

Péče o umírající z pohledu všeobecné sestry

Marta Talašová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marta TALAŠOVÁ**
Osobní číslo: **H080334**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Péče o umírající z pohledu všeobecné sestry.**

Zásady pro vypracování:

1.Zpracování teoretické části:

Vymezit pojmy umírání a smrt. Seznámit s problematikou paliativní péče. Zaměřit se na potřeby umírajících. Popsat roli všeobecné sestry při péči o umírající.

2.Zpracování praktické části:

Stanovit cíle práce. Stanovit dotazník pro všeobecnou sestru zaměřený na péči o umírající. Analyzovat data výzkumného šetření. Interpretovat zjištěné výsledky. Na základě výsledků šetření navrhnout opatření pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. Speciální psychologie. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.

JAROŠOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, R. Umírání z pohledu sestry. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita- Zdravotně sociální fakulta, 2001. 21s. ISBN 80-7042-325-0.

O'CONNOR, M., SANCHIA, A. Paliativní péče pro sestry všech oborů. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4

HAŠKOVCOVÁ, H., THANALOGIE Nauka o umírání a smrti. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 5.vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

THEOVÁ, A., M. Paliativní péče a komunikace. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. ISBN 978-80-87029-24-4

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Blažková

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 19.5.2011

..... Palašová Markéta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Péče o umírající je dnes stále aktuálnějším tématem. Souvisí to s vývojem paliativní péče a se vznikem a větší medializací hospiců a hospicové péče.

Ve své bakalářské práci jsem se proto zaměřila na péči o umírající v nemocnici. Zajímalo mě především pohled sester na tuto problematiku.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů, jako je umírání, smrt, popisem potřeb umírajících, seznámením s paliativní péčí a především rolí všeobecné sestry v péči o umírající. V praktické části práce uvádím výsledky dotazníkového šetření. Vyhodnocení je provedeno formou tabulek a grafů spolu se slovním komentářem a vyhodnocením cílů práce.

Klíčová slova:

péče o umírající, umírání, smrt, potřeby umírajících, multidisciplinární tým, paliativní péče

ABSTRACT

The care of dying people is always most common talk. It relates to progress in the palliative care, also beginning with more publicity in the media of hospices and hospice care. Therefore, I have focused my attention to the care of people who are dying.

First of all, I was interested in the view of nurses to that problem. This work consists of two parts. The first one is theoretical background and the second one refers to survey.

The theoretical part explains the basic concepts, such as dying, death, describing the needs of dying people. It also gets to know the palliative care, especially the nurse's part of giving the care to dying people. In the practical part I have shown the results of the survey. The evaluation is done by tables and graphs, all together with verbal comment and evaluation of my goals.

Keywords:

care of the dying people, dying, death, introducing the needs of dying people

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Markétě Blažkové za metodické vedení a odborné rady, kterými přispěla k vypracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, které jsem během svého šetření oslovila, za trpělivost, pochopení a důvěru.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VYMEZENÍ POJMŮ	12
1.1 SMRT.....	12
1.2 PŘÍČINY SMRTI	12
1.3 ZNÁMKY SMRTI	12
1.4 DŮSTOJNÁ SMRT.....	13
1.5 UMÍRÁNÍ	14
1.5.1 Fáze umírání.....	14
1.5.2 Fáze umírání dle Kübler - Ross.....	15
1.5.3 Charakteristika procesu umírání.....	17
2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI V MINULOSTI A SOUČASNOSTI	18
2.1 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI.....	18
2.1.1 Smrt z pohledu antických kultur	18
2.1.2 Pojetí umírání a smrti z pohledu křesťanství	19
2.2 UMÍRÁNÍ A SMRT V SOUČASNOSTI	19
2.2.1 Možnosti dnešní péče.....	20
2.3 ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE	23
2.3.1 Vymezení paliativní péče	24
2.3.2 Celoživotní vzdělávání a paliativní péče.....	24
3 VYBRANÉ OBLASTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY	26
3.1 ROLE SESTRY V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ.....	26
3.2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU.....	26
3.2.1 Tělesné potřeby	27
3.2.2 Nutriční péče	28
3.2.3 Péče o vyprazdňování.....	28
3.2.4 Péče o dýchací cesty.....	28
3.2.5 Psychické potřeby.....	28
3.2.6 Spirituální a sociální potřeby.....	29
3.3 NEJČASTĚJŠÍ CHYBY V PŘÍSTUPU SESTRY K UMÍRAJÍCÍM.....	30
3.4 VÝZNAM KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM A JEHO PŘÍBUZNÝMI.....	32
4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ	34
4.1 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....	34
4.2 POSTAVENÍ SESTRY V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
5 METODIKA	37

5.1	CÍLE PRÁCE	37
5.2	ORGANIZAČNÍ ŠETŘENÍ.....	37
5.3	METODA PRÁCE.....	37
5.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	37
6	HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	38
7	DISKUSE	59
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
	SEZNAM OBRÁZKŮ	71
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Většina z nás se bojí pomýšlení na umírání a konec lidského života. Když pak život někoho z našich blízkých končí, divíme se, nevíme, co dělat, tápeme. Často slyšíme z médií informace o tragických úmrtích, ale tu skutečnou, reálnou smrt často vytěšňujeme.

Důstojné umírání a dobrá smrt v sobě zahrnují kvalitu poskytované péče a pacientovo subjektivní hodnocení a prožívání konce života. Komplexní ošetrovatelská péče je velmi významná činnost, zajišťující umírajícímu pacientovi naplnění somatických, psychických a sociálních potřeb. Tyto potřeby jsou u každého pacienta naplňovány individuálně. Znat potřeby umírajícího, učít se je pojmenovat a v praxi poznat jejich deficit je nezbytný předpoklad k tomu, aby mohly být tyto potřeby naplněny a péče o tohoto umírajícího byla co nejefektivnější. Zdravotníci se se smrtí setkávají nejčastěji, ale často na ni nejsou vnitřně připraveni. Kvalitní a dobře prováděná komplexní ošetrovatelská péče může umírajícímu pomoci zvládnout utrpení, které ho provází, na poslední cestě životem. Vhodný přístup a především komunikace může zmírnit pacientovi obavy, strach, úzkost a také pomoci při zvládnání bolesti. Tato péče není jen péčí o pacienta samotného, ale také o jeho rodinu. Té může vhodný, empatický přístup pomoci zvládnout ztrátu milovaného člověka a vyrovnat se s jeho odchodem. Lidé se stále více bojí více utrpení než smrti. V dnešní době se v přístupu k chronickým onemocněním či terminálním stádiím života, setkáváme s pojmem paliativní péče. Ta bolesti a utrpení zmírňuje nebo odstraňuje. Zastává holistický přístup k pacientovi. Jedná se o celkový, totální přístup k nemocnému i k jeho rodině. Ve vztahu k pacientovi to znamená, že se stará nejen o nemoc pacienta, ale i vše okolo něho, co ho ovlivňuje, včetně jeho rodiny a jejich problémů. Jedná se v tomto pohledu o komplexní starostlivost, péči, která respektuje potřeby těla, mysli a ducha.

Paliativní péče poskytuje dobrou kvalitu zbytku života těm, kterým už medicína nedokáže pomoci. Moderní paliativní péče využívá interdisciplinárního přístupu ošetrovatelského týmu s různými znalostmi a dovednostmi, neboť týmová spolupráce je dnes velmi důležitá a zajišťuje nám již zmiňovanou komplexnost péče o umírajícího (Vorlíčková, 2005).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Smrt

Smrt je charakterizována jako zástava životních funkcí v organismu, které jsou spojené s nevratnými - ireverzibilními změnami v organismu. Rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou. Pojem náhlá smrt je nejčastěji spojován s tragickou smrtí, jako je úraz či autonehoda. Pojem rychlá smrt označuje nemoc, která je příčinou brzkého skonu, to je například infarkt myokardu (Sígl, 2006).

Smrt můžeme také rozdělit podle toho, v jakém věku přichází. Rozlišujeme tak smrt předčasnou a přiměřenou. Přiměřená je častěji označována jako „požehnaný věk“. Smrt nastává u každého živého organismu v jiném věku a ve většině případů ji nelze dopředu přesně určit. Nicméně délka života je charakteristická pro každý druh organismu, vychází z jeho genetického základu, ale poměrně výrazně ji ovlivňují i vnější okolnosti (Sígl, 2006).

Smrt patří k životu a nelze ji oddělit. Umožňuje nám získat smysl života, využít náš vyměřený čas smysluplně (Kelnarová, 2007).

1.2 Příčiny smrti

V České republice bylo v roce 2005 zaznamenáno celkem 107 938 úmrtí, z nichž největší podíl byl v důsledku nemocí oběhové soustavy, které se na celkovém počtu úmrtí podílely 51,1 %. Následovaly novotvary s 26,2 % celkového počtu zemřelých, dále vnější příčiny (5,9 %), nemoci dýchací (5,6 %) a trávicí soustavy (4,5 %). Necelého půl procenta připadalo na infekční nemoci, zbytek (6,4 %) představovaly ostatní nemoci a příčiny smrti (Daňková, 2007, online).

1.3 Znamky smrti

Mezi známky smrti řadíme: zástavu srdeční činnosti, zástavu dechu, mydriáza (rozšířené zornice), chybí reakce zornic na světlo. Mozková smrt odpovídá okolnostem, kdy standardní EEG ukazuje, že nejdůležitější složky mozku již nefungují. Toto kritérium se ukázalo v posledních letech jako nejlepší pro stanovení smrti. Vzhledem k tomu že není vždy po ruce přístroj pro zjištění elektrické aktivity mozku, jsou rozděleny známky smrti na jisté a nejisté. Nejisté známky zahrnují různé projevy klinické smrti jako zástavu dýchá-

ní, činnosti srdce, nevybavování zornicového reflexu. Moderní oživovací postupy mohou přivést člověka zpět k životu. Naproti tomu jisté známky smrti jsou tvořeny řadou změn fyzikální a chemické povahy, jež mění tělo zemřelého a které nazýváme posmrtnými změnami. Ty se však po smrti objevují až za určitou dobu. Patří k nim: Fyzikální posmrtné změny (vedou k vyrovnání rozdílů ve složení vnitřního prostředí po vyřazení kontroly mozkové), k těm patří: posmrtná bledost, posmrtné chladnutí těla, posmrtné skvrny - namodralá barva, chemické posmrtné změny (mění vnitřní složení tkání), posmrtné tuhnutí těla, posmrtný rozklad (autolýza) a posmrtná hniloba, posmrtné srážení krve (Kelnarová, 2007).

1.4 Důstojná smrt

Pojem důstojná smrt, jehož obsah není specifikován, je v současné době velmi často používán. Přitom už spojení důstojná smrt se nám jeví jako nepochopitelné. Pokud se zamyslíme nad pojmem důstojná smrt, máme na mysli především estetickou stránku procesu umírání. Důstojnou smrt si mnozí z nás vysvětlují pojmem eutanázie. Ta je v současné době velmi aktuálním tématem. V mnohých zemích je uzákoněna a dochází k ní dnes a denně. Máme ale právo na ukončení života nemocného člověka byť o ni prosí? Na tuto otázku si musí každý z nás odpovědět sám podle své víry nebo myšlení. Na jedné straně utrpení člověka v posledním stádiu života a na druhé, tíha rozhodnutí odpojit jej od přístrojů či omezit nebo úplně zastavit přívod života udržujících léků (Haškovcová, 2000).

Pokud člověk v závěru života není schopen sebezpečí, pak je tato jeho obtížná situace hodnocena jako pod lidskou důstojnost. Takový člověk pak potřebuje ošetřování od jiného člověka a touto profesionální či laickou péčí pak můžeme charakterizovat pojem důstojná smrt. Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání je sociální akt. Umírající člověk potřebuje přítomnost druhých lidí, komunikaci a přítomnost blízkého člověka. Neboť nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl sám umírat (Haškovcová, 2000).

„Odborníci se shodují v názoru, že požadavky na tzv. důstojné umírání a důstojnou smrt jsou opodstatněné a že je třeba v praktické rovině hledat způsoby, jak sladit staré a osvědčené formy přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím s pojetím moderní medicíny, nebo naopak, jak obohatit vítěznou medicínu o prvky soucitné péče, v níž má nezastupitelnou moc vlídné slovo, laskavé povzbuzení a projev osobní účasti“ (Haškovcová, 2000, s. 21).

1.5 Umírání

Pojem umírání označuje poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nevratnému poškození lidského organismu. Jde o konečnou fázi jedinečného lidského života. K tomuto stavu může dojít náhle za plného stavu zdraví anebo k němu dochází postupně v důsledku chronického onemocnění. V tomto případě smrti předchází zhoršení klinického stavu, které může trvat od několika vteřin po několik dní (Sláma, 2007). Tento proces s sebou přináší řadu obtíží nejen pro umírajícího ale také pro lidi okolo nemocného. Při tomto dlouhodobém procesu je umírajícímu umožněno v klidu se připravit na odchod (Kelnarová, 2007).

„Umírající se vyrovnává se skutečností, že jeho život končí. Vymezení pojmu umírání bývá různé lze jej charakterizovat synonymem- terminální stav. Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání ale pojem umírání nemůžeme nikdy redukovat pouze na terminální stav“ (Kelnarová, 2007, s. 10).

V současné době trvá proces umírání mnohem déle v důsledku pokroku vědy. To s sebou přináší větší nejistotu strach, úzkost nejen pro umírajícího ale také jeho okolí včetně ošetřujícího personálu. Nikdo z nás nemá s umíráním zkušenost, každý si ji získává sám v posledním úseku života (Kelnarová, 2007).

1.5.1 Fáze umírání

Agonie

Dochází k ochabnutí celého organismu, selhávání a zánik některých tkání a orgánů - játra, ledviny. Mluvíme o tzv. předsmrtném stavu, umírání v bezvědomí, kdy základní funkce jsou ještě zachovány, ale dochází k selhávání některých orgánů. Pacient má studenou a bledou kůži - studený a lepkavý pot, poruchy vědomí (sopor, somnolence), orientace je snížena nebo žádná. Puls je špatně hmatný a nepravidelný, dostavuje se hypotenze, objevují se poruchy dýchání (povrchní), dýchání s občasnými apnoickými pauzami. Pacienti mají oči hluboko zapadlé, špičatí se nos a brada – je to jistý úkaz před smrtí - cca. po 2 hodinách pacient zemře, nos a uši jsou chladné, studené, dochází k inkontinenci moče a stolice; stav se pouze krátkodobě zlepší (Kelnarová, 2007).

Klinická smrt

Dochází k zástavě dechu a krevního oběhu, činnost buněk mozku je zachována. Jde o stav, kdy dojde k zástavě základních životních funkcí - dýchání a srdeční akce; neslyšíme dýchání, puls je nehmatný, neměřitelný tlak, pacienta lze ještě resuscitovat, v tomto případě musíme začít do 3 minut s resuscitací; pacient poté zůstává dlouhodobě v resuscitační péči (Kelnarová, 2007).

Biologická smrt

Organismus zaniká, dochází k zániku buněk, stav je i nezvratný (Kelnarová, 2007).

Smrt mozku

Nezvratně zanikají mozkové buňky, EEG nevykazuje aktivitu (Kelnarová, 2007).

1.5.2 Fáze umírání dle Kübler - Ross

Konfrontace se smrtí může být nečekaně náhlá, a to v případech náhlého úmrtí, kdy člověk nemá čas o smrti uvažovat, nějak se na ni připravit. V takových situacích jedná člověk instinktivně a také racionálně řízený pudem sebezáchovy. Blížkost smrti si nepřipouští a není tedy možné, aby se u něj rozvinuly klasické fáze vyrovnávání se s blížící se smrtí dle Kübler- Rossové. V takových případech se tyto fáze objeví u pozůstalých, kteří se musejí vyrovnat s náhlou ztrátou blízké osoby.

Kübler- Rossová, švýcarská psychiatrická, stanovila na základě dlouhodobé práce s umírajícími pacienty, jednotlivé fáze vyrovnávání se s blížící se smrtí:

1. fáze - šok, popírání a stažení se do izolace
2. fáze - zlost a agrese
3. fáze - smlouvání
4. fáze - deprese
5. fáze - přijetí a smíření (Kubler- Rossová, 1997).

Fáze šoku začíná sdělením pacientovy závažné diagnózy. Pacienti mohou být nepřívětivou zprávou zdrceni, nebo naopak u nich může dojít k úlevě po nekonečném období nejistoty. Významné pro další vývoj psychického stavu je, aby pacient neztratil důvěru

v ošetřující personál a také své blízké. Většina lékařů má při sdělování závažné diagnózy obavy o psychický stav pacienta, o zatížení nadměrným stresem (Kubler- Rossová, 1997).

Pro budování důvěry mezi pacientem a lékařem je důležité, aby lékař pacientovi nelhal, sdělil tolik, kolik si přeje slyšet a to tehdy, kdy si to sám pacient přeje slyšet. Příliš krutě sdělená pravda, která bere veškerou naději, bude pravděpodobně na pacienta působit zdrcujícím způsobem. Naopak vyhýbavé odpovědi, kdy zejména nechtěná neverbální komunikace toho, kdo zprávu sděluje, prozradí neupřímnost, ponechají nemocného v nejistotě a sníží jeho důvěru k okolí, které mu něco důležitého, co se ho týká, chce zatajit. Řada nemocných chce získat právě v tomto období co nejvíce informací o své nemoci a proto je komunikace a budování důvěry velmi důležité (Kubler- Rossová, 1997).

Další fáze, do kterých se pacient dostává, jsou každého individuální. Může dojít hned ke smíření se s nemocí nebo pacient vytrvale odmítá si nemoc přiznat. Jednotlivé fáze procesu, které prožívá jak nemocný tak blízcí příbuzní nemusejí probíhat současně, ve stejném časovém sledu. Pak dochází ke kolizím, se kterými se obě strany velmi těžce srovnávají. Paradoxně pak právě nemocný může poskytovat psychickou podporu svému okolí, které není schopné přijmout prognózu nemoci. V ohrožení života se u nemocné objevuje výrazná potřeba bezpečí. Nemocný touží pohladit, schoulit se do náruče někoho blízkého (Kubler- Rossová, 1997).

Pacient může prožívat pocit marnosti minulého života, pocit odcizení od světa nebo od svého těla, může být až posedlý myšlenkou na smrt. Potřebuje o všech těchto pocitech s někým komunikovat. Potřeba otevřeně komunikovat trvá někdy až do posledních okamžiků života, nemocný vnímá i v závěrečné agónii, což bývá často okolím podceňováno (Kubler- Rossová, 1997).

K vyrovnání se, se svou situací, využívají nemocní celou řadu obranných mechanismů. Jedním z aktivních obranných mechanismů může být agresivita umírajícího vůči okolí. Tímto způsobem se snaží oprostít se a nevšímat si svého stavu. Z pasivních obranných mechanismů se může u pacienta objevit popření situace a její vytěsnění pomocí fantazií nebo substitute, rezignaci, regresi, při které se nemocný snaží zbavit vlastní odpovědnosti a veškerá svá očekávání upne k „ všemohoucí“ medicínské péči (Kubler- Rossová, 1997).

Strach z umírání je u mnohých pacientů spojen s obavami z bolesti. Často jsou tyto obavy silnější než strach ze samotné smrti. Díky stále se rozšiřující paliativní medicíně dochází k minimalizování prožívání bolesti samotného pacienta i jeho okolí. To často vni-

má bolest daleko intenzivněji než umírající, z důvodu bezmocnosti. Tak je díky moderní medicíně pacientovi umožněno prožít poslední chvílky v klidu a bez pocitů bolesti (Kubler- Rossová, 1997).

1.5.3 Charakteristika procesu umírání

Postupné zhoršování celkového stavu bývá zřetelným projevem vstupu pacienta do finální fáze onemocnění.

