

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

**Bc. Pavla Zemanová**

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech 5341T014

## **HOSPICOVÁ PÉČE A UMĚNÍ DOPROVÁZET**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZENĚ 2013

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení mé diplomové práce a poskytování cenných odborných rad a podnětů.

# OBSAH

ÚVOD .....	- 10 -
1 PALIATIVNÍ PÉČE .....	- 11 -
1.1 Principy paliativní péče .....	- 11 -
1.1.1 Obecná paliativní péče .....	- 12 -
1.1.2 Specializovaná paliativní péče .....	- 13 -
2 HOSPICOVÁ PÉČE .....	- 14 -
2.1 Hospicová péče ve světě .....	- 14 -
2.1.1 Velká Británie .....	- 14 -
2.1.2 Maďarsko .....	- 15 -
2.1.3 Nový Zéland .....	- 16 -
2.1.4 Holandsko .....	- 17 -
2.1.5 Německo .....	- 17 -
2.1.6 USA .....	- 18 -
2.2 Hospicová péče v České republice .....	- 19 -
2.2.1 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče .....	- 19 -
2.2.2 Legislativa hospicové péče v ČR .....	- 20 -
2.2.3 Financování hospicové péče v ČR .....	- 21 -
2.2.4 Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 - 2015 .....	- 22 -
2.2.5 Nadační fond Umění doprovázet .....	- 23 -
2.2.6 Rovnováha .....	- 23 -
2.3 Světový den hospicové a paliativní péče .....	- 23 -
3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE .....	- 25 -
3.1 Mobilní hospic .....	- 25 -
3.2 Domov Pod střechou .....	- 25 -
3.3 Rodinné hospicové pokoje .....	- 27 -
3.4 Hospic .....	- 27 -
3.4.1 Indikace k přijetí do hospice .....	- 29 -
3.4.2 Svobodný informovaný souhlas .....	- 29 -
3.4.3 Respitní péče .....	- 30 -
3.4.4 Dětský hospic a hospicová péče u dětí .....	- 30 -
4 UMĚNÍ DOPROVÁZET .....	- 32 -
4.1 Období Pre finem .....	- 32 -
4.1.1 Sdělení diagnózy .....	- 32 -
4.1.2 Fáze přijetí závažného onemocnění dle Kübler - Rossově .....	- 33 -

4.2 Období In finem.....	- 35 -
4.3 Období Post finem .....	- 35 -
4.3.1 Truchlení.....	- 36 -
4.3.2 Doprovázení dětí v období truchlení .....	- 36 -
4.3.3 Doprovázení dospělých v období truchlení .....	- 38 -
5 HOSPICOVÁ PÉČE O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉHO .....	- 40 -
5.1 Hospicový tým.....	- 40 -
5.1.1 Duševní hygiena hospicového týmu .....	- 41 -
5.2 Potřeby terminálně nemocných .....	- 41 -
5.2.1 Potřeby psychologické.....	- 42 -
5.2.1.1 Umění komunikovat .....	- 42 -
5.2.1.2 Naděje .....	- 43 -
5.2.2 Potřeby sociální.....	- 43 -
5.2.3 Potřeby spirituální.....	- 44 -
5.2.4 Potřeby biologické .....	- 44 -
5.2.4.1 Bolest .....	- 45 -
5.2.4.2 Dyspnoe .....	- 45 -
5.2.4.3 Obstipace .....	- 46 -
5.2.4.4 Nausea a zvracení .....	- 47 -
5.2.4.5 Výživa a hydratace.....	- 48 -
5.2.4.6 Péče o pokožku a prevence dekubitů .....	- 48 -
5.2.4.7 Úzkost a deprese .....	- 49 -
6 PRAKTICKÁ ČÁST .....	- 51 -
6.1 Formulace problému .....	- 51 -
6.2 Cíl a úkol průzkumu .....	- 51 -
6.3 Vzorek respondentů .....	- 51 -
6.4 Metoda výzkumu .....	- 51 -
6.5 Hypotézy.....	- 52 -
6.6 Prezentace a interpretace získaných údajů.....	- 52 -
7 DISKUZE .....	- 74 -
ZÁVĚR .....	- 78 -
POUŽITÁ LITERATURA	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	

# ANOTACE

Příjmení a jméno: Bc. Zemanová Pavla

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Hospicová péče a umění doprovázet

Vedoucí práce : Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran : číslované 79, nečíslované 28

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 53

Klíčová slova: hospic - hospicová péče - paliativní péče - umění doprovázet - umírání

## Souhrn:

Diplomová práce pojednává o problematice hospicové péče a umění doprovázet, které jsou chápány jako účinná pomoc nemocným v preterminální a terminální fázi nemoci a také jejich blízkým. Empirická část práce je zaměřena na zmapování erudovanosti všeobecných sester v tématu hospicové péče a umění doprovázet a to za pomoci explorační metody, dotazníkového šetření.

## ANNOTATION

Surname and name: Bc. Zemanová Pavla

Department: Nursing

Title of thesis: Hospice care and ability to assist on a last journey

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages: numbered 79, unnumbered 28

Number of appendices: 12

Number of literature items used: 53

Key words: ability to assist on a last journey - dying - hospice - hospice care - palliative care

### Summary:

This thesis describes the problematics of the hospice care and ability to assist on a last journey, which are the two effective forms of help for the patients diagnosed with an untreatable disease and their family members in the patient's terminal stadium of life. The research part of the thesis is focused on mapping the proper education of the nursing staff in the topic of hospice care and the ability to support the patients on their last journey using the explorative questionnaire survey method.

## ÚVOD

Ve své diplomové práci bych se Vám chtěla pokusit představit jedno z velmi diskutovaných a především zajímavých témat, hospicovou péči a umění doprovázet. Tato problematika mě zaujala svým posláním, a proto nyní rozšiřuji svoji bakalářskou práci, která má název "Hospicová péče v ČR".

Hospicová péče představuje takový přístup k nemocným s infaustní prognózou a jejich blízkým, který je hoden následování, a který každému pomáhá nalézt pravou hodnotu a důstojnost člověka. Také kde jinde než u lůžka umírajícího můžeme lépe projevit vztah plný empatie, respektu, naslouchání a lásky?

Doprovázení umírajících ubere hodně sil, ale přidá mnoho moudrosti a zralosti. Doktorka Elisabeth Kübler-Rossová k tomu dodává: *„Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stádia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“* (41, s.116)

Nemocný člověk potřebuje i v závěru svého života ty, kteří ho mají rádi a rozumějí mu. Hospicová péče pracuje s nadějí, kdy nabízí rodinám hledat a napravit vzájemné vztahy tak, aby se v budoucnu na tuto část společného života dalo ohlédnout s vděčností a s vědomím, že čas věnovaný jejich blízkému měl smysl a že bylo uděláno všechno, co uděláno být mohlo.

V souvislosti s výrazným stárnutím populace v České republice a stále častějším výskytem onemocnění s infaustní prognózou se bude potřeba hospicové péče neustále zvyšovat (viz Příloha 8). Je proto důležité, aby byla veřejnost o možnostech této péče informována. Výzkumem v mé bakalářské práci, kterou rozšiřuji, však bylo zjištěno, že laická veřejnost není o hospicové péči informovaná dostatečně. Jako opatření byla navržena edukace laické veřejnosti např. edukačními materiály, přednáškami či všeobecnou sestrou. Je proto důležité zmapovat úroveň erudovanosti všeobecných sester o hospicové péči a umění doprovázet, zda-li dokážou účinně plnit v této oblasti jednu ze svých rolí, roli edukátorky.



# 1 PALIATIVNÍ PÉČE

Definovat paliativní péči jednoznačnou definicí je obtížné, neboť rozsah paliativní problematiky je velmi široký.

Dle Evropské asociace pro paliativní péči: „*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 považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.*“ (38, s.14)

Definice Evropské asociace pro paliativní péči se mírně liší od definice Světové zdravotnické organizace (WHO): „*Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením a léčbou a mírněním bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních i duchovních.*“ (9, s.13)

Cílovou skupinu paliativní péče tvoří nemocní v pokročilých a terminálních stádiích nevyléčitelných chorob. Nejčastější diagnózou nemocných v paliativní péči je onkologické onemocnění. Z nenádorových onemocnění poté konečná stádia chronického srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin neurologického onemocněními typu demence či AIDS. (52)

## 1.1 Principy paliativní péče

Světová zdravotnická organizace stanovila v paliativní péči hlavní zásady, které jsou stanoveny v "Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy všem členským státům". V paliativní péči je kladen velký důraz na optimální tlumení bolesti a ostatních symptomů, které doprovázejí umírání. Je nezbytné podrobné vyhodnocení stavu každého nemocného, sestávající z důkladné anamnézy, fyzikálního vyšetření a případně z dalších potřebných vyšetření. Nemocným musí mít dostupné všechny nezbytné léky v různých formách, včetně opioidů.

V paliativní péči je pohlíženo na umírání jako na přirozený proces, přestože podporuje život. Jedná se o velmi důležitou zásadu, která má za cíl zodpovědět citlivé otázky spojené s paliativní péčí. Nemocní, kteří potřebují paliativní péči, nejsou neúspěchem medicíny a ani by na ně nemělo být tak nahlíženo. Cílem péče je snaha zajistit, aby nemocní mohli žít hodnotným a důstojným životem až do okamžiku své smrti. Význam péče o stránku fyzickou, psychologickou, sociální a duchovní je nezanedbatelný. Paliativní péče neusiluje o urychlení smrti, ani o její oddálení. Jednotlivé výkony v péči o nemocného nesmí být prováděny tak, aby směřovaly k předčasnému ukončení jeho života. Stejně tak je velmi důležité, aby technologie, které jsou dostupné v moderní medicíně, nebyly používány k nepřirozenému prodlužování lidského života. (40)

Jedním z cílů paliativní péče, který je velmi důležitý, je zajistit umírajícím co nejlepší kvalitu života. Otázka kvality života je v posledních letech intenzivně zkoumána. Je podstatné si uvědomit, že nejde jen o fyzickou pohodu či funkční schopnost, ale jedná se o něco, co může definovat jedině sám umírající a co se může během času zásadně měnit.

Paliativní péče vyžaduje koordinovanou týmovou spolupráci. Jednotlivec ani samostatný obor nemůže stačit na různorodé a komplikované problémy, které se vyskytují v období poskytování paliativní péče nemocnému a jeho rodině. Pro sehranou práci týmu je zásadní a nezbytné mít společné cíle a efektivní prostředky komunikace.

Dříve byla paliativní péče pevně vyhraněna péčí o nemocné v terminálním stádiu nemoci. V současné době je všeobecně chápáno a uznáváno, že paliativní péče je velmi prospěšná nemocným a jejich blízkým již po sdělení diagnózy onemocnění s infaustní prognózou. Proto došlo k jejímu rozdělení na obecnou a specializovanou paliativní péči, tedy péči hospicovou. (32)

### **1.1.1 Obecná paliativní péče**

Obecnou paliativní péčí označujeme vhodnou klinickou péčí o nemocného v terminálním stádiu nevyléčitelného onemocnění. Její součástí je empatická komunikace s nemocným a jeho blízkými, orientace léčby na kvalitu života nemocného, účinná léčba symptomů doprovázející umírání a samozřejmě psychosociální podpora.

Obecnou paliativní péčí by měli být schopni poskytovat nejen lékaři všech odborností v rámci své rutinní klinické praxe, ale i všichni ostatní zdravotničtí pracovníci s ohledem na specifika své odbornosti. (10)

### **1.1.2 Specializovaná paliativní péče**

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná nemocným v preterminálním a terminálním stádiu nemoci a také jejich blízkým týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. (28)

Specializovaná paliativní péče je také indikována tam, kde nemocný a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Do procesu poskytování hospicové péče je rodina nemocného zahrnuta na jedné straně jako spolupracovník, který má v tomto složitém období nezastupitelnou roli a na druhé straně jako objekt péče, protože hospicová péče je věnována i blízkým umírajícího a to i po jeho úmrtí. Členové hospicového týmu se snaží pomoci pozůstalým vyrovnat se smrtí svého blízkého. Pozůstalí mají prostor pro bezpečný způsob sdílení své bolesti i emocí. Podpora pozůstalých může mít různé podoby, např. osobní návštěva některého ze členů hospicového týmu, společné setkání pozůstalých, korespondence či bohoslužba.

V některých formách hospicové péče se obecná a specializovaná péče vzájemně doplňují a jedna bez druhé by nemohla fungovat. Specializovaná paliativní péče je směřována nejen na samotného nemocného, jeho blízké a pozůstalé, ale v rámci edukace též na širokou odbornou i laickou veřejnost. (29)

## 2 HOSPICOVÁ PÉČE

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče rozumí takovému působení hospicové péče, kdy: *„Je nemocnému garantováno, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za každých okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane zcela osamocen. Klade si za cíl zajištění vysoké kvality života i v jeho závěrečných fázích, aby člověk umíral bez bolesti fyzické, psychické, sociální i spirituální. Důraz klade i na péči o blízké pacienta v období jejich zármutku. Podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti.“* (41, s.115)

Dle Dr. Cecill Saundersové lze hospicovou péči shrnout několika slovy: *„Pomoc člověka člověku v utrpení způsobeném těžkou nemocí a umíráním.“* Lidská pomoc při doprovázení umírajících na sklonku života je proto zcela zvláštním uměním. Jedná se o humánní a smysluplné utváření prostředí společného pro všechny zúčastněné tohoto nesmírně složitého procesu. Sdílí ho nejen samotný umírající, ale i jeho blízcí, přátelé a celý ošetřující tým. (41)

### 2.1 Hospicová péče ve světě

Pojem hospic pochází z latinského "hospitium" a je ze středověku. Hospice v té době existovaly při kláštorech a jejich prvotním určením byly útulky pro unavené poutníky, kteří zde nacházeli na svých cestách tělesnou úlevu, mohli se napít a nasytit, byly jim ošetřeny nohy znavené putováním a dostalo se jim i duchovní pomoci. Útulky se ukázaly být natolik užitečné, že se zachovaly i přes zákaz řádů o jejich činnosti v 15. století. Přes odpor panovníka Jindřicha VIII. si lid tyto útulky vydobyl zpět. V té době totiž už hospice nebyly pouze ubytovacím místem pro putující, ale i dobře fungující zařízení poskytující zdravotní péči všem potřebným. (15)

#### 2.1.1 Velká Británie

Velkou Británii lze považovat za kolébku současné paliativní péče. Ostrovní země má v péči o umírající dlouhou historii. První moderní zařízení hospicové péče, hospic sv. Kryštofa, byl založen v Anglii na předměstí Londýna v roce 1967. O jeho vybudování se zasloužila anglická lékařka Cecilie Saundersová, která je zároveň autorkou konceptu o „celkové bolesti“. Spočíval v tom, že stejnou váhu přikládala jak zajištění vysoce odborné péče, zabezpečující fyzické potřeby strádajících, tak

poskytování duchovní útěchy a uspokojování sociálních potřeb nemocných a jejich rodin. Tato myšlenka měla pro vznikající hospicové hnutí a paliativní péči zásadní význam.

Strategie hospicové péče byla pevně zakotvena ve státním zdravotním systému Velké Británie (NHS) a od té doby jsme svědky rychlého rozvoje různých organizačních forem paliativní péče a nárůstu počtu osob využívajících paliativní péči. Při lůžkových hospicích začaly velmi záhy vznikat také struktury poskytující mobilní hospicovou péči a o chvíli později také denní péči v hospicových stacionářích.

Hospic je v Anglii chápán společností nejen jako instituce, ale především jako životní filozofie, respektující život a lidskou bytost do poslední chvíle. Hospicová péče je poskytována zcela zdarma. Není to díky plné úhradě ze zdravotního pojištění (ta kryje stejně jako u nás jen část nákladů), ale díky široké podpoře veřejnosti, která touto filozofií žije. Formou finančních nebo věcných darů a prací dobrovolníků je tak provoz hospiců dostatečně zajištěn. (1)

### **2.1.2 Maďarsko**

Tato země patří mezi blízké sousedy České republiky a má za sebou s hospicovou péčí obdobné pozitivní i negativní historické zkušenosti. V Maďarsku byla tabu dlouhá desetiletí, teprve po návratu k demokracii se hospicové hnutí dostávalo do popředí dění. Byly založeny různé nadace, ale ten skutečný první krok na sebe ještě teprve čekal.

Doktorka Alaine Polczová, propagátorka hospicového hnutí v Maďarsku, pracovala na oddělení dětské onkologie po dvě desetiletí. Ve své době měla dva těžké nepřátele. Leukémii u svých dětských pacientů a politický režim. Ani jeden z nich nepřál lidskosti. Nejprve však musel být vyřešen tento odmítavý postoj státu, pak teprve bylo možno začít bojovat o nemocného člověka.

Maďarská hospicová nadace, jež byla založena roku 1991, si vytyčila několik cílů, bylo jí poskytnout milující péči umírajícímu pacientovi, pomoc a poradenství příbuzným a také šířit samotnou myšlenku dál do společnosti.

Hospicovou péči však bylo třeba včlenit do legislativy Maďarska a zajistit její financování. Byla založena Maďarská asociace hospicové paliativní péče roku 1995, jež napomáhala v navazování kontaktů s Ministerstvem zdravotnictví či pojišťovnami. Avšak financování nebylo v Maďarsku dosud zcela vyřešeno. Hospicová lůžka jsou provozována většinou nemocnicemi, domácí péče je pak financována většinou z Národního fondu zdravotního pojištění. Tato finanční pomoc je však velmi malá a

stačí někdy pouze pro všeobecné sestry. Přesto však úspěchy rostou. Během dvaceti let existence hospicové péče v Maďarsku byla poskytnuta péče 5800 jedincům. Upřednostňována je přítom péče o pacienta v jeho domácím prostředí.

Hospicová péče v Maďarsku má však také určitá specifika. Svou hojnou pozornost věnuje dětem, ale i bezdomovcům s onkologickým onemocněním. Tito pacienti jsou v daleko horší psycho- sociální situaci, protože postrádají jakékoliv zázemí. Nadace v těchto případech spolupracuje s Centry pro lidi bez domova.

Konec devadesátých let byl, vlivem nedostatku finančních prostředků, ve znamení poklesu lékařů, sester i dobrovolníků. Mezi občany Maďarska vzrostl počet stoupců eutanázie a dobrovolníci nebyli k pacientům vůbec připouštěni, protože nebyli lékaři uznáváni za kompetentní osoby. Jen díky lidské vůli a vytrvalosti, i dnes, pět let od smrti zakladatelky Alaine Polczové, zůstává hospicové hnutí v Maďarsku rostoucím organismem, jehož podstatou je pomoc tam, kde jí je zapotřebí. (12)

### **2.1.3 Nový Zéland**

Hospicové hnutí se na Novém Zélandu rozvíjí posledních 30 let. Je zastřešováno organizací Hospice New Zealand, která sdružuje všechny hospicové organizace v království a jejím mottem je „Život každým okamžikem!“.

Hospicová péče je pro každého obyvatele Nového Zélandu poskytována zdarma. Jedná se o vládní nařízení, avšak vláda se na financování podílí pouze z malé části, zodpovědnost proto leží na samotných hospicích, které musejí získávat sponzory, jež na základě anglosaské charitativní tradice hospice podporují. Na Novém Zélandu je zřízeno několik hospicových zařízení, avšak o většinu nemocných je postaráno v jejich domácím prostředí, kdy pečující člen rodiny dostává finanční podporu.

Jeden z hlavních problémů dostupnosti hospicové péče je nízká informovanost veřejnosti, jenž se mylně domnívá, že hospic je budova, kam jdou nemocní na smrt. Na Novém Zélandu proto kladou veliký důraz na edukační činnost široké veřejnosti.

Hlavním komunikátorem, s nemocným a jeho rodinou, je ve všech typech hospicové péče na Novém Zélandu sociální pracovník. Původní maorští obyvatelé mají totiž zcela odlišné pojetí rodinných vztahů, intimity a důvěry od „evropských“ zvyků. Své zdravotní potíže neřeší mimo členy vlastní rodiny, proto navázat fungující a jim vyhovující komunikaci lze jen akceptováním pravidel, která jsou součástí jejich kultury. V této oblasti udělala nejen sociální práce, ale celá novozélandská společnost

v posledních letech velký krok kupředu. Začala přijímat maorské zvyky a oceňovat jejich hodnoty.

Cílem hospicové péče na Novém Zélandu zůstává, aby všechny nezbytné služby byly i nadále poskytovány zcela zdarma. K získávání finančních prostředků, dobrovolníků i šíření informací o hospicové péči slouží akce „Týden hospicového povědomí“, která zároveň obohacuje život místních obyvatel o množství společenských akcí. (11)

#### **2.1.4 Holandsko**

Hospice v Holandsku vznikají jako samostatná zařízení díky iniciativě občanských sdružení a mají vlastní právní subjektivitu. Neosvědčily se původní představy o zřizování oddělení paliativní hospicové péče ve stávajících nemocnicích, protože hospicová péče se ve své podstatě liší od péče nemocniční a není možné, aby týž personál jednou vnímal člověka jako bytost, blížící se k závěru života a vyžadující respektování všech jeho potřeb a jindy jen jako pacienta s nemocí, kterou je třeba léčit. Bylo proto definováno, že nemocnice jsou určeny k léčbě nemocí a hospice ke komplexní péči o umírající.

Hospice v Holandsku disponují standardní vybavením, profesionálním týmem zaměstnanců a především mnoha dobrovolníky. Slovo dobrovolník je v tamních hospicích neustále zmiňováno, jsou jejich nedílnou součástí.

Způsob financování hospicové péče v Holandsku je zajištěn zdravotním pojištěním, kdy je zdravotní péče rozdělena na základní, která je hrazena ze zdravotního pojištění a nadstandardní, na kterou je možné se připojistit. Hospicová péče je v Holandsku považována za základní zdravotní péči, a proto je plně hrazena ze základního zdravotního pojištění. Samozřejmě je státem vymezený potřebný počet hospicových lůžek podobně jako u nás a jako u nás se předpokládá přibližně pět lůžek na sto tisíc obyvatel. (1)

#### **2.1.5 Německo**

V Německu vzniklo první oddělení paliativní medicíny v roce 1983 v Kolíně nad Rýnem, první hospic byl uveden do provozu v roce 1985 v Aaschenu. Jsou zdůrazněny znaky občanské ctnosti, které musejí být uplatňovány i v hospicové péči, patří mezi ně solidarita, tolerance, svoboda, rovnost či spravedlnost. Za posledních 30 let vzniklo v Německu na 179 hospiců, 231 jednotek paliativní péče v nemocnicích a

více než 1500 ambulantních služeb hospice. Počet lůžkových zařízení v péči o těžce nemocné a umírající však významně vzrostl v posledních 15-ti letech. Zatímco bylo v roce 1996 pouze 30 hospiců a 28 jednotek paliativní péče, v roce 2011 je to již 179 hospiců a 231 jednotek paliativní péče.

Hospice existují vlivem občanských sdružení a náboženských institucí. Oproti České republice, působí hospice v Německu komornějším dojmem, mají pouze několik lůžek, jejich poslání však zůstává stejné.

V Německu je velmi rozšířená dobrovolnická činnost. Občané se angažují od samého počátku hospicového hnutí, dnes se na péči o umírající a jejich rodiny podílí přes 80 000 dobrovolníků.

Hospicová péče byla zpočátku financována výhradně z darů a podpory dobrovolníků. Nyní mají hospice obvykle statut zdravotnického zařízení, díky neustálé politické práci Německé společnosti pro paliativní medicínu, proto jsou většinou z 90% financovány ze zdravotního pojištění a zbylých 10% hradí sám hospic ze sponzorských darů. Sponzorské dary jsou také uplatňovány, pokud jsou přijati pacienti, kteří nemají z různých důvodů zdravotní pojištění. (33)

## **2.1.6 USA**

První hospic byl ve Spojených státech založen v New Havenu - Connecticutu v roce 1974. V USA je však za základní formu hospicové péče považována mobilní péče, která je velmi rozšířená. V lůžkových zařízeních je péče poskytována pouze malému procentu nemocných.

Již od poloviny 70. let vznikaly první pokusy o integraci hospicové péče do prostředí nemocnic. Vznikaly první konziliární týmy hospicové péče v rámci nemocnic, ojediněle přímo lůžková oddělení. V roce 1975 použil kanadský lékař Belfour Mount poprvé v této souvislosti pro své nemocniční oddělení označení oddělení paliativní péče.

Společným znakem většiny zařízení hospicové či paliativní péče byla jejich existence mimo hlavní proud zdravotnictví. Hospice většinou vznikaly jako lokální iniciativy inspirovaných a obětavých jednotlivců či malých skupin. Lze říci, že tyto lokální příklady odborně a lidsky zvládnuté péče o umírající působily na své okolí a postupně přesvědčovaly stále větší část odborné i laické veřejnosti.

Hospicová péče je ve Spojených státech amerických hrazena většinou systémem zdravotního pojištění Medicare, Medicaid či jinými poskytovateli pojištění. Pokud pacient není pojištěn, musí si výdaje platit sám, avšak výše platby závisí na jeho



příjmech. Ve výjimečných případech může být hospicová péče hrazena z charitativních zdrojů. (2)

## **2.2 Hospicová péče v České republice**

Historie hospicové péče je v České republice poměrně krátká. Její rozvoj byl nastartován v roce 1989 v rámci změn, které probíhaly v českém zdravotnictví. Řada našich lékařů a sester mělo možnost navštívit zahraniční pracoviště. Jednou z nich byla také MUDr. Marie Svatošová, která po svém návratu začala vytrvale a důmyslně propagovat hospicové hnutí v České republice. V roce 1993 založila MUDr.Svatošová občanské sdružení Ecce homo, které podporuje domácí péči a hospicové hnutí. Dalším jejím mimořádně úspěšným počinem bylo vybudování Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Vybudován byl ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové a k jeho slavnostnímu otevření došlo 8. prosince 1995. Dá se říci, že tento hospic splnil v ČR stejnou roli, jako hospic sv. Kryštofa ve Velké Británii.

V současné době poskytuje hospicovou péči v České republice 14 lůžkových hospiců, jejichž kvalitu služeb garantuje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, s celkovou kapacitou 370 lůžek. Jedinými kraji, ve kterých hospic ještě není zřízen je kraj Liberecký a Karlovarský.

Kromě lůžkových hospiců působí v České republice další formy hospicové péče, jako jsou hospicová lůžka v jiných zdravotnických zařízeních či mobilní hospicová péče. (18)

### **2.2.1 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče**

V roce 2005 bylo založeno občanské sdružení Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Od jeho počátku byla až do 26.4.2012 jeho prezidentkou právě MUDr. Marie Svatošová, kterou po nových volbách, ve kterých již nekandidovala, vystřídal Ing. Jakub Forejt, který působí v Hospici sv. Lazara. Asociace prosazuje a podporuje hospicovou a paliativní péči, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti, přispívá k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání a sdružuje organizace poskytující lůžkovou a mobilní hospicovou péči. APHPP sdružuje poskytovatele hospicové péče a garantuje kvalitu jejich služeb. Ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví se podílela na vytvoření prvních českých Standardů kvality hospicové paliativní péče, prosadila uzákonění lůžkové i mobilní hospicové péče a je členem Evropské asociace paliativní péče. (1)

## 2.2.2 Legislativa hospicové péče v ČR

Do r. 2006 český právní systém neobsahoval termín hospic nebo paliativní péče. Na legislativních iniciativách směřujících k systémovému zakotvení hospicové paliativní péče do legislativy se od počátku svého ustavení podílela Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP). Hospicové péče se dotýkají zejména právní úpravy v oblasti zdravotní a sociální.

V roce 2007 připravila pracovní skupina MZČR ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče "Standardy hospicové paliativní péče" s cílem definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v ČR splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita. Standardy jsou závazným dokumentem pro členy APHPP. Lůžkové hospice, jež jsou členy APHPP, jsou povinny tyto standardy dodržovat a naplňovat.

Aktuální zásadní potřebou je systémové dořešení financování sociální složky paliativní péče. V legislativě je definován hospic pouze jako zdravotnického zařízení. Pokud by hospice pečovaly o pacienta jako ryzí zdravotnické zařízení pouze s hrazeným personálem z veřejného zdravotního pojištění, dokážou pacientovi podat lék a ovázat ránu. Nezbude však čas a síla na péči o „sociální část“ pacienta. Pokud by byl hospic definován pouze jako ryze sociální zařízení v režimu sociálních služeb, dokážou zabezpečit sociální, duševní i duchovní potřeby klienta, ale nedokážou eliminovat nesnesitelné bolesti terminálně nemocných. Nelze léčit odděleně jen zdravotní či sociální část u umírajícího, není možné oddělit léčbu fyzických bolestí od sociálního, duševního či duchovního strádání a léčby těchto symptomů.

APHPP se opakovaně snaží prosadit zakotvení péče o terminálně nemocné do zákona o sociálních službách, ale zatím bezúspěšně. Pokud se tak podaří, hospice budou moci regulérně žádat o dotace MPSV na sociální péči, kterou každodenně pacientům a jejich rodinám poskytují. Jak pravil bývalý veřejný ochránce práv JUDr. Otakar Motejl: „*V případě hospice se jedná o moderní typ zdravotně sociální péče, jejíž legislativní zakotvení je nevyhovující.*“ (30, str.3)

Rok 2011 přinesl dlouho očekávaný Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Česká společnost paliativní medicíny byla vyzvána k připomínkování tohoto zákona a tak předložila zdravotnímu výboru sněmovny k již projednávanému návrhu několik pozměňovacích návrhů k §5, §10 a §36. Některé návrhy byly přijaty, některé bohužel nikoli. Zákon o zdravotních službách přes všechny

nedokonalosti přinesl několik podstatných změn: v §5, písm. h) je definována paliativní péče (bohužel se nepodařilo prosadit definici obecné a specializované, která je pro hrazení pojišťovnami velmi klíčová), v § 10, písmeno b) je uvedena paliativní péče jako typ péče, která se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí pacienta. To je velká změna oproti zákonu o péči o zdraví lidu z roku 1966, který u nás do té doby platil.

