

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Paliativní a hospicová péče
V České republice**

Eva Podolanovičová

vedoucí práce: MUDr. O . DOSTÁLOVÁ, CSc.

Praha 2013

Prague college of psychosocial studies



**Palliative and hospice
care in the Czech republic**

Eva Podolanovičová

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. O. DOSTÁLOVÁ, CSc.

Prague, 2013

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o paliativní a hospicové péči v České republice, ale především o méně známé mobilní hospicové péči. Práce se zabývá limitací, která charakterizuje současnou mobilní péči o umírající. Tyto hranice především vyplývají z ochoty, schopnosti a možnostech pečujících doprovázet své blízké v domácím prostředí.

Výzkumné šetření je založeno na vyplnění 50 dotazníků osobami pečujícími v rodině o nevléčitelně nemocné. Zkoumání bylo provedeno v domácím hospici v Třebíči v organizaci nazvané Charita. Výzkumné šetření se týkalo ošetřování převážně starých lidí, více jak třetina (38 %) byli lidé 81-letí a starší, dalších 36 % pak činily osoby do 60 let. Sledovalo se také, kdo navrhoval nejčastěji klienty do domácí péče, z více než jedné třetiny to byla nemocnice a necelou třetinu tvořili obvodní lékaři. Nejvíce zatěžujícími v průběhu ošetřování byly pro ošetřující nepříznivé psychické stavy ošetřovaných rodinných příslušníků.

Klíčová slova

paliace, paliativní péče, zdravotnická zdravotnická etika, mobilní hospic, hospicová péče, komunikace, eutanázie, supervize.

ANNOTATION

This bachelor work deals with palliative and hospice care in the Czech Republic, first of all about a less-known hospice care. The work deals with a limit which characterizes a contemporary mobile care about dying people. These boundaries particularly follow from a willingness, an ability and a possibility of nurturing people to accompany their relatives in their home setting.

The research is based on filling of 50 questionnaires by persons who take care of incurable people in their families. The research was carried out in a home hospice in Tøebíè in an organization called Charity. The research refers to a treatment primarily old people, more than one third (38 per cent) was people 81 years old and older, the other 36 per cent then were persons to 60 years old. It was also observed who suggested clients to the home care frequently, it was a hospital from more than one third and less than one third was created by general practitioners. The most difficult matter in a process of treatment for nurturing people was unpleasant psychological states of their treated relatives.

The key words

The paliative care, the hospice care, the contemporary mobile care, the communication, the medical ethics, the euthanasia, the supervision

Obsah

ÚVOD	- 6 -
1 VYMEZENÍ POJMŮ	- 8 -
1.1 Hospic a paliace	- 8 -
1.2 Definice paliativní péče.....	- 9 -
1.2.1 Starší pojetí paliativní péče	- 9 -
1.2.2 Moderní pojetí paliativní péče.....	- 10 -
1.3 Etika	- 10 -
1.3.1 Základní etické principy.....	- 11 -
1.4 Komunikace Komunikace je předávání informací. Jandourek rozeznává tři druhy komunikace.	- 12 -
1.5 Eutanázie	- 13 -
2 HISTORIE A SOUČASNOST PALIATIVNÍ PÉČE A HOSPICOVÉHO Hnutí.	- 15 -
2.1 Rozvoj paliativní medicíny a hospicového hnutí v zahraničí	- 16 -
2.2 Hospice a paliativní péče v ČR	- 16 -
2.2.1 Typy paliativní péče v České republice	- 18 -
2.2.1.1 <i>Obecná paliativní péče</i>	- 18 -
2.2.1.2 <i>Specializovaná paliativní péče</i>	- 19 -
2.3 Co je mobilní hospic	- 19 -
2.3.1 Cíle mobilního hospice.....	- 20 -
2.3.2 Cíl multidisciplinárního týmu v hospicové péči v Třebíči.....	- 20 -
2.3.3 Zkušenosti z práce s multidisciplinárním týmem.....	- 21 -
3 INDIKACE K PŘIJETÍ PACIENTA DO HOSPICE A JEHO POTŘEBY V DOBĚ NEMOCI.....	- 23 -
3.1 Indikace k přijetí pacienta do hospice	- 23 -
3.2 Potřeby pacienta v době pokročilé nemoci.....	- 23 -
3.2.1 Potřeby biologické.....	- 23 -
3.2.2 Potřeby psychologické	- 24 -
3.2.3 Potřeby sociální	- 24 -
3.2.4 Potřeby spirituální	- 25 -
3.3 Přijímání špatných zpráv	- 26 -
3.3.1 Předpoklady účinné komunikace na straně zdravotníka	- 26 -
3.3.2 Předpoklady účinné komunikace na straně pacienta a jeho blízkých	- 26 -
3.3.3 Reakce pacienta na špatnou zprávu.....	- 27 -
4 BOLEST A DEPRESE A ZÁSADY JEJICH LÉČBY	- 28 -

4.1	Bolest.....	- 28 -
4.1.1	Hodnocení bolesti.....	- 28 -
4.1.2	Rozdělení bolesti.....	- 29 -
4.1.3	Přehled léků ke zmírnění bolesti.....	- 29 -
4.1.3.1	<i>Neopioidní analgetika</i>	- 29 -
4.1.3.2	<i>Opioidní analgetika</i>	- 29 -
4.1.3.3	<i>Adjuvantní analgetika</i>	- 30 -
4.2	Deprese.....	- 30 -
4.2.1	Léčba deprese.....	- 31 -
4.2.1.1	<i>Nefarmakologická léčba</i>	- 31 -
4.2.1.2	<i>Farmakologická léčba</i>	- 31 -
4.3	Ukázka deprese na konkrétním případě.....	- 31 -
5	PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO KLIANTA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	- 33 -
5.1	Příznaky a projevy umírání.....	- 33 -
5.2	Jak poznáme, že klient zemřel?.....	- 33 -
5.3	Jak postupovat, když klient je bez známky života.....	- 33 -
5.3.1	Co přichystat před příjezdem lékaře.....	- 34 -
5.3.2	Pohřební služba.....	- 34 -
5.4	Podpora truchlení.....	- 35 -
5.4.1	Normální proces truchlení.....	- 35 -
5.4.2	Komplikované truchlení.....	- 35 -
6	PROFESIONÁLNÍ RIZIKA.....	- 36 -
6.1	Syndrom vyhoření (burn-out).....	- 36 -
6.1.1	Charakteristika syndromu vyhoření.....	- 36 -
6.1.2	Jak se syndrom vyhoření vyvíjí.....	- 37 -
6.1.3	Kdo je nejvíce ohrožen.....	- 38 -
6.2	Rizika začínajících zdravotních sester.....	- 38 -
6.3	Supervize.....	- 38 -
6.3.1	Formy supervize.....	- 39 -
6.3.2	Vlastní zkušenost autorky této práce se supervizí.....	- 39 -
6.4	Prevence.....	- 40 -
7	CHARITA TŘEBÍČ.....	- 41 -
7.1	Specifikace zařízení.....	- 41 -
7.2	Cíle Charitní ošetrovatelské služby Třebíč.....	- 41 -
7.2.1	Zásady péče o klienty.....	- 41 -
7.3	Domácí hospicová péče Třebíč.....	- 42 -
8	PRAKTICKÁ ČÁST VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	- 43 -

8.1 Sběr dat a metodika	- 43 -
8.2 Hypotézy	- 44 -
8.3 Výsledky.....	- 45 -
8.4 Závěr výzkumného šetření	- 55 -
ZÁVĚR.....	- 56 -

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, který jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu, z níž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne _____

(podpis)

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce MUDr. O. Dostálové, CSc. za pomoc, podporu a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat ochotným lidem z Domácí a hospicové péče Charita Třebíč za ochotu a vytvoření podmínek pro provedení výzkumu.

Umění zemřít je umění všech umění.

J. A. Komenský

ÚVOD

Důvodem, proč jsem si vybrala toto téma pro svou bakalářskou práci, je moje čtyřleté působení v Domácí a hospicové péči Charita v Třebíči na pozici všeobecné zdravotní sestry. Tato práce je pro mne velké obohacení v mém životě. Povolání zdravotních sester je bezpochyby jedním z nejvíce fyzicky i psychicky náročných zaměstnání. Bez nich by byl chod zdravotnických zařízení nemyslitelný.

Moje šestileté dítě se mě ptá, proč se vlastně starám o takové staré lidi? Pokud si položím tuto otázku, uvědomuji si, že dříve rodiny žily pohromadě v jednom domě ve dvou i více generacích. Žít v domě s prarodiči má jistě své výhody i nevýhody. V dnešní době se na takovéto soužití mnoho lidí dívá spíše pragmaticky a přehlíží pozitivní vliv prarodičů. Generace se většinou od sebe v mnohém liší a tím se stává jejich soužití problematické. Zároveň však je starší generace nositelem tradice, která by se nemusela z našich životů vytrácet v naší uspěchané době. Oni jsou zde pro nás celý život. Když jejich životní cesta dospěje ke svému konci, je na mladší generaci, aby jim byla nápomocná, jak se dá. Nechci říkat, že to svým rodičům či prarodičům dlužíme. Člověk by se měl o svého bližního starat hlavně z lásky. Staří lidé mladé učí nejen tím, co o minulosti vyprávějí, ale učí je i mnoha hlubším hodnotám a postojům a nakonec i svou smrtí pomáhají svým blízkým, aby hleděli vyrovnaněji na vlastní smrt a plněji si uvědomovali svoji odpovědnost k rodině i k širší společnosti.

V prvních třech letech života získáváme základní pocit důvěry ke světu a k lidem. To zásadně ovlivňuje budoucí vztahy. Proto velmi záleží na stylu výchovy

a to nejen matky a otce, ale všech zúčastněných. Velkým příkladem vztahů pro děti jsou rodiče. Děti by měly vidět, že nejdůležitější vztah je mezi mužem a ženou jako rovnocennými partnery.

Mnozí gerontologové z naší populace se snaží staré lidi vracet zpátky do života. Mělo by se však citlivě přihlížet k postoji a názorům starého člověka. Před půl rokem jsem byla v situaci, kdy jsem se musela vyrovnávat s tím, že má babička už nechtěla žít. Unikala před skutečností do alkoholického opojení a velice strádala. Trápila ji samota a po ztrátě své dcery a vnuka už nechtěla žít. Jako jediná vnučka jsem měla o ni strach. Pracuji pod nadací Charita a jsem ráda, že pro takové případy máme pečovatelskou a asistenční službu. Nasadila jsem tyto služby k babičce domů a opravdu po půl roce velice pookřála. Dokonce začíná jezdit do tzv. Domovinky, to je další středisko, které patří pod Charitu a stará se o aktivizaci starých lidí. Určitě tyto služby jsou pro staré lidi správné a výhodné. Plně respektují individuální možnosti i přání každého člověka – důležité je pomoci mu nalézt motivaci pro vytváření krátkodobých i delších cílů, umožnit mu prožít zážitky úspěchu a posilovat jeho sebeúctu. To byl tedy můj subjektivní důvod pro volbu právě tohoto tématu.

Ve své bakalářské práci se v teoretické části věnuji definici paliativní a hospicové péče, historii vzniku, dále se zaměřuji na typy hospicové péče, úkoly a cíle. Chtěla bych, aby moje práce byla užitečným návodem pro mnohé lidi, kteří ještě nevědí, co to obnáší starat se o smrtelně nemocné a nevléčitelné pacienty.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

Základní pojmy pro tuto práci jsou: paliace, paliativní péče, zdravotnická etika, hospic, hospicová péče, komunikace, eutanázie.

V moderní době je nutno rozlišovat mezi hospicovou a paliativní péčí. V původním pojetí se tyto pojmy spíše překrývaly, jak můžeme zjistit u SVATOŠOVÉ (1995).

1.1 Hospic a paliace

Slovo hospic se odvozuje od skupiny latinských slov hospes (host), hospita (hostitelka), hospitale (pohostinný), hospitalitas (pohostinnost), hospitium (pohostinství). V souvislosti s těmito slovy, vzniklo slovo hospitale, gen.hospitalis, které je uvedeno do češtiny jako hospic, nemocnice, špitál (PRAŽÁK aj., 1948, s. 635). Původní význam tohoto pojmu znamenal tedy obecně nějaký ošetrovací ústav, který poskytoval útluk nemocným. Je zřejmé, že se s diferenciací ošetrovacích ústavů v pozdějších dobách i význam toho pojmu omezil na určitý typ zařízení, o čemž bude pojednáno dále.

Nejbližší slovu paliace je v latině slovo palleo, což znamená blednouti nebo metaforicky „býti bled strachem“, děsiti se, pallor pak je bledost a dodáno „smrtí n .duševními dojmy“. (PRAŽÁK aj., 1948, s . 929). V lékařském slovníku je pak uvedeno slovo „paliativní – zmírňující obtíže a bolest, ale neléčící vlastní podstatu choroby (VOKURKA, HUGO aj., 2008, s .737).

1.2 Definice paliativní péče

1.2.1 Starší pojetí paliativní péče

Starší a užší definice vymezuje paliativní péči takto:

„Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých“ (A . MARKOVÁ aj., 2009, s . 8).

Jak je patrné z definice, slučuje se zde pojetí paliativní a hospicové péče.

Podle této definice má tedy paliativní péče tyto zásady:

- ***Neodvrací se od nevyлéčitelně nemocných***, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života.
- ***Dokáže úspěšně zvládat bolest*** a další průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění.
- ***Je založena na interdisciplinární spolupráci*** a na celostním pohledu na nemocného člověka, a zahrnuje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty.
- ***Vychází z důsledně z individuálních přání a potřeb*** pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení.
- ***Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel*** nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých.

- *Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.*
- *Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.*

Tuto péči lze nejlépe poskytovat doma a ve spolupráci s rodinou (KADOCHOVÁ, 2011). Tam kde to možné není, by měla být pacientovi paliativní péče poskytována v prostředí domova co nejpodobnějším: v lůžkovém hospici, na paliativním oddělení nemocnice, ve spolupráci s ambulancí paliativní péče apod.

