (1, 18)

Při zvažování nutriční podpory je třeba postupovat individuálně. Sestra by měla poučit příbuzné, že jejich blízký umírající obvykle nemá z parenterální či enterální výživy prospěch (kanyla či sonda pro něj představují zátěž a omezení), kalorický přísun již nezlepšuje kvalitu života, nemění prognózu, pouze může o několik dní prodloužit proces umírání a tím i proces utrpení.

Zásadní důležitost má u umírajících dobrá ošetrovatelská péče o dutinu ústní. Sestra by měla umírajícímu pravidelně zvlhčovat dutinu ústní (např. vytíráním štětičkou namočenou v čaji, podáváním kostek ledu s ananasovou šťávou apod.), pokud je to nutné měla by z dutiny ústní i šetrně odsávat hleny. (1)

1.3.6 Duchovní péče o umírající

V minulosti se lékaři a sestry spirituálními potřebami nemocných vesměs nezabývali. Také dnes je možno se setkat s tím, že některé sestry a zvláště lékaři považují smrt svého pacienta za osobní prohru a omezují kontakt s umírajícími na nezbytné minimum. Avšak díky šíření zásad paliativní medicíny se způsob profesního chování sester k vážně nemocným začíná měnit. (3)

Obecně platí, že vážné onemocnění představuje mezní životní situaci. Konfrontace s pomíjivostí lidského života vyvolá pocity akutního osobního ohrožení a ztrátu jistot. Nemoc radikálně změní dosavadní mezilidské vztahy a přináší s sebou osamocenost. S postupujícím úbytkem sil se zmenšuje prostor pro autonomní rozhodování a stoupá závislost na cizí pomoci. Téměř každý vážně nemocný člověk prožívá chvíle smutku, úzkosti a strachu. Vnitřní krize ohrožuje lidskou víru v dobro. Nemocný je nespokojen s celým svým životem, odcizuje se sobě samému i svému okolí. (3)

Většina trpících vítá laickou psychickou podporu sester, odborné psychologické poradenství, někteří i pastorační péči. Pastorační péče o nemocné a trpící respektuje pacientovu jedinečnost. Cílem je pomoci pacientovi důstojně zvládnout jeho životní situaci, a to na jemu dostupné úrovni. Ošetrovatelská péče o umírajícího by neměla opomíjet nabízet dostatek vztahů. (8, 14)

Duchovní péčí se rozumí péče o spirituální potřeby lidí. Obzvláště u umírajících a jejich rodin je potřeba duchovní péče velká. Právo na duchovní péči ve zdravotnickém zařízení má každý pacient a ošetřující personál, včetně sester by mu měl tuto službu umožnit. (8)

1.3.7 Smrt

Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka. Tento konec našeho biologického života definují lékaři jako zastavení základních fyziologických činností a zvláště pak funkce mozku. Jeho hlavním důsledkem je vyhasnutí reflexů. Kritériem konce je trvale izoelektrický plochý záznam na EEG a arteriografický blok při neprůchodnosti mozkových artérií. (11, 13)

Starý řecký filozof Parmenidés nazval člověka smrtelníkem a vyjádřil tím jeho bytostnou, základní a určující charakteristiku. Zvířata hynou, ale člověk umírá; má vědomí vlastní smrtelnosti, i když neví, kdy zemře. Smrt je něčím budoucím přicházejícím, něčím k čemu se stále a bez výjimky přibližujeme od samého početí – a nemůže tomu být jinak. Tímto přibližováním a vědomím konečnosti se ke smrti neustále vztahujeme. (34)

Vědomí smrti získáváme nikoliv z vlastní zkušenosti, nýbrž pouze z umírání ostatních lidí, tedy „teoreticky“ a s možností si ji představovat. Smrt je člověku něčím „cizím“, čímsi neznámým, představovaným jako ohrožení a doprovázeným úzkostí.

Tomuto neznámému, doprovázenému úzkostí, se pochopitelně nejčastěji bráníme různými racionalizacemi a především popřením, kdy smrt si nepřipouštíme a žijeme bez ohledu na naši konečnost, jako by se nás netýkala a jako bychom byli nesmrtelní. (34)

Druhá možnost vztahování se ke smrti je tuto jistotu přijmout a vystavit se jí myšlenkově i prožitkem, tedy celou naší bytostí. Vědomá akceptace smrti bývá např. u lidí, kteří se dostali do její blízkosti. Smrti se přestávají nepřiměřeně bát. Proměna vztahu ke smrti pak dává možnost smysluplně naplňovat a rozvíjet své možnosti s ohledem na druhé a společně s nimi. (34)

Každá sestra by měla umět rozpoznat příznaky blížící se smrti, které mohou, ale nemusejí nastat: oči jsou otevřené nebo polootevřené, ale ve skutečnosti se nedívají, jako by se dívaly do dálky, upřeně do jednoho místa, chladnoucí ruce a nohy nebo naopak horečka, ústa jsou otevřená, spodní strana těla, nohy, kolena a ruce se tmavěji zbarvují, puls slábne, mění se frekvence a hloubka dechu, zornice reagují stále méně na

působení světla, umírající se stává nezúčastněným a nereaguje už na své okolí. Smrt přichází, když ustávají úder srdce a dýchání. To, co se někdy považuje za poslední výdech, může být ještě dokončeno jedním nebo dvěma výdechy až vzdechy v delším intervalu. (26)

1.3.7.1 Thanatologie

Thanatologie je definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Thanatos, bratr Hypnův, je zpravidla zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. (7)

1.3.7.2 Dystanázie

Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci dystanázií neboli zadrženou smrtí.

Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát. (7)

Poprvé tehdy, když nejsou včas a náležitě zohledněny potřeby člověka, který právě vstoupil do procesu umírání. Tam moc vítězné medicíny končí a dotyčný a jeho rodina potřebují paliativní formy péče, která jim často nemusí být poskytnuta nebo je poskytnuta pozdě.

Druhé „zrady“ se v dobrém úmyslu dopouštějí zdravotníci, včetně sester tím, že bývají hyperaktivní. Stále intervenují ve prospěch života všemi dostupnými prostředky, které mají k dispozici, a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít. (7)

Lidé stále více spoléhají na vítěznou medicínu a ve skrytu duše doufají, že jim splní odvěkou touhu o dlouhém životě. Smrt je stále více odsouvána a mnozí lidé nabyli dojmu, že zemřít je vždy předčasné a vlastně nevhodné. (7)

1.4. Potřeby pacienta v terminálním stádiu

Moderní ošetrovatelství vychází ve své teorii, ale i v praxi z rozboru potřeb nemocného člověka a vede k identifikaci těch, s jejichž naplněním potřebuje pacient pomoci. Toto pojetí umožňuje vytvoření takového systému péče, ve kterém je pacient skutečným středem veškeré snahy zdravotníků. (25)

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. (27)

V termínu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního s vnějším, s okolním světem, každá potřeba je potřebou něčeho, vztahuje se k něčemu v prostředí. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které jsou chápány jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. (27)

Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem – žádoucím nebo nežádoucím. Za žádoucí způsoby se považují ty, které neškodí ani nám, ani jiným, jsou ve shodě se sociálně – kulturními hodnotami individua a jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak, za nežádoucí způsoby pokládáme ty, které mají jednu nebo více z těchto charakteristik: mohou škodit dané osobě nebo jiným, nejsou ve shodě s jejich sociálně – kulturními hodnotami nebo přesahují meze zákona. (27)

Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevyléčitelných nemocí a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na: základním onemocnění, stupni jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stadia, preterminální a terminální stadia onemocnění), přítomnosti více závažných onemocnění současně, pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.), psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.). (20)

Sestra pracující metodou ošetrovatelského procesu musí mít neustále na paměti čtyři základní okruhy potřeb, které u svých terminálně onkologicky nemocných aktivně vyhledává a saturuje. Potřeby lze rozdělit na tělesné (biologické), psychické, sociální a duchovní (spirituální). (12, 34)

Sestra by měla vědět, že se priorita potřeb v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku onemocnění jsou prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální. (24)

Nezbytným předpokladem pro práci sestry ošetřující terminálně nemocného je obrovská míra empatie a porozumění, dostatek času na pacienta, orientace v základních otázkách života a smrti, respekt k hodnotovému žebříčku pacienta a především vůle nechat ho stanovit si vlastní priority. (12)

Sestra má v ošetrovatelském procesu za úkol poskytovat ošetrovatelskou péči podle ordinace lékaře a navíc uspokojovat individuální potřeby umírajícího. Tím vzniká dynamická, systematická, plánovaná ošetrovatelská péče, jejímž cílem je docílit co nejlepší kvality života nemocného. (12)

1.4.1 Biologické potřeby

Do této kategorie patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i zvláštním způsobem upravenou a často i za pomoci sestry, zmírnit dýchací obtíže, pomoc při pohybu, dostatečný přívod tekutin atd. V rámci možností je nutné, aby sestra nemocného nutila k aktivitě, jinak předčasně zchátrá nebo se proleží.

O většinu biologických potřeb, včetně tišení bolestí, bývá dobře a odborně postaráno sestrami v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždycky. Například podmínky pro nerušený spánek může mít pacient mnohem lepší doma. Sestra by měla vědět, že tělesné potřeby souvisejí nejen s bezprostředním přežitím jedince, ale mají vliv na úroveň pobytu pacienta v nemocnici a přímo ovlivňují psychickou stránku člověka. (11, 24, 34)

1.4.2 Psychické potřeby

I nemocný člověk má potřebu respektu ke své lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu své tělesné schránky. Je to respektování vědomí, že člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A je tedy nutné, aby ho takto sestra chápala a respektovala vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje. (16)

Psychické potřeby se u hospitalizovaných lidí týkají především jistoty obecně (opakem je nejistota, úzkost, strach), pocitu, že jsou sestrami a spolupacienty akceptováni a pozitivně hodnoceni, dále nemocní lidé v nemocnici potřebují mít soukromí a necítit se osamělí. Varovné je, podle výzkumu veřejného mínění, že občany ČR je nejhůře hodnocena právě péče o psychické utrpení pacientů. (22, 34)

Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a sestry často zapomínají, že více než slova mluví jejich mimika, pohyby, gesta, postoj, oči, ale i jejich oblečení apod. Říká se tomu mimoslovní (neverbální) komunikace. Důležitý je pocit bezpečí, a proto je potřeba, aby sestra nemocnému nelhala, tj. neříkala něco, co by později musela odvolávat, a nevyhýbala se položeným otázkám. Vymstilo by se to, nemocný by k takové sestře ztratil důvěru právě ve chvíli, kdy ji bude nejvíc potřebovat. Další zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet. (16, 24)

1.4.3 Sociální potřeby

Sociální potřeby se s psychickými potřebami překrývají a řadí se mezi ně nutnost komunikace a pozitivního kontaktu (sdělování a sdílení) vedoucí k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti. Člověk je tvor společenský a proto většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne ale vždy a ne všechny. Měl by mít právo návštěvy si sám usměrňovat a sestra a jeho blízcí by ho v tom měli plně respektovat. Nejsilnější vazby jsou obvykle s rodinou, ale nejen s ní, nemocný potřebuje cítit, že zůstává nadále členem společenství, do kterého patřil před vypuknutím nemoci. (16, 24, 34)

Pro sestru je důležité vědět, že sociální potřeby jsou v terminální fázi života modifikované a specifické. Patří sem především potřeba nezůstat v umírání sám. Umírající

nejvíc potřebuje fyzickou blízkost někoho, koho má rád. (9)

Zvládnutí psychosociální péče o umírající klade vysoké nároky na všímavost sestry, na její citlivost a schopnost vcítit se do pocitů umírajícího pacienta. (24)

1.4.4 Spirituální potřeby

Pohled sester na potřeby duchovní se mnohdy zužuje na otázku víry a příslušnosti nemocného k nějakému náboženství. Přitom do této kategorie potřeb patří také potřeba odpuštění, lásky a sounáležitosti a smyslu a účelu (bolesti, utrpení, života).

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu, a proto se mnoho sester domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Paradoxně tomu však bývá naopak. Věřící člověk ví, kde hledat pomoc a na koho se obrátit. U lidí bez této víry tomu tak většinou není. Ale právě v průběhu vážné nemoci jsou i oni konfrontováni s vlastní smrtelností a začínají se zabývat životně důležitými otázkami po smyslu a účelu vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, a to tak, že si někdy i zoufá. Je potřeba, aby mu sestra ukázala, že v každé situaci se dá žít smysluplně. Když se mezi sestrou a umírajícím vytvoří vztah důvěry, může před ní umírající učinit poslední zpověď, nebo může sestra zprostředkovat setkání s osobou, se kterou se chce umírající před smrtí smířit. Pokud má umírající zájem, je důležitým úkolem sestry zajistit mu návštěvu duchovního.

Vyhledávání a uspokojování duchovních potřeb nemocných je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče o nemocné. (2, 12, 16, 24)

1.5 Poskytovatelé péče o onkologicky nemocné v terminálním stádiu

1.5.1 Hospice

Hospice (hospitium – hospitia) existovaly již za Římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky nebo přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď se uzdravit a pokračovat v cestě anebo v klidu zemřít.

Moderní hnutí pro obnovu hospiců, tentokrát s určením pro klidné umírání nemocných, započalo v Londýně díky práci Dr. Cecilie Saundersové, která založila a uvedla do provozu Hospic sv. Kryštofa v roce 1967. (17, 22)

Hnutí se velmi brzy rozšířilo nejen po celé Anglii, ale i do jiných zemí. Při budování hospiců se vycházelo rovněž ze zkušeností Elisabeth Kübler-Rossové. Díky jejím studiím vzniklo nové ars moriendi (umění umírat) v tom nejlepším slova smyslu.

U nás je plným právem za „českou Saundersovou“ považována MUDr. Marie Svatošová, která již v roce 1995 „postavila“ první hospic, Hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci, a která pomáhala a pomáhá v budování hospiců dalších. Dnes se úspěšně rozvíjejí i společnosti a občanská sdružení, propagující a uskutečňující tento druh péče a to nejen v prostorách ústavů, ale i v domácím prostředí pacienta (např. pražský Domácí hospic – Cesta domů). (17)

Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci. V principu to znamená, že před tím, než se těžce nemocný člověk dostane do hospicu, byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Hospic je určen pro terminálně nemocné. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Důležité je říct, že v hospicích v České republice nastává méně než 1% všech úmrtí. (8, 22, 24)

Před tím, než se nemocný dostane do hospicu, měl by být o svém stavu informován. Bohužel, to se tak někdy nestává, což pak ztěžuje situaci jak pacientu samotnému, jeho rodině, tak i odbornému týmu v hospici. (24)

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné

bytosti, a z jeho potřeb biologických, psychologických, sociálních a duchovních. V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obyčejně v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích navíc přítomní sociální pracovník, psycholog, teolog a dobrovolníci. (9, 24, 31)

Přijímání jsou všichni nemocní bez ohledu na vyznání. Podobně je to i s personálem. V Čechách i na Slovensku jsou zakladateli hospiců církve nebo řády. Hospic je součástí širšího konceptu medicínské péče známé jako paliativní medicína. Jaká forma hospicové péče se v každé zemi vyvine, záleží na místních zákonech, způsobu financování zdravotní péče a v neposlední řadě na výši myšlení lidí, kteří o těchto věcech rozhodují. Tam, kde má kvalita života nemocného přednost před ekonomickým aspektem, se dá předpokládat, že i hospicová péče je rozvinutá více. (9, 24)

1.5.1.1 Charakteristika hospicové péče

Hospic je klasická forma poskytování paliativní péče. Obvykle samostatné lůžkové zařízení s 20-30 lůžky. Důraz je kladen na intimitu prostředí, které se podobá spíše domácímu než nemocničnímu, možnost pobytu pro přátele a rodinné příslušníky. Častá je zde činnost dobrovolníků. Všechny hospice v České republice mají své vlastní lékaře. (1)

Zpočátku byl hospic chápán jako něco méně než nemocnice. S rozvojem paliativní medicíny a integrací hospiců do systému zdravotnictví získal významnější postavení. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude vždy respektována jeho lidská důstojnost, v poslední chvíli nezůstane osamocen. (24, 31, 32)

Důraz v myšlence hospicu se klade na kvalitu života nemocného, a to až do jeho posledních chvil. V hospicové péči se snaží naplnit dny nemocného životem, doprovázet jeho i jeho příbuzné, kteří přestože trpí současně s ním, hrají nezastupitelnou roli v hospicové péči. V hospicích se nepouští ze zřetele rodina ani po smrti zesnulého. (15, 24, 31)

Hospic chce člověku umožnit důstojně žít i poslední fázi životní cesty. Chce mu nabídnout blízkost druhého, cestu z jeho samoty. To je důležitý cíl hospicové péče – aby nemocný nebyl sám. (15)

Úkolem hospice je pomáhat a sloužit. Nedává si za cíl odstranit utrpení. Hospic respektuje smrt jako nedílnou a přirozenou součást života. Filozofie hospicu vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup stejně tak, jako i týmovou práci všech zúčastněných, včetně dobrovolníků, kteří tvoří neoddělitelnou část těchto týmů. (9, 24)

1.5.1.2 Financování lůžkové hospicové péče

Financování hospiců je vícezdrojové. Větší část představují příjmy z veřejných finančních zdrojů – platby zdravotních pojišťoven, dotace Ministerstva práce a sociálních věcí a místních a regionálních samospráv, spoluúčast klientů (cca 200 Kč/den). Zbývající část pokrývají dary, výnosy z benefičních akcí a příspěvky od pacientů. (22)

1.5.1.3 Formy hospicové péče

Běžně ve světě se hospicová péče rozděluje do tří forem:

1. Domácí hospicová péče. Ta je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. V Čechách zatím není moc rozvinutá. Dobrý systém je praktikován v Rakousku. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky.

2. Stacionární hospicová péče – denní pobyty. Pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tento způsob připadá v úvahu u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče.

