



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: *Petra Staňková*

Vedoucí práce: *Mgr. Jiří Kaas*

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Role sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2017

.....

Petra Staňková

Poděkování

Toto poděkování bych chtěla věnovat svému vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kaasovi za jeho ochotu, trpělivost a odborné rady při psaní mé bakalářské práce.

Role sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory

Abstrakt

Hlavním cílem předložené práce bylo zmapovat role sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory. V souvislosti s tímto cílem bylo stanoveno pět výzkumných otázek, které zněly: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o umírajícího klienta v domově pro seniory? Jaké jsou specifické potřeby umírajícího klienta v domově pro seniory? Jaká jsou specifika komunikace s umírajícím klientem v domově pro seniory? Jak probíhá spolupráce sestry a rodiny umírajícího klienta v domově pro seniory? Jaký je přístup sester k péči o umírajícího klienta v domově pro seniory?

Empirická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření, které bylo uskutečněno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor se skládal ze 24 otázek (viz příloha 7), které byly v některých případech doplněny otázkami doplňujícími. Rozhovor byl rozčleněn na 6 částí – identifikační údaje, specifika péče, potřeby umírajícího klienta, komunikace s umírajícím klientem, spolupráce s rodinou a přístup sester. Rozhovory byly přepsány a zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka – papír“. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující toho času v domově pro seniory.

Tato bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla základní přehled o roli sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory.

Na základě zjištěných informací, doplněných o poznatky odborníků z oblasti thanatologie a paliativní péče bude vytvořena příručka pro sestry a ostatní ošetrovatelský personál pečující o umírající klienty v domově pro seniory.

Klíčová slova

Paliativní péče; thanatologie; domov pro seniory; senior; sestra.

Nursing role in providing care to dying clients at retirement homes

Abstract

The aim of this thesis is to describe a nurses role in providing care to dying clients at retirement homes. In connection with this goal, were set out five Research questions, which are: What are the specifics of nursing care for a dying client at retirement home? What are the specific needs of a dying client at retirement home? What are the specifics of communication with a dying client at retirement home? How do the nurse ant the family of a dying client cooperate? What is the approach of nurses to the care of the client at retirement home?

The empirical part of this bachelor thesis was elaborated by the method of qualitative Research survey, which was realized by the technique od a semi-structured interview. The interview consisted of 24 questions, supplemented in some cases by additional questions. The interview was divided into 6 parts – identification, specifics of care, dying client's needs, communication with a dying client, cooperate with the family and nurses approach. Interview were overwritten and processes by open-coding, pencil-paper technique. The research group consisted of nurses working at the time at retirement homes.

This bachelor thesis was written in a certain way, to bring basic overview of the nursing role in providing care to dying clients at retirement homes.

Based on the findings, supplemented by the knowledge of experts in the fields of thanatology and paliative care, will be create a handbook for nurses ant other staff caring for dying clients at retirement homes.

Key words

Paliative care; thanatology; retirement home; senior; nurse.

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Umírání a smrt.....	9
1.1.1 Fáze umírání – pre finem, in finem, post finem.....	9
1.1.2 Fáze umírání dle E. Kübler-Ross.....	10
1.1.3 Domácí model umírání.....	11
1.1.4 Institucionální model umírání.....	11
1.2 Domov pro seniory.....	12
1.3 Paliativní péče.....	12
1.4 Potřeby umírajícího klienta.....	14
1.5 Ošetrovatelské problémy u umírajícího klienta.....	15
1.5.1 Bolest.....	15
1.5.2 Dušnost.....	17
1.5.3 Nausea a zvracení.....	18
1.5.4 Problémy v oblasti výživy a hydratace.....	19
1.5.5 Dekubity.....	20
1.6 Komunikace s umírajícím klientem a jeho rodinou.....	21
1.6.1 Komunikace s umírajícím.....	21
1.6.2 Komunikace s pozůstalými.....	22
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	23
2.1 Cíl práce.....	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
3 Metodika.....	24
3.1 Použité metody.....	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	25
4 Výsledky výzkumu.....	26
4.1 Struktura výzkumného souboru.....	26
4.2 Kategorizace získaných dat.....	26
5 Diskuze.....	42
6 Závěr.....	50
7 Seznam použité literatury.....	53
8 Přílohy.....	56

Úvod

Bakalářská práce je věnována roli sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory. Jedním z hlavních důvodů, proč jsem si zvolila toto téma, bylo, že bych se v budoucnu chtěla uplatnit jako všeobecná sestra v geriatрии, a to především u umírajících

Jsem přesvědčena, že člověk by neměl být na smrt sám. Ať už umírá v nemocnici, v domově pro seniory nebo kdekoli jinde, vždy by měl mít na koho se obrátit se svými těžkostmi. Pokud člověk nemá rodinu, která se o něj v těchto chvílích může postarat a být mu oporou, co menšího pro něj mohu udělat já, než mu být onou oporou?

Ačkoli téma smrti bylo, je a nejspíš i bude tabuizovaným tématem, nemůžeme popřít, že k životu patří stejně tak jako den patří k noci a světlo ke tmě. V životě máme každý miliony cílů, každý jiný. Někdo chce založit velkou rodinu, někdo velkou prosperující firmu. Ale jeden cíl máme všichni stejný. Smrt. Všichni jednou zemřeme. Chudý i bohatý. Vrah i kněz. Já i Vy. Smrt si zkrátka jednou přijde pro každého. Postavme se tomu čelem a udělejme si poslední chvílky co nejlehčí.

Problematika důstojného umírání se v poslední době velmi probírá v souvislosti s hospicovým hnutím, ale o tom, jestli je dostatečně kvalitně zajištěno také v domovech pro seniory se již nemluví. Přitom smrt jako sociální akt bezesporu do sociální sféry, do které domovy pro seniory spadají, patří. V současné době, kdy řada seniorů tráví své poslední roky života v domovech pro seniory, je velmi důležité, aby sestra měla dostatek vědomostí o tom, jak tomuto klientovi být co největší oporou a co nejlepším partnerem v jeho posledních chvílích. A nejen jemu, ale také jeho rodině. Aby tuto úlohu mohla zastávat na maximální možné úrovni, musí být i ona sama vyrovnána se svou vlastní smrtelností. Jen za předpokladu, že nebude na smrt nahlížet negativně, může správně uchopit úlohu doprovázejícího. Kromě vyrovnání se s vlastní smrtelností také musí ovládat taje komunikace, psychologie, ošetřovatelství a mít kladný vztah k lidem.

Teoretická část práce je zaměřena především na základní principy péče o umírajícího klienta v domově pro seniory. Jsou zde popsány fáze umírání, potřeby a problémy umírajícího, dále jsou zde popsány zásady a doporučení pro komunikaci s umírajícím a jeho rodinou.

Cílem empirické části práce bylo zmapování role sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory. Informace k naplnění tohoto cíle byly získány pomocí polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami pracujícími v domově pro seniory.

1 Současný stav

1.1 Umírání a smrt

Umírání a smrt jsou nedílnou součástí koloběhu života (Borková a Kratochvílová, 2015). Téma umírání a samotné smrti je v dnešní době silně tabuizované, čímž přicházíme o možnost osvojit si dovednosti, které naši předchůdci považovali za naprosto všední a samozřejmé (Haškovcová, 2000). Vždyť ohlédneme-li se do nepříliš vzdálené minulosti, zjistíme, že například vozy pohřebních služeb směly vyjíždět pro zemřelé pouze v noci, aby neupozorňovaly na přítomnost smrti (Křivohlavý, 2002) Toto téma je dle Křivohlavého (2002) tabuizováno do určité míry i ve zdravotnictví.

Už od počátku věků se setkáváme s obecnými pravdami týkajícími se smrti a umírání (Křivohlavý, 2002). Kutnohorská (2007) zmiňuje zásadu Memento mori – Pamatuj na smrt/Pamatuj, že jsi smrtelný, která byla známá již od středověku a měla člověku připomínat právě jeho smrtelnost. Ale jak uvádí Haškovcová (2000) ve své publikaci, moderní člověk věří v medicínu, která je pro něj všemocná a téměř vždy vítězná. Ano, moderní medicína si dokáže poradit s nemocemi a situacemi, které byly v minulosti neřešitelné, ale nedokáže si poradit se vším. Toto si nejspíše spousta lidí neuvědomuje a stále slepě věří v zázrak moderní medicíny. Předně si musíme uvědomit, že umírání a smrt nejsou synonyma. Pelikánová (2011) vysvětluje rozdíl mezi umíráním a smrtí takto: umírání je fáze života (určitý proces) a smrt je zástavou životně důležitých funkcí a neschopností jejich obnovení.

Umírání jako proces můžeme rozdělit do několika fází – pre finem, in finem a post finem (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Z hlediska psychologie pak lékařka Kübler-Ross rozdělna umírání do pěti fází definovaných jako negace, agrese, vyjednávání, deprese a smíření (Kelnarová, 2007)

1.1.1 Fáze umírání – pre finem, in finem, post finem

První fází je tzv. fáze pre finem, jenž nastává v okamžiku, kdy je nejen odborník ale i klient srozuměn s diagnózou, která je z dlouhodobého hlediska neslučitelná se životem (Kutnohorská, 2007). Fáze pre finem může trvat i několik měsíců či dokonce let. Pro tuto fázi je charakteristická snaha o remisi či mírnění symptomů (Haškovcová, 2002). V tomto období je vhodné ujistit umírajícího, že se mu dostane nejen adekvátní lékařské péče, ale i péče psychologické a lidské, s čímž souvisí vyloučení sociální a psychické smrti (Kutnohorská, 2007). Sociální smrt definuje Dvořáčková (2012) jako pocit

postradatelnosti, izolace a rezignace. Psychická smrt je charakteristická psychickou rezignací klienta, který cítí značnou beznaděj a zoufalství (Raudenská a Javůrková, 2011). Velmi často nastane psychická či sociální smrt dříve než smrt fyzická (Raudenská a Javůrková, 2011). Haškovcová (2002) též uvádí, že je velmi důležité snažit se, aby klient žil co nejvíce stejný život jako před diagnózou, samozřejmě v rámci jeho možností. Sestra by si měla uvědomit, že každý umírající má mít možnost si o své situaci promluvit ať už s příbuzným nebo právě s ošetřujícím personálem (Kutnohorská, 2007).

Ve druhé fázi, tzv. in finem, dochází k vlastnímu umírání, které může trvat minuty, hodiny, někdy také dny i měsíce a končí samotnou smrtí (Svatošová, 2009). Haškovcová (2002) se v souvislosti s touto fází zmiňuje o problematice ritualizace umírání, o které pojednává další kapitola.

Poslední fází je tzv. fáze post finem, která obsahuje nejen péči o mrtvé tělo, ale i péči o pozůstalé (Kutnohorská, 2007). Právě péče o pozůstalé je velmi často zdravotnickým personálem přehlížena (Kupka, 2014).

1.1.2 Fáze umírání dle E. Kübler-Ross

První fáze umírání je dle doktorky Kübler-Ross typická šokem, popíráním a izolací a charakterizuje jí větami: „Ne, to se mě netýká, pro mne to neplatí. To je určitě omyl. Zaměnili výsledky.“ (Kübler-Ross, 1992). Tato fáze je společná pro všechny, kterým byla sdělena informace o jejich zdravotním stavu lékařem, ale i pro ty, kteří k tomuto závěru došli sami (Kelnarová, 2007). Klienti v této fázi mívají pocit bezmoci, často upadají do deprese a uzavírají se před svým okolím (Kübler-Ross, 1992).

V následující fázi se objevuje agrese a zlost. Zde je charakteristický postoj: „Proč zrovna já.“ (Kübler-Ross, 1992). Klienti v této fázi jsou zlostní a rozmrzelí. Svůj vztek si vybíjejí jak na ošetřujícím personálu, tak i na svých nejbližších. Ti pak často odmítají za umírajícím chodit na návštěvy z obavy, že jim situaci ještě více ztěžují (Kelnarová, 2007). S klienty v této fázi bývá velmi obtížná komunikace, kdy spíše, než na dialogu záleží na zúčastněném naslouchání (Gruberová, 1998).

Kutnohorská (2007) uvádí, že pro třetí fázi je příznačné hledání kompromisů a smlouvání. Klient se obrací například k alternativní medicíně (Kutnohorská, 2007) nebo k Bohu a smlouvá s ním (Kelnarová, 2007).

Ve čtvrté fázi umírání se objevuje deprese a je především spojena s dlouhodobou léčbou a ztrátou zaměstnání a tím i finančních jistot (Kelnarová, 2007), ale také se strachem o budoucnost rodiny (Kutnohorská, 2007). Tato fáze bývá nejdelší (Gruberová, 1998).

V poslední, páté, fázi dle Kelnarové (2007) nastává „poslední odpočinek před dlouhou cestou“. V této fázi je hlavním cílem klienta ubezpečit například stiskem ruky, pohlazením, že ani v této poslední chvíli nebude sám (Kelnarová, 2007). Gruberová (1998) uvádí, že v této fázi jsou velmi důležité návštěvy rodiny. Rodinu je též dobré informovat, že je jejich příbuzný velmi spavý a bude vyžadovat svůj klid, proto není vhodné jej navštěvovat ve velkých skupinách (Gruberová, 1998). V komunikaci s klienty v páté fázi převládá nonverbální složka (Gruberová, 1998).

1.1.3 Domácí model umírání

Řekne-li se domácí model umírání, většina lidí si představí umírání v rodinném kruhu, doma ve vlastní posteli, jako to bylo v minulosti (Haškovcová, 2000). Jak ovšem uvádí Haškovcová (2000), podíváme-li se blíže, ačkoli lidé opravdu umírali doma se svou rodinou, nebylo to tak idylické, jak si mnozí představují. Umírající, když cítil, že nastal jeho čas, svolal rodinu a vyslovil poslední přání. Rodina následně přivolala faráře, který umírajícímu poskytl svátost nemocných. Následně už umírající čekal na svůj skon. Nutno podotknout, že často ve velkých bolestech, protože většina lidí si nemohla dovolit platit za služby lékaře (Haškovcová, 2000).

Co bychom si z tohoto modelu ovšem měli vzít, je právě ona účast rodiny, která je na sklonku života velice důležitá, neboť poskytuje umírajícímu velmi důležitou psychickou podporu (Haškovcová, 2000). Nutno ovšem podotknout, že lidé dříve byli se smrtí více obeznámeni (Kutnohorská, 2007). Umírání v dřívějších dobách bylo sociálním aktem, kdy se sešla celá rodina umírajícího (Haškovcová, 2002). Díky tomu se lidé učili již od mala, jak pečovat o umírajícího a následně i o tělo zesnulého (Kutnohorská, 2007). Již v dětském věku byli součástí rituálu umírání a díky tomu se lidé též nepřímou učili nejen roli doprovázejícího, ale i roli samotného umírajícího (Kelnarová, 2007).

1.1.4 Institucionální model umírání

Ve 20. století se umírání přesouvá do zdravotnických institucí (Kutnohorská, 2007). A tak se stalo, že se z umírání vytratil lidský kontakt a charakter sociálního aktu (Haškovcová, 2002). Nemocný byl z domácího prostředí odsunut do nemocnice (Kutnohorská, 2007), tudíž byla smrt naprosto vytěsněna z běžného života (Kelnarová

2007). I v nemocnici byl nemocný dále odsouván (Kelnarová 2007). Na oddělení byl vždy jeden pokoj vyčleněn umírajícím, což mělo neblahý vliv na psychiku umírajícího (Haškovcová, 2000). Panovalo přesvědčení, že umírající klient potřebuje absolutní klid na lůžku (Haškovcová, 2002). Přestože lékař mohl rodině udělit výjimku a ta ho tak mohla navštěvovat každý den, často této výjimky nevyužívala z přesvědčení, že jejich přítomnost nemocnému spíše přitíží, nežli pomůže (Haškovcová, 2000). Také panovalo, a stále panuje, přesvědčení, že v nemocnici nebo v jiné zdravotnické instituci je umírajícímu lépe, je přeci v rukou profesionálů (Haškovcová, 2000). O umírajícího sice bylo postaráno po fyzické stránce, ale psychická stránka byla odsunuta do pozadí (Kelnarová, 2007).