Další podstatná změna je to, že se po mnoha letech podařilo poprvé dostat do sazebníku zdravotních výkonů dva kódy umožňující hradit práci lékaře, poskytujícího paliativní péči v domácím prostředí. Ve vyhlášce č. 411/2011 Sb., kterou se mění vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., již se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, je nově zařazená „Kapitola 720 - paliativní medicína“ se dvěma základními kódy, které v současné době umožňují samostatné fungování a tedy i úhradu za práci lékaře specialisty, který poskytuje paliativní péči v domácím prostředí. (7)

### **2.2.3 Financování hospicové péče v ČR**

Hospice jsou financovány z více zdrojů. Zdravotní složka paliativní péče je již systémově hrazena zdravotními pojišťovnami, ale úhrada sociální složky této péče zůstává stále nedořešena. Zatím je poskládána z příspěvku klienta, dotací MPSV, v některých případech přispívají ještě kraje či obce a nezanedbatelnou část tvoří i dary fyzických osob, nadací a sponzorů. Konkrétně to znamená, že péče v každém hospici (lékařská, ošetrovatelská, veškeré služby) stojí denně průměrně 2 000 Kč. Jen 50-60 % hradí zdravotní pojišťovna. Hospice jsou v naprosté většině nevládní neziskové organizace, které nemají „zajištěného“ zřizovatele (např. kraj), z jehož rozpočtu by byl jejich rozpočet hrazen. O další finanční prostředky hospice žádají opakovaně obce, kraj, ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí - ale na tyto dotace není právní nárok. Z těchto zdrojů získávají hospice dalších asi 20 % rozpočtu. Částečně se na financování podílejí i pacienti a jejich rodiny, ti hradí příspěvek úměrný jejich příjmu tak, aby hospicová péče byla dostupná pro každého. A zbylé chybějící prostředky na provoz se hospice snaží získat od soukromých dárců, nadací, fondů, firem a jednotlivců - bez jejich pomoci by v současné době nemohli poskytovat péči všem bez rozdílu.

Například v Lucembursku je situace zcela jiná, protože hospic je ve zdravotnickém systému brán jako nemocnice, takže je téměř zcela dotován státem. Nemají tedy ty problémy, jaké mají naše hospice mající smlouvy se zdravotními pojišťovnami, které

jim kryjí jen asi 40-60 % nákladů a zbytek si musí shánět v podobě různých grantů či darů od sponzorů. (1)

#### **2.2.4 Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 - 2015**

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015 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.

Mezi dokumenty, ze kterých Strategie vychází, se řadí zejména Charta práv umírajících, Doporučení Výboru ministrů členským státům o organizaci paliativní péče, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči, ale také Úmluva o lidských právech a biomedicíně či Evropská sociální charta. Oproti prvně zmíněným dokumentům jsou však tyto dvě posledně jmenované úmluvy pro Českou republiku právně závazné, neboť jsou součástí jejího právního řádu.

Strategie byla vypracována a projednána Výborem pro lidská práva a biomedicínu ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny a s Hospicovým občanským sdružením Cesta domů. V této Strategii se odrážejí jejich cenné poznatky o stavu a vývoji paliativní péče v České republice, zkušenosti z praxe či návrhy zlepšení stávající situace.

Strategie má za cíl odstranit nedostatečný stav v péči o umírající a jejich pečující rodiny, který v České republice přetrvává. Identifikuje čtyři hlavní cíle, k jejichž naplnění jsou konkretizovány specifické úkoly. Česká vláda vypracováním strategie realizuje doporučení obsažená v Doporučeních Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče, a to zejména požadavek směřovaný národním a regionálním vládám k navržení a realizaci strategie komplexní racionální paliativní péče v těsné spolupráci s profesionály, pacienty a jejich rodinami. Cílem strategie je zajistit všem lidem bez rozdílu důstojný odchod ze života prostřednictvím zabezpečení nejlepší možné kvality péče o pacienty s pokročilým progresivním onemocněním a jejich rodiny a tedy zajistit, že přístup k takové lékařské a sociální péči, která je těmto požadavkům adekvátní, bude garantován. Za tímto účelem je nezbytné změnit současný stav, který nevyhovuje požadavkům ani doporučením vyplývajícím z mezinárodních dokumentů. Strategie si tak vytyčuje cestou legislativních a jiných systémových opatření dosáhnout požadovaných změn. (39)

### **2.2.5 Nadační fond Umění doprovázet**

Nadační fond Umění doprovázet byl založen 7. července 2006 registrací u Městského soudu v Praze za účelem podpory rozvoje hospicového hnutí v České republice.

Zakladateli nadačního fondu jsou manželé Hana a Bohumil Harákoví. Posláním nadačního fondu Umění doprovázet je především materiální podpora stávajících a nově vznikajících hospiců, dále podporuje vzdělávání odborného personálu v oblasti hospicové péče a také zlepšuje informovanost veřejnosti o hospicích a hospicové péči v České republice. (34)

### **2.2.6 Rovnováha**

Rovnováha je zpravodaj Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Přináší aktuální informace z hospiců v Čechách a na Moravě, dále také témata z oblastí, která se rozvoje hospicové paliativní péče dotýkají. Zpravodaj Rovnováha je určen všem, jenž se o hospicové hnutí v České republice zajímají, ať už z řad profesionálů, klientů a jejich rodin, podporovatelů či médií.

První vydání vyšlo v dubnu roku 2010 a nyní vychází zpravodaj 5x ročně. Rovnováha je tištěna na náklady Ministerstva pro místní rozvoj v počtu 1000 ks a je distribuována členům APHPP, na akcích APHPP či jejich partnerů, dále je možno si tištěnou verzi vyzvednout v kanceláři asociace po předchozí domluvě. Prostředky na rozesílání poštou zatím APHPP nemá, proto je rozesílán zpravodaj elektronicky odborné i laické veřejnosti, poskytovatelům domácí a lůžkové hospicové paliativní péče, médiím, státní správě a samosprávě, nadacím a fondům po celé ČR. (1)

## **2.3 Světový den hospicové a paliativní péče**

Světový den hospiců a paliativní péče je jednotný den pro konání akcí po celém světě, jehož cílem je oslavit a podpořit hospicovou a paliativní péči. Slaví se vždy druhou říjnovou sobotu a pro každý ročník je vyhlášeno speciální téma.

V roce 2012 se Světový den pro hospic a paliativní péči konal již poosmé a jeho heslo znělo: „Život na konci - paliativní péče o stárnoucí populaci“. V předešlých letech tento den nesl téma: „Mnoho nemocí, mnoho životů, mnoho hlasů - paliativní péče u nepřenosných onemocnění“, dále pak „Sdílení péče“ či „Hospicová a paliativní péče: lidské právo“. Řada českých a moravských hospiců se této akce již tradičně účastní. APHPP podporuje své členy při propagaci jejich akcí.

Cílem Světového dne hospiců a paliativní péče je upozornit na potřeby lidí s terminální diagnózou a jejich rodin - v oblasti zdravotní, sociální, praktické, duchovní, vytvářet prostor pro diskusi o těchto tématech, zlepšovat dostupnost hospicové a paliativní péče po celém světě, získat prostředky na podporu a rozvoj hospicové a paliativní péče.

Při Světovém dni hospiců a paliativní péče se každý rok Světového dne účastní stovky organizací ve více než 70-ti zemích na celém světě a pořádají akce pro veřejnost i odborníky. (38)

## **3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE**

Každý umírající má individuální představu, jak a kde strávit své poslední okamžiky života. Aby byla hospicová péče pro umírajícího a jeho blízké pohodlná, flexibilní a splnila tak jeho představy, fungují její různé formy.

### **3.1 Mobilní hospic**

Většina nemocných se cítí nejlépe ve svém domácím prostředí, mezi svými blízkými. Samy rodiny se ve většině případech chtějí o umírajícího člena rodiny starat, avšak často nevědí jak. Domácí hospicová péče jako forma základní sociální a zdravotní péče reprezentuje přijatelnou a žádoucí formu zdravotnické odborné péče a pečovatelské služby. Umožňuje, aby člověk v posledních dnech a týdnech života mohl žít důstojně, měl čas na své nejbližší a čas na rozloučení. Je také oporou rodině při péči o jejich blízkého a doprovází je i po jeho smrti. Je však nutná určitá úroveň rodinného zázemí. Největší tradici má mobilní hospicová péče především v Nizozemí, Švédsku a Francii.

Mobilní hospic je tvořen týmem zdravotnických a nezdravotnických pracovníků včetně dobrovolníků. Zdravotnická část týmu, tedy lékaři, všeobecné sestry či pečovatelé se starají především o zdravotní stav pacienta, kontrolují jeho aktuální stav, příp. upravují medikaci tak, aby netrpěl bolestí. Zároveň spolu s nezdravotnickými pracovníky, tedy např. dobrovolníky, napomáhají rodině v péči o jejich blízkého, mohou zajišťovat nákupy, pomáhat s hygienou, oblékáním či úklidem, zajistit stálý dozor u nemocného po dobu nepřítomnosti rodiny nebo během jejich odpočinku.

I v domácím prostředí je s využitím odborných pracovníků mobilního hospice možné poskytnout obdobně kvalitní péči jako v nemocnici. Pro nemocného je důležitá především přítomnost blízkých, jejich laskavá péče a úcta. (10)

### **3.2 Domov Pod střechou**

Dne 13. dubna 2012 byl slavnostně otevřen Domov s hospicovou péčí Pod střechou. Tento typ hospicového zařízení je běžný například v Anglii, avšak v České republice je první svého druhu. Představuje projekt moderního a moudrého způsobu péče, kdy není investováno do velkého zdravotnického zařízení, ale je přitakáváno komornímu prostředí, důstojnosti a kvalitní terénní paliativní péči, která do domova přichází. Autoři

projektu jej chystali několik let, do té doby mohly být nabízeny služby paliativního týmu pouze lidem, kteří jsou v péči svých blízkých doma.

Domov s hospicovou péčí Pod střechou provozuje Městská část Praha 2, prostřednictvím své příspěvkové organizace Centra sociálních služeb a dále také ve spolupráci s prvním a zatím největším a nejkomplexnějším domácím hospicem v ČR Hospicovým občanským sdružením Cesta domů.

Domov je určen nemocným v terminální fázi nemoci, kteří si přejí strávit poslední okamžiky života důstojně a v přívětivém prostředí, ale nemají blízké, kteří by se o ně mohli celodenně doma starat. Centrum poskytuje péči podobnou péči rodiny, poskytuje klientovi služby spojené s ubytováním, stravováním, ošetrovatelskou péčí atd. Mobilní hospic zajišťuje zdravotnické služby, je k dispozici se specializovanou paliativní péčí. Domov s hospicovou péčí Pod střechou by měl skutečný domov co nejvíce nahradit. Jeho cílem je, aby se nemocný i jeho blízcí cítili jako doma a nebyli osamělí, aby nemocný člověk mohl čas na konci svého života strávit co nejvíce tak, jak si sám přeje, aby rodiny mohly být spolu kdykoli potřebují a aby nikdo netrpěl nesnesitelnou bolestí, úzkostí a jinými trápeními.

Domov Pod střechou svojí konspirační prostorou připomíná větší byt, jenž má čtyři útulné jednolůžkové podkrovní pokoje, které nabízejí dostatek soukromí. Pokoje jsou každý trochu jiný, protože se opravdu nacházejí pod střechou. Disponují polohovacími elektrickými lůžky, jsou klimatizovány. K dispozici je vlastní bezbariérová koupelna se sprchou a toaletou, je možné užívat také televizi a malou ledničku. V pokoji si lze pověsit vlastní obrázek či vystavit klientovy milé fotografie. Koupelna na patře disponuje vanou, kde je možno koupat i imobilní pacienty, kdy při přesunu pomůže elektrický zvedák. Zdravotnické a kompenzační pomůcky jsou nemocným k dispozici, k těm nejdůležitějším patří koncentrátory kyslíku, dávkovače léků, antidekubitní matrace, vozíky a další drobné pomůcky.

V Domově Pod střechou je poskytována celodenní péče podobná péči rodiny a specializovaná paliativní péče domácího hospice, jenž je poskytována 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Podílet na péči se mohou i rodina nebo přátelé nemocného podle jejich možností a v souladu s přáním nemocného, přicházet i odcházet mohou tak, jak jim vyhovuje, na pokoji je přistýlka na přespání blízkých. (5)



### **3.3 Rodinné hospicové pokoje**

Rodinné pokoje jsou určeny nemocným v terminálním stavu a jejich rodinným příslušníkům nebo blízkým, kteří nemají možnost postarat se o umírajícího doma, ale zároveň s ním chtějí v jeho posledních dnech života být. Jedná se o speciálně upravený pokoj s hospicovým lůžkem, ve kterém může umírající trávit poslední chvíle života společně se svými blízkými.

Tyto pokoje jsou umístěny v nemocnici nebo jsou většinou součástí léčebny dlouhodobě nemocných. V České republice není tato forma hospicové péče zatím rozšířená, stávající rodinné pokoje se nacházejí v Léčebně dlouhodobě nemocných v Krajské nemocnici Liberec, a.s., v Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa, a.s., v Panochově nemocnici, a.s. v Turnově či v nemocnici v Semilech.

Rodinný pokoj nabízí odbornou zdravotnickou péči poskytovanou odborným personálem léčebny dlouhodobě nemocných a mobilní hospicovou péči poskytující v rámci sociálních služeb doprovázení umírajících a jejich blízkých po celou dobu pobytu. Pokoje disponují příjemným prostředím, které připomíná svým vybavením prostředí domácí. Je zde také možnost pro doprovázejícího člena rodiny pobývat na pokoji nepřetržitě s nemocným, kde je pro něj připraveno zázemí v podobě vlastního lůžka, kuchyňské linky s lednicí a mikrovlnnou troubou, televize, telefonu, rádia, sociálního zařízení či sprchy.

Po úmrtí nemocného je zajištěno důstojné zaopatření těla zemřelého ze strany pracovníků mobilního hospice a vytvoření důstojného prostředí v rodinném pokoji pro bezprostřední rozloučení se rodiny se zemřelým a možnost následného zprostředkování odvozu zemřelého pohřební službou přímo z rodinného pokoje. K dispozici jsou následně také navazující služby poskytované mobilní hospicovou péčí, doprovázení umírajících. (5)

### **3.4 Hospic**

Hospic není léčebnou dlouhodobě nemocných, není domovem důchodců a není ani nemocnicí. Hospic je nestátním zařízením, jež poskytuje nepřetržitou specializovanou paliativní péči nemocným v terminální fázi nevyléčitelného onemocnění, kdy byly vyčerpány všechny možnosti kurativní léčby. Nemocnému je při přijímání do hospice garantováno, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v posledních chvílích nezůstane osamocen a za každých okolností zůstane zachována jeho lidská důstojnost. (41)

Hospic disponuje poměrně malým počtem lůžek, většinou kolem 25. Je zde kladen důraz na individuální potřeby každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by umírající mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je dosahováno snahou hospice o pohodovou a domácí atmosféru, zajištěním maximálního soukromí nemocných. Prostředí v hospici je příjemné a jeho interiér má za úkol navodit pocit domácího prostředí. Nemocný má v hospici téměř vždy samostatný jednolůžkový pokoj, kde je připraveno také volné lůžko pro jeho blízké. K vybavení pokoje patří plně automatické polohovací lůžko, které má aktivní antidekubitní matraci. Dále je k dispozici klimatizace, televizor, rádio, přípojka k internetu, koupelna se sprchovým koutem, toaleta a běžný nábytek, kdy má nemocný možnost přivést si s sebou do hospice svůj nábytek, který by mu připomínal domov. V hospici se nachází také pietní místnost, kde se mohou nemocní, ošetřující personál a především rodinní příslušníci rozloučit se zemřelým.

Režim dne v hospici je individuální dle potřeb každého nemocného a výrazně se liší od nemocničního pobytu. Díky osobnímu a přátelskému vztahu mezi ošetřujícími a nemocným je zachována lidská důstojnost i na konci životní cesty nemocného. Ráno nejsou nemocní buzeni v určitou hodinu, stejně tak uléhají, kdy sami chtějí. Mohou snídat, obědovat i večeřet dle svého přání. Nemá-li nemocný chuť na jídlo v době jeho podávání, je možné si jej uschovat na pozdější dobu. Rovněž tělesná hygiena je prováděna individuálně. Pokud je to možné, převlékne se nemocný hned po ranním probuzení do svých šatů, ve kterých se bude cítit pohodlně.

V hospici je volný čas nemocného vhodně naplňován např. četbou, rozhovorem, tvůrčími aktivitami. Podle přání mohou nemocní trávit čas v zimní zahradě nebo na terase. Pokud to zdravotní stav nemocného dovolí, může jít sám nebo s doprovodem na procházku. Téměř žádná aktivita nebo zájmová činnost se nemocným nezakazuje, nejsou ničím omezováni.

Křesťané se mohou zúčastnit bohoslužeb, konaných přímo v hospici, pokud mají zájem. Nejsou k tomu však nuceni, ani k tomu, aby nevěřící začali věřit v Boha. Vše je ponecháno na svobodné vůli nemocných.

Návštěvy u umírajících nejsou omezené. Je velkým přínosem, pokud je rodina neustále přítomna, může se tak podílet na péči o umírajícího. Kladně se hospic staví také k přítomnosti domácího zvířete nemocného. Protože prostá fyzická přítomnost rodiny i jejich psa či kočky, je pro nemocného velkou psychickou podporou.

Pokud je člověk s nevyléčitelným onemocněním přijat do hospice, neznamená to, že musí v hospici i zemřít. Kvalitní komplexní péče o nemocného někdy vede k tomu, že se jeho stav i přes závažnost onemocnění výrazně zlepší a může se opět vrátit do svého domácího prostředí. (53)

### **3.4.1 Indikace k přijetí do hospice**

Do hospice je přijat nemocný, který trpí pokročilým onemocněním s infaustní prognózou, které mu působí tělesné či psychické obtíže, kurativní léčba byla ukončena a byla nahrazena léčbou symptomatickou. Stav nemocného není stabilizován vzhledem k jeho jasně definovanému terminálnímu stavu a není v silách rodinných příslušníků zajistit nemocnému odpovídající péči a kvalitu života vlastními silami. Nemocný je seznámený se zásadami specializované paliativní péče a souhlasí s jejím poskytováním na základě svobodného informovaného souhlasu.

Písemnou žádost o přijetí do lůžkového hospice může podat sám nemocný, jeho rodina, lékař či sociální pracovníce. Formulář žádosti má většina hospiců na svých internetových stránkách. K žádosti jsou přikládány i další přílohy, nejčastěji rodný list, důchodový výměr či rozhodnutí o příspěvku na péči, pokud jej nemocný pobírá. (53)

### **3.4.2 Svobodný informovaný souhlas**

Jedním z kritérií, které je pro přijetí nemocného do hospice nezbytné, je jeho svobodný informovaný souhlas. Ten je v hospicové péči více než v jiných oborech vyjádřením respektu k vůli pacienta. Člověk, jako svobodný jedinec, má nezadatelné právo na rozhodování o své osobě i v otázkách tak citlivých, jako je vlastní umírání. K správnému rozhodování je však nezbytné mít potřebné znalosti a především dostatečné informace od svého lékaře.

Hospicová péče si klade za cíl, aby souhlas umírajícího byl opravdu svobodný a informovaný. „Svobodný“ znamená, že si sám umírající přeje do hospice a „informovaný“, že umírající ví, co hospic je a co není. (31)

Svým podpisem umírající dokládá, že byl v rozhovoru s lékařem dostatečně a srozumitelně seznámen se svým zdravotním stavem, diagnózou a eventuelně prognózou. Dále je informován jaké formy zdravotních, pečovatelských a jiných služeb hospic poskytuje, že smyslem péče v hospici není život udržet za každou cenu co nejdéle, nýbrž že hlavní úsilí je vedeno ke zlepšení kvality života. Život umírajícího zde nebude uměle prodlužován napojením na přístroje ani jinými postupy. Lékař v hospici

vědomě upouští od všech léčebných i diagnostických postupů a zákroků, které kvalitu života nemocného zlepšit nemohou a naopak ordinuje takovou léčbu, která ulevuje od bolesti a kvalitu života umírajícího zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující. (53)

### **3.4.3 Respitní péče**

Respitní péče pochází z anglického "respite" a znamená uvolnit či ulehčit. Je určena terminálně nemocným, o které se dlouhodobě stará jejich rodina a také samotným rodinám. Jejím smyslem je umožnit pečujícím odpočinek a potřebnou regeneraci. Respiti péče je také nápomocná v případě překlenutí doby onemocnění pečující osoby, umožňuje udělat úpravy v bytě nemocného apod. Čas, věnovaný odpočívání je velmi důležitý nejen pro pečující, ale následně i pro nemocné. Rodina může nabrat další síly potřebné k pečování.

Respitní péče je často poskytována při činnosti hospiců, které nabízejí odlehčovací služby terénní, ambulantní či pobytové. Žádost je proto podávána tam, kde je tato služba poskytována, přičemž každé zařízení má svůj vlastní formulář. (13)

### **3.4.4 Dětský hospic a hospicová péče u dětí**

Hospicová péče poskytuje podporu, pomoc a praktické zázemí také dětem s nevyлéčitelným onemocněním, jejich rodinným příslušníkům a blízkým přátelům. Přístupy v péči o umírající dítě a jeho rodinu mají velký vliv na kvalitu života a schopnost rodičů a sourozenců v procesu vyrovnávání se se smrtí.

Paliativní péče o děti je péčí vysoce specializovanou, která se od paliativní péče pro dospělé odlišuje v několika směrech. Počet umírajících dětí je ve srovnání s počty dospělých menší, časový průběh nemocí je odlišný, hospicová péče musí být zaměřena na celou rodinu a především musí být brán ohled na vývoj dítěte. Způsob, jak dítě chápe smrt, závisí nejenom na věku, ale i na úrovni a vývoji intelektuálních schopností. (36)

První hospic pro vážně nemocné a umírající děti vznikl v Anglii v Oxfordu. Vznikl v roce 1982 a nese název Helen House. Česká republika má zatím jediný dětský hospic, o který se zasloužil Nadační fond Klíček. Vybudován byl v Malejovicích u Kutné hory.

Poslání dětského hospice se mírně liší od poslání hospice pro dospělé. Dětský hospic se soustřeďuje především na respitní péči, kdy do hospice přijíždějí nemocné děti a jejich rodiny na krátkodobé, zpravidla několikadenní zotavovací pobyty, během nichž se mají možnost zastavit a načerpat nové síly. Blízcí dítěte si mohou odpočinout

od každodenního náročného ošetřování. Nacházejí se v prostředí, kde starosti s ošetrovatelskou péčí, přípravou jídla či s tlumením případných bolestí převezmou odborníci a tak mohou žít a přemýšlet daleko volněji, bez tlaku neodkladných povinností a svazujícího očekávání. (53)

## 4 UMĚNÍ DOPROVÁZET

*„Láska k bližnímu, přátelství a bratrský soucit je trpícím často potřebnější než všechny léky.“ (F. M. Dostojevskij)*

Každý jde blížící se smrti vstříc svým vlastním způsobem a vtiskuje tak svému umírání jedinečnost. Smrt je tak jedinečná, jak jedinečný je každý člověk. Cesta umírání je pro každého člověka jiná, je jeho vlastní a liší se od všech ostatních. (43)

Umění doprovázet je uměním být nablízku nemocnému i jeho blízkým a to již po sdělení lékaře o nepříznivé diagnóze. Bylo by omylem myslet, že umění doprovázet končí se smrtí nemocného, je totiž nadále věnováno pozůstalým. Napomáhá jim vyrovnat se se svým zármutkem. Z časového hlediska tak můžeme hospicovou péči rozdělit do tří nestejně dlouhých časových úseků. (53)

### 4.1 Období Pre finem

Fáze pre finem zahrnuje péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku sdělení diagnózy onemocnění s infaustní prognózou, až po nástup terminálního stavu nemocného. Toto období může být velmi dlouhé a časově obsáhnout nejen několik týdnů, ale i měsíců. (44)

Umírání je v medicínské terminologii synonymem terminálního stavu, který je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti. Hospicová péče však chápe umírání jako proces, jehož začátkem je právě diagnóza infaustního onemocnění.

Nemocného je v období pre finem potřeba uchránit od sociální smrti, tedy stavu, kdy je člověk neodvratně vyvázan z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů a také od smrti psychické, tedy naprosté psychické rezignace, intenzivně prožívané beznaděje a zoufalství, které zajisté usnadňují vstup smrti fyzické. (53)

#### 4.1.1 Sdělení diagnózy

Citlivé sdělování informací je jistým druhem umění. Komunikace s nemocným o různých aspektech onemocnění je jednou z nejdůležitějších dovedností každého lékaře, především pracuje-li na onkologii. (43)

Diagnózu sděluje nemocnému ošetřující lékař, pokud možno vždy, je-li to s ohledem na jeho zdravotní stav možné, vhodné a pokud si to nemocný přeje. On sám rozhoduje, koho a do jaké míry může lékař informovat či kdo má být při sdělování diagnózy

přítomen. Oporou mu může být v takovém případě rodina, přátelé, všeobecná sestra či psycholog. Lékař po sdělení nepříznivé diagnózy většinou od nemocného odchází a tak mu, ve většině případů, s jejím vyrovnáním pomáhá sestra. Proto je velmi důležité, aby měla dostatek vědomostí a dovedností, které jí umožní vhodně a cíleně komunikovat. Měla by trpělivě reagovat na otázky ze strany nemocného a jeho blízkých, věnovat dostatečný čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům. Měla by se snažit dobrým přístupem probouzet a udržovat u nemocného realistické naděje a očekávání. (53)

#### **4.1.2 Fáze přijetí závažného onemocnění dle Kübler - Rossové**

Když sdělí lékař nemocnému diagnózu onemocnění s infaustní prognózou, znamená to pro nemocného vždy zásadní zlom, který s sebou přináší různé změny v jeho životě. Přesto, že jsou reakce jednotlivých lidí na náročné životní situace odlišné a závisí na mnoha okolnostech, určité zákonitosti zde jsou. Velmi přehledně je, na základě svých dlouholetých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími, popsala jako "fáze" Dr. Elisabeth Kübler-Rossová.

Tyto fáze je však nutné chápat správně. Především je potřeba uvědomit si, že jimi neprochází pouze sám nemocný, ale i jeho rodina.

Jednotlivé fáze přijetí závažného onemocnění jsou za sebou řazeny tak, jak obvykle přicházejí, avšak tento sled nemusí zachovávat vždy. Často se některé z nich opakovaně vracejí, mohou se střídat či prolínat. Konkrétní fáze nemají stejný časový úsek a může se stát, že některá fáze dokonce chybí. Doprovázející by to proto nemělo překvapit. Potřeba je také upozornit na časový posun, ve kterém jednotlivé fáze prožívají nemocný a jeho blízcí.

Podle Dr.Kübler-Rossové je první fází přijetí závažného onemocnění fáze negace. Toto období je specifické tím, že nemocný přijímá informace výběrově. To znamená, že to, co nezapadá do jeho představ a co se neslučuje s jeho nadějemi, nepřijímá. Sám sebe často přesvědčuje, že jde o omyl, jenž se nějak vysvětlí. Odborná literatura uvádí, že asi 7% nemocných si nepamatuje nic z toho, co mu lékař při sdělování diagnózy říkal. Nemocní tvrdí, že s nimi o jejich nemoci nikdo nehovořil. Nemocný se postupně stahuje do ústraní. Přeje si být sám, aby se mohl se svým osudem vyrovnat. Je proto potřeba nemocného klidně vyslechnout, vše trpělivě a opakovaně vysvětlovat, snažit se odpovídat na jeho otázky.

Druhou fází je dle Dr.Kübler-Rossové fáze agrese, kdy je nemocný plný negativních emocí, jež velmi těžko ovládá. Bývá plný zmatku a protestu, nechápe, proč zrovna on

musel takto onemocnět, vynořují se pocity viny, snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně. Nemocný se zmítá v pocitech křivdy a zlobí se na celé své okolí. Uvědomuje si však v koutku duše, že ti, na kterých si vylévá zlost, za jeho onemocnění nemohou. Doprovázející si musí uvědomit, že se jedná o fázi umírání, která je přechodná, zákonitá, není to žádný naschvál nemocného a že je přirozené, když na nespokojenost a rozmrzelost nemocného reaguje svými emocemi. Pokud má nemocný zájem, mělo by mu být umožněno o jeho pocitech mluvit.

Třetí fází je fáze smlouvání, kdy nemocný již ví, že situace je jasně dána chorobou. V této fázi nemocný uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který mu ještě zbývá. Smlouvá o čas. Častým přáním nemocného je dožít se nějaké důležité události, například svatby syna či narození vnoučete. Doprovázející mají ve fázi smlouvání významný úkol pomáhat nemocnému vytvářet krátkodobé cíle a každý splněný cíl následně ocenit. Cíle, které si nemocný stanoví, by měly být obsahové a nikoli časové. Ptá-li se nemocný, jestli se může dožít nějaké události za dva či tři roky, nikdy by o tom doprovázející neměli pochybovat.

