



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Problematika geriatrické paliativní péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Marcela Říhová

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Problematika geriatrické paliativní péče*“ 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 3. 5. 2024

.....

Říhová Marcela

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce paní Mgr. Věře Hellerové, Ph.D. za veškerý věnovaný čas, trpělivost a užitečné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám, které se účastnily výzkumu, a zařízením, která mi výzkum umožnila uskutečnit. Veliké díky patří také mým blízkým, kteří mě po celý čas studia a zpracování práce podporovali.

Problematika geriatrické paliativní péče

Abstrakt

Úvod: Vzhledem k navyšujícímu počtu seniorů, narůstají i nároky na poskytování specializované paliativní péče. Proto se bakalářská práce zabývá problematikou paliativní péče u geriatrických jedinců.

Cíle práce: Cílem této práce je zjistit, jaké mají sestry, na vybraných oddělení, znalosti o geriatrické paliativní péči a jaká je návaznost, geriatrické paliativní péče, mezi nemocničním zařízením a domovem pro seniory.

Metodika: Byla využita technika kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen sestrami vybranými na základě určených kritérií, s využitím metody sněhové koule. Celkem bylo realizováno 11 rozhovorů s všeobecnými sestrami pracujícími na území Jihočeského a Plzeňského kraje. Výsledky byly zpracovány metodou „tužka papír“. V rámci otevřeného kódování bylo identifikováno 6 kategorií, 18 podkategorií a 154 kódů.

Výsledky: Sestry na vybraných odděleních jsou o problematice geriatrické paliativní péče informovány a stále mají zájem o další vzdělávání. Výsledky dále poukazují na nedostatky v množství předávaných informací. Opakovaně bylo zmiňováno posílání pacientů/klientů v nepřiměřeném stavu. Komunikace mezi sestrami probíhá prostřednictvím překladových zpráv, případně telefonního kontaktu, který je uskutečňován minimálně. O geriatrické paliativní pacienty sestry pečují standartně, ale v některých oblastech mají individuální přístup vycházející z potřeb a přání pacienta.

Závěr: Výsledky výzkumu opětovně poukazují na nutnost věnování větší pozornost kvalitě a organizace předávání mezi nemocničním zařízením a domovem pro seniory.

Klíčová slova

Paliativní péče; geriatric; návaznost péče; sestra; nemocnice; domov pro seniory

Issues of geriatric palliative care

Abstract

Introduction: As the number of elderly people increases, so do the demands for specialized palliative care. Therefore, this bachelor thesis deals with the issue of palliative care in geriatric individuals.

Objectives of the thesis: This thesis aims to find out what knowledge nurses, in selected wards, have about geriatric palliative care and what is the continuity, of geriatric palliative care, between hospitals and nursing homes.

Methodology: The qualitative research technique of the semi-structured interview method was used. Using the snowball sampling method, the research population consisted of nurses selected based on specified criteria. A total of 11 interviews were conducted with general nurses working in the South Bohemia and West Bohemia regions. The results were processed using the "pencil paper" method. Within the framework of open coding, 6 categories, 18 subcategories, and 154 codes were identified.

Results: Nurses in selected departments are informed about geriatric palliative care issues and are still interested in further education. The results also indicate deficiencies in the amount of information being conveyed. Sending patients/clients in inappropriate conditions was repeatedly mentioned. Communication among nurses takes place through transfer messages or, if necessary, minimal telephone contact. Nurses provide standard care for geriatric palliative patients, but in some areas, they have an individual approach based on the needs and desires of the patient.

Conclusion: The research results once again underscore the necessity of paying greater attention to the quality and organization of handover between hospital facilities and senior care homes.

Key words

Palliative care; geriatrics; continuity of care; nurse; hospital; care home

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Geriatrie	9
1.1.1 Stárnutí a stáří	10
1.1.2 Syndrom křehkosti „frailty syndrom“	16
1.2 Paliativní péče	18
1.3 Geriatrická paliativní péče (GPC).....	22
1.3.1 Eticko-právní aspekty geriatrické paliativní péče.....	24
1.3.2 Geriatrická paliativní péče ve zdravotnických ústavních zařízeních.....	26
1.3.3 Geriatrická paliativní péče v rezidenčních službách.....	27
1.4 Specifika ošetrovatelství v rámci geriatrické paliativní péče	28
1.5 Vybrané symptomy v péči o geriatrické paliativní pacienty/klienty	30
1.6 Komunikace v rámci geriatrické paliativní péče	36
2 Cíle práce a výzkumné otázky	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Výzkumné otázky	38
3 Metodika.....	39
3.1 Popis metodiky	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	40
3.3 Zpracování dat	40
3.4 Operacionalizace dat	40
4 Výsledky	42
4.1 Charakteristika informantů	42
4.2 Popis kategorií	43
4.2.1 Kategorie 1 Geriatrická paliativní péče	43
4.2.2 Kategorie 2 Symptomy	56

4.2.3	Kategorie 3 Požadavky na sestru	60
4.2.4	Kategorie 4 Přání	66
4.2.5	Kategorie 5 Komunikace	69
4.2.6	Kategorie 6 Návaznost paliativní péče	71
5	Diskuze.....	77
6	Závěr	86
6.1	Doporučení pro praxi	87
7	Seznam literatury	89
8	Seznam zkratk.....	98
9	Seznam příloh	99

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou geriatrické paliativní péče. Počet osob staršího věku se každoročně navyšuje. Globální vývoj nám ukazuje, že tento počet v budoucnosti ještě vzroste. Staří lidé se často vyskytují v nemocničních zařízeních či domovech pro seniory, kde mnohdy také umírají. Z tohoto důvodu je nutné do těchto institucí zavádět specializované paliativní přístupy. V současné době je však v této oblasti na území České republiky nedostatek kvalifikovaných pracovníků. Přitom zajištění kvalitní péče nemocným nacházejícím se v závěru života je naše nejvyšší morální odpovědnost. Tento typ specializované péče se nezaměřuje na kauzální vyléčení jednotlivých chorob. Zaměřuje se na kvalitu života a důstojný odchod. Proto je velice důležité plánovat a poskytovat péči v souladu s pacientovým/klientovým přáním a vhodnou reakcí na jeho momentální potřeby. Paliativní přístup se neomezuje pouze na daného jednotlivce, zahrnuje rovněž péči o jeho blízké. Z toho vyplývá, že spolupráce je v této péči klíčová. Prostřednictvím paliativní péče můžeme pomáhat s řešením složitých životních situací a otázek v momentě, kdy je pro to ještě prostor. Poskytujeme tak komplexní kvalitní péči umírajícím.

Oblast paliativní péče je fascinující a myslím, že by se měla více implementovat do života lidí. Smrt a umírání k lidskému životu neodmyslitelně patří, proto je obdivuhodné, že existuje přístup, který dělá tuto část lidského života lepší.

1 Současný stav

1.1 Geriatrie

Geriatrie, jinými slovy klinická gerontologie, se zabývá stářím, především onemocněními stáří doprovázejícími a specifiky, které se s léčbou těchto nemocí pojí (Malíková, 2020). Dle Kabelky (2022) je to medicínský obor, který se zabývá diagnostikou a léčbou chorob specificky se objevujících u starších osob. Do svého popisu geriatrie zahrnuje i propojenost medicínské, sociální, ekonomické a psychické (spirituální) složky, které ovlivňují příčiny chronických nemocí. Kromě aktuálních intervencí klade důraz především na prevenci následků spojených se sníženým zdravotním potenciálem. Zároveň přikládá veliký význam udržení té nejlepší možné kvality života (Kabelka, 2022). Čevela et al. (2012) pohlíží na geriatrii komplexněji a zahrnuje do jejího popisu i zdraví a jeho udržitelnost ve stáří, problémy vztahující se k zdravotním problémům, odlišnostem v diagnostice a léčbě, zvláštnostem nemocí a v neposlední řadě i úpravě zdravotnických systémů seniorským potřebám. Geriatrii tedy můžeme chápat jako užší podobor gerontologie zabývající se péčí o staré pacienty (Navrátil et al., 2017).

Na rozdíl od jiných specializací má geriatrie jedinečné odlišnosti, které činí tento obor atraktivní. V geriatrii lze nalézt stavy, jako je například multimorbidita, polyfarmacie, případně funkční a kognitivní změny (Gurwitz, 2023). Při péči o geriatrické pacienty je tedy třeba využívat poznatky i z jiných oborů, jako je například vnitřní lékařství, rehabilitace, psychiatrie, neurologie, kardiologie, nefrologie (Čevela et al., 2012). Jsou kladeny vyšší nároky na interdisciplinaritu, týmovou spolupráci a také je zapotřebí dbát o potřeby pečující rodiny při péči o seniory (Gurwitz, 2023). Zároveň je potřeba na geriatrického pacienta pohlížet komplexně i z pohledu dlouhodobé péče („long term care“) (Čevela et al., 2012). Pod termínem dlouhodobá péče se skrývá označení pro péči soustředěnou na osoby s omezenou soběstačností a potřebou trvajících a individualizovaných péče s předpokladem delšího dožití s chronickým onemocněním (Holmerová et al., 2014). V souvislosti s dlouhodobou péčí o seniory v nemocničních zařízeních se může rozvinout geriatrický hospitalizmus. Takový hospitalizmus negativně dopadá na celkový stav klienta (Čevela et al., 2012).

Vlivem narůstajícího trendu stárnutí populace narůstá počet seniorů vyskytujících se napříč všemi lékařskými obory, čímž dochází k tzv. „geriatrizaci medicíny“ (Malíková, 2020). Padesátiletí jedinci dnes mohou očekávat dožití přibližně 30 let, tato doba je však

narušena morbiditou. Pouze okolo 10 let z očekávané doby dožití je bez morbidity (Voumard et al., 2018). Narůstá i počet velmi starých lidí (tzv. „oldes old“), kteří mají specifické potřeby (Holmerová a Wija, 2016). Tento jev klade vyšší nárok na vzdělávání lékařských i nelékařských pracovníků v oblasti geriatric (Malíková, 2020). Prodloužením délky života lze očekávat vyšší nároky na zdravotní péči (Voumard et al., 2018). Například systém geriatrických sester se v minulosti osvědčil (Holmerová et al., 2014). Lidé nacházející se v poslední dekádě svého života však potřebují geriatricky změněný přístup péče orientovaný na chronické multimorbidity, funkční závislosti, křehkosti a poklesy kognitivních funkcí (Voumard et al., 2018).

1.1.1 Stárnutí a stáří

Definice stárnutí a stáří je mnoho, žádná z nich ale není komplexní. Záleží totiž na autorovi, jak na stáří a stárnutí nahlíží. Autoři se však shodují v tom, že stáří (senium) je konečnou vývojovou etapou jedince a stárnutí (senescence) je nevyhnutelný fyziologický proces (Příbyl, 2015). Vágnerová et al. (2020) charakterizuje stáří jako věkem podmíněné morfoloické a funkční změny, které jsou variabilní a probíhají individuálním tempem. Právě ona variabilita a heterogenita ztěžuje vymezení stáří (Vágnerová et al., 2020). Každá životní etapa, stáří a stárnutí nevyjímaje, se vyznačuje jistými specifiky. Tato specifika nás ovlivňují a my se s nimi učíme pracovat tak, aby se náš život rozvíjel a nebyl limitován (Malíková, 2020).

