

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2019**

**Barbora Láryšová, DiS.**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Barbora Láryšová, DiS.**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

# **PALIATIVNÍ PÉČE POHLEDEM OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.



### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 5. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Láryšová Barbora, DiS.

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Paliativní péče pohledem ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované: 43

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: paliativní péče, péče o umírajícího, umírání, smrt, komunikace, ošetřovatelská péče, potřeby pacienta

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku paliativní péče a ošetřovatelskou péči o umírajícího pacienta.

V teoretické části jsou definovány pojmy umírání, smrti a paliativní péče. Jsou zde zmapovány potřeby a potíže umírajícího pacienta, včetně komunikace a péče o rodinu.

Praktická část obsahuje vlastní šetření ve formě kvantitativního výzkumu, který mapuje a porovnává informovanost všeobecných sester v oblasti paliativní péče v domovech pro seniory a fakultní nemocnici v Plzni v oblasti paliativní péče.

## **Abstract**

Surname and name: Láryšová Barbora, DiS.

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Palliative care from the perspective of nursing

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered: 43

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 22

Keywords: Palliative care, care for the dying, dying, death, communication, nursing care, patient needs

### Summary:

This thesis focuses on the issue of palliative care and nursing care of the dying patient.

The theoretical part defines the concepts of dying, death and palliative care. The needs and troubles of a dying patient, including communication and family care, are mapped here.

The practical part contains its own survey in the form of quantitative research, which maps and compares the information of general nurses in the area of palliative care in the homes for seniors and the faculty hospital in Pilsen in the area of palliative care

This is a brief thesis description, without any description and used methods, but with result.

## **Předmluva**

Téma paliativní péče jsem si vybrala pro svůj osobní zájem o toto téma a jeho čím dál tím tíživější aktuálnost. V práci je zmapovaná ošetrovatelské péče o pacienta v paliativní péči, jeho potřeby a potíže. Cílem práce je zjistit a porovnat informovanost sester v oblasti paliativní péče.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování věcných rad, trpělivost a vstřícnost. Děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazníkové šetření.



# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	12
SEZNAM TABULEK .....	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST .....	16
1 UMÍRÁNÍ.....	17
1.1 Fáze umírání dle Elizabeth Kubler-Rossově .....	17
1.1.1 Negace (šok, popírání).....	17
1.1.2 Agrese (hněv, vzpoura).....	17
1.1.3 Smlouvání (vyjednávání).....	17
1.1.4 Deprese (smutek).....	18
1.1.5 Smíření (souhlas, akceptace).....	18
1.2 Proces umírání .....	18
1.2.1 Pre finem .....	19
1.2.2 In finem .....	19
1.2.3 Post finem.....	19
2 SMRT .....	21
2.1 Znamky smrti .....	21
2.2 Péče o mrtvé tělo.....	21
3 PALIATIVNÍ PÉČE .....	23
3.1 Definice paliativní péče .....	23
3.2 Dělení paliativní péče .....	23
3.2.1 Obecná paliativní péče.....	23
3.2.2 Specializovaná paliativní péče.....	23
3.3 Formy specializované paliativní péče.....	24
3.3.1 Lůžková hospicová péče.....	24
3.3.2 Domácí paliativní péče (mobilní hospic) .....	24
3.3.3 Stacionární paliativní péče (denní pobyty).....	25
3.3.4 Oddělení paliativní péče .....	25
3.3.5 Ambulantní paliativní péče, Konziliární tým paliativní péče.....	25
3.4 Etické principy paliativní péče.....	26
3.5 Historie paliativní péče .....	26
4 POTŘEBY PACIENTA V PALIATIVNÍ PÉČI .....	28
4.1 Biologické potřeby.....	28
4.2 Psychické potřeby .....	29
4.3 Spirituální potřeby .....	30

5	KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI.....	31
5.1	Terapeutická komunikace .....	31
5.2	Zásady komunikace .....	32
6	OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA V PALIATIVNÍ PÉČI.....	34
6.1	Péče o bolest .....	34
6.1.1	Terapie bolesti .....	34
6.2	Péče o dýchání .....	35
6.2.1	Dušnost .....	35
6.2.2	Chrčivé dýchání .....	36
6.3	Péče o výživu .....	36
6.3.1	Nechutenství .....	37
6.3.2	Nauzea a zvracení .....	37
6.4	Péče o hydrataci .....	38
6.4.1	Dehydratace .....	38
6.4.2	Podkožní podání léků a infuzí .....	38
6.5	Péče o vyprazdňování .....	39
6.5.1	Zácpa .....	39
6.6	Péče o pokožku .....	40
6.6.1	Chronické rány .....	40
6.6.2	Dekubity .....	41
6.7	Péče o odpočinek a spánek .....	41
6.7.1	Únava.....	41
6.7.2	Poruchy spánku .....	42
6.8	Péče o psychiku .....	43
6.8.1	Úzkost.....	43
6.8.2	Delirium.....	43
6.8.3	Suicidální tendence.....	44
7	RODINA V PALIATIVNÍ PÉČI.....	45
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	46
8	CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	46
8.1	Hlavní cíl.....	46
8.2	Dílčí cíle.....	46
9	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY .....	47
10	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	48
11	METODIKA PRÁCE .....	49
12	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	50
	DISKUZE .....	75

ZÁVĚR.....	82
SEZNAM LITERATURY.....	83
SEZNAM PŘÍLOH .....	86
PŘÍLOHY .....	87

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1- Pohlaví DpS .....	50
Graf 2- Pohlaví Nemocnice .....	50
Graf 3 - Věk DpS.....	51
Graf 4 - Věk Nemocnice.....	51
Graf 5 - Vzdělání DpS .....	52
Graf 6 - Vzdělání Nemocnice .....	52
Graf 7 - Jak dlouho pracujete v tomto zařízení? DpS .....	53
Graf 8- Jak dlouho pracujete v tomto zařízení? Nemocnice .....	53
Graf 9 - Co je paliativní péče? DpS.....	54
Graf 10 - Co je paliativní péče? Nemocnice.....	54
Graf 11 - Co je obecná paliativní péče? DpS .....	55
Graf 12 - Co je obecná paliativní péče? Nemocnice .....	55
Graf 13 Kde je poskytována specializovaná paliativní péče? DpS .....	56
Graf 14 Kde je poskytována specializovaná paliativní péče? Nemocnice .....	56
Graf 15 Potíže pacienta v paliativní péči.DpS.....	57
Graf 16 Potíže pacienta v paliativní péči. Nemocnice.....	57
Graf 17 Biologické potřeby DpS .....	58
Graf 18 Biologické potřeby Nemocnice .....	58
Graf 19 Dýchání, DpS .....	59
Graf 20 Dýchání, Nemocnice .....	59
Graf 21 Bolest, DpS .....	60
Graf 22 Bolest, Nemocnice .....	60
Graf 23 Odpočinek a spánek, DpS .....	60
Graf 24 Odpočinek a spánek, Nemocnice .....	61
Graf 25 Příjem stravy,DpS .....	61
Graf 26 Příjem stravy, Nemocnice .....	61
Graf 27 Příjem tekutin, DpS .....	63
Graf 28 Příjem tekutin Nemocnice.....	63
Graf 29 Psychické potřeby DpS .....	63
Graf 30 Psychické potřeby Nemocnice .....	64
Graf 31 Spirituální potřeby DpS.....	65
Graf 32 Spirituální potřeby Nemocnice.....	65

Graf 33 Duchovní podpora DpS .....	65
Graf 34 Duchovní podpora Nemocnice .....	65
Graf 35 Komunikace s pacientem DpS .....	66
Graf 36 Komunikace s pacientem Nemocnice .....	67
Graf 37 Komunikace s rodinou DpS .....	67
Graf 38 Komunikace s rodinou Nemocnice .....	68
Graf 39 Jak často chodíte na pokoj umírajícího DpS .....	68
Graf 40 Jak často chodíte na pokoj umírajícího? Nemocnice .....	69
Graf 41 Zažila jste situaci, ve které jste si nebyla jistá správným přístupem? DpS .....	69
Graf 42 Zažila jste situaci, ve které jste si nebyla jistá správným přístupem? Nemocnice .....	70
Graf 43 Školení DpS .....	70
Graf 44 Školení Nemocnice .....	71
Graf 45 Bylo Vám školení přínosem? DpS .....	72
Graf 46 Bylo Vám školení přínosem? Nemocnice .....	72
Graf 47 Možnosti vzdělávání DpS .....	72
Graf 48 Možnosti vzdělávání DpS .....	72
Graf 49 Samostatné vzdělávání DpS .....	74
Graf 50 Samostatné vzdělávání Nemocnice .....	74

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- Pohlaví .....	50
Tabulka 2 Věk .....	51
Tabulka 3 - Vzdělání .....	52
Tabulka 4 - Jak dlouho pracujete v tomto zařízení? .....	53
Tabulka 5 - Co je paliativní péče? .....	54
Tabulka 6 - Co je obecná paliativní péče?.....	55
Tabulka 7Kde je poskytována specializovaná paliativní péče?.....	56
Tabulka 8 Potíže pacienta v paliativní péči .....	57
Tabulka 9 Biologické potřeby .....	58
Tabulka 10 Dýchání.....	59
Tabulka 11 Bolest.....	60
Tabulka 12 Odpočinek a spánek.....	61
Tabulka 13 Příjem stravy.....	62
Tabulka 14 Příjem tekutin .....	63
Tabulka 15 Psychické potřeby.....	64
Tabulka 16 Považujete spirituální potřeby pacienta za důležité? .....	65
Tabulka 17 Nabízíte pacientům duchovní podporu? .....	66
Tabulka 18 Komunikace s pacientem v paliativní péči.....	67
Tabulka 19 Co je důležité v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta? .....	68
Tabulka 20 Jav často chodíte na pokoj umírajícího pacienta? .....	69
Tabulka 21 Zažila jste situaci, ve které jste si nebyla jistá správným přístupem? .....	70
Tabulka 22 Absolvovali jste v posledních 5ti letech školení zaměřené na paliativní péči? .....	71
Tabulka 23 Bylo Vám školení přínosem? .....	72
Tabulka 24 Možnosti vzdělávání.....	73
Tabulka 25 Samostatné vzdělávání .....	74

## ÚVOD

Umírání a smrt je přirozenou součástí našeho života.

V dobách ne tak dávných byla smrt brána jako něco přirozeného, lidé umírali doma mezi svými blízkými, kteří věděli, jak se o ně postarat, brali to jako přirozený koloběh života. Až s příchodem a zdokonalováním nemocniční péče se naši nejbližší z velké části na tu poslední cestu vydávají v bílém, cizím pokoji, bez svých nejbližších, zato často za přítomnosti dalších 2-3 pacientů, za neustálého vyrušování personálem a bez klidu. Nechci z tohoto smutného faktu nikoho obviňovat, ani mi to nepřísluší. Příbuzní si nechtějí přiznat, že jejich nejmilovanější odchází, personál se o tom s nimi nechce bavit (nebo ani neví jak). Všichni máme zafixované, že lékaři léčí, zachraňují životy, ale měli bychom si také uvědomit, že v Hippokratově přísaze stojí: „Lékařské úkony budu vykonávat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by nebylo správné.“ Co když je v největším zájmu nemocného v klidu odejít z tohoto světa, neměli bychom mu to dopřát? Není proti přísaze držet umírajícího při životě na přístrojích, možná i proti jeho vůli, jen pro náš pocit, že pomáháme? Je velmi těžké snad i nemožné rozhodnout o životě někoho jiného, nikdo z nás nemá právo rozhodnout o jiném člověku. Doprovázení umírajících je velmi náročnou součástí práce všeobecné sestry, ale pokud je správné, zanechává v personálu pocit kvalitně odvedené péče, přestože na jejím konci je smrt.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat a popsat paliativní péči, zhodnotit a porovnat informovanost všeobecných sester, které přicházejí do styku s umírajícími pacienty, v oblasti paliativní péče. Dále bych chtěla porovnat úroveň informovanosti v uvedené problematice mezi všeobecnými sestrami v domovech pro seniory a ve Fakultní nemocnici v Plzni. Mezi širokou veřejností i mezi zdravotníky samotnými převládá všeobecný názor, že v nemocnicích je personál, tedy i sestry, vzdělanější, lépe informovaný a poskytuje kvalitnější péči než personál v domovech pro seniory, kde podle spousty spoluobčanů, nedělá sestra nic jiného než hygienu u pacienta. Ve své práci bych ráda tento mýtus vyvrátila a dokázala, že všeobecné sestry v domovech pro seniory, jsou v oblasti paliativní péče minimálně stejně dobře informované, jako ty v nemocnicích. Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě vlastního zájmu a pro jeho aktuálnost. Literární rešerše mi zpracovala Studijní a vědecká knihovna plzeňského kraje. Výsledky výzkumného šetření poslouží jako podklad pro vypracování brožury Paliativní péče pro pečující, která bude výstupem z mé bakalářské práce do praxe.

## TEORETICKÁ ČÁST

*„Každý den je malý život – každé probuzení a vstávání je malé narození, každé čerstvé jitro je malé mládí, každé ulehání a usínání je malá smrt.“* Arthur Schopenhauer (Kupka, 2014, s.26)

*„Smrti se neboj. Dokud jsi tu ty, není tu smrt, až tu bude, nebudeš tu ty.“* Čínské přísloví (Marková, 2010, s.29)

*„Otázka po smyslu života nevyvstává nikdy naléhavěji a palčivěji než v okamžiku, kdy vidíme, jak poslední dech právě opouští dosud živé tělo.“* Carl Gustav Jung (Kupka, 2014, s. 12)



# 1 UMÍRÁNÍ

Umírání a smrt jsou přirozenou součástí života a nemusí to nutně být nejhorší a nejtěžší období v životě, jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu ani pro ošetřující personál.

## 1.1 Fáze umírání dle Elizabeth Kubler-Rossové

Vyrovnání se s faktem nevléčitelné nemoci, vlastní smrtelnosti a blížící se smrti je velice náročná a dlouhá cesta, kterou můžeme charakterizovat několika stádii, reakcemi na náhlou změnu, kterou do života přináší nevléčitelná choroba. Autorkou základního členění průběhu přizpůsobování se faktu nevléčitelného onemocnění je Elizabeth Kubler-Rossová, která toto tvrzení zakládá na výpovědích terminálně nemocných. Původně členění do 5 ti fází aplikovala pouze u lidí trpících nevléčitelnou chorobou, později však zjistila, že je lze použít v jakékoliv tíživé životní situaci – při nemoci, rozvodu, neplodnosti, drogové závislosti apod. (Stiborová, 2018, s. 15) (Kupka, 2014, s. 96)

### 1.1.1 Negace (šok, popírání)

„Cítím se dobře.“, „Tohle mě se dít nemůže.“, „Určitě je to nějaký omyl.“ Pacient je v šoku z toho, co se děje. Nově získané informace popírá, odmítá myšlenky týkající se smrti, nechce si připustit konečnost, protože na takovou situaci není připraven. Popírání je pouze dočasnou obranou reakcí na nastalou situaci, v tomto období je důležité s pacientem navázat kontakt a získat si jeho důvěru. (Stiborová, 2018, s. 14-15) (Kupka, 2014, s. 96)

### 1.1.2 Agrese (hněv, vzpoura)

„Proč zrovna já?“, „Kdo za to může?“, „To není fér!“ Pacient zjišťuje, že popírání nepomůže, tak se snaží najít viníka své nemoci. Pacient v této fázi má velmi silný pocit vzteku a závislosti, je těžké o něj pečovat, přestává spolupracovat a nekomunikuje. (Stiborová, 2018, s. 14-15) (Kupka, 2014, s. 96)

### 1.1.3 Smlouvání (vyjednávání)

„Chci se dožít ...“, „Udělám cokoli, abych ...“ „Dám všechny peníze za ...“ Pacient už si uvědomuje fakta, která do teď popíral, připouští si blížící se smrt, ale chtěl by ji co nejvíce oddálit. Je to období kdy pacient hledá jakoukoli možnost na oddálení nevyhnutelného, obrací se k víře, alternativní medicíně, na různé léčitele, hledá zázračný lék. S pacientem v tomto období musíme mít maximální trpělivost, neodpírat mu alternativy léčby, ale dát si pozor na nereálné sliby podvodníků. (Stiborová, 2018, s. 14-15) (Kupka, 2014, s. 96)

#### **1.1.4 Deprese (smutek)**

„Jsem tak smutný.“, „Nechci nikoho obtěžovat.“ Stejně umřu, tak co.“ Pacient cítí strach, smutek, beznaděj, odmítá návštěvy, většinu času tráví o samotě pláčem. Pacienta bychom měli trpělivě vyslechnout a je-li to v našich silách, pomoci mu najít řešení, urovnat vztahy s rodinou apod. Je to důležité období smutku, které by mělo proběhnout, proto se nedoporučuje pacienta rozveselovat, ale v některých případech je nezbytné podat psychofarmaka. (Stiborová, 2018, s. 14-15) (Kupka, 2014, s. 96)

#### **1.1.5 Smíření (souhlas, akceptace)**

„Bude to v pořádku.“, „Nemůžu proti tomu bojovat.“, „Měl bych se na to připravit.“ Pacient už přijímá pravdu, vyrovnává se svojí smrtí, dochází k psychickému uvolnění, je schopný spolupracovat a přistupovat k nastalé situaci s rozumem. S ohledem na svůj zdravotní stav se člověk snaží zajistit si co nejlepší způsob života a my bychom mu to měli umožnit pomocí naší přítomnosti. (Stiborová, 2018, s. 14-15) (Kupka, 2014, s. 96)

Je potřeba podotknout, že všechna stádia vyrovnávání se s faktem nevléčitelného onemocnění jsou doprovázena nadějí na zlepšení stavu. Tato naděje nemusí být nutně racionální, ale v žádném případě bychom ji neměli pacientovi vyvracet, ne nadarmo se říká, že naděje umírá poslední. Průběh vyrovnávání je velice individuální a je ovlivněn především osobnostními vlastnostmi pacienta, ale i jeho životními zkušenostmi, charakterem a průběhem nemoci. Jednotlivé fáze jsou prožívány velmi individuálně, mohou se opakovat, prolínat, probíhat v různých časových úsecích, různě silně. Není pravidlem ani to, že je pacient prožije všechny. Shodné fáze prožívají i příbuzní pacienta, jen v časovém sledu zaostávají, a tím vznikají konfliktní situace v rodině. (Stiborová, 2018, s. 15-17)

## **1.2 Proces umírání**

Pojem terminální stav je v lékařské terminologii synonymem pro umírání. Terminální stav znamená, že v těle člověka dochází k nevratným změnám v životně důležitých funkcích, jejichž důsledkem je smrt jedince. Nelze ovšem umírání redukovat pouze na terminální stav. Umírání je v praxi vnímáno jako proces, jako různě dlouhé časové období, které končí terminálním stavem. Z praktického a didaktického hlediska lze proces umírání rozdělit do tří časově nestejných, ale kvalitativně velmi odlišných období – pre finem, in finem, post finem. (Kupka, 2014, s. 103-105)

### **1.2.1 Pre finem**

Období pre finem neboli období blížící se smrti začíná ve chvíli, kdy dojde ke zjištění, že nemoc, kterou člověk trpí je závažná a pravděpodobně skončí smrtí. V tomto období je zásadní myšlenkou, aby pacient nezemřel psychicky a sociálně dříve než fyzicky. Pacient prožívá především beznaděj a zoufalství, proto je na místě velká psychická podpora, aby se necítil izolovaný od okolního světa. V období pre finem je strach ze smrti největší, Nabízí se vysvětlení, že dokud člověk nezemřel, žije a tudíž chce dosáhnout nějakých cílů. Strach ze smrti je v podstatě vystupňovanou obavou ze ztráty dosavadního způsobu života a neschopnost dosáhnout určených cílů, spíše než strach z vlastní smrti, z nebytí. (Kupka, 2014, s. 103-105)

### **1.2.2 In finem**

In finem je období vlastního umírání ztotožnitelné s termínem terminální stav. Při umírání by žádný člověk neměl být sám. Umírající pacient má potřebu klidu na rozjímání a hodnocení svého života. Naopak ubývá potřeba komunikovat, nepotřebuje neustále hovořit, slova pro něj ztrácejí význam. V tomto období je pro něj důležitá především samotná přítomnost (rodiny, blízkých osob), fakt, že v této těžké životní situaci není sám. Umírající často trpí nechutenstvím, nebo se jeho chutě často střídají, přání nejíst bychom měli respektovat. Neméně důležité je tuto skutečnost vysvětlit rodině, snažit se zmírnit pocit viny, který zde může vznikat. Rodina umírajícího pacienta by měla mít možnost nepřetržitých návštěv a měla by se podílet na ošetrovatelské péči o pacienta. Fyzicky se smrt ohlašuje změnami či slábnutím pulsu, klesá tělesná teplota, poklesem krevního tlaku, ztíženým či nepravidelným dýcháním, špičatí se rysy tváře, oči jsou otevřené či pootevřené, ale pacient nevidí. Mezi další průvodní jevy blížící se smrti je předsmrtná euforie. To je stav, kdy i několik dní před smrtí dochází k poslednímu rozkvětu všech životních sil. Umírající je plný sil, odpovídá na dotazy, dobře slyší, vyslovuje přání, má chuť k jídlu, chce se na lůžku posadit či dokonce vstát. Je dobré, pokud se pacient v předsmrtné euforii může těšit z přítomnosti svých blízkých. Euforie je střídána fází nazývanou smrtelné kóma, kdy umírající již nereaguje na podněty z okolí, to ale neznamená, že je nevnímá. Je proto žádoucí v přítomnosti takového pacienta hovořit jako by byl stále při vědomí. (Kupka, 2014, s. 105-108)

### **1.2.3 Post finem**

Fáze post finem je období až po smrti pacienta. Pro zdravotníky toto období znamená především péči o mrtvé tělo, i když významná pozornost by měla být věnována problematice zármutku a žalu příbuzných. První okamžiky po smrti osoby blízké jsou pro pozůstalé významné, rozhodují o tom, jakou podobu bude mít jejich zármutek. Žal nad ztrátou příbuzného

může vyústit až do úzkostných až depresivních reakcí, výjimkou nejsou ani posttraumatické stavy, které mohou nastat zvláště tehdy, bylo-li umírání těžké a zdlouhavé, nebo pokud rodičům zemře dítě. Pro pozůstalé je to vždy velice náročná krizová situace, ne vždy umějí požádat o pomoc, nebo sami o tíživosti situace začnou hovořit, neosobní přístup zdravotníků jim to ještě ztěžuje. Každý pozůstalý by měl být ujištěn, že pro pacienta bylo uděláno vše, co pro něho mohlo být uděláno, že netrpěl. Kontakt zdravotníka s pozůstalým by neměl být redukován na pouhou formalitu (strohé sdělení úmrtí, předání pozůstalosti. Měl by být vytvořen alespoň minimální prostor pro rozhovor o průběhu posledních hodin života pacienta, vyjádření upřímné soustrasti. (Kupka, 2014, 108-109)

## 2 SMRT

„*Smrt není porážka, jako ani život není vítězství*“ (Rinhart Abeln, Anthon Kner) (Haškovcová, 2007, s. 5)

Smrt je definována jako ireverzibilní zástava dechu a srdeční akce.

### 2.1 Znamky smrti

Nejisté známky smrti jsou takové, které i když se vyskytnou společně nedovolují jednoznačně konstatovat smrt. Mohou se vyskytovat i z jiných příčin ještě před zástavou srdce. Mezi nejisté známky smrti patří bledost kůže, pokles tělesné teploty, ochabnutí tělesného svalstva, zástava dýchání, nehmatný puls nebo absence zornicového reflexu. Může se jednat o klinickou smrt. Ta se vyznačuje zástavou dechu a srdeční činnosti, kdy okamžitá kardiopulmonální resuscitace může funkce v některých případech obnovit.

Jisté známky smrti jsou především fyzikální a chemické povahy, které mění tělo zemřelého s určitým daným časovým odstupem. Mezi jisté známky smrti patří posmrtné skvrny modré až modrofialové barvy a vznikají vlivem gravitace krve, začínají se objevovat asi 30 minut po smrti od nejnižší položených částí. Nejvíce patrné bývají asi šest hodin po úmrtí. Další změnou je posmrtná bledost a chladnutí těla. Tuhnutí těla začíná u zemřelého přibližně hodinu až 2 po smrti, maxima dosahuje za šest až dvanáct hodin, poté dochází opět k uvolnění svalstva. Dále je to posmrtný rozklad a hniloba těla. (Štefan, 2012, s. 17) (Hirt, 2015, s. 33-35)

### 2.2 Péče o mrtvé tělo

V prvních minutách bezprostředně po smrti nastávají velmi zvláštní chvíle, které jsou plné nejistoty, zmatenosti a otázek pro všechny. Jinak k úmrtí přistupují příbuzní, jinak zdravotníci, jinak laici. Záleží na tom, zda k úmrtí došlo v domácím prostředí a příchod smrti byl očekáván, nebo člověk zemřel náhle, sám, nebo v ústavní péči. Všechny tyto situace utvářejí atmosféru těsně po smrti. Ať už k úmrtí došlo v domácím prostředí nebo v ústavní péči a za jakýchkoliv okolností, smrt musí konstatovat lékař. (Haškovcová, 2007, s. 95-96)

Bezprostředně po smrti je třeba zemřelému zajistit soukromí, v podobě samostatného pokoje. Jeli to možné, spolubydlící nebo ostatní pacienty odvedeme z pokoje, není li to možné postačí zástěna mezi lůžky.

V místnosti bychom v úctě k tradicím měli otevřít okno, popřípadě zapálit svíčku. Všeobecně se zemřelému zavřou oči a ústa, ta se podvážou. Svlečené tělo se omyje a je uloženo do vodorovné polohy s rukama sepnutýma na prsou. Tělo se označí cedulkou se jménem a příjmením zemřelého, datem narození a úmrtí. Zemřelému jsou vyjmuty zubní náhrady, šperky, prsteny, odstraněny drény, cévky, kanyly, jsou přiloženy čisté obvazy. Pokud není možné zemřelému vyjmout zubní protézu, pevnou zubní náhradu nebo některý ze šperků, skutečnost se zapíše do zdravotní dokumentace a do ohledacího listu. Dle zvyklostí zařízení tělo zakryjeme čistým bílým prostěradlem, nebo tělo oblékáme dle předchozího přání zemřelého, Věřící si často přejí mít s sebou na poslední cestě růženec, který dáváme do sepnutých rukou zemřelému. Nevěřící vzpomínají na společně strávené chvíle, věřící se pomodlí. Samozřejmostí by měl být laskavý a taktní přístup personálu k zemřelému i všem zúčastněným. (Haškovcová, 2007, s. 96-97)

## 3 PALIATIVNÍ PÉČE

### 3.1 Definice paliativní péče

*„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocného, jehož nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“* (WHO - Světová zdravotnická organizace) (Kupka, 2014, s.28)

*„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči o umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů a dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé – bereavement.“* (National Hospice Organisation USA) (Kupka, 2014, s.28)

Všechny definice paliativní péče mají něco společného, hovoří o tom, že péče o umírajícího by měla obsahovat všechny aspekty péče, že bychom na nemocného měli pohlížet jako na holistickou bytost se všemi jeho problémy a potřebami.

### 3.2 Dělení paliativní péče

Paliativní péči lze dělit dle komplexnosti péče na paliativní péči obecnou a specializovanou.