3. Lůžková hospicová péče. Je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše

uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo zotavení jeho rodiny, se může vrátit do domácí péče. (1, 9, 24)

1.5.2 Oddělení následné péče

Takzvaná následná péče sehrává v problematice paliativní péče v ČR závažnou a složitou roli. Od poloviny 50. let do roku 1998 v České republice plnily funkci oddělení následné péče léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Byla to specializovaná zdravotnická zařízení určená pro léčení nemocných se stanovenou diagnózou a nutností dlouhodobé lékařské či ošetrovatelské péče a rehabilitace. V roce 1998 financování těchto léčeben přešlo na pojišťovny a některé léčebny zanikly a některé se změnily na oddělení následné péče (ONP). Hospitalizace nemocných by zde měla být limitována dobou 3 měsíců. (11, 22)

V zákoně O zdravotní péči v odstavci 21 je stanoveno, že následnou lůžkovou péčí se rozumí poskytování zdravotní péče při pobytu na lůžku, pokud pominuly zdravotní důvody k poskytování akutní lůžkové péče, pacientům, u kterých byla stanovena diagnóza a došlo ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci a nebo jejichž zdravotní stav je stabilizovaný; stabilizovaným stavem se rozumí stav, kdy nelze důvodně očekávat zvrát stability zdravotního stavu vyžadující akutní lůžkovou péči. (22)

Na oddělení následné péče tvoří klientelu převážně starší občané, ale tyto oddělení nejsou vyčleněny jen pro ně. Průměrný věk nemocných se zde udává kolem 75 let. To je hlavní důvod, proč je zde vyšší počet úmrtí v porovnání s jinými odděleními nemocnice. V současné době chybí v České republice v systému zdravotnických zařízení ošetrovatelská oddělení, jejichž funkci supluje oddělení následné péče. (11)

1.5.3 Onkologická oddělení

Cesty nemocných k dosažení efektivní komplexní onkologické péče jsou nezdárka spletité s diagnostikou započatou v jedné nemocnici, operací provedenou jinde, radioterapií a chemoterapií zajišťovanými v dalším zařízení a dispenzarizací třeba opět jinde nebo současně na dvou i více pracovištích zúčastněných na léčbě. Tento systém zpravidla ztěžuje orientaci nejen nemocným, ale i lékařům samotným. Nezdárka jsou vyšetření opakována, snižuje se efektivita práce, rozměňuje se odpovědnost za nemocného a narůstají zbytečné náklady. (1)

Provázanost nemusí být v tomto systému dokonalá, pacient se může dostávat vinou vlastní či vinou nepropracovaných vazeb do rizika zanedbání té či oné části péče, nezachycení progresu či recidivy v pravý čas, do rizika nestandardních postupů a málo plynulých návazností, které jsou právě pro léčbu nádorových onemocnění tolik potřebné. Vytvoření potřebných návazností pro kvalitní péči o daný typ nádorových onemocnění se pochopitelně nejlépe zajišťuje pod jednou střechou, v jedné nemocnici nebo ještě lépe v jednom onkologicky profilovaném ústavu. Programy podporované WHO, UICC, EC, OECI i EORTC zdůrazňují nutnost vytváření národních sítí onkologických center (1, 5, 37)

S těmito východisky a jako součást naplňování bodu 4 Národního onkologického programu se výbor České onkologické společnosti ČLS JEP rozhodl udělit garanci České onkologické společnosti těm pracovištím, která naplňují přijatá odborná kritéria Komplexního onkologického centra nebo Komplexní onkologické skupiny a pomohou také spoluvytvářet síť onkologických služeb v regionech ve spolupráci s menšími odděleními nebo ambulancemi zúčastněnými na onkologické péči.

V České republice máme nyní pojmenovaných 17 komplexních onkologických center pro solidní nádory dospělých vázaný na velké krajské a fakultní nemocnice a resortní onkologický ústav, 1 komplexní onkologickou skupinu s podílem několika velkých nemocnic, 6 hematoonkologických center a 2 centra pediatrické onkologie.

Těmito 26 pracovišti je republika dobře vykryta i geograficky, takže nikdo z občanů by neměl být znevýhodněn místem bydliště ani možností výběru. V těchto

centrech se koncentruje moderní technologie pro diagnostiku a léčbu nádorů, onkologický výzkum, ověřování nových metod, informační služby veřejnosti i specializační vzdělání ve větší míře než je tomu ve všeobecných nemocnicích. (1, 5, 37)

U nás je takto nejvíce koncipovaným ústavem jen Masarykův onkologický ústav (MOÚ) v Brně. Je specializovaným onkologickým centrem s nadregionální působností, jediný svého druhu v České republice. Na jednom místě jsou zde soustředěny všechny nezbytné medicínské obory pro zajištění komplexní onkologické péče, která zahrnuje prevenci, epidemiologii, diagnostiku, jednotlivé modalitý protinádorové léčby, rehabilitaci. Jeho pracovníci se také zaměřují na vědecko-výzkumnou činnost včetně základního výzkumu. Je to pracoviště s pre- i postgraduální výukou lékařů a zdravotníků a s osvětovou činností zaměřenou na širokou veřejnost. (10)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit znalosti sester v ošetrovatelské péči o onkologicky nemocné pacienty v terminálním stádiu.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry pečující o onkologicky nemocné v terminálním stádiu mají na svých odděleních vytvořeny důstojné podmínky pro uspokojování potřeb umírajících pacientů.

2.2 Hypotézy

H1: Znalost sester v péči o onkologicky nemocné v terminálním stádiu je vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na oddělení následné péče.

H2: Znalost sester v péči o onkologicky nemocné v terminálním stádiu je vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na onkologických odděleních.

H3: Sestry pracující v hospicích mají lepší podmínky pro uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu než sestry pracující na odděleních následné péče.

H4: Sestry pracující v hospicích mají lepší podmínky pro uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu než sestry pracující na onkologických odděleních.

3. Metodika

3.1 Metodika

Při sběru dat i jejich zpracování byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika sběru dat strukturovaný dotazník. Anonymní dotazník obsahoval 25 otázek (Příloha 1). Z celkového počtu otázek bylo 16 otázek uzavřených, 7 otázek polootevřených a 2 otázky otevřené. U polootevřených otázek mohli respondenti doplnit další možné skutečnosti nebo svůj vlastní názor.

První 3 otázky se týkaly charakteristiky zkoumaného souboru, zbylých 22 otázek se vztahovalo k daným hypotézám.

Výzkumné šetření bylo provedeno během měsíce března 2007 na vybraných odděleních následné péče, na onkologických odděleních a ve vybraných hospicích. Získaná data byla zpracována v tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2003.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

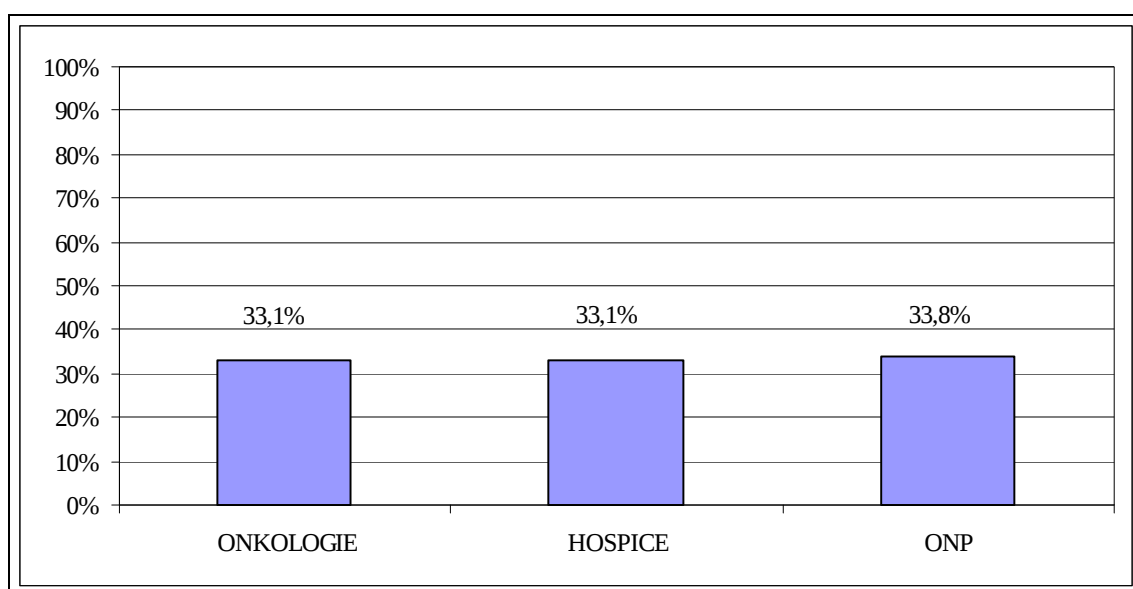
Výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracujícími ve vybraných hospicích (Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic v Mostě, Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci, Hospic sv. Jana Neumana v Prachaticích, Hospic sv. Lazara v Plzni a Hospic a dům léčby bolesti v Rajhradě u Brna), sestrami pracujícími na vybraných onkologických odděleních (Onkologické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., Onkologické oddělení Krajské nemocnice Liberec, Radioterapeutická a onkologická klinika Fakultní nemocnice v Plzni a Onkologické oddělení Nemocnice Chomutov) a sestrami pracujícími na vybraných odděleních následné péče (Oddělení následné péče I. a II. Nemocnice České Budějovice a.s., Oddělení následné péče Nemocnice Písek a Oddělení následné péče Nemocnice Česká Lípa).

Celkem bylo rozdáno 181 dotazníků. Ze 160 dotazníků, které se vrátily, muselo být 15 dotazníků vyřazeno pro neúplnost odpovědí. Výsledky výzkumu byly tedy

zpracovávají na základě 145 kompletně vyplněných dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla 80 %.

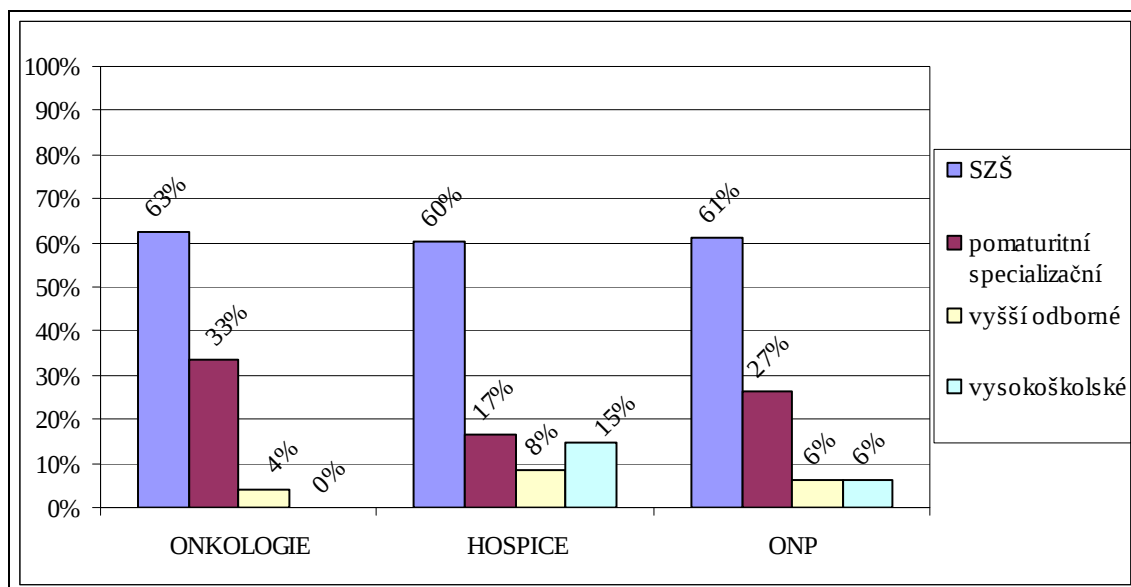
4. Výsledky

Graf 1 Pracoviště respondentů



Dotazníkového šetření se zúčastnilo 48 (33,1 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních, 48 (33,1 %) respondentů pracujících v hospicích a 49 (33,8%) respondentů pracujících na odděleních následné péče.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

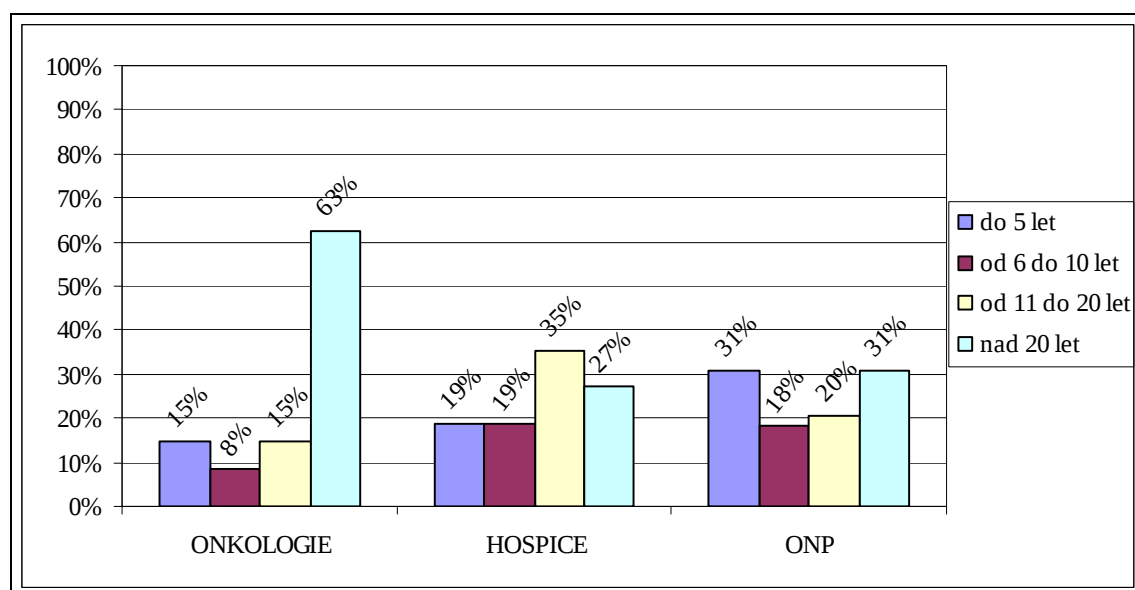


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních má 30 (63 %) střední zdravotnickou školu, 16 (33 %) pomaturitní specializační vzdělání, 2 (4 %) vyšší odborné vzdělání zdravotnického směru a vysokoškolského vzdělání nedosáhl žádný (0 %) z respondentů.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích má 29 (60 %) střední zdravotnickou školu, 8 (17 %) pomaturitní specializační vzdělání, 4 (8 %) vyšší odborné vzdělání zdravotnického směru a 7 (15 %) respondentů dosáhlo na vysokoškolské vzdělání.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče má 30 (61 %) střední zdravotnickou školu, 13 (27 %) pomaturitní specializační vzdělání, 3 (6 %) vyšší odborné vzdělání zdravotnického směru a 3 (6 %) respondenti mají ukončené vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví

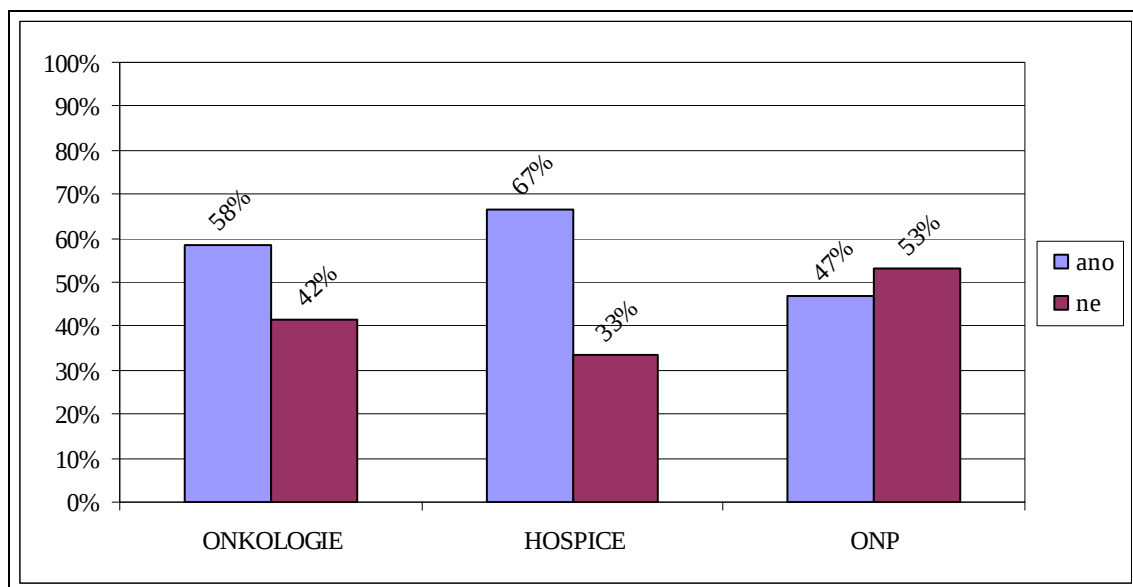


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních pracuje ve zdravotnictví 7 (14,6 %) respondentů do 5 let, 4 (8,3 %) respondenti od 6 do 10 let, 7 (14,6 %) respondentů od 11 do 20 let a 30 (62,5 %) respondentů nad 20 let.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích pracuje ve zdravotnictví 9 (19 %) respondentů do 5 let, 9 (19 %) respondentů od 6 do 10 let, 17 (35%) respondentů od 11 do 20 let a 13 (27 %) respondentů nad 20 let.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče pracuje ve zdravotnictví 15 (31 %) respondentů do 5 let, 9 (18 %) respondenti od 6 do 10 let, 10 (20 %) respondentů od 11 do 20 let a 15 (31 %) respondentů nad 20 let.

