Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové

SOUČASNÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ PACIENTY Z POHLEDU OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU

Bakalářská práce

ANETA STRÁNSKÁ

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská CSc.
Odborný konzultant: Bc. Zuzana Horáková

HRADEC KRÁLOVÉ 2006

Charles University
Medical Schoul in Hradec Králové

CONTEMPORARY CARE ABOUT DYING PATIENTS FROM THE POINT OF A NURSERING STAFF VIEW

First Degree Work

ANETA STRÁNSKÁ

Leader of work: doc.PhDr.Jana Kutnohorská CSc.
Special consultant: Bc.Zuzana Horáková

HRADEC KRÁLOVÉ 2006

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Hradci Králové, dne 15. dubna 2006

---

podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Janě Kutnohorské Csc. a Bc. Zuzaně Horákové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Dále bych chtěla poděkovat kolektivu pracovníků hospice v Červeném Kostelci za vlídné přijetí a umožnění stáže v tomto zařízení.

---

podpis

MOTTO:

„ Někdy ve své bezradnosti odvažujeme se dát osudu nesmělou otázku, ale nedostane se nám odpovědi…..Čím dříve pochopíme, že náš osud je v nás a ne ve hvězdách, tím lépe pro nás. Štěstí nalezneme v sobě, je to ztráta času je hledat u jiných…. Musíme se prát a bojovat vlastní bitvy….. jednoho dne se všichni dočkáme míru.“

Axel Munte: Kniha o životě a smrti

OBSAH

ÚVOD **7**

1. CÍLE PRÁCE **9**

2. TEORETICKÁ ČÁST **10**

2.1 Cíle teoretické část **10**

2.2 Umírání a smrt **10**

2.2.1 Charakteristika procesu umírání a pojmu smrt 11

2.2.2 Přijetí faktu blížící se smrti – fáze dle E. K. Rossové 12

2.2.3 Etické problémy týkající se smrti a umírání Institucionální model umírání 13

2.2.4 Institucionální model umírání 15

2.3 Potřeby umírajících a jejich blízkých **16**

2.3.1 Potřeby biologické 17

2.3.2 Potřeby psychické 21

2.3.3 Potřeby sociální 21

2.3.4 Potřeby spirituální 21

2.4 Paliativní a hospicová péče v ČR **22**

2.4.1 Vymezení pojmů paliativní a hospicová péče 22

2.4.2 Současná podoba hospicového hnutí v ČR 24

2.4.3 Zkušenosti ze stáže v Hospici Anežky České 25

3. EMPIRICKÁ ČÁST **27**

3.1 Cíle výzkumu **27**

3.2 Vzorek dotazovaných **27**

3.3 Metodika výzkumu **28**

3.4 Výsledky výzkumu **28**

3.4.1 Výsledky anamnestické části 29

3.4.2 Výsledky vlastní části dotazníku 31

4. DISKUSE **48**

ZÁVĚR **51**

RESUMÉ **53**

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **55**

PŘÍLOHY **57**

ÚVOD

Umírání a smrt jsou velkým lidským tématem, které se v poslední době opět dostává do popředí zájmu nás zdravotnických pracovníků, odborníků různých profesí, ale i širší veřejnosti. Přestáváme o něm hovořit jako o „tabu“, ale naopak odkrýváme tajemství doprovázející smrt. Vydáváme na toto téma odborné publikace, vzděláváme se v paliativní péči, budujeme hospice a hospicová hnutí. Umírání a smrt již nejsou tabu, ale zároveň se ještě nestaly samozřejmostí. Stále máme ještě co dohánět, abychom se zbavili předsudků, které v nás zanechala doba minulého režimu a abychom byli schopni hovořit o smrti jako o normální součásti života. Vždyť smrt je završením života, stejně jako je narození jeho počátkem, patří k životu a je jeho neoddělitelnou součástí.

Není to tak dávno, co se lidé běžně rodili a umírali doma, jen výjimečně v nemocnici, dnes je tomu přesně naopak, většina z nás se v nemocnici narodila a 80% lidí tam také umírá. Lidé měli možnost přímé konfrontace s počátkem i koncem života. Měli tak kde získat zkušenosti v péči o druhé, které jim pak pomáhaly vyrovnat se se smrtí svých blízkých, ale i se svojí vlastní smrtelností. Ani děti nebyly izolovány od těchto životních událostí jako dnes, kdy dětem bráníme navštívit umírající prarodiče, lžeme jim, když se nás na toto téma ptají a lžeme tím i sami sobě. Lidská zkušenost se smrtí již není tak důvěrná, náš vztah ke smrti se změnil, o smrti nemluvíme, smrt si nepřipouštíme. Ke smrti chováme respekt, máme z ní strach, ale není náš strach ze smrti spíše strachem z dlouhého a bolestného umírání?

Dnešní uspěchaná doba velí odeslat těžce nemocného do nemocnice, kde umírá mezi cizími lidmi, pod tíhou moderních přístrojů a v osamění. Stále máme tendenci brát smrt jako naši prohru, snažíme se za každou cenu prodloužit konec lidského života. Zachraňujeme životy dříve nezachranitelné, aplikujeme kardiostimulátory, stenty do srdečních tepen, podáváme antibiotika, transfuze, bdíme nad pacientem ve dne v noci, kontrolujeme laboratorní výsledky, obsluhujeme přístroje, ale zajímá někoho pacient jako lidská bytost? Není toto snažení prodloužit život pacienta za každou cenu pouhým prodlužováním lidského trápení?

Každý člověk je jedinečný, neopakovatelný, z čehož plyne, že i život každého z nás je jiný a jiné je i každé umírání. Smrt je cestou zpět, cestou domů, proto bychom měli umírajícím umožnit dojít tuto pouť v důstojném a emocionálně pozitivním prostředí.

Myslím, že současná péče o umírající nabývá nových rozměrů. Proto bychom se možná měli více zamýšlet nad tématem důstojného umírání a využívat možností, které nám skýtá paliativní medicína.Vím, že v současné době není možné zajistit každému umírajícímu domácí nebo lůžkovou formu hospicové péče, ale nic nám nebrání v tom, abychom myšlenku hospice šířili ve svém okolí i na svých odděleních. Doufám, že k tomu přispěji i já a že ve své bakalářské práci splním svůj záměr přiblížit problémy, se kterými se při péči o umírající setkáváme nejčastěji.

1. CÍLE PRÁCE

Teoretickým cílem mé práce je charakterizovat proces umírání a smrti a s ním spojené etické problémy. Stanovit problémy vyplývající z potřeb umírajících pacientů a navrhnout jejich možná řešení. Dále bych chtěla přiblížit možnosti současné paliativní a hospicové péče v České republice.

V empirické části bych chtěla zmapovat názory ošetřujícího personálu na úroveň současné péče o umírající pacienty, zjistit, jak často se ošetřující personál setkává s umírajícím pacientem, zjistit, jestli umějí zdravotníci komunikovat s umírajícím pacientem, stanovit priority a hlavní překážky v péči o umírající a ověřit, zda se ošetřující personál cítí být dostatečně připraven na péči o umírající.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Cíle teoretické části

- charakteristika procesu umírání a pojmu smrt
- charakteristika přijetí faktu blížící se smrti – fáze dle Elizabeth Kübller Rossové
- charakteristika institucionálního modelu umírání
- stanovení etických problémů spojených s umíráním
- charakteristika potřeb umírajících pacientů
- charakteristika paliativní a hospicové péče v ČR

2.2 Umírání a smrt

„Život je nemoc a smrt začíná narozením. Každé vydechnutí a každý tep srdce je zároveň tak trochu umíráním, malým krůčkem ke konci.“

E. M. Remarque

Proces umírání lze chápat různě. Jsou filozofové, kteří tvrdí, že celý život je umírání, jiní zase považují za umírání dobu, kdy jsou funkce životně důležitých orgánů natolik postiženy , že toto poškození bude pokračovat, aniž by bylo možno tomu jakkoli zabránit. Umírání je aktivní činností, provázené aktivními kroky, směřujícími ke konečnému cíli naší cesty. Je opakem pasivity narození. Nemocný se mění, jeho barvy života blednou, promýšlí smysl svého dosavadního bytí, vyrovnává se se svou nemocí a vlastní smrtelností.

2.2.1 Charakteristika procesu umírání a pojmu smrt

„Vše, co se rodí, umírá.“
Qintilianus

Pojem umírání bývá často synonymem terminálního stavu. Je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. Jinými slovy řečeno, jedná se o „vlastní umírání“, o stav, který bývá též označován pojmem in finem.

V širších souvislostech je pak umírání především časově delším úsekem, než odpovídá terminálnímu stavu. Jeho počátek můžeme spatřovat v okamžiku, kdy vejde v odbornou a následně i pacientovu povědomost, že nemoc, která vstoupila do života konkrétního jedince, je perspektivně neslučitelná se životem.

Umírat znamená vstupovat do určitého časového úseku, který můžeme rozdělit na období pre finem, in finem a post finem. (Vorlíček, 1998, str. 369)

Období pre finem je časově neomezeným obdobím, může být různě dlouhé a trvat několik měsíců, ale i let. Jde o období stanovení diagnózy, sdělení pravdy, prožívání nemoci a změn životního stylu vyvolaných průběhem vážného onemocnění. V tomto období může pacient i jeho okolí procházet všemi fázemi procesu umírání (viz. níže).

Období in finem je obdobím „vlastního umírání“. Zde se nejčastěji setkáváme s otázkou ritualizace smrti, a to zejména v podmínkách hospitalizace a problematikou eutanazie.

Období post finem je charakteristické péčí o mrtvé tělo. Zahrnuje též péči o pozůstalé.

Smrt k životu patří, je to jen jeho druhá strana, jeho rub. Myslím, že si málo uvědomujeme, že může nastat kdykoli a kdekoli. Definice smrti není nikterak snadná, jak by se na první pohled mohlo zdát. Smrt je osobní zkušeností, její počátek je těžké identifikovat, protože různé obory se na smrt dívají různě, každý z oborů definuje smrt ze svého hlediska. Fyzická smrt je úplná, trvalá, irepabilní ztráta vědomí. Mimo smrt fyzickou existuje i smrt psychická a smrt sociální. Smrt psychická je naprostou rezignací, intenzívně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, které nepochybně usnadňuje vstup smrti fyzické. Smrt sociální je stav, kdy

člověk sice žije, ale je neodvratně vyvázán z důležitých interpersonálních vztahů. (Haškovcová, 1997, str. 151)

„Dříve se smrtí označovala nevratná zástava srdeční činnosti, ale při dnešních možnostech resuscitace a návratu pacienta z klinické smrti, dostalo takové pojetí citelnou ránu. Dnes se chápe konečný stav celého procesu jako biologická smrt mozku.“ (Dostálová, 1993, str. 191)

2.2.2 Přijetí faktu blížící se smrti – fáze dle Elisabeth Kübler – Rossové

Vyrovnávání se s nemocí závisí na předchozích zkušenostech a na struktuře osobnosti nemocného. Typy reakcí na nemoc jsou různé a mají charakteristický ráz podle jednotlivých období vývoje onemocnění.

Elizabeth Kübler – Rossová je americkou lékařkou, psychiatričkou a mezinárodně uznávanou odbornicí v oboru thanatolgie (nauka zabývající se otázkami života a smrti). Jako jedna z prvních popsala své pozorování o umírajících z psychosociálního hlediska. Na základě svých zkušeností, vedením rozhovorů s umírajícími a pozorováním jejich chování v průběhu nemoci popisuje 5 fází vyrovnávání se s vlastní smrtí:

1. Fáze negace, šoku, popírání – je stadium, kdy se nemocný dozví svoji diagnózu, nevěří tomu a odmítá vzít tento fakt na vědomí, což se projevuje uzavíráním se do sebe a izolací od společnosti. V této fázi je velmi důležitým krokem navázání kontaktu s nemocným a získání jeho důvěry.

2. Fáze agrese, hněvu – nastupuje ve chvíli, kdy na pacienta dolehne realita, uvědomí si vlastní smrtelnost, konečnost života. Nemocní si vybíjí hněv takřka na všem a na každém. Zde je velmi důležité uvědomit si, že tento projev je zastřený vnitřní prožitek životní krize, nikoliv osobní útok na okolí, proto bychom nemocnému měli dovolit odreagování, nepohoršovat se nad ním.

3. Fáze smlouvání, vyjednávání – nemocný postupně přijímá, připouští si svoje onemocnění, ale nehodlá se s ním smířit. Snaží se smlouvat o život, nemocní jsou schopni dát za uzdravení vše, často navštěvují lidové léčitele, uzavírají „smlouvy s Bohem“.

4. Fáze deprese – přichází z vyčerpání, je to doba lítosti a hlubokého smutku. Je velmi důležité hovořit s nemocným, dát najevo, že mu rozumíme, není vhodné zlehčovat smutek křečovitým optimismem, nenechat nemocného v depresi utopit, ale poskytnout mu odbornou pomoc.

5. Fáze smíření – je stadium akceptace, vyjádření souhlasu, přijetí toho, co se děje, umírající omezuje slovní kontakty s okolím, vzrůstá potřeba neverbální komunikace, dotyků, pohlazení, držení za ruku.

Jednotlivá stadia se různě prolínají, mohou se střídat i během dne. Ne každý pacient se dostane do konečné fáze, někteří pacienti „bojují“ až do konce a stadia smíření nedosáhnou.

Stejně jako pacient, prožívá tyto fáze i jeho rodina. Je proto velmi důležité nechat příbuzné plakat, mluvit, bojovat i oni potřebují svůj čas na smíření, naši pomoc, citlivé vedení a podporu. Měli bychom být velmi ostražití, protože právě zde může nastat konflikt mezi tím, co právě prožívá pacient a tím, co prožívá jeho rodina.

