

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester

bakalářská práce

Autor práce: Jana Macáková
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

Datum odevzdání práce: 14.8.2012

Abstrakt

Název bakalářské práce: Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu, poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí poskytovanou pacientům v terminálním stádiu nemoci a možnými rozdíly v poskytování této péče v nemocnici a v hospici. Teoretická část práce je zaměřená na problematiku paliativní péče a především na potřeby pacientů v terminálním stádiu a úlohu sestry při jejich uspokojování.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda rodinní příslušníci nemocných pociťují možný rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče v hospici a v nemocnici. Druhým cílem práce bylo zjistit názor všeobecných sester na možné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče pacientům v terminálním stádiu v hospici a v nemocnici. Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvalitativního výzkumného šetření metodou dotazování. Technikou sběru dat byly hloubkové rozhovory se všeobecnými sestrami a s rodinnými příslušníky pacientů v terminálním stádiu. Výběr všeobecných sester a rodinných příslušníků do výzkumného souboru byl záměrný. Podmínkou výběru všeobecných sester bylo splnění tohoto kritéria: být všeobecnou sestrou, která má zkušenost s péčí o pacienty v terminálním stádiu z nemocnice i z hospice. Podmínkou výběru rodinných příslušníků bylo splnění tohoto kritéria: být příbuzným pacienta v terminálním stádiu nemoci, který byl hospitalizován nejdříve v nemocnici a poté přeložen do hospice. Rozhovory probíhaly v nemocnici v Prachaticích a v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Data z rozhovorů byla zpracována do kategorií odpovídajících uspokojování jednotlivých potřeb pacientů.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že jak všeobecné sestry, tak i rodinní příslušníci vnímají rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče pacientům v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici. Největší rozdíly vnímají v uspokojování psychosociálních a spirituálních potřeb pacientů. Všechny sestry se shodují v tom, že v hospici je psychosociálním potřebám pacientů věnována větší pozornost než

v nemocnici. Rozdíl vnímají především v nižším počtu personálu a menší časové dotaci pro uspokojování těchto potřeb pacientů v nemocnici. Rodinní příslušníci vnímají tuto problematiku jednotně. Všichni zastávají názor, že v nemocnici se psychosociálními potřebami pacientů nikdo nezabývá, zatím co v hospici jsou uspokojovány všechny potřeby pacienta a do péče je zahrnuta i doprovázející rodina. Všeobecné sestry i rodinní příslušníci vnímají rozdíl v režimu oddělení v nemocnici a v hospici. Shodují se v tom, že v nemocnici se pacienti podřizují režimu oddělení, zatím co v hospici se režim přizpůsobuje potřebám a přáním pacientů. Všichni také vnímají rozdíl v možnosti setrvat v hospici v přítomnosti nemocného 24 hodin denně. Z hlediska uspokojování spirituálních potřeb pacientů zastávají všeobecné sestry i rodinní příslušníci podobný názor. Shodují se v tom, že v hospici jsou tyto potřeby aktivně vyhledávány a podle zájmu pacienta uspokojovány. Naopak v nemocnici se spirituálním potřebám pacientů pozornost primárně nevěnuje.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako studijní materiál pro studenty ošetrovatelství. Dále by mohla být použita jako informační manuál pro již zkušené či začínající všeobecné sestry, které se při své práci setkávají s pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praktickým výstupem bakalářské práce je doporučení pro praxi v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb klientů v terminálním stádiu.

Klíčová slova: hospic, nemocnice, paliativní péče, terminální stádium, umírající

Abstract

Title of the bachelor thesis: Comparison of nursing care of clients at terminal stage provided in a hospital facility and in a hospice in the view of family members and general nurses.

The bachelor thesis deals with nursing care provided to patients at terminal stage of a disease and possible differences in provision of this care in a hospital and in a hospice. The theoretical part focuses on the issues of palliative care and particularly on the needs of patients at terminal stage and a role of a nurse on their satisfying.

The first aim of the thesis was to find out whether family members of patients feel possible difference in provision of nursing care in a hospice and a hospital. The other aim was to examine opinions of general nurses about provision of care of terminally ill patients in a hospice and a hospital. Qualitative research, questioning method was applied. Deep interviews with general nurses and family members of patients at terminal stage were used for data collection. The selection of family members and general nurses for the research sample was intentional. Selection of general nurses was conditioned by the following criterion: to be a general nurse with experience with care of patients at terminal stage from a hospital and a hospice. Selection of family members was conditioned by the following criterion: to be a relative of a patient at terminal stage of an illness who was first hospitalized in a hospital and then transferred to a hospice. The interviews were conducted in the Prachatice Hospital and in St. John N. Neumann Hospice in Prachatice. The data from the interviews were processed into categories corresponding to satisfying the individual needs of patients.

The research results show that the general nurses as well as the family members do perceive difference between provision of care to terminal patients in a hospital and in a hospice. The biggest differences are perceived in satisfying psychosocial and spiritual needs of patients. All the nurses agree that more attention is paid to psychosocial needs of patients in the hospice than in the hospital. The difference is particularly seen in lower number of staff and lower time allocation to satisfying these needs of patients in the hospital. The family members perceive these issues uniformly.

They are all convinced that no one deals with satisfying psychosocial needs in the hospital while all patients' needs are satisfied in the hospice and even patient's accompanying family is included in the care. The general nurses as well as the family members perceive the difference in the regimens in hospital departments and in the hospice. They agree that patients in the hospital are subject to the department regimen while the regimen in the hospice is subject to patients' needs and desires. They all also perceive difference in the possibility to be in the hospice with the patient for 24 hours a day. From the point of view of satisfying psychosocial needs of patients the general nurses and family members share the opinion. They agree on the fact that these needs are actively sought for in the hospice and satisfied according to client's interest. On the other hand attention is not primarily paid to patient needs in the hospital.

This thesis could serve as study material for nursing students. It could be also used as informational material to both, experienced or starting nurses dealing with terminally ill patients within their practice. A recommendation for practice in the field of satisfying psychosocial need of clients at terminal stage is the practical output of this thesis.

Key words: hospice, hospital, palliative care, terminal stage, dying person

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14.8.2012

.....

Jana Macáková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Aleně Machové, za trpělivost, odorné vedení, cenné rady, poznatky a připomínky k mé bakalářské práci. Dále bych chtěla poděkovat manželovi, dětem, rodině a přátelům za trpělivost a podporu během studia. V neposlední řadě děkuji také všem respondentům, kteří mi ochotně poskytli potřebné informace pro vypracování této bakalářské práce. Mé poděkování patří také hlavní sestře nemocnice v Prachaticích paní Dagmar Janouškové a vrchní sestře Hospice svatého Jana Nepomuka Neumana v Prachaticích paní Mgr Evě Ludačkové, které souhlasily s provedením výzkumného šetření na jejich pracovištích.

Obsah

ÚVOD	- 3 -
1 SOUČASNÝ STAV	- 5 -
1.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY PALIATIVNÍ PÉČE.....	- 5 -
1.2 PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE A JEJÍ ORGANIZACE.....	- 6 -
1.2.1 <i>Paliativní péče poskytovaná v domácím prostředí</i>	- 7 -
1.2.2 <i>Paliativní péče v lůžkových hospicích</i>	- 11 -
1.2.3 <i>Paliativní péče poskytovaná ve zdravotnických a sociálních zařízeních</i>	- 14 -
1.3 ÚLOHA SESTRY V USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB PACIENTŮ V TERMINÁLNÍM STÁDIU.....	- 16 -
1.3.1 <i>Úloha sestry při uspokojování biologických potřeb</i>	- 17 -
1.3.1.1 Úloha sestry při léčbě bolesti	- 18 -
1.3.1.2 Úloha sestry při léčbě dušnosti.....	- 21 -
1.3.1.3 Úloha sestry při uspokojování potřeby výživy	- 23 -
1.3.1.4 Úloha sestry při uspokojování potřeby hydratace.....	- 24 -
1.3.1.5 Hygienická péče, péče o kůži a chronické rány	- 26 -
1.3.2 <i>Úloha sestry při uspokojování psychosociálních potřeb pacientů v terminálním stádiu</i> -	29 -
1.3.2.1 Komunikace s umírajícím	- 30 -
1.3.2.2 Spolupráce s rodinou	- 32 -
1.3.3 <i>Péče o spirituální potřeby umírajících</i>	- 33 -
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	- 34 -
2.1 CÍL PRÁCE	- 34 -
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	- 34 -
3 METODIKA	- 35 -
3.1 POUŽITÁ METODA	- 35 -
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	- 36 -
4 VÝSLEDKY.....	- 37 -
4.1 PŘEPISY ROZHOVORŮ	- 37 -
4.1.1 <i>Přepisy rozhovorů se všeobecnými sestrami</i>	- 37 -
4.1.1.1 Přepis rozhovoru s všeobecnou sestrou 1	- 37 -
4.1.1.2 Přepis rozhovoru se všeobecnou sestrou 2	- 44 -
4.1.1.3 Přepis rozhovoru se všeobecnou sestrou 3	- 51 -
4.1.1.4 Přepis rozhovoru s všeobecnou sestrou 4	- 60 -
4.1.2 <i>Přepisy rozhovorů s rodinnými příslušníky pacientů v terminálním stádiu</i>	- 66 -
4.1.2.1 Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem 1	- 66 -
4.1.2.2 Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem 2	- 71 -
4.1.2.3 Přepsaný rozhovor s rodinným příslušníkem 3.....	- 77 -
4.2 KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ Z ROZHOVORŮ S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY A VŠEOBECNÝMI SESTRAMI	- 83 -
4.2.1 <i>Kategorie uspokojování biologických potřeb klientů v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici</i> -	83 -
4.2.1.1 Podkategorie poskytování hygienické péče a prevence dekubitů	- 83 -
4.2.1.2 Podkategorie péče o výživu.....	- 84 -
4.2.1.3 Podkategorie zajišťování hydratace.....	- 85 -
4.2.1.4 Podkategorie ošetrovatelská péče při léčbě bolesti.....	- 86 -

4.2.2	<i>Kategorie uspokojování psychosociálních potřeb klientů v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici</i>	- 87 -
4.2.2.1	Podkategorie režim oddělení a možnost návštěv v nemocnici a v hospici	- 89 -
4.2.2.2	Podkategorie komunikace ošetrovatelského personálu s klientem v terminálním stádiu a s jeho blízkými - 90 -	
4.2.3	<i>Kategorie péče o spirituální potřeby klientů v terminálním stádiu</i>	- 91 -
5	DISKUZE	- 93 -
6	ZÁVĚR	- 108 -
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	- 110 -
8	KLÍČOVÁ SLOVA	- 117 -
9	PŘÍLOHY	- 118 -
9.1	SEZNAM PŘÍLOH	- 118 -

Úvod

Motto:

„Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje.“

(M. Svatošová, 2008, s. 20)

K výběru tohoto tématu mne přivedlo vyprávění mé spolužačky o hospici a hospicové péči a mé dávné osobní zkušenosti s péčí o umírající pacienty v nemocnici. Srovnávání paliativní péče poskytované v nemocnici a v hospici se jevílo být zajímavým tématem pro zpracování bakalářské práce. O to zajímavějším, že na toto téma nebylo zpracováno mnoho prací. Smrt je přirozenou součástí života a umírání se týká nás všech. A také proto bychom se měli zajímat o to jak a v jakých podmínkách lidé umírají.

V paliativní péči je důraz kladen na kvalitu života, respektování autonomie a důstojnosti člověka, potřebu individuálního plánování a rozhodování při péči a dodržování zásady holistického přístupu k pacientovi (Radbuch, Payne et al., 2010).

Jen v Evropě umírá ročně 1,6 miliónů pacientů na nádorová onemocnění a přibližně 5,7 miliónů na jiná chronická onemocnění. Přesto je ve všech evropských zemích paliativní péče poskytována především pacientům s pokročilým nádorovým onemocněním. Zatímco pacientům s jinými chorobami, kteří mohou mít stejnou potřebu paliativní péče, je hůře dostupná (Radbuch, Payne et al., 2010).

Jedinou formou specializované paliativní péče v České republice zakotvenou ve stávajícím systému zdravotní péče jsou lůžkové hospice. V hospicích je poskytována velmi kvalitní komplexní paliativní péče, přesto v nich nastává méně než 3 % ze všech úmrtí v České republice (Sláma, 2011). Naopak obecnou paliativní péči by měly být schopni poskytnout všichni zdravotníci, tedy i každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007).

Nezastupitelnou roli v paliativní péči hraje sestra. Jejím úkolem je metodou ošetrovatelského procesu vyhodnocovat a uspokojovat biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby pacienta a podporovat jeho rodinu. Vzhledem k tomu, že v hospici je poskytována specializovaná péče a v nemocnici obecná paliativní péče, zaměřujeme se v bakalářské práci na možné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče na úrovni obecné paliativní péče. Cílem práce je zjistit zda rodinní příslušníci nemocných pociťují možný rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče v nemocnici a v hospici. A dále zjistit názor všeobecných sester na možné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče v hospici a v nemocnici. Pro zjištění informací byla použita metoda dotazování technikou individuálních hloubkových rozhovorů. Do výzkumného šetření byli zahrnuti rodinní příslušníci pacientů v terminálním stádiu nejdříve hospitalizovaných v nemocnici a poté v hospici a všeobecné sestry, které měly zkušenost s péčí o pacienty v terminálním stádiu z nemocnice i z hospice. Otázky položené rodinným příslušníkům zjišťovaly, podobně jako otázky položené všeobecným sestrám, jejich názor na poskytování ošetrovatelské péče při uspokojování jednotlivých potřeb pacientů v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici. Výsledky rozhovorů byly rozpracovány v kategoriích uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb.

Ošetrovatelství samo však ucelenou paliativní péči nenaplnuje. Důležité je akceptovat týmový způsob péče.

1 Současný stav

1.1 Úvod do problematiky paliativní péče

Terminální stádium nemoci je charakterizováno postupným a nevratným selháváním životně důležitých orgánů a funkcí organismu končící smrtí individua. Jedná se o časově ohraničené období trvající několik hodin, dní až týdnů (Misconiová, [1999]; Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004). Jde o vlastní umírání označované též jako období *in finem*. Naopak proces umírání v širším slova smyslu je časově delším úsekem a je rozdělen do tří období - *pre finem* (před umíráním), *in finem* (období umírání), *post finem* (období po smrti). Období *pre finem* začíná diagnózou vážné nemoci, která je perspektivně neslučitelná se životem. Tato fáze umírání může mít velmi dlouhé trvání, několik měsíců až let. Období *in finem* popisuje umírání v užším slova smyslu (terminální stav), fázi lidského života bezprostředně hraničící s fyzickou smrtí (Kutnohorská, 2007; Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004).

Období *post finem* začíná smrtí člověka a nese s sebou péči o mrtvé tělo. Zahrnuje také péči o potřeby pozůstalých (Kutnohorská, 2007; Misconiová, [1999]). „Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi.“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s.301).

„Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka.“ (Haškovcová, 2007, s. 89). Smrt je neoddelitelnou součástí života. Donedávna byla hlavním kritériem konstatování smrti ireverzibilní zástava krevního oběhu a dýchání. Avšak rozvoj medicínských technologií si vyžádal vytvoření nových definic života a smrti. V současnosti je hlavním kritériem smrti člověka konstatování smrti mozku. Z biologického hlediska je tedy smrt definována jako smrt mozku. V různých filosofických přístupech je však kromě smrti fyzické zmiňovaná i smrt psychická a sociální (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007).

„Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.“ (Radbuch, Payne et al., 2010, str. 14).

1.2 Principy paliativní péče a její organizace

Na konci minulého století se paliativní péče soustředila především na terminálně nemocné a umírající onkologické pacienty. V posledním desetiletí narůstá pozornost o potřeby neonkologických pacientů trpících chronickým a potenciálně smrtelným onemocněním. Podle definice WHO z roku 2002 (příloha 1) by měla být paliativní péče dostupná všem pacientům s život ohrožujícím onemocněním a to bez ohledu na prognózu (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004). Dochází tak k významnému rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče vhodné. Patrný je také posun využití paliativní péče i v časně fázi onemocnění (Zimmelová, 2008; Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004). Paliativní péče může být poskytována i v časném stádiu nemoci, samostatně nebo současně s kauzální léčbou (Haškovcová, 2007). I u pacientů, kteří jsou vznikem závažné choroby teprve ohroženi, mohou být některé aspekty paliativní péče přínosné (Radbuch, Payne et al., 2010).

„Paliativní péče není synonymem terminální péče, ale zahrnuje ji.“(Dopor Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy, s.10). Výraz terminální péče lze případně použít pouze k popisu péče poskytované v posledních několika dnech nemoci (Radbuch, Payne et al., 2010).

Výbor ministrů Rady Evropy ve svém doporučení členským státům O organizaci paliativní péče rozděluje paliativní péči dle míry její komplexnosti. Vymezuje přístup paliativní péče, všeobecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči (Marková,

2010; Radbuch, Payne et al., 2010). Doporučuje také, že by všichni odborní pracovníci ve zdravotnictví měli znát zásady paliativní péče a řádně je uplatňovat ve své praxi (Radbuch, Payne et al., 2010; Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů členských států Rady Evropy).

Obecná paliativní péče je chápána jako dobrá klinická péče o pacienta s život ohrožujícím onemocněním. Zahrnuje včasné vyhodnocení stavu pacienta, zhodnocení smysluplnosti dosavadní léčby a poskytnutí takové péče a léčby, která je významná pro kvalitu pacientova života. Jedná se především o léčbu bolesti a dalších tíživých symptomů onemocnění, respekt k pacientově autonomii, účinnou komunikaci s pacientem, rodinou a dalšími zdravotníky, podporu rodiny a organizační zajištění další odborné péče. Tuto formu péče by měly být schopni poskytnout všichni zdravotníci, tedy i každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [2011]; Sláma, Kabelka, Vorlíček et.al, 2007).

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče, kterou poskytuje tým odborníků v problematice paliativní péče speciálně vzdělaných. Součástí týmu je lékař, všeobecné sestry, psycholog, sociální pracovník, pastorační pracovník, fyzioterapeut a další odborníci. Hlavní pracovní náplní tohoto týmu je vedle poskytování paliativní péče i konziliární činnost. Tato forma péče je poskytována ve specializovaných institucích takovým pacientům, jejichž komplexnost obtíží převyšuje možnosti obecné paliativní péče. Existují různé organizační formy specializované paliativní péče: oddělení paliativní péče, domácí hospice nebo-li mobilní paliativní péče, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče jako například půjčovny pomůcek, tísňové linky a poradny (Marková, 2010; Radbuch, Payne et al., 2010).

1.2.1 Paliativní péče poskytovaná v domácím prostředí

Paliativní péče poskytovaná v domácím prostředí je z hlediska sociálního a psychického pro většinu pacientů tou nejlepší možností. To potvrzují i výzkumy věnující se problematice umírání (Marková, 2010).

Aby mohla být domácí paliativní péče poskytována, musí být splněny následující podmínky. Rodina, tedy alespoň jeden její člen, případně blízký přítel nemocného musí být ochoten a schopen převzít celodenní péči o nemocného. Nemocný sám musí s touto formou péče souhlasit. V neposlední řadě musí být k dispozici tým odborníků, který je schopen řešit náhle vzniklé komplikace pacientova stavu a to 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Zároveň musí být tento tým připraven kdykoli poskytnout podporu blízkým nemocného (Marková, 2010; Špinková, Špinka, 2004).

Další způsob, jak umožnit kvalitní péči o umírajícího pacienta v domácím prostředí, je zajištění dobré spolupráce mezi praktickým lékařem, ambulancí paliativní péče a agenturou domácí péče s dvaceti čtyř hodinovou návštěvní službou (Marková, 2010).

Agentura domácí péče poskytuje odbornou ošetrovatelskou péči pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost či ošetřujícího lékaře příslušného oddělení (Pochylá, 2005). Péče je poskytována profesionálními zdravotníky, především všeobecnými sestrami a to v maximální frekvenci třikrát denně jednu hodinu. Na písemnou žádost ošetřujícího lékaře schválenou revizním lékařem zdravotní pojišťovny lze frekvenci poskytování domácí péče rozšířit nad uvedený rozsah (Andrejkivová 2008; Misconiová, 2006).

Praktická pomoc pacientových blízkých je při jeho ošetřování v domácím prostředí velmi významná. Rodina poskytuje nemocnému laickou ošetrovatelskou péči. Po zaučení zdravotníky provádí i některé odborné výkony. Pokud je rodina ochotná a schopná podílet se na péči, pak je dobře organizovaná agentura domácí péče schopná zajistit pravidelné ošetrovatelské a léčebné výkony. Sestra domácí péče může během pravidelných návštěv vykonávat řadu jednotlivých postupů paliativní péče. S postupem základního onemocnění se často poměrně dramaticky zhorší celkový pacientův stav. Zvyšuje se potřeba kvalifikované péče. Může dojít k vyčerpání pečujících blízkých. To vše může vést k převozu nemocného do nemocnice, kde nakonec také umírá (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004; Haškovcová, 2007).

Domácí paliativní péče by měla být poskytována speciálně vyškolenými pracovníky, především sestrami a lékaři z hospiců (Šamánková et al, 2006). Ucelenou domácí péči o klienty by měly zajišťovat agentury domácí péče, nedílnou součástí této péče je i rehabilitační ošetřovatelství (Kalvach et al., 2010). V rámci domácí paliativní péče musí být zajištěno zvládnutí léčby bolesti a ostatních doprovázejících příznaků onemocnění, důsledná hygienická péče a ostatní ošetřovatelské výkony (Šamánková et al., 2006).

Úroveň domácí paliativní péče v České republice je bohužel stále diskutabilní. Není zde dostatečně pokryta potřeba agentur domácí péče. Zároveň mnohé agentury nejsou schopné zajistit 24 hodinovou pomoc rodinám nemocného. Také úroveň znalostí praktických lékařů o léčbě bolesti a dalších symptomů souvisejících s terminálním onemocněním není dobrá (Marková, 2010).

V roce 2008 byl novelizován zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [2011]), „...kde byla do zvláštní ambulantní péče vložena možnost hrazení paliativní péče poskytované pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí, kdy tato péče je poskytována jako domácí zdravotní péče na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost, nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o pojištěnce v terminálním stavu.“ (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [2011], s. 12).

Tato zákonná úprava však bohužel neumožňuje hrazení speciální paliativní péče poskytované multiprofesním týmem v domácím prostředí pacienta. Návštěvy v domácím prostředí pacienta může lékař paliativní péče vykonávat pouze na základě jednorázové indikace praktického lékaře (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [2011]).

„Právní předpisy upravující možnost uvolnění ze zaměstnání pro účely poskytování paliativní péče jsou k dispozici pouze v Rakousku a ve Francii. Podobné předpisy by měly být zavedeny i v jiných evropských zemích, aby mohli rodinní

příslušníci doma pečovat o své vážně nemocné blízké tak dlouho, jak to bude potřeba.“(Radbuch, Payne et al., 2010, s. 47)

Přijetí pacienta do domácí paliativní péče má svá kritéria. Pacient musí trpět nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stádiu. Být seznámen se svým stavem, a v rámci svých možností rozumět závažnosti a prognóze onemocnění. Rozumět možnostem i omezením domácí paliativní péče a souhlasit s ní. Nesmí existovat žádné důvody vylučující možnost této formy péče (Špinková, Špinka, 2004).

Nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče ve světě je domácí hospic (Marková, 2010). Domácí hospic nebo také mobilní hospic je zařízení poskytující specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta. Péče je zajišťována formou návštěv členů multiprofesního týmu. Těmi jsou lékaři, všeobecné sestry, sociální a pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci. Dostupnost péče je garantovaná 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Nedílnou součástí praxe je podpora a doprovázení rodiny a blízkých pacienta, kteří se na péči také aktivně podílejí, včetně podpory pozůstalých v době truchlení (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [2011]).

Tento způsob péče umožňuje nemocnému dožít závěr svého života ve svém přirozeném prostředí a v kruhu svých blízkých současně při zachování vysokého standardu medicínské i ošetrovatelské praxe (Marková, 2010). V České republice je mobilní hospicová péče až na pár výjimek dosud zcela nezajištěna (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [2011]).

Hlavním problémem je neochota zdravotních pojišťoven tuto formu péče odpovídajícím způsobem podpořit (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010). V roce 2011 existovaly jen tři mobilní hospice, které byly schopny zajistit dostupnost lékaře specialisty v paliativní medicíně po dobu 24 hodin denně alespoň telefonicky (Kabelka, Sláma, 2011).

V rámci projektu Paliativní péče v České republice, jehož nositelem je Hospicové občanské sdružení Cesta domů, byly v roce 2004 vydány Standardy domácí paliativní péče (Špinková, Špinka, 2004). Tato publikace charakterizuje domácí paliativní péči a zpracovává podrobné metodické pokyny pro její poskytování. Uvádí požadavky na

kvalifikaci členů ošetrovatelského týmu. Také popisuje možnosti zapojení dobrovolníků do poskytování paliativní péče. Zmiňuje nutné předpoklady pro provoz domácího hospice, způsob vedení dokumentace a jiných písemných materiálů (Haškovcová, 2007). Předkládané standardy se zabývají specializovanou domácí paliativní péčí. Některé základní body těchto standardů jsou také základem obecné paliativní péče (Špinková, Špinka, 2004).

1.2.2 Paliativní péče v lůžkových hospicích

Slovem hospic byly ve středověku označovány domy odpočinku. Sloužily poutníkům, kteří si zde mohli odpočinout a najíst se. Také jim bylo poskytnuto potřebné ošetření a duchovní podpora. Nezřídka byli natolik vyčerpaní, že zde i umírali (Huneš, 2010; Haškovcová, 2007).

V souvislosti se změnou přístupu moderní společnosti ke smrti, dochází ve druhé polovině dvacátého století k velkému rozvoji zařízení pro umírající. Za zakladatelku hospicového hnutí je označována MUDr. Cicely Saundersová. Ta počátkem šedesátých let dvacátého století zakládá v Londýně první moderní hospic, St. Christopher hospic. Myšlenka hospice se brzy rozšířila do celého světa. V současnosti je hospicová péče poskytována na více než 8000 místech moderního světa (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004; Haškovcová, 2007). Historie hospiců v České republice nemá dlouhého trvání. Významnou osobností v rozvoji hospicového hnutí v České republice je paní doktorka Marie Svatošová. V roce 1993 založila Občanské sdružení *Ecce homo* na podporu domácí péče a hospicového hnutí. Zasloužila se také o vybudování a otevření prvního hospice v Čechách, Hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. Tento hospic se stal vzorem pro výstavbu a provoz dalších hospiců. (Zimmelová, 2008; Haškovcová, 2007).

Hospic je specializované zařízení poskytující paliativní péči. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné osobnosti a jeho potřeb biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Ctí autonomii nemocného a respektuje jeho právo rozhodnout se (Zimmelová, 2008; Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004; Svatošová, 2008). Hospic nemocnému zaručuje, že nebude

trpět nesnesitelnými bolestmi, za každých okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích nezůstane sám (Huneš, 2010). Jak uvádí MUDr. Svatošová ve své knize Hospice a umění doprovázet: „Jde o to, naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny.“ (Svatošová, 2008, s. 115) Hlavním posláním hospice je doprovázení umírajících a jejich blízkých. Nedílnou součástí je i péče o pozůstalé (Kelnarová, 2007; Svatošová, 2008). „Důraz je kladen na individuální potřeby a přání pacienta a na vytvoření prostředí, v němž by mohl zůstat do konce života v intenzivním vztahu se svými blízkými.“ (Svatošová, 2008, s. 35) Hospic patří mezi zdravotně sociální zařízení. Hospitalizovaným nemocným, jejich blízkým a pozůstalým poskytují nejen zdravotnickou péči, ale i sociální poradenství a pomoc (Marková, 2010).

Hospicová péče má tři základní organizační formy. Vedle hospice jako zdravotnického lůžkového zařízení existuje také stacionární hospicová péče jako součást hospice a domácí hospicová péče (Haškovcová, 2007; Vorlíček, Adam Pospíšilová et al., 2004; Marková, 2010). Z pohledu času představuje hospicová péče někdy dlouhé období. Zahrnuje období prae finem, in finem a post finem (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004; Svatošová, 2008).

Prostředí hospice je příjemné. Vnitřní vybavení připomíná spíše domov než nemocnici (Haškovcová, 2007). Jednolůžkové pokoje nejsou v hospici považovány za nadstandard, ale naopak jsou naprostou nutností. Snad jen zcela osamělým lidem může vyhovovat pokoj s více lůžky (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004). Běžnou součástí pokoje je přistýlka pro doprovod nemocného. Ve všech hospicích je i řada společenských prostor, společenská místnost, kaple, zahrada. Všechny prostory jsou bezbariérové. Hospic také disponuje různými pomůckami, které usnadňují každodenní život nemocným a snižují fyzickou zátěž sester. Nechybí zde polohovací lůžka, pojízdné koupací vany, zvedáky (Svatošová, 2008). Režim hospice se výrazně liší od nemocnice. Je přizpůsoben potřebám nemocného. Nemocný spí, jak potřebuje. Hygienu provádí, kdy chce. Jí, když má chuť a podle možností i to, na co má chuť (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004; Svatošová, 2008). V hospici je vyzvednut duchovní rozměr péče. V kteroukoli denní či noční dobu je vždy nablízku člověk, který je připraven naslouchat mu. Člověk, se kterým může hovořit o svých starostech.

Pro zájemce jsou zde slouženy bohoslužby. Každému je citlivě nabídnuta pastorece. Služby duchovního může člověk samozřejmě odmítnout (Haškovcová, 2007). Pokud to nemocnému zdravotní stav dovoluje, může se pohybovat po celém areálu hospice. S vědomím personálu může opustit i objekt hospice. Návštěvy jsou možné 24 hodin denně 356 dní v roce. Záleží jen na nemocném, jak se cítí a zda návštěvu přijme (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004; Haškovcová 2007). Pokud si nemocný přeje, může v hospici pobývat se svým průvodcem. Návštěva či trvalá přítomnost blízké osoby jsou vítány. Od blízkých se neočekává, že budou o nemocného pečovat. Pokud však chtějí, mohou se na péči podílet. Ale i pouhá přítomnost blízké osoby znamená pro umírajícího velkou psychickou podporu (Haškovcová, 2007; Svatošová, 2008).

Výběr kvalitního vhodně motivovaného personálu a jeho další vzdělávání je nutným předpokladem pro zajišťování dobrého umírání hospitalizovaným nemocným (Marková, 2010; Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004). O nemocné pečuje multidisciplinární tým. Je tvořen lékaři, všeobecnými sestrami, zdravotnickými asistenty, ošetrovatelkami, fyzioterapeutem, nutričním specialistou, sociálním pracovníkem, duchovním, psychologem, dobrovolníky, někde také řádovými sestrami. Každý člen má nezastupitelnou roli. Tato práce je velmi náročná. Vyžaduje profesionální a zároveň hluboce lidský citlivý přístup a dobrou spolupráci všech pečujících. Jen ten, kdo má lidi opravdu rád a je sám vyrovnaný se svou vlastní smrtelností, může v týmu pracovat (Marková, 2010; Hanzalíková, 2004). Součástí týmu je také pacient a jeho rodina. Nemocní a jejich blízcí v hospici zřejmě nejvíce oceňují partnerský vztah a důsledně nedirektivní přístup (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004; Hanzalíková, 2004).

Právě sestra je pro tým klíčovou osobou. Je v nejužším kontaktu s umírajícím i jeho blízkými. Pro lepší porozumění rodině a jejím potřebám slouží praktická pomůcka. Jedná se o genogram, tedy jednoduché grafické znázornění takzvaného stromu rodiny (Marková, 2010). Sestra musí být zdatná v komunikaci, správně odpovědět nemocnému na jeho otázky. Současně sledovat všechny potřeby nemocného a zjištěné skutečnosti musí předat ostatním členům týmu. Sestra v hospici pracuje metodou ošetrovatelského procesu. Pečlivě vede ošetrovatelskou dokumentaci. Umí

diagnostikovat psychický stav nemocných. Denně barevně zakresluje, ve které fázi umírání podle Kübler-Rossové (příloha 2) se nemocný právě nachází (Kelnarová, 2007; Hanzalíková, 2004). Je známo, že v hospicích pracuje více věřících sester než mezi sestrami v jiných zdravotnických zařízeních (O'connor, Aranda, 2005). Někde se na péči podílejí také řádové sestry (Haškovcová, 2007).

Na hospicové lůžko je přijímán člověk, jehož postupující nemoc ohrožuje na životě a potřebuje paliativní léčbu a péči. Zároveň není nutná hospitalizace v nemocnici a domácí péče nestačí nebo není možná. Nemocný sám musí s touto formou péče souhlasit (Marková, 2010). Žádost o přijetí do hospice podává sám nemocný zpravidla na návrh ošetřujícího lékaře případně rodiny. Bezpodmínečnou součástí žádosti je svobodný písemný informovaný souhlas nemocného. Nemocný musí být informován o svém zdravotním stavu a o tom, že mu bude v hospici poskytována léčba paliativní zejména symptomatická (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004; Haškovcová, 2007). V hospicích jsou nejčastěji hospitalizováni nemocní s onkologickým onemocněním (Marková, 2010).

O přijetí nemocného na hospicové lůžko rozhoduje výhradně hospicový lékař. Po dohodě s ošetřujícím lékařem nemocného posoudí zdravotní indikaci, ale přihlédne i k možnostem hospice. Je-li kapacita naplněna, jsou upřednostněni ti nemocní, u nichž lze předpovídat, že jejich nemoc povede v krátké době ke smrti (Svatošová, 2008).

