

# **Paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných z pohledu pomáhajících profesí**

Jana Išpoldová

---

Bakalářská práce  
2015

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Išpoldová**  
Osobní číslo: **H12196**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných z pohledu pomáhajících profesí**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení terminologie a teoretických východisek vztahujících se k problematice paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných.**

**Příprava metodiky praktické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.**

**Realizace kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

**CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.**

**MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.**

**MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie nebo paliativní péče? Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.**

**VÁVROVÁ, Soňa. Doprovázení v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Polepilová**

Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce: **23. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 23. ledna 2015



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 1.4.2015

Prohlášení Jane

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Cílem bakalářské práce je zjistit postoje a názory zdravotnického personálu v léčebnách dlouhodobě nemocných na paliativní péči v těchto zařízeních a jak ji vnímají komplexně. Jde v dnešní době o velmi aktuální téma. I přesto, že počet hospicových lůžek v České republice roste, stále hodně starých lidí umírá právě v léčebnách dlouhodobě nemocných. V teoretické části je definován pojem smrt, umírání, paliativní péče, hospicová péče, domácí péče, syndrom vyhoření. V praktické části je uveden průzkum. Výzkumný vzorek je sestaven ze zdravotnického personálu - všeobecných sester, zdravotnických asistentů, ošetřovatelů a všeobecných sanitářů, kteří pracují v léčebnách dlouhodobě nemocných. Průzkum je proveden kvantitativním výzkumem pomocí dotazníkové metody.

Klíčová slova:

Paliativní péče, léčebny dlouhodobě nemocných, smrt, umírání, zdravotnický personál, důstojnost, pacient.

## **ABSTRACT**

The object of the dissertation is to find out a stance and views of nursing staff in the department of long-term care and aftercare in palliative care in these institutions and how they perceive it in a complex manner. It is a topical issue these days. Although the number of hospice beds is growing in The Czech republic, plenty of elderly still die in the department of long-term care. In the theoretical part, terms death, dying, palliative care, hospice care, home-care and burnout syndrome are defined. There is a survey in the practical part. Research sample is put together out of medical staff; general care nurses, health care assistants and hospital attendants – that works in departments of long-term care. The survey is undertaken by a quantitative study provided by questionnaire.

Keywords:

Palliative care, department of long-care, death, dying, medical staff, dignity, patient

Děkuji paní Mgr. Renatě Polepilové za vedení, cenné rady, připomínky a za trpělivý přístup při zpracovávání mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 SMRT A UMÍRÁNÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1 HISTORIE UMÍRÁNÍ .....	13
1.2 PROCES UMÍRÁNÍ.....	14
1.3 DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ.....	15
<b>2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE</b> .....	<b>18</b>
2.1 CO JE TO PALIATIVNÍ PÉČE.....	18
2.1.1 Potřeby umírajících v paliativní péči .....	19
2.1.2 Rozdělení paliativní péče .....	21
2.2 CO JE HOSPIC .....	22
2.2.1 Historie hospiců .....	22
2.2.2 Personál v hospicích.....	24
<b>3 LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH</b> .....	<b>27</b>
3.1 SOCIÁLNÍ PÉČE V LDN.....	27
3.2 PERSONÁL PRACUJÍCÍ V LDN .....	28
3.3 CO JE TO SYNDROM VYHOŘENÍ .....	30
3.3.1 Možnosti prevence syndromu vyhoření .....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>34</b>
<b>4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM</b> .....	<b>35</b>
<b>5 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>36</b>
5.1 VÝZKUMNÉ CÍLE .....	36
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	36
5.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	37
5.4 VÝZKUMNÁ METODA .....	37
5.5 METODA ANALÝZY DAT .....	37
<b>6 ANALÝZA DAT</b> .....	<b>38</b>
<b>7 INTERPRETACE VÝZKUMU</b> .....	<b>53</b>
7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	55
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>57</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>62</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>63</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>64</b>



## ÚVOD

Paliativní péče v České republice je velmi závažné téma a do budoucna bude čím dál více aktuální. S pokročilou medicínou a vyvinutým farmaceutickým průmyslem lékaři úspěšně bojují s nemocemi, kterým lidé v minulých dobách podléhali. Daří se jim vyléčit nemoci, které byly v minulosti nevléčitelné nebo oddálit co nejvíce finální podobu nemoci. Tento pozitivní vývoj v medicíně má ale i svou druhou stránku. Lidská populace rapidně stárne, lidé se sice dožijí vysokého věku, ale často za cenu ztráty vlastní soběstačnosti a jsou odkázáni na pomoc druhých lidí. Na druhou stranu se v naší moderní společnosti lidé vyhýbají tématům, jako je stáří a smrt. Vládne tzv. kult mládí a starší lidé jsou často přehlíženi. V minulosti, když ještě rodiny žily pospolitě, bylo naprosto běžné, že se člověk dožil stáří a následně smrti v kruhu svých blízkých. Bylo samozřejmostí, že se o stárnoucího člověka postarají, takže v době jeho smrti budou při něm. Pro děti v těchto rodinách pak bylo stáří a smrt přirozenou součástí lidského života. V moderní společnosti, kdy mladé rodiny většinou žijí samostatně, došlo k tomu, že jednotlivé generace jsou čím dál více od sebe vzdáleny a tento trend trvá již několik desetiletí.

Mnohdy je to ekonomická, bytová nebo rodinná situace, která brání dětem nebo vnukům postarat se o své rodiče a prarodiče. Také velká neinformovanost v této oblasti, strach a také často chybějící dobrá vůle, vedou k tomu, že se staří lidé místo v rodinném kruhu ocitají v domovech pro seniory nebo léčebnách dlouhodobě nemocných, kam je již rodina chodí pouze navštěvovat. Zde se tito lidé také většinou dočkají konce svého života. V domovech pro seniory není obvyklé umírání, při zhoršení zdravotního stavu je klient většinou převezen do léčebny dlouhodobě nemocných. Není mnoho těch, kdo mají to štěstí strávit konec života v hospicovém zařízení, kde, jak víme, je zajištěna odborná paliativní péče ve všech směrech, tzn. ve směru biologickém, psychologickém, sociálním a neposlední řadě také spirituálním. Přesto, že Česká republika již dosáhla počtu hospicových lůžek doporučených WHO, stále se velmi mnoho starých lidí v terminálním stavu ocitá právě v léčebnách dlouhodobě nemocných, které ale svou podstatou nejsou na kvalitní umírání zařízená.

Klienty léčeben dlouhodobě nemocných jsou většinou staří lidé již plně odkázáni na celkovou ošetrovatelskou péči. Tato péče je velmi náročná a vyžaduje soustavnou dvacetihodinovou službu. Z toho důvodu nelze ani odsuzovat rodiny těchto lidí, že i přes velkou snahu, je pro ně tato péče nadlidským úkolem a že tuto situaci neunesou.

Rodina má sice právo na příspěvky na péči, ale přesto se samozřejmě odchodem ze zaměstnání snižuje její ekonomická stabilita, hrozí také nebezpečí, že o své zaměstnání přijdou. V dnešní době, kdy je téměř každá rodina zatížena hypotékou, nebo půjčkou se není co divit, že i přesto, že pověst léčeben dlouhodobě nemocných není právě nejlepší, jsou nakonec příbuzní rádi, že je tam jejich senior umístěn a je o něho postaráno.

Cílem práce je zjistit jak vnímá paliativní péči ošetřující personál v léčebnách dlouhodobě nemocných. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, jako je smrt a umírání, paliativní péče, hospicová péče, léčebny dlouhodobě nemocných a také syndrom vyhoření u ošetřujícího personálu. V praktické části se seznámíme s výsledky kvantitativního výzkumu provedeného dotazníkovou metodou ve spolupráci s ošetřujícím personálem v léčebnách dlouhodobě nemocných.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SMRT A UMÍRÁNÍ

„Jestliže někdo říká, že se smrti nebojí, bývá to mladý zdravý člověk, při síle. Jestliže se témuž člověku podívá smrt zblízka do očí, mluví a chová se docela jinak. Strach ze smrti je totiž hluboce evolučně zakódovaný mechanismus. Je to nástroj přežití. Říká, vyhni se tomu za každou cenu. Často i tehdy, když to vůbec nemá smysl.“ (Koukolík, 2014, s. 141)

Smrt je dnešní době tabuizovaná snad nejvíce ze všech historických etap lidstva. Bylo by nasnadě z této situace obviňovat totalitní režim, který se vyznačoval tím, že slabé, nemocné a umírající schovával za vysoké zdi ústavů, ale to by nebylo vhodné. Tato tabuizace smrti se vyskytuje rovněž ve vyspělých západních zemích. Zde je smrt brána jako prohra, jako něco, co „všemocná medicína“ nezvládla (Haškovcová, 2000, str. 22).

Naštěstí se dané téma v naší společnosti začíná otevírat, jsou vydávány knihy s touto tematikou, pořádají se semináře atd. Jsou mezi námi lidé, kteří tématu smrti zasvětili celý život, u nás např. M. Svatošová, která je zakladatelkou hospicových zařízení a nadále se věnuje jejich rozvoji.

S velkým rozvojem medicíny, farmaceutického průmyslu a včasnou diagnostikou, se lidé dožívají čím dále vyššího věku a posunuje se hranice středního věku. Moderní medicína léčí úspěšně nemoci, kterým v dřívějších dobách lidé podléhali, a jejich život byl předčasně ukončen. Významný podíl měly v minulých stoletích na úmrtí také infekční a nakažlivé choroby, které jsou v současnosti téměř vymýceny. Lidé sice žijí o hodně déle, ale musí za to platit daní v podobě polymorbidity (přítomnost více chorob současně). U starých lidí se jedná zejména o ischemickou chorobu srdeční, diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, artrózu atd. V neposlední řadě se k těmto chorobám přidružuje také demence, jejíž výskyt narůstá právě v souvislosti se zvyšujícím se věkem dožití.

To vše má samozřejmě velký vliv na kvalitu života starých lidí. Většina se jich sice dožije vysokého věku, ale za cenu, kdy již jen čekají na svou smrt upoutání na lůžko s potřebou veškeré ošetrovatelské péče. Tady už je nasnadě hovořit o tom, jak vypadá kvalita jejich života a následně smrti.

„Odborníci se shodují v názoru, že požadavky na tzv. důstojné umírání a důstojnou smrt jsou opodstatněné a že je třeba v praktické rovině hledat způsoby, jak sladit staré a osvědčené formy přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím s pojetím moderní

medicíny, nebo naopak, jak obohatit vítěznou medicínu o prvky soucitné péče, v níž má nezastupitelnou moc vlídné slovo, laskavé povzbuzení a projev osobní účasti.“ (Haškovcová, 2000, s. 21)

Je zřejmé, že zlepšení stavu doprovázení umírajících je především v rukou zdravotnického personálu a to jak hospiců, domácí hospicové péče, tak v léčebnách dlouhodobě nemocných. Personál je ten článek mezi umírajícím, který potřebuje především lidský přístup a rodinou, která potřebuje v těchto těžkých chvílích pomoc, radu a informace. Proto je velmi důležité, aby doprovázení byl přítomen kvalitní a motivovaný personál s dostatečnými odbornými znalostmi. Také je velmi podstatná jejich osobní zralost a vyrovnanost.

## 1.1 Historie umírání

V minulosti byla smrt běžnou součástí života, lidé umírali nejen doma, ale i na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez jakékoliv pomoci. Umírání bylo kratší než v dnešní době, protože nebylo oddalováno léčebnými zásahy. O tzv. modelu domácího umírání můžeme hovořit teprve v posledních dvou stoletích. Do té doby byla péče o většinu prostých lidí laická, či dokonce žádná. Ale vzhledem k tomu, že smrt nebyla tabuizovaná, lidé „věděli“, jak se mají vůči umírajícímu chovat, a dokonce i umírající věděl, co se od něj očekává. Jistou duševní rovnováhu čerpal umírající ze své vlastní životní zkušenosti, neboť ve svém dětství či mládí několikrát sekundoval u lůžka těch, kteří umírali v jeho okolí a s jeho pomocí. Již od středověku byly tendence k systémové změně, kdy se započal vývoj chudobinců, chorobinců, špitálů i pastoušek. V domácím modelu umírání bylo umírání sociálním aktem, samozřejmě jenom pro ty, kteří rodinu měli. V rodině, kde byl umírající člověk, si členové rozdělovali jednotlivé pečovatelské role. Psychickou oporu jim v nesnadné životní situaci poskytovala víra, kněz a nezřídka i sousedé. V naší moderní době nemají lidé znalosti, ani zkušenosti se smrtí a bývají přesvědčeni, že péče o umírající je výhradně v kompetenci zdravotníků. Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Nemocní byli většinou umísťováni do chorobinců, později do zdravotnických zařízení (špitálů, nemocnic). Ošetřovatelské úkony měly především laický charakter opřený o bohatou empirii. O vývoj moderního ošetřovatelství se zasloužila Angličanka Florence Nightingalová, která žila v letech 1820-1910. Tradiční opatrovnická činnost se jen pozvolna měnila v činnost ošetřovatelskou, podloženou odbornými znalostmi a dovednostmi. Ale i tehdy ještě nebyla věnována umírajícím

zvláštní pozornost. Až ve 20. letech 20. století vznikla praxe tzv. bílé zástěny - plently ve snaze zajistit umírajícímu alespoň trochu klidu a soukromí, a zároveň ušetřit spolu pacienty pohledu na umírajícího. Lidé věřili, že nemocným a umírajícím je v rukou profesionálů lépe, a tak se stalo to, co důvěrně známe, moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé (Haškovcová, 2000, s. 25-30).

## 1.2 Proces umírání

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Terminální stav je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Tento stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. V širších souvislostech je pak umírání především časově delším úsekem, než odpovídá terminálnímu stavu. Počátek umírání spatřujeme v okamžiku, kdy vejde v odbornou (tedy lékařovu) a následně i laickou (tedy pacientovu) povědomost, že nemoc, která vstoupila do života konkrétního jedince, je perspektivně neslučitelná se životem (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 435).

Dle Haškovcové (2000, s. 31-32) je opravdu velmi důležité, aby lékaři poznali okamžik, kdy je třeba nahradit kurativní péči, péčí paliativní, protože nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát. Poprvé tehdy, když nejsou včas a náležitě zohledněny potřeby člověka, který právě vstoupil do procesu umírání. Tehdy končí moc vítězné medicíny a dotyčný i jeho rodina potřebují jiný typ pomoci. Tak se stane, že paliativní formy péče jsou zahajovány pozdě, anebo jsou zamlčovány. Druhá zrada se skrývá v dobrém úmyslu zdravotníků, kteří se dopouštějí hyperaktivity u lůžka nemocného. Používají všech metod a technik, které ještě mají k dispozici, a prakticky nenechají člověka zemřít. Takový člověk pak bývá zatěžován léčbou, která už přináší víc bolesti než prospěchu.

Z lékařského hlediska rozlišujeme tři fáze umírání. Fáze „pre finem“ může být velmi dlouhá a časově obsáhnout nejen několik měsíců, ale i let. Je to fáze vyrovnávání se s přijetím vlastní smrtelnosti, je nutná změna životního stylu, rovněž je nezřídka nutné redukovat individuální cíle a plány, a to s ohledem na aktuální zdravotní stav. Pacienti mají také starosti v ekonomické oblasti, neboť finanční příjem zpravidla klesá. Také se výrazně modifikují důležité a nosné interpersonální vztahy. Druhá fáze „in finem“ reprezentuje

umírání ve vlastním slova smyslu. Z praktického i etického hlediska se zde otevírají dva problémové okruhy: ritualizace smrti, a to zejména v podmínkách hospitalizace, a problematika eutanazie. Fáze „post finem“ je již charakteristická péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé. Samotným problémem je tzv. komercializace smrti a současný způsob pohřebnických úkonů. Přesto, že tato fáze nebývá v popředí zájmů zdravotníků, s výjimkou péče o mrtvé tělo, bylo by velmi žádoucí věnovat větší pozornost problematice zármutku a žalu. Mnohým pozůstalým by bylo možné pomoci cílenou individuální prevencí (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 435-437).

Samotná definice smrti je složitá a vyvíjecí se medicínou se měnila. Dříve stačilo k určení smrti, když srdce přestalo tlouci, to už dnes samozřejmě neplatí. Dle Koukolíka (2014, s. 141) se smrt člověka rovná smrti celého mozku, nejen mozkové kůry. To znamená i smrt mozkového kmene, tvořeného prodlouženou míchou, Varolovým mostem a středním mozkem.