2.2.3 Etické problémy týkající se smrti a umírání

Při rozhodování v průběhu celé nemoci a v závěru života zcela nevyhnutelně vyvstávají etické otázky. Otázky umírání a smrti jsou spojené s osobními hodnotami a názory na utrpení, významem smrti a místem každého jedince v rodině a společnosti. (O Conner – Aranda, 2005, str. 53)

Žijeme v době, kdy se dominantním cílem lékařů stalo prodlužování a udržování života za každou cenu a kdy se smrt pokládá za nepatřičnou prohru. Lékaři se pokouší smrt oddálit buď z důvodů morálních, kdy chtějí mít „čisté svědomí“, že pro umírajícího učinili vše, co bylo v jejich silách, a nebo z obavy před případným právním postihem za zanedbání lékařské péče.Výsledkem bývá nezřídka tzv. zadržená smrt neboli dystanazie. Jinými slovy řečeno, nemocný by už dávno „v klidu“ zemřel nebýt problematických a někdy i „nesmyslných“ snah odborníků zvrátit nepříznivý stav nemocného. (Vorlíček – Adam, 1998, str. 357) Mnohdy člověk nechce jen útrpně čekat na svůj konec, chce se svému umírání vzepřít, chce smrt učinit svojí osobní záležitostí. Což je, myslím, dostatečným zdůvodněním toho, proč lidstvo neustále „koketuje“ s myšlenkou eutanazie (řízené ukončení smrti, dobrá smrt). A důvod

proč, se v této souvislosti objevují otázky, kdy na jedné straně roste touha po její legalizaci a na straně druhé obavy z jejího zneužívání. Eutanazie je slovo řeckého původu, které doslovně přeloženo znamená „dobrá smrt“, má mnoho forem, jejichž charakteristika není účelem mé bakalářské práce, proto zde zmíním pouze dvě formy, a to eutanazii aktivní a pasivní:

▪ **aktivní eutanazie:** jedná se o úmyslné a vědomé jednání lékaře nebo třetí osoby směřující k ukončení života nemocného člověka, zabití z útrpnosti na výslovné přání trpícího

▪ **pasivní eutanazie:** je přerušení léčby, nikoliv ukončením péče, její obsah se vykládá jako právo na „přirozenou smrt“, a proto má mnoho zastánců

Legislativní úpravy pro eutanazii jsou pestré. Aktivní eutanazie není uzákoněna nikde na světě, v některých státech je však povolena asistovaná sebevražda (pacient si přeje zemřít, žádá lékaře o prostředek nebo radu, jak odejít ze života, asistence lékaře je odborná, akt ukončení života však provádí pacient sám). Většina států je také k pasivní eutanazii tolerantní. Beztrestnost aktivní eutanazie je uzákoněná např. v Holandsku, kde je aktivní eutanazii možno vykonat za podmínek, které stanovila Holandská lékařská komora, jsou jimi:

- dobrovolná a trvalá žádost pacienta
- úplná informovanost nemocného lékařem
- pacient prožívá nesnesitelné utrpení bez naděje na vyléčení
- absence jiné přijatelné alternativy
- konzultace jiného lékaře

U nás je eutanazie zakázaná a asistovaná sebevražda se pokládá za trestný čin. (Vorlíček – Adam, 1998, str. 375)

Lékařská etika kodifikovala čtyři základní principy, kterými je třeba se řídit v klinické praxi. Jsou to: autonomie (samostatnost a sebeurčení), nonmaleficience (nepoškozování), benefice (prospěch) a justice (spravedlnost, právo, řád a také slušnost). (Vorlíček - Adam, 1998, str.360)

Nalézt správný přístup k umírajícím pacientům je velice obtížné. Určitou normu tedy představují práva pacientů, o jejíž naplnění by měli usilovat všichni zdravotníci. Obecná verze práv pacientů byla vyhlášena Centrální etickou komisí při Ministerstvu zdravotnictví ČR v roce 1992. (viz. příloha č. 4) Z práv pacientů, zvláště jejich nedodržováním, vyvstávají další etické otázky. Jednou z mnoha je právo pacienta na pravdivé informace. Již celá léta se ve zdravotnictví diskutuje o tom, zda říci nemocnému pravdu či nikoliv. Pokud nemocný informace vyžaduje, jsou mu sděleny, neřeší se otázka zda ano či ne, ale v které fázi nemoci je to nejvhodnější, kdo má nepříznivé informace sdělovat, či kde a v jakých podmínkách. S politováním musím říci, že jsem byla opakovaně svědkem toho, kdy nemocnému pravda sdělena nebyla, ale jeho rodině ano, myslím, že by to mělo být přesně naopak. Všude tam, kde se práva pacientů respektují, totiž nemocný musí nejprve vyslovit souhlas a teprve potom může být jeho diagnóza sdělena rodině. (Čechová, Neklanová, Rozsypalová,1995, str. 133) Doufám, že s přeměnou paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem na vztah partnerský, dojde i k tomu, že všichni pacienti budou znát a moci hájit svá práva.

2.2.4 Institucionální model umírání

Dnešní společnost vyznávající kult mládí, zdraví a úspěchu s sebou přináší nové metody, moderní vybavení a zároveň iluzi, že o umírající se musí starat tým profesionálů. Své těžce nemocné a umírající příbuzné tak směřujeme do nemocnic, do rukou specialistů, ale především mezi cizí lidi, kde proces umírání ztrácí charakter přirozeného rituálu a sociálního aktu. Zde je zřejmě na místě položit si otázku: „Proč, ptáme-li se svých blízkých nebo sami sebe, kde bychom chtěli zemřít, odpovídáme – doma?“ Současná praxe je tedy v přímém rozporu s přáním většiny z nás. Lidé si totiž přejí umřít doma.Odborníci se shodují v tom, že takové přání vyslovuje až 95% nemocných v konečné fázi nemoci. Statistické údaje naopak svědčí o tom, že ve vyspělých zemích umírá až 80% lidí v nemocnici. (Vorlíček – Adam, 1998, str. 372)

Institucionální model umírání našim blízkým jistě zajistí tu nejlepší možnou lékařskou a ošetřovatelskou péči, ale prožívání nejtěžší fáze života tak zůstává sterilní a odosobněné. Na naplnění psychických a duchovních potřeb totiž v nemocnici již většinou nezbývá čas. Smrt v náručí milované osoby by se proto měla vrátit do povědomí naší mysli a zpět do našich domovů. Je proto nutné odstranit tabu umírání, zmírnit strach ze smrti a vhodnou edukací

podpořit naši společnost v rozvoji domácí a hospicové péče. I s vědomím nelehké cesty pevně věřím, že si všichni brzy tuto potřebu uvědomíme a budeme chtít umět zvládnout starost o umírajícího doma, v ideálním případě za pomoci odborníků domácí péče.

2.3 Potřeby umírajících a jejich blízkých

Pro zajištění maximální kvality péče o umírající je nutné, abychom znali individuální potřeby umírajících a jejich blízkých. Je nutné uspokojovat všechny okruhy potřeb, tedy potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální, i přesto, že umírající lidé postupem času určité potřeby odsouvají do pozadí a do popředí vystupují potřeby zcela jiné, mnohdy odlišné od hodnot uznávaných pacientem v průběhu celého života a často odlišné od představ doprovázejících. Vcítění se a pochopení potřeb umírajících je proto velice náročný proces. Nutí nás zamyslet se nad smyslem lidské existence a její konečností. Ve chvílích, kdy prožíváme náročné situace, při kterých umírají naši blízcí, děti, klienti, lidé v produktivním či postproduktivním věku, si opakovaně klademe otázku: „Jaké jsou potřeby právě tohoto umírajícího? Udělali jsme vše pro důstojný odchod nemocného?“ Při hledání odpovědí nám mohou pomoci následující poznání:

▪ Stejně tak, jako je každý z nás jedinečnou lidskou bytostí, stejně tak nás čeká jedinečná lidská smrt, kterou každý z nás prožije podobně, ale nikdy ne stejně.

▪ Umírající člověk je stále žijící člověk, který se chce radovat, komunikovat se všemi, kteří ho provázeli životem, o to více, čím více se blíží smrt. Nechce být vyčleňován na okraj společnosti, naopak touží být akceptován, chce se účastnit a podílet na dění kolem sebe.

▪ Umírající lidé se vydávají na cestu, o které nic nevědí a kterou jen obtížně zvládají, žádný, který touto cestou prošel, nemůže dát zkušenosti druhému.(www.hospice.cz)

Reakce na umírání a smrt prožívají příbuzní stejně jako jejich umírající (odmítnutí, popírání, strach, obavy, úzkost, deprese). Cítí se být touto situací zaskočeni. Uvědomují si nezvratnou ztrátu člena rodiny, který významně ovlivňuje jejich život. Největší obavy doprovázejících bývají spojeny s psychickým a fyzickým utrpením umírajícího. Naše pomoc spočívá v navození atmosféry důvěry a sounáležitosti i vhodné edukaci v poskytování péče

umírajícím. Stejně jako umírajícímu podáváme rodinným příslušníkům kontinuálně pravdivé informace, výjimku tvoří stav, kdy si to klient nepřeje.

2.3.1 Potřeby biologické

Biologické potřeby umírajícího vycházejí ze základních potřeb každého člověka. Jsou podmíněny sociálním prostředím, kulturou, intelektem, vzděláním, věkem i aktuálním stavem. Jsou dány ideální představou každého z nás o kvalitě našeho života.

Při umírání dochází k postupnému zhoršování celkového stavu klienta, dochází k omezování soběstačnosti a klient se stává částečně nebo zcela závislý na pomoci druhé osoby. V tomto těžkém období se subjektivně mění představa člověka o kvalitě života a výrazně se zvyšuje úroveň saturace vyšších potřeb (psychické, spirituální, sociální) a snižuje úroveň saturace potřeb nižších. Z toho vyplývá, že uspokojování nižších potřeb (fyziologických) je více závislé na pozorování ošetřovatelského personálu. Míru závislosti v oblasti saturace biologických potřeb nám může pomoci určit Barthelův test základních aktivit či klasifikace funkční úrovně sebepéče v modelu M. Gordonové (viz. příloha č. 2). Ošetřování a pomoc nemocným je orientována na potlačení dysthanazie a péči, při které odstraňujeme nebo zmírňujeme obtěžující a vyčerpávající symptomy. (www.hospice.cz)

- **Bolest**

Bolest je symptom, kterého se pacienti a jejich blízcí na konci života obávají nejvíce. Sestry jsou zodpovědné za to, že budou velmi pečlivě bolest hodnotit a zajistí dostatečnou úlevu. Nikdy nepodezříváme umírající pacienty ze simulace bolesti. U většiny pacientů lze dosáhnout úlevy od bolesti podáváním opioidů, adjuvantních analgetik a používáním alternativních metod. Lidé, kteří netrpí bolestí, se tak mohou zaměřit na psychické a duchovní záležitosti, které dávají smysl jejich posledním dnům, a tím přispívají ke kvalitě života.(O. Conner - Aranda, 2005, str. 99)

• Dýchání

cíl: ulehčit umírajícímu dýchání, zajistit průchodnost dýchacích cest, prevence aspirace

Dušnost je nepříjemný a stresující symptom. Dýchat znamená žít, proto nepřekvapuje, že jakékoliv ohrožení této funkce bývá zdrojem trvalé úzkosti pacienta i jeho rodiny. Dojde-li tedy u pacienta k dušení, snažíme se eliminovat stres, zajistíme průchodnost dýchacích cest, nemocného uložíme do vhodné polohy, v indikovaných případech zajistíme inhalační kyslíkovou terapii. Průběžně sledujeme a hodnotíme kvalitu dýchání.

• Výživa

cíl: prevence malnutrice, poruch metabolismu a vzniku dekubitů

Podáváme nutričně vyváženou, kaloricky plnohodnotnou, esteticky upravenou stravu. Při sestavování dietního režimu zhodnotíme aktuální možnosti klienta (stav chrupu, vybavení polykacího reflexu). U umírajících je nutno počítat se sníženou chutí k jídlu způsobenou celkovým zpomalením všech funkcí, poruchou gastrointestinálního traktu, či celkovou apatií.

Nauzea a zvracení bývají doprovodným jevem při aplikaci opiátů nebo chemoterapie. Stravu podáváme v takovém množství a frekvenci, která zohledňuje aktuální stav organismu umírajícího. V případě, že umírající nemůže přijímat stravu per os nebo strava není nutričně vyvážená, podáváme nízkomolekulární přípravky enterálně, nasogastrickou, nasojejunální sondou nebo pomocí gastrostomie. Parenterálně jsou podávány speciálně připravené energeticky hodnotné typy výživy ve formě roztoků.

Praktické rady pro sestry:

▪ Pokud trpí pacient nechutenstvím, „dovolte“ mu, aby jedl méně.

▪ Je nutné předpokládat nevolnost a potlačit ji vhodnými léky, lék by se měl podávat alespoň půl hodiny před jídlem.

▪ Bolest snižuje chuť k jídlu, proto je nutné zajistit účinnou léčbu bolesti.

▪ Chuť k jídlu může snížit také zácpa.

▪ Velmi důležitá je péče o dutinu ústní, abychom zabránili poškození sliznice a tvorbě bolestivých lézí. Má-li pacient moučnivku, podáváme vhodné léky. Po jídle můžeme nabídnout kousek ananasu, který pomůže s čištěním dutiny ústní. Jsou-li v ústech bolestivé léze, měli bychom používat lokální analgetika a výplachy.

▪ Nejlepším aperitivem je podávání jídla, které má pacient rád.

▪ Malé porce jsou lépe stravitelné, jídlo by se mělo podávat tehdy, když má na ně pacient chuť.

▪ Slaná jídla nevyvolávají nevolnost tak často jako ostatní jídla.

▪ Jídlo s různou teplotou může povzbudit chuťové buňky, jídla o pokojové teplotě vydávají méně pachu, takže podávání studených jídel může snížit pocit nevolnosti.

▪ Nutriční doplňky jsou účinné pouze tehdy, když pacientům chutnají. Pokud tomu tak není, můžeme je nahradit mléčným koktejlem.(O Conner – Aranda, 2005, str. 158)

• Hydratace

cíl: prevence dehydratace, otoků, vzniku dekubitů

Umírající pacienti mívají snížený pocit žízně, proto jim nabízíme tekutiny často a v malých dávkách. Tekutiny podáváme ve vhodných nádobách, doplněných o pomůcky, které usnadňují příjem tekutin (brčka, hrnečky s víčkem). Umírající preferují chladné nápoje. U klientů sledujeme celkovou bilanci tekutin. V případě, že příjem tekutin per os nestačí k zajištění optimální hydratace, volíme podávání tekutin parenterálně nebo subkutánně.

Praktické rady pro sestry:

▪ Sucho v ústech může zmírnit drcený led nebo ledové kostky ochucené ovocným džusem nebo Coca – Colou.

▪ Žvýkačka může povzbudit tvorbu slin a snížit pocit nevolnosti.

▪ Kyselé bonbony stimulují tvorbu slin.

▪ Pacienti mají radši bublinkové nápoje než kávu nebo čaj. (O Conner - Aranda, 2005, str. 157)

• Vyprazdňování

cíl: prevence zácpy, retence moče, dehydratace, vzniku dekubitů

Pro optimální stanovení režimu kontinence je nutné posoudit stupeň inkontinence, popř. retence, frekvenci, objem a charakter moče i stolice. Průběžně sledujeme objem a charakter ztráty tekutin pocením a zvracením. V průběhu umírání dochází k vyhasínání funkce svěračů, a proto provádíme preventivní opatření ve vztahu k úpravě lůžka a vybavení klienta pomůckami pro inkontinentní. Dodržujeme zvýšený hygienický režim, doplněný speciálním režimem prevence proleženin. Při všech intervencích respektujeme stud klienta.(www.hospice.cz)

Častou poruchou vyprazdňování u klientů léčených opioidy je zácpa. Proto je nutné monitorovat vyprazdňování a dle situace aktuálně upravovat plán péče. Preventivní režim obvykle zahrnuje podávání laxativ, snahu o zvýšený příjem tekutin, obsahu vlákniny (např. v podobě ovocného pyré nebo v polévkách), zajištění soukromí a vhodné polohy při vyprazdňování.

• Hygiena

Při hygieně umírajících pacientů se zaměřujeme na prevenci infekce a dekubitů. Intenzivně pečujeme o kůži těla a dutinu ústní. Postupujeme vždy citlivě s ohledem na komfort a přání nemocného cítit se dobře, ale i dobře vypadat. S hygienou pacienta souvisí i hygiena prostředí tzn., že snažíme vytvořit pacientovi prostředí hygienicky stabilní a esteticky upravené.

• Rehabilitace

Léčebná rehabilitace postupně ustupuje do pozadí. V procesu umírání pozvolna přechází z aktivní rehabilitace do formy pasivní, prováděné sestrou či příbuznými. U umírajících pacientů provádíme rehabilitaci zaměřenou na udržení životně důležitých funkcí, schopnost sebeobsluhy a zachování maximální úrovně kvality života.