Bylo by chybou, domnívat se, že každý nemocný, který je přijat do lůžkového hospice, zde musí zemřít. Asi třetina hospitalizovaných se po zlepšení jejich celkového stavu vrací do domácího ošetřování (Marková, 2010; Svatošová, 2008).

1.2.3 Paliativní péče poskytovaná ve zdravotnických a sociálních zařízeních

V minulosti nemocní krátce stonali a rychle umírali. Péče o umírající byla především laická. Postupným vývojem došlo k institucionalizaci umírání. Péče o nemocné se přesunula do nemocnic. Ve snaze zajistit umírajícím klid dochází od 20. let 20. století k izolaci umírajících. Umírání ztrácí lidský kontakt a přestává být sociálním aktem. Až v 50. letech 20. století se začíná hovořit o důstojném umírání,

o potřebě člověka nezůstat v umírání osamocen (Haškovcová, 2007; Bártlová a Matulay, 2009; Bártlová, 2003).

Ačkoli podle dostupných výzkumů si většina obyvatel České republiky přeje umírat doma, 75 % úmrtí nastává v některém ze zdravotnických či sociálních zařízení (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [2011]).

V současné době transformace českého zdravotnictví existují značné rozdíly ve kvalitě poskytované zdravotní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Umírání v nemocnicích tak nelze popsat jako fenomén (Marková, 2010).

Kvalita paliativní péče poskytované v nemocnicích je ovlivňována více faktory. Nutným předpokladem pro poskytování dobré paliativní praxe je dostatečný počet personálu. Za ideální je považován počet nelékařského zdravotnického personálu – sester, zdravotnických asistentů a ošetřovatelů v denní směně k počtu pacientů v poměru 1:3. K dalším faktorům, které se odrážejí v kvalitě paliativní péče je vzdělanost lékařů a sester v paliativní medicíně a péči. Důležité je fungování multidisciplinárního týmu s dobrou formální a neformální komunikací uvnitř týmu. Významná je také otevřenost oddělení pro dobrovolníky a rodinné příslušníky (Marková, 2010).

Oddělení specializované paliativní péče v rámci jiných lůžkových zařízení a to především nemocnic a léčeben jako forma specializované paliativní péče v České republice zatím neexistuje. Nepůsobí zde ani konziliární týmy paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení (Skála et al., 2011).

Posláním nemocnice je co nejpřesněji stanovit diagnózu, ideálně i příčinu nemoci a udělat vše pro vyléčení pacienta. Středem zájmu se stává nemoc, zatím co pacient jako člověk je odsunut do pozadí (Svatošová, 2008). Faktem zůstává, že ústavní péči vždy doprovází určitá anonymita, ztráta značného dílu soukromí a nutnost podřídit se dennímu řádu dané instituce (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004).

Na lůžkových odděleních v nemocnici poskytují všeobecné sestry ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Pracují většinou skupinovým systémem péče, kdy jedna sestra během směny zajišťuje celý léčebný a ošetřovatelský program u určité skupiny nemocných. Využíván je také systém primárních sester, kdy je

pacientovi při příjmu přidělena sestra, která je za něj odpovědná po celou dobu hospitalizace (Mellanová et al., 2005; Šafránková a Nejedlá, 2006).

Zařízení pokojů pro pacienty by mělo odpovídat hygienickým normám vydaným Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Velikost pokojů na standardním oddělení je různá. Nejlépe vyhovují pokoje se dvěma až třemi lůžky (Mellanová et al., 2005). Nemocnice také umožňují nadstandardní ubytování na jednolůžkovém pokoji často vybaveném samostatným WC a sprchovým koutem, televizorem, někdy i ledničkou a internetovou přípojkou (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008).

Denní režim lůžkových oddělení v nemocnici se značně liší od hospice. Musí se dodržovat přesné časové rozmezí jednotlivých činností (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004; Svatošová, 2008). Pacienti jsou obvykle buzeni kolem 6. hodiny. Noční klid bývá od 22:00 hodin. Návštěvy jsou povoleny podle provozu a možností jednotlivých oddělení, vhodnější bývají v odpoledních hodinách. Dětem do 10 let jsou zakázány (Nemocnice Na Homolce, [cit. 2012-02-13]).

V každé nemocnici jsou pacientům dostupné duchovní služby všech církví a náboženských společností působících v České republice. Pro duchovní služby bývá v nemocnicích vyčleněn prostor, kterým je nečastěji společná ekumenická kaple (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008).

1.3 Úloha sestry v uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu

Moderní ošetřovatelství se zabývá člověkem jako celkem, bytostí bio-psycho-sociální. Holistický přístup k člověku se promítá i do definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace z roku 1948 (Svatošová, 2008). „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (Machová, Kubátová et al., s. 12) Na základě této definice lze odvodit čtyři okruhy potřeb každého, tedy i těžce nemocného člověka: biologické, psychologické, sociální a spirituální. Podle Maslowa jsou lidské potřeby organizovány v hierarchickém systému dle své naléhavosti. Uspokojení vyšších potřeb je podmíněno uspokojením potřeb nižších (Trachtová et al., 2006). Důležité však je, že se v průběhu vážné nemoci prioritou potřeb

mění. Jsou-li na počátku upřednostněny potřeby biologické, pak ve finální fázi jsou velmi často pro nemocného důležitější potřeby spirituální (Svatošová, 2008).

WHO vypracovala přehled potřeb, které jsou pro umírajícího člověka zásadní. Zdůrazněny jsou potřeby psychosociální: potřeba pocitu jistoty a důvěry, sounáležitosti, lásky, porozumění, akceptování a sebeúcty, zatímco potřeby biologické zde chybí (Melanová et al., 2005).

1.3.1 Úloha sestry při uspokojování biologických potřeb

Vstup pacienta do konečné fáze onemocnění je provázen viditelným zhoršováním jeho celkového stavu a prohlubováním následujících symptomů. Zvyšuje se únava a celková slabost. Pacient neopouští lůžko, je spavý a více závislý na pomoci pečovatелů. Ztrácí zájem o okolí, bývá dezorientovaný, neklidný, může mít halucinace. Odmítá jídlo i tekutiny, někdy mívá pocit na zvracení – nauzeu, může trpět i poruchou polykání – dysfagií. Dýchání je nepravidelné, provázené apnoickými pauzami, Cheyeneov-Stokesovým dýcháním. Nahromadění hlenu v dýchacích cestách je nejčastější příčinou chrčivého dýchání. Dále dochází ke snížení až zástavě tvorby moče. Mění se také celkový vzhled pacienta. V obličeji je patrné typické zašpičatění nosu – facies Hippocratica, na končetinách periferní cyanóza a mramorovaná kůže (Sláma, Kabelka, Vorlíček et. al., 2007; O'Connor, Aranda, 2005).

„Vlastní smrti obvykle předchází stavy transu různého stupně, které následuje kóma.“ (Misconiová, [1999], s. 14).

Biologické potřeby z ošetrovatelského hlediska zahrnují zajištění přiměřeného příjmu potravy a tekutin, péči o vylučování moči a stolice, pokud možno, co nejpřirozenějším způsobem. Dále se k nim řadí dýchání, respektive zmírnění dýchacích obtíží, péče o dýchací cesty, hygienická péče, polohování a prevence dekubitů, péče o dutinu ústní, pomoc při pohybu, zajištění podmínek pro klidný spánek a v neposlední řadě také tišení bolesti (Svatošová, 2008; Jedličková, 2002).

1.3.1.1 Úloha sestry při léčbě bolesti

Bolest je nejčastějším symptomem, kterým trpí nemocní v závěrečné fázi života. Vyskytuje se až u 73 % pacientů v terminální fázi nádorového onemocnění, u 80 % pacientů s onemocněním AIDS a až u 60 % pacientů s orgánovým selháváním (Kolektiv autorů, 2006; O'Connor, Aranda, 2005). Bolest je definována jako nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo možným poraněním tkáně, nebo popisovaný jako poškození tkáně (Zimmelová, 2008).

Akutní bolest vzniká náhle, jako varovný signál před významným poškozením tkáně. Trvá řádově dny až týdny. Je doprovázena aktivací sympatiku, což vede ke zvýšení krevního tlaku, zrychlení pulzu, pocení, rozšíření zornic, zvýšení svalového napětí. Nemocný prožívá úzkost, někdy i strach ze smrti. Za chronickou bolest je označována bolest trvající déle než 3 až 6 měsíců. Na rozdíl od bolesti akutní postrádá ochranný význam. Aktivace sympatiku chybí. Dochází k vývoji specifických změn, jako je nechutenství, nespavost a deprese. Chronická bolest se zdá být zbytečná a významně snižuje kvalitu života nemocného (Gavendová, 2005; Trachtová, 2006). Podle místa vzniku se bolest dělí na nociceptivní, neuropatickou a smíšenou (Kolektiv autorů, 2006; Marková, 2010).

Bolest je hluboce osobní zkušeností odrážející psychickou, fyzickou, sociální i duchovní dimenzi člověka. Její léčba vyžaduje multidisciplinární přístup (Marková, 2010; Plevová et al., 2011).

Je-li bolest kvalitně vyhodnocena, lze ji dobře léčit až u 90% pacientů (Padlová, 2007). Přesto bývá bolest často podceňována a následně i nedostatečně léčena (Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005). Proto je prvořadým úkolem sester bolest řádně monitorovat a správně vyhodnocovat. Sestra by také měla rozpoznat, které další faktory bolest negativně ovlivňují a zajistit jejich řešení za pomoci multidisciplinárního týmu. Měla by obhajovat zájem nemocného a usilovat o to, aby byla bolest vždy náležitě léčena (Marková, 2010; Plevová et al., 2011). Bolest by měla být monitorovaná v pravidelných intervalech a získaná fakta zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace. Dopřučeno je používat vhodné dotazníkové nástroje (O'Connor, Aranda, 2005; Padlová, 2007). Osvědčilo se používání takzvaných deníků

bolesti (Černáková, 2010; Klevetová, 2003). Během zjišťování údajů o bolesti je důležité nemocnému pozorně naslouchat. Sestra by měla dát nemocnému najevo, že má pro něj dostatek času. Ujistit ho, že má pro něj pochopení a že jí zajímá jeho sdělení. Umožnit mu popsat bolest vlastními slovy a taktně klást doplňující otázky (Alušíková et al., 2012; Černáková, 2010). Sestra zjišťuje intenzitu bolesti, její charakter a lokalizaci. Ptá se na nástup bolesti, dobu trvání, frekvenci, co bolest vyvolává a ovlivňuje. Zkoumá vliv bolesti na běžné denní aktivity nemocného, na chuť k jídlu, kvalitu spánku. Všimá si neverbálních projevů bolesti. Zjišťuje, jaké jsou představy nemocného o cílech léčby. Současně by měla nemocného ujistit, že se dá zvládnout téměř každá bolest (Černáková, 2010; Marková, 2010).

K měření intenzity bolesti se nejčastěji používá číselná škála od nuly do deseti. Nula odpovídá žádné bolesti a deset označuje nejhorší možnou bolest, jakou si lze představit. Pro lepší představu lze pomocí pravítka nakreslit úsečku, tedy použít vizuálně analogovou škálu. U nemocných neschopných vyjádřit se v číslech lze alternativně použít škálu sestavenou z šesti různých obličejů, od usměvavého po plačící. Vhodné je i použití verbální škály (Kolektiv autorů, 2006; Marková, 2010).

Pokud je to možné, je léčba bolesti založena na léčbě příčiny. V paliativní péči má však častější uplatnění léčba symptomatická (Alušíková et al., 2012; Marková, 2010). Ta využívá postupy farmakologické a nefarmakologické. Farmakologická léčba vychází ze schémat, která vyvinula Světová zdravotnická organizace pro léčbu nádorové bolesti. Respektuje tři pravidla léčby bolesti: léčbu podle analgetického žebříčku (příloha 3), léčbu podle hodin a preferenci perorálního podání. (Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005). Léčba podle hodin znamená podávání analgetik v pravidelných intervalech, aby se předešlo znovuobjevení bolesti (O'Connor, Aranda, 2005). I při dobře kontrolované léčbě se může bolest výrazně zhoršit. Pak se jedná o průlomovou bolest a je nutné podat takzvané záchranné analgetikum. Mělo by mít rychlý nástup a krátkou dobu účinku (Sláma, 2003). Preferovat perorální podání znamená, snažit se, pokud to je možné, podat lék ústy či jinou méně invazivní cestou, například rektálně či transdermálně (O'Connor, Aranda, 2005).

Úkolem sestry je podávat analgetika dle ordinace lékaře. Sledovat jejich účinnost působení a případný výskyt nežádoucích účinků (Šamánková et al., 2006; Trachtová et al., 2006).

Z neopioidních analgetik je nejčastěji používán Paracetamol a nesteroidní antiflogistika. Jsou podávána samostatně nebo v kombinaci s jinými analgetiky, nejčastěji s opiáty (příloha 4), (Alušíková et al., 2012; Marková, 2010). Sestra by měla myslet na to, že léčba nesteroidními antiflogistiky může vyvolat vznik vředové choroby.

Nejčastějšími nežádoucími účinky opiátů jsou zácpa, nevolnost a zvracení. Dále se může objevit únava, zmatenost, svědění, sucho v ústech, závrať a útlum dechového centra (Kolektiv autorů, 2006; Marková, 2010). Sestra by měla nemocného na jejich možný výskyt upozornit (Šamánková et al., 2006). Největším problémem je zácpa, která může být až úporná. Důležitá je prevence. Již na začátku léčby opiáty by měla sestra nemocnému doporučit užívání projímadel, dodržování dostatečného pitného režimu a konzumaci stravy s vyšším podílem vlákniny. Sestra musí sledovat vyprazdňování nemocného. Včas reagovat na jeho potíže, aby se předešlo případnému vzniku dlejších komplikací (Marková, 2010).

K nefarmakologickým postupům při zvládnání bolesti patří například relaxační techniky, akupunktura, fyzioterapie, psychoterapie a správná komunikace, účast duchovního, aromaterapie, terapie hudbou a další (Černáková, 2010). Sestra sama může během ošetrovatelské péče používat techniky, které napomáhají zmírnění bolesti. Může se pokusit odvést pozornost nemocného tím, že ho zaměstná jinými činnostmi. Poskytnout mu masáž, aplikovat teplo a chlad podle potřeby. Nabízet relaxační techniky. Snažit se svou přítomností a empatií nemocného celkově uklidnit (Černáková, 2010; Plevová et al., 2011). S výhodou lze využít konceptu bazální stimulace prostřednictvím masáže stimulující dýchání (Urbanová, 2008).

Pro nemocné je často důležitý pocit, že mají léčbu bolesti pod kontrolou. Zejména při průlomových bolestech potřebují mít k dispozici vhodný lék. To je možné zajistit u dobře spolupracujících nemocných. Výrazně se snižuje strach z nezvládnutelné bolesti. To přispívá ke snížení celové bolesti nemocného (marková, 2010).

1.3.1.2 Úloha sestry při léčbě dušnosti

Dušnost je definována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. V posledních šesti týdnech života jí pociťuje až 70 % onkologicky nemocných (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004). Je velmi nepříjemným příznakem, neboť je provázána výraznou obavou o vlastní život. Na vzniku a prožívání dušnosti se velkou měrou podílí psychika nemocného. I úzkost může vyvolat dušnost. Vnímání dušnosti závisí také na fyziologických a sociálních faktorech (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007). Důležitý je fakt, že nemusí být vždy přímá souvislost mezi dušností a objektivními parametry plicní ventilace (Marková, 2010).

Dušnost může být akutní nebo chronická, trvalá nebo občasná, klidová či námahová. Její intenzita může být stejná nebo se postupně zhoršovat (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007).

Cílem péče je minimalizovat distres, vyvolaný dušností. Sestra by měla působit terapeuticky. Naslouchat nemocnému a snažit se porozumět jeho obavám a úzkostem. Podporovat komunikaci s rodinou. Svým přístupem snižovat úzkost a tíseň nemocného. Pomoci mu vyrovnat se s dušností. Současně se musí vyrovnat s vlastními nepříjemnými pocity, které jí působí pohled na trpícího nemocného (Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005).

Dobrou metodou, která pozitivně ovlivňuje dušnost, je nácvik bráničního nebo také břišního dýchání. Pacient provádí cvičení několik minut opakovaně během dne a vždy, když se dušnost zhorší. Tento způsob dýchání snižuje dušnost a navozuje pocit určité kontroly nad dušností (Marková, 2010). Na zmírnění dušnosti se mohou podílet také relaxační techniky a vyvolávání pro nemocného příjemných představ. Dobré je také naučit nemocného plánovat své aktivity a stanovit si reálné cíle (O'Connor, Aranda, 2005).

Při náhle vzniklé dušnosti je nejdůležitější, věnovat pozornost úzkosti nemocného. Je důležité, aby sestra zachovala klid a ubezpečila nemocného, že bude uděláno vše, aby se mu brzy ulevilo. Je třeba, aby sestra pomohla nemocnému zaujmout vhodnou polohu vsedě, případně na pravém boku. Zajistila dostatečný přívod čerstvého vzduchu

otevřením okna nebo umístěním ventilátoru na noční stolek. Podala léky dle ordinace lékaře (Marková, 2010; Padlová, 2007).

Léčba závisí na příčině dušnosti, na rychlosti rozvoje dušnosti, na hladině kyslíku v krvi, pokročilosti onemocnění a na psychickém stavu nemocného (Vorlíček, Adam, pospíšilová et al., 2004). Není-li možné odstranit konkrétní příčinu dušnosti, stává se hlavním prostředkem léčba symptomatická (O'Connor, Aranda, 2005). Nemocným v terminální fázi jsou ordinovány opioidy, které tlumí dechové centrum a mohou snížit vnímání dušnosti. Vhodné mohou být i léky na zmírnění úzkosti, takzvaná anxiolytika (Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005). V případě těžké nezvládnutelné dušnosti lze, po předchozí dohodě s nemocným, přistoupit k farmakologické sedaci (Marková, 2010).

Léčba kyslíkem by měla být poskytnuta těm nemocným, kteří z ní mají prospěch. Pokud však je pro nemocného a jeho rodinu podáváný kyslík známkou kvalitní péče a nemocný pociťuje úlevu a zmírnění dušnosti, pak je ordinován vždy. Sestra by měla kyslík podávat kyslíkovými brýlemi. Masky může vyvolat pocit dušení a zvýšit tak úzkost nemocného. Pro zesláblého nemocného je také překážkou v komunikaci. Při léčbě kyslíkem by měla být monitorována hladina kyslíku v krvi (Marková, 2010; Sláma, Kabelka, Vorlíček et al, 2007).

Poměrně častým projevem v posledních hodinách života nemocného bývá hlasité chrčivé dýchání. Objevuje se často u umírajících s poruchou vědomí charakteru soporu nebo komatu. Není jistým projevem dušnosti. Zdá se, že nemocného neobtěžuje a nevyvolává úzkost, tak jako dušnost. Vzniká v důsledku hromadění sekrece v dýchacích cestách, kdy nemocný již není schopen odkašlat. Svůj podíl mívá také neuvážená parenterální hydratace (Padlová, 2007; Skála et al, 2005).

Odsávání bývá bez efektu. Nemocnému je nepříjemné a významně zvyšuje riziko zvracení a následné aspirace (Marková, 2010; Padlová, 2007). Sestra může umírajícímu ulehčit zvýšením polohy hlavy nebo celé horní poloviny těla o 30° případně otočením na bok. Hlava by měla být v ose těla. Vhodné je zvlhčování vzduchu a větrání v místnosti (Cesta domů, [cit. 2012/01/22]).

V terminální fázi mírná dehydratace neškodí a může tento příznak minimalizovat. Eventuelně lze bronchiální sekreci snížit farmakologicky (Marková, 2010; Skála et al., 2005).

Současně je důležité vysvětlit rodině umírajícího, že toto chrčivé dýchání není projevem dušnosti a že jím nemocný nijak netrpí (Skála et al., 2005).

1.3.1.3 Úloha sestry při uspokojování potřeby výživy

Nemocný v terminální fázi choroby postupně ztrácí zájem o jídlo i tekutiny. Bezprostředně umírajícímu člověku není třeba stravu nutit. Vhodné je stravu nabídnout a respektovat přání nemocného. Důležité je věnovat pozornost jeho blízkým. Sestra by jim měla citlivě vysvětlit, že odmítání potravy je součástí procesu umírání. Ujistit je, že jejich blízký hlady netrpí, a že jídlo je pro něj zátěží. (Kalvach et al., 2010; Padlová, 2007).

U nemocných s delší životní prognózou je však dostatečný příjem potravy jedním z předpokladů zachování fyzické a psychické pohody. Naopak následkem špatné výživy je podvýživa, kachexie, slabost, únava a horší průběh onemocnění (Kalvach et al., 2010; O'Connor, Aranda, 2005).

Nemocní v paliativní péči často trpí nechutenstvím v souvislosti s nádorovou léčbou. Jistý podíl na nechutenství má i složka psychická (Marková, 2010).

Ošetřovatelské intervence ovlivňující nechutenství jsou následující. Zásadní je nabízet jídlo, na které má nemocný chuť, a když má na něj chuť. Podávat je v malých porcích a vhodně upravené. Důležitá je i teplota jídla. U nemocných s nevolností je vhodnější spíše chladnější, které je méně aromatické. Chuť k jídlu může zvýšit malé množství alkoholu. Pokud je nemocný schopen přijímat jen mletou nebo mixovanou stravu, měl by jí nejdříve vidět v původním upraveném stavu. K zajištění dostatečného příjmu bílkovin jsou vhodné mléčné bílkoviny a vaječný bílek. K masu má řada onkologických nemocných výrazný odpor. Mezi jídly nebo po jídle lze doporučit popíjení nutričně definovaných nápojů (Kalvach et al., 2010; Marková, 2010).

Není-li možné zajistit dostatečný příjem potravy ústy, je nutné zvážit případné zajištění enterální nebo parenterální výživy (Skála et al., 2005). Enterální výživu lze

podávat zavedenou nasogastrickou sondou, perkutánní endoskopickou gastrostomií - PEG či perkutánní endoskopickou jejunostomií – PEJ. Parenterální výživu lze podávat do periferního nebo centrálního žilního systému (Šamánková et al., 2006). U každého pacienta je třeba postupovat individuálně. A kromě jiného také zohlednit přání a názor pacienta a jeho rodiny. Důležitá je citlivá komunikace s rodinou. Vysvětlení, že umírající většinou nemá z enterální či parenterální výživy prospěch. Ta může o několik dní prodloužit umírání a tím zvýšit utrpení nemocného. Navíc kanyla či sonda nemocného obtěžuje a omezuje (Skála et al., 2005).

1.3.1.4 Úloha sestry při uspokojování potřeby hydratace

Otázka hydratace je v paliativní péči významným problémem. Podávání dostatečného množství tekutin je považováno za součást základní ošetrovatelské péče (Marková, 2010; Skála et al., 2005) U terminálně nemocných však často nelze z různých příčin dostatečný příjem tekutin ústy zajistit (Skála et al., 2005).

Bezprostředně umírajícím pacientům není třeba nápoje vnucovat, jen nabízet a respektovat jejich přání (Kalvach et al., 2010; Skála et al., 2005). Má-li nemocný pocit žízně a není výrazně dehydratovaný, není parenterální podávání tekutin indikováno. Je doporučeno podávat tekutiny zmražené, tlumí pocit žízně. Vhodná je zmražená voda, ananasová šťáva, kola (Marková, 2010). Případně lze použít jemný rozprašovač. Pro pacienta velmi nepříjemný pocit sucha v ústech neodstraní parenterální hydratace, ale pečlivá a pravidelná péče o dutinu ústní a rty. Ústa je nutné vytírat a zvlhčovat, rty natírat například olivovým olejem či lanolínem (Padlová, 2007; Plevová et al., 2011). Mírná dehydratace může pozitivně ovlivnit zmírnění otoků, zvracení a problémů s inkontinencí. Může také působit analgeticky (Marková, 2010).

Naopak nemocným s delší životní prognózou je nezbytné dostatečný příjem tekutin zajistit. Je-li pacient schopný přijímat tekutiny ústy, je nutné, aby sestra dbala na jeho důsledný pitný režim s aktivním častým podáváním tekutin. U ležících pacientů je výhodné používat umělohmotná pítka, brčka či láhev od minerálky s vysouvacím uzávěrem. Pokud je to možné, podává sestra tekutiny vsedě, aby se předešlo aspiraci. Množství přijatých tekutin je nutné vždy vztahovat k jejich ztrátám. Proto si sestra musí

všimát případných ztrát tekutin pocením, průjmy, zvracením či drenáží a zapisovat je do dokumentace. Zapisuje i množství moče u pacientů se zavedeným permanentním močovým katétre. U imobilních pacientů je vhodné zaznamenávat množství přijatých tekutin (Kalvach et al., 2010).

Pokud nemocný v celkově dobré stavu není schopný přijímat tekutiny ústy, nebo ztrácí velké množství tekutin, a nebo následky dehydratace významně zhoršují kvalitu jeho života, je indikovaná parenterální hydratace (Marková, 2010). Tu lze aplikovat do žilního řečiště – intravenózně nebo pod kůži – subkutánně (Skála et al., 2005).

Subkutánní hydratace – hypoderoklýza představuje jednoduchý, bezpečný, účinný a levný způsob parenterálního podání tekutin. Na rozdíl od intravenózního podání nevyžaduje hypoderoklýza zajištění stálého odborného dohledu. Pro pacienty léčené v domácím prostředí je tak bezpečnou alternativou k intravenóznímu podání. Pro podávání infúzí se zavádí jehla s motýlkem do podkoží na břicho, přední straně hrudníku, popřípadě na paži nebo stehně. Jehla je s krátkou spojovací hadičkou fixována náplastí a může se ponechat na jednom místě 5-7 dní (Skála et al., 2005). Subkutánně je možné podávat fyziologický roztok, 5% roztok glukózy nebo kombinované roztoky 5% glukózy a fyziologického roztoku. Roztoky jsou podávány kapénkovou infúzí obvykle bez použití infúzních pump. Rychlost podání je individuální a závisí především na toleranci, tedy zda a jak rychle se tekutina v podkoží vstřebává. Subkutánně lze nemocnému podat 500 – 2000 ml tekutin za 24 hodin (Skála et al., 2005; Sláma, 2008).

Otázka indikace parenterální hydratace u terminálně nemocných je složitá. Důležitý je přísně individuální přístup k pacientovi. Zásadní je přání pacienta. Současně je třeba zachovat respekt k přání jeho rodiny (Sláma, 2008). Umělá výživa a hydratace by měla být ordinována, jen pokud přispívá ke zmírnění obtíží a důstojnému umírání (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007).

1.3.1.5 Hygienická péče, péče o kůži a chronické rány

Potřeba čistoty a hygieny patří k základním biologickým potřebám. Pro většinu lidí je výchozím předpokladem pro pocit osobní pohody. Pozitivně ovlivňuje mezilidské vztahy. Zasahuje tedy i do oblastí potřeb psychických a sociálních (Plevová et al., 2011; Trachtová et al., 2006).

V rámci základního screeningového vyšetření sestra hodnotí stav kůže. Ptá se pacienta na jeho hygienické zvyklosti (Trachtová et al., 2006). Posuzuje úroveň sebepečce a soběstačnosti pacienta. Podle toho pak ošetrovatelský personál pomáhá pacientovi při provádění hygienické péče. U nemocných v těžkém stavu nebo v bezvědomí zajišťuje hygienickou péči v plném rozsahu (Šamánková et al., 2011; Trachtová et al., 2006). Sestra musí také shromáždit dostupné informace o pacientovi a vyhodnotit, do jaké míry je rizikový pro vznik dekubitů. Nejčastěji je používána tabulka dle Nortonové (příloha 5) (Šamánková et al., 2011).

Hygienická péče u umírajících je soustředěna především na péči o pokožku a intenzivní péči o dutinu ústní. Při jejím zanedbání hrozí vznik dekubitů, opruzenin a závažných infekcí v dutině ústní (Misconiová, [1999]). Při všech hygienických úkonech je nutné postupovat ohleduplně, vždy respektovat intimitu pacienta a chránit ho před prochlazením. Sestra pravidelně sleduje integritu a prokrvení kůže. Všímá si každé změny zvláště v predilekčních místech. Hodnotí stav sliznice v dutině ústní (Mellanová et al., 2005; Trachtová et al., 2006). Ranní a večerní toaleta zahrnuje omytí obličeje, rukou, paží, přední strany trupu, zad, genitálu a úpravu vlasů (Šamánková et al., 2011). Po omytí je nutné pokožku osušit a řádně promastit a promasírovat (Kalvach et al., 2010). Riziková místa, jako je oblast genitálií, místa pod prsy, kožní záhyby a místa ohrožená vznikem proleženin je nutné ošetřit vhodným krémem případně vložit záložky (Cesta domů, [cit. 2012-01-22]; Misconiová, [1999]).

Součástí hygienické péče je i péče o oči a o kompenzační pomůcky. Dále je to péče o čistotu lůžka a osobního oděvu pacienta. Celková koupel se provádí minimálně jednou týdně a podle potřeby častěji. U nemocných upoutaných na lůžko lze k převozu do koupelny použít hydraulickou zvedací židli nebo hydraulickou pojízdnou vanu. Součástí celkové koupele je i mytí vlasů a ostříhání nehtů. Nehty na rukách se stříhají

1x týdně, nehty na nohách 1x za čtrnáct dní. Je vhodné využít péči pedikérky. Při péči o vousy se zachovává individuální přístup dle přání pacienta a případně jeho blízkých (Šamánková et al., 2011).

Pokožku je nutné udržovat suchou a čistou. U inkontinentních pacientů se používají absorpční pomůcky a hygienická péče je prováděna podle potřeby, aby pacient neležel ve vlhku (Kalvach et al., 2010; Misconiová, [1999]). Stejně tak pacientům s výrazným pocením, zvracením, stómiemi, kanylami a drény se provádí hygienická péče o znečištěné části těla vždy podle potřeby (Misconiová, [1999]).

Velmi důležitá je pravidelná péče o dutinu ústní. Udržení vlhkých sliznic lze zajistit dostatečným příjmem tekutin, případně výplachy fyziologickým roztokem, cucáním ledových kostek a žvýkáním žvýkaček. Mykotické povlaky v ústech je dobré pravidelně stírat štětičkou či tamponem. Vhodné je cucání grapefruitového džusu. Je-li přítomna infekce, je nutná její celková léčba. Bolest lze zmírnit podáním lokálního anestetika nebo analgetika. Pomoci může podávání tekutin brčkem (Marková, 2010).

Součástí péče o dutinu ústní je i pravidelné čištění zubů měkkým kartáčkem. Zubní náhradu je třeba také pravidelně omývat a na noc ukládat do čisticího roztoku. Rty je třeba promazávat (O'Connor, Aranda, 2005; Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007).

Velmi důležitá je prevence vzniku dekubitů. Antidekubitální režim u rizikových pacientů zahrnuje kromě důsledné hygienické péče používání měkkých antidekubitálních podložek a matrací, speciálních nafukovacích matrací, dále používání odlehčovacích pomůcek do lůžka k vypodložení rizikových míst. Velmi důležité je polohování pacienta. Mělo by být prováděno po dohodě s pacientem, tak aby se mu pohodlně leželo. Nemělo být bolestivé a vyčerpávající (Cesta domů, [cit. 2012-01-22]; Kalvach et al., 2010). Změny poloh jsou doporučovány alespoň po dvou hodinách. Je dobré střídat polohu na zádech s polohou na boku se zakládáním polštářů mezi kolena a kotníky. Nemocného je možné vypodložit, aby sestřval v požadované poloze. Velký význam má správná manipulace s pacientem v lůžku tak, aby se zabránilo tření pokožky o povlečení a působení střížné síly. Je třeba pacienta podložit proti sjíždění v lůžku.

Posouvat jej nadzvednutím a poponesením, ne tahem (Kalvach et al., 2010; Šamánková et al., 2006).

Jedním z nejobtížnějších ošetrovatelských problémů paliativní péče jsou chronické rány. U většiny nemocných je jejich zhojení nereálné, časem se spíše zhoršují. Často se ani nepodaří zvládnout všechny jejich obtěžující projevy: zápach, sekreci, bolest, podráždění okolní kůže, svědění a krvácení. To vše může vést k výraznému snížení kvality života nemocného. Cílem je zajistit nemocnému co největší pohodlí a zabránit jeho sociální izolaci (Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005).

Ošetřování ran může být klasické nebo metodou vlhkého hojení ran. Metoda vlhkého hojení snižuje bolestivost rány a urychluje proces hojení (Kalvach et al., 2010). Důležitá je volba vhodného obvazového materiálu. (O'Connor, Aranda, 2005). Z ošetrovatelského hlediska může být problematičtější jejich lokalizace, která zhoršuje přístup k ráně a její ošetřování (Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005). Sestra provádí oplachy a převazy rány a okolí. Průběžně hodnotí přítomnost infekce v ráně, sekreci a bolest. Podle zjištěných skutečností zvolí nejvhodnější krycí materiál a rozhodne o době dalšího převazu (Kalvach et al., 2010).

Zapáchající rána je velkým problémem pro nemocného i jeho blízké. Nemocný si je zápachu vědom a straní se společnosti (Marková, 2010). K pohlcení zápachu se používají obvazy s aktivním uhlím a okluzivní obvazy, například kolostomický sáček s pachovou zátkou. Příkladány jsou také obvazy se stříbrem, které mají bakteriostatický účinek stejně jako obvazy s aktivním uhlím (Kalvach et al., 2010). K osvěžení vzduchu v místnosti nemocného je vhodné používání aromalamp nebo deodorantů (Marková, 2010).