Graf 4 Znalost Charty práv umírajících pacientů

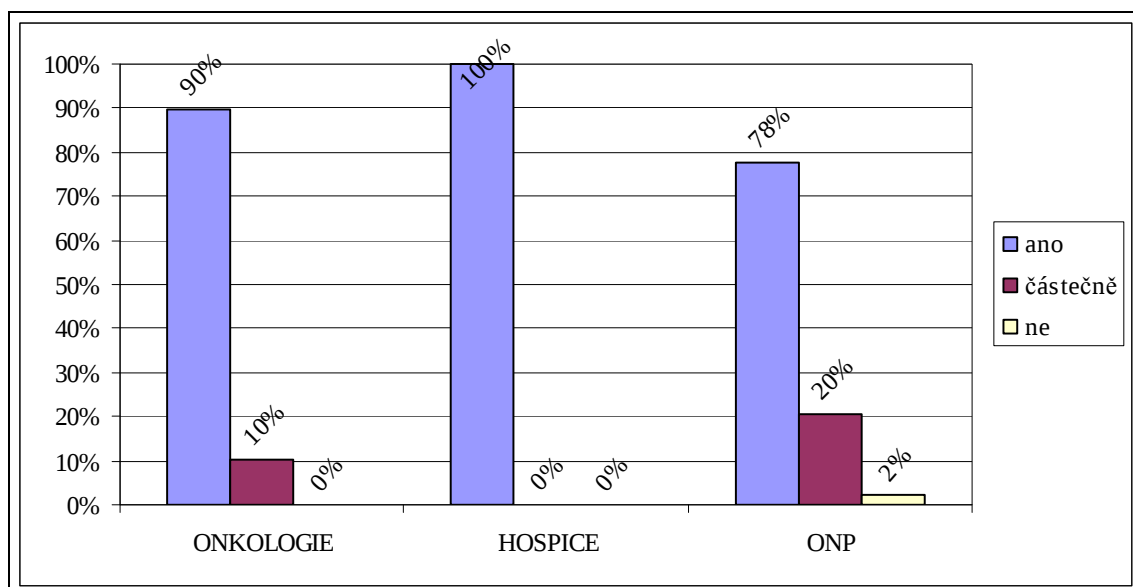


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních zná Chartu práv umírajících 28 (58 %) respondentů a 20 (42 %) respondentů přiznalo neznalost tohoto dokumentu.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích zná Chartu práv umírajících 32 (67 %) respondentů a 16 (33 %) respondentů přiznalo neznalost tohoto dokumentu.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče zná Chartu práv umírajících 23 (47 %) respondentů a 26 (53 %) respondentů přiznalo neznalost tohoto dokumentu.

Graf 5 Znalost pojmu terminální stádium

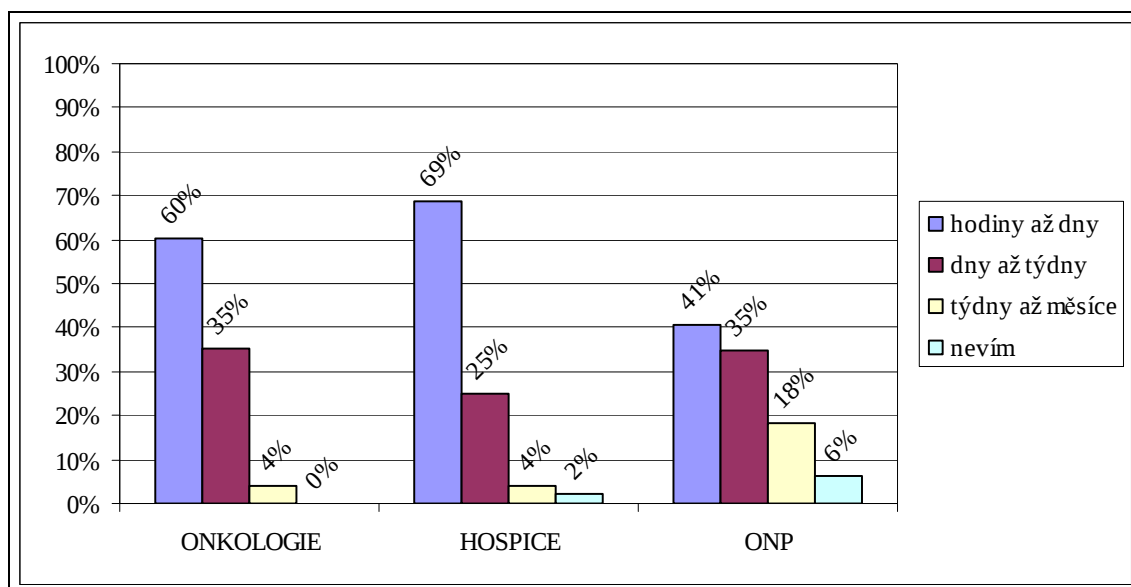


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních ví, co znamená pojem terminální stádium 43 (90 %) respondentů, 5 (10 %) respondentů zná tento pojem pouze částečně a žádný (0 %) z respondentů neodpověděl, že tento pojem nezná.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích ví, co znamená pojem terminální stádium 48 (100 %) respondentů.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče ví, co znamená pojem terminální stádium 38 (78 %) respondentů, 10 (20 %) respondentů zná tento pojem pouze částečně a 1 (2 %) respondent odpověděl, že tento pojem nezná.

Graf 6 Znalost sester časového ohraničení terminálního stádia

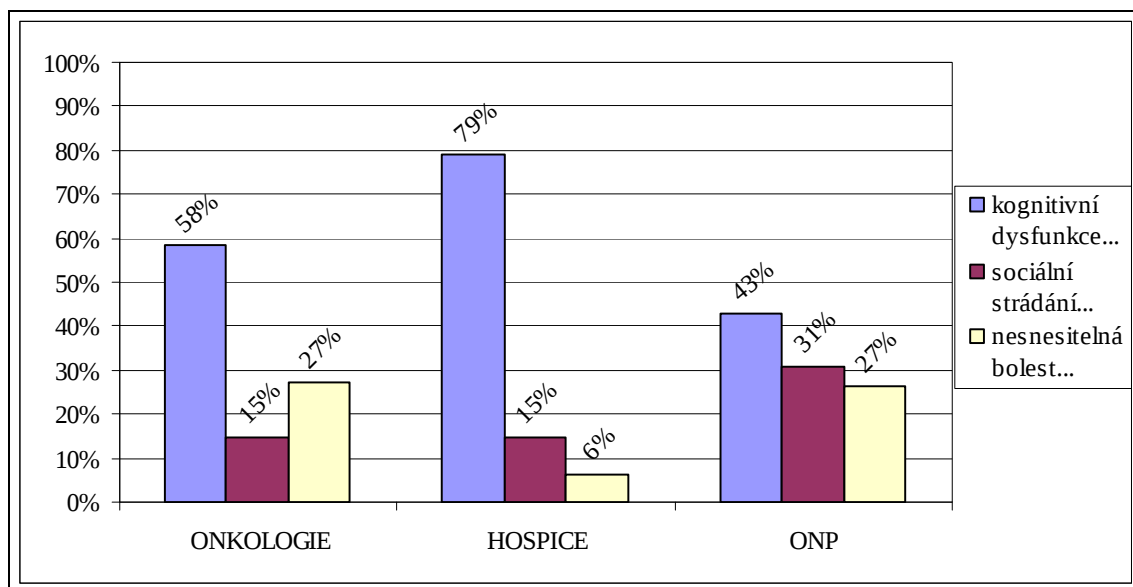


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních ví, 29 (60,4 %) respondentů, že toto stádium trvá hodiny až dny, 17 (35,4 %) respondentů uvedlo, že toto stádium trvá dny až týdny, 2 (4,2 %) respondenti uvedli, že terminální stádium trvá týdny až měsíce a nevím neodpověděl žádný (0 %) z respondentů.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích ví, 33 (69 %) respondentů, že toto stádium trvá hodiny až dny, 12 (25 %) respondentů uvedlo, že toto stádium trvá dny až týdny, 2 (4 %) respondenti uvedli, že terminální stádium trvá týdny až měsíce a nevím odpověděl 1 (2 %) respondent.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče ví, 20 (41 %) respondentů, že toto stádium trvá hodiny až dny, 17 (35 %) respondentů uvedlo, že toto stádium trvá dny až týdny, 9 (18 %) respondentů uvedlo, že terminální stádium trvá týdny až měsíce a nevím odpověděli 3 (6 %) respondenti.

Graf 7 Znalost nejčastějších syndromů terminálního stádia



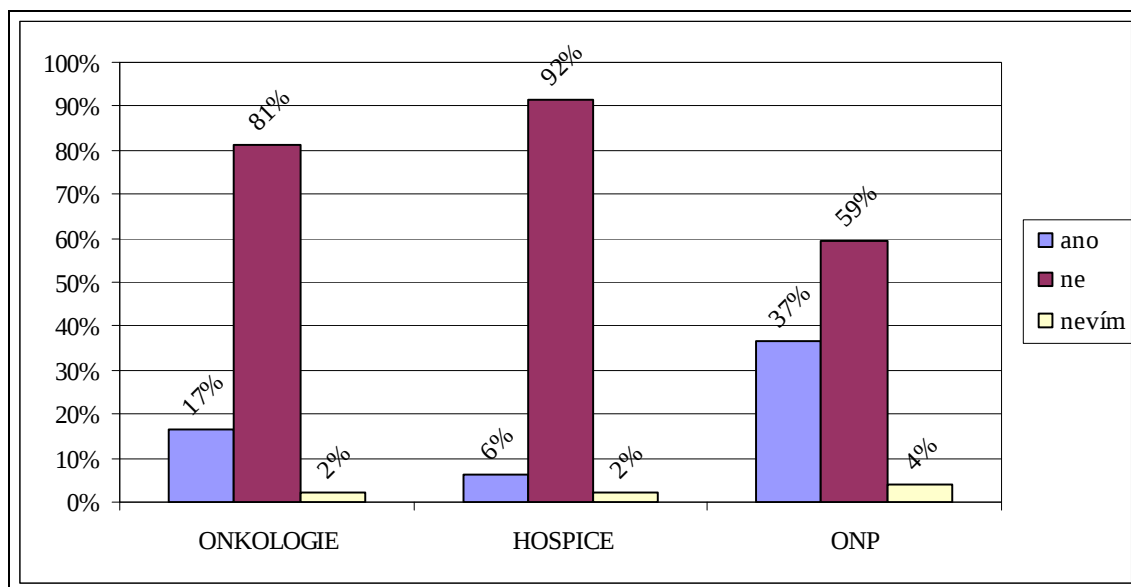
Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních odpovědělo 28 (58 %) respondentů, že terminální stádium je nejčastěji doprovázeno kognitivními dysfunkcemi, respiračními obtížemi a snesitelnou bolestí, 7 (15 %) respondentů uvedlo, že je provázeno nesnesitelnou bolestí a sociálním strádáním a 13 (27 %) respondentů si myslí, že je toto stádium provázeno nesnesitelnou bolestí, žízní a hladem a sníženým kožním turgorem.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích odpovědělo 38 (79 %) respondentů, že terminální stádium je nejčastěji doprovázeno kognitivními dysfunkcemi, respiračními obtížemi a snesitelnou bolestí, 7 (15 %) respondentů uvedlo, že je provázeno nesnesitelnou bolestí a sociálním strádáním a 3 (6 %) respondenti si myslí, že je toto stádium provázeno nesnesitelnou bolestí, žízní a hladem a sníženým kožním turgorem.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče odpovědělo 21 (42,9 %) respondentů, že terminální stádium je nejčastěji doprovázeno kognitivními dysfunkcemi, respiračními obtížemi a snesitelnou bolestí, 15 (30,6 %) respondentů uvedlo, že je provázeno nesnesitelnou bolestí a sociálním

strádáním a 13 (26,5 %) respondentů si myslí, že je toto stádium provázeno nesnesitelnou bolestí, žízní a hladem a sníženým kožním turgorem.

Graf 8 Výživa u terminálně nemocných

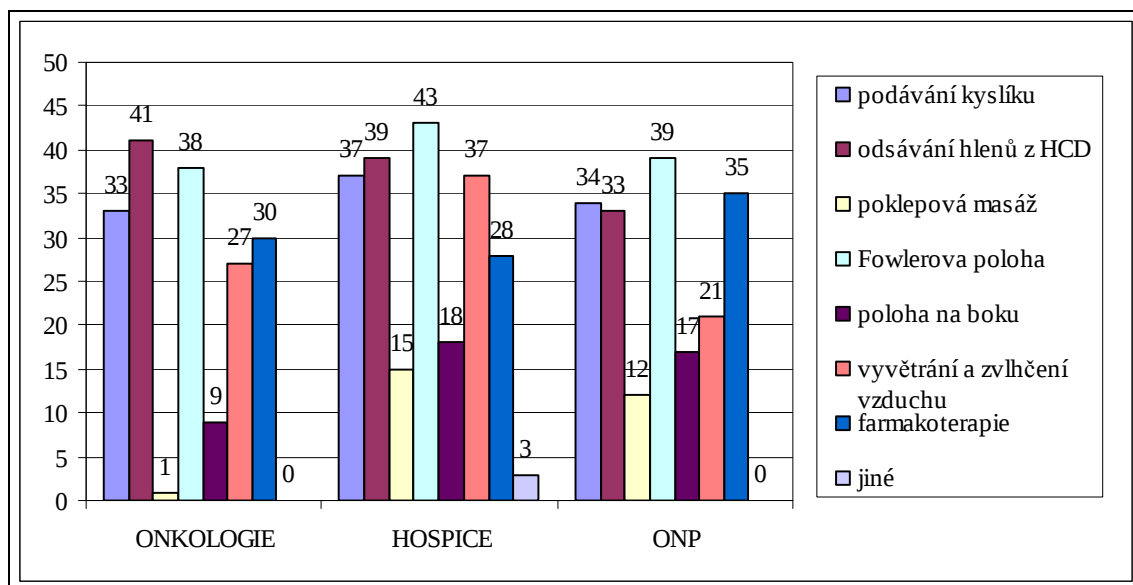


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních si 8 (17 %) respondentů myslí, že se pacienti v terminálním stádiu mají pobízet k jídlu a pití, 39 (81 %) respondentů si myslí, že se nutit nemají a 1 (2 %) respondent uvedl, že neví.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích si 3 (6 %) respondenti myslí, že se pacienti v terminálním stádiu mají pobízet k jídlu a pití, 44 (92%) respondentů si myslí, že se nutit nemají a 1 (2 %) respondent uvedl, že neví.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče si 18 (37 %) respondentů myslí, že se pacienti v terminálním stádiu mají pobízet k jídlu a pití, 29 (59 %) respondentů si myslí, že se nutit nemají a 2 (4 %) respondenti uvedli, že neví.

Graf 9 Péče o dýchací cesty u terminálně nemocných



V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí nebo napsat svou vlastní odpověď, jak pečují o pacienta s terminálním chrčivým dýcháním.

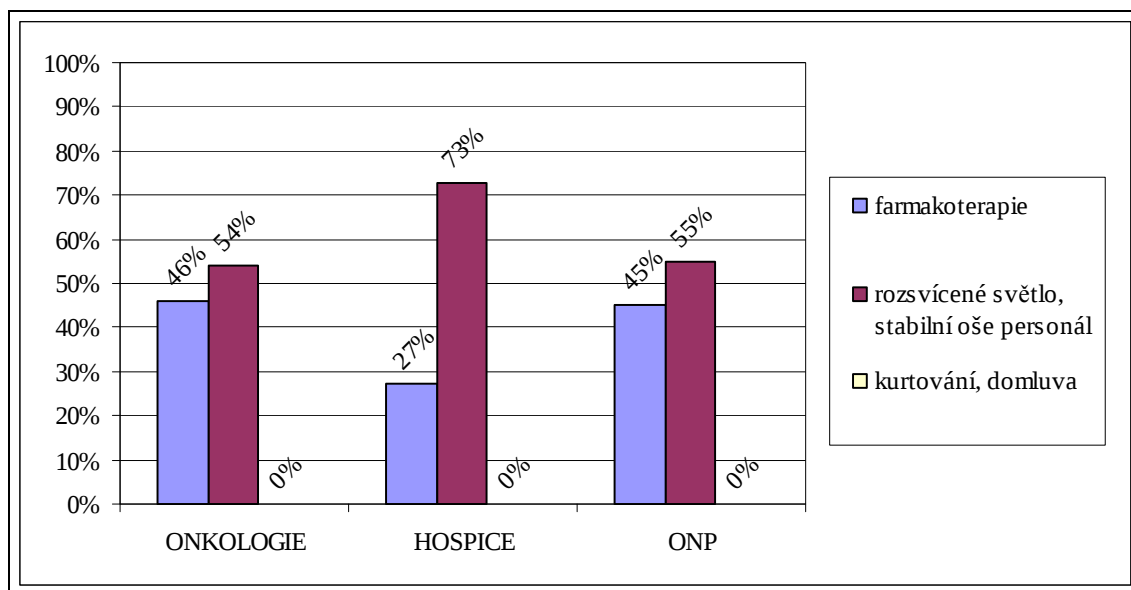
Z celkového počtu 179 odpovědí u respondentů pracujících na onkologických odděleních 33x zvolili, že podávají kyslík, 41x, že odsávají hleny z horních cest dýchacích, 1 respondent používá poklepovou masáž, 38x, že ukládají pacienta do Fowlerovy polohy, 9x, že ukládají pacienta do polohy na boku, 27 respondentů vyvětrá a zvlhčuje vzduch, 30x zvolili, že používají na zmírnění symptomů farmakoterapii. Jinou možnost neuvedl žádný z respondentů.

Z celkového počtu 220 odpovědí u respondentů pracujících v hospicích 37x zvolili, že podávají kyslík, 39x, že odsávají hleny z horních cest dýchacích, 15 respondentů používá poklepovou masáž, 43x, že ukládají pacienta do Fowlerovy polohy, 18x, že ukládají pacienta do polohy na boku, 37 respondentů vyvětrá a zvlhčuje vzduch, 28x zvolili, že používají na zmírnění symptomů farmakoterapii. Jako jinou možnost uvedli 3 respondenti kontaktní dýchání z konceptu bazální stimulace.

Z celkového počtu 191 odpovědí u respondentů pracujících na odděleních následné péče 34x zvolili, že podávají kyslík, 33x, že odsávají hleny z horních cest

dýchacích, 12 respondentů používá poklepovou masáž, 39x, že ukládají pacienta do Fowlerovy polohy, 17x, že ukládají pacienta do polohy na boku, 21 respondentů vyvětrá a zvlhčuje vzduch, 35x zvolili, že používají na zmírnění symptomů farmakoterapii. Jinou možnost neuvedl žádný z respondentů.

