

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Martin Čajan**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Martin Čajan**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

# **OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2012

Prohlášení: Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů

V Plzni dne 26.3.2012

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji mé vedoucí práce Mgr. Lence Kroupové za cenné rady a materiální podklady při zpracování mé bakalářské práce.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Čajan Martin

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces v péči o umírajícího

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran: číslované 44 , nečíslované 38

Počet příloh: 17

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: umírání – smrt – paliativní péče – ošetrovatelský proces - komunikace

Souhrn:

Bakalářská práce se věnuje problematice umírání nemocných v ČR, poskytováním paliativní péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Součástí teoretické části je i doprovázení pečujících, léčba bolesti v paliativní péči, komunikace a ošetrovatelský proces. Praktická část se zabývá poskytováním paliativní péče v LDN.

## **Annotation**

Surname and name: Čajan Martin

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing process in caring for dying

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages: 44, unnumbered pages: 38

Number of appendices: 17

Number of literature items used: 37

Key words: daying – death – palliative care – nursing process – communication

### **Summary:**

This Bachelor thesis deals with the issue of dying patients in the CZ, providing palliative care in Hospitals for chronically – ill. Part of the theoretical part is also the accompanying caregivers ( relatives), pain treatment in palliative care, communication and nursing process. The practical part deals with the providing of palliative care in Hospital for chronically – ill.

## Obsah

ÚVOD .....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 SMRT A UMÍRÁNÍ.....	9
1.1 Fáze umírání .....	10
1.2 Reakce na umírání .....	10
1.3 Klinické projevy umírání .....	12
1.4 Etické problémy umírání .....	12
2 PALIATIVNÍ PÉČE .....	16
2.1 Stručný nástin historického vývoje péče o umírající v Evropě a ČR .....	16
2.2 Vymezení pojetí paliativní péče a její cíle.....	18
2.3 Obecná a specializovaná úroveň paliativní péče .....	21
2.4 Současný stav a problémy paliativní a podpůrné péče v LDN v ČR .....	23
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ A LÉČBA BOLESTI.....	25
3.1 Průběh ošetřovatelského procesu.....	25
3.2 Uspokojování potřeb umírajícího pacienta.....	25
3.3 Bolest v paliativní péči .....	26
3.4 Hodnocení bolesti a její léčba.....	27
4 DOPROVÁZENÍ PEČUJÍCÍCH A KOMUNIKACE V PÉČI.....	30
4.1 Adaptace rodinných příslušníků na zátěžovou situaci nemoci .....	30
4.2 Potřeby pečujících a intervence v rodině.....	31
4.3 Komunikace s umírajícím.....	32
4.4 Komunikace s příbuznými umírajícího .....	34
PRAKTICKÁ ČÁST .....	35
5 PRŮZKUM - STAV PALIATIVNÍ PÉČE VE VYBRANÉ LDN .....	35
5.1 Formulace problému, cíle průzkumu .....	35
5.2 Hypotézy.....	35
5.3 Metodika a charakteristika zkoumaného souboru .....	36
5.4 Výsledky výzkumu .....	36
DISKUSE.....	47
ZÁVĚR.....	51
SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

## Úvod

Lidský život je naprosto jednoznačně vymezen dvěma hraničními póly, a to narozením a úmrtím. Tato základní charakteristika, jakkoli je biologicky daná a poměrně jasná, bývá mnohými spíše odsouvána mimo úhel pozornosti. Člověk je podobně jako zvířata, ale také nejrůznější věci - bytostí, kterou limituje jeho životnost. Odhlédneme-li od průběhu života, pak lze zjednodušeně uvést, že de facto od okamžiku narození směřuje člověk ke skonu, přičemž samotná délka a zejména pak kvalita života se odvíjí od životních podmínek, životního stylu, genetické zátěže a celkové úrovně zdraví. Každopádně smrt tak zcela zjevně a přirozeně patří k lidskému bytí. Ve vztahu k této úvaze, proto lze označit nejrůznější snahy společnosti o tabuizaci všeho, co souvisí se smrtí člověka za kontraproduktivní. Vždyť třeba kolik emočního utrpení pak způsobí v důsledku nepřipravenosti na tento zásadní moment každého jedince zpráva o odchodu blízkého člověka. Nicméně ve vztahu k narození člověka lze uvést, že lidé zcela přirozeně takovému okamžiku přisuzují veskrze pozitivní emoce. Snaží se novorozenému a zcela bezbrannému člověku po všech stránkách v rámci možností nanejvýš usnadnit jeho první okamžiky na světě. Na straně druhé je pak zarážející, že se lidé mnohdy jen s určitým přemáháním starají o své blízké, jejichž život se blíží ke konci. Nepochybně si ovšem umírající rovněž zaslouží takovou pozornost a úroveň péče, která je věnována těm, kteří na svět přicházejí. Právě problematikou paliativní péče v ČR se zaměřením na paliativní péči poskytovanou v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) se zabývá předložená bakalářská práce s názvem „*Ošetrovatelský proces v péči o umírajícího*“. Téma jsem si zvolil na základě vlastního zájmu a v důsledku znepokojení nad úrovní české paliativní péče. Česká republika totiž dle mého názoru ve vývoji paliativní péče značně zaostává za vyspělými zeměmi západní Evropy. Kvalitní paliativní péče je navíc bohužel dostupná pouze minimálnímu počtu (zejména onkologických) pacientů.

Předložená práce se bude zaměřovat na nejpálčivější nesnáze v ošetrovatelské praxi – na problematiku bolesti a komunikaci.



# Teoretická část

## 1 Smrt a umírání

V každé společnosti přirozeně existují určitá tabu. Umírání a smrt mezi ně patří. V souvislosti s úvodní nastíněnou úvahou stojí určitě za zmínku v textu teoretické části výstup z realizovaných výzkumů veřejného mínění k problematice umírání. Z prezentace jednoho realizovaného vyplývá, že podle více než tří čtvrtin populace se v rámci společnosti o smrti a umírání dostatečně nemluví. Mezi nejvýznamnější důvody tabuizace tématu se řadí především obava ze samotného konce života, jeho dlouhodobé opomíjení a neřešení v rodinách a mediální nezajímavost problematiky.<sup>1</sup> Smrt představuje podle klasické definice ireverzibilní zástavu dechu a srdeční činnosti. Umírání může trvat různě dlouho. Od velmi rychle nastupující smrti při devastujících poraněních neslučitelných se životem, až po řadu hodin a dní nastupující smrt. Umírání se projevuje charakteristickými příznaky: ochabováním srdeční, dýchací a nervové činnosti, trvajících určitou dobu a označovanými jako agonie. Někdy mohou být projevy života tak malé (nehmatný pulz, prakticky nezachytitelná srdeční akce, minimální dýchání), že je bez použití přístrojů velmi obtížné určit, zda umírající ještě žije, nebo již nastala smrt. V tomto případě se jedná o tzv. zdánlivou smrt, se kterou se lze setkat u otrav (především hypnotiky), u úrazů elektrickým proudem, podchlazení, utonutí a u lidí v komatu. Obecně platí, že má-li lékař pochybnosti o nastalé smrti, musí neprodleně zahájit resuscitaci a provádět ji tak dlouho, dokud nezjistí jisté známky smrti. V běžné lékařské praxi je za okamžik smrti považována doba, kdy se ireverzibilně zastaví srdeční činnost, která obvykle přetrvává déle než dýchací pohyby.<sup>2</sup>

Rozlišujeme nejisté a jisté známky smrti. Nejisté známky neumožňují jednoznačně stanovit smrt, protože mohou být přítomny z jiných příčin ještě před definitivní zástavou srdce. Řadí se mezi ně bledost kůže, pokles tělesné teploty (zejména končetin), ochabnutí svalstva, areflexie, nepoznatelné dýchání, nehmatný pulz, neslyšitelná srdeční činnost. Mezi jisté známky patří posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost a hnilobné změny. V odůvodněných případech lze prokázat smrt např. EKG vyšetřením, zjištěním mozkové smrti prostřednictvím EEG a angiografického vyšetření.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Viz blíže výsledky výzkumu, dostupné v článku *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné*. Umírání.cz.

<sup>2</sup> Štefan, J. Soudně-lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi. Praha: Grada, 2005, str. 11

<sup>3</sup> Tamtéž, str. 11 -12

## 1.1 Fáze umírání

Z lékařského hlediska je proces umírání a smrti rozdělen do tří níže podrobně charakterizovaných období.<sup>4</sup> Přestože se reakce jednotlivců v prvním období „pre finem“ různí, lze abstrahovat určité zákonitosti. Ty popsala Kübler-Ross jako fáze umírání: negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření. Ve fázi negace ztrácí život pacienta smysl. Nachází se ve stavu šoku a popření, které mu pomáhají přirozeným způsobem zvládnout situaci a překonat smutek. Agrese a hněv se může obrátit vůči přátelům, zdravotnickým pracovníkům, rodině, zemřelým a dokonce i Bohu. Jedná se o způsob, jak poskytnout psychice čas potřebný k přizpůsobení. Ve fázi vyjednávání pacient činí velké sliby, smlouvá o bezbolestné smrti. Myslí nicméně nevyhnutelně spěje k tragické realitě. Posléze do života vstupuje deprese, která ale není známkou duševní nemoci, ale správnou reakcí na velkou ztrátu. Poslední fáze, fáze smíření, je o tragické skutečnosti, kterou je pacient nucen přijmout a naučit se s ní žít. Pochopitelně uvedené fáze se mohou manifestovat různou délkou, rozdílným řazením, dynamikou, vzájemným prolínáním, opakováním nebo absentováním. Těmito fázemi prochází a trpí také nejbližší příbuzní. Rodina by měla mít možnost odpočinout si a načerpat energii ke zvládnutí dané situace. Etickým cílem zdravotníků je proto pomoci nemocným a jejich blízkým dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti.<sup>5</sup>

Období „in finem“ (vlastní umírání) začíná agoníí - předsmrtným zápasem. Základní životní funkce jsou zachovány, dochází k selhávání některých orgánů. Následuje smrt klinická, při té dochází k zástavě činnosti srdce, dechu. Ovšem metabolismus mozkových buněk je zachován, proto takový stav je možné zvrátit případnou resuscitací. Biologickou smrt (dochází k zániku buněk včetně mozkových, stav je nezvratný). Poslední období „post finem“ (po smrti) začíná smrtí člověka, pokračuje posmrtnou péčí o tělo a péčí o pozůstalé.<sup>6</sup>

## 1.2 Reakce na umírání

Přijetí mezního faktu diagnostikování onemocnění, v jehož důsledku člověk umírá, klade mimořádné požadavky na psychiku umírajícího i jeho nejbližších.<sup>7</sup> Lze se domnívat, že přirozenou touhou v takové situaci je umírat bezbolestně, rychle

---

<sup>4</sup> Viz například *Doprovázení nemocných. Umírání.cz*.

<sup>5</sup> Kübler-Ross, E.. *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Simon and Schuster, 2005, str. 8 až 24.

<sup>6</sup> Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, str. 28

<sup>7</sup> Zvládnutí „dobrého“ odchodu ze života. *Umírání.cz*.

a důstojně. Takový odchod ze života můžeme označit jako „dobré umírání“ nebo „dobrá smrt“.<sup>8</sup> Na vnímání oné „dobré smrti“ se spolupodílí prožívání umírajícího a jeho nejbližších v kontextu kvality péče o ně samotné a představa o takové formě skonu je formována i individuálním vnímáním kvality předchozího života. Každopádně kvalitu umírání nejvíce ovlivňuje přítomnost a emoční spoluúčast nejbližších lidí. Dřívější ideál dobré smrti („Zemřít připraven, smířen s Bohem i s lidmi.“) dnes většina umírajících nesdílí. Objevují se nové priority: např. zemřít ve spánku, náhle, bez utrpení, nebýt nikomu na obtíž, do poslední chvíle žít „na maximum“. V souvislosti s narůstajícím individualistickým pojetím života se u pacientů ale částečně také u zdravotníků objevuje stále častěji postoj vzdoru a boje se smrtí a snaha kontrolovat poslední události, související se skolem. Všechny tyto skutečnosti je potřeba brát vážně a s nevyhléditelně nemocnými pacienty otevřeně komunikovat o tom, jaký závěr života bude konkrétně pro ně „dobrý“. Proto usilování o dobré umírání a smrt se netýká pouze posledních okamžiků života, klíčové je období týdnů až měsíců před smrtí.<sup>9</sup> „*Usilování o „dobrou smrt“ znamená snahu, aby poslední týdny života mohly být pacientem zakoušeny jako hodnotné a smysluplné.*“<sup>10</sup>

Při studiu procesu umírání byla největší pozornost věnována úzkosti, resp. strachu ze smrti (tzv. tanatofobie). Na jedné straně se lze setkat s konstatováním mimořádných úzkostí umírajících, na druhé straně pak se zjištěním, že intenzita úzkosti (anxiety) před smrtí není tak velká, jak se mnozí domnívají. Úzkost před smrtí ovlivňuje celá řada faktorů. V první řadě se jedná o biologickou existenci – člověk se děsí bolesti spjaté se smrtí (strach z utrpení), obává se, aby si před svědky svého odchodu neudělal ostudu. Úzkost před smrtí ovlivňují rovněž naše představy. Jako příklad lze uvést soudobé vyšetřovací přístroje a metody, které v pacientech vzbuzují strach a úzkost.<sup>11</sup>

Na obavy z umírání se zaměřoval projekt „*Umírání a péče o nevyhléditelně nemocné*“, který vznikl ve spolupráci občanského sdružení Cesta domů a agentury STEM/MARK. Šetření bylo realizováno roku 2011 formou dotazování jednak v rámci populace ČR starší 14 let, jednak na vzorku zdravotnických pracovníků (lékařů a sester různých specializací). Celkem bylo osloveno 1095 občanů v ČR a 1006 zdravotníků. Ze zjištění vyplynulo, že na umírání se lidé nejvíce obávají ztráty důstojnosti (51 %, pro většinu respondentů důstojnost znamenala udržení soběstačnosti), bolesti (46 %, více

---

<sup>8</sup> Viz například k tomuto tématu specializovaný zahraniční portál s příznačným názvem DyingWell.org.

<sup>9</sup> SLÁMA, O. Dobrá smrt v nemocnici – přání nebo realita? *Umírání.cz*.

<sup>10</sup> Tamtéž.

<sup>11</sup> Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, str. 157 - 158.

ženy a nejmladší osoby do 29 let), odloučení od blízkých (35 %, častěji ženy, osoby do 29 let věku, naopak nejméně často lidé nad 60 let), osamocení (26 %, častěji ženy, mladší a střední generace), duševního strádání (24 %, osoby do 29 let, lidé s vyšším vzděláním) a takého toho, co bude po smrti (13 %, častěji ženy a osoby do 29 let). Pouze 7 % osob deklarovalo, že se na umírání ničeho nebojí (častěji muži a ateisté). Z pohledu zdravotníků, kteří se měli vyjadřovat k obavám svých pacientů, se lidé ve spojitosti s umíráním opět nejvíce bojí především ztráty důstojnosti (81 %) a bolesti (74 %), osamocení (57 %), odloučení od blízkých (50 %) či psychického strádání (33 %).<sup>12</sup>

### 1.3 Klinické projevy umírání

Paliativní péče je v současnosti pojímána jako komplexní péče o nemocného a jeho rodinu, a to již od stanovení diagnózy. *„Je indikována při onkologických onemocněních, jaterní cirhóze, roztroušené skleróze, konečných stádiích chronického srdečního selhání, CHOPN, onemocněních ledvin, u pacientů s neurologickými onemocněními typu demence aj. Uvedené diagnostické skupiny se sice mohou významně lišit v dynamice přirozeného průběhu onemocnění, konkrétním klinickém obrazu, spektru symptomů a vzájemném zastoupení kauzálních a paliativních léčebných postupů v komplexním léčebném plánu. Klinický obraz ve fázi umírání je však bez ohledu na základní onemocnění podobný.“*<sup>13</sup> Mezi příznaky a klinické projevy umírání patří netečnost nebo snížené vědomí. Někdy také dezorientace, zmatenost, neklid, halucinace. Pacient se vzdaluje od vnějšího světa. Narůstá celková slabost a únava, pacient je připoután na lůžko, prodlužují se periody denního spánku. Snižuje se příjem potravy a tekutin, objevují se potíže s polykáním. Dýchání je nepravidelné, chrčivé dýchání s možným výskytem apnoických pauz. Dochází k hypotenzi, oligurii až anurii; objevuje se periferní cyanóza na končetinách, mramorování kůže, facies Hippocratica – změny ve vizáži.<sup>14</sup>

### 1.4 Etické problémy umírání

Odpradáva byla smrt potvrzována zkušenostmi. Pokud došlo k zástavě dýchání a srdeční činnosti, brzy se objevily rovněž další neomylné znaky, které vyvrcholily

---

<sup>12</sup> Viz text Umírání a péče o nevléčitelně nemocné. *Umírání.cz*.

<sup>13</sup> Skála, B. a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praha: ČLS JEP, 2011, str. 3

<sup>14</sup> Youngová, A. Terminální stavy a paliativní péče. *ZDN.cz*.

rozkladem celého těla. V současnosti však v souvislosti s mohutným rozvojem možností moderní medicíny vyvstávají otázky zcela nové. „Kdy lze člověka prohlásit za mrtvého? Kdy lze nemocné odpojit od přístrojů, jsou-li na nich závislí? Je možné ukončit léčbu pacientů v dlouhém bezvědomí, pokud je jejich mozek závažně poškozen a neexistuje naděje na zlepšení jejich zdravotního stavu? Je akceptovatelné udržovat „mrtvého“ při „životě“ za účelem odebrání orgánů k transplantaci?“<sup>15</sup> Od poloviny 20. století se proto začala uplatňovat kritéria nová. Ta se zaměřovala na „mozkovou smrt“, což se ovšem ukázalo také jako velmi problematické a rozporuplné. Proto definice okamžiku smrti je vždy jen otázkou konsenzu, protože smrt ve smyslu biologickém představuje proces, nikoliv okamžik.<sup>16</sup> Rozhodování v závěru života je spjato s celou řadou etických otázek. „Otázky umírání a smrti jsou spojené s osobními hodnotami a názory na utrpení, význam smrti a místo každého jedince v rodině a společnosti. Paliativní péče usiluje o zajištění pohody a kvality života a zdůrazňuje, že nasměrování péče určuje sám pacient. Při snaze dosáhnout pohodlí a kvality života prostřednictvím péče orientované na pacienta se často projeví rozdíly v názorech pacientů a zdravotnických pracovníků na to, co je pro daného pacienta nejlepší. Péče o pacienty s neléčitelnými symptomy či v signifikantní existenciální tísní proto vyžaduje citlivé zhodnocení etické, právní a morální perspektivy pacienta, jeho rodiny i zdravotnického týmu. K tomu je třeba porozumět kontextu utrpení, které se často v paliativní péči vyskytuje.“<sup>17</sup>

Délka období pre finem se často pohybuje od několika měsíců do několika let, je proto v jeho průběhu důležité nejen zmírňování obtíží nemocného ale také jeho doprovázení jako forma prevence tzv. psychické a sociální smrti.<sup>18</sup> Za hlavní etický problém období pre finem je považována informovanost nemocného, přičemž historicky se veřejnost shodovala v tom, že lékař rozhoduje o její míře, a to i u nejzávažnějších chorob. Motivací k zatajení sdělení zdrcující informace byla ochrana pacienta. Teprve od poloviny 20. století v souvislosti s rozvojem emancipace člověka, vyšším vědomím hodnoty individuální svobody a vlastních práv, rozvojem vzdělanosti populace se situace zlepšila ve prospěch vysoké míry informovanosti pacienta a jeho blízkých. Pro současnou medicínu je tedy charakteristický příklon k pravdivému informování nemocných, jehož praktickým nástrojem je ústní i písemná forma informovaného

---

<sup>15</sup> Munzarová, M. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada, str. 130

<sup>16</sup> Tamtéž, str. 130 - 131

<sup>17</sup> Aranda, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005, str. 53

<sup>18</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 1994, str. 183

souhlasu. Objevují se ovšem problémy byrokratického, právního a formálního rázu. Lékařům ovšem musí zůstat dostatečně volný prostor pro modifikaci svých přístupů k nemocnému, aby se jednak nevytratila pacientova důvěra a aby pacient zůstal vnímán jako živá bytost se všemi svými atributy.<sup>19</sup>

V období *in finem* vystávají dva zásadní problémy: ritualizace smrti a eutanazie. V případě ritualizace smrti proti sobě stojí dva rozdílné modely – domácí a institucionální. Pod pojmem „domácí model umírání“ se rozumí umírání člověka doma, v rodinném kruhu. Tento model byl rozšířen v minulosti, kromě výhod v podobě emotivní podpory a ritualizovaného scénáře s ním však byla spojena i nevýhoda v podobě velmi omezené odborné pomoci. Institucionální model umírání vznikl přesunem umírajících do zdravotnických zařízení. Tato sice zajišťují pacientům standardní léčebný, ošetrovatelský a sociální komfort, na druhou stranu však zde převažuje odosobněný praktikismus a profesionalita. Vhodným řešením uvedených nedostatků se jeví kombinovaný systém.<sup>20</sup> Eutanazii vymezuje většina autorů jako „...úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost.“<sup>21</sup> Eutanazie představuje v současnosti často diskutovaný problém a její vztah k paliativní péči vyžaduje rozsáhlé úvahy a rozborů. Munzarová se domnívá, že ankety, ze kterých vyplývá, že legalizace eutanazie by byla přijatelná téměř pro polovinu obyvatel ČR, jsou výsledkem nepochopení pravého obsahu pojmu. Zpochybňuje, zda je žádost o eutanazii ze strany nemocného v terminální fázi skutečně projevem jeho autonomního rozhodnutí. Munzarová také upozorňuje na rozdíl mezi „zabít tím, že nezasáhnu“, a ustoupením od dalších postupů tehdy, jsou-li už zcela zbytečné a nadměrně zatěžující a přinášejí-li nemocnému další utrpení („*nechat zemřít*“). V tomto případě se jedná o tzv. situační etiku. Jako optimální se ale nepochybně jeví podpořit komplexní péčí pacientův důstojný skón v harmonickém prostředí.<sup>22</sup> S problematikou umírání je úzce spjata i otázka oddalování smrti. Jedná se o situaci, kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by již za normálních podmínek v klidu z tohoto světa odešel.<sup>23</sup> V období *post finem* představuje jeden z hlavních etických i kapacitních problémů výběr adekvátního volného místa pro povinný klid zemřelého, neboť například jeho delší ponechání na původním lůžku

---

<sup>19</sup> Haškovcová, H. Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu. *ZDN.cz*.

