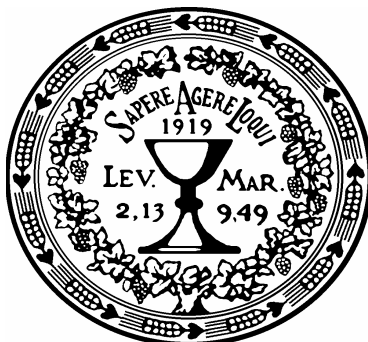


UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA



**Rozdíly v naplňování potřeb pacientů v léčebně  
dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor:	Bc. Michaela Burgerová, DiS.
Katedra:	Katedra sociální pedagogiky
Vedoucí práce:	PhDr. Vladimír Mašát
Studijní program:	Sociální práce
Studijní obor:	Pastorační a sociální práce
Rok odevzdání:	2009

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Rozdíly v naplňování potřeb pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Litoměřicích dne 8.6.2009

.....

## **Bibliografická citace**

Rozdíly v naplňování potřeb pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici: bakalářská práce / Michaela Burgerová; vedoucí práce: PhDr. Vladimír Mašát – Praha, 2009 – s. 72

## **Anotace**

Bakalářská práce popisuje naplňování potřeb pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) a v lůžkovém hospici. Hlavním cílem této práce je popsání rozdílů v poskytování péče s důrazem na potřeby pacienta v obou zařízeních. Výzkumná část práce je splněna pomocí dotazníkového šetření u personálu těchto zařízení a pomocí rozhovorů s mužem a ženou zastupujících veřejnost. Výzkumná část je také zaměřena na naplňování potřeb příbuzných pacientů a personálu zařízení. Výzkum poukázal na opatření, které jsou významné pro zlepšení péče o pacienty, jejich příbuzné a personál v těchto zařízeních. V závěru práce se vyjadřuji k získaným poznatkům.

## **Klíčová slova**

léčebna dlouhodobě nemocných, hospic, potřeby pacientů, péče o pacienty, naplňování potřeb, nemoc, smrt

## **Summary**

The bachelor work describes fulfilling of patiental needs in Hospital for long-term illnesses and hospice. The main goal of this work is description of differences in providing care with the emphasize on needs of patients in both facilities. The research part of this work is done by answer sheets from stuff in both facilities and by interviews with a man and a woman representing the public community. The research part is also focused on fulfilling needs of patient's relations and on stuff in facilities. The research refers to some actions, which are important for better care of patients, their relations and stuff in these facilities. In conclusion I reflect acquire findings.

## **Keywords**

Hospital for long-term illnesses, hospice, needs of patients, care of patients, fulfilling of needs, illness, death

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především svým rodičům, kteří mne stále podporují. Nemalé díky patří také všem respondentům výzkumu za jejich ochotu a čas při vyplňování dotazníku. V poslední řadě bych chtěla poděkovat pacientům a personálu Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích, kteří mne přijali mezi sebe a ukázali mi, co všechno umírající člověk může ztratit, ale zároveň i získat.

# OBSAH

<i>Slovo úvodem</i> .....	1
Úvod.....	2
<b><u>1. Definice LDN a hospice</u></b> .....	4
<b><u>2. Popis naplňování potřeb v LDN a hospici</u></b> .....	5
<u>2.1 Potřeby biologické</u> .....	5
2.1.1 Dýchání.....	5
2.1.2 Příjem potravy.....	6
2.1.3 Příjem tekutin.....	7
2.1.4 Kontinence.....	8
2.1.5 Bolest.....	9
2.1.6 Hygiena.....	10
2.1.7 Rehabilitace.....	11
2.1.8 Spánek.....	12
2.1.9 Prevence dekubitů.....	13
2.1.10 Prevence pádů.....	14
<u>2.2 Potřeby psychologické</u> .....	15
2.2.1 Respektování lidské důstojnosti.....	15
2.2.2 Komunikace.....	16
2.2.3 Problematika sdělování zdravotního stavu.....	17
2.2.4 Deprese.....	19
<u>2.3 Potřeby sociální</u> .....	20
2.3.1 Návštěvy.....	20
2.3.2 Aktivity pacientů.....	21
2.3.3 Sexualita a body image.....	21
2.3.4 Doprovázení pacientů.....	23
<u>2.4 Potřeby spirituální</u> .....	24
2.4.1 Duchovní péče.....	24
2.4.2 Místo ke ztišení.....	26
2.4.3 Hodnotová orientace.....	27
2.4.4 Pocity viny a odpuštění.....	28
<b><u>3. Výzkumná část</u></b> .....	30
<u>3.1 Cíl výzkumu</u> .....	30

<u>3.2 Hypotézy</u> .....	30
<u>3.3 Použitá vyšetřovací metoda</u> .....	31
<u>3.4 Volba vzorku a jeho charakteristiky</u> .....	31
<u>3.5 Způsob zpracování</u> .....	32
<u>3.6 Výsledky výzkumu</u> .....	32
3.6.1. Dotazníkové šetření.....	32
3.6.2. Analytický komentář k rozhovorům.....	48
<u>3.7 Interpretace výsledků výzkumu</u> .....	60
<b><u>4. Doporučení opatření pro zlepšení péče</u></b> .....	62
Závěr.....	67
Slovníček pojmů.....	69
Seznam literatury.....	70
Přílohy.....	72

## Slovo úvodem

*„Změnit LDN v místo, kde lidé budou žít a dožívat důstojně a neosamoceni jsem se rozhodla po přečtení knihy Marie Svatošové – Hospice a umění doprovázet. Vystala pro mne otázka, jak velký je rozdíl mezi hospicem a LDN?*

*Sleduji-li to ze stránky poskytování služeb, měl by být rozdíl minimální, ale neměli bychom se na to dívat spíše ze stránky účelové? Nejsou v obou těchto zařízeních lidé nevyлéčitelně či dlouhodobě nemocní? Proč tedy lidé v hospicích dostávají lepší péči než lidé v LDN? Cožpak nemá každý člověk právo na individuální péči a přístup, na prostředí, ve kterém se bude cítit bezpečně a příjemně?*

*Chtěla bych nastínit například potřebnost kaple v nemocničních zařízeních, která by určitě pomohla mnoha lidem v překonání těžkého období. Ať už klientům, tak jejich blízkým. Proč lidé, kteří kouří, mají kuřárnu a lidé věřící kapli nemají?*

*Také lékařská povinnost pomáhat lidem by neměla být omezena pouze na vyléčení či zlepšení fyzického stavu, totiž víme, že i psychický stav má velmi významnou roli v uzdravování o přípravě na smrt nemluvě.*

*Mluvím ke každému z nás, nechtěli bychom, až se završí život našich blízkých, nebo náš, odcházet důstojně, v poklidu, vyrovnání se svou vlastní konečností a životem v kruhu rodiny? Nechtěli bychom pomoci v těchto chvílích svému blízkému svou přítomností a podporou?*

*A proto ještě jednou prosím, nenechte žít a odcházet, ať už své známé, blízké či úplně neznámé osobnosti v nemocničních prostorách, kde nemají nárok na seburčení, kde i přes veškerou obdiv zasluhující péči ošetřovatelů nemají prostor smířit se se svým osudem a v tichosti odejít.*

*Vytvořme takové prostředí, jaké vytváříme pro narozené děti i pro lidi, kteří z tohoto světa odcházejí, neboť člověk se rodí a člověk umírá.“*

Michaela Burgerová, zápis z deníku 11. 2. 2007

# Úvod

„Kdo ví, zda život není umírání a smrt životem“

Euripidés

V dnešní době, kdy se zvyšuje počet nesoběstačných, na druhých závislých lidí v důchodovém věku, je potřeba zabývat se otázkou kvality péče o tyto občany. Zajímám se o péči o terminálně nemocné a umírající, a tak jsem si vybrala zařízení LDN a hospic, abych porovнала kvalitu naplňování potřeb klientů v těchto zařízeních.

V úvodu bych však chtěla upozornit na to, že LDN zajišťuje péči, ve které je hlavní důraz kladen na rehabilitaci, nácvik soběstačnosti a zlepšení kvality života klientů a jejich návrat do domácí péče. Hospic je zacílen také na zlepšení kvality života, také usiluje o návrat do domácí péče, ale mluvíme zde o péči o terminálně nemocné a umírající. Samozřejmě jsem si vědoma toho, že ne všichni dlouhodobě nemocní jsou v LDN a terminálně nemocní a umírající v hospicích. Proto bych chtěla poukázat na to, že i v LDN lidé umírají, a je proto důležité přizpůsobit podmínky v tomto zařízení i pro ně, pokud z nějakého důvodu nechtějí, nemohou nebo nejdou do hospice, domácí péče či do jiného zařízení, které je pro ně vhodné.

Helena Haškovcová ve své knize píše: „Podle názoru veřejnosti není péče o nevléčitelně nemocné a umírající dostatečně kvalitní. Drtivá většina dotázaných občanů (91%) je přesvědčena o důležitosti zlepšit péči o umírající.“<sup>1</sup> Už jen tento malý úryvek z publikace s názvem Umírání a paliativní péče v ČR s podtitulem Situace, reflexe, vyhlídky ukazuje, jak je nutné zabývat se kvalitou péče o nevléčitelně nemocné a umírající.

Měla jsem možnost navštívit vždy dvě ze zvolených zařízení, tedy dvě LDN a dva lůžkové hospice, v některých jsem vykonávala i praxi, absolvovala jsem několik přednášek zaměřených na paliativní péči apod., a proto zde mohu použít několik vlastních zkušeností a pohledů na tuto problematiku. Myslím si, že je také důležité osvětlit, jakým způsobem je vedena dokumentace v těchto zařízeních, a proto praktické ukázky dokumentace příkládám v Přílohách.

---

<sup>1</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. s. 34-35

- v této práci je zaveden sjednocený pojem pacient, tento pojem je však v materiálech jednotlivých zařízení a také pramenech kolísavý a je někdy nahrazován pojmem klient



Ve své práci se zaměřuji na dospělé. Vím, že v ČR je dětský hospic v Malejovicích u Kutné Hory. Avšak z hlediska LDN, kde jsou převážně osoby staršího věku, by nebylo možné provést srovnání těchto zařízení.

Hlavním cílem této bakalářské práce je popsat rozdíly v naplňování potřeb pacientů v LDN a v lůžkovém hospici. Tato část práce bude zpracována na základě studia literatury zabývající se touto problematikou, vlastních zkušeností a studia dokumentů v těchto zařízeních. Výzkumná část práce si klade za cíl, zjistit nedostatky v naplňování potřeb pacientů, personálu a příbuzných pacientů v LDN a lůžkovém hospici. Tento cíl bude splněn pomocí kvantitativní metody výzkumu a to dotazníkového šetření u personálu dvou LDN a dvou hospiců. Dotazníkové šetření bude zaměřeno na otázky týkající se možnosti zlepšení kvality péče o klienty, o jejich příbuzné a zlepšení péče o ošetřující personál. Výzkumná část této práce bude doplněna také o kvalitativní metodu výzkumu. Jedná se o rozhovory s mužem a ženou. K těmto rozhovorům je následně zpracován analytický komentář, který ukazuje názory dvou nezávislých lidí na tuto problematiku. Na základě výsledků výzkumu budou pro každé zařízení vypracována doporučení konkrétních opatření zlepšující péči o pacienty, jejich příbuzné a personál.

Závěry práce bych chtěla nabídnout veřejnosti, hlavně pracovníkům v pomáhajících profesích, managementu zařízení či lidem, kteří se o tuto problematiku zajímají.

# 1. Definice LDN a hospice

## LDN

*„LDN jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajících nemocí. Vedle léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče se jako nezbytná jeví v těchto zařízeních i resocializace a péče psychosociální. Pacienti jsou v LDN hospitalizováni většinou na základě doporučení praktického nebo odborného lékaře a splnění nutných zdravotních kritérií, což je například potřeba minimálně tří hodin ošetrovatelské péče denně nebo více než tři návštěvy zdravotní sestry.“<sup>2</sup>*

V rámci současných změn v nemocnicích, které se týkají jejich transformací, dochází ke změnám i v péči o personál.

## Hospic

*„Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného, a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice.“<sup>3</sup>*

Hospicová péče je poskytována ve třech formách:

1. Domácí hospicová péče
2. Stacionáře - denní pobyty
3. Lůžková hospicová péče

---

<sup>2</sup> <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=272147> (cit. 5. 5. 2009)

<sup>3</sup> <http://hospice.fsv.cvut.cz/hospice/#ftn1> (cit. 5. 5. 2009)

## 2. Popis naplňování potřeb v LDN a hospici

Potřeby každého člověka jsou jiné, individuální. Jsou ovlivněny představami o kvalitě našeho života, které se mohou individuálně lišit. „*Jsou podmíněny sociálním prostředím, kulturou, intelektem, vzděláním, věkem či stavem člověka. V roce 1993 byla v Paříži stanovena jednotka pro měření saturace\* potřeb člověka – stal se jí 1 QIL (Quality of Individual Life).*“<sup>4</sup>

### 2.1. Potřeby biologické

Do biologických potřeb jsou zahrnuty všechny základní potřeby, které tělo vyžaduje. Patří mezi ně zejména potrava, zajištění přísunu kyslíku, spánek a vyměšování. „*Někdy je potřeba rychle se zbavit celého nemocného orgánu a pro jistotu se pojistit ještě dalšími prostředky, jako je ozařování, chemoterapie, hormonální léčba ap.*“<sup>5</sup>. Nezbytnou součástí biologických potřeb je také tělesná aktivita, která je u nemocných prevencí před vznikem proleženin a tišení bolesti.

#### 2.1.1. Dýchání

Příjem kyslíku, tedy dýchání je nezastupitelnou součástí lidského života. Již od narození, kdy se nadechneme poprvé, je dýchání často mimovolní akcí našeho organismu. V době nemoci však dochází ke snižování kvality a hloubky dechu, zvláště pokud je nemocí zasažen hlavní orgán dýchání, tedy plíce. V LDN i v hospici je proto „*důležité sledovat počet dechů, rytmus dýchání a hlavně objem (hloubku) dechu.*“<sup>6</sup> Na kvalitě dýchání závisí také prokrvení různých částí těla nebo jeho teplota. Nemocné tělo často produkuje hlen, který pacientovi dýchání ztěžuje, hlen tedy průběžně odstraňujeme. Při náhlém dušení se snažíme pacientovi pomoci buď odsátím hlenu, nebo odstraněním příčiny dušení. Při této komplikaci je pacient velmi stresován a je proto vhodné jej uklidnit a podporovat, např. dotykem. Necháme klienta vybrat pro něj nejvhodnější polohu, nebo ho sami uložíme do tzv. Fowlerovy polohy. „*Spolu s pacientem pak provádíme pomalý nádech a prodloužený výdech. Následně provedeme opatření pro stabilizaci vlhkosti a teploty vzduchu, zajistíme ventilaci vzduchu.*

---

\* slovo takto označené naleznete ve slovníčku pojmů v závěru této práce

<sup>4</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. Praha: NCDP ČR, 1998. s. 71

<sup>5</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 18

<sup>6</sup> Kolektiv autorů *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. s. 50

*V indikovaných případech zajistíme inhalační kyslíkovou terapii.*<sup>7</sup> Ke zřetelnějšímu poslechu dechu slouží fonendoskop. Vyšetření dechu provádí především zdravotní sestra nebo lékař. Zjištěné údaje jsou zaznamenány do pacientovy dokumentace.

Na základě vlastních zkušeností mohu říci, že v LDN jsem se setkala pouze s jednou intervencí v rámci péče o dech pacientů, a to nasazením „kyslíkových brýlí“ umírající pacientce. Podle vyprávění však v tomto zařízení k dispozici další možnosti jsou, jelikož jeden pacient si na pokoji zapálil cigaretu i přesto, že měl potíže s dýcháním a byl mu přistaven kyslík. Toto počínání skončilo výbuchem a popáleninami pacienta. V hospici je však běžné, že pokud se pacientovi špatně dýchá, kyslík má kdykoliv k dispozici a personál hledá takovou polohu, která bude pacientovi při dýchání nejvíce vyhovovat. *„Dušení je mnohdy jedním z příznaků vyhasínajících funkcí organismu doprovázející fázi in finem\*. Je nutné vždy správně odhadnout situaci a vyvarovat se neprofesionálnímu přístupu a unáhleným rozhodnutím.*“<sup>8</sup>

### **2.1.2. Příjem potravy**

Po celá staletí byla pro člověka potrava prostředkem k přežití. V době nemoci se však její postavení mění. V LDN i hospici je nutné určit pacientovi stravu dle jeho zdravotního stavu. *„Informace získáváme rozhovorem, pomocí dotazníku a vyšetřením klienta. Informujeme se o stravovacích návycích, o preferenci jídel, o denním příjmu tekutin, o způsobu přípravy jídla, o problémech s výživou. Zjišťujeme jídla způsobující zažívací potíže nebo alergie. Zajímáme se o to, co u klienta vzbuzuje chuť k jídlu, zda používá vitamínové a minerální potravinové doplňky, zda má speciální dietu.*“<sup>9</sup> Pokud pacient dostává stravu, která je pro něj vhodná, pouze tehdy z ní dokáže získat pro sebe tak potřebnou energii a živiny. V LDN i v hospici jsou zřízené kuchyně, ve kterých jsou jídla připravována v kooperaci s dietní sestrou. *„Způsob objednávání stravy a zajištění stravování klientů je různý v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Běžným se stává tzv. tabletový systém, tzn., že v kuchyni připraví jednotlivé porce jídla do speciálních podnosů určených konkrétním klientům.*“<sup>10</sup> Důležité je určit pořadí roznášení jídel. První dostávají jídlo chodící pacienti, dále ležící nemocní, kteří nepotřebují při stravování pomoci, a v poslední řadě krmíme pacienty, kteří na to sami již nestačí. Tímto systémem předejdeme komplikacím, jako je studené jídlo a následné konflikty s pacienty.

---

<sup>7</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. Praha: NCDP ČR, 1998. s. 74

<sup>8</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. Praha: NCDP ČR, 1998. s. 73

<sup>9</sup> ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Péče o nemocné*. Praha: Avicenum, 1980. s. 99

<sup>10</sup> MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, Avicenum, 2006. s. 18

Správná výživa je důležitá k prevenci vzniku dekubitů, malnutrice nebo poruch metabolismu. Ve fázi umírání dochází ke snižování zájmu pacienta o jídlo, které se pro něj stává spíše zátěží. U těchto pacientů, stejně jako u ostatních je potřeba stále dále uspokojovat potřeby sociální, psychologické či spirituální.

Strava je jak v LDN, tak v hospici plnohodnotná a přizpůsobená potřebám pacientů. Samozřejmě se klade důraz na stravu diabetiků, stomiků apod., kteří ji musí mít pečlivě vybranou a upravenou. V obou zařízeních jsem měla možnost pomáhat při krmení pacientů jak stravou normální, tak rozmixovanou, nebo ve formě perorální, podávanou stříkačkou nebo enterálně\*. V hospici jsem si všimla zajímavosti, že pacienti mají často tendenci dělat pohyb rukou, jako když něco jedí, otvírají při tom ústa, ale v ruce nic nedrží. Ve většině těchto případů pacient nebyl zdravotně způsobilý najíst se sám, a proto, když jsem mu s jídlem pomáhala, snažila jsem se co nejvíce přizpůsobit se těmto jeho projevům, jelikož jsem nevěděla, zda si toto chování uvědomuje. Je možné, že pokud udělal pohyb rukou směrem k ústům a já mu do pusy něco dala, měl pocit, že jí sám. Samozřejmě do jídla nikoho nenutíme a respektujeme potřeby klientů.

Rozdíl v těchto zařízeních vidím v tom, a mohu to sama potvrdit, že v LDN není dostatek času na to, aby si ošetřovatel nebo někdo jiný z personálu sedl k pacientovi a krmil ho podle jeho vlastního tempa. V LDN je vše přesně naplánováno a pacienti jsou odkázáni na zřízence, kteří je vysadí na „gramofony“ a poté, co obejdou ostatní oddělení, opět přijdou, aby je vrátili do postele. Nemluvě o snižování důstojnosti člověka, který sedí na vozíčku, do kterého má vykonat svou potřebu, mezi dalšími lidmi, sedí jen v „andělu“ a do toho má jíst. Není proto divu, že jsem se setkala s negativními reakcemi některých pacientů v LDN na takovéto zacházení. Setkala jsem se i s pacientkou, která byla dlouho udržována při životě nasogastrální sondou\* - tzv. dystanázie\*. Tento přístup se naprosto vymyká mému chápání a podle mého jen potvrzuje nedůstojnou a nedostatečnou péči o pacienta jako jedinečnou bytost v LDN. Naopak v hospici jsou respektovány požadavky lidského organismu, který při procesu umírání ztrácí potřebu příjmu potravy, a v tomto stádiu nastupuje péče o dostatek příjmu tekutin.

### **2.1.3. Příjem tekutin**

U starého člověka dochází ke snižování pocitu žízně, což může vést k dehydrataci. Je proto nezbytné, aby personál obou zařízení sledoval příjem tekutin pacientů, v některých případech klientům pomáhal s jeho zajištěním, např. parentálně, dopomocí. *„Nápoje podáváme ve vhodných nádobách doplněných o pomůcky, které usnadňují klientům příjem*

tekutin (brčka, hrnečky s pružnou membránou nebo víčkem)<sup>11</sup>. Nápoje by měly být v dostatečném množství k dispozici každému pacientovi. Nejčastěji jsou podávány slazené nebo hořké čaje. U většiny umírajících pacientů jsou nápoje doplněny o vitamíny a minerály, kterých je nedostatek z důvodu absence příjmu potravy.

Jak už bylo zmíněno výše, v LDN, ve kterých jsem měla možnost být na exkurzi nebo kde jsem pracovala jako dobrovolník, není mnoho času, který by zbýval na jiné věci, než na ty, které jsou potřebné. Trochu paradox - co je a co není potřebné? Personál při kapacitě 30 lůžek na oddělení a stejném počtu pracovníků jako v hospici nemůže zajišťovat rovnocennou péči o pacienty. Není proto divu, že pacienti, pokud nejsou sami schopni se napít, často dostatek tekutin opravdu nemají. Můžeme to samozřejmě identifikovat i na počtech a stavech dekubitů. S jejich výskytem však zároveň souvisí i výživa, polohování atd. Je pravdou, že personál na LDN pacienty obchází, dolije čaj nebo vodu do hrníčků nebo „pítek“, ale už nemá dostatek času, aby s pacientem strávil delší chvíli potřebnou pro jeho pomalé pití. Z tohoto důvodu pak mnozí pacienti dostávají infuze, jelikož nemají ani dostatek živin z potravy a nejsou ani dostatečně zavodněni. Neříkám, že v hospici jsou infuze tabu. Některý pacient ji potřebuje, např. z důvodu nechutenství. Pravidlem však je, že se personál snaží tělu tekutiny dodávat pitím, než aby se muselo přistoupit k infuzím. V obou zařízeních využívají pomůcky, které pacientům usnadňují příjem tekutin. Často jsou používány hrnečky s víčky nebo brčka. U umírajících pacientů v hospici jsem se setkala s kostkami ledu různých příchutí (ananas, coca-cola.), které klient může cucat. I tímto se dá zajistit alespoň malý přísun tekutin a umírajícím pacientům, pokud mohu hodnotit z praxe, dělají chladné nápoje i kostky ledu dobře. Pokud pacient není schopný cucat kostky ledu, nebo je potřeba nějakým způsobem ošetřit dutinu ústní, používají se často vatové tyčinky s názvem Pagavit, které optimalizují Ph v ústech a zvlhčují rty.

#### **2.1.4. Kontinence\***

Postupem věku začínají některé svaly ochabovat. Týká se to i svěračů. V důsledku toho, ale může to být způsobeno např. i nemocí dochází k inkontinenci, nejčastěji moči nebo stolice, či inkontinenci obou najednou. Důležitým faktorem je v této situaci i nadále zachování důstojnosti pacienta. *„Naším cílem je znát příčiny inkontinence a navodit co nejoptimálnější způsob vyprazdňování. Sestra zajistí pravidelné vyprazdňování, určí druh pomůcek (plenkové kalhotky apod.) a jejich dostupnost pro klienta, tekutiny v dostatečném množství, soukromí při*

---

<sup>11</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. Praha: NCDP ČR, 1998. s. 76

vyprazdňování, dostatečnou hygienu po vyprazdňování, vhodnou dietu, omezené cévkování, čisté suché prádlo, zaznamenání zjištěných skutečností do ošetrovatelské dokumentace a pravidelné ošetřování kůže kolem genitálu.“<sup>12</sup> Používáním vhodných pomůcek a metod předcházíme zejména u ležících pacientů vzniku dekubitů\* a dehydrataci.

V praxi se častěji setkávám s inkontinentními pacienty. Myslím si, že v obou zařízeních je o tyto pacienty dobře postaráno. Pleny se používají podle váhy pacienta nebo jeho přání. Většinou se vyměňují 3x denně, dle potřeby i častěji. Při inkontinenci moči je také časté používání cévky zavedené do močového měchýře, v tomto případě je však větší riziko infekce močových cest. Musím však říci, že v LDN jsou pacienti při snídaních, obědech a někdy i večerech vysazováni na „gramofony“, čímž se v tomto směru liší od pacientů hospice, kteří tuto možnost také mají, ale většinou si o ni sami žádají. Musíme zde však respektovat různorodé cíle těchto zařízení. V hospici jsem měla možnost vidět pacientku s ileostomií\*, při které se používají jako inkontinentní pomůcka sáčky. Když jsem se informovala o této pacientce, bylo mi řečeno, že přišla ve velmi špatném stavu. Dobrou péčí v hospici se však její stav zlepšil a nyní již dokáže chodit s pomocí chodítka a rehabilitační sestry, i když je po dětské mozkové obrně.

### 2.1.5. Bolest

V léčbě bolesti je důležitá spolupráce a komunikace s pacientem, jelikož bolest je záležitostí individuální a každý člověk ji vnímá jinak. Důležité je její vyhodnocení a následná vhodná medikace. „*Neztišitelné a dlouhodobé (chronické) bolesti pacienta sociálně izolují, vyvolávají poruchy spánku, ale i psychické změny, deprese, pocity osamělosti, tendence uzavírat se do sebe, poruchy osobnosti. Bolest kvalitu života podstatně snižuje.*“<sup>13</sup> Bolest je tedy nutné sledovat a postupnými kroky se jí snažit minimalizovat. Vše zaznamenáváme do dokumentace pacienta. Cílem léčby bolesti je zbavit pacienta bolesti a umožnit mu tak zaměření se na ostatní důležité faktory v životě nemocného či umírajícího.

Hospicová péče je založena na paliativní medicíně, což je medicína mírnící bolest, ale neodstraňující příčinu choroby a bolesti. Je tedy jasné, že péče o bolest v hospici je nesrovnatelná s péčí o bolest v LDN. I přesto si dovoluji říci, že klienti v LDN netrpí enormní bolestí. Zdravotnický systém je nastaven tak, aby každý klient dostal nějaký utišující lék, ale v tomto případě jde spíše o jeho kvalitu a s tím spojené finanční vydání, které si samozřejmě nemocnice nemůže dovolit. Nejsem zdravotník, a proto neznám

<sup>12</sup> ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II. Praha: Grada, Avicenum, 2006. s. 197*

<sup>13</sup> LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně. Praha: Grada, Avicenum, 2007. s. 50*

veškeré názvy a účinky léků používajících se na bolest. Existuje několik typů bolesti a vždy je důležité bolest nejprve zhodnotit, než podáme lék. Můžeme rozlišovat neopioidní analgetika, opioidní analgetika nebo adjuvantní analgetika. Jsou samozřejmě i různé způsoby podávání, od nitrožilní injekce přes transdermální\* cestu až po podávání léků rektem. V hospici se často setkávám s transdermální aplikací analgetik nebo aplikací pomocí dávkovače. V LDN jsem několikrát také viděla klienty s náplastí, ale myslím si, že bolest je zde řešena spíše akutně ve formě injekcí. Každé podání opioidů je důkladně kontrolováno a zapisováno v obou zařízeních.

### 2.1.6. Hygiena

Hygiena nesporně patří do základních aktivit člověka. Už od dětství jsou nám předávány správné hygienické návyky a potřeba čistoty a svěžesti není opomíjena ani v době nemoci. Součástí hygienické péče je *„ranní a večerní umývání a česání, úprava nehtů, mytí vlasů, celková koupel, péče o chrup a péče o čisté osobní prádlo.“*<sup>14</sup> Náš zájem musí být směřován zejména k pacientům, kteří jsou imobilní. Takovým pacientům připravíme vhodné podmínky pro hygienu, nebo ji provede zdravotní sestra či ošetrovatelský personál. U pacientů mobilních dohlédneme na bezpečnost při přesunu z lůžka do koupelny nebo sprchy, případně jim pomůžeme s úkony, které sami nezvládají. Každému pacientovi před návratem zpět lůžko upravíme, nebo vyměníme ložní prádlo za čisté. *„Při ranní péči, stejně tak jako při úpravě lůžka má sestra mimořádně vhodnou příležitost rozmlouvat v klidu s nemocným a dozvědět se, jak spal, co ho bolí, jaké má potíže, čeho se obává. Svým rozvážným postojem a optimistickým vystupováním může nemocné uklidnit, zmírnit jejich obavy a poradit jim při řešení osobních starostí a problémů. Závažná zjištění o zdravotním stavu klientů sdělí sestra lékaři.“*<sup>15</sup> Správnou a vhodnou hygienou zabráníme vzniku infekce či dekubitů. Pozornost věnujeme také pokožce pacientů, která bývá ve vyšším věku náročnější na péči a je proto vhodné ji promazávat mastnými krémy. Nikdy neopomíjíme přání a představy pacienta, a pokud je to v našich silách, snažíme se zachovat, nebo zlepšit kvalitu života pacienta.

Co se týče péče o hygienu, je pro mne tato problematika velmi spojená s lidskou důstojností. Kdo z nás by si cíleně přál, aby ho někdo cizí omýval, nebo jen viděl, když není oblečen? Právě při těchto úkonech podle mého názoru dělá personál nejvíce chyb, zvláště pak

---

<sup>14</sup> MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* Praha: Grada, Avicenum, 2006. s. 32

<sup>15</sup> ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Péče o nemocné.* Praha: Avicenum, 1980. s. 78



z mých zkušeností v LDN. Tam jsem se setkala s klienty na pojízdných křeslech „zaparkovaných“ na chodbě před dveřmi koupelny, kde čekali v řadě za sebou pouze v „andílcích“. Nikdo se jich neptal, jestli jim není zima, nebo jestli se ten den zrovna na sprchování necítí. Jediné plus bylo, že tam byly samé ženy. Poté zase čekaly před dveřmi, až je někdo odveze zpět do pokoje, kde dále čekaly na zřízence, až je vrátí do postelí. Jednou se mi také stalo, že při hygieně a převazu klientky sestra otevřela okno (byl prosinec), jelikož klientka měla dekubit, který sestře čichově zřejmě nevyhovoval. Po rozhovoru se personálem v hospici vím, že ošetřovatelky by toto nikdy neudělaly. Důstojnost člověka je pro ně v jejich povolání velice důležitá a dveře do pokojů klientů za sebou zavírají téměř pokaždé, když do něj vstoupí. Klienti mají také možnost používat své vlastní kosmetické přípravky. Ošetřovatelky masírují klientům záda mentolovým gelem při každé hygieně, a pokud mají suchou kůži, mažou jim jí krémy či oleji. Také stříhání nehtů je běžné a někdy si ošetřovatelky „zahrají“ dokonce i na holičky, kadeřnice. Hygiena je většinou prováděna na lůžku, dále ve sprše nebo ve vaně, na kterou má klient nárok 1x týdně, pokud není možná hygiena ve sprše. Stejně tak v LDN. Péče o prostředí je opět v obou zařízeních různá. V LDN je koupelna s WC většinou společná pro 2 pokoje, kdežto v hospici má koupelnu s WC každý svou. Většinou už je předem vybavena tak, aby se zde klient mohl bez problémů pohybovat, a estetická záležitost spíše závisí na klientově rodině, klientovi a jeho zdravotním stavu.

### 2.1.7. Rehabilitace

Nemocný člověk je nejčastěji upoután na lůžko a v této pozici tráví většinu času. Rehabilitace je proto velmi důležitá. Přechází zejména vzniku dekubitů, plicních infekcí a embólií, trombóz nebo uroinfekcí. Tento termín zavedl německý lékař Ritter von Bus v roce 1844 a rozdělil tento termín na formu léčebnou a sociální. V LDN je důležitý především trénink soběstačnosti a s ní související mobilita pacientů, v hospici u umírajících pacientů přecházíme ve větší míře na rehabilitaci sociální, která je v tomto období pro pacienta hodnotnější. Léčebnou rehabilitaci ale neopomíjíme. „*Pokud není postavení klienta možné, v pravidelných intervalech měníme jeho polohu, abychom zabránili vzniku dekubitů, a děláme pasivní pohyby horních a dolních končetin.*“<sup>16</sup> Nezastupitelnou roli zde hraje rehabilitační sestra, nebo fyzioterapeutka, která na doporučení ošetřujícího lékaře provádí s pacientem aktivity zlepšující kvalitu života. Opět respektujeme přání a představy pacientů a snažíme se přizpůsobit rehabilitační režim jejich potřebám.

---

<sup>16</sup> VÖRÖSOVÁ, G. a kol. *Interné ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2005. s. 50

Rehabilitace je v obou zařízeních běžnou procedurou. Podle mých zkušeností bych řekla, že možnosti jsou v obou zařízeních stejné, jak po široké škále pomůcek, tak po vzdělanostní stránce rehabilitačních sester, které většinou tuto funkci zastávají. Rozdíl je zřejmě pouze v tom, že v hospici je na každém klientovi, zdali je ochoten cvičit a zda se zrovna ten den na to cítí, kdežto v LDN, opět zde musím zdůraznit cíle tohoto zařízení, má klient předepsanu rehabilitaci od lékaře a je tedy nutné, aby ji podstoupil.

### 2.1.8. Spánek

Spánek, je stejně jako již výše zmíněné faktory důležitou potřebou člověka. V době nemoci je však tato potřeba mnohem naléhavější a potřebnější. Nemocné tělo tím získává energii k boji s nemocí a napomáhá tak rychlejšímu uzdravení pacienta. *„Jedním z nejdůležitějších předpokladů kvalitního spánku je vnitřní a zevní klid. Zevní klid je výrazné snížení senzorických podnětů, jako jsou hluk, nepříjemné zvuky, ostré světlo. Vnitřní – psychický klid nastane potlačením nebo uvolněním emocionálního napětí.“*<sup>17</sup> Respektujeme proto spánkový režim pacientů, dbáme na saturaci\* základních tělesných potřeb a tišení bolesti.

Člověk často potřebuje o věcech týkajících se jeho osoby rozhodovat sám. Tím, že se ocitne v nějakém zařízení, ať už zdravotnickém nebo sociálním, většinou tuto možnost ztrácí. Proto se musíme snažit mu pomoci, aby mohl sám rozhodovat v co nejvíce okolnostech jeho každodenního života, i když pro nás mohou být maličkostmi. V LDN je běžné, že klienti jsou buzeni brzy ráno a poté třeba i několikrát denně k měření teploty. Také si nemohou vybrat dobu, kdy budou jíst, a musí sedět u stolu, i když se jim chce zrovna spát. Je to samozřejmě také dáno, jak jsem se již zmiňovala výše, nedostatkem personálu a počtem klientů v LDN. Personál má na starost v další hodinu další věci a např. na pozdější krmení klientů nemá čas. V hospici je situace samozřejmě rozdílná v tom, že pokud je na oddělení 12 klientů, je zde možnost počkat s jídlem, až se klient prospí, a pak teprve mu jídlo dát. Výhodou je, že v hospicích je v suterénu většinou kuchyň, která jídlo vaří pro celou budovu, a výtahem se pouze rozváží, je tedy lehčí boxy i v pozdější době odeslat zpět. V nemocnicích nebo LDN podle mých zkušeností byla kuchyň většinou v jiné budově, takže byl stanoven určitý čas, kdy se všechny boxy shromáždily a odeslaly zpět. Tudíž klient neměl žádnou šanci schovat si jídlo na později. Člověk potřebuje spánek, aby si jeho organismus odpočinul, tak jako potřebuje potravu, aby měl energii. *„Stalo se nám, že vizita přišla na pokoj v 10.30 a*

---

<sup>17</sup> Kolektiv autorů *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. s. 83

*pacient chtěl ještě spát, samozřejmě se mu vyhovělo, vizita může přijít i odpoledne,*“<sup>18</sup> vypráví vrchní sestra Hospice J. N. Neumanna v Prachaticích.

### 2.1.9. Prevence dekubitů

Vznik dekubitů je podmíněn mnoha faktory, nejdůležitějšími jsou nedostatek tekutin, nevhodná strava, špatná hygiena či nepolohování pacientů. Je proto důležité zdůraznit, že prevence dekubitů u pacientů je žádanější než jejich léčba, ať už z hlediska finančního, tak z hlediska utrpení a bolesti u pacientů, kteří dekubit mají. *„Největší zodpovědnost má sestra při identifikaci klientů ohrožených vznikem dekubitů a při vypracování individuálních preventivních postupů. V praxi je možné používat již vypracované způsoby hodnocení rizik vzniku dekubitů.“*<sup>19</sup> V současné době je velké množství pomůcek, které vzniku dekubitů předcházejí, např. antidekubitní matrace, podložky, kruhy atd. Je však také nezbytná péče personálu, zvláště u imobilních pacientů, kteří sami nemohou pomůcky používat nebo to také neumějí. Léčba již vzniklého dekubitu je pro pacienty velmi bolestivá a snižuje kvalitu jejich života. *„V podstatě jde při tom o odumírání tkání spojené s rozpadem v místě, kde kost je blízko povrchu těla a kde nejvíce působí tlak váhy těla. Vytváření těchto dekubitů může způsobit někdy i sebemenší záhyb shrnutého prostěradla.“*<sup>20</sup>

Péče o prevenci dekubitů je v těchto zařízeních naplňována velmi rozlišeně. Hlavní rozdíl vidím v používání antidekubitních matrací, kterých je na oddělení LDN velmi málo. Tím pádem je i větší počet dekubitů u pacientů v tomto zařízení a to nejčastěji v sakrální\* oblasti. Od toho se odvíjí velká časová náročnost zdravotních sester, kterým nezbývá moc času na jiné povinnosti, nehledě na to, že musí psát záznamy o klientech do dokumentace. A zřejmě i proto jsem se setkala s tím, že převazy dekubitů prováděly často ošetřovatelky. Vzniku dekubitů se ne vždy podařilo polohováním klienta zabránit. Pro prevenci se také používají molitanové polštáře mezi kolena či na podepření končetiny.

V hospici je četnost dekubitů vzhledem k počtu klientů výrazně menší. Většinou je s ním klient přivezen buď z domova, nebo jiného zařízení. Také je zde na každém lůžku antidekubitní matrace a polohování klienta je běžné, pokud to jeho zdravotní stav dovolí. Opět se používají polštáře, nafukovací gumové kruhy atd. na podložení či podepření končetin, trupu.

---

<sup>18</sup> <http://www.hospice.cz/hospice1/data/Hospice%20ZDN%207-07.doc> (cit. 20. 5. 2009)

<sup>19</sup> MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* Praha: Grada, Avicenum, 2006. s. 45

<sup>20</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK S. *Poslední úsek cesty.* Praha: Návrat domů, 1995. s. 20

## 2. 1. 10. Prevence pádů

Pády, především u pacientů staršího věku představují vážný problém. Jednak může dojít ke zranění pacienta, následné úzkosti, depresi, což zhoršuje kvalitu života a počet pádů pacientů v zařízení také značí kvalitu péče o ně. V procesu stárnutí dochází ke snižování koordinace zvláště dolních končetin, k somatickým onemocněním a pády tak mohou být častější. Důležité je odstraňovat překážky, které by pád pacienta mohly způsobit, např. nevhodně rozmístěný nábytek, kompenzační pomůcky atd. Naopak je důležité určit pacienta s předpoklady k pádům a zajistit vhodné pomůcky pro jejich předcházení. „*Pomůcky k prevenci pádu klienta jsou postranice, hrazda, žebříček, protiskluzové podložky do sprchy, madla na WC, ve sprše, na chodbách, dostupné lokomoční\* pomůcky, stabilní nábytek, židle, servírovací stolky, schůdky pod nohy, zablokovaná kolečka u postelí, lůžko adekvátně vysoké k výšce pacienta, dostatečně osvětlené pokoje, WC, chodby, neklouzavá stabilní obuv, fungující signalizační zařízení u každého lůžka, na toaletě i ve sprše.*“<sup>21</sup>

Pády klientů v hospici jsou jen výjimečné. Každá postel má postranice, a pokud klient není vyloženě soběstačný a chodící, jsou postranice vždy vysunuté nahoru. Někdy se stává, že chce klient z postele vylézt, odejít, ale většinou ho personál najde nanejvýše s nohama přes postranice. Možné riziko pádu je spíše u klientů, kteří jsou soběstační a sprchují se nebo se pohybují po pokoji. I když i oni jsou často kontrolováni personálem a v pokoji i v koupelně je spousta míst, o která se mohou opřít, možnost, že se jim udělá zle, zamotá se jim hlava a upadnou, tady stále je. V LDN, kde se pohybují klienti s různými diagnózami, je o trochu složitější situace, hlavně u lidí s demencí. Postranic je často nedostatek, a tak se „přehazují“ z jedné postele na druhou. Protokoly o pádu se tak sepisují často. Lidé mají možnost dostat se z postele mnohem snáze. V obou zařízeních funguje signalizační zařízení, kterým klient po stisknutí přivolá sestru. Samozřejmě opět záleží na personálu, za jakou dobu je schopen nebo ochoten ke klientovi dojít.

„*Ochranné strategie musí být přijaty okamžitě a musí odpovídat potřebám klienta, protože znamenají větší přínos k omezení počtu pádů a zranění. Rovněž vyžadují dostatečné zdroje, jako je personál a finanční prostředky.*“<sup>22</sup>

<sup>21</sup> [http://www.nemtr.cz/download/Zpravodaj/Zpravodaj\\_2003\\_III.pdf](http://www.nemtr.cz/download/Zpravodaj/Zpravodaj_2003_III.pdf) (cit. 21. 5. 2009)

<sup>22</sup> Joint Commission Resources *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada, 2007. s. 100

## 2.2. Potřeby psychologické

Psychologické potřeby jsou opět závislé na individuu, každý člověk je může pociťovat odlišně. Pokud však bereme v potaz skupinu lidí, tedy pacientů, o které je zde řeč „jsou to potřeby spojené s respektováním lidské důstojnosti nezávisle na stavu nemocného těla. Každý člověk je jedinečnou bytostí se svým neopakovatelným posláním, které je potřeba vždy respektovat.“<sup>23</sup>

### 2.2.1. Respektování lidské důstojnosti

Důstojnost pacienta by měla být stěžejním faktorem v procesu poskytování péče. Člověk ve své nemoci potřebuje cítit, že je stále lidskou bytostí a jeho nemoc ho neodlišuje od ostatních lidí. „Obecně by jako hlavní cíle zdravotní péče měly být vnímány: záchrana života, odstraňování chorob a posilování zdraví, mírnění utrpení, ochrana důstojnosti v souvislosti se stonáním a poskytováním zdravotní péče.“<sup>24</sup> Respektování lidské důstojnosti není záležitostí pouze personálu, který je v přímém styku s pacienty, je záležitostí všech lidí, kteří se v zařízení nebo na oddělení pohybují. Poskytovaná péče musí být v souladu s platnými zákony. „Respektování lidské důstojnosti je důležité nejen z hlediska péče samotné, ale také pro vzájemné vztahy mezi lidmi, pro vztahy k lidem různého pohlaví, barvy pleti, stáří, vzdělání, společenského postavení, vyznání apod.“<sup>25</sup> Bereme samozřejmě v potaz přání pacienta a nezapomínáme na komunikaci, která nám může v mnohém pomoci. Každý pacient může mít jinou představu respektování lidské důstojnosti a komunikace je prostředek jak jeho představu zjistit a následně také naplnit, pokud to možnosti dovolí. Komunikací a plněním představ pacienta získáváme jeho důvěru a podporujeme tak kvalitu života. „Snažíme se společně hledat alternativní cíle, když původní hodnotový systém, následkem choroby či úrazu, ztroskotal a nelze ho zcela obnovit.“<sup>26</sup>

Respektování lidské důstojnosti je pro mne spojeno s celkovou péčí v zařízení. Když zde popisuji své vlastní zkušenosti, každá zkušenost obsahuje střípek respektování lidské důstojnosti v těchto zařízeních. Důstojnost při hygienách, vlastní možnosti volby, komunikace s pacientem a další, to vše vypovídá o nás, jako o člověku a také jako o personálu, který pečuje o své pacienty a měl by o ně pečovat co nejlépe. Někdy není lehké v podmínkách,

---

<sup>23</sup> <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> (cit. 21. 5. 2009)

<sup>24</sup> KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří - pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. s. 33

<sup>25</sup> <http://www.osobniasistence.cz/hospic5.php> (cit. 18. 3. 2008)

<sup>26</sup> <http://www.ldn-nejdek.cz/> (cit. 20. 5. 2009)

kteře jsou pro nás již vytvořeny, zajistit respektování lidské důstojnosti v zařízení na 100%, ale svým přístupem k pacientům můžeme zlepšit alespoň maličkosti, které právě pro pacienty, mohou být velice důležité. Nechci zde soudit, které zařízení respektuje lidskou důstojnost více. Tento úsudek si ostatně může každý udělat sám z již výše popsanych mých vlastních zkušeností a zkušeností následujících. Přesto chci ale říci, že je velice důležité, udržet si mezi personálem a pacientem vztah založený na důvěře a vzájemném respektu. Pokud se tento vztah poruší, je velice složité a někdy i nemožné tyto vazby obnovit. *„Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje.“*<sup>27</sup>

#### **4.2.2. Komunikace**

Jak je již zmíněno výše, komunikace je důležitou součástí péče o pacienta. Komunikací zjišťujeme potřebné údaje o pacientovi, jeho potřeby, problémy či bolesti. *„Řeč je základním elementem vztahu pacient – lékař. Zjišťování anamnézy, vysvětlení nálezů, sdělení informací o nemoci a jejím léčení, poradenství, motivace ke spolupráci, vyjádření útechy a spoluúčasti – to jsou podstatné lékařské úkoly, jejichž náplň závisí na pohotovosti a schopnosti komunikace s pacientem.“*<sup>28</sup> Nejde ale pouze o komunikaci lékaře a pacienta, ale také ostatního personálu, který je s pacientem ve styku. Správnou komunikací a chováním je budována důvěra pacienta a my často svými verbálními i neverbálními projevy tento proces oddalujeme. *„Záleží nejen na způsobu vedení rozhovoru, na formě, ale také na obsahu, o čem spolu mluví. Neochotu, nezájem, aroganci, hrubost, nevlídnost...prozradí na sebe lékař i sestra (i ostatní zdravotnický personál, třeba i úřednice v přijímací kanceláři, ošetřovatel, sanitář, pomocnice) svou mluvou, chováním a jednáním.“*<sup>29</sup> Často je důležité osvojit si určité vzorce komunikace, chování, jednání pro určitý typ pacientů. I když se někdy může zdát, že pacient s námi komunikovat nechce, je potřeba vyzkoušet různé modely komunikace s ním a přijít na příčinu jeho chování. Nemocní pacienti také mnohdy slovně komunikovat nemohou, z důvodu jejich onemocnění, v tomto případě je velmi důležité vnímání jeho mimoslovní komunikace, gest, mimiky, očí atd. Převážná většina pacientů také dobře přijímá komunikaci taktilní\*. *„Výzkum v posledních desetiletích ukázal, že dobrá komunikace je nezbytným základem*

---

<sup>27</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 18

<sup>28</sup> BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, Avicenum, 2005. s. 124

<sup>29</sup> LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, Avicenum, 2007. s. 53

*interakcí mezi zdravotnickými pracovníky a lidmi s terminálním onemocněním. Podle výsledků výzkumu může dobrá komunikace nejen pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života lidí s takovým onemocněním, ale může také napomoci ve zmírnění tělesných symptomů.“<sup>30</sup>*

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že dotyk je někdy více než slovo, a neplatí to pouze u umírajících pacientů. I u lidí s dlouhodobým onemocněním může „pouhý“ dotyk pomoci více než chlácholení slovy o lepších zítřcích. Je však pravdou, že v hospici, kde jsou lidé umírající, se těžko hledají slova, zvláště u lidí, kteří nejsou se svou nemocí smířeni. Je proto nutné, aby byl personál natolik komunikačně zdatný, aby s pacientem dokázal komunikovat správným způsobem a neohrozil tím jeho tak už dost narušený psychický stav. Myslím, že většina lidí, kteří v hospicích pracují, tyto komunikační schopnosti na velmi dobré úrovni mají. Nejde také pouze o komunikaci s pacienty, komunikace musí probíhat i s jejich příbuznými. Ne vždy jsou pacienti či jejich příbuzní příjemní, s tím personál musí počítat a umět s tím i pracovat. Odměnou jsou naopak děkované dopisy a chvály, které se vždycky hezky poslouchají a čtou. To, jak se my jako personál budeme chovat ke svým pacientům a jejich příbuzným, to se bude také trochu odrážet v tom, jak se budou oni chovat k nám. Ne nadarmo má LDN v republice špatnou pověst. Kolik lidí je s péčí v tomto zařízení nespokojeno. Není to možná také proto, že personál s lidmi málo komunikuje? Že lidé nevědí, co všechno personálu brání v tom, aby péče o pacienty byla lepší? Za sebe mohu říci, že velice záleží na personálu. Pokud někdo chce komunikovat dobře se svými pacienty a jejich příbuznými, nic mu v tom nebrání. Pokud se však uzavře do sebe, pacienti mu jsou jen na obtíž a příbuzní stále něco chtějí a obtěžují ho tím, komunikace zde zřejmě nikdy nebude efektivní a budou tím trpět všechny tři strany.

### **2.2.3. Problematika sdělování zdravotního stavu**

Proces sdělování zdravotního stavu se v průběhu několika desetiletí velmi změnil. Dříve byla o zdravotním stavu informována prvotně rodina pacienta, v dnešní době je přednostně informován pacient a dle právních norem je rodina informována pouze s jeho souhlasem. Úzce se problematiky sdělování zdravotního stavu týkají Práva pacientů, Evropská charta pacientů seniorů, Deklarace práv onkologických pacientů, Charta práv umírajících, Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy. Tyto dokumenty je možné

---

<sup>30</sup> O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. s. 31

naleznout v Přílohách. Pacient má právo na sdělení zdravotního stavu, ale ne vždy je to možné a žádoucí. „Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčí jinak, informovat rodinné příslušníky klient nebo osoby jemu blízké. Lékař nesmí zneužívat ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.“<sup>31</sup> V procesu sdělování zdravotního stavu hrají důležitou roli vyrovnávací mechanismy pacienta a jeho rodiny. Personál zařízení by proto měl napomáhat co nejrychlejšímu smíření se s diagnózou a prognózou a podporovat tak kvalitu života pacienta. Nejčastěji zmiňovanou autorkou zabývající se fázemi reakcí na nemoc je Elizabeth Kübler-Rossová, která popsala fázi šoku, popření, hněvu, deprese, smlouvání a akceptace, přičemž pořadí či počet fází může být individuální a cílem je vždy dospět k fázi akceptace, čili smíření se se situací. Pacienty zkroušené svou situací podporujeme a snažíme se respektovat všechny jejich projevy. „Z hlediska poskytnutí informace nemocnému mohou být aplikovány dva přístupy. Jednak je to sdělení pravdy, anebo naopak taktika milosrdné lži (tzv. *pia fraus*),“<sup>32</sup> při které však fáze akceptace nemůžeme dosáhnout a zabraňujeme tak člověku, aby vyřešil své záležitosti, které by při uvědomění své nemoci vyřešit ještě chtěl. „Klidně může v určitém slova smyslu umírat i člověk podváděný a klamaný. Někdy až příliš "klidně" - pod vlivem tlumících léků. Avšak nikdy nemůže podváděný a obelhávaný pacient umírat důstojně.“<sup>33</sup>

Problematika sdělování zdravotního stavu je v každém zařízení naplňována odlišně. A není divu. LDN je přece jen zařízení, které se snaží pacienta vyléčit, kdežto v hospici je léčba především symptomatická\*. Z toho vyplývá, že do hospice přicházejí pacienti většinou už informováni. Méně často jsou o svém zdravotním stavu neinformováni, a to většinou z důvodu, že si nemoc nechtějí připustit, nepřejí si být informováni. V LDN informuje o zdravotním stavu pacienta lékař, někdy informuje jen jeho příbuzné. Je to vždy na jeho osobním uvážení. Proto si myslím, že je důležitá komunikace a vztah s pacientem a jeho příbuznými, protože někdy může lékař svým neuvážlivým jednáním ublížit více, než by bylo nutné. Tyto zkušenosti mám pouze z vyprávění a v praxi jsem se se sdělováním zdravotního stavu ani v jednom zařízení nesetkala. V hospici je však běžné, že zdravotní stav se již nesděluje, pokud si to pacient nebo rodina nepřeje, a setkala jsem se i

---

<sup>31</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. s. 53

<sup>32</sup> JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. s. 134

<sup>33</sup> <http://hospice.cz/dokumenty/pravda.html> (cit. 18. 3. 2008)



s příbuznými, kteří říkali personálu, aby hlavně mamince nesdělovali závažnost jejího zdravotního stavu. Personál samozřejmě vždy respektuje přání pacienta a jeho příbuzných.

#### 2.2.4. Deprese

Deprese ovlivňuje člověka v mnoha oblastech jeho života. Musíme být pozorní a projevy deprese vnímat a snažit se člověku pomoci. Lidé s depresí jsou často smutní, jejich bolest poznáme i na jejich hlasu, řeči, cítí se beznadějní a často by chtěli svůj život co nejrychleji ukončit. „*Cílem léčby je zmírnění či odstranění depresivních příznaků, snížení rizika relapsů\* a rekurence\*, zlepšení celkového zdravotního stavu, snížení mortality a zvýšení kvality života nemocného.*“<sup>34</sup> Vhodná je psychoterapeutická léčba, v horších případech léčba farmakologická, se kterou jsem se v praxi však nesetkala. Často je však zjištěno, že člověku chybí především kontakt s rodinou, nebo se se svou nemocí nemůže nebo nechce smířit. Snažíme se tedy o co nejlídnější přístup, kongruenci, projevení empatie nebo zprostředkujeme kontakt s rodinou. Neopomíjíme komunikaci, která pomáhá navázat vztah důvěry a zjistit konkrétní problémy pacienta. „*Chápajícimu člověku nedá takovou práci zjistit příčiny deprese a zmírnit některé nerealistické pocity viny nebo studu, které často depresi doprovázejí. Je-li však deprese jakýmsi nástrojem, jehož prostřednictvím se nemocný připravuje na nastávající ztrátu všech milovaných, je-li cestou pro snazší dosažení konečného smíření, pak nějaká povzbuzování nejsou tak docela na místě.*“<sup>35</sup> Pacient připravující se na opuštění všech svých blízkých má potřebu přemýšlet o své smrti a není vhodné ho nutit k veselému nazírání na svět. Můžeme tak přispět k lepšímu smíření se s osudem a vyrovnání všech potřebných věcí před smrtí pacienta. Plně akceptujeme pacientův smutek, pláč i vztek. Jsme přítomni, pokud pacient se svým trápením nechce být sám a dáváme najevo empatii a podporu.

Deprese je v čase dlouhé nemoci a umírání častým jevem. Člověk se musí vypořádat se svou nemocí, se vším, co v této době ztrácí, i s nejistou budoucností. Projevy deprese byly v obou zařízeních řešené především empatickým rozhovorem. Člověk je prostě jen někdy smutný, protože si nemá s kým popovídat, nebo má pocit, že nikoho nezajímá a je všem jen na obtíž. Deprese se projevuje nejen po stránce psychické, ale i po stránce fyzické, což je u nemocných pacientů dvakrát horší. Deprese je opět věcí jednoznačně individuální a každému pacientovi může pomoci něco jiného. Jednomu rozhovor s psychologem, druhému rozhovor s duchovním, třetí si chce své problémy

---

<sup>34</sup> <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/01/02.pdf> (cit. 2. 4. 2008)

<sup>35</sup> KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. s. 78 -79

vyřešit sám. Na to bychom měli vždy brát ohled. Ze zkušenosti však mohu říci, že tyto služby poskytuje na lepší úrovni spíše hospic nežli LDN.

## 2.3. Potřeby sociální

Člověk je sociální bytost a v době nemoci dochází k mnoha situacím, které mu nedovolují své sociální potřeby naplňovat v plné míře. V tomto okamžiku začíná docházet k pocíťování jejich nedostatku. Sociální potřeby „*vyplývají ze statusu člověka jako tvora společenského, žijícího v určitém sociálním prostředí, majícího svou rodinu, své problémy, svou práci, koníčky, závazky, sny a přání.*“<sup>36</sup> Měli bychom se snažit vždy zachovat co největší uspokojení těchto potřeb a dovolit tak nemocnému, aby se cítil co nejvíce jako ve svém přirozeném prostředí.

### 2.3.1. Návštěvy

Problematika návštěv je v obou zařízeních různá. V LDN se návštěvní hodiny liší zařízení od zařízení. Nejčastěji jsou však v pracovní dny od 15.00-17.00, o víkendech o hodinu déle. Návštěvní hodiny je nutno respektovat. Samozřejmě není vyloučena možnost domluvit se s personálem a být v LDN, pokud to zdravotní stav blízkého vyžaduje, i přes návštěvní hodiny. Personál však není z takovéto návštěvy častokrát nadšen a občas se nebojí dát své pocity najevo. Ale jak jsem již psala výše, záleží opět na personálu. Jeden den zde můžete být o hodinu déle, další den už vás vyhánějí minutu po návštěvních hodinách. Pokud přijdou příbuzní či blízcí mimo návštěvní hodiny, musí se hlásit na sesterně. Různé jsou i možnosti, které zařízení poskytují návštěvám pacientů. „*K lůžku je možné si zapůjčit židli z chodby. Pro klidné posezení s pacienty lze využít čekárnu nebo jídelnu pacientů či kapli. Po domluvě se sestrou je možné své blízké, za příznivého počasí vyvézt do parku u nemocnice. Je zakázáno vzdálit se mimo areál nemocnice bez písemného svolení lékaře.*“<sup>37</sup> Oproti tomu návštěvy v hospici jsou neomezené, tedy 24 hodin denně po celý týden. Uzpůsobený je tomu i pokoj pacienta, který je vybaven přistýlkou. Přenocování člena rodiny nebo blízkého je však zpoplatněno.

„*Návštěvami nesmí být rušen klid a pořádek nebo narušován léčebný a dietní režim. Při mimořádných událostech – chřipková epidemie, technické a bezpečnostní důvody –*

<sup>36</sup> <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> (cit. 22. 5. 2009)

<sup>37</sup> <http://www.nnp-ldnhd.cz/index.php?menuoption=pacient> (cit.22.5.2009)

mohou být návštěvy zakázány.“<sup>38</sup>

### 2.3.2. Aktivity pacientů

I v tomto ohledu jsou aktivity v zařízeních různé. V LDN jsem se setkala spíše s aktivitami ze strany pacientů, kteří si své záliby přivezli z domova, např. pletení, knížky, háčkování. Aktivita, kterou vyvinul personál pro klienty, zde byla jen v podobě vánočního stromečku, Mikuláše a velikonoční výzdoby. Je to dáno také nedostatkem času, určitě i prostoru a netvrdím, že je to tak v každé LDN. Např. v LDN Nejdek mají setkávání v rámci ergoterapie. „*Pacienti, kteří mají o toto pracovní, muzikální, výtvarnické aj. setkání zájem, mohou se v pracovní den zúčastnit poskytovaných aktivit v návštěvní hale. Po celou dobu (13.30 – 15.00) je zde přítomna rehabilitační pracovnice se svým pracovním týmem.*“<sup>39</sup>

V současné době je na vzestupu dobrovolnictví v LDN, což možná zlepší nejen kvantitu a kvalitu nabízených aktivit pro pacienty, ale také ve větší míře naplní sociální potřeby pacientů celkově. V hospici jsem se setkala s větším množstvím aktivit, které jsou pacientům poskytovány. „*I když většina lidí v hospici prožije jen několik dní, maximálně měsíců, často ve stavu, kdy jsou upoutáni na lůžko, možností pro ty, kteří ještě mají sílu, je tu dost. Lidé v hospici mohou navštěvovat dílny, malovat na hedvábí a vyrábět originální šátky, šály, kravaty, pracovat s ubrouskovou technikou, připravovat vánoční cukroví.*“<sup>40</sup> Běžné jsou zde i koncerty ZUŠ, či jiných hudebních seskupení, a pokud si to pacient přeje, je možné ho odvézt i s postelí na recepci, kde si může vypít kávu nebo čaj. Každé vyboření z institucionálního stereotypu pomáhá pacientovi zlepšit jeho psychický stav, což může ovlivnit i stav fyzický. Ředitel Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích Pavel Česal v reportáži v Literárních novinách říká: „*Lidi se tady potřebují věnovat práci, která má přesah. Takové ty samoučelné činnosti, při kterých se něco vymalovává jenom proto, aby se to vymalovalo, nemají moc smysl. Už jenom to, že perníčky nakonec všichni snědí nebo že se šátky prodávají, má obrovský význam. Lidem to dává pocit, že jsou užiteční, i když jsou nevléčitelně nemocní.*“<sup>41</sup>

### 2.3.3. Sexualita a body image

Sexualita ve stáří je často tabuizována. V naší společnosti stále platí, že staří lidé už nemají na sex v jakémkoli smyslu nárok. „*Pohlavní život v průběhu stárnutí je nejen možný,*

<sup>38</sup> [http://www.nemocnice.susice.net/socialni\\_luzka.pdf](http://www.nemocnice.susice.net/socialni_luzka.pdf) (cit. 22. 5. 2009)

<sup>39</sup> <http://www.ldn-nejdek.cz/spolecenske-akce.html> (cit. 23. 5. 2009)

<sup>40</sup> <http://www.ta-gita.cz/publicisticno/domu-pro-dustojne-umirani-je-malo/> (cit. 19. 3. 2008)

<sup>41</sup> <http://www.ta-gita.cz/publicisticno/domu-pro-dustojne-umirani-je-malo/> (cit. 19. 3. 2008)

ale je zcela normální. Normalita aktivního sexuálního života ve stáří je v textech často legitimizována statistickými daty, ale znovu také překlenutím kategorie tělesné a duševní. Tentokrát k němu dochází ve smyslu oddělení pudovosti a citů, sexuality a erotiky. Fyzická involuce vede ke zvýraznění psyché, pudová sexualita mládí je nahrazována erotickými city a novou, citověji založenou kvalitou sexuálních vztahů.<sup>42</sup> Projevování citu, zejména manželského, partnerského je ve stáří, ale také v nemoci důležitým faktorem pro stálé sebevědomí, pocit podpory a sounáležitosti. „Mezi nepříjemné důsledky změn zdravotního stavu směrem k horšímu počítáme změny vztahu klienta k sobě samému.“<sup>43</sup> Často se setkáváme se starými, nemocnými lidmi, kteří jsou neupravení, nedbají na svůj zevnějšek, protože to v jejich věku a stavu stejně nemá cenu. Je potřeba těmto lidem navrátit jejich sebevědomí, sebeúctu a správné sebehodnocení. Ukázat jim, že i když jim jejich nemoc brání v určitých aktivitách, množství těch, které mohou nadále provozovat je nepřeborné. Nezbytné je také posilovat sociální vztahy, které mohou být z hlediska nemoci omezené, např. strach lidí z kontaktu s lidmi, kteří podstoupili mutilující\* operaci, nemají po léčbě chemoterapií vlasy apod. K pacientovi přistupujeme s úctou a vědomím autonomní bytosti. „Sotva je jiné životní období, ve kterém by lidé tolik postrádali pozitivní emoce.“<sup>44</sup>

Pacienti mají často problémy se svým vzhledem. Nemoc je změnil a pro někoho je velmi těžké se s tím vyrovnat. Bohužel nemůžeme udělat více než se snažit rozpoznat, jak bychom pacientovi nejvíce pomohli, a podle toho se zachovat. V LDN jsem se pravidelně setkávala s pacienty po amputaci dolních končetin. Většinou to byli muži a někteří z nich tuto ztrátu velmi těžko nesli. Najednou byli závislí na ostatních, nemohli si sami dojít ani na WC. Myslím, že pro ně nebylo důležité, aby si s nimi někdo povídal o tom jejich problému, ale aby si s nimi vůbec někdo povídal. Začali si zase připadat důležitější a obava z toho, že s nimi nikdo nebude komunikovat, protože jsou „zrůdy“, odpadla. Je samozřejmě zlé, pokud např. ženu po ablaci\* prsu opustí manžel. Musí se vypořádat s nemocí, se ztrátou manžela i s pocitem méněcennosti. Každý člověk to opět zvládá odlišně, ale podle mého v hospici je přístup k těmto problémům empatičtější a důstojnější. Musím zde popsat zkušenost z LDN, která není příliš pozitivní. Pacient žádal o „bažanta“, jelikož nebyl schopen dojít si sám na WC. Sestra mu však řekla, že mu „bažanta“ nedá, protože má „slušně řečeno malý penis a ani by mu tam nedosáhl.“ Pak tuto příhodu personál rozebíral na sesterně, a jelikož byl pacient staršího věku, ale měl mladou přítelkyni, nezůstalo jen u probírání „bažanta“. Tento přístup personálu

---

<sup>42</sup> [http://sreview.soc.cas.cz/upl/archiv/files/112\\_ehrenb.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/upl/archiv/files/112_ehrenb.pdf) (cit. 23. 5. 2009)

<sup>43</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi. Rady nemocným*. Praha: Avicenum, 1989. s. 20

<sup>44</sup> BAŠTECKÝ, J., KUMPEL, Q. VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, Avicenum, 1994. s. 295

k pacientům je na úrovni dětí základní školy a ještě dnes přemýšlím, proč jsem se proti tomuto jednání tenkrát nějakým způsobem neohradila.

#### 2.3.4. Doprovázení pacientů

Již delší dobu je zvyklostí, že pokud je člověk nemocný, jde do nemocnice a ve většině případů tam i zemře. Péče o blízké přešla z rodiny na instituce a přerušila tak péče rodiny o své blízké nemocné. V určitých situacích je pobyt v nemocnici potřebný, avšak v případě velmi nemocného a umírajícího pacienta je spolupráce s rodinou nezbytná. *„Přátelský vztah potřebuje každý z nás, nejen pacient. Potřebujeme-li však někdy opravdového přítele, nebo přítelkyni, pak je to ve chvíli, kdy je nám zle. Je dobré, když si oba rozumějí v základním zaměření života, v harmonii hodnot, v tom, co tvoří soubor přesvědčení jednoho i druhého. Takový doprovázeč, který nemocného nikdy neopustí, neutěče mu, nestávkuje, ani se na něho moc nezlobí atp., má svou cenu – zlata.“*<sup>45</sup> V období nemoci je důležitá péče nejen o pacienta, ale i o jeho rodinu či blízké. Snažíme se pomoci dospět pacientovi i jeho rodině a blízkým do již zmiňované fáze smíření, což podporujeme také možnostmi jejich přítomnosti. *„Usilujeme o každodenní psychickou pohodu, vedeme empatické rozhovory. Prostřednictvím nedirektivních empatických rozhovorů a fyzického kontaktu poskytujeme citovou podporu a vědomí, že jsme nemocnému k dispozici.“*<sup>46</sup> Doprovázení je důležité zejména u umírajících pacientů. Respektujeme tedy jeho přání, které v některých případech může znamenat i návštěvu duchovního. *„Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně. Objeví-li se lékař nebo sestra na scéně až v předposledním nebo posledním dějství klientova scénáře, může s ním ujit už jen ten zbývající malý úsek. Ale i to může znamenat velmi mnoho, zvláště pro člověka, který opravdu už nikoho na tom světě nemá.“*<sup>47</sup> Doprovázení pacienta znamená pro člověka velkou zátěž, která s sebou nese i jisté lidské předpoklady, jako je empatie, kongruence, ale také zaměření se na sebe sama a předcházení syndromu vyhoření. Ne každý člověk má předpoklady tuto službu vykonávat, a pokud rodina či blízcí pacienta v tomto ohledu nemohou, nebo nechtějí spolupracovat, je povinností každého zařízení tuto službu zajistit.

Možnost doprovázení jako takového je výsadou hospice. Péče v tomto směru nejen o pacienty, ale i o jejich příbuzné je na dobré úrovni. Pokud personál vidí, že pacient umírá a příbuzní chtějí být u něj, zavolá jim. Ani ostatní pacienti nezůstávají v posledních chvílích

<sup>45</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi. Rady nemocným*. Praha: Avicenum, 1989. s. 74, 45

<sup>46</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=203> (cit. 20. 3. 2008)

<sup>47</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce, 1995. s. 16

osamoceni. Personál se snaží být s nimi, držet je za ruku. Po jejich smrti podává informace pozůstalým, co vše je nutné zařídit, a posílá za čtvrt, půl roku a rok pohled jako vzpomínku na jejich blízkého. V LDN jsem se s tímto nesetkala, i když jsou zde pacienti, kteří by tuto možnost určitě potřebovali a uvítali. A nejen oni, ale i jejich příbuzní. Pacient i jeho příbuzní potřebují vědět, že nejsou v těžké situaci sami a že se mají o koho opřít. V tom by personál měl být nápomocen a nerozdělovat pacienta a rodinu omezenými návštěvními hodinami, nebo omezenou komunikací.

## 2.4. Potřeby spirituální

Spirituální potřeby člověka stále ještě nejsou v mnoha, zejména státních institucích zohledňovány i přesto, že pro nemocné a umírající jsou velmi důležitou složkou života. „*Nejednou se nemocný snaží vypořádat v tomto období se smyslem svého života. Duchovní potřeby nejsou vlastní jenom lidem věřícím, jak by to možná sám název napovídal, ale jejich uspokojování se ukázalo být důležitým pro každého pacienta. Můžeme zde dále řadit respektování lidské důstojnosti, blízký lidský kontakt nemocného s dalšími lidmi, potřeba žít plně až do konce...*“<sup>48</sup> Člověk v této fázi života často také řeší otázku viny a odpuštění. Nikdy bychom proto neměli bránit člověku vyřešit si své záležitosti, např. ve vztazích, protože i to mu může pomoci v klidu odejít.

### 2.4.1. Duchovní péče

Duchovní péče o nemocné a umírající je v České republice poskytována pouze v některých zařízeních. „*V České republice není duchovenská péče ve zdravotnických zařízeních ani samozřejmostí ani není nijak organizována. Na rozdíl od nemocnic v západní Evropě, kde je duchovenská služba běžnou součástí nemocničního provozu. Je však rozdílné i postavení duchovního ve společnosti a to, jak na něj společnost pohlíží.*“<sup>49</sup> I přesto lze říci, že duchovní péče o nemocné a umírající v institucích je na vzestupu. Dříve, když lidé umírali doma, byla návštěva duchovního u lůžka nemocného běžná. Nyní v institucích, je potřeba, aby tato návštěva byla pacientům podle jejich přání zprostředkována a aby samotná instituce tuto službu podporovala, např. umožněním pravidelných bohoslužeb apod. „*Je tedy třeba na jedné straně umožnit co nejlepší a*

<sup>48</sup> <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> (cit. 22. 5. 2009)

<sup>49</sup> *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních* Praha: Synodní rada ČCE, 2000. s. 6



nejúčinnější službu duchovního nemocnému, na druhé straně ale není dobré na něho přesunout veškerou starost o duchovní stav nemocného. Kněz je jistě nezastupitelný v udílení svátostí, zejména svátosti pokání a pomazání nemocných, a jakožto farář nebo nemocniční kaplan má odpovědnost nejen za vykonávání, ale i za organizování péče o nemocné v obvodu, který je mu svěřen. Na druhé straně je ale třeba uznat, že nikdo nemá všechny dary Ducha, takže dar potěšovat nemocné, vzbuzovat důvěru nebo posilovat v utrpení může mít ve větší míře někdo jiný, než kněz. Je úkolem faráře, aby taková obdarování pomohl rozpoznávat a napomáhal k jejich využití v konkrétní službě. Péče o ty, kdo v péči o nemocné pomáhají nebo ji konají jako své hlavní povolání, je potom také úkolem faráře (nemocničního kaplana), nebo jiné, biskupem pověřené osoby.<sup>50</sup> Kvalita duchovní péče závisí také na personálu instituce, který je s pacientem nejčastěji ve styku. Právě personál může rozpoznat potřebu duchovní péče např. při komunikaci s klientem nebo příbuznými a blízkými. Není pravidlem, že duchovní péče je poskytována pouze věřícím pacientům. Její potřebu mohou cítit v těžkých chvílích i pacienti nevěřící a je vždy povinností personálu, aby přání pacienta ať už hovořit o duchovních záležitostech nebo zprostředkování návštěvy duchovního splnil. *Přístup duchovního k lidem, kteří se nehlásí k žádné víře, bývá složitý, ale je, až na výjimky, vítaný, a to z několika důvodů. Mnozí lidé se sice považují za nevěřící, ale při osobním rozhovoru s duchovním vyjde najevo, že vlastně v něco věří, jen nejsou schopni nebo ochotni přihlásit se k určité konkrétní církvi.*<sup>51</sup> Proto neodmítáme službu žádnému pacientovi, který o ni žádá, protože právě u něj, může vést k vyřešení mnoha záležitostí. „V duchovní péči o umírající jde o pomoc přijmout nevyhnutelnou skutečnost, vyrovnat se s ní – nejen ji akceptovat, ale smířit se s tím, co přichází – přijmout ji ve víře v zaslíbení života věčného.“<sup>52</sup>

Problematika duchovní péče je jednoznačná v hospici, kde má pacient možnost návštěvy duchovního kdykoliv, a je zde samozřejmě respektováno jeho vyznání. Hospic navštěvuje také jednou týdně pastorační pracovnice, která s pacienty hovoří a zjišťuje jejich názory na víru, vyznání, smysl jejich života atp. Pokud však pacient nemá zájem, nikdo ho do takového rozhovoru nenutí. Jestliže je pacient věřící, měl by mít v obou zařízeních možnost na náležité úkony: „Svátost smíření – pokání. Prvky této svátosti jsou čtyři: zpytování svědomí a lítost spojená s předsevzetím se polepšit, vyznání hříchů zákonnému udělovateli, rozhřešení od téhož udělovatele a zadostiučinění za spáchání

---

<sup>50</sup> [http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel\\_char=N&sel\\_tema=111&sel\\_podtema=651&sel\\_text=1512](http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=N&sel_tema=111&sel_podtema=651&sel_text=1512) (cit. 22. 5. 2009)

<sup>51</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. s. 174

<sup>52</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cest*. Praha: Návrat domů, 1995. s. 51

*hříchů spojené s případným odčiněním škody. Udělovatelem svátosti smíření je pouze kněz. Svátost pomazání nemocných, dřívější název „poslední pomazání“. Uděluje se vážně nemocným osobám pro ulehčení i pro uzdravení. Kněz (biskup) udílí pomazání posvěceným olejem společně s příslušnou slovní formulí způsobem uvedeným v liturgické knize „Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné“. Udělování této svátosti doprovází umožnění svátosti smíření a podání Eucharistie, a to většinou v pořadí, které kopíruje schéma tří iniciačních svátostí: svátost smíření, pomazání nemocných, zaopatření = Eucharistie. Je-li vědomí pacienta zastřeno, uděluje se pouze pomazání nemocných a to i v případě pochybností, zdali je mrtev.“<sup>53</sup> V dnešní době, kdy se rozšiřuje počet nemocničních kaplanů, by se stále ještě dalo říci, že jich je nedostatek. Nemám zkušenosti s tím, že by do LDN docházel nějaký duchovní, a pokud ano, vždy to spíše zajišťovali příbuzní pacienta.*

#### **2.4.2. Místo ke ztišení**

Kaple nebo místa, kde se mohou konat bohoslužby, jsou v zařízení LDN velmi různorodá, stejně jako přístup personálu k těmto aktivitám. Mgr. K. Vaníčková říká: *„Sama jsem se jako zdravotní sestra setkala se značně nevraživým přijetím kněze v jedné léčebně dlouhodobě nemocných, který musel bohoslužby sloužit na chodbě léčebny, ačkoli v suterénu budovy byly pěkné a nevyužité společenské prostory. Také neochota personálu odvézt nechodící klienty na bohoslužby byla poněkud zarážející, ačkoli v té době neměl personál co na práci. Kontrastem jsou pak nemocnice, které umožňují pravidelné bohoslužby ve vyhrazených prostorách, a klienty na tuto možnost upozorňují letáčky.“<sup>54</sup> Je velická škoda, že ve většině nemocničních zařízení stále ještě nejsou kaple nebo modlitebny, kde by se konaly alespoň jednou týdně pro klienty bohoslužby. Nejde jen o ty věřící, kteří často při dlouhodobém pobytu cítí potřebu slyšet Boží slovo, ale i o ty, kteří ve své nemoci hledají smysl- smysl svého utrpení, smysl svého života, a mohou ho najít právě na tomto místě.*

V hospicích se bohoslužba běžně koná několikrát týdně a lidé si mohou sami zvolit, zda na ni chtějí jít, nebo nikoliv. Kaple je většinou v areálu hospice a proto mohou být na bohoslužby dopravováni i ležící pacienti s postelí. Podle mého je to důležitá součást procesu umírání a smíření se s nemocí. *„V úterý, ve čtvrtek a v sobotu se v místní kapli, která se jednoduchým přepažením změní v běžnou seminární místnost, konají katolické*

<sup>53</sup> TRETERA, R., J. *Konfesiční právo a církevní právo*. Praha: Jan Krigl, 1997. s. 217, 218, 219

<sup>54</sup> <http://www.hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm> (cit. 22. 5. 2009)



*mše, jednou za čas také bohoslužba ekumenická. I když je přítomnost víry v litoměřickém hospici patrná, není zařízení v žádném případě uzavřené nevěřícím nebo lidem jiného než katolického vyznání“<sup>55</sup> říká ředitel Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích.*

### **2.4.3. Hodnotová orientace**

Hodnoty člověka se s výskytem a postupující nemocí velice rychle mění. To, co pro klienta bylo důležité, než byl hospitalizovaný, je najednou nepodstatné, většinou přichází doba, kdy je důležité zdraví jeho příbuzných, to, aby se měli dobře. Na druhé straně klient přemýšlí o svém vlastním životě, o tom, proč zrovna on je nemocný a co se s ním bude dít dál. Zde je velmi důležitá spolupráce a opora rodiny. *„Spirituaální hodnoty jsou obtížně sdělitelné a druhému do značné míry nepřístupné hloubky bytí a životních jistot člověka, které během života hledá a opírá se o ně. Tyto hodnoty mají tendenci přesahovat vše, co běžný lidský život obsahuje. Pro někoho jsou tyto hlubiny spíš "něčím" (hlubiny duše, osud, apod.), pro jiného jsou místem setkání s "někým" (s tím, koho tuší, ale neumí ho nazvat; s nejhlubším tajemstvím, s Bohem).<sup>56</sup> Lidé často o svých pocitech, problémech hovořit nechtějí. Respektujeme jejich postoj, a i když je zřetelné, že je něco trápí, nenutíme je o tom mluvit, spíše mlčky přisedneme, nebo hovoříme o jiném tématu. Problematika hodnotové orientace je úzce spojena s duchovní péčí, a tak pokud to pacient vyžaduje, zprostředkujeme návštěvu duchovního. V určitých případech zprostředkujeme návštěvu psychologa, nebo psychiatra. „Potřeba zorientovat se v těžké životní situaci a vyrovnat se s ní je tak velká, že jednotliví nemocní buď aktivně vyhledávají, nebo vstřícně vítají nabídnutý rozhovor.“<sup>57</sup> Rodina pacienta, je častokrát nápomocnější, než ostatní intervence, a proto také jí poskytujeme podporu v tomto období. Pomáháme jí se vypořádat s existenciálními a spirituálními problémy a případně nabízíme další možnosti pomoci. U umírajících pacientů je často viditelný zájem o hodnoty života. „Kde jde o hluboce věřícího člověka, je vhodné ujistit umírajícího o platnosti všech Božích zaslíbení. Tím můžeme umírajícího povzbudit, potěšit a uklidnit. Tam kde umírající stojí na pokraji víry, doporučuje R.E.O. White (1976) zaměřit se na sdělení radostné zvěsti – evangelia.“<sup>58</sup>*

---

<sup>55</sup> <http://www.ta-gita.cz/publicistico/domu-pro-dustojne-umirani-je-malo/> (cit. 19. 3. 2008)

<sup>56</sup> [http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel\\_char=N&sel\\_tema=111&sel\\_podtema=534&sel\\_text=2135](http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=N&sel_tema=111&sel_podtema=534&sel_text=2135) (cit. 26. 5. 2009)

<sup>57</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. s. 175

<sup>58</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. s. 57, 58

#### 2.4.4. Pocit viny a odpuštění

Pocit viny je běžnou součástí lidského života. V období nemoci však o vině přemýšlíme více, máme pocit jisté spoluúčasti na nemoci. „*Dříve či později si nemocný položí otázku viny, a to ve dvojí poloze. Jednak se ptá: čím je způsobena moje nemoc, kde je ten viník, který je za ni zodpovědný, jednak vznáší dotaz, jaký podíl mohl mít, nebo měl na vzniku celé situace on sám. Je nezbytné ujistit nemocného i jeho rodinu, že jsou zcela bez viny.*“<sup>59</sup>

V duchovním rozhovoru je však potřeba rozlišit, za kterou vinu odpovídá klient a nabídnout mu smíření. Pro nemocného či umírajícího člověka je opět důležitá komunikace, která mu může napomoci některé jeho pocity viny vyřešit. Horší je, pokud člověk některé věci již vyřešit nemůže a v tuto chvíli se mu snažíme pomoci např. modlitbou, ujištěním o boží lásce atd. „*Bůh nejen promíjí, nýbrž je stvořitelem, který nově tvoří. Existuje mnoho možností odpuštění hříchů. Kde člověk žije a jedná z víry, znamená to příklon k Bohu. Avšak kdekoliv se člověk přiklání k Bohu, tam jeho odpouštějící síla již působí. Proto se děje odpuštění hříchů v modlitbě, ve čtení Písma svatého, ve společné oslavě mše svaté, v usmíření s druhými, ve skutcích lásky k bližnímu. Není žádná vina, která by neměla být odpuštěna, jestliže se obrátím.*“<sup>60</sup>

Otázka viny a odpuštění je zvláště u nemocných pacientů velice důležitá. V hospici se čas od času stává, že ať dělá personál, co dělá, pacient je stále nespokojený, bolest se nedaří utlumit ani zvyšujícími se dávkami léků apod. Musíme proto hledat příčinu někde jinde. Člověk není stroj a ne vše se dá vyléčit jen léky, ale je potřeba hledat. Zvláště u umírajících pacientů je to velice důležité pro jejich klidné umírání. Člověk potřebuje vědět, že je se všemi smířený, že mu odpustili jeho hříchy a špatnosti, aby mohl v klidu odejít. Doporučuji přečíst si knihu *Poslední dary* do Maggie Callananové a Patricie Kelleyové, která popisuje hlavně vědomí blízkosti smrti, ale i problémy, které mohou nastat v procesu umírání. V LDN je to složitější, řekla bych, že zde se hledá na vše spíše medikace než dobré slovo. Člověk, který trpí pocity viny, je na to sám, pokud nemá rodinu, která je mu oporou, jelikož na jeho trápení zde není čas. A tak člověk leží hodiny v pokoji, může sice komunikovat se spolubydlícím, což vnímám někdy jako velkou výhodu, pokud naleznou vzájemné sympatie, ale přece jen pocity viny stále zůstávají. Je proto nutné, aby bylo více času na duševní problémy člověka, aby mu bylo umožněno nalézt odpuštění, protože duševní stav se úzce pojí se stavem fyzickým a o ten přece v tomto zařízení jde především.

---

<sup>59</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985. s. 157, 159

<sup>60</sup> [http://www.farnostbrumov.ic.cz/Miroslav\\_materialy/Svatost\\_smireni/vinahrichodpustenizpoved.htm](http://www.farnostbrumov.ic.cz/Miroslav_materialy/Svatost_smireni/vinahrichodpustenizpoved.htm) (cit. 26. 5. 2009)

*„Velikou úlevou je, když ten, koho trápí vina, má někoho, komu může naprosto důvěřovat a jemu se svěřit. Že smí věřit v odpouštění a toto odpuštění druhému tlumočit a sám je přijmout. Není proto marné vyzvat pacienta a zeptat se ho, zda ho něco netrápí, zda by se s něčím nechtěl svěřit, aby se mu ulevilo.“<sup>61</sup>*

---

<sup>61</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů. Praha, 1995. s. 28

## **3. Výzkumná část**

### **3.1. Cíl výzkumu**

Prvním cílem výzkumu je zjistit současné nedostatky v naplňování potřeb pacientů, personálu a příbuzných pacientů v LDN a v lůžkovém hospici. Tímto bych chtěla osvětlit potřeby, které personál vidí, jako neuspokojené, a které je potřeba zlepšit. Rezervu tohoto výzkumu vidím v dotazníkovém šetření u příbuzných či pacientů samých.

Dále je přiložen analytický komentář k rozhovorům, které byly provedeny s mužem a ženou a zaměřují se na problematiku LDN a hospiců. Tento analytický komentář má za cíl poukázat na názory veřejnosti na tuto problematiku.

Třetím cílem výzkumu je doporučit na základě získaných výsledků LDN i lůžkovému hospici opatření, které by zlepšily péči o pacienta, příbuzné i personál zařízení.

### **3.2. Hypotézy**

Hypotéza číslo 1: v LDN nejsou naplňovány duchovní potřeby pacientů, tzn., není zde možnost návštěvy kaple, přítomnost duchovního na požádání pacienta atd.

Hypotéza číslo 2: personál v LDN se setkává s umírajícími pacienty denně, více jak v 20% odpovědí.

Hypotéza číslo 3: Personál v LDN nemá možnost odborného poradenství (psycholog, supervize).

Hypotéza č. 4: pracovníci v LDN nejsou ochotni nabídnout příbuzným pacientů dostatek informací jak pečovat o svého blízkého.

Hypotéza číslo 5: Veřejnost by v případě nemoci volila raději hospic nežli LDN.

Hypotézy byly stanoveny na základě vlastních zkušeností získaných v průběhu praxí a exkurzí v různých LDN a hospicích o rozsahu cca 600 hodin v období od května 2006 do prosince 2008. Náplní praxí byla zejména přímá péče o pacienty, spolupráce s personálem při vykonávání základních ošetrovatelských úkonů, rozhovory s pracovníky a studium dokumentů dostupných v těchto zařízeních. Hypotézy byly také stanoveny na základě studia odborné literatury spojené s touto problematikou.

### **3.3. Použitá vyšetřovací metoda**

Ve výzkumné části jsem pro splnění prvního cíle použila kvantitativní metodu a to dotazníkové šetření u personálu zařízení. Jelikož výzkum bude realizován v zařízeních LDN a hospicích, pro zdravotní stav klientů není možné provádět výzkum kvalitativní. Výhody kvantitativního výzkumu vidím v tom, že dotazovaný, bude mít k zodpovězení otázek svobodnou volbu času a bude tedy dotazník moci vyplnit např. ve volné chvíli. V tomto případě je také vyloučen jakýkoliv vliv mne, jako tazatele na odpovědi dotazovaného. S tím také souvisí soukromí při vyplňování dotazníku, které může zvýšit upřímnost odpovědí, a mohou být zodpovězeny také důvěrnější otázky. Dotazníky budou osobně předány vrchním sestřám těchto zařízení současně se sběrnými krabicemi. Ty je umístí na vhodně zvolené místo. Respondent po vyplnění vhodí dotazník do této krabice, čímž bude zajištěna jeho naprostá anonymita. Sběrné krabice budou po uplynutí doby určené k vyplnění dotazníku předány vrchní sestrou zpět do mých rukou a následně budou dotazníky vyhodnoceny. Dotazníky budou mít dvojí funkci:

    Za prvé zjistí, jaké rozdíly jsou v naplňování potřeb pacientů, příbuzných a personálu v LDN a v lůžkovém hospici.

    Za druhé určí kvalitu péče v LDN a v lůžkovém hospici.

Rozhovory, které budou provedeny, a následně k nim bude zpracován analytický komentář, zastupují metodu kvalitativního výzkumu. Rozhovory budou prováděny s mužem a ženou, kteří budou náhodně vybraní a budou zaměřeny na problematiku LDN a hospiců. Rozhovory by měly ukázat názor veřejnosti na tuto problematiku. Úplné znění otázek a odpovědí při rozhovoru je možné nalézt na příloženém CD.

### **3.4. Volba vzorku a jeho charakteristiky**

Vzorek respondentů byl vybrán z řad ošetřujících pracovníků a zdravotních sester, tedy personálu, který je v přímém styku s pacienty i jejich příbuznými. Náplň práce zdravotní sestry je velmi rozmanitá. Základní náplní práce všeobecné sestry je komplexní celostně zaměřená ošetrovatelská péče o klienta. Ošetrovatelským personálem jsou pracovníci, kteří se pod odborným dohledem sestry nebo lékaře podílí na poskytování léčebné, neodkladné a ošetrovatelské péče. Tito pracovníci musí mít úspěšně absolvovaný ošetrovatelský kurz. Dotazníkové šetření bylo provedeno ve dvou LDN a dvou hospicích.

Dotazník byl konstruován především uzavřenými otázkami, na konci každé části však bylo možné doplnit svůj názor v otázce otevřené.

Vzorek pro rozhovory byl vybrán náhodně, avšak s nutným předpokladem muže a ženy, kde v závěru analytického komentáře můžeme vidět rozdílné názory na problematiku LDN a hospiců.

### 3.5. Způsob zpracování

Pro zpracování výsledků bude použita vlastní logika a Graf aplikace Microsoft Graph.

### 3.6. Výsledky výzkumu

Dotazníky byly rozdány ve 100 vyhotoveních, tedy 25 kusů na jedno zařízení. Návratnost byla 70%. Odpovědělo 45 respondentů z LDN a 25 respondentů z hospiců. Výsledky dotazníkového šetření jsou uvedeny v procentech. Grafy jsou rozdělené na dvě kategorie, kde počet navrácených dotazníků z každé kategorie (tedy 45 a 25) tvoří 100%.

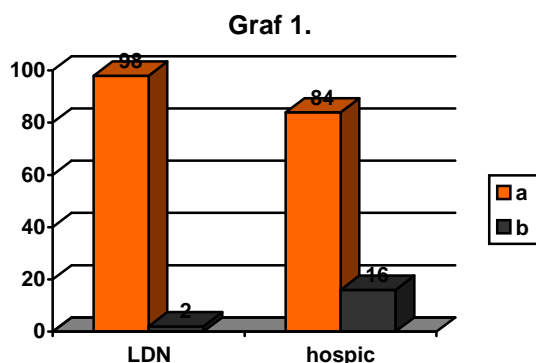
Rozhovory byly splněny 100% účastí zvolených respondentů.

#### 3.6.1. Dotazníkové šetření

##### Úvodní část

##### 1. Pohlaví:

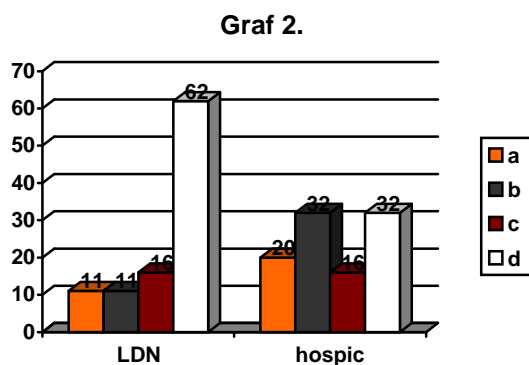
- a) žena
- b) muž



*Komentář:* Na grafu vidíme, že převážná většina personálu v LDN i v hospicích jsou ženy. Dále můžeme říci, že v hospicích je více mužského personálu nežli v LDN.

## 2. Délka praxe ve zdravotnictví:

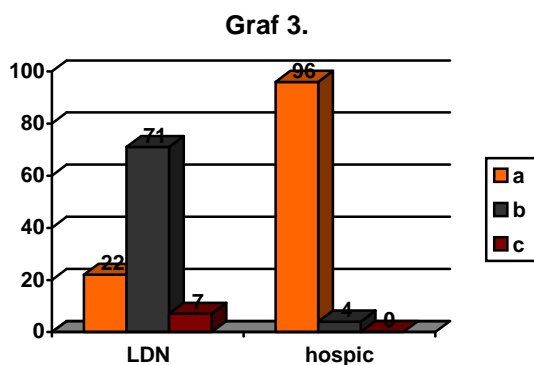
- a) méně než pět let
- b) 5-10 let
- c) 10-15 let
- d) více než 15 let



*Komentář: Délka praxe ve zdravotnictví je různá, překvapivé však je, že 62% personálu v LDN pracuje ve zdravotnictví více než 15 let, což také může úzce souviset se syndromem vyhoření v tomto povolání.*

## 3. Ve Vašem zařízení pracujete s umírajícími pacienty:

- a) často – denně
- b) méně často – několikrát v měsíci
- c) ojediněle



*Komentář: Na tomto grafu je dobře vidět, že i když LDN není zařízení určeno přímo pro umírající pacienty, 22% personálu s nimi denně pracuje a dalších 71% se s umírajícími setkává několikrát v měsíci. Na druhou stranu 4% personálu v hospicích odpovědělo, že se setkávají s umírajícími pacienty několikrát v měsíci, což by mohlo také ukazovat na dobrou péči v tomto zařízení.*

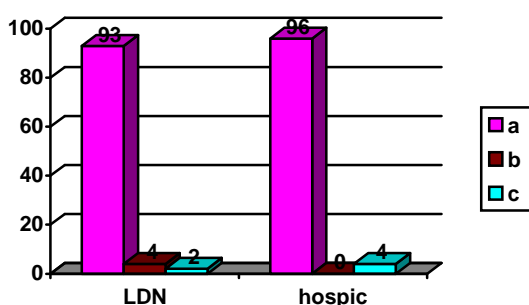
## Část 1.

### Uspokojování potřeb pacientů v zařízení

1. Při péči o pacienty je pro Vás nejdůležitější:

- a) zamezit utrpení a bolesti
- b) zajistit přítomnost blízké osoby
- c) zajistit příjemné prostředí

Graf 1.

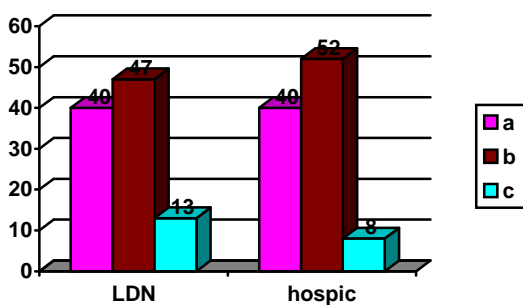


*Komentář: I když v této otázce většina respondentů odpovídala, že je pro ně v péči o pacienty nejdůležitější zamezit utrpení a bolesti, setkávala jsem se s názory, že všechny tři možnosti jsou velice důležité. O to ale právě v této otázce šlo, oddělit od důležitých věcí to nejdůležitější.*

2. Pokud pacient není schopen přijímat sám tekutiny, pomáháte mu s tímto úkonem:

- a) asi 2x za hodinu
- b) asi 1x za hodinu
- c) méně než jednou za hodinu

Graf 2.

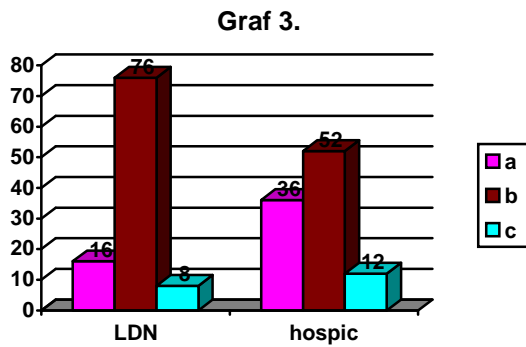


*Komentář: V této otázce jsou hodnoty téměř vyrovnané. Pracovníci se také shodli na tom, že tekutiny podávají hlavně podle potřeby pacienta.*

3. V rámci prevence dekubitů polohujete pacienty ve Vašem zařízení:

- a) vícekrát za 2 hodiny
- b) 1x za 2 hodiny
- c) méně

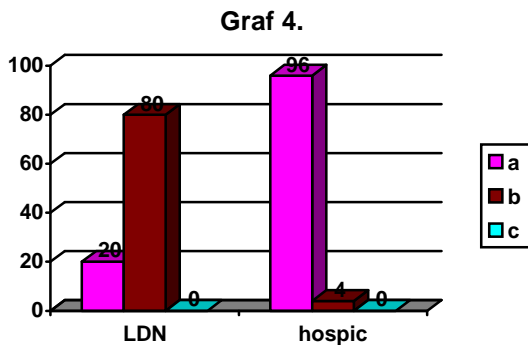




*Komentář: Na tomto grafu je vidět, že personál má velmi dobré znalosti o tom, jak často se má pacient polohovat, a doufejme, že to tak opravdu dělá. I v tomto případě, stejně jako v případě pomoci při přijímání tekutin je polohování individuální záležitostí.*

4. Léky proti bolesti dostává pacient:

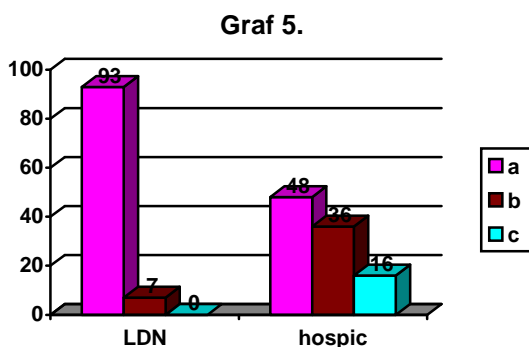
- a) vždy pokud má bolesti
- b) pouze pokud je předepsal lékař
- c) jen ve výjimečných případech



*Komentář: Zde je situace odlišná. V hospicích dostává pacient léky proti bolesti téměř vždy, pokud má bolesti, avšak musí to mít předepsané od lékaře. V LDN dostává pacient léky proti bolesti pouze v určený čas, a pokud má bolesti v mezidobí, je to problém. Setkala jsem se i s tím, že pokud jeden pacient bolesti neměl a léky proti bolesti mu předepsány byly, zatímco druhý měl bolesti, daly se mu léky prvního pacienta, který neměl bolesti.*

5. Ve vašem zařízení má pacient možnost rehabilitace:

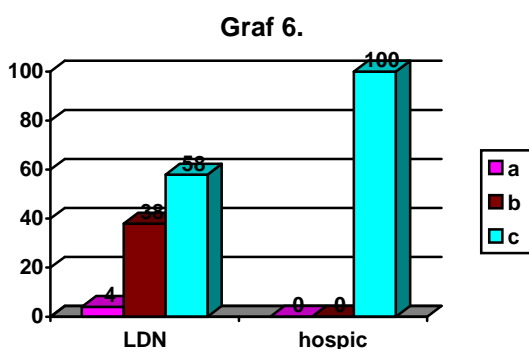
- a) 3x-4x týdně
- b) 1x-2x týdně
- c) nemá možnost



*Komentář: LDN zde jasně ukázaly svůj cíl a zvolily v 93% možnost a). Ve skutečnosti je rehabilitace v LDN někdy častější a to každý všední den, tedy i 5x týdně. V hospicích je rehabilitace spíše individuální a podle toho lze soudit tyto výsledky*

6. Protokol o pádu pacienta sepisujete průměrně:

- a) vícekrát než 4x do měsíce
- b) 2x-3x do měsíce
- c) jednou nebo vůbec v měsíci



*Komentář: Zatímco v hospicích sepisují protokol o pádu pacienta jednou nebo vůbec v měsíci v 100%, v LDN mají jiné zkušenosti. S pády pacientů se setkávají dokonce i vícekrát než 4x v měsíci ve 4% odpovědích. Přesto by se dalo říci, že 58% odpovědí bylo uspokojivých.*

7. Lidská důstojnost je pro Vás:

Většina respondentů LDN odpovídala, že lidská důstojnost je pro ně:

- zacházení s pacientem jako s člověkem
- vším a na 1. místě, důležitá, prioritou, samozřejmostí, základem
- nepostradatelná – právo má mít každý občan na důstojné chování personálu
- prvořadá – snažit se vcítit do pocitů pacienta a chovat se k němu tak, jak bych si to představovala, kdybych byla na jeho místě já
- zachování lidského já, zachování identity pacienta, zachování soukromí
- potřebná – bez ní to nejde
- zachování všech potřeb umírajícího člověka a kontakt se svou rodinou, zachování soukromí a klidu
- každý člověk je individualita, má své potřeby a zájmy, pochopení a lidský přístup k nemocným

- lidská důstojnost je slovo velmi vzácné. Pro mne při této práci to hlavně znamená, aby člověk netrpěl a neměl velké bolesti. Je to také o soukromí nemocného člověka a právu důstojného stárnutí. Snažíme se, aby každý, kdo k nám přijde, se cítil důstojně, ale také všichni dobře víme, že to nejde vždy a za všech podmínek. Z toho plyne, že všichni jsme jen „lidské bytosti“. Lidská důstojnost by měla být v každém věku důležitá.
- hlavně, aby se starala rodina o matku a otce a nebyli v nemocnici a sami umírali bez péče rodiny

V hospicích odpovídali takto:

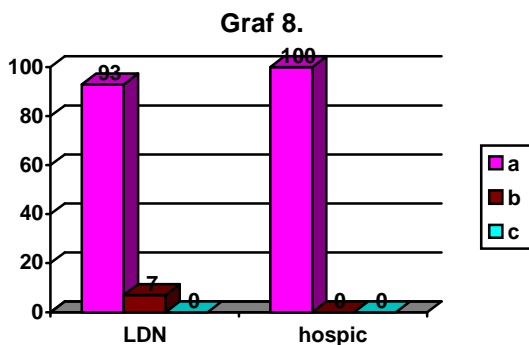
- zajištění intimity, oslovení pane /paní/, možnost pacienta projevit souhlas, nesouhlas, informovanost
- důležitá součást v přístupu k pacientům
- zacházet a jednat s pacientem tak, jak bych chtěla, aby jednali jiní jako s nemocným se mnou
- na 1. místě, individuální, jedna z hlavních zásad, důležitá samozřejmost, jedna z nejdůležitějších věcí
- zachování intimity, lidské jedinečnosti, jednání ze strany ošetřujícího personálu jako ke svéprávnému člověku s nárokem na konkrétní potřeby
- respektování mé osoby, hodnot, názorů i vyznání, chápání mé osoby jako celistvé osoby v kontinuu minulosti, současnosti i budoucnosti
- respektování potřeb pacienta po bio-psycho-soch a spirituální stránce

### Komentář

*V obou zařízeních je pro pracovníky lidská důstojnost velice důležitá, na prvním místě a obecně lze říci, že jde o zachování určitých zásad, které pacientovi jeho důstojnost zanechávají. Jeden respondent z LDN dobře vystihl, že i pracovníci jsou lidské bytosti a zachování lidské důstojnosti u pacientů nejde splnit vždy, za všech podmínek.*

### 8. S pacienty komunikujete:

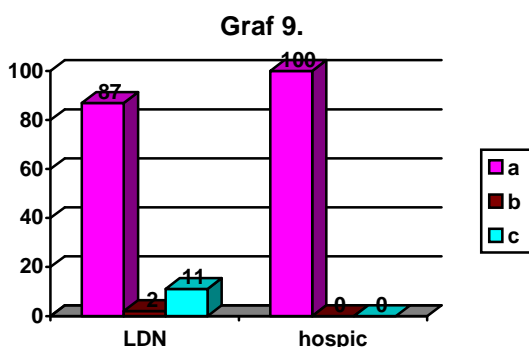
- a) často, vždy když máte volnou chvíli
- b) jen pokud je to nutné
- c) v komunikaci se jim vyhýbáte



*Komentář:* Tento graf je zcela jasný. 7% personálu, který komunikuje s pacienty, jen pokud je to nutné spojují se syndromem vyhoření, který pramení zřejmě z dlouholetého vykonávání zdravotnické praxe a zanedbávané prevence syndromu vyhoření nebo také z „vyhořelých norem“ na pracovišti.

9. Před přijetím do Vašeho zařízení:

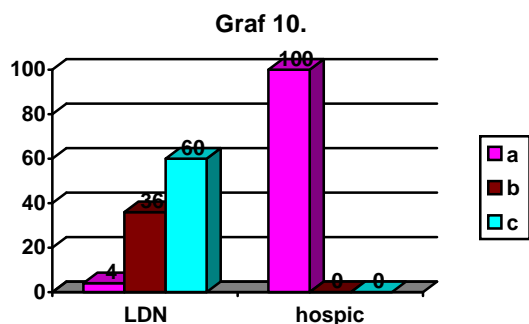
- a) musí pacienti podepsat písemný souhlas s přijetím do zařízení
- b) příbuzný musí souhlasit s přijetím pacienta do zařízení
- c) není potřeba žádný dokument k přijetí



*Komentář:* V hospicích je jasná potřeba písemného souhlasu k přijetí, pokud není klient schopný podpisu, podepisuje ho příbuzný. V LDN je však pacient přijímán často na doporučení lékaře, což nebylo uvedeno v možnostech. V 87% respondentů uvedli nutnost podepsat písemný souhlas s přijetím do zařízení.

10. Ve Vašem zařízení je možnost návštěv:

- a) kdykoliv během dne i noci
- b) jen v návštěvních hodinách
- c) dle domluvy s lékařem či personálem

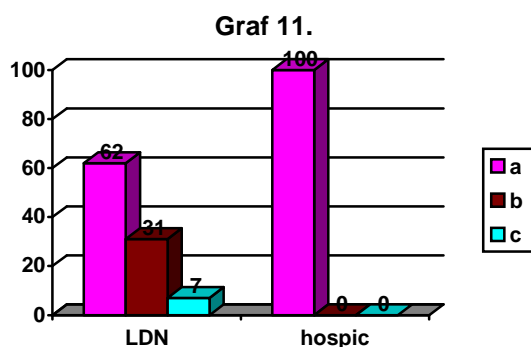


*Komentář:* V hospicích jsou návštěvní hodiny neomezené, proto je odpověď a) 100%. V LDN je potřeba dodržovat návštěvní hodiny, ale je zde také velká

možnost domluvit se s lékařem či personálem a navštívit svého blízkého i mimo ně.

11. Je-li pacient věřící:

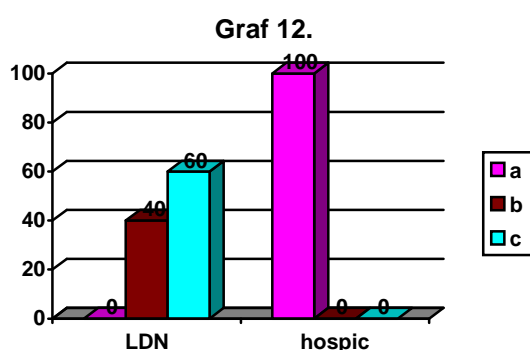
- a) vždy má možnost návštěvy duchovního
- b) duchovní přichází jen na žádost rodiny
- c) tuto možnost naše zařízení neposkytuje



*Komentář: Na grafu je jasně vidět možnost návštěvy duchovního v hospicích kdykoliv. V LDN je to v 62%, což je podle mého velmi dobrý výsledek. Pouhých 7% respondentů odpovědělo, že zařízení tuto možnost neposkytuje. V této odpovědi vidím rozpor mezi 2 jednotlivými zařízeními LDN.*

12. Ve Vašem zařízení má pacient možnost návštěvy kaple nebo bohoslužby:

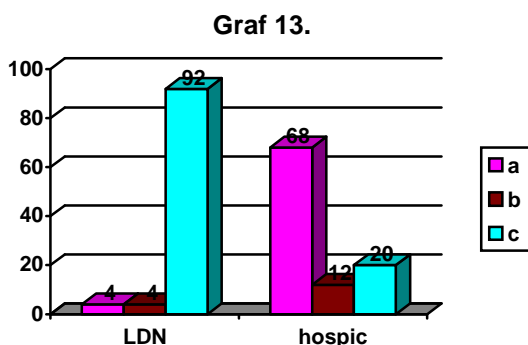
- a) ano (alespoň 1x týdně)
- b) ne, ale jsme ochotni zavolat na žádost duchovního
- c) nemáme zde takovou možnost



*Komentář: V hospicích je péče u duchovní potřeby pacientů jednoznačná. V LDN většinou možnost návštěvy kaple nebo bohoslužby nemají, v lepším případě jsou ochotni zavolat na žádost duchovního.*

13. Pacienti mají v zařízení možnost aktivit (dělňičky, ruční práce...):

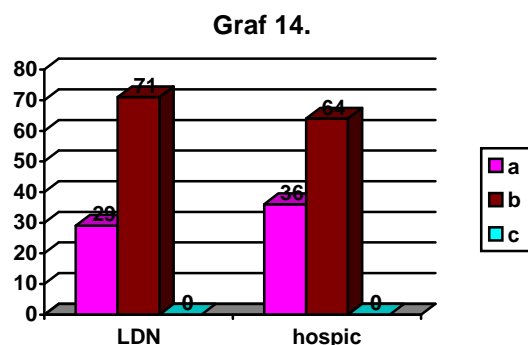
- a) 2x-4x týdně
- b) 1x týdně
- c) tuto možnost pacienti nemají



*Komentář: Aktivita pacientů jsou podle očekávání lépe zabezpečovány v hospicích, většinou zde mají program 2x-4x týdně, zatímco v LDN tuto možnost pacienti většinou nemají.*

14. Pokud bude pacient cizí národnosti:

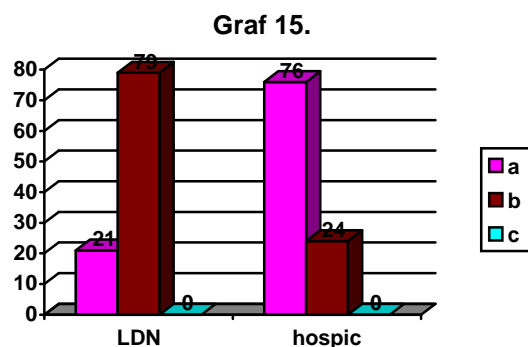
- a) jsme schopni zařídit tlumočnické služby
- b) snažíme se s ním domluvit sami
- c) nevyvineme žádnou aktivitu



*Komentář: V této otázce se zařízení opět většinou shodly. Problémy byly v tom, že se s takovým problémem respondenti hlavně v hospicích zatím nesečkali, takže usuzovali pouze podle toho, jak si mysleli, že by to mohlo být. Samozřejmě to, že se snaží personál s pacientem domluvit sám, není známka horší péče, než pokud by zařídil tlumočnické služby.*

15. Myslíte si, že péče o pacienty ve Vašem zařízení je:

- a) na velmi dobré úrovni
- b) dobrá, ale vždy je co vylepšovat
- c) není dobrá



*Komentář: Zde je vidět, že podle úsudku personálu bude péče o pacienty v hospicích na lepší úrovni než v LDN. V obou zařízeních je však co vylepšovat a ani v jednom není péče o pacienty podle úsudku respondentů špatná.*

## 16. Co by se podle Vás dalo zlepšit ve Vašem zařízení v péči o pacienty?

### LDN

- lepší vybavení oddělení, lepší pomůcky pro rehabilitaci, rehabilitační místnost
- ergoterapeut, psycholog, lepší dostupnost psychiatrických vyšetření
- více soukromí, pokoje po dvou pacientech, TV na pokoji, aktivní činnost pacientů, polohovací lůžka u všech pacientů, lepší hygienické pomůcky, úprava sprchovacích koutů pro pacienty
- dostatek antidekubitačních prostředků, dostatek zdravotnického materiálu, větší dostatek léků a převazového materiálu
- více personálu, více času na pacienty, zavedení skupinové péče, zvýšit počet SZP a NZP, sociální pracovník, který by zpříjemňoval volný čas pacientů, zřízení parku u nemocnice
- 

### Hospice

- rehabilitace, pomůcky (na rehabilitaci, hygienu, aktivity)
- více kulturních akcí, větší počet dobrovolníků, chybí spíše finanční prostředky než dobrá vůle
- rozhodně vždy je nutno pracovat na komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Vždy se dá zlepšovat péče o pacienty /např. zavést přístup bazální stimulace do ošetrovatelského procesu), zvýšit podíl základní rehabilitace, je-li to přání pacienta
- především začít vždy u sebe
- více členů a různorodost multidisciplinárního týmu (psycholog, dobrá rehabilitační sestra, lékař)

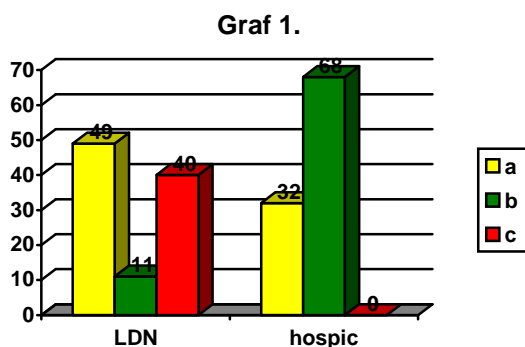
*Komentář: V zařízení LDN vidí pracovníci zlepšení v možnosti většího soukromí pacientů, TV na pokoji antidekubitačních prostředků atd., což u pracovníků hospiců nenalezneme, jelikož tyto služby svým pacientům již nabízejí. Obě zařízení by však potřebovaly více pomůcek pro pacienty, zlepšení rehabilitace, více personálu, a to souvisí samozřejmě s finančními prostředky těchto zařízení.*

## Část 2.

### Uspokojování potřeb personálu v zařízení

#### 1. Jako zaměstnanec zařízení máte možnost supervize:

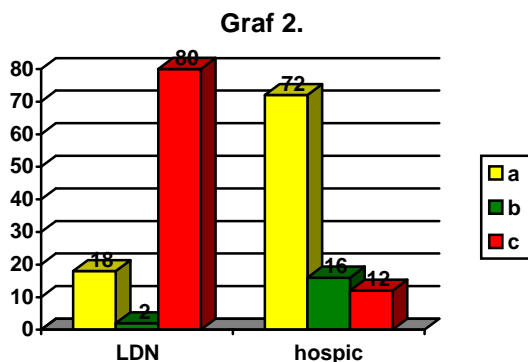
- a) kdykoliv (např. individuálně)
- b) 1x měsíčně (např. skupinově)
- c) nemám možnost



*Komentář: V hospicích je supervize v 68% 1x a to povinně s výjimkou personálu, který slouží, je po noční službě nebo má dovolenou. V LDN respondenti uvedli 49% možnost supervize kdykoli, ale zároveň v 40%, že možnost supervize nemají.*

#### 2. Psychologa máte možnost navštívit v zařízení:

- a) kdykoliv
- b) několikrát v měsíci
- c) nemám možnost

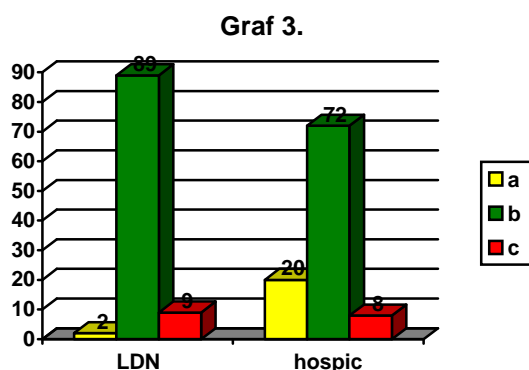


*Komentář: Zde je dobře vidět zajištění psychologa v zařízení. Zatímco v hospicích má personál v 72% možnost navštívit psychologa kdykoliv, v LDN naopak 80% personálu tuto možnost nemá.*

#### 3. Ve Vašem oboru jsou Vám nabízeny vzdělávací akce:

- a) v nadbytečném počtu
- b) v dostatečném počtu
- c) v nedostatečném počtu

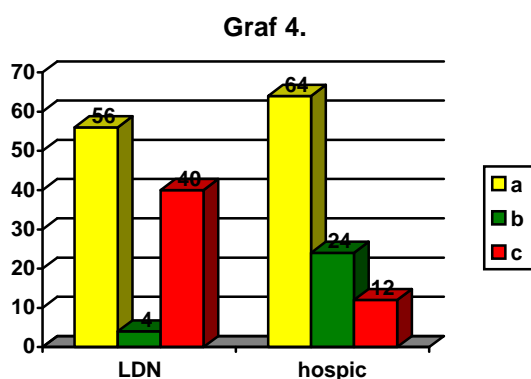




*Komentář:* V obou zařízeních jsou vzdělávací akce nabízeny v dostatečném počtu. Zajímavé by také bylo sledovat úroveň vzdělávacích akcí a spokojenost s nimi.

4. Zaměstnavatel Vám poskytuje možnost společných výletů či akcí:

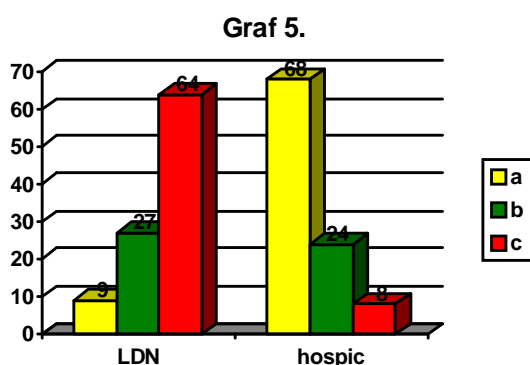
- a) 2x a vícekrát ročně
- b) 1x ročně
- c) neposkytuje tuto možnost



*Komentář:* Zaměstnavatelé v obou zařízeních poskytují možnost společných výletů či akcí převážně 2x a vícekrát ročně. V LDN ale i přesto 40% personálu odpovědělo, že zaměstnavatel tuto možnost neposkytuje.

5. Prevence syndromu vyhoření je ve vašem zařízení zajištěna:

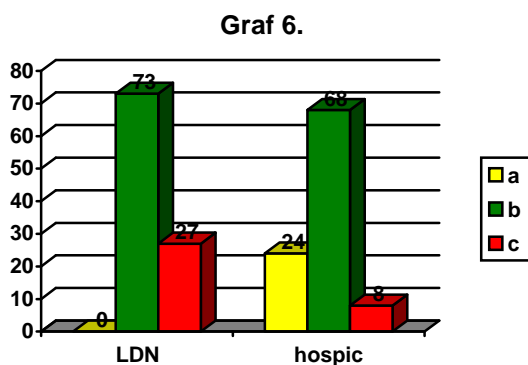
- a) dostačujícím způsobem
- b) dostačujícím způsobem, ale mohlo by to být lepší
- c) nedostačujícím způsobem



*Komentář:* Tato otázka je velice zajímavá. 64% personálu v LDN odpovědělo, že prevence syndromu vyhoření je zajištěna v zařízení nedostačujícím způsobem, naopak v hospicích je situace opačná. V obou typech zařízení je však co zlepšovat.

6. Myslíte si, že péče o personál ve Vašem zařízení je:

- a) na velmi dobré úrovni
- b) dobrá, ale vždy je co vylepšovat
- c) není dobrá



*Komentář: Personál obou zařízení se většinou shodl na tom, že péče o personál je dobrá, ale vždy je co vylepšovat, s rozdílem, že v hospicích je péče o personál v 24% na velmi dobré úrovni, kdežto v LDN je tato odpověď 0%. Péče není dobrá podle 27% personálu v LDN a 8% v hospicích.*

7. Co by se podle Vás dalo zlepšit ve Vašem zařízení v péči o personál?

LDN

- ochranné pomůcky (rukavice), týden dovolené navíc, zlepšení míst pro odpočinek
- zdravotní technika, která pomáhá při manipulaci s pacienty (polohování, koupání)
- kamery na pokojích, dostatek ošetrovatelského personálu
- příjemné a moderní vybavení oddělení
- rehabilitace, lázně, prevence syndromu vyhoření, akce s kolektivem, finanční ohodnocení, více vzdělávacích akcí pro SZP, psycholog, přístup k personálu
- vrácení dodatkové dovolené, lepší ocenění práce, nové uniformy
- individuální přístup

Hospice

- více společných akcí (vinný sklípek, výlety), teambuilding
- příspěvky na rehabilitaci, masáže, relaxace, finanční ohodnocení
- lepší komunikace s personálem, lepší podíl finanční participace vedení na vzdělávání personálu, lístky do posilovny, do bazénu

Komentář

*Zde je jednoznačné, že pracovníci LDN by pro sebe požadovali více pomůcek, které by jim usnadnily práci s pacienty na rozdíl od pracovníků hospice. V obou zařízeních je*

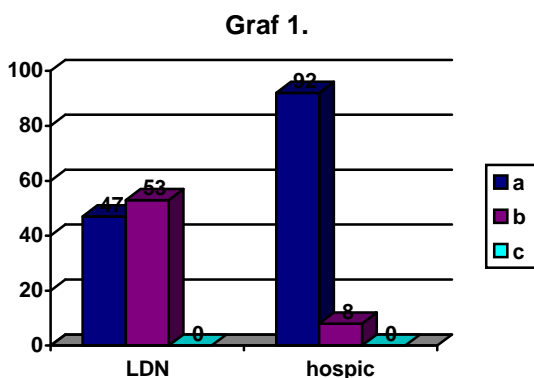
viditelný požadavek aktivit zajišťujících relaxaci, odpočinek, větší množství společných akcí či lepší finanční ohodnocení.

### Část 3.

#### Uspokojování potřeb příbuzných pacientů

##### 1. Příbuzní pacientů mohou hovořit o zdravotním stavu s lékařem či personálem:

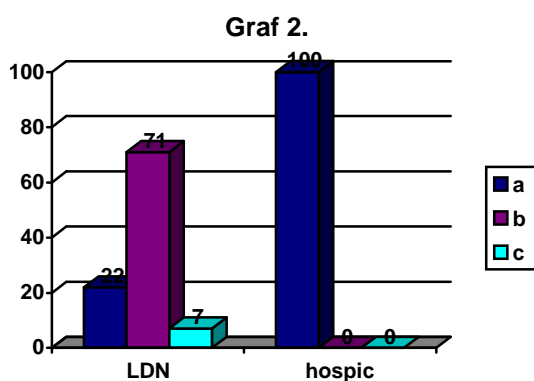
- a) kdykoliv
- b) po předběžné domluvě
- c) málokdy



*Komentář:* Na grafu je vidět, že příbuzní pacientů mohou hovořit o zdravotním stavu svého blízkého s lékařem či personálem v hospicích téměř kdykoliv, pouze v 8% po předběžné domluvě. V LDN je situace téměř vyrovnaná, záleží také na zařízení a ochotě personálu.

##### 2. Příbuzní mohou „doprovázet“ své blízké ve Vašem zařízení:

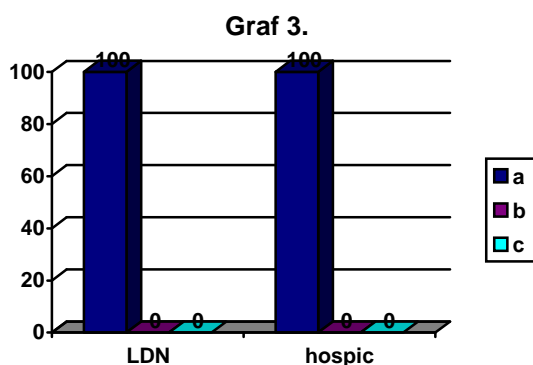
- a) kdykoliv
- b) jen po dohodě s personálem
- c) tuto možnost neposkytujeme



*Komentář:* Doprovázení blízkých je jasné v hospicové péči, kde odpovědělo 100% personálu možností „kdykoliv“. V LDN záleží převážně na dohodě s personálem, ale výsledek 22% odpovědí a) je velmi kladný. Nedostatek v této otázce vidím v možné neznalosti pojmu u personálu LDN.

3. Jste ochotni nabídnout příbuzným pacientů:

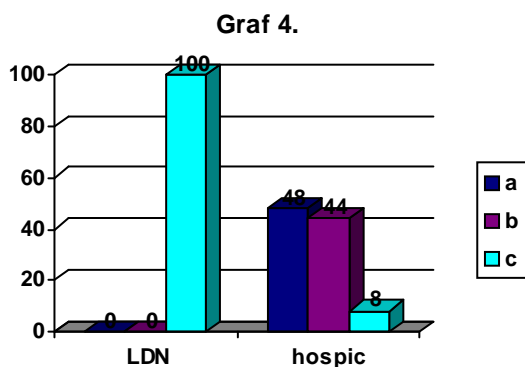
- a) dostatek informací jak pečovat o svého blízkého
- b) nemáme dostatek informací jak toto nabídnout
- c) nejsme ochotni



*Komentář: Obě zařízení poskytují dostatek informací příbuzným pacientů jak pečovat o svého blízkého ve 100%.*

4. Pokud pacient ve Vašem zařízení zemře, setkáváte se s příbuznými ještě:

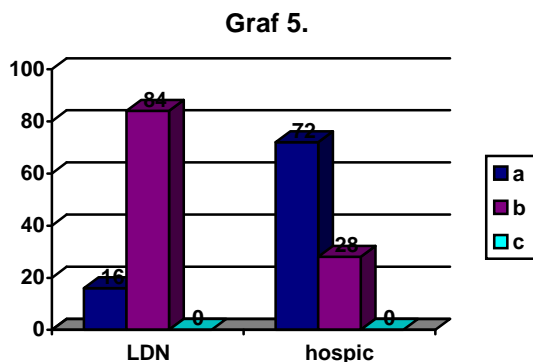
- a) více jak 2 roky
- b) 1-2 roky
- c) vůbec nebo pouze pár měsíců



*Komentář: Pokud pacient zemře v LDN, personál se s příbuznými nesetkává vůbec nebo pouze pár měsíců. V hospicích se personál většinou setkává s příbuznými více jak 2 roky nebo 1-2 roky.*

5. Myslíte si, že péče o příbuzné pacientů ve Vašem zařízení je:

- a) na velmi dobré úrovni
- b) dobrá, ale vždy je co vylepšovat
- c) není dobrá



*Komentář: Zde je opět vidět názor personálu zařízení. Personál v LDN si v 84% myslí, že péče o příbuzné pacientů je dobrá, ale vždy je co vylepšovat. 72% personálu v hospicích je toho názoru, že péče o příbuzné pacientů je na velmi dobré úrovni.*

## 6. Co by se podle Vás dalo zlepšit ve Vašem zařízení v péči o příbuzné pacientů?

### LDN

- příbuzní by chtěli více informací, více času na komunikaci s nimi, záleží na každém z nich
- na prvním místě je pacient – zde neřešíme péči o příbuzné, ale o pacienty
- větší informovanost o problematice pro příbuzné, pokud by zájem byl
- více informací o jiných zařízeních pro nemocné pacienty
- komunikace – ale ne každý příbuzný je komunikativní a spolupracuje s personálem, naopak bývají i krutí a agresivní
- vždy se dá něco vylepšit
- není prostor na péči krom rad, jak dál a nasměrování na odbornou péči
- delší návštěvní hodiny, přistýlka
- více informací, prostory pro setkávání, společenská místnost pro soukromí příbuzných pacientů
- příbuzní si vždy dokáží vydobýt, o co stojí a je v jejich zájmu

### Hospice

- lepší komunikace s rodinnými příslušníky, větší informovanost
- lepší kontakt po úmrtí blízkého člena rodiny, větší edukace rodinných příslušníků o průběhu nemoci blízké osoby, péče o ni, možnosti péče v domácím prostředí
- spolupráce v rámci ošetřovatelského procesu o pacienta
- empatičtější přístup k pozůstalým, psycholog, empatičtější duchovní
- vždy se to odvíjí od dané rodiny, zda mají zájem, či nikoliv, individuální přístup

### Komentář

*Obě zařízení se shodují ve zlepšení informovanosti rodinných příslušníků, ať už o možnosti zařízení, tak o nemocech pacientů. Nezapomínají ani na komunikaci a spolupráci s příbuznými pacientů.*

### **3.6.2. Analytický komentář k rozhovorům**

#### Téma a problém

Vybraným tématem bylo téma „Stáří“. Jako výzkumnou otázku z okruhu tohoto tématu jsem si vybrala otázku: „Jak vidím stáří.“ Chtěla bych tímto poukázat na problémy, obavy, plány lidí ve stáří a hlavně na jejich názor na instituce, které se zabývají péčí o staré a nemocné občany, jako je např. LDN nebo hospic.

#### Reflexe terénu

Rozhovory byly provedeny se ženou a mužem středního věku v jejich domácnostech a každý rozhovor trval 30 minut. Rozhovory v zařízení LDN nebo hospici by byly z důvodu zdravotních stavů pacientů jen těžko proveditelné a proto jsem volila takto. Podle mého, domácí prostředí obou respondentů přispělo k větší uvolněnosti při rozhovoru, i když respondentka N. byla trochu nervózní. Pokud srovnám oba rozhovory, respondentka N. hovořila spíše o své rodině, zkušenostech, zatím co respondent I. viděl problémy v systémovém řešení, zkušenosti z rodiny více nerozváděl, mluvil o nich jen povrchně a v závěru rozhovoru hovořil o svých zkušenostech ze zahraničí se zařízeními pro seniory.

#### Analýza problému

*Analýza rozhovoru 1 a 2.:*

respondentka Naděžda (N)

respondent Ivo (I)

#### Kód obavy:

N: Určitě, určitě se těším na důchod, někdy, ale určitě se netěším (.) na stáří (.) v slova smyslu stáří nemoce, stáří osamělost. (...)

N: určitě těch nemocí se dneska bojí (.) člověk, kterej je starej, mladej, dokonce se ho někdy bojejí i děti.

N: Takže, nemoc určitě je to, čeho se bojí člověk.

N: No, protože (.) (podle mýho) člověk si může říkat, že bude žít zdravě, že bude žít rozumně, že (.) si nebude sám ničit tělo, aby si přivodil nějaký nemoci. No ale, neubrání se určitě tomu, že ňáká ta nemoc přijde, ať už je, ať už za ní si sám člověk může, nebo je to nemoc, která je vyvolaná tou dnešní dobou, (.) vlivem různých (...)

N: Tak určitě jako, jako všichni se určitě nejvíc obávám rakoviny. Protože taky máme i rodinnou dispozici, tu nemáme zrovna nejlepší. Takže určitě týhle nemoci se obávám, a hlavně se teda obávám, aby třeba, že jo, protože má člověk děti, tak aby tou nemocí neonemocněly hlavně oni.

N: A nikdo z rodiny, ale potom když vidíte okolo, jak umírají děti, (.) tak člověk určitě se bojí asi nejvíce týhle nemoci no.

N: Určitě. Určitě asi sama že jo mam tři děti, tak určitě si myslím, že nejhorší teda pro tu matku je když přežije to svoje dítě jo.

N: Takže proto v tomhleto směru, si myslím, že já sama bych se nebála stáří, no nevím, nebo nemocí, ale mnohem víc bych se, BYCH TEDA nikdy nechtěla přežít svoje děti.

I: No tak, samozřejmě nemocí.

I: A v případě také (.) nemocí svých blízkých, že. To je jedno s druhým (.) Proč? No protože, hm, tyto problémy by nás omezovaly v těch aktivitách, o kterých jsem hovořil a za další by nás mohly i případně, kdyby se jednalo o, hm, nějaký závažnější, zejména zdravotní problémy tak třeba i rozdělit, že.

I: No tak vzhledem k nějaké dlouhodobé, dlouholeté praxi v nemocnici, člověk má (.) denně na očích, ale ty z okruhu nejbližších, tak asi nejzávažnější a největší protivník by mohl bejt onemocnění, mohlo bejt onemocnění rakovinou, pak jsou, pak můžou bejt kardiovaskulární problémy, kterých je, taky není zrovna málo. Takže asi tak, jsou to věci, který, jsou to spíš nemoci který obecně nejsou tak příliš léčitelné, pokud se třeba neodhalí jejich příčina včas, nebo pokud se neodhalí včas, ale pokud se třeba jedná o, o tu rakovinu, tak tam, tam je ten, to procento vyléčení asi nejmenší, a nebo právě z tý svý zkušenosti bych řekl že, to bych viděl jako největší problém. Ať už se to týká mě, nebo těch nejbližších právě.

I: No tak, hm, asi (.) asi je to (.) stejně jako u problémů, o kterých jsem mluvil na začátku, a to je to aby byli se svými blízkými, že jo, starší lidi, zvlášť potom v jakém prostředí se

pohybují, pokud někdo žije tak, že bydlí třeba v paneláku, kde má velice blízko ke svým nějakým známým nebo příbuzným, tak je to trochu snazší, než třeba člověk, který žije někde na vesnici a sám. A, a ten kontakt s těmi, s těmi blízkými nemá tak intenzivní, takže to je trápí asi dost hodně. (...)

I: No co k tomu dál. No jestli je trápí třeba, myšlenky na to aby třeba zvládli ty své nemoci, ty své neduhy tak, aby třeba zase neobtěžovali to svoje okolí, tak aby to dokázali zvládnout, (.) nevím co dál k tomu říct.

### Komentář

Oba respondenti se shodli na většině bodů v oblasti Obav, které by jim stáří mohlo přinést. Nejvíce se tedy obávají nemocí, na prvním místě rakoviny, respondent I. udává na druhém místě kardiovaskulární problémy. Oba mají obavy, aby neonemocněli samozřejmě oni, jejich děti, nebo někdo z rodiny. Respondentka uvádí, že by nikdy nechtěla přežít své dítě, a že tato situace musí být pro matku to nejhorší. Oba respondenti se shodli na obavách z osamělosti a potřebě nebýt nikomu na obtíž.

### Kód plány:

N: samozřejmě, každej máme určitě nějaký plány, který bysme chtěly si splnit teďkon, nějaký přání, a člověk ty přání pořád oddaluje, oddaluje, až nakonec řekne, dobře, já si to splním, až budu v důchodu. Splním si to v tom stáří. No otázka je právě ((ironicky)), jestli v tom stáří člověk nebude nemocný, jestli se dožije, toho, aby si mohl splnit ty přání, ty představy. Samozřejmě, že mam představy a nějaký přání.

N: Tak já si představuju, určitě bych teďkon v poslední době mě začlo bavit lyžování, nebo spíš běžky, takže já si představuju že, když budu mít víc času, a to zdravíčko bude sloužit, tak že se budu věnovat tomu běžkování, spíš i tomu cestování, možná třeba s vnoučatama. (.) Čtení.

I: Ty představy zatím asi nejsou tak úplně konkrétní ((směje se)) ale, určitě (.) strávit stáří bych si přál (.) v kruhu své rodiny samozřejmě. A pokud možno v jejím kruhu ne tak, aby jsem velice brzo musel odejít do nějakého pečovatelského domu, nebo domova důchodců nebo dalších zařízení, ale prostě abych to strávil se svými nejbližšími, co možná nejdéle.

I: No tak pokud to samozřejmě zdraví dovolí, tak (.) věnovat se jak už jsem říkal rodině, to znamená manželce, dětem a vnoučatům a potom pak samozřejmě svejm zálibám, což je zahrada, sport a tak dál.



### Komentář

Oba respondenti se opět shodli na několika bodech. Samozřejmě plány, které mají v úmyslu uskutečnit ve stáří, závisí na míře zdraví a schopnosti tyto plány vykonávat. Respondenti plánují sport, u N. ze sportu běhání, jinak cestování, čtení. Naopak I. by chtěl co nejdéle setrvat v kruhu rodiny, věnovat se zahradě, manželce, dětem, vnoučatům, na kterých se shodla i N.

### Kód dostatek zařízení pro seniory:

N: No tak jedine, já sem taková ta střední generace a myslím si, že v týchle době už se to určitě zlepšilo, protože si pamatuju, když třeba jsem měla prababičku a dostat jí do domova důchodů byl, důchodců byl strašně velký problém. A tenkrát vlastně nebyla, nebo nebylo to až takový, že se mohly ty děti postarat, a tak dneska třeba když jezdíme na chalupu k panimámě, tak je tam teď kon postavenej velmi dobrej, pěkněj dům seniorů. Ta kapacita si myslím, že na tu vesnici a na ty okolní vesnice úplně stačí. Pak, moje rodiče žijou v malym městečku, kde je taky (.) dům seniorů, takže jako z toho svýho okolí, mam pocit že (.) to není až tak nejhorší. Samozřejmě zatím jsem neměla zkušenost hledat místo pro nějakého svého příbuzného, takže zase nejsem tak informovaná, jestli ty místa jsou nebo nejsou. Nevim, ale mam pocit, že to tak zlý není.

I: (...) To je, to je otázka, (.) protože se v tom prostředí nepohybuju, protože ještě nejsem ten úplnej senior, tak (.) asi, asi jich není úplnej dostatek, ale zase otázka je, jestli ty co tady máme, jsou na takové úrovni aby, když už poskytují služby, tak aby ty služby byly na takový úrovni, aby opravdu ten senior se tam cítil co nejvíc přiblížený tomu životu na který byl zvyklý předtím, než se do takového zařízení dostal.

### Komentář

V tomto bodě se respondenti s názory rozcházejí. Zatím co N. má názor, že dříve bylo těžké sehnat místo např. v domově důchodců a myslí si, že dnes se to již zlepšilo, což přibližuje příklady ze svého okolí, respondent I. uvádí, že zařízení pro seniory není podle něj dostatek, ale také záleží na tom, jaká úroveň péče v zařízení, které jsou u nás k dispozici je a zda se v nich člověk může cítit co nejvíce přiblížený tomu životu, který vedl před tím, než se do takového zařízení dostal. Oba respondenti však neměli zatím zkušenost s hledáním nějakého zařízení pro seniory.

### Kód výběr zařízení:

N: Tak já bych určitě chtěla, nějaký ten dům, no to by záleželo by to na mojim zdravotním stavu, že jo, ale určitě bych, já asi CHTĚLA, pokud bych byla schopná, si dost věcí udělat sama, že jo, takže by mi stačilo nějaký dům prostě, kde bych si mohla vzít nějaký svůj nábytek, kde by mi třeba přivezli oběd, tohle by mi určitě vyhovovalo, a možná s nějakou tou občasnou pečovatelskou službou zdravotní, která by, když bych já potřebovala, ale určitě bych nechtěla já nevim, do nějakého zařízení, kde bych měla pocit, že jsem v nemocnici, nebo někde.

N: Tak jasno mam v tom, že bych určitě nechtěla zůstat doma. Protože teď jsem zas měla zkušenost právě s tou svojí tetou, která teda, o kterou se staraly dcery a teď nevim, nevim jak bych na tom, jak bych to brala třeba za pár let, nebo když bych byla v té situaci, ale teď mam pocit, že bych prostě nechtěla, že bych si asi vybrala nějakou elděenku, nebo nějaký zařízení, kde by se o mě staraly profesionální prostě pečovatelky, který, který kdyby věděly co a jak a (.) neměla bych, nebyla bych vlastně na obtíž, nebo né na obtíž, ale nemuseli by ti moji příbuzní o mě se vlastně takhle starat, nebo mě vidět v těch (.) myslim si že když je to prose, prose, prostě profesionální pečovatelka, takže ta péče, nebo ten vztah, může bejt takovej jinej, než s tím členem té rodiny

N: Mě tak napadá, že jsem teda myslela hospic ((směje se)), že jsem se tam asi trošičku, asi, asi jak jsem nervózní, tak mě to trošku zmátlo. Takže určitě bych si nevybrala endé-, elděenku. Jo, určitě bych nechtěla umírat teda v nemocnici, když už by teda na to přišlo, ale určitě bych teda, pokud bych byla schopná, a nebo doufám, že pokud, že pokud bych to mohla nějak ovlivnit, že bych mejm dětem (.) že určitě by teda moje děti zvolily ten hospic, než tu elděenku.

N: Určitě, určitě jsem i teďkon v případě té mojí tety jsem se snažila jako, sestřenici říct, jestli by jí tam nedala, ale oni to teda potom zvládli doma, i když nejsem přesvědčená o tom, jestli opravdu teda ten člověk musí moc takhle trpět, protože si myslim, že doma neměla tu péči, nebo nějaký ty utišující prostředky, myslim si, že na tom hospicu možná by, NEVIM, mam pocit že ta teta víc trpěla, že možná nemusela trpět, že možná kdyby byla v nějakým takovymhle zařízení, kde by to třeba, to umírání bylo pro ní přijatelnější, ale je to jenom můj názor a (.) určitě vim, že bych prostě nikdy nechtěla umírat doma

I: (...) No tak, hm, v současné době, vlastně už od doby po revoluci, je na vzestupu trend a nebo možnost řešit tuhle situaci pobytem v hospicu, v hospici, ale nevím jestli těhle zařízení je dostatek, druhá možnost je, pokud je člověk nemocný, tak LDN, a asi pokud

člověk není tak úplně nemocný že potřebuje zdravotní péči, ale jedná se o umístění v nějakym objektu, nebo v nějakym zařízení, kde má stálou péči, tak je to domov důchodců prostě, nebo jinak, nebo dům s pečovatelskou službou, nebo zařízení podobného typu. Pokud člověk opravdu není tak vážně nemocný, že potřebuje být na LDNce nebo hospici.

I: Ale pokud se týká potom o zařízení pro lidi, který jsou v důchodovém věku, nemá se o ně postarat třeba někdo z rodiny a neumějí, nejsou schopný se o sebe postarat sami, třeba ve svém rodinném domku, protože už nezvládnou ve svym stáří všechno co je potřeba zvládnout, tak potom asi dům s pečovatelskou službou nebo potom na posledním místě ten domov důchodců bych to viděl.

### Komentář

V oblasti Výběru zařízení, které by respondenti volili v seniorském věku, se oba shodli, že by záleželo na jejich zdravotním stavu. Pokud by byli schopni se o sebe částečně postarat, volili by nejspíše Dům s pečovatelskou službou, Domov pro seniory nebo podobný typ zařízení. Pro lidi s vážnými nemocemi respondenti uvádějí hospic či LDN, s tím, že N. by v případě jejího vážného onemocnění nechtěla být doma, ani v nemocnici, ale zvolila by právě hospic.

Článek související s oblastí Výběru zařízení jsem vybrala na stránkách Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích. Tento článek byl uveden 13. června 2006 v časopise Dnešní Litoměřicko a nese název: „Důstojné umírání? V hospicích je to možné“. V tomto článku nalezneme zpověď paní Jany, která už dlouho bojuje s těžkou rakovinou. Třičtvrtě roku proležela v severočeských nemocnicích a na tu dobu nevzpomíná ráda. *„Když lékaři rozhodli, že mám jít znova ležet na eldéenku, řekla jsem, že radši polezu doma po čtyřech,“* říká matka čtyř dcer. Naštěstí se jí naskytla ještě jedna méně drastická možnost. Tou byl hospic Svatého Štěpána v Litoměřicích, kde měli zrovna volné lůžko. Podobný názor má i respondentka N., která by nechtěla být v případě vážného onemocnění v nemocnici, ale raději v hospici.

### Zdroj:

<http://www.hospiclitomerice.cz/> (cit.28.5.2009)

### Kód zkušenosti s LDN:

N: No, byla jsem jednou na elděence, když tam vlastně manželova babička umírala a (.) chcete vědět, jestli se mi tam líbilo, nebo nelíbilo, nebo jestli=

N: No bylo to v osmdesátých letech a mně se to hrozně NELÍBILO s tím, že byla doba, kdy člověk si nemohl, nemohl udělat nic pro to, aby tam třeba toho člověka nenechal. Když jsem viděla zaintubovanýho člověka, kterej se nemohl pohnout, kterej sem si myslela že vnímá, i když mi tvrdili, že nevnímá, že už nic necítí, že už nic ne to, neví, tak si myslím, že (.) že by možná, kdyby tenkrát v těch letech ty elděenky byly, že třeba by ta babička umírala v nějakých, v důstojnějších podmínkách, než jak tenkrát umírala.

N: já vim, já si pamatuju, když jsem chodila na ty návštěvy, když jsme chodili k tý babičce na tu elděenku, která nás nevnímala, ale byli tam okoro, okolo lidí, který pořád něco chtěli, a vlastně nikdo jim nic nedal, oni volali o pomoc, a já jsem tam byla deset minut, čtvrt hodinky a byla jsem z toho úplně nešťastná, že těm lidem nikdo nepomůže. A (.) asi právě že ty sestry, který tam dělaly, tak určitě jí pomohly, určitě tam chodily, ale určitě třeba ne každých deset minut, kdy ta babička volala. Takže si myslím, určitě je to pro ty zaměstnance tam není jednoduchý na tý elděence.

I: A co se týče tady, u nás právě, tak jsem viděl jenom praxi v LDN, což mi právě připadalo trošku, takový trošku na nižší úrovni, nebo na úrovni, možná že ti lidi, kteří tam pracují, tak k pacientům nemůžou přistupovat nějak jinak, protože bez toho, nazveme to v uvozovkách profesionálního přístupu by nedokázaly (.) ty, z ty, vlivy na ně vlastně, nebo ty potřeby těch pacientů uspokojit na patřičný úrovni, protože by se dostali vlastně do toho moc citově a tím pádem by nedokázali reagovat tak jak by měli, ale připadalo mi, že je to až příliš velká profesionální deformace, vůči těm pacientům, nedocházelo, nedocházelo tam ke komunikaci mezi zdravotnickým personálem a těma pacientama, ale spíš jako by k tomu, že personál přišel, jenom rozdal léky, tady to máte, vemte si to, taj na to máte nárok a další nějaká komunikace, vysvětlení, nevím, jsem jenom v tomhleto laik, takže nevím jestli je vůbec možný, nebo by vůbec bylo přínosný s tím pacientem promluvit, ale, ale aspoň by to mělo bejt nějak zajištěný, třeba cestou psychologa, nějak tak a ne tam ty pacienty nechat jenom tak svému osudu na tom pokoji, aby, aby tam třeba potom o návštěvách prosili ty návštěvy aby jim třeba podali nějakýj lék a tak dále. Takže to bylo takový trošku zklamání tady z toho pří, přístupu personálu k pacientům, co jsem tady viděl. To už je taky asi tak deset let, co jsem tady to měl možnost vidět.

## Komentář

Oba respondenti mají zkušenosti s LDN a péči v ní hodnotí na nízké úrovni. Problém vidí hlavně v personálu, který s pacienty málo komunikuje, rozdává jen léky a dále už se o ně nezajímá. N. má zkušenosti, že pacienti volali o pomoc, nikdo nepřicházel. Přiznává však, že chápe, že personál v takovémto zařízení to nemá jednoduché. I. vidí vysvětlení v tom, že personál se ani jinak chovat nemůže, jelikož by navázal citové vazby s pacienty a tím pádem by nedokázal reagovat tak, jak by měl. Pokud personál není schopen komunikace s pacienty, mělo by to podle něj být zajištěno třeba cestou psychologa.

V časopise Sestra jsem našla článek s názvem: „Sestry a změny v LDN“. Tento článek ve mně vyvolává pocit, že LDN je vlastně na vynikající úrovni. Musím však zdůraznit, že ne všechny LDN jsou na stejné úrovni a respondenti měli zkušenosti pouze se dvěma zařízeními. V úvodu tohoto článku je uveden cíl LDN, což je poskytnout péči pacientům hospitalizovaným v LDN a umožnit co největší nezávislost a reálnou perspektivu propuštění. Z těchto cílů vychází spokojený pacienti i pracovník LDN. Tento článek je o LDN v Ostravě a autorka v něm uvádí, že *„je dbáno na potřeby pacientů i zaměstnanců a tyto dvě oblasti musí být vyvážené, aby byla podávána bezvadná práce a poskytována kvalitní péče.“* To se však rozchází s názory obou respondentů, kteří jsou právě s kvalitou práce personálu na LDN nespokojeni.

## Zdroj:

<http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=295940> (cit. 28.5.2009)

## Kód zkušenosti s Hospicem:

N: Jednou jsem tam byla a bylo to shodou okolností, protože tam shodou okolností prostě chodila na rehabilitaci se synem známá, který byl vozíčkář a já jsem tam s nima byla a čekala jsem až prostě ti proceduru skončeje a tam jsem se vlastně setkala, nebo (.) když jsem tam vlastně čekala, jsem viděla několik lidí, který ty pečovatelky vezli na nějakou tu odpolední mši, a strašně mě překvapilo to, že na těch lidech nebylo vidět utrpení, oni vlastně (.) to byly většinou, byly to babičky teda, všichni tři byly babičky a oni měly takový, oni se smály, nebo usmívaly, já jsem se, mě to nahánělo hrůzu, když jsem viděla, že vezou postele někam a najednou jsem viděla, že ty tváře byly takový, takový rozjasněný, tak to mě teda překvapilo, pak jsem tam s jednou mluvila ve společenské

místnosti a ona mi tam taky vyprávěla, o tom jak zanedlouho bude na dalekou cestu a takovýhle to, a přesto že nejsem věřící člověk, tak mě to jako opravdu, opravdu mě to vzalo, že jsem si říkala že ase, asi tenhle přístup bude trošku jinej, než tenkrát na tý eldéence.

N: No, z těchle dvou obrazů, co jsem vlastně viděla, tak určitě, tak jako bych se přikláněla k tý eldéence.

N: Teda k tý, k tomu hospicu, už to zase pletu. Se omlouvám, se pletu. Takže určitě k tomu hospicu.

N: Určitě si myslím, že už je to i možná v té profesionalitě toho personálu. Myslím si, nevím, možná, možná to je taky tím, že já sama jsem se kdysi hlásila na zdravotní školu, chtěla jsem bejt zdravotní sestra, i když dětská a pak jsem se tam nedostala, a možná to ve mně ještě trochu dřímá, že v té době toho totalitního režimu se tam třeba dostalo mnoho lidí, kterých to ani nechtělo dělat, nebo kterých nemělo, prostě pudu na zdrávkou, je to střední škola, pudu tam. Myslím si, že už to možná bylo i tou dobou, že v těch nemocnicích pracovalo potom spousta zdravotních sester, který, (.) který to povolání nebraly jako poslání. A myslím si, že i v tom hospicu, nebo bych to tak, myslím si no, chápu to tak, nebo představuju si to tak, že určitě v tom hospicu ty lidi, určitě to musej bejt lidi, který jsou nějakým způsobem prověřovaný, a určitě buďto sami měli nějaký zkušenosti třeba v rodině s nemocným a myslím si že to berou oni víc jako poslání, že určitě je to nějakým způsobem naplňuje a určitě, určitě to nedělaj jenom pro to, aby za to dostali peníze, protože si sama myslím, sama mam profesi pomáhající, a určitě si myslím, že tam to člověk opravdu nedělá kvůli penězům, ale opravdu z nějakýho spíš přesvědčení. A kvůli tomu asi bych se i svěřila do rukou opravdu na tom hospicu těm pečovatelkám.

N: to možná i na těch, právě na tom hospicu, myslím že, že třeba se stane i že ten člověk je tam nějakou dobu, že teda ho tam něk zklidněj, něk mu pomůžou, ulevěj mu od bolesti a ten člověk třeba je schopnej se vrátit (.) buď to domu, nebo někam do nějakýho toho pečovateláku, nebo někam na nějakou dobu, když ta nemoc prostě jako že ustoupí a pak se může zase, ne bo já si to takhle představuju, nebo bych to takhle třeba někdy chtěla, abych třeba, když by ta nemoc zase postoupila, tak by se člověk zase vrátil na tu, na ten hospic, a tam by načerpal takový síly, by ho tam nabily.

I: I: No pokud mám informace o, o různých úrovních péče, tak pokud je člověk opravdu vážně nemocný, tak si myslím, že ten hospic už, z, z toho vlastně svého zaměření z důvodu vzniku, způsobem řešení personálního zabezpečující tu péči pro tyto lidi, je na, v současný

době na nejlepší úrovni. Možná to záleží potom na tom daným zařízením, když to vezmeme, že může být hospic v městě a, b, c tak potom to záleží přímo na obsazení personálem a na vybavení toho daného zařízení, ale pokud zřejmě porovnáme tu péči pro těžce nemocný lidi v LDN nebo v hospici, tak mě ten hospic připadá jako zařízení kde ta služba je, asi, asi na vyšší úrovni.

I: s hospicem zkušenosti spíš, že jsem se tam byl jenom podívat a to bylo ještě v zahraničí, někdy v roce devadesát pět. Takže tam jsem vlastně viděl poprvé, hm, což ještě u nás tady v České republice vlastně ani tak nebylo běžný, a tenkrát jsem tam viděl poprvé (.) zařízení tohoto typu a třeba co mě překvapilo bylo to, že personál, který tam pracoval s těmi, s těmi nemocnými, tak vlastně třeba sestra, nebo ta ošetřovatelka měla tři neděle v měsíci práci přímo v hospici a pečovala o, o ty lidi tam, a potom, a potom tejdén, tejdén byla, měla v podstatě taky práci ale ta práce spočívala v tom, že byla v péči psychologů, psychiatrů a tak dále, že vlastně abych to tak řeknu jednoduše, dobíjela baterky, na to aby zase další týden mohla, další ty tři neděle mohla poskytovat péči na patřičné úrovni.

I: To, pokud můžu z těch věcí který jsem už popsal říci, tak ten hospic je asi lepší v tomhleto.

### Komentář

Respondenti se shodli pouze na tom, že úroveň kvality péče v hospici je na vyšší úrovni než v LDN. Jinak oba hovořili o této problematice z jiných úhlů. N. navštívila hospic a překvapilo ji, že na pacientkách nebylo vidět utrpení, usmívaly se, měly rozjasněné tváře. Důvod vidí v profesionalitě personálu, v tom, že tito lidé to nedělají za peníze, ale z určitého přesvědčení, poslání. I. uvádí zkušenosti s hospicem v zahraničí, kde sestry pracují tři týdny a poté jsou týden v péči psychologů a souhlasí, že kvalita odvedené práce závisí na personálu.

Článek jsem našla opět v časopise Sestra a jeho název je: „Péče o nemocné v hospici“. Článek v úvodu popisuje vysokou odbornost pracovníků, samostatnost v práci, psychickou a fyzickou odolnost a hlubokou míru empatie a tolerance, což souvisí s názorem respondentky N., že tito lidé jsou profesionálně vzdělaní atd. Hospic samozřejmě dbá na takové věci jako důsledná hygiena pacientů, ošetření dekubitů a jejich prevence apod. Základním úkolem hospice je zajištění kvality života, což zjevně koresponduje s tím, že N. měla zkušenost se spokojenými pacientkami v hospici.

Zdroj: <http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=28>

Další související téma jsem našla na již zmiňované adrese litoměřického hospice. V tomto článku si pacienti hospic chválí, především přístup personálu: „*Když si v sedm hodin večer vzpomenu, že bych si dala kafe, tak mi ho sestřička udělá. To v nemocnici neexistovalo. Tam mi jednou řekli, abych si šla koupit kafe do automatu v prvním patře,*“ vzpomíná paní Suttnerová, která kvůli rakovině nemůže chodit.

Příloha:

<http://www.hospiclitomerice.cz/> (cit. 25.5.2009)

Kód možnosti zlepšení:

N: No, tam určitě ekonomický to je, ekonomický problémy, to dneska všude vidíme finance, všechno se točí, ale já bych řekla, že je to v myšlení toho každého zaměstnance, každý ty sestřičky, každý, každý staniční sestry, vrchní, každého toho člověka, aby (.), aby si rozmyslel, když někam, když na něký, tohleto, takový oddělení jde, tak aby věděl, že to tam nebude jednoduchý. A možná si myslím, že i na takovymhle oddělení asi v tý dnešní uspěchaný době, kdy vim sama, když sem měla tři děti, jak je to uspěchaný uspěchaný, děti do školky, do školy a pak vlastně ta sestřička má pracovat na eldéence, kde se jí střídaj, kde jí tam denně umřou já nevím tři, čtyři pacienti a ona si ten, a ona to prostě musí brát jako, jako věc, jako normál, tak asi možná by bylo dobře i takovýhle lidi hodně odborně s nima pracovat, a taky možná je obměňovat, potom je dát na oddělení, kde by si trochu odpočinuly, já nevím, třeba řeknu na dětský zrovna asi když to není zdravotní dětská sestra tak těžko na dětský, tam to je taky, ale já nevím, na psychiatrii třeba. Tak je chvilku vyměnit, aby prostě měli, měli čas se dobít jo, protože určitě to musí bejt na těch eldéenkách, musí to bejt hrozný.

I: I: (...) No tak, hm, možnosti, muselo by to všechno, co se týká třeba LDN konkrétně, tak by ty, hm, tak by asi musel být změněný systém, nebo ty systémy vůbec fungování LDN, ať už se jedná o jejich financování, jako, jako zařízení a financování lidí, kteří tam pracují, zainteresovanosti pacientů a zainteresovanosti jejich rodinných příslušníků, vlastně celý ten systém by bylo potřeba malinko transformovat směrem, jakým se pohybují ty hospici. I když by to pořád bylo zařízení, který by neslo název LDN, ale (.) muselo by dojít trochu k změně, změně celého statutu toho zařízení tak, aby třeba pacienti se víc cítili součástí a



hlavně zaměstnanci, abys, aby byli odměňováni a vlastně motivováni ať už finančně, nebo (.) svým osobním, profesionálním přístupem k řešení problémů pacientů v LDN, aby, aby to nebylo na té úrovni co to dneska asi někde v každém případě je dneska asi dost špatný, asi to není úplně nejlepší v LDNkách.

I: určitě by muselo dojít k systémový změně a to ke změně vlastně asi postavení těch LDN, způsob jejich placení, zainteresovanosti jak už jsem říkal, zainteresovanosti zřizovatelů, zainteresovanosti, zainteresovanosti, hm personálu, pacientů a taky (.) vlastně postoji pojišťoven, že jo, protože vlastně gró těch peněz jde přes LDN do pojišťovny s tím že ustanovení nějaký, nějaká platba za jeden den strávení s jedním pacientem na tom lůžku, kterej je nějak hodnocenej je nastaven nějak a možná že to úplně neodpovídá vlastně náročnosti práce toho personálu, která tam, který tam je, možná že to je podhodnoceno, a podle mě je to taky závislý na tom, co se vlastně vybere do té státní pokladny na daních a pak se to vrací do toho systému. Je otázka na zamyšlení, jestli opravdu je dobře, je ta práce dobře ohodnocena, ale to těžko se dá takhle velice rychle nějak vymyslet, nebo na to, na to mít lék

nějaký okamžitý. To nevyřeší ty poplatky, který byly zavedený teď od 1. 1. 2008 protože, to jsou, to jsou vlastně minimální záležitosti a ten problém LDN je potřeba řešit systémově. Prostě je to od úrovně vlády přes ministerstvo zdravotnictví a přes pojišťovny. (.)

I: No určitě jo, no tak pokud jsou v Evropský unii peníze na výstavbu infrastruktury, výstavbu dálniční sítě, komunikací, chodníku, já nevím čeho všeho, nebo, dotace, dotace na ekologické zdroje, tak jsou tam určitě peníze na dotace v této oblasti.

### Komentář

Možnosti zlepšení vidí oba respondenti v oblasti LDN a to hlavně ve financování. I. však proniká hlouběji do této problematiky a uvádí zde potřebnou změnu celého systému a fungování LDN vůbec, podle něj je důležitá zainteresovanost pacientů, rodinných příslušníků, personálu a zřizovatelů. Personál by podle něj měl být motivován např. finančně, což podle něj není zatím prováděno. Jedna z možností řešení je, jsou také dotace Evropské unie. Zatímco N. by personál obměňovala, odborně s ním pracovala, aby byl schopen načerpat nové síly k práci, podle ní je odvedená práce velmi úzce spojena s myšlením toho kterého zaměstnance.

### 3.7. Interpretace výsledků výzkumu

Výzkumná část se mi zpracovávala celkem dobře. V dotazníkovém šetření mne překvapil počet navracených dotazníků – 70%. Personál LDN byl ochotnější dotazníky vyplnit než personál hospiců, kde jsem se setkala s ne moc nadšenými pohledy. Každý chce něco vyplňovat. Většinou respondenti vyplnili spíše uzavřené otázky, otevřené nechali prázdné. U rozhovorů jsem se setkala s velmi milým přivítáním u obou respondentů a uvolněnou atmosférou.

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit současné nedostatky v naplňování potřeb pacientů, personálu a příbuzných pacientů v LDN a v lůžkovém hospici. Tento cíl byl splněn pomocí dotazníkového šetření u personálu dvou LDN a dvou hospiců a částečně také rozhovory se dvěma respondenty. Dle výsledků se částečně potvrdila hypotéza číslo 1: v LDN nejsou naplňovány duchovní potřeby pacientů, tzn., není zde možnost návštěvy kaple, přítomnost duchovního na požádání pacienta atd. Pozitivním výsledkem je možnost návštěvy duchovního v 62% odpovědí. Negativním výsledkem je 60% odpovědí, které potvrzují, že možnost návštěvy kaple nebo bohoslužby v LDN není.

Dále byla potvrzena hypotéza číslo 2: personál v LDN se setkává s umírajícími pacienty denně více jak ve 20% odpovědí. Dle výsledků se pracovníci v LDN setkávají s umírajícími pacienty ve 22% často, denně, přičemž LDN není zaměřena na péči o tyto pacienty a je proto potřeba zvýšit informovanost blízkých a pacientů o možnostech zařízení vhodných pro umírající. Tento fakt také zatěžuje personál LDN, který nemá prostředky pro péči o tyto pacienty.

Hypotéza číslo 3: Personál v LDN nemá možnost odborného poradenství (psycholog, supervize) byla potvrzena z části. Výsledky ukazují na nemožnost personálu návštěvy psychologa až v 80% odpovědí. Supervize je možná kdykoliv ve 49%, avšak ve 40% odpovědí tato možnost není. Je tedy otázkou, zda personál LDN pojem supervize vůbec zná a nepředstavuje si pod tímto pojmem např. popovídání s kamarádkou či řešení problému personálu u oběda.

Dále nebyla potvrzena hypotéza č. 4: pracovníci v LDN nejsou ochotni nabídnout příbuzným pacientů dostatek informací jak pečovat o svého blízkého, např. v domácí péči. Tato hypotéza byla vyvrácena ve 100%. Sama ze své zkušenosti však soudím, že personál se v této problematice nadhodnocuje. V praxi jsem se nesečkala s žádnými náznaky komunikace personálu s příbuznými pacientů, která by byla nad komunikaci nutnou, tudíž ani s tím, že by personál poskytoval informace příbuzným pacientů o tom, jak pečovat o

svého blízkého. Je však také nutné upozornit na to, že málokterá rodina je v současné době ochotna starat se o nemocného v domácím prostředí, jelikož to ovlivňuje ekonomickou stránku rodiny, ale zatěžuje to rodinu zejména psychicky a sociálně.

Druhým cílem bylo poukázat na názory veřejnosti na problematiku LDN a hospiců. Tento cíl byl splněn prostřednictvím rozhovorů s dvěma respondenty – muž a žena. Při těchto rozhovorech byla zejména u respondentky potvrzena hypotéza číslo 5: Veřejnost by v případě nemoci volila raději hospic nežli LDN. Respondent však postoj k LDN vyjadřuje také negativně, z čehož lze odvodit, že on sám by v těžké nemoci LDN také nevolil. Podle něj je však výběr zařízení závislý na zdravotním stavu a soběstačnosti člověka.

Třetím cílem výzkumu je doporučit na základě získaných výsledků LDN i lůžkovému hospici opatření, které by zlepšily péči o pacienta, příbuzné i personál zařízení. Tyto opatření jsou blíže popsány v další kapitole.

## **4. Doporučení opatření pro zlepšení péče o pacienty, personál zařízení a o příbuzné pacientů v LDN a lůžkovém hospici**

### **LDN**

#### **Péče o pacienta**

*Zajištění vhodného zařízení pro různé pacienty* – v LDN jsou pacienti, kteří kvůli svému zdravotnímu stavu patří do jiného zařízení. Lze jmenovat např. umírající, pro které je zřízen právě hospic, nebo také lidé s demencí, kteří na tom nejsou až tak zdravotně špatně, aby nemohli být umístěni např. ve stacionáři, nebo v domácí péči. Tento fakt samozřejmě ovlivňuje kvalitu péče o tyto pacienty, jelikož LDN na tyto pacienty není specializovaná, zatěžuje to také ekonomickou stránku zařízení a dochází k obsazování míst pro potřebné pacienty, kteří jsou z tohoto důvodu umisťováni na jiná oddělení nemocnic. V žádném případě nechci podporovat co nejrychlejší odchod pacientů z LDN, avšak je potřeba každému pacientovi dát tu nejlepší péči a tu dostane pouze v zařízení, které je pro něj vhodné. Tato situace souvisí také s tím, že je nutné, aby byl personál obeznámen s možnostmi a různorodostí zařízení a vhodně o nich informoval příbuzné či blízké pacientů i pacienty samotné.

*Komunikace s pacienty* – vhodná komunikace personálu zařízení a pacientů je nezbytná. Pomocí komunikace můžeme zjistit problémy pacientů a následně je řešit. Není dobré omezit komunikaci pouze na komunikaci nezbytně nutnou a o pacienta se již více nezajímat.

*Spolupráce s odborníky* – vzhledem k různorodosti zdravotních, či psychických problémů, je potřeba navázat spolupráci s odborníky, jako je např. psycholog, psychiatr, duchovní, ergoterapeut. Každý člověk potřebuje k zlepšení svého fyzického i psychického stavu jiné podmínky a někteří lidé se se svou životní situací těžce vyrovnávají, v tomto ohledu by právě již zmínění odborníci mohli pomoci.

*Duchovní péče o pacienty* – jak bylo zmíněno výše, někteří lidé, zvláště lidé věřící, potřebují svou víru nějakým způsobem projevat. V LDN většinou nepracují lidé, kteří by byli schopni tuto péči poskytnout a tak je potřeba spolupráce zařízení s nějakou církví, nebo alespoň duchovním. V LDN také není možnost návštěvy bohoslužby nebo kaple. Zlepšení tohoto aspektu v péči o pacienty vidím v budoucnu jako veliký přínos, nejen pro pacienty, jejich příbuzné v LDN, ale také pro celou nemocnici.

*Možnost pružných návštěv v LDN* – na odděleních, kde jsou pacienti převážně dlouhodobě a navíc nemocní, je potřeba zajistit možnost mít i nadále své již navyklé

sociální vztahy, vazby či interakce. Pomáhá to nejen v léčbě fyzických problémů, ale hlavně v udržování psychické rovnováhy pacientů.

*Možnost aktivit pro pacienty* – aktivita člověka udržuje stejně jako kontakt s lidmi v psychické rovnováze, kontaktu s realitou a vytváří pocit smyslu života. Proto by management zařízení měl zajistit různorodé aktivity všem pacientům. Může se jednat o koncerty, společné besedy, povídání o životě nebo aktivity zaměřené na určitou činnost, např. háčkování, pletení atd. Měl by být stanoven pracovník, který na tyto aktivity bude dohlížet, nebo je zajišťovat.

*Poskytnutí většího množství pomůcek* – pomůcky dokáží zlepšit péči o pacienty. Zejména je nutné inovovat pomůcky v rehabilitační péči, v rámci prevence dekubitů, např. antidekubitní matrace, nebo pomůcky zabraňující pádu pacienta, tzv. hrazdy k postelím. Pořizování pomůcek je samozřejmě finančně náročné, avšak prevence je vždy levnější, nežli řešení poté vzniklých situací.

*Vybavení pokojů, zajištění soukromí pacientů* – zlidštění podmínek pro pacienty, kteří jsou v zařízení dlouhodobě, je nezbytné. Některá opatření v tomto ohledu mohou být náročná, avšak někdy stačí i zútulnění pokoje obrázky či nová výmalba a pokoj je pohlednější. Soukromí pacientů v LDN zřejmě asi nikdy nebude takové, jako je v hospici, avšak pomalou, kontinuální transformací lze podmínky pro pacienty zlepšit. Toto zlepšení lze provést již zmíněným umístěním pacientů do zařízení pro ně určené a zvýšením počtu zařízení poskytující péči dlouhodobě nemocným. Poté by bylo možné, aby byl pacient např. jen na dvoulůžkovém pokoji.

*Zlepšení účinnosti podávání léků proti bolesti* – každý lékař by měl být v rámci svého studia vzděláván i v oblasti péče o bolest pacientů. V LDN se často setkáváme s lékaři, kteří sice pacientům léky proti bolesti předepisují, ale nehledí již na pacienta jako na celostní bytost. Není např. možné dávat pacientovi tabletky, když je následně vyzvrací. To je potřeba si uvědomit a podle toho se zachovat. Léky proti bolesti by měly být poskytovány každému pacientovi vždy, po odborném posouzení jeho stavu, ale také vždy, pokud pacient sám cítí bolest.

#### Péče o personál zařízení

*Prevence syndromu vyhoření* – pro kvalitní péči o pacienty je nezbytná také péče o personál zařízení. V rámci prevence syndromu vyhoření bych doporučila zejména vhodné podmínky pro obnovu sil personálu, jako jsou např. společné akce pracovníků, lístky nebo příspěvky na využití plaveckého bazénu, masáže, rehabilitaci. Součástí prevence syndromu

vyhoření je také možnost navštívit psychologa, nebo možnost supervize na pracovišti. Vzhledem k tomu, že práce ve zdravotnictví je nejen psychicky, ale i fyzicky náročná, bylo by vhodné zvýšit počet personálu, který je v přímém styku s pacienty.

*Lepší komunikace nadřízených a podřízených* - je důležité si uvědomit, že ne každý člověk je tomu druhému sympatický a rozumí si s ním, či souhlasí s jeho pracovními postupy. Častější a vstřícnější komunikace však dokáže vyřešit problémy, které se za zavřenými dveřmi budou stále prohlubovat. Nadřízení by proto měli ocenit práci a snahu svých zaměstnanců, ti by naopak měli ve svých nadřízených najít vzor a podporu. Na obou stranách je také důležitá vzájemná důvěra. Pokud nebude otevřená atmosféra mezi těmito dvěma stranami, není možné zajistit příznivou atmosféru pro nemocné či umírající pacienty, ani zajistit správný chod oddělení. Špatné vztahy na pracovišti také následně mohou vyvolat, nebo podpořit vznik syndromu vyhoření.

*Dobrovolnictví* - dobrovolníci přinášejí na pracoviště novou atmosféru, mění jeho stereotyp, zlepšují vztahy mezi personálem a veřejností a zachovávají lidský faktor. Není výjimkou, že v LDN mají pracovníci mnohdy málo času na komunikaci s pacientem, který však, i když je nemocný a odkázaný na péči druhých, zůstává stále lidskou bytostí. Dobrovolníci proto posilují v těchto zařízeních lidský kontakt a podporují tak léčebný proces pacientů. Je však důležité si uvědomit, že nenahrazují odbornou práci zdravotnického personálu, a je proto nutné k nim takto přistupovat. Jsem velmi ráda, že LDN ve které jsem měla možnost být na praxi má v plánu tento rok dobrovolníky do nemocnice přivést, a doufám, že tento program bude ku prospěchu nejen pacientů, ale i personálu a nemocnice jako celku.

*Finanční ohodnocení* – finanční ohodnocení pracovníků ve zdravotnictví je stále velmi diskutované. Vzhledem k náročnosti jejich povolání je dostatečné finanční ohodnocení na místě. V současné době budou zvyšovány platy zdravotním sestrám, což je pozitivní výsledek, avšak stále je potřeba apelovat i na zvýšení platů ostatního personálu, nejen v LDN, ale v celé zdravotnické sféře.

#### Péče o příbuzné pacientů

*Lepší komunikace s příbuznými* – příbuzní pacientů jsou v podstatě ti nejbližší těch, o které pečujeme. Musíme proto dbát na správnou komunikaci s nimi a podněcovat je k samostatnému, zodpovědnému přístupu ke svému blízkému. Příbuzným pacientů by měly být sdělovány možnosti péče o blízkého člena rodiny, pokud pacient svolí, poskytnutí

informací o zdravotním stavu a pracovníci by se měli snažit, i když to není vždy možné, o vřelý přístup k příbuzným pacientů.

*Lepší služby příbuzným –* příbuzným, pokud mají zájem, by mělo být umožněno být se svým blízkým kdykoliv. V současné době však není z kapacitních důvodů možné příbuzného v LDN ubytovat, což možná v budoucnu, pokud proběhnou nějaké transformace těchto zařízení, možné bude, avšak změna, která je v tomto ohledu možná, je možnost rozšíření návštěvních hodin, nebo zavedení možnosti návštěv kdykoliv. Zvláště pokud se jedná o umírajícího pacienta, který není umístěn např. v hospici, je možnost návštěvy potřebná. Zlepšení by mohlo nastat také vyčleněním samostatné místnosti pro setkávání příbuzných a pacientů, zajištění soukromí, pokud toto není možno zajistit na pokojích pacientů.

## **Hospic**

### **Péče o pacienta**

*Rehabilitace –* i v hospici se setkáváme s pacienty, kteří stále ještě potřebují rehabilitační péči. Měla by proto být zajištěna i tady. Nutné je opět pořízení dalších pomůcek a zajištění této péče potřebným pacientům. I když je hospic veřejností vnímán jako zařízení pro umírající, je potřeba zdůraznit, že až třetina pacientů odchází do domácí péče a rehabilitace jim ve zvyšování soběstačnosti dosti pomáhá.

*Dobrovolnictví -* hospice ve většině případů dobrovolnické programy mají, ale bylo dobré počet dobrovolníků stále zvyšovat. Dobrovolnictví samozřejmě nepřispívá pouze pacientům, ale také personálu zařízení.

### **Péče o personál zařízení**

*Prevence syndromu vyhoření –* stejně jako u pracovníků v LDN je i v hospici prevence syndromu vyhoření nezbytná. Ačkoliv z výzkumu vyplývá, že v tomto zařízení je prevence syndromu vyhoření zajišťována na dostatečné úrovni a vyplývá to i z možnosti návštěvy psychologa či supervize, respondenti v otevřených otázkách naznačovali potřebnost i dalších opatření, např. podmínky pro obnovu sil, jako jsou příspěvky na rehabilitaci, masáže, relaxaci, nebo více společných akcí.

*Lepší komunikace nadřízených a podřízených –* pracovníci opět stejně jako v LDN nejsou spokojeni s komunikací mezi nadřízenými a podřízenými. Je potřeba, jak jsem již zmiňovala výše, podporovat personál ze strany nadřízených, projevit úctu a uznání a zajímat se o problémy personálu.

*Finanční ohodnocení* – finanční stránka je i v tomto zařízení problematická. Pracovníci zde často pracují z vlastního pocitu uspokojení či altruismu, což je vidět i na přístupu k pacientům. Neznamená to však, že by vyšší plat neměli dostávat, naopak, právě oni by za svou dobře provedenou práci měli být dostatečně ohodnoceni.

#### Péče o příbuzné pacientů

*Zlepšení služeb pro příbuzné* – ačkoliv toto zařízení ve velké míře o příbuzné pacientů pečuje, zvláště po pacientově smrti, je i tak potřeba již od počátku spolupráce s příbuznými zlepšit informovanost o průběhu nemoci jejich blízkého, zajistit empatický a vřelý přístup k příbuzným či zajištění odborné pomoci, jako je psycholog, nebo duchovní.

Většina opatření v rámci zlepšování péče o pacienty, personál a příbuzné pacientů je v LDN i v lůžkovém hospici shodná. Liší se však množství opatření, které by tuto péči zlepšily a to v neprospěch LDN. Samozřejmě je nutné na tento fakt nazírat komplexně a z různých úhlů pohledu.



## Závěr

Výstupem této bakalářské práce je celá řada pozitivních i negativních zjištění v oblasti naplňování potřeb pacientů, ale také personálu a příbuzných pacientů v LDN a v lůžkovém hospici.

Hlavním cílem této práce bylo popsání rozdílů v poskytování péče s důrazem na potřeby pacientů v těchto zařízeních. Tento cíl byl splněn pomocí citované literatury, studia dokumentů v zařízeních a vlastních zkušeností. V teoretické části je patrné, jaké by naplňování potřeb pacientů v zařízeních mělo být a jaké jsem je shledala já sama.

Nedostatky, které vyplynuly z dotazníkového šetření, rozhovorů i vlastních zkušeností je nutno vidět z více možných úhlů pohledu. Hospice jsou poměrně nově zřízenými zařízeními, která mají jasně definované své cíle a jak zde vyplynulo, daří se jim je zatím plnit. LDN jsou zařízení, která vznikla ještě za minulého politického režimu, často v rámci nemocnic a pokud neprošla rekonstrukcemi, (mám na mysli jak vybavení, tak obnovu personálu) mnoho z toho je v tomto zařízení od dob minulých ještě dnes. To samozřejmě komplexní péči nejen o pacienty v mnohém nepřispívá. LDN byly původně zřízeny jako doléčovací zařízení, ale postupem času se ukázalo, že mnoho pacientů zde také umírá.

Důležitým faktorem, který hraje roli v péči o pacienty, personál i příbuzné pacientů je počet personálu v LDN. To, že personál nemá čas starat se např. o příbuzné pacientů, jak vyplynulo z dotazníkového šetření, může mít právě v jejich počtu základ. Opět se však dostáváme k problému financí. To by mělo vyřešit již delší dobu hodně diskutované téma transformací nemocnic, na které jsou názory velmi různé. Nelze ani přehlédnout systém, který je pro LDN nastaven nebo samotné chování personálu či vedoucích zařízení. Všechny tyto důvody dávají dohromady problém, který je potřeba řešit. Chtěla bych zde také zmínit Evropskou chartu pacientů seniorů, která v úvodu vyjadřuje důležitost kvalitní a dostupné zdravotní a sociální péče, kterou je podle mého názoru právě v LDN potřeba zvyšovat. Mimo jiné je potřeba zvýšit zájem a informovanost lidí o zařízení jako jsou hospice a dbát na to, aby nemocný, nebo umírající člověk, pokud nemůže být doma mezi svými nejbližšími, byl v zařízení, které mu dokáže poskytnout péči odpovídající jeho potřebám.

Při psaní této práce jsem si uvědomila, že je také důležité zabývat se péčí o ty, co pečují, jelikož to, jak se cítí oni, často ovlivňuje jejich práci s pacienty. Možné rozpracování této práce vidím např. u rozšíření dotazníkového šetření, např. u nabídky

vzdělávacích akcí je důležité sledovat, zda jsou přínosem pro seberozvoj a větší míru profesionality nebo jsou pouhou povinností zatěžující pracovníky i na úkor potřeby obnovit své síly v takto náročném povolání.

Doufám, že závěry této bakalářské práce budou přínosné pro LDN i hospice, zvláště pak pro management těchto zařízení, který mnohé z výše zmiňovaných opatření může ve velké míře ovlivnit.

*„Nemůžeme dojít na konec svého života a zjistit,  
že jsme žili jen jeho délku.  
Je třeba žít také jeho šířku a hloubku.“*

*Diane Ackermanová*

## Slovníček pojmů

Ablace – odnětí

Dekubit - proleženina

Dystanázie – zadržovaná smrt, zabraňování zemřít přirozeným způsobem

Enterální – střevní

Ileostomie – umělý vývod tenkého střeva břišní stěnou

In finem - relativně krátký úsek umírání, též terminální fáze choroby

Kontinence – vyměšování

Parenterálně - jiná než perorální aplikace

Mutilující - zmrzačující

Nasogastrální sonda – technika umělé výživy pomocí žaludeční sondy

Rekurence - opakování, opětovný výskyt, opakovaná skutečnost

Relaps - návrat příznaků nemoci, která byla v klidu

Sakrální – bederní, oblast křížové kosti

Saturace – uspokojení, nasycení

Symptomatická léčba - léčba zaměřená na příznaky, projevy choroby, nikoliv na její příčiny, např. redukce bolesti

Taktilní – dotykový, hmatový

Transdermální - působící přes kůži (např. léčivá náplast)

## Seznam literatury

1. BÁRTL OVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, Avicenum, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
2. BAŠTECKÝ, J., KŮMPEL, Q. VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.
3. *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Synodní rada ČCE, 2000. (nemá ISBN)
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985. (nemá ISBN)
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o smrti a umírání*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
6. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
7. Joint Commission Resources *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
8. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
9. Kolektiv autorů *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-845-6.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi. Rady nemocným*. Praha: Avicenum, 1989. (nemá ISBN)
11. KŘIVOHLAVÝ, J., KRACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
13. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, Avicenum, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
14. MIKŠOVÁ, Z., FRONĚKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, Avicenum, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
15. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. Praha: NCDP ČR, 1998. (nemá ISBN)
16. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
17. ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Péče o nemocné*. Praha: Avicenum, 1980 (nemá ISBN)

18. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 978-80-902049-2-9.
19. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Avicenum, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
20. TRETERA, R., J. *Konfesní právo a církevní právo*. Praha: Jan Krigl, 1997. ISBN 80-902045-2-X.
21. VÖRÖSOVÁ, G. a kol. *Interné ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-192-1.

<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=272147> (cit. 5. 5. 2009)

<http://hospice.fsv.cvut.cz/hospice/#ftn1> (cit. 5. 5. 2009)

[http://www.nemtr.cz/download/Zpravodaj/Zpravodaj\\_2003\\_III.pdf](http://www.nemtr.cz/download/Zpravodaj/Zpravodaj_2003_III.pdf) (cit. 21. 5. 2009)

<http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> (cit. 21. 5. 2009)

<http://www.osobniasistence.cz/hospic5.php> (cit. 18. 3. 2008)

<http://www.ldn-nejdek.cz/> (cit. 20. 5. 2009)

<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/01/02.pdf> (cit. 2. 4. 2008)

<http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> (cit. 22. 5. 2009)

<http://www.nnp-ldnhd.cz/index.php?menuoption=pacient> (cit. 22. 5. 2009)

[http://www.nemocnice.susice.net/socialni\\_luzka.pdf](http://www.nemocnice.susice.net/socialni_luzka.pdf) (cit. 22. 5. 2009)

<http://www.ldn-nejdek.cz/spolecenske-akce.html> (cit. 23. 5. 2009)

<http://www.ta-gita.cz/publicisticno/domu-pro-dustojne-umirani-je-malo/> (cit. 19. 3. 2008)

[http://sreview.soc.cas.cz/upl/archiv/files/112\\_ehrenb.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/upl/archiv/files/112_ehrenb.pdf) (cit. 23. 5. 2009)

[http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel\\_char=N&sel\\_tema=111&sel\\_podtema=651&sel\\_text=1512](http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=N&sel_tema=111&sel_podtema=651&sel_text=1512) (cit. 22. 5. 2009)

<http://www.hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm> (cit. 22. 5. 2009)

[http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel\\_char=N&sel\\_tema=111&sel\\_podtema=534&sel\\_text=2135](http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=N&sel_tema=111&sel_podtema=534&sel_text=2135) (cit. 26. 5. 2009)

[http://www.farnostbrumov.ic.cz/Miroslav\\_materialy/Svatost\\_smireni/vinahrichodpustenizpoved.htm](http://www.farnostbrumov.ic.cz/Miroslav_materialy/Svatost_smireni/vinahrichodpustenizpoved.htm) (cit. 26. 5. 2009)

<http://www.hospiclitomerice.cz/> (cit. 28. 5. 2009)

<http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=295940> (cit. 28. 5. 2009)

## **Přílohy**

- 1. Dotazník použitý ve výzkumné části*
- 2. Pozorování*
- 3. Práva pacientů*
- 4. Evropská charta pacientů seniorů*
- 5. Deklarace práv onkologických pacientů*
- 6. Charta práv umírajících*
- 7. Etický kodex sester*
- 8. Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví*
- 9. Geriatrická škála deprese dle Yessavage – krátká verze*
- 10. Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy*
- 11. Materiály – LDN*
- 12. Materiály – hospice*
- 13. CD s transkripty rozhovorů a videozáznamy*

## 1. Dotazník použitý ve výzkumné části

# DOTAZNÍK

## „Kvalita péče ve Vašem zařízení“

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Burgerová a studuji 3. ETF Univerzity Karlovy v Praze, obor Pastorační a sociální práce. Tento dotazník byl připraven pro dokončení praktické části mé Bakalářské práce a nese název „Kvalita péče ve Vašem zařízení“. Cílem práce je popsat rozdíly v naplňování potřeb pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných a lůžkovém hospici.

Jedná se o dotazník anonymní, nemusíte uvádět své jméno ani jméno své organizace, budu vděčna za odpovědi na jednotlivé otázky. Nebojte se vyjádřit podrobně své názory. V konečném důsledku může vyplněný dotazník pomoci nejen Vám, ale i Vaším pacientům a dalším uživatelům Vašich služeb.

Vyplnění dotazníku Vám zabere maximálně 10 minut. Za Vámi strávený čas i ochotu spolupracovat předem velmi děkuji.

Prosím označte kroužkem vždy jednu jedinou souhlasnou odpověď, případně rozepište odpověď na volné řádky u otázky.

## Úvodní část

1. Pohlaví:
  - a) žena
  - b) muž
2. Délka praxe ve zdravotnictví:
  - a) méně než pět let
  - b) 5-10 let
  - c) 10-15 let
  - d) více než 15 let
3. Ve Vašem zařízení pracujete s umírajícími pacienty:
  - a) často – denně
  - b) méně často – několikrát v měsíci
  - c) ojediněle

### Část 1.

#### Uspokojování potřeb pacientů v zařízení

1. Při péči o pacienty je pro Vás nejdůležitější:
  - a) zamezit utrpení a bolesti
  - b) zajistit přítomnost blízké osoby
  - c) zajistit příjemné prostředí
2. Pokud pacient není schopen přijímat sám tekutiny, pomáháte mu s tímto úkonem:
  - a) asi 2x za hodinu
  - b) asi 1x za hodinu
  - c) méně než jednou za hodinu
3. V rámci prevence dekubitů polohujete pacienty ve Vašem zařízení:
  - a) vícekrát za 2 hodiny
  - b) 1x za 2 hodiny
  - c) méně
4. Léky proti bolesti dostává pacient:
  - a) vždy pokud má bolesti
  - b) pouze pokud je předepsal lékař
  - c) jen ve výjimečných případech
5. Ve vašem zařízení má pacient možnost rehabilitace:
  - a) 3x-4x týdně
  - b) 1x-2x týdně
  - c) nemá možnost
6. Protokol o pádu pacienty sepisujete průměrně:
  - a) vícekrát než 4x do měsíce
  - b) 2x-3x do měsíce
  - c) jednou nebo vůbec v měsíci
7. Lidská důstojnost je pro Vás:

.....

.....

.....
8. S pacienty komunikujete:
  - a) často, vždy když máte volnou chvíli



- b) jen pokud je to nutné
  - c) v komunikaci se jím vyhýbáte
9. Před přijetím do Vašeho zařízení:
- a) musí pacienti podepsat písemný souhlas s přijetím do zařízení
  - b) příbuzný musí souhlasit s přijetím pacienta do zařízení
  - c) není potřeba žádný dokument k přijetí
10. Ve Vašem zařízení je možnost návštěv:
- a) kdykoliv během dne i noci
  - b) jen v návštěvních hodinách
  - c) dle domluvy s lékařem či personálem
11. Je-li pacient věřící:
- a) vždy má možnost návštěvy duchovního
  - b) duchovní přichází jen na žádost rodiny
  - c) tuto možnost naše zařízení neposkytuje
12. Ve Vašem zařízení má pacient možnost návštěvy kaple nebo bohoslužby:
- a) ano (alespoň 1x týdně)
  - b) ne, ale jsme ochotni zavolat na žádost duchovního
  - c) nemáme zde takovou možnost
13. Pacienti mají v zařízení možnost aktivit (dělňičky, ruční práce...):
- a) 2x-4x týdně
  - b) 1x týdně
  - c) tuto možnost klienti nemají
14. Pokud bude pacient cizí národnosti:
- a) jsme schopni zařídit tlumočnické služby
  - b) snažíme se s ním domluvit sami
  - c) nevyvineme žádnou aktivitu
15. Myslíte si, že péče o pacienty ve Vašem zařízení je:
- a) na velmi dobré úrovni
  - b) dobrá, ale vždy je co vylepšovat
  - c) není dobrá
16. Co by se podle Vás dalo zlepšit ve Vašem zařízení v péči o pacienty?
- .....
- .....
- .....
- .....

## Část 2.

### Uspokojování potřeb personálu v zařízení

1. Jako zaměstnanec zařízení máte možnost supervize:
- a) kdykoliv (např. individuálně)
  - b) 1x měsíčně (např. skupinově)
  - c) nemám možnost
2. Psychologa máte možnost navštívit v zařízení:
- a) kdykoliv
  - b) několikrát v měsíci
  - c) nemám možnost
3. Ve Vašem oboru jsou Vám nabízeny vzdělávací akce:
- a) v nadbytečném počtu

- b) v dostatečném počtu
- c) v nedostatečném počtu

4. Zaměstnavatel Vám poskytuje možnost společných výletů či akcí:

- a) 2x a víckrát ročně
- b) 1x ročně
- c) neposkytuje tuto možnost

5. Prevence syndromu vyhoření je ve vašem zařízení zajištěna:

- a) dostačujícím způsobem
- b) dostačujícím způsobem, ale mohlo by to být lepší
- c) nedostačujícím způsobem

6. Myslíte si, že péče o personál ve Vašem zařízení je:

- a) na velmi dobré úrovni
- b) dobrá, ale vždy je co vylepšovat
- c) není dobrá

7. Co by se podle Vás dalo zlepšit ve Vašem zařízení v péči o personál?

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

### **Část 3.**

#### **Uspokojování potřeb příbuzných pacientů**

1. Příbuzní pacientů mohou hovořit o zdravotním stavu s lékařem či personálem:

- a) kdykoliv
- b) po předběžné domluvě
- c) málokdy

2. Příbuzní mohou „doprovázet“ své blízké ve Vašem zařízení:

- a) kdykoliv
- b) jen po dohodě s personálem
- c) tuto možnost neposkytujeme

3. Jste ochotni nabídnout příbuzným pacientů:

- a) dostatek informací jak pečovat o svého blízkého
- b) nemáme dostatek informací jak toto nabídnout
- c) nejsme ochotni

4. Pokud pacient ve Vašem zařízení zemře, setkáváte se s příbuznými ještě:

- a) více jak 2 roky
- b) 1-2 roky
- c) vůbec nebo pouze pár měsíců

5. Myslíte si, že péče o příbuzné pacientů ve Vašem zařízení je:

- a) na velmi dobré úrovni
- b) dobrá, ale vždy je co vylepšovat
- c) není dobrá

6. Co by se podle Vás dalo zlepšit ve Vašem zařízení v péči o příbuzné pacientů?

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

**Děkuji za Vaši pozornost a čas, který jste věnoval/a tomuto dotazníku.**

## 2. Pozorování

**Místo:** Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

**Pozorovaný:** Pozorovaný je pacientem hospice již 6 měsíc. Je mu 86 let a před 5 lety onemocněl rakovinou prostaty. Jeho stav se den ode dne zhoršuje.

**Čas pozorování:** Pozorování jsem prováděla v čase obědů, tedy krmení pacienta a následné komunikaci sestry s ním.

Pacient leží v posteli a těžce oddychuje. Přichází sestra, která nese oběd a polohuje horní část lůžka do polohy v sedě, aby bylo možné pacienta nakrmit. Říká a ukazuje, co je dnes k obědu a bere si židli, aby se mohla posadit s obědem k lůžku pacienta. Nejdříve dává pacientovi ochutnat, zda není polévka příliš horká, pacient odpovídá, že je. Sestra se tedy optá, zda může pacientovi polévku „pofoukat“ a on souhlasí. Sestra každou lžící „pofouká“ a vloží jí pacientovi do úst. Pokud mu z úst něco ukápně, ihned mu to utře a pokračuje v krmení. Během něho se klienta ptá, zda už mu může dát další lžící. Když klient všechnu polévku snědl, sestra pokračuje v krmení bramborovou kaší a mletým masem.

Opět se optá, zda není jídlo horké a pokračuje v krmení. Pacientovi trvá déle, než rozkouše a spolkne sousto a také musí při jídle více odpočívat, jelikož ho to unavuje a vyčerpává. Ani nedojedl celý oběd, jen si dal ještě pár lžiček pudinku. Poté mu dá sestra napít.

Sestra pacientovi utřela ústa, nastavila mu lůžko tak, aby mu to bylo pohodlné, posouvá ho výše a v rámci prevence dekubitů mu podkládá nohy speciálními polštářky. Ještě se pacienta zeptá, zda chce zapnout rádio, jelikož ho rád poslouchá, ale pacient chce, aby si k němu sedla. Sestra si tedy sedá opět na židli a naslouchá mu.

Pacient začal vyprávět o tom, že jeho syn staví dům a už ho má skoro hotový, ukazuje fotku své rodiny a vypráví kdo je kdo. Sestra ho drží za ruku a aktivně mu naslouchá. Občas se ho na něco zeptá, třeba kde ten dům staví apod. Pacient však pomalu zavírá oči, ale hned se probouzí. Před obědem dostal léky a ty jeho pozornost zřejmě utlumily. Má halucinace. Na poličce, která je naproti posteli vidí klíče a stále opakuje: „Čí to jsou klíče, vezměte si ty klíče.“ i přesto, že na poličce žádné klíče nejsou. Pacient však stále opakoval tuto větu a v jeho hlase bylo slyšet zoufalství. Mezi tím říkal: „Už mám halucinace.“ a opět se navrátil k větě: „Čí jsou to klíče, vezměte si ty klíče.“ Když už

opravdu naléhal a skoro křičel, ať si ty klíče vezmeme, sestra vstala a šla k poličce. Udělala pohyb, kterým naznačovala, že si klíče bere a pacientovi se ulevilo. Přestal opakovat větu. Sestra pacienta pohladila a ten zřejmě únavou usnul. V tichosti odešla.

Bylo zajímavé vidět, v jakém stavu může být člověk v terminálním stádiu. Na jednu stranu přijímá potravu, na druhou stranu má již halucinace. Překvapilo mne, že i přes halucinace se vracel do reálného stavu a uvědomoval si, že halucinace má. Byla to velice zajímavá zkušenost. Asi bych se v tomto případě zachovala stejně jako sestra a šla si klíče z poličky „jakože“ vzít. Podle mého je důležité, aby člověk dokázal tomu druhému pomoci jakýmkoliv způsobem, hlavně když on se bude cítit lépe. Přístup personálu v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích se mi velice líbil, a pokud bych mohla v budoucnu volit zařízení, kde bych chtěla umírat, nebo kde by měli umírat moji blízcí, myslím si, že Hospic je to správné místo, kde vám umožní umírat důstojně a neosamoceně.

### 3. Práva pacientů

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná od 25. února 1992

*Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.*

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze

onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

#### 4. Evropská charta pacientů seniorů

**Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti**

Adresa: Gerontologické centrum Praha 8 - Šimůnkova 1600, tel. 286 883 676, 283 880 346, fax 286 882 788, e-mail: Iva.Holmerova@gerontocentrum.cz

#### **Úvod**

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

## **1. Obecné zásady**

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl.

Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

## **2. Komunikace a informace**

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obracejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.



### **3. Podpora zdraví**

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života
- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

### **4. Léky**

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

### **5. Transport**

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

### **6. Zdravotní problémy**

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

### Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého

### Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných.

Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích
- např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

### Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

## **7. Nemoc**

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav

## **8. Zotavení a rehabilitace**

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu.

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

## **9. Propuštění z nemocnice**

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto

rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.

- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

## **10. Denní centra**

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám

## **11. Respítní péče**

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok:

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče
- na dva až tři týdny respítní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

## **12. Komunitní a sociální služby**

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru
- domácí péče

- noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

### **13. Změna domova**

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci.

Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

## 5. Deklarace práv onkologických pacientů

přijata 29. června 2002 v norském Oslo

Společná deklarace na podporu a dodržování práv onkologických pacientů.

Deklarace byla přijata jednomyslně zástupci všech členských organizací na valném shromáždění Asociací evropských lig proti rakovině v Oslu 29. června 2002. Liga proti rakovině Praha je řádným členem ECL.

### **Preambule:**

#### **Účastníci:**

- jsou si vědomi, že moderní medicína je soustavně se rozvíjející a rychle se měnící komplex a že vztahy mezi pacienty, zdravotníky a zdravotnickými zařízeními prodělávají významné změny
- uvědomují si, že pacient není jen uživatelem, ale současně i aktivním účastníkem péče zdravotníků a zdravotnických zařízení a že má svá práva
- vývoj lékařských technologií a administrativa s tím spojená ovlivňují vztah pacienta, zdravotníků a zdravotnických zařízení a vyžadují zákonná opatření
- ačkoliv práva pacientů jsou legislativně ošetřena, jsou často zahrnuta do série zákonů různé povahy a rozsahu, které jsou nesnadno dostupné pro nemocné
- jsou si vědomi obtíží nemocných, jestliže zákonná ustanovení neexistují nebo nemají legislativní účinnost
- jsou informováni o existenci početných politických snah a normativních iniciativ v evropských zemích dokazujících společný zájem o práva pacientů
- uvědomují si, že zvýšený veřejný zájem o práva pacientů může přispět k legislativnímu rozvoji i zkomplikování problematiky
- jsou přesvědčeni, že přijetí společných postupů v dílčích otázkách společného významu může být vhodné a užitečné pro práva pacientů na národní a mezinárodní úrovni
- jsou toho názoru, že přiměřený význam postavení pacienta přijetím společných zásad by mohl vzrůstat a stát se motivací pro zdokonalování zákonodárců
- jsou přesvědčeni, že současné podklady mohou zákonodárcům pomoci při začlenění důležitých zásad do zákonů a jejich uplatnění
- jsou toho názoru, že prosazení práv pacientů nemůže být docíleno izolovaně, a proto patientská práva musí být ošetřena různými způsoby

- je třeba upřesnit přijatá opatření na ochranu pacientů v dané situaci, neboť text je formulován obecně, a přesvědčivě využít všech možností k podpoře a prosazení patientských práv
- využít všech zásad a zákonných ustanovení o patientských právech přijatých v následujících mezivládních dohodách: **Guided by the principles and provisions concerning patients' rights as established in the following intergovernmental instruments: Universal Declaration of Human Rights (1948), International Covenant on Civil and Political Rights (1996), International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1996), European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms (1952), European Social Charter (1961) as well as Declaration of Amsterdam on the promotion of patients' rights in Europe (World Health Organisation, 1994), the Convention of Human Rights and Biomedicine (Council of Europe, 1997) and the Charter of Paris against Cancer (2000).**
- Souhlasí s následujícími ustanoveními:

### **Článek 1. Definice.**

1.1. Termín pacient je míněn v souvislosti s "využitím zdravotní péče u zdravého nebo nemocného". Termín "onkologický pacient" je označení "uživatele zdravotní péče, který má nádorové onemocnění nebo obtíže související s rakovinou".

### **Článek 2. Pacienti jako živé bytosti.**

2.1. Hodnota člověka a jeho práva vyjádřená v mezinárodních dokumentech citovaných výše je dána v systému zdravotní péče a zejména ve vztahu mezi pacientem, zdravotníky a zdravotnickými zařízeními.

2.2. V rámci toho všichni pacienti mají právo na kvalitní život, fyzický a duševní rozvoj, důstojnost, respektování soukromí, vlastní morální, kulturní, filozofický, ideologický, náboženský názor, který nesmí být příčinou diskriminace.

### **Článek 3. Právo na léčení, zdravotní péči a psychosociální podporu.**

3.1. Nádorově nemocní mají právo na stejnou dostupnost léčby.

3.2. Medicínské a psychosociální přístupy jsou stejné u nádorově nemocných.

3.3. Nádorově nemocní mají právo na přiměřenou úroveň péče, která je dána jak dokonalým technickým vybavením úměrným dostupným zdrojům, tak současnému

dostupnému klinickému vzdělání a odborné úrovni v dané zemi a mezilidským vztahům mezi onkologickým pacientem a zdravotníky.

3.4. Nádorově nemocní mají právo na nezbytnou zdravotní péči při svém onemocnění včetně preventivní péče a rehabilitace.

3.5. Nádorově nemocní mají právo na svobodnou volbu a změnu lékařů a zdravotnického zařízení stejného zaměření.

3.6. Nádorově nemocní mají právo konzultovat jiného lékaře v každé situaci.

3.7. Nádorově nemocní jsou léčeni vždy ve vlastním zájmu v souladu s léčebnými postupy a dostupnou technikou.

3.8. Nádorově nemocní mají právo na zabezpečení pokračujícího léčení v jedné i více nemocnicích při střídání s domácím ošetřováním.

3.9. Nádorově nemocní mají právo na léčbu obtíží v důsledku onemocnění podle současných poznatků, na pomoc v terminálním stadiu nemoci a na důstojné umírání.

#### **Článek 4. Právo na informace.**

4.1. Nádorově nemocní mají právo na úplnou informaci o svém zdravotním stavu včetně lékařských vyšetření; o navrhovaných lékařských postupech spolu s riziky a účinky způsobu léčby; o alternativách navržené léčby včetně vyhlídky bez jakékoliv léčby, o diagnóze, výhledu (prognóze a postupu léčby). Rozsah informace umožňuje pacientův souhlas stejně tak i pro jakýkoliv lékařský postup, výzkum anebo výukovou demonstraci.

4.2. Informace musí být podána pro pacienta srozumitelnou formou a zdravotník se musí přesvědčit, že rozhovor je vnímán s důvěrou.

4.3. Nádorově nemocní mají právo na vlastní žádost informaci odmítnout.

4.4. Nádorově nemocní mají právo rozhodnout, kdo, pakliže vůbec, má být ještě informován.

4.5. Nádorově nemocní mají právo znát identitu a odbornost zdravotníků, zejména zaměstnanců zdravotnického zařízení. Pacienti mají právo být seznámeni s provozním řádem tohoto zařízení.

#### **Článek 5. Právo na seberozhodování.**

5.1. Nádorově nemocní mají právo v každé situaci na souhlas pro všechny lékařské výkony, pro zařazení do výzkumu nebo do výukového procesu.



5.2. Když nádorový pacient je nesvéprávný, vyžaduje se souhlas zákonného poručníka. I sám pacient musí být rovněž informován před rozhodovacím procesem v rozsahu, který umožní jeho stav. Když zákonný zástupce odmítne dát souhlas a lékař je přesvědčen o zákroku v zájmu nemocného, konečné rozhodnutí musí být v souladu se zákonem.

5.3. Jestliže nádorově nemocný je neschopný vyjádřit svůj souhlas po předchozí informaci a jestliže není zákonný poručník nebo poručníci určení pacientem, rozhodovací proces musí zahrnovat všechny známé skutečnosti a nejširší výběr předpokládaných možností podle přání onkologického pacienta.

## **Článek 6. Právo na mlčenlivost a soukromí.**

6.1. Všechny informace o nádorově nemocném, zdravotní stav, lékařské posouzení, diagnóza, prognóza a léčení a všechny ostatní informace osobního charakteru musí být důvěrné.

6.2. Nádorově nemocní mají právo přístupu ke svým zdravotním nálezům a záznamům a veškeré další dokumentaci, týkající se jejich diagnózy, léčení a následné péče a k tomu, aby dostali kopii celé nebo části lékařské zprávy.

6.3. Informace mohou být vyčleněny jako tajné, jestliže si to pacient výslovně přeje, nebo jsou-li výslovně zahrnuty zákonně s ostatními ve výzkumných protokolech. Souhlas k přístupu je možný při změně lékaře, pro ovlivnění pacientovy léčby nebo pro následující zákrok, ale musí to být jen v naprosto nezbytném rozsahu.

6.4. Všechny osobní údaje o pacientovi musí být vhodným způsobem chráněny.

6.5. Nádorově nemocní mají právo vyžadovat změnu, doplnění, vypuštění nebo upřesnění anebo úpravu dat osobních nebo medicínských, které se jich týkají, pokud jsou nepřesná, neúplná, dvojsmyslná nebo časově neodpovídají dané diagnóze, prognóze, léčení a následné péči.

## **Článek 7. Právo na sociální péči.**

7.1. Život nádorově nemocných je často provázen během nebo po léčení finančními nebo sociálními starostmi. Onkologičtí pacienti mají právo na ekonomické, finanční a sociální služby a podporu.

## **Článek 8. Povinnosti pacientů**

8.1. Nádorově nemocní jsou povinni aktivně se podrobit diagnostickým vyšetřením, léčení a doprovodné péči poskytované ošetřujícím personálem a zdravotnickým zařízením po předchozí informaci.

8.2. Nádorově nemocní se musí snažit, aby styk se zdravotnickým personálem a zdravotní péče probíhala v pohodě.

## **Článek 9. Stížnosti.**

9.1. Nemocní musí mít přístup k informacím a radám umožňujícím jim seznámení se s jejich právy obsaženými v tomto dokumentu. Tam, kde práva nejsou respektována, musí být možnost podat stížnost. K tomu by měla být možnost a způsob uplatnění práva nápravným opatřením nebo jinou formou mimostandardního postupu.

## **Článek 10. Uplatnění.**

10.1. Seznámení se s právy uvedenými v této deklaraci znamená, že byl naplněn uvažovaný záměr.

10.2. Seznámení se s těmito právy nebude znamenat postih. Při aplikaci těchto práv se pacienti přizpůsobí omezením danými hranicemi lidských práv a v souladu s předpisy danými zákonem.

10.3. Jestliže pacient nemůže sám uplatnit práva uvedená v dokumentu, měl by se s těmito právy seznámit zákonný zmocněnec nebo osoba pověřená k tomuto účelu nemocným. Kde není ani zákonný zmocněnec ani pověřená osoba, měly by se hledat jiné způsoby pro zástup nemocného.

**Předchozí body nejsou právními povinnostmi nebo právy, jsou však vnímány jako základ lepšího života lidí s rakovinou.**

## 6. Charta práv umírajících

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
  - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
  - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby

- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

*Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.*

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

© Cesta domů

Zdroj: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=187&lang=cs> (cit. 28. 3. 2008)

## 7. Etický kodex sester

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

### **Etická pravidla zdravotní péče**

1. Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
2. Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
3. Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

### **Zdravotní sestra a spoluobčan**

1. Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
2. Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

### **Zdravotní sestra a péče v praxi**

1. Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
2. Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
3. Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.



4. Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

### **Zdravotní sestra a společnost**

1. Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

### **Zdravotní sestra a spolu- zaměstnanci**

1. Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
2. Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

### **Zdravotní sestra a povolání**

1. Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.
2. Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
3. Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

## 8. Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví

(1) Zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.

(2) Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména

- a) vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem, pro něž zásady určuje ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi
- b) převzít a řádně plnit i mimořádné zdravotnické úkoly uložené mu dočasně v důležitém obecném zájmu,
- c) poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči,
- d) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby; povinnost oznamovat určité skutečnosti uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštními předpisy tím není dotčena. Povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

(3) Povinnosti uvedené v **odstavci 2 písm. c) a d)** se vztahují i na zdravotnické pracovníky, kteří nevykonávají zdravotnické povolání.

(4) Ostatní pracovníci ve zdravotnictví jsou povinni kromě dalšího vzdělávání ve svém oboru osvojit si i zdravotnické znalosti v rozsahu potřebném pro výkon své práce

## 9. Geriatrická škála deprese dle Yessavage – krátká verze

<b>Otázka</b>	<b>Odpověď</b>
Jste v zásadě spokojen(a) se svým životem	Ano – <b>NE</b>
Opustil(a) jste mnoho ze svých aktivit a zájmů?	<b>ANO</b> – Ne
Máte pocit, že váš život je prázdný?	<b>ANO</b> – Ne
Pocítujete často nudu, prázdnotu?	<b>ANO</b> – Ne
Máte většinou dobrou náladu?	Ano – <b>NE</b>
Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	<b>ANO</b> – Ne
Jste většinou šťastný (šťastná)?	Ano – <b>NE</b>
Cítíte se často bezmocný (bezmocná)?	<b>ANO</b> – Ne
Zůstáváte raději doma, než byste šel (šla ven a podnikal(a) nové věci?	<b>ANO</b> – Ne
Máte pocit, že máte více problémů s pamětí než ostatní?	<b>ANO</b> – Ne
Myslíte, že je pěkné žít v této době?	Ano – <b>NE</b>
Tak jak jste na tom právě nyní, připadáte si bezcenný?	<b>ANO</b> – Ne
Cítíte se plný (plná) energie?	Ano – <b>NE</b>
Pocítujete svou situaci jako beznadějnou?	<b>ANO</b> – Ne
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	<b>ANO</b> – Ne
<p><b>Hodnocení</b> (každá odpověď vytištěná velkými písmeny = 1 bod):</p> <p>0-5 bodů: norma</p> <p>&gt;5 bodů: suspektní deprese</p> <p>Česká standardizace: 0-7 norma, 8-12 mírná deprese, 13-15 deprese (podle TOŠNEROVÁ, T., BAHBOUH, R. <i>Orientační vyšetření deprese a demence v ordinaci praktického lékaře. Opomíjené diagnózy ve stáří</i>. Praha: Beaufour-Ipsen International, 1999)</p>	

Zdroj: KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA P. (editoři) *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-69

## 10. Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy

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

(Vypracováno na Interní a hematoonkologické klinice Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, FN Brno)

Zdroj: LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, Avicenum, 2007.

ISBN 978-80-247-1784-5

## 11. Materiály - LDN

## 12. Materiály - hospice

### 13. CD s transkripty rozhovorů a videozáznamy