

# Péče o umírající pacienty z holistického pojetí

Anna Dvořáková

---

Bakalářská práce  
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických studií  
akademický rok: 2007/2008

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna DVOŘÁKOVÁ**  
Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Péče o umírající pacienty z holistického pojetí.**

Zásady pro vypracování:

### **1. Teoretická část**

Vymezit pojem thanatologie a holismus.

Seznámit s pojmem umírání a definicí smrti.

Vymezit jednotlivé bio-psycho-sociální potřeby pacientů ad finem.

Popsat specifika péče o umírající v hospicích.

### **2. Praktická část**

Získat názor umírajících na uspokojování potřeb.

Zjistit pohled zdravotních sester na konkrétní potřeby pacientů v hospicích pomocí dotazníkové metody.

Zhodnotit kvalitu uspokojení potřeb z holistického pojetí.

Analyzovat data získaná výzkumem a zaznamenat do grafů a tabulek.

Interpretovat výsledky svého výzkumu.

Navrhnout praxeologická řešení.

Rozsah práce: 99 stran

Rozsah příloh: 22 stran

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

Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

2. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. Paliativní péče. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

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

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

5. SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 3. vydání. Praha: ECCE HOMO, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Markéta Valentová**

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

**31. ledna 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. května 2008**

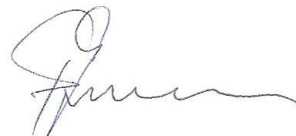
Ve Zlíně dne 31. ledna 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



L.S.



MUDr. František Grossmann, CSc.  
*ředitel ústavu*

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky

Po celou dobu praxe se často setkávám a pečuji o těžce nemocné a umírající pacienty. Proto jsem se rozhodla tuto práci věnovat právě jim a nastítnit, jaké jsou podmínky a kvalita v přístupu k těmto pacientům a zda jsou uspokojovány všechny jejich individuální potřeby a přání. Je to velmi obtížné a nesnadné a ne vždy je kvalita poskytující péče opravdu dostačující, zvláště ve zdravotnických zařízeních. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na pohled pacientů v hospicích na kvalitu poskytované péče a taktéž na pohled ze strany ošetřujícího personálu.

Klíčová slova: thanatologie, umírání, smrt, hospic, paliativní medicína

## **ABSTRACT**

Abstract in a world language

I very often meet and take care of patients in grave disease and dying ones in my work practise. So I have decided to dedicate this my work to them and to give a message about conditions and access to those patients. Wheather there are fulfilled all their individual needs and wishes. This is very difficult and uneasy to provide and not in every case a care quality level is sufficient enough in some health facilities especially. I focused in my research work to hospic patients and care quality as well as it is seen from the side of attending personnel.

Keywords: thanalogy, dying, death, hospic, paliative confection

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí profesorce Mgr. Markétě Valentové, která mi poskytla cenné rady a pomoc při vypracování mé práce.

Dále bych chtěla vyjádřit poděkování celému personálu i pacientům Hospice CITADELA ve Valašském Meziříčí a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně, kteří byli velmi vstřícní a ochotni mi pomoci v mém výzkumném šetření.

## OBSAH

ÚVOD.....	8
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
<b>1 DEFINICE POJMŮ.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 THANATOLOGIE.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 HOLISMUS.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 UMÍRÁNÍ.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 SMRT FYZICKÁ, PSYCHICKÁ A SOCIÁLNÍ.....</b>	<b>12</b>
<b>2 FÁZE A STÁDIA UMÍRÁNÍ.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 FÁZE PODLE KÜBLER- ROSSOVÉ.....</b>	<b>14</b>
2.1.1 Zavírání očí před skutečností a osamění.....	15
2.1.2 Zloba.....	16
2.1.3 Vyjednávání.....	17
2.1.4 Deprese.....	18
2.1.5 Souhlas.....	19
<b>3 SMYSL NADĚJE A SDĚLENÍ PRAVDY.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 NIKDY NEBRAT NADĚJI.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 SDĚLENÍ PRAVDY.....</b>	<b>21</b>
3.2.1 Pravda z hlediska potřeb nemocného.....	22
<b>4 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI A RODINOU.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI.....</b>	<b>23</b>
4.1.1 Jak konkrétně reagovat.....	24
4.1.2 Zásady komunikace.....	24
<b>4.2 KOMUNIKACE S POZŮSTALÝMI.....</b>	<b>25</b>
4.2.1 Obavy pozůstalých.....	25
4.2.2 Vyrovnání se s přibližující se smrtí.....	25
4.2.3 Pomoc pozůstalým.....	26
4.2.4 Zásady komunikace s pozůstalými.....	26
<b>5 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH.....</b>	<b>28</b>
<b>5.1 HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....</b>	<b>28</b>
<b>5.2 BIOLOGICKÉ POTŘEBY.....</b>	<b>29</b>
<b>5.3 ZVLÁDNUTÍ BOLESTI.....</b>	<b>30</b>
<b>5.4 PSYCHOLOGICKÉ POTŘEBY.....</b>	<b>31</b>
<b>5.5 SOCIÁLNÍ POTŘEBY.....</b>	<b>34</b>

5. 6	SPIRITUÁLNÍ POTŘRBY.....	34
6	HOSPIC A HOSPICOVÁ PÉČE.....	35
6. 1	VZNIK A VÝVOJ HOSPICOVÉHO HNUTÍ.....	35
6. 2	DEFINICE HOSPICE.....	35
6. 3	FORMY HOSPICE A TYPY ORGANIZAČNÍHO ZAJIŠTĚNÍ HOSPICOVÉ PÉČE.....	36
6. 4	ŽÁDOST A SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS.....	37
6. 5	DŮVODY PŘIJETÍ.....	37
6. 6	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A OŠE. DOKUMENTACE.....	38
6. 7	SPOLUPRÁCE S RODINOU A PÉČE O POZŮSTALÉ.....	38
6. 8	ÚLOHA A VÝZNAM DOBROVOLNÍKŮ.....	39
6. 9	STRUČNÉ SEZNÁMENÍ S NAVŠTÍVENÝMI HOSPICI.....	39
7	PALIATIVNÍ PÉČE.....	40
7. 1	PALIATIVNÍ PÉČE A UTRPENÍ.....	41
7. 2	PRÁVA UMÍRAJÍCÍCH A TERMINÁLNĚ NEMOCNÝCH.....	42
II.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
1	CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY.....	44
1. 1	CÍLE VÝZKUMU.....	44
1. 2	HYPOTÉZY.....	44
2	METODIKA VÝZKUMU.....	45
3	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	46
3. 1	VÝSLEDKY VÝZKUMU U NEMOCNÝCH.....	46
3. 2	VÝSLEDKY VÝZKUMU U ZDRAVOTNÍKŮ.....	67
4	DISKUSE K VÝZKUMU.....	85
4. 1	PRAXEOLOGICKÉ ŘEŠENÍ.....	87
	ZÁVĚR.....	88
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	90
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	92
	SEZNAM TABULEK.....	93
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	97
	SEZNAM PŘÍLOH.....	99

## ÚVOD

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku umírání a smrti a na péči, kterou je nezbytné poskytovat těžce nemocným a umírajícím pacientům.

Co je smrt? Kdy nastává a jaké jsou fáze umírání? Je péče o umírající pacienty v hospicích skutečně kvalitní a jsou i oni sami spokojeni s péčí, která je jim poskytována? To jsou jen jedny z mála otázek, na které jsem se snažila najít odpověď. V dnešní době, kdy se pro nás stala smrt něčím strašidelným, na co bychom nejraději zapomněli, kdy s postupem lékařské vědy vyvstávají nové etické problémy ohledně konce života a kdy smrt chápeme málem jako porážku moderní medicíny, se stále hlasitěji ozývá volání po autonomii pacienta, po jeho právu na důstojnou smrt- a v neposlední řadě i po eutanázii.

Téma eutanázie však není náplní mé práce. Podle mého názoru je eutanázie velmi složitá záležitost, na kterou lze pohlížet z mnoha různých úhlů, a také si uvědomuji, že ač by ji snad v některých případech bylo možné využít, nelze ji zatím uvést do praxe, protože je zde velké riziko zneužití. Vidím proto řešení jinde. Existuje zařízení, jehož posláním je komfortně pečovat o umírající pacienty, zcela odstranit jejich bolesti a pomoci jim vyřešit otázky, které by je ke konci jejich dní mohly trápit. Tímto zařízením je hospic. Ve své práci jsem se proto snažila osvětlit historii, cíle a priority hospicového hnutí. Ale aby bylo možno pochopit podstatu hospice, je nutno seznámit se také s potřebami umírajícího a s fázemi, kterými během terminálního stádia své nemoci prochází.

Pro vypracování praktické části jsem se rozhodla navštívit Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně a Dům hospicové péče- CITADELA ve Valašském Meziříčí, kde jsem formou polostandardizovaného rozhovoru zjišťovala konkrétní potřeby těžce nemocných a umírajících a taktéž jsem formou dotazníků zjišťovala pohled druhé strany, tudíž ošetřujícího personálu. Všichni mi zde vycházeli velice vstřícně a nesetkala jsem se s žádným negativním ohlasem.

Velmi obtížné bylo zjišťování informací od nemocných. Jen malá většina z nich byla schopná mi odpovídat na konkrétní otázky. S ostatními jsem trávila delší čas povídáním a v průběhu toho jsem dostala pro mě potřebné odpovědi. Často jsem poslouchala svízelné životní osudy, které se mě dotýkali a já tak podstatu a nutnost kvalitní ošetrovatelské péče více pochopila, zejména to, jak je pro tyto pacienty nutný kontakt a vyslyšení.



## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 DEFINICE POJMŮ

## 1.1 Thanatologie

Thanatologie je většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti.

Prakticky je však obsah oboru thanatologie „rozptýlen“ do celé řady klasických oborů: filosofie, teologie, medicíny, psychologie, sociologie atd. Důvodem je nepochybně skutečnost, že každý ze jmenovaných oborů se vyjadřuje ke stejnému problému ze svého zorného úhlu pohledu a prostřednictvím svých vědeckých metod.

Dnes žijeme v době, kdy se nemluví o umění zemřít, ale o umění život prodloužit, a problémy v tomto umění jsou nekonečné. Propast mezi vysoce vzdělaným a technicky vyzbrojeným lékařem a trpícím nemocným je veliká. A právě to je překážkou účastné pomoci v procesu umírání, kde nabývají na významu jiné než technické prostředky pomoci. Rozumět současným podmínkám výkonu lékařského povolání, limitům péče a sobě samému ve chvílích konfrontace s bolestí, marností, nejistotou, umíráním a smrtí je nutné z důvodu jak profesních, tak i lidských. ( Haškovcová, 2000, str. 142)

## 1.2 Holismus

Holistická medicína je svým principem preventivní a léčebná medicína, která zdůrazňuje nutnost pohledu na celého člověka- více než na izolovanou funkci jeho orgánů jde o pohled na jeho tělo, duši, emoce a prostředí, v němž se člověk pohybuje. Vychází z principu holismu. Je to medicína, která zejména zdůrazňuje péči člověka "sama o sebe", za podpory cvičení, správné výživy, adekvátního spánku, pobytu na zdravém vzduchu a zdrženlivosti v zlozvycích. Termín holistická medicína se stal módním ke konci 20.století (the International Association of Holistic Health Practitioners byla založena v r.1970 a přijala současný název v r.1981). V její základní filosofii je kladen důraz na zajištění kompletní péče o člověka nebo nemocného a na to , že celek má přece vždy přednost nad jednotlivým dílem a komplexní pohled na nemocného je třeba upřednostňovat před pohledy dílčími a "specializovanými". ( Mastiliaková, 1999, str. 7- 9)

### 1. 3 Umírání

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. Jinými slovy řečeno, jedná se o „vlastní umírání“.

Konkrétní závěr lidského života bývá zcela individuální a můžeme tedy mluvit o tom, že každý umírá „svou smrtí“. ( Vorlíček, 1998, str. 369)

Příznaky a projevy umírání:

- progresivní celková slabost a únava
- prodlužující se periody denního spánku
- postupné snižování pacientovy schopnosti pozornosti a koncentrace
- klesá pacientův zájem o konverzaci
- pacient se vnitřně „vzdaluje“ od vnějšího světa, kontakt zachovává pouze s nejbližšími
- zhoršuje se zrak a sluch
- zmatenost, dezorientace, halucinace
- pacient odmítá jíst a pít
- má sucho v ústech a potíže při polykání
- snižuje se diuréza, někdy až do stádia anurie
- pacient nevstává z lůžka
- pacient má chladné až mramorované končetiny

( Lékařské listy, 2002, str. 23)

## 1. 4 Smrt fyzická, psychická a sociální

Smrt, **úmrtí, skon**, latinsky **exitus**, je ( z biologického a lékařského hlediska) zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je tedy stav organismu po ukončení života. Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jedna z fází života organismu.

**Smrt fyzická** je úplná, trvalá a nezvratná ztráta vědomí. Její počátek lze těžko identifikovat, neboť mimo smrt fyzickou rozlišujeme i smrt psychickou a smrt sociální.

*„ Donedávna byl měřítkem života tlukot srdce, když ustal, bylo to znamení smrti. Avšak s příchodem nových moderních technologií do medicíny je nyní možné oživit i lidi, jejichž srdce i dech se zastavily. Tyto okolnosti si vyžádaly vytvoření nových definic života a smrti, jež se pojí s názorem, že s odchodem všech funkcí mozku odchází i vědomí, a tudíž přestává existovat i celý jedinec. Smrt tedy znamená, že nefunguje žádná část mozku.“*

*Picknett L., 1992*

**Smrt psychická** je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou bezdějí a zoufalstvím, které nepochybně usnadňuje vstup smrti fyzické.

**Smrt sociální** je stav, kdy člověk sice žije, ale je nenávratně vyvázan z důležitých sociálních a mezilidských vztahů. ( Kay Blumenthal- Bary, 1982, str. 41- 43)

Musíme si uvědomit, že smrti fyzické velice často předchází smrt psychická a sociální. Nikdo by neměl umřít dřív psychicky než fyzicky. Opuštění domova, blízkých, prostředí, ve kterém jsme žili svůj život, „odsun“ do prostředí neznámého, obvykle do nemocnice nebo pečovatelského domu, ztráta lásky a naděje představuje první fázi umírání- počátek smrti psychické a sociální.

## 2. FÁZE A STÁDIA UMÍRÁNÍ

„ Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stádia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“

E. Kubler- Rossová

Fáze umírání jsou podle autorů různé. Nejčastěji používané u nás jsou fáze *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

Fáze *pre finem* může být dlouhá a časově může dosáhnout i několika let. U terminálně nemocných dominuje otázka pravdy na nemocničním lůžku a problematika změny životního stylu. Je třeba usilovat o remisi, tedy stav různě dlouhého a různě kvalitního příměří s nemocí, která dříve či později pravděpodobně vzplane znovu. S ohledem na pochopitelné obavy nemocného i s respektem k reálným nadějím je potřeba pacienta citlivě vést. V žádném případě tudíž nesmíme opomínat psychický stav pacienta. Často dochází ke ztrátě zaměstnání, mění se pocit domova, přátelé, sociální a ekonomická stránka. Je proto nutné v této těžké době pacienta podržet a směřovat ho dál.

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 charakteristická péčí o mrtvého a zahrnuje péči o jeho tělo a o pozůstalé, zejména patří-li do některých z rizikových skupin. Tato fáze nebývá v popředí zdravotníků, s výjimkou péče o tělo. Velmi důležité je však věnovat větší pozornost problematice zármutku a smutku. Zármutek a žal většinou začínají už před očekávanou smrtí. Stává se, že proběhnou fyziologicky a časem dojde k vyrovnání se s extrémní ztrátou. Výjimkou však nejsou ani patologické formy zármutku a žalu. Nemocní nejsou schopni zvládnout tuto situaci sami a někdy dokonce neumějí ani požádat o pomoc. Často pak končí na psychiatrii. Mnohým by bylo možné pomoci cílenou individuální prevencí.

( Vorlíček, 1998, str. 369- 371)

## 2. 1 FÁZE PODLE KÜBLER- ROSSOVÉ

Reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace mohou být různé, často závisí na spoustě okolností, jako např. dosavadní zkušenosti, povahové a osobnostní rysy.

Proto je velmi nutné se s těmito reakcemi seznámit. Velice přehledně je jako „fáze“ popsala dr. Elizabeth Kübler- Rossová, na základě svých celoživotních zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími.

Je nutné si uvědomit, že těmito fázemi neprochází nemocný sám, ale společně s ním i jeho nejbližší. Ti trpí společně s ním, navíc se od nich očekává někdy až nadlidský výkon. Proto musíme také stanovit únosnou hranici, do jaké míry je možno zastoupit rodinu nemocného a v jakých případech je naopak rodina nepostradatelná. I oni totiž musí mít možnost odpočinout si a nabrat dech. Už to samo o sobě je dostatečným důvodem k tomu, aby se do doprovázení nemocných zapojilo i širší okolí, jako např. dobrovolníci, duchovní či přátelé.

Dále je nutno vědět, že i když jsou fáze seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusejí vždy zachovávat stanovené pořadí. Naopak, často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají a mohou se i dvě nebo tři, někdy i v jediném dni, prolínat.

( Svatošová, 1995, str. 27- 28)

*Musím se rozloučit. Řekněte mi: „ Žij blaze,“ moji bratři! Skláním se před vámi všemi, odcházím od vás. Vracím klíč od svých dveří, už nic nechci ze svého domu.*

*Prosím jen o vaše poslední vlídná slova. Dlouho jsme byli sousedy, přijal jsem však víc, než jsem mohl dát. Nyní se den sklonil. Svítilna, která prosvěcovala temné kouty, zhasíná.*

*Slyším volání. Jsem připraven k odchodu.*

*Thákur*

## 2. 1. 1 Zavírání očí před skutečností a osamění

„Já? To není možné!“ Takto reagují většinou pacienti, kterým byla tato pravda sdělena, ale i ti, kteří to ponenáhlu zjistili sami. Mnoho jich doufá, že z vyšetření byli vyvozeny špatné závěry. Takovou reakci mají pacienti zvláště potom, když jsou bezprostředně, a tedy příliš brzy někým informováni, kdo je a jejich psychiku nezná nebo chce to „mít rychle za sebou“. Téměř všichni pacienti se nemoc pokoušejí od sebe zapudit, a to nejen v prvním okamžiku, nýbrž i později a opakovaně. Kdosi řekl: „Do slunce se nemůžeme dlouho dívat a smrti do očí také ne“. Také nemocný, který ví o blížícím se konci, musí si jej občas zapírat, aby vůbec mohl ještě žít.

Toto počínání pomůže pacientovi s mučivými bolestmi, které musí snášet po dlouhou dobu. Nechtít vzít na vědomí těžkou nemoc je jako nárazník před úděsem z diagnózy. Je to druh reflexivní obrany.

Přesto je natolik odevzdán svému osudu, že obvykle může hovořit s jiným člověkem o svém konci. Ovšem k takovému hovoru může dojít, jen když on sám je k němu připraven, a musí být zastaven, když dá najevo, že už nechce pokračovat.

Nebrat nemoc na vědomí převládá v úvodní fázi, později následuje akceptování choroby. I když jsou i pacienti, kteří si nechtějí až do své smrti hrozbu přiznat, mluví o umírání jako o nevyhnutelném zlu, které snad je zastihne ve spánku, nebo doufají, že přijde bezbolestně, potom však před svou chorobou zavírají oči.

Všichni nemocní potřebují občas odsunout myšlenky o vážnosti svého stavu. Citlivý a pozorný pozorovatel musí rozpoznat pacientovu okamžitou náladu a nechat na něm, jak se chce se svým duševním stavem vyrovnat. V pozdější fázi nemocný hovoří o své nemoci a svém zdraví, o své smrti a o své nesmrtelnosti, jako by to byli sourozenci, kteří mohou vedle sebe klidně existovat. Dívá se vstříc smrti, ale přesto se nevzdává naděje.

Kdo pracuje v nemocnici- lékař, sestra, duchovní- vůbec netuší, o co se připravuje, když se takovému pacientovi vyhne. Byl by poblíž člověku, který se přizpůsobuje nebo se brání, ale také se snaží sám sobě pomoci. Je nesmírně poučné být s ním v kontaktu, leccemu je možno se naučit. Stačí přisednout a naslouchat. Nemocný brzy pojme důvěru, když má partnera, který se o něho stará, cítí s ním a nenechá ho na holičkách; navázání vztahu nevychází jen ze slov, nýbrž i z mnoha nepatrných gest.

My sami se vyvíjíme a zrajeme. K přezkoumání vlastních morálních vlastností, poučení a procítění není vhodnějšího prostředí než dlouhý kontakt se starými nebo umírajícími pacienty.

## 2. 1. 2 Zloba

Podáváme pomocnou ruku, ale část pacientů reaguje jinak, než jsme očekávali:

„ Ne, ne, se mnou si nedělejte starosti !“ Někteří však dodatečně přiznají: „ Snad přece, asi na tom nejsem moc dobře.“ Naštěstí nebo naneštěstí je jen málo pacientů, kteří si až do své smrti udržují iluzi zdraví a dobrého zdravotního stavu.

Po zavírání očí nad skutečností následuje povětšinou zloba, nevraživost, závist. Pacient si klade otázku: „ Proč právě já? Proč ne tamten?“

S nemocným ve zlostné fázi reagování to mají rodiny a nemocniční personál velmi těžké. Sestry se stávají jako první cílem zloby; ať dělají, co dělají, všechno je špatné. Jakmile opustí pokoj, hned znovu zazní zvonek, když chce urovnat polštář, znamená to, že nemocnému nedopřeje klidu; nechá-li nemocného o samotě, je hned znovu alarmována.

Návštěvy rodiny jsou přijímány bez radosti. Nemocný reaguje, jako by mu bylo těžce ubližováno, a celá návštěva se odbude ve stísněné náladě.

Situace by byla o něco méně skličující, kdybychom se více dokázali vcítit do rozpoložení nemocného, z čeho jeho zloba pramení. Zloba má své logické odůvodnění. Každý z nás by byl naplněn hněvem, kdyby byl náhle vytržen z normálního života. Je v naší přirozenosti, že si chceme vylít zlost na lidech, kteří mohou ještě všeho užívat, zatímco my se už ani nemůžeme udržet na nohou, pobyt v nemocnici nám způsobuje omezení naší svobody. Kamkoli pacient pohlédne, všude nachází důvod ke zlobě. Začne na sebe upozorňovat, má stále nové požadavky, stěžuje si a nařiká, chce, aby si ho všímali: „ Jsem ještě naživu!“

Je-li pacientovi věnována pozornost a čas, brzy se zase uklidní a žádá méně. Ví, že se s ním ještě počítá. Ví také, že svá přání nemusí prosazovat zlostným křikem a že nemusí stále zvonit, protože se rádi na něho do pokoje přijdou podívat.

Musíme se učit, jak našemu nemocnému naslouchat a některou i nepodloženou zlost i uznat, neboť víme, že se mu uleví a že bude lépe snášet poslední hodiny života.



### 2. 1. 3 Vyjednávání

Třetí, spíše prchavá fáze, je méně známá, pro pacienta však velmi často důležitá, neboť na ni spoléhá jako na svého pomocníka. Když v první fázi tápeme a nejsme schopni si uvědomit skutečnost nebo se k ní nechceme znát, v druhé fázi se hašteříme s Bohem a světem, pokoušíme se ve třetí oddálit příchod nevyhnutelného, řekli bychom „obchodním vyjednáváním“. Když Bůh rozhodne vzít si nás k sobě a naši zlobu nebere na vědomí, snad by se dal obměkčit úpěnlivými prosbami.

Smrtelně nemocný pacient čeká, že za dobré chování bude odměněn. Jeho hlavní přání je skoro vždy prodloužení života a často také, aby aspoň několik dní byl bez bolesti a obtíží. Pacient v podstatě o odklad smlouvá vždy, slibuje dobré chování a sám určí lhůtu, po níž, jak slibuje- si už nic nebude vyprošovat. Většinou se „obchod“ uzavírá s Bohem a je udržován v přísném utajení. Psychologicky vzato mohou takové sliby pocházet i ze skrytého pocitu viny; proto by bylo dobré kdyby okolí nenechávalo takové poznámky bez povšimnutí. Velmi příznivě zde působí spolupráce duchovních a lékařů.