Stárnutí

„Stárnutí je komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí.“ (Příbyl, 2015, s. 9)

Stárnutí lze vnímat i jako proces, který je druhově nastaven a fyziologicky řízen. Což by znamenalo, že délka života jedince je tak dlouhá, aby byl jedinec schopen se vyvinout, nabýt zkušenosti, zplodit a následně vychovat potomstvo. Následně se stává jedinec nepotřebným a prostřednictvím stárnutí je daný člověk eliminován (Navrátil et al., 2017). Tento univerzální proces vyšší živočišné třídy disponuje určitou variabilitou. Postupně dochází ke snižování funkčnosti organismu (Borský et al., 2022). Přibližně kolem 25.–30. roku života začíná postupný, plíživý úbytek fyzických i duševních funkcí s poklesem výkonnosti (Vágnerová et al., 2020). Průběh a variabilitu stárnutí ovlivňují také vnější a vnitřní faktory. Mezi vnitřní faktory patří genetická výbava, tělesná a psychická

onemocnění a v neposlední řadě i psychická výbava jedince (Příbyl, 2015). Například genetická výbava může jedinci předurčovat dlouhověkost. U těchto lidí lze zaznamenat lepší potenciál zdraví a celkově lepší fyzickou i psychickou kondici (Vágnerová et al., 2020). Proces stárnutí tedy doprovází individuální, geneticky podmíněné změny, které probíhají na všech orgánových soustavách (Klevetová, 2017). Často se setkává několikero orgánových postižení a onemocnění, což následně přináší komplikace. Například stařecké srdce neboli presbykardie je pojem označující změny stářím podmíněné (Navrátil et al., 2017). Do vnějších se řadí fyzikální, chemické a sociální podmínky, ve kterých se jedinec pohybuje (Příbyl, 2015). Veliký význam spočívá v životním stylu, který jedinec v průběhu života má (Klevetová, 2017). Změny nacházíme i v příznacích vyskytujících se u starší populace. Častěji lze zpozorovat anorexie, úzkost, nevolnost či různé projevy bolesti (Santivasi et al., 2020).

Příbyl (2015) ve své knize rozděluje stárnutí na fyziologické (primární), patologické (sekundární) a terciální. Fyziologické stárnutí lze chápat jako zdravě probíhající stárnutí, kdy se kontinuálně objevují projevy typické pro daný věk, a to především po 65. roku věku. Utváří se tzv. stařecký fenotyp (Příbyl, 2015). V souvislosti s fyziologickým stárnutím lze hovořit o aktivním stárnutí, které si zakládá na samostatnosti, nezávislosti důstojnosti, účasti starších osob ve společenském dění a seberealizaci. Koncepce aktivního stárnutí také respektuje právo starších lidí na rovnost příležitostí a také na nehomogenní přístup (Dvořáčková a Majerníková, 2012). Osoby prožívající aktivní stárnutí nejsou vázány na mimořádnou zdravotní péči. Pokud dojde k onemocnění, jejich potenciál k uzdravení je vyšší, a tím i rychlejší návrat ke kvalitnímu životu (Navrátil et al., 2023). Patologické stárnutí, jak již z názvu vyplývá, je proces stárnutí, který je něčím narušen, ve smyslu urychlení tohoto procesu. Do této kategorie spadá například případ, kdy je kalendářní věk nižší než funkční (Příbyl, 2015). Je to opak aktivního stárnutí a může nastat již před 65. rokem. U takových osob můžeme očekávat špatnou spolupráci, nepřiměřenou adaptaci na změny, dezorientaci či poruchu soběstačnosti. Mimo již zmíněné komplikace se může projevit Alzheimerova choroba, demence a častá je také polymorbidita (Navrátil et al., 2023). Dále poslední terciální typ, který se pojí s umíráním a rychlým negativním progresem (Příbyl, 2015).

Stáří

Klasifikací a rozdělení stáří v závislosti na věku je několik (Vágnerová et al., 2020). Například Příbyl (2015) rozděluje stáří na základě pracovní výkonosti do čtyř kategorií. První věk je věk předproduktivní – dětský. Druhý věk je produktivní, kdy je dosaženo vrcholu v biologické, sociální a pracovní produktivitě. Třetí věk bývá označován jako posproduktivní směřující k penzionování s objevujícím se úbytkem produktivity. Čtvrtý věk je věkem závislosti (Příbyl, 2015). Všeobecně je však nejpoužívanější klasifikace dle WHO¹, kdy 60–74 let odpovídá stárnutí nebo také ranému stáří (senescence), 75–89 je označováno jako vlastní stáří nebo kmetství (senium) a 90 a více let se označuje jako dlouhověkost (patriarchium) (Vágnerová et al., 2020).

Stáří by se dalo vymezit i na biologické stáří, kalendářní stáří a sociální stáří. Biologické stáří závisí na míře involučních změn a poklesu potenciálu zdraví (Čevela et al., 2012). Velikost těchto involučních změn je zcela individuální s podobností v rámci stejného živočišného druhu. Obdobně je to i s maximální délkou života, která u člověka činí 120–130 let (Vágnerová et al., 2020).

Kalendářní stáří je jakýmsi sociálním konstruktem určeným k dosahování dohodnutého věku. Toto stáří se opírá o obvyklý průběh života. Neobsahuje však individuální involuční změny ani sociální role. Průběhem let se tento věk mění v souvislosti s prodlužováním délky života (Čevela et al., 2012). Podle klasifikace WHO by se za stáří dal považovat věk 60 a více let (Vágnerová et al., 2020).

Sociální stáří zahrnuje sociální změny, změny v plnění sociálních rolí, změny postojů a sociálního potenciálu (Čevela et al., 2012). Úkol spočívá ve vyrovnání se se stárnutím, přechodem do penze a změnou sociálních rolí (Vágnerová et al., 2020). Zároveň zahrnuje i specifické znevýhodnění a životní události lidí seniorského věku. Jako start sociálního stáří se považuje odchod jedince do starobního důchodu (Čevela et al., 2012). Komplikací sociálního stáří může být vyrovnání se se smrtí či odchodem životního partnera. Mezi další úskalí se dá zařadit i osamělost a odkázanost na péči druhých lidí. Pro udržení sociálního statusu a životní pohody („wellbeing“) je klíčové vyrovnání se s komplikujícími životními situacemi. Důležitá pro jednotlivé seniory je i podpůrná síť blízkých. Podpůrnou sít' blízkých tvoří osoby pro seniora blízké, které pomohou, pro které

¹ WHO (World Health Organization - Světová zdravotnická organizace)

daný senior něco znamená a může jim být užitečný (Vágnerová et al., 2020). Při popisu sociálního stáří využívá Příbyl (2015) periodizace lidského života na základě věku a pracovní výkonnosti viz výše.

Obecně lze stárnoucího jedince charakterizovat jako člověka s ubývajícimi silami, schopnostmi a výkonností, se zvýšenou potřebou pomoci, podpory a odpočinku. Změny se projevují i v psychickém stavu a emočních projevech (Malíková, 2020). Tento fenomén stáří popisuje i Navrátil et al. (2023), který uvádí, že u velké skupiny lidí lze zpozorovat přímou úměru mezi narůstajícím věkem a slábnoucím zdravotním i psychickým stavem. Tuto skutečnost si však ne všichni uvědomují. Výsledkem pak může být trvalá nespokojenost, depresivní stavy, sebestřednost a v neposlední řadě i vyšší počet stížností (Navrátil et al., 2023). Na významu nabývá potřeba přípravy a koncentrace na jednotlivé úkony. Dochází k přehodnocování žebříčku životních hodnot se změnou potřeb (Malíková, 2020).

Změny spojené se stárnutím a stářím

Obecně lze kategorizovat změny jako úbytek tkání a struktur, pokles orgánových rezerv a orgánových funkcí (Vágnerová et al., 2020).

Úbytek tkání a struktur se objevuje například u pohybového aparátu, kde dochází k atrofii meziobratlových plotének a svalů, kostí, tuhnu chrupavky a vaziva (Klevetová, 2017). Změna se projevuje i na kloubech, kde se projevují artrotické změny (Navrátil et al., 2017). Dochází ke ztenčení kůže, změně pigmentace a tvorbě stařeckých skvrn (Klevetová, 2017). Kůže ztrácí svou elasticitu je ochablá a vrásčitá (Gu et al., 2020). Vlasy řidnou, šediví a vypadávají (Klevetová, 2017). Problém může nastat i s příjmem potravy v návaznosti na vypadávání zubů, což je v dnešní době eliminováno kvalitními stomatologickými pomůckami. Přirozeně ubývá na chuti k jídlu a s tím je spojený i omezený příjem potravy a tekutin. Zvyšuje se tak riziko dehydratace a malnutrice (Navrátil et al., 2017). Objevuje se i úbytek neuronů a receptorů pro vnímání polohy a pohybu těla, síly, tlaku, tepla či chladu. Což má za následek problémy s odhadnutím vzdálenosti a teploty s případným vznikem úrazu (Klevetová, 2017).

Pokles orgánových rezerv se projevuje hlavně v momentě zátěže organizmu (Vágnerová et al., 2020). Například funkční parametry plic se snižují zároveň s elasticitou plic (Navrátil et al., 2017). Důsledkem úbytku orgánových rezerv se prodlužuje doba

rekonvalescence (Vágnerová et al., 2020). Mění se rychlost regulačních mechanismů a s tím se pojí zhoršená odolnost na zátěži a schopnost adaptace obzvláště na nové podněty (Klevetová, 2017). To potvrzuje i Vágnerová et al. (2020). Navrátil et al. (2017) uvádí, že za tyto změny může involuce, charakteristická přeměnou funkčních tkání na vazivovou nebo tukovou tkáň. Vlivem stárnutí dochází například ke změně vláken myokardu, tím se mění kontraktilita myokardu a snižuje se tak minutový výdej (Navrátil et al., 2017). Orgány protéká menší objem krve, jelikož srdce již není schopno přečerpávat větší objem. Adaptaci na srdeční zátěž zhoršuje i kalcifikace srdečních chlopní. Objevuje se snížená elasticita cév, která je společně s aterosklerózou rizikovým faktorem pro pružnickovou hypertenzi (Klevetová, 2017). Dochází k poruše homeostázy (Vágnerová et al., 2020). A to především vlivem progredujících involucí orgánů a onemocnění. Organismus si pak individuálně tvoří homeostázu (Navrátil et al., 2017). Snižuje se elasticita části vylučovacího ústrojí a zvyšuje se postmikční reziduum. Biochemické změny na úrovni neuronů vedou ke zpomalení vedení vzruchů. Obaly neuronu, které jsou postihnuty ukládáním senilního plaku, jsou náchylnější k rozvoji demence (Klevetová, 2017).

Pokles funkcí zasahuje do většiny orgánových systémů. Obranný mechanismus již není tak účinný, proto jsou starší jedinci náchylnější k infekcím (Klevetová, 2017). Například porušená termoregulace může výrazně zkomplikovat seniorův stav (Navrátil et al., 2017). Dále pak levá komora ztrácí svou výkonnost, řasinkový epitel plic již není tak výkonný stejně jako slinivka a játra. Na trávicím systému lze pozorovat sníženou produkci slin a trávicích šťáv, zpomaluje se trávení a vstřebávání (například vápníku, železa, vitamínů). Častý je i výskyt zácpy, jelikož motilita střev není tak intenzivní. Kromě sníženého pohybu trávicí trubice může dojít k poruchám sfinkterů (Klevetová, 2017). Důsledkem toho může dojít k inkontinenci moči či stolice (Navrátil et al., 2017). Činnost pohlavních orgánů se snižuje. Ženy přestávají menstruovat a děloha poklesá. Prostata mužů zbytnuje (Klevetová, 2017). Snižuje se objem krve, který ledvinami protéká, a celkově poklesají ledvinové funkce (Navrátil et al., 2017). Ledviny již nejsou schopny očistit se a filtrovat v takové míře. Poklesá především glomerulární filtrace (Vágnerová et al., 2020). Vzhledem k velkým funkčním rezervám se příznaky nedostatečné renální funkce projevují až později (Navrátil et al., 2017). Smyslové orgány již také nesplňují svou funkci v takové míře. Všechny smyslové orgány jsou postiženy zhoršením (Klevetová, 2017). Například vidění je zhoršené, a to hlavně za šera (Vágnerová et al., 2020).

