

Péče o onkologického klienta v hospici v České republice a na Slovensku

Hana Zourková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana ZOURKOVÁ**

Osobní číslo: **H10508**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Péče o onkologického klienta v hospici v České republice a na Slovensku**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury k danému tématu.

Vymezení pojmů onkologie, epidemiologie a etiologie nádorů, euthanasie.

Zpracování teoretických východisek v oblasti paliativní a hospicové péče.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu mezi všeobecnými sestrami ve vybraných hospicových zařízeních pomocí rozhovoru.

Vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK et al. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

KALVACH, Zdeněk a Ondřej SLÁMA. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: Vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Sedláková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.2.2019

.....
.....

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Téma bakalářské práce je „Péče o onkologického klienta v hospici v České republice a na Slovensku“. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretická část je rozdělena do čtyř úseků. První úsek je zaměřen na onkologii jako lékařský obor, kde jsou uvedeny příčiny vzniku nádorů, možnosti onkologické léčby a nejčastější onkologická onemocnění v České republice a na Slovensku. Druhá část se zabývá pojmy umírání a smrt. Nejrozsáhlejší část je věnována hospicové péči, kde jsou popsány poslání a cíle hospice, formy hospicové péče a multidisciplinární tým. V závěru je vymezena paliativní péče, její rozdělení a principy. Nedílnou součástí je také problematika eutanazie. V praktické části jsou zpracována data získaná z rozhovoru, který byl realizován s všeobecnými sestrami ve vybraných hospicových zařízeních v České republice a na Slovensku. Hlavním cílem rozhovoru bylo zjistit, jak probíhá ošetrovatelská péče o onkologického klienta v České republice a na Slovensku.

Klíčová slova: onkologie, hospice, paliativní péče, umírání, eutanazie, pacient

ABSTRACT

The theme of this bachelor thesis is “Hospice Care of Patients with Cancer in the Czech Republic and Slovak Republic”. The work composes of a theoretical and practical section.

The theoretical section is divided into four parts. The first part focuses on oncology as a medical field and mentions causes of cancer formation, possibilities of oncological treatment and the most common oncological diseases in the Czech Republic and Slovak Republic. The second part deals with the terms dying and death. The largest part is dedicated to hospice care where hospice missions and objectives are described together with hospice care forms and multidisciplinary team. Division and principles of palliative care are defined at the end of the theoretical part. Issues of euthanasia is also a necessary part.

Data obtained from the interview which I realized with nurse in selected hospice facilities in the Czech Republic and Slovak Republic are elaborated on in the practical part. The main target of the interview was determine how is the nursing care for patients with cancer in the Czech Republic and Slovak Republic.

Keywords: oncology, hospice, palliative care, dying, euthanasia, patient

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Markétě Sedlákové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady a připomínky, které mi velmi pomohly při zpracování práce. Za její ochotu, trpělivost a čas.

Dále bych chtěla poděkovat své přítelkyni Radmile Mlčákové za její pomoc a podporu.

Také děkuji vrchní sestře z Hospice Milosrdných sester v Trenčíně a staniční sestře z Hospice sv. Alžběty v Brně za umožnění rozhovoru.

Velké dík patří především mojí rodině, která mě během celého studia podporovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahrána do IS/STAG jsou totožné.

Motto:

„Spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí! Až budeme na konci, nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet ruku, ale nepodrželi.“

Jan Twardowski

OBSAH

I	TEORETICKÁ ČÁST	12
1	ONKOLOGIE JAKO LÉKAŘSKÝ OBOR	13
1.1	DEFINICE ONKOLOGIE.....	13
1.2	EPIDEMIOLOGIE NÁDORŮ.....	13
1.3	PŘÍČINY VZNIKU NÁDORŮ.....	15
1.4	MOŽNOSTI ONKOLOGICKÉ LÉČBY	16
1.4.1	Protinádorová léčba	16
1.4.2	Podpůrná léčba	23
1.4.3	Paliativní léčba	23
1.5	NEJČASTĚJŠÍ ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ A NA SLOVENSKU	24
1.5.1	Onkologická onemocnění v České republice.....	24
1.5.2	Onkologická onemocnění na Slovensku.....	25
1.5.3	Screening jako prevence nádorových chorob	25
2	UMÍRÁNÍ A SMRT	27
2.1	VYMEZENÍ POJMŮ UMÍRÁNÍ A SMRT	27
2.2	FÁZE UMÍRÁNÍ PODLE ELISABETH KÜBLER – ROSSOVÉ	28
2.3	UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI A SOUČASNOSTI	30
3	HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICĚ A NA SLOVENSKU	32
3.1	HISTORIE A SOUČASNOST HOSPICOVÉ PÉČE	32
3.2	POSLÁNÍ A CÍLE HOSPICE.....	33
3.3	FORMY HOSPICOVÉ PÉČE	33
3.3.1	Domácí hospicová péče.....	33
3.3.2	Denní stacionář	34
3.3.3	Lůžková hospicová péče	35
3.4	MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....	35
3.4.1	Složení týmu	35
3.4.2	Komunikace v týmu	37
3.5	FINANCOVÁNÍ HOSPICŮ	37
4	PALIATIVNÍ PÉČE.....	39
4.1	VYMEZENÍ POJMU PALIATIVNÍ PÉČE	39
4.2	ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	39
4.3	PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE	42
4.4	PALIATIVNÍ PÉČE A EUTANAZIE	42
4.4.1	Definice pojmů.....	42

4.4.2	Eutanazie v České republice a na Slovensku	44
II	PRAKTICKÁ ČÁST	46
5	METODIKA PRÁCE.....	47
5.1	CÍLE PRÁCE.....	47
5.2	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉ METODY	47
5.2.1	Charakteristika jednotlivých položek v rozhovoru	47
5.3	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	48
5.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	48
6	VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	49
	DISKUZE	73
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	83
	SEZNAM TABULEK	85
	SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

O problematiku onkologie se zajímám již delší dobu. Navštívila jsem i různé konference a semináře (příloha P VII – P IX, P XIII, P XIV) zabývající se péčí o onkologického klienta a také Brněnské onkologické dny, které jsou každoročně pořádány (příloha P X – P XI). Absolvovala jsem i Základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči (příloha P XII), který je, dle mého názoru, důležitým prvkem pro možné zlepšení soběstačnosti nejen u onkologických klientů.

Onkologická onemocnění jsou v současné době často diskutovaným tématem a jsou pro člověka velice závažným problémem. Stanovení tak závažného onemocnění nepostihuje pouze tělesné zdraví, ale ovlivňuje i psychiku člověka a jeho sociální vztahy. Dle mého názoru jsou častější, než tomu bylo dříve a po kardiovaskulárních chorobách představují druhou nejčastější příčinu smrti. Dle statistik a několika článků, které jsem si přečetla, se předpokládá, že do budoucna maligní chorobou onemocní každý třetí občan naší republiky a každý čtvrtý na zhoubné onemocnění zemře. Onkologické onemocnění se v dnešní době opravdu jeví jako velká hrozba, je předmětem mnoha diskuzí, nejen v medicínských kruzích, ale i mezi občany – laiky.

V boji proti nádorovému onemocnění je velmi důležitá prevence. Existuje tzv. Evropský kodex proti rakovině (příloha P I) obsahující 10 bodů, díky nimž lze zlepšit nejen zdravotní stav, ale také určitým způsobem omezit riziko vzniku nádoru. Člověk by neměl mít pocit, že zdraví je samozřejmostí, ale měl by vědět, že zdraví je důsledek toho, jak se ke svému tělu chováme a měl by uctívat zdraví jako tzv. luxus, který jak se ukazuje, si bohužel každý nemůže dopřát.

Téma „Péče o onkologického klienta v hospici v České republice a na Slovensku“ jsem si vybrala, protože problematika onkologie, paliativní a hospicové péče je mi velmi blízká. Dle mého názoru se většina populace domnívá, že slovo hospic znamená zařízení, kam je člověk odeslán pouze „umřít“. Není tomu tak. Ve skutečnosti jsou do hospice přijati pacienti, kteří mají možnost žít v plné míře až do poslední chvíle svého života a je jim zajištěna co nejvyšší kvalita péče. Někteří těžce nemocní pacienti do hospice přichází, protože doma se jim nedaří zvládnout bolest a jiné další příznaky choroby. Někdy stačí i pouze krátký pobyt v zařízení a pacient se může vrátit zpět do domácího prostředí. Fyzická bolest není jediným důvodem, proč nemocný hospic vyhledává. Bojí se i ztráty lidské důstojnosti a má obavy, že

v posledních chvílích zůstane osamocen. Přáním snad každého člověka je zemřít důstojně a v blízkosti někoho druhého.

Práce s tak těžce nemocnými klienty je založená na empatii, důvěře a na pomoci klientovi a jeho potřebám, ale i potřebám jeho rodiny a blízkých.

Měsíce trávené mezi onkologickými klienty na onkologicko-chirurgickém oddělení, kde pracuji, mi pomohly vnímat toto onemocnění z různých aspektů a pochopit chování onkologicky nemocných klientů a jejich potřeby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGIE JAKO LÉKAŘSKÝ OBOR

1.1 Definice onkologie

Onkologie je lékařský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou nádorových onemocnění. Jedná se o obor multidisciplinární, ve kterém je nutná a velmi důležitá spolupráce specialistů různých oborů. Součástí týmu jsou například patologové, chirurgové, chemoterapeuti, radioterapeuti, patologové a další. Oproti standardním typům oddělení, si onkologie nese určité zvláštnosti. Ošetrovací jednotky jsou členěny nejčastěji dle druhu onemocnění (například hematologická onkologie, oddělení brachyradioterapie) nebo dle pohlaví. Onkologičtí klienti jsou léčeni ozařováním, nebo ozařováním s další léčebnou metodou (např. hormonoterapie – Eligard u ca prostaty). Také mohou být podávána cytostatika, tedy chemoterapie nebo kombinace ozařování s chemoterapií, nebo také biologická terapie (např. Afinitor - ca ledvin, Sutent - ca ledvin, Jevtana – ca prostaty, Avastin – ca kolorekta). Na onkologickou léčbu nemusí být klienti vždy hospitalizováni, léčba může probíhat i ambulantně (farmakoterapie na denním stacionáři). (Slezáková et al., 2007, s. 101)

1.2 Epidemiologie nádorů

Epidemiologie je vědní obor medicíny, který nestuduje nemoci z hlediska jednotlivce, ale celé populace. Podobně jako ostatní vědní obory má i epidemiologie své specifické a přesně definované pojmy jako jsou incidence, prevalence a mortalita. (Vorlíček et al., 2012, s. 25)

Incidence nádorové nemoci je ukazatel počtu všech nově diagnostikovaných chorob, přepočtených na 100 000 obyvatel, které vznikly během jednoho roku. (Vorlíček et al., 2012, s. 26)

Prevalence je velice významným ukazatelem v onkologické statistice. Prevalence je definována jako počet hlášených osob žijících s nádorovým onemocněním ke konkrétnímu datu v daném roce. Prevalence udává počet nejen léčených, ale i dispenzarizovaných osob. Hodnoty prevalence se ještě dále dělí, např. dle diagnóz, věku, pohlaví, klinických stádií, ale i dle krajů a okresů. Všechny tyto informace jsou důležitá pro plánování a zajišťování kapacity onkologické péče ve smyslu počtu lůžek, ambulancí, stacionářů, zajištění počtu lékařů i sester, zajištění využití přístrojové techniky, plánování možností operativy, chemoterapie,

radioterapie. V neposlední řadě je tento údaj důležitý i pro plánování spotřeby léků. (Adam et al., 2011, s. 372)

Mortalita vyjadřuje počet úmrtí na maligní onemocnění, opět na 100 000 obyvatel za rok. Zde hovoříme o specifické mortalitě, neboť mortalita obecně hlásí počty všech úmrtí, včetně úrazů, neonkologických diagnóz apod. na 100 000 obyvatel za rok. Pokud budeme hovořit o nevléčitelné onkologické diagnóze, pak se mortalita rovná incidenci. Daří-li se však nádor u části nemocných vyléčit, bude hodnota mortality menší než hodnota incidence. (Vorlíček et al., 2012, s. 26)

Zdrojem informací o mortalitě zhoubných novotvarů v České republice je Národní onkologický registr (NOR) přezdívaný také jako „rodinné stříbro české onkologie“, který u nás působí od roku 1976. Od roku 1991 je NOR členem Mezinárodní asociace registrů (IACR) a následně se stal součástí Evropské sítě onkologických registrů (ENCR). V současnosti IACR koordinuje přes 340 registrů a k jejich standardizaci vydává metodické materiály. Dle těchto pokynů zpracovává pro ČR data i NOR. (Adam et al., 2011, s. 372)

Povinnému hlášení podléhají diagnózy II. kapitoly Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desáté revize (MKN – 10):

- Zhoubné nádory (C00 – C97);
- Onemocnění hodnocená jako novotvary in situ (D00 – D09);
- Novotvary nejistého nebo neznámého chování (D37 – D48);
- Vybrané nemoci postihující lymforetikulární tkáň a retikulohistiocytární systém (D76.0). (Adam et al., 2011, s. 372)

Hlášení se podává na formuláři „Incidence a léčba novotvaru“ (příloha P II) na dané centrum NOR dle trvalého bydliště klienta. Evidence se vztahuje na všechny občany ČR a na cizince s trvalým bydlištěm v ČR. Od 1. 5. 2005 je pro přesnější diferenciaci nádorů v onkologii používána klasifikace MKN O-3. Hlásí se ale i případy histologicky a cytologicky neověřené, které byly zjištěny pouze vyšetřovacími či zobrazovacími metodami. Též nádory, zjištěné až po úmrtí, které prokázala pitva, podléhají povinnému hlášení. (Adam et al., 2011, s. 374)

Zdravotnické zařízení, které stanovilo diagnózu, je povinno do jednoho měsíce odeslat hlášení (1. část hlášení). Každé zdravotnické zařízení, které odpovídá za léčbu je povinno do 7

měsíců odeslat 2. část hlášení. Toto hlášení je součástí zdravotnické dokumentace nemocného. Jako součást hlášenky jsou také přikládány kopie, a sice histologický nález, lékařská zpráva, operační či pitevní protokol. Vývoj nemoci je sledován tzv. kontrolním hlášením. To zasílá zařízení provádějící dispenzarizaci onkologického pacienta v rozmezí 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 10 let, dále pak po 5 letech a naposledy při úmrtí pacienta. (Adam et al., 2011, s. 374)

Povinné hlášení zhoubných nádorů vzniklo v bývalém Československu v roce 1952. Tak jako v České republice působí na Slovensku jako samostatný registr od roku 1976, který vznikl pod názvem „Národní onkologický register Slovenskej republiky. (NOR SR). Registr založil a do roku 2005 odborně a metodicky vedl doc. MUDr. Ivan Pleško, DrSc. Jeho úlohou je vedení doživotní, dlouhodobé evidence onkologických klientů, doplňování údajů o pacientovi a jeho nemoci, s respektováním mezinárodně akceptovaných klasifikačních systémů (MKCH, MKCH-O) a dodržování zákona o ochraně údajů.

Do národního onkologického registru se údaje poskytují prostřednictvím:

- Hlášení zhoubného nádoru (příloha P III);
- Kontrolního hlášení zhoubného nádoru (příloha P IV);
- Hlášení o histopatologické diagnostice zhoubného nádoru. (Národní register nádorových onemocnění v SR a Ondrušová, 2006)

Od 1. listopadu 2005 byl Národní onkologický registr SR zařazen pod Ústav zdravotnických informací a statistiky v Bratislavě. Od 1. února 2006 se daná instituce jmenuje Národní centrum informací. (Ondrušová, 2006)

1.3 Příčiny vzniku nádorů

Rozpoznání příčin vedoucích ke vzniku nádorových onemocnění je po desetiletí hlavním cílem lékařského výzkumu. Přes veškeré poznatky z minulých let však stále nemůžeme být spokojeni, neboť stále platí, že příčiny zhoubného bujení nejsou dosud přesně známy. Známa jsou ale rizika, která mohou mít na vznik nádorových buněk vliv.

Mezi zevní vlivy podmiňující vznik nádorů nebo ochraňující před jejich vznikem patří:

- Tabák a kouření, který způsobuje u mužů 90 % úmrtí na karcinom plic, u žen zapříčiňuje 70 – 80 % úmrtí;

- Výživové faktory, které mají 35% podíl na celkovou úmrtnost způsobenou nádorovým onemocněním;
- Pohybová aktivita;
- Infekce;
- Ionizující a UV záření;
- Chemická kancerogeneze;
- Chemoprolaxe. (Vorlíček et al., 2012, s. 33 – 35, 43 - 46)

Další uváděnou skupinou podmiňující vznik nádorů jsou genetické vlivy. V ČR je ročně diagnostikováno přes 40 000 občanů s nádorovým onemocněním, kdy 5 – 10 % nádorů může být hereditárního, neboli dědičného původu. (Adam et al., 2011, s. 28)

1.4 Možnosti onkologické léčby

Onkologická léčba představuje pro pacienta značnou zátěž, je dlouhodobá a nejistá. Tím se zásadně liší od léčby jiných chorob.

1.4.1 Protinádorová léčba

Protinádorová léčba využívá několik způsobů léčby, a to chirurgie, radioterapie a farmakologické léčby. Cílem protinádorové léčby je usmrcení nádorových buněk. (Adam et al., 2011, s. 83)

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba patří mezi nejvýznamnější druh onkologické léčby. Chirurgické metody budou hrát hlavní úlohu v dané léčbě i v budoucnu, neboť jsou základem terapie časných stádií nádoru. Pro takové nádory se používá termín „lokoregionální“ rozsah choroby. Jedná se o stav, kdy nádor nepřerůstá místo svého vzniku a jehož regionální uzliny nepřerůstají spádové uzliny tohoto orgánu. (Adam et al., 2011, s. 101)

Chirurgické odstranění nádoru provádí chirurgické pracoviště se zkušenostmi s onkochirurgií. Při operaci se onkochirurg řídí nejen zkušeností, ale i některými speciálními zásadami.

Mezi nejdůležitější z nich patří:

- Co nejčasnější přerušení cév zásobující nádor a maximální šetrnost při mechanické manipulaci s nádory z důvodu prevence rozsevu nádorových buněk do okolí;
- Zachování zdravého lemu tkáně kolem resekovaného nádoru. Dodnes se v některých případech zajišťuje okamžitý histologický rozbor vzorku resekované linie, tzv. „na zmrzlo“;
- Resekce přilehlých regionálních uzlin, kdy tato resekce s histologickým popisem má diagnosticko-léčebný význam. Nález infiltrace v uzlině je spojen s nutností další zajišťovací léčby, ať už chemoterapie či radioterapie a histologicky popsaná infiltrace v regionálních uzlinách znamená vyšší stádium nemoci;
- Minimalizace implantačních metastáz během manipulace s nádorem, kdy je snahou vést operaci bezdotykově. V případech, kde nebylo možné předejít kontaminaci operačního pole nádorem, se provádí laváž dezinfekčními prostředky. (Adam et al., 2011, s. 107)

Chirurgické výkony lze rozdělit do několika skupin:

Výkony diagnostické

Jedná se o odběr vzorku tkáně k histologickému vyšetření a k patologickému stanovení klinického stádia nemoci. Odebraný materiál pro histologické vyšetření je velmi cenný, neboť na výsledku jeho zpracování závisí to, jakým směrem se bude ubírat další léčba. Vzorek musí být na operačním sále dobře fixován, a to v dostatečném množství fixační tekutiny. Chirurg zodpovídá za kvalitu vzorku. Neměl by být mechanicky poškozen a měl by být bez přítomnosti koagul a autolýzy, ke které dochází při pozdní či nesprávné fixaci. (Adam et al., 2011, s. 103)

Profylaktické operace

Jedná se o odstranění prekanceróz, např. děložního čípku nebo odstranění polypů ve střevě. (Adam et al., 2011, s. 105)

Kurativní léčebné výkony

U klientů v časném stádiu choroby se tumor i s částí okolní tkáně operativně odstraní. Dochází k odstranění i spádových lymfatických uzlin. Po předchozím odstranění primárního nádoru lze chirurgicky odstranit i metastázy. (Slezáková et al., 2007, s. 110)

Operační výkony u pokročilých nádorů

Pokud je nádor v pokročilém stádiu, využívá se především metod jako je chemoterapie či radioterapie. Cílem je zmenšit nádor, aby jej bylo možné operovat. (Adam et al., 2011, s. 110)

Paliativní výkony

Paliativní chirurgické výkony jsou tzv. odlehčovací operace. Usilují o zlepšení kvality života nemocného, zlepšují podmínky pro konzervativní udržovací léčbu a předchází komplikacím. Mezi nejčastější paliativní zákroky patří zajištění průchodnosti dutých orgánů, kdy se zavádějí stenty, dále řešení krvácení z cév narušených nádorem a ošetřování povrchových nekrotizujících nádorů. (Adam et al., 2011, s. 111 – 112)

Radioterapie

Radioterapie patří mezi základní metody v oblasti léčby s nádorovým onemocněním. Uplatňuje se nejen jako léčba lokální a lokálně-regionální, ale zahrnuje i léčbu některých nádorových stavů. Přibližně 50 – 70 % onkologicky nemocných má zkušenost s radioterapií. Radioterapie je po chirurgické léčbě nejefektivnější léčbou v oblasti onkologických malignit. Je užívána i pro adjuvantní či neoadjuvantní léčbu a uplatňuje se v nemalé míře i v léčbě paliativní. Často se kombinuje současně s chemoterapií a nově je kombinována i s biologickou léčbou. Dle polohy zdroje záření dělíme radioterapii na zevní radioterapii a brachyradioterapii. (Adam et al., 2011, s. 113)

Zevní radioterapie

Zevní radioterapie, tzv. trojrozměrná radioterapie (3D) patří dnes ke standardní léčebné metodě. Ozařovaný objem je individuálně přizpůsoben nepravidelnému trojrozměrnému tvaru cílového objemu. Takto je možno ozářit místo s minimálním lemem, čímž je minimalizováno riziko ozáření zdravých tkání. Základem pro 3D plánování je užití trojrozměrných

zobrazovacích metod – CT vyšetření, MR vyšetření, PET vyšetření. (Adam et al., 2011, s. 113)

Brachyradioterapie

Brachyterapie je vhodná pro malé, dobře přístupné a ohraničené nádory s minimálním šířením do okolí (např. počáteční stádia karcinomu rtu, jazyka, prostaty, penisu). Brachyterapie je tedy ozařování na krátkou vzdálenost. Jde o koncentraci vysoké dávky záření v místě aplikace s rychlým poklesem do okolí. (Adam et al., 2011, s. 115)

Podle způsobu umístění radionuklidového zářiče v těle nemocného je dělena na:

- Intrakavitární, kdy aplikátor je umístěn do tělní dutiny, z které nádor vychází;
- Intraluminární, kdy vodiče a zdroj záření jsou zavedeny do lumen trubicového orgánu;
- Intersticiální, kdy je zdroj záření zaveden přímo do nádorového ložiska;
- Povrchová, kdy jsou aplikátory formou muláží umístěny na povrch postižené kůže či sliznice. (Adam et al., 2011, s. 115)

Kurativní radioterapie

Cílem radikální radioterapie je zničit nádor a vyléčit pacienta. Je primární volbou léčby např. u kožních nádorů, karcinomu děložního hrdla a karcinomu prostaty. Samostatná radioterapie udává kurativní efekt u bazaliomů, spinocelulárního karcinomu penisu, některých lokalizovaných lymfomů a karcinomu prostaty. Kurativní radioterapie se často volí i tam, kde by operační výkon nedával předpoklad pro zachování funkce orgánu. Zde jsou cílovou skupinou pacienti s nádory hlavy a krku (např. karcinom laryngu). V kurativní léčbě se kombinuje také zevní radioterapie s brachyterapií. Uplatňuje se u gynekologických malignit, především u karcinomu děložního čípku a karcinomu pochvy. (Adam et al., 2011, s. 116)

Adjuvantní radioterapie

Jde o radioterapii zajišťovací, nejčastěji po chirurgickém výkonu. Snižuje riziko lokální či regionální recidivy, a tím zvyšuje pacientovi šanci na prodloužení celkové doby přežití. Nejčastěji je indikována po resekci rekta, po parciální či totální mastektomii, u nádorů hlavy a krku, u karcinomu žaludku a po resekci sarkomů měkkých tkání. Uplatnění nachází i u dět-

ských nádorů, např. neuroblastom, Wilmsův tumor či Ewingův sarkom aj. (Adam et al., 2011, s. 116)

Adjuvantní radioterapie se využívá i po systémové léčbě lymfomů ve spolupráci s onkologem (Adam et al., 2011, s. 116).

Neoadjuvantní radioterapie

Probíhá většinou v předoperační době. Cílem je zmenšení nádoru v takových případech, kdy je nádor svým rozsahem nepříznivý k operačnímu výkonu. Účelem je snížit rozsah operačního výkonu a současně snížit riziko diseminace nádorových buněk při manipulaci u operované oblasti. (Adam et al., 2011, s. 116)

Pro dosažení maximálního efektu je často neoadjuvantní radioterapie kombinována současně s podáváním chemoterapie. Hovoříme tedy o konkomitantní chemoradioterapii. Klinicky prokázaný přínos neoadjuvantní radioterapie, popř. chemoradioterapie je u lokálně pokročilého karcinomu rekta. (Adam et al., 2011, s. 116)

Paliativní radioterapie

Hlavním cílem paliativní radioterapie není prodloužení doby přežití, ale má krátkodobý zámer. Měla by přinášet úlevu od symptomů v pokročilých fázích onkologického onemocnění. Hlavní přínos je při odstranění nebo zmírnění bolesti, útlaku, dušnosti a krvácení. (Adam et al., 2011, s. 116)

Léčba zářením s sebou bohužel nese nejen léčebný benefit pro pacienta, ale přináší i riziko možných nežádoucích účinků.

Podle rozsahu nežádoucích účinků radioterapie jsou děleny na systémové, objevující se nejčastěji při ozařování břišní dutiny.

