

UNIVERZITA KARLOVA

## 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



**Lenka Matějková**

### **Zkušenosti sester s paliativní péčí v nemocničních zařízeních**

*Nurses' experience of palliative care in hospitals*

*Bakalářská práce*

Praha, červen 2018



Autor práce: Lenka Matějáková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**



## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 25. června 2018

Lenka Matějáková



# Obsah

Úvod .....	1
TEORETICKÁ ČÁST .....	3
1 Paliativní péče .....	5
1.1 Definice .....	5
1.2 Komu je paliativní péče poskytována a kdy se zahajuje .....	5
1.3 Dělení paliativní péče .....	6
1.4 Dostupnost paliativní péče.....	6
1.5 Vývoj paliativní péče .....	7
1.6 Paliativní tým.....	8
1.7 Poskytovatelé paliativní péče.....	8
1.7.1 Paliativní péče v nemocnicích .....	8
2 Potřeby pacientů v paliativní péči.....	9
2.1 Holistické pojetí člověka.....	9
2.2 Etické a sociální aspekty.....	9
2.2.1 Etické normy.....	10
2.2.2 Práva umírajících pacientů .....	11
2.3 Péče zdravotní.....	12
2.3.1 Ošetrovatelské úkony v paliativní péči.....	13
2.3.2 Analgezie .....	14
2.4 Psychologické aspekty.....	15
2.5 Spirituální aspekty.....	17
3 Pojmy v paliativní péči.....	18
3.1 Nemoc .....	18
3.2 Utrpení .....	19
3.3 Umírání.....	19
3.3.1 Umírání v minulosti .....	20
3.3.2 Umírání v institucích .....	20
3.3.3 Charty umírajících .....	21
3.4 Smrt.....	21
3.4.1 Eutanázie .....	22
3.4.2 Péče v době smrti a po ní.....	23
3.4.3 Péče o pozůstalé .....	23
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	25

4	Výzkumné šetření.....	27
4.1	Metodika .....	27
4.2	Cíl práce .....	27
4.3	Výsledky:.....	27
4.4	Diskuze .....	47
	Závěr .....	55
	Souhrn .....	57
	Summary .....	57
	Seznam použité literatury .....	59
	Seznam příloh.....	61
	Přílohy.....	63



## Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Zkušenosti sester s paliativní péčí v nemocničních zařízeních. Cílem výzkumné části je zmapovat zkušenosti sester pracujících na lůžkových odděleních ve dvou menších nemocnicích. Během své praxe ve fakultní nemocnici jsem se dostala na kliniku, kde působil specializovaný paliativní tým, a pacienti v paliativní péči měli možnost využít tzv. paliativních pokojů. Paliativní péče je zde bezpochyby na velmi dobré úrovni. Zajímalo mne tedy, jaká je z pohledu sester paliativní péče na odděleních v nemocnicích o poznání menších a méně vytížených co do počtu pacientů. Jelikož obor paliativní medicíny je poměrně nově vzniklým, její využití v praxi je stále ve vývoji. Vývoj by se dal vzdáleně hodnotit podle rozšíření, které by v tomto případě postupovalo směrem z velkých institucí k menším. Cílem výzkumu není prověřit znalosti dotázaných o problematice paliativní péče, ale zjistit, jejich osobní zkušenosti s jejím poskytováním. Zjistit, jestli se podle jejich názoru provádí a zda v dostatečné míře. Výzkum je uskutečněn formou kvalitativní, dotazníků, které jsou určeny pro sestry na všech lůžkových odděleních nemocnice.



# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 Paliativní péče

## 1.1 Definice

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ American Academy of Hospice and Palliative Medicine (12)

Paliativní medicína respektuje umírání jako normální proces, který neurychluje ani neprodlužuje. Poskytuje úlevu od bolestí a stresujících potíží. Spojením psychických a duchovních aspektů péče o nemocného nabízí nemocným provázející a podpůrný systém, žít co neaktivněji až do smrti. Ale nabízí také rodině nemocného podporu, která jí umožní zvládat onemocnění jejich blízkého a také jeho ztrátu. Paliativní medicína poskytuje účelnou aktivní a komplexně vysoce odbornou paliativní péči. Tato paliativní péče vznikla z hospicové péče, která pečuje o nemocné v terminálním stádiu onemocnění a umírající. Paliativní péče má zajistit nebo alespoň přiblížit pacientovi důstojný život, cílem je minimalizovat ztrátu aktivit, jež pacient prožíval před začátkem nemoci. Všemi způsoby se snaží docílit toho, aby u pacienta nedošlo k tzv. sociální smrti. (8)

Vedle paliativní léčby existuje i paliativní přístup nebo paliativní záměr, který uplatňujeme nejen v medikamentózní léčbě, ale také v chirurgické léčbě, chemoterapii, radioterapii a v dalších terapeutických metodách. (8)

## 1.2 Komu je paliativní péče poskytována a kdy se zahajuje

Paliativní péče bývá zahájena většinou v případech, kdy pacientova choroba již nereaguje na kurativní léčbu a stav pacienta již nepovede k zlepšení. Nemoc progreduje a vede ke smrti pacienta. Ovšem zahájení paliativní péče nemusí znamenat přerušování léčby kurativní, naopak, mohou probíhat po delší dobu, případně až do pacientovy smrti, současně. Pacient má právo nepodstupovat léčbu, která nevede ke zlepšení stavu a lékař není povinen tuto léčbu zahajovat či v ní pokračovat. Léčbu jako takovou tedy lze ukončit, nikdy ale není možné ukončit péči o pacienta. Pokud je přání pacienta pokračovat v kurativní léčbě, i přes její marnost a neúčinnost, mělo by být jeho přání vyhověno. Respektujeme strach člověka ze smrti a neupíráme mu jeho naději, pokud si to přeje, zachováme ji, ačkoli vyléčení je téměř jistě nereálné. Uvědomujeme si, že přechod od kauzální k paliativní terapii je také zapojením právních aspektů v procesu umírání. Proto rozhodnutí o ukončení léčby nevléčitelného pacienta musí být týmové rozhodnutí a musí být zapsáno v dokumentaci. Je nutné rovněž informovat rodinu nemocného. Změna v léčebných postupech – přechod k paliativní péči - se obvykle označuje v literatuře CMO (comfort measures only)- jde o poskytování takových úkonů, které přispívají ke spokojenosti umírajícího. (8) Péče o umírajícího zahrnuje mírnění symptomů spojených s onemocněním. Neznamená tedy, že by se s nástupem paliativní péče ustoupilo od veškerých zdravotnických výkonů, naopak, samotná analgezie, která je bezpochyby v období umírání do jisté míry nutná, zahrnuje i výkony invazivní. Péče neodmítá pokroky v léčbě, naopak, čeká na ně. Paliativní péče se netýká jen lidí bezprostředně před smrtí, může být zahájena v jakékoli fázi infaustního onemocnění, může tedy probíhat po dobu několika měsíců až let. Právo na paliativní péči by měli mít všichni pacienti, kteří neodvratně umírají. Paliativní péče je nejčastěji zahajována u onkologicky nemocných pacientů, ale je poskytována i pacientům neonkologickým (terminální fáze kardiálního či respiračního

selhávání, nevléčitelná neurologická onemocnění, těžce popálení atd.) Část těchto pacientů se v České republice dostane do specializovaných center paliativní péče – do hospiců. Současný stav je takový, že převážná většina těchto pacientů jsou ti s onkologickým onemocněním. O zahájení paliativní léčby rozhoduje ošetřující lékař- praktik, onkolog, lůžkový lékař. Pacienty s indikací paliativní péče nalezneme nejčastěji v nemocničních zařízeních. Počet lůžek v hospicích není v současné době dostatečný pro počet umírajících pacientů a ne vždy je možné zajistit podmínky vhodné k tomu, aby pacient mohl zůstat doma a využívat péči blízkých. Je tedy více než nutné, zavádět paliativní péči i v nemocnicích, vzdělávat pracovníky v tomto oboru, budovat paliativní týmy a pracovat na multidisciplinární spolupráci v péči o potřeby umírajícího.

Paliativní péče neslouží pouze pacientovi samotnému, ale jak udává i definice Světové zdravotnické organizace, paliativní péče nezahrnuje pouze jednu osobu – umírajícího, ale měla by sloužit i jako podpora pro jeho blízké, ze strany odborníků, ale obecně i od personálu v nemocnici. Rodina a osoby blízké mohou pacientovi poskytnout psychickou podporu a přinášet radostné chvíle do závěru života.

### 1.3 Dělení paliativní péče

Podle komplexnosti péče se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou.

Obecnou paliativní péčí rozumíme péči, která není poskytována speciálně vzdělanými pracovníky v oblasti paliativní péče na specializovaných pracovištích, ale péči poskytovanou všemi zdravotníky ve zdravotnických zařízeních a sociálních službách. Každý zdravotník, pracující na oddělení, kde se setkává s umírajícími, by měl umět poskytnout obecnou paliativní péči. Mezi schopnosti poskytovat ji řadíme úspěšné tlumení symptomů onemocnění, poskytnutí určité psychické podpory, respektování pacientovy autonomie a snahu docílit co největší kvality života umírajícího. Mimo to, zdravotník také může být prostředníkem pro komunikaci s rodinou, i jim by měl umět poskytnout určitou podporu a radu v péči o umírajícího.

Specializovaná paliativní péče je poskytována multioborovým týmem pracovníků, kteří jsou erudovaní v otázkách paliativní péče. Specializovaná péče převyšuje tu obecnou v možnostech a šíři provedení. Jejím poskytovatelem jsou hospice, pracovníci mobilní paliativní péče, denní stacionáře, poradny a ambulance paliativní péče nebo oddělení specializovaná na paliativní péči v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení či jen týmy paliativní péče na odděleních nespécializovaných.

### 1.4 Dostupnost paliativní péče

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) v České republice každoročně umírá přibližně 110 000 lidí. Z toho čtvrtina na onkologická onemocnění, u kterých lze předpokládat potřebu paliativní péče. Ačkoliv paliativní péče je nejvyužívanější onkologickými pacienty, její poskytování je vhodné i u jiných chorob, číslo osob s doporučenou paliativní péčí by tedy bylo ještě vyšší. V současné době nejsou vytvořeny dostatečné podmínky k tomu, aby byla paliativní péče pro všechny z těchto pacientů dostupná. Dostupnost je do značné míry závislá na financování. Není dost lůžek pro žadatele o hospicovou lůžkovou péči, mnozí z nich se ani po podání žádosti do hospiců nedostanou, čekací doba bývá dlouhá a mnohdy se

pacienti umístění do hospice nedožijí. Většina těchto zařízení upřednostňuje onkologicky nemocné. Cílem je, aby k paliativní péči měli přístup i pacienti s jinými nevyлéčitelnými nemocemi.

Možnou variantou poskytování paliativní péče jsou mobilní hospice, zajišťující péči v domácím prostředí pacienta, kde po zbytek času péči o umírajícího zajišťují blízké osoby. Existují také poradny a denní stacionáře zaměřené na paliativní péči. Možnost domácí péče není vždy realizovatelná, například v případě, že tomu nevyhovuje prostředí, rodina a blízcí z nějakého důvodu nejsou ochotni nebo schopni ji poskytovat nebo je péče tak náročná, že přesahuje možnosti péče laickými osobami v prostředí domova. Největší procento osob umírá v nemocničních zařízeních. Je tedy cílem, aby se paliativní péče stala i pro tyto pacienty dostupnou, byla rozvíjena, aby byly uvolněny dostatečné prostředky na její financování a personál byl vzděláván v této problematice. V současné době v nemocnicích vznikají paliativní týmy, jejichž členy jsou pracovníci napříč různými obory. Jedná se však zatím pouze o některá zdravotnická zařízení a některá oddělení.

## 1.5 Vývoj paliativní péče

V průběhu devatenáctého století došlo ve vyspělých zemích k epidemiologickému zlomu. Méně lidí umíralo na infekční nemoci s rychlou progresí a přibývalo osob s dlouhotrvající chronickou chorobou, která také vedla ke smrti, ale namísto průběhu v rámci hodin až dní je její trvání v období týdnů až měsíců. Umírání se tak stalo déletrvajícím obdobím, byla tedy nutná časově náročnější péče. Nově se také stále více měnilo místo úmrtí. Zatímco dříve lidé umírali v prostředí, kde žili, nyní se nemocní dostávají do různých institucí a končí svůj život zde. Z počátku vznikali instituce převážně z iniciativy náboženských řádů a jednotlivců. Tyto instituce byly, v té době, specializovaným místem pro umírající. Zpočátku jich vznikalo jen malé množství a jen v některých zemích a jejich existence neměla na péči o umírající v rámci celé země až tak velký dopad. V druhé polovině dvacátého století vzniká moderní hospicové hnutí, přinášející nové postoje a otevírající otázky v oblastech procesu umírání. Byly zdůrazňovány dosud neobvyklé termíny jako kvalita života umírajících, dostatečné tišení symptomů a psychosociální péče. V několika zemích byla nově paliativní péče uznána jako specializovaný samostatný obor, vznikaly vzdělávací programy nejen pro lékaře, ale i pro ošetřovatele, sociální pracovníky a ostatní pracovníky přicházejícími do styku s péčí o umírající. Přichází nový pohled na celý proces umírání, existují důkazy, že konečné období života nemusí znamenat být v bolestech a pouze vyčkávat na smrt, ale kvalita života v jeho závěru může být na dobré úrovni. V devadesátých letech minulého století již standardně narůstal počet služeb poskytujících paliativní péči. S počátkem jednadvacátého století již paliativní péče ve většině vyspělých států získávala uznání ze strany odborníků i laické veřejnosti. V posledních letech se paliativní medicína profiluje jako samostatný lékařský obor, který se snaží studovat a léčit tělesné i duševní potřeby a projevy pokročilého onemocnění metodami medicíny založené na důkazech (evidence based medicine). Od roku 2004 v ČR existuje samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Moderní paliativní péče si klade ambiciózní cíl: udržet dobrou kvalitu života v situaci pokročilého onemocnění. (16)

V rozvojových zemích paliativní péče své místo ještě stále nemá, jelikož chybí financování, často i na základní zdravotní péči.

## 1.6 Paliativní tým

Před několika lety byly paliativní týmy záležitostí převážně oddělení a zařízení na tuto péči specializovaných. Fungovaly v rámci hospiců, mobilní hospicové péči ad. V současnosti je trendem vznik paliativních týmů i v zařízeních na tuto péči primárně neorientovaných. Paliativní týmy tak vznikají na odděleních akutní péče nebo v komunitní péči. Izde je podmínkou pro nejvyšší a nejrozsáhlejší péči spolupráce napříč jednotlivými obory. Kromě lékařů a ošetřovatelů jsou členy týmu psychologové, sociální pracovníci, fyzioterapeuti nebo duchovní. Členem týmu může být i například praktický lékař, anebo speciálně vzdělaní pracovníci působí jako koordinátoři paliativní péče a spolupracují s praktickými lékaři. Kromě základního poslání poskytování paliativní péče specializované týmy působí jako konzultanti a vzdělávají pracovníky poskytující obecnou paliativní péči. Multioborová spolupráce zajišťuje komplexní péči o pacienta, nejen ze stránky medicíny, jejíž hlavním úkolem je účinně tlumit bolest a zvládat jiné tělesné symptomy, ale také po stránce sociální, psychické a spirituální. Změnila se role jednotlivých členů týmu. Ošetřovatelé získali nové kompetence a nyní mohou provádět i výkony, které dříve náleželi lékařům. Tento fakt měl velký přínos například pro komunitní péči zajišťovanou všeobecnými sestrami.

## 1.7 Poskytovatelé paliativní péče

Poskytovatelem paliativní péče jsou převážně lůžková zdravotnická zařízení. V souvislosti s paliativní péčí hovoříme nejčastěji o hospicích – zařízeních specializovaných na paliativní péči. Dále může být péče poskytována v nemocnicích, na odděleních akutních lůžek i následné péče. V menší míře se s paliativní péčí můžeme setkat také v domově pro seniory.

Paliativní péče může probíhat i v domácím prostředí, na této její formě se podílejí kromě pečující rodiny mobilní hospice – kvalifikované multidisciplinární týmy odborníků specializovaných na paliativní péči, dále pak agentury domácí péče. (7)

### 1.7.1 Paliativní péče v nemocnicích

Nejčastějším místem úmrtí je ČR akutní oddělení nemocnice (60 %), na odděleních následné péče je to 9%. (21) Mnoho pacientů je během posledních dnů až týdnů před smrtí odesláno do nemocnice na akutní oddělení, jelikož se zhoršujícím se zdravotním stavem již není situace doma zvládnutelná. Vzniká odpovědnost za to, že bude paliativní péče kvalitně poskytována i u pacientů mimo specializovaná zařízení. Konkrétně v nemocnici odpovědnost za její poskytování přebírá nemocniční personál. Ne vždy je personál v nemocnici dostatečně vzdělaný a otázky správného provedení paliativní péče přenechává na odborníky v paliativní péči specializované. V případě, kdy na oddělení nepůsobí žádný specializovaný pracovník, který by mohl převzít část péče o umírajícího pacienta, je nutné, aby nemocniční personál sám dokázal poskytnout obecnou paliativní péči. Dalším problémem může být hierarchická tradice v nemocničních zařízeních, kdy hlavní slovo má lékař a nedochází k mezioborové diskusi mezi zdravotníky. Lékař je tím, kdo rozhoduje, že bude paliativní péče zahájena a určuje i její průběh. Problémem může být nevhodné prostředí, kdy umírající jsou na pokojích s dalšími pacienty, kteří pro ně mohou představovat rušivý prvek a obráceně, ostatním pacientům nemusí být příjemné sdílet pokoj s někým, kdo umírá. Rodina nemá s nemocným dostatečné soukromí, jsou ztíženy i podmínky pro zachování důstojnosti pacienta. Pacienti jsou navíc často stěhováni z pokoje na pokoj podle potřeby volných lůžek akutního oddělení. Příbuzní shledávají jako problém nedostatečnou komunikaci a zájem ze strany personálu, mohou se cítit bezmocní



a izolovaní, když vidí svého blízkého v bolestech a nedostatečně opečovávaného ze stránky tělesné i duševní. Vnímají nedostatek informací k péči o své umírající blízké osoby. Zdravotníci by zde měli být rodině k dispozici, nevyhýbat se komunikaci s nimi, a trávit s nimi čas.

## 2 Potřeby pacientů v paliativní péči

Posuzování potřeb pacientů v paliativní péči je jedním z nejdůležitějších aspektů napříč celým paliativním týmem. Nutná je dostatečná znalost choroby, jež pacienta sužuje, se všemi jejími nepříjemnými symptomy. Zdravotník musí rozpoznat potřeby nejen aktuální ale i potenciální. Celý tým po zhodnocení potřeb plánuje adekvátní péči o pacienta a následně ji realizuje.

Posuzování potřeb je také prvním stádiem „ošetřovatelského procesu“, které má umožnit systematictější přístup k ošetřovatelské péči. Je důležité si uvědomit, že posuzování není samostatným krokem v poskytování ošetřovatelské péče, ale dynamickým procesem. V paliativní péči se mohou zdravotní potřeby pacientů rychle měnit, což vyžaduje, aby ošetřovatelé byli citliví, flexibilní a kreativní a jednali na základě dalšího posuzování návazných potřeb pacienta. Jejich posuzování by se navíc nemělo omezovat jen na pouhé posouzení symptomů, stavu funkcí organismu a jiných fyzických problémů souvisejících s terminálním onemocněním. Rozpoznání komplexity a rozdílů v prožívání každého jednotlivce závisí na takovém procesu posuzování, který umožňuje plně prozkoumat širší kontext sociálních, emočních, kulturních a duchovních potřeb pacientů. (15)

Potřeby pacientů v paliativní péči tedy rozdělujeme na potřeby biologické - sem patří vše, co potřebuje nemocné tělo (17), dále potřeby sociální, psychické a spirituální.

### 2.1 Holistické pojetí člověka

Snahou současné medicíny je pohlížet na pacienta holisticky, tedy, nelčíme pouze konkrétní diagnózu, ale pacienta se všemi jeho problémy a potřebami. Každou osobnost vnímáme jako bytost se složkami bio-psycho-sociálními a v posledních letech nově hovoříme také o složce spirituální. Nikdy nemůže být naše léčba komplexní, pokud bychom opomenuli jednu z těchto částí. Všechny sféry tvoří vzájemně jednotu a osobnost. Toto si uvědomujeme i u medicíny paliativní. A to možná zde především, jelikož u pacientů s prognózou nejzávažnější, musíme očekávat, že dopad nemoci bude znatelný i ve všech ostatních sférách, ne pouze v té tělesné (biologické).