#### 3.2.1 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je péče o umírajícího probíhající v jakémkoliv zdravotnickém zařízení, kterou je schopen poskytnout veškerý zdravotnický personál, s ohledem na specifika své odbornosti. Součástí je včasné vyhodnocení stavu pacienta, vyhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, vyhledání a poskytnutí léčby a péče, která pacientovi poskytne co nejvyšší kvalitu života. Důraz je kladen hlavně na autonomii pacienta, léčbu bolesti a dalších symptomů, podporu rodiny a doporučení odborníků zabývajících se specializovanou paliativní péčí. (Bužgová, 2015, s. 19)

#### 3.2.2 Specializovaná paliativní péče

Jedná se aktivní odbornou interdisciplinární péčí, která je poskytována týmem odborníků, kteří mají speciální vzdělání v oboru paliativní péče. Mezi specializovaná zařízení paliativní péče řadíme oddělení paliativní péče, domácí hospice, mobilní paliativní péče, lůžkové hospice, konziliární tým paliativní péče, specializované ambulance, denní stacionáře a další

zařízení paliativní péče, jako poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek apod. V České republice je specializovaná paliativní péče vymezena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jako samostatný druh zdravotní péče, jehož účelem je „*zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevy léčitelnou nemocí*“. (Buzgová, 2015, s. 19)

### **3.3 Formy specializované paliativní péče**

V rámci specializované paliativní péče fungují tři formy hospicové péče – lůžková, domácí a stacionární. Jako vodítko při péči o umírajícího a řešení jeho potřeb nám může posloužit Charta umírajících (viz. Příloha č.1)

#### **3.3.1 Lůžková hospicová péče**

Lůžkové hospice jako specializované jednotky vznikají od šedesátých letech 20. století ve Velké Británii. Poskytují specializovanou ošetrovatelskou péči o nevy léčitelně nemocného většinou na jednolůžkových pokojích s možností ubytování člena rodiny spolu s nemocným. V hospicích je vyšší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Jsou zde různá režimová opatření, podobně jako v nemocnicích tam probíhají lékařské i sesterské vizity. Režim dne se však od nemocničního velmi liší – pokud to situace a stav pacienta umožňuje, pacient se podílí na časovém harmonogramu péče, má možnost určit si čas hygieny, podání stravy, vždy je přítomen speciálně vyškolený personál ochotný poskytnout psychickou podporu. (Marková, 2010, s. 20-21)

#### **3.3.2 Domácí paliativní péče (mobilní hospic)**

V domácím prostředí se umírající bude cítit nejlépe, o tom není pochyb, navíc v určité fázi onemocnění ztrácí pobyt v nemocnici smysl, a to tehdy kdy už je péče zaměřena hlavně na zmírnění bolesti a dalších symptomů. Pokud si rodina zvolí domácí péči je potřeba jí poskytnout podporu jak psychickou taky praktickou. Speciálně vyškolený personál domácích hospiců je schopen rodinu naučit samostatně provádět spoustu ošetrovatelských úkonů, ukázat jí, jak se o svého blízkého postarat. Další odborné úkony provádí také personál domácí péče. Podmínkou pro uskutečnění domácí hospicové péče je, že umírající, bude mít alespoň jednu blízkou osobu, která je schopna se o něj starat 24 hodin, 7 dní v týdnu. (Marková, 2010, s. 20-21)



### **3.3.3 Stacionární paliativní péče (denní pobyty)**

Stacionáře poskytující paliativní péči fungují tak, že pacient je přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Do stacionáře přicházejí pacienti z různých důvodů. Například z důvodu bolesti, kterou se nedařilo zvládnout v domácím prostředí, je třeba ji více monitorovat, za účelem přiměřené léčby apod. Mezi další důvody patří to, že si pacient může otevřeně promluvit o svém problému s někým dalším, kdo má podobný problém, nebo čistě z azylového hlediska, kdy rodina i pacient cítí, že si od sebe potřebují odpočinout. Stacionární hospicová péče tedy může být brána i jako preventivní opatření jak syndromu vyhoření u rodinných příslušníků, tak i jako prevence pozdějších konfliktů v rodině, následného vyčerpání rodiny a hospitalizace pacienta, takové péči se též říká respitní, odlehčovací. (Kupka, 2014, s. 31-33)

### **3.3.4 Oddělení paliativní péče**

V rámci některých lůžkových zdravotnických zařízení, především nemocnic a léčeben, je zřizováno oddělení paliativní péče. Nabízí komplexní paliativní péči o pacienty, kteří potřebují pro diagnostiku a léčbu komplexnost nemocničního zařízení. Také slouží jako zázemí pro konziliární tým paliativní péče. Oddělení paliativní péče je například v Praze v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, na oddělení je k dispozici 13 lůžek pro pacienty a 6 lůžek pro osoby blízké. (Kupka, 2014, s. 29)

### **3.3.5 Ambulantní paliativní péče, Konziliární tým paliativní péče**

Konziliární paliativní tým by se měl skládat minimálně z lékaře, všeobecné sestry a sociálního pracovníka. Pacient zůstává na jakémkoliv lůžkovém oddělení a tým specializovaných pracovníků ho jen navštěvuje a přináší do jeho léčby a péče expertní znalosti o paliativní péči. Tým může kladně ovlivňovat kvalitu provozované paliativní péče. Zároveň přispívá k postupné edukaci všech zdravotníků ohledně péče o pacienta v paliativní péči. Cílem ambulantní paliativní péče je pečovat o těžce nemocné pacienty před přijetím do lůžkového zařízení hospicového typu, nebo po návratu domů z hospitalizace. Podmínkou pro poskytování ambulantní péče je, že pacientův zdravotní stav mu umožňuje do ambulance docházet. (Kupka, 2014, s. 29)

### **3.4 Etické principy paliativní péče**

Paliativní péče by měla být prováděna s úctou k umírajícímu, otevřeně a citlivě s ohledem na jeho osobnost, kulturní i náboženské hodnoty. Přihlížet by se mělo i k pacientovu přesvědčení, jeho zvyklostem a zákonům každé jednotlivé země. Pro poskytování paliativní péče platí všeobecné etické principy jako i pro jiné oblasti. Základními principy jsou autonomie, beneficence, nonmaleficence, kvalita života, spravedlnost a důstojnost. Autonomií rozumíme to, že každý je zodpovědný za své zdraví a rozhodnutí, která jsou učiněna na základě plné informovanosti. Aby se pacient mohl svobodně a racionálně rozhodnout, je nutné mu podat dostatek informací, aby tak mohl učinit. Beneficence pro zdravotníka představuje jakýsi závazek konat pro pacienta dobro. Je třeba připomenout, že pacientova představa dobra nemusí být totožná s představou zdravotníka a je nezbytné si to ujasnit pomocí dialogu s pacientem. Nonmaleficence je zásada neškodit, zakazuje ublížit, poškodit či usmrtit pacienta. Do kvality života pacienta zahrnujeme pocit fyzického zdraví, psychické pohody, náboženské i ekonomické aspekty. Pro pacienta v paliativní péči z hlediska kvality života je důležitá nepřítomnost nepříjemných symptomů života, nenarušené rodinné vztahy a celkový pocit spokojenosti. Spravedlností se rozumí vyváženost mezi potřebami jedince a tím, co je schopna poskytnout společnost, týká se to dostupnosti péče v jednotlivých regionech, nebo ve společnosti. Důstojnost se popisuje jako soubor pravidel vztahujících se k člověku, jejichž porušení je z morálního hlediska společností vnímáno jako nepřijatelné. Smyslem důstojnosti je ochrana osobnosti pacienta před ponížením, které u každého zahrnuje různé oblasti a priority, což je třeba zjistit v rámci empatické komunikace. V paliativní péči by mělo být vytvářeno prostředí, kde pacient svou důstojnost cítí a může ji uplatňovat. (Vokurka, 2018, s. 80)

### **3.5 Historie paliativní péče**

V České republice se paliativní péče jako specifický model péče o nevléčitelně nemocného pacienta začala rozvíjet až v roce 1989, tím mírně zaostáváme za ostatními vyspělými zeměmi. V roce 1992 bylo v rámci nemocnice v Babicích nad Svitavou zřízeno první lůžkové oddělení paliativní péče. Od počátku se specializovaná paliativní péče v ČR rozvíjela především jako lůžková hospicová péče, která se soustřeďovala zejména na pacienty s onkologickým onemocněním. Na rozvoji hospicové péče se u nás podílela lékařka Marie Svatošová, která

v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem *Ecce homo (Ejhle člověk)*. Prvním úspěchem sdružení bylo založení prvního samostatného lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. V současné době máme v ČR celkem 16 lůžkových hospiciů. Prof. Helena Haškovcová byla jednou z prvních autorek, která se zabývala otázkami umírání a smrti. Ve svých odborných knihách a článcích upozorňovala na problematiku důstojného umírání a důstojné péče o umírající. První rozsáhlý výzkum v oblasti paliativní péče v letech 2003-2004 provedlo sdružení Cesta domů. Výsledky výzkumného šetření poukázaly na některé nedostatky v oblasti péče o umírající pacienty. Následně byla v roce 2004 vytvořena *Koncepce paliativní péče*, která měla přispět ke zkvalitnění paliativní péče, k efektivnímu systému organizování a poskytování paliativní péče v rámci dostupných zdrojů. V koncepci jsou také uvedeny možnosti poskytování paliativní péče v různých prostředích, v nemocnici, v zařízeních sociálních služeb, v léčebnách dlouhodobě nemocných. Kromě lůžkových hospiciů v poslední době vznikají i jiné formy paliativní péče – domácí hospice, ambulance paliativní péče. Někteří odborníci poukazují na nutnost rozvoje paliativní péče v geriatrii a neoncologické paliativní péči. K rozvoji paliativní péče dále přispěla *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče* založena v roce 2005, která v roce 2007 za podpory Nadace rozvoje občanské společnosti *Standardy hospicové paliativní péče* s cílem definovat požadavky, které by měly splňovat poskytovatelé paliativní péče, aby byla zaručena její úroveň a kvalita. Dalším důležitým krokem bylo v roce 2009 založení *České společnosti paliativní medicíny*, která má za cíl rozvíjet a podporovat vzdělání a dobrou klinickou praxi v oblasti obecné i specializované paliativní péče. ČSPM je členem Evropské asociace paliativní péče. Kromě pořádání vzdělávacích akcí v oblasti paliativní péče, se podílela na tvorbě několika významných dokumentů, mezi které patří *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice*, *Standardy paliativní péče*. Dalším významným krokem pro rozvoj paliativní péče v ČR je bezpochyby vznik Centra paliativní péče v Praze v r. 2014 jehož cílem je rozvíjet výzkum, vzdělání a osvětovou činnost v této oblasti. (Bužgová, 2015, s. 20-23)

## 4 POTŘEBY PACIENTA V PALIATIVNÍ PÉČI

Potřeby jsou v širším slova smyslu popisovány jako „*požadavky nezbytné pro biologický, psychický a sociální život člověka*“. V užším smyslu je potřeba definována jako „*stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost*“. Z psychologického hlediska lze potřebu popsat jako „*nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy*“. Potřebu lze dále definovat jako „*stav organismu charakterizovaný napětím, dynamickou silou vzniklou z nedostatku nebo nadbytku, směřující k obnovení homeostázy*“. (Bužgová, 2015, s. 40)

Dělením a systematizací potřeb se zabývala spousta autorů, jedním z nich byl i harwardský psycholog Henry A. Murray. Nejznámější klasifikací potřeb je bezpochyby hierarchie potřeb dle Maslowa (viz. Příloha č. 2), která rozděluje potřeby na dvě základní skupiny, nižší a vývojově vyšší potřeby. Pojmem hierarchie se rozumí pořadí v prožívané naléhavosti potřeb, nejsou-li uspokojeny nižší potřeby nelze uspokojovat ty vyšší. Za základní (nižší) potřeby Maslow považuje potřeby fyziologické (hlad, žízeň apod.) a z psychosociálních potřeb např. potřebu jistoty a bezpečí. Do vyšších potřeb Maslow řadí potřebu sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty a potřebu seberealizace. (Bužgová, 2015, s. 41)

### 4.1 Biologické potřeby

Biologické, fyziologické potřeby tvoří základní úroveň v hierarchii potřeb. Zahrnují dýchání, výživu a hydrataci, vyprazdňování moči a stolice, tělesnou i duševní aktivitu, odpočinek a spánek, teplo a pohodlí, vyhýbání se bolesti, hygienu a očistu, sexuální a mateřské potřeby. Jsou to potřeby určené biologickými funkcemi organismu, bez nichž člověk nemůže fungovat, nebo jen s velkými obtížemi. Při neuspokojení základních biologických potřeb je přímo ohrožena biologická existence jedince. Zdravý člověk si jen zřídka kdy uvědomuje své fyziologické potřeby, protože jsou saturovány bez větší pozornosti člověka, nepřikládá jim velkou hodnotu. Při nemoci či ve vyšším věku, kdy nejsou, nebo nemohou být všechny potřeby uspokojovány, jim člověk začíná věnovat pozornost – objevuje se tzv. frustrace. Frustrace, jako projev neuspokojení potřeb, začne člověk nejprve pociťovat subjektivně jako bolest, únavu, žízeň, hlad, nucení na močení a stolicí, pocity nepohodlí, zimy nebo tepla, svěděním, pálením, sexuální touhou. (Trachtová, 2013, s. 13-14)

## 4.2 Psychické potřeby

Potřeby bezpečí a jistoty neboli potřeby existencionální zahrnují potřebu zdraví, bezpečí, soběstačnosti, sociální a ekonomické jistoty, potřebu podnětů a informací, klidu a míru, struktury a řádu. U nemocného člověka i existencionální potřeby můžeme řadit mezi základní, protože souvisí s jeho orientací a adaptací na změnu prostředí (hospitalizaci), na náročnou životní situaci (nemoc), i na porušenou bio-psycho-sociální rovnováhu pacienta. Neuspokojení těchto potřeb je doprovázeno nepříjemnými pocity jako je strach, úzkost, bolest, ohrožení, nejistota, neklid, bezmoc a naděje. Zdravotnický personál by si měl tyto pocity u nemocného monitorovat a aktivně se na ně dotazovat, protože v případě, že uvedené potřeby nebudou satureovány, může dojít k nežádoucím změnám v chování, k maladaptivní reakci na hospitalizaci, což vede ke zhoršení celého procesu uzdravování nebo vzniku další psychosomatické komplikace. (Bužgová, 2015, s 40-42)

Potřeby sounáležitosti a lásky jsou vyšší sociální potřeby, mezi které patří potřeba lásky, sounáležitosti, důvěry, komunikace, rodiny a přátelství, potřeby identity a pozitivního vztahu k lidem. Člověk je tvor společenský, bez komunikace s lidmi a citového vztahu je osamělý. Frustrace z nedostatku těchto potřeb je nejvíce viditelná u hospitalizovaných pacientů, nemocných dětí a seniorů, náhle osamělých lidí či u těch, kteří jsou jinak vytrženi ze svého sociálního prostředí. Neuspokojení sociálních potřeb se projevuje smutkem, bolestí, osamělostí, zklamáním, pocitem zbytečnosti a vyloučením. Přetrvávající pocity sociální izolovanosti mohou vést k maladaptivním reakcím na hospitalizaci. (Bužgová, 2015, s 40-42)

Potřeby sebepojetí a sebeúcty jsou další skupinou psychosociálních potřeb mezi které řadíme potřebu sebeúcty, sebepojetí, důstojnosti, úspěchu a uznání, poznávání a pochopení, autonomie a intimity, moci, potřebu nedělat ostudu. Tyto potřeby mají všichni jedinci, tedy až na některé patologické případy. Jsou to potřeby, které souvisí s vlastním já, sebevědomím, s pověstí, prestiží a uznáním druhých. Zdravotníci tyto potřeby často opomíjejí, obzvláště ti, kteří jsou dominantní a autoritativní, mají nadřazené a manipulativní chování. Mezi signály neuspokojení těchto potřeb patří pocity méněcennosti, slabosti, studu a bezmoci, selhání a omezení. Některé z uvedených pocitů jsou běžné a patří do přirozeného vývoje jedince (puberta, adolescence). Neuspokojením potřeb sebepojetí a sebeúcty trpí především pacienti, kteří jsou ve svém životě dominantní nebo zaujímají řídicí funkce (manažeři, učitelé, lékaři). (Trachtová, 2013, s. 14-17)

### 4.3 Spirituální potřeby

*„Spirituální aspekty péče o pacienta jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům přesahující smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoli pro mnoho lidí je náboženství vyjádřením jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme pohlížet jako na něco co propojuje fyzické, psychické a sociální složky života jedince. Často se spiritualita chápe jako zabývání se smyslem a účelem života pro lidi na sklonku života, je běžně spojována s potřebou odpuštění smíření a potvrzení jejich hodnoty a užitečnosti.“ (WHO – Světová zdravotnická organizace) (Ptáček, 2011, s. 365)*

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby považovány za jakési tabu. Ještě i v dnešní době jsou spoustou lidí, včetně zdravotníků, považovány za potřeby duchovní, myslí si, že jde o uspokojování potřeb věřících. Ne, že by věřící své duchovní potřeby neměl, má je, ale ví, co má dělat a většinou se podle toho dokáže zařídit, pomáhá mu v tom jeho víra. Naopak nevěřící pacienti se v období vážné nemoci začínají zabývat důležitými otázkami smyslu vlastního života. Ateisté se na sklonku života mohou stát věřícími. Do spirituálních potřeb řadíme potřebu odpuštění – pacient chce, aby mu bylo odpuštěno, ale i sám má potřebu odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. (Svatošová, 2011, s. 28)

## 5 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

Komunikace je základním zdrojem vytváření mezilidských vztahů a vzájemného přenosu informací. Paliativní péče má za cíl především pomáhat nevyлéčitelně nemocným a umírajícím pacientům udržet co nejvyšší kvalitu života i v jejich těžké situaci. Dobrá komunikace nejen že pozitivně ovlivňuje psychický stav a kvalitu života, ale pomáhá i ke zmírnění některých fyzických symptomů nemoci. Empatická a otevřená komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou je klíčová k dosažení odpovídající kvality života pacienta i k duševní pohodě jeho rodiny. Nenásilná komunikace nám pomáhá proměnit způsob jakým se vyjadřujeme a jak nasloucháme, učí nás určit, co cítíme a vnímáme při kontaktu s druhou osobou a co druhý vnímá při kontaktu s námi. Učí nás abychom ve vztahu s druhým člověkem byli upřímní. Ve zdravotnictví to popisujeme jako „princip důvěry“, kdy základním cílem komunikace ve zdravotnictví je navození důvěry mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou. Tento princip hovoří o vzájemném pochopení a přijetí mezi pacientem a zdravotníkem. Pacient přijímá pohled na nemoc od zdravotníků. Snaží se nejdříve pochopit a později přijmout proč ho zdravotníci již nedokáží vyléčit, i když by vlastně chtěli, bilancuje s tím, jestli jsou k němu otevření, říkají mu vše, co potřebuje, jestli a jakou mu nabízejí podporu. Proto aby pacient začal důvěřovat je potřebný pocit, že ho neopouštíme, že jsme tu pro něj. Naopak zdravotník pro důvěru pacienta musí od něho přijmout roli ochránce i průvodce. Měla by se respektovat pacientova rozhodnutí a pokusit se vyhovět jeho přáním. Pro důvěru mezi pacientem a zdravotníkem je velice důležitý vzájemný respekt. (Venglářová, 2006, s. 111-112)

### 5.1 Terapeutická komunikace

*„Terapeutická komunikace je vědomé, záměrné a účelné používání verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi zdravotníkem a pacientem.“*

V paliativní péči je stále častěji kladen důraz na komunikační dovednosti jako na jeden z hlavních faktorů uspokojení potřeb pacienta. Cílem terapeutické komunikace je zhodnocení problému, emocionálních projevů a zmapování pacientových obav a starostí. Přesto komunikace v zařízeních paliativní péče bývá často náhodná při interakci pacienta se zdravotníkem, tudíž postrádá jakýkoliv účel. Jako příčina tohoto faktu se uvádí nedostatečné vzdělání, nedostatek času a dovedností, které komplikují komunikaci v mnoha zdravotnických zařízeních. Komunikace s pacientem v paliativní péči je ztížena o jeho psychický stres, který v terminálním stádiu onemocnění představuje výrazný klinický problém. Při skrývání problémů se u pacientů stres může projevat i jako vážnější afektivní porucha. Nemalelou část těchto nemocných trápí

deprese, úzkosti, smutek a mívají problémy s adaptací. Pacienti s onkologickým onemocněním trpí afektivní poruchou v důsledku diagnózy a léčby ve 30%. V zařízeních paliativní péče postihuje afektivní porucha až 77% pacientů s pokročilým onemocněním. Schopnost zdravotníků identifikovat psychickou tíseň a problémy pacienta s nevléčitelnou nemocí jsou velice důležité pro zmírnění depresí a pocitů beznaděje. Pacienti se častěji svěří s fyzickými potížemi než těmi psychosociálními, to že pacient o psychických problémech nemluví, neznamená, že jimi netrpí. Studie dokázala, že pacienti trpící depresemi a pocity beznaděje, si přejí zemřít čtyřikrát častěji než ti, kteří depresí netrpěli (Breitbart et al. 2000). Terapeutická efektivní komunikace je nezbytná, aby pacienti i jejich příbuzní měli možnost rozhodovat o své péči, potřebují veškeré informace o možnostech léčby, prognóze i vedlejších účincích léčby. Pacienti i jejich rodiny potřebují od sester i ostatních zdravotníků, kteří jsou s nimi v každodenním kontaktu profesionální odpovědi, aby měli možnost se sami rozhodnout. (O'Connor, 2005, s. 29-32)

## 5.2 Zásady komunikace

Pro správnou komunikaci je třeba připomenout pár zásad správné komunikace, mezi které patří ze strany zdravotníka projevit osobní zájem. Pokud chceme mezi námi a pacientem budovat důvěru, musíme mu projevit náš zájem, když pacient vycítí naši lhostejnost může se uzavřít do sebe, staneme se pro něj nedůvěryhodným spojencem. Verbální a neverbální projev by měl být v souladu, v náročných situacích dochází k rozporu verbálního a neverbálního projevu. Například když pacienta slovy přesvědčujeme o našem zájmu, ale tělem jsme na odchodu, otočení zády k pacientovi, nebo s ním nenavazujeme oční kontakt. Důvodem tohoto rozporu většinou není náš nezájem, i když to tak mnohdy vypadá, ale spíše strach z těžkého rozhovoru, nebo nedostatek času. V paliativní péči často nastává situace, kdy pacient otvírá témata, která nám nemusejí být příjemná, ale znamená to, že v nás pacient vkládá velkou důvěru a není žádoucí hovor zavádět k lehčím tématům. Pacientovi bychom vždy měli podávat informace takovou formou, které rozumí, používat slovník který zná. Není vhodné používat odborné termíny, které komplikují komunikaci a na pacienta často působí nadřazeně. V případě, že odborné termíny používá sám pacient, je dobré se nejdříve ujistit, zda opravdu ví, co znamenají. Též nepoužíváme sugestivní manipulativní otázky ve snaze vyhnout se přímému pojmenování problému. Náš zájem vždy zaměřujeme na pacienta jako osobnost, nejen na jeho problémy a potíže. Raději se ptáme: „Jak se cítíte?“, než: „Ještě vás bolí záda?“. (Mišinová, 2016, s. 70-73)



Předpoklady účinné komunikace se dají rozdělit na dvě základní skupiny, na předpoklady na straně zdravotníka a na předpoklady na straně pacienta a jeho blízkých. Aby komunikace byla účelná, měl by zdravotník k pacientovi a jeho blízkým přistupovat nedirektivně a s úctou. Důležitou částí komunikace v paliativní péči je aktivní naslouchání. Umění mlčet, umírající pacient velmi pozitivně vnímá přítomnost druhé osoby, držení za ruku mnohdy řekne více než tisíc slov, napomáhá ke zmírnění úzkosti a strachu vyplývajícího z tíže posledních dní života. Důležitá je při zajišťování ošetrovatelského procesu i autenticita a empatie, neboli schopnost být sám sebou, umět se vcítit a vyjádřit svou účast. Pacient potřebuje vědět, že i zdravotníci jsou jen lidé, kteří také mají emoce a zdravotník by se neměl bát své emoce vyjádřit. U zdravotníků pracujících v paliativní péči je kladen důraz na schopnost týmové spolupráce a profesionalitu, znalost a dodržování společného cíle péče. Mezi zásady správné komunikace na straně pacienta a jeho blízkých řadíme důvěru ve zdravotníky, schopnost otevřeně komunikovat mezi členy rodiny a přístup k dostatku informací. (Sláma, 2011, s. 33)

## 6 OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA V PALIATIVNÍ PÉČI

Nemocného na sklonku života může trápit celá řada fyzických i psychických problémů. Za normálních okolností symptomy onemocnění slouží jako upozornění na to, že je v našem těle něco v nepořádku, V paliativní péči symptomy přestávají mít ochrannou funkci a pro pacienta se sestávají velmi stresující a často trvalou připomínkou nevléčitelné choroby, která má velmi negativní vliv na kvalitu života i na schopnost pacienta zapojit se do běžných denních aktivit. Cílem paliativní péče je potlačit nebo zmírnit symptomy a problémy spojené s procesem umírání a provázející nevléčitelné onemocnění a tím dosáhnout co nejvyšší kvality života nemocného. Zmírnění fyzických symptomů u umírajících je důležitý a legitimní cíl ošetrovatelské péče. Léčba symptomů by vždy měla vycházet z preferencí a přání pacienta, měla by být spojena s psychosociálními i spirituálními potřebami umírajícího. (Bužgová, 2015, s.53) (Marková, 2010, s.93)

### 6.1 Péče o bolest

Bolest je nejčastějším problémem v paliativní péči. Bolestí trpí 73% pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění a 60% pacientů s orgánovým selháváním. Bolest je vždy subjektivní a je nutné ji pacientovi vždy věřit. Zatímco akutní bolest je pro náš organismus signálem, že se něco děje, chronická bolest se zdá být zbytečná a výrazně snižuje kvalitu pacientova života. Bolest může být ovlivňována spoustou faktorů, například smutkem, úzkostí, strachem, nejistotou, hněvem. Primárním úkolem sestry u pacienta s bolestí by mělo být bolest správně monitorovat, hodnotit, hájit zájem pacienta a snažit se, aby bolest byla správně léčena. Bolest je správně léčena ve chvíli, kdy pacientovi negativně neovlivňuje jeho kvalitu života. Pro hodnocení bolesti se nejčastěji používá vizuální analogová škála bolesti (VAS) (viz. Příloha č. 3), pro sledování průběhu bolesti během dne je vhodné použít schéma Záznamu 24hodinové monitorace bolesti (viz. Příloha č. 4). Kromě intenzity bolesti se pacienta ptáme na charakter a lokalizaci bolesti, jestli je spojena s nějakou činností nebo denní dobou. Dále se zajímáme jak je bolestí ovlivněn pacientův denní režim, spánek, chuť k jídlu,... (Marková, 2015, s. 96-98)

#### 6.1.1 Terapie bolesti

Léčbu bolesti lze rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Mezi nefarmakologickou léčbu bolesti řadíme fyzioterapii, psychoterapii, chirurgické metody (odstranění nádoru,..). Farmakologická léčba chronické bolesti v paliativní péči zahrnuje především podávání analgetik v pravidelných intervalech, tak aby bolest nebyla, nebo byla minimální. Terapii analgetiky dle Světové zdravotnické organizace lze dělit na tři stupně podle intenzity bolesti. Při

prvním stupni mírné bolesti se podávají neopioidní analgetika – paracetamol, nesteroidní antirevmatika. Pokud bolest přetrvává jedná se o druhý stupeň středně silné bolesti, začíná se s podáváním slabých opioidů – tramadol, kodein, oxykodon. Třetí stupeň silné bolesti, když bolest přetrvává i přes podání slabých opioidů a neopioidních analgetik, podávají se silné opioidy – morfin, fentanyl, v paliativní péči nejčastěji ve formě transdermálních náplastí. Dávkování je přísně individuální, maximální denní dávka není stanovena. Mýty o silných opioidech, vedou k tomu, že bolest není dostatečně mírněna, léky jsou často nasazovány pozdě a nesprávně dávkovány. V léčbě bolesti kromě analgetik se používají tzv. adjuvantní farmakoterapie, což jsou např. antidepressiva, anxiolytika, antiepileptika či kortikoidy. Chronická bolest v paliativní péči je často doprovázena úzkostí, agresí, pocitem bezmoci a beznaděje je vhodné využít psychologické metody mírnění bolesti a psychoterapii. Bolest do určité míry lze ovlivnit aplikací tepla a chladu, změnou polohy pacienta. (Marková, 2015, s. 98-100)

## **6.2 Péče o dýchání**

### **6.2.1 Dušnost**

Dušnost je jedním z nejhorších příznaků nemoci, protože pacientovi způsobuje výrazný diskomfort a je spojena s výraznou obavou o vlastní život. Je to subjektivní pocit nedostatku vzduchu, může být akutní, chronická i terminální – taková dušnost se objevuje u pacientů v terminálním stádiu, několik hodin před smrtí. V posledních šesti týdnech života se objevuje u 50–70 % pacientů v paliativní péči. Stav, kdy pacient pociťuje dechovou tíseň není náročná jen pro pacienta, ale i pro zdravotníka, který při pohledu na takového pacienta cítí úzkost a bezmoc, má pocit, že musí něco udělat. Důležité je zmínit, že ne vždy je přímá souvislost mezi objektivními parametry plicní ventilace a dušností. Silnou dušnost může pociťovat i pacient s normálními hodnotami saturace kyslíkem a bez poslechového nálezu na plicích. Naopak pacient, u kterého pozorujeme hypoxii, je cyanotický, zahleněný, hyperventiluje, nebo povrchově lape po dechu, subjektivně dušnost pociťovat nemusí. (Kabelka, 2018, s. 160)

Příčinou dušnosti v paliativní péči může být snížení svalové síly a hmoty, především v oblasti hrudního koše, která bývá spojena s kachexií i imobilizačním syndromem. Přímá obstrukce dýchacích cest způsobená rostoucím nádorem, hlenem, nebo cizím tělesem, například stravou u pacienta s poruchou polykání. Mezi další příčiny dušnosti v paliativní péči patří anémie, obezita, infekce, plicní embolizace, gastroezofageální reflux, kardiální selhání nebo

dehydratace, které negativně ovlivňuje pohyb řasinek v dýchacích cestách. Dušnost nemá jen fyzické příčiny, důležitou roli zde má i psychický stav pacienta, úzkost může dušnost nejen zhoršovat, ale i vyvolávat. (Kabelka, 2018, s. 160-162)

U pacienta s dušností je v první řadě potřeba pracovat s úzkostí, zachovat klid, verbálně ho ujistit, že uděláme vše, co je v našich silách, abychom mu ulevili. Dobrým pomocníkem je čerstvý proudící vzduch, v místnosti otevřeme okno, zapneme ventilátor, případně použijeme nebulizátor. Pacientovi pomůžeme zaujmout vhodnou polohu nejlépe vsedě, pokud to zdravotní stav nedovoluje položíme pacienta na pravý bok. S kyslíkovou léčbou by se v paliativní péči mělo postupovat velmi opatrně a vždy pod kontrolou saturace. Vždy je indikována v případě, že podávání kyslíku pacient vnímá jako známku kvality péče a snižuje jeho úzkost. Pacientům v terminálním stádiu podáváme kyslík raději kyslíkovými brýlemi než polomaskou. Při používání polomasky může mít pacient pocit dušení, navíc nám ztěžuje komunikaci. Symptomatickou léčbou dušnosti u pacientů v terminálním stádiu je podání opioidů, které tlumí dechové centrum, případně podání anxiolytik, kortikoidů a bronchodilatancií. (Kabelka, 2018, s. 161-163)

### **6.2.2 Chrčivé dýchání**

Hlasité chrčivé dýchání je častým průvodním jevem u pacientů v terminálním stádiu, který se objevuje pár hodin před samotnou smrtí. Je to příznak, který se objevuje většinou u pacientů v agónii a na rozdíl od dušnosti se nezdá, že by vzbuzovalo úzkost. Chrčivé dýchání ovšem úzkost až strach vzbuzuje u zdravotníků, v kterých vyvolává pocit, že se pacient dusí a mají potřebu mu pomoci. K takovému dýchání přispívá neuvážení parenterální hydratace umírajícího. Odsávání z dýchacích cest v tomto případě zpravidla nepomáhá, naopak je velice nepříjemné a výrazně zvyšuje riziko zvracení a aspirace. Mírnou prevencí chrčivého dýchání je mírná dehydratace umírajícího pacienta, která neškodí, a naopak tento nepříjemný příznak výrazně eliminuje. (Marková, 2010, s. 95)

### **6.3 Péče o výživu**

Při závažném onemocnění se často vyskytuje snížený příjem potravy, jehož následkem je malnutrice, kachexie, slabost a únava. Nesprávná výživa během nemoci vede k jejímu horšímu průběhu. K terminální fázi onemocnění však snížený příjem stravy patří a není třeba pacienta do jídla nutit. Je na místě správně edukovat blízké umírajícího, protože oni nepodání stravy mohou považovat za selhání ošetrovatelské péče. (Marková, 2010, s. 105)

### 6.3.1 Nechutenství

V paliativní péči se s nechutenstvím setkáváme často v souvislosti s protinádorovou léčbou, obecně ale platí, že každé závažné onemocnění je doprovázeno nechutí k jídlu. Svou roli zde také hraje i psychika, strach, úzkost, obavy z budoucnosti, to vše může být příčinou.