Graf 10 Prevence projevů terminálního agitovaného delíria



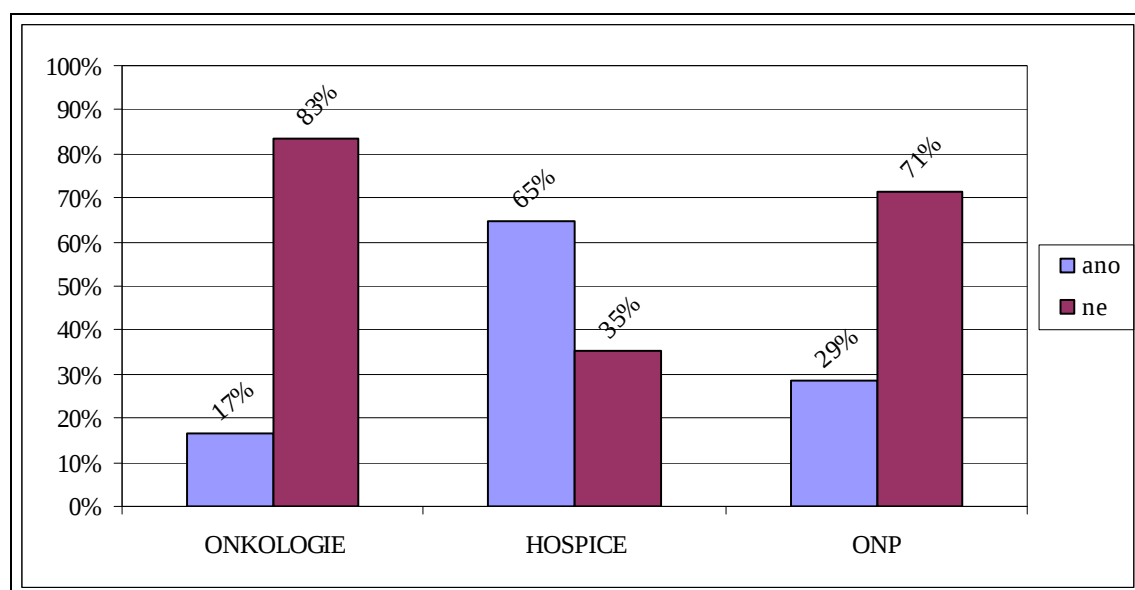
Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních uvedlo 22 (46 %) respondentů, že jako prevenci terminálního agitovaného delíria by použili farmakoterapii, 26 (54 %) respondentů by jako prevenci nechali pacientům přes noc rozsvícenou lampičku, umožnili by přítomnost rodiny a snažili by se zajistit stabilní ošetřující personál. Možnost kurtování, domluvy a přítomnost rodiny neuvedl žádný (0 %) respondent.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích uvedlo 13 (27 %) respondentů, že jako prevenci terminálního agitovaného delíria by použili farmakoterapii, 35 (73 %) respondentů by jako prevenci nechali pacientům přes noc rozsvícenou lampičku, umožnili by přítomnost rodiny a snažili by se zajistit stabilní ošetřující personál. Možnost kurtování, domluvy a přítomnost rodiny neuvedl žádný respondent.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče uvedlo 22 (45 %) respondentů, že jako prevenci terminálního agitovaného delíria by použili farmakoterapii, 27 (55 %) respondentů by jako prevenci nechali pacientům přes noc rozsvícenou lampičku, umožnili by přítomnost rodiny a snažili by se zajistit

stabilní ošetřující personál. Možnost kurtování, domluva a přítomnost rodiny neuvedl žádný (0 %) respondent.

Graf 11 Používání nefarmakologických metod tišení bolesti

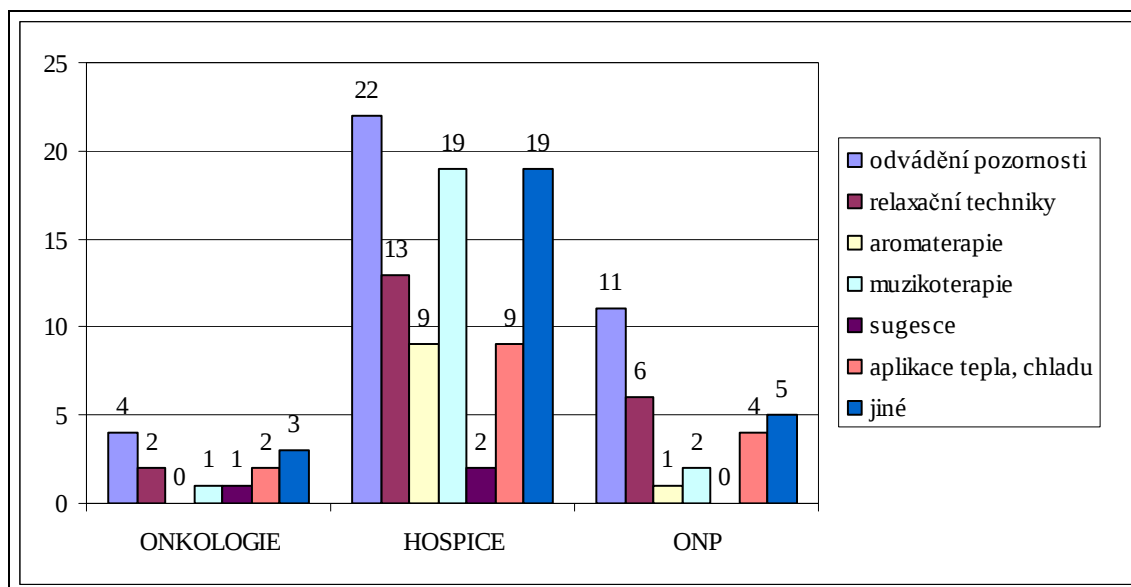


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních používá nefarmakologické metody tišení bolesti 8 (17 %) respondentů, 40 (83 %) respondentů tyto metody nepoužívá.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích používá nefarmakologické metody tišení bolesti 31 (65 %) respondentů, 17 (35 %) respondentů tyto metody nepoužívá.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče používá nefarmakologické metody tišení bolesti 14 (29 %) respondentů, 35 (71 %) respondentů tyto metody nepoužívá.

Graf 12 Metody nefarmakologického tišení bolesti



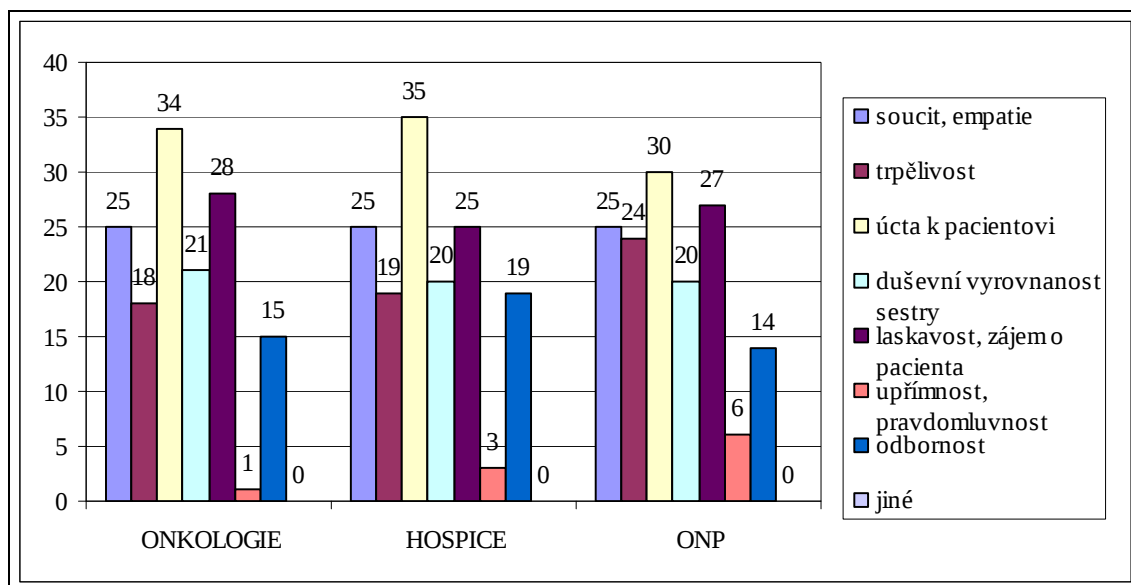
V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí nebo napsat svou vlastní odpověď. Z celkového počtu 8 respondentů pracujících na onkologických odděleních, kteří používají nefarmakologické metody tišení bolesti uvedli 4 respondenti, že odvádějí pozornost, 2 respondenti používají relaxační techniky, 1 respondent používá muzikoterapii, 1 respondent sugesci, 2 respondenti aplikují teplo či chlad. Jako jinou možnost uvedli 2 respondenti úlevovou polohu a 1 respondent masáž.

Z celkového počtu 31 respondentů pracujících v hospicích, kteří používají nefarmakologické metody tišení bolesti uvedlo 22 respondentů, že odvádějí pozornost, 13 respondentů používá relaxační techniky, 9 respondentů používá aromaterapii, 19 respondentů používá muzikoterapii, 2 respondenti sugesci, 9 respondentů aplikuje teplo či chlad. Jako jinou možnost uvedlo 6 respondentů úlevovou polohu a 3 respondenti rozhovor, 1 respondent logoterapii, 1 respondent přítomnost nejbližších, 2 arteterapii, 3 canisterapii, 2 bazální stimulaci a 1 respondent uvedl ergoterapii.

Z celkového počtu 14 respondentů pracujících na odděleních následné péče, kteří používají nefarmakologické metody tišení bolesti uvedlo 11 respondentů, že odvádějí pozornost, 6 respondentů používá relaxační techniky, 1 respondent používá

aromaterapii, 2 respondenti používají muzikoterapii, 4 respondenti aplikují teplo či chlad. Jako jinou možnost uvedli 4 respondenti úlevovou polohu a 1 respondent masáž.

Graf 13 Důležité vlastnosti sestry při ošetřování umírajících



V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí nebo napsat svou vlastní odpověď.

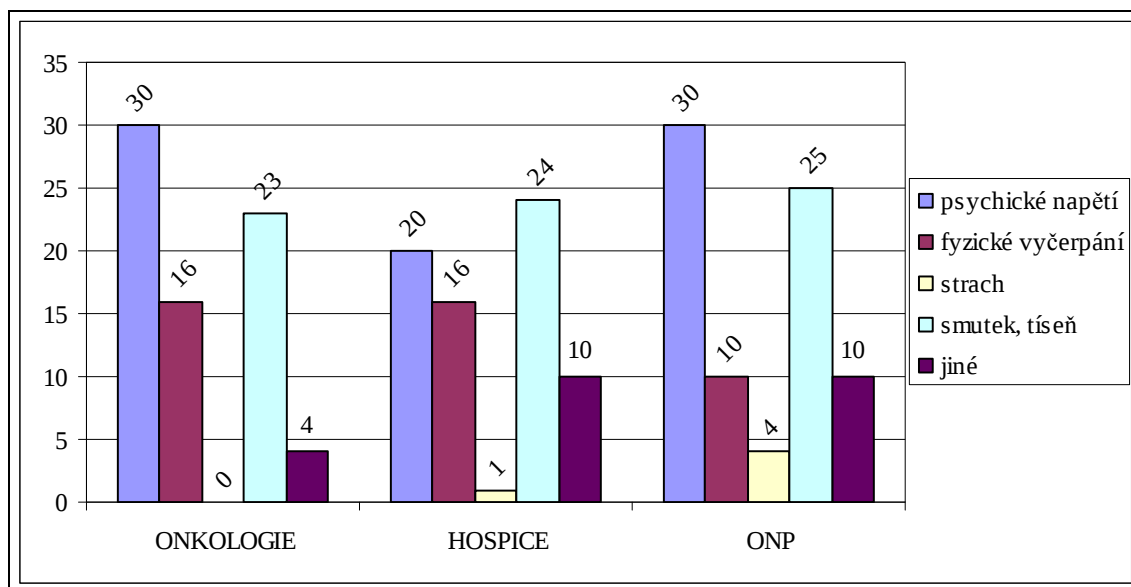
Z celkového počtu 142 odpovědí od respondentů pracujících na onkologických odděleních uvedlo jako nejdůležitější vlastnost sestry při péči o umírající 25 respondentů soucit a empatii, 18 respondentů trpělivost, 34 respondentů úctu k pacientovi, 21 respondentů vyrovnání se s vlastní smrtí, 28 respondentů laskavost a zájem o pacienta, 1 respondent upřímnost a pravdomluvnost a 15 respondentů odbornost. Jinou možnost neuvedl žádný z respondentů.

Z celkového počtu 146 odpovědí od respondentů pracujících v hospicích uvedlo jako nejdůležitější vlastnost sestry při péči o umírající 25 respondentů soucit a empatii, 19 respondentů trpělivost, 35 respondentů úctu k pacientovi, 20 respondentů vyrovnání se s vlastní smrtí, 25 respondentů laskavost a zájem o pacienta, 3 respondenti upřímnost a pravdomluvnost a 19 respondentů odbornost. Jinou možnost neuvedl žádný z respondentů.

Z celkového počtu 146 odpovědí od respondentů pracujících na odděleních následné péče uvedlo jako nejdůležitější vlastnost sestry při péči o umírající 25

respondentů soucit a empatii, 24 respondentů trpělivost, 30 respondentů úctu k pacientovi, 20 respondentů vyrovnání se s vlastní smrtí, 27 respondentů laskavost a zájem o pacienta, 6 respondentů upřímnost a pravdomluvnost a 14 respondentů odbornost. Jinou možnost neuvedl žádný z respondentů.

Graf 14 Pocity sester při ošetřování umírajících



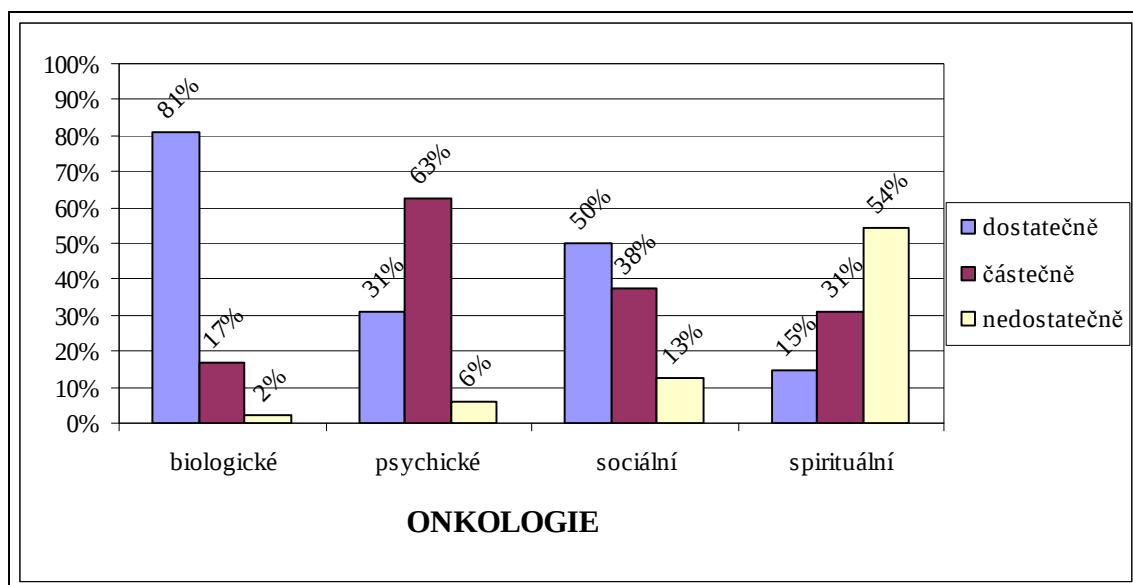
V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí nebo napsat svou vlastní odpověď.

Z celkového počtu 73 odpovědí od respondentů pracujících na onkologických odděleních uvedlo 30 respondentů, že při ošetřování umírajících pociťují psychické vyčerpání, 16 respondentů je fyzicky vyčerpáno, 23 respondentů prožívá smutek a tíseň. Jakou jinou možnost uvedli 4 respondenti bezmoc a beznaděj.

Z celkového počtu 71 odpovědí od respondentů pracujících v hospicích uvedlo 20 respondentů, že při ošetřování umírajících pociťují psychické vyčerpání, 16 respondentů je fyzicky vyčerpáno, 1 respondent uvádí strach, 24 respondentů prožívá smutek a tíseň. Jakou jinou možnost uvedli 3 respondenti bezmoc a beznaděj, 7 respondentů soucit.

Z celkového počtu 79 odpovědí od respondentů pracujících na odděleních následné péče uvedlo 30 respondentů, že při ošetřování umírajících pociťují psychické vyčerpání, 10 respondentů je fyzicky vyčerpáno, 4 respondenti uvádí strach, 25 respondentů prožívá smutek a tíseň. Jakou jinou možnost uvedli 2 respondenti bezmoc a beznaděj, 5 respondentů pocit vysvobození a 3 respondenti nemají žádné pocity.