2.3.2 Potřeby psychické

V péči o psychologické potřeby umírajících vystupuje do popředí respektování lidské důstojnosti, komunikace, bezpečí a jistota. Pacienti se v tomto období neubrání pocitům smutku. Sestry proto hrají velmi důležitou roli při léčbě emocionální tísně. Jejich každodenní činnosti a správná komunikace mohou posilovat naději, zachovat důstojnost a umožnit dosažení zbývajících cílů. Citlivá a empatická péče o terminálně nemocné je základním kamenem klinické péče, protože navazuje tam, kde kauzální léčba již není možná a pokračuje až do smrti pacienta.

Zvláštní pozornost bychom měli věnovat i doprovázejícím a blízkým umírajícího pacienta. Měli bychom je pravdivě informovat o stavu pacienta, aby se mohli připravit na odchod člena rodiny.

2.3.3 Potřeby sociální

„Není tak těžké za přítele zemřít, jako najít takového, aby umírání stálo za to.“
Miguel de Cervantes

Člověk je společenská bytost rostoucí v určitém společenském prostředí a toužící po interakci s ostatními lidmi. Každý z nás má svoje zájmy, koníčky, zaměstnání, přátele, sny a touhy. V době nemoci však dochází k vytržení pacienta z jeho prostředí, a nemocný se tak ocitá v cizím prostředí mnohdy osamocen. Proto bychom pacientům, dle jejich přání, měli umožnit kontakt s okolím alespoň prostřednictvím neomezených návštěv či telefonem u lůžka. Aktivním nasloucháním a každodenní komunikací můžeme v pacientovi posilovat pocit, že má pro někoho cenu a zabránit tak odcizení a izolaci.

2.3.4 Potřeby spirituální

Spirituální péče je péčí o duši, či duchovní podstatu člověka, je součástí holistického pojetí osobnosti. Až do nedávné doby byly spirituální potřeby zatlačovány do pozadí, není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Někdy je tomu právě naopak, věřící obvykle ví, co má dělat a dovede se podle toho zařídit.

Lidé, kteří nevěří, se začínají životně důležitými otázkami jako jsou např. smysl života, utrpení nebo odpuštění, zabývat až ve chvíli, kdy zjistí, že jsou vážně nemocní. Potřebují vědět, že jim bylo odpuštěno a že jejich život měl a má smysl. (Svatošová, 1995, str. 23)

Hlavním předpokladem duchovní péče jsou kvalitní vztahy provázené důvěrou, schopnost otevřít toto téma a spolupráce s odborníky v duchovní péči.

2.4 Paliativní a hospicová péče v České republice

2.4.1 Vymezení základních pojmů

Paliativní péče

„Je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (definice dle *Světové zdravotnické organizace)*

S umírajícími pacienty se můžeme setkat téměř ve všech zdravotnických zařízeních, a proto by se paliativní péče měla stát součástí profesionální role zdravotníků. Paliativní přístup představuje základní znalosti a dovednosti, které mohou použít všichni zdravotníci starající se o pacienty s terminálním onemocněním. Na této úrovni by měly být všechny sestry schopny rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy a zajistit jejich řešení, měli by umět porozumět tomu, co prožívá umírající a jeho rodina a vědět, kam se obrátit o specializovanou pomoc.

Úspěšná paliativní léčba vyžaduje profesionální, holistický a multidisciplinární přístup.Vyžaduje tým složený z odborníků různých profesí a jejich vzájemnou spolupráci. Veškerá léčba má být prováděna se souhlasem a přáním pacienta.

Hospicová péče

Je forma paliativní péče, kterou tvoří soubor lékařských, ošetřovatelských a rehabilitačních činností poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného. Stav pacienta není stabilizován vzhledem k jeho preterminálnímu nebo terminálnímu stavu, má stanovenou diagnózu a rámcový terapeutický postup s těžištěm v léčbě bolesti a odborném ošetřovatelství. (www.hospice.cz)

Tato péče je poskytována v hospicích. Jedná se o zařízení poskytující paliativní a terminální péči umírajícím klientům a jejich rodinám. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen

Formy hospicové péče:

- **Domácí hospicová péče** je poskytována umírajícím s dobrým rodinným zázemím. Péči zpravidla poskytuje rodina s využitím domácích hospicových agentur či agentur domácí péče.

- **Stacionární hospicová péče** představuje denní pobyty, kdy je pacient přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Dopravu zařizuje dle možností rodina nebo hospic. Je často využívána jen na přechodnou dobu, kdy rodina již situaci nezvládá, ale i z důvodu azylového, protože při péči o dlouhodobě nemocné je potřeba i odpočinek rodiny.

- **Lůžková hospicová péče** slouží terminálně nemocným, převážně s onkologickým onemocněním. Pacienti jsou přijímáni na pokoj s vlastním příslušenstvím a lůžkem pro kohokoliv z příbuzných nebo přátel klienta. O klienty a jejich příbuzné pečuje odborně proškolený tým zaměstnanců, který zaručuje, že nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Režim dne v hospici se výrazně liší od režimu dne v nemocnici. Nenaruší-li to

pohodu ostatních pacientů, určuje si ho, pokud možno, nemocný sám. Přijetí klienta do hospice je možno na základě vyplnění žádosti ošetřujícím lékařem.(Svatošová, 1995, str. 129)

Hospicové hnutí

Jde o ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám, který se snaží o svoji vlastní identitu ve stávajícím systému vítězné medicíny. Do péče o umírající zapojuje i jeho rodinu. Snaží se o zlepšení kvality života umírajících.(www.hospice.cz)

2.4.2 Současná podoba hospicového hnutí v ČR

Hospicové hnutí v České republice nemá za sebou tak dlouhou tradici jako hospicové hnutí ve Velké Británii, která je považována za kolébku hospicového hnutí ve světě. Přesto tomu je již deset let, co byl otevřen první hospic v České republice. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci je prvním českým hospicem. K velké spokojenosti nemocných a jejich blízkých slouží od 1. ledna 1996 plně svému účelu. Vznikl jako společný projekt diecézní charity Hradec Králové a Ecce homo – sdružení na podporu domácí péče a hospicového hnutí.

Hospicová hnutí v ČR nabízejí různé formy hospicové péče respektující možnosti daných regionů a podmínku zachování myšlenky hospicové péče. V současné době u nás existuje 6 dobře fungujících hospiců (další vznikají) a téměř 600 agentur domácí péče, které v rámci své činnosti poskytují 23% hospicové péče umírajícím a jejich blízkým.

Z výše uvedeného je zřejmé, že v naší republice dochází k rozvoji hospicové péče, ale současný stav stále není uspokojivý. Největší „brzdou“ v rozvoji hospicového hnutí zůstávají finance a dosud ne zcela uspokojivě vyřešená legislativa a sazebník zdravotní pojišťovny. Podle Ministerstva zdravotnictví České republiky je doporučený počet hospicových či specializovaných lůžek paliativní péče 5 lůžek na 100 000 obyvatel. V současnosti je tento počet splněn asi z poloviny, a proto mnoho klientů mnohdy i proti svému přání tráví poslední část svého života na lůžkách akutní péče v nemocnicích.

2.4.3 Zkušenosti ze stáže v hospici Anežky České

Týdenní praxi v hospici Anežky České v Červeném Kostelci jsem absolvovala na podzim roku 2005. Podnětem ke stáži bylo téma mé diplomové práce a touha po poznání „ té opravdové“ péče o umírající pacienty. Stáž byla mým rozhodnutím, a proto jsem velmi vděčná vedoucím pracovníkům naší nemocnice a všem pracovníkům v hospici za její umožnění. Přestože jsem v hospici strávila pouze týden, vrátila jsem se domů obohacena o zkušenosti k nezaplacení.

Po příjezdu do hospice na mne čekalo velmi vlídné přijetí a útulný pokoj na ubytovně pro stážisty. Druhý den ráno jsem byla seznámena s personálem, pacienty, s prostředím a provozem, a tak mohla moje praxe začít. Pracovala jsem pod vedením sloužící sestřičky každý den 8 hodin. Musím přiznat, že rozdíl mezi nemocnicí a hospicem je veliký. Na 15 pacientů slouží přes den 1 zdravotní sestra a 2 ošetřovatelé, což je v nemocnici považováno téměř za přepych, ale v hospici je to poměrně málo, aby se dalo hovořit o doprovázení v tom pravém slova smyslu. Liší se i režim dne, který je v nemocnici pevně daný, v hospici naopak benevolentní. Personál i hospitalizovaní zde mají k dispozici široké spektrum pomůcek, které v nemocnicích bývají nedostatkovým zbožím. Velmi mne překvapila vysoká úroveň vzdělání personálu, a to především výborná úroveň ošetřovatelů. Tolik ochoty při zodpovídání dotazů a trpělivosti při učení se novému jsem opravdu nečekala. Mohla jsem si vyzkoušet vše a ptát se na cokoliv.

Jak Hospic v Červeném Kostelci vypadá? Je postaven do tvaru písmena „L“. K dispozici má 14 jednolůžkových pokojů s přistýlkou pro doprovod, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové pokoje. Pokoje pacientů se rozkládají ve dvou podlažích a jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením. Ke standardnímu vybavení pokoje patří polohovací lůžko a telefon. Celý objekt je bezbariérový. Denní místnost v přízemí je vybavena jako denní stacionář, pacienti sem chodí na televizi nebo si tu při kytaře zazpívají s některou sestřičkou. Dále mají možnost vyjet na venkovní terasu, do zimní zahrady, čajovny, nebo kaple, ve které se pravidelně pořádají mše svaté za účasti místních farníků. Pokud to stav pacienta dovolí, může si s vědomím sestry zajít sám nebo s doprovodem do parku nebo do města.

V každém ze dvou podlaží je nejvíce 15 pacientů, jejichž potřeby zajišťuje sestra, ošetřovatelé, sociální pracovnice, stážisté a službu konající lékař. Nedílnou součástí péče o pacienty je práce dobrovolníků, kteří do hospice přicházejí dle svých možností a věnují se

činnostem, které jim vyhovují nejlépe. Jsou to např. služby v recepci, květinová výzdoba, nákupy, procházky s pacienty nebo pomoc sestrám či ošetřovatelkám s tím, co momentálně potřebují. Režim dne se výrazně liší od režimu dne v nemocnici. Je maximálně přizpůsoben potřebám pacientů. Nikdo jim nepředepisuje, kdy mají vstávat, kdy chodit spát, kdy zhasnout, vypnout televizi nebo radio. Jídlo dostávají pravidelně, ale pokud zrovna nechtějí jíst, nic se neděje, najedí se, až budou chtít. Hospicová péče znamená být nemocnému nablízku, doprovázet ho a poskytovat psychosociální pomoc i jeho rodině. Návštěvy nejsou v hospici omezovány, naopak jsou vítány i rodinný příslušník se může, ale nemusí podílet na ošetřování nemocných, podstatné je, že je přítomen. Pacienti zde netrpí bolestí a žijí svůj život důstojně až do konce. Při progresi stavu nemocného jsou příbuzní automaticky informováni, aby mohli se svým blízkým strávit poslední chvíle života. Dojde-li k úmrtí, má rodina možnost posledního rozloučení se svým blízkým v rozlučkové místnosti. I když to zní paradoxně, celým hospicem prostupuje atmosféra klidu, míru pohody a pokoje.

Moje stáž probíhala v duchu přátelství a já jsem velmi vděčná všem pracovníkům za milé přijetí, cenné rady v péči o umírající i za to, že jsem poznala lidi, kteří svoji práci vykonávají s takovou mírou empatie a opravdovou láskou.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíle výzkumu

- zmapovat názory ošetřujícího personálu na úroveň péče o umírající pacienty v ČR
- zmapovat názory ošetřujícího personálu na úroveň péče o umírající pacienty na zkoumaných odděleních
- zjistit, jak často se ošetřující personál setkává na svém oddělení s umírajícím pacientem
- zjistit úroveň a profesionalitu zdravotníků
- zjistit úroveň komunikace ošetřujícího personálu s umírajícími
- stanovit priority ošetřujícího personálu v péči o umírající
- identifikovat hlavní překážky dobré péče o umírající pacienty
- zjistit, zda se ošetřující personál cítí být dostatečně připraven na péči o umírající pacienty

3.2 Vzorek dotazovaných

O vyplnění dotazníků jsem požádala ošetřující personál pracující ve tří směnném provozu standardních lůžkových oddělení interny, chirurgie a neurologie v semilské, turnovské a jilemnické nemocnici. Oslovila jsem 100 respondentů ve věku 21 až 57 let. Spolupráci s respondenty a jejich vedoucími pracovníky hodnotím jako velmi dobrou. Z počtu 100 dotazníků mi bylo vráceno 92, z čehož plyne, že návratnost dotazníků je 92%.

3.3 Metodika výzkumu

Pro svůj kvalitativní výzkum jsem použila metodu anonymního dotazníku. Byl určen pro ošetřující personál standardních lůžkových oddělení. Dotazník se skládal ze dvou částí, první z nich tvoří anamnestické údaje, druhou část tvoří vlastní dotazník obsahující 17 otázek. U všech otázek byly stanoveny možnosti výběru odpovědí, respondenti měli křížkem označit odpověď jim nejbližší. V otázkách 4, 7, 12, 14, 15, 16, 17 označili respondenti více možných odpovědí. O rozdání dotazníků na daných odděleních jsem poprosila vždy vrchní sestru, které jsem dotazníky předala osobně. Komunikace i spolupráce s nimi byla velmi dobrá a bez potíží. Dotazníky jsem opět vyzvedávala osobně u vrchních sester.