Při velké sekreci se používají algináty, hydrovlákna a nepřilnavé savé obvazy. Cílem je snížení sekrece při současném zachování vlhkého prostředí. Naopak u ran s minimální sekrecí se volí vlhké krytí, například hydrokoloidy. Vysušení rány může být příčinou jejího krvácení (Kalvach et al., 2010).

K ochraně okolní kůže sestra používá ochranné gely a masti. Při svědění kůže může aplikovat hydrogel, nebo chladiivé mentolové gely (Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005).

Je-li rána bolestivá, je nutná celková léčba bolesti. Před převazem je třeba zajistit dostatečnou analgézi. Analgetika lze také aplikovat přímo na ránu. Osvědčilo se podávání směsi morfinu a mesocainu (Marková, 2010).

Krvácení z rány je důležité předcházet. Používání nepřilnavých obvazů, udržování vlhkého prostředí v ráně, čištění pomocí výplachů a omezení častých převazů možnost krvácení snižuje. Někdy lékař naordinuje podávání léků proti krvácení, antifibrinolytik a hemostyptik. Nemocný může mít strach, že vykrvácí. Ten nesmí sestra podceňovat. Jejím úkolem je nemocného uklidnit a ujistit ho, že se dá případné krvácení dobře zvládnout (Marková, 2010).

1.3.2 Úloha sestry při uspokojování psychosociálních potřeb pacientů v terminálním stádiu

Mezi psychické potřeby patří především potřeba respektování lidské důstojnosti (Svatošová, 2008; Jedličková, 2002). Dále je to potřeba verbální i neverbální komunikace, potřeba pocitu bezpečí posilovaná důvěrou v doprovázející osoby. Při komunikaci s umírajícím člověkem je velmi důležité nikdy nelhat. Říkat jen tolik, kolik chce nemocný slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Z potřeb sociálních vystupuje do popředí potřeba nezůstat v umírání sám. Nemocný si většinou přeje trávit co nejvíce času se svými blízkými a přáteli.

Sestra by měla usilovat o každodenní psychickou pohodu nemocného. Empatické rozhovory, naslouchání, fyzický kontakt a přítomnost sestry přináší umírajícímu velkou úlevu a vědomí, že není sám. Nikdo by neměl bránit nemocnému vyjádřit své skutečné pocity. Má právo na pláč. Měl by mít možnost hovořit o strachu a o svých obavách. Pro nemocného je důležité i společné mlčení (Plevová et al., 2011). Sestra by měla zachovávat důstojnost nemocného, respektovat ho takového jaký je. Posilovat jeho pocit bezpečí a jistoty tím, že mu nebude lhát a bude respektovat jeho autonomii. Měla by motivovat nemocného na reálné cíle a udržovat tak jeho naději. Pro nemocného je velmi důležitý častý kontakt s jeho blízkými (Haškovcová, 2007; Svatošová, 2008). Na psychické podpoře nemocného se podílejí také ostatní členové týmu. Má-li nemocný

problémy, které není sestra schopna řešit, musí zajistit příslušného odborníka, psychologa nebo psychiatra (Plevová et al., 2011).

Nejčastějšími psychickými obtížemi nemocných v terminálním stádiu jsou úzkost, smutek, deprese, zmatenost a suicidální tendence. Úkolem sestry je hodnotit základní orientaci nemocného, všimnout si případných změn emocí, psychotických projevů, poruch chování a informovat o nich lékaře. Sestra by se měla pokusit klidným a laskavým rozhovorem nemocného zklidnit. Měla by zajistit bezpečnost nemocného a podat léky dle ordinace lékaře (Kalvach et al., 2010; Mahrová, 2010).

1.3.2.1 Komunikace s umírajícím

„Významnou roli hraje nejen komunikace, ale také způsob, jakým vykonáváme činnosti spojené s ošetřováním nemocného.“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 108)

Největší překážkou komunikace u pacientů v terminálním stádiu je strach ze smrti, strach z bolesti, z opuštěnosti a z toho, co přijde. Nemocný může mít také strach z dystanázie nebo-li ze zadržované smrti (Huneš, 2010; Marková, 2010).

Skutečný zájem pečujícího je pro dobrou komunikaci a navázání kontaktu s nemocným nejdůležitějším faktorem. Prvořadým úkolem ošetrovatelského personálu je vytvořit atmosféru důvěry. Respektovat právo nemocného na pravdivé informace o jeho zdravotním stavu. Také je velmi důležité, aby nemocný věděl, že se může podílet na rozhodování o své léčbě (Kelarová, 2007; Marková, 2010).

Při jednání s nemocným je nutné vždy respektovat jeho vůli. Dominantní postoj a direktivní jednání zdravotníků do profesionální komunikace nepatří (Venglářová, Mahrová, 2006). Pro získání co nejvíce informací je dobré nemocnému aktivně naslouchat. Klást otevřené otázky. Sestra by mu měla poskytnout dostatek času, aby se mohl rozhovořit o svých potřebách a přáních (Kelarová, 2007; Marková, 2010). Během rozhovoru na citlivé téma je vhodné použít techniku nedirektivního vedení rozhovoru. Sestra by měla akceptovat nemocného takového jaký je se všemi projevy. Nehodnotit a nekritizovat jeho chování. Slovně vyjádřit pochopení pro obtížnou situaci nemocného. Reflektovat na jeho sdělení, tedy pokusit se vlastními slovy vyjádřit pocity nemocného. Reagovat hodnověrně. Cílem je posílit nemocného ve vůli k dalšímu

životu, v akceptaci zdravotního postižení a přijetí změn v souvislosti s jeho onemocněním (Venglářová, Mahrová, 2006).

Je třeba zvolit vhodný způsob komunikace v závislosti na fázi přijetí závažného onemocnění prožívané nemocným. Ve fázi šoku je dobré dát nemocnému dostatek času pro navázání kontaktu. A snažit se postupně si získat jeho důvěru. Ve fázi hněvu umožnit nemocnému odreagování. Nepohoršovat se nad jeho chováním a nenapomínat jej. Ve fázi vyjednávání a smlouvání být trpěliví. Motivovat nemocného, aby pokračoval v dosavadní léčbě. Ve čtvrté fázi deprese a smutku nemocnému naslouchat a snažit se podpořit komunikaci s rodinou. Pokud se podaří dovést nemocného až do fáze smíření, je důležité poskytnout pocit blízkosti jiného člověka. Ať slovem, či neverbálně doteky, pohlazením, držením za ruku. I člověk v agónii vnímá. Velmi důležitá je pomoc rodině. Ta bývá obvykle v prožívání fází pozadu za nemocným (Huneš, 2010; Venglářová, Mahrová, 2006).

K obecným zásadám komunikace patří projevení osobního zájmu o nemocného, sjednocení verbálního i neverbálního projevu tak, aby řeč těla odpovídala vyřčeným slovům. Dále držet se tématu, které navodil nemocný, neodbíhat k jinému. Citlivě sledovat nemocného, respektovat jeho případnou únavu. Nezaměřovat se na příznaky nemoci, ale soustředit se na nemocného. Komunikovat srozumitelně, používat výrazy, kterým nemocný rozumí (Venglářová, Mahrová, 2006).

Informace o zdravotním stavu podává nemocnému vždy lékař. Nemocný má právo určit, komu mohou být tyto informace podávány. Může také vyslovit zákaz podávání informací komukoli (Huneš, 2010). Sdělování pravdy by mělo být citlivé a uvážené (Kutnohorská, 2007). Úkolem sestry je poskytnout nemocnému prostor pro vyjádření pocitů, které vyvolalo sdělení diagnózy (Mellanová et al., 2005).

V komunikaci s umírajícím existuje jednotný postoj v tom, že nelze nemocnému vnucovat potřebu akceptovat fakt konce (Křivohlavý, 2002). V rámci paliativní péče je důležité nebrat nemocným a jejich blízkým pocit naděje na zlepšení či pozastavení nemoci (Kelnarová, 2007; Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007). Neurčovat zbývající čas a nepoužívat slova, která by mohla vyvolat myšlenky na smrt (Kelnarová, 2007; Mellanová et al., 2005).

1.3.2.2 Spolupráce s rodinou

V paliativní péči musí mít sestra vždy na paměti, že umírající je nedílnou součástí své rodiny. Rodina je vážným stavem svého blízkého zasažena a trpí spolu s ním (Marková, 2010). Stejně jako nemocný i ona prochází fázemi umírání. Obvykle však bývá v jejich prožívání pozadu (Huneš, 2010). Stává se, že rodina nechce přijmout pravdu, že její člen umírá. Brání tak nemocnému v pokojném a klidném odchodu. Rodina často potřebuje více pomoci nežli samotný umírající. Péče o potřeby rodiny by měla být samozřejmostí (Kelnarová, 2007).

Sestra by měla porozumět vztahům v rodině nemocného. Akceptovat způsob komunikace i hodnoty rodiny. Měla by rodinu citlivě a pravdivě informovat o průběhu umírání, o tom, čím jejich blízký prochází (Marková, 2010). Důležité je ujistit rodinu, že nemocný nemá velké obtíže. Rodina ocení praktické rady, jak má poskytovat péči, jak komunikovat s nemocným i s ostatními členy rodiny. Potřebuje být ujištěna, že svou roli zvládne (O'Connor, Aranda, 2005; Plevová et al., 2011).

Je dobré rodinu motivovat, aby aktivně komunikovala se svým nemocným blízkým. Mohou vzpomínat na společně prožité chvíle, omluvit se za chyby v životě, usmířit se a vzájemně si odpustit (Huneš, 2010).

Důležité je poskytnout psychickou podporu členům rodiny. Zejména těm, kteří se na péči podílejí nebo o nemocného sami pečují. Zvýšenou pozornost je také třeba věnovat emocionálním potřebám rodiny. Členové rodiny, kteří byli v minulosti svědky obtížného umírání svého blízkého, mohou být ohroženi patologickým truchlením. Tito lidé především potřebují pomoc, aby se vyrovnali se špatnými vzpomínkami a zármutkem (Kelnarová, 2007; O'Connor, Aranda, 2005).

Péče o pozůstalé začíná již před smrtí a pokračuje až do doby krátce po smrti nemocného. Cílem péče je pomoc pozůstalým smířit se se ztrátou blízkého člověka a postupem času najít nový smysl života (O'Connor, Aranda, 2005).

1.3.3 Péče o spirituální potřeby umírajících

Spirituální potřeby terminálně nemocného člověka představují především hledání odpovědi na otázky týkající se smrti, víry a smysluplnosti života. Pro nemocného je velmi důležité vědět, že mu bylo odpuštěno stejně jako mít možnost odpustit druhým. Spirituální potřeby mají všichni lidé, věřící v Boha i bez této víry (Haškovcová, 2007; Jedličková, 2002; Svatošová, 2008).

Při péči o umírajícího člověka má duchovní podpora nebývalý význam. Téměř každý člověk, věřící či nevěřící, který onemocní nevléčitelnou chorobou, cítí potřebu nalézt smysl svého života (Křivohlavý, 2006; Svatošová, 2008).

Hlavním předpokladem poskytování duchovní péče jsou kvalitní vztahy a atmosféra důvěry a vzájemné podpory. Duchovní péče je součástí všech činností prováděných v rámci kvalitní paliativní péče. Zahrnuje posuzování a uznání současné situace nemocného, jeho vztahů a přesvědčení. Duchovní intervence představuje podporování vztahů důležitých pro nemocného, a zapojení dalších osob schopných poskytnout nemocnému duchovní podporu (O'Connor, Aranda, 2005; Plevová et al., 2011).

Volba vhodného přístupu závisí na individuálních potřebách nemocného a na tom, zda je či není věřící. Věřícím, pokud s tím souhlasí, lze zajistit pastorační péči (Plevová et al., 2011). Působení nemocničních kaplanů ve zdravotnických zařízeních se řídí Dohodou o duchovní péči ve zdravotnictví, která byla mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví uzavřena v roce 2006. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 12.12.2011).

Vzájemné uznání sestry a pacienta umožňuje, aby si sdělili své životní zkušenosti. Přestože smrt vždy doprovází nejistota a nejasnosti, mají zkušené paliativní sestry možnost poskytnout umírajícímu nejen odbornou péči a znalosti, ale také svou vlastní přítomnost a lidský přístup (O'Connor, Aranda, 2005).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1

Zjistit, zda rodinní příslušníci nemocných pocít'ují možné rozdíly v poskytování oš'etřovatelské péče v hospici a ve zdravotnickém zařízení.

Cíl 2

Zjistit názor všeobecných sester na možné rozdíly v poskytování oš'etřovatelské péče v hospici a ve zdravotnickém zařízení.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 položená rodinným příslušníkům:

„Jak vnímáte rozdíl v poskytování oš'etřovatelské péče Vašemu blízkému ve zdravotnickém zařízení a v hospici?“

Výzkumná otázka 2 položená všeobecným sestřám:

„Jak vnímáte rozdíl v poskytování oš'etřovatelské péče klientům v terminálním stádiu ve zdravotnickém zařízení a hospici?“

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro zjištění informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření, metoda dotazování. Technikou sběru dat byl hloubkový rozhovor s příbuznými pacientů v terminálním stádiu a se všeobecnými sestrami. Rozhovory probíhaly od května 2012 až do července 2012 v Hospici svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích se svolením vrchní sestry zařízení (příloha 6) a v Nemocnici Prachatice a.s. se svolením hlavní sestry zařízení (příloha 7). Rozhovory se všeobecnými sestrami probíhaly v nemocnici i v hospici. Byly použity otevřené otázky, které zjišťovaly, jak sestry poskytují ošetrovatelskou péči o pacienty v terminálním stádiu na svém oddělení a jejich názor na možné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče pacientům v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici (příloha 8). První část otázek byla zaměřena na uspokojování biologických potřeb, druhá část na uspokojování psychosociálních potřeb a třetí část na uspokojování spirituálních potřeb pacientů v terminálním stádiu. Další otázky zjišťovaly konkrétní představu sester o konceptu důstojného umírání ve zdravotnickém zařízení, o překážkách na jejich odděleních, které brání naplnění konceptu důstojného umírání a s kým sestry spolupracují při péči o pacienty v terminálním stádiu. Rozhovory s rodinnými příslušníky pacientů v terminálním stádiu probíhaly v hospici. Byly použity otevřené otázky, které zjišťovaly názor rodinných příslušníků na možné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče jejich blízkým v nemocnici a v hospici (příloha 9). První část otázek byla zaměřena na uspokojování biologických potřeb, druhá část na uspokojování psychických a sociálních potřeb a třetí část na uspokojování duchovních potřeb pacientů v terminálním stádiu. Pro záznam rozhovorů bylo použito audio zařízení (diktafon). Po té byly záznamy rozhovorů autenticky zpracovány do počítačového programu MS Word Office 2003. Data z rozhovorů byla zpracována do kategorií: uspokojování biologických potřeb, uspokojování psychosociálních potřeb a uspokojování spirituálních potřeb pacientů v terminálním stádiu. Kategorie uspokojování biologických potřeb byla rozpracována

v následujících podkategoriích: hygienická péče a prevence dekubitů, výživa, hydratace a bolest. Kategorie uspokojování psychosociálních potřeb byla doplněna o podkategorie: denní režim oddělení a možnost návštěv, komunikace ošetrovatelského personálu s pacientem v terminálním stádiu a s jeho blízkými.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi všeobecnými sestrami a třemi rodinnými příslušníky pacientů v terminálním stádiu. Výběr všeobecných sester do výzkumného souboru byl záměrný. Podmínkou výběru všeobecných sester bylo splnění tohoto kritéria: být všeobecnou sestrou, která má zkušenost s péčí o pacienty v terminálním stádiu z nemocnice i z hospice. Všechny čtyři všeobecné sestry tuto podmínku splnily, proto mohly být jejich odpovědi zařazeny do výzkumného šetření. Výběr rodinných příslušníků byl záměrný. Podmínkou výběru rodinných příslušníků do výzkumného souboru bylo splnění tohoto kritéria: být příbuzným pacienta v terminálním stádiu nemoci, který byl hospitalizován nejdříve v nemocnici a potom přeložen do hospice. S vytipováním rodinných příslušníků pomohla staniční sestra v hospici. Všichni tři rodinní příslušníci tuto podmínku splnili, a proto mohli být jejich odpovědi zařazeny do výzkumného šetření.

4 Výsledky

4.1 Přepisy rozhovorů

4.1.1 Přepisy rozhovorů se všeobecnými sestrami

4.1.1.1 Přepis rozhovoru s všeobecnou sestrou 1

Sestra 1 pracuje 2 roky na oddělení LDN. Je jí 25 let, má vyšší odborné zdravotnické vzdělání. V hospici byla na týdenní stáži. Na oddělení je 29 lůžek rozložených do 1 jednolůžkového, 8 dvoulůžkových a 4 třílůžkových pokojů. Na denní dvanáctihodinovou směnu jsou přítomny 2 sestry, 2 ošetřovatelky a staniční sestra do 15 hodin, do 14 hodin sanitář, který je odvolatelný jiným oddělením. Na noční dvanáctihodinovou směnu je přítomna 1 sestra a 1 ošetřovatelka. O víkendech na denní jsou 2 sestry a 1 ošetřovatelka, na noční je 1 sestra a 1 ošetřovatelka nebo sanitářka.

Jak poskytujete hygienickou péči pacientům v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Denně provádíme hygienu pacienta na lůžku, ale není to s mytím vlasů a tak. Jednou týdně provádíme celkovou koupel v koupelně. Rychle pacienta osprchujeme, namydíme a zase osprchujeme. Za hodinu a půl máme umytých šest lidí. Tady je to prostě fakt fofr. Mytí vlasů a čištění nehtů provádíme jednou týdně. Pokud je pacient v terminálním stádiu takovém, že už není možné převážet ho do koupelny, tak se dělá ta celková koupel na lůžku a myjí se i vlasy. Máme tady zvedák, ale moc ho nepoužíváme, protože to hrozně zdržuje. Takže největší pomůcka je polohovací podložka. Používáme běžné hygienické pomůcky a kosmetiku. Dutinu ústní vytíráme štětičkami napuštěnými roztokem s příchutí citrónu, nebo jí vytíráme namočenými mulovými čtverečky, zubní protézu čistíme kartáčkem a oplachujeme pod tekoucí vodou. Čištění zubů provádí obvykle rodina, když chodí denně, jinak je čistíme my.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytována hygienická péče pacientům v terminálním stádiu v hospici?

„Já jsem byla v hospici týden, takže toho nemohu zase tolik říci. Ale byla jsem tam u jedné koupele. Ze strany sester to bylo výborné. Pacientku za pomoci zvedáku položily do vany. Paní se tam čachtala, byla spokojená, i pro ní to bylo příjemné. Sestry jí umyly hlavu, vydrbaly jí, to bylo úplně neskutečný, namazaly jí. To mytí trvalo asi hodinu a půl.“

Jak předcházíte vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Pacienty polohujeme každé dvě hodiny a pokožku promazáváme ochrannými krémy. Používáme nafukovací antidekubitální matrace, ale ty dáváme jen opravdu rizikovým pacientům. Máme jich jen asi šest. Máme různé molitanové kroužky, bedničky, kostky. Máme dva kuličkové hady. Používáme je většinou u hubených lidí. Je to dobré, ale máme jen dva. Hodně používáme různé polštářky s kuličkami. Těch máme plný sklad. Pokud nám dojdou, srolujeme prostěradlo.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče zaměřená na prevenci vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Já si myslím, že je to stejné jako tady. Musím říct, že se tady o pacienty staráme fakt dobře. Myslím, že tam mají lepší vybavení, více pomůcek. Je to o lidech, to je nejdůležitější. Ale tam jsou asi všichni takoví hodní. Asi si s tím polohováním dají větší práci, protože na to mají více času. Je jich tam prostě víc.“

Jak pečujete o výživu pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Ti, co ještě vnímají, si mohou vybrat jídlo. Chodí sem dietní sestra a ptá se jich každé ráno. Většinou to však pacienti nevyužívají. Pokud nemají zrovna chuť, tak jim to schováme a ohřejeme později. U většiny lidí se sleduje a zapisuje, kolik toho snědli. Ale většinou jsou skoro všichni na sondě, PEGu nebo dostávají infuze intravenózně.“

Protože sem vozí většinou lidí už v dost katastrofálním stavu, tak je málo kdo schopen přijímat potravu ústy. Většinou již nevnímají.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytována ošetrovatelská péče o výživu pacientům v terminálním stádiu v hospici?

„No, já si myslím, že hodně lidí tam má zavedený PEG. Myslím, že si tam mohou vybrat jídlo, který chtějí.“

Jak zajišťujete hydrataci u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Když nechtějí pít sami, tak první možnost je, že jim to dáváme do takové láhve se sosáčkem od minerálky. A když nejsou ani z toho schopni pít, tak stříkačkou, když ne stříkačkou, tak sondou nebo infúzemi intravenózně. Někdy jim dáváme sát namočený mulový čtverec.“

Jak je podle Vašeho názoru zajišťována hydratace pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Tím, že tam mají víc personálu a víc času, tak jsou ti lidé hodně hydratovaní. A pomůcky, myslím, že tam mají také PEG a infúze. Já si myslím, že je to tak nějak podobný.“

Jak poskytujete ošetrovatelskou péči při léčbě bolesti u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Tak bolest nemonitorujeme, vůbec nemáme žádné škály. Ale prostě se to pozná. Při kontaktu s pacientem zjišťujeme, jestli má bolest podle případného bolestivého chování. Ti schopní si sami řeknou. Bolest zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace, hlásíme jí hned lékaři. Ti nasazují tu nejnižší možnou verzi, a pokud to nezabírá, tak to navyšují, aby byl pacient co nejméně s bolestí. Většinou dáváme hned injekce nebo náplasti. Injekce dáváme subkutánně, Dolsin nebo morfin, spíš morfin. Tablety většinou nedáváme. Ze začátku se opiáty dávají opravdu jen při bolesti. Později, když pacient nevnímá, se dávají pravidelně, aby bolest necítily, protože si nemohou říct. Pokud je pro pacienta hygienická péče bolestivá, tak se vždy půl hodiny před jejím

zahájením podá analgetikum. Z nefarmakologických postupů bych zmínila úlevovou polohu.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče při léčbě bolesti u pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Tam mají kontinuální podkožní infúzi s analgetikem. Je to tak dobře nastavený, že tu bolest vůbec necítí. Myslím, že tam je nejdůležitější, aby lidé neměli bolest, a oni to tam tak mají.“

Jak uspokojujete psychosociální potřeby pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Snažíme se o citlivý přístup, pohladíme pacienta, ale že bychom to až zas takhle řešili, to ne. Necháme rozsvícené malé světýlko. Když je celková koupel, tak se pacientů ptáme, jestli chtějí vzít do koupelny. Ale většinou chtějí, protože jednou týdně je dost málo. Ale jsou lidi, kteří nechťejí, odmítnou, že si je vykoupe rodina. Nenutíme je. Jsou-li schopní tak se myjí sami. Umožňujeme kontakt s blízkými. Jsou tady neomezené návštěvy. S pacienty hodně povídáme, když je tedy čas. Občas fakt není dost času, tak to ukončíme a jdeme pryč. Ale někdy jo, když jsou plačtivý, tak si to vyslechneme a povídáme si s nimi.“

Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány psychosociální potřeby pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„No, tam hodně. Tam jsou ty řádové sestry, pokud pacient chce, tak si s nimi může povídat. Oni mu poradí, nebo ho vyslechnou. Jsou tam třeba dvě hodiny. Vybázejí lidi ven, že si můžou ještě užít toho života. Mají tam různé kulturní akce, chodí tam zpívat třeba holky z pedagogické školy. Ale ne všichni to chtějí, ale můžou toho využít. Mají to jako pro zpestření. Vybáží je ven, nebo když jsou schopní chodit, tak si dojdou ven. Tady to prostě není. Tady jsou zavřeni na pokoji a maximálně se otevře okno, nebo se dávají do křesla, pokud jsou ještě schopní. Chodí sem rehabilitační sestry. Celé dopoledne lidi rehabilitují, sedí u televize. Rehabilitační chodí i odpoledne do dvou hodin. Takže pacienti mají pohybu dost, záleží v jakém jsou stavu.“

Jaký je denní režim na Vašem oddělení?

„O víkendu myjeme šest lidí v půl páté ráno. Protože by je ta denní směna nestihla všechny umýt, všech třicet lidí. Jsou tu jen tři. Ve všední dny je tady na denní službu šest lidí z ošetřovatelského personálu. To chodíme na půl sedmou do pokojů. Po páté hodině měříme teploty dálkovým digitálním teploměrem. A odběry provádíme kolem čtvrt na šest. Snídaně jsou kolem půl osmé. Podle toho, jak stihneme ráno mytí. Hygienická péče musí být hotová před snídaní. Ale většinou to do těch půl osmé stihneme. Kromě víkendu, to může být snídaně až v devět hodin. Po snídani se polohuje, dává se lidem napít, zapisuje se, co vypili a snědli. Vizity chodívaly každý den, ale naše paní doktorka je teď na mateřské. Tak pan doktor, co je tu na záskok, chodí většinou v pondělí, středu a v pátek. Terminální pacienty, pokud spí, nebudíme. Lékař jim změří pulz. Když tu byla paní doktorka, tak se pacienti měli hodně dobře. To byla naše LDN vyhlášená.“

Jaký je podle Vašeho názoru denní režim v hospici?

„Tak určitě chodí pacienty budit déle, asi kolem osmé. Ten režim se hodně přizpůsobuje těm pacientům.“

V jaké době jsou povoleny návštěvy pacientů v terminálním stádiu na všem oddělení?

„Tady jsou neomezené. Můžou sem i malé děti, ale někdy jim to nedoporučujeme. Třeba, když má někdo MRSU, tak je lepší ty děti nechat venku.“

V jaké době jsou podle Vašeho názoru povoleny návštěvy pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Tam jsou neomezené, tam mohou i přespávat, myslím.“

Jak komunikujete s pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Jsme k nim milí, co nejmilejší vlastně, když už je čeká jenom ta smrt. Pacientům vždy říkáme, co s nimi budeme dělat.“

Jak komunikujete s blízkými pacienta v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„O zdravotním stavu nemůžeme podávat žádné informace. Ale, když se nás zeptají, kolik toho snědl, to můžeme říct a určitě jim to řekneme. Rodinu zapojujeme do péče o nemocné. Včera nám pomáhali polohovat pána. Říkáme jim, když je člověk třeba diabetik, tak pokud má rád něco sladkého, aby mu to donesli, že už tím nic nezkazí. Hodně jim nosí třeba jídlo z domova. Často si chodí pacienty mýt. Málokdy se nás příbuzní na něco ptají. A když, tak jestli něco jedli, pili. Zajímá je nejvíce zdravotní stav, a to je odkazujeme na lékaře. Lékařem jsou určitě dostatečně informováni. Pacientovi ale lékař někdy na žádost příbuzných skutečnou diagnózu a prognózu nesděljuje. Kolikrát tady máme lidi s rakovinou, kteří umírají, a oni to nevědí. Protože si to rodina nepřeje, že by to vzdali.“

Jaká je z Vašeho pohledu komunikace zdravotnického personálu s pacientem v terminálním stádiu a s jeho blízkými v hospici?

„Tam to tedy určitě všichni vědí, že umírají. A tím, že to všichni vědí, a že je to hospic, tak se snaží být milí, mluví o všem.“

Jak uspokojujete spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Tak máme tady číslo přímo na pana faráře. Když si přejí poslední pomazání, nebo svaté přijímání, je tady ta možnost. Farář za nimi přijde. Je tady také kaple, ale nevím, zda se tam konají nějaké bohoslužby.“

Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány spirituální potřeby Pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Tam se na to dbá hodně. Víím, že tam mají řádové sestry a kapli, ve které se konají pravidelně bohoslužby.“

S kým spolupracujete při péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Hodně využíváme ambulanci bolesti, posíláme pacienty na chirurgickou ambulanci na ošetřování ran, odstraňování nektróz. Pacienti mají často proleženiny

a umírají vlastně na sepsi. Ale většinou rány ošetřujeme tady, používáme metodu vlhkého hojení ran. Dokonce jsme tady nechávali dělat pánovi nové zuby. Protože to bylo jeho přání. Dochází sem kožní, oční, kterýkoli lékař, když potřebujeme. Psychiatrická konzilia jsou docela častá. Máme k dispozici také sociální pracovníci. Je denně na našem oddělení od osmi do čtyř hodin odpoledne. Ta je pro celou nemocnici, ale nejvíce jí využíváme mi. Ona vyřizuje domovy důchodců. Jestli si chtějí vzít pacienta domů, vysvětluje jim v čem je to dobré nebo špatné. Hodně jim nabízí hospic. Pokud to je možné, tak odtud odcházejí rovnou do hospice. Protože tady je to o ničem. Tam, pokud jsou trochu schopný, si to ještě užijí.“

Jaká je Vaše představa konceptu důstojného umírání ve zdravotnickém zařízení?

„No, tak já si teda myslím, že ten pacient by neměl umírat sám, v každém případě. Což se tady většinou nedaří, my už je najdeme většinou mrtvý. A když tak zůstává sám a ostatní se převezou na jiný pokoj, aby to neviděli. A myslím si, že by se měli upravit, aby se ta rodina s nimi rozloučila. Což tady taky moc není. Určitě aby byl bez bolesti. Ale to tady většinou je. Fakt se hledí na to, aby byli ti lidé bez bolesti.“

V čem spatřujete překážky pro zajištění konceptu důstojného umírání na Vašem oddělení?

„Tak hlavně v tom, že je tady více pacientů na tom oddělení, že tady není místo ani místnost pro ty umírající lidi. Dříve, před přestavbou LDN, to tak bylo. Byla vyhrazená jedna místnost, kam se odvezl ten umírající pacient. Byla s ním zde jedna sestra, která se mu více věnovala. Ale teď už to tak není. Hlavně je tu málo personálu na to, aby ta sestra prostě mohla s tím pacientem zůstat. Hlavní je nedostatek personálu a nevhodné řešení prostorového uspořádání oddělení.“

Jaké problémy Vám v současnosti nejvíce stěžují péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„No tak třeba jsme zrovna nedávno řešily, že když nám umře pacient, tak mi ho dáváme na koupelnu. Když není na pokoji sám. No a nemáme zamykání od té koupelny.“

Takže tam může kdokoli vlastně vejít. Což teda není dobré. Ale jinak si myslím, že nic, že ta péče o ty lidi není špatná.“

Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči o pacienty v terminálním stádiu poskytovanou na Vašem oddělení?

„No, já si myslím, že bolesti většinou nemají. Z ošetrovatelského hlediska je péče výborná, ale z lékařského ne.“

4.1.1.2 Přepis rozhovoru se všeobecnou sestrou 2

Sestra 1 pracuje v Hospici sv. Jana N. Neumanna roku 1 a ½ roku. Nyní již ¾ roku na stanici na 2. patře. Je jí 33 let a vystudovala střední zdravotní školu. Před nástupem do hospice pracovala na lůžkovém oddělení v nemocnici. Na stanici, kde pracuje, je 19 lůžek. Na denní dvanáctihodinovou směnu je přítomna 1 sestra, 3 ošetrovatelky a staniční sestra do 15 hodin. Na noční je 1 sestra a 1 ošetrovatelka.

Jak poskytujete hygienickou péči pacientům v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„U nás se ta hygiena provádí každý den, provádí se podle toho v jakém stavu je ten pacient. Takže buď v koupelně, ve sprše nebo ve vaně, anebo na lůžku. Když je ten člověk hodně unavený, hodně spavý nebo hodně bolavý, tak se většinou myje na lůžku a nikdy ho nemyje 1 člověk sám, ale myjí ho vždy 2. Tím se vyloučí to, že ten člověk bude trpět bolestí při té manipulaci. Když je člověk ve stavu, kdy je schopný zvládnout sprchování tak se sprchuje. Když je třeba nemohoucí a imobilní tak používáme sítě a zvedáky, takže je to ulehčení jak pro něj tak pro nás. Pak tady máme vanu, která se hodně využívá. Není to, že by na někoho bylo 5, 10 minut, je to opravdu individuální a není problém, abychom strávili hygienou třeba hodinu u 1 klienta. O dutinu ústní se pečuje podle zvyklostí pacienta. Když k nám člověk přijde tak se s ním vypisuje na co je zvyklý. Jestli si zuby čistí 1x denně nebo 2x denně. Když je zvyklý si čistit zuby večer tak ho nenutíme, aby si je čistil i ráno. Prostě je to tak jak chce on. Většinou ta opravdová péče o dutinu ústní přichází pro nás až ve chvíli, kdy ten člověk není

schopný se o sebe postarat. Ta péče je v čištění zubů, vyndávání zubních protéz, používáme různé napuštěné štětinky, např. citronovou vodou, používáme hodně Tantum Verde na kloktání, aby nedocházelo k zánětům, moučnickám a k různým onemocněním dutiny ústní. Když je pacient v terminálním stádiu, tak se dutina ústní zvlhčuje, používáme také štětinky nebo spreje. Také se osvědčilo, když má někdo žízeň a nemůže už přijímat tekutiny, ať už je to per os nebo infúzemi a ten jeho stav to zhoršuje, tak používáme ledy. Ty tedy se nekládají jen tak do úst, ale vloží se do smotku gázy, aby to ten člověk nevdechl.“

Jak je podle Vás zajišťována hygienická péče pacientům v terminálním stádiu v nemocnici?