### 2.2 Etické a sociální aspekty

Člověk je tvor rozumný (animal rationale) a jeho podstatou je lidství. Je ovšem také součástí přírody, právě tato integrita animality (tj. animalita, člověk jakou součástí přírody) na jedné straně a transcendentalisty (přesahující smyslové poznání, popřípadě i rozumovou zkušenost) na straně druhé je právě to, co činí člověka člověkem. Cestou k naplnění života člověka je právě ve vědomí jeho transcendence vůči danému (světu). (7)

Součástí filozofie o člověku je přesvědčení, že každý je zodpovědný za své zdraví a rozhodování, která budou učiněna na základě plné informovanosti. Přání jsou respektována, i když ve finální fázi nemoci mohou mít za následek úmrtí pacienta (např. odmítnutí léčby). (7) Jednoznačná shoda panuje v tom, že zdravotník nesmí pacienta primárně a cíleně poškodit. Poškozením se rozumí i vedlejší efekt působení vzniklé činností, která původně měla mít pozitivní vliv na

pacienta. Primární je snaha chránit pacienta před vším škodlivým – po stránce tělesné i duševní. Princip benefice vyjadřuje závazek, aby zdravotník pro pacienta udělal vše, co je pro něj prospěšné. Dobro je pro každého jednotlivce subjektivním pojmem, stejně jako kvalita života a důstojnost. Dobro pro pacienta nemusí být totožné s představou zdravotníka. Vycházejí z Maslowovy pyramidy univerzálních lidských potřeb označil M.R.Leary za základní potřebu „být někým“ – být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí. Právě to je také základní úkol paliativních týmů – pomoci umírajícím lidem, aby si až do konce zachovali svou tvář, sebeúctu a pozitivitu svého života. (7)

Se závažným onemocněním se mimo jiné mění i sociální pozice nemocného. Přijetí a reakce na nemoc závisí do jisté míry i na chování osob v nejbližším prostředí nemocného. Obecně lidé nejvíce reagují na změny tělesné, tj. změny vzhledu, a dále na ztrátu kompetencí v některých činnostech a rozvíjející se závislosti na pomoci okolí. Během nemoci se sociální potřeby nemocných mění a s nimi i možnosti poskytování sociální podpory. Jako sociální podporu označujeme tu podporu, která je člověku poskytnuta v některé závažné životní situaci, kterou vážná nemoc bezpochyby je. Nemocnému ji poskytují rodinní příslušníci, blízké osoby ale také zdravotníci či jiní pracovníci pomáhajících profesí. U pacientů v paliativní péči mohou být zásadní tři typy podpory: být přítomen (fyzicky, emočně a duchovně), poskytovat pomoc (instrumentálně) a dávat informace a rady. Blízkost druhého člověka během umírání, činí umírání sociálním aktem. Sociální kontakt i ve formě přítomnosti druhých lidí vede ke snižování úzkosti. Pacient při hospitalizaci potřebuje mít kolem sebe někoho blízkého, kterého zná a kterému důvěřuje. Pro pacienta v závěru života jsou důležité dvě sociální skupiny, a to rodina a multidisciplinární tým poskytující péči. (2)

Zdravotníci a lidé, kteří se dostávají do kontaktu s umírajícím, mluví o tzv. sociální smrti. V případě, že nastane, není zachován jakýkoliv sociální kontakt nemocného s okolím a tzv. světem živých, k nemocnému je přistupováno jako k mrtvému, ačkoliv po stránce biologické je stále naživu. Cestu k sociální smrti mohou urychlit stigmatizující dopady diagnózy nebo izolovanost pacienta a úpadek jeho tělesných, duševních a sociálních funkcí, jež si vynucuje institucionalizovaná péče. Stav sociální smrti může nastat v důsledku toho, že pacient, který se připravuje na smrt, opustí své sociální sítě a své prostředí. Může být také naopak postupně a cíleně vyloučen nebo opomíjen zdravotnickým personálem a pečujícími, kteří se s ním již nechtějí sociálně, osobně a někdy i fyzicky stýkat. (15) Tento přístup k nemocnému pramení do jisté míry i ze strachu, který nám v kontaktu s umírajícím připomíná naší smrtelnost a abychom se tomu ubránili, od nemocného se izolujeme a nevytváříme jakékoliv citové vazby. Situaci „sociální smrti“ tak může navodit sám pacient, nebo k ní může dojít v důsledku chování ostatních. (15)

### 2.2.1 Etické normy

Medicína má kromě stránky vědecké i stránku humanistickou – morální – ve vztahu lékaře a nemocného. V medicíně neplatí v zásadě jiná morálka než v ostatních životních oblastech. Je jen několik základních etických pravidel, která platí pro všechny lidi a jejich instituce. Především existuje první, základní etický princip - „S každým člověkem se má zacházet lidsky.“ (9) Odborná stránka lékařské profese je samozřejmá, uplatňováním lidské stránky své profese (pochopení, laskavé slovo a pomoc) se stává lékař nositelem lidskosti a profesionality. Cílem

a snahou lékařské etiky je rovnocennost odbornosti a lidskosti v lékařské praxi. (8) Úkolem lékaře by nemělo být pouze udržovat život a léčit nemoc. Tam kde toto už není možné, by měl lékař také napomoci k „dobré smrti“, pokud možno bez utrpení a bolesti, měl by dát pacientovi naději, že bude umírat v míru a pokoji. (9)

### 2.2.2 Práva umírajících pacientů

Lékař by měl být partnerem nemocnému a spolu s ním rozhodovat o realizaci léčebných postupů. Měl by respektovat jeho autonomii, ale současně musí umět pacientovi podat náležitě informace, srozumitelné jeho inteligenci a zdravotnímu stavu, vysvětlit mu možnosti léčby a jejích rizik. Pacienta by měl dovést k podepsání informovaného souhlasu, protože pacient nemá být pouze příjemcem informací ze strany lékaře, ale jeho názor má být brán v úvahu v diagnostické a léčebné praxi. V případě komunikačních bariér je informován přednosta oddělení, státní zástupce či etická komise. Informace o pacientově zdravotním stavu poskytuje lékař v první řadě jemu samotnému a až po jeho souhlasu i jeho rodině a blízkým osobám. Pacient má nejen právo být o svém zdravotním stavu informován, ale také má právo tyto informace odmítnout. Všechny informace o stavu nemocného jsou důvěrné, a lékař je vázán povinnou mlčenlivostí, tato povinnost nezaniká ani po pacientově úmrtí.

Z důstojnosti člověka vyplývá právo rozhodovat o vlastním životě, o celém životě včetně poslední etapy, umírání. Z práva na život rozhodně nevyplývá povinnost žít, žít dál za každou cenu. (9) Autonomie pacienta neboli sebeurčení, se definuje jako právo člověka rozhodovat o svém životě a až na pár výjimečných případech, musí být vždy respektováno. Etickým příkazem je, že nemožnost autonomních rozhodnutí u nemocného neznamena ztrátu či nepřítomnost lidské důstojnosti, která je nedotknutelným a absolutním principem. I když faktická schopnost autonomie je rozdělena pacientům v různých úrovních, lidská důstojnost je nám udělena všem stejně. Je přínosem, že spoluúčast pacienta v rozhodovacích procesech v medicíně má větší možnosti. Přesto právní odpovědnost za pacienta nese jeho ošetřující lékař. Je tedy zřejmé, že respektovat autonomii nemocného neznamena připustit nesprávnou léčbu a péči. (8)

Pro pacienta, který je ve fázi nevléčitelného onemocnění a je smířen se smrtí, by se lékař měl stát partnerem provádějící umírajícího až do poslední chvíle jeho života. V současné době vysoce technizovaného medicínského systému se pacienti obávají, že nikdo nebude naslouchat jejich názorům a postojům, že to již nebudou oni, kdo bude rozhodovat o svém životě. Lékaři někdy považují za opovržlivost, když nemocný vysloví přání rozhodnout o svém životě a chtějí za něj převzít veškerou odpovědnost. V případě, že se pacient již nemůže vyjádřit, neznamena to, že by ztrácel právo na sebeurčení. Pokud nastane taková situace, mělo by se postupovat podle pacientem dříve vysloveného přání, například nezahajovat terapii, která by mohla život prodloužit. V praxi se často další péče a léčba navrhuje v souladu s přáním rodiny. Když je pacient kvůli nemoci neschopen rozhodovat o své zdravotní péči sám, lékaři se většinou obrátí na jeho partnera, rodinu a přátele. Jejich rozhodnutí ale nemusí být ve shodě s potenciálním přáním pacienta, zejména kdyby ho lékaři byli informovali o existujících možnostech. (20)

Ztráta autonomie v paliativní péči a u umírajících obecně patří mezi nejčastější a nejzávažnější problémy. Ústavní péče ve své podstatě autonomii pacienta omezuje, mobilní hospicová péče by ji naopak měla podpořit, avšak pobyt pacienta doma neznamena vždy jeho sebeurčení, naopak i zde se může stát podřízeným v paternalistickém vztahu.

## 2.3 Péče zdravotní

Zdravotní péče zahrnuje péči o fyziologické potřeby člověka, které si není schopen nebo jen omezeně, zajistit sám. Jedná se o fyziologické potřeby, jako je přijímání potravy, tekutin, dýchání, vyměšování, ale také tato péče zahrnuje udržení aktivity, prevenci dekubitů, zajištění bezpečnosti pacienta, hygienická péče, nejrůznější lékařské zákroky, tišení bolesti atp. (6) Pokud pacient není schopen přijímat potravu sám, je strava podávána pomocí sondy (do žaludku, do jejunu), pomocí PEG, případně až cestou parenterální ve formě předpřipravených vaků obsahující všechny nezbytné složky potravy. Dále se provádějí paliativní výkony, které nemají léčebný charakter, ale slouží k fyzické úlevě nemocného nebo k analgezii:

- zavádění stentů do míst zúžených nádorem (jícen, žluč. cesty, močovody, cévy, bronchy...)

-odlehčující punkce (ascitu/fluidothoraxu)

-drenáže (např. odtok žluči, moči)

-stomie při neprůchodnosti střevní

-v rámci analgezie se uplatňují anesteziologické postupy (periferní blokády lokálními anestetiky, neurolytické blokády, blokády sympatiku, centrální blokády), neurochirurgické postupy (rekonstrukční, modulační a ablační metody) a paliativní radioterapie a chemoterapie (16)

Nejčastěji se setkáváme v rámci paliativní péče s pacienty onkologickými a nejčastějšími symptomy ztěžující život nemocného jsou bolest, dušnost, nauzea, nechutenství, poruchy výživy a hydratace, slabost, problémy s močením a vyprazdňováním, krvácivé projevy, chronické rány. Patří sem ale také pacienti s chronickým selháváním na úrovni jedné nebo více soustav, pacienti v konečném stádiu AIDS, pacienti s neurologickým onemocněním. Symptomy neurologicky nemocných pacientů se podobají symptomům pacientů onkologicky nemocných - bolesti, únava, obtíže s dýcháním, zácpa. Závažnost a frekvence se mohou lišit. Mezi další symptomy, specifické pro onemocnění periferního nebo centrálního nervového systému patří přítomnost (bolestivých) spasmů, paralýzy, vegetativní poruchy, dysfágie, poruchy řeči, epileptické záchvaty, myoklonus a neuropsychologické a neuropsychiatrické poruchy. V péči o tyto pacienty jsou vysoká intenzita ošetrovatelské a rodinné péče, stejně jako etické a psychosociální problémy, obzvláště náročné. (3)

Své zastoupení v rámci poskytování paliativní péče má bezpochyby i umění pečovat o pacienty s demencí. Lidé s demencí mají širokou škálu příznaků, včetně problémů kolem vnímání, poznávání, úsudku a chování. Nemoc provází fyzické deficity- úrazy, infekce a související symptomy. Paliativní přístup k péči o osoby s demencí je široce prosazován i přes stále se hledající důkazy o jeho potřebě. Argumentem pro poskytování paliativní péče u osob trpící demencí je například holistická filozofie paliativní péče zaměřená na člověka, která podporuje kvalitu života, a která by se tak mohla uplatňovat již od počátku onemocnění, hodí se k často zdoluhavé trajektorii a těžkým a eskalujícím příznakům onemocnění. Stále se však setkáváme s nedostatečnou připraveností na tuto péči a s nejasnostmi o onemocnění jako takovém. (14)

Každé onemocnění vyžaduje v některých částech odlišnou zdravotní péči, ale současně není možné tvrdit, že pacienti s tímž onemocněním mají potřeby stejné.

### 2.3.1 Ošetřovatelské úkony v paliativní péči

Ošetřovatelé jsou bezpochyby lidmi, kteří s pacienty v paliativní péči tráví mnoho a možná i nejvíce času. Jsou s nimi 24 hodin denně, pomáhají jim s fyziologickými potřebami, pomáhají v činnostech, kde již pacienti ztratili možnost soběstačnosti, přicházejí s nimi do velmi intimního styku, nejen po stránce fyzické, kdy jsou mnohdy jedinými, kdo vidí pacientovo „nemocné“ tělo, za něž se on sám často stydí, ale také po stránce duševní, kdy jsou přítomni tomu, jak se u pacienta střídají emoce, vidí pacienta apatického a odevzdaného svému osudu. Pokud v paliativní péči dojde ke vzniku vztahu pacient – ošetřující, bývá to pouto pevné a velmi emotivní, nejen v okamžiku smrti pacienta, ale i po dobu ošetřování. Právě toto je důkazem, že pečování nespočívá pouze v plnění základních ošetřovatelských úkonů, ale také ve schopnosti udržet kvalitní vztah s nemocným, být mu nablízku a pečovat také o jeho duši. Ošetřování v paliativní péči zahrnuje podporu lidskou (existenciální) umírajícímu, zasahující i do psychoterapie a otázek spirituality, současně s péčí o základní (biologické) potřeby. Ošetřovatelé tedy sledují nejen stav vědomí, fyziologické funkce, příp. jejich patologické odchylky, hodnotí přítomnost a míru bolesti, kvalitu a přítomnost spánku ale také momentální nálady a potřeby pacienta, nejen hlad a žízeň, ale také jestli se necítí osamělý nebo naopak zda není unavený z neustálé přítomnosti ostatních osob.

Dobrý paliativní ošetřovatel umí zvládat symptomy, neboť plněji může zbytek života prožít jen pacient, který má málo symptomů. Dobrý paliativní ošetřovatel je také ochoten pomoci pacientovi, aby byl schopen o své smrti mluvit, a řeší s ním problémy jeho života, a tím mu pomáhá nacházet smysl ve smrti. Dobrý paliativní ošetřovatel pomáhá pacientovi najít smysl také prostřednictvím jeho vztahů s ostatními lidmi, je nápomocný v rozhovorech s rodinou, pomáhá pacientovi při sestavování odkazů, například dopisů pro ty, které opustí, a přivádí k němu i jiné lidi, kteří mu mohou pomoci s takovými otázkami, jako je duchovní konflikt nebo psychický neklid. (15) O správně odvedené ošetřovatelské péči do určité míry vypovídá, zda umírající po dobu svých posledních dní až týdnů neměl bolesti, či jiné nepříjemné tělesné pocity, zda nestrádal ani duševně a také to, zda zemřel v klidném prostředí a důstojně.

Z hlediska časové posloupnosti lze rozdělit péči o umírajícího a zemřelého na období: Pre finem, což je péče před umíráním. In finem je péče v době vlastního umírání, tedy během terminálního stavu. Paliativní péči odlišujeme od péče terminální, která přichází až v samotném období před smrtí a je tedy poslední odbornou péčí poskytnutou umírajícímu. Terminální péče je tedy jen časově ohraničenou složkou péče paliativní. Péče v této fázi by neměla rozhodně postrádat takt a jistou ritualizaci. Průběh někdy bývá takový, že po tzv. fázi euforie, jež se dostaví několik dní před smrtí (pacientovi se uleví, znova projevuje zájem atp.), přichází smrtelné koma. Péče po smrti neboli post finem, zahrnuje pietní péči o mrtvé tělo, sdělení informace pozůstalým, zařizování pohřbu a v neposlední řadě pomoc pozůstalým (jejich doprovázení). (6)

Ošetřovatelství se stalo nejdůležitější součástí nového přístupu v péči o lidi na konci života, a to jak v případě specializované péče v hospicích a péče zdravotnických a komunitních týmů (ošetřovatelství se uplatňuje v paliativní péči nejen jako samostatný obor s vlastními intervencemi ale také jako součást multidisciplinární týmové péče), tak v širším smyslu při péči o nevléčitelně nemocné v nejrůznějším prostředí.

### 2.3.2 Analgezie

„Bolest je nepříjemný smyslový a emociální prožitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením, anebo se jako takový popisuje. Bolest je vždy subjektivní.“ International Association for the Study of Pain

Bolest je individuální a subjektivní zkušenost, která je modifikována fyziologickými, psychologickými faktory, výchovou, prognózou onemocnění, spánkovou deprivací, ale i rasou, pohlavím a vlivy prostředí. (11) Bolest je tedy vždy tím, co nemocný jako bolest označí.

Jedním z nejdůležitějších úkonů v paliativní péči je bezpochyby monitorace a tlumení bolesti. Bolest pacienta omezuje, může být velmi nepříjemná až nesnesitelná. Vhodnou analgezií je možné zvýšit značně kvalitu období umírání a udělat celý proces méně traumatický. Bolest je přítomna u většiny chorob u pacientů v paliativní péči a nepříjemně zasahuje do života umírajícího. Limituje ho ve všech sférách života. Při hodnocení bolesti je vyžadován nejen aktivní přístup ze strany personálu ale také spolupráci pacienta, který popíše přítomnost a míru bolesti. Pokud umírající není schopen verbální komunikace, je úkolem ošetřujících, aby si všimli projevů neverbálních v podobě bolestného výrazu ve tváři, vyžadované úlevové polohy, pláče, neklidu atd. Neléčená bolest vede k depresím, izolaci, zapříchňuje ztrátu chuti k jídlu a k jakýmkoliv jiným aktivitám, pacient má jediné přání toho, aby bolest pominula. Pokud je přítomna nesnesitelná bolest i ostatní složky komplexní péče přecházejí do pozadí a jejich působení nemusí mít kladný efekt. I široké spektrum prostředků, jež má moderní léčba k dispozici, přináší často úlevu jen do jisté míry – ledaže je pacient v takovém případě zcela zbaven „bdělého stavu“, vůle, vědomí. Dlouhodobě nesnesitelná bolest vyvolává myšlenku, které přijímají smrt jako osvobození z utrpení života. Přání umřít musí být tedy bráno vážně, ne vždy ale stačí věnovat pacientovi „zvýšenou pozornost“. I terapeuti specializovaní na léčbu bolesti připouštějí, že v některých situacích nelze pacientovi bolesti potlačit, personál hospiců má podobné zkušenosti. Podle lékařských poznatků nemohou být ani dnes bolesti všech pacientů umírajících na maligní onemocnění dostatečně zmírněny. (9)

Bolest rozdělujeme na bolest akutní a chronickou, kdy chronická je vymezena trváním delším než tři měsíce. Rozdílná bude terapie u obou druhů bolesti. Bolest chronickou nedokážeme mnohdy přesně lokalizovat a i volba terapie bude obtížnější a účinek léčebných metod nižší. Ztrácí svou původní funkci obranou a postrádá tedy smysl, neodpovídá vyvolávající příčině. Pro chronickou bolest jsou typické změny ve struktuře a funkci v periferním a centrálním nervovém systému souhrnně označované jako senzitivace, jež vedou k změnám ve zpracování nociceptivní stimulace. V souvislosti s dlouho trvající bolestí dochází také k změnám vegetativním a psychickým. (16) Chronická bolest může trvat po dobu až několika let a stát se tak nepříjemnou součástí života jedince. Pacient se stává depresivním, apatickým, obvykle bez známek zvýšené aktivity sympatiku. Jediným jeho cílem je být alespoň na chvíli zbavený bolesti. Pacient s chronickou bolestí má příznaky deprese s letargií, apatií, anorexií a insomnií. (13) U pacientů v paliativní péči se setkáváme téměř pravidelně s tímto typem bolesti. Často se jedná o bolest nádorovou. Ta je charakteristická pro své epizody náhlého vzplanutí po období relativně nízké bolesti, během dne často kolísá, jedná se tedy o bolest epizodickou, průlomovou. Průlomovou bolest je velmi obtížné předpovědět, není jisté, co je vyvolávající příčinou. Primární snahou je předejít těmto epizodám a rozvrhnout dávkování analgetika tak, aby se tyto epizody velmi silné bolesti nevyskytovaly. Bolest u onkologických pacientů může

být vyvolána také léčbou samotnou například radioterapií, chemoterapií a pooperační bolesti. V léčbě nádorové bolesti u pacientů v paliativní péči je využívána také paliativní radioterapie, která, ač vysoce účinná, často bývá nedocenená.

Terapie nádorové bolesti musí být celodenní a taková, aby se předešlo její náhlé atace, je třeba ji předejít již v mírnějších začátcích a nečekat, až se bolest plně rozvine a stane se nesnesitelnou. Používají se přípravky s postupným uvolňováním (retardované) nebo jsou léky podávány v dávkovacích přístrojích. Pokud se doba, kdy pacient trpí silnou bolestí, prodlužuje, zvyšuje se pravděpodobnost rozvoje nejen depresivní, ale i úzkostně symptomatologie. V literatuře se udává, že už po půlroční bolestivé zkušenosti je klinický obraz doprovázen depresivní či úzkostnou symptomatikou, která zpětně negativně ovlivňuje nejen prožívání, ale i patofyziologické mechanismy v těle pacienta. (4)

Farmakologická léčba bolesti využívá nejrůznější formy podávání léků – například perorální, parenterální, transdermální, epidurální. Léky první volby u mírnější bolesti jsou běžná analgetika - paracetamol, metamizol, nesteroidní antirevmatika. U vyšších stupňů bolesti dominují opiáty. Na tyto léky však vzniká tolerance a je třeba tedy jejich dávky stále navyšovat. Opiáty mají tlumivý účinek nejen na bolest, ale i na jiné funkce, způsobují miózu, snižují střevní motilitu a tím způsobují zácpu a obtížné vyprazdňování, mají také sedativní účinek, ve vysokých dávkách mohou způsobit poruchu vědomí s depresí dechového centra a hypoventilací. Podle žebříčku bolesti dle WHO, původně určeným pro bolest nádorovou, rozdělujeme míru bolesti na 3 stupně:

1. st. mírná bolest, léčíme podáváním neopioidních analgetik,
2. st. středně silná bolest, léčíme kombinací slabého opioidu s neopioidním analgetikem
3. st. silná bolest, léčíme kombinací silného opioidu a analgetik neopioidních. Jako neopioidní analgetika se využívají i léčiva, adjuvantní analgetika (nebo také koanalgetika), která měla prvotně jiný zamýšlený efekt než tlumení bolesti, například antidepresiva, anxiolytika. Jako opiát první volby při silné bolesti je doporučován morfin.

Kromě farmakoterapie využívá analgezie také jiné metody tlumení bolesti, jako jsou některé invazivní výkony, rehabilitační postupy, některé alternativní metody (akupunktura, akupresura), jistá forma psychoterapie (hypnóza) a sociální podpora.

## 2.4 Psychologické aspekty

Nevyléčitelná choroba představuje velkou psychickou zátěž, dochází ke změnám ve všech oblastech lidského života.

Při sdělování závažné diagnózy, situace vyžaduje, aby lékař komunikačně zvládal situaci - lékaři splní svou povinnost informovat pacienty jen tehdy, když pečlivě zvolí tu pravou chvíli a při rozhovoru s pacientem najdou správný moment, kdy informaci podat. (19) Dále, aby dokázal informace podat citlivě, byl empatický, a aby nemocného dokázal ujistit, že nezemře v úzkosti a bolestech. Po sdělení diagnózy s infaustní prognózou očekáváme, že si pacient z psychologického hlediska projde několika fázemi:

1. fázi je popření. Pacient nevěří, že se to skutečně přihodilo jemu, je si jistý, že se někde stala chyba, doktoři se zmýlili apod.
2. fáze je fázi smlouvání, kdy nemocný již přijal skutečnost, že je nevyléčitelně nemocný a začíná smlouvat o čas, chtěl by se dožít určitých budoucích událostí a chce slyšet, že jich ještě bude přítomen.
3. fázi je fáze hněvu, do popředí přichází obrovský strach ze smrti, zlost nad tím, že mu nikdo nedokáže pomoci, že Bůh dovolí, aby se mu toto dělo.
4. fázi je období deprese. Pacient se stáhne do sebe, je apatický a málo komunikativní, trýzní ho myšlenky na smrt.
5. fáze, poslední, je fáze přijetí. Mnohdy pacienti nacházejí svou vnitřní spiritualitu a někdy právě díky tomu dochází k jistému smíření se se smrtí. Ovšem častěji se v této fázi setkáme s lidmi, kteří jsou již bojem s nemocí natolik vyčerpání a nedokáží déle snášet bolest, že již nezbývá než „vzdát se“.