„Nejjednodušší definice smrti praví, že to je zhroucení všech základních funkcí organismu. Zhroucení celovztažného uspořádání. Nejde tedy jen o zánik jednotlivých buněk, tkání nebo orgánů, ale o zhroucení jejich vzájemných vztahů. Molekulární mechanismy vedoucí ke smrti jednotlivé buňky jsou poměrně dobře známy. Ale smrt celého organismu z nich neplyne. Zrovna tak jako zánik domu neplyne ze zániku jediné cihly.“ (Koukolík, 2014, s. 141)

I v dnešní době, bývá někdy konec života provázen osamělostí, bolestí a ztrátou důstojnosti. Je třeba proto o otázkách smrti a umírání otevřeně hovořit. V kterémkoliv zdravotnickém zařízení je třeba dbát na to, aby byly zajištěny podmínky k důstojnému umírání, včetně personálu vzdělaného v paliativní oblasti péče.

### 1.3 Důstojné umírání

Co je to vlastně důstojnost člověka? Důstojnost člověka, jako lidské bytosti, chápeme jako projev úcty člověka k člověku, k sobě samému, jako respektování lidské existence bez ohledu na věk, sociální postavení a zdravotní stav. Zde jsou uvedeny tři aspekty důstojnosti odkazující ke každodenním prožitkům konkrétních lidí. Pokud některý z aspektů chybí, je to vnímáno jako přehlížení, hanba, ponížení, degradace či trapnost.

Prvním z aspektů je důstojnost zásluh. Jedná se o důstojnost, která je spojena s ekonomickým a sociálním postavením. Člověk v průběhu života získává nějaké vzdělání,

sociální status. V důsledku nemoci, nebo stáří se lidé ocitají ve společenské a ekonomické izolaci, a někteří lidé toto vnímají jako snížení jejich důstojnosti. Druhý aspekt klade důraz na mravní autonomii či integritu člověka, na schopnost žít v souladu s mravními zásadami. Jsou různé situace, kdy člověk může ztratit úctu sám k sobě i úctu lidí okolo sebe. Ten, kdo žije v souladu s mravními zásadami, pociťuje určitou důstojnost (mravní sílu). Třetí aspekt je důstojnost osobní identity. Je to nejvýznamnější typ důstojnosti ve spojitosti se staršími osobami. Uvědomění si vlastního já, začlenění do společnosti, nalézání smyslu svého života, svých činů a dění na němž se v životě podílíme. Vlastní důstojnost závislé (nemocné, starší) osoby bývá narušena během intimních úkonů, jako je umývání, oblékání. Toto narušení vlastní intimity mění identitu dané osoby. Výsledkem může být pociťování sebe samého jako pasivního objektu, či bezmocné hříčky v rukou druhých. Respektování lidské důstojnosti se týká především zdravotnického personálu (lékařů, sester, sanitářů a pečovatелů), ale také rodinných příslušníků a přátel těžce nemocných, umírajících pacientů (Osobní asistence, ©2014).

„Snaha o zachování integrity v praxi předpokládá širokou škálu způsobu práce se seniory, kterou dáváme najevo uznání jejich práva na sebeurčení. Jedná se zejména o otevřené otázky v dialogu, trpělivé zacházení, poskytování maximálně možného času pro vyjádření s ohledem na limitaci v komunikaci a pohybu, optimalizaci časoprostorových podmínek při denním režimu, ponechání rituálů s ohledem na tendence k stereo typizaci, akceptaci lpění na památkách, respektování soukromí a ochranu intimity. Naše sdělení by měla obsahovat kladné formulace, které poskytují prostor pro vnitřní pocit svobody seniora. Pro účely komunikace nejsou vhodné způsoby, které seniora staví do nepříjemné submisivní role. Se starým člověkem je vhodné hovořit s ohledem na přizpůsobení se hlasovou intenzitou, mimikou a emočním zabarvením, neboť zmíněné signální projevy vnímá senior velmi citlivě.“(Brzáková Beksová, 2013, s. 86)

### **Podpora rodiny**

K důstojnému umírání je samozřejmě nezbytné zařadit jednání s rodinou a následně pozůstalými. Jednání s pozůstalými není jen otázkou etickou, ale vyžaduje vysokou úroveň komunikačních schopností. Je důležité, aby personál situaci, kdy sděluje rodině zemřelého jeho smrt, důstojně zvládl. Také by se mělo dbát určitých společenských zásad (společenských rituálů). Pozůstalí jsou velmi zranitelní, vždyť jim zemřel milovaný člověk a potřebují především psychickou pomoc, a toto by se nemělo opomíjet. Na rozhovor s pozůstalými by měl být dostatek času, zajistit klidné místo, kde si budou moci



nepříznivou zprávu vyslechnout vsedě. Samozřejmostí je vyjádření soustrasti pozůstalým. Také je potřeba seznámit příbuzné se všemi formalitami, administrativu je vhodné zajistit tak, aby pozůstalým nevznikly žádné těžkosti (Kutnohorská, 2007, s. 79-80).

Všichni víme, že v zařízeních, která se primárně nezabývají paliativní léčbou a doprovázením se ne vždy dodržují tyto etická pravidla k zachování důstojnosti všech zúčastněných. Nelze to vždy klást za vinu zdravotnickému personálu (i když selhání lidského prvku nelze nikdy vyloučit), neboť tato zařízení nemají vhodné prostředky nezbytné k zajišťování všech potřeb umírajících a jejich rodin. Jedná se hlavně o otázky finanční, prostorové, potřebný počet personálu atd. Tyto nedostatky se personál samozřejmě, někdy i za cenu totálního vyčerpání, snaží vynahradit a pracovat jak nejlépe umějí. Zde se jedná ale hlavně o chybu v systému, a tu lidský faktor nedokáže napravit.

## 2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

„Paliativní péče se nedá vztahovat jen k ústavům určitého typu. Jedná se spíše o filozofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, nýbrž i v nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v prostředí domácím.“ (Munzarová, 2005, s. 61).

Lidé se bojí více utrpení, než smrti. Aby byli lidé tohoto utrpení ušetřeni, od toho je zde paliativní medicína, která utrpení včetně bolesti odstraňuje či alespoň zmírňuje. Paliativní medicína se zajímá nejen o fyzické utrpení, ale i psychické, sociální a duchovní. Jejím hlavním úkolem je přinášet těm, kterým medicína již nedokáže život zachránit, dobrou kvalitu zbytku života (O'Connor, Aranda, 2005, s. 13).

### 2.1 Co je to paliativní péče

„Paliativní medicína bývá často veřejnosti chápána jako nová lékařská disciplína, ve skutečnosti je však asi nejstarším lékařským oborem, protože až do novodobého lékařského pokroku medicíny byly jen u mála nemocí k dispozici skutečné možnosti účinné léčby. Ale i dnes platí, že vinou neodvratné konečnosti našeho života se v jistém okamžiku ocitne kurativní medicína u konce svých možností. Všechno jiné by bylo jen iluzí. V této fázi se cílem lékařského snažení stává místo terapie zmírňování symptomů (Virt, 2000, s. 36).

Paliativní medicína se dívá na umírajícího v celkovém biologickém, psychologickém, sociálním a spirituálním kontextu. Všechny tyto složky jsou pro nemocného stejně důležité a ani jednu nelze v klidném doprovázení a tzv. „dobré smrti“ vyloučit.

Dle Kalvacha (2010, s. 15) by právo na kvalitní paliativní péči měli mít všichni lidé, kteří očekávaně a neodvratně umírají. V zásadě jde o tři okruhy pacientů:

1. Lidé s onkologickým onemocněním - právě na této problematice se hospicové hnutí profilovalo. Časová prognóza a průběh umírání jsou relativně přesně odhadnutelné.
2. Lidé v konečných fázích nenádorových onemocnění - jde především o orgánová selhání (srdeční, jaterní, ledvinné, respirační). Průběh umírání je odlišný, hůře odhadnutelný, zhoršení stavu jsou opakovaně zvrtná, reversibilní.
3. Lidé v dlouhodobě nepříznivém a zásadně nezlepšitelném stavu, který se zhoršuje, ale jehož časová prognóza je nejistá - pokročilá stádia syndromu demence, neurodegenerativních onemocnění, myopatií, AIDS, terminální geriatrické deterio-

race či pokročilá stádia imobilizačního syndromu, zvláště s poruchou vědomí a rozvojem dekubitů např. po cévních mozkových příhodách.

„Základní principy paliativní péče (převzato z dokumentu Rady Evropy, 2003):

1. Zajišťuje úlevu od bolesti a jiných symptomů.
2. Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.
3. Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.
4. Integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty.
5. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné až do smrti.
6. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.
7. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno.
8. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.
9. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutím nebezpečných klinických komplikací.“ (in Munzarová, 2005, s. 62)

Je zřejmé, že všechny tyto body jsou nesmírně důležité k zajištění důstojného umírání a měly by být prioritou v každém zařízení, kde se personál setkává s paliativními pacienty. Je však pravdou, že i přes pozitivní změny v posledních letech v oblasti paliativní péče, se stále setkáváme se situacemi, kdy se umírajícímu v naší zemi nedostává odpovídající péče.

### **2.1.1 Potřeby umírajících v paliativní péči**

Dle Svatošové (1995, s. 18-20) je dobré pro snazší uvědomění, co pro nemocného může udělat lékař, rodina nebo i sám pacient, definovat čtyři okruhy potřeb těžce nemocného: jsou to potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Priorita potřeb se v průběhu onemocnění mění, jestliže na počátku nemoci byly nejdůležitější potřeby biologické, v závěrečné fázi nabývají často důležitosti potřeby spirituální.

1. **Potřeby biologické** - zde zahrnujeme vše, co potřebuje lidské tělo. Patří sem příjem potravy, kterou je někdy třeba zvláště upravovat. Tělo se také snaží zbavit svých metabolických produktů, to znamená vylučování. Současně tělo potřebuje dýchat, okysličovat se, což v případě onemocnění srdce nebo plic je velmi namáhavá záležitost. Dále zde patří tišení bolesti a pokud možno kvalitní spánek. Důležitá je také prevence dekubitů.
2. **Potřeby psychologické** - zde patří především respektování lidské důstojnosti, a to v kterémkoliv stádiu onemocnění. Člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním, a jako takového, bychom ho měli respektovat. Další psychologickou potřebou pro nemocného je komunikace. Zásadou by mělo být říkat nemocnému jenom tolik, kolik chce slyšet, a také tehdy, kdy to chce slyšet. V komunikaci musíme být opatrní. Je velmi důležité zajistit nemocnému pocit bezpečí.
3. **Potřeby sociální** - protože je člověk tvor společenský, většinou nemocný návštěvy a přítomnost svých blízkých vítá. Ale to nemusí platit vždy, nemocný by měl mít právo přítomnost druhých usměrňovat, a ti by jeho přání měli respektovat. Patří zde také desítky dalších problémů, které se nemocnému honí hlavou - nevyřízené záležitosti, které už nestihl dát do pořádku, finanční záležitosti atd.
4. **Potřeby spirituální** - tyto potřeby byly v ještě nedávné době posouvány do pozadí a ignorovány. Mnoho zdravotnických pracovníků se stále domnívá, že tyto potřeby mají pouze věřící lidé. Tito lidé ale většinou vědí, co mají dělat a obvykle se podle toho dovedou zařídit. Hůře jsou na tom lidé, kteří z víry nežijí. Často právě v průběhu nemoci se začnou zabývat otázkami smyslu života. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby se rovná skutečnému stavu nouze. Je nutné lidem v tomto směru poskytnout pomoc.

„Přání umírajícího člověka je někdy těžké rozšifrovat. Vědomí důležitosti jeho potřeb spolu se starostí o rodinné příslušníky a přátele může způsobit, že umírající si dokáže volit čas a okolnosti nevyhnutelné smrti až do chvíle, kdy jsou všechny tyto potřeby uspokojeny. Tato přání se často týkají i dalších lidí: může jít o setkání s určitými osobami nebo o nápravu pošramoceného vztahu.“ (Callananová, Kelleyová, 2005, s. 22)

S umírajícími bychom měli opravdově komunikovat. Naslouchat a odpovídat. I když mnohdy máme dojem, že nemáme co říci, hlavně ze strachu, abychom nepověděli něco nevhodného, je důležité nemlčet, umírající by si toto mlčení mohl vykládat jako nezájem a chlad vůči jeho osobě.

### **2.1.2 Rozdělení paliativní péče**

Podle komplexnosti služeb bývá paliativní péče rozdělena na obecnou a specializovanou. Oba typy péče mohou být poskytovány jak na lůžku (hospice, paliativní oddělení), tak v domácím prostředí (domácí, nebo mobilní hospice).

#### **Obecná paliativní péče**

Jako obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění. Její součástí je vstřícná, otevřená a empatická komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Lékaři všech odborností by měli tuto péči poskytovat v rámci své rutinní klinické práce. Všeobecný praktický lékař pro dospělé tuto péči zajišťuje ve spolupráci s rodinou nemocného, popřípadě i ve spolupráci s ambulantními specialisty, s agenturou domácí ošetrovatelské péče a domácí pečovatelské služby.

#### **Specializovaná paliativní péče**

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Specializovaná paliativní péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Přejít mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je plynulý (Youngová, Zdravotnictví a medicína, © 2015).

Mezi zařízení paliativní specializované péče řadíme:

- Oddělení paliativní péče
- Domácí hospice
- Lůžkové hospice
- Konziliární týmy paliativní péče
- Denní stacionáře

- Zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek), (Marková, 2010, s. 20).

## 2.2 Co je hospic

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z potřeb pacienta: biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Ctí autonomii nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se. Smysl hospice je doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých v nejtěžších chvílích života. Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu a péči, a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby. Pacient v hospici ví, že: nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen. V hospici nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do konce (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 511).

Co je charakteristické pro hospicovou péči:

- Činnost týmu pracovníků se zaměřuje na odstranění či minimalizaci symptomů doprovázející nevléčitelné onemocnění.
- O pacienty a jejich rodiny pečuje tým sestávající z lékařů, sester, ošetřovatelů, sociální pracovnice, psychologa, dobrovolníků a duchovních.
- Prostředí hospice se maximálně blíží domácím podmínkám, režim dne se přizpůsobuje v maximální možné míře potřebám jednotlivců. Nikdo nepředepisuje, kdy se musí vstávat, kdy uléhat, ba dokonce ani kdy je třeba jíst.
- Hospic umožní pacientům žít naplno, jak jim jejich onemocnění dovolí.
- Hospice často poskytují i další návazné služby (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, © 2010).

### 2.2.1 Historie hospiců

Z angličtiny lze slovo hospic přeložit jako útulek nebo útočiště. Tento výraz se používal ve středověku pro tzv. domy odpočinku, kde mohli spočinout poutníci směřující do Palestiny, aby nabrali nové síly pro další dalekou cestu. O hospic se většinou staral člověk, který rozuměl jak pohostinství, tak se vyznal v ranhojičství. Jako takový, hospic vlastně poskytoval vše, co v moderní terminologii nazýváme bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem. Tyto hospice později přirozeně zanikly. Po té se myšlenka

hospice vrátila až v 18. století, kdy byla z iniciativy Mary Aikdenheadové v Dublinu otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Nicméně tato iniciativa zůstala osamocena (Haškovcová, 2000, s. 39).

Teprve začátkem šedesátých let 20. století založila v Londýně zakladatelka hospicového hnutí Dr. Cecilly Saundersová první hospic s názvem St. Christopher hospic. Po té se hospice začaly zakládat po celém světě. Následkem tohoto hospicového hnutí došlo také ke změnám v přístupu společnosti ke smrti a umírání (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 511).

V České republice je za zakladatelku hospicového hnutí a propagátorku paliativní péče považována M. Svatošová, která v roce 1995 ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové založila v Červeném Kostelci první hospic v České republice, hospic Svaté Anežky České (Haškovcová, 2000, s. 40-41).

V dnešní době se úspěšně rozvíjejí i společnosti a občanská sdružení, propagující a uskutečňující paliativní péči, jak v kamenných hospicích, tak i v domácí péči, popř. je nemocný dovážen z domu na část dne do hospice, tzv. stacionární hospicové péče (Munzarová, 2005, s. 70).