„Nemyslím si, že by jí poskytovali jako mi tady. I zkušenosti mé kamarádky, o tom lecos vypovídají. Pleny vyměňovali jednou denně. Ale snad je to v jiných nemocnicích lepší.“

Jak předcházíte vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Tak je to teda hlavně udržovat lidi v hygieně, čistý, nepomočený, polohování, mikropolohování. To znamená někdy nejde polohovat zcela, klasicky pravý a levý bok, záda, točit. Někdy má ten člověk takové bolesti, že jenom mikropolohujeme. Používáme speciální matrace, takové ty berany a různé pomůcky, které se vkládají do lůžka.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče zaměřená na prevenci vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„No tak tam je to horší, často k nám odtud chodí lidé s dekubity. Ale asi je to nemocnice od nemocnice.“

Jak pečujete o výživu pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„U nás si klienti mohou vybrat ze 3 jídel, většinou jsou ve stavu, kdy už nemůžou přijímat normální stravu, tak je ta strava upravovaná. Buď jsou to normální diety, nebo mleté maso nebo je dieta celá mletá nebo kašovitá. Pak jsou diety mixované a pak

0/PEG, to jsou diety, které se dávají do PEGu nebo lidem, kteří hodně špatně polykají. Když člověk nemá na nic chuť, tak nejí nebo se najde alternativa, to co mu chutná. Domluvíme se v kuchyni nebo s rodinou. Máme tady lednici, takže se může dát jídlo od rodiny. Když je někdo hodně hubený, tak se mu dávají nutridrinky, to je hodně osvědčený. Ta nutriční výživa, když se tady na to myslí a někdo nechce jíst, tak se mu dávají léky na podporu chuti k jídlu. Taky se nám tady stalo, že jsme pacienta rozjedli, dáváme hodně Megaplex v tabletách. Je to tady hodně individuální, kdy ten člověk bude jíst si rozhoduje sám.“

Jak je podle vašeho názoru poskytovaná péče o výživu pacientům v terminálním stádiu v nemocnici?

„Určitě to není tak individuální jako u nás. Je to také o počtu personálu. Nevím, jak to je s výběrem stravy, záleží na lékaři, jakou naordinuje dietu. Také jsem slyšela, že sestra roznese jídlo, a pak ho odnesou, ani neví, zda ten člověk jedl.“

Jak zajišťujete hydrataci pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Takže když je člověk schopný pít, tak se mu dává pít, třeba po malých dávkách brčkem, hrníčkem s pítkem, když pak už je to horší, tak se používají stříkačky nebo kojenecké láhve, hrníčky s pítkem, ledové kostky. Infuzní terapie přichází na řadu až úplně v poslední fázi, kdy teda není vyhnutí a ten člověk ještě je schopný fungovat. Infúze podáváme subkutánně. Používáme subkutánní jehly s motýlkem, spojovací hadičky, sety a infúzní roztoky 5% glukózy a fyziologický roztok. Pokud už je finální stav, tak u nás se infúze nedávají, protože ty ten stav jenom zhoršují.“

Jak je podle Vašeho názoru zajišťovaná hydratace pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„Myslím si, že obdobně, s tím rozdílem, že používají intravenózní infúze. Subkutánní infúze nepoužívají a myslím si, že ani ty ledy. Horší to bude asi s výběrem tekutin, to musí zajistit a si rodina.“

Jak poskytnete ošetrovatelskou péči při bolesti u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Takže monitorujeme bolest pravidelně přesně podle vizuální analgetické škály. U lidí, kteří nekomunikují, tak podle třeba bolestivých grimas při manipulaci. Hodně lze zjistit od rodiny a kolegů, vlastně od celého týmu. Zajímá nás určitě charakter bolesti, jaká je to bolest, kde všude to bolí, abychom neřešili onkologickou bolest a můžou to třeba být bolesti kolen, kloubů, tam je ta léčba analgetická jiná než u onkologické bolesti. Máme křivku bolesti, která je součástí dekurzu každého pacienta a tam se to řeší. Máme ještě léky, které jsou formou sos, takže sestra, která slouží, tak ví, že když má někdo bolesti, přestože má léky na bolest od lékaře, tak si sama rozhodne, že přidá. Pokud se tyto léky přidávají 3x za 24 hodin, tak se automaticky navyšuje ta základní dávka. Bolest je u nás hodně dobře řešená. Není problém to řešit náplastmi nebo máme hodně lineární dávkovače. Do nich dáme morfium, kdy jde nějakou rychlostí v mililitrech za hodinu a je tam kontinuální léčba bolesti subcutálně a dá se to dobře korigovat, takže buď se dávají bolusy, že se dá jednorázově 1-2 ml, a nebo prostě pokud má ten člověk bolesti i přitom dávkovači, tak se to kdykoliv může navýšit. I tou náplastí, začíná se na těch nejnižších dávkách a postupně se to titruje nahoru. Při průlomové bolesti se připichují opiáty s rychlým nástupem účinku.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče při bolesti u pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„Myslím, že jsou i případy, že bolest není dostatečně léčena. Hlavně je to problém lékařů, kteří se bolí opiátů a nemají zkušenosti s paliativní medicínou.“

Jak uspokojujete psychosociální potřeby pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Tím, že tady ta práce je hodně těžká, ale je tady úžasný kolektiv, úžasné vedení, vlastně organizace, funguje všechno, tak jak má. Já vždycky říkám, že všechny kolečka do sebe zapadají, a pak to funguje, tak se tu vytváří pocit takové té rodiny a té harmonie. A to si myslím, že dělá strašně moc. Když přijdou sestřičky na pokoj a už se

vlastně smějí, ta atmosféra je tady přátelská, tak to si myslím, že je veliké plus. No a jak je to zase strašně individuální, takže vlastně to vychází z toho pacienta, jaké on má potřeby, tak potom se na to u nás reaguje. Někdo je věřící, tak k němu chodí řádové sestřičky, někdo třeba radši přivítá schůzku s kouřícím klientem, který leží na jiném pokoji a povídají si spolu. Nebo jsme tady měly ve stejnou dobu 2 pány, kteří tu doprovázeli svoje manželky a večer spolu chodili na pivo. Takže to, že vlastně spolu sdíleli stejnou situaci, tak je to také podpořilo. Je to hodně individuální. Chce to hodně vypořizovat a poslouchat, a pak jim vyjít vstříc. A já vždycky říkám, že tady není nic problém. Ale je to také uzpůsobené tím, že tady máme na ty lidi čas. Rodinný kontakt je podporovaný, není problém vzít klienta do divadla, do kina, když je ve stavu, kdy je to možné. Chodí sem dobrovolníci, kteří jsou také přínosem. Jedna naše dobrovolnice je dokonce z řad doprovázejících. Měla tady maminku a stala se z ní dobrovolnice. To je úžasné, dojíždí sem 3x týdně. Dobrovolníci si s pacienty povídají, čtou jim.“

Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány psychosociální potřeby pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„Myslím si, že tam se starají předně o ty biologické potřeby. A na ostatní tam toho času mnoho nezbyvá. Ale záleží určitě na lidech. Velký význam v tom má asi rodina.“

Jaký je denní režim na Vašem oddělení?

„Ráno kolem osmé roznášíme snídaně, ale pokud člověk spí, tak ho nebudíme. Nezbudí-li se do té desáté, tak ho pak vzbudíme my, aby se najedl. Hygienickou péči provádíme v průběhu dopoledne, ale je možné domluvit se i na odpoledne. Celkově se tím režim přizpůsobuje potřebám a přáním pacientů.“

Jaký je podle Vašeho názoru denní režim v nemocnici? „ Tam se pacient přizpůsobuje režimu oddělení. Ráno je budí asi kolem šesté.“

V jaké době jsou povoleny návštěvy pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„U nás jsou návštěvy možné 24 hodin denně, kdykoliv sem rodina může přijít, může tady přespat. Není to nijak omezené. Vlastně i děti jsou u nás vítány.“

V jaké době jsou podle Vašeho názoru povoleny návštěvy pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„Myslím, že už to není tak omezené jako kdysi. A asi je to také nemocnice od nemocnice. Po domluvě s lékařem a s ohledem na ostatní pacienty snad mohou na návštěvu kdykoli.“

Jak komunikujete s pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Snažíme se získat si jejich důvěru. Podáváme jim informace pravdivé a takové jaké chtějí slyšet. Když nechtějí slyšet, že jsou v takové fázi, v takovém stavu, tak jim to nenutíme, nevnučujeme, ale většinou se dostaneme do fáze, kdy ten člověk chce o tom mluvit a třeba nemá nikoho, s kým by si o tom mohl promluvit. Hodně často se stalo, že manžel řekl, že už toho má plný zuby, že tady hraje s manželkou komedii. Manželka řekla za dveřmi, že už toho má taky plný zuby, že taky hraje komedii i tom, jak se uzdraví, a když potom je prostředníkem zdravotník, který řekne, ať už toho nechají, ať tu komedii nehrají, že prostě jim zbývá pár chvil, tak se jim uleví a je to něco úžasného.“

Jak komunikujete s blízkými pacienta v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„No, tak někdy je to náročné, někdy ta rodina je ve stádiu, kdy ve fázi smíření jsou na tom hůř než samotný klient. Někdy je to horší práce než s tím klientem. Ale většinou je to o té lidskosti, najít k tomu člověku nějakým způsobem cestu a nějakou formou mu vysvětlit, v jakém stavu to je. Takže zbytečně třeba nějakým lhaním a chozením kolem horké kaše, nebrat těm lidem čas, kdy můžou být spolu a kdy si ještě můžou říct, co si neřekli. Často se nás ptají na to, co je nejvíce trápí. To je, jestli se uzdraví, neuzdraví, jaká bude prognóza, a jak to bude probíhat, až se bude blížit ten konec. Jaké jsou projevy smrti, jestli to poznáme, a když to poznáme, tak jestli jim to dáme vědět, jestli má bolesti, nebo nemá.“

Jaká je z Vašeho pohledu komunikace zdravotnického personálu s pacientem v terminálním stádiu a jeho blízkými v nemocnici?

„Určitě ne tak otevřená. Záleží to na lidech.“

Jak uspokojujete spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Při příjmu se všech ptáme, zda jsou věřící a jestli by měli zájem o pastorační péči. Rozhodně jim víru nevnucujeme. Dochází sem na oddělení pastorační asistenti - řádové sestry, a ty s lidmi hovoří o víře, pokud mají zájem, ale poskytují i podporu nevěřícím lidem, pokud o to mají zájem. Je možné zajistit kněze. Každé pondělí se zde konají bohoslužby.“

Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu v nemocnici? „Nemyslím si, že by se tam o to tolik zajímali. Možnost přivolat kněze tam asi je. V nemocnicích bývají kaple, ale nevím, jak je to s konáním bohoslužeb.“

S kým spolupracujete při péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Spolupracujeme hodně se sociální pracovníci, pastoračními asistenty, knězem, není problém zajistit psychologa či psychiatra. Několikrát jsme také kontaktovali ambulanci bolesti.“

Jaká je Vaše představa konceptu důstojného umírání ve zdravotnickém zařízení?

„Moje představa se shoduje s představou tady v hospici, která tady je. Takže jsou to hlavně takové zásady, které vlastně nabízíme všem klientům, kteří tady u nás jsou, které jsou tady u nás dodržovány a to je, že klient nebude v poslední fázi sám, nebude trpět bolestí a do poslední chvíle mu bude umožněn důstojný odchod tady od nás.“

V čem spatřujete překážky pro zajištění konceptu důstojného umírání na Vašem oddělení?

„U nás žádné překážky nejsou, protože my fungujeme. Můžu říct, že jsem pracovala i v nemocnici, na oddělení, kde také umírali lidé a bylo to něco hrozného. Po zkušenosti tady v hospici si nedovedu představit, že bych se vrátila do normálního zdravotnického zařízení. Tady je to od začátku do konce důstojné a v nemocnicích, když už člověk umírá, tak to není člověk, ale je kus něčeho, který potřebuje přebalit,

otočit. Když teda je dobrá směna, tak ho otočí, ale jinak zůstane, tak jak je, ani k němu nejde vizita, protože to nemá cenu. Ten člověk prostě umírá a už se tam nic neřeší.“

Jaké problémy Vám v současnosti nejvíce stěžují péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Já žádné problémy nevidím.“

Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Úplně super, kdybych měla někam dát svou rodinu tak určitě teda sem, protože si myslím, nechci nás chválit, ale nikde to jinde nemůže fungovat. Já když jsem tady byla na stáži před rokem a půl, tak jsem si řekla, že nikam jinam už nechci a čekala jsem 9 měsíců, než se tady uvolnilo místo. A nedovedu si představit, že bych šla pracovat jinam, to už bych do zdravotnictví nešla.“

4.1.1.3 Přepis rozhovoru se všeobecnou sestrou 3

Sestra 3 pracuje v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích na stanici na 3. patře 7 let. Je jí 39 let a má vysokoškolské vzdělání. Dříve pracovala v nemocnici na lůžkovém oddělení v nemocnici. Na stanici, kde pracuje je 12 lůžek. Na denní dvanáctihodinovou směnu je přítomna 1 sestra, 2 ošetrovatelky a staniční sestra do 15 hodin. Na noční je 1sestra a 1 ošetrovatelka.

Jak poskytujete hygienickou péči pacientům v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Takže hygienickou péči provádíme každý den. Buď na lůžku, nebo ve sprše, nebo poskytujeme vanu. Jednou, dvakrát, třikrát do týdne je buď vana, nebo sprcha. Používáme zvedák. Ten je u nás velice důležitý, je to taková dobrá pomůcka. Dále vanu, jednorázové žínky, kosmetiku naší nebo co si přinesou z domova, kartáček a pastu na zuby, holicí strojek, ručníky, pleny. Vlasy myjeme zpravidla pokaždé při celkové hygieně ve sprše nebo ve vaně. Po hygieně se pokožka promašťuje tělovým

mlékem nebo větrovou masťou s hydrogelem. Péči o nehty provádí podle potřeby naše ošetrovatelka, která má pedikérský kurz. Ta udělá kompletní manikúru, pedikúru i s patami. Péči o dutinu ústní provádíme každodenně několikrát. Zubní protézy čistíme zubním kartáčkem a pastou zpravidla večer a ukládáme je do speciálních čistících roztoků. Během dne protézu oplachujeme pod tekoucí vodou. Zuby si pacienti čistí sami, pokud jsou schopní tak u umyvadla nebo na lůžku. Jinak je čistíme my, pokud je pacient schopný vyplivnout. Jinak u finálních pacientů vytíráme každou půl hodinu dutinu ústní většinou v rámci bazální stimulace tím, co měli pacienti rádi, vodou, čajem, stoma vodou, zuby otíráme molitanovými štětčickami.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná hygienická péče pacientům v terminálním stádiu v nemocnici?

„Myslím si, že je to oddělení od oddělení a nemocnice od nemocnice. Pacienty myjí, ale nevěnují té hygienické péči tolik času.“

Jak předcházíte vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Takže je to hlavně polohování, přes den každé dvě hodiny, v noci každé tři až čtyři hodiny. Dále používáme antidekubitální matrace, které jsou teď na všech lůžkách nové. Zároveň používáme i nafukovací antidekubitální matrace. U hodně kachektických pacientů dáváme na matraci ještě beránka. Do lůžka vkládáme různé pomůcky: na paty, bačkůrky, různé polštáře, perličkové polohovací pomůcky - polštáře a hady. Pokožku udržujeme v čistotě a suchu, promazáváme jí a provádíme masáže. Masáží s hydrogelem se hodně prokrvuje pokožka, nebo podáváme Menalind. Na červenou pokožku v predilekčních oblastech převážně u kachektických pacientů se dává transparentní fólie, aby se to neotevřelo. Je prodyšná, takže pokožka dýchá a zároveň je chráněná proti vlhku a otláčení.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče zaměřená na prevenci vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„Myslím si, že už se ta péče asi hodně zlepšila, alespoň podle praxe, na kterou jsem chodila. Záleží na jakém oddělení. Já vezmu tedy prachatickou nemocnici. Tam si myslím, že na to už hodně dbají, že mají i ty pomůcky. Hodně se asi inspirovali u nás, když sem k nám jezdila sociální pracovnice. Vozila sem pacienty, tak koukala a ptala se, co používáme. Byly tady děvčata na kurzu. Tak si myslím, že si to tam i prosadily. Mají tam polohovací pomůcky, jako jsou ty polštáře, hady, kolečka, věnečky, botičky, berany a antidekubitální matraci. A hlavně se snaží.“

Jak pečujete o výživu pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Zpravidla se to také hodně orientuje na bazální stimulaci, kdy zjišťujeme, co ti pacienti mají rádi. Snažíme se jim to dopřát. Nebo hodně nosí rodina. Někdy to samozřejmě také nejde. Když jsou úplně finální, tak se to řeší infúzemi a péčí o dutinu ústní, kdy se ošetřuje tekutinou, kterou mají rádi. Pokud jsou schopní ještě jíst, mohou si vybrat ze tří jídel. Dostávají snídaní, oběd, odpolední svačinu a večeři. Diabetici mají ještě druhou večeři. Můžou mít pevnou stravu, mixovanou, mletou, nebo stravu do PEGu. Sondy se používají minimálně, protože je to invazivní vstup, který je pro pacienty nepohodlný. Je to vždy podle ordinace lékaře. Ošetrovatelky sdělí, jak pacienti jedí, a strava se pacientům přizpůsobí, aby to měli co nejvíce pohodlné.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytována péče o výživu pacientům v terminálním stádiu v nemocnici?

„Já si myslím, že dost podobně. Myslím si, že používají PEG, janettovou stríkačku, jako u nás. Používají také nazogastrickou sondu. Mají vybranou dietu, která chodí z kuchyně. To si myslím, že bude, neříkám lepší, ale na stejné úrovni jako tady.“

Jak zajišťujete hydrataci pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Tekutiny u terminálních pacientů, když jsou schopní pít, tak jako u každého jiného snažíme se podávat to, co mají rádi. Používáme hrnečky, brčka, kojenecké láhve, savičky. Láhve od minerálky s přepouštěcím ventilem nejsou vhodné u finálních pacientů, protože již nemají sílu tekutinu z láhve vysát. Když není schopný polykat, ale je schopný přijímat, tak se snažíme stříkačkou, méně po lžičkách, nebo podávat ledy. Ledy máme ochucené ananasovou šťávou, které pacientům docela i chutnají. Obsahují i cukr, takže jsou i jako výživa. U pacientů, kteří zvracejí se dává zmražená kola, která potlačuje nevolnost. No a potom se podávají infúze, většinou subkutánně, venózně minimálně.“

Jaká je podle Vašeho zajišťovaná hydratace pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„Já myslím, že dost podobná. Asi nepoužívají ledy. Určitě používají infúze, ale venózní ne subkutánní. Používají také savičky, brčka, lžičky. Myslím si, že podobně, akorát my máme navíc ty ledy a subkutánní infúze.“

Jak poskytujete ošetrovatelskou péči při bolesti u pacientů v terminálním stádiu?

„Tak bolest monitorujeme, když je velká, dopoledne, odpoledne, večer, monitoruje se po hodinách, dvou hodinách, tak jak určí lékař. Máme na to speciální arch papíru, kam se to zapisuje. Zapisuje se intenzita bolesti podle VAS pravítka. Pokud je pacient schopný mluvit, tak řekne číslo. Není-li schopen mluvit a je při vědomí, tak podle obličejové řady. Pacient nastaví obličej odpovídající jeho bolesti a na druhé straně se zobrazí odpovídající číslo. Podle intenzity se nasazuje analgetická léčba. Analgetika podáváme perorálně, subkutánně, náplasti a rektálně. Také jsme používali nasální fentanylové spreje, ale není to tak rozšířené. Před bolestivými výkony, především před hygienickou péčí, podáváme dle ordinace lékaře analgetika. Na průlomovou bolest podáváme opět dle ordinace lékaře analgetika buď v injekcích a nebo tabletách.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče při bolesti u pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„Je to už dlouho, co jsem byla v nemocnici, ale podle lékařských zpráv, které jsou součástí žádosti o umístění do hospice, bych řekla, že se s opiáty někdy šetří. Léčba bolesti je pak nedostatečná.“

Jak uspokojujete psychosociální potřeby u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Pacient si může částečně rozhodovat o péči, ale tak aby ho to nepoškozovalo. I rodina může částečně zasahovat. Pokud je pacient psychicky labilní, a přeje-li si psychologa, tak mu jej zajistíme. Dochází sem i psychiatr. A potom je to na sestřičkách, na rozhovorech. Pokud je pacient schopný mluvit, snaží se sestry zjistit, co jej trápí. Snaží se zodpovědět jeho otázky. Nebo s pacientem pohovoří lékař. Pokud již nekomunikuje, a je vidět, že je úzkostný, tak si k němu sedneme, povídáme mu všechno možné, a třeba ho hladíme. Kontakt s rodinnými příslušníky je možný 24 hodin denně. Mohou tady přespávat na přistýlkách. Vztahovými problémy se také zabýváme, protože náplní péče je i péče o rodiny. Řeší se vše možné, třeba majetkové vyrovnání. Příbuzní se také ptají, co bude po úmrtí, jak se mají chovat. Pokud to psychicky již nezvládají, tak opět nastupuje rozhovor s personálem, jak s lékařem, se sestrami s ošetřovatelkami, které se do toho také hodně zapojují. A zároveň je možné zajistit psychiatra, psychologa.“

Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány psychosociální potřeby u pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„Já si myslím, že už je to také lepší. Že už tam funguje sociální pracovnice, která jim pomáhá v tom uspořádání sociálních věcí. V nemocnici se už více spolupracuje s psychologem. Rozhovor se zdravotnickým personálem je už také běžnější. Pravda je, že sestřiček je tam méně na ten počet pacientů, a nemohou se jim tolik věnovat a zabývat se psychosociálními potřebami pacientů jako my tady.“

Jaký je denní režim na Vašem oddělení?

„Takže denní režim je vlastně podle potřeby pacienta. Zpravidla je snídáně kolem osmé hodiny. Podává se pacientovi, který je vzhůru. Pokud spí, tak se snažíme ho nebudit, ale je pravda, že ho musíme probudit alespoň kolem desáté hodiny. Obědy bývají kolem dvanácté hodiny, zase se podává podle potřeby pacienta, stejně tak večeře. Hygienickou péči provádíme po snídaních po celé dopoledne. Provádí to zpravidla

ošetřovatelky. Protože jsou naši pacienti často bolaví a kachektičtí, tak se provádí hygienická péče pomalu a šetrně. Nespěchá se na pacienty. A vizita probíhá v průběhu hygieny.“

Jaký je podle Vašeho názoru denní režim v nemocnici?

„Denní režim v nemocnici už se, myslím, také trochu zlepšil. Už se nebudí ráno v půl páté nebo v šest, ale v půl sedmé na odběry. Snídaně bývá v půl osmé. Úklid ale začíná určitě dřív. Takže mohou být probuzení uklízečkou. Všechno je tam rychlejší, ve spěchu, protože samozřejmě se musí asi všechno stihnout, ta hygiena co nejdříve, nejlépe do vizity. Ta asi bývá kolem půl deváté, deváté. S tím si nejsem úplně jistá, ale myslím si to tak. A pak je to všechno v běhu, vyšetření, infúze a je to v takové rychlosti. Nenechávají ty lidi tak, jak by oni potřebovali, třeba i spát. Prostě teď se dělá to a teď zase to.“

V jaké době jsou povoleny návštěvy pacientů terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„24 hodin a můžou sem i malé děti. Mohou tady i přespávat, na pokoji je přistýlka.“

V jaké době jsou podle Vašeho názoru povoleny návštěvy pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„Dříve bývaly od dvou hodin. Ale v terminálním stádiu, je to nemocnice od nemocnice. Na neurologii je to pořád od dvou hodin i u terminálně nemocných pacientů. Ale v nemocnici v Prachaticích, si myslím, už je možnost přes den chodit kdykoli, nebo po dohodě s ošetřujícím lékařem.“

Jak komunikujete s pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„To závisí zase samozřejmě na zdravotním stavu pacienta. Pokud vnímá, tak mu všechno vysvětlujeme, co mu budeme dělat, jak mu to budeme dělat, co se s ním bude dít. Myslím, že to je pro toho člověka důležitý, že se na to může i připravit. Není to takové, že na něj vtrhneme. S finálními pacienty, kteří jsou již v komatu také

komunikujeme, protože se říká, že slyší. Je to pro ně takové důstojné. Tam je to pro ně horší v tom, že toho dotyčného nevidí, nevidí, co s ním dělají. Takže jim také přesně říkáme, co s nimi budeme dělat. A důležité jsou samozřejmě dotyky. V rámci bazální stimulace používáme iniciální dotek. Místo iniciálního doteku je u konkrétního pacienta dopředu domluvené, nad lůžkem je to zaznamenáno. Zjišťuje se již při odebírání ošetřovatelské anamnézy při příjmu pacienta. Buď přímo od pacienta, nebo od příbuzných. A každý, kdo k němu přichází by to měl dodržovat. Nejčastěji to bývá na rameni, hlavě.“

Jak komunikujete s blízkými pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Pokud se rodina ptá, vysvětlujeme jí, co se pacientem děje, co lékaři plánují. Nejvíce se ptají, jak dlouho to bude trvat, proč nejí, nepije. Někdy odpovídáme my, ale zpravidla lékaři. Co bude po úmrtí, co vše zařídit, to zase odpovídáme my nebo sociální pracovnice. Rodina je vždy seznámená jak s diagnózou, tak s prognózou. Pacient jak kdy. Někdy ví diagnózu i prognózu, ale stává se, že to vytěsňuje. Nebo je jim řečeno onemocnění, ale neví prognózu. Řeknou jim třeba v nemocnici, že jdou do rehabilitačního ústavu. Takže tu prognózu potom po kouskách sdělují naši doktoři.“

Jaká je podle Vašeho názoru komunikace zdravotnického personálu s pacientem v terminálním stádiu a jeho blízkými v nemocnici?

„Nemyslím si, že tak otevřená. Je to člověk od člověka. Jsou lékaři, kteří se s tou rodinou i pacientem zabývají, že jim vše vysvětlí. Ale jsou i lékaři i sestry, to se týká obou, kteří je odbydou a odejdou. Řeknou to základní a konec.“

Jak uspokojujete spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Uspokojujeme je tak, že sem dochází pastorační asistenti – řádové sestry a poskytují pastorační péči. Hovoří s pacienty na téma víry, a pokud chtějí přijmout svátost nemocných, tak jim zajistí kněze. O víkendu pastorační asistenti nechodí, ale je možné zavolat kněze přímo ze sousedního kláštera. Každé pondělí se zde v kapli koná

mše. Pokud si pacient přeje, není problém ho tam dopravit na lůžku nebo pojízdném vozíku. Pokud může, dojde si sám.“

Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu v nemocnici?

„To je také asi oddělení od oddělení a nemocnice od nemocnice. Myslím si, že v dnešní době se ten kněz dá zavolat i do nemocnice, ne řádové sestry asi tady v Jihočeském kraji, ale ten kněz jo. A že už také bývají kaple v nemocnicích. Když jsou ti pacienti schopní si tam dojít, tak si tam dojdou, ale nemyslím si, že by se tam konaly mše.“

S kým spolupracujete při péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Hlavně se sociální pracovníci, která zajišťuje všechny sociální potřeby pacientů i rodin, s pastoračním asistentem, psychologem, psychiatrem, knězem. S ambulancí bolesti spolupracujeme minimálně. Většinou stačí naše léčba. Využíváme je při zajišťování invazivních analgetických postupů zejména u mladých lidí, u kterých je analgésie nedostatečná.“

Jaká je Vaše představa konceptu důstojného umírání ve zdravotnickém zařízení?

„Důstojné umírání je soukromí, možnost přítomnosti rodiny. Aby měl pacient klid, aby byly zabezpečeny jeho potřeby, například ty duchovní, protože to řeší ke konci života hodně pacientů, ale samozřejmě i biologické a sociální.“

V čem spatřujete překážky pro zajištění konceptu důstojného umírání na Vašem oddělení?

„Já nespatřuji žádné překážky.“

Jaké problémy Vám v současnosti nejvíce stěžují péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Já myslím, že žádné.“

Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči o pacienty v terminálním stádiu poskytovanou na Vašem oddělení?

„Já to hodnotím kladně. Myslím si, že péče je na vysoké úrovni.“

4.1.1.4 Přepis rozhovoru s všeobecnou sestrou 4

Sestra 4 pracuje na oddělení LDN asi 10 let. Je jí 53 let a vystudovala střední zdravotnickou školu. V hospici byla na týdenní stáži. Na oddělení je 29 lůžek rozložených do 1 jednolůžkového, 8 dvoulůžkových a 4 třílůžkových pokojů. Na denní dvanáctihodinovou směnu jsou přítomny 2 sestry, 2 ošetrovatelky a staniční sestra do 15 hodin, do 14 hodin sanitář, který je odvolatelný jiným oddělením. Na noční dvanáctihodinovou směnu je přítomna 1 sestra a 1 ošetrovatelka. O víkendech na denní jsou 2 sestry a 1 ošetrovatelka, na noční je 1 sestra a 1 ošetrovatelka nebo sanitářka.

Jak poskytujete hygienickou péči pacientům v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Pacienti se myjí každý den ráno, to je celková koupel na lůžku, koupel ve vaně se provádí jednou týdně, pokud už pacienti nejsou ve finální fázi. Tu provádí ošetrovatelky během dopoledne. Pacienty přesunujeme pomocí rola do mobilní vany. K dispozici máme také hydraulický zvedák. Vlasy se myjí při koupeli. Péči o nehty zajišťuje pedikérka, která sem dochází jednou za čtrnáct dní. Případně ji zajišťuje rodina. Holení děláme v rámci celkové koupele, hlavně u lidí, kteří nikoho nemají. Další péče podle potřeby, dutinu ústní vytíráme štětičkami s citrónovou příchutí, případně zvlhčujeme navlhčenou gázou, i se tady dávali kostky ledu. Zubní protézy čistíme a oplachujeme pod tekoucí vodou, čištění zubů, po domluvě, zajišťuje rodina. Pokud pacient nikoho nemá, nebo příbuzní nechodí každý den, čistíme zuby my. Na ošetření kůže máme gely, olejíčky, mastičky. Používáme tekuté mýdlo s výživou křehké pokožky, které se nemusí oplachovat, pěny, Menalindu, krémy, masážní krém, oleje, Rybilku a jednorázové hygienické pomůcky. Kosmetické přípravky k péči o kůži jsou na každém pokoji k dispozici v košíčku.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytována hygienická péče pacientům v terminálním stádiu v hospici?

„Mají více personálu, mohou se pacientům více věnovat. A řídit se přáním pacienta. Vybavení mají obdobné.“

Jak předcházíte vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Využíváme nafukovací matrace, to je první věc. Polohujeme po dvou hodinách pomocí tzv. hadů- udrží v poloze. Používáme antidekubitální podložky, kolečka pod paty, kuličkové polštářky. U neklidných pacientů se připínají polohovatelné pomůcky pomocí suchých zipů na kotníky, a paty. K dispozici jsou klíny z měkkého materiálu. Jsou založeny polohovací rozpisy, a u pacientů s defektem převazové rozpisy, podle kterých se polohuje a převazuje, zaznamenávají se změny a ordinace. Staniční sestra si nechá všechny pacienty jednou za týden rozvázat, aby měla srovnání, jak se hojí. Používají se i transparentní folie, vlhké hojení ran. Vyhojíme i pacienty, kteří s dekubitem přišli. Pokožku promazáváme Menalindou, olejem.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče zaměřená na prevenci vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Myslím, že stejně, mají praxi i dostatek pomůcek.“

Jak pečujete o výživu u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Pacienti mají možnost si vybrat, chodí za nimi dietní sestra s nabídkou určitých jídel. Krmení se snažíme provádět v sedě. Pokud pacient nemá zrovna chuť, lze jídlo o hodinu odložit. Lze jej ohřát v mikrovlnce. U pacientů je na pokoji papír, do kterého zapisujeme množství snědené stravy a příjem tekutin. Pokud již nemohou jíst, mají výživu podávanou nazogastrickou sondou, nebo mají PEG. Dávají se rovněž infuze i.v. volně po třech hodinách. Bývají tu i pacienti s centrálním žilním vstupem, kteří mají all in one. Podle chuti pacienta vychlazujeme nutricompy v chladničce, že to mají jako ledovou kávu, aby měli něco příjemného.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytována péče o výživu pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Myslím, že se jim snaží vyjít vstříc ještě víc, než my. Je to tam hodně individuální, pokud se pacient zbudí v deset, tak dostane snídani v deset. Infúze tam také podávají, ale spíše do podkoží.“

Jak zajišťujete hydrataci pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Snažíme se nabízet nápoje podle chuti pacienta. Tekutiny podáváme brčkem, hrnečkem s pítkem, kojeneckou láhví, stříkačkou, dokud jsou schopni polknout, i když už mají zavedený PEG, dále sondou, infúzemi intravenózně. A vytíráme dutinu ústní. Nápoje dáváme podle chuti. Také jsem jednou podávala cucat ledy.“

Jak je podle Vašeho názoru zajišťovaná hydratace pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Je to podobné jako tady. Podávají jim, na co mají chuť. Pokud mají infúze, tak je dávají subcutánně.“

Jak poskytnete ošetrovatelskou péči při bolesti u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Sledujeme známky bolesti při každém kontaktu s pacientem, při polohování, mytí. Aktivně se ptáme, jak se cítí. Pokud je pacient schopný, řekne si. Bolest hlásíme lékaři a zapisujeme ji do hlášení. Na každém pokoji je zápisník, kam se zapisuje jak stav bolesti, tak hydratace, kolik vypil, jak jedl, záznam o stolici. VAS nepoužíváme. Podáváme dle ordinace lékaře zpočátku fentanylové náplasti, pokud nestačí, píchají se injekce morfinu, dolsinu v určitých intervalech, které se postupně zkracují. Injekce podáváme většinou subkutánně, podáváme i kapsle, podle individuální potřeby. Před bolestivým výkonem nebo při průlomové bolesti podáváme injekce dle ordinace lékaře. Kontinuální podávání subkutánně neprovádíme. Pokud se bolest nedá zvládnout, kontaktuje lékař ambulanci bolesti. Podle rozpisu ARO lékaře, pak podáváme analgesiaci intravenózně, případně ARO lékař zavede epidurál.“

Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče při bolesti u pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Myslím si, že tam asi pružněji reagují na tu bolest, když je tam ten doktor trvale přítomen. Dávají subkutánní infúze s analgetiky. Myslím si, že je tam to ošetření i o něco lepší.“

Jak uspokojujete psychosociální potřeby pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Snažíme se vyhovět potřebám, umožnit kontakt s rodinou, kdykoli to lze. Pokud jsou pacienti depresivní a úzkostní, ošetřující lékař ordinuje antidepresiva. Pokud se svěřít, mluvíme s ním. Snažíme se o kontakt, být citlivé. Je zde sociální pracovnice, která pomáhá rodině vyřizovat přechod pacienta do dalšího zařízení, protože tady mohou být jen tři měsíce. Snaží se řešit i rodinné problémy pacienta.“

Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány psychosociální potřeby pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Pokud vím, tak tam mají přímo povinnost povídat si s nimi, mají na to vyškolený personál. Také záleží na lidech, co chtějí a co nechtějí.“

Jaký je denní režim na Vašem oddělení?