Čtvrtou fází je deprese, kdy se zdravotní stav nemocného zhoršuje a stále zřetelněji je nemocný konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti. Umírající je unavený zmařenou nadějí, vyčerpaný nepohodou svého těla a často psychicky velmi zesláblý. S fází deprese přichází hluboký smutek nemocného nad ztrátou zdraví a také nových možností. Zde mají své místo antidepressiva, ale nejlepším lékem je přítomnost blízkých, kteří jsou s umírajícím, naslouchají mu a provází jej těžkým obdobím na konci jeho života. Pro nemocného je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem dalším, nad čím přemýšlí. (53)

Poslední fází je fáze smíření, tedy přijetí pravdy. Umírající akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nachází. Také se snaží o nejlepší způsob života v rámci podmínek, které má. Stavů vnitřního klidu, míru a vyrovnanosti se bohužel nemusí dostat každému. U umírajícího může dojít k beznaději a rezignaci. Je proto důležité podporovat naději, projevovat nemocnému účast a především být mu na blízku. (4)

Právě rozdíl mezi fází smíření a rezignací vhodně popisuje Dr. Elisabeth Kübler-Rossová: *„Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru.*



*Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy." (41, s.25)*

## **4.2 Období In finem**

Období in finem zahrnuje péči a doprovázení nemocného i jeho blízkých během terminálního stavu, tedy umírání v užším slova smyslu. Jedná se o fázi lidského života, která bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí. Období in finem obsahuje poměrně krátký časový úsek, zpravidla několika dnů či hodin.

U každého člověka má umírání zcela jedinečnou podobu. Když pečuje rodina o nevléčitelně nemocného v jeho domácím prostředí nebo je umírající umístěn v lůžkovém hospici, je smrt vždy v určitém smyslu „očekávána“. Rodina i sám nemocný ví, že v dohledné době zemře, neví však kdy přesně. K poslednímu vydechnutí dojde někdy náhle, jindy naopak smrti předchází fáze postupného vyhasínání života, kdy mohou být nemocnému jeho blízcí nablízku až do poslední chvíle.

Je vhodné, aby byli blízcí umírajícího přítomni co nejčastěji u jeho lůžka a dávali mu najevo svou blízkost. Není třeba obvykle říkat mnoho. Když však blízcí k umírajícímu hovoří, neměli by zapomínat, že je slyší. Proto, povídat si o umírajícím v jeho přítomnosti, jako by byl již mrtvý, je velmi nedůstojné.

Podle zvyklostí a tradic umírajícího a jeho blízkých mohou být využity v období in finem některé náboženské rituály. Například předčítání Bible, modlitba či svátost nemocných. (53)

## **4.3 Období Post finem**

Hospicová péče se od běžné nemocniční péče liší tím, že nekončí smrtí nemocného, ale pokračuje a zůstává oporou pro pozůstalé, je-li potřeba.

Bezprostředně po úmrtí nemocného zmítá pozůstalými především zmatek a šok. Jsou jako by omámeni a ještě úplně nechápou, že jejich blízký nežije. Ztrácí schopnost adekvátně prožívat a vnímat. Náhle ztratili něco, co doposud považovali za samozřejmé. Odešel jim blízký člověk. Přichází hluboký smutek. Pozůstalí často myslí na svého blízkého, který zemřel, hledají jeho fotografie, pláčící. Jedná se o zvláštní dobu, kdy hledají cestu, po které by pokračovali dále životem, již bez svého blízkého. Jedná se o období truchlení. (37)

### 4.3.1 Truchlení

Intenzita projevů truchlení a bolest, kterou pozůstali pociťují, je může zaskočit. Mohou se domnívat, že jejich žal je projevem slabosti, nemoci nebo dokonce deprese. Zármutek vlastně v mnohém depresi připomíná, protože pozůstali se cítí špatně psychicky i fyzicky, prožívají smutek, trpí poruchami spánku, skleslostí, ztrátou energie, nezájmem o okolí či stažením se ze sociálních kontaktů. Truchlení ale není ani nemoc ani deprese. Jedná se o normální a přirozenou reakci na ztrátu a její důsledky, jež je nezbytná k tomu, abychom se vyrovnali se svojí ztrátou.

Truchlení není neměnný stav, je to proces, který se v čase vyvíjí. Různí autoři předkládají rozdílné koncepty členění procesu truchlení, například na fáze, stupně nebo stádia. Jednoduchý třífázový model členění procesu truchlení představuje jako první fázi konfuze. V této fázi přichází krátké období šoku, otřesu a zmatku. Jako druhou představuje fázi exprese, kdy nastupuje intenzivní období ventilace zármutku a žalu. Třetí je fáze adaptace, pozůstali se pomalu vracejí zpět k „normálnímu“ fungování a k životu vůbec. (47)

### 4.3.2 Doprovázení dětí v období truchlení

Smrt blízkého člověka je velká ztráta pro celou rodinu, především pro děti. Rodina váhá, jak o úmrtí s dětmi mluvit, jak jim situaci vysvětlit. Nechce jim způsobit zbytečnou bolest, neví, zda má vzít děti na pohřeb a jak je uchránit před těžkostmi truchlení. Všeobecná sestra by měla umět nabídnout odpovědi na nejčastěji kladené otázky rodiny, jak s dětmi dobře projít obdobím smutku.

Je nezbytné si uvědomit, že děti truchlí jinak než dospělí. Smrt v rodině trápí dítě hlavně tehdy, když ztrácí pocit jistoty a bezpečí a nedostává odpovědi na své otázky.

To, co děti ovlivňuje není samotný fakt smrti, ale prožitek ztráty toho, co je v jejich mysli a citech spojeno se zemřelým. Tuto ztrátu si zpravidla neuvědomují ihned a najednou. Teprve s časovým odstupem přicházejí na to, o co přišly. Velmi silně na děti působí napětí v rodině, které umírání a smrt provází, mohou se cítit opuštěné těmi, kteří zůstali.

Děti přijímají zprávu o ztrátě někoho milého většinou daleko klidněji a vyrovnaněji, než si rodiče nebo jiní dospělí lidé kolem představovali. Pomoc, kterou dětem v jejich smutku a truchlení máme poskytovat, nekončí sdělením oné smutné události nebo pohřbem, ale má pokračovat tak dlouho, jak dlouho se dítě s onou ztrátou vyrovnává.

V období truchlení děti potřebují častěji než jindy ujišťovat, že jsme s nimi a že je máme rádi. (5)

Zásadní věcí při doprovázení dítěte je nikdy mu nelhat, ale naopak být k němu upřímný a otevřený. Pro dítě je důležité sdílení a posílení citových vztahů v rodině, tedy i sdílení společné bolesti a smutku. Společné vzpomínky na zemřelého, na to, co konkrétního jsme s ním prožili, jsou pro dítě zvlášť důležité.

Je potřeba vytvořit dítěti atmosféru jistoty a bezpečí. Ujistit ho, a to opakovaně, že je a zůstane v bezpečí, že je i nadále milované a že se na svoji rodinu může ve všem spolehnout. Když se dítě bojí samoty, měla by rodina být s ním, má-li potřebu být samo, není potřeba se mu vnucovat.

Nezbytné je dovolit dítěti plakat a být smutné. Smutek má být prožit. Rodina by měla ujistit dítě, že plakat při zármutku je dobré a přirozené, že i my pláčeme, protože i my jsme smutní. Důležité je nesnažit se dítě násilně rozptylovat, nutit ho se bavit, jelikož dobře prožitý smutek je důležitým krokem při utváření osobnosti a je také nezbytnou součástí procesu truchlení.

Rodina by se měla připravit na to, že dítě možná naopak vůbec smutné nebude. Smrt blízkého jako by se ho nedotkla, může se chovat necitlivě nebo vzdorovitě. Je to však jen jeho způsob, jak reagovat na smrt v rodině.

Jinak truchlí dítě pětileté a jinak dítě dospívající patnáctileté. V obou případech se může stát, že se dítě dočasně stane „mladším“. Rodina by se neměla zaleknout toho, že je dítě plačtivé nebo se chce častěji chovat. Je to jedna z jeho cest, jak truchlit.

Je vhodné a mělo by být samozřejmostí vzít dítě s sebou na pohřeb. Obřad pohřbu podtržený slavnostním oblečením, hudbou a květinami, často spojený s cestováním, hostinou a setkáním s příbuznými děti vnímají jako jasný rituál přechodu a pomůže jim to se smrtí se vyrovnat. Je to také událost, kdy se cítí být uprostřed dění a může s ostatními prožívat svoji ztrátu. Pokud by z toho byly vyčleněny, znejistí a můžou se cítit opuštěné.

Rodina by měla dítěti dovolit i nadále vzpomínat na zemřelého a pomoci mu s tím. Způsobů je mnoho, např. prohlížení fotografií z rodinného alba, upomínkových předmětů ze společných výletů či se jen procházet na známá místa. Tyto úkony jsou dítěti důvěrně známé, proto přizvat vzpomínky na zemřelého do těchto všednodenních činností je správné a pro dítě naprosto přirozené.

Tento způsob doprovázení přijímá dítě nejlépe od svých nejbližších, avšak je dobré zapojit do něj i širší rodinu.

Možná, že doprovázení dítěte pomůže i samotné rodině, projít jejich vlastním truchlením o poznání lépe. Proto je nezbytné si zapamatovat, že dospělí mají tendenci podceňovat význam procesu truchlení a vedou k tomu i své děti. Do našeho života nepatří jen veselé věci, ale i těžká a smutná období. Nemá smysl před nimi utíkat. Truchlení je důležité období, které do našeho života při ztrátě blízkého patří, má svůj smysl a řád. Děti potřebují být ujištěny, že dospělí tento čas zvládnou, jen to bude chvíli trvat. Děti zvládnou vše, co zvládnou jejich dospělí. (47)

#### **4.3.3 Doprovázení dospělých v období truchlení**

Bezprostředně po úmrtí blízkého člověka by měla být pozůstalému poskytnuta citová opora a projevena účast při bolesti, kterou prožívá. Pro doprovázejícího není jednoduché zůstat v této situaci přirozený a pravdivý, ale jedná se o nejvhodnější způsob chování a jednání vůči pozůstalému. Navodí snazší způsob přiblížit se k druhému, ačkoliv doprovázející neví, co mu říci. Je však možné, že slova nebudou potřeba, postačí povzbudivý stisk ruky či chápatvé objetí.

Velmi důležité je dát najevo, že druhého přijímá takového, jaký je. Neboť každý prožívá zármutek svým vlastním a jedinečným způsobem. Doprovázející by se měl zeptat truchlícího, zda-li by pro něho mohl něco udělat či mu mohl za nějaký čas zatelefonovat. On sám často nemá sílu k navázání kontaktu, přestože by něco nutně potřeboval. Je proto vhodné krátce se ozvat druhému telefonicky, e-mailem či popovídat si při procházce. I krátký rozhovor může pozůstalého podpořit a dodat mu energii.

Prožitky, které doprovázejí ztrátu blízkého člověka mohou ztěžovat vykonávání běžných všedních činností, zvláště pak činností spojených s vyřízením pohřbu. Doprovázející by se proto neměl obávat nabídnout svoji pomoc. (30)

Je také vhodné kondolovat. Doprovázející tak pozůstalým dá najevo, že jejich ztrátu zaznamenali a že s nimi soucítí. Někdy bývají pozůstalí schopni přijmout kondolenci až po několika dnech od úmrtí blízkého člověka. Vhodné načasování je většinou kolem období pohřbu.

Zemře-li milovaný člověk, neztrácí jej rodina úplně. Stále má své vzpomínky. Pořád zůstává jejich součástí. Na zemřelého lze vzpomínat mnoha různými způsoby, například vyprávět o něm dětem či vnoučatům, jet na výlet na místa, která byla jejich oblíbená nebo si jen prohlížet jeho fotografie. (47)

Hospicová péče citlivě vnímá potřebu doprovázet pozůstalé. Formou rozhovoru, poskytnutím praktických rad, ale především empatickým nasloucháním je pozůstalým

poskytnuta pomoc speciálně vyškolenou všeobecnou sestrou či lékařem. Sestra, která uzavírá ošetrovatelskou dokumentaci zemřelého musí rozhodnout, zda je nebo není potřeba s konkrétní rodinou dále pracovat. Možnosti jsou různé, např. formou telefonátů, korespondence či osobní návštěvy. Běžnou praxí v lůžkových hospicích je korespondence s pozůstalými, která se udržuje různě dlouhou dobu a hlavně velmi citlivě. Postupem času se intervaly mezi korespondencí zpravidla prodlužují, dopisy se zkracují a pozůstalých, kteří potřebují tuto péči po delší době, například po uplynutí jednoho roku, není mnoho.

Pozůstalí také přijímají s vděčností pozvání hospiců na různé vzpomínkové akce. V dnešní době, kdy jsou pohřby většinou bez obřadů, může být účast na pietním aktu pro mnohé povzbuzující. (53)

## 5 HOSPICOVÁ PÉČE O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉHO

Ošetrovatelská péče o umírajícího a jeho blízké je velmi náročnou činností. Ovlivňuje síly fyzické i psychické. Aby však péče nebyla jen určitou technikou a zručností, musí být nezbytně spojena s láskou. Na otázku, co si představujete pod pojmem "laskavá péče", odpověděl pacient krátce před svou smrtí v jednom britském hospici takto: *"Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme, že umírám. Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesí, které selhaly v zajištění mého uzdravení. Když ke mně přijdete a věříte ve mě, uzdravení - neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu. Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké. Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti. Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu. Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu. Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde."* (41, s.21-22)

### 5.1 Hospicový tým

Uspokojit tělesné, duševní, sociální i duchovní potřeby nemocného a vytvořit kolem něj atmosféru lásky a klidu samozřejmě nemůže jeden člověk, přestože by byl vysoce kvalifikován. Týmová spolupráce, zahrnující zdravotníky (lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut či psychoterapeut), duchovního, ale i samotného nemocného a jeho blízké, je naprosto nezbytná. (41)

Osobnostní předpoklady pro výkon hospicové péče je profesionální a zároveň empatický přístup k nemocným a jejich blízkým, vhodná motivace k poskytování hospicové péče, týmová spolupráce, umění komunikovat s nemocnými a jejich blízkými, schopnost napomáhat integraci blízkých osob nemocného do poskytované péče, umění pružně jednat v nečekaných a krizových situacích, být samostatný v rozhodování. Dále také psychická stabilita, umění vyrovnat se s umíráním a smrtí, citlivé provázení pozůstalých a především praktikování duševní hygieny jako prevence syndromu vyhoření. (53)

Nedílnou součástí multidisciplinárního hospicového týmu tvoří dobrovolníci, kteří vykonávají samostatnou činnost ve prospěch druhých a bez nároku na finanční odměnu. Podílejí se na životě hospice, jeho pacientů i pracovníků, avšak nenahrazují odbornou

zdravotnickou péči personálu, pouze doplňují svojí činností komplexní péči o klienty a jejich rodiny a přinášejí tím do hospice nový rozměr. Dobrovolníci tráví čas s pacienty, pomáhají jako společníci, mohou předčítat, doprovázet klienty do zahrady, na programy v hospici apod. Dále je náplní jejich činností péče o pokojové květiny a zahradu, služba v recepci, šití a spravování prádla nebo pomoc při jednorázových akcích, jako jsou benefiční koncerty či Tříkrálová sbírka. Odměnou dobrovolníků jsou především nové zkušenosti, zážitky, navázání nových přátelství a vztahů, získání nových dovedností, pocit smysluplné práce a seberealizace, udržování se v kondici a posílení sebevědomí, pocit užitečnosti a naplnění či možnost podílet se na unikátní službě lidem. Dobrovolník dává svůj zájem a čas. Žádný hospic se bez nich neobejde. Především oni mají velkou zásluhu na tom, že se prostředí hospice podobá více láskyplnému a útulnému domovu než nemocnici. (27)

### **5.1.1 Duševní hygiena hospicového týmu**

Péče o umírajícího, pomoc a přízeň jeho nejbližším i každodenní kontakt se smrtí jsou pro členy hospicového týmu velice náročné a vyčerpávající po stránce fyzické i psychické. (21)

Tyto nelehké situace mohou mít na psychiku pečujících emocionální dopad. Všem členům týmu, včetně dobrovolníků, je proto věnována psychologická podpora. Podporování jsou v oblastech zvyšování odolnosti vůči stresu z fyzicky a psychicky namáhavé práce a rovněž vůči syndromu vyhoření, který je při doprovázení umírajících velmi rizikovým. Duševní hygiena také napomáhá výrazně zlepšit vzájemnou komunikaci hospicového týmu a vede k efektivnějšímu řízení péče a nápravě případných chyb a nedostatků. (20)

## **5.2 Potřeby terminálně nemocných**

Trachtová (49, s.10) uvádí: „*Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.*“ Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují.

Potřeby umírajícího člověka jsou mírně odlišné od potřeb člověka zdravého, avšak jejich naplňování je stejně nezbytné. Priority umírajících lidí jsou variabilní, mohou se lišit podle onemocnění, jejich osobnosti, osobní situace či úrovně adaptace na onemocnění s infaustní prognózou. (34)

### **5.2.1 Potřeby psychologické**

Do psychologických potřeb terminálně nemocných řadíme zejména potřebu respektování lidské důstojnosti. Člověk, i ten, který umírá, je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí. Na této podstatě je hospicové hnutí založeno. (23)

Nemocný má potřebu komunikovat s lidmi ve svém okolí a pečující často zapomínají, že více než slova za ně mluví jejich mimika, gesta, pohyby, jejich postoj či výraz v očích. Je to nazýváno uměním mimoslovní komunikace. (35)

Pro umírajícího je důležitý pocit bezpečí a lidé, kterým může důvěřovat. Proto je nezbytné nemocnému nikdy nelhat. Jinak by hrozila ztráta těžce získané důvěry ve chvíli, kdy ji bude nejvíce potřeba. Velmi důležitou zásadou je také říkat umírajícímu jen tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, pokud to chce slyšet. (53)

#### **5.2.1.1 Umění komunikovat**

Má-li hospicová péče pomáhat nemocným udržet dobrou kvalitu života i v jejich nelehké situaci, je jednou z nezbytných podmínek kvalitní a empatická komunikace mezi hospicovým týmem, nemocným a jeho rodinou. Je třeba učit se nemocným a jeho blízkým naslouchat, přistupovat k nim jako rovnocenný partner a společně s nimi hledat optimální řešení dané situace. Účinná komunikace je nezbytným základem interakce mezi hospicovým týmem a umírajícím. Nejen, že ovlivňuje pozitivně psychický stav a kvalitu života lidí s onemocněním s infaustní prognózou, ale může také napomoci ve zmírnění jejich tělesných symptomů. (53)

Zvládnutí komunikace s umírajícím je velmi náročným úkolem. Klade nárok nejen na profesionalitu, ale zároveň i na osobní zralost členů hospicového týmu. Při komunikaci s nemocným v terminálním stádiu onemocnění je nezbytné projevit o něho náš osobní zájem. Umírající je schopen vycítit z našeho projevu zájem o svůj osud nebo naopak lhostejnost.

Při takto náročné komunikaci může docházet k rozporu mezi slovy a neverbálním projevem. Jako příklad můžeme uvést situaci, kdy všeobecná sestra verbálně přesvědčuje nemocného o svém zájmu, avšak tělem je zčásti otočená k odchodu a nemocnému se vyhýbá pohledem. Důvodem jejího chování nemusí být nezájem, ale strach z těžkého rozhovoru. Je proto nezbytné ovládat umění komunikace, jejíž součástí je také sladění verbální a neverbální komunikace, aby nedošlo ke ztrátě důvěry nemocného.



Při rozhovoru s nemocným by měli pečující setrvat u tématu, které přináší nemocný, protože reakcí na těžké téma může být tendence doprovázejících uhýbat k méně závažným tématům. Výsledkem je poté buď planý hovor nebo umělé soustředění se na zástupný problém. Během komunikace je také důležité respektovat, pokud-li nemocnému není téma komunikace příjemné či je komunikací vyčerpán. (46)

Doprovázející by při rozhovoru s umírajícím měli upínat zájem na samotného umírajícího a ne na příznaky choroby a obtíže. Měli by se proto ptát: „*Jak se dnes cítíte?*“ než „*Bolí Vás stále břicho?*“. Měli by také komunikovat slovy, která jsou pro nemocného srozumitelná. Při používání odborných termínů mohou dostat umírajícího do rozpaků, protože jim nebude rozumět. Pokud odborné termíny užívá sám umírající - laik, nejprve si musí doprovázející ověřit, zda-li jim správně rozumí.

Při rozhovoru s umírajícím by se pečující měli vyhnout sugestivním manipulativním otázkám, měli by se snažit volit otázky otevřené, aby tak pomohli nemocnému odpovídat na jejich otázky podle toho, co sám cítí a nebyl ničím manipulován. (51)

### **5.2.1.2 Naděje**

Naděje je k životu nutná stejně jako víra a láska. Naději se nejde naučit, je to svým způsobem dar. Přesto se dá říci, že lidé, kteří jsou celý život optimisté jsou v době těžké nemoci zvýhodněni. Vidět a zachovat si naději pro ně není tak těžké jako pro pesimisty. To by si měl uvědomit každý, kdo chce těžce nemocné doprovázet a vlévat jim naději do jejich mysli.(24)

Posilovat naději v nemocném vůbec neznamená, že se mu musí lhát. Naopak, krátkodobá lež připraví dříve nebo později pacienta o důvěru v okolí a možná i o poslední naději. Upřímnost a opravdovost nikoho nezraní a nemocný ji ocení. (30)

Doufat znamená vidět před sebou možnost. Možnost dalšího kroku. A není-li již naděje na uzdravení, je nutno taktikou malých kroků a drobných splnitelných cílů nemocného držet nad vodou. Nejdříve se může těšit na promoci syna, která bude za půl roku, poté na vnučku, která se má narodit za měsíc, může se těšit na setkání s rodinou, které bude zítra. Raduje se ze spousty malých, ale dosažitelných cílů, a i když jsou krůčky stále kratší, naděje zůstává. Dokud člověk má před sebou úkol, má proč žít. (25)

### **5.2.2 Potřeby sociální**

Člověk je společenským tvorem a tak jako izolovaně nežije by izolovaně neměl ani prožívat své onemocnění a především by neměl sám umírat. Umírající většinou stojí

o blízkost rodiny, přátel či známých, ne ale vždy a ne všechny najednou. Měl by mít právo si návštěvy sám usměrňovat a pečující by ho v tomto měli plně respektovat.

Nemocný v terminálním stádiu onemocnění je jistě zmatený a neklidný z důvodu nevyřešených problémů. Musel přerušit nedokončenou práci, nedostavěl dům pro svoji rodinu či nevystačí s financemi. Na tyto problémy je pouze lékařská věda krátká. Specializovaná paliativní péče usiluje o snížení nepříznivého dopadu obtížné životní situace na nemocného a jeho okolí.

Komplexní péče pomáhá nemocnému a jeho blízkým řešit praktické sociální problémy vzniklé v souvislosti s vážným onemocněním, můžeme sem zařadit např. služby notáře, poradenství v oblasti možností státní finanční podpory atd. (17)

### **5.2.3 Potřeby spirituální**

Ještě v nedávné době byly právě spirituální potřeby nemocného bohužel tabu. Mnozí lidé, včetně zdravotníků, se domnívali, že jde o jakési uspokojování potřeb, které mají pouze křesťané. Nemocní se v průběhu onemocnění s infaustní prognózou začínají zabývat životně důležitými otázkami o smyslu života a jeho konečnosti. Každý člověk potřebuje v takové situaci vědět, že mu bylo odpuštěno a sám má potřebu odpouštět. Nemocný potřebuje vědět, že jeho život měl smysl a bude ho mít až do poslední chvíle.(53)

Především v oblasti hospicové péče je třeba respektovat výslovná přání nemocného, pomoci mu v hledání pramenů naděje, doprovázet jej při hledání odpovědí na duchovní témata a otázky, nechat jej rozhodovat, dbát na zachování jeho důstojnosti a také respektovat náboženské a duchovní rituály podle přání nemocného a jeho blízkých. (45)

### **5.2.4 Potřeby biologické**

Dokud člověk sám nezažije, co všechno obnáší onemocnění s infaustní prognózou, možná si ani moc dobře neuvědomí, co všechno nemocný ztrácí. Může to být jeho postavení ve společnosti, životní jistota, životní rytmus, soukromí, práce, volnost pohybu, stravovací zvyklosti či možnosti aktivit. K tomu všemu naopak přibyla bolest, obavy, slabost, nepříjemná vyšetření a mnoho dalšího. (53)

Do biologických potřeb umírajícího můžeme zařadit vše, co potřebuje nemocné tělo. Odborná péče usiluje o udržení maximální mobility a funkční kapacity pacientů s ohledem na jejich přání a prevenci bolestivých stavů.

V následujících kapitolách je představeno osm nejdůležitějších a zároveň nejčastějších ošetrovatelských problémů, které doprovázejí umírání a současně je také představena ošetrovatelská péče, která je s těmito problémy spojena a na které se podílejí pečující členové rodiny umírajícího. (48)

#### **5.2.4.1 Bolest**

WHO definuje, že: „*Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání.*“ (49, s.125)

V dnešní moderní době je možné zajistit úlevu od bolesti v terminální fázi nevléčitelného onemocnění prakticky všem lidem. Je velmi důležité, aby umírající cítil, že bolesti věnujeme pozornost, že nás jeho bolest zajímá. Pro rodinu umírajícího, která o něj pečuje a především pro ošetřujícího lékaře je nezbytné, aby se nemocný naučil o své bolesti bez ostychu hovořit, aby uměl popsat kde ho bolí, jaká je to intenzita, co bolest vyvolává a naopak, co bolest zmírňuje. U některých nemocných to bývá někdy velmi obtížné nebo zcela nemožné. V těchto případech musí pečující či lékař na bolest usuzovat, pokud nemocný nařiká, bezděčně si rukou tře určitou část těla nebo má bolestivé grimasy ve tváři. (16)

Vyskytují se různé typy bolesti a tím se také liší různé léčebné postupy k jejich mírnění. Je vhodné využívat obklady, masti, rehabilitační postupy či fyzikální léčbu. U nemocných v terminální fázi nevléčitelného onemocnění je však nejdůležitější podávání analgetik, tedy léků proti bolesti. Při silné onkologické bolesti jsou předepisovány opioidy. Ty mohou mít formu tablet, kapek, čípků, injekcí nebo speciálních náplastí. Lékaři vzdělaní ve speciální paliativní péči s nimi dokáží zacházet velmi citlivě a u většiny nemocných je při použití opioidů možné zmírnit bolest při zachovaném vědomí.

Moderní léčba bolesti tak užívá léky pro zachování co nejvyšší možné kvality života umírajícího. Při péči o nemocného v terminální fázi nevléčitelného onemocnění je třeba překonat strach z opioidů, především morfia. Umírajícímu zbývá krátký čas a zaslouží si jej prožít bez vyčerpávající silné bolesti. V České republice mohou všechna analgetika včetně silných opioidů předepisovat lékaři všech odborností, tedy i praktičtí lékaři. Proto může být bolest dostatečně zvládnuta i v domácí péči. (53)

#### **5.2.4.2 Dyspnoe**

Většina onemocnění s infaustní prognózou je ve svém terminálním stadiu provázena dušností (dyspnoe). Projevuje se jako subjektivní pocit nedostatku kyslíku, kdy má

nemocný pocit tísně. Jeho dech je krátký a většinou má ztížený nádech, tedy inspirační dušnost. Expirační dušnost se vyskytuje např. u astma.

Dušnost může být u umírajícího spojena s celou řadou příčin, například se srdečním selháním, zápallem plic či plicními metastázemi. Pocit dušnosti bývá trvalý, tedy přítomný i v klidovém stavu umírajícího, anebo se objevuje pouze při námaze.

Léčba se zaměřuje na příčinu dušnosti, kterou by měl určit lékař. U umírajících však často základní příčinu nelze nijak ovlivnit. Proto je kladen velký důraz na zmírnění obtíží, jež jsou s dušností spojeny. (49)

Dýchání umírajícího se může často měnit, může mít tachypnoe nebo naopak bradypnoe či nepravidelné dýchání s dlouhými přestávkami mezi nádechy, kdy se stále znovu zdá, že jde o nádech poslední. Někdy může umírající při výdechu hlasitě vzdychat. V hrdle mu mohou vznikat chrčivé zvuky v důsledku přítomnosti hlenu, který umírající již nemůže vykašlat. Pro pečující to může být velmi nepříjemný zvuk a mohou mít obavu, zda-li se umírající neduší. Mobilní hospicová péče je nápomocná svým vybavením, tedy odsávačkou, kdy nemocnému ulehčí dýchání odsátím sekretu z dýchacích cest.

Nemocnému v této situaci také bývá příjemné, když se mu podepře horní polovina těla či je polohován na bok, přičemž hlava by neměla být v záklonu. Při polohování je potřeba pozorně sledovat mimiku nemocného, případné bolestivé grimasy, drobná gesta či verbální projevy nemocného, zda-li je mu daná poloha příjemná.

Důležité je také větrání místnosti, kterou nemocný obývá a zajištění chladného, zvlhčeného vzduchu. Někdy je vhodné dušnost kompenzovat některými léky či použít domácí koncentrátor kyslíku, který je možné si zapůjčit. (53)

#### **5.2.4.3 Obstipace**

*„Obstipace je obtížné vyprazdňování malého množství tuhé stolice nebo úplné zastavení vylučování po určitou dobu.“* (49, str.99) U konkrétního nemocného je nutné zácpu definovat vzhledem k jeho defekačním návykům a množství přijímané stravy.