V podobném pojetí je i definice paliativní péče podle American Academy of Hospice and Palliative Medicine:

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných i jejich rodin“ (cit. dle M. MARKOVÉ, 2010, s. 19).

1.2.2 Moderní pojetí paliativní péče

Moderní pojetí paliativní péče sice zahrnuje vše, co bylo řečeno o starším pojetí, ale je při tom daleko širší. S vývojem medicíny se rozšířila i možnost rozšířit paliativní léčbu natolik, že u části nemocných se zdaří zlepšit jejich kvalitu života a prodloužit život natolik, že lze mluvit o péči polopaliativní, která představuje něco mezi léčbou paliativní a kurativní (VORLÍČEK, 2004).

1.3 Etika

Součástí lékařského povolání by neměly být pouze nejnovější vědomosti a kvalitní dovednosti, ale i lidskost a schopnost mravních rozhodnutí (GOLDMANN

a CICHÁ, 2004). Pro poskytování paliativní péče platí stejné základní etické principy jako pro jiné oblasti medicíny (SLÁMA aj., 2007; HAŠKOVCOVÁ, 2002).

1.3.1 Základní etické principy

Autonomie¹ - součástí filozofie o člověku je přesvědčení, že každý je zodpovědný za své zdraví a rozhodování, která budou učiněna na základě plné informovanosti. Přání pacienta se mají respektovat, i když ve finální fázi nemoci mohou mít přímý podíl na úmrtí pacienta.

Informovanost pacienta – dostatek informací je předpokladem pro pacientovo racionální rozhodování². Pacient má právo být plně informován o svém zdravotním stavu, má ale i právo takovou informaci odmítnout.

Beneficence – vyjadřuje závazek, aby lékař pro pacienta udělal vše, co je pro něj prospěšné. Dobro je pro každého jednotlivce subjektivním pojmem. Dobro pro pacienta nemusí být totožné s představou zdravotníka – nejlepší je tedy pravdivá a empatická komunikace.

Nonmaleficence – Neškodit a nedovolit uškodit klientovi. Jakékoli jednání nesmí pacienta primárně a cíleně poškodit. V úvahu je zapotřebí vzít i případná nepředpokládaná poškození nebo i následek pozitivní činnosti. Na místě je i snaha vzdalovat od klienta vše škodlivé – od bolesti až po sociální ublížení (např. převod majetku v terminální fázi pod nátlakem rodiny).

Spravedlnost – je vyváženost mezi potřebami jedince a tím, co je společnost schopna poskytnout. Týká se např. dostupnosti paliativní medicíny v regionech a kvality poskytované péče (SLÁMA aj., 2007).

¹ Autonomie se může projevat na různých úrovních – aktuální přání, ale i životní preference.

² Zdravotní stav, věk a medikace ovlivňují pacientovo vnímání a porozumění informacím. Zpětné porozumění je vhodné kontrolovat přímými otázkami pacientovi.

1.4 Komunikace

Komunikace je předávání informací. Jandourek rozeznává tři druhy komunikace.

„1 Přenos informace mezi lidmi (nebo mezi dynamickými systémy a subsystemy), Mezi odesilatelem a příjemcem. 2 V obecné systémové teorii informační propojení systémů, takže výstupy jednoho systému jsou zároveň vstupy druhého systému. 3 Soc. operace sestávající z. informace, sdělení a pochopení (JANDOUREK, 2001, s . 126). Autor v této souvislosti upozorňuje na to, že komunikace obsahuje nejen věcné sdělení, ale má také emocionální obsah a teprve přijetí tohoto obsahu jako celku umožňuje úplné pochopení smyslu informace.

HARTL A HARTLOVÁ (2000, s . 265) uvádějí celou řadu forem komunikace. Pro tuto práci je důležitá **komunikace mezilidská**, která se dělí na **verbální** (což představuje řeč) a **neverbální** (bez použití řeči např. mimikou, gesty, pohyby těla). Autoři uvádějí, že 7 % z veškeré komunikace je verbální komunikace (nejen řečové, ale i psané).

Vybíral upozorňuje to, že nadřazeným pojmem termínu „komunikace“ je termín „interakce“. Do tohoto širšího pojmu patří např. čtení a posuzování zdravotní dokumentace odborníkem, který pacienta nikdy neviděl, nebo písemné podávání žádostí a stížností a odpovědi na ně, předávání spisů na úřadě, chování řidičů na silnici nebo osob v davu, a dokonce i vliv kdy vliv jiných osob na naše chování, který trvá, aniž s nimi komunikujeme (VYBÍRAL, 2000).

Značným průlomem v pojetí komunikace mezi lékařem a pacientem, bylo prohlášení BALINTA (1999), který prohlásil, že spolu s lékem lékař zároveň dává i sám sebe. Je tedy zřejmé, že tento autor klade důraz na vztah mezi lékařem a pacientem. V současné době toto platí i pro vztahy mezi pracovníky nelékařských oborů a jejich pacienty nebo klienty.

1.5 Eutanázie

Nejjednodušší definice podle Slovníku sociální práce je eutanázie „*usmrcení člověka z dobrých důvodů např. kvůli nevléčitelné nemoci nebo nesnesitelné bolesti*“ (MATOUŠEK, 2003, s . 65).

Je však třeba přesně od sebe odlišit jednotlivé pojmy – eutanázie, asistované suicidium³ a odstoupení od léčby⁴.

Eutanázie je tedy úmyslné usmrcení člověka někým jiným než pacientem samotným na pacientovu opakovanou žádost za podmínky, že pacient je schopen sám o sobě rozhodovat. Ve většině evropských států je eutanázie trestným činem – výjimkou je např. Nizozemsko a Belgie. I zde tu však platí přísná kritéria, která není snadné formálně naplnit. Rotterdamská kritéria přesně definují každé slovo v definici eutanázie:

- Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná.
- Žádost musí být plně uvážená, jasná a opakovaná.
- Pacient musí nesnesitelně trpět (to se neomezuje jen na utrpení fyzické).
- Eutanázie musí být poslední možností – ostatní léčebné postupy se vyzkoušely a shledaly se neúčinnými.
- Nutná je konzultace s jiným lékařem, který má již s prováděním eutanázie zkušenosti.

Je ovšem třeba zdůraznit samotnou morální povahu celého činu aktivního usmrcení pacienta. Jde o aktivní čin: smrt u konkrétního pacienta by nepřišla, ve zvoleném čase samovolně, ale vyvolá ji zásah druhé osoby, v tomto případě vždy lékaře. Nelze tedy za eutanázii považovat případ, kdy by došlo k odpojení pacienta od ventilátoru a ten by pro neschopnost dýchání zemřel. V tomto

³ Asistované suicidium je úmyslné usmrcení sebe sama na opakovanou žádost za pomoci druhé osoby.

⁴ Odstoupení od neúčinné léčby je nenasazení léčby nebo upouštění od takových léčebných postupů, které pacientovi nepřinášejí žádný užitek a jsou pro něj zatěžující nejen fyzicky, ale i psychicky.

případě není pacient schopen samostatné existence. Eutanázie je chtěným a záměrným činem: pacient musí své vlastní usmrcení požadovat.

Zpravidla rozlišujeme několik forem eutanázie – přímá (aktivní) a nepřímá (pasivní). Přímá eutanázie je usmrcení na vlastní žádost nemocného, nejčastěji podáním nějaké usmrcující látky. Naproti tomu nepřímá eutanázie („nechat zemřít“) se zcela jistě vyskytuje daleko častěji. Jedná se o omezení, nebo ukončení léčby, což může často vést ke smrti. Právě volba svobodně odmítnout léčbu je zakotvená i v „Konvenci Rady Evropy o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny“, což je tzv. Kapitola druhá, článek 5 Bioetické konvence, která byla uzavřena v roce 1996 a podepsána mnoha státy: „... zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného informování osoby, která jej podstupuje, a bez jejího souhlasu“ (cit.dle SVATOŠOVÉ, 2001).

I česká společnost, nejen v zahraničí, se dělí na část, která eutanázii odmítá a na část, u nás podstatně menší, která ji podporuje. Odmítá ji např. Hnutí pro život ČR (*Eutanázie - konec lidskosti*, 2013), která argumentuje tím, že eutanázie snižuje důstojnost nemocného člověka, že směřuje pouze k odlehčení těm, kteří ho obsluhují a nakonec, o čem se nahlas nemluví, že vyhovuje z hlediska úspory veřejných výdajů. Upozorňují tedy na důvody ospravedlňující eutanázie, které odporují etice.

2 HISTORIE A SOUČASNOST PALIATIVNÍ PÉČE A HOSPICOVÉHO HNUTÍ

Ve starověku a středověku se medicína nezabývala v žádném tehdejší spisu péčí o nevléčitelně nemocné. První přirovnání k pojetí paliativní péče lze snad vzdáleně učinit ke zřizování leprosorií, kde však motivací k jejich zřizování nebyla péče o nevléčitelně nemocné, ale snaha o jejich izolaci od ostatních. V Evropě byla první leprosoria založena ve Francii kolem r . 570 po Kr., v Asii r . 600 po Kr. v Japonsku (NIKLÍČEK a ŠTEIN, 1985, s . 35 – 36). Ve středověku se o umírající staraly rodiny, obce nebo nemocnice při kláštorech. Zájem odborných lékařských kruhů o nevléčitelně nemocné se neprojevoval až dlouho do novověku. V popředí zájmu byly především pandemie infekčních chorob, které zahubily velké množství obyvatelstva. Na druhou stranu však je přece jen třeba konstatovat, že se dobří lékaři snažili v průběhu celé historie, aby těžcí pacienti trpěli co nejméně (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

V Čechách byl založen v r . 1602 na Malé straně Vlašský špitál náboženským bratrstvem Vlachů, který pečoval o nemocné a staré lidi a opuštěné těhotné ženy a děti (NIKLÍČEK a ŠTEIN, 1985, s . 76).

V 19. století přibývalo vlivem industrializace a stěhování množství lidí do měst a ti umírali bez zázemí vlastní rodiny. To vedlo k rozvoji chudobinců, které později nahradily moderní nemocnice a ústavy století dvacátého.

Ještě v období před druhou světovou válkou můžeme hovořit o tom, že je zcela normální a běžné pečovat do konce o svého umírajícího člena rodiny doma s pomocí a podporou rodinného lékaře, někdy placené ošetřovatelky, zavolat k nemocnému kněze pro udělení „posledního pomazání“⁵ a rozloučit se v širší rodině.

⁵ „Poslední pomazání“ je zastaralý výraz pro udělení svátosti nemocným.

2.1 Rozvoj paliativní medicíny a hospicového hnutí v zahraničí

Hospicové hnutí se rozvíjí nejprve v Anglii, ale brzy i v dalších západních zemích. V roce 1967 je otevřen první britský hospic St. Christophers v Londýně Sydenhamu, v roce 1974 první hospic v Americe v New Haven v Connecticutu. Spolu s rozvojem hospiců dochází v sedmdesátých letech 20. století i k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru. Ve Velké Británii se stalo výrazným mezníkem stanovení pěti zásad rozvoje paliativní medicíny. Jsou to tyto zásady (M. MARKOVÁ, 2010):

- a) Založení oddělení paliativní medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární⁶ péči včetně vysoce odborné péče lékařské.
- b) Rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu.
- c) Rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všech nemocnicích.
- d) Založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, která zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů.
- e) Výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární péče.

2.2 Hospice a paliativní péče v ČR

Nemohu se nezmínit o tom, že prvním hospicem, jehož založení bylo iniciováno Karlem IV. a jeho poslední manželkou Alžbětou Pomořanskou

⁶ Multidisciplinární péče je přístup charakterizovaný spoluprací více vědních oborů při realizaci odborné a vědecké výzkumné činnosti.

v r. 1368, byl Hospic Sv. Václava v Římě. Byl založen pro české poutníky, tedy nebylo to útočiště pro nemocné, ale pro zbožné lidi, kteří přicházeli do Říma. O tento projekt se pak starala rožmberská nadace. Později byl tento dům prodán, protože nebyly finanční prostředky na jeho udržování, ale díky kardinálu Beranovi byl založen v moderní době poutní dům Velehrad v Římě nedaleko Vatikánu. Tuto historickou vsuvku uvádím proto, abych upozornila na změny v pojetí hospice v průběhu historie (WIKIPEDIE, 2012).

Co se týče paliativní medicíny, byl dán v naší republice průchod většímu zájmu o ni až po roce 1989. Mnoho našich lékařů a sester mělo možnost navštívit zahraniční pracoviště. Pod vlivem těchto zkušeností bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, které působí jako nestátní zdravotnická zařízení. Jako první byl otevřen hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995 (SVATOŠOVÁ, 1995; SVATOŠOVÁ, 2008).

První oddělení paliativní péče pak bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Toto oddělení bohužel bylo před několika lety transformováno na LDN.

Ve FN Brno působí od roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti. Formou ambulantních a konziliárních vyšetření se snaží zlepšovat úroveň péče o pokročile nemocné na různých odděleních a klinikách fakultní nemocnice.

V posledních letech vzniklo několik agentur, které se zaměřují na domácí hospicovou péči. Rozvoj tohoto typu péče je však značně limitován stávajícím způsobem úhrad péče ze strany zdravotních pojišťoven. Celkově lze říci, že dynamika rozvoje zařízení specializované paliativní péče je v ČR v porovnání s ostatními srovnatelnými zeměmi (Polsko, Maďarsko) poměrně pomalá. V ČR zatím zcela chybí celostátní koncepční zdravotní politika v oblasti péče o nevléčitelně a terminálně nemocné.