### 2. 1. 4 Deprese

Když smrtelně nemocný sám sebe už déle nemůže obelhávat a je mu jasno o povaze své nemoci, když prožívá její ataky, když musí znovu do nemocnice, když vstupují vždy nové symptomy a on se stává slabším a bědnějším, potom už nemůže svůj stav odbýt smíchem. Stoicismus či zlost pak ustupují pocitu hrozné ztráty. To ztracené má více stránek: léčení a pobyt v nemocnici vedou k velkému peněžnímu zatížení, často pacient ztrácí pracovní místo, nemůže zaopatřit svou rodinu apod.

Všechny tyto příčiny depresí zná každý, kdo má co činit s nemocnými; my ale často zapomínáme, že se pacient kromě toho musí vyrovnávat s velkou bolestí a myslet na svůj definitivní odchod ze života.

Mohlo by se říci, že první druh deprese je reaktivní, druhý pak přípravný. Vcítíme-li se do duševních pocitů těžce nemocného člověka, vidíme příčiny zoufalství a nerealistické pocity studu a viny, které často zřetelně provázejí první formu deprese. Velkou pomocí je, když se např. pacientce někdo postará o potřebné změny v domácnosti, péči o děti nebo staré rodiče. Deprese pacientů se rychle lepší, když jsou vyřešeny jejich otázky důležité pro život.

Druhý druh deprese nevzniká z utrpené ztráty, nýbrž z hrozící. Pokud však pacient ví, že jeho rodina dál žije obvyklým životem a představí si, že i za jeho nepřítomnosti to tak bude pokračovat, i tento druh deprese se hodně zlepšuje.

Je ale deprese tou správnou cestou, aby si nemocný ulehčil přijímání svého osudu? Pak totiž už není místo pro žádnou radost. Kdo může vyjádřit svou bolest, může se lehčeji smířit se svým osudem a je vděčen těm, kteří v tomto stádiu deprese u něho setrvávají, aniž by neustále opakovali, že přece nemá být smutný. Tato druhá forma deprese probíhá většinou velmi tiše oproti první, kdy nemocný má rozhodovat, co a jak uspořádat. Bolest nepotřebuje žádná slova; zde se mnohem dříve přijde na to, že druzí bolest sdílejí.

## 2. 1. 5 Souhlas

Pokud má nemocný dosti času a neumírá náhle, pokud se mu dostává pomoci k překonání první fáze, dosáhne stádia, v němž už nepřijímá svůj osud sklíčeně nebo hněvivě. Už se vyhovobil ze svých emocí, závidí vůči živoucím a zdravým, ze zloby ke všem, kteří nemají smrt na dosah. Je unavený, většinou slabý a potřebuje často a v krátkých intervalech podřimovat nebo spát. Tato fáze znamená do jisté míry rezignaci ve smyslu „k čemu také“ nebo „teď už nemohu dále bojovat“.

Fáze souhlasu nesmí být chápána jako šťastný stav. Je ale osvobozena od krutých pocitů. V tomto údobí rodina obvykle potřebuje více pomoci, podpory a porozumění, než sám pacient. On už dosáhl určité míry pokoje a okruh jeho zájmů se stále úzší.

Návštěvníci už někdy nejsou vítáni a nemocného nacházejí v méně hovorné náladě. Komunikace se omezuje spíše na gesta než na slova, často je to jen pohyb ruky, který naznačuje, aby návštěva zůstala.

Nemocný drží naši ruku a mlčky prosí, abychom u něho seděli. Takové okamžiky mlčení se pro lidi, kteří se v přítomnosti umírajícího cítí stísněně, mohou stát smysluplným druhem komunikace. Naše přítomnost nemocnému naznačuje, že při něm stojíme až do konce. Je v rozpoložení, kdy ví, že nemusí mluvit, že všechny důležité záležitosti byly již vyřčeny a zařízeny a že je jen otázkou času, kdy se jeho oči zavřou navždy. Uklidněn poznává, že nebyl ponechán sám sobě, a i když už víc nemůže mluvit, jeho pohled říká často víc než všechna

„hlasitá“ slova.

Je jen menšina pacientů, kteří bojují až do konce a nedosáhnou fáze souhlasu. Ovšem jednoho dne přece řeknou: „Jednoduše už nemohu dál.“ V tomto okamžiku je boj dobojován; čím více se namáhali uniknout nevyhnutelné smrti, tím více si ztížili konečné přijetí klidu a důstojnosti.

Tak se obracíme na konci našich dnů, když jsme svou práci dokončili a odevzdali, těšili se a měli jsme radost z úspěchů, zpět do fáze, z které jsme vyšli. Kruh života se uzavírá. ( Elizabeth Kübler- Rossová, 1992, str. 15- 79)

### 3. SMYSL NADĚJE A SDĚLENÍ PRAVDY

#### 3. 1 Nikdy nebrat naději

Láska, naděje, smích a smysl pro humor jsou dobře známým zdrojem sil. Všechny souvisí s pozitivními emocemi, především s radostí. Vždycky jde o kombinaci pozitivních emocí, vrozených i naučených.

K vrozeným patří prožitek tělesného kontaktu, který má původ v těsném spojení plodu a matky. Příjemné vrozené pocity dítěte v náruči matky jsou později zesíleny zkušeností u kojení hladu při kojení. To už jsou první získané pozitivní emoce. Další pak získáváme během celého života. Milující manželé jsou si navzájem zdrojem lásky, sexuality-tedy opět zdroje pozitivních stimulů. Člověku, který se nachází v nesnázích, může lidský dotek dodat naději a sílu. Podobně blahodárný vliv má i hudba, zájmy a koníčky, uspokojující povolání, ale především dobré mezilidské vztahy a láska.

Naděje je k životu nutná stejně, jako její dvě rodné sestry, víra a láska. Naději se nelze naučit, je to svým způsobem dar. Přesto se dá říci, že lidé, kteří se celý život snažili vidět věci spíše růžovými brýlemi, jsou v době těžké nemoci jaksi zvýhodněni. Vidět a zachovat si naději pro ně není tak těžké jako pro nenapravitelné pesimisty. To by si měl uvědomit každý, kdo chce těžce nemocné doprovázet a vlévat jim naději do žil.

Posilovat naději v nemocném vůbec neznamená, že mu musíme lhát. Naopak, krátkonohou lží se připravíme dříve nebo později o důvěru pacienta, a jeho možná i o poslední naději. Láskou podložená upřímnost a opravdovost nikoho nezraní a nemocný ji ocení. Na začátku nevléčitelné nemoci jistě bude rodina i ošetřující tým s pacientem upřímně sdílet naději dlouhodobou, spojenou s léčbou, ošetřováním a prodloužením života.

Doufat, znamená vidět před sebou možnost. Možnost dalšího kroku. A není-li již naděje na uzdravení, je nutno taktikou malých kroků a drobných splnitelných cílů nemocného udržet nad vodou. Raduje se ze spousty malých, ale dosažitelných cílů, a i když krůčky jsou stále kratší, naděje zůstává. Dokud člověk vidí před sebou úkol, má proč žít.

I kdyby se nám zdály naděje druhého falešné, nelze mu je brát. Jediné nešetrné slovo nebo chyba v mimoslovní komunikaci může zasít pochybnost a nemocného připravit o naději. Je nutno vážit každé slovo. Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoli na beznaději. ( Svatošová, 1995, str. 33- 35)

### 3. 2 Sdělení pravdy

Sdělit nemocnému pravdu a nevzít naději je kus umění. Hodně se v tom chybuje. Mnoho lékařů buď neřekne nemocnému nic, a nebo ho naopak zahltlí spoustou informací v příliš krátkém čase.

„ Pravdivost“ u lůžka je všeobecný požadavek. Dnes je v popředí zájmu pacienty o jejich chorobách informovat. Informace musí být ale opatrná, individuální a měla by brát v úvahu i to, co pacient vědět chce. Informovat by ho měl jeho ošetřující lékař. Pro takový rozhovor je žádoucí nerušené, klidné prostředí. Zvláště první takový rozhovor by neměl být při vizitě v přítomnosti dalších členů týmu. Úvodní rozhovor zahajuje jakési léčebné partnerství mezi pacientem a jeho ošetřujícím lékařem. Argument, že se pacienti ani mnohdy o svoji diagnózu nezajímají, také neplatí. Zdánlivý nezájem totiž často zakrývá silnou úzkost. Současná moderní terapie vyžaduje spolupráci pacienta, a ta se bez plné informace často neobejde. Zatajení diagnózy pak může být interpretováno jako projev beznaděje a terapeutické bezmocnosti. Polopravdy a nepravdy pomáhají jen zdánlivě.

Mnozí pacienti chtějí rozloučení se životem prožít vědomě a uspořádat si své věci. Pacient nakonec cítí sám, jak na tom je. Tato vědomost musí být lékařem pacientovi s citem sdělena, aby byl umožněn proces vypořádání se se smrtí a umíráním a se souvisejícími pocity, jako je zoufalství, smutek a nakonec akceptování stavu.

Při informování pacienta o diagnóze musí lékař předvídat pacientovi reakce. Je možné poradit pacientovi, aby chtěl postupně, dávkované informace, při kterých by měl možnost klást otázky, a pak se v průběhu rozhodl, zda chce skutečně znát pravdu nebo opravdu informaci odmítnout. Jde zde v podstatě o šetrné sdělení špatné zprávy. [ viz příloha IV.]

Dopad špatné zprávy nezmírníme pouhým šetrným sdělením, poněvadž zpráva zůstává stále špatná. Příliš rychlá informace pacienta psychicky naruší a zhorší tím jeho adaptabilitu. Na druhé straně může provokovat popření, poněvadž byla informace příliš bolestná na to, aby mohla být asimilována. ( Vorlíček, 1998, str. 333- 334)

### **3. 2. 1 Pravda z hlediska potřeb nemocného**

Jak je to s pravdou a lží z hlediska potřeb pacienta?

Biologické potřeby lze těžko uspokojit, nemůžeme-li získat od nemocného souhlas s léčbou. To ovšem předpokládá pravdivé a řádné poučení pacienta.

Psychické potřeby lze těžko uspokojit, jestliže nemocného lží a neupřímností připravíme o pocit bezpečí a zaženeme ho tak do izolace.

Sociální potřeby- zabezpečit rodinu nebo firmu může jen pacient, který je včas a pravdivě informován, dokud je ještě schopen si vše uspořádat a zajistit.

Spirituální potřeby- je známo, že většina lidí často odkládá důležité věci na později.

Pouze sdělení pravdivé diagnózy ( při zachování naděje) mnohým pomůže zmobilizovat poslední síly k možná největšímu a nejdůležitějšímu životnímu rozhodnutí či činu.

## 4. KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI A RODINOU

V nemocniční i ambulantní péči se setkáváme s pacienty, kteří jsou dlouhodobě nemocní. Jejich nemoc se může pozvolna zhoršovat, dochází k úbytku soběstačnosti a ke vzniku trvalých následků. Specifickou skupinu tvoří nevléčitelně nemocní, ve stadiu blíží se smrti.

Zvládnutí komunikace i jejich úskalí je náročným úkolem. Klade nárok na profesionalitu, ale zároveň na osobní zralost a autoregulační mechanismy sestry. Nemocní mají různé mechanismy vyrovnávání se s dlouhodobou zátěží. Může docházet ke konfliktům mezi sestrou a pacientem, popř. rodinou. Hněv na osud, na nemoc, se může obrátit proti konkrétní osobě a většinou je to právě zdravotní sestra.

### 4. 1 Komunikace s umírajícími

Lékařská péče se v této situaci pohybuje mezi potřebou zachránit život nemocného a respektem k jeho potřebám a přáním např. péči odmítnout. U umírajících je často svízelné uspokojit základní potřeby. Při blížícím se konci života citelně ožívají spíše potřeby blízkosti, bezpečí, jistoty. Přes tíži situace si nemocní přejí zůstat důstojnými bytostmi, chtějí prožívat své dny podle svých přání. Chtějí mít informace o světě mimo nemocnici, alespoň duchem být s blízkými. Mají na to právo.

Zvládnutí komunikace s umírajícím nemocným předpokládá vyjasnění osobních postojů zdravotníka k umírání a smrti. Péče o umírající představuje velkou zátěž pro personál. Zdrojem úzkosti je pocit selhání a bezmocnosti, když nemůžeme zachránit nemocného před smrtí. Vhodný způsob komunikace volíme podle stadia závažného onemocnění pacienta.

Sestry často uvádějí nečekané situace, kdy je nemocný „odchytit“ k rozhovoru na velmi závažné téma. Tady lze s úspěchem využít techniku nedirektivního vedení rozhovoru.

Jaký je cíl takového rozhovoru?

1. *Vůle k dalšímu životu.* Podpora pacienta. I když je situace vážná, je možné žít dál. Nejde o poskytování planých nadějí, ale spíše o hledání určitého, třeba drobného cíle, na který se může nemocný soustředit.

2. *Akceptace zdravotního postižení nemocného.* Cílem není pasivní přijetí situace, ale o hledání dalších rozměrů v životě člověka.

3. *Přijetí změn.* Sestra pomáhá nemocnému přijmout se i ve změně, protože nemocní ztrácejí kladné sebepojetí.

#### **4. 1. 1 Jak konkrétně reagovat?**

- nemocného přijímáme ( akceptujeme) se všemi projevy, i negativními
- nehodnotíme jeho projevy, chování, při konfliktu dáme nemocnému čas, aby se uklidnil, nepřipomínáme mu jeho minulé chování
- slovně vyjadřujeme pochopení vhodnými formulacemi ( to chápu, asi vám teď rozumím..)
- reflektujeme sdělení nemocného, snažíme se dobře porozumět sdělovanému ( nekladáme vlastní představy o pocitech druhého)
- reagujeme autenticky- tzn. nemusíme znát odpověď na všechny otázky ( např. toto nevím, musím o tom přemýšlet)

Pro vhodné reagování je nutné si nacvičit nedirektivní způsob komunikace. Každá sestra má jiný styl hovoru, některé formulace jí vyhovují, jiné ne. Aby nebyl rozhovor škrobený, musí se přizpůsobit povaze komunikujícího.

#### **4. 1. 2 Zásady komunikace**

- projevení osobního zájmu o pacienta
- sladění verbálního a neverbálního projevu
- setrvání u tématu, které přináší nemocný ( neuhýbat k jiným tématům)
- citlivé reagování na nemocného ( chce pokračovat dál v rozhovoru?)
- srozumitelná komunikace
- nepoužívat sugestivní manipulativní otázky ve snaze vyhnout se přímému pojmenování



## 4. 2 Komunikace s pozůstalými

O úmrtí blízké osoby ve zdravotnickém zařízení se příbuzní často dozví formou telegramu. Pokud jde o očekávaný odchod, zejména starého člověka, bývá přijetí zprávy snadnější. Pro zdravotníky je jednání s pozůstalými stresující; vyvolává obavy, úzkost z vlastní konečnosti.

### 4. 2. 1. Obavy pozůstalých

- samotného obrazu smrti doprovázeného fyzickým a psychickým utrpením umírajícího
- mají pocit, že nejsou a nebudou schopni se vypořádat s touto mimořádnou situací
- prožívají kruté výčitky v případě, že musí z vážných důvodů ponechat umírajícího o samotě, nebo ho nechat převést do institucionálního zařízení
- uvědomují si fakt přibližující se nezvratné ztráty člena rodiny, či blízkého, které významným způsobem ovlivní jejich další život

### 4. 2. 2. Vyrovnání se s přibližující se smrtí

Reakce na umírání a smrt jsou u rodinných příslušníků a blízkých stejné jako u umírajícího, tedy fáze odmítnutí, popírání ortelu smrti, strach, obavy, úzkost, deprese a pocit izolace. Po smrti dochází ke změně životních rolí, funkcí a priorit v rámci rodiny a k postupnému se smíření s úmrtím. V různě dlouhém časovém intervalu pak následuje fáze nabírání sil, která je završena schopností prožívat i po smrti blízkého každodenního života. Ne každá rodina a ne všichni blízcí prochází všemi těmito fázemi.

### 4. 2. 3. Pomoc pozůstalým

Jak můžeme pomoci pozůstalým?

Navozením pozitivní a přátelské atmosféry.

Stejně tak jako umírajícímu podáváme i jeho rodinným příslušníkům a blízkým kontinuálně pravdivé informace.

Pro získání jistoty při provádění jednotlivých procedur i v době naší nepřítomnosti provedeme pro rodinné příslušníky a blízké edukaci a cílenou instruktáž o poskytování péče umírajícím.

Velkou podporou a pomocí je pro rodinné příslušníky a blízké pocit, že spolu s námi udělali maximum pro eliminaci utrpení umírajícího fyzického a psychického.

Aby se mohli rodinní příslušníci, či blízcí intenzivně věnovat péči o umírajícího, je nutné zajistit spolu se sociálním referátem program péče o jejich děti, či osoby závislé na jejich pomoci.

V průběhu hospicové péče pomáháme radou rodině při rozhodování ve vztahu ke všem problémovým okruhům spojeným s uplatněním právních nároků pozůstalých, či s administrativním vypořádáním smrti rodinného příslušníka i jeho pohřbu.

### 4. 2. 4. Zásady komunikace s pozůstalými

- je vhodné včas příbuzné informovat i o zhoršení stavu, aby mohli přivykat na vážnost situace
- zvolte klidné prostředí, soukromí, bez rušivých podnětů
- vyjadřujte se jasně a věcně, aby nedošlo k nedorozumění ( ne odešel, ale zemřel)
- zachovejte společenské rituály, vyjádřete upřímnou soustrast
- popište události úmrtí; příbuzní se někdy chtějí setkat se sestrou, která byla přítomna v době úmrtí

- neuvádějte zbytečně dramatizující detaily, vše směřujte spíše ke klidnému odchodu nemocného
- personál musí sdělovat stejné informace ( rozpory vedou k dojmu, že něco není v pořádku)
- často příbuzné zajímá, zda nemocný před smrtí trpěl bolestí ( lépe je uvést, že ne)
- nebraňte se otázkám, i když se opakují ( příbuzní jsou v těžkém psychickém rozpoložení, mnohdy si nepamatují na všechno při sdělení úmrtí)
- po zklidnění nabídněte pomoc při formalitách, seznamte příbuzné s dalším postupem, popř. neodmítejte další setkání ( Venglářová, 2006, str. 107- 121)

## 5. POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH

Ze soudobého pojetí zdraví lze odvodit čtyři okruhy potřeb těžce nemocného: biologické, psychologické, sociální a spirituální. Je to užitečné i z praktického hlediska. Snáze si tak uvědomíme, co všechno pro nemocného může a co nemůže udělat lékař, co můžeme naopak udělat my sestry a konečně i to, co pro sebe, třeba i s naší podporou a pomocí, může udělat sám pacient. Na něho bychom neměli zapomínat, protože i on si může vlastním přičiněním (především svým postojem) svůj úděl usnadnit, nebo naopak ztížit. Priorita pacientových potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální.

(Svatošová, 1995, str. 21)

Je pochopitelné, že čím více toho o nemocném víme, tím mu budeme užitečnější. A protože se personál v hospici ve službách střídá, je nutný co nejdokonalejší systém předávání informací. Ten však nesmí být samoučelný a hlavně nás nesmí stát více času, než je nezbytně nutné. Kromě běžných chorobopisů a kromě ústního i písemného sesterského hlášení se nám osvědčila na míru ušitá ošetrovatelská dokumentace. Inspirovali jsme se v zahraničních hospicích, něco jsme od nich převzali z cela, něco jsme přizpůsobili našim podmínkám a poměrům. Hlavně jsme si ale dávali velký pozor na to, aby sestry netrávily více času u papírů než u pacientů. (Svatošová, 1998, str. 30-31)

### 5.1 Holistické ošetrovatelství

Holistická ošetrovatelská péče vyžaduje orientaci na tělo i psychiku. To znamená, že bere v úvahu jak tělesné, tak psychosociální potřeby člověka. Je důležité, aby sestry chápaly podstatu psycho-sociální interakce a pečovaly o celého člověka (včetně jeho nejbližších).

Sestra, která poskytuje holistickou ošetrovatelskou péči pohlíží na člověka jako na jedinečnou celostní bytost, nikoli na její pouhé části. Taková sestra je odhodlána pomáhat lidem, aby dosáhli a udrželi si optimální zdraví, pomáhá při prevenci a redukci chorob nebo poskytuje podporu nevléčitelně nemocným.

Jako součást psychosociálního ošetrovatelského zhodnocení je velmi důležité identifikovat stresory, které ošetrovaného ohrožovaly nebo ohrožují. Protože choroba obecně zahrnuje jak psychologické, tak fyziologické faktory, účinná pomoc klientovi musí zahrnovat jak psychologický, tak somatický ošetrovatelský zásah. Je nutné si uvědomit, že tělo a psychika jsou úzce propojeny, nikoli odděleny. ( Mastiliaková, 1999, str. 33)

## 5. 2 Biologické potřeby

Sem patří všechno, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i zvláštním způsobem upravenou. Pak se potřebuje co možná nejpřirozenějším způsobem, pokud možno bez cévek a bez klystýrů, zbavit produktů vlastního metabolismu. Současně se musí každé své buňce postarat o nějakou tu molekulu kyslíku, což není vždycky jednoduché, zvláště, když nemoc postihla dýchací ústrojí nebo srdce. Někdy je potřeba rychle se zbavit celého nemocného orgánu a pro jistotu se pojistit ještě dalšími prostředky, jako je ozařování, chemoterapie, hormonální léčba apod. A protože co se nepoužívá, to zakrní, je nutno v rámci možností nemocné tělo nutit i k aktivitě, jinak předčasně zchátrá nebo se proleží.

O většinu biologických potřeb, včetně tišení bolestí, bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždycky. Například podmínky pro nerušený spánek může mít pacient mnohem lepší doma. ( Svatošová, 1995, str. 22)

Pro kvalitní ošetrovatelskou péči o umírající nemocné se zdravotní personál musí zaměřit na:

- péči o dokonalou hygienu
- péči o vyprazdňování nemocného
- snahu o osobní pohodlí nemocného
- péči o dokonalou hydrataci
- sušení a otírání potu v obličeji nemocného
- diskrétní hovor před nemocným, i když není při vědomí
- zajištění bezpečnosti nemocného
- předcházení dekubitům zajištěním přiměřené aktivity nemocného

- posilování soběstačnosti nemocného
- zajištění usnadnění dýchání vhodnou polohou, podáváním O<sub>2</sub>
- mírnění bolesti nemocného

Kromě uspokojování výše uvedených potřeb nemocného je také neoddelitelným úkolem sestry komunikace s nemocným a hlavně pozorování celkového stavu nemocného. Vzhledem k tomu, že nemocný je během dne v častějším kontaktu se sestrou než s lékařem, často se mezi nimi vytváří užší vztah.

### 5.3 Zvládnutí bolesti

Bolest je důmyslné opatření, které nám možná mnohokrát zachránilo život. Kdyby se např. zanícené slepé střevo neohlásilo silnou bolestí, zcela jistě by prasklo a obsah střev by se vylil do břišní dutiny. Každý uzná, že taková bolest je užitečná. To však platí většinou jen pro bolest akutní.

Chronická bolest toto své poslání zpravidla ztrácí a navíc, je-li vytrvalá a urputná, nedovolí nemocnému myslet na nic jiného. Takže naší prvořadou snahou musí být- bolest bezpodmínečně zvládnout. Léčba bolesti udělala v posledních letech ve světě veliký pokrok a moderní prostředky k jejímu odstranění nebo alespoň zmírnění jsou dostupné i u nás.

Kdy, v jaké dávce a který z nich použít je zásadně věcí lékaře. Existuje totiž mnoho příčin bolesti a tomu musí odpovídat i strategie léčby vedoucí ke zmírnění bolesti- analgetika, ozařování, operativní zákroky, blokády nervů, ale také láskyplná péče a pochopení, a v neposlední řadě i jistota, že život má i v této situaci svůj smysl. Tím vším se zabývá lékařský obor nazvaný paliativní medicína, s nímž stojí a padá celá hospicová péče.