„Pacienta budíme v půl sedmé na mytí, stlaní lůžka, pak je snídaně. Některé pacienty ošetrovatelky krmí, podáváme léky, polohujeme, pak je vizita. Celkové koupele pacientů v koupelně provádí ošetrovatelky během dopoledne. Oběd se podává v půl dvanácté, pak polohování, večere po páté. Malé vizity jsou denně, velká vizita jednou týdně, spící pacienti se nebudí. Rehabilitační pracovnice chodí denně, dopoledne a odpoledne do dvou. Provádí dýchací cvičení s uvolňováním hlenů, ležící rehabilitují na lůžku. Ti, kteří jsou ten den v koupelně, nerehabilitují. Chodí jedna rehabilitační pracovnice, jedna sanitářka a jeden sanitář. Častá jsou konzilia primáře z rehabilitace. V naší kompetenci je masáž zad v konceptu bazální stimulace u umírajících, dechová cvičení, ale záleží na stavu oddělení.“

Jaký je podle Vašeho názoru denní režim v hospici?

„Je individuální, přizpůsobují pacientovi a rodině.“

V jaké době jsou povoleny návštěvy pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Návštěvy jsou od sedmi ráno do sedmi večer, omezení není striktní, u ležících podle domluvy kdykoliv, i přes noc. Omezení je u dětských návštěvníků, do 10 let věku se nedoporučuje, přebírají odpovědnost rodiče. Pro děti je to rizikové.“

V jaké době jsou podle Vašeho názoru povoleny návštěvy pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Neomezené a mohou tam s nimi si spát.“

Jak komunikujete s pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Informace o zdravotním stavu a léčbě nepodáváme, to smí jen lékař. Vždy jim říkáme, co jim budeme dělat a proč. Pokud je více času, snažíme se s nimi chvíli být, zvláště u těch, kteří nikoho nemají.“

Jak komunikujete s blízkými pacienta v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Informace o věcech týkajících se péče o pacienta příbuzným podáváme podle jejich zájmu.“

Jaká je z Vašeho pohledu komunikace zdravotnického personálu s pacientem v terminálním stádiu a jeho blízkými v hospici?

„Myslím, že je lepší a otevřenější, Mají více personálu. Mám také zkušenost s rodinami, které nechtějí dát své příbuzné do hospice z toho důvodu, aby se jim neřekla diagnóza.“

Jak uspokojujete spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Pokud sám pacient nezačne hovořit o svém konci a duchovních potřebách sami na to téma nehovoříme. Možnost zavolat faráře máme, nemocniční kaple je bohužel uzavřená.“

Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu v hospici?

„Myslím, že se tam lidí na jejich vyznání ptají. Pokud mají ti lidé zájem, zavolají jim kněze. Pracují tam řádové sestry a konají se tam bohoslužby.“

S kým spolupracujete při péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení.

„S ambulancí bolesti, onkologem, rehabilitačními pracovníky, sociální pracovníci.“

Jaká je Vaše představa konceptu důstojného umírání ve zdravotnickém zařízení?

„Vyčlenit pokoj, kde by umírající mohl být se svými blízkými, aby to nerušilo ostatní pacienty.“

V čem spatřujete překážky pro zajištění konceptu důstojného umírání na Vašem oddělení?

„LDN slouží jako přechodné oddělení před umístěním do domova důchodců nebo hospice. Problém je nedostatek soukromí, není pokoj pro umírající. A další je nedostatek personálu. Problém je, že nemůžeme vyhovět individuálním potřebám člověka, protože musíme dodržovat nějaký ten režim, jinak bychom se dostávali krutě do skluzu. Pokud je problémové oddělení, musíme zajistit nejdříve akutní problémy pacientů.“

Jaké problémy Vám v současnosti nejvíce ztěžují péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

„Máme špatné polohovatelné pomůcky, nedostačující pomůcky pro polohování, polohovatelné postele na elektrické ovládání nejsou všude.“

Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči o pacienty v terminálním stádiu poskytovanou na Vašem oddělení?

„Já myslím, že je celkem kvalitní. Snažíme se, aby pacienti neměli bolesti, to se řeší i s ambulancí bolesti. Snažíme se, aby do poslední chvíle neměli dekubity, ty se nám tu dokonce daří i vyhojit. Dbá se na polohování. Co se týče té ošetrovatelské stránky, to bych řekla, že je tady splněný. To, co splněný asi není, je to, že pokud je úzkostný pacient, který nemá příbuzné, tak u něj sestra nemůže zůstat. Vidíte tu úzkost v těch očích a já tam prostě nemůžu zůstat!“

4.1.2 Přepisy rozhovorů s rodinnými příslušníky pacientů v terminálním stádiu

4.1.2.1 Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem 1

Dcera pacienta, 41 let, má středoškolské vzdělání a v současnosti si dodělává vyšší odborné. Její otec byl před přeložením do hospice hospitalizován na interním oddělení.

V nemocnici byl pacient uložen na dvoulůžkovém pokoji, který byl vybaven 2 lůžky, 2 nočními stolky, 1 skříní, umyvadlem, stolem, židlemi, sprchovým koutem a WC. TV přinesla rodina. V hospici byl nejdříve na dvoulůžkovém pokoji, pak mu byl nabídnut jednolůžkový pokoj. Ten je vybaven lůžkem a přistýlkou, skříní, poličkami, pojízdným stolem, křesly a TV.

Jak byla z Vašeho pohledu poskytovaná hygienická péče Vašemu blízkému během hospitalizace v nemocnici?

„To bylo hrozný, za 2, 3 dny ho v podstatě ani neumyli. Byl ještě docela schopný, tak se došel osprchovat, ale když přestal chodit, tak až druhý den a to bylo horko, tak jsme ho naložili na vozík a jeli jsme ho osprchovat sami. Sestry pak byly docela odměřené, že prý by ho taky osprchovaly. Takže když tam ležel asi čtvrtý den tak ho začaly mýt. Ale snad jen jedna sestřička se kterou se znal a ještě jen na posteli.“

Jak je z Vašeho pohledu poskytovaná hygienická péče Vašemu blízkému během hospitalizace v hospici?

„Tady to co vím, že když se taťka domluví, tak ho vezmou okamžitě do sprchy. Když nechce sprchovat, tak ho každé ráno umývají na lůžku. Máme domluveno, že se taťka bude snažit mýt sám, je strašně šikovný, samostatný. Chce si co nejvíc věcí dělat sám. Jinak on měl hrozný problém s vyprazdňováním. V nemocnici ho klidně nechali ležet 2 hodiny na míse. Pak už jsme mu ji vyndávali sami, protože to bylo hrozný ležet takovou dobu na míse. Tady teda dostal pleny a měl domluveno s tím jedním panem ošetřovatelem, že jsme ho tak dlouho kutáleli, až jsme mu ty střeva rozhýbali. Dneska už je to tak, že si zazvoní a sestřičky přinesou mísu, nebo ho pomocí zvedáku dají na záchod. Takže úplně něco jiného.“

V čem vidíte zásadní rozdíl při poskytování hygienické péče Vašemu blízkému v nemocnici a v hospici?

„Je to o té ochotě, jsou ochotné kdykoliv přijít a kdykoliv to udělat. A hlavně, že se angažují sami. Je pravda, že tady také zapoměli na zuby, ale teď už je to v pořádku. Velikánský rozdíl je opravdu v té ochotě.“

Jaká byla z Vašeho pohledu péče o výživu Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?

„V té nemocnici s tou ochotou je to opravdu špatné. Taťka vlastně ochrnul prakticky z ničeho nic. Ještě ráno si došel ke stolu se nasídat a na oběd už nevstal. Prosil tedy sestru, aby mu jídlo podala a ona na něj přes rameno houkla, že si snad dojde a taťka jí řekl, že si dojít nemůže a trochu si mezi sebou vyměnili názory a sestřičce se to rozleželo, tak mu to jídlo tedy podala. Ale on už samozřejmě neměl po tom incidentu chuť jíst. Pak se tam stalo to, že když ochrnul, tak mu přestaly fungovat střeva a on nemohl jíst. Jídlo odmítal, protože jak nemohl na stolicí, tak víc zvracel, břicho se mu nafouklo, bolelo ho to. A tam nikdo neřešil, že třeba 3 dny nejí, bylo jim to úplně jedno.“

Až když jsme sami o tom začali mluvit, tak rychle infúze a nějakou výživu, a že nepije, přitom měl cévku, opravdu to bylo jedno, nikdo to neřešil.“

Jaká je z Vašeho pohledu péče o výživu Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?

„Tady je to úplně jiné. Když sem taťka nastoupil, tak ještě měl problém s těmi střevy a nechtěl jíst. Tak tady okamžitě nabízeli varianty, jogurt, nějakou výživu. Prostě se snažili. Když řekl, opravdu nechci nic, tak mu dali aspoň infúzi, aby nějaká ta tekutina se aspoň doplnila. Postupně přestával zvracet, tak začal pít, přestalo se s infúzemi a dneska už jí normálně. Mají tady výběr ze 3 jídel, a když si náhodou nic nevybere, tak mu ještě nabídnout jinou variantu, prostě se to přizpůsobí jemu.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při péči o výživu Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?

„Je to o tom přístupu. V nemocnici nikoho nic nezajímá, ale tady řeší všechny problémy.“

Jak byl z vašeho pohledu zajištěn dostatečný příjem tekutin Vašemu blízkému během hospitalizace v nemocnici?

„To je v podstatě úplně to samé jako s tím jídlem. Začali to řešit, až když jsme je na to upozorňovali.“

Jak je z Vašeho pohledu zajištěn dostatečný příjem tekutin Vašemu blízkému během hospitalizace v hospici?

„A tady není problém, taťka poprosí o pití, hned mu ho donesou, pořád se ptají, jestli ještě má. Úplně jiný přístup.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při zajišťování dostatečného příjmu tekutin Vašemu blízkému v nemocnici a v hospici?

„Zase je to o tom přístupu, v hospici nesrovnatelně lepší.“

Jaká byla z Vašeho pohledu ošetrovatelská péče při léčbě bolesti Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?

„Přesně, jak dostával léky, nevím. Ale než šel do nemocnice, tak už měl náplasti, pak mu píchali nějaké injekce, něco měl v těch infuzích. Ale nepamatuji se, že by se ho tam někdo zeptal na bolest.“

Jaká je z Vašeho pohledu ošetrovatelská péče při léčbě bolesti Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?

„Sem když přišel, tak hned dostal takovou tabulku s těmi sluníčky, tam označil intenzitu bolesti a hned to tady řešili. Upravili mu to, a taťka je bez bolestí.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při poskytování ošetrovatelské péče při léčbě bolesti Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?

„Asi v tom přístupu, nevím, že by se v nemocnici ptali, jestli má bolesti. Tady to zjišťují pravidelně.“

Jaký byl z Vašeho pohledu vliv denního režimu oddělení na pohodlí Vašeho blízkého a Vaše během hospitalizace v nemocnici?

„Taťka nemá problém s ranním vstáváním, takže to brzké buzení v nemocnici mu nevadilo. On to bral tak, jako že konečně někdo přišel. V té nemocnici bylo asi jediné pozitivní to, že už to tam není tak striktní, co se týče návštěv. Mohli jsme tam přijít kdykoliv, nikdo nás nevyháněl.“

Jaký je z Vašeho pohledu vliv denního režimu oddělení na pohodlí Vašeho blízkého a Vaše během hospitalizace v hospici?

Tady jak je to hodně individuální, tak taťka najednou spí do 9.00hodin, což doma v životě takhle dlouho nevydržel, že by vstával tak dlouho. Hodně se mu přizpůsobují. Návštěvy jsou tady také neomezené a je tady přistýlka, takže tady můžeme kdykoli přespat s taťkou. Nic nás tady neomezuje.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl, porovnáte-li denní režim oddělení v nemocnici a v hospici a jeho dopad na pohodlí Vašeho blízkého a Vaše?

„Režim v nemocnici byl pevně daný a taťka se mu musel přizpůsobit. Tady je to naopak, režim se přizpůsobuje potřebám taťky.“

Jak byla z Vašeho pohledu zajišťována péče o psychické a sociální potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?

„V nemocnici s ním o jeho nemoci nebo o něčem jiném z personálu nikdo nemluvil. No, akorát lékař, ale ten mu jen pověděl, že je to ten obratel, a že s tím musí počítat, že už se na nohy nepostaví. Prostě sdělil jen fakta a dál nic. Ani třeba nějaké léky na psychiku mu nenabídli, nic. I když jsem šla za lékařem, jestli by se dalo něco dělat s taťkovou depresí, tak jen krčili rameny a říkali: „*To víte.*“ O své péči si mohl rozhodovat. Nejdříve si vyžádal bažanta na čurání, a pak když sám zjistil, že už to nejde, tak si sám požádal o cévku a oni mu vyhověli. Když zvracel, tak mu přinesli lavůrek, ale už nikdo za ním nepřišel, aby mu ho odnesl. Takže mu pomáhal pán, se kterým byl na pokoji.“

Jak je z Vašeho pohledu zajišťována péče o psychické a sociální potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?

„Tady se zajímají nejen o ty tělesné potřeby, ale i o ostatní problémy. Jak se ten člověk cítí, čím by mu mohli ten život zpříjemnit. Současně se zajímají i o nás, rodinu.“

V čem vidíte zásadní rozdíl při péči o psychické a sociální potřeby Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?

„Hlavní rozdíl je v tom, že tady pracují nejen s pacientem, ale i s rodinou. Kdežto v nemocnici jsme je vůbec nezajímali, tam měli svého pacienta a víc je nezajímalo.“

Jak hodnotíte komunikaci mezi ošetrovatelským personálem, Vaším blízkým a Vámi během hospitalizace v nemocnici?

„V nemocnici mi hodně vadilo, že neoslovovali pacienta. Sestry byly odměřené, po tom, co jsme si taťku po 3 dnech vykoukali sami.“

Jak hodnotíte komunikaci mezi ošetřovatelským personálem, Vaším blízkým a Vámi během hospitalizace v hospici?

„Tady jsou všichni takový vstřícní a otevření. Nebojí se pohlady tatku po ruce, žertují spolu. I k nám mají velice hezký přístup.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při komunikaci mezi ošetřovatelským personálem, Vaším blízkým a Vámi v nemocnici a hospici?

„Tady je to úplně jiný přístup, takový lidský a citlivý.“

Jak byly z Vašeho pohledu uspokojovány duchovní potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?

„Tatka je nevěřící, má k víře jiný přístup, ale řekl nám, že až bude umírat, tak chce kněze a to poslední zaopatření. V nemocnici se s ním o tom nikdo nebavil, ani nevím, že by tam někdo (kněz, řádové sestry) chodil.“

Jak jsou z Vašeho pohledu uspokojovány duchovní potřeby Vašeho blízkého v hospici?

„Při příjmu se tatky ptali, zda je věřící. Nabídli i služby řádových sester. To tatka odmítl. Já jsem i tatkovu taková zповědnice, hodně si spolu povídáme a rozebíráme všechno.“

V čem vidíte zásadní rozdíl v uspokojování duchovních potřeb Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?

„Tady se o to zajímají, ale nic nevnučují. V nemocnici to nikdo neřešil.“

4.1.2.2 Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem 2

Dcera pacientky, 47 let, má střední odborné vzdělání. V současnosti pracuje jako dobrovolnice v hospici. Její matka byla před přeložením do hospice hospitalizovaná na interním oddělení.

V nemocnici pacientka ležela na dvojlůžkovém pokoji se samostatným sociálním zařízením. Dále byl pokoj vybaven nočními stolky, stolem, 2 židlemi, poličkou, skříní. Pokoj v hospici byl jednolůžkový s přistýlkou, s barevným povlečením, nočním stolkem, stolem, křeslem a židlemi, skříní, TV, klimatizací.

Jak byla z Vašeho pohledu poskytována hygienická péče Vaší blízké během hospitalizace v nemocnici?

„Já myslím, že v rámci možností poměrně dostatečně, těžko srovnávat hospic s nemocnicí, je to jiné zařízení. Maminka měla stomii, já jsem tam za ní chodila 2x denně a několikrát se mi stalo, že ta stomie tekla. Ale nechápala jsem to špatně, bylo mi jasné, že ty sestry tam nemají jen mojí maminku. Maminka byla už v tu dobu upoutaná na lůžko.“

Jak byla z Vašeho pohledu poskytována hygienická péče Vaší blízké během hospitalizace v hospici?

„Tady poměrně častěji a lépe. Každé dopoledne umyly sestřičky maminku buď na lůžku nebo ve sprše a 1x za týden jí vzaly do vany.“

V čem vidíte zásadní rozdíl při poskytování hygienické péče Vaší blízké v nemocnici a v hospici?

„Těžko srovnávat hospic s nemocnicí, je to jiné zařízení. V hospici ta péče byla lepší.“

Jaká byla z Vašeho pohledu péče o výživu Vaší blízké během hospitalizace v nemocnici?

„V nemocnici klasická péče o výživu, je teda pravda, že jsem několikrát byla přítomna, že sestry měly tendenci maminku krmit, ale já jsem v tu dobu toho oběda a večere chodila a nosila jsem jí i jídlo z domova a to jsem jí krmila.“

Jaká byla z Vašeho pohledu péče o výživu Vaší blízké během hospitalizace v hospici?

„No, to se také nedá srovnat. Líbilo se mi třeba to, že si tady mohla vybrat ze 3 druhů jídla, dále, že na kuchyňce na oddělení je nástěnka, kde je u každého pacienta napsáno například, že pan Novák nemá rád černý čaj, nebo paní Nováková má ráda horké kakao v hrnku. Prostě to, co je těm pacientům vidět na očích nebo o co si řeknou, tak tady opravdu mají. A ty sestry se jim opravdu věnují i v tom krmení.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při péči o výživu Vaší blízké poskytované v nemocnici a v hospici?

„To se nedá srovnat, úplně jiný přístup, snaha vyhovět přání toho člověka.“

Jak byl z Vašeho pohledu zajištěn dostatečný příjem tekutin Vaší blízké během hospitalizace v nemocnici?

„Já jsem jí do nemocnice nosila džusy a myslím, že tam ty sestry na pitný režim dostatečně dbaly. Dostávala teda i infuze, asi ten efekt toho týdne v té nemocnici byl v tom, že jí tam dali dohromady, aby mohla přijet sem.“

Jak byl z Vašeho pohledu zajištěn dostatečný příjem tekutin Vaší blízké během hospitalizace v hospici?

„Tady ještě pila ze skleničky po nějakém čase už brčkem, a pak mě sestřičky naučily dávat tekutiny stříkačkou. A je také výborné dávat ovocné nanuky nebo ledové kostky většinou s příchutí ananasu. To teda v nemocnici nebylo, ale tam to ta mamka ještě nepotřebovala tam pila ještě normálně.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při zajišťování příjmu tekutin u Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?

„Rozdíl byl v tom, že v té nemocnici maminka pila ještě sama, ale tady už jsme jí musely dávat pít a cucat ledy a nanuky. V nemocnici sledovaly ten příjem tekutin také.“

Myslím, že rozdíl by byl také v tom podávání ledů a nanuků, ale to tam maminka nepotřebovala.

Jaká byla z Vašeho pohledu ošetrovatelská péče při léčbě bolesti Vaší blízké během hospitalizace v nemocnici?

„V nemocnici ještě bolesti neměla.

Jaká byla z Vašeho pohledu ošetrovatelská péče při léčbě bolesti Vaší blízké během hospitalizace v hospici?

„Tady je začala mít asi týden po příjmu, ale byly okamžitě zaléčeny. Opravdu je znát, že hospic velmi dobře zvládá tu paliativní péči a jsem velmi vděčná, že maminka byla do poslední chvíle bez bolestí a v klidu. Maminka dostávala tablety, pak náplasti a asi 2x nebo 3x injekci morfinu.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při poskytování ošetrovatelské péče při léčbě bolesti Vaší blízké v nemocnici a v hospici?

„To nemůžu srovnat, protože v nemocnici ty bolesti maminka ještě neměla.“

Jaký byl z Vašeho pohledu vliv denního režimu oddělení na pohodlí Vaší blízké a Vaše během hospitalizace v nemocnici?

„Mamince jako určitě i každému pacientovi v nemocnici vadily ty ranní měření teploty asi v 5. 00 hodin. A pak vůbec ten celkový režim, ve dvanáct je oběd, buď ho sníš, nebo ho nesníš, ale asi to nejde jinak udělat.“

Jaký byl z Vašeho pohledu vliv denního režimu oddělení na pohodlí Vaší blízké a Vaše během hospitalizace v hospici?

„Tady je to úplně jinak, asi je to také tím, že ten hospic je zaměřený na lidi v terminálních fázích. Zásadní rozdíl je v tom, že oběd je tady taky ve dvanáct nebo ve čtvrt na jednu, ale když ten pacient spí, nebo je venku, tak se mu ten oběd nechá a ohřeje se mu, až když chce pacient. Prostě tady se vychází vstříc potřebám pacienta a ne pacient potřebám sester.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl, porovnáte-li denní režim oddělení v nemocnici a v hospici a jeho dopad na pohodlí Vaší blízké a Vaše?

„V hospici se přizpůsobuje vše potřebám pacienta, ale v nemocnici naopak se musí přizpůsobit pacient.“

Jak byla z Vašeho pohledu zajišťována péče o psychické a sociální potřeby Vaší blízké v během hospitalizace v nemocnici?

„Tak mamka tam byla jen týden a byla ráda, že je ráda. Takže tyto potřeby neřešila. Ale měla možnost jako jiný pacient se rozhodnout, jestli chce tuhle léčbu nebo ne. A musím říct, že po celou dobu maminky onemocnění, kdy jsem s ní absolvovala všechna vyšetření, tak přístup lékařů i sester k ní byl velmi dobrý. Sociální potřeby v nemocnici v rámci možností si myslím, že snad byly uspokojovány, že když už sestřičky na tom pokoji byly, tak s mamkou mluvily. Na dobu návštěv jsem tam byla domluvená, ale já myslím, že už teď funguje všude, že můžete přijít kdykoliv, že ten posun určitě je.“

Jak byla z Vašeho pohledu zajišťována péče o psychické a sociální potřeby Vaší blízké během hospitalizace v hospici?

„Ten přístup tady byl už od první chvíle výborný, protože se nám od první chvíle všichni věnovali a všichni byli velmi milí a příjemní. A o ty psychické potřeby je tady postaráno tím, že sem chodí dobrovolníci, děvčata z pedárny, harmonikář, jsou tu dílny – ergoterapie, nebo sestřičky vyvezou pacienty ven do zahrady. Ty poslední dny maminka prožila krásně díky hospici, měla potlačenou bolest, byla vyspalá, měla tady mě, byla v prostředí, kde necítila, že by někoho obtěžovala. Vzala jsem jí na to zpívání a ona z té postele začala tleskat do rytmu, 2 dny po příjezdu z nemocnice. Prostě úplně jiný člověk, samozřejmě fyzicky strádala, ale psychicky kvetla.“

V čem vidíte zásadní rozdíl při péči o psychické a sociální potřeby Vaší blízké v nemocnici a hospici?

„V hospici bylo veliké pohodlí to, že jsem s tou maminkou tady mohla být pořád a kdykoliv jsem potřebovala pomoc sestřiček, tak ochotně přišly, kdežto v nemocnici ta ochota taková není. Ale musím říct, že v nemocnici jsme měli štěstí na ty sestry a já jsem z nich byla nadšená, ale když jsme přijely sem a viděla jsem přístup hospicových sester, tak to se nedá vůbec srovnat. A v hospici je to i pomoci těch doprovázejících, v tom je ten zásadní rozdíl.“

„A já jsem vděčná za tu zkušenost s doprovázením mé maminky, protože ji můžu dál předávat těm příbuzným. Přesně se umím vcítit do jejich obav, strachů, bolestí. A vrchní sestra nebo i staniční mě právě posílají k rodinám, které velmi špatně snášejí blížící se odchod jejich blízkého. A ono to k mému údivu i radosti funguje. Jsem moc ráda, že to takhle můžu předávat dál.“

Jak hodnotíte komunikaci mezi zdravotnickým personálem Vaší blízkou a Vámi během hospitalizace v nemocnici?

„Komunikace v nemocnici s personálem, musím říct, zase v rámci možností byla dobrá. Jak s maminkou, tak se mnou se bavili i se usmívali, prostě snažili se.“

Jak hodnotíte komunikaci mezi zdravotnickým personálem, Vaší blízkou a Vámi během hospitalizace v hospici?

„Tady to funguje nadstandardně, rodinně, mile. A co mě překvapilo, při každém přijetí se s pacientem dělá takový jako rozhovor a otázky typu: jaké má maminka ráda barvy, má ráda teplo nebo zimu, jestli má radši tvrdý nebo měkčí polštář, jestli má ráda kafe v hrníčku nebo ve skleničce, prostě takovýchle věci, které by mě ani nenapadly řešit. Takže na základě tohoto dotazníku první půl hodinu co jste tady, tak zjistíte, že jste úplně někde jinde.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při komunikaci mezi zdravotnickým personálem, Vaší blízkou a Vámi v nemocnici a v hospici?

„V hospici je ta komunikace taková vřelejší a otevřenější, je to tady takové rodinné prostředí.“

Jak byla z Vašeho pohledu zajištěna péče o duchovní potřeby Vaší blízké během hospitalizace v nemocnici?

„V nemocnici rozhodně duchovní potřeby neřešili a ani bych to rozhodně nečekala.“

Jak byla z Vašeho pohledu zajištěna péče o duchovní potřeby Vaší blízké během hospitalizace v hospici?

„První den v hospici se také duchovní potřeby neřešily, ale hned v prvním týdnu už to bylo jasné. Sestřičky se ptaly, zda je maminka věřící a přeje si pastorační péči. Nabídly, že je tady k dispozici kaple, každé pondělí mše svatá, a že podle přání pacienta chodí k němu duchovní. Líbí se mi tady, že tu víru nikdo nikomu nevnucuje a pracují tu řádové sestry.“

V čem vidíte zásadní rozdíl při uspokojování duchovních potřeb Vaší blízké v nemocnici a v hospici?

„V hospici jsou duchovní potřeby člověka součástí péče o něj. V nemocnici se o to nikdo nezajímá.“

4.1.2.3 Přepsaný rozhovor s rodinným příslušníkem 3

Manželce pacienta je 73 let, vystudovala střední zdravotnickou školu obor zubní laborant. Její manžel byl před překladem do hospice hospitalizován na interním oddělení.

V nemocnici pacient ležel na třílůžkovém pokoji s vlastním WC a sprchovým koutem, nočními stolkami a skříní. Pokoj v hospici je jednolůžkový s přistýlkou, stolem, 2 křesly, skříní, nočním stolem, jídelním stolem k lůžku, televizí. Je zde WC a sprchový kout.

Jak byla z Vašeho pohledu poskytována hygienická péče Vašemu blízkému během hospitalizace v nemocnici?

„Zpočátku byl manžel ještě schopný obstarat si všechno sám, později mu pomáhaly sestřičky, vzaly ho do sprchy. Zuby si čistil sám u umyvadla. Já jsem chodila na návštěvy a holila jsem ho. Myslím, že se snažily.“

Jak je z Vašeho pohledu poskytována hygienická péče Vašemu blízkému během hospitalizace v hospici?

„Já si myslím, že tady je to perfektní. 1x – 2x za týden ho vykoupou ve vaně a myjí ho každý den. Rty mu zvlhčuji. Vykašlává takové ošklivé hleny. Abych to z těch úst dostala ven, vytírám je štětičkou, co nám se daly sestřičky. Zuby mu čistím já. Snažím se pomáhat.“

V čem vidíte zásadní rozdíl při poskytování hygienické péče Vašemu blízkému v nemocnici a v hospici?

„No, v nemocnici se taky snažily, ale tam nebylo tolik času. Tady je to takové fajn, jako doma. Sestřičky jsou moc ochotné.“

Jaká byla z Vašeho pohledu péče výživu Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?

„Tam jedl ještě všechno. Výběr tam žádný neměl, co dostal, to dostal.“

Jaká je z Vašeho pohledu péče o výživu Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?

„Ze začátku jedl obědy normálně a mohl si říct, na co má chuť, jestli chce polévku nebo i hlavní jídlo. Je tady výběr ze 3 jídel, tak já jsem si obvykle vybírala to, co by pro něj bylo nejlepší. Ale potom už mohl jenom polévky, mixované. Hodně pil a jedl dále krémy, třeba tvarohové nebo občas jogurt. Takové, co se nemusí kousat, že to jde dobře polykat. Pokud neměl zrovna chuť, tak mu to sestřičky nabídly později.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při péči o výživu Vašeho blízkého poskytované v nemocnici a v hospici?

„Asi v tom přístupu. Tam nebyl žádný výběr, tady je a zajímají se o to na co má chuť.“

Jak byl z Vašeho pohledu zajištěn dostatečný příjem tekutin Vašemu blízkému během hospitalizace v nemocnici?

„To pil sám, v nemocnici dostával čaj a já jsem mu nosila vodu, tu měl nejradši. Infúze nemocnici nedostával, jen 4 krevní konzervy.“

Jak je z Vašeho pohledu zajištěn dostatečný příjem tekutin Vašemu blízkému během hospitalizace v hospici?

„Tady se ptají, co by si dal rád. Pije nejvíc obyčejnou vodu, ale nabízely mu i pivo. Teď už mu dávám pít ze skleničky brčkem já, dříve pil sám. Jsem tu celou dobu s ním. Také dostává kapačky, aby se zavodnil.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při zajišťování dostatečného příjmu tekutin Vašemu blízkému v nemocnici a v hospici?

„V nemocnici pil sám dost, sestřičky se ptaly kolik toho vypil. Tady se snaží více vyjít mu vstříc, co se týká chuti. Pije méně, tak mu dávají ty kapačky.“

Jaká byla z Vašeho pohledu ošetrovatelská péče při léčbě bolesti Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?

„Ještě když jsme byli doma, tak jsem si to zjistila, že jsou ty náplasti a zašla jsem si k obvodnímu lékaři, potom za onkologem a on mi je napsal. Dávali mu je i v té nemocnici, takže žádné bolesti neměl.“

Jaká je z Vašeho pohledu ošetrovatelská péče při léčbě bolesti Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?

„Tady mu ty náplasti dávají také. Občas, když měl třeba kašel, tak mu tu injekci k tomu ještě píchli.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při poskytování ošetrovatelské péče při léčbě bolesti Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?

„V nemocnici i tady se ho na tu bolest ptali, to myslím, že se starají dobře, že ty bolesti neměl a asi nemá.“

Jaký byl z Vašeho pohledu vliv denního režimu oddělení na pohodlí Vašeho blízkého a Vaše během hospitalizace v nemocnici?

„No, to ho budili před tou šestou, když musela noční služba kontrolovat teplotu, krev a moč. No a potom byla snídaně, pravděpodobně oběd a já tam chodila kolem jedné hodiny, byla jsem tam do pěti, až na to buzení, nemyslím si, že by ho to nějak omezovalo. No, a návštěvy tam byly jen od 13.00 do 17.00 hodin, takže jsem tam chodila jen odpoledne.“

Jaký je z Vašeho pohledu vliv denního režimu oddělení na pohodlí Vašeho blízkého a Vaše během hospitalizace v hospici?