V naší zemi se čím dál více hovoří o problematice paliativní péče a počet hospiců stále narůstá. V současné době se na území České republiky nachází celkem 18 hospicových lůžkových zařízení. V Praze se nacházejí dva hospice, dále po jednom ve městech Ostrava, Plzeň, Prachovice, Rajhrad, Valašské Meziříčí, Zlín, Brno, Čerčany, Červený Kostelec, Chrudim, Frýdek-Místek, Litoměřice, Malejovice, Mladá Boleslav, Most a Olomouc. Službu domácí hospicové péče nabízí celkem 43 zařízení v České republice (Cesta domů, © 2015).

### **Formy hospicové péče**

V České republice existují tři formy hospicové péče. Mezi ně řadíme:

#### **Hospic**

Jedná se o samostatné lůžkové zařízení mezi 20-30 lůžky, interiér se podobá domácímu prostředí, je zde možnost pobytu pro rodinu a přátelé. Předností hospice je, že klient si denní režim, pokud je možno, určuje sám. Jsou zde přijímáni klienti, u kterých již byla ukončena kurativní léčba, a jsou v terminálním stadiu onemocnění. Péče v hospici se zaměřuje na léčbu bolesti, důležitá je psychosociální a spirituální podpora klientů. Hospic

znamená především doprovázení nemocného a jeho rodiny na náročném a těžkém úseku životní cesty.

### **Domácí hospicová péče - mobilní hospic**

Jedná se o paliativní péči poskytovanou v domácím prostředí za pomoci rodiny a přátel. Tuto formu péče většinou klienti dobře přijímají, protože mohou zůstat ve svém domácím prostředí a v kontaktu s nejbližšími. Tato péče ale není vždy možná, někdy chybí rodinné zázemí, jindy už je rodina vyčerpaná, anebo nejsou vhodné bytové podmínky.

### **Denní hospicový stacionář**

Možnost denního pobytu těžce nemocných klientů, klienti jsou do hospice dováženi a probíhají zde některé léčebné postupy (rehabilitace, ergoterapie, psychoterapie, aplikace infuzí atd.). Výhodou je kontakt s rodinou, zajištění léčebné terapie, rodinní příslušníci mohou docházet do zaměstnání. Nevýhodou je dojíždění, které je pro těžce nemocného klienta vždy náročné (Slezáková a kol., 2007, s. 127).

Kdy se indikuje lůžková forma hospice?

„Nemocný, který je přijímán do péče hospice, musí zpravidla splňovat tyto podmínky:

- Postupující choroba ohrožuje nemocného na životě.
- Nemocný potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu a péči.
- Nemocný momentálně nepotřebuje akutní nemocniční zařízení.
- Nestačí nebo není možná léčba domácí (event. dočasné - pobyty respitní).“

(Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 512)

### **2.2.2 Personál v hospicích**

Služby specializované paliativní péče vyžadují týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Členové týmu musejí být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich hlavním profesionálním zaměřením. Jádro týmu, který poskytuje paliativní péči, by se mělo skládat ze zdravotních sester a lékařů se speciálním výcvikem a mělo by být doplněno psychology, sociálními pracovníky a fyzioterapeuty. Ostatní pracovníci mohou být členy pracovního týmu, ale častěji asi bude spolupráce s nimi fungovat na základě konsiliárních kontaktů.



Paliativní tým mobilního hospice, nebo paliativního oddělení, by měl hrát také roli konzultanta či koordinátora péče pro odborníky, kteří poskytují odbornou paliativní péči nebo ošetrovatelskou péči (praktičtí lékaři, agentury home care apod.). Měla by být samozřejmostí spolupráce s praktickými a ošetřujícími lékaři pacientů.

Hlavní složky paliativního týmu mobilního hospice:

1. rodina poskytující laickou zdravotní péči, trvalou přítomnost a zabezpečení v základních biologických potřebách,
2. lékaři,
3. zdravotní sestry,
4. psychologická kontrola,
5. sociální práce,
6. pečovatelská služba,
7. spirituální podpora,
8. osobní asistence,
9. tísňová péče,
10. rehabilitační péče, především fyzioterapie,
11. dobrovolníci (Kalvach, 2010, s. 32-33).

Hlavní složky paliativního týmu lůžkového hospice:

1. lékaři - specializace paliativní medicína, ale i další odbornosti dle aktuálních zdravotních obtíží nemocného,
2. zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti,
3. sociální pracovník,
4. psycholog,
5. fyzioterapeut,
6. nutriční specialista,
7. pastorační pracovník, duchovní.

Sestra v paliativní péči potřebuje pracovat v dobrém týmu. Tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární a za jeho členy by měli být cíleně považováni také členové pacientovy rodiny i sám pacient. Ten by měl mít rozhodující slovo při rozhodování v léčbě i dalších intervencích. Jedině v takto vedeném týmu může být zachována pacientova důstojnost a mohou být individuálně řešeny všechny obtíže pacienta a jeho blízkých (Marková, 2010, s. 35).

Je zřejmé, že takovéto složení týmu se opravdu dokáže společnými silami postarat o všechny potřeby umírajícího. Pro rodinu, která se rozhodne starat se o svého blízkého v domácím prostředí, se jedná o velikou pomoc, mají jistotu, že v této těžké době se jim dostane vždy podpory. Je jenom škoda, že ne pro všechny je domácí hospicová péče dostupná, především z regionálního hlediska. V případě, že není možné využít hospicové, jak domácí, tak lůžkové formy péče, většinou nastává situace, kdy je nemocný hospitalizován na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných, oddělení následné péče, případně na gerontologickém oddělení.

### 3 LÉČEBNY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Dříve se používal téměř výhradně pro tato zařízení výraz léčebny dlouhodobě nemocných. V dnešní době se pro tyto zařízení používají také názvy jako oddělení následné péče nebo gerontologická centra.

„Léčebny dlouhodobě nemocných (dále také jen LDN) jsou zdravotnická zařízení, která jakožto součást soustavy zdravotnických zařízení patří mezi odborné léčebné ústavy, jejichž péče navazuje na péči nemocnic. LDN jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajícými nemocemi (průměrný věk pacientů navštívených LDN je 78,4 let). Vedle léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče se jako nezbytná v těchto zařízeních jeví i resocializace a péče psychosociální. Vzhledem ke komplexní nedořešenosti systému následné péče musí zařízení typu LDN rovněž zajistit v řadě případů paliativní a gerontopsychiatrickou péči.“ (Souhrnná zpráva o činnosti veřejného ochránce práv za rok 2006, © 2007 s. 95)

Vzhledem k tomu, že ošetrovací doba často přesahuje i 3 měsíce, zdravotní pojišťovny snižují své úhrady za pobyt. Důvodem je snaha o účelnost a zamezení zdravotnických plateb za pobyty sociálně azylové, které by měly řešit jiné sociální ústavy v zařízení resortu práce a sociálních věcí. Kromě dlouhé ošetrovací doby vykazují LDN také podstatně vyšší úmrtnost než jiná lůžková oddělení nemocnic, to znamená, že mnoho lidí je do LDN překládáno k terminální péči. Přesto většina těchto zařízení nerealizuje paliativní režim péče. Nejsou zde vytvořeny jak prostorové podmínky, tak i ošetrovatelský tým často nemá dostatečné znalosti v oblasti paliativní péče. Jak se ukázalo problém LDN a celé dlouhodobé péče v ČR je závažný a systémový (Cesta domů. Quo vadis, LDN?, © 2008).

Z výše uvedeného je zřejmé, že problematika doprovázení v těchto zařízeních je velká a společnost by se jí určitě měla zabývat. Pacienti v terminálním stadiu si zaslouží vždy tu nejlepší péči a uspokojení veškerých potřeb. Vždyť umírání se jednou bude týkat každého z nás, pouze když jsme mladí a zdraví na tento fakt nemyslíme.

#### 3.1 Sociální péče v LDN

Sociální péče na LDN je velmi důležitá, protože zdravotní stav pacientů je často jenom jedním z problémů a často se mísí s dalšími potřebami, např. sociální či

psychiatrickou péčí. Mnohdy je těžké určit, která potřeba převládá. Je charakteristické pro tyto pracoviště, že jsou zde hospitalizováni pacienti s rozdílnou potřebou medicínské, ošetrovatelské, sociální či psychiatrické péče (Vlček, Marx, Standardy jsou pro LDN výzvou, © 2010).

Pacienti v léčebnách dlouhodobě nemocných bývají hospitalizováni opakovaně, a to plánovaně i náhle. Souvislosti spojené s léčbou těchto klientů jsou od akutně nemocných odlišné. Musí se naučit žít s nemocí a přizpůsobit se symptomům jejich onemocnění. Cílem zdravotně sociálního zdravotníka se tak stává citlivá pomoc klientovi, zaměřená na využití jeho vnitřních zdrojů a využití možné externí podpory k dosažení co nejlepšího a naplněného života. Dále je jeho podpora důležitá při zajištění jeho praktických a finančních záležitostí, podílení se spolu s interdisciplinárním týmem na řešení krizové situace nemocného. Pokud návrat do domácího prostředí není možný, je nutné zprostředkování péče o nesoběstačného člověka, sociální pracovník iniciativně hledá řešení této životní situace (Kuzníková a kol., 2011 s. 57-59).

Je zřejmé, že činnost zdravotně - sociálního pracovníka v léčebně dlouhodobě nemocných je nezastupitelná, a že je důležitým článkem celého týmu.

### **3.2 Personál pracující v LDN**

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou vedeny odborníky, nejčastěji z oboru geriatric. Lékařská péče je v nich zajištěna na dobré úrovni: mezi ošetřujícími lékaři převažují specializace interního lékařství, všeobecného lékařství a místy také geriatric. Ústavní pohotovostní služba je zajišťována nasmlouváním lékařů - externistů různých odborností, a spočívá ve službě v léčebně v době mimo standartní pracovní dobu ošetřujících lékařů. Ošetrovatelskou péči zajišťuje tým sester, je rovněž zajištěna rehabilitace a ergoterapie (rozdílným způsobem) a fungují kvalifikované sociální pracovnice. Některé léčebny zaměstnávají pastoračního pracovníka. Obvykle není obsazena funkce psychologa. V léčebnách, kde chybí služby psychologa, psychoterapeuta či pastoračního pracovníka, není prostor na hlubší sociální, spirituální a také psychologicko - resocializační práci (Průvodce službami pro seniory, © 2010).

**Náplň práce ošetrovatelského personálu:**

**Všeobecná sestra** - provádí činnosti bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

**Zdravotnický asistent** - vykonává činnosti pod odborným dohledem všeobecné sestry, poskytuje základní ošetrovatelskou péči a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu. V rozsahu své odborné způsobilosti může získávat informace nutné k určení ošetrovatelských diagnóz, v míře určené všeobecnou sestrou plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony.

**Ošetrovatel** - vykonává pod odborným dohledem všeobecné sestry provádění hygienické péče o pacienta, včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka, pomáhá při podávání léčebné výživy pacientům, pomáhá při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě je krmit. Měří tělesnou teplotu, výšku, hmotnost, doprovází pacienty na odborná vyšetření. Dále má v popisu práce manipulaci s prádlem a dezinfekci.

**Všeobecný sanitář** - asistuje při provádění hygienické péče o pacienta, pomáhá při polohování a manipulaci s nimi, včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka. Rozdává přidělenou stravu pacientům, pomáhá při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě je krmit. Pečuje o vyprazdňování pacientů. Dále provádí manipulaci s prádlem a dezinfekci povrchů. To vše provádí pod odborným dohledem všeobecné sestry (Předpis č. 55/2011 Sb., vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, část druhá).

Největším problémem paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných dle dotazníkového šetření provedeného v roce 2013 (Dotazníkové šetření České asociace sester, © 2013, s. 13-19) je to, že počet ošetřujícího personálu na odděleních není dostatečný. Na personál jsou kladeny příliš velké požadavky, není výjimkou, spíše pravidlem, že jedna sestra má na starosti více než 25 pacientů. Právě z této vytíženosti bývají zdravotní sestry velmi vyčerpané. Podle tohoto průzkumu velmi trpí tím, že nemohou o své pacienty pečovat tak, jak by si přály. Z tohoto důvodu je zřejmé, že poskytování péče pacientům v terminálním stadiu nemůže být na tak dobré úrovni jako v hospicích. Právě na oddělení léčeben dlouhodobě nemocných dochází u personálu poměrně často k syndromu vyhoření.

### 3.3 Co je to syndrom vyhoření

V dnešní době se pojem syndrom vyhoření, neboli tzv. „burnout“ syndrom vyskytuje okolo nás čím dál častěji. Netýká se pouze zdravotnických pracovníků, ale vlastně všech profesí, kde hlavní náplní zaměstnání je práce s lidmi. Jedná se o stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží (Kalwass, 2007, s. 9).

Stres a syndrom vyhoření není jedno a to samé, i když v mnoha případech jsou tyto pojmy zaměňovány. Stres je v lidském životě dokonce žádoucí, ale pouze v určité míře. Pohání člověka kupředu a motivuje. Pod vlivem stresu jsme schopni se vybičovat k rychlému a kvalitnímu plnění úkolů. Když je ale míra stresu příliš vysoká a trvá dlouhodobě, již se jedná o chronický stres a tady začínáme mluvit o syndromu vyhoření. Stres je tedy příčina a syndrom vyhoření je důsledek dlouhodobého, chronického stresu, disbalancí mezi odpočinkem a aktivitou, rovnováha mezi dvěma póly je narušena (Stock, 2010, s. 15).

My se budeme věnovat především syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků, kteří jsou v důsledku vysokých požadavků špičkové péče, zatížení prací ve střídavých směnách a přesčasy, tímto syndromem velmi ohroženi. Práce v léčebnách dlouhodobě nemocných je navíc také velmi fyzicky náročná, většina klientů je zcela závislá na celkové ošetrovatelské péči.

Zde jsou uvedeny zátěžové faktory pracovního prostředí, které ohrožují pečující personál:

- Především se jedná o neustálou přítomnost smrti a umírání. Při dlouhodobé péči vzniká mezi klientem a personálem vztah, v mnoha případech i velmi blízký.
- Identifikace s pacientem - situace, kdy pacient připomíná sestře někoho blízkého, může pro ni znamenat velkou zátěž.
- Pocit neschopnosti a bezmoci. Vzniká tam, kde již sestra vlastně nemůže pro pacienta víc udělat.
- Nedostatek kontroly nad situací a pocity vlastního selhání. Tento pocit se dostavuje také, když personál pocítuje nedostatek času na péči, kterou by chtěl svým pacientům poskytovat.

- Problémy v týmu. Jeden z velmi důležitých faktorů, kdy místo vzájemné spolupráce a efektivní péče o pacienty, používá pracovní tým obstrukční formy chování - např. kariérismus nebo soutěžení (O' Connor, Aranda, 2005, s. 45-48).

### **Projevy syndromu vyhoření**

Mezi hlavní příznaky syndromu vyhoření řadíme vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.

#### **Vyčerpání**

Týká se jak fyzické, tak emocionální roviny. Rovina emocionální se vyznačuje sklíčeností, pocity bezmoci a beznaděje, podrážděnosti, pocity strachu, prázdnoty a osamocení, apatií, ztrátou odvahy. Rovina fyzická se projevuje nedostatkem energie, chronickou únavou, náchylností k infekčním onemocněním, poruchami spánku, poruchami paměti a soustředění, funkčními poruchami např. kardiovaskulární nebo zažívací potíže.

#### **Odcizení**

Projevuje se odosobněným a lhostejným postojem. Postižený člověk již ztratil své ideály, cílevědomost i zájmy. Počáteční nadšení slábne a nastupuje cynismus. Jeho chování může přecházet až v pohrdavé, sarkastické a agresivní. Také se u něj projevuje nechut' stýkat se jak s klienty, tak se svými kolegy. Minimalizuje styk s okolím.

#### **Pokles výkonnosti**

Člověk postižený syndromem vyhoření je nespokojen s vlastním výkonem, má nižší produktivitu práce, na regeneraci potřebuje daleko více času a energie, ztratil nadšení, je nerozhodný, trpí ztrátou motivace a velmi silně pociťuje své vlastní selhání (Stock, 2010, s. 19-22).

### **Fáze syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření se nerozvine hned, ale má určité fáze. Tyto fáze jsou spíše orientační, každý člověk je jedinečná osobnost, a proto se u každého syndrom vyhoření rozvíjí jiným způsobem. Některá fáze může být hodně akutní, některá může proběhnout téměř nepozorovaně. Mohou se projevovat v různém pořadí, nebo se dokonce vracet.

Charakteristika jednotlivých fází:

#### **Fáze nadšení**

Tato fáze je charakteristická velkým počátečním elánem, člověk je plný optimismu, má chuť vylepšovat své pracovní prostředí, hýří nápady. Bez problémů pracuje přes čas, kdykoliv je zaměstnavateli k dispozici. Dochází k přetěžování.