Schopnost vyrovnat se s blížící se smrtí je do jisté míry individuální a závisí nejen na osobnosti ale také na životních zkušenostech nemocného. Všechny fáze se během období umírání často střídají - střídají se také pocity strachu, úzkosti, deprese, hněvu, smutku až naprosté odevzdanosti a apatie. Spíše než konkrétní strach sužuje umírajícího neurčitá úzkost. Vychází z pocitu nejisté budoucnosti, obav z toho, kdy smrt přijde a co nastane po ní. (1) Úzkost se projevuje somaticky v podobě insomnie, anorexie, tachykardie, hyperventilace, zvýšeného pocení, pacient se vyhýbá očnímu kontaktu. Navenek se projeví agitovanost, děs, napětí, rozrušení, panika a maladaptivní chování. Hluboký smutek je očekávanou reakcí na sdělení závažné a infaustní choroby, depresí označujeme smutek trvající podstatně déle a mající větší hloubku. Každý člověk prožívá smutek jinak a jeho projevy jsou tedy odlišné u každého pacienta. Významným problémem, který také nacházíme u dlouhodobě nemocných pacientů a který by rozhodně neměl být přehlížen, je osamělost. V případě, že za pacientem nedochází rodina anebo žádnou nemá, zbývá „povinnost“ být pacientovi fyzicky přítomen personálu. V nemocnicích, kde je plné oddělení pacientů vyžadující časově náročnou péči, je situace jen obtížně řešitelná. Pokud pacient projeví přání zemřít, můžeme hledat příčinu i v nedostatečném řešení symptomů, nedostatečné psychosociální péče a s tím souvisejícím psychickým utrpením.

Proces umírání je bolestivá (možná i nejvíce) kapitola lidského života. Je obdobím krize, kdy do popředí přicházejí jako dominantní pocity strachu a beznaděje. Lidské je, prožívat emoce a reagovat tak na emotivně velmi silnou a náročnou situaci. Umírající pociťuje ztrátu kontroly nad svým životem, stává se nesoběstačným a odkázaným na pomoc druhých. Umírající musí čelit novým výzvám, musí přijmout svou životní roli, najít smysl ve svém životě i v nastalé situaci, snaží se docenit čas již prožitý, vyrovnává se se schopností odpustit si vlastní neúspěchy a selhání. Nastávají obavy, co bude s jeho blízkými po smrti, uvědomuje si své povinnosti vůči rodině, životnímu partnerovi, přátelům a známým ale také k Bohu. Pro mnohé je důležité zemřít v klidu, a proto se snaží urovnat složité vztahy se svými nejbližšími. Na jiné pacienty je toho mnoho, život je příliš hektický a oni touží už pouze po klidu. (1)



V paliativní péči se setkáváme s pacienty ve stavu deliria. Tento stav zmatenosti (může být zapříčiněn samotnou chorobou nebo častěji léčbou), je velkou komplikací pro komunikaci a tak i pro celkovou péči o pacienta. Není možné vyhovět přáním nemocného, které jsou neadekvátní a pro něj samotného často nebezpečná (například vstávání z postele u dlouhodobě imobilního pacienta). Umírající ztrácí pojem o čase, už ani nerozeznává přítomné osoby, což pro ně může být velmi bolestné. Také se stává, že mluví k Bohu, nebo o událostech a lidech, které neznáme. Někdy vidí také osoby, které již zemřely a mluví k nim. (18) Halucinace a bludy nevymlouváme ani nepotvrzujeme, jelikož by to nemocného mohlo přivést do ještě větší psychické nepohody, úzkosti až agrese.

## 2.5 Spirituální aspekty

Světová zdravotnická organizace definuje spirituální aspekty péče o pacienty jako takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům přesahující smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoliv pro mnoho lidí je náboženství vyjádřením jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propojuje fyzické, psychologické a sociální složky života jedince. (2)

Konfrontace se smrtelností tváří v tvář blíží se smrti může být hluboce znepokojivým prožitkem. Uprostřed bezprostředně nastávajícího odloučení a rozpadu jáství lze však přesto často nalézt i zdroj duchovní aktivity. (15) Duchovní péči potřebuje v zásadě každý člověk, věřící i nevěřící, neboť je přirozeným důsledkem jeho holistického pojetí. Dokonce můžeme konstatovat, že náboženská dimenze je člověku vlastní a záleží pouze na tom, jakým způsobem bude tento rozměr lidského života naplňován. (6) Víra v Boha je již po staletí součástí lidského života a ačkoliv v současné době nemá již náboženství takovou roli v životě lidí jako kdysi, stále velké procento lidí tvoří věřící. Na sklonku života, s vidinou blízké smrti, může být víra výrazně prohloubena, nově nalezena, nebo se k ní dotyčný vrátí po letech. V některých případech dochází k jevu opačnému a tedy, že věřící pacient v době umírání svou víru ztrácí, nedokáže pochopit, že pokud Bůh skutečně existuje, dopustí, aby se takové věci děly. Naděje života po smrti může ovlivnit samotný proces umírání. Umírajícímu dodává možnost smíření, po smrti duše člověka nezaniká. O nesmrtelnosti duše nehovoří pouze víra křesťanská, ale i jiná náboženství. Podle jedné teorie vznikla náboženství právě proto, aby objasnila lidský osud po fyzické smrti. (10) Víra je tedy něco, co nás ujišťuje, že po smrti není konec. Tolik nemocných lidí prožívá dnes – díky dvojnásobným úspěchům medicíny při prodlužování života – dlouhé odcházení. Ale když člověk skutečně odejde, když už jsou všechny vnější kontakty přerušeny, když třeba postupně odumřely všechny orgány a on tu leží absolutně mimo veškeré vztahy, tak věříme- vchází do nového, pro nás skrytého vztahu: Vita mutatur, non tollitur (Život se mění, ale nezaniká). (9) V monoteistických náboženstvích je popisováno nebe a peklo. Kam bude duše putovat po smrti, se odvíjí od prožitého pozemského života. Archetyp posledního soudu je spojen se základním tématem lidské existence, kterým je vina. Lidé se neustále v něčem provinují, tomu se nedá zabránit, náleží to prostě k základním rysům lidské existence. Spolu s existencí viny přichází i odpuštění. V minulosti měl velkou váhu rituál zpovědi, protože pouze tak mohl člověk po provinění dojít k odpuštění a tím přijít k poslednímu soudu s „čistým štítem“.

V současné době je již duchovní potřeba pacientů v nemocničních zařízeních méně tabu, než bývala za minulého režimu. Péče o pacienta i po stránce duchovní je v nynější době chápáno

jako součást komplexní péče o umírajícího pacienta. I nedostatečná péče o spiritualitu člověka může být zdrojem utrpení a naopak, pokud je péče dostatečná, může nemocnému přinášet naději, útěchu a částečně nebo úplně potlačit strach ze smrti. V České republice používáme pro duchovního působícího v nemocnicích označení nemocniční kaplan. Měl by být k dispozici nejen pacientům, ale také všem zaměstnancům a blízkým osobám nemocných a umírajících. Nemocniční kaplan má především hájit neměnnou hodnotu člověka, a to bez ohledu na typ onemocnění, prognózu nebo rozsah a způsob postižení. V některých zařízeních se konají bohoslužby, a pokud to pacientovi stav umožňuje, má možnost se zúčastnit. Duchovní může za nemocným docházet i k němu domů, aby mu poskytl možnost zpovědi a poskytl požehnání.

### 3 Pojmy v paliativní péči

#### 3.1 Nemoc

S nemocí se setkává každá osoba již od narození, ve většině případů jsou to však nemoci léčitelné a vyléčitelné. V případě, že má nemoc nepříznivý průběh, hovoříme o ní jako chorobě infaustní, pokud se jedná o nemoc natolik závažnou, že končí smrtí, označujeme ji jako letální. I když je zřejmé, že nemoc povede ke smrti, v současné době je široká dostupnost intervencí k podpoře života (umělá výživa, chemoterapie ad.) a tím může dojít k zásadní změně předpokládané délky dožití z několika týdnů na dobu několika měsíců až let. U choroby v terminálním stádiu se předpokládá dožití v rámci dnů až týdnů.

Lidé, očekávající téměř nekonečnou budoucnost najednou stojí před obdobím (někdy velmi krátkým) konečným a to v celkem jasném rozsahu, na jehož konci je smrt. Každý člověk, který závažně onemocní, se se svým osudem vyrovnává jinak. Závisí na osobnosti nemocného, na věku, temperamentu, na tradicích v kultuře, v níž vyrůstal a v neposlední řadě také ne rodině a zázemí a s tím pojící se „místo v životě“.

Závažnou nemocí se mění životní vyhlídka, sociální role. Nemocného nevnímáme izolovaně, ale v jeho sociálních vztazích. Závažné onemocnění většinou zasáhne nejen samotného nemocného, ale také jeho rodinu resp. její nejbližší členy (životního partnera, děti). Ti všichni nesou zpravidla tíhu onemocnění společně s nemocným. (6) U nemocného dochází k omezení pracovní výkonnosti až ke ztrátě zaměstnání, není již déle schopný živit svou rodinu, dostává se do stavu finanční nejistoty, z čehož vyplývají pocity zbytečnosti a bezradnosti. Sociální postavení je velmi ztíženo, může nastat jev tzv. sociální smrti. Nemocní mají pocit, že ztrácí svou důležitost v životě jiných lidí, že se vytrácí zájem o ně a nepodílejí se s nimi již na aktivitách všedního života, tak jako předtím. Dochází k úpadku kognitivních funkcí, jako je tomu u demence nebo u jiného postižení mozku čímž nemocný ztrácí svou osobnost a kontakt s realitou.

Vážná nemoc nepostihuje pouze stránku duševní, ale mění i fyzické vzezření člověka, tělo chřadne, kachektizuje, obličej se stává propadlým a strhaným, vlasy šednou a vypadávají.

Velká část literatury o paliativní péči vychází z předpokladu, že lidé mají jedinou identifikovatelnou chorobu. Údaje ze západních zemí však dokazují, že většina starších lidí i rostoucí podíl mladších žije s jednou chronickou chorobou a řadou chorob přidružených, poté hovoříme o tzv. polymorbiditě. Je logické, že se zvyšujícím se věkem počet těchto přidružených chorob roste.(15)

### 3.2 Utrpení

Jsmeli v současné době obklopeni apatií, resp. nechutí a neschopností moderního člověka trpět, popřípadě být na blízku trpícímu (doprovázet ho), je to důsledkem pragmatismu lidí, všeobecně sdílené touhy po klidu a snahy každé utrpení a bolest co nejrychleji odstranit, popřípadě nějak „rozumně“ vyřešit. Vzniká tak mylný dojem, jakoby utrpení do současné doby ani nepatřilo. V atmosféře současnosti působí totiž jako dokonalý anachronismus, a to i přes to, že ho paradoxně kolem sebe vidíme tolik. Odmítání reality utrpení v životě současného člověka vede nakonec ke slepotě vůči skutečnosti, v níž lidský život a vztahy ztrácejí svou charakteristickou hloubku. (6)

Naskýtá se otázka, jak učinit utrpení snesitelnějším. Prvním krokem ke zlidštění utrpení je „zápas proti oněmění“. Člověk má plné právo dosáhnout úlevy pláčem, nářkem, prosbou i obžalobou. Dále je zapotřebí být trpícímu nablízku, pomoci mu zvládnout nepřízeň osudu. Předpokladem pro spolupráci je otevřený dialog. Komunikace, přirozeně verbální i neverbální (haptikou někdy vyjadřujeme mnohem více než přívalem slov), dává prostor pro vypovídání se, napomáhá přijetí utrpení i rozvoji solidarity s trpícím. Utrpení tak postupně získává lidskou dimenzi, jinými slovy: zlidšťuje náš život, má formativní funkci, stává se fenoménem lidského zranění. A i když může nakonec utrpení pominout, skutečnost, že jsme trpěli, trvá navždy a umožňuje člověku osobní růst.(6)

### 3.3 Umírání

Problematikou finality života, umírání a smrti se zabývá obor thanatologie. Nejedná se pouze o obor medicínský, ale spadá také do filosofie, teologie, psychologie, sociologie a dalších vědních disciplín.

Smrt a umírání jsou neshodnou součástí života všeho živého. Ovšem v lidské společnosti jsme v průběhu let dospěli k jistým změnám, oproti generacím minulým. Trendem je zvyšující se věk dožití, umíme smrt oddalovat i u závažných neléčitelných chorob. Dokážeme zajistit jistou kvalitu života v jeho závěru, tišit bolest vhodnou analgezií, zajistit, aby dožití bylo důstojné a umírající byl v rámci možností v psychické pohodě. Zároveň, v případech bolestivého a trýznivého umírání je v některých vyspělých státech možnost život bezbolestně a důstojně ukončit na přání pacienta. Takový způsob označujeme jako eutanázie. Současnost je ale také dobou, kdy jsou otázky kolem umírání a smrti často tabuizovány. Lékař/zdravotník bere smrt jako vlastní prohru, selhání jinak tolik rozvinuté vědy. Nové technologie a léčebné procedury významně prodlužují délku umírání. Vítězná medicína se snaží do poslední chvíle odvrátit neodvratitelné, ale její razantní intervence bývá často sporná. Kdyby své místo přenechala medicíně paliativní, patrně by se snížil počet těch, kterým v dobrém úmyslu ubližuje tím, že je nenechá v klidu a důstojně zemřít. Pokud je smrt brána jako selhání medicíny, bude vždy upřednostňována fyzická péče před tou duševní, duchovní a sociální, které by leckdy pro nemocného v závěru života byly stejně, možná i více, důležité. Pokud není dostatečně brzy rozpoznána blížící se smrt, nemocný umírá ve stresu a v bolestech, které by bylo možno dříve zmírnit. Problematické situace komplikují i úpěnlivé prosby celé řady příbuzných, kteří, stejně jako lékaři, nechtějí připustit, že se životní čas konkrétního člověka již naplnil. Dystanázie neboli zadržaná smrt je pak nepříjemným, ale logickým důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžadují paliativní přístup.(5) Pokud nedojde k dostatečnému pochopení péče v oblasti etické a právní, nemůže být úroveň péče

o nemocné na sklonku života na ideálně vysoké úrovni. Proces umírání, který předchází fatalitě zániku, může mít různou formu. O tu relativně příjemnou musíme usilovat, a to i v podmínkách vítězné medicíny. Umírání je do jisté míry ovlivněno i lidmi v blízkosti nemocného. V závěru života je možná více než jindy důležité zachovat humánní přístup a zajistit tak, aby odchod ze světa byl dostatečně důstojný a co nejméně traumatický, aby umírajícímu byla poskytnuta dostatečná útěcha. Doprovázení pacienta ve dnech umírání je nesmírně těžké, ale zároveň nutné, z hlediska etického, lidského.

### 3.3.1 Umírání v minulosti

Současným trendem je umírání převážně v institucích, po celá staletí, až do nedávné doby tomu bylo jinak. V minulých dobách byla smrt a umírání bráno jako nesdílňná součást života. Lidé se dožívali relativně nižšího věku, nevléčitelné nemoci, infekce a vrozené vady usmrcovaly i lidi mladé, děti. Smrt byla přítomna v lidských obydlích, lidé umírali na ulici, všem na očích a bez jakékoliv pomoci. Neléčitelné nemoci probíhali krátce a smrt přicházela brzy. Smrt tedy přicházela přirozeně, nedocházelo k jejímu zadržování. Téměř všichni lidé se setkávali běžně se smrtí, věděli tedy, jak se k umírajícímu chovat a co si péče o něj vyžaduje a dokonce i umírající věděl, co se od něj očekává. Přítomnost lékaře u lůžka umírajícího bylo povětšinou privilegium, které si mohly dovolit pouze nejbohatší a nejmocnější vrstvy lidí. Pokud nemocný trpěl velkými bolestmi, podával lékař zklidňující injekci morfia, v té době často jediným zdrojem úlevy. V Hippokratově době, bylo lékařům doporučováno, aby se vzdálili od domů, kde umírajícímu už nemohou pomoci. Péče tedy většinou pocházela jen ze strany rodiny a byla laická, mnohdy dokonce žádná.

Lišil se i pohled na odchod ze světa. Smrt nebyla tabuizovaným tématem. Duchovní péče byla nejrozsáhlejší péčí o umírajícího a s tím se pojily i jisté rituály. Poskytovatelé duchovní péče byli kněží, jistými průvodci na „cestě ke smrti“ byli věřící, povětšinou rodina. Duchovní (kněží) poskytovali tzv. svátost nemocných (také pomazání nemocných). Součástí svátosti bylo mimo jiné zpověď, která nemocného očistila od hříchů vykonaných během pozemského života. Rodina se taktéž postarala i o tělo zesnulého a připravila jej ke smutečnímu obřadu.

Ve starých řeckých bájích byl převozníkem do světa mrtvých Cháron. Mrtvého převezl za minci vloženou do úst zesnulého. Tato funkce by se v dnešní době dala připsat právě lékařům vykonávající paliativní péči.

### 3.3.2 Umírání v institucích

V dnešní době se nejčastěji setkáváme s tzv. institucionálním modelem umírání, na rozdíl od minulosti kdy byl v podstatě „pouze“ domácí model umírání. S přesunem umírání do zdravotnických zařízení přichází do popředí také důležitost role ošetřovatelů, vykonávající péči o umírajícího. Přebírají tak roli, kterou v minulosti zastávala převážně rodina. Stinnou stránkou institucionálního modelu umírání zůstává převážně nepříznivé prostředí a odosobněný přístup ze strany pečujících, ačkoliv péče může být do jisté míry na velmi profesionální úrovni.

Dá se říci, že potřeby umírajících jsou ve všech dobách do jisté míry velmi podobné. Důležité je zázemí, kde bude mít nemocný klid, ticho, pokud možno ne ostré světlo, ideální teplota atp. V nemocnicích se odstupuje od dřívějších velkých mnoholůžkových pokojů. Na těchto pokojích se situace, kdy jeden pacient umíral, řešila zatažením bílé zástěny – plenty. Ta měla zajistit „soulonost“ umírajícího a zároveň ušetřit pohledu na něj ostatní pacienty. Dnes na některých

odděleních vznikají tzv. paliativní pokoje, kde je nemocný jediným pacientem a je zajištěno jeho nejvyšší možné pohodlí. Pokoj je neustále přístupný pro návštěvy ze stran rodiny a známých, kteří za umírajícím docházejí.

### 3.3.3 Charty umírajících

Opakovaně bylo konstatováno, že Práva pacientů, ať již ve své obecné podobě nebo ve specializovaných verzích, vyjadřují opodstatněné potřeby a přání nemocných, která jsou ve vztahu k jejich favorizovaným potřebám. A právě pro onu opodstatněnost jsou povýšeny na mravní normy, které vyzývají k naplnění. (5)

V Evropských zemích byla na počátku výzva, kterou pod názvem „Rooming-in při umírání“ formulovalo 130 účastníků pracovního zasedání Umírání v Rakousku a která byla již s datem 27. 3. 1992 odeslána rakouské vládě. Tento dokument se totiž stal výchozím materiálem pro vznik závažného dokumentu O ochraně lidských práv a důstojnosti (hodnot) nevyléčitelně nemocných a umírajících (synonymum: Charta práv umírajících, Charta umírajících), který byl schválen 25. 6. 1999 parlamentem Rady Evropy. V obsáhlém textu uvedeného dokumentu je vyváženě pojednáno o právu každého člověka na sebeurčení a o nutné ochraně každého lidského života. Právo na sebeurčení je třeba chápat především v přístupu k pravdivým informacím, v ochraně života pak v odmítnutí aktivních forem eutanazie. Žádosti nemocného, aby bylo upuštěno od zatěžujících a problematicky úspěšných lékařských zásahů, je však možné za určitých podmínek vyhovět. (5)

## 3.4 Smrt

Člověk je pravděpodobně jediným tvorem, uvědomující si konečnost svého života. Stejně jako všechny živé organismy je veden pudem sebezáchovy, který ho nutí svůj život zachovat a o něj bojovat. Psychologie označuje jako základním strachem člověka právě strach ze smrti.

Smrt je individuálním zánikem organismu. Celý život od narození vede ke smrti, smrt je tak jistým smyslem života. Je pravděpodobné, že bez smrti by ztratil lidský život svůj smysl. Smrt je podmíněna životem a život je umožňován smrtí. Smrt je poslední přirozenou etapou lidského života.

Takzvanou přirozenou smrtí chápeme smrt v důsledku sešlosti věkem, v současné době je však smrt zpravidla jako konečné stádium neléčitelného patologického procesu, chronické choroby. Tuto smrt označujeme někdy jako tzv. lékařskou smrt a asociuje smrt v důsledku nemoci a zpravidla v nemocnici nebo jiné instituci. Pokud smrt přichází v mladém věku, hovoříme o smrti předčasné, ve věku vyšším a smrti přiměřené až o „požehnaném věku“. Rychlost skonu je různá, proto rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou. Dále hovoříme o smrti avizované a neavizované. Náhlá smrt je povětšinou neavizovaná. Nejčastěji se jedná o smrtelné nehody, úrazy apod. Rychlá smrt se se smrtí náhlou v podstatě překrývá, nejčastěji se jedná o smrt v důsledku nemoci, která je příčinou rychlého skonu např. infarkt myokardu. Oproti tomu pomalá smrt je avizovaná, nemocný má čas se na smrt připravit a stejně tak jeho blízcí. Na druhé straně jsou s ní spojena muka představující vědomí jisté smrti, nezměrné utrpení při „čekání“ na smrt. Jev, kdy je smrt, která by fyziologicky přišla, pozdržena některými medicínskými postupy a technologiemi označujeme jako dystanázii.

Smrt konstatuje vždy lékař, většinou na základě zástavy srdeční činnosti, která je nevratná. V případě možného dárcovství orgánů se opírá o kritéria prokazující smrt mozku. O zahájení resuscitace, či o pokračování v resuscitaci zahájené středním zdravotnickým personálem, rozhoduje lékař. Toto rozhodnutí je podloženo diagnózou či diagnózami nemocného, možností léčby a vyléčení, věkem, celkovým stavem a předpokládanou kvalitou života po možné úspěšné resuscitaci. Pacient může před smrtí vyslovit přání nebýt resuscitován.