<sup>20</sup> Vorlíček, J. a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998, str. 369 - 372

<sup>21</sup> Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, str. 122

<sup>22</sup> Tamtéž.

<sup>23</sup> Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, str. 13

v místnosti s dalšími pacienty může vyvolat jejich negativní reakce. Následné vyrozumění příbuzných musí být vedeno dostatečně citlivým způsobem, aby se tak mírnila akutně prožívaná bolest z odchodu blízkého.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994, str. 206

## 2 Paliativní péče

Pro lepší pochopení výkladu problematiky paliativní péče je nutné nejprve blíže rozebrat historické souvislosti, z jejichž základů vychází současná podoba paliativní péče. Teprve posléze bude vyloženo a vymezeno soudobé pojetí paliativní péče.

### 2.1 Stručný nástin historického vývoje péče o umírající v Evropě a ČR

V evropském lékařství se celostní péče o těžce nemocného pacienta (nejen o jeho „tělo“, ale také o „duši“ a sociální prostředí) objevovala již ve středověku, kdy při některých kláštěrech vznikaly útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. Později v souvislosti s prudkým rozvojem moderní medicíny však otázka péče o nevyлéčitelně nemocné a umírající do určité míry zůstala v pozadí. Úspěšný rozvoj moderní medicíny od 50. let 20. století sváděl k mylnému optimismu, že během krátké doby moderní věda nabídne účinná řešení na všechny choroby. V důsledku toho pak „...*těžce nemocní a umírající pacienti, u kterých všechny léčebné postupy selhaly, se tak často ocitali zcela na pokraji zájmu lékařů a zdravotníků.*“<sup>25</sup> A právě proti tomuto mylnému postoji odborné veřejnosti se vzbouřili aktivisté, kteří usilovali o zvýšení kvality života umírajících a celkové zlepšení péče o ně. Počátky takových snah lze vysledovat již ve století devatenáctém ve Francii, ovšem o vznik a rozvoj moderního hospicového hnutí se zasadila až ve druhé polovině 20. století anglická lékařka Cicely Saunders. Ta v roce 1967 založila v Anglii Hospic sv. Kryštofa, jehož posláním byla „...*péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním profesionálním týmem.*“<sup>26</sup> Rozvoj takto pojaté péče ovšem narážel na nepochopení a odmítání částí tradičně orientovaných zdravotnických pracovníků pro přílišný akcent na duchovní stránku péče a podceňování poznatků moderní medicíny. „*V současné době je v západní Evropě již překonána nevraživost mezi hospicovou a paliativní péčí a akademickou medicínou. I samostatně stojící hospice se staly místem, kde jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy při mírnění symptomů a kde probíhá klinický výzkum. Naopak v mnoha akutních nemocnicích a zařízeních následné péče je snaha prakticky využívat postupy a poznatky z hospiců při péči o terminálně nemocné. V posledních*

---

<sup>25</sup> Sláma, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, str. 183

<sup>26</sup> Tamtéž.



*20 letech v Evropě koncept paliativní péče o pokročile a terminálně nemocné pomalu proniká do hlavního proudu medicíny.*<sup>27</sup>

Situace v českých zemích částečně kopírovala zmíněný evropský vývoj, k jeho zhoršení došlo v důsledku politické izolace ve druhé polovině 20. století. V současné době tak s velkými potížemi dohání deficit oproti vyspělejší Evropě. V ČR se jen velmi pozvolna rozvíjel zájem o paliativní a hospicovou péči po roce 1989. Díky inspirativní zahraniční praxi bylo v 90. letech 20. století na našem území vybudováno několik lůžkových hospiců. Jejich současná síť ovšem zdaleka nestačí a nepokrývá reálnou potřebu pacientů. *„Paliativní péče není všeobecně dostupná, pacienti nedostávají potřebné a pravdivé informace o diagnóze a prognóze, pečující přátelé a příbuzní nevléčitelně nemocných nejsou povzbuzováni v tom, aby je doprovázeli, a chybí jim profesionální podpora. Nejzávažnějším nedostatkem současné paliativní péče v České republice je neexistence zákonné úpravy poskytování specializované péče o umírající.*<sup>28</sup>

Velmi problematické je právní zakotvení paliativní péče. Za zmínku stojí proto dokument Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. Z něho pro zajímavost vybírám následující pasáž: *„V roce 2006 byla novelizací zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění upravena charakteristika a způsob úhrady lůžkové péče ve speciálních zařízeních hospicového typu. Následně bylo s platností od 1. ledna 2007 definováno minimální personální zajištění a způsob kalkulace úhrady za ošetrovací den na lůžkách hospicového typu. V roce 2008 proběhla další novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění, kdy byla do zvláštní ambulantní péče vložena možnost hrazení paliativní péče poskytované pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí, kdy tato péče je poskytována jako domácí zdravotní péče na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost, nebo ošetrojícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetrojícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu. Tato nová zákonná úprava nicméně nezakládá možnost hrazení specializované paliativní péče, kterou by poskytoval multiprofesní tým v domácím prostředí pacienta. Není zajištěna rovněž adekvátní péče o pacienty v těžším stavu s komplikovanými symptomy, kteří tak v případě zhoršení stavu musejí být*

---

<sup>27</sup> Sláma, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, str. 183

<sup>28</sup> Sláma, O. Koncepce paliativní péče v ČR. Praha: Cesta domů, 2004, str. 13

*odesláni na akutní nemocniční lůžka, kde pak život končí, aniž si to tak přáli.*“<sup>29</sup> Termín specializovaná paliativní péče platná právní úprava nedefinuje.

Výše prezentovaný současný stav neodpovídá skutečným potřebám české populace ve vztahu k demografické predikci. Proto došlo k situaci, kdy „...dne 26. února 2010 se proto situací v oblasti péče o umírající zabývala na svém zasedání Rada vlády pro lidská práva a poté usnesením uložila Výboru pro lidská práva a biomedicínu vypracovat podnět k rozvoji paliativní péče v České republice. Tento ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny a Hospicovým občanským sdružením Cesta domů připravil podnět pro Radu vlády pro lidská práva obsahující návrh Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. Předmětná strategie byla vypracována v souladu s mezinárodními dokumenty zabývajícími se paliativní a hospicovou péčí a obsahujícími výčet doporučení, které mají jednotlivé státy za účelem podpory a rozvoje paliativní péče na svých územích naplňovat. Vychází z Charty práv umírajících, Doporučení Výboru ministrů členským státům o organizaci paliativní péče, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči, Úmluvy o lidských právech a biomedicině a Evropské sociální charty.“<sup>30</sup> Otázkou tedy zůstává její budoucí naplňování ve vztahu k razantním úsporným opatřením, která mohou rovněž významně brzdit výše naznačené snahy.

## **2.2 Vymezení pojetí paliativní péče a její cíle**

Přestože všeobecně akceptovatelná definice paliativní péče zřejmě neexistuje, v současnosti je nejčastěji používána definice Evropské asociace pro paliativní péči (EAPC), která zahrnuje aspekty lékařské i nelékařské péče, klade důraz na multioborový přístup k nemocnému. Podle EAPC představuje paliativní péče „...Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za

---

<sup>29</sup> Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. SVP-vzacnaonemocneni.cz.

<sup>30</sup> Tamtéž.

*normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.*<sup>31</sup>

Paliativní péči vzhledem k četnému výskytu umírajících ve většině zdravotnických institucí je tak nutno vnímat jako jeden z elementárních prvků zdravotnické profese. „*V současnosti lze ve většině dokumentů narazit na dvouúrovňový přístup k paliativní péči, tj. rozlišuje se mezi obecným paliativním přístupem a specializovanou paliativní péčí. Tento dvoustupňový systém paliativní péče však může být rozšířen na tři stupně: paliativní přístup, obecná paliativní péče a specializovaná paliativní péče. Obecná paliativní péče je poskytována primárním zdravotnickým personálem a specialisty, kteří léčí pacienty s onemocněním, které ohrožuje život, a kteří mají dobré základní dovednosti a vědomosti v oblasti paliativní péče.*“<sup>32</sup>

Rozlišit lze tři roviny paliativní péče. Základní paliativní péče zahrnuje elementární kompetence sester k péči o pacienty, jejichž život ohrožuje závažné nebo terminální onemocnění. Ona kompetence zahrnuje schopnost identifikovat a řešit projevy takových pacientů, empatie vůči prožívání umírajícího i jeho nejbližším. Předpokládá se tak schopnost všestranné komunikace s pacientem, jeho blízkými a odborníky. V případě výskytu komplikovaného případu z hlediska ošetřovatelství je po zvážení nutné indikovat specializovanou péči, spočívající v intervenci specialisty dle závažnosti a charakteru řešeného problému. Pacienti s komplexními a obtížnými symptomy nebo náročnou ošetrovatelskou péčí vyžadují specializovanou paliativní péče, poskytovanou zdravotníky s odpovídajícím specializačním vzděláním a zkušenostmi v péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Takoví odborníci působí ve funkci poradce nebo přímého poskytovatele paliativní péče v hospici, v komunitním zařízení paliativní péče, v nemocničním zařízení.<sup>33</sup> Pro úplnost lze dodat, že výše nastíněné roviny paliativní péče lze doplnit o tzv. centra excelence, která specializovanou paliativní péči pomáhají realizovat i mimo institucionální prostředí například v přirozeném domácím prostředí pacienta. Dalším účelem takové péče je poskytovat zázemí pro odborný (vědecký) rozvoj paliativní péče a propojit ji s akademickým prostředím.<sup>34</sup>

Paliativní péče je odborníky označována jako profesionální, holistická a mezioborová disciplína. Ačkoliv je jedním z principů paliativní péče rovný přístup ke

---

<sup>31</sup> Radbruch, L. a kol. Standardy a normy paliativní a hospicové péče v Evropě, str. 14

<sup>32</sup> Tamtéž, str. 26 -27

<sup>33</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 15

<sup>34</sup> Radbruch, L. a kol. Standardy a normy paliativní a hospicové péče v Evropě, str. 26 - 27

všem, v mnoha komunitách i zdravotnických zařízeních není běžně dostupná. Částečně je to způsobeno neochotou některých zdravotníků. Svou roli však sehrává i nedostatečně informovaná veřejnost. V důsledku umělého oddělení kurativní a paliativní péče se lidé někdy obávají doporučit či přijímat paliativní péči, neboť ji spojují s přijetím nevyhnutelné smrti. Na druhé straně se lze ale stále častěji setkat s faktem, že lidé aktivně vyhledávají léčbu prodlužující život a současně potřebují paliativní péči. V budoucnu lze v souvislosti se stárnoucí populací předpokládat užší integraci paliativní péče do akutní léčby pacientů s chronickým onemocněním.<sup>35</sup> Paliativní péče v jednotlivých státech světa se výrazně liší – v modelech organizace péče, jejím financování i způsobu začlenění do systému zdravotnictví. Rozdílné jsou rovněž kulturní rámce, v nichž je rozvíjen: vztah společnosti ke smrti a umírání, význam filantropie a dobrovolnictví ve společnosti, role rodiny a nejbližší komunity, právní povědomí občanů, politická a mediální kultura a další prvky. Vzhledem k výše uvedeným rozdílům není bohužel možné jednoduše vzájemně srovnávat některé státy. Nicméně bychom mohli některé státy vnímat jako vzor úspěšné realizace paliativní péče. Stanovení přiměřeného, adekvátního, reálného cíle léčby u každého z pacientů je v paliativní péči důležité z důvodu volby adekvátního postupu (tzv. postup „lege artis“). Pro praktického lékaře představuje zhodnocení základního kontextu rozhodující faktor při volbě, zda je možné zajistit adekvátní léčbu a péči v domácím prostředí, nebo je indikován převoz do zdravotnického zařízení. Pacienty lze na základě prognózy přežití a z toho plynoucích možných cílů léčby zařadit do níže uvedených kategorií.

#### 1. fáze kompenzovaného onemocnění

*„Prognóza přežití se pohybuje v řádu měsíců, i let) – mnoho pokročile nevléčitelně nemocných pacientů se nachází v klinicky relativně stabilizovaném stavu. Cílem léčby je co nejdelší udržení stavu kompenzace, co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délky života.“<sup>36</sup>*

#### 2. fáze nevratně progredujícího onemocnění

Prognóza přežití se pohybuje v řádu týdnů a měsíců. v tomto případě je cílem léčby udržení co nejvyšší kvality života, prodloužení života přestává být prioritou. *„V případě akutních příhod (infarkt myokardu, infekce) je třeba postupovat individuálně.“*

---

<sup>35</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 16

<sup>36</sup> Skála, B. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: ČLS JEP, 2011, str. 4

*V některých případech je indikována standardní intenzivní léčba. Resuscitační léčba obvykle indikována není.*<sup>37</sup>

### 3. terminální fáze

*„Prognóza přežití se pohybuje v řádu týdnů, dnů a hodin. Cílem je důstojné umírání, tj. neprodlužování procesu umírání, maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života. Tomuto by měly být přizpůsobeny všechny léčebné a ošetrovatelské postupy. Je indikována symptomatická léčba (účinné mírnění bolesti, dušnosti atd.).*<sup>38</sup>

Poněkud problematické je ovšem jasné určení terminálního stadia. Snadněji se identifikuje u pacientů s nádorovým onemocněním. *„U pacientů s jiným než nádorovým onemocněním však nejsou umírání a blízkost smrti zdaleka tak jasně rozpoznatelné. Většina úmrtí zde nastává jako náhlé zhoršení jinak chronického onemocnění, popřípadě jako komplikace imobility a následek celkové sešlosti u velmi starých nemocných.*<sup>39</sup>

### 2.3 **Obecná a specializovaná úroveň paliativní péče**

Jako obecná paliativní péče (dále jen OPP) se označuje dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění. Větší část z celkového objemu paliativní péče poskytované v rámci primární péče má charakter právě OPP. Nedílnou součástí OPP představuje dobrá komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. *„Lékaři všech odborností by měli tuto péči poskytovat v rámci své rutinní klinické práce. Všeobecný praktický lékař pro dospělé tuto péči zajišťuje ve spolupráci s rodinou nemocného, popř. ve spolupráci s ambulantními specialisty, s domácí ošetrovatelskou (pečovatelskou) péčí.*<sup>40</sup> Jako velmi přínosné se jeví další vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče, díky tomu pak každý takový odborník přispívá díky své vlastní specializaci k rozvoji OPP.<sup>41</sup> Vzhledem k neexistenci mezinárodních standardů je obtížné srovnávat, jakou má OPP v jednotlivých evropských zemích úroveň. Existují nepřímé náznaky, že v ČR úroveň OPP trpí nedostatky. Za určitý možný ukazatel úrovně léčby chronické bolesti v dané zemi lze uvést, že *„... v roce 2008 čeští lékaři předepsali 2–3krát méně opioidů než např. ve skandinávských zemích.*<sup>42</sup>

---

<sup>37</sup> Skála, B. a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praha: ČLS JEP, 2011, str. 4

<sup>38</sup> Tamtéž.

<sup>39</sup> Tamtéž.

<sup>40</sup> Tamtéž.

<sup>41</sup> Radbruch, L. a kol. Standardy a normy paliativní a hospicové péče v Evropě, str. 27

<sup>42</sup> Sláma, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, str. 184

Označení specializovaná paliativní péče (dále jen SPP) je používáno pro instituci, jejíž hlavní činností je poskytování paliativní péče. Jak již z názvu vyplývá, jedná se o formu paliativní péče, jež vyžaduje po přímých poskytovatelích větší odborné zázemí, vzdělání a zkušenosti. Ve vztahu k pacientům je velmi přínosné působení multioborového týmu. Služby institucí zaměřených na poskytování SPP vyžadují týmový přístup, který spojuje různé profese s interdisciplinárním způsobem práce. „Členové týmu musejí být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich hlavním profesionálním zaměřením.“<sup>43</sup> Základními organizačními formami specializované paliativní péče jsou tzv. hospice - samostatně stojící lůžkové zařízení. Další formou je specializovaná domácí paliativní péče. Zjednodušeně ji lze vyložit jako tzv. domácí, mobilní hospic, fungující v podmínkách jiných lůžkových zařízení (především nemocnic a léčeben) – zařízení pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a pro diagnostiku a léčbu současně vyžadují ostatní služby a komplement nemocnice.<sup>44</sup> V podmínkách jiné zdravotnické instituce může působit tzv. konziliární tým paliativní péče, jehož hlavním posláním je poskytování odborných konzultací, rad. Za potěšující lze označit fakt, že v ČR se postupně především ve větších nemocnicích ujmají tzv. specializované ambulance paliativní medicíny, zaměřené na léčbu bolesti.<sup>45</sup> V ČR je bohužel nabídka i dostupnost SPP zatím velmi nízká – z optimálního počtu lůžek SPP 5/100 000 obyvatel (za předpokladu dobře fungující ambulanti a domácí specializované paliativní péče) doporučeného WHO představovala v roce 2009 kapacita lůžek v ČR pouze cca 50 %. SPP je tak v ČR v závěru života dostupná pouze cca 7 % onkologických pacientů. Počet lůžek SPP na 100 000 obyvatel ve vybraných evropských zemích je zachycen v grafu v příloze č. 5.