1.2 Domov pro seniory

Domov pro seniory, jehož činnost upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytuje pobytové služby klientům, kteří vyžadují dopomoc druhé osoby. V těchto zařízeních je poskytována komplexní péče a měla by nahrazovat domácí prostředí klienta (Arnoldová, 2016). V domově pro seniory jsou dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytovány služby jako ubytování, strava, pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, umožnění společenského kontaktu, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a obstarávání osobních záležitostí. Tato služba je dle §73 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytována za úhradu. Týž zákon stanovuje, že klientovi po uhrazení ubytování a stravy musí zůstat alespoň 15 % příjmu. Dle § 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, musí být v tomto zařízení veškerá pomoc poskytována se zachováním lidské důstojnosti a s maximálním ohledem na individuální potřeby klientů zde pobývajících. V §36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je zakotvena povinnost tohoto sociálního zařízení zajistit svým klientům zdravotní péči. Tato povinnost vychází ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, který stanovuje formu plnění. Dle tohoto zákona je zdravotní péče poskytována prostřednictvím zdravotnického zařízení a vlastních pracovníků s odbornou způsobilostí ke zdravotnickým výkonům.

1.3 Paliativní péče

Definice Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) popisuje paliativní péči takto: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje*

na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ (Hospice.cz, 2010).

Paliativní péče je charakterizována jako péče o nevléčitelně nemocného klienta v průběhu onemocnění a v jeho konečné fázi (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Předním cílem paliativní péče je zmírnění bolesti na přijatelnou mez a udržení kvality života na co nejvyšší úrovni (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Hlavní dominantou paliativní péče je důsledné respektování lidské důstojnosti v každé situaci a striktní dodržování klientova přání (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Z definice paliativní péče dle WHO vyplývá, že péče je zaměřena nejen na samotného klienta, ale také na jeho rodinu (Hospice.cz, 2010). Nemocný je v pojetí paliativní péče chápán zcela individuálně se všemi jednak tělesnými, duševními, sociálními, tak i spirituálními a kulturními potřebami (Skála, 2011).

O'Connor a Aranda (2005) rozlišují 3 základní roviny paliativní péče, kterými jsou paliativní přístup neboli základní péče, specializované intervence neboli péče ve spolupráci s odborníky a paliativní péče poskytovaná odborníky čili specializovaná paliativní péče.

Základní paliativní péči představují zásady a znalosti v přístupu o nevléčitelně nemocného a umírajícího klienta (O'Connor a Aranda, 2005). Sestra poskytující tuto péči by měla být seznámena s psychickými i fyzickými symptomy, které se mohou u klienta objevit a být je schopna adekvátně řešit (O'Connor a Aranda, 2005). Také by měla znát zásady komunikace s takovýmto klientem a jeho rodinou (O'Connor a Aranda, 2005), o čemž pojednává následující kapitola.

Specializovanými intervencemi mají O'Connor a Aranda (2005) namysli spolupráci například se sestrou specializující se na hojení chronických ran a dalšími specialisty například z oboru radioterapie při poskytování paliativní radioterapie.

Specializovanou paliativní péči poskytuje zdravotnický personál, jenž je v této problematice vyškolen a je možno se s ní setkat především v zařízeních hospicového typu (O'Connor a Aranda, 2005).

Jak uvádí Kelnarová (2007), paliativní péči by si měl osvojit veškerý ošetřující personál, neboť problematika umírání se nevyhýbá žádnému zdravotnickému zařízení. Podíváme-li se zpět do minulosti, paliativní péče byla poskytována již od nepaměti například rodinou či náboženskými organizacemi (Kelnarová, 2007).

Cíle paliativní péče se liší dle fáze onemocnění. Skála (2011) rozlišuje fázi kompenzovaného onemocnění, fázi nevratně progredujícího onemocnění a terminální fázi. Ve fázi kompenzovaného onemocnění, kdy je předpokládána doba přežití měsíce i roky, je hlavní snahou udržení tohoto stavu po co nejdelší dobu a předcházení komplikacím s cílem maximálně prodloužit délku života (Skála, 2011). Nastane-li fáze nevratně progredujícího onemocnění, je stěžejním cílem udržení co nejvyšší kvality života nemocného. V terminální fázi je kladen důraz především na důstojné umírání a léčbu symptomů jako je bolest či dušnost (Skála, 2001).

1.4 Potřeby umírajícího klienta

Umírající, stejně jako každý jiný člověk, má své potřeby, mezi které patří fyziologické potřeby, potřebu bezpečí, afektivní potřeby, potřebu sebeúcty, seberealizační potřeby, estetické potřeby a duchovní potřeby (Minibergerová a Dušek, 2006).

Mezi fyziologické potřeby řazené do nižších potřeb (Trachtová, 2013), patří základní potřeby jako spánek, příjem potravy a tekutin, vylučování, hygiena, dýchání a v neposlední řadě také mírnění utrpení (Minibergerová a Dušek, 2006). Potřeba spánku a odpočinku je silně individuální, ale obecně platí, že nemocný má v tomto ohledu daleko vyšší nároky než člověk zdravý (Trachtová, 2013). Pro zkvalitnění spánku je vhodné zajistit klidné prostředí navozujícího pocit pohody a bezpečí (Trachtová, 2013). V případě potřeby lze podpořit spánek též podáním hypnotik (Trachtová, 2013). Potřeba příjmu potravy a tekutin nesouvisí striktně jen s biologickými potřebami, ale zasahuje i do potřeb psychosociálních (Trachtová, 2013). Vždy by měl být brán zřetel na přání klienta ohledně výběru stravy a tekutin, jeho vyznání a životní styl (Trachtová, 2013). Též potřeba hygieny a vylučování zasahuje i do potřeb psychosociálních a její nenaplnění může vést ke špatnému psychickému stavu klienta (Trachtová, 2013).

Dle Maslowovy pyramidy potřeb (viz příloha 1) stojí nad biologickými potřebami potřeba bezpečí, jenž v sobě snoubí několik dalších potřeb jako například vyhnutí se bolesti, důvěru či informovanost (Trachtová, 2013). V rámci snahy o uspokojení této potřeby bychom měli klienta ujistit, že o něj pečuje kompetentní ošetrovatelský tým (Minibergerová a Dušek, 2006). Kromě tohoto ujištění sem patří i otázka, zda říci klientovi pravdu o jeho stavu (Minibergerová a Dušek, 2006). Pokud budou klientovi poskytovány vyhybavé odpovědi, je velice pravděpodobné, že ztratí důvěru k ošetřujícím (Minibergerová a Dušek, 2006). Přitom právo na informace je zakotveno i

v Chartě práv umírajících (Marková, 2011) a zároveň i v zákoně číslo 111/2007 Sb., který říká, že klient má nárok na přístup k veškeré své lékařské dokumentaci, vytváření jejich kopií, pověření osob, které budou mít právo na nahlížení do jeho dokumentace. Dokonce dle zákona 111/2007 Sb. smí určitým osobám zakázat získat informace o jeho zdravotním stavu, a to dokonce i po jeho smrti.

Dále v pyramidě potřeb následují tzv. potřeby vyšší, ke kterým patří potřeba lásky a sounáležitosti, autonomie a seberealizace (Trachtová, 2013). Každý, i umírající, potřebuje cítit, že ho někdo má rád, a že on naopak může mít někoho rád (Minibergerová a Dušek, 2006). Nenaplnění těchto potřeb vede k pocitu osamění a opuštění (Trachtová, 2013). Neméně důležité je pak pro umírajícího, aby o sobě mohl co nejdéle rozhodovat sám (Minibergerová a Dušek, 2006). Jak uvádí Marková (2011), je tato potřeba spojena s lidskou vůlí, jež je projevem naší osobnosti. Ačkoli může být pro ošetřující personál v některých situacích rozhodnutí klienta nepochopitelné, měl by ho respektovat a řídit se jím (Marková, 2011). Pokud nastane situace, kdy člověk už sám není schopen o sobě rozhodovat, měl by se ošetřující personál vyhnout negativním projevům vůči němu (Minibergerová a Dušek, 2006). Na samém vrcholu vyšších potřeb je potřeba seberealizace (Trachtová, 2013). I člověk umírající má potřebu plánovat a naplňovat své cíle (Minibergerová a Dušek, 2006). Důležité je ovšem stanovit si reálné cíle, vhodná je například rukodělná činnost, vytvoření nějakého předmětu na památku pro své blízké (Minibergerová a Dušek, 2006).

Maslow dále do vyšších potřeb zařazuje tzv. metapotřeby (Trachtová, 2013). Patří sem estetické potřeby, mezi které patří potřeba krásného prostředí, dobra a opravdovosti (Minibergerová a Dušek, 2006). Do tzv. metapotřeb též patří duchovní potřeby související se smyslem bytí a nebytí (Minibergerová a Dušek, 2006). Lidé v blízkosti smrti mají potřebu se smířit se svými blízkými, což je důležité nejen pro ně samé, ale i pro jejich blízké. Pro věřící je pak velmi důležité i uspokojení potřeb náboženských, a proto je nezbytné zajistit jim možnost setkání se s duchovním (Minibergerová a Dušek, 2006).

1.5 Ošetřovatelské problémy u umírajícího klienta

1.5.1 Bolest

Bolest je nejčastějším symptomem, který se u klientů v terminálním stavu objevuje (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Marková (2010) udává, že bolestí trpí až 60 %

klientů s orgánovým selháním a až 90 % onkologicky nemocných v terminálním stadiu (O'Connor a Aranda, 2005). Bolest lze označit za multidimenzionální problém, který leží na rozhraní fyziologie a psychologie (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007). International Association for the Study of Pain (IASP) definuje bolest jako „nepříjemný smyslový a emociální pocit spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný jako poškození tkáně“ (O'Connor a Aranda, 2005). Jak vyplývá z této definice, bolest je velmi subjektivní (Marková, 2010). Má zásadní vliv na kvalitu života umírajícího (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Nejenže ovlivňuje klienta po fyzické stránce, kde neléčená bolest často vede například k nechutenství, které následně může vést až ke kachexii (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Bolest také ovlivňuje klienta po psychické stránce, ovlivňuje jeho vnímání okolí, jeho motivaci k léčbě a jeho spolupráci (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Zdravotník by měl vždy klientovi věřit míru jeho bolesti (Marková, 2010). Prožívání bolesti ze strany klienta je ovlivněno především jeho psychikou. Pokud tedy bude klient pociťovat například strach či smutek, bude mu bolest připadat silnější (Marková, 2010). Bolest je hodnocena nejčastěji pomocí číselné osy od 0 do 10 (viz příloha 2), kdy nula představuje žádnou bolest a deset nejhorší možnou představitelnou bolest (Marková, 2010). Při hodnocení bolesti se sestra klienta ptá také na lokalizaci bolesti, její charakter, intenzitu, kdy se bolest objevuje a kdy se zhoršuje nebo zmírňuje (Marková, 2010). Agency for Healthcare Policy and Research (AHCPR) vydalo doporučený postup hodnocení bolesti. Dle tohoto doporučení by se sestra měla na bolest ptát pravidelně a hodnotit jí systematicky, volit možnost léčby dle přání klienta a jeho rodiny, léky podávat v určený čas a umožnit klientovi a jeho rodině podílet se na možnostech volby léčby bolesti (O'Connor a Aranda, 2005). Ačkoli mírnění bolesti je v paliativní péči prioritním, bývá často nedostatečné (O'Connor a Aranda, 2005). Nežádá se stává, že je klient přesvědčen, že bolest patří k jeho stavu a nelze s ní nic dělat. V souvislosti s tím se mnohdy rozhodne tuto skutečnost ošetřujícímu personálu zamlčet (O'Connor a Aranda, 2005). Někdy může mít klient obavy, že svými stížnostmi na bolest personál obtěžuje nebo že si na lécích proti bolesti utvoří závislost, a proto o své bolesti raději mlčí (O'Connor a Aranda, 2005). Příčinou nedostatečné léčby bolesti může být ovšem i nedostatečně školený personál (O'Connor a Aranda, 2005).

WHO roku 1990 sestavila doporučení pro léčbu bolesti následovně: „dle žebříčku“, „dle hodin“ a „perorálně“ (O'Connor a Aranda, 2005). Výrazem „dle žebříčku“ je myšlen „analgetický žebříček“ (viz příloha 3), který rozděluje bolest na tři stupně (O'Connor a

Aranda, 2005). První stupeň odpovídá hodnocení bolesti klientem na desetistupňové škále pomocí čísel 1–4. V takovém případě bývá lékem první volby některé z neopioidních analgetik (např. Paracetamol). Druhý stupeň odpovídá hodnocení 5–6, kdy se k tišení bolesti volí slabší opioid (např. Tramadol) a třetí stupeň odpovídá hodnocení 7–10, kdy je podáván silný opioid (např. Morfin) (O'Connor a Aranda, 2005). Výrazem „dle hodin“ je chápáno podávání léků v přesně stanovený čas, tak aby byla udržena terapeutická hladina léku v krvi (O'Connor a Aranda, 2005). Posledním bodem „perorálně“ je charakterizována preferovaná cesta podání léku (O'Connor a Aranda, 2005).

Vedle farmakologické léčby bolesti by se nemělo zapomínat ani na kognitivně-behaviorální přístup, který dokáže ovlivnit vnímání bolesti (O'Connor a Aranda, 2005) pomocí psychoterapie (Křivohlavý, 2002).

1.5.2 Dušnost

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007) a její závažnost nelze vždy zcela objektivně posoudit (O'Connor a Aranda, 2005). V terminální fázi nemoci se dušnost objevuje až u 80 % klientů (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Spolu s bolestí se jedná o jeden z nejnepříjemnějších příznaků, protože je přímo spojen s obavou o vlastní život (Marková, 2010). Dušnost může být vyvolána jak fyziologickými problémy, tak i problémy psychickými (O'Connor a Aranda, 2005). Tudíž i klient, u něž měření saturace kyslíku nevykazuje sníženou hodnotu a u něž poslechově nejsou zjištěny žádné patologické fenomény, může trpět dušností (Marková, 2010). O'Connor a Aranda (2005) popisují tři modely dušnosti, kterými jsou fyziologicko/neurální, biopsychosociální a integrovaný model. První zmíněný model souvisí s fyziologickými problémy, jež ovlivňují samotné dýchání. V rámci jejich terapie se využívá výhradně farmakologická léčba (O'Connor a Aranda, 2005). Biopsychosociální model, jak již samotný název napovídá, souvisí nejen s fyziologickými problémy, ale i se schopností klienta vyrovnat se s psychickými obtížemi (O'Connor a Aranda, 2005). Při léčbě tohoto typu dušnosti se uplatňují kognitivně-behaviorální metody (O'Connor a Aranda, 2005). Integrovaný model snoubí oba dva předchozí modely a chápe jejich příčiny jako celek (O'Connor a Aranda, 2005). Marková (2010) uvádí, že nejdůležitější je pracovat s úzkostí klienta. V mnoha případech stačí klienta slovně uklidnit, zajistit přísun čerstvého vzduchu a pomoci klientovi zaujmout vhodnou polohu (Marková, 2010). Je-li dušnost projevem fyzického

problému, například srdečního selhávání, je důležité včas podat vhodná farmaka (Marková, 2010). Stejně jako bolest, tak i dušnost lze hodnotit a měřit například podle Cornera a O'Driscolla (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007).

1.5.3 Nauzea a zvracení

Nauzea neboli nevolnost je definována jako subjektivní pocit, který je často provázen bledostí, pocením a tachykardií (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Zvracení, které velmi často provází nevolnost, je charakterizováno jako vypuzení žaludečního obsahu (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007).

O'Connor a Aranda (2005) uvádí, že s nevolností a zvracením se potýká až 60 % klientů v terminálním stadiu onemocnění a jsou jednou z hlavních příčin snížení kvality života u těchto klientů.

Příčin zvracení a nevolnosti může být několik, jmenovat lze chemické a viscerální příčiny, poruchy vestibulárního ústrojí nebo centrální nervové soustavy (dále CNS) (O'Connor a Aranda, 2005). Mezi příčiny chemické patří například nevolnosti vyvolané různými léky, metabolické poruchy či toxické stavy (O'Connor a Aranda, 2005). Viscerálními příčinami jsou například záněty, obstrukce či mechanické příčiny (O'Connor a Aranda, 2005). Vychází-li nevolnosti a zvracení z CNS nebo z vestibulárního ústrojí, jsou nejčastějšími příčinami fyzické či psychické podněty, například zvracení po chemoterapii, migréna nebo zvýšený nitrolební tlak (O'Connor a Aranda, 2005).

Aby bylo možné zjistit příčinu vzniku nevolnosti a zvracení, je nutné odebrat kvalitní anamnézu od klienta, například pokud klient zvrací bez nevolnosti, příčinou může být zvýšený intrakraniální tlak (O'Connor a Aranda, 2005). Krom odebrání anamnézy od klienta, by měla být také zkontrolována medikace, protože nevolnost a zvracení mohou být vedlejším účinkem některých léků (O'Connor a Aranda, 2005).