Graf 15A Uspokojování potřeb umírajících pacientů dle sester pracujících na onkologických odděleních



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních se 39 (81 %) respondentů domnívá, že tělesné potřeby jsou saturovány dostatečně, 8 (17 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 1 (2 %) respondent si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

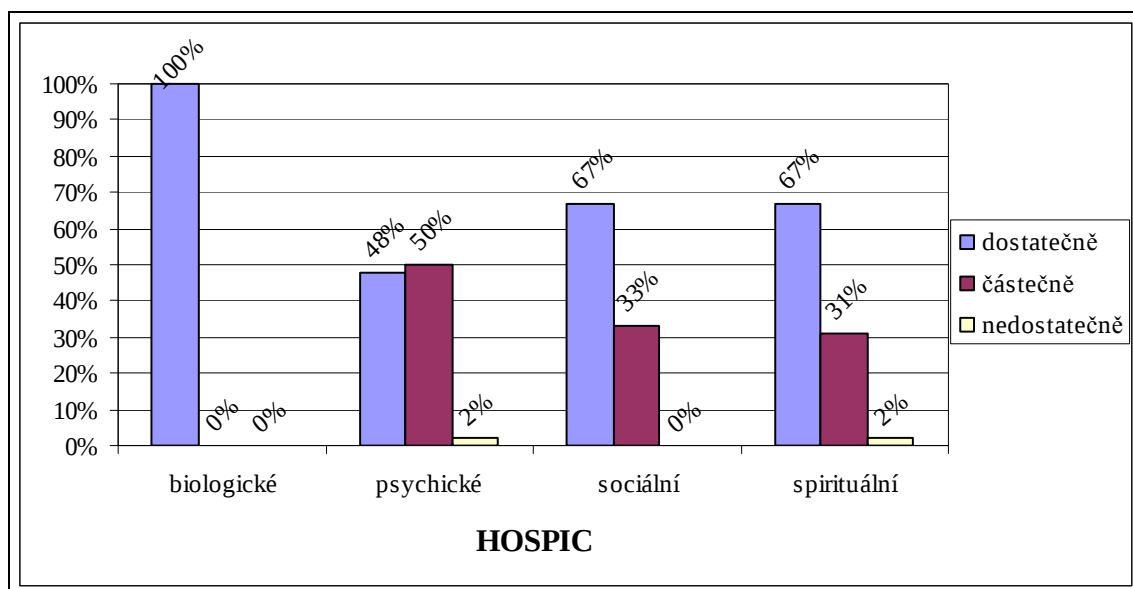
Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních se 15 (31 %) respondentů domnívá, že psychické potřeby jsou saturovány dostatečně, 30 (63 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 3 (6 %) respondenti si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních se 24 (50 %) respondentů domnívá, že sociální potřeby jsou saturovány dostatečně, 18 (37,5 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 6 (12,5 %) respondentů si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních se 7 (15 %) respondentů domnívá, že spirituální potřeby jsou saturovány

dostatečně, 15 (31 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 26 (54 %) respondentů si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Graf 15B Uspokojování potřeb umírajících pacientů dle sester pracujících v hospicích



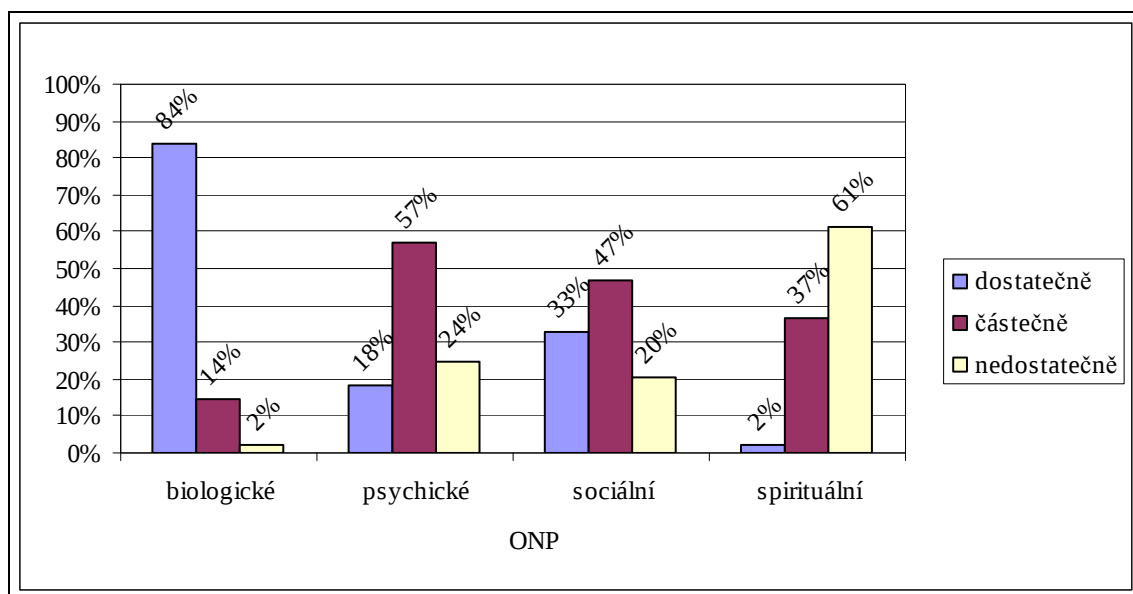
Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích se 48 (100%) respondentů domnívá, že tělesné potřeby jsou saturovány dostatečně.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích se 23 (48 %) respondentů domnívá, že psychické potřeby jsou saturovány dostatečně, 24 (50 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 1 (2 %) respondent si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích se 32 (67 %) respondentů domnívá, že sociální potřeby jsou saturovány dostatečně, 16 (33 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích se 32 (67 %) respondentů domnívá, že spirituální potřeby jsou saturovány dostatečně, 15 (31 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 1 (2 %) respondent si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Graf 15C Uspokojování potřeb umírajících pacientů dle sester pracujících na ONP



Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče se 41 (84 %) respondentů domnívá, že tělesné potřeby jsou saturovány dostatečně, 7 (14 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 1 (2 %) respondent si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

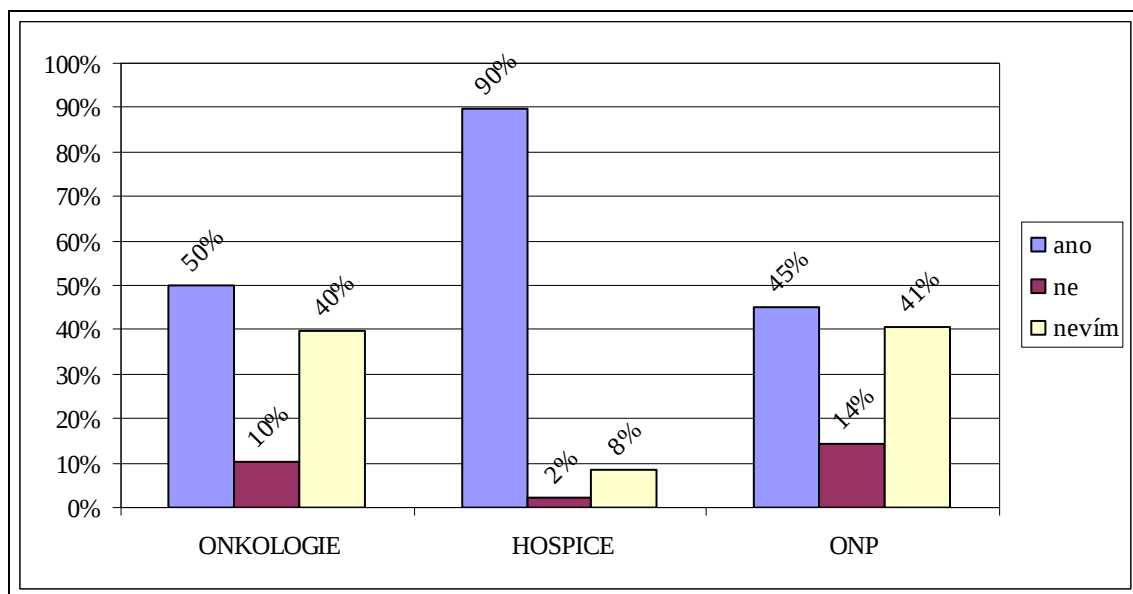
Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče se 9 (19 %) respondentů domnívá, že psychické potřeby jsou saturovány dostatečně, 28 (57 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 12 (24 %) respondenti si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče se 16 (33 %) respondentů domnívá, že sociální potřeby jsou saturovány dostatečně, 23 (47 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 10 (20 %) respondentů si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče se 1 (2 %) respondent domnívá, že spirituální potřeby jsou saturovány dostatečně,

18 (37 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 30 (61 %) respondentů si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Graf 16 Spirituální potřeby umírajících

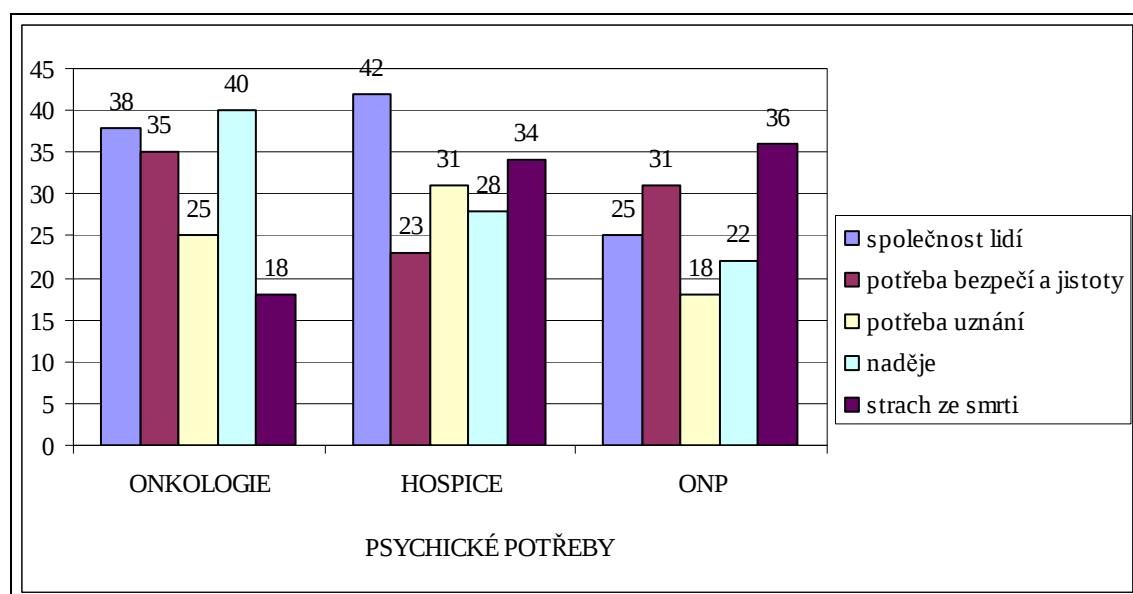


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních si 24 (50 %) respondentů myslí, že i umírající mají spirituální potřeby, 5 (10%) respondentů si myslí, že je nemají a 19 (40 %) respondentů neví, zda mají umírající spirituální potřeby.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích si 43 (90 %) respondentů myslí, že i umírající mají spirituální potřeby, 1 (2 %) respondent si myslí, že je nemají a 4 (8 %) respondenti neví, zda mají umírající spirituální potřeby.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče si 22 (45 %) respondentů myslí, že i umírající mají spirituální potřeby, 7 (14 %) respondentů si myslí, že je nemají a 20 (41 %) respondentů neví, zda mají umírající spirituální potřeby.

Graf 17A Specifické potřeby umírajících v oblasti psychické dle sester

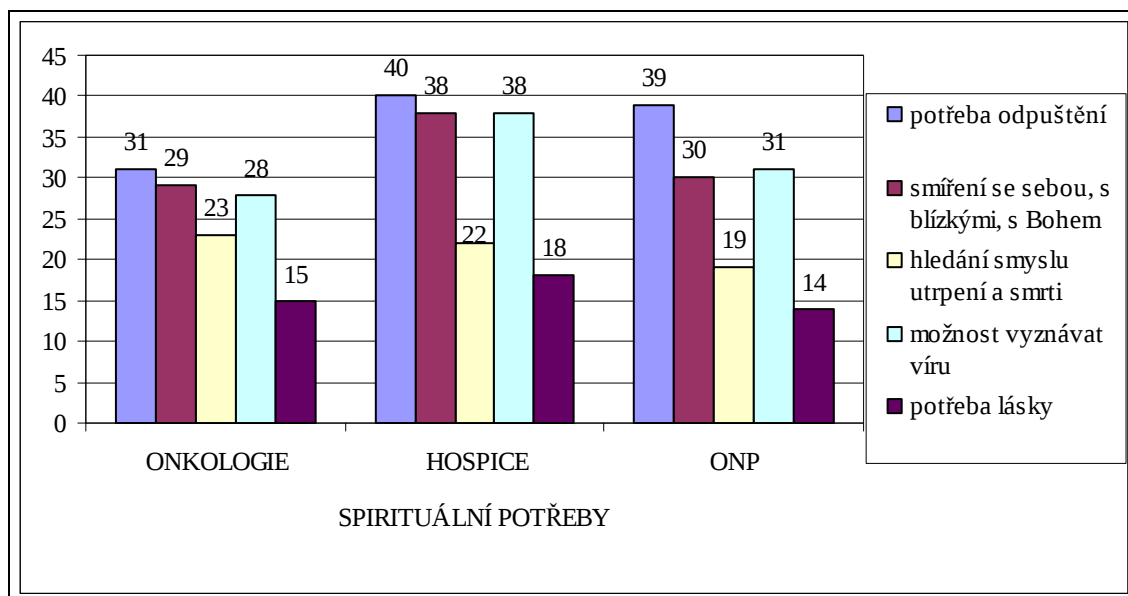


Skupina respondentů pracujících na onkologických odděleních uvedla, že specifickou potřebou umírajících v psychické oblasti je potřeba společnosti lidí 38x, potřeba bezpečí a jistoty 35x, potřeba uznání 25x, potřeba naděje 40x a strach ze smrti 18x.

Skupina respondentů pracujících v hospicích uvedla, že specifickou potřebou umírajících v psychické oblasti je potřeba společnosti lidí 42x, potřeba bezpečí a jistoty 23x, potřeba uznání 31x, potřeba naděje 28x a strach ze smrti 34x.

Skupina respondentů pracujících na odděleních následné péče uvedla, že specifickou potřebou umírajících v psychické oblasti je potřeba společnosti lidí 25x, potřeba bezpečí a jistoty 31x, potřeba uznání 18x, potřeba naděje 22x a strach ze smrti 36x.

Graf 17B Specifické potřeby umírajících v oblasti spirituální dle sester

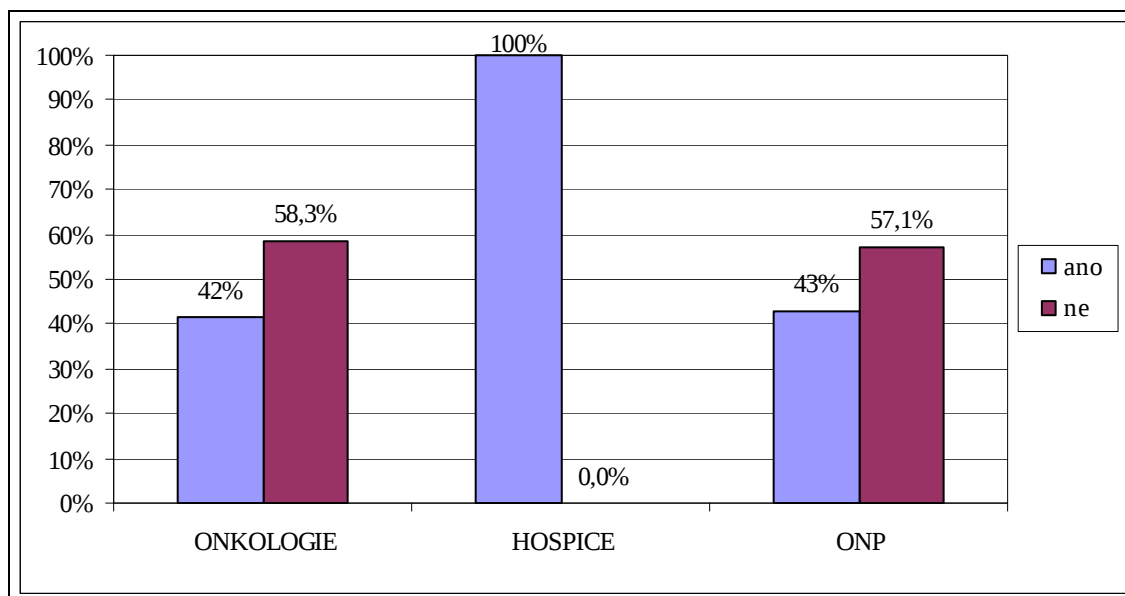


Skupina respondentů pracujících na onkologických odděleních uvedla, že specifickou potřebou umírajících ve spirituální oblasti je potřeba odpuštění 31x, potřeba smíření se sebou, s blízkými a s Bohem 29x, potřeba hledání smyslu utrpení a smrti 23x, možnost vyznávat víru 28x a potřeba lásky 15x.

Skupina respondentů pracujících v hospicích uvedla, že specifickou potřebou umírajících ve spirituální oblasti je potřeba odpuštění 40x, potřeba smíření se sebou, s blízkými a s Bohem 38x, potřeba hledání smyslu utrpení a smrti 22x, možnost vyznávat víru 38x a potřeba lásky 18x.

Skupina respondentů pracujících na odděleních následné péče uvedla, že specifickou potřebou umírajících ve spirituální oblasti je potřeba odpuštění 39x, potřeba smíření se sebou, s blízkými a s Bohem 30x, potřeba hledání smyslu utrpení a smrti 19x, možnost vyznávat víru 31x a potřeba lásky 14x.