Sláma k tomuto problému dále uvádí, že „...*podobná situace je také u konziliárních nemocničních paliativních týmů, ambulancí paliativní medicíny a především domácí SPP jsou v ČR v úplných počátcích. Příčinou je zatím nejasněné financování těchto typů péče ze strany zdravotních pojišťoven a chybění dostatečně vzdělaných lékařů a sester. Česká onkologická společnost sice v Národním onkologickém programu zdůrazňuje důležitost podpory paliativní péče, na úrovni Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR) či jiných státních institucí však zatím koncepční přístup k otázce paliativní péče chybí. Za účelem rozvoje a zvýšení dostupnosti OPP*

---

<sup>43</sup> Radbruch, L. a kol. Standardy a normy paliativní a hospicové péče v Evropě, str. 28

<sup>44</sup> Vorlíček, J. Základní principy paliativní péče. *Sanquis*, 2011, č. 94. str. 67

<sup>45</sup> Skála, B. a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praha: ČLS JEP, 2011, str. 5

*i SPP byla v roce 2008 založena Česká společnost paliativní medicíny při ČLS JEP, která si klade za cíl spolupracovat s ostatními odbornými společnostmi, ale také pojišťovny a MZ ČR.*<sup>46</sup>

## **2.4 Současný stav a problémy paliativní a podpůrné péče v LDN v ČR**

Nepochybně ideální je, když může pacient zemřít v rodinném prostředí. Pokud to není možné, dostatečně kvalitní péči poskytují hospice, jejichž počet u nás nicméně stále není dostatečný, přestože se postupně zvyšuje. Některé organizace rovněž poskytují tzv. domácí hospicovou péči a pomáhají tak členům rodiny v péči o pacienta, který tak může dožít doma. Možnou alternativou jsou domovy důchodců, kde však většinou nepřebývají pacienti s onemocněními náročnými na péči. Nejvyšší letalitu tak stále vykazují léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), některé odborné léčebné ústavy (OLÚ) a gerontopsychiatrická oddělení.<sup>47</sup> Za zmínku stojí fakt, že podle sociologických průzkumů většina (80 %) obyvatel ČR si vyloženě nepřeje umírat a zemřít ve výše uvedených typech zdravotnických zařízení, ačkoliv právě v nich nastává v 75 % případů všech úmrtí. Léčebny pro dlouhodobě nemocné je označení používané pro lůžková zdravotnická zařízení. Ta se specializují na tzv. „...následnou péči o pacienty, jejichž zdravotní stav je zhodnocen, stabilizován, kteří nevyžadují nemocniční ošetřování, ale nemohou být ze zdravotních důvodů propuštěni do domácí péče nebo v ní ponecháni.“<sup>48</sup> Pro zajímavost a dokreslení celého výkladu přikládám níže několik statistických ukazatelů. „Koncem roku 2010 bylo v ČR v provozu 70 léčen pro dlouhodobě nemocné se 7 113 lůžky. V průběhu roku bylo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné hospitalizováno 38 355 pacientů (což je asi o 600 více než v roce 2009). Objem poskytnuté péče v LDN (měřeno počtem ošetřovacích dnů) se v porovnání s rokem 2009 také zvýšil. Průměrná ošetřovací doba prodloužila o necelý jeden den a činila 59,9 dnů. Využití lůžek bylo tradičně vysoké – 324,1 dní z roku, skutečná lůžková kapacita byla tedy využívána z více než 90 %, což svědčí o trvajícím poptávce po tomto typu lůžek.“<sup>49</sup> V LDN v současnosti nastává téměř 10 % všech úmrtí v České republice, představují zásadního poskytovatele zvláště pro oblast geriatrické paliativní péče. Přestože v řadě těchto zařízení je vyvíjena snaha péči celkově kultivovat, problém ovšem představuje

---

<sup>46</sup> Sláma, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, roč. 22, č. 4, str. 183 až 185

<sup>47</sup> Quo vadis, LDN? *Umírání.cz*.

<sup>48</sup> Zpráva o stavu lidských práv v ČR. *Vláda.cz*.

<sup>49</sup> Lůžková péče 2010. *ÚZIS.cz*, str. 19

nedostatek finančních prostředků. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně a Česká geriatrická a gerontologická společnost vedou společná jednání o postgraduálním vzdělávání a také koncepci tzv. hospicových jednotek v rámci léčených dlouhodobě nemocných. Jednání zatím nedospěla k jednoznačným závěrům a doporučením.<sup>50</sup>

Pro LDN je charakteristická dlouhá ošetrovací doba. Není výjimkou, že přesáhne dobu tří měsíců, po jejímž uplynutí dochází ke snížení úhrady za pobyt ze strany smluvní zdravotní pojišťovny, a to kvůli zvýšení efektivity péče a zabránění vynakládání plateb zdravotních pojišťoven za pobyty, které jsou spíše sociálního charakteru a spadají tak pod zařízení resortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Případně lze hradit takové typy pobytů jako sociálního lůžka ve zdravotnickém zařízení. Jak již bylo nastíněno výše, kromě dlouhé ošetrovací doby vykazují LDN také podstatně vyšší úmrtnost než lůžková oddělení nemocnic, což v kombinaci s nízkým počtem pitev zemřelých dokazuje, že mnoho lidí je do LDN překládáno k terminální péči. Přesto většina těchto zařízení nerealizuje paliativní režim péče, personál lékařský ani ošetrovatelský často nemá dostatečné znalosti o paliativní péči, ke které zde ostatně nebývají vytvořeny ani podmínky prostorové. V mnoha případech se tak stále jedná o zařízení levného odkladového umírání bez ohledu na míru obětavosti a lidské i profesní kvality zaměstnanců. K současným problémům LDN patří zejména nedostatečný počet ošetrovatelského a rehabilitačního personálu, nově se tento trend projevuje i u lékařů. To způsobuje přetížení zaměstnanců, kteří pochopitelně nemohou zastat takový rozsah péče, v důsledku toho pak klesá kvalita poskytované péče. Jedním z rizik pro samotné zaměstnance je pak podnícení a rozvoj syndromu vyhoření.<sup>51</sup> Z výše uvedeného vyplývá, že celý systém následné či dlouhodobé lůžkové péče na zdravotně sociálním pomezí vyžaduje zásadní změnu. Odborné představy reformy jsou součástí schválené koncepce MZ ČR oboru geriatry a vyjádření vůle k reformě je součástí Národního programu přípravy na stárnutí na léta 2008 – 2012: Ovšem reálně se upravují schémata financování stávajícího modelu a podmínky, zvláště personální, se v řadě zařízení trvale zhoršují.<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. *SVP-vzacnaonemocneni.cz*.

<sup>51</sup> Quo vadis, LDN? *Umírání.cz*.

<sup>52</sup> Quo vadis, LDN? *Umírání.cz*.



### **3 Ošetrovatelský proces v péči o umírající a léčba bolesti**

V paliativní péči používá ošetrovatelský personál jako hlavní pracovní metodu ošetrovatelský proces. Obvykle se zaměřuje na objektivní faktory vyplývající z diagnózy nebo identifikovaných potřeb pacienta.<sup>53</sup>

#### **3.1 Průběh ošetrovatelského procesu**

Průběh ošetrovatelského procesu bychom mohli strukturovat do níže uvedených pěti základních fází. Ve fázi posuzování stavu potřeb dochází ke kontinuálnímu, průběžnému sběru informací a aktualizaci jejich stavu s cílem identifikovat ošetrovatelské problémy. K fázi stanovení ošetrovatelské diagnózy lze doplnit, že se liší od medicínské diagnózy a její formulace se odvíjí od toho, zda se jedná o potenciální či aktuální problém klienta. Velmi důležitou fází je plánování. Je nutné stanovit cíle celého procesu, které jsou zvládnutelné, reálné, vycházejí z pacientových potřeb a snaží se je uspokojovat. Plánování zahrnuje i indikaci adekvátních ošetrovatelských intervencí. Ve fázi realizace ošetrovatelského plánu se na řešení problému zpravidla podílí tým profesionálů. Závěrečnou pátou fází představuje hodnocení. Jak již ze samotného názvu vyplývá, jde o porovnání stanovených cílů, plánů, stavu řešení pacientových problémů se skutečností. Jde o mimořádně důležitou formu zpětné vazby přispívající k podpoře komplexní kvality poskytované péče. Hodnocení je vhodné provádět průběžně a případné odchylky včas korigovat a na základě toho pak aktualizovat plán péče. Poskytnutou péči shrnuje výstupní (závěrečné) hodnocení, které shrnuje poskytnutou péči.<sup>54</sup>

#### **3.2 Uspokojování potřeb umírajícího pacienta**

Hovoří-li se o potřebách nemocných, obvykle jsou rozlišovány čtyři kategorie – biologické, psychologické, sociální a spirituální. Marková nabízí ovšem celistvější pojetí schéma potřeb umírajícího a dělí potřeby do čtyř oblastí. Prvotní oblast nazývá lidská osobnost. Ta představuje komplex potřeb, jež se vážou k bytostné existenci člověka a k tomu, jak se vztahuje ke světu. Marková zmiňuje různé příklady potřeb. Zmínit lze třeba potřebu být sám sebou, rozhodovat o sobě, cítit se stále jako muž či žena. Druhou oblast nazývá jako pravda. Příkladem potřeb z této oblasti jsou pak

---

<sup>53</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 73

<sup>54</sup> Špidurová, L. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2005, str. 102 - 103

aktuální, úplné, včasné a pravdivé informace, jež mohou být i nepříjemné a negativní. Třetí oblast nazývá rodina. Spektrum potřeb, které se vážou k této oblasti, představují sociální potřeby, které napomáhá uspokojovat rodina jako celek, její dílčí členové. Jedná se především o emoční podporu, sdílení osudu a trápení. Čtvrtou oblast označuje jako lidské nitro. K ní se vztahují potřeby, vztahující se k samotnému životu umírajícího. Ten v takové situaci potřebuje prostor pro rekapitulaci svého života, uzavírá ho, pátrá po jeho smyslu, vyjadřuje vděk, odpuštění, lásku, naději a směřuje ke konci života.<sup>55</sup> U pacientů nacházejících se v pokročilých stádiích nevyléčitelných nemocí saturace potřeb a z nich vyplývající potřeba paliativní péče závisí především na diagnostikované nemoci a jejím stádiu, komorbiditě. Druhotně se pak do uspokojování potřeb promítá pacientův věk, jeho socioekonomické zázemí, celkové psychické rozpoložení, informovanost, duchovní orientace.<sup>56</sup>

### 3.3 Bolest v paliativní péči

Teoretické vymezení bolesti, na které se shodli zástupci Mezinárodní asociace pro studium bolesti<sup>57</sup> (International Association for the Study of Pain, IASP) a kterou přijala rovněž WHO, zní „*nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání*“.<sup>58</sup> K této definici je připojen dodatek upozorňující na skutečnost, že bolest je vždy subjektivní a to i přesto, že vnímání bolesti se liší v závislosti na věku, pohlaví, rase a etniku. Podle Dvořáčkové lze bolest poměrně dobře vystihnout prostřednictvím konceptuálního modelu bolesti Loesera a Cousinse, který bere v úvahu vícerozměrnost bolesti a usnadňuje chápání bolesti v celém jejím rozsahu. Předmětný model představuje určitý sled činností, kdy postup je možný oběma směry. „*Dává návod, jak přistupovat k člověku postiženému bolestí, a umožňuje sestavit program intervencí, které nikdy nekončí opuštěním pacienta s tím, že už byly vyčerpány všechny dostupné léčebné prostředky*“.<sup>59</sup> Po zajímavost přikládám do příloh Konceptuální model bolesti ( příloha č. 17).

Právě u pacientů v terminální fázi onemocnění se bolest vyskytuje. Konkrétně až u 90 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním, u 80 % pacientů s AIDS a u 60 % pacientů v terminální fázi orgánového selhání. Zdravotníci, specializující se na

---

<sup>55</sup> Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, str. 64 - 90

<sup>56</sup> Skála, B. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: ČLS JEP, 2011, str. 26

<sup>57</sup> Viz pro zajímavost web: <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>.

<sup>58</sup> Rokyta, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009, str. 21

<sup>59</sup> Dvořáčková, D. *Hodnocení bolesti u seniorů*. ZDN.cz.

léčbu bolesti, označují problematiku bolesti u pacientů v terminální fázi onemocnění za jedno z největších etických dilemat – s některými léky, které se podávají za účelem zmírnění bolesti na konci života (silné opioidy či nesteroidní protizánětlivé léky), je spojeno riziko vzniku vážných nežádoucích účinků, které mohou dokonce způsobit smrt. Neléčená bolest však způsobuje zbytečné utrpení a má velmi negativní dopad na fyzickou, psychickou, sociální a duchovní stránku života. „*Sestry mají primární zodpovědnost při hodnocení bolesti a podílejí se na vytváření léčebného plánu. Měly by obhajovat zájmy pacienta a jeho rodiny a přesvědčit pacienty o tom, že u většiny z nich lze bolest dobře léčit.*“<sup>60</sup>

Bolest je v paliativní péči často podceňována. Příčiny nedostatečného mírnění bolesti mohou spočívat jak na straně zdravotníků, tak na straně pacientů event. jejich rodinných příslušníků. Zdravotničtí pracovníci často postrádají dostatečné znalosti hodnocení a léčby bolesti. Rovněž mívají obavy z psychické závislosti, zvýšené tolerance a fyzické závislosti na opioidech. Aranda a kol. uvádí, že ve skutečnosti je výskyt psychické závislosti na opioidech nízký, zejména u pacientů v terminální fázi onemocnění. Hlavní příčina dle jejich názoru spočívá v tom, že „*sestry a další zdravotničtí pracovníci mnohdy správně nechápou význam terminu adikce, tolerance a fyzická závislost.*“<sup>61</sup>

### 3.4 Hodnocení bolesti a její léčba

Hlavní překážku v léčbě bolesti představuje nedostatečné hodnocení. Adekvátní hodnocení bolesti by mělo být zahájeno systematickým vyšetřením, které zahrnuje jak pacienta, tak jeho rodinu. Toto vyšetření by mělo být individuální a komplexní. Důležitou součástí hodnocení bolesti je rovněž konzistentní používání vhodného hodnotícího nástroje, který by měl obsahovat následující charakteristiky bolesti: lokalizaci, intenzitu, charakter bolesti a časový faktor. „*Při lokalizaci bolesti může pacient ukázat na bolestivé místo nebo bolest zaznamenat do grafu. Je důležité, aby sestra zjistila všechna místa bolesti a každé posoudila individuálně, protože různá bolest může vyžadovat různý způsob léčby.*“<sup>62</sup> Při měření intenzity bolesti rozlišuje Dvořáčková metody jednoduché a náročnější komplexní - vícerozměrné. První zmíněnou metodu lze charakterizovat tak, že si samotní pacienti průběžně zaznamenávají intenzitu bolesti do deníku či grafu (vizuální analogová škála - VAS),

---

<sup>60</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 89

<sup>61</sup> Tamtéž, str. 90

<sup>62</sup> Tamtéž, str. 91 - 92

verbální škála bolesti, obličejová škála). U druhé metody, jež „...*hodnotí bolest ve více dimenzích a poskytují komplexnější obraz bolesti (dotazník SCL-90 (Symptom Checklist 90), dotazník copingu bolesti, dotazník interference bolesti s denními aktivitami, krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory – BPI).*“<sup>63</sup>

Na základě pacientova popisu můžeme rozlišit charakter bolesti jako somatický, viscerální a neuropatický. První zmíněný charakter bolesti vychází z různých tkání kromě tkáně viscerální a nervové. Jeho „výhodou“ je pro pacienty snazší určení a lokalizace. Tato bolest bývá subjektivně popisována jako dlouhodobé pobolívání. Ve formě křečí se manifestuje viscerální charakter bolesti. Je problematický z hlediska určení a lokalizace. Vzniká v důsledku patologických procesů v hrudních a břišních orgánech. Posledně zmíněný charakter bolesti bývá nemocnými udáván jako nepříjemné pálení, brnění, případně vystřelování, neboť vychází z centrálního nervového systému, nebo periferního nervového systému.<sup>64</sup>

Při hodnocení časového faktoru je důležitý nástup, doba trvání a frekvence bolesti. Sestry by se měly zaměřit zejména na tyto typy bolestí.

1. Bolest epizodní. Vyskytuje při pohybu nebo aktivitě. Tento druh bolesti lze předvídat a dá se jí zabránit podáváním analgetik před aktivitou, která ji vyvolává.
2. Bolest průlomovou. Jedná se o nepředvídatelné zhoršení stávající bolesti.
3. Bolest na konci plánované dávky analgetika. Tato bolest souvisí s odezníváním účinků podaných léků. Lze jí předcházet zkrácením intervalu podávání léčiv, případně navýšením dávky analgetik.<sup>65</sup>

Sestra si musí všimnout nejen fyziologických projevů, ale i pacientova chování a jeho míry sebeobsluhy při saturaci vlastních potřeb.

Rokyta uvádí, že prvořadým smyslem a účelem základní farmakologické léčby bolesti je její intenzitu a působení alespoň snížit nebo nejlépe zcela odstranit, a to při minimálních negativních dopadech na zdraví pacienta, jež se mohou manifestovat právě v důsledku podávání léčiv jako jejich vedlejší účinky. Bolest lze podle její intenzity rozlišovat do 3 stupňů. Ty představují tzv. analgetický žebříček podle WHO. Podle tohoto žebříčku se v prvním stupni u mírných bolestí doporučuje začínat s podáváním

---

<sup>63</sup> Dvořáková, D. *Hodnocení bolesti u seniorů*. ZDN.cz.

<sup>64</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 92

<sup>65</sup> Tamtéž.

neopioidních analgetik. Při středně silné bolesti se mohou jevit jako nedostačující, proto se ve druhém stupni mohou přidávat slabá opioidní analgetika. Jestliže ani tento typ analgetik nestačí, pak se ve třetím stupni slabé opioidy nahrazují silnými. Podávat lze tzv. adjuvantní analgetika, tišící určité druhy bolesti a současně s nimi i pomocné léky, eliminující vedlejší účinky zmíněných analgetik. Rokyta uvádí jako možné vodítko (zejména u bolesti akutní) také tzv. oxfordskou ligu analgetik, sestavenou na základě výsledků metaanalýz mnoha klinických studií. Podle této ligy mají u akutní bolesti nejvyšší pravděpodobnosti analgetického účinku nejen silné opioidy ale i nesteroidní antiflogistika/antirevmatika (např. ibuprofen, diklofenak), kombinace paracetamolu s opioidy podanými ve vysokých (nicméně ještě přípustných) dávkách a nekyselý pyrazolon metamizol. Analgetický účinek může mít do určité míry rovněž farmakologicky neúčinná nápodoba léku (tzv. placebo).<sup>66</sup>

Protože bolest není jen fyziologický ale také emocionální fenomén, kognitivně-behaviorální přístupy mohou její vnímání modifikovat. Relaxace, distrakce, terapie hudbou a hypnóza by tedy měly být součástí léčby. Tyto metody jsou nicméně pouze okrajové, doplňují farmakologickou a invazivní léčbu.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Rokyta, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009, str. 88

<sup>67</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 99

## 4 Doprovázení pečujících a komunikace v péči

Okamžik sdělení závažné diagnózy onemocnění s minimální perspektivou na vyléčení významně dopadá také na rodiny a blízké nemocného v různé intenzitě v závislosti na kvalitě vzájemného vztahu mezi nemocným a konkrétním členem rodiny. Prožívání blízkých lidí se od prožívání nemocného v mnohém neliší, naopak lze vysledovat mnoho shodných rysů. Dostavuje se různě intenzivní pocit strachu, obav, úzkosti. Se závažnými onemocněními jsou spjaty zásadní změny v dynamice rodinných vztahů. Každý člen rodiny se rozdílně vyrovnává s tak dramatickou informací a různě v závislosti na intenzitě vztahu k nemocnému a vlastní osobnosti. Mění se i forma komunikace, mohou vznikat nejrůznější problémy, bariéry. Právě této problematice věnuji závěrečnou kapitolu teoretické části.