Nemocný musí dostat právě tolik léků, kolik je třeba ke zvládnutí jeho bolesti. Ani víc, ani méně. Výhodou pro nemocné jsou nové léky v tabletách či náplastí, působící až dvanáct hodin. Nemocní tak mohou žít v relativní pohodě doma, pohybovat se po bytě i venku. Všechny tyto vymoženosti směřují k cíli, shodnému s cílem každého hospice- zlepšit kvalitu nemocných a umírajících.

Základní pravidlo zní- bolest vnímá každý jinak, a proto je nutno nemocnému věřit. Navíc jsme povinni respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest až do určité míry snášet.

Jednoduše řečeno, odmítne léky proti bolesti, i když bolest má. I na to má nemocný právo a zcela jistě k tomu má svůj důvod, který obvykle nesděljuje. ( Svatošová, 1995, str. 30- 31)

Intenzitu bolesti je možno hodnotit podle řady různých škál. Pro dané pracoviště je důležité vybrat si jednu z nich a podle ní se pacientů dotazovat. Jedině tak lze získávat informace srovnatelné i po delším čase. V praxi se nejvíce osvědčuje vizuální analogová škála a Melzackova škála. Vizuální analogová škála je úsečka o délce 10 cm, jejíž levý konec je označen jako „ žádná bolest“, pravý jako „ nejhorší bolest, jako si umím představit“.

Pacient na úsečce označí, za jak silnou považuje svou momentální bolest.

Melzackova škála má 5 stupňů:

1. mírná bolest
2. nepříjemná bolest
3. silná bolest
4. krutá bolest
5. nesnesitelná bolest ( Vorlíček, 1998, str. 33)

## 5. 4 Psychologické potřeby

Sem patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk je také jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje. Na těchto zásadách je založeno celosvětové hospicové hnutí, které se rozvíjí i u nás.

Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a my často zapomínáme, že více než naše slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči, ale i naše oblečení apod. Říkáme tomu mimoslovní komunikace. Každý potřebuje pocit bezpečí. I proto je důležité nikdy nemocnému nelhat, tj. neříkat něco, co by člověk musel později odvolávat.

Vymstilo by se to, nemocný by k takovému „dobrodinci“ ztratil důvěru právě ve chvíli, kdy ji nejvíc bude potřebovat. Zklame-li ho tímto způsobem věhlasný lékař, je to velmi smutné. Další zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Škoda, že tak málo lidí ví, jak důležitá je komunikace s pacientem v agónii. Kdyby jen tušili, co všechno mohou v těchto hodinách pro umírajícího udělat, nedělali by tak hrubé chyby.

( Svatošová, 1995, str. 22- 23)

V souvislosti s umíráním se setkáváme se strachem ze smrti, který je složitým jevem a má řadu složek:

- strach z bolesti
- strach z opuštěnosti
- strach ze změny vzezření
- strach ze selhání
- strach z utrpení
- strach z regresu
- strach ze ztráty samostatnosti
- strach o rodinu

Strach se projevuje řadou typických příznaků a to jak v oblasti fyzické, tak psychické i sociální. Přesáhne-li strach určitou únosnou hranici, hovoříme o panice. S tou se setkáváme nejen u nemocného, ale i u jeho blízkých. Tato panika je sociálně nakažlivá.

Musíme si uvědomit, že strach je zcela přirozenou reakcí člověka v situaci, kde nad tím, co se děje, ztrácí kontrolu a možno situaci ovlivnit. Naším úkolem v této situaci je pomoci nemocnému svou úzkost a strach ventilovat. Potřebuje někoho, komu by se mohl svěřit, někoho, kdo by ho vyslechnul.

Pocit viny je další z negativních emocí, které trápí umírajícího. Přemýšlí nad tím, kde selhal, co neudělal, nebo nad tím, co udělal špatně. Měli bychom se pokusit otevřít toto téma v rozhovoru s nemocným, neboť ne každý nachází v této těžké situaci oporu v příbuzných nebo blízkých.



Ve fázi post finem se často s pocity viny setkáváme právě u příbuzných, zvláště těch, kteří o nemocného z nějakých důvodů nepečovali. Ošetřovatelský proces umírajícího zahrnuje i péči v období post finem.

Pokud s námi chtějí blízcí zemřelého s námi hovořit, musíme jim vždy vyhovět a pokusit se zmírnit jejich pocit viny, ale i zodpovědět otázky, které je trápí. Jestliže zjistíme závažný stav, je dobré kontaktovat psychologa a tím zajistit odbornou pomoc.

Pocity zlosti se objevují obvykle hněvem na všechny a na všechno, mohou vyústit až v agresivitu a to jak verbální, tak fyzickou. V této situaci si musíme uvědomit, že nemocný má právo na jakékoli reakce, nemůžeme jej odsuzovat, ani reagovat zlostí, protože platí, že zlost indikuje zlost. Reakce nemocného jsou multifaktoriálně ovlivňovány jeho temperamentem, typem osobnosti, věku, životními zkušenostmi, momentální kondicí, zdravotním stavem, rodinným zázemím, vírou a dalšími.

Ve složitém procesu, kterým umírání bezesporu je, se uplatňují i emoce pozitivní, a to jak ze strany doprovázejících, ošetřujících, tak i samotného umírajícího.

Empatie, soucítění, schopnost vžít se do situace druhého člověka, patří bezesporu k nutným vlastnostem ošetřujícího personálu. Jen když dokážeme vžít za své potřeby a prožívání nemocného, budeme moci porozumět jeho potřebám a sdělením. Empatie není soucit, protože soucit vyjadřuje situaci nadřazenosti ošetřujícího nad nemocným, empatie staví ošetřujícího i nemocného na stejnou úroveň a vytváří ovzduší porozumění a důvěry.

[viz příloha V.]

Víra má velice blízko k důvěře. Z psychologického hlediska jde o zaměření mysli k představám, v něž máme důvěru. Víra ať už je vztažena k drobným, krátkodobým nadějím, nebo víra vztažena k náboženství dává umírajícímu sílu snášet útrapy nemoci i života na konci.

Pokoj a mír, zde nemáme na mysli heslo „Ticho léčí“, ale vnitřní klid a usmíření umírajícího se svým osudem, sebou samým, i s ostatními lidmi. Nemocnému je třeba naslouchat, když potřebuje někoho, kdy by mu naslouchal. Jde o to porozumět jeho starostem, obtížím, zjištění jeho potřeb, pochopení jeho konfliktů a životních krizí.

( Křivohlaví, 1995, str. 17- 34)

## 5. 5 Sociální potřeby

Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne ale vždy a ne všechny. Měl by mít právo návštěvy si sám usměřňovat a my bychom ho v tom měli plně respektovat. Nejsilnější vazby jsou obvykle s rodinou, ale nejen s ní. Nemocný možná musel přerušit rozdělanou práci, nedostavěl dům- a tisíce dalších problémů, na které je lékařská věda krátká, se honí jeho hlavou. ( Svatošová, 1995, str. 23)

## 5. 6 Spirituální potřeby

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Skoro bych řekla, že je tomu naopak. Ne, že by věřící své duchovní potřeby neměl. Má je, ale ví, co má dělat, a obvykle se podle toho dovede zařídit. Horší je to s lidmi, kteří z víry nežijí. Právě v průběhu vážné nemoci se začínají zabývat životně důležitými otázkami o smyslu života- vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, a to tak, že si někdy i zoufá. Je potřeba mu ukázat, v každé situaci se dá žít smysluplně. ( Svatošová, 1995, str. 23- 24), [ viz příloha VI.]

## 6. HOSPIC A HOSPICOVÁ PÉČE

### 6. 1. Vznik a vývoj hospicového hnutí

Změny přístupu moderní společnosti ke smrti a vize mladého člověka umírajícího na rakovinu v nedůstojných podmínkách inspirovali zakladatelku hospicového hnutí k činu. Začátkem šedesátých let dr.Cecilly Saundersová založila v Londýně St. Christopher hospic. Myšlenka hospice brzy obletěla svět, v němž je dnes přes 2000 hospiců!

„ Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky“ - tato slova prof. Hutchinsona ( 19. stol.) nikdy nepřestanou platit. K posunu od té doby ale došlo, bohužel oběma směry. Moderní paliativní medicína udělala pokrok velký, dehumanizace medicíny však mnohde ještě větší. Potěšující ale je, že ve všech zemích, kde vznikly hospice, se s odstupem času výrazně zlepšil přístup celé společnosti ke smrti a umírání. Vývojem prošlo od šedesátých let i celé hospicové hnutí. Z počátku byl hospic chápán jako „ něco méně než nemocnice“. S rozvojem paliativní medicíny a logickou integrací hospiců do systému zdravotnictví je dnes uznáván jako „ něco více než nemocnice“. Poskytuje totiž jako nemocnice léčbu a péči a ještě něco navíc. Na otázku, proč nestačí nemocnice, odpovídá výstižně Kübler- Rossová: „ Myšlenka hospice je velice užitečná, protože můžete vybrat personál, který se dokáže postarat o umírající a který vytvoří ovzduší lásky, uznání, péče a naděje“.

První český hospic, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci byl otevřen 8. 12. 1995. Za dva roky hospic využilo na 500 nemocných.

### 6. 2. Definice hospice

Hospic je specializované zařízení poskytující péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší ( paliativní péče), na rozdíl od standardní lékařské péče zaměřené na léčbu nemocí ( kurativní péče). Do hospice se těžce nemocný člověk dostane až tehdy, když byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Hospic neslibuje uzdravení, vyléčení, ale také nebere naději, slibuje léčitelnost. Člověk, který se dostane do hospice by měl být o svém zdravotním stavu pravdivě a včas informován. Pokud tyto informace nedostane, ztěžuje to situaci nejen pacientu samotnému a jeho rodině, ale i odbornému týmu v hospici.

Člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost, která si zaslouží úctu. Z tohoto vychází i myšlenka zřízení hospiců a to je také jejich základní filozofií. Hospice by dále měly dále měly akceptovat potřeby nemocného ( biologické, psychologické, sociální a duchovní).

Zejména duchovní rozměr péče je v hospicích akcentován, kdežto v běžných nemocnicích obvykle chybí. Do hospiců jsou přijímáni nemocní bez ohledu na vyznání, i když standardně jsou součástí profesionálních týmů v hospicích sociální pracovníci, psychologové a teologové. Podobně je to i s personálem, i když u nás jsou zakladateli hospiců většinou církev nebo řády.

Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude vždy respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Důraz se zde klade na kvalitu života nemocného až do jeho poslední chvíle. Snaží se zde naplnit dny nemocného životem, pomáhat nejen jemu, ale i příbuzným, kteří přestože trpí současně s ním, hrají nezastupitelnou roli v hospicové péči. Ani po smrti nemocného hospice nepouští ze zřetele jeho rodinu.

Hospic si nedává za cíl odstranit utrpení. Jeho úkolem je pomáhat a sloužit. Hospic respektuje smrt jako nedílnou a přirozenou součást života. Proto celý pracovní tým včetně dobrovolníků musí mít hluboce lidský a profesionální přístup. Tento tým si k nemocnému musí vytvořit účinný terapeutický vztah. Musí umět trpělivě naslouchat, být pro nemocného oporou a také být ochoten v kteroukoli denní i noční dobu vyslechnout jeho prosby a stesky a spolu s ním se pokoušet najít odpověď na otázky, které ho znepokojují.

### **6. 3. Formy hospice a typy organizačního zajištění hospicové péče**

Nejčastější formy hospicové péče, s kterými se u nás setkáváme jsou: domácí, lůžková anebo denní stacionáře. V různých fázích choroby mohou nemocnému střídavě vyhovovat všechny tři typy péče. Rozvíjení hospicové péče záleží převážně na lidech, kteří se danému tématu aktivně věnují a zajímají se o něj. O jejich kreativitě, vynalézavosti a úsilí svědčí i široké spektrum organizačního zajištění hospicové péče.

Ve světě se můžeme nejčastěji setkat s těmito typy:

- hospicové služby jako doplněk běžné domácí péče
- neúplné hospicové služby v nemocnici např. ambulance léčby bolesti

- nezávislé komplexní hospicové služby např. Hospic Anežky České
- integrované komplexní služby např. oddělení paliativní péče v nemocnici
- integrovaný systém hospicového péče, což se jeví jako nejvíce optimální

#### **6. 4. Žádost a svobodný informovaný souhlas**

Nemocný se dostane do hospice na základě vlastní žádosti. Vzhledem k charakteru onemocnění a stavu pacientů je nutno jednat velmi pružně. Součástí žádosti je vždy i svobodný informovaný souhlas pacienta. Nemocný musí vědět, že v hospici bude pokračovat léčba paliativní, zejména symptomatická, ale nemůže očekávat léčbu, která se ukázala být neúčelně zatěžující a neefektivní.

#### **6. 5. Důvody přijetí**

Mezi nejčastější důvody žádosti o lůžko v hospici patří:

- ošetřování je příliš odborné, fyzicky a psychicky náročné pro rodinu
- je nutná kontrola a léčba bolesti a jiných symptomů
- rodina se ošetřováním vyčerpala nebo vůbec neexistuje

Mezi nejčastěji přijímané pacienty z celého spektra diagnóz převážně patří pokročilá nádorová onemocnění, které způsobují závažnou symptomatologii.

Nemocný, který je zpravidla přijímán do hospice, musí také splňovat tyto základní podmínky:

1. postupující choroba ohrožuje nemocného na životě
2. potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu a péči
3. momentálně nepotřebuje akutní nemocniční ošetření
4. nestačí nebo není možná domácí péče (event. dočasně- pobyty respitní)

Jediným kritériem pro přijetí nemocného do hospice by měla být jeho diagnóza a prognóza. Náboženské vyznání nemocného zde nehraje žádnou roli. Je třeba ale vědět, že prioritou potřeb nemocného se v průběhu choroby mění a často se v terminálním stádiu dostávají do popředí právě potřeby spirituální. Ty se projevují různě.

Bývá to kromě silné touhy po odpuštění i naléhavá potřeba odpustit druhým, projevít vděčnost, ujistit se, že život měl smysl, že nebyl marný. Spolupráce s duchovními je proto nezbytná.

## 6. 6. Ošetrovatelský proces a ošetrovatelská dokumentace

Kvalitní a správně motivovaný personál je v hospici podmínkou. Nestává se, že by si sestry ztěžovaly, že jsou „služkami“ lékaře, jak se s tím často setkáváme v nemocničních zařízeních. Sestry zde pracují převážně samostatně, kreativně a velmi zodpovědně. V práci aplikují metodu ošetrovatelského procesu a pečlivě dbají na správnou ošetrovatelskou dokumentaci. Denně do ní barevně zakreslují fáze podle Kübler- Rossové, pro což je nezbytné správně diagnostikovat psychický stav nemocného. I když to není snadné, většina z nich se po dvou letech dokáže velice dobře doprovázet těžce nemocné a umírající i jejich příbuzné nepříjemnými fázemi negace, agrese, smlouvání, deprese i rezignace až do žádoucí fáze smíření a akceptace.

## 6. 7. Spolupráce s rodinou a péče o pozůstalé

Každý, kdo přijde v hospici do styku s nemocným, tedy i uklízečka, řidič či dobrovolníci, musí dobře zvládat slovní i mimoslovní komunikaci. S nemocným i s jeho rodinou je třeba hovořit co nejvíce. Je důležité jim srozumitelně vysvětlit, co se v těle nemocného děje, a získat je tak pro spolupráci. Rodina zná nemocného lépe a navíc trpí společně s pacientem. Prochází stejnými fázemi negace, agrese, deprese, někdy i rezignací. Často tam ale bývá časový posun, zejména když nemocný je už ve fázi akceptace a rodina ještě hledá léčitele, je tedy ve fázi smlouvání. To všechno jsou důvody, proč je spolupráce s rodinou v hospicové péči neodmyslitelnou. Navázání kontaktu a získání důvěry později velmi usnadní práci s pozůstalými. Ta patří k běžným službám všech hospiců. V našich podmínkách se asi u 2/3 pozůstalých můžeme omezit na jediný rozhovor při kávě, bezprostředně po smrti nemocného. Avšak zbývajících 1/3 rodin potřebuje další dlouhodobou formu pomoci, jako např. telefonování či návštěvy. Často se navážou i přátelské vztahy a někteří se opakovaně a spontánně vracejí, z některých jsou dnes i dobrovolníci nebo sponzoři.

## 6. 8. Úloha a význam dobrovolníků

Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového hnutí. Zajišťují služby v recepci, starají se o květiny, navštěvují pacienty, obstarávají jim drobné nákupy, pomáhají připravovat různé akce, ale hlavně vnášejí do hospice důležitý prvek čehosi civilního, domácího. Často pracují příležitostně, někteří ale i stálý den v týdnu. Věková hranice není omezena. Zásadou ale je, že nikdo nesmí být přetížen, každý se zaváže jen k tomu, co bez problémů může zvládnout. Druhou zásadou je, že na dobrovolníka musí být 100% spolehnutí, jako na zaměstnance. ( Vorlíček, Adam a kol., 1998, str. 449- 455)

## 6. 9. Stručné seznámení s navštívenými hospici

Jako první hospic, který jsem osobně navštívila, byl Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně. Jedná se o nestátní církevní zdravotnické zařízení poskytující paliativní péči těžce a nevléčitelně nemocným pacientům a pacientům trpícími chronickými bolestmi. Jde o jediné zařízení svého druhu na Moravě. Přítomnost rodiny je zde umožněna 24 hodin denně, stejně jako stálá přítomnost lékaře a ošetřujícího personálu. Toto zařízení vzniklo z iniciativy České katolické charity roku 1999 s celkovým počtem 50 lůžek, z nich jsou 4 lůžka zvýšeného sledování. V okolí byl vybudován relaxační park a bezbariérové vstupy, což umožňuje lepší a kvalitnější manipulaci s nemocnými.

Tento hospic na mě velice zapůsobil nejen svou moderní kvalitní ošetřující péčí, ale hlavně jsem poznala, jak velký je rozdíl v ošetřujícím personálu tady a ve standardních nemocnicích. Nedá se to vůbec srovnat. Všichni byli strašně ochotní, věnovali mi svůj čas a trpělivě mě seznamovali s celým areálem, dokumentací a hlavně s pacienty, kteří byli ochotni mi zodpovědět otázky týkající se mého výzkumného šetření.

S velmi obdobným přístupem jsem se setkala i v dalším navštíveném hospici s názvem CITADELA ve Valašském Meziříčí. Tento hospic, jejímž zřizovatelem je Českobratrská církev evangelická, byl založen v roce 2003. Nabízí 28 lůžek pro nemocné a 20 přistýlek pro doprovod, což je zde velmi často využíváno. Velkou výhodou je to, že celá lůžková část je opticky propojena se zahradou, což spouště pacientům umožňuje vyjít či vyjet z pokoje přímo do zahrady. Celý objekt je taktéž bezbariérový, vybaven signalizací, polohovacími lůžky a dalším moderním zařízením, potřebným pro poskytování kvalitní hospicové péče.

## 7. PALIATIVNÍ PÉČE

Uspokojující definice paliativní léčby zřejmě neexistuje. I když ve světě koluje více definic, nejčastěji používaná je definice Světové zdravotnické organizace- WHO:

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kura-  
tivní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psycholo-  
gických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosa-  
žení co nejlepší kvality života nemocných jejich rodin.“

WHO dále konstatuje, že paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- ani neurychluje ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti

Paliativní nebo-li útěšná a zmírňující péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disci-  
plínou. Principy paliativní péče korelují s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní  
cíle:

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti
- emotivní podporu
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího



Paliativní péči lze zařadit vedle léčby kurativní a podpůrné. Všechny tyto přístupy se navzájem prolínají. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení, zatímco postupy paliativní péče- léčby se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta zlepšuje. Cílem paliativní péče je podpora života a jeho kvality, nikoli jeho prodloužení.

Tato péče má předcházet a zmírňovat všechny aspekty utrpení nemocného. Obvykle se jedná o chronicky nemocné nebo o nemocné v terminální fázi života. K otázce eutanázie má jednoznačně vyhraněný postoj: „Pomáhat v umírání ano, pomáhat k smrti ne.“

Významným mezníkem v moderní paliativní péči bylo v 70. letech ve Velké Británii ustanovení pěti zásad rozvoje oboru:

1. založení oddělení hospicové (paliativní) medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče lékařské
2. rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu
3. založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů
4. rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích
5. výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče.

## 7. 1. Paliativní péče a utrpení

Utrpení můžeme definovat jako bolest či tíseň související s událostmi, které ohrožují neporušenost nebo celistvost jedince. Cílem paliativní péče je provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Utrpení však musíme umět odlišit od bolesti či jiných symptomů, se kterými bývá spojováno, a to z několika důvodů:

1. utrpení je zkušenost nebo zážitek jedince, ne jenom těla nebo mysli,

2. utrpení může být výsledkem přerušení, ovlivnění či zásahu různých aspektů jedince ( fyzických, psychických, sociálních, kulturních nebo duchovních) a ne pouze výsledkem bolesti či jiných symptomů,
3. jsou obrovské individuální variace ve vnímání utrpení, zvláště v případech bolesti nebo jakékoliv hrozby,
4. je známo, že bolest může způsobovat jen malé nebo žádné utrpení či tíseň při akutních onemocněních, kdy má krátké trvání a je pro nemocného lehčeji pochopitelná.

Mezi nejčastější příčiny utrpení patří:

- bolest
- další fyzické symptomy
- psychické problémy
- sociální potíže
- kulturní faktory
- spirituální ( duchovní) starosti

Různé aspekty utrpení jsou vzájemně závislé. Neřešené a neléčené problémy vztahující se ke kterékoliv příčině utrpení jsou následně příčinou vzniku některého dalšího aspektu utrpení. Důležité je, že všechny ostatní komponenty utrpení nemohou být úspěšně odstraněny, pokud není zmírněna či odstraněna bolest. ( Vorlíček, 1998, str. 17- 21)

## **7. 2. Práva umírajících a terminálně nemocných**

Dokument, týkající se práv nemocných a terminálně nemocných byl schválen dne 25. 6. 1999 parlamentem Rady Evropy jako výsledek práce interdisciplinárního týmu odborníků pod vedením rakouského profesora lékařské etiky a morální teologie Güntera Viritta. ( Haškovcová, 2000, str. 38), [ viz přílohy II., III.]

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 1. CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY

### 1. 1. Cíle výzkumu

1. Zjistit, jaké jsou prioritní potřeby terminálně nemocných pacientů.
2. Zjistit, jakým způsobem jsou uspokojovány konkrétní potřeby umírajících pacientů v hospicích.
3. Zjistit, zda je ošetrovatelský personál schopen vnímat, zjišťovat a uspokojovat potřeby nevyлéčitelně nemocných a umírajících.
4. Zjistit, jak se rodina a příbuzní zapojují do péče o umírajícího pacienta.
5. Podat ucelené informace a dosavadní poznatky o problematice ošetrovatelského procesu u nevyлéčitelně nemocných a umírajících.
6. Zjistit, do jaké míry jsou pacientu a rodině poskytovány informace o současném zdravotním stavu.

### 1. 2. Hypotézy

1. Myslím si, že mezi priority těžce nemocných a umírajících pacientů patří uspokojení jejich bio- psycho- sociálních potřeb a kvalitní přístup ošetrovatelského personálu.
2. Předpokládám, že kvalita ošetrovatelské péče je v hospicích dnes už na vysoké úrovni a dokáže uspokojit všechny potřeby a přání umírajících klientů.
3. Domnívám se, že péče o rodinu nevyлéčitelně nemocných a umírajících je nedostatečná.
4. Myslím si, že ne vždy jsou respektována práva pacientů, zejména právo na poskytování informací.

## 2 METODIKA VÝZKUMU

Průzkum jsem provedla během měsíce března a dubna v Hospici CITADELA ve Valašském Meziříčí a v Domě léčby s hospicem sv. Josefa v Brně formou dotazníků a polostandardizovaných rozhovorů. Dotazníky byly určeny pro zdravotní sestry všeho zařazení a hovory byly vedeny s těžce nemocnými a umírajícími klienty.

Zdravotním sestřám jsem rozdala 50 dotazníků, návratnost byla 74%. Dotazníky byly zcela anonymní, proto předpokládám, že byly vyplněny pravdivě. Dotazník obsahoval 28 otázek, které byly formulovány dvěma způsoby: 1. volba z několika variant, 2. polootevřené otázky.