Pokud klient trpí nevolnostmi a zvracením, je vhodné před přistoupením k farmakologickému řešení zvážit úpravu jídelníčku a prostředí (O'Connor a Aranda, 2005). O'Connor a Aranda (2005) uvádějí například vynechání tučných a smažených jídel a vyvarování se místům, kde se jídlo připravuje. Dále je možno využít alternativní postupy, například aromaterapii v podobě pepermintového aroma (O'Connor a Aranda, 2005). Jestliže je nefarmakologická léčba neúčinná, je vhodné podávat klientovi prokinetika (např. Degan), která podporují motilitu žaludku a střeva, zároveň ovšem nejsou vhodná u klientů se střevní obstrukcí (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Další

možností jsou antipsychotika (např. Haloperidol, Toretan), která způsobují blokádu dopaminových receptorů. Pokud je příčina nevolnosti a zvracení v centrálním nervovém systému, je vhodné uvažovat o podání tzv. setronů (např. Zofran), jejichž hlavní využití je při akutním zvracení provázejícím chemoterapii či radioterapii.

1.5.4 Problémy v oblasti výživy a hydratace

Výživa představuje významnou roli nejen pro fyzickou, ale i psychickou pohodu klienta (Neno, Aveyard a Heath, 2008). Klient v terminálním stavu velmi často trpí nechutenstvím, které při dlouhodobém trvání vede až ke kachexii (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Z výzkumů vyplývá, že malnutricí v terminálním stavu trpí až 80 % nemocných (O'Connor a Aranda, 2005). Nedostatečný příjem živin lze řešit dvěma základními postupy, kterými jsou nutriční a farmakologický přístup (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). V případě nutričního přístupu se jedná o snahu navýšení energetického příjmu klienta. V druhém případě se přistupuje k podávání farmak za účelem odstranění nevolnosti a zvracení (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Příklad příjem stravy u klienta v paliativní péči (a nejen v ní) je velmi silně ovlivněn právě nevolností a bolestí, ale také například špatnou hygienou dutiny ústní (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007).

Prioritním řešením poruch výživy u klienta v terminálním stavu by mělo být zajištění dostatečného perorálního příjmu (Grofová, 2007). Vhodné je klientovi podávat vysokoenergetickou stravu v malých porcích a v častějších intervalech (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). K podpoře výživy také přispívá esteticky servírované jídlo v libivém prostředí (Vorlíček, Adam, a Pospíšilová, 2004). Pokud se klient nachází ve stavu, kdy již není schopen přijímat tuhou stravu, přistupuje se ke kašovitě dietě, která je ovšem často jednotvárná a neestetická (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Další možností perorálního příjmu je tekutá strava, která je z hlediska stravitelnosti nejméně náročná (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Pro zvýšení energetického příjmu lze též využít prefabrikované farmaceutické přípravky s vysokým obsahem živin (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Tyto přípravky je vhodné podávat klientovi mezi jídly formou tzv. sippingu, tedy popíjení v malých dávkách (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007).

Není-li možné již udržovat stav výživy perorální cestou, přistupuje se k enterální výživě pomocí sond, buď nazogastrické nebo nazojejunální (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Má-li klient zavedenou nasogastrickou sondu, lze touto cestou podávat běžnou tekutou kuchyňskou stravu. Ovšem pokud je u klienta zavedena sonda nazojejunální, lze touto

cestou podávat pouze sterilní farmaceutické přípravky, které se připravují podle potřeby klienta (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

Toto řešení ovšem není dlouhodobé, a proto se zpravidla po čase přistupuje k vytvoření perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Je-li u klienta nemožné podávat stravu enterálně, lze přistoupit k parenterální výživě (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007).

Častým problémem u klientů v terminálním stavu je úroveň hydratace, která je v současné době velmi diskutovaná a řada odborníků se v názorech na toto téma rozchází (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Dlouhodobě převládá názor, že intravenózní příjem tekutin v paliativní péči, je minimálním standardem péče, ačkoli mnohé studie dokazují, že mírná dehydratace v poslední fázi života přináší jisté výhody (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Deficit tekutin má řadu příznaků od pocitu sucha v ústech a žízně až po stavy zmatenosti a selhávání ledvin (viz příloha 4) (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Avšak řada odborníků zastává názor, že u umírajícího lze tolerovat lehkou dehydrataci, která může vést ke zmírnění otoků, dušnosti či sníženému vnímání utrpení a bolesti (viz příloha 5) (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

1.5.5 Dekubity

World Union of Wound Healing Society (2016) charakterizuje dekubit takto: „*Dekubitus je lokalizované poranění kůže a/nebo podkožní tkáně nad kostním výčnělkem, způsobené tlakem nebo tlakem v kombinaci se střížnými silami*“. Vznik dekubitu ovlivňuje řada faktorů. Mezi vnější faktory patří například macerace kůže či nedostatečné polohování klienta a mezi faktory vnitřní například nedostatečná nutrice (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Predilekčními místy vzniku dekubitů jsou taková místa, kde se nalézá slabá tuková a svalová vrstva mezi kůží a kostí. Jmenovat lze například lokty, křížovou oblast, kotníky či paty (Mikula a Müllerová, 2008). Velmi častou komplikací dekubitů je bakteriální infekce (Anon, 2006). V paliativní péči se velmi využívá metoda vlhkého hojení, někdy též označované jako hojení fázové (Mikula a Müllerová, 2008). V první fázi je snaha o odstranění nekrotické tkáně a vyčištění rány, ve druhé fázi je důležité odstranit infekci pomocí antiseptických roztoků (např. Betadine) nebo aktivního stříbra (Mikula a Müllerová, 2008). Dále je důležité podpořit granulační a epitelizační fázi hojení (Mikula a Müllerová, 2008). U imobilního klienta by měl být pravidelně sledován stav pokožky (Deseases, 2006). V rámci prevence vzniku dekubitů by měla sestra klienta poučit o správném polohování či jej sama zajistit s využitím antidekubitních pomůcek (Anon, 2006).

1.6 Komunikace s umírajícím klientem a jeho rodinou

1.6.1 Komunikace s umírajícím

Komunikace s umírajícím patří mezi základní dovednosti sestry (Kelnarová, 2007). Je nepostradatelnou součástí péče nejen o umírajícího, ale také o jeho rodinu (Kutnohorská, 2007). Sestra a spolu s ní i další ošetrovatelský personál by měl respektovat několik zásad v komunikaci s umírajícím (Kelnarová, 2007). Mezi tyto zásady patří především nenutit umírajícího hovořit o blížící se smrti (Kelnarová, 2007), naopak by měla sestra vyčkat, až o tomto tématu začne klient hovořit sám (Křivohlavý, 2002). Dále platí zásada, že by sestra měla klientovi sdělovat pravdivé informace, samozřejmě však nesmí zapomínat na fakt, že informace o zdravotním stavu smí sdělovat pouze lékař (Kelnarová, 2007). Sestra také nesmí zapomínat na skutečnost, že umírající, stejně jako každý člověk, potřebuje, aby mu bylo nasloucháno (Kutnohorská, 2007). Klienta by měla sestra nechat hovořit o svých pocitech a potřebách (Kelnarová, 2007). Při rozhovoru s klientem by měla sestra pečlivě volit slova (Kelnarová, 2007). Mezi další zásady patří ujištění klienta, že nebude trpět nesnesitelnými bolestmi (Kelnarová, 2007), a také velmi často opomíjená zásada, jednat i s umírajícím až do poslední chvíle jako se svéprávnou lidskou bytostí (Kutnohorská, 2007). Ošetřující personál si musí uvědomit, že i když klient prochází stavem agónie, vnímá, co se kolem něj a s ním děje (Svatošová, 1995).

V komunikaci s umírajícím obecně platí, že haptika je v rozhovoru mnohem důležitější, než samotný jeho obsah (Křivohlavý, 2002).

Často se setkáváme s tím, že umírající ztrácí kontakt s naší realitou a vytváří si svou vlastní (Umírání.cz, 2015). Zdravotnický personál by měl rodinu o tomto faktu informovat, aby se v důsledku této skutečnosti necítila klientem odmítána a ignorována (Umírání.cz, 2015). Zdravotnický personál ani rodina by neměli klientovi tuto jeho novou realitu vymlouvat, naopak je vhodné se do ní zapojit (Umírání.cz, 2015).

Venglářová a Mahrová (2006) ve své publikaci zmiňují vhodné postupy při komunikaci s umírajícím v jednotlivých fázích dle Kübler-Ross. V první fázi je zásadní dostatek času na navázání kontaktu s klientem a získání si jeho důvěry (Venglářová a Mahrová, 2006). Ve fázi hněvu je důležité klienta nenapomínat a nepohoršovat se nad jeho chováním (Venglářová a Mahrová, 2006). Ve třetí fázi, kdy klient smlouvá, je důležité být trpělivý a klienta motivovat v terapii (Venglářová a Mahrová, 2006). V průběhu čtvrté fáze, kdy nastupuje smutek a deprese, by měl zdravotnický personál klientovi

naslouchat a podporovat ho, zároveň také nesmí zapomenout na komunikaci s rodinou (Venglářová a Mahrová, 2006). V poslední fázi pak Venglářová a Mahrová (2006) vyzdvihují především neverbální podporu a pomoc pozůstalým.

1.6.2 Komunikace s pozůstalými

Při komunikaci s pozůstalými je velmi důležitý empatický a vstřícný přístup personálu. Mezi hlavní zásady patří ujištění truchlícího, že jeho pocity jsou zcela normální a přirozené (Ludáčková, Huneš a Špatenková, 2013). V publikaci Průvodce časem zármutku (Ludáčková, Huneš a Špatenková, 2013) jsou shrnuty zásady pro komunikaci s pozůstalými, mezi které patří především citlivý a trpělivý přístup, aktivní naslouchání, vyhnutí se eufemismům, sdělení okolností úmrtí, respektování způsobu zármutku, umožnění rozloučení se se zesnulým a také nabídnutí odborné pomoci je-li to třeba.

V téže publikaci je též shrnuto, co pozůstalým za žádných okolností neříkat (Ludáčková, Huneš a Špatenková, 2013). Mezi nevhodné fráze patří například „Chce to čas.“, „Nesmíš si to tak brát.“, „Přestaň plakat, děláš si to jen horší.“ nebo „Vím přesně, jak se cítíš.“ (Ludáčková, Huneš a Špatenková, 2013). Naopak vhodné je pozůstalým říci „Je mi to moc líto.“, „Jak se cítíš?“, „Chceš o tom mluvit?“ nebo „Nevím, co na to říct.“ (Ludáčková, Huneš a Špatenková, 2013).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zmapovat roli sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o umírajícího klienta v domově pro seniory?
2. Jaké jsou specifické potřeby umírajícího klienta v domově pro seniory?
3. Jaká jsou specifika komunikace s umírajícím klientem v domově pro seniory?
4. Jak probíhá spolupráce sestry a rodiny umírajícího klienta v domově pro seniory?
5. Jaký je přístup sester k péči o umírajícího klienta v domově pro seniory?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru, který byl proveden se 7 všeobecnými sestrami ve 3 domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

Všeobecné sestry byly informovány, že se jedná o zcela anonymní šetření a zjištěné informace budou využity pouze za účelem vypracování bakalářské práce. Dále byly všeobecné sestry seznámeny s tématem a empirickým cílem této práce. Rozhovor se skládal ze 24 otázek, které byly v některých případech doplněny otázkami doplňujícími. Rozhovor byl rozčleněn na 6 hlavních částí – identifikační údaje, specifika péče, potřeby umírajícího klienta, komunikace s umírajícím klientem, spolupráce s rodinou a přístup sester.

První část rozhovoru obsahovala identifikační údaje jednotlivých informantek. Druhá část byla zaměřena na zjištění specifik péče o umírajícího v domově pro seniory. V rámci této části byly všeobecné sestry dotazovány, jakých rozdílů a problémů si všímají při péči o umírajícího klienta. Dále, co považují za nejobtížnější v rámci této péče a čemu u umírajícího klienta věnují největší pozornost. Třetí část rozhovoru obsahovala otázky týkající se potřeb u umírajícího klienta a zda si sestry všímají také některých potřeb specifických. Čtvrtá část rozhovoru měla prozkoumat specifika komunikace s umírajícím klientem v domově pro seniory. V této části rozhovoru byly sestry dotazovány především na to, co je při rozhovoru s umírajícím prioritní, obtížné a kolik času věnují komunikaci s umírajícím. V páté části rozhovoru byly pokládány otázky zaměřené na spolupráci rodiny a sester pečujících o tohoto klienta. Zejména se otázky týkaly zapojení rodiny klienta do péče, na problémů souvisejících se spoluprací a na přípravy rodiny na klientovo úmrtí. Poslední šestá část rozhovoru vznikla při samotné přípravě otázek, kdy vyvstala též další výzkumná otázka zaměřená na samotný přístup sester k péči o umírajícího klienta v domově pro seniory. Otázky byly zaměřeny především na objasnění, jakým způsobem se sestry staví ke zhoršení stavu umírajícího klienta, dále jak péči o takového klienta zvládají a co jim při péči pomáhá.

Pět rozhovorů z celkových sedmi bylo prováděno na denních místnostech dotazovaných sester za pomoci nahrávacího zařízení. Audio záznam byl následně přepsán do písemné podoby a očištěn od vycpávkových slov. Zbývající dva rozhovory byly zaznamenány

písemnou formou. Přepsané rozhovory byly dále kategorizovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“.

Výzkumné šetření proběhlo v období března až dubna 2016.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří všeobecné sestry pracující v domově pro seniory, které byly vybrány na základě záměrného kritériálního výběru. Rozhodující roli hrála tyto tři kritéria: klasifikace všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, platné registrace dle stejného zákona a výkon povolání všeobecné sestry v domově pro seniory v době provádění výzkumného šetření. Výzkumný soubor byl složen ze sedmi všeobecných sester, které vykonávali profesy všeobecné sestry dle výše uvedených kritérií ve třech domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

Vždy před zahájením rozhovoru se tazatel představil, uvedl podrobnosti výzkumu a ubezpečil informantky o plné anonymitě prováděných rozhovorů současně s tím, že jejich odpovědi nebudou nikterak použity proti jejich osobě. Také byly informantky seznámeny s možností odmítnutí rozhovoru či odmítnutím odpovědět na jakoukoli z položených otázek.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1 – Identifikační údaje

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Věk	54 let	47 let	45let	48 let	46 let	54 let	23 let
Pohlaví	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena
Vzdělání	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	VŠ
Délka praxe	35 let	24 let	27 let	24 let	25 let	35 let	10 měsíců
Praxe v DPS	10 let	14 let	7 let	9 let	12 let	20 let	10 měsíců

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 je shrnutím identifikačních údajů výzkumného souboru. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 7 žen ve věku od 23 let do 54 let. Nejvyšší dosažené vzdělání informantů bylo v šesti případech středoškolské, v jednom případě vysokoškolské bakalářské. Délka praxe všeobecné sestry v libovolném oboru byla od 10 měsíců do 35 let. Délka výkonu profese všeobecné sestry v domově pro seniory se pohybovala od 10 měsíců do 20 let.

4.2 Kategorizace získaných dat

Stručný přehled jednotlivých kategorií

Kategorie 1 – Specifika péče

Kategorie 2 – Potřeby klienta

Kategorie 3 – Ošetřovatelské problémy

Kategorie 4 – Bolest

Kategorie 5 – Výživa a hydratace

Kategorie 6 – Prevence vzniku dekubitů

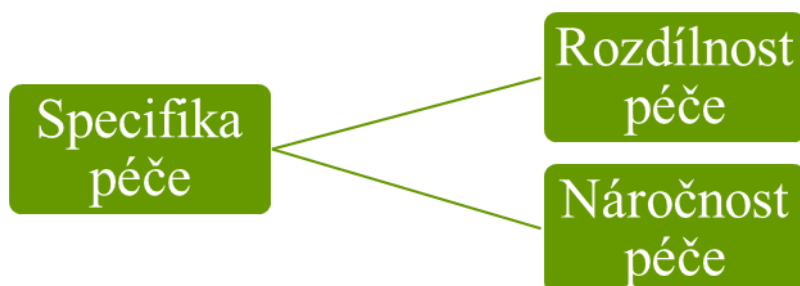
Kategorie 7 – Sociální kontakt a komunikace s klientem

Kategorie 8 – Spolupráce s rodinou

Kategorie 9 – Přístup sester

Kategorie 1 – Specifika péče

Diagram: Specifika péče



Kategorie „Specifika péče“ je zaměřena na zmapování rozdílů a obtížnosti v péči o klienta v terminálním stavu v domově pro seniory z pohledu sestry. Tato kategorie se skládá ze dvou podkategorií.