### 4.1 Adaptace rodinných příslušníků na zátěžovou situaci nemoci

V důsledku celé závažné situace podle individuálního osobnostního nastavení konkrétních příslušníků rodiny nemocného se pochopitelně snaží rodina na novou situaci adaptovat. *„Rodinní příslušníci pacienta s letálním onemocněním často trpí emočním dyskomfortem, intrapsychickými a interpersonálními konflikty. Schopnost adaptace na závažnou stresovou situaci bývá nedostatečná, což opět může vést k vzájemné distanci a k izolaci nemocného. Pokud se rodina rozhodne pečovat o svého umírajícího doma, její přínos spočívá v tom, že poskytuje nemocnému emoční podporu, spolupodílí se na rozhodování týkající se péče o něj, vykonává ošetrovatelské úkony, které v nemocnici provádí vyškolený personál, a tím se do určité míry také zvyšuje jejich pocit moci. V rodině se však také snižuje ekonomický a sociální standard, protože pečující zůstává doma a soustředí se často jen na péči o umírajícího. Budeme-li nahlížet na rodinu jako na systém, dochází zde k přerozdělování rolí a odpovědnosti tak, aby byla rovnováha systému zachována. Rodina se musí v akutní fázi onemocnění adaptovat na diagnózu, první léčbu, relaps onemocnění a na komplikace léčby. V chronické fázi onemocnění se rodina vyrovnává s dlouhodobou hospitalizací svého člena, s dlouhou léčbou, s jeho návraty domů, s obdobími remise a konečně i s jeho umíráním.“*<sup>68</sup>

Velká část pacientů chce zemřít doma, v rodinném kruhu. Mnoho rodin proto potřebuje pomoc, aby se byly schopny o své blízké adekvátně postarat. Podle WHO představuje rodina základní jednotku paliativní péče. Nově se snaží zdravotníci

---

<sup>68</sup> Doprovázení pečujících. *Umírání.cz.*

navazovat kontakt a užší spolupráci s příslušníky rodiny nemocného. Určitá úskalí lze vysledovat v oblasti podpory a pomoci členů rodiny nemocného ze strany zdravotníků. Práce s rodinou nemocného je tak formou nové výzvy pro samotné zdravotníky a rozvoj systému paliativní péče. Úzká a důvěrná forma vzájemné spolupráce vede ke zkvalitnění celé léčebné snahy zdravotníků. Proto by se jí neměli stranit a vyhýbat a naopak by měli usilovat o její rozvoj. V důsledku toho pak zvládá rodina tuto náročnou situaci snáze.<sup>69</sup>

#### **4.2 Potřeby pečujících a intervence v rodině**

Rodinní příslušníci, jejichž vlastní potřeby nejsou uspokojeny, jsou méně schopni starat se o pacienta a častěji mají sami fyzické i psychické problémy. Je proto úkolem zdravotníků jim pomáhat, podporovat je v tom, jak pečovat o blízkého nemocného, jak mu zajistit určitý komfort, pohodlí a adekvátní formu péče. Rozhodující roli hrají následující níže prezentované čtyři kategorie potřeb. Ujistění příbuzných, že pacient nemá velké potíže. Příbuzní, kteří vidí, že jejich milovaný zemřel v klidu a bez utrpení, jsou spokojenější s péčí, která mu byla poskytována a vzpomínají na poslední dny pacientova života bez nadměrného stresu. Na druhé straně, pokud pacient zemřel v bolestech nebo velké tísní, mají příbuzní pocity provinění a lítosti, protože si kladou za vinu, že lépe nehájili jeho zájmy. Proto je nezbytné věnovat pozornost zajištění fyzické i psychické pohody pacienta a poskytnout podporu členům rodiny, kteří vidí, jak pacient trpí. Dostatek informací. Rodinní příslušníci potřebují komplexní, průběžné, aktuální, včasné informace o nemoci, nemocném, formě péče. Poskytované informace by měly být jednoduché, srozumitelné a odpovídající aktuálním potřebám rodiny. Praktické rady a konkrétní informace podané všeobecnou sestrou jsou užitečné zejména tehdy, když se příbuzní starají o nemocného. Praktické potřeby rodiny. Ohrožené jsou zejména rodiny, které žijí v odlehlých oblastech nebo pečují o starého člověka. Tam, kde sám pečovatel je starý a má vlastní zdravotní problémy, může být zátěž obrovská. Proto je při zapojení členů rodiny do péče o pacienta nutné brát v úvahu fyzické možnosti jednotlivých členů. S péčí o nemocného doma může být spojena rovněž nemalá finanční zátěž. Pečovatelé musí často přerušit zaměstnání, aby se mohli o své blízké starat. Náklady mohou být vysoké a mohou dále přispívat ke stresu, který rodinu zatěžuje.

---

<sup>69</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 221

Potřeba emocionální podpory. Rodina potřebuje pomoc při vyrovnávání se s nejistotou ohledně prognózy onemocnění, neodvratnou smrtí pacienta, s komunikací mezi členy rodiny a zvládání vlastního psychického stresu. Jednou z nejtěžších zkušeností členů rodiny je nutnost akceptovat zhoršování mentálního stavu pacienta.<sup>70</sup> Z výše uvedeného vyplývá, že úkolů a nároků, kladených na zdravotnický personál je poměrně mnoho. Je důležité, aby případné intervence byly uzpůsobeny potřebám rodinných příslušníků.

### 4.3 Komunikace s umírajícím

Každému člověku je vlastní velmi pestrý způsob komunikace verbální a neverbální. Stejně tak i nemocný a umírající proto potřebuje komunikovat se svým okolím. Je to právě komunikace, která zásadním způsobem může utvářet celkovou kvalitu poskytované péče. Tento základní atribut lidství ovšem bývá zdravotnickým personálem často podceňován, opomíjen. *„Zvládnutí komunikace i jejích úskalí je náročným úkolem. Klade nárok na profesionalitu, ale zároveň na osobní zralost, autoregulační mechanismy sestry. Nemocní mají různé mechanismy vyrovnávání se s dlouhodobou zátěží. Může docházet ke konfliktům mezi sestrou a pacientem, popř. rodinou. Hněv na osud, na nemoc, se může obrátit proti konkrétní osobě. Nejbližší k nemocnému a nejvíce času s ním tráví právě sestra.“*<sup>71</sup> K ošetrovatelské praxi patří tři druhy komunikace, a to sociální, strukturovaná a terapeutická. Prvně uvedená je spíše nahodilá, situační, nezáměrná a typická pro běžné mezilidské setkání. Druhá uvedená je záměrná, účelná, plánovitá s konkrétním cílem. Může se třeba jednat o předoperační rozhovor apod. Posledně zmíněný druh komunikace je léčebný. Jedná se o proces, jehož smyslem a cílem je vědomě *„...užití verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi sestrou a pacientem. Cílem je zhodnocení problémů, emocionálních projevů a zjištění pacientových obav a starostí.“*<sup>72</sup> Při ošetrování umírajících pacientů se může sestra setkat s celou řadou témat. Z nejčastějších uvádím: obavy z nedostatku zájmu druhých, obavy z dalšího průběhu onemocnění, obavy ze změn tělesného schématu, obavy ze ztráty schopnosti ovládat tělesné funkce, obavy ze smrti. Je-li sestra dobře profesně připravena, má pro dobrou komunikaci lepší výchozí pozici. Platí zde, že nejdůležitější faktor představuje zájem

<sup>70</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 223 - 226

<sup>71</sup> Venglářová, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, str. 107

<sup>72</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 30



o nemocného. Významnou roli nicméně hraje nejen komunikace, ale také způsob, jakým sestra vykonává péči o nemocného. Ošetřovatelství by mělo být prováděno s úctou a respektem k přáním nemocného. Pro současnou péči je bohužel charakteristický nedostatek prostoru pro rozhovor. Sestry jsou tak často zaskočeny nemocným, který je v nečekaném okamžiku požádá o dialog na velmi závažné téma. Přestože se jedná o značně obtížné situace a reakce na pacientovy obavy sestru často uvádějí do rozpaků, lze v těchto případech využít techniku nedirektivního vedení rozhovoru. Sestra by měla při rozhovoru nemocného akceptovat se všemi jeho projevy, včetně negativních. Měla by se vyvarovat hodnocení jeho chování a při případném konfliktu mu poskytnout dostatek času na to, aby se uklidnil. Pochopení by měla vyjadřovat vhodnými formulacemi (chápu, rozumím apod.), reflektovat sdělení nemocného a snažit se sdělovanému porozumět. Důležitá je rovněž autentičnost reakce.<sup>73</sup>

Pacienti (a jejich rodinní příslušníci) potřebují včasné, úplné informace o možnostech léčby, prognóze a vedlejších účincích léčby, aby mohli spolurozhodovat o poskytované péči. Efektivní komunikace vyžaduje detailní znalost situace. Je proto třeba, aby sestry byly obeznámeny s pravděpodobnými příčinami pacientovy tísně. Musí být schopné správně odhadnout skryté problémy či obavy. Nezbytným předpokladem pro efektivní terapeutický rozhovor jsou specifické komunikační dovednosti. Efektivní komunikace umožní zjistit pacientovy hlavní problémy a pocity a pomůže při sdělování i přijímání špatných zpráv. Efektivní komunikace také umožní zúčastněným stranám spolupracovat při rozhodování o léčbě lépe sledovat nepříznivé tělesné i psychické reakce pacienta. Naopak nevhodně vedená komunikace vede ke zcela zbytečnému zvyšování psychické zátěže pacienta a případnému rozvinutí duševních obtíží. Rozvoji efektivní komunikace brání komunikační bariéry, které se mohou vyskytovat jak na straně pacientů, tak na straně sester a dalších zdravotnických pracovníků. Někteří pacienti se nedokážou se svými potížemi svěřit z nejrůznějších důvodů. Sestry jsou proto v situaci, kdy se musí snažit takové pacienty identifikovat a proaktivně jim dávat najevo svou připravenost naslouchat a sdílet jejich trápení a prolomit tak onu komunikační bariéru. S tím také souvisí individuální preference způsobu komunikace. Pro sestru tak vyvstává další úkol – přizpůsobit se v komunikaci pacientovi a akceptovat ho jakožto lidskou bytost se vším všudy a jím požadovanou

---

<sup>73</sup> Venglářová, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, str. 108 - 109

úroveň zprostředkované informovanosti například ve vztahu k rozhodování o indikovaném léčebném postupu. Za poněkud problematické je nutno označit situaci, kdy se vyskytují komunikační bariéry na straně zdravotníků. Do jejich komunikační strategie se mohou promítat osobnostní a povahové rysy, intelekt, rozsah a úroveň odborného vzdělání, míra schopnosti empatie apod. Zdravotnický personál si mnohdy svou problematickou komunikaci ani neuvědomuje. Je proto na místě, aby se zdravotnický personál nejlépe průběžně zdokonaloval právě v oblasti komunikačních dovedností s pacienty a eliminoval možné bariéry, které zbytečně komplikují poskytovanou péči.<sup>74</sup>

#### **4.4 Komunikace s příbuznými umírajícího**

V potřebě komunikace o nemoci dochází mezi nemocným a jeho rodinnými příslušníky k častým neshodám. Dále také u všech, kteří jsou emočně účastni v celé situaci, dochází k negativně laděným psychickým proměnám a vnitřním konfliktům jako důsledek stresu z celé situace. To zapříčiňuje vznik komunikační bariéry a významně limitují možnost otevřené komunikace.<sup>75</sup> Komunikace s rodinou proto nepatří ke snadným úkolům. Sestra se v tomto případě dostává pod tlak rodiny, která ji žádá o informace, jež ale nemůže ze svého postavení rodině podat. Jejím hlavním posláním je poskytování emoční podpory rodině, aktivní naslouchání, empatie, porozumění.<sup>76</sup> Z výše uvedeného vyplývá, že paliativní péče počítá s efektivní komunikací se všemi zúčastněnými, a zároveň i s velkým emocionálním zatížením. Současně však může mít velmi konkrétní a uspokojující přínos jak profesionální tak i osobní.

---

<sup>74</sup> Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, str. 31 - 35

<sup>75</sup> Doprovázení pečujících. *Umírání.cz*.

<sup>76</sup> Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří, Karmelitánské nakl., 2008, str. 140

## Praktická část

V praktické části bakalářské práce „*Ošetrovatelský proces v péči o umírajícího*“ se hodlám zabývat reálným stavem poskytování paliativní péče ve vybraných institucích typu LDN.

### 5 Průzkum - stav paliativní péče ve vybrané LDN

V současnosti je z důvodu nedostatku specializovaných zařízení mnoho pacientů překládáno k terminální péči právě do LDN. Proto by se mělo jednat o zařízení, ve kterém je poskytování obecné paliativní péče běžným standardem.

#### 5.1 Formulace problému, cíle průzkumu

Jak je již výše naznačeno, tak hlavním problémem a předmětem zamýšleného průzkumu je stávající úroveň poskytované OPP ve vybrané LDN, jež velmi obtížně zvládají nároky terminálně nemocných pacientů. Proto je cílem pomocí adekvátně zvoleného průzkumného nástroje, dostatečně distribuovaného, zjistit stav a úroveň ve vybraných institucích typu LDN. Cílem průzkumu je snaha zjistit úroveň znalostí a dovedností personálu. Ve vlastním a nestandardizovaném dotazníku se zaměřuji na nejdůležitější aspekty obecné paliativní péče poskytované v LDN. Zabývám se rovněž problematikou zmírňování bolesti a komunikací zdravotnického personálu s pacientem a jeho rodinou. Na základě zjištěných výsledků chci upozornit na její případné nedostatky a navrhnout opatření k jejímu případnému zlepšení a zefektivnění fungování.

#### 5.2 Hypotézy

Před započítím vlastního průzkumu bylo stanoveno pět níže uvedených hypotéz, které postihují klíčové atributy kvalitní paliativní péče.

**H1:** Předpokládám, že většina<sup>77</sup> respondentů je obeznámena s problematikou paliativní péče.

**H2:** Předpokládám, že podle většiny respondentů nedisponují LDN vhodným zázemím pro poskytování paliativní péče.

**H3:** Předpokládám, že většina z oslovených všeobecných sester absolvovala školení věnované otázkám paliativní péče.

**H4:** Předpokládám, že se respondenti věnují monitorování bolesti pacientů.

---

<sup>77</sup> Většina respondentů je stanovena od 51% výše.

**H5:** Domnívám se, že respondenti využívají v péči o terminálně nemocného efektivní komunikaci.

### 5.3 Metodika a charakteristika zkoumaného souboru

Šetření na téma „Paliativní péče v LDN“ bude realizováno prostřednictvím empirické kvantitativní metody – dotazníku, který je zařazen do příloh jako příloha č. 1. Tento nestandardizovaný dotazník je mou vlastní konstrukcí, použity jsou otázky uzavřené, otevřené a otázky škálové. Zvolené otázky jsou v dotazníku sestaveny od otázek demografických k otázkám zaměřených na zmapování úrovně znalostí respondentů o paliativní péči, mírnění bolesti pacientů v paliativní péči, komunikaci s nemocnými a jeho blízkými. Výběr respondentů je cílený. Konkrétně se jedná o všeobecné zdravotní sestry a zdravotnické asistenty pracující v LDN Carvac Aš a LDN DOP-HC Dolní Rychnov. Pro úplnost dodávám, že Léčebna dlouhodobě nemocných, sídlí v ulici Nemocniční 52, v Aši. *„Carvac s.r.o. je soukromé zdravotnické zařízení. Provozuje léčebnu dlouhodobě nemocných, která poskytuje lůžkovou ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Péče je poskytována především klientům z oborů interna, chirurgie, neurologie, onkologie a ARO. Ve skladbě klientů převažují starší klienti s interními diagnózami s komplikacemi stárnutí. Z chirurgických oborů jsou hospitalizováni především klienti na doléčení po zlomeninách a operacích po odeznění akutního stavu pacienta. Společnost provozuje léčebnu v areálu bývalé ašské nemocnice.“*<sup>78</sup> Druhé uvedené zařízení LDN DOP-HC Dolní Rychnov, se sídlem ul. Bergmannova 140, Dolní Rychnov Sokolov lze stručně charakterizovat jako *„...soukromé zařízení nabízí zdravotní péči včetně rehabilitace klientům s chronickým onemocněním v akreditované LDN a sociální služby v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem. Na sokolovsku zajišťuje také domácí zdravotní péči - Home Care. V Lokti pečovatelskou službu. Forma služeb je pobytová, ambulantní, terénní.“*<sup>79</sup>

### 5.4 Výsledky výzkumu

Šetření bylo realizováno v období od 1. 3. 2012 do 8. 3. 2012. S laskavým svolením hlavních sester bylo mezi respondenty ze jmenovaných zařízení s žádostí o vyplnění rozdáno celkem 100 dotazníků. Zpět vráceno bylo 86 dotazníků. Z toho pět

<sup>78</sup> Viz blíže webové stránky tohoto zařízení, dostupné z <http://www.carvac.cz/zdravotnicke-sluzby>.

<sup>79</sup> Viz blíže webové stránky tohoto zařízení, dostupné z <http://www.peceoseniory.cz/detail-zarizeni/737-dop-hc-dolni-rychnov/>.

se vrátilo nevyplněných a dva byly vyřazeny z důvodu neúplnosti či nesprávného vyplnění. V souvislosti s distribucí dotazníků a jejich zpětným výběrem nepochybně stojí za zmínku fakt, že ti, kteří odmítli dotazník vyplňovat, otevřeně zmiňovali podezření na to, že je někdo zřejmě chce přezkoušet z jejich znalostí. Jiní vyplňování dotazníku odmítli s odůvodněním na svou zaneprázdněnost a nezáměrem se tohoto průzkumu účastnit. Jiné odradil rozsah dotazníku a složitá formulace otázek. Dvě oslovené respondentky zcela otevřeně uvedly, že „...na to už nemají mozkovou kapacitu a ať to za ně vyplní kolegyně.“ Přitom ovšem nelze říci, že by se podobné průzkumy konaly v tomto prostředí často, nebo že by dotazník byl příliš náročný. Dále zpracováváno a hodnoceno bylo 79 dotazníků, což představuje 79% návratnost a lze tak považovat tuto návratnost jako poměrně vysokou.<sup>80</sup>

V první části dotazníku byla zjišťována základní demografická data o respondentech. Z hlediska pohlaví se průzkumu zúčastnilo 9 mužů a 70 žen. Je nutné ovšem doplnit, že toto zastoupení (poměrově cca 1 : 9 ve prospěch žen) z hlediska pohlaví podle mého soudu zcela odráží reálnou personální skladbu, proto můžeme tento vzorek respondentů považovat za dostatečně reprezentativní. Co se týče věkové struktury oslovených respondentů, tak největší zastoupení vykazovala třetí a čtvrtá věková kategorie, a to respondenti ve věku 34 až 53 let. Nejmladšímu respondentovi (muži) bylo v době konání průzkumu 20 let a nejstaršímu respondentovi - ženě bylo 62 let. Pro větší názornost je níže přiložena tabulka.<sup>81</sup>

**Tabulka 1 - Věková struktura respondentů**

	do 23 let	24 až 33 let	34 až 43 let	44 až 53 let	54 let a výše	Součet
Muži	1	2	4	1	1	9
Ženy	0	12	24	21	13	70

Co se týče struktury respondentů z hlediska vzdělání, pak se mezi nimi vyskytovala pouze jedna žena s vysokoškolským (bakalářským) vzděláním ve zdravotnickém oboru. Ostatní respondenti vystudovali střední zdravotnické školy. Pět respondentů v dotazníku zmínilo jako své nejvyšší ukončené vzdělání pomaturitní specializační studium ve zdravotnictví. To ovšem nelze ve smyslu zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách v novelizovaném znění, považovat za vyšší odborné, či

<sup>80</sup> Viz Reichel, 2009

<sup>81</sup> Veškeré prezentované tabulky v této podkapitole jsou mé vlastní.

vysokoškolské vzdělání. Proto i tito respondenti budou zařazeni v kategorii středoškoláků.