Významnou oblastí pro rozvoj paliativní medicíny je vzdělávání. V kurikulu pregraduálního vzdělávání lékařů je v roce 2005 na českých

lékařských fakultách zastoupení témat paliativní péče spíše nekoncepční. Paliativní medicína se nejčastěji vyučuje v rámci předmětu Lékařská etika a klinická onkologie. Mnohem komplexněji se problematika paliativní medicíny vyučuje v bakalářských a magisterských programech ošetrovatelských oborů. Postgraduální vzdělávání je zajišťováno nabídkou kurzů pořádaných Subkatedrou paliativní medicíny IPVZ Praha a Národním centrem ošetrovatelství v Brně.

V rámci Společnosti pro studium a léčbu bolesti působí sekce paliativní medicíny. Od roku 1995 je každoročně pořádán Brněnský den paliativní medicíny. Významnou změnu přineslo uznání samostatného oboru Paliativní medicína a léčba bolesti v lednu 2004. Ustavení samostatného oboru vytváří předpoklad pro další rozvoj paliativní medicíny v oblasti vzdělávání, ale také zlepšení její dostupnosti pro pacienty.

2.2.1 Typy paliativní péče v České republice

V laické společnosti převládá názor, že paliativní péče odpovídá pojetí hospicové péče. To je omyl, který by mohl mít vážné následky na kvalitu ošetrovatelské péče o všechny ostatní umírající, kteří se do hospice z jakýchkoliv důvodů nedostanou.

2.2.1.1 Obecná paliativní péče

Tuto formu péče by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení. Její součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení možností další léčby, sledování. Patří sem především respekt k pacientově autonomii, léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny a doporučení k dalším odborníkům.

2.2 .1.2 Specializovaná paliativní péče

Patří sem taková zařízení, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Požadují vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Tyto služby by měly být schopné poskytnout pacientovi podporu, doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče (VORLÍČEK, 2004).

Mezi zařízení paliativní specializované péče se řadí (A . MARKOVÁ, 2010):

- oddělení paliativní péče,
- domácí hospice – mobilní paliativní péče,
- lůžkové hospice,
- konziliární týmy paliativní péče,
- ambulance paliativní péče,
- denní stacionáře,
- zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek....).

Z těchto zařízení co jsem výše popsala, bych se nyní ráda věnovala mobilnímu hospici.

2.3 Co je mobilní hospic

Mobilní hospic nebo též domácí hospic představuje tým terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní péči nevyлéčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které se o ně doma starají. Složení týmu se skládá z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, ošetrovatelů, psychoterapeutů nebo psychologů, někdy též dobrovolníků, terapeutů pro pozůstalé a i pastoračních pracovníků.

2.3.1 Cíle mobilního hospice

Cílem mobilního hospice je snaha umožnit pacientovi pobyt v domácím prostředí. Jednotlivý pracovník by tento cíl nikdy nemohl splnit, proto je splnění tohoto cíle úkolem multidisciplinárního týmu. Není to vůbec lehké mít hospicové klienty po celém okresu, jezdit za nimi v určitou dobu, být s nimi a psychicky je podporovat. My, hospicové zdravotní sestry, máme navíc úkol zkoordinovat služby poskytované jednotlivými členy týmu, nezatížit rodinu, ale naopak jí prospět. Je potřeba, aby každý člen týmu plnil svoji práci zodpovědně a nepřekračoval své kompetence. Nejdůležitější v mé práci je respektovat názor klienta a jeho rodiny v příslušné kulturní oblasti, také politické a duchovní. Nesmíme zneužívat závislosti pacienta, ani jeho rodinu a nezklamat jejich důvěru. Na tuto práci a postoje k ní se připravujeme často i mnohaletým studiem. Také na vztah ke smrti bychom se měli včas a velmi pečlivě připravit. Tam totiž nejsme u žádné zkoušky a nedostáváme druhou šanci. Všichni totiž budeme umírat bez generálky „naostro“.

2.3.2 Cíl multidisciplinárního týmu v hospicové péči v Třebíči

Cíle multidisciplinárního týmu v hospicové péči jsou následující:

- Aby osoba, o kterou se pečuje, prožila poslední období svého života v domácím prostředí. (Snažíme se o to, aby uživatelé měli k dispozici své osobní věci.)
- Aby osoba, o kterou se pečuje, byla vyrovnaná s nastalou situací.
- Poskytnout podporu, pomoc osobám pečujícím tak, aby zvládli tuto péči. (Uživatelé mohou využít pomoc při vyplnění potřebných dokumentů pro vyřízení dávek státní pomoci a podpory, pohřbu a pozůstalostních práv, nabídky sociální terapeutické činnosti např. psychoterapeutické služby nebo pastoračního asistenta. Mají možnost využít doprovázení nejen v této krizové situaci, ale i po době úmrtí.)

- Umožnit odpočinek osobám pečujícím, aby si udržela nejnutnější dosavadní způsob života. (Osoba pečující může využít volného času, v době přítomnosti pracovníků k nákupu, návštěvám úřadů, lékařů, k plnění pracovních povinností, odpočinku ...) (OBLASTNÍ CHARITA TŘEBÍČ, 2012).

2.3.3 Zkušenosti z práce s multidisciplinárním týmem

Jsem ráda, že i já mohu pracovat v multidisciplinárním týmu. Kolem mne pracují lidé, kterým mohu věřit a mohu se na ně vždy spolehnout. V našem týmu pracuje patnáct hospicových zdravotních sester, lékař, který při zavolání ochotně přijede ke klientovi domů, sociální pracovník a psychoterapeut. Mám velice náročnou práci, kterou vykonávám sama. Každý den jezdím v rámci domácí péče a starám se o zdravotně postižené a sociálně slabé lidi. Opravdu někdy jsem tak plná únavy a mám pocit, že už tato práce mi nic nedává. V mé práci se každý den setkávám s lidmi, kteří potřebují pomoc. Pro mne to znamená velký psychický nátlak ze strany mých klientů a ze strany mého zaměstnavatele.

Týkalo se to jednoho případu, kdy šlo o mladou třicetiletou ženu, která umírala v domácím prostředí. Neměla jsem až takový problém jet tam, ale vůbec mi nikdo neřekl, co to bude obnášet. Přijela jsem do rodiny sama. Byla to rodina na malé vesnici, kterou všichni znali. V rodině byly tři malé děti, o které na první pohled moc dobře nikdo nestaral. Děti byly špinavé, v rodině byl veliký nepořádek, špína, páchlo to všude cigaretami. Někde v prostředku v místnosti jsem našla ženu ve velkých bolestech, naříkala a sténala. Jelikož klientka měla diagnózu rakoviny prsu, musela jsem okamžitě volat našeho hospicového lékaře. Ošetřili jsme spolu ženu, aplikovali jsme morfin. Ten den jsem odjížděla s těžkým srdcem. Ty tři děti tam stály, dívaly se na mne, co dělám s jejich maminkou. Dokonce jedna holčička přišla ke mně a ptala se, jestli se maminka uzdraví? V tom okamžiku jsem té holčičce nevěděla co odpovědět. Moc dobře jsem věděla, kolik má paní času. Náš hospicový lékař naordinoval každodenní návštěvy do téhle rodiny. Je pravda, že takový mladý život jsem ještě v domácí péči neměla. Den od dne to bylo pro mne těžké. Sama jsem matkou a ten pocit, že někdo umírá tak mladý, a má tady malé děti, je pro mne

osudová nespravedlivost. Na jednu stranu jsem bojovala s tím, aby důstojně a klidně paní mohla zemřít doma. A na druhou stranu jsem bojovala s jejím manželem, který evidentně tuto situaci nezvládal. Požádala jsem ho o spolupráci a také o pomoc našeho psychologa. Ten na další návštěvu jel se mnou. Už v autě jsme se dohodli, že já se budu starat o pacientku, a psycholog si vezme na starost manžela. Vše probíhalo velice dobře, ale já jsem byla na tom velmi psychicky špatně. Cestou domů jsem požádala psychologa o spolupráci. Měla jsem pocit vzteku, beznaděje, úzkosti, proč se to vše tak děje a proč zrovna tak mladý život musí odejít. Měla jsem před očima ty děti, co budou asi dělat, když jim máma odejde.

Jak je patrné z uvedeného příkladu, tato práce je psychicky značně zatěžující a člověk nikdy nemůže být takovým profesionálem, aby se zcela dokázal odpoutat, a zamezit tak vlastnímu psychickému traumatu.

3 INDIKACE K PŘIJETÍ PACIENTA DO HOSPICE A JEHO POTŘEBY V DOBĚ NEMOCI

3.1 Indikace k přijetí pacienta do hospice

Indikace pro přijetí pacienta do hospice jsou:

- ohrožení na životě postupující chorobou,
- potřeba paliativní léčby a péče, není však nutná hospitalizace v nemocnici,
- nemožnost péče domácí.

Nejčastějšími pacienty hospice jsou nemocní v pokročilém stádiu onkologického onemocnění, neurodegenerativních chorob, méně často pak nemocní v terminálním stádiu jiných onemocnění.

Pro hospicovou péči se musí vždy rozhodnout sám nemocný spolu se svou rodinou. Toto své rozhodnutí stvrzuje podpisem pod „Svobodný informovaný souhlas“. K přijetí do péče potřebujeme lékařem vyplněnou Žádost o přijetí.

3.2 Potřeby pacienta v době pokročilé nemoci

Při studiích na střední zdravotnické škole jsme se učili, že člověk, ať zdravý či nemocný, má čtyři potřeby ve svém životě. Jsou to potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální (HAŠKOVCOVÁ, 2007). Priorita potřeb se však mění v závislosti na vážnosti a délce nemoci.

3.2.1 Potřeby biologické

Sem patří vše, co si žádá naše tělo. Určitě potřebujeme přijímat potravu, bohužel někdy i zvláště upravenou (např. rozmixovaná potrava), dále potřebujeme, aby naše trávení probíhalo bez větších obtíží a zbavilo se odpadových produktů. Je třeba, aby naše buňky a tkáně dostávaly potřebný kyslík a je také velmi důležité, aby naše tělo mělo přiměřený pohyb, aby se zachovala mobilita kloubů a potřebná síla svalová. K tomu všemu je nezbytný dostatek odpočinku a relaxace.

Průměrně zdravý člověk si neuvědomí, jak velkou cenu má, že toto vše u něj funguje, aniž by musel pro to cokoliv jiného podnikat. Teprve nemoc způsobí, že si člověk uvědomuje, oč přišel. Zpočátku je to dílčí nedostatek nějaká tělesná funkce, která člověka obtěžuje, způsobuje napětí a brání mu v obvyklé činnosti. Se zhoršováním nemoci se pak přidružují další poruchy. U umírajícího člověka jsou fyziologické potřeby značně frustrovány a velmi často trpí velkými bolestmi, které mu znemožňují i spánek. V tomto období musíme toto utrpení sledovat a mít neustále mysl, že je třeba postarat se o co možno největší úlevu všemi dostupnými prostředky.

3.2.2 Potřeby psychologické

Každý člověk je individualitou, a proto jsou jisté rozdíly právě mezi těmito potřebami u jednotlivců. Především si musíme být vědomi toho, že nemocný člověk je vždy omezen více či méně ve své komunikaci. Při ní nelze podceňovat význam neverbální komunikace, kdy více než naše slova mluví naše mimika, pohyby, gesta.

Už novorozenec potřebuje mít od své mámy pocit bezpečí. Ten potřebuje také nemocný člověk více než člověk zdravý. Proto je velmi důležité umět vystihnout, jak s pacientem hovořit a co potřebuje slyšet. Jsem zastáncem toho, aby pacientovi nebyla utajována diagnóza, protože má pacient právo ji znát. Další zásadou v mé praxi je říkat jen tolik, kolik chce slyšet pacient sám, a jen tehdy, kdy je ochoten naslouchat.

3.2.3 Potřeby sociální

Člověk je tvor společenský, až na naprosté výjimky nežije izolovaně jako zvíře – solitér. Proto i nemocný potřebuje návštěvy a kontakt se svými nejbližšími. Tyto vazby jsou obvykle nejsilnější s rodinou. Mohli bychom říci, že tyto kontakty u těžce nemocného i umírajícího patří k jeho jakési mentální hygieně, která mu pomáhá cítit se alespoň snesitelně a hlavně vnímat, že je pořád členem lidské společnosti. Pokud vztahy s rodinou a přáteli byly před tím dobré a jsou schopny se udržet, je to pro pacienta velkou pomocí (ŠPINKOVÁ, 2010).

3.2.4 Potřeby spirituální

Myslím si, že tyto potřeby jsou v našem okolí pořád považovány za tabu. Mnoho lidí si myslí, že jde o jakési uspokojování potřeb jen věřících. Horší je to s lidmi, kteří nejsou věřící, a v době své vážné nemoci se začínají zabývat životně důležitými otázkami ve smyslu vlastního života. Každý člověk v takových chvílích potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno. Pro mnoho umírajících pacientů je velmi důležité vědět, že jejich život měl nějaký smysl. Nenaplněnost této potřeby znamená pro člověka velké trápení i zoufalství. Proto i v naší domácí péči Třebíč máme k dispozici kněze, který na požádání našich klientů přichází do rodin. Je potřeba jim ukázat, že každá situace v našem životě je smysluplná.

Věřící lidé se po duchovní stránce cítí vyrovnaněji a jejich situaci jim jejich víra ulehčuje. Je to přece jen jiné než pocit zmaru, který zažívají před svým koncem ateisté. Přesto však nevěřících lidí přibývá, tedy s tím musíme počítat a hledat východiska, jak i jim jejich situaci ulehčit.

Při práci v domácí péči Třebíč postupujeme takto:

Než se dostaví kněz, který má službu, do rodiny klienta, poskytně mu sestra stručné informace o pacientovi a seznámí ho s některými částmi ošetřovatelského plánu.

Pokud si kněz myslí, že ho pacient nevnímá, nebo má jiné obavy (jako např. u afázie⁷ řeči při diagnózách CMP⁸), citlivá sestra pozná, zda jde o projev nervozity a nabídne podporu a praktickou radu jak s pacientem komunikovat.