Z takto zhoršeného vnímání prostředí vyúsťují obavy a nespokojenost v různých situacích. Své obavy senior prezentuje jako nezájem o dané situace, aby nemusel přiznávat svůj strach ze selhání. Proto je ze stran seniorů kladen větší důraz na stabilitu prostředí. Je zapotřebí přizpůsobovat nové situace potřebám seniorů (Klevelandová, 2017).

Stárnutí z pohledu vědy

Sourada a Kuglík (2020) uvádí, že během procesu stárnutí dochází ke změnám v molekulární, buněčné, ale i celosvětové sféře. Podobný předmět zkoumání měli i Carmona a Michan již v roce 2016. Stárnutí popisovali jako komplexní multifaktoriální proces, při kterém probíhá úbytek na molekulární a buněčné úrovni. Tento úbytek má přímou souvislost se změnou tkání a křehkostí organismu, a tím i s nemocemi a smrtí (Carmona a Michan, 2016). Předmětem zkoumání jsou, mimo jiné, především geny spojené s dlouhověkostí, zasahující do metabolismu a nebo geny podílející se na opravách DNA², svou nezastupitelnou důležitost představují i délky telomer. Podle nové studie se na narušení fyziologické homeostázy podílí poškození buněčných procesů zároveň s transkripcí a sestřihem RNA³. (Debès et al., 2023). Míra poškození DNA je přímo úměrná výši pravděpodobnosti časného úmrtí. Genetická informace je ovlivňována různými vlivy. Mezi takové vlivy patří například volné radikály, mutageny (chemické vlivy), ionizující záření (fyzikální vlivy), viry nebo chyby při replikaci DNA (biologické vlivy). Kumulace těchto defektů má za následek stárnutí buňky a zvyšuje se riziko úmrtí buňky či maligní transformace (Borský et al., 2022). Nakumulované změny následně vedou ke ztrátě fyziologické rezervy. Narušená fyziologická rezerva však není schopna kompenzovat změny (Allison et al., 2021). Proti změnám bojují reparační mechanismy, jejichž účinnost postupně klesá (Borský et al., 2022). Především ztráta transkripční a proteinové homeostázy řídí stárnutí a je důležitý jako rizikový faktor některých chronických onemocnění. Provedou-li se intervence v těchto oblastech, docílí se snížení systémové dysfunkce, a tím i riziko některých onemocnění souvisejících s věkem (Heintz et al., 2017). Některé již známé látky mohou zpomalovat stárnutí a zároveň prodlužovat život. Zásadní je však i životospráva, která má u člověka podobné účinky. Jedná se například o omezení přijímané energie a konzumace košťálové zeleniny a pravidelný pohyb (Sourada a Kuglík, 2020).

² DNA (deoxyribonucleic acid – deoxyribonukleová kyselina)

³ RNA (ribonucleic acid – ribonukleová kyselina)

1.1.2 Syndrom křehkosti „frailty syndrom“

„Frailty syndrom je vícerozměrný komplexní geriatrický syndrom charakterizovaný kumulací poklesu funkce a funkční rezervy řady orgánových systémů. Jeho patogeneze zahrnuje prvky fyzické, psychologické, spirituální (hodnotové, smysl života) i sociální“ (Kabelka a Chvílová-Weberová 2022, s. 45).

Je to stav, který dynamicky zasahuje do jedné či více oblastí zdraví staršího jedince a také zvyšuje náchylnost k nepříznivým zdravotním následkům (invaliditě) (Herdman et al., 2021). Kasiukiewicz a Wojszel (2024) charakterizují syndrom křehkosti jako jeden ze znaků neúspěšného stárnutí. Osoby postihnuté syndromem křehkosti mají vyšší tendence k tělesným změnám a negativním působením vnějšího prostředí (Kasiukiewicz a Wojszel, 2024). Odolnost k vlivům vnějšího prostředí je snižena, což zvyšuje zranitelnost jedince (Doležalová a Tóthová, 2019). Z toho vyplývá, že jakékoliv komplikace onemocnění či vedlejší účinky léčby jsou pro takového jedince více zatěžující (Kasiukiewicz a Wojszel, 2024). Mezi příznaky křehkosti můžeme zařadit slabost, vyčerpání, snížená rychlost chůze, úbytek na váze, poruchy rovnováhy, pokles fyzické aktivity a kognitivních funkcí. Z charakteru příznaku je patrné, že vyvíjející se syndrom nemusí být včas identifikován, nýbrž považován za normální proces stárnutí (Allison et al., 2021). Syndrom křehkosti je však stárnutím a chorobami pro stárnutí příznačně (především choroby způsobené aterosklerózou) ovlivňován (Kabelka, 2018a). Je řízený biologickými změnami podmíněnými věkem, na což navazují fyzické charakteristiky a nepříznivé dopady související s křehkostí. Je to stav před invaliditou (Lee et al., 2020). Projevuje se úpadkem zdravotního potenciálu a sníženými adaptačními schopnostmi s dopadem na sociální adaptaci, chování, rozhodování a reakce spojené se zdravotními komplikacemi (Kabelka, 2018a).

Křehkost v pojetí geriatricke lze chápat jako nízkou úroveň zdraví s extrémní zranitelností (Kabelka a Chvílová-Weberová, 2022). Fyziologická rezerva je vyčerpána a oslabená vnějšími stresory. S vyčerpáním rezervy se pojí i neschopnost udržet homeostázu (Kasiukiewicz a Wojszel, 2024). Obdobně popisuje křehkost i Lee et al. (2020). Zároveň jej považuje za zásadní faktor zvyšující nepříznivé zdravotní důsledky (Lee et al., 2020). Cohen et al. (2023) považuje křehkost za jednu z nejzávažnějších jevů dvacátého prvního století. Je to dynamický biopsychosociální syndrom zahrnující fyzickou, kognitivní, psychologickou a sociální sféru. Riziko rozvoje křehkosti padá na všechny starší dospělé.

Podle Allison et al. (2021) je 5 až 17 % starších dospělých postihnuto tímto syndromem. Z výzkumu plyne, že čím více zdravotních deficitů a komorbidit se u jedince objevuje, tím více se zvyšuje křehkost (Allison et al., 2021).

Křehkost snižuje kvalitu života a zvyšuje nemocnost (Cohen et al., 2023). Toto potvrzují i Kasiukiewicz a Wojszel (2024), kteří uvádí syndrom křehkosti jako jeden z hlavních rizikových faktorů fyzického a psychického poškození, hospitalizace a mortality.

Při péči o křehké nemocné je důraz kladen na včasné rozkódování křehkosti a jejích rizik a s tím spojené léčby, což následně ovlivňuje příznivost prognózy (Cohen et al., 2023). Důležitou složkou geriatrického ošetřovatelství je důkladné hodnocení geriatrické křehkosti. Hodnocení lze provést pomocí Fried Frailty Criteria (FFC), Clinical Frailty Scale (CFS), FRAIL⁴, Frailty Index (FI) (Doležalová a Tóthová, 2019). Pro jednodušší rozlišení určila NANDA⁵ Taxonomie syndrom křehkosti jako diagnózu s číselným kódem 00257 spadajícím do první domény podpory zdraví a druhé třídy (Herdman et al., 2021). Příznivost prognózy je úzce spjata i s množstvím postižených domén (Cohen et al., 2023). Na postižené zdravotní domény působí řada proměnných, které je ovlivňují (Allison et al., 2021). Čím více domén je postiženo, tím vážnější následky a horší prognózu křehkost má. Zároveň nutno považovat i možnost potenciálně předcházet a zvrátit případně zpomalit progres křehkosti (Cohen et al., 2023).

Tento nevléčitelný stav, při kterém dochází ke střídání degradace se stabilizací stavu a případně zlepšením životní kvality postiženého, může následně vyústit v ireverzibilní geriatrickou deterioraci (Kabelka a Chvílová-Weberová, 2022). Deteriorace neboli selhání z prospívání dospělých je pokročilá křehkost, u které jsou intervence neúčinné, přestože je poskytnuta komplexní multioborová péče. Tento konečný stav je indikací pro specializovanou paliativní péči, režimu DNR⁶, DNI⁷ nebo zadržené či odebrané terapie (Kabelka, 2018). Zásadní krok v tomto stavu jsou intervence, které je však nutno před zahájením řádně posoudit. Při rozhodování je potřeba brát ohled na potenciál této intervence pro budoucí vývoj nemocného (Kabelka a Chvílová-Weberová, 2022). Někteří jedinci již nejsou schopni začít či dokončit danou léčbu, případně je riziko léčby vyšší

⁴ FRAIL (Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight – únava, odolnost, chůze, nemoci a úbytek hmotnosti)

⁵ NANDA (North American Association for Nursing Diagnosis – Severoamerická asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku)

⁶ DNR (do not resuscitate – neresuscitovat)

⁷ DNI (do not intubate – neintubovat)

než její přínos (Allison et al., 2021). Pomoci by v takových situacích mohla „Podporující geriatricie“ (enabling geriatrics), která intervenuje geriatrickou křehkost. Snaží se o včasné vyhledání rizika a dalšího snížení zdravotního potenciálu, zároveň usiluje o diagnostiku a indikaci potřeby paliativní péče. Usiluje o co nejkratší fázi reparační akutních obtíží s návaznými dlouhodobými multidisciplinárními intervencemi směřujícími ve prospěch dosažitelné kvality života (Kabelka, 2018b).

1.2 Paliativní péče

Paliativní péče je dle Světové zdravotnické organizace přístup, pomocí kterého lze zlepšovat kvalitu života pacientům i jejich rodinám, kteří jsou zatíženi komplikacemi spjatými s život ohrožujícími onemocněními. Včasnou identifikací se správným nastavením léčby bolestí a problémů předchází či zmírňuje utrpení (WHO, 2020).

V České republice upravuje paliativní péči zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který charakterizuje paliativní péči jako tu, která si klade za cíl zmírnění utrpení a udržování kvality života pacientům trpícím nevléčitelnou nemocí (Polívka, 2018).

Sláma (2022c) definuje paliativní péči takto: „*Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí závažnou, život ohrožující chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je pacientovi a jeho blízkým poskytnout účinnou podporu, zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života*“ (Sláma 2022c, s. 21).

Dle Tark et al. (2023) je paliativní péče určena ke zvýšení kvality života, pro pacienty žijící s vážnými chorobami a jejich rodiny. Zároveň je tato péče zaměřená na poskytování holistické, psychosociální a spirituální podpory. Je úzce spjata s úlevou od obtížných symptomů doprovázejících vážné nemoci, nižšími náklady na poskytovanou zdravotní péči a vyšší spokojeností s péčí. Šourek (2020) popisuje paliativní péči jako jinak pochopenou péči, která je aktivní a orientovaná na nasycení všech potřeb člověka, jehož život je na konci. Kalvach ji (2019) charakterizuje jako cílevědomou, komplexní a kvalifikovanou podporu lidí s nevléčitelným a život zkracujícím onemocněním a jejich rodin. Ve filozofickém kontextu je paliativní péče péčí pohlížející na pacienta jako na osobu s vlastním příběhem, hodnotovým systémem a životní náplní (Kuře, 2022). Paliativní péče nemá afinitu ke konkrétní chorobě, ale je reakcí na předpokládaný vývoj s přihlédnutím k individuálním potřebám jedince a jeho rodiny. Je to kultura péče

směřující k udržení nebo dosažení kvality života u umírajících lidí či lidí potýkajících se s nevy léčitelnou nemocí. Zároveň je potřeba takové lidi doprovázet v jejich složité a těžké situaci (Šourek, 2020).