Prohlubují se či zhoršují následující symptomy:

- celková slabost a únava, pacient se stává závislým na cizí pomoci, více spí přes den, většinou nevstává z lůžka.
- často se objevují dezorientace, neklid, ztráta zájmu o okolí, někdy se mohou objevit halucinace
- snížená chuť k jídlu
- Cheyne- Stokesovo dýchání (apnoické pauzy, nepravidelné dýchání)
- kumulace sekretu v dýchacích cestách v důsledku rozvoje plicního edému
- oligurie až anurie
- v konečných fázích má pacient změněnou vizáž – tzv. facies Hippocratica
- snížené prokrvení v periferní oblasti, periferní cyanóza, mramorovaná kůže (Sláma, 2007).

2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI V MINULOSTI A SOUČASNOSTI

2.1 Umírání a smrt v minulosti

S rozvojem prvních kultur se výrazně urychlil společenský vývoj. V tomto období měla nesmírný význam představa posmrtného života. Nástěnné výjevy a malby v hrobkách opakují výjevy ze života, aby tak zajistily stálou účast na životě po smrti. Především ve starověkém Egyptě probíhá za tímto účelem řada ceremonií. Později v rámci pohřebního obřadu byla těla mumifikována, aby se tak zabránilo jejich rozpadu. Popírali tím biblické „prach jsi a v prach se obrátíš“. Smrt v Egyptě nebyla ničím bolestným, jelikož byla vstupem do další blažnější existence (Kelnarová, 2007).

Naproti tomu obyvatelé Mezopotámie, v povodí řeky Eufrat a Tigrid, blaženost posmrtného života neznali. V období po smrti se ocitali v tzv. předpekli, kde nepoznali žádnou radost, ale pouze trpěli hladem, pokud jim živí nepřinesli obětní dary. Projevem smutku ve všech kulturách bylo nošení smutečního šatu (Kelnarová, 2007).

2.1.1 Smrt z pohledu antických kultur

Ve starověkém Řecku chápali smrt jako součást života. Nešlo o to, zda zemřít, ale jak. Smrt v boji či pro blaho obce je považována za čest. Smrt, její význam a průběh „života“ po ní ve starověkém Řecku ovlivnila především filozofie. Ta zdůrazňuje omezenou délku života s neopakovatelností a umírněností v životě. Hodnotí smrt jako stav neexistence tudíž se nemáme čeho obávat. Podle Platóna se člověk nebojí smrt, ale trestu, který mu bude uložen v den posledního soudu. Péči o umírající si mohli dovolit jen Řekové či Římané ve vyšším postavení. Už v těchto dobách se ve starověkých městech nacházely ošetrovny. Dle sociálního statusu zde byli lidé ošetřováni. Proti tomuto pojetí se později postavilo křesťanství (viz dále.)

Průchodem dějin řada filozofů a inteligence popsali řadu náhledů na proces umírání a smrt samotnou. Tyto poznatky dnes můžeme využít v psychoterapii umírajících i doprovázejících (Kelnarová, 2007).

2.1.2 Pojetí umírání a smrti z pohledu křesťanství

Křesťanská péče o nemocné se vyznačovala láskou k bližnímu, dalo by se říct až heroickou obětavostí pro druhé. Vzorem pro péči o umírající a nemocné se stává lékařské umění Řeků. Nedělá však rozdíly v sociálním postavení. V křesťanském světě dochází k zakládání nemocnic a špitálů. Péče o nemocné neustávala ani za těžkých epidemií, kdy bylo nakaženo a umíralo velké množství ošetřujícího personálu. Pro věřícího člověka není smrt hrůzyplným aktem, ale vyvrcholením jeho životní cesty a radostného setkání s Kristem. Smrt je strašná pouze tehdy, pokud se člověk nesmíří s Bohem a v tomto stavu umírá. Základními myšlenkami jsou víra a naděje (Kelnarová, 2007).

2.2 Umírání a smrt v současnosti

V současné době s pokrokem vědy, dochází prodloužení střední délky života a snížení úmrtnosti. Na snížení mortality se podílí i rozvoj světového obchodu, pokroku v zemědělství a zlepšení hygienických návyků. V 19. století je proces umírání ritualizován, o umírajícího pečují rodina. Generace si předávají zkušenosti v péči o umírající, domácí model umírání mělo po staletí svůj přesný postup. Lidé uměli své blízké na poslední cestě doprovázet a poté se s nimi i rozloučit. Tak byla smrt přijímána jako součást života. Na počátku 20. století dochází k institucionalizaci smrti. Stále častěji lidé umírají v nemocnicích a různých institucích určených k prožití posledních dnů, za přítomnosti ošetřujícího personálu, často bez empatie a porozumění a také v osamocení. Smrt má být v moderní době vytěsněna ze života jak lidí a také profesionálů. Charakteristická je také konfrontace křesťanského a ateistického přístupu k problému smrti (Kelnarová, 2007).

2.2.1 Možnosti dnešní péče

Ošetrovatelská péče může být poskytována nejen ve zdravotnických zařízeních ambulanti nebo lůžkové péče, ale také v sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob včetně zařízení sociální péče.

Domovy důchodců

Jsou určeny pro soběstačné seniory bez vážných zdravotních problémů. Je zde možnost připlatit si za nadstandard a zvláštní péči (např. televize na pokoji, masáže, jednolůžkový pokoj, ceny a možnosti se liší podle jednotlivých zařízení) informace o domovech důchodců poblíž místa vašeho bydliště získáte od obvodního lékaře, na místním úřadě a najdete je i na internetu.

Pensiony pro seniory

Nabízí speciální byty, nadstandardní ubytování (součástí nabídky je např. kadeřnický salón, bazén apod.)

Léčebny dlouhodobě nemocných

Jsou určeny pro pacienty vyžadující lékařskou péči, o nutnosti pobytu v léčebně rozhoduje lékař základní péče. Pobyt hradí pojišťovna. Doplatky za doplňkové služby (televize, telefon na pokoji apod. se liší podle jednotlivých zařízení.)

Péče v domácnosti

Pokud se chceme postarat sami, může senior, o kterého se staráme, získat jako člověk závislý na cizí péči příspěvek. Každý případ posuzuje posudkový lékař, který rozhoduje i o výši příspěvku.

Domácí asistenti

Je soukromá agentura, pro každého, kdo potřebuje péči o seniora a může ji zaplatit. Asistent pracuje šest dní v týdnu.

Odlehčovací služby

Jsou určeny pro ulehčení rodinám pečujícím o umírajícího, asistent pomůže s péčí (mytí, výměna kanyl apod.)

Jednotky paliativní péče

Pracoviště specializující se na léčbu nesnesitelných nebo obtížně zvladatelných bolestí. Více o koncepci celého nového oboru se dovíte v Společnosti pro studium a léčbu bolesti.

Ambulantní paliativní péče

Současný stav ambulantní paliativní péče není považován za konečný. Pracuje se na možnosti zvýšení návštěv lékaře u pacientů vícekrát do týdne (v současné době dochází za pacientem lékařka pravidelně 1 x týdně, dle potřeb pacienta ale i vícekrát). Součástí péče by měla být i možnost zapůjčování pomůcek (např. potřebné jsou antidekubitární matrace proti proleženinám a polohovací postele). Paliativní péče není jenom starost o pacienta, ale velmi důležitou součástí práce je komunikace s rodinou, a to i po období, kdy jejich příbuzný již zemřel (Paliativní péče v nemocnici vstoupila do čtvrtého měsíce, 2005, online).

Hospice

Jsou určeny pro umírající pacienty, vyžadující pouze paliativní péči. Pro nemocné v terminální fázi nevléčitelného onemocnění, převážně onkologického, ale také onemocnění životně důležitých orgánů, AIDS, pokročilé demence. Jedná se o formu paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného. Hospic je specializované zařízení pro zvládání, tlumení a tišení projevů nevléčitelných onemocnění v terminální fázi - bolesti, dušnosti, zvracení a dalších zažívacích obtíží, krvácení, nespavosti, úzkosti, strachu. Pacienti jsou zpravidla v jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro blízkou osobu. Mohou mít v pokoji věci, které mají rádi, např. televizi, rádio, vlastní hrníček, obrázek, ale i mikrovlnnou troubu, varnou konvici. Příbuzní a přátelé mohou nemocného navštěvo-

vat bez omezení, podle jeho přání a potřeb, mohou ho doprovázet ve dne v noci. Na návštěvy mohou přicházet také děti, pokud si to nemocný přeje. O nemocného se stará a pečuje personál hospice, nemocný a jeho blízcí mají čas a prostor pro sebe a na sebe. Nemocný může podle svého přání pobyt v hospici kdykoliv ukončit a znovu požádat o přijetí do hospice. Tým hospice je složen nejen z ošetřujícího personálu - lékařů, sester, sociálních pracovníků, ošetřovatelů - ale i psychologů, duchovních a dobrovolníků. Spirituální péče je nabízena s respektem na přání nemocného a jeho blízkých v jakékoli fázi pobytu v hospici. Přeje-li si to nemocný, může přijmout návštěvu duchovního nebo se zúčastnit bohoslužeb. Tým hospice je složen nejen z ošetřujícího personálu - lékařů, sester, sociálních pracovníků, ošetřovatelů - ale i psychologů, duchovních a dobrovolníků. Dobrovolníci se podílejí na doprovázení pacientů, pomáhají jako společníci, mohou pacientům předčítat, doprovázet je do zahrady, na programy v hospici apod. (Asociace hospiců, 2010, online).

Hospicová péče má tři základní formy:

Domácí hospicová péče

Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. 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. Pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci (Asociace hospiců, 2010, online).

Stacionáře – denní pobyty

Stacionář je obvykle součástí hospice. Pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče (Asociace hospiců, 2010, online).

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 (Asociace hospiců, 2010, online).

Hospicový tým - interdisciplinární, multidisciplinární je tvořen:

- nemocný s opatrovatelem a jeho rodina
- hospicový lékař
- hospicová sestra
- sociolog starající se o rodinu a pozůstalé
- duchovní – kněz, psycholog
- sociální pracovník
- dobrovolníci
- další specialisti dle akutních potřeb nemocného (Asociace hospiců, 2010, online).

2.3 Rozvoj paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života (Sláma, 2007, s. 25).

„Péče o umírající se vyvíjela po desetiletí, jak jsem již zmiňovala výše. V posledních desetiletích dochází moderní ošetrovatelská věda k poznatkům, že ošetrovatelská péče o chronicky nemocné a umírající by se měla stále více zkvalitňovat. Tak vzniká trend tzv. paliativní péče. Na počátku se jedná jen o jakési hnutí či směr, který odmítá přehlížet umírání ve společnosti, žádoucí bylo zvládnání bolesti a symptomů u všech kdo to potřebují a změnit pohled na smrt. Paliativní péče jako specializační profese byla uznána v roce 1987 ve Velké Británii,“ (Payneová, 2007, s. 59).

„Paliativní péče tedy znamená určitou filosofii péče (důraz na bio- psycho- socio-spirituální jedinečnost každého člověka, nerozlučná propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání), ale také konkrétní organizaci péče, která by umožnila saturaci potřeb nemocného ve všech výše zmíněných oblastech. Paliativní medicína se v posledních letech profiluje jako samostatný lékařský obor, který se snaží studovat a léčit tělesné i duševní potřeby a projevy pokročilého onemocnění metodami medicíny založené na důkazech“ (Sláma, 2007, s. 25).

Paliativní péče je svým charakterem interdisciplinární, využívá expertní znalosti lékařů- specialistů různých oborů. Předpokládá úzkou týmovou práci, předpokládá zapojení rodiny a přátel nemocných a také využívá dobrovolnické služby (Sláma, 2007).

Ke konci 20. století je žádoucí zaměřit péči ne pouze na terminální stadia onkologických onemocnění a konečné stadium života, ale také rozšířit ji a umožnit dostupnost paliativní péče pro všechny (Payneová, 2007).

2.3.1 Vymezení paliativní péče

Pod pojmem paliativní přístup si můžeme představit základní znalosti a dovednosti, které uplatňuje ošetrovatelský personál v péči o pacienty s život ohrožujícím onemocněním či v terminálním stádiu. Zdravotničtí pracovníci by měli být schopni rozpoznat základní fyzické a psychické symptomy a v případě potřeby zajistit konzultaci s odborníky. Také by měli poznat a snažit se pochopit co prožívá rodina a zapojit se do komunikace. Při ošetřování v paliativní péči se uplatňuje řada specializovaných intervencí, které jsou nutné konzultovat s jinými odborníky se specializační činností. Specializovaná paliativní péče je poskytována zdravotníky, kteří mají zkušenosti s péčí o umírající a určité speciální vzdělání. Mohou působit buď jako poradci nebo primárně poskytují specializovanou péči. Mohou působit v komunitním zařízení, hospicích i nemocnicích (O'Connor, 2005).

Paliativní péče je profesionální, holistická a interdisciplinární. Měla by být poskytována komukoli a kdykoli bez ohledu na věk, diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Do budoucna se musíme připravit na stále se prodlužující věk populace. Z toho důvodu bude více potřeba odborníků poskytujících paliativní péči (O'Connor, 2005).

2.3.2 Celoživotní vzdělávání a paliativní péče

Vzdělávání je proces, který obohacuje člověka o nové poznatky, prohlubuje chápání jednotlivce a má určitý humanistický základ. V posledních deseti letech došlo v paliativní péči k významnému vývoji. Profesní zvyšování kvalifikace je založeno na předávání poznatků, dovedností a postojů, které jsou pak používány v praxi. S postupem let se stále více uznává, že má – li být dosažen a udržen jistý stupeň odbornosti, musí se výcvik a výuka provádět průběžně. V rámci zvyšující se úrovně lékařské a ošetrovatelské péče je nezbytné další zvyšování odbornosti a to především pro dosažení základní profesní kvalifikace. Nezbytnou součástí speciálního vzdělávání je umožnit studentům získávání profesních zkušeností a dovedností od kolegů z jiných profesí. Velmi důležitá je podpora na pracovišti. Pak můžeme očekávat, že speciální vzdělávání v paliativní péči bude mít pozitivní vliv na individuální praxi (Payneová, 2007).

Doporučené postupy ve vzdělávání v paliativní péči dle International Society of Nurse in Cancer Care:

- politika zdravotní péče: smrt, společnost a paliativní péče
- teorie ošetřovatelství: ošetřovatel v paliativní péči
- teorie a praxe poradenství
- interdisciplinární týmová práce
- zvládání bolesti a symptomů
- ztráta blízkého člověka a zármutek
- spiritualita
- právní a etické otázky (Payneová, 2007, s. 684).

3 VYBRANÉ OBLASTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY

3.1 Role sestry v péči o umírající

Péče o pacienty v poslední fázi života je velmi stresující. Na sestry, starající se o pacienty trpící mnoha symptomy jsou kladeny velké psychické nároky. Na druhé straně může být doprovázení pacienta (i jeho blízkých) na poslední cestě jeho života velmi obohacující zkušeností. Stejně jako může mít vnímání utrpení negativní dopad na psychiku. Sestra v paliativní péči působí jako ošetřovatelka, člověk tišící bolest, tlumočnice, komunikátorka, poradkyně. Právě při posledních dnech života klienta, by pro sestru měla být na jednom z prvních míst komunikace. Jedině tak může poznat potřeby pacienta, rozpoznat je a snažit se mu maximálně vyjít vstříc. Její snahou by mělo být pochopit a akceptovat pacientovo chování, udělat co nejvíce pro to, aby proces vyrovnávání se s vážnou nemocí vyústil do fáze smíření. Sestra by si měla uvědomit, že zvýšenou pozornost v takové situaci vyžadují i pacienti nejbližší, a věnovat jim svou péči a pomoc (Čechová, 2003).

Sestra i ošetřovatelský tým, by měli posoudit, zda by nemocný nemohl své poslední chvíle trávit pro něj v co nejpřirozenějším prostředí, v okruhu svých blízkých nebo prostředí tomu podobné jako je například hospic. Protože i když se zdravotnický personál bude snažit ze všech sil, na pacienta působí nemocniční prostředí stroze, izolovaně a cize (Gulášová, 2004).

3.2 Potřeby umírajících v ošetřovatelském procesu

Z obecného hlediska má pojem potřeba několik základních významů:

biologický: potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy)

ekonomický: potřeby tu obvykle vyjadřují nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt (televize, šaty), což je poukazem spíše na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle

psychologický: je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek (Trachtová, 2007).

Významnou klasifikací je rozdělení naplnění potřeb dle holistického pojetí osobnosti. Holismus je (z řeckého to holon = celek) filosofický názor nebo směr, který zdůrazňuje, že všechny vlastnosti nějakého systému, nelze určit nebo vysvětlit pouze zkoumáním

jeho částí. Celek podstatně ovlivňuje i fungování nebo podobu svých částí. Holismus jako směr vznikl ve 20. stol. V ošetrovatelství se zabývá člověkem a jeho potřebami. Z těchto poznatků vzniká tzv. holistická teorie. Ta vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto více než součtem jejich částí. Každá porucha jedné z částí je poruchou celého systému. Somatická nerovnováha vytváří psychickou nerovnováhu a naopak (Pavlíková, 2006).

Dnešní moderní ošetrovatelství chápe člověka jako bio-psycho-sociální bytost. Tyto tři úrovně se vzájemně ovlivňují a mají vliv na formování psychiky. Trojdimenzionální chápání člověka umožňuje kvalitní ošetrovatelskou péči (Pavlíková, 2006).

Holistický přístup vyžaduje orientaci na biologické, psychické, sociální a spirituální aspekty člověka a to ve zdraví i v nemoci, akceptuje práva pacienta/klienta, která jsou vnímána jako integrální součást ošetřování i léčebného procesu. Holistická medicína se nezaměřuje pouze na léčbu příznaků onemocnění, ale snaží se odstranit všechny příčiny. Léčba základními „chemickými“ léky je doplněna spektrem alternativních medicínských postupů. Do těchto postupů lze zařadit např. akupunkturu, homeopatii, fytoterapii a jiné (Pavlíková, 2006).

Existuje celá řada faktorů, které znemožňují, znesnadňují, narušují a mění způsob naplnění potřeb člověka a to především nemoc a okolnosti, za kterých nemoc vzniká, osobnost člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium (Trachtová, 2007).

3.2.1 Tělesné potřeby

Patří k těm nejzákladnějším potřebám pacienta. Je žádoucí, aby tyto potřeby byly plněny co nejpřirozenějším způsobem, pokud je to v rámci onemocnění možné. Mezi tyto základní potřeby patří: péče o pokožku, prevence proleženin a polohování, nutriční péče a poradenství v otázkách příjmu potravy, péče o vyprazdňování, péče o pitný režim, péče o dutinu ústní, péče o dýchací cesty, zvláště při onemocnění dýchacího systému. Celkovou koupel na lůžku provádíme 2x denně. U starších pacientů často hrozí riziko vzniku dekubitů z důvodu imobilizace. Proto je velmi důležité pečovat o pokožku pacienta a pravidelné polohování. Dbáme o to, aby pokožka byla čistá a suchá, užíváme ochranné krémy a masti a pravidelně kontrolujeme stav kůže. Při vzniku dekubitu zajistíme aseptický převaz (Trachtová, 2004).

3.2.2 Nutriční péče

Umírající pacienti často trpí nauzeou, nechutenstvím. Proto je velmi důležité sledovat množství přijaté potravy a tekutin a v případě, že je tento příjem nedostatečný, kontaktovat nutričního terapeuta. Dle stavu pacienta volíme ty nejvhodnější formy jídla (mletá strava, Nutridrinky, specifické diety). Umožníme pacientovi jíst jídla, které má rád – např. informujeme rodinu atd. Sledujeme příjem tekutin. Edukujeme pacienta o nutnosti pít dostatečné množství tekutin. V péči o výživu je nutné zaměřit se i na péči o dutinu ústní a chrup. Ústa vytíráme speciálními štětičkami ke zvlhčování, čistíme zuby, či protézu. Při nedostatečném příjmu potravy informujeme lékaře. Dle jeho ordinace pak podáváme par-enterální výživu (Trachtová, 2004).