Projevují se:

- Únavou;
- Nechutenstvím;
- Zvracením;
- Průjmy;
- Psychickými změnami. (Adam et al., 2011, s. 122)

Dalším nežádoucím účinkem je hematologická toxicita.

Projevuje se:

- Trombocytopenií;
- Leukopenií;
- Anémií. (Adam et al., 2011, s. 122)

Mezi další nežádoucí účinky patří lokální změny. Ty jsou omezeny výhradně na ozařovanou oblast. Dle nástupu je dělíme na časné, pozdní a velmi pozdní. (Adam et al., 2011, s. 122)

Akutní, tedy časné změny jsou reverzibilní. Nastupují již v době léčby nebo do 3 měsíců od jejího ukončení.

Mezi nejčastější, časné změny, řadíme:

- Alopécií;
- Postradiační dermatitidu;
- Mukozitidu;
- Kolitidu;
- Cystitidu;
- Pneumonitidu. (Adam et al., 2011, s. 122)

Pozdní změny nastupují od několika měsíců až let po ukončení radioterapie. Tyto změny jsou však již ireverzibilní, nevratné.

Mezi pozdní změny řadíme:

- Vznik fibrotických změn na kůži a v podkoží, pokožka může pigmentovat a atrofovat;
- Vznik lymfedémů z důvodu možného poškození mikrovaskularity;
- Vznik katarakty, nefropatie, osteoporózy až osteoradionekrózy;
- Vznik fibrózy močového měchýře;
- Sterilitu. (Adam et al., 2011, s. 122)

Velmi pozdní změny se mohou objevit až po několika letech po ukončení radioterapie (5 – 15 let), a to v souvislosti se vznikem sekundárních malignit. (Adam et al., 2011, s. 122)

Protinádorová farmakologická léčba

Poslední léčebnou metodou po chirurgické a radioterapeutické léčbě je léčba zhoubných nádorů pomocí farmakologie. Obsahem protinádorové farmakologické léčby je chemoterapie, protinádorová hormonální léčba nebo bioterapie. (Adam et al., 2011, s. 129)

Chemoterapie

Chemoterapie je podávání léků s cytotoxickým účinkem, jedná se o produkty chemické syntézy. Cílem je poškodit genetickou informaci nádorové buňky, která je obsažena v DNA. Tyto léky mohou být buď syntetického původu, nebo se jedná o deriváty látek z plísní či rostlin. (Snopková, 2010, s. 55)

Podávání chemoterapie je možné několika způsoby a to perorálně, parenterálně (i. v., i. m., s. c., nebo přes port) a intrakavitálně do peritoneální, pleurální či perikardiální dutiny. Lze je také podávat lokálně a to intraluminálně, intratumorózně či zevně formou masti. (Snopková, 2010, s. 55)

Tak jako radioterapie i chemoterapie nese možné nežádoucí účinky, které se mohou objevit po podání kteréhokoli léčiva. Mezi nejčastější z nich patří anémie, trombocytopenie, leukopenie, nevolnost, zvracení, průjemy, mukozitida dutiny ústní, suchost v ústech, poruchy srdečního rytmu, srdeční selhávání, ischemie, změny pigmentace, alopecie, poškození nehtů, alergické reakce, neuropatie, poruchy chůze, pokles libida a menopauza. (Snopková, 2010, s. 55 - 56)

Hormonální léčba

Nádory závislé na produkci hormonů vaječníků, varlat, kůry nadledvin a hypofýzy jsou tzv. hormonálně dependentní. Po vyřazení produkce daných hormonů dochází k zástavě růstu nádoru a tím prodloužení života klienta. Mezi hormonálně aktivní léčiva užívaná v onkologii patří estrogeny, antiestrogeny, progesterony, androgeny, antiandrogeny a kortikosteroidy. (Slezáková et al., 2007, s. 115)

Bioterapie, biologická léčba

Jedná se o aplikaci chemicky shodných látek či látek podobným produkovanými buňkami lidského těla. Cílem bioterapie je stimulace krvetvorby, stimulace imunity nemocného a přímé zpomalení rychlosti růstu nádorových buněk. Léky užívané pro bioterapii dělíme do tří skupin:

1. Hematopoetické růstové faktory, tedy geneticky upravená léčiva, která v organismu regulují procesy krvetvorby.
2. Imunomodulační cytokiny, které ovlivňují imunitu organismu a zvyšují schopnost buněk imunitního systému ničit nádorové buňky a oslabit jejich růst.
3. Rekombinantní humánní protilátky, které jsou užívány v léčbě různých typů nádorových chorob. Protilátka se naváže na nějaký antigen nádorové buňky a nastartuje imunologické procesy, a tím dojde k jejímu zničení. (Vorlíček et al., 2012, s. 152 – 155)

Biologickou léčbu provází také řada nežádoucích účinků. Jejich četnost výskytu i závažnost je podstatně nižší než u chemoterapie. Nejčastěji je provázena chřipkovými příznaky jako bolestmi hlavy, svalů, horečka, třesavka, změny TK, únava, nechutenství a zvracení. Také se může objevit alergická reakce projevující se otokem, vyrážkou, zarudnutím. (Snopková, 2010, s. 56)

1.4.2 Podpůrná léčba

Cílem podpůrné terapie není smrt buněk, ale jde o zajištění co nejlepší kvality života nemocného i jeho blízkých v době nádorového onemocnění. Jedná se tedy o souhrn medicínské, ošetrovatelské, psychosociální a rehabilitační podpory a zahrnuje péči při preventivních výkonech, při symptomech, diagnostice nádoru a na zmírnění obtíží způsobených nádorem a protinádorovou léčbou. (Vorlíček et al., 2012, s. 76; Vodvářka, 2000)

1.4.3 Paliativní léčba

Paliativní léčba je aktivní léčba nežádoucích symptomů, které doprovázejí progredující chorobu. Jedná se o komplexní podpůrnou léčbu v pokročilém stádiu onkologického onemocnění v posledních fázích života. (Vorlíček et al., 2012, s. 77)

Mezi zásady paliativní léčby patří:

- Empatický přístup a komunikace s nemocným;
- Akceptace nemocného při rozhodování o dalších možnostech terapie;
- Správná analýza symptomů a využití co nejméně invazivních diagnostických postupů zatěžujících nemocného;
- Léčba symptomů by měla být zaměřena na biologické, psychosociální a spirituální potřeby pacienta;
- Podpora rodiny a umožnění nemocnému žít až do smrti co neaktivněji;
- Neprodlužovat život za každou cenu, neurychlovat ani neoddalovat smrt. (Bystrický, 2002)

1.5 Nejčastější onkologická onemocnění v České Republice a na Slovensku

1.5.1 Onkologická onemocnění v České republice

Česká republika patří z hlediska epidemiologie novotvarů mezi nejvíce zatížené státy Evropy i světa. Mezi nejčastější onkologická onemocnění patří kolorektální karcinom, zhoubné nádory plic, u žen karcinom prsu a u mužů karcinom prostaty. (Dušek, 2010)

Databáze Globacan 2008 uvádí incidenci 28 510 u mužů a 25 453 u žen, na které se nejvíce podílely u mužů karcinom prostaty, plic, kolorekta, ledvin a močového měchýře, u žen zhoubné nádory prsů, kolorekta, plic a dělohy. Za rok 2008 uvádí mortalitu 15 273 u mužů a 12 189 u žen, na které se u mužů podílely nádory plic, kolorekta, prostaty a pankreatu, u žen zhoubné nádory prsů, kolorekta, plic a pankreatu. (Geryk et al., 2013, s. 42)

Dle NOR ČR bylo v roce 2010 do databáze nahlášeno celkem 84 608 nově diagnostikovaných novotvarů (C00 – C97, D00 – D09, D37 – D48), z nich celkem 77 035 představují zhoubné novotvary (C00 – C97) a 56 451 zhoubné novotvary kromě jiných kožních (C00 – C97 bez C44). (Abrahámová et al., 2013, s. 41)

Za období 1977 – 2010 je v databázi NOR ČR celkem 1 866 936 záznamů novotvarů (C00 – C97, D00 – D09, D37 – D48), 1 777 775 záznamů zhoubných novotvarů (C00 – C97)

a 1 423 052 záznamů zhoubných novotvarů kromě jiných kožních (C00 – C97 bez C44). Mezi roky 2009 – 2010 celková incidence novotvarů vzrostla o 3 327 záznamů, incidence zhoubných novotvarů o 2 411 záznamů a incidence novotvarů kromě jiných kožních o 1 009 záznamů. (Abrahámová et al., 2013, s. 41)

Dle databáze Globacan se v roce 2030 předpokládá u mužů asi 39,4 tisíc a u žen 31,7 tisíc nových případů, z toho do věku 65 let 34 % mužů a 37 % žen. Po korekci daných počtů z NOR a doplnění zhoubných novotvarů kůže a onemocnění hodnocená jako novotvary in situ (D00 – D09) lze očekávat více než 49 000 všech novotvarů u mužů a 43 000 u žen. U mužů asi 22 000 zemřelých, u žen 16,5 tisíc, z toho do 65 let věku 27 % zhoubných nádorů u mužů a 23 % u žen. (Geryk et al., 2013, s. 43)

1.5.2 Onkologická onemocnění na Slovensku

Vývoj incidence nádorových onemocnění na Slovensku také stoupá. V roce 2006 bylo 25 894 nově zjištěných onemocnění, z toho 13 241 mužů a 12 653 žen. Ročně je diagnostikováno více jak 25 000 nových případů a z toho 70 % tvoří muži a ženy ve věku nad 60 let. U většiny pacientů není diagnóza již léčitelná, a proto je u nich indikována spíše paliativní péče. (Hanobik et al., 2012)

Dle grafu uvedeného na webových stránkách Národního centra zdravotnických informací je během roku 2000 – 2005 nejčastějším onkologickým onemocněním u žen karcinom prsu. U mužů se jedná o karcinom plic a průdušnice. (Národní register nádorových ochorení v SR)

1.5.3 Screening jako prevence nádorových chorob

Je obecně známo, že nejvýznamnějším a nejúčinnějším opatřením proti nádorovým chorobám je prevence, kterou dělíme na primární, sekundární, terciální a kvartérní prevenci.

Primární prevence je zaměřena na zdravou populaci a jejím cílem je eliminace zevních rizikových faktorů, které ovlivňují vznik nádorové choroby. Nezabývá se pouze prevencí vzniku nádorového onemocnění, ale snaží se i o pozitivní zlepšení zdravotního stavu populace, které vede ke zvýšené kvalitě života. Příkladem primární prevence je zlepšování životního prostředí, boj proti kouření, vakcinace, zdravotnická výchova a osvěta, sexuální výchova. (Vorlíček et al., 2012, s. 48 - 49)

Sekundární prevence se zaměřuje na snížení počtu mortality. Nástrojem sekundární prevence je plošná organizace cílených vyšetření zdravé populace, tedy tzv. onkologický screening a individuální preventivní kontrola. (Adam et al., 2011, s. 71)

Ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami Ministerstvo zdravotnictví připravilo projekt „Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy“. Projekt je složen ze dvou částí. V polovině ledna 2014 pojišťovny začaly rozesílat a zvat pojištěnce, kterých se to týká, na preventivní screeningová vyšetření, která jsou bezplatná. Na daném projektu participují všechny zdravotní pojišťovny. Díky adresnému zvaní obdrží dopis s výzvou přibližně 1 850 000 pojištěnců. Druhá část je zaměřena na celorepublikovou informační kampaň, která je realizována prostřednictvím televizních a rozhlasových spotů. Součástí je i školící film, který je promítán v čekárnách zdravotnických zařízení.

V ČR a na Slovensku existují v současné době 3 screeningové programy, a to:

- Screening kolorektálního karcinomu, který je prováděn jednou ročně u osob od 50 – 54 let vyšetřením stolice na okultní krvácení, u osob od 55 let je jednou za 2 roky prováděno vyšetření Haemocultem nebo kolonoskopie jednou za 10 let;
- Screening nádoru prsu je prováděn u žen od 45 let – 70 let jednou za 2 roky formou mamografického vyšetření;
- Screening karcinomu děložního čípku prováděný u všech žen od 25 let – 70 let, a to odběrem materiálu z hrdla dělohy na cytologické vyšetření.

Cílem projektu je snaha o zvýšení návštěvnosti screeningových programů, která by měla vést ke snížení výskytu karcinomu prsu, děložního hrdla a kolorekta v pozdních stádiích, snížení úmrtnosti, zvýšení průměrného přežití a aktivní přístup a zájem občanů k péči o vlastní zdraví. (MZČR, 2014)

Terciální prevence je soubor opatření, která mají zabránit progresi onemocnění u pacientů, kteří již podstoupili onkologickou léčbu. Terciální prevenci obvykle zajišťuje onkolog v rámci dispenzarizační péče. (Adam et al., 2011, s. 72)

Kvartérní prevence je soubor opatření, jejímž cílem je zabránit projevy choroby, které výrazně zhoršují kvalitu života nemocného.

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

2.1 Vymezení pojmů umírání a smrt

Umírání se z klinického hlediska označuje jako terminální stav a vyznačuje se postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí. Je to nepřesně ohraničený proces, který vede ke smrti jedince, může trvat různě dlouhou dobu, má různou podobu a je zcela individuální. Jinými slovy, jedná se o „vlastní umírání“, tedy o stav, který je označován pojmem *in finem*. (Kelnarová, 2007, s. 10)

Smrt je zánik organismu jednotlivce. Je to tedy konečné stádium určitého patologického procesu neboli nemoci. Lze obecně říci, že smrt je součástí lidského života a také jediná jistota, která nás nemine.

Smrt, při níž se zastaví činnost srdce a dech, je označována jako klinická smrt. Okamžitou resuscitací je možné dané funkce obnovit. Následné oživení si s sebou nese možné následky, které jsou závislé na stupni poškození CNS. (Kelnarová, 2007, s. 12)

Za konečnou neboli biologickou smrt je považována smrt mozku. Příčinou je zástava řídicí činnosti mozku s vymizením elektrické aktivity na EEG. Vzhledem k tomu, že není vždy po ruce přístroj, který zjišťuje elektrickou aktivitu mozku, rozdělujeme známky smrti na jisté a nejisté. Nejisté známky zahrnují zástavu dýchání a činnosti srdce, také nevýbavnost zornicových a rohovkových reflexů. Jisté známky jsou tvořeny fyzikálními a chemickými změnami, které jsou nazývány jako posmrtné změny. Ty se však po smrti objevují až za určitou dobu. Mezi fyzikální posmrtné změny řadíme posmrtnou bledost (*pallor mortis*), posmrtné chladnutí (*algor mortis*) a posmrtné skvrny (*liveros mortis*), které vznikají v důsledku klesáním krve vlastní váhou na nejnižší položené části těla venózním systémem. Do změn chemické povahy řadíme posmrtnou ztuhlost (*rigor mortis*) danou vznikem anaerobního rozkladu energetických látek jako je glykogen a glukosa, dále posmrtný rozklad a postupné srážení krve (*cruor*). (Kelnarová, 2007, s. 12 – 13)

2.2 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler – Rossové

Každý člověk je výjimečný svojí jedinečností, která se projevuje i v citlivosti vnímat změnu a v otevřenosti přijímat podněty. Na sdělení diagnózy „zhoubný nádor“ reaguje každý jedinec jinak a většinou není schopen tato slova pochopit, natož přijmout a uvěřit jim. (Sochorová a Krejčířová, 2009, s. 41)

V roce 1969 bylo americkou psycholožkou Elisabeth Kübler - Rossovou poprvé definováno pět fází umírání, neboli pět fází smutku.

První stádium – popírání a izolace

Slova jako „Ne to se mě určitě netýká.“ „To je omyl.“ „Někde se stala chyba.“ „Cítím se dobře.“ jsou první odpovědi na nežádoucí diagnózu, kterou lékař nemocnému sděluje. V tomto období přijímá pacient jen určité informace. To, co nezapadá do jeho představ, to jakoby neslyší, nepřijímá. V této fázi je nezbytné nemocného vyslechnout, vše mu opakovaně vysvětlovat, dát mu dostatek prostoru na jeho dotazy a s trpělivostí na ně i odpovídat. Člověk se uzavírá do sebe a přeje si být sám, proto je velmi důležité navázání kontaktu a získání důvěry pacienta. (Sochorová a Krejčířová, 2009, s. 41)

Druhé stádium – zlost

„Ano, jsem to já, nebyl to žádný omyl.“ „Ale proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Nastupuje reakce, která je doprovázena pocitem hněvu, zlosti a agrese. Pacient se zlobí na celý svět a svůj hněv si vybíjí takřka na komkoliv, kdo je poblíž. Také si uvědomuje, že lidé, na které se zlobí, za jeho nemoc nemohou a cítí pocit viny. Pro tento stav je velmi obtížné najít pochopení. (Sochorová a Krejčířová, 2009, s. 41)

Třetí stádium – smlouvání

Pro tuto fázi je typické smlouvání s Bohem, slibování, hledání zázračných léků a léčitelů. Nemocný smlouvá o čas, přemýšlí o smyslu života, o tom jak využije čas, který mu ještě zbývá a co by chtěl ještě prožít. Jeho velká přání se nejčastěji týkají rodiny, např. dožít se promoce a svatby vnoučete. Důležitou roli v této fázi hraje především psycholog a duchovní. (Sochorová a Krejčířová, 2009, s. 42)

Čtvrté stádium – deprese

Fáze je doprovázena zhoršením stavu pacienta, únavou, vyčerpáním a především strachem z utrpené ztráty a strachem o zajištění rodiny. Nemocný si klade otázky typu „Jak to tady zvládnou?“ „Kdo jim finančně pomůže, až tady nebudu?“ „Kdo bude hlídat vnoučata?“ (Kübler-Rossová, 1993, s. 79)

Pacient je ve stavu, kdy ztrácí vše, na čem mu záleží, vše co má rád a naší úlohou je dovolit mu, aby vyjádřil svůj žal a své pocity. Tím dosáhne určitého smíření a vděku těm, kteří mu neříkají, ať není smutný, kteří ho vezmou za ruku nebo se k němu beze slov posadí a pohladí ho. Tohle je ta doba, kdy pacient může požádat o modlitbu a kdy se zaobírá tím, co bude, než tím, co bylo. (Kübler-Rossová, 1993, s. 79)

Ve fázi deprese je nejlepší pomocí přítomnost člověka, který je umírajícímu na blízku, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci jeho života. (Kübler-Rossová, 1993, s. 79)

Páté stádium – akceptace

Nastává poslední odpočinek před dlouhou cestou, čas loučení. Pokud nemocný prožil a zvládnul výše popsaná stádia, dosáhl stavu, kdy neprožívá depresi, nemá zlost na vlastní osud a je vyrovnaný. Je unaven, zesláblý a často upadá do krátkého spánku, který mu poskytuje úlevu od bolesti. (Kübler-Rossová, 1993, s. 99 – 100)

Je to období, kdy umírající není ničím rušen, televize na pokoji je vypnuta, návštěvy jsou krátké, ubývá slov a komunikace se stává spíše neverbální. Přisednutím k lůžku a stiskem ruky můžeme umírajícího ujistit, že je vše v pořádku, že o všechny důležité věci je už postaráno a že v této chvíli nezůstane sám. Tato chvíle ticha může být tím nejsmysluplnějším gestem pro ty, kdo se vedle umírajícího pacienta cítí nesví. (Kübler-Rossová, 1993, s. 99 – 100)

Čas umírání je těžkým obdobím především pro samotnou rodinu klienta. Nastává změna jejich rolí a mění se žebříček hodnot. Proto i oni potřebují pomocnou ruku, podporu a pochopení a to nejen v době odchodu milovaného člověka, ale i v daleké době po smrti nevyléčitelně nemocného pacienta. (Kübler-Rossová, 1993, s. 99 – 100)

V závislosti na osobnosti a fyzickém stavu v době léčby si klienti procházejí jednotlivými fázemi různě dlouho. Pokud je nemocnému po fyzické stránce lépe, dochází i ke zlepšení jeho nálady. Pokud se léčba nedaří, klient snadněji upadá do deprese. Výše popsané fáze se mohou opakovat, ale naopak některé mohou i chybět. Jednotlivými fázemi neprochází pouze sám pacient, ale i jeho rodina a blízcí, kteří nemusí danou fázi procházet současně, což může pro něj v dané situaci představovat problém. (Slezáková, et al., 2007, s. 129)

2.3 Umírání a smrt v minulosti a současnosti

První projevy duchovního života a úcty k mrtvým byly známy již v nejstarším úseku lidských dějin, tedy v době kamenné, paleolitu. Uložení těla zemřelého je původní a nejstarší formou pohřbu, který je výrazem úcty k mrtvému a projevením lidskosti. Z pozdního severoevropského mezolitu se dochovala samostatná kostrová pohřebiště, která jsou důkazem vypovídajícího vztahu lidí k mrtvým. (Kelnarová, 2007, s. 15)

Přibývalo pohřebišť a těla zemřelých s předměty, které užívaly zaživa, byly ukládány do jam v poloze skrčené. Lze tedy říci, že i po smrti se věřilo v pokračování materiálního života. Ve středním neolitu se ujímá i kremace mrtvých s ukládáním spálených ostatků v nádobách do země. Pro pozdní dobu kamennou jsou typické obličejové urny. Doposud zůstává otázkou, zda šlo o zobrazení konkrétní osoby či symbolizaci záhrobního božstva. V pozdní době kamenné (eneolitu) byly lidské skelety objeveny na sídlištích, v peci, v chatě, se zvířaty, ale byly nalezeny i ostatky lidí pohřbených ve studnovité, až 6 metrů hluboké jámě. (Kelnarová, 2007, s. 16)

Na prahu 2. tisíciletí př. n. l., tedy v době bronzové, se začalo pohřbívat v rakvích vyrobených z dubového dřeva, které bylo u Indoevropanů považováno za posvátné. V této době se více rozvinula i víra v posmrtný život. Výbava zemřelého měla zajistit, aby neměl zemřelý důvod vracet se zpět na zemi. (Kelnarová, 2007, s. 16)

Od 19. století došlo k relativnímu poklesu mortality, a to nejen pokrokem medicíny, ale i změnou způsobu života. Na prodloužení života člověka se podílelo objevení očkovací látky proti neštovicím, bohatší a kvalitnější složení stravy a především zlepšení hygienických návyků obyvatelstva. I přes všechna tato zlepšení se vyskytla v první polovině 20. století tuberkulóza, která postihla všechny vrstvy obyvatelstva. (Kelnarová, 2007, s. 24)

Umírání a smrt bylo v 19. stol. ritualizováno a péče o umírajícího člena rodiny se stala samozřejmostí. Zkušenost a domácí model umírání byl předáván z generace na generaci, děti se učily smrt akceptovat a byly vedeny k roli doprovázejících i umírajících. Po staletí měl pohřeb stále svůj význam, bylo dovoleno plakat, zoufat, naříkat, ale postupně se i smířit se ztrátou blízkého člověka. (Kelnarová, 2007, s. 24)

Na počátku 20. stol. byla úmrtnost, především kojenecká, ještě značně vysoká. Lékařská péče i podstatně lepší životní styl populace nebyl ještě na vyhovující úrovni. V druhé polovině 20. stol. mají na úmrtnost vliv především novotvary, kardiovaskulární onemocnění, úrazy, otravy a sebevraždy. (Kelnarová, 2007, s. 25)

V současné době jsou mezi život ohrožující choroby řazena infekční onemocnění, především AIDS. V této době dochází také k institucionalizaci umírání. Lidé umírají v nemocnicích a domovech pro seniory, kde je přítomen pouze personál, který zajistí čistotu, stravu, léky, ale „nepohladí.“ V moderním modelu umírání chybí náklonost, porozumění, empatie a pohazení, které je pro umírajícího jedince velmi důležité. (Kelnarová, 2007, s. 25)

3 HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE A NA SLOVENSKU

3.1 Historie a současnost hospicové péče

Slovo hospic pochází z angličtiny a znamená útulek nebo útočiště. Historie hospicové péče je velmi dlouhá. Hospicová zařízení vznikali již ve středověku jako útulky pro těžce nemocné a měly velký význam také pro poutníky. Hospic plnil funkci jakéhosi domu odpočinku, kde poutníci strávili několik dní, aby nabrali dostatek síly na další dalekou cestu. Dosud nejznámější hospic založil v roce 1049 v Alpách svatý Bernard z Menthonu. Mezi jiné významné hospicové zařízení patří hospic u Dubaje pod Pasovem, francouzský Aubrac a hospic v Engelhardzell. V pozdější době došlo k jejich zániku. (Ulrichová, 2009, s. 98)

Později, v polovině 18. stol., vznikla v Dublinu nemocnice pro umírající s názvem Hospic, kterou založila Mary Aikdenheadová. Teprve na začátku 20. stol. došlo k výraznému rozvoji zařízení pro umírající. V Londýně byl irskými sestrami založen hospic sv. Josefa. Za zakladatelku prvního moderního hospice St. Christopher's je považována Cecilia Saundersová, která je doposud celosvětově uznávanou osobou v oblasti paliativní medicíny. (Ulrichová, 2009, s. 98)

Před rokem 1989 bylo v České republice slovo „hospic“ poněkud neznámé. Na základě sester, které začaly pracovat v domácí péči, vznikla roku 1990 myšlenka hospicového hnutí. Aktivitu těchto sester se podařilo legalizovat formou pokusu, které bylo povoleno Ministerstvem zdravotnictví. Po celé České republice se rozšířily Střediska charitní ošetrovatelské služby s cílem pomáhat pacientům s nepříznivou prognózou a jejich rodinám. S představou prvního lůžkového hospice přišla až 8. prosince 1995 Marie Svatošová, která svůj plán během třinácti měsíců zrealizovala, a tak byl v České republice otevřen první Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. V současné době existuje u nás řada nejen lůžkových, ale i domácích hospiců, které poskytují své služby nevyлéčitelně nemocným klientům a jejich blízkým. (Ulrichová, 2009, s. 98)

Začátky paliativní péče na Slovensku sahají až do roku 1989, kdy začínají vznikat zařízení zaměřená na péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající. Jeden z prvních hospiců na Slovensku byl Hospic v Martine, který vznikl jako občanské sdružení. V současné době existuje na Slovensku přibližně 40 zařízení zaměřených na paliativní péči a některá z nich jsou součástí

Asociace hospicové a paliativní péče, která vznikla v roce 2000. V roce 2006 vzniklo dobrovolnické sdružení pro paliativní péči. (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 21)

Za nejstarší lůžkový hospic je na Slovensku považován Hospic Matky Terezy v Bardejovské Nové Vsi, který dne 1. 7. 2003 otevřela a uvedla do provozu Arcidiecézní charita v Košicích. (Hospic Matky Terezy Bardejov, 2010)

3.2 Poslání a cíle hospice

Hlavním posláním hospice je péče o terminálně nemocného klienta. Prioritou je také podpora blízkých osob nemocného nejen v jeho posledních chvílích, ale také po jeho smrti. Hospicová zařízení pořádají pravidelná setkání pro pozůstalé, a tím s nimi zůstávají v kontaktu a jsou jim oporou.