„Tady je to výhoda, že můžu být u něho. Vše se nám přizpůsobí, až se vzbudí, tak se vzbudí a jídlo zrovna tak. Když tak se dá přihrát. Tam je mikrovlnka, takže není žádný problém. Režim tady mě vůbec ničím neomezuje. Tady můžu být stále.“

V čem spatřujete zásadní rozdíl, porovnáte-li denní režim oddělení v nemocnici a v hospici a jeho dopad na pohodlí Vašeho blízkého a Vaše,

„No tak to se nedá srovnat. V nemocnici se prostě budili brzy ráno, pak bylo mytí, snídaně, jedno za druhým, tady je to takové volnější. Nechají ho vyspat, a pak se pomalu pokračuje, jak potřebuje manžel.“

Jak byla z Vašeho pohledu zajišťována péče o psychické a sociální potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?

„V nemocnici s ním nikdo tyhle věci neřešil. Když o tom začal někdy mluvit, o té nemoci a tak, tak jsem mu říkala, aby to nechal být, že jsme tady na to dva, a že se nedá nic dělat, že to zvládneme. Tak se opřel o mě. Na pokoji s ním byli 2 pacienti, se

kterými chodil kouřit ven, ale moc si nepovídali. Když jsem byla na návštěvě a měl zrovna kapačku, tak jsme si povídali na posteli, soukromí jsme moc neměli.“

Jak je z Vašeho pohledu zajišťována péče o psychické a sociální potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?

„Sem za ním jezdí děti, v sobotu tady byl syn a dcera a v pátek tady byla dcera, v úterý tady byla vnučka, přiletěla z Ameriky, byli tady všichni, no a včera tady byla moje dcera a volají mu. Podporu máme oba. Já jsem tu s ním, myslím, že žádného psychologa nepotřebuje. Sestřičky jsou ochotné, když zazvoním hned přijdou. Tady je doktor, sestřičky, a když člověk něco potřebuje, tak je tu okamžitá pomoc, to je veliké plus.“

V čem vidíte zásadní rozdíl při péči o psychické a sociální potřeby Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?

„Tady se o nás starají, stále se ptají, jestli něco nepotřebujeme. Povídají si s námi. V nemocnici na to nebyl čas.“

Jak hodnotíte komunikaci mezi zdravotnickým personálem, Vaším blízkým a Vámi během hospitalizace v nemocnici?

„Byli příjemní, doktor i sestřičky, nemůžu si stěžovat. Vždycky řekli všechno na rovinu, dneska už se to tak dělá, nic se nezatajuje. Když jsem se na cokoli zeptala, tak nebyl problém.“

Jak hodnotíte komunikaci mezi zdravotnickým personálem, Vaším blízkým a Vámi během hospitalizace v hospici?

“Tady jsou všichni milí a vstřícní, povídají si s námi. Také se starají o mě, třeba říkají: „*Koukejte si sednout, my to všechno uděláme, Vy si odpočiňte.*“

V čem spatřujete zásadní rozdíl při komunikaci mezi zdravotnickým personálem, Vaším blízkým a Vámi v nemocnici v hospici?

„No tak to je opravdu nebe a dudy, protože tady ty sestřičky opravdu dělají, co mohou. Jsou tu pro nás. V té nemocnici je vlastně doktor a 2 sestry na celé oddělení, tak tam nemají tolik času. Kdežto tady se jim věnují jak noční tak i denní služby a doktoři to samé. Já si nemůžu stěžovat, právě proto jsem chtěla dát manžela sem a ne do nemocnice.“

Jak byly z Vašeho pohledu uspokojovány duchovní potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?

„V nemocnici se o to nikdo nezajímal.“

Jak jsou z Vašeho pohledu uspokojovány duchovní potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?

„Při příjmu se ho ptali, jestli je věřící, ale on už nevěří. Dříve věřil, ale potom přestal. Já si myslím, že se upnul na rodinu, on měl vždycky rád přírodu, byl skaut, myslivec. Měl rád lidi a každému se snažil vyhovět a pomoc. Já jsem u víry zůstala. Někdy za mnou zajdou ty řádové sestřičky, trochu si popovídat.“

V čem vidíte zásadní rozdíl při uspokojování duchovních potřeb Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?

„V nemocnici se o to nikdo nezajímal, tam řeší hlavně tu nemoc a aby neměl bolesti a tak. Tady tu možnost duchovního nabízí, ale manžel nechce. Nevnučují mu to.“

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s rodinnými příslušníky a všeobecnými sestrami

4.2.1 Kategorie uspokojování biologických potřeb klientů v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici

4.2.1.1 Podkategorie poskytování hygienické péče a prevence dekubitů

Při srovnávání hygienické péče prováděné v nemocnici a v hospici spatřuje sestra 1 rozdíl především v nedostatečném časovém prostoru, v souvislosti s nižším počtem ošetrovatelského personálu v nemocnici. Při popisování celkové koupele pacientů uvádí: *„Rychle pacienta osprchujeme, namydíme a zase osprchujeme. Za hodinu a půl máme umytých šest lidí. Tady je to prostě fakt fojfr.“* A dodává zkušenost z hospice, kdy sestry vzaly pacientku za pomoci zvedáku do vany: *„Paní se tam čachtala, byla spokojená, i pro ní to bylo příjemné. Sestry jí umyly hlavu, vydrbaly jí, to bylo úplně neskutečný, namazaly jí. To mytí trvalo asi hodinu a půl.“* Způsob ošetrovatelské péče zaměřené na prevenci dekubitů hodnotí jako stejný, rozdíl vidí v lepším vybavení pomůckami a ve větším počtu ošetrovatelského personálu v hospici. *„Asi si s tím polohováním dají větší práci, protože na to mají více času. Je jich tam prostě víc.“* Sestry z hospice obecně vnímají hygienickou péči poskytovanou v nemocnici na horší úrovni. Sestra 3 udává: *„Pacienty myjí, ale nevěnují té hygienické péči tolik času.“* Připouští ale také rozdíl v provádění hygienické péče na jednotlivých odděleních a v různých nemocnicích. Sestra 2 přidává zkušenost své kamarádky, která umírala maminka na LDN: *„Pleny vyměňovaly jednou denně.“* Sestra 2 popisuje péči v hospici: *„Není to, že by na někoho bylo pět, deset minut, je to opravdu individuální a není problém, abychom strávili hygienou třeba hodinu u jednoho klienta.“* Péči zaměřenou na prevenci dekubitů v nemocnici hodnotí sestra 2, jako horší udává: *„Často k nám odtud chodí lidé s dekubity.“* Sestra 3 vidí zlepšení v péči zaměřené na prevenci dekubitů v nemocnici. Kladně hodnotí prachatickou nemocnici, jak v péči samotné, tak ve vybavení pomůckami: *„Byly tady děvčata na kurzu. Tak myslím, že si to tam*

prosadily. A hlavně se snaží.“ Obě sestry se shodují v tom, že péče se liší oddělení od oddělení a nemocnice od nemocnice. Sestra 4 má na hygienickou péči stejný názor jako sestra 1 a uvádí: *„Mají více personálu, mohou se pacientům více věnovat. A řídit se přáním pacienta.*“ V péči zaměřené na prevenci dekubitů žádný rozdíl, nespatřuje.

Rodinní příslušníci jednoznačně hodnotí hygienickou péči poskytovanou v hospici jako lepší než v nemocnici. Rozdíl spatřují především v ochotě personálu, kdy více ochotné jsou sestry v hospici. Rodinný příslušník 1 popisuje péči v hospici: *„Je to hlavně o té ochotě, jsou ochotné kdykoli přijít a kdykoli to udělat. A hlavně se sami angažují.*“, zatím co k hygienické péči v nemocnici se vyjadřuje takto: *„To bylo hrozný, za dva, tři dny ho v podstatě ani neumyly.*“ Rodinný příslušník 2 dodává: *„Těžko srovnávat hospic s nemocnicí, je to úplně jiné zařízení.*“ Rodinný příslušník 3 zohledňuje nedostatek časového prostoru v nemocnici: *„No, v nemocnici se také snažily, ale tam nebylo tolik času.*“ A popisuje atmosféru hospice: *„Tady je to takové fajn, jako doma. Sestřičky jsou moc ochotné.*“

4.2.1.2 Podkategorie péče o výživu

Sestry 1 a 3 hodnotí péči o výživu poskytovanou v nemocnici a v hospici na stejné úrovni. Sestra 1 udává, že většina pacientů v nemocnici má zavedenou sondu, PEG a nebo dostávají infuze intravenózně, a dodává: *„Protože sem vozí většinou lidi už v dost katastrofálním stavu, tak je málo kdo schopen přijímat potravu ústy.*“ A domnívá se, že v hospici má hodně pacientů zavedený PEG. Dále říká, že pacienti mají možnost výběru stravy v nemocnici i v hospici. Sestra 3 se domnívá, že v nemocnici používají také PEG a nazogastrickou sondu. A o hospici říká: *„Sondy se používají minimálně, protože je to invazivní vstup, který je pro pacienty nepohodlný.*“ Srovnává péči o výživu v nemocnici s hospicem: *„To si myslím, že bude, neříkám lepší, ale na stejné úrovni jako tady.*“ Sestra 2 spatřuje rozdíl v přístupu k pacientům, který je v hospici individuálnější. Péči o výživu hodnotí takto: *„Určitě to není tak individuální jako u nás.*“ A připouští i vliv menšího počtu personálu na péči o výživu pacientů v nemocnici. Sestra 4 hodnotí v péči o výživu kladněji hospic s individuálnějším a vstřícnějším přístupem k pacientům. *„Myslím, že se jim snaží vyjít vstříc ještě víc než*

my. Je to tam hodně individuální, pokud se pacient zbudí v deset, tak dostane snídani v deset.“ Vnímá také rozdíl ve způsobu podávání infúzí, které jsou na rozdíl od nemocnice podávány převážně subcutánně.

Rodinní příslušníci hodnotí péči o výživu v hospici lépe než v nemocnici. Všichni spatřují rozdíl především v přístupu personálu, který se v hospici snaží vyhovět potřebám a přáním jednotlivých pacientů. Chválí také možnost výběru jídla. Rodinný příslušník 1 popisuje, jak otec v nemocnici ochrnul během dopoledne a na oběd už nevstal. Pokračuje: „*Prosil tedy sestru, aby mu jídlo podala a ona na něj přes rameno houkla, že si snad dojde a taťka jí řekl, že si dojít nemůže a trochu si mezi sebou vyměnily názory...*“ A dále líčí, jak se v důsledku ochrnutí zastavila otcí střešní peristaltika: „*Jídlo odmítal, protože jak nemohl na stolicí, tak víc zvracel, břicho se mu nafouklo, bolelo ho to. A tam nikdo neřešil, že třeba tři dny nejí, bylo jim to úplně jedno.*“ A o péči v hospici hovoří takto: „*Tak tady je to úplně jiné. Tady okamžitě nabízeli varianty, jogurt, nějakou výživu. Prostě se snažili.*“ Rozdíl vidí v přístupu: „*V nemocnici nikoho nic nezajímá, ale tady řeší všechny problémy.*“

4.2.1.3 Podkategorie zajišťování hydratace

Všechny sestry hodnotí péči o hydrataci pacientů v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici jako podobnou. Sestra 1 o péči v hospici říká: „*Tím, že tam mají víc personálu a víc času, tak jsou ti lidé hodně hydratovaní.*“ Sestry 2, 3, a 4 spatřují rozdíl ve způsobu podání infúzí, které podávají v hospici převážně subcutánně, zatím co v nemocnici jsou podávány pouze intravenózně. Sestry 2 a 3 se domnívají, že cucat ledy dávají jen v hospici. Sestra 4 uvádí: „*Také jsem jednou podávala cucat ledy.*“ Sestra 2 navíc spatřuje rozdíl ve výběru tekutin, který je lepší v hospici.

Rodinní příslušníci vnímají péči o hydrataci pacientů poskytovanou v hospici jako lepší než v nemocnici. Rodinný příslušník 1 vidí rozdíl především v přístupu personálu k péči o hydrataci pacientů: „*Zase je to o tom přístupu, v hospici nesrovnatelně lepší.*“ Rodinní příslušníci 2 a 3 vnímají rozdíl pouze ve snaze ošetrovatelského personálu hospice vyjít více vstříc chuti pacienta. Udávají, že sestry v nemocnici na pitný režim v nemocnici dbaly dostatečně.

4.2.1.4 Podkategorie ošetrovatelská péče při léčbě bolesti

Sestry se shodují v tom, že ošetrovatelská péče při léčbě bolesti je lépe poskytována v hospici. Sestra 1 vnímá rozdíl v tom, kdy jsou opiáty podávány. Udává, že v nemocnici se zpočátku opiáty dávají jen při bolesti, zatím co v hospici je podávaj v kontinuální podkožní infúzi. O hospici dále říká: „*Myslím, že tam je nejdůležitější, aby lidé neměli bolest, a oni to tam tak mají.*“ Sestra 2 udává, že v hospici je bolest hodně dobře řešená. Domnívá se, že na rozdíl od hospice jsou v nemocnici i případy, kdy je bolest léčena nedostatečně. Problém však vidí především na straně lékařů, kteří nemají zkušenosti s paliativní medicínou. Podobný názor zastává i sestra 3. Uvádí, že v hospici je bolest pravidelně monitorována a léčena podle intenzity. Naopak o nemocnici říká: „*...řekla bych, že se s opiáty někdy šetří. Léčba bolesti je pak nedostatečná.*“ Sestra 4 se domnívá, že v hospici je ošetření bolesti lepší než v nemocnici: „*Myslím si, že tam asi pružněji reagují na tu bolest, když je tam ten doktor trvale přítomen.*“ Rozdíl vnímá také v podávání subkutánních infúzí s analgetiky v hospici.

Rodinný příslušník 1 vidí rozdíl v přístupu personálu při zjišťování bolesti pacienta. Uvádí, že otec v nemocnici nějaké léky na bolesti dostával a dodává: „*Ale nepamatují se, že by se ho tam někdo zeptal na bolest.*“ Naopak o hospici říká, že hned při příjmu zjišťovali intenzitu bolesti podle obličejové škály: „*...tam označil intenzitu bolesti a hned to taky řešili. Upravili mu to, a tatka je bez bolesti.*“ Rodinný příslušník 2 uvádí, že maminka v nemocnici ještě bolesti neměla a nemůže tedy srovnávat nemocnici s hospicem, co se týká péče při léčbě bolesti. Zkušenosti má z hospice: „*Opravdu je znát, že hospic velmi dobře zvládá tu paliativní péči a jsem velmi vděčná, že maminka byla do poslední chvíle bez bolesti a v klidu.*“ Rodinný příslušník 3 hodnotí kladně a bez rozdílu péči v nemocnici i v hospici: „*V nemocnici i tady se ho na tu bolest ptali, to myslím, že se starají dobře, že ty bolesti neměl a asi nemá.*“

4.2.2 Kategorie uspokojování psychosociálních potřeb klientů v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici

Všechny sestry vidí rozdíl především v počtu personálu a času, který mohou věnovat pacientům. Shodují se v tom, že v hospici se psychosociálními potřebami pacientů zabývají více. Sestra 1 popisuje, jak uspokojují psychosociální potřeby pacientů v nemocnici: „*Snažíme se o citlivý přístup, pohladíme pacienta, ale že bychom to až zas takhle řešili, to ne.*“ Říká, že pokud mají čas, hodně si s pacienty povídají a dodává: „*Občas fakt není dost času, tak to ukončíme a jdeme pryč.*“ Také umožňují pacientům kontakt s blízkými, kdykoli 24 hodin denně. Naopak o hospici říká, že jsou tam psychosociální potřeby hodně dobře uspokjovány. Rozdíl vidí v přítomnosti řádových sester v hospici a jejich přínosu při uspokjování těchto potřeb. Další rozdíl spatřuje v tom, že v hospici vyvážejí lidi ven, pokud chtějí a pořádají tam různé kulturní akce, kterých se mohou zúčastnit. A o nemocnici dodává: „*Tady to prostě není. Tady jsou zavřeni na pokoji a maximálně se otevře okno, nebo se dávají do křesla, pokud jsou ještě schopní.*“ Sestra 2 se domnívá, že velmi pozitivní účinek na psychiku pacientů má přátelská atmosféra v hospici. Uvádí, že při uspokjování psychosociálních potřeb vychází z individuálních potřeb každého pacienta, na které potom reagují. Současně podporují i rodinný kontakt. Říká: „*Chce to hodně vypořadovat, poslouchat, a pak jim vyjít vstříc.*“ A připouští i vliv časového prostoru: „*Ale také je to uzpůsobené tím, že tady máme na ty lidi čas.*“ Domnívá se, že naopak v nemocnici se péče soustředí především na uspokjování biologických potřeb a na ty ostatní již mnoho prostoru nezbyvá. A dodává: „*Ale záleží určitě na lidech.*“ A připisuje velký význam rodině. Sestra 3 udává, že v hospici uspokjují psychosociální potřeby pacientů prostřednictvím rozhovorů, svou přítomností i fyzickým kontaktem. Popisuje péči o pacienta ve finálním stádiu: „*Pokud již nekomunikuje, a je vidět, že je úzkostný, tak si k němu sedneme, povídáme mu všechno možné, a třeba ho hladíme.*“ Dále říká, že kontakt s rodinou umožňují 24 hodin denně, a příbuzní mohou přespávat na přistýlkách. Součástí péče v hospici je i péče o rodiny. Domnívá se, že v nemocnici se péče o psychosociální potřeby oproti minulosti zlepšila. Zmiňuje význam sociální pracovnice, spolupráci s psychologem a rozhovory se zdravotnickým personálem. Připouští ale, že vzhledem

k nižšímu počtu ošetrovatelského personálu se těmito potřebami nemohou zabývat tolik jako v hospici. „*Pravda je, že sestřiček je tam méně na ten počet pacientů, a nemohou se jim tolik věnovat, a zabývat se psychosociálními potřebami pacientů jako my tady.*“ Sestra 4 říká, že se v nemocnici snaží vyhovět potřebám pacientů. Snaží se o citlivý přístup a kontakt s pacientem. Kdykoli umožňují kontakt s rodinou. Hovoří také o významu sociální pracovnice, která se kromě jiného snaží řešit i rodinné problémy pacientů. Problém vidí v tom, že z provozních důvodů nemůže sestra s pacientem zůstat tak dlouho, jak by potřeboval. „*Vidíte tu úzkost v očích a já tam prostě nemůžu zůstat!*“ O hospici říká: „*Pokud vím, tak tam mají přímo povinnost povídat si s nimi, mají na to vyškolený personál.*“

Všichni rodinní příslušníci spatřují rozdíl v tom, že v hospici je do péče zahrnuta i doprovázející rodina, zatím co v nemocnici se soustředí pouze na pacienta. Rodinný příslušník 1 o péči v hospici říká: „*Hlavní rozdíl je v tom, že tady pracují nejen s pacientem, ale i s rodinou. Kdežto v nemocnici jsme je vůbec nezajímali, tam měli svého pacienta a víc je nezajímalo.*“ Dále se shodují v tom, že v nemocnici se psychickými potřebami pacientů nikdo nezabýval, zatím co v hospici se starají o všechny potřeby a zajímají se i o rodinu. Rodinný příslušník 3 hodnotí péči v hospici a vnímá i vliv nedostatečného časového prostoru v nemocnici: „*Tady se o nás starají, stále se ptají, jestli něco nepotřebujeme. Povídají si s námi. V nemocnici na to nebyl čas.*“ Rodinný příslušník 2 spatřuje rozdíl v přístupu personálu. Kladně hodnotí přístup personálu v hospici: „*...v nemocnici jsme měli štěstí na ty sestry a já z nich byla nadšená, ale když jsme přijeli sem a viděla jsem přístup hospicových sester, tak to se nedá vůbec srovnat.*“ Rozdíl spatřuje i v zapojení dobrovolníků do péče o psychosociální potřeby pacientů v hospici. Velmi oceňuje, že v hospici mohla být s maminkou stále. Vzpomíná: „*Ty poslední dny maminka prožila krásně díky hospici, měla potlačenou bolest, byla vyspalá, měla tady mě, byla v prostředí, kde necítla, že by někoho obtěžovala.*“ Všichni rodinní příslušníci se shodují v tom, že jejich blízcí se mohli podílet na rozhodování o své péči v nemocnici i v hospici.

4.2.2.1 Podkategorie režim oddělení a možnost návštěv v nemocnici a v hospici

Všechny sestry vnímají rozdíl v režimu oddělení v nemocnici a v hospici. Shodují se v tom, že v hospici se režim přizpůsobuje potřebám a přáním pacienta, zatím co v nemocnici je tomu naopak. Tam se pacient podřizuje provozu oddělení. Rozdíl vidí například v době ranního buzení. Sestra 1 popisuje režim v nemocnici: *„O víkendy myjeme šest lidí v půl páté ráno. Protože by je ta ranní směna nestihla všechny umýt, všech třicet lidí. Jsou tu jen tři.“* Říká, že v hospici budí pacienty určitě později, domnívá se, že asi kolem osmé. Sestry 2 a 3 uvádí, že v hospici roznáší snídaně kolem osmé hodiny, ale pokud pacient spí, budí ho až kolem desáté. O nemocnici říkají, že tam pacienty budí mezi šestou a půl sedmou hodinou. Všechny sestry uvádějí, že návštěvy v hospici jsou neomezené a že blízcí pacientů mají možnost v hospici také přespávat. Sestry 2 a 3 se domnívají, že návštěvy u pacientů v nemocnici jsou po dohodě s lékařem povoleny kdykoli. A shodují se v tom, že záleží také na konkrétní nemocnici. Sestry 1 a 4 udávají, že návštěvy jsou u pacientů v terminálním stádiu v nemocnici možné kdykoli, v nočních hodinách po domluvě s personálem. Omezení je jen u dětí do deseti let, kdy odpovědnost přebírají rodiče. Rozdíl vidí všechny sestry v možnosti blízkých přespávat s pacienty v hospici.

Rodinní příslušníci se všichni shodují v tom, že v nemocnici se pacienti přizpůsobují režimu oddělení, zatím co v hospici je to naopak. Vše se přizpůsobuje potřebám pacientů. Všichni rodinní příslušníci oceňují neomezené návštěvy a možnost zůstat v hospici se svým blízkým 24 hodin denně. V nemocnici tuto možnost neměli. K návštěvám v nemocnici rodinný příslušník 1 udává: *„V té nemocnici bylo asi jediné pozitivní to, že už to tam není tak striktní, co se týče návštěv. Mohli jsme tam přijít kdykoliv, nikdo nás nevyháněl.“* Rodinný příslušník 2 se na době návštěv domluvil s ošetřujícím personálem. Rodinný příslušník 3 udává: *„No, a návštěvy tam byly jen od 13.00 do 17.00 hodin, takže jsem chodila jen odpoledne.“*

4.2.2.2 Podkategorie komunikace ošetrovatelského personálu s klientem v terminálním stádiu a s jeho blízkými

Všechny sestry se shodují v tom, že komunikace s pacientem a jeho blízkými je v hospici otevřenější než v nemocnici. Sestra 1 říká, že se k pacientům v terminálním stádiu v nemocnici snaží být milé a vždy jim říkají, co s nimi budou dělat. Rodinným příslušníkům podávají informace o péči, pokud o to mají zájem, a snaží se je do péče zapojit. Informace o zdravotním stavu jsou kompetencí lékaře. A o komunikaci v hospici říká: *„Tam to tedy určitě všichni vědí, že umírají. A tím, že to všichni vědí, a že je to hospic, tak se snaží být milí, mluví o všem.“* Sestra 2 o komunikaci s pacienty v hospici říká: *„Snažíme si získat si jejich důvěru. Podáváme jim informace pravdivé a takové, jaké chtějí slyšet.“* Dodává, že pokud nechtějí slyšet v jakém jsou stavu, tak jim to nevnučují. Říká, že s rodinnými příslušníky je komunikace někdy náročnější, protože jsou na tom ve fázi smíření někdy hůře než pacient. Je pak důležité lidským a citlivým způsobem najít si k nim cestu a vysvětlit, v jakém stavu to je. A dodává: *„Takže zbytečně třeba nějakým lhaním a chozením kolem horké kaše, nebrat těm lidem čas, kdy můžou být spolu a kdy si ještě můžou říct, co si neřekli.“* O komunikaci v nemocnici říká, že určitě není tak otevřená a že záleží na lidech. Sestra 3 říká, že v hospici vždy pacientům vysvětlují, co s nimi budou dělat. Komunikují i s pacienty v komatu a dodává: *„Důležité jsou samozřejmě dotyky. V rámci bazální stimulace používáme iniciální dotek.“* Dále říká, že rodinní příslušníci jsou vždy seznámeni s diagnózou i s prognózou. Pokud se ptají na pacientův stav, tak někdy odpovídají sestry, ale většinou tyto otázky zodpoví lékař. Sestry a sociální pracovníce spíše odpovídají na dotazy, co bude po úmrtí pacienta a co je třeba zařídit. O komunikaci v nemocnici se domnívá, že není tak otevřená jako v hospici. A říká, že záleží na lidech: *„Jsou lékaři, kteří se s tou rodinou i pacientem zabývají, že jim vše vysvětlí. Ale jsou i lékaři i sestry, to se týká obou, kteří je odbudou a odejdou. Řeknou to základní a konec.“* Sestra 4 říká, že v nemocnici vždy pacientům sdělují, co s nimi budou dělat a proč. Dodává: *„Pokud je více času, snažíme se s nimi chvíli být, zvláště u těch, kteří nikoho nemají.“* Rodinným příslušníkům zodpovídají dotazy týkající se péče o pacienta.

Informace o zdravotním stavu podává pouze lékař. O komunikaci v hospici říká: „*Myslím si, že je lepší a otevřenější.*“ A zmiňuje větší počet personálu v hospici.

Rodinní příslušníci se všichni shodují, že komunikace v hospici je vřelejší a otevřenější, než komunikace v nemocnici. Rodinný příslušník 1 má s komunikací v nemocnici negativní zkušenost: „*V nemocnici mi hodně vadilo, že neoslovovali pacienta.*“ A přidává další: „*Sestry byly odměřené po tom, co jsme si taťku po třech dnech vykoupali sami.*“ Naopak komunikaci v hospici hodnotí jako milou, vstřícnou a otevřenou. Říká, že sestřičky i žertují a nebojí se pohládit otce po ruce. Milé jsou i k doprovázejícím. A dodává: „*Tady je to úplně jiný přístup, takový lidský a citlivý.*“ Rodinný příslušník 2 hodnotí komunikaci v nemocnici s personálem jako dobrou v rámci možností. „*Jak s maminkou, tak se mnou se bavili i se usmívali, prostě se snažili.*“ O hospici říká: „*Tady to funguje nadstandardně, rodině, mile.*“ O komunikaci říká, že je vřelejší a otevřenější a dodává: „*...je to tady takové rodinné prostředí.*“ Rodinný příslušník 3 si na komunikaci v nemocnici nemůže stěžovat. Všichni byli příjemní a řekli vše na rovinu. O hospici říká, že jsou všichni milí a vstřícní a že si povídají s ní i s manželem. A srovnává nemocnici s hospicem: „*No, tak to je opravdu nebe a dudy, protože tady ty sestřičky opravdu dělají, co mohou. Jsou tu pro nás.*“ Říká také, že v nemocnici je málo personálu a nemají tam tolik času, zatím co v hospici se jim věnují jak denní, tak noční služby. Dodává: „*Já si nemůžu stěžovat, právě proto jsem chtěla dát manžela sem a ne do nemocnice.*“

4.2.3 Kategorie péče o spirituální potřeby klientů v terminálním stádiu

Všechny sestry se shodují v tom, že v hospici se o spirituální potřeby pacientů aktivně zajímají a nabízejí možnost pastorační péče. Shodně uvádějí, že v hospici pracují řádové sestry, konají se zde pravidelně bohoslužby, a je možné kdykoli zajistit kněze. Naopak v nemocnici se primárně o tyto potřeby nezajímají. Pokud pacient nebo rodina projeví zájem, pak jsou v nemocnici schopni zajistit kněze. Sestra 1 dále uvádí, že v nemocnici je kaple, ale neví, zda se tam konají bohoslužby. O hospici říká: „*Tam se na to hodně dbá.*“ Sestra 2 sděluje, že se v hospici všech při příjmu ptají na jejich vyznání a na to, zda mají zájem o pastorační péči. Podotýká: „*Rozhodně jim víru*

nevnucujeme.“ Říká, že na oddělení dochází pastorační asistenti – řádové sestry, které hovoří s lidmi o víře. Současně poskytují podporu i nevěřícím, kteří o to mají zájem. Péči o spirituální potřeby pacientů v nemocnici hodnotí takto: „*Nemyslím si, že by se tam o to tolik zajímali.*“ Domnívá se, že v nemocnicích asi je možnost zavolat kněze, a že tam také bývají kaple. Zda se tam konají bohoslužby, netuší. Sestra 3 připomíná význam pastoračních asistentů při péči o spirituální potřeby pacientů. Hovoří o možnosti zavolat kněze i o víkendu, o konání pravidelných bohoslužeb a dodává: „*Pokud si pacient přeje, není problém ho tam dopravit na lůžku nebo pojízdném vozíku.*“ A vyjadřuje se k péči v nemocnici: „*To je také asi oddělení od oddělení a nemocnice od nemocnice.*“ Domnívá se, že v dnešní době je možné zavolat kněze i do nemocnice a že zde bývají i kaple. Nemyslí si však, že by se tam konaly bohoslužby. Podotýká, že v Jihočeském kraji není možné zavolat do nemocnice řádové sestry. Sestra 4 vypovídá, že se v nemocnici na víru pacientů neptají: „*Pokud sám pacient nezačne hovořit o svém konci a duchovních potřebách, sami na to téma nehovoříme.*“ Sděluje, že mají možnost zavolat faráře. Nemocniční kaple je uzavřená. Naopak o hospici říká: „*Myslím, že se tam lidí na jejich vyznání ptají.*“ Dodává, že v hospici pracují řádové sestry a konají se pravidelné bohoslužby. A pokud mají lidé zájem, je jim zavolán kněz.

Rodinní příslušníci se shodují v tom, že v nemocnici se o duchovní potřeby pacientů nikdo nezajímá, zatím co v hospici se o vyznání pacientů zajímají. Nabízejí možnost duchovní péče, ale nikomu jí nevnucují. Rodinný příslušník 1 líčí péči o duchovní potřeby svého otce v nemocnici: „*V nemocnici se s ním o tom nikdo nebavil, ani nevím, že by tam někdo - kněz, řádové sestry chodil.*“ A srovnává ji s hospicem: „*Tady se o to zajímají, ale nic nevnucují. V nemocnici to nikdo neřešil.*“ Rodinný příslušník 2 hodnotí péči v nemocnici: „*V nemocnici rozhodně duchovní potřeby neřešili, a ani bych to rozhodně nečekala.*“ Naopak o hospici pronáší: „*V hospici jsou duchovní potřeby člověka součástí péče o něj.*“ A znovu připomíná: „*V nemocnici se o to nikdo nezajímá.*“ Rodinný příslušník 3 uvádí, že v nemocnici řeší hlavně nemoc samotnou a o duchovní potřeby se nikdo nezajímá. Zatím co o hospici říká: „*Tady tu možnost duchovního nabízí, ale manžel nechce. Nevnucují mu to.*“

5 Diskuze

V rámci diskuze budou hodnoceny výsledky kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce zaměřené na srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu, poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester.

Do výzkumného šetření byly zahrnuty všeobecné sestry pracující na oddělení LDN v nemocnici a všeobecné sestry pracující v hospici, které splňovaly podmínky pro zařazení do výzkumného vzorku souboru. Musely mít zkušenosti s péčí o pacienty v terminálním stádiu z nemocnice i z hospice. Dále byli do výzkumného šetření zahrnuti rodinní příslušníci pacientů v terminálním stádiu. Podmínkou výběru rodinných příslušníků do výzkumného souboru bylo splnění tohoto kritéria: být příbuzným pacienta v terminálním stádiu nemoci, který byl hospitalizován nejdříve v nemocnici a poté přeložen do hospice. Naším prvním cílem bylo zjistit, zda rodinní příslušníci nemocných pocítují možný rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče v hospici a v nemocnici. Naším druhým cílem bylo zjistit názor všeobecných sester na možné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče v hospici a v nemocničním zařízení. Pro zjištění informací byla použita metoda dotazování technikou individuálních hloubkových rozhovorů. Otázky položené rodinným příslušníkům zjišťovaly, podobně jako otázky položené všeobecným sestřám, jejich názor na poskytování ošetrovatelské péče při uspokojování jednotlivých potřeb pacientů v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici. Otázky položené všeobecným sestřám navíc zjišťovaly jejich konkrétní představu o konceptu důstojného umírání ve zdravotnickém zařízení a o překážkách na jejich odděleních, které naplnění konceptu důstojného umírání brání. Poslední otázka zjišťovala, s kým sestry spolupracují při péči o pacienty v terminálním stádiu.

Uspokojování potřeb klientů v terminálním stádiu bylo hodnoceno ve třech kategoriích: biologické potřeby, psychosociální potřeby a spirituální potřeby. Uspokojování biologických potřeb bylo rozpracováno ve čtyřech podkategoriích: poskytování hygienické péče, pro sestry doplněno o prevenci dekubitů, péče o výživu, zajišťování hydratace a ošetrovatelská péče při léčbě bolesti pacientů v terminálním

stádiu. Uspokojování psychosociálních potřeb bylo doplněno o podkategorie: režim oddělení a možnost návštěv v nemocnici a v hospici, komunikace ošetrovatelského personálu s pacientem v terminálním stádiu a s jeho blízkými v nemocnici a v hospici. Spirituální potřeby byly hodnoceny v kategorii péče o spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici. V každé kategorii popsali sestry i rodinní příslušníci svou zkušenost s poskytováním péče v nemocnici a v hospici a sdělily svůj názor na rozdíly v poskytování péče.