**Tabulka 2- Vzdělání respondentů**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi / Stupnice			Kontrolní součet
		1	2	3	
Muži	Absolutní	9	0	0	9
	Relativní	100%	0%	0%	100%
Ženy	Absolutní	69	0	1	70
	Relativní	99%	0%	1%	100%

U respondentů jsem také zjišťoval jejich délku praxe v oblasti paliativní péče, neboť ta také významným způsobem přispívá k prohlubování zkušeností, znalostí a dovedností v oboru. Uspokojivé je, že většina respondentů (71 %) vykazovala praxi delší než tříletou.

**Tabulka 3 - Délka praxe**

	do 3 let	4 až 10 let	11 až 20 let	21 a více let
Muži	3	4	2	0
Ženy	12	27	23	8

V absolutních číslech to uvedlo konkrétně 56 respondentů (mužů i žen). Pouze 15 z oslovených pracuje méně než tři roky v oblasti paliativní péče. A naopak osm respondentek v oboru pracuje 21 let a více.

Nyní lze přistoupit k vyhodnocování samotných 15 položených otázek. V první otázce byla zjišťována znalost podstaty (definice) paliativní péče. Nabídnuty byly čtyři možné odpovědi, přičemž první uvedená je správná.

- a) Komplexní aktivní léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu.
- b) Komplexní aktivní léčba a péče poskytovaná onkologickým pacientům.
- c) Péče o pacienty s chronickým onemocněním.
- d) Zvyšování kvality života geriatrických pacientů.

**Tabulka 4 - Vyhodnocení otázky č. 1**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi				Kontrolní součet
		a)	b)	c)	d)	
Muži	Absolutní	5	1	2	1	9
	Relativní	56%	11%	22%	11%	100%
Ženy	Absolutní	38	12	16	4	70
	Relativní	54%	17%	23%	6%	100%

Jako potěšující můžeme označit fakt, že většina (více než polovina) mužů i žen označila první, správnou odpověď. Za pozornost ovšem stojí, že pětina respondentů (mužů i žen) nesprávně či nepřesně vnímá paliativní péči jako péči o pacienty s chronickým onemocněním.

Ve druhé položené otázce byla zjišťována znalost termínu obecná paliativní péče. Nabídnuty byly čtyři možnosti odpovědi, přičemž třetí možnost byla správná.

- a) Nadstandardní péče poskytovaná vybranými zdravotnickými zařízeními.
- b) Standardní péče poskytovaná praktickým lékařem v rámci preventivní prohlídky.
- c) Klinická péče v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností.
- d) Aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni.

**Tabulka 5 - Vyhodnocení otázky č. 2**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi				Kontrolní součet
		a)	b)	c)	d)	
Muži	Absolutní	2	1	6	0	9
	Relativní	22%	11%	67%	0%	100%
Ženy	Absolutní	8	11	48	3	70
	Relativní	11%	16%	69%	4%	100%

Správnou třetí nabídnutou odpověď označila nadpoloviční většina všech respondentů. Za zmínku ovšem stojí i skutečnost, že tuto formu péče považuje 12 % všech respondentů (2 muži a 8 žen) za nadstandard, poskytovaný ve vybraných zařízeních. To může odrážet situaci, kdy je tato forma péče skutečně nedostačující reálným potřebám.

V navazující třetí otázce byla zjišťována znalost pojmu specializované paliativní péče. Nabídnuty byly čtyři níže uvedené odpovědi, z nichž první byla správná.

- a) Interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče odborně vzděláni.
- b) Interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků onkologickým pacientům.
- c) Specializovaná péče, která se zabývá diagnózou a převážně nechirurgickou léčbou onemocnění vnitřních orgánů u dospělých.
- d) Specializovaná péče zaměřená na poruchy příjmu potravy.

**Tabulka 6 - Vyhodnocení otázky č. 3**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi				Kontrolní součet
		a)	b)	c)	d)	
Muži	Absolutní	6	1	1	1	9
	Relativní	67%	11%	11%	11%	100%
Ženy	Absolutní	51	13	6	0	70
	Relativní	73%	19%	9%	0%	100%

Podobně jako u předcházejících dvou otázek většina respondentů správnou odpověď označila. Za pozornost rovněž stojí celkem 14 respondentů na možnost b), což může odrážet větší zaměření právě na onkologické pacienty v paliativní péči.

Ve čtvrté otázce byli respondenti dotazováni, zda považují stávající úroveň paliativní péče poskytovanou v dané LDN za vyhovující. V odpovědích svou nespokojenost s poskytovanou péčí projevovaly spíše ženy (59%) oproti mužům (33%). Lze se tak domnívat, že to může souviset s větší empatií žen a jejich specifitějším a citlivějším vnímání sociálního kontextu situace a životních podmínek.

**Tabulka 7 - Vyhodnocení otázky č. 4**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi		Kontrolní součet
		a)	b)	
Muži	Absolutní	6	3	9
	Relativní	67%	33%	100%
Ženy	Absolutní	29	41	70
	Relativní	41%	59%	100%



K této otázce se vázal doplňující dotaz, snažící se zjistit důvody nespokojenosti. Zejména ženy - respondentky, uváděly jako důvod nespokojenosti značné pracovní vytížení, značné nároky, které si kvalitně poskytovaná péče přirozeně žádá. Celkově oslovení, kteří záporně reagovali na čtvrtou otázku, zmiňovali nedostatek kvalifikovaného personálu a nedostatečné finanční ohodnocení.

V páté otázce bylo zjišťováno průběžné vzdělávání v oblasti paliativní péče. Na tuto otázku reagovali všichni kladně. Rozsah a zaměření průběžného vzdělávání nejen v oblasti paliativní péče je přímo stanoveno legislativně. V navazující otázce byli respondenti dotazováni na přínos vzdělávání. Nejčastěji oslovení uváděli aktualizování svých znalostí, rozšiřování obzorů, udržování odbornosti. Vyskytly se ovšem také specifické odpovědi, z nichž jednu vybírám jako reprezentativní, stojící za zmínku zcela přesně ocitovat. „*Je to nutný zlo a buzerace. Akorát to člověka stresuje a nutí neustále počítat kredity a hodiny. Je to zbytečně komplikovaný. To mi fakt jako teda dost docela vadí!*“ Tato respondentka zřejmě naráží na poměrně komplikovaný systém průběžného vzdělávání, který by si podle mého soudu rovněž zasloužil určité zjednodušení a zmírnění.

V šesté otázce bylo zjišťováno aktivní monitorování bolesti pacientů. Celkem 62 % oslovených uvedlo, že se aktivně snaží zjišťovat bolest pacientů. Ovšem naprosto znepokojivé je, že v odpovědích na sedmou otázku jen 22 % z oslovených uvedlo, že k tomu používá škály bolesti. Lze se ale také domnívat, že výsledek odráží skutečnost, že ne všichni pochopili, co je míněno škálou bolesti. V osmé otázce byli kladně reagující na předchozí dotaz tázáni, kterou konkrétní metodu při monitoringu bolesti pacienta nejčastěji užívají.

**Tabulka 8 - Vyhodnocení otázky č. 8**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi						Kontrolní součet
		a)	b)	c)	d)	e)	f)	
Muži	Absolutní	3	4	0	0	0	2	9
	Relativní	33%	44%	0%	0%	0%	22%	100%
Ženy	Absolutní	18	22	27	0	0	3	70
	Relativní	26%	31%	39%	0%	0%	4%	100%

Z vyhodnocení vyplývá, že aktivně bolest nemonitoruje jen pět z oslovených, což je 6 % z celkového počtu respondentů (2 muži a 3 ženy). Nejčastěji je pak využívána tzv. Vizuální analogová škála, Verbální škála bolesti, případně Obličejová škála. Naopak *Dotazník SCL-90 (Symptom Checklist 90)* nikdo nepoužívá

k monitorování bolesti. Stejně tak žádný z respondentů nejmenoval jinou než nabídnutou metodu monitorování bolesti.

V deváté otázce byli respondenti dotazováni, zda spolupracují při péči o terminálně nemocné pacienty s Centrem bolesti.

**Tabulka 9 - Vyhodnocení otázky č. 9**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi				Kontrolní součet
		a)	b)	c)	d)	
Muži	Absolutní	0	1	2	6	9
	Relativní	0%	11%	22%	67%	100%
Ženy	Absolutní	4	18	27	21	70
	Relativní	6%	26%	39%	30%	100%

Pravidelně s Centrem bolesti spolupracuje jen 6 % respondentek (a žádný z mužů respondentů). Občasnou spoluprací udává téměř čtvrtina všech respondentů a spíše výjimečně spoluprací vyhledává více než třetina všech oslovených. Tuto možnost ovšem vůbec nevyužívá třetina všech respondentů. Pro zajímavost doplňuji, že z hlediska pohlaví se jedná o většinu oslovených mužů (67 %) a téměř třetinu oslovených žen (30 %).

V desáté položené otázce, zjišťující názor na vliv pravidelné efektivní komunikace zdravotnického personálu s umírajícím pacientem na jeho psychický stav, se většina respondentů domnívá (jednoznačně a spíše), že působí kladně. Konkrétně 78 % mužů uvedlo jednoznačně kladný vliv a 11 % spíše kladný. Pouze jeden z nich nedokázal vliv komunikace posoudit. U žen se 56 % z nich domnívá, že tato forma pravidelné komunikace jednoznačně prospívá umírajícím. Téměř třetina se vyjádřila, že spíše kladně prospívá komunikace pacientům. Jen devět z oslovených respondentek nedokázalo posoudit vliv komunikace na psychický stav pacientů. Zajímavé také je, že nikdo z oslovených nezmínil odpovědi d) a e). Z výše uvedeného tedy vyplývá, že pravidelná komunikace zdravotnického personálu velmi prospívá pacientům.

**Tabulka 10 - Vyhodnocení otázky č. 10**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi					Kontrolní součet
		a)	b)	c)	d)	e)	
Muži	Absolutní	7	1	1	0	0	9
	Relativní	78%	11%	11%	0%	0%	100%
Ženy	Absolutní	39	22	9	0	0	70
	Relativní	56%	31%	13%	0%	0%	100%

V jedenácté otázce byli respondenti dotazováni, zda se soustředí na konkrétní oblast při komunikaci s nevyлéčitelně nemocným. Na výběr bylo pět možných, níže uvedených, variant.

- a) Tělesný vzhled, příznaky zhoršujícího onemocnění.
- b) Emoční stránku (strach, vztek, smutek, obavy)
- c) Psychický stav (vztah s rodinnými příslušníky, opuštěnost).
- d) Na všechny výše uvedené.
- e) Držím si od nemocného odstup.

**Tabulka 11 - Vyhodnocení otázky č. 11**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi					Kontrolní součet
		a)	b)	c)	d)	e)	
Muži	Absolutní	3	0	1	2	3	9
	Relativní	33%	0%	11%	11%	33%	100%
Ženy	Absolutní	6	16	18	27	3	70
	Relativní	9%	23%	26%	39%	4%	100%

Při vyhodnocování této otázky je vhodné si všimnout odpovědí dle pohlaví. U mužů si třetina bohužel drží odstup od pacientů, naproti tomu třetina oslovených mužů sleduje spíše tělesný vzhled a příznaky onemocnění pacientů. Dva z nich se zajímají o komplexní stav pacienta. Opět se lze domnívat, že takový přístup odráží méně emočně založené mužské jednání a chování. Naproti tomu oslovené ženy se převážně (39 % respondentek) soustředí na všechny jmenované oblasti. Zajímavé také je, že 23 % respondentek se soustředí na emoce pacienta a 26 % pak na vztahové problémy pacientů. Zřejmě to odráží jejich osobnostní ladění. Celkově si všech charakteristik všimá 37 % respondentů.

Dvanáctá otázka zjišťovala obavy při samotné komunikaci s nemocným. Respondenti vybírali z těchto nabízených odpovědí.

- a) Reakcí nemocného, zejména jeho obav z umírání.

- b) Počátečního navození vzájemné důvěry.
- c) Samotného kontaktu, raději moc nemluvím.
- d) Obávám se, že nedokážu nemocnému adekvátně odpovědět.
- e) Neobávám se ničeho.

**Tabulka 12 - Vyhodnocení otázky č. 12**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi					Kontrolní součet
		a)	b)	c)	d)	e)	
Muži	Absolutní	2	3	3	0	1	9
	Relativní	22%	33%	33%	0%	11%	100%
Ženy	Absolutní	18	9	3	0	40	70
	Relativní	26%	13%	4%	0%	57%	100%

Z vyhodnocení pozitivně vyplývá, že v komunikaci se většina respondentů (51 %) ničeho neobává. Konkrétně pak u žen je to 57 % oslovených a 11% respondentů mužů. 26% oslovených žen se ale obává reakcí nemocného a jeho obav z umírání. Naproti tomu muži udávali spíše obavy při navozování kontaktu a důvěry s nemocným. Tyto odpovědi vzájemně korespondují s vyhodnocenou jedenáctou otázkou a poukazují na možné generové rozdíly v komunikačních schopnostech mužů a žen, kteří se věnují péči o umírající.

Ve třinácté otázce bylo zjišťováno na stupnici od 1 do 5 (1 – dokážu, 5 – nedokážu) schopnost respondentů hovořit s pacienty, kteří mají terminální onemocnění, o jejich psychických problémech.

**Tabulka 13 - Vyhodnocení otázky č. 13**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi					Kontrolní součet
		1	2	3	4	5	
Muži	Absolutní	1	3	4	1	0	9
	Relativní	11%	33%	44%	11%	0%	100%
Ženy	Absolutní	33	18	16	3	0	70
	Relativní	47%	26%	23%	4%	0%	100%

V akceptovatelném pásmu od 1 do 3 se pohybovala většina respondentů, méně uspokojivé komunikační schopnosti spíše vycházejí u mužů.

V návaznosti na to pak byla v otázce č. 14 zjišťována schopnost hovořit s rozrušenými (plačícími, neklidnými, vyděšenými) pacienty, a to za použití téže stupnice.

**Tabulka 14 - Vyhodnocení otázky č. 14**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi					Kontrolní součet
		1	2	3	4	5	
Muži	Absolutní	0	2	5	2	0	9
	Relativní	0%	22%	56%	22%	0%	100%
Ženy	Absolutní	36	20	11	3	0	70
	Relativní	51%	29%	16%	4%	0%	100%

Také u rozboru těchto odpovědí lze označit ženy jako schopnější v komunikaci s rozrušenými pacienty. Většina z nich (51 % a 29 %) zvládá i tento způsob komunikace. Určité obtíže uvádějí mužští respondenti, kteří se spíše hodnotí méně uspokojivě (celkem dvě třetiny respondentů v pásmu 3 a 4). Ovšem celkově lze hodnotit příznivě.

V patnácté otázce byla zjišťována schopnost respondentů komunikovat s blízkými nemocného. Nabídnuty byly čtyři možné, níže uvedené odpovědi.

S rodinou pacienta v paliativní péči komunikují:

- a) Jen když mne přímo osloví.
- b) S rodinou komunikuji, poskytuji jí informace z oblasti ošetrovatelské péče.
- c) Aktivně vyhledávám komunikaci s rodinou a ukazuji jí možnosti spolupráce v péči o nemocného.
- d) Nekomunikuji.

**Tabulka 15 - Vyhodnocení otázky č. 15**

Pohlaví	Četnost	Odpovědi				Kontrolní součet
		a)	b)	c)	d)	
Muži	Absolutní	3	2	1	3	9
	Relativní	33%	22%	11%	33%	100%
Ženy	Absolutní	5	33	28	4	70
	Relativní	7%	47%	40%	6%	100%

Jak z výše uvedené tabulky vyplývá, tak aktivně kontakt s rodinou pacienta vyhledává 37 % respondentů (40 % žen a 11 % mužů), pasivnější roli (odpověď a) sehrává na základě přímého oslovení rodinou desetina všech respondentů (3 muži a 5 žen), naproti tomu 44 % oslovených (47 % žen a 22 % mužů) se snaží udržovat s rodinou kontakt a informovat ji. S rodinou vůbec nekomunikuje celkem sedm respondentů, znepokojivé je, že z toho jsou ovšem tři muži, tzn. jedna třetina oslovených mužů.

Na závěrečnou otázku, která poskytovala zcela volný prostor pro vyjádření, reagovalo jen 15 respondentů (19 % všech oslovených). Nejčastěji pak zaznívaly požadavky na lepší platové ohodnocení, zlepšení celkového zázemí pro poskytování paliativní péče. Ve čtyřech případech uvedli respondenti požadavek na usnadnění a zjednodušení systému vzdělávání, snazší přístup ke vzdělávacím kurzům a provádění školení přímo v prostorách pracoviště, širší a cenově přístupnější vzdělávací kurzy v oblasti zlepšování komunikačních dovedností.

## DISKUSE

V rámci předposlední diskusní kapitoly zhodnotím naplnění cílů celého textu bakalářské práce, vyhodnotím hypotézy a pokusím se navrhnout vlastní jednoduché, ovšem účinné řešení, které by vedlo ke zlepšení stavu úrovně poskytované paliativní péče respondenty průzkumu.

V teoretické části je v opoře o dostupná teoretická východiska, a to literaturu primární a sekundární z domácích i zahraničních zdrojů (tištěných a elektronických), (po prvotním přiblížení mého náhledu na celou problematiku v úvodu) v první kapitole blíže rozebrána a diskutována problematika umírání a smrti. Zmíněny jsou fáze umírání, reakce umírajících na svůj celkový stav, a dále blíže popsány klinické projevy umírání a etické problémy, jež se komplexně vážou k problematice umírání. Za stěžejní pasáž teoretické části předloženého textu bakalářské práce lze považovat druhou kapitolu, ve které je stručně retrospektivně rozebrán vývoj poskytované péče o umírající, následně je vymezeno současné pojetí paliativní péče a definována obecná a posléze i specializovaná úroveň paliativní péče. V návaznosti na to je pak předložen kritický pohled na aktuální celkový stav (a jeho možný budoucí vývoj) paliativní péče v České republice s přihlédnutím k inspirativní zahraniční praxi. Ve třetí kapitole teoretické části je blíže rozebírán průběh ošetrovatelského procesu a uspokojování potřeb umírajícího pacienta. Nelze totiž zapomínat, že i ošetrovatelský proces v péči o terminálně nemocné musí mít své cíle, v rámci kterých je nutné zohledňovat potřeby umírajícího. Ti často velmi trpí v důsledku těžko snesitelných bolestí, proto i této problematice je věnována adekvátní pozornost. Závěrečná kapitola teoretické části je připisována doprovázejícím – rodinným příslušníkům a blízkým terminálně nemocným. I ti si zaslouží adekvátní pozornost, neboť emočně pochopitelně také velmi strádají a mimo jiné potřebují odpovídající úroveň informací, jak se vypořádat s touto situací, jak se chovat k nemocnému a případně jak o něho pečovat. Stranou nemohla zůstat prezentace problematiky komunikace v kontextu poskytování paliativní péče. Efektivní komunikace aktivně poskytovaná zdravotnickým personálem nepochybně značně usnadňuje celkovou situaci pacientovi a jeho blízkým a pochopitelně v konečném důsledku přispívá ke zvyšování úrovně poskytované paliativní péče.