Pokud je stolice příliš tuhá, bývá její vyprazdňování velmi obtížné a pro umírajícího nepříjemné až bolestivé. U nemocných s infaustní prognózou může mít obstipace celou řadu příčin, např. velmi malý příjem stravy, nedostatečný příjem tekutin, nevhodné složení potravin, nedostatek pohybu či nežádoucí účinky některých léků, především opioidů. (49)

Doprovázející by nejdříve měli zajistit umírajícímu bezpečnou a nebolestivou cestu na toaletu či pojezdny klozet. Neměli by si ulehčovat péči tím, že nemocnému dají plenkové kalhotky, přestože je umírající ochotný a schopný dojít si s jejich pomocí na toaletu. Důležité je především zachování soukromí nemocného.

Pečující by měli podávat umírajícímu dostatek tekutin a potravin, které změkčují stolici tedy jogurty, kysané mléčné výrobky, kefir, ovoce, zeleninu, potraviny s vlákninou, kompoty či celozrnné pečivo.

Rodina a umírající se mohou společně s lékařem také poradit o užití vhodného laxativa, kdy u nemocného v terminálním stádiu je někdy potřeba užívat laxativum pravidelně. U zvláště úporné obstipace je v některých případech, s ohledem na umírajícího, potřeba provést dokonce digitální vybavení stolice. (53)

#### **5.2.4.4 Nauzea a zvracení**

*„Nauzea je nepříjemný pocit vyvolaný zvýšeným napětím stěny žaludku, duodena, doprovázený často slabostí, závratí, bolestí hlavy, nucením na zvracení a zvracením.“* (49, s.86)

Nauzea znemožňuje příjem potravy a tekutin, nemocného fyzicky i psychicky vyčerpává. Někdy lze zjistit vyvolávající příčinu a tak ji následně odstranit. Daný stav může způsobovat například nevhodná kombinace léků a po změně v medikaci se stav nemocného může velmi výrazně upravit.

V případě nevolnosti a zvracení je třeba potraviny a tekutiny vybírat dle přání umírajícího. Vhodné je podávání menších porcí, v častějších intervalech a s omezením tekutin během konzumace jídla. Umírající by neměl pobývat v místnosti, ve které je jídlo připravováno, aby nebyl zbytečně vystaven pachům, jenž mohou pocit nevolnosti a zvracení vyvolat. Lépe jsou snášeny studené pokrmy a má-li umírající rád alkohol, malá sklenka piva či vína před jídlem může povzbudit jeho chuť k jídlu.

Pečující by měli dohlédnout, aby v době jídla a těsně před ním či po něm, nebyly prováděny žádné aktivity, které nemocného unavují, např. hygiena nemocného, přestýlání jeho lůžka a nebo ty, které jsou spojeny se zápachem, tedy výměna stomického sáčku či převazy chronických ran.

Umírající a jeho rodina se mohou poradit s lékařem, zda-li lze nauzeu a zvracení ovlivnit farmakologicky. Pokud se tato farmaka používají v odpovídajících dávkách, bývají účinné a mohou významně ovlivnit kvalitu života nemocného v závěru. (53)

#### **5.2.4.5 Výživa a hydratace**

Častým problémem u nemocných v terminálním stádiu nemoci je malnutrice, neboli nedostatečná výživa. Umírajícím se postupně mění jejich stravovací návyky. Ztrácí chuť na některé potraviny včetně těch, které měli v minulosti velmi rádi. Obvykle začnou nejdříve odmítat maso, později zeleninu a nakonec většinu všech potravin. Někdy mají umírající neobvyklé chutě, například na velmi ostrá nebo kyselá jídla. Není potřeba, aby umírající dodržovali nějakou speciální dietu. Mohou jíst a pít vše, na co mají v danou chvíli chuť.

Pro rodinu je někdy obtížné respektovat umírajícího, který nechce přijímat stravu. Mnohé pečující tíží myšlenka, že jejich blízký zemře rychleji, pokud nebude nic jíst. Jedná se o velmi vážné obavy a je třeba o nich s pečujícími hovořit. Především je nutné rodinu ujistit, že postupné zhoršování stavu nemocného je skutečně projevem umírání.

V tomto čase je zcela přirozené, když umírající nepřijímá již žádnou stravu. Energie a živiny, které lidé přijímají prostřednictvím jídla, už nejsou pro tělo umírajícího potřebné a ani je není schopno zpracovat a využít. Proto necitlivými, i když dobře míněnými snahami, přesvědčováním a nabízením potravy můžeme umírajícímu způsobit stres.

Podobně jako s jídlem mívají umírající často problém s příjmem tekutin. Je potřeba, aby jim pečující nabízeli dostatek tekutin. Když umírající nemůže pít ze sklenky či hrnečku, mohou zkusit pít ze šálku s hubičkou, slámkou, kojeneckou lahvičkou či z láhve s vysouvacím uzávěrem.

V některých případech je nutné tekutiny podávat umírajícímu přímo do úst čajovou lžičkou nebo injekční stříkačkou. Pokud nemůže umírající tekutiny polykat, bývá mu příjemné, pokud mu pečující opakovaně zvlhčují ústa, např. ledovými kostičkami z čaje či ananasové šťávy. Někdy také pomůže otírání rtů navlhčeným kapesníkem, ze kterého nemocný může tekutiny případně i sát.

V období umírání je třeba zvážit, zda-li by měl umírající prospěch z podání infuzní terapie. V některých případech, např. při zvracení či průjmech, mohou infuze skutečně vést k přechodnému zmírnění obtíží a zlepšení celkového stavu nemocného. (53)

#### **5.2.4.6 Péče o pokožku a prevence dekubitů**

V péči o pokožku umírajícího je cílem udržet ji čistou a suchou, což je základním prvkem v prevenci dekubitů. Pokud je umírající inkontinentní, měli by pečující používat

k jeho hygieně nedráždivé mýdlo, následně ho důkladně opláchnout a kůži nemocného pečlivě vysušit. Je vhodné použít i hypoalergenní čisticí pěny či ochranné pasty. Tyto speciální přípravky plní několik funkcí současně, protože udržují přirozenou vlhkost pokožky, absorbují nepříjemné pachy a chrání pokožku před agresivním působením moči a stolice. (6)

V péči o pokožku umírajícího je také důležité udržovat ložní prádlo čisté, suché a pokud možno bez jakýchkoliv záhybů. U inkontinentních nemocných lze s výhodou použít i savé absorpční podložky na jedno použití a tak snadněji udržovat prostěradlo suché.

Pokud je umírající zcela imobilní a není schopen se na lůžku otáčet, musí se pečující řídit jeho přáními. Je důležité, aby se nemocnému leželo příjemně a časté polohování jej nevyčerpávalo a nepůsobilo mu bolest.

Dekubity se vytvářejí na tzv. predilekčních místech. Nejčastěji se vyskytují v místě kosti křížové či na patách. Je proto velmi důležité všimnout si u nemocného každého zarudnutí kůže nebo oděrky. Dekubitům je samozřejmě vždy lépe předejít, než je léčit. Pečující musí polohovat nemocného tak, aby nebyl vyvíjen tlak na predilekční místa. Mohou využít speciální antidekubitní matrace, kdy se hmotnost těla nemocného rozloží na větší plochu a zmenší se tak tlak na tkáň v predilekčních místech. Možné je také použít široké spektrum antidekubitních pomůcek, např. molitanové válce, klíny či antidekubitní patní botičky.

Je vhodné, aby pečující podporovali mírné cvičení a pohyb nemocného, které pomáhají stimulovat krevní oběh a jsou pro něj prospěšné. Aktivní podíl umírajícího při oblékání, česání či koupání pomůže k jeho procvičení a umožní mu větší nezávislost. Je potřeba domluvit se s nemocným, které činnosti by rád dělal alespoň částečně sám a při kterých potřebuje kompletní pomoc pečujících. Přestože je tento přístup časově náročný, má pro umírajícího velký význam, protože zvyšuje jeho pocit kontroly nad situací a především mu dodává pocit důstojnosti. (53)

#### **5.2.4.7 Úzkost a deprese**

Umírající, kteří si uvědomují, o co je jejich nemoc připravila, se v mnoha případech neubrání pocitům smutku. Ten přichází a odchází v nárazových vlnách v průběhu celého jejich onemocnění. (19)

V důvěrném prostředí mohou umírající sdílet svůj smutek s rodinou, která je jim nablízku. Je velmi důležité, aby si pečující našli dostatek času a umírajícího v jeho

trápení trpělivě vyslechli. Pocit ohrožení vlastní existence může u nemocného způsobit přetrvávající úzkost či depresi, které někdy vyžadují i odbornou pomoc. Použití farmak proti úzkosti a antidepresiv může v některých případech velmi významně zmírnit utrpení, jež umírající pociťuje. Léky by však nikdy neměly nahradit blízkost a naslouchání rodiny nemocného. (53)



## **6 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **6.1 Formulace problému**

V souvislosti s výrazným stárnutím populace a stále častějším výskytem nevléčitelných onemocnění se bude potřeba hospicové péče neustále zvyšovat. Je proto důležité, aby byla veřejnost o možnostech této péče informována. (53)

Výzkumem v mé bakalářské práci, kterou rozšiřuji, však bylo zjištěno, že laická veřejnost není o hospicové péči informovaná dostatečně. Jako opatření byla navržena edukace laické veřejnosti např. edukačními materiály, přednáškami či všeobecnou sestrou. Je proto důležité zmapovat úroveň erudovanosti všeobecných sester o hospicové péči a umění doprovázet, zda-li dokážou účinně plnit v této oblasti jednu ze svých rolí, roli edukátorky.

### **6.2 Cíl a úkol průzkumu**

Cílem průzkumu diplomové práce je zmapovat erudovanost všeobecných sester v tématu hospicové péče a umění doprovázet.

### **6.3 Vzorek respondentů**

Respondenty jsou všeobecné sestry v praxi (směnové sestry, staniční sestry, vrchní sestry) na vybraných odděleních FN Plzeň, Domova pro seniory sv. Jiří a také na Fakultě zdravotnických studií v Plzni.

### **6.4 Metoda výzkumu**

Metoda výzkumu byla zvolena kvantitativní, formou anonymních dotazníků. Dotazník, který byl sestaven, obsahuje 21 otázek. Zvolené jsou otázky demografické a otázky zaměřené na zmapování úrovně erudovanosti všeobecných sester o hospicové péči a umění doprovázet. Soustředí se na všechny problémy, na které je hledána odpověď, zaujímají problematiku v celé její šíři. (53)

Formulace daných otázek byla zvolena tak, aby pro respondenty byla jasná, jednoznačná a zřetelná. Většina otázek je uzavřená, tři otázky jsou polouzavřené. Sestaveny jsou tak, aby respondent označil pouze jednu odpověď. (26)

Výzkum probíhal od 1.12.2012 do 28.02.2013 a předcházelo mu podepsání "Žádosti o souhlas s výzkumným šetřením" v konkrétním zařízení.

Rozdáno bylo celkem 140 dotazníků. Navrátilo se jich 126, tedy 90%, ze kterých bylo následně 6 dotazníků vyřazeno pro jejich chybné vyplnění. Celkové množství správně vyplněných dotazníků, které byly následně použity pro vyhodnocení výsledků, tvořilo tedy 120 dotazníků, které jsou chápány jako 100 %.

## 6.5 Hypotézy

**Hypotéza č. 1 :** Délka zdravotnické praxe všeobecných sester ovlivňuje jejich erudovanost v tématu hospicové péče.

Stanovená kritéria: Odpoví-li respondent minimálně na 3 otázky z 5-ti správně, je shledán erudovaným v tématu hospicové péče.

**Hypotéza č. 2 :** Úroveň vzdělání všeobecných sester má vliv na jejich znalosti o lůžkových hospicích.

Stanovená kritéria: Odpoví-li respondent minimálně na 3 otázky z 5-ti správně, je shledán erudovaným v oblasti lůžkových hospiců.

**Hypotéza č. 3 :** Věk všeobecných sester ovlivňuje jejich erudovanost v umění doprovázet.

Stanovená kritéria: Odpoví-li respondent minimálně na 3 otázky z 5-ti správně, je shledán erudovaným v tématu umění doprovázet.

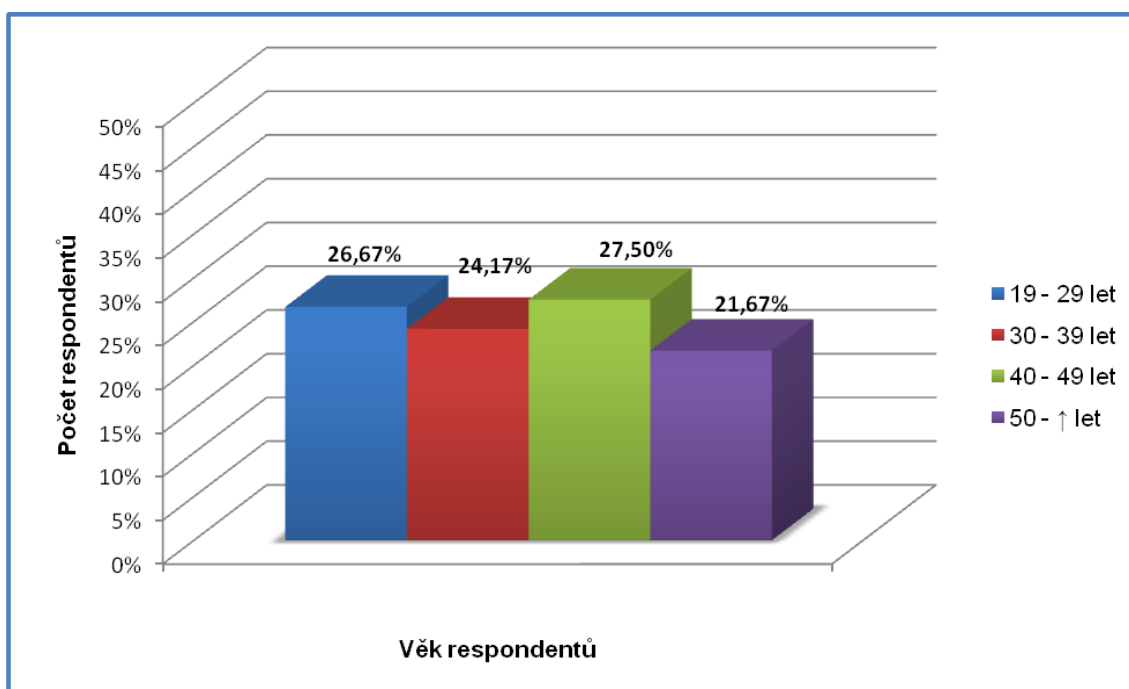
**Hypotéza č. 4 :** Většina všeobecných sester zaujímá k problematice hospicové péče a umění doprovázet aktivní postoj.

Stanovená kritéria: Zvolí-li respondent odpověď "ano" minimálně ve 2 otázkách ze 3, je považován jeho postoj k problematice hospicové péče a umění doprovázet jako aktivní. Většina je pak chápána jako více než 50% respondentů.

## 6.6 Prezentace a interpretace získaných údajů

V této kapitole je věnován prostor výsledkům dotazníkového šetření. Data získaná pomocí dotazníkového šetření byla statisticky zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2007. Výsledky jsou v praktické části prezentovány pomocí grafů, které prostorově zobrazují relativní četnost jednotlivých odpovědí a pomocí tabulek, které pro přesnost zobrazují četnost absolutní.

**Graf 1 Věk respondentů**



**Zdroj: vlastní**

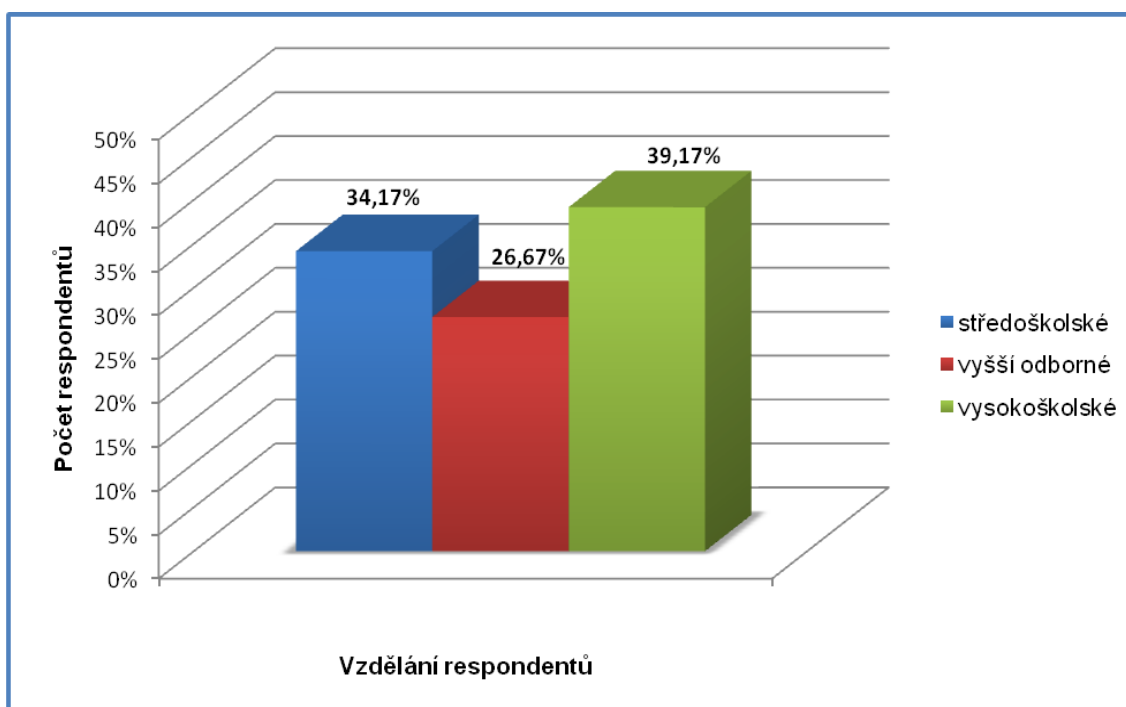
**Tabulka 1 Věk respondentů**

Věk respondentů	Absolutní četnost
19 - 29 let	32
30 - 39 let	29
40 - 49 let	33
50 - ↑ let	26
<b>CELKEM</b>	120

**Zdroj: vlastní**

Z uvedených údajů vyplývá věk respondentů, kteří se zúčastnili průzkumu. Z celkového počtu 120-ti (100 %) respondentů byla nejpočetněji zastoupena kategorie 40 - 49 let a to v počtu 33 respondentů (27,50%). Do kategorie 19 - 29 let spadá 32 respondentů (26,67%), do kategorie 30 - 39 let 29 respondentů (24,17%). Nejméně respondentů, tj. 26 (21,67%), poté spadá do kategorie 50 a více let.

**Graf 2 Vzdělání respondentů**



**Zdroj: vlastní**

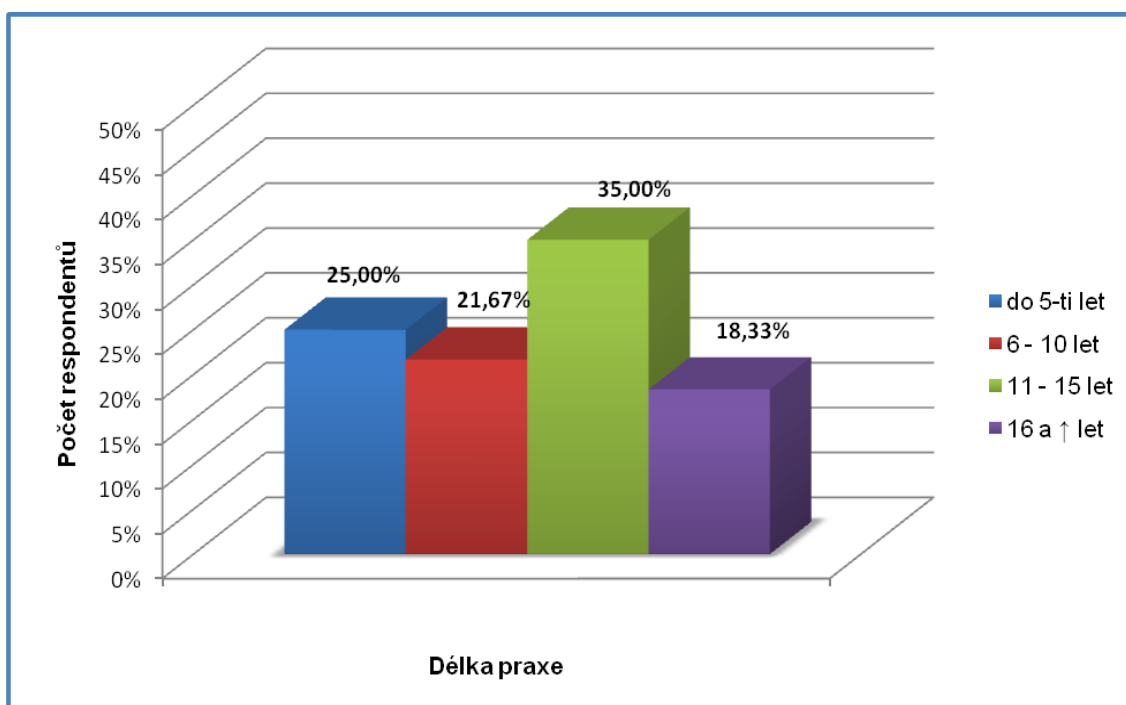
**Tabulka 2 Vzdělání respondentů**

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost
středoškolské	41
vyšší odborné	32
vysokoškolské	47
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Výše uvedené údaje znázorňují vzdělání dotazovaných všeobecných sester. Nejvíce respondentů, tedy 47 (39,17%), má vysokoškolské vzdělání. Středoškolské vzdělání má 41 respondentů (34,17%) a vyšší odborné vzdělání má 32 respondentů (26,67%).

**Graf 3 Délka praxe všeobecných sester**



**Zdroj: vlastní**

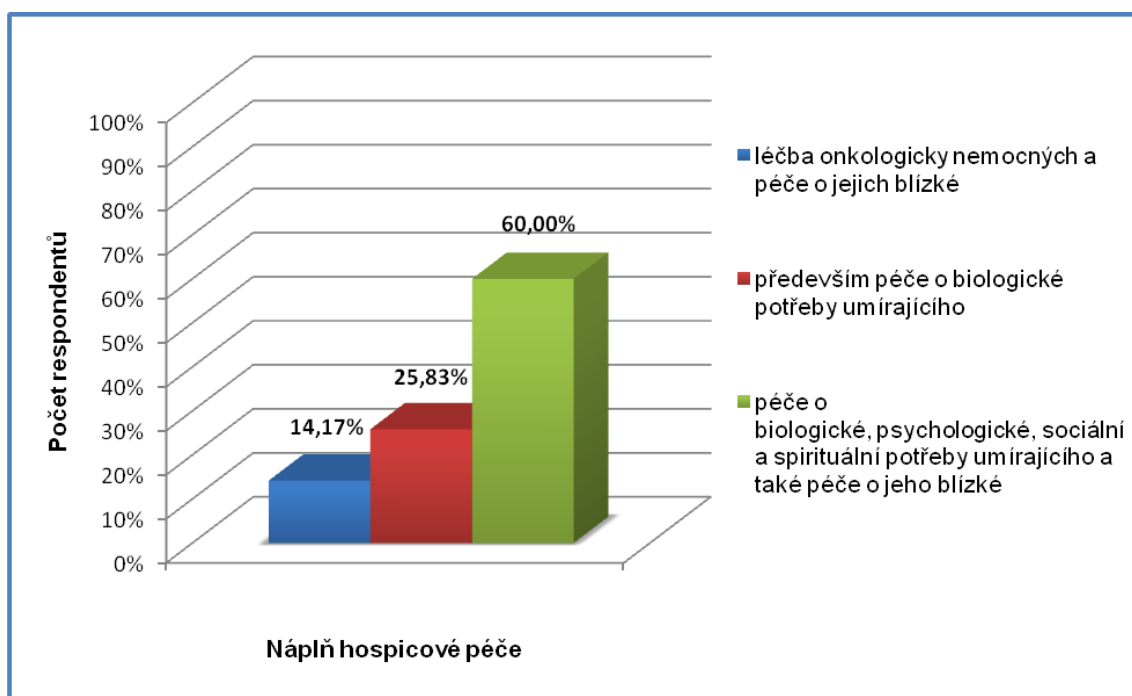
**Tabulka 3 Délka praxe všeobecných sester**

Délka praxe respondentů	Absolutní četnost
do 5-ti let	30
6 - 10 let	26
11 - 15 let	42
16 - ↑ let	22
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Dle zobrazených hodnot má zdravotnickou praxi v délce trvání 11 - 15 let celkem 42 dotazovaných všeobecných sester (35,00%). Zdravotnickou praxi do 5-ti let má 30 všeobecných sester (25,00%), délku praxe 6 - 10 let má 26 sester (21,67%). Nejméně dotazovaných sester, 22 (18,33%), má zdravotnickou praxi 16 a více let.

**Graf 4 Náplň hospicové péče?**



**Zdroj: vlastní**

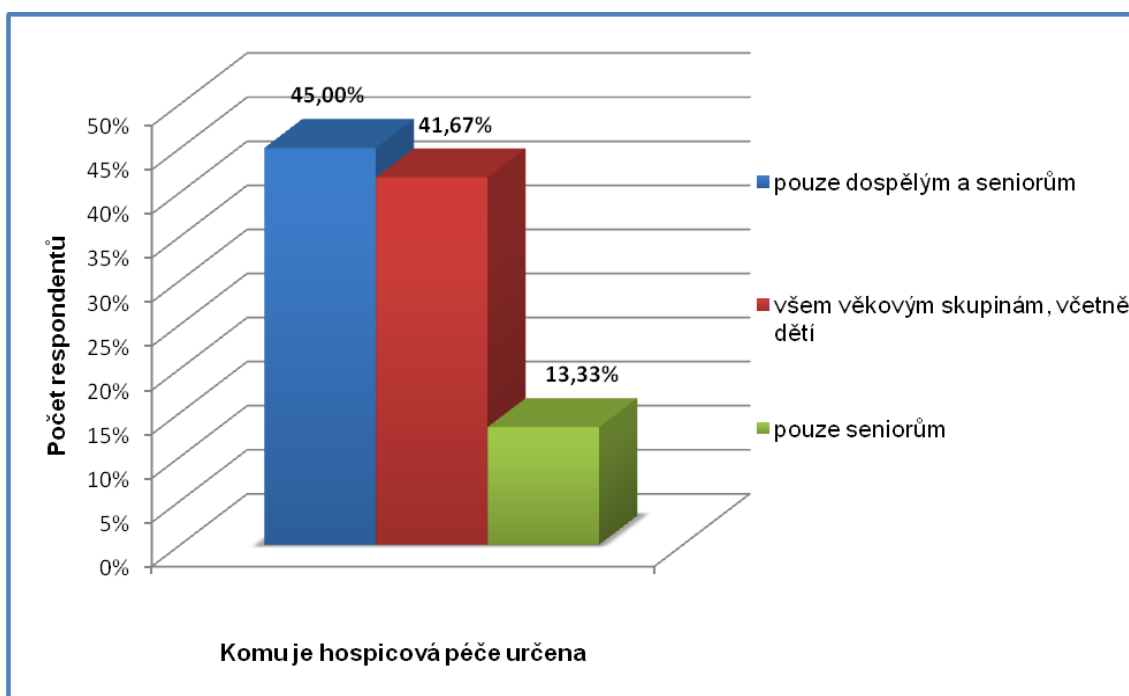
**Tabulka 4 Náplň hospicové péče?**

Náplň hospicové péče	Absolutní četnost
léčba onkologicky nemocných a péče o jejich blízké	17
především péče o biologické potřeby umírajícího	31
péče o biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby umírajícího a také péče o jeho blízké	72
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

V otázce, jaká je náplň hospicové péče, zvolilo 72 respondentů (60,00%) správnou odpověď, tedy že náplní je péče o biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby umírajícího a také péče o jeho blízké. 31 respondentů (25,83%) odpovědělo, že náplní je především péče o biologické potřeby umírajícího. Odpověď "léčba onkologicky nemocných" označilo 17 respondentů (14,17%).