Primárním cílem je také zajištění důstojného umírání nemocného a zároveň zbavení jeho strachu ze smrti a především i bolesti. (Svatošová, 2003, s. 123)

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že:

- *Nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- *V každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost;*
- *V posledních chvílích života nezůstane osamocen.“* (Svatošová, 2003, s. 123)

3.3 Formy hospicové péče

Formy hospicové péče jsou v České republice a na Slovensku stejné. Paliativní péče může být poskytována formou ústavní, či ambulantní.

3.3.1 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče bývá často dělena na péči laickou a péči odbornou.

- Domácí hospicová péče laická

Domácí laická péče je poskytována umírajícím, jejichž psychosomatický a sociální stav nevyžaduje odbornou péči. Je určena těm, kterým jejich sociální podmínky dovolují poskytovat domácí péči laickou bez snížení kvality života jak umírajícího, tak i jeho rodiny. Na péči

o umírajícího se podílí především jeho rodina nebo jiná blízká osoba a také dobrovolník. (Ulrichová, 2009, s. 99)

- Domácí hospicová péče odborná

Domácí hospicová péče odborná je založena na vzájemném sjednocení zdravotní, sociální a laické péče. Péče je určena umírajícím, kteří vyžadují pomoc druhé osoby. O umírajícího pečují nejen jeho rodina a blízcí, ale především také personál složený z lékařů, sester, rehabilitačních a sociálních pracovníků, psychologů, duchovního, dobrovolníků a jiných odborníků, kteří tvoří nedílnou součást multidisciplinárního týmu. (Ulrichová, 2009, s. 99)

Pacienti, kteří mohou být indikováni k domácí paliativní péči:

- Pokročilá stádia nádorových onemocnění;
- Konečná stádia chronického srdečního selhávání, CHOPN, jaterní cirhózy a nemoci ledvin;
- Neurologická onemocnění různých typů (např. demence, roztroušená skleróza, imobilizační syndromy po CMP, amyotrofické laterální sklerózy);
- Geriatrickí pacienti se syndromem terminální geriatrické deteriorace;
- Pacienti ve vegetativním stavu. (Skála, et al., 2011, s. 6)

3.3.2 Denní stacionář

Forma stacionární hospicové péče je určena klientům, kteří jsou do hospice přijati ráno a odpoledne se vrací domů. Dopravu zajišťuje rodina nebo hospic. Důvodem stacionární formy péče jsou léčebné postupy, například aplikace infuzí, ergoterapie, psychoterapie nebo také jen odpočinek „přetížené rodiny“. Z důvodu náročnosti transportu nemocného není v současné době v České republice tato forma hospice nikterak využívána. (Ulrichová, 2009, s. 99 - 100)

Slovenská republika umožňuje klientům využití denního stacionáře. V Hospici Sv. Alžběty v Ľubici je paliativní péče poskytována od 08:00 hodin maximálně do 16:00 hodin, a to každý všední den. K dispozici je prostor stacionáře, který je zároveň interaktivním prostorem pro rezidenční pobyt. K dispozici stacionáře je oddychová místnost se dvěma lůžky a toaleta. Rezidenční pobyt poskytuje nemocným klientům paliativní péči, jejíž součástí je

i ústavní zdravotnická péče v 24 jednopostelových pokojích s balkónem a toaletou. Každý pokoj má k dispozici prostor pro vaření jídla a lednici. Po dohodě je možno na pokojích využívat telefon a TV.

3.3.3 Lůžková hospicová péče

Péče a ošetřování vážně nemocného pacienta je velkou zátěží pro celou rodinu. Forma lůžkové hospicové péče je určena nevléčitelně nemocným pacientům, u nichž je smrt očekávána v časovém horizontu maximálně 6 měsíců. Neznamena to ale, že pacient, který je přijat do hospice, v hospici také zemře. Dle statistik je uváděno, že v hospici zemře 60 % nemocných. (Ulrichová, 2009, s. 100)

Návštěvy jsou povolené 24 hodin, kterýkoliv den a sám pacient se může rozhodnout, zda bude v hospici pobývat sám nebo s rodinným příslušníkem. Hospice nabízejí i možnost zapojení rodiny do péče o pacienta, je tedy pouze rozhodnutí rodiny, zda a do jaké míry tuto možnost využijí. Hospicová zařízení se od jiných nemocni liší v mnoha věcech. Pacienti nejsou ráno buzeni, hygienická péče se často provádí v dobu, na kterou je nemocný zvyklý, a také může být oblečen do vlastního oblečení. Tak jako v jiných nemocničních zařízeních, i zde probíhají lékařské vizity. (Ulrichová, 2009, s. 100)

3.4 Multidisciplinární tým

3.4.1 Složení týmu

„Kvalitní, respektive opravdová paliativní péče je vždy týmová, multioborová“ (Kalvach et al., 2010, s. 32).

Členové multidisciplinárního týmu by měli být vysoce kvalifikovaní a problematika paliativní péče by měla být hlavním zaměřením jejich vykonávané profese. Sestra v paliativní péči zaujímá velmi důležité postavení a potřebuje pracovat v takovém kolektivu, který společně soustředí své síly ke stejnému cíli. Tím nejdůležitějším cílem je zajistit co nejvyšší kvalitu života nemocného i jeho rodiny a zmírnit utrpení, které pacient prožívá. Sestra je také pacientovi nejbližším profesionálem a monitoruje všechny jeho potřeby a společně s ostatními členy týmu hledá možnosti, jak je naplnit. (Kalvach et al., 2010, s. 32; Marková, 2010, s. 35)

Multidisciplinární tým v hospicích v České republice je tvořen:

- Lékaři se specializací v paliativní medicíně, ale i lékaři jiných odborností;
- Zdravotními sestry, zdravotnickými asistenty;
- Sociálním pracovníkem;
- Psychologem;
- Fyzioterapeutem;
- Nutričním specialistou;
- Pastoračním pracovníkem, duchovním. (Marková, 2010, s. 35)

V hospicích na Slovensku je multidisciplinární tým tvořen:

- Lékaři;
- Zdravotními sestry a zdravotnickými asistenty;
- Sociálním pracovníkem;
- Psychologem;
- Fyzioterapeutem;
- Nutričním specialistou;
- Pastoračním pracovníkem, duchovním;
- Vzdělanými dobrovolníky. (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 114)

Koncepce zdravotnické péče v odborné paliativní medicíně, včetně hospicové péče, na Slovensku je personálně zabezpečena:

1. Ambulance paliativní medicíny – 1 lékař, 1 sestra;
2. Mobilní hospic – 1 lékař na 25 dospělých pacientů a 1 lékař na 10 dětských pacientů, 3 sestry, 1 psycholog, 1 speciální pedagog;
3. Hospic a oddělení paliativní péče (na 20 postelí) – 3 lékaři, 15 sester, 5 zdravotnických asistentů, 1 psycholog, 1 speciální pedagog, 1 sociální pracovník, 1 duchovní, dobrovolníci dle potřeby. (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 45 - 46)

3.4.2 Komunikace v týmu

Komunikace mezi jednotlivými odborníky multidisciplinárního týmu by měla být vždy partnerská. Každý člen by měl vědět, že jakoukoliv informaci o pacientovi může přinést kdokoli. Proto každý jedinec, který je součástí týmu, je nezbytný pro komunikaci s klientem. (Marková, 2010, s. 36)

Dle formy můžeme komunikaci rozdělit na formální a neformální a dle obsahu také na komunikaci případovou (týkající se jednotlivých pacientů) a podpůrnou (týkající se potřeb jednotlivých členů týmu). (Marková, 2010, s. 36)

Formální komunikace

Formální komunikace probíhá písemnou formou, a to záznamem všech údajů do dokumentace nemocného. Na základě svolení klienta mohou do této jednotné dokumentace zaznamenávat členové rodiny, dobrovolníci, personál i sám pacient. Toto písemné svolení je součástí dokumentace. Mezi formální komunikaci patří i pravidelné schůzky týmu, které probíhají dle zvyklosti zařízení. Tato setkání probíhají za spoluúčasti veškerého personálu, kdy primární sestra shrne potřeby a problémy nemocného a vývoj jeho zdravotního stavu od jejich poslední schůzky. Poté každý člen týmu dostane prostor vyjádřit se a možnost sdělit své vlastní poznatky. Na setkáních se mnohdy řeší i otázky etické, a to nejčastěji v situacích, kdy jsou potřeby nemocného v rozporu s potřebami jeho rodiny, nebo potřeby pacienta a rodiny s potřebami týmu. (Marková, 2010, s. 36 - 37)

Podpůrná komunikace

Podpůrná komunikace musí opět probíhat formálně a neformálně. Na formální úrovni je nezbytná motivace a ohodnocení jednotlivých členů týmu. Neformální rovina představuje vnímání jeden druhého a zájem o kolegy. (Marková, 2010, s. 37)

3.5 Financování hospiců

Stejně jako celé zdravotnictví v ČR se i hospicová zařízení potýkají s nedostatkem financí. V roce 2007 došlo ve financování hospiců k výraznému pokroku, a to tím, že na úhradu péče o nevléčitelně nemocné klienty začaly přispívat i zdravotní pojišťovny. Hospicová péče je hrazena z více zdrojů a to, jak již bylo řečeno, ze zdravotních pojišťoven, z příspěvků klienta, dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, v některých případech při-

spívají i kraje či obce. Dalšími neopomenutelnými zdroji jsou i sponzorské dary, sbírky a nadace, bez kterých by v současné době hospic poskytovat služby všem bez rozdílu nemohl. (Právní a finanční rámec pro hospice, 2010)

Lékařské či ošetrovatelské služby stojí každý hospic 2 000 Kč denně, pojišťovna hradí pouze 50 % - 60 %. Na financování péče se musí podílet i sám pacient či jeho rodina, ti hradí částku úměrnou jejich příjmu tak, aby hospicová péče byla dostupná všem klientům. (Právní a finanční rámec pro hospice, 2010)

Paliativní a hospicová péče na Slovensku se neustále potýká s problémy týkající se nedostatku finančních prostředků a z toho důvodu je existence některých hospiců ohrožena.

Mezi zdroje finančního zabezpečení hospiců na Slovensku patří:

- Veřejné pojištění;
- Přímé platby od klientů a rodinných příslušníků;
- Stát;
- Obce;
- Charita;
- Dobrovolné příspěvky od fyzických a právnických osob.

Model založený pouze na charitativních aktivitách bez účasti státu je nemožný, proto je nutné vícezdrojové financování hospiců. Hospicová zařízení jsou nejvíce financována zdravotními pojišťovnami, ale bohužel ne všechny zdravotní pojišťovny jsou ochotny uzavírat smlouvy na jejich financování. Vyjma zdravotních pojišťoven se na financování hospiců podílí i Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny SR, granty, podnikatelské aktivity, sponzorské dary, 2 % z daní aj. Současný model financování je pro potřeby hospicových zařízení nedostatečný. (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 44 – 45)

4 PALIATIVNÍ PÉČE

4.1 Vymezení pojmu paliativní péče

Hlavní prioritou paliativní péče je zajištění co nejvyšší kvality života nevléčitelně nemocným pacientů v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem není vyléčení nebo prodloužení života nemocného, ale jde spíše o zmírnění obtíží, a aby mohl vnímat svůj život až do konce, jako smysluplný. Jde také o zachování důstojnosti pacienta a podporu jeho blízkých v těžkých chvílích. (Šamánková et al., 2006, s. 91)

Definice paliativní péče dle WHO z roku 2002 zní:

„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“ (Munzarová, 2005, s. 62)

4.2 Rozdělení paliativní péče

Potřeba paliativní péče u nevléčitelně nemocných pacientů je závislá na primárním onemocnění, stupni jeho pokročilosti, přítomnosti mnoha jiných závažných onemocnění, stáří pacienta, sociálních poměrech a psychickém stavu nemocného. (Šamánková et al., 2006, s. 97)

Rozeznáváme 3 roviny paliativní péče:

Paliativní přístup představuje znalosti a dovednosti, které může využít každý zdravotnický personál, jež pečuje o nevléčitelně nemocné. Sestra by měla být schopna rozpoznat jak fyzické, tak i psychické příznaky a zajistit jejich řešení. Dále by měla být schopna porozumět tomu, co prožívá samotný pacient i jeho rodina, zapojit se do komunikace s nimi a zároveň jejich potřeby konzultovat s dalšími odborníky. (O'Connor et al., 2005, s. 15)

Specializované intervence je nutno zajistit specialisty v případě komplikované ošetrovatelské péče. O pomoc je možno požádat např. sestru se specializací na hojení ran, či sestru v radioterapii. (O'Connor et al., 2005, s. 15)

Specializovaná paliativní péče je poskytována výhradně zdravotníky, kteří jsou vzděláni v oblasti péče o umírajícího klienta a jeho rodinu. Tito odborníci mohou pracovat i jako

konzultanti v nemocnicích nebo v hospicích. Mohou působit nejen jako poradci, ale mohou být primárními poskytovateli péče. (O'Connor et al., 2005, s. 15)

K uchování dobré kvality života je nutná komplexnost péče, podle níž je paliativní péče dělena na obecnou a specializovanou (Šamánková et al., 2006, s. 96).

Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je poskytována týmem zdravotníků různých odborností a měla by být poskytnuta v každém zdravotnickém zařízení. Jejím základem je zhodnocení celkového stavu pacienta, smysluplnosti další terapie, která zajistí takovou péči, aby bylo dosaženo co nejvyšší kvality života nemocného. Součástí je i dobrá komunikace s pacientem a jeho blízkými, podpora rodiny a léčba bolesti a jiných symptomů. (Šamánková et al., 2006, s. 96)

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná péče je odborná interdisciplinární péče poskytovaná týmem specialistů, který je tvořen z lékařů, sester, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků, psychologů, pastoračního pracovníka a dalších odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče patřičně vzděláni. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. (Šamánková et al., 2006, s. 96)

Mezi formy specializované paliativní péče patří nejen hospic, ale i:

Zařízení domácí paliativní péče

Tzv. „mobilní hospic“ neboli „domácí hospic“ spočívá v poskytování specializované paliativní péče v domácím prostředí formou návštěv multidisciplinárního týmu, která je pro umírajícího pacienta dostupná 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Nedílnou součástí je také podpora rodiny pacienta, která se na péči aktivně podílí a je nemocnému oporou. (Šamánková et al., 2006, s. 97)

Oddělení paliativní péče (OPP)

V rámci zdravotnického zařízení je OPP určena nemocným, kteří současně s paliativní péčí vyžadují i ostatní služby nemocnice. OPP mají ve fakultních nemocnicích určitý význam. Tvoří edukační a výzkumnou funkci. (Šamánková et al., 2006, s. 97)

Konziliární tým paliativní péče

V rámci zdravotnického zařízení je poskytována externím týmem odborníků. Klient zůstává na oddělení, které je pro něho známé a kde byl léčen. Zde je ovlivňována kvalita péče, která také přispívá k edukaci personálu na jiných odděleních. (Šamánková et al., 2006, s. 97)

Pacienti, kteří mohou mít prospěch ze specializované paliativní péče:

- U nemocného není možná nebo již byla vyčerpána kauzální léčba (např. chemoterapie, transplantace orgánu), následná léčba a péče je zaměřena na zmírnění obtíží;
- Pacient i jeho rodina jsou s touto skutečností srozuměni;
- Onemocnění způsobuje pacientovi vážně tělesné i psychické potíže;
- Při obvyklém průběhu nemoci lze očekávat, že má pacient před sebou týdny až měsíce života. (Skála et al., 2011, s. 6)

Dále z hlediska prognózy rozlišujeme následující tři fáze přežití:

Fáze kompenzovaného onemocnění

Řada „paliativních“ pacientů v pokročilém stádiu nemoci je v relativně stabilizovaném stavu a cílem léčby je udržení stavu kompenzace, udržení funkční zdatnosti a určité délky života. V případě akutního zhoršení stavu je indikována plná intenzivní většinou i resuscitační péče. Prognóza přežití pro tuto fázi je v řádu měsíců, někdy i let. (Skála et al., 2011, s. 4)

Fáze nevratně progredujícího onemocnění

V případě progresu onemocnění je cílem léčby dosáhnout kvality života nemocného na co nejvyšší úrovni. Maximální prodloužení života přestává být v této chvíli primárním cílem a resuscitační léčba nebývá většinou indikována. Prognóza přežití se udává v řádu týdnů a měsíců. (Skála et al., 2011, s. 4)

Terminální fáze

U umírajících pacientů je v posledních dnech a hodinách života cílem důstojné umírání, snížení dyskomfortu a neprodlovování procesu umírání. Důležitý je i maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života. Tomu by měly být přizpůsobeny všechny léčebné a ošetrovatelské postupy. (Skála et al., 2011, s. 4)

4.3 Principy paliativní péče

Na péči o pacienta a tvorbě plánu péče se nepodílí pouze lékaři a další odborníci, ale součástí týmu je i pacientova rodina a jeho blízcí přátelé. Paliativní péče o umírajícího člověka je zaměřená na jeho tělesný, psychický, sociální a spirituální stav. (Skála et al., 2011, s. 9)

Paliativní péče se řídí určitými principy, které jako dodatek v roce 2002 stanovila WHO:

- Poskytuje úlevu od bolesti a dalších projevů nemoci;
- Přitakává životu a umírání pokládá za normální proces;
- Cílem není smrt urychlit, ani oddálit;
- Do péče o nemocného integruje psychologické i duchovní aspekty;
- Nabízí podpůrný systém umožňující pacientům žít do konce života tak aktivně, jak je to jen možné;
- Nabízí podpůrný systém určený rodinám nemocného, jako pomoc vyrovnat se s jeho nemocí a ztrátou;
- Poskytuje pomoc odpovídající potřebám nemocného i jeho rodiny, včetně poradenství při zármutku;
- Usiluje o zvyšování kvality života, může mít také pozitivní vliv na průběh nemoci;
- Ve spojení s jinými terapeutickými postupy k prodloužení života (např. chemoterapie, radioterapie) je indikována od začátku nemoci, zahrnuje také i zkoumání nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí léčebných komplikací. (Payneová et al., 2007, s. 8)

4.4 Paliativní péče a eutanazie

4.4.1 Definice pojmů

Eutanazie pochází z řeckých slov *eu* – dobrý a *thanatos* – smrt a znamená tedy „dobrou, bezbolestnou smrt“, kterou by někdo zkrátil utrpení, či by to bylo přání trpícího. Jedná se tedy o úmyslné usmrcení jedince na jeho výslovnou a opakovanou žádost někým jiným než samotným pacientem, v tomto případě vždy lékařem. (Munzarová et al., 2008, s. 19)

Dle Světové lékařské asociace (WHA) je eutanazie definována jako:

„Vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“ (Munzarová et al., 2008, s. 19)

Ideálem člověka je umřít v klidu a bez bolesti. Ve skutečnosti je v naší společnosti nespočetně mnoho lidí, kteří umírají osamoceni, někdy i v bolestech a proto je eutanazie v mnoha společnostech velmi diskutovaným tématem a je vtažena i do diskuzí o její legalizaci. (Ulrichová, 2009, s. 86)

Eutanazie se stala předmětem zkoumání zvláště z pohledu lékařské etiky. Lékař Oldřich Karfík uvádí následující dělení:

- Eutanazie „čistá“, bezbolestné usmrcení nemocného, u něhož již není naděje na uzdravení a smrt je očekávána velmi brzy (Ulrichová, 2009, s. 86).
- Eutanazie v užším slova smyslu, kdy je nemocnému smrtící prostředek podán na jeho žádost (Ulrichová, 2009, s. 86).
- Eutanazie v širším slova smyslu, znamená usmrcení člověka bez jeho vůle, např. duševně postižený jedinec (Ulrichová, 2009, s. 87).

V literatuře se také setkáváme s formami eutanazie:

- Eutanazie aktivní aneb usmrcení na vlastní žádost nemocného

O aktivní eutanazii hovoříme tehdy, když sám pacient požádá o ukončení jeho života a to například z důvodu nevléčitelné choroby s nepříznivou prognózou. Pokud nemocný trpí nesnesitelnými bolestmi, o ukončení života žádá opakovaně. (Ulrichová, 2009, s. 87)

Katolická církev definuje aktivní eutanazii následovně:

„Ukončení života osob postižených, nemocných aneb už blízkých smrti, ať už jsou důvody a prostředky jakékoli. Je mravně nepřijatelná, stejně jako nějaký zákrok nebo opomenutí, které samo o sobě nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest, je zabitím těžce odporujícím důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli. Mylný úsudek,

do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu.“ (Ulrichová, 2009, s. 87).

V diskuzi o aktivní eutanazii jsou nejčastěji kladeny otázky, za jakých předpokladů by se výslovnou žádost nebo na základě již dříve vysloveného přání. Legalizace aktivní eutanazie je morálním a etickým dilematem a otázkou zůstává, zda je ukončení života člověka za již nesnesitelného utrpení humánní.

- Eutanazie pasivní aneb omezení a ukončení léčby

Zatím není tzv. pasivní eutanazie jednotně definována. Shoduje se s odnětím léčby, která je pro nemocného nadměrně zatěžující a již mu nepřináší úlevu, jen další utrpení. Nemocný má plné právo tyto postupy odmítnout. (Ulrichová, 2009, s. 88)

- Sociální eutanazie

Jde o situace, kdy se lidem v kurabilním stavu nedostává kauzální léčby a to z ekonomického či geografického důvodu. Tento pojem není v ČR příliš užíván. (Ulrichová, 2009, s. 88)

Opakem eutanazie je dystanzie, neboli zadržovaná smrt. Jedná se o stav, kdy je smrt nevyhnutelná, ale přesto stále oddalována. (Haškovcová, 2007, s. 33)

4.4.2 Eutanazie v České republice a na Slovensku

První zemí na světě, která legalizovala možnost záměrně usmrtit pacienta, byla v roce 1996 Austrálie a první evropskou zemí bylo roku 2002 Nizozemí. V současné době je eutanazie legální i v Belgii, Holandsku, Lucembursku, Švýcarsku a v USA pouze v Oregonu. Mezi země tolerující pasivní eutanazii, tedy přerušování léčby udržující nemocného při životě patří Dánsko, Finsko, Francie, Irsko, Itálie, Mexiko a Německo. (Eutanazii umožňuje jen málo zemí, 2012)

Po roce 1989 byla eutanazie u nás velmi diskutovaným tématem. Všechny formy eutanazie v ČR nejsou povoleny. (Ulrichová, 2009, s. 90 – 91, 95)

Listina základních práv a svobod uvádí: „Každý má právo na život. Lidský život je hodnosten ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života.“ Žádné právní dokumenty však nezmiňují právo na smrt, jelikož smrt není definována jako hodnota. Tudíž eutanazie a asistované suicidium nejsou přístupné. Roku 2003 byl Mezinárodní radou sester zpracován

tzv. Etický kodex sester, ve kterém sice není uvedena nepřístupnost eutanazie, ale sestry jsou vázány a povinny pečovat o zdraví, v době nemoci utrpení pouze zmírňovat a především respektovat lidská práva, mezi která patří právo na život. (Kopecká, 2012)

Slovenská republika se řídí dokumentem tzv. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 Ochrana lidských práv a důstojnosti terminálně nemocných a umírajících. Tento dokument byl zpracovaný jako jeden z práv terminálně nemocného pacienta a poukazuje na důležitost zřízení oddělení paliativní péče a hospiců v členských státech Rady Evropy, jejichž součástí je poskytování profesionální a kvalitní lékařské, ošetrovatelské, psychologické a sociální péče o umírající klienty. Při poskytování paliativní péče je vysoká úroveň fyzické i psychické péče samozřejmostí a žádost klienta o eutanazii je výsledkem nedostatečné péče v daných oblastí. (Laca, Dancák, Laca, s. 63)

Trest smrti na Slovensku není možný, a proto se eutanazie posuzuje jako trestný čin vraždy, trestný čin neposkytnutí pomoci, trestný čin ublížení na zdraví a trestný čin sebevraždy. Podíl lékaře na aktivní eutanazii, která spočívá v přímém usmrcení klienta a je posuzován jako trestný čin vraždy. Pokud se lékař neúčastní aktivní eutanazie a klientovi s jeho ukončením života jen pomáhá, jedná se o trestný čin sebevraždy. Příkladem je například zanechání léků v blízkosti pacienta s vědomím, že klient si daný lék aplikuje a tím spáchá sebevraždu. (Laca, Dancák, Laca, s. 66)

Otázka eutanazie je značně široká a zahrnuje nespočetně mnoho názorů. Eutanazie má také mnoho zastánců, kteří eutanazii definují jako akt milosrdenství, ale i odpůrců, podle nichž je eutanazie považována jako krutá vražda. (Ulrichová, 2009, s. 90 – 91, 95)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit pohled všeobecných sester na poskytování ošetrovatelské péče o onkologické klienty s ohledem na bio-psycho-socio-spirituální potřeby

Cíl 2. Zjistit možné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče o onkologické klienty z hlediska bio-psycho-socio-spirituálních potřeb v hospici v Česku a na Slovensku

Cíl 3. Zjistit postoj všeobecných sester k eutanazii

5.2 Charakteristika průzkumné metody

K získání informací byla použita kvalitativní metoda formou strukturovaného rozhovoru.