Polostandardizované rozhovory s klienty jsem mohla uskutečnit pouze u 70% oslovených pacientů. Konkrétní údaje a výsledky rozhovorů jsou uvedeny níže v tabulkách a grafech.

Polostandardizované rozhovory s pacienty se odehrávaly v soukromí na pokoji nemocného. Komunikace probíhala ve formě dialogu, buď s nemocným, nebo s příbuzným, nebo společně se všemi zúčastněnými. Rozhovory trvaly různou dobu- pacient špatně komunikoval, někdy nechápal smysl mých dotazů, někteří se ztráceli ve vzpomínkách a životních příbězích, často odešli od podstaty mých otázek. Přesto jsem nechala pacienty hovořit většinou volně o tom, co považovali za důležité. K podstatě mých otázek jsem se snažila vrátit nenásilnou formou později. Jejich sdělené, pro mě podstatné odpovědi, jsem si nikdy nezaznamenávala do dotazníků přímo před nimi, ale dodatečně v jiných prostorách, aby mé zaznamenávání neodvádělo pozornost dotazovaných od obsahu rozhovoru.

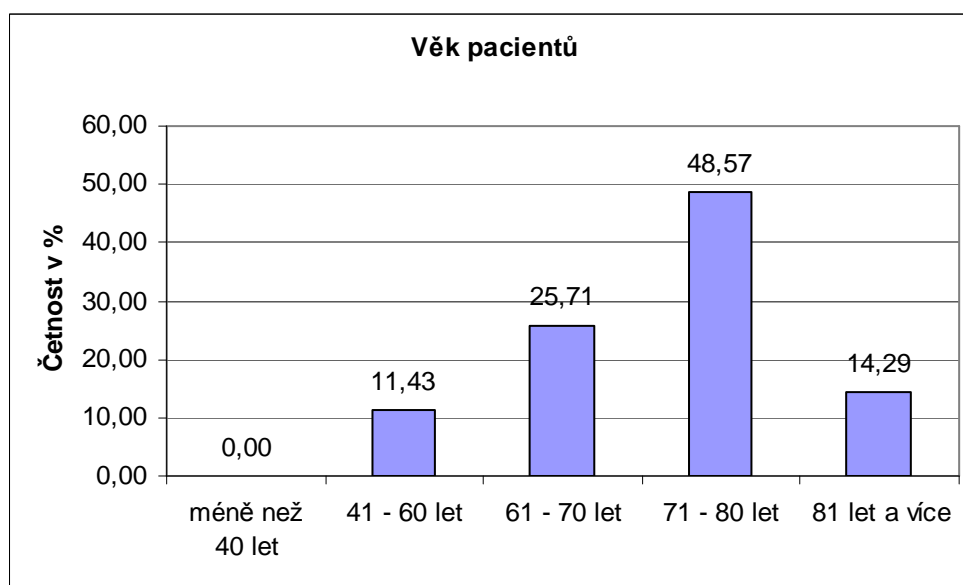
Většina pacientů se mnou velmi ráda komunikovala, byli rádi, že se mohou někomu svěřit se svými pocity, trápením i s nepříznivou skutečností svého momentálního zdravotního stavu.

### 3 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

#### 3. 1. Výsledky výzkumu u nemocných

Tab. 1. Věk pacientů

	četnost	rel.četnost v %
méně než 40 let	0	0,00
41 - 60 let	4	11,43
61 - 70 let	9	25,71
71 - 80 let	17	48,57
81 let a více	5	14,29
Suma	35	100



Obr. 1. Věk pacientů

Z následující tabulky a grafu vyplývá, že téměř 49% dotazovaných bylo ve věku 71- 80 let. Další skupinu tvořili pacienti ve věku 61- 70 let- 26% a 14% pacienti starší 81 let.

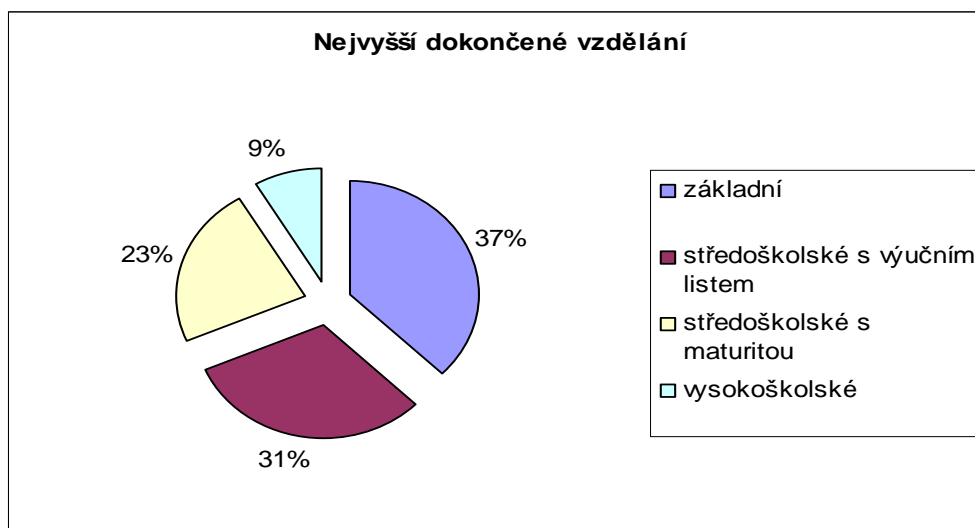
Tab. 2. Pohlaví pacientů

	četnost	rel. četnost v %
žena	24	68,57
muž	11	31,43
<b>Suma</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Většinu dotazovaných pacientů tvořily z 69% ženy, 31% muži.

Tab. 3. Nejvyšší dokončené vzdělání

	četnost	rel. četnost v %
<b>základní</b>	13	37,14
<b>středoškolské s výučním listem</b>	11	31,43
<b>středoškolské s maturitou</b>	8	22,86
<b>vysokoškolské</b>	3	8,57
<b>Suma</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

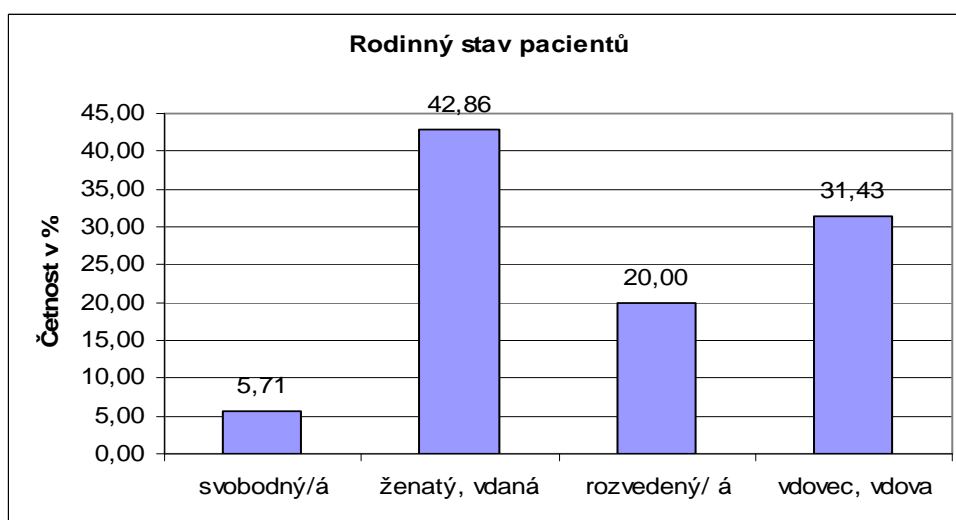


Obr. 2. Nejvyšší dokončené vzdělání

Nejvíce dotazovaných pacientů dosáhlo v průběhu života základního vzdělání, tj. 37%, 31% středoškolského vzdělání s výučním listem, 23% středoškolského vzdělání ukončené maturitou a pouze 9% vysokoškolsky vzdělaných pacientů.

Tab. 4. Rodinný stav pacientů

	četnost	rel.četnost v %
<b>svobodný/á</b>	2	5,71
<b>ženatý, vdaná</b>	15	42,86
<b>rozvedený/ á</b>	7	20,00
<b>vdovec, vdova</b>	11	31,43
<b>Suma</b>	35	100



Obr. 3. Rodinný stav pacientů

Téměř 43% dotazovaných pacientů je ženatých/ vdaných, dále 31% vdovec/ vdova, 20% tvořili rozvedení pacienti a 6% svobodní.

Tab. 5. Příjem nemocného a seznámení s denním režimem a zařízením

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	35	100
<b>ne</b>	0	0
<b>Suma</b>	35	100

Naprostá většina dotazovaných bylo hned při příjmu seznámeno s denním režimem a chodem celého zařízení.



Tab. 6. Spokojenost s vybavením a vzhledem pokoje a zařízení

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	35	100
<b>ne</b>	0	0
<b>Suma</b>	35	100

Z této tabulky vyplývá, že všech 100% dotazovaných pacientů je spokojeno s nadstandardním vybavením a vzhledem pokoje a oddělení.

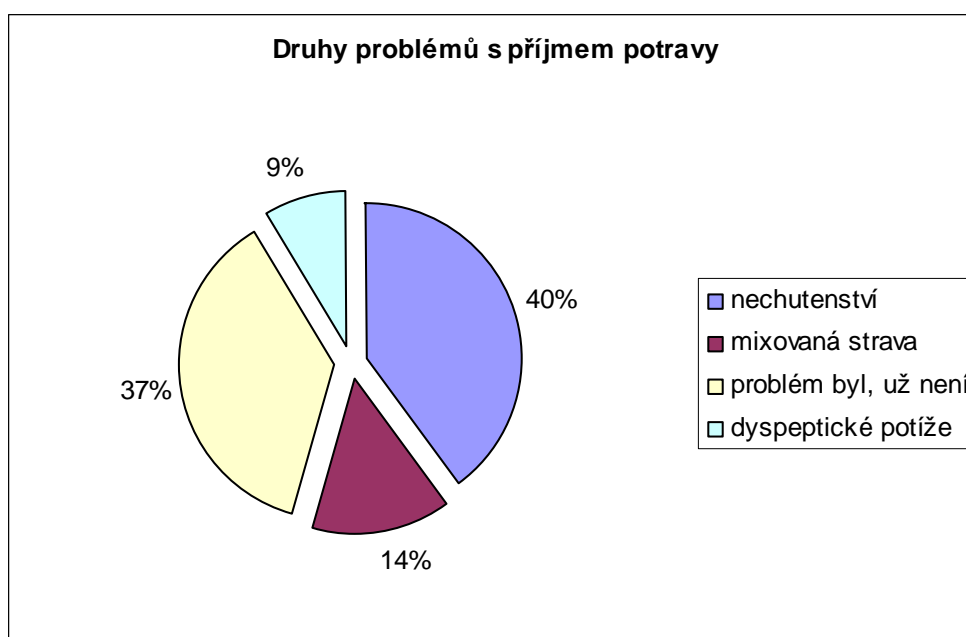
Tab. 7. Prioritní potřeby pacientů

	četnost					relativní četnost v %				
	1	2	3	4	Suma	1	2	3	4	Su- ma
<b>biologické</b>	22	9	4	0	35	62,86	25,71	11,43	0,00	100
<b>psychologické</b>	4	12	19	0	35	11,43	34,29	54,29	0,00	100
<b>sociální</b>	9	14	11	1	35	25,71	40,00	31,43	2,86	100
<b>spirituální</b>	0	0	1	34	35	0,00	0,00	2,86	97,14	100

Následující tabulka hodnotí prioritní potřeby nemocných v bodovém hodnocení 1- 4, z toho 1 znamená nejvyšší a pro ně nejdůležitější potřeby, 63% považuje za nejdůležitější biologické potřeby, 40% sociální potřeby, dále potřeby sociální a nejméně důležité potřeby spirituální.

Tab. 8. Druhy problémů s příjmem potravy

	četnost	rel.četnost v %
<b>nechutenství</b>	14	40,00
<b>mixovaná strava</b>	5	14,29
<b>problém byl, už není</b>	13	37,14
<b>dyspeptické potíže</b>	3	8,57
<b>Suma</b>	35	100

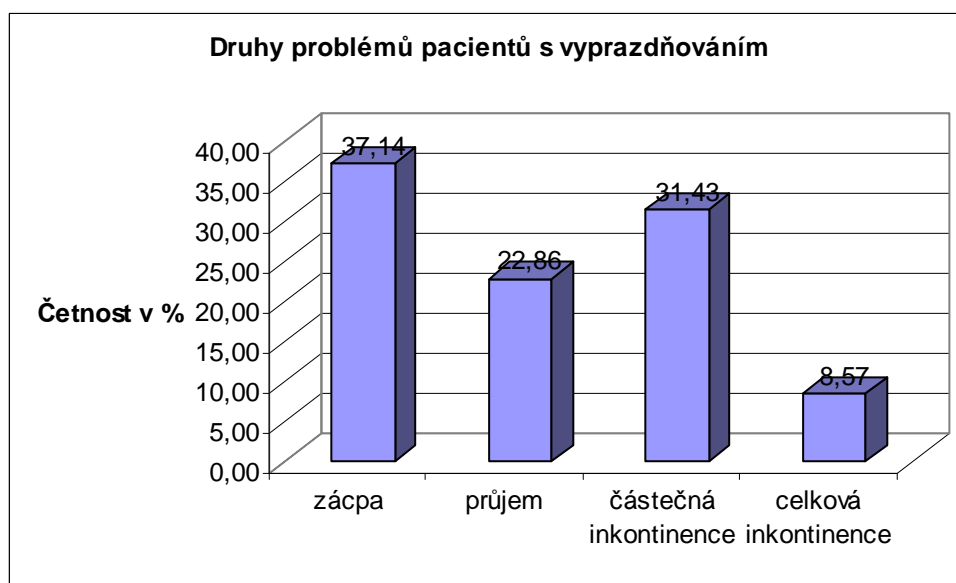


Obr. 4. Druhy problémů s příjmem potravy

Mezi nejčastější problémy přijímání stravy patří u 40% pacientů nechutenství, 37% mělo se stravováním potíže dříve, ale nyní už ne, zbylých 14% a 9% udává přijímání mixované stravy a menší dyspeptické potíže.

Tab. 9. Druhy problémů pacientů s vyprazdňováním

	četnost	rel. četnost v %
<b>zácpa</b>	13	37,14
<b>průjem</b>	8	22,86
<b>částečná inkontinence</b>	11	31,43
<b>celková inkontinence</b>	3	8,57
<b>Suma</b>	35	100

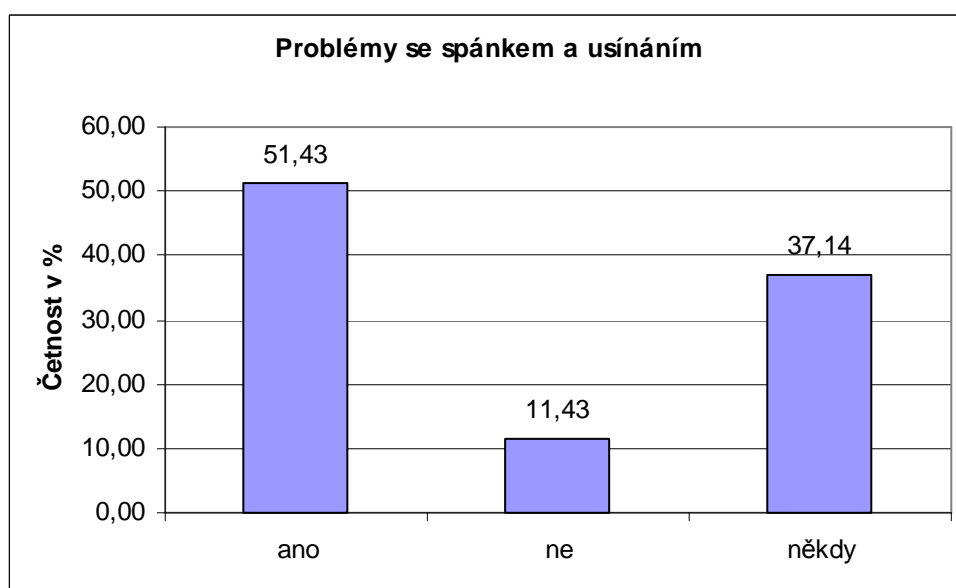


Obr. 5. Druhy problémů pacientů s vyprazdňováním

Mezi nejčastější potíže s vyprazdňováním patří z 37% zácpa, 31% pacientů trpí částečnou inkontinencí, 23% uvádí průjem a zbylých 9% celkovou inkontinencí.

Tab. 10. Problémy se spánkem a usínáním

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	18	51,43
<b>ne</b>	4	11,43
<b>někdy</b>	13	37,14
<b>Suma</b>	35	100

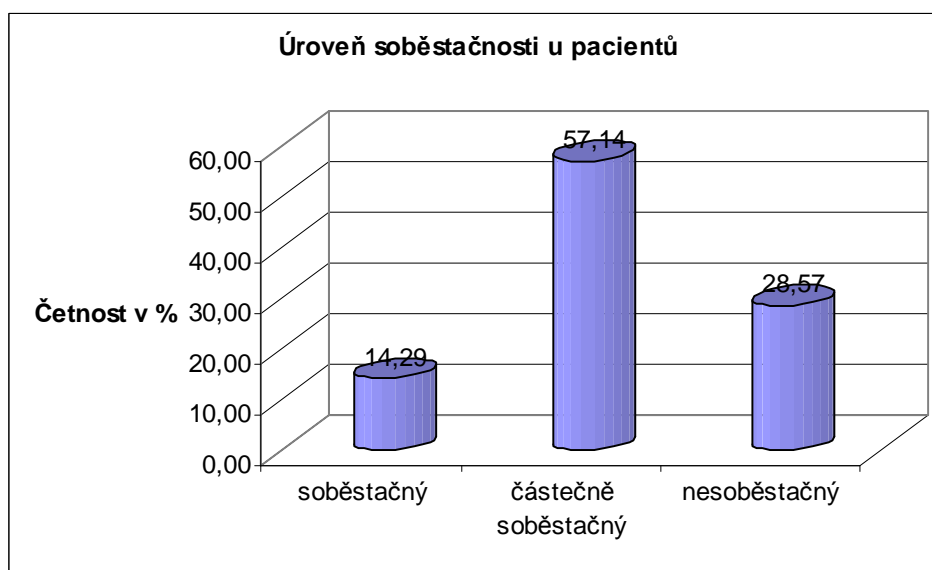


Obr. 6. Problémy se spánkem a usínáním

Více než polovina dotazovaných, tj. 51% uvádí problémy se spánkem a usínáním, 37% má problémy jen někdy a zbylí pacienti neuvádí potíže vůbec.

Tab. 11. Úroveň soběstačnosti u pacientů

	četnost	rel.četnost v %
<b>soběstačný</b>	5	14,29
<b>částečně soběstačný</b>	20	57,14
<b>nesoběstačný</b>	10	28,57
<b>Suma</b>	35	100



Obr. 7. Úroveň soběstačnosti u pacientů

Převážnou většinu dotazovaných tvořili částečně soběstační pacienti- 57%, dále 29% zcela nesoběstačných a jen 14% soběstační pacienti.

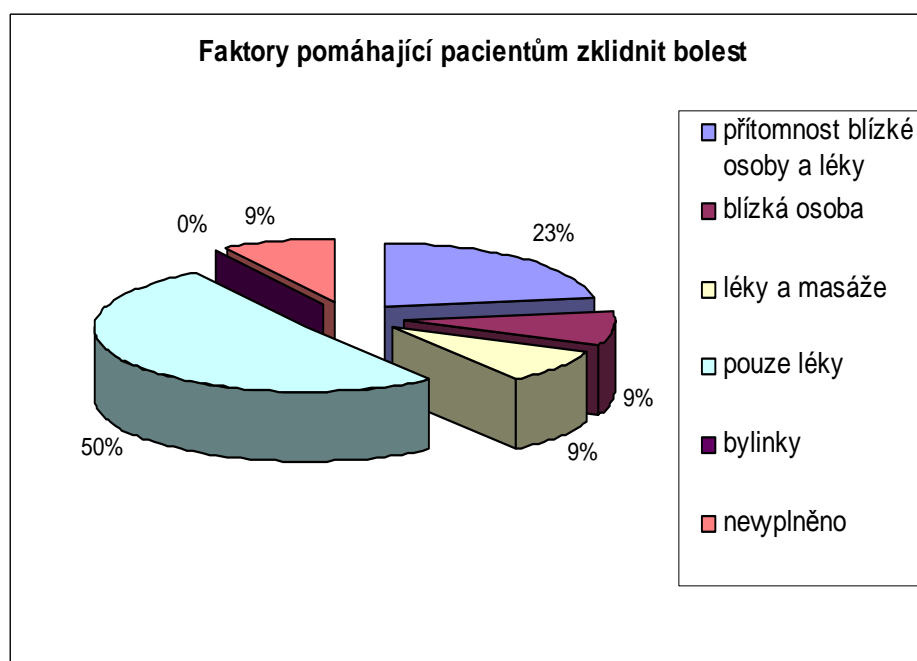
Tab. 12. Udávání bolesti

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	32	91,43
<b>ne</b>	3	8,57
<b>Suma</b>	35	100

Z celkového počtu 35 dotazovaných uvádí 91% pacientů bolesti, pouze 9% bolesti neudává.

Tab. 13. Faktory pomáhající pacientům zklidnit bolest

	četnost	rel.četnost v %
<b>přítomnost blízké osoby a léky</b>	8	22,86
<b>blízká osoba</b>	3	8,57
<b>léky a masáže</b>	3	8,57
<b>pouze léky</b>	18	51,43
<b>bylinky</b>	0	0,00
<b>nevyplněno</b>	3	8,57
<b>Suma</b>	35	100

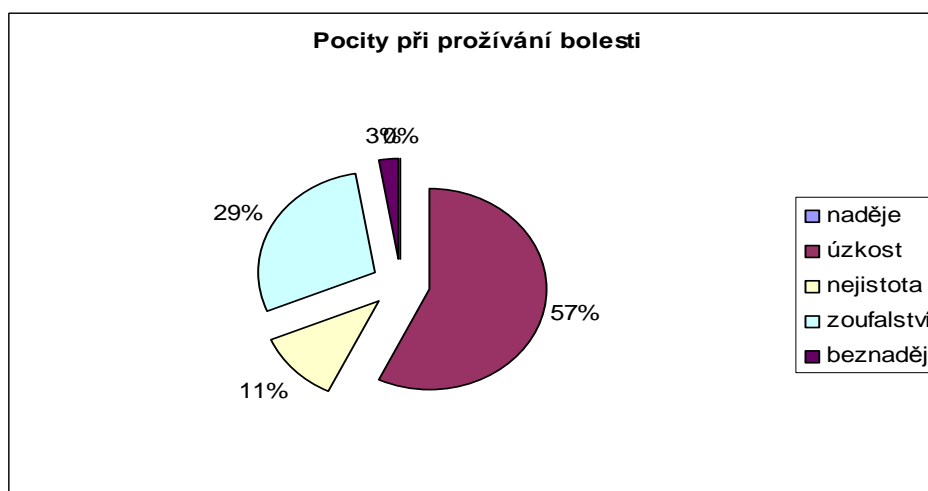


Obr. 8. Faktory pomáhající pacientům zklidnit bolest

Téměř 50% pacientům pomáhá ke zmírnění jejich bolestí pouze léky, dalších 23% uvádí přítomnost blízké osoby + léky, 9% a 9% udává léky+ masáže a bylinky a zbylých 9% pacientů bolesti neudává vůbec.

Tab. 14. Pocity při prožívání bolesti

	četnost	rel.četnost v %
naděje	0	0
úzkost	20	57,14
nejistota	4	11,43
zoufalství	10	28,57
beznaděj	1	2,86
Suma	35	100



Obr. 9. Pocity při prožívání bolesti

Z následující tabulky a grafu vyplývá, že nejčastěji prožívaným pocitem pacientů při bolesti a jiných závažných problémech je v 57% úzkost a z 29% zoufalství.