Po smrti v nemocničním prostředí se o tělo zemřelého postará sestra. S tělem by mělo být nakládáno důstojně s jistou pietou, dle potřeby by mělo být očištěno, zbaveno kanyl, cévek a dalších vstupů, musí být zajištěna důstojnost mrtvého, tělo musí zůstat skryto před zraky nepovolaných osob. Pozůstalým by v ideálním případě mělo být umožněno se naposledy rozloučit. Při takových chvílích je nezbytné zajištění intimity a vstřícného a empatického chování ze strany personálu. O tom, zda bude tělo odesláno na pitvu, rozhodují okolnosti smrti. Pokud je smrt již dlouhodobě avizovaná v důsledku vážné choroby, pitva většinou indikována není. Jistý respekt k autonomii je třeba vnímat i v případě, že se pacient dopředu vyslovil, jak si přeje, aby bylo s jeho tělem po smrti naloženo. Pokud si tedy nepřál být posmrtně pitván, mělo by na jeho přání být nahlíženo. Pitva se může provést nejdříve dvě hodiny po lékařem prohlášeného úmrtí.

### 3.4.1 Eutanázie

Slovo eutanázie pochází z řeckého eu a thanatos, v překladu tedy „dobrá smrt“. S rozvojem medicíny, která je schopna oddálit smrt v rámci dní, týdnů až měsíců se naskytá problém opačný, a to sice zda je etické a společensky akceptovatelné, aby byl v rámci medicíny ukončen život plný bolesti a utrpení neodvratitelně směřující i tak ke smrti. Eutanázie je z etického hlediska jedním z nejdiskutovanějších otázek nejen medicíny ale také z hlediska právního, náboženského, morálního, biologického.

Eutanázie v současnosti je šetrné usmrcení nemocného, který trpí neúnosnými bolestmi následkem neléčitelné nemoci, na jeho vlastní žádost. (8) Setkáváme se s termíny aktivní a pasivní eutanázie, ačkoliv provedení usmrcení na žádost nemocného bude vždy eutanázií skutečnou, aktivní. Podobným pojmem jako eutanázie je asistovaná sebevražda. Rozdíl je v tom, že lékař při asistované sebevraždě pouze podá pacientovi radu, jak realizovat odchod ze života, popřípadě konkrétní prostředek a množství. Usmrcení však provede pacient sám, na rozdíl od eutanázie. Od eutanázie je třeba odlišit nepokračování v neperspektivní léčbě, v situaci, kdy již smrt není odvrátitelná, nejedná se v tomto případě o pasivní usmrcení, ale o neprodlužování umírání. Často bývá velmi obtížné odlišit, kdy se jedná o záchranu života a kdy již jen o prodlužování umírání. Současná medicína je schopna zajistit vitální funkce u člověka, který by jinak nebyl schopný přežít. V těchto situacích je třeba rozhodnout, zda v léčbě pokračovat či nikoliv, a nechat pacienta zemřít. Rozhodujících je několik faktorů, rozlišujeme mravní a právní normu. Medicína považuje za správné, ukončit léčbu, která nepomáhá a lékař není povinen takovou marnou léčbu ani zahájit. Setkáváme se s programem DNR (do not resuscitate), v České republice NR (neresuscitovat), toto přání může být součástí předem vyslovených vůle každého člověka.

V České republice je eutanázie považována za eticky nepřijatelnou a protiprávní. Pokud by byla na území ČR provedena, bude kvalifikována jako trestný čin. Tak se vyjadřuje i etický kodex

České lékařské komory. Výsledkem diskuzí, ohledně eutanazie bylo, že 1. 12. 2005 byla schválena novela zákona, podle kterého je eutanazie nadále trestným činem, avšak s výrazně nižší trestní sazbou, která obsahuje i variantu beztrestnosti.

Proti provádění eutanazie jsou argumenty etické, náboženské a právní. Hrozbou je i možné zneužívání této metody, která by jinak mohla být pojatá jako akt milosrdenství. Historie je plná případů, kdy k usmrcování pacientů docházelo rukou lékaře, ve většině případů se jednalo o smrt nedobrovolnou, tento akt byl v rozporu s etikou, byl něčím nelidským, popíral základní právo každého jedince na život. Dalším argumentem je, že lékař by měl životy pouze zachraňovat (nebo alespoň „neškodit“), nikoliv ukončovat. Také je otázkou, zda jsou v jedné osobě (lékaře) slučitelné ušlechtilé a humanistické rysy lékařské profese s principy zabíjení lidí. V neprospěch eutanazie je třeba uvést také skutečnost, že není snadné se přesvědčit o tom, do jaké míry je pacient schopen se svobodně rozhodnout, ať už pro psychický stav, nebo vzhledem k nátlaku ze strany rodinných příslušníků. (8) Podle křesťanské víry je Bůh tím, kdo život dává, on by jej tedy měl i ukončovat (přirozenou smrtí). Vražda (byť z milosrdenství) i samovražda je podle Bible hříchem a je nepřípustná.

Hospicový přístup a paliativní péče se staly synonymy té nejlepší péče o umírající. Smrt v hospici však podléhá jistým morálním zásadám, takže některá přání, například provedení eutanazie (která také může představovat „dobrou smrt“) nebudou splněna. Jako schůdná alternativa eutanazie se nabízí právě paliativní péče. Odborníci na paliativní péči už dlouho dokládají, že poskytování paliativní péče zmírňuje utrpení do té míry, že mnoho lidí už si eutanazii nepřeje, a to i z řad těch, kteří v ní dříve viděli východisko. (15)

#### 3.4.2 Péče v době smrti a po ní

Pro mnoho zdravotníků není nic neobvyklého, že se setkávají se smrtí pacientů. Spatřují v ní logický důsledek patologického procesu, samotný závěr procesu umírání, který sledovali po nějakou dobu. Schopnost zdravotníku poskytnout správnou péči v době těsně před smrtí a během ní závisí na zkušenosti rozpoznat, kdy smrt přibližně nastane. V medicínském chápání je smrt definována jako přesný okamžik v čase. V okamžiku smrti je vyžadováno správné a profesionální jednání, už z toho důvodu, že další možnost napravit případně chyby se již nenaskytne. Zdravotníci přítomni okamžiku smrti musejí rozumět jejímu významu na všech úrovních – medicínské, duchovní, sociální, kulturní a právní. V ideálním případě, by nemocný ještě před svou smrtí vyjádřil své přání o tom, jak by si přál prožít své poslední okamžiky a koho si přeje mít vedle sebe, až okamžik smrti nastane. Problém nastává v případě, že nemocný není schopen se vyjádřit a personál tak musí provést rozhodnutí za něj. Pokud jsou přítomni příbuzní a blízcí umírajícího v okamžiku smrti, nemělo by jim být přítomnost odepřena a možnost se s osobou blízkou naposledy rozloučit.

Po smrti s tělem zesnulého zdravotníci nakládají podle daných předpisů. Někdy si rodina přeje zesnulého vidět a to by jim mělo být umožněno. Zdravotnický personál by měl být v době před smrtí pacienta i po ní, jemu i jeho blízkým k dispozici a snaha vyhovět jejich žádostem je do jisté míry jejich sociální a etickou povinností.

#### 3.4.3 Péče o pozůstalé

Samotná smrt člověka přesahuje pouze biologickou stránku. Po zemřelém člověku zůstává prázdné místo v životě jeho rodiny, blízkých. Je nutné, aby si zdravotníci sami uvědomovali,

jaký význam má absence a ztráta člověka, který miloval a byl milován, byl součástí života jiných lidí. Pozůstalí prožívají žal a truchlí nad ztrátou. Rolí zdravotníků tedy je, aby jistou podporu a útěchu poskytli i osobám blízkým. Smrt v současnosti nastává většinou v nemocnici nebo podobném zařízení, truchlíci jsou tak v neznámém prostředí obklopeni neznámými lidmi. Personál by měl projevit dostatek zájmu a lítosti k situaci, v níž se pozůstalí nacházejí. Z praxe je bohužel běžné, že v mnoho případech zdravotníci provedou jen povinnosti spojené s péčí o mrtvé tělo a tím péče spolu s odvezením těla zesnulého z jejich strany končí. Smutnou realitou tedy je zanedbávání péče o pozůstalé. Ačkoliv lze namítnout, že péče o pozůstalé nespadá do kompetencí zdravotnického personálu, je přinejmenším lidské, projevit jistou spoluúčasť nebo pomoci nalézt zdroj útěchy.



# VÝZKUMNÁ ČÁST



## 4 Výzkumné šetření

Pro svou bakalářskou práci jsem prováděla výzkum mezi sestrami v nemocničních zařízeních. Cílem bylo zjistit jejich zkušenosti s paliativní péčí, případně jestli se ony sami na paliativní péči podílejí a jakým způsobem a zda je podle nich poskytování paliativní péče dostatečné.

### 4.1 Metodika

Výzkum byl prováděn formou kvantitativní prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazníky jsem rozdělila do dvou nemocnic na oddělení interní, oddělení následné péče a jednotku intenzivní a resuscitační péče. Konečný počet určený k následnému zpracování ve výzkumné části bakalářské práce bylo 40 dotazníků. Dotazník obsahuje 23 otázek, z toho je 17 otázek uzavřených a 6 otázek otevřených s libovolnými odpověďmi. Dotazníky byly anonymní. Výsledky byly analyzovány a zpracovány do grafů.

### 4.2 Cíl práce

Cílem práce bylo vyhodnotit, jaké jsou zkušenosti sester s paliativní péčí na výše uvedených odděleních, zda je paliativní péče poskytována, kdo ji poskytuje, do jaké míry je poskytována a v jakých svých složkách. Cílem práce není hodnotit znalosti všeobecných sester o paliativní péči.

### 4.3 Výsledky:

Mezi respondenty byli 2 muži a 38 žen. Ve věku méně než 25 let odpovídalo pět respondentů, ve věku 25-35 let bylo také pět respondentů, od 35 do 45 let bylo respondentů 12, ve věku 45-55 let bylo 8 respondentů, ve věku 55-65 let odpovídalo respondentů 10 a ve věku 65 a více let neodpovídal žádný respondent.

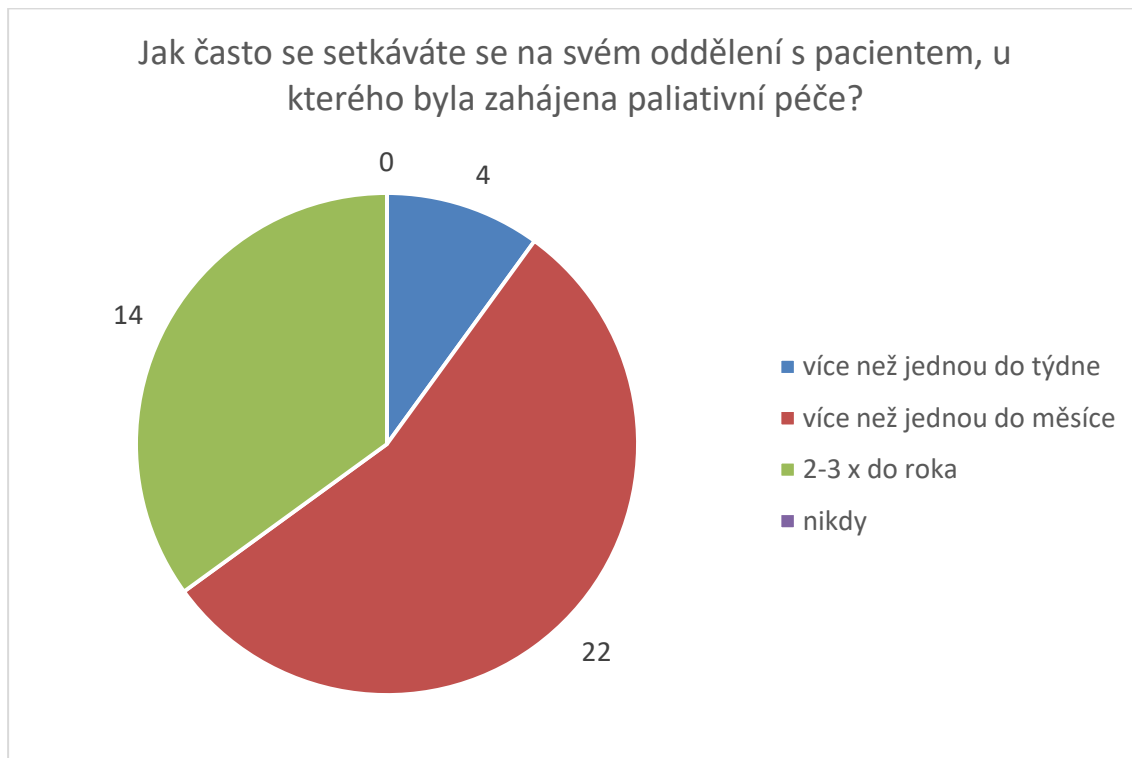
Dosažené vzdělání v cílové skupině bylo následující: 27 respondentů uvedlo jako dosažené vzdělání středoškolské, 7 respondentů vzdělání vyšší odborné a 6 respondentů dosáhlo vzdělání vysokoškolského.

Z cílové skupiny pracují všichni dotazovaní na pozici všeobecná sestra. Všichni jsou zaměstnanci nestátního zdravotnického zařízení. 14 respondentů pracuje na interním oddělení, 17 respondentů bylo z oddělení následné péče (LDN) a 9 z jednotky intenzivní a resuscitační péče.

**Otázka: Jak často se setkáváte na svém oddělení s pacientem, u kterého byla zahájena paliativní péče?**

Možnost *více než jednou do týdne* uvedli 4 dotázaní. Více než jednou do měsíce se s takovým pacientem setkává 22 respondentů a 2-3x do roka 14 respondentů. Možnost *nikdy* neuvedl žádný z respondentů. Následně tedy vycházíme z toho, že všichni dotazovaní z cílové skupiny se na svých odděleních setkávají s pacienty, u kterých byla zahájena paliativní péče. Nejčastěji se s pacienty v paliativní péči setkávají sestry na interních odděleních, ze čtyř respondentů, kteří uvedli, že se s takovýmto pacientem setkávají vícekrát, než jednou do týdne, byli právě 3 dotázaní z interního oddělení, zbylý jeden dotazník s touto odpovědí byl z oddělení následné péče. Nejméně často se oproti tomu s pacienty v paliativní péči setkávají všeobecné sestry na jednotce intenzivní a resuscitační péče, tedy přibližně jedna polovina dotazníků s označenou odpovědí *2-3x do roka*, druhá polovina s touto odpovědí je pak z oddělení následné péče, ale

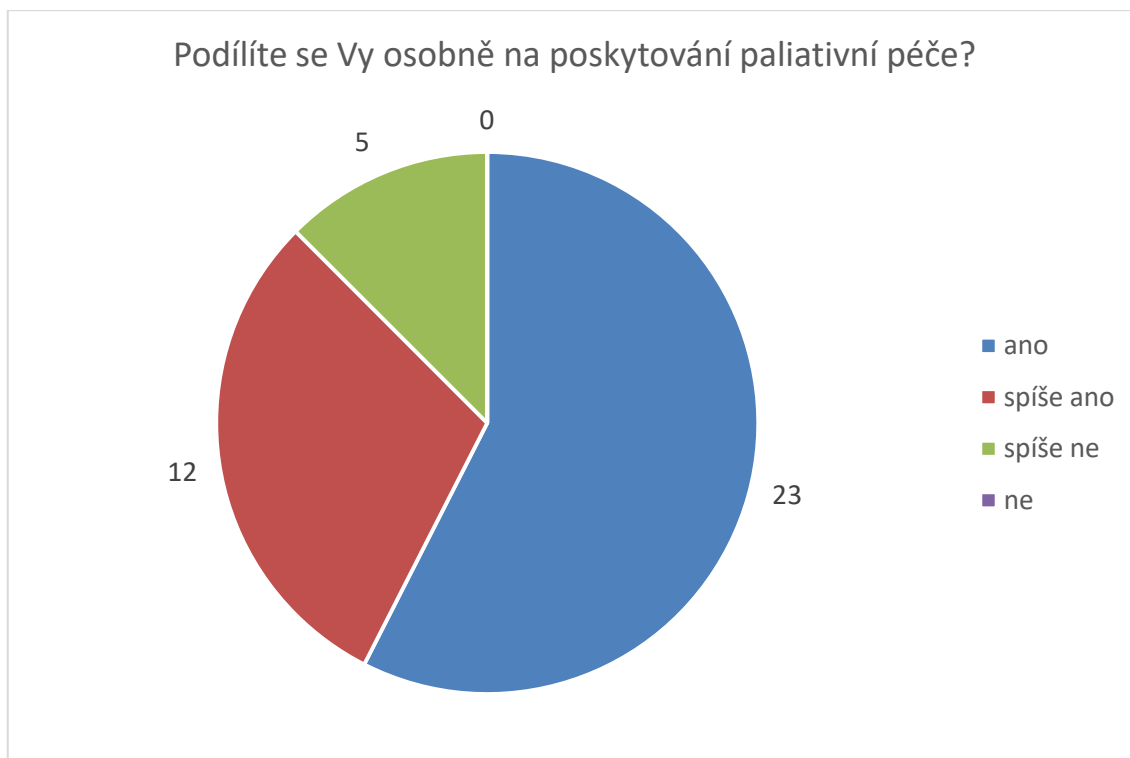
v poměru vyplněných dotazníků z JIRP a LDN je zřejmé, že na JIRP tato odpověď převažuje. Největší část respondentů uvedla, že se s paliativní péčí u pacientů setkávají *vícekrát než jednou do měsíce*.



Zdroj: Vlastní výzkum

#### Otázka: Podílíte se Vy osobně na poskytování paliativní péče?

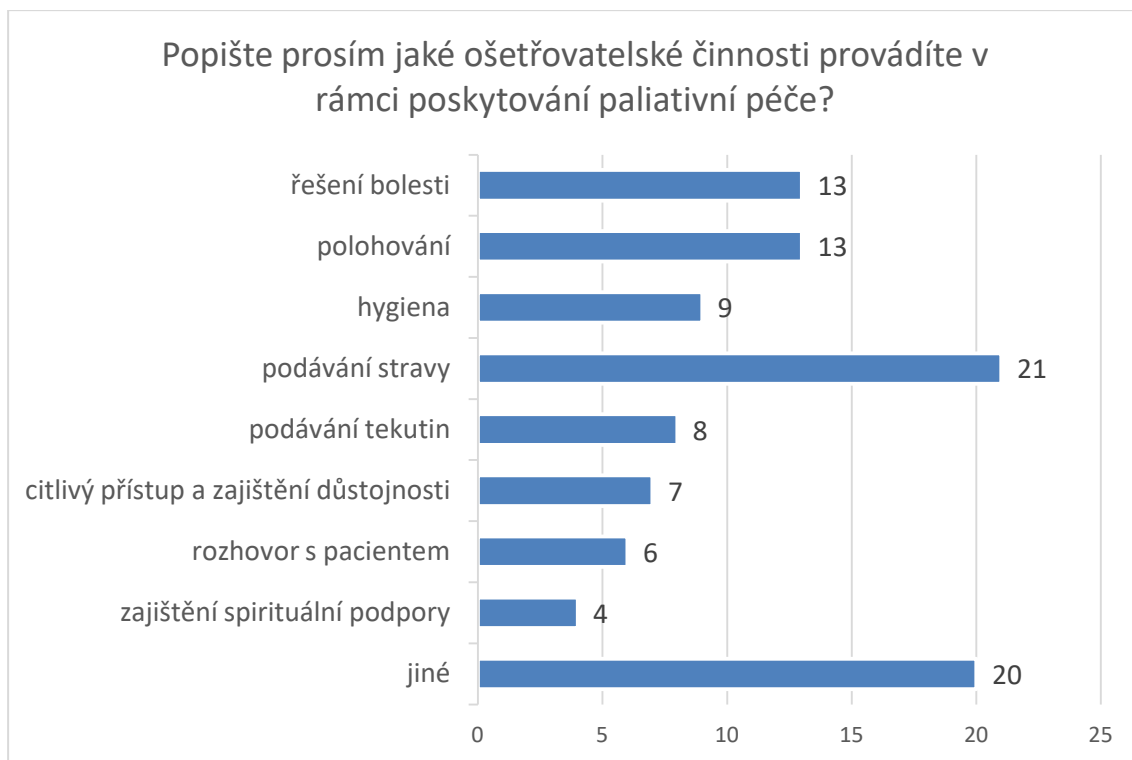
Z dotázaných odpovědělo 35 zaměstnanců, že se podílejí na poskytování paliativní péče. Z toho odpověď *ano* uvedlo 23 respondentů a odpověď *spíše ano* 12 respondentů. Možnost, že se nepodílejí na poskytování paliativní péče, vyznačilo 5 dotázaných a ve všech případech to byla možnost *spíše ne*. Možnost *ne* nebyla označena ani jednou. Závěrem tedy je, že se naprostá většina dotázaných (88%) podílejí na poskytování paliativní péče v nemocničních zařízeních. Mezi těmi, kteří poskytují paliativní péči, jsou zaměstnanci ze všech oddělení, kde byl výzkum prováděn. Většina (4 z 5) dotazníků, kde dotazovaný uvedl možnost, že se *spíše* nepodílejí na poskytování paliativní péče, byly z interního oddělení a *spíše* se jednalo o mladší zaměstnance. Většina z nich ovšem uvedla, že se s pacientem v paliativní péči setkává *vícekrát než jednou do týdne*.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Popište prosím, jaké ošetrovatelské činnosti provádíte v rámci poskytování paliativní péče.**

Mnoho z dotazovaných uvedlo více než dvě činnosti, které provádějí v rámci paliativní péče. Nejčastěji se v odpovědích vyskytovalo podávání stravy (21x), tlumení bolesti (13x) a polohování (13x). Dále pak hygienická péče (9x), podávání tekutin (8x). Častou odpovědí bylo také poskytování psychické podpory umírajícímu, ať už prostřednictvím rozhovoru (6x), citlivého a důstojného přístupu (7x) a také zajištění podpory duchovní (4x). Mezi dalšími uvedenými činnostmi bylo odsávání, péče o dutinu ústní, péče o pokožku, provádění převazů, péče o případné dekubity, sledování vyprazdňování, krmení (do PEG, sondy), péče o stomie a katétrů, asistence lékaři při odlehčujících punkcích, zprostředkování ergoterapie a kanisterapie, podávání infuzí. Z následujících odpovědí tedy vyplývá, že sestry vidí jako nejpodstatnější výkony v paliativní péči zajišťování základních fyziologických potřeb pacienta. Zároveň je patrné, že u pacienta vnímají potřeby psychické, sociální i spirituální.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Existuje ve vaší nemocnici specializovaný paliativní tým?**

Ani jedné z nemocnic v současné době paliativní tým neexistuje. Odpověď byla tedy v naprosté většině (38x) *ne*, jen dva z dotázaných označili odpověď *nevím*.