**Graf 5 Komu je hospicová péče určena?**



**Zdroj: vlastní**

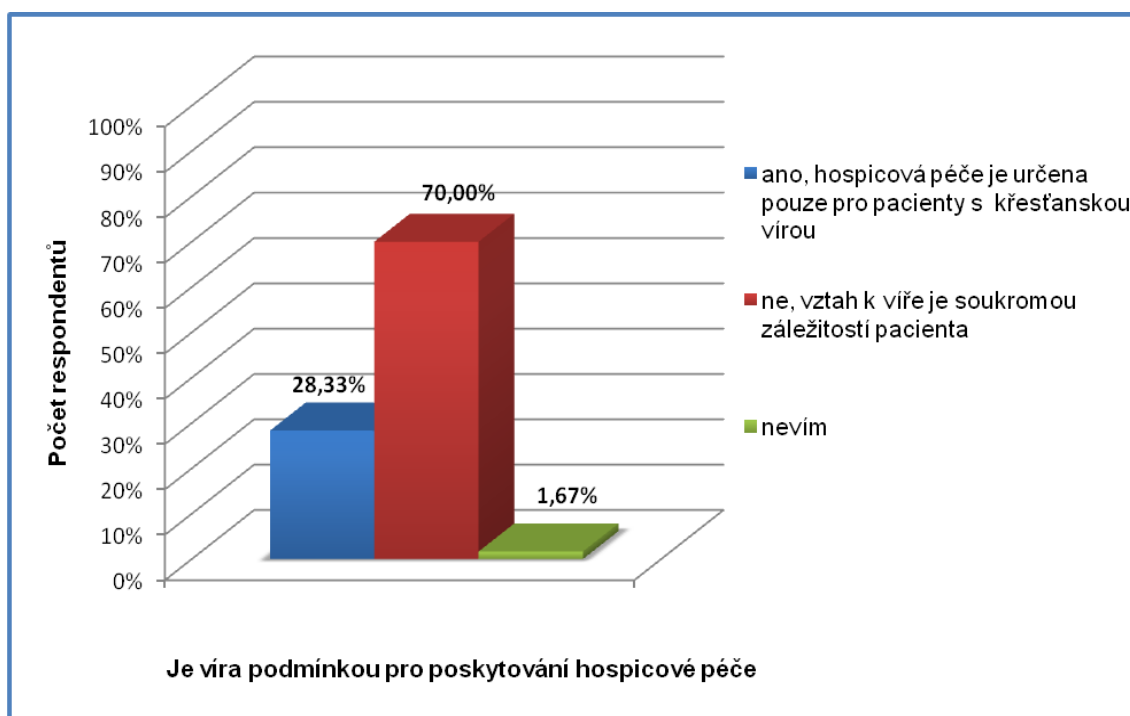
**Tabulka 5 Komu je hospicová péče určena?**

Komu je hospicová péče určena	Absolutní četnost
pouze dospělým a seniorům	52
všem věkovým skupinám, včetně dětí	46
pouze seniorům	22
<b>CELKEM</b>	120

**Zdroj: vlastní**

V otázce, komu je určena hospicová péče, označilo správnou odpověď, tedy že je určena všem věkovým skupinám včetně dětí, 46 respondentů (41,67%). Možnost, že je určena pouze dospělým a seniorům zvolilo 52 respondentů (45,00 %), tedy nejvyšší počet. Že je hospicová péče určena pouze seniorům zvolilo 22 respondentů (13,33% ).

**Graf 6 Je víra podmínkou pro poskytování hospicové péče?**



**Zdroj: vlastní**

**Tabulka 6 Je víra podmínkou pro poskytování hospicové péče?**

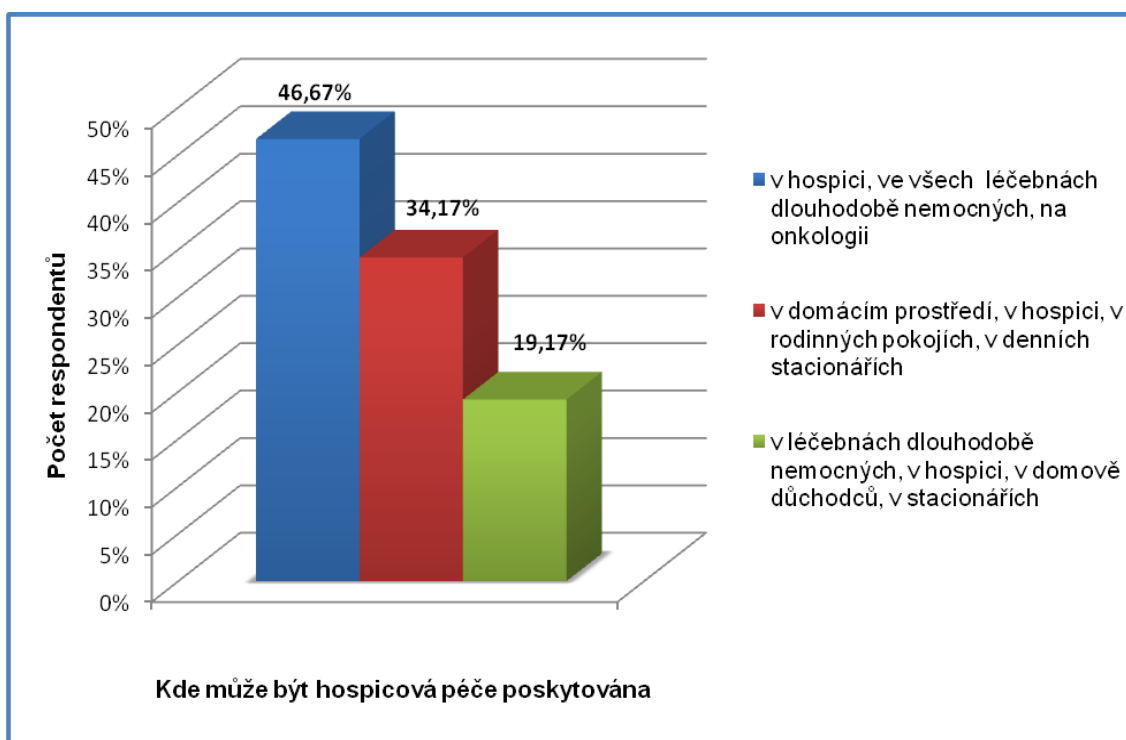
Je víra podmínkou pro poskytování hospicové péče ?	Absolutní četnost
ano, hospicová péče je určena pouze pro pacienty s křesťanskou vírou	34
ne, vztah k víře je soukromou záležitostí pacienta	84
nevím	2
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Nejvíce respondentů, tedy 84 (70%), odpovědělo, že víra není podmínkou pro poskytování hospicové péče. Možnost, že hospicová péče je určena pouze pro pacienty s křesťanskou vírou, zvolilo 34 respondentů (28,33%). Odpověď "nevím" označili 2 respondenti (1,67%).



**Graf 7 Kde může být hospicová péče poskytována?**



**Zdroj: vlastní**

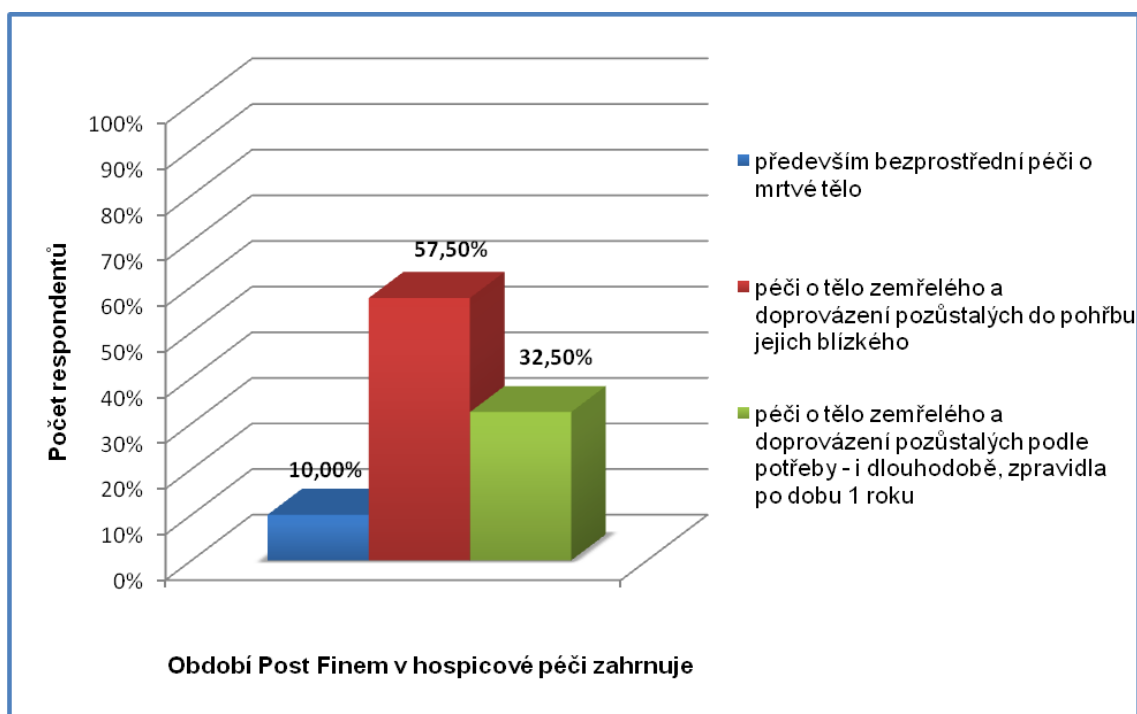
**Tabulka 7 Kde může být hospicová péče poskytována?**

Kde může být hospicová péče poskytována?	Absolutní četnost
v hospici, ve všech léčebnách dlouhodobě nemocných, na onkologii	56
v domácím prostředí, v hospici, v rodinných pokojích, v denních stacionářích	41
v léčebnách dlouhodobě nemocných, v hospici, v domově důchodců, ve stacionářích	23
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Z výše uvedených hodnot je patrné, že nejvíce respondentů, tedy 56 (46,67%), si myslí, že hospicová péče může být poskytována v hospici, ve všech léčebnách dlouhodobě nemocných a na onkologii. Správnou odpověď, tedy že hospicová péče může být poskytována v domácím prostředí, hospici, v rodinných pokojích a denních stacionářích, zvolilo 41 respondentů (34,17%). 23 respondentů (19,17%) zvolilo odpověď "v léčebnách dlouhodobě nemocných, v hospici, v domově důchodců, ve stacionářích".

**Graf 8 Období Post Finem v hospicové péči zahrnuje?**



**Zdroj: vlastní**

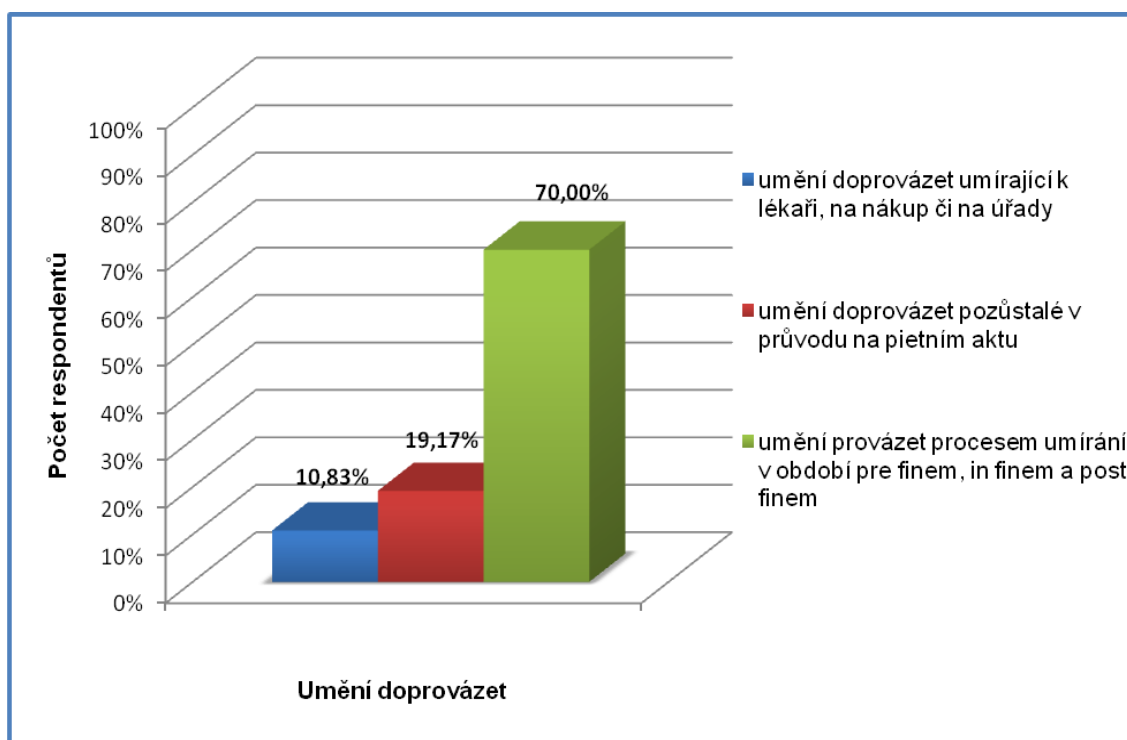
**Tabulka 8 Období Post Finem v hospicové péči zahrnuje?**

Období Post Finem v hospicové péči zahrnuje?	Absolutní četnost
především bezprostřední péči o mrtvé tělo	12
péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých do pohřbu jejich blízkého	69
péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých podle potřeby - i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku	39
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

V otázce, co zahrnuje v hospicové péči období post finem, zvolilo správnou odpověď, tedy že péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých podle potřeby - i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku, 39 respondentů (32,50%). Možnost, že zahrnuje péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých do pohřbu jejich blízkého, zvolilo 69 respondentů (57,50%). 12 respondentů (10,00%) zvolilo odpověď, že zahrnuje především bezprostřední péči o mrtvé tělo.

**Graf 9 Umění doprovázet je?**



**Zdroj: vlastní**

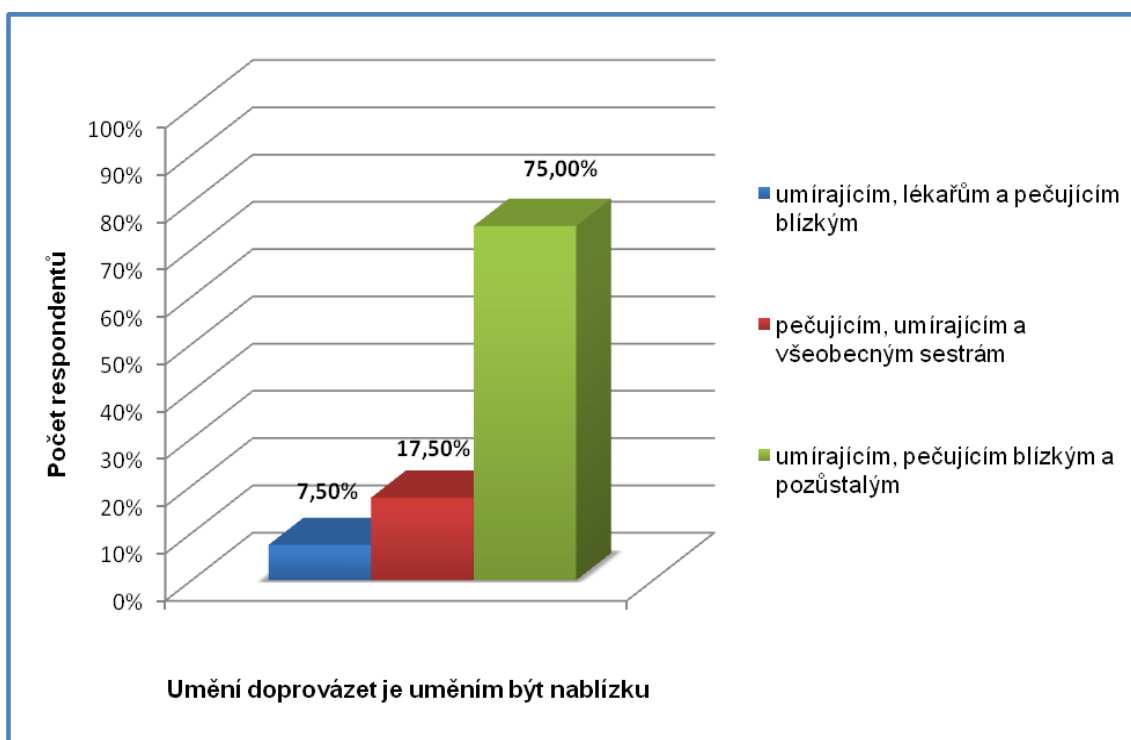
**Tabulka 9 Umění doprovázet je?**

Umění doprovázet je?	Absolutní četnost
umění doprovázet umírající k lékaři, na nákup či na úřady	13
umění doprovázet pozůstalé v průvodu na pietním aktu	23
umění provázet procesem umírání v období pre finem, in finem a post finem	84
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Nejvíce respondentů, tedy 84 (70,00%), se domnívá, že umění doprovázet je uměním provázet procesem umírání v období pre finem, in finem a post finem. 23 respondentů (19,17%) se domnívá, že je to umění doprovázet pozůstalé v průvodu na pietním aktu. Nejméně respondentů, 13 (10,83%), si myslí, že se jedná o umění doprovázet umírající k lékaři, na nákup či na úřady.

**Graf 10 Umění doprovázet je umění být nablízku?**



**Zdroj: vlastní**

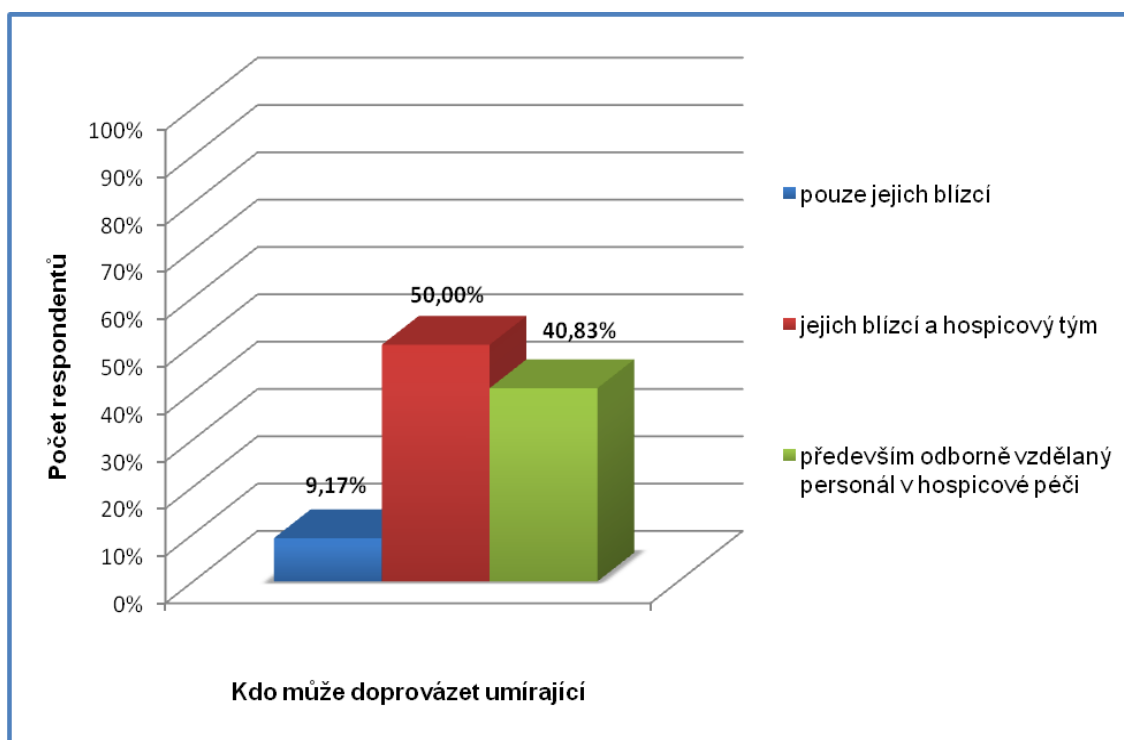
**Tabulka 10 Umění doprovázet je uměním být nablízku?**

Umění doprovázet je uměním být nablízku ?	Absolutní četnost
umírajícím, lékařům a pečujícím blízkým	9
pečujícím, umírajícím a všeobecným sestřám	21
umírajícím, pečujícím blízkým a pozůstalým	90
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Z uvedených údajů vyplývá, že 90 respondentů (75%) zvolilo odpověď, že umění doprovázet je uměním být nablízku umírajícím, pečujícím blízkým a pozůstalým. 21 respondentů (17,50%) označilo odpověď "pečujícím, umírajícím a všeobecným sestřám". Nejméně respondentů, 9 (7,50%), potom zvolilo odpověď "umírajícím, lékařům a pečujícím blízkým".

**Graf 11 Kdo může doprovázet umírající?**



**Zdroj: vlastní**

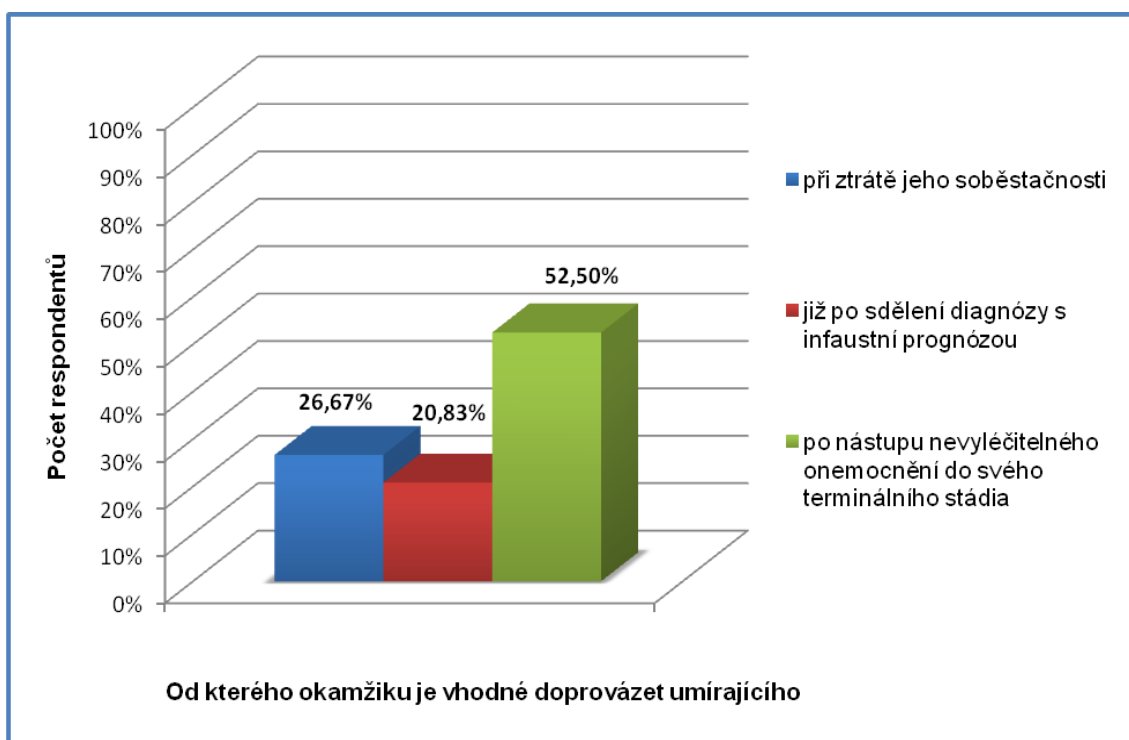
**Tabulka 11 Kdo může doprovázet umírající?**

Kdo může doprovázet umírající?	Absolutní četnost
pouze jejich blízcí	11
jejich blízcí a hospicový tým	60
především odborně vzdělaný personál v hospicové péči	49
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

V otázce, kdo může doprovázet umírající, zvolilo správnou odpověď, tedy že jejich blízcí a hospicový tým, 60 respondentů (50,00%). Možnost, že především odborně vzdělaný personál v hospicové péči, zvolilo 49 respondentů (40,83%). 11 respondentů (9,17%) zvolilo odpověď, že pouze jejich blízcí.

**Graf 12 Od kterého okamžiku je vhodné doprovázet umírajícího?**



**Zdroj: vlastní**

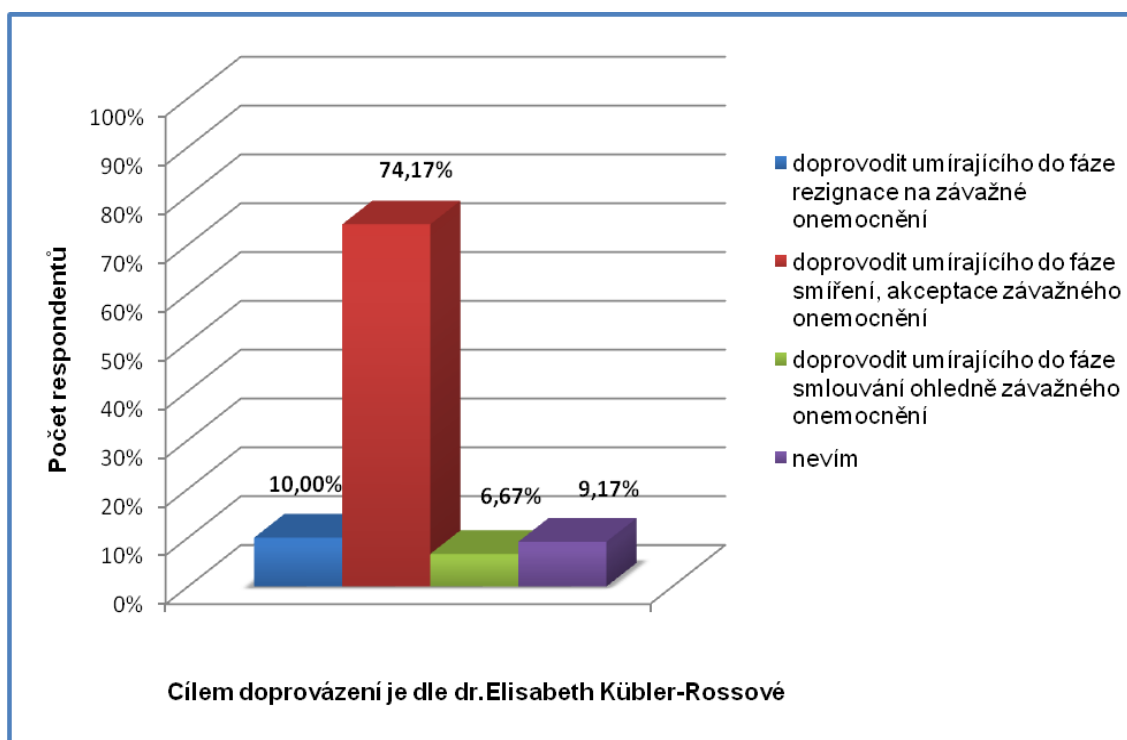
**Tabulka 12 Od kterého okamžiku je vhodné doprovázet umírajícího?**

Od kterého okamžiku je vhodné doprovázet umírajícího?	Absolutní četnost
při ztrátě jeho soběstačnosti	32
již po sdělení diagnózy s infaustní prognózou	25
po nástupu nevléčitelného onemocnění do svého terminálního stádia	63
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Z uvedených údajů vyplývá, že 63 respondentů (52,50%) zvolilo odpověď, že je vhodné doprovázet umírajícího od nástupu nevléčitelného onemocnění do svého terminálního stádia. 32 respondentů (26,67%) označilo odpověď, že při ztrátě jeho soběstačnosti. Nejméně respondentů, 25 (20,83%), potom zvolilo správnou odpověď, tedy že je vhodné umírajícího doprovázet již po sdělení diagnózy s infaustní prognózou.

**Graf 13 Cílem doprovázení je dle dr.Elisabeth Kübler-Rossové?**



**Zdroj: vlastní**

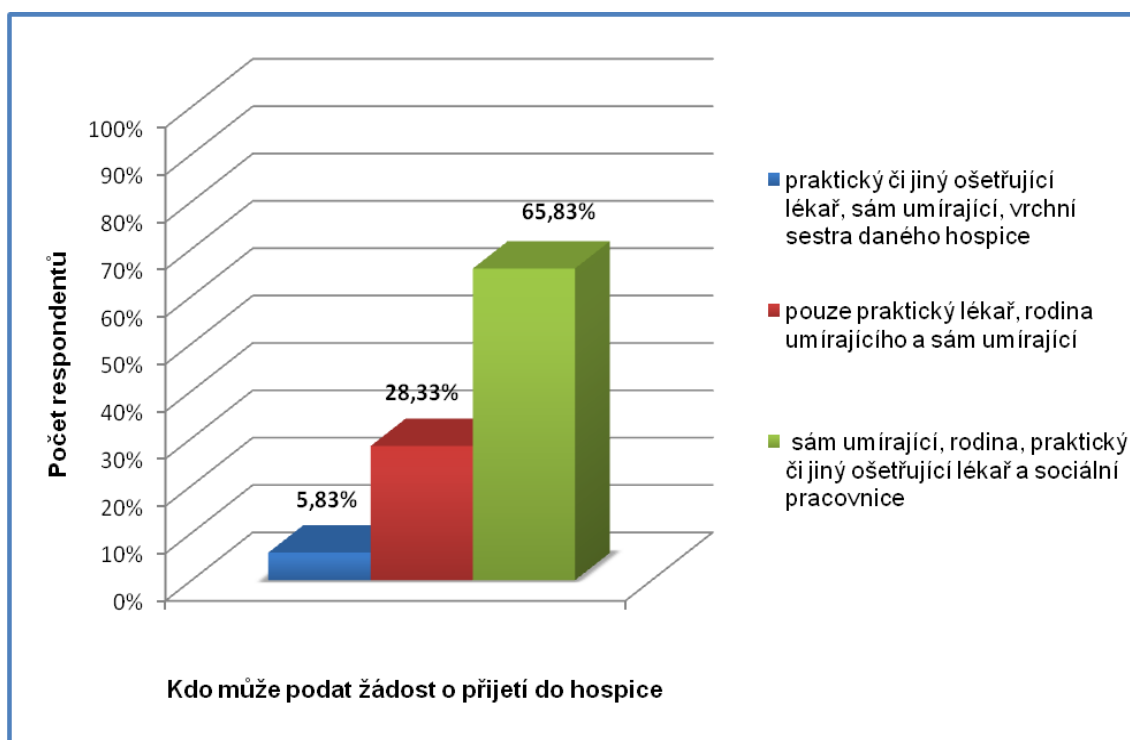
**Tabulka 13 Cílem doprovázení je dle dr.Elisabeth Kübler-Rossové?**

Cílem doprovázení je dle dr.Elisabeth Kübler-Rossové?	Absolutní četnost
doprovodit umírajícího do fáze rezignace na závažné onemocnění	12
doprovodit umírajícího do fáze smíření, akceptace závažného onemocnění	89
doprovodit umírajícího do fáze smlouvání ohledně závažného onemocnění	8
nevím	11
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

V otázce, co je cílem doprovázení dle dr.Elisabeth Kübler-Rossové, zvolilo správnou odpověď, tedy že "doprovodit umírajícího do fáze smíření", 89 respondentů (74,17%). Možnost, že "doprovodit umírajícího do fáze rezignace na závažné onemocnění", zvolilo 12 respondentů (10,00%). 11 respondentů (9,17%) zvolilo odpověď "nevím" a 8 respondentů (6,67%) "doprovodit umírajícího do fáze smlouvání ohledně závažného onemocnění".