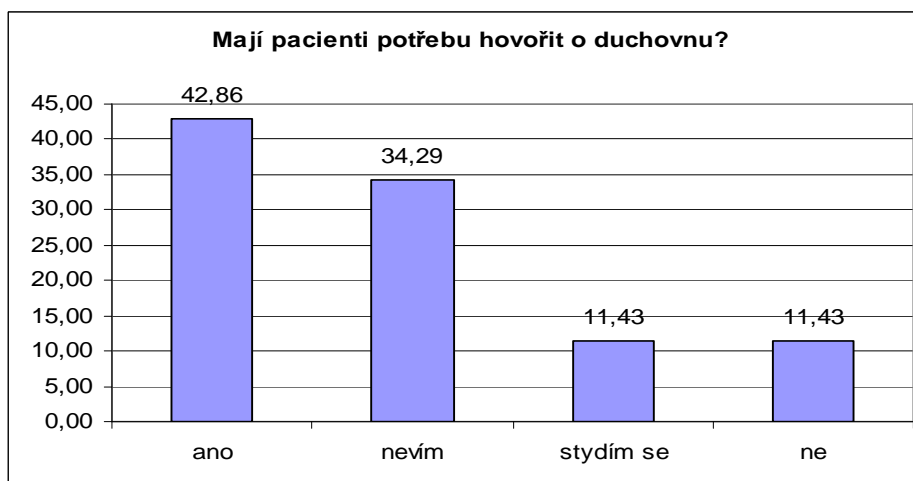
Tab. 15. Víra

	četnost	rel.četnost v %
ano	30	85,71
ne	5	14,29
Suma	35	100

86% dotazovaných pacientů bylo věřících, pouze 14% byli ateisté.

Tab. 16. Mají pacienti potřebu hovořit o duchovnu?

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	15	42,86
<b>nevím</b>	12	34,29
<b>stydím se</b>	4	11,43
<b>ne</b>	4	11,43
<b>Suma</b>	35	100



Obr. 10. Mají pacienti potřebu hovořit o duchovnu?

Téměř 43% pacientů udává potřebu hovořit o duchovnu, 34% neví a ostatní se buď stydí či komunikaci odmítají.

Tab. 17. Víra jako prostředek naděje

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	17	48,57
<b>částečně</b>	16	45,71
<b>ne</b>	2	5,71
<b>Suma</b>	35	100

Na otázku, zda pacienti považují víru za prostředek naděje, uvedlo 49%, že ano, 46% jen částečně a pouze 5% udává, že ne.



Tab. 18. Postoj pacientů k víře v době nemoci

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	11	31,43
<b>ne</b>	24	68,57
<b>Suma</b>	35	100

Většina dotazovaných pacientů, tj. 69% uvádí, že se jejich postoj k víře v době nemoci nijak výrazně nezměnil, 31% uvádí, že ano.

Tab. 19. Optimista či pesimista?

	četnost	rel.četnost v %
<b>optimista</b>	26	74,29
<b>pesimista</b>	9	25,71
<b>Suma</b>	35	100

Převážná většina pacientů udává, že jsou spíše celoživotními optimisty, pouze 26% se cítí být spíše pesimisty.

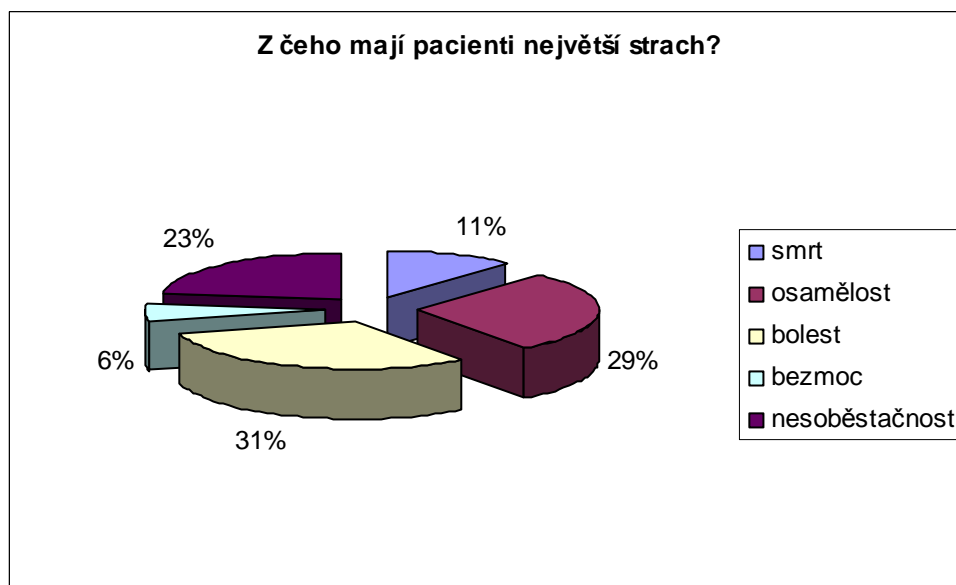
Tab. 20. Cítíte se osaměli?

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	16	45,71
<b>ne</b>	19	54,29
<b>Suma</b>	35	100

Většina dotazovaných pacientů- 54% se necítí být osamělí, 45% naopak ano.

Tab. 21. Z čeho mají pacienti největší strach?

	četnost	rel.četnost v %
<b>smrt</b>	4	11,43
<b>osamělost</b>	10	28,57
<b>bolest</b>	11	31,43
<b>bezmoc</b>	2	5,71
<b>nesoběstačnost</b>	8	22,86
<b>Suma</b>	35	100

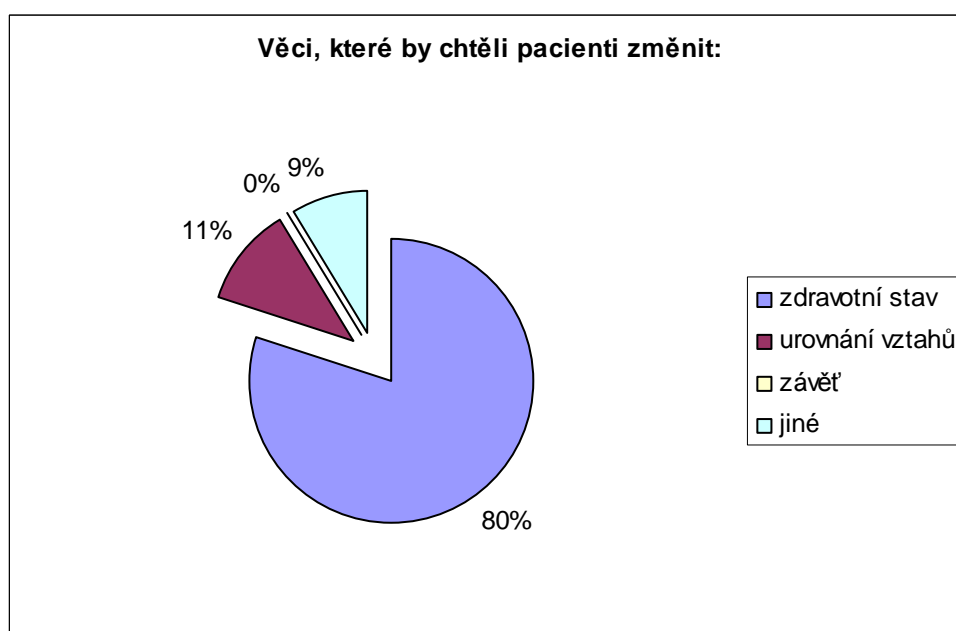


Obr. 12. Z čeho mají pacienti největší strach?

Nejvíce dotazovaných pacientů- 31% uvedlo největší obavy z bolesti, 29% z osamělosti, 23% z nesoběstačnosti a 11% ze samotné smrti.

Tab. 22. Věci, které by chtěli pacienti změnit

	četnost	rel.četnost v %
<b>zdravotní stav</b>	28	80,00
<b>urovnání vztahů</b>	4	11,43
<b>závěť</b>	0	0,00
<b>jiné</b>	3	8,57
<b>Suma</b>	35	100

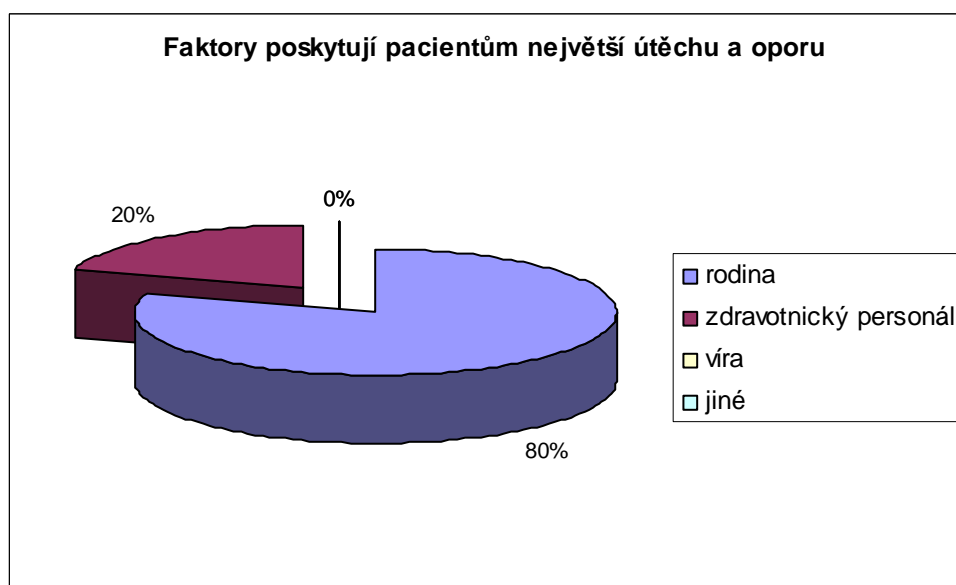


Obr. 13. Věci, které by chtěli pacienti změnit

Většina pacientů by chtěla zvrátit svůj nepříznivý zdravotní stav- 80%, v 11% by chtěli urovnat své rodinné vztahy a zbylých 9% udává, že by nechtěli změnit už nic.

Tab. 23. Faktory poskytující pacientům největší útěchu a oporu

	četnost	rel.četnost v %
<b>rodina</b>	28	80
<b>zdravotnický personál</b>	7	20
<b>víra</b>	0	0
<b>jiné</b>	0	0
<b>Suma</b>	35	100

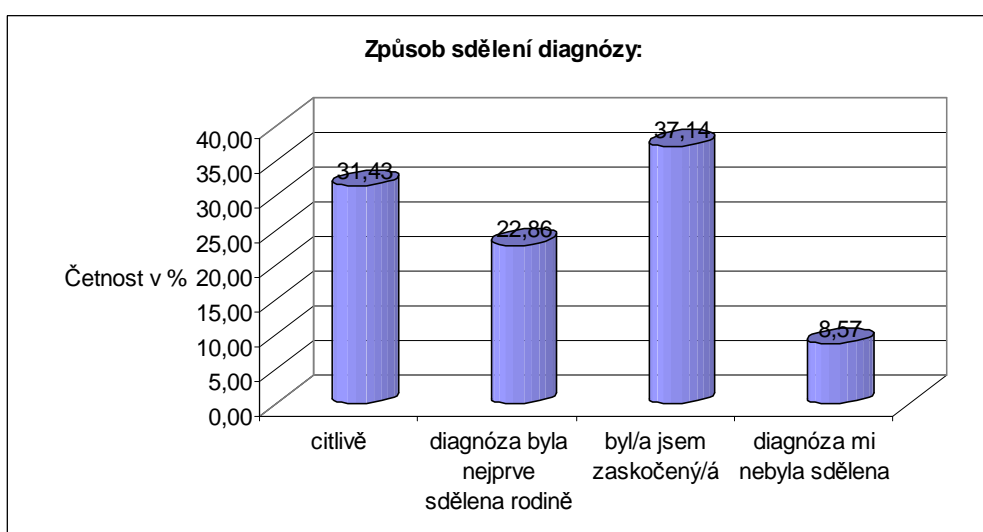


Obr. 13. Faktory poskytující pacientům největší útěchu a oporu

Při zvládnání těžkých situací a bolestí hledá 80% pacientů oporu ve své rodině a blízkých, dalších 20% ve zdravotnickém personálu.

Tab. 24. Způsob sdělení diagnózy

	četnost	rel.četnost v %
<b>citlivě</b>	11	31,43
<b>diagnóza byla nejprve sdělena rodině</b>	8	22,86
<b>byl/a jsem zaskočený/á</b>	13	37,14
<b>diagnóza mi nebyla sdělena</b>	3	8,57
<b>Suma</b>	35	100



Obr. 14. Způsob sdělení diagnózy

37% pacientů uvádí, že po sdělení dg. se cítili zaskočení, 31% byla dg. sdělena citlivě, v 23% byla dg. sdělena nejprve rodina a téměř v 9% pacientům nebyla dg. sdělena vůbec.

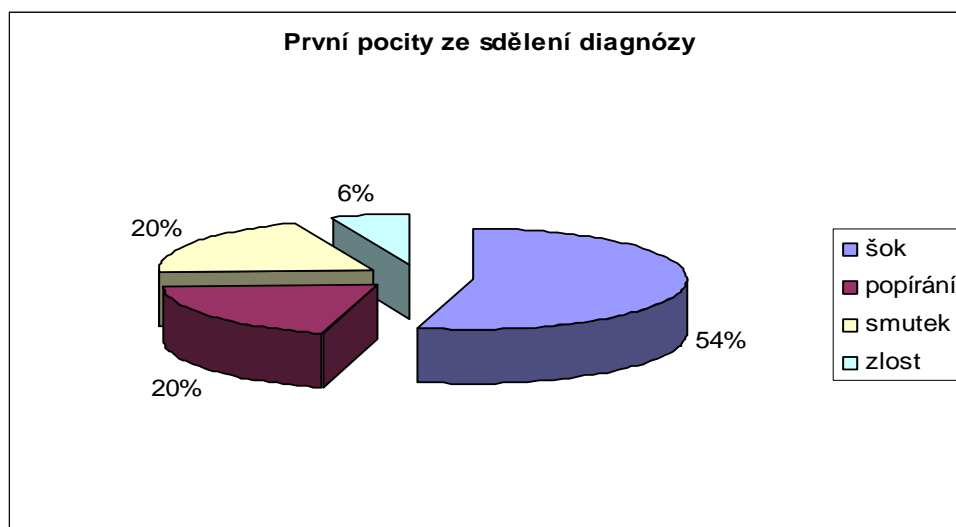
Tab. 25. Přítomnost ostatních při sdělení diagnózy

	četnost	rel.četnost v %
<b>rodina</b>	15	42,86
<b>zdravotnický personál</b>	5	14,29
<b>nikdo</b>	15	42,86
<b>Suma</b>	35	100

Stejně procento pacientů uvádí přítomnost rodiny nebo nikoho při sdělování jejich diagnózy. Pouze ve 14% byla diagnóza sdělena v přítomnosti zdravotnického personálu.

Tab. 26. První pocity po sdělení diagnózy

	četnost	rel.četnost v %
<b>šok</b>	19	54,29
<b>popírá- ní</b>	7	20,00
<b>smutek</b>	7	20,00
<b>zlost</b>	2	5,71
<b>Suma</b>	35	100



Obr. 15. První pocity po sdělení diagnózy

Mezi nejčastější pocity po sdělení diagnózy byl v 54% šok, v dalších 40% smutek a popírání a zbylých 6% uvádí zlost.

Tab. 27. Potřeba mluvit o své nemoci

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	16	45,71
<b>ne</b>	11	31,43
<b>nevím</b>	8	22,86
<b>Suma</b>	35	100

Téměř 46% dotázaných má potřebu mluvit s někým o svém onemocnění, 31% tuto potřebu nemá a zbylých 23% neví.

Tab. 28. Komunikace zdravotníků o nemoci

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	19	54,29
<b>ne</b>	8	22,86
<b>ně- kdy</b>	8	22,86
<b>Suma</b>	35	100

Převážná většina pacientů uvádí, že s nimi zdravotníci otevřeně hovoří o jejich nemoci, 23% se zdravotníky hovoří jen někdy a 23% pacientů se o své nemoci nebaví vůbec.

Tab. 29. Spokojenost pacientů s přístupem personálu

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	33	94,29
<b>ne</b>	1	2,86
<b>ne, zcela</b>	1	2,86
<b>Suma</b>	35	100



Obr. 16. Spokojenost pacientů s přístupem personálu

Většina pacientů je z 94% spokojená s přístupem ošetřujícího personálu, 3% uvádí, že ne a 3% jen občas.

Tab. 30. Důvěra k ošetřujícímu personálu

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	33	94,29
<b>ne</b>	2	5,71
<b>Suma</b>	35	100

Z následující tabulky vyplývá, že 94% pacientů důvěřuje svému ošetřujícímu personálu, pouze 6% uvádí, že ne.

Tab. 31. Porušení intimity

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	10	28,57143
<b>ne</b>	25	71,42857
<b>Suma</b>	35	100

Při ošetrovatelské péči většinou nedochází k porušení intimity klientů a to v 71%, 29% uvádí, že bohužel ano.

Tab. 32. Oslovení zdravotnickým personálem

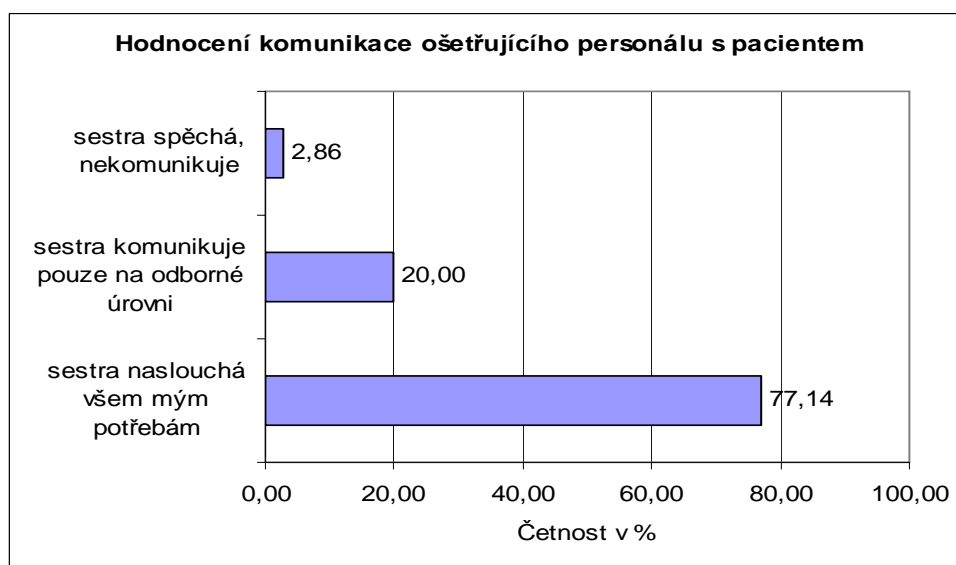
	četnost	rel.četnost v %
<b>pane, paní</b>	34	97,14
<b>dědo, babi</b>	0	0,00
<b>jinak- jménem</b>	1	2,86
<b>Suma</b>	35	100

Převážnou většinu pacientů oslovuje zdravotnický personál paní, pane, a to v 97%, pouze 3% uvádění, že jsou oslovováni jmény.



Tab. 33. Hodnocení komunikace ošetrujícího personálu s pacientem

	četnost	rel.četnost v %
<b>sestra naslouchá všem mým potřebám</b>	27	77,14
<b>sestra komunikuje pouze na odborné úrovni</b>	7	20,00
<b>sestra spěchá, nekomunikuje</b>	1	2,86
<b>Suma</b>	35	100



Obr. 17. Hodnocení komunikace ošetrujícího personálu s pacientem

V 77% naslouchají zdravotní sestry všem potřebám nemocných, ve 20% komunikují sestry pouze na odborné úrovni a ve 3% sestry nekomunikují vůbec.

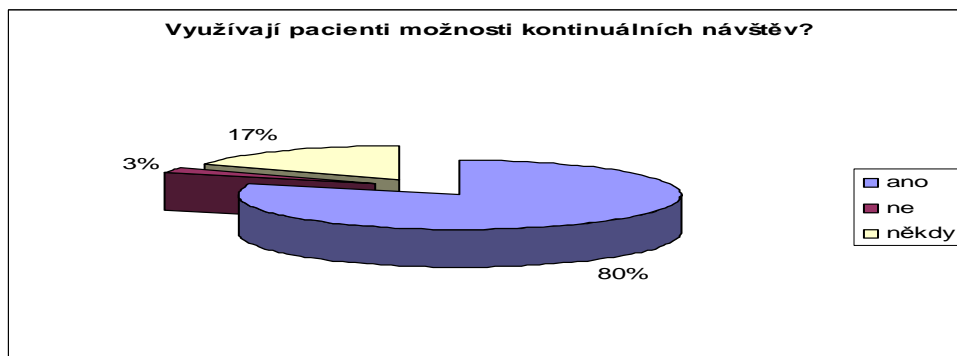
Tab. 34. Příchod ošetrujícího personálu na zavolání

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	32	91,43
<b>ne</b>	0	0,00
<b>s delším zpožděním</b>	3	8,57
<b>Suma</b>	35	100

Většina dotazovaných uvádí, že ošetrující personál vždy přijde na jejich zavolání, 9% pacientů uvádí příchod personálu s delším zpožděním.

Tab. 35. Využívají pacienti možnosti kontinuálních návštěv?

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	28	80,00
<b>ne</b>	1	2,86
<b>někdy</b>	6	17,14
<b>Suma</b>	35	100



Obr. 18. Využívají pacienti možnosti kontinuálních návštěv?

V 80% pacienti pýtají možnost kontinuálních návštěv, 17% někdy a 3% ne.

Tab. 36. Využití možnosti pobytu rodinného příslušníka v hospici

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	10	28,57
<b>ne</b>	25	71,43
<b>Suma</b>	35	100

Pouze 29% dotázaných pacientů uvedla, že v průběhu pobytu v hospici využili možnosti pobytu rodinného příslušníka.

Tab. 37. Přítomnost dobrovolníků

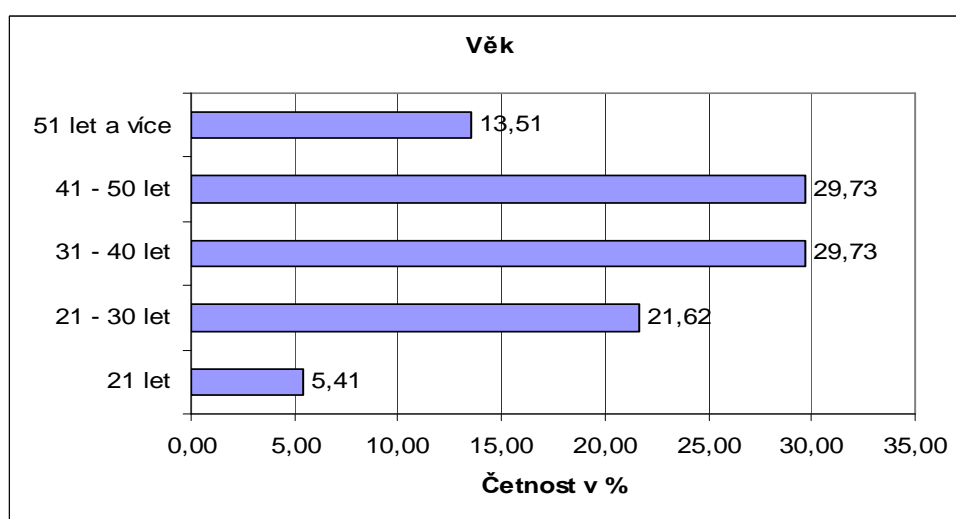
	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	29	82,86
<b>ne</b>	2	5,71
<b>občas</b>	4	11,43
<b>Suma</b>	35	100

Většina pacientů jsou spokojeni s přítomností dobrovolníků, 11% občas a 6% ne.

### 3. 2. Výsledky výzkumu u zdravotníků

Tab. 1. Věk

	četnost	rel.četnost v %
<b>21 let</b>	2	5,41
<b>21 - 30 let</b>	8	21,62
<b>31 - 40 let</b>	11	29,73
<b>41 - 50 let</b>	11	29,73
<b>51 let a více</b>	5	13,51
<b>Suma</b>	37	100



Obr. 1. Věk

Nejvíce dotazovaných sester bylo ve věku 31- 50 let, tj. 60%, nejméně ve věku pod 21 let- 5%.