3.2.3 Péče o vyprazdňování

Sledujeme, jak často se pacient vyprazdňuje, počítáme bilance tekutin. Sledujeme stav kůže a sliznic. Při nedostatečném vyprazdňování stolice podáváme přiměřenou stravu, čípky nebo klyzma. Sledujeme močení, barvu, zápach, příměsi a specifickou hmotnost. Pokud nedochází k vyprazdňování moče, informujeme lékaře a dle jeho ordinací cévkujeme, asistujeme u cévkování nebo podáváme diuretika (Trachtová, 2004).

3.2.4 Péče o dýchací cesty

Sledujeme vykašlávání, dýchací funkce a celkový stav pacienta. Podáváme expektancia dle ordinace lékaře. Uložíme pacienta do vhodné polohy, dle jeho stavu. Podáváme kyslík a směsi zvlhčující kyslík- oxygenoterapie. Informujeme lékaře při zhoršení dýchání, nutné je zvážení umělé plicní ventilace (Trachtová, 2004).

3.2.5 Psychické potřeby

K těmto potřebám radíme především potřebu zachování lidské důstojnosti, která bývá často opomíjena. Člověka člověkem nedělá jen jeho tělo. Je jedinečnou bytostí se svým určeným posláním. Důležitá je již výše zmiňovaná komunikace a budování důvěry pacienta. Pokud dojde k tomu, že pacient vysloví přání skončit co nejdříve svůj život bez jakékoliv další léčby, měli bychom se zamyslet nad péčí a svým přístupem k pacientovi. Znamená to, že nejsou uspokojeny pacientovi potřeby. Musíme tedy najít příčinu, která může být v kterékoliv ze čtyř oblastí bio- psycho- socio- spirituální. (Trachtová, 2004).

3.2.6 Spirituální a sociální potřeby

Je smutnou skutečností, že spiritualita v našem zdravotnictví je často jedno velké tabu. A kupodivu nejen ve zdravotnictví českém. Se stejným problémem se potýkají naši kolegové v ostatních zemích Evropy. Asi to tedy nemůžeme svádět jen na bývalý režim. Příčina bude hlubší. Mnoho vysokoškolsky vzdělaných lékařů pokládá spiritualitu za soukromé téma, její význam podceňují, nestojí o vzdělávání v této oblasti a pokládají i za věc kněží. Spirituální potřeby pacienta nejsou totéž, co potřeby psychologické, s nimiž bývají obvykle zaměňovány. Jde o hlubší a osobnější angažovanost ve sdílení se s pacientem na té nejhlubší úrovni. Zkušenosti nám potvrzují známou pravdu, že prioritou potřeb pacienta se v průběhu choroby mění. Jestliže na začátku onemocnění jsou popředí zájmu jeho potřeby tělesné, v terminálním stadiu jsou to, kromě potřeby zvládnout bolest, právě potřeby spirituální (Svatošová, 1998).

Spirituální nebo také duchovní potřeby nemá pouze člověk, který je věřící. Snad můžeme říct, že věřící mají s uspokojováním těchto potřeb mnohem méně problémů než člověk, který je ateista. Právě v období umírání se každý člověk smíruje se životem, hledá smysl života. A především vlastního života. Umírající potřebuje odpustit svým blízkým a chce vědět, že i mu bylo odpuštěno. Chce až do poslední chvíle smysluplně žít. Pokud nejsou uspokojeny tyto potřeby, jedná se o stav duchovní nouze. Mezi základní sociální potřeby patří potřeba přátelství, vést kvalitní partnerský život a komunikace (Trachtová, 2004).

„Při aktivní práci se spirituální oblastí člověka můžeme být svědky následujících změn: snížení úzkosti, deprese a celkového diskomfortu, snížení pocitu osamělosti/izolace, nemocní dokážou plněji prožívat svůj život, jak v průběhu např. onkologické léčby, tak i v době terminální fáze onemocnění, mohou také zažít pocit osobního růstu jako výsledek života s nevyléčitelnou nemocí „ (Sláma, 2006, s. 344).

Ignorování spirituálních potřeb nemocného je jeden extrém. Druhým extrémem by mohlo být nerespektování svobodné vůle člověka, vnucování vlastních názorů, vlastního přesvědčení. To by byla hrubá chyba a té se musíme vyvarovat (Svatošová, 1998).

3.3 Nejčastější chyby v přístupu sestry k umírajícím

Nalézt správný přístup k vážně nemocnému nebo k umírajícímu člověku, je velice obtížné a patří asi k vrcholným profesionálním dovednostem sestry nebo lékaře. Nemusíme jistě zdůrazňovat, že profesionální příprava v oblasti péče o vážně nemocné a umírající je zatím zcela nedostatečná. Studentka zdravotnické školy se doposud učila to, jakou péči má poskytovat umírajícímu pacientovi, jaký je rozdíl mezi klinickou a biologickou smrtí, které jsou jisté a nejisté známky smrti a jak si má počínat, když lékař u pacienta konstatuje smrt. Výuka a vědomosti jsou zaměřeny převážně biologicky. Ošetrovatelská péče, zaměřená převážně na saturaci tělesných potřeb a plnění terapeutických úkonů, se v případě úmrtí zabývá jen technikou s mrtvým tělem (Čechová, 2003).

Každý zdravotník by se měl zamýšlet jak nad psychologickou, tak i filozofickou problematikou života i smrti. Bez této přípravy nebude schopen dobře pečovat o vážně nemocné a umírající. U sestry, která nebyla připravena na konfrontaci se smrtí, hrozí dvě nebezpečí. Buď dojde u ní samotné k psychické traumatizaci takového stupně, že nemůže dále svoji práci vykonávat a svoje povolání opouští, nebo během času dospěje k profesionální deformaci, která se u ní projeví psychickým i fyzickým vzdalováním se od umírajícího člověka nebo necitlivým až agresivním chováním k němu a jeho rodině (Čechová, 2003).

Příklad častých chyb, kterých se dopouštíme v péči o umírající nemocné:

Odstup zdravotníka od těžce nemocného

Jedná se v podstatě o přirozený postoj zdravotníka. Představuje obranu vůči utrpení druhých, může znamenat strach z vlastního selhání (Marková, 2010).

Nedovolení prožívání smutku

Ve snaze povzbudit pacienta sestra často nevědomky zlehčuje stav pacienta větami typu: „Buďte přece trochu veselý, chcete – li se uzdravit“ (Marková, 2010).

Bagatelizování otázek o smrti a umírání

Sestra obvykle tyto myšlenky odmítne a říká nemocnému, že není potřeba se těmito problémy zabývat. V těchto situacích si sestra není vědoma, že se jedná o její vlastní obra-

nu. Jindy může sestra reagovat dokonce i agresivními odpověďmi typu: „Odkud mám vědět, jak budete umírat, já jsem ještě nezemřela“ (Marková, 2010).

Reakce na agresi

Nemocný v těžkých situacích často jedná agresivně. Je to ale jen obrana z úzkosti či bolesti. Proto je nutné nebrat tyto útoky vážně, nereagovat protiútokem, ale jednat s určitým odstupem a empatií. V žádném případě se pacientovi nevyhýbáme (Marková, 2010).

Nabídky konkrétní pomoci

Na bezradnou otázku pacienta sestry často reagují nabídkou konkrétní pomoci. „Sestro, myslíte, že budu hodně trpět, až budu umírat?“ Nesprávná odpověď sestry může vypadat třeba takto: „Teď vám ustelu lůžko, vyvětrám a pak si hezky lehnete a usnete“ (Marková, 2010).

Projevy nadřazenosti sestry

V nemocnicích se často setkáváme s nadřazeností sester, která pacienta odsuzuje k pasivitě. Svými odpověďmi dává nemocnému najevo, že ona je ta, která této problematice rozumí a ví co je pro pacienta nejlepší. „Já přece musím vědět, co je pro vás důležité.“ Pro pacienta se sestra stává autoritou. Na základě toho se vytváří mezi oběma odstup, protože sestra a pacient nejsou na stejné úrovni, sestra je nadřazena. Odpovědí nemocného pak může být pouhé mlčení, protože on přece nebude pochybovat o své autoritě (Marková, 2010).

Zaměření se na fakta

Sestra by se vždy neměla soustředit jen na to, co pacient říká, ale jak to říká. Někdy nejsou důležitá fakta ale emoční obsah sděleného (Marková, 2010).

3.4 Význam komunikace s umírajícím a jeho příbuznými

Těžkou, komplikovanou a obávanou situací v životě každého člověka je úmrtí blízké osoby.

„Paliativní medicína má za cíl pomáhat nevléčitelně nemocným a umírajícím udržet dobrou kvalitu života i v situaci těžkého onemocnění. Otevřená empatická komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou je pro dosažení tohoto cíle klíčová“ (Sláma, 2007, s. 33).

V rámci péče o nevléčitelně nemocné a umírající vznikají specifické situace, které jsou po stránce komunikační náročné a přitom velmi významné. Rozhoduje se při nich o tom, jak pacient pochopí svůj stav, zda a jak s námi bude spolupracovat na další léčbě. Konkrétní podoba takového rozhovoru je vždy jedinečná. Lékař tedy nemůže u každého nemocného užít jeden univerzálně platný „návod“. Přesto je celá řada komunikačních postupů obecně platných. Mají charakter dovednosti a lze se jim z velké části naučit. Domácí i zahraniční zkušenost ukazuje, že teoretický a praktický nácvik komunikačních dovedností ve specifických situacích pokročilého onemocnění zvyšuje efektivitu a kvalitu komunikace a snižuje stres a frustraci, které v těchto situacích někdy zdravotníci zakoušejí (Sláma, 2007).

Komunikace s nemocným je nezbytným základem mezi ošetřujícím personálem a lidmi v terminálním stadiu onemocnění. Dobře vedená komunikace může pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života lidí. Cílem tzv. terapeutické komunikace je zjištění pacientových obav a starostí a jejich následné vyřešení pomocí vhodné intervence. Účelné komunikaci často brání nedostatečné vzdělání, nedostatek dovedností a času. Efektivní komunikace je nezbytná. Aby se mohl pacient podílet na rozhodování o své léčbě, měl by mít dostatek informací. Od sester a dalších zdravotnických pracovníků jsou pak očekávány rady, jak se rozhodnout. Tím se sníží jejich nejistota ohledně výsledků léčby, umožní pacientovi připravit se na budoucnost. Sestra by měla poznat, zhodnotit a posoudit příčiny pacientovi tísně, odhadnout důvody obav a skrytých problémů. Důležitým předpokladem jsou výborné komunikační dovednosti (O'Connor, 2005).

Truchlení je reakcí na tuto závažnou situaci. Většina lidí se po určité době s touto situací vyrovná tak, že není potřebný zásah specialistů. U některých se však mohou objevit projevy tzv. komplikovaného truchlení. Poté se mohou vyskytnout různé druhy depresí

či psychosomatické poruchy. Tyto se objevují, především pokud nejsou uspokojeny potřeby pozůstalých typické pro tuto fázi prožívání smutku (Sláma, 2007).

Mezi nejdůležitější potřeby, které nejsou u členů rodiny naplněny, patří ujištění o tom, že pacient nemá velké obtíže. Má dostatek informací, ovládá praktické dovednosti a má emocionální podporu rodiny (O'Connor, 2005).

Sestry mají možnost tyto potřeby naplňovat pomocí plánování a realizování vhodných strategií. Mezi nejvíce prospěšné strategie patří: emocionální podpora rodiny a praktická pomoc rodině (O'Connor, 2005).

Vyrovnaní se se ztrátou je dlouhodobý proces trvající několik měsíců i let. Bez truchlení není vyrovnaní. Pozůstalým bychom se měli snažit co nejvíce vyjít vstříc, pomoci pochopit odchod blízké osoby a citově se odpoutat od zemřelého, aby mohli jít svou cestu životem dál (Sláma, 2007).

4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

4.1 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým je charakterizovaný společným přístupem více vědních oborů v péči o pacienta nebo při vědecko - výzkumné činnosti. Členy tohoto týmu jsou všichni, kteří se podílí na vypracování a realizaci ošetrovatelského plánu. Tzn. lékař specialista, dietoterapeut, fyzioterapeut, sestra specialista, sociální pracovník, edukační sestra, ale také sestra z domácí péče. Každý z těchto členů pak na základě svých kompetencí určí správný postup v péči o nemocného. Nemocnému je podán návrh na léčebný postup a je na něm zda odsouhlasí a akceptuje tato doporučení (O'Connor, 2005).

Mezi největší klady multidisciplinární péče patří především profesionalita, jednotná dokumentace, kreativní přístup, komunikace, edukace a především je zde velký důraz kladen na zapojení nemocného do péče o sebe sama. Mezi nevýhody patří velká časová náročnost. Díky spolupráci v jádru multidisciplinárního týmu je zjednodušena analýza problémů nemocného a především kontinuální ošetrovatelskou péče. Tímto způsobem je možno zlepšit ošetrovatelskou péči u nemocného a lépe vyhodnotit výsledky péče. K zajištění účinného a vhodného postupu pracuje multidisciplinární tým kolektivně a to v souladu s cíli, které jsou stanoveny individuálně pro každého nemocného. Sestra zde hraje klíčovou a nezastupitelnou roli v ošetrovatelské péči (O'Connor, 2005).

4.2 Postavení sestry v multidisciplinárním týmu

Charakter komunikace a vztahy uvnitř zdravotnických pracovních týmů představují sociálně - psychologický faktor, který přispívá k efektivitě práce. Role sestry v multidisciplinárním týmu a především vztahy mezi sestrami a lékaři jsou zejména v posledních letech předmětem zvýšeného zájmu. Lékaři ztrácí část svého výsadního postavení a všeobecné sestry získávají vyšší vzdělání, kompetence a zvyšují své postavení v současném systému zdravotní péče (Čechová, 2003).

Mimo vztah sestra – lékař působí uvnitř sociální sítě zdravotnictví řada jiných nelékařských zdravotnických pracovníků (např. zdravotní laboranti, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, ošetrovatelky, psychologové, statistici, programátoři, přírodovědci, farmaceutové). Lze říci, že vyvážený vztah mezi lékařem a sestrou přispívá i k lepší kvalitě poskytované péče. Zdálo by se, že lékař i sestra, jejichž hlavním cílem je pečovat o pacienta, budou

spolu v dobrých vztazích, neboť jim jde o jeden společný cíl. Avšak řada problémů ve vztahu sestra lékař vyplývá i ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Lékaři i sestry kladou rozdílný důraz na specifické části léčebného procesu. S rozvojem moderního ošetrovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti. Řada konfliktů, které se vyskytují v těchto vztazích, často vyplývá z osobnostních charakteristik sester a lékařů. U mnohých výkonů pracují oba pod velkým tlakem a ve stresu, se kterým se musí nějakým způsobem vyrovnat (Bartlová, Chloubová, 2009).

Stále více lidí, v současné době, umírá v nemocnicích nebo v sociálních zařízeních. Jak jsem uváděla v kapitole o historii ošetrování nemocných a umírajících, dříve lidé častěji umírali doma, v kruhu své rodiny, zvykem bylo provádění určitých rituálů.

V mnohých nemocnicích dnes probíhá tzv. akreditace, která by měla změnit a určitým způsobem i zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. A právě v důsledku toho, že v některých nemocnicích už akreditace probíhá či proběhla, můžeme být svědky značných rozdílů v ošetrovatelské péči v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Pokud bychom se chtěli zaměřit na zkvalitnění ošetrovatelské péče v nemocnicích, musíme říci, že se neobejde bez vyššího počtu personálu. Kvalitu péče však neovlivňuje pouze počet personálu. Přispívají k němu i další faktory jako například schopnost týmu identifikovat potřeby nemocného (které se v určitém čase mění z kurativních na paliativní), podporovat celoživotní vzdělávání lékařů a sester, komunikaci a fungování multidisciplinárního týmu, možnost přístupu rodinných příslušníků na oddělení (Marková, 2010).

Každá nemocnice by měla usilovat o rozvoj a zvýšení kvality paliativní péče a léčby. Protože je do paliativní péče zapojena i rodina, je důležité rozvíjet i spolupráci a zapojování rodiny. Rodina musí být včas a šetrně informována o závažné diagnóze, stavu a prognóze. Má právo na kontinuální návštěvy na oddělení s možností rozloučit se s umírajícím. Nejsložitější v celém průběhu léčby je pak rozhodnutí, že pacientův stav je natolik vážný, že veškeré dostupné metody léčby jsou neúčinné. Toto zjištění může být bolestné pro ošetrovatelský personál i samotného pacienta. Důležitá je pravdivá komunikace s nemocným, zodpovězení všech jeho otázek a vnímat jeho názor na pokračování či nepokračování v léčbě (Marková, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA

5.1 Cíle práce

1. Zmapovat péči o umírající v nemocnici.
2. Zjistit pohled sester na dnešní péči o umírající.
3. Posoudit přístup sester k naplňování potřeb umírajícího v nemocnicích.
4. Na základě výsledků šetření navrhnout opatření pro praxi.

5.2 Organizační šetření (Organizace)

Pro sběr dat jsem využila formu dotazníkového šetření. Jde o metodu kvantitativního výzkumu, při které se využívají předem zformulované otázky, respondent odpovídá písemně. Sběr dat jsem provedla pomocí originálně sestaveného dotazníku (Příloha č. II). Šetření probíhalo, v měsících prosinec 2010 – leden 2011.

Dotazník jsem tvořila ve spolupráci s vedoucí mé bakalářské práce. V dotazníku jsou otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Dotazníky jsem osobně roznesla na jednotlivá oddělení intenzivních oborů i oddělení standardní. V záhlaví dotazníku jsem se představila a uvedla, že jde o anonymní zpracování, které bude použito pouze při vypracování mé bakalářské práce. Dále byly uvedeny instrukce k vyplnění.

5.3 Metoda práce

Jednotlivé odpovědi jsem vyhodnotila pomocí kvantitativní metody (čárkovací metoda). Výsledky pak byly znázorněny graficky pomocí programu Microsoft Office Excel. Pod každým grafem jsem zhodnotila výsledky jak ústně tak také procentuální tabulkou. Výsledky šetření jsou vyjádřeny v absolutních číslech a pomocí relativní četnosti, vyjádřené v procentech.

5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

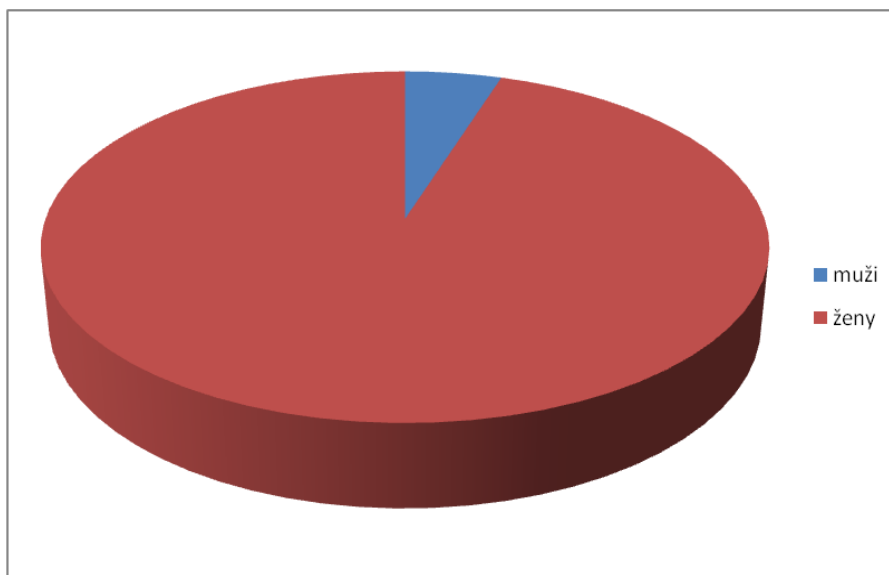
Dotazníky jsem rozdala sestřám na Anesteziologicko- resuscitačním oddělení, Jednotkách intenzivní péče (oddělení intenzivní péče operačních oborů část aseptická i septic- ká, interní JIP metabolická a koronární) a Traumatologii. Celkem jsem rozdala 120 dotaz- níků, jejichž návratnost byla 83,3%. Po prvním rozdání byla návratnost dotazníků 70%, proto jsem dále doplnila počet dotazníků na požadovaných 100 respondentů.