„Standardizovaný rozhovor probíhá podle předem připravených otázek, drží se předem připravené formulace otázek a jejich pořadí. Tazatel do průběhu rozhovoru nesmí vkládat svůj osobní zájem, postoje nebo přesvědčení. Musí zaujímat nestranný postoj, působit neutrálně a výroky respondenta nesmí hodnotit či komentovat. Není zde však prostor pro improvizaci“ (Kutnohorská, 2009, s. 39)

Rozhovor obsahoval 49 otázek, z toho 7 otázek bylo informativních (příloha P V). Otázky byly formulovány na základě předem stanovených cílů. Rozhovor byl standardizovaný, otázky byly tedy přesně určeny. Oba rozhovory probíhaly osobně, byly nahrány na diktafon a poté doslova přepsány (příloha P VI).

5.2.1 Charakteristika jednotlivých položek v rozhovoru

První část rozhovoru tvořily otázky informativní (1 - 7), které se týkaly profesního vzdělání, specializace a délky praxe v hospici.

Položky č. 8 - 17 se týkaly prvního cíle a byly zaměřeny na provozní podmínky v hospici a na pohled všeobecných sester na ošetrovatelskou péči v jejich zařízení.

Úkolem otázek č. 18 – 43 bylo zjistit rozdíly v péči o onkologického klienta ve vybraném hospicovém zařízení v České republice a na Slovensku.

Otázky č. 44 - 49 byly zaměřeny na eutanazii a postoj všeobecných sester k ní.

5.3 Organizace průzkumného šetření

Rozhovor byl realizován ve dvou hospicích. Jako zástupce z České republiky byl vybrán Hospic sv. Alžběty v Brně a ze Slovenské republiky Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne. Oba rozhovory probíhaly osobně ve vybraných zařízeních, a to v únoru 2014.

5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Rozhovor v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíne byl realizován s vrchní sestrou a v Hospici sv. Alžběty v Brně se staniční sestrou, která v daném zařízení dříve působila jako vrchní sestra.

6 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Rozhovor je přepsán zcela autenticky, byla vynechána pouze některá slova, kterým nebylo v nahrávce rozumět. Odpovědi získané z rozhovoru s vrchní sestrou z Hospice Milosrdných sester v Trenčíně byl následně přeložen do českého jazyka.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 1 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Odpověď
R1	Já jsem Diplomovaná sestra.
R2	Vyšší odborná škola zdravotnická. V Praze jsem ji studovala.

Otázka č. 2: Máte nějakou specializaci?

Tab. 2 Specializace

	Odpověď
R1	Onkologickou.
R2	Specializaci nemám, mám hodně kurzů. Od stomických kurzů přes kurz na port.

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete ve Vašem zařízení?

Tab. 3 Délka praxe v zařízení

	Odpověď
R1	Úplně od začátku, takže ten devátý rok. My jsme otevřeli 1. prosince 2005.
R2	Pracuji tady více jak 6 let.

Otázka č. 4: Než jste se stala vrchní/staniční sestrou, pracovala jste ve Vašem zařízení i na pozici všeobecné sestry?

Tab. 4 Práce na pozici všeobecné sestry

	Odpověď
R1	Ne, protože jsem jako jediná měla vyšší vzdělání, ale už mě všichni předběhli. Později mě vymění.
R2	Na pozici vrchní sestry a všeobecné taky. Nejdřív pět let jako všeobecná sestra, potom rok jako vrchní a teďka, z rodinných důvodů, jako staniční.

Otázka č. 5: Co Vás vedlo k práci v hospici?

Tab. 5 Motivace k práci v hospici

	Odpověď
R1	V první řadě mě poslali Představení, protože já jsem řadová sestra, ale v podstatě to byla taková moje srdcovka. Ve všech předchozích zaměstnání mě vždy přitahovali ti umírající a jejich potřeby. Možná jsem se zamýšlela nad tím, že se jim věnuje málo pozornosti a je na ně málo času a nejsou žádné etické principy v péči o ně. Tak mě to znepokojovalo a snažila jsem se vždy tak více okolo nich v každém zařízení. Takže když jsem přišla, tak jsem si řekla, že to je to, co jsem vždy chtěla.
R2	Byla to moje touha už od střední školy. Zajímala jsem se o hospice a chodila jsem na přednášky paní doktorky Svatošové. Četla jsem její knížky.

Otázka č. 6: Jak se vzděláváte vy? Vzděláváte se i v oblasti onkologie a paliativní péče?

Tab. 6 Další vzdělávání

	Odpověď
R1	Ano. Jednou za dva roky se nám podaří zorganizovat přes komoru sester náš seminář pro sestry, aby měly kredity. V loni v červnu jsem skončila PŠŠŠ (pomaturitní specializační studium) a děvčata si teď dělají specializace. My to tady máme ze zákona. Vlastně na každé směně musí být specializovaná sestra. Buď onkologie, interna nebo chirurgie, platí to i pro hospice u nás na Slovensku. Takže to je taková nová věc, že i tak se vzdělávají. Ale doplňují si i školy, protože většina byly jen Všeobecné sestry. Teď mi končí jedna magisterské studium, dvě děvčata jdou na magisterské po bakaláři. Takže to vzdělávání tady „frčí“. Další začnou specializaci, i když mají na oddělení odpracované dva roky. To je taková podmínka ta to PŠŠŠ, že po roku nebo po dvou letech.
R2	Několikrát ročně jezdím na konference i na Slovensko, v Maďarsku jsem byla na čtyřdenní stáži, hospicové.

Otázka č. 7: Jste jako vrchní/staniční sestra v bližším kontaktu s klienty a jejich rodinami?

Tab. 7 Bližší kontakt s klienty a jejich rodinami

	Odpověď
R1	<p>My to bereme tak, že jsme nemocnice, takže ne klienti, ale pacienti. Klienti si připlácí. Ale ano, bývám. Jsem tu každý den, na té ranní službě. Snažím se každý den vidět každého pacienta. Někdy se mi to nepodaří, protože mám více povinností okolo. Mám na starosti i dobrovolníky a stážisty, studenty a všechny tyto žádosti, takže to mě zabírá hodně času. Na vizity už nechodím, protože už máme lékařky dvě. Dříve, když byla pouze jedna lékařka, tak jsem s ní na vizitu chodila. Pouze pokud potřebují u vizity nějakou asistenci, tak vezmou mě, protože zdravotní sestřička už má rozplánované koho jde ošetřovat. To jsme se naučili v Čechách, v Červeném Kostelci. Takže ten styl u nás je velmi podobný jak v Česku. Takže po snídani jde sestřička ošetřovat, umývat pacienty, kde jsou nějaké výkony a ošetřovatelé jsou na ty lehčí pacienty.</p>
R2	Ano, mnohem.

Otázka č. 8: Jakým personálem je ve Vašem zařízení tvořen multidisciplinární tým?

Tab. 8 Složení multidisciplinárního týmu

	Odpověď
R1	<p>Takže lékaři. Dva lékaři jsou na plný úvazek. Jsou tady od půl osmé do tří, půl čtvrté. Potom jsou to externí lékaři, sloužící o víkendech nebo svátky a dovolené našich doktorek. Oni přijdou, udělají vizitu a odejdou. Potom jsou na telefonu. Noční službu tady nemáme. Potom jsou to zdravotní sestry, ošetřovatelé. Slouží dvanáctky od 7 do 7. Na denní je jedna sestra a dva ošetřovatelé a já. A noční jedna plus jedna. Potom máme v týmu sociálního pracovníka na plný úvazek. Takže Janka je tady každý den pracovní. Psychologa máme. Máme tady v budově vlastně více zařízení, takže ta psychologka je u nás tak na půl úvazku, protože je i pro klienty z domova sociální péče. Potom máme stážisty, jsou to děčka, které si dělají povinnou praxi, buď ošetřovatelství, nebo sociální. Potom dobrovolníci jsou členy našeho týmu, kteří chodí k pacientům na návštěvy. Ti co chodí k pacientům, jsou zaškolení. Chodí k pacientům tak na hodinku týdně, já je mám na starosti. Máme takové setkání jednu za měsíc s psychologkou, aby i oni měli možnost takové supervize a popovídat si o tom, co zažívají. Pak jednou za rok míváme takový výlet, jedno velké setkání. Loni jsme byli v Nitře v hospici. Potom máme dobrovolníky, kteří nám dělají jiné služby, třeba knihovnu nám zařídili, zahrádku. Potom do našeho týmu patří příbuzní. Zveme si je, aby byli s pacientem a dělali mu společnost. Takže pokud my nemáme dobrovolníka nebo nestíháme, tak je dobré, že je tam ten příbuzný.</p>
R2	<p>Psycholog, pastorační asistentka, sociální pracovnice. Máme dvě sociální pracovnice, každá má jedno oddělení. Koordinátorka dobrovolníků, ošetřovatelé, lékařka, primářka, všeobecné sestry. Dříve do týmu patřila převazová sestra, to se teďka mění a předává se to staniční sestře. Ještě sestra pro pohybovou aktivitu. Chodí k nám dobrovolníci, ale neúčastní se toho multidisciplinárního týmu, s těmi jsme v kontaktu přes koordinátorku dobrovolníků a naši dobrovolníci mají zvlášť školení. Také studenti a žáci. Studenti středních škol, i teďka nově učňáků – ošetřovatelé, studenti VOŠ a vysokých škol. A také z doškolováků k nám chodí lidi, protože jsme akreditované zařízení pro vzdělávání.</p>

Otázka č. 9: V jakém provozu pracujete?*Tab. 9 Typ provozu*

	Odpověď
R1	V 12-ti hodinových službách, tedy denní a noční. I víkendy, svátky. Takhle jsme si to našli v tom Červeném Kostelci a vyhovovalo nám to.
R2	Já pracuji v jednosměnném provozu. Vrchní a staniční pracují v jednosměnném provozu a všechny ostatní sestry a ošetřovatelé pracují v nepřetržitém provozu. A v jednosměnném ještě pracuje třeba psycholog, sestra pro pohybovou aktivitu, koordinátorka dobrovolníků.

Otázka č. 10: Jaká je skladba personálu na denní/odpolední/noční službě?*Tab. 10 Skladba personálu na denní/odpolední/noční službě*

	Odpověď
R1	Na denní službě jsou dvě lékařky, sestřička, dva ošetřovatelé, já jako hlavní sestra, sociální pracovnice, někdy dobrovolník, příbuzní. Také praktikanti od 7 do 15 hodin. Na noční službě je jedna plus jedna, sestra a ošetřovatel. A studenti pokud mají podmínku noční služby, tak si za tu praxi udělají jednu noční.
R2	Na denní službu je to teda všeobecná sestra, dva ošetřovatelé, staniční sestra. Na noční jedna sestra na každé oddělení a jeden ošetřovatel dohromady, to jsou dvě oddělení. Celkově dole máme oddělení na 12 lůžek a tady nahoře 10 a budeme to rozšiřovat o další dvě.

Otázka č. 11: Je podle Vás na oddělení dostatek zdravotnického personálu?*Tab. 11 Dostatek zdravotnického personálu na oddělení*

	Odpověď
R1	No tento model jsme si v tom Kostelci našli. Na těch 14 lidí je to někdy dostačující a někdy je to příšerně málo. Ale pokud chodí studenti, tak je to dobré. Ale zase pokud nám umírají tři nebo čtyři lidi, tak je to těžké. Chceme u těch lidí být, měli bychom tam být, ale někdy to nejde. Takže nevím, nemůžu říct. Třeba dneska je nás dost na oddělení. Máme klid, pacienti jsou klidní, nic se neděje. Máme dnes i jednu paní na stáži, co si hledá práci a dva studenty. Jednoho jsem poslala do domova, protože to už by nás bylo moc.
R2	Ty směny to kryje dobře.

Otázka č. 12: Myslíte si, že je péče o onkologické klienty v terminálním stádiu náročná? Pokud ano, v čem nejvíce?*Tab. 12 Náročnost péče o onkologické klienty*

	Odpověď
R1	Je to jiné. Záleží, jaký je to člověk a v jakém je stavu. Důležitá je podpora rodiny. Pokud dojde umírající, dusící se pacient, je to náročné.
R2	Ano. Záleží taky, co je to člověka. Pokud je to zdravotník, je to náročnější. Pokud je tam složitá rodinná nebo sociální situace. Teďka tady máme často maminky s dětma, které žijí bez partnerů samy. To je velmi náročné potom upokojit takového člověka.

Otázka č. 13: Jak vnímáte onkologického klienta?*Tab. 13 Vnímání onkologického klienta*

	Odpověď
R1	No ti pacienti si prošli už leccím. Nevím no.
R2	Je to člověk, který si potřebuje dát do pořádku tady všechny ty věci, aby mohl důstojně odejít, a aby to bylo důstojné i pro ty jeho blízké.

Otázka č. 14: Jaká jsou dle Vašeho pohledu specifika práce při péči o onkologické klienty?*Tab. 14 Specifika práce při péči o onkologické klienty*

	Odpověď
R1	Člověk musí být trpělivý, protože s některými pacienty je to velmi těžké. Ale my se pro ně snažíme udělat vše co je v našich silách a co zvládáme.
R2	Musí to být člověk trpělivý a pokorný, protože často jsou to lidi v agresí, v negaci, kteří vidí ve zdravotnících viníky a snaží se to otáčet proti nim, že oni za to můžou, že toho dělají třeba málo, co se týče léčebných procesů, na jejich uzdravení. Pak musí to být člověk, který sám žije naplněný život, nesmí si to tady kompenzovat, musí mít vyřešené záležitosti.

Otázka č. 15: Je těžké získat si důvěru onkologického klienta v terminálním stádiu?*Tab. 15 Získání důvěry onkologického klienta*

	Odpověď
R1	No myslím, že často jsou takový překvapení tady z toho prostředí. Ale často nám hned poví, jak se cítí. Pokud je schopný to hodnotit, tak nám poví. Často jsou takový, že proč už k nám nepřišli dříve. Často i příbuzní si vyčítají, proč už ho sem nedali dříve. Jsou často ale i překvapení, že se tady musí připlácet, protože pro některý je to hodně peněz. Ale bez toho to tady nejde. V našem hospici to je 18 € na den, ale i to nám nestačí. Takže sháníme i sponzory. Ucházíme se i o příspěvek z Ligy proti rakovině, to u nás taky funguje.
R2	Záleží, většinou se tady setkáváme s velkým vděkem od těch pacientů. Nebývá to tak od začátku, většinou je to tak, že ti pacienti mají špatnou zkušenost z jiného zdravotnického zařízení, ale postupně se otevírají a věřím, že je to díky laskavé péči celého multidisciplinárního týmu.

Otázka č. 16: Je komunikace s onkologickými klienty náročnější než s klienty např. s jiným onemocněním? Pokud ano, v čem?

Tab. 16 Náročnost komunikace s onkologickými klienty

	Odpověď
R1	Je to náročné, ale zase záleží na tom člověku samotném. Pokud je vyrovnaný nebo ne. Někteří vyjednávají, že nedojdou ke smíření. Ale ty co umírají, doufáme, že došli ke smíření. U někoho vidíme, že nemá něco vyřešené, že na někoho čeká. Je to takové těžké.
R2	Nejnáročnější komunikace je s pacienty, kteří mají amyotrofickou laterální sklerózu. Takže s těmi je nejtěžší komunikace. Taky poslední roky je tady vždycky někdo na oddělení, který má tuto diagnózu a ta komunikace se postupně horší a jsou to lidi, kteří mají postupně i psychické problémy, které souvisí s touto nemocí, takže bývají často plačtivý, když se nemůžeme dorozumět. Máme různé metody, upravujeme jim tabulky třeba, písmenka, celé věty. Individuálně se přizpůsobujeme tady těm pacientům.

Otázka č. 17: Myslíte si, že duchovní službu využívají klienti s onkologickým onemocněním více než klienti např. s jiným onemocněním?

Tab. 17 Využití duchovní služby onkologickými klienty

	Odpověď
R1	To nemůžu říct, je to individuální.
R2	Ne, nedá se říct. Nezáleží na té diagnóze.

Otázka č. 18: Po ukončení léčby na onkologickém oddělení jsou onkologičtí klienti posíláni k Vám. Jaké formuláře je nutno vyplnit a zaslat?

Tab. 18 Přijetí onkologického klienta do zařízení

	Odpověď
R1	Máme žádost o přijetí, informovaný souhlas, to musíme mít. Potom vyjádření lékaře k přijetí, tedy onkologa nebo všeobecného lékaře. Ale pokud přijímáme z nemocnice, tak stačí doporučení, vyjádření lékaře.
R2	Je to žádost, kterou má naše zařízení. Žádosti se odesílají sociální pracovníci, paní magistře Margoldové a ta po konzultaci s naší primářkou Slámovou rozhoduje, který pacient patří do našeho zařízení. Nemáme pořadník, ale nemůžeme přijímat všechny žádosti, často jsou to lidi, kteří jsou ještě soběstační a nepotřebují až takovou zdravotní péči, anebo pokud je pacient s rodinou, třeba je zvládnutelná péče v domácím prostředí. Máme i mobilní hospic Tabita.

Otázka č. 19: Mají u Vás onkologičtí klienti přednost v umístění?

Tab. 19 Přednost v umístění onkologických klientů

	Odpověď
R1	Je to tak, že někdy máme pořadník a je tam mnoho lidí. Tehdy kdy rozhodujeme, máme volné místo, tak přijmeme pacienta, který je doma, který nemá žádnou odbornou péči. Který má třeba bolesti, onkologický, umírající pacient. Nebo u něho nejde zajistit výživu, že nic není například. V nemocnici ještě toho člověka pár dní podrží, ale doma ho nikdo nepodrží. Teďka pořadník nemáme. Nemáme koho přijímat, máme deset pacientů. Takže čekáme, kdo se nám nahlásí a můžeme ho z fleku přijmout, z hodiny na hodinu.
R2	95 % našich pacientů jsou onkologičtí.

Otázka č. 20: S jakými onkologickými diagnózami jsou k Vám nejčastěji klienti přijímáni?

Tab. 20 Nejčastější onkologické diagnózy

	Odpověď
R1	Je to různé. Teď jsme měli dva po sobě s nádorem plic. Ale jinak všechno možné. Nádory jazyka, hltanu, hrtanu, plíce, žaludek, pankreas, játra.
R2	Karcinom prsu, karcinom prostaty, karcinom tlustého střeva, žaludku, tumory mozku.

Otázka č. 21: Provádíte ošetrovatelskou péči u onkologických klientů s portem?

Tab. 21 Ošetrovatelská péče o klienty s portem

	Odpověď
R1	Ne, u nás se to nezavádí. Ukazovali nám to na onkologii, ale dokonce i tam to neměli. Tam to bylo, jakože jen na ukázkou, abychom věděli co to je. U nás míváme centrální venózní katetr. U nás na Slovensku to nefunguje, jen ti specializovaní onkologové nám ukázali, jak to vypadá, ukázali nám jen ten set.
R2	Ano, je to čím dál častější a myslím, že to bude čím dál častější.

Otázka č. 22: Mají sestry na Vašem oddělení kurz ošetrovatelské péče o klienta s portem, nebo jsou v této oblasti jinak proškoleny?

Tab. 22 Kurz ošetrovatelské péče o klienta s portem

	Odpověď
R1	Ne, jen jak jsem říkala. Byli jsme se na to jen podívat, jak to vypadá. Neumíme s nimi manipulovat.
R2	Ano my jsme tady měli školení pro všechny sestřičky o portech.

Otázka č. 23: Jak zvládáte bolest u onkologických klientů?*Tab. 23 Zvládání bolesti u onkologických klientů*

	Odpověď
R1	Nejprve dáváme nesteroidní analgetika, pak sladší opiáty, opiáty v kombinaci s analgetiky.
R2	Myslím, že máme výborně ošetřenou bolest u pacientů. Taky to mají, tu bolest, ošetřenou na míru, takže sledujeme stupně bolesti. Máme tady velkou škálu různých analgetik, které používáme. Častou jsou to transdermální náplasti od bolesti, opiátové a pak jako se to tak poskládá i neopiátovými analgetikami, když pacienti bolesti nemají. Pak třeba sledujeme to, kdy je potřeba dopich tomu pacientovi dát, takže často máme takovou ordinaci, že se dává dopich před hygienou. Takže podle toho jestli je hygiena v půl deváté nebo v půl jedenácté, tak před tím dostane 20 minut pacient léky od bolesti buď v tabletě, nebo v injekci. To samé i třeba při večerním polohování, když víme, že někdo je více bolestivý na večer, tak prostě dle potřeby dostává.

Otázka č. 24: Jaké používáte škály k hodnocení intenzity bolesti?*Tab. 24 Škály k hodnocení intenzity bolesti*

	Odpověď
R1	My ošetřovatelské nemáme, to si dělá lékař sám. Jedině to 1 až 10 stupnicí.
R2	Používáme pěti stupňovou škálu, dříve jsme měli desetistupňovou, ale ta pětistupňová se nám více osvědčila.

Otázka č. 25: Jaké léky proti bolesti nejčastěji podáváte onkologickým klientům?*Tab. 25 Farmakoterapie bolesti*

	Odpověď
R1	Nesteroidní analgetika, opiáty. Analgetika máme injekční, tablety subkutánní, dáváme i pumpou. Například Haloperidol, Midazolan. Taky máme i opiátové náplasti.
R2	Novalgín v tabletách, injekcích. Tralgit v injekcích a kapkách. Algifen v kapkách. Ale i třeba Paralenové čípky. Co se týče opiátů, tak Morphin a náplasti a potom v tabletách opiáty, třeba Lunaldiny.

Otázka č. 26: Jakým způsobem kontrolujete účinnost léčby při bolestech?*Tab. 26 Účinnost farmakoterapie při bolestech*

	Odpověď
R1	To paní doktorka, my ji třeba upozorníme, že pacient je bolestivý při polohování.
R2	Sledujeme toho pacienta, takže podle toho pokud může komunikovat, tak slovně, pokud ne tak, sledujeme neverbálně, jestli má bolestivou vrásku. Sledujeme, jestli je bolestivý při přetáčení, nebo zda hygiena probíhá bezbolestně.

Otázka č. 27: Sledujete vedlejší účinky podávaných analgetik či opiátů?*Tab. 27 Sledování vedlejších účinků farmakoterapie*

	Odpověď
R1	Ano.
R2	Ano.

Otázka č. 28: Používáte spíše analgetickou nebo opoidní léčbu?*Tab. 28 Druhy užívané léčby*

	Odpověď
R1	Tak někteří pacienti k nám už chodí na opiátech, takže to se nedá, že přejdeme na analgetika. Podle toho jak k nám přijdou, je to individuální.
R2	Kombinujeme, ale začínáme neopoidníma analgetikama.

Otázka č. 29: Domníváte se, že současné způsoby tlumení bolesti u onkologických klientů jsou dostatečné?*Tab. 29 Zhodnocení zvládnání bolesti*

	Odpověď
R1	Myslím si, že tam venku to není dostatečné. Přijali jsme pacienta, který měl 3 x 30 kapek Algifenu a dávno už měl mít opiáty. Myslím si, že je to i o odvaze a poznatcích lékařů, ne všichni je mají. Nebo se lékaři bojí nějaké návykovosti. Ale pokud se nevzdělávají, tak jistě neví, že to není o nějaké návykovosti onkologického pacienta. Takže venku to zvládnání bolesti není dostatečné. Někde jsem slyšela, že 95 % nebo 99 % bolesti se dá zvládat. To jedno procento zůstává na psychickou bolest.
R2	Ano.

Otázka č. 30: Spolupracujete s Centrem pro léčbu bolesti? Pokud ano, jak?*Tab. 30 Spolupráce s Centrem pro léčbu bolesti*

	Odpověď
R1	Ano, máme ambulanci chronické bolesti tady v Trenčíně. Někteří pacienti už chodí s nějakou nastavenou léčbou a my v ni většinou pokračujeme a pozorujeme pacienta.
R2	Ano. Vlastně pan doktor Sláma, který vede ambulanci léčby bolesti, manžel naší paní primářky, tak tam je úzká spolupráce. Často nám posílají pacienty.

Otázka č. 31: Spolupracuje Vaše zařízení s onkologickým oddělením? Pokud ano, jakým a jak?

Tab. 31 Spolupráce s onkologickým oddělením

	Odpověď
R1	Pouze pokud nám posílají pacienta.
R2	Nevím o ničem, to jde spíše mimo mě.

Otázka č. 32: S jakými rány se nejčastěji u onkologických klientů setkáváte?

Tab. 32 Nejčastější rány u onkologických klientů

	Odpověď
R1	Nádorové rány třeba po ozařování, dekubity, tracheostomie a jiné vývody.
R2	Nejčastěji jsou to dekubity. Dekubity sakra, paty. Nebývá to tak, že by tady vznikaly dekubity, ale většinou už s nimi pacienti chodí. Nebo také bývají rány po ozařování.

Otázka č. 33: Jak probíhá péče o rány u klientů po radioterapii?

Tab. 33 Péče o rány po radioterapii

	Odpověď
R1	To už je následné. Vlastně pokračujeme v tom, co si přinesl, třeba mastičky.
R2	Dle ordinace lékaře.

Otázka č. 34: Používáte metodu vlhkého hojení ran u onkologických klientů? Pokud ano, u kterých ran ji využíváte a jaký používáte materiál?

Tab. 34 Užívání metody vlhkého hojení ran u onkologických klientů

	Odpověď
R1	Ne. To je u nás příliš drahé na nakupování. Na předpis to nemáme, takže to musíme kupovat a to je velmi drahé. Na Slovensku to funguje určitě, pro sociální zařízení je to perfektní. To se jim napíše a oni něco doplatí. My to musíme všechno kupovat.
R2	Ano, to používáme nejčastěji. Téměř na všechno. U dekubitů, na popáleniny.

Otázka č. 35: Indikuje na Vašem pracovišti lékař enterální výživu u onkologických klientů?