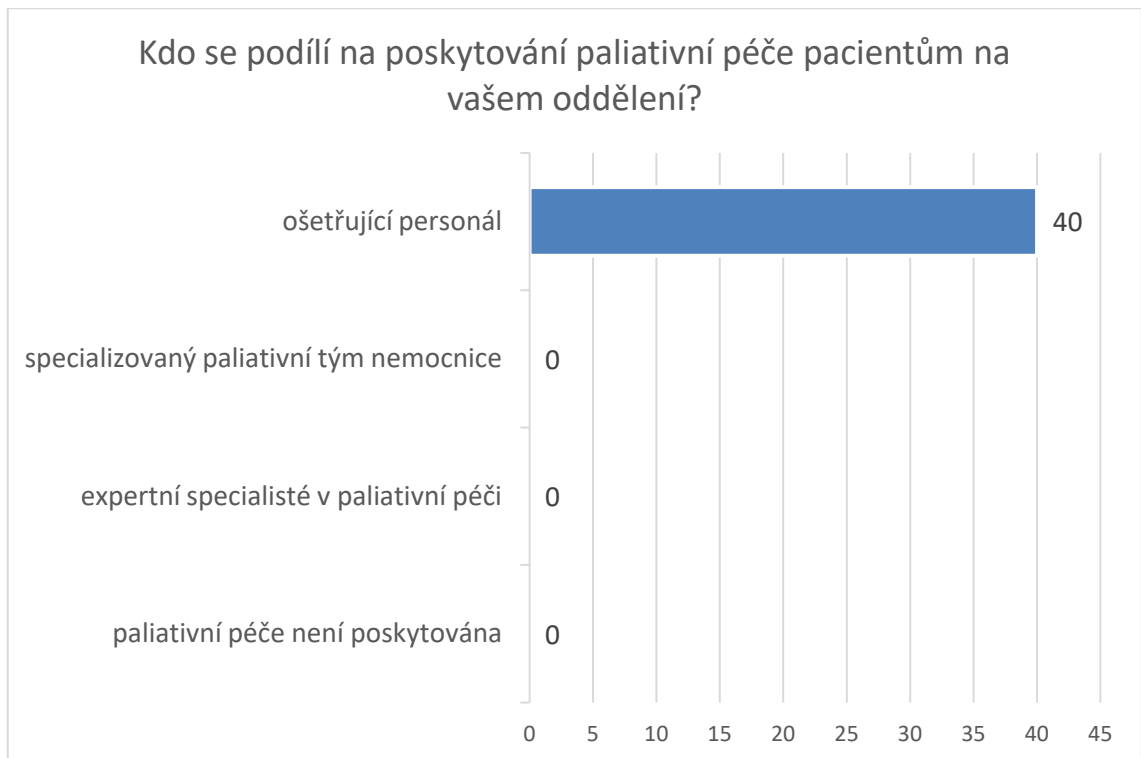
Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Pokud ano, je členem týmu všeobecná či praktická sestra?**

Otázka navazuje na otázku předešlou, není tedy možné ji vyhodnotit.

**Otázka: Kdo se podílí na poskytování paliativní péče na Vašem oddělení?**

Jedinou odpovědí, která se vyskytovala u všech dotazníků, byla *ošetřující personál*, což je logické v případě, že v nemocnici nepůsobí žádný paliativní tým. Odpověď, že paliativní péči poskytují externí specialisté v paliativní péči, nebyla také nikde uvedena. Zároveň nikdo z dotázaných nevedl, že se paliativní péče na oddělení neposkytuje.

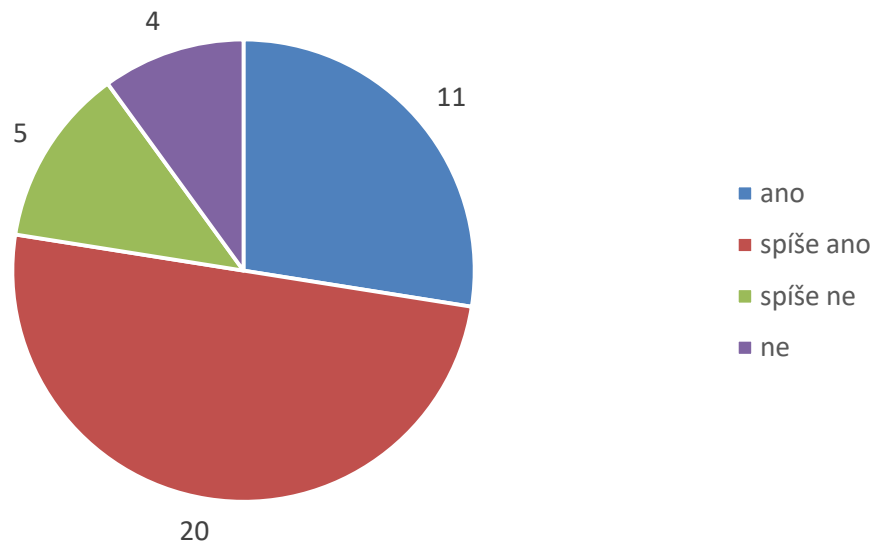


Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Máte pocit, že je vhodně a ve správný čas ukončována léčba, která již nemůže vést ke zlepšení stavu pacienta?**

Na tuto otázku odpověděli více než dvě třetiny dotázaných *ano*. Z toho 11 respondentů uvedlo, že *ano*, 20 z nich, že *spíše ano*. Možnost *ne* označili 4 dotázaní a možnost *spíše ne* 5 dotázaných. Mezi těmi, kdo si myslí, že nikam nevedoucí léčba není včas ukončována, je největší zastoupení sestrami z jednotky intenzivní a resuscitační péče, dále pak z oddělení následné péče a jeden dotazník byl z interního oddělení.

Máte pocit, že je vhodně a ve správný čas ukončována léčba, která již nemůže vést ke zlepšení stavu pacienta (například kurativní léčba u onkologických pacientů)?



Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Setkáváte se často, podle Vás, se zbytečně prodlužovaným umíráním?**

Ačkoliv v předchozí otázce většina dotázaných odpovídala, že je podle nich včas ukončována nikam nevedoucí léčba, v této téměř dvě třetiny uvedly, že se s jevem zbytečně prodlužovaného umírání setkávají. Odpověď *ano* zvolilo 18 respondentů, 11 respondentů uvedlo, že *spíše ano*. Že se s tímto jevem neseťkává, uvedlo 11 respondentů, z toho 9 odpovědělo *spíše ne* a 2 z nich že *ne*. Většina z těch, kteří uvedli, že se prodlužováním umírání, které je pravděpodobně zbytečné, neseťkávají nebo spíše neseťkávají, pracují na interním oddělení, v menším zastoupení pak na odděleních následné péče. Z toho vyplývá, že sestry na JIRP se podle výzkumu setkávají na svém oddělení s jevem zbytečně prodlužovaného umírání častěji a setkávají se s ním všechny z dotázaných. Dále, mezi těmi, kteří uvedli odpověď *ne* a *spíše ne*, bylo velké zastoupení mladých zaměstnanců, tři z nich jsou mladší 25 let a to je většina dotázaných z této věkové skupiny. Téměř polovina z těchto respondentů si myslí, že současně není dostatečně včas a vhodně ukončována léčba, která nemůže vést k uzdravení pacienta.





Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Je podle Vás zachována důstojnost umírajících?**

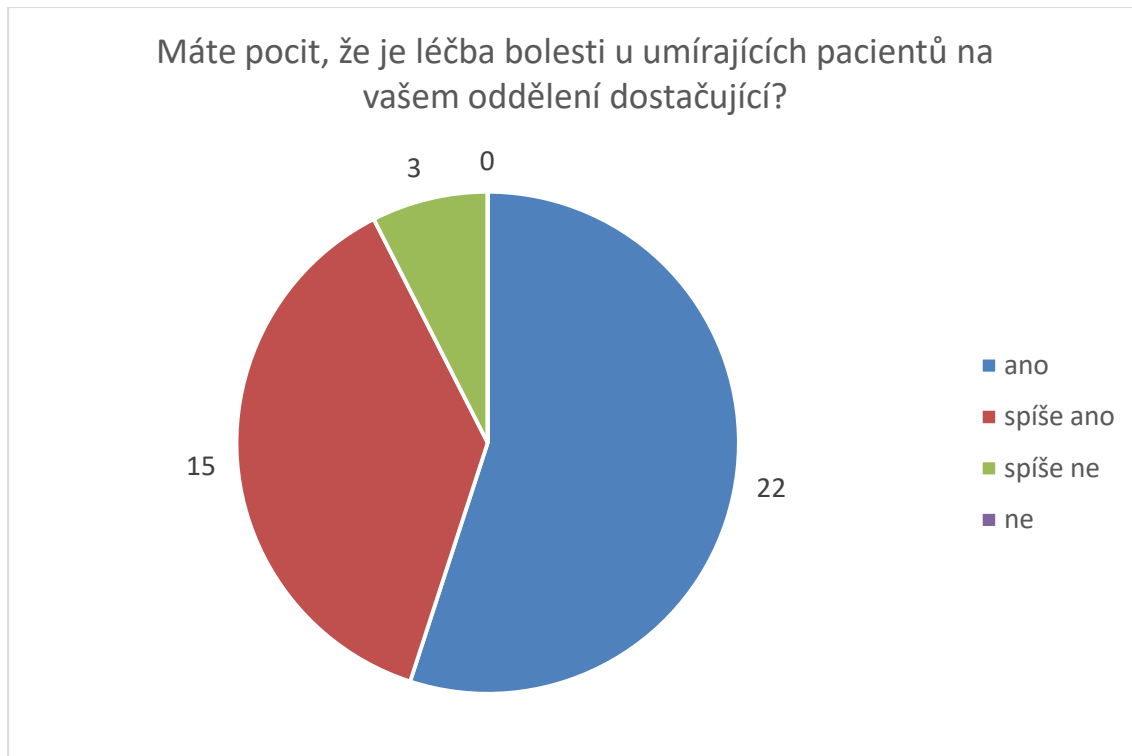
U této otázky naprostá většina, tedy 32 respondentů, odpověděla, že podle nich je důstojnost umírajících pacientů zachována. Tři dotázaní uvedli, že někdy. Fakt, že důstojnost u těchto pacientů zachována není, si myslí 5 z dotázaných. Většina z negativních odpovědí byla uvedena na dotaznících z jednotky intenzivní a resuscitační péče.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Máte pocit, že je léčba bolesti na vašem oddělení dostačující?**

Většina respondentů uvedla, že podle jejich názoru léčba bolesti na jejich oddělení dostačující je. Z 37 kladných odpovědí bylo 22 odpovědí *ano* a 15 odpovědí pro *spíše ano*. Odpověď *spíše ne* byla označena na třech dotaznících, z nich dva byly z interního oddělení a jeden z JIRP. Na dvou z těchto dotaznících bylo současně uvedeno, že podle respondenta není zachována důstojnost umírajících a zároveň všichni tři odpovídající uvedli, že se na svém oddělení setkávají se zbytečně prodlužovaným umíráním. V závěru by se dalo soudit, že léčba bolesti je podle tohoto průzkumu podle všeobecných sester dostačující na odděleních následné péče.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Jaké metody při řešení bolesti používáte u pacientů, kteří si na bolest stěžují?**

U této otázky měli respondenti možnost uvést více odpovědí, případně doplnit sami.

Deset z dotázaných uvedlo, že by informovalo lékaře. Dále 6 respondentů by s pacientem pohovořilo. Použití obou metod by uplatnilo 16 sester. Třetí možná odpověď byla volná na doplnění jiné nefarmakologické metody, než je rozhovor. Pouze tuto možnost označili dva dotázaní, tuto odpověď spolu s hovorem s pacientem uvedl jeden dotázaný. Všechny tři možné odpovědi byly uvedeny na 5 dotaznících.

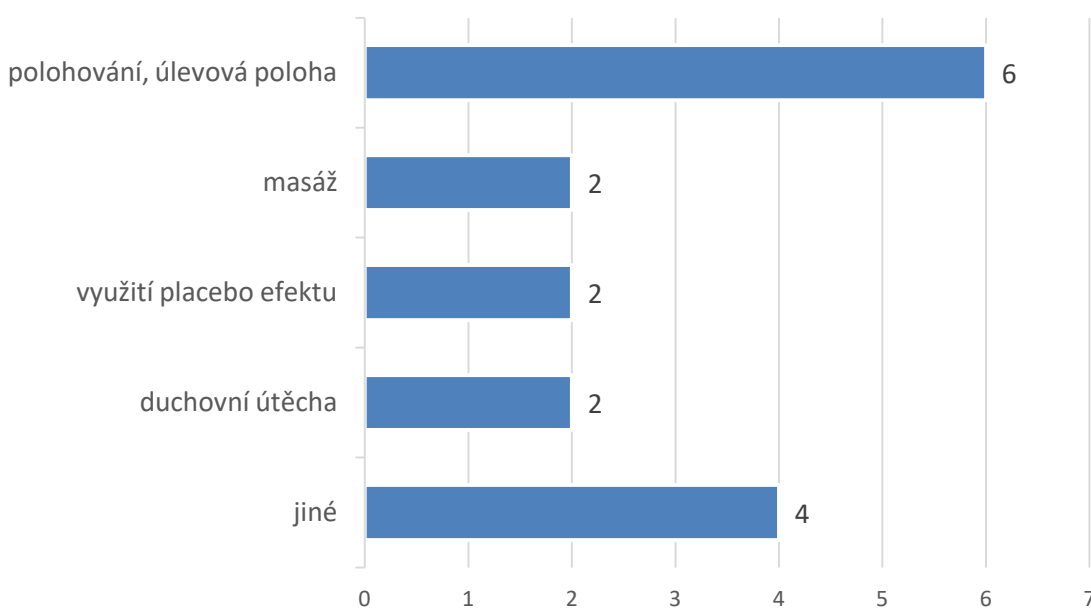
Jaké používáte metody řešení bolesti u pacientů, pokud si na bolest stěžují?



Zdroj: Vlastní výzkum

V odpovědi, kde se popisovala jiná nefarmakologická metoda než rozhovor s pacientem, se nejčastěji vyskytovalo polohování – využít úlevové polohy (6x), dále podání léku s účinkem placebo (2x), ledování (1x), zajištění duchovní péče (2x) a využití bazální stimulace (1x), masáže (2x). Placebo efektu a duchovní útěchy by využívaly sestry na odděleních následné péče, ostatní metody pak napříč všemi odděleními.

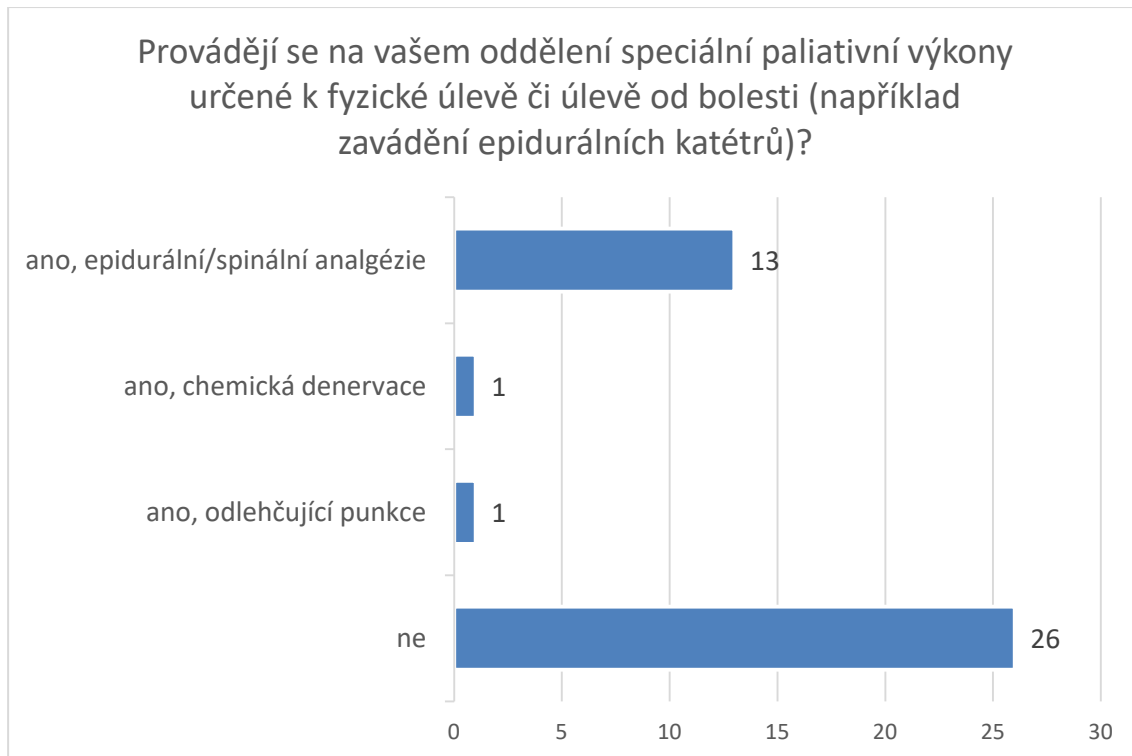
Jakou nefarmakologickou metodu využíváte při řešení bolesti u pacientů?



Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Provádějí se u pacientů na Vašem oddělení výkony v rámci paliativní péče sloužící k fyzické úlevě či úlevě od bolesti (v rámci analgezie, punkce, zavádění stentů ad.)? Pokud ano, jaké?**

Více než polovina odpovědí u této otázky bylo *ne*, tedy u 26 dotazníků. Většina těch, kteří odpověděli, že se u pacientů na jejich oddělení tyto výkony provádějí, uvedla, že nejčastější formou je zavádění epidurálních/spinálních katétrů (13x). Mezi odpověďmi se dále vyskytovalo: odlehčující punkce ascitu/fluidothoraxu (1x), chemická denervace (1x). Naprostá většina kladných odpovědí byla u dotazníků z JIRP, dva byly z interního oddělení.

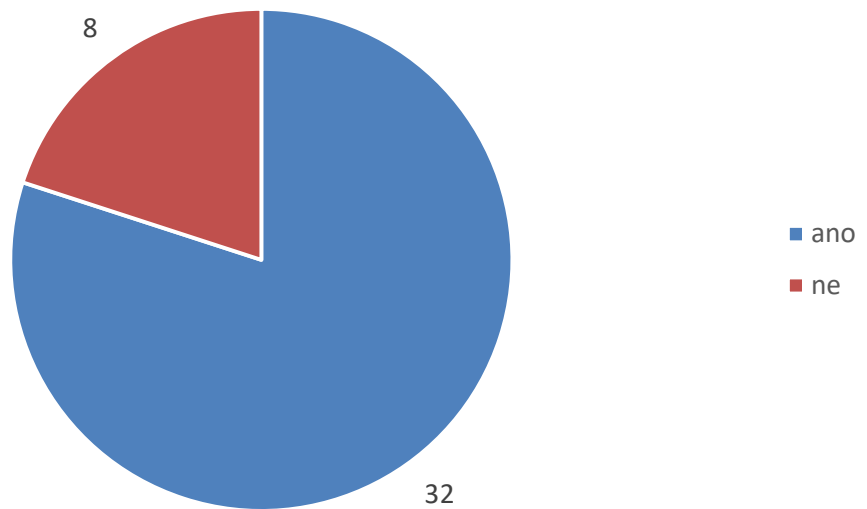


Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Setkáváte se s poskytováním duchovní péče u umírajících pacientů?**

Všeobecné sestry ve větší části dotazníků – ve 32 uváděly, že ano. Odpověď *ne* nejčastěji označovaly sestry na oddělení interním a to v 7 z 8 dotaznicích. To je současně polovina všech dotazníků právě z interních oddělení. Poslední dotazník byl z JIRP. Dalo by se tedy říci, že sestry pracující na odděleních následné péče mají takové zkušenosti, že je duchovní péče u pacientů na jejich odděleních poskytována.

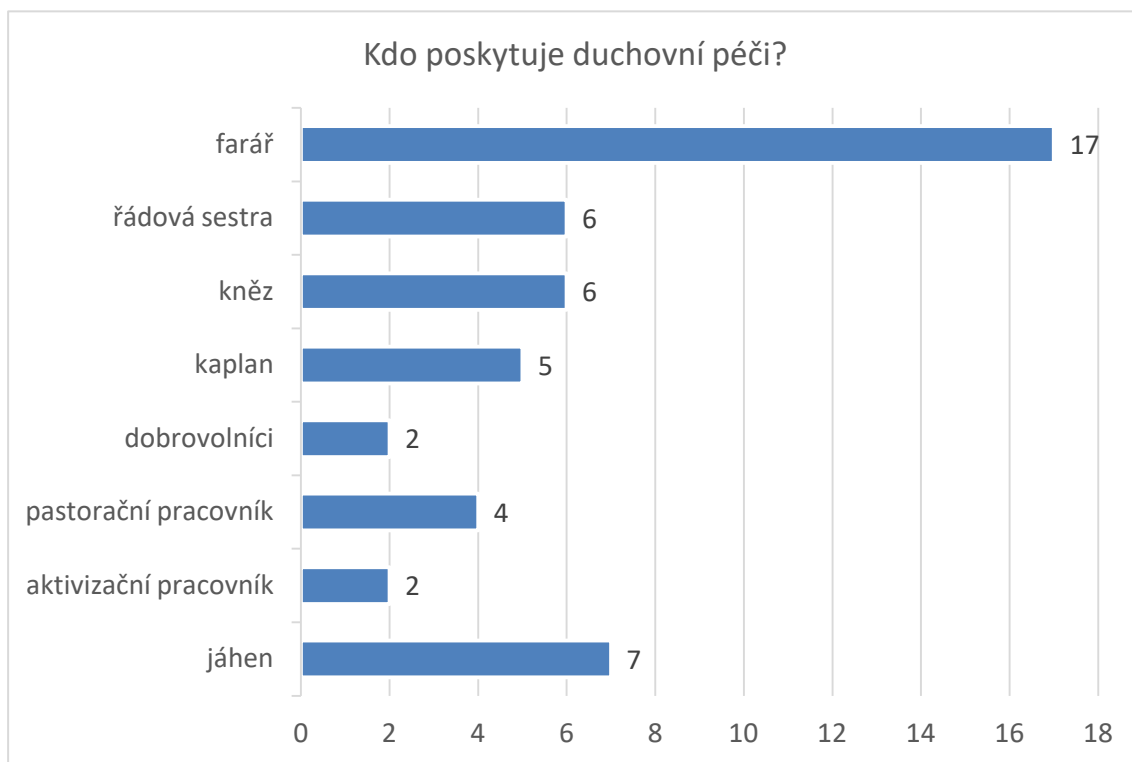
Setkáváte se s poskytováním duchovní péče u umírajících pacientů?