3.4 Výsledky výzkumu

Výsledky jsou pro přehlednost a názornost uvedeny v tabulkách a výsečových grafech. Všechny tabulky s daty četností jsou uvedeny v příloze č. 8. Symboly použité v tabulkách:

- ni = absolutní četnost

- fi = relativní četnost v %

(hodnoty relativních četností jsou zaokrouhlené na celá čísla)

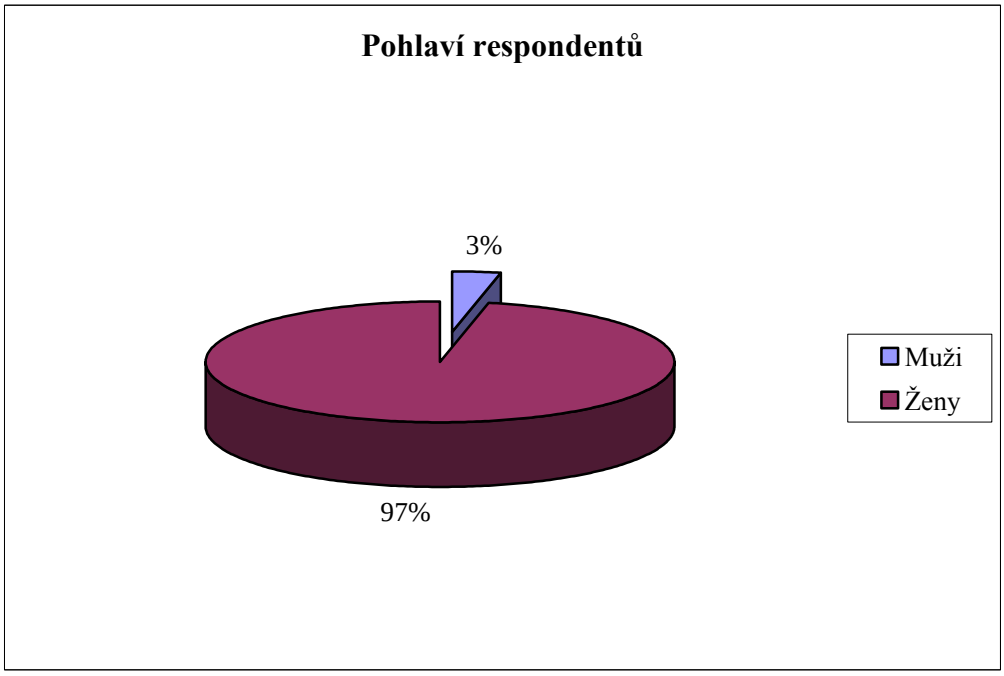
Článek I. **3.4.1 Výsledky anamnestické části dotazníku**

Pohlaví respondentů :

Tabulka č. 1

	ni	**fi** (%)
Ženy	89	96,7
Muži	3	3,3
Celkem	92	100,0

Graf č.1



Komentář:

1. 96,7% respondentů byly ženy

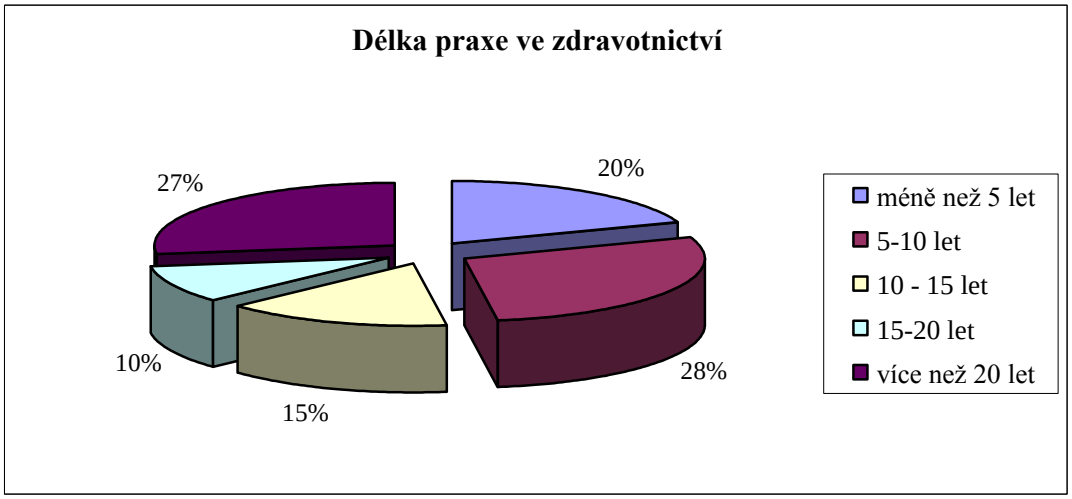
2. 3,3 % respondentů byli muži

Délka praxe respondentů ve zdravotnictví:

Tabulka č. 2

	ni	**fi** (%)
méně než 5 let	18	19,6
5-10 let	26	28,3
10 - 15 let	14	15,2
15-20 let	9	9,8
více než 20 let	25	27,2
Celkem	92	100

Graf č. 2



Komentář:

1. 20% respondentů s délkou praxe méně než 5 let

2. 28% respondentů s délkou praxe 5-10 let

3. 15% respondentů s délkou praxe 10-15 let

4. 10% respondentů s délkou praxe 15-20 let

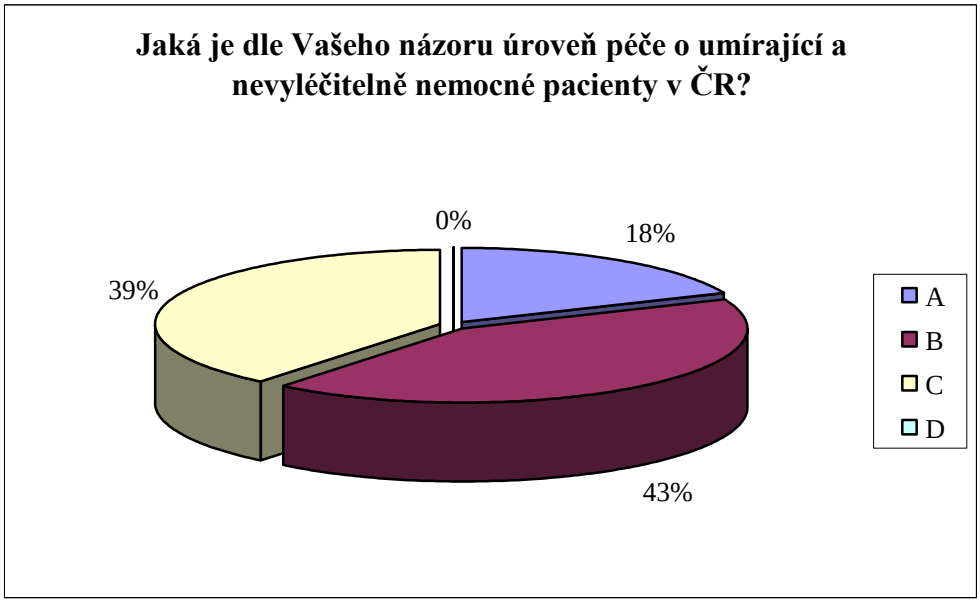
5. 27% respondentů s délkou praxe více než 20 let

3.4.2 Výsledky vlastní části výzkumu

Otázka č. 1: *Jaká je dle Vašeho názoru péče o umírající a nevyléčitelné pacienty v ČR (obecně)?*

a) dobrá
b) spíše dobrá
c) spíše špatná
d) špatná

Graf č. 1



Komentář:

1. 43% respondentů si myslí, že péče o umírající pacienty v ČR je spíše dobrá

2. 39% respondentů si myslí, že péče o umírající pacienty v ČR je spíše špatná

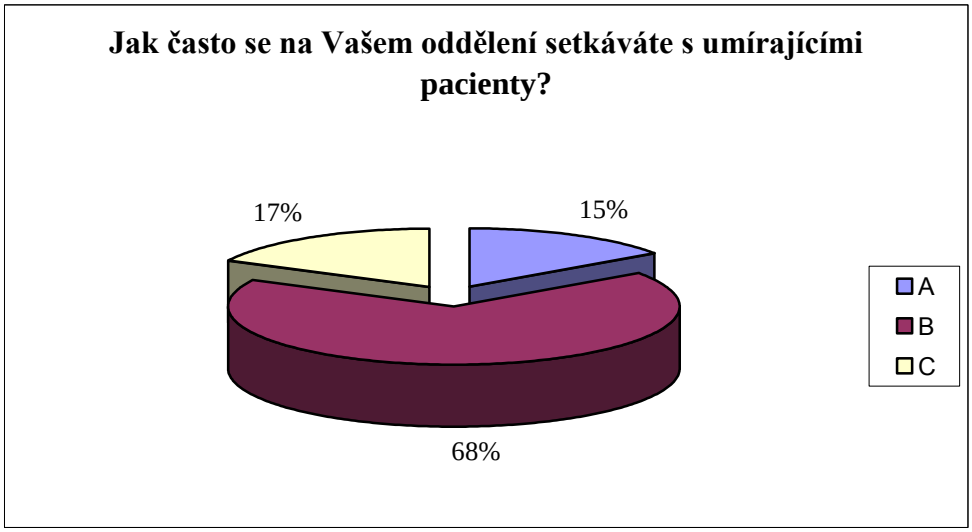
3. 18% respondentů si myslí, že péče o umírající pacienty v ČR je dobrá

4. nikdo z dotazovaných si nemyslí, že by péče o umírající v ČR byla špatná

Otázka č. 2: *Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s umírajícími pacienty?*

a) téměř denně
b) několikrát do měsíce
c) ojediněle (umírající se snažíme přeložit na jiná pracoviště, např. hospic, LDN)

Graf č. 2



Komentář:

1. 68% respondentů se s umírajícím pacientem na oddělení setkává několikrát do měsíce

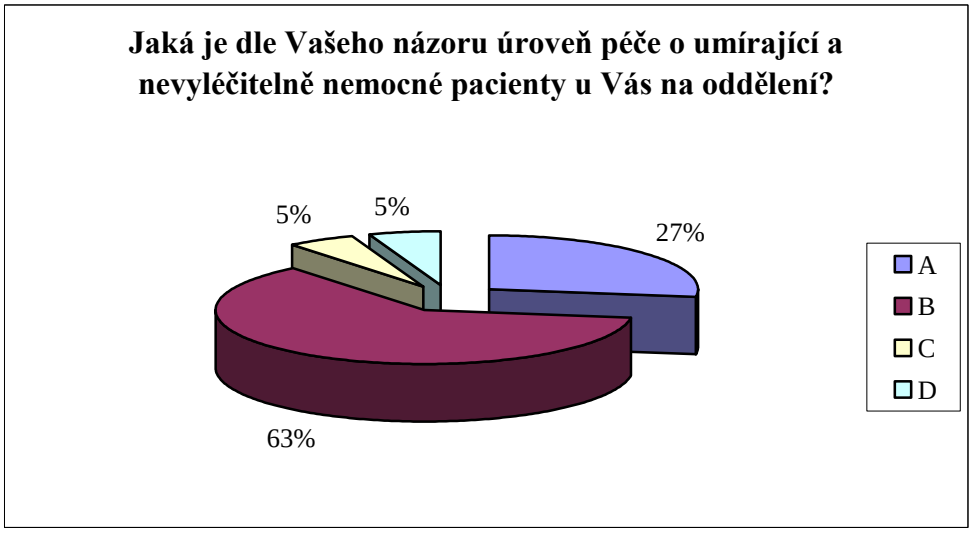
2. 15% respondentů se s umírajícím pacientem na oddělení setkává téměř denně

3. 17% respondentů se s umírajícím pacientem na oddělení setkává ojediněle

Otázka č. 3: *Jaká je dle Vašeho názoru péče o umírající a nevyléčitelné pacienty u Vás na oddělení?*

a) dobrá
b) spíše dobrá
c) spíše špatná
d) špatná

Graf č.3



Komentář:

1. 63% respondentů se domnívá, že péče o umírající pacienty na jejich oddělení je spíše dobrá

2. 27% respondentů se domnívá, že péče o umírající pacienty na jejich oddělení je dobrá

3. 5% respondentů se domnívá, že péče o umírající pacienty na jejich oddělení je spíše špatná

4. 5% respondentů se domnívá, že péče o umírající pacienty na jejich oddělení je špatná

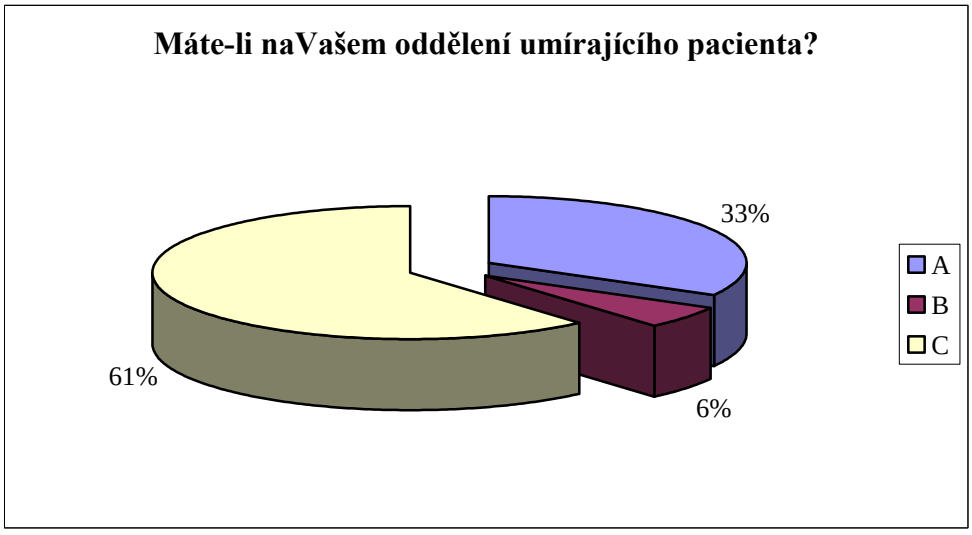
Otázka č. 4: *Máte-li na Vašem oddělení umírajícího pacienta?*

a) snažíte se mu zajistit klidné prostředí na jednolůžkovém pokoji, kde s ním eventuelně může být člen rodiny

b) snažíte se ho přeložit do jiného zařízení např. hospic, LDN, DD

c) vzhledem k nemožnosti přeložit pacienta na jednolůžkový pokoj, zůstává pacient na pokoji, kam byl přijat

Graf č. 4



Komentář:

1. 61% respondentů nemá možnost přeložit pacienta na jednolůžkový pokoj, pacient zůstává na pokoji, kam byl přijat

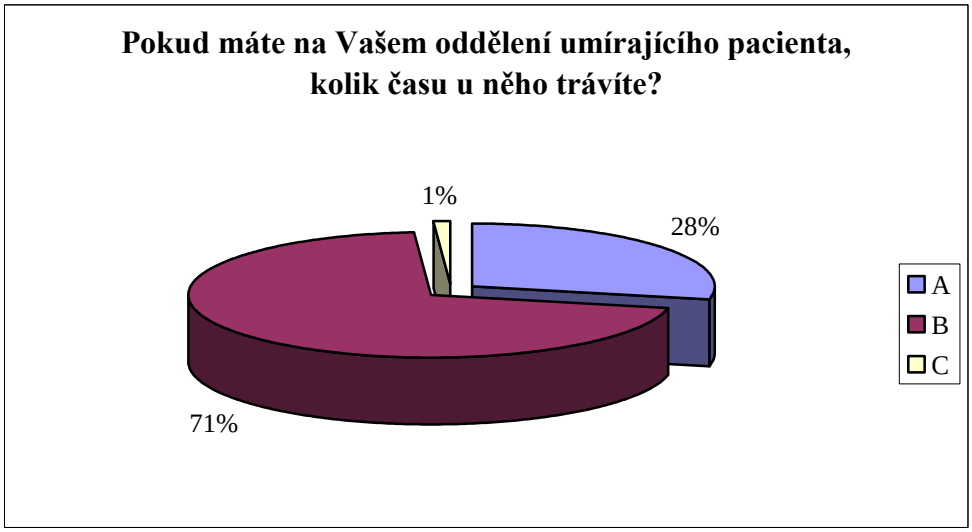
2. 33% respondentů odpovědělo, že překládají umírající pacienty do jiného zařízení

3. 6% respondentů má možnost přeložit pacienta na jednolůžkový pokoj

Otázka č. 5: *Pokud máte na oddělení umírajícího pacienta, kolik času u něho trávíte?*

a) co nejvíce (snažíte se pacientovi zajistit důstojný konec)
b) stejně jako u ostatních pacientů na oddělení
c) vyhýbáte se kontaktu s umírajícím pacientem

Graf č.5



Komentář:

1. 71 % respondentů se umírajícím pacientům věnuje stejně jako ostatním pacientům na oddělení