Na základě výše uvedeného souhrnu teoretické deskripce zvolené problematiky byl realizován kvantitativně zaměřený průzkumu (zjednodušená výzkumná sonda s vlastním nestandardizovaným dotazníkem). Cílem tohoto průzkumu bylo mapovat

stav a úroveň poskytované péče ve dvou vybraných zařízeních LDN. Celkově lze zhodnotit realizovaný průzkum pozitivně, díky vysoké návratnosti distribuovaných dotazníků (79% návratnost) bylo možné získat dílčí náhled na stav poskytované péče alespoň v uvedených dvou typech zařízení. Respondenti a respondentky, kteří odevzdali řádně vyplněné dotazníky, prezentovali svůj vlastní zájem o problematiku paliativní péče. Aktivně se rovněž zajímali o pozdější vyhodnocení a výstup z práce.

V úvodní části jsou u respondentů zjišťovány čtyři (demografické) charakteristiky, a to pohlaví, věk, nejvyšší stupeň vzdělání a délka praxe ve zdravotnictví, přičemž dále ve vztahu k samotným otázkám je spíše pozorněji přihlíženo zejména k pohlaví respondenta. Zajímavé je, že došlo k odhalení určité rezervy v oblasti komunikace a doprovázení u mužských respondentů. Respondentům je položeno celkem 15 otázek, které lze redukovat do pěti okruhů v návaznosti na pět stanovených hypotéz. Ostatní zjišťované charakteristiky (pochopitelně v návaznosti na pohlaví respondenta) spíše vypovídají o obvyklé personální skladbě pracovníků paliativní péče. K tomu lze doplnit, že na základě vyhodnocených dat se jedná o profesi, v níž jsou obvykle zastoupeny ženy ve středním věku, které vystudovaly střední zdravotnickou školu a v oblasti poskytování paliativní péče pracují v průměru 12,5 let.

### Testování hypotéz

Konkrétně hypotéza „*H1: Předpokládám, že většina respondentů je obeznámena s problematikou paliativní péče.*“ je zjišťována otázkami č. 1, 2 a 3. Pro úplnost je nutno doplnit, že většinou je míněna nadpoloviční většina, tzn. alespoň 51% všech respondentů. Tato hypotéza se potvrdila. Většina respondentů správně reagovala na nabídnuté možné odpovědi, a to v otázce č. 1 to bylo 56 % mužů a 54 % žen, dále v otázce č. 2 - 67 % mužů a 69 % žen a obdobné rozdělení bylo i ve třetí položené otázce.

Stav a úroveň paliativní péče je zjišťována ve druhé hypotéze „*H2: Předpokládám, že podle většiny respondentů nedisponují LDN vhodným zázemím pro poskytování paliativní péče.*“ V dotazníku se na ni zaměřují otázky č. 4 s navazující doplňující otázkou. Tato hypotéza se potvrdila. Celkově 55 % všech respondentů považuje zázemí LDN za nevyhovující s tím, že z odpovědí vyplývá, že ženy svou nespokojenost vnímaly citlivěji a intenzivněji oproti mužům. Z rozboru následné otázky a v nich uvedených konkrétních reakcí pak vyplývá, že se jako problematické jeví nedostatečné platové ohodnocení, úspory a snaha výrazně šetřit na nevhodných místech,



dále značné nároky na tuto profesi, nedostatek personálu a poměrně komplikovaný systém vzdělávání sester.

Zmíněné vzdělávání personálu je zjišťováno ve třetí hypotéze: „*H3: Předpokládám, že většina z oslovených všeobecných sester absolvovala školení věnované otázkám paliativní péče.*“, a to otázkami č. 5 a k ní se vázala i doplňující otázka, pro kladně reagující. Tato hypotéza se potvrdila. Všichni respondenti proklamovali účast na nějaké formě dalšího vzdělávání. To je sice legislativně přímo požadováno jako nezbytný předpoklad výkonu této profese, ovšem z vlastní zkušenosti mohu uvést, že se někteří jedinci vzdělávání vyhýbají. Proto jsem se i na tuto problematiku zaměřil, neboť dobrá vzdělanostní úroveň přispívá k posílení kvality poskytované péče.

Ve čtvrté hypotéze „*H4: Předpokládám, že se respondenti věnují monitorování bolesti pacientů.*“ byla otázkami č. 6 až 9 zjišťována snaha monitorovat bolest ošetřovaných pacientů. Respondenti sice monitorují prožívanou bolest pacienty, ovšem jen pětina z nich k tomu používá adekvátní metody. S Centrem bolesti spolupracuje naprosté minimum oslovených. Z tohoto výčtu lze dojít k závěru, že hypotéza se nepotvrdila.

V závěrečné páté hypotéze „*H5: Domnívám se, že respondenti využívají v péči o terminálně nemocného efektivní komunikaci.*“ byla otázkami č. 10 až 15 zjišťována úroveň efektivní komunikace respondentů s pacienty a jejich blízkými. Tato hypotéza se potvrdila. Jak je již dle množství otázek patrné, tuto oblast péče o terminálně nemocné osobně považuji za mimořádně důležitou. Efektivní komunikace v tomto typu péče s pacientem i jeho blízkými je přímo klíčová pro podporu naplňování cílů ošetrovatelského procesu a pro zajištění maximálního možného komfortu. V odpovědích na desátou otázku se většina respondentů (78 % mužů a 56 % žen) vyjádřila pozitivně o vlivu efektivní komunikace na stav pacientů. V jedenácté otázce si jen třetina oslovených všimá všech podstatných atributů pacienta při komunikaci s ním. V tomto směru jsou ovšem výsledky ovlivněny genderově. Zatímco u žen je to 39 % všech oslovených, u mužů je to pak 11 %. Muži se spíše soustředí na snadno rozpoznatelné tělesné příznaky, ženy pak na emoční a vztahové problémy pacientů. Pro efektivní komunikaci je ovšem nutné nahlížet na pacientovy potřeby, příznaky a projevy komplexně. Z vyhodnocení dvanácté otázky vyplývá, že se většina respondentů niče neobává v komunikaci s pacienty. Otázky č. 13 a 14 byly škálové, na kterých vyznačovali respondenti svou míru schopnosti komunikovat s pacienty o jejich potížích

a v situaci, kdy jsou pacienti rozrušení. Opět vycházejí genderové rozdíly, ovšem v souhrnu vychází hodnocení za obě otázky příznivě. Pozitivně rovněž vychází interpretace výsledků patnácté otázky, většina oslovených s rodinou více či méně aktivně komunikuje. Na základě toho lze uvést, že většina respondentů komunikuje efektivně.

Z výše uvedené interpretace výsledků realizovaného průzkumu lze usuzovat, že subjektivní vnímání stavu poskytované péče respondenty je relativně v pořádku. Ovšem lze vysledovat určité rezervy. Právě tato slabá místa je nutné soustavně monitorovat a pokud možno včas eliminovat. V tomto případě se nabízí jako jedna z forem prevence průběžné vzdělávání, které odráží skutečné potřeby těch, kteří pracují v přímé paliativní péči a jsou v přímém styku s pacienty. Dle individuálních preferencí je nutné vytvářet nejlépe ve spolupráci s nadřízeným pracovníkem a personalistou dané instituce individuální vzdělávací plán a sledovat průběžné výsledky vzdělávání konkrétního pracovníka. Z vlastní pracovní zkušenosti mohu uvést, že vzdělávání u těchto pracovníků musí být vedeno nenásilnou, vlídnou a vstřícnou formou s možnostmi volby. Pracovníci nemohou být do kurzů nuceni a soustředit se na kumulování jakýchsi virtuálních bodů, na základě jejichž výše budou či nebudou penalizováni. Některým pracovníkům je rovněž nutné významněji pomáhat v orientaci na trhu se vzdělávacími kurzy. Dovolují si proto navrhnout jako jedno z možných řešení, které by významně mohlo šetřit náklady spojené se vzděláváním zaměstnanců a jejich čas. Konkrétně jako velmi efektivní se mi jeví uspořádání pravidelných seminářů pro větší skupinu pracovníků přímo v místě jejich pracoviště. Odpadnou tak například náklady na cestovné, stravné u těch pracovníků, kteří za vzděláváním cestují třeba do hlavního města Prahy. Naopak se jako podstatně efektivnější jeví pozvat renomovaného odborníka, a to například doc. MUDr. Ivu Holmerovou, Ph. D., MUDr. Zdeňka Kalvacha, CSc., prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcovou, CSc. Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že poslech přednášky takových odborníků je mimořádně inspirativní, poučný, motivující k dalšímu rozvoji v oboru. Velmi obohacující je třeba diskusní část přednášky, v rámci které mohou běžní pracovníci bez problémů konfrontovat své názory a zkušenosti právě s těmito odborníky. A tak namísto výpravy početné skupiny pracovníků na seminář v Praze, je z hlediska výdajů mnohem přijatelnější dobře finančně ohodnotit přednášku některého z uvedených odborníků a samotným pracovníkům najednou zajistit povinné a velmi kvalitní průběžné vzdělávání v místě jejich pracoviště.

## Závěr

Otázky a diskuze, jež se vážou k posledním okamžikům našeho života, bývají přirozeně spjaty s různou mírou tenze, strachu, nejasností a emoční bolesti. Vždyť je to zcela přirozené, neboť zdravý, běžně smýšlející člověk, prožívající více méně šťastný a spokojený život ve vztahu ke svým potřebám, preferencím a možnostem, umřít nechce. Jedná se o vrozený pud, který nás nutí žít a bojovat. Na druhou stranu se ovšem lze setkat až s neadekvátními reakcemi lidí, kteří zřejmě vlivem tabuizace problematiky umírání a smrti, naprosto toto téma odmítají, svou vlastní konečnost negují, nepřipouštějí si cokoliv, co se týká otázek umírání a smrti nejbližších. Takový postoj ovšem vede opět k prohlubování pokřiveného vnímání nedílných atributů lidství.

Tak jako prožíváme nejrůznější příjemné radosti našeho života, pak musíme být alespoň částečně připraveni na okamžiky, ve kterých život ukáže pro nás méně vlídnou tvář. Umírání a smrt patří k oněm přirozeným atributům, které vymezují naše bytí. Je proto nepřirozené se těmto otázkám aktivně bránit. Tento celospolečenský postoj k předmětné problematice se zřejmě odráží ve stavu a úrovni poskytované péče terminálně nemocným, umírajícím v ČR.

Situaci je nutné změnit a na změnách je nutné začít pracovat co nejdříve, a to nejen pod vlivem nepříznivých demografických předpovědí, ale především proto, že i umírající mají právo umírat důstojně v podmínkách, které mírní jejich utrpení, tiší bolest nejen fyzickou, ale i duševní. Stávající úroveň poskytované péče nedostačuje skutečným potřebám české populace. Velké problémy lze spatřovat v otázkách personálního zabezpečení poskytované péče. Neodpovídající platové ohodnocení spolu s nedostatečným vzděláváním neposkytuje příliš mnoho optimistických perspektiv tohoto nezbytně nutného medicínského a ošetrovatelského oboru. Ačkoliv v kontextu současné panující nepříznivé ekonomické situace takové proklamace vyznívají spíše sobecky, tak lze stále nepochybně v rozpočtových kapitolách státního rozpočtu ČR redukovat zcela zbytné a nesmyslné výdaje, jejichž výše by pomohla zlepšovat úroveň péče o umírající.

## SEZNAM ZDROJŮ

- ARANDA, Sanchia. O'CONNOR, Margaret. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. 1. vyd. české. Praha: Grada, 2005. 324 s. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
- Carvac. Webová prezentace. *Carvac.cz* [online]. 2012. [cit. 9.3.2012]. Dostupné z: <http://www.carvac.cz/kontakty>.
- Doprovázení pečujících. *Umírání.cz* [online]. 2011. [cit. 19.12.2011]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/doprovazeni-pecujicich.html>.
- DOP-HC, s. r. o. Webová prezentace. *DOP-HC.cz*. [online]. 2012. [cit. 9.3.2012]. Dostupné z <http://www.dop-hc.cz>.
- DUBCOVÁ, Iva. Etika umírání a smrti. *ZDN.cz* [online]. 10. 10. 2011 [cit. 12.12.2011]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Hodnocení bolesti u seniorů. *ZDN.cz* [online]. 9. 7. 2010 [cit. 12.12.2011]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 230 s. ISBN 80-85824-03-5.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu. *ZDN.cz* [online]. 5. 4. 2007 [cit. 12.1.2012]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/od-mediciny-mlceni-k-informovanemu-souhlasu-300318>.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth a KESSLER, David. *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Simon and Schuster, 2005. 235 p. ISBN 0-7432-7450-4.
- LUGTON, Jean a MCINTYRE, Rosemary. *Palliative care: the nursing role*. London: Elsevier Limited, 2005. 360 p. ISBN 0-44307458-5.

- Lůžková péče 2010. *ÚZIS.cz* [online]. 2011 [cit. 17.12.2011]. Dostupné z: [www.uzis.cz/system/files/lupe2010.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/lupe2010.pdf).
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
- OLIVÍKOVÁ, Leona. Léčba bolesti u hospicových pacientů. *ZDN.cz* [online]. 9. 7. 2010 [cit. 12.12.2011]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/lecba-bolesti-u-hospicovych-klientu-453244>.
- Quo vadis, LDN? *Umírání.cz* [online]. 14. 11. 2008. [cit. 17.12.2011]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/quo-vadis-ldn.html>.
- RADBRUCH, Lukas a PAYNE, Sheila. *Standardy a normy paliativní a hospicové péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Přeložil J. DVORŤÁK. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010. [cit. 12.1.2012]. Dostupné z <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=KX9ABbM7y4c%3D&tabid=736>.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 184 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
- SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří a MISCONIOVÁ, Blanka. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře - novelizace*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře), 2011. Dostupný z [http://www.svl.cz/Files/nastenka/page\\_4771/Version1/paliativni-pece-2011.pdf](http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/paliativni-pece-2011.pdf). ISBN 978-80-86998-51-0.

- SLÁMA, Ondřej a ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné diskuzi*. Praha: Cesta domů, 2004. 48 s. ISBN 80-239-4330-8.
- SLÁMA, Ondřej. Dobrá smrt v nemocnici – přání nebo realita? *Umírání.cz* [online]. 6. 10. 2008 [cit. 12.1.2012]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/007/000828.pdf>.
- SLÁMA, Ondřej. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, roč. 22, č. 4. 183 – 185 s. ISSN 0862-495X.
- Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. *SVP-vzacnaonemocneni.cz* [online]. 5. 7. 2011 [cit. 12.1. 2012]. Dostupné z: [http://svp-vzacnaonemocneni.cz/portal/wp-content/uploads/dokumenty\\_ke\\_stazeni/strategie\\_paliativni\\_pece\\_cr.pdf](http://svp-vzacnaonemocneni.cz/portal/wp-content/uploads/dokumenty_ke_stazeni/strategie_paliativni_pece_cr.pdf).
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské Nakladatelství pro APHPP, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, TOMANOVÁ, Danuška, KUDLOVÁ, Pavla a HALMO, Renata. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- ŠTEFAN, Jiří a MACH, Jan. *Soudně-lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada, 2005. 247 s. ISBN 978-80-247-0931-4.
- Umírání a péče o nevléčitelně nemocné. *Umírání.cz* [online]. 2011 [cit. 1.1.2012]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>.
- VENGLÁŘOVÁ, Marie a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- VORLÍČEK, Jiří a SLÁMA, Ondřej. Základní principy paliativní péče. *Sanquis*, 2011, č. 94. s. 67. ISSN 1212-6535.
- VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk a POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.
- WHO Definition of Palliative Care. *WHO.int* [online]. c2011 [cit. 17.12.2011]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

- YOUNGOVÁ, Adriana. Terminální stavy a paliativní péče. *ZDN.cz* [online]. 18. 10. 2010 [cit. 15.12.2011]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/terminalni-stavy-a-paliativni-pece-455167>.
- ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- Zdravotnictví ČR 2010 ve statistických údajích 2010. *ÚZIS.cz* [online]. 2011 [cit.31.12.2011].Dostupnéz: <http://www.uzis.cz/system/files/kardcz2010.pdf>.
- Zpráva o stavu lidských práv v ČR. *Vláda.cz* [online]. 2010 [cit. 17.12.2011]. Dostupné z: [http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-lidska-prava-cr/Zprava-LP-2010\\_cz.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-lidska-prava-cr/Zprava-LP-2010_cz.pdf).
- Zvládání „dobrého“ odchodu ze života. *Umírání.cz* [online]. c2011. Poslední změna 12. 12. 2011 21:19 [cit. 12.12.2011]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/zvladani-dobreho-odchodu-ze-zivota.html>.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome [Syndrom získaného selhání imunity]

aj. – a jiný

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

BPI - Brief Pain Inventory - [Krátký inventář bolesti]

cit. – citováno

č. - číslo

ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

EAPC - European Association for Palliative Care [Evropská asociace paliativní péče]

EEG - Elektroencefalogram

EKG - Elektrokardiogram

CHOPN - Chronická obstrukční plicní nemoc

IASP - International Association for the Study of Pain [Mezinárodní asociace pro studium bolesti]

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OLÚ - odborné léčebné ústavy

OPP - Obecná úroveň paliativní péče

roč. - ročník

Sb. – sbírka (zákonů)

SPP - Specializovaná úroveň paliativní péče

str. - strana

VAS - Vizuální analogová škála

WHO - World Health Organisation [Světová zdravotnická organizace]



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Věková struktura respondentů.....	37
Tabulka 2- Vzdělání respondentů.....	38
Tabulka 3 - Délka praxe .....	38
Tabulka 4 - Vyhodnocení otázky č. 1 .....	39
Tabulka 5 - Vyhodnocení otázky č. 2.....	39
Tabulka 6 - Vyhodnocení otázky č. 3.....	40
Tabulka 7 - Vyhodnocení otázky č. 4.....	40
Tabulka 8 - Vyhodnocení otázky č. 8.....	41
Tabulka 9 - Vyhodnocení otázky č. 9.....	42
Tabulka 10 - Vyhodnocení otázky č. 10.....	43
Tabulka 11 - Vyhodnocení otázky č. 11.....	43
Tabulka 12 - Vyhodnocení otázky č. 12.....	44
Tabulka 13 - Vyhodnocení otázky č. 13.....	44
Tabulka 14 - Vyhodnocení otázky č. 14.....	45
Tabulka 15 - Vyhodnocení otázky č. 15.....	45

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Dotazník
- Příloha č. 2: Konvenční terminologie v různých evropských zemích
- Příloha č. 3: Počet konziliárních nemocničních týmů SPP
- Příloha č. 4: Počet týmů domácí SPP
- Příloha č. 5: Lůžka specializované paliativní péče
- Příloha č. 6: Podpora rodiny v paliativní péči
- Příloha č. 7: Oxfordská loga analgetik
- Příloha č. 8: Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross
- Příloha č. 9: Obavy z umírání
- Příloha č. 10: Model vzájemných vztahů typů péče
- Příloha č. 11: Stupňovaný systém služeb paliativní péče
- Příloha č. 12: Faktory ovlivňující kvalitu a dostupnost paliativní péče
- Příloha č. 13: Adikce, tolerance a fyzická závislost
- Příloha č. 14: Obličejová škála
- Příloha č. 15: Analgetický třístupňový žebříček WHO
- Příloha č. 16: Fáze ošetrovatelského procesu
- Příloha č. 17: Konceptuální model bolesti

## Příloha č. 1: Dotazník

\*\*\*

### DOTAZNÍK<sup>82</sup>

#### Paliativní péče v LDN

Vážení respondenti,

jmenuji se Martin Čajan, jsem studentem Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni v oboru Všeobecná sestra a obracím se na Vás s žádostí o spolupráci při realizaci praktické části bakalářské práce na téma „*Paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných*“. Předmětný výzkum je zaměřen na paliativní péči poskytovanou v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN). Cílem je zmapovat průběh paliativní péče v LDN, upozornit na její případné nedostatky a navrhnout opatření k jejímu zlepšení a zefektivnění. Dotazník je anonymní, získané informace budou využity výhradně pro účel této bakalářské práce.

Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Věk:

- a) do 23 let
- b) 24 – 33 let
- c) 34 – 43 let
- d) 44 – 53 let
- e) 54 a více let

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) SZŠ
- b) VZŠ
- c) VŠ (Bc., Mgr.)

---

<sup>82</sup> Jedná se o vlastní konstrukci.

Délka praxe ve zdravotnictví:

- a) do 3 let
- b) 4 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 a více let

- 1) Uved'te, která z následujících definic nejlépe vystihuje podstatu paliativní péče.
- a) Komplexní aktivní léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu.
  - b) Komplexní aktivní léčba a péče poskytovaná onkologickým pacientům.
  - c) Péče o pacienty s chronickým onemocněním.
  - d) Zvyšování kvality života geriatrických pacientů.
- 2) Co podle Vás vystihuje pojem obecná paliativní péče?
- a) Nadstandardní péče poskytovaná vybranými zdravotnickými zařízeními.
  - b) Standardní péče poskytovaná praktickým lékařem v rámci preventivní prohlídky.
  - c) Klinická péče v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností.
  - d) Aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni.
- 3) Definujte, prosím, pojem specializovaná paliativní péče.
- a) Interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče odborně vzděláni.
  - b) Interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků onkologickým pacientům.
  - c) Specializovaná péče, která se zabývá diagnózou a převážně nechirurgickou léčbou onemocnění vnitřních orgánů u dospělých.
  - d) Specializovaná péče zaměřená na poruchy příjmu potravy.

4) Považujete paliativní péči poskytovanou v LDN za vyhovující?

a) Ano

b) Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděli záporně, uveďte prosím důvody.

5) Absolvoval(a) jste školení věnované otázkám paliativní péče?

a) Ano

b) Ne

Pokud jste v předchozí otázce zvolil(a) možnost ano, uveďte, prosím, v čem dle Vašeho názoru spočíval jeho přínos.

6) Nedílnou součástí paliativní péče je zmírňování pacientovy bolesti. Monitorujete na Vašem pracovišti bolest klienta aktivně?

a) ano

b) ne

7) Používáte při zjišťování intenzity pacientovy bolesti škály bolesti?

a) Ano

b) Ne

8) Pokud jste u předchozí otázky zvolil(a) možnost ano, uveďte, které z níže uvedených škál bolesti používáte. Můžete uvést více možností.

a) Vizuální analogová škála

b) Verbální škála bolesti

c) Obličejová škála

d) Dotazník SCL-90 (Symptom Checklist 90)

e) Jiné. (Uveďte prosím konkrétní metodu, prosím.)

f) Žádnou.

- 9) Spolupracujete při péči o terminálně nemocné pacienty s Centrem bolesti?
- a) Ano, pravidelně.
  - b) Ano, občas.
  - c) Výjimečně.
  - d) Ne, této možnosti nevyužíváme.
- 10) Jaký vliv má dle Vašeho názoru pravidelná komunikace zdravotnického personálu s umírajícím pacientem na jeho psychický stav?
- a) Jednoznačně kladný
  - b) Spíše kladný
  - c) Nevím, nedokážu to posoudit.
  - d) Spíše negativní
  - e) Jednoznačně negativní
- 11) Na jaké oblasti se soustředíte při komunikaci s nevléčitelně nemocným?
- a) Tělesný vzhled, příznaky zhoršujícího onemocnění.
  - b) Emoční stránku (strach, vztek, smutek, obavy).
  - c) Psychický stav (vztah s rodinnými příslušníky, opuštěnost).
  - d) Na všechny výše uvedené.
  - e) Držím si od nemocného odstup.
- 12) Čeho se obáváte při samotné komunikaci s umírajícím nemocným?
- a) Reakcí nemocného, zejména jeho obav z umírání.
  - b) Počátečního navození vzájemné důvěry.
  - c) Samotného kontaktu, raději moc nemluví.
  - d) Obávám se, že nedokážu nemocnému adekvátně odpovědět.
  - e) Neobávám se ničeho.

13) Na stupnici od 1 do 5 vyjádřete, zda dokážete hovořit s pacienty, kteří mají terminální onemocnění, o jejich psychických problémech (1 – dokážu, 5 – nedokážu).

1 – 2 – 3 – 4 – 5

14) Na stupnici od 1 do 5 vyjádřete, zda dokážete hovořit s rozrušenými (plačícími, neklidnými, vyděšenými) pacienty (1 – dokážu, 5 – nedokážu).

1 – 2 – 3 – 4 – 5

15) S rodinou pacienta v paliativní péči komunikuji:

- a) Jen když mne přímo osloví.
- b) S rodinou komunikuji, poskytuji jí informace z oblasti ošetrovatelské péče.
- c) Aktivně vyhledávám komunikaci s rodinou a ukazuji jí možnosti spolupráce v péči o nemocného.
- d) Nekomunikuji.

16) Níže je prostor pro Vaše vyjádření názorů a připomínek, které se vážou k problematice tohoto dotazníku.

Děkuji za spolupráci!

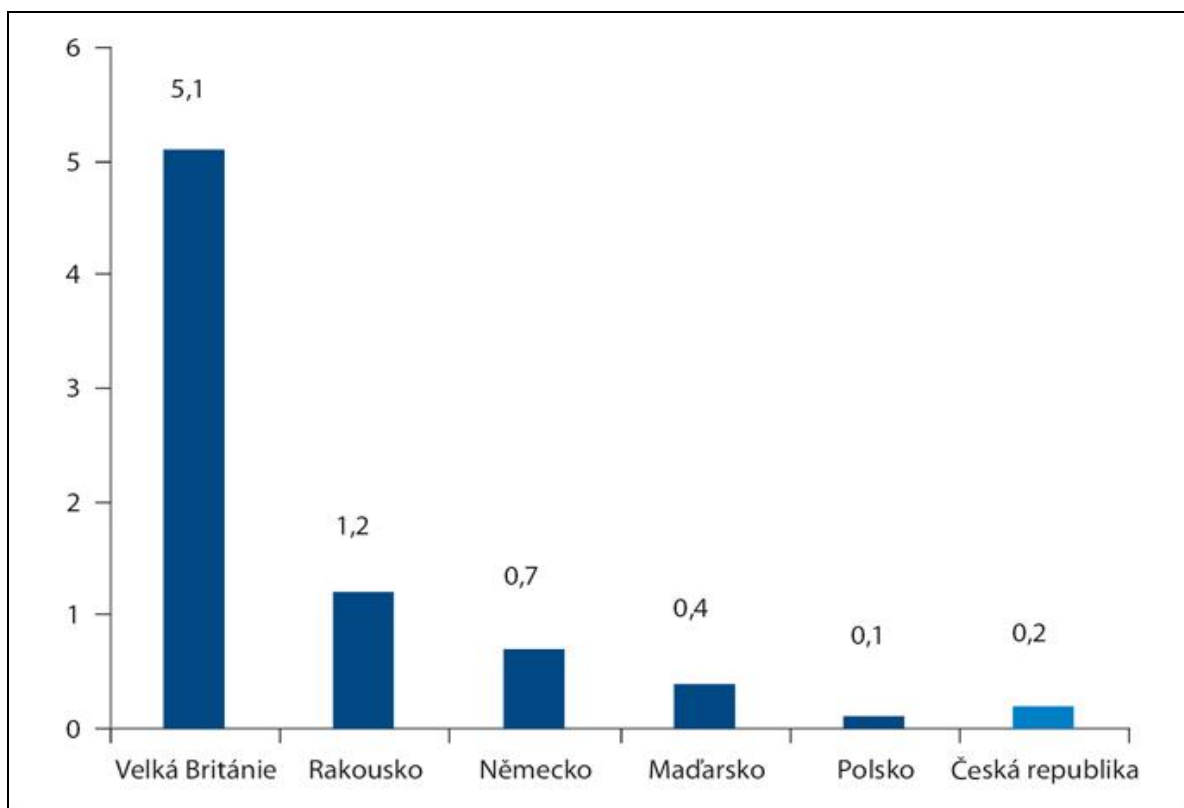
**Příloha č. 2:** Konvenční terminologie v různých evropských zemích<sup>83</sup>

Země	Výraz pro „paliativní péči“	Další výrazy
Rakousko	Palliativ(e) Care Palliativmedizin palliative Betreuung Palliativbetreuung Palliativversorgung	Lindernde Fürsorge (ulehčení a utěšení)
Belgie (vlámská část)	Palliatieve zorg	
Belgie (valonská část)	Soins palliatifs	
Chorvatská republika	Paljativna skrb	
Kypr	Anakoufisiki frontitha / frontida	Paragoritikes agogis (ulehčení či utěšení)
Česká republika	Paliativní péče	
Dánsko	Palliative indsats palliative behandling (og pleje)	
Francie	Soins palliatifs	Accompagnement de fin de vie (doprovázení v závěru života)
Německo	Palliativmedizin Palliativversorgung	Hospizarbeit ([dobrovolnická] hospicová práce)
Řecko	Anakoufistiki frontida	
Maďarsko	Palliatív ellátás	
Island	Líknarmedferd / líknandi medferd	
Irsko	Palliative care	
Izrael	Tipul tomech / tomech tipul paliativi	Palliative care
Itálie	Cure palliative	
Lotyšsko	Paliativa aprupe	
Nizozemsko	Palliatieve zorg	Terminale zorg (terminální péče)
Norsko	Palliativ behandling palliativ omsorg palliativ madisin palliativ pleie	Lindrende behandling og omsorg (ulehčení a utěšení) palliative care
Portugalsko	Cuidados paliativos	
Španělsko	Cuidados paliativos	
Švédsko	Palliativ vard palliative medicin	
Švýcarsko	Palliative Care Palliative Betreuung	
Spojené království	Palliative care palliative medicine	Supportive and palliative care end-of-life care

<sup>83</sup> Převzato z Radbruch, L. a kol. Standardy a normy paliativní a hospicové péče v Evropě. Praha: Cesta domů a ČSPM, 2010. [cit. 12. 1. 2012]. Dostupné z <http://www.eapcnet.eu>, str. 17

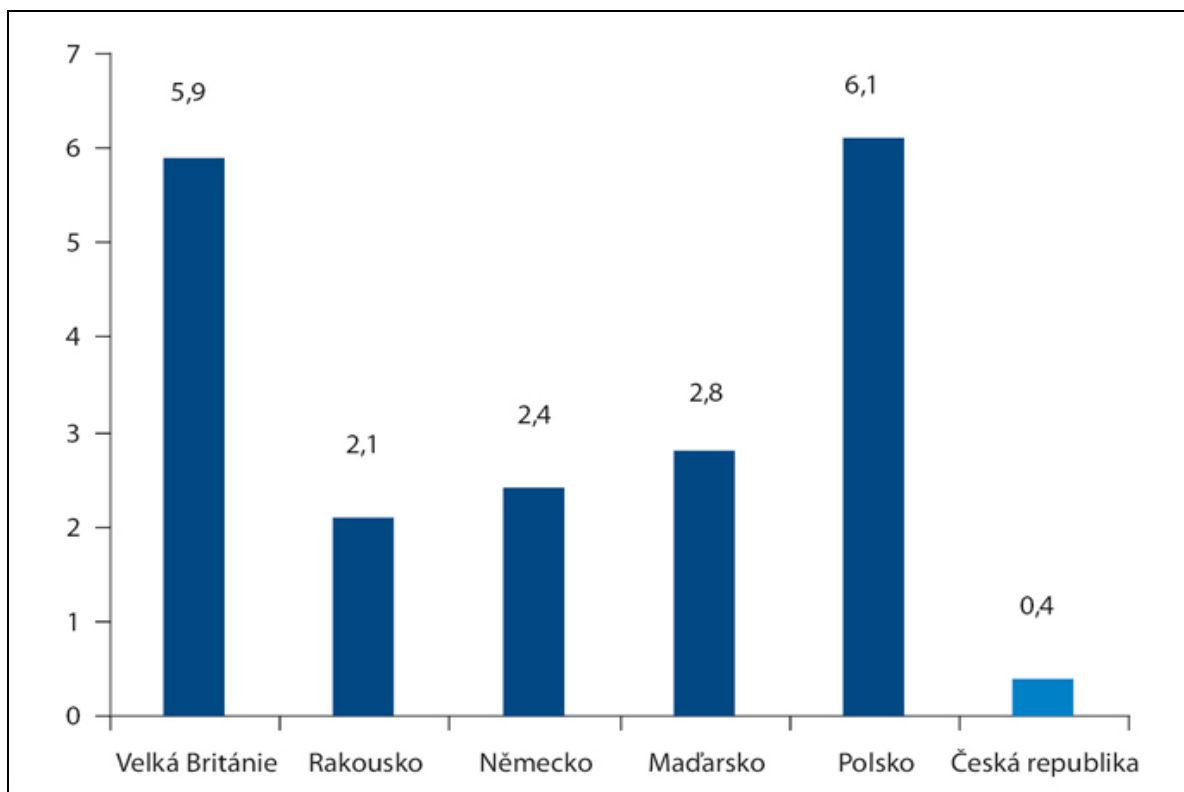


**Příloha č. 3:** Počet konziliárních nemocničních týmů SPP na 1 mil. obyv. ve vybraných evropských zemích<sup>84</sup>



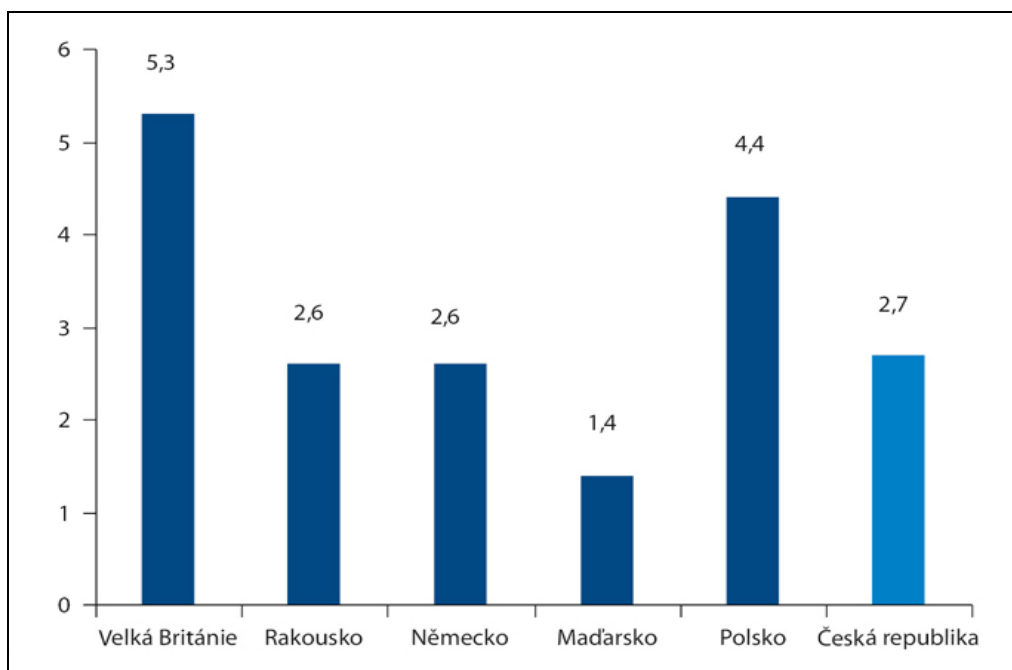
<sup>84</sup> Převzato z Sláma, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, roč. 22, č. 4. 183 – 185 s.

**Příloha č. 4:** Počet týmů domácí SPP na 1 mil. obyv. ve vybraných evropských zemích<sup>85</sup>



<sup>85</sup> Převzato z Sláma, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, roč. 22, č. 4. 183 – 185 str.

**Příloha č. 5.: Lůžka specializované paliativní péče na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích<sup>86</sup>**



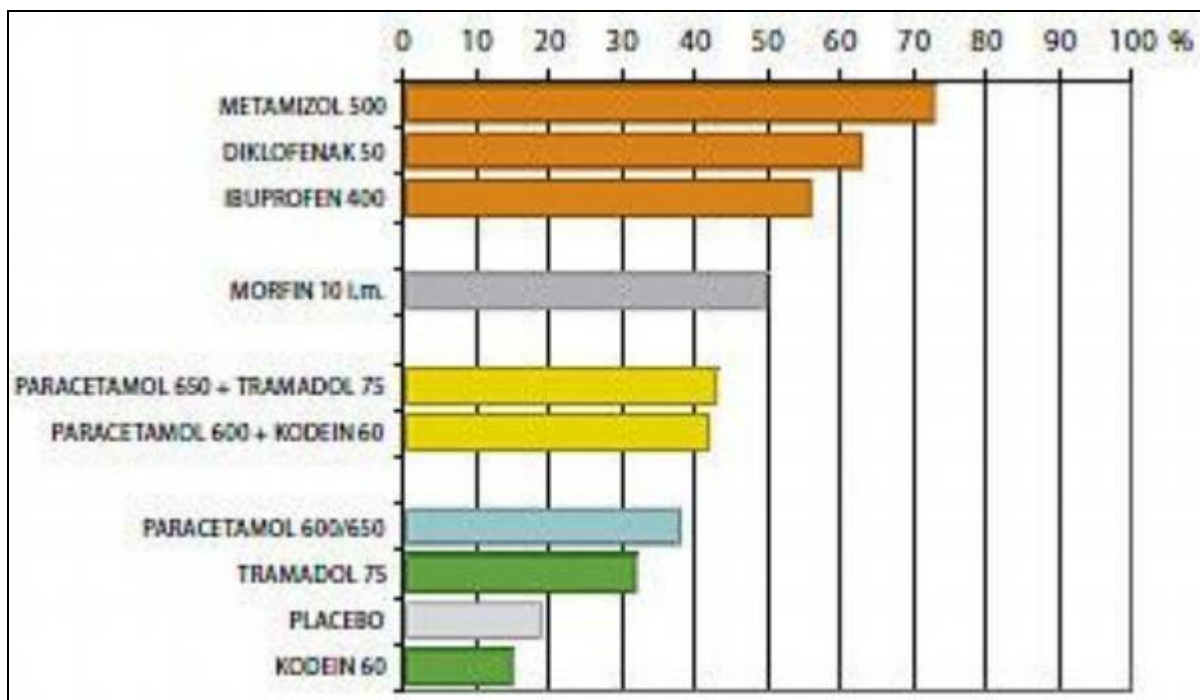
<sup>86</sup> Převzato z textu Sláma, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, roč. 22, č. 4, str. 184

**Příloha č. 6:** Podpora rodiny v paliativní péči<sup>87</sup>

<i>Potřeby rodiny</i>	<i>Intervence</i>
pohoda (komfort) pacienta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– edukujte o hodnocení a léčbě bolesti (druhy bolesti, podávání analgetik, informace o způsobech zajištění pohody, informace o progresi onemocnění)</li> <li>– posuďte stupeň komfortu a spolu s rodinou stanovte ošetrovatelský plán</li> <li>– využívejte edukačních nástrojů (deník komfortu pacienta, demonstrace, video)</li> <li>– umožněte rodině v případě potřeby konzultace (při hospitalizaci i doma)</li> </ul>
informovanost rodiny	<ul style="list-style-type: none"> <li>– naučte příbuzné, kdy mají požádat o pomoc</li> <li>– poskytněte dostatek informací srozumitelnou formou, doplňujte je písemnými materiály</li> <li>– informujte o nemoci, způsobu léčby a změnách ve stavu pacienta</li> <li>– umožněte nepřetržitý přístup k informacím</li> <li>– využívejte metodu rodinné konference, aby mohli příbuzní navzájem sdílet informace</li> <li>– informujte o různých možnostech péče</li> </ul>
emocionální podpora rodiny	<ul style="list-style-type: none"> <li>– informujte o příznacích blížící se smrti</li> <li>– pomáhejte rodinám najít způsoby, jak se vyrovnat s těžkou situací (např. nesnažit se všechno vyřešit najednou, ale brát život den po dni, využívat sociální oporu, hledat informace, které rozptýlí nejistotu)</li> <li>– pomáhejte rodinám nalézat pozitiva v pečovatelské roli</li> <li>– pomáhejte členům rodiny nacházet způsoby, jak mohou pečovat sami o sebe a zabránit vyčerpání</li> <li>– uznávejte důležitost emocionálních potřeb členů rodiny</li> </ul>
praktická pomoc rodině	<ul style="list-style-type: none"> <li>– doporučte péči specialisty a ukažte další možné zdroje podpory</li> <li>– pomozte rodině identifikovat, v čem potřebují praktickou pomoc</li> <li>– včas identifikujte potřebu respitní péče</li> <li>– poskytněte praktickou pomoc při péči o pacienta (např. koupání, monitorování)</li> <li>– poskytněte informace o možnostech podpory (např. finanční, převoz pacienta)</li> </ul>

<sup>87</sup> Převzato z Aranda, S. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005. 227 str.