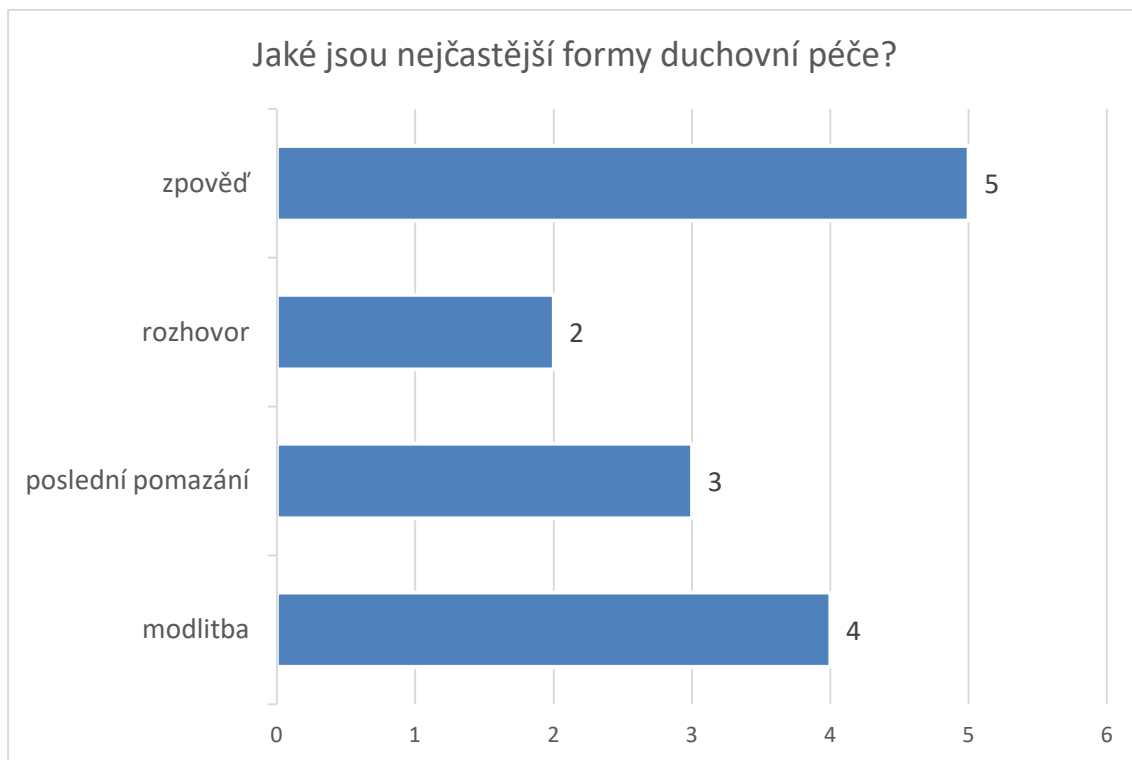
Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Kdo poskytuje duchovní péči na Vašem oddělení a jaké jsou nejčastější formy?**

Nejčastějším poskytovatelem je podle sester farář (17x), dále pak řádová sestra (6x), kaplan (6x), jáhen (7x), pastorační pracovník (4x), aktivizační pracovník (2x) a dvakrát byli uvedeni dobrovolníci. Jako nejčastější formy duchovní péče poskytované umírajícím v nemocnicích uváděli dotázaní nejvíce zpověď (5x), rozhovor (2x), modlitbu (4x) a poslední pomazání (3x).



Zdroj: Vlastní výzkum

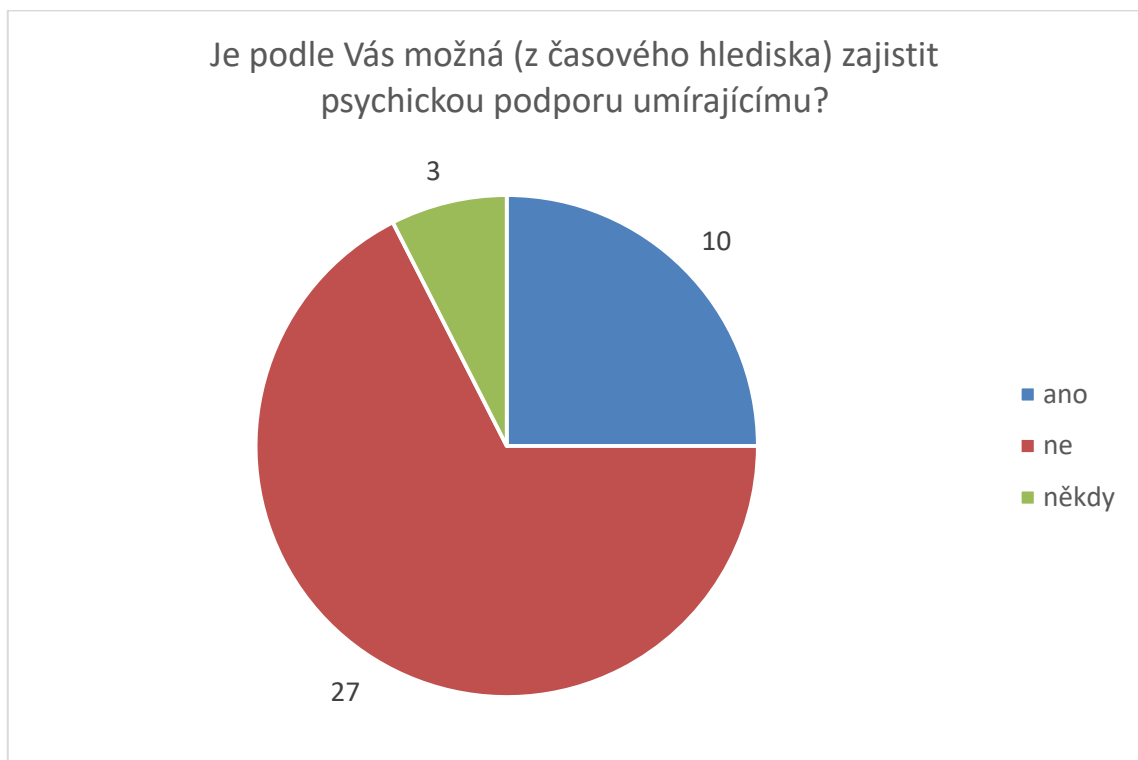


Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Je podle Vás možné, z časového hlediska, zajistit psychickou podporu umírajícímu?**

Z dotázaných 10 uvedlo, že podle nich není možné psychickou podporu zajistit. Ve většině případů byly tyto dotazníky z JIRP a z interních oddělení, z toho tedy vyplývá, že na odděleních

následné péče mají sestry zkušenost, že je možné tuto podporu pacientům poskytovat. Na třech dotaznících byla označena odpověď *někdy*. Že je možné tuto podporu zajistit si myslí 27 z dotázaných.

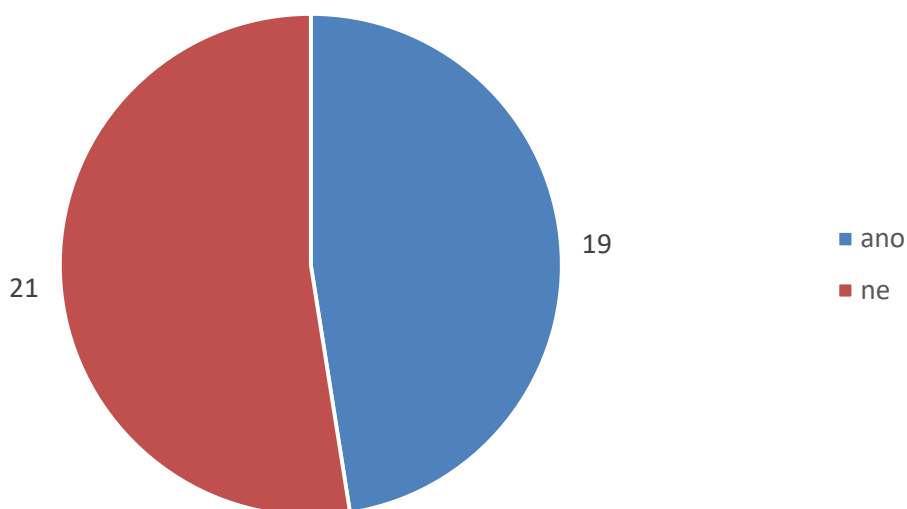


Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Máte pocit, že se psychická péče o pacienta poskytuje dostatečně?**

V této otázce byla četnost obou odpovědí téměř shodná. Z dotázaných má 21 zdravotníků zkušenost, že psychická péče o pacienta je poskytována dostatečně, oproti 19 respondentům, kteří označili, že ne. Ovšem téměř polovina z těch, kteří uvedli, že podle nich není psychická péče dostatečná, zároveň odpověděla, že z časového hlediska, je podle nich možné ji umírajícím na oddělení poskytnout.

Máte pocit, že se psychická péče o pacienta poskytuje dostatečně?



Zdroj: Vlastní výzkum

#### Otázka: Kdo poskytuje psychickou podporu umírajícímu?

Nejčastěji uváděnou odpovědí bylo, že psychickou podporu umírajícímu dle respondentů nejvíce poskytuje ošetřující personál, tedy v 17 z dotazníků. Na druhém místě byli lékaři (12x), třetím rodina (9x) a na dalším sestry (tedy jako konkrétní skupina ošetřujícího personálu – 7x). Dále byla čtená odpověď, že nikdo (8 z dotazníků). Třikrát byl uveden zdravotnický personál celkově, farář, psychiatr, zdravotně sociální pracovník, jáhen, pastorační pracovník a ošetřovatelky. Jedenkrát bylo v odpovědi, že psychickou podporu poskytuje pracovník v sociálních službách, všichni, „já“. Sestra, která odpověděla, že psychickou podporu umírajícímu poskytuje ona sama, současně uvedla, že je podle ní poskytování možné z časového hlediska a že je podpora dostatečná. Kromě 10 dotazníků bylo ve všech ostatních uvedeno, že se na poskytování podílejí sestry nebo ošetřující personál celkově.

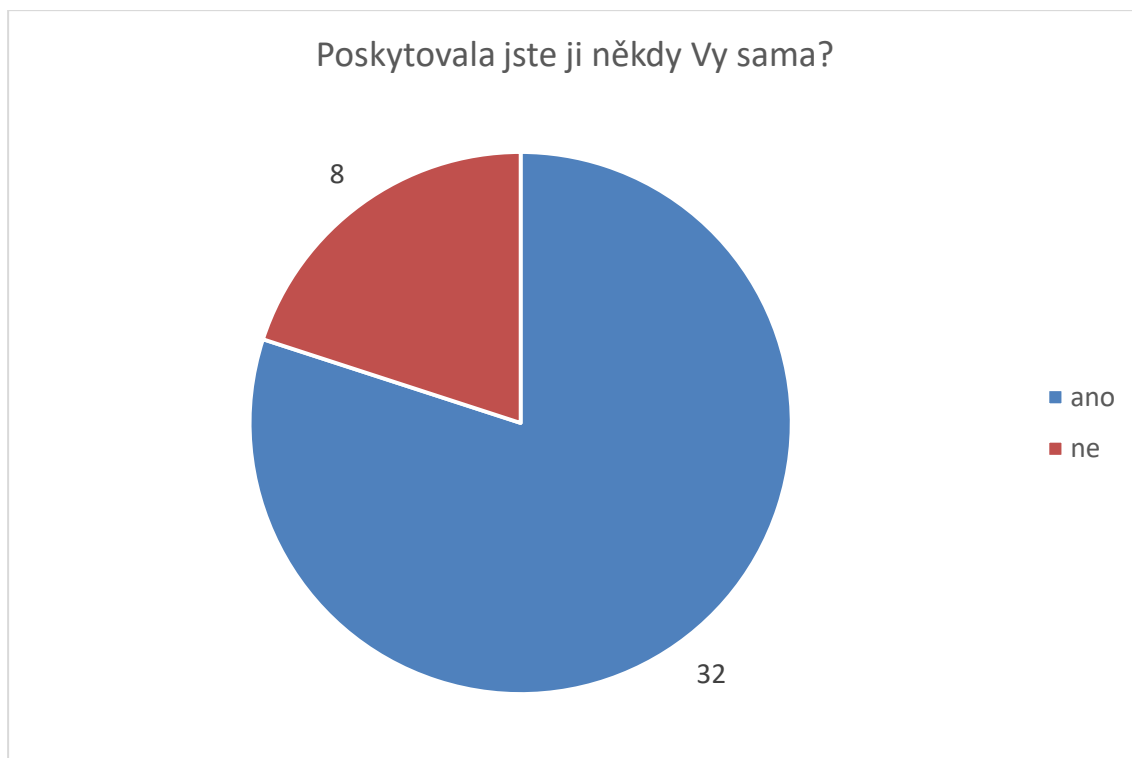




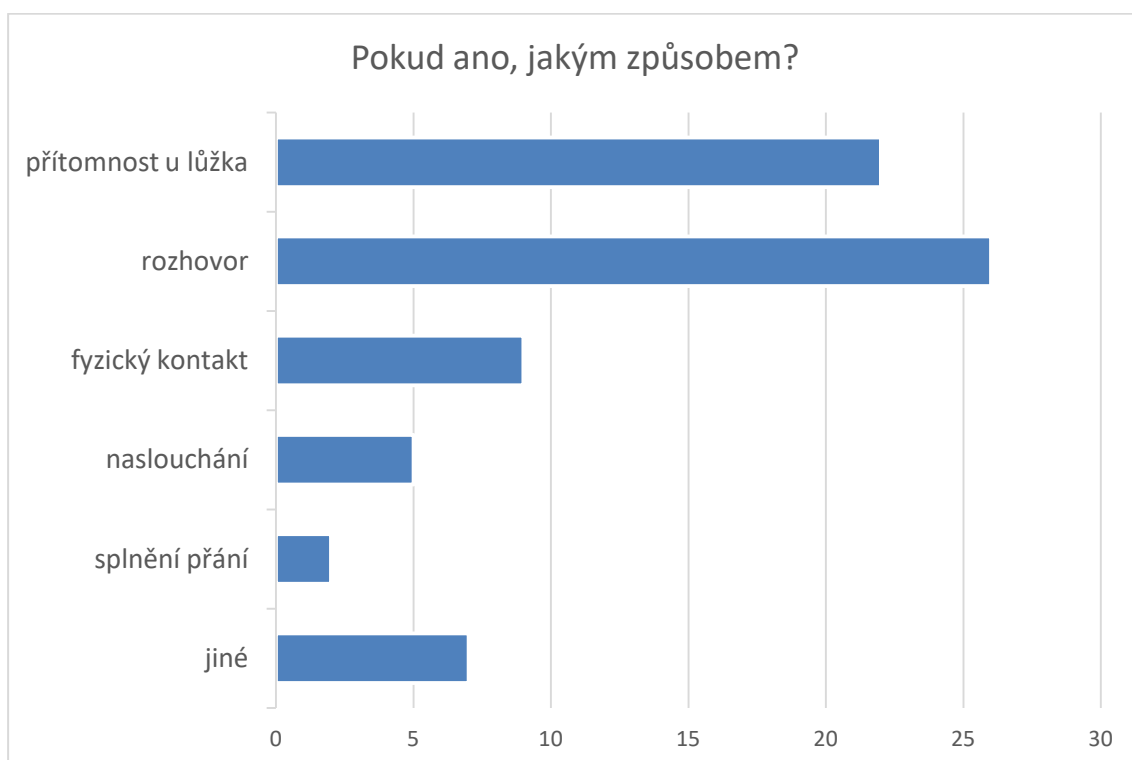
Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Poskytoval/a jste psychickou podporu umírajícímu někdy Vy sám/a? Pokud ano, jakým způsobem?**

Psychickou podporu umírajícímu podle výzkumu neposkytovalo 8 z respondentů. Jeden z nich uvedl, že ji poskytoval v rodině, ale nikoli v nemocnici. Nejvíce z těchto dotazníků bylo z interních oddělení a současně na všech kromě jednoho byla výše zaškrtnuta možnost, že podle respondenta není dostatek času na její poskytování. Zbytek, tedy 32 odpovídajících uvedlo, že psychickou podporu umírajícímu již někdy poskytoval. Na otázku jakým způsobem byly nejčastější odpovědi rozhovor s pacientem (26x), přítomnost u lůžka nemocného (22x) a naslouchání (5x). Dále se vícekrát vykytovaly odpovědi týkající se fyzického kontaktu (9x), tedy držení za ruku, hlazení, dotyk, masáže. Jedenkrát bylo uvedeno hezké prostředí, splnění přání, empatie, přivolání rodiny a modlitba. Jednou také bylo uvedeno, že respondent nemocnému četl a dopomohl mu ke smíření se smrtí.



Zdroj: Vlastní výzkum



Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Pokud potřebuje nemocný vyřešit svou sociální situaci (bydlení, péči o něj či o blízké ad.), setkáváte se s tím, že je situace řešena dostatečně a vyřešena?**

Z respondentů 29 uvedlo, že ano. Z 11 dotazníků, kde byla označena odpověď *ne*, pocházela z JIRP (je logické, jelikož z JIRP pacienti nemohou být rovnou propuštěni do domácí péče, tudíž

toto zařizování připadá na oddělení standardní a následné péče), čtyři z dotazníků byly z interního oddělení. S touto situací se setkává 29 respondentů a mezi nimi jsou mimo jiné všechny všeobecné sestry z oddělení následné péče, které odpovídaly v dotazníku.

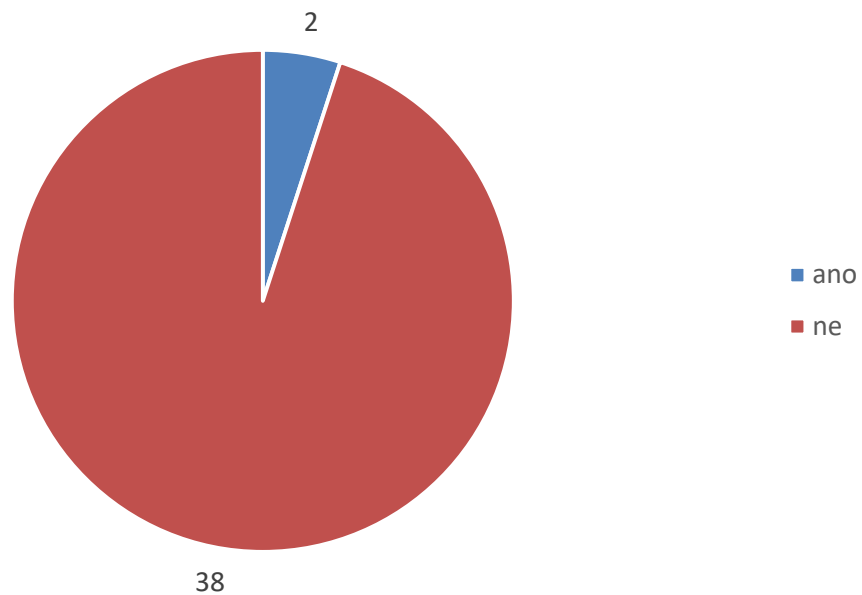


Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Mají podle Vás rodinní příslušníci dostatečný přístup k umírajícímu?**

Pouze dva respondenti uvedli, že mají zkušenost takovou, že rodinní příslušníci nemají dostatečný přístup k umírajícímu. Oba dva dotazníky byly od sester z oddělení následné péče.

Mají rodinní příslušníci podle Vás dostatečný přístup k umírajícímu pacientovi?

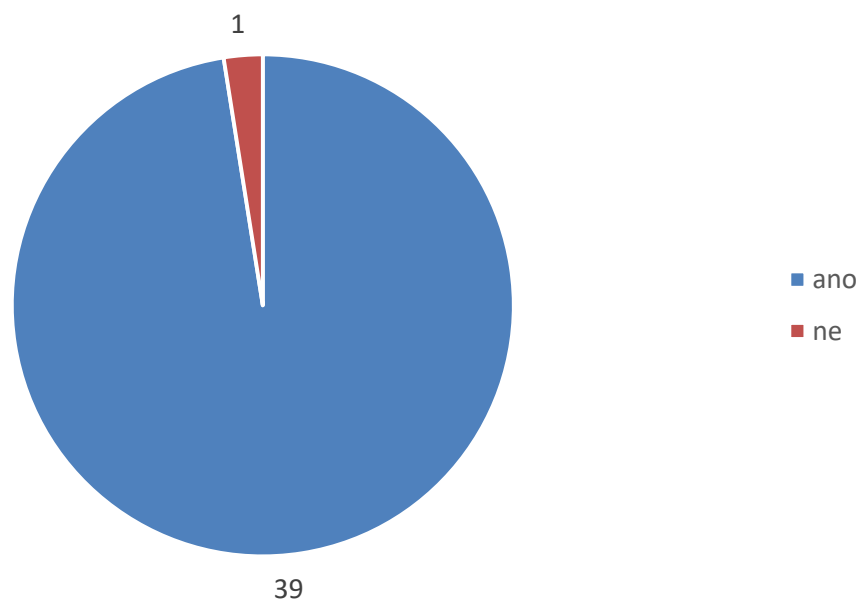


Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Dostáváte se do situace, kdy musíte komunikovat s rodinou umírajícího?**

Kromě jednoho respondenta odpověděli všichni z dotázaných, že se s takovou situací setkávají. Jediný dotazník z odpovědí *ne* vyplnila sestra pracující na oddělení následné péče.

Setkáváte se situací, že musíte komunikovat s rodinou umírajícího?