6 HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Položka č. 1: Jsem

Tabulka 1 *Pohlaví respondentů*

Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Muž	5	5%
Žena	95	95%
Celkem	100	100%

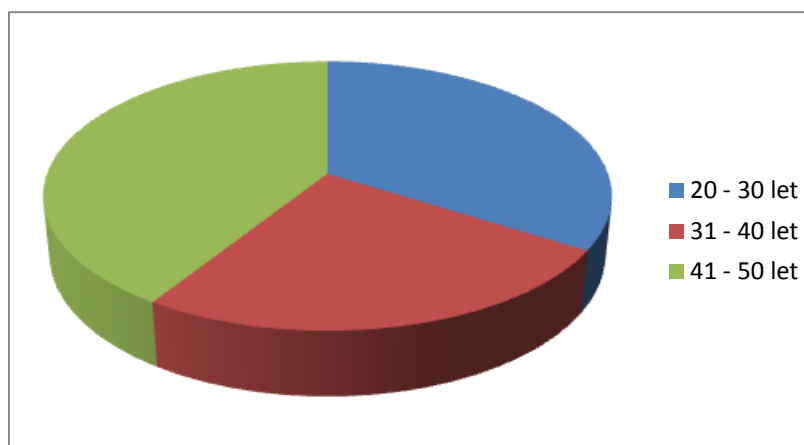


Graf 1 *Pohlaví respondentů*

Na oddělení většiny zdravotnických zařízení pracují většinou sestry – ženy. Ze 100 respondentů to bylo 95 žen (tj. 95%) a pouze 5 mužů (tj. 5%).

Položka č. 2: Kolik je vám let?Tabulka 2 *Věk respondentů*

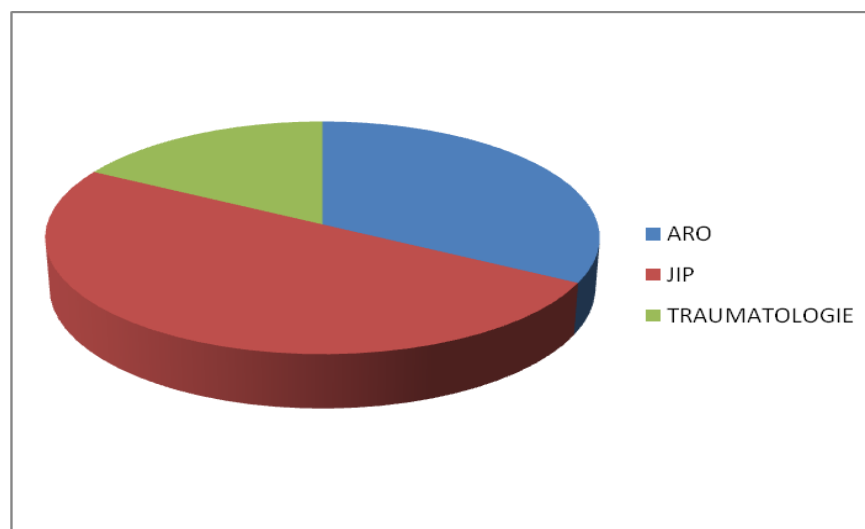
Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odp. celk. v %
20 - 30 let	34	34%
31 - 40 let	25	25%
41 - 50 let	41	41%
Celkem	100	100%

Graf 2 *Věk respondentů*

V mém dotazníku odpovídali zdravotničtí pracovníci ve věkovém rozmezí 20 – 50 let. Největší skupina, byla skupina resp. v rozmezí 41- 50 let. Následovně za ní to byla skupina resp. v rozmezí 20- 30 let, a 25 resp. se pohybovalo v rozmezí 31- 40 let. To pro nás znamená, že převážná část, 66 dotazovaných, je starší 30 let.

Položka č. 3: Na jaké ošetrovatelské jednotce pracujete?Tabulka 3 *Jednotlivá pracoviště*

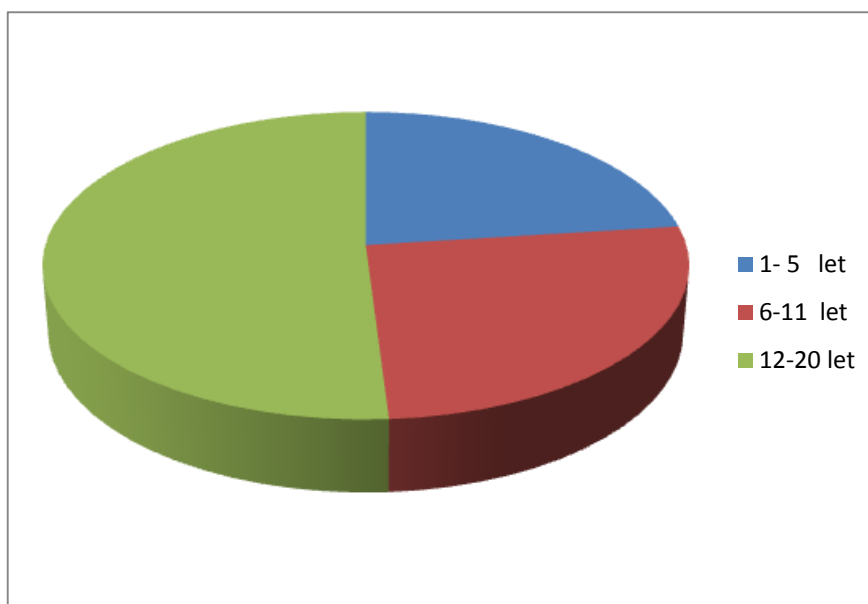
Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
ARO	33	33%
JIP	50	50%
Traumatologie	17	17%
Celkem	100	100%

Graf 3 *Jednotlivá pracoviště*

Z oddělení ARO se účastnilo dotazníkové šetření 33 respondentů (tj. 33%), z odd. JIP 50 respondentů (tj. 50%) a z oddělení traumatologie to bylo 17 respondentů (tj. 17%).

Položka č. 4: Uved'te délku praxe ve zdravotnictví?Tabulka 4 *Délka praxe*

Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
1- 5 let	23	23%
6-11 let	26	26%
12-20 let	51	51%
Celkem	100	100%

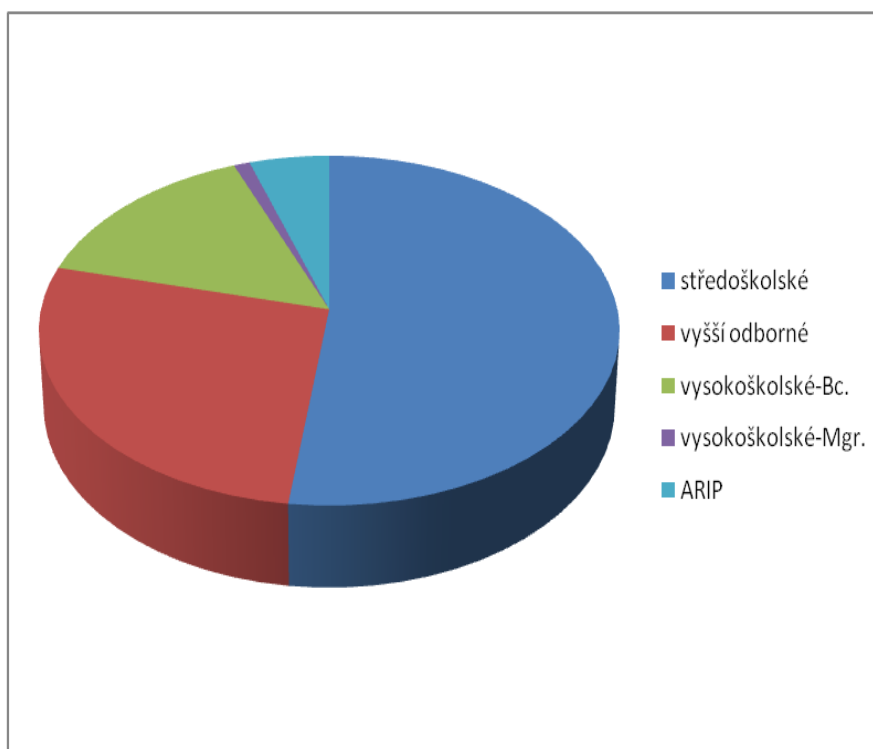
Graf 4 *Délka praxe*

V mém dotazníku na tuto otázku odpovídali zdravotničtí pracovníci s délkou praxe od 1 do 20 let. Pouze 23 resp. má praxi od 1 do 5 let. Další skupinu tvoří resp., kterých je přibližně stejně (26), kteří mají délku praxe od 6 do 11 let. Nejpočetnější skupinou jsou zdravotníci (51 resp.), kteří mají délku praxe od 12 do 20 let.

Položka č. 5: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání

Možnosti odpovědi	Odpovědi celk.	Odpovědi celkem v %
Středoškolské	52	52%
Vyšší odborné	27	27%
Vysokoškolské-Bc.	15	15%
Vysokoškolské-Mgr.	1	1%
Jiné	5	5%
Celkem	100	100%



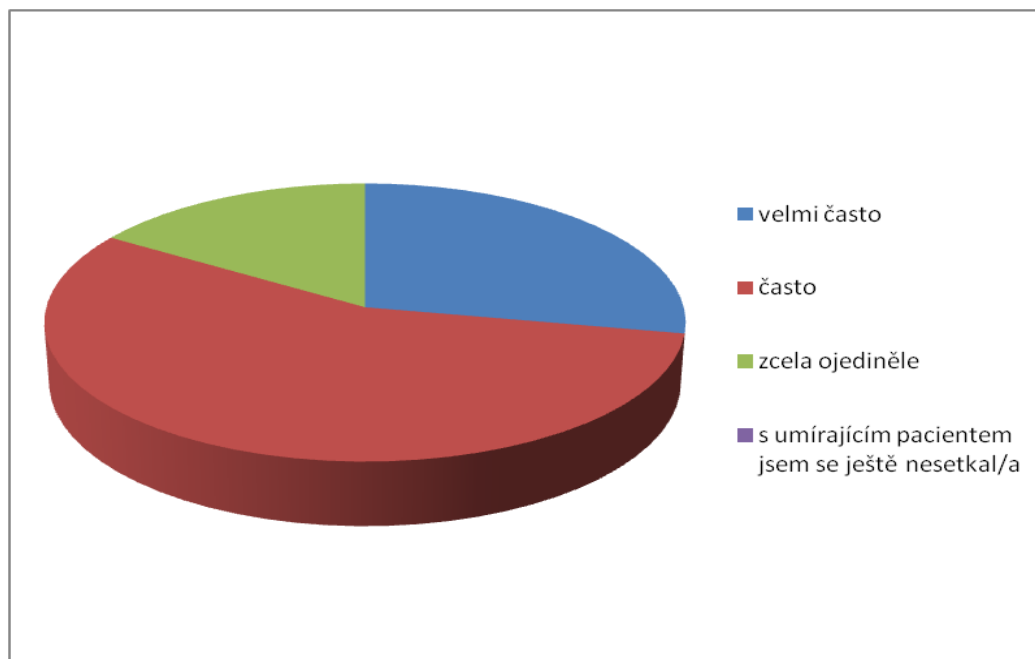
Graf 5 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšším počtem 52 dotazovaných, (tj. 52%), byla skupina se středoškolským vzděláním, vyšší odborné vzdělání má 27 dotazovaných, (tj. 27%), 15 dotázaných, (tj. 15%) má vysokoškolské bakalářské vzdělání, jeden respondent má magisterské studium a 5 respondentů (tj. 5%), uvedlo jiné dosažené vzdělání.

Položka č. 6: Jak často se setkáváte na Vašem pracovišti s umírajícími pacienty?

Tabulka 6 Četnost setkání s umírajícím

Možnosti odpovědi	Odpovědi celkem	Odp. celkem v %
Velmi často	28	28%
Často	56	56%
Zcela ojedíněle	16	16%
S umírajícím pacientem jsem se ještě nesetkal/a/	0	0%
Celkem	100	100%



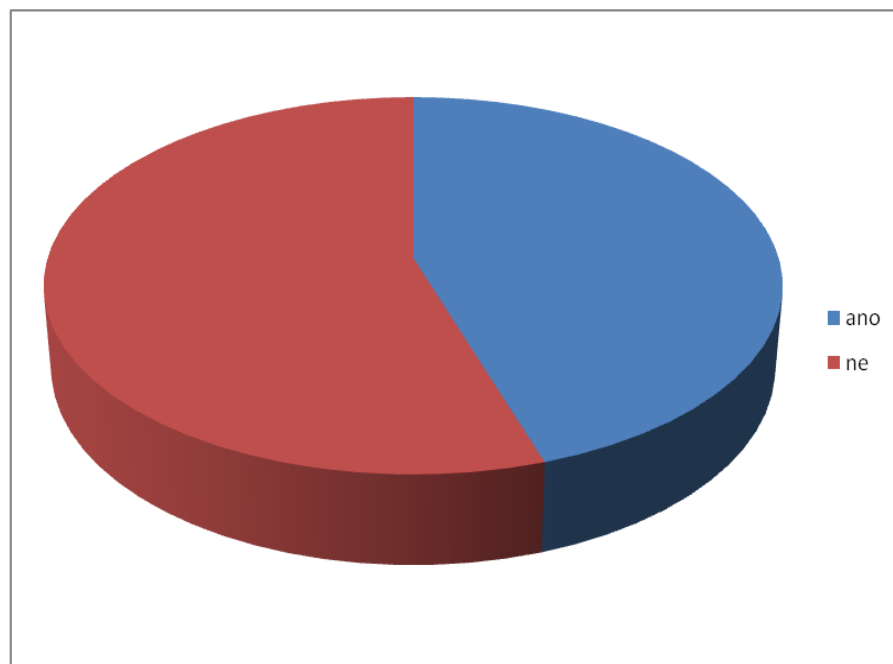
Graf 6 Četnost setkání s umírajícím

Na otázku, jak často se dotyční setkávají s umírajícími pacienty na svém pracovišti, uvedlo 56 dotazovaných, (tj. 56%) odpověď často, 28 dotazovaných (tj. 28%) velmi často, 16 dotazovaných (tj. 16%) zcela ojedíněle. Ve skupině respondentů nebyl nikdo, kdo by tuto zkušenost neměl.

Položka č. 7: Domníváte se, že je na Vašem oddělení dostatek času pro naplnění potřeb umírajících?

Tabulka 7 *Čas pro naplnění potřeb*

Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Ano	45	45%
Ne	55	55%
Celkem	100	100%



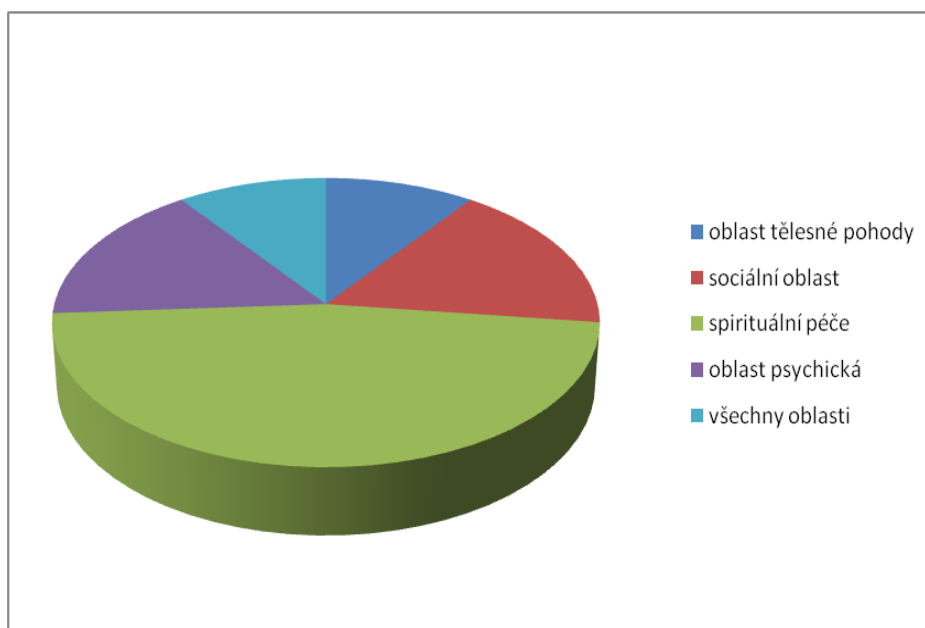
Graf 7 *Čas pro naplnění potřeb*

U této otázky jsou odpovědi celkem vyrovnané 45 dotázaných (tj. 45%) uvádí, že mají dostatek času pro naplnění potřeb a 55 resp. (tj. 55%) uvádí opak.

Položka č. 8: Domníváte se, že jsou oblasti, kterým by sestra měla věnovat větší pozornost v péči o umírající?

Tabulka 8 *Oblasti potřeb umírajících*

Možnosti odpovědi	Odpovědi celk.	Odp. celk. v %
Oblast tělesné pohody	10	10%
Sociální oblast	17	17%
Spirituální péče	47	47%
Oblast psychická	16	16%
Všechny oblasti	10	10%
Celkem	100	100%



Graf 8 *Oblasti potřeb umírajících*

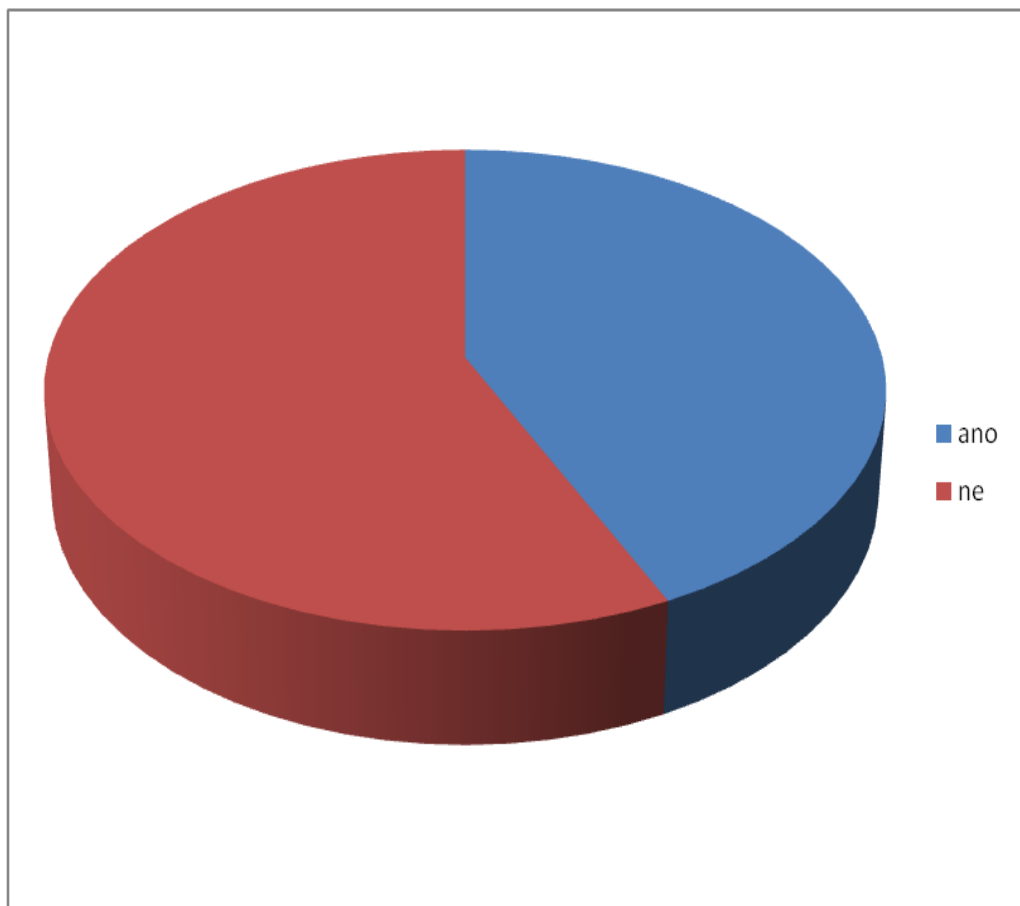
Většina, to je 47 sester (tj. 47%) se domnívá, že zvýšená péče by měla být věnována ve spirituální oblasti, v sociální oblasti tuto nespokojenost udává 17 resp. (tj. 17%) v oblasti psychické to je 16 resp. (tj. 16%) v oblasti tělesné pohody jen 10 resp. (tj. 10 %) a dalších 10 resp. (tj. 10 %) si myslí, že ve všech oblastech komplexně, by se měla zvýšit péče. Z této otázky vyplývá, že většina si myslí, že oblast tělesné pohody, je dobře zajiště-

na, což je pozitivní. Naopak v oblasti psycho- socio- spirituální zjišťujeme závažnou nespokojenost.