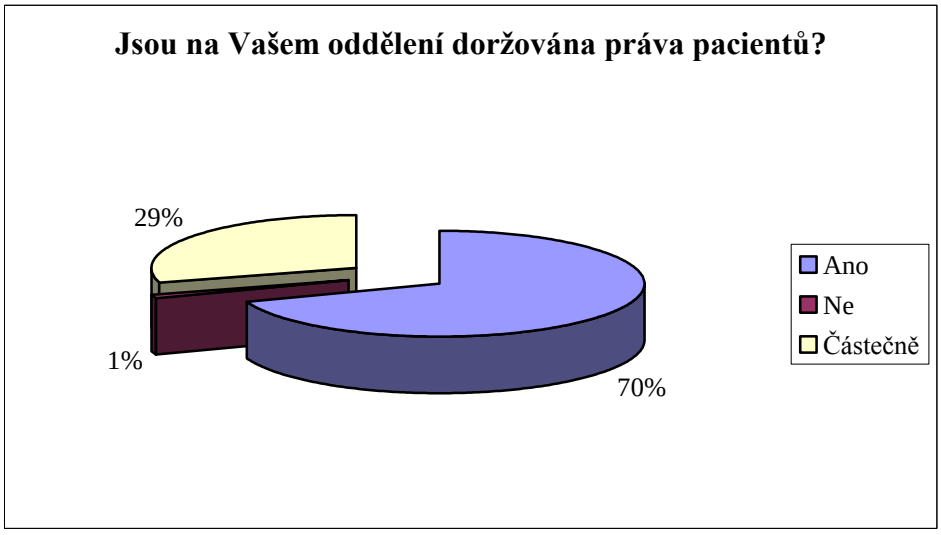
2. 28% respondentů se snaží věnovat umírajícím pacientům co nejvíce

3. 1% respondentů se kontaktu s umírajícím pacientem vyhýbá

Otázka č. 6: *Jsou na Vašem oddělení dodržována práva pacientů?*

a) ano
b) ne
c) částečně

Graf č. 6



Komentář:

1. 70% respondentů odpovědělo, že se na jejich oddělení dodržují práva pacientů

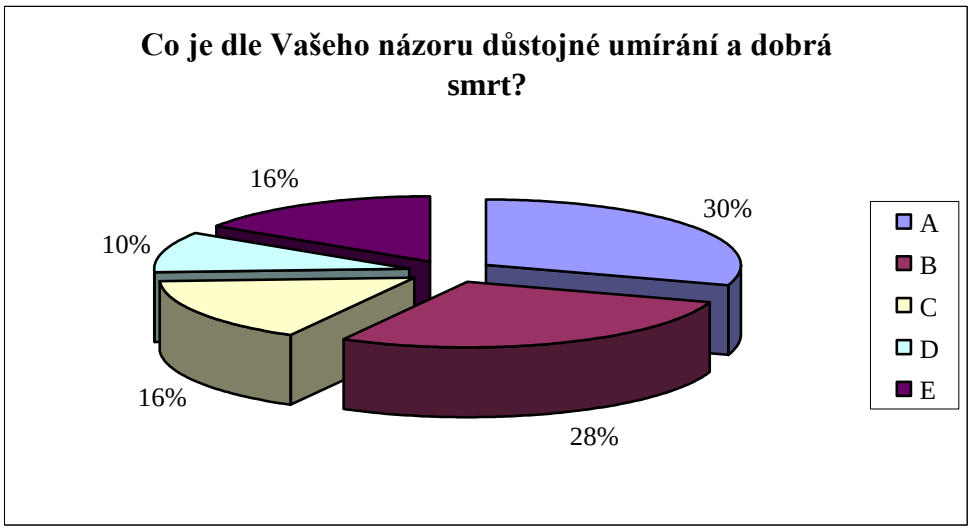
2. 29% respondentů odpovědělo, že se na jejich oddělení práva pacientů dodržují jen částečně

3. 1% respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení se práva pacientů nedodržují

Otázka č. 7: *Co je dle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt?*

a) účinné mírnění tělesného strádání (bez bolesti)
b) přítomnost blízkých osob a známé prostředí
c) uspokojení duševních a duchovních potřeb
d) dostupnost pomoci (psycholog, duchovní)
e) důstojnost situace (při vědomí, ve spánku, bez přístrojů, intimita)

Graf č. 7



Komentář:

1. 30% respondentů pokládá za důstojné umírání účinné mírnění tělesného strádání

2. 28% respondentů pokládá za důstojné umírání v přítomnosti blízkých osob a ve známém prostředí

3. 16% respondentů pokládá za důstojné umírání uspokojení duševních a duchovních potřeb

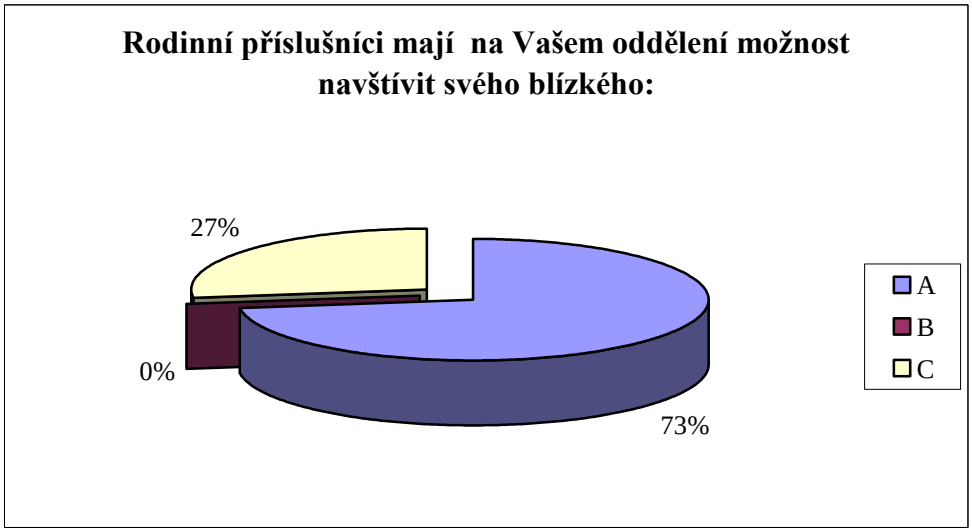
4. 16% respondentů pokládá za důstojné umírání důstojnost situace

5. 10% respondentů pokládá za důstojné umírání dostupnost pomoci

Otázka č. 8: *Rodinní příslušníci mají na Všem oddělení možnost navštívit svého blízkého?*

a) kdykoliv, po domluvě s ošetřujícím lékařem
b) pouze o návštěvních hodinách
c) mají možnost zůstat s pacientem i přes noc

Graf č. 8



Komentář:

1. 73% respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení mohou návštěvy kdykoliv po domluvě s lékařem

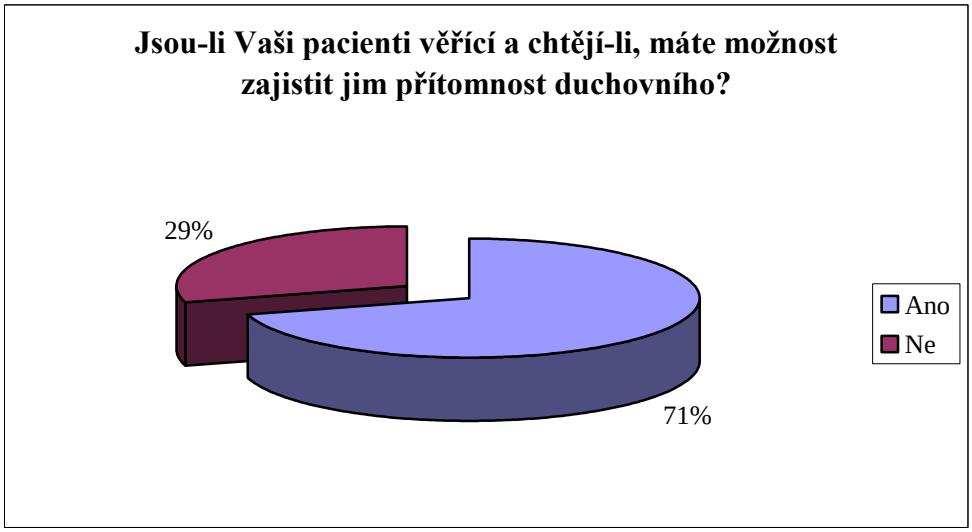
2. 27% respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení mohou návštěvy s pacientem zůstat i přes noc

3. nikdo z dotázaných neoznačil odpověď b

Otázka č. 9: *Jsou-li Vaši pacienti věřící a chtějí-li, máte možnost zajistit jim přítomnost duchovního?*

a) ano
b) ne

Graf č. 9



Komentář:

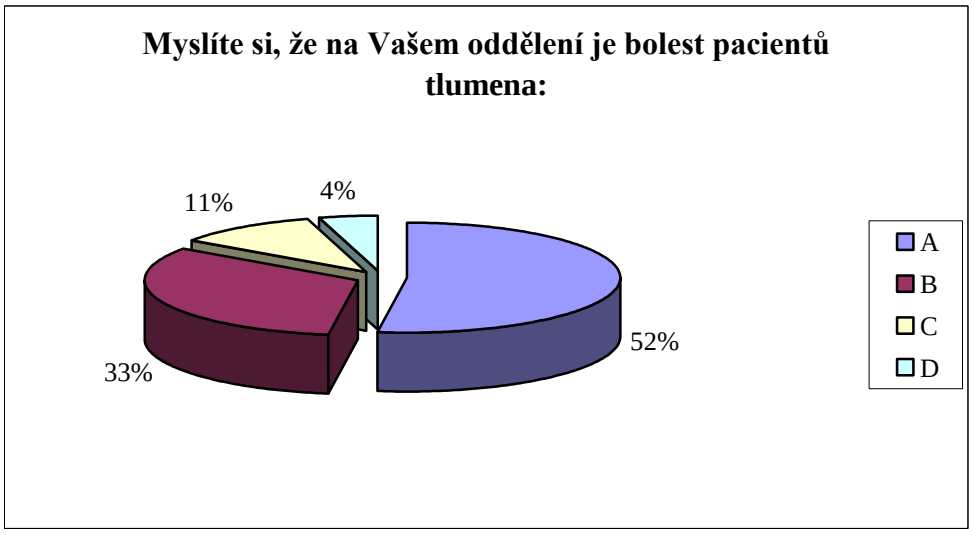
1. 71% respondentů odpovědělo, že mají možnost zajisti přítomnost duchovního

2. 29% respondentů odpovědělo, že nemá možnost zajistit přítomnost duchovního

Otázka č. 10: *Myslíte si, že na Vašem oddělení je bolest pacientů tlumena:*

a) dostatečně
b) spíše dobře
c) spíše špatně
d) nedostatečně

Graf č. 10



Komentář:

1. 52% respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení je bolest tlumena dostatečně

2. 33% respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení je bolest tlumena spíše dobře

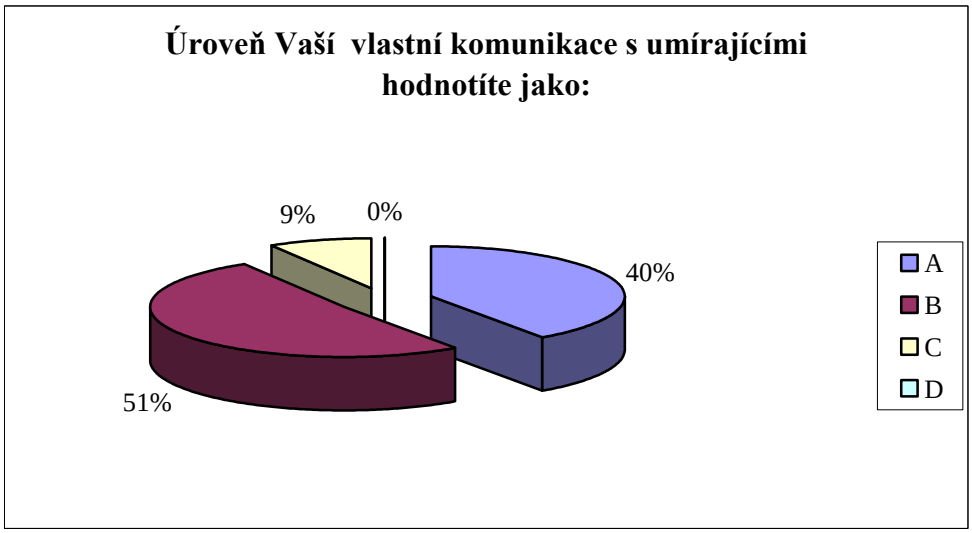
3. 11% respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení je bolest tlumena spíše špatně

4. 4% respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení je bolest tlumena nedostatečně

Otázka č. 11: *Úroveň Vaší vlastní komunikace s umírajícím pacientem hodnotíte jako:*

a) dobrou
b) spíše dobrou
c) spíše špatnou
d) špatnou

Graf č.11



Komentář:

1. 51% respondentů si myslí, že jejich komunikace s umírajícími je spíše dobrá

2. 40% respondentů si myslí, že jejich komunikace s umírajícími je dobrá

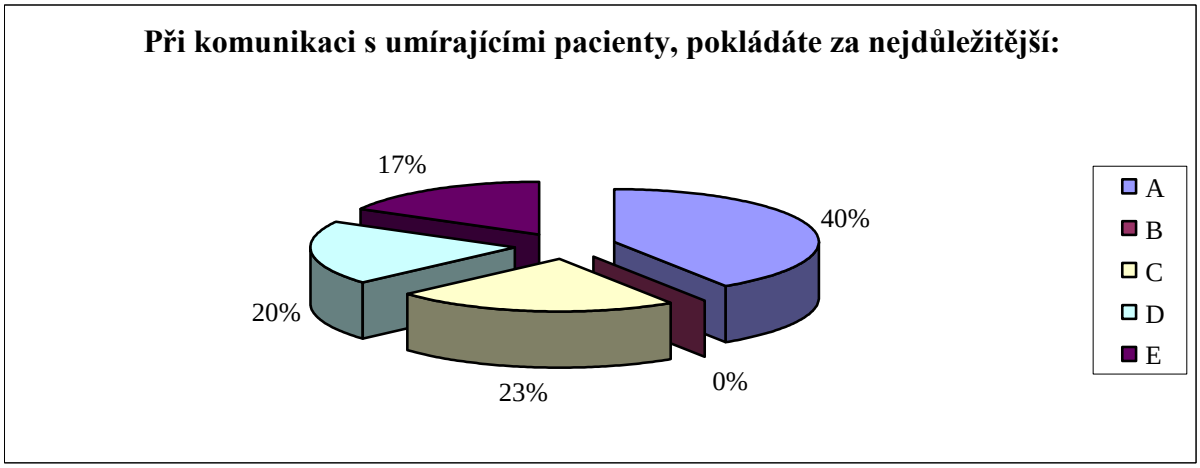
3. 9% respondentů si myslí, že jejich komunikace s umírajícími je spíše špatná

4. nikdo z dotázaných si nemyslí, že jejich komunikace je špatná

Otázka č. 12: *Při komunikaci s umírajícími pacienty pokládáte za nejdůležitější:*

a) naslouchat pacientovi, příliš nehovořit
b) stále hovořit, aby se pacient neunavil
c) upřímnost v komunikaci
d) dobré zázemí pro rozhovor
e) komunikovat jako s každým pacientem

Graf č. 12



Komentář:

1. 40% respondentů při komunikaci s umírajícím pacientem pokládá za nejdůležitější naslouchat pacientovi, příliš nehovořit