⁷ Afázie je porucha řeči – řeč není plynulá převážně při CMP.

⁸ CMP – cévní mozková příhoda

3.3 Přijímání špatných zpráv

Nejtěžší věcí ve zdravotnictví je sdělování špatných zpráv. Zdravotníci by měli poskytovat nemocným osobám i ošetřujícím členům rodiny reálně informace o tom, co je možné očekávat a zároveň je i podpořit po emoční stránce (TAUSCHOVÁ-FLAMMEROVÁ, 1994).

V mé praxi se mi velice osvědčil takový postup, kdy pacientovi a rodině se poskytne dostatek času a podpory k pochopení sdělené informace. Je zde potřeba empatická komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou.

3.3.1 Předpoklady účinné komunikace na straně zdravotníka

V rámci této komunikace by se měl zdravotník řídit těmito zásadami (SLÁMA aj. 2007):

- nebýt direktivní, prokazovat úctu k nemocnému i jeho blízkým,
- více mlčet a aktivně naslouchat,
- umět překonávat vlastní úzkost a nejistotu,
- umět vyjádřit svou účast, vcítit se,
- být schopen týmové spolupráce,
- postupovat správně jako profesionál,
- znát problematiku každého jednotlivce.

3.3.2 Předpoklady účinné komunikace na straně pacienta a jeho blízkých

Jak pacientovi, tak i jeho rodinným příslušníkům by pro dobrou komunikaci se zdravotníkem neměly chybět (THEOVÁ, 2007; SLÁMA aj., 2007).

- důvěra ve zdravotníky,
- schopnost otevřené komunikace mezi členy rodiny,
- dostatek informací.

Mnoho mých klientů v domácí péči není dostatečně informováno o svém zdravotním stavu. Běžně se dostávám do kontaktu s klienty, kteří nevědí, o jakou nemoc jde, a klient a rodina nemají představu, co vše bude následovat. Lékaři i zdravotní sestry v nemocnicích, v LDN⁹ i v ambulanci nemají dostatek času na jednotlivého pacienta, což se hromaděním dalších povinností zhoršuje. Starý člověk, který je dezorientovaný v čase i v prostoru, nedokáže zachytit spousty nových informací. Při mé praxi se mi také často stává, že klient, který se dozví špatnou diagnózu v nemocnici, a je propuštěn do domácího léčení, nejen nerozumí zdravotnické terminologii, ale ta v něm vzbuzuje ještě větší zděšení z toho, co ho očekává.

3.3.3 Reakce pacienta na špatnou zprávu

Podle Küblerové – Rossové prochází klient určitými fázemi *reakce a adaptace* na informaci o nevléčitelném onemocnění.

Tyto fáze jsou označovány¹⁰ takto (KÜBLER-ROSSOVÁ, 1969) :

- první fáze - negace, šok, popření,
- druhá fáze - agrese, vzpoura, hněv,
- třetí fáze - smlouvání, vyjednávání.
- čtvrtá fáze - deprese, smutek.
- pátá fáze - přijetí, smíření, souhlas.

⁹ LDN – léčebna dlouhodobě nemocných.

¹⁰ Fáze prožívání umírajících dle Kübler-Rossově lze nalézt na adrese <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnani-se-s-nemoci.html>

4 BOLEST A DEPRESE A ZÁSADY JEJICH LÉČBY

Bolesti a depresi je nutno věnovat zvláštní pozornost, protože právě ony vystupují u těžce nemocného člověka nejvíce do popředí.

4.1 Bolest

Skutečně dobří a odpovědní lékaři se snažili v průběhu celé historie, aby co nejvíce ulevili těžce nemocným. Odborný zásah však spočíval téměř vždy v podávání morfia¹¹ (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Bolest je symptom, který se často vyskytuje právě u pacientů v terminální fázi nemoci. Zdravotníci, kteří se specializují na léčbu bolesti, označili problematiku bolesti u pacientů v terminální fázi onemocnění, za největší etické dilema.

Mezinárodní asociace pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP) definuje bolest jako smyslový a emocionální pocit spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný jako poškození tkáně (cit. dle O'CONNOROVÉ, 2005).

Praxe mě naučila, že bolest je hlavně to, co nemocný vnímá jako svou vlastní prožívanou bolest, je proto velmi nutné akceptovat pacientovo hodnocení bolesti. Může však mít více než jeden typ bolesti. Na trvalé bolesti je nutné podávat analgetika¹² v pravidelných intervalech, nikoli pouze „podle potřeby“.

4.1.1 Hodnocení bolesti

Hodnotit bolest může jen subjektivně sám pacient. Ve svém zaměstnání hodnotím u svých paliativních klientů tzv. škálu intenzity bolesti. Používám jednoduchou numerickou škálu v rozmezí 0 - 10, kdy klient přiřazuje číslo podle intenzity své bolesti. Hodnota nula představuje žádnou bolest a hodnota deset nejhorší představitelnou bolest¹³.

¹¹ Název odvozen od řeckého boha spánku – Morfea.

¹² Analgetika jsou léky proti bolesti.

4.1.2 Rozdělení bolesti

Charakter bolesti poznáme podle toho, jak pacient bolest popisuje. Charakter bolesti pomůže rozlišit bolest somatickou, viscerální a neuropatickou (O'CONNOROVÁ, 2005).

Somatická bolest vychází z různých tkání s výjimkou tkáně viscerální a nervové. Příkladem může být bolest při kostních metastázách a zánětu měkkých tkání. Somatická bolest se obvykle dobře lokalizuje a pacient ji popisuje jako „kontinuální“, „pobolívání“, „hryzavou“ či „hlodavou“.

Viscerální bolest souvisí s patologickým procesem v hrudních a břišních orgánech. Často se velmi špatně lokalizuje a pacient ji pociťuje v určité vzdálenosti od postiženého místa. Viscerální bolest břicha často přichází „ve vlnách“ a pacient ji může popisovat jako „křeče“.

Neuropatická bolest vychází z centrálního nebo periferního nervového systému. Pacient ji popisuje jako „brnění“, „vystřelování“, „pálení“ nebo jako „elektrický šok“.

4.1.3 Přehled léků ke zmírnění bolesti

4.1.3.1 Neopioidní analgetika

Mezi neopioidní analgetika patří paracetamol a nesteroidní protizánětlivé léky, jako je aspirin, paralen. Paracetamol je lék první volby pro mírnou bolest a měl by se podávat jako primární nebo doplňkový lék u různých typů mírné bolesti kosti a svalů.

Mezi neopioidní léky však patří také další, novější a velmi ulevující léky např. Tramadol (VRBA, 2011).

4.1.3.2 Opioidní analgetika

Opioidní analgetika představují hlavní způsob léčby bolesti na konci života.

Vhodnými slabými opioidy pro mírnou bolest jsou kodein a dihydrokodein. Při středně silné až silné bolesti je lékem první volby morfin. Avšak i zde připadají

v úvahu nové preparáty např. Fentanyl, což je silný opioid, který má výhodu nenáročné aplikace v podobě sublingválních nebo bukalních tablet, nebo dokonce kapek pro intranazální podávání (FRICOVÁ, 2011).

4.1.3.3 Adjuvantní analgetika

Adjuvantní analgetika jsou léky, které mají nezávislý analgetický účinek, zvyšují účinek dalších léků pro větší pohodlí pacienta. Zmírňují symptomy související s bolestí (např. úzkost). Adjuvantní léky se podávají na všech stupních analgetického žebříčku a často se předepisují u specifických příznaků somatické, viscerální a neuropatické bolesti.

Pacienti, pro něž je vhodná paliativní léčba, trpí kromě bolesti i dalšími symptomy své nemoci. Moji klienti nejčastěji mají problém s anorexií, zácpou nebo průjmem, dušností, hemoptýzou¹⁴, únavou, depresí, nauzeou až zvracením a zmateností. Pozastavím se nad tématem deprese, jelikož já osobně v práci s tímto symptomem velice bojuji.

4.2 Deprese

Dlouhodobě upoutaní klienti na lůžku a klienti v paliativní péči mají problém s emoční labilitou. Vyznačují se s několika symptomy:

- trvalá pokleslá nálada,
- pocity beznaděje,
- trvalá ztráta zájmu o okolí,
- sebeobviňování,
- přetrvávající myšlenky na sebevraždu,
- žádost o eutanázii.

¹⁴ Hemoptýza je vykašlávání krve

4.2.1 Léčba deprese

4.2.1.1 Nefarmakologická léčba

Je zde nutné otevřeně s klientem o všem mluvit. Otevřená, empatická komunikace a podpůrná psychoterapie vše může zmírnit.

4.2.1.2 Farmakologická léčba

Úplný a velmi srozumitelný přehled psychofarmak, z nichž lze volit při poruchách psychického stavu podává VINAŘ (1999), který rozděluje psychofarmaka na látky působící na stav vědomí (např. nootropika: piracetam) na látky ovlivňující afektivitu (např. Imipramin, Amitriptylin, Dosulepin) a na látky s účinkem na psychické integrace (Thioridazin, Chlorprothixen).

Pokud si blíže všimneme antidepresiv, používají se např. jako např. selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu jako jsou sertralin (Zoloft), tricyklická antidepresiva jako např. dothiepin (Prothiaden), tekutý nortriptylin k podání nazogastrickou sondou, inhibitory monoaminoxidázy typu A jako moklobemid (Aurorix) nebo tertracyklická antidepresiva jako mianserin (Mianserin) (O'CONNOROVÁ, 2005, s.197).

4.3 Ukázka deprese na konkrétním případě

Do své péče jsem dostala na začátku jara klientku M.K., ve věku 84 let, která k nám přišla do hospicového týmu s diagnózou karcinom plic. Klientka byla velice náladová až někdy apatická. V poslední době se u klientky už začaly objevovat deprese. V tomto krátkém výňatku z případové studie se nechci zabírat karcinomem, ale psychickým postižením, kterým klientka trpěla.

Tato klientka měla už i narušeny kognitivní schopnosti, byla velice dezorientována jak v čase, tak i v prostoru, nebyla schopna rozhodovat se a plánovat si běžné činnosti. V některých případech byla i agresivnější, snažila se ubližovat sobě i svému okolí. O klientku se starala rodina, která byla velice psychicky na tom špatně. Její členové nezvládali svoji péči a byli ze všeho hodně unavení.

Nejdříve jsem zavolala obvodního lékaře, aby klientce předepsal medikaci na uklidnění. Po nasazení citalopramu, který velice pozitivně působil, se situace v rodině zlepšovala. Nadále do rodiny jezdila pečovatelská služba, která dopomáhala s hygienou a celkovou péčí klientky. Z multidisciplinárního týmu jsem do rodiny poslala psychoterapeutku, která zavedla terapii pro rodinu, a nyní tam dochází pravidelně jedenkrát týdně.

Myslím si, že u klientů s takto pokročilou poruchou psychiky, je důležitá komunikace, někdy i neverbální – jejich neklid lze často tlumit dotekem i hlasem. Bolest pro tyto klientky znamená závažnější problém, jelikož nechápou její příčinu.

5 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO KLIENTA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

V terénním hospici je rodina většinou přítomna úmrtí.

Převážně když přicházím do rodiny ke klientům, tak klient se nachází v terminální fázi, kterou my, hospicové sestry, označujeme jako poslední dny až hodiny života, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu. Tato fáze má svůj původ v psychické, sociální i spirituální dimenzi.

5.1 Příznaky a projevy umírání

Zřetelným projevem vstupu klienta do terminální fáze je postupné zhoršování celkového stavu. Lze na něm pozorovat:

- narůstající celkovou slabost, únavu, neschopnost vstávat z lůžka,
- dezorientaci, psychické problémy, apatii a nezájem o okolí,
- odmítání pitného režimu i jídla,
- oligurii¹⁵ až anurii¹⁶,
- změny ve vizáži, tzv. "zašpičatění nosu".

5.2 Jak poznáme, že klient zemřel?

Když přicházím ke klientovi, o kterém vím, že má poslední hodiny svého života, tak kontroluji puls. Když puls je nehmatný, zkontroluji ho i na krčních tepnách. Nadále se zaměřím na zornice, které při rozevření oka nereagují na světlo, někdy oči zůstávají otevřené a nejdou zavřít. Klient nereaguje na silné podněty.

5.3 Jak postupovat, když klient je bez známky života

V mobilním hospici postupuji takto. Zavolám obvodního lékaře a požádám ho o návštěvu, aby konstatoval úmrtí. Pokud je to v čase víkendu a praktický lékař je nedosažitelný, volám LSPP.¹⁷ Požádám rodinu, aby nachystaly lékařské zprávy, aby

¹⁵ Oligurie je snížené množství vylučované moči, které je menší jak 500 ml/24 hod.

¹⁶ Anurie je snížené množství vylučované moči, které je menší jak 100 ml/24 hod. či úplná zástava tvorby moči.

¹⁷ LSPP – lékařská služba první pomoci

po příjezdu pohotovosti, lékař mohl vyčíst zpráv diagnózy onemocnění a snáze tak určit příčinu smrti.

S mrtvým tělem zacházíme vždy pozorně a s úctou. Odpojím ho od dávkovačů, kyslíku či jiných strojů, vyjmu cévky a případně ostatní vstupy do těla. Tělo položím na záda do vodorovné polohy. Zavřu opatrně víčka, pokud jsou ústa vpadlá, podvážu bradu obvazem a zavážu uzel na temeni hlavy. Někdy otvírám na přání rodiny okno. Rodině navrhu, že mohou zavolat příbuzné, aby se také mohli se zemřelým rozloučit.

5.3.1 Co přichystat před příjezdem lékaře

- občanský průkaz,
- kartičku pojištěnce,
- rodný list,
- oddací list,
- lékařské zprávy.

Lékař, který přijede konstatovat smrt, vyplní „*List o prohlídce mrtvého*“ v několika exemplářích, originál si odnese s sebou a kopie nechá u zesnulého pro pohřební službu. Pokud lékař nařídí pitvu, je třeba, aby lékař vyplnil „*Příkaz ke zdravotnímu transportu*“. Tento transport hradí pojišťovna.