Položka č. 9: Máte na Vašem pracovišti možnost zajistit samostatný pokoj pro umírajícího?

Tabulka 9 *Vybavenost pracoviště pokojem pro umírající*

Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Ano	43	43%
Ne	57	57%
Celkem	100	100%



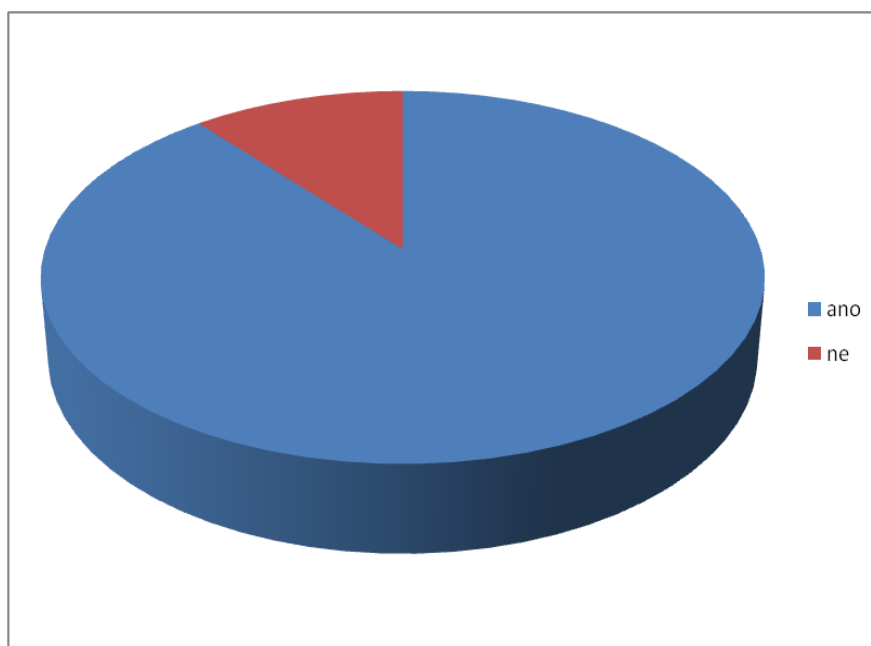
Tabulka 9 *Vybavenost pracoviště pokojem pro umírající*

Možnost zajistit pietní místnost na pracovišti má 43 resp. (tj. 43%) a 57 resp. (tj. 57%) tuto možnost nemá. V této otázce máme odpovědi celkem vyrovnané.

Položka č. 10: Mají příbuzní umírajícího na Vašem oddělení možnost rozšířených návštěv? /tj. mimo návštěvní hodiny/

Tabulka 10 *Možnost rozšířených návštěv*

Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Ano	89	89%
Ne	11	11%
Celkem	100	100%

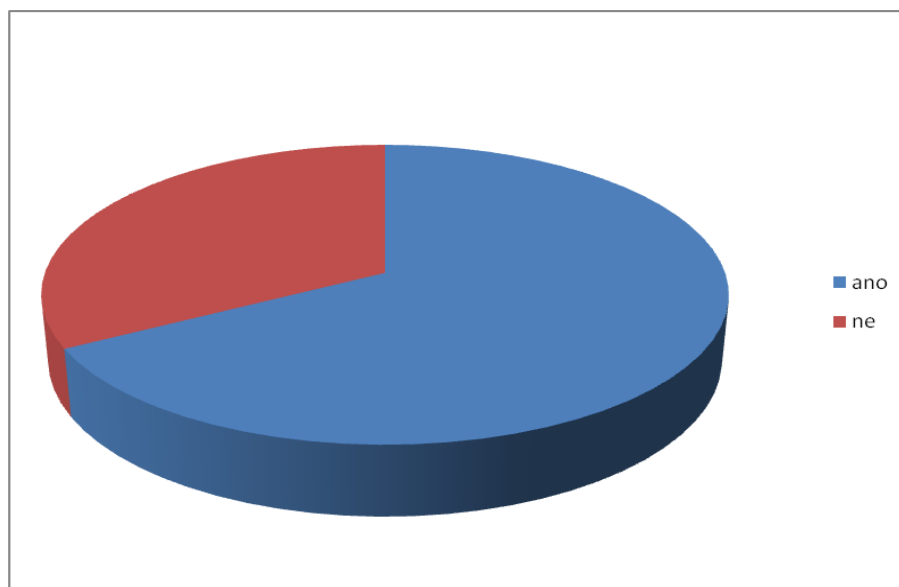


Graf 10 *Možnost rozšířených návštěv*

Z tohoto grafu se dozvídáme, že možnost rozšířených návštěv na oddělení, má 89 resp. (tj. 89%) a jen 11 resp. (tj. 11%) udává, že tuto možnost nemá. Toto zjištění je velmi pozitivní.

Položka č. 11: Nabízíte umírajícím možnost návštěvy kněze nebo jiné duchovní osoby?Tabulka 11 *Možnost návštěvy kněze*

Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Ano	67	67%
Ne	33	33%
Celkem	100	100%

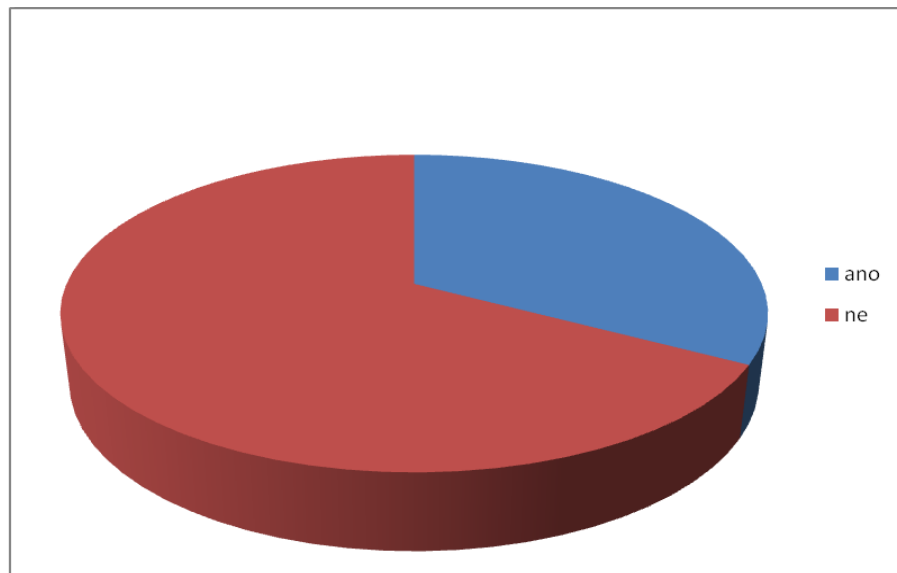
Graf 11 *Možnost návštěvy kněze*

V položce č. 11, se dozvídáme, že možnost návštěvy kněze nabízí 67 respondentů (tj. 67%) a 33 respondentů (tj. 33%) tuto možnost nemá.

Tato skutečnost se jeví, jako velmi pozitivní při naplňování duchovních potřeb.

Položka č. 12: Domníváte se, že Vám komunikace s umírajícím pacientem dělá potíže?Tabulka 12 *Potíže při komunikaci s umírajícím*

Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Ano	33	33%
Ne	67	67%
Celkem	100	100%

Graf 12 *Potíže při komunikaci s umírajícím*

V této otázce, se domnívá 33 resp. (to je 33%), že jim komunikace s umírajícím pacientem dělá potíže a 67 resp. (tj. 67%) uvádí, že pro ně tato komunikace není problematická. Tento výsledek se ukazuje jako optimální.

Položka č. 13: Charakterizujte Vaši komunikaci s umírajícím pacientem. /oblast verbální a neverbální komunikace/Tabulka 13 *Možnosti komunikace s umírajícím*

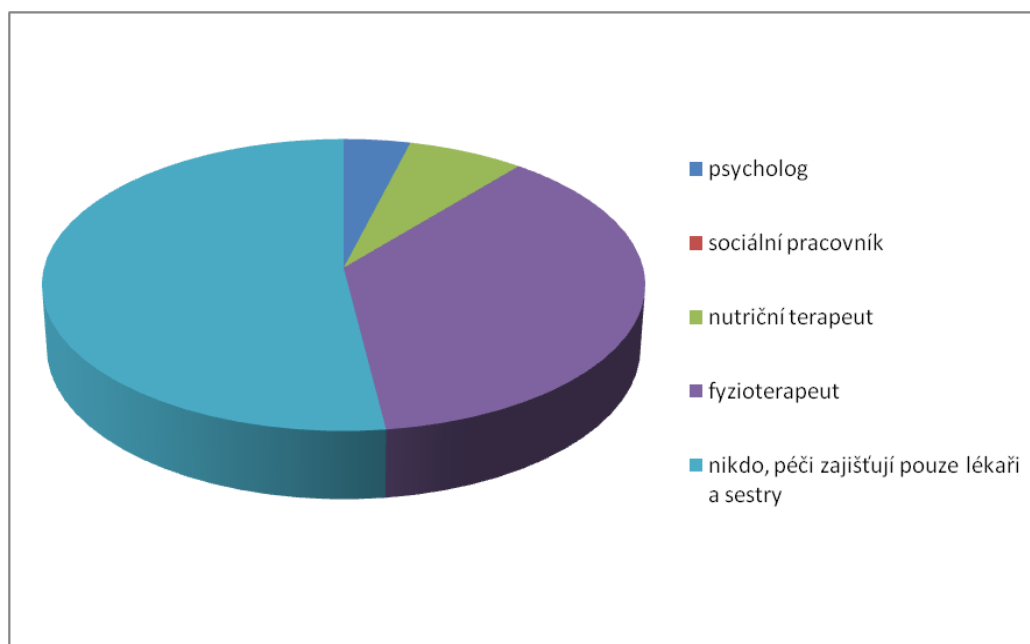
Možnosti odpovědi	Odpovědi
Šetrné zacházení	84
Dotyky, stisk ruky	82
Dodržování důstojnosti	77
Klidná komunikace	75
Tichý hlas	45
Neodpovědělo	15

Výstupní informace z této otázky je pozitivní, většina respondentů uvádí způsob dobré verbální i neverbální komunikace s umírajícím pacientem. Především jsou zde zmíněny a upřednostněny formy komunikace, jako je šetrné zacházení s umírajícím, klidná komunikace, dodržování důstojnosti v péči o umírajícího a také vedení rozhovoru klidným hlasem. Z dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo pouze 15 respondentů.

Položka č. 14: Součástí multidisciplinárního týmu v péči o umírajícího na Vašem pracovišti jsou kromě sester a lékařů:

Tabulka 14 Členové multidisciplinárního týmu

Možnosti odpovědi	Odpovědi celkem	Odpovědi cel. v %
Psycholog	4	4%
Sociální pracovník	0	0%
Nutriční terapeut	7	7%
Fyzioterapeut	37	37%
Péči zajišťují pouze lékař- sestra	52	52%
Celkem	100	100%



Graf 13 Členové multidisciplinárního týmu

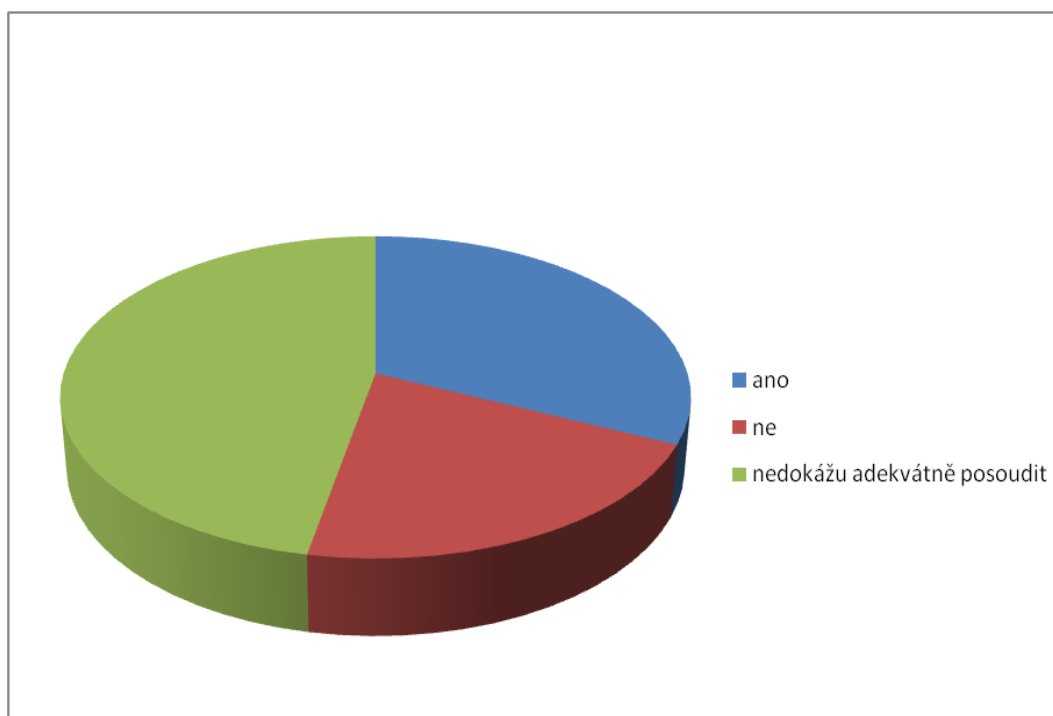
Na otázku, zda kromě sester a lékařů pracují na pracovištích i jiní členové multidisciplinárního týmu udávají 4 resp. přítomnost psychologa, (tj. 4%), 7 resp. přítomnost nutričního terapeuta, (tj. 7%), 37 resp. přítomnost fyzioterapeuta (tj. 37%), a 52 resp. udává, že na pracovišti tuto péči zajišťují pouze sestry a lékaři (tj. 52%). Nikdo neuvedl, že na jeho

pracovišti je přítomen sociální pracovník. To znamená, že pilíř multidisciplinárního týmu /zkoumaného vzorku/, tvoří lékař, sestra a fyzioterapeut. Alarmujícím faktem zůstává nepřítomnost sociálního pracovníka /jako součást multidisciplinárního týmu/ a jen minimální přítomnost psychologa (4 %).

Položka č. 15: Myslíte si, že v souvislosti s dnešním rozvojem paliativní péče u nás došlo k zlepšení péče o umírající?

Tabulka 15 *Pohled na zlepšení paliativní péče*

Možnosti odpovědi	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Ano	32	32%
Ne	21	21%
Nedokážu adekvátně posoudit	47	47%
Celkem	100	100%



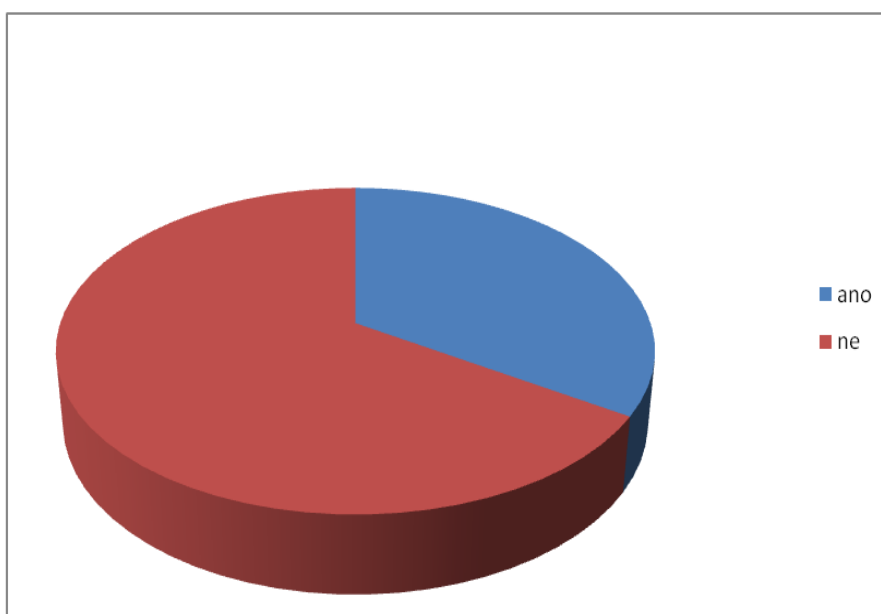
Graf 14 *Pohled na zlepšení paliativní péče*

Na tuto otázku odpovídá 32 resp. (tj. 32%) ano, 21 resp. (tj. 21%) ne a 47 resp. (tj. 47%) nedokáže adekvátně posoudit. Výslednou informací v této otázce je pro nás skutečnost, že pouze 32 respondentů si myslí, že v souvislosti s dnešním rozvojem paliativní péče, u nás došlo k zlepšení péče o umírající.

Položka č. 16: Považujete vzdělanostní přípravu v péči o umírající během studia za dostačující?

Tabulka 16 *Pohled na přípravu studentů v paliativní péči*

Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Ano	34	34%
Ne	66	66%
Celkem	100	100%



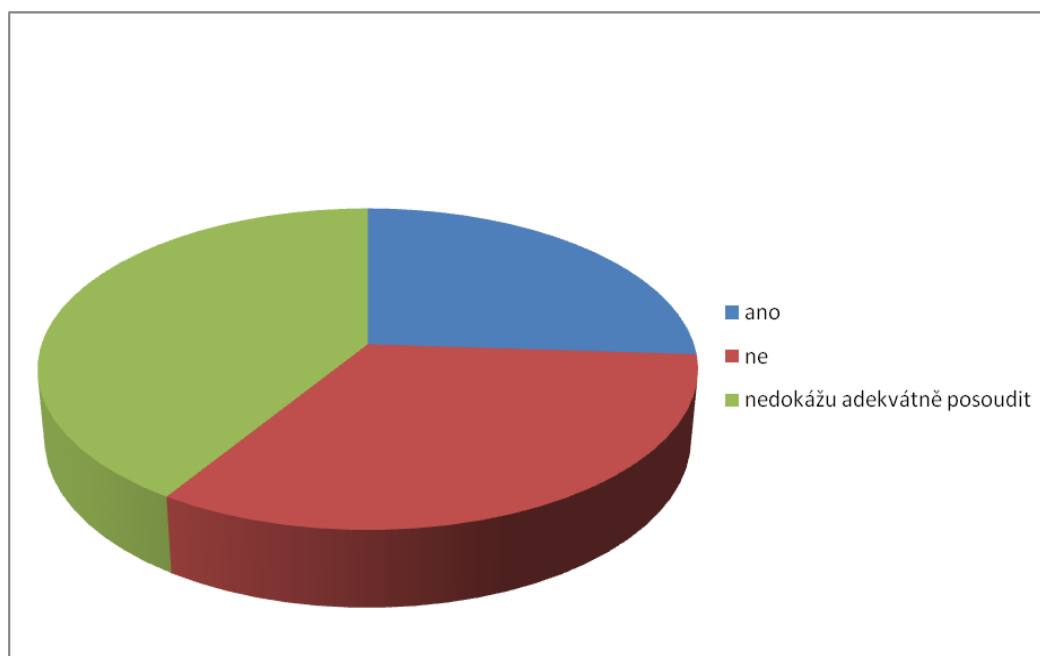
Graf 15 *Pohled na přípravu studentů v paliativní péči*

Na tuto otázku odpovídá 34 resp. (tj. 34%) ano, 66 resp. (tj. 66%) nepovažuje vzdělanostní přípravu v péči o umírající během studia za dostačující.