2. 23% respondentů při komunikaci s umírajícím pacientem pokládá za nejdůležitější upřímnost

3. 20% respondentů při komunikaci s umírajícím pacientem pokládá za nejdůležitější dobré zázemí pro rozhovor

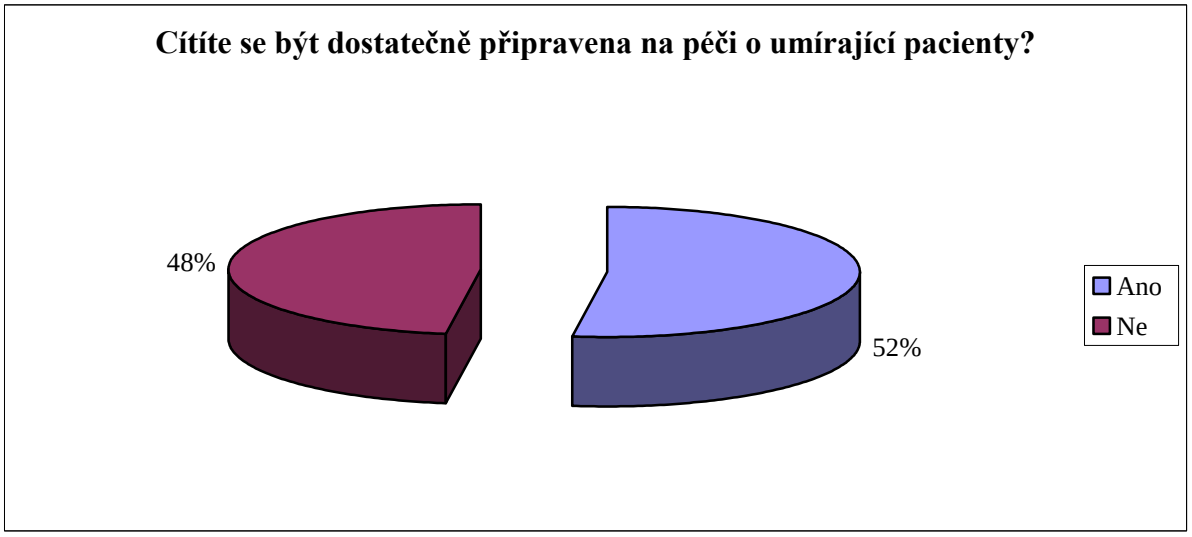
4. 17% respondentů při komunikaci s umírajícím pacientem pokládá za nejdůležitější komunikovat jako s každým pacientem

5. nikdo z dotázaných si nemyslí, že by měl hovořit stále

Otázka č. 13: *Cítíte se být dostatečně připravena na péči o umírající pacienty?*

a) ano (dostatečně)
b) ne (lékařské fakulty, zdravotnické školy nepřipravují dostatečně budoucí zdravotníky na péči o umírající)

Graf č.13



Komentář:

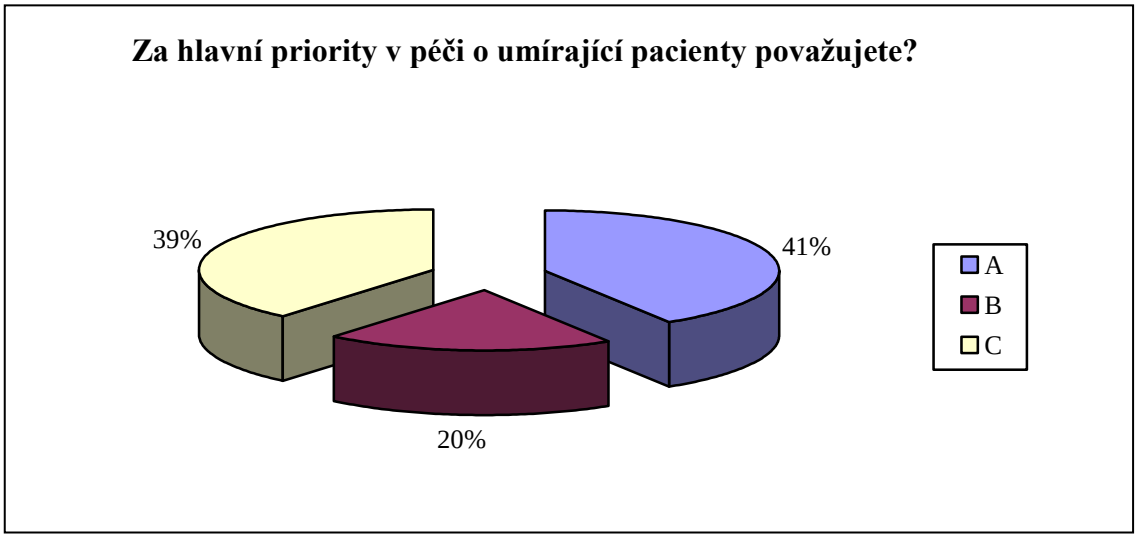
1. 52% respondentů se cítí být dostatečně připraveno na péči o umírající pacienty

2. 48% respondentů se necítí být dostatečně připraveno na péči o umírající pacienty

Otázka č. 14: *Za hlavní priority v péči o umírající pacienty považujete?*

a) účinné mírnění tělesného strádání (bolest, zvracení, zácpa, výživa, hydratace)
b) uspokojení duševních a duchovních potřeb
c) klidné prostředí, přítomnost blízkých osob

Graf č. 14



Komentář:

1. 41% respondentů považuje za hlavní prioritu účinné mírnění tělesného strádání

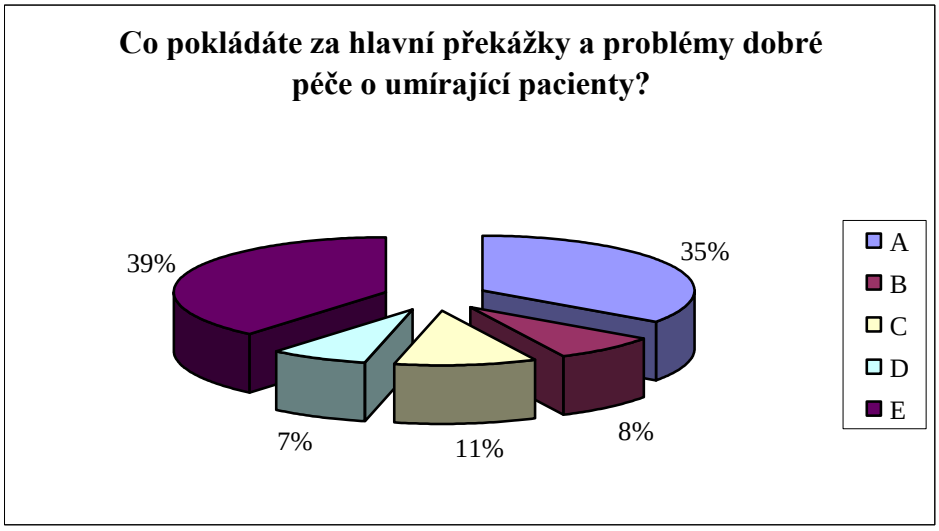
2. 39% respondentů považuje a hlavní prioritu klidné prostředí, přítomnost blízkých osob

3. 20% respondentů považuje za hlavní prioritu uspokojení duševních a duchovních potřeb

Otázka č. 15: *Co pokládáte za hlavní překážky a problémy dobré péče o umírající pacienty?*

a) přetížení personálu, nedostatečné vybavení oddělení pro péči o umírající pacienty
b) izolace umírajících
c) nedostatečná spolupráce s rodinou
d) nedostatečná připravenost personálu, chybějící vzdělání v péči o umírající
e) umístění pacientů, nedostatek hospiců, chybění domácí hospicové péče

Graf č. 15



Komentář:

1. 39% respondentů za hlavní překážku v péči o umírající pokládá umístění pacientů, nedostatek hospiců

2. 35% respondentů za hlavní překážku pokládá přetížení personálu, nedostatečné vybavení oddělení

3. 11% respondentů za hlavní překážku pokládá nedostatečnou spolupráci s rodinou umírajícího

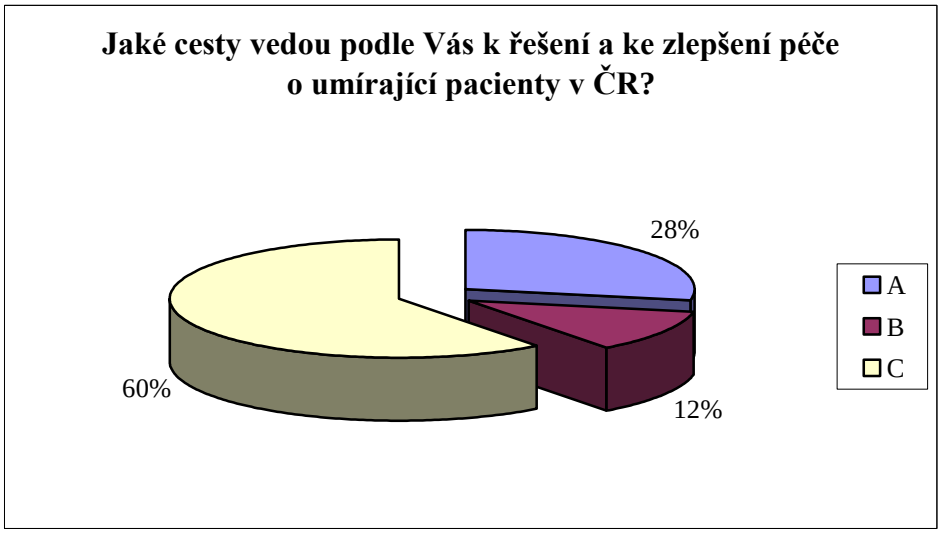
4. 8% respondentů za hlavní překážku pokládá izolaci umírajících

5. 7% respondentů za hlavní překážku pokládá nedostatečnou připravenost personálu

Otázka č. 16: *Jaké cesty vedou podle Vás k řešení a ke zlepšení péče o umírající pacienty v ČR?*

a) osvěta, vzdělávání zdravotníků
b) personální otázky (motivace, dobrovolnictví)
c) systémové změny (financování, síť domácí péče, budování hospiců)

Graf č. 16



Komentář:

1. 60% respondentů se domnívá, že ke zlepšení péče o umírající pacienty vedou systémové změny

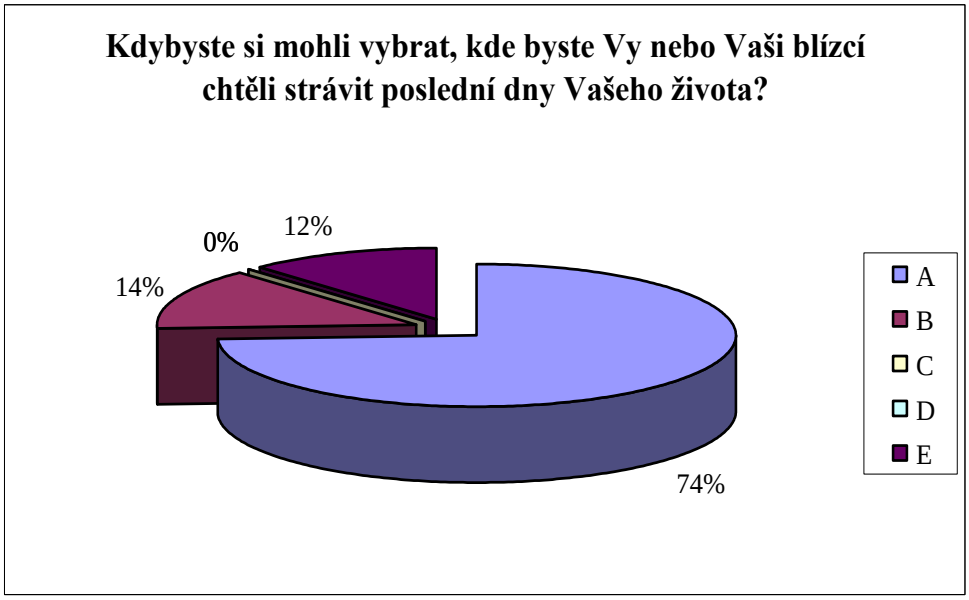
2. 28% respondentů se domnívá, že ke zlepšení péče o umírající pacienty vede osvěta a vzdělávání

3. 12% respondentů se domnívá, že ke zlepšení péče o umírající pacienty je důležité řešit personální otázky

Otázka. 17: *Kdybyste si mohli vybrat, kde byste Vy nebo Vaši blízcí chtěli strávit poslední dny Vašeho života?*

a) doma
b) hospic
c) nemocnice
d) LDN, DD
e) nevím, nepřemýšlel (a) jsem o tom

Graf č. 17



Komentář:

1. 74% respondentů by chtělo zemřít doma

2. 14% respondentů by chtělo zemřít v hospici

3. 12% respondentů neví

4. nikdo z dotázaných by nechtěl zemřít v nemocnici, LDN či DD

4. DISKUSE

Mého výzkumu se zúčastnilo 92 respondentů, jejichž průměrný věk je 34 let a většina z nich ve zdravotnictví pracuje více než 5 let, proto si myslím, že zkušenosti ošetřujícího personálu jsou dostatečné k tomu, aby jejich hodnocení bylo objektivní a odpovídalo skutečné situaci v našem zdravotnictví.

V otázce č. 1 jsem se respondentů ptala na to, co si myslí o současné úrovni péče o umírající pacienty v České republice. Většina z nich odpověděla vyhýbavě, 43% dotázaných si myslí, že v naší zemi je úroveň péče o umírající spíše dobrá, 39% si myslí, že je spíše špatná a jen 18% dotázaných se vyjádřilo, že současná péče je dobrá. Nikdo z dotázaných neuvedl, že by péče o tyto pacienty byla špatná. Z uvedeného vyplývá, že kladná hodnocení převažují nad negativními.

Ve druhé otázce jsem zjišťovala, jak často se ošetřující personál setkává na svých odděleních s umírajícím pacientem. Výsledky odpovídají zkušenostem a mému očekávání, že sestry na standardních odděleních, kde výzkum probíhal, o umírající pacienty pečují poměrně často, většina z nich se s takovými pacienty setkává několikrát do měsíce (68%). Sester, které o umírající pacienty pečují pouze ojediněle, bylo 17% a těch, kteří se s umírajícím pacientem setkávají téměř denně, jen 15%.

Cílem třetí otázky bylo zjistit úroveň péče o umírající a nevyléčitelně nemocné na standardních lůžkových oddělení interny, chirurgie a neurologie, tedy odděleních, kde jedinou náplní ošetřujícího personálu není uspokojování potřeb umírajících a jejich blízkých. K mému překvapení převažují pozitivní hodnocení nad negativními. Jako spíše dobrou hodnotí péči o umírající na svém oddělení 63%. Za dobrou považuje svoji péči 27%. Zbývajících 10% dotázaných se přiklání v 5% k tomu, že tato péče na jejich oddělení je spíše špatná a 5%, že péče je špatná.