V boji s nechutenstvím je zásadní podávat pacientovi takové jídlo, na jaké má chuť, nejlépe v malých, hezky upravených porcích a teplotně upravená podle pacientova přání. Z psychologického hlediska bychom pacientovi měli umožnit jíst mimo lůžko. Chuť k jídlu může zvyšovat malé množství alkoholu, pivo je navíc také zdrojem energie. Pokud zdravotní stav vyžaduje podávat stravu mletou nebo mixovanou, je důležité, aby pacient viděl jídlo ještě před úpravou v jeho původním, pěkně naservírovaném stavu a teprve potom ho rozmělníme. (Marková, 2010, s. 105-106)

### 6.3.2 Nauzea a zvracení

Nauzea neboli nevolnost je subjektivní pocit, popisován jako nepříjemné nutkání na zvracení. Je doprovázena vegetativními projevy, jako jsou bledost, pocení, slinění, tachykardie, průjem. Nevolnost může vzniknout na podkladě plného žaludku, určité chuti či pachu. Zvracení je násilné vypuzení obsahu žaludku ústy, doprovázené pravidelnými kontrakcemi bránice, hrudní stěny a břišních svalů. Neléčená nauzea nebo zvracení vedou k distresu, nechutenství, snížení perorálního příjmu, váhového úbytku, dehydratace, celkové dysbalanci vnitřního prostředí, poškození sliznice jícnu až k jeho ruptuře. Při zvracení a nauze je dobré zhodnotit dosavadní medikaci, četnost a trvání nevolnosti či zvracení, zhodnotíme také připojené příznaky, jako bolesti břicha a hlavy, pocit plnosti, zácpu, průjem, závislost vzniku nevolnosti na pohybu hlavy a těla. (O'Connor, 2007, s. 151) (Sláma 2011, s. 115)

Mezi nejsnazší a nejúčinnější terapii nevolnosti a zvracení patří podání antiemetik. Dále je to zjištění a léčba reverzibilní příčiny (hyperglykémie, urémie, hyperkalcémie), snížení množství perorálních léků, symptomatické ovlivnění provázejících příznaku (bolesti, zácpy,..), další farmakologická léčba. Další možnou terapií je použití nefarmakologických postupů, mezi které patří pacientovi podávat menší porce hezky upraveného jídla, lépe je tolerováno chladnější jídlo bez výrazných chutí a pachů. Pokud je to možné pacienta posadit zajistit dostatek času na to, aby se najedl a mohl po jídle odpočívat. Pozitivně působí šetrná ústní hygiena, čištění zubů, zvlhčování dutiny ústní, citlivé vytírání plaků. Doporučuje se pacientovi dát vycucát kostku zmrazeného nápoje kokakola, zmrzlinu, pomerančový džus, nebo jen samotný led. (Kabelka, 2018, s. 219-222)

## 6.4 Péče o hydrataci

Hydratace u pacientů v paliativní péči představuje velmi výrazný problém. Podávání tekutin je chápáno jako základní projev kvalitní péče o člověka. To, že pacient přestane pít, je pro rodinu velmi náročná situace a v případě, že tato situace není vysvětlena vede k velké úzkosti a k pocitu selhání péče. Je nutné věnovat pozornost přání pacienta a jeho rodiny. Pokud by pro rodinu umírajícího pacient nezahájení parenterální hydratace znamenalo selhání péče, je na místě bazální příjem tekutin zajistit i když pro pacienta to nebude mít žádný přínos. Přílišná hydratace je mnohdy nebezpečnější než dehydratace, protože zhoršuje otoky, dušnost, ztěžuje srdeční činnost. (Sláma, 2008, s. 28)

### 6.4.1 Dehydratace

Strach z dehydratace je nejčastějším důvodem, proč jsou lidé v terminálním stádiu z domácího prostředí převáženi do nemocnice. Což je škoda. Je důležité umírajícímu zajistit co nejdéle příjem tekutin per os. I v terminálním stádiu nemoci, když má pacient žízeň je vhodné podávat tekutiny ústy, je třeba mu pití nabízet v dostatečném množství. Když už nemůže pít ze sklenice, můžeme zkusit hrneček s hubičkou, brčko, kojeneckou lahev ( i když může být považováno za infantilní), můžeme tekutiny podávat přímo do úst na lžičce, nebo injekční stříkačkou s gumovou hadičkou. Nápoje je lépe podávat vychlazené a podle chuti pacienta, velmi vhodný je kolový nápoj nebo ananasová šťáva zejména pro pacienta s poraněnou dutinou ústní. V posledních dnech života je důležité zvlhčování dutiny ústní například ledovými kostkami čaje, vody, džusu, aby se zabránilo vysychání sliznic. Můžeme otírat pacientova ústa vlhčeným kapesníkem, nebo použít glycerinové štětičky s příchutí. Mírná dehydratace může mít pro pacienta pozitivní vliv na zmírnění otoků, ascitesu, edému mozku, eliminuje zvracení a může působit analgeticky. Proto v terminálním stádiu není nutné podávat tekutiny parenterálně. (Marková 2010, s. 107–109)

### 6.4.2 Podkožní podání léků a infuzí

Podkožní podání medikace je v domácí paliativní péči a vůbec v paliativní péči jednoznačně nejoblíbenější způsob parenterálního podávání léků. Je to bezpečný, účinný, pro pacienta komfortní a méně bolestivý způsob podání léků než intramuskulární nebo intravenózní podání. Do podkoží je možné aplikovat lék jednorázově podkožní jehlou nebo dlouhodobě pomocí subkutánní kanyly. Subkutánně je možné pacienta hydratovat, výhodou je, oproti intravenóznímu podání, jednodušší zavedení kanyly, menší riziko vzniku komplikací, kanylu zvládne zavést i lajk (pro potřeby domácí paliativní péče), může být zavedena až 5 dní. Při subkutánním podání infuzí se nedoporučuje podávat více než 1 500ml během 24 hodin. Indikací

pro podává parenterální infuze v paliativní péči je celkově stabilizovaný stav pacienta, který trpí zvracením, nebo průjmami v rámci akutního onemocnění, nemůže přijímat tekutiny per os v souvislosti se základním onemocněním zažívacího traktu, pacient ztrácí tekutiny v souvislosti se svým terminálním onemocněním (časté punkce ascitesu, ileostomie). Hydratace je na místě, pokud dehydratace výrazně zhoršuje kvalitu pacientova života, kdy se může objevovat neklid, zmatenost, delirium, hypotenze a s ní spojené riziko pádu, suchá pokožka a s ní spojené riziko vzniku dekubitů. (Marková, 2015, s. 98-99)

## **6.5 Péče o vyprazdňování**

### **6.5.1 Zácpa**

Obstipace je definována jako obtížné, nepravidelné vyprazdňování stolice, kterým v paliativní péči trpí až 80 % pacientů. Se zácpou se nejčastěji setkáváme jako s vedlejším účinkem opiátů, nebo následkem imobilizace. Mezi nejčastější příčiny patří dehydratace, nedostatek pohybu, snížený příjem stravy, deprese, poruchy štítné žlázy, obstrukce střev. Vyprazdňování ovlivňují i psychické aspekty, jako málo soukromí, strach z inkontinence, nevhodná poloha, zmatenost. Kromě opiátů je potřeba dát si pozor i na další lékové skupiny, jako jsou antidepresiva, antiemetika, antikonvulziva, diuretika, antacida a předchozí nadužívání projímadel. V paliativní péči se často setkáváme s paradoxním průjmem, to je stav kdy řídká stolice samovolně obchází tuhous stolicí v konečníku. Jestli že nebudeme věnovat dostatečnou pozornost anamnéze vyprazdňování, je tak možné, že budeme řešit inkontinenci řídké stolice tehdy, kdy by bylo na místě řešit zácpu. (Marková, 2010, s. 109)

V rámci prevence obstipace je dobré, aby pacientovi bylo co nejdéle umožněno dojít si na toaletu, pokud už to není možné zajistíme pacientovi co nejvíce soukromí při vyprazdňování – pojízdný klozet, zástěna mezi pacienty, posadit pacienta při vyprazdňování na podložní míse. Dále pacientovi zajistit dostatečnou hydrataci a příjem vlákniny ve stravě. Zácpa může být příčinou mnoha dalších komplikací, ty mohou být psychické – úzkost, stres, zmatenost až delirium, nebo fyzické – bolest břicha, nevolnost až zvracení, perianální problémy, močovou retenci. (Kabelka, 2018, s. 200 – 201)

Jako nefarmakologickou léčbu je možné použít všechny postupy prevence, dále nácvik defekačního reflexu spočívajícího v raním vypití sklenice teplé vody, nabízet potraviny změkčující stolici, jako kysané mléčné výrobky, ovoce, zeleninu, kompoty. Další možnou formou léčby zácpy jsou perorální projímadla, zpravidla se začíná přípravky s osmolitickým účinkem, které na sebe vážou vodu a tím změkčují stolici např. Lactulóza, nebo projímadla salinická

(minerální voda Šaratická), která také změkčují stolice. Pak jsou tu projímadla, která stimulují peristaltiku střev, např. list senny, Guttalax. Lékem další volby jsou čípky, například glycerinové. Klyzma v paliativní péči provádíme spíše výjimečně, jako poslední volbu, protože pro pacienta představuje další velkou zátěž. Nejzazším řešením zácpy je manuální vybavení stolice, které by vždy mělo být doprovázeno premedikací. (Marková, 2010, 110 – 111)

## **6.6 Péče o pokožku**

### **6.6.1 Chronické rány**

Chronické rána je sekundárně se hojící rána, která i přes správnou terapii nevykazuje po dobu 6-9 ti týdnů tendenci k hojení. V paliativní péči není hlavním cílem zhojení rány, ale co nejrychlejší zajištění úlevy od bolesti a dalších negativních projevů chronické rány. Mezi základní typy chronických ran řadíme bércové vředy, exulcerované nádory, diabetické defekty, rozpadlé operační rány a dekubity. Všechny defekty tělesného povrchu mohou zasahovat až hluboko do měkkých tkání až tělesných dutin. Je pro ně typické, že se nehojí per primam, rána je povleklá s hojnou hnisavou sekrecí, často nepříjemně zapáchá, okolí je zarudlé, mokvajících, oteklé, rána i okolí je velice bolestivé a nastává porucha funkce té části těla, kde je rána, porucha hybnosti končetiny. Nejčastějšími příčinami vzniku jsou poruchy prokrvení, poruchy inervace a prokrvení, primární poškození kůže (otlaky, ragády, macerace, plísň), kontaminace, kolonizace a infekce. (Sláma, 2011, s. 205-206).

U umírajících pacientů je prioritou analgezie a hygiena rány, zhojení nemusí být vždy reálným cílem. Abychom mohli nastavit správnou léčbu a hodnotit její efektivitu je potřeba pravidelně kontrolovat stav rány. Posuzujeme spodinu (povlaky, nekrózy, epitelizace, granulace), okraj (navaltý, podminovaný, plochý, prominující), okolí (barva, teplota, bolest), sekrece z rány (množství, barva, zápach, konzistence) a rozměry rány. U chronických ran v paliativní péči nejčastěji používáme metodu vlhkého hojení, kdy je účelem, aby rána nevysychala. Některé chronické rány mohou být zdrojem velkých bolestí. Především při jejich ošetřování je potřeba postupovat maximálně šetrně a je vhodné, aby před ošetřením byla provedena premedikace. Nejčastěji používaná jsou analgetika s rychlým nástupem a krátkým poločasem, při rozsáhlých ránách a velkých bolestech je možné přidat i sedativa. (Marková, 2015, s. 114-115)



## 6.6.2 Dekubity

Dekubity u umírajících pacientů jsou velmi časté, a ne vždy je reálně možné za všech okolností zcela zabránit jejich vzniku. Významnou měrou ke vzniku proleženin přispívá vynucená poloha pacienta, kachexie a porucha prokrvení. Když už se defekt objeví, je našim cílem, aby pacienta co nejméně obtěžoval, abychom ho složitými převazy a hygienou moc nevyčerpávali, to může pacienta ohrožovat více než proleženina samotná. Do určité míry se vzniku dekubitů předcházet dá a to samozřejmě polohováním. Umírajícího pacienta není vždy nutné polohovat striktně po 2 hodinách, Měli bychom brát ohled na přání pacienta a aktuální stav jeho pokožky. Pokud pacientova pokožka je suchá bez jakéhokoli začervenání a pacient si navíc nepřeje být polohován (způsobuje mu to bolest, je mu některá poloha nepříjemná, nechce být kvůli polohování v noci rušen), není důvod. Je vhodné podkládat predilekční místa (viz. Příloha č. 5). Aby se tělo dobře prokrvilo jsou vhodné masáže nebo různá mentolová mazání – ne však každému pacientovi to je příjemné. K polohování pacienta nám můžou posloužit i běžné věci jako je polštář, srolované deky a prostěradla, ale samozřejmě i perličkové polštáře a další speciální polohovací pomůcky. Dále jsou na trhu k dostání antidekubitní matrace. Dle konceptu bazální stimulace není vhodné používat aktivní antidekubitní matrace, protože pro umírajícího, stejně jako pro ostatní pacienty, je důležité si uvědomovat hranice svého těla, které se při použití této matrace nebo i moc měkké podložky ztrácejí, a to umocňuje dezorientaci pacienta. Pro získání informací o hranicích těla je dobré při polohování pacienta „obložit“ polohovacími pomůckami, kdy pacienta zavineme do deky, nebo okolo jeho těla dáme srolované prostěradlo (viz. Příloha č. 6). (Friedlová, 2015. s. 18–21) (Sláma, 2008, s. 22-23)

## 6.7 Péče o odpočinek a spánek

### 6.7.1 Únava

Únava je jedním z nejčastějších projevů pokročilého onemocnění. Je to subjektivní, špatně hodnotitelný příznak, bývá charakterizována jako extrémní vyčerpanost, která se nelepší ani po adekvátním odpočinku. Pacienti únavu popisují jako nedostatek fyzické i psychické energie, ztrátu zájmu o cokoliv, nespecifické bolesti kloubů a svalů, poruchy spánku a koncentrace. Evropská asociace pro paliativní péči definovala únavu jako subjektivní pocit vyčerpání, slabosti a ztráty energie. V paliativní péči se únava podle dosavadních studií vyskytuje až u 80 % pacientů. U pacientů, kteří prodělali chemoterapii nebo radioterapii se objevuje až v 99 %. Příčiny únavy jsou primární – spojené se samotným onemocněním a jeho terapií, nebo sekundární, které vznikají jako následek onemocnění, jako je anemie, kachexie, infekce,

deprese, podávání léků se sedativním účinkem (opioidy, benzodiazepiny, antidepresiva), také neefektivní strategie vyrovnávání se s nevy léčitelnou chorobou. U pacienta trpícího únavou je třeba zhodnotit vliv únavy na kvalitu života, identifikovat příčiny vzniku a pokusit se je eliminovat, pomoci pacientovi i jeho rodině akceptovat limity, které únava v pokročilém stádiu onemocnění vytváří. (Kabelka, 2018, s. 158) (O'Connor, 2005, s. 133-135)

Nejčastěji doporučovanou intervencí při únavě je klid. Dnes je již známo, že zbytečný klid na lůžku únavu může zhoršovat a vést k celkové slabosti, nezvratným ztrátám energie a tělesných funkcí. Je třeba najít rovnováhu mezi odpočinkem a aktivitou, denní aktivitu pacienta přizpůsobit jeho možnostem, pomoci pacientovi a jeho rodině v tvorbě smysluplného programu, najít činnosti, které by pacientovi způsobovaly radost. Za aktivní léčbu únavy se považuje cvičení, dostatečná výživa, hydratace, dostatečný odpočinek. Zvyšující se únava a spavost je přirozenou známkou konce života, v tomto stavu je nutné zvážit ukončení aktivní léčby a zaměřit se na podporu pacienta při přirozeném procesu umírání. (O'Connor, 2005, s. 133-135) (Sláma, 2011, s. 192-193)

### **6.7.2 Poruchy spánku**

Podle dosavadních studií se poruchy spánků vyskytují u 20% seniorů a až u 70% pacientů v paliativní péči. Nejčastější poruchou spánku je nespavost, ne méně častá je i neschopnost usnout. Zvláště u pacientů s pokročilým onemocněním, kteří jsou svou nemocí vyčerpaní se pak často objevuje hypersomnie, což je výrazná spavost přes den, která se postupně rozvíjí až k somnolenci. Příčinou nespavosti bývá strach, úzkost, obavy, neléčená bolest, ale také inaktivita a nadměrný spánek přes den, pití kávy a alkoholu. Jako terapie poruch spánku se doporučuje snížit příjem kávy, zredukovat čas strávený v lůžku přes den, najít vhodnou aktivitu, pokusit se o pravidelný režim spánku. Často využívaná farmakoterapie se užívá hlavně v případech zvýšené úzkosti, neklidu, depresích. Využívají se benzodiazepiny, hypnotika, antidepresiva i sedativní účinek antihistaminik. U pacientů léčených opioidy je vhodné na noc využít účinku morfinu, který tlumí bolest, fyzicky i psychicky relaxuje a mírní dušnost. Nadměrná spavost přes den je v terminálním stádiu přirozená, stejně jako snížený příjem stravy (na 20-30% normální denní dávky) a tekutin (méně než 500ml/24hod), a je třeba režim péče přizpůsobit stavu pacienta. (Kabelka, 2018, s. 175 -177)

## 6.8 Péče o psychiku

Nevyléčitelné onemocnění znamená zásadní změnu v tělesné, psychické i spirituální rovině života člověka. Pacient se musí vyrovnat s mnoha změnami a adaptovat se na nové situace, které nastávají. Jsou výrazně omezeny pacientovi aktivity, stává se závislým na pomoci druhé osoby, s tím souvisí ztráta osobních cílů a změna životních rolí. Střídají se emoce jako hněv, strach, úzkost, smutek a deprese.

### 6.8.1 Úzkost

Úzkost je běžným příznakem přítomným u pacientů v paliativní péči. Je to velmi nepříjemný stav, který občas zažije každý, je definován jako negativní emotivní zážitek z něčeho neurčitěho, neznámého, který se projevuje tělesně – bušením srdce, pocením, třesem, obtížným dýcháním, stenokardií, nevolností, pocitem slabosti, návaly horka nebo zimy, i psychicky – závratěmi, neklidem, strachem z mdloby, ze samoty, ze ztráty kontroly, ze smrti. Na rozdíl od strachu, který člověka povzbudí k nějaké činnosti – „bojíš se, utíkej“, úzkost člověka paralyzuje. V paliativní péči se s úzkostí setkáváme nejčastěji v souvislosti se strachem z bolesti, z udušení, ze smrti. Pacient v úzkostném stavu je obvykle méně mluvný a vyhýbá se očnímu kontaktu. Není však vzácností ani to, že pacient má nutkání mluvit a mluví velmi rychle. Můžeme se setkat i s křikem, který lze do určité míry chápat jako zlobu na bolest nebo starost, kterou pacient prožívá. Pokud je to možné necháme pacienta vykřičet – jde o projev emocí, který může přinést úlevu od úzkosti. Náročné je to tehdy, když pacient křičí na nás. Je důležité rozlišit kdy je křik a agrese pacienta mířena na nás a kdy je určen jeho starostem. (O'Connor, 2005, s. 200) (Sláma, 2011, s. 237-238)

S úzkostným pacientem je třeba jednat klidně a srozumitelně. Dbáme na to abychom pacienta nezahltili velkým množstvím informací, postupně pomocí jednoduchých otázek se dopracujeme k tomu, co je příčinou jeho úzkosti. Nejdůležitější je si na pacienta udělat čas, a v klidu si s ním promluvit. Rozhovor může být na obecně lidské úrovni, kdy je kladen důraz na empatii. Samozřejmě je doporučována i pomoc profesionálního psychologa a farmakoterapie. (Sláma, 2011, s. 237-238)

### 6.8.2 Delirium

Delirium je syndrom projevující se v kognitivní, emoční i psychomotorické oblasti, je to akutně vzniklá porucha pozornosti, vnímání, myšlení a spánkového cyklu. U pacientů v paliativní péči se delirium vyskytuje velmi často, ke konci života má projevy deliria dvě třetiny pacientů. Pro delirium je typický rychlý nástup a omezené trvání, kolísání projevů během dne, poruchy pozornosti, vnímání a myšlení. Delirantní stavy se dělí na hyperaktivní a hypoaktivní.

Kdy hyperaktivní delirium se vyznačuje psychomotorickou agitovaností, zrychlením psychomotorického tempa a objevují se halucinace a bludy. Hypoaktivní delirium je pravým opakem, pacient má zpomalené myšlení i motoriku, je velmi spavý a většinou bez halucinací či bludů. Mezi nejčastější příčiny vyvolávající delirium v paliativní péči řadíme účinky některých léků (opioidy, benzodiazepiny, kortikoidy, digoxin,..), dehydrataci (zejména u starších pacientů), metabolické komplikace, infekce, hypoxie, močové retence, bolest a dušnost, abstinenční příznaky, ale i změny prostředí a nové osoby. (Sláma, 2011, s. 242-244) (Kabelka, 2018 s. 174)

Při terapii deliria je třeba zjistit možnou příčinu vzniku a pokud je to v souladu s celkovým plánem léčby zahájíme adekvátní léčbu ovlivnitelných příčin (úprava medikace, hydratace, léčba infekce. Nefarmakologická terapie zahrnuje postupy zaměřené na podporu reorientace pacienta. S člověkem v delirantním stavu mnohdy není možné vést smysluplnou komunikaci, což pro pečující znamená nemalou psychickou i organizační zátěž a může vyvolávat frustraci. Komunikace by měla být jasná a srozumitelná, kontakt s pacientem častější a v kratších intervalech, prostředí co nejbezpečnější a upravené. U pacienta v deliriu se vyhýbáme náhlým zvukům, pohybům a světlu, zajistíme fungující korekční pomůcky pro snažší komunikaci, zabráníme pádu (postranice u lůžka, nízké lůžko, matrace pod lůžko). Pacienta mohou uklidnit známé osoby a předměty (oblíbený polštářek, plyšové zvíře, ..). Naomi Feil je autorkou metody validace, kterou je vhodné použít při kontaktu s dezorientovaným pacienta. Metoda validace spočívá v uznání pacientových pocitů, požívá se schopnost vcítit se do prožívání pacienta, tím pacientovi vyjádříme důvěru, která u něj vytvoří jistotu a sílu, obnoví sebevědomí a snižuje stres. Cílem validace je potkat pacienta v jeho vlastní realitě, tak aby nebyl sám. (Sláma, 2011, s. 247)

### **6.8.3 Suicidální tendence**

Sebevražedné tendence a touha po smrti se často objevuje jako následek ztráty smyslu života, ztráty budoucnosti. Pacient si připadá zbytečný, má pocit, že je ostatním na obtíž. U pacienta, který uvažuje o sebevraždě, nebo žádá o eutanázii je důležité zaměřit se na jeho potřeby, pro pečující v paliativní péči je to důvodem ke zhodnocení a přehodnocení probíhající péče. Pozornost by se také měla zaměřit na to, jestli myšlenky na smrt nesouvisejí například s neléčenou depresí nebo jiným psychickým onemocněním. Pacientovi se suicidními tendencemi bychom měli empaticky a aktivně naslouchat, pomoci mu při řešení jeho trápení, popřípadě mu nabídnou setkání s odborníkem – psycholog, psychiatr. (Marková, 2010, s. 116)

## 7 RODINA V PALIATIVNÍ PÉČI

Podle světové zdravotnické organizace je rodina základní jednotkou paliativní péče. Příbuzní nevyhlášeně nemocných pacientů musí čelit spoustě těžkých problémů, velkým nárokům kladených ze strany pacienta i okolí. Pokud se rodina rozhodne o svého milovaného starat doma musejí se vyrovnat s každodenní péčí o něj, se změnami svých životních rolí, kdy se z partnera, dítěte, rodiče stává pečující. Jednotliví členové rodiny si mezi sebe musí rozdělit úlohy, musí upravit domácí prostředí, tak aby mohli svému blízkému poskytnout adekvátní péči. Musejí se vyrovnat s proměnami smyslu života, se změnami ve vzájemných vztazích, musejí řešit praktické a emocionální problémy, obavy z budoucnosti. Je to velice náročné pečovat o někoho blízkého z rodiny, mnohdy ani sami pacienti nechtějí, aby se o ně staral jejich příbuzný, chtějí pro rodinu zůstat tím kým byli doposud, chtějí se zachovat svoji roli v rodině. V paliativní péči by péče o rodinu měla začínat stejně jako u pacienta v okamžiku sdělení fatální diagnózy. Ideální je, když se pacient, jeho rodina a zdravotníci stanou partnery a tímto těžkým obdobím procházejí společně. (Kabelka, 2018, s. 327-328)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

### 8.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zjistit a porovnat informovanost všeobecných sester v nemocnici a v domovech pro seniory v oblasti paliativní péče.

### 8.2 Dílčí cíle

1. cíl: Zjistit, jestli všeobecné sestry znají základní rozdělení paliativní péče.

Otázky č. 2 - 21

2. cíl: Zjistit znalosti všeobecných sester v oblasti biologických potřeb pacienta v paliativní péči.

Otázky č. 9, 10, 11, 12,13,14,15

3. cíl: Zjistit znalosti všeobecných sester v oblasti psychických potřeb pacienta v paliativní péči.

Otázky č. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

4. cíl: Zjistit zájem všeobecných sester o vzdělávání v oblasti paliativní péče.

Otázky č. 23, 24, 25, 26, 27

## 9 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

1. Jsou všeobecné sestry z nemocnice lépe informované v oblasti paliativní péči než ty z domovů pro seniory?
2. Znají všeobecné sestry základní rozdělení paliativní péče?
3. Jaké mají všeobecné sestry znalosti v oblasti biologických potřeb pacienta v paliativní péči?
4. Jaké mají všeobecné sestry znalosti v oblasti psychických potřeb pacienta v paliativní péči?
5. Mají všeobecné sestry zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče?