5.3.2 Pohřební služba

Z pohledu právníka je lékař povinen vybrat a zavolat pohřební službu jenom v případě, že o zemřelého se nemá kdo postarat (např. o bezdomovce). Jinak pohřební službu si vybírá rodina sama. Pohřební služba odveze zesnulého a vezme si s sebou všechny kopie Listu o prohlídce mrtvého. Rodinu informují o tom, kam zemřelého odvázejí, a také, kde je možné sjednat pohřeb.

5.4 Podpora truchlení

Úmrtí nejbližšího člověka pro nás znamená velkou ztrátu v našem životě. Nejčastější naší reakcí na ztrátu je truchlení. Projevy se můžou vyskytovat jako stavy úzkosti a deprese.

Většina z nás je schopna mobilizovat své síly a situaci zvládnout v průběhu pár měsíců. Ale u některých pozůstalých dochází ke komplikovanému truchlení, které se vyznačuje neobvykle dlouhou dobu smutku. Po tu dobu mají deprese, psychosomatické problémy či nespavost. Bez truchlení není vyrovnání.

5.4.1 Normální proces truchlení

SLÁMA aj., (2011) uvádí, že:

- Šok: trvá minuty až dny
- Akutní reakce na ztrátu: vyznačuje se tím, že pozůstalý má intenzivní vzpomínky na zemřelého, pocity viny, vztek, bolesti hlavy. Tato fáze trvá týdny až měsíce.
- Restituce a reorganizace: nalezení nové rovnováhy, nové role. Tato fáze trvá měsíce až roky.

5.4.2 Komplikované truchlení

- Chronická reakce: akutní reakce trvají déle než rok
- Je zde absence truchlení a opožděná reakce
- Přehnaná reakce: třeba posuzovat velmi opatrně
- Larvovaná reakce: rozvoj komplikací typu závislosti na alkoholu, fobií či panické poruchy.

6 PROFESIONÁLNÍ RIZIKA

Je zcela pochopitelné a zákonité, že lidé, kteří se denně ve svém zaměstnání zabývají umírajícími a před jejich očima se neustále odvíjí pokračující destrukce lidských bytostí, nemohou být natolik odolné, že by tím jejich psychika vůbec neutrpěla. Může nastat větší či menší profesionální deformace, kterou je třeba zvládat. Zde se zmíním pouze o nejtěžším psychickém postižení a dále v širším měřítku prevencí a léčbou poškození psychiky u těchto zaměstnanců.

Zde si všimneme z profesionálních deformací, kterých je celá řada, té nejvýraznější.

6.1 Syndrom vyhoření (burn-out)

Syndrom vyhoření není nemoc, ale spíše *psychický stav* objevující se často u lidí pracujících v profesích, které vyžadují každodenní mezilidskou komunikaci. Jde o *duševní stav popisovaný jako naprosté vyčerpání, vyhasnutí*. Dále jsou přítomny pocity naprosté beznaděje a bezmoci a celkově postiženému chybí radost ze života.

6.1.1 Charakteristika syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření jako první popsal americký psychanalytik *Herbert J. Freudenberger*, a to v roce 1974. Je však zřejmé, že tento syndrom se zajisté vyskytoval už i dříve. Jde o celkové mentální a citové vyčerpání způsobené dlouhodobým stresem a postihuje nejčastěji lidi pracující v oborech jako je zdravotnictví, školství a sociální práce. Zkrátka obory, které vyžadují každodenní mezilidský kontakt. Syndrom vyhoření se liší od deprese a únavy tím, že z počátku postihuje pouze pracovní oblast (ostatní oblasti lidského života nejsou alespoň zpočátku zasaženy). Postupem času však může dojít právě k rozvoji deprese či chronické únavy. Hlavním varovným signálem syndromu vyhoření jsou pochybnosti týkající se smyslu vykonávané práce (SCHMIDBAUER, 2000).

Syndrom vyhoření postihuje stejně často ženy jako muže a zdá se, že počet „vyhořelých“ jedinců rapidně narůstá. Jsou totiž kladeny stále větší a větší požadavky na pracovníky a taktéž s rozvojem technologií nastávají situace, kdy jeden člověk musí zastávat práci několika lidí. To pak vyvolává frustraci a stres a od nich již není daleko k syndromu vyhoření.

6.1.2 Jak se syndrom vyhoření vyvíjí

Syndromu vyhoření, předchází dlouhodobý plynulý proces, při kterém lze popsat pět typických fází a jeho vyvrcholením je fáze poslední. Jsou to:

Fáze nadšení, kdy pracující zpočátku překypuje elánem a energií. Je ochoten pro svoji novou práci mnoho obětovat. V práci nachází uspokojení a naplnění, a proto tedy zapomíná na své koníčky a volnočasové aktivity.

Fáze stagnace, která je typická tím, že počáteční nadšení opadá, a jedinec začíná zjišťovat, že ne vše je tak ideální, jak si původně myslel. V této fázi se také objevuje potřeba vykonávat volnočasové aktivity.

Fáze frustrace nastává ve chvíli, kdy jedinec začne pochybovat nad smyslem své práce. Tyto pochybnosti jsou nejčastěji založeny na špatných zkušenostech s nespolupracujícím klientem nebo nadřízenými.

Fáze apatie přichází po delší době frustrace a je přirozeným východiskem z pocitu frustrace. Pracující již vykonává pouze nejnutnější povinnosti a svoje zaměstnání považuje za pouhý přísun peněz pro obživu.

Fáze vyhoření je posledním stádiem a u pracujícího jsou již viditelné příznaky syndromu vyhoření. Je to období emocionálního i tělesného vyčerpání (MAROON, 2012).

6.1.3 Kdo je nejvíce ohrožen

Syndrom vyhoření může postihnout prakticky kohokoliv, kdo dlouhodobě vykonává nějakou činnost. Nemusí se jednat jen o lidi v pozici „zaměstnanec“. Nejvíce náchylní k pocitu vyhoření jsou však lidé pracující v tzv. *pomáhajících profesích* – lidé pracující s lidmi, kteří potřebují pomoc. Zvýšené riziko je u pracovníků ve zdravotnictví, učitelů, sociálních pracovníků, psychologů a podobně. Dále jsou ohroženi pracovníci komunikačních provozů (telefonní operátoři, novináři, prodavači atd.) a taktéž jedinci vykonávající nemotivující práci, která neodpovídá jejich kvalifikaci (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Z osobnostního hlediska jsou ohroženi především lidé s velkými ideály a očekáváním, vrhající se do práce s velkým nadšením a odhodláním. Nevhodný je i přehnaný perfekcionismus, precitlivělost a sklon k workoholismu.

6.2 Rizika začínajících zdravotních sester

V této oblasti, považují za rizikové hlavně nevyzrálou osobnost zdravotní sestry. Může se u nich objevovat pocit neschopnosti se orientovat na potřeby nemocných. Dalším faktorem je vysoká zodpovědnost za naši práci, časový stres či nepřetržitý kontakt s nemocnými. (VENGLÁŘOVÁ, 2011). I u mne se občas objevují pocity bezmocnosti u umírajících a nevléčitelně nemocných.

6.3 Supervize

„Supervize je strukturovaný proces, kterým dává lidem možnost hovořit o své práci a o problémech a situacích, které s ní souvisejí. Supervize znamená ve všech pomáhajících profesích zamyšlení nad profesionálním jednáním pracovníků, nad funkcí pracovního týmu a celého zařízení“ (OSVALDOVÁ, PEŘINOVÁ aj., 2011, s. 1).

Supervize znamená důležitou oblast profesního růstu. Původně byla součástí poradenství, psychoterapie a sociální práce. V posledních letech je stále více žádána a oceňována i v dalších oblastech práce s lidmi pomáhajících profesí, medicíně, školství, výchově, managementu, pracovních týmech a organizacích.

6.3.1 Formy supervize

Supervize může být individuální nebo skupinová.

Ve skupině je možno pracovat s týmovou supervizí nějakého případu nebo předmětem

supervize je tým sám – tzv. supervize týmu a ošetřují se vztahy a komunikační kanály v týmu. Dalším typem supervize je supervize organizace, která je pomocí zejména pro vedoucí pracovníky a manažerský tým. Pomáhá optimalizovat způsob řízení, stanovení cílů,

využití komunikačních kanálů a zefektivnění spolupráce týmu (HAWKINS a SHOHET, 2004).

Je žádoucí, aby supervizor byl externí. Jak bylo výše řečeno, měl by to být odborník v supervizi dostatečně erudovaný a na organizaci zcela nezávislý, aby mohl mít onen žádoucí nadhled.

6.3.2 Vlastní zkušenost autorky této práce se supervizí

V mé dosavadní práci, kterou vykonávám v sociálních a zdravotních službách, máme supervizi jedenkrát za dva měsíce. Pro mne je to velice povzbuzující, jelikož máme dobrého supervizora, který této práci velice dobře rozumí. Vyjadřuje z něj klid, harmonie a laskavost. Naše setkání se supervizorem vypadá asi takto. V našem týmu je 16 lidí, kteří věnují svoji práci zdravotně postiženým, onkologickým a sociálně slabším lidem. Prvotním účelem naší supervize je zvyšovat hodnoty práce, podporovat profesionální růst. Je založena na zvýšení vlastních možností a schopností supervidovaných

Supervize se také jinak může nazývat *nadhled*. Pro mne to znamená mít nějaký problém, s kterým si nevím rady a nebát vše vyslovit. Ve spolupráci s mým supervizorem je zjišťovat mé schopnosti a rozvíjet je k dalším mým potřebám. Tím si posiluji svoji autonomii, můžu se obrátit na moji nadřízenou se svými těžkostmi a motivovat se zkušeností a setkávat se s názory a chybami u mých kolegyň. Můj nadhled je pro mne zvyšování sebedůvěry. Osobně mám ráda individuální přístup k mé osobě.

Na závěr, bych chtěla shrnout, co je pro mne přínosný v supervizi.

- Sebereflexe a povídání příběhů ostatních. Líbí se mi na nich, že i když člověk momentálně nemá téma, může na supervizích „růst“.
- Supervize jsou velmi důležité pro mě, protože si na nich mohu vyslechnout jiné situace, které se staly a jak by bylo nejlepší je vyřešit a pokud mám já problém, tak mi s ním ostatní pomohou.
- Nejpodstatnější význam vidím v tom, že se sejdou lidé, kteří přesně chápou, o co jde, co prožívám.
- Tím, že musím na supervizi svou situaci konkrétně popsat, zformulovat, urovnávám si tak vlastní myšlenky.
- Jsou také pro mě přínosné v tom, že si minulé období vždycky uzavřu, a znovu začínám od nuly. Skupinové supervize mi dávají víc – mám větší srovnání, vidím, jak to funguje v ostatních dvojicích, můžu si vyslechnout názory druhých, kteří mají nadhled na moji situaci.
- Přínosné také je, že i na problémech druhých se člověk učí, a když ten „problém“ pak nastane u mě, budu si víc vědět rady, jak ho řešit.
- Na supervize se vždy těším. Jednak je to chvíle, kdy já můžu, zapomenou na všední starosti a společně s lidmi se trochu zastavit a popřemýšlet, co jsem spatřovala jako problém, zasmát se a vidět obtížnou situaci i z jiného úhlu.
- Mohu pak přijímat k zamyšlení jejich podněty.

6.4 Prevence

Důležitá věc, kterou potřebují zdravotní sestry, je předcházet syndromu vyhoření. Osobně si myslím, že je velice důležité pečovat o sebe. Mít se ráda a sama se přijímat, to by mělo být skoro podmínkou pro lidi, kteří pracují v pomáhající profesi. Kdo se nemá rád a nepečuje o sebe, vydává spousty svoje energie a nepřijímá jí zpátky. Kdo nesnáší některé své skutečné vlastnosti, nedovede je přijmout ani u svých klientů (KOPŘIVA, 2004).

7 CHARITA TŘEBÍČ

7.1 Specifikace zařízení

Oblastní charita Třebíč je nezisková církevní organizace, která vznikla v roce 1992. Jedná se o organizační jednotku Diecézní charity Brno, která působí v oblasti zdravotní, sociální a humanitární. Na území okresu Třebíč pomáhá v mnoha střediscích lidem, kteří se ocitli v těžké životní situaci.

Dalo by se říci, že posláním zařízení je podpora ve zkvalitňování partnerských, mezigeneračních, rodinných i manželských vztahů. Pracovníci si kladou za cíl posílení soudržnosti rodiny. Poradna nabízí klientům získání vědomostí a dovedností v této problematice, v oblasti zdravého partnerství a rodičovství. V poli zájmu se také nachází ochrana nenarozeného života a rodičovské či partnerské nejistoty. Charita k dnešnímu dnu má pod sebou už více než dvacet středisek.

Já pracuji ve středisku Charitní ošetrovatelská služba v rodinách Třebíč a Domácí hospicová péče Třebíč.

7.2 Cíle Charitní ošetrovatelské služby Třebíč

Posláním Charitní ošetrovatelské služby je pomoc uživatelům, seniorům, již se vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu ocitli v nepříznivé situaci, kterou nejsou sami ani s pomocí širšího okolí schopni zvládnout obvyklým způsobem, zařadit se zpět do běžného života.

7.2.1 Zásady péče o klienty

Zásady péče o klienty jsou následující:

- a) **Zachování důstojnosti a dodržení práv uživatelů** - personál si je vědom svých povinností respektovat vůli, důstojnost, soukromí a další práva uživatelů, jedná s uživatelem s přihlédnutím ke všem jeho lidským právům.
- b) **Respektování rozhodnutí uživatelů** - uživatelé služeb mají svůj životní styl, proto plně respektujeme jejich rozhodnutí.