V otázkách 4, 5 jsem se zaměřila na možnost daných oddělení poskytnout umírajícím a jejich blízkým soukromí, klidné prostředí a dostatek času ze strany personálu. Výsledky odpovídají i mým zkušenostem. Jedna třetina dotázaných (33%) odpověděla, že má na svém oddělení možnost přeložit pacienta na jednolůžkový pokoj, 61% respondentů takovou

možnost nemá a jejich pacienti zůstávají na lůžku, kam byli přijati. Snahu překládat umírající pacienty do jiných zařízení má 6% oddělení. Tato zařízení však nejčastěji představují léčebny dlouhodobě nemocných, je to zřejmě dáno i tím, že v našem kraji zařízení hospicového typu stále chybí. To, že jsou respondenti přesvědčeni, že jejich péče je spíše dobrá než dobrá, potvrzuje i to, že většina z nich (65%) se umírajícím pacientům věnuje stejně jako těm ostatním, 28% se snaží umírajícím pacientům věnovat co nejvíce času a pouze 1% se umírajícím snaží vyhnout.

Otázka č. 6 byla zaměřena na dodržování práv pacientů, 64% dotázaných uvedlo, že práva pacientů dodržují , 27% jen částečně a 1% práva pacientů nerespektuje. Je tedy zřejmé, že v této oblasti máme ještě hodně co dohánět.

Názory na to, co je dobrá smrt a důstojné umírání v otázce č. 7 se často prolínaly s více odpověďmi najednou. Nejčastěji dotázaní volili účinné mírnění bolesti (30%) a přítomnost blízké osoby (28%). S potěšením musím konstatovat, že v této otázce nebyly opomíjeny ani duševní a duchovní potřeby klientů, které v celkovém počtu dosáhly 42%, což jistě dokládají otázky č. 8 a 9, kde se všichni dotázaní shodují na tom, že možnost návštěv prakticky kdykoliv dnes již existuje téměř na všech odděleních, 27% respondentů uvádí, že blízcí mohou s pacientem zůstat i přes noc. V případě potřeby mohou v 71% zajistit nemocným i přítomnost duchovního.

Z otázky č. 10, zda je bolest pacientů tlumena dostatečně, vyplývá, že v péči o tělesnou schránku pacientů převažuje spokojenost, tedy že bolest v 52% tlumíme dostatečně, ve 33% spíše dobře, v 11% spíše špatně a jen ve 4% nedostatečně.

Úroveň komunikace ošetřujícího personálu (otázka č. 11) je zde hodnocena kladně, 51% dotázaných uvádí, že jejich komunikace je dobrá, 40% si myslí, že je spíše dobrá a 9%, že je spíše špatná. Nikdo z dotázaných nepokládá svoji komunikaci s umírajícím pacientem za špatnou, o čemž svědčí i fakt, že v otázce č. 12, nikdo z dotázaných nepokládá za důležité stále hovořit. Naopak 40% dotázaných klade důraz na umění naslouchat, 23% na upřímnost, 20% na dobré zázemí a 17% zastává názor, že by měli s umírajícím pacientem komunikovat stejně jako s ostatními pacienty. Tedy většina z dotázaných ovládá pravidla komunikace s umírajícími pacienty, která si osvojila v předmětu komunikace, ale při použití v praxi kriticky přiznává, že je stále co zlepšovat.

V otázce č. 13, zda se dotázaní cítí být dostatečně připraveni na péči o umírající pacienty, jsem byla velmi překvapena, že 52% respondentů odpovědělo kladně, tedy, že se cítí být připraveni dostatečně. Očekávala jsem, že právě v této otázce budou převažovat záporné odpovědi, protože si myslím, že ve výuce na zdravotnických školách se této problematice věnuje pozornost jen okrajově. Problematika umírajících bývá zmíněna v souvislosti s jinými předměty jako např. komunikace, etika nebo ošetřovatelství, ale většina z nás se do kontaktu se smrtí dostane až po absolvování školy. A z vlastní praxe vím, že starší sestry neučí absolventky, jak mají přistupovat k umírajícím a jejich blízkým, jak je držet za ruku, jak jim naslouchat, jak a kde mají kondolovat příbuzným, naučí je, jak pečovat o mrtvé tělo a vše ostatní již záleží na osobním přístupu k roli sestry a touze po vzdělávání se.

Hlavní prioritu v péči o umírající (otázka č.15) dotázaní nebyli sto zvolit jednoznačně, protože při této otázce volili více variant odpovědí. Z celkového počtu odpovědí ale zvítězilo mírnění tělesného strádání (40%), dále klidné prostředí a přítomnost blízkých osob, na třetím místě pak uspokojení duševních a duchovních potřeb (20%).

Při otázce, co respondenti pokládají za největší překážky a problémy dobré péče o umírající, jsem se nejčastěji setkala s odpovědí, že je to absence dobře fungující hospicové péče, a to zejména domácí péče (39%), dále pak nedostatečné vybavení oddělení a přetížení personálu na zkoumaných odděleních (35%). Z toho vyplývá, že cestou k řešení současné situace (otázka č. 16) jsou nezbytné systémové změny, způsob financování, rozvoj sítě domácí péče, budování hospiců apod.. 28% dotázaných uvádí, že důležitou roli ve zlepšení péče hraje osvěta a vzdělávání zdravotníků, 12% pak uvádí nutnost řešení motivace, personálního obsazení a dobrovolnictví.

Na otázku, kde by dotazovaní či jejich blízcí chtěli strávit poslední dny jejich života, jsem dostala jednoznačnou odpověď. Instituce, ve kterých nyní umírá nejvíce pacientů tj. nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, jsou striktně dotazovanými zamítnuty a jasně vítězí domácí prostředí (74%).Výzkum ukazuje velkou potřebu péče, která by se pokud možno odehrávala v jejich domácím prostředí a úzce spolupracovala s rodinou. 14% dotázaných by poslední úsek života svěřilo do hospicové péče a 12% dotázaných odpovědělo, že o tom ještě nepřemýšleli. Paradoxně tedy z výzkumu vyplývá, že ačkoliv považujeme naši péči o umírající pacienty na standardních odděleních za celkem dobrou, nikdo z dotázaných se nevyjádřil, že by zde chtěl strávit poslední dny svého života.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce není univerzálním návodem, jak pečovat a jak se chovat k umírajícím lidem. Jsme individualitami prožívajícími svá trápení po svém.

Výsledky výzkumu této práce přinesly mnohá pozitivní i negativní zjištění. Jak již bylo uvedeno v teoretické části, 80% lidí umírá v nemocnicích. Ošetřující personál v nemocnicích o umírající pacienty pečuje poměrně často. Je velmi příjemným zjištěním, že většina středního zdravotnického personálu, kterého se výzkum týkal, respektuje lidskou důstojnost. V rámci svých možností se sestry umírajícím pacientům snaží zajistit důstojné umírání bez tělesného strádání, v klidném prostředí a v přítomnosti blízkých osob. Většina problémů v péči o umírající pacienty pramení zajisté z nedostatku kompetencí, prostorového uspořádání oddělení a nemocničního řádu. Z výzkumu vyplývá, že většina sester pociťuje potřebu změny ve zdravotnickém systému a nutnost rozvoje hospicové péče, aby mohlo dojít ke zlepšení současné péče o umírající pacienty. S potěšením mohu konstatovat, že ošetřující personál vidí i svoje nedostatky a cítí potřebu zdokonalování sama sebe v podobě dalšího vzdělávání a osvěty.

Doufám, že se mi podařilo přinutit ty, kteří se zúčastnili mého výzkumu i ty, kteří si tuto práci přečtou, k zamyšlení nad sebou samým , nad vlastní smrtelností, nad tím, že na úzkost před smrtí má vliv řada faktorů, které můžeme ovlivnit zejména my zdravotníci. Dnes jsme to právě my, kteří s nevyléčitelně nemocnými a umírajícími tráví poslední chvíle života. Snad právě proto je velmi důležité uvědomit si, kým a kdo jsme, nemocný totiž pozná přetvářku. Měli bychom se znovu učit pokoře a o životě a smrti mluvit s úctou. Měli bychom také poznat, kdy má sterilní racionalitu zastoupit kultivovaný cit. Je však nutné podotknout, že zde je velmi důležité umět najít přiměřenou rovnováhu mezi věcností a empatií, abychom se sami nestali oběťmi deprese a syndromu vyhoření.

Aktuálním modelem, podle kterého je možno se tomuto umění naučit, je hospicové hnutí. Cílem hospicového hnutí je podporovat kvalitu života umírajícího člověka a respektovat tělesné, duševní, sociální a duchovní potřeby umírajících a jejich blízkých.

Smrt je jevem, který se bezprostředně dotýká každého člověka bez ohledu na jeho vůli. Lidé od pradávna umírali, umírají i dnes a bez ohledu na pokrok lékařské vědy je nepochybné, že umírat budou i v budoucnosti. Mnohdy se přání nemocného nemusejí shodovat s našimi představami. Je však důležité, abychom i přes rozpory v nás samých nezapomínali na práva pacientů a respektovali pacientovu důstojnost.

RESUMÉ

Bakalářská práce charakterizuje proces umírání a smrti a přibližuje současné možnosti paliativní a hospicové péče v ČR. Východiskem je vymezení základních pojmů a jejich stručná charakteristika čerpající z dostupné literatury a poznatků z praxe. Pro nalezení odpovědí na současnou úroveň péče o umírající pacienty byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu v podobě anonymního dotazníku určeného ošetřujícímu personálu standardních oddělení ve vybraných zdravotnických zařízeních. Tato bakalářská práce není univerzálním návodem, jak pečovat a jak se chovat k umírajícím lidem, ale přispívá k zamyšlení se nad otázkami smrti a umírání, nad vlastní smrtelností a nad faktory, které toto období ovlivňují. Přibližuje potřeby umírajících lidí a názory ošetřujícího personálu na priority a překážky v doprovázení umírajících.

SUMMARY

First degree work characterizes the process of dying and death and nears the contemporary possibilities of a lenitive and hospice care in the Czech Republic. The starting point is the definition of basic ideas and their brief characterictic drawing from get-at-able literature and information from practice. For finding the answer for contemporary level of care about dying patients was chosen the method of a qualitative research in the form of an anonymous questionnaire appointed for a nursering staff of a standard department in the chosen medical institutions. This first degree work isn´t the universal instruction how to care about and to behave to dying people. This work contributes to thinking about the question of the death and dying, about own mortality and about the factors that influence this period. It nears the needs of dying people and the opinions of a nursering staff concerning priorities and obstacles in accompanying of the dyings.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BĚLÍK, J.: *Čítanka pocitů*. Praha, Victoria Publishing 1995. ISBN 80-7187-036-6

ČECHOVÁ,V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, **M.**: *Speciální psychologie*. Brno, IDPVZ 1995. ISBN 80-4013-197-7

ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2: *Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. Brno, IDPVZ 1998. ISBN 80-7013-270-1

DE HENNEZEL, M.: *Smrt zblízka.* Praha, ETC Publishing 1997. ISBN 80-86006-15-8

DOSTÁLOVÁ, O.: *Jak vzdorovat rakovině.* Praha, Grada Avicenum 1993. ISBN 80-7169-040-6

GRÜN, A.: *Smrt v životě člověka*. Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství 1997. ISBN 80-7192-221-8

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. Praha, Galén 1997. ISBN 80-85824-54-X

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Manuálek o etice*. Brno, IDVZP Brno 2000

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha, Panorama 1985

HONZÁK, R.: *Komunikační pasti v medicíně*. Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. 1. vydání. Praha, Galén 1997. ISBN 80-85824-60-4

KŘIVOHLAVÝ, J. - KACZMARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha, Návrat domů 1995. ISBN 80-85495-43-0

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci.* Praha, Grada Publishing 2002. ISBN 80-247-0179-0

MACKOVÁ, M.: *Hospicové hnutí u nás a ve světě*. Bakalářská práce, Zdravotně sociální fakulta, Ostrava, 2002

MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetřovatelství 1. díl*. Praha, Karolinum 2002. ISBN 80-246-0429-9

MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetřovatelství 2. díl*. Praha, Karolinum 2002. ISBN 80-246-0428-0

O CONNER, M. - ARANDA, S.: *Paliativní péče*. Praha, Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-1295-4

POLLARD, B.: *Eutanazie ano či ne*?. Praha, Dita 1996. ISBN 80-85926-07-5

ROSSOVÁ, E. K.: *O smrti a umírání*. Turnov, Arica 1993. ISBN 80-900134-6-5

ROSSOVÁ, E. K.: *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov, Arica 1993. ISBN 80-85878-12-7

SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha, Ecce homo 1995. ISBN 80-902049-0-2

SVATOŠOVÁ, M. - JIRMANOVÁ, M.: *Hospic slovem a obrazem*. Praha, Ecce homo 1998. ISBN 80-902049-1-0

TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno, IDPVZ 2003. ISBN 80-7013-324-4

PERA, H., WEINERT, B.: *Nemocným nablízku*. Praha, Vyšehrad 1996. ISBN 80-7021-152-0

VORLÍČEK, J. - ADAM, Z. a kol.: *Paliativní medicína*. Praha, Grada Publishing 1998. ISBN 80-7169-437-1

http://www.cestadomu.cz

http://www.hospice.cz

http://www.smireni.cz

PŘÍLOHY

1) Dotazník

2) Barthelův test základních všedních aktivit

3) Klasifikace funkční úrovně sebepéče dle modelu M. Gordonové

4) Práva pacientů

5) Etický kodex poskytování péče terminálně nemocným

6) Rady umírajícího svému průvodci

7) Péče o pečovatelky, zdravotní sestry (i muže)

8) Výsledky dotazníků – tabulky 1- 17

Příloha č. 1: Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Aneta Stránská, studuji 4. rokem na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové obor Ošetřovatelství a pedagogika ve zdravotnictví. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který vyhodnotím ve své bakalářské práci. Dotazník je anonymní, získané údaje budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Téma: Současná péče o umírající pacienty z pohledu ošetřujícího personálu. Při vyplňování dotazníku, prosím, zaškrtněte křížkem odpověď, která je Vám nejbližší. Za Vaši ochotu, čas a trpělivost při vyplňování moc děkuji.

S pozdravem Aneta Stránská

Anamnestické údaje:

- Kolik je Vám let?

  ……..