Paliativní péče se neomezuje pouze na péči na konci života, vztahuje se na veškerá stadia nemoci. Počátek má již v začátcích vážné nemoci (Haroen et al., 2023). Může být poskytována zároveň s kurativní terapií, čímž se odlišuje od hospicové péče (Schroeder a Lorenz, 2018). Pokud je paliativní péče poskytována v průběhu onemocnění současně s jinými léčebnými postupy, které ovlivňují příčinu choroby případně i prodloužení života, jedná se o tzv. časnou paliativní péči (Kuře, 2022). Zavádět by se měla co nejdříve, a to hlavně v momentě, kdy již konvenční léčba plně nepokrývá korekci symptomů (například bolest, fyzické symptomy různých podob). Současně v rámci paliativní péče je pacientům poskytována fyzická, psychosociální a duchovní podpora (Haroen et al., 2023). Často je však paliativní péče poskytována pacientům nacházejícím se v závěru života (Kuře, 2022). Obvykle jsou to jedinci v pokročilých stádiích infaustních onemocnění či ve fázi bezprostředního umírání (Kalvach, 2019). V takovém případě je to terminální paliativní péče (Kuře, 2022).

Z výzkumu vyplývá, že kvalita života osob, kterým není paliativní péče poskytnuta, je horší. Současně se zhoršenou kvalitou života je i doba přežití kratší. S nárůstem pacientů s vážnými chorobami narůstá i počet pacientů potřebujících paliativní péči (Tark et al., 2023). Každoročně potřebuje přibližně 70 tisíc českých pacientů/klientů s chronickým onemocněním paliativní péči. Z toho 50 tisíc pacientů/klientů by profitovalo z prvků obecné paliativní péče a přibližně 20 tisíc pacientů/klientů by potřebovalo specializovanou paliativní péči (Sláma et al., 2016). Tato potřeba však není kvalitně sycena a paliativní péči dostává celosvětově pouze přibližně 14 % jedinců. Stále existují zařízení poskytující péči, ve kterých není interdisciplinární paliativní tým. Celkově tento nedostatek snižuje kvalitu poskytované péče (Tark et al., 2023). Přestože je paliativní péče v České republice mezinárodně hodnocena jako průměrná až mírně rozvinutá, stále se objevují nedostatky. Nedostatky jsou patrné především v nedostatečném počtu vzdělávacích příležitostí, což má přímou souvislost s nedostatkem erudovaného personálu (lékaři, sestry, sociální pracovníci, psychologové, kaplani a další) (Polívka, 2018). Prioritou je vnesení paliativního přístupu do běžných postupů poskytovaných ve zdravotnických a sociálních institucích (Šourek, 2020).

Na základě mezinárodního doporučení rozlišujeme obecnou a specializovanou paliativní péči. Pod pojmem obecné paliativní péče si lze představit kvalitní klinickou praxi, která je poskytována jednotlivými odborníky v různých oblastech (Sláma et al., 2016). Včasné rozpoznání onemocnění, jeho prognózy a působení na jednotlivé složky determinující kvalitu života je klíčové. Do složek determinujících kvalitu života lze počítat například volbu léčebných postupů, ovlivňování symptomů, empatickou komunikaci, podporu v organizaci péče a využití ostatních specialistů, zajištění domácí zdravotní péče (Kabelka, 2018a). Za obecnou paliativní péči je zodpovědný ošetřující lékař (Polívka, 2018). Kabelka (2018a) zahrnuje do obecné paliativní péči i agentury domácí péče a specialisty (například onkologové, internisté, geriatři, neurologové) (Kabelka, 2018a). Velmi důležitá je spolupráce praktického lékaře, jelikož bez lékaře není paliativní péče (Pechová et al., 2020). Své umístění zde mají i nezdravotničtí pracovníci, a to lidé poskytující sociální poradenství, psychologové, duchovní pracovníci či dobrovolníci (Kabelka, 2018a).

Pokud však aktuální potřeby přesahují možnosti obecné paliativní péče, nastupuje na řadu paliativní péče specializovaná. Ta se vyznačuje poskytováním aktivní péče pacientům a jejich rodinám týmem odborníků. Tým odborníků je sestaven jedinci erudovanými v oboru paliativní péče s patřičnými zkušenostmi (Kabelka, 2018a). Multidisciplinární tým, poskytující efektivní paliativní intervence, je tedy tvořen lékařem, sestrou, sociálním pracovníkem, psychologem, duchovním a dobrovolníky (Polívka, 2018). Svou využitelnost má především u lidí s klinickou nestabilitou stavu, rychle se měnícími nároky na objem péče a u těch, kteří by potřebovali nepřetržitou dostupnost lékařské péče (Pechová et al., 2020). Takovou péči lze obdržet v zařízeních s hlavním zaměřením na paliativní péči (Kabelka, 2018a). Případně je možnost obrátit se na mobilní specializovanou paliativní péči a využít tak režim sdílené péče (spolupráce organizací za účelem zajištění jedince po určitou dobu) nebo konziliární návštěvy paliatra pro nastavení plánu péče v závěru života, zhodnocení stavu a nastavení vhodné medikace (Pechová et al., 2020).

Malíková (2020) odlišuje paliativní medicínu a paliativní péči. Paliativní medicína je dle Malíkové klinický medicínský obor, který je samostatně vyčleněn. Tento obor se nesusoustředí na kauzální léčbu, nýbrž na odstranění nebo eliminaci bolesti, případně dalších známek strádání či utrpení doprovázejících nevléčitelné onemocnění. Paliativní péči pak popisuje jako soubor všech ošetrovatelských činností, které se orientují na

kvalitu života pacientů zatížených nevléčitelnou nemocí v progredujícím nebo terminálním stádiu (Malíková, 2020).

Péče v závěru života (end-of-life care)

Péče v závěru života intervenuje pacienty v posledních měsících, týdnech či dnech života (Kuře, 2022). Ať už ji chápeme úzce (v řádu dnů či hodin) nebo široce (v řádu měsíců až roku), klade na poskytovatele této péče komplikované nároky, před kterými je často jednodušší utéct, než se s nimi potýkat (Pechová et al., 2020).

Péče v závěru života je součástí paliativní péče. Poskytovaná péče a intervence v rámci péče v závěru života se zaměřuje na důstojnou smrt pacientů. Výsledky péče na konci života jsou ovlivněny paliativní péčí realizovanou před obdobím závěru života. Proto začne-li se s paliativní péčí včas, je pozitivně ovlivněna i péče na konci života (Tark et al., 2023). Specifika a průběh závěrečné fáze života jsou odlišné, a to především v trajektorii daného onemocnění a rozvoji geriatrické křehkosti. Cílem této péče je minimalizovat utrpení ve fyzické a psychické oblasti, omezit existencionální a spirituální strádání, udržování soukromí umírajícího, podporovat emoční stánku (například spojení s rodinou a přáteli) a podporovat v řešení osobních záležitostí (Kisvetrová, 2018). Cíle péče v závěru života shrnuje Nambayan (2018) do „5C“: komunikace (communication), spolupráce (collaboration), soucit (compassion), péče neboli ošetřovatelství (care) a kulturní/duchovní péče (cultural/spiritual care).

Tato péče je obvykle charakterizována častým vyhledáváním všeobecné či specializované zdravotní péče, opakovanými hospitalizacemi a převozy záchrannou zdravotnickou službou. Zda je takto poskytovaná péče kvalitní a efektivní, nebylo doposud v České republice systematicky analyzováno (Kuře, 2022). Tento jev je patrný i ze statistických údajů. Přibližně polovina evidovaných osob v zařízeních pobytových a sociálních služeb umírá mimo toto zařízení. Největší pravděpodobnost místa úmrtí se přisuzuje zdravotnickému zařízení, kam byla daná osoba převezena (Holmerová a Wija, 2016). Polívka (2018) toto také potvrzuje a doplňuje o procentuální vyjádření, které ukazuje, že v roce 2016 téměř 67 % pacientů zemřelo ve zdravotnických zařízeních, přibližně 28 % zemřelo v domácím prostředí nebo v domovech pro seniory a asi jen 3 % v hospicích. Z některých kazuistických sdělení a výzkumných sond je však patrné, že taková péče je špatně koordinovaná, bez jasných léčebných cílů a poskytovaná bez ohledu na hodnoty

a preference daného pacienta a jeho blízkých. Výsledkem pak může být utrpení či frustrace pacientů, jejich rodin a v neposlední řadě i zdravotníků (Kuře, 2022).

Plánování péče v závěru života (Advance Care Planning)

Všeobecně je „plán péče“ označení pro léčebné a ošetrovatelské postupy a opatření vedoucí k dosažení cíle péče (Kuře, 2022). Má složku preventivní i léčebnou (Kabelka, 2022). U osob v pokročilých stádiích je plánování zatížené onemocněním, které limituje pacienta/klienta a možnosti směřující k pozitivnímu ovlivnění tohoto onemocnění (Kuře, 2022). V kontextu paliativní péče je to základ vztahu pacient–rodina–lékař/zdravotník. Je sestavován za pomoci multidisciplinárního posuzování nemocného a jeho rodiny (Kabelka, 2018a). Při sestavování plánu péče je důležitá včasná a efektivní komunikace lékaře s pacientem/klientem týkající se hledání realistických, medicínských možností péče s ohledem na pacientovy/klientovy preference (Slezáčková et al., 2022). Plán péče obvykle vzniká postupně, a to v řádu dnů až týdnů v závislosti na komunikaci lékaře s pacientem/klientem. Podle vývoje stavu, přání a představ pacienta/klienta a jeho rodiny se provádí jednotlivé aktualizace plánu (Pechová et al., 2020). Jedná se tedy o kontinuální medicínský proces, který nelze realizovat pouze jednostranně. Měla by to být jakási celková strategie sdíleného plánování, zahrnující jednotlivé medicínské i nemedicínské postupy, naplánované i pro dobu, kdy pacient/klient nebude schopen plně a kompetentně rozhodnout o zdravotní péči (Slezáčková et al., 2022). Rozhodování v závěru života tedy obsahuje podrobný lékařský, etický, psychosociální, právní a společenský úsudek (Slezáčková et al., 2021).

1.3 Geriatrická paliativní péče (GPC)

S navyšujícím trendem stárnutí populace nabývá na důležitosti poskytování kvalitní geriatrické medicíny a paliativní péče čili geriatrické paliativní péče (Santivasi et al., 2020). Zároveň se geriatrická paliativní péče stává celosvětovým problémem pro veřejné zdraví. Obzvláště u starších zranitelných lidí trpících chronickými nemocemi potřeba paliativní péče stoupá (Haroen et al., 2023). Geriatrická paliativní péče tedy zahrnuje složku geriatrickou a složku paliativní péče (Kabelka, 2022). Kvalitu paliativní péče limitují rysy stárnoucích jedinců (Santivasi et al., 2020). Je zapotřebí, aby mezi sebou obě složky úzce spolupracovaly a tvořily tak interdisciplinární a výzkumnou oblast péče s etickou stránkou této péče. Geriatrická paliativní péče tedy není novou specializací ani subspecializací. Lepší vnímání je interspecializace geriatrické medicíny a paliativní péče.