Rozdílnost péče

Dotazované všeobecné sestry, kromě S2, vidí hlavní rozdíl v častějších návštěvách u těchto klientů. Informantka S2 řekla, že rozdíl vidí: „*V přístupu toho personálu, který by tam měl být jiný než u těch ostatních klientů.*“. Informantka S3 dodala: „*Pak je tam určitě jiná výživa, hygienická péče a polohování.*“. Na dotaz, čemu věnují největší pozornost při ošetřování těchto klientů všechny všeobecné sestry, až na S1 a S5, odpověděly, že pozornost věnují především bolesti. Informantky S5 spolu se S3 uvedly, že věnují pozornost tomu, aby se klient necítil osamocený. Informantka S1 na tuto otázku odpověděla: „*Především tomu, aby se nám neproleželi, měli dostatek tekutin a byla u nich řádná hygiena, abychom předešli různým infekcím a ostatním komplikacím. Pozornost se musí věnovat celému tomu klientovi, od hlavy až k patě.*“.

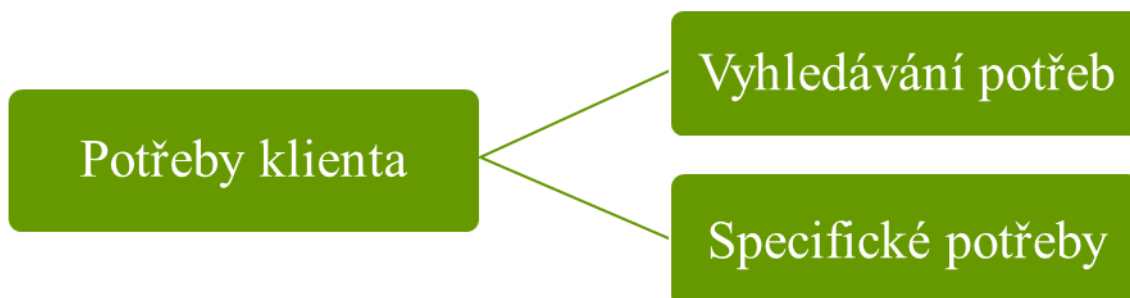
Náročnost péče

Všechny dotazované všeobecné sestry udávají, že péče o umírajícího klienta v domově pro seniory je fyzicky a psychicky náročnější než péče o ostatní klienty. Na otázku, co je podle nich nejobtížnější v péči o umírajícího klienta v domově pro seniory se S2, S3 a S6 shodují, že je pro ně nejobtížnější vyrovnat se s faktem, že klient umírá. Informantka S1 uvedla: „*Spíš, než péče o toho klienta je obtížná péče o tu rodinu, která k tomu patří, samozřejmě.*“, shodně odpověděla i informantka S5 s vysvětlením: „*...protože tu péči děláte tak nějak automaticky a zvyknete si na ní.*“. Na téže otázce informantka S7

odpověděla: „*Dívat se na něj stále jako na lidskou bytost, a nejen jako na tělo, o které je třeba se starat.*“

Kategorie 2 – Potřeby klienta

Diagram: Potřeby klienta



Kategorie „Potřeby klienta“ je zaměřena na zmapování vyhledávání potřeb všeobecnými sestrami u klientů v terminálním stavu v domově pro seniory. Tato kategorie se skládá ze dvou podkategorií.

Vyhledávání potřeb

Na dotaz, jak jsou vyhledávány potřeby umírajícího klienta v domově pro seniory, odpověděly všeobecné sestry, až na informantku S2, že potřeby vyhledávají na základě znalosti klienta. Informantka S2 na tuto otázku odpověděla: „*Jestliže reaguje, tak podle jeho reakcí...*“, s tímto tvrzením souhlasí i S4. Shodně udávají informantky S1, S4, S6 a S7, že potřeby vyhledávají přímo rozhovorem s klientem. Informantka S1 dodává: „*Pak je pro nás důležitý rozhovor s klientem a jeho rodinou.*“. Dále S1 a S5 udávají, že při vyhledávání potřeb klienta využívají individuální plány péče. Informantka S3 též uvedla: „*Tak to určitě už taky zkušenostmi...*“.

Specifické potřeby

Na otázku, jakých specifických potřeb si u klientů v terminálním stavu všímají, odpověděly informantky S1, S2, S3 a S4, že si žádných specifických potřeb nevšímají. Jako specifickou potřebu těchto klientů uvádějí informantky S2, S6 a S7 potřebu klidného prostředí. S1 uvádí: „*Možná je u nich větší touha být s rodinou a s lidmi, se kterými jim je dobře.*“. Podobně odpověděla informantka S2: „*Jediný, co potřebujou, je*

cítit, že nejsou sami.“. Na stejnou otázku odpověděla informantka S5 takto: „*Tak důležitý je u nich pokrýt bolesti...*“.

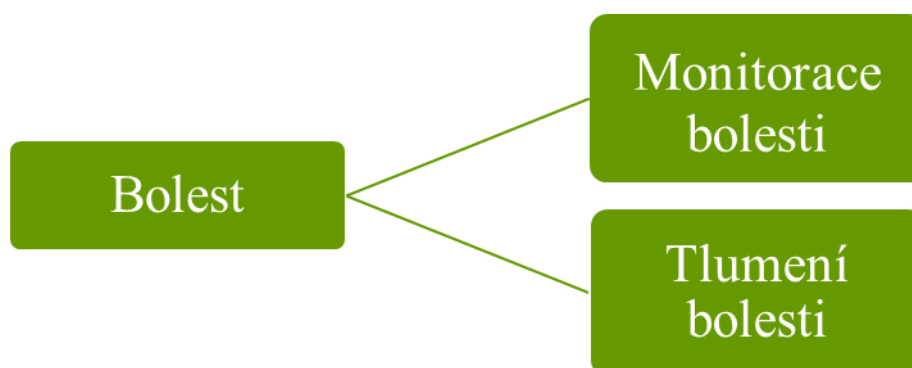
Kategorie 3 – Ošetrovatelské problémy

Tato kategorie je zaměřena na zmapování problémů, s nimiž se všeobecné sestry nejčastěji setkávají při péči o klienty v terminálním stavu v domově pro seniory.

Na otázku, s jakými ošetrovatelskými problémy se všeobecné sestry setkávají nejčastěji při péči o klienta v terminálním stavu, odpověděly informantky S2, S4 a S5, že nejčastějším problémem u těchto klientů je polohování v souvislosti s bolestí při pohybu. Jako problém vidí informantky S4, S6 a S7 nedostatečný příjem stravy u těchto klientů a S7 dodává: „*...ale z klientova hlediska to problém není, protože je to v tomto stavu přirozené...*“. Informantky S4, S6 a S7 se shodují, že problémem je zvracení. S7 k tomu dodává: „*Často trpí nauzeou...*“. Nedostatečný příjem tekutin vidí jako problém S4 a S7. K této otázce se S5 vyjádřila takto: „*Pak se hodně často objevují průjmy...*“. Dále informantka S3 uvádí: „*Tak většinou jsou to dekubity...*“ a s tímto tvrzením souhlasí též S4 a S6. Bolest jako problém uvádějí shodně S6 a S7. Informantka S1 odpověděla na tuto otázku: „*Nejčastěji se setkávám asi s infekcemi očí, ve kterých mívají často záněty.*“. Informantka S7 k otázce dodává: „*A dalším potenciálním rizikem je sociální izolace...*“

Kategorie 4 – Bolest

Diagram: Bolest



Tato kategorie je zaměřena na způsob monitorace a tlumení bolesti všeobecnými sestrami u klientů v terminálním stavu v domově pro seniory. Tato kategorie se skládá ze dvou podkategorií.

Monitorace bolesti

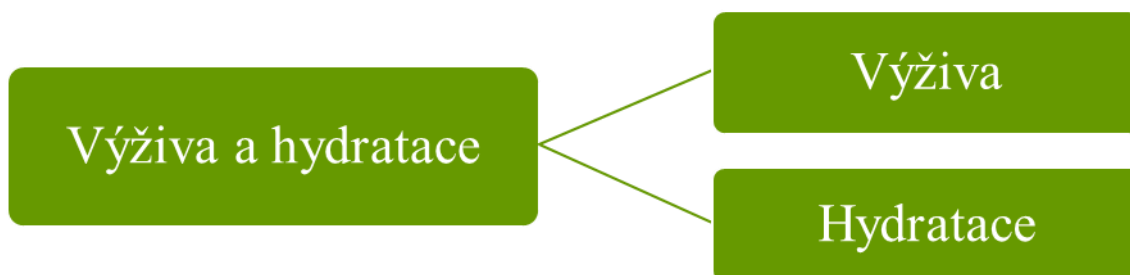
Všechny dotazované všeobecné sestry odpověděly, že bolest u klienta v terminálním stavu monitorují především podle jeho reakcí. Dále informantky, kromě S1, S2 a S5, uvedly, že se klientů dotazují na bolest. Informantka S6 též uvedla: „*U klientů v terminálním stavu bolesti předpokládáme.*“. Na stejnou otázku, tedy jak monitoruje bolest u klientů v terminálním stavu, informantka S1 odpověděla: „*Takže pochopitelně rukou, když ho štípneme, tak on reaguje víc nebo míň. Jinak to u těchto klientů nezjistíme.*“

Tlumení bolesti

Všechny všeobecné sestry účastníci se výzkumného šetření na otázku, jak tiší bolest u klienta v terminálním stavu, odpověděly, že podávají perorální analgetika. Všechny informantky, kromě S5, se též shodly, že aplikují opiátové náplasti. Informantky S4, S5 a S6 shodně uvádějí, že k tlumení bolesti využívají u klientů úlevové polohy. Dále informantky S5 a S6 shodně odpověděly, že bolest tiší pomocí masáží. Na tuto otázku informantka S5 odpověděla: „*Potom pan doktor... hodně taky využívá endorfinovou terapii.*“. Informantka S3 uvedla, že: „*Když mají opravdu velké bolesti, tak je posíláme do nemocnice...*“. Na doplňující otázku, zda využívá také nějaké alternativní způsoby tlumení bolesti, informantka S3 odpověděla: „*Mně alternativní medicína nic moc neříká, věřím na naši moderní medicínu, ta je nejúčinnější.*“, na rozdíl od S7, která na tuto doplňující otázku uvedla: „*Já se věnuju navíc aromaterapii, takže když mi zbyde čas navíc, v pokoji, kde je terminální klient, aplikuju esenciální oleje nebo byliny proti bolestem...*“

Kategorie 5 – Výživa a hydratace

Diagram: Výživa a hydratace



Tato kategorie je zaměřena na zmapování problémů v oblasti výživy a hydratace, se kterými se setkávají všeobecné sestry při péči o klienty v terminálním stavu v domově pro seniory. Skládá se ze dvou podkategorií.

Výživa

Všechny všeobecné sestry, kromě S1 a S5, uvádějí, že k monitoraci stavu výživy využívají vedení záznamů v dokumentaci klienta. Při monitoraci stavu výživy informantky S1, S5 a S7 uvedly, že dále využívají pravidelného vážení klienta.

Dotazované všeobecné sestry, kromě S1, se shodují, že problém s nedostatečnou výživou řeší pomocí nutridrinků. Dále informantky S3, S4, S6 a S7 uvádějí, že tento problém řeší změnou diety. Podávání doplňků stravy uvádějí jako řešení informantky S3, S4 a S7. Při řešení nedostatečné výživy se informantky S2 a S4 radí s nutričním terapeutem a S2 a S3 se radí s lékařem. Dále informantka S1 uvádí: „*Pokud nastane situace, kdy klient není schopný přijímat stravu ... ústy, tak má PEGa.*“. S5 také zmiňuje: „*Náš pan doktor to hodně pokrývá těma kapačkama a později sondama nebo PEGem.*“ Jako jedno z možných řešení uvedla S7: „*...dbáme na to, aby přijmul (klient) raději menší porce stravy v častějších intervalech.*“

Hydratace

Stejně jako při monitoraci stavu výživy všeobecné sestry uvedly, že při monitoraci stavu hydratace využívají záznamů v dokumentaci klienta. Informanty S1 a S5 uvádějí, že stav hydratace monitorují, kromě vedení dokumentace, také kontrolou kožního turgoru. Informantka S5 též uvedla: „*Pak vlastně vidím kvalitu, kvantitu moči. Jestli nemá*

vyschlý ústa.“. Informantky S5, S6 a S7 uvedly, že se snaží tekutiny klientům v terminálním stavu podávat primárně per os.

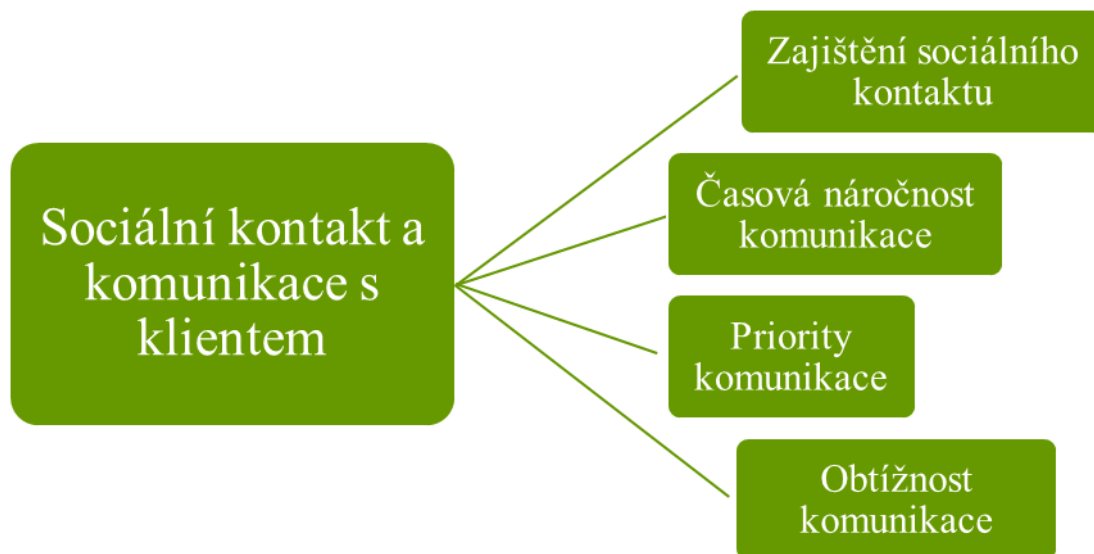
Kategorie 6 – Prevence vzniku dekubitů

Tato kategorie je zaměřena na zmapování preventivních postupů, jež všeobecné sestry uplatňují při prevenci vzniku dekubitů u klienta v terminálním stavu v domově pro seniory.

Jako prevenci vzniku dekubitů uvedly všechny všeobecné sestry polohování. Informantky S2, S3, S6 a S7 uvedly, že polohují každé dvě hodiny přes den a každé 4 hodiny v noci. Informantka S1 odpověděla na otázku, jak často klienty v terminálním stavu polohuje takto: *„Zpravidla každé tři hodiny, ale to záleží také na samotném klientovi.*“. Jako nejčastější pomůcky tyto sestry uvedly: antidekubitní matrace, klíny, hady, válce a botičky. Využití mikropolohování uvedly informantky S6 a S7. Dále všechny informantky, kromě S3, shodně uvedly, že využívají polohovací pomůcky. Jako prevenci vzniku dekubitů uvedly informantky S2, S3, S4 a S5 promazávání pokožky klientů. Informantky S6 a S7 odpověděly, že v rámci prevence vzniku dekubitů sledují stav pokožky klienta. Informantka S2 odpověděla: *„Masírujeme je...“*. V rámci otázky, jak předcházíte vzniku dekubitů u klienta v terminálním stavu, informantka S3 odpověděla: *„„Je to taky daný výživou, takže někomu potom dáváme ty nutridrinky a tam je potom znát, že se nám líp hojejí.“* a S5: *„No tak musíme sledovat za prvý hydrataci toho klienta, výživu, a i laboratorní výsledky...“*

Kategorie 7 – Sociální kontakt a komunikace s klientem

Diagram: Sociální kontakt a komunikace s klientem



Tato kategorie je zaměřena na zmapování zajištění sociálního kontaktu, časové náročnosti a obtížnosti komunikace s klientem v terminálním stavu v domově pro seniory. Tato kategorie je rozdělena na čtyři podkategorie.