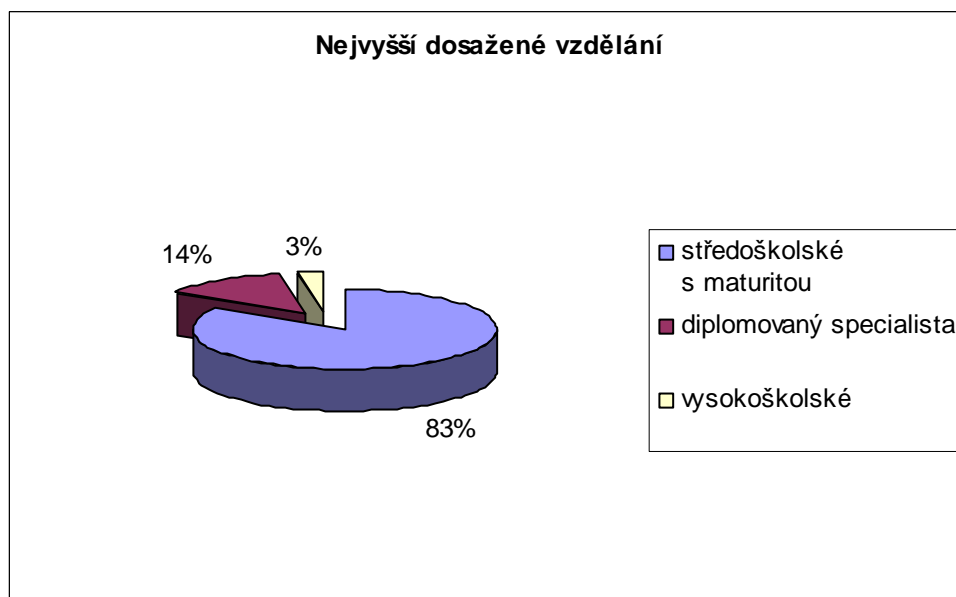
Tab. 2. Pohlaví

	četnost	rel.četnost v %
<b>žena</b>	36	97,30
<b>muž</b>	1	2,70
<b>Suma</b>	37	100

Převážnou většinu dotazovaných tvořily ženy, odpovídal pouze 1 muž.

Tab. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

	četnost	rel.četnost v %
<b>středoškolské s maturitou</b>	31	83,78
<b>diplovaný specialista</b>	5	13,51
<b>vysokoškolské</b>	1	2,70
<b>Suma</b>	37	100

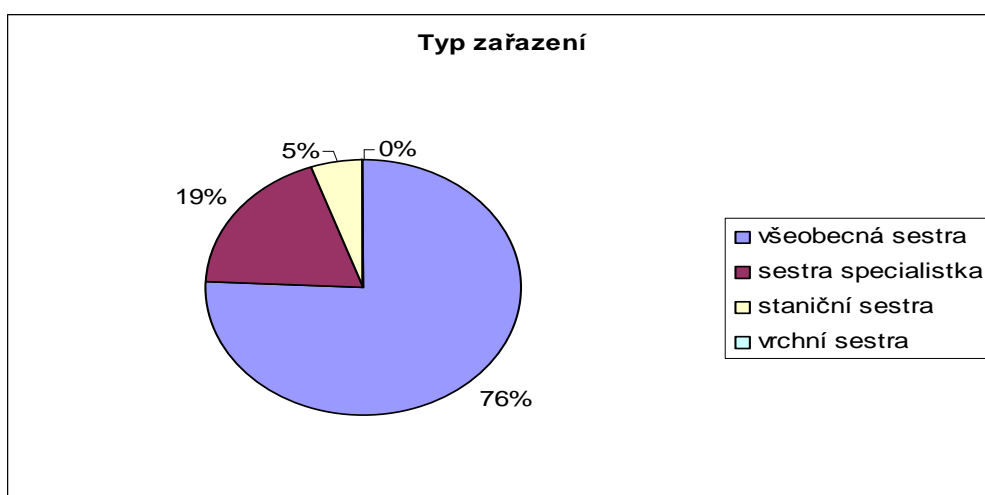


Obr.2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvíce dotazovaných sester bylo středoškolsky vzdělaných- 83%, 14% byly sestry specialistky a 3% tvořily vysokoškolsky vzdělané sestry.

Tab. 4. Typ zařazení

	četnost	rel.četnost v %
<b>všeobecná sestra</b>	28	75,68
<b>sestra specialista</b>	7	18,92
<b>staniční sestra</b>	2	5,41
<b>vrchní sestra</b>	0	0
<b>Suma</b>	37	100



Obr.3. Typ zařazení

76% dotazovaných sester tvořily všeobecné sestry, 19% sestry specialistky a 5% staniční sestry.

Tab. 5. Seznámení pacienta s denním režimem a uspořádáním zařízení

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	37	100
<b>ne</b>	0	0
<b>Suma</b>	37	100

Všechny sestry odpověděly, že při příjmu pacienta ho hned seznámí s denním režimem a organizačním uspořádáním.

Tab. 6. Spokojenost s vybavením, vzhledem zařízení a pokojů pacientů

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	36	97,30
<b>ne</b>	1	2,70
<b>Suma</b>	37	100

Převážná většina sester, 97%, je naprosto spokojená s vybavením a zařízením, jen 3% považují zařízení za nevyhovující.

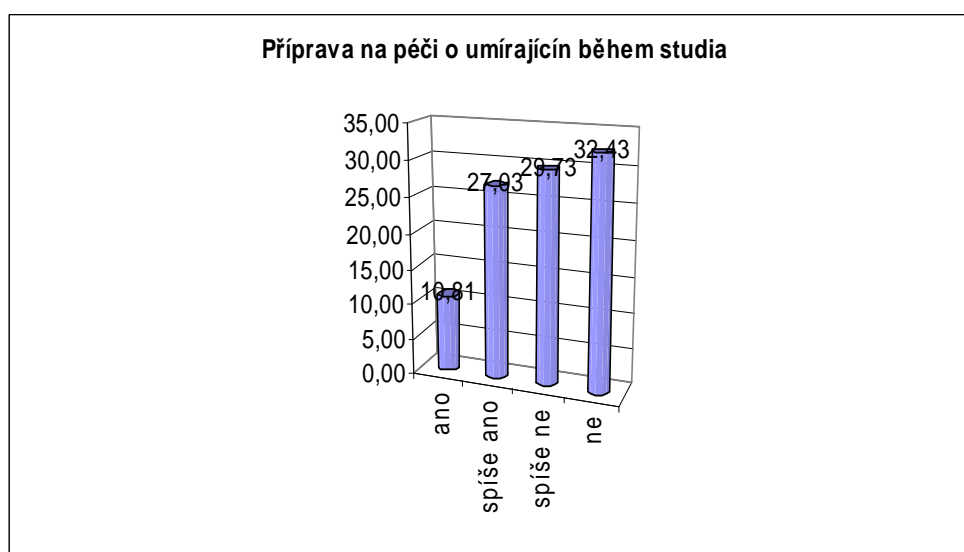
Tab. 7. Náročnost péče o umírající pacienty

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	8	21,62
<b>dříve bylo</b>	12	32,43
<b>ne</b>	17	45,95
<b>Suma</b>	37	100

46% sester nepovažuje péči o umírající pacienty za náročnou, pro 32% to bylo náročné dříve, ale nyní již ne a zbylých 22% považuje péči za náročnou.

Tab. 8. Příprava na péči o umírající během studia

	četnost	rel.četnost v %
ano	4	10,81
spíše ano	10	27,03
spíše ne	11	29,73
ne	12	32,43
Suma	37	100

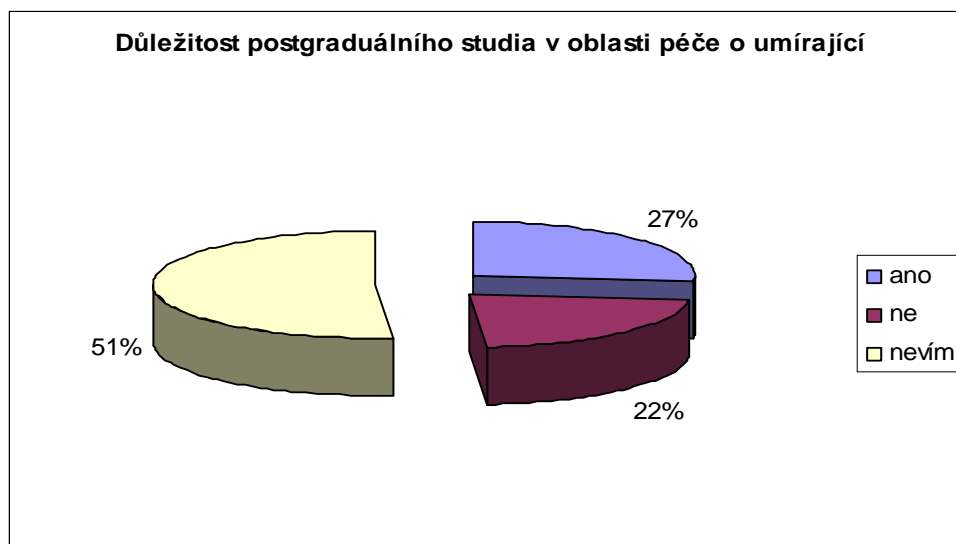


Obr. 4. Příprava na péči o umírající během studia

Nejvíce sester považuje přípravu na péči o umírající pacienty během studia za nedostačující, pouze 11% odpovědělo, že příprava je dostatečná.

Tab. 9. Důležitost postgraduálního studia v oblasti péče o umírající

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	10	27,03
<b>ne</b>	8	21,62
<b>nevím</b>	19	51,35
<b>Suma</b>	37	100



Obr. 5. Důležitost postgraduálního studia v oblasti péče o umírající

27% sester považuje postgraduální vzdělávání v oblasti umírání a smrt za dostačující, 22% odpovědělo, že ne a 51% se danou problematikou nezabývala, neví.

Tab. 10. Pracujete metodou ošetrovatelské péče?

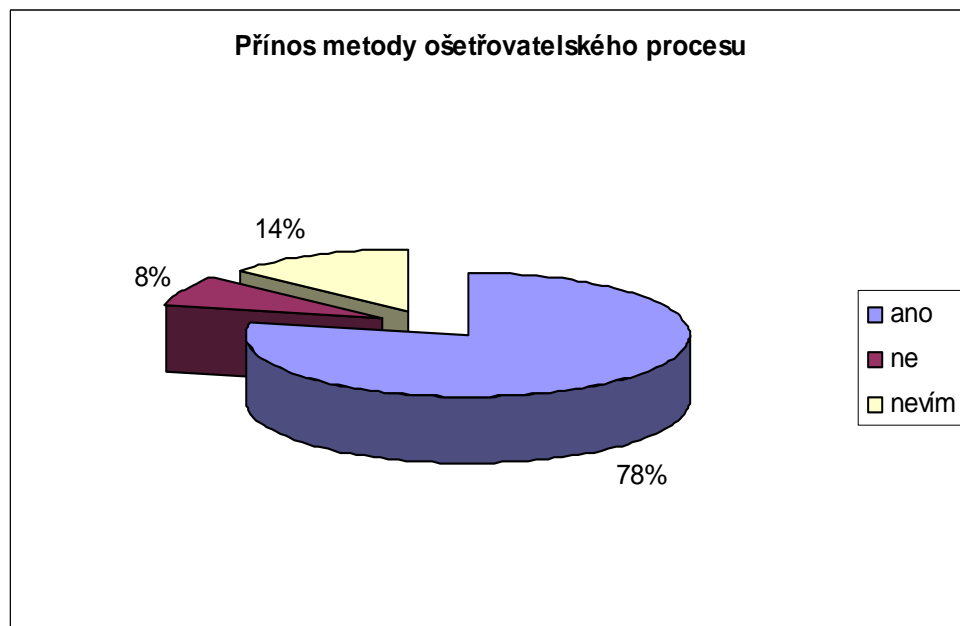
	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	37	100
<b>ne</b>	0	0
<b>pouze formálně</b>	0	0
<b>Suma</b>	37	100

Všech 100% dotazovaných sester shodně odpovědělo, že pracují metodou ošetrovatelské péče.



Tab. 11. Přínos metody ošetrovatelského procesu

	četnost	rel.četnost v %
ano	29	78,38
ne	3	8,11
nevím	5	13,51
Suma	37	100

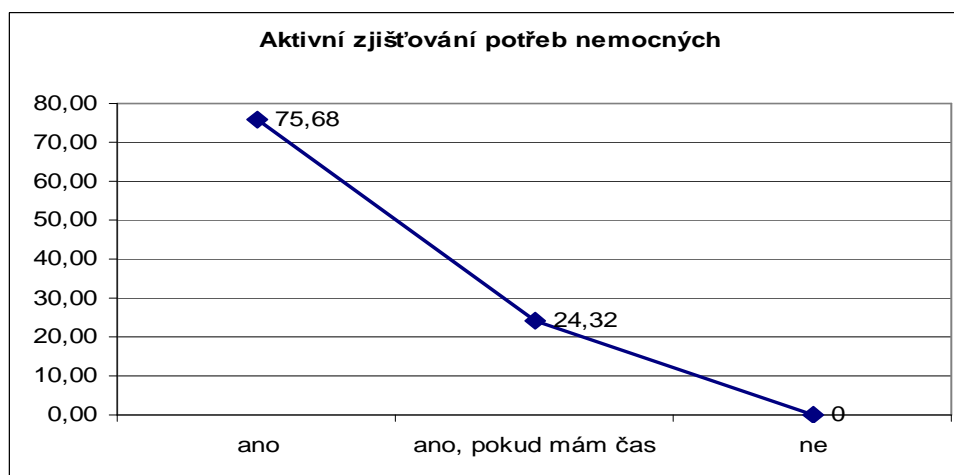


Obr. 6. Přínos metody ošetrovatelského procesu

Až 78% sester považuje metodu ošetrovatelského procesu za přínos v oblasti péče o nemocné, 14% neví a zbylých 8% nepovažuje metodu ošetrovatelského procesu za přínos.

Tab. 12. Aktivní zjišťování potřeb nemocných

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	28	75,68
<b>ano, pokud mám čas</b>	9	24,32
<b>ne</b>	0	0
<b>Suma</b>	37	100



Obr. 7. Aktivní zjišťování potřeb nemocných

76% sester aktivně zjišťují potřeby těžce nemocných a umírajících a 24% udává, že potřeby zjišťují jen tehdy, mají-li na to čas.

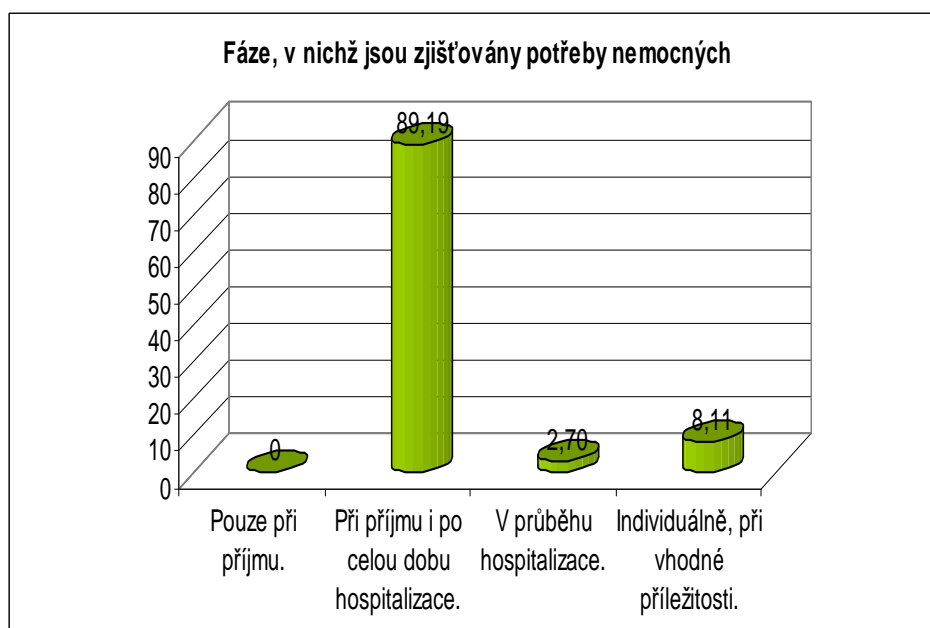
Tab. 13. Které potřeby považujete u nemocných za prioritní?

Hodnoty	četnost				Suma	rel.četnost v %				Suma
	1	2	3	4		1	2	3	4	
<b>biologické</b>	18	9	6	4	37	48,65	24,32	16,22	10,81	100
<b>psychologické</b>	12	18	6	1	37	32,43	48,65	16,22	2,70	100
<b>sociální</b>	5	11	17	4	37	13,51	29,73	45,95	10,81	100
<b>spirituální</b>	5	3	5	24	37	13,51	8,11	13,51	64,86	100

Sestry považují ve 49% u nemocných za nejdůležitější potřeby biologické, stejně jako potřeby psychologické, dále v 46% potřeby sociální a za nejméně důležité potřeby spirituální.

Tab. 14. Fáze, v nichž jsou zjišťovány potřeby nemocných

	četnost	rel.četnost v %
<b>Pouze při příjmu.</b>	0	0
<b>Při příjmu i po celou dobu hospitalizace.</b>	33	89,19
<b>V průběhu hospitalizace.</b>	1	2,70
<b>Individuálně, při vhodné příležitosti.</b>	3	8,11
<b>Suma</b>	37	100



Obr. 8. Fáze, v nichž jsou zjišťovány potřeby nemocných

Většina, tedy 89% sester zjišťují aktivně potřeby nemocných nejen při příjmu, ale také po celou dobu jeho pobytu v hospici, 8% pouze individuálně při vhodné příležitosti a 3% sester až v průběhu hospitalizace.

Tab. 15. Spolupráce s rodinou nemocného při uspokojování potřeb

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano:</b>	28	75,68
<b>SPIRIT</b>	4	10,81
<b>BIO</b>	2	5,41
<b>sociální</b>	12	32,43
<b>psychologické</b>	10	27,03
<b>ne</b>	9	24,32
<b>Suma</b>	37	100

76% sester si myslí, že lze zařadit rodinu nemocného do péče o něj a to zejména v oblasti sociálních potřeb, 27% v psychologických potřebách, v 11% v oblasti spirituální a 5% v péči o biologické potřeby. Zbýlých 24% nepokládá spolupráci za vhodnou.

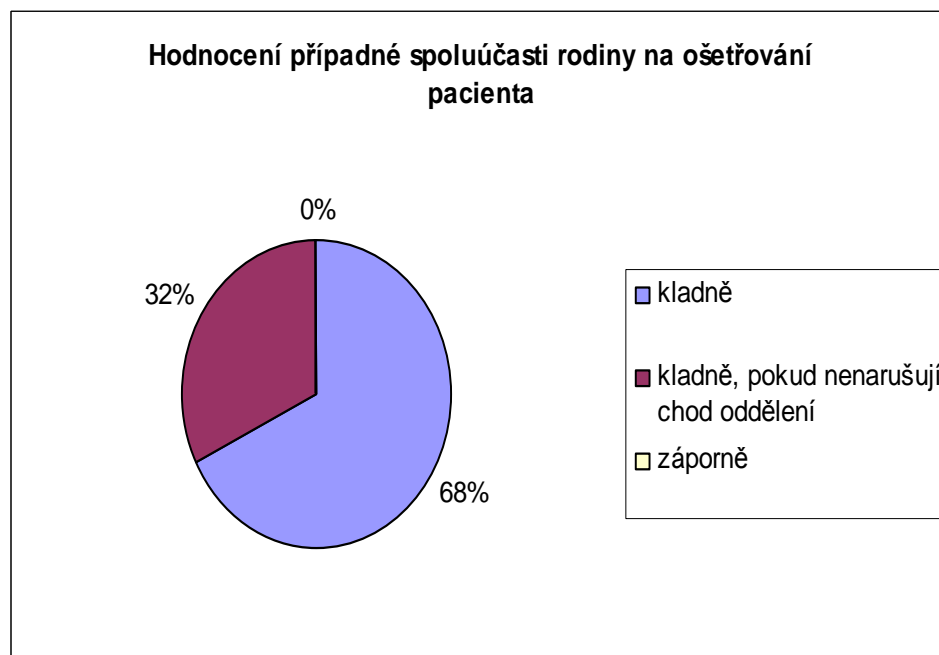
Tab. 16. Možnost kontinuálních návštěv rodiny

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano,pokud má rodina zájem</b>	37	100
<b>ne</b>	0	0
<b>vyjímečně</b>	0	0
<b>Suma</b>	37	100

Všechny sestry shodně odpověděli, že pokud má rodina zájem, je jim umožněno přijít za svým blízkým kdykoli, v kterékoliv denní i noční době.

Tab. 17. Hodnocení případné spoluúčasti rodiny na ošetřování pacienta

	četnost	rel.četnost v %
<b>kladně</b>	25	67,57
<b>kladně, pokud nenarušují chod oddělení</b>	12	32,43
<b>záporně</b>	0	0
<b>Suma</b>	37	100



Obr. 9. Hodnocení případné spoluúčasti rodiny na ošetřování pacienta

68% dotazovaných sester hodnotí spoluúčast rodiny umírajícího na jeho péči kladně, 32% si myslí, že je to také vhodné, ale jen v případě, že nenarušují chod oddělení.

Tab. 18. Je komunikace s pozůstalými profesionálně náročná?

	četnost	rel.četnost v %
ano	28	75,68
ne	7	18,92
je to zcela individuální	2	5,41
Suma	37	100

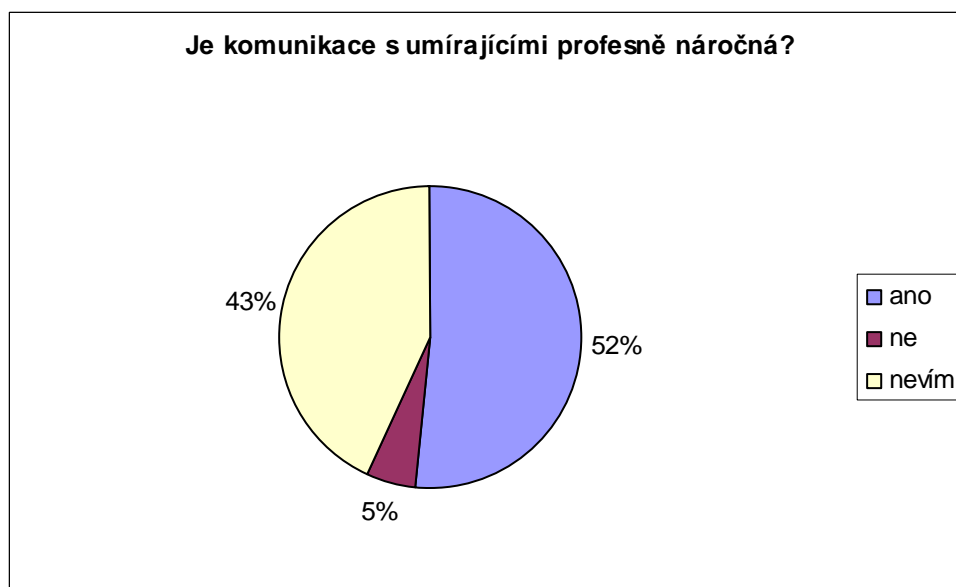


Obr. 10. Je komunikace s pozůstalými profesionálně náročná?

76% dotázaných sester považuje komunikaci s pozůstalými za profesionálně náročnou, pro 19% není komunikace náročná a 5% udává, že je to zcela individuální, což si myslím také.

Tab. 19. Je komunikace s umírajícími profesně náročná?