Při hodnocení hygienické péče se všechny sestry shodují v tom, že hygienická péče je lépe poskytována v hospici. Sestry z nemocnice spatřují rozdíl především v nižším počtu ošetrovatelského personálu v nemocnici a s tím související nižší časovou dotaci určenou na poskytování hygienické péče. Sestry z hospice se domnívají, že hygienické péči v nemocnici se nevěnuje tolik času jako v hospici. Rodinní příslušníci jednoznačně hodnotí hygienickou péči poskytovanou v hospici jako lepší. Rozdíl spatřují především ve větší ochotě personálu v hospici, rodinný příslušník 3 zohledňuje také nedostatek časového prostoru.

Marková (2010) uvádí, že nutným předpokladem pro poskytování dobré paliativní praxe je dostatečný počet personálu. Dodává, že za ideální je považován počet nelékařského zdravotnického personálu v denní směně k počtu pacientů v poměru 1:3. Z rozhovorů se sestrami však vyplývá, že počet ošetrovatelského personálu v nemocnici je nedostatečný. Na oddělení s 30 lůžky jsou na denní dvanáctihodinovou směnu přítomny 2 sestry, 2 ošetrovatelky a staniční sestra do 15-ti hodin. Počet personálu k počtu pacientů je v poměru 1:6! O víkendech slouží 2 sestry a 1 ošetrovatelka, poměr počtu personálu k počtu pacientů je 1:10!! Naopak v hospici je počet personálu odpovídá počet personálu ideálním představám. Domnívám se, že nedostatečný počet personálu v nemocnici negativně ovlivňuje nejen kvalitu hygienické péče. Myslím si však, že řešení tohoto problému není v kompetenci sester, ale managementu nemocnic respektive celého systému zdravotnictví v České republice.

Podle Misconiové [1999] je hygienická péče u umírajících soustředěna především na péči o pokožku a intenzivní péči o dutinu ústní. Z rozhovorů vyplývá, že sestry v nemocnici i v hospici poskytují tuto péči obdobným způsobem. Marková (2010)

uvádí, že pro udržení vlhkých sliznic v dutině ústní je kromě vytírání a výplachů dutiny ústní vhodné cucání ledových kostek. V tom sestry spatřují rozdíl. Sestry z hospice ledy pacientům běžně nabízejí, zatímco v nemocnici se běžně nepodávají. Domnívám se, že podávání ledů v hospici souvisí se vzdělaností sester v paliativní péči. Myslím si, že některé sestry v nemocnici nemají dostatečné informace o možnostech paliativní péče. Vhodné by bylo pořádání pravidelných přednášek zaměřených na problematiku moderní paliativní péče pro sestry a možná i lékaře, kteří pracují na odděleních, kde se s pacienty v terminálním stádiu setkávají. Důležitá je, myslím si, i účast sester na odborných konferencích zaměřených na paliativní péči a následně zavedení nových poznatků do běžné péče o tyto pacienty. Zavést konkrétně podávání ledů do běžné praxe, myslím si, není velkým organizačním problémem. Pro pacienty by to bylo jistě přínosné.

Venglářová a Mahrová (2006) ve své knize *Komunikace pro zdravotní sestry* uvádí, že při péči o člověka hraje významnou roli nejen komunikace, ale i způsob jakým sestry činnosti spojené s ošetřováním nemocného vykonávají. Z rozhovorů s rodinnými příslušníky bohužel zjišťujeme, že ne vždy jsou sestry v nemocnici ochotné a empatické. Naopak přístup sester v hospici oceňují všichni rodinní příslušníci. Marková (2010) uvádí, že výběr kvalitního vhodně motivovaného personálu a jeho další vzdělávání je nutným předpokladem pro zajištění dobrého umírání hospitalizovaným nemocným. S tím samozřejmě souhlasím. Faktem ale zůstává, že důležitý je i počet ošetřujícího personálu. Otázkou je, jak dlouho vydrží být sestra usměvavá a příjemná, pokud ví, že svou práci z důvodu nízké časové dotace či nedostatku personálu nemůže odvést tak, aby uspokojila potřeby všech pacientů.

Podle Kalvacha (2010) zahrnuje prevence dekubitů důslednou hygienickou péči, polohování pacientů a používání vhodných antidekubitálních pomůcek. Všechny sestry uvedly, že na svých odděleních provádí péči zaměřenou na prevenci dekubitů stejným způsobem. Přesto některé vnímají rozdíl v poskytování této péče v nemocnici a v hospici. Myslím si, že v hospicích je tato péče poskytována na velmi vysoké úrovni. Domnívám se, že to souvisí s počtem personálu, s jeho motivací a dostatečným vybavením pomůckami. Co se týká péče v nemocnici, shodují se s názorem sester z hospice, které tvrdí, že péče se v různých nemocnicích a na různých odděleních liší.

Myslím si také, že negativní vliv na péči má nižší počet ošetrovatelského personálu a nedostatek kvalitních antidekubitálních a polohovacích pomůcek.

Na péči o výživu mají sestry odlišný názor. Sestry 1 a 3 rozdíl v péči o výživu v nemocnici a v hospici nespátřují. Naopak sestry 2 a 4 vidí rozdíl v přístupu k pacientům, který je v hospici individuálnější a vstřícnější. Sestra 2 připouští i vliv menšího počtu ošetrovatelského personálu v nemocnici. Všichni rodinní příslušníci hodnotí péči o výživu poskytovanou v hospici jako lepší než v nemocnici. Rozdíl spařují především v přístupu personálu, který se v hospici snaží vyhovět potřebám a přáním jednotlivých pacientů. Oceňují také možnost výběru jídla. Kalvach (2010) udává, že při nechutenství pacienta je zásadní nabízet jídlo, na které má nemocný chuť a v době, kdy na něj má chuť. K zajištění dostatečného příjmu bílkovin doporučuje popíjet mezi jídly nebo po jídle nutričně definované nápoje. Všechny sestry uvedly, že pacienti na jejich oddělení mají možnost výběru stravy. Pokud nemají zrovna na jídlo chuť, ohřejí ho později. Přesto se sestra 4 domnívá, že v hospici se snaží vyjít pacientům více vstříc, než oni v nemocnici. Rodinní příslušníci se s možností výběru jídla v nemocnici nesetkali. Ze sdělení sester 2 a 4 vyplývá, že nutričně definované nápoje mezi jídly podávají v nemocnici i v hospici. Skála (2005) uvádí, že pokud není možné zajistit dostatečný příjem potravy ústy, je nutné zvážit případné zajištění enterální nebo parenterální výživy. Sestry z nemocnice i z hospice uvedly, že pokud již pacient není schopný přijímat stravu ústy, dostává výživu PEGem, sondou nebo v infúzích. Sestra 4 vnímá rozdíl ve způsobu podávání infúzí, které jsou v nemocnici podávány pouze i.v., zatím co v hospici jsou podávány především s.c.. Sestry z hospice podávají infúze zejména v souvislosti se zajištěním hydratace pacientů a převážně subkutánně. Nazogastrické sondy používají v hospici minimálně, protože jsou pro pacienta nepříjemným invazivním vstupem. Z mého pohledu je péče o výživu v hospici lepší v tom, že možnost vybrat si ze tří jídel je samozřejmostí. Navíc mají sestry opravdu individuální přístup k pacientům a snaží se každému vyjít vstříc. Všechny mají přehled o tom, co který pacient snědl. I doba jídla se v hospici přizpůsobuje potřebě pacienta. To, myslím si, v nemocnici není možné zajistit s ohledem na počet pacientů, personálu a na provoz oddělení. Aby si mohli pacienti vybrat jídlo, musí mít naordinovanou

speciální dietu od lékaře. A co se týká odložení doby jídla, sdělily sestry, že jej můžou pacientům o hodinu odložit. Jsou to ale výjimky a nelze to tak dělat u všech. Další věc je dodržování hygienických norem v souvislosti se skladováním teplého jídla.

Péči o zajišťování hydratace u pacientů v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici hodnotí všechny sestry jako podobnou, ale spatřují i rozdíly. Některé sestry vidí rozdíl v subkutánním podávání infúzí a podávání ledů v hospici. Sestra 2 navíc vidí rozdíl ve větším výběru tekutin v hospici. Rodinní příslušníci vnímají péči o hydrataci pacientů poskytovanou v hospici jako lepší než v nemocnici. Rozdíl vnímají ve snaze personálu hospice vyjít vstříc více chuti pacienta. Podle Markové (2010), pokud má pacient pocit žízně a není výrazně dehydratovaný, není parenterální podávání tekutin indikováno. Doporučeno je podávání zmražených tekutin, které tlumí pocit žízně. Jak již bylo uvedeno výše, ledy podávají v hospici. Nabízejí ananasovou šťávu, vodu, to, co pacientovi chutná. V nemocnici to běžnou praxí není, sestra 4 je v nemocnici podávala jednou.

Skála (2005) uvádí, že pokud je indikovaná parenterální hydratace, je možné ji aplikovat intravenózně nebo subkutánně. Rozdíl v způsobu podání infúzí si uvědomují 3 sestry. V nemocnici subkutánně infúze nepodávají. To, myslím si, je na lékařích a jejich zkušenostech s paliativní medicínou.

Při hodnocení ošetrovatelské péče poskytované pacientům při léčbě bolesti se sestry shodují v tom, že je lépe zajišťovaná v hospici. Sestra 1 vnímá rozdíl, v tom, kdy jsou opiáty podávány. Svěruje se, že v nemocnici jsou zpočátku podávány jen při bolesti, zatím co v hospici jsou podávány v kontinuální podkožní infúzi. Sestry z hospice sdělují, že bolest je v hospici pravidelně monitorována a léčena podle intenzity. Domnívají se, že v nemocnici je bolest někdy nedostatečně léčena. Sestra 2 vidí problém na straně lékařů, kteří nemají dostatečné zkušenosti s léčbou bolesti a paliativní medicínou. Sestra 4 vnímá rozdíl v pružnější reakci personálu na bolest pacienta v souvislosti s trvalou přítomností lékaře na oddělení v hospici. Další rozdíl vidí v podávání kontinuálních subkutánních infúzí s analgetiky. Rodinní příslušníci v hodnocení ošetrovatelské péče při bolesti pacientů rozcházejí. Rodinný příslušník 1 vnímá rozdíl v přístupu personálu při zjišťování bolesti pacientů. Uvádí, že v nemocnici

se nikdo na bolest neptal a naopak v hospici jí zjišťují pravidelně. Rodinný příslušník 2 péči srovnávat nemůže, protože v nemocnici její matka bolesti ještě neměla. Péči v hospici hodnotí kladně. Rodinný příslušník 3 hodnotí ošetrovatelskou péči při léčbě bolesti v nemocnici i v hospici kladně a bez rozdílu.

Světová zdravotnická organizace vyvinula pro farmakologickou léčbu nádorové bolesti schéma, které respektuje tři pravidla. Jedním z nich je léčba podle hodin, to znamená podávání analgetik v pravidelných intervalech, tak aby se předešlo znovuobjevení bolesti (O'Connor, Aranda, 2005). Z rozhovorů se sestrami se dozvídáme, že léčba v hospici toto pravidlo respektuje. Naopak je tomu v nemocnici, kde jsou někdy opiáty podávány až při bolesti. Pravidelně podávány jsou vždy jen pacientům, kteří jsou již ve stavu, že o ně nejsou schopni požádat. Myslím si, že záleží na lékaři. Shodují se s názorem sestry 2 z hospice, která vidí problém v nedostatečných zkušenostech lékařů s paliativní medicínou a léčbou bolesti. Klevetová (2003) uvádí, že pro nemocné se silnou bolestí je aplikace analgetik podkožní kontinuální infúzí pomocí lineárního dávkovače velkým přínosem. Tento způsob je využíván jen v hospici.

Padlová (2007) uvádí, že pokud je bolest kvalitně vyhodnocena, lze ji úspěšně léčit až u 90% pacientů. S tím se stotožňují i sestry z hospice, které se domnívají, že v nemocnici je bolest někdy podceňována a následně nedostatečně léčena. Marková (2010) uvádí, že k monitorování intenzity bolesti je nejčastěji používaná číselná škála od 0 do 10. Sestry z nemocnice uvedly, že zjišťují bolest při každém kontaktu s pacientem. Na bolest usuzují podle bolestivého chování, nebo si pacient sám řekne. Monitoraci bolesti podle VAS však nepraktikují. Naopak je tomu v hospici, kde sestry pravidelně zjišťují intenzitu bolesti podle VAS u spolupracujících pacientů. Pokud již nejsou schopni říct, používají obličejové škály a všímají si bolestivých projevů. V hospici se analgetická léčba nasazuje podle intenzity bolesti. V nemocnici, jak uvádí sestra 1, hned hlásí sestry bolest lékaři a ten nasazuje tu nejnižší možnou dávku. Pokud není léčba účinná, lékař dávku navyšuje, tak aby byl pacient co nejméně s bolestí. Marková (2010) uvádí, že sestra by měla obhajovat pacientovi zájmy a usilovat o to, aby byla bolest vždy náležitě léčena. Domnívám se, že situace pro sestry je nelehká v tom, že pokud lékař nemá dostatečné zkušenosti s léčbou bolesti v paliativní péči,

sami prakticky nic nezmůžou. Záleží na jejich vzájemném vztahu a komunikaci. Myslím si, že by sestry v zájmu pacienta měly lékaři svůj názor na léčbu bolesti sdělit. Jak uvádí Marková (2010), pro poskytování dobré paliativní péče je důležité fungování multidisciplinárního týmu s dobrou formální i neformální komunikací uvnitř týmu.

Domnívám se, že monitorace bolesti a především její intenzity je plně v kompetenci sester a používání VAS by mělo být standardní metodou při monitorování bolesti.

Co se týká uspokojování psychosociálních potřeb pacientů v terminálním stádiu všechny sestry se shodují v tom, že v hospici se těmito potřebami pacientů zabývají více. Největší rozdíl spatřují především v počtu personálu a času, který mohou pacientům věnovat. Některé vidí rozdíl v přítomnosti řádových sester a dobrovolníků v hospici. Všichni rodinní příslušníci se shodují v tom, že v nemocnici se psychickými potřebami pacientů nikdo nezabýval, zatím co v hospici se starají o všechny potřeby pacienta. Velký rozdíl vnímají také v tom, že v hospici je do péče zahrnuta také doprovázející rodina, zatím co v nemocnici se soustředí pouze na pacienta. Někteří vidí rozdíl v zapojení dobrovolníků do péče v hospici a nedostatečném časovém prostoru v nemocnici.

Světová zdravotnická organizace vypracovala přehled potřeb, které jsou pro umírajícího člověka zásadní. Zdůrazněny jsou potřeby psychosociální: potřeba pocitu jistoty a důvěry, sounáležitosti, lásky, porozumění, akceptování a sebeúcty. Biologické potřeby zde chybí (Melanová et al., 2005). Přesto, jak píše Svatošová (2008), se v nemocnici středem zájmu stává nemoc a pacient jako člověk je odsunut do pozadí. To, bohužel, potvrzují i zkušenosti rodinných příslušníků z nemocnice, kde, jak říkají, se psychickými potřebami pacientů nikdo nezabýval. Sestra z nemocnice spatřuje velký problém v tom, že pokud je pacient úzkostný a nemá příbuzné, tak u něj nemůže zůstat, jak by potřeboval. Plevová (2011) uvádí, že empatické rozhovory, naslouchání, fyzický kontakt a přítomnost sestry přináší umírajícímu velkou úlevu a vědomí, že není sám.

Z rozhovorů se všemi sestrami vyplývá, že si uvědomují potřebu pacienta cítit blízkost jiného člověka. Domnívám se, že sestry z nemocnice však svou přítomnost z provozních důvodů na oddělení nemohou vždy poskytnout.

Podle Markové (2010) se na kvalitě paliativní péče v nemocnicích podílí také otevřenost oddělení pro dobrovolníky a rodinné příslušníky. Sestry z nemocnice i z hospice uvedly, že podporují kontakt s rodinou. Pomoc dobrovolníků však využívají jen v hospici.

Jak uvádí Svatošová (2008), hlavním posláním hospice je doprovázení umírajících a jejich blízkých. To potvrzují rodinní příslušníci i sestry z hospice. Shodují se v tom, že v hospici pečují o všechny potřeby pacientů a také o doprovázející rodiny. Naopak v nemocnici rodinní příslušníci do péče zahrnuti nebyli. Ale nemělo by to tak být, protože podpora rodiny je součástí obecné paliativní péče. A jak uvádí Sláma, Kabelka a Vorlíček (2007), obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytnout všichni zdravotníci, tedy i každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Obecná paliativní péče je chápána jako dobrá klinická péče o pacienta s život ohrožujícím onemocněním. Zahrnuje včasné vyhodnocení stavu pacienta, zhodnocení smysluplnosti dosavadní léčby a poskytnutí takové péče a léčby, která je významná pro kvalitu pacientova života. Jedná se především o léčbu bolesti a dalších tíživých symptomů, respekt k pacientově autonomii, účinnou komunikaci s pacientem, jeho rodinou a dalšími zdravotníky, podporu rodiny a organizační zajištění další odborné péče (Radbuch, Payne et al., 2010).

Sestry z nemocnice i z hospice hovoří o významu sociální pracovnice, se kterou spolupracují. Sestry z nemocnice uvádí, že sociální pracovnice pomáhá rodině vyřizovat přechod do dalšího zařízení, často nabízí hospic a snaží se řešit i rodinné problémy pacientů. Je však jen jedna na celou nemocnici.

Z hlediska respektování autonomie pacienta všechny sestry uvádí, že pacienti se mohou podílet na rozhodování o péči. Také rodinní příslušníci potvrzují, že v nemocnici i v hospici mohli jejich blízcí rozhodovat o své péči.

Plevová (2011) uvádí, že na psychické podpoře nemocného se podílejí také ostatní členové týmu. A pokud má nemocný problémy, které není sestra schopna řešit, musí být zajištěn příslušný odborník. Z rozhovorů se sestrami vyplývá, že v hospici se na péči o psychické potřeby pacientů podílí jak sestry tak ošetrovatelsky, pastorační asistenti a dobrovolníci. Význam má i doprovázející rodina. A není ani problém zajistit

psychologa nebo psychiatra. Sestry z nemocnice sdělují, že v nemocnici jsou psychiatrická konzilia docela častá. Péči o psychické potřeby poskytují sestry formou rozhovorů, pokud ovšem mají dostatek času. Podporují kontakt s blízkými. Jinak s nikým dalším nespolupracují. Zmiňují také význam řádových sester při uspokojování psychosociálních potřeb v hospici.

Marková (2010) uvádí, že péče o umírající je velmi náročná a vyžaduje profesionální a zároveň hluboce lidský a citlivý přístup a dobrou spolupráci všech pečujících.

Z hlediska vnímání rozdílu v režimu oddělení v nemocnici a v hospici zastávají všeobecné sestry i rodinní příslušníci jednotný názor. Shodují se v tom, že v hospici se režim přizpůsobuje potřebám a přáním pacientů, zatím co v nemocnici je tomu naopak. Pacient se podřizuje provozu oddělení.

Jejich názor potvrzuje to, co uvádí Svatošová (2008). A sice, že režim hospice je přizpůsoben potřebám nemocného a výrazně se liší od nemocnice. V hospici nemocný spí, jak potřebuje, hygienu provádí, kdy chce a jí, když má chuť a podle možností i to, na co má chuť. V nemocnici to je, bohužel, naopak. Jak uvádí Vorlíček, Adam a Pospíšilová (2004), ústavní péči vždy doprovází určitá anonymita, ztráta značného dílu soukromí a nutnost podřít se dennímu řádu dané instituce. Domnívám se, že režim v nemocnici je ovlivněn také tím, že zde nepečují jen o terminálně nemocné pacienty, ale poskytují především léčbu kurativní, s níž souvisí i provádění různých vyšetření a zákroků, které také vyžadují určitou časovou dotaci. Myslím si, že velkým problémem je nedostatek ošetrovatelského personálu na odděleních, kde jsou pacienti plně závislí na péči personálu. To je ale, jak jsem již dříve zmínila v kompetenci jiných. Myslím, že sestry jsou ochotné vyjít vstříc pacientům, ale je to možné jen výjimečně. Ve velkém počtu pacientů to je podle mého názoru nereálné. Buzení pacientů na mytí v půl páté se mi zdá být až nelidské. Ale chápu, že pokud je na oddělení 30 pacientů, kteří nejsou soběstační, je velmi obtížné ve třech lidech zajistit všechny jejich potřeby. Snad by se dalo mytí některých pacientů odložit až na dopoledne, aby nemuseli být buzení tak brzy. Ale to nejsem sama schopna posoudit, neboť na tomto oddělení nepracuji a nevím, jak přesně jsou činnosti personálu během dne rozloženy.

Co se týká možnosti návštěv u pacientů v terminálním stádiu shodují se všechny sestry v tom, že v hospici jsou návštěvy neomezené a blízcí pacienta tam mohou i přespávat. Všichni rodinní příslušníci oceňují možnost zůstat v hospici se svým blízkým 24 hodin denně, v tom vidí rozdíl oproti nemocnici. Jejich zkušenosti s možností návštěv v nemocnici se liší. Rodinný příslušník 1 mohl na návštěvy kdykoli během dne, rodinný příslušník 2 si návštěvy předem domluvil a rodinný příslušník 3 respektoval dobu návštěv od 13 do 17 hodin.

Podle Svatošové (2008) i pouhá přítomnost blízké osoby znamená pro umírajícího velkou psychickou podporu. Z rozhovorů vyplývá, že sestry z hospice i z nemocnice podporují kontakt s rodinou. Domnívám se, že by rodina měla mít možnost kdykoli navštívit svého blízkého, zvláště pokud se jedná o pacienta v terminálním stádiu. Je to i o ochotě personálu vyjít vstříc potřebám pacienta a jeho rodiny. Co se týká přespávání blízkých pacientů v hospici, myslím, že má jen samá pozitiva. Je to dané také tím, že v hospici jsou převážně jednolůžkové pokoje, které zajišťují rodině i pacientovi dostatek soukromí. Domnívám se, že v nemocnici to zajistit nelze. Pokoje v nemocnicích jsou běžně více lůžkové. Snad jen v rámci jednolůžkových či nadstandardních pokojů by bylo možné umístit přistýlku. Proto velmi oceňuji snahu sester umožnit pacientovi kontakt s rodinou kdykoli. Není to pro ně lehké, musí brát zřetel také na ostatní pacienty, respektovat jejich soukromí a jejich potřeby. Myslím si, že záleží hodně na domluvě.

Komunikaci s pacientem a jeho blízkými v hospici hodnotí všechny sestry jako otevřenější a vřelejší než v nemocnici. Stejný názor zastávají i všichni rodinní příslušníci. Jeden z nich má s komunikací v nemocnici osobní negativní zkušenost.

Jak uvádí Venglářová a Mahrová (2006), komunikace hraje při ošetřování pacienta významnou roli. Marková (2008) píše, že pro dobrou komunikaci a navázání kontaktu s nemocným je nejdůležitější skutečný zájem pečujícího. Z rozhovorů s rodinnými příslušníky vyplývá, že v hospici se o pacienty zajímají a hovoří s nimi. V nemocnici již tak otevření nejsou. Všechny sestry podávají pacientům informace o tom, co s nimi budou dělat a jak to budou dělat. Podle Kelnarové (2007) by sestra měla pacientovi aktivně naslouchat a poskytnout mu dostatek času, aby se mohl rozhovět o svých

potřebách. Sestry z nemocnice sdělují, že snaží být k pacientům milé, a pokud mají více času snaží se jim poskytnout svou blízkost, vyslechnou je a popovídají si s nimi. Ale vidí problém v nedostatku času. Sestry z hospice se snaží získat si důvěru pacienta. Podávají jim informace, jaké chtějí slyšet. Pokud však nechtějí slyšet, v jaké fázi onemocnění jsou, tak jim to nevnucují. Shodují se s Markovou (2010), podle které je prvořadým úkolem ošetrovatelského personálu vytvořit atmosféru důvěry a respektovat jeho právo pacienta na pravdivé informace zdravotním stavu.

Venglářová a Mahrová (2006) upozorňují na to, že je třeba zvolit vhodný způsob komunikace v závislosti na fázi přijetí závažného onemocnění prožívané nemocným. V hospici je součástí ošetrovatelské péče každodenní diagnostika fáze umírání podle Kübler Rossové u každého pacienta. Sestra v hospici hovoří o těchto fázích i v souvislosti s doprovázejícími. Z rozhovorů vyplývá, že sestry v nemocnici se nezabývají tím, v jaké fázi smířování se pacienti nacházejí.

Skutečnost, že sestry v nemocnici neví, v jaké fázi se pacient nachází, se podle mého názoru velmi negativně odráží v komunikaci personálu s pacientem. Také si myslím, že to personálu stěžuje možnost vcítit se do pacientova prožívání. A sestry pak mohou být reakcí pacienta zaskočeny. Domnívám se, že by bylo vhodné sestry v nemocnicích s těmito fázemi blíže seznámit a především poskytnout návod, jak s pacienty komunikovat. Vhodnou formou by mohl být seminář či beseda i možná se sestrami z hospice, které by mohly sestřám v nemocnici své zkušenosti předat. Myslím si, že by to sestřám komunikaci s pacienty mohlo usnadnit. Efekt pro pacienty by byl jistě pozitivní.

Marková (2010) uvádí, že sestra v paliativní péči musí vždy myslet na to, že pacient je nedílnou součástí své rodiny. Jak uvádí Huneš (2010), rodina také prochází fázemi umírání jako pacient a navíc bývá v jejich prožívání pozadu za nemocným. Jak již bylo uvedeno výše, v hospici je péče o rodinu samozřejmostí v nemocnici tomu, bohužel, tak není. Podle Markové (2010) by sestra měla rodinu citlivě a pravdivě informovat o průběhu umírání, o tom, čím pacient prochází. Sestry z hospice říká, že komunikace s blízkými je někdy náročnější, protože jsou na tom někdy ve fázi smířování hůře než samotný pacient. Přesto se k nim snaží najít cestu a vysvětlit jim,

v jakém stavu to je. Sestry z hospice odpovídají příbuzným na jejich dotazy. Ti se často ptají, co se děje s pacientem, jak to bude dlouho trvat, jak bude probíhat umírání a co je potom třeba zařídit. Sestry z hospice také někdy dělají prostředníky při komunikaci pacienta s rodinou. Sestry z nemocnice odpovídají příbuzným na otázky týkající se péče, ale ti se prý často neptají. Zajímá je především zdravotní stav. Sestry informace zdravotním stavu podávat nesmějí a odkazují příbuzné na lékaře. Snaží se zapojit rodinu do péče. Podle mého názoru stejně jako komunikaci s pacientem tak i komunikaci s rodinou negativně ovlivňuje nedostatek časového prostoru v nemocnici. Samozřejmě záleží také na osobnosti sestry a její schopnosti vcítit se do prožívání blízkých nemocného. Domnívám se, že sestry jsou také hodně limitovány tím, jaké informace mohou podávat. Jak uvádí Huneš (2010), informace o zdravotním stavu podává nemocnému vždy lékař. Nemocný má právo určit, komu mohou být tyto informace podávány. Úkolem sestry je, jak uvádí Mellanová (2005), poskytnout nemocnému prostor pro vyjádření pocitů, které vyvolalo sdělení diagnózy.

Přesto z rozhovorů se sestrami z hospice vyplývá, že informace související se zdravotním stavem pacienta podávají.

Sestra z nemocnice se svěřuje s tím, že informace o zdravotním stavu někdy na žádost příbuzných lékař pacientovi nesdělí. Také sestra z hospice sděluje, že rodina je vždy informovaná o diagnóze i o prognóze, zatím co pacient někdy informován není.

Podle Křivohlavého (2002) existuje v komunikaci s umírajícím jednotný postoj v tom, že nelze nemocnému vnucovat potřebu akceptovat fakt konce. To sestry v hospici respektují. A z rozhovorů se sestrami z nemocnice plyne, že s nemocným na toto téma obvykle nehovoří.

Myslím si, že personál v hospici má s komunikací s pacienty i jejich blízkými více zkušeností než personál v nemocnici. V hospici je komunikace otevřenější. Sestry znají zásady komunikace s umírajícím, vědí v jaké fázi smířování se pacient nachází a podle toho volí i způsob komunikace. Ke každému pacientovi přistupují individuálně a snaží se zjistit, co jej trápí a čím by mu mohli pomoci. A hlavně nebojí se s pacientem komunikovat, je to pro ně samozřejmostí. Naopak komunikace v nemocnici tak otevřená není. Do hlubší konverzace sestry nezabíhají. Důvodem je nepochybně

nedostatek sester, které se nemohou věnovat individuálně každému pacientovi. Možná i mají obavy, že by takový rozhovor nezvládly. Určitě záleží na osobnosti sestry. Významnou roli hraje i to, zda má sestra teoretické znalosti v oblasti komunikace s umírajícím pacientem. Podle mého názoru by se sestry mohly zaměřit tímto směrem.

Při hodnocení péče zaměřené na spirituální potřeby pacientů se všechny sestry shodují v tom, že v hospici se o tyto potřeby aktivně zajímají a nabízí možnost pastorační péče. Všechny uvádějí, že v hospici pracují řádové sestry, konají se pravidelně bohoslužby a je možné kdykoli zajistit kněze. Naopak je tomu v nemocnici, tam se spirituálními potřebami primárně nezabývají. Rodinní příslušníci mají obdobný názor jako sestry. Shodují se v tom, že v nemocnici se o duchovní potřeby pacientů nikdo nezajímá, zatím co v hospici se o vyznání pacientů zajímají. Nabízí možnost duchovní péče, ale zároveň ji nikomu nevnucují.

Podle Svatošové (2008) se prioritou potřeb v průběhu vážné nemoci mění, ve finální fázi jsou velmi často pro nemocného důležitější potřeby spirituální. Ty pro terminálně nemocného člověka představují především hledání odpovědí na otázky týkající se smrti, víry a smysluplnosti života. Sestry z hospice sdělují, že již při příjmu zjišťují, zda je pacient věřící a má zájem o pastorační péči. Přání pacienta respektují a nic nevnucují. I k nevěřícím pacientům, pokud o to mají zájem, dochází řádové sestry a hovoří s nimi. Každé pondělí se v hospici konají bohoslužby, pacienta, pokud má zájem, tam odvezou i na posteli. Kněze je možné zavolat kdykoli. Stejně zkušenosti z hospice mají i rodinní příslušníci. Naopak sestry z nemocnice říkají, že se pacientů na jejich vyznání neptají, ani sami nehovoří na téma víry.

Problém je, že péče v nemocnici se soustředí především na uspokojování biologických potřeb, a na ty ostatní se „zapomíná“. Myslím si, že součástí ošetrovatelské anamnézy by mělo být i taktní zjištění, zda si pacient přeje pastorační péči. Samozřejmostí je informovanost sester o tom, jaké formy pastorační péče jsou v konkrétní nemocnici dostupné, včetně případné možnosti navštívit kapli. Sestry by měly mít vždy na paměti to, že člověk má nejen potřeby biologické, ale i psychické sociální a v neposlední řadě i spirituální.

Jak uvádí Haškovcová (2007), spirituální potřeby mají všichni lidé, věřící v Boha i bez této víry. Podle O'Connor a Aranda (2005) je duchovní péče součástí všech činností prováděných v rámci kvalitní paliativní péče. Představuje podporování vztahů důležitých pro nemocného a zapojení dalších osob schopných poskytnout nemocnému duchovní podporu. Sestry v nemocnici i v hospici podporují kontakt pacienta s jeho blízkými. Sestry v hospici se zabývají vztahovými problémy pacienta a při péči o duchovní potřeby pacientů využívají služeb pastoračních asistentů- řádových sester a kdykoli je možné zajistit kněze. V nemocnici jsou schopni zajistit kněze. Vztahové problémy se snaží řešit sociální pracovníce, která je však jen jedna na celou nemocnici. Jak je uvedeno výše, sestry si s pacienty povídají, pokud mají dost času.

Myslím si, že v hospici se personál snaží spirituální potřeby pacientů uspokojit a že se jim to daří. V nemocnici se na to, bohužel, nedbá. Problém je samozřejmě také nedostatek personálu. Nemocnice není otevřená dobrovolníkům a nepůsobí zde ani řádové sestry. Vše leží na bedrech sester. Myslím si, že jediné, co v tom může sestra dělat, je projevit zájem o duchovní potřeby pacienta. Zajistit takové duchovní služby, které jsou v nemocnici dostupné. A také jak uvádí O'Connor a Aranda (2005) poskytnout svou vlastní přítomnost a lidský přístup.

Na otázku s kým sestry spolupracují při péči o pacienty v terminálním stádiu uvedly sestry z nemocnice sociální pracovníci, ambulanci bolesti, chirurgickou ambulanci a kteréhokoli lékaře konziliáře. Sestry z hospice uvedly, že spolupracují se sociální pracovníci, pastoračními asistenty, knězem, dobrovolníky. Pokud je potřeba zajistí psychiatra nebo psychologa. V ojedinělých případech spolupracují s ambulancí bolesti. Rozdíl tedy spočívá především v působení pastoračních asistentů a dobrovolníků v hospici.