#### Fáze stagnace

Počáteční nadšení a zapálení začíná postupně slábnout vlivem negativního okolí, které není nakloněné změnám. Člověk začíná slevovat ze svých ideálů.

#### Fáze frustrace

Dochází k přemýšlení o smyslu a efektivitě práce. U člověka se začíná projevovat tzv. tunelové vidění, je pohlcen svou prací, stále nad ní přemýšlí, nedokáže se od ní odpoutat. Na práci myslí i před spaním - co by se dalo udělat lépe, jinak atd. Zažívá pocity osamění a zklamání.

#### Fáze apatie

Tuto fázi doprovázejí pocity bezmoci a beznaděje. Dochází k zeslabení zájmů, v práci vykonává pouze nejdůležitější úkony, omezuje komunikaci, odmítá další vzdělávání.

#### Fáze vyhoření

Postižený člověk ztrácí pocit zodpovědnosti, přichází o radost ze života. Zaujímá negativní postoj k sobě samému. Projevuje se agresivita, vyčerpání, únava a netrpělivost (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 65-66).

Zásadní je podchytit vývoj syndromu vyhoření včas. Nejlépe je si uvědomit, že něco není v pořádku již v prvních třech fázích. Pokud dojde syndrom vyhoření do samého konce, někdy nezbývá nic jiného, než změnit zaměstnání, či přímo profesi.

### 3.3.1 Možnosti prevence syndromu vyhoření

„Aby se mohl zdravotník účastnit na „hojení“ ostatních, musí si uvědomit své vlastní potřeby, musí o sebe vážně pečovat a být schopen sebereflexe.“ (O'Connor, Aranda, 2005, s. 49) Je nezbytné, aby pracovníci v pomáhajících profesích mysleli také sami na sebe, uspokojovali své potřeby a osvojili si základní pravidla psychohygieny. Neměli by žít tzv. jenom pro práci, ale pracovat také na svém soukromém životě. Věnovat se rodině a udržovat styk s přáteli. Nenosit si práci v hlavě domů, ale naučit se tyto dvě sféry od sebe oddělovat. Dalším velmi mocným nástrojem v prevenci tohoto jevu je vzdělávání pracovníků a skupinová nebo individuální supervize.



„V rámci supervizního procesu dochází k interakcím mezi supervizorem, tedy tím, kdo supervizní proces koordinuje, usměrňuje a facilituje a supervidovanými, tedy těmi, kteří určují obsah, směr a tempo supervize. Supervizor přichází zvenčí, není tedy žádným způsobem zainteresován do chodu organizace, a přináší nezaujatý pohled na předestřenou situaci či případ. Supervidovaní přinášejí na sezení témata související s doprovázením druhých.“ (Vávrová, 2012, s. 128)

Je škoda, že supervize ve zdravotnictví zatím nemají stálé místo. Právě tam by byly hodně zapotřebí, obzvláště na odděleních, kde se pracovníci neustále setkávají se smrtí, a proto je jejich práce velmi psychicky vyčerpávající. Své nezastupitelné místo má již v sociálních službách, kde je hojně využívána (Vávrová, 2012, s. 128).

Je zřejmé, že duševní hygiena u ošetrovatelského personálu je velmi důležitá. Jen vyrovnaní a spokojení lidé mohou opravdu kvalitně doprovázet a poskytovat podporu druhým, nejen v jejich nejtěžších chvílích života. Také různé zaměstnanecké výhody jsou velmi dobrou prevencí syndromu vyhoření pro zdravotnický personál. Vždyť jejich práce je fyzicky velmi namáhavá a zaměstnancům jistě pomůže rehabilitace jejich těla v jakékoli formě, např. plavky do lázní, různé masáže atd. Také výhodné vstupy na různé kulturní a sportovní akce mohou být velmi přínosné, protože tam si personál odpočine zase psychicky a duševně.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Je realitou, že i přes rozvoj hospicové péče v naší republice, stále velké množství starých lidí umírá převážně v zařízeních dlouhodobé péče. Z toho důvodu je velmi podstatné, aby byl v těchto zařízeních kladen velký důraz na poskytování hodnotné paliativní péče. Ze zkušenosti ale víme, že ne vždy jsou tato zařízení schopna poskytovat tuto péči v takové kvalitě a odbornosti, jak by si umírající lidé zasloužili. Tato práce hledá odpovědi na otázky etiky, důstojnosti umírání a paliativní péče poskytované v léčebnách dlouhodobě nemocných z pohledu ošetřujícího zdravotnického personálu. Právě ošetřující personál je těmito lidem v závěru života nejbližší. Také se budeme věnovat otázce informovanosti personálu o problematice paliativní péče a také jaký vliv tato práce na pracovníky má. Je známo, že v této profesi jsou lidé velmi ohroženi tzv. syndromem vyhoření.

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V teoretické části jsme se věnovali tématům smrti a umírání, problematice paliativní péče, významu hospicové péče a také syndromu vyhoření, který ohrožuje pomáhající profese. V praktické části se zaměříme na postoje a názory zdravotnického personálu v léčebnách dlouhodobě nemocných, kterých se tato témata přímo dotýkají a také se s nimi velmi často setkávají.

### 5.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak vnímá paliativní péči v léčebnách dlouhodobě nemocných zdravotnický personál v celkovém biologickém, psychologickém a sociálním kontextu.

Vedlejší cíle:

- Zjistit, zda je podle zdravotnického personálu v léčebnách dlouhodobě nemocných dostatečně zajištěna důstojnost umírajícího člověka.
- Zjistit, zda má zdravotnický personál možnost se dále vzdělávat a prohlubovat své vědomosti v oblasti paliativní péče.
- Zjistit, zda by se podle zdravotnického personálu dala zkvalitnit péče o umírající v těchto zařízeních.
- Zjistit, nakolik je v paliativní péči podle zdravotníků důležitá spolupráce s rodinou umírajících klientů.
- Zjistit, zda se na odděleních vyskytují negativní faktory, které ovlivňují práci zdravotnického personálu.
- Zjistit, zda se zdravotnický personál cítí ohrožen syndromem vyhoření.
- Zjistit, jaký je pohled zdravotnického personálu na hospicová zařízení.

### 5.2 Výzkumné otázky

S ohledem na stanovené výzkumné cíle, nás budou zajímat tyto výzkumné otázky.

- Jaká je úroveň vzdělání v oblasti paliativní péče u zdravotnického personálu LDN?
- Jak jsou dle zdravotnického personálu uspokojovány potřeby umírajících v LDN?
- Na jaké úrovni je zajištěna důstojnost umírajících v LDN?

- Jak je důležitá dle zdravotnického personálu spolupráce s rodinou umírajícího?
- Jak by se dala dle zdravotnického personálu zkvalitnit paliativní péče v LDN?
- V jaké míře se zdravotnického personál cítí ohrožen syndromem vyhoření?
- Jaké negativní faktory ovlivňují pracovní výkon u zdravotnického personálu v LDN?
- Jaký je názor zdravotnického personálu na prospěšnost hospicových zařízení?

### **5.3 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor se skládá z výběrového vzorku zdravotnických pracovníků v léčebnách dlouhodobě nemocných - všeobecných sester, zdravotnických asistentů, ošetřovatelů a všeobecných sanitářů. Právě tento ošetřující personál je pacientům nejbližší a má i velké zkušenosti s ošetřováním pacientů v terminálním stadiu. Jedná se o pracovníky léčebny dlouhodobě nemocných ve Vsetínské nemocnici a.s., oddělení následné péče v nemocnici Valašské Meziříčí a v centru geriatrické péče nemocnice T. Bati ve Zlíně.

### **5.4 Výzkumná metoda**

Za metodu sběru dat byl zvolen kvantitativní výzkum ve formě dotazníkového šetření. K získání informací byl použit anonymní dotazník, který obsahoval celkem 23 otázek. Z toho 20 otázek bylo uzavřených a 3 otázky polouzavřené. Vlastní výzkum proběhl v březnu 2015, po získání povolení dotazníkového šetření od vedení nemocnic. Dotazníky byly rozneseny na oddělení a předány staničním sestřím, které je poskytly k vyplnění zdravotnickému personálu. Návratnost dotazníků činila 92%, z toho bylo 9 dotazníků vyloučeno pro neúplná nebo špatně vyplněná data. Pro vlastní výzkum tedy bylo použito 101 dotazníků (84%).

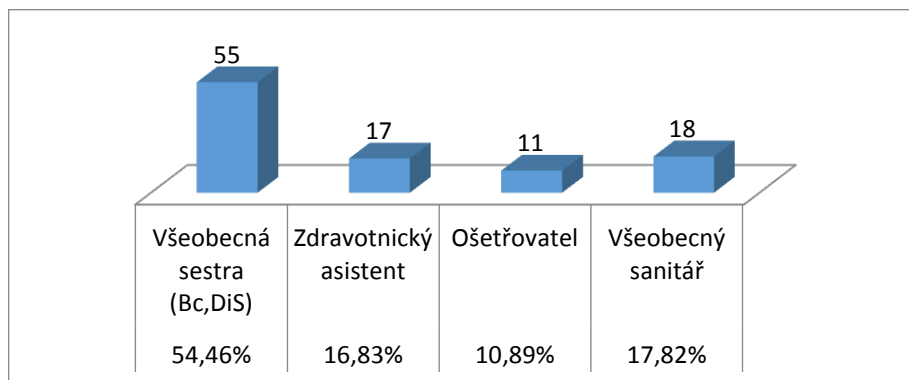
### **5.5 Metoda analýzy dat**

K analýze dat byla použita grafická metoda zobrazování naměřených dat v programu Microsoft Excel.

## 6 ANALÝZA DAT

Otázka č. 1

**Jaké je Vaše pracovní zařazení?**

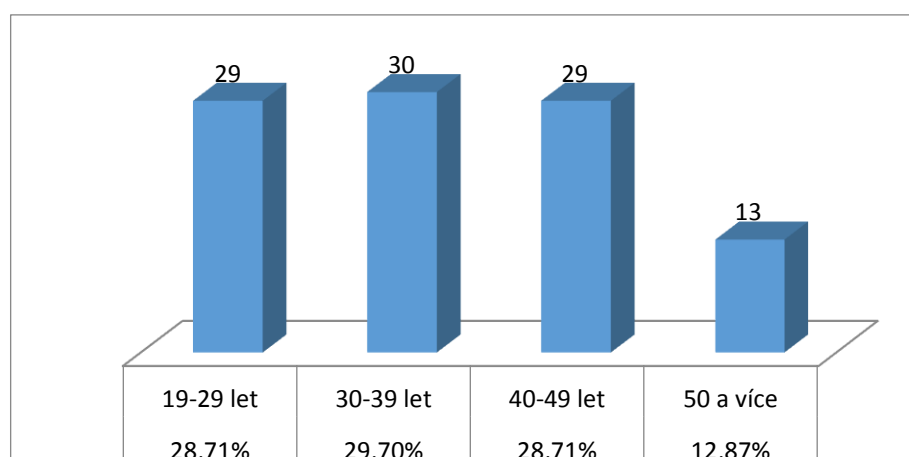


Graf č. 1 – Pracovní zařazení

Z celkového počtu 101 respondentů jsou v největší míře zastoupeny všeobecné sestry - 55 respondentů (54,46 %), dále zdravotničtí asistenti- 17 respondentů (16,83 %), všeobecní sanitáři- 18 respondentů (17,82 %) a ošetřovatelé- 11 respondentů (10,89 %).

Otázka č. 2

**Kolik je Vám let?**



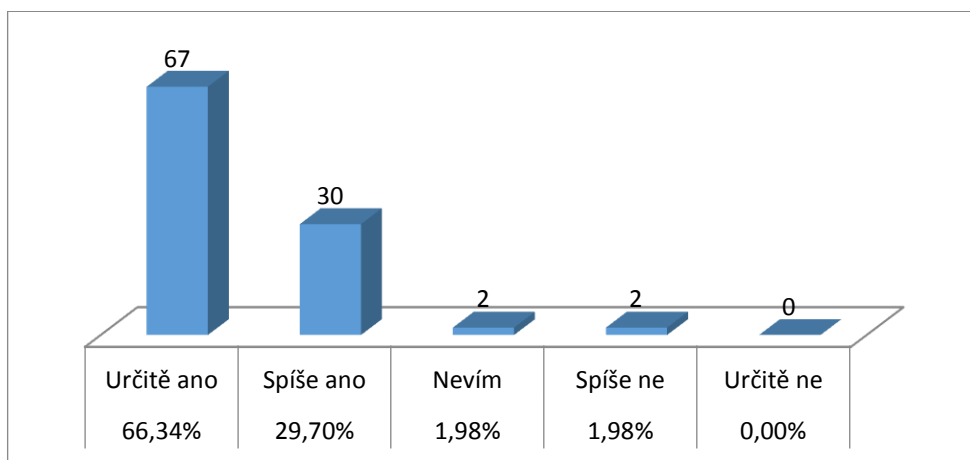
Graf č. 2 – Věkové zastoupení

Z grafu č. 2 je zřejmé, že věkové kategorie zdravotnického personálu jsou poměrně stejnoměrně rozdělené. Kategorie 19 - 29 let je zastoupena 29 respondenty (28,71 %),

kategorie 30 - 39 let 30 respondenty (29,70 %), kategorie 40 - 49 let 29 respondenty (28,71 %). Nejméně respondentů se nachází v kategorii 50 a více let (12,87 %).

Otázka č. 3

**Má podle Vás paliativní péče pro pacienty v terminálním stadiu význam a prospěšnost?**

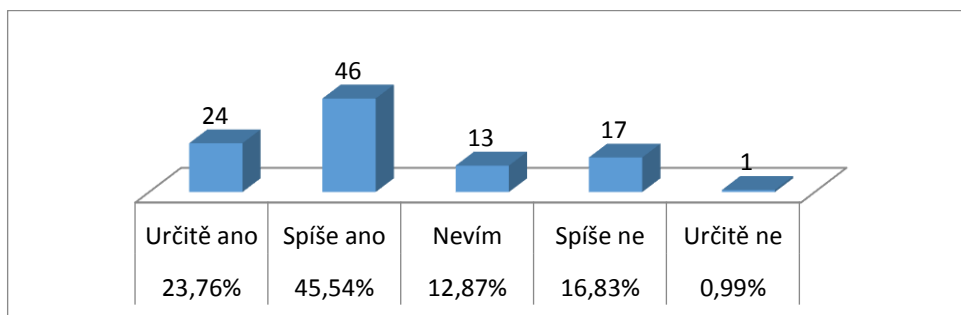


Graf č. 3 – Názor na paliativní péči

Z celkového počtu 101 respondentů odpovědělo určitě ano 67 respondentů (66,34 %), spíše ano 30 respondentů (29,70 %), nevím 2 respondenti (1,98 %), spíše ne 2 respondenti (1,98 %). Z odpovědí je zřejmé, že téměř 96 % zdravotnického personálu považuje paliativní péči za prospěšnou a významnou.

Otázka č. 4

**Myslíte si, že máte dostatečné vědomosti o problematice paliativní péče?**

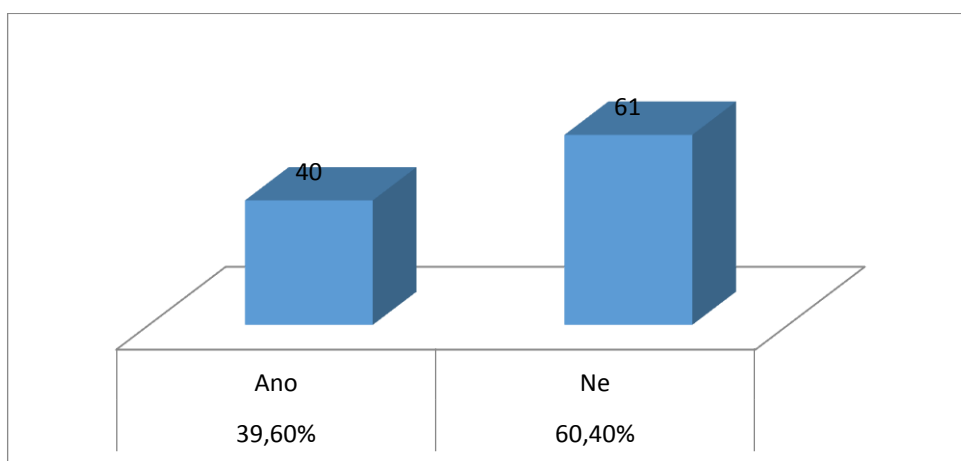


Graf č. 4 – Vědomosti personálu v oblasti paliativní péče

Na otázku č. 4 odpovědělo z celkového počtu respondentů 101 pouze 24 respondentů (23,76 %), že se domnívají, že jejich znalosti v oblasti paliativní péče jsou určitě dostatečné, 46 respondentů (45,54 %) zvolilo odpověď, že jsou spíše dostatečné, 13 respondentů (12,87 %) odpovědělo nevim. 17 respondentů (16,83 %) uvedlo, že jsou jejich znalosti spíše nedostatečné a 1 respondent (0,99 %) zvolil odpověď, že jsou určitě nedostatečné. Z uvedeného grafu vyplývá, že téměř 70 % zdravotnického personálu považuje své vědomosti v oblasti paliativní péče za dostatečné. Je ale závažné zjištění, že téměř 30 % ošetrujícího personálu neumí posoudit své vědomosti nebo je považují za nedostatečné.