	četnost	rel.četnost v %
ano	19	51,35
ne	2	5,41
nevím	16	43,24
Suma	37	100



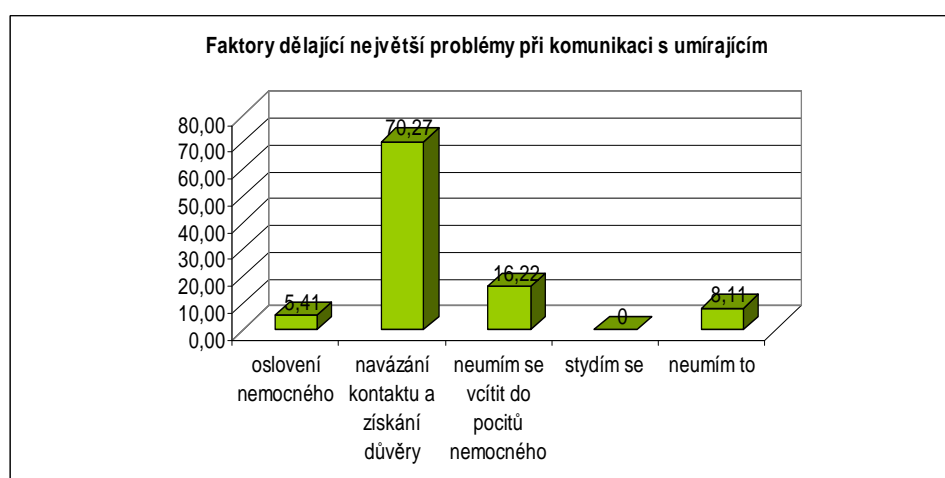
Obr. 11. Je komunikace s umírajícími profesně náročná?

52% sester nepovažuje komunikaci s umírajícími za náročnou, 43% neví a 5% považuje komunikaci za náročnou.

Je zajímavé, že pro většinu sester je komunikace s umírajícími snazší, než komunikace s pozůstalými.

Tab. 20. Faktory dělající největší problémy při komunikaci s umírajícím

	četnost	rel.četnost v %
<b>oslovení nemocného</b>	2	5,41
<b>navázání kontaktu a získání důvěry</b>	26	70,27
<b>neumím se vcítit do pocitů nemocného</b>	6	16,22
<b>stydím se</b>	0	0
<b>neumím to</b>	3	8,11
<b>Suma</b>	37	100



Obr. 12. Faktory dělající největší problémy při komunikaci s umírajícím

70% sester uvádí, že je pro ně nejobtížnější navázání kontaktu a získání důvěry u nemocných, v 16% se neumějí sestry dobře vcítit do pocitů nemocného a 8% to neumí vůbec!

Tab. 21. Víte, co je „ Informovaný svobodný souhlas pacienta?“

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	29	78,38
<b>tuším</b>	7	18,92
<b>ne</b>	1	2,70
<b>Suma</b>	37	100

78% sester ví, co daný pojem znamená, 19% tuší a 3% sester netuší vůbec, což je zarážející!



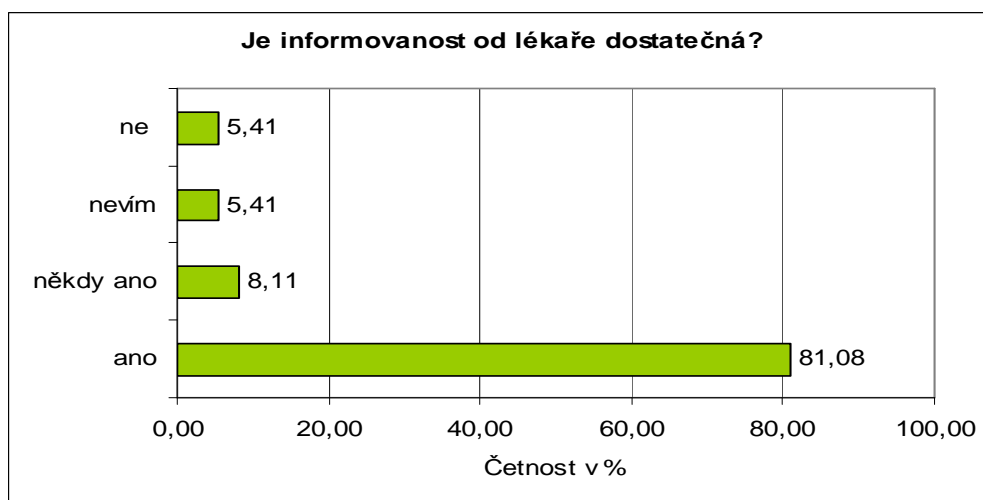
Tab. 22. Jsou informace týkající se léčby a prognózy pro nemocné důležité?

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	31	83,78
<b>ne, ale má na ně právo</b>	5	13,51
<b>ne</b>	1	2,70
<b>Suma</b>	37	100

84% dotázaných sester si myslí, že informace o léčbě a prognóze jsou pro nemocné důležité, 14% je pokládá za nedůležité, i když na ně má nemocný právo a 3% tyto informace nepovažují za důležitá pro nemocného.

Tab. 23. Je informovanost od lékaře dostatečná?

	Četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	30	81,08
<b>někdy ano</b>	3	8,11
<b>nevím</b>	2	5,41
<b>ne</b>	2	5,41
<b>Suma</b>	37	100

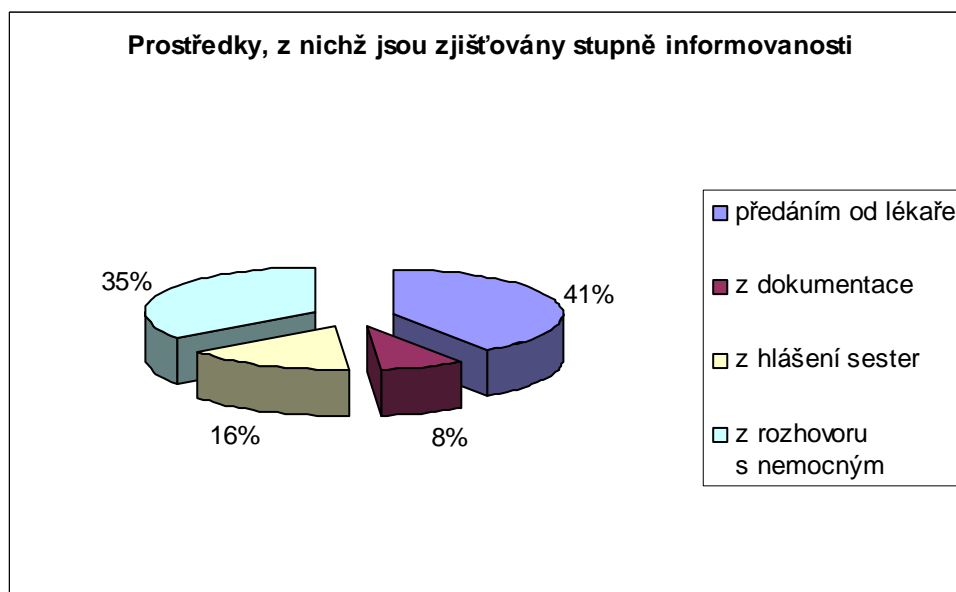


Obr.13. Je informovanost od lékaře dostatečná?

81% sester si myslí, že ano, 8% považuje sdělení informací nemocnému od lékaře jen někdy dostačující a 5,5% si nemyslí, že by byl nemocný dostatečně informován.

Tab. 24. Prostředky, z nichž jsou zjišťovány stupně informovanosti

	četnost	rel.četnost v %
<b>předáním od lékaře</b>	15	40,54
<b>z dokumentace</b>	3	8,11
<b>z hlášení sester</b>	6	16,22
<b>z rozhovoru s nemocným</b>	13	35,14
<b>Suma</b>	37	100

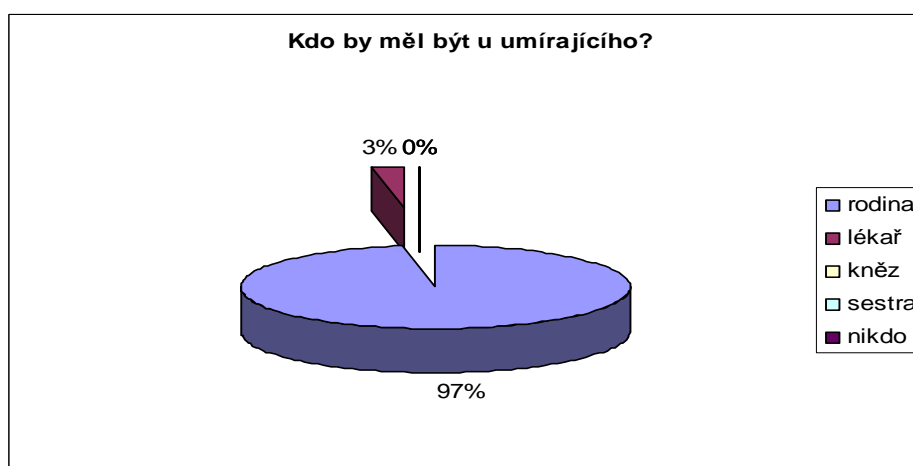


Obr. 14. Prostředky, z nichž jsou zjišťovány informace o pacientech

Nejčastěji sestry zjišťují stupeň informovanosti pacienta předáním od lékaře- 41%, 35% ze samotného rozhovoru s nemocným, 16% z písemného i ústního hlášení sester a zbylých 8% z dokumentace.

Tab. 25. Kdo by měl být u umírajícího?

	četnost	rel.četnost v %
rodina	36	97,30
lékař	1	2,70
kněz	0	0
sestra	0	0
nikdo	0	0
Suma	37	100



Obr. 15. Kdo by měl být u umírajícího?

Většina, tedy 97%, sester si myslí, že v přítomnosti umírajícího by měla být bezesporu jeho rodina a ve 3% lékař.

Tab. 26. Byla jste někdy v přítomnosti umírajícího?

	Četnost	rel.četnost v %
ano	21	56,76
ne	3	8,11
několikrát	10	27,03
snažím se být vždy	3	8,11
Suma	37	100

57% sester bylo již někdy v přítomnosti umírajícího, 27% už několikrát, 8% sester se snaží být s umírajícími vždy, když to jen jde a 8% zatím nebylo u umírajícího v době smrti.

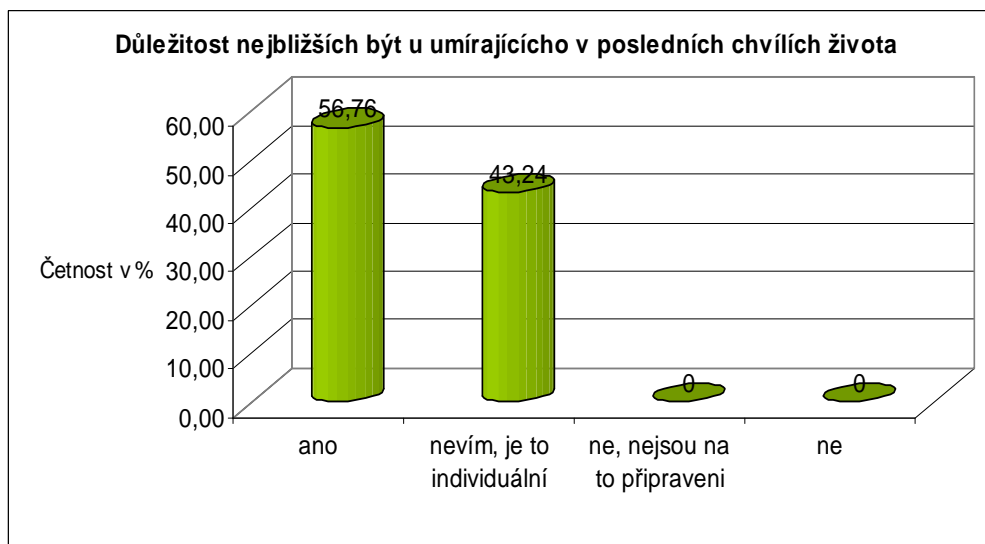
Tab. 27. Má rodina možnost rozloučení se zemřelým?

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	37	100
<b>ne</b>	0	0
<b>Suma</b>	37	100

Naprostá většina sester odpověděla, že má vždy rodina možnost rozloučení se se zemřelým.

Tab. 28. Důležitost nejbližších být u umírajících v posledních chvílích života

	četnost	rel.četnost v %
<b>ano</b>	21	56,76
<b>nevím, je to individuální</b>	16	43,24
<b>ne, nejsou na to připraveni</b>	0	0
<b>ne</b>	0	0
<b>Suma</b>	37	100



Obr. 16. Důležitost nejbližších být u umírajících v posledních chvílích života

57% sester si myslí, že je pro rodinu důležité být s nemocným v posledních chvílích života, 43% neví, zdá se jim to být velice individuální, s čímž souhlasím.

#### 4. Diskuse k výzkumu

##### **Znění první hypotézy:**

*Myslím si, že mezi priority těžce nemocných a umírajících pacientů patří uspokojení jejich bio- psycho- sociálních potřeb a kvalitní přístup ošetrovatelského personálu.*

Tato hypotéza se mi potvrdila. Nejvíce dotazovaných pacientů pokládá za prioritní biologickou potřebu, na druhém místě jsou potřeby psychologické, za nimi následují potřeby sociální a za nejméně důležité uvádí potřeby spirituální. Všechny tyto potřeby jsou uspokojovány dle přání a potřeb nemocných.

Z mého výzkumu vyplývá, že 94% dotazovaných uvádí spokojenost s přístupem zdravotnických pracovníků při výkonu ošetrovatelské péče. Zbýlých 6% pacientů zatím nevědělo, protože byli v hospici zatím jen velmi krátce. Taktéž většina pacientů, tj. 94%, důvěřuje svému ošetřujícímu personálu.

Z dotazovaných pacientů mi 77% potvrdilo, že s nimi sestry komunikují na vysoké úrovni, naslouchají všem jejich potřebám a přáním, ve 20% sestry podávají informace pouze na odborné úrovni a 3% pacientů uvádí, že s nimi sestry z časových důvodů nekomunikují téměř vůbec.

##### **Znění druhé hypotézy:**

*Předpokládám, že kvalita ošetrovatelské péče je v hospicích dnes už na vysoké úrovni a dokáže uspokojit všechny potřeby a přání umírajících klientů.*

Tato hypotéza se mi taktéž potvrdila. Mé osobní návštěvy a kontakty s nemocnými i ošetřujícím personálem mě ujistily v tom, že úroveň poskytované péče je na vysoké profesní i osobní úrovni. Většina dotazovaných pacientů mi potvrdila, že většinou jsou jejich potřeby a přání vyplněny a nesetkala jsem se se žádnou negativní reakcí v tomto směru. Někteří dotazovaní klienti byli v hospicích jen krátce, proto zatím nemohli posoudit kvalitu a rozsah poskytovaných služeb. Ale taktéž si myslím, že budou i oni spokojeni.

**Znění třetí hypotézy:**

*Domnívám se, že péče o rodinu nevléčitelně nemocných a umírajících je nedostatečná.*

Tato hypotéza se mi při mém výzkumu v hospicích nepotvrdila. Při rozhovorech s rodinnými příslušníky pacientů mi v podstatě všichni sdělili, že jsou nad míru spokojeni s přístupem a poskytovanou péčí nejen k jejich blízkým, ale i k nim samotným. Jsou jim umožněny kontinuální návštěvy svých rodinných příslušníků, což 80% pacientů velmi vítá, 20% pouze někdy nebo ne, neboť rodinu nemají nebo jejich rodina o ně nejeví zájem.

Kladnou stránkou je také bezpochyby umožnění pobytu rodinných příslušníků s těžce nemocnými a umírajícími přímo v hospicích na pokojích. O tuto možnost zatím ale požádalo pouze 29% dotazovaných. Zbýlých 71% tuto nabídku pobytu zatím nevyužilo buď z důvodu nedostatečné kapacity hospiců, nebo díky blízké vzdálenosti bydliště a hospice nepovažují pobyt za podstatný, neboť svého příbuzného mohou navštěvovat takřka denně.

**Znění čtvrté hypotézy:**

*Myslím si, že ne vždy jsou respektována práva pacientů, zejména právo na poskytování informací.*

Uvedená hypotéza se mi potvrdila pouze částečně. V 68% byla diagnóza pacientům sdělena citlivě a přímo jim. Ve 23% případů byla diagnóza sdělena nejprve rodině a až poté samotnému pacientovi a v 9% se pacienti o své pravé diagnóze nedozvěděli vůbec. I když ve většině případů byla diagnóza sdělena pravdivě, pořád je zde určité procento pacientů, kteří svou pravou diagnózu neznají, což odporuje „Chartě práv nemocných“. Všichni nemocní mají právo znát skutečnou pravdu o svém zdravotním stavu. Záleží ale také na stavu nemocného a přání rodiny, jak jim tuto pravdu sdělit. Je na osobnosti lékaře, aby zvážil, jakou formou a v jakém rozsahu, někdy i „krutou“ pravdu citlivě oznámit rodině i samotnému pacientovi. Je to vysoce individuální, ale přesto si myslím, že by měli být informováni všichni, zejména pacienti.

## 4. 1 Praxeologické řešení

V navštívených hospicích jsem se setkala s velmi vysokou úrovní poskytované péče, profesním, ale také s lidským přístupem a pochopením potřeb těžce nemocných a umírajících pacientů. Tato péče v hospicích je podle mě na daleko vyšší úrovni, než v jiných zdravotnických zařízeních- nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných apod.

Proto jsem se rozhodla své zjištěné poznatky a výsledky výzkumu nabídnout i jiným zdravotnickým zařízením, než jen hospicům. Kontaktovala jsem proto Léčebnu dlouhodobě nemocných v Kroměříži, kde mi umožní prezentovat mou bakalářskou práci.

Chtěla bych touto formou poukázat, jak je důležitý nejenom odborný, ale i lidský a citlivý přístup k umírajícím. [ viz příloha I.]

## 5. ZÁVĚR

Smrt je lidský úděl, proti kterému je každý člověk bezmocný. Většina lidí v dnešní době na smrt raději ani nemyslí. Ale přesto, když se člověk smíří s vlastní smrtelností a koncem života, může prožít opravdu plnohodnotný život. A právě v období umírání potřebuje člověk bezpečné místo, zázemí, kde se někdo postará o všechny jeho potřeby a bolesti, kde se může vyrovnat se svým životem a přípravou na smrt. A právě tímto místem jsou hospice, založené na poskytování paliativní péče, která by měla zajišťovat zvládnutí všech problémů, které s sebou proces umírání přináší. Druhou variantou může být i domov nemocného, pokud je rodina schopna zajistit potřebnou odbornou péči.

Jestliže nejsou uspokojeny tělesné potřeby (potrava, vyprazdňování) těžko se bude pacient cítit dobře i po psychické stránce. Když nejsou uspokojeny psychické potřeby, pacient ještě více propadá zoufalství a beznaději. Neoddělitelnou součástí je také uspokojení sociálních potřeb. Každý člověk patří k určitému společenství a pokud nemá rodinu ani přátele, velmi těžce prožívá své problémy a úzkosti. I absence bolesti je důležitá k celkové pohodě a zvládnutí nemoci.

Neoddělitelnou součástí je také víra, zejména u opravdu věřících nemocných. Zejména ti by měli mít zpřístupněné duchovní služby, ale tyto služby by měly být nabídnuty i nevěřícím, kteří o ně projeví zájem.

Nejdůležitější roli v péči o umírajícího pacienta hraje rodina. Ta je nenahraditelná, poskytuje nemocnému oporu a lásku a doprovází ho v posledních okamžicích jeho života. Tato péče je však možná pouze tehdy, má-li umírající rodinu schopnou a ochotnou zabezpečit péči o všechny jeho potřeby.

Pokud člověk takovou rodinu nemá, a nebo rodina tuto péči již nezvládá, nahrazuje rodinu hospic. Ale i zde by měla rodina s umírajícím pobývat a pomáhat mu důstojně projít koncem jeho života.

Vzhledem ke stárnoucí populaci a vzrůstající incidenci zejména onkologicky nemocných pacientů si myslím, že množství hospicových zařízení v České republice je nedostatečné. Při svém výzkumu v těchto zařízeních jsem si ověřila, že hospice mají nezastupitelnou úlohu v péči o těžce nemocné a umírající pacienty. Zařízení, která jsem navštívila, mě dále utvrdila v tom, že kvalita poskytovaných služeb je na vysoké úrovni a nenahraditelná v paliativní péči o těžce nemocné a umírající. Vzhledem k mé předchozí praxi



ve zdravotnických zařízeních mohu posoudit, že kvalita poskytované péče o umírající je opravdu nedostačující v porovnání s péčí o tyto pacienty v hospicích.

Proto bych chtěla touto prací vyslovit vysoké uznání všem ošetřujícím pracovníkům v hospicích, za jejich nelehkou a přesto vysoce kvalitní práci, lidský přístup a empatii, s kterou jsem se u nich setkala.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] Blumental- Barby, K. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987.  
ISBN 08-052-87
- [2] Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ  
Brno, 1995. ISBN 80-7013-197-7
- [3] De Hennezel, M. *Smrt blízka, umírající nás učí žít*. Praha: ETC Publishing, 1997.  
ISBN 80-86006-15-8
- [4] Haškovcová, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7
- [5] Jarošová, D., Růžičková, R. *Umírání z pohledu sester*. Ostravská univerzita,  
Zdravotně sociální fakulta, 2001. ISBN 80-7042-325-0
- [6] Küble- Rossová, E. *Hovory s umírajícími*. Signum Unitatis, 1992.  
ISBN 80-85439-04-2
- [7] Kübler- Rossová, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5
- [8] Kübler- Rossová, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1994.  
ISBN 80-85878-12-7
- [9] Křivohlavý, J. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů, 1994. ISBN 80-85495-33-3
- [10] Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995.  
ISBN 80-85495-43-0
- [11] Lékařské listy, 25. Prahy: MZ ČR, 2002. str. 23
- [12] Mastiliaková, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: IDVPZ, 1999.  
ISBN 80-7013-277-9
- [13] Minibergerová, L., Dušek, J. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotníky  
pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravot-  
nických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-436-4

- [14] Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada Publishing, 2005.  
ISBN 80-247-1025-0
- [15] Pichaud, C., Thareauová, I. *Soužití se starými lidmi*. Praha: Portál, 1998.  
ISBN 80-7178-184-3
- [16] Svatošová, M., Jirmanová, M. *Hospice slovem a obrazem*. Praha: Ecce Homo, 1998.  
ISBN 80-902049-1-0
- [17] Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1995.  
ISBN 80-902049-0-2
- [18] Venclíková, R. *Bakalářská práce- Úloha naděje u chronicky nemocných a nevléčitelně nemocných*. Hradec Králové: Lékařská fakulta, 2003.
- [19] Venglářová, M., Mahrová, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8
- [20] Vorlíček, J., Adam, Z. a kol. *Paliativní medicíny*. Praha: Grada Publishing, 1998.  
ISBN 80-7169-437-1

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM TABULEK****1. Seznam tabulek výzkumného šetření u nemocných**

Tab. 1. Věk pacientů.....	46
Tab. 2. Pohlaví pacientů.....	47
Tab. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání.....	47
Tab. 4. Rodinný stav pacientů.....	48
Tab. 5. Příjem nemocného a seznámení s denním režimem a oddělením.....	48
Tab. 6. Spokojenost s vybavením a vzhledem pokoje a zařízení.....	49
Tab. 7. Prioritní potřeby pacientů.....	49
Tab. 8. Druhy problémů s příjmem potravy.....	50
Tab. 9. Druhy problémů pacientů s vyprazdňováním.....	51
Tab. 10. Problémy se spánkem a usínáním.....	52
Tab. 11. Úroveň soběstačnosti u pacientů.....	53
Tab. 12. Udávání bolesti.....	53
Tab. 13. Faktory pomáhající pacientům zklidnit bolest.....	54
Tab. 14. Pocity při prožívání bolesti.....	55
Tab. 15. Víra.....	55
Tab. 16. Mají pacienti potřebu hovořit o duchovnu?.....	56
Tab. 17. Víra jako prostředek naděje.....	56
Tab. 18. Postoj pacientů k víře v době nemoci.....	57
Tab. 19. Optimista či pesimista?.....	57
Tab. 20. Cítíte se osamělí?.....	57
Tab. 21. Z čeho mají pacienti největší strach?.....	58
Tab. 22. Věci, které by chtěli pacienti změnit.....	59
Tab. 23. Faktory poskytující pacientům největší útěchu a oporu.....	60