## 10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů je záměrný. Cílovou skupinou mého výzkumného šetření jsou všeobecné sestry z nemocnice a z domovů pro seniory v Plzni. Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Plzeň na odděleních, kde sestry provádějí paliativní péči (I. interní klinika, II. Interní klinika, onkologická a radioterapeutická klinika, oddělení geriatry, oddělení pobytové a sociální péče) a v plzeňských domovech pro seniory (Domov svaté Alžběty, Domov svatého Jiří, Domov svatého Aloise, Domov se zvláštním režimem Čtyřlístek, Domov se zvláštním režimem Sněžka, Domov se zvláštním režimem Petrklíč, Terasy senior residence). V rámci výzkumného šetření jsem rozdala celkem 120 dotazníků, zpět se mi vrátilo 94 dotazníků, z toho 5 jich bylo vyplněno neúplně, tedy byly z výzkumného šetření vyřazeny. Vyplněných dotazníků se mi vrátilo 89 z toho 38 z domovů pro seniory a 51 z nemocnice, celková návratnost byla 74 %, což považuji za úspěch. U respondentů nebyl brán zřetel na jejich věk, pohlaví, ani dosažené vzdělání.



## 11 METODIKA PRÁCE

K mému výzkumnému šetření jsem použila metodu kvantitativního výzkumu sběru dat, techniku anonymního strukturovaného dotazníku (viz. Příloha č. 7). Výzkumné šetření probíhalo v období únor – březen 2019 na odděleních Fakultní nemocnice Plzeň, kde všeobecné sestry provádějí paliativní péči (I. interní klinika, II. Interní klinika, onkologická a radioterapeutická klinika, oddělení geriatry, oddělení pobytové a sociální péče) a v plzeňských domovech pro seniory (Domov svaté Alžběty, Domov svatého Jiří, Domov svatého Aloise, Domov se zvláštním režimem Čtyřlístek, Domov se zvláštním režimem Sněženka, Domov se zvláštním režimem Petrklíč, Terasy senior residence). Součástí dotazníku je 27 otázek. První otázky č. 1-5 jsou demografické, zaměřené na respondenta, jeho pohlaví, věk, vzdělání. Další otázky č. 6-8 se zaměřují na znalost základních pojmů v paliativní péči, otázky č. 9-15 se týkají biologických potřeb, otázky č. 16-22 jsou zaměřené na psychosociální potřeby pacienta. Dotazník je uzavřen otázkami č. 23-27 o možnostech vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči. V dotazníku bylo položeno více druhů otázek, otázky uzavřené č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 23, 24 a 26, otázky č. 23 a 24 jsou též otázkami filtračními. Dále jsem použila polouzavřené otázky v dotazníkových otázkách č. 9, 10, 16, 19, 20, 22 a 27, otázka č. 25 je otázkou otevřenou. Povolení sběru informací ve FN Plzeň (viz. Příloha č. 8) jsem získala oficiální žádostí od útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň. Povolení sběru dat v domovech pro seniory jsem získávala ústní dohodou u vedoucích pracovníků jednotlivých zařízení. Získaná data byla zpracována použitím programu Microsoft Office Excel 2010. Data jsou interpretována a prezentována pomocí grafů a slovních komentářů. Pro výpočet relativních četností bylo využito u DpS jako 100% 38 všeobecných sester a u nemocnice činilo 100% 51 všeobecných sester a výsledky byly mezi sebou porovnávány.

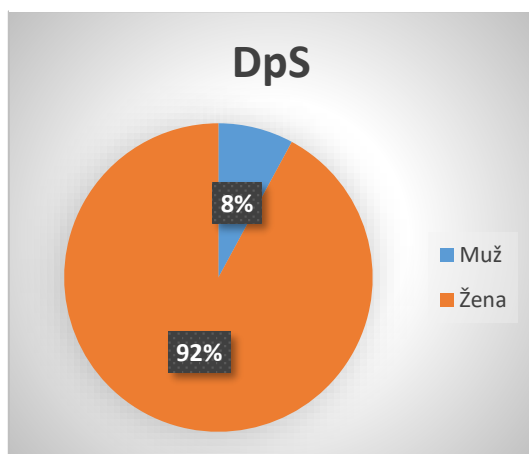
## 12 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tabulka 1 Pohlaví

Pohlaví	Muž	Žena	Celkem resp.
DpS	3	35	38
Nemocnice	5	46	51
Celkem	8	81	89

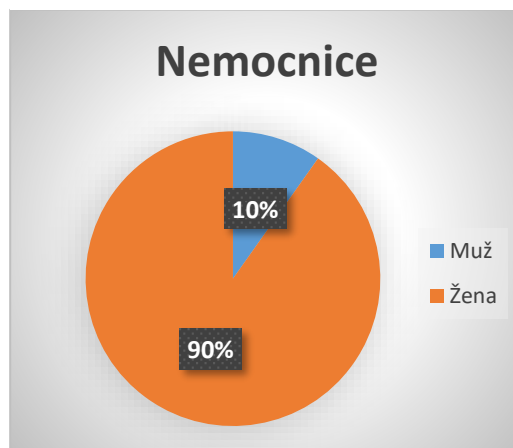
Zdroj: vlastní

Graf 1 Pohlaví DpS



Zdroj: vlastní

Graf 2 Pohlaví Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 1 „Vaše pohlaví?“

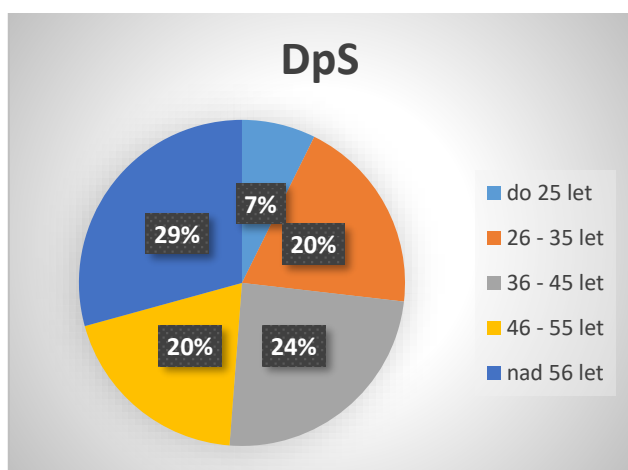
Pohlaví respondentů bylo v nemocnici i v domovech stejně nerovnoměrné. V domovech pro seniory to bylo 92% ku 8% ve prospěch žen. V nemocnici pracuje o něco málo více mužů, a to 10%, a 90% žen.

Tabulka 2 Věk

Věk	do 25 let	26 - 35 let	36 - 45 let	46 - 55 let	nad 56 let
DpS	3	8	10	8	12
Nemocnice	10	16	11	8	6
Celkem	13	24	21	16	18

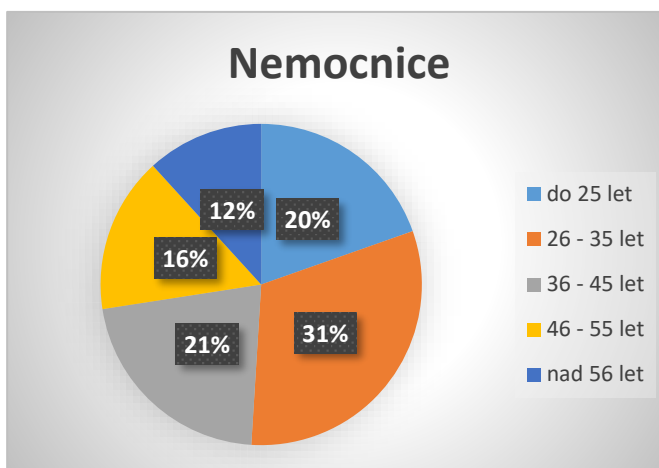
Zdroj: vlastní

Graf 3 Věk DpS



Zdroj: vlastní

Graf 4 Věk Nemocnice



Zdroj: vlastní

## 2. otázka „Kolik je Vám let?“

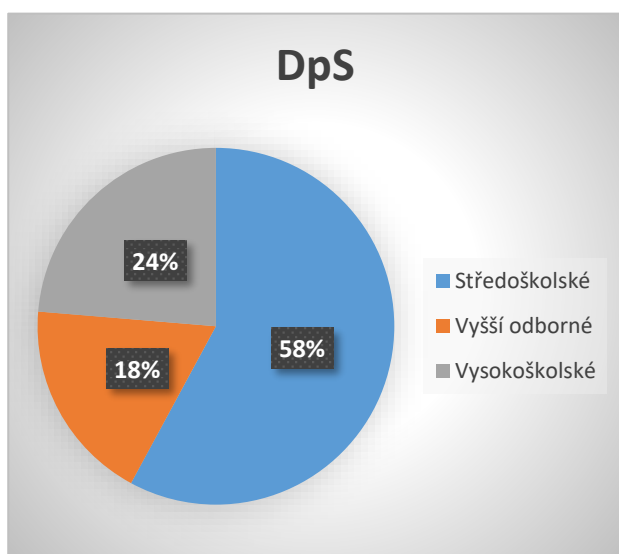
V domovech pro seniory je nejvíce zastoupená skupina nad 56 let, těch zde pracuje 29%, naopak nejméně zastoupenou skupinou byli pracovníci do 25 let, kterých v domovech pro seniory pracuje pouze 7%. Oproti tomu v nemocnici nad 56 let pracuje pouze 12% dotazovaných a celých 20% do 25 let. Nejčetněji zastoupená skupina v nemocnici s 31% jsou pracovníci ve věku 26 – 35 let.

Tabulka 3 Vzdělání

Vzdělání	Středoškolské	Vyšší odborné	Vysokoškolské
DpS	22	7	9
Nemocnice	31	8	12
Celkem	53	15	21

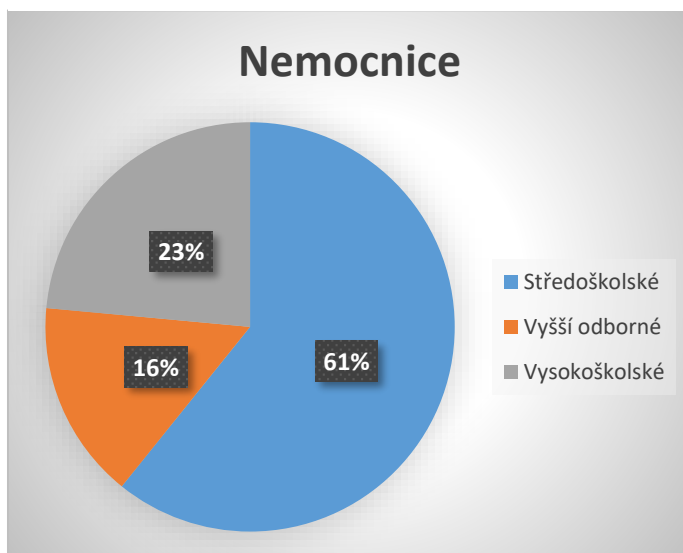
Zdroj: vlastní

Graf 5 Vzdělání DpS



Zdroj: vlastní

Graf 6 Vzdělání Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č.3 „Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?“

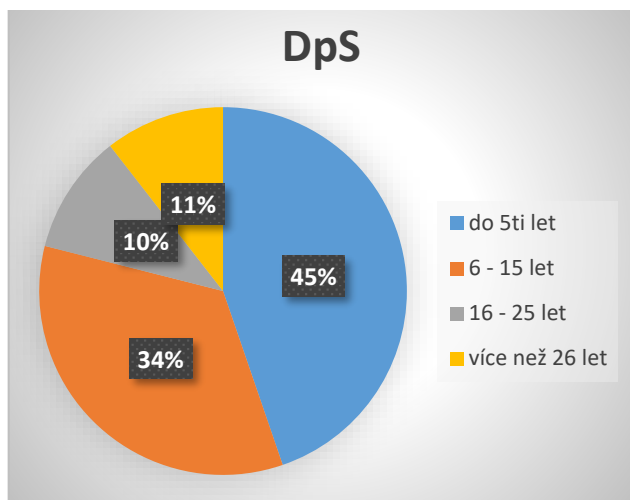
Výsledky v domovech pro seniory i ve FN Plzeň jsou podobné, největší zastoupení zde má středoškolské vzdělání, v DpS 58% a v nemocnici 61%. Vysokoškolské vzdělání má zastoupení 24% v DpS a 23% v nemocnici, Nejnižší zastoupení má vyšší odborné vzdělání, pouze 18% v domovech pro seniory a 16% ve FN Plzeň.

Tabulka 4 Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?

Práce	do 5ti let	6 - 15 let	16 - 25 let	více než 26 let
DpS	17	13	4	4
Nemocnice	17	19	7	8
Celkem	34	32	11	12

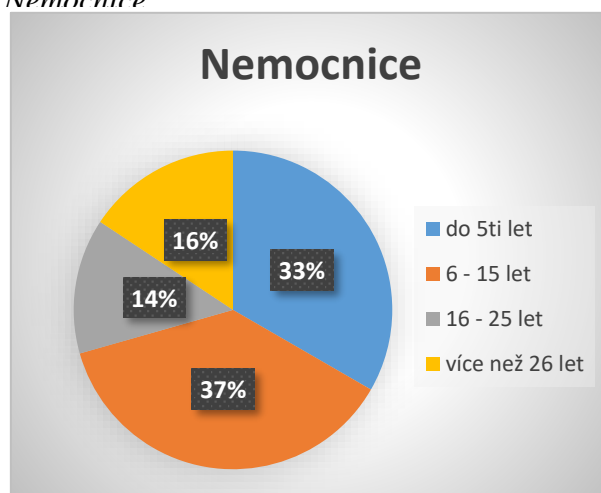
Zdroj: vlastní

Graf 7 Jak dlouho pracujete v tomto zařízení? DpS



Zdroj: vlastní

Graf 8 Jak dlouho pracujete v tomto zařízení? Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 5 „Jak Dlouho pracujete v tomto zařízení?“

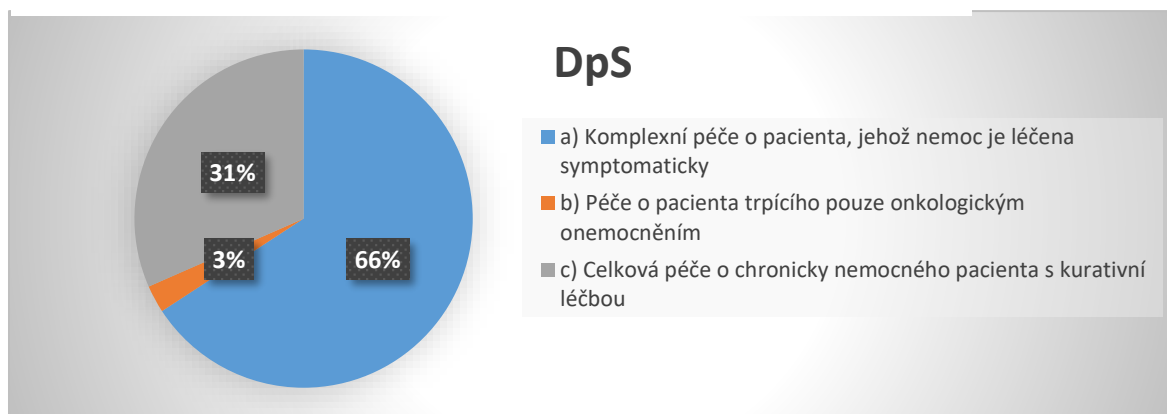
Z grafů č. 7 a 8 je patrné, že do 5ti let v domovech pro seniory pracuje téměř polovina respondentů 45%, kdežto v nemocnici jen třetina 33%, další velkou skupinu v obou zařízeních tvoří sestry, které na místě pracují 6 – 15 let, je to více než třetina 34% v DpS a 37% v nemocnici.

Tabulka 5 Co je paliativní péče?

6.	a)	b)	c)
DpS	25	1	12
Nemocnice	46	1	4
Celkem	71	2	16

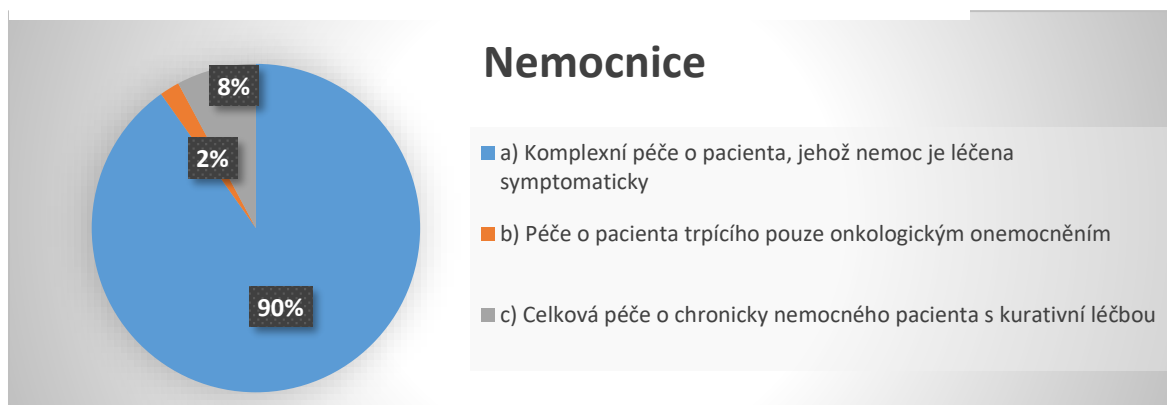
Zdroj: vlastní

Graf 9 Co je to paliativní péče? DpS



Zdroj: vlastní

Graf 10 Co je paliativní péče? Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č.6 „Co je paliativní péče?“

Z grafu č. 9 a 10 je jasné, že 90% respondentů z nemocnice a skoro 70% z domovů pro seniory označilo správnou odpověď a) Komplexní péče o pacienta, jehož nemoc je léčena symptomaticky. 31% respondentů z DpS a 8% z nemocnice si myslí, že paliativní péče je péče o chronicky nemocného pacienta s kurativní léčbou. Celkem jen 2 respondenti označili odpověď b) Péče o pacienty trpící pouze onkologickým onemocněním.

Tabulka 6 Co je obecná paliativní péče?

7.	a)	b)	c)
DpS	3	1	34
Nemocnice	1	3	47
Celkem	4	4	81

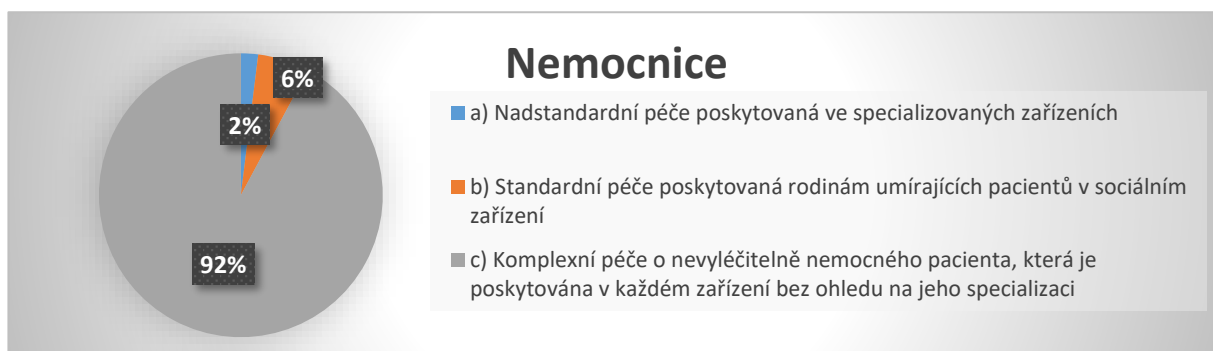
Zdroj: vlastní

Graf 11 Co je obecná paliativní péče? DpS



Zdroj: vlastní

Graf 12 Co je obecná paliativní péče? Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 7 „Co je obecná paliativní péče?“

Téměř všichni respondenti 89% v domovech pro seniory a 92% v nemocnicích odpověděli správně c) Komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta, která je poskytována v každém zařízení bez ohledu na jeho specializaci. 8% respondentů z DpS a 2% z nemocnice považují obecnou paliativní péči za nadstandardní péči poskytovanou ve specializovaných zařízeních. 6% respondentů z nemocnice a 3% z DpS ji považují za péči standardně poskytovanou rodinám umírajících pacientů v sociálních službách.

Tabulka 7 Kde je poskytována specializovaná paliativní péče?

8.	a)	b)	c)
DpS	8	30	0
Nemocnice	17	34	0
Celkem	25	64	0

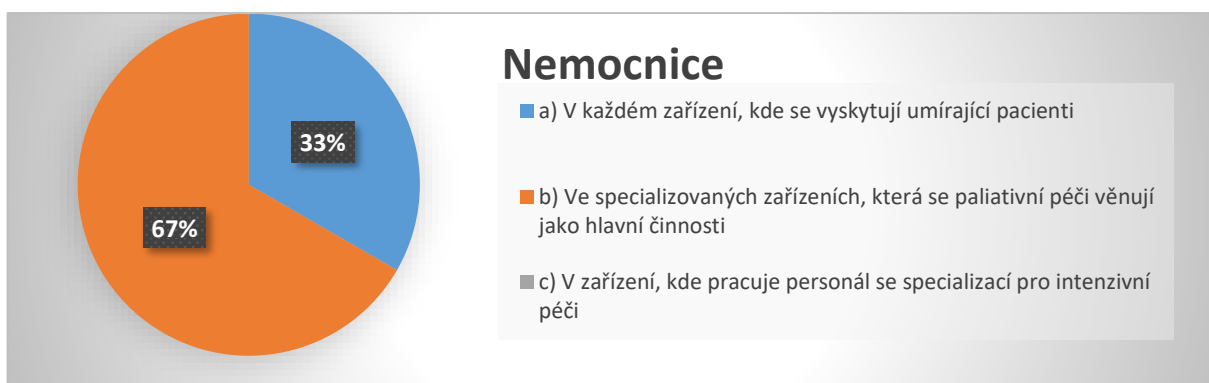
Zdroj: vlastní

Graf 13 Kde je poskytována specializovaná paliativní péče? DpS



Zdroj: vlastní

Graf 14 Kde je poskytována specializovaná paliativní péče? Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 8 „Kde je poskytována specializovaná paliativní péče?“

Tři čtvrtiny všech respondentů 79% v DpS a 67% v nemocnici správně odpověděli b) Ve specializovaných zařízeních, která se paliativní péči věnují jako hlavní činnosti. Zbýlá třetina respondentů 21% v domovech pro seniory a 33% v nemocnici uvedla, že specializovaná paliativní péče je poskytována v každém zařízení, kde se vyskytují umírající. Odpověď c) V zařízení, kde pracuje personál se specializací pro intenzivní péči, jako správnou neoznačil nikdo z dotazovaných.

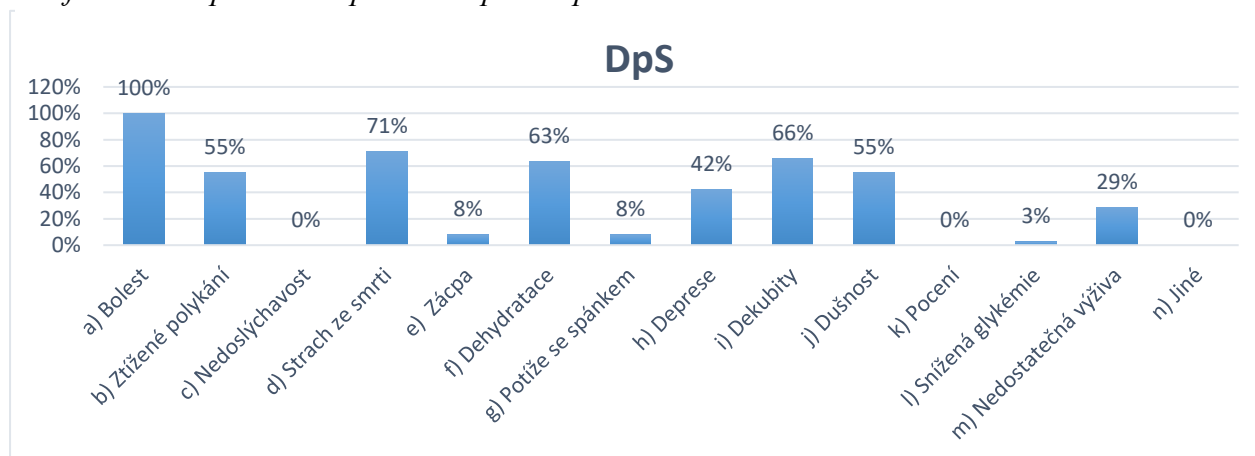


Tabulka 8 Potíže pacienta v paliativní péči

9.	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)	i)	j)	k)	l)	m)	n)
DpS	38	21	0	27	3	24	3	16	25	21	0	1	11	0
Nemocnice	49	13	0	48	6	30	14	22	29	28	0	0	16	0
Cemkem	87	34	0	75	9	54	17	38	54	49	0	1	27	0

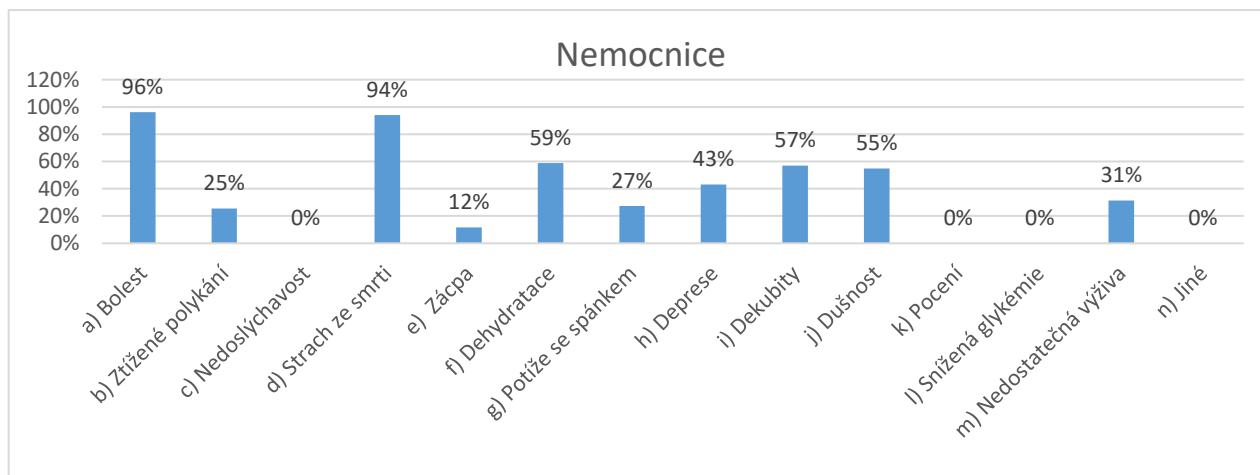
Zdroj: vlastní

Graf 15 Potíže pacienta v paliativní péči. DpS



Zdroj: vlastní

Graf 16 Potíže pacienta v paliativní péči. Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 9 „Jaké potíže u pacienta v terminálním stádiu považujete za nejzávažnější?“

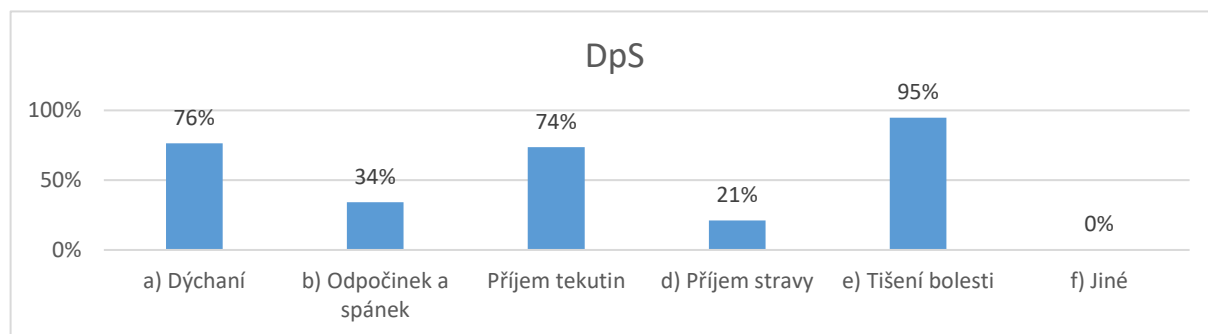
Zde respondenti měli označit 5 potíží, které sami považují za důležité. V domovech pro seniory respondenti považují za nejzávažnější potíže bolest 100%, strach ze smrti 71%, dekubity 66%, dehydrataci 63%, dušnost 55% a ztížené polykání 55%. V Nemocnici byly výsledky obdobné: bolest 96%, strach ze smrti 94%, dehydratace 59%, dekubity 57% a dušnost 55%.