- c) **Udržování soběstačnosti**, pozitivního myšlení a podpora uživatele na jeho nezávislosti na službě – služba se pružně přizpůsobuje potřebám uživatele, lze službu nejen rozšířit, ale i zúžit, podle stavu a potřeb klienta.
- d) **Individuální přístup** ke každému uživateli.
- e) **Profesionalita** - personál se kontinuálně vzdělává a ví, jak s uživateli komunikovat, aby zjistil, jaké jsou jejich potřeby¹⁸.

7.3 Domácí hospicová péče Třebíč

Tato služba poskytuje domácí hospicovou péči těžce nevléčitelně nemocným v závěrečné fázi života. Nemocnému je k dispozici specializovaný zdravotně - pečovatelský tým 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Rodina může požádat o spolupráci psychologa, sociálního pracovníka i duchovního.

Výchozím předpokladem pro poskytování domácí hospicové péče je ochota rodiny pečovat o umírajícího. Blízcí lidé znají nemocného lépe než kdo jiný, proto právě oni mohou zajistit tu nejlepší péči. Ve spolupráci s týmem pracovníků hospicové péče se mohou o nemocného starat na takové úrovni, jakou mu nikdo jiný nezajistí. Domácí hospicová péče se zdá ideální, ale je někdy špatně proveditelná. Většinou schází rodinné zázemí, dojdou síly pečujícím, vyskytnou se problémy i finanční. Většina umírajících by chtěla poslední chvíle svého života strávit doma ve společnosti svých nejbližších. Bohužel málokterá česká rodina si troufne starat se o svého rodinného příslušníka doma až do konce (MARKOVÁ. 2009; *Domácí hospicová péče*, 2003).

¹⁸ <http://trebic.charita.cz/strediska/charitni-osetrovatelska-sluzba-v-rodinach-trebic/>.

8 PRAKTICKÁ ČÁST VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Ve druhé polovině dvacátého století bylo umírání institucionalizováno. Lidé umírali převážně v LDN (Léčebnách dlouhodobě nemocných) nebo na jiných nemocničních odděleních. Teprve v posledních dvou desetiletích se otevřeněji diskutuje, zda je vhodnější, aby lidé umírali ve zdravotnických zařízeních nebo doma. V posledních letech se o této záležitosti hodně diskutuje také na sociálních sítích a stále přibývá osob, které jsou zastánci umírání doma.

Tak např. Marcela Hauke, ředitelka Pečovatelské služby města Dvůr Králové nad Labem považuje za potřebné, aby se konečně opustil institucionální model umírání a přistoupilo se na umírání doma za přítomnosti členů rodiny, jimž pomáhá docházející odborný personál (HAUKE, 2009). Stejný názor sdílejí další nejen odborníci, ale i širší veřejnost (KRYLOVÁ, 2008; HAMPLOVÁ, 2011; KABÁT, 2012; KOZÁK, 2012). Autoři většinou uvádějí z vlastní zkušenosti, že většina pacientů si přeje umírat doma, ale cílené zkoumání neuvádějí.

Toto výzkumné šetření si položilo následující otázky:

Jaká je věková skladba těžce nemocných osob s krátkou prognózou života ošetřovaných doma?

Jak funguje vnější pomoc ze zdravotnických zařízení a jak tuto pomoc vnímají osoby ošetřující?

Jak probíhá ošetřování těchto těžce nemocných osob z hlediska těchto ošetřujících?

Co považují ošetřující za nejvíce zatěžující v průběhu ošetřování?

8.1 Sběr dat a metodika

Sběr dat se získal od 50 osob, jež ošetřovaly členy rodiny, kteří byli klienty Domácí hospicové péče Třebíč. Jednalo se vždy o jednu hlavní pečující osobu, která měla na starosti jednu ošetřovanou osobu. Ošetřující osoby byly v příbuzenském vztahu k ošetřovanému a to: manželka nebo manžel, dcera nebo syn, sestra.

V použité metodice se jedná se o kvantitativní výzkum, ve kterém bylo položeno 10 otázek 50 ošetřujícím osobám formou dotazníků. Odpovědi jedné ošetřující osoby se vztahovaly k jedné osobě ošetřované. První dvě otázky se týkaly identifikace ošetřovaných, co se týče pohlaví a věku. Další otázka se týkala vztahu ošetřujícího ke zdravotnickému povolání a ostatní otázky se zajímaly o organizaci pomoci v průběhu ošetřování a jeho celkového průběhu z hlediska ošetřujícího. Jedna otázka zjišťovala, do jaké míry zasahovalo ošetřování člena rodiny do průběhu zaměstnání ošetřujících. Byli také dotazováni na to, co pro ně bylo při této činnosti nejtěžší.

Dotazníky se rozdávaly a shromažďovaly v období 1.12. 2012 – 31.12 2012. Přesné znění otázek je Příloze I .

8.2 Hypotézy

Jsou si vědoma doporučení Ivy ŠTĚTOVSKÉ (2011, s. 153), která upozorňuje, že „*studentské práce trpí příliš vysokým počtem hypotéz*“ omezují se v této práci jen na 4 hypotézy. Jsou to:

Hypotéza č. 1: Doporučení domácí péče bude přicházet nejčastěji ze strany nemocničního zařízení.

Hypotéza č. 2: Kromě zdravotní sestry bude nejvíce péče pacientovi v domácí péči poskytovat rodina.

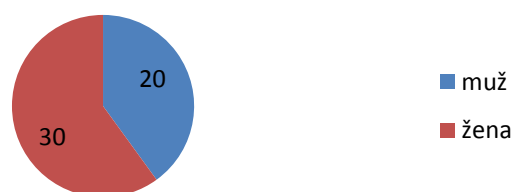
Hypotéza č. 3: Kromě nejbližších bude účasten v péči o pacienta i obvodní lékař.

Hypotéza č. 4: Nejobtížněji zvládatelný bude v domácí péči o pacienta jeho psychický stav.

8.3 Výsledky

Graf č. 1: Pohlaví klientů podle údajů ošetřujících

**Pohlaví klienta Jaký úkon byl pro Vás
nejsložitější v péči o Vašeho blízkého ?
domácí péči**



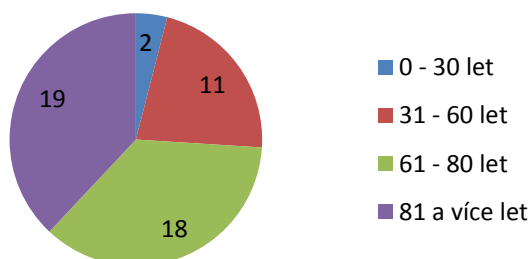
Tab. č. 1 . Pohlaví klientů

Pohlaví	Počet odpovědí	Procenta
Muž	20	40 %
Žena	30	60 %

Na grafu č. 1 a tabulce č. 1 je zřejmé, že žen v souboru bylo 30 (60 %) a mužů 20 (40 %).

Graf č. 2. Zařazení klientů podle věkových kategorií

Věková kategorie



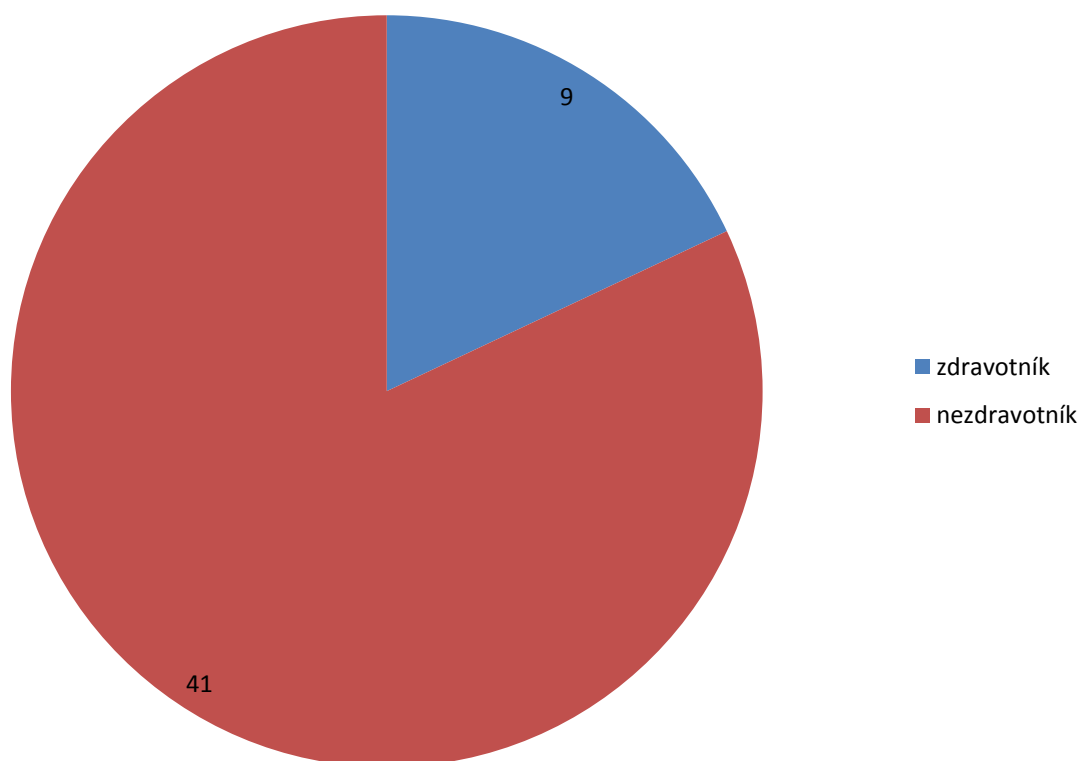
Tab. č. 2: Rozdělení klientů podle věku

Věková kategorie	Počet odpovědí	Procenta
0 – 30 let	2	4 %
31 – 60 let	11	22 %
61 – 80 let	18	36 %
81 a více let	19	38 %

Na grafu č. 2 a příslušné tabulce je zřejmé, že soubor tvořili lidé převážně vysokého věku. Více než 80 let bylo 38 %, mezi 61-80 lety bylo 36 %, do 30 let byla jen 4 % dotazovaných.

Graf č. 3: Vztah ošetřující osoby ke zdravotnické profesi

Vztah ke zdravotnické profesi



Tab. č. 3: Vztah ošetřující osoby ke zdravotnické profesi

Vztah ke zdravotnické profesi	Počet Odpovědí	Procenta
Zdravotník	9	18 %
Nezdravotník	41	82 %

Na grafu č. 3 a příslušné tabulce s č. 3 je zřejmé, že soubor tvořili převážně nezdravotníci 41 (82 %) a zdravotníci 9 (18 %).

Otázka č. 4 se zajímala o to, kdo dotazovanému navrhl domácí péči.

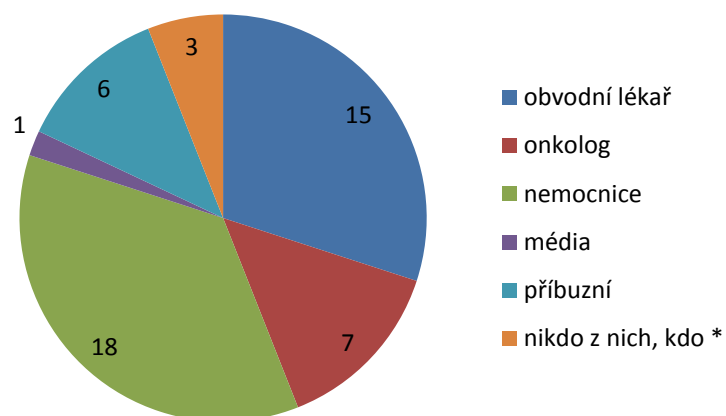
Tabulka č. 4: Zdroje nabídky domácí péče

Zdroj nabídky domácí péče	Počet Odpovědí	Procenta
---------------------------	-------------------	----------

Obvodní lékař	15	30 %
Onkolog	7	14 %
Nemocnice	18	36 %
Média	1	2 %
Příbuzní	6	12 %
nikdo z nich, kdo (spolupracovnice, kamarádi)	3	6 %

Graf č. 5: Zdroj nabídky domácí péče

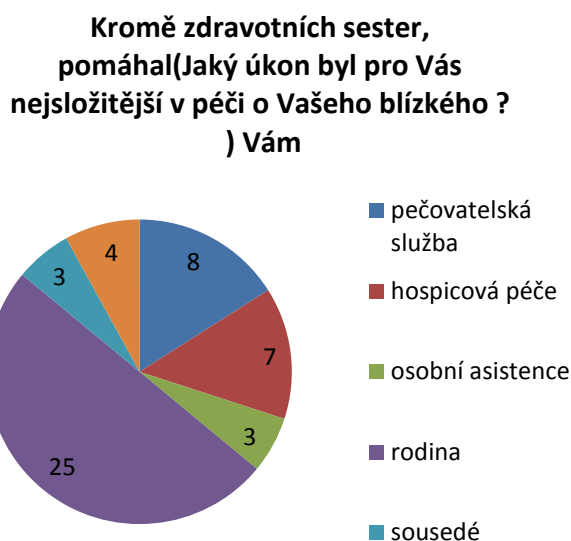
Zdroj nabídky domácí péče.



Z grafu a tabulky je zřejmé, že nejčastěji návrh na domácí péči poskytla nemocnice (36 %) a obvodní lékař (30 %). Za nimi hned následovalo doporučení onkologa.

Otázka č. 5 se zajímala o to, kdo klientovi pomáhal kromě zdravotní sestry.

Graf č. 5: Pomoc klientovi v domácí péči (kromě zdravotní sestry)



Tab. č. 5: Pomoc klientovi v domácí péči

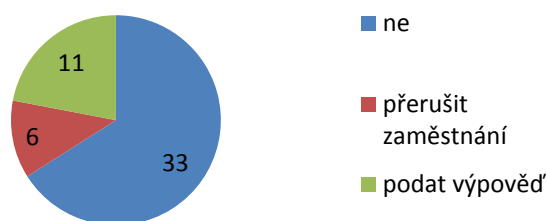
Pomoc pacientovi (kromě zdravotní sestry)	Počet Odpovědí	Procenta
Pečovatelská služba	8	16 %
Hospicová péče	7	14 %
Osobní asistence	3	6 %
Rodina	25	50 %
Sousedé	3	6 %
Nikdo	4	8 %

Z grafu č. 5 a tabulky č. 5 se nejvíce zabývala pomocí klientovi rodina (50 %), dále pak pečovatelská služba a hospicová péče (16 % a 14 %), nikdo (8 %) a sousedé s osobní asistencí bylo (6 %).