Položka č. 17: Domníváte se, že v rámci celoživotního vzdělávání je tématu paliativní péče věnována dostatečná pozornost?

Tabulka 17 *Pohled na paliativní péči v celoživotním vzdělávání*

Možnosti odpovědi	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Ano	26	26%
Ne	33	33%
Nedokážu adekvátně posoudit	41	41%
Celkem	100	100%

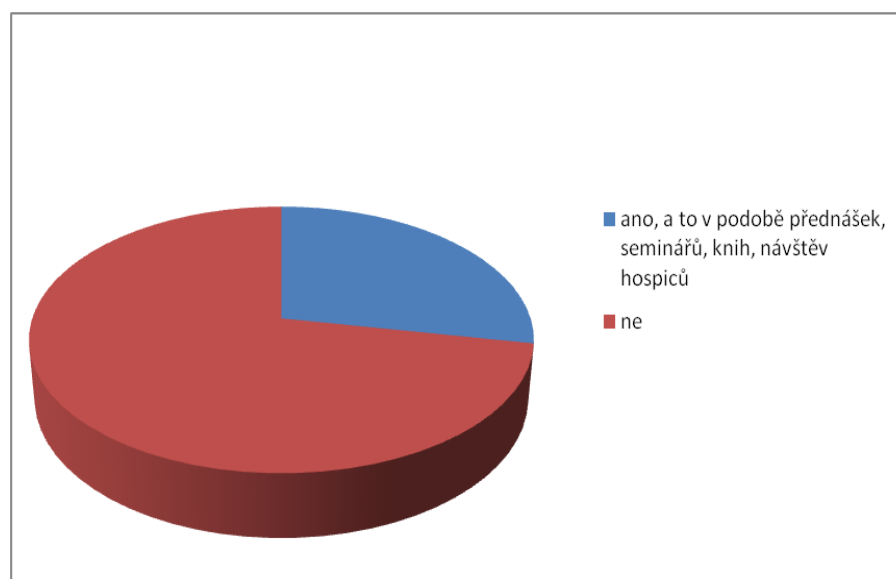


Graf 16 *Pohled na paliativní péči v celoživotním vzdělávání*

V této otázce, se domnívá 26 resp. (tj. 26 %), že v rámci celoživotního vzdělávání, je tématu paliativní péče, věnována dostatečná pozornost a 33 resp. (tj. 33%) si myslí, že je nedostačující. 41 resp. (tj. 41%), tuto otázku nedokáže posoudit.

Položka č. 18: Zajímáte se sám/a/ aktivně o problematiku paliativní péče?Tabulka 18 *Zájem o problematiku paliativní péče*

Možnosti odp.	Odpovědi celkem	Odpovědi celkem v %
Ano	28	28%
Ne	72	72%
Celkem	100	100%

Graf 17 *Zájem o problematiku paliativní péče*

V této otázce se dozvídáme, že 28 resp. (tj. 28 %) se aktivně zajímá o problematiku paliativní péče, což je menší část resp. a většina, 72 resp. (tj. 72 %) se o tuto problematiku aktivně sama nezajímá.

Položka č. 19: Napište, jaký je Váš pohled na péči o umírající:

negativa- špatná komunikace, lékař- sestra-pacient-příbuzný, málo ohleduplnosti, málo soukromí, beznaděj, málo soukromí, silný emotivní zážitek, opomíjení potřeb nemocného, prodlužování utrpení, psychicky vyčerpávající, nedostatečné tlumení bolesti, cynismus zdravotnického personálu, neetický přístup

pozitiva- možnost neomezených návštěv, smrt-konec utrpení, kontakt kněze nebo jiné duchovní osoby, zajištění potřeb pacienta /bio-psycho-socio-spirituálních/, možnost dostatečné analgezie, /tlumení bolesti/

Pohled sester na péči o umírající:Tabulka 19 *Pohled péče sester na péči o umírající*

Možnosti odpovědi Negativa	Odpovědi celkem	Možnosti odpovědi Pozitiva	Odpovědi celkem
Silný emotivní zážitek	95	Možnost neomezených návštěv	96
Psychicky vyčerpávající	63	Zajištění potřeb pacienta	89
Málo ohleduplnosti, soukromí	33	Možnost dostatečné analgezie	47
Opomíjení potřeb nemocného	31	Kontakt kněze nebo jiné duchovní osoby	46
Prodlužování utrpení	29	Smrt – konec utrpení	38
Beznaděj	25	-	-
Špatná komunikace /lékař-sestra-pacient-příbuzný/	15	-	-
Neetický přístup	13	-	-
Cynismus zdravotníků	12	-	-
Nedostatečná analgezie	10	-	-

V této otázce se snažíme charakterizovat pozitivní a negativní pohled sester na péči o umírající. Nejvíce respondentů, 95, nám jako negativum sděluje, že péče o umírající je pro ně především silným emotivním zážitkem. Na druhém místě je pro ně psychicky vyčerpávajícím zážitkem, 63 respondentů. Dále je to málo ohleduplnosti, 33 respondentů, málo soukromí 33 respondentů, opomíjení potřeb nemocného 31 respondentů, prodlužování utrpení nemocného, 29 respondentů, beznaděj prožívá 25 respondentů. Následně se v těchto odpovědích dozvídáme, že jako negativum, je vnímána špatná komunikace na úrovni /lékař-sestra-pacient-příbuzný/, 15 respondentů. Dále je to např. neetický přístup 13 respondentů a cynismus zdravotnického personálu uvádí 12 respondentů, 10 respondentů si myslí, že je negativem nedostatečná analgezie. Možnost neomezených návštěv, nám jako pozitivum udává 96 respondentů. Dále jako pozitivum, zajištění potřeb pacienta udává 89 respondentů. Že je dostatečně zajištěna analgezie si myslí 47 respondentů. Jako pozitivum, uvádí 46 respondentů kontakt s knězem nebo jinou duchovní osobou. Názor, že smrt je konec utrpení uvádí 38 respondentů.

7 DISKUSE

V dotazníkovém šetření, které jsem prováděla v nemocničním zařízení, (počet dotazovaných 100 zdravotnických pracovníků, tj. 100%) jsem zjistila, že o nemocné a umírající se starají především ženy v 95 % zastoupení. V mém dotazníku odpovídali zdravotničtí pracovníci ve věkovém rozmezí 20 – 50 let. Největší skupina, 41 respondentů, byla v rozmezí 41- 50 let. Následovně za ní to byla skupina 34 respondentů, v rozmezí 20- 30 let, a 25 respondentů se pohybovalo v rozmezí 31- 40 let. To pro nás znamená, že převážná část respondentů, 66, je starší 30 let. Dotazovaní byli z oddělení ARO, JIP, Traumatologie. V mém dotazníku na tuto otázku odpovídali zdravotničtí pracovníci s délkou praxe od 1 do 20 let. Pouze 23 respondentů, má praxi od 1 do 5 let. Další skupinu tvoří respondenti, kterých je přibližně stejně, 26, kteří mají délku praxe od 6 do 11 let. Nejpočetnější skupinou jsou zdravotníci v počtu 51 respondentů, kteří mají délku praxe od 12 do 20 let. Nejvyšším dosaženým vzděláním u jedné respondentky, bylo magisterské vzdělání a 15 respondentů bylo se vzděláním bakalářským, zbývající měli vyšší odborné a středoškolské vzdělání.

Cíl č. 1: Zmapovat péči o umírající v nemocnici.

Prvním z cílů, který jsem si stanovila ve své práci, bylo zmapovat péči o umírající v nemocnici. Je evidentní, že s umírajícími pacienty měli respondenti vlastní zkušenost. Nebyl nikdo, kdo by se s umírajícím na pracovišti nesetkal. Na otázku, jak často, se respondenti setkávají s umírajícími pacienty na svém pracovišti, uvedlo 56 dotázaných odpověď často, 28 respondentů uvádí velmi často, 16 respondentů uvádí jako odpověď zcela ojediněle. Velmi pozitivní skutečností je zajištění možnosti rozšířených návštěv, dozvídáme, že možnost rozšířených návštěv na oddělení má 89 respondentů a jen 11 respondentů udává, že tuto možnost nemá. S potěšením můžeme konstatovat, že v rámci naplňování spirituálních potřeb, je dosaženo příznivého výsledku. Při zjišťování komunikačních dovedností, se dozvídáme, že u 33 respondentů, je komunikace s umírajícím pacientem problém a 67 respondentů uvádí, že pro ně tato komunikace není problematická. Tento výsledek se ukazuje jako optimální. Při bližším šetření komunikačních schopností zdravotnického personálu se dozvídáme další zajímavé údaje. V rámci verbální komunikace upřednostňují hlavně, tichý hlas, jemný hlas, klidnou komunikaci. Dále používají respondenti u umírajících neverbální komunikaci, kterou popisují, jako: citlivé jemné doteky, hlazení, stisk ruky.

Tento způsob označujeme jako bazální stimulaci, jejímž důležitým cílem je dodržování lidské důstojnosti a šetrné zacházení v péči o umírající.

Pokusila jsem se srovnat výsledky svého šetření s výzkumnou zprávou "**Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)**", která byla zveřejněna v letech 2003-2004, který byl v České republice uskutečněn jako projekt "Paliativní péče". Cílem tohoto projektu bylo: popsat současný stav péče o umírající v naší zemi, identifikovat hlavní slabiny této péče a překážky jejího zkvalitnění, navrhnout koncepci paliativní péče, vedoucí ke zlepšení péče o umírající. Tento výzkum potvrdil zkušenost mnohých zdravotníků a dalších odborníků, že kvalita paliativní péče je v ČR silně nedostatečná a že mnoho umírajících strádá zbytečným utrpením, kterému by bylo možné předejít. Je zde např. popsáno, že kontinuita a koordinace péče o umírající je velmi nedokonalá. Komunikace mezi zdravotníky a pacienty o diagnóze a prognóze má značně kolísavou a celkově nedostatečnou úroveň. 90% dotázaných mladých lékařů se například cítí být nepřipraveno komunikovat s nevléčitelně nemocným a jeho rodinou. Srovnání s vývojem paliativní péče v zahraničí přitom nasvědčuje tomu, že naše republika se nachází v důležitém stadiu proměny péče o umírající a že před ní stojí velmi naléhavý úkol přejít ke kvalitativně nové fázi této péče charakterizované dlouhodobým koncepčním rozvojem. Na tom, zda se tento přechod zdaří či nikoli, závisí kvalita péče o umírající v nadcházejících desetiletích. Tedy také o mnohé z nás, kteří k úspěšnému uskutečnění tohoto přechodu můžeme dnes přispět. Přesná data o situaci v ČR nemáme, a je poměrně obtížné je zjistit. Osobní svědectví pozůstalých jsou velmi různá. Obavy z nedostatečné péče v závěru života jsou v obecné populaci velké (dle průzkumu provedeného agenturou STEM v roce 2004 je kolem 30 % Čechů přesvědčena, že bolest není dostatečně mírněna a cca 40% se domnívá, že psychosociálním obtížím nemocného není věnována náležitá pozornost). Jsme přesvědčení, že péče o umírající je v řadě českých nemocnic nedostatečná (Portál veřejné správy České republiky, 2003, online).

Ve srovnání s touto zprávou docházíme k podobným výsledkům v péči o umírající. Většina, to je 47 sester se domnívá, že zvýšená péče by měla být věnována ve spirituální oblasti, v sociální oblasti tuto nespokojenost udává 17 respondentů, v oblasti psychické to je 16 respondentů, v oblasti tělesné pohody jen 10 respondentů a dalších 10 respondentů si myslí, že ve všech oblastech komplexně, by se měla zvýšit péče. Z této otázky vyplývá, že většina si myslí, že oblast tělesné pohody, je dobře zajištěna, což je pozitivní. Naopak

v oblasti psycho- socio- spirituální zjišťujeme závažnou nespokojenost. V rámci naplňování duchovních potřeb je velmi důležité dbát na to, aby duchovní péče nebyla poskytována výhradně jako péče náboženská, ale jako naplňování velmi široké duchovní dimenze.

2. Zjistit pohled sester na dnešní péči o umírající.

V dnešní době hovoříme především o institucionalizovaném modelu umírání. Myslíme tím umírání v zařízeních nemocničního typu a v posledním desetiletí je to velký vzestup hospicového hnutí a hospicových jednotek. Musíme také zmínit vznik, ambulantních paliativních zařízení, které vznikají v různých podobách. Buď jsou to zařízení, jako jsou ambulance bolesti nebo jako zvláštní paliativní jednotky v nemocnicích. Jaký je náš pohled na dnešní péči o umírající můžeme posoudit z otázky, zda se proti minulosti zlepšila paliativní péče (myšleno 20 let). Menší polovina respondentů, (tj. 47), nebyla schopna tento problém posoudit. Na tuto otázku, odpovídá 32 respondentů ano, 21 respondentů ne. Asi polovina dotazovaných hodnotí péči o umírající za kvalitní. Pozitivním přínosem je zvyšující se vzdělanost ošetřujícího personálu, které se také věnují ve své práci. V nemocnicích je také, více než dříve, umožňováno trávit s blízkým více času, v rámci rozšířených návštěv, což většina respondentů hodnotí kladně. Jako pozitivní je hodnocena možnost setkání s knězem nebo jinou duchovní osobou. Tuto možnost má na svých odděleních 67 respondentů. Přes všechny snahy, se stále nedaří dobře naplňovat potřeby v psycho-spirituální oblasti. Tato skutečnost pro nás není jen negativní zprávou, ale především výzvou pro všechny zdravotníky, kteří se zabývají péčí o terminálně nemocné a o nezbytnosti celoživotního vzdělávání v paliativní péči.

Cíl č. 3 Posoudit přístup sester k naplňování potřeb umírajícího v nemocnicích.

Z následující otázky, „Kolik času je věnováno k naplnění potřeb umírajících?“, která nám má ukázat časový snímek naplňování potřeb umírajících je odpověď poměrně vyrovnaná, 45 dotázaných uvádí, že mají dostatek času pro naplnění potřeb a 55 uvádí opak. Většina, jak jsem již uváděla, to je 47 sester, se domnívá, že zvýšená péče by měla být věnována ve spirituální oblasti, v sociální oblasti tuto nespokojenost udává 17 respondentů v oblasti psychické to je 16 respondentů v oblasti tělesné pohody jen 10 respondentů a dalších 10 respondentů si myslí, že ve všech oblastech komplexně, by se měla zvýšit péče. Z této

otázky vyplývá, že většina si myslí, že oblast tělesné pohody, oblast sociální je celkem dobře zajištěna, což je pozitivní. Dále jsou to širší možnosti podání analgezie umírajícím, což je velmi kladně hodnoceno v péči o umírající. Problémem zůstává nedostatečné naplnění spirituálních potřeb. Ukazuje se, že přestože umírající jsou po tělesné stránce zajištěny dostatečně, tak v období umírání se jako hlavní problém ukazuje nedostatek v duchovní oblasti. To nás vede k logickému zamyšlení nad tím, že umírající by v terminálním stadiu měli být obklopeni vedle nemocniční péče péčí duchovní, prostřednictvím (duchovního) ošetřujícího personálu (v minulosti řádové sestry). Tato možnost je nejlépe realizována v hospicích a speciálních paliativních jednotkách, které jsou někde zbudovány v rámci nemocnic. Výzvou pro zdravotnický personál (paliativní péče), zůstává neustálá nutnost zvyšování kvality v rámci profese (lékařské i nelékařské profese).

Cíl č. 4 : Na základě výsledků šetření navrhnout opatření pro praxi.

Velkým problémem, jak jsem zjistila je absence sociálního pracovníka a také psychologa jako součást multidisciplinárního zdravotnického týmu, při péči o umírajícího pacienta. Tyto potřeby zajišťují běžně lékaři a zdravotní sestry. Přesto je ale velmi zajímavé a zdánlivě potěšující, že nedostatečné plnění sociálních potřeb (sociálním pracovníkem), nepovažuje 17 respondentů jako zásadní problém. Což nás vede k zamyšlení, že činnost (zajišťování sociálních potřeb), která je prováděna lékaři a sestrami je na úkor zajišťování jiných potřeb v ostatních oblastech. Tím je poškozována efektivita hlavní náplně práce (lékařů a sester), v péči o umírající. Zde je velkým úkolem do budoucnosti na tento problém upozorňovat a dostupnými prostředky usilovat o zlepšení této nepříznivé skutečnosti. V další otázce si myslí 66 respondentů, že je vzdělanostní příprava po dobu studia v problematice péče o umírající nedostatečná. Což vede k zamyšlení „Co v tomto směru změnit?“ Co lze udělat, jak můžeme ovlivnit, aby byla lepší vzdělanostní příprava po dobu studia? Výstupní informace z této otázky nás vede k zamyšlení, jak ovlivnit především absolventky, po ukončení studia a nástupu do provozu v problematice péče o umírající pacienty. Na tento problém nás nedokáže škola připravit, jedná se o zkušenosti, které je třeba nabýt dlouholetou praxí. Ale bylo by velmi dobré dbát na to, aby při nástupu absolventa do zaměstnání byla věnována dostatečná pozornost v adaptační fázi se zaměřením na péči o umírajícího pacienta. Dále je velmi důležité se na tento problém zaměřit v tříměsíční přijímací lhůtě, dostatečně se mu věnovat, zjišťovat úroveň zdravotníků, šetřit, zkoumat a podporovat jejich schopnost tuto činnost dobře zvládat (apel na vrchní a staniční sestry).

V otázce, jestli je tématu celoživotního vzdělávání a paliativní péče věnována dostatečná pozornost, se dozvídáme, že tuto otázku nedokáže 41 respondentů posoudit. Ze zbývajících skupiny odpovídá 26 respondentů kladně a 33 respondentů záporně. Výslednou informací je pro nás zjištění nedostatečné pozornosti věnované celoživotnímu vzdělávání v tématu paliativní péče. Tato informace je pro nás naléhavou výzvou do budoucna, snažit se tento problém zlepšit a to především formou seminářů, kongresů a nejlépe certifikovaných kurzů v rámci celoživotního vzdělávání. Následně máme tento negativní fakt potvrzen v otázce, ve které se dozvídáme, že z dotazovaných respondentů (tj. 100 resp.) se o paliativní problematiku aktivně nezajímá 72 respondentů a pouze 28 respondentů odpovídá kladně. Opět zde platí výzva a doporučení pro zdravotníky, kterou jsem zde již uvedla (tj. forma seminářů, kongresů a nejlépe certifikovaných kurzů v rámci celoživotního vzdělávání).

Pokusím se navázat touto zprávou, kterou nám předkládá kolektiv autorů řadu dalších publikací, jejichž cílem je přispět k rozvoji kvalitní péče o umírající v ČR. V jistém smyslu nejdůležitější, je z těchto publikací návrh **Koncepce paliativní péče v ČR** (2003-2004). Tento návrh vychází z dosavadních zahraničních i domácích zkušeností a ve stručné a srozumitelné podobě. Vytyčuje cíle dalšího rozvoje obecné i specializované paliativní péče. Navrhuje základní prvky efektivního systému organizování a poskytování paliativní péče. Pojmenovává potřebné legislativní a organizační změny, doporučuje další kroky, které jsou potřebné k úspěšnému rozvoji kvalitní péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Další čtyři publikace zasazují tuto navrhovanou koncepci do širšího evropského rámce, rozvíjejí některé její důležité dimenze a doplňují ji o konkrétní příklady jejího uplatnění. Dokument celoevropského významu, který klade důraz na paliativní péči jako významnou součást systému zdravotnických služeb, definuje základní pojmy v oblasti paliativní péče, shrnuje zkušenosti z mnoha zemí a doporučuje opatření nezbytná k dalšímu rozvoji paliativní péče na mezinárodní úrovni a k vytvoření národního rámce pro paliativní péči v jednotlivých členských zemích (Portál veřejné správy České republiky, 2003, online).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů, jako je umírání, smrt, popisem potřeb umírajících, seznámením s paliativní péčí a především rolí všeobecné sestry v péči o umírající. V praktické části práce uvádím výsledky dotazníkového šetření.