Zajištění sociálního kontaktu

Všechny informantky účastníci se výzkumného šetření se shodují, že zajištění sociálního kontaktu u klienta v terminálním stavu je především iniciativou rodiny. Informantka S6 odpověděla: „*U nás jsou během dne naprosto neomezené návštěvy, rodina může za klientem přijít kdykoliv.*“. Jako způsob zajištění sociálního kontaktu u těchto klientů, uvedly informantky S1, S3 a S5 spolupráci se sociálními pracovníky a informantka S5 dodala: „*Zajišťuje ho ... klíčový pracovník., protože ten je tomu klientovi nejbliž z celého ošetrovatelského týmu.*“. Informantky S6 a S7 shodně odpověděly, že ke klientům v terminálním stavu může docházet pravidelně, a i mimo obvyklé návštěvy duchovní. Informantka S7 jako možnost zajištění sociálního kontaktu uvedla: „*...u těchto klientů využíváme služeb canisterapie.*“

Časová náročnost komunikace

Komunikace s klientem v terminálním stavu je individuální, jak uvádí informantky S6 a S7. Informantky S1, S5 a S7 se shodují, že s klientem komunikují při sesterských intervencích, i když klient už nekomunikuje. Informantka S7 uvedla: „*...s těmito klienty*

komunikuju převážně jen při některé sesterské intervenci, např. podávání léků...“. Dále informantky S4 a S7 uvedly, že se rozhovorům s těmito klienty věnují dle svých časových možností. Na doplňující otázku, zda si myslí, že má dostatek času věnovat se rozhovorům s klienty v terminálním stavu, informantka S4 odpověděla: *„NE! Jenže já s tím nemůžu moc udělat. Mám na starost celou stanici, takže se nemůžu věnovat jen tomu jednomu klientovi, i když bych chtěla.“.* Stejný názor zastává i informantka S4, která odpověděla: *„A pak, je to smutný, ale navíc já nemám čas.“.* Informantka S6 uvedla, že: *„Pokud nemám dostatek času a klient si přeje promluvit, pověřuju pracovníky v sociálních službách, aby se klientovi věnovali.“.* Komunikaci s klientem uzpůsobují stavu klienta informantky S3 a S7, S3 odpověděla: *„Záleží, jestli s vámi komunikují. Ale s náma už tady ti klienti v tom terminálním stavu moc nekomunikují.“.* Na otázku, kolik času věnuje rozhovorům s klientem v terminálním stavu, odpověděla informantka S2 takto: *„Víte co, ono je to jiný v hospici, kde ty lidi ještě jsou schopný komunikovat a u nás, kde ty lidi v terminálním stavu nekomunikují. Když to jde, tak s nimi mluvíme, ale jinak ne, protože to prostě nejde.“.*

Priority komunikace

Na otázku, co považují informantky při rozhovoru s klientem v terminálním stavu za prioritní, odpovídaly různě, ale všechny se shodly na tom, že klient je na prvním místě. Informantka S1 odpověděla takto: *„Abych tomu klientovi dala dostatek prostoru na to, aby se mohl vyjádřit. Někdy se ho zeptám i dvakrát. Nebo se ho snažím podpořit k reakci. Tak kejděte mi, jestli je to pravda! Jednoduše se s nimi snažím ten kontakt takto navodit, ale jde to těžko.“.* Jako prioritní při rozhovoru s klientem v terminálním stavu vidí soucítění s ním informantky S2 a S4. Dále informantka S2 uvádí: *„„Hodně důležitá je tam empatie.“.* S6 dále zmiňuje, že prioritní je: *„Úcta, pokora, snažit se plnit jeho přání, nedělat nic proti jeho vůli, nenutit ho mluvit o věcech, o kterých nechce, pokud to není nutné.“.* Informantka S4 shledává jako prioritní: *„...zavést rozhovor na dobu, kdy mu bylo ještě dobře.“.* Na otázku priority odpověděla informantka S7 takto: *„Pokud je to možné, tak se vždy snažím, aby mluvil spíše ten klient než já. Aby řekl, co si přeje, co potřebuje, jak se cítí, ale klidně aby i povyprávěl o něčem ze života.“.*

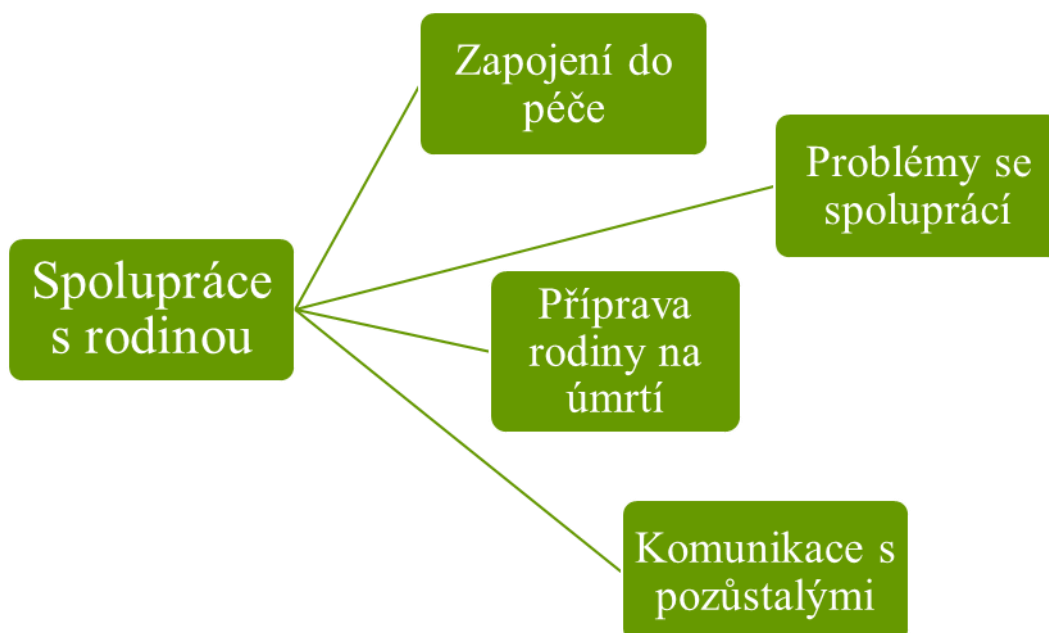
Obtížnost komunikace

Na otázku, co považují informantky za nejobtížnější při rozhovoru s klientem v terminálním stavu, odpověděly S1 a S2, že nejobtížnější je s klientem vůbec nějaký

kontakt navázat. Informantka S3 také dodává: „*Nějak se s ním rozloučit a říct mu, že umírá.*“. Informantky S4 a S5 shodně uvádějí, že nejobtížnější je klientovi sdělit pravdu. Na tuto otázku informantka S6 odpověděla: „*Být mu náležitou oporou. Nijak nebagatelizovat jeho problémy. Ač nám se nemusejí zdát závažné, pro něj mají nepředstavitelnou váhu. Můžeme si myslet, co chceme, ale nesmíme jeho problémy znevažovat.*“. Nalezení odvahy a dostatek trpělivosti považuje za obtížné informantka S7, která odpověděla takto: „*Najít odvalu s tímto klientem komunikovat, protože je to velmi psychicky náročné. A také být dostatečně trpělivý. Musíme si totiž uvědomit, že i když je klient stále ještě schopen komunikace, často má již zpomalené psychomotorické tempo a utváření slov a vět je pro něj často velmi obtížné.*“

Kategorie 8 – Spolupráce s rodinou

Diagram: Spolupráce s rodinou



Tato kategorie je zaměřena na zmapování problematiky spolupráce s rodinou klienta v terminálním stavu v domově pro seniory a na spolupráci s pozůstalými. Kategorie se skládá ze čtyř podkategorií.

Zapojení do péče

Na otázku, jakým způsobem sestry zapojují rodinu klienta v terminálním stavu do péče o něj, shodně odpověděly informantky S1, S3, S4 s S5, že zapojení do péče závisí na zájmu rodiny. Informantky S1, S2 a S6 uvedly, že se rodinu snaží motivovat k zapojení do péče o tohoto klienta. Informantka S6 zmínila, že: „Rodina klienta hraje v péči o umírajícího velkou roli, jsou ze strany domova pro seniory vyzýváni k častým návštěvám svého příbuzného, pokud je to možné.“. Ale informantka S1 zdůraznila: „...nemůžete rodině nařídít, aby sem chodila každý den.“. Jako podmínku přijetí do domova pro seniory uvedla informantka S7 aktivní přístup rodiny. Konkrétně odpověděla takto: „...pokud má klient funkční rodinu, tak ho již přijímáme do domova pro seniory s podmínkou, že se rodina musí o klienta aktivně zajímat.“. Pokud rodina jeví zájem o zapojení do péče o klienta v terminálním stavu, jsou dle informantek S4 a S7 zapojování do krmení tohoto klienta. Informantka S7 doplnila: „Pokud má rodina zájem se starat o příbuzného více, například krmit, starat se o pokožku, provést hygienu nebo jen pomáhat personálu při těchto činnostech, tak to vítáme, ale nebývá to zvykem.“

Problémy se spoluprací

Na dotaz, jaké spatřují problémy při spolupráci s rodinou klienta v terminálním stavu v domově pro seniory, odpověděly informantky S1 a S5, že problémy jsou individuální. Informantky S2, S4 a S6 se shodly, že nejčastějším problémem, je hledání viníka zhoršujícího se stavu nebo úmrtí jejich příbuzného mezi ošetřujícím personálem. Informantka S6 odpověděla s vysvětlením takto: *„Někdy se nám také stane, že rodina po zhoršení či úmrtí klienta vyjádří názor, že jsme něco zanedbali. Ale to je spíš odraz nastalé situace, kdy rodina není schopna a připravena přijmout fakt, že jejich blízký odchází.“*. Dále tato informantka uvádí: *„Bohužel jsou i tací, kteří vyloženě čekají na tu smrt, například kvůli dědictví. Je to hnusný takhle říct, ale bohužel je to tak.“*. Nedostatek času rodiny na návštěvy a zapojení se do péče vidí jako problém informantka S3. Informantka S7 uvedla, že se za svojí praxí s žádným problémem při spolupráci s rodinou klienta v terminálním stavu nesešla.

Příprava rodiny na úmrtí

V rámci rozhovoru byla informantkám položena otázka, jak se snaží připravit rodinu klienta v terminálním stavu na „konec“. Všechny informantky se shodly, že se rodinu snaží na úmrtí jejich příbuzného připravit hovorem o nastalé situaci. Informantka S1 uvedla: *„Snažíme se s nimi mluvit. Hlavně argumentujeme věkem jejich příbuzného. Vaší mamince je tolik a tolik.... Prostě přijde její čas.“*. Informantka S2 odpověděla, že: *„Myslím si, že tohle by ale měl dělat doktor. Já jako sestra nejsem oprávněná poskytovat komukoli informace o zdravotním stavu.“*. Dle informantky S4, se rodinu snaží na úmrtí příbuzného připravit sociální pracovník, v čemž se shoduje s informantkou S6, která odpověděla: *„Komunikaci s rodinou o umírání má na starosti naše sociální pracovnice, která rodině nabízí i jiné možnosti služeb pro umírající.“*. Shodně odpověděly informantky S6 a S7, že rodině nabízejí možnost hospicové péče v rámci mobilního hospice. Informantka S6 uvedla: *„Výhodou je, že u nás je mobilní hospic, takže pokud je rodina schopna a ochotna se v posledních chvílích o svého příbuzného starat v domácím prostředí, naše sociální pracovnice zprostředkovává kontakt s tímto mobilním hospicem.“*.

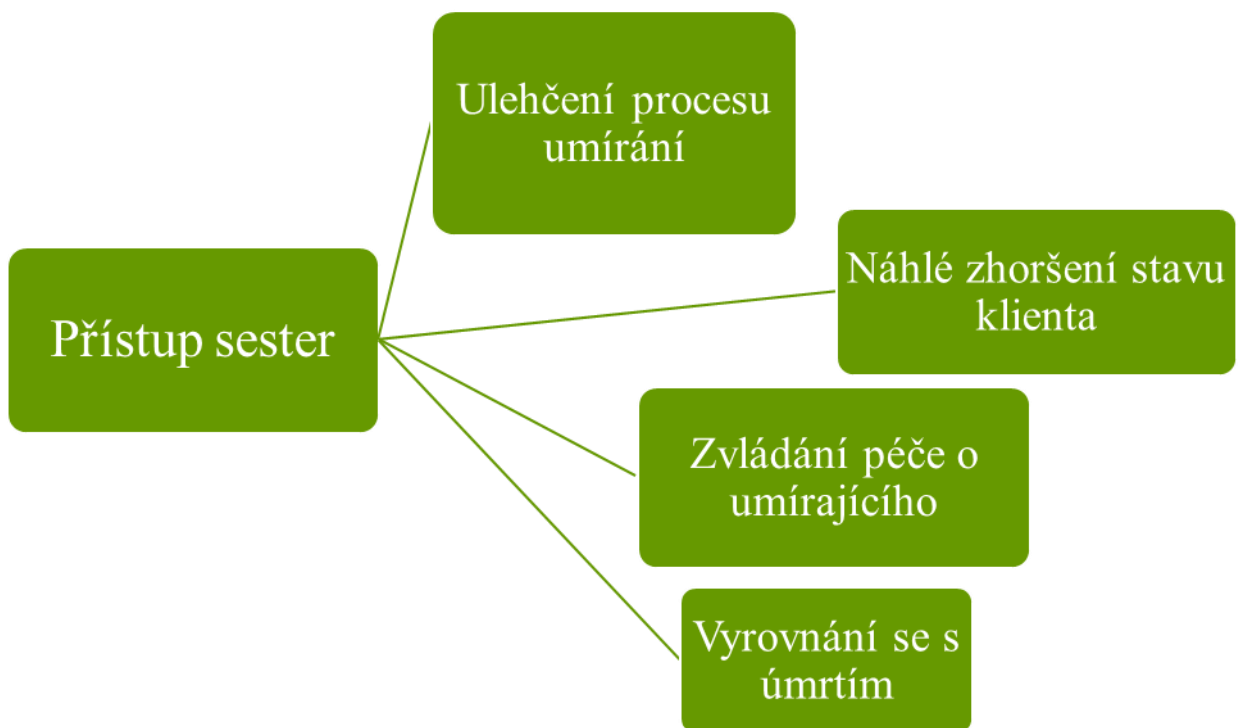
Komunikace s pozůstalými

Informantky na otázku, jak dále spolupracují s rodinou zemřelého klienta, shodně odpověděly, že komunikace s rodinou ve většině případů končí předáním osobních věcí

klienta a úmrtního listu. Informantka S4 dále uvedla, že: „*Pokud nebyla rodina přítomna té smrti přímo, tak je telefonicky přes kontaktní osobu kontaktujeme a nabídneme jim návštěvu u toho zemřelého, pokud mají zájem.*“. Stejně tak možnost rozloučení se s klientem po úmrtí uvedla informantka S5, která odpověděla: „*V první řadě se je snažíme uklidnit. Poradit jim, co mají v tu chvíli dělat. Aby byli se svými blízkými. Co jim jiného můžu říct taky. Nabídneme jim, že se můžou přijet rozloučit.*“. Na tento dotaz odpověděla informantka S1: „*...samozřejmě pak máte klienty, kteří vám byli bližší než ostatní, a i s tou rodinou máte lepší vztah. Takže tam někdy jdu i na pohřeb, protože svým způsobem už taky patřím do té rodiny.*“.

Kategorie 9 – Přístup sester

Diagram: Přístup sester



Tato kategorie je zaměřena na zmapování přístupu dotazovaných všeobecných sester v otázkách ulehčení procesu umírání a náhlého zhoršení zdravotního stavu klienta. Dále na zvládání péče o umírajícího a vyrovnání se s úmrtím. Kategorie je rozdělena na čtyři podkategorie.