Geriatric a paliativní péče nejsou stejné, ale v některých oblastech se překrývají (například v aktivním zaměření na pacienta v kontextu jeho rodiny a nárůstu kvality života) (Voumard et al., 2018). Geriatrická paliativní péče usiluje o udržení kvality a důstojnosti zbylého života. Naplněním tohoto úsilí naplníme i nejvyšší morální kredit (Malíková, 2020). Snaha geriatrické paliativní péče spočívá v poskytování komplexní péče stárnoucím osobám s vážnými nemocemi a v podpoře jejich rodin. Specifika péče o stárnoucí jedince zároveň formuluje i požadavky na paliativní péči (Santivasi et al., 2020). Dle Malíkové (2020) je zaměřena na medicínskou symptomatologickou léčbu (tišení bolesti, eliminace utrpení) s krátkodobou perspektivou do budoucna. Zpozornět je potřeba u progresu stavu, kdy je u seniorů přechod do terminálního stavu pozvolnější a obtížněji rozlišitelný (Malíková, 2020). Jelikož je u těchto pacientů/klientů nižší pravděpodobnost nádorové diagnózy, je také nižší pravděpodobnost, že se k paliativní konzultaci dostanou včas (Santivasi et al., 2020). V rámci poskytování paliativní péče geriatrickým pacientům se využívají různé metody, přístupy, techniky a intervence (lékařské, psychologické a emocionální), prostřednictvím kterých je poskytována úleva, pohodlí a podpora takovým pacientům (Haroen et al., 2023). Důležitost je v kontextu geriatrické paliativní péče kladena na řešení symptomů a rozvahu nežádoucích účinků diagnosticko-léčebného procesu a nastavené péče (Kabelka, 2022). Každý praktický či odborný lékař by před počatím paliativní péče měl racionálně zvážit naléhavost a přínos pokračující medikace a vyšetření. Obzvláště dlouhodobá medikace později postrádá smysl (Malíková, 2020).

Geriatrická paliativní péče prochází určitým úskalím, a to například nedostatkem specialistů a personálu obecně, zvýšenými nároky na spolupráci lékařů poskytujících obecnou a specializovanou paliativní péči a nedostatkem vzdělávání (Santivasi et al., 2020). Potřeba úzké spolupráce geriatric a paliativní péče vyžaduje také organizaci mezioborového vzdělávání (Voumard et al., 2018). Ze studií také vyplývá, že studenti, pečovatelé, sestry a lékaři se cítí nedostatečně připraveni poskytovat péči pacientům/klientům v závěru života. Chybí jim základní vzdělání v paliativní péči. Nezbytným předpokladem pro poskytování kvalitní paliativní péče starším lidem jsou specializované znalosti (Guerrero, 2019). Vývoj kvalitních opatření směřuje pouze na paliativní péči, specifika pro geriatrickou péči však chybí (Santivasi et al., 2020). Starší dospělí v komparaci s mladšími lidmi mají komplikovanější problémy, různou úroveň a závažnost zdravotního stavu, vyšší riziko nežádoucích účinků a iatrogenního

onemocnění (Haroen et al., 2023). Ani s nastavením kontroly bolesti to není u starších pacientů jednoduché. Odlišnosti nacházíme například i v potřebách pomoci při rozhodování, pomoci rodinám, časové a komunikační náročnosti (Santivasi et al., 2020). Fyzické či psychické postižení, finanční komplikace nebo sociální izolace mohou zastřít akutní zdravotní problémy. Z toho důvodu je potřeba sestavit efektivní model paliativní péče, který by pomohl s komplexním uspokojením potřeb starších, geriatrických pacientů (Haroen et al., 2023).

1.3.1 Eticko-právní aspekty geriatrické paliativní péče

Oblast paliativní péče je doprovázena množstvím etických otázek, jako jsou například otázky týkající se dobra, ochrany života a také problémů, jako je například odlidštění medicíny (Pechová et al., 2020). Poskytovaná paliativní péče by se měla respektovat lidskou důstojnost, základní lidská práva, základní postoje/ctnosti (například důvěra, respekt, úcta), biomedicínský princip nonmaeficience, beneficence a autonomie, ochranu života a právo na sebeurčení (Milfait, 2022). Etické principy paliativní péče se zakládají na uvědomění, že nevléčitelně nemocný již nemusí vyžadovat anestezii, resuscitaci či neefektivní prodlužování života (Ondriová, 2021). Zároveň je hodnota a ochrana lidského života považována za základní etické východisko paliativní péče (Kalvach, 2019). Každý jednotlivec má totiž právo na důstojné prožití závěru života a umírání (Milfait, 2022). Důležité také je neztotožňovat paliativní péči s eutanázií (Kalvach, 2019).

Kritická oblast se nachází při rozhodování mezi kurativní a paliativní medicínou. Taková rozhodování je nutné eticky a odborně dobře promyslet. Vyvarovat bychom se při plánování péče měli overtreatmentu (nadměrné léčbě) a terapeutickému nihilismu (Kabelka, 2018). Při rozhodování o poskytování paliativní péče vzniká mnoho etických dilemat (Jedličková, 2023b). Jelikož je rozhodování v závěru života mravním rozhodnutím, jedná se v podstatě o samostatnou etickou otázku (Kuře, 2022). Nápomocné může být vedení etické rozvahy za pomoci etických principů (Jedličková, 2023b). Základem etických zásad je uvědomění si, že pacient/klient je stále člověkem, i když se nachází na sklonku svého života. Zároveň má život před smrtí svůj cíl, význam a smysl (Pechová et al., 2020). Podle Malíkové (2020) však může při poskytování paliativní péče dojít k porušení etických zásad a principů. Jako nejčastější porušení uvádí bagatelizování bolesti, aplikace nadměrných dávek sedativ, nedostatečná péče, nesprávná komunikace, nevhodné hovory, neposkytnutí některých služeb, propagace eutanazie, neúcta při

manipulaci, ztráta lidské důstojnosti umírajícího pacienta/klienta (Malíková, 2020). Důležité je si uvědomit, že lidé nacházející se v terminálním stádiu či lidé umírající mají stejná práva jako všichni ostatní pacienti/klienti (Pechová et al., 2020).

Etika péče se mimo normativní etiku (specializovaná primárně na principy jednání a individuální autonomie) zaměřuje na zranitelnost pacientů. Přičemž zranitelnost pacienta je chápána jako motivace pro zdravotníky k nabytí schopností pacienta. S ohledem na pacientovu zranitelnost by měly vycházet citlivé, obezřetné úsudky při péči (Voumard et al., 2018). Lékařské úsudky musí korespondovat s přáním pacienta včetně respektu k dříve vysloveným přáním (Jedličková, 2023b). Přesto, že je důraz kladen na autonomii pacienta/klienta, jsou zaznamenány problémy s řešením jejich přání (Lemoine et al., 2019).

Dříve vyslovené přání

Institut dříve vysloveného přání je prostředek, který napomáhá v rozhodování zdravotnického personálu řešit dilematické situace při poskytování péče lidem neschopným posoudit a adekvátně reagovat na momentální situaci (Bláhová, 2016b). Využitelnost má v jakémkoliv medicínském oboru. Obzvláště v paliativní péči má své nezastupitelné místo (Steinlauf, 2020). Významným nástrojem pro rozhodování se stává v situaci, kdy jedinec z důvodu nepříznivého stavu není schopen vyslovit svou vůli v rozhodnutí o léčbě a způsobech jejího poskytování (Bláhová, 2016b). Je to tedy předem vyjádřený souhlas nebo nesouhlas s budoucí poskytovanou péčí (Pechová et al., 2020). Z popisu je patrné, že dříve vyslovené přání reprezentuje autonomii, neboli právo na svobodné rozhodnutí, určení si svých životních cílů, potřeb a zájmů. V určitých situacích je takové rozhodnutí nadřazené i ochraně zdraví a života nemocného (Bláhová, 2016b). Přání či rozhodnutí však nesmí vést ke zkracování života s utrpením, v takovém případě by se jednalo o eutanázii nebo asistovanou sebevraždu, a to je v České republice nelegální (Kalvach, 2019). Kromě dříve vysloveného přání zohledňují pacientovu/klientovu autonomii instituty, jako je informovaný souhlas a negativní reverz. Všechny tyto instituty reguluje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Bláhová, 2016b). Dříve vyslovené přání je také zakotveno v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně a od roku 2014 i v občanském zákoníku (Steinlauf, 2020).

Písemně sepsané dříve vyslovené přání tak umožňuje vyjádřit svou vůli o tom, co si přejeme, nebo úplně odmítáme při poskytování budoucí zdravotní péče. Můžeme se tak do budoucna rozhodnout například o odmítnutí resuscitace, přístroji podporovaném dýchání nebo dialýzy (Bláhová, 2016b). Aby byl takový dokument platný, musí mít určité náležitosti. Mezi náležitosti patří: písemná forma dříve vysloveného přání s úředně ověřeným podpisem pacienta/klienta, písemné poučení pacienta/klienta o důsledcích jeho rozhodnutí od praktického lékaře nebo od ošetřujícího lékaře, se kterým dříve vyslovené přání souvisí. Pokud takové náležitosti dříve vyslovené přání má, je platné po dobu 5 let. V momentě, kdy se daný pacient dostane do předvídatelné situace související s dříve vysloveným přáním, ve kterém není schopen vyslovit nový souhlas či nesouhlas, bude poskytovatel zdravotních služeb toto přání respektovat (Matějek, 2012). Respektovat dříve vyslovené přání nelze, pokud vyzývá k aktivnímu ukončení života, potencionálně ohrožuje jiné osoby, byly započaty výkony, jejichž přerušeni by způsobilo aktivní ukončení života, nebo došlo k takovému vývoji, kdy se předpokládá pacientův souhlas s poskytnutím služeb. Zároveň nelze respektovat dříve vyslovené přání u osob mladších osmnácti let či pokud mají omezenou svéprávnost (Bláhová, 2016b).

Dříve vyslovené přání lze učinit i po celou dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Vztahuje se však pouze na dané zdravotnické zařízení. Takto vyslovené přání je zapsáno do zdravotnické dokumentace, a je nutné jej podepsat pacientem, zdravotníkem a svědkem (Matějek, 2012).

Přesto, že je tento institut zakotven do českého právního řádu již od roku 2001, není v praxi běžně užívaný (Steinlauf, 2020). Důležitým prvkem pro využití dříve vysloveného přání v praxi je seznámení laické i odborné veřejnosti o této problematice (Bláhová, 2016b).

1.3.2 Geriatrická paliativní péče ve zdravotnických ústavních zařízeních

Nemocniční prostředí bývá prvotním místem diagnostikování onemocněními s infaustní prognózou, proto by to mělo být také místo poskytující kvalitní paliativní péči (Bužgová, 2015). Indikace paliativní péče má své místo jak v následné, tak i akutní nemocniční péči (Kabelka, 2018a). Pro poskytování paliativní péče je využíváno týmu specialistů (Bužgová, 2015). Interdisciplinární paliativní týmy v rámci nemocnic mohou mít mnoho podob. A mohou tak poskytovat vysoce kvalitní péči soustředěnou pacientům a jejich rodinám (Santivasi et al., 2020). Takový tým poskytuje specializovanou paliativní péči

hospitalizovaným pacientům a své působitě tedy má na lůžkových odděleních v nemocničním zařízení (Kopecký, 2022). Úroveň kvality poskytované paliativní péče napříč českými zdravotnickými zařízeními je různá. I přes fakt, že více než 60 % chronicky nemocných umírá na lůžkách zdravotnických zařízení akutní nebo následné péče (Sláma et al., 2016). Nárok na paliativní péči mají jedinci jakéhokoliv věku a v jakémkoliv stádiu vážného onemocnění. Zároveň mohou různé skupiny pacientů potřebovat různé přístupy poskytované zdravotní péče. Například v USA je většina pacientů dostávajících paliativní péči starších 65 let a do roku 2050 se očekává dvakrát tolik (Santivasi et al., 2020). V České republice není momentálně dostupný model časných indikací paliativní péče. Další krok vývoje spočívá v krajských modelech koncepčního řešení, vzdělávání a ekonomicko-personálním zajištění nových služeb (Kabelka, 2018b).