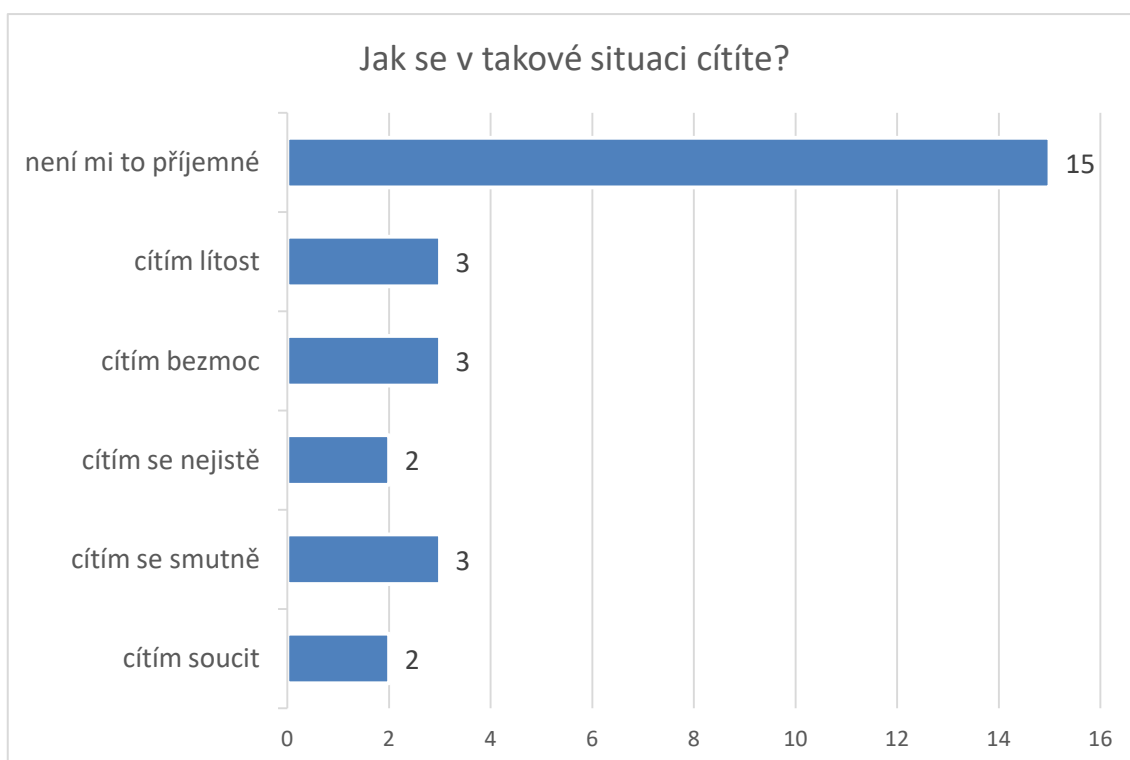


Zdroj: Vlastní výzkum

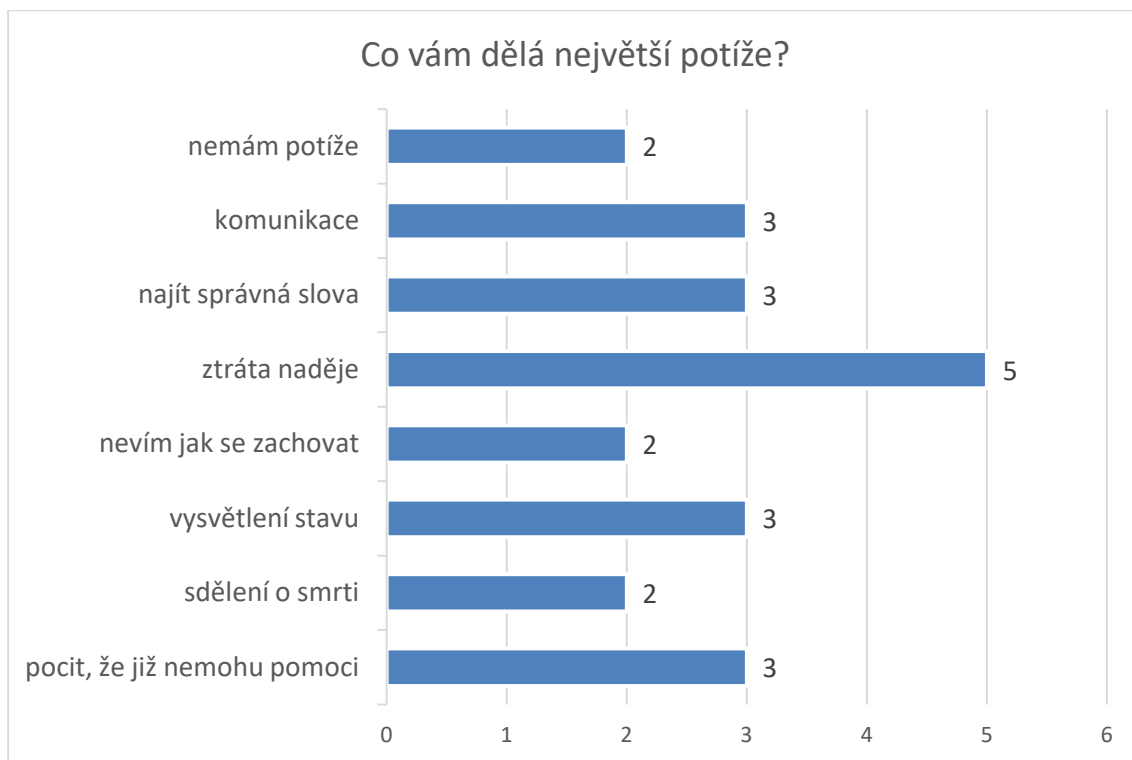
**Otázka: Jak se takové situaci (komunikace s rodinou umírajícího pacienta) cítíte? Co Vám dělá největší potíže?**

Ze 40 zpracovávaných dotazníků byla ve 39 z nich uvedena odpověď *ano* na otázku, jestli se tázané všeobecné sestry setkávají se situací, kdy musí komunikovat s blízkými umírajícího. Z nich dvě ze sester uvedly, že v této situaci nemají žádné obtíže. Všechny ostatní popisují nepříjemné pocity (15x), cítí se smutně (3x), nejistě (2x), jeden respondent uvedl, že až „trapně“. Pociťují lítost (3x), soucit (2x), snaží se vcítit do situace rodiny a projevit empatii, v jedné odpovědi stálo, že se ale i přes všechnu snahu respondent vcítit do situace rodiny nedokáže, také proto, že se s do takové situace nedostává často. Ve třech dotaznících je uvedeno, že hodně záleží na přístupu rodiny a v jednom, že záleží také na tom, zda se jedná o člověka mladého či ve vyšším věku a zda je smrt delší dobu očekávaná nebo nikoli. Jedna z dotázaných uvedla, že ačkoliv se necítí dobře v takovéto situaci, bere to jako nezbytnou součást práce. Jedna z odpovědí také zněla: „Moje životní zkušenosti mě dobře připravili“.

Největší potíže v této situaci sestry nacházejí nejčastěji v komunikaci obecně (3x), popisují, že nedokážou nalézt vhodná slova (3x), neví jak se zachovat (2x), špatně snáší pocit, že již nedokážou pomoci (3x), pociťují ztrátu naděje (5x), dělá jim také problém vysvětlení stavu pacienta (3x) u nedostatečně informované rodiny a sdělení o smrti (2x). V jednom z dotazníků odpovídající popisuje, že má největší problém s tím „nedat nereálnou naději a naopak naději nevzít - důležité je nelhat, lidé to vycítí“, i po letech praxe je pro ni tato situace pokaždé náročná.



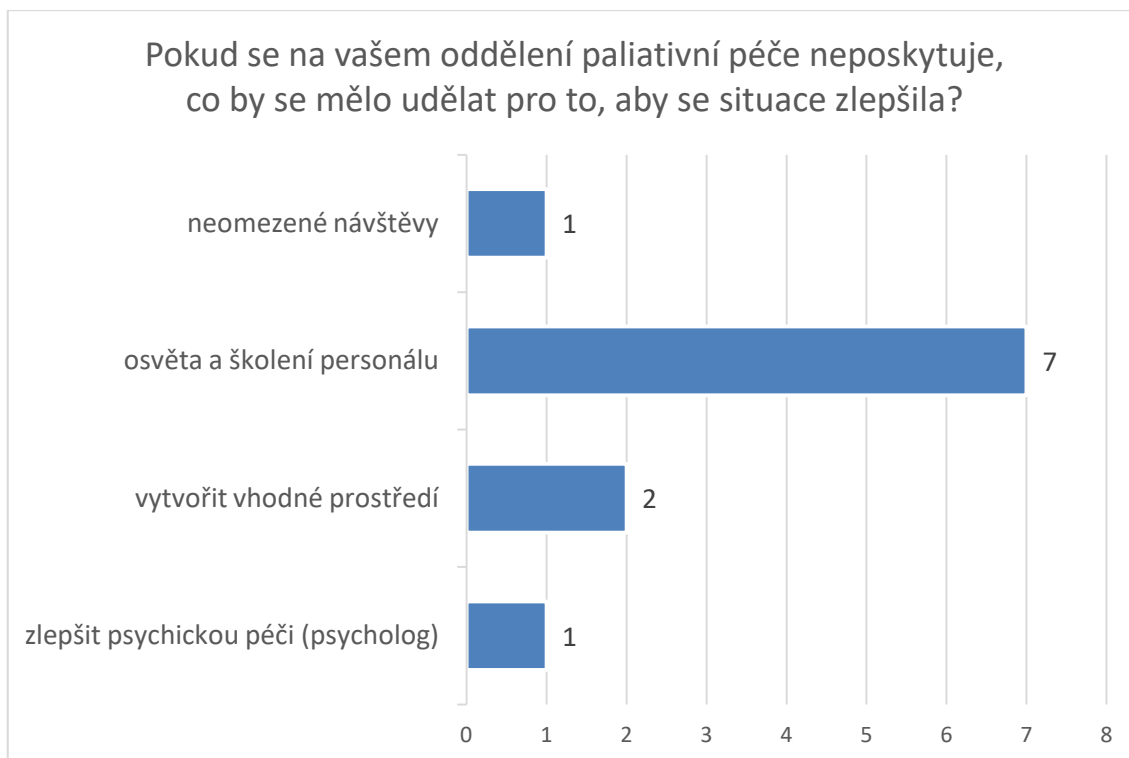
Zdroj: Vlastní výzkum



Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka: Pokud se na Vašem oddělení paliativní péče neposkytuje, co by se mělo udělat pro to, aby se situace zlepšila?**

Ačkoliv z výzkumu vyplývá, že jistá forma paliativní péče se poskytuje na všech odděleních, kde byly dotazníky rozdány, někteří z dotázaných uvedli, co by se dalo zlepšit. Nejčastěji se objevily odpovědi, že by byla třeba lepší osvěta a školení pro zaměstnance (7x), dát jim možnost se v těchto otázkách vzdělávat. Mezi dalšími odpověďmi byly neomezené návštěvy (1x), zlepšení psychické péče, kterou by mohl zajistit klinický psycholog (1x), který by v nemocnici trvale pracoval a vytvoření vhodného prostředí – například zařízení místnosti určené k účelům paliativní péče (2x).



Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4.4 Diskuze

První otázka v dotazníku zjišťuje, jak často se všeobecná sestra na svém oddělení setkává s pacienty, u nichž byla zahájena paliativní péče. Předpokládá se, že se ve většině případů bude jednat o paliativní péči obecnou, ne specializovanou. Radka Bužgová ve své publikaci **Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních** uvádí: „V ČR ve většině nemocnic specializovaná paliativní péče chybí. Je však možné převzít tzv. paliativní přístup v péči, definovaný jako otevřený postoj ke smrti a umírání všech zaměstnanců pracujících s pacientem a jeho rodinou s respektem k přání pacienta o jeho léčbě a péči. Takový přístup však není běžný v mnoha nemocnicích ani v zahraničí“(2) Nejčastěji označovanou odpovědí v dotazníku byla *více než jednou do měsíce*. Ani jeden z respondentů nevedl, že by se s pacienty v paliativní péči nesetkával. Není rozhodující, zda se v těchto případech jedná o plnou paliativní péči, či jen právě o paliativní přístup k pacientovi, z výzkumu vyplývá, že se s jistou formou paliativní péče sestry v nemocnicích setkávají a vědí, že je paliativní léčba zahájena. Počet lůžek v zařízeních hospicového typu není v současné době dostatek a tedy, ne všichni, kteří by potřebovali, se sem v konečném období života dostanou. Z tohoto důvodu připadá poskytování paliativní péče právě na zaměstnance v nemocničních zařízeních, kteří se s ní na některých odděleních, podle výzkumu, setkávají pravidelně. Tím také rostou nároky na ošetrovatelský personál v jejich poskytování. Z výzkumné otázky číslo 2 je zjištěno, že naprostá většina dotázaných se na poskytování paliativní péče sama podílí. Sestry, které odpovídaly v dotazníku, že se účastní na poskytování paliativní péče, následně ve 3. otázce vypisovaly, jakými činnostmi konkrétně paliativní péči poskytují. Nejčastější odpovědi se týkaly zajišťování základních fyziologických potřeb, tlumení bolesti ale i provádění hygienické péče, polohování a dalších ošetrovatelských činností. Také bylo uváděno poskytování psychické a zajištění duchovní podpory. Tím se tedy výsledky v dotazníku o tom, jak sestry poskytují paliativní péči, shodují s publikací Zdeňka Kalvacha **Manuál paliativní péče o umírající pacienty**, který uvádí že „paliativní ošetrovatelství

je široce rozkročeno od spirituality a psychoterapie přes biologickou medicínu k laickému pečovatelsství. Z vlastního ošetrovatelského hlediska musí kvalitní paliativní péče zahrnovat jak speciální postupy a úkony (např. monitorování bolesti a zkušenost v jejím tlumení v intencích lékařských pokynů), tak aktivní řešení řady obecných problémů a drobných komplikací“.(7)

Výzkum byl prováděn v malých, nestátních nemocnicích. Paliativní týmy zde, stejně jako ve většině nemocnic v ČR neexistují. Odpověď na 4. otázku proto byla jednoznačná a tedy, že paliativní tým v nemocnici není. Nebylo možné vyhodnotit následující otázku, zda je členem specializovaného paliativního týmu také všeobecná nebo praktická sestra. Podle již výše citované publikace od Radky Bužgové je však nezbytné, aby členy multidisciplinárního týmu, pokud vznikne, tvořili pracovníci napříč profesemi ve zdravotnictví neboť „podporu kvality života pacientů s život ohrožující nemocí nelze zvládnout jednou profesí. Nutný je multidisciplinární tým složený z lékařů, sester, sociálního pracovníka, nemocničního kaplana, psychologa, psychiatra, případně dalších odborníků. Tato forma posiluje kontinuitu péče, ovlivňuje kvalitu poskytované paliativní péče a přispívá k edukaci personálu na standardních odděleních“. (2) Existence paliativního týmu by tedy bezpochyby zlepšila úroveň poskytování paliativní péče, ovšem na jeho vznik jsou třeba nejen dostatečné prostředky, ale také dostatek personálu a právě to může být překážkou pro jeho vytvoření v nemocnicích s nízkým počtem zaměstnanců.

Ani v následující, šesté otázce, kdo se na poskytování paliativní péče podílí, tedy není u žádného z respondentů označena možnost *specializovaný paliativní tým*. Jedinou možností, kterou respondenti označovali, a všichni ji označovali, byla, že paliativní péči poskytuje ošetřující personál. Znamená to tedy, že všechny sestřkají zkušenosti, že je paliativní péče poskytována a to právě ošetřujícím personálem. Ovšem ošetřující personál sám o sobě nemůže poskytnout celistvou paliativní péči a tu, kterou poskytuje, musí provádět na základě získaných znalostí neboť, jak uvádí Payne, Seymour a Ingleton v publikaci **Principy a praxe paliativní péče**: „Diskuze o péči a její plánování musí probíhat v rámci multioborového týmu. Takové tvrzení implicitně vyžaduje partnerství a otevřenou a upřímnou komunikaci s pacientem, s jeho příbuznými i mezi členy zdravotního týmu. Důležité je i osvojení přiměřených znalostí. To jsou ústřední ideje ošetrovatelské filozofie individualizované péče, která vychází z celostního pojetí péče a z principu aktivní participace pacienta a zřídka se biomedicínského přístupu“. (15) Pokud tedy toto prováděná péče splňuje, může být její poskytování příkladem dobré praxe, aniž by se na jejím zajišťování podílel přímo specializovaný tým.

Na zkušenosti zdravotníku s včasným ukončováním léčby a zbytečně prodlužovaným umíráním se ptaly otázky 7 a 8 ve výzkumném dotazníku. Na 7. otázku, zda je podle respondentů včas ukončována nikam nevedoucí léčba, odpovídala většina, že ano, ale současně na otázku 8., která zjišťuje, jestli se zdravotník setkává s jevem „zadržování smrti“, odpovídá nadpoloviční většina také, že ano. Helena Haškovcová ve své knize **Thanatologie** píše: „Paliativní formy péče jsou zahajovány pozdě, anebo jsou zamlčovány. Není tajemstvím, že některým profesionálům a laikům nejsou dokonce ani známy. Rodiny bývají rozčarovány tím, že záchrana, kterou si přejí, není možná, anebo tím, že se nemocnému nedostává laskavého doprovodu“ (5). Výsledky výzkumu ale oproti literatuře ukázaly, že podle zkušeností většiny sester je nikam nevedoucí léčba ukončována ve správnou chvíli a také podle názoru většiny z nich, je tedy paliativní péče zahájena včas. (5) Dále H. Haškovcová uvádí, že „oni (zdravotníci) jsou totiž bez ohledu na



profesní kategorii školeni na vítězný boj s nemocí. Stále intervenují ve prospěch života, který nezadržitelně odchází, a tvrdošjně se snaží zvrátit neblahý stav věcí. Používají všech metod a technik, které ještě mají k dispozici a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít. Kdyby neintervenovali a přenechali vládu moudré přírodě, umírající by nebyl zatěžován léčbou, která už přináší víc obtíží než prospěchu“. (5) S tímto tvrzení se výsledky výzkumu v podstatě shodují, sestry ve většině odpovídají, že mají zkušenosti s tím, že bylo u pacientů prodlužováno umírání a oddalována smrt. Fakt, že si sestry uvědomují výskyt prodlužovaného umírání, znamená, že zde mohou vidět problém a jejich názor tak může být v rozporu s názorem lékařů. Také Anne-Mei Theo ve své publikaci **Paliativní péče a komunikace** uvádí, že: „Sestry jsou všeobecně konzervativnější a váhavější v názorech na léčbu pacientů, kteří jsou ve velmi špatném stavu a jejichž šance na přežití je minimální. V takových případech sestry často žádají humánnější přístup.“ (19)

Kromě dystanazie je jedním z potenciálních, obávaných, rizik v paliativní péči ztráta důstojnosti. Velký význam zachování důstojnosti v paliativní péči přikládá i Zdeněk Kavach v již výše zmíněné publikaci **Manuál paliativní péče o umírající pacienty**: „Z hlediska poskytování zdravotních a sociálních služeb – a tedy i paliativní péče – má největší význam ochrana, či naopak narušování důstojnosti osobní identity. Služby buď potvrdí klientovi, že přes svá zdravotní postižení a funkční omezení zůstává respektován, nebo v něm vzbudí pocit, že se stal „pasivním objektem, bezmocnou závislou hříčkou“, někdy „obtížným břemenem“. Tím je dána i míra sebeúcty“. (7) Výsledky z výzkumu v otázce 9. se shodují s možností, že je podle zkušeností sester v nemocnicích důstojnost pacientů povětšinou zachovávána. Ovšem zcela jednoznačné výsledky nebyly, vyskytovaly se i odpovědi negativní, z čehož vyplývá, jak udává literatura výše, že ve zdravotních službách dodnes přetrvávají i situace, kdy důstojnost zachována není.

Vedle zachování důstojnosti je v paliativní péči velmi podstatné řešení bolesti. Zda je podle sester na jejich oddělení bolest tlumena dostatečně se zjišťovalo v otázce č. 10. Podle většiny dotázaných léčba bolesti dostačující je. O dostačující léčbě bolesti mluvíme tehdy, je-li jejímu plnému projevení předcházeno, po podání analgetik je následně zjišťováno, zda účinkují a to tak, že dostatečně, nutné je pravidelné měření intenzity bolesti. Payne, Seymour a Ingleton v knize **Principy a praxe paliativní péče** uvádějí, že „ošetřovatelé budou mít také za úkol podílet se na měření intenzity bolesti, aby bylo možno posoudit účinnost terapeutických zásahů.“ Sestry, které uvedly, že je podle nich bolest řešena dostatečně, dospěly k závěru tedy pravděpodobně právě tím, že bolest samy monitorují. Dále tentýž zdroj uvádí že, „jeden z největších úkolů, před nimiž stojí ošetřovatel – a také jeden z jeho největších přínosů při zvládnání bolesti -, spočívá v tom, že každému pacientovi pomůže vyjádřit, jak se s bolestí potýká, a že porozumí tomu, jak jiné faktory, vedle faktorů čistě tělesných a fyziologických, do toho zasahují.“ (15) V knize **Paliativní medicína pro praxi** O. Sláma, L. Kabelka a J. Vorlíček uvádějí: „Bolest je třeba hodnotit v kontextu dalších symptomů pokročilého onemocnění. Nejčastějšími symptomy a syndromy pokročilých stádií nádorových nemocí jsou únava, deprese, úzkost, delirium bolest, dušnost, pruritus, škytavka a zácpa. U každého pacienta je celkový distres v posledních měsících, týdnech a dnech života dán zcela konkrétní konfigurací těchto symptomů. Bolest je v tomto ohledu pouze jedním ze symptomů.“ (16) Z toho vyplývá, že řešení pouze bolesti jako takové není dostačující, v případě, kdy pacient strádá v jiných ohledech a obráceně přítomnost jiných symptomů může ovlivnit prožívání bolesti. S tímto se

shoduje i výsledek 11. výzkumné otázky, kdy sestry, v případě řešení situace, kdy si pacient stěžuje na bolest, označovaly kromě pouhého informování lékaře také jiné metody, například rozhovor s pacientem a nadále doplňovali, že z nefarmakologických metod zvládnání bolesti by využily také polohování, masáže aj. Z výzkumu je patrné, že sestry si jsou vědomy i nefarmakologických metod u léčby bolesti, právě jak udává publikace **Principy a praxe paliativní péče**: „I když je farmakoterapie jednou z hlavních možností, jak zvládat chronickou bolest a bolest při rakovině, představuje pouze jednu z mnoha dostupných metod. Farmakologické intervence jsou navíc neúčinnější, pokud se ovinují s jinými, nefarmakologickými přístupy a psychosociální oporou.“ (15) Kromě těchto postupů se v paliativní péči uplatňují i některé lékařské invazivní výkony, prováděné v rámci analgezie či pro zachování jistého životního komfortu. Ve 12. otázce, se zjišťovalo, zda jsou tyto výkony u pacientů ležících na daných oddělení prováděny. Nadpoloviční většina označila možnost, že prováděny nejsou. V případě že ano, byla jako nejčastější metoda zavádění epidurálních a spinálních katétrů k následnému podávání analgetik. V publikaci **Léčba bolesti**, jejímž autorem je Marek Hakl (a kolektiv) je uvedeno, že „mezi nejčastěji používané invazivní metody patří subarachnoidální kontinuální blokády, periferní nervové blokády a sympatické blokády“. (4) S tímto zdrojem se tedy výzkum neshoduje, jelikož sestry s těmito metodami podle dotazníku zkušenosti nemají.