Domnívám se, že zajímavé pro náš výzkum jsou i názory všeobecných sester na koncept důstojného umírání ve zdravotnickém zařízení, a na překážky, které naplnění konceptu důstojného umírání na jejich oddělení brání. Sestry z hospice se shodují v tom, že jejich představa konceptu důstojného umírání se shoduje s péčí, kterou poskytují v hospici. Žádné překážky naplnění konceptu důstojného umírání v hospici nespátřují a péči honotí jako výbornou. Jak uvádí Svatošová: „Hospic nemocnému garantuje, že

nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“ (Svatošová, 2008, s. 115) Obě sestry z nemocnice se shodují v tom, že by pacient neměl umírat sám a uvědomují si význam rodiny. Dále se v odpovědích rozcházejí. Sestra 1 říká, že by pacient měl být bez bolesti. A zmiňuje význam rozloučení pozůstalých se zemřelým. Sestra 4 vyzdvihuje význam soukromí pro umírajícího a jeho blízké. Zároveň zohledňuje potřeby ostatních pacientů. Překážky spatřují v nedostatečném počtu ošetrovatelského personálu a nevhodném prostorovém uspořádání oddělení. Ošetrovatelskou péčí hodnotí sestra 1 jako výbornou, ale domnívá se že z lékařského hlediska tomu tak není. Sestra 4 se domnívá, že péče je docela kvalitní, ale uvědomuje si nedostatky v uspokojování psychických potřeb pacientů. Z rozhovorů vyplývá, že pohled všeobecných sester z hospicie a z nemocnice na důstojné umírání se poněkud liší.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že rodinní příslušníci i všeobecné sestry si uvědomují rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče. Největší rozdíly vnímají v uspokojování psychosociálních a spirituálních potřeb. Podle mého názoru to souvisí s tím, že péče v hospici se soustředí na člověka jako holistickou bytost se všemi jeho potřebami, zatím co v nemocnici je zaměřena především na uspokojování biologických potřeb. Domnívám se, že je to způsobeno především nedostatečným počtem ošetrovatelského personálu v nemocnici. Vliv má jistě i vzdělanost sester v paliativní péči.

6 Závěr

Tato bakalářská práce je věnována nejen pacientům v terminálním stádiu ale také jejich blízkým a všeobecným sestřám, které těmto pacientům věnují svou péči. Prvním cílem bylo zjistit, zda rodinní příslušníci pacientů v terminálním stádiu pocítují možný rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče nemocným v nemocnici a v hospici. Druhým cílem bylo zjistit názor všeobecných sester na možné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče pacientům v terminálním stádiu v hospici a v nemocnici. První výzkumná otázka položená rodinným příslušníkům zněla: „Jak vnímáte rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče Vašemu blízkému ve zdravotnickém zařízení a v hospici?“ Druhá otázka položená všeobecným sestřám zněla: „Jak vnímáte rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče klientům v terminálním stádiu ve zdravotnickém zařízení a hospici?“ Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvalitativního výzkumného šetření metodou dotazování realizovaného v nemocnici na oddělení LDN a v hospici v Prachaticích. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry a rodinní příslušníci pacientů v terminálním stádiu. Jejich výběr byl záměrný. Všeobecné sestry musely mít zkušenost s péčí o pacienty v terminálním stádiu z nemocnice i z hospice. Rodinní příslušníci museli být příbuzní pacienta v terminálním stádiu hospitalizovaného nejdříve v nemocnici a poté v hospici. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že jak všeobecné sestry, tak i rodinní příslušníci vnímají rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče pacientům v terminálním stádiu v nemocnici a v hospici. Největší rozdíly vnímají v uspokojování psychosociálních a spirituálních potřeb pacientů. Všechny sestry se shodují v tom, že v hospici je psychosociálním potřebám pacientů věnovaná větší pozornost než v nemocnici. Rozdíl vnímají především v nižším počtu personálu a menší časové dotaci pro uspokojování těchto potřeb pacientů v nemocnici. Rodinní příslušníci vnímají tuto problematiku jednotně. Všichni zastávají názor, že v nemocnici se psychosociálními potřebami pacientů nikdo nezabývá, zatím co v hospici jsou uspokojovány všechny potřeby pacienta a do péče je zahrnuta i doprovázející rodina. Všeobecné sestry i rodinní příslušníci vnímají rozdíl v režimu oddělení v nemocnici a

v hospici. Shodují se v tom, že v nemocnici se pacienti podřizují režimu oddělení, zatím co v hospici se režim přizpůsobuje potřebám a přáním pacientů. Všichni také vnímají rozdíl v možnosti setrvat v hospici v přítomnosti nemocného 24 hodin denně. Z hlediska uspokojování spirituálních potřeb pacientů zastávají všeobecné sestry i rodinní příslušníci podobný názor. Shodují se v tom, že v hospici jsou tyto potřeby aktivně vyhledávány a podle zájmu pacienta uspokojovány. Naopak v nemocnici se spirituálním potřebám pacientů pozornost primárně nevěnuje.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako studijní materiál pro studenty ošetrovatelství. Dále by mohla být použita jako informační manuál pro již zkušené či začínající všeobecné sestry, které se při své práci setkávají s pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praktickým výstupem bakalářské práce je doporučení pro praxi v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb klientů v terminálním stádiu.

7 Seznam použité literatury

ALUŠÍKOVÁ, Marie et al., 2012. Analgezie u terminálně nemocných dospělých pacientů. *Farmakoterapeutické informace*. (Měsíčník pro lékaře a farmaceuty.) Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv, [10.4.2010] č. 4, s. 1-4. ISSN 1211-0647. Distribuováno jako příloha časopisu *Tempus Medicorum* 2012, roč. 21, č. 4. ISSN 1214-7524.

ANDREJKIVOVÁ, Pavla, 2008. Hospicová domácí péče. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 18, č. 12, s. 49-50. ISSN 1210-0404.

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE, 2010. Právní a finanční rámec pro hospice: potřeby pro rozvoj mobilních a lůžkových hospiců v ČR. In: *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče*. AsociaceHospicu.cz. [online], 26.7.2010, [cit. 2012-02-05]. Dostupné z: <<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>>

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci, rodiny*. Martin, SR: Osveta. s. 142. ISBN 978-80-8063-306-6.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5. přepracované. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 142. ISBN 80-7013-391-0.

CESTA DOMŮ, Rady a informace pro pečující: poslední týdny a dny, tělesné změny. In: *Umírání.cz*. [online] (Praha: domácí hospic Cesta domů) [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/telesne-zmeny.html>>

ČERNÁKOVÁ, Kateřina, 2010. Bolest a onkologický nemocný. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, roč. VI, č. 4, s. 20-21. ISSN 1801-1349.

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ, [2011]. *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015*. [online]. Česká společnost paliativní péče. [cit. 2012-02-01]. s. 27. Dostupné z: <<http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/resers/simicek/strategie-paliativni-pece-pripominkove-rizeni-fin-prani-pdf>>.

GAVENDOVÁ, Lenka, 2005. Úloha sestry při léčbě bolesti. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 15, č. 6, s. 25-26. ISSN 1210-0404.

HANZALÍKOVÁ, et al., 2006. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Vyd. 2. nezmenené. Martin: Osveta. s. 271. ISBN 80-8063-213-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie*. Vyd. druhé, přepracované. Praha: Galén. s. 244. ISBN 978-80-7262-471-3.

HUNEŠ, Robert, 2010. Sdělování pravdy nevyléčitelně nemocnému za každou cenu? *Diagnóza v ošetrovatel'ství*. Praha: Promediamotion, roč. VI, č. 4, s. 38-41. ISSN 1801-1349.

JEDLIČKOVÁ, Marta, 2002. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. Praha: MONA, roč. XII, č. 1, s. 20-21. ISSN 1212-0404.

KABELKA, Ladislav a Ondřej SLÁMA, [2011]. *Organizace paliativní péče v České republice*. [online]. Rajhrad: Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. [cit. 2012-02-02]. s. 4. Dostupné z: <<http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/users/simicek/organizaceppvcr.pdf>>.

KALVACH, Zdeněk et al., 2010. [online]. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Hospicové občanské

sdružení Cesta domů. s. 136. ISBN 978-80-904516-4-3. Dostupné z: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/046/005380>>.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Litera. s. 112. ISBN 978-80-85763-36-2.

KLEVETOVÁ, Dana, 2003. Onkologická bolest v domácí péči. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, roč. VIII, č. 7-8, s. 34-36. ISSN 1210-0404.

Kolektiv autorů, 2006. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. Praha: Grada. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.

KONYVKOVÁ, Alice, 2007. Paliativní a hospicová péče. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 17, č. 12, s. 35-36. ISSN 1210-0404.

KŘIHOVLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. s. 200. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MACHOVÁ, Jitka, Dagmar KUBÁTOVÁ et al., 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. s. 291. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. s. 128. ISBN 978-80-247-3171-1.

MELLANOVÁ, Alena et al., 2005. *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum. s. 146. ISBN 80-246-0845-6.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2008. *Kniha bezpečí: po přijetí do nemocnice*. [online]. Praha: MZČR, 03.06.2008, 14.10.2010 [cit. 13.02.2012].

Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/KnihaBezpeci/obsah/po-prijeti-do-nemocnice-2403-18.html>>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2011. Ministerstvo zdravotnictví podpoří nemocniční kaplany. [online]. Praha: MZČR, 12.12.2011 [cit. 2012-01-05]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-podpori-nemocnicni-kaplany-5683-2160-1.html>>.

MISCONIOVÁ, Blanka, [1999]. *Péče o umírající hospicová péče*. Národní centrum domácí péče České republiky a ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a Magistrátem Hlavního města Prahy. s. 96. ISBN nevedeno

MISCONIOVÁ, Blanka, 2006. Systém domácí péče: informace pro klienty. In: Domácí péče 2006. *Národní centrum domácí péče České republiky*. [online]. *Infonia spol. s.r.o.* Praha: Národní centrum domácí péče České republiky. [cit. 2012-02-08] Dostupné z: <<http://www.domaci/pece/info/system-domaci-pece-informace-pro-pacienty>>

NADACE OPEN SOCIETY FUND PRAHA. *O organizaci paliativní péče:doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy a členským státům*. [online]. Odborná spolupráce Zdeněk BYSTRICKÝ. Praha: Cesta domů, 2004. [cit. 2012-01-20]. 46 s. ISBN 80-239-4332-4. Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/res/data/010/00125.pdf>>

NEMOCNICE NA HOMOLCE. Interní lůžkové oddělení: denní režim. In: Nemocnice Na Homolce. [online]. [cit. 2012-02-13]. Dostupné z: <<http://www.homolka.cz/cs-CZ/pacient/informace-o-hospitalizaci/denni-rezimy-na-oddelenich/interni-luzkove-oddeleni.html>>.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. s. 324. ISBN 80-247-1295-4.

PADLOVÁ, Monika, 2007. Jak zajistit důstojné umírání. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, č. 12, roč. 17., s. 36-37. ISSN 1210-0404.

PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ, 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. s. 807. ISBN 978-80-87029-25-1.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. s. 224. ISBN 978-80-247-3558-0.

POCHYLÁ, Karla, 2005. *České ošetřovatelství 1: koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Vyd. druhé přepracované. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. s. 49. ISBN 80-7013-420-8.

RADBUCH, Lukas, Sheila PAYNE et al., 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. [online]. Přeložil Jan DVOŘÁK. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. [cit. 2012-01-20]. s. 63. ISBN 978-80-904516-1-2. Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/res/data/013/001488.pdf>>

ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života: základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad. s. 112. ISBN 80-7021-302-7.

SKÁLA, Bohumil et al., 2005. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2005*. [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. [cit. 2012-02-10]. 10 s. ISBN 80-86998-03-7. Dostupné z <http://www.svl.cz/fies/nastenka/page_4766/version1/paliativni-pece.pdf>

SKÁLA, Bohumil et al., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné a praktické lékaře 2011*. [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. [cit. 2012-02-01]. s. 20. ISBN 978-80-86998-51-0. Dostupné z: <<http://www.svl.cz/Files/nastenka/page-4771/Version1/paliativni-pece-2011.pdf>>

SLÁMA, Ondřej, 2003. Léčba průlomových bolestí u onkologických nemocných v domácím prostředí. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, roč. VIII, č. 7-8, s. 36. ISSN 1210-0404.

SLÁMA, Ondřej, 2008. Podkožní aplikace léků a tekutin v paliativní medicíně. *Onkologie*. Přehledové články. [online]. Brno: Ambulance podpůrné a paliativní onkologie, Masarykův onkologický ústav, roč. 2, č. 4, s. 246-248 [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-200804-0009.php>>.

SLÁMA, Ondřej, 2011. Ohlédnutí za 3. česko-slovenskou konferencí paliativní medicíny [online]. Praha: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [cit. 2012-01-24]. Dostupné z: <<http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/ohljedniti-za-3-cesko-slovenskou-konferenci-paliativni-mediciny>>.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. s. 362. ISBN 978-80-7262-505-5.

SPURNÁ, Olina, 2001. Sestra a pacient po sdělení onkologické diagnózy. *Sestra*. Praha: Strategie Praha, roč. XI, č. 7-8, s. 64-65. ISSN 1210-0404.

SUCHÝ, Miloš, Petr SUCHÝ, Dita SVOBODOVÁ et al., 2009. *Projekt sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni*. [online]. Praha: MZČR, 17.6. 2009 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/sledování-dekubitu-jako-indikátoru-kvality-osectrovatelske-pece-na-narodni-urovni_3782_1841_15.html>

SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 6. doplněné. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. s. 151. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. s. 280. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. s. 354. ISBN 80-246-1091-4.

ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA, 2004. [online]. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů. 35 s. ISBN 80-239-4329-4. Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/res/data/010/001129.pdf>>

TRACHTOVÁ, Eva et al., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. druhé nezměněné – DOTISK. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. s. 186. ISBN 80-7013-324-4.

URBANOVÁ, Alžběta, 2008. Masáž stimulující dýchání u hospicových pacientů. *Sestra*. Praha, Mladá fronta, roč. 18, č. 12, s. 48-49. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. s. 144. ISBN 80-247-1262-8.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ et al., 2004. *Paliativní medicína*. Vyd. druhé, přepracované a doplněné. Praha: Grada. s. 540. ISBN 80-247-0279-7.

World Health Organization, *WHO Definition of Palliative Care*. [online]. [cit. 2012-01-21]. Dostupné z: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>

ZIMMELOVÁ, Petra, 2008. *Paliativní péče*. in TÓTHOVÁ, Valérie, 2008. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol*. České Budějovice: JČU v ČB ZSF. s. 310. Registrační číslo CZ.04.1.03/3.2.15./0205.

8 Klíčová slova

Hospic

Nemocnice

Paliativní péče

Potřeby umírajících

Terminální stádium

Umírající

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

PŘÍLOHA 1. Definice paliativní péče dle WHO

PŘÍLOHA 2. Psychická reakce nemocného na sdělení smrtelné diagnózy podle Elizabeth Kübler-Rossové

PŘÍLOHA 3. Analgetický třístupňový žebříček dle WHO

PŘÍLOHA 4. Opioidy a způsob jejich podání

PŘÍLOHA 5. Tabulka hodnocení míry rizika pro vznik dekubitů dle Nortonové

PŘÍLOHA 6. Žádost o provedení výzkumného šetření v hospici v Prachaticích se schválením vrchní sestry hospice

PŘÍLOHA 7. Žádost o provedení výzkumného šetření v nemocnici v Prachaticích se svolením hlavní sestry nemocnice

PŘÍLOHA 8. Výzkumné otázky položené všeobecným sestřám

PŘÍLOHA 9. Výzkumné otázky položené rodinným příslušníkům

PŘÍLOHA 10. Doporučení pro praxi v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb klientů v terminálním stádiu

PŘÍLOHA 1. Definice paliativní péče dle WHO

„Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným zjištěním, dokonalým hodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů – tělesných, psychosociálních a duchovních, se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.“

Zdroj:

World Health Organization, *WHO Definition of Palliative Care*. [online]. [cit. 2012-01-21]. Dostupné z: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>

PŘÍLOHA 2. Psychická reakce nemocného na sdělení smrtelné diagnózy podle Elizabeth Kübler-Rossové

Každý člověk je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí. Proto také způsob, jakým se nemocný vyrovnává se sdělením diagnózy život ohrožujícího onemocnění je individuální. Přesto existují určité zákonitosti v chování nemocných se závažným onemocněním. Procesem adaptace člověka na život ohrožující onemocnění se podrobně zabývala americká lékařka Elizabeth Kübler-Rossová. Ve svých spisech popsala pět základních fází, kterými prochází většina nemocných: šok- popření, agrese, smlouvání, deprese, smíření (Kutnohorská, 2007).

Šok, popření je emočně silná reakce na sdělení smrtelné diagnózy. Je provázena silným neklidem, pláčem nebo naopak strnulostí. Nemocný se odmítá smířit s danou skutečností, hledá jiné vysvětlení. Častá je neochota podstoupit léčbu a spolupracovat s lékařem. Délka této fáze je různá v závislosti na osobnosti pacienta, u některých může přetrvávat po celou dobu léčby. Ve druhé fázi doprovází nemocného agrese, zlost, pocity vteku, závisti a nenávisti (Kelarová, 2007; Spurná, 2010). Časté jsou otázky typu: „Proč zrovna já? Čí je to vina?“ (Kutnohorská, 2007, s. 73). Nemocný obrací svou zlobu vůči zdravým lidem, svým blízkým i zdravotnickému personálu. Bývá nespokojen a často si stěžuje. Následuje smlouvání, kdy pacient hledá jiná možná řešení, snaží se oddálit konec. Obrací se k bohu, navštěvuje léčitele. Čtvrtá fáze deprese bývá pro nemocného nejtěžší. Nemocný trpí ztrátou životní perspektivy a narušením dosavadních hodnot. Prožívá smutek, beznaděj, strach a pocity úzkosti. Může být velmi neklidný, nebo naopak apatický. Poslední etapou, která však nemusí nastat u všech nemocných, je fáze smíření. Ta je provázena psychickým uvolněním nemocného, vyrovnáním se s blížící smrtí, loučením s blízkými, pokorou. Nemocný postupně ztrácí zájem o informace, místo slovního vyjadřování používá gesta. Člověk, který se se svým osudem smířil, mívá osobitý výraz vyrovnanosti a míru odrážející stav jeho vnitřní důstojnosti. (Kutnohorská, 2007; Venglářová, Mahrová, 2006; Spurná, 2010).

Fází smíření je nutné odlišit od rezignace. Nemocní, kteří se se svým osudem nesmířili, ale rezignovali na něj, osobitý výraz vyrovnanosti a míru postrádají. Naopak, v jejich tvářích lze spatřit zahořklost a duševní strádání (Kelnarová, 2007).

Průběh těchto fází nemusí být vždy stejný. Některé se mohou opakovat, nebo být naopak vynechány. Mohou se i během jediného dne vzájemně prolínat dvě i tři fáze. (Svatošová, 2008; Rotter, 1999).

Zdroj:

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Litera. s. 112. ISBN 978-80-85763-36-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života: základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad. s. 112. ISBN 80-7021-302-7.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 6. doplněné. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. s. 151. ISBN 978-80-7195-307-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. s. 144. ISBN 80-247-1262-8.

PŘÍLOHA 3. Analgetický třístupňový žebříček dle WHO

Podle třístupňového analgetického žebříčku se začíná s podáváním neopioidních analgetik u mírných bolestí. Ve druhém stupni při středně silné bolesti jsou přidávány slabé opiáty. Ve třetím stupni při léčbě silné bolesti jsou podávány silné opioidy. Současně jsou podávána koanalgetika, tedy jiná přidaná analgetika a další pomocná léčiva k léčbě nežádoucích účinků analgetik takzvaná adjuvancia (Alušíková et al., 2012; Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005).

Zdroj:

ALUŠÍKOVÁ, Marie et al., 2012. Analgezie u terminálně nemocných dospělých pacientů. *Farmakoterapeutické informace*. (Měsíčník pro lékaře a farmaceuty.) Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv, [10.4.2010] č. 4, s. 1-4. ISSN 1211-0647. Distribuováno jako příloha časopisu *Tempus Medicorum* 2012, roč. 21, č. 4. ISSN 1214-7524.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. s. 128. ISBN 978-80-247-3171-1.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. s. 324. ISBN 80-247-1295-4.

PŘÍLOHA 4. Opioidy a způsob jejich podání

Zástupci slabých opioidů jsou kodein, dihydrokodein a tramadol. Podávají se perorálně, tramadol také injekčně. Ze silných opioidů je používán především morfin a fentanil. Morfin je k dispozici ve formě tablet s rychlým nebo postupným uvolňováním, ve formě injekcí a čípků. Fentanil lze aplikovat injekčně nebo transdermálně formou náplastí (Marková, 2010). Při injekční formě je preferováno podkožní podání bolusových dávek. Pro nemocné se silnou bolestí je aplikace podkožní kontinuální infúze pomocí lineárního dávkovače či infuzní pumpy velkým přínosem. Naopak intramuskulární aplikace se nedoporučuje (Alušíková et. al., 2012; Klevetová, 2003).

Zdroj:

ALUŠÍKOVÁ, Marie et al., 2012. Analgezie u terminálně nemocných dospělých pacientů. Farmakoterapeutické informace. (Měsíčník pro lékaře a farmaceuty.) Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv, [10.4.2010] č. 4, s. 1-4. ISSN 1211-0647. Distribuováno jako příloha časopisu Tempus Medicorum 2012, roč. 21, č. 4. ISSN 1214-7524.

KLEVETOVÁ, Dana, 2003. Onkologická bolest v domácí péči. Sestra. Praha: Sanoma Magazines, roč. VIII, č. 7-8, s. 34-36. ISSN 1210-0404.

MARKOVÁ, Monika, 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada. s. 128. ISBN 978-80-247-3171-1.

PŘÍLOHA 5. Tabulka hodnocení míry rizika por vznik dekubitů dle Nortonové

Základní tabulka hodnocení rizika

Motivace a ochota ke spolupráci	Věk	Stav kůže	Souběžná onemocnění	Somatický stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
Plná	< 10	Intaktní	Žádná	Dobrý	Jasně vědomí	Chodící bez pomoci	Plná	Žádná	4
Malá	10 - 30	Lehké změny	Lehká forma	Obstojný	Apatie	Chodící s pomoci	Částečně omezená	Občasná	3
Částečná	30 - 60	Střední změny	Střední forma	Špatný	Zmatený	Závislý na invalidním vozíku	Velmi omezená	Převážně moč	2
Žádná	> 60	Těžké změny	Těžká forma	Velmi špatný	Stupor až bezvědomí	Ležící	Zcela omezená	Moč i stolice	1

Postup při hodnocení:

1. Vyberte vhodný popis pacienta (4, 3, 2 nebo 1 bod) v každém z devíti nadpisů a výsledek zaznamenejte do volného pole pod stupnicí
2. Výsledek sečtěte
3. Nebezpečí proleženin je při 25 bodech a méně, v tom případě se musí naplánovat profylaktická opatření

Zdroj:

SUCHÝ, Miloš, Petr SUCHÝ, Dita SVOBODOVÁ et al., 2009. *Projekt sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni*. [online]. Praha: MZČR, 17.6. 2009 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/sledování-dekubitu-jako-indikátoru-kvality-osetrovatelske-pece-na-narodni-urovni_3782_1841_15.html>

PŘÍLOHA 6. Žádost o provedení výzkumného šetření v hospici v Prachaticích se schválením vrchní sestry hospice

Zdroj: vlastní

Jana Macáková, Dubovice 10, 383 01 Prachatice

Hlavní sestra Hospice sv. Jana N. Neumanna
Paní mgr. Eva Ludačková
Neumannova 142
383 01 Prachatice

Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření zaměřeného na ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům v terminálním stádiu v hospici.

Vážená hlavní sestro paní magistro Ludačková, obracím se k Vám s žádostí o svolení k provedení výzkumného šetření v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích jako podkladu pro mou bakalářskou práci. Název práce je Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu, poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester. Výzkumné šetření by mělo být provedeno formou hloubkových rozhovorů s pěti náhodně vybranými všeobecnými sestrami, které pracují v hospici a s pěti záměrně vybranými rodinnými příslušníky pacientů v terminálním stádiu hospitalizovaných v hospici. Podmínkou pro zařazení rodinných příslušníků do výzkumného šetření je, aby jejich blízký byl před přijetím do hospice hospitalizován v nemocnici. Předpokládaný termín výzkumného šetření je od 9.7. 2012 do 22.7. 2012. Rozhovory budou nahrávány na diktafon, proto předpokládám, že nebudou časově náročné a nebudou narušovat chod oddělení. Výzkumné otázky příkládám.

Věřím, že mé žádosti vyjdete vstříc a těším se na další spolupráci.

S pozdravem
Jana Macáková

V Prachaticích dne 22.6. 2012

Yodklacím s výzkumem 22/6 12


Neumannova 144
383 01 Prachatice
IČ: 70853517
IČZ: 37106000

**PŘÍLOHA 7. Žádost o provedení výzkumného šetření v nemocnici
v Prachaticích se svolením hlavní sestry nemocnice.**

Zdroj: vlastní

Jana Macáková
Dubovice 10
383 01 Prachatice

Hlavní sestra Nemocnice Prachatice a.s.
paní Dagmar Janoušková
Nebahovská 1015
383 20 Prachatice

Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření zaměřeného na ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům v terminálním stádiu na lůžkovém interním oddělení a LDN v nemocnici v Prachaticích.

Vážená hlavní sestro paní Janoušková, obracím se k Vám s žádostí o svolení k provedení výzkumného šetření na lůžkovém interním oddělení a LDN v Nemocnici Prachatice a.s. jako podkladu pro mou bakalářskou práci. Název práce je Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu, poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester. Výzkumné šetření by mělo být provedeno formou hloubkových rozhovorů s pěti náhodně vybranými všeobecnými sestrami, které pracují na lůžkovém interním oddělení nebo na LDN, předpokládaný termín je od 9.7. 2012 do 22.7. 2012. Rozhovory budou nahrávány na diktafon, proto předpokládám, že nebudou časově náročné a nebudou narušovat chod oddělení. Výzkumné otázky příkládám.

Věřím, že mé žádosti vyjdete vstříc a těším se na další spolupráci.

S pozdravem
Jana Macáková

V Prachaticích dne 22.6. 2012

NEMOCNICE
PRACHATICE
NEMOCNICE PRACHATICE, a.s.
Nebahovská 1015, 383 20 Prachatice

PŘÍLOHA 8. Výzkumné otázky položené všeobecným sestřám

1. Jak poskytujete hygienickou péči pacientům v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
2. Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná hygienická péče pacientům v terminálním stádiu v nemocnici / v hospici?
3. Jak předcházíte vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
4. Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče zaměřená na prevenci vzniku dekubitů u pacientů v terminálním stádiu v nemocnici / v hospici?
5. Jak pečujete o výživu pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
6. Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná péče o výživu pacientům v terminálním stádiu v nemocnici / v hospici?
7. Jak zajišťujete hydrataci pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
8. Jak je podle Vašeho názoru zajišťovaná hydratace pacientů v terminálním stádiu v nemocnici / v hospici?
9. Jak poskytujete ošetrovatelskou péči při bolesti u pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
10. Jak je podle Vašeho názoru poskytovaná ošetrovatelská péče při bolesti u pacientů v terminálním stádiu v nemocnici / v hospici?
11. Jak uspokojujete psychosociální potřeby pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

12. Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány psychosociální potřeby pacientů v terminálním stádiu v nemocnici / v hospici?
13. Jaký je denní režim na Vašem oddělení?
14. Jaký je podle Vašeho názoru denní režim v nemocnici / v hospici?
15. V jaké době jsou povoleny návštěvy pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
16. V jaké době jsou podle Vašeho názoru povoleny návštěvy pacientů v terminálním stádiu v nemocnici / v hospici?
17. Jak komunikujete s pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
18. Jak komunikujete s blízkými pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
19. Jaká je z Vašeho pohledu komunikace zdravotnického personálu s pacientem v terminálním stádiu a s jeho blízkými v nemocnici / v hospici?
20. Jak uspokojujete spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
21. Jak jsou podle Vašeho názoru uspokojovány spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu v nemocnici / v hospici?
22. Jaká je Vaše představa konceptu důstojného umírání ve zdravotnickém zařízení?
23. V čem spatřujete překážky pro zajištění konceptu důstojného umírání na Vašem oddělení?
24. Jaké problémy Vám v současnosti nejvíce stěžují péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?
25. Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči o pacienty v terminálním stádiu poskytovanou na Vašem oddělení?

26. S kým spolupracujete při péči o pacienty v terminálním stádiu na Vašem oddělení?

PŘÍLOHA 9. Výzkumné otázky položené rodinným příslušníkům

1. Jak byla z Vašeho pohledu poskytována hygienická péče Vašemu blízkému během hospitalizace v nemocnici?
2. Jak je z Vašeho pohledu poskytována hygienická péče Vašemu blízkému během hospitalizace v hospici?
3. V čem vidíte zásadní rozdíl při poskytování hygienické péče Vašemu blízkému v nemocnici a v hospici?
4. Jaká byla z Vašeho pohledu péče o výživu Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?
5. Jaká je z Vašeho pohledu péče o výživu Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?
6. V čem spatřujete zásadní rozdíl při péči o výživu Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?
7. Jak byl z Vašeho pohledu zajištěn dostatečný příjem tekutin Vašemu blízkému během hospitalizace v nemocnici?
8. Jak je z Vašeho pohledu zajištěn dostatečný příjem tekutin Vašemu blízkému během hospitalizace v hospici?
9. V čem spatřujete zásadní rozdíl při zajišťování příjmu tekutin Vašemu blízkému v nemocnici a v hospici?
10. Jaká byla z Vašeho pohledu ošetrovatelská péče při léčbě bolesti Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?
11. Jaká je z Vašeho pohledu ošetrovatelská péče při léčbě bolesti Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?

12. V čem spatřujete zásadní rozdíl při poskytování ošetrovatelské péče při léčbě bolesti Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?
13. Jak byla z Vašeho pohledu zajišťovaná péče o psychické a sociální potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?
14. Jak je z Vašeho pohledu zajišťovaná péče o psychické a sociální potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?
15. V čem vidíte zásadní rozdíl při péči o psychické a sociální potřeby Vašeho blízkého v nemocnici v hospici?
16. Jaký byl z Vašeho pohledu vliv denního režimu oddělení na pohodlí Vašeho blízkého a Vaše během hospitalizace v nemocnici?
17. Jaký je z Vašeho pohledu vliv denního režimu oddělení na pohodlí Vašeho blízkého a Vaše během hospitalizace v hospici?
18. V čem spatřujete zásadní rozdíl, porovnáte-li denní režim oddělení v nemocnici a v hospici a jeho dopad na pohodlí Vašeho blízkého a Vaše?
19. Jak hodnotíte komunikaci mezi zdravotnickým personálem, Vaším blízkým a Vámi během hospitalizace v nemocnici?
20. Jak hodnotíte komunikaci mezi zdravotnickým personálem, Vaším blízkým a Vámi během hospitalizace v hospici?
21. V čem spatřujete zásadní rozdíl při komunikaci mezi zdravotnickým personálem, Vaším blízkým a Vámi v nemocnici a hospici?
22. Jak byly z Vašeho pohledu uspokojovány duchovní potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v nemocnici?
23. Jak jsou z Vašeho pohledu uspokojovány duchovní potřeby Vašeho blízkého během hospitalizace v hospici?

24. V čem vidíte zásadní rozdíl v uspokojování duchovních potřeb Vašeho blízkého v nemocnici a v hospici?

PŘÍLOHA 10. Doporučení pro praxi v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb klientů v terminálním stádiu

- Mít vždy na paměti, že člověk je bytost holistická a má své potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální.
- K pacientovi vždy zachovávat individuální přístup.
- Pacienta pozorovat, naslouchat mu, diagnostikovat fáze smířování podle Kübler-Rossové a zohlednit je při citlivé komunikaci s pacientem.
- Všimnout si změn chování, emocí a případných psychotických projevů pacienta a informovat o nich lékaře. Pokusit se klidným a laskavým rozhovorem pacienta zklidnit.
- Při rozhovoru na citlivé téma neodbíhat od tématu a využívat techniku nedirektivního vedení rozhovoru.
- Reflektovat na sdělení pacienta (pokusit se vlastními slovy vyjádřit jeho pocity).
- Komunikovat i s pacientem v komatu, (poskytnout blízkost druhé osoby)
- Činnosti spojené s ošetřováním pacienta provádět citlivě, ohleduplně, respektovat jeho stud a intimitu.
- Používat koncept bazální stimulace (například iniciální dotek, vytírání úst tím, co mu chutná a je pro něj příjemné).
- Zachovávat důstojnost pacienta (respektovat ho takového jaký je, nekritizovat a nehodnotit jeho chování).
- Respektovat právo pacienta na pravdivé informace (nelhat mu).
- Zachovávat autonomii nemocného (informovat jej, že může rozhodovat o své péči a respektovat jeho vůli).
- Motivací na reálné cíle udržovat naději nemocného.

- Podporovat kontakt pacienta s rodinou.
- Mít na paměti, že pacient je součástí své rodiny, která je jeho onemocněním zasažena.
- Uvědomit si, že rodina také prochází fázemi smířování a že v jejich prožívání bývá pozadu za pacientem (zahrnout do péče i doprovázející rodinu).
- Nezapomínat, že pacient i rodina jsou součástí pečujícího týmu.
- Spolupracovat se všemi, kteří se podílí na péči.
- Usilovat o otevřenou komunikaci s lékařem, s pacientem i s rodinou a snažit se o přátelskou atmosféru na oddělení.
- Podle možností přizpůsobit režim oddělení potřebám pacienta a zajistit dostatek soukromí.