V případě hospitalizace geriatrického pacienta z důvodu akutního problému narůstá potřeba geriatrické péče. Potřeba paliativní péče hospitalizovaných pacientů také stoupá a měla by tedy být sycena současně s tou geriatrickou (Santivasi et al., 2020). Důležité je nastavení včasné indikace s nastavením kvalitního plánu paliativní péče (Kabelka, 2018b). Mimo jiné přibližně polovina konzultací v rámci lůžkové paliativní péče je poskytována během počátečních čtyř dnů hospitalizace. A následně do čtyř dnů od konzultace zemře přibližně jedna čtvrtina (Santivasi et al., 2020). V posledních 3 měsících života bylo hospitalizováno, minimálně jednou, 75 % pacientů. Přibližně 15 tisíc (14 %) pacientů bylo hospitalizováno 3 a více krát (Kabelka, 2018b). U geriatrického pacienta je vyšší pravděpodobnost, že bude propuštěn do hospice nebo jiného ošetrovatelského zařízení než do domácího prostředí (Santivasi et al., 2020).

1.3.3 Geriatrická paliativní péče v rezidenčních službách

Vzhledem k nárůstu počtu lidí žijících v domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou či v zařízeních s asistovaným bydlením je zřejmá i potřeba paliativní péče přizpůsobené individualitám seniorů a velmi starých lidí (Voumard et al., 2018). V České republice a i ve světě existují programy v rámci rezidenčních služeb, poskytující podporu jedinců, jejich rodin a společnosti v dosažení, případně udržení, vhodné úrovně kvality života. Opomíjeno však často bývá období umírání, tedy úplného konce života a specifická péče o jedince nacházejícího se v tomto období (Pechová et al., 2020). Osobám umírajícím v pobytových zařízeních obvykle nebývají umožněny

speciální postupy paliativní medicíny poskytované prostřednictvím speciální ošetrovatelské péče sester a lékařů. Jsou-li však některé tyto postupy již zavedeny, pak je důležité jednotlivé postupy dodržovat (Malíková, 2020). Některá zařízení již na tento deficit zareagovala a snaží se o navýšení kompetencí v oblasti péče v závěru života. Případně se již zabývají otázkami kvality péče v závěru života (Pechová et al., 2020).

Paliativní péče poskytovaná v domovech pro seniory představuje velkou výzvu pro ošetrovatelský personál, jelikož vyžaduje adekvátní znalosti a dovednosti. (Saleh et al., 2022). Kvalita poskytované paliativní péče se odráží od edukace profesionálních pečujících, příbuzných a od spolupráce s praktickým lékařem (Závadová, 2018). Poskytovat paliativní péči klientům v domovech pro seniory je náročné. Za důvody, proč tomu tak je, lze považovat nedostatečný přístup lékařské péče, mezery v klinickém vedení a nekvalitní komunikace mezi personálem v domovech pro seniory a personálem ve zdravotnických zařízeních (Anstey et al., 2016). Paliativní péče a pokročilé plánování péče pomáhá při návaznosti a zajištění poskytování péče s respektem a zaměřením na pacienta (Basso et al., 2023). Důležitým prvkem dobré péče v závěru života je plán péče s jasně vytyčenými cíli a preferencemi daného jedince (Závadová, 2018).

1.4 Specifika ošetrovatelství v rámci geriatrické paliativní péče

Přístup ošetrovatelského personálu k životnímu konci a smrti je rozhodující pro kvalitu života pacientů/klientů nacházejících se v konečné etapě života (Pechová et al., 2020). Sestry jsou totiž obvykle první, kdo s pacienty/klienty hovoří o jejich zdraví či nemoci (Dahlin et al., 2023). Umění správně zjistit veškeré pacientovy/klientovy potřeby je proto klíčové při péči o geriatrické paliativní pacienty/klienty (Marková, 2010). Při péči o multidimenzionální obtíže pacientů/klientů je potřeba si uvědomit nutnost a důležitost týmového způsobu péče (Kalvach, 2019). Přičemž pacient/klient je ten, kdo při hodnocení určuje důležitost jednotlivých potřeb a obtíží (Bužgová, 2015). Kromě pacientových/klientových potřeb musí sestra umět zhodnotit fyzický a psychický stav jednotlivce (Marková, 2010). Na základě zjištěných informací sestra vyhodnocuje aktuální a potencionální problémy, které zakomponovává do ošetrovatelských plánů. K jednotlivcům přistupuje holisticky a poskytuje tak komplexní a individualizovanou ošetrovatelskou péči za pomoci stanoveného ošetrovatelského plánu (Malíková, 2020). Pro poskytování kvalitní holistické péče se zaměřením na pacienta je mimo jiné důležitá zpětná vazba od pacientů/klientů. Takto fungující spolupráce mezi sestrou

a pacientem/klientem je zásadní pro zvýšení spokojenosti s poskytovanou péčí a zlepši tak kvalitu poskytované péče pacientům/klientům na sklonku života (Haroen et al., 2023). Mezi důležité úkony při poskytování paliativní péče lze zařadit včasné nastavení paliativní péče v prvotní fázi onemocnění a rozpoznání potřeb s následným naplánováním intervencí, systematickou spolupráci se specialisty a lepší spolupráci s komunitou a sociálním prostředím pacienta/klienta (Chelazzi et al., 2023).

Nevyléčitelná nemoc přináší velkou psychosociální zátěž (Bužgová, 2015). Celosvětově lze zaznamenat vysokou zátěž deprese, úzkosti, psychických potíží a dalších psychických problémů (Sultana et al., 2021). Obzvláště geriatričtí paliativní pacienti/klienti v ústavní péči mohou trpět osamělostí, podnětovou a emocionální deprivací či ztrátou soukromí, což má za důsledek omezenou komunikaci a ztrátu úcty k sobě samému (Bužgová, 2015). Tyto problémy následně negativně ovlivňují stávající problémy v poskytování paliativní péče (Sultana et al., 2021). V souvislosti s tím by si sestry měly uvědomovat důležitost duchovní péče a dát tak prostor poskytovatelům těchto služeb. Měly by se podílet a spolupracovat na řešení duchovních potřeb, a tím podporovat duchovní a psychickou pohodu jedince (Haroen et al., 2023).

Supervize v ošetrovatelství

Zdravotnická profese obsahuje mnoho náročných situací, proto je potřeba pečovat o duševní rovnováhu zdravotníků. Do péče o duševní rovnováhu lze zařadit soukromé zdroje, kam spadá rodina a blízcí přátelé personálu a personální zdroje, kam lze zařadit kolegy, členy z týmu, nadřízené, ale i supervizní setkání (Venglářová et al., 2013). Supervize je proces, ve kterém supervizor pomáhá supervidovanému řešit konkrétní situace s cílem zkvalitnit poskytovanou péči (Marková, 2010). Supervize má funkci manažerskou (normativní), výchovnou (formativní) a podpůrnou (obnovující). Manažerská (normativní) funkce má za úkol zajištění kvalitní praxe opřené o etické aspekty péče. Vývojová (formativní) funkce se zaměřuje na jednotlivé složky, jako například znalosti a jejich získávání, komunikační dovednosti, sebedůvěra a sebevědomí. Podpůrná (obnovující) funkce poskytuje podporu jednotlivcům, zmírnění syndromu vyhoření a stresových faktorů v poskytované péči (Lee et al., 2019).

Spolupráce s rodinou

Jak již z definice od WHO vyplývá, tak do poskytování paliativní péče neoddělitelně patří i péče o blízké (Bužgová, 2015). Pacienti na konci života potřebují přítomnost rodinných příslušníků (Saarinen et al., 2023). Sestry by proto do své péče měly zapojovat i členy rodiny, a to především do diskuzí ohledně péče, koordinace léků, a následně tak byla zajištěna spolupráce a porozumění (Haroen et al., 2023). Účast rodinných příslušníků eliminuje pocit osamělosti pacientů/klientů, zvyšuje kvalitu poskytované péče a navozuje pohodu rodinných příslušníků (Saarinen et al., 2023). Při poskytování paliativní péče by mělo být uděláno maximum pro to, aby mohl být pacient se svou rodinou či blízkými (Marková, 2010). Funkční rodinu nelze nahradit zdravotnickými pracovníky, ale lze nastavit takové prostředí, ve kterém mohou být navzájem v kontaktu. U nefunkčních rodin mohou pracovníci nalézt způsob řešení a napravit tak problémy, které ubírají pacientovi/klientovi na kvalitě života (Bužgová, 2015).

Při péči o geriatrické paliativní pacienty/klienty je neopomenutelné i rehabilitační ošetřovatelství, které je velice důležitou složkou celistvé paliativní péče (Kalvach, 2019). V souvislosti s paliativní péčí mohou sestry spolupracovat s fyzioterapeuty a jinými zdravotnickými pracovníky a podílet se tak na integraci podpůrných programů v péči o pacienty (Haroen et al., 2023).

1.5 Vybrané symptomy v péči o geriatrické paliativní pacienty/klienty

Bolest

Nejčastějším příznakem, který se u pacientů/klientů v paliativní péči vyskytuje, je bolest (Marková, 2010). Má neopomenutelný vliv na naladění pacienta/klienta, motivaci pro spolupráci a komfort (Sláma, 2022a). Je to varovný příznak nasvědčující aktuální či potencionální poškození tkání (Kalvach, 2019). Takový vjem patří do obranných mechanismů organismu, je subjektivní a obsahuje emoční složku (Kabelka, 2018a). Nástup takového nepříjemného zážitku může nastat pomalu nebo náhle v libovolné intenzitě a může mít akutní či chronický charakter (Herdman et al., 2021). Při prvotním zjištění bolesti u seniora je potřeba provést komplexní vyšetření pro vyloučení závažné příčiny. Pokud je daný senior již v paliativní péči, záleží i na stádiu onemocnění a pečlivé rozvaze o přínosu pro kauzální řešení problému (Kabelka, 2018a). Algometrie, dolometrie neboli hodnocení bolesti lze provést několika způsoby. Hlavní cíl

diagnostiky bolesti je zjištění co nejvíce informací o dané bolesti (Pokorná et al., 2013). V běžné praxi se používají číselné škály, verbální škály nebo vizuální škály, zobrazující intenzitu bolesti (Marková, 2010). Dále pak zkoumáme lokalizaci dané bolesti, časový průběh bolesti a charakter bolesti. Při hodnocení se mimo již zmíněné soustředíme na vyvolávající příčinu a přidružené projevy bolesti (Pokorná et al., 2013). Hodnocení bolesti a efektu analgetik by mělo probíhat rutinně při každé návštěvě pacienta/klienta s následným zaznamenáváním do dokumentace. Součástí monitorování jsou i nežádoucí účinky analgetické léčby, kam spadá útlum dechového centra, obstipace, nauzea, zvracení zmatenost či delirium (Kalvach, 2019). U starších jedinců dochází přibližně za 3–5 dnů k toleranci a úplnému odeznění těchto nežádoucích účinků. Vyšší pravděpodobnost nežádoucích účinků mají ti, kteří doposud neužívali silné opioidy (Kabelka, 2018a). Z hlediska ošetrovatelského procesu a NANDA Taxonomie se může jednat o diagnózu s číslem 00132 Akutní bolest nebo 00133 Chronická bolest, případně 00255 Syndrom chronické bolesti spadající pod první třídu dvanácté domény, domény Komfortu (Herdman et al., 2021). Při hodnocení je potřeba mít na paměti, že senioři s projevy geriatrické křehkosti vnímají bolest odlišně než ostatní populace. Odlišnosti lze nalézt i při řešení bolesti. Jedinci seniorského věku jsou riziková z pohledu farmakologických interakcí a nežádoucích účinků (Kabelka, 2018a). Například pethidin (Dolsin) by se neměl podávat geriatrickým pacientům, jelikož zvyšuje riziko deliria a zvracení. Nebo používání buprenorfinu (Transtec) netlumí dušnost, pouze bolest, a společně s Morfinem snižuje jeho účinek (Kalvach, 2019). Pro léčbu bolesti stanovila WHO tři stupně analgetik, první stupeň představují neopiooidová analgetika určená pro tlumení mírné bolesti, druhý stupeň zastávají slabé opioidy na bolest se středně silnou intenzitou a třetí jsou opioidy používané pro tlumení bolesti středně silného až silného rázu (Marková, 2010). Při podávání opioidových preparátů je potřeba myslet na kontinuitu léčby, a to hlavně ve smyslu podávání léčiv v přesný čas a nasazené opioidy se nesmí náhle vysazovat (Kalvach, 2019). Při zavádění analgetické terapie opioidy křehkým geriatrickým pacientům/klientům je potřeba nejprve dávku titrovat, takže v prvopočátcích dostávají například poloviční dávky stanovených opioidů (Kabelka, 2018a). K farmakologickému tlumení bolesti se přidává i adjuvantní farmakoterapie obsahující i jiné lékové skupiny (antidepresiva, anxiolytika, antiepileptika a kortikoidy), fyzioterapie a vhodné polohování, invazivní řešení bolestí a radioterapie (Kalvach, 2019).