**Graf 14 Kdo může podat žádost o přijetí do hospice?**



**Zdroj: vlastní**

**Tabulka 14 Kdo může podat žádost o přijetí do hospice?**

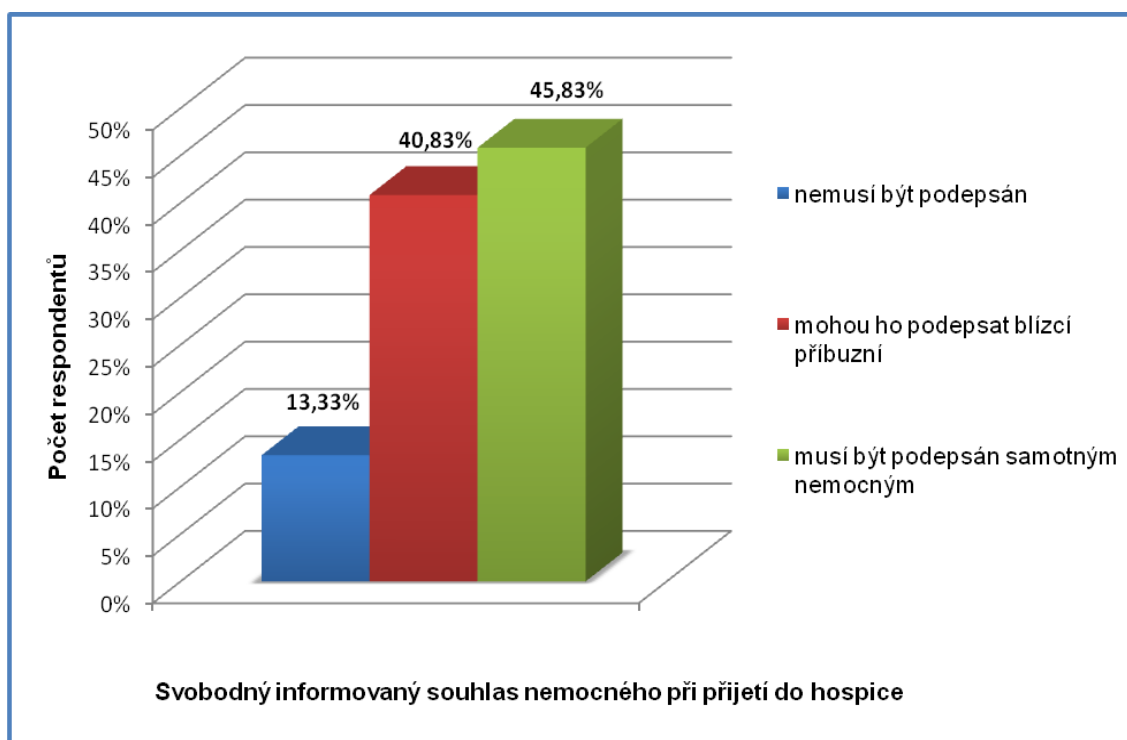
Kdo může podat žádost o přijetí do hospice?	Absolutní četnost
praktický či jiný ošetřující lékař, sám umírající, vrchní sestra daného hospice	7
pouze praktický lékař, rodina umírajícího a sám umírající	34
sám umírající, rodina, praktický či jiný ošetřující lékař a sociální pracovníce	79
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Z uvedených údajů vyplývá, že 79 respondentů (65,83%) zvolilo odpověď, že žádost o přijetí do hospice může podat sám umírající, rodina, praktický či jiný ošetřující lékař a sociální pracovníce. 34 respondentů (28,33%) označilo odpověď "žádost může podat pouze praktický lékař, rodina umírajícího a sám umírající". Nejméně respondentů, 7 (5,83%), potom zvolilo odpověď "praktický lékař či jiný ošetřující lékař, sám umírající a vrchní sestra daného hospice".



**Graf 15 Svobodný informovaný souhlas nemocného při přijetí do hospice?**



**Zdroj: vlastní**

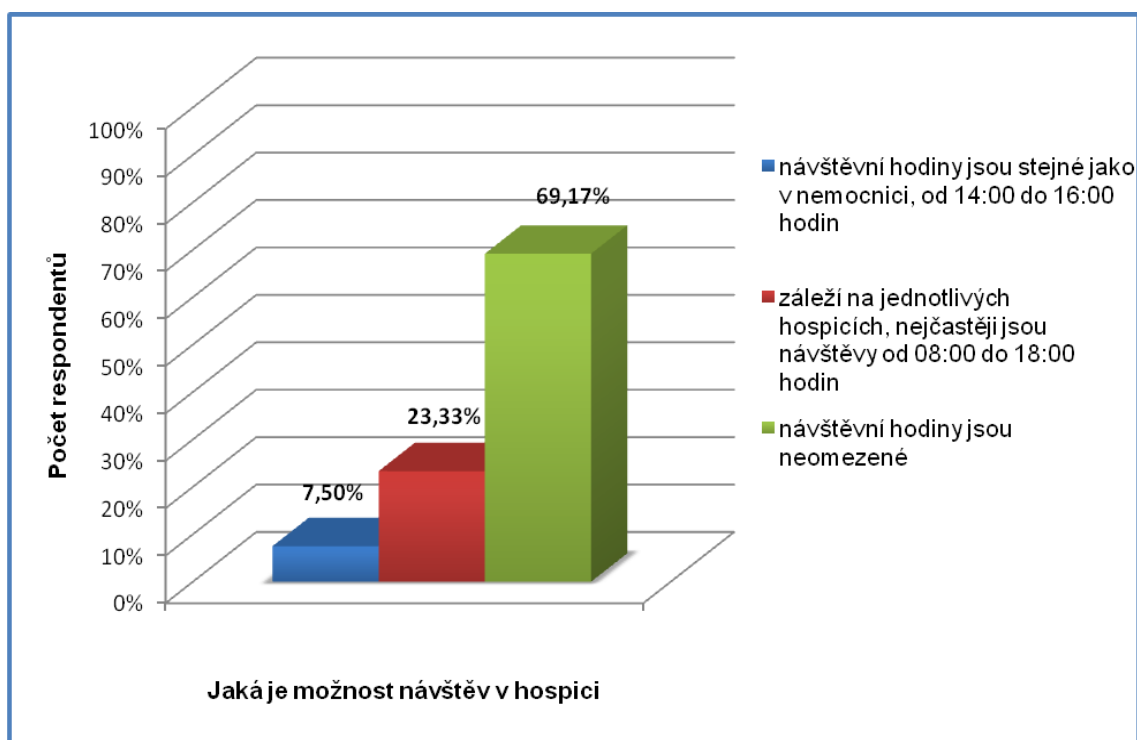
**Tabulka 15 Svobodný informovaný souhlas nemocného při přijetí do hospice?**

Svobodný informovaný souhlas nemocného při přijetí do hospice?	Absolutní četnost
nemusí být podepsán	16
mohou ho podepsat blízcí příbuzní	49
musí být podepsán samotným nemocným	55
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Nejvíce respondentů, tedy 55 (45,83%), se domnívá, že svobodný informovaný souhlas musí být podepsán samotným nemocným. 49 respondentů (40,83%) se domnívá, že ho mohou podepsat blízcí příbuzní. Nejméně respondentů, 16 (13,33%), si myslí, že svobodný informovaný souhlas být podepsán nemusí.

**Graf 16 Jaká je možnost návštěv v hospici?**



**Zdroj: vlastní**

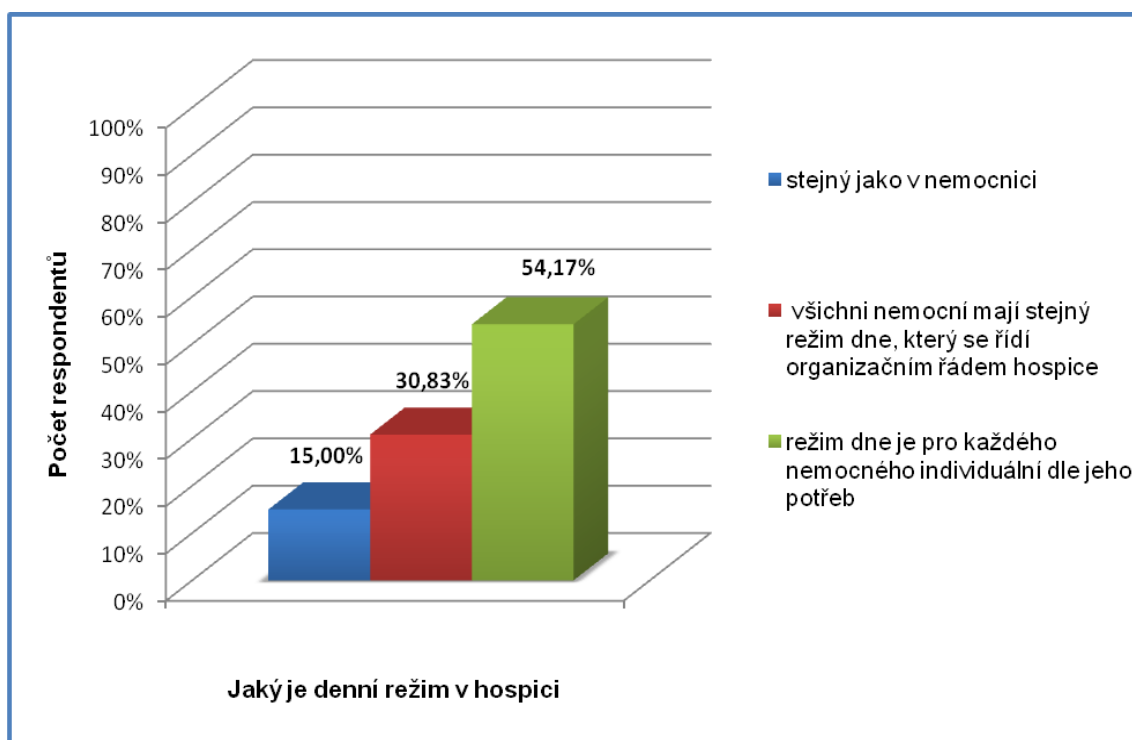
**Tabulka 16 Jaká je možnost návštěv v hospici?**

Jaká je možnost návštěv v hospici ?	Absolutní četnost
jsou stejné jako v nemocnici, od 14:00 do 16:00 hodin	9
záleží na jednotlivých hospicích, nejčastěji jsou návštěvy od 08:00 do 18:00 hodin	28
návštěvní hodiny jsou neomezené	83
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

V otázce, jaká je možnost návštěv v hospici, zvolilo správnou odpověď, tedy že "návštěvní hodiny jsou neomezené " 83 respondentů (69,17%). Možnost, že "záleží na jednotlivých hospicích, nejčastěji jsou návštěvy od 08:00 do 18:00 hodin", zvolilo 28 respondentů (23,33%). 9 respondentů (7,50%) zvolilo odpověď "jsou stejné jako v nemocnici, od 14:00 do 16:00 hodin ".

**Graf 17 Jaký je denní režim v hospici?**



**Zdroj: vlastní**

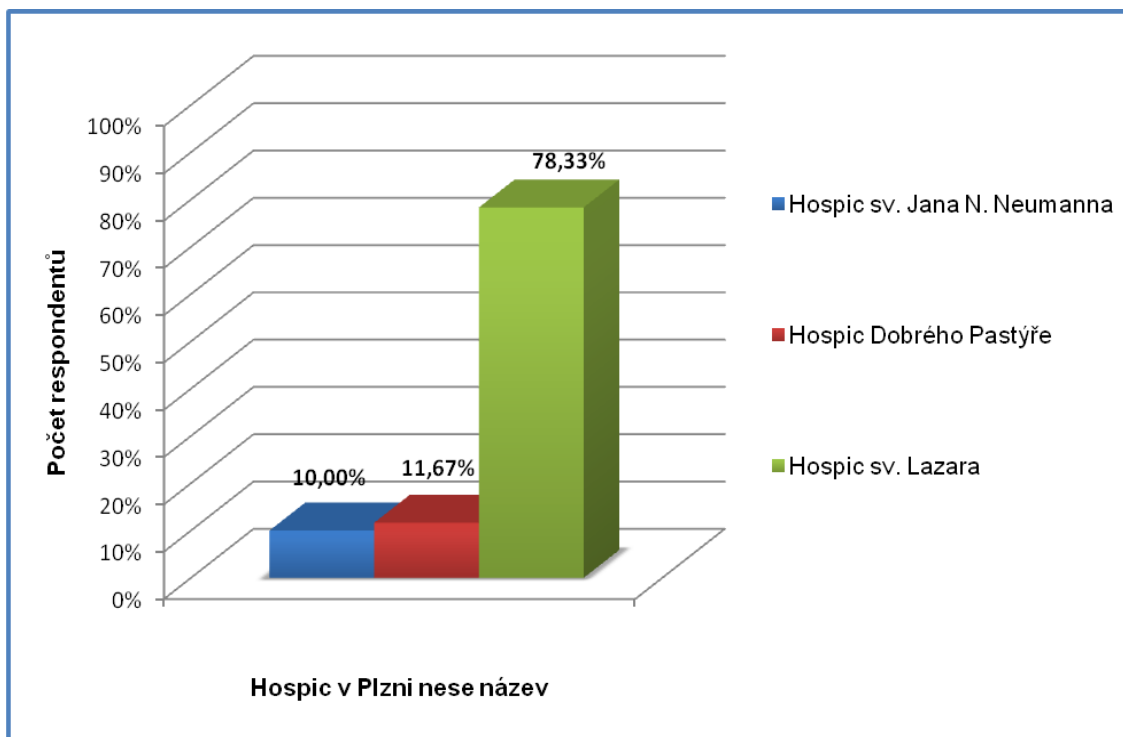
**Tabulka 17 Jaký je denní režim v hospici?**

Jaký je denní režim v hospici ?	Absolutní četnost
stejný jako v nemocnici	18
všichni nemocní mají stejný režim dne, který se řídí organizačním řádem hospice	37
režim dne je pro každého nemocného individuální dle jeho potřeb	65
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

Z uvedených údajů vyplývá, že 65 respondentů (54,17%) zvolilo odpověď, že denní režim v hospici je pro každého nemocného individuální dle jeho potřeb. 37 respondentů (30,83%) označilo odpověď "všichni nemocní mají stejný režim dne, který se řídí organizačním řádem hospice". Nejméně respondentů, 18 (15,00%), potom zvolilo odpověď, že režim v hospici je stejný jako v nemocnici.

**Graf 18 Hospic v Plzni nese název?**



**Zdroj: vlastní**

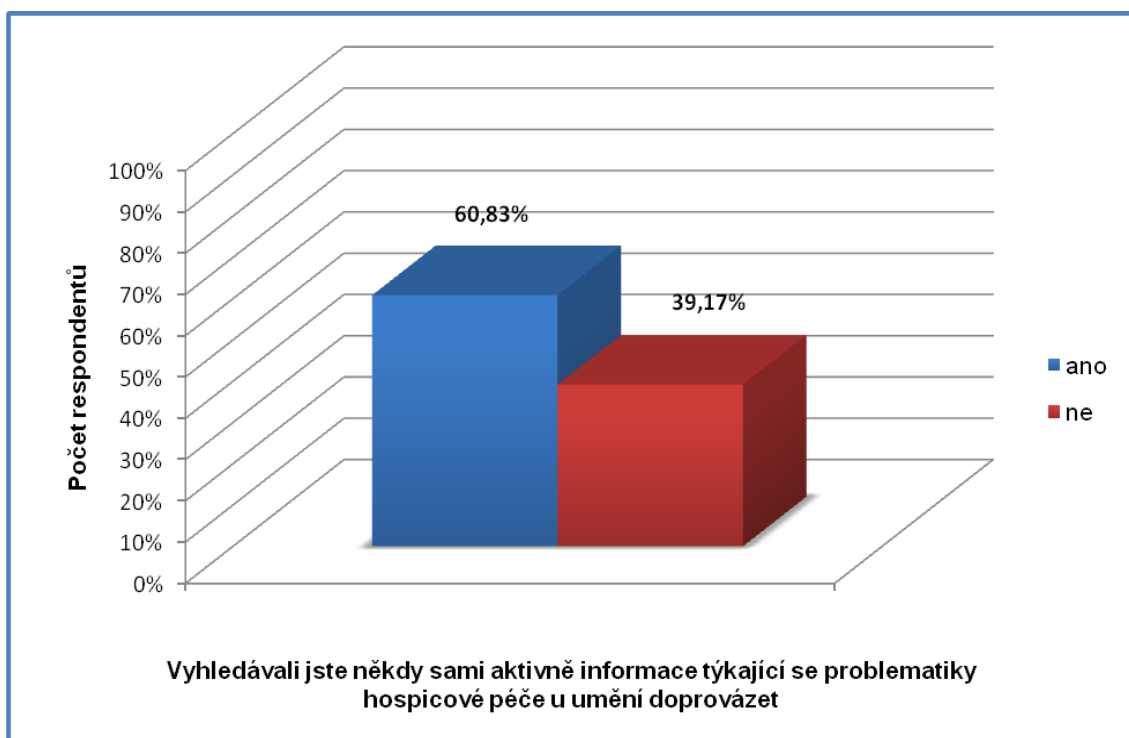
**Tabulka 18 Hospic v Plzni nese název?**

Hospic v Plzni nese název?	Absolutní četnost
Hospic sv. Jana N. Neumanna	12
Hospic Dobrého Pastýře	14
Hospic sv. Lazara	94
<b>CELKEM</b>	120

**Zdroj: vlastní**

V otázce, jaký nese název hospic v Plzni zvolilo správnou odpověď, tedy že "Hospic sv. Lazara", 94 respondentů (78,33%). Možnost "Hospic Dobrého Pastýře", zvolilo 14 respondentů (11,67%). 12 respondentů (10,00%) zvolilo odpověď "Hospic sv. Jana N. Neumanna".

**Graf 19 Vyhledávali jste někdy sami aktivně informace týkající se problematiky hospicové péče u umění doprovázet?**



**Zdroj: vlastní**

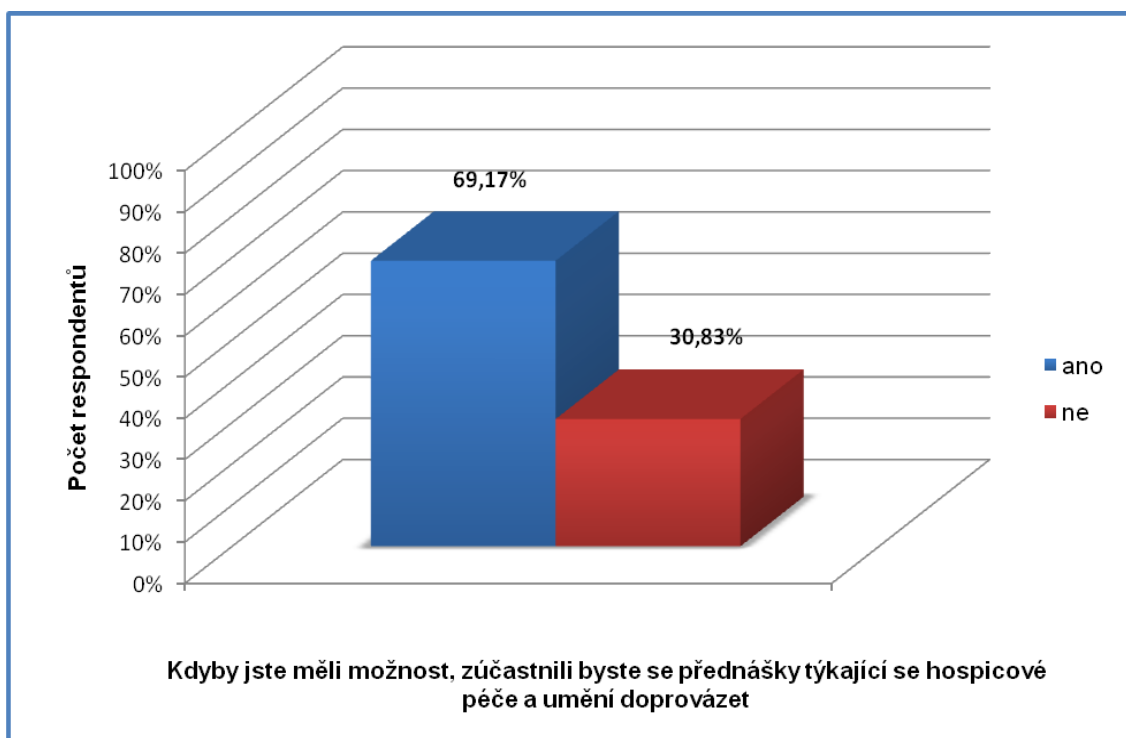
**Tabulka 19 Vyhledávali jste někdy sami aktivně informace týkající se problematiky hospicové péče u umění doprovázet?**

Vyhledávali jste někdy sami aktivně informace týkající se problematiky hospicové péče u umění doprovázet?	Absolutní četnost
ano	73
ne	47
<b>CELKEM</b>	120

**Zdroj: vlastní**

V otázce, zda-li všeobecné sestry někdy samy aktivně vyhledávaly informace týkající se hospicové péče a umění doprovázet, zvolilo odpověď "ano" 73 respondentů (60,83%). Možnost "ne", zvolilo 47 respondentů (39,17%). U odpovědi "ne" všeobecné sestry nejčastěji uváděly důvody, že se o problematiku nezajímají či neměly k vyhledávání informací důvod.

**Graf 20** Kdyby jste měli možnost, zúčastnili byste se přednášky týkající se hospicové péče a umění doprovázet?



**Zdroj:** vlastní

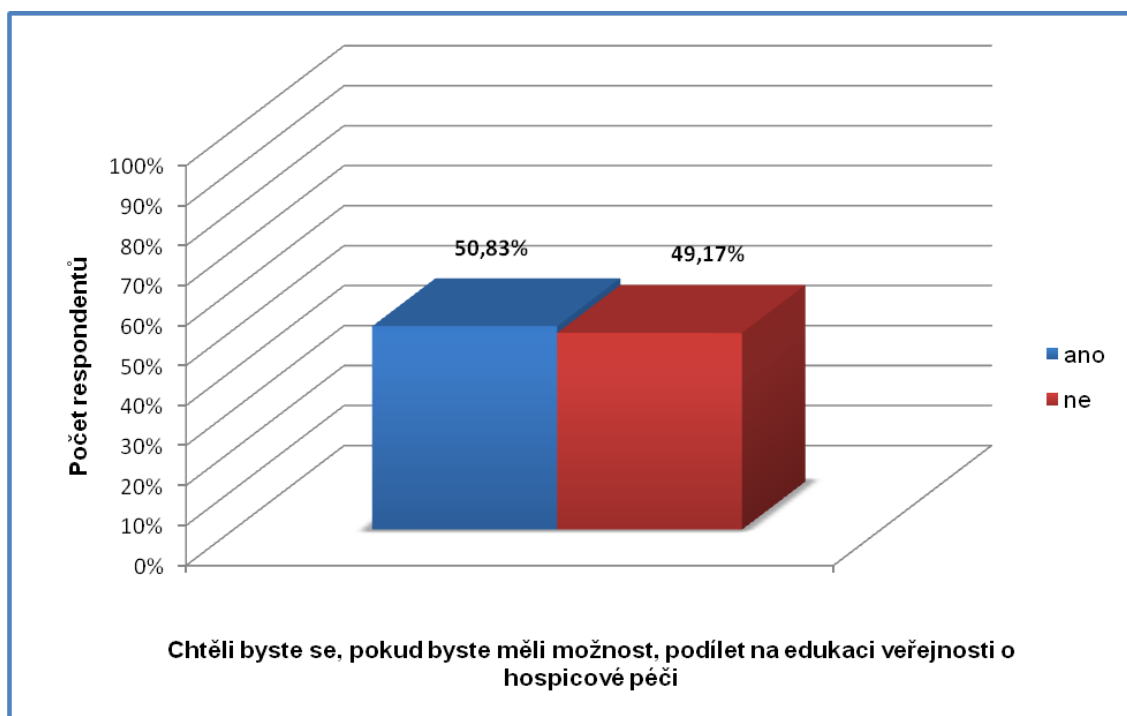
**Tabulka 20** Kdyby jste měli možnost, zúčastnili byste se přednášky týkající se hospicové péče a umění doprovázet?

Kdyby jste měli možnost, zúčastnili byste se přednášky týkající se hospicové péče a umění doprovázet?	Absolutní četnost
ano	83
ne	37
<b>CELKEM</b>	120

**Zdroj:** vlastní

V otázce, zda-li by se všeobecné sestry zúčastnily přednášky týkající se hospicové péče a umění doprovázet, zvolilo odpověď "ano" 83 respondentů (69,17%). Možnost "ne" zvolilo 37 respondentů (30,83%). U odpovědi "ne" všeobecné sestry nejčastěji uváděly důvody, že se o problematiku hospicové péče a umění doprovázet nezajímají nebo je toto téma pro ně nepříjemné.

**Graf 21 Chtěli byste se, pokud byste měli možnost, podílet na edukaci veřejnosti o hospicové péči?**



**Zdroj: vlastní**

**Tabulka 21 Chtěli byste se, pokud byste měli možnost, podílet na edukaci veřejnosti o hospicové péči?**

Chtěli byste se, pokud byste měli možnost, podílet na edukaci veřejnosti o hospicové péči?	Absolutní četnost
ano	61
ne	59
<b>CELKEM</b>	<b>120</b>

**Zdroj: vlastní**

V otázce, zda-li by se chtěly všeobecné sestry podílet na edukaci veřejnosti o hospicové péči, zvolilo odpověď "ano" 61 respondentů (50,83%). Možnost "ne" zvolilo 59 respondentů (49,17%). U odpovědí "ano" všeobecné sestry nejčastěji uváděly, že by se chtěly podílet na edukaci formou přednášek, vytvořením edukačních materiálů či svojí publikační činností v časopisech a jiných tištěných či elektronických publikacích. U odpovědí "ne" všeobecné sestry nejčastěji uváděly důvody, že nemají dostatečné informace, v problematice se mnoho neorientují či se o problematiku nezajímají.

## 7 DISKUZE

Ve své diplomové práci se zabývám hospicovou péčí a uměním doprovázet. Toto téma je aktuální v souvislosti s výrazným stárnutím populace a stále častějším výskytem nevyléčitelných onemocnění. Hospicová péče a umění doprovázet zaujímají celou složitou problematiku umírání, smrti a péče o umírající i jejich pozůstalé.

Výzkumem v mé bakalářské práci, kterou rozšiřuji však bylo zjištěno, že laická veřejnost není o hospicové péči dostatečně informovaná. Jako opatření byla navržena edukace laické veřejnosti např. edukačními materiály, přednáškami či všeobecnou sestrou. Je proto důležité zmapovat úroveň erudovanosti všeobecných sester o hospicové péči a umění doprovázet, zda-li dokážou účinně plnit v této oblasti jednu ze svých rolí, roli edukátorky.

Zajímalo mne proto, jaká je erudovanost všeobecných sester o tomto tématu. Zda-li vědí, co je náplní hospicové péče a umění doprovázet, kde může být hospicová péče poskytována, pro koho je určen hospic či zda-li zaujímají k hospicové péči aktivní postoj.

Na základě studia odborné literatury jsem si stanovila cíl diplomové práce a následně pracovní hypotézy. Jako cíl jsem si určila zmapovat erudovanost všeobecných sester o hospicové péči a umění doprovázet. Z důvodu objektivního zmapování cíle jsem sestavila čtyři hypotézy, které se mi po vyhodnocení všech platných dotazníků potvrdily či naopak vyvrátily.

První hypotézu jsem si stanovila, že délka zdravotnické praxe všeobecných sester ovlivňuje jejich erudovanost v tématu hospicové péče. Otázky č. 4, 5, 6, 7 a 8, které se k této hypotéze vztahují byly vyhodnoceny, přičemž respondent, jenž odpověděl minimálně na 3 otázky z 5-ti správně, byl shledán informovaným o hospicové péči.

Délka zdravotnické praxe byla rozdělena na dvě skupiny. V první jsou zastoupeny všeobecné sestry se zdravotnickou praxí do 10-ti let. Druhou skupinu tvoří všeobecné sestry, které mají praxi 11 a více let. (viz Příloha 2)

Ze získaných výsledků vyplývá, že první skupina je informována v 64,29% a druhá skupina je informována pouze v 57,81%. Délka zdravotnické praxe tedy nemá vliv na erudovanost všeobecných sester o hospicové péči a hypotéza se nepotvrdila. Předpokládala jsem, že sestry s delší zdravotnickou praxí a většími zkušenostmi budou více informovány o hospicové péči. Velice mě překvapilo, že všeobecné sestry s délkou



zdravotnické praxe do 10-ti let, byly informovány v 64,29%, tedy o 6,48% více než sestry s praxí 11 a více let. To, že se hypotéza nepotvrdila, může mít několik důvodů. Jedním z nich může být poměrně krátký odstup od "nabytí" informací o hospicové péči z dob studií či jejich "čerstvý" zájem o poznání v oblasti medicíny, ošetrovatelství a tedy i hospicové péče.

Druhou hypotézu jsem si stanovila, že úroveň vzdělání všeobecných sester má vliv na jejich znalosti o lůžkových hospicích. Otázky č. 14, 15, 16, 17 a 18, které se vztahují k hypotéze č. 2 byly vyhodnoceny, přičemž respondent, jenž odpověděl minimálně na 3 otázky z 5-ti správně, byl shledán informovaným o lůžkových hospicích. Úroveň vzdělání všeobecných sester byla rozdělena na dvě skupiny. V první jsou zastoupeni respondenti se středoškolským vzděláním. Druhou skupinu tvoří respondenti s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním, pro vyšší odbornost respondentů. (viz Příloha 3)

Ze získaných výsledků vyplývá, že druhá skupina je informována v 65,82% a první skupina je informována pouze v 63,41%. Úroveň vzdělání všeobecných sester má tedy vliv na jejich znalosti o lůžkových hospicích. Důvodem potvrzení hypotézy může být fakt, že stále více sester si zvyšuje odbornost a tím získává potřebné vědomosti a znalosti. Důvodem také může být jejich "touha po poznání", která je se studiem mnohdy spojena a tak mají samy zájem o získávání informací i ohledně problematiky lůžkových hospiců.

Hypotézu č.3 jsem si stanovila, že věk všeobecných sester ovlivňuje jejich erudovanost v umění doprovázet. Otázky č. 9, 10, 11, 12 a 13, které se k této hypotéze vztahují byly vyhodnoceny, přičemž respondent, jenž odpověděl správně minimálně na 3 otázky z 5-ti, byl shledán informovaným o umění doprovázet. Věk všeobecných sester byl rozdělen na dvě skupiny. V první jsou zastoupeny všeobecné sestry ve věku do 39-ti let. Druhou skupinu tvoří sestry ve věku 40 let a více. (viz Příloha 4)

Ze získaných hodnot je patrné, že druhá skupina je informována v 54,24%, zatímco první skupina je informována v 63,93%. Věk všeobecných sester nemá tedy vliv na jejich erudovanost v umění doprovázet. To, že se hypotéza nepotvrdila, může znamenat, že všeobecné sestry do 39-ti let mají mnohdy kratší časový úsek od absolvování vzdělání, který zde může hrát roli či fakt, že rozvoj umění doprovázet je v České republice poměrně krátký.

Hypotézu č. 4 jsem si stanovila, že většina všeobecných sester zaujímá k problematice hospicové péče a umění doprovázet aktivní postoj. Otázky č. 19, 20 a 21, které se vztahují k hypotéze č. 4 byly vyhodnoceny, přičemž respondent, jenž odpověděl "ano" na všechny tři otázky nebo alespoň na dvě otázky ze tří byl shledán, jako aktivní v přístupu k hospicové péči a umění doprovázet. (viz Příloha 5)

Ze získaných hodnot vyplývá, že 60% všeobecných sester zaujímá k problematice hospicové péče a umění doprovázet aktivní postoj. Pasivní postoj zaujímá pouze 40% sester. Hypotéza se tedy potvrdila. Jejím potvrzení napovídá, že většina všeobecných sester někdy aktivně vyhledávala informace týkající se problematiky hospicové péče a má zájem o další vzdělávání v této oblasti, jenž je prvním, avšak nezbytným krokem v edukaci laické veřejnosti.

Výzkumem byly tedy potvrzeny dvě hypotézy ze čtyř. V hypotéze č.1 je informováno o hospicové péči celkem 60,83% všeobecných sester. V hypotéze č.3 je o umění doprovázet informováno 59,17% všeobecných sester. Cíl byl tedy splněn tím, že jsem tuto erudovanost zmapovala za pomoci dotazníkového šetření a výzkumem bylo zjištěno, že většina (více než 50%) všeobecných sester splnila daná kritéria a je erudována v hospicové péči a umění doprovázet. Těmto výsledkům napovídá zájem všeobecných sester o tuto problematiku. Možná i jejich osobní zkušenost v povolání všeobecné sestry či soukromém životě.

Chtěla bych Vám také představit zajímavé výsledky výzkumu u některých konkrétních otázek v dotazníku. Na otázku č.5, komu je určena hospicová péče, odpovědělo nejvíce respondentů, že pouze dospělým a seniorům. Je zajímavé, že si většina všeobecných sester myslí, že hospicová péče není určena dětem. Domnívám se, že je to způsobeno tím, že všeobecné sestry nemají povědomí o fungování dětského hospice nebo tím, že si bohužel nechtějí připustit, že i děti by mohly hospicovou péči potřebovat.

Mezi další zajímavé výsledky řadím odpovědi všeobecných sester u otázky č.7, kde může být poskytována hospicová péče. Nejvíce respondentů zde zvolilo odpověď, že v hospici, ve všech léčebnách dlouhodobě nemocných a na onkologii. Předpokládám, že je to z důvodu jejich nepřesných znalostí o rozdílech mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí.

Také otázka č.8, tedy co zahrnuje období post finem v hospicové péči, přináší zajímavé výsledky. Většina respondentů se domnívá, že období post finem v hospicové péči zahrnuje péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých do pohřbu jejich blízkého. Může to být způsobeno tím, že většina všeobecných sester není informována ve specializované hospicové péči do hloubky problematiky. Přestože ví, že je hospicová péče věnována i pozůstalým, neznají již, že tato péče není časově omezena.

U otázky č.12, od kterého okamžiku je vhodné doprovázet umírajícího, zvolila většina respondentů, že po nástupu nevyлéčitelného onemocnění do svého terminálního stádia. Stejně tak, jako u otázky č.7, domnívám se i u této otázky, že všeobecné sestry mají zřejmě nepřesné znalosti o rozdílech mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí a nevědí tak, že je vhodné doprovázet umírajícího již po sdělení diagnózy s infaustní prognózou.

Tyto zajímavé výsledky, u jmenovaných čtyř otázek, si vysvětluji tím, že informováno o této problematice je kolem 60% všeobecných sester, tedy není to naprostá většina (39,17% všeobecných sester není informováno o hospicové péči a 40,83% všeobecných sester není informováno o umění doprovázet). Jak zmiňuji výše, může to být způsobené také tím, že některé všeobecné sestry jsou erudované, avšak ne do hloubky problematiky či neznají přesné rozdíly mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí. (Vědí, že hospicová péče existuje, že je věnována dospělým i seniorům, ale již nevědí, že je určena i dětem. Vědí, že je hospicová péče věnována i pozůstalým, avšak nevědí již, do jaké doby... ) Z těchto důvodů také navrhuji má doporučení pro praxi, která jsou uvedena v závěru mé diplomové práce.

Pevně věřím, že se v mé diplomové práci podařilo, díky pohledům různých autorů odborných literatur, částečně poukázat na problémy týkající se hospicové péče a umění doprovázet. Přínos práce vidím v systematickém zpracování a poskytnutí komplexních informací o této problematice. Může proto sloužit jako metodická pomůcka nejen všeobecným sestřím. Domnívám se, že alespoň některé všeobecné sestry po vyplnění dotazníku dále uvažovali nad tématem hospicové péče a umění doprovázet a tím se problematika dostala do jejich povědomí. Pro mne osobně bylo psaní diplomové práce velkým přínosem nejen z odborného hlediska, ale i z hlediska lidského.

## ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se pokusila představit a přiblížit jedno z diskutovaných, složitých, ale velmi zajímavých témat, hospicovou péči a umění doprovázet.

V teoretické části diplomové práce jsem se nejprve snažila představit paliativní péči, specifika jejího rozdělení na obecnou a specializovanou, tedy hospicovou péči. Jsou zde představeny také hlavní principy, kterými se paliativní péče řídí, stručná historie hospicové péče, ve které je poukázáno na její rozdílný vývoj a stav v různých zemích světa. Upozorněno je též na Světový den hospicové a paliativní péče. Dále je přiblížen vývoj hospicové péče v České republice, její současný stav zahrnující legislativu a financování péče a je zde také zmiňován významný dokument "Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 - 2015". Představeny jsou konkrétní formy hospicové péče, tedy mobilní hospicová péče, rodinné pokoje, lůžkový hospic či nová tvář mezi formami hospicové péče Domov Pod střechou. Představen je i jediný dětský hospic v České republice. V kapitole "Umění doprovázet" jsem se snažila co nejvěrněji představit náplň tohoto poslání. Jsou zde vyjmenovány jednotlivé fáze přijetí závažného onemocnění dle Dr. Elisabeth Kübler-Rossové a také jakým odpovědným způsobem se v jednotlivých fázích zachovat. Poslední kapitola teoretické části diplomové práce se zabývá hospicovou péčí o terminálně nemocného. Je zde představena struktura hospicového týmu a kladen důraz na jeho duševní hygienu. Popsány jsou psychologické, sociální, spirituální i biologické potřeby umírajícího. Zmíněno je umění komunikovat a také nezbytnost nikdy nevzít naději.

V praktické části mé diplomové práce jsem za pomoci explorační metody mapovala erudovanost všeobecných sester o hospicové péči a umění doprovázet. Pro dosažení tohoto cíle jsem si vypracovala čtyři hypotézy, kdy výzkum dvě hypotézy potvrdil a dvě vyvrátil. Cíl diplomové práce byl splněn a bylo zjištěno, že většina všeobecných sester je erudována v hospicové péči a umění doprovázet.

Aby mohla být hospicová péče poskytována co největšímu počtu nemocných s diagnózou infaustního onemocnění a také jejich blízkým, je zapotřebí, aby o ní byli dostatečně informováni, aby znali všechny možnosti hospicové péče, co všechno jim může nabídnout a v čem pomoci. Výzkumem v mé bakalářské práci, kterou jsem rozšiřovala však bylo zjištěno, že laická veřejnost není o hospicové péči informovaná

dostatečně. Jako opatření byla navržena edukace laické veřejnosti např. edukačními materiály, přednáškami či všeobecnou sestrou. Bylo proto důležité zmapovat úroveň erudovanosti všeobecných sester o hospicové péči a umění doprovázet, zda-li dokážou účinně plnit v této oblasti jednu ze svých rolí, roli edukátorky. Z výzkumu v diplomové práci však vyplynulo, že 49,17% všeobecných sester má obavu z edukace laické veřejnosti. Zdůvodňovaly ji tím, že nemají dostatečné a celistvé informace v této problematice, mnoho se v ní neorientují a nevědí, kde čerpat konkrétní a aktuální informace.

Je však potřeba podporovat laickou veřejnost v oblasti hospicové péče a edukovat ji o jejích možnostech, protože jak ukazuje výzkum veřejného mínění „Neumíráme tam, kde si přejeme“, 78 % lidí by si přálo umírat v domácím prostředí a 88 % lidí je ochotných starat se o své blízké až do úplného konce. Zajímavé a zároveň stěžejní je, že i 88% zdravotníků rovněž považuje domácí prostředí za nejlepší místo pro umírající pacienty. Tyto výsledky přináší agentura STEM/MARK, která výzkum vypracovala pro hospicové občanské sdružení Cesta domů v září roku 2011. (5)

Doporučila bych proto pro praxi, aby všeobecné sestry prohlubovaly své vědomosti o hospicové péči a umění doprovázet. V současné době je již spousta informací o této problematice - různé články v časopisech a jiných tištěných publikacích, televizní dokumenty, elektronické články i oficiální internetové stránky o hospicové péči. Z vlastní zkušenosti bych také velmi doporučila poslech přednášky takového odborníka, jako je MUDr. Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí v České republice. Tyto přednášky jsou mimořádně inspirativní, poučné a především motivující k dalšímu rozvoji v této problematice.

Dále bych také doporučila zhotovení edukační karty o hospicové péči a umění doprovázet, která by všeobecným sestrám napomohla právě při edukaci laické veřejnosti. Pro představu jsem vytvořila a vložila do příloh diplomové práce vzor takovéto edukační karty.

Všechna tato doporučení jistě podpoří odhodlání sester k edukaci veřejnosti a dodají jim potřebné sebevědomí, aby mohly tento krok učinit. Protože, jak cituje Albert Schweitzer : „*Nikdo nesmí zavírat oči a myslet si, že utrpení, od něhož se odvrátil, vlastně neexistuje.*“ (16, s.4)

## POUŽITÁ LITERATURA

1. *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče* [online]. APHPP: ©2010 [cit. 25.11.2012]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/>
2. BLAŽKOVÁ, Marie a KOŠŤÁL, Jiří. Pracovníci chrudimského hospice navštívili hospic v USA. *Rovnováha* [online]. 2010, **1**(4), 6 [cit. 28.10.2012]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/html/files/04-rovnovaha-2010.pdf>
3. BURKERTOVÁ, Hana, NOVÁKOVÁ, Dita a DVOŘÁKOVÁ, Jitka. Zdravotně sociální aspekty paliativní péče u dětí. *Kontakt*. 2005, **7**(2), 17-23. ISSN 1804-7122.
4. BYOCK, Ira. *Dobré umírání : možnosti pokojného konce života*. Praha : Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9.
5. *Cesta domů* [online]. Hospicové občanské sdružení: ©2013 [cit. 2.1.2013]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/>
6. DOLISTA, Josef. Problematika péče o staré a umírající rodiče. *Kontakt*. 2007, **9**(2), 264-269. ISSN 1804-7122.
7. *Česká společnost paliativní medicíny*[online]. ČSPM: ©2011 [cit. 29.11.2012]. Dostupné z : <http://www.paliativnimedicina.cz/>
8. DUČAIOVÁ, Jarmila a LITVÍNOVÁ, Blažena. Úloha sestry v péči o smrtelně nemocného. *Sestra*. 2011, **21**(10), 49-50. ISSN 1210-0404.
9. FORMAN, Walter. *Hospice and palliative care: concepts and practice*. Sudbury: Jones and Bartlett, 2003. ISBN 0 -7637-1566-2.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
11. HOLMAN, Jakub. Bez hranic- Hospicová péče na Novém Zélandu. *Rovnováha* [online]. 2012a, **3**(3), 7. [cit. 28.10.2012]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/html/files/03rovnovaha2012.pdf>

12. HOLMAN, Jakub. Bez hranic- Hospicová péče v Maďarsku. *Rovnováha* [online]. 2012b, 3(4), 5. [cit. 28.10.2012]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/html/files/04rovnovaha2012.pdf>
13. *Hospic sv. Lazara v Plzni* [online]. Občanské sdružení Hospic sv. Lazara: ©2012 [cit. 16.12.2012]. Dostupné z: <http://www.hsl.cz/cs/>
14. HUNEŠ, Robert. Hospic - místo radosti. *Kontakt*. 2008, 10(1), 69-72. ISSN 1804-7122.
15. CHADIMA, Martin. *Charitativní péče - dějiny a současnost*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-632-7.
16. KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN: 978-80-904516-4-3.
17. KALVACH, Zdeněk a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN: 80-239-2832-5.
18. KISVETROVÁ, Helena a KUTNOHORSKÁ, Jana. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*. 2010, 12( 2), 212-219. ISSN 1804-7122..
19. KLEVETOVÁ, Dana. Být tím, kdo dokáže provázet na sklonku života. *Sestra*. 2011, 21(10), 47-48. ISSN 1210-0404.
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. vyd. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1838-5.

24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
25. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu*. Brno : Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.
26. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
27. MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy : příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.
28. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
29. MEDINA, Justina. *Palliative care and end-of-life issues in critical care*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006. ISBN 978-0-7637-4027-6.
30. MOKREJŠOVÁ, Lucie. Rodina v paliativní péči. *Sestra*. 2011, **21**(10), 50-52. ISSN 1210-0404.
31. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
32. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1295-4.
33. OSTGATHE, Christoph. Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: what are the problems? *Palliative medicine*. 2011, **25**(2), 148-152. ISSN: 0269-2163.
34. *Pečuj doma*[online]. Moravskoslezský kruh: ©2012 [cit. 8.12.2012]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/>
35. RIVOIRE, Bénédicte. *Naděje tváří tvář umírání*. Praha: Paulínky, 2007. ISBN 978-80-86949-27-7.



36. SCHWETZOVÁ, Denisa, VRÁNOVÁ, Věra a JEŽORSKÁ, Šárka. Hospicová a paliativní péče u dětí s nádorovým onemocněním. *Kontakt*, 2011, **13**(4), 412-418. ISSN 1212-4117.
37. SLÁMA, Ondřej. *Umřít doma*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. ISBN 978-80-254-2788-0.
38. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů, 2010.
39. Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 - 2015. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. ČSPM: ©2011 [cit. 29.11.2012]. Dostupné z : [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)
40. *Standardy hospicové paliativní péče*. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2006.
41. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
42. SVATOŠOVÁ, Marie. *Náhody a náhodičky s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004. ISBN 80-7192- 933-6.
43. SVATOŠOVÁ, Marie. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003. ISBN 80-7192-833-X.
44. SVATOŠOVÁ, MARIE. *Tykadlem víry*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7195-437-8.
45. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
46. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
47. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1740-1.

48. ŠPINKOVÁ, Martina a ŠPINKA, Štěpán. *Standardy domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.
49. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
50. ÚZIS ČR. *Zdravotnictví České republiky 2011 ve statistických údajích*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012. ISBN 978-80-7280-985-1.
51. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
52. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
53. ZEMANOVÁ, Pavla. *Hospicová péče v ČR*. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lenka KROUPOVÁ.

## SEZNAM ZKRATEK

AIDS	Syndrom získaného selhání imunity
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
apod.	a podobně
č.	číslo
Dr.	doktor medicíny
FN	fakultní nemocnice
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MUDr.	doktor medicíny
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
r.	rok
sv.	svatý
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 Věk respondentů
- Tabulka 2 Vzdělání respondentů
- Tabulka 3 Délka praxe všeobecných sester
- Tabulka 4 Náplň hospicové péče?
- Tabulka 5 Komu je hospicová péče určena?
- Tabulka 6 Je víra podmínkou pro poskytování hospicové péče?
- Tabulka 7 Kde může být hospicová péče poskytována?
- Tabulka 8 Období Post Finem v hospicové péči zahrnuje?
- Tabulka 9 Umění doprovázet je?
- Tabulka 10 Umění doprovázet je uměním být nablízku?
- Tabulka 11 Kdo může doprovázet umírající?
- Tabulka 12 Od kterého okamžiku je vhodné doprovázet umírajícího?
- Tabulka 13 Cílem doprovázení je dle Dr. Elisabeth Kübler-Rossové?
- Tabulka 14 Kdo může podat žádost o přijetí do hospice?
- Tabulka 15 Svobodný informovaný souhlas nemocného při přijetí do hospice?
- Tabulka 16 Jaká je možnost návštěv v hospici?
- Tabulka 17 Jaký je denní režim v hospici?
- Tabulka 18 Hospic v Plzni nese název?
- Tabulka 19 Aktivní vyhledávání informací o hospicové péči a umění doprovázet?
- Tabulka 20 Zúčastnění se přednášky o hospicové péči a umění doprovázet?
- Tabulka 21 Podílení se na edukaci veřejnosti o hospicové péči?

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Věk respondentů
- Graf 2 Vzdělání respondentů
- Graf 3 Délka praxe všeobecných sester
- Graf 4 Náplň hospicové péče?
- Graf 5 Komu je hospicová péče určena?
- Graf 6 Je víra podmínkou pro poskytování hospicové péče?
- Graf 7 Kde může být hospicová péče poskytována?
- Graf 8 Období Post Finem v hospicové péči zahrnuje?
- Graf 9 Umění doprovázet je?
- Graf 10 Umění doprovázet je uměním být nablízku?
- Graf 11 Kdo může doprovázet umírající?
- Graf 12 Od kterého okamžiku je vhodné doprovázet umírajícího?
- Graf 13 Cílem doprovázení je dle Dr. Elisabeth Kübler-Rossové?
- Graf 14 Kdo může podat žádost o přijetí do hospice?
- Graf 15 Svobodný informovaný souhlas nemocného při přijetí do hospice?
- Graf 16 Jaká je možnost návštěv v hospici?
- Graf 17 Jaký je denní režim v hospici?
- Graf 18 Hospic v Plzni nese název?
- Graf 19 Aktivní vyhledávání informací o hospicové péči a umění doprovázet?
- Graf 20 Zúčastnění se přednášky o hospicové péči a umění doprovázet?
- Graf 21 Podílení se na edukaci veřejnosti o hospicové péči?

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Dotazník
Příloha 2	Vyhodnocení hypotézy č.1
Příloha 3	Vyhodnocení hypotézy č.2
Příloha 4	Vyhodnocení hypotézy č.3
Příloha 5	Vyhodnocení hypotézy č.4
Příloha 6	Adresář poskytovatelů hospicové paliativní péče
Příloha 7	Žádost o respitní pobyt v Hospici sv. Lazara
Příloha 8	Struktura standardizované úmrtnosti roku 1990 a 2011
Příloha 9	Návrh edukační karty o hospicové péči a umění doprovázet
Příloha 10	Souhlas s výzkumným šetřením - Domov pro seniory sv. Jiří
Příloha 11	Souhlas s výzkumným šetřením - Fakulta zdravotnických studií
Příloha 12	Souhlas s výzkumným šetřením - FN Plzeň

## **Příloha 1 Dotazník**

**Dobrý den, jsem studentkou magisterského studijního programu Fakulty zdravotnických studií v Plzni. K vypracování mé diplomové práce s názvem Hospicová péče a umění doprovázet potřebuji zmapovat úroveň erudovanosti všeobecných sester o tomto tématu. Proto si Vás dovoluji požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který obsahuje 21 otázek. U každé otázky zaškrtněte pouze jednu odpověď. Zjištěné údaje budou sloužit jako studijní podklady pro zpracování mé závěrečné práce.**

**Za Váš čas a ochotu Vám děkuji.**

**Bc. Pavla Zemanová  
Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech  
Fakulta zdravotnických studií, ZČU Plzeň**

---

### **1.) Váš věk :**

- 19- 29 let
- 30- 39 let
- 40- 49 let
- 50 a více let

### **2.) Jaké je Vaše vzdělání :**

- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- jiné

### **3.) Délka Vaší praxe všeobecné sestry :**

- do 5-ti let
- 6- 10 let
- 11- 15 let
- 16 a více let

**4.) Náplní hospicové péče je :**

- léčba onkologicky nemocných a péče o jejich blízké
- především péče o biologické potřeby umírajícího
- péče o biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby umírajícího a také péče o jeho blízké
- nevím

**5.) Komu je hospicová péče určena :**

- pouze dospělým a seniorům
- všem věkovým skupinám, včetně dětí
- pouze seniorům
- nevím

**6.) Je víra podmínkou pro poskytování hospicové péče :**

- ano, hospicová péče je určena pouze pro pacienty s křesťanskou vírou
- ne, vztah k víře je soukromou záležitostí pacienta
- nevím

**7.) Kde může být hospicová péče poskytována :**

- v hospici, ve všech léčebnách dlouhodobě nemocných, na onkologii
- v domácím prostředí, v hospici, v rodinných pokojích, v denních stacionářích
- v léčebnách dlouhodobě nemocných, v hospici, v domově důchodců, v stacionářích
- nevím

**8.) Období POST FINEM v hospicové péči zahrnuje :**

- především bezprostřední péči o mrtvé tělo
- péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých do pohřbu jejich blízkého
- péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých podle potřeby - i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku
- nevím

**9.) Umění doprovázet je :**

- umění doprovázet umírající k lékaři, na nákup či na úřady
- umění doprovázet pozůstalé v průvodu na pištním aktu
- umění provázet procesem umírání v období pre finem, in finem a post finem



**10.) Umění doprovázet je v hospicové péči uměním být nablízku :**

- umírajícím, lékařům a pečujícím blízkým
- pečujícím, umírajícím a všeobecným sestrám
- umírajícím, pečujícím blízkým a pozůstalým
- nevím

**11.) Kdo může doprovázet umírající :**

- pouze jejich blízcí
- jejich blízcí a multidisciplinární hospicový tým
- především odborně vzdělaný personál v hospicové péči
- nevím

**12.) Od kterého okamžiku je vhodné doprovázet umírajícího :**

- při ztrátě jeho soběstačnosti
- již po sdělení diagnózy s infaustní prognózou
- po nástupu nevléčitelného onemocnění do svého terminálního stádia
- nevím

**13.) Cílem doprovázení umírajících je dle dr. Elisabeth Kübler-Rossové :**

- doprovodit umírajícího do fáze rezignace na závažné onemocnění
- doprovodit umírajícího do fáze smíření, akceptace závažného onemocnění
- doprovodit umírajícího do fáze smlouvání ohledně závažného onemocnění
- nevím

**14.) Kdo může podat žádost o přijetí do hospice :**

- praktický či jiný ošetřující lékař, sám umírající, vrchní sestra daného hospice
- pouze praktický lékař, rodina umírajícího a sám umírající
- sám umírající, rodina, praktický či jiný ošetřující lékař a sociální pracovnice
- nevím

**15.) Svobodný informovaný souhlas nemocného při přijetí do hospice :**

- nemusí být podepsán
- mohou ho podepsat blízcí příbuzní
- musí být podepsán samotným nemocným

**16.) Jaká je možnost návštěv v hospici :**

- návštěvní hodiny jsou stejné jako v nemocnici, od 14:00 do 16:00 hodin
- záleží na jednotlivých hospicích, nejčastěji jsou návštěvy od 08:00 do 18:00 hodin
- návštěvní hodiny jsou neomezené
- nevím

**17.) Jaký je denní režim v hospici :**

- stejný jako v nemocnici
- všichni nemocní mají stejný režim dne, který se řídí organizačním řádem hospice
- režim dne je pro každého nemocného individuální dle jeho potřeb
- nevím

**18.) Hospic v Plzni nese název :**

- Hospic sv. Jana N. Neumanna
- Hospic Dobrého Pastýře
- Hospic sv. Lazara
- nevím