Otázka č. 5

**Absolvovali jste na Vašem pracovišti školení, semináře v rámci paliativní péče?**



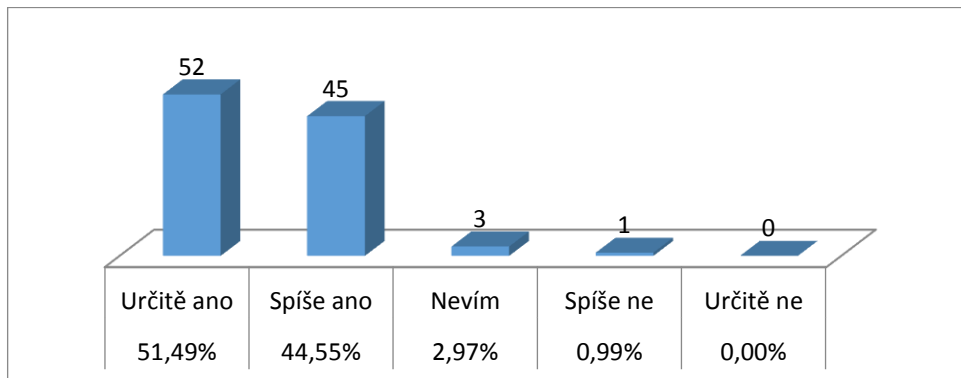
Graf č. 5 – Absolvovaná školení na pracovišti

Na otázku č. 5 odpovědělo ze 101 respondentů ano pouze 40 respondentů (39,60 %), odpověď ne zvolilo 61 respondentů (60,40 %). Z uvedeného grafu vyplývá, že i přesto, že se ošetrující personál v léčebnách dlouhodobě nemocných často setkává s pacienty v terminálním stadiu, nevěnuje se otázkám vzdělávání v oblasti paliativní péče v těchto zařízeních dostatečná pozornost.



Otázka č. 6

**Myslíte si, že paliativní péče dokáže zajistit umírajícímu, pokud možno co nejvíce kvalitní život až do jeho konce?**

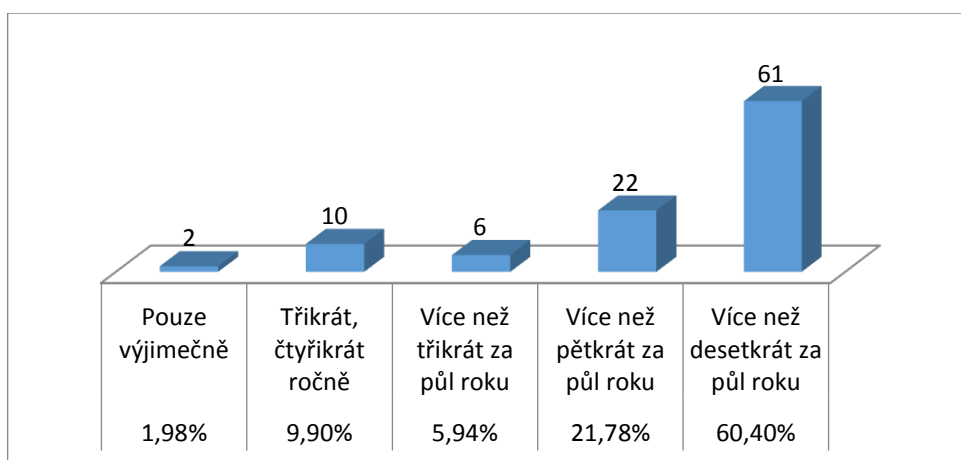


Graf č. 6 – Názor na kvalitu života terminálně nemocných

Na otázku č. 6 odpovědělo ze 101 respondentů 52 respondentů (51,49 %) určitě ano, 45 respondentů (44,55 %) spíše ano, 3 respondenti (2,97 %) odpověděli nevím a 1 respondent (0,99 %) odpověděl ne. Z těchto odpovědí je zřejmé, že téměř 96 % zdravotnického personálu je přesvědčeno, že paliativní péče dokáže zajistit umírajícímu pokud možno co nejvíce kvalitní život až do jeho konce.

Otázka č. 7

**Jak často se setkáváte s pacienty v terminálním stadiu?**

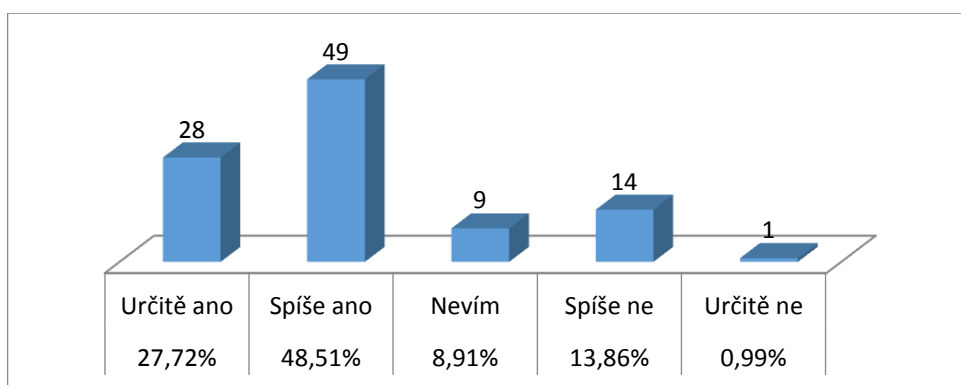


Graf č. 7 – Názor na četnost terminálně nemocných v LDN

Na otázku č. 7 odpovědělo ze 101 respondentů, že se se pacienty v terminálním stadiu setkávají pouze výjimečně. 2 respondenti (1,98 %), třikrát až čtyřikrát ročně 10 respondentů (9,90 %), více než třikrát za půl roku 6 respondentů (5,94 %), více než pětikrát za půl roku 22 respondentů (21,78 %). Nejvíce byla zastoupena kategorie více než desetkrát za půl roku, tento údaj zaznačilo 61 respondentů (60,40 %). Tyto odpovědi nám ukazují, že péče o pacienty v terminálním stadiu je na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných poměrně častým jevem.

Otázka č. 8

**Myslíte si, že je na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných u pacientů v terminálním stadiu dostatečně zajištěna léčba bolesti?**

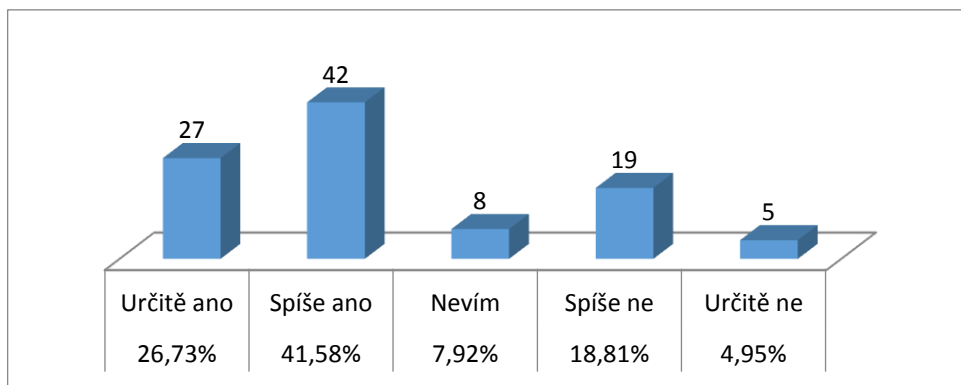


Graf č. 8 – Názor na zajištění bolesti

Na otázku č. 8 odpovědělo ze 101 respondentů 28 respondentů (27,7 %) určitě ano, tzn., že jsou přesvědčeni, že léčba bolesti v léčebnách dlouhodobě nemocných je zajištěna v dostatečné míře. 49 respondentů (48,51 %) odpovědělo spíše ano, 9 respondentů (8,91 %) odpovědělo nevím, 14 respondentů (13,86 %) si myslí, že léčba bolesti je spíše nedostatečná a 1 respondent (0,99 %) odpověděl, že je určitě nedostatečná. Z uvedených odpovědí vyplývá, že téměř 77 % ošetřujícího personálu si myslí, že je na jejich oddělení dostatečně zajištěna léčba bolesti.

Otázka č. 9

**Myslíte si, že je na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných u pacientů v terminálním stadiu dostatečně zajištěna lidská důstojnost?**

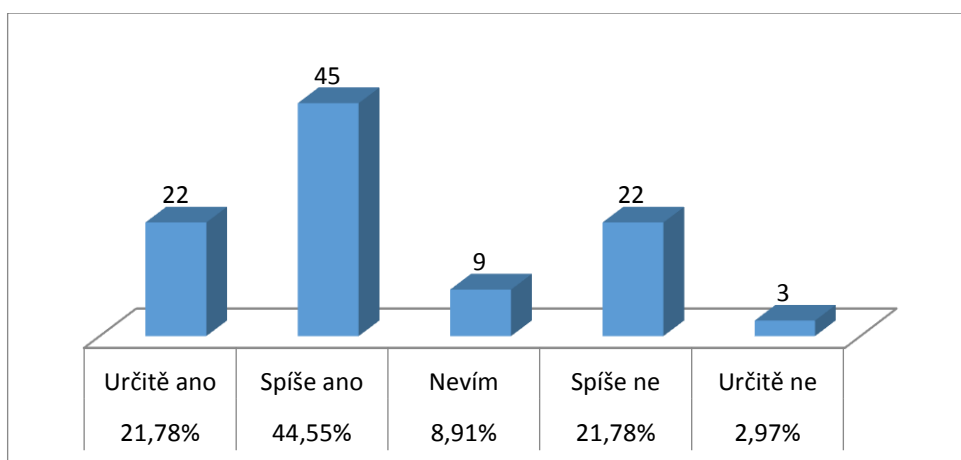


Graf č. 9 – Názor na zajištění lidské důstojnosti

Na otázku č. 9 odpovědělo ze 101 respondentů 27 respondentů (26,73 %), že lidská důstojnost je na těchto odděleních určitě zajištěna a 42 respondentů (41,58 %) označilo odpověď spíše ano. Odpověď nevím zvolilo 8 respondentů (7,92 %). 19 respondentů (18,81 %) si myslí, že důstojnost u pacientů v terminálním stadiu spíše zajištěna není a odpověď, že určitě není zajištěna, zvolilo 5 respondentů (4,95 %). Z odpovědí je zřejmé, že téměř 69 % zdravotnického personálu si myslí, že léčebny dlouhodobě nemocných dokážou zajistit umírajícím důstojný odchod ze života.

Otázka č. 10

**Domníváte se, že je na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných zajištěna dostatečná duchovní (spirituální) podpora umírajících?**

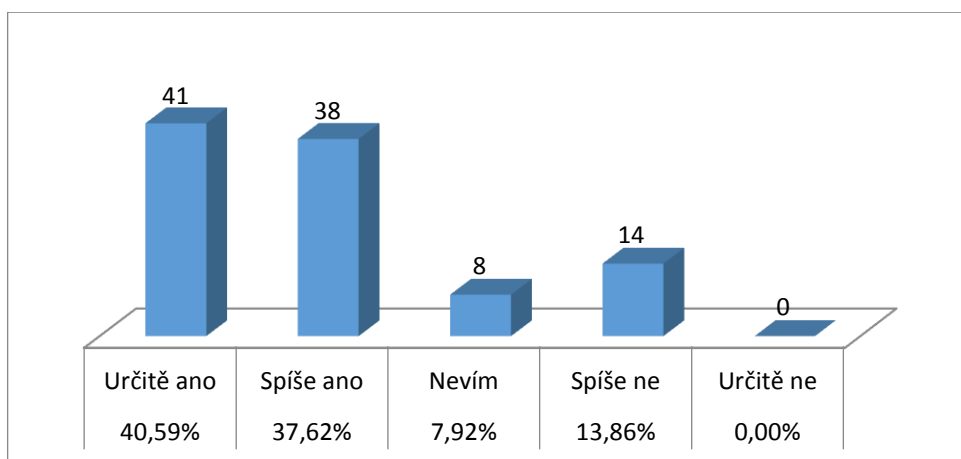


Graf č. 10 – Názor na zajištění duchovní podpory

Ze 101 respondentů odpovědělo na otázku č. 10, že je určitě na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných duchovní podpora umírajících zajištěna v dostatečné míře 22 respondentů (21,78 %). 45 respondentů (44,55 %) uvedlo odpovědi, že spíše je zajištěna. 9 (8,91 %) respondentů uvedlo odpověď nevím, 22 respondentů (21,78 %) uvedlo, že spíše duchovní podpora na těchto odděleních zajištěna není a 3 respondenti (2,9 %) odpověděli, že zajištěna určitě není. Z uvedených dat vyplývá, že téměř 67 % ošetřujícího personálu si myslí, že duchovní (spirituální podpora) na těchto odděleních je zajištěna dostatečně.

Otázka č. 11

**Domníváte se, že se rodiny pacientů v terminálním stadiu mohou dostatečně zapojovat do péče?**

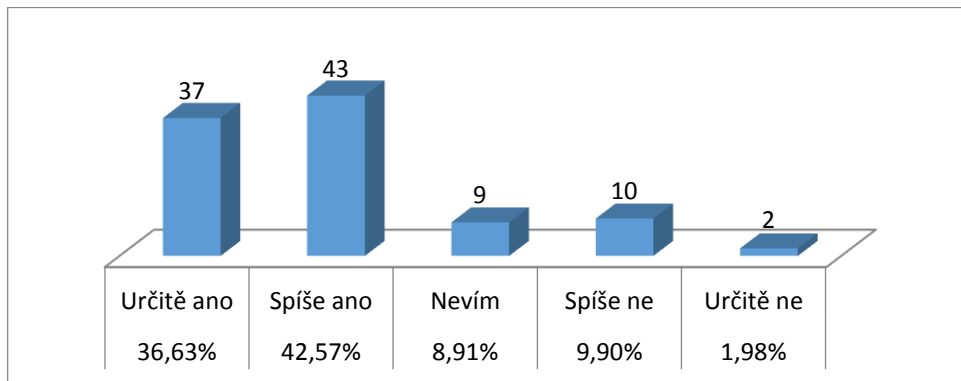


Graf č. 11 – Názor na zapojování rodin do péče

Ze 101 respondentů v této otázce odpovědělo 41 (40,59 %) že se rodina umírajícího může dostatečně do péče zapojovat a 38 respondentů (37,62 %) uvedlo odpověď spíše ano, 8 respondentů (7,92 %) nevím, 14 respondentů (13,86 %) uvedlo odpověď spíše ne. Z odpovědí je zřejmé, že téměř 79 % ošetřujícího personálu domnívá, že se rodiny pacientů v terminálním stadiu mohou zapojovat do péče v dostatečné míře.