---

Tab. 24. Způsob sdělení diagnózy.....	61
Tab. 25. Přítomnost ostatních při sdělení diagnózy.....	61
Tab. 26. První pocity po sdělení diagnózy.....	62
Tab. 27. Potřeba mluvit o své nemoci.....	62
Tab. 28. Komunikace zdravotníků o nemoci.....	63
Tab. 29. Spokojenost pacientů s přístupem personálu.....	63
Tab. 30. Důvěra k ošetřujícímu personálu.....	64
Tab. 31. Porušení intimity.....	64
Tab. 32. Oslovení zdravotnickým personálem.....	64
Tab. 33. Hodnocení komunikace ošetřujícího personálu s pacientem.....	65
Tab. 34. Příchod ošetřujícího personálu na zavolání.....	65
Tab. 35. Využívají pacienti možnosti kontinuálních návštěv?.....	66
Tab. 36. Využití možnosti pobytu rodinného příslušníka v hospici.....	66
Tab. 37. Přítomnost dobrovolníků.....	66

**2. Seznam tabulek výzkumného šetření u zdravotníků**

Tab. 1. Věk.....	67
Tab. 2. Pohlaví.....	67
Tab. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání.....	68
Tab. 4. Typ zařazení.....	69
Tab. 5. Seznámení pacienta s denním režimem a uspořádáním oddělení.....	69
Tab. 6. Spokojenost s vybavením, vzhledem zařízení a pokojů pacientů.....	70
Tab. 7. Náročnost péče o umírající pacienty.....	70
Tab. 8. Příprava na péči o umírající během studia.....	71
Tab. 9. Důležitost postgraduálního studia v oblasti péče o umírající.....	72
Tab. 10. Pracujete metodou ošetrovatelské péče?.....	72
Tab. 11. Přínos metody ošetrovatelského procesu.....	73
Tab. 12. Aktivní zjišťování potřeb nemocných.....	74
Tab. 13. Které potřeby považujete u nemocných za prioritní?.....	74
Tab. 14. Fáze, v nichž jsou zjišťovány potřeby nemocných.....	75
Tab. 15. Spolupráce s rodinou nemocného při uspokojování potřeb.....	76
Tab. 16. Možnost kontinuálních návštěv rodiny.....	76
Tab. 17. Hodnocení případné spoluúčasti rodiny na ošetřování pacienta.....	77
Tab. 18. Je komunikace s pozůstalými profesionálně náročná?.....	78
Tab. 19. Je komunikace s umírajícími profesně náročná?.....	79
Tab. 20. Faktory dělající největší problémy při komunikaci s umírajícím.....	80
Tab. 21. Víte, co je „ Informovaný souhlas pacienta?“.....	80
Tab. 22. Jsou informace týkající se léčby a prognózy pro nemocné důležité?.....	81
Tab. 23. Je informovanost od lékaře dostačující?.....	81
Tab. 24. Prostředky, z nichž jsou zjišťovány stupně informovanosti.....	82

Tab. 25. Kdo by měl být u umírajícího?.....	83
Tab. 26. Byla jste někdy v přítomnosti umírání?.....	83
Tab. 27. Má rodina možnost rozloučení se zemřelým?.....	84
Tab. 28. Důležitost nejbližších být u umírajících v posledních chvílích života.....	84



## SEZNAM OBRÁZKŮ

### 1. Seznam obrázků z výzkumného šetření u nemocných

Obr. 1. Věk pacientů.....	46
Obr. 2. Nejvyšší dokončené vzdělání.....	47
Obr. 3. Rodinný stav pacientů.....	48
Obr. 4. Druhy problémů s příjmem potravy.....	50
Obr. 5. Druhy problémů pacientů s vyprazdňováním.....	51
Obr. 6. Problémy se spánkem a usínáním.....	52
Obr. 7. Úroveň soběstačnosti u pacientů.....	53
Obr. 8. Faktory pomáhající pacientům zklidnit bolest.....	54
Obr. 9. Pocity při prožívání bolesti.....	55
Obr. 10. Mají pacienti potřebu hovořit o duchovnu?.....	56
Obr. 11. Z čeho mají pacienti největší strach?.....	58
Obr. 12. Věci, které by chtěli pacienti změnit.....	59
Obr. 13. Faktory poskytující pacientům největší útěchu a oporu.....	60
Obr. 14. Způsoby sdělení diagnózy.....	61
Obr. 15. První pocity po sdělení diagnózy.....	62
Obr. 16. Spokojenost pacientů s přístupem personálu.....	63
Obr. 17. Hodnocení komunikace ošetřujícího personálu s pacientem.....	65
Obr. 18. Využívají pacienti možnosti kontinuálních návštěv?.....	66

**2. Seznam obrázků z výzkumného šetření u zdravotníků**

Obr. 1. Věk.....	67
Obr. 2. Nejvyšší dosažené vzdělání.....	68
Obr. 3. Typ zařazení.....	69
Obr. 4. Příprava na péči o umírající během studia.....	71
Obr. 5. Důležitost postgraduálního studia v oblasti péče o umírající.....	72
Obr. 6. Přínos metody ošetrovatelského procesu.....	73
Obr. 7. Aktivní zjišťování potřeb nemocných.....	74
Obr. 8. Fáze, v nichž jsou zjišťovány potřeby nemocných.....	75
Obr. 9. Hodnocení případné spoluúčasti rodiny na ošetřování pacienta.....	77
Obr. 10. Je komunikace s pozůstalými profesionálně náročná?.....	78
Obr. 11. Je komunikace s umírajícími profesně náročná?.....	79
Obr. 12. Faktory dělající největší problémy při komunikaci s umírajícím.....	80
Obr. 13. Je informovanost od lékaře dostatečná?.....	81
Obr. 14. Prostředky, z nichž jsou zjišťovány informace o pacientech.....	82
Obr. 15. Kdo by měl být u umírajícího?.....	83
Obr. 16. Důležitost nejbližších být u umírajících v posledních chvílích života.....	84

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha I.** Akreditovaná konference

**Příloha II.** Charta umírajících

**Příloha III.** Deklarace práv nemocných rakovinou

**Příloha IV.** Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy

**Příloha V.** Představa umírajícího o laskavé péči

**Příloha VI.** Modlitba nemocného

**Příloha VII.** Dotazníky

# **PŘÍLOHA I. : AKREDITOVANÁ KONFERENCE**

Téma konference: **Holistická péče o seniory**

Místo konání: Nemocnice Milosrdných sester sv. Vincence de Paul v Kroměříži

Registrovaná akce: dle vyhlášky MZČR č. 423/ 2004 Sb. § 3

Datum a čas konání: 4. 6. 2008, v 13:00 hod.

Přednášející: Procházková Anna, Dvořáková Anna

Stručný obsah: 1. blok, přednášející Procházková Anna

- úvod od problematiky domácí péče
- základní pojmy související s problematikou: domácí péče, nemocný, pečovatel, princip subsidiarity a princip první volby
- formy a rozsah domácí péče
- výhody a nevýhody domácí péče
- komplexní pojetí potřeb pečovatele
- oblasti zátěže vztahující se k roli pečovatele
- péče zaměřená na pečovatele
- možnosti podpory pečujících
- svépomocné skupiny a respitní péče
- stručné představení bakalářské práce

2. blok, přednášející Dvořáková Anna

- stručná definice pojmů- thanatologie, holismus, umírání a smrt
- fáze a stádia umírání
- komunikace s umírajícími a pozůstalými
- smysl naděje a sdělování pravdy
- potřeby umírajících
- hospic a hospicová péče
- paliativní péče

## Péče o umírající pacienty z holistického pojetí

PREDNÁŠEJÍCÍ: Dvoráková Anna

### Definice pojmu:

1. THANATOLOGIE
2. HOLISMUS
3. UMÍRÁNÍ
4. SMRT FYZICKÁ, PSYCHICKÁ, SOCIÁLNÍ

### Fáze a stádia umírání:

1. Fáze pre finem
2. Fáze in finem
3. Fáze post finem

### Fáze dle Kübler- Rossové

1. Zavírání očí před skutečností a osamění
2. Zloba
3. Vyjednávání
4. Deprese
5. Souhlas

### Komunikace s umírajícím a rodinou

1. Komunikace s umírajícími
  - jak konkrétně reagovat
  - zásady komunikace
2. Komunikace s pozostalými
  - obavy pozostalých
  - vyrovnání se s přibližující se smrtí
  - pomoc pozostalým
  - zásady komunikace s pozostalými

### Hospic a hospicová péče:

1. Vznik a vývoj hospicového hnutí
2. Definice hospice
3. Formy hospice a typy organizačního zajištění hospicové péče
4. Žádost a svobodný informovaný souhlas
5. Důvody přijetí

6. Ošetrovatelský proces a ošetrovatelská dokumentace
7. Spolupráce s rodinou a péče o pozustalé
8. Úloha a význam dobrovolníku
9. Stručné seznámení s navštívenými hospici
  - Citadela ve Valašském Mezíříčí
  - Dum léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradu u Brna

## Paliativní péče:

1. Paliativní péče a utrpení
2. Práva umírajících a terminálně nemocných
  - Charta práv nemocných
  - Deklarace práv nemocných rakovinou

## Smysl nadeje a sdelení pravdy:

1. Smysl nadeje
2. Sdelení pravdy
  - Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy

## Výzkumné šetření:

1. Cíle a hypotézy
2. Metodika výzkumu
3. Stručné výsledky a závěry
4. Diskuse
5. Závěr

## **PŘÍLOHA II.: CHARTA UMÍRAJÍCÍCH**

1. Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
2. Mám právo na naději a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
3. Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
4. Mám právo podílet se na rozhodnutí týkajících se péče o mě.
5. Mám právo na stálou zdravotní péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života.
6. Mám právo nezemřít opuštěn.
7. Mám právo být ušetřen bolesti.
8. Mám právo na poctivé odpovědi na mé otázky.
9. Mám právo nebýt klamán.
10. Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
11. Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
12. Mám právo uchovat si svou identitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
13. Mám právo být ošetřen pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří mi budou pomáhat tváří v tvář smrti. (Haškovcová, 2000, str.37)

## **PŘÍLOHA III.: DEKLARACE PRÁV NEMOCNÝCH RAKOVINOU**

Mám právo:

1. ...na rovnocenný zájem a péči bez rozdílu pohlaví, rasy, společenské třídy, kultury, náboženského vyznání, věku, sexuality, způsobu života a stupně způsobilosti;
2. ...na zacházení s respektem a s úctou a mám právo, aby mé fyzické, emotivní, duchovní, sociální a psychické potřeby byly brány vážně jako projev a součást mého života, ať je prognóza mého zdravotního stavu jakákoliv;
3. ...vědět, že mám rakovinu, mám právo na šetrný způsob sdělení a právo podílet se na všech rozhodnutích o způsobu léčby a péče, a to v důstojné a informované diskusi odpovědných specialistů a ostatních zdravotníků;
4. ...být informován o možnostech a volbě léčby, budu seznámen i s výhodami, vedlejšími účinky i riziky každé z nich;
5. ...nedat souhlas k jakékoliv klinické zkoušce a zákroku dříve, než budu řádně poučen;
6. ...na jiný názor, odmítnout léčbu nebo užít doplňkové léčby, a to bez prejudikace, aniž bude lékařská pomoc přerušena;
7. ...být okamžitě seznámen se všemi sociálními opatřeními a výhodami, jež mohu nárokovat;
8. ...být zaměstnán, mám právo na pracovní postup, na návrat do práce a zařazení podle svých schopností a zkušeností, nikoliv podle informace o mé chorobě a možnosti jejího dalšího zhoršení;
9. ...na snadný přístup k informacím o místních a celostátních službách, o podpoře lidí nemocných rakovinou, o skupinách vzájemné pomoci a také o lékařích, na které se mohu v případě potřeby obrátit o pomoc;
10. ...na podporu a informace, které mi umožní porozumět nemoci a vypořádat se s ní, totéž právo se vztahuje také na mou rodinu a přátele. ( Vorlíček, 1998, str. 362)



## **PŘÍLOHA IV. : DESATERO ZÁSAD SDĚLOVÁNÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY**

1. Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
2. Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen ( například členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat. Respektujeme i jeho právo informace o diagnóze odmítnout.
4. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
5. Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
6. Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
7. Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
8. Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem ( lékařská a sesterská dokumentace).
9. Ujisti pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
10. Svým přístupem nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.

( Vorlíček, 1998, str. 336)

## **PŘÍLOHA V. : PŘEDSTAVA UMÍRAJÍCÍHO O LASKAVÉ PÉČI**

*„Když ke mně přijdete přesto, že vidíte, co všichni víme- že umírám.*

*Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení.*

*Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení- neuzdravení*

*Když se mnou trávíte čas, ačkoli vám to nemohu vrátiti.*

*Když mě berete jako individualitu.*

*Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké.*

*Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.*

*Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.*

*Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.*

*Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.*

*Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnu i okamžik smrti, až přijde.“*

*Svatošová Marie*

*Hospice a umění doprovázet*

## **PŘÍLOHA VI.: MODLITBA NEMOCNÉHO**

*Prosil jsem Boha, abych mohl uskutečnit velkolepé plány,*

*Ale On mě učinil slabým, aby mě uchoval v pokoře.*

*Prosil jsem Boha, aby mi dal zdraví realizovat velká díla,*

*On mi dal bolest, abych ji lépe chápal.*

*Prosil jsem Boha o bohatství, abych měl všechno,*

*On mě nechal být chudým, abych nebyl sobcem.*

*Prosil jsem ho o moc, aby mě lidé potřebovali,*

*On mi dal pokoření, abych já potřeboval je.*

*Prosil jsem Boha o všechno, abych mohl užívat života,*

*On mi ponechal život, abych mohl být spokojen se vším.*

*Pane, nedostal jsem nic, oč jsem Tě prosil,*

*Ale dal's mi všechno, co jsem potřeboval, a téměř proti mé vůli.*

*Prosby, jež jsem nevyslovil, byly vyslyšeny.*

*Bud' pochválen, můj Pane,*

*Nikdo z lidí nevlastní víc, než mám já.*

*Kirk Kilgour*

## PŘÍLOHA VII.: DOTAZNÍKY

### Dotazník pro zdravotníky

Dobrý den,

jmenuji se Anna Dvořáková a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetřovatelství.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění následujícího dotazníku, který pro mne bude cenným zdrojem informací pro vypracování závěrečné bakalářské práce na téma: *Péče o umírající pacienty z holistického pojetí*. Dotazník je samozřejmě zcela dobrovolný a anonymní. Získané informace použiji pouze ke zpracování své práce a nebudou v žádném případě zneužity. Dotazník se skládá z 28 otázek. Označte prosím vždy jen jednu z nabízených možností, pokud není u otázky uvedeno jinak.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas věnovaný při vyplňování dotazníku.

Dvořáková Anna,

studentka 3. ročníku Fakulty Humanitních studií,

oboru všeobecná sestra

#### **1. Věk**

- a) méně než 21 let
- b) 21- 30 let
- c) 31- 40 let
- d) 41- 51 let
- e) 51 let a více

#### **2. Pohlaví**

- a) žena
- b) muž

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

- a) středoškolské s maturitou
- b) diplomovaný specialista
- c) vysokoškolské

**4. Typ zařazení**

- a) všeobecná sestra
- b) sestra specialista
- c) staniční sestra
- d) vrchní sestra

**5. Pokud přijímáte pacienta do zařízení, seznámíte ho vždy s jeho uspořádáním a denním režimem?**

- a) ano
- b) ne

**6. Připadá Vám vybavení a vzhled zařízení a pokojů vyhovující?**

- a) ano
- b) ne

**7. Je pro Vás těžké pečovat o umírající pacienty?**

- a) ano
- b) dříve bylo
- c) ne

**8. Považujete svou přípravu na péči o umírající během studia za dostačující?**

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

**9. Myslíte si, že postgraduální vzdělávání v tématice umírání a smrt je dostačující?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**10. Pracujete na Vašem pracovišti metodou ošetrovatelské péče?**

- a) ano
- b) ne
- c) pouze formálně

**11. Myslíte si, že metoda ošetrovatelské procesu je pro nemocné přínosem?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**12. Zjišťujete aktivně potřeby nemocných?**

- a) ano
- b) ano, pokud mám čas
- c) ne

**13. Které potřeby pokládáte za nejdůležitější?( očísľujte prosím 1- 4)**

- a) biologické.....
- b) psychologické.....
- c) sociální.....
- d) spirituální

**14. Ve které fázi zjišťujete potřeby nemocných?**

- a) pouze při příjmu
- b) při příjmu i po celou dobu hospitalizace
- c) v průběhu hospitalizace
- d) individuálně, při vhodné příležitosti

**15. Myslíte si, že lze zařadit péči o rodinu umírajícího do některé z oblastí potřeb?**

Pokud ano, napište prosím, do které

- a) ano.....
- b) ne

**16. Umožňujete na Vašem pracovišti kontinuální návštěvy u umírajících?**

- a) ano, pokud má rodina zájem
- b) ne
- c) výjimečně

**17. Jak hodnotíte případnou spoluúčasť rodiny umírajícího na ošetrování?**

- a) kladně
- b) kladně, pokud nenarušují chod oddělení
- c) záporně

**18. Považujete komunikaci s pozůstalými za profesionálně náročnou?**

- a) ano
- b) ne
- c) je to zcela individuální

**19. Považujete komunikaci s umírajícími za profesionálně náročnou?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**20. Co Vám dělá největší problémy v komunikaci s umírajícím při zjišťování jeho potřeb? ( můžete označit více odpovědí)**

- a) oslovení nemocného
- b) navázání kontaktu a získání důvěry
- c) neumím se vcítit do pocitů nemocného
- d) stydím se
- e) neumím to

**21. Víte, co je „ Informovaný svobodný souhlas pacienta?“**

- a) ano
- b) tuším
- c) ne



**22. Domníváte se, že jsou informace, týkající se léčby a prognózy pro umírající nemocné důležité?**

- a) ano
- b) ne, ale má na ně právo
- c) ne

**23. Informuje lékař dostatečně nemocného a jeho blízké léčbě, stavu, prognóze?**

- a) ano
- b) někdy ano
- c) nevím
- d) ne

**24. Jak zjišťujete stupeň informovanosti?**

- a) předáním od lékaře
- b) z dokumentace
- c) z hlášení sester
- d) z rozhovoru s nemocným

**25. Kdo by měl být u umírajícího?**

- a) rodina
- b) lékař
- c) kněz
- d) sestra
- e) nikdo

**26. Byla jste někdy u umírajícího v době smrti?**

- a) ano
- b) ne
- c) několikrát
- d) snažím se být vždy

**27. Má rodina možnost rozloučení se zemřelým?**

- a) ano
- b) ne

**28. Myslíte si, že je pro rodinu a blízké důležité být u umírajícího v jeho posledních chvílích života?**

- a) ano
- b) nevím, je to individuální
- c) ne, nejsou na to připravení
- d) ne

**Prostor pro Vaše sdělení, návrhy, připomínky:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Děkuji za vyplnění a přeji příjemný den.**

## Dotazník pro nemocné

Dobrý den,

jmenuji se Anna Dvořáková a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetřovatelství.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění následujícího dotazníku, který pro mne bude cenným zdrojem informací pro vypracování závěrečné bakalářské práce. Dotazník je samozřejmě zcela dobrovolný a anonymní. Získané informace použiji pouze ke zpracování své práce a nebudou v žádném případě zneužity. Dotazník se skládá z 37 otázek. Označte prosím vždy jen jednu z nabízených možností, pokud není u otázky uvedeno jinak.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas věnovaný při vyplňování dotazníku.

Dvořáková Anna,

studentka 3. ročníku Fakulty Humanitních studií,

oboru všeobecná sestra

### **1. Věk**

- a) méně než 40 let
- b) 41- 60 let
- c) 61- 70 let
- d) 71- 80 let
- e) 81 let a více

### **2. Pohlaví**

- a) muž
- b) žena

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

- a) základní
- b) středoškolské s výučním listem
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské

**4. Rodinný stav**

- a) svobodný/á
- b) ženatý, vdaná
- c) rozvedený/ á
- d) vdovec, vdova

**5. Když jste byl/a přijat/a do zařízení, seznámila Vás sestra s jeho uspořádáním a denním režimem?**

- a) ano
- b) ne

**6. Jste spokojen/a s vybavením a vzhledem zařízení a pokoje?**

*/ pokud ne, uveďte prosím důvody/*

- a) ano
- b) ne.....

**7. Které Vaše potřeby pokládáte za nejdůležitější? / očísľujte prosím 1- 4/**

- a) biologické.....
- b) psychologické.....
- c) sociální.....
- d) spirituální.....

**8. Jaké máte problémy s přijímáním stravy a tekutin?**

- a) nechutenství
- b) mixovaná strava
- c) problém byl, už není
- d) dyspeptické potíže

**9. Jaké máte problémy s vyprazdňováním?**

- a) zácpa
- b) průjem
- c) částečná inkontinence
- d) celková inkontinence

**10. Máte problémy se spánkem či usínáním?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**11. Jaká je Vaše úroveň soběstačnosti?**

- a) soběstačný
- b) částečně soběstačný
- c) nesoběstačný

**12. Máte bolesti?**

- a) ano
- b) ne

**13. Pokud ano, co Vám pomáhá ke zmírnění Vašich bolestí?**

- a) přítomnost blízké osoby a léky
- b) blízká osoba
- c) léky a masáže
- d) pouze léky
- e) bylinky

**14. Jaké máte pocity při prožívání bolesti nebo jiných sužujících problémů?**

- a) naděje
- b) úzkost
- c) nejistota
- d) zoufalství
- e) beznaděj

**15. Jste věřící?**

- a) ano
- b) ne

**16. Máte potřebu hovořit o duchovnu s knězem nebo s jinými pracovníky?**

- a) ano
- b) nevím
- c) stydím se
- d) ne

**17. Považujete víru za prostředek naděje?**

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

**18. Změnil se Váš postoj k víře za dobu, co jste nemocný?**

- a) ano
- b) ne

**19. Jste spíše životní optimista či pesimista?**

- a) optimista
- b) pesimista

**20. Cítíte se osamělí?**

- a) ano
- b) ne

**21. Z čeho máte největší strach?**

- a) smrt
- b) osamělost
- c) bolest
- d) bezmoc
- e) nesoběstačnost

**22. Jsou věci, které by jste chtěli změnit?**

- a) zdravotní stav
- b) urovnání vztahů
- c) závěť
- d) jiné.....

**23. Kdo, nebo co, Vám poskytuje největší útěchu a oporu?**

- a) rodina
- b) zdravotnický personál
- c) víra
- d) jiné.....

**24. Jakým způsobem Vám byla sdělena Vaše diagnóza?**

- a) citlivě
- b) diagnóza byla nejprve sdělena rodině
- c) byl/a jsem zaskočený/á
- d) diagnóza mi nebyla sdělena

**25. Byl s Vámi při této chvíli někdo blízký?**

- a) rodina
- b) zdravotnický personál
- c) nikdo

**26. Jaké byly Vaše první pocity po sdělení diagnózy?**

- a) šok
- b) popírání
- c) smutek
- d) zlost

**27. Máte potřebu mluvit o své nemoci?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**28. Mluví s Vámi zdravotníci otevřeně o Vaší nemoci?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**29. Jste spokojeni s přístupem zdrav. personálu hospice?**

- a) ano
- b) ne
- c) ne, zcela

**30. Důvěřujete ošetřujícímu personálu?**

- a) ano
- b) ne

**31. Při ošetrovatelské péči dochází k porušení mé intimity**

- a) ano
- b) ne

**32. Jak Vás oslovuje zdravotnický personál?**

- a) pane, paní
- b) dědo, babi
- c) jinak.....

**33. Jak hodnotíte komunikaci ošetřujícího personálu při výkonu ošetrovatelské péče?**

- a) sestra naslouchá všem mým potřebám
- b) sestra komunikuje pouze na odborné úrovni
- c) sestra spěchá, nekomunikuje

**34. Přichází ošetřující personál vždy na Vaše zavolání?**

- a) ano
- b) ne
- c) s delším zpožděním



**35. Využíváte možnosti kontinuálních návštěv rodiny?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**36. Využil/a jste někdy možnosti pobytu rodinného příslušníka s Vámi?**

- a) ano
- b) ne

**37. Vítáte přítomnost dobrovolníků?**

- a) ano
- b) ne
- c) občas

**Prostor pro Vaše sdělení, návrhy, připomínky:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Děkuji Vám za vyplnění a přeji příjemný den.**