Tabulka 9 Biologické potřeby

10.	a)	b)	c)	d)	e)	f)
DpS	29	13	28	8	36	0
Nemocnice	45	23	30	12	43	0
Celkem	74	36	58	20	79	0

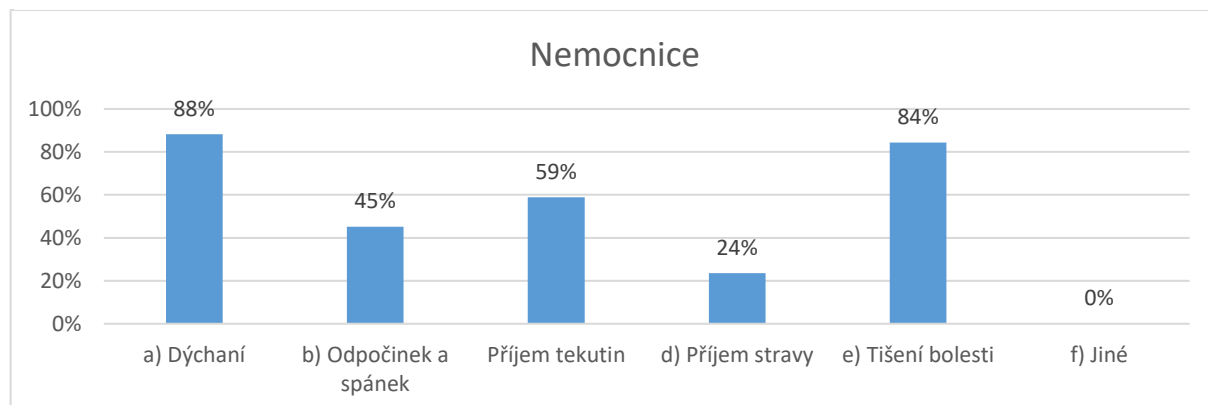
Zdroj: vlastní

Graf 17 Biologické potřeby DpS



Zdroj: vlastní

Graf 18 Biologické potřeby Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 10 „Jaké biologické potřeby jsou pro pacienta důležité?“

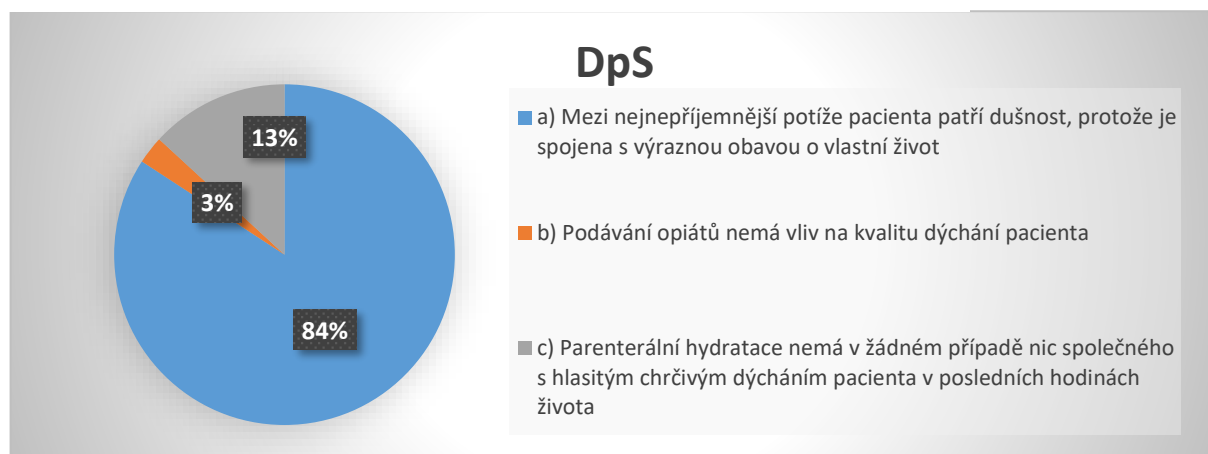
Respondenti měli označit 3 potřeby, které oni považují za důležité. V domovech pro seniory považují všeobecné sestry za důležitou potřebu tišení bolesti 95%, dýchání 76% a příjem tekutin 74%. Respondenti z nemocnice nejčastěji označili potřebu dýchání 88%, tišení bolesti 84% a příjem tekutin 59%.

Tabulka 10 Dýchání

11.	a)	b)	c)
DpS	32	1	5
Nemocnice	46	1	4
Celkem	78	2	9

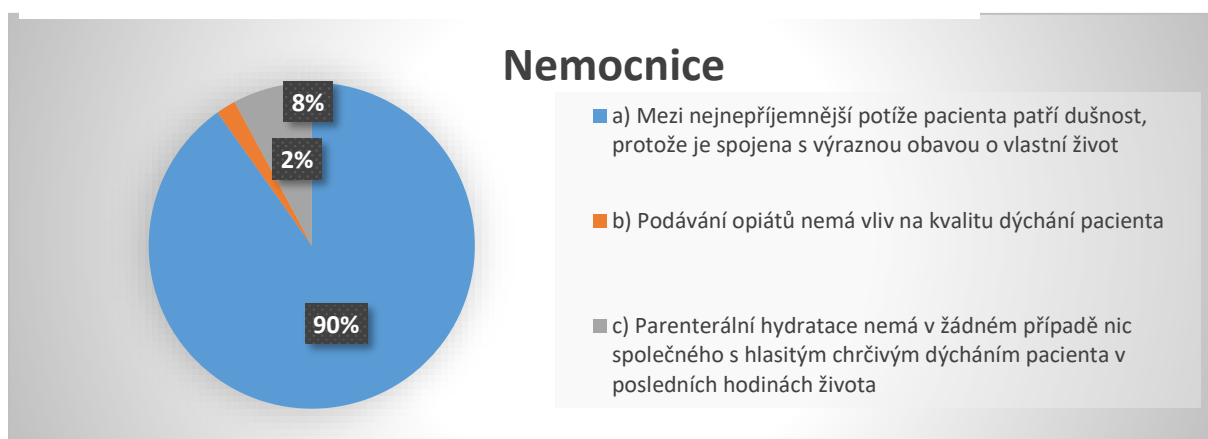
Zdroj: vlastní

Graf 19 Dýchání DpS



Zdroj: vlastní

Graf 20 Dýchání Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 11 „Jaké tvrzení o dýchání je správné?“

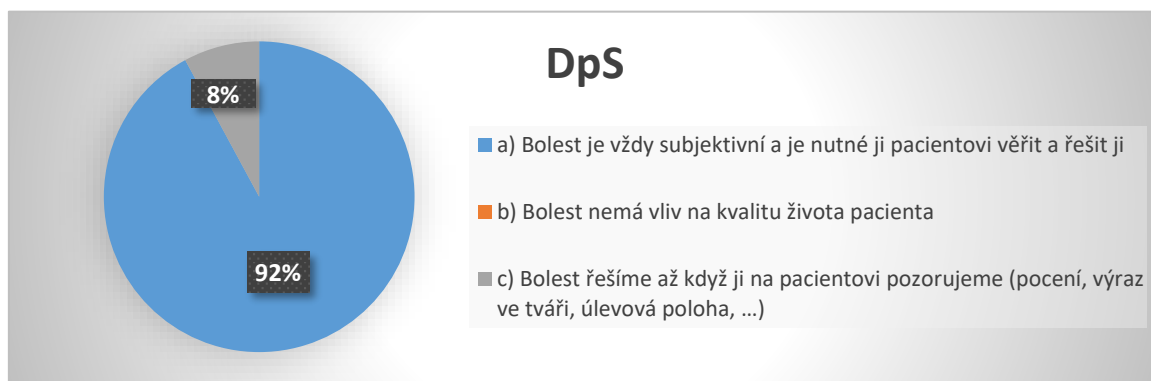
90% respondentů z nemocnice a 84% z DpS správně označili odpověď a) Mezi nejnepříjemnější potíže pacienta patří dušnost, protože je spojena s obavou o vlastní život. Z celkových 89 respondentů si 9 myslí, že parenterální hydratace nemá vliv na chrčivé dýchání v posledních dnech života pacienta a 2 uvedli, že podávání opiátů nemá vliv na kvalitu dýchání.

Tabulka 11 Bolest

12.	a)	b)	c)
DpS	35	0	3
Nemocnice	51	0	0
Celkem	86	0	3

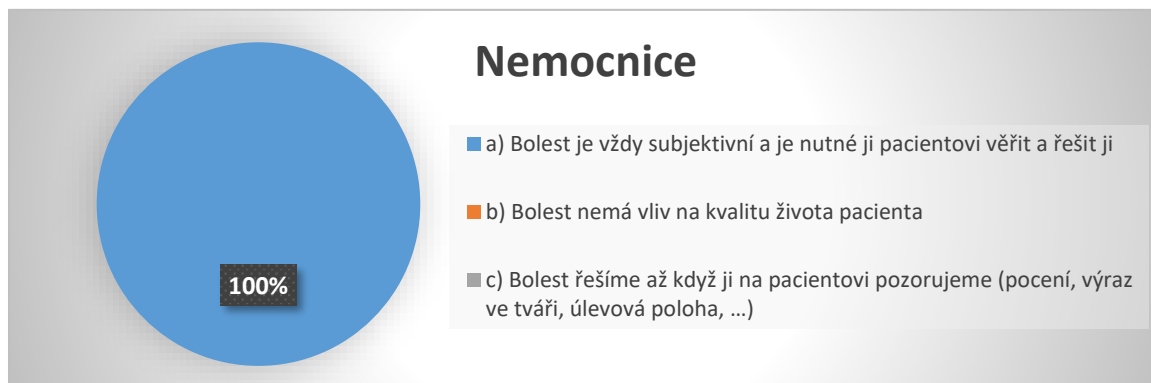
Zdroj: vlastní

Graf 21 Bolest DpS



Zdroj: vlastní

Graf 22 Bolest Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č 12 „Jak řešíte bolest v paliativní péči?“

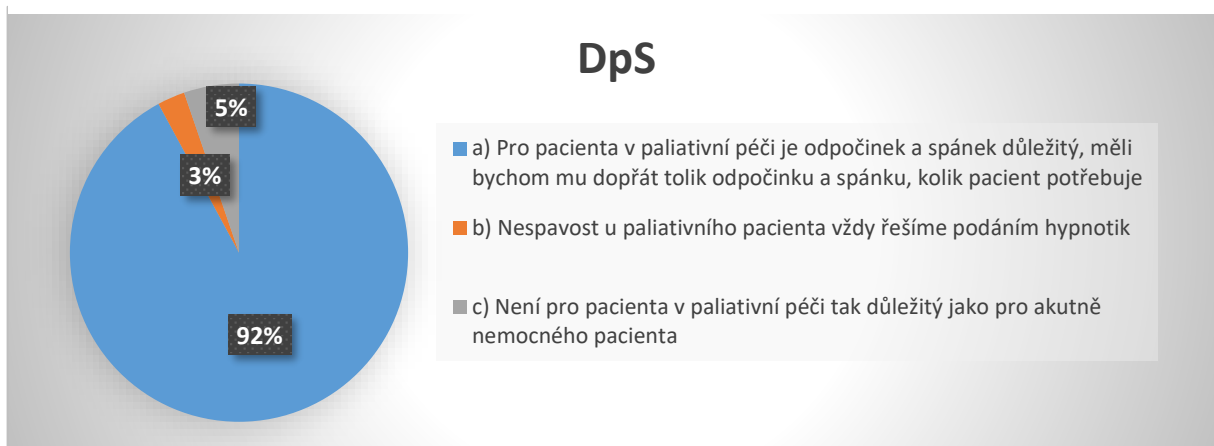
100 % dotazovaných z nemocnice a 90% z domovů pro seniory správně označili odpověď a) Bolest je vždy subjektivní a je nutné ji pacientovi věřit a řešit ji. Pouze 3 respondenti z DpS si myslí, že bolest řešíme až když ji na pacientovi pozorujeme.

Tabulka 12 Odpočinek a spánek

13.	a)	b)	c)
DpS	35	1	2
Nemocnice	50	0	1
Celkem	85	1	3

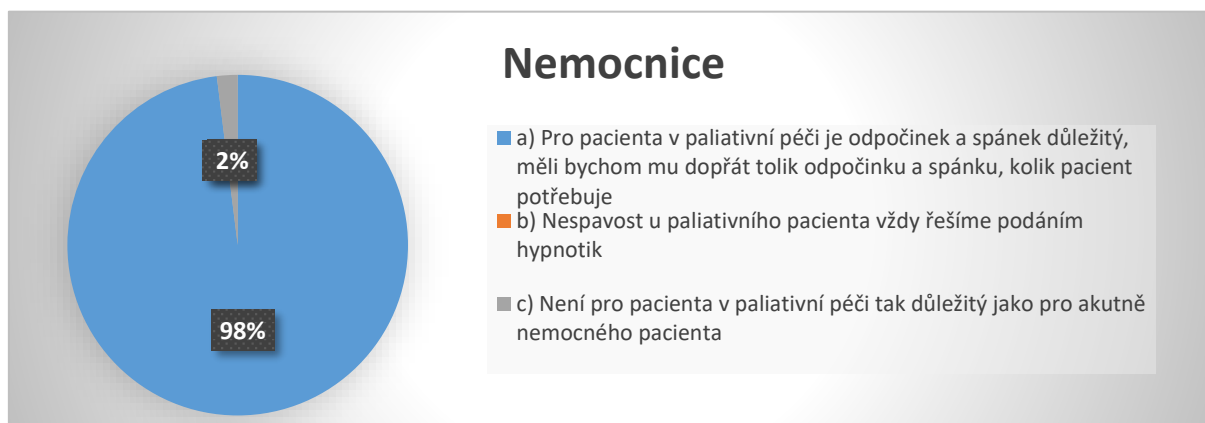
Zdroj: vlastní

Graf 23 Odpočinek a spánek DpS



Zdroj: vlastní

Graf 24 Odpočinek a spánek Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 13 „Jaké tvrzení o odpočinku a spánku je správné?“

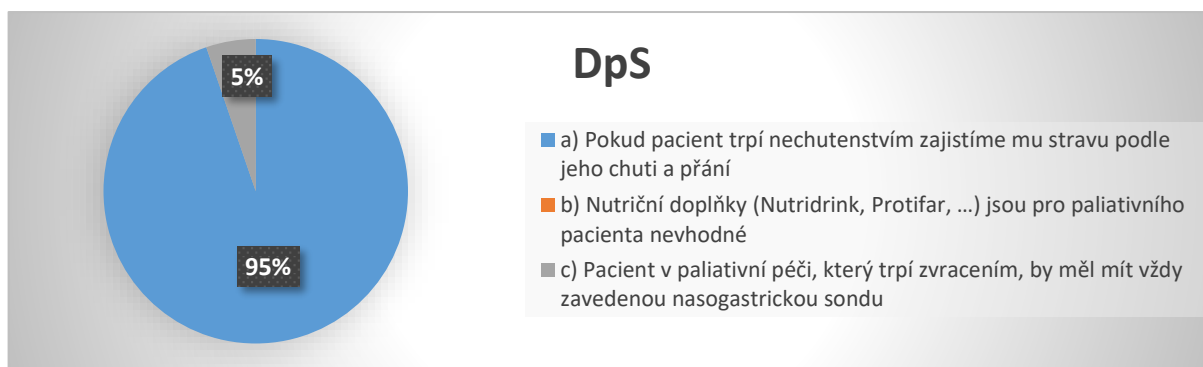
96% všech respondentů správně označilo odpověď a) Pro pacienta v paliativní péči je odpočinek a spánek důležitý, měli bychom mu dopřát tolik odpočinku a spánku, kolik pacient potřebuje. 3 z dotazovaných si myslí, že pro pacienta v paliativní péči je odpočinek méně důležitý než pro akutně nemocného pacienta. 2 respondenti z DpS nespavost vždy řeší podáním hypnotik.

Tabulka 13 Příjem stravy

14.	a)	b)	c)
DpS	36	0	2
Nemocnice	44	1	6
Celkem	80	1	8

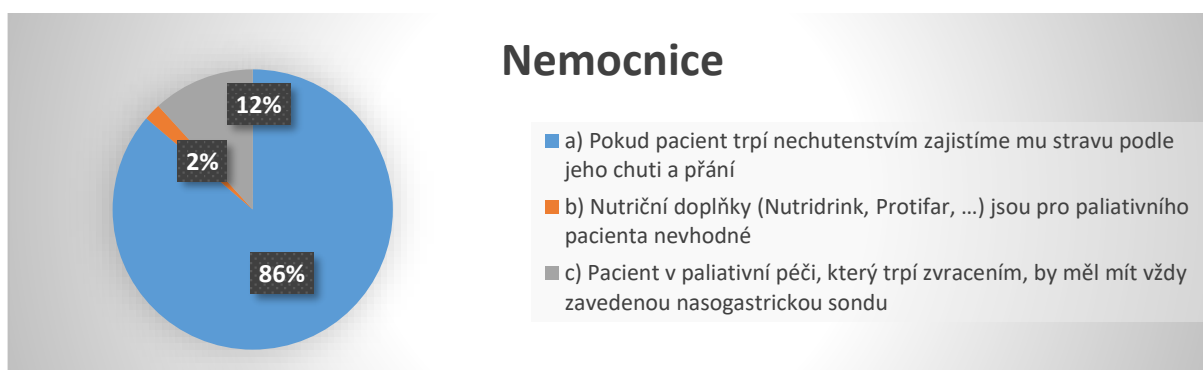
Zdroj: vlastní

Graf 25 Příjem stravy DpS



Zdroj: vlastní

Graf 26 Příjem stravy Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č.14 „Posud'te potřebu příjmu stravy u pacienta v paliativní péči?“

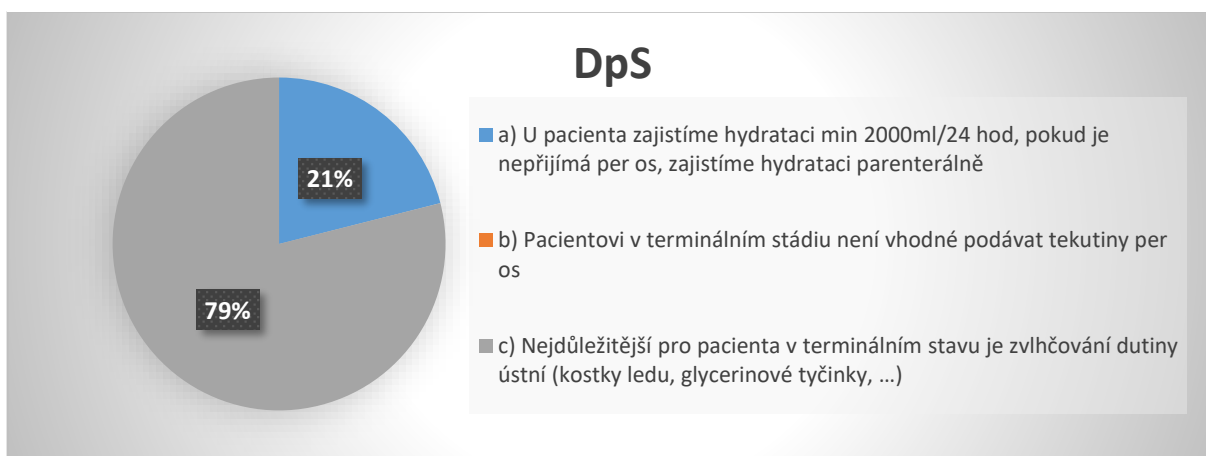
95% respondentů z DpS a 86% z nemocnice označilo správnou odpověď a) Pokud pacient trpí nechutenstvím zajistíme mu stravu podle jeho chuti a přání. 8 z dotazovaných, 2 z DpS a 6 z nemocnice označilo odpověď c) Pacient v paliativní péči, který trpí zvracením, by měl mít vždy zavedenou nasogastrickou sondu. Pouze jeden respondent z nemocnice označil b) Nutriční doplňky stravy jsou pro pacienta v paliativní péči nevhodné.

Tabulka 14 Příjem tekutin

15.	a)	b)	c)
DpS	8	0	30
Nemocnice	26	3	22
Celkem	34	3	52

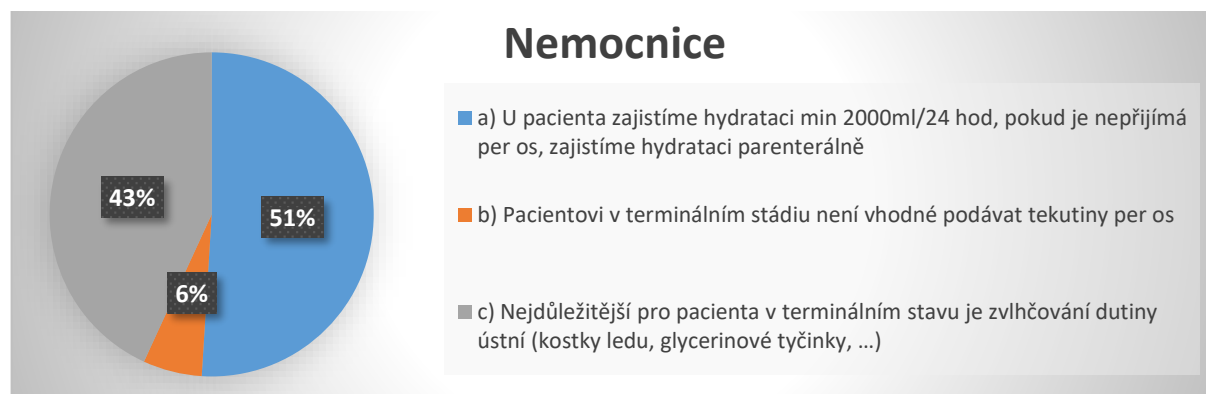
Zdroj: vlastní

Graf 27 Příjem tekutin DpS



Zdroj: vlastní

Graf 28 Příjem tekutin Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 15 „Posuďte potřebu příjmu tekutin u pacienta v paliativní péči.“

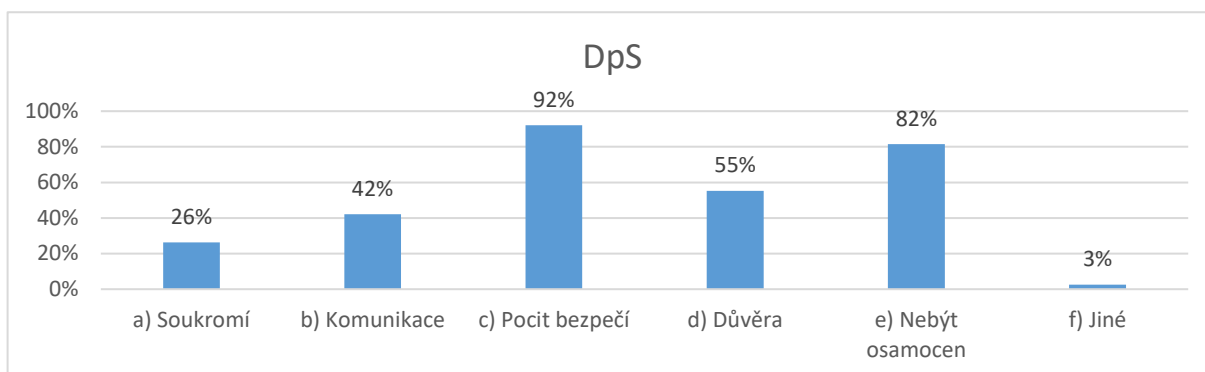
79% respondentů z domovů pro seniory a 43% z nemocnice označilo správně odpověď c) Nejdůležitější pro pacienta v terminálním stavu je zvlhčování dutiny ústní. Polovina respondentů z nemocnice 51% označilo za správnou odpověď a) U pacienta zajistíme hydrataci min 2000ml/24hod, pokud je nepřijímá per os, zajistíme hydrataci parenterálně. Pouze 3 z dotazovaných si myslí, že pacientovi v terminálním stádiu není vhodné podávat tekutiny per os.

Tabulka 15 Psychické potřeby

16.	a)	b)	c)	d)	e)	f)
DpS	10	16	35	21	31	1
Nemocnice	28	22	39	30	33	1
Celkem	38	38	74	51	64	2

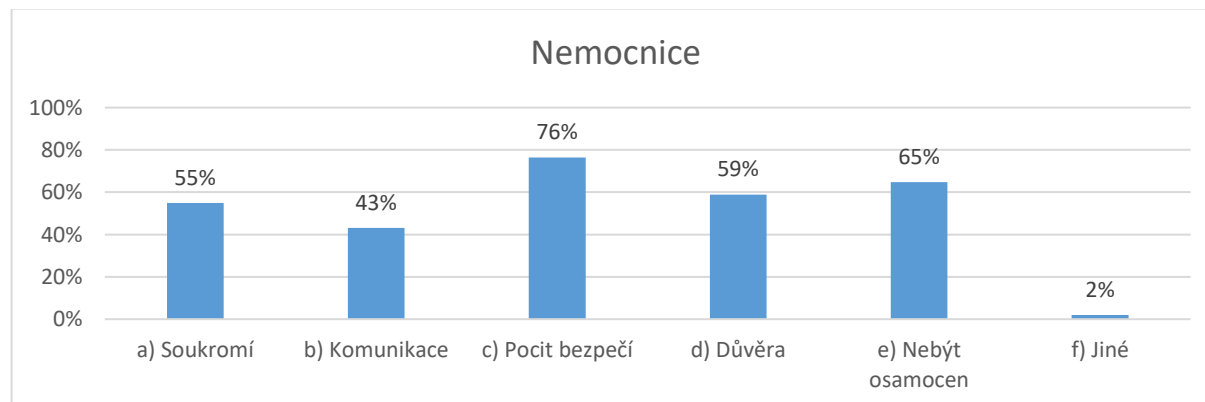
Zdroj: vlastní

Graf 29 Psychické potřeby DpS



Zdroj: vlastní

Graf 30 Psychické potřeby Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 16. „Jaké nejdůležitější psychické potřeby má pacient?“

Zde respondenti měli označit 3 potřeby, které oni považují za nejdůležitější. V domovech pro seniory sestry jako nejdůležitější označili pocit bezpečí 92%, nebýt osamocen 82% a důvěra 55%. Respondenti z nemocnice uvedli: pocit bezpečí 76%, nebýt osamocen 65% a důvěra 59%. Na pomyslném čtvrtém místě v DpS byla komunikace se 42% a v nemocnici soukromí s 55%. 2 respondenti označili odpověď f) Jiné, kde shodně uvedli přítomnost rodiny.

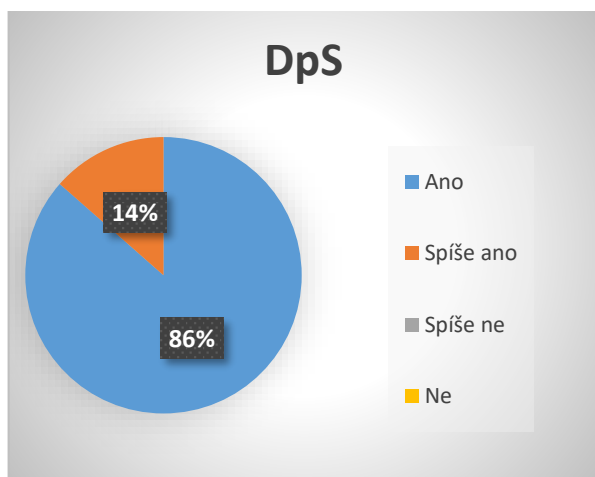


Tabulka 16 Považujete spirituální potřeby pacienta za důležité?

17.	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
DpS	32	5	0	0
Nemocnice	35	11	7	0
Celkem	67	16	7	0

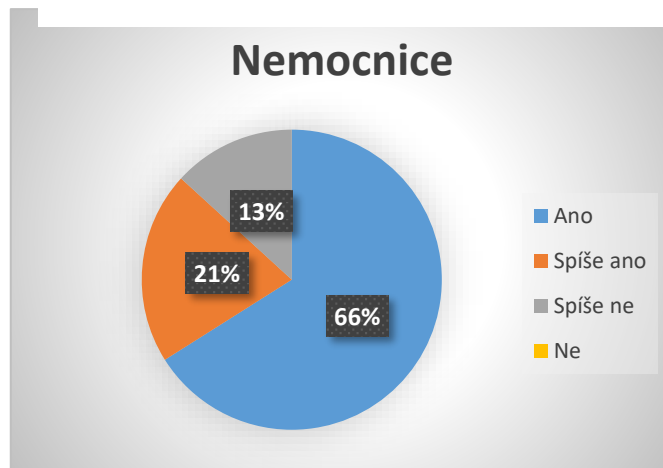
Zdroj: vlastní

Graf 31 Spirituální potřeby DpS



Zdroj: vlastní

Graf 32 Spirituální potřeby Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 17 „Považujete spirituální potřeby pacienta za důležité?“

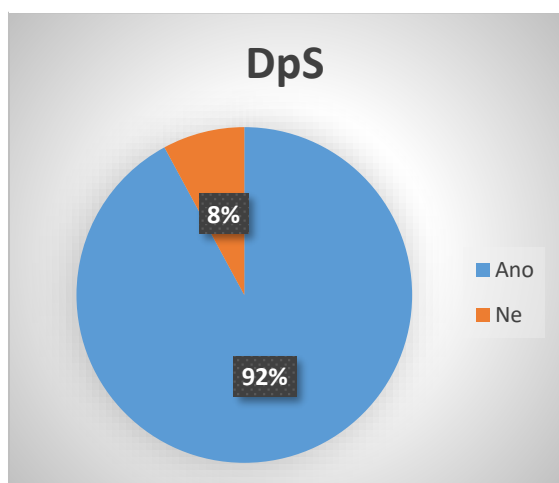
Jak je vidět z grafů č. 31 a 32 86% respondentů z domovů pro seniory a 66% z nemocnice považuje spirituální potřeby pacienta za důležité. 14% dotazovaných z DpS a 21% z nemocnice označilo odpověď b) Spíše ano. Pouze 7 dotazovaných z nemocnice spirituální potřeby pacienta za důležité spíše nepovažuje. Nikdo z dotazovaných neoznačil odpověď d) Ne.