Otázka č. 6 se zajímá u ošetřující osoby o možnost pokračovat v práci nebo ji přerušit.

Graf č. 6: Přerušení zaměstnání nebo výpověď u ošetřujícího

**Musel (Jaký úkon byl pro Vás nejsložitější v péči o Vašeho blízkého ?
byl pro Vás nejsložitější v péči o Vašeho blízkého ?
) jste v období péče přerušit
zaměstnání či rozvázat pracovní poměr
?**



Tab. č. 6: Setrvání v zaměstnání u ošetřující osoby

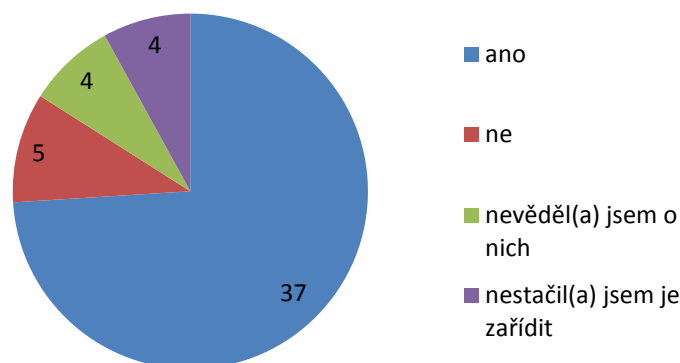
Pokračování v zaměstnání u ošetřující osoby	Počet odpovědí	Procenta
Nepřerušení zaměstnání	33	66 %
Dočasné přerušení zaměstnání	6	12 %
Podání výpovědi	11	22 %

Pod grafem č. 6 a tab. č. 6 je zřejmé, že 66 % respondentů pokračovalo v zaměstnání, jen 12 % respondentů přerušilo zaměstnání a 22 % podalo výpověď.

Otázka č.7 se zajímá, zda rodina využila sociální dávky.

Graf č. 7: Využití sociálních dávek pro klienta

Využíval(Jaký úkon byl pro Vás nejsložitější v péči o
Vašeho blízkého ?
) jste možnost sociálních dávek, jako například
sociální příspěvek na péči ?



Tab. č. 7: Využití sociálního příspěvku na péči

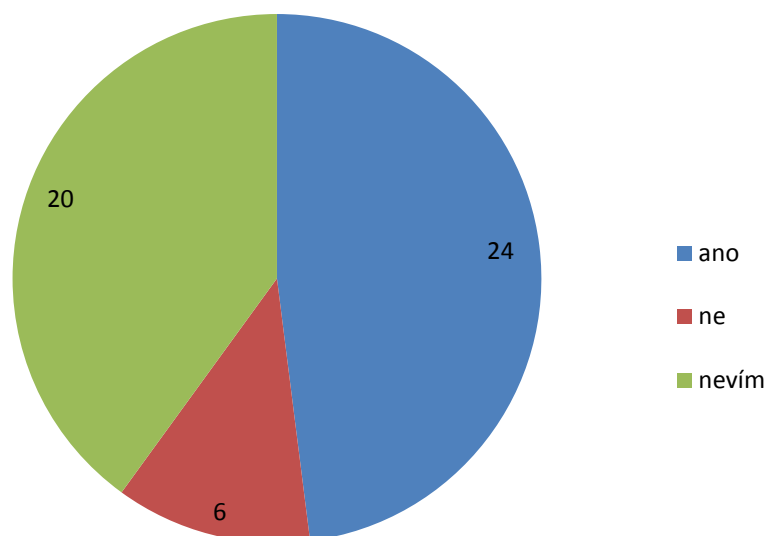
Využití sociálního příspěvku	Počet odpovědí	Procenta
Ano	37	74 %
Ne	5	10 %
Nevěděl(a) o nich	4	8 %
Nestačil (a) si je zařídit	4	8 %

Na grafu č. 7 a tab. č. 7 je zřejmé, že rodina klienta využila možnost sociálního příspěvku na péči 37 (74 %), nevyužila 5 (10 %), nevěděla o této možnosti 4 (8 %) a nestačila je zařídit 4 (8 %).

Otázka č. 8 se zajímá o názor ošetřujícího člena rodiny, zda by přijal hospicovou péči při zhoršení zdravotního stavu ošetřovaného člena.

Graf č. 8: Názor na využití domácí hospicové péče

**Kdyby se zhoršil zdravotní stav Vašeho blízkého,
využili by jste domácí hospicovou péči ?**



Tab. č. 8: Názor na využití domácí hospicové péče

Souhlas s využitím domácí hospicové péče	Počet Odpovědí	Procenta
Ano	24	48 %
Ne	6	12 %
Nevím	20	40 %

Na grafu č. 8 a tabulce č. 8 je patrné, že rodina při zhoršení zdravotního stavu svých nejbližších by volila hospicovou péči 24 (48 %), u 6 (12 %) rodina by nechtěla tuto péči a u 20 (40 %) rodina zvolila odpověď nevím.

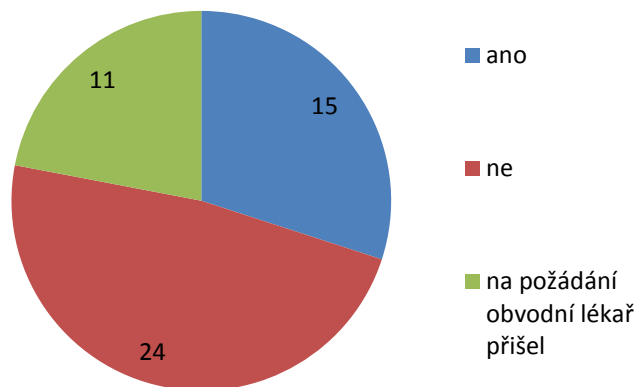
Otázka č. 9 se zajímá, zda v době pečování navštívil klienta jeho obvodní lékař.

Tab. č. 9: Návštěva obvodních lékařů

Návštěva obvodního lékaře	Počet Odpovědí	Procenta
Ano, z vlastní iniciativy lékaře	15	30 %
Ne	24	48 %
Na požádání	11	22 %

Graf č. 9: Návštěva obvodního lékaře v domácím prostředí

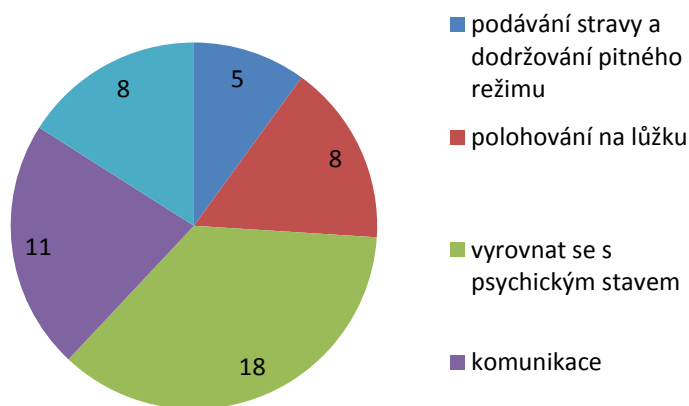
**Navštívil Vás Jaký úkon byl pro Vás
nejsložitější v péči o Vašeho blízkého ?
době pečování obvodní lékař ?**



Na grafu č. 9 a tab. č. 9 je zřejmé, že v době pečování klientů v rodinném prostředí nenavštívil obvodní lékař 24 pacientů (48 %), 15 pacientů (30 %) obvodní lékař navštívil z vlastní iniciativy a u 11 pacientů (22 %) na požádání obvodní lékař přišel. Otázka č. 10 se zajímá o nejsložitější úkony v péči o blízkého.

Graf č. 10: Nejsložitější úkony v péči o blízkého

Jaký úkon byl pro Vás nejsložitější
úkoJaký úkon byl pro Vás
nejsložitější byl pro Vás
nejsložitější péči o Vašeho blízkého ?



Tab. č. 10: Nejsložitější úkony pro rodiny

Jaký úkon byl pro Vás nejsložitější v péči o Vašeho blízkého?	Počet odpovědí	Procenta
podávání stravy a dodržování pitného režimu	5	10 %
polohování na lůžku	8	16 %
vyrovnat se s psychickým stavem	18	36 %
Komunikace	11	22 %
péče o pokožku	8	16 %

Na grafu č. 10. a tabulce č. 10. je zřejmé, že nejsložitější úkon pro rodiny v péči o své nejbližší bylo se vyrovnat s psychickým stavem 18 (36 %), komunikace 11 (22 %), polohování na lůžku a péče o pokožku bylo 8 (16 %) a podávání stravy a dodržování pitného režimu 5 (10 %).

8.4 Závěr výzkumného šetření

Ve výzkumném šetření se zjišťovaly faktory významné pro realizaci a úroveň domácí péče o těžce nemocné pacienty. Otázky zodpovídalo 50 pečujících osob, z nichž 82 % nebyli zdravotníci, takže neměli žádnou předchozí zkušenost s takovou činností. Tito ošetřující uváděli, že v 66 % své zaměstnání v průběhu ošetřování nepřerušili, ostatní buď zaměstnání opustili, nebo je dočasně přerušili. Nebylo však zjišťováno, jak dlouhá byla doba, po kterou ošetřování těžce nemocného trvalo.

Ošetřování se týkalo 30 žen a 20 mužů, převážně ve věku nad 61 let (74 %), z nichž více než polovina dosáhla 81 let.

Hypotéza č. 1, předpokládající, že doporučení domácí péče bude přicházet nejčastěji ze strany nemocničního zařízení, se potvrdila ve 44 %, což zahrnovalo různá nemocniční zařízení včetně onkologů.

Hypotéza č. 2, že kromě zdravotní sestry bude nejvíce péče pacientovi v domácí péči poskytovat rodina, se potvrdila v 50 %. Další pomoc poskytovali pracovníci domácího hospice a pečovatelská služba.

Hypotéza č. 3, že kromě nejbližších bude účasten v péči o pacienta i obvodní lékař, se nepotvrdila ve 48 %.

Hypotéza č. 4, že nejobtížněji zvládatelný bude v domácí péči o pacienta jeho psychický stav, se potvrdila ve 36 %.

Z uvedeného je patrné, že hypotézy sice potvrdily odpovědi největší skupiny z dotazovaných, ale nikdy tato skupina nepředstavovala většinu dotazovaných. Přesto lze uzavřít, že domácí hospicová péče v Charitě Třebíč je na poměrně slušné úrovni a dá se očekávat, že bude mít zlepšující se tendenci.

ZÁVĚR

Je třeba mít na vědomí, že ne každá rodina je schopna se starat o smrtelně nemocného člena rodiny. Důvody mohou být ve špatných mezilidských vztazích, ekonomických podmínkách nebo nedobrém fyzickém či psychickém stavu právě těch členů rodiny, od kterých by měla tato iniciativa vzejít. Rodiny mají strach ze smrti, nechtějí většinou o smrti ani mluvit. Nevědí, jak se mají v určitých věcech zachovat.

Existují však i situace, kdy je člověk ochotný se postarat o svého blízkého, ale není to z objektivních důvodů možné. Pak je alternativou mobilní hospicová péče, nebo lůžkový hospic, který však nemá potřebě společnosti odpovídající kapacitu. Ukázalo se, že dokonce i někteří obvodní lékaři považují péči o umírajícího ze strany personálu domácího hospice za zbytečný finanční výdaj pro zdravotní pojišťovny, což je vysoce nehumánní.

O nastíněných problémech pojednává tato bakalářská práce i na základě osobních zkušeností autorky. Po teoretické stránce vymezuje základní pojmy zahrnující tuto problematiku, cíle, jichž má být dosaženo zejména působením pracovníku mobilního hospice, a výsledkem tohoto působení na svěřené pacienty. Práce se zabývá také psychickými nároky na pomáhající pracovníky v této oblasti a riziky, které z této náročné práce vyplývají.

V praktické části pak autorka oslovuje formou dotazníků 50člennou skupinu pečujících rodinných příslušníků a dokumentuje jejich názory, obavy a zátěže. Také si všímá jejich hodnocení pomoci zvenčí ze strany pracovníků mobilního hospice a obvodních lékařů. Výzkumné šetření je sice pouze orientační, ale i tak poskytuje užitečnou informaci o možnostech zapojení domácí hospicové péče o těžce nemocné pacienty.

LITERATURA

BALINT, Michael. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Přel. Václav JANDA. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-734-6 .

GOLDMANN, Radoslav a CICHÁ, Martina. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: FF University Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0 .

HARTL, Pavel. a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 211, 245, 265-266, 267. ISBN 80-7178-303-X .

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Umírání a smrt. In: VORLÍČEK, J., ADAM, Z. aj. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004b, s. 423-433. ISBN 80-71469-437-1 .

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. dopl. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7 .

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Tanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-4713.

HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. Přel. Helena HARTLOVÁ. Praha: Portál, 2004. EAN 9788071787150.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, s. 126. ISBN 80-7178-535-0 .

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-922-4.

KUEBLER – ROSS, Elisabeth. *On death and dying*. New York: Maxmillan, 1969.