Ulehčení procesu umírání

V rámci výzkumného šetření byla informantkám z řad všeobecných sester pracujících v domově pro seniory položena otázka, jakým způsobem přispívají k ulehčení procesu umírání u klienta v terminálním stavu. Informantka S1, S5 a S7 uvedly, že se snaží u klienta navodit psychickou pohodu. Dále informantky S2 a S7 odpověděly, že se snaží u klienta zajistit příjemné a klidné prostředí, informantka S7 uvedla, že: *„Jak jsem již zmínila, já se věnuji aromaterapii a tím si myslím, že určitě přispívám k ulehčení odchodu klienta. Nejen že aromaterapie má pozitivní vliv například na nevolnost či bolest, ale také navozuje příjemnou atmosféru a prostředí a tím kladně působí na psychiku klienta.“*. Informantky S5 a S6 též uvedly, že se snaží u klienta navodit domáckou atmosféru. Pro ulehčení procesu umírání je, dle informantek S1 a S4, důležité zajistit klientovi nemít bolesti. Informantky S2 a S4 shodně odpověděly, že jsou vhodné časté návštěvy rodiny. Na tuto otázku uvedla informantka S4, že k ulehčení procesu umírání přispívá plnění přání umírajícího klienta. Dále se informantky S6 a S7 shodly, že důležitý je v tomto ohledu přístup a jednání personálu, což svou odpovědí: *„Za mě a kolektiv v našem zařízení mohu říci, že rozhodně naším přístupem a jednáním s tímto klientem.“* dokládá informantka S6 i informantka S7, která odpověděla: *„A samozřejmě vlídným jednáním.“*. Pouze informantka S3 uvedla, že: *„Ono to ulehčit nejde. Každý se s tím vyrovnává po svém. A taky každý umírá jinak dlouho, někdo umírá den, někdo umírá tři dny. Takže to ulehčení tam není možný.“*

Náhlé zhoršení stavu klienta

Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu klienta v terminálním stavu, tak všechny informantky uvedly, že přivolávají rychlou záchrannou službu nebo jak uvedly informantky S1, S4, S5, S6 a S7 ošetřujícího lékaře, je-li přítomen. Informantka S1 odpověděla: *„...okamžitě kontaktujeme rodinu, že tedy došlo ke zhoršení stavu a kam jejich příbuzného vezeme a kontakt na oddělení.“*. Dále informantka S2 uvedla, že: *„...když vidíme, že jde o minuty, tak ho necháme v klidu dodýchat. Ale to je situace od situace. Někdy si tu záchranku netroufneme nezavolat. Je to hlavně na tý sestře, jaký má ona zkušenosti.“*. Informantka S3 odpověděla takto: *„Většinou je posíláme do nemocnice. I když posílat některý ty lidi do nemocnice, když je jim 98 a oni se pak vrátí třeba ještě k tomu s PEGem, tak je to takový spíš prodlužování života, který by třeba nechtěli už ani oni ani jejich příbuzný. Ale to je daný téma zákonama, který kolikrát těm lidem nedovolí zemřít důstojně. Když vidíte, že ten člověk umírá v klidu, nedusí se,*

nezvrací, nemá bolesti, tak proč ho nenechat odejít v klidu. Důstojně! Ale my se tím taky hodně chráníme, protože nikdy nevíte, jak zareaguje rodina.“. Dle informantky S6 záleží na tom, k jakému zhoršení stavu u klienta dojde. V případě úmrtí uvedla informantka S7, že přivolává koronera.

Zvládání péče o umírajícího

V rámci výzkumného šetření byly informantky dotazovány, jak si myslí, že zvládají péči o klienta v terminálním stavu. Informantky S1, S2, S4 uvedly, že péči o umírajícího klienta zvládají díky dlouholeté praxi. Dále informantky S3, S5 a S7 uvedly, že si myslí, že péči o umírajícího klienta zvládají dobře. Že péči o umírajícího klienta zvládá dobře v rámci kolektivu, uvedla informantka S6 ve své odpovědi: *„Myslím si, že díky pracovnímu kolektivu, zvládám tuto práci na adekvátní úrovni. Jsme tým a každý přispíváme svým dílem k dobré péči, bez nich by má práce nebyla úplná.“. Informantka S3 odpověděla: „...je potřeba to brát drobet jako práci a nezapojovat tolik city, protože to by vás odrovnalo. Takže já si myslím, že to zvládám dobře.“. Dále informantky S1 a S4 uvedly, že péče o umírajícího klienta v domově pro seniory jim nedělá takový problém, jako o umírajícího mladého člověka.*

Při rozhovorech byla položena otázka, co informantkám pomáhá zvládat péči o klienta v terminálním stavu. Na tuto otázku odpověděly všechny informantky, kromě S1, že jim pomáhá zvládat tuto práci dobré rodinné zázemí. Informantky S1 a S7 uvedly, že jim pomáhá jejich přesvědčení, informantka S1 odpověděla: *„Nejspíš moje přesvědčení, že i když ten člověk už nereaguje, tak že vnímá vaši přítomnost. On slyší váš hlas, ale neví, co mu říkáte. Cítí jen jestli ho to hřeje, nebo jestli je to odtahující. Tělo je jen schránka, a to co je potom, to jednou uvidíme všichni.“ a informantka S7: „Hodně mi také určité pomáhá mé přesvědčení, že vykonávám určité poslání. Zastávám názor, že v posledních chvílích života, by nikdo neměl být sám a já svou prací k tomuto jistou měrou přispívám. A toto vědomí mě vždy velmi povzbudí.“. Víru jako nápomocnou při své práci uvedla informantka S6, která odpověděla: *„...má víra. Věřím, že po smrti odchází lidé na lepší místo, kde je již pozemské strasti netrápí, že odchází k Pánu.“. Informantky S2 a S4 odpověděly, že je pro zvládání jejich práce důležitá relaxace. Informantka S5 zmínila: *„Tak každopádně jsou tu podmínky pro to...“.* Jako nápomocné při své práci informantka S3 považuje to, že se citově neangažuje a že: *„...je potřeba to brát drobet jako práci...“.***

Vyrovnaní se s úmrtím

Dále byly informantky dotazovány, jak se vyrovnávají s úmrtím klienta, o kterého se dlouhodobě staraly. Informantky S2 a S3 uvedly, že si to nijak nepřipouští. Informantky S4 a S5 odpověděly, že vzpomínají na hezké chvíle strávené s klientem. Díky kolektivu se s úmrtím klienta, o kterého pečovala delší dobu, vyrovnává informantka S6, které odpověděla následovně: *„Někdy jsou emoce silnější, ale v tu chvíli mám kolem sebe své kolegy a kolegyně, které mě podpoří. A to je nedocenitelné.“*. Na tuto otázku, tedy jak se vyrovnává s úmrtím klienta, o kterého se dlouhodobě starala, odpověděla informantka S7 takto: *„Někdy se mi stane, že úmrtí klienta, kterého jsme tu měli dlouho, obrečím. Ale vím, že je na lepším místě, kde už ho nic nebolí a je mu dobře. A myslím si, že je to dobře, takto vyjádřit své pocity, než je v sobě dusit. Nechci se stát tou sestrou, které je vše jedno.“*

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování role sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory. V empirické části této práce bylo stanoveno pět výzkumných otázek. První stanovená výzkumná otázka zněla: „*Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o umírajícího klienta v domově pro seniory?*“. Z rozhovorů vyplynulo, že péči o umírajícího klienta hodnotí informantky jako psychicky i fyzicky náročnější než péči o ostatní klienty. Například informantka S1 uvedla: „*Spíš, než péče o toho klienta je obtížná péče o tu rodinu, která k tomu patří, samozřejmě.*“, což potvrzuje také Kupka (2014) ve své publikaci v rámci, které uvádí, že se péče o umírajícího a jeho rodinu může pro pečujícího stát extrémní zátěží. To spolu s nedostatečným oceněním těchto sester ze strany, je dle našeho názoru hlavním problémem, proč tyto sestry často spějí k syndromu vyhoření. Z rozhovorů taktéž vyplynulo, že v rámci ošetrovatelské péče u umírajícího klienta je kladen důraz na monitoraci bolesti a následné její tlumení. Což je dle našeho názoru velmi důležité zjištění, protože bolest je nejčastějším symptomem provázejícím umírání, což potvrzuje i Kalvach et al. (2004). Zajímavé poznatky přinesla otázka, jakým způsobem je u těchto klientů bolest monitorována. Informantky se sice shodly na tom, že bolest monitorují dle reakcí klienta, ale například odpověď informantky S1 byla z našeho pohledu dosti zarážející. Informantka S1 na otázku, jak monitoruje bolest u klienta v terminálním stavu, odpověděla následovně: „*Takže pochopitelně rukou, když ho štípneme, tak on reaguje víc nebo míň. Jinak to u těchto klientů nezjistíme.*“. Štípnutí je bolestivým podnětem samo o sobě, ale jak vypovídá o stavu klienta, ptáme se. Štípnutí bolí každého a předpokládat na základě tohoto podnětu, že klient má bolesti, nám nepřijde jako vhodný způsob monitorace bolesti u kohokoli. Takovou odpověď jsme od vzdělané všeobecné sestry rozhodně neočekávali. V literatuře, například v publikaci *Pain management made incredibly easy* (Kolektiv autorů, 2003), je jako nejčastější hodnocení bolesti popisována vizuální analogová škála neboli VAS. Tu při monitoraci bolesti ale uvedla pouze S7. Přitom lze předpokládat, že o této technice se učí a učilo i na středních zdravotnických školách, tudíž vysokoškolské vzdělání této informantky nehraje žádnou roli. Též informantky S3 a S5 uvedly, že pozornost věnují psychickému stavu klienta, především pocitu osamění. To koresponduje i s tvrzením v publikaci Kupky (2014), že umírající má velmi často strach z toho, že v této těžké chvíli zůstane sám. Bohužel, jak vyplynulo z prováděného výzkumu, sestry v domově pro seniory často nemají na tyto klienty dostatek času a

pokud se tedy klientovi nevěnuje jeho rodina nebo jiný ošetrovatelský personál, tak klient tráví většinu času sám. To potvrzuje také informantka S4 svým výrokiem: „*Mám na starost celou stanici, takže se nemůžu věnovat jen tomu jednomu klientovi, i když bych chtěla.*“. Dále se tomuto problému budeme věnovat v rámci výzkumné otázky číslo 3. Specifická je u klienta v terminálním stavu také snaha o udržení výživy a hydratace. V této oblasti se však názory mnoha odborníků rozcházejí. Při řešení problému nedostatečné výživy u umírajícího klienta musíme vždy brát ohled na to, co je pro něj ještě prospěšné a co už je pouze umělé prodloužení života/utrpení. Důležité je si uvědomit, že výživa zde nehraje již roli léčebnou, ale jak zmiňuje například Grofová (2009), jedná se o způsob, jak umírajícímu klientovi umožnit důstojné prožití posledních chvil. Informantky se v rozhovorech zmínily, že nejvíc informací o stavu výživy jim přináší pravidelné vážení klientů. Důležitá je pro ně také spolupráce s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Při řešení problému s nedostatečnou výživou přistupuje většina informantek po konzultaci buď s lékařem nebo s nutričním terapeutem ke změně diety s cílem zachovat co nejdéle příjem per os. Pokud to stav klienta už dále neumožňuje, například z důvodu polykacích potíží, je další postup především na lékaři. Informantka S4 uvedla: *Náš pan doktor to hodně pokrývá téma kapačkama a později sondama nebo PEGem, ale to záleží na klientovi. My musíme mít jistotu, že ten klient neumře hladý, žízni.*“. Ano, my se musíme ujistit, že klient nebude trpět žízni a hladem, ale zapátrejme každý v sobě samém, chtěli bychom být vyživováni pomocí umělé výživy ve chvíli, kdy by to bylo pro nás jen dalším prodloužováním nekvalitního života? Řada odborníků má na zavádění nasogastrických sond a perkutánních endoskopických gastrostomií odlišný názor. Jedná se o poměrně dost diskutovaný etický problém, co ještě je pro klienta prospěšné a co už mu spíše přináší další utrpení. Celá problematika je ovšem velmi individuální a záleží na diagnóze, jež je klientovi stanovena a na uvážení lékaře, zda vidí v daném přístupu u klienta ještě přínos anebo ne. Například v článku *Jídlo a pití* (2015) informačního portálu Umirani.cz, který zaštiťuje mobilní hospic Cesta domů, se můžeme dočíst, že pro klienta umírajícího, je naprosto běžné odmítání stravy, neboť tělo už nevyžaduje takový energetický přísun jako dříve a je tedy nutné tento fakt pochopit. Zde je také představena myšlenka, se kterou se shodují též Vorlíček, Adam a Pospíšilová (2004) a to, že nadměrná snaha o hydrataci tohoto klienta například pomocí intravenózních infuzí, může mít v posledních dnech života nežádoucí účinky. Je důležité si uvědomit, že pomocí intravenózních infuzí sice hydratujeme tělo, ale pocit žízni tímto postupem nemírníme. Naopak,

budeme-li u umírajícího tlumit pocit žízně například pomocí ledových kostek, vyhneme se možným komplikacím souvisejících se zavedením intravenózní kanyly.

Na základě výše popsaného vyplývá, že předními specifiky péče u umírajícího klienta domova pro seniory je především zvýšená monitorace bolesti, která by přinášela zbytečné utrpení umírajícímu klientovi v již tak těžké chvíli. Specifická je také péče o výživu a hydrataci klienta, která s sebou nese řadu etických otázek. V neposlední řadě jsou v těchto zařízeních na sestry kladené velmi vysoké nároky nejenom fyzické, ale také psychické.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na potřeby umírajícího klienta v domově pro seniory a zněla takto: „**Jaké jsou specifické potřeby umírajícího klienta v domově pro seniory?**“. Je důležité si uvědomit, že potřeby tohoto klienta vycházejí především z bio-psycho-sociálního a spirituálního pojetí člověka. Jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce a jak také uvedly informantky, u klientů v terminálním stavu je prioritní potřebou nemít bolest, tedy potřeba v základu biologická. Ale tato potřeba nám ovlivňuje také další aspekty lidské osobnosti. Jak již bylo zmíněno výše, monitorace bolesti je základním předpokladem k zajištění této potřeby. Nyní se zaměříme na tišení bolesti. Informantky se shodly na tom, že farmakologický způsob tlumení bolesti je na ordinaci lékaře a nejčastěji jsou podávána perorální analgetika a opiátové náplasti. Což odpovídá také doporučení WHO znázorněného v analgetickém žebříčku (O'Connor a Aranda, 2005). Je ovšem vhodné zmínit také to, že bolest lze tlumit i pomocí nefarmakologických postupů, jak některé informantky zmínily. Například informantka S4 odpověděla: „*Já jako sestra se také můžu klientovi pokusit ulevit úlevovou polohou.*“. Nebo jak uvedla informantka S7: „*Já se věnuju navíc aromaterapii, takže když mi zbyde čas navíc, v pokoji, kde je terminální klient, aplikuju esenciální oleje nebo byliny proti bolestem...*“. Technika aromaterapie nám přišla velmi zajímavá, neboť se s ní v praxi příliš nesetkáváme. V publikaci *Pain management made incredibly easy* (Kolektiv autorů, 2003) se můžeme dočíst, že aromaterapie pozitivně působí komplexně na tělo i mysl, a že vhodnými esenciálními oleji při tlumení bolesti jsou například oleje z heřmánku, bazalky či levandule. Myslíme si, že tento alternativní způsob tlumení bolesti rozhodně stojí za vyzkoušení. Bohužel ne všechny sestry a lékaři jsou přístupni k těmto „moderním“ alternativním způsobům. Například informantka S3 uvedla: „*Mně alternativní medicína nic moc neříká, věřím na naši moderní medicínu, ta je neúčinnější.*“. Naše moderní medicína je možná účinná, ale rozhodně nevoní tak pěkně, jako levandule. A vrátíme-li se zpět do minulosti, tak užívání různých bylin bylo

stejně časté jako dnešní užívání léků. Možná se pomocí nich nepovedlo vyléčit rakovinu, ale prokazatelně dokázaly tišit bolest, což je v tomto případě důležité. V rozhovorech byla dále zmíněna potřeba sociálního kontaktu a potřeba nebýt sám, tyto potřeby byly již zmíněny v rámci předchozích výzkumných otázek.