Graf 18 Uspokojování potřeby uznání u umírajících

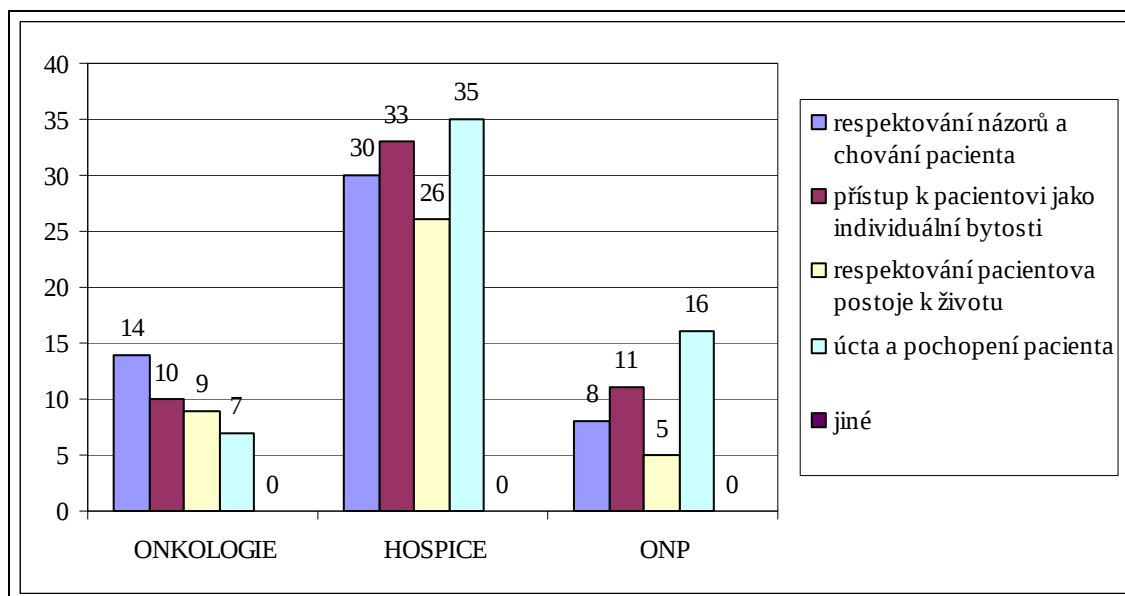


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních si 20 (42 %) respondentů myslí, že u umírajících uspokojuje potřebu uznání, 28 (58 %) respondentů si myslí, že tuto potřebu neuspokojuje.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích si 48 (100%) respondentů myslí, že u umírajících uspokojuje potřebu uznání.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče si 21 (43 %) respondentů myslí, že u umírajících uspokojuje potřebu uznání, 28 (57 %) respondentů si myslí, že tuto potřebu neuspokojuje.

Graf 19 Způsob uspokojování potřeby uznání u umírajících dle sester



V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí nebo napsat svou vlastní odpověď.

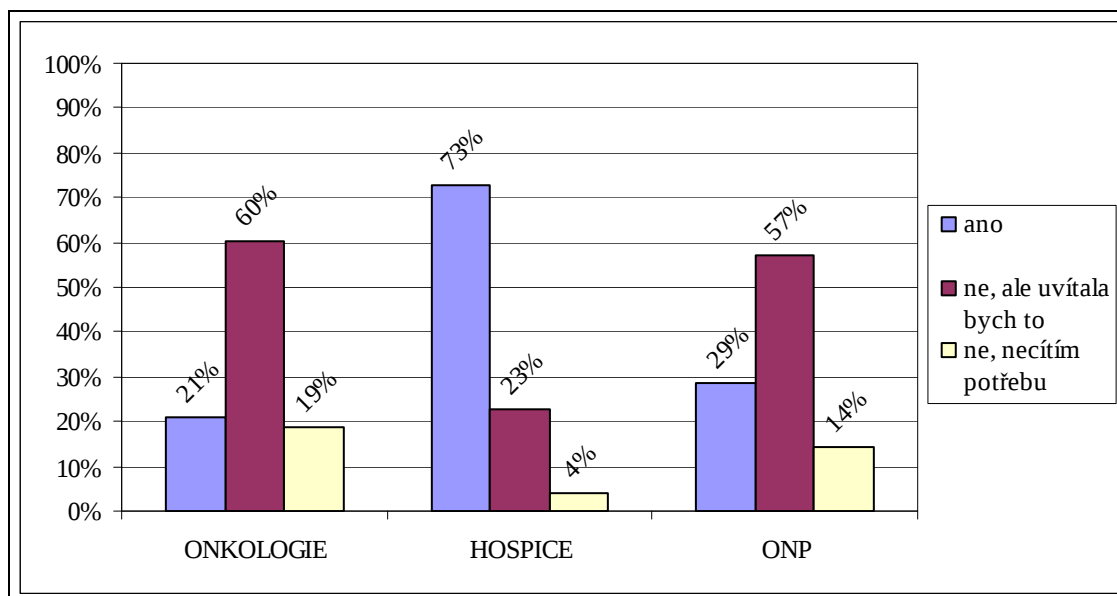
Z celkového počtu 40 odpovědí od respondentů pracujících na onkologických odděleních, jak uspokojují u umírajících potřebu uznání uvedlo 14 respondentů, že respektují názory a chování pacienta, 10 respondentů přistupuje k pacientovi jako k individuální bytosti, 9 respondentů respektuje pacientův postoj k životu, 7 respondentů dává pacientovi najevo úctu a pochopení.

Z celkového počtu 124 odpovědí od respondentů pracujících v hospicích, jak uspokojují u umírajících potřebu uznání uvedlo 30 respondentů, že respektují názory a chování pacienta, 33 respondentů přistupuje k pacientovi jako k individuální bytosti, 26 respondentů respektuje pacientův postoj k životu, 35 respondentů dává pacientovi najevo úctu a pochopení.

Z celkového počtu 40 odpovědí od respondentů pracujících na odděleních následné péče, jak uspokojují u umírajících potřebu uznání uvedlo 8 respondentů, že respektují názory a chování pacienta, 11 respondentů přistupuje k pacientovi jako

k individuální bytosti, 5 respondentů respektuje pacientův postoj k životu, 16 respondentů dává pacientovi najevo úctu a pochopení.

Graf 20 Poučení sester před nástupem do zaměstnání o péči o umírající

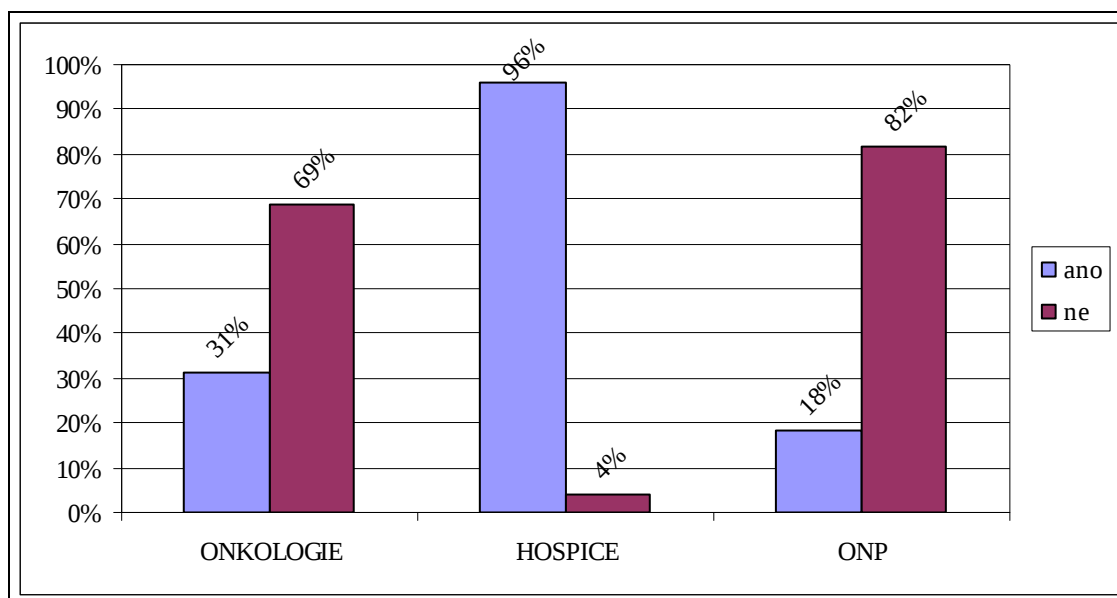


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních bylo 10 (21 %) respondentů poučeno o péči o umírající, 29 (60 %) respondentů poučeno nebylo, ale uvítali by to a 9 (19 %) respondentů necítí potřebu poučení v péči o umírající.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích bylo 35 (73 %) respondentů poučeno o péči o umírající, 11 (23 %) respondentů poučeno nebylo, ale uvítali by to a 2 (4 %) respondenti necítí potřebu poučení v péči o umírající.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče bylo 14 (29 %) respondentů poučeno o péči o umírající, 28 (57 %) respondentů poučeno nebylo, ale uvítali by to a 7 (14 %) respondentů necítí potřebu poučení v péči o umírající.

Graf 21 Důstojné prostorové podmínky na oddělení pro umírající pacienty dle sester

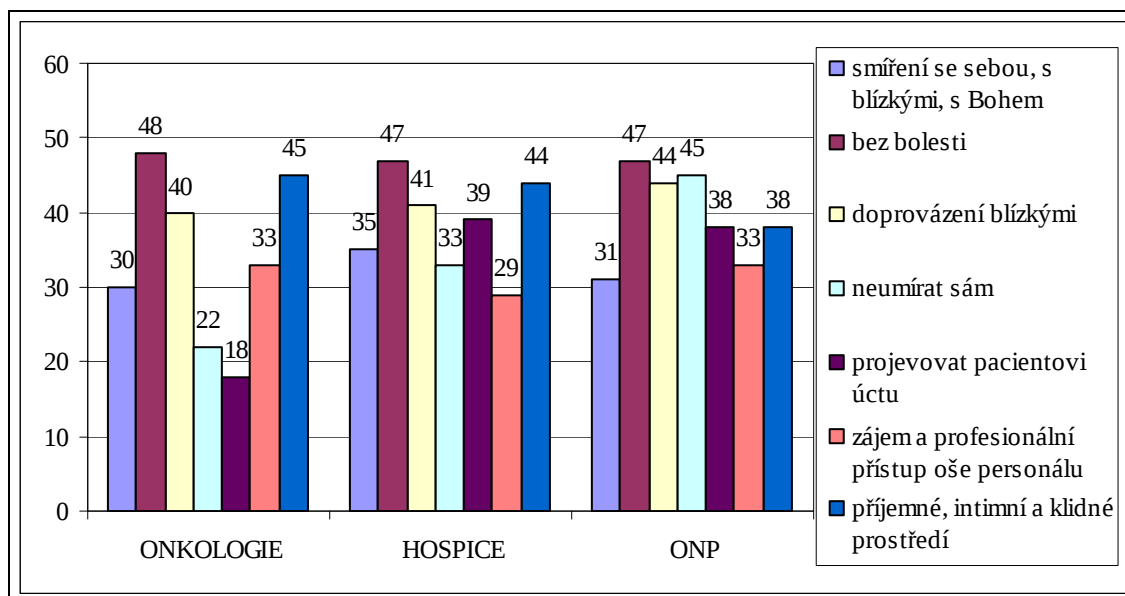


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních se 15 (31 %) respondentů domnívá, že mají na svém pracovišti vytvořeny vhodné prostorové podmínky pro umírající, 33 (69 %) respondentů si to nemyslí.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích se 46 (96 %) respondentů domnívá, že mají na svém pracovišti vytvořeny vhodné prostorové podmínky pro umírající, 2 (4 %) respondenti si to nemyslí.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče se 9 (18 %) respondentů domnívá, že mají na svém pracovišti vytvořeny vhodné prostorové podmínky pro umírající, 40 (82 %) respondentů si to nemyslí.

Graf 22 Pojem důstojná smrt



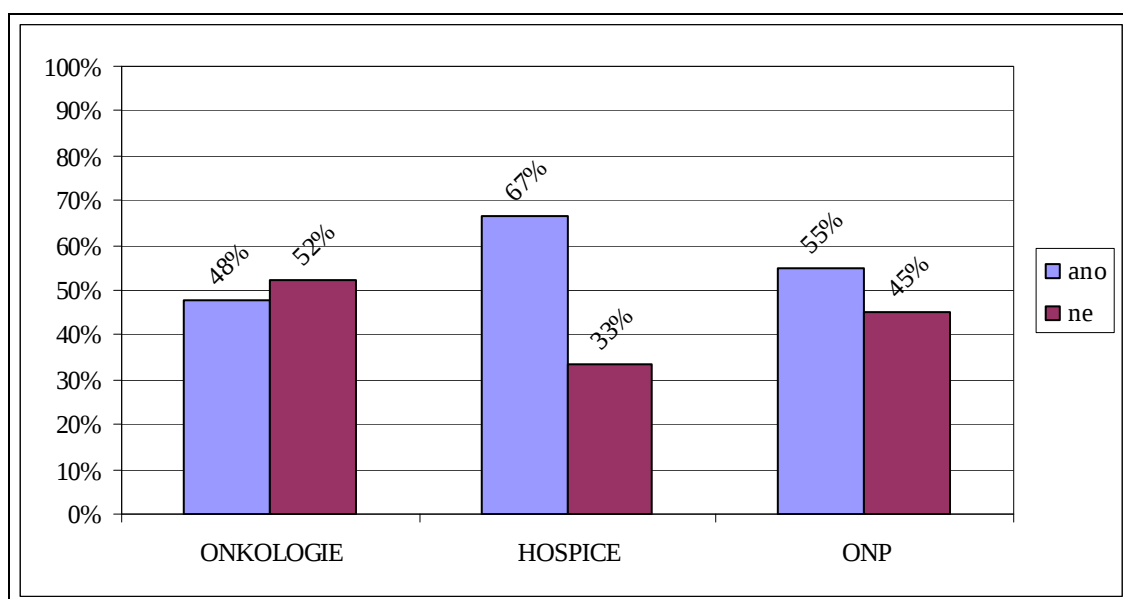
Skupina respondentů pracujících na onkologických odděleních uvedla pro pojem důstojná smrt tyto prvky: 30 sester odpovědělo smíření se sebou, s blízkými, s Bohem, bez bolesti odpovědělo 48 sester, doprovázení blízkými odpovědělo 40 sester, neumírat sám 22 odpovědí sester, projevy úcty umírajícímu odpovědělo 18 sester, zájem a profesionální přístup ošetrojícího personálu odpovědělo 33 sester, příjemné, intimní a klidné prostředí odpovědělo 45 sester.

Skupina respondentů pracujících v hospicích uvedla pro pojem důstojná smrt tyto prvky: 35 sester odpovědělo smíření se sebou, s blízkými, s Bohem, bez bolesti odpovědělo 47 sester, doprovázení blízkými odpovědělo 41 sester, neumírat sám odpovědělo 33 sester, projevy úcty umírajícímu 39 odpovědí sester, zájem a profesionální přístup ošetrojícího personálu odpovědělo 29 sester, příjemné, intimní a klidné prostředí odpovědělo 44 sester.

Skupina respondentů pracujících na odděleních následné péče uvedla pro pojem důstojná smrt tyto prvky: 31 sester odpovědělo smíření se sebou, s blízkými, s Bohem, bez bolesti odpovědělo 47 sester, doprovázení blízkými 44 odpovědí sester, neumírat sám odpovědělo 45 sester, projevy úcty umírajícímu odpovědělo 38 sester, zájem

a profesionální přístup ošetřujícího personálu odpovědělo 33 sester, příjemné, intimní a klidné prostředí odpovědělo 38 sester.

Graf 23 Sestra jako svědek nedůstojného zacházení s umírajícím pacientem

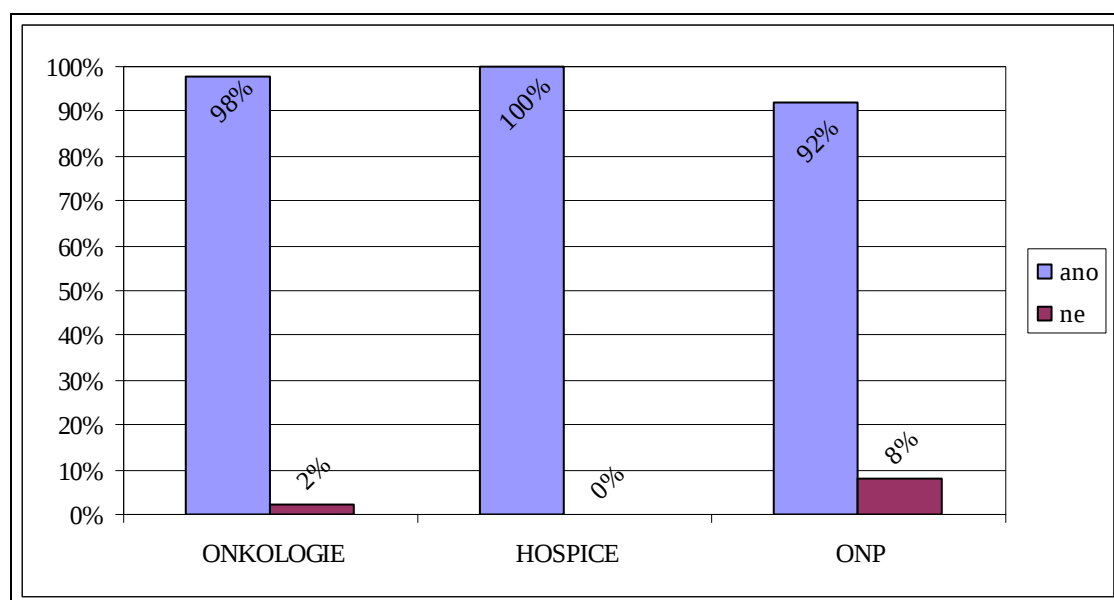


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních se 23 (48 %) respondentů někdy setkala s nedůstojným zacházením s umírajícím, 25 (52 %) se s tímto jevem nesetkala.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích se 32 (67 %) respondentů někdy setkala s nedůstojným zacházením s umírajícím, 16 (33 %) se s tímto jevem nesetkala.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče se 27 (55 %) respondentů někdy setkala s nedůstojným zacházením s umírajícím, 22 (45 %) se s tímto jevem nesetkala.