Tab. 35 Indikace enterální výživy u onkologických klientů

	Odpověď
R1	Ano, určitě. Máme pacienta na enterální výživě, ten už je u nás hodně dlouho na Osmeralu. Ale taky na to sháníme sponzory. Pacienti co mají sondovou stravu, tak jim tu stravu mixujeme. Přineseme oběd, aby to mělo ty kalorie. Je to levnější jak ta sondová strava. A i víme, co jim dáváme.
R2	Záleží jakou má pacient prognózu, nebo jakou má on sám vizi, vlastně co chce ještě stihnout. Je to tak, abychom neprodužovali pacientovi život. Ale záleží i na spolupráci s rodinou. Pokud pacient nikoho nemá, nemá žádnou vizi, tak v tom většinou nemá smysl pokračovat, protože je to jenom zátěž pro to jeho tělo a pokud třeba potřebuje ještě stihnout nějaké důležité věci, dát si do pořádku svatbu, ošetřit děti nebo něco takového.

Otázka č. 36: Setkala jste se na Vašem pracovišti s komplikacemi příjmu potravy u onkologických klientů? Pokud ano, o jaké komplikace se jednalo a jakým způsobem jste je řešili?

Tab. 36 Komplikace příjmu potravy u onkologických klientů

	Odpověď
R1	Ano, samozřejmě. Zvracení, nechutenství. Také hlavně ti, co jsou po radioterapii. Dává se jim nasogastrická sonda a vyplachujeme jim ústa.
R2	Ano. Často zvracení. To potom musíme snižovat, upravovat dávky třeba u Nutrisonu, Nutridrinku.

Otázka č. 37: Máte možnost konzultace s nutričním terapeutem?

Tab. 37 Konzultace s nutričním terapeutem

	Odpověď
R1	Ne, to si řeší naše lékařky. My jsme maličké zařízení.
R2	Máme možnost konzultace. Jedna naše externí lékařka, paní doktorka Šachlová, tak ta pracuje na žluťáku, tam má nutriční poradnu, takže ta je nám k dispozici. A taky s jídelnou, kde nám vozí jídlo pro pacienty, tam mají dietní sestru. Takže máme možnost.

Otázka č. 38: Provádíte na Vašem pracovišti nutriční anamnézu?*Tab. 38 Provádění nutriční anamnézy*

	Odpověď
R1	To také lékařky. Ale i já sbírám anamnézu při příjmu. Vlastně ptám se pacienta co má rád, kolik toho sní a jaké formě. A to si zapíšeme. Obědy a večeře nám teplé dováží z restaurace a snídaně si tady připravujeme sami. Takže to je ta výběrová strava, že mu můžeme nabídnout. Pokud nemá pacient chuť na teplý oběd, tak mu nabídneme třeba to, co máme v ledničce. Jogurt, tvaroh, puding, banán, sýr, máslo, vždy je tam něco nakoupené. Každý den čerstvé pečivo, takže pokud nechce, nemusí jíst každý den teplou stravu. Pokud má chuť na něco speciálního a my to nemůžeme zařídit, tak poprosíme příbuzné. Ale kolikrát jdeme třeba koupit zmrzlinu. Diety máme nejčastěji nula - tekutou, jednička - kašovitou, dvojka - racionální, devítka - diabetickou a čtrnáct – výběrovou.
R2	Nic speciálního, snažíme se vyptávat rodiny, čemu dává pacient přednost, co mu chutnalo nebo jeho samotného, záleží podle stavu. Ale u nás mají pacienti takovou dietu, jakou potřebují.

Otázka č. 39: Užíváte u onkologických klientů klinickou výživu? (sipping)*Tab. 39 Sipping u onkologických klientů*

	Odpověď
R1	Ano funguje, pokud máme.
R2	Ano, nabízíme to často. Dáváme to i do různých forem. Někomu to chutná chlazené, jsou i různé příchutě. Zajišťujeme to my, ale často jim to nosí i rodina, ale nechceme to po nich vyloženě, pokud někdo nechce 6 Nutridrinků denně.

Otázka č. 40: Používáte u onkologických klientů kyslíkovou terapii?*Tab. 40 Oxygenoterapie u onkologických klientů*

	Odpověď
R1	Ano, samozřejmě. Máme oxygenátory, koncentrátory kyslíku. Nemáme centrální rozvod. Takže pacienti mají na pokojích a podle potřeby se doveze.
R2	Ano, často.

Otázka č. 41: Používáte u onkologických klientů, kteří trpí dušností, dechová cvičení?*Tab. 41 Dechová cvičení u onkologických klientů*

	Odpověď
R1	Ano i pokleповá masáž. Ale máme takový nový vibrační přístroj, který pacientům dělá dobře a který lékařka pacientovi vysvětlí. Ale pokud mají nádor plic, tak stále kyslík. Máme i spreje na roztáhnutí průdušek. A Morphin v malých dávkách je taky dobrý na dušnost, není na utlumení ani bolesti, ale na tu dušnost. Máme s tím dobré zkušenosti.
R2	Sestra pro pohybovou aktivitu provádí s pacienty takovou zklidňující dechovou terapii a podle toho, jakou s tím má zkušenost, tak nám to předává dál a my v tom pokračujeme. Začíná s tím ona. Ale jinak oxygenátory máme u pacientů, často prosťe s kyslíkem, nejčastěji v terminálním stádiu.

Otázka č. 42: Mají Vaši klienti možnost využití duchovní služby?*Tab. 42 Možnost využití duchovní služby*

	Odpověď
R1	Ano, jednou do týdne, většinou ve středu chodí pan farář katolický. Chodí na pár hodin okolo půl 10 a je tu do půl 3. Projde si všechny pokoje, každého pacienta navštíví, seznámí se s nimi, popovídá si. I pacienti touto formou došli k takovému vnitřnímu smíření. V sobotu tady máme i nedělní svatou mši, na kterou chodí i pacienti na postelích nebo i pěšky a na vozičku. Také i pan farář evangelický je ochotný k nám přijít. Minulý týden jsme ho volaly k pacientovi s nádorem plic, tak v tu ránu tady byl a na druhý den nám ten pacient zemřel. Potom ho voláme i na Velikonoce a Vánoce. Měli jsme tu i pravoslavného pacienta, tak to mu manželka zařídila. Nebo pacienta židovského vyznání, tak to mu naše paní doktorka předčítala anglické žalmy, které si našla na internetu. Je to různé.
R2	Ano. Máme tady pastorační asistentku kdykoliv na zavolání a všechny zdravotní sestry jsou věřící, praktikující, takže i ty jsou jim k dispozici. Dobře suplují tu naši pastorační asistentku. Pacienti mají často potřebu se modlit večer nebo prostě svěřit bohu svoje záležitosti. A každé pondělí máme mše. Na mše může přijít i rodina pacienta, vlastně na všechny aktivity týkající se pacienta. Pak tady máme ošetřovatele, kteří hrají na kytaru, takže jsou oblíbené i duchovní písničky. Nebo máme tady třeba ve středu takzvanou kavárnu, kdy dobrovolnice přinese zákusky, kávu a u toho se tvoří nějaké sezónní aktivity a jsme rádi, když jsou u toho i příbuzní.

Otázka č. 43: Mají Vaši klienti a jejich příbuzní možnost využít respitní péči?*Tab. 43 Možnost využití respitní péče*

	Odpověď
R1	U nás na Slovensku respitní péče nefunguje. Dříve ano, ale teď nám to pojišťovna zakázala a myslím si, že je to velká škoda.
R2	Dříve ano, teď už ne. Skončili jsme s tím. Nejen kvůli pojišťovně, ale i kvůli personálnímu obsazení. To byly pacienti, kteří třeba čekali často rehabilitační služby nebo terapeutické a my na to nejsme zařízení. Nemohla naše rehabilitační věnovat prostě zdroj času těmto pacientům a nemít čas na naše onkologické pacienty, tedy tady na ty hospicové. Protože naše sestra pro pohybovou aktivitu není vyloženě taková fyzioterapeutka, spíše taková společnice. Nesnažíme se o výkon, jak se snaží ještě ti pacienti, kteří jsou na respitním pobytu, aby se rozhodli, snadněji vstali. Je to spíše pracovnice, která je jim blízká, která jim dělá masáž nebo se jen domluví na nějaké poloze, která jim dělá dobře a chvíli v ní vydrží.

Otázka č. 44: Jaký je Váš názor na eutanazii? Jste pro její uzákonění? Pokud ne, proč?*Tab. 44 Názor na eutanazii*

	Odpověď
R1	Samozřejmě, že my tady v hospici musíme mít jednoznačný názor na eutanazii. I nový zaměstnanci, ten kdo zaváhá, tak ho nemůžeme přijat. Tohle není v kompetenci zdravotní sestry, takže eutanazie jednoznačně ne. Eutanazii bereme jako dobrou smrt, která se dá využít i jinak. Pomůžeme pacientovi zařídit jeho věci, stabilizujeme jeho stav, zbavíme ho bolesti.
R2	Vidím to tak, že eutanazie není potřeba, když je ošetřena bolest, když je zajištěno to, že člověk má nějakého člověka, který umí být jemu andělem strážným a záleží na něm, jestli si takový vztah vytvoří s někým příbuzným nebo s dobrovolníkem.

Otázka č. 45: U jakých klientů by podle Vás mohla být eutanazie povolena?*Tab. 45 Povolení eutanazie u vybraných klientů*

	Odpověď
R1	U žádných. Teď schválili eutanazii v Belgii u malých dětí. Myslím, že si nepomohli.
R2	Myslím si, že jsou tady velké rezervy, jak pracovat s těmi lidmi a dá se třeba něco sepsat, že ten člověk chce být třeba uspaný.

Otázka č. 46: Co by pro Váš profesní život znamenalo uzákonění eutanazie? Změnilo by se něco?*Tab. 46 Vliv uzákonění eutanazie na profesní život*

	Odpověď
R1	Ne, o tomhle nechci ani uvažovat. To je pro mě nepřijatelné.
R2	Předpokládám, že by to nebylo rozšířené na všechna zařízení, že by to prováděli jen nějací vybraní lékaři nebo centra. Nedokážu říct, zda bychom nějak jinak pracovali s těmi pacienty.

Otázka č. 47: Setkala jste se již ve Vašem zařízení s žádostí o eutanazii? Pokud ano, proč klient o eutanazii žádal?*Tab. 47 Žádost klienta o eutanazii*

	Odpověď
R1	Ano, setkala. Někdy pacienty trápí bolest, někdy nemají vyřešené svoje věci.
R2	Často od pacientů slyšíme, že volají po eutanazii. Teď je zrovna vlna, že když přichází z jiného zařízení, tak chtějí zemřít, ale během toho pobytu tady o tom přestávají mluvit. Oni se zklidní třeba tím, že jsou na jednolůžkovém pokoji a přišli ze zařízení, kde to bylo více lůžkové oddělení. Pacienti se třeba dospí a už nejsou tak vyčerpaní nebo se ošetří jiná oblast, třeba nevolnost, která toho člověka trápila ve dne v noci, nebo deprese. Pacienti o tom opravdu přestávají mluvit.

Otázka č. 48: Myslíte si, že by se na rozhodování o eutanazii měla podílet i rodina umírajícího?

Tab. 48 Podíl rodiny na rozhodování o eutanazii

	Odpověď
R1	Ne, já o tomhle ani neuvažuji. Tohle je pro mě uzavřené. Podle mě nemá nikdo právo vzít člověku život, ani rodina.
R2	Záleželo by, jestli je ten pacient svéprávný, což je taky obtížné, když mají často metastázy v mozku. My každopádně velmi intenzivně pracujeme s rodinami. Často tady přespávají. Máme tady pokoj, kde mohou přespát, ale většinou stejně spí s pacientem na pokoji.

Otázka č. 49: Pokud je u onkologického klienta ukončena léčba, která by byla pro klienta jen zatěžující, považujete její ukončení za skrytou eutanazii?

Tab. 49 Skrytá eutanazie

	Odpověď
R1	Ne. Ale přijdou nám sem občas pacienti úplně zničení, že říkají, že kdyby tu léčbu neabsolvovali, měli by se lépe. Tohle jsou taková etická dilemata hospicová. Odkud až kam léčba nebo ne léčba. Jestli kvalitu života bez léčby, nebo léčbu bez kvality života. Já jsem rozhodně za kvalitu života bez léčby.
R2	Ne, ne. Eutanazie znamená dobrá smrt. Spíše mě mrzí, že se to převedlo na ten význam, jaký to má dnes.

DISKUZE

V diskuzi se zabývám zhodnocením cílů bakalářské práce. K průzkumu jsem využila kvalitativní metodu strukturovaného rozhovoru. Rozhovor probíhal v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně a v Hospici sv. Alžběty v Brně.

První část rozhovoru tvořily otázky informativní, které se týkaly spíše profesního vzdělání, specializace a délky praxe v hospici. Z rozhovoru bylo zjištěno, že obě dotazované sestry mají Vyšší odborné vzdělání s titulem DiS, tedy Diplomovaný specialista. Vrchní sestra má specializaci na onkologii, staniční sestra žádnou specializaci nemá, ale absolvovala mnoho kurzů se zaměřením nejen na onkologii. V délce praxe v hospici u obou sester je nepatrný rozdíl. Vrchní sestra z Hospice Milosrdných sestier v Trenčíně pracuje v zařízení od vzniku hospice, tedy 9 let. Staniční sestra z Hospice sv. Alžběty v Brně je v zařízení zaměstnána více jak 6 let. První sestra pracuje v zařízení jako vrchní sestra od vzniku hospice a to z toho důvodu, že měla nejvyšší vzdělání. Druhá sestra pracovala v hospici nejdříve na pozici všeobecné sestry, poté na pozici vrchní sestry a v současné době, z rodinných důvodů, působí v zařízení jako staniční sestra. Obě sestry se ve svém oboru, tedy v onkologii, vzdělávají. Vrchní sestra z hospice Milosrdných sestier v Trenčíně v červnu roku 2013 skončila specializaci, kterou dle zákona musí absolvovat každá sestra. Staniční sestra z Hospice sv. Alžběty v Brně jezdí na různé konference a semináře i do zahraničí.

Práce v hospici a péče o umírající klienty a jejich potřeby byla touhou obou sester. Na otázku, zda jsou i ve vedoucí pozici v bližším kontaktu s pacienty odpověděly obě sestry kladně. Tato odpověď mne velmi mile překvapila. I přes všechny jejich povinnosti, tykající se vedoucích pozic, se snaží být s klienty denně v kontaktu.

Prvním cílem bylo zjistit, jaký je pohled všeobecných sester na poskytování ošetrovatelské péče o onkologické klienty s ohledem na bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Otázky byly zaměřeny na provozní podmínky v hospici a na pohled všeobecných sester na ošetrovatelskou péči v jejich zařízení. Multidisciplinární tým v obou zařízeních je tvořen lékaři, sestrami, ošetrovateli, sociálním pracovníkem, psychologem a studenty. V Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně tvoří tým i dobrovolníci a rodina. V Hospici sv. Alžběty v Brně pracuje i sestra pro pohybovou aktivitu, tedy fyzioterapeut, koordinátorka dobrovolníků a pastorační asistent. Dle odpovědi vrchní sestry z hospice v Trenčíně jsem pochopila, že pracuje stejně jako všeobecné sestry v nepřetržitém provozu. Staniční sestra z hospice v Brně pracuje

v provozu jednosměnném. Ostatní sestry a ošetřovatelé pracují v provozu nepřetržitým. Skladba personálu na denní a noční službě je v obou hospicích téměř stejná. Na denní službě jsou lékaři, staniční či vrchní sestra, jedna všeobecná sestra a dva ošetřovatelé. Na noční směně slouží jedna sestra a jeden ošetřovatel. Na otázku, zda je na oddělení dostatek personálu staniční sestra z hospice v Brně odpověděla, že směny jsou dobře pokryty, tudíž není třeba dalšího pracovníka. Dle vrchní sestry z hospice v Trenčíně je v současné době personál dostačující, ale jsou i dny, kdy je potřeba více sester či ošetřovatelů.

Každá sestra vnímá onkologicky nemocného klienta jinak. Jsou to lidé, kteří si prošli jistě náročnou léčbou a několika pobyty v nemocnici. Později jsou to i lidé v terminálním stádiu, kteří si před odchodem potřebují dát do pořádku určité věci, jako je rodina, sociální potíže a jiné. Získat si důvěru takového pacienta je velmi individuální. I přes častý vděk ze strany pacientů a rodiny je dle obou sester péče a komunikace s onkologickými klienty v terminálním stádiu velmi náročná. Významným prvkem v péči o umírajícího klienta není potřeba duchovní péče, ale je to především rodina, která by měla být pacientovi oporou.

Úkolem **druhého cíle** bylo zjistit možné rozdíly v poskytování ošetřovatelské péče o onkologické klienty z hlediska bio-psycho-socio-spirituálních potřeb v hospici v Česku a na Slovensku. Po ukončení léčby na onkologickém oddělení jsou klienti předáváni do hospicové péče. V Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně je nutno vyplnit a zaslat doporučení a vyjádření lékaře, v tomto případě onkologa. Pokud je klient přijímán do hospice z domácí péče, je nutné zaslat žádost o přijetí, informovaný souhlas a vyjádření praktického lékaře či onkologa. Do Hospice sv. Alžběty v Brně musí být sociální pracovníci odeslána žádost. Následně po konzultaci sociální pracovníce a primářky hospice je rozhodnuto, zda je klient přijat nebo ne. Soběstačným a rodinou zajištěným klientům je spíše doporučen mobilní hospic Tabita, který je součástí Hospice sv. Alžběty v Brně. Na otázku, zda mají onkologičtí klienti přednost v umístění do hospicového zařízení, vrchní sestra odpověděla, že v současné době mají málo pacientů, tudíž přijímají všechny. Pokud je ale klientů hodně, jsou do zařízení přijímáni spíše ti pacienti, kteří jsou v domácím prostředí a nutně potřebují odbornou péči. Staniční sestra odpověděla, že 95 % pacientů je onkologických. Mezi nejčastěji přijímané onkologické pacienty v Trenčíně patří nemocní s nádory plic, nádory jazyka, hltanu, hrtanu, žaludku, slinivky a jater. V Brně jsou nejčastěji přijímáni pacienti s karcinomem prsu, prostaty, tlustého střeva, žaludku a tumorem mozku.

Péče o onkologického klienta si nese nejen péči o něj samotného a jeho potřeby, ale významná je i péče o implantabilní venózní port. Péče o implantabilní venózní port je, dle mého názoru, obtížnější, než péče o jakoukoliv jinou kanylu a informovanost sester o této problematice je nedostatečná. Domnívám se, že každá sestra, která s porty manipuluje, by si měla projít školením či kurzem o portech. Velmi mne překvapila odpověď vrchní sestry z Trenčína. Uvedla, že na Slovenské republice se porty nezavádí, tudíž sestry neví, jak s nimi manipulovat. V České republice pacientů s portem přibývá a dle staniční sestry z hospice v Brně jsou všechny všeobecné sestry o manipulaci s portem dostatečně proškoleny.

Onkologičtí pacienti trpí často nesnesitelnými bolestmi. Obě hospicová zařízení spolupracují s Centrem pro léčbu bolesti a sami také používají pětistupňovou nebo desetistupňovou stupnici hodnocení bolesti. Mezi nejčastěji podávané léky proti bolesti v obou hospicích patří nesteroidní analgetika a opiáty, které se podávají transdermálně, injekčně, subkutánně nebo v tabletách. V hospici v Trenčíně mezi často podávané léky patří Haloperidol a Midazolam. V hospici Brně je to Novalgin, Tralgit, Algifen, Paralenové supp., Morphin a Lunaldiny. Tak jako nežádoucí účinky léčby, tak i její účinnost je v obou hospicích kontrolována buď slovním vyjádřením nemocného, nebo bolestivými grimasy při polohování. Odpověď vrchní a staniční sestry na otázku, zda současné způsoby tlumení bolesti jsou dostatečné, byly odlišné. Vrchní sestra se domnívá, že 95 % či 99 % bolesti se dá zvládnout. V současné době jsou však způsoby tlumení bolesti nedostatečné. Důvodem je obava lékařů, kteří se často bojí návykovosti onkologického pacienta. Staniční sestra uvedla, že bolest u onkologických klientů je dostatečně ošetřena a zvládána. Na bolestech se mohou podílet také různé rány. Nejčastější rány, kterými onkologičtí pacienti v obou hospicích trpí, jsou dekubity nebo rány po ozařování. V Brně jsou tyto rány nejčastěji ošetřovány metodou vlhkého hojení ran. Jelikož je tento materiál finančně náročnější, v Trenčíně není tato metoda z důvodů nedostatku financí dostupná.

Odpovědi na otázky týkající se příjmu potravy a nutriční péče, se v obou zařízeních nikterak nelišily. V obou hospicích je při příjmu zjišťována nutriční anamnéza, která probíhá vyptáváním se klienta i rodiny na to, co mu chutná, kolik toho sní a v jaké formě. V Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně jsou teplé obědy a večeře dováženy z restaurace. Snídaně si hospic zařizuje sám. Na otázku, zda v jejich zařízení indikuje lékař enterální výživu, byla ze strany vrchní sestry jasná. „*Ano, určitě. Máme pacienta na enterální výživě, ten už je u nás*“

hodně dlouho na Osmeralu. Ale taky na to sháníme sponzory. Pacienti co mají sondovou stravu, tak jim tu stravu mixujeme. Přineseme oběd, aby to mělo ty kalorie. Je to levnější jak ta sondová strava. A i víme, co jim dáváme.“ V hospici v Brně, dle staniční sestry, záleží na tom, jakou má pacient prognózu. Z její odpovědi jsem pochopila, že záleží na samotném pacientovi, zda u něj bude enterální výživa indikována. Onkologičtí pacienti trpí i určitými komplikacemi příjmu potravy. V obou hospicích se nejčastěji jedná o nechutenství a zvracení. Z důvodu těchto komplikací se klientům v Trenčíně nejčastěji zavádí nasogastrická sonda a vyplachují se jim ústa. V Brně dochází ke snižování dávek, např. Nutrisonu, Nutridrinku. V obou zařízeních je využívána klinická výživa, a to ve formě Nutridrinků.

U pacientů s dýchacími obtížemi je kyslíková terapie využívána velmi často. V obou hospicích jsou na pokojích dostupné oxygenátory. V hospici v Trenčíně je prováděna pokleповá masáž a využíván je i vibrační přístroj, který zajišťuje lepší dýchání pacientů. Také jsou dle vrchní sestry podávány a aplikovány spreje a Morphin v malých dávkách. V hospici v Brně začíná se zklidňující dechovou terapií sestra pro pohybovou aktivitu. Ta své zkušenosti později předá všeobecným sestrám, které v dechové terapii pokračují.

Mezi poslední dvě otázky, týkající se druhého cíle mne zajímalo, zda mají klienti možnost využití duchovní služby. V obou hospicích je tato možnost nabízena i často využívána. V Hospici Milosrdných sester v Trenčíně je k dispozici katolický farář, který za pacienty chodí každou středu. V sobotu je zde pořádána i nedělní mše svatá. V Hospici sv. Alžběty v Brně působí pastorační asistentka. Také všechny sestry jsou věřící a jsou schopny pastorační asistentku kdykoliv suplovat. Každé pondělí je, tak jako v Trenčíně, pořádána mše svatá. Poslední otázkou jsem se ptala na možnost využití respitní péče. V obou zařízeních jsem byla velmi překvapená. Obě sestry odpověděli jednotně a to tak, že respitní péče pro klienty v jejich zařízení není možná. Důvodem je zákaz ze strany pojišťoven a nedostatek personálního obsazení pro danou možnost.

Třetím cílem bylo zjistit postoje všeobecných sester k eutanazii. Názor obou sester na eutanazii je jednoznačný. Eutanazie není potřeba a ani jedna z nich nesouhlasí s možností jejího uzákonění. Jsou toho názoru, že nikdo nemá právo vzít člověku život. V obou zařízeních se sestry setkaly s žádostmi o eutanazii. Nejčastějším důvodem žádostí jsou bolesti, nevolnost, deprese a vyčerpání pacienta. Staniční sestra z hospice v Brně uvádí, že pacienti později o eutanazii přestávají žádat, protože je u nich kvalitně ošetřena bolest, nevolnost a dochází

k celkovému zklidnění pacienta. Ukončení léčby u pacienta, kde jsou již všechny možnosti vyčerpány, neberou jako skrytou eutanazii. Vrchní sestra je spíše pro lepší kvalitu života bez léčby.

Dle mého názoru je problematika eutanazie ve společnosti často diskutovaným tématem. Názor populace na eutanazii je různý. Důvodem pro povolení eutanazie může být fakt, že sami pacienti trpící nesnesitelnou bolestí o ni žádají. Podle zastánců se jedná o milosrdné ukončení utrpení a každý člověk má právo rozhodovat sám o sobě, tudíž i o smrti. Argumentem proti eutanazii je Listina základních práv a svobod, která všem deklaruje právo na život nebo samotná Hippokratova přísaha, dle které je povinností každého lékaře životy zachraňovat.

ZÁVĚR

Lidé v terminálním stádiu nemoci vyžadují často pomoc druhé osoby. Umírající člověk má právo na důstojné zacházení a kvalitně poskytnutou péči, je nezbytné dodržovat lidská práva vycházející z Listiny základních práv a svobod.

Významným prvkem v paliativní péči je léčba bolesti a jiných symptomů, které dané onemocnění provází. Nezbytný je také respekt k pacientovi jako k osobě, empatický přístup a komunikace nejen s nemocným, ale i jeho rodinou.