Tabulka 17 Nabízíte pacientům duchovní podporu?

18.	Ano	Ne
DpS	35	3
Nemocnice	48	3
Celkem	83	6

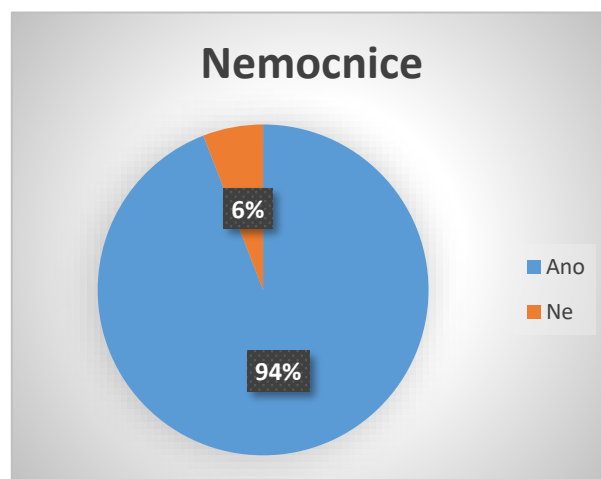
Zdroj: vlastní

Graf 33 Duchovní podpora DpS



Zdroj: vlastní

Graf 34 Duchovní podpora Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 18 „Nabízíte pacientům duchovní podporu? (kněze, řádovou sestru)“

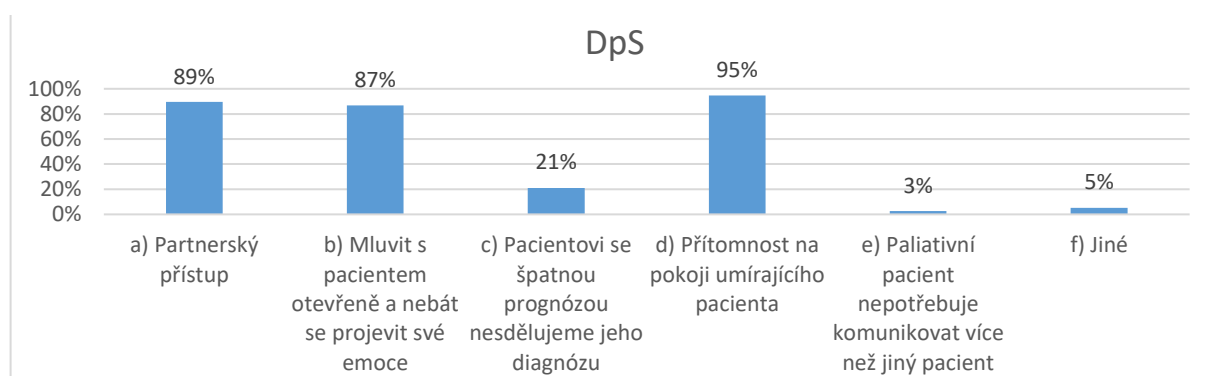
Z 38 dotazovaných z domovů pro seniory 35 duchovní podporu nabízí a 3 nenabízí. Z 51 respondentů z nemocnice 48 duchovní podporu nabízí a 3 ne.

Tabulka 18 Komunikace s pacientem v paliativní péči

19.	a)	b)	c)	d)	e)	f)
DpS	34	33	8	36	1	2
Nemocnice	46	39	8	44	14	2
Celkem	80	72	16	80	15	4

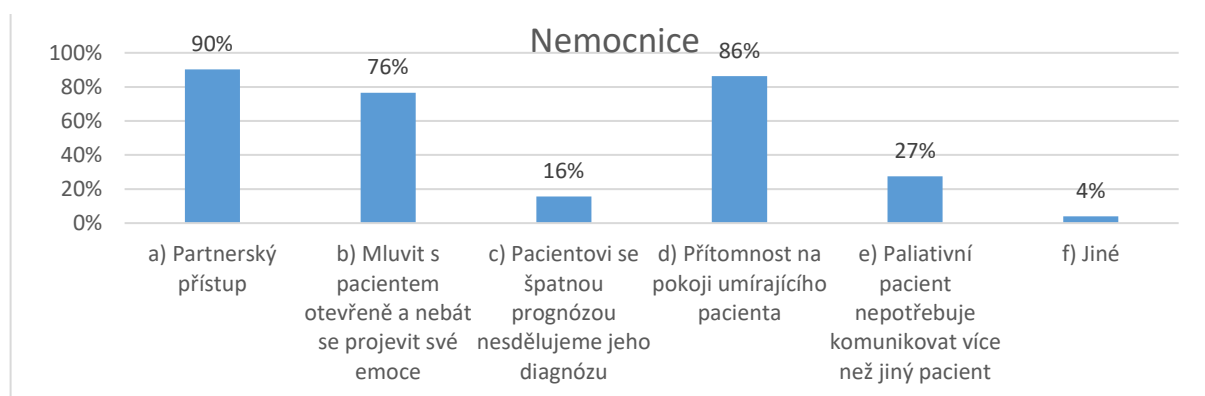
Zdroj: vlastní

Graf 35 Komunikace s pacientem DpS



Zdroj: vlastní

Graf 36 Komunikace s pacientem Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 19 „Co je důležité v komunikaci s pacientem v paliativní péči?“

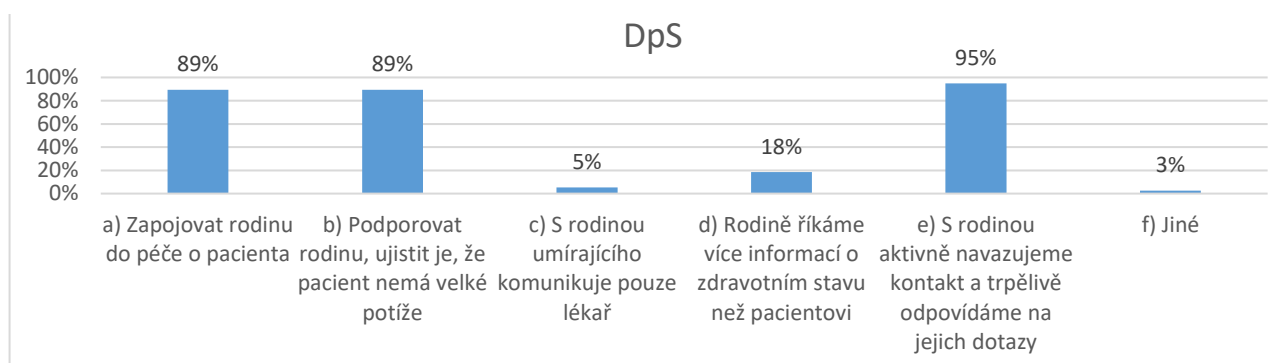
Respondenti měli označit 3 odpovědi, které považují za důležité. V DpS nejčastěji označili přítomnost na pokoji umírajícího 95%, partnerský přístup 89% a mluvit otevřeně 87%. V nemocnici nejčastěji označili partnerský přístup 90%, přítomnost na pokoji 86% a mluvit otevřeně 76%. 14 respondentů z nemocnice a 1 z DpS si myslí, že pacient v paliativní péči nepotřebuje komunikovat více než jiný pacient. 21% dotazovaných z DpS a 16% z nemocnice uvedlo, že pacientovi se špatnou prognózou nesdělujeme jeho diagnózu. 4 z respondentů označili f) Jiné, kde uvedli klidný přístup 3x a individuální péče o pacienta 1x.

Tabulka 19 Co je důležité v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta?

20.	a)	b)	c)	d)	e)	f)
DpS	34	34	2	7	36	1
Nemocnice	50	50	2	0	51	0
Celkem	84	84	4	7	87	1

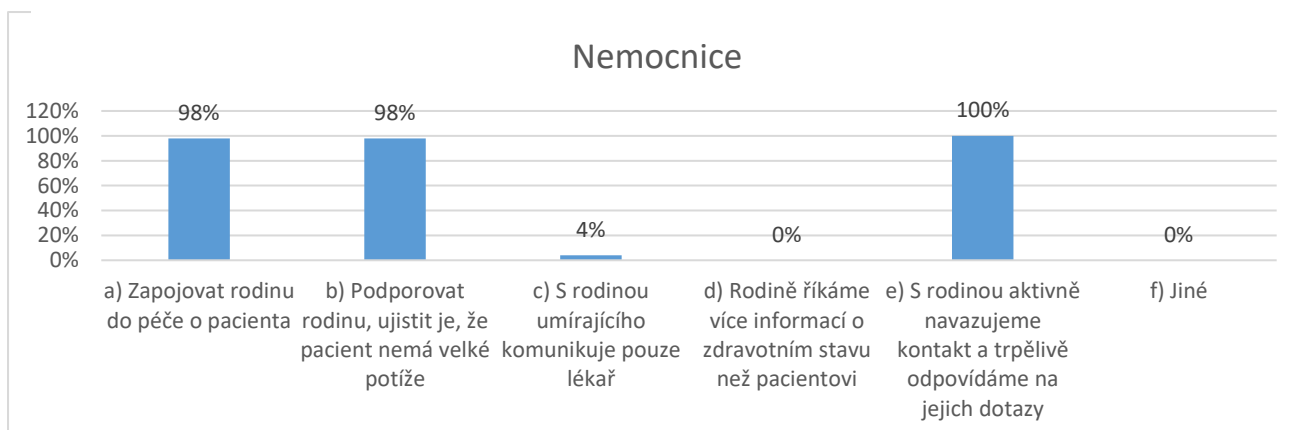
Zdroj: vlastní

Graf 37 Komunikace s rodinou DpS



Zdroj: vlastní

Graf 38 Komunikace s rodinou Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 20 „Co je důležité v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta?“

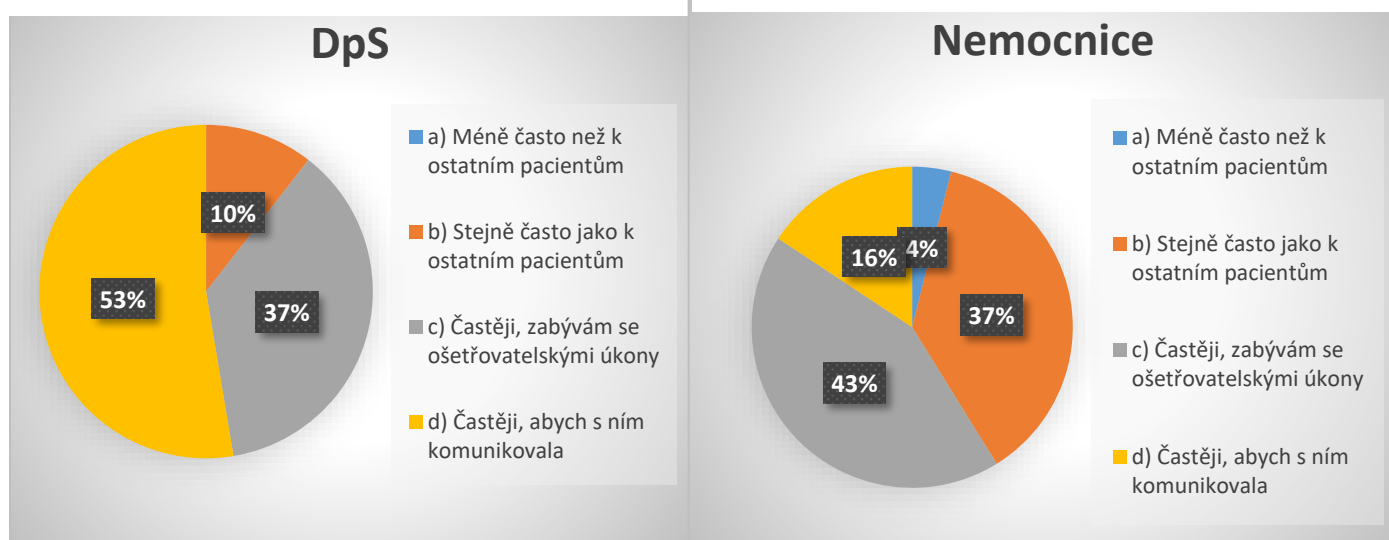
Zde měli respondenti též označit 3 odpovědi, které považují za důležité. V DpS to byli odpovědi e) S rodinou aktivně navazujeme kontakt a trpělivě odpovídáme na jejich dotazy 95%, odpověď a) Zapojovat rodinu do péče o pacienta a b) Podporovat rodinu, ujistit je, že pacient nemá velké potíže měli shodně 89%. V nemocnici všichni respondenti 100% označili odpověď e), 98% respondentů označilo a) a b). 18% dotazovaných z DpS si myslí, že rodině říkáme více informací o zdravotním stavu než pacientovi. Z celkového počtu 89 respondentů si 4 myslí, že s rodinou umírajícího komunikuje pouze lékař. 1 z dotazovaných z DpS označil odpověď f) Jiné, kde uvedl: s rodinou by měla být vyjasněna otázka o průběhu péče.

Tabulka 20 Jak často chodíte na pokoj umírajícího pacienta?

21.	a)	b)	c)	d)
DpS	0	4	14	20
Nemocnice	2	19	22	8
Celkem	2	23	36	28

Zdroj: vlastní

Graf 39 Jak často chodíte na pokoj umírajícího? DpS Graf 40 Jak často chodíte na pokoj umírajícího? Nemocnice



Zdroj: vlastní

Zdroj: vlastní

Otázka č. 21 „Jak často chodíte na pokoj umírajícího pacienta?“

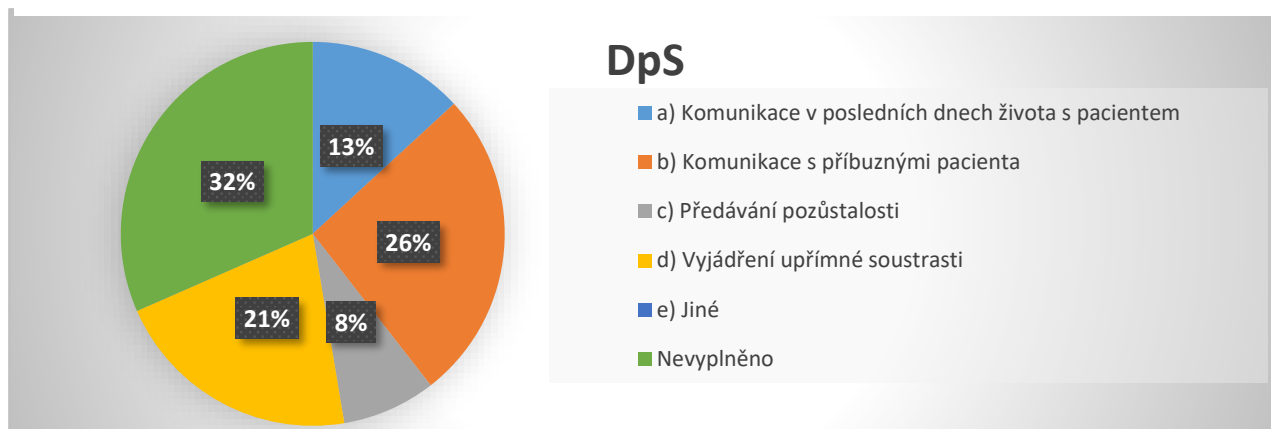
V grafech č. 39 a 40 jsou vidět rozdíly v názorech mezi respondenty z nemocnice a domovů pro seniory. V domovech pro seniory nejčtenější odpověď byla d) Častěji, abych s ním komunikovala 53%, v nemocnicích tuto odpověď označilo pouze 16% dotazovaných. Nejčtenější odpovědí v nemocnici byla c) Častěji, zabývám se ošetrovatelskými výkony (infuze, inj...) 43%, tuto odpověď v DpS vybralo 37% respondentů. Odpověď b) Stejně často jako k ostatním pacientům vybralo 37% respondentů z nemocnice a 10% z DpS. Odpověď a) Méně často než k ostatním pacientům vybrali pouze 2 respondenti z nemocnice.

Tabulka 21 Zažila jste situaci, ve které jste si nebyla jistá správným přístupem?

22.	a)	b)	c)	d)	e)	Nevyplněno
DpS	5	10	3	8	0	12
Nemocnice	8	21	5	4	0	13
Celkem	13	31	8	12	0	25

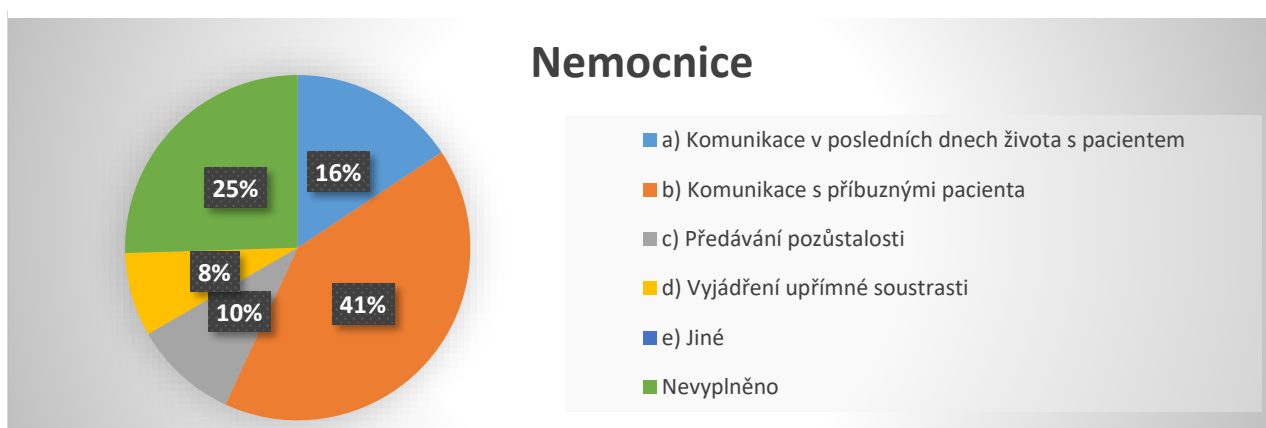
Zdroj: vlastní

Graf 41 Zažila jste situaci, ve které jste si nebyla jistá správným přístupem? DpS



Zdroj: vlastní

Graf 42 Zažila jste situaci, ve které jste si nebyla jistá správným přístupem? Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 22 „Zažila jste situaci, ve které jste si nebyla jistá správným přístupem?“

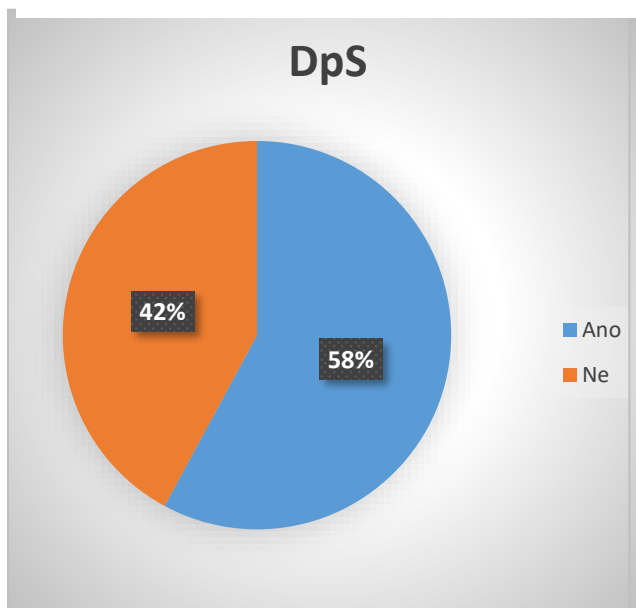
Na tuto otázku v dotaznících 12 respondentů z DpS a 13 z nemocnice vůbec neodpovědělo. Odpověď a) Komunikace v posledních dnech života s pacientem označilo 5 respondentů z DpS a 8 z nemocnice. Odpověď b) Komunikace s příbuznými pacienta zakroužkovalo 10 respondentů z DpS a 21 z nemocnice. Odpověď c) Předávání pozůstalosti označili 3 respondenti z DpS a 5 z nemocnice. Odpověď d) Vyjádření upřímné soustrasti zakroužkovalo 8 respondentů z DpS a 4 z nemocnice.

Tabulka 22 Absolvovali jste v posledních 5ti letech školení zaměřené na paliativní péči?

23.	Ano	Ne
DpS	22	16
Nemocnice	16	35
Celkem	38	51

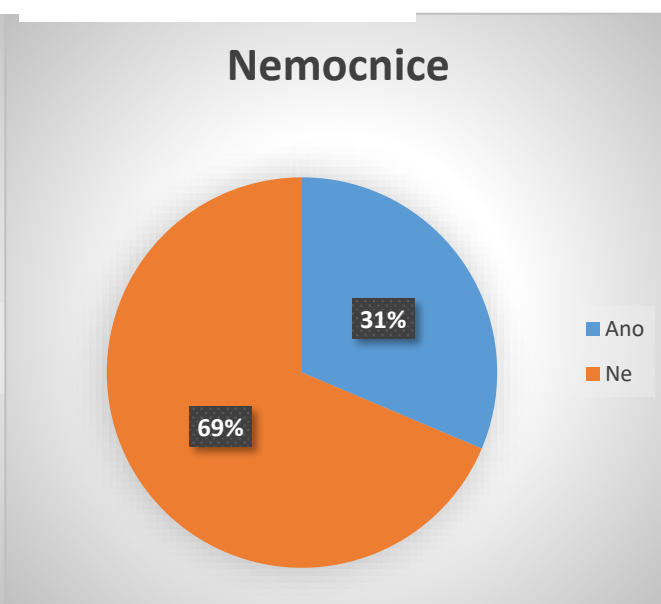
Zdroj: vlastní

Graf 43 Školení DpS



Zdroj: vlastní

Graf 44 Školení Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 23 „Absolvovali jste v posledních 5ti letech školení zaměřené na paliativní péči?“

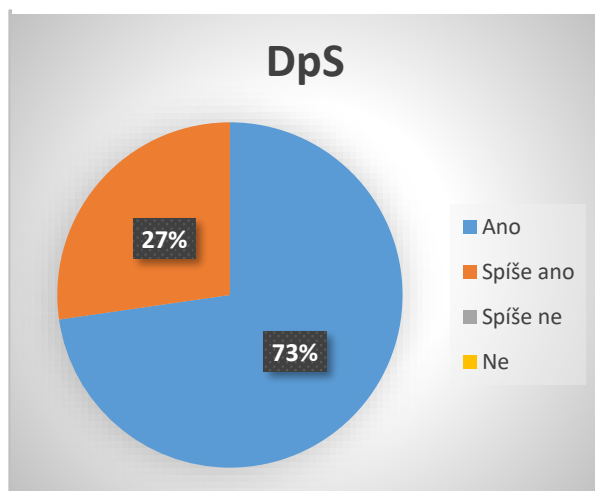
Školení zaměřené na paliativní péči v posledních 5ti letech absolvovalo 58% respondentů z domovů pro seniory a pouze 31% z nemocnice.

Tabulka 23 Bylo Vám školení přínosem?

24.	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
DpS	16	6	0	0
Nemocnice	15	1	0	0
Celkem	31	7	0	0

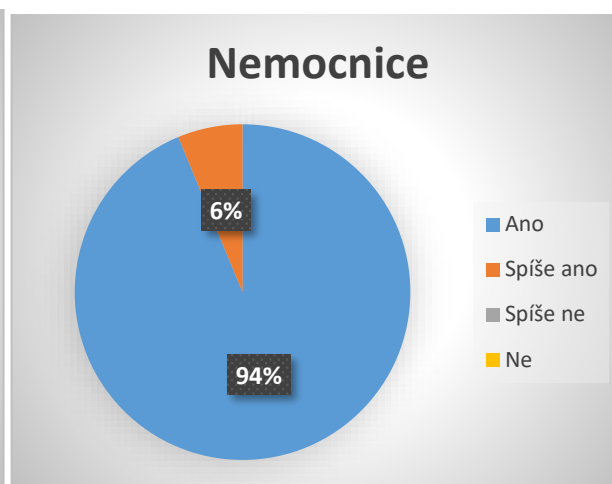
Zdroj: vlastní

Graf 45 Bylo Vám školení přínosem? DpS



Zdroj: vlastní

Graf 46 Bylo Vám školení přínosem? Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 24 „Pokud ano, myslíte si, že Vám školení bylo přínosem?“

Na otázku č. 24 odpovídali pouze ti, kteří na otázku č. 23 odpověděli ANO. Celkem to bylo 38 respondentů, 17 z DpS a 16 z nemocnice. Školení bylo přínosem pro 73% respondentů u DpS a 94% z nemocnice. Odpověď 'Spíše ano' zakroužkovalo 27% respondentů z DpS a 6% z nemocnice.

Otázka č. 25 „Pokud jste na otázku č. 24 neodpověděl/a ANO, co vám na školení chybělo, co byste na něm uvítala?“

Ze 7mi respondentů, kteří v otázce č. 24 neodpověděli ANO na otázku č. 25 odpověděli pouze 2. Jejich odpovědi byli: Více kazuistik, Jak lépe komunikovat s umírajícím pacientem.

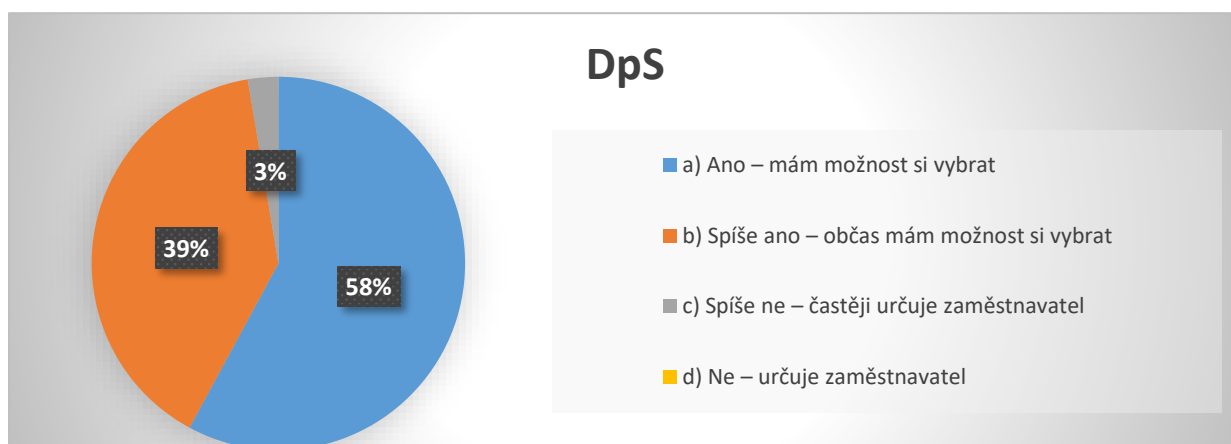


Tabulka 24 Možnosti vzdělávání

26.	a)	b)	c)	d)
DpS	22	15	1	0
Nemocnice	27	15	4	5
Celkem	49	30	5	5

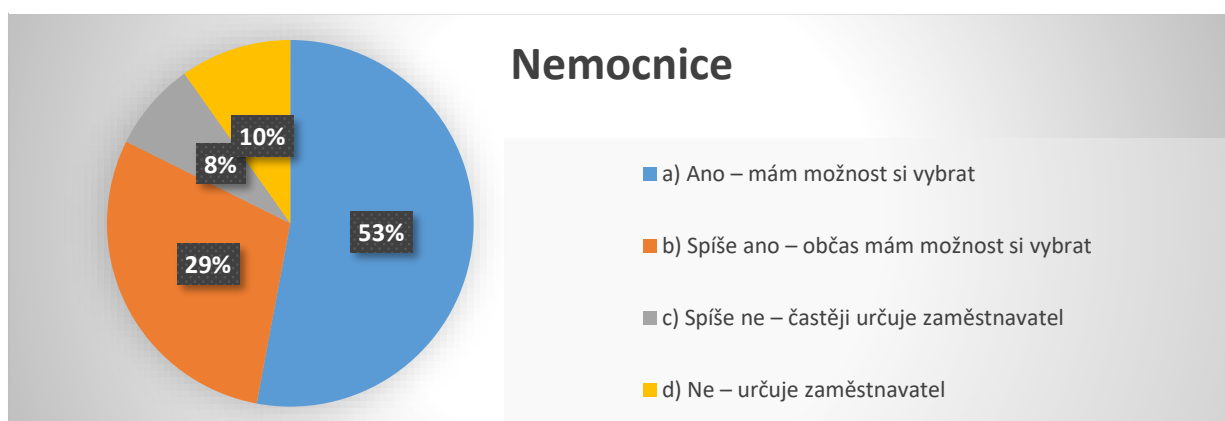
Zdroj: vlastní

Graf 47 Možnosti vzdělávání DpS



Zdroj: vlastní

Graf 48 Možnosti vzdělávání Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 26 „Máte možnost navrhnout zaměstnavateli oblast vzdělávání, která Vás zajímá?“

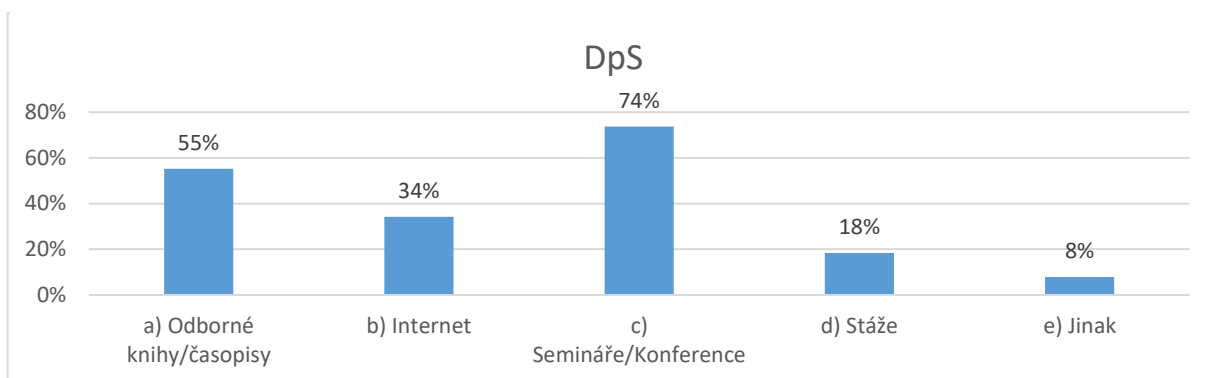
V domovech pro seniory možnost navrhnout zaměstnavateli oblast vzdělávání má 58% dotazovaných, občas si vybrat může 39% a častěji určuje zaměstnavatel 3% dotazovaných. V nemocnice oblast vzdělávání má možnost navrhnout 53% dotazovaných, občas si může vybrat 29%, spíše si nemůže vybrat 8% a 10% respondentů oblast vzdělávání určuje zaměstnavatel.