- Jste

  □ žena □ muž

- Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

  □ méně než 5 let □ 5 – 10 let □ 10 – 15 let

  □ 15 – 20 let □ více než 20 let

Dotazník: Současná péče o umírající pacienty z pohledu ošetřujícího personálu

1. *Jaká je dle Vašeho názoru úroveň péče o umírající a nevyléčitelně nemocné pacienty v ČR (obecně)?*

- dobrá
- spíše dobrá
- spíše špatná
- špatná

2. *Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s umírajícími pacienty?*

- téměř denně
- několikrát do měsíce
- ojediněle (umírající se snažíme přeložit na jiná pracoviště např. hospic, LDN)

3. *Jaká je dle Vašeho názoru úroveň péče o umírající a nevyléčitelně nemocné pacienty u Vás na oddělení?*

- dobrá
- spíše dobrá
- špatná
- spíše špatná

4. *Máte-li na Vašem oddělení umírajícího pacienta:*

□ snažíte se mu zajistit klidné prostředí na jednolůžkovém pokoji, kde s ním eventuelně může být člen rodiny

□ snažíte se ho přeložit do jiného zařízení např. hospic, LDN, DD

vzhledem k nemožnosti přeložit pacienta na jednolůžkový pokoj zůstává pacient na pokoji, kam byl přijat

5. Pokud *máte na oddělení umírajícího pacienta, kolik času u něho trávíte:*

□ co nejvíce (snažíte se pacientovi zajistit důstojný konec)

□ stejně jako u ostatních pacientů na oddělení

□ vyhýbáte se kontaktu s umírajícím pacientem

6. *Jsou na Vašem oddělení dodržována práva pacientů?*

□ ano □ ne □ částečně

7. *Co je dle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt?*

□ účinné mírnění tělesného strádání (bez bolesti)

□ přítomnost blízkých osob a známé prostředí

□ uspokojení duševních a duchovních potřeb

□ dostupnost pomoci (psycholog, duchovní)

□ důstojnost situace (při vědomí, ve spánku, bez přístrojů, intimita)

8. *Rodinní příslušníci mají na Vašem oddělení možnost navštívit svého blízkého:*

□ kdykoliv, po domluvě s ošetřujícím lékařem

□ pouze o návštěvních hodinách

□ mají možnost zůstat s pacientem i přes noc

9. *Jsou-li Vaši pacienti věřící a chtějí-li máte možnost zajistit jim přítomnost duchovního?*

□ ano □ ne

10. *Myslíte si, že na Vašem oddělení je bolest pacientů tlumena:*

□ dostatečně

□ spíše dobře

□ spíše špatně

□ nedostatečně

11. *Úroveň Vaší vlastní komunikace s umírajícími hodnotíte jako:*

□ dobrou

□ spíše dobrou

□ spíše špatnou

□ špatnou

12. *Při komunikaci s umírajícími pacienty, pokládáte za nejdůležitější:*

 naslouchat pacientovi, příliš nehovořit

 stále hovořit, aby se pacient neunavil

 upřímnost v komunikaci

 dobré zázemí pro rozhovor

 komunikovat jako s každým pacientem

13. *Cítíte se být dostatečně připravena na péči o umírající pacienty?*

 ano (dostatečně)

 ne (lékařské fakulty, zdravotnické školy nepřipravují dostatečně budoucí zdravotníky na péči o umírající)

14. *Za hlavní priority v péči o umírající pacienty považujete:*

 účinné mírnění tělesného strádání (bolest, zvracení, zácpa, výživa, hydratace)

 uspokojení duševních a duchovních potřeb

 klidné prostředí, přítomnost blízkých osob

15. *Co pokládáte za hlavní překážky a problémy dobré péče o umírající pacienty?*

□ přetížení personálu, nedostatečné vybavení oddělení pro péči o umírající pacienty

□ izolace umírajících

□ nedostatečná spolupráce s rodinou

□ nedostatečná připravenost personálu, chybějící vzdělání v péči o umírající

□ umístění pacientů, nedostatek hospiců, chybění domácí hospicové péče

16. *Jaké cesty vedou podle Vás k řešení a ke zlepšení péče o umírající pacienty v ČR:*

□ osvěta, vzdělávání zdravotníků

□ personální otázky (motivace, dobrovolnictví)

□ systémové změny (financování, síť domácí péče, budování hospiců)

17. *Kdybyste si mohli vybrat, kde byste Vy nebo Vaši blízcí chtěli strávit poslední dny Vašeho života?*

□ doma

□ hospic

□ nemocnice

□ LDN, DD

□ nevím, nepřemýšlel (a) jsem o tom

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 2: Barthelův test základních všedních aktivit ADL (activity daily living):

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	BODOVÉ SKÓRE
příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
osobní hygiena	samostatně bez pomoci S pomocí neprovede	10 5 0
kontinence moči	plně kontinentní občas kontinentní inkontinentní	10 5 0
kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

O – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

Příloha č. 3: Klasifikace funkční úrovně sebepéče dle modelu M. Gordonové:

Schopnost najíst se …… kód 0 - 5

Schopnost okoupat se …… kód 0 - 5

Schopnost umýt se ……. kód 0 - 5

Schopnost dojít si na toaletu …….. kód 0 - 5

Pohyb na lůžku …….. kód 0 - 5

Celkový pohyb ……... kód 0 - 5

Schopnost obléknout se ……. kód 0 - 5

Schopnost nakoupit si …… kód 0 - 5

Schopnost uvařit si ……. kód 0 - 5

Udržovat domácnost ……. kód 0 – 5

Hodnocení:

0 - Nezávislý, soběstačný pacient.

1 - Pacient potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností.

2 - Pacient potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50% činností.

3 - Pacient potřebuje velkou pomoc, sám zvládne méně než 25% činností.

4 - Pacient zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled.

5 - Absolutní deficit sebepéče, žádná aktivní účast. Pacient potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat.

Příloha č. 4: Práva nemocných

▪ Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

▪ Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení tohoto způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

▪ Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.

▪ Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

▪ V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

▪ Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

▪ Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto

předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

▪ Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

▪ Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

▪ Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

▪ Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

▪ Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

▪ Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení tohoto způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

▪ Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. ▪ Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.

▪ Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

▪ V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

▪ Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

▪ Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

▪ Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

▪ Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

▪ Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

▪ Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Zdroj: ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. Brno, IDPVZ 1998. ISBN 80-7013-270-1

Příloha č. 5: Etický kodex poskytování péče terminálně nemocným

- Léčba a péče je nemocným poskytována na základě informovaného souhlasu.
- Léčba a péče v zařízení typu hospic je poskytována na vysoké odborné a etické úrovni.
- Léčba a péče poskytovaná v zařízení typu hospic je paliativní, to znamená zaměřená na potlačování všech život ohrožujících příznaků provázejících základní onemocnění.
- Léčba a péče je vždy a za všech okolností individuální a je poskytována se zaměřením na všechny složky osobnosti (biologickou, psychickou, spirituální a sociální). Léčba a péče v zařízeních typu hospic neurychluje ani neoddaluje smrt.
- Léčba a péče v zařízeních typu hospic zabezpečuje nemocným individuální denní režim, individuální kontakt s rodinou a s osobami, o které nemocný požádá.
- Péče v zařízeních typu hospic je plně zaměřena na nemocného, jeho rodinu a pozůstalé.
- Léčba a péče v zařízeních typu hospic je poskytována plně v souladu se zásadami hospicového hnutí, které zabezpečuje všestrannou péči člověku v konečné fázi jeho onemocnění, bez rozdílu pohlaví, věku, rasy, národnosti a vyznání.

Zdroj: Prožívat každý den. Praha: Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR ve spolupráci s Městskou částí Praha 1, 2000. str. 23 - 24.

Příloha č. 6: Rady umírajícího svému průvodci

- Nepřipusť, abych byl v posledních okamžicích ponížen.To znamená, nech mě, pokud to půjde zařídit, umřít v důvěrném prostředí. To je pro Tebe těžší. Ale je pro Tebe obohacující, být průvodcem umírajícímu.

- Zůstaň u mne, když mne postihne hněv, strach, smutek a zoufalství.
  Nemysli, když už je to tak daleko a ty sedíš bezradný na mé posteli, že jsem mrtvý. Život trvá déle, než lékaři říkají. Přechod je delší, než jsme věděli. Slyším všechno, co říkáš, i když mlčím a mé oči vypadají vyhaslé. Proto neříkej něco, ale to pravé. Neurážíš mě, ale sám sebe, když nyní se svými přáteli probíráš bezvýznamné útěchy a tím ukazuješ, že ve skutečnosti lituješ ne mne, ale sebe.

- To pravé, co mně nyní můžeš říct, když už Tě o to nemohu více poprosit, by bylo to, co by mi nedělalo těžké, ale naopak lehké se odloučit. Neboť to musím. Věděl jsem to před tím, než jsi mi Ty nebo lékař rozpačitě otevřeli oči. Řekni mi, ukaž mi odvahu, že se s tím smíříš, ne neudržitelnou bolest. Soucit není na místě. Já už více netrpím.

- To pravé, co nyní můžeš říct, i když Tě o to už více nemohu poprosit, je slovo, ze kterého jsem žil. Zkus ho najít a řekni mi ho do ucha, slyším.

- Slyším, i když musím mlčet. Drž mou ruku. Chci mluvit s rukou. Utři mi pot z čela. Zůstaň u mne, jsme navzájem spojeni.

- Nyní se můžeš ode mne učit víc, než já od Tebe. Nyní jdu, řekni díky.

- Zítra se postarej, aby se tón této hodiny mezi námi neztratil.

- A když se úmrtí posouvá dál a dál a poslední kondolence jsou zodpovězeny a ty upadáš do smutku, tak se braň se vší silou. Vezmi si s sebou, co jsme spolu prožili jako drahocennou závěť. Ať je Tvůj život krásnější, zralejší a hlubší než před mou poslední hodinou na této zemi.

Zdroj: interní materiály Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR.

Příloha č. 7: Péče o pečovatelky, zdravotní sestry (i muže)

1) Buď sama k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2) Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat změnám a ne zcela změnit druhé lidi. Můžeš změnit jen sama sebe, ne však je.
3) Najdi si své „útočištné místo“, kam by ses mohla uchýlit do klidu a samoty v případě potřeby uklidnění.
4) Druhým lidem – svým spolupracovnicím, spolupracovníkům i vedení buď oporou, povzbuzením a neboj se je pochválit, když si to jen trošku zasluhují. Ve stejné míře se uč povzbuzení a pochvalu od druhých přijímat.
5) Snaž se změnit způsob, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat jinak.
6) Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme svědky, cítit někdy zcela bezbrannou a bezmocnou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku a pečovat o ně je někdy důležitější nežli mnohé jiné.
7) Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma druhy naříkání: mezi tím, „které zhoršuje beztak již těžkou situaci“ a tím, „které bolest a utrpení tiší“.
8) Když jdeš domů z práce soustřeď se na něco pěkného a dobrého, co se ti podařilo vzdor všemu dnes v práci udělat.
9) Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat. Jak? Např. tím, že nebudeš vykonávat jen ryze technické práce a nic víc, ale že se z vlastní iniciativy projevíš někdy tvořivě, že si sama vymyslíš něco asi tak, jak to dělá výtvarný umělec.
10) Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu dobrých přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
11) Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání.
12) Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne a nedovol, aby ti je něco či někdo překazil.
13) Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“, nežli „musím“, „mám povinnost“ čí „měla bych“. Podobně raději říkej „nechci“ nežli „nemohu“.
14) Nauč se říkat nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu má pak asi tvé „ano“?
15) Netečnost a rezervovanost ve vztazích k druhým lidem jsou daleko nebezpečnější a nadělají více zla, nežli připuštění si skutečnosti, že více se již dělat nedá.
16) Raduj se, směj se – často a ráda – a hrej si.

Příloha č.8: Tabulky ke grafům

Tabulka č. 1:
Pohlaví respondentů

	Počet respondentů	Procento respondentů
Ženy	89	96,7
Muži	3	3,3
Celkem	92	100,0

Tabulka č.2:
Počet let strávených prací ve zdravotnictví u respondentů

	Počet respondentů	Procent respondentů
Méně 5 let	18	19,6
0 let	26	28,3
10 - 15 let	14	15,2
15-20 let	9	9,8
Více 20 let	25	27,2
	92	100

Tabulka č.3
Jaká je dle Vašeho názoru péče o umírající a nevyléčitelné pacienty v ČR (obecně)?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Dobrá	17	18,5
Spíše dobrá	39	42,4
Spíše špatná	36	39,1
Špatná	0	0,0
	92	100

Tabulka č.4:
Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s umírajícími pacienty?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Téměř denně	14	15,2
Několikrát do měsíce	62	67,4
Ojediněle	16	17,4
	92	100

Tabulka č.5:
Jaká je dle Vašeho názoru péče o umírající a nevyléčitelné pacienty u Vás na oddělení?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Dobrá	25	27,2
Spíše dobrá	57	62,0
Špatná	5	5,4
Spíše špatná	5	5,4
	92	100

Tabulka č.6:
Jak jednáte, máte-li na Vašem oddělení umírajícího pacienta?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Snaha přeložit na jednolůžkový pokoj	35	33,0
Snaha přeložit do jiného zařízení (LDN, DD, hospic)	6	5,7
Nemožnost přeložení, pacient zůstává kam byl přijat	65	61,3
	106	100

Tabulka č.7:
Pokud máte na oddělení umírajícího pacienta, kolik času s ním trávíte?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Co nejvíce	26	28,3
Stejně jako s ostatními	65	70,7
Vyhýbám se kontaktu	1	1,1
	92	100

Tabulka č. 8:
Jsou na Vašem oddělení dodržována práva pacientů?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Ano	64	69,6
Ne	1	1,1
Částečně	27	29,3
	92	100

Tabulka č. 9:
Co je dle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Účinné mírnění bolesti	79	30,0
Přítomnost blízkých osob a známé prostředí	74	28,1
Uspokojení duševních potřeb	42	16,0
Dostupnost psychologa, či duchovního	26	9,9
Důstojná situace (intimita)	42	16,0
	263	100

Tabulka č. 10:
Kdy mají rodinní příslušníci možnost navštívit na Všem oddělení svého blízkého?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Kdykoli, po domluvě s ošetřujícím lékařem	67	72,8
Pouze o návštěvních hodinách	0	0,0
Možnost zůstat s pacientem přes noc	25	27,2
	92	100

Tabulka č. 11:
Jsou-li Vaši pacienti věřící a chtějí-li, máte možnost zajistit jim přítomnost duchovního?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Ano	65	70,7
Ne	27	29,3
	92	100

Tabulka č. 12:
Myslíte si že na Vašem oddělení je bolest pacientů tlumena?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Dostatečně	48	52,2
Spíše dobře	30	32,6
Spíše špatně	10	10,9
Nedostatečně	4	4,3
	92	100,0

Tabulka č.13:
Úroveň Vaší vlastní komunikace s umírajícím pacientem hodnotíte jako?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Dobrá	37	40,2
Spíše dobrá	47	51,1
Spíše špatná	8	8,7
Špatná	0	0,0
	92	100,0

Tabulka č. 14:
Při komunikaci s umírajícím pacientem pokládáte za nejdůležitější?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Naslouchat	58	40,8
Stále hovořit	0	0,0
Být upřímný	32	22,5
Dobré zázemí pro rozhovor	28	19,7
Nevylišovat od jiných pacientů	24	16,9
	142	100,0

Tabulka č. 15:
Cítíte se být dostatečně připravena na péči o umírající pacienty?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Ano	48	52,2
Ne	44	47,8
	92	100,0

Tabulka č. 16:
Za hlavní priority v péči o umírající pacienty považujete?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Mírnění tělesného strádání	73	40,3
Mírnění duševního strádání	37	20,4
Zajištění klidného prostředí	71	39,2
	181	100,0

Tabulka č. 17:
Co pokládáte za hlavní překážky a problémy dobré péče o umírající pacienty?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Přetížení personálu	57	34,8
Izolace umírajících	13	7,9
Nedostatečná spolupráce s rodinou	18	11,0
Nedostatečná připravenost personálu	12	7,3
Nedostatek hospiců	64	39,0
	164	100,0

Tabulka č. 18
Jaké cesty vedou podle Vás k řešení a ke zlepšení péče o umírající pacienty v ČR?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Osvěta, vzdělávání	36	28,1
Personální otázky, motivace, dobrovolnictví	15	11,7
Systémové změny v budování hospiců	77	60,2
	128	100,0

Tabulka č. 19
Kdybyste si mohli vybrat, kde byste vy, nebo Vaši blízcí chtěli strávit poslední dny Vašeho života?

Odpověď	Počet odpovědí	Procento odpovědí
Domov	75	74,3
Hospic	14	13,9
Nemocnice	0	0,0
LDN, DD	0	0,0
Nevím	12	11,9
	101	100,0