**19.) Vyhledávali jste někdy sami aktivně informace týkající se problematiky hospicové péče u umění doprovázet :**

- ano
- ne (uveďte důvod) \_\_\_\_\_

**20.) Kdyby jste měli možnost, zúčastnili byste se přednášky týkající se hospicové péče a umění doprovázet :**

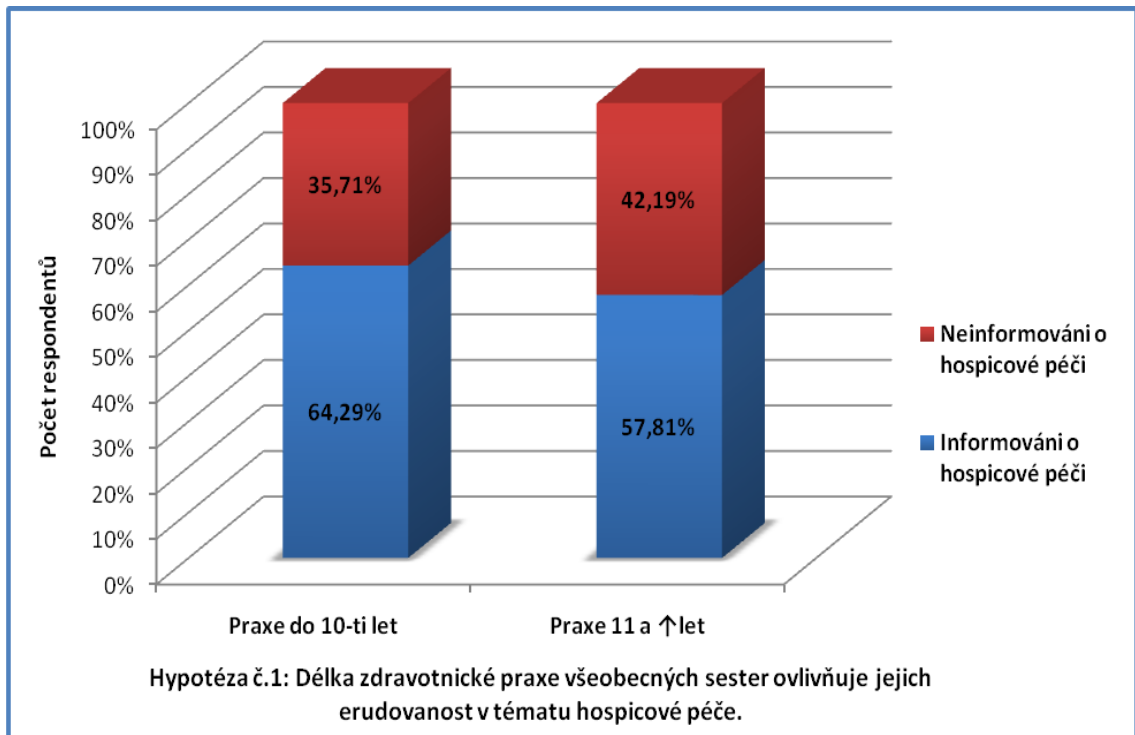
- ano
- ne (uveďte důvod) \_\_\_\_\_

**21.) Chtěli byste se, pokud byste měli možnost, podílet na edukaci veřejnosti o hospicové péči :**

- ano ( uveďte jak ) \_\_\_\_\_
- ne ( uveďte důvod ) \_\_\_\_\_

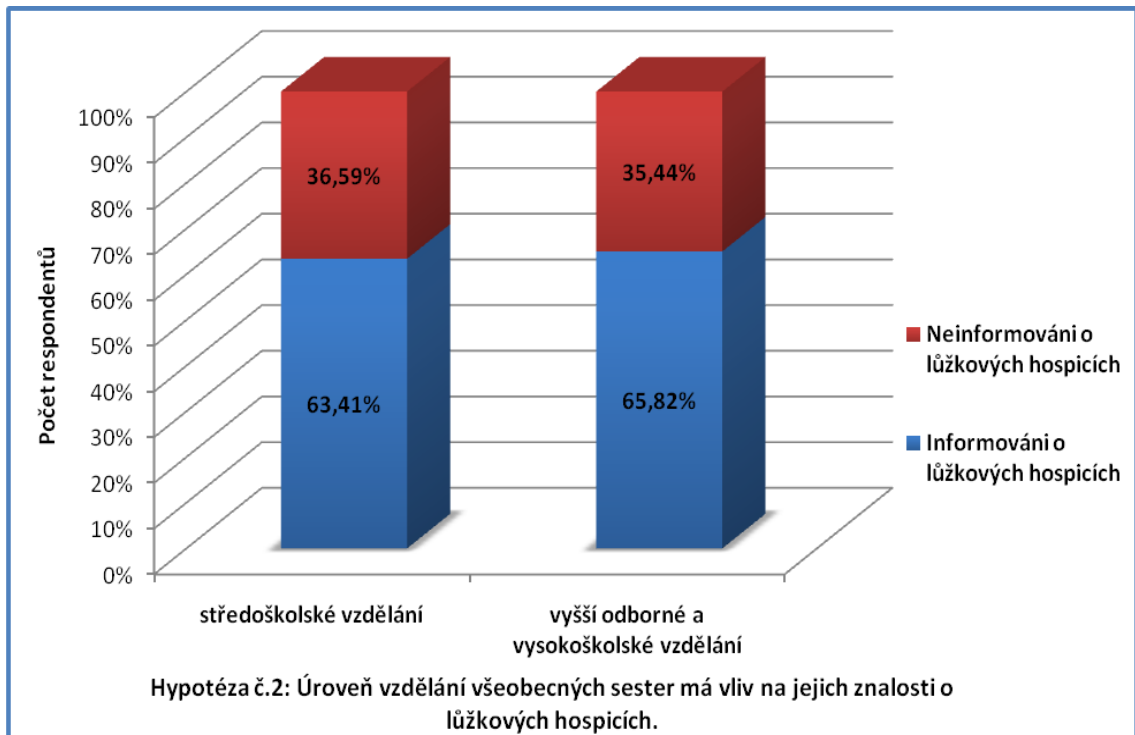
**Zdroj: vlastní**

## Příloha 2 Vyhodnocení hypotézy č.1



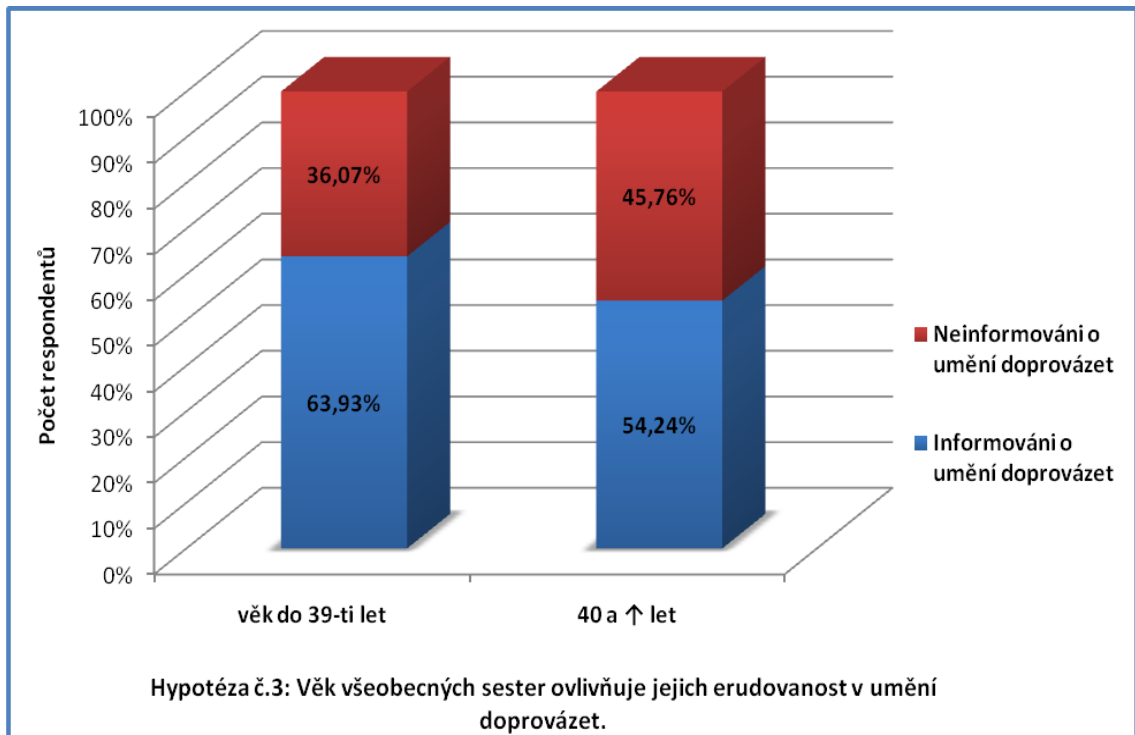
Zdroj: vlastní

### Příloha 3 Vyhodnocení hypotézy č.2



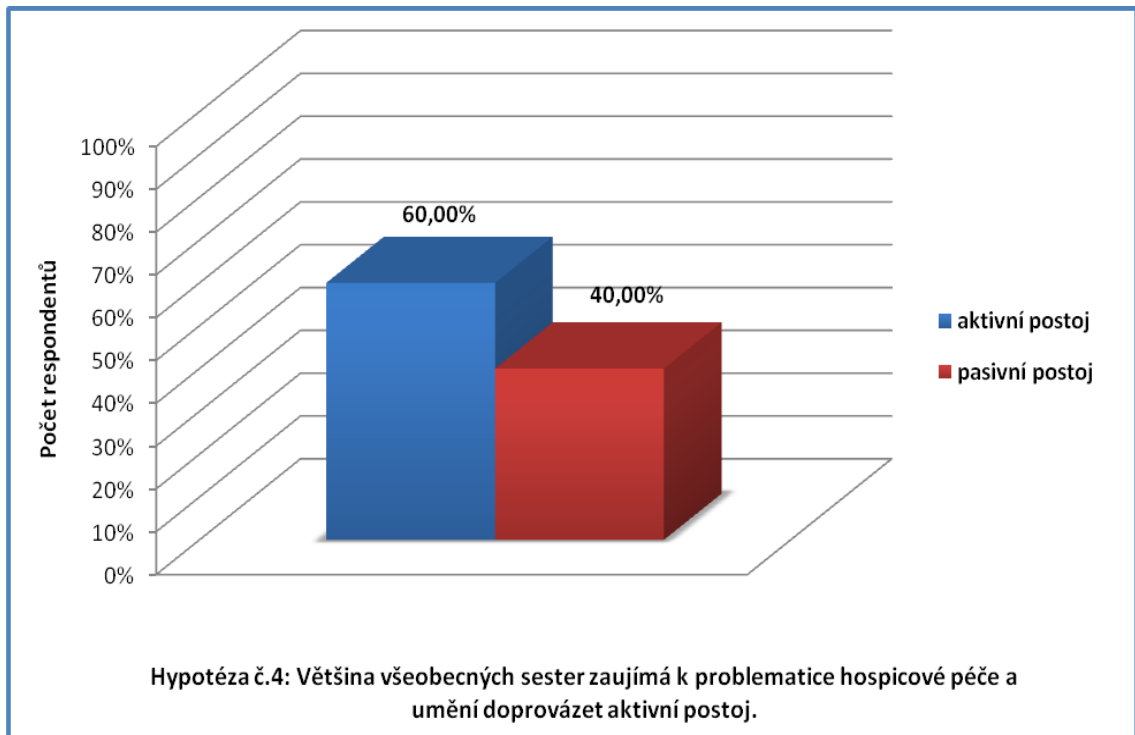
Zdroj: vlastní

## Příloha 4 Vyhodnocení hypotézy č.3



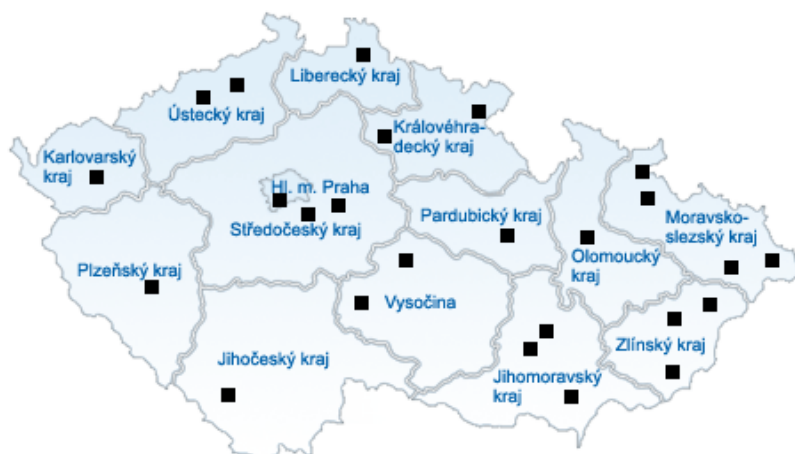
Zdroj: vlastní

## Příloha 5 Vyhodnocení hypotézy č.4



Zdroj: vlastní

## Příloha 6 Adresář poskytovatelů hospicové paliativní péče dle krajů



Kraj	Název	Lůžkový hospic	Domácí hospic	Hospicové pokoje
Hl.město Praha	Hospic Štrasburk	ano	ano	ne
Středočeský kraj	Hospic Dobrého Pastýře, obč. sdružení TŘI	ano	ano	ne
	Nadační fond Klíček	ano	ano	ne
Jihočeský kraj	Hospic sv. Jana N. Neumanna	ano	záměr provozovat	ne
Plzeňský kraj	Hospic sv. Lazara	ano	ne	ne
Ústecký kraj	Hospic sv. Štěpána	ano	záměr provozovat	ne
	Hospic v Mostě	ano	ano	ne
Liberecký kraj	Hospicová péče sv. Zdislavy	záměr vybudovat	ano	ano.
Královéhradecký kraj	Hospic Anežky České	ano	ano	ne
	Hospicové občanské sdružení Duha	ne	ano	ne
Pardubický kraj	Hospic Chrudim	ano	ano	ne
Vysočina	Hospicové hnutí- Vysočina	ne	ano	ano
	Sdílení o.s.	ne	ano	ne
Jihomoravský kraj	Hospic sv. Alžběty	ano	ano	ne
	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	ano	ano	ne
	Domácí hospic David, Charita Kyjov	ne	ano	ne
Olomoucký kraj	Hospic na Svatém Kopečku	ano	ne	ne
Zlínský kraj	Hospic Citadela-Dikonie CCE	ano	ano	ne
	Domácí hospic-Obl. Charita Uh.Hradiště	ne	ano	ne
	Hospic Hvězda,Obč. sdružení Hvězda	ano	ne	ne
Moravskoslezský kraj	Hospic sv. Lukáše	ano	ne	ne
	CHOS a Mobilní hospicová jednotka	ne	ano	ne
	Mobilní hospic Ondrášek	ne	ano	ne
	Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav	ne	ano	ne
Karlovarský kraj	LDN Nejdek-lůžka pro následnou paliativní a rehabilitační péči	ne	ne	ano

**Zdroj: vlastní**

## Příloha 7 Žádost o respitní pobyt v hospici sv. Lazara

	<b>Hospic sv. Lazara v Plzni</b>	<b>Žádost o přijetí</b> do Hospice sv. Lazara v Plzni Vyplněnou žádost doručte na adresu: Sladkovského 66, 32600 Plzeň, nebo na fax. 377 431 385 <b>Pobyt ... odlehčovací</b>
Jméno a příjmení žadatele: ..... Rodné příjmení: .....		
Rodné číslo: ..... Pojišťovna: .....		
Rodinný stav: ..... Povolání (event. typ důchodu): .....		
Adresa trvalého bydliště: .....		
Tel. domů: .....		
Adresa momentálního pobytu žadatele: .....		
Tel. nyní: .....		
<b>Praktický lékař</b>		
Jméno a příjmení: ..... Tel: .....		
Adresa: .....		
<b>Nejbližší osoba žadatele (kontaktní osoba)</b>		
Jméno a příjmení: .....		
Adresa: .....		
Tel. domů: ..... Tel. večer a v noci: .....		
Vztah: .....		
<b>Osoba, která převezme péči o žadatele po event. propuštění (není-li shodná s nejbližší osobou)</b>		
Jméno a příjmení: .....		
Adresa: .....		
Tel. domů: ..... Tel. večer a v noci: .....		
Vztah: .....		
<b>Poskytování odlehčovací služby žádám v termínu od ..... do .....</b>		
Důvod podání žádosti:		
<input type="checkbox"/> Dovolená pečující osoby		
<input type="checkbox"/> Nezbytný odpočinek pečující osoby		
<input type="checkbox"/> Nemoc pečující osoby		
<input type="checkbox"/> Nezbytný odpočinek pečující osoby		
<input type="checkbox"/> Jiné ( <i>uved'te</i> ): .....		
Pacient má vyřízen "Příspěvek na péči" <input type="checkbox"/> I.st. <input type="checkbox"/> II.st. <input type="checkbox"/> III.st. <input type="checkbox"/> IV.st.		
<input type="checkbox"/> Příspěvek na péči je v řízení od dne .....		
<input type="checkbox"/> Příspěvek na péči není		



## Vyplní praktický lékař

Diagnózy (souhm dg. dle závažnosti)

.....

.....

.....

.....

.....

Znamé alergie: .....

Kuřák: ANO NE

Dieta: .....

Současná terapie (vypište přesně, včetně dávkování)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Označte současný stav pacienta:

<b>PŘÍJEM PER OS</b>	přiměřený příjem potravy zvracení per os sonda nají se sám	snížený příjem potravy snížený příjem tekutin jiný způsob výživy-jaký.....	nechutenství nepřijímá
<b>MOBILITA</b>	schopen chůze bez opory schopen chůze v chodítku	schopen chůze s lehkou oporou neschopen chůze	schopen chůze pouze s velkou oporou postaví se posadí se sám zcela imobilní
<b>VYLUČOVÁNÍ</b>	dojde si na WC inkontinence moči používá plénkové kalhotky	potřebu vykonává na gramofon inkontinence stolice cévka	stomie (jaké).....
<b>BOLEST</b>	bez bolesti <b>intenzita bolesti</b> - mírné	bolest při pohybu středně silné velké nesnesitelné	klidová bolest

Současný psychický stav:

.....

.....

.....

.....

V ..... Dne ..... Razítko a podpis lékaře: .....

**Osobní dotazník žadatele**

## Potvrzení soběstačnosti

	Sám	S pomocí	Nezvládá
Jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oblékání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chůze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorozumívání	<input type="checkbox"/> zřetelné	<input type="checkbox"/> s potížemi	<input type="checkbox"/> nekomunikuje
Zrak	<input type="checkbox"/> vidí	<input type="checkbox"/> špatně	<input type="checkbox"/> nevidí
Sluch	<input type="checkbox"/> slyší	<input type="checkbox"/> špatně	<input type="checkbox"/> neslyší

Zájmy a koníčky (dopíšte): .....

.....

	ANO	NE
Návštěva duchovního	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Návštěva dobrovolníků	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Prohlášení žadatele.**

Souhlasím s tím, aby Hospic sv. Lazara zpracovával tyto mnou poskytnuté osobní údaje pro potřeby spojené s evidencí žádostí o odlehčovací službu v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V ..... dne .....

Podpis žadatele .....

### Informace před přijetím na sociální lůžko

#### Co si vzít s sebou?

Léky, které běžně užíváte, pomůcky, které běžně používáte (pleny, hůl, berle, vozík apod.), pyžamo nebo noční košili, toaletní potřeby, župan eventuálně pohodlné oblečení na den, domácí obuv na přezutí, brýle, naslouchátko. Dále doporučujeme vzít si sebou drobnosti, které Vám připomenou domov (fotografii, obrázek a podobně).

Nezapomeňte občanský průkaz, průkaz zdravotní pojišťovny a rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči.

#### Jak je to v hospici s návštěvami?

Návštěvy jsou možné každý den. Zdravotnický personál může zamezit vstup návštěvě, pokud je pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek, ruší noční klid nebo jedná proti zájmu pacienta.

#### Jak vypadají pokoje?

1-2 lůžkové, WC + sprcha, žaluzie, lednice, přistýlka, TV, rádio, telefon, Wi-Fi Internet.

Dále je k dispozici společenská místnost, knihovnička, kaple, terasa, zimní zahrada, kuchyňka s mikrovlnou troubou a rychlovarnou konvici.

#### Jak je to s placením?

Pro odlehčovací pobyty je stanoven poplatek na 360,- Kč/den (tj. 10.800,- Kč/30 dnů).

*(160,- Kč ... poplatek za stravu, 200,- Kč ... poplatek za ubytování, dle zák. 108/2006 Sb. v platném znění)*

*Doba pobytu je omezena na jeden měsíc, maximálně dvakrát v kalendářním roce.*

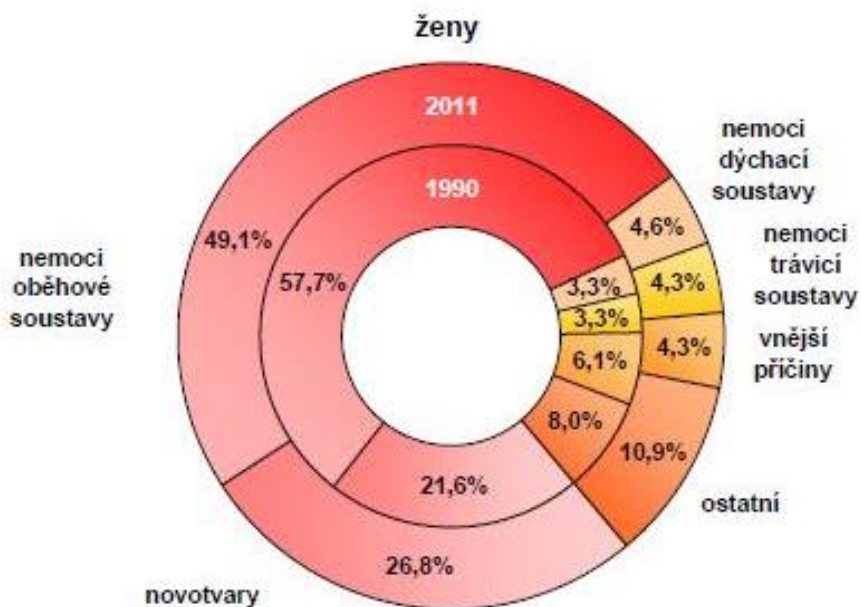
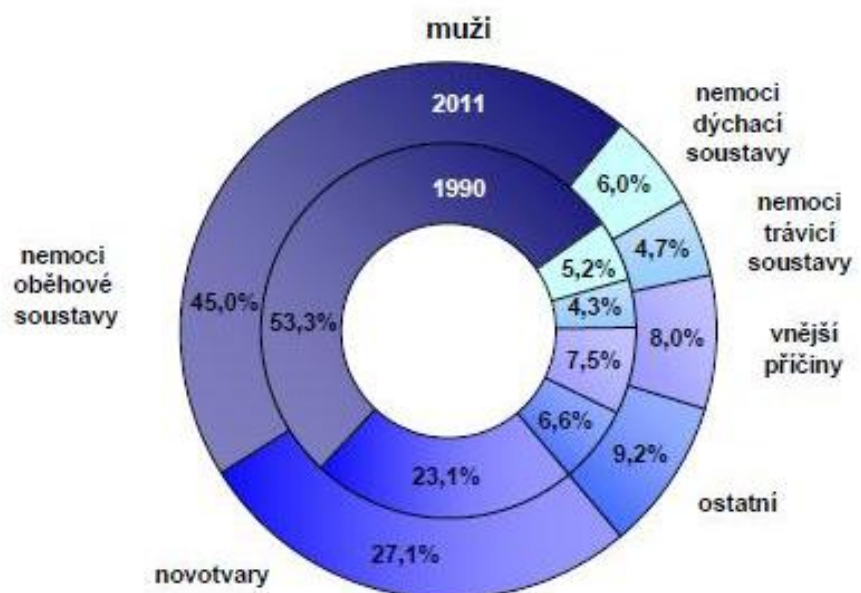
Dále pacient platí poměrnou část přiznaného příspěvku na péči podle počtu dní pobytu. Pokud není přiznán příspěvek na péči, platí se sazba za hodinu pečovatelských úkonů 100,-Kč/hod dle zák. 108/2006 Sb.

Vaše otázky rádi zodpovíme na tel. 377 431 381, nebo email: [soc@hsl.cz](mailto:soc@hsl.cz)

## Příloha 8 Struktura standardizované úmrtnosti roku 1990 a 2011

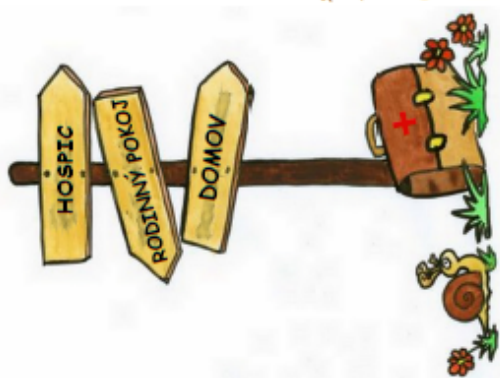
Zdravotnictví ČR 2011 ve statistických údajích

### Struktura standardizované úmrtnosti



Zdroj: (49)

# Hospicová péče a umění doprovázet



„Hospicová péče nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za každých okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane zcela osamocen. Klade si za cíl zajištění vysoké kvality života i v jeho závěrečných fázích, aby člověk umíral bez bolesti fyzické, psychické, sociální i spirituální. Důraz klade i na péči o blízké pacienta v období jejich zármutku. Podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti.“ (1, s.14)

**ZČU Pízeň, FZS - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

**Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**

**Bc. Pavla Zemanová**

# Hospicová péče a umění doprovázet

<p><b>Paliativní péče</b></p> <p>→ <b>Obecná</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vhodná péče o nemocného v terminálním stádiu nevyléčitelného onemocnění</li> <li>• poskytována všemi zdravotníky s ohledem na specifika jejich odbornosti (v nemocnici, LDN...)</li> </ul> <p>→ <b>Specializovaná = hospicová péče</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktivní interdisciplinární péče poskytovaná nemocným všech věkových skupin v preterminálním a terminálním stádiu nemoci a také jejich blízkým a to i v období post finem</li> <li>• je poskytována týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi</li> </ul>	<p><b>Formy hospicové péče</b></p> <p>→ <b>Mobilní hospic</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostupující</li> <li>• předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází nebo je ošetřování touto formou pro rodinné příslušníky příliš náročné</li> <li>• pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci</li> </ul> <p>→ <b>Rodinné hospicové pokoje</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jsou určeny nemocným a jejich blízkým, kteří nemají možnost postarat se o umírajícího doma, ale zároveň s ním chtějí být v jeho posledních dnech života</li> <li>• jedná se o speciálně upravený pokoj s hospicovým lůžkem</li> <li>• tyto pokoje jsou nejčastěji umístěny v léčebnách dlouhodobě nemocných</li> <li>• nabízí odbornou zdravotnickou péči poskytovanou odborným personálem léčebny dlouhodobě nemocných a mobilní hospicovou péči poskytující v rámci sociálních služeb doprovázení umírajících a jejich blízkých po celou dobu pobytu</li> </ul> <p>→ <b>Hospic</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jedná se o nestátní lůžkové zařízení, které poskytuje komplexní paliativní péči nemocným, jejichž stav nevyžaduje akutní léčbu v nemocnici, ale dobrou péči nelze zvládnout v domácím prostředí</li> <li>• v ČR je zřízeno 14 lůžkových hospiců</li> </ul>	<p><b>Přijetí do hospice:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• do hospice je přijat nemocný v terminálním stádiu nemoci, který má tělesné či psychické obtíže, kurativní léčba byla ukončena a nahrazena léčbou symptomatickou a není v silách rodinných příslušníků zajistit nemocnému odpovídající péči a kvalitu života</li> <li>• písemnou žádost o přijetí do lůžkového hospice může podat sám nemocný, jeho rodina, lékař či sociální pracovníce</li> <li>• víra je soukromou záležitostí nemocného, není podmínkou pro přijetí do hospice</li> <li>• jedním z kritérií, které je pro přijetí nemocného do hospice nezbytné, je jeho svobodný informovaný souhlas</li> <li>• návštěvy u umírajících nejsou omezené</li> <li>• nemocný má v hospici téměř vždy samostatný jednolůžkový pokoj, kde je připraveno také volné lůžko pro jeho blízké.</li> <li>• je velkým přínosem, pokud je rodina neustále přítomna a může se tak podílet na péči o umírajícího</li> </ul>
<p><b>Hospicová péče z časového hlediska</b></p> <p>→ <b>fáze pre finem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zahrnuje péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku sdělení diagnózy onemocnění s infaustní prognózou, až po nástup terminálního stavu nemocného</li> <li>• může být velmi dlouhá a časově obsáhnout několik týdnů až měsíců</li> </ul> <p>→ <b>fáze in finem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zahrnuje péči a doprovázení nemocného i jeho blízkých během terminálního stavu, tedy umírání v užším slova smyslu</li> </ul> <p>→ <b>fáze post finem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• je charakteristická péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé, většinou po dobu jednoho roku</li> </ul>		

Zdroje: I. ZEMANOVÁ, Pavla. Hospicová péče a umění doprovázet. Pilsen, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana ŠAFRÁNKOVÁ.

## Příloha 10 Souhlas s výzkumným šetřením - Domov pro seniory sv. Jiří

Bc. Pavla Zemanová

Smědčice 26

p. Břasy I 338 24

Domov pro seniory sv. Jiří

Mohylová 92

Plzeň 312 00

### Věc: Žádost o souhlas s výzkumným šetřením

Dobrý den, jmenuji se Pavla Zemanová a jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studia, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni.

V současné době zpracovávám diplomovou práci na téma „Hospicová péče a umění doprovázet“. V empirické části mé diplomové práce bude zpracován kvantitativní výzkum formou anonymních dotazníků. Výzkumné šetření je zaměřené na všeobecné sestry, kdy je cílem zmapování jejich erudovanosti v tématu hospicové péče.

Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení k provedení výzkumného šetření v Domově pro seniory sv. Jiří. Dotazníky by byly rozdány všeobecným sestrám pracujícím ve Vašem Domově. Rozdány by byly v časovém úseku od 1.12.2012 do 31.12.2012. Se získanými daty bude zacházeno dle etických norem.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.

### Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Zuzana Šafránková

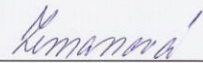
FZS ZČU Plzeň

náměstí Odboje 18

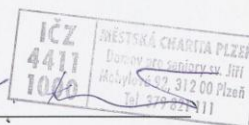
Plzeň 323 21

tel: +420 377 633 780

e-mail: safrankz@kos.zcu.cz



Bc. Pavla Zemanová



Bc. Ludmila Kučerová, Dis.

## Příloha 11 Souhlas s výzkumným šetřením - FZS

Bc. Pavla Zemanová  
Smědčice 26  
p. Břasy I 338 24

Fakulta zdravotnických studií  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
nám. Odboje 18  
323 21 Plzeň

### Věc: Žádost o souhlas s výzkumným šetřením

Dobrý den, jmenuji se Pavla Zemanová a jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studia, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni.

V současné době zpracovávám diplomovou práci na téma „Hospicová péče a umění doprovázet“. V empirické části mé diplomové práce bude zpracován kvantitativní výzkum formou anonymních dotazníků. Výzkumné šetření je zaměřené na všeobecné sestry, kdy je cílem zmapování jejich erudovanosti v tématu hospicové péče.


Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení k provedení výzkumného šetření na Fakultě zdravotnických studií. Dotazníky by byly rozdány studentkám navazujícího magisterského studijního programu - Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Rozdány by byly v časovém úseku od 1.12.2012 do 31.12.2012. Se získanými daty bude zacházeno dle etických norem.


Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.

### Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Zuzana Šafránková  
FZS ZČU Plzeň  
náměstí Odboje 18  
Plzeň 323 21  
tel: +420 377 633 780  
e-mail: safrankz@kos.zcu.cz

  
Bc. Pavla Zemanová

  
Mgr. Lucie Kašová

26. 11. 2012 Souhlasím s provedením šetření na  
Katedře ošetrovatelství a porodní asistence za  
vše uvedených podmínek  




## Příloha 12 Souhlas s výzkumným šetřením - FN Plzeň



### Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Benáse 13, 305 00 Plzeň - Bery  
ul. J. Šrobroy 81, 304 80 Plzeň - Lunčín  
IČO 01683618 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

*Pavla Zemanová*

*Studentka, ZČU FZS, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech*

### Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň uděluji povolení ke sběru dat pomocí dotazníku, určeného zdravotnickým pracovníkům, na Vámi vybraných pracovištích FN Plzeň – Chirurgická klinika, I. a II. Interní klinika, Hematologicko – onkologické oddělení, Kardiochirurgické oddělení, Geriatrické oddělení, Kardiologické oddělení a Neurologická klinika - a to v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce na téma „Hospicová péče a umění doprovázet“.

Podmínky pro umožnění sběru dat tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských / výzkumných / dotazníkových šetření):

- VNELZP (vrchní sestry) oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně rozdáte a seberete dotazníky.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků dotazník vyplnit, pokud by vyplnění dotazníku narušovalo plnění jejich pracovních povinností či pokud by vyplnění dotazníku narušovalo jejich soukromí. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr., Bc. Světluše Chabrová*  
*manažerka pro vztahování a výuku VNELZP*  
*zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň*  
*tel. 377 103 204, 377 402 207*  
*e-mail: [chabrovass@fnplzeň.cz](mailto:chabrovass@fnplzeň.cz)*

12. 12. 2012