Obsah mé bakalářské práce týkající se problematiky umírání a ošetřování nemocných je v současné době velmi diskutované téma. Při psaní jsem narazila na spoustu odborných článků a knih týkající se smrti a péče o umírající. V dotazníku se zaměřuji na pohled sester na umírající pacienty, péči o pacienty v terminálním stádiu a celkově znalosti ošetřovatelského personálu o smrti a umírání. Vzhledem ke zvyšující se věkové hranici lidské populace, se stává péče o staré, nemohoucí a umírající v budoucích letech, velmi nutné a nezbytné. Zrovna tak, jako rozvoj paliativní medicíny. Proto jsem se také v části dotazníkového šetření zaměřila na to, jak by se právě tato péče dala zkvalitnit. V problematice péče o umírající většina respondentů uvádí, jako jedno z hlavních negativ špatnou komunikaci mezi lékaři a sestrami, mezi lékaři a pacienty, mezi lékaři a příbuznými a mezi sestrami a příbuznými. Mají na mysli málo ohleduplnosti při komunikaci na všech úrovních (lékař-zdravotní sestra, lékař-pacient, lékař- příbuzný, zdravotní sestra- příbuzný). Celkově označované, jako neetická komunikace a přístup. Často je to také cynismus, ke kterému u zdravotnického personálu dochází. Dále je to beznaděj, kterou při těchto chvílích prožívají, jak umírající a jejich blízcí, tak zdravotnický personál. Velkým problémem v našich nemocnicích je málo soukromí. Celkově se respondenti shodují v tom, že problematika umírání je velmi psychicky vyčerpávající situací.

Co se týká pozitivního pohledu na tento problém, který je samozřejmě složitou záležitostí, je těžké určit, co lze považovat za pozitivum, přesto jsem se pokusila na tuto otázku částečně odpovědět. Příjemným zjištěním je informace, že péče o umírající v nemocnici (v rámci naplnění některých potřeb, především tělesných), je vnímána pozitivně. Za výrazné, můžeme v dnešní době považovat především možnost neomezených návštěv, která umožňuje příbuzným umírajících, být jim v posledních chvílích života na blízku. V dnešní době je také dobře zajištěna možnost kontaktu duchovní osoby s umírajícími, což mnoho resp. považuje za velmi pozitivní. Přesto spirituální oblast zůstává oblastí, kde jsou stále značné nedostatky. Mnoho z nás si uvědomuje, že chce zlepšit situaci pacientů v konečné fázi života.

Zdravotní sestry v ČR mají sice malou pravomoc, ale to neznamená, že se nemohou připojit k celosvětovému paliativnímu hnutí a můžou se tak následně pokusit změnit špatnou situaci pacientů v konečné fázi života. Úloha zdravotní sestry v paliativní péči je nezastrupitelná a většina lékařů o tom velice dobře ví. Je potřeba nejprve identifikovat rány v našem zdravotnickém systému. Sestry samotné můžou vyzvat ke spolupráci ČAS a svaz praktických lékařů, můžou vybídnout ke spolupráci lékaře a sestry v jednotlivých regionech, oslovit ředitele Zdravotnických škol a v neposlední řadě můžou oslovit média. Jedná se také o to, aby byla co nejvíce informována odborná i laická veřejnost, která již několik let probíhá na různých úrovních. Předpokladem je navázat kontakt se všemi těmito institucemi a motivovat je ke spolupráci s námi (ČAS, nemocnice všech typů, církev, média...). Každý člověk, který je těžce nemocný, má právo na léčení bolesti a na vyučené a školené profesionály. Jsme společností, která se snaží dodržovat lidská práva, je nemyslitelné nechávat umírající trpět! Pokrývání bolesti se bere jako lidské právo, neléčíme-li bolest, mučíme pacienty. Uvědomme si, že paliativní hnutí je celosvětové a ČR je jeho součástí! Chcete také zlepšit situaci pacientů v konečné fázi života? (Sieberová, 2011, online).

Nezbytnou součástí budoucí vize je vzdělávání zdravotnických pracovníků v paliativní péči. Pro výzkum i vzdělávání je důležité akademické uznání paliativní péče. Paliativní péče by měla být uznána ve všech programech, vzdělávání lékařů a zdravotních sester, na úrovni prvního cyklu vysokoškolského studia. Měly by být zavedeny standardní studijní plány, jakož i vzdělávání a vzdělávací programy pro odborníky v oboru paliativní péče. Všichni profesionální pracovníci zabývající se paliativní péčí by měli mít odpovídající vzdělání a výcvik pro svou práci, na všech stupních vzdělávání by měla být poskytnuta konkrétní výuka paliativní péče, umožňující proniknutí k podstatě problémů, citlivá ke kulturním problémům. Vzdělávání v oblasti paliativní péče by mělo být pravidelně sledováno formou dohledu. V ideálním případě by měli existovat tyto tři stupně (navazujícího) vzdělávání zdravotníků: základní, středně pokročilý, pokročilý stupeň. Doporučuje se, aby státy věnovaly zvláštní pozornost vzdělávání ohledně všech podstatných aspektů paliativní péče (O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům, online).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 03. 08. 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

ČECHOVÁ, Věra; MELLANOVÁ, Alena; ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 4. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 173s. ISBN 80-7013-386-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 80-247-1314-4.

GULÁŠOVÁ, Ivica. *Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry*. Sestra. Praha: 2004, roč. 14, č. 6, s. 8-9. ISSN 1210-0404.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. 1. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

IVANOVÁ, Kateřina; JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a životě po ní*. Brno: Aquamarín, 1997. 101 s. ISBN 80-901922-9-7.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 152s. ISBN 80-247-1211-3.

PAYNEOVÁ, Sheila; SEYMOUROVÁ, Jane; INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

SÍGL, Miroslav. *Co víme o smrti*. Praha: EPOCHA, 2006. 415 s. ISBN 80-87027-11 -6.

SLÁMA, Ondřej, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

SVATOŠOVÁ, Marie; *Hospic slovem a obrazem*. 1. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.

THEOVÁ, Anne - Mei. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. ISBN 978-80-87029-24-4.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Internetové zdroje:

Asociace hospiců [online]. 26. 7. 2010 [cit. 2011-05-11]. O hospicích. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/co-je-hospic/>>.

BÁRTLOVÁ, Sylva; CHLOUBOVÁ, Ivana. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. In *Sestra a pacient v klinickém ošetřovatelství* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství, 11/2009 [cit. 2011-04-22]. Dostupné z WWW: <http://www.zsf.jcu.cz/search?SearchableText=postaveni-sestry-v-multidisciplinarnim-tymu>

Česká republika. Charta práv umírajících. In *Doporučení Rady Evropy O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících*. 1999, č. 1418/1999, s. 10. Dostupný také z WWW: <<http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>>.

DAŇKOVÁ, Šárka. *Demografický informační portál* [online]. Demografické informační centrum, 06. 04. 2007 [cit. 2011-04-22]. Analýza: Na co umíráme?. Dostupné z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=463>. ISSN 1801-2914.

Férová nemocnice [online]. 13. 11. 2008 [cit. 2011-05-11]. Důstojné umírání. Dostupné z WWW: <<http://www.ferovanemocnice.cz/umirajici-pacienti-34/dustojne-umirani-101.html>>.

KALVACH, Zdeněk, et al. *Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky* [online]. 1. Praha: Občanské sdružení Cesta domů, 2004 [cit. 2011-01-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>>. ISBN 80-239-2832-5.

O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. [online]. [cit. 2011-09-04]. Dostupné z www <<http://www.eapcnet.org/download/forReccCoun-Europe/ReccCE-Czech.pdf>>.

Paliativní péče v nemocnici vstoupila do čtvrtého měsíce. [online]. [cit. 2011-09-04]. Dostupné z www <<http://www.nemjbc.cz/cs/o-nas/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2005/duben-2005/paliativni-pece-v-nemocnici-vstoupila-do-ctvrteho-mesice.html>>.

Portál veřejné správy České republiky [online]. 2003 [cit. 2011-05-11]. Současný stav a perspektivy péče o umírající v ČR. Dostupné z WWW: <https://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/7226/_s.155/10202?docid=1840>.

SIEBEROVÁ, Jana. *Hospicové občanské sdružení Duha Hospicové občanské sdružení Duha* [online]. 12. 4. 2011 [cit. 2011-05-11]. Mohou zdravotní sestry změnit situaci umírajících?. Dostupné z WWW: <<http://www.hospic-horice.cz/mohou-zdravotni-sestry-zmenit-situaci-umirajicich/>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	anesteziologicko- resuscitační oddělení
JIP	jednotka intenzivní péče
EKG	elektrokardiografie
resp.	respondent
et.al.	kolektiv autorů
tzv.	takzvaný
spol.	společnost
tj.	to je
tzn.	to znamená
max.	maximálně
MUDr.	medicinae universae doctor, doktor medicíny
Mgr.	magistr, (humanitní a společenské vědy)
Bc.	bakalář
zdr.	zdravotní
dot.	dotazovaný
cca.	přibližně
např.	například
str.	strana
odd.	oddělení
tab.	tabulka
viz.	vidět
ČAS	Česká asociace sester
EEG	elektroencefalografie

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 <i>Pohlaví respondentů</i>	38
Graf 2 <i>Věk respondentů</i>	39
Graf 3 <i>Jednotlivá pracoviště</i>	40
Graf 4 <i>Délka praxe</i>	41
Graf 5 <i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	42
Graf 6 <i>Četnost setkání s umírajícím</i>	43
Graf 7 <i>Čas pro naplnění potřeb</i>	44
Graf 8 <i>Oblasti potřeb umírajících</i>	45
Graf 9 <i>Vybavenost pracoviště pokojem pro umírající</i>	46
Graf 10 <i>Možnost rozšířených návštěv</i>	47
Graf 11 <i>Možnost návštěvy kněze</i>	48
Graf 12 <i>Potíže při komunikaci s umírajícím</i>	49
Graf 13 <i>Členové multidisciplinárního týmu</i>	51
Graf 14 <i>Pohled na zlepšení paliativní péče</i>	53
Graf 15 <i>Pohled na přípravu studentů v paliativní péči</i>	54
Graf 16 <i>Pohled na paliativní péči v celoživotním vzdělávání</i>	55
Graf 17 <i>Zájem o problematiku paliativní péče</i>	56

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Pohlaví respondentů</i>	38
Tabulka 2 <i>Věk respondentů</i>	39
Tabulka 3 <i>Jednotlivá pracoviště</i>	40
Tabulka 4 <i>Délka praxe</i>	41
Tabulka 5 <i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	42
Tabulka 6 <i>Četnost setkání s umírajícím</i>	43
Tabulka 7 <i>Čas pro naplnění potřeb</i>	44
Tabulka 8 <i>Oblasti potřeb umírajících</i>	45
Tabulka 9 <i>Vybavenost pracoviště pokojem pro umírající</i>	46
Tabulka 10 <i>Možnost rozšířených návštěv</i>	47
Tabulka 11 <i>Možnost návštěvy kněze</i>	48
Tabulka 12 <i>Potíže při komunikaci s umírajícím</i>	49
Tabulka 13 <i>Možnosti komunikace s umírajícím</i>	50
Tabulka 14 <i>Členové multidisciplinárního týmu</i>	51
Tabulka 15 <i>Pohled na zlepšení paliativní péče</i>	53
Tabulka 16 <i>Pohled na přípravu studentů v paliativní péči</i>	54
Tabulka 17 <i>Pohled na paliativní péči v celoživotním vzdělávání</i>	55
Tabulka 18 <i>Zájem o problematiku paliativní péče</i>	56
Tabulka 19 <i>Pohled péče sester na péči o umírající</i>	57

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. I: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

PŘÍLOHA Č. II: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA Č. III: HOSPICOVÁ PÉČE V ČR

PŘÍLOHA Č. IV: VZDĚLÁVACÍ MODUL

PŘÍLOHA Č. V: PROJEKT – ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE

PŘÍLOHA Č. VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA I: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně 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 prodloužení 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 nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně 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 nevléčitelně 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 podpůrnou 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 ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou 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 ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována 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 „pořizení“ 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 kte-

rá 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 nevléčitelně 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 nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně 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 nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

PŘÍLOHA II: DOTAZNÍK

Péče o umírající z pohledu všeobecné sestry

Dobrý den, jmenuji se Marta Talašová, studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je zaměřený na pohled sester v péči o umírající. Dotazník je zcela anonymní, proto Vás prosím o pravdivé odpovědi na jednotlivé položky. Odpovědi poslouží k praktické části mého dotazníkového šetření v bakalářské práci, ve které se snažím mapovat úroveň péče všeobecných sester o umírající v nemocnicích, neboť péče o umírající je jednou z náplní práce sestry. U jednotlivých položek vypište nebo zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď. Moc Vám děkuji za spolupráci.

Kontaktní adresa: Marta Talašová

Provodov 72

Zlín, 763 45

1. Jsem:

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) 20 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 - 50

3. Na jaké ošetrovatelské jednotce pracujete?

4. Uveďte délku praxe ve zdravotnictví (celkově)

- a) 1 - 5
- b) 6 - 11
- c) 12 – 20

5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské - Bc.
- d) vysokoškolské - Mgr.
- e) jiné:

6. Jak často se setkáváte na Vašem pracovišti s umírajícími pacienty?

- a) velmi často
- b) často
- c) zcela ojediněle
- d) s umírajícím pacientem jsem se ještě nesetkala

7. Domníváte se, že je na Vašem oddělení dostatek času pro naplňování potřeb umírajících?

- a) ano
- b) ne

8. Domníváte se, že jsou oblasti, kterým by sestra měla věnovat větší pozornost v péči o umírající? (můžete uvést i více odpovědí)

- a) oblast tělesné pohody/výživa, vyprazdňování, hygiena, špatná péče o kůži, rány, dekubity.../
- b) sociální oblast /nezajištěné sociální potřeby umírajícího, komunikace s rodinou, finanční otázky, materiální zabezpečení, právní záležitosti, pozůstalost, závěť.../
- c) spirituální péče / kněz, kaplan, pastor.../
- d) oblast psychická /psycholog, psychiatr, psychoterapeut, příbuzní.../
- e) všem oblastem je věnována dostatečná pozornost

9. Máte na Vašem pracovišti možnost zajistit samostatný pokoj (pietní místnost...) pro umírajícího?

- a) ano
- b) ne

10. Mají příbuzní umírajícího na Vašem oddělení možnost rozšířených návštěv?

/tj. mimo návštěvní hodiny/

a) ano

b) ne

11. Nabízíte umírajícím možnost návštěvy kněze nebo jiné duchovní osoby?

a) ano

b) ne

12. Domníváte se, že Vám komunikace s umírajícím pacientem dělá potíže?

a) ano

b) ne

13. Charakterizujte Vaši komunikaci s umírajícím pacientem, /oblast verbální a ne-verbální komunikace/.

.....
.....

14. Součástí multidisciplinárního týmu v péči o umírajícího na Vašem pracovišti jsou kromě sester a lékařů: (můžete uvést i více odpovědí)

a) psycholog

b) sociální pracovník

c) nutriční terapeut

d) fyzioterapeut

e) jiné.....

f) nikdo, péči zajišťují pouze lékaři a sestry

15. Myslíte si, že v souvislosti s dnešním rozvojem paliativní péče u nás došlo ke zlepšení péče o umírající?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu adekvátně posoudit

16. Považujete vzdělanostní přípravu v péči o umírající během studia za dostačující?

- a) ano
- b) ne

17. Domníváte se, že v rámci celoživotního vzdělávání je tématu paliativní péče věnována dostatečná pozornost?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu adekvátně posoudit

18. Zajímáte se sama aktivně o problematiku paliativní péče?

- a) ano, a to v podobě (vypište, prosím):.....
- b) ne

19. Napište, jaký je Váš pohled na péči o umírající:

Negativa

.....

Pozitiva

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku

PŘÍLOHA III: HOSPICOVÁ PÉČE V ČR

APHPP, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

5. 4. 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, sdružující všechny známé hospicové aktivity v ČR. Řádným členem Asociace se může stát každá právnická osoba – organizace hospicového paliativního typu působící v ČR. Mimořádným členem se může stát i fyzická osoba - kterýkoli občan ČR starší 18 let.

<http://www.asociacehospicu.cz>

aphpp@t-email.cz

Cesta domů

Sdružení Cesta domů působí v Praze, ale poradenské služby poskytované přes internet nebo telefonicky jsou poskytovány bez rozdílu bydliště. Zaměstnanci a dobrovolníci hospice nabízejí rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma, tyto služby: specializovanou paliativní domácí péči o terminálně nemocné, odlehčovací služby a sociální poradenství, půjčování pomůcek, péči o pozůstalé, služby specializované paliativní knihovny, ediční služby a edukaci. Příspěvek na den péče je 200 Kč. Průměrná doba péče 35 dní. Kapacita: cca 15 pacientů v péči zdravotní a cca 5 v odlehčovacích službách zároveň. Ročně asi 160 pacientů.

<http://www.cestadomu.cz>

info@cestadomu.cz

Charita Česká republika

Na webových stránkách charity najdete rovněž seznam všech zařízení spadajících pod ČKCH poskytujících domácí péči a v rámci domácí péče rovněž péči hospicovou. Rovněž na jejich stránkách najdete spojení a kontakty na všechny diecézní a arcidiecézní charity v Česku. Některé z nich jsou přímo spojeny s některým z hospiců.

<http://www.charita.cz>

sekretariat@charita.cz

Charitní domácí hospicová péče Bárka

Domácí hospicová péče Bárka je všestrannou péčí o nemocného a rodinu a je poskytována v domácnosti uživatelů. Základem služby je profesionální pomoc spojená s lidským přístupem všech pracovníků. Cílem Bárky je, aby lidé, o které pečujeme, mohli prožívat čas jim daný bezbolestně, důstojně a doma. Zajišťujeme odbornou zdravotní péči, odlehčovací službu, sociální poradenství, psychologickou pomoc, duchovní péči a podporu pečující rodině.

jana.sochorova@caritas.cz

567563671

Domáci hospic Jordán o. p. s

Domáci hospic Jordán o.p.s. je nezisková organizace, která vzniká jako nový typ péče v regionu Tábor. Cílem je umožnit lidem s nevléčitelným onemocněním v pokročilém a konečném stadiu nemoci zůstat doma v kruhu svých blízkých. Smyslem specializované paliativní péče je ulevit od bolesti a dalších tělesných i duševních obtíží, které s sebou zpravidla přináší závěrečné stadium těžké nemoci. Pracovníci týmu domácího hospice nezastupují rodinu v péči o nemocného, pouze pomáhají, aby rodina a nemocný důstojně a se zachováním co největší možné kvality života zvládli poslední životní období.

<http://www.hospicjordan.cz>

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna

Nestátní církevní zdravotnické zařízení poskytující paliativní péči těžce a nevléčitelně nemocným pacientům. Přítomnost rodiny možná 24 hodin denně, stálá přítomnost lékaře a ošetřujícího personálu. Edukační a dobrovolnické centrum, ambulance fyzioterapie, domácí péče, pečovatelská služba, půjčovna kompenzačních pomůcek.