Třetí výzkumná otázka byla stanovena takto: „***Jaká jsou specifika komunikace s umírajícím klientem v domově pro seniory?***“. Jak již bylo řečeno výše, komunikace s umírajícím klientem je pro sestry z důvodu časové vytíženosti velmi náročná. Informantky se shodly na tom, že s těmito klienty komunikují převážně při sesterských intervencích a pak, jak uvedla informantka S5: „...*je to smutný, ale navíc já nemám čas.*“. Bohužel, v tomto sestrám pracujícím v domovech pro seniory nemůžeme nic vyčítat. Je-li jedna sestra přidělena ke 30 klientům, o které se musí celý den či noc starat a do toho musí vypisovat dokumentaci jednak ošetřovatelskou, tak také dokumentaci pro pojišťovny, pro úřad sociální péče a tak dále, kde má vzít čas, aby se věnovala umírajícím? Kde? Nezabavíme-li sestru práce sekretářky, nikdy na toho klienta nebude mít tolik času, kolik by si klient zasloužil. Informantka S4 uvedla v rozhovoru: „*Mám na starost celou stanicí, takže se nemůžu věnovat jen tomu jednomu klientovi, i když bych chtěla.*“. Co ovšem nemůžeme některým informantkám z výzkumného souboru upřít, je obrovská snaha zajistit u klienta sociální kontakt. Všechny informantky shodně odpověděly, že sociální kontakt je zajišťován především prostřednictvím rodiny. Což je zcela jistě dobře, protože kdo jiný by měl být v takto těžkých chvílích nablízku než rodina? Problém ovšem nastává, když klient rodinu nemá nebo rodina nefunguje tak, jak by měla. V tom případě je pak opravdu klíčovým tzv. klíčový pracovník přidělený klientovi při nástupu do zařízení. Barker (2003) uvádí, že klíčový pracovník nejen že je odpovědný za koordinaci komplexní péče o klienta, ale má na starost také emocionální podporu. Jak bylo zmíněno výše, péče o umírajícího klienta je psychicky i fyzicky velmi náročná, a to platí i o komunikaci s umírajícím, která má svoje zásady, které by měly být dodržovány. Spoustu z těchto zásad netřeba ani zmiňovat, protože každý rozumný člověk s kouskem empatického citění dokáže vytušit, jak se v přítomnosti umírajícího chovat a vyjadřovat. Rozhodně k takovému přístupu nepatří zvyšování hlasu a vynucování si odpovědi, jak uvedla informantka S1, která při odpovědi na otázku, co považuje za prioritní při rozhovoru s umírajícím klientem názorně předvedla, jak se snaží kontakt navázat takto: „*Tak kejvněte mi, jestli je to pravda!*“. Přičemž zvedla hlas, a i výraz v obličejí nebyl zrovna přívětivý. Naopak informantka S6 vystihla zásady komunikace s umírajícím klientem velice přesně a shoduje se i s doporučením na

webových stránkách mobilního hospice Cesta domů (Cestadomu.cz, 2017). Její odpověď na otázku, co považuje při rozhovoru za prioritní odpověděla takto: „*Úcta, pokora, snažit se plnit jeho přání, nedělat nic proti jeho vůli, nenutit ho mluvit o věcech, o kterých nechce, pokud to není nutné.*“. Na druhou otázku týkající se komunikace, a sice co považuje za nejobtížnější zase odpověděla takto: „*Být mu náležitou oporou. Nijak nebagatelizovat jeho problémy. Ač nám se nemusejí zdát závažné, pro něj mají nepředstavitelnou váhu. Můžeme si myslet, co chceme, ale nesmíme jeho problémy znevažovat.*“. Toto uvědomění je dle našeho názoru zcela zásadní pro správnou komunikaci s umírajícím kdekoli, nejen v domově pro seniory. Co se týče otázky komunikace, bylo pro nás nepochopitelné vyjádření informantky S2: „*Víte co, ono je to jiný v hospici, kde ty lidi ještě jsou schopný komunikovat a u nás, kde ty lidi v terminálním stavu nekomunikují. Když to jde, tak s nimi mluvíme, ale jinak ne, protože to prostě nejde.*“. Souhlasíme, že v zařízení hospicového typu je komunikace určitě jiná než v domově pro seniory, už jen z důvodu, že v hospicích je poměr ošetřujícího personálu a klientů zcela jiný. Ale tvrzení, že v hospicích jsou klienti schopnější, nám přijde dosti mylné. Klient v terminálním stavu nemusí komunikovat ani v zařízení hospicového typu ani v domově pro seniory. To, že klient umírá zrovna v tomto zařízení není výmlouvou pro to, abychom s ním nekomunikovali, přestože není schopen zpětné vazby.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: „***Jak probíhá spolupráce sester a rodiny umírajícího klienta v domově pro seniory?***“. Že je přítomnost rodiny u umírajícího klienta důležitá, se shoduje nejen odborná literatura, ale také informantky z našeho výzkumu. Uvádí to například Svatošová (1998), která napsala, že rodina má nezastupitelné místo v ošetrovatelském týmu. My s tímto názorem plně souhlasíme. Některé informantky se ovšem shodly, že někdy je přítomnost rodiny i problémem. Například informantka S4 v rozhovoru uvedla: „*Někdy ta rodina nechce pochopit, že jejich maminka nebo tatínek už je ve věku, kdy je ta smrt nevyhnutelná a nechtějí je nechat odejít*“. Pokud rodina nechce nechat svého blízkého odejít a prosí ho, aby je neopouštěl, přitěžují nejen sobě, ale v první řadě samotnému umírajícímu. V publikaci *Průvodce v čase zármutku* (2013), kterou vydal hospic sv. Neumanna v Prachaticích je uvedeno, že pro rozloučení a propuštění z tohoto světa je vhodné, aby rodina a blízcí řekli umírajícímu například, že ho mají rádi, odpouštějí mu nebo o odpuštění žádají a nejdůležitější *můžeš odejít*. Toto svolení bývá často pro umírajícího velmi důležité. Dalším problémem, který odhalil náš výzkum, je prostý lidský hyenismus. Tento problém popsala informantka S4 při

rozhovoru takto: „*Bohužel jsou i tací, kteří vyloženě čekají na tu smrt, například kvůli dědictví.*“. Tento problém je velmi smutný, ovšem z pohledu sestry nejspíše neřešitelný. Jako nejčastější problém vyplynulo z našeho výzkumu obviňování sester a celého ošetrovatelského personálu ze zanedbání péče. Přitom, a to málo kdo ví, má každý právo v případě pochybnosti se obrátit na etickou komisi, která případné pochybení vyšetří (Grofová, 2009). Ovšem pro sestry může být toto obvinění jednak urážející, tak u nich může vyvolat pochybnosti, zda svojí práci odvádějí dobře. Z pohledu rodiny si ale myslíme, že je to zcela pochopitelné. Prochází těžkou životní situací a procházejí, stejně jako umírající, určitými fázemi truchlení. Tyto fáze jsou shodné s fázemi umírání dle Kübler-Rossové popsané v teoretické části bakalářské práce. Při spolupráci s rodinou umírajícího přichází též chvíle, kdy je očividné, že poslední chvíle se blíží. Jak rodinu připravit na nevyhnutelné? Výstižně to popsala informantka S5: „...*je to hrozně těžký a nejde se na to úplně připravit.*“. Myslíme, si, že snad každý, komu zemřela blízká osoba, s tímto tvrzením bude souhlasit. My víme, že náš milovaný umírá a konec se blíží, ale ví to naše racionální stránka. Tu emocionální část naší osobnosti na to nelze připravit. Můžeme zařídit pohřební službu, oblečení, pohřeb. Oceníme v tomto pomoci sester. Ale vyrovnat se s tím už musíme sami. Jak bylo popsáno výše, musíme zemřelému dovolit odejít a není pozdě si dovolit toto říci ani po skonu. Osvobozujeme, alespoň si myslíme, nejen umírajícího ale také sami sebe. V rámci této výzkumné otázky jsme se informantek ptali, jak spolupracují s rodinou zemřelého klienta. Odpovědi byly očekávané, přesto si myslíme, že by nebylo na škodu se nad touto problematikou zamyslet. Všechny informantky se shodly, že pro ně veškerá komunikace končí předáním úmrtního listu a osobních věcí rodině. Jak bylo již řečeno výše, sestra má velmi málo času se vůbec věnovat klientovi nad rámec ošetrovatelských intervencí natož se pak věnovat pozůstalým. Ale možná by nebylo od věci nabídnout rodině informace o možnosti využití například online poradny pro pozůstalé na stránkách hospicového hnutí Cesta domů. Na těchto stránkách nejen, že na dotazy odpovídají psychoterapeuti, kteří jsou schopni pomoci při vyrovnání se se ztrátou blízké osoby, tak také sociální pracovníci. Navíc si zde pozůstalí mohou také pohovořit mezi sebou a někdy i to je pomocí nad zlato.

Při kategorizaci rozhovorů se nám naskytla další zajímavá výzkumná otázka a to: „***Jaký je přístup sester k péči o umírajícího klienta v domově pro seniory?***“. Ačkoli je zákonem předepsané, že pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu u klienta v sociálním zařízení, je ošetřující personál povinen zajistit okamžitou lékařskou péči. I

přesto však některé informantky uvedly, že závisí na sestře, na jejích zkušenostech a z části také odvaze, zda lékařskou pomoc přivolá, nebo jestli dopřeje umírajícímu klientovi poklidný odchod bez zbytečného převážení či zákroků. Informantka S3 v rozhovoru uvedla: „*Když vidíte, že ten člověk umírá v klidu, nedusí se, nezvrací, nemá bolesti, tak proč ho nenechat odejít v klidu. Důstojně! Ale my se tím taky hodně chráníme, protože nikdy nevíte, jak zareaguje rodina.*“. Ano, sestra se přivoláním lékařské pomoci chrání před postihem, ale kdo potom chrání umírajícího před dalším trápením? Někdo může namítnout, že od toho jsou hospicová zařízení, ale není snad právem každého umírajícího umřít důstojně a bez prodlužování utrpení? Krásný příklad uvedla informantka S3: „*Měli jsme tu například paní, která nám upadla do hypoglykemie. My jsme samozřejmě volali rychlou a oni jí z toho dostali. Pak nám ta paní řekla, proč jsme jí nenechali jít. Že ona už ten konec cítila a chtěla odejít, ale my jsme jí nenechali, že nám to chtěla říct, ale nemohla. Byla z toho hodně smutná.*“. Tento jediný příklad vypovídá o mnohém. Podle našeho názoru by nebylo na škodu, kdyby měl klient možnost vyjádřit své přání nepřivolávat lékařskou pomoc, pokud dojde ke zhoršení stavu. Samozřejmě by muselo být vše právnicky ošetřeno. Ale pokud toto jde v hospicích, proč nedat tuto možnost také sociálním zařízením pro seniory? Bohužel hospiců je v naší republice stále málo, a ne vždy je možné, aby umírající klient z domova pro seniory byl umístěn do tohoto zařízení. Velkou roli zde hraje právě nedostatek těchto zařízení, kdy rodina není schopna následně dojíždět za svým blízkým. Dalším velmi zajímavým tématem, které by jistě vydalo na samostatnou práci, bylo, jak sestry přispívají k ulehčení umírání. Objevily se názory, že ulehčit tento proces nelze. Například informantka S3 na otázku, jak přispívá k ulehčení procesu umírání, odpověděla: „*Ono to ulehčit nejde. Každý se s tím vyrovnává po svém. A taky každý umírá jinak dlouho, někdo umírá den, někdo umírá tři dny. Takže to ulehčení tam není možné.*“. Ale také byla informantkami vyjádřena nemalá snaha o ulehčení. Z velké části ulehčení procesu umírání vychází z potřeb klienta. Ale například informantka S7 se k tomu tématu vyjádřila následovně: „*...já se věnuji aromaterapii a tím si myslím, že určitě přispívám k ulehčení odchodu klienta. Nejen že aromaterapie má pozitivní vliv například na nevolnost či bolest, ale také navozuje příjemnou atmosféru a prostředí a tím kladně působí na psychiku klienta.*“. A přesně o dobrý stav psychiky se sestry při péči o umírajícího klienta snaží. Je-li klient bez bolesti, nemá-li pocit žízně, hladu a ani jinak nestrádá, tak se může zaměřit na uspořádání svého života, své mysli. V této souvislosti je velmi příhodné, dle našeho názoru, zmínit citát, jenž zazněl v beletrickém

díle J. K. Rowlingové: „*Pro spořádanou mysl je smrt jen další velké dobrodružství.*“ Spořádaná mysl, to by mělo být cílem celého ulehčení umírání. Jak již bylo zmíněno výše, tak umírající potřebuje uzavřít kapitolu s názvem „Život“, aby mohl přijmout možné další dobrodružství, neboť nikdo z nás neví, co po smrti následuje. Zajímavý byl též dotaz, jak si sestry myslí, že práci o umírajícího klienta v domově pro seniory zvládají. Ačkoli z rozhovorů vyšlo najevo, že některé informantky mají určité mezery ve vzdělání, tak se všechny sestry hodnotily kladně. Zajímavé je, že pouze jedna informantka uvedla, že péči zvládá v rámci celého multidisciplinárního týmu. Informantka S6 odpověděla: „*Jsmo tým a každý přispíváme svým dílem k dobré péči, bez nich by má práce nebyla úplná.*“. Přitom bezesporu každá z informantek spolupracuje s celou řadou nejen svých kolegyně všeobecných sester, ale také s pracovníky sociální péče, ošetřovateli, lékaři, fyzioterapeuty a tak dále. Každý se zaslouhuje o důstojný odchod klienta a stejně tak by měl být každý z nich oceněn za tuto snahu. Další velmi zajímavou otázkou, která hodně ukázala, jaký mají sestry vztah ke své práci, byla otázka, co jim pomáhá zvládat péči o umírajícího. Odpovědi byly různé, ale přesto velmi podobné. Pro sestry byla důležitá jejich vlastní rodina, kde si mohly odpočinout a načerpat ztracené síly, aby se mohly další den, další směnu, věnovat naplno své práci. Velkou roli pro některé informantky při zvládání péče hraje také jejich víra a přesvědčení, že vykonávají jisté poslání. Některé naopak tuto práci berou prostě jen jako práci, kterou někdo dělat musí.

Že tato práce je velmi náročná na emoce, dokázala svým tvrzením informantka S7: „*Někdy se mi stane, že úmrtí klienta, kterého jsme tu měli dlouho, obrečím. Ale vím, že na lepším místě, kde už ho nic nebolí a je mu dobře. A myslím si, že je to dobře, takto vyjádřit své pocity, než je v sobě dusit.*“. Toto vyjádření koresponduje i s vyjádřením Markové (2010), že i sestra má nárok na to prožívat smrt klienta, o kterého se starala. Dát najevo své pocity není ostuda, je to známka toho, že nejsme jen prázdné skořápky. Marková (2010) také dále uvádí, že pro sestru, jenž se stará o umírajícího klienta je důležité, aby pracovala v dobrém kolektivu, a to se nejspíše poštěstilo také informantce S6, která řekla: „*Někdy jsou emoce silnější, ale v tu chvíli mám kolem sebe své kolegy a kolegyně, které mě podpoří. A to je nedocenitelné.*“. Ano, práce v dobrém kolektivu se správnými lidmi je velmi důležitá, ať už sestra pracuje na dětském oddělení nebo právě v domově pro seniory. Vždyť i v Bibli se praví: „*Lépe dvěma než jednomu, mají dobrou mzdu ze svého pachtění. Upadne-li jeden, druh jej zvedne. Běda samotnému, který upadne; pak nemá nikoho, kdo by ho zvedl.*“.

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „*Role sestry u umírajícího klienta v domově pro seniory*“ se zabývala problematikou péče o umírajícího klienta v domově pro seniory. Cílem této práce bylo zmapovat roli sestry při péči o tohoto klienta. V souvislosti s tímto cílem bylo stanoveno pět výzkumných otázek. Výzkumné otázky byly zaměřeny na to, jaká specifika vidí v péči o klienta v terminálním stavu a jakých specifických potřeb si sestra u tohoto klienta všímá. Dále byly zaměřeny na to, jak sestra s klientem v terminálním stavu komunikuje, jak spolupracuje s rodinou klienta a jaký má přístup k péči o klienta v terminálním stavu.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že některé sestry mají nedostatečné znalosti v některých oblastech péče o klienta v terminálním stavu. Dalším negativním zjištěním bylo, že sestry pracující v domově pro seniory nemají dostatek času věnovat se umírajícím klientům. Ačkoli tito klienti jednak vyžadují zvýšenou péči nejen o fyzické potřeby, ale především o potřeby psychické. Bohužel, tato situace se nezlepší, pokud nebude zákonem upraveno, kolik klientů může mít sestra v sociální sféře na starost, stejně jako je tomu v zařízení zdravotnickém. V nynější situaci bychom jako vhodné řešení viděli navýšení personální obsazenosti pracovníky v sociálních službách. Ale jak nejspíš všichni víme, velkou roli zde hrají finance. Čím více osob domov pro seniory zaměstná, tím více vyplatí na mzdách a tím dražší služba nakonec bude. Už teď někteří senioři nemají dostatečný příjem na to, aby si tuto službu mohli dovolit, pokud jim finančně nepomůže rodina.