Dušnost

Je subjektivní vnímání nedostatku vzduchu a ztíženého vnímání (Kalvach, 2019). Společně s bolestí má multifaktoriální příčinu a je spojena s depresivitou, úzkostí a poruchami spánku (Kabelka, 2018a). Je vnímána jako nejnepříjemnější příznak, jelikož je doprovázena obavou o vlastní život (Marková, 2010). Dušnost provází 50–80 % pacientů/klientů v terminálních stádiích (Tomíšková, 2022). Téměř polovina paliativních pacientů/klientů vnímá dušnost jako středně těžkou až těžkou a výrazně jim narušuje kvalitu prožívaného života (Kabelka, 2018a). Částečně ji lze objektivizovat pomocí parciálních tlaků kyslíku a oxidu uhličitého (Tomíšková, 2022). Jednoduchým způsobem měření kyslíku je pulzní oxymetrie (Kalvach, 2019). Při diagnostice zjišťujeme, jak moc zasahuje do kvality života, zdali se jedná o nově vzniklou dušnost, zhoršení již stávající dušnosti, nebo zda se jedná již o terminální dušnost (Kabelka, 2018a). Z hlediska NANDA Taxonomie se může jednat o diagnózu s číslem 00032 Neefektivní vzorec dýchání spadající do čtvrté třídy, Aktivity/odpočinku, neboli čtvrté domény (Herdman et al., 2021). Při rozhodování o léčbě dušnosti zvažujeme příčiny a ovlivnitelnost dušnosti, zátěž léčby pro pacienta/klienta (Kabelka, 2018a). Do farmakologické terapie dušnosti spadají bronchodilatancia, inhalační léky (betamimetika, anticholinergika), methylxantiny, kortikosteroidy, anxiolytika a sedativa. Do léčby dušnosti také neodmyslitelně patří oxygenoterapie a rehabilitace s fyzioterapií (Tomíšková, 2022). Důležitou úlohou sestry je udržet psychický komfort pacienta/klienta a pečovat o něj. Další pomoc, kterou může sestra pacientovi/klientovi poskytnout, je otevření okna pro vstup čerstvého vzduchu do místnosti, a také pomoc při zaujímání vhodné polohy (Marková, 2010). Pacienti/klienti často zaujímají ortopnoickou polohu (poloha v sedě s fixací paží vpředu), která zapojuje do dýchání i pomocné dýchací svaly. Dále může sestra provést dechovou rehabilitaci s pacientem/klientem nebo navrhnout lékařskou konzultaci ohledně farmakoterapie (Kalvach, 2019).

Malnutrice

Příjem potravy společně s příjmem tekutin je nezbytný pro život jedince. Při absenci potravy dojde za několik týdnů k zahynutí člověka, při absenci vody k zahynutí dojde do několika dnů (Sláma, 2022b). Malnutrici můžeme definovat jako obezitu, podvýživu nebo karenci, které mají základ ve špatném stavu výživy. Nejčastěji je však uváděna jako synonymum pro podvýživu (Pokorná et al., 2013). Při delší prognóze (v řádu měsíců)

může být malnutrice závažnou příčinou sarkopenie s následným negativním dopadem na stabilitu, mobilitu a soběstačnost (Kalvach, 2019). Malnutrice má mnoho příčin, za nejčastější lze však považovat problémy s chrupem či polykání, zažívací obtíže, poruchy příjmu a vstřebávání potravy, nevhodné složení potravy spojené s nedostatkem financí, špatnou mobilitou či syndromem demence (Malíková, 2020). Za další příčiny považuje Kalvach (2019) ještě nechutenství, odmítání potravy, xerostomie, průjmy. Obvykle je malnutrice součástí terminálního stavu, ale není potřeba pacienta/klienta do jídla nutit (Marková, 2010). Při diagnostice je základem nutriční anamnéza s objektivizací příjmu potravy, zahrnout by se měly i užívané léky, jelikož některé mají anorektický účinek (Kalvach, 2019). V souvislosti s malnutricí by mohla být uváděna diagnóza z NANDA Taxonomie s číslem 00002 Nevyvážená výživa: méně než je potřeba pro organismus, která náleží první třídě druhé domény s názvem Výživa (Herdman et al., 2021). Pro posuzování nutričních stavů je důležitá role sestry při rozhodování a řešení nutričních stavů (Haroen et al., 2023). To potvrzuje i Pokorná et al. (2013), která udává, že sestra zajišťuje klíčovou roli v prevenci a nastavení včasných intervencí při nutričních nedostatcích. Pro hodnocení nutričního stavu lze využít několik různých screeningových škál, mezi které patří například škála pro hodnocení stavu výživy (MNA), subjektivní globální hodnocení nutričního stavu (SGA), nutriční rizikový screening (NRS) nebo univerzální screeningový nástroj k hodnocení malnutrice (MUST) (Pokorná et al., 2013). Včasnými intervencemi mohou sestry zabránit či předcházet podvýživě, a tím podpořit fyzické funkce (Haroen et al., 2023). Zmírněním nutričních nedostatků pozitivně ovlivňujeme kvalitu zbývajících života jedinců (Pokorná et al., 2013). Pro podporu příjmu potravy je vhodné chuťově či mechanicky upravit stravu, byť pacient/klient pozře pouze menší objem jídla (Kalvach, 2019). Je potřeba zajistit pacientovi/klientovi dostatek času pro příjem potravy. Vhodné je zapojovat rodinné příslušníky do péče o příjem potravy a dát jim prostor pro přinesení pacientových/klientových oblíbených jídel (Pokorná et al., 2013). Potravu je vždy nutné upravit pacientovým/klientovým potřebám a přáním (Kalvach, 2019). Úprava může spočívat i ve změně teploty, zatímco pro některého pacienta/klienta jsou vhodnější teplé pokrmy, jiný vyžaduje studené (Marková, 2010). Dbát by sestra měla i na prostředí ve kterém pacient/klient danou stravu přijímá (Pokorná et al., 2013). Při nedostatečném příjmu potřebné energie potravou se nasazuje vhodná nutriční podpora v podobě sippingu (Kalvach, 2019). Podmínkou však je funkční zažívací trakt, při nefunkčnosti zažívacího traktu se berou v potaz další možné alternativy (Pokorná et al., 2013). Při rozvaze o velikosti a složení nutriční podpory se bere v potaz

fáze onemocnění (Tomíška, 2022). Pečlivě rozvažovat by se mělo ohledně indikace nutriční sondy nebo založení PEG⁸. Dle etických a odborných doporučení není v rámci péče o pacienty/klienty v závěru života, zavádění nutričních son, parenterální výživy či zakládání PEG vhodné (Kalvach, 2019).

Dehydratace

Za dehydrataci považujeme proces, při kterém aktivně dochází ke ztrátě tělesné vody (Arca a Halker Singh, 2021). Společně s tekutinami organismus ztrácí ionty (Pokorná et al., 2013). Mezi příčiny ztráty tekutin a iontů lze zařadit léky (například diuretika), nadměrný výdej tekutin (průjem, zvracení, pot), nachlazení, změna nadmořské výšky a nedostatečný příjem tekutin (Arca a Halker Singh, 2021). Závažnost dehydratace závisí na objemu nedostatku či ztráty tekutin, stavu postižené osoby a okolním prostředí (Pokorná et al., 2013). Při pokročilém stádiu onemocnění často dochází ke snížení, nebo ztrátě schopnosti příjmu tekutin ústy (Sláma, 2022b). Pro rodinu je takový stav častým důvodem úzkosti (Marková, 2010). Klinicky se dehydratace projevuje žízní, únavou, bolestí hlavy, zmateností, oschlými sliznicemi, poklesem kožního turgoru a krevního tlaku, poruchami rytmu, malým objemem koncentrované moči, sníženou hmotností (Kalvach, 2019). V NANDA Taxonomii lze pro stav dehydratace najít související diagnózy s číslem 00195 Riziko nerovnováhy elektrolytů, 00025 Riziko nevyváženého objemu tekutin, 00027 Snížený objem tekutin a 00028 Riziko sníženého objemu tekutin. Tyto diagnózy patří pod pátou třídu druhé domény s názvem Výživa (Herdman et al., 2021). Hodnotit stav hydratace lze pomocí anamnézy (obsahující mimo jiné i preferované tekutiny a zvyklosti v příjmu), fyzikálního vyšetření, laboratorního vyšetření a pečlivého sledování příjmu a výdeje tekutin (Pokorná et al., 2013). Základem léčby je podávání přiměřeného objemu tekutin (Kalvach, 2019). Tento úkon bývá považován za základní lidskou povinnost čili základ péče (Sláma, 2022b). U pacientů/klientů v úplném závěru života je možné omezený příjem tolerovat a považovat jej za přirozený průběh nemoci, a proto není nutné tuto osobu nutit do pití. Pokud jedinec nepřijímá tekutiny déle než 2 dny a má delší životní prognózu, je žádoucí nasazení infuzních preparátů, pokud jejich podání aktivně neodmítá (Kalvach, 2019). Mezi ošetrovatelské intervence tedy patří podávání vhodných tekutin, jako jsou neslazené málo koncentrované čaje, voda, případně minerální

⁸ PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie)

vody. Během dne je vhodné tekutiny střídat, vhodné je i nastavení „picích rituálů“. Tekutiny je nutné podávat v adekvátních nádobách a snižovat tak riziko aspirace (Pokorná et al., 2013). Pokud je částečně porušeno polykání, je možnost použít potravinové zahušťovadlo, které usnadní průnik tekutin do zažívacího traktu. Při úplné neschopnosti příjmu tekutin je možnost svlažováním úst nejlépe chladnými prostředky (Kalvach, 2019), podávat můžeme například zmraženou vodu nebo šťávu. Chlad totiž zastře informace proudící z receptorů žízně (Marková, 2010).