Graf 24A Možnost umírajících pacientů hovořit o svých pocitech dle mínění sester

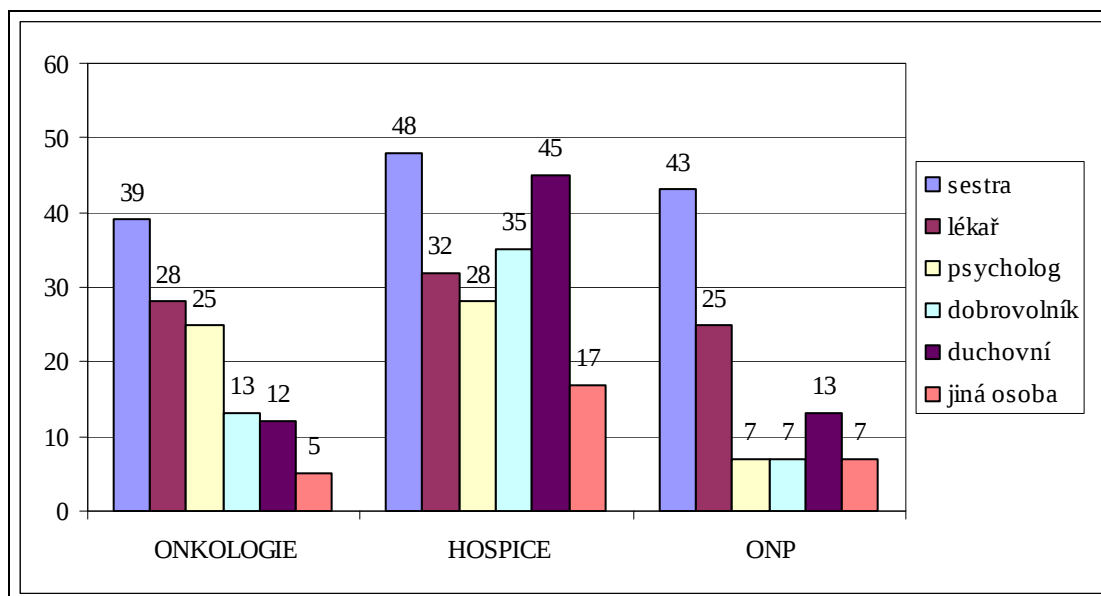


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních se 47 (98 %) respondentů domnívá, že umírající mají s kým hovořit o svých pocitech a problémech, 1 (2 %) respondent si to nemyslí.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích se 48 respondentů (100 %) domnívá, že umírající mají s kým hovořit o svých pocitech a problémech.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče se 45 (92 %) respondentů domnívá, že umírající mají s kým hovořit o svých pocitech a problémech, 4 (8 %) respondenti si to nemyslí.

Graf 24B Pomáhající profese, které naslouchají umírajícím dle mínění sester



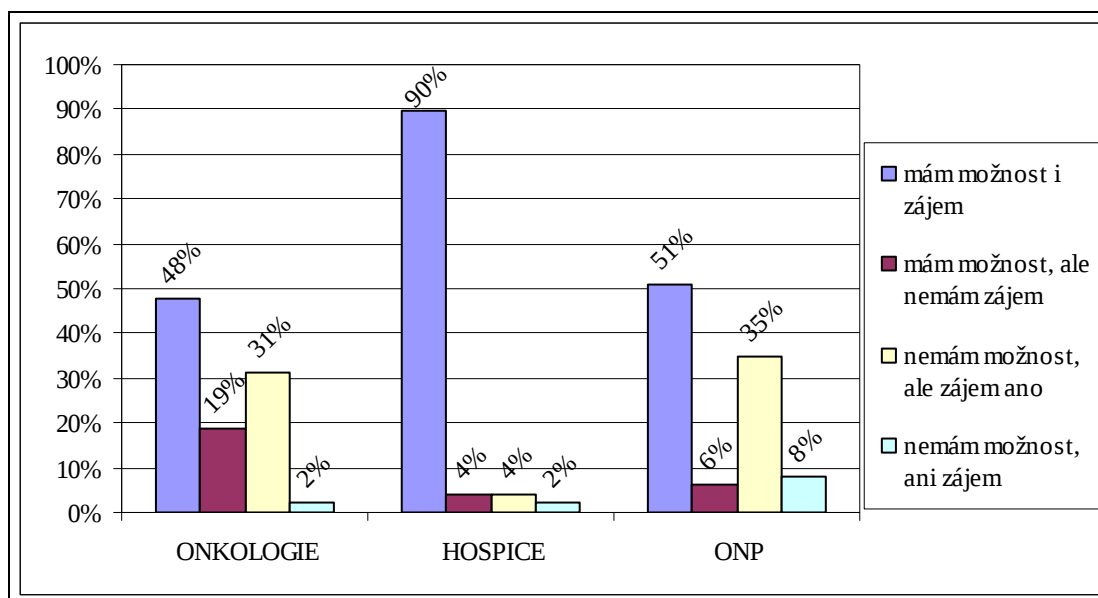
Z celkového počtu 47 respondentů pracujících na onkologických odděleních, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně se domnívá, že umírající může o svých problémech hovořit se sestrou odpovědělo 39 sester, s lékařem odpovědělo 28 sester, s psychologem odpovědělo 25 sester, s dobrovolníkem odpovědělo 13 sester, s duchovním odpovědělo 12 sester, s ergoterapeutem odpovědělo 5 sester.

Z celkového počtu 48 respondentů pracujících v hospicích, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně se domnívá, že umírající může o svých problémech hovořit se sestrou odpovědělo 48 sester, s lékařem odpovědělo 32 sester, s psychologem odpovědělo 28 sester, s dobrovolníkem odpovědělo 35 sester, s duchovním odpovědělo 45 sester, se školeným ošetřovatelem odpovědělo 7 sester, se sociální pracovnící odpověděly 4 sestry, s pastoračním asistentem odpověděly 4 sestry, s psychoterapeutem odpověděly 2 sestry.

Z celkového počtu 45 respondentů pracujících na odděleních následné péče, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně se domnívá, že umírající může o svých problémech hovořit se sestrou odpovědělo 43 sester, s lékařem odpovědělo 25 sester, s psychologem odpovědělo 7 sester, s dobrovolníkem odpovědělo 7 sester, s duchovním

odpovědělo 13 sester, s ergoterapeutem odpověděly 2 sestry, se studenty na praxi odpověděly 3 sestry, se sanitářkou odpověděly 2 sestry.

Graf 25 Možnosti a zájem sester o další vzdělávání v problematice péče o terminálně nemocné pacienty



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na onkologických odděleních má 23 (48 %) respondentů možnost i zájem vzdělávat se v péči o umírající, 9 (19 %) respondentů má možnost, ale nemá zájem, 15 (31 %) nemá možnost, ale má zájem a 1 (2 %) respondent nemá možnost, ani zájem o další vzdělávání v problematice péče o umírající.

Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících v hospicích má 43 (90 %) respondentů možnost i zájem vzdělávat se v péči o umírající, 2 (4 %) respondenti mají možnost, ale nemají zájem, 2 (4 %) nemají možnost, ale mají zájem a 1 (2 %) respondent nemá možnost, ani zájem o další vzdělávání v problematice péče o umírající.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů pracujících na odděleních následné péče má 25 (51 %) respondentů možnost i zájem vzdělávat se v péči o umírající, 3 (6 %) respondenti mají možnost, ale nemají zájem, 17 (35 %) nemá možnost, ale má zájem a 4 (8 %) respondenti nemají možnost, ani zájem o další vzdělávání v problematice péče o umírající.

5. Diskuze

Prvním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit znalosti sester v ošetrovatelské péči o onkologicky nemocné pacienty v terminálním stádiu. Druhým cílem mé práce bylo zjistit, zda sestry pečující o onkologicky nemocné v terminálním stádiu mají na svých odděleních vytvořeny důstojné podmínky pro uspokojování potřeb umírajících pacientů. Oba cíle práce byly splněny.

Za účelem ověření hypotéz byly rozdány sestrám na vybraných onkologických odděleních a odděleních následné péče a ve vybraných hospicích anonymní strukturované dotazníky (viz Příloha 1).

První 3 otázky v dotazníku byly zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru (viz graf 1, 2, 3). Přesné vzdělávací zařazení a délka odborné praxe respondentů zjišťována nebyla, respondenti zahrňovali pouze příslušnou kategorii s nejvyšším dosaženým vzděláním a délkou odborné praxe. U sester pracujících na onkologických odděleních mě překvapilo, že naprostá většina z nich pracuje na tomto náročném pracovišti déle než 20 let. Zklamáním pro mě bylo, že přesto, že je onkologie jako obor náročná na znalosti sester, má pouze malá většina z respondentů vyšší vzdělání než střední zdravotnickou školu.

Naopak u sester pracujících v hospicích má ze 48 respondentů 19 z nich vyšší vzdělání než střední zdravotnickou školu. Potěšilo mě, že 7 z nich má dokonce ukončené vysokoškolské vzdělání.

Sestry pracující na odděleních následné péče jsou na tom se vzděláním lépe než sestry pracující na onkologických odděleních. Z celkového počtu 49 (100 %) má 13 (27 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 3 (6 %) vyšší odborné vzdělání zdravotnického směru a 3 (6 %) respondenti mají ukončené vysokoškolské vzdělání.

Čtvrtá otázka zjišťovala, zda respondenti znají Chartu práv umírajících pacientů (viz Příloha 2). Předpokládala jsem neznalost tohoto pojmu u většiny respondentů. To se však nepotvrdilo. Ze 145 tázaných sester odpovědělo 83, že Chartu práv umírajících znají (viz graf 4). Otázkou je, zda kdybych se zeptala na některé její body, jestli by byli respondenti schopni odpovědět...

Další otázky byly zaměřeny na znalost terminálního stádia a jeho projevů (viz graf 5, 6). Na základě těchto výsledků byly potvrzeny první dvě hypotézy - *H1: Znalost sester v péči o onkologicky nemocné v terminálním stádiu je vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na odděleních následné péče. H2: Znalost sester v péči o onkologicky nemocné v terminálním stádiu je vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na onkologických odděleních.* Naprostá většina sester ze všech 3 typů zkoumaných zdravotnických zařízení má pocit, že ví, co znamená pojem terminální stádium. Ovšem v další otázce, kde mají toto údobí časově ohraničit se jejich sebevědomá odpověď, že znají tento pojem, nepotvrzuje. Ve většině dostupné literatury, která se zabývá tímto závažným tématem (viz Svatošová, Sláma, Vymětal, Vorlíček, atd.) je toto období ohraničeno hodinami až několika málo dny. Je tedy alarmující, že sestry, které se s pacienty v této fázi života setkávají ze všech medicínských oborů nejvíce uvádějí, že toto období trvá týdny a některé dokonce až měsíce (39,6 % sester pracujících na onkologických odděleních, 29 % sester pracujících v hospicích, 53 % sester pracujících na odděleních následné péče). Nejvíce v této otázce chybovaly sestry pracující na odděleních následné péče, naopak nejlépe jsou na tom sestry pracující v hospicích. (22, 24, 33, 34)

Stejně tak je tomu i v další otázce týkající se specifických symptomů provázející terminální stádium onkologických onemocnění (viz graf 7). Sláma ve své práci *Symptomy terminální fáze a jejich léčba* uvádí jako nejčastější symptomy právě dechové obtíže a kognitivní dysfunkce. (22) Zdůrazňuje zde, stejně jako řada dalších renomovaných autorů, kteří se zabývají touto tematikou, že nesnesitelná bolest v terminálním stádiu je poměrně vzácná, což je dáno pacientovou minimální pohybovou aktivitou a medikamentózním tlumením bolesti. (4, 23, 32)

Přesto si 20 ze 48 sester pracujících na onkologických odděleních a na odděleních následné péče dokonce 28 z 49 sester myslí, že pacient trpí nesnesitelnou bolestí a i jinak celkově strádá. Naopak více než 2/3 sester pracujících v hospicích má o symptomech terminálního stádia onkologických onemocnění přehled. Myslím si, že i tato skutečnost vede k celkově kvalitnější ošetrovatelské péči v hospicích.

I když je v posledních letech tématu výživa a hydratace věnována pozornost

v odborné literatuře (viz Sláma, Svatošová, Vorlíček, O'Connor, atd.), přesto si podle výsledků výzkumu této práce stále některé sestry (33 z celkového počtu 145 sester) myslí, že i v posledních hodinách života se musí pacient pobízet k jídlu a k pití (viz graf 8). Tady je nutno zopakovat, že umírající lidé obvykle nepocítují žízeň ani hlad. Navíc často bývají přidruženy další symptomy (například poruchy polykání, poruchy vědomí apod.), které přijímání potravy a tekutin ztěžují. Příbuzné umírajícího by měla sestra edukovat, že kalorický přísun již nezlepšuje kvalitu života, nemění prognózu, pouze může o několik dní prodloužit proces umírání, a tím i proces utrpení. (18, 23, 24, 33)

Podle odpovědí některých sester předpokládám, že pojem terminální agitované delirium není mezi nimi příliš rozšířen (viz graf 10). O jaký problém se jedná a jak je to s ošetrovatelskou péčí o pacienta s tímto problémem uvádím v teoretické části práce. Hlavními zásadami ošetrovatelské péče o takového pacienta by mělo být: nechat rozsvícenou lampičku, zajistit přítomnost rodiny, zajistit stabilní ošetrovatelský personál, omezit zbytečný transport pacienta. Až na posledním místě by se mělo, podle Slámy, přistupovat k farmakoterapii. Překvapilo mě proto, že 45 % sester pracujících na odděleních následné péče, 46 % sester pracujících na onkologických odděleních a 27 % sester pracujících v hospicích by jako metodu první volby volilo pouze farmakoterapii. Naopak potěšující je, že ani jedna ze 145 tázaných sester by nepřistoupila ke kurtování a domlouvání pacientovi v delíriu, které by samozřejmě bylo naprosto bez efektu. (1, 23)

K současnosti velmi populárnímu tématu nefarmakologických metod tišení bolesti se v dotazníku vztahovaly otázky 11 a 12 (viz graf 11, 12). Otázka 11 byla filtrační a zjistila jsem v ní, že naprostá většina sester na onkologických odděleních (83 %) a na odděleních následné péče (71 %) nepoužívá žádnou z nefarmakologických metod tišení bolesti. Myslím si, že většina z těchto sester si zřejmě neuvědomila, že mezi tyto metody patří například i aplikace tepla či chladu, úlevová poloha atd. Ze své praxe vím, že i sestry, které ostatní nefarmakologické metody tišení bolesti vůbec neznají a nepoužívají, aplikují teplo či chlad nebo nemocnému s bolestí doporučí vhodnou polohu. (4)

Co je však pozitivní, je vysoký počet sester (65 %), které pracují v hospicích a nefarmakologické metody tišení bolesti znají a používají. Překvapilo a zároveň mě velmi potěšilo, že do kolonky „jiné“ sestry vypisovaly takové metody jako je bazální stimulace, masáže, logoterapie, canisterapie, ergoterapie, arteterapie apod.

Nestorka českého hospicového hnutí Marie Svatošová a její kolegyně a kolegyně ve svých pracích a na svých přednáškách velmi často uvádějí, že jednou z nejdůležitějších vlastností sestry při péči o umírající je její duševní vyrovnanost včetně jejího vyrovnání se s vlastní smrtelností. (3, 8, 24, 36) Proto jsem byla nemile překvapena po sečtení všech odpovědí u této kategorie (viz graf 13). I v hospicích, kde se sestry velmi pečlivě vybírají a jejich vyrovnanost s vlastní smrtelností je jedním z hlavních kritérií pro jejich přijetí do hospice, odpovědělo jen 20 sester, že tuto vlastnost pokládají za nejdůležitější při ošetřování umírajících. Jen 3 sestry ze všech 6 vybraných hospiců považují za důležité být upřímná a říkat pacientovi pravdu. Přitom, jak uvádí Svatošová, má umírající pacient právo na pravdu. (24)

Okamžik smrti člověka vyvolá u každého z nás jiné pocity (viz graf 14). Psychické vyčerpání prožívá při ošetřování umírajících 30 (63 %) sester pracujících na onkologických odděleních, 30 (61 %) sester pracujících na odděleních následné péče a 20 (42 %) sester pracujících v hospicích. Velký počet sester (24) ze všech tří typů zkoumaných zdravotnických zařízení uvedl, že při ošetřování umírajících pacientů má pocity bezmocnosti, beznaděje, smutku a soucitu a to především v souvislosti s umíráním mladých lidí. Zde by sestry neměly opomenout riziko vzniku syndromu emočního vyčerpání. Na místě je proto duševní hygiena sestry a prevence syndromu vyhoření. (13, 28)

Potřeba uznání znamená respektovat názory a chování pacienta, přistupovat k pacientovi jako k individuální bytosti, respektovat pacientův postoj k životu a dávat pacientovi najevo úctu a pochopení. (27) Je proto šokující, že více než polovina sester jak z onkologických oddělení (58 %), tak z oddělení následné péče (57 %) tuto potřebu u svých umírajících nesaturuje. Naopak je potěšující, že sestry pracující v hospicích tuto potřebu saturují ve 100 % (viz graf 18, 19).

Všichni bychom si jistě přáli prožít konec života důstojně, bez bolesti a v kruhu

svých blízkých. V závěru dotazníku byla sestrám položena otevřená otázka, co si představují pod pojmem důstojná smrt (viz graf 22). Na základě výsledků výzkumu bylo sestaveno 7 kategorií, kde se vedle umírání bez bolesti v kruhu svých blízkých nejčastěji objevovaly odpovědi jako umřít ve smíření se sebou, s blízkými, s Bohem, dále v příjemném, klidném a intimním prostředí a s péčí empatického a profesionálního ošetrovatelského personálu. (8, 12, 24)

Co je však varovným signálem, je poměrně velký počet sester (na onkologických odděleních 48 % sester, na odděleních následné péče 55 % sester v hospicích 67 % sester), který se setkal během své praxe s nedbalou či dokonce nedůstojnou péčí o umírající pacienty. Někteří respondenti do dotazníku dopsali, že se s nedůstojným chováním k umírajícím setkávají především u pomocného zdravotnického personálu (sanitáři) a co je smutné, je poměrně častý výskyt odpovědí, že se k mrtvému tělu chová nedůstojně pohřební služba (viz graf 23).

Ještě stále je více těch pacientů, jejichž život končí v nemocnici, což potvrzují i výsledky výzkumu hospicového občanského sdružení Cesta domů. (22) Průzkum ukázal, že přes 70 % všech úmrtí v ČR nastává v nemocnici, především na odděleních následné péče. Sestra na těchto odděleních se proto s umírajícími setkává poměrně často. Proto je důležité, aby znala zásady komunikace s umírajícími a nevyhýbala se rozhovorům s těmito pacienty. Rozhovor s umírajícím je velice náročný a vyžaduje velkou dávku profesionality a umění komunikace. Jak uvádí odborná literatura, dobrá komunikace je nezbytným základem interakcí mezi sestrou a umírajícím. (6, 13, 30)

K potvrzení hypotéz, *H3 - Sestry pracující v hospicích mají lepší podmínky pro uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu než sestry pracující na odděleních následné péče, H4 - Sestry pracující v hospicích mají lepší podmínky pro uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu než sestry pracující na onkologických odděleních* se vztahují otázky číslo 15, 16, 21, 24 a 25..