Otázka č. 12

**Domníváte se, že jsou rodinám pozůstalých poskytovány dostatečné informace a podpora?**

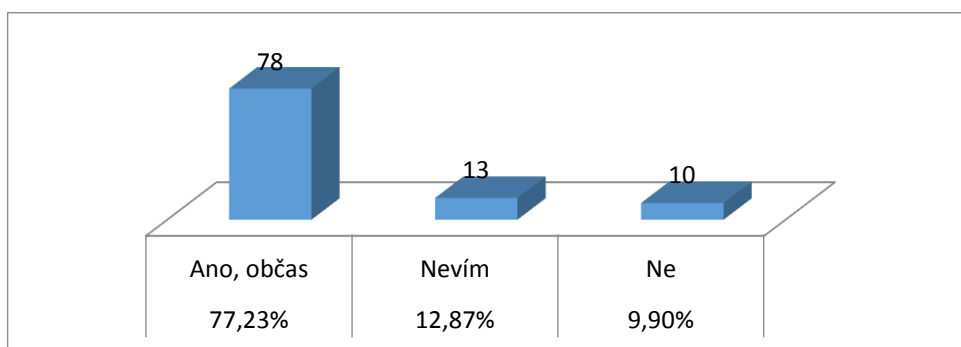


Graf č. 12 – Názor na poskytování podpory rodinám

Ze 101 respondentů uvedlo 37 respondentů (36,63 %) odpověď určitě ano a 43 respondentů (42,57 %) odpověď spíše ano. 9 respondentů (8,91 %) odpovědělo nevím. Pouze 10 respondentů (9,90 %) uvedlo, že na těchto odděleních spíše není podpora rodiny dostatečná a 2 respondenti (1,98 %) odpověděli, že určitě není dostatečná. Z odpovědí na otázku č. 12 je zřejmé, že téměř 80 % zdravotnického personálu se domnívá, že je na odděleních léčení dlouhodobě nemocných poskytována dostatečná podpora a informace rodinám pozůstalých.

Otázka č. 13

**Myslíte si, že paliativní péči pacientů v terminálním stadiu komplikují nepřiměřené nároky rodiny, která se nechce smířit s konečností života jejich příbuzného?**



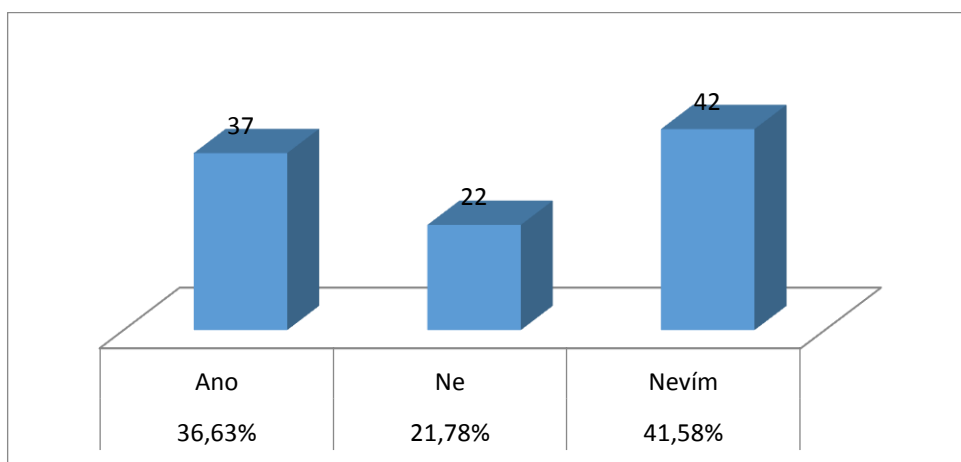
Graf č. 13 – Názor na komplikace s nepřiměřenými nároky rodin

V otázce č. 13 ze 101 respondentů odpovědělo 78 respondentů (77,23 %) kladně. Tzn., že se se situací, kdy rodina odmítá přijmout konečnost života jejich příbuzného, setkávají a občas to pociťují jako problém. Pouze 13 respondentů (12,87 %) uvedlo, že neví a 10 respondentů (9,90 %) odpovědělo, že se s touto situací nesetkává.

Otázka č. 14

**Dala by se podle Vás zlepšit péče o pacienta v terminálním stadiu ve vašem zařízení?**

**Pokud ano, napište, jak.**

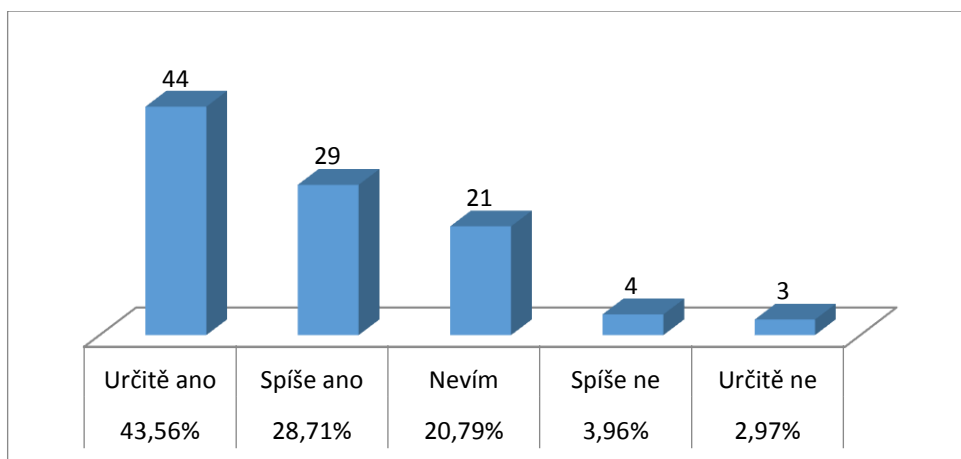


Graf č. 14 – Názor na možnosti zlepšení péče v LDN

Tato otázka dávala respondentům při kladné odpovědi prostor k vyjádření svých názorů, jak by se dala vylepšit péče o terminálně nemocné pacienty v léčebnách dlouhodobě nemocných. 22 respondentů (21,78 %) odpovědělo, že paliativní péče se nedá vylepšit a 42 respondentů (41,58 %) odpovědělo, že neví, jak by se dala paliativní péče zlepšit. Pouze 37 respondentů (36,63 %) odpovědělo, že paliativní péče by se dala vylepšit a vyjádřili své názory ve volné odpovědi. Nejčastěji se v odpovědích vyskytoval názor na zavedení jednolůžkových pokojů v léčebnách dlouhodobě nemocných, aby měli pacienti v terminálním stadiu a jejich rodiny více soukromí. Další nejčastěji vyskytovaná připomínka byla navýšení ošetřujícího personálu. Ostatní návrhy se nejvíce týkaly proškolení a vzdělávání zaměstnanců, vybavení oddělení v léčebnách, lidský přístup, návštěvy rodiny, léčba bolesti, přítomnost psychologa na oddělení, čas na pacienty, klid a žádná zbytečná vyšetření. Pouze v jedné odpovědi se kladl důraz na duchovní rovinu při péči o umírajícího.

Otázka č. 15

**Domníváte se, že paliativní péče v hospicovém zařízení zajistí člověku v terminálním stadiu důstojnější smrt než v zařízeních léčení dlouhodobě nemocných?**

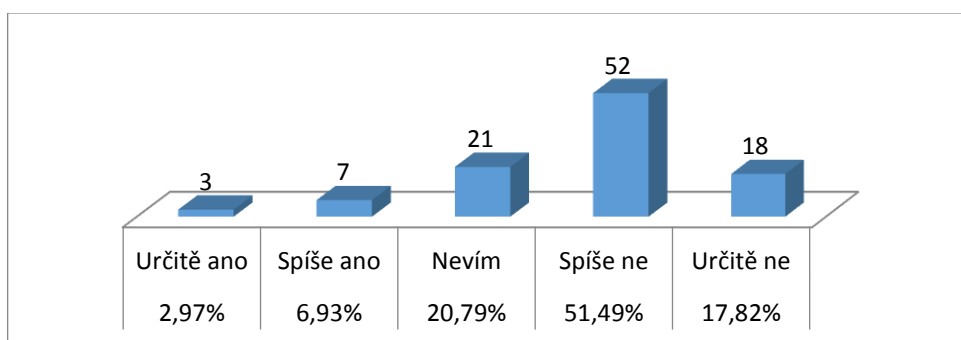


Graf č. 15 – Názor na důstojnější umírání v hospicových zařízeních

Odpovědi na otázku č. 15 nám ukazují, že téměř 72 % ošetřujícího personálu si myslí, že hospicové zařízení poskytne umírajícímu důstojnější smrt než léčebny dlouhodobě nemocných. 44 respondentů (43,56 %) odpovědělo, že hospicové zařízení určitě poskytne důstojnější umírání a 29 respondentů (28,71 %) odpovědělo spíše ano. Odpověď nevím označilo 21 respondentů (20,79 %), odpověď spíše ne označili 4 respondenti (3,96 %) a určitě ne 3 respondenti (2,97 %).

Otázka č. 16

**Domníváte se, že je v naší zemi dostatek hospicových zařízení?**

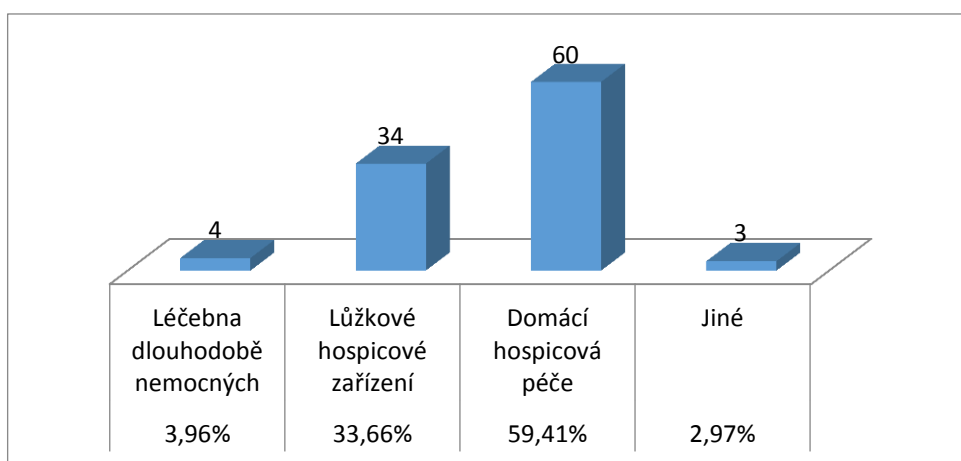


Graf č. 16 - Názor na dostatek hospicových zařízení

Na otázku č. 16 odpověděli 3 respondenti (2,97 %), že je v naší zemi určitě dostatek hospicových zařízení a 7 respondentů (6,93 %) uvedlo odpověď spíše ano, 21 respondentů (20,79 %) odpovědělo nevim. 52 respondentů (51,49 %) odpovědělo, že je v naší zemi spíše nedostatek hospicových zařízení. Odpověď, že jich je určitě nedostatek, zvolilo 18 respondentů (17,82 %). I přes fakt, že v České republice bylo dosaženo potřebného počtu hospicových lůžek doporučeného WHO, si přesto myslí téměř 70 % respondentů, že je hospicových zařízení v naší zemi nedostatek.

Otázka č. 17

**Pokud by u Vás byla možnost výběru, jakou byste zvolili pro svého blízkého příbuzného v terminálním stádiu péči?**



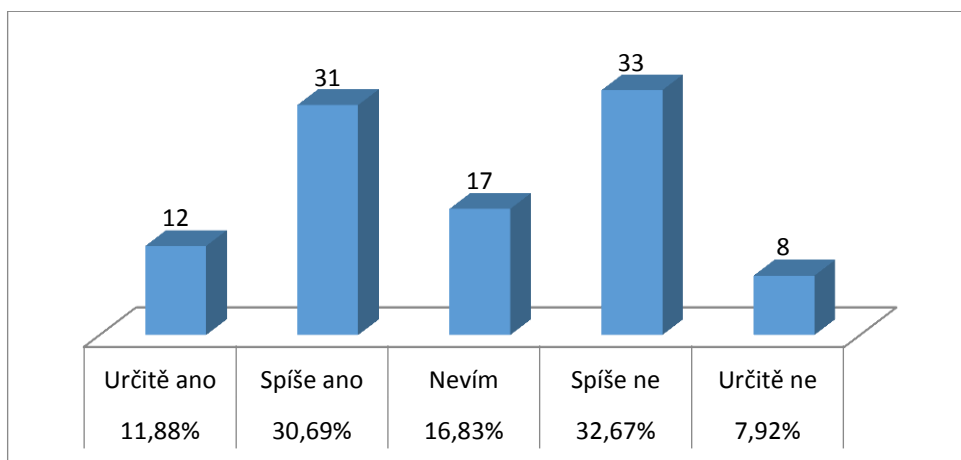
Graf č. 17 – Výběr paliativní péče pro svého příbuzného

Z uvedených odpovědí na otázku č. 17 je naprosto zřejmé, že převážná většina ošetřujícího personálu by v případě možnosti výběru zařízení vybrala domácí hospicovou péči. Tuto možnost zvolilo 60 respondentů (59,41 %). Lůžkové hospicové zařízení zvolilo 34 respondentů (33,66 %). Pouze 4 respondenti (3,96 %) označili, že by zvolili léčebnu dlouhodobě nemocných. U odpovědi „jiné“ mohli respondenti vypsát další návrhy, jak pečovat o svého příbuzného v terminálním stadiu. Tuto odpověď zvolili 3 respondenti (2,97 %). Zde uvádím jejich odpovědi: Charita, „Byla bych u něj až do poslední chvíle jeho života“, domácí péče.



Otázka č. 18

**Cítíte se být ve své náročné práci podporováni ze strany nadřízených?**

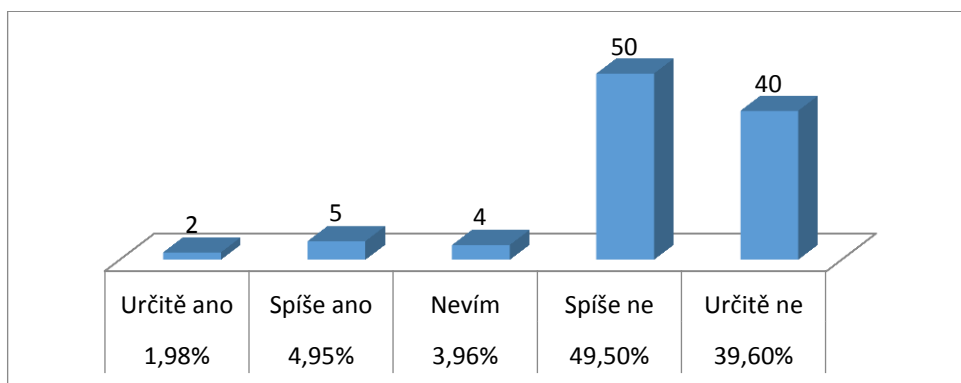


Graf č. 18 – Názor na podporu ze strany nadřízených

V otázce č. 18 jsou odpovědi poměrně rovnoměrně rozloženy. Určitě podporováno se cítí 12 respondentů (11,88 %), spíše podporováno se cítí 31 respondentů (30,69 %). Odpověď nevím zvolilo 17 respondentů (16,83 %). Spíše se necítí podporováno ze strany nadřízených 33 respondentů (32,67 %) a určitě nepodporováno se cítí 8 respondentů (7,92 %). Celkem tedy cítí podporu ze strany nadřízených necelých 43 % ošetřujícího personálu.

Otázka č. 19

**Myslíte si, že počet personálu ve Vašem zařízení je dostatečný k zajištění kvalitní paliativní péče?**

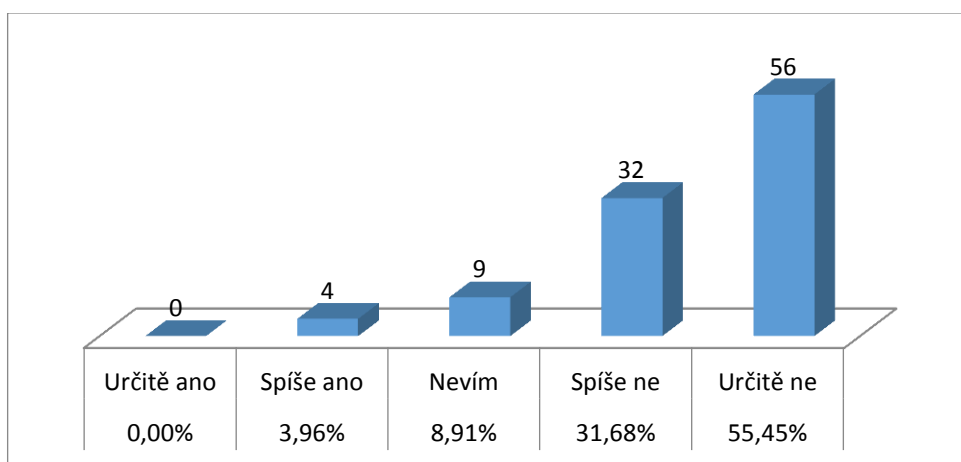


Graf č. 19 – Názor na počet personálu v LDN

Z odpovědí na otázku č. 19 je zřejmé, že téměř 90 % ošetřujícího personálu si myslí, že počet ošetřujícího personálu v léčebnách dlouhodobě nemocných je nedostatečný k zajištění kvalitní paliativní péče. Odpověď, že dostatek personálu je určitě nedostatečný uvedlo 40 respondentů (39,60 %) a odpověď, že je spíše nedostatečný uvedlo 50 respondentů (49,50 %). 4 respondenti (3,96 %) uvedli odpověď nevím. Spíše je dostatek personálu uvedlo 5 respondentů (4,95 %) a určitě je dostatek personálu uvedli pouze 2 respondenti (1,98 %).