Jaké mají sestry zkušenosti s uspokojováním spirituálních potřeb pacientů v paliativní péči, zjišťovaly v dotazníku otázky 13 a 14. V otázce 13. sestry odpovídaly, zda se setkávají s poskytováním duchovní péče u umírajících. Tři čtvrtiny z nich odpověděly, že ano. Marie Svatošová ve své knize **Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?** píše: „Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Skoro bych řekla, že je tomu naopak. Ne že by věřící své duchovní potřeby neměl. Má je, ale ví, co má dělat, a obvykle se dovede podle toho zařídit. Horší to bývá – ne nutně vždy- s lidmi, kteří z víry nežijí. Právě v průběhu vážné nemoci se začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života – vlastního života.“ (17) Otázkou tedy je, zda je právě duchovní podpora nabízena i lidem dosud nevěřícím. Z výzkumu však vyplývá, že v současné době už se stále častěji setkáváme s poskytováním duchovních služeb v nemocničních zařízeních. V tomto směru tedy došlo k pokroku, dle výzkumu se většina sester s podporou spirituální u pacienta setkává. Dále Svatošová uvádí: „Nemocných s neošetřenou spirituální bolestí a mnoha duchovními potřebami máme kolem sebe spoustu. Dosud jsme si to možná neuvědomovali. Případně jsme to tušili, ale nechtěli jsme si to připustit, protože jsme stejně nevěděli, co si s tím počít.“ (17) Dle výzkumu, jsou si dotázané sestry ve většině vědomy spirituálních potřeb svých pacientů a vědí také, že na jejich oddělení probíhá duchovní péče. V otázce 14. uváděly poskytovatele těchto služeb a to nejčastěji kněze a řádovou sestru. V nemocnicích, kde byl výzkum proveden, ještě nevznikla funkce nemocničního kaplana. O tom, že nemocniční kaplanství v našich nemocnicích teprve vzniká, hovoří i publikace **Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních**: „Kromě přítomnosti kněze začínají pracovat v našich nemocnicích nemocniční kaplani a tím se na základě zkušeností ze zahraničí začíná rozvíjet zcela nový rozměr spirituální péče, „tzv. nemocniční kaplanství.“ (2)

Kromě spirituální podpory je dalším aspektem paliativní péče podpora psychická. Ve výzkumné otázce 15. se zjistilo, že dle zkušeností sester z oddělení je podle většiny z nich možné zajistit

psychickou podporu z časového hlediska. Ovšem odpovědi, že to možné není, se vyskytovaly také, a to v jedné čtvrtině dotazníků. Psychická podpora a rozpoznání strádání po stránce duševní je často především úlohou ošetřující personálu, publikace **Principy a praxe paliativní péče** udává: „Při skríningu pacientů, kteří by mohli mít příznaky psychických obtíží, sehrávají důležitou roli ošetřovatelé. Ošetřovatelé tráví mnoho času v přímém kontaktu s pacienty, což jim umožňuje podrobněji pozorovat jejich chování, a povaha intimních ošetřovatelských úkolů může zase pacientům poskytnout příležitost, aby vyjádřili jakékoli psychické obtíže.“ (15) Právě nedostatek času může být příčinou nedokonalé psychické péče, ale výsledek výzkumu se většinou shoduje s citovanou literaturou v tom, že tento nezbytný čas v péči o pacienta zde podle zkušeností sester je a sestry skutečně tráví nebo mohou trávit s pacientem dostatek času. Otázka 16. zjišťuje, jestli mají sestry pocit, že poskytování psychické péče je dostatečné. Zde výsledky tak jednoznačné nebyly, četnost odpovědí *ano* a *ne* byla téměř shodná, jen o dva dotazníky byla odpověď *ano* častější. Větší počet negativních odpovědí může pramenit například z nedostatečného zájmu a nerozpoznání potřeby psychické podpory jak také uvádí Radka Bužgová ve své publikaci **Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních**: „Výskyt psychiatrických symptomů, jako jsou úzkost a deprese, není u pacientů v terminálním stadiu nemoci ojedinělý jev. Přesto někteří autoři poukazují na problém nedostatečného zájmu ze strany zdravotníků o psychický stav umírajících pacientů nebo považování „depresivního ladění“ u těchto pacientů za normální jev související s umíráním. Z těchto důvodů mnohdy není stanovena diagnóza deprese nebo úzkosti a tím chybí následná léčba.“ (2) V 17. otázce respondenti odpovídali, že psychickou péči poskytuje nejčastěji ošetřující personál, lékaři, sestry (jako konkrétní skupina ošetřujícího personálu) a rodina. Specialisté jako psycholog a psychiatr nebo duchovní nepředstavovali žádnou z odpovědí. Z výzkumu vyplývá, že personál v nemocnici může být na předních místech v poskytování psychické péče a v tom případě by také měl rozpoznat psychické obtíže u umírajících pacientů. Také Radka Bužgová v knize **Paliativní péče v nemocničních zařízeních** uvádí: „Příznivé působení na citovou oblast pacienta není jen úkolem psychoterapeuta, ale pomoci mohou i zdravotníci či jiní pracovníci pomáhajících profesí bez psychoterapeutického vzdělání“, dodává ale, že, „zejména pro pacienty s prokázanou úzkostí a depresí je však vhodné zajištění odborné psychologické péče“. (2) V 18. otázce sestry odpovídaly, zda psychickou podporu samy někdy poskytovaly a pokud ano, jakou formou. Většina odpovědí byla *ano*. Jako nejčastější formy poskytování respondenti uváděli pohovor, přítomnost u lůžka, naslouchání a fyzický kontakt. Například umění naslouchat označila také Marie Svatošová jako „základní a nejdůležitější dovednost: je bezpodmínečně potřeba naučit se naslouchat a k tomu slyšet víc, než je řečeno slovy“. (17)

V paliativní péči je podstatné řešit sociální otázky. V 19. otázce výzkum zjišťoval, zda jsou podle zkušeností sester v nemocnicích, dostatečně řešeny sociální záležitosti pacienta v paliativní péči. Podle většiny sester tomu tak je. Zajištění sociálních potřeb je prací nejen sociálního pracovníka, ale i sestry mohou poskytnout pacientovi pomoc v sociálních oblastech, neboť právě v tomto okruhu paliativní péče může mít sestra k pacientovi nejbližší. Jak také uvádí Anne-Mei Theo ve své knize **Paliativní péče a komunikace**: „Na rozdíl od lékařů se sestry více zajímají o sociální a citové stránky nemoci než o její medicínskou stránku. Zajímají se o pacienta jako o člověka.“ (19) Člověk je tvor se sociálními potřebami a nejbližší sociální kontakt má povětšinou se svou rodinou. I v období umírání a možná především v něm, je tedy nezbytné, aby tento kontakt nemocný neztratil. Paliativní péče ve své celistvosti zahrnuje právě i péči

o blízké osoby umírajícího. V otázce 20. sestry odpovídaly, zda mají rodinní příslušníci dostatečný přístup k nemocnému členovi. Většina označila, že podle jejich zkušeností mají. Tato skutečnost odpovídá představě Moniky Markové z publikace **Sestra a pacient v paliativní péči**: „Umírající patří do rodiny. A rodina patří k umírajícímu. Tým, který paliativní péči poskytuje, by měl udělat maximum pro to, aby mohli být spolu, ať už doma, nebo v zařízení.“ (12) Pokud má tedy rodina k nemocnému dostatečný přístup, je to do velké míry podmíněno vhodným přístupem personálu na oddělení. S přítomností rodinných příslušníků u nemocného ovšem také vzniká nevyhnutelná situace, kdy se personál dostává do kontaktu s rodinou umírajícího a komunikuje s ní. Zda se do této situace dostávají sestry z dotazované skupiny, zjišťovala otázka 21. Kromě jednoho odpověděli všichni respondenti, že se do takové situace dostávají. Pacienti a rodinní příslušníci mohou mít k sestře na oddělení bližší vztah než ke komukoliv jinému z pracovníků zdravotnického týmu, například proto, že sestra tráví s pacientem nejvíce času a rodinní příslušníci ji vídají pečovat o jejich příbuzného. Často se tedy obrací na sestry s otázkami ohledně péče o nemocného, ale také aby zjistili, jaká je naděje do budoucna a jak probíhá/neprobíhá léčba. O tom, že se sestry do těchto situací dostávají, píše také Anne-Mei Theo a zároveň uvádí další důvod, proč tomu tak je: „Dalo by se říct, že sestry znají pacienty a jejich rodiny lépe (než lékaři). Bariéra mezi pacienty a sestrami je slabší než mezi pacienty a lékaři. Díky menším společenským rozdílům (rozdíly ve vzdělání a společenském postavení) mají pacienti a jejich příbuzní tendenci řešit problémy častěji se sestrami než lékaři. Ale společenská třída zde není jediným určujícím faktorem. Jsou to lékaři, nikoli sestry, kdo rozhoduje o léčbě a kdo nese zodpovědnost. Stížnosti ohledně vedlejších účinků léčby sdělené lékaři mohou mít daleko větší účinek než stížnosti sestře. Pacienti se v otázkách léčby spoléhají na doktory (a jsou na nich závislí). V tomto smyslu je jejich vztah asymetrický.“ (19) Navazující 22. otázka zjišťovala, jak se sestry cítí při komunikaci s rodinou umírajícího a co jim dělá největší potíže. Naprostá většina popsala, že se cítí špatně, není jim taková situace příjemná, pociťují soucit a lítost. Jako největší problém uváděly blízkost k rodině nemocného, neschopnost nalézt správná slova, pocit, že již víc nemohou pomoci. Uváděly také, že velmi záleží na informovanosti rodiny, zda si je rodina vědoma zdravotního stavu pacienta a tím pádem toho, co v nejbližší době neodvratitelně přichází. Nechtějí (a ani nemohou) sdělovat informace o stavu pacienta, nechtějí být těmi, kdo bere naději, kdo mluví o umírání. Pokud se tedy příbuzní napřímo zeptají, mohou být odpovědi sester vyhubavé, nikoliv však neupřímné. Výsledky výzkumu jsou tedy lehce v rozporu s tvrzením Moniky Markové, která v **Sestra a pacient v paliativní péči** píše: „Sestra v paliativní péči si musí být vědoma, že pacient je nedílnou součástí své rodiny, že celá rodina je nevyhlášeným onemocněním svého člena zasažena a trpí spolu s nemocným. Tato interakce je vzájemná, nemocný se velmi často trápí tím, jak jeho blízcí přijímají či nepřijímají skutečnost jeho těžké nemoci a blíží se smrti. S tímto vědomím sestra musí umět poskytnout rodině citlivým způsobem správné a pravdivé informace o průběhu umírání a o tom, čím nemocný prochází, musí se naučit rozumět dění v rodině, akceptovat jejich vzájemné vztahy a komunikační styly i hodnoty rodiny.“ (12)

Celkovým výsledkem výzkumu je zjištění, že podle všech dotázaných sester se na jejich odděleních poskytuje paliativní péče. V závěrečné otázce některé uvedly, co by se mělo zlepšit, aby její poskytování bylo kvalitnější. Nejčastěji byla mezi odpověďmi možnost vzdělávat se v otázkách paliativní péči a nutnost lepší osvěty mezi pracovníky v nemocničních zařízeních. Stejně tak uvádí také Radka Bužgová ve své již vícekrát citované publikaci, **Paliativní péče ve**

**zdravotnických zařízeních:** „Vhodná edukace pracovníků v péči o pacienty na konci života s uvedením zásad podpory může být proto vhodným krokem k zavádění principů paliativní péče v nemocnici.“ (2) Mimo to, popisuje i jiné bariéry při poskytování paliativní péče jako nedostatek zájmu ze strany zdravotníky, nedostatek znalostí, zdrojů, zaměstnanců a času. Z těchto možností byly ve výzkumu jako nedostatek při poskytování paliativní péče uvedeny pouze nedostatečné znalosti.



## Závěr

Z výzkumu vyplývá, že sestry na cílových odděleních se s paliativní péčí setkávají, a to všechny, bez výjimky. Liší se počet pacientů s indikací paliativní péče v souvislosti s oddělením, kde dotyčný pracuje. Celkově lze říci, že povědomí sester o paliativní péči je značné, a že sestry mají zkušenosti s i jejím poskytováním. Sestry se dokonce v naprosté většině podílejí na jejím poskytování. Podle většiny z nich je její poskytování dostačující. Jsou si ale zároveň vědomy toho, co by se dalo nebo mělo zlepšit. Největší zkušenosti s paliativní péčí mají podle výzkumu sestry na odděleních následné péče. Což je ale logické, když vezmeme na vědomí, že na těchto odděleních je pravděpodobně největší prostor k tomu, aby se paliativní péče poskytovala. Když však uvážíme, že k největšímu počtu úmrtí dochází na odděleních interních, bylo by dost možná vhodné také sem centrovat paliativní péči, její odborníky a prostředky na její financování. Chápeme, že sestra na interním oddělení je pravděpodobně více vytížená, co se času a poskytování péče týče a proto není zcela reálné, aby zajistila komplexní paliativní péči o pacienta sama. Není možné si vždy neposkytování vyložit, jako pouhou neochotu. Výzkum zjistil, že sestry mají zkušenosti s poskytováním paliativní péče a jsou připravené ji poskytovat nadále, a stále se v jejím poskytování zlepšovat, ovšem je nutné jim to dostatečně umožňovat přizpůsobením určitých podmínek.





## Souhrn

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se v první kapitole zabývá paliativní péčí – její definicí, rozdělením, komu je určena, jejími poskytovateli, dostupností a historickým vývojem. Druhá kapitola pojednává o potřebách pacientů v paliativní péči ve sféře biologické, psychické, sociální a spirituální. Do této kapitoly jsou také začleněna práva umírajících pacientů a etické normy. Ve třetí kapitole jsou vysvětleny pojmy nemoc, utrpení, umírání a smrt. Je zde srovnáváno umírání v minulosti se současným institucionalizovaným umíráním, popsána problematika eutanazie a péče v době smrti a po ní.

Ve druhé části je popsán vlastní výzkum, jeho metodika a výsledky. Cílem výzkumu bylo prostřednictvím dotazníků zjistit, jaké jsou zkušenosti sester s paliativní péčí v nemocnicích. Výzkum byl prováděn v nemocnici Prachatice a nemocnici Vimperk. Výsledky výzkumu jsou vyhodnoceny a zjištěná data zanesena do grafů. Následuje diskuze, kde jsou získaná data porovnávána s odbornou literaturou.

## Summary

This bachelor thesis is divided into two parts, dealing with theory and research, respectively. The first theoretical chapter introduces palliative care: its definition, types, receivers, providers, availability and history. The second chapter discusses biological, mental, social and spiritual needs of palliative care patients. It also introduces rights of dying patients and related ethical norms. The third chapter explains illness, suffering, dying and death. It compares dying in the past with its current institutionalized state, describes the topic of euthanasia and discusses palliative care before and after death.

The second part describes the research, its methodology and results. The goal of the research was to determine, via a questionnaire, nurses' experience of palliative care in hospitals. The research was conducted in hospitals in Prachatice and Vimperk. Acquired data are evaluated and presented in the form of charts. The results are discussed and compared with scholarly sources.



## Seznam použité literatury

1. ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-781-7.
2. BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
3. GOLLA, Heidrun, FINK, Gereon, ROLKE, Roman et al. New Structures in Neurology: Palliative Care for Neurological Patients. *Neurology International Open*. 2017, 01(03), 117-126.
4. HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2902-5.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
6. JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
7. KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
8. KOŘENEK, Josef. Lékařská etika. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8.
9. KÜNG, Hans. Dobrá smrt?. Praha: Vyšehrad, 2015. Teologie (Vyšehrad). ISBN 978-80-7429-549-2.
10. LOOSER, Gabriel. Kam odchází duše: průvodce po onom světě. Liberec: Dialog, 2013. Tajemství (Dialog). ISBN 978-80-7424-051-5.
11. MÁLEK, Jiří, ŠEVČÍK, Pavel. Léčba pooperační bolesti. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.
12. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
13. MASÁR, Oto. Základy algeziológie pre potreby študentov odboru Ošetrovateľstvo: so zameraním na liečbu bolesti pri malígnych ochoreniach. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2001. ISBN 80-7040-501-5.
14. MCINERNEY, Fran, DOHERTY, Kathleen, BINDOFF, Aidan, ROBINSON, Andrew, VICKERS, James. How is palliative care understood in the context of dementia? Results from a massive open online course. *Palliative Medicine*. 2017, 32(3), 594-602.
15. PAYNE, Sheila, SEYMOUR, Jane, INGLETON, Christine. Paliativní péče: principy a praxe. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.
16. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří. Paliativní medicína pro praxi. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
17. SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
18. ŠPINKOVÁ, Martina. Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života. 5. vydání. Přeložila Aranka GÄRTNEROVÁ. Praha: Cesta domů, 2016. ISBN 978-80-88126-09-6.
19. THE, Anne-Mei. Paliativní péče a komunikace. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-24-4.
20. VOLANDES, Angelo E. Umění rozhovoru o konci života. Přeložil Lenka KAPSOVÁ. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-88126-03-4.

21. NEZBEDA, Ondřej. Proč Češi neumírají doma [online]. Umírání.cz [cit. 18.6.2018]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>

## Seznam příloh

Příloha č. 1: Souhlasy s provedením výzkumného šetření v nemocnicích

Příloha č. 2: Dotazník



## Přílohy





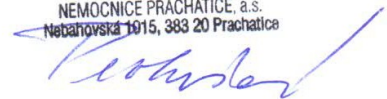
## Příloha č. 1

Souhlasím s výzkumným šetřením provedeným studentkou 3. LF UK oboru všeobecná sestra Lenkou Matějákovou na oddělení JIRP, interním a následné péče Nemocnice Prachatice a.s., Nebahovská 1015, 383 01 Prachatice. Jako metoda výzkumu bude použito dotazníkové šetření určené sestrám. Výzkum bude proveden pro potřeby bakalářské práce s názvem Zkušenosti sester s paliativní péčí v nemocničních zařízeních.

V Prachaticích dne 7. 5. 2018

Mgr. Helena Prokešová  
NEMOCNICE  
PRACHATICE

NEMOCNICE PRACHATICE, a.s.  
Nebahovská 1015, 383 20 Prachatice



Souhlasím s výzkumným šetřením provedeným studentkou 3. LF UK oboru všeobecná sestra Lenkou Matějákovou na oddělení LDN Nemocnice Vimperk a.s., Pivovarská 158, 385 01 Vimperk. Jako metoda výzkumu bude použito dotazníkové šetření určené sestřám. Výzkum bude proveden pro potřeby bakalářské práce s názvem Zkušenosti sester s paliativní péčí v nemocničních zařízeních.

**BH-NEMOCNICE VIMPERK a.s.**  
Pivovarská 158, 385 01 Vimperk  
IČO 290 15 839

**Bc. IANA HANZLÍČKOVÁ, DIS.**  
ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRACOVNICE  
telefon: 388 400 145  
mobil: 775 859 310

**Iva DOULOVÁ**  
ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRACOVNICE  
telefon: 388 400 116  
mobil: 736 670 621

Ve Vimperku dne 7. 5. 2018

## Příloha č. 2

Dobrý den, jsem studentkou oboru všeobecná sestra na 3.LF UK. Nyní jsem ve třetím ročníku svého studia a píši bakalářskou práci na téma Zkušenosti sester s paliativní péčí v nemocničních zařízeních. Jeho účelem je zjistit jaké jsou zkušenosti sester v nemocnicích s paliativní péčí, tedy komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovanou péčí poskytovanou pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu, jejímž cílem je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Tímto bych Vás chtěla poprosit o jeho vyplnění. Dotazník je anonymní a nezabere Vám mnoho času. Jeho vyplněním dáváte souhlas se zpracováním. Děkuji moc, Matějáková L.

Pohlaví: muž žena

**Věk:** méně než 25 25-35 35-45 45-55 55-65 65 a více

**Dosažené vzdělání:** středoškolské vyšší odborné vysokoškolské

Pozice:

Oddělení:

1. Jak často se setkáváte se na svém oddělení s pacientem, u kterého byla zahájena paliativní péče?

- a) více než jednou do týdne
- b) více než jednou do měsíce
- c) 2-3 x do roka
- d) nikdy

2. Podílíte se Vy osobně na poskytování paliativní péče?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

3. Popište prosím, jaké ošetrovatelské činnosti provádíte v rámci poskytování paliativní péče?

4. Existuje ve Vaší nemocnici specializovaný paliativní tým?

a) ano

b) ne

c) nevím

5. Pokud ano, je členem týmu všeobecná či praktická sestra?

a) ano

b) ne

6. Kdo se podílí na poskytování paliativní péče pacientům na vašem oddělení? (možno více odpovědí)

a) ošetřující personál

b) specializovaný paliativní tým nemocnice

c) externí specialisté v paliativní péči

d) paliativní péče není poskytována

7. Máte pocit, že je vhodně a ve správný čas ukončována léčba, která již nemůže vést ke zlepšení stavu pacienta (například kurativní léčba u onkologických pacientů)?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

8. Setkáváte se často, podle Vás, se zbytečně prodlužovaným umíráním?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

9. Je podle Vás zachovávána důstojnost umírajících?

a) ano

b) ne

c) někdy

10. Máte pocit, že je léčba bolesti u umírajících pacientů na vašem oddělení dostačující?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

11. Jaké metody řešení bolesti u pacientů používáte, pokud si na bolest stěžují?

a) informovat lékaře

b) popovídat si s pacientem

c) použít nefarmakologickou metodu - jakou

12. Provádějí se u pacientů na Vašem oddělení výkony v rámci paliativní sloužící k fyzické úlevě či úlevě od bolesti péče (v rámci analgezie, punkce, zavádění stentů ad.)? Pokud ano, jaké?

a) ano

b) ne

13. Setkáváte se s poskytováním duchovní péče u umírajících pacientů?

a) ano

b) ne

14. Kdo poskytuje duchovní péči a jaká jsou nejčastější formy?

15. Je podle Vás možné, z časového hlediska, zajistit psychickou podporu umírajícímu?

a) ano

b) ne

c) někdy

16. Máte pocit, že se psychická péče o pacienta poskytuje dostatečně?

a) ano

b) ne

17. Kdo ji poskytuje?

18. Poskytoval/a jste ji někdy Vy sam/a? Pokud ano, jakým způsobem?

a) ano

b) ne

19. Pokud potřebuje nemocný vyřešit svou sociální situaci (bydlení, péči o něj či o blízké ad.), setkáváte se s tím, že je řešena dostatečně a vyřešena?

a) ano

b) ne

20. Mají rodinní příslušníci podle Vás dostatečný přístup k umírajícímu pacientovi?

a) ano

b) ne

21. Setkáváte se situací, že musíte komunikovat s rodinou umírajícího?

a) ano

b) ne

22. Jak se v takové situaci (komunikace s rodinou umírajícího pacienta) cítíte? Co vám dělá největší potíže?

23. Pokud se na vašem oddělení paliativní péče neposkytuje, co by se mělo udělat pro to, aby se situace zlepšila?