Není pochyb o tom, že v dnešní době je o biologické potřeby umírajících dobře postaráno ve většině nemocnic. Toto své tvrzení podkládám výsledky svého výzkumu, kdy 48 (100 %) sester v hospicích, 41 (84 %) sester na odděleních následné péče a 39

(81 %) sester z onkologických oddělení uvedlo, že o biologické potřeby je v jejich zařízení postaráno dostatečně.

Umírající člověk má vedle svých běžných potřeb i potřeby bezprostředně související s umíráním a smrtí. Nezbytnou součástí komplexní ošetrovatelské péče je vyhledávání a uspokojování spirituálních potřeb. S uspokojováním těchto potřeb se však musí začít už v preterminálním stádiu onemocnění. Každá sestra by měla vědět, že v terminální fázi onemocnění vystupují spirituální potřeby do popředí více než potřeby biologické. Nenaplněnost těchto potřeb může vést až ke stavu duchovní tísně. Tento stav je ošetrovatelským problémem a tedy i ošetrovatelskou diagnózou. (3, 16, 19, 24, 25, 28, 36)

Přes všechny tyto informace uvedla naprostá většina sester z oddělení následné péče (61 %) i z onkologických oddělení (54 %), že tyto potřeby saturují u umírajících nedostatečně (viz graf 15).

Stejně neuspokojivé byly i odpovědi na otázku, jestli si sestry myslí, zda mají umírající pacienti spirituální potřeby (viz graf 16). Sestry z oddělení následné péče v 7 (14 %) případech odpověděly, že umírající takové potřeby nemají, dalších 20 (41 %) sester neví, zda tyto potřeby jejich umírající mají či nemají. U sester pracujících na odděleních následné péče byly odpovědi podobné (5 sester uvedlo, že umírající tyto potřeby nemají a 19 sester neví). Podle odpovědí, které mi některé sestry dopisovaly do dotazníku si myslím, že velká většina z nich si spojuje spirituální potřeby pouze s věřícími a vůbec netuší, že se týkají i osob nevěřících. Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že sestry velmi často zaměňují potřeby psychické za potřeby sociální. Ze 48 sester pracujících na onkologických odděleních se 33 (69 %) domnívá, že rozhodně nemají vytvořeny vhodné prostorové podmínky pro umírající. To samé si myslí i 40 (82 %) sester pracujících na odděleních následné péče. (viz graf 21) Sestry pracující v hospicích tyto podmínky mají (v 96 %), což je jistě dáno nejen základní myšlenkou hospice, ale i tím, že hospice jsou v ČR novostavby a při jejich projektování se s jednolůžkovými pokoji už dopředu počítá. (9, 22, 24)

Je velmi potěšující, že převážná většina sester (98 % sester pracujících na onkologiích, 100 % sester pracujících v hospicích a 92 % sester pracujících na

odděleních následné péče) uvedla, že jsou svým umírajícím pacientům nápomocny při řešení jejich problémů a že jsou ochotné mluvit s nimi o jejich pocitech (viz graf 24A). Mezi další odborníky, se kterými mohou umírající hovořit sestry uváděly lékaře, psychologa, méně pak kněze, dobrovolníky, studenty na praxi, školené ošetřovatele (především v hospicích) a ergoterapeuty. (viz graf 24B).

Poslední otázka v dotazníku se týkala zájmu a možností sester dále se vzdělávat v problematice umírání a v péči o umírající pacienty (viz graf 25). Je pozitivní, že 91 sester ze 145 uvedlo, že o další vzdělávání má zájem i možnosti. Protipólem jsou odpovědi 6 sester, že o tuto problematiku nemají ani zájem, a navíc prý ani nemají možnost navštěvovat tyto vzdělávací akce. Z těchto 6 sester jich pět pracuje na onkologických odděleních a na odděleních následné péče, což potvrzuje mou domněnku, že sestry na těchto odděleních mají menší zájem se dále vzdělávat než sestry pracující v hospicích. Pokud tyto sestry opravdu nemohou dané semináře navštěvovat mělo by pro ně být samozřejmostí samostudium odborné literatury. Dle mého názoru by každá sestra měla znát základní literaturu na téma umírání a smrti, za kterou lze považovat knihu Thanatologie od prof. Haškovcové. (7)

Hypotéza 3 - Sestry pracující v hospicích mají lepší podmínky pro uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu než sestry pracující na odděleních následné péče, hypotéza 4 - Sestry pracující v hospicích mají lepší podmínky pro uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu než sestry pracující na onkologických odděleních. Hypotézy H3 i H4 byly potvrzeny.

Aktuálnost tématu této práce spočívá ve zvyšujícím se výskytu nádorových onemocnění (cca 60 tisíc nových případů za rok). Tím pádem přibývají i úmrtí na tato onemocnění. Každá sestra pracující s umírajícími lidmi by proto měla znát specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty. Jen tak může v budoucnosti dojít ke zlepšení péče o pacienty v terminálním stádiu.

6. Závěr

Prvním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit znalosti sester v ošetrovatelské péči o onkologicky nemocné pacienty v terminálním stádiu. Cíl práce byl splněn.

Druhým cílem mé práce bylo zjistit, zda sestry pečující o onkologicky nemocné v terminálním stádiu mají na svých odděleních vytvořeny důstojné podmínky pro uspokojování potřeb umírajících pacientů. I tento cíl práce byl splněn.

V rámci výzkumné části práce byly stanoveny následující čtyři hypotézy.

Hypotéza 1: Znalost sester v péči o onkologicky nemocné v terminálním stádiu je vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na odděleních následné péče. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 2: Znalost sester v péči o onkologicky nemocné v terminálním stádiu je vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na onkologických odděleních. Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza 3: Sestry pracující v hospicích mají lepší podmínky pro uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu než sestry pracující na odděleních následné péče. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 4: Sestry pracující v hospicích mají lepší podmínky pro uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu než sestry pracující na onkologických odděleních. Hypotéza byla potvrzena.

Myslím, že hlavním úkolem pro sestry, ale i pro další pomáhající profese je změna postojů a chování k umírajícím pacientům. V blízké budoucnosti musí, podle mého názoru, dojít ke změnám v přístupu k umírajícím a k jejich ošetřování. Nynější stav, kdy je umírající pacient v nemocnici schován za plentu a sestry se mu, byť podvědomě, vyhýbají, bude jak doufám, po nástupu nové generace vzdělanějších a osobnostně vyzrálějších sester bakalářek a magister, vystřídán upřímným zájmem sester být umírajícímu člověku nablízku a doprovodit ho na jeho poslední cestě.

Myslím, že tato práce, a hlavně její praktická část by mohla čtenáře přivést k zamyšlení nad tímto neprávem okrajovým tématem a nás sestry ke zpytování svědomí, zda se vždy chováme podle zásad Charty práv umírajících pacientů, podle svého svědomí a podle potřeb umírajícího pacienta.

Domnívám se, že tato bakalářská práce by mohla svým obsahem přispět ke zvýšení informovanosti sester v problematice ošetrovatelské péče v terminálním stádiu.

7. Seznam použité literatury

1. ADAM Z. et al. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 2003. 788 s. ISBN 80-247-0677-6.
2. ARANDA S. Hodnocení symptomů. In: O'Connor M. et. al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přel. J. Heřmanová. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 79-86. Přel. z: *Paliative care nursing – A guide to practice*. ISBN 80-247-1295-4.
3. BOULECKÝ Z. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní péči*. In: Vorlíček J., Adam Z. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 339-388. ISBN 80-247-0279-7.
4. BRANT J. Léčba bolesti. In: O'Connor M. et. al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přel. J. Heřmanová. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 89-99. Přel. z: *Paliative care nursing – A guide to practice*. ISBN 80-247-1295-4.
5. Česká onkologická společnost. Česká síť onkologických center. *Autor neuveden*. [on line] aktualizace 26.1.2007 [cit 2007-01-04]. Dostupné z: <<http://www.linkos.cz/tisk/onkocentra-info.pdf>>
6. DYTRYCHOVÁ D. Sestra v paliativní péči. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 1, s. 26. ISSN 1210-0404.
7. HAŠKOVCOVÁ H. *Thanatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 210 s. ISBN 80-7262-034-7.
8. HAŠKOVCOVÁ H. Umírání a smrt jako etický problém. In: Kolektiv autorů. *Krásná smrt*. Praha: JOB Publishing, 1999. 40 s.
9. Hospic. *Autor neuveden*. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2006-02-12]. Dostupné z <<http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>>
10. Masarykův onkologický ústav. *Joukalová Zuzana*. [on line] aktualizace 28.8.2006 [cit 2007-01-04]. Dostupné z <<http://www.mou.cz/section-show.jsp?=902/910>>
11. KNETL J. *Péče o nemocné v terminálním stádiu*. České Budějovice, 2004. 40 s. Ročníková práce na ZSF JU.
12. KOMÍNKOVÁ H. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 1, s. 20-21. ISSN 1212-0404.

13. KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
14. KŘIVOHLAVÝ J. Psychologické aspekty terminální fáze onkologicky nemocných. *Sestra*. Praha: 2000, roč. 10, č. 3, s. 34-35. ISSN 1012-0404.
15. KÜBLER-ROSS E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-85878-95-X.
16. MAŠÁT V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 3-4. ISSN 1801-1349.
17. MUNZAROVÁ M. *Eutanázie nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
18. O'CONNOR. M. Výživa a tekutiny. In: O'Connor M. et. al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přel. J. Heřmanová. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 155-162. Přel. z: *Paliative care nursing – A guide to practice*. ISBN 80-247-1295-4.
19. OPATRNÁ M. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 5-8. ISSN 1801-1349.
20. Paliativní medicína a umírání. Autor neuveden. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2006-01-2]. Dostupné z <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs>>
21. POHUNKOVÁ D. Etické aspekty péče o terminálně nemocné. In: Sborník přednášek. *6. den Hospice Litoměřice*. Litoměřice: , 2006, s. 4.
22. SLÁMA O. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
23. SLÁMA O. *Symptomy terminální fáze a jejich léčba*. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2006-01-12]. Dostupné z <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/symptomy.rtf>>
24. SVATOŠOVÁ M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dop. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
25. ŠIMEK J. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 2. ISSN 1801-1349.
26. Tělesné změny. Autor neuveden. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2006-05-12]. Dostupné z <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=226&lang=cs>>

27. TRACHTOVÁ E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
28. TSCHUSCHKE V. *Psychoonkologie*. Přel. L. Simonová. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 216 s. Přel. z: *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. ISBN 80-7178-826-0.
29. VEDLICHOVÁ M. Kvalita života pacienta v terminálním stádiu. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 7-8, s. 44-45. ISSN 1212-0404.
30. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
31. VODVÁŘKA P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997. 169 s. ISBN 80-7042-314-5.
32. VORLÍČEK J. et al. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 480 s. ISBN 80-247-0279-7.
33. VORLÍČEK J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
34. VYMĚTAL J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
35. ZÁMEČNÍK J. *Nemocný se zhoubným nádorem*. České Budějovice: JU ZSF, 2002. 62s. ISBN 80-7040-556-2.
36. ZERHAU L. Spirituální péče u terminálně nemocných. In: *Sborník přednášek. 6. den Hospice Litoměřice*. Litoměřice: 2006, s.6.
37. ŽALOUDÍK J. Onkologie založená na průzkumu v onkocentrech. In: XXX. Brněnské onkologické dny. *Edukační sborník*. Brno: MOU, 2006, s. 21-22.

8. Klíčová slova

- Paliativní péče
- Terminální stádium
- Smrt
- Ošetrovatelská péče
- Hospic
- Oddělení následné péče
- Onkologická oddělení

9. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro sestry

Příloha č. 2: Charta práv umírajících pacientů

Dobrý den,
jmenuji se Eva Pfefferová a jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který dostáváte do rukou je anonymní a je určen pro zpracování mé bakalářské práce na téma: Specifika ošetrovatelské péče o onkologicky nemocné v terminálním stádiu. Chtěla bych Vás proto požádat o jeho vyplnění. Pokud není stanoveno jinak, vyberte pouze jednu odpověď.
Předem děkuji za čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Eva Pfefferová

1. Uved'te na jakém oddělení pracujete:

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední odborné (SZŠ)
- b) pomaturitní specializační
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské (Bc., Mgr.)

3. Délka odborné praxe ve zdravotnictví:

- a) do 5 let
- b) od 6 do 10 let
- c) od 11 do 20 let
- d) nad 20 let

4. Znáte Chartu práv umírajících pacientů?

- a) ano
- b) ne

5. Víte, co znamená pojem terminální stádium?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

6. Jak dlouhý časový úsek toto období podle Vás zahrnuje?

- a) několik hodin až dnů
- b) několik dnů až týdnů
- c) týdny až měsíce
- d) nevím

7. Víte, jakými specifickými symptomy je nejčastěji provázáno terminální stádium u onkologických onemocnění?

- a) kognitivní dysfunkce, respirační obtíže, snesitelná bolest
- b) nesnesitelná bolest, sociální strádání
- c) nesnesitelná bolest, žízeň a hlad, vysušené sliznice (snížený kožní turgor)

8. Myslíte si, že i v terminálním stádiu se mají pacienti nutit (pobízet) k pití a jídlu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Jakým způsobem na Vašem oddělení pečujete o pacienta s terminálním chrčivým dýcháním? (Je možno označit více odpovědí.)

- a) podáváním kyslíku
- b) odsáváním hlenů z horních cest dýchacích
- c) poklepovou masáží
- d) zvýšenou polohou horní části těla (Fowlerova poloha)
- e) polohou na boku
- f) vyvětráním a zvlhčením vzduchu
- g) farmakoterapií
- h) jiné—uveďte:.....

10. Víte, jak předcházet projevům terminálního agitovaného deliria?

- a) farmakoterapií
- b) nechat pacientovi přes noc svítit lampičku, stabilní ošetřující personál, přítomnost rodiny ve spojení s podáváním netlumících antipsychotik
- c) kurtováním pacienta v lůžku, domluvit pacientovi, přítomnost rodiny

11. Používáte na Vašem oddělení nefarmakologické metody tišení bolesti?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na otázku číslo 11 odpověděla NE, pokračujte prosím otázkou číslo 13.

12. Jaké metody nefarmakologického tišení bolesti na Vašem oddělení používáte? (Je možno označit více odpovědí)

- a) odvádění pozornosti
- b) relaxační techniky
- c) aromaterapie
- d) muzikoterapie
- e) sugesce
- f) aplikace tepla x chladu
- g) jiné—uveďte:.....

13. Které z uvedených vlastností sestry pokládáte za nejdůležitější při péči o umírající pacienty? (vyberte maximálně 3 možnosti)

- a) soucit, empatie
- b) trpělivost
- c) úcta k pacientovi
- d) duševní vyrovnanost sestry včetně jejího vyrovnání se s vlastní smrtelností

- e) laskavost, zájem o pacienta
- f) upřímnost, pravdomluvnost
- g) odbornost
- h) jiné–uveďte:

14. Objevují se u Vás některé z těchto pocitů při ošetřování umírajících? (Vyberte maximálně 2 možnosti)

- a) psychické napětí
- b) fyzické vyčerpání
- c) strach
- d) smutek, tíseň
- e) jiné–uveďte:

15. Jak jsou podle Vás na Vašem oddělení ze strany sester uspokojovány potřeby umírajících pacientů v oblasti:

- | | | | |
|---------------|---------------|-------------|-----------------|
| · biologické | a) dostatečně | b) částečně | c) nedostatečně |
| · psychické | a) dostatečně | b) částečně | c) nedostatečně |
| · sociální | a) dostatečně | b) částečně | c) nedostatečně |
| · spirituální | a) dostatečně | b) částečně | c) nedostatečně |

16. Myslíte si, že i umírající pacienti mají spirituální potřeby?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Jaké jsou podle Vás specifické potřeby umírajícího pacienta v oblasti:

- a) psychické.....
- b) spirituální.....

18. Myslíte si, že na Vašem oddělení uspokojujete potřebu uznání u umírajících pacientů?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na otázku číslo 18 odpověděla NE, pokračujte prosím otázkou číslo 20.

19. Jakým způsobem Na Vašem oddělení uspokojujete u umírajících pacientů potřebu uznání? (vyberte maximálně 2 možnosti)

- a) respektuji názory a chování pacienta
- b) přistupuji k pacientovi jako k individuální bytosti
- c) respektuji pacientův postoj k životu
- d) dávám pacientovi najevo úctu a pochopení
- e) jiné–uveďte:

20. Byla jste před nástupem do současného zaměstnání proškolená či jste absolvovala kurz nebo odbornou vzdělávací akci zaměřenou na specifika péče o umírající?

- a) ano
- b) ne, ale uvítala bych to
- c) ne, necítím potřebu

21. Domníváte se, že jsou na Vašem pracovišti vytvořeny důstojné prostorové podmínky (např. vybavení pokojů) pro umírající pacienty?

- a) ano
- b) ne

22.Uved'te, co si představujete pod pojmem „důstojná smrt“:

.....
.....
.....

23.Byla jste někdy svědkem nedůstojného zacházení s umírajícím pacientem?

- a) ano
- b) ne

24.Má umírající pacient na Vašem oddělení možnost hovořit s někým o svých pocitech a problémech? Pokud ANO, tak s kým? (Je možno označit více odpovědí.)

- a) ano
 - sestra
 - lékař
 - psycholog
 - dobrovolník
 - duchovní
 - jiná osoba – uveďte:

- b) ne

25.Máte možnost a zájem navštěvovat různé semináře a konference zabývající se problematikou umírání a smrti a péčí o umírající pacienty?

- a) mám možnost i zájem
- b) mám možnost, ale nemám zájem
- c) nemám možnost, ale zájem ano
- d) nemám možnost, ani zájem

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

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

- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

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

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

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

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

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

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

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetrujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetrována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a

ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt