

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

HISTORIE A SOUČASNOST HOSPICE SV. LAZARA V PLZNI

Bakalářská práce

BARBORA ŠŮLOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Michaela Havlová

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Šůlová Barbora
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 20. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Historie a současnost Hospice svatého Lazara v Plzni

Geschichte und Gegenwart des St. Lazar – Hospizes in Pilsen

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Michaela Havlová

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl/a v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. Března 2015

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji především vedoucí bakalářské práce, MUDr. Michaela Havlové, za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále chci poděkovat celému týmu v Hospici sv. Lazara a všem mým blízkým, kteří mi byli po celou dobu oporou.

ABSTRAKT

ŠŮLOVÁ, Barbora. *Historie a současnost Hospice sv. Lazara v Plzni*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Michaela Havlová. Praha. 2015. 49. s.

Téma bakalářské práce se zabývá problematikou hospicové péče. První část se zaměřuje na historii hospiců, vysvětlení pojmu hospic, hospicová péče, hlavní myšlenka a formy hospice. Práce je věnována biologickým potřebám nemocného, praktickým přístupům k umírajícímu a některým emocionálním problémům v paliativní péči. V druhé části je práce věnována nejčastějším ošetrovatelským diagnózám v Hospici sv. Lazara v Plzni, hospodaření hospice a je zde popsán jeho personál, ošetrovatelská dokumentace a léčba bolesti. Práce je zaměřena také na péči o pozůstalé, spiritualitu nemocného a režim dne v hospici.

Klíčová slova

Bolest. Diagnóza. Hospic. Nemocný. Péče. Potřeba. Smrt. Umírání.

ABSTRAKT

ŠŮLOVÁ, Barbora. *Geschichte und Gegenwart des St.-Lazar-Hospizes in Pilsen*. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Michaela Havlová. Prag. 2015. 49. p.

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Problematik der Hospizpflege. Der erste Teil beschreibt die Geschichte der Hospize, Erklärung des Hospiz-Begriffs, Hospizpflege, den leitenden Gedanken und die Formen des Hospizes. Die Arbeit ist den biologischen Bedürfnissen der Patienten, dem praktischen Zugang zum Sterbenden und einigen emotionalen Problemen in der Palliativpflege gewidmet. Der zweite Teil der Arbeit zählt die häufigsten Pflegediagnosen im St.-Lazar-Hospiz in Pilsen auf, erörtert die Wirtschaftsführung des Hospizes und beschäftigt sich mit dem Personal, der Pflegedokumentation und der Schmerzbehandlung. Außerdem befasst sich die Arbeit mit der Sorge um die Hinterlassenen, der Spiritualität der Patienten und dem Tagesablauf im Hospiz.

Schlüsselwörter

Der Schmerz. Die Diagnose. Der Hospiz. Der Patient. Die Pflege. Die Bedürfnisse. Der Tod. Das Sterben.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

ÚVOD.....	14
1 HISTORIE PŘÍSTUPU KE SMRTI	15
2 HISTORIE HOSPICŮ	16
2.1 HOSPICE VE SVĚTĚ.....	16
2.2 HOSPICOVÉ HNUTÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ	17
3 HOSPICOVÁ PÉČE	19
3.1 DŮSTOJNOST UPROSTŘED NEMOCI.....	19
3.2 HOSPIC	19
3.3 POSLÁNÍ HOSPICE	20
3.4 HLAVNÍ MYŠLENKA HOSPICE	20
4 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE	22
4.1 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE	22
4.2 STACIONÁRNÍ (DENNÍ) HOSPICOVÁ PÉČE	22
4.3 HOSPICOVÁ PÉČE LŮŽKOVÁ	23
4.4 ČASOVÁ OBDOBÍ NEMOCNÉHO V HOSPICOVÉ PÉČI	24
5 PÉČE ORIENTOVANÁ NA BIOLOGICKÉ POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH	25
5.1 DÝCHÁNÍ	25
5.2 PŘÍJEM POTRAVY	25
5.3 PŘÍJEM TEKUTIN	25
5.4 KONTINENCE	26
5.5 MANAGEMENT BOLESTI	26
5.6 HYGIENA	27
5.7 REHABILITACE	27
6 PRAKTICKÉ PŘÍSTUPY K UMÍRAJÍCÍM.....	28
7 EMOCIONÁLNÍ PROBLÉMY V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ 33	
7.1 EMOCIONÁLNÍ PODPORA KLIENTA.....	33
7.2 EMOCIONÁLNÍ PODPORA RODINY A PŘÍBUZNÝCH	35
7.3 EMOCIONÁLNÍ PROBLÉMY A PODPORA ZDRAVOTNÍKŮ...36	
8 HOSPIC SVATÉHO LAZARA V PLZNI.....	37
8.1 SHRUTÍ A NOVINKY ZA ROK 2000 – POČÁTEČNÍ ROKY HOSPICE SVATÉHO LAZARA	38
8.2 SCHÉMA VEDENÍ HOSPICE SVATÉHO LAZARA	40
8.3 ŽÁDOST A SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS	41
8.4 NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY V ROCE 2000.....	41

8.5	NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY V ROCE 2013	42
8.6	PŘEHLED HOSPODAŘENÍ V ROCE 2000	43
8.7	PŘEHLED HOSPODAŘENÍ V ROCE 2013	44
8.8	PERSONÁL HOSPICE, TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE	45
8.9	OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE	46
8.10	KONTROLA A LÉČBA BOLESTI	52
8.11	SPOLUPRÁCE S RODINOU, PÉČE O POZŮSTALÉ	53
8.12	DOBROVOLNÍCI V HOSPICI	53
8.13	SPIRITUALITA A AUTONOMIE NEMOCNÉHO	54
8.14	REŽIM DNE V HOSPICI	54
8.15	TYPY POKOJŮ V HOSPICI	56
8.16	PRAVDA Z HLEDISKA POTŘEB	56
8.17	KOMUNIKACE	57
8.18	PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ	57
9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
	PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

CNS..... centrální nervová soustava

DHC..... Dihydrocodein

i. m...... intramuskulárně

i. v...... intravenózně

kol. kolektiv

s. c...... subkutánně

sv. Svatého

z. s. zapsaný spolek

(VOKURKA, 2007)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adaptace - přizpůsobení

Akrální – okrajový

Analgetika – léky tlumící bolest

Antidekubitní - zabraňující vzniku proleženin

Antidepresiva – léky proti depresi

Antiepileptika – léky proti epilepsii

Antipyretika – léky proti horečce, na snížení tělesné teploty

Aseptický – zbavený choroboplodných zárodků

Bolus – jednorázově či nárazově podaná dávka léčiva

Canisterapie – léčebný kontakt psa a člověka

Cynismus - mravní otrlost

Dehydratace - odvodnění

Dekubitus - proleženina

Enterální – střevní

Euforie – příjemný subjektivní pocit tělesné a duševní pohody

Hypertrofie - zbytnění

Hypnotika - látky působící terapeuticky na chronickou nespavost

Inkontinence - neschopnost udržet moč nebo stolici

Integrace - začlenění

Integrita - neporušenost

Intermitentní - střídavý

Introvertovaný – zaměřený do vlastního nitra

Kardiovaskulární – týkající se srdce a cév

Konzilium – odborná porada lékařů

Malnutrice - podvýživa

Metabolismus – látková přeměna

Muskuloskeletární – svalověkosterní soustava

Nasoduodenální sonda – tenká hadička, zavedená nosem do dvanáctníku k zajištění výživy

Nasogastrální sonda – tenká hadička, zavedená nosem do žaludku k zajištění výživy

Nasojejunální sonda – tenká hadička, zavedená nosem do střeva k zajištění výživy

Nesteroidní antirevmatika – látka užívaná při léčbě revmatizmu, působí i protizánětlivě

Neuropatická – vychází z nervů

Neverbální – vyjadřovaný jinak než slovy

Opioid – generický název užívaný pro alkaloidy z rostliny máku, mají silný analgetický účinek

Paliativní - mírnící bolest, ale neodstraňující příčinu choroby a bolesti

Parenterální – mimo střevní, jiná než perorální aplikace

Reflex - bezděčná odezva organismu na vnější podnět zprostředkovaná nervovým systémem

Ritualizace – obřadnost chování

Sedativa – léky a látky zklidňující, vedoucí k útlumu duševní i pohybové aktivity

Somatická - tělesná

Somatizace - přenesení, odvedení psychického napětí do tělesné oblasti

Stomie - vyústění orgánu na povrch těla

Viscerální - útrobní

(VOKURKA, 2007)

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Tabulka 1 Přehled provozních výnosů Hospice sv. Lazara v roce 2000	43
Tabulka 2 Přehled provozních nákladů Hospice sv. Lazara v roce 2000	43
Tabulka 3 Přehled provozních výnosů Hospice sv. Lazara v roce 2013	44
Tabulka 4 Přehled provozních nákladů Hospice sv. Lazara v roce 2013	45
Tabulka 5 Přehled nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, jejich cílů a ošetrovatelských intervencí	48
Obrázek 1 Logo Hospice sv. Lazara	37
Obrázek 2 Schéma vedení Hospice sv. Lazara v Plzni	40

ÚVOD

Donedávna byl hospic v naší zemi pojmem téměř neznámým a ani dnes není stále zcela pochopen. Lidé se nechtějí bavit o smrti a bolesti, tyto témata nám nahánějí strach, a tak se otázka smrti z našich životů paradoxně vytěsnila. Lékaři se za každou cenu snaží zachraňovat lidské životy a smrt berou jako selhání. Tato práce by měla poukázat i na jiné možnosti umírání než v nemocnici. Na možnost strávit poslední chvíle života v klidu, bez bolesti a zemřít důstojně. O smrti, umírání a všeho co se smrti týká, se v nynější společnosti nemluví. Lidé se spíše tomuto tématu vyhýbají. K práci zdravotní sestry přesto smrt neodmyslitelně patří. Cílem práce bylo přiblížit tematiku smrti prostřednictvím hospicové péče.

První část práce je zaměřena na vysvětlení samotného pojmu hospic, jaké formy péče může hospic poskytnout a přiblížení historie hospiců ve světě i v české republice. Dále jsou v práci popsány biologické potřeby umírajících, bližší přiblížení emocionální problematiky a to z hlediska pacienta, zdravotníka a rodiny umírajícího.

Druhá část bakalářské práce je zaměřena na samotné zařízení Hospic svatého Lazara v Plzni. Jsou zde poskytnuty informace týkající se režimu dne v hospici, jeho personálu, spolupráce s nemocným i rodinou a popsáno vše co hospic nabízí v současné době, ale i začátcích v době jeho otevření.

Cílem práce bylo blíže přiblížit problematiku umírání, smrti a především problematiku hospicové péče, která se touto otázkou zabývá. Poukázat na to jak se v Hospici sv. Lazara vyvíjela péče o umírající, jaké byly nejčastější diagnózy a první zkušenosti v Hospici sv. Lazara a jak je tomu naopak dnes.

Vypracovaná bakalářská práce by měla sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry a také lidem bez zdravotního vzdělání, se zájmem o toto téma.

1 HISTORIE PŘÍSTUPU KE SMRTI

V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. (HAŠKOVCOVÁ, 2000, s. 23)

Smrt je přirozenou součástí života. I přes to, že si lidé svoji konečnost vždy uvědomovali, si můžeme v průběhu různých časových období historie všimnout různých odlišných přístupů ke smrti. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

V posledních staletích se délka života člověka prodlužovala a vlivem toho se lidé začali více orientovat na pozemský život. Lidé začali téma smrt pomalu vytěšňovat ze svých životů a jedinec začíná o nemoci a smrti přemýšlet až když ho sama dostihne. Člověk je tak postaven před těžkou životní zkoušku, o které v minulosti nepřemýšlel. V současné době se téma smrti opět dostává do našich životů a přestává být tabuizováno. Tomuto tématu se věnoval světově uznávaný sociolog a lékař Norbert Elias. Tématu smrti a umírání se věnuje v knize *O osamělosti umírajících*. Autor zde vyjadřuje svůj názor na smrt a poukazuje na problematiku pohledu na smrt společnosti a neschopnost projevovat veřejně emoce (ELIAS, 1998).

2 HISTORIE HOSPICŮ

Slovo hospic je původem ze středověku a v překladu znamená útulek pro unavené poutníky. V hospici se poutníkům dostalo nejen tělesné ale i duchovní úlevy, byly jim poskytnuty léky, strava a ošetřeny rány. První zmínky o útulcích se datují od roku 238 před Kristem v Indii. Zastáncem myšlenky, že člověk je v životě i umírání poutníkem na cestě k věčnosti a musí se mu pomoci, byl ve středověku Benedikt z Nursie. Benedikt, který v Monte Cassinu v Itálii založil klášter, při svých modlitbách zdůrazňoval, že je třeba postarat se o nemocné. Klášter, který dal postavit, zahrnoval jednoduché místnosti pro chudé a poutníky, místnosti pro zámožnější poutníky a nemocnice pro členy jeho řádu. Jeho následovníci, řád benediktýnů, se rozšířil po celé Evropě. Hospice postupně zanikaly a k jejich rozvoji opět dochází až na konci 20. století (VŠE O LÉČBĚ BOLESTI, 2006), (WILDA, 2015).

2.1 HOSPICE VE SVĚTĚ

Za předchůdce hospice, tak jak ho známe dnes, jsou považována až zařízení pro umírající vznikající ve 20. století. K jejich nárůstu dochází až po druhé světové válce. V padesátých letech v Anglii umíralo více lidí v nemocnicích než ve vlastních domovech po boku svých blízkých. Rakovina se stávala nejvíce obávanou diagnózou, a to především pro nesnesitelné bolesti. Léků na tišení bolesti bylo málo a Morfin byl navíc pokládán za vysoce návykový a pacientům se tedy nepodával. Celosvětově je hospicová péče poměrně mladou disciplínou. První hospic, Hospic sv. Kryštofa, byl založen v Londýně roku 1967 madam Cicely Saundersovou. Tato zdravotní sestra a později i lékařka, která působila právě v Hospici sv. Kryštofa, prosazovala myšlenku, že právě umírající pacienti potřebují zvláštní péči.

Změny přístupu ke smrti v moderní společnosti a vize mladého člověka umírajícího na rakovinu v nedůstojných podmínkách se staly inspirací pro dr. Saundersovou, zakladatelku hospicového hnutí (HAŠKOVCOVÁ, 2007), (POSLÁNÍ HOSPICE, 2015).

2.2 HOSPICOVÉ HNUTÍ V ČESKÉ REPUBLICE

S první myšlenkou hospicové péče u nás přišla MUDr. Marie Opatrná. Ta začala připravovat zřízení hospice v budově bývalé gynekologie v Roosveltově ulici v Praze, ale projekt byl nakonec zrušen. Zakladatelkou hospicového hnutí a prvního českého hospice je považována MUDr. Marie Svatošová. Ta se narodila roku 1942 do katolické rodiny. Vystudovala střední školu v oboru zdravotní sestra a krátce na to složila úspěšně přijímací zkoušku na lékařskou fakultu. Do roku 1990 pracovala jako praktická lékařka. V témže roce svou ordinaci opustila a nastoupila do Charity. V roce 1993 založila občanské sdružení Ecce homo – Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. V roce 1995 stála u zrodu Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. První český hospic byl otevřen roku 1996 a v současné době je v České republice 16 lůžkových hospiců (POSLÁNÍ HOSPICE, 2015), (PORŠ, 2010):

- Hospic Anežky České v Červeném Kostelci,
- Hospic sv. Lazara v Plzni,
- Hospic Štrasburk v Praze,
- Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa u Brna,
- Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích,
- Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci,
- Hospic sv. Alžběty v Brně,
- Hospic v Mostě,
- Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích,
- Hospic Frýdek – Místek,
- Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech,
- Hospic Chrudim,
- Hospic sv. Lukáše v Ostravě,

- Hospic Malovická v Praze,
- Hospic Liberec,
- Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí (ADRESÁŘ HOSPICŮ, 2015).

3 HOSPICOVÁ PÉČE

Doprovázení umírajícího ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti. Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot (SVATOŠOVÁ, 2011, s. 116).

3.1 DŮSTOJNOST UPROSTŘED NEMOCI

Pro většinu lidí neexistuje horší bolest, žádné větší utrpení než to, když cítí, že přišli o svou důstojnost (BYOCK, 2005, s. 108).

Umírající člověk je odkázán, někdy i zcela, na pomoc druhých. Nemusí se umět sám obléknout, vyprázdnit se nebo najíst. Lehce tak může přicházet o svoji identitu a vnímá sebe samotného jako méně cenného. S pocitem viny, že svému okolí ničím nepřispívá, ale naopak se pro své blízké stává břemenem, ho zbavuje důstojnosti. V naší společnosti panuje přesvědčení, že pokud člověk ztratí své schopnosti a je závislým, ztratí tak svoji důstojnost. Preferuje se mládí a vitalita a známky nemoci nebo stáří jsou zdrojem rozpaků, protože je společnost nebere jako nevyhnutelný vývoj člověka. Konečná fáze lidského života by měla být a zaslouží si být spokojeným obdobím s vlastními hodnotami a s pocitem hrdosti na sebe sama (BYOCK, 2013).

3.2 HOSPIC

Hospic není jen budova, je to myšlenka, hnutí, je to místo laskavé péče pro nevléčitelně nemocné a jejich neblíží. Lidé se zde cítí bezpečně a nejsou nikdy a na nic sami, mají jistotu zachování lidské důstojnosti. Hospic je určen pro nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu onemocnění, zvláště s onkologickým onemocněním. Dále je hospic určen pro klienty s onemocněním základních životních orgánů a demencí v terminálním stádiu onemocnění. Hospicová péče zajišťuje tlumení příznaků onemocnění, zejména pak bolesti. Klienti mají k dispozici většinou jednolůžkové pokoje s příslušenstvím, přistýlkou a mohou si přinést cokoli, co je jim blízké a je pro ně důležité. Na žádost mohou kdykoliv opustit zařízení a opakovaně se vracet zpět. Je-li to možné a klient o to stojí, může přijít na návštěvu rodina či blízcí. Návštěvní hodiny zde neexistují. Hospic zajišťuje také

duchovní služby a lidé se zde často obrací na víru. Hospic pomáhá hledat smysl života, smíření a odpuštění těm, kteří ho hledají (BYOCK, 2013), (O HOSPICÍCH, 2015).

3.3 POSLÁNÍ HOSPICE

K hospicové péči neodlučitelně patří paliativní medicína. Paliativní medicína, která se stejně jako hospicová péče snaží zajistit co největší zmírnění bolesti, nastupuje po vyčerpání veškerých možností léčby. Oproti paliativní léčbě, která má smysl medicínský, má hospicová péče i smysl sociální, psychický a spirituální. Hospice jsou laickou veřejností často mylně považovány za domovy seniorů nebo domy umírání. Hlavním úkolem a posláním hospiců je však zajistit klidné, důstojné umírání a zachování lidské důstojnosti. Nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí a v posledních chvílích života nezůstane sám (KÜBLER-ROSS, 1992), (POSLÁNÍ HOSPICE, 2015).

3.4 HLAVNÍ MYŠLENKA HOSPICE

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta: biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Ctí autonomii nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se (VORLÍČEK, - ADAM a kol., 1998, s. 449).

Každý má právo na důstojné umírání a smrt, nastává ale otázka kde a také jak. Myšlenku hospice lze za určitých podmínek splnit kdekoliv. Jde především o kvalitu života do úplné smrti a to nejen samotného nemocného, ale i jeho blízkých a rodiny. Pro hospice je důležitý psychický stav klienta i jeho rodiny. Součástí života je smrt stejně jako narození a přesně tak ji hospic vnímá a respektuje. Hospic nikdy smrt neuspíšuje, protože jeho největším úkolem je sloužit a pomáhat. V hospicové péči hraje velkou úlohu personál, který je složený z několika funkcí. Každá z funkcí má zde své nenahraditelné místo. Personál se skládá z lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, sociálních pracovníků, duchovních, dobrovolníků a pomocného personálu. Práce v hospicovém zařízení je psychicky náročná a každý pracovník musí dobře chápat myšlenku hospice. Měl by být psychicky vyzrálý k tomuto povolání a práce pro něj musí být spíše posláním než povoláním. Víra a náboženství má v hospicové péči velké uplatnění, obrací se na ni nejen klienti, ale také personál (KÜBLER-ROSS, 1994), (MARKOVÁ, 2010).

Teoreticky by bylo možno aplikovat myšlenku hospice i v nemocnici, avšak prakticky je její poslaní trochu jiné. V nemocnici se klade velký důraz na co nejpřesnější diagnózu a její příčinu. Lékaři se snaží klienta léčit až do úplného konce. Středem všeho se tak stává onemocnění a pacient jako člověk se stává anonymním. Nemocnice i hospice se vzájemně doplňují k prospěchu nemocného, nemocnice nikdy nemůže nahradit hospic a obráceně. Pro nevléčitelně nemocné, ale nemocnice v určité fázi začíná ztrácet smysl a je třeba uchýlit se k péči hospicové (SVATOŠOVÁ, 2011), (VIZUS, 2015).

4 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE

Hospicová péče rozeznává tři základní formy.

4.1 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Tato forma péče zpravidla bývá pro nemocného tou nejlepší možností. Je to především výhoda domácího prostředí a klient si tak nemusí zvykat na nové okolí. Mnohdy totiž může klient obývat pokoj ještě s dalším pacientem a to nemusí být pro někoho příjemné. V domácí péči klient neztrácí pohodlí domova ani své soukromí. Domácí hospicová forma péče, ale může fungovat jen do té doby, je-li rodina schopna se starat o nemocného po stránce odborné, ale také fyzické a duševní. V takovém případě může pomoci i speciálně vyškolená sestra pro hospicovou péči v domácím prostředí (SVATOŠOVÁ, 2011), (MARKOVÁ, 2009).

4.2 STACIONÁRNÍ (DENNÍ) HOSPICOVÁ PÉČE

Jedná se o typ péče, kdy je klient do stacionáře přijat ráno a v průběhu dne se vrací domů. Tato forma je vhodná tehdy, jeli denní stacionář v blízkém okolí bydliště. Klient může být do stacionáře přijat z důvodu diagnostických, například ke kontrole bolesti v případě kdy rodina není schopna bolest zvládnout sama v domácím prostředí. Dalším důvodem může být léčba, kdy je zapotřebí například upravit medikace k léčbě bolesti nebo aplikace chemoterapie a další paliativní léčby. V takovém případě se nemocný může vrátit do domácího prostředí. Stacionárním řešením může být i psychoterapeutická příčina. Většinou se jedná o člověka, který nemá rodinné zázemí nebo s ním rodina nechce problémy řešit. Velmi častým bývá i respitní důvod. U lidí jejichž onemocnění trvá dlouho a rodina se plně věnuje péči o nemocného je pobyt ve stacionáři určitým odlehčením od psychické i fyzické zátěže rodiny. Respitní péče funguje ve stacionáři i pokud chce rodina odjed například na dovolenou a chce mít jistotu, že bude o nemocného odborně postaráno (SVATOŠOVÁ, 2011), (KLUSÁKOVÁ, 2012).

4.3 HOSPICOVÁ PÉČE LŮŽKOVÁ

Do lůžkové péče může být zařazen i klient z respitního důvodu. Pokud chce poslední chvíle života strávit v hospici, například jsou-li v rodině malé děti a nemocný je chce ušetřit těchto prožitků. V podstatě může být do lůžkové péče přijat jakýkoliv pacient, který by byl přijat do denního stacionáře, ale existuje zde překážka, která tomu brání, například dlouhé dojíždění do stacionáře. Nemusí být nutně dané, že pacient přišel do hospice zemřít, může hospicovou péči střídat s domácí a do lůžkové péče se vracet. Na krátkodobé a opakované pobyty většinou přicházejí klienti zcela dobrovolně a svobodně ve chvíli kdy cítí, že je to pro ně vhodné. Nemocný si dále může vybrat, bude-li při pobytu v hospici sám, nebo zda s ním bude pobývat jeho blízký. Návštěvy v hospici jsou vždy neomezené, rodina tedy smí klienta navštěvovat 24 hodin denně. Dalším specifickým znakem lůžkové hospicové péče, pokud je to jen trochu možné je, že si pacient řídí režim dne sám. Oproti nemocniční péči nemocný nemusí ležet na lůžku a umožní-li to jeho zdravotní stav a s vědomím personálu se může svobodně pohybovat po areálu budovy i mimo ni. Kvalita života je právě to, na co je v hospicové péči kladen velký důraz. Všechny prostory hospice jsou bezbariérové. Hospic je vybaven pomůckami, které pomáhají nejen klientům, ale především personálu pro kvalitnější péči o nemocné. Například pojízdné koupací vany, zvedáky nebo polohovací lůžka. Aby hospicové prostředí připomínalo spíše to domácí, bývá budova vybavena společenskou místností. V hospici bývá často zřízena kaple a většinou i zahrada nebo terasa.

O tom, zda bude člověk přijat do denní nebo lůžkové péče, rozhoduje zcela hospicový lékař po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta. Vždy se musí dávat přednost nemocným, jejichž zdravotní stav povede v blízké době ke smrti (SVATOŠOVÁ, 2011), (O HOSPICÍCH, 2015).

4.4 ČASOVÁ OBDOBÍ NEMOCNÉHO V HOSPICOVÉ PÉČI

Z časového hlediska se proces nevléčitelného onemocnění dělí do několika částí:

- Časový úsek nazývaný **prae finem**, je obdobím péče a doprovázení pacienta spolu s jeho blízkými, od zjištění diagnózy až po dobu terminálního stádia. Období může trvat několik měsíců, ale i let. Tato fáze může být spojována se samotným onemocněním nebo i s důsledkem vysokého věku.
- Obdobím **in finem**, máme na mysli časový úsek doprovázení nemocného a rodiny po dobu terminálního stavu, to znamená samotné umírání. Během tohoto období u pacienta často vymizí potřeba příjmu tekutin a potravy. Stále je pro nemocného nezbytná ošetrovatelská pomoc jako kontrola a předcházení vzniku dekubitů, zajištění hygieny a tišení bolesti. Mělo by docházet k uspokojování nejen tělesných, ale i psychických, sociálních a duševních potřeb.
- Třetí období **post finem**, je časem péče o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých i po delší dobu, zpravidla jednoho roku. Péče o tělo zemřelého se liší, jde-li o péči v nemocničním nebo jiném zařízení nebo v domácím prostředí. Doma mohou provádět péči blízcí, v nemocničním zařízení péči obvykle zajišťuje zdravotní sestra. Ať už smrt nastane doma nebo v nemocničním zařízení vždy musí tělo zemřelého nejprve ohledat lékař, jen on může konstatovat smrt (SVATOŠOVÁ, 2011), (KŘIVOHLAVÝ, 1995).

5 PÉČE ORIENTOVANÁ NA BIOLOGICKÉ POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH

Biologické potřeby umírajícího vycházejí ze základních potřeb člověka, jsou individuální a proměnné. Pro krátkodobé i dlouhodobé plány je důležité, aby personál a lékař pečlivě sledoval a shromažďoval informace o základních potřebách umírajícího. Potřeby každého člověka jsou podmíněny různými faktory, jako například kulturou, věkem, stavem klienta, sociálním prostředím, vzděláním nebo intelektem. Vždy je nejdůležitější, aby bylo zajištěno tlášení všech nepříjemných symptomů, jako je bolest, dušnost, nauzea, apod. (VIZUS, 2014), (DOMÁCÍ PÉČE, 2014).

5.1 DÝCHÁNÍ

Cílem je především prevence dušnosti, ulehčit umírajícímu dýchání, zajištění průchodnosti dýchacích cest a prevence aspirace. Průběžně se u nemocného sleduje a následně hodnotí například kvalita a forma dýchání, hloubka výdechu a hloubka nádechu, prokrvení akrálních částí těla a poloha umírajícího (CO JE HOSPIC, 2014), (DOMÁCÍ PÉČE, 2014).

5.2 PŘÍJEM POTRAVY

K hlavním cílům patří prevence nauzey a zvracení, malnutrice, prevence poruch metabolismu a vzniku dekubitů. Základem je nutričně vyvážená, plnohodnotná strava, která musí být čerstvě připravená. Při přípravě stravy zhodnotíme aktuální stav pacienta, jeho stav chrupu nebo vybavení polykacího reflexu. Strava by měla být obecně podávána v menších a častějších dávkách. Pokud nemocný nemůže potravu přijímat normálním způsobem, je strava podávána enterálně, nasogastrální sondou, nasojejunální nebo nasoduodenální sondou, popřípadě ve formě bolusů (CO JE HOSPIC, 2014), (DOMÁCÍ PÉČE, 2014).

5.3 PŘÍJEM TEKUTIN

Cílem je prevence dehydratace, vzniku otoků a proleženin. Pozornost zdravotnického personálu se zaměřuje především na příjem a výdej tekutin. Nápoje se musí podávat ve vhodných nádobách společně s pomůckami pro usnadnění příjmu tekutin, například brčka

nebo hrnečky s víčkem. Ve vyjíměčných situacích lze tekutiny podávat i parenterálně. U umírajícího musí zdravotnický personál počítat se sníženým pocitem žízně v důsledku zpomalení všech životních funkcí a celkové apatie. Vhodné je podávat iontově vyvážené tekutiny s různými druhy příchutí a správnou teplotou (DOMÁČÍ PÉČE, 2014).

5.4 KONTINENCE

Hlavním cílem je prevence retence moče, stolice, prevence vzniku dehydratace a dekubitů. U klienta se především musí zhodnotit a stanovit stupeň inkontinence, retence, objem a charakter moče. U vyprazdňování stolice stanovujeme stupeň inkontinence, funkci střev, frekvenci, objem a charakter stolice. Důležité je sledování objemu a charakteru ztráty tekutin při pocení nebo zvracení. U umírajícího dochází k snižování funkce svěračů, a proto jsou velmi důležitá preventivní opatření v úpravě lůžka a vhodné zvolení inkontinenčních pomůcek. Zdravotnický personál je povinen dodržovat zásady hygieny a prevence proleženin. Za všech okolností musí být respektován stud pacienta (DOMÁČÍ PÉČE, 2014).

5.5 MANAGEMENT BOLESTI

Cílem je chránit pacienta před fyzickou a psychickou bolestí nebo zmírnění bolesti. Existuje několik typů bolesti, jako somatická, viscerální nebo neuropatická bolest. Podle formy můžeme bolest dělit na akutní a chronickou.

Somatická bolest je přenášena rychlými nervovými vlákny a nemocný ji pociťuje jako zřetelnou a přesně definovatelnou bolest, která postihuje kůži a sliznice. Naopak bolest viscerální není nemocný schopen přesně lokalizovat, je přenášena pomocí pomalých nervových vláken. Pokud bolest vychází z impulsů způsobující bolest do kůry mozkové, pak se jedná o neuropatickou bolest. Akutní a chronická bolest se zejména liší v délce trvání. Akutní bolest nastupuje náhle a má předvídatelný konec, pacienta trápí zvýšené pocení, zrychlený tep a dýchání. Chronická bolest nemá předvídatelný konec a doprovází ji změna osobnosti nemocného. Změny se projevují prostřednictvím poruch spánku, ztráty chuti k jídlu nebo zácpou.

Při posuzování intenzity bolesti je důležité stanovit toleranci bolesti, to znamená do jakého stupně bolesti je nemocný schopen bolest zvládat sám bez toho, aby požádal

o úlevový prostředek. U nemocného sledujeme verbální i nonverbální projevy, doprovodné projevy a celkové reakce na bolest (DOMÁČÍ PÉČE, 2014), (SMITH, 2013).

5.6 HYGIENA

Cílem této potřeby je zachování kvality života nemocného, prevence infekce a dekubitů. V péči o hygienu těla se zdravotníci především zaměřují na péči o pokožku, kde hrozí vznik dekubitů a dutinu ústní, kde mohou vznikat infekce. Na kůži se sleduje integrita, prokrvení a stav sliznic. Hygiena se provádí denně u pacientů s inkontinencí, velkým pocením, zvracením, stomií a podobně, i několikrát za den. Hygiena ústní dutiny se provádí minimálně dvakrát denně, hygiena vlasů pak nejméně jednou za týden. Nezapomínáme na stud klienta a právo sdělit vlastní představy o režimu hygieny (DOMÁČÍ PÉČE, 2014).

5.7 REHABILITACE

I pro umírajícího člověka je stále velmi důležitá rehabilitace, a to jak ve formě léčebné, tak sociální. Obě formy jsou naprosto individuální a vždy záleží na aktuálním stavu klienta.

V procesu umírání se aktivní léčebná rehabilitace, která je prováděna samotným nemocným, postupně mění na pasivní rehabilitaci, kterou provádí fyzioterapeut, zdravotní sestra nebo ošetřovatel. U klienta se sleduje schopnost mobility, sebeděče a sebeobsluhy, stav muskuloskeletárního a kardiovaskulárního systému. U léčebné rehabilitace se dále hodnotí dechová a vylučovací funkce nemocného.

Na sociální rehabilitaci nemocného má vliv stupeň integrace s jeho aktuálním prostředím. V lůžkových typech hospicové péče by tedy měl být režim uzpůsoben jednotlivým potřebám a přáním pacienta. Adaptace na prostředí by neměla ovlivňovat kvalitu života nemocného. Prostředí klienta je doplněno pomůckami a přístroji pro udržení schopnosti sebeděče a sebeobsluhy. Důležitá je edukace klienta i jeho rodiny (DOMÁČÍ PÉČE, 2014).

6 PRAKTICKÉ PŘÍSTUPY K UMÍRAJÍCÍM

Obecně panuje názor, že proces umírání by měl být důstojný. Každý však má individuální představu pojmu důstojné umírání, proto bychom měli postupně dospět k určité formě ritualizace procesu umírání. Sladit své představy s realitou a popsat s čím se s největší pravděpodobností setká každý, kdo spolupracuje a podílí se na důstojném doprovodu. A to platí pro laickou veřejnost a především pro zdravotníky všech profesních oborů. Je zde opodstatněné, aby zdravotnický personál poskytoval rodině klienta validní informace, právě tak, jako emotivní podporu (SLÁMA, 2011).

Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, ve které dominuje strach a nejistota. Jisté je, že každý umírá „svou smrtí“ a proces umírání je vždy výrazně individuálně modifikován. Přesto však je možné určité projevy umírajících zobecnit a připravit se na to, jak je zvládnout (VORLÍČEK, - ADAM a kol., 1998, s. 377).

V procesu umírání, člověku stále více ubývá psychických i fyzických sil a v důsledku toho umírající:

- introvertuje, projevem je vzdalování se od vnějšího světa,
- vzniká pokles zájmu o noviny, televizi, koníčky, jiné lidi apod.,
- ztrácí zájem o návštěvy vzdálených příbuzných a známých,
- stojí o blízkost jen nejbližších příbuzných,
- často je unavený a spí nebo naopak nepřiměřeně dlouho bdí,
- někdy chce být sám (VORLÍČEK, 1998).

Umírající si často ve snech nebo polospánku promítá, rekapituluje a hodnotí svůj dosavadní život. Někdy chce být raději o samotě, jindy je rád za přítomnost druhých lidí. Klient má intermitentní potřebu samoty a i doprovázející musí odpočívat, a proto je trvalá přítomnost příbuzných u lůžka velmi sporná. Umírající méně hovoří, protože pro něj slova ztrácejí důležitost. Nikdy bychom za každou cenu neměli klienta nutit do konverzace.

Stejně jako nemocný i rodina si často klade otázky typu: „Kolik mám ještě času?“ nebo „Kdy už skončí jeho trápení?“, ale pochopitelně je neverbalizuje. Zdravotník by měl příbuzného ujistit, že takovéto otázky jsou normální, přirozené a směřují k momentu příchodu smrti. Tento čas by se měl vyplnit činnostmi, které umírající ještě zvládne sám, popřípadě s dopomocí.

Umírající často nemá chuť k jídlu nebo se mu chutě střídají, i přesto se ho v dobré vůli, snaží rodina nutit k jídlu. A pokud nemocný nejí, mívá rodina výčitky svědomí a pocity viny, protože je právě strava umírajícího pro ně prioritní. Úkolem zdravotníka by mělo být vysvětlení procesu odmítání potravy a upozornění na důležitost pitného režimu. Personál by měl zasvětit rodinu do základních metod jak tekutinu podávat. Je nutné respektovat přání nemocného o jeho nechuti k jídlu a v žádném případě ho nenutit k jídlu.

Jak bylo již zmíněno, umírající zpravidla spí nebo bdí, ale po většinu času bývá v klidu. Někdy však dochází k projevům neklidu, jako bezcílné pohybování dolními a horními končetinami nebo například kroucení prstů. Takovéto projevy jsou náhlé a časově omezené. Nemocný tak reaguje na ztrátu vazby k pozemskému životu. Zpravidla pomůže, když si s nemocným promluvíme a dáme mu najevo, že není sám. U nemocného pak dojde ke zklidnění (VORLÍČEK, 1998), (PARKES, 2007).

Proces umírání postupuje a tak by měl zdravotnický personál informovat příbuzné, že smrt se ohlašuje následujícím způsobem:

- slábne nebo se mění pulz,
- mění se teplota těla a klesá krevní tlak,
- dýchání bývá ztížené a nepravidelné, pro rodinu to znamená realizaci metod podpory dechu, jako podkládání hlavy nebo celé horní části těla,
- umírající má studené ruce i nohy,
- tmavší barva kolen a loktů,
- otevřené nebo polootevřené oči, ale „nevidí“,
- pootevřená nebo otevřená ústa,
- rysy tváře se „špičatí“,
- dech je velmi rychlý nebo naopak pomalý, popřípadě přerývaný (VORLÍČEK, 1998), (KVAPILOVÁ, 2013).

Doprovázející většinou přepadne strach v dlouhých pomlčkách dechu, v úzkosti, že se jedná o výdech poslední. Při bedlivém sledování klientova dechu se stává, že nesprávně začne dýchat také příbuzný. Zdravotnický personál by měl takovému to přenosu nesprávného dýchání předcházet a preventivně nebo léčebně doporučit, aby příbuzný na chvíli opustil místnost a zklidnil si dech.

Někteří lidé jsou velmi citliví na tzv. smrtelný zápach a snášejí ho jen s přemáháním. Na tento problém je poměrně snadné řešení i k prospěchu samotného nemocného a to například vonné tyčinky, oleje a aromatické svíčky, které vhodně provoní místnost pacienta.

Několik dní před smrtí u nemocného nastává tzv. předsmrtná euforie. Pacient je náhle plný života, odpovídá na otázky, vyslovuje přání a dokonce mívá potřebu se posadit, někdy i vstát. Jde o poslední rozkvět všech životních sil. Euforie je střídána fází smrtelné kóma. Je bezprostředně nutné poučit příbuzné, že umírající nevnímá okolí, ale slyší. U pacienta ve smrtelném kómatu tedy musíme mluvit tak, jako by nás vnímal v bdělém stavu. Je vhodné vyzvat příbuzné, aby nemocnému řekli vše, co pokládají za důležité. Lze tak zklidnit emotivně vypjatou chvíli a zbavit se pocitů viny, že něco důležitého nebylo vyřčeno včas.

Někteří lidé se domnívají, že v okamžiku smrti chce být umírající sám. Vede je k tomu nezdědka pozorovaná skutečnost. Příbuzný, který se snaží trávit co nejvíce času u lůžka s pacientem, pak na okamžik odejde a právě v tu dobu se finalita naplní. Příbuzní si často vyčítají, že nebyli v posledním okamžiku s nemocným a opustili ho právě v tu nejtěžší chvíli. Je proto nutné odlišit opodstatněnou přítomnost příbuzného u lůžka umírajícího od okamžiku smrti. Zvláštní je, že někdy umírající doslova čeká na okamžik, kdy bude sám a právě tehdy pro něj nastane ta „vhodná“ chvíle zemřít. Pro příbuzné je důležité ujistit se, že si nemusejí vyčítat okamžik, kdy nemocný zemřel a oni u něho nebyli (VORLÍČEK, 1998), (ONDRAČKA, 2010).

Velice málo pozornosti bývá věnováno pozůstalým v bezprostřední době po smrti jejich blízkého. První okamžiky po smrti pacienta jsou totiž pro příbuzné velmi významné. V této době se rozhoduje, zda bude mít proces zármutku a žalu fyziologický nebo patologický charakter. Zdravotníci mohou pozůstalým nabídnout několik praktických rad:

- Nespíchejte, nebuďte hned aktivní.
- Otevřete okno v souladu s hygienickými požadavky a tradicí.
- Nechte na sebe působit zvláštnosti této chvíle a chvíli postůjte nebo se posaďte.
- Nezahánějte scény ze společně prožitých chvil a nechte je doznít.
- Je-li vám za těžko zůstat se zemřelým sám, požádejte o pomoc přítele nebo profesionála, někoho kdo už se v takovéto situaci ocitnul.
- Každý projev smutku je přirozený a nikdo vám nevyčte i neobvyklou reakci na smrt (MARKOVÁ, 2010), (VORLÍČEK, 1998).

7 EMOCIONÁLNÍ PROBLÉMY V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ

Hospicová péče je z velké části orientovaná na duševní potřeby, a proto bychom neměli zapomínat na emocionální problémy at' již samotného klienta, jeho rodiny nebo zdravotníků.

7.1 EMOCIONÁLNÍ PODPORA KLIENTA

V citové oblasti může pro pacienta hodně udělat nejen psycholog, ale i zdravotník nebo člověk bez terapeutického vzdělání v psychologii.

Kroky pro postup k příznivému ovlivňování emočního stavu pacienta:

- vhodná komunikace,
- motivace k životu,
- zajištění přiměřených informací,
- probouzení pozitivních emocí,
- vhodné použití poznatků z psychologie emocí,
- navázání terapeutického vztahu.

V rámci vhodné komunikace by měl každý, kdo pracuje s nemocným, věnovat pozornost tomu, zda nemocný komunikuje přiměřeně. Blokádu v komunikaci mohou způsobit například nedostatky smyslů, porucha v oblasti motoriky ze somatického onemocnění, velmi silná emoce, bolest, psychóza apod.

Příčiny můžeme v některých situacích odhadnout, například u poškození motoriky z pohybového vyjádření. V každém případě musíme nemocnému otázku třeba i několikrát, trpělivě opakovat, ptát se vlídně a vyvarovat se nervozitě a křiku. Každý zdravotnický pracovník by měl ovládat šetrné zacházení s nemocným, měl by se umět zeptat na pacientovy obtíže a potřeby. V paliativní medicíně je správná komunikace prvním předpokladem úspěchu (MARKOVÁ, 2010), (VORLÍČEK, 1998).

Pro zdravotnický personál má prioritní hodnotu pravdivá informace o klientovi vůli žít. Existuje teorie, považující například vznik zhoubného nádoru za důsledek ztráty motivace k životu. O této teorii lze polemizovat, avšak nemůžeme popřít zkušenosti zdravotníků, že nesvede nic s klientem, který veškerou péči a léčbu odmítá. Někdy se můžeme setkat se situací, kdy pacient zdůrazňuje určitý postoj k vlastní existenci, ale jeho skutečný postoj může být naprosto opačný. Na druhé straně nemůžeme očekávat, že pokud pacientovi podáme pravdivé informace, tak se jeho emoční stav zlepší. Ne vždy a ne všem můžeme podat naprosto pravdivé informace, velice záleží na citlivosti lékaře a jeho předchozích zkušenostech s podáváním informací (VORLÍČEK, 1998), (CO JE HOSPIC, 2014).

Při vzbuzování kladných emocí nám může pomoci cílené navozování situací, které jsou pro pacienta pozitivní a uspokojí ho (VORLÍČEK, 1998).

Radost je libý emoční stav vznikající vjemem či představou dosažení žádoucího cíle (VORLÍČEK, - ADAM a kol., 1998, s. 402).

V emocionální podpoře klienta lze využívat poznatků z psychologie emocí. V některých běžně dostupných technikách můžeme cíleně působit na klientovy emoce, jako například:

- využití vázanosti emocí na fyzické stavy,
- vzbuzení kontrastního pocitu,
- působení na oblasti intelektu,
- přenášení citů,
- symbol ochrany (VORLÍČEK, 1998).

Nemocný by měl navázat tzv. terapeutický vztah, alespoň s jedním členem zdravotnického týmu a vždy by měl mít možnost svobodné volby, s kým tento vztah naváže a nikdo by ho neměl do tohoto vztahu nutit. Volba by měla být naprosto spontánní a neuvědomělá. V terapeutickém vztahu může zdravotník vzbuzovat v pacientovi kladné emoce, například naději, důvěru nebo náklonnost (VORLÍČEK, 1998).

7.2 EMOCIONÁLNÍ PODPORA RODINY A PŘÍBUZNÝCH

V důsledku neschopnosti vyrovnat se s náročnou situací, že člen rodiny onemocněl nevléčitelnou nemocí, vzniká u příbuzných vzájemná distance a prohlubuje se jejich izolace (KÜBLER-ROSS, 1994), (VORLÍČEK, 1994).

Někteří členové rodiny se začnou vyhýbat kontaktu s nemocným. Nesnesou totiž pomyslení, že rodinný příslušník trpí nevléčitelným onemocněním a spěje ke svému konci. Problém vychází z dlouhodobé institucionalizace smrti. Setkání s nemocným pak často končí hádkami, protože pacient nechápe, proč se mu příbuzný vyhýbá a vidí u příbuzného jen sobectví a bezohlednost. Ani jeden není schopen konflikt racionálně vyřešit a potřebují pomoc někoho dalšího, kdo umí vstoupit do takové situace kvalifikovaně. Pokud se rodině nedostane takovéto pomoci včas, ještě před smrtí nemocného, může na pozůstalém zanechat trvalé psychické následky, projevující se různými reakcemi:

- Pocit viny se sebeobviňováním, někdy se pocit viny generalizuje natolik, že si příbuzný klade za vinu i samotné onemocnění nebo jeho zhoršení.
- Potlačený pocit viny se projevuje změnami chování. Pozůstalí hledá viníka a často se jím stává lékař, kterému je přisuzováno zanedbání včasného diagnostikování onemocnění nebo nařčení jiného zdravotnického pracovníka.
- Snižování sebehodnocení v důsledku přesvědčení příbuzného, že selhal v hlavním okamžiku, považuje se za neschopného jednat samostatně a zodpovědně.

Avšak i při „normálním“ procesu vyrovnání se se ztrátou, probíhají u pozůstalého různé psychické změny, například izolace. Při smutku, i když se jedná o přirozenou reakci, by neměl zůstat pozůstalý úplně sám. Příbuzný cítí velkou prázdnotu a v některých případech se pro pozůstalého stává největší pomocí možnost o někoho se starat. V nejlepším

případě například o dítě v rodině, protože dítě je symbolem budoucnosti (VORLÍČEK, 1998), (FUNK, 2014).

7.3 EMOCIONÁLNÍ PROBLÉMY A PODPORA ZDRAVOTNÍKŮ

Práce v hospicové péči a obecně v paliativní medicíně je pro zdravotnického pracovníka velmi psychicky náročná.

Existuje několik předpokladů pro práci v paliativní medicíně. Za prvé je to duševní zdraví. Pracovník nesmí být v žádném případě psychicky labilní, psychopatický nebo léčený pro duševní chorobu. Druhým předpokladem je zralost osobnosti a povahové charakteristiky, například schopnost sebeovládání a trpělivost. Dalším předpokladem zdravotníka v paliativní péči by měla být znalost své tolerance k nadlimitním zátěžím. Pracovník tedy může mít své slabé místo, ale měl by o tom vědět on i jeho zaměstnavatel. Své slabé místo v některé oblasti, může zdravotníkovi pomoci odhalit například supervizor, psycholog nebo sociální pracovník, který by měl být zaměstnancům vždy k dispozici. Fyzické zdraví, jako předpoklad pracovníka v paliativní péči, vždy nemusí být podmínkou. V praxi se najdou i zdravotně postižení pracovníci a jejich silná motivace předčí i mnohé fyzicky zdatnější jedince. Předpokladem, který je v tomto oboru jistě nezanedbatelný, je schopnost komunikace (VORLÍČEK, 1998).

Svou úzkost sestry i lékaři zpravidla řeší omezením komunikace s nemocným i se svými kolegy nebo únikem k jiným činnostem. Narůstající pocit úzkosti pak řeší somatizací – pocíťování obtíží na úrovni těla. Někteří pracovníci se chovají vůči klientům s drsností až hrubostí, snaží se tak bránit lítosti vůči pacientům. K vážné profesionální deformaci se řadí citová plochosť, která se projevuje nejčastěji cynismem, nevhodným vtipkováním nebo beztaktným chováním.

Velkou podporou zdravotníka je dobré rodinné zázemí. Nejdůležitější emocionální podporou pracovníka v paliativní medicíně je prevence syndromu vyhoření (syndrom burn out), který se objevuje u zdravotních sester i lékařů. Vzniká po různě dlouhé době profesní aktivity (VORLÍČEK, 1998), (VŠE O LÉČBĚ BOLESTI, 2006).

8 HOSPIC SVATÉHO LAZARA V PLZNI



Obrázek 1 Logo Hospice sv. Lazara
Dostupné z: www.hsl.cz

V druhé části práce je popsáno zařízení Hospice svatého Lazara v Plzni. Práce se zde zaměřuje na vedení hospice, kapacitu lůžek a pro koho je hospic určen. Zmiňuje žádosti pro přijetí klienta do hospice, jak se žádost podává a následně v hospici hodnotí. V práci jsou popsány nejčastější diagnózy za rok 2000 a 2013, celkový počet klientů v roce 2000 a 2013 a jejich průměrná délka hospitalizace. Pozornost je věnována také personálu hospice, jejich vzájemné spolupráci mezi sebou i rodinou nemocných. V popisu není vynechána ani ošetrovatelská dokumentace, kterou zdravotničtí pracovníci v hospici používají. Do dokumentace patří denní záznamy nemocných, sepisování ošetrovatelské anamnézy a plán ošetrovatelské péče. Pro přehlednost je v práci tabulka nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, jejich intervencí a cílů. Jsou zde popsány nejčastější formy léčby bolesti s její následnou kontrolou a přiblížení velice záslužné dobrovolnické činnosti v Hospici sv. Lazara. Důležitou složkou péče v hospici je i spiritualita a autonomie nemocného. V další části jsou popsány hlavní body v režimu dne, které jsou v hospici často velmi individuální. Jsou zde popsány typy pokojů, které hospic nabízí a komunikace mezi personálem, pacientem, rodinou a její jednotlivé formy. V poslední podkapitole práce je popsáno, jakým způsobem personál v hospici předchází syndromu vyhoření.

Hospic svatého Lazara v Plzni byl založen v roce 1997, ale až v březnu 1998 byl zahájen jeho provoz. O otevření domu sv. Lazara se zasloužili představitelé města Plzně a vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského. Hospic sv. Lazara je nestátní, nezisková organizace.

Dříve bylo zřizovatelem Hospice občanské sdružení a nyní je Hospic zapsaný spolek. Hospic sv. Lazara byl založen charitou a plzeňským Korandovo sborem Českobratrské evangelické církve. Prvním ředitelem hospice byl Ing. Václav Pták, do nedávné doby byl ředitelem Ing. Jakub Forejt a nyní je na nové vedení Hospice vypsáno výběrové řízení.

Plzeňský hospic vznikl jako třetí zařízení v České republice tohoto druhu. Jeho sídlo je ve Sladkovské ulici číslo 66. Hospic sv. Lazara má celkem 6 podlaží. Šatny pro zaměstnance, místnost posledního rozloučení (viz Příloha 7) a technické zázemí jsou v suterénu hospice.

V přízemí zařízení se nachází recepce, společenská místnost (viz Příloha 4), kuchyň, kancelář sociálních pracovníků, kaple, vzpomínková a děkovná kniha. První, druhé, třetí a čtvrté patro jsou zařízeny jako pokoje pro nemocné. Celkový počet lůžek v Hospici sv. Lazara je 28. Pokoje jsou rozdělené na 20 jednolůžkových a 4 dvojlůžkové pokoje. Aby mohla rodina trávit co nejvíce času s nemocným je k dispozici téměř ve všech pokojích přistýlka. V posledním pátém patře sídlí ředitel, lékaři a vrchní sestra hospice, je zde také denní místnost pro zaměstnance, evidence veškeré dokumentace a jsou zde uskladněny léky.

Výstavba hospice stála přes 35 milionů korun. Část peněz poskytlo město Plzeň a část poskytlo Ministerstvo zdravotnictví. Provozování hospice je financováno z několika zdrojů. Hlavními finančními zdroji jsou zdravotní pojišťovny, dotace od města Plzně, Ministerstva práce a sociálních věcí a Plzeňského kraje. Na dalším příjmu Hospice sv. Lazara se podílí dary fyzických a právnických osob, stejně jako platby pacientů. Platba se odvíjí od toho, zda je klient přijat na respitní pobyt nebo zdravotnickou péči. Za zdravotnický pobyt zaplatí nemocný 290 Kč za den a za respitní péči zaplatí klient 360 Kč za jeden den.

Rok 2014 přinesl pro hospic změnu v názvu. V souvislosti s novým občanským zákoníkem se občanská sdružení přeměnila na spolky. Proto se v názvu Hospic sv. Lazara objevila zkratka z.s., tedy zapsaný spolek.

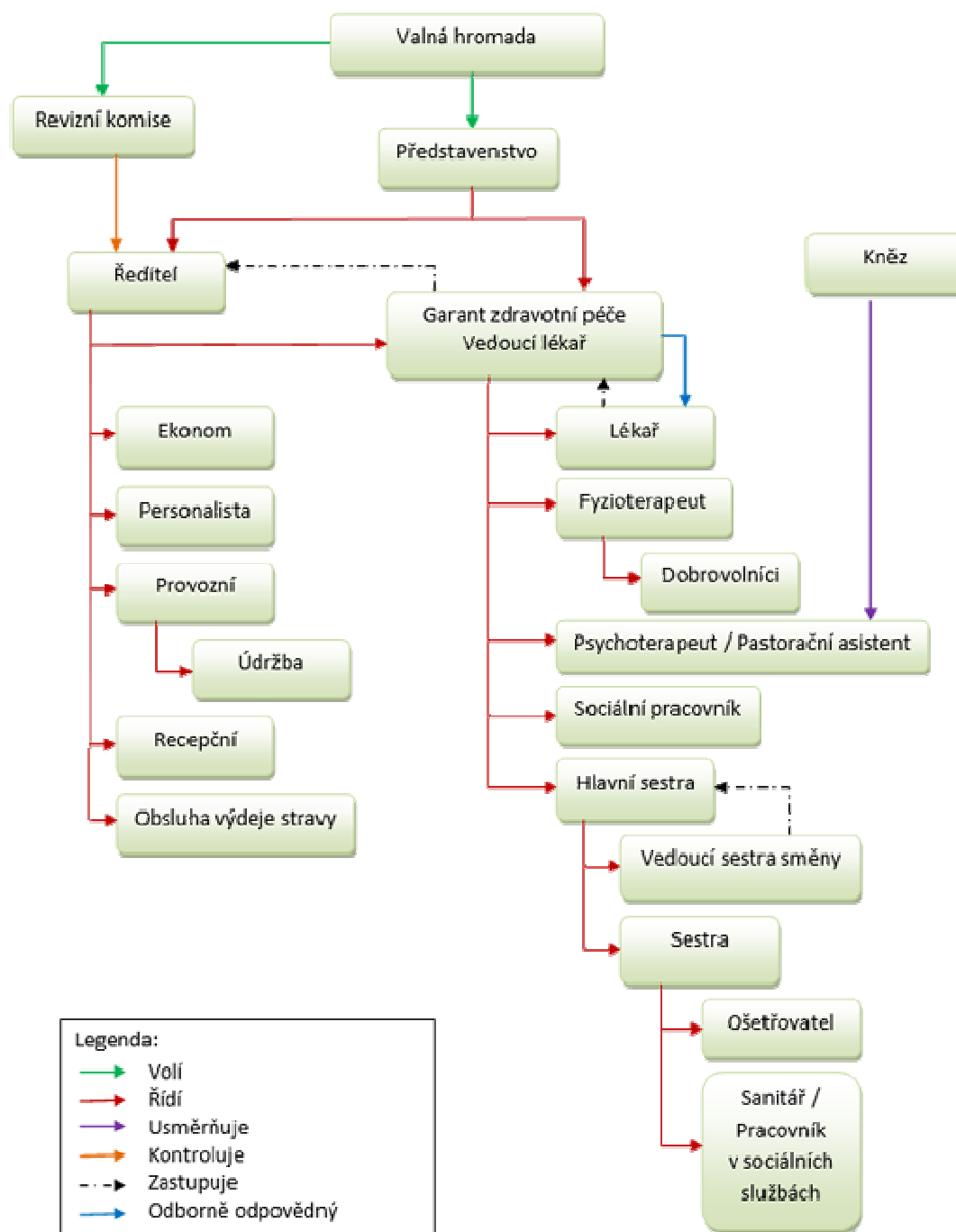
8.1 SHRUTÍ A NOVINKY ZA ROK 2000 – POČÁTEČNÍ ROKY HOSPICE SVATÉHO LAZARA

Předseda představenstva Doc. MUDr. Kreuzberg Boris CSc. pronesl ve výroční zprávě Hospice sv. Lazara toto: *V uplynulém roce 2000 měl hospic nejen vyrovnaný hospodářský výsledek (což není v současné době samozřejmostí), ale vybudoval i Internetovou kavárnu, zorganizoval mezinárodní konferenci „Paliativní medicína – domácí hospicová péče“ a další akce, které důstojně reprezentují nejen plzeňský hospic a celé hospicové hnutí, ale i nově se rozvíjející obor – paliativní medicínu. V hospici je kladen velký důraz na dnes velmi zdůrazňovaný aspekt medicíny – léčbu bolesti. Již v loňském roce bylo rozhodnuto, že bude přistavěna terasa, která poskytne méně těžce nemocným pocit většího kontaktu s okolním světem.*

Hospic sv. Lazara se zařadil mezi několik málo podobných fungujících zařízení v České republice a je dnes významným článkem řetězce charitativních institucí v plzeňském

regionu. Dík za to patří všem pracovníkům hospice i těm, kteří zvenku hospic podporují a také příslušným ministerstvům a Magistrátu města Plzně. Jen jejich součinností může Hospic sv. Lazara v Plzni konat v plné šíři svoji činnost léčebnou i s její spirituální stránkou v prostředí, které značně ulehčuje poslední cestu našich bližních (WILDA, 2015).

8.2 SCHÉMA VEDENÍ HOSPICE SVATÉHO LAZARA



Obrázek 2 Schéma vedení Hospice sv. Lazara v Plzni
Dostupné z: www.hsl.cz

8.3 ŽÁDOST A SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS

Do hospice si může podat žádost každý, kdo trpí nevléčitelným onemocněním v terminálním stádiu nemoci, zejména onemocní-li rakovinou. Žádost si lze vyzvednout přímo v zařízení Hospice svatého Lazara nebo je k dispozici na webových stránkách hospice.

Do hospice mohou být na žádost přijímáni také respitní pacienti. V praxi to znamená, že pokud rodina, která se za normálních okolností o klienta stará doma a potřebuje pro nemocného péči na přechodnou dobu, může klienta umístit do hospice. Tato služba slouží k odpočinku pečující osoby.

Každá žádost se odevzdává sociální pracovníci do hospice. Předčasná žádost se pečlivě prozkoumává na odborném konziliu hospice a po schválení lékařem může být pacient přijat (viz Příloha 9, 10).

Při akutní žádosti sociální pracovníce zapíše klienta do „Knihy pacientů“, přiřadí číslo chorobopisu a zaznamená osobní údaje o pacientovi. Po zkompletování se chorobopis předává na sesternu, kde se sepisují další informace, mimo jiné i sociální anamnéza. Při přijetí do zařízení musí nemocný podepsat svobodný informovaný souhlas o přijetí do hospice.

8.4 NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY V ROCE 2000

V roce 2000 patřilo mezi nejčastější onemocnění zhoubný novotvar:

- Zažívacího traktu – celkový počet v roce 2000 byl 50 nemocných.
- Prsu (C50) - celkový počet v roce 2000 byl 25 nemocných.
- Ledviny, gynekologických orgánů – celkový počet v roce 2000 byl 20 nemocných.
- Mozku (C71) – celkový počet v roce 2000 byl 13 nemocných.
- Předstojné žlázy (C61), močového měchýře (C67) – celkový počet v roce 2000 byl 12 nemocných
- Nejasného původu – celkový počet v roce 2000 byl 10 nemocných.

- Průdušek a plic (C34) – celkový počet v roce 2000 byl 9 nemocných.
- Melanoblastom, neurosarkom – celkový počet v roce 2000 byl 2 nemocní.

Průměrná délka hospitalizace pacientů v roce 2000 byla 22 dnů. Celkem bylo přijato 222 klientů, z toho 179 onkologicky nemocných a 43 neonkologicky nemocných.

V roce 2000 bylo přijato nejvíce pacientů ve věkové kategorii 68 – 76 let.

8.5 NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY V ROCE 2013

V roce 2013 patřilo mezi nejčastější onemocnění zhoubný novotvar:

- Průdušek a plic (C34) – celkový počet v roce 2013 byl 25 nemocných.
- Tlustého střeva (C18) – celkový počet v roce 2013 byl 18 nemocných.
- Slinivky břišní (C25) – celkový počet v roce 2013 byl 13 nemocných.
- Předstojné žlázy (C61), mozku (C71) – celkový počet v roce 2013 byl 10 nemocných.
- Prsu (C50), vaječníku (C56), ledviny mimo pánvičku (C64) – celkový počet v roce 2013 byl 8 nemocných.
- Těla děložního (C54) – celkový počet v roce 2013 byl 7 nemocných.
- Jater a intrahepatálních žlučových cest (C22) – celkový počet v roce 2013 byl 5 nemocných.
- Konečníku (C20), hrdla děložního (C53), močového měchýře (C67) – celkový počet v roce 2013 byl 4 nemocní.
- Ledvinné pánvičky (C65) – celkový počet v roce 2013 byl 3 nemocní.

Průměrná délka hospitalizace pacientů v roce 2013 byla 31 dnů. Celkem bylo přijato 226 klientů, z toho 155 onkologicky nemocných a 71 neonkologicky nemocných.

V roce 2013 bylo přijato nejvíce pacientů ve věkové kategorii 81-90 let.

8.6 PŘEHLED HOSPODAŘENÍ V ROCE 2000

Tabulka 1 Přehled provozních výnosů Hospice sv. Lazara v roce 2000
Provozní výnosy (v tis. Kč)

Příjmy z vlastní činnosti	5.745
Dotace ze státního rozpočtu – MPSV ČR	1.956
Dotace od města Plzeň	2.950
Dary – fyzické osoby	227
Dary – právnické osoby	232
Ostatní	530
Výnosy celkem	11.640

Tabulka 2 Přehled provozních nákladů Hospice sv. Lazara v roce 2000
Provozní náklady (v tis. Kč)

Spotřeba materiálu	2.783
Služby	1.395
Energie	328
Mzdové náklady	4.467
Sociální a zdravotní pojištění	1.507
Odpisy	223
Ostatní náklady	815
Náklady celkem	11.518

8.7 PŘEHLED HOSPODAŘENÍ V ROCE 2013

Tabulka 3 Přehled provozních výnosů Hospice sv. Lazara v roce 2013
Provozní výnosy (v tis. Kč)

Příjmy od zdravotních pojišťoven	8.974
Příjmy – příspěvek na péči	3.156
Příjmy z vlastní činnosti	2.376
Přijaté dary – fyzické osoby	334
Přijaté dary – právnické osoby	103
Dary – obce	318
Dary – ostatní	0
Členské příspěvky	4
Ostatní výnosy – úroky, výnosy, tržby	182
Provozní dotace – MPSV ČR	2.244
Provozní dotace – Plzeňský kraj	900
Provozní dotace – Město Plzeň	1.700
Výnosy celkem	20.291

Tabulka 4 Přehled provozních nákladů Hospice sv. Lazara v roce 2013

Provozní náklady (v tis. Kč)

Spotřeba materiálu	1.768
Spotřeba energie	625
Opravy a udržování	155
Cestovné	17
Ostatní služby	1.922
Strava pacientů a doprava	1.070
Mzdové náklady	10.585
Zákonné pojištění a náklady	3.742
Daně a poplatky	44
Ostatní náklady celkem	212
Odpisy	15
Náklady celkem	20.155

8.8 PERSONÁL HOSPICE, TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE

Základní podmínkou výběru personálu do hospice je správně motivovaný pracovník. V Hospici sv. Lazara se personál vybírá nejčastěji podle dobrého doporučení jiného pracovníka nebo se často přijímá pracovník, který zde už nějakou dobu pobyl, například při brigádní výpomoci. Při výběrovém řízení nechá zpravidla vrchní sestra uchazeče prohlédnout si a blíže se seznámit se zařízením. Po přijetí pracovník vykonává práci na zkušební dobu.

Hlavním předpokladem práce v hospici je smíření se se svou vlastní smrtelností. Samozřejmě se u pracovníků hodnotí odbornost, ale také charakterové vlastnosti, které jsou pro práci v paliativní medicíně nezbytné. Je to především empatie, laskavost, schopnost v práci udělat „něco navíc“. Někteří pracovníci v Hospici sv. Lazara navštěvují pacienty ve svém volném čase. Určitá část zaměstnanců hospice je velmi silně věřící i to je velkým kladem v hospicové péči.

Týmová spolupráce mezi pracovníky hospice, partnerský vztah a nedirektivní přístup jsou tím, čeho si klienti a jejich blízcí v hospicové péči nejvíce cenní. V hospici se podílí na péči o nemocné celý tým pracovníků, včetně rodinných příslušníků a známých.

8.9 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

V Hospici svatého Lazara se na dokumentaci podílí celý tým pracovníků. Do dokumentace zapisuje lékařka, zdravotní sestry, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovníce a například v oblasti hygieny i ošetřovatelé. Každý den se u jednotlivých pacientů hodnotí, monitoruje a následně zapisuje do denních záznamů ošetřovatelské péče:

- psychický stav,
- bolest před a po medikaci, zapisuje se analgezie, opiát a forma podání,
- příjem a výdej tekutin a stravy,
- u diabetiků glykémie,
- krevní tlak,
- stav kůže, převazy ran a dekubitů,
- jednotlivé složky hygieny.

V záznamu o zhodnocení rány se v hospici hodnotí druh rány, analýza rány, sekret v ráně, lokalizace a velikost rány. U převazu se zapisuje frekvence převazů a způsob ošetření.

Při příjmu klienta sociální pracovníce spolu se zdravotní sestrou sepisují ošetřovatelskou anamnézu. Jednotlivé oblasti anamnézy jsou:

- osobní údaje o nemocném, kontakt na nejbližší osobu,
- lékařská diagnóza a alergie,
- seznámení s prostředím zařízení a režimem dne,
- hodnocení stavu vědomí, komunikace, pohyblivosti, vzhledu kůže, hygieny, soběstačnosti v sebeobsluze, výživy, spánku, vylučování stolice a moče, bolesti, dýchání,

- návyky,
- v psychickém stavu se hodnotí celková orientace, řeč, emoce, paměť, postoj k nemoci, postoj k léčbě,
- v sociálním stavu se hodnotí styk s okolím, návštěvy, zájem příbuzných, bydlení, zájmy.

Součástí ošetrovatelské dokumentace je v Hospici sv. Lazara i plán ošetrovatelské péče.

Tabulka 5 Přehled nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, jejich cílů a ošetrovatelských intervencí

Ošetrovatelská diagnóza: Cíl: Ošetrovatelské intervence:

Ošetrovatelská diagnóza:	Cíl:	Ošetrovatelské intervence:
<p>Chronická bolest (00133)</p> <p>z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • onkologické nemoci • zánětu, poranění 	<p>Klient chápe příčinu bolesti.</p> <p>Udává zmírnění bolesti.</p> <p>Neudává pocit bolesti.</p>	<p>Monitoruj bolest.</p> <p>Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky.</p> <p>Informuj o úlevové poloze.</p>
<p>Deficit sebepěče</p> <p>při koupání (00108)</p> <p>při stravování (00102)</p> <p>při vyprazdňování (00110)</p> <p>z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • omezené hybnosti, imobility, bolesti 	<p>Zajištění komplexní ošetrovatelské péče v nejvyšší kvalitě.</p>	<p>Informuj o možnostech sebepěče.</p> <p>Zajisti hygienickou péči, podávání stravy, krmení a příjem tekutin.</p> <p>Aktivně zapoj rodin.</p> <p>Sleduj vyprazdňování moče a stolice.</p>
<p>Neefektivní vzorec dýchání (00032)</p> <p>z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • snížené plicní ventilace • základní diagnózy • onemocnění srdce a plic 	<p>Nemocný udává zlepšené dýchání.</p>	<p>Informuj klienta o poloze v polosedě.</p> <p>Podávej léky dle ordinace lékaře.</p> <p>Často větrej pokoj nemocného.</p>

Ošetrovatelská diagnóza:**Narušený vzorec spánku (00198)**

z důvodu:

- úzkosti
- hospitalizace
- změny prostředí

Zhoršené vylučování moči (00016)

z důvodu:

- zánětu
- hypertrofie prostaty
- defektu

Zácpa (00011)**Průjem (00013)**

Cíl:	Ošetrovatelské intervence:
Nemocný zná příčinu poruchy spánku. Klient cítí zlepšení spánku.	Sleduj kvalitu spánku a zajisti úpravu lůžka. Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek. Umožni aktivity, na které byl nemocný zvyklý a zajisti noční klid.
Klient se dostatečně vyprazdňuje.	Sleduj příjem a výdej tekutin, diurézu a charakter moče. Sleduj potíže při močení a při nedostatečné vyprázdnění zaveď permanentní močový katétr.
Klient se pravidelně vyprazdňuje.	Zaznamenej frekvenci vyprazdňování a charakter stolice. Zajisti soukromí při defekaci. Informuj o důležitosti pitného režimu. Zhodnoť účinnost podávaných léků.
Klient se pravidelně vyprazdňuje bez známek průjmu.	Zaznamenej frekvenci vyprazdňování a charakter stolice. Zhodnoť účinnost podávaných léků.

Ošetrovatelská diagnóza:	Cíl:	Ošetrovatelské intervence:
<p>Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organizmu (00002)</p> <p>z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zvracení a nechutenství 	<p>Klient je schopen přijímat potravu.</p> <p>Nemocný má zajištěnou nutriční výživu.</p>	<p>Zjistí stravovací návyky a zajisti vhodnou dietu.</p> <p>Sleduj příjem tekutin a stravy a zajisti vhodnou polohu při krmení.</p>
<p>Narušená integrita kůže (00046)</p> <p>z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poruchy CNS • poruchy výživy • onemocnění kůže • imobility 	<p>Klient má neporušenou, hydratovanou a prokrvenou kůži.</p> <p>Nemocný nepociťuje bolest.</p>	<p>Pravidelně nemocného polohu a kontroluj stav kůže.</p> <p>Používej antidekubitní matraci a pomůcky.</p>
<p>Riziko infekce (00004)</p> <p>z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • operační rány • proleženin 	<p>Klient není ohrožen vznikem infekce.</p>	<p>Prováděj aseptické převazy operační rány a proleženin.</p>
<p>Úzkost ze smrti (00147)</p> <p>z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nevléčitelné nemoci • vysokého věku 	<p>Zajistit přítomnost rodiny.</p> <p>Zajištění kvality života umírajícího a důstojného konce.</p>	<p>Zajisti dostatek soukromí pro rozhovor s klientem i blízkými.</p> <p>Mluv s nemocným a rodinou klidně a nespěchej.</p> <p>Zajisti rozhovor s psychologem, popřípadě s duchovním.</p>

Ošetrovatelská diagnóza:	Cíl:	Ošetrovatelské intervence:
<p>Bezmocnost (00125)</p> <p>z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nedostatku informací • obavy ze smrti • bolestivého onemocnění • změny prostředí 	<p>Nemocný si uvědomuje příčiny úzkosti a beznaděje.</p> <p>Nemocný je dostatečně informovaný o diagnóze a léčbě.</p> <p>Klient je zapojen do ošetrovatelského procesu.</p>	<p>Zajisti rozhovor s lékařem a kontakt s rodinou.</p> <p>Sleduj bolest.</p> <p>Informuj nemocného o výkonech a léčbě.</p>

8.10 KONTROLA A LÉČBA BOLESTI

V hospici jde především o paliativní léčbu, léčbu symptomatickou. Největší snahou lékařů a zdravotnického personálu je, aby nemocný zvládl bolest při pohybu. Pokud to již nelze zvládnout je úkolem personálu, aby klient mohl bez bolesti odpočívat a v posledním stádiu byl pacientovi zajištěn alespoň bezbolestný spánek.

Pacientova bolest se v hospici pravidelně monitoruje. K hodnocení bolesti se v hospici využívá číselná škála v rozmezí 1 až 10. Léky na tlášení bolesti se podávají perorálně, injekčně – i.v., s.c., i.m. a to kontinuálně v podobě dávkovačů na 24 hodin i formou bolusů. Mezi nejčastěji používané léky v hospici se řadí:

Podle typu bolesti:

- **Analgetika, antipyretika** – Paracetamol, Algifen, apod.
- **Nesteroidní antirevmatika** – Aulin, Brufen, apod.
- **Slabé opioidy** – Tramal, DHC, Kodein, apod.
- **Silné opioidy** – Morfin, Fentanylové náplasti, Oxykodon, apod.

V léčbě bolesti se vždy začíná od nejslabších léků po nejsilnější, jednotlivé skupiny se mohou mezi sebou i kombinovat. Nebo je lze kombinovat i s léky jiného druhu např. s antidepressivy, antiepileptiky apod. K analgetické léčbě se v některých případech ordinují pomocné medikamenty na zklidnění či zlepšení kvality spánku klientů, jako sedativa nebo hypnotika.

8.11 SPOLUPRÁCE S RODINOU, PÉČE O POZŮSTALÉ

Stejně jako nemocný, tak i rodina prochází stejnými fázemi vyrovnání se se smrtí. Proto je v hospici potřebná a neodmyslitelná práce s rodinou.

Hospic každý čtvrt rok pořádá setkání pozůstalých. Na začátku akce probíhá mše, později si všichni pozůstalí posedí u malého pohoštění. Zúčastnit se může kdokoliv, kdo má zájem, včetně personálu. Na setkání nikdy nechybí sociální pracovníce, psycholog, fyzioterapeut, zdravotní sestry, sanitární pracovníci, ošetřovatelé, vrchní sestra a ředitel Hospice sv. Lazara (viz Příloha 8).

Do péče o pozůstalé se nejvíce zapojuje psycholog zařízení. Pokud rodina nemá zájem o psychologickou pomoc v hospici, může psycholog poradit a doporučit jinou formu pomoci. Ve vzpomínkové knize, kterou naleznete u recepce v Hospici sv. Lazara, se uchovává vzpomínka na zesnulé, kteří kde zemřeli. Kniha je zde od začátku založení Hospice sv. Lazara. Do knihy se zapisuje datum narození a úmrtí zesnulého (viz Příloha 6).

8.12 DOBROVOLNÍCI V HOSPICI

Významnou složku v hospici tvoří dobrovolnická činnost. Dobrovolníci jsou do zařízení přijati na základě spolupráce s občanským sdružením TOTEM. Dobrovolníky má v Hospici sv. Lazara na starost fyzioterapeutka, která jim při žádosti o dobrovolnictví dává vyplnit dotazník a podepsat souhlas mlčenlivosti, na základě něhož mohou činnost vykonávat.

Dobrovolníci se v hospici snaží různými způsoby zpříjemnit nemocným pobyt. Přichází klientům číst, hrát na hudební nástroj nebo si jen popovídat. V některých případech, dovoluje-li to klientův stav, je mohou vzít ven na kratší procházku. Dobrovolníci, ale nemusejí být jen v přímém kontaktu s nemocnými, někteří se starají o údržbu hospice, někteří chodí zašívát roztrhané věci, je zde i dobrovolnice, která se stará o květiny a zimní zahradu zařízení. Dobrovolníci v hospici také plní funkci ergoterapie, vyrábí s pacienty svíčky, malují obrázky, barví šátky, pečou nebo vaří. Všechny tyto výrobky se dají v hospici zakoupit a za získané peníze se dále nakupují pomůcky na další výrobky. Dobrovolníci také pomáhají na akcích hospice, například na dnech otevřených dveří a mnoho dalších.

Dobrovolní pracovníci se nemusí předem hlásit, mohou přijít kdykoliv chtějí a mají náladu. Své návštěvy oznamují a zapisují při příchodu na recepci. Počet dobrovolníků v hospici se pohybuje okolo 30 za rok.

Dobrovolníci nenahrazují zdravotnický personál, jsou to společníci. Pokud se chce stát dobrovolníkem osoba mladší 18 let, musí doložit písemný souhlas rodičů. Dobrovolnická činnost se vykonává bez nároku na mzdu. Dobrovolníci přicházejí do hospice ve svém volném čase a uspokojují duchovní a duševní potřeby klientů. Jejich práce naplňuje mnohdy i je samotné.

8.13 SPIRITUALITA A AUTONOMIE NEMOCNÉHO

Umožnění duchovní podpory je součástí každého hospice, i v Hospici sv. Lazara je k těmto účelům k dispozici kaple. V kapli se každé pondělí a po domluvě a zájmu klientů i ve čtvrtek, konají mše. Bohoslužbu konající duchovní poté obchází jednotlivé nemocné a mají-li zájem, povídá si s nimi o všem, co je aktuálně trápí nebo mají potřebu sdělit. V hospici nezáleží jaký je nemocný vyznání nebo zda je vůbec věřící. V průběhu onemocnění a době strávené v zařízení si i naprostý ateista může najít cestu k duchovnu (viz Příloha 5).

Kněz navštěvující hospic je zástupcem katolické církve, pokud je ale nemocný jiného vyznání, na žádost klienta má personál možnost zajistit duchovního jiného než katolického vyznání.

8.14 REŽIM DNE V HOSPICI

Režim dne v hospici začíná ranní hygienou, ta není časově omezená. Vše záleží na klientovo aktuálním stavu. Každý klient pokud má náladu a dovolí to jeho zdravotní stav, má k dispozici sprchu nebo vanu. S přesunem do vany nebo sprchy mu vždy rád ochotně pomůže někdo ze zdravotnického personálu. Standardně se v hospici ranní hygiena provádí na lůžku. Hygiena v hospici se provádí zcela individuálně a pokud by chtěl jít klient do vany odpoledne, personál hospice nemocnému vyhoví.

Po ranní hygieně, v 8 hodin ráno, se v hospici podává snídaně na jednotlivé pokoje. Režim po snídani je opět individuální. Do hospice přicházejí dobrovolníci nebo návštěvy, které jsou v Hospici sv. Lazara dovoleny celodenně. Každý den v dopoledních hodinách obchází nemocné fyzioterapeutka, a pokud má někdo z klientů zájem, provádí s nemocnými

mobilizaci, především sed, stoj a chůzi. Pravidelně pokoje obchází i lékařka, aby se klientů zeptala na aktuální stav, zda trpí bolestí nebo mají jiné potíže.

V poledne se v hospici podává oběd. Po obědě je režim opět individuální a vztahuje se k potřebám klienta. Každé pondělí popřípadě čtvrtek nemocné obchází kněz. Stejně jako dopoledne do hospice přicházejí dobrovolníci, kteří mohou vzít nemocného i na malou procházku. Žádost o vycházku musí schválit lékař dle aktuálního zdravotního stavu klienta. Při zájmu klientů odpoledne opět obchází pokoje fyzioterapeutka, tentokrát se speciálně vycvičeným psem a provádí tzv. canisterapii. Pes musí mít zakončený výcvik zkouškou. Terapie trvá maximálně 2 hodiny denně. Fyzioterapeutka v Hospici sv. Lazara plní i funkci ergoterapeutky. Ve volném čase s klienty vytváří svíčky, maluje obrázky nebo barví šátky. Do vyrábění se může zapojit zdravotnický personál i příbuzní.

V době pěkného počasí mohou klienti trávit čas na terase, třeba společně s příbuznými. Pokud mají klienti chuť, mohou si nechat přinést večeři na terasu a nemusejí se vracet do pokojů. Po večeři jsou pacienti ve svých pokojích, kde mohou sledovat televizi, odpočívat, vše je opět individuální.

Režim dne v Hospici sv. Lazara se výrazně neliší od režimu v nemocnici, ale jeho základním pravidlem je, že se vždy režim přizpůsobuje nemocnému, jeho potřebám a zvykům. Nejdůležitější je zde především tělesná, duševní, sociální a duchovní pohoda klienta.

Hospic funguje také jako půjčovna rehabilitačních pomůcek, za tyto pomůcky se vybírá vratná záloha a platí se za ně měsíční poplatek. Hospic mohou lidé využít i v oblasti poradenství pro osoby, které pečují o nemocného v domácím prostředí. Poradenství se týká možnosti sociální podpory a péče, informací o poskytovatelích sociálních služeb a zdravotnických zařízeních. V hospici jsou také poskytovány kontakty na agentury domácí péče nebo pečovatelské služby.

Každý rok v prosinci se v Hospici sv. Lazara koná ekumenická bohoslužba, jsou zde tedy přítomni zástupci všech církví. Třikrát do roka hospic navštíví základní umělecká škola. Třikrát do roka se také uskutečňují výlety pro klienty hospice. V minulém roce nemocní navštívili Vánoční trhy, zoologickou zahradu, čokoládovnu, byli na výletě na Kozlu a mnoho další. Výlety se organizují na přání nemocných a velkou roli zde hraje aktuální zdravotní stav a schopnosti nemocných.

8.15 TYPY POKOJŮ V HOSPICI

Pro akutní klienty jsou v hospici k dispozici jednolůžkové pokoje s příslušenstvím. Všechny pokoje jsou vybavené lůžkem s elektronickým ovládáním poloh, skříní, televizí a nemocný má dovoleno přinést si jakékoliv další vybavení. Pro 2 jednolůžkové pokoje je společná lednice.

Dvoulůžkové pokoje slouží pro umístění respitních klientů, ale i u nich se v Hospici sv. Lazara snaží, aby mohli mít dostatek soukromí, a je-li to jen trochu možné rádi respitním pacientům zajistí samostatný pokoj (viz Příloha 1).

8.16 PRAVDA Z HLEDISKA POTŘEB

Sdělení pravdy, ať už je to samotnému klientovi nebo jeho rodině, je pro lékaře v hospici velmi těžký úkol. Říci pravdu a nevzít člověku naději je v tomto složitém období nemocného kus umění. Pravdu, v Hospici sv. Lazara, lékař sděluje na základě biologických, sociálních, duchovních a duševních faktorů nemocného. Sdělení pravdy závisí na aktuálním fyzickém a duševním stavu klienta, na bolesti, vnímání, možnosti komunikace a podobně. Není dobré nemocnému neříci nic k jeho prognóze, ale ani zahltit ho množstvím informací. Sdělování pravdy je naprosto individuální, někomu může ještě přitížit, někoho naopak donutí zmobilizovat poslední síly a například si urovnat vztahy se svými nejbližšími. Pro lékaře to znamená, že by měli být natolik citlivý, aby správně odhadl, zda vůbec pravdu říci nebo vystihl správnou situaci ke sdělení důležitých informací. Někdy lékaři v Hospici sv. Lazara sdělují jen to, co by chtěl nemocný sám slyšet.

8.17 KOMUNIKACE

Každý zaměstnanec hospice musí vědět jak správně komunikovat s klientem. V Hospici sv. Lazara funguje komunikace slovní, mimoslovní i taktilní. Zaměstnanci vědí jak správně komunikovat s klientem i rodinou. Vedle slovní komunikace, která je nejčastější, je v hospici velmi důležitá mimoslovní komunikace. U nemocných s různým typem překážky ve slovní komunikaci je mimoslovní komunikace jediným způsobem, jak sdělit svoje potřeby a trápení. V hospici nejčastěji používají mimoslovní komunikaci ve formě gest nebo obrázků, popřípadě klienti sdělují informace psanou formou. Velmi důležité je, všímat si u nemocných výrazu obličeje. Lze tak usoudit, jak se pacient cítí. Někdy nám nemocný řekne, že se cítí dobře, ale jeho výraz obličeje mluví jinak. Taktilní komunikací, tedy pomocí dotyku, může klient zaměstnance upozornit na problém, který ho trápí.

8.18 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření může vzniknout u každého zdravotnického pracovníka v jakémkoli oboru. V paliativní medicíně se však toto riziko ještě prohlubuje. Práce v hospici je velmi psychicky a mnohdy i fyzicky náročná.

Zcela první prevencí jak předejít syndromu vyhoření byl v Hospici sv. Lazara důsledný a zodpovědný výběr personálu, který je vyrovnaný se svojí vlastní konečností. Personál je zde milí a vstřícný nejen k pacientům, ale i k sobě navzájem.

Vedení Hospice sv. Lazara i samotní zaměstnanci organizují společné mimopracovní aktivity. Jednou až dvakrát do roka se personál schází na bowling a Vánoční večírek. Každý rok zorganizují vícedenní výlet, v roce 2013 byli zaměstnanci hospice na běžkách. V letošním roce se mohou zúčastnit setkání zdravotníků ve Špindlerově mlýně. Lektorem setkání bude MUDr. Marie Svatošová, předsedkyně sdružení Ecco Homo. Součástí setkání zdravotníků je nabídka dobrovolného programu, například turistika.

Ředitel Hospice sv. Lazara každý rok přispívá 1000 Kč na vzdělávání zaměstnanců. Součástí konferencí a seminářů, na které se může zdravotnický personál přihlásit, jsou i témata pro prevenci syndromu vyhoření.

Dobrou zkušenost v Hospici sv. Lazara mají s Bc. Ludmilou Leškovou, která provádí semináře přímo v hospici. Témata si vymýšlí vrchní sestra hospice. V tomto

roce mají zaměstnanci možnost zúčastnit se akreditovaného semináře agentury Kompletní vzdělávací servis pro zdravotníky a pečovatele. Jedním z jejich nabízených témat je syndrom vyhoření. Další možností vzdělávání se v tématu syndromu vyhoření, je zúčastnit se nabízeného semináře na téma „Jak zvládat stresové situace a syndrom vyhoření“ nebo „Cesty k hledání a nalezení sebe sama“. Tyto kurzy jsou k dispozici jako dvou denní nebo víkendové semináře. 13. 3. 2014 se například konala vzdělávací akce „Jak dosáhnout psychické odolnosti jako podpory trvale vysokých profesních výkonů pod tlakem“ a personál hospice měl samozřejmě možnost zúčastnit se.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Problematika hospicové péče se stala v dnešní době závažným problémem, ať již z hlediska medicínského nebo široké veřejnosti. Dříve lidé umírali v domácím prostředí, pak se smrt z našich běžných životů začala vytěšňovat a dnes se opět snažíme tomuto tématu přiblížit. Snažíme se, aby se umírání opět stalo přirozenou součástí našich životů a my mohli svým blízkým nabídnout klidné a důstojné umírání a smrt ať už to bude doma nebo v hospici. Měli bychom se snažit nenechávat klienty, kteří mají paliativní léčbu v nemocnicích a to z důvodu zabírání místa pacientů, kteří nemocniční péči opravdu potřebují a především proto, že je pro pacienty v terminálním stádiu onemocnění naprosto nevhodná.

Doporučení pro sestry:

- Aktivně se podílet na seminářích o hospicové péči a péči o pacienty v terminálním stádiu onemocnění.
- Navázat kladný vztah k pacientovi a získat si jeho důvěru.
- Mít empatický přístup k pacientovi a nezlehčovat jeho pocity.
- Snažit se pacienta motivovat ve všech oblastech.
- Zajistit, aby se nemocný při pobytu v hospici cítil co nejlépe.
- V rámci svých kompetencí poskytnout dostatek informací.

Doporučení pro veřejnost:

- Více informací o hospicové péči, především o možnosti, formách a pro koho je péče vhodná.

Doporučení pro rodinu:

- Edukovat rodinu o potřebě pomoci v oblasti tělesné, duševní a potřebě motivovat.
- Edukovat rodinu o případné duchovní podpoře.

- Edukovat rodinu o terminálním stádiu onemocnění, o jeho průběhu a zhoršování stavu nemocného.

ZÁVĚR

Smrt pravděpodobně zůstane navždy to, čeho se budou lidé nejvíce bát. Bát smrti se můžeme, nesmíme ale dovolit, abychom pociťovali strach vůči nemocným a snažili se je od nás izolovat, tak jak se to bohužel často stává.

Ať už nemocný umírá v jakémkoli prostředí, vždy nejvíce záleží na podpoře rodiny a blízkých, laskavé péči všech, kteří se o nemocného starají a především na tělesném a duševním klidu umírajícího. V dnešní uspěchané době je hospic dobrou alternativou pro nemocné, o které se rodina nemůže postarat v domácí péči.

Hospic sv. Lazara v Plzni je dobrým příkladem jak správně pečovat o nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu onemocnění. Poskytuje uspokojování všech potřeb nemocného a zajišťuje důstojné umírání.

Hospic je pro všechny, kteří trpí nevléčitelným onemocněním a rodina se o ně, z jakéhokoliv důvodu, již nemůže postarat. Stejně tak i rodina si může být jistá, že je jejich nejbližšímu poskytnuta ta nejlepší péče.

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit ucelený soubor informací o dané problematice. Byla vynaložena snaha o zveřejnění dostatečného množství informací o hospicové péči, jaké jsou její formy a jaké jsou možnosti hospicové péče. Cílem bylo také bližší přiblížení Hospice sv. Lazara v Plzni. Cíl práce byl splněn.

Závěr je ukončen krátkým dopisem adresovaný Hospici sv. Lazara manželkou hospitalizovaného klienta.

Vážená paní sociální pracovnice, vážení pracovníci Hospice sv. Lazara. Obracím se na vás s poděkováním za vaši úžasnou péči a starostlivost, kterou odvádíte při ošetřování těžce nemocných pacientů. Děkuji za možnost, že jsem mohla pobývat u mého manžela Františka S. nejen ve dne, ale i v noci. Vzpomínky na tyto chvíle jsou smutné, ale přece jen jsem mohla být manželovi nablízku. Ošetřovatelé i sestřičky byli velice milí a ohleduplní a jejich zodpovědné práce si velice vážím. Zvláště děkuji ošetřovateli Honzíkovi P., kterého si můj manžel oblíbil a v jeho přítomnosti vždy pookřál. Ovšem tyto chvíle netrvaly dlouho, neboť zákeřná nemoc vykonala své a po 17 dnech pobytu manžel zemřel. Všem

mnohokrát děkuji a vzpomínám na vás s úctou. Díky za vše, s přáním všeho dobrého ve vašem životě.

Jaroslava.S (WILDA, 2015).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Adresář hospiců*, 2015. In: [online]. [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: www.hospice.cz
- BYOCK, Ira, 2005. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 1. Editor Julie Munden. Překlad Jiří Královec. Praha: Vyšehrad. 325 s. Cesty (Vyšehrad), sv. 10. ISBN 80-702-1797-9.
- BYOCK, Ira, 2013. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad. 325 s. Cesty; sv. 10. ISBN 978-80-7429-134-0.
- Co je hospic*, 2014. In: [online]. [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: www.umirani.cz
- Domácí péče*, 2014. In: [online]. [cit. 2014-11-23]. Dostupné z: www.domaci-pece.info
- ELIAS, Norbert, 1998. *O osamělosti umírajících*. 1. Praha : Nakladatelství Franze Kafky. 66 s. ISBN 80-85844-39.
- FUNK, Karel, 2014. *Provázení stáří a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Vyd. 1. Praha: Malvern. 319 s. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén. 191 s. ISBN 8072620347.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- KLUSÁKOVÁ, Petra, 2012. Hospicová péče – standard, nebo luxus? Mobilní hospicová péče je v ČR značně imobilní. *Zdravotnické noviny*. roč. 61, č. 21, s. 24-25. ISSN: 1805-2355.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK, 1995. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů. 93 p. ISBN 80-854-9543-0.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1992. *O životě po smrti: [jedinečná svědectví o nesmrtelnosti duše]*. Vyd. 1. Editor Julie Munden. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica. 68 s. Cesty (Vyšehrad), sv. 10. ISBN 80-900-1347-3.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1994. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Vyd. 1. Editor Julie Munden. Turnov: Arica. 148 s. ISBN 80-858-7812-7.
- KVAPILOVÁ, Bára, 2013. Péče na poslední cestě životem. *Sestra*, roč. 23, č. 1, s. 23. ISSN: 1210-0404.
- MARKOVÁ, Alžběta a kol., 2009. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. V Praze: Cesta domů. 100 l. ISBN 978-80-254-4552-5.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-802-4731-711.

- O hospicích*, 2015. In: [online]. [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: www.asociacehospicu.cz
- ONDRAČKA, Lubomír et al., 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1. vyd. V Praze: Cesta domů. 116 s. ISBN 978-80-904516-3-6.
- Paliativní medicína*, 1998. Vyd. 1. Editor Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam. Praha. 480 s. ISBN 80-716-9437-1.
- PARKES, Colin Murray, RELF, Marilyn a COULDRICK, Ann, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 180 s. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PORŠ, Zbyněk, 2010. *Zdravotnický portál*. In: [online]. [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: www.hospiczdislavy.cz
- Poslání hospice*, 2015. In: [online]. [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: www.hospicknizetevaclava.cz
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-807-2628-490.
- SMITH, Rodney, 2013. *Lekce smrti a umírání: poučení od umírajících*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Maitrea. 226 s. ISBN 978-80-87249-55-0.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-807-1955-801.
- VIZUS, 2014. *Hospicová péče*. In: [online]. [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: www.cestadomu.cz
- VOKURKA, M. a J. HUGO, 2007. *Praktický slovník medicíny*. 8. roz. vyd. Praha: Maxdorf. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3.
- Vše o léčbě bolesti*, 2006. 1. vyd. Editor Julie Munden. Praha: Grada. ISBN 8024717204.
- WILDA, Miroslav, 2015. *Hospic sv. Lazara*. In: [online]. [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: www.hsl.cz

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Fotografie 1 Pokoj pro klienty Hospice sv. Lazara

Příloha 2 - Fotografie 2 Prostory zařízení Hospice sv. Lazara

Příloha 3 - Fotografie 3 Zimní zahrada Hospice sv. Lazara

Příloha 4 - Fotografie 4 Knihovna a společenská místnost v Hospici sv. Lazara

Příloha 5 - Fotografie 5 Kaple pro mše v Hospici sv. Lazara

Příloha 6 - Fotografie 6 Vzpomínková kniha v Hospici sv. Lazara

Příloha 7 - Fotografie 7 Místnost posledního rozloučení v Hospici sv. Lazara

Příloha 8 - Obrázek 3 Pozvánka na setkání pozůstalých v Hospici sv. Lazara

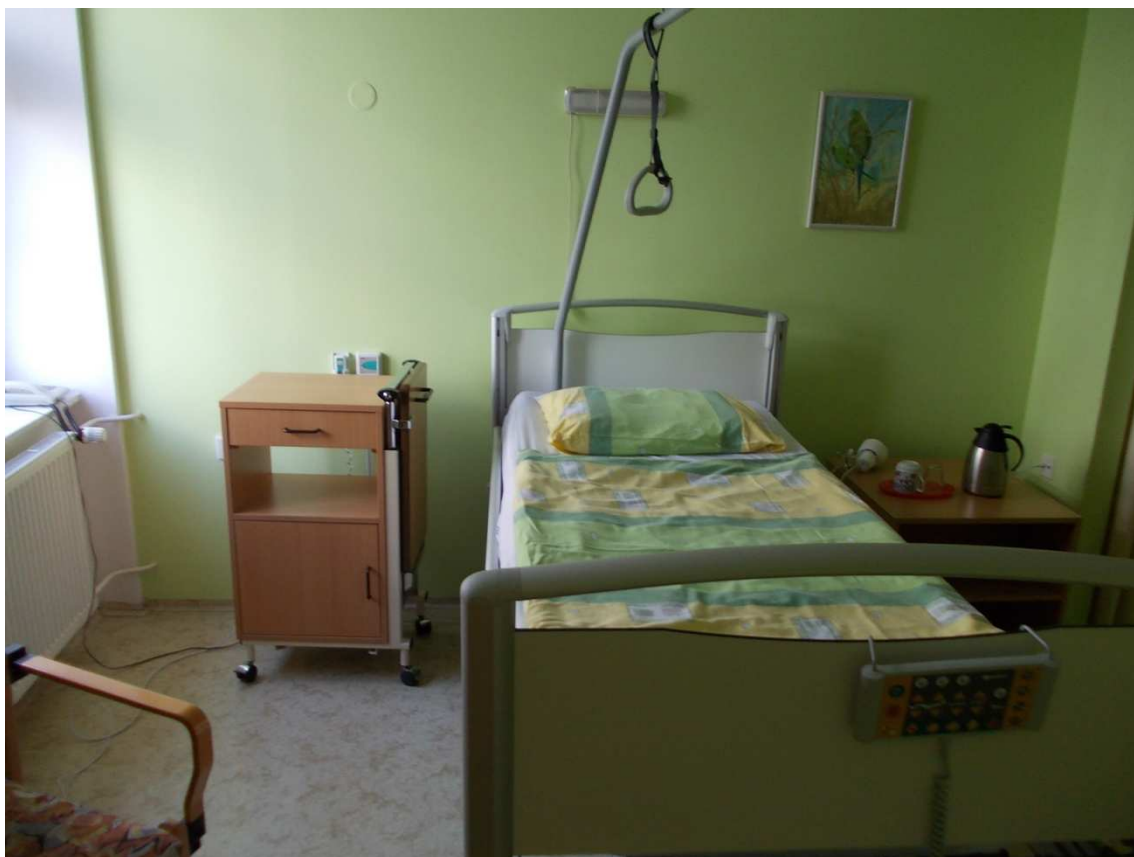
Příloha 9 - Obrázek 4, 5 Žádost o přijetí do Hospice sv. Lazara pro zdravotní pobyt (str. 1, 2)

Příloha 10 - Obrázek 6, 7 Žádost o přijetí do Hospice sv. Lazara pro zdravotní pobyt (str. 3, 4)

Příloha 11 - Obrázek 8 Přehled půjčovaných pomůcek v Hospici sv. Lazara a oblasti poradenství v Hospici sv. Lazara

Příloha 12 - Rešerše

Příloha 1



Fotografie pokoj pro klienty Hospice sv. Lazara
Foto autor rok 2014

Příloha 2



**Fotografie 2 Prostory zařízení Hospice sv. Lazara
Foto autor rok 2014**

Příloha 3



**Fotografie 3 Zimní zahrada Hospice sv. Lazara
Foto autor rok 2014**

Příloha 4



**Fotografie 4 Knihovna a společenská místnost v Hospici sv. Lazara
Foto autor rok 2014**

Příloha 5



**Fotografie 5 Kaple pro mše v Hospici sv. Lazara
Foto autor rok 2014**

Příloha 6



Fotografie 6 Vzpomínková kniha v Hospici sv. Lazara
Foto autor rok 2014

Příloha 7



**Fotografie 7 Místnost posledního rozloučení v Hospici sv. Lazara
Foto autor rok 2014**

Příloha 8

*Srdečně Vás zveme 27. 2. 2014
do Hospice sv. Lazara
na setkání pro blízké a příbuzné
pacientů, kteří zde pobývali*

16:00 hod. Mše svatá

16:30 – 18:00 hod. společné posezení, malé občerstvení

Obrázek 3 Pozvánka na setkání pozůstalých v Hospici sv. Lazara
Dostupné z: www.hsl.cz