Slovo paliativní znamená léčba zmírňující a již do nedávna bylo spojováno pouze s onkologií, ale musíme si uvědomit, že paliativní péči nepotřebují jen pacienti onkologičtí, ale třeba i neurologičtí. Paliativní léčbou rozumíme tu léčbu, která je poskytována pacientům, u kterých již byly vyčerpány veškeré možnosti protinádorové léčby. Snažíme se tedy o zmírnění somatických obtíží, jako je bolest, zvracení, dušnost a jiné. Naším úkolem je také podpora pacienta v těžkých chvílích a především komunikace nejen s pacientem, ale i jeho rodinou. Dle mého názoru je otevřená a férová komunikace s klientem a rodinou velmi důležitá. Jedině tehdy, pokud má pacient důvěru k lékaři a celému zdravotnickému personálu, je schopen spolupracovat a podílet se na rozhodování v další léčbě. Pokud pacient dojde do bodu, kdy jeho onemocnění není nijak vyléčitelné, je touto informací zaskočen. Nemocný je chorobou vyřazen z běžného života a začne postrádat smysl života. Zde pak nastává 5 fází umírání, které ve své bakalářské práci popisují. Právě v tomto období je třeba mít na zřeteli především potřeby umírajícího, a to jak v rovině somatické, tak i sociální, duševní a spirituální. Každý umírající si musí vytvořit prostor pro modifikaci přístupu i léčby. Onkologičtí pacienti zvažují, zda navrhované postupy léčby mají smysl či nikoliv. Pro každého z nich je ale důstojná smrt vázaná na kvalitu života.

Problematika onkologie, paliativní a hospicové péče je nedílnou součástí života celé populace a nejde ji jen tak přehlížet. Je to kapitola života plná emocí, bolesti, beznaděje, zármutku, ale i empatie, víry a naděje. Lidskou bolest nad smrtí a úzkost před ní nesmíme nikdy zlehčovat, ale pohled víry je cíl, ke kterému má vývoj chápání smrti u člověka směřovat.

Výsledkem mé bakalářské práce je článek do odborného časopisu, ve kterém je veřejnosti představen hospic jako důležité a nepostradatelné zařízení v péči o terminálně nemocné klienty. V článku jsou prezentovány nejzajímavější otázky a odpovědi z realizovaných rozhovorů v hospicích v Brně a v Trenčíně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] ABRAHÁMOVÁ J., et al. Klinické registry, zdravotnická informatika. In: *Sborník abstrakt. XXXVII. Brněnské onkologické dny a XXVII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Brno, 18. – 19. května 2013.* Brno: Masarykův onkologický ústav 2013. s. 41. ISBN 978-80-904596-9-4.
- [2] ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, et al., 2011. *Obecná onkologie.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.
- [3] HANOBIK, František, et al., 2012. *Quo vadis hospic....* In: *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie.* Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-068-2.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti.* Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [5] KALVACH, Zdeněk a Ondřej SLÁMA, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě.* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- [6] KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství.* Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- [7] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [8] KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, 1992. *O smrti a umírání.* Turnov: Arica Turnov a Nadace Klíček. ISBN 80-900134-6-5
- [9] LACA, Slavomír, Pavol DANCÁK a Peter Laca, 2011. *Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti.* In: *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie.* Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-016-3.
- [10] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

- [11] MUNZAROVÁ, Marta, et al., 2008. *Proč ne eutanazii aneb Být, či nebýt?* Vyd. 2. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-304-3.
- [12] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.
- [13] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů.* Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- [14] PAYNEOVÁ, Sheila, et al., 2007. *Principy a praxe paliativní péče.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [15] SKÁLA, Bohumil, et al., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře.* Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.
- [16] SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie a psychiatrie.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.
- [17] SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *Hospice a umění doprovázet.* Vyd. 5. Ecce homo. ISBN 978-80-4-5.
- [18] ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al., 2006. *Základy ošetrovatelství.* Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
- [19] ULRICHOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: Vybrané kapitoly z thanatologie.* Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-743-0.
- [20] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry.* Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

Periodická publikace

- [21] GERYK, E, et al. Nádory, zdraví a ekonomika – součást Pandořiny skříňky? *Onkologie*, 2013, roč. 7, č. 1, s. 40 – 46. ISSN 1802-4475.
- [22] ONDRUŠOVÁ, Martina. Národný onkologický register Slovenskej republiky – základný zdroj informácií v zdravotníckej politike. *Onkológia*, 2006, roč. 1, č. 1, s. 64 – 65. ISSN 1336-8176.

- [23] SNOPKOVÁ, Jindřiška. Protinádorová léčba. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*, 2010, roč. 20, č. 6, s. 55 – 56. ISSN 1210-0404.

Internetové zdroje

- [24] Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, 2010. *Hospice v České republice – členové APHPP* [online]. [cit. 2013-12-13]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>.
- [25] Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, 2010. *Právní a finanční rámec pro hospice* [online]. [cit. 2013-12-16]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>.
- [26] BYSTRICKÝ, Zdeněk, 2002. *Paliativní léčba a péče* [online]. [cit. 2013-11-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/paliativni-lecba-a-pece-144849>.
- [27] DUŠEK, Ladislav, 2010. *Epidemiologie solidních nádorů v ČR podle dat Národního onkologického registru za období 1977-2007* [online]. [cit. 2013-12-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-solidnich-nadoru-v-cr-podle-dat-narodniho-onkologickeho-registru-za-obdobi-1977-2007-450137>.
- [28] Hospic Matky Terezy Bardejov, 2010. *Hospic Matky Terezy Bardejovská Nová Ves* [online]. [cit. 2014-01-11]. Dostupné z: <http://hospicbj.webnode.sk/>.
- [29] KOMÁREK, Lumír, 2007. *Evropský kodex proti rakovině* [online]. [cit. 2013-10-09]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/evropsky-kodex-proti-rakovine>.
- [30] KOPECKÁ, Ester, 2012. *Eutanázie v kontextu lidských práv* [online]. [cit. 2014-01-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/eutanazie-v-kontextu-lidskych-prav-467086>.
- [31] Národné centrum zdravotníckych informácií, 2011. *Národný onkologický register* [online]. [cit. 2013-24-09]. Dostupné z: <http://www.nczisk.sk/Registre/Narodne-zdravotne-registre/Pages/Narodny-onkologicky-register.aspx>.
- [32] Ministerstvo zdravotníctví České republiky, 2014. *Projekt adresného zvaní na preventivní screeningová vyšetření* [online]. [cit. 2014-02-28]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/obsah/projekt-adresneho-zvani-na-preventivni-screeningova-vysetreni_3024_1.html.

- [33] PEŠEK, Miloš, 2011. *Desatero onkologického pacienta* [online]. [cit. 2013-10-09]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/lecba-17/desatero-onkologickeho-pacienta/>.
- [34] SOCHOROVÁ, Nataša a KREJČÍŘIKOVÁ, Karla, 2009. Sdělování onkologické diagnózy. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: SOLEN, 2009, 10(1), 41-42 [cit. 2013-11-29]. ISSN 18003-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/01/09.pdf>.
- [35] VODVÁŘKA, Pavel, 2000. *Co všechno je a co není podpůrná léčba v onkologii* [online]. [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/co-vsechno-je-a-co-neni-podpurna-lecba-v-onkologii-127385>.
- [36] Zdravotnické noviny, 2012. *Eutanazii umožňuje jen málo zemí světa* [online]. [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/eutanazii-umoznuje-jen-malo-zemi-sveta>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)
aj.	A jiné
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervový systém
CT	Computed Tomography (počítačová tomografie)
č.	Číslo
ČR	Česká republika
DNA	Deoxyribonucleic acid (deoxyribonukleová kyselina)
EEG	Elektroencefalografie
ENCR	European Network of Cancer Registries (Evropská síť onkologických registrů)
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
IACR	International Association of Cancer Registries (Mezinárodní asociace registrů)
i. m.	Intramuskulární aplikace
i. v.	Intravenózní aplikace
Kč	Koruna česká
MKN O-3	International Classification of Diseases for Oncology (Mezinárodní klasifikace nemocí pro onkologii 3. vydání)
MKN – 10	International Classification of Diseases for Oncology (Mezinárodní klasifikace nemocí pro onkologii 10. revize)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	Magnetic Resonance Imaging (magnetická rezonance)
např.	Například

NOR	Národní onkologický registr
OPP	Oddělení paliativní péče
PET	Pozitronová emisní tomografie
popř.	Popřípadě
p. ř. n. l.	Před naším letopočtem
R1	Vrchní sestra z Hospice Milosrdných sestier v Trenčíně
R2	Staniční sestra z Hospice sv. Alžběty v Brně
Sb.	Sbírky
s. c.	Subkutánní aplikace
SR	Slovenská republika
stol.	Století
sv.	Svatý, svatá, svaté
T	Tazatel
TK	Krevní tlak
tzv.	Takzvaně
USA	United States of America (Spojené státy americké)
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
%	Procento
§	Paragraf

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1 Nejvyšší dosažené vzdělání*
- Tab. 2 Specializace*
- Tab. 3 Délka praxe v zařízení*
- Tab. 4 Práce na pozici všeobecné sestry*
- Tab. 5 Motivace k práci v hospici*
- Tab. 6 Další vzdělávání*
- Tab. 7 Bližší kontakt s klienty a jejich rodinami*
- Tab. 8 Složení multidisciplinárního týmu*
- Tab. 9 Typ provozu*
- Tab. 10 Skladba personálu na denní/odpolední/noční službě*
- Tab. 11 Dostatek zdravotnického personálu na oddělení*
- Tab. 12 Náročnost péče o onkologické klienty*
- Tab. 13 Vnímání onkologického klienta*
- Tab. 14 Specifika práce při péči o onkologické klienty*
- Tab. 15 Získání důvěry onkologického klienta*
- Tab. 16 Náročnost komunikace s onkologickými klienty*
- Tab. 17 Využití duchovní služby onkologickými klienty*
- Tab. 18 Přijetí onkologického klienta do zařízení*
- Tab. 19 Přednost v umístění onkologických klientů*
- Tab. 20 Nejčastější onkologické diagnózy*
- Tab. 21 Ošetrovatelská péče o klienty s portem*
- Tab. 22 Kurz ošetrovatelské péče o klienta portem*
- Tab. 23 Zvládání bolesti u onkologických klientů*
- Tab. 24 Škály k hodnocení intenzity bolesti*
- Tab. 25 Farmakoterapie bolesti*
- Tab. 26 Účinnost farmakoterapie při bolestech*
- Tab. 27 Sledování vedlejších účinků farmakoterapie*
- Tab. 28 Druhy užívané léčby*
- Tab. 29 Zhodnocení zvládání bolesti*
- Tab. 30 Spolupráce s Centrem pro léčbu bolesti*
- Tab. 31 Spolupráce s onkologickým oddělením*

Tab. 32 Nejčastější rány u onkologických klientů

Tab. 33 Péče o rány po radioterapii

Tab. 34 Užívání metody vlhkého hojení ran u onkologických klientů

Tab. 35 Indikace enterální výživy u onkologických klientů

Tab. 36 Komplikace příjmu potravy u onkologických klientů

Tab. 37 Konzultace s nutričním terapeutem

Tab. 38 Provádění nutriční anamnézy

Tab. 39 Sipping u onkologických klientů

Tab. 40 Oxygenoterapie u onkologických klientů

Tab. 41 Dechová cvičení u onkologických klientů

Tab. 42 Možnost využití duchovní služby

Tab. 43 Možnost využití respitní péče

Tab. 44 Názor na eutanazii

Tab. 45 Povolení eutanazie u vybraných klientů

Tab. 46 Vliv uzákonění eutanazie na profesní život

Tab. 47 Žádost klienta o eutanazii

Tab. 48 Podíl rodiny na rozhodování o eutanazii

Tab. 49 Skrytá eutanazie

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Evropský kodex proti rakovině
- P II Incidence a léčba zhoubného novotvaru
- P III Hlášení zhoubného nádoru
- P IV Kontrolné hlásenie zhoubného nádoru
- P V Strukturovaný rozhovor
- P VI Autentický přepis rozhovoru
- P VII Potvrzení o účasti na odborném kurzu – Péče o pacienta s implantovaným portem
- P VIII Potvrzení o účasti na semináři – Vybrané kapitoly v onkologické péči II
- P IX Potvrzení o účasti na konferenci - Role nelékařských povolání v léčbě pacientů s onkologickým onemocněním
- P X Potvrzení o účasti na konferenci - XXXVII. Brněnské onkologické dny a XXVII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky
- P XI Potvrzení o účasti na konferenci - XXXVIII. Brněnské onkologické dny a XXVIII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky
- P XII Potvrzení o absolvování kurzu – Základní kurz Bazální stimulace v ošetrovateľskej péči
- P XIII Potvrzení o účasti na odborném kurzu – Prevence infekce v souvislosti s i. v. vstupy
- P XIV Potvrzení o účasti na odborném kurzu – Hojení ran – specifická ošetrovateľská péče o chronické rány a defekty

PŘÍLOHA P I: EVROPSKÝ KODEX PROTI RAKOVINĚ

Desatero pro život: vzniku mnohých nádorů je možno zabránit, dodržování doporučení snižuje riziko vzniku rakoviny, ale je i celkovým přínosem pro zdraví, mnoho nádorů může být vyléčeno, jestliže jsou včas zjištěny

Desatero pro život:

Vzniku mnohých nádorů je možno zabránit

1. Nekuřte - kuřáci, přestaňte co nejdříve a nekuřte v přítomnosti druhých
2. Mírněte se v konzumaci alkoholických nápojů
3. Vyhýbejte se nadměrnému slunění
4. Dodržujte zdravotní a bezpečnostní pokyny, zejména při práci zahrnující výrobu a manipulaci s látkami, které mohou způsobit rakovinu

Dodržování následujících dvou doporučení snižuje riziko vzniku rakoviny, ale je i celkovým přínosem pro zdraví:

5. Často jezte čerstvé ovoce a zeleninu a obiloviny, neboť obsahují ochranou vlákninu
6. Vyvarujte se vzniku nadváhy a omezte spotřebu tučných jídel

Mnoho nádorů může být vyléčeno, jestliže jsou včas zjištěny

7. Navštivte lékaře, objevíte-li kdekoliv na těle bulku, pozorujete změny pigmentového znaménka nebo zjistíte krvácení bez známé příčiny
8. Navštivte lékaře, máte-li přetrvávající potíže, jako kašel, chrapot, nepravidelnou stolici nebo jestliže hubnete bez známé příčiny

Pro ženy

9. Chod'te pravidelně na gynekologické prohlídky a žádejte vyšetření stěru z děložního hrdla
10. Kontrolujte si pravidelně prsy a nechte si po dosažení 50 let pravidelně dělat mamografii

"EVROPA PROTI RAKOVINĚ"

Převzato z: KOMÁREK, Lumír, 2007. *Evropský kodex proti rakovině* [oline]. [[cit. 2013-04-09]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/evropsky-kodex-proti-rakovine>.

PŘÍLOHA P II: INCIDENCE A LÉČBA ZHOUBNÉHO NOVOTVARU

Incidence a léčba zhubného novotvaru				Razítko zdravot. pracoviště, které diagnostikuje novotvar			
Vypíšte troj/dvojmo silně orámovanou část (* lze zaškrtnout více možností)				Pořadí ZN <input type="text"/> Evid. č. ZN <input type="text"/>			
Rodné číslo <input type="text"/>		Příjmení a jméno <input type="text"/>		M <input type="text"/> Z <input type="text"/>			
Trvalé bydliště: Obec, okres, PSČ <input type="text"/>				Datum narození <input type="text"/>		IČ <input type="text"/> PČZ <input type="text"/> PČDP <input type="text"/> odd. <input type="text"/>	
(do registru se přenáší jen obec)				Socialní postavení: 1 <input type="checkbox"/> zaměstnanec 2 <input type="checkbox"/> samost. pracující 3 <input type="checkbox"/> nepracující 4 <input type="checkbox"/> nezaměstnaný 5 <input type="checkbox"/> bezdomovec 9 <input type="checkbox"/> neznámo			
Stav (žijící) 1 <input type="checkbox"/> v rodině 2 <input type="checkbox"/> osamocené 9 <input type="checkbox"/> neznámo				Země původu (slovně) <input type="text"/> kód <input type="text"/>			
Zjištěno při: 1 <input type="checkbox"/> screening 3 <input type="checkbox"/> klin. maníf. 5 <input type="checkbox"/> jiný způsob 2 <input type="checkbox"/> prev. prohl. 4 <input type="checkbox"/> pitva 9 <input type="checkbox"/> neznámo				Datum 1. návštěvy lékaře <input type="text"/>		Datum stanovení diagnózy <input type="text"/>	
Kouření: 1 <input type="checkbox"/> ano 3 <input type="checkbox"/> bývalý kuřák 2 <input type="checkbox"/> ne 9 <input type="checkbox"/> neznámo		Lateralita 3 <input type="checkbox"/> oboustranně 2 <input type="checkbox"/> vlevo 9 <input type="checkbox"/> neznámo		K dg. vedla tato vyšetř. 02 <input type="checkbox"/> operace 16 <input type="checkbox"/> endoskopie 00 <input type="checkbox"/> klin. jasné 04 <input type="checkbox"/> cytologie 32 <input type="checkbox"/> lab. vyš., markery 01 <input type="checkbox"/> histologie 08 <input type="checkbox"/> RTG, zobr. m. 64 <input type="checkbox"/> pitva 99 <input type="checkbox"/> DCO		kód součet <input type="text"/>	
Diagnóza (slovně) <input type="text"/>				kód MKN-10 <input type="text"/>			
Morfologie hist. <input type="checkbox"/> cyt. <input type="checkbox"/>				kód topograf. <input type="text"/> kód morf. <input type="text"/>			
TNM T <input type="text"/> T <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> pTNM y <input type="text"/> pT <input type="text"/> pN <input type="text"/> pN <input type="text"/> pN <input type="text"/> sn <input type="text"/> pM <input type="text"/> ITC <input type="text"/>							
Riziková kategorie (trofoblast) <input type="checkbox"/>				Sérové nádorové markery (jen u varlat) <input type="checkbox"/>		Onemocnění <input type="checkbox"/>	
Klinické stadium (0,I,II,III,IV) 6 metastázy u nezn. prim. 7 neuvádí se 9 neznámo				1 <input type="checkbox"/> lokalizované 2 <input type="checkbox"/> pokročilé 9 <input type="checkbox"/> neznámo			
Praktický lékař, u kterého je pacient registrován <input type="text"/>				Datum hlášení <input type="text"/>		Jméno a podpis hlásícího lékaře <input type="text"/>	
Léčebný postup navržený pracovištěm zodpovědným za léčbu: <input type="text"/>				Razítko zdravot. pracoviště zodpovědného za léčbu			
Datum převzetí do péče <input type="text"/>				IČ <input type="text"/> PČZ <input type="text"/> PČDP <input type="text"/> odd. <input type="text"/>			
Jméno a podpis hlásícího lékaře <input type="text"/>				Datum hlášení <input type="text"/>			
Operace: operační výkon (slovně) zdr. zařízení a oddělení <input type="text"/>				Datum operace <input type="text"/>			
Druh operace 1 <input type="checkbox"/> exstirpace nádoru 2 <input type="checkbox"/> odstranění orgánu s nádorem 3 <input type="checkbox"/> radik. operace s odstr. regionálních uzlin 4 <input type="checkbox"/> radik. odstr. uzlin bez zásahu na prim. nádor 7 <input type="checkbox"/> pokus a/nebo odlehčovací operace 0 <input type="checkbox"/> neoperován 9 <input type="checkbox"/> neznámo		Odstranění nádoru 0 <input type="checkbox"/> R0 žádný reziduální nádor 1 <input type="checkbox"/> R1 mikroskop. rezid. nádor 2 <input type="checkbox"/> R2 makroskop. rezid. nádor 3 <input type="checkbox"/> nádor ponechán 9 <input type="checkbox"/> neznámo		Endoskopická operace 1 <input type="checkbox"/> ano 2 <input type="checkbox"/> ne 9 <input type="checkbox"/> neznámo			
Radioterapie (slovně) zdr. zařízení a oddělení <input type="text"/>				Datum zahájení radioterapie <input type="text"/>			
Druh záření 01 <input type="checkbox"/> RTG terapie 02 <input type="checkbox"/> teleterapie Co 60, Cs 137, Gama nuž 04 <input type="checkbox"/> terapie korpuskulárním zářením 08 <input type="checkbox"/> lineární urychlovač 16 <input type="checkbox"/> brachyterapie 32 <input type="checkbox"/> terapie otevřeným zářením 00 <input type="checkbox"/> neozářován		Forma léčby 1 <input type="checkbox"/> předoperační 2 <input type="checkbox"/> pooperační 3 <input type="checkbox"/> před i pooperační 4 <input type="checkbox"/> samostatná (bez operace) 9 <input type="checkbox"/> neznámo		Konkomitance s chemoterapií 1 <input type="checkbox"/> ano 2 <input type="checkbox"/> ne		kód <input type="text"/>	
Chemoterapie (slovně) zdr. zařízení a oddělení <input type="text"/>				Datum zahájení chemoterapie <input type="text"/>			
Forma léčby 1 <input type="checkbox"/> předoperační 2 <input type="checkbox"/> pooperační 3 <input type="checkbox"/> před i pooperační 4 <input type="checkbox"/> samostatná (bez operace) 9 <input type="checkbox"/> neznámo 0 <input type="checkbox"/> nepodána		Typ léčby 01 <input type="checkbox"/> systémová 02 <input type="checkbox"/> regionální 08 <input type="checkbox"/> lokální		kód <input type="text"/>			
Hormonální léčba (slovně) zdr. zařízení a oddělení <input type="text"/>				Datum zahájení hormonální léčby <input type="text"/>			
Druh léčby 01 <input type="checkbox"/> chirurgická 02 <input type="checkbox"/> medikamentózní 04 <input type="checkbox"/> radiační 00 <input type="checkbox"/> neprovedena				kód <input type="text"/>			
Jiná léčba (slovně) zdr. zařízení a oddělení <input type="text"/>				Datum zahájení jiné léčby <input type="text"/>			
Druh léčby 01 <input type="checkbox"/> imunoterapie 02 <input type="checkbox"/> hypertermie 04 <input type="checkbox"/> kryoterapie 08 <input type="checkbox"/> transplantace kostní dřeně 16 <input type="checkbox"/> fotodynamická 32 <input type="checkbox"/> regulační terapie 64 <input type="checkbox"/> jiná 00 <input type="checkbox"/> neprovedeno		Protinád. léčba nepodána pro 1 <input type="checkbox"/> stav nevyžaduje 2 <input type="checkbox"/> místní rozsah 3 <input type="checkbox"/> generalizaci 4 <input type="checkbox"/> kontraind. nes. s nád. 5 <input type="checkbox"/> odmítnutí 6 <input type="checkbox"/> úmrtí 9 <input type="checkbox"/> neznámo		kód <input type="text"/>			
Příčina smrti z Listu o prohlídce mrtvého (MKN-10) Ia <input type="text"/> Ic <input type="text"/> II <input type="text"/>				Oprava Ia <input type="text"/> Ic <input type="text"/> II <input type="text"/>			
Datum úmrtí <input type="text"/> Pitva 1 <input type="checkbox"/> ano 2 <input type="checkbox"/> ne				Přechodí novotvary: <input type="text"/>			
Počet novotvarů u téhož nemocného <input type="text"/>				Zařízení dispensární péče <input type="text"/>			
				IČ <input type="text"/> PČZ <input type="text"/> PČDP <input type="text"/> odd. <input type="text"/>			

DITIS 113.022.5. Dodatek DITIS s.r.n. PS 31. Odborný list n.č. 465.524.027 fax: 595.701 e-mail: ditis@ditis.cz www.ditis.cz

verze 2006/02

Převzato z: Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, onkologicko-chirurgické oddělení

PŘÍLOHA P III: HLÁSENIE ZHUBNÉHO NÁDORU

Národný register pre národný onkologický register
podľa Zákona č. 153/2013 Z.z. o Národnom zdravotníckom informačnom
systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov

ZR_NOR

Hlásenie zhubného nádoru rok 2014

Rok spracovania:	<input type="text"/>	Mesiac spracovania:	<input type="text"/>	Dátum vyplnenia hlásenia:	<input type="text"/>
IČO PZS:	<input type="text"/>	Kód PZS:	<input type="text"/>		
Názov zariadenia:	<input type="text"/>				
Meno lekára vyplňujúceho hlásenie:	<input type="text"/>				
Kód lekára vyplňujúceho hlásenie:	<input type="text"/>				
Meno:	<input type="text"/>	Príezvisko:	<input type="text"/>	Pohlavie:	1- muž 2-žena <input type="checkbox"/>
Dátum narodenia:	<input type="text"/>	Rodné číslo:	<input type="text"/>	Vek:	<input type="text"/>
Obec:	<input type="text"/>	Kód okresu:	<input type="text"/>		
Vyšetrenia, ktoré viedli k stanoveniu diagnózy					
1- iba klinické	6- histol. Metastázy	Dátum prvých príznakov:	<input type="text"/>		
2- prístrojová tech. (RTG, endoskopia, atď.)	7- histol. Z prim. ložiska	Dátum prvej návštevy lekára:	<input type="text"/>		
3- operácia	8- histol. z pitvy	Dátum stanovenia diagnózy:	<input type="text"/>		
4- špec. Biochem. A imunol. Vyš.	9- pitva (bez histológie)				
5- cytológia, hematológia	9- neznáme				
Diagnóza (podrobný popis lokalizácie a laterality)					
<input type="text"/>					
Kód MKCH:	<input type="text"/>				
Klasifikácia podľa systému TNM					
T	N	M	Klinické štádium	<input type="text"/>	
PT	pN	pM	Patohistologické štádium	<input type="text"/>	
Klinický rozsah nádoru (všeobecná klasifikácia)					
1- Ca in situ	3- priame šírenie do okolia	5- priame šírenie a postih reg. uzlín	7- vzdialené metastázy		
2- lokalizovaný	4- postihnutie reg. uzlín	6- systémové ochorenie	9- neznáme		
Klasifikácia lymfómov:	1- I. štádium	2- II. štádium	3- III. štádium	4- IV. štádium	5- A 6- B 9- neznáme <input type="checkbox"/>
Histológia - podrobný popis a stupeň diferenciácie (vypísať slovom)					
<input type="text"/>					
Cytologický nálež:					
<input type="text"/>					
Ochorenie zistené:					
1- vo včasnom štádiu	2- pokročilé	3- neskoro rozpoznané	4- pri pitve	5- z hlásenia o úmrtí	9- neznáme <input type="checkbox"/>
Plán primárnej liečby:					
<input type="text"/>					
Typ operácie:					
1- extipácia nádoru	Kde:	Dátum: <input type="text"/>			
2- odstránenie orgánu	4- rozšírená radikálna operácia	7- pokus o operáciu			
3- radikálna operácia	5- radikálne odstránenie uzlín	8- neoperovaný			
	6- odľahčovacia operácia	9- neznáma	0- iná terapia	<input type="checkbox"/>	
Rádioterapia:					
1- povrchová rtg	Kde:	Dátum: <input type="text"/>			
2- teleterapia Co 60(Cd 137)	4- elektrónovým žiarením	0- iná			
3- teleterapia brzdným žiarením	5- brachyterapia	8- nekonaná			
	6- otvorenými žiareniami	9- neznáma			
1- radikálna na primárny nádor	3- radikálne na primárny nádor a reg. uzliny	5- celotelová	7- otvorenými žiareniami	0- iná	<input type="checkbox"/>
2- radikálna na regionálne uzliny	4- veľkoobjemové žiarenie	6- paliatívna	8- stereotaxia	9- neznáma	<input type="checkbox"/>

PŘÍLOHA P IV: KONTROLNÉ HLÁSENIE ZHUBNÉHO NÁDORU

Národný register pre národný onkologický register
podľa Zákona č. 153/2013 Z.z. o Národnom zdravotníckom informačnom
systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov

ZR_NOR_KONTR

Národný onkologický register Kontrolné hlásenie zhubného nádoru rok 2014

1. diel určený pre NOR SR
2. diel určený pre spádové onkologické oddelenie (POKO)

Ochrana individuálnych údajov je zaručená zákonom SNR
č.122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Hlásenie podáva zdravotnícke zariadenie podľa
časti 7 tohto hlásenia do 31.3. nasled.kalend.
roku 2x spádovému onkolog. odd. (POKO)

Identifikačné hlásenie	IČO PZS: <input type="text"/>	Kód PZS: <input type="text"/>
	Názov zariadenia: <input type="text"/>	
	Meno lekára vyplňujúceho hlásenie: <input type="text"/>	
1. Priezvisko a meno		Rodné
Pôvodné		2. Rodné číslo
Nové		
3. Trvalé bydlisko		PSČ
Pôvodné		<input type="text"/>
Nové		<input type="text"/>
4. Prechodné bydlisko		PSČ
Pôvodné		<input type="text"/>
Nové		<input type="text"/>
5. Diagnóza (slovom)		Kód MKCH
Pôvodné		<input type="text"/>
Nové		<input type="text"/>
6. Úmrtie		Kód MKCH
Dátum <input type="text"/>		I. <input type="text"/>
Miesto		
Pitva 1. áno 2. nie		II. <input type="text"/>
Príčina smrti podľa listu o prehládke mŕtveho (slovom)		
Pacient zomrel na:		
1. hlásený ZN		4. iné ochorenie s vyliečeným ZN
2. iný ZN		9. príčina úmrtia neznáma
3. iné ochorenie s nevyliceným ZN		
7. Hlásenie sa podáva		
1. pri zmene mena		3. pri zmene diagnózy
2. pri zmene bydliska a vystahovaní zo SR		4. po úmrtí
Odoslané dňa:	Podpis zodp. vedúceho pracovníka	Tel:
Pečiatka:		Fax:
		e-mail
Poznámka spádového onkolog.odd.(POKO)	Došlo dňa:	Evidenčné číslo:

Převzato z: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2011. *Národný onkologický register* [online]. [cit. 2013-24-09]. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/nzr/2014/kontrolne_hlasenie_zhubneho_nadoru.pdf.