Myslíme si, že v podmínkách domovů pro seniory tak, jak jsou nastaveny v dnešní době, je jen málo prostoru pro opravdu kvalitní doprovázení umírajících. Jako vhodné východisko vidíme ve spolupráci mezi domovy pro seniory a hospicovými zařízeními. Výhody by byly jistě na obou stranách. V domovech pro seniory by byli pouze klienti vyžadující pouze odlehčující služby a základní ošetrovatelskou péči, a naopak v hospicích by byli pouze klienti, pro které je toto zařízení primárně určené. V současnosti si spousta těchto zařízení totiž na svůj provoz vydělává také tzv. sociálními pobyty. Tyto pobyty často využívají právě senioři čekající na umístění v domově pro seniory. Dalo by se říci, že čekají, až někdo jiný umře, aby se pro něj udělalo místo. Proč umírající v domově pro seniory není tedy umístěn do hospice a klient sociálního pobytu v hospici naopak do domova pro seniory? Ulehčilo by se

oběma stranám. Přeci jenom domovy pro seniory nebyly primárně určené k zajištění důstojného umírání, ale především k zajištění důstojného života.

Co vidíme jako pozitivní, je uvědomění sester, že by se péče dala poskytovat i lépe, pokud by k tomu měli dostatečný prostor. Bohužel ten k tomu často nemají. Místo plnění klasických rolí sestry často plní roli sekretářky. Hodiny tráví u počítače vyplňováním dokumentů pro pojišťovny, místo aby se věnovali klientům. Často na plnění svých vlastních rolí v péči o blaho klienta a jeho rodiny díky roli sekretářky čas nemá. Ano, plní roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, ale ostatní role za ní často přejímají ostatní pracovníci. Což samozřejmě není chybou, sestra je členem multioborového týmu. Z výzkumu vyplývá, že sestra nemá dostatek času věnovat se rozhovorům s klientem a jeho rodinou. Jak má tedy potom naplnit svou roli edukátorky či obhájkyň? Tím, že nechá rodině lísteček s přáním, aby se zastavila u sociální pracovnice? Rozhodně ne. Také si myslíme, že k roli edukátorky často sestry v domovech pro seniory nemají ani dostatečnou kvalifikaci. Nechceme tímto říci, že by tyto sestry byly nevzdělané, samozřejmě dokáží poskytovat kvalitní informace k podpoře a udržení zdraví. Co tím chceme říci je, že těmto sestrám často chybí vzdělání v oblasti paliativní péče, které potřebují k tomu, aby jednak mohli rodině poskytovat cenné rady o tom, co mohou pro svého blízkého udělat a jak se mohou kvalitně zapojit do ošetrovatelského týmu, neboť nejen klient, ale i rodina by měla být jeho součástí. Také je toto vzdělání nutné k tomu, aby mohly kvalitně řídit ošetrovatelský proces u klienta v terminálním stavu. Čímž se dostáváme k další roli sestry, která v tomto případě nemůže být dostatečně naplněna. Sestra jako manažerka. V této roli má sestra zajišťovat koordinovanou a efektivní péči. Pokud nebude mít ucelené vědomosti o problematice paliativní péče, bude mít nejspíš problém navrhnout takový ošetrovatelský plán, který vychází z koncepce paliativní péče. Samozřejmě, někdo může namítnout, že sestra s třiceti lety praxe ví, co má a nemá dělat, ale stejně jako jde kupředu medicína, jde kupředu i ošetrovatelství. Máme spousty nových poznatků, jak ulehčit umírajícímu poslední měsíce i dny, tak proč je nevyužít. Další rolí je role sestry jako obhájkyň. Jak může tuto roli kvalitně naplňovat, když nemá dostatek času věnovat čas rozhovorům s klientem, aby mohla zjišťovat jeho potřeby a přání? Na základní úrovni jistě tuto roli splní, ale proč se spokojit s málem, když můžeme udělat daleko více? Základním pilířem této role je, alespoň si myslíme, zájem o klienta. Ten sestry sice projevují, ale prostor často mají pouze k tomu, aby se o klienta zajímaly především z pohledu odborného a nikoli lidského. A není filozofií moderního

ošetřovatelství holistický přístup, který chápe člověka jako komplexní bio-psycho-sociální a spirituální bytost? Jak může sestra splňovat holistický přístup ke klientovi, když se stará jen o biologickou část? Všechno toto nás ovšem vrací k úvodnímu problému, a to nedostatku času, který sestry mají na jednotlivé klienty. Pokud nebude vyřešen tento problém, nebudou moci být řešeny ani ostatní problémy z něj vyplívající. Na základě zjištěných informací, doplněných o poznatky odborníků z oblasti thanatologie a paliativní péče bude vytvořena příručka pro sestry a ostatní ošetřovatelský personál pečující o umírající klienty v domově pro seniory. Tato příručka by měla nastínit základní principy péče o tyto klienty.

7 Seznam použité literatury

- ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
- BARKER, R., L., 2003. *The Social Work Dictionary*. 5tj ed., NASW Press. 493 s. ISBN: 978-087-1013-552.
- BORKOVÁ, K., KRATOCHVÍLOVÁ, M., 2015. Důstojný život do poslední chvíle. *Florence*. 7(6), 5. ISSN 1801464X.
- Cesta domů*, 2017. [online] Cestadomů.cz. [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/>
- Co je paliativní léčba, péče a medicína*, 2010. [online]. Hospice.cz. [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GROFOVÁ, Z., 2007 *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
- GROFOVÁ, Z. 2009. Paliativní péče. *Medicína pro praxi*. 6(5), 276-278. ISSN 1214-8687.
- GRUBEROVÁ, B., 1998. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- Jídlo a pití, 2015. *Umírání.cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/jidlo-a-piti>
- KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 109 s. ISBN 978-80-85-763-36-2.
- Kolektiv autorů, 2006. *Diseases: a nursing process approach to excellent care*. 4th ed., Springhouse: PA Lippincott Williams. 1331 s. ISBN 978-158-2552-903.

- Kolektiv autorů, 2003. *Pain management made incredibly easy*. Springhouse, PA: Lippincott Williams. 346 s. ISBN 15-825-5227-4.
- Komunikace s umírajícím*, 2015. [online]. Umírání.cz. [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/komunikace-s-umirajicim>
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
- LUDAČKOVÁ, E., HUNEŠ, R., ŠPATENKOVÁ, N., 2013 *Průvodce v čase zármutku*. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna. 35 s. ISBN 978-80-904587-4-1.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a klient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MARKOVÁ, Š., 2014. *Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU.
- MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 105 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
- MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- NENO, R., AVEYARD, B., HEATH, H., 2007. *Older people and mental health nursing: a handbook of care*. Malden, MA: Blackwell Pub. 256 s. ISBN 978-1-4051-5169-6.
- O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- PELIKÁNOVÁ, I., 2001. *Holistický pohled na umírání*. [online]. Sestra. [cit. 2016-01-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz>
- SVATOŠOVÁ, M., 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.
- RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2001. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

- Role of dressing in pressure ulcer prevention*, 2016. [online]. World Union of Wound Healing Societies. [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://pup.molnlycke.com/globalassets/documentlibrary/wuwhs-pup-consensus.pdf>
- SKÁLA, B., 2011. *Paliativní péče o klienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0.
- SVATOŠOVÁ, M., 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.
- SVATOŠOVÁ, M., 2009. [online]. *Hospice a umění doprovázet 1* (přednáška). Dostupné z: <https://youtu.be/0jEB78ckGrU?list=PL4332813E8AB14BE8>
- TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ, MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., 2004. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum. 544 s. ISBN 80-2470-279-7.
- Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. 2007. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 41, s. 1339–43. ISSN 1211-1244.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257–89. ISSN 1211-1244.

8 Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 – Maslowova pyramida potřeb

Příloha 2 – Hodnotící škála bolesti

Příloha 3 – Analgetický žebříček WHO

Příloha 4 – Nežádoucí důsledky dehydratace

Příloha 5 – Možné výhody mírné dehydratace

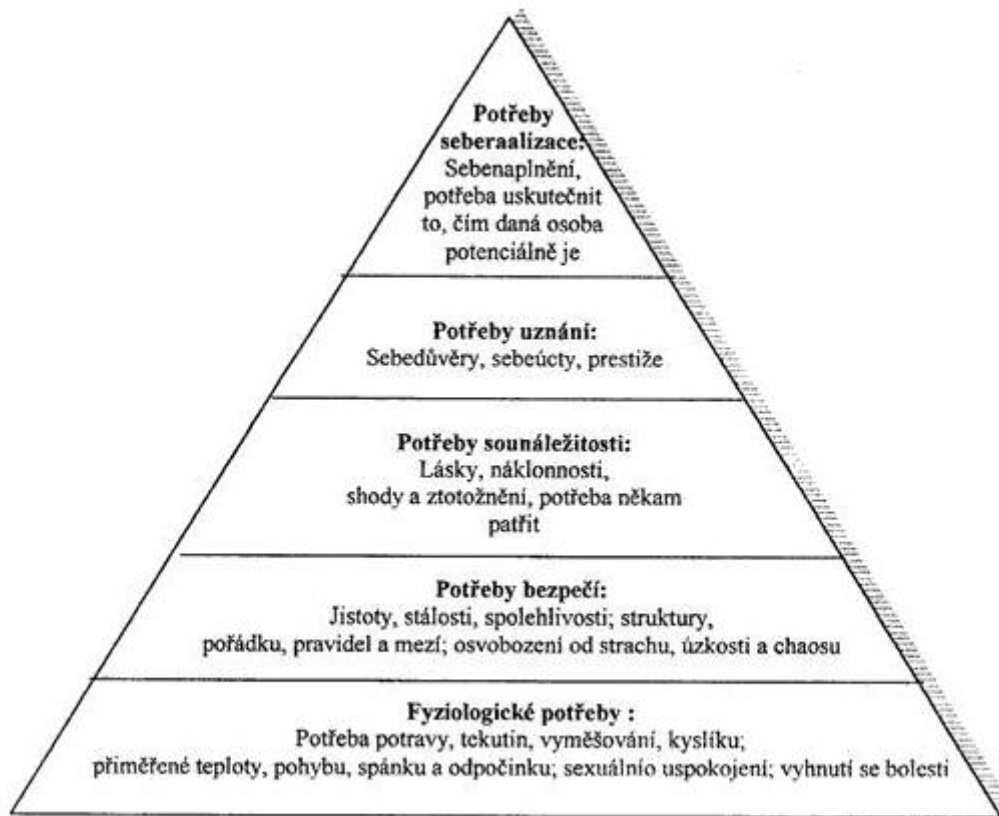
Příloha 6 – „Charta práv umírajících“

Příloha 7 – Otázky k rozhovoru

Příloha 8 – CD Přepisy rozhovorů

Příloha 1

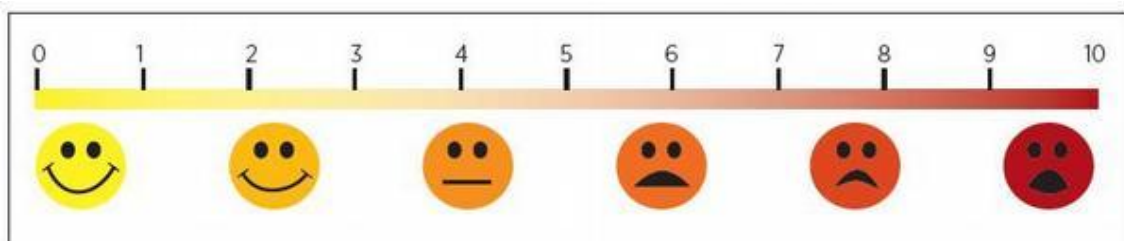
Maslowova pyramida potřeb



(zdroj: <https://borivojfilip.wordpress.com/2014/07/11/5-duvodu-proc-nasi-budoucnost-ovladne-blabol/>)

Příloha 2

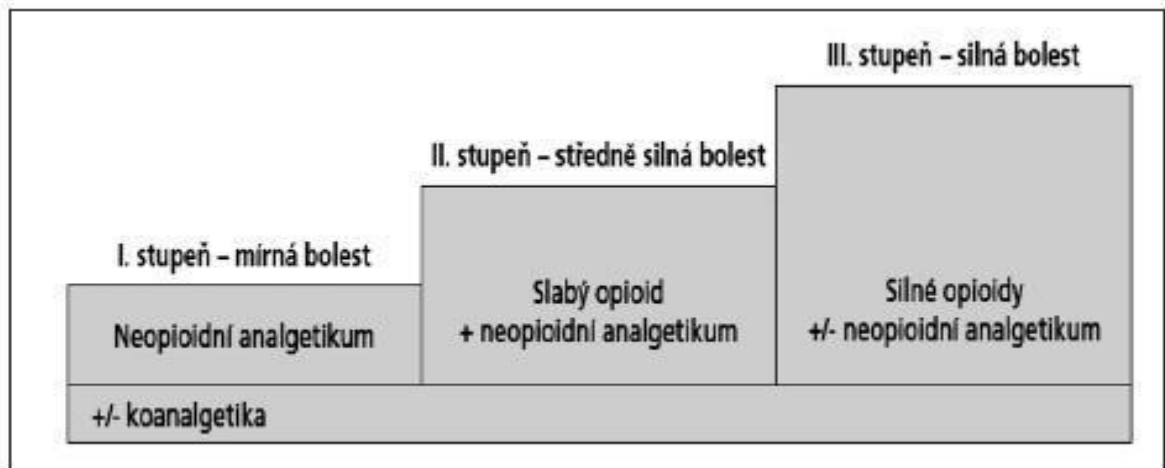
Hodnotící škála bolesti



(zdroj: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-a-lecba-chronicke-nadorove-bolesti-464250>)

Příloha 3

Analgetický žebříček WHO



(zdroj: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>)

Příloha 4

Nežádoucí důsledky dehydratace

Žízeň, suchost v ústech
Apatie, zmatenost, neklid, delirium
Hypovolemie, posturální hypotenze, pády
Suchá kůže, riziko dekubitů
Zvýšená viskozita sekretů
Zácpa
Selhávání ledvin, kumulace léků a jejich zvýšená toxicita
Žilní trombóza, plicní embolie

(zdroj: Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004)

Příloha 5

Možné výhody mírné dehydratace

Zmírnění otoků a velikosti výpotků v tělních dutinách
Zmírnění mozkového edému a metastáz mozku
Zmírnění obtíží z inkontinence moče a stolice s možností vyhnout se močovému katetru
Zmírnění nevolnosti a zvracení
Zmírnění kašle a dušnosti
Snížené vnímání utrpení
Zmenšení velikosti nádoru, možnost zmírnění bolesti z útlaku nádorem
Snížené vnímání bolesti (produkce endogenních opioidů)

(zdroj: Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004)

Příloha 6

„Charta práv umírajících“

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

(„Charta práv umírajících“)

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

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

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

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

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

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

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči

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

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

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován

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

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

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

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

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

(zdroj:

http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta_prav_umirajicich_1999.pdf)

Příloha 7

Otázky k rozhovoru

1. V čem vidíte hlavní rozdíl v péči o klienta v terminálním stavu a ostatními klienty?
2. Čemu věnujete u klienta v terminálním stavu největší pozornost?
3. Co je dle vašeho názoru nejobtížnější při ošetřování klienta v terminálním stavu?
4. Jakým způsobem vyhledáváte u klienta v terminálním stavu jeho potřeby?
5. Jakých specifických potřeb u klienta v terminálním stavu si všímáte v porovnání s ostatními klienty?
6. S jakými ošetrovatelskými problémy se u klientů v terminálním stavu nejčastěji setkáváte?
7. Jak monitorujete bolest u klientů v terminálním stavu?
8. Jakým způsobem tlumíte bolest u klientů v terminálním stavu?
9. Jak monitorujete stav výživy a hydratace u klientů v terminálním stavu?
10. Jak řešíte problémy s přiměřenou výživou a hydratací?
11. Jak předcházíte vzniku dekubitů?
12. Jak často polohujete klienty v terminálním stavu?
13. Jakým způsobem zabezpečujete u klientů v terminálním stavu sociální kontakt?
14. Kolik času věnujete rozhovorům s klienty v terminálním stavu?
15. Co považujete při rozhovoru s klientem v terminálním stavu za prioritní?
16. Co považujete při rozhovoru s klientem v terminálním stavu za nejobtížnější?
17. Jak přispíváte k ulehčení procesu umírání u klienta v terminálním stavu?
18. Jak řešíte situaci, kdy dojde u klienta k výraznému zhoršení stavu?
19. Jak zapojujete rodinu do péče o klienta v terminálním stavu?
20. Jaké problémy spatřujete při spolupráci s rodinou klienta v terminálním stavu?
21. Jak dále spolupracujete s rodinou již zemřelého klienta?
22. Jak si myslíte, že Vy sám/sama zvládáte péči o klienta v terminálním stavu?
23. Co Vám pomáhá lépe zvládat péči o klienta v terminálním stavu?
24. Jak se vyrovnáváte s úmrtím klienta, o kterého jste se dlouhodobě staral/a?

(zdroj: vlastní)