Otázka č. 20

**Myslíte si, že je Vaše práce ve Vašem zařízení adekvátně finančně ohodnocena?**

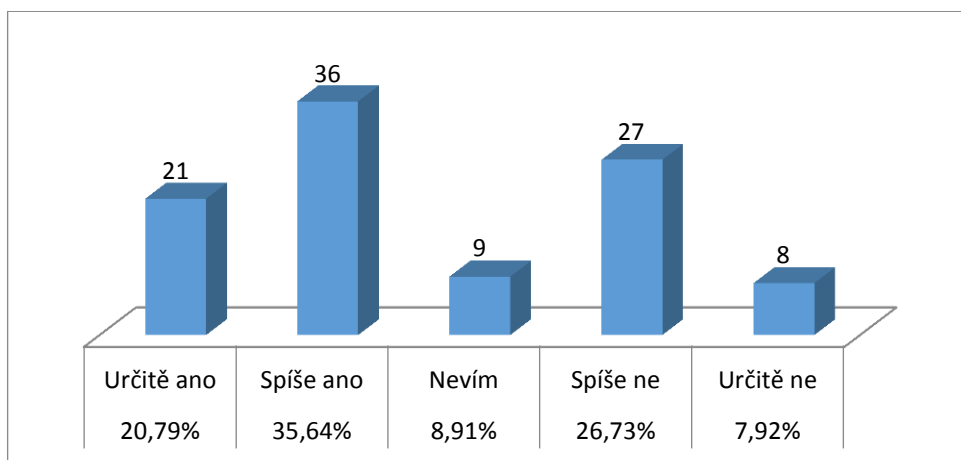


Graf č. 20 – Názor na finanční ohodnocení

Na otázku č. 20, zda se cítí být personál adekvátně finančně ohodnocen, odpovědělo 56 respondentů (55,45 %) určitě ne, 32 respondentů (31,68 %) spíše ne, 9 respondentů (8,91 %) odpovědělo nevím a 4 respondenti (3,96 %) zvolili odpověď spíše ano. Z výše uvedených odpovědí je zřejmé, že téměř 88 % ošetřujícího personálu se cítí za svou práci nedostatečně finančně odměňováno.

Otázka č. 21

**Cítíte se ohrožen (a) tzv. syndromem vyhoření?**

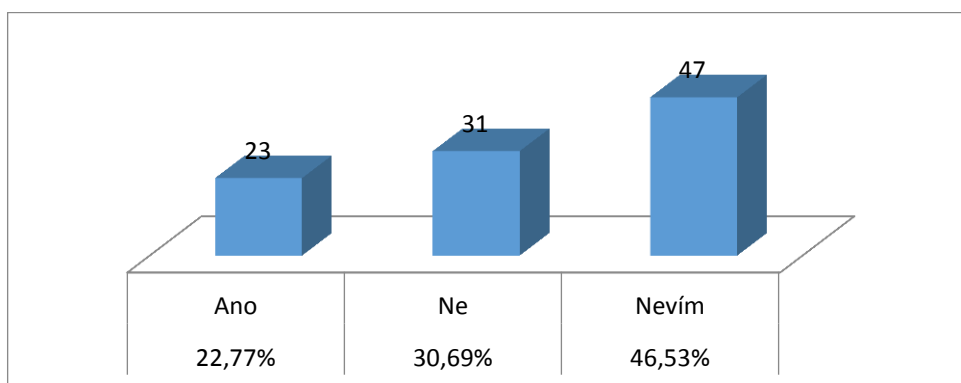


Graf č. 21 – Názor na ohrožení syndromem vyhoření

Ze 101 respondentů odpovědělo 21 respondentů (20,79 %), že se určitě cítí ohrožení syndromem vyhoření, spíše ohroženo se cítí 36 respondentů (35,64 %). 9 respondentů (8,91 %) označilo odpověď nevím. Spíše se necítí ohroženo syndromem vyhoření 27 respondentů (26,73 %) a určitě se necítí ohroženo 8 respondentů (7,92 %). Celkem se tedy cítí být ohroženo syndromem vyhoření téměř 57 % zdravotnického personálu.

Otázka č. 22

**Myslíte si, že je ve Vašem zaměstnání možná prevence syndromu vyhoření? Pokud ano, napište jaká.**



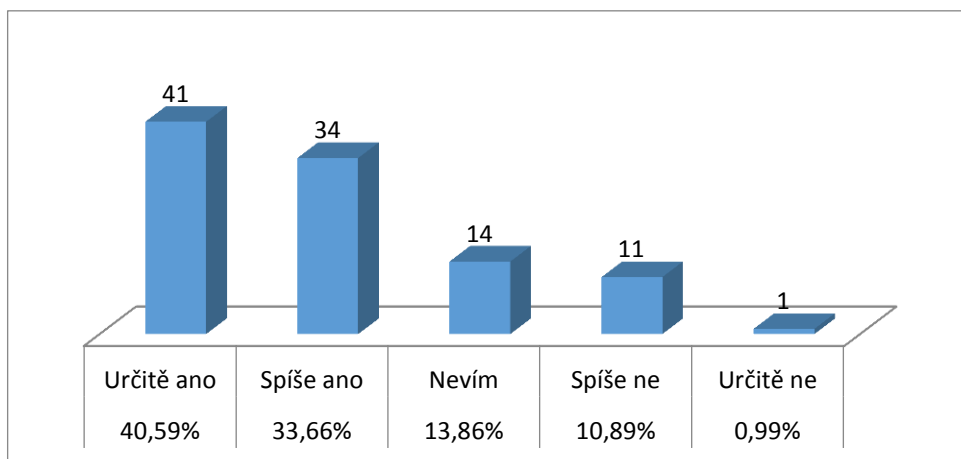
Graf č. 22 – Názor na prevenci syndromu vyhoření

Na otázku č 22 nejvíce respondentů - 47 (46,53 %) označilo odpověď' nevím. 31 respondentů (30,69 %) si myslí, že v jejich zaměstnání není možná prevence syndromu vyhoření. Pouze 23 respondentů (22,77 %) uvedlo, že prevence je možná. Tito respondenti měli možnost vyjádřit své návrhy pro prevenci ve volné odpovědi. Jako nejčastější prevence syndromu vyhoření jsou zaznamenány tyto odpovědi:

- Vztahy v kolektivu,
- dostatek personálu,
- mimopracovní aktivity,
- podpora nadřízených,
- koníčky a zájmy,
- přátelé,
- dostatek volného času,
- relaxace,
- psychoterapie.

Otázka č. 23

**Přináší Vám Vaše práce uspokojení?**



Graf č. 23 – Uspokojení z práce

Převážné většině zdravotnického personálu (74 %) jejich práce přináší uspokojení. Odpověď, že jim jejich práce určitě přináší uspokojení, zvolilo 41 respondentů (40,59 %) a odpověď spíše ano 34 respondentů (33,66 %). 14 respondentů (13,86 %) zvolilo odpověď nevím. 11 respondentů (10,89 %) odpovědělo, že je jejich práce spíše neuspokojuje a 1 respondent (0,99 %) odpověděl, že ho jeho práce určitě neuspokojuje.

## 7 INTERPRETACE VÝZKUMU

Analýzou dat jsme došli k odpovědím na výzkumné otázky, které jsme si stanovili před vlastním výzkumem v návaznosti na výzkumné cíle. V této části práce budeme věnovat pozornost rozboru dat z dotazníkového šetření ve vztahu k jednotlivým výzkumným otázkám.

V první výzkumné otázce nás zajímalo, jaká je úroveň vzdělávání v oblasti paliativní péče u zdravotnického personálu v léčebnách dlouhodobě nemocných. Této otázce se týkaly položky č. 3, 4, 5, 6. Z výsledků šetření je zřejmé, že téměř 96 % zdravotnického personálu je přesvědčeno o prospěšnosti paliativní péče. To znamená, že i personál v léčebnách dlouhodobě nemocných považuje tuto péči za velmi důležitou. Takto jednoznačné výsledky se již nevyskytovaly v dalších položkách. 69 % dotazovaných považuje své znalosti v oblasti paliativní péče za dostačující a spíše dostačující. Zarážející je skutečnost, že na odděleních, kde se personál běžně setkává se smrtí, uvedlo 30 % zdravotnického personálu, že nemá dostatečné vědomosti o této problematice. S tím přímo souvisí otázka vzdělávání v oblasti paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných. Pouze 40 % zdravotnického personálu odpovědělo, že absolvovali nějaký seminář nebo školení věnované paliativní péči. Pozitivní je, že téměř všichni respondenti jsou přesvědčeni o skutečnosti, že paliativní péče dokáže pacientům v terminálním stadiu zajistit pokud možno, co nejkvalitnější život až do samého konce.

Další výzkumná otázka se týkala uspokojování potřeb pacientů v terminálním stadiu v léčebnách dlouhodobě nemocných. Odpověď nám poskytly položky č. 7, 8, 9, 10. Z výzkumného šetření vyplývá, že ošetřující personál se setkává se smrtí poměrně často, 60 % respondentů uvedlo, že desetkrát a více za půl roku. To znamená, že uspokojování potřeb těchto pacientů je velmi důležité a je třeba jim věnovat pozornost. Je zřejmé, že většina zdravotnického personálu si myslí, že jsou potřeby u pacientů v terminálním stadiu uspokojovány dostatečně. Tento názor převládá jak v léčbě bolesti, tak i co se týká důstojnosti umírání a také duchovní (spirituální) podpory.

Další dílčí otázka se týkala problému, zda je v léčebnách dlouhodobě nemocných dostatečně zajištěna lidská důstojnost u umírajících (položka č. 9, 15). I přesto, že většina zdravotnického personálu odpověděla, že v léčebnách dlouhodobě nemocných je poměrně dobře zajištěna lidská důstojnost, přesto 72 % respondentů uvedlo, že v hospicových zařízeních je o důstojnost umírajícího postaráno lépe. Z toho vyplývá, že zdravotnický

personál si je vědom, že na odbornou paliativní péči nejsou léčebny dlouhodobě nemocných náležitě vybaveny.

Zda je pro zdravotnický personál důležitá spolupráce s rodinou, bylo probráno v další výzkumné otázce, které se týkaly položky 11, 12, 13. Většina zdravotnického personálu (79 %) si myslí, že je rodinám umožněno se co nejvíce zapojovat do péče o svého příbuzného v terminálním stadiu. V docela velké míře vidí zdravotnický personál (78 %) jako problematické jednání s rodinou, která se nechce, nebo se bojí smířit se s konečností života jejich příbuzného. Podpora a informace, které jsou pozůstalým poskytovány v léčebnách dlouhodobě nemocných, považuje většina personálu za dostatečné.

Na otázku, zda by se dala zlepšit paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, z větší části zdravotnický personál odpověděl, že neví, jak by se dala péče zlepšit, popř., že zlepšení není možné. Pouze 37 % odpovědělo, že by zlepšení paliativní péče na jejich odděleních bylo možné. Mezi návrhy na zlepšení paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, které nejčastěji udávali, byly zastoupeny v největší míře navýšení personálu a možnost poskytnout umírajícímu jednodůžkový pokoj, aby měl on i jeho rodina, která jej navštěvuje, co nejvíce soukromí. Dále jsme zaznamenali návrhy jako školení zaměstnanců, vybavení oddělení, návštěvy rodiny, lidský přístup, aby měl personál dostatek času na pacienty, psycholog na oddělení, klid a žádná zbytečná vyšetření.

Další výzkumná otázka (položky č. 18, 19, 20) se týkala problému, zda jsou na pracovištích léčených dlouhodobě nemocných z pohledu ošetřujícího personálu nějaké negativní faktory, které ovlivňují jejich práci. Z výzkumu vyplývá, že pouze 43 % ošetřovatelského personálu cítí podporu od svých nadřízených. Téměř 89 % personálu uvedlo, že počet ošetřujícího personálu na jejich oddělení je k zajištění kvalitní paliativní péče nedostačující a téměř 87 % ošetřujícího personálu si myslí, že jejich práce není adekvátně odměňována.

Syndromu vyhoření se týkala další výzkumná otázka (položky č. 21, 22, 23). Z výzkumu vyplývá, že více než polovina ošetřovatelského personálu (56 %) se cítí být ohrožena tzv. syndromem vyhoření. Že není možná prevence syndromu vyhoření nebo neví, zda je možná prevence, odpověděla většina ošetřujícího personálu (77 %). Pouze 23 % personálu uvedlo, že prevence možná je a uvedlo návrhy. Mezi nejčastější odpovědi opět patřil dostatek personálu na pracovišti a mimopracovní aktivity. Často také

respondenti uváděli vztahy v kolektivu. Dále bylo uváděno - přátelé, relaxace, semináře, koníčky, podpora nadřízených, volný čas.

Poslední výzkumná otázka měla zjistit, jaký názor má zdravotnický personál v léčebnách dlouhodobě nemocných na hospicová zařízení (položka č. 16, 17). Pokud by byla možnost výběru, jakou zvolit péči pro svého blízkého příbuzného, zvolila naprostá většina respondentů hospicovou péči. 60 % zvolilo domácí hospicovou péči a 34 % zvolilo lůžkovou hospicovou péči. Že v naší zemi není dostatek hospicových zařízení, si myslí téměř 70 % zdravotnického personálu, přestože Česká republika již dosáhla počtu hospicových lůžek doporučených WHO.

## 7.1 Doporučení pro praxi

Z výše uvedeného výzkumu je zřejmé, že i přesto, že má ošetřující personál dostatečné povědomí o důležitosti a prospěšnosti paliativní péče, má docela velké nedostatky v oblasti vědomostí o této problematice. Přesto, že se personál snaží, aby v léčebnách dlouhodobě nemocných poskytovali pacientům v terminálním stadiu co nejlepší péči, bez podstatných odborných znalostí tato snaha nebude zcela zúročena. Bylo zjištěno, že pouze menší polovina respondentů prošla školením, nebo seminářem věnující se tématům paliativní péče nebo paliativní léčby. Z výzkumu také vyplývá, že není jenom v rukou personálu, jak bude paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných vypadat. Jsou zde jiné, systémové nedostatky, které ošetřující personál nemá možnost ovlivnit. Jedná se o vybavení léčeben, větší počet pacientů na jednom pokoji, zajištění soukromí atd. Je také důležité, aby v léčebnách pracovali lékaři, kteří jsou odborníky na paliativní medicínu. V neposlední řadě je také podstatné zajištění dostatečného množství personálu. Unavený a vyčerpaný personál není schopen zajistit pacientům v terminálním stadiu kvalitní paliativní péči, protože tato práce je nesmírně náročná, jak z pohledu psychiky, tak i z pohledu fyzického zatížení. Je zde také nutná velká dávka empatie a soucitu. My se však nebudeme věnovat těmto systémovým a organizačním nedostatkům, ale pouze vylepšení situace ve vzdělávání a rozšiřování vědomostí v oblasti paliativní péče u zdravotnických pracovníků. Situace se dá zlepšit pořádáním pravidelných školení s tématem paliativní péče pro všechny zdravotnické pracovníky, kteří přicházejí pravidelně do styku s pacienty v terminálním stadiu. To znamená i pro všeobecné sanitáře a ošetřovatele, kteří jsou často s umírajícími v tom nejbližším a nejčastějším kontaktu (péče o hygienu, podávání stravy, krmení pacientů, koupele atd.). Také je důležité, aby tímto

školením v co nejbližší době od nástupu do zaměstnání, prošli všichni noví pracovníci, kteří budou pečovat o pacienty v terminálním stavu. Pro prevenci syndromu vyhoření vidíme jako nejlepší způsob pořádání pravidelných supervizí pro zdravotnický personál v rámci jednotlivých nemocnic. Tento způsob se již velmi dobře osvědčil v sociálních službách a přináší pomáhajícím profesím mnoho pozitivních výsledků. Při supervizích se dají vyřešit mnohé komplikované situace, jak mezi spolupracovníky, tak také složité vztahy mezi pacienty a zdravotnickým personálem a v neposlední řadě také různé neshody mezi personálem a nadřízenými. To vše velmi přispívá ke spokojenosti zaměstnanců, což se následně samozřejmě také promítne do kvality ošetrovatelské péče.



## ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, jak vnímá paliativní péči v léčebnách dlouhodobě nemocných zdravotnický personál v celkovém biologickém, psychologickém, sociálním a spirituálním kontextu. Toto téma je velmi citlivé a aktuální. Česká populace rychle stárne, věk seniorů se stále prodlužuje a léčebny dlouhodobě nemocných hospitalizují stále více polymorbidních pacientů, kteří se zde často dočkají konce svého života. Je velmi důležité, aby v těchto léčebnách pracoval obětavý, empatický a vzdělaný personál, který bude oporou pacientům v závěrečných chvílích jejich života.

Dokonalý model důstojného a co nejméně bolestivého umírání jsou hospicová zařízení, kde pracuje opravdu kvalitně proškolený personál, a kde je hlavně zajištěn dostatek personálu. Také je zde odpovídající vybavení, co se týče různých zdravotnických pomůcek, a jsou zajištěny léky k léčbě bolesti. Jednolůžkové pokoje zajišťující soukromí pacientovi i rodině jsou samozřejmostí. Pokoje jsou vybaveny moderními polohovacími postelemi a jsou zařízeny tak, aby se v nich umírající cítil co nejlépe. V léčebnách dlouhodobě nemocných nejsou tyto ideální podmínky, přesto zde staří lidé často umírají. Proto nás zajímalo, jak tuto problematiku vidí zdravotnický personál v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde tyto podmínky nejsou zajištěny tak dobře, jako v hospicích. Z výzkumu je zřejmé, že personál si je těchto nedostatků vědom. I přesto uvedla převážná většina personálu, že je jejich práce naplňuje a přináší uspokojení, což svědčí o jejich velké obětavosti a lásce k jejich povolání. Je dobrou zprávou, že i přes velký nedostatek personálu, se většina pracovníků na těchto odděleních domnívá, že paliativní péče v celkovém kontextu je v léčebnách zajištěna v dostatečné míře. Jsou zde ale také více ohroženi syndromem vyhoření z důvodů ztížených pracovních podmínek. To už je ale v rukou vedoucího managementu, který má k dispozici nástroje, jak pomáhat svým zaměstnancům v boji s tímto fenoménem.

Každý pacient v terminálním stadiu si zaslouží důstojnou a pokud možno co nejvíce bezbolestnou smrt, ať se nachází v jakémkoliv zařízení. Víme, že téměř každý z nás by si přál umřít doma, ve svém důvěrně známém prostředí, v přítomnosti svých blízkých. Nikdo si nepřeje být v těžkých chvílích obklopen cizími lidmi. Bohužel, někdy situace z různých důvodů nedovoluje zvolit domácí hospicovou péči a zde nastoupí péče institucionální. Pak záleží hlavně na zdravotnickém personálu, zda bude respektovat jedinečnost každého člověka, jeho náboženství, zvyky, ve své práci bude používat

empatický přístup, příjemnou komunikaci, podporovat styky s rodinou, tak aby se umírající necítil i v institucionálním zařízení osamoceně a doprovázení probíhalo co nejvíce důstojně.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina, 2013. Geriatrická problematika v pastorální péči. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.
2. CALLANANOVÁ, Maggie a Patricia KELLEYOVÁ, 2005. Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících. Praha: Cesta domů. ISBN 80-7021-819-3.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.
4. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80—247-1369-4.
5. KALVACH, Zdeněk a kol., 2010. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
6. KALLWASS, Angelika, 2007. Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.
7. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva Matějková, 2014. Psychologie 2 díl: pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3600-6.
8. KOUKOLÍK, František, 2014. Metuzalém: o stárnutí a stáří. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2464-8.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
10. KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
11. MARKOVÁ, Monika, 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada. ISBN 978-80-447-3171-1.
12. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872.
13. MUNZAROVÁ, Marta, 2005. Eutanazie nebo paliativní péče? Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.
14. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
15. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2007. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 3. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.

16. STOCK, Christian, 2010. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.
17. SVATOŠOVÁ, Marie, 1995. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-0-2.
18. VÁVROVÁ, Soňa, 2012. Doprovázení v pomáhajících profesích. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-262-0087-1.
19. VIRT, Günter, 2000. Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-330-2.
20. VORLÍČEK, J., Z. ADAM A Y. POSPÍŠILOVÁ, 2004. Paliativní medicína. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

1. osobní asistence [online] 2014 [cit. 2014-12-26] dostupné z:  
<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=5>
2. Lékařské listy. Terminální stavy a paliativní péče.[online] 2015 [cit. 2015-01-10] dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/terminalni-stavy-a-paliativni-pece-455167>
3. Umění doprovázet. Hospice v ČR. [Online] 2009 [cit. 2014-25-11] dostupné z:  
<http://www.umenidoprovazet.cz/cs/Kde-najdete-hospice-31.htm>
4. Cesta domů. Quo vadis, LDN?. [Online] 2008 [cit 2015-01-16] dostupné z:  
<http://www.umirani.cz/detail-clanek/quo-vadis-ldn.html>
5. Průvodce službami pro seniory. Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN).[Online] [2010 cit. 2014-12-16] dostupné z:<http://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/ldn.html>
6. VLČEK, František, D. Marx. Standardy jsou pro LDN výzvou. [Online] 2010 [cit. 2015-01-05] dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2010/standardy-jsou-pro-ldn-vyzvou-.389/>
7. Cesta domů. Hospice v České republice. [online] 2015 [cit. 2015-02-13] dostupné z  
<http://www.umirani.cz/hospice-v-cr.html>

## INTERNETOVÉ DOKUMENTY

1. Souhrnná zpráva o činnosti veřejného ochránce práv za rok 2006. [Online] 2007 [cit. 2015-02-03] dostupné z:  
[http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/zpravy\\_pro\\_poslaneckou\\_snemovnu/Souhrnna\\_zprava\\_VOP\\_2006.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/zpravy_pro_poslaneckou_snemovnu/Souhrnna_zprava_VOP_2006.pdf)
2. Dotazníkové šetření České asociace sester: pracovní podmínky zdravotníků v ČR [online]2013[cit. 2015-01-14]dostupné z  
[http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove\\_setreni\\_vysledky\\_2013.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf)

## ZÁKONY

ČESKO. Předpis č.55/2011 Sb. ze dne 1. 3. 2011- Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků §3- §43. In: Sbírka zákonů České republiky[online],částka20/2011.Dostupné také z  
<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast1>

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO Světová zdravotnická organizace

LDN léčebna dlouhodobě nemocných

Tzn. to znamená

Popř. popřípadě

Atd. a tak dále

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1 – Pracovní zařazení.....	38
Graf č. 2 – Věkové zastoupení.....	38
Graf č. 3 – Názor na paliativní péči.....	39
Graf č. 4 – Vědomosti personálu v oblasti paliativní péče.....	39
Graf č. 5 – Absolvovaná školení na pracovišti.....	40
Graf č. 6 – Názor na kvalitu života terminálně nemocných.....	41
Graf č. 7 – Názor na četnost terminálně nemocných v LDN.....	41
Graf č. 8 – Názor na zajištění bolesti.....	42
Graf č. 9 – Názor na zajištění lidské důstojnosti.....	43
Graf č. 10 – Názor na zajištění duchovní podpory.....	43
Graf č. 11 – Názor na zapojování rodin do péče.....	44
Graf č. 12 – Názor na poskytování podpory rodinám.....	45
Graf č. 13 – Názor na komplikace s nepřiměřenými nároky rodin.....	45
Graf č. 14 – Názor na možnosti zlepšení péče v LDN.....	46
Graf č. 15 – Názor na důstojnější umírání v hospicových zařízeních.....	47
Graf č. 16 - Názor na dostatek hospicových zařízení.....	47
Graf č. 17 – Výběr paliativní péče pro svého příbuzného.....	48
Graf č. 18 – Názor na podporu ze strany nadřízených.....	49
Graf č. 19 – Názor na počet personálu v LDN.....	49
Graf č. 20 – Názor na finanční ohodnocení.....	50
Graf č. 21 – Názor na ohrožení syndromem vyhoření.....	51
Graf č. 22 – Názor na prevenci syndromu vyhoření.....	51
Graf č. 23 – Uspokojení z práce.....	52

## SEZNAM PŘÍLOH

PI Dotazník

PII Povolení dotazníkového výzkumu- Nemocnice ve Valašském Meziříčí

PIII: Povolení dotazníkového výzkumu- Vsetínská nemocnice a.s.

PIV: Povolení dotazníkového výzkumu- Nemocnice T. Bati ve Zlíně



# PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

## DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Jana Išpoldová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně bakalářského programu Specializace v pedagogice oboru Sociální pedagogika (kombinovaná forma). Otázky v tomto dotazníku jsou určeny pro všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, ošetřovatele a sanitáře. Odpovědi budou použity ke zpracování bakalářské práce s tématem paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných. Dotazník je zcela anonymní. Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku, nebude-li napsáno jinak, označte vždy jen jednu odpověď.

Předem moc děkuji za spolupráci a za Váš čas strávený nad dotazníkem,

Jana Išpoldová

1. Má, podle Vás, paliativní péče pro pacienty v terminálním stadiu význam a prospěšnost?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

2. Myslíte si, že máte dostatečné vědomosti o problematice paliativní péče?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

3. Absolvovali jste na Vašem pracovišti školení, semináře v rámci paliativní péče?

1. Ano
2. Ne

4. Myslíte si, že paliativní péče dokáže zajistit umírajícímu, pokud možno, co nejvíce kvalitní život až do jeho konce?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

5. Jak často se setkáváte s pacienty v terminálním stadiu?

1. Setkávám se, ale pouze výjimečně.
2. Setkávám se třikrát, čtyřikrát do roka.
3. Setkávám se víc než třikrát za půl roku.
4. Setkávám se víc než pětkrát za půl roku
5. Setkávám se víc než desetkrát za půl roku

6. Myslíte si, že je na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných u pacientů v terminálním stadiu dostatečně zajištěna léčba bolesti?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

7. Myslíte si, že je na oddělení léčeben dlouhodobě nemocných u pacientů v terminálním stadiu dostatečně zajištěna lidská důstojnost?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

8. Domníváte se, že je na oddělení léčeben dlouhodobě nemocných zajištěna dostatečná duchovní (spirituální) podpora umírajících?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

9. Domníváte se, že se rodiny pacientů v terminálním stadiu mohou dostatečně zapojovat do péče?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

10. Domníváte se, že jsou rodinám pozůstalých poskytovány dostatečné informace a podpora?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

11. Myslíte si, že paliativní péči pacientů v terminálním stadiu komplikují nepřiměřené nároky rodiny, která se nechce smířit s konečností života jejich příbuzného?

1. Ano, občas to pociťuji jako problém
2. Nevím
3. Ne

12. Dala by se podle vás zlepšit péče o pacienta v terminálním stadiu ve vašem zřízení? Pokud odpovíte ano, napište, prosím, jak.

1. Ano.....  
.....  
.....  
.....  
.....
2. Ne
3. Nevím

13. Domníváte se, že paliativní péče v hospicovém zařízení zajistí člověku v terminálním stadiu důstojnější smrt než v zařízeních léčeben dlouhodobě nemocných?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

14. Domníváte se, že je v naší zemi dostatek hospicových zařízení?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

15. Pokud by u Vás byla možnost výběru, jakou byste zvolili pro svého blízkého příbuzného v terminálním stadiu péči?

1. Léčebna dlouhodobě nemocných
2. Lůžkové hospicové zařízení
3. Domácí hospicovou péči
4. Jiné.....

16. Cítíte se být ve své náročné práci podporováni ze strany nadřízených?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

17. Myslíte si, že počet personálu ve Vašem zařízení je dostatečný k zajištění kvalitní paliativní péče?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

18. Myslíte si, že je Vaše práce ve Vašem zařízení adekvátně finančně ohodnocena?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

19. Cítíte se ohrožen(a) tzv. syndromem vyhoření?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

20. Myslíte si, že je ve Vašem zaměstnání možná prevence syndromu vyhoření? Pokud ano, napište jaká.

1. Ano.....  
.....

- .....  
.....  
.....
2. Ne
  3. Nevím

21. Přináší Vám Vaše práce uspokojení?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Nevím
4. Spíše ne
5. Určitě ne

22. Kolik je Vám let?

1. 19- 29 let
2. 30- 39 let
3. 40-49 let
4. 50 a více

23. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

1. Všeobecná sestra (BC, DiS)
2. Zdravotnický asistent
3. Ošetřovatel
4. Sanitář

## PŘÍLOHA II: POVOLENÍ DOTAZNÍKOVÉHO VÝZKUMU

Jana Išpoldová  
Dolní Jasenka 773  
755 01 Vsetín  
Tel.: 737 357 147

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.

U nemocnice 980  
757 01 Valašské Meziříčí

Ve Vsetíně, 16. února 2015

Věc: Žádost o povolení průzkumno- výzkumné práce.

Jmenuji se Jana Išpoldová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně- obor Sociální pedagogika. V roce 2015 bych ráda studium úspěšně zakončila a součástí závěrečné zkoušky je i obhajoba bakalářské práce. Název mé bakalářské práce je „Paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných“. Obracím se proto na Vás s prosbou o povolení spolupráce s Vaším zdravotnickým zařízením za účelem získání dat formou dotazníkové metody. Daný výzkum budu zpracovávat pod odborným dohledem Mgr. Renaty Polepilové.

Děkuji, s pozdravem

Jana Išpoldová

Vyjádření instituce:

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.	
Datum:	27-02-2015
Čj	
Počet listů přílohy:	

Souhlasím s provedením průzkumného šetření.

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.  
člen skupiny AGEL a.s.  
Nemocnice 980, 757 42 Val. Meziříčí  
IČ: 26822 105, DIČ: CZ699000899  
571 758 111  
www.nemvalmez.cz

Mgr. Jana Pelikánová  
hlavní sestra

## PŘÍLOHA III: POVOLENÍ K DOTAZNÍKOVÉMU VÝZKUMU

Mgr. Pavel Šupka, DiS  
Náměstek pro ošetrovatelskou péči  
Vsetínská nemocnice a.s.  
Nemocniční 955  
755 01 Vsetín

**Věc:** Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážený pane náměstků,

Tímto Vás žádám o povolení šetření formou dotazníku ve Vsetínské nemocnici a.s., jako výstup zpracování bakalářské práce „Paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných“, v rámci studia na Univerzitě Tomáše Bati v Zlíně- obor Sociální pedagogika. Dotazníky budou určeny všeobecným sestřám, zdravotnickým asistentům, ošetrovatelům a sanitářům na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných. Dotazníky budou rozdány po deseti na každou ošetrovatelskou stanici, tedy celkem 30 dotazníků. K žádosti přikládám kopii dotazníku. Zavazuji se Vsetínské nemocnici a.s. předložit výsledky šetření bakalářské práce v elektronické verzi.

S pozdravem



Jana Išpoldová

Dolní Jasenka 773

755 01 Vsetín

Ve Vsetíně, 24.2.2015

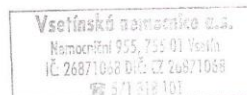
### Vyjádření:

- Souhlasím s realizací šetření (viz. Výše)


Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Datum: 26. 2. 15



Razítko, podpis:



Mgr. Pavel Šupka

## PŘÍLOHA IV: POVOLENÍ K DOTAZNÍKOVÉMU VÝZKUMU

Jana Išpoldová  
Dolní Jasenka 773  
755 01 Vsetín  
Tel.: 737 357 147

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

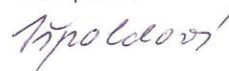
Ve Vsetíně, 16.února 2015

Věc: Žádost o povolení průzkumno- výzkumné práce.

Jmenuji se Jana Išpoldová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně- obor Sociální pedagogika. V roce 2015 bych ráda studium úspěšně zakončila a součástí závěrečné zkoušky je i obhajoba bakalářské práce. Název mé bakalářské práce je „Paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných“. Obracím se proto na Vás s prosbou o povolení spolupráce s Vaším zdravotnickým zařízením za účelem získání dat formou dotazníkové metody. Daný výzkum budu zpracovávat pod odborným dohledem Mgr. Renaty Polepilové.

Děkuji, s pozdravem

Jana Išpoldová



Vyjádření instituce:



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