Tabulka 25 Samostatné vzdělávání

27.	a)	b)	c)	d)	e)
DpS	21	13	28	7	3
Nemocnice	19	31	46	2	3
Celkem	40	44	74	9	6

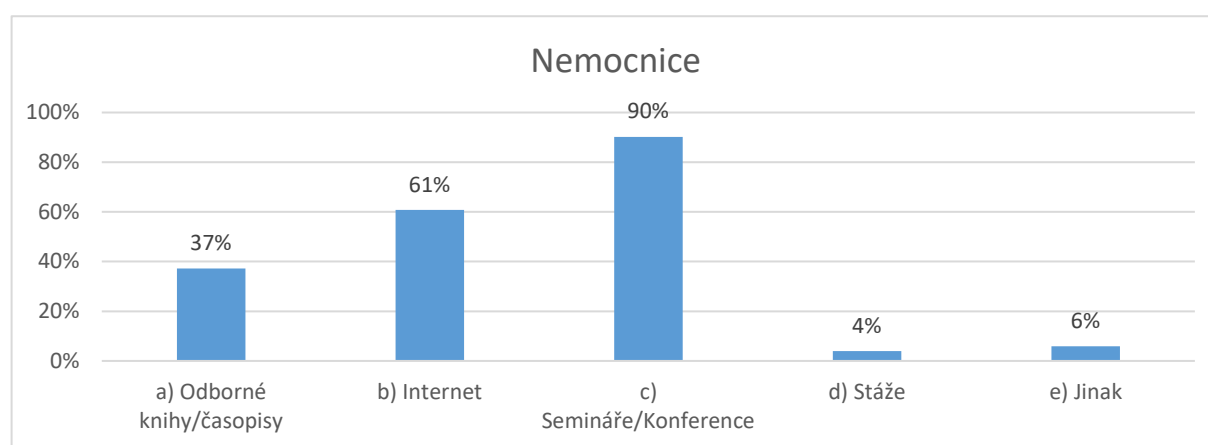
Zdroj: vlastní

Graf 49 Samostatné vzdělávání DpS



Zdroj: vlastní

Graf 50 Samostatné vzdělávání Nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka č. 27 „Z jakých zdrojů se samostatně vzděláváte?“

V domovech pro seniory se respondenti vzdělávají nejčastěji na seminářích a konferencích 74%, z odborných knih a časopisů 55%, z internetu 34%, na stáže chodí 18%. V nemocnici se respondenti nejčastěji vzdělávají na seminářích a konferencích 90%, z internetu 61%, z odborných knih a časopisů 37% a na stáže chodí 4% respondentů. 8% z DpS a 6% z nemocnice označilo jiný způsob vzdělávání, kde uváděli: Studium, Studium na VOŠ, Studium specializace.

## DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá velmi diskutovaným tématem paliativní péče a s ním spojenou problematikou umírání a smrti. V dnešní době je snaha o lepší informovanost zdravotníků i široké veřejnosti o poskytování paliativní péče, přesto zůstává v povědomí spousta tabu a mýtů o této oblasti. V práci je popsána ošetrovatelská péče o pacienta v paliativní péči, včetně komunikace s ním i jeho rodinou. V rámci práce probíhalo výzkumné šetření v podobě dotazníku, který jsem osobně rozdávala všeobecným sestřím na předem určených odděleních plzeňské Fakultní nemocnice a v daných domovech pro seniory.

Prvních 5 otázek dotazníku se věnovalo demografickým údajům o respondentech. V otázce č. 1 „Vaše pohlaví?“ byla identifikována skladba respondentů. V domovech pro seniory to bylo 92% žen a 8% mužů, v nemocnici pak 90% žen a 10% mužů. Druhá otázka „Kolik je Vám let?“ určovala stáří respondentů. V domovech pro seniory byly výsledky následující: do 25 let 7%, 26-35 let 20%, 36-45 let 24%, 46-55 let 20% a nad 56 let 29%. V nemocnici byly výsledky: do 25 let 20%, 26-35 let 31%, 36-45 let 21%, 46-55 let 16% a nad 56 let 12%. V DpS podle mého výzkumného šetření pracuje 49% všech sester starších 45 let, kdežto v nemocnici polovinu 51% tvoří sestry do 35 let. Otázka č. 3 „Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání“ zjišťovala s jakým vzděláním sestry v daném zařízení pracují. Překvapivě výsledky byly velmi podobné, v domovech pro seniory: středoškolské vzdělání 58%, vyšší odborné vzdělání 18%, vysokoškolské vzdělání 24%. V nemocnici: středoškolské 61%, vyšší odborné 16% a vysokoškolské 23%. Otázka č. 4 „V jakém zařízení pracujete?“ měli respondenti volit mezi domovem pro seniory a nemocnicí. Z celkových 89 respondentů v domově pro seniory pracuje 38 a v nemocnici 51 respondentů. Otázka č. 5 „Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?“ se zaměřovala na dobu, po kterou respondenti pracují v zařízení uvedeném v otázce č. 4. V domovech pro seniory pracuje do 5ti let 45% respondentů, 6-15 let 34%, 16-25 let 10% a více než 26 let 11%. V nemocnici pracuje do 5ti let 33% respondentů, 6-15 let 37%, 16-25 let 14% a více než 26 let 16%.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a porovnat informovanost všeobecných sester v nemocnici a domovech pro seniory v oblasti paliativní péče. K hlavnímu cíli se vztahovala výzkumná otázka č. 1 „Jsou všeobecné sestry z nemocnice lépe informované v oblasti paliativní péče než ty z domovů pro seniory?“ Z níže uvedených výsledků vyplývá, že mezi informovaností všeobecných sester z domovů pro seniory a z nemocnice v oblasti paliativní péče rozdíly jsou, ovšem jen minimální.

Dílčí cíl č. 1 „Zjistit, jestli všeobecné sestry znají základní rozdělení paliativní péče“ souvisel s výzkumnou otázkou č. 2 „Znají všeobecné sestry základní rozdělení paliativní péče?“. V dotazníku se k uvedenému cíli a výzkumné otázce vztahovaly otázky č. 6, 7 a 8. Na otázku č. 6 „Co je paliativní péče?“ správně odpovědělo 66% respondentů z DpS a 90% respondentů z nemocnice odpověď a) Komplexní péče o pacienta, jehož nemoc je léčena symptomaticky. Odpověď b) Péče o pacienta trpícího pouze onkologickým onemocněním označili 3% z DpS a 2% z nemocnice. Odpověď c) Celková péče o chronicky nemocného pacienta s kurativní léčbou označilo 31% z DpS a 8% z nemocnice. Na otázku č. 7 „Co je obecná paliativní péče?“ správně odpovědělo 89% z DpS a 92% z nemocnice odpověď c) Komplexní péče o nevyléčitelně nemocného pacienta, která je poskytována v každém zařízení bez ohledu na jeho specializaci. Odpověď a) Nadstandardní péče poskytována ve specializovaných zařízeních označilo 8% z DpS a 2% z nemocnice. Odpověď b) Standardní péče poskytována rodinám umírajících pacientů v sociálním zařízení označili 3% z DpS a 6% z nemocnice. Na otázku č. 8 „Kde je poskytována specializovaná paliativní péče?“ správně odpovědělo 79% z DpS a 67% z nemocnice b) Ve specializovaných zařízeních, která se paliativní péči věnují jako hlavní činnosti. Odpověď a) V každém zařízení, kde se vyskytují umírající pacienti označilo 21% z DpS a 33% z nemocnice. Odpověď c) V zařízení, kde pracuje speciálně vyškolený personál se specializací pro intenzivní péči neoznačil nikdo. Z odpovědí vyplývá, že téměř většina 90% respondentů z nemocnice umí správně definovat paliativní péči, v DpS to nedokázali ani tři čtvrtiny 66% dotazovaných. V obou zařízeních správně určili co je to obecná paliativní péče, ovšem kde je poskytována specializovaná paliativní péče vědělo v DpS 79% a v nemocnici 67% respondentů. Na základě těchto výsledků si troufám říci, že více než tři čtvrtiny všech všeobecných sester zná základní rozdělení paliativní péče.

Dílčí cíl č. 2 „Zjistit znalosti všeobecných sester v oblasti biologických potřeb pacienta v paliativní péči.“ související s výzkumnou otázkou č. 3 „Jaké mají všeobecné sestry znalosti biologických potřeb pacienta v paliativní péči?“ zkoumaný v dotazníkových otázkách č. 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15. V otázce č. 9 „Jaké potíže u pacienta v terminálním stádiu považujete za nejzávažnější?“ měli respondenti označit 5 potíží, které oni u pacienta v terminálním stádiu považují za nejdůležitější. V domovech pro seniory označily bolest 100%, strach ze smrti 71%, dekubity 66%, dehydratace 63%, ztížené polykání 55%, dušnost 55%, deprese 42%, nedostatečná výživa 29%, zácpa 8%, potíže se spánkem 8%, snížená glykémie 3%, nedoslýchavost a pocení 0%. V nemocnici označili bolest 94%, strach ze smrti 94%, dehydratace 59%, dekubity 57%, dušnost 55%, nedostatečná výživa 31%, potíže se spánkem 27%, ztížené polykání 25%,

zácpa 12%, nedoslýchavost, pocení a snížená glykémie 0%. Zjištěná data jsem porovnávala s literaturou a zjistila, o kolik se liší názor dotazovaných sester od odborné literatury. V nejčastěji označovaných odpovědích se s literaturou shodují, je to bolest, kterou podle Markové (2015) trpí 73% pacientů v paliativní péči a bezpochyby patří mezi nejvíce obtěžující potíže. Dále je to určitě strach ze smrti a s ním spojená úzkost, kterou Kabelka (2018) označil za jedním z nejčastějších problémů pacienta v paliativní péči, který prožívá až 70% pacientů. Dušností, kterou v dotazníku označilo 55% dotazovaných, podle Kabelky (2018) trpí 50-70% pacientů v paliativní péči a je považována za velmi nepříjemný problém, který často vyvolává úzkost. Naopak například poruchy spánku, které respondenti v dotazníku označili pouze v 8% v DpS a 27% v nemocnici jsou podle Kabelky (2018) přítomny u 70% pacientů v paliativní péči, a velice výrazně ovlivňují kvalitu života. Zácpa, kterou v dotazníku označili v DpS v 8% a v nemocnici v 12% , je podle Markové (2010) přítomna u 80% pacientů v paliativní péči a též je pro pacienta velmi nepříjemným problémem. Dehydratace je podle Slámy (2008) naopak velmi častá a u pacientů v posledních týdnech života naprosto normální a pro pacienta neobtěžující. Podobně je to s nedostatečnou výživou a dekubity, kdy dle Markové (2010) nedostatečný příjem stravy k terminální fázi onemocnění přirozeně patří a dekubity dle Slámy (2008) jsou sice častým problémem umírajícího pacienta, je však těžké zcela zabránit jejich vzniku a důležité je, aby pacientovi nezpůsobovali bolest či jiné potíže. V otázce č. 10 „Jaké biologické potřeby pacienta považujete za důležité?“ měli respondenti označit 3 biologické potřeby pacienta v paliativní péči, které považují za nejdůležitější. V domovech pro seniory označili tišení bolesti 95%, dýchání 76%, příjem tekutin 74%, potřebu odpočinku a spánku 34% a příjem stravy 21%. V nemocnici označili dýchání 88%, tišení bolesti 84%, příjem tekutin 59%, odpočinek a spánek 45% a příjem stravy 24%. Přesto, že v otázce č. 9 dušnost jako závažný problém v terminálním stádiu označilo pouze 55% respondentů, v otázce č. 10 je potřeba dýchání na pomyslném 1. a 2. místě. Překvapujícím faktem je, že 5% respondentů z DpS a celých 16% z nemocnice nepovažuje potřebu tišení bolesti za důležitou, přestože v předchozí otázce bolest za závažný problém považují ve 100% v DpS a 96% v nemocnici. V otázce č. 11 „Jaké tvrzení o dýchání je správné?“ 84% respondentů z DpS a 90% z nemocnice odpovědělo správně a) Mezi nejnejpříjemnější potíže pacienta patří dušnost, protože je spojena s výraznou obavou o vlastní život. 13% dotazovaných z DpS a 8% z nemocnice označilo odpověď c) Parenterální hydratace nemá v žádném případě nic společného s hlasitým chrčivým dýcháním pacienta v posledních dnech života, toto tvrzení vyvrací Marková (2010), která popisuje přímou úměru mezi neuváženou parenterální hydratací a chrčivým dýcháním na konci života. Zbylé 3% respondentů z DpS a 2% z nemocnice označili odpověď b) Podávání opiátů nemá vliv na kvalitu dýchání pacienta.

Na otázku č. 12 „Jak řešíte bolest v paliativní péči?“ odpovědělo 92% dotazovaných z DpS a 100% z nemocnice správně a) Bolest je vždy subjektivní a je nutné ji pacientovi vždy věřit a řešit ji. Dále 8 respondentů z domovů pro seniory odpovědělo c) Bolest řešíme až když ji na pacientovi pozorujeme. Odpověď b) Bolest nemá vliv na kvalitu života pacienta jako správnou neoznačil nikdo. Na otázku č. 13 „Jaké tvrzení o odpočinku a spánku je správné?“ odpovědělo správně 92% respondentů z DpS a 98% z nemocnice a) Pro pacienta v paliativní péči je odpočinek a spánek důležitý, měli bychom mu dopřát tolik odpočinku a spánku, kolik pacient potřebuje. 5% dotazovaných z DpS a 2% z nemocnice označili odpověď c) Není pro pacienta v paliativní péči tak důležitý jako pro akutně nemocného pacienta. Pouze 3% dotazovaných z DpS označili za správnou odpověď b) Nespavost u paliativního pacienta řešíme vždy podáním hypnotik. V otázce č. 14 „Posuďte potřebu příjmu stravy u pacienta v paliativní péči?“ označilo správnou odpověď a) Pokud pacient trpí nechutenstvím zajistíme mu stravu podle jeho chuti a přání 95% respondentů v DpS a 86% z nemocnice. Odpověď c) Pacient v paliativní péči, který trpí zvracením, by měl mít vždy zavedenou nasogastrickou sondu vybralo jako správnou 5% respondentů z DpS a 12% z nemocnice. Pouze 2% respondentů z nemocnice označili odpověď b) Nutriční doplňky jsou pro pacienta v paliativní péči nevhodné. V otázce č. 15 „Posuďte potřebu příjmu tekutin u pacienta v paliativní péči?“ správnou odpověď c) Nejdůležitější pro pacienta v terminálním stavu je zvlhčování dutiny ústní vybralo 79% respondentů z DpS a jen 43% z nemocnice. 21% dotazovaných z DpS a celých 51% z nemocnice označilo za správnou odpověď a) U pacienta zajistíme hydrataci min 2000ml/24 hod, pokud je nepřijímá per os, zajistíme hydrataci parenterálně. Z literatury je patrné, že příjem 2l za 24 hodin nemůžeme po umírajícím člověku vyžadovat, Marková (2010) dokonce uvádí, že mírná dehydratace může mít pro pacienta příznivý vliv na zmírnění otoků, ascitesu, apod.. Pouze 6% dotazovaných z nemocnice označilo odpověď b) Pacientovi v terminálním stádiu není vhodné podávat tekutiny per os, Marková (2010) uvádí, že i pacientovi v terminálním stádiu nemoci, když má žízeň, je vhodné podávat tekutiny per os. Dílčí cíl č. 2 se mi povedlo splnit, zjistila jsem, jak jsou všeobecné sestry informované v oblasti paliativní péče. Dle výsledků měli respondenti problém určit důležitá a závažná potíže u pacientů. V otázkách týkajících se jednotlivých potřeb si respondenti vedli velmi dobře a ve více než 80% označili správnou odpověď. Pouze v otázce příjmu tekutin pacienta v paliativní péči označilo správnou odpověď 79% respondentů z DpS a 43% z nemocnice. Potřebou hydratace se zabýval i Sláma (2008), který uvádí, že podávání tekutin je chápáno jako základní projev kvalitní péče o člověka a nepodávání dostatečného množství tekutin může vést až k úzkosti a pocitu selhání péče, jak u rodiny umírajícího, tak pečujícího

personálu. Možná proto tolik sester vnímá příjem tekutin i v paliativní péči jako základ, i za cenu zavedení invazivního vstupu.

Dílčí cíl č. 3 „Zjistit znalosti všeobecných sester v oblasti psychických potřeb pacienta v paliativní péči“ souvisí s výzkumnou otázkou č. 4 „Jaké mají všeobecné sestry znalosti v oblasti psychických potřeb pacienta v paliativní péči?“ v dotazníku souvisí z otázkami č. 16, 17, 18,19 ,které byly doplněny otázkami č. 20, 21 a 22. V otázce č. 16 „Jaké nejdůležitější psychické potřeby má pacient?“ měli respondenti označit 3 potřeby, které podle nich jsou nejdůležitější. V domovech pro seniory označili pocit bezpečí 92%, nebýt osamocen 82%, důvěra 55%, komunikace 42%, soukromí 26% a jiné 3% - přítomnost rodiny. V nemocnici označili pocit bezpečí 76%, nebýt osamocen 65%, důvěra 56%, soukromí 55%, komunikace 43% a jiné 2% - přítomnost rodiny. Každá z uvedených potřeb je dle literatury pro pacienta v paliativní péči důležitá, lze jen těžko hodnotit, která z nich je důležitější. Osobně myslím, že důležitost psychických potřeb závisí hlavně na aktuálním stavu pacienta a na tom, co mu v daný okamžik chybí, právě to pro něj bude důležité. Na otázku č. 17 „Považujete spirituální potřeby pacienta za důležité?“ odpovědělo 86% respondentů z DpS a 66% z nemocnice, že ano. Spíše ano odpovědělo 14% dotazovaných z DpS a 21% z nemocnice. Pouze 13% respondentů z nemocnice odpověděli spíše ne. Na otázku č. 18 „Nabízíte pacientům duchovní podporu? (kněze, řádovou sestru)“ odpovědělo 92% respondentů z DpS a 94% z nemocnice, že ano, 8% dotazovaných z DpS a 6% z nemocnice odpovědělo ne. Dle Svatošové (2011) by se v paliativní péči měla duchovní podpora nabízet všem pacientům, i těm nevěřícím, protože ke konci života se někteří ateisté obracejí k víře. V otázce č. 19 „Co je důležité v komunikaci s pacientem v paliativní péči?“ měli respondenti vybrat 3 pravdivá tvrzení. V domovech pro seniory označili přítomnost na pokoji umírajícího pacienta 95%, partnerský přístup 89%, mluvit s pacientem otevřeně a nebát se projevit své emoce 87%, pacientovi se špatnou prognózou nesdělujeme jeho diagnózu 21%, paliativní pacient nepotřebuje komunikovat více než jiný pacient 3% a jiné 5% - klidný přístup, individuální péče o pacienta. V nemocnici označili partnerský přístup 90%, přítomnost na pokoji umírajícího pacienta 86%, mluvit s pacientem otevřeně a nebát se projevit své emoce 76%, paliativní pacient nepotřebuje komunikovat více než jiný pacient 27%, pacientovi se špatnou prognózou nesdělujeme jeho diagnózu 16% a jiné 4% - 2x klidný přístup. Odpověď a), b), d) považuji za správné, c) a e) bych označila jako chybné, každý pacient má téměř v každém případě právo na informace týkající se jeho zdravotního stavu. Komunikace je nedílnou součástí paliativní péče, i když je pravdou, že ne každý pacient chce v každé situaci komunikovat. V otázce č. 20 „Co je důležité v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta?“ měli též

respondenti označit 3 správná tvrzení. V DpS vybrali, že s rodinou aktivně navazujeme kontakt a trpělivě odpovídáme na jejich dotazy 95%, zapojovat rodinu do péče o pacienta 89%, podporovat rodinu, ujistit je, že pacient nemá velké potíže 89%, rodině říkáme více informací o zdravotním stavu než pacientovi 18%, s rodinou umírajícího komunikuje pouze lékař 5% a jiné 3% - s rodinou by měla být vyjasněna otázka o průběhu péče. V nemocnici označili že s rodinou aktivně navazujeme kontakt a trpělivě odpovídáme na jejich dotazy 100%, zapojovat rodinu do péče o pacienta 98%, podporovat rodinu, ujistit je, že pacient nemá velké potíže 98%, s rodinou umírajícího komunikuje pouze lékař 4%, rodině říkáme více informací o zdravotním stavu než pacientovi 0%. Za správné byly považovány odpovědi a), b) a e). Na otázku č. 21 „Jak často chodíte na pokoj umírajícího?“ odpovědělo a) Méně často než k ostatním pacientům 4% respondentů z nemocnice, b) Stejně často jako k ostatním pacientům 10% respondentů z DpS a 37% z nemocnice, c) Častěji, zabývám se ošetrovatelskými úkony 37% respondentů z DpS a 43% z nemocnice, d) Častěji, abych s ním komunikovala 53% respondentů z DpS a 16% z nemocnice, tady se názor sester z nemocnice a z domovů pro seniory značně rozcházejí. Na otázku č. 21 „Zažila jste situaci, ve které jste si nebyla jistá správným přístupem?“ 32% respondentů z DpS a 25% z nemocnice vůbec neodpovědělo, neoznačili žádnou z uvedených odpovědí a ani nenapsali vlastní negativní zkušenost. Komunikaci v posledních dnech života s pacientem označilo 13% z DpS a 16% z nemocnice, komunikaci s příbuznými pacienta označilo 26% z DpS a 41% z nemocnice, předání pozůstalosti vybralo 8% z DpS a 10% z nemocnice a vyjádření upřímné soustrasti označilo 8% z DpS a 21% z nemocnice. Nejtěžší je tedy pro sestry komunikace s příbuznými pacienta, za povšimnutí však stojí i fakt, že v nemocnici tuto odpověď označilo 41% dotazovaných, ale v DpS jen 26%. Myslím, že je to tím, že v domovech pro seniory se více komunikuje s rodinou po celou dobu pobytu pacienta v zařízení. Celkově v DpS pacient stráví delší dobu (i roky), tedy personál má více příležitostí navázat s rodinou kontakt, vybudovat si s nimi vztah a navázat důvěru než v nemocnici. Z toho důvodu se domnívám, že je pro sestry z domovů pro seniory lehčí komunikovat s rodinnými příslušníky než pro sestry z nemocnice.

Dílčí cíl č. 4 „Zjistit, jak se všeobecné sestry vzdělávají v oblasti paliativní péče.“ souvisí s výzkumnou otázkou č. 5 „Jak se všeobecné sestry vzdělávají v oblasti paliativní péče?“ a v dotazníku zahrnuje otázky č. 23, 24, 25, 26 a 27. Na otázku č. 23 „Absolvovali jste v posledních 5ti letech školení zaměřené na paliativní péči?“ 58% respondentů z DpS a 31% z nemocnice odpovědělo Ano, zbylých 42% respondentů z DpS a 69% z nemocnice odpovědělo Ne. Vzhledem k tomu, že v nemocnici dotazníkové šetření probíhalo na odděleních, kde se



umírající pacienti běžně vyskytují, předpokládala bych, že za dobu 5ti let se v této oblasti bude vzdělávat více než uvedených 31% respondentů. Na otázku č. 24 „Pokud ano (absolvovala jste v posledních 5ti letech školení), myslíte si, že Vám školení bylo přínosem?“ odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce odpověděli ano, to bylo celkem 38 respondentů, z toho 17 z DpS a 16 z nemocnice. Školení bylo přínosem pro 73% respondentů z DpS a 94% z nemocnice. 27% respondentů z DpS a 6% z nemocnice označilo odpověď spíše ano. Nikdo z těch, kteří se nějakého školení účastnili, neoznačili odpověď ne nebo spíše ne. Na otázku č. 25 „Pokud jste na otázku č 24 neodpověděla ano, co Vám na školení chybělo, co byste na něm uvítala?“ ze 7mi respondentů, kteří na předchozí otázku neodpověděli ano, odpověděli pouze 2 dotazovaní. 1 respondent z DpS by uvítal více kazuistik a 1 respondentovi z nemocnice chybělo více informací o komunikaci s umírajícím pacientem. V otázce č. 26 „Máte možnost navrhnout zaměstnavateli oblast vzdělávání, která Vás zajímá“ jsem se dozvěděla, že uvedenou možnost má 58% respondentů z DpS a 53% z nemocnice, Občas navrhnou téma vzdělávání může 39% dotazovaných z DpS a 29% z nemocnice. Odpověď spíše ne – častěji určuje zaměstnavatel označili 3% respondentů z DpS a 8% z nemocnice. Odpověď ne - určuje zaměstnavatel označilo 10% dotazovaných z nemocnice. V otázce č. 27 „Z jakých zdrojů se samostatně vzděláváte?“ respondenti označovali více než jednu odpověď. Nejoblíbenější formou samostatného vzdělávání jsou semináře/konference u 74% respondentů v DpS a 90% v nemocnici. Dále jsou to odborné knihy a časopisy u 55% respondentů v DpS a 37% v nemocnici, internet označilo 34% respondentů z DpS a 61% z nemocnice, stáže označilo 18% dotazovaných z DpS a 4% z nemocnice. 8% respondentů z DpS a 6% z nemocnice vybralo odpověď jinak, kde uvedli studium, studium na VOŠ a studium specializace. Dílčí cíl č. 4 se mi podařilo splnit, zjistila jsem, jak se všeobecné sestry samostatně vzdělávají, že více než polovina si může u zaměstnavatele vybrat, kterých kurzů či seminářů se bude účastnit.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila přiblížit stále aktuálnější a velmi diskutované téma paliativní péče a s ní spojenou problematiku umírání a smrti. Zaměřila jsem se na zmapování péče o umírajícího pacienta, jeho potíže a potřeby. Doprovázení umírajících je velkou zkušeností pro pečující personál i pro rodinu pacienta, která v doprovázení hraje velkou roli a jejich přítomnost v paliativní péči je nezastupitelná.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a porovnat informovanost všeobecných sester z Fakultní nemocnice a z domovů pro seniory v Plzni v oblasti paliativní péče, zmapovat jejich znalosti ohledně potřeb a potíží pacienta v paliativní péči a zjistit jakým způsobem se v dané oblasti vzdělávají. Cíl bakalářské práce se podařilo splnit

V teoretické části práce jsem popsala základní pojmy týkající se umírání a smrti. Dále jsem se zabývala paliativní péčí, jejím rozdělením a možnosti jejího poskytování, jednotlivými potížemi a potřebami. Několik kapitol jsem také věnovala komunikaci jak s pacientem, tak s jeho rodinou. Snažila jsem se jednotlivé kapitoly řadit tak, aby na sebe logicky navazovaly. V praktické části práce jsem mapovala a porovnávala informovanost sester v jednotlivých oblastech a potížích, které pacienta v paliativní péči často tíží. Dále jsem zjišťovala, jak se sestry informují o dané problematice a jaké mají možnosti vzdělávání.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že rozdíly mezi informovaností všeobecných sester z nemocnice a sester z domovů pro seniory v oblasti paliativní péče jsou minimální. Pouze v otázce týkající se příjmu tekutin u pacienta v paliativní péči se názory rozcházely, kdy v nemocnici si více než polovina sester myslí, že pokud pacient v paliativní péči není schopen per os přijmout 2000ml tekutin za 24 hod, zajistíme hydrataci parenterálně. Velký rozdíl v četnosti odpovědí mezi DpS a nemocnicí dále by v otázce, kde jsem se ptala, jak často dotazovaný chodí na pokoj nemocného, kdy téměř polovina respondentů z nemocnice chodí na pokoj umírajícího častěji, protože se věnuje ošetrovatelským úkonům.