MARKOVÁ Alžběta aj. *Hospic do kapsy*. Praha: Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1

MAROON, István. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0 .
- NIKLÍČEK, Ladislav a ŠTEIN Karel. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum, 1985.
- O 'CONNOROVÁ Margaret. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4 .
- PRAŽÁK, Josef M., NOVOTNÝ, František a SEDLÁČEK, Josef. *Latinsko – český slovník*. Přepřacoval František NOVOTNÝ. Praha: Grafická Unie, 1948.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Přel. Pavel ŘÍČAN. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9 .
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 2. Praha: Ecce Homo, 1995. ISBN 80-902049-0 -2.
- SLÁMA, Ondřej, KABELKA Ladislav, VORLÍČEK Jiří aj. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- ŠPINKOVÁ, Martina. *Na cestách domů: paliativní péče a dobré umírání*. Praha, 2006. [ISBN neuvedeno].
- ŠTĚTOVSKÁ, Iva. Etika ve studentském psychologickém výzkumu. In: WEISS, Petr aj. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011, 151-155. ISBN 978-80-7367-845-6.
- TAUSCHOVÁ-FLAMMEROVÁ, Daniela. *Die letzten Wochen und Tage*. Diakonisches Werk der EKD. Band I. Stuttgart, 1994.
- THEOVÁ, A. M. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.
- VENGLÁŘOVÁ Martina aj. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VINAŘ, Oldřich. *Psychofarmaka. Minimum pro praxi*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-85875-99-3 .
- VOKURKA, Martin, HUGO, Jan aj. *Velký lékařský slovník*. 8.vyd. Praha: Maxdorf, 2008, s. 737. ISBN 978-80-7345-166-0.

VORLÍČEK, Jiří. Úvod do problematiky paliativní medicíny. In VORLÍČEK, J ., ADAM, Z . a POSPÍŠILOVÁ, Yvona. aj. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7 .

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2 .

Internetové zdroje

Bioetická konference. Začátek a konec lidského života. Biskupství brněnské [online] c2002, 18.10.2002 [cit.2013-02-16]. Dostupné z: <http://www.biskupstvi.cz/2002-10-18-bioeticka-konference-zacate-a-konec-lidskeho-zivota>

FRICOVÁ, Jitka. Současné možnosti léčby průlomové bolesti u onkologických pacientů [online]. *Remedia*. 2011, č.1. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/archiv-ročníku/ročník-2011/3-2011>.

HNUTÍ PRO ŽIVOT ČR. Eutanázie, konec lidskosti. *Hnutí pro život CR*. [online]. c2013, posl. revize 3.1.2013. [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: <http://prolife.cz>

Hospic.*WIKIPEDIE, otevřená encyklopedie* [online]. c2013, [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://cis.wikipedia.org/wiki/Hospic>

KABÁT, Jiří. Co je domácí hospic aneb dva mýty o umírání doma. *Aktuálně.cz - Blogy a názory* [online]. c2012, posl.revize10.05.2012 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/jiri-kabat.php?iteu>

KOZÁK, Juraj. 6. ročník mezinárodní konference Hospicové a paliativní péče, 24.4.2012, Trnava, Slovensko. Hnutí pro život.ČR [online]. c2012 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z :<http://prolifecz/a=408id=112>

HAMPLOVÁ, Ludmila. Důstojné umírání v přítomnosti nejbližších, ne o samotě. *Deník.cz* [online]. c2011. Posl. revize 27.01.2011, [cit..2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/psychicka/dustojne-umirani-v-pritomnosti20110127>. Dostupné z: http://blog_aktualne.centrum.cz/blogy/jiri-kabat.php?itemid=16369

KRYLOVÁ, Irma. Umírání nepatří do nemocnice, ale domů. Ona.idnes.cz [online]. c2008. Posl. revize 4 .srpna.2008, [cit. 2013-02-14]. Dostupné z:

http://ona.idnes.cz/umirani-nepatri-do-nemocnice-ale-domu-dev2/vztahy-sex.aspx?c=A0801_100842_zdravi_bad

OSVALDOVÁ, Irena, PEŘINOVÁ, Nikola aj. Supervize v pomáhajících profesích.

APOKON. Asociace poradců a konzultantů vzdělávání ve zdravotnictví a sociálních službách [online]. c2003 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z:

<http://www.apokon.cz/supervize-v-pomahajicich-profesich>

SVATOŠOVÁ, Marie. Konvence o lidských právech a biomedicině. *Hospice.cz*.

c2001, 11.10.2001 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://hospice.cz/2001/10/konvence-o-lidsk-ch-pr-vech-a-biomedicine/>

Syndrom vyhoření. Vitalion. Lepší informace, lepší zdraví. c2013 [cit. 2013-02-14-].

Dostupné z: <http://nemoci.vitalion/syndrom> vyhoření.

Syndrom vyhoření. Oblastní charita Třebíč. c2013 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z:

<http://trebic.charita.cz/stredisko/domaci-hospicova-pece>.

VRBA, Ivan. Nové přístupy v léčbě chronických neuropatických bolestí. [online].

Remedia. 2011, č. 3. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/archiv-rocniku/rocnik-2011/3-2011>.

Pořady v televizi

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet. I. Indikace formy a obsah hospicové péče*. Přednáška. Produkce Tomáš ŠKRDLANT. TV1. 17. 6. 2009

PŘÍLOHA č. I

Dotazník pro rodinu doprovázející osoby, které využívá domácí péči Třebíč

Identifikační údaje:

- 1. Pohlaví klienta v domácí péči:** a) muž
b) žena

- 2. Věková kategorie:** a) 0 - 30 let
b) 31 - 60 let
c) 61 - 80 let
d) 81 a více let

- 3. Vztah ke zdravotnické profesi:** a) zdravotník
b) nezdravotník

- 4. Kdo Vám nabídl domácí péči:** a) obvodní lékař
b) onkolog
c) nemocnice
d) média (noviny, internet)
e) příbuzní
f) nikdo z nich, kdo

5. Kromě zdravotních sester, pomáhal (a) Vám:

- a) pečovatelská služba
- b) hospicová péče
- c) osobní asistence
- d) rodina
- e) sousedé
- f) nikdo

6. Musel (a) jste v období péče přerušit zaměstnání či rozvázat pracovní poměr?

- a) ne
- b) přerušit zaměstnání
- c) podat výpověď

7. Využíval (a) jste možnost sociálních dávek jako např. sociální příspěvek na péči?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevěděl (a) jsem o nich
- d) Nestačil (a) jsem je zařídit

8. Kdyby se zhoršil zdravotní stav Vašeho blízkého, využili byste domácí hospicovou péči?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9. Navštívil Vás v době pečování obvodní lékař?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Na požádání obvodní lékař přišel

10. Jaký úkon byl pro Vás nejsložitější v péči o Vašeho blízkého:

- a) Podávání stravy a dodržování pitného režimu**
- b) Polohování na lůžku**
- c) Vyrovnat se s psychickým stavem**
- d) Komunikace**
- e) Péče o pokožku**

Příloha č. II.

Informovaný souhlas pacienta

Informovaný souhlas pacienta

Já, níže podepsaný/á

jméno a příjmení

.....

bytem

souhlasím, že jsem byl/a v rozhovoru s lékařem dostatečně a srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem a s diagnózou.

Byl/a jsem informován/a o tom, jakou formu zdravotních, pečovatelských a jiných služeb hospic poskytuje. Byl/a jsem informován/a o tom, že smyslem péče v hospici není život udržet za každou cenu co nejdéle, nýbrž že hlavní úsilí je vedeno ke zlepšení kvality života. Byl/a jsem informován/a o tom, že můj život nebude v hospici uměle prodlužován napojením na přístroje ani jinými postupy. Byl/a jsem informován/a o tom, že lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných i diagnostických zákroků a postupů, které kvalitu života zlepšit nemohou, a naopak ordinuje vše, co kvalitu života zlepšit může.

Bylo mi umožněno si vše řádně rozvážit a zeptat se na vše, co považuji za podstatné. S pobytem a vysvětlenými paliativními (obtěže mírnícími) léčebnými postupy v hospici souhlasím. Tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v hospici mohu kdykoliv ukončit bez jakéhokoliv postihu. Souhlasím s tím, že budu informován v případě, že se vyskytnou nové skutečnosti významné pro můj pobyt v hospici.

O mém zdravotním stavu informujte:

Jméno a příjmení: Telefon:

Adresa:

.....

Příloha č. III.

Žádost o přijetí klienta k pobytu na hospicovém lůžku

Žádost o přijetí klienta k pobytu na hospicovém lůžku

Jméno, příjmení:	<input type="text"/>	Datum narození:	<input type="text"/>
Rodné příjmení:	<input type="text"/>	Místo narození:	<input type="text"/>
Trvalé bydliště:	<input type="text"/>	Rodinný stav:	<input type="text"/>
Současná adresa:	<input type="text"/>	Číslo telefonu:	<input type="text"/>
Odesílající lékař:	<input type="text"/>	Číslo telefonu:	<input type="text"/>
Praktický lékař:	<input type="text"/>	Číslo telefonu:	<input type="text"/>
Výše přísp. na péči:	<input type="text"/>	Žádost podána:	<input type="text"/>

V případě propuštění převezme péči o klienta:

Jméno, příjmení:	<input type="text"/>	Číslo telefonu:	<input type="text"/>
Bydliště:	<input type="text"/>	E -mail:	<input type="text"/>

Nejbližší osoby:	Vztah:	Kontaktní adresa:	Telefon, e - mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum		
Podpis žadatele	Podpis osoby blízké	Podpis a razítko lékaře

Autor: Eva Podolanovičová

Instituce: Pražská vysoká škola psychosociálních
Studii – Sociální práce a sociální politika
zaměřená na aplikovanou psychoterapii a
komunikaci

Název práce: Paliativní a hospicová péče v České
republice

Vedoucí práce: MUDr. O. DOSTÁLOVÁ, CSc.

Počet stran: 56

Počet příloh: 3

Počet publikací: 30

Počet internetových článků: 10

Rok obhajoby:

2013

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne: 10.3.2013

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, Příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Eva PODOLANOVIČOVÁ

Obor studia: **Paliativní a hospicová péče v České republice**

Název práce: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychologii

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 60

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 29 + 14 ostatních

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nechť autorka sdělí, jak se vyvíjela spolupráce s dotazovanými a zda uvažovala o možnosti položit otázky i osobám ošetřovaným.

Je si autorka vědoma určitého úskalí při kladení otázek týkajících se ošetřovaných osob osobám ošetřujícím? Jde hlavně o to, že ošetřujícím se mohou některé věci jevit jinak.

Jak se s tím autorka vypořádala?

Kdyby autorka znovu přistoupila k výzkumu, dělala by něco jinak, nebo je spokojena s tím, jak to udělala?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu je při současném stavu zvyšující se populace seniorů velmi vhodná. Autorka má v této oblasti značné osobní zkušenosti.

Autorka se v první kapitole zabývá vymezením pojmů, cituje vedle nových i starší publikace, což svědčí o tom, že práci věnovala hlubší pozornost. Ve druhé kapitole se věnuje historii a současnosti hospicového hnutí v zahraničí i v naší zemi, vymezuje pojem mobilního hospice, provádí výklad paliativní péče a spolupráce s multidisciplinárním týmem.

V dalších kapitolách se pak zabývá indikacemi k přijetí pacienta do hospice, jeho potřebami a obtížemi. Také se zmiňuje o léčbě. Dále se věnuje péči o umírajícího pacienta v domácím prostředí. V praktické části uvádí vlastní výzkumné šetření. Jde o kvantitativní výzkum pomocí dotazníků, které byly poskytnuty 50 osobám ošetřujícím umírající pacienty v domácí péči. Postup šetření předvedla autorka celkem správně, bylo by bývalo názornější doplnit skupinu ošetřujících osob ještě skupinou osob ošetřovaných. Podle mého názoru však autorka postupovala s velkou snahou a sotva mohla udělat více při těžkém zdravotním stavu ošetřovaných.

Literatury má autorka dostatek a umí s ní pracovat. Citace jsou podle současné normy. Za číslem grafu a tabulky se nedělá dvojtečka, ale tečka, na což jsem autorku upozorňovala. Toto má správně jedině u grafu č.2.

Nové číslování, které má začít až u příloh, začíná autorka už u literatury, což je nesprávné.

Vcelku práce splňuje požadavky kladené na bakalářskou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Podle úrovně obhajoby velmi dobře nebo dobře.

18. 5.2013


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Eva Podolanovičová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychologii

Název práce: *Paliativní a hospicová péče v České republice*

Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 59

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 30

Internetových zdrojů: 7

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		X		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

			X	
--	--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Domnívá se autorka, že bylo možné doplnit výzkumné šetření ještě některými otázkami přímo pro skupinu osob ošetřovaných, nebo to považuje za neuskutečnitelné z důvodu jejich zdravotního stavu?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu je aktuální jak z obecného hlediska, tak i z hlediska studovaného oboru. Teoretická část je pojata sice poměrně důkladně, ale ne vždy na sebe podkapitoly zcela logicky navazují, někdy příliš zabíhají do oblastí, které nejsou pro příslušnou podkapitolu podstatné. Přesto však to lze akceptovat.

V praktické části lze ocenit, že se v úvodu k ní autorka zabývá jinými autory, kteří s podobným výzkumným šetřením přišli do styku. Vlastní šetření je komplikované v tom, že se zde směšuje výpověď o stavu ošetřovaných osob, kterou podávají osoby ošetřující, a výpovědi, které vyplývají pouze z úsudku ošetřujících osob. K úplnosti takového šetření by bylo namístě mít i výpovědi osob ošetřovaných. Lze však pochopit, že by zařazení této části výzkumného šetření bylo velmi náročné a z důvodu špatného zdravotního stavu ošetřovaných osob často i neschůdné.

Po stránce úpravy je nevhodné, že autorka přidala stránku s tiráží na poslední stránku příloh. Autorka začíná nelogicky s novým stránkováním od jedničky u literatury, místo toho, co má nově stránkovat až od příloh.

Přes uvedené nedostatky považuji základní požadavky na bakalářskou práci za splněné.

Doporučení k obhajobě: doporučuji.

Navrhovaná klasifikace:

Dobře, případně podle obhajoby i velmi dobře

Datum, podpis:

15.5.2013


PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.