PŘÍLOHA P V: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Strukturovaný rozhovor pro staniční sestru z Hospice sv. Alžběty v Brně a pro vrchní sestru z Hospice Milosrdných sester v Trenčíně.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Máte nějakou specializaci?
3. Jak dlouho pracujete ve Vašem zařízení?
4. Než jste se stala vrchní/staniční sestrou, pracovala jste ve Vašem zařízení i na pozici všeobecné sestry?
5. Co Vás vedlo k práci v hospici?
6. Jak se vzděláváte vy? Vzděláváte se i v oblasti onkologie a paliativní péče?
7. Jste jako vrchní/staniční sestra v bližším kontaktu s klienty a jejich rodinami?
8. Jakým personálem je ve Vašem zařízení tvořen multidisciplinární tým?
9. V jakém provozu pracujete?
10. Jaká je skladba personálu na denní/odpolední / noční službě?
11. Je podle Vás na oddělení dostatek zdravotnického personálu?
12. Myslíte si, že je péče o onkologické klienty v terminálním stádiu náročná? Pokud ano, v čem nejvíce?
13. Jak vnímáte onkologického klienta?
14. Jaká jsou dle Vašeho pohledu specifika práce při péči o onkologické klienty?
15. Je těžké získat si důvěru onkologického klienta v terminálním stádiu?
16. Je komunikace s onkologickými klienty náročnější než s klienty např. s jiným onemocněním? Pokud ano, v čem?
17. Myslíte si, že duchovní službu využívají klienti s onkologickým onemocněním více než klienti např. s jiným onemocněním?
18. Po ukončení léčby na onkologickém oddělení jsou onkologičtí klienti posíláni k Vám. Jaké formuláře je nutno vyplnit a zaslat?

19. Mají u Vás onkologičtí klienti přednost v umístění?
20. S jakými onkologickými diagnózami jsou k Vám nejčastěji klienti přijímáni?
21. Provádíte ošetrovatelskou péči u onkologických klientů s portem?
22. Mají sestry na Vašem oddělení kurz ošetrovatelské péče o klienta s portem nebo jsou v této oblasti jinak proškoleny?
23. Jak zvládáte bolest u onkologických klientů?
24. Jaké používáte škály k hodnocení intenzity bolesti?
25. Jaké léky proti bolesti nejčastěji podáváte onkologickým klientům?
26. Jakým způsobem kontrolujete účinnost léčby při bolestech?
27. Sledujete vedlejší účinky podávaných analgetik či opiátů?
28. Používáte spíše analgetickou nebo opoidní léčbu?
29. Domníváte se, že současné způsoby tlumení bolesti u onkologických klientů jsou dostatečné?
30. Spolupracujete s Centrem pro léčbu bolesti? Pokud ano, jak?
31. Spolupracuje Vaše zařízení s onkologickým oddělením? Pokud ano, jakým a jak?
32. S jakými rány se nejčastěji u onkologických klientů setkáváte?
33. Jak probíhá péče o rány u klientů po radioterapii?
34. Používáte metodu vlhkého hojení ran u onkologických klientů? Pokud ano, u kterých ran ji využíváte a jaký používáte materiál?
35. Indikuje na Vašem pracovišti lékař enterální výživu u onkologických klientů?
36. Setkala jste se na Vašem pracovišti s komplikacemi příjmu potravy u onkologických klientů? Pokud ano, o jaké komplikace se jednalo a jakým způsobem jste je řešili?
37. Máte možnost konzultace s nutričním terapeutem?
38. Provádíte na Vašem pracovišti nutriční anamnézu?
39. Užíváte u onkologických klientů klinickou výživu? (sipping)
40. Používáte u onkologických klientů kyslíkovou terapii?

41. Používáte u onkologických klientů, kteří trpí dušností, dechová cvičení?
42. Mají Vaši klienti možnost využití duchovní služby?
43. Mají Vaši klienti a jejich příbuzní možnost využít respitní péči?
44. Jaký je Váš názor na eutanazii? Jste pro její uzákonění? Pokud ne, proč?
45. U jakých klientů by podle Vás mohla být eutanazie povolena?
46. Co by pro Váš profesní život znamenalo uzákonění eutanazie? Změnilo by se něco?
47. Setkala jste se již ve Vašem zařízení s žádostí o eutanazii? Pokud ano, proč klient o eutanazii žádal?
48. Myslíte si, že by se na rozhodování o eutanazii měla podílet i rodina umírajícího?
49. Pokud je u onkologického klienta ukončena léčba, která by byla pro klienta jen zatěžující, považujete její ukončení za skrytou eutanazii?

PŘÍLOHA P VI: AUTENTICKÝ PŘEPIS ROZHOVORU

Otázka č. 1

T: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

R1: Já jsem Diplomovaná sestra.

R2: Vyšší odborná škola zdravotnická. V Praze jsem ji studovala.

Otázka č. 2

T: Máte nějakou specializaci?

R1: Onkologickou.

R2: Specializaci nemám, mám hodně kurzů. Od stomických kurzů přes kurz na port.

Otázka č. 3

T: Jak dlouho pracujete ve Vašem zařízení?

R1: Úplně od začátku, takže ten devátý rok. My jsme otevřeli 1. prosince 2005.

R2: Pracuji tady více jak 6 let.

Otázka č. 4

T: Než jste se stala vrchní/staniční sestrou, pracovala jste ve Vašem zařízení i na pozici všeobecné sestry?

R1: Ne, protože jsem jako jediná měla vyšší vzdělání, ale už mě všichni předběhli. Později mě vymění.

R2: Na pozici vrchní sestry a všeobecné taky. Nejdřív pět let jako všeobecná sestra, potom rok jako vrchní a teďka, z rodinných důvodů, jako staniční.

Otázka č. 5

T: Co Vás vedlo k práci v hospici?

R1: V první řadě mě poslali Představení, protože já jsem řadová sestra, ale v podstatě to byla taková moje srdcovka. Ve všech předchozích zaměstnání mě vždy přitahovali ti umírající a jejich potřeby. Možná jsem se zamýšlela nad tím, že se jim věnuje málo pozornosti a je na ně málo času a nejsou žádné etické principy v péči o ně. Tak mě to znepokojovalo a snažila jsem se vždy tak více okolo nich v každém zařízení. Takže když jsem přišla, tak jsem si řekla, že to je to, co jsem vždy chtěla.

R2: Byla to moje touha už od střední školy. Zajímala jsem se o hospice a chodila jsem na přednášky paní doktorky Svatošové. Četla jsem její knížky.

Otázka č. 6

T: Jak se vzděláváte vy? Vzděláváte se i v oblasti onkologie a paliativní péče?

R1: Ano. Jednou za dva roky se nám podaří zorganizovat přes komoru sester náš seminář pro sestry, aby měly kredity. V loni v červnu jsem skončila PŠŠŠ (pomaturitní specializační studium) a děvčata si teď dělají specializace. My to tady máme ze zákona. Vlastně na každé směně musí být specializovaná sestra. Buď onkologie, interna nebo chirurgie, platí to i pro hospice u nás na Slovensku. Takže to je taková nová věc, že i tak se vzdělávají. Ale doplňují si i školy, protože většina byly jen Všeobecné sestry. Teď mi končí jedna magisterské studium, dvě děvčata jdou na magisterské po bakaláři. Takže to vzdělávání tady „frčí“.

Další začnou specializaci, i když mají na oddělení odpracované dva roky. To je taková podmínka ta to PŠŠŠ, že po roku nebo po dvou letech.

R2: Několikrát ročně jezdím na konference i na Slovensko, v Maďarsku jsem byla na čtyřdenní stáži, hospicové.

Otázka č. 7

T: Jste jako vrchní/staniční sestra v bližším kontaktu s klienty a jejich rodinami?

R1: My to bereme tak, že jsme nemocnice, takže ne klienti, ale pacienti. Klienti si připlácí. Ale ano, bývám. Jsem tu každý den, na té ranní službě. Snažím se každý den vidět každého

pacienta. Někdy se mi to nepodaří, protože mám více povinností okolo. Mám na starosti i dobrovolníky a stážisty, studenty a všechny tyto žádosti, takže to mě zabírá hodně času. Na vizity už nechodím, protože už máme lékařky dvě. Dříve, když byla pouze jedna lékařka, tak jsem s ní na vizitu chodila. Pouze pokud potřebují u vizity nějakou asistenci, tak vezmou mě, protože zdravotní sestřička už má rozplánované koho jde ošetřovat. To jsme se naučili v Čechách, v Červeném Kostelci. Takže ten styl u nás je velmi podobný jak v Česku. Takže po snídani jde sestřička ošetřovat, umývat pacienty, kde jsou nějaké výkony a ošetřovatelé jsou na ty lehčí pacienty.

R2: Ano, mnohem.

Otázka č. 8

T: Jakým personálem je ve Vašem zařízení tvořen multidisciplinární tým?

R1: Takže lékaři. Dva lékaři jsou na plný úvazek. Jsou tady od půl osmé do tří, půl čtvrté. Potom jsou to externí lékaři, sloužící o víkendech nebo svátky a dovolené našich doktorek. Oni přijdou, udělají vizitu a odejdou. Potom jsou na telefonu. Noční službu tady nemáme. Potom jsou to zdravotní sestry, ošetřovatelé. Slouží dvanáctky od 7 do 7. Na denní je jedna sestra a dva ošetřovatelé a já. A noční jedna plus jedna. Potom máme v týmu sociálního pracovníka na plný úvazek. Takže Janka je tady každý den pracovní. Psychologa máme. Máme tady v budově vlastně více zařízení, takže ta psychologka je u nás tak na půl úvazku, protože je i pro klienty z domova sociální péče. Potom máme stážisty, jsou to děcka, které si dělají povinnou praxi, buď ošetřovatelství, nebo sociální. Potom dobrovolníci jsou členy našeho týmu, kteří chodí k pacientům na návštěvy. Ti co chodí k pacientům, jsou zaškolení. Chodí k pacientům tak na hodinku týdně, já je mám na starosti. Máme takové setkání jednu za měsíc s psychologkou, aby i oni měli možnost takové supervize a popovídat si o tom, co zažívají. Pak jednou za rok míváme takový výlet, jedno velké setkání. Loni jsme byli v Nitře v hospici. Potom máme dobrovolníky, kteří nám dělají jiné služby, třeba knihovnu nám zařídili, zahrádku. Potom do našeho týmu patří příbuzní. Zveme si je, aby byli s pacientem a dělali mu společnost. Takže pokud my nemáme dobrovolníka nebo nestihnáme, tak je dobré, že je tam ten příbuzný.

R2: Psycholog, pastorační asistentka, sociální pracovnice. Máme dvě sociální pracovnice, každá má jedno oddělení. Koordinátorka dobrovolníků, ošetřovatelé, lékařka, primářka,

všeobecné sestry. Dříve do týmu patřila převazová sestra, to se teďka mění a předává se to staniční sestře. Ještě sestra pro pohybovou aktivitu. Chodí k nám dobrovolníci, ale neúčastní se toho multidisciplinárního týmu, s těmi jsme v kontaktu přes koordinátorku dobrovolníků a naši dobrovolníci mají zvlášť školení. Také studenti a žáci. Studenti středních škol, i teďka nově učňáků – ošetřovatelé, studenti VOŠ a vysokých škol. A také z doškolováků k nám chodí lidi, protože jsme akreditované zařízení pro vzdělávání.

Otázka č. 9

T: V jakém provozu pracujete?

R1: V 12-ti hodinových službách, tedy denní a noční. I víkendy, svátky. Takhle jsme si to našli v tom Červeném Kostelci a vyhovovalo nám to.

R2: Já pracuji v jednosměnném provozu. Vrchní a staniční pracují v jednosměnném provozu a všechny ostatní sestry a ošetřovatelé pracují v nepřetržitém provozu. A v jednosměnném ještě pracuje třeba psycholog, sestra pro pohybovou aktivitu, koordinátorka dobrovolníků.

Otázka č. 10

T: Jaká je skladba personálu na denní/odpolední/noční službě?

R1: Na denní službě jsou dvě lékařky, sestřička, dva ošetřovatelé, já jako hlavní sestra, sociální pracovnice, někdy dobrovolník, příbuzní. Také praktikanti od 7 do 15 hodin.

Na noční službě je jedna plus jedna, sestra a ošetřovatel. A studenti pokud mají podmínku noční služby, tak si za tu praxi udělají jednu noční.

R2: Na denní službu je to teda všeobecná sestra, dva ošetřovatelé, staniční sestra. Na noční jedna sestra na každé oddělení a jeden ošetřovatel dohromady, to jsou dvě oddělení. Celkově dole máme oddělení na 12 lůžek a tady nahoře 10 a budeme to rozšiřovat o další dvě.

Otázka č. 11

T: Je podle Vás na oddělení dostatek zdravotnického personálu?

R1: No tento model jsme si v tom Kostelci našli. Na těch 14 lidí je to někdy dostačující a někdy je to příšerně málo. Ale pokud chodí studenti, tak je to dobré. Ale zase pokud nám umírají tři nebo čtyři lidi, tak je to těžké. Chceme u těch lidí být, měli bychom tam být, ale někdy to nejde. Takže nevím, nemůžu říct. Třeba dneska je nás dost na oddělení. Máme klid, pacienti jsou klidní, nic se neděje. Máme dnes i jednu paní na stáži, co si hledá práci a dva studenty. Jednoho jsem poslala do domova, protože to už by nás bylo moc.

R2: Ty směny to kryje dobře.

Otázka č. 12

T: Myslíte si, že je péče o onkologické klienty v terminálním stádiu náročná? Pokud ano, v čem nejvíce?

R1: Je to jiné. Záleží, jaký je to člověk a v jakém je stavu. Důležitá je podpora rodiny. Pokud dojde umírající, dusící se pacient, je to náročné.

R2: Ano. Záleží taky, co je to člověka. Pokud je to zdravotník, je to náročnější. Pokud je tam složitá rodinná nebo sociální situace. Teďka tady máme často maminky s dětma, které žijí bez partnerů samy. To je velmi náročné potom upokojit takového člověka.

Otázka č. 13

T: Jak vnímáte onkologického klienta?

R1: No ti pacienti si prošli už leccím. Nevím no.

R2: Je to člověk, který si potřebuje dát do pořádku tady všechny ty věci, aby mohl důstojně odejít, a aby to bylo důstojné i pro ty jeho blízké.

Otázka č. 14

T: Jaká jsou dle Vašeho pohledu specifika práce při péči o onkologické klienty?

R1: Člověk musí být trpělivý, protože s některými pacienty je to velmi těžké. Ale my se pro ně snažíme udělat vše co je v našich silách a co zvládáme.

R2: Musí to být člověk trpělivý a pokorný, protože často jsou to lidi v agresi, v negaci, kteří vidí ve zdravotnících viníky a snaží se to otáčet proti nim, že oni za to můžou, že toho dělají třeba málo, co se týče léčebných procesů, na jejich uzdravení. Pak musí to být člověk, který sám žije naplněný život, nesmí si to tady kompenzovat, musí mít vyřešené záležitosti.

Otázka č. 15

T: Je těžké získat si důvěru onkologického klienta v terminálním stádiu?

R1: No myslím, že často jsou takový překvapení tady z toho prostředí. Ale často nám hned poví, jak se cítí. Pokud je schopný to hodnotit, tak nám poví. Často jsou takový, že proč už k nám nepřišli dříve. Často i příbuzní si vyčítají, proč už ho sem nedali dříve. Jsou často ale i překvapení, že se tady musí připlácet, protože pro některý je to hodně peněz. Ale bez toho to tady nejde. V našem hospici to je 18 € na den, ale i to nám nestačí. Takže sháníme i sponzory. Ucházíme se i o příspěvek z Ligy proti rakovině, to u nás taky funguje.

R2: Záleží, většinou se tady setkáváme s velkým vděkem od těch pacientů. Nebývá to tak od začátku, většinou je to tak, že ti pacienti mají špatnou zkušenost z jiného zdravotnického zařízení, ale postupně se otevírají a věřím, že je to díky laskavé péči celého multidisciplinárního týmu.

Otázka č. 16

T: Je komunikace s onkologickými klienty náročnější než s klienty např. s jiným onemocněním? Pokud ano, v čem?

R1: Je to náročné, ale zase záleží na tom člověku samotném. Pokud je vyrovnaný nebo ne. Někteří vyjednávají, že nedojdou ke smíření. Ale ty co umírají, doufáme, že došli ke smíření. U někoho vidíme, že nemá něco vyřešené, že na někoho čeká. Je to takové těžké.

R2: Nejnáročnější komunikace je s pacienty, kteří mají amyotrofickou laterální sklerózu. Takže s těmi je nejtěžší komunikace. Taky poslední roky je tady vždycky někdo na oddělení, který má tuto diagnózu a ta komunikace se postupně horší a jsou to lidi, kteří mají postupně i psychické problémy, které souvisí s touto nemocí, takže bývají často plačtiví, když se nemůžeme dorozumět. Máme různé metody, upravujeme jim tabulky třeba, písmenka, celé věty. Individuálně se přizpůsobujeme tady těm pacientům

Otázka č. 17

T: Myslíte si, že duchovní službu využívají klienti s onkologickým onemocněním více než klienti např. s jiným onemocněním?

R1: To nemůžu říct, je to individuální.

R2: Ne, nedá se říct. Nezáleží na té diagnóze.

Otázka č. 18

T: Po ukončení léčby na onkologickém oddělení jsou onkologičtí klienti posíláni k Vám. Jaké formuláře je nutno vyplnit a zaslat?

R1: Máme žádost o přijetí, informovaný souhlas, to musíme mít. Potom vyjádření lékaře k přijetí, tedy onkologa nebo všeobecného lékaře. Ale pokud přijímáme z nemocnice, tak stačí doporučení, vyjádření lékaře.

R2: Je to žádost, kterou má naše zařízení. Žádosti se odesílají sociální pracovníci, paní magistře Margoldové a ta po konzultaci s naší primářkou Slámovou rozhoduje, který pacient patří do našeho zařízení. Nemáme pořadník, ale nemůžeme přijímat všechny žádosti, často jsou to lidi, kteří jsou ještě soběstační a nepotřebují až takovou zdravotní péči, anebo pokud je pacient s rodinou, třeba je zvládnutelná péče v domácím prostředí. Máme i mobilní hospic Tabita.

Otázka č. 19

T: Mají u Vás onkologičtí klienti přednost v umístění?

R1: Je to tak, že někdy máme pořadník a je tam mnoho lidí. Tehdy kdy rozhodujeme, máme volné místo, tak přijmeme pacienta, který je doma, který nemá žádnou odbornou péči. Který má třeba bolesti, onkologický, umírající pacient. Nebo u něho nejde zajistit výživu, že nic není například. V nemocnici ještě toho člověka pár dní podrží, ale doma ho nikdo nepodrží. Teďka pořadník nemáme. Nemáme koho přijímat, máme deset pacientů. Takže čekáme, kdo se nám nahlásí a můžeme ho z fleku přijmout, z hodiny na hodinu.

R2: 95 % našich pacientů jsou onkologičtí.

Otázka č. 20

T: S jakými onkologickými diagnózami jsou k Vám nejčastěji klienti přijímáni?

R1: Je to různé. Teď jsme měli dva po sobě s nádorem plic. Ale jinak všechno možné. Nádory jazyka, hltanu, hrtanu, plíce, žaludek, pankreas, játra.

R2: Karcinom prsu, karcinom prostaty, karcinom tlustého střeva, žaludku, tumory mozku.

Otázka č. 21

T: Provádíte ošetrovatelskou péči u onkologických klientů s portem?

R1: Ne, u nás se to nezavádí. Ukazovali nám to na onkologii, ale dokonce i tam to neměli. Tam to bylo, jakože jen na ukázkou, abychom věděli co to je. U nás míváme centrální venózní katetr. U nás na Slovensku to nefunguje, jen ti specializovaní onkologové nám ukázali, jak to vypadá, ukázali nám jen ten set.

R2: Ano, je to čím dál častější a myslím, že to bude čím dál častější.

Otázka č. 22

T: Mají sestry na Vašem oddělení kurz ošetrovatelské péče o klienta s portem, nebo jsou v této oblasti jinak proškoleny?

R1: Ne, jen jak jsem říkala. Byli jsme se na to jen podívat, jak to vypadá. Neumíme s nimi manipulovat.

R2: Ano my jsme tady měli školení pro všechny sestřičky o portech.

Otázka č. 23

T: Jak zvládáte bolest u onkologických klientů?

R1: Nejprve dáváme nesteroidní analgetika, pak sladší opiáty, opiáty v kombinaci s analgetiky.

R2: Myslím, že máme výborně ošetřenou bolest u pacientů. Taky to mají, tu bolest, ošetřenou na míru, takže sledujeme stupně bolesti. Máme tady velkou škálu různých analgetik, které používáme. Častou jsou to transdermální náplasti od bolesti, opiátové a pak jako se to tak poskládá i neopiátovými analgetikama, když pacienti bolesti nemají. Pak třeba sledujeme to, kdy je potřeba dopich tomu pacientovi dát, takže často máme takovou ordinaci, že se dává dopich před hygienou. Takže podle toho jestli je hygiena v půl deváté nebo v půl jedenácté, tak před tím dostane 20 minut pacient léky od bolesti buď v tabletě, nebo v injekci. To samé i třeba při večerním polohování, když víme, že někdo je více bolestivý na večer, tak prostě dle potřeby dostává.

Otázka č. 24

T: Jaké používáte škály k hodnocení intenzity bolesti?

R1: My ošetrovatelské nemáme, to si dělá lékař sám. Jedině to 1 až 10 stupnici.

R2: Používáme pěti stupňovou škálu, dříve jsme měli desetistupňovou, ale ta pětistupňová se nám více osvědčila.

Otázka č. 25

T: Jaké léky proti bolesti nejčastěji podáváte onkologickým klientům?

R1: Nesteroidní analgetika, opiáty. Analgetika máme injekční, tablety subkutánní, dáváme i pumpou. Například Haloperidol, Midazolan. Taky máme i opiátové náplasti.

R2: Novalgín v tabletách, injekcích. Tralgit v injekcích a kapkách. Algifen v kapkách. Ale i třeba Paralenové čípky. Co se týče opiátů, tak Morphin a náplasti a potom v tabletách opiáty, třeba Lunaldiny.

Otázka č. 26

T: Jakým způsobem kontrolujete účinnost léčby při bolestech?

R1: To paní doktorka, my ji třeba upozorníme, že pacient je bolestivý při polohování.