**Příloha č. 7:** Oxfordská liga analgetik<sup>88</sup>



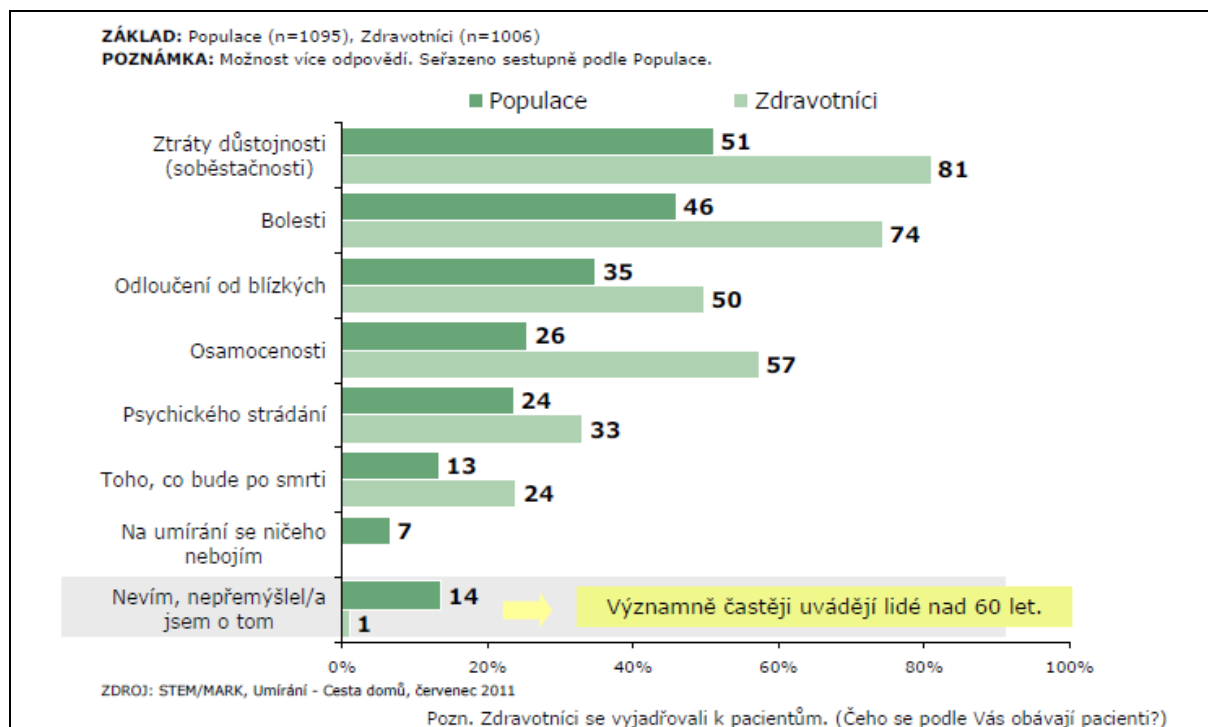
<sup>88</sup> Převzato z KRŠIAK, M. Proč je farmakologie bolesti někdy nedostatečná nebo nesprávná? 3. LF UK. PRAHA. [on-line] Dostupné z: [www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/proc-je-farmakologie-bolesti-nekdy-nedostatecna-nebo-nespravna-447581](http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/proc-je-farmakologie-bolesti-nekdy-nedostatecna-nebo-nespravna-447581). Citováno dne: 18/3/2012.

**Příloha č. 8:** Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross<sup>89</sup>

Fáze	Projevy	Co s tím?
1. <b>Negace</b> šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2. <b>Agrese</b> hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky..	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3. <b>Smlouvání</b> vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4. <b>Deprese</b> smutek	Smutek z utržené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
5. <b>Smíření</b> souhlas	Vyrovnění, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou..“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

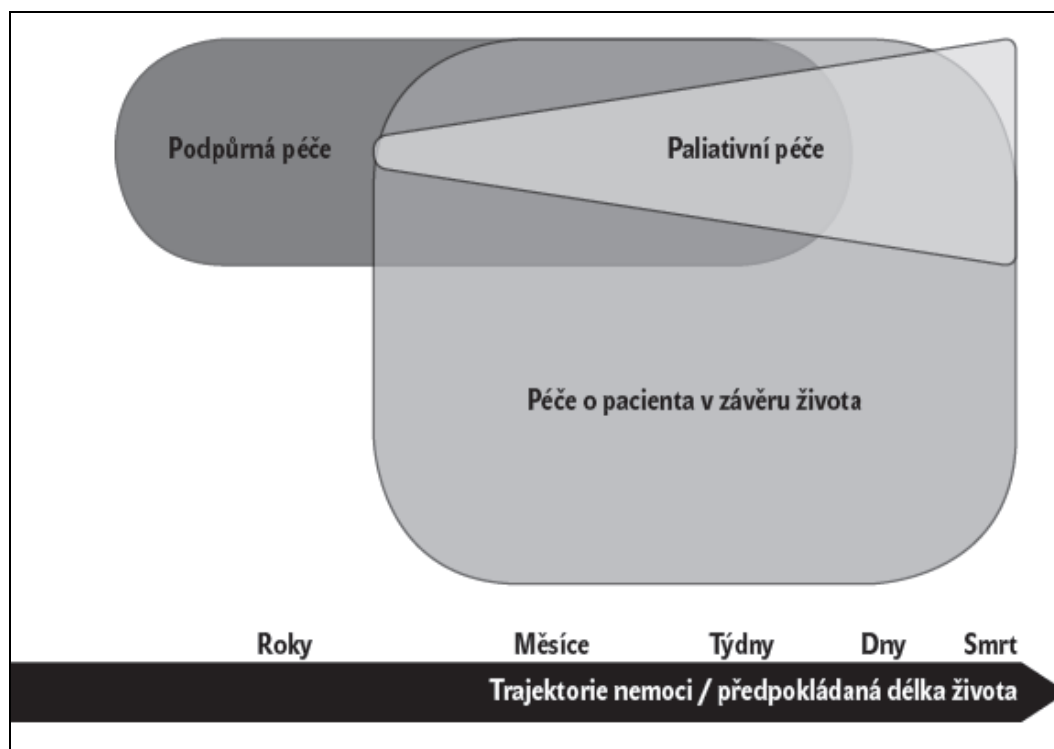
<sup>89</sup> Převzato z Dubcová, I. Etika umírání a smrti. *ZDN.cz* [online]. 10. 10. 2011 [cit. 12.12.2011]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>.

## Příloha č. 9: Obavy z umírání<sup>90</sup>



<sup>90</sup> Převzato z Umírání a péče o nevléčitelně nemocné. Umírání.cz [online]. 2011 [cit. 1.1.2012]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>.

**Příloha č. 10:** Vzájemný vztah podpůrné péče, paliativní péče a péče o pacienta v závěru života<sup>91</sup>



<sup>91</sup> Převzato z Radbruch, L. a kol. Standardy a normy paliativní a hospicové péče v Evropě. Praha: Cesta domů a ČSPM, 2010. [cit. 12. 1. 2012]. Dostupné z <http://www.eapcnet.eu>, str. 18

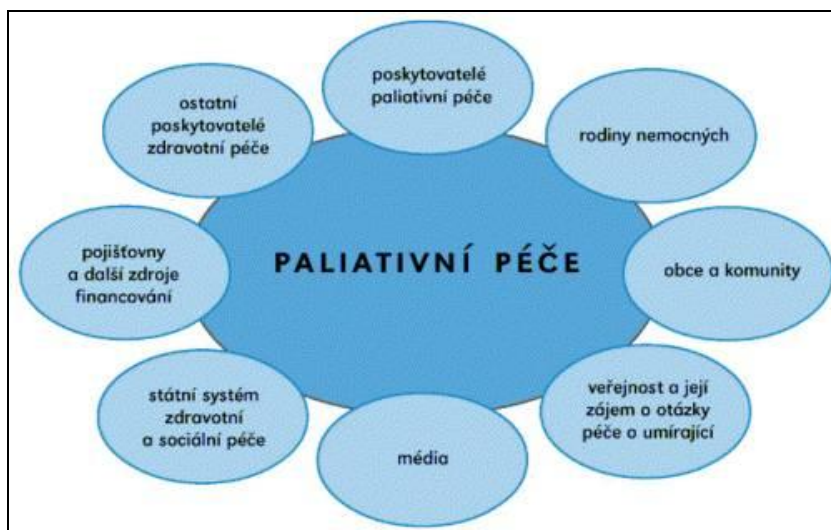


**Příloha č. 11:** Stupňovaný systém služeb paliativní péče<sup>92</sup>

	Paliativní péče		
	<i>Paliativní přístup</i>	<i>Odborná podpora v rámci všeobecné paliativní péče</i>	<i>Specializovaná paliativní péče</i>
<b>Akutní péče</b>	Nemocnice	Dobrovolnické hospicové služby	Nemocniční podpůrné týmy paliativní péče
<b>Dlouhodobá péče</b>	Léčebna dlouhodobé ošetrovatelské péče		Lůžkový hospic
<b>Domácí péče</b>	Praktičtí lékaři, komunitní ošetrovatelské týmy	Týmy domácí paliativní péče	Týmy domácí paliativní péče, denní centra

<sup>92</sup> Převzato z Radbruch, L. a kol. Standardy a normy paliativní a hospicové péče v Evropě. Praha: Cesta domů a ČSPM, 2010. [cit. 12. 1. 2012]. Dostupné z <http://www.eapcnet.eu>, str. 27

**Příloha č. 12:** Faktory ovlivňující kvalitu a dostupnost paliativní péče<sup>93</sup>



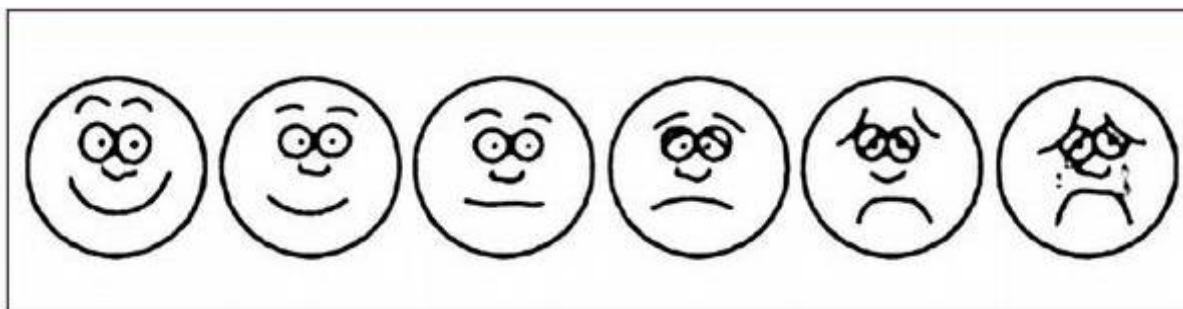
<sup>93</sup> Převzato z článku *Projekt paliativní péče v ČR 2003/2004. Cesta domů*. Portál [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz), [online]. [cit. 12. 12. 2011]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/projekt-paliativni-pecce-v-cr-2003-2004.html>.

**Příloha č. 13:** Adikce, tolerance a fyzická závislost<sup>94</sup>

<b>léková závislost (adikce)</b>	<p><b>Definice:</b> Neurobehaviorální syndrom (ovlivněn dědičností a prostředím), který je charakterizován psychickou závislostí na užívání látky pro její psychické účinky. Pacient léky užívá i přesto, že to pro něj má škodlivé účinky.</p> <p><b>Poznámka:</b> Adikce se někdy označuje jako „závislost na lécích“ a „psychická závislost“, ale fyzická závislost a tolerance jsou normální fyziologické důsledky dlouhodobého podávání opioidů a neměly by být považovány za adikci.</p>
<b>tolerance na analgetika</b>	<p><b>Definice:</b> Aby pacient dosáhl stejného stupně analgezie, je nutné zvýšit dávku opioidu.</p> <p><b>Poznámka:</b> Tolerance se může, ale také nemusí projevit v průběhu analgetické léčby. Nejedná se o adikci.</p>
<b>fyzická závislost</b>	<p><b>Definice:</b> Fyziologický stav neuroadaptace, který je charakterizován syndromem odnětí při náhlém zastavení léčby, snížení dávky analgetika nebo nasazení léku, který má antagonistické účinky.</p> <p><b>Poznámka:</b> Fyzická závislost je předpokládaný výsledek opioidní léčby a sám o sobě není adikcí.</p>

<sup>94</sup> Převzato z Aranda, S. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005. 90 s.

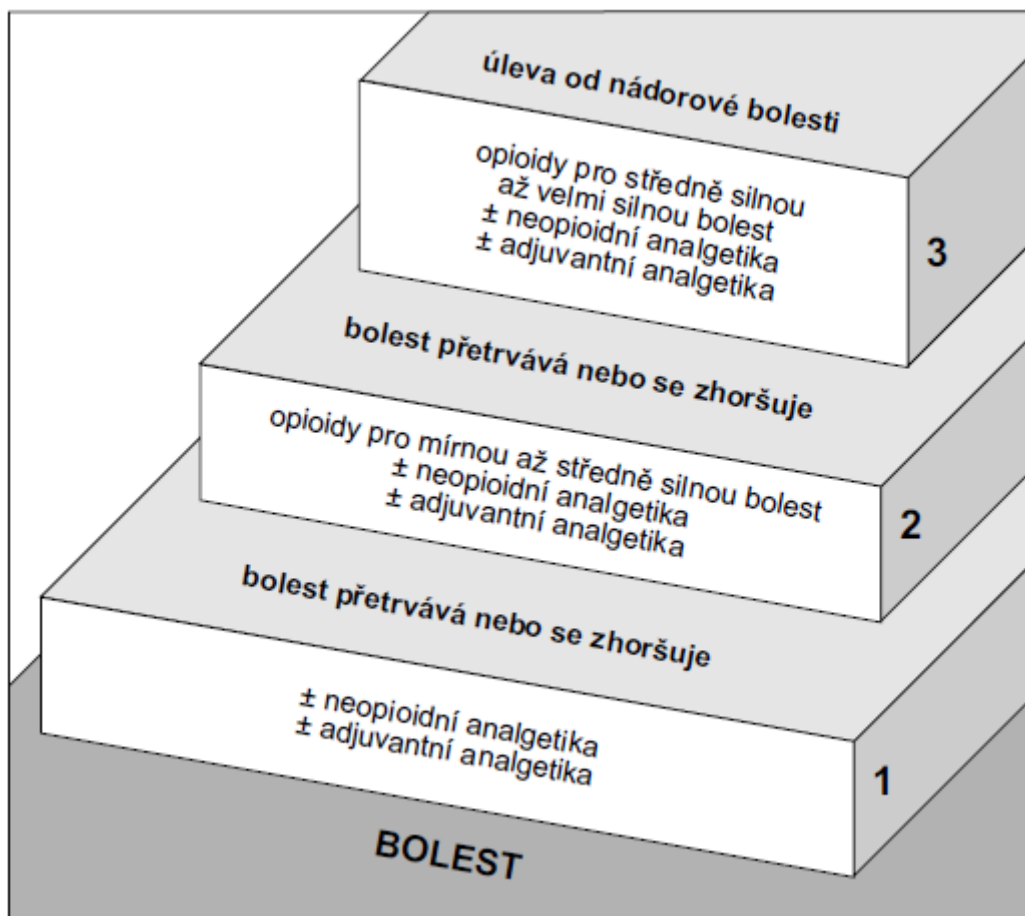
**Příloha č. 14:** Obličejová škála<sup>95</sup>



---

<sup>95</sup> Převzato z Dvořáková, D. Hodnocení bolesti u seniorů. *ZDN.cz* [online]. 9. 7. 2010 [cit. 12.12.2011]. Dostupné z: [www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242).

**Příloha č. 15:** Analgetický třístupňový žebříček WHO<sup>96</sup>



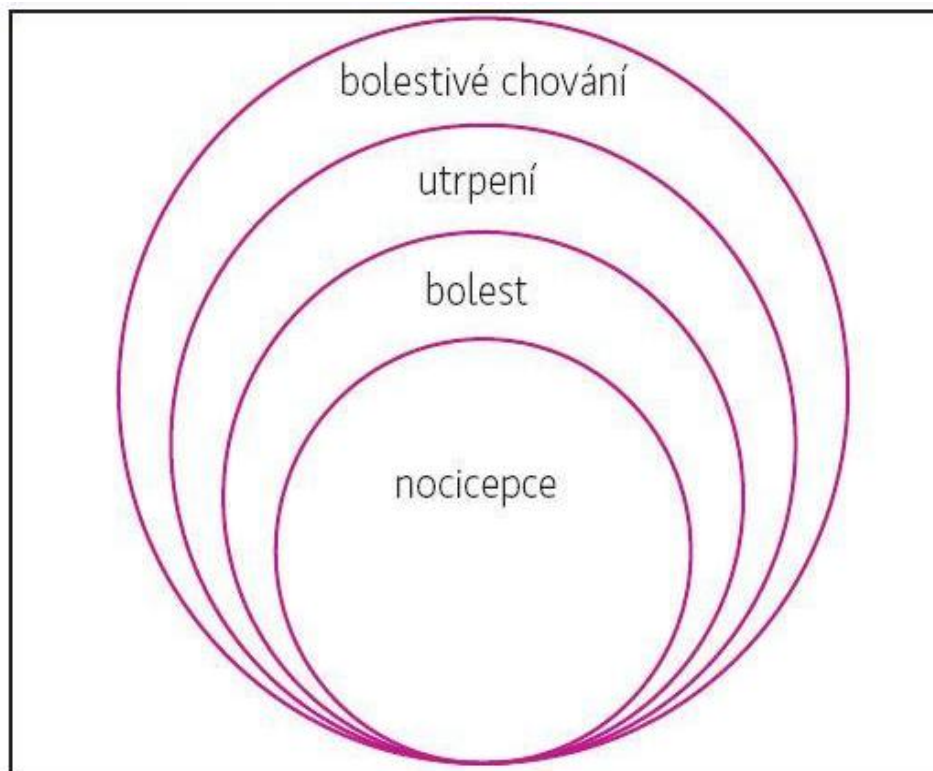
<sup>96</sup> Převzato z Aranda, S. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. české. Praha: Grada, 2005. 94 s.

**Příloha č. 16:** Fáze ošetřovatelského procesu<sup>97</sup>



<sup>97</sup> Převzato z Špirudová, L. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2005. 100 s.

**Příloha č. 17:** Konceptuální model bolesti<sup>98</sup>



---

<sup>98</sup> Převzato z Dvořáková, D. Hodnocení bolesti u seniorů. *ZDN.cz* [online]. 9. 7. 2010 [cit. 12. 12. 2011]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>.