Delirium

Je to syndrom projevující se akutní poruchou vigility, vnímání, pozornosti, myšlení, nálady, spánku a psychomotorických funkcí (Závadová a Kabelka, 2022). V čase se mění jeho intenzita v řádu minut až hodin (Kabelka, 2018a). Vyvolávající spouštěče (například horečka, infekce, léky, chemické látky, bolest, stresory, únava, porucha acidobazické rovnováhy) mohou mít různou intenzitu, mohou se kombinovat a působí na různě odolný mozek. Platí pravidlo, že čím křehčí, zranitelnější mozek, tím je pro vyvolání deliria potřeba menší intenzita spouštěče (Kalvach, 2019). Delirium se dělí na hyperaktivní (agitované) delirium (Kabelka, 2018a). U takového typu deliria lze pozorovat psychomotorický neklid, nestálý stav vědomí, svalové záškuby až křeče (Marková, 2010). Lidé s hyperaktivním deliriem se často svlékají, chtějí vstávat, neúčelně chodí po místnosti, mohou mít zrakové halucinace a hlasité projevy (Závadová a Kabelka, 2022). Dalším typem je hypoaktivní delirium, které se může vyvinout při hypoxii, neléčené bolesti u pokročilé demence, encefalopatii s metabolickou či hepatální příčinou (Kabelka, 2018a). Projevuje se emoční oploštělostí a nezájmem o okolí s možnou poruchou řeči (Závadová a Kabelka, 2022). Někdy je tento typ deliria zaměněn za agonii bez nasazené léčby (Marková, 2010). Dále se delirium dělí na terminální a smíšené, vyskytující se u pacientů/klientů v závěru života a projevující se střídáním emoční a psychomotorické aktivity s inaktivitou (Kabelka, 2018a). U geriatrických pacientů/klientů je důležité nezaměnit delirium (často označované jako zmatenost) s demencí, poruchou chování či odlišit delirium nasedávající na demenci. Delirium se od demence liší svým rychlým nástupem a odezněním a také je reverzibilní (Kalvach, 2019). Diagnóza deliria se zakládá na kvalitní anamnéze získané například od ošetřujícího personálu (Závadová a Kabelka, 2022). Základem jsou informace o orientaci místem, časem, osobou, případně přítomnost agitovanosti halucinací či bludů (Kalvach, 2019). Následná vyšetření jsou závislá na předpokládaných příčinách vzniku deliria (Závadová a Kabelka, 2022). V NANDA

Taxonomii bychom pro takový stav mohli nalézt diagnózu s číslem 00128 Akutní zmatenost nebo 00279 Narušený myšlenkový proces. Obě diagnózy patří pod pátou třídu páté domény, neboli Vnímání/poznávání (Herdman et al., 2021). Podle zjištěné příčiny se také odvíjí léčba (Marková, 2010). Management deliria zahrnuje do rozhodování a plánování prognózu a cíl péče podle toho se nastavuje adekvátní terapie. Důležitá je především prevence spočívající v působení či úpravě možných spouštěčů (Závadová a Kabelka, 2022). V léčbě deliria je důraz kladen na přístup personálu, verbálních a nonverbálních projevů. Mnoho delirií lze zvládnout vhodnou komunikací a lidskostí v podobě sezení u lůžka, držení za ruku, úpravou tónu hlasu či zanechání rozsvíceného světla. Potřeba je také zajištění bezpečnosti, kde by se měl každý personál hluboce zamyslet. U těchto stavů to totiž často svádí k nepřiměřenému používání omezovacích prostředků (Kalvach, 2019).

1.6 Komunikace v rámci geriatrické paliativní péče

Obecně lze komunikaci definovat jako sdělování nebo výměnu informací za pomoci rozmanitých signálů a prostředků. Tento tok informací probíhá neustále a jsou do ní zapojeni všichni účastníci (Malíková, 2020). Pro poskytování kvalitní péče lidem nacházejícím se v závěru života je komunikace nesmírně důležitá. Je však často velmi složitá a mimo pečovatele a zdravotníky zahrnuje především pacienta/klienta a jeho blízké (Ryan et al., 2022). Při komplikovanějších rozhovorech je vhodné pacientovi nabídnout možnost přítomnosti blízké osoby při rozhovoru (Kabelka, 2022). Zohlednit je nutné i faktory ovlivňující komunikaci (například věk, vzdělání, aktuální stav, čas, smyslové a kognitivní poruchy, prostředí) (Malíková, 2020). Jeden z hlavních úkolů profesionálních pečovatelů je vytvoření prostoru pro dialog, vyprávění pacientů a jejich blízkých a vyjádření pacientových perspektiv (Voumard et al., 2018). Sestry však mívají při dialozích obtíže v podobě osobních obav či nedostatků, nedostatku času a v neposlední řadě i organizačních a kulturních faktorů (Bullington et al., 2019). Neúspěchy v komunikaci vedou k nejistotě a nespokojenosti s vyústěním v omezení ochoty komunikovat (Malíková, 2020).

Komunikace je základní prvek pro vytváření mezilidských vztahů a interpretace informací (Kabelka, 2018a). Dobře ovládat komunikaci však lze pouze při soustavném nácvičku komunikace s rozsáhlými znalostmi o komunikační oblasti (Malíková, 2020). Prostřednictvím efektivní komunikace můžeme pacienty/klienty a jejich rodiny uvést do

paliativní péče. Zároveň efektivní komunikace napomáhá při kontrole symptomů, posiluje a vede rozhodování (Back, 2020). Komunikace v geriatrické paliativní péči by měla obsahovat pozorování, otevřené vyjádření pocitů, upřímné hovoření o potřebách a prosbách s následným stanovením úkolů a cílů (Kabelka, 2018a). Komunikace je také nezbytná pro naplnění potřeb a zjištění preferencí pacientů/klientů a jejich blízkých (Engel et al., 2023). Nenásilná komunikace mění naše způsoby vyjadřování a naslouchání, také nás učí rozpoznávat a vnímat, co při komunikaci cítíme, a co by mohl cítit ten druhý a vede nás k upřímnosti (Kabelka, 2018a). Takový přístup může být klíčový pro vybudování důvěry. Důvěra dále pak může pacientům umožnit utváření identity, stanovovat životní plány a cíle péče. V kontextu omezené svobody jednání, každodenních životních činností, sociální izolace, kognitivních poruch, chronického strádání či bezprostřední smrti je důvěra důležitá (Voumard et al., 2018). Komunikace bez emocí, sdílení, vcítění se a empatie není v paliativní medicíně účinná (Kabelka, 2022).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat znalosti sester na vybraných odděleních o problematice geriatrické paliativní péče.

Cíl 2: Popsat návaznost péče mezi domovem pro seniory a nemocničním zařízením u klientů v závěru života.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké znalosti mají sestry na vybraných odděleních v nemocničním zařízení o problematice geriatrické paliativní péče?
2. Jaká je návaznost péče u klientů v závěru života mezi domovem pro seniory a vybranými odděleními v nemocničním zařízení?
3. Jak probíhá komunikace mezi sestrou na vybraných odděleních v nemocničním zařízení a domovem pro seniory, v rámci plánování péče v závěru života?
4. Jak probíhá péče o geriatrického paliativního pacienta na vybraných odděleních v nemocničním zařízení?

3 Metodika

3.1 Popis metodiky

Na základě charakteru zkoumaného jevu byla pro empirickou část bakalářské práce vybrána technika kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum vychází z chápání jednotlivých jevů a pojmů účastníky dané situace (Švaříček a Šedřová, 2014). Sběr dat se uskutečňoval na základě polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami pracujícími v nemocničních zařízeních a v domovech pro seniory v Jihočeském a Plzeňském kraji. Před začátkem rozhovoru byla sestavena žádost o povolení realizace výzkumu, která byla podepsána vrchními sestrami či řediteli institucí. Součástí této žádosti byl i souhlas pro účastníky výzkumu (viz Příloha 1). Každý z informantů byl před zahájením rozhovoru informován o anonymitě, způsobu získání a zpracování dat. Následně byl podepsán informovaný souhlas. Podepsané informované souhlasy jsou uschovány u autora práce bez možnosti přístupu další osoby.

Polostrukturovaný rozhovor měl předem určenou strukturu s doplňujícími otázkami (viz Příloha 2). Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost přirozené konverzace s naplánovaným rámcem obsahu, což výzkumníkovi pomůže k získání vyšší výtěžnosti dat (Miovský, 2006). Na základě prostudované literatury a vlastních zkušeností byla vytvořena osnova otázek. Celkem bylo formulováno 26 hlavních otázek, z toho 15 otázek obsahovalo doplňující otázky. Prvotních 6 otázek sloužilo pro kategorizaci informantů. Srozumitelnost otázek byla ověřena prostřednictvím pilotáže v únoru 2024. Na základě pilotáže došlo ke změně pořadí otázek. Vzhledem k výtěžnosti pilotážního rozhovoru byl tento rozhovor zařazen do výsledků. Bylo provedeno 5 rozhovorů se všeobecnými sestrami pracujícími v nemocničním zařízení. Vzhledem k tomu, že se při pátém rozhovoru informace opakovaly, byl pro potvrzení realizován ještě jeden rozhovor. Protože došlo k teoretické saturaci, byl sběr ukončen. Celkem tedy bylo realizováno 6 rozhovorů se všeobecnými sestrami pracujícími v nemocničním zařízení. Dále byly pro celistvost informací provedeny 4 rozhovory se všeobecnými sestrami pracujícími v domovech pro seniory. Při čtvrtém rozhovoru se informace shodovaly, a proto byl proveden ještě jeden potvrzující tuto myšlenku. Celkem tedy bylo realizováno 5 rozhovorů s všeobecnými sestrami pracujícími v domovech pro seniory.

Z celkového počtu 11 rozhovorů bylo 9 z nich provedeno osobně v rámci pracovní doby informantů. Zbýlé dva rozhovory byly provedeny mimo pracovní dobu informantů. Jeden

z nich byl proveden prostřednictvím telefonního hovoru a druhý prostřednictvím MS Teams. Délka rozhovorů se pohybovala od 15 minut do 60 minut. Výpovědi jednotlivých informantů byla zaznamenány prostřednictvím hlasového záznamníku a následně doslovně přepsány (transkriptována) do programu MS Word. Pro zachování anonymity byly informantům přiřazeny kódy, klíč pro identifikaci informantů je u autora této práce bez možnosti přístupu další osoby. Z tohoto důvodu byla z obsahu výpovědí odstraněna jména či nahrazena jinými. Informanti byli vybráni metodou sněhové koule. Všichni oslovení s účastí ve výzkumu souhlasili. Výzkumné šetření probíhalo od února 2024 do března 2024.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběrovým kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla práce v nemocničním zařízení nebo v domově pro seniory a kvalifikace informanta. Výzkumný soubor tvořily ženy ve věku od 24 do 59 let. Všechny sestry vykonávaly práci na pozici všeobecné sestry. Bližší specifikace sester je uvedena ve výsledkové části.

3.3 Zpracování dat

Získaná data byla analyzována metodou „tužka papír“ pomocí otevřeného kódování. Při otevřeném kódování rozebíráme text na jednotky, kterým přiřadíme kód, následně tyto kódy třídíme do kategorií a podkategorií (Miovský, 2006; Švaříček a Šedřová, 2014). Celkem bylo stanoveno 154 kódů a z toho se stanovilo 6 kategorií a 19 podkategorií. Při další analýze dat došlo k rekatégorizování a sloučení některých podkategorií. Výsledkem tedy bylo identifikováno 6 kategorií a 18 podkategorií a 154 kódů (viz Příloha 3).

3.4 Operacionalizace dat

Všeobecná sestra je nelékařský zdravotnický pracovník, který spolupracuje s ostatními nelékařskými pracovníky a který je podřízen vrchní sestře. K jednotlivým úkonům ji opravňuje platná legislativa (Malíková, 2020).

Geriatrická paliativní péče je označením pro vysoce odbornou péči o starší populaci vyskytující se závěrečné fázi života. Usiluje o maximální dosažitelnou kvalitu života pro pacienta/klienta a jeho blízké. Tato péče zahrnuje sociální a zdravotní aspekty (Kabelka, 2022).

Návaznost péče je charakterizována jako jakési spojení mezi jednotlivými složkami systému péče (Holanová a Jurašková, 2014).

Dříve vyslovené přání představuje předem vyjádřený souhlas nebo nesouhlas pacienta/klienta s budoucí poskytovanou péčí pro případ, že v budoucnu nebude schopen o tom rozhodnout (Pechová et al., 2020).

Supervizní setkání je označením procesu, ve kterém supervizor pomáhá supervidovanému řešit