Příloha 9

 Hospice sv. Lazara v Plzni	Žádost o přijetí do Hospice sv. Lazara v Plzni Vyplněnou Žádost lékař zašle na adresu: Šladrkovského 66, 32600 Plzeň, nebo na email: soo@hsl.cz Pobyt ... zdravotní	
	Jméno a příjmení pacienta: Rodný příjmení: Rodné číslo: Pojišťovna: Rodinný stav: Povolání (event. typ důchodu): Adresa trvalého bydliště: Tel. domá: Adresa momentálního pobytu pacienta: Tel. nyní:	
Odešílající lékař (lékař, který pacienta v anamnézě ošetřuje) Jméno a příjmení: Tel: Adresa:		
Praktický lékař (nemí-li lékař) Jméno a příjmení: Tel: Adresa:		
Nejbližší osoba pacienta (kontaktní osoba) Jméno a příjmení: Adresa: Tel. domá: Tel. voče a v noci: Vztah:		
Osoba, která převezme péči o pacienta po event. propuštění (nemí-li blízká a nejbližší osoba) Jméno a příjmení: Adresa: Tel. domá: Tel. voče a v noci: Vztah:		
Co pacient od hospice očekává: 1. Terminální péči na ošetřovatelském lůžku od 2. Přechodnou péči na ošetřovatelském lůžku od do 3. Ubytování (dnešná noc) u nemocnice Pacient má vyřizen "Příspěvek na péči" AND NE O příspěvek bylo požádáno dne:		

Obrázek 4 Žádost o přijetí do Hospice sv. Lazara pro zdravotní pobyt (str. 1)
dostupné z: www.hsl.cz

Hospice sv. Lazara v Plzni	2/4	Žádost o přijetí pacienta												
Vyplní ošetřující lékař														
Diagnózy (včetně dg. dle závažnosti)														
Známé alergie: Kuřák: AND NE Dieta:														
Anamnéza onemocnění, pro které má být pacient hospitalizován + kopie poslední (sejdiagnostiky) propouštěcí zprávy:														
Současná terapie (vyjma přelát, včetně dávkování)														
Označte současný stav pacienta: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> PŘÍJEM PER OS přírodní příjem potravy zrakem por. na - anále nají se sám </td> <td style="width: 33%;"> snížený příjem potravy snížený příjem tekutin jení úplně výčtrov-jaký nutná asistence při krmení </td> <td style="width: 33%;"> nedůstatková nepřijímá neschop krmit </td> </tr> <tr> <td> MORBITA schopen chůze bez opory schopen chůze v chodličku </td> <td> schopen chůze s lidskou oporou neschopen chůze </td> <td> schopen chůze pouze s velkou oporou postavi se pomalí se sám - zcela imobilní </td> </tr> <tr> <td> VYLISOVANÍ dojde si na WC inkontinence moči používá plenkové kalhotky </td> <td> potřebu vykonání na gramofon inkontinence stolice obvka </td> <td> stronie (jaké) </td> </tr> <tr> <td> BOLEST bez bolesti intermitentní bolest - márné </td> <td> bolest při pohybu středně silná velká </td> <td> klidová bolest nesnesitelná </td> </tr> </table>			PŘÍJEM PER OS přírodní příjem potravy zrakem por. na - anále nají se sám	snížený příjem potravy snížený příjem tekutin jení úplně výčtrov-jaký nutná asistence při krmení	nedůstatková nepřijímá neschop krmit	MORBITA schopen chůze bez opory schopen chůze v chodličku	schopen chůze s lidskou oporou neschopen chůze	schopen chůze pouze s velkou oporou postavi se pomalí se sám - zcela imobilní	VYLISOVANÍ dojde si na WC inkontinence moči používá plenkové kalhotky	potřebu vykonání na gramofon inkontinence stolice obvka	stronie (jaké)	BOLEST bez bolesti intermitentní bolest - márné	bolest při pohybu středně silná velká	klidová bolest nesnesitelná
PŘÍJEM PER OS přírodní příjem potravy zrakem por. na - anále nají se sám	snížený příjem potravy snížený příjem tekutin jení úplně výčtrov-jaký nutná asistence při krmení	nedůstatková nepřijímá neschop krmit												
MORBITA schopen chůze bez opory schopen chůze v chodličku	schopen chůze s lidskou oporou neschopen chůze	schopen chůze pouze s velkou oporou postavi se pomalí se sám - zcela imobilní												
VYLISOVANÍ dojde si na WC inkontinence moči používá plenkové kalhotky	potřebu vykonání na gramofon inkontinence stolice obvka	stronie (jaké)												
BOLEST bez bolesti intermitentní bolest - márné	bolest při pohybu středně silná velká	klidová bolest nesnesitelná												
Současný psychický stav:														
V	Dne	Ručičko a podpis lékaře:												

Obrázek 5 Žádost o přijetí do Hospice sv. Lazara pro zdravotní pobyt (str. 2)
dostupné z: www.hsl.cz

Příloha 10

Hospice sv. Lazara v Plzni	3/4	Žádost o přijetí pacienta
Svobodný a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací		
Ja, níže podepsaný/a Jméno a příjmení RC (svět zdravotní péče)		
Svým podpisem zde dokládám, že jsem byl/a v rozhovoru s lékařem dostatečně a srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem, diagnózou a event. prognózou. DG: (typičtější)		
Byl/a jsem informován/a o tom: 1. Jakou formu zdravotních, pečovatelských a jiných služeb hospice poskytuje. 2. Že smyslem péče v hospici není život udržet za každou cenu do nejdelší, nýbrž že hlavním cílem je vedeno ke zlepšení kvality života. 3. Že má být život zde nebudu uměle prodlužován napojením na přístroje ani jinými postupy. 4. Že lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných i diagnostických postupů a zákroků, které kvalitu života zlepšit nemohou, a naopak ordinuje vše, co kvalitu života zlepšit může. 5. Že v případě stabilizace nebo zlepšení stavu mohu být propuštěn/a zpět do domácí (ambulantní) péče.		
Bylo mi umožněno vše si téžně rozvíjet a sejit se na vše, co považuji za podstatné. S pobytům a vyvíjenými paliativními (obeznami) postupy souhlasím. Těmto máji souhlas mohl kdykoli odvolat a pobyt v hospici mohl kdykoli ukončit bez jakéhokoli postihu.		
O mém zdravotním stavu informuji: Jméno a příjmení : telefon: Vztah k pacientovi:		
Jméno a příjmení : telefon: Vztah k pacientovi:		
V dne		
Pacient :		Podpis:
Lékař :		Podpis:

Obrázek 6 Žádost o přijetí do Hospice sv. Lazara pro zdravotní pobyt (str. 3)
dostupné z: www.hsl.cz

Hospice sv. Lazara v Plzni	4/4	Žádost o přijetí pacienta
Informace před přijetím		
Vážně pan, vážně pane, hospicová péče je vhodná zejména pro pacienty s nevyléčitelnou nemocí, u nichž byla ukončena aktivní léčba, a nemohou být v domácí péči. Cílem není prodlužování života, ale kvalita života. Cílem hospicové péče je, aby nemocný nepetal nesnesitelnou bolestí, v poslední chvíli nezáležel osamocen a byla vždy respektována jeho lidská důstojnost. Hospic není zdravotním ústavem, není zde možno provádět žádná škrtná diagnostická vyšetření. Lékař v hospici vědomě upouští od léčebných zákroků a postupů, která nemohou zlepšit kvalitu života nemocného a naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Vždy však respektuje přání a uznává lékařská doporučení. Život zde uměle neprodlužujeme ani nezkracujeme. Co si vzít s sebou? Látky, které během užívání, pomůcky, které během používání (kůl, berle, vozík zpod), toaletní potřeby, kupačnické prostředky, oblečení na den, domácí obuv na prázdné. Nezapomeňte občanský průkaz, průkaz zdravotní pojišťovny a rozhodnutí o přímém příspěvku na péči. Jak je to v hospici s návštěvami? Pacienti v hospici mohou doprovázet jejich blízcí (24 hodin denně). Uvítajíte-li o takové možnosti doprovázení Vášho blízkého, zakrtnete na žádosti o přijetí kolonku ubytování člena rodiny nebo nám zavolejte předem na tel. 377 431 381. Návštěvy pacientů jsou možné každý den. Zdravotnický personál může zamezit vstup návštěv, pokud je pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek, ruzi noční klid nebo jedná proti zájmům pacienta. Jak vypadají pokoje? 1-2 lůžková, WC + sprcha, kůzanie, lednice, přístýlka, TV, rádio, telefon, Wi-Fi Internet. Dále je k dispozici společenská místnost, knihovnička, kaple, terasa, stinná zahrada, kuchyňka s mikrovlnnou troubou a rychlovarnou konvici. Jak je to s placením? Financování hospice je vícezdrojové. Jedním z příjmů je i platba pacienta. Platí se v den přijetí pacienta na dobu 30 dnů. Příbuzní, kteří se v hospici ubývají, platí za ubytování 50,- Kč / noc, pro své zdravotní si mohou objednat jídlo za režijní cenu. Podle rozhodnutí představenstva z 31. 1. 2012 je stanovena od 1. 2. 2012 následující platba. Pro zdravotní pobyt je stanovena poplatek na 290,- Kč/den (tj. 6.700,- Kč/30 dnů). <i>Doba pobytu není omezena.</i>		
Ze zdravotních sociálních důvodů lze poplatek snížit. Dále pacient platí poměrnou část přímého příspěvku na péči podle počtu dnů pobytu. Vše otázky rádi zodpovíme na tel. 377 431 381, nebo email: toc@hsl.cz		

Obrázek 7 Žádost o přijetí do Hospice sv. Lazara pro zdravotní pobyt (str. 4)
Dostupné z: www.hsl.cz

Příloha 11

Půjčovna rehabilitačních pomůcek

Hospic sv. Lazara nabízí možnost zapůjčení rehabilitačních pomůcek za následujících podmínek:

- Pomůcky se vydávají a přijímají zpět po předchozí telefonické domluvě v pracovních dnech v době od 7:00 do 15:00 hodin.
- Při vydání pomůcky se vybírá záloha vratná při navrácení pomůcky.
- Za půjčení pomůcky se vybírá měsíční poplatek.
- Pro vydání pomůcky je potřeba vyplnit písemnou dohodu.

	Vratná záloha	Měsíční poplatek
Hůl, podpažní berle, francouzská berle	150,- Kč	0,- Kč
Chodítko nízké	500,- Kč	50,- Kč
Chodítko vysoké	500,- Kč	50,- Kč
Chodítko s kolečky	800,- Kč	80,- Kč
Vozík toaletní (gramofon)	1.000,- Kč	100,- Kč
Šestřivatelské lůžko	5.000,- Kč	1.000,- Kč

Poradna

Poradenství se týká:

- Možnosti podpory péče o nemocného v domácím prostředí – kontakty na agentury domácí péče, pečovatelské služby
- Možnosti sociální podpory a péče
- Informace o poskytovatelích sociálních služeb nebo zdravotnických zařízeních

S Vašimi dotazy se můžete obrátit na sociální pracovníci hospice osobně ve všední dny od 9:00 do 15:00, ve středu do 16:00, v pátek do 13:00.
Tel: 377 431 381
e-mail: soo@hsl.cz
www.hsl.cz

Obrázek 8 Přehled půjčovaných pomůcek v Hospici sv. Lazara a oblasti poradenství v Hospici sv. Lazara
dostupné z: www.hsl.cz

Příloha 12 – Rešerše

**STUDIJNÍ A VĚDECKÁ KNIHOVNA PLZEŇSKÉHO
KRAJE**

Smetanovy sady 2

Historie a současnost Hospice svatého Lazara v Plzni

Barbora Šůlová

Jazykové vymezení: čeština, němčina

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články, elektronické zdroje

Počet záznamů: 20

Použitý citační styl: Harvardský styl

Základní prameny:

- katalogy SVK Plzeňského kraje v Plzni
- bibliografie
- články a stati

Bibliografie:

MARKOVÁ, Alžběta a kol., 2009. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. V Praze: Cesta domů. 100 l. ISBN 978-80-254-4552-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

PARKES, Colin Murray, RELF, Marilyn a COULDRICK, Ann, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 180 s. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.

FUNK, Karel, 2014. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Vyd. 1. Praha: Malvern. 319 s. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

BYOCK, Ira, 2013. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad. 325 s. Cesty; sv. 10. ISBN 978-80-7429-134-0.

ONDRAČKA, Lubomír et al., 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1. vyd. V Praze: Cesta domů. 116 s. ISBN 978-80-904516-3-6.

SMITH, Rodney, 2013. *Lekce smrti a umírání: poučení od umírajících*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Maitrea. 226 s. ISBN 978-80-87249-55-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK, 1995. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů. 93 p. ISBN 80-854-9543-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén. 191 s. ISBN 8072620347.

ELIAS, Norbert, 1998. *O osamělosti umírajících*. 1. Praha : Nakladatelství Franze Kafky. 66 s. ISBN 80-85844-39.

Články, stati:

KVAPILOVÁ, Bára, 2013. Péče na poslední cestě životem. *Sestra*. roč. 23, č. 1, s. 23. ISSN: 1210-0404.

KLUSÁKOVÁ, Petra, 2012. Hospicová péče – standard, nebo luxus? Mobilní hospicová péče je v ČR značně imobilní. *Zdravotnické noviny*. roč. 61, č. 21, s. 24-25. ISSN: 1805-2355.

LEŽÁKOVÁ, Martina, 2013. Dobrovolníci v hospici? K čemu vlastně? - úvodník. *Medicína pro praxi*. roč. 10, č. 4, s. 135. ISSN: 1214-8687.

Hospicová péče: informace pro praktické lékaře, 2015. Praha : Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, [2015].

BUŽGOVÁ, Radka — HAVELKOVÁ, Kateřina, 2012. Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči. *Časopis lékařů českých*. roč. 151, č. 4, s. 190-195. ISSN: 0008-7335.

Hospic - místo, kde se dá dožít důstojně, 2011. *Nemocniční speciál*. roč. 6, č. 8, s. 7.

SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN: 978-80-86998-51-0.

KADOCHOVÁ, Marie, 2011. Návrat k umírání doma. *Sestra*. roč. 21, č. 10, s. 53. ISSN: 1210-0404.

KNĚŽKOVÁ, Klára — TREŠLOVÁ, Marie, 2011. Předpoklady pro práci sester v hospici. *Florence*. roč. 7, č. 7-8, s. 26-31. ISSN: 1801-464X.