<http://www.dlbsh.cz>

hospic.rajhrad@caritas.cz

547 232 223, Fax: 547 232 247

Ecce homo, Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí

Organizace byla založena s cílem rozvinout hospicové hnutí v ČR a prosadit myšlenku hospice i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají. Ecce homo se mírou nesměrnou přičinila o rozvoj hospicového hnutí v Čechách. MUDR. Svatošová, předseda občanského sdružení, po roce 1989 opustila lékařskou praxi a věnovala celé své úsilí rozvoji všech forem hospicové péče

<http://www.hospice.cz/eccehomo>

marie.svatosova@seznam.cz

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

Hospic Anežky České byl otevřen 8. prosince 1995 a stal se tak prvním hospicem v České republice. Nabízí 30 odborně specializovaných hospicových lůžek pro pacienty v terminálním stádiu většinou onkologického onemocnění z celé České republiky bez rozdílu vyznání, národnosti a sociálního postavení. V červenci roku 2010 byla v hospici otevřena Ambulance paliativní medicíny, jejímž cílem je pečovat o těžce nemocné před přijetím do hospice, po návratu do domácího prostředí nebo o terminální a preterminální klienty, kteří chtějí a mají tu možnost zůstat ve svém domově. Hospic dále nabízí zapůjčení kompenzačních pomůcek. Provozovatelem je Oblastní charita Červený Kostelec, člen APHPP.

<http://www.hospic.cz>

wajsar@hospic.cz

Hospic Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí

Hospic Citadela nabízí 28 lůžek pro nemocné. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Hospicová paliativní péče Zdravotní pojišťovna pacienta hradí ubytování, stravu, ošetrovatelskou a zdravotní péči. Klient platí za služby 180 Kč denně (maximálně 5 580 Kč za měsíc). Sociální lůžka Klient platí za jeden den pobytu: Za celodenní stravu 130 Kč. Ubytovaní na dvoulůžkovém pokoji 150 Kč Za ošetrovatelskou péči je vybírána úhrada ve výši příspěvku na péči v přiznané výši. Odlehčovací služba Klient platí za jeden den pobytu: Za celodenní stravu 130 Kč. Ubytovaní na dvoulůžkovém pokoji 150 Kč Za ošetrovatelskou péči je vybírána úhrada maximálně do výše přiznaného příspěvku na péči.

<http://www.citadela.cz>

hospic@citadela.cz

Hospic Dobrého Pastýře Čerčany

Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech je centrem odborné péče a podpory pro nemocné i jejich blízké. Zahrnuje všechny čtyři typy hospicové péče (lůžkovou, domácí, ambulantní a stacionářovou). Kapacita hospice je 24 jednolůžkových pokojů a 3 pokoje dvoulůžkové Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Adresa a spojení na Mobilní hospic v Benešově: Jana Nohy 1352, 256 01 Benešov (areál PCB naproti celnici), tel/fax: 317 722 046, mobil: 605 276 114, email: mobilnihospic@centrum-cercany.cz

<http://www.centrum-cercany.cz>

os-tri@centrum-cercany.cz

Hospic Frýdek-Místek

V hospici je 26 hospicových pokojů s 30 lůžky, 6 pokojů se 13 lůžky odlehčovací péče, 4 pokoje s 8 lůžky pro návštěvy pacientů nebo pro personál. Služby poskytuje v Centru zdravotních a sociálních služeb Frýdek-Místek na ul. J. Pešiny 3640, Frýdek-Místek. Hospic není členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

<http://www.hospicfm.cz>

info@hospicfm.cz

Hospic Liberec

Občanské sdružení Hospic pro Liberecký kraj

<http://www.hospic-liberec.cz>

hospic@hospicliberec.cz

Hospic Malovická

Druhý pražský hospic pro nevyлéčitelně nemocné se otevře v roce 2011 v Praze 4 na Spořilově. Už čeká jen na kolaudaci. Hospic nabízí 30 lůžek. Hospic bude přijímat i pacienty s neurologickými a interními nemocemi (Parkinsonova, Alzheimerova choroba).

Hospic na Svatém Kopečku Olomouc

V hospici je připraveno 20 jednolůžkových pokojů s přistýlkou pro příbuzného (doprovod) a 5 dvoulůžkových pokojů. Všechny pokoje mají vlastní sociální příslušenství, telefon, ledničku a televizi. K dispozici jsou také společné prostory hospice – recepce s možností zakoupení malého občerstvení, zimní zahrada, jídelna, kaple a velká terasa.

<http://www.hospickopecek.caritas.cz>

info@hospickopecek.charita.cz

Hospic Smíření, Chrudim

Hospic Chrudim má 27 lůžek, z toho 23 jednolůžkových s přistýlkou a 2 dvoulůžkové pokoje. Mimo standardní nemocniční oddělení je v hospici, ambulantní komplex jako zázemí pro terénní hospicovou péči. Součástí objektu je 5 samostatných bytových jednotek a 4 pokoje s příslušenstvím pro návštěvy nemocných. Financování je více zdrojové. Z veřejného zdravotního pojištění je hrazena bohužel jen polovina předpokládaných nákladů, tj. 11 mil. Kč za rok. 12 procent - 330,-Kč/den hradí nemocný.

<http://www.smireni.cz>

smireni@centrum.cz

Hospic sv. Alžběty v Brně

Od roku 2004 občanské sdružení Gabriela o. s. provozuje lůžkové nestátní zdravotnické zařízení Hospic sv. Alžběty poskytující zvláštní ústavní péči podle § 22a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Hospic je lůžkové zdravotnické zařízení určené nevyléčitelně nemocným v pokročilé fázi onemocnění; nabízí profesionální řešení potíží, které toto období mohou provázet a nelze je zvládnout v domácím prostředí (tlumení bolesti, dušnosti, nevolnosti, psychických potíží a dalších tělesných potíží). Důraz je kladen na kvalitu života pacienta. Nyní je k dispozici 22 lůžek v převážně jednolůžkových pokojích s možností přistýlky pro příbuzné.

<http://www.hospicbrno.cz>

+420543214761

Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích

Poskytované služby: 30 odborně specializovaných hospicových lůžek (22 jednolůžkových a 4 dvoulůžkové pokoje) pro pacienty z celé České republiky, půjčovna pomůcek, poradenské služby - odborné sociální poradenství, respitní pobyty - odlehčovací služby (dle §44 Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách). Pouze část nákladů hradí hospici zdravotní pojišťovny. Ostatní finanční zdroje jsou získávány od dárců a sponzorů, přesto je nezbytná ještě spoluúčast klienta za služby nezdravotního charakteru.

<http://www.hospicpt.cz/prachatice/>

Hospic sv. Lazara v Plzni

Posláním Hospice sv. Lazara je poskytovat komplexní a na kvalitu života zaměřenou péči nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v jejím pokročilém nebo terminálním stadiu v Plzeňském kraji. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

<http://www.hsl.cz>

hospic@hsl.cz

Hospic sv. Lukáše Ostrava

Hospic sv. Lukáše je specializované zdravotnické zařízení, poskytující hospicové služby včetně léčby bolesti, kterou s sebou postupující nemoc přináší. Hospic je určen pro osoby nevléčitelně nemocné v terminálním stadiu života, nejčastěji s onkologickou diagnózou, jejichž obtíže nevyžadují léčbu v nemocnici a není možné je zvládnout ani v domácím prostředí. Kapacita hospice je 34 lůžek. Služby Hospice sv. Lukáše jsou provázány na další služby provozovatele Charity Ostrava – Mobilní hospicová jednotka, Dobrovolnické hospicové hnutí, Charitní hospicová poradna.

<http://www.ostrava.caritas.cz>

lukashospic.ostrava@caritas.cz

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

Projekt v hodnotě 54 milionů Kč byl započat v roce 1998. Dokončen a slavnostně otevřen byl 2. února 2001. Litoměřický hospic vznikl přístavbou k bývalé porodnici. Lůžková kapacita je 56 lůžek, z toho je 26 pro nemocné, 22 lůžek pro doprovázející a 8 lůžek pro stážisty a dobrovolníky. Virtuálně si hospic můžete prohlédnout na stránkách <http://www.qwert.cz/zdislava/clanek.php?cln=50>. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Odborný garant při přípravě hospicu byl: MUDr. Svatošová, Ecce homo.

<http://www.hospiclitomerice.cz>

info@hospiclitomerice.cz

Hospic Štrasburk v Praze

Hospic má 24 pokojů, z toho je 23 jednolůžkových a 1 dvoulůžkový. Všechny pokoje jsou bezbarierové a jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením. Slouží jako výukové pracoviště pro studenty mimopražských univerzit i ZŠ a spolupracuje s pražskými FN. Poskytuje služby občanům hl. m. Prahy a Středočeského kraje. Cena za lůžko a den v hospici je 350,- Kč, přistýlka je za 90,- Kč na den, lůžko. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Poskytované služby: lůžková i domácí hospicová péče na území hl. m. Prahy, psychologické a psychiatrické pro pacienty a rodiny, služby sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka, poradenské, půjčování lůžek a pomůcek.

<http://www.hospicstrasburk.cz/>

Hospic v Mostě

Hospic v Mostě je umístěn v nově rekonstruovaném objektu se zahradou na okraji města v bezprostřední blízkosti nemocnice a MHD. Lůžková část o kapacitě 15 dvoulůžkových pokojů (pacient + doprovázející osoba), ambulance bolesti v součinnosti s NNP Most (nemocnice následné péče), domácí hospicová péče pro pacienty z Mostecka. Společnost také provozuje: Sociálně-psychologickou poradnu od 10/2001 Půjčovnu pomůcek od 10/2001 Domácí hospicovou péči od 2. 6. 2003 Současný stav: Lůžkový hospic je otevřen pro veřejnost a od 7. 7. 2005 přijímá klienty Kontakt: paní Blanka Števicová - jednatel o.p.s., tel.: 476 000 168

<http://www.hospic-most.cz>

hospic@mostmail.cz

Hospicová péče sv. Zdislavy

Provozujeme: v Liberci a jeho okolí domácí hospicovou péči, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, půjčovnu pomůcek, dobrovolnické programy, spolu s Krajskou nemocnicí Liberec, a.s. provozujeme tzv. rodinný pokoj na LDN, který umožňuje doprovázení umírajícího blízkým člověkem.

<http://www.hospiczdislavy.cz>

info@hospiczdislavy.cz

Hospicové občanské sdružení Duha

Naše sdružení si dalo za úkol zřízení domácí hospicové služby. Domácí hospicová péče bude všestranně podporovat rodiny, které na sebe převezmou péči o umírajícího nemocného v domácím prostředí. Těžce nemocný člen rodiny tak bude moci prožít konec života doma, mezi svými blízkými. V domácím prostředí pomůžeme kvalifikovaně zvládnout bolest a další průvodní jevy terminální fáze onkologického onemocnění.

<http://www.hospic-horice.cz/>

hospic-horice@seznam.cz

773 652 844

Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava

Mobilní hospic Ondrášek nabízí rodinám nemocných komplexní poradenství v oblasti péče o terminálně nemocné a poskytuje nemocným specifickou hospicovou péči v domácnosti pacienta. Jedná se o služby zdravotní, ošetrovatelské, sociální, psychologické a duchovní péče. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

<http://www.mhondrasek.cz/>

mhondrasek@seznam.cz

Mobilní hospicová jednotka (Ostrava)

Mobilní hospicová jednotka Charity Ostrava je specializovaná forma domácí zdravotní péče, poskytující hospicové služby včetně léčby bolesti, kterou s sebou postupující nemoc často přináší. Služby jsou určeny pro osoby s vážným onemocněním, nejčastěji s onkologickou diagnózou, jejichž zdravotní stav nevyžaduje pobyt v nemocnici. Cílem naší práce je dosažení co nejlepší kvality života pacienta i jeho rodiny. Služby MHJ umožňují prožít plnohodnotný zbytek života naplňováním fyzických, psychických, sociálních i duchovních potřeb.

<http://www.ostrava.caritas.cz>

cho.chos@caritas.cz

Nadační fond Umění doprovázet

7. července 2006 byl za účelem podpory rozvoje hospicového hnutí v České republice založen Nadační fond Umění doprovázet. Zakladateli nadačního fondu jsou manželé Hana a Bohumil Harákoví. Členkou správní rady se stala i MUDr. Marie Svatošová, "matka hospiců v Čechách". Více o Poslání a cílech nadačního fondu, jakož i o možnostech, jak podpořit nadační fond a stát se dárce, se můžete dozvědět přímo na jejich webových stránkách

<http://www.umenidoprovazet.cz>

info@umenidoprovazet.cz

OPORA

Občanské sdružení OPORA vzniklo v roce 1997 v Roudnici nad Labem a v současné době má pobočky v Ústí nad Labem, Roudnici nad Labem, Slaném a v Praze. Domácí hospicovou péči poskytujeme v podobě odlehčovacích služeb v domácnosti klienta, dalšími pilíři služby jsou sociální poradenství, půjčovna kompenzačních pomůcek a zprostředkování psychologické a duchovní podpory. Dojezdová vzdálenost terénních služeb je do 20 km od pobočky. Od roku 2009 rozvíjíme také aktivity v oblasti vzdělávání pracovníků ze zdravotní a sociální sféry.

<http://www.opora-os.cz>

opora.ul@centrum.cz 777704221

SDÍLENÍ o. s.

Občanské sdružení Sdílení nabízí domácí hospicovou péči, odlehčovací službu, sociální poradenství, půjčovnu zdravotnických pomůcek a realizuje dobrovolnický program.

<http://www.os-sdileni.wz.cz/>

os.sdileni@centrum.cz

Umirani.cz

www.Umirani.cz, je informační a diskusní webový portál o umírání pro pečující, pro lékaře, pro nemocné a pro pozůstalé. Tento portál umožňuje získat potřebné informace, navázat kontakt a zprostředkovat poradenskou pomoc v problematice související s koncem života, umíráním, smrtí, s péčí o nevléčitelně nemocné, umírající a pozůstalé. Nabízí laické i odborné veřejnosti možnost potřebné informace nejen získat, ale také si je vyměňovat. Vznikl v rámci projektu Phare EU - Aktivní život seniorů.

<http://www.umirani.cz>

redakce@umirani.cz

PŘÍLOHA Č. IV: VZDĚLÁVACÍ MODUL SE ZAMĚŘENÍM NA HOSPICOVOU PÉČI

Občanské sdružení OPORA vzdělává v oblasti hospicové péče

Od ledna 2011 do ledna 2012 nabízí občanské sdružení OPORA možnost vzdělávat se v unikátním vzdělávacím modulu zaměřeném na hospicovou péči. Jeho vytvořením sdružení reagovalo na problém nedostatečné nabídky vzdělávání pro své vlastní zaměstnance.

Vzdělávací modul se zaměřením na hospicovou péči

V roce 2010 projekt získal finanční podporu z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a díky tomu mohl být vytvořen **Vzdělávací modul pro pracovníky v sociálních službách se zaměřením na hospicovou péči o celkové dotaci 144 hodin**, rozdělený do **6 tematických bloků po 24 hodinách**, z nichž byl každý akreditován na MPSV. Tematické bloky zohledňují různé aspekty péče o seniory, zdravotně postižené a hospicové klienty.

Účastníci se naučí, jak komunikovat s umírajícím i jeho rodinou, jak pečovat o jeho potřeby, procvičí si první pomoc, prostor bude dán také relaxačním technikám a psychohygieně. Cílem vzdělávání je prostřednictvím odborných informací a praktických nácviků zvyšovat jistotu pracovníků při péči o seniory a umírající klienty, podporovat rozvoj jejich odborných dovedností a zároveň jim nabídnout možnost dalšího vzdělávání ve smyslu §116 zákona o sociálních službách.

Školící akce probíhající zpravidla od pátku do neděle, v březnu to například bude kurz „Hospicová péče“, vedený vrchní sestrou Hospice sv. Štěpán v Litoměřicích Zdeňkou Pixovou a koordinátorkou domácí hospicové péče OPORA Janou Kubičkovou nebo kurz Seznámení se standardy kvality a vedení dokumentace v terénních službách. V každém vzdělávacím bloku je několik volných míst a zájemci o účast na celém modulu i jednotlivých vzdělávacích blocích z řad poskytovatelů sociálních služeb se mohou přihlašovat na adrese vzdelavani@opora-os.cz. Díky podpoře prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost je účast na vzdělávání **zdarma**.

PŘÍLOHA Č. V: PROJEKT PALIATIVNÍ PÉČE V ČR

V letech 2003-2004 vedla Cesta domů projekt Rozvoj Paliativní péče v ČR, který financovala nadace Open Society Fund Praha a zúčastnili se jej mnohé hospice a různí přední odborníci z celé republiky. Výstupem projektu bylo šest publikací. Všechny uvedené publikace byly prezentovány na seminářích v Jednacím sále Senátu. Pokud se s nimi chcete podrobněji seznámit, můžete si je pročíst. Budeme rádi, jestliže nám po přečtení uvedených materiálů pošlete svoje postřehy, připomínky, námítky a podněty na adresu cestadomu@cestadomu.cz.

Doporučení Rady Evropy členským státům

O organizaci paliativní péče

Zásadní dokument celoevropského významu, který klade důraz na paliativní péči jako ne-
smírně významnou součást systému zdravotnických služeb, definuje základní pojmy v
oblasti paliativní péče, shrnuje zkušenosti z mnoha zemí a doporučuje opatření nezbytná k
dalšímu rozvoji paliativní péče na mezinárodní úrovni a k vytvoření národního rámce pro
paliativní péči v jednotlivých členských zemích. Součástí dokumentu je i velmi cenná
podrobná důvodová zpráva

Koncepce paliativní péče v ČR

Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi

Návrh koncepce paliativní péče v ČR vycházející z dosavadních zkušeností s uplatňová-
ním paliativní péče ve světě i v naší zemi. Tento návrh ve stručné podobě vytyčuje cíle
dalšího rozvoje obecné i specializované paliativní péče, pojmenovává potřebné legislativní
a organizační změny a doporučuje další kroky, které jsou k tomuto rozvoji potřebné.

Vzdělávání v paliativní péči

Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů

Tento návrh je výsledkem dlouhodobých zkušeností a diskusí. Vznikl původně ve Švýcarsku, je však velmi dobře použitelný i v podmínkách ČR. Komentovaná kurikula přehledně rozlišují několik úrovní vzdělání lékařů a dalších vysokoškolských odborníků v paliativní péči: úroveň pregraduální pro studenty lékařství a zdravotně sociálních oborů, úroveň postgraduální všeobecnou a postgraduální specializovanou pro paliativní specialisty.

Respektování lidské důstojnosti

Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů Flexibilní učební podklad pro všechny odborníky v oblasti zdravotnictví asociální péče byl vypracován v rámci studie „Důstojnost a starší Evropané“. Profesionálně získané, vyhodnocené a diskutované podklady ze šesti evropských zemí představují unikátní soubor postřehů, modelových situací, námětů a otázek, který je vhodný pro výchovu a výcvik ve všech typech zdravotních a zdravotně-sociálních škol.

Standardy domácí paliativní péče *(aktualizovaná verze z roku 2007)*

Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče Tento návrh vychází z analogických standardů v zemích s rozvinutou sítí mobilních hospiců a z více než dvouletých zkušeností práce mobilního hospice Cesta domů. Materiál definuje koncepci terénní paliativní péče, popisuje potřebné základní organizační struktury a postupy a je prakticky využitelný při zakládání a práci mobilních hospiců v ČR.

Všechny uvedené publikace lze získat nebo si zapůjčit v naší kanceláři nebo je můžete zakoupit on-line v našem e-shopu, pokud jsou ještě k dispozici. Komentovaná kurikula přehledně rozlišují několik úrovní vzdělání lékařů a dalších vysokoškolských odborníků v paliativní péči a vymezují hlavní obsahovou náplň tohoto vzdělání. Profesionálně rozpracované podklady ze šesti evropských zemí představují unikátní soubor postřehů, modelo-

vých situací, námětů a otázek, který je vhodný pro výchovu a výcvik ve všech typech zdravotních a zdravotně-sociálních škol (Portál veřejné správy České republiky, 2003, online).

PŘÍLOHA Č. VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	MARTA TALÁŠOVÁ
Téma bakalářské práce	PEČE O UMÍRANÍCÍ Z PŮLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY
Skupina respondentů	ODD. CHIRURGIE I, INTERNA OŠETR. PERSONÁL (SUP. IZP)
Pracoviště	


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN ①

Ve Zlíně dne 28. 11. 2010


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín ⑨


razítko a podpis zástupce zařízení