R2: Sledujeme toho pacienta, takže podle toho pokud může komunikovat, tak slovně, pokud ne tak, sledujeme neverbálně, jestli má bolestivou vrásku. Sledujeme, jestli je bolestivý při přetáčení, nebo zda hygiena probíhá bezbolestně.

Otázka č. 27

T: Sledujete vedlejší účinky podávaných analgetik či opiátů?

R1: Ano.

R2: Ano.

Otázka č. 28

T: Používáte spíše analgetickou nebo opoidní léčbu?

R1: Tak někteří pacienti k nám už chodí na opiátech, takže to se nedá, že přejdeme na analgetika. Podle toho jak k nám přijdou, je to individuální.

R2: Kombinujeme, ale začínáme neopoidníma analgetikama.

Otázka č. 29

T: Domníváte se, že současné způsoby tlumení bolesti u onkologických klientů jsou dostatečné?

R1: Myslím si, že tam venku to není dostatečné. Přijali jsme pacienta, který měl 3 x 30 kapek Algifenu a dávno už měl mít opiáty. Myslím si, že je to i o odvaze a poznacích lékařů, ne všichni je mají. Nebo se lékaři bojí nějaké návykovosti. Ale pokud se nevzdělávají, tak jistě neví, že to není o nějaké návykovosti onkologického pacienta. Takže venku to zvládnutí bolesti není dostatečné. Někde jsem slyšela, že 95 % nebo 99 % bolesti se dá zvládnout. To jedno procento zůstává na psychickou bolest.

R2: Ano.

Otázka č. 30

T: Spolupracujete s Centrem pro léčbu bolesti? Pokud ano, jak?

R1: Ano, máme ambulanci chronické bolesti tady v Trenčíně. Někteří pacienti už chodí s nějakou nastavenou léčbou a my v ni většinou pokračujeme a pozorujeme pacienta.

R2: Ano. Vlastně pan doktor Sláma, který vede ambulanci léčby bolesti, manžel naší paní primářky, tak tam je úzká spolupráce. Často nám posílají pacienty.

Otázka č. 31

T: Spolupracuje Vaše zařízení s onkologickým oddělením? Pokud ano, jakým a jak?

R1: Pouze pokud nám posílají pacienta.

R2: Nevím o ničem, to jde spíše mimo mě.

Otázka č. 32

T: S jakými ranami se nejčastěji u onkologických klientů setkáváte?

R1: Nádorové rány třeba po ozařování, dekubity, tracheostomie a jiné vývody.

R2: Nejčastěji jsou to dekubity. Dekubity sakra, paty. Nebývá to tak, že by tady vznikaly dekubity, ale většinou už s nimi pacienti chodí. Nebo také bývají rány po ozařování.

Otázka č. 33

T: Jak probíhá péče o rány u klientů po radioterapii?

R1: To už je následné. Vlastně pokračujeme v tom, co si přinesl, třeba mastičky.

R2: Dle ordinace lékaře.

Otázka č. 34

T: Používáte metodu vlhkého hojení ran u onkologických klientů? Pokud ano, u kterých ran ji využíváte a jaký používáte materiál?

R1: Ne. To je u nás příliš drahé na nakupování. Na předpis to nemáme, takže to musíme kupovat a to je velmi drahé. Na Slovensku to funguje určitě, pro sociální zařízení je to perfektní. To se jim napíše a oni něco doplatí. My to musíme všechno kupovat.

R2: Ano, to používáme nejčastěji. Téměř na všechno. U dekubitů, na popáleniny.

Otázka č. 35

T: Indikuje na Vašem pracovišti lékař enterální výživu u onkologických klientů?

R1: Ano, určitě. Máme pacienta na enterální výživě, ten už je u nás hodně dlouho na Osmeralu. Ale taky na to sháníme sponzory. Pacienti co mají sondovou stravu, tak jim tu stravu mixujeme. Přineseme oběd, aby to mělo ty kalorie. Je to levnější jak ta sondová strava. A i víme, co jim dáváme.

R2: Záleží jakou má pacient prognózu, nebo jakou má on sám vizi, vlastně co chce ještě stihnout. Je to tak, abychom neprodložovali pacientovi život. Ale záleží i na spolupráci s rodinou. Pokud pacient nikoho nemá, nemá žádnou vizi, tak v tom většinou nemá smysl pokračovat, protože je to jenom zátěž pro to jeho tělo a pokud třeba potřebuje ještě stihnout nějaké důležité věci, dát si do pořádku svatbu, ošetřit děti nebo něco takového.

Otázka č. 36

T: Setkala jste se na Vašem pracovišti s komplikacemi příjmu potravy u onkologických klientů? Pokud ano, o jaké komplikace se jednalo a jakým způsobem jste je řešili?

R1: Ano, samozřejmě. Zvracení, nechutenství. Také hlavně ti, co jsou po radioterapii. Dává se jim nasogastrická sonda a vyplachujeme jim ústa.

R2: Ano. Často zvracení. To potom musíme snižovat, upravovat dávky třeba u Nutrisonu, Nutridrinku.

Otázka č. 37

T: Máte možnost konzultace s nutričním terapeutem?

R1: Ne, to si řeší naše lékařky. My jsme maličké zařízení.

R2: Máme možnost konzultace. Jedna naše externí lékařka, paní doktorka Šachlová, tak ta pracuje na žluťáku, tam má nutriční poradnu, takže ta je nám k dispozici. A taky s jídelnou, kde nám vozí jídlo pro pacienty, tam mají dietní sestru. Takže máme možnost.

Otázka č. 38

T: Provádíte na Vašem pracovišti nutriční anamnézu?

R1: To také lékařky. Ale i já sbírám anamnézu při příjmu. Vlastně ptám se pacienta co má rád, kolik toho sní a jaké formě. A to si zapíšeme. Obědy a večeře nám teplé dováží z restaurace a snídaně si tady připravujeme sami. Takže to je ta výběrová strava, že mu můžeme nabídnout. Pokud nemá pacient chuť na teplý oběd, tak mu nabídneme třeba to, co máme v ledničce. Jogurt, tvaroh, pudíng, banán, sýr, máslo, vždy je tam něco nakoupené. Každý den čerstvé pečivo, takže pokud nechce, nemusí jíst každý den teplou stravu. Pokud má chuť na něco speciálního a my to nemůžeme zařídit, tak poprosíme příbuzné. Ale kolikrát jdeme třeba koupit zmrzlinu. Diety máme nejčastěji nula - tekutou, jednička - kašovitou, dvojka - racionální, devítka - diabetickou a čtrnáct – výběrovou.

R2: Nic speciálního, snažíme se vyptávat rodiny, čemu dává pacient přednost, co mu chutnalo nebo jeho samotného, záleží podle stavu. Ale u nás mají pacienti takovou dietu, jakou potřebují.

Otázka č. 39

T: Užíváte u onkologických klientů klinickou výživu? (sipping)

R1: Ano funguje, pokud máme.

R2: Ano, nabízíme to často. Dáváme to i do různých forem. Někomu to chutná chlazené, jsou i různé příchutě. Zajišťujeme to my, ale často jim to nosí i rodina, ale nechceme to po nich vyloženě, pokud někdo nechce 6 Nutridrinků denně.

Otázka č. 40

T: Používáte u onkologických klientů kyslíkovou terapii?

R1: Ano, samozřejmě. Máme oxygenátory, koncentrátory kyslíku. Nemáme centrální rozvod. Takže pacienti mají na pokojích a podle potřeby se doveze.

R2: Ano, často.

Otázka č. 41

T: Používáte u onkologických klientů, kteří trpí dušností, dechová cvičení?

R1: Ano i pokleповá masáž. Ale máme takový nový vibrační přístroj, který pacientům dělá dobře a který lékařka pacientovi vysvětlí. Ale pokud mají nádor plic, tak stále kyslík. Máme i spreje na roztáhnutí průdušek. A Morphin v malých dávkách je taky dobrý na dušnost, není na utlumení ani bolesti, ale na tu dušnost. Máme s tím dobré zkušenosti.

R2: Sestra pro pohybovou aktivitu provádí s pacienty takovou zklidňující dechovou terapii a podle toho, jakou s tím má zkušenost, tak nám to předává dál a my v tom pokračujeme. Začíná s tím ona. Ale jinak oxygenátory máme u pacientů, často prostě s kyslíkem, nejčastěji v terminálním stádiu.

Otázka č. 42

T: Mají Vaši klienti možnost využití duchovní služby?

R1: Ano, jednou do týdne, většinou ve středu chodí pan farář katolický. Chodí na pár hodin okolo půl 10 a je tu do půl 3. Projde si všechny pokoje, každého pacienta navštíví, seznámí se s nimi, popovídá si. I pacienti touto formou došli k takovému vnitřnímu smíření. V sobotu tady máme i nedělní svatou mši, na kterou chodí i pacienti na postelích nebo i pěšky a na vozičku. Také i pan farář evangelický je ochotný k nám přijít. Minulý týden jsme ho volaly k pacientovi s nádorem plic, tak v tu ránu tady byl a na druhý den nám ten pacient zemřel. Potom ho voláme i na Velikonoce a Vánoce. Měli jsme tu i pravoslavného pacienta, tak to mu manželka zařídila. Nebo pacienta židovského vyznání, tak to mu naše paní doktorka předčítala anglické žalmy, které si našla na internetu. Je to různé.

R2: Ano. Máme tady pastorační asistentku kdykoliv na zavolání a všechny zdravotní sestry jsou věřící, praktikující, takže i ty jsou jim k dispozici. Dobře suplují tu naši pastorační asistentku. Pacienti mají často potřebu se modlit večer nebo prostě světit bohu svoje záležitosti. A každé pondělí máme mše. Na mše může přijít i rodina pacienta, vlastně na všechny aktivity týkající se pacienta. Pak tady máme ošetřovatele, kteří hrají na kytaru, takže jsou oblíbené i duchovní písničky. Nebo máme tady třeba ve středu takzvanou kavárnu, kdy dobrovolnice přinese zákusky, kávu a u toho se tvoří nějaké sezónní aktivity a jsme rádi, když jsou u toho i příbuzní.

Otázka č. 43

T: Mají Vaši klienti a jejich příbuzní možnost využít respitní péči?

R1: U nás na Slovensku respitní péče nefunguje. Dříve ano, ale teď nám to pojišťovna zakázala a myslím si, že je to velká škoda.

R2: Dříve ano, teď už ne. Skončili jsme s tím. Nejen kvůli pojišťovně, ale i kvůli personálnímu obsazení. To byly pacienti, kteří třeba čekali často rehabilitační služby nebo terapeutické a my na to nejsme zařízení. Nemohla naše rehabilitační věnovat prostě zdroj času těmto pacientům a nemít čas na naše onkologické pacienty, tedy tady na ty hospicové. Protože naše sestra pro pohybovou aktivitu není vyloženě taková fyzioterapeutka, spíše taková společnice. Nesnažíme se o výkon, jak se snaží ještě ti pacienti, kteří jsou na respitním pobytu,

aby se rozhodli, snadněji vstali. Je to spíše pracovnice, která je jim blízká, která jim dělá masáž nebo se jen domluví na nějaké poloze, která jim dělá dobře a chvíli v ní vydrží.

Otázka č. 44

T: Jaký je Váš názor na eutanazii? Jste pro její uzákonění? Pokud ne, proč?

R1: Samozřejmě, že my tady v hospici musíme mít jednoznačný názor na eutanazii. I nový zaměstnanci, ten kdo zaváhá, tak ho nemůžeme přijat. Tohle není v kompetenci zdravotní sestry, takže eutanazie jednoznačně ne. Eutanazii bereme jako dobrou smrt, která se dá využít i jinak. Pomůžeme pacientovi zařídit jeho věci, stabilizujeme jeho stav, zbavíme ho bolesti.

R2: Vidím to tak, že eutanazie není potřeba, když je ošetřena bolest, když je zajištěno to, že člověk má nějakého člověka, který umí být jemu andělem strážným a záleží na něm, jestli si takový vztah vytvoří s někým příbuzným nebo s dobrovolníkem.

Otázka č. 45

T: U jakých klientů by podle Vás mohla být eutanazie povolena?

R1: U žádných. Teď schválili eutanazii v Belgii u malých dětí. Myslím, že si nepomohli.

R2: Myslím si, že jsou tady velké rezervy, jak pracovat s těmi lidmi a dá se třeba něco sepsat, že ten člověk chce být třeba uspaný.

Otázka č. 46

T: Co by pro Váš profesní život znamenalo uzákonění eutanazie? Změnilo by se něco?

R1: Ne, o tomhle nechci ani uvažovat. To je pro mě nepřijatelné.

R2: Předpokládám, že by to nebylo rozšířené na všechna zařízení, že by to prováděli jen nějakí vybraní lékaři nebo centra. Nedokážu říct, zda bychom nějak jinak pracovali s těmi pacienty.

Otázka č. 47

T: Setkala jste se již ve Vašem zařízení s žádostí o eutanazii? Pokud ano, proč klient o eutanazii žádal?

R1: Ano, setkala. Někdy pacienty trápí bolest, někdy nemají vyřešené svoje věci.

R2: Často od pacientů slyšíme, že volají po eutanazii. Teď je zrovna vlna, že když přichází z jiného zařízení, tak chtějí zemřít, ale během toho pobytu tady o tom přestávají mluvit. Oni se zklidní třeba tím, že jsou na jednolůžkovém pokoji a přišli ze zařízení, kde to bylo více lůžkové oddělení. Pacienti se třeba dospí a už nejsou tak vyčerpaní nebo se ošetří jiná oblast, třeba nevolnost, která toho člověka trápila ve dne v noci, nebo deprese. Pacienti o tom opravdu přestávají mluvit.

Otázka č. 48

T: Myslíte si, že by se na rozhodování o eutanazii měla podílet i rodina umírajícího?

R1: Ne, já o tomhle ani neuvažuji. Tohle je pro mě uzavřené. Podle mě nemá nikdo právo vzít člověku život, ani rodina.

R2: Záleželo by, jestli je ten pacient svéprávný, což je taky obtížné, když mají často metastázy v mozku. My každopádně velmi intenzivně pracujeme s rodinami. Často tady přespávají. Máme tady pokoj, kde mohou přespat, ale většinou stejně spí s pacientem na pokoji.

Otázka č. 49

T: Pokud je u onkologického klienta ukončena léčba, která by byla pro klienta jen zatěžující, považujete její ukončení za skrytou eutanazii?

R1: Ne. Ale přijdou nám sem občas pacienti úplně zničení, že říkají, že kdyby tu léčbu neabsolvovali, měli by se lépe. Tohle jsou taková etická dilemata hospicová. Odkud až kam léčba nebo ne léčba. Jestli kvalitu života bez léčby, nebo léčbu bez kvality života. Já jsem rozhodně za kvalitu života bez léčby.

R2: Ne, ne. Eutanazie znamená dobrá smrt. Spíše mě mrzí, že se to převedlo na ten význam, jaký to má dnes.

PŘÍLOHA P VII: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA ODBORNÉM KURZU – PÉČE O PACIENTA S IMPLANTOVANÝM PORTEM



Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Pekařská 53, 656 91 BRNO, Česká republika

POTVRZENÍ

pro zdravotnické pracovníky nelékařských oborů o účasti na vzdělávací akci pořádané

Oddělením vzdělávání Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Pan (paní): *HANA ZOUVKOVÁ* narozen(a): *1991*

se zúčastnil(a) vzdělávací akce:
**Fakultní nemocnice
u sv. Anny v Brně**
656 91 BRNO, Pekařská 53
Oddělení vzdělávání
Výukové centrum

Odborný kurz pro všeob. sestry a radiol.as.
**Péče o pacienta s implantovaným
portem**
Dne: *25.10.* 2013, 9,00–13.30hod
Souhl. stanovisko POUZP ČMS č. OZ 1002/13 Š
kr.body za pasivní účast: -4-
lektorky: D. Šnýdrová, I. Horká, DiS.

razítko a podpis:

PŘÍLOVA P VIII: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA SEMINÁŘI – VYBRANÉ KAPITOLY V ONKOLOGICKÉ PÉČI II



Potvrzení

o účasti na semináři
pořádané Aesculap Akademií ve spolupráci s Oblastní charitou Rajhrad,
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v rámci
projektu MZ ČR v koordinaci s IPVZ

Vybrané kapitoly v onkologické péči II

Termín a místo konání: 7. prosince 2012, Oblastní charita Rajhrad

pro

Hana Zourková

6.4.1991 VÍŠKOV
Datum a místo narození

Souhlasné stanovisko: ČAS pod č. KK/2157/2012 dle vyhlášky č. 4/2010 Sb.

Seminář, který je určen pro všeobecnou sestru, porodní asistentku, zdravotního laboranta,
asistenta ochrany veřejného zdraví, nutričního terapeuta, zdravotnického záchranáře, farmaceutického asistenta
a zdravotně sociálního pracovníka, v rozsahu 2 hod je ohodnocen 1 kreditem za pasivní účast.

Účast na vzdělávací aktivitě, na základě které bylo vydáno toto potvrzení, byla plně hrazena z projektu „Prohlubování a zvyšování
úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na
odborně profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech.“,
reg.č. CZ.1.04/1.1.00/46.00001 spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu v rámci
Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, jehož generálním dodavatelem pro MZ ČR je IPVZ.



Mgr. Dagmar Škochová
Odborný vedoucí vzdělávací aktivity

B|BRAUN
B. Braun Medical s.r.o.
7 V Parku 2395/20
Razítko realizátora
IČ: 485 85 285
DIČ: CZ48586285
480 00 Praha 4
Tel. +420-271 091 111
Fax +420-271 091 112



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



IPVZ
MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí
nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných
pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na odborně
profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských
dovednostech. e-mail: info@vzdelavani-zdravotniku.cz

www.vzdelavani-zdravotniku.cz

PŘÍLOHA P VIX: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFENECI – ROLE NELÉKAŘSKÝCH POVOLÁNÍ V LÉČBĚ PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM



Potvrzení

pořádané Aesculap Akademií ve spolupráci a pod odbornou garancí
České asociace sester, Nemocnicí Vyškov, p.o. a B. Braun Avitum Austerlitz s.r.o.
v rámci projektu MZ ČR v koordinaci s IPVZ

Role nelékařských povolání v léčbě pacientů s onkologickým onemocněním

Termín a místo konání: 22. listopadu 2012, Kino Sokolský dům, Vyškov

pro

Hana Zourková

6.4.1991 Vyškov

Datum a místo narození

Souhlasné stanovisko: ČAS pod č. KK/2155/2012, POUZP OZ 1426/12 K dle vyhlášky č. 4/2010 Sb.

Konference, která je určena pro všeobecnou sestru, porodní asistentku, zdravotního laboranta, asistenta ochrany veřejného zdraví, nutričního terapeuta, zdravotnického záchranáře, farmaceutického asistenta a zdravotně sociálního pracovníka, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, radiologického asistenta a zdravotního laboranta v rozsahu 4 hod je ohodnocena **4 kredity** za pasivní účast.

Účast na vzdělávací aktivitě, na základě které bylo vydáno toto potvrzení, byla plně hrazena z projektu „Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na odborně profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech.“,

reg.č. CZ.1.04/1.1.00/46.00001 spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu v rámci

Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, jehož generálním dodavatelem pro MZ ČR je IPVZ.



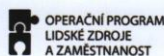
Mgr. Dagmar Škochová
Odborný vedoucí vzdělávací aktivity

B|BRAUN

B. Braun Medical s.r.o.

7 Parku 2395/20
Praha 4
IČ: 485 86 285
DIČ: CZ48586285

Bytízko realizátor
Tel: +420-271 091 111
Fax: +420-271 091 112



Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na odborně profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech. e-mail: info@vzdelavani-zdravotniku.cz

www.vzdelavani-zdravotniku.cz

**PŘÍLOHA P X: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFENECI – XXXVII.
BRNĚNSKÉ ONKOLOGICKÉ DNY A XXVII. KONFERENCE PRO
NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY**

XXXVII. BRNĚNSKÉ ONKOLOGICKÉ DNY

XXVII. KONFERENCE PRO NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY

CERTIFIKÁT

o absolvování odborné akce

Zourková Hana

**XXXVII. BRNĚNSKÉ ONKOLOGICKÉ DNY
A XXVII. KONFERENCE PRO
NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY**

18. – 19. dubna 2013, Brno

Akce je akreditována Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče ČR pod číslem:
JO 0513/13 (dle vyhlášky MZČR č. 4/2010 Sb.)

Kreditní hodnota akce:

pasivní účast: **8** kreditních bodů

Akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.) pro profese:

všeobecná sestra, porodní asistentka, radiologický asistent, zdravotně-sociální pracovník,
nutriční terapeut, farmaceutický asistent, biomedicínský technik, radiologický technik,
klinický psycholog, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v lab. metodách
a v příp. léč. příprav., biomedicínský inženýr

Brno, dne 19. dubna 2013

PhDr. Jana Kocourková, MBA
garant akce

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., dr.h.c.
ředitel Masarykova onkologického ústavu
předseda ČOS ČLS JEP

**PŘÍLOHA P XI: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFENECI –
XXXVIII. BRNĚNSKÉ ONKOLOGICKÉ DNY A XXVIII.
KONFERENCE PRO NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ
PRACOVNÍKY**



XXXVIII. BRNĚNSKÉ ONKOLOGICKÉ DNY
XXVIII. Konference pro nelékařské
zdravotnické pracovníky



CERTIFIKÁT

o absolvování odborné akce

Zourková Hana

**XXXVIII. BRNĚNSKÉ ONKOLOGICKÉ DNY
A XXVIII. KONFERENCE PRO
NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY**

24. – 25. dubna 2014, Brno

Akce je akreditována Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče ČR pod číslem:
JO 0511/14 (dle vyhlášky MZČR č. 4/2010 Sb.)

Kreditní hodnota akce:

pasivní účast: 8 kreditních bodů

Akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.) pro profese:
všeobecná sestra, porodní asistentka, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně-
sociální pracovník, nutriční terapeut, farmaceutický asistent, biomedicínský technik,
radiologický technik, klinický psycholog, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odb.pracovník
v lab. metodách a v přípravě léč. přípravků, biomedicínský inženýr

Brno, dne 25. dubna 2014

J. Kocourková

PhDr. Jana Kocourková, MBA
garant akce



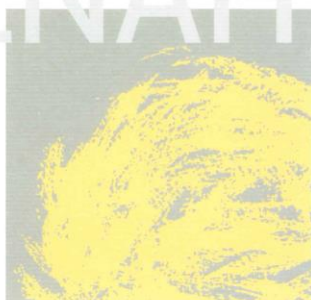
J. Vorlíček

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., dr.h.c.
ředitel Masarykova onkologického ústavu
předseda ČOS ČLS JEP

**PŘÍLOHA P XII: POTVRZENÍ O ABSOLVOVÁNÍ KURZU –
ZÁKLADNÍ KURZ BAZÁLNÍ STIMULACE V OŠETŘOVATELSKÉ
PÉČI**

BESTÄTIGUNG DER

TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION
IN DER PFLEGE

Basisseminar Basale Stimulation® in der Pflege

**Základní kurz Bazální stimulace
v ošetrovatelské péči**

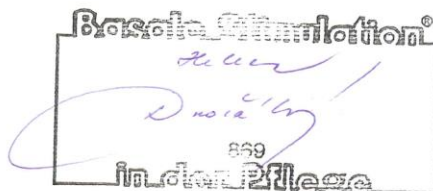
Hele Douřáková

Vor- und Zunahme/ jméno a příjmení

in der Zeit von / od.....*20. 4. 13*.....bis /do.....*21. 4. 13*.....

24 Unterrichtsstunde/ 24 vyučovacích hodin

Datum/ datum: *21. 4. 13*



Stempel und Unterschrift der – des Kursleiters/ jméno lektora
BC. HELENA DVOŘÁKOVÁ, DIS.
Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege

PŘÍLOHA P XIII: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA ODBORNÉM KURZU – PREVENCE INFEKCE V SOUVISLOSTI S I. V. VSTUPY



Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
Odbor personalistiky – Oddělení vzdělávání
Pekařská 53, 656 91 BRNO, Česká republika

POTVRZENÍ

pro zdravotnické pracovníky nelékařských oborů o **pasivní účasti** na semináři Onkochirurgického oddělení

Pan, paní: HANA ZOUKLOVAnarozen(a): 6.4.1991

Program semináře: **Prevence infekce v souvislosti s i.v. vstupy**

v termínu: **13.3. 2013, 13.00 – 15.00 hod.**

Souhlasné stanovisko: pořádá Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně v souladu s §2 vyhlášky č. 4/2010 v platném znění, evidenční číslo: SEM 6/2013
určeno pro profesi: všeobecná sestra
počet bodů dle Vyhlášky č.4/2010Sb.v platném znění: =1=

Fakultní nemocnice
u sv. Anny v Brně
Pekařská 53, 656 91 Brno
Odbor personalistiky
Oddělení vzdělávání
3

PŘÍLOHA P XIV: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA ODBORNÉM KURZU – HOJENÍ RAN – SPECIFICKÁ OŠ. PÉČE O CHRONICKÉ RÁNY A DEFEKTY

FAKULTNÍ
NEMOCNICE
U SV. ANNY
V BRNĚ



Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Pekařská 53, 656 91 BRNO, Česká republika

P O T V R Z E N Í

pro zdravotnické pracovníky nelékařských oborů o účasti na vzdělávací akci pořádané

Oddělením vzdělávání Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Pan (paní): HANA ZOURKOVÁ..... narozen(a): 6.4.1991.....

se zúčastnil(a) vzdělávací akce:

Odborný kurz pro všeob. sestry
**Hojení ran – specifická oš. péče
o chronické rány a defekty**
Dne: 11.12. 2013, 8.00–14.00hod
Souhlas.stanovisko POUZP ČMS č.OZ 995/13 Š
kr.body za pasivní účast: -4-
lektor: Šibravová Naděžda
Bc. Dvořáková Gabriela

razítko a podpis

**Fakultní nemocnice
u sv. Anny v Brně**
656 91 BRNO, Pekařská 53
Oddělení vzdělávání
Výukové centrum