Celkem mě překvapilo že školení ohledně paliativní péče se v posledních 5ti letech zúčastnilo jen necelá polovina 43% všech dotazovaných, přestože dotazníkové šetření pobíhalo tam, kde se umírající běžně vyskytují. Přijde mi škoda, že sestry nejeví větší zájem o tak aktuální téma.

Jako výstup do praxe jsem vytvořila brožuru Paliativní péče pro pečující (viz Příloha č. 9), která obsahuje diskutované potíže pacienta v paliativní péči.

## SEZNAM LITERATURY

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4

DE SOUZA, Joanna. a Annie. PETTIFER. *End-of-life nursing care: a guide for best practice*. Los Angeles: SAGE, 2013. 203 s. ISBN 978-0-85702-548-7

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 30 s. ISBN 978-80-904668-9-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3

HIRT, Miroslav a František VOREL. *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2016. 240 s. ISBN 978-80-247-5680-6

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 341 s. ISBN 978-80-204-5049-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota, 2012. 248 s. ISBN 978-80-7462-145-1

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. 216 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7

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

MIŠINOVÁ, Mariana. *Ošetrovatelstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2016. 105 s. ISBN 978-80-210-8433-9

NIEDERMANN, Eva, Claudia PFLUGSHAUPT, Heinz RÜEGGER a Beatrice SCHÄR. *Paliatívni péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. 73 s. ISBN 978-80-906320-3-5

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliatívni péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. 324 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2

SLÁMA, Ondřej, Josef DRBAL a Ludmila PLÁTOVÁ. *Umřít doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 78 s. Laická péče. ISBN 978-80-254-2788-0

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliatívni medicína pro praxi. 2., nezměn. vyd.* Praha: Galén, c2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0

STIBOROVÁ, Denisa a Jiří FREI. *Paliatívni péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa, 2018. 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1

ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada, 2012. 437 s. ISBN 978-80-247-3594-8

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. 144 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8

VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, [2018]. 271 s. Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č.1.....Charta práv umírajících
- Příloha č. 2 .....Klasifikace potřeb podle Masllowa
- Příloha č. 3.....Visuální analogová škála bolesti
- Příloha č. 4.....Záznam 24 hodinové monitorace bolesti
- Příloha č. 5.....Predilekční místa pro vznik dekubitů
- Příloha č. 6.....Možnost polohování dle bazální stimulace
- Příloha č. 7.....Dotazník: Paliativní péče pohledem ošetřovatelství
- Příloha č. 8.....Povolení sběru informací ve FN Plzeň
- Příloha č. 9.....Brožura Paliativní péče pro pečující

# PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Charta práv umírajících

## Charta práv umírajících

**Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999**

**"O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících."**

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

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel. V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám 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

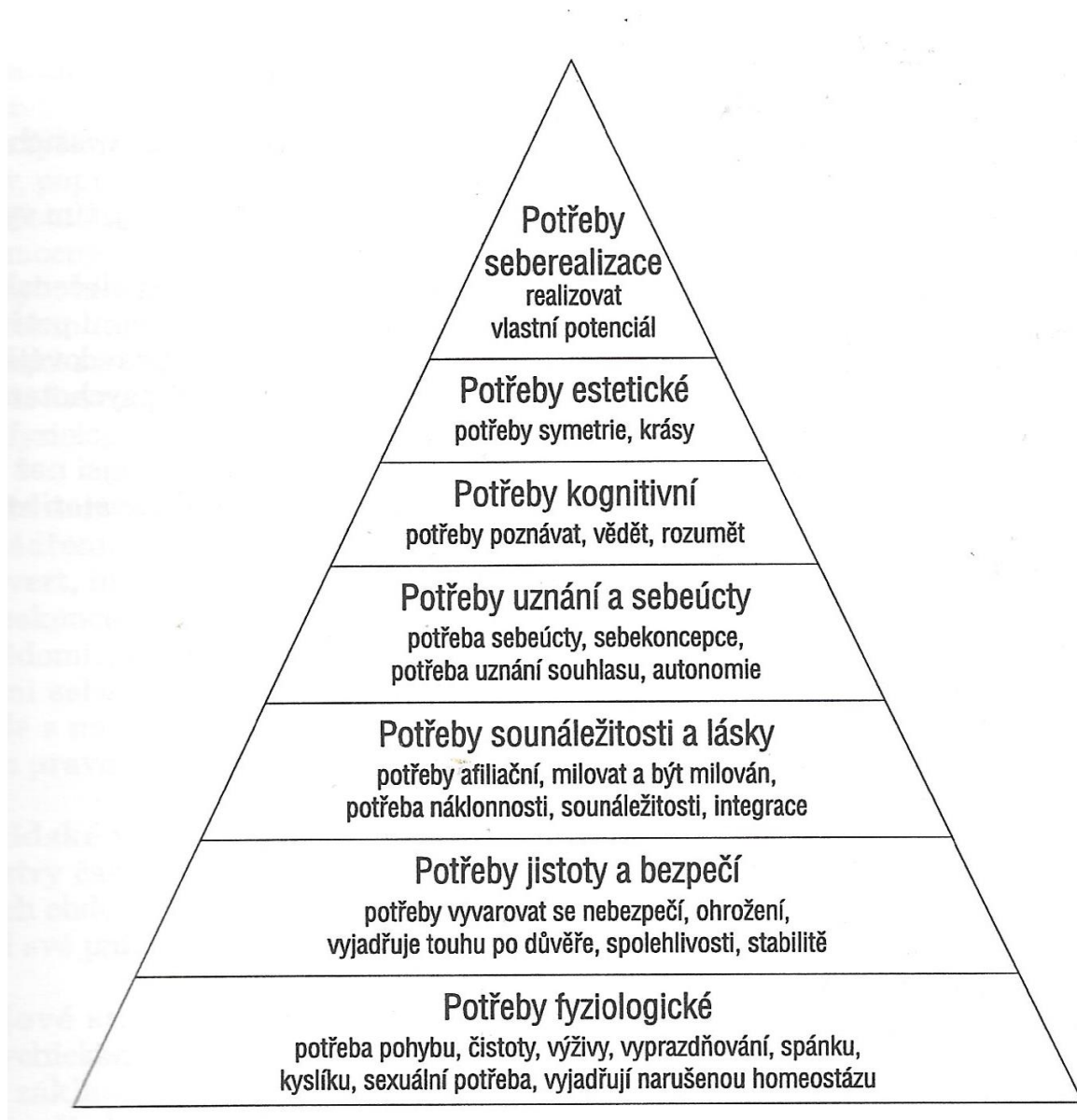


- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
  - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (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, ošetřovatelskou 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 seburčení 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 pořízení nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné

společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání 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
- Zdroj: <https://www.ikem.cz/cs/charta-prav-umirajicich/a-830/>

- Příloha č. 2 Klasifikace potřeb podle Maslowa



Zdroj: Trachtová, 2013, s. 15)

-

## Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 10, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



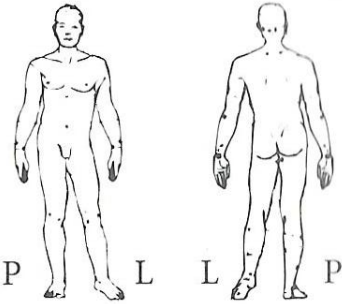
Zdroj: <https://www.homolka.cz/pro-pacienty/11610-informace-o-hospitalizaci/11611-nemusi-site-snaset-bolest/>

Příloha č.4 Záznam 24 hodinové monitorace bolesti

24hodinové monitorování bolesti od 25.4 do 26.4. 1. den pobytu														
bolest	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08	10	12	charakter
5 nesnesitelná											■			tupá 1
4 krutá			■		■	S		S		■		■		bodavá 2
3 silná						P	■	P				■		křečovitá 3
2 nepříjemná		■		■		Í		Í		■				vystřelující 4
1 mírná	■	■	■							■			■	svíravá 5
0 žádná	■													neuralgická 6
														neurčitá 7

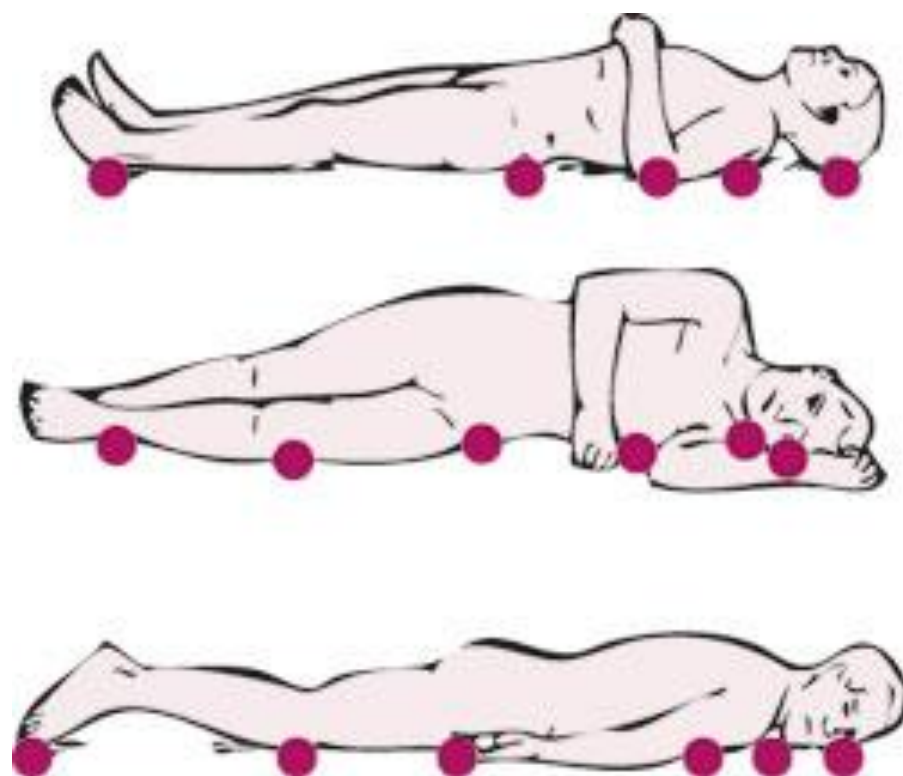
medikace v průběhu monitorování:  
 MO 1 ml ve 12:00, 16:00, 20:00, 24:00, 4:00 a 8:00  
 kontinuálně pumpou od 9:00 10 ml MO/24 hod.

■ – bolest zad a pravé horní končetiny  
 □ – bolest hlavy  
 (vyznačí se na vedlejší postavě)



Zdroj: Marková, 2010, s. 98

*Příloha č. 5 Predilekční místa pro vznik dekubitů*



Zdroj: <https://www.cuddle-buddy.cz/index.php?detail=10>

*Příloha č. 6 Možnost polohování dle bazální stimulace*



*Zdroj: Friedlová, 2015, s. 21)*

## **Dotazník: Paliativní péče pohledem ošetřovatelství**

### **Dobry den, vážení respondenti**

Jmenuji se Barbora Láryšová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií ZČU, oboru Všeobecná sestra. Obracím se na vás s prosbou o spolupráci při realizaci praktické části mé bakalářské práce na téma paliativní péče pohledem ošetřovatelství. Výzkumné šetření je zaměřeno na zjištění a porovnání informovanosti sester v nemocnici a v domovech pro seniory v Plzni v oblasti paliativní péče. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity výhradně pro potřeby bakalářské práce. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte 1 odpověď.

1. Vaše pohlaví?
  - a) Muž
  - b) Žena
  
2. Kolik je Vám let?
  - a) Do 25 let
  - b) 26 – 35 let
  - c) 36 – 45 let
  - d) 46 – 55 let
  - e) Nad 56 let
  
3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) Středoškolské
  - b) Vyšší odborné
  - c) Vysokoškolské
  
4. Kde pracujete?
  - a) V nemocnici
  - b) V domově pro seniory
  
5. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?
  - a) do 5ti let
  - b) 6-15 let
  - c) 16-25 let
  - d) více než 26let



6. Co je paliativní péče?
- Komplexní péče o pacienta, jehož nemoc je-léčena symptomaticky
  - Péče o pacienta trpícího pouze onkologickým onemocněním
  - Celková péče o chronicky nemocného pacienta s kurativní léčbou
7. Co je obecná paliativní péče?
- Nadstandardní péče poskytovaná ve specializovaných zařízeních
  - Standardní péče poskytovaná rodinám umírajících pacientů v sociálním zařízení
  - Komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta, která je poskytována v každém zařízení bez ohledu na jeho specializaci
8. Kde je poskytována specializovaná paliativní péče?
- V každém zařízení, kde se vyskytují umírající pacienti
  - Ve specializovaných zařízeních, která se paliativní péči věnují jako hlavní činnosti
  - V zařízení, kde pracuje personál se specializací pro intenzivní péči
9. Jaké potíže u pacientů v terminálním stádiu považujete za nejzávažnější? (zakroužkujte 5, které Vy považujete za důležité)
- |                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| a) Bolest            | h) Deprese              |
| b) Ztížené polykání  | i) Dekubity             |
| c) Nedslychavost     | j) Dušnost              |
| d) Strach ze smrti   | k) Pocení               |
| e) Zácpa             | l) Snížení glykémie     |
| f) Dehydratace       | m) Nedostatečná výživa  |
| g) Potíže se spánkem | n) Jiné (doplňte) ..... |
10. Jaké biologické potřeby jsou pro pacienta důležité? (zakroužkujte 3, které Vy považujete za důležité)
- Dýchání
  - Odpočinek a spánek
  - Příjem tekutin
  - Příjem stravy
  - Tišení bolesti
  - Jiné (doplňte)

11. Jaké tvrzení o dýchání je správné?
- Mezi nejnepříjemnější potíže pacienta patří dušnost, protože je spojena s výraznou obavou o vlastní život
  - Podávání opiátů nemá vliv na kvalitu dýchání pacienta
  - Parenterální hydratace nemá v žádném případě nic společného s hlasitým chrčivým dýcháním pacienta v posledních hodinách života
12. Jak řešíte bolest v paliativní péči?
- Bolest je vždy subjektivní a je nutné ji pacientovi věřit a řešit ji
  - Bolest nemá vliv na kvalitu života pacienta
  - Bolest řešíme až když ji na pacientovi pozorujeme (pocení, výraz ve tváři, úlevová poloha, ...)
13. Jaké tvrzení o odpočinku a spánku je správné?
- Pro pacienta v paliativní péči je odpočinek a spánek důležitý, měli bychom mu dopřát tolik odpočinku a spánku, kolik pacient potřebuje
  - Nespavost u paliativního pacienta vždy řešíme podáním hypnotik
  - Není pro pacienta v paliativní péči tak důležitý jako pro akutně nemocného pacienta
14. Posuďte potřebu příjmu stravy u pacienta v paliativní péči:
- Pokud pacient trpí nechutenstvím zajistíme mu stravu podle jeho chuti a přání
  - Nutriční doplňky (Nutridrink, Protifar, ...) jsou pro paliativního pacienta nevhodné
  - Pacient v paliativní péči, který trpí zvracením, by měl mít vždy zavedenou nasogastrickou sondu
15. Posuďte potřebu příjmu tekutin u pacienta v paliativní péči:
- U pacienta zajistíme hydrataci min 2000ml/24 hod, pokud je nepřijímá per os, zajistíme hydrataci parenterálně
  - Pacientovi v terminálním stádiu není vhodné podávat tekutiny per os
  - Nejdůležitější pro pacienta v terminálním stavu je zvlhčování dutiny ústní (kostky ledu, glycerinové tyčinky, ...)
16. Jaké nejdůležitější psychické potřeby má pacient? (zakroužkujte 3, které Vy považujete za důležité)
- Soukromí
  - Komunikace
  - Pocit bezpečí
  - Důvěra
  - Nebýt osamocen
  - Jiné (doplňte) .....

17. Považujete spirituální potřeby pacienta za důležité? (potřeba odpuštění, usmíření a potvrzení hodnoty pacienta a jeho užitečnosti)
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - ne
18. Nabízíte pacientům duchovní podporu (kněze, řádovou sestru)?
- Ano
  - Ne
19. Co je důležité v komunikaci s pacientem v paliativní péči? (zakroužkujte 3, které Vy považujete za důležité)
- Partnerský přístup k pacientovi
  - Mluvit s pacientem otevřeně a nebát se projevit své emoce
  - Pacientovi se špatnou prognózou nesdělujeme jeho diagnózu
  - Přítomnost na pokoji umírajícího pacienta
  - Paliativní pacient nepotřebuje komunikovat více než jiný pacient
  - Jiné (doplňte) .....
20. Co je důležité v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta? (zakroužkujte 3 tvrzení, která Vy považujete za důležité)
- Zapojovat rodinu do péče o pacienta
  - Podporovat rodinu, ujistit je, že pacient nemá velké potíže (že netrpí)
  - S rodinou umírajícího komunikuje pouze lékař
  - Rodině říkáme více informací o zdravotním stavu než pacientovi
  - S rodinou aktivně navazujeme kontakt a trpělivě odpovídáme na jejich dotazy
  - Jiné (doplňte) .....
21. Jak často chodíte do pokoje umírajícího pacienta?
- Méně často než k ostatním pacientům
  - Stejně často jako k ostatním pacientům
  - Častěji, zabývám se ošetrovatelskými úkony (infuze, inj..)
  - Častěji, abych s ním komunikovala
22. Zažila jste situaci, ve které jste si nebyla jistá správným přístupem?
- Komunikace v posledních dnech života s pacientem
  - Komunikace s příbuznými pacienta
  - Předávání pozůstalosti
  - Vyjádření upřímné soustrasti
  - Jiné (popište) .....
  - f)

23. Absolvovali jste v posledních 5 ti letech školení zaměřené na paliativní péči?
- a) Ano
  - b) Ne
24. Pokud ano, myslíte si, že Vám bylo školení přínosem?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
25. Pokud jste na otázku č. 24 neodpověděl/a ANO, co Vám na školení chybělo, co byste na něm uvítala? (doplňte)
- .....
26. Máte možnost navrhnout zaměstnavateli oblast vzdělávání, která Vás zajímá? (seminář, kterého byste se chtěli účastnit)
- a) Ano – mám možnost si vybrat
  - b) Spíše ano – občas mám možnost si vybrat
  - c) Spíše ne – častěji určuje zaměstnavatel
  - d) Ne – určuje zaměstnavatel
27. Z jakých zdrojů se samostatně vzděláváte?
- a) Odborné knihy/časopisy
  - b) Internet
  - c) Semináře/Konference
  - d) Stáže
  - e) Jinak (doplňte).....

## Příloha č. 8 Povolení sběru informací ve FZ Plzeň

Vážená paní

Barbora Láryšová

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

### **Povolení sběru informací ve FN Plzeň**

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným sestram, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – I. interní, II. interní, onkologická a radioterapeutická.*
- *Oddělení – geriatrické, interní.*
- *Pobytová sociální péče*

Vaše šetření budete provádět – za uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Paliativní péče pohledem ošetrovatelství*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní / vedoucí nelékaři oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň** závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr. Bc. Světluše Chabrová  
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel.. 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)*

19. 2. 2019

Příloha č. 9 Brožura – Paliativní péče pro pečující

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **PALIATIVNÍ PÉČE PRO PEČUJÍCÍ**

**2019**

**Barbora Láryšová, DiS.**

Brožura *Paliativní péče pro pečující* vznikla na základě bakalářské práce *Paliativní péče pohledem ošetřovatelství*, byla zaměřena na potíže pacienta v paliativní péči

## **Paliativní péče**

*„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocného, jehož nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (WHO - Světová zdravotnická organizace)*

*„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči o umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů a dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé – bereavement.“ (National Hospice Organisation USA)*



## **Obecná paliativní péče**

Obecná paliativní péče je péče o umírajícího probíhající v jakémkoliv zdravotnickém zařízení, kterou je schopen poskytnout veškerý zdravotnický personál, s ohledem na specifika své odbornosti. Součástí je včasné vyhodnocení stavu pacienta, vyhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, vyhledání a poskytnutí léčby a péče, která pacientovi poskytne co nejvyšší kvalitu života. Důraz je kladen hlavně na autonomii pacienta, léčbu bolesti a dalších symptomů, podporu rodiny a doporučení odborníků zabývajících se specializovanou paliativní péčí.

## **Specializovaná paliativní péče**

Jedná se o aktivní, odbornou interdisciplinární péči, která je poskytována týmem odborníků, kteří mají speciální vzdělání v oboru paliativní péče. Mezi specializovaná zařízení paliativní péče řadíme oddělení paliativní péče, domácí hospice, mobilní paliativní péče, lůžkové hospice, konziliární tým paliativní péče, specializované ambulance, denní stacionáře a další zařízení paliativní péče, jako poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek apod. V České republice je specializovaná paliativní péče vymezena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jako samostatný druh zdravotní péče, jehož účelem je „*zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí*“.

## Fáze umírání

Tabulka: Fáze umírání podle Kübler-Ross			
Fáze	Projevy	Co s tím?	
1.	<b>Negace</b> šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	<b>Agrese</b> hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky...	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3.	<b>Smlouvání</b> vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	<b>Deprese</b> smutek	Smutek z utržené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
5.	<b>Smíření</b> souhlas	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

Zdroj: [www.Zravy.Euro.cz](http://www.Zravy.Euro.cz)

## **Bolest**

Bolest je vždy subjektivní a je nutné ji pacientovi vždy věřit. Zatímco akutní bolest je pro náš organismus signálem, že se něco děje, chronickou bolest se zdá být zbytečná a výrazně snižuje kvalitu pacientova života. Bolest může být ovlivňována spoustou faktorů, například smutkem, úzkostí, strachem, nejistotou, hněvem. Primárním úkolem sestry u pacienta s bolestí by mělo být bolest správně monitorovat, hodnotit, hájit zájem pacienta a snažit se, aby bolest byla správně léčena. Bolest je správně léčena ve chvíli, kdy pacientovi neovlivňuje jeho života.

## **Dýchání**

Hlasité chrčivé dýchání je častým průvodním jevem u pacientů v terminálním stádiu, který se objevuje pár hodin před samotnou smrtí. Je to příznak, který se objevuje většinou u pacientů v agónii a na rozdíl od dušnosti se nezdá, že by vzbuzovalo úzkost. Chrčivé dýchání ovšem úzkost až strach vzbuzuje u zdravotníků, v kterých vyvolává pocit, že se pacient dusí a mají potřebu mu pomoci. K takovému dýchání přispívá neuvážení parenterální hydratace umírajícího. Odsávání z dýchacích cest v tomto případě zpravidla nepomáhá, naopak je velice nepříjemné a výrazně zvyšuje riziko zvracení a aspirace. Stav, kdy pacient pociťuje dechovou tíseň není náročná jen pro pacienta, ale i pro zdravotníka, který při pohledu na takového pacienta cítí úzkost a bezmoc, mají pocit, že musí něco udělat. Důležité je zmínit, že ne vždy je přímá souvislost mezi objektivními parametry plicní ventilace a dušností. Silnou dušnost může pociťovat i pacient s normálními hodnotami saturace kyslíkem a bez poslechového nálezu na plicích.

## **Výživa**

Při závažném onemocnění se často vyskytuje snížený příjem potravy různých příčin, jehož následkem je malnutrice, kachexie, slabost a únava. Nesprávná výživa během nemoci vede k jejímu horšímu průběhu. K terminální fázi onemocnění však snížený příjem stravy patří a není třeba pacienta do jídla nutit. Je na místě správně edukovat blízké umírajícího, protože oni nepodání stravy mohou považovat za selhání ošetrovatelské péče. Při závažném onemocnění se často vyskytuje snížený příjem potravy různých příčin, jehož následkem je malnutrice, kachexie, slabost a únava. Nesprávná výživa během nemoci vede k jejímu horšímu průběhu. K terminální fázi onemocnění však snížený příjem stravy patří a není třeba pacienta do jídla nutit. Je na místě správně edukovat blízké umírajícího, protože oni nepodání stravy mohou považovat za selhání ošetrovatelské péče.

## **Hydratace**

Přijímání tekutin je chápáno jako základní projev kvalitní péče o člověka. To, že pacient přestane pít, je pro rodinu velmi náročná situace a v případě, že tato situace není vysvětlena vede k velké úzkosti a k pocitu selhání péče. Je nutné věnovat pozornost přání pacienta a jeho rodiny. Pokud by pro rodinu umírajícího pacienta odmítnutí parenterální hydratace znamenalo selhání péče, je na místě bazální příjem tekutin zajistit i když pro pacienta to nebude mít žádný přínos. Přílišná hydratace je mnohdy nebezpečnější než dehydratace, protože zhoršuje otoky, dušnost, ztěžuje srdeční činnost.

## **Odpočinek a spánek**

Únava je jedním z nejčastějších projevů pokročilého onemocnění. Je to subjektivní, špatně hodnotitelný příznak, bývá charakterizována jako extrémní vyčerpání, která se nezlepší ani po adekvátním odpočinku. U pacienta trpícího únavou je třeba zhodnotit vliv únavy na kvalitu života, identifikovat příčiny vzniku a pokusit se je eliminovat, pomoci pacientovi i jeho rodině akceptovat limity, které únava v pokročilém stádiu onemocnění vytváří. Je třeba najít rovnováhu mezi odpočinkem a aktivitou, denní aktivitu pacienta přizpůsobit jeho možnostem, pomoci pacientovi a jeho rodině v tvorbě smysluplného programu, najít činnosti, které by pacientovi způsobovali radost. Zvyšující se únava a spavost je přirozenou známkou konce života, v tomto stavu je nutné zvážit ukončení aktivní léčby a zaměřit se na podporu pacienta při přirozeném procesu umírání.

## **Úzkost**

Úzkost je běžným příznakem přítomným u pacientů v paliativní péči. Je to velmi nepříjemný stav, který občas zažije každý, je definován jako negativní emotivní zážitek z něčeho neurčitého, neznámého, na rozdíl od strachu, který člověka povzbudí k nějaké činnosti – „bojiš se, utíkej“, úzkost člověka paralyzuje. V paliativní péči se s úzkostí setkáváme nejčastěji v souvislosti se strachem z bolesti, z udušení, ze smrti. Pacient v úzkostném stavu je obvykle méně mluvný a vyhýbá se očnímu kontaktu. Není však vzácností ani to, že pacient má nutkání mluvit a mluví velmi rychle. Můžeme se setkat i s křikem, který lze do určité míry chápat jako zlobu na bolest nebo starost, kterou pacient prožívá. Pokud je to možné necháme pacienta vykřičet – jde o projev emocí, který může přinést úlevu od úzkosti. S úzkostným pacientem je třeba jednat klidně a srozumitelně. Dbáme na to abychom pacienta nezahltili velkým množstvím informací, postupně pomocí jednoduchých otázek se dopravujeme k tomu, co je

příčinou jeho úzkosti. Nejdůležitější je si na pacienta udělat čas, a v klidu si s ním promluvit.

### **Sebevražedné myšlenky**

Sebevražedné tendence a touha po smrti se často objevuje jako následek ztráty smyslu života, ztráty budoucnosti. Pacient si připadá zbytečný, má pocit, že je ostatním na obtíž. U pacienta, který uvažuje o sebevraždě, nebo žádá o eutanázii je důležité zaměřit se na jeho potřeby, pro pečující v paliativní péči je to důvodem ke zhodnocení a přehodnocení probíhající péče. Pozornost by se také měla zaměřit na to, jestli myšlenky na smrt nesouvisejí například s neléčenou depresí nebo jiným psychickým onemocněním. Pacientovi se suicidními tendencemi bychom měli empaticky a aktivně naslouchat, pomoci mu při řešení jeho trápení, popřípadě mu nabídnou setkání s odborníkem – psycholog, psychiatr.

### Použitá literatura:

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 341 s. ISBN 978-80-204-5049-4.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. 216 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7

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

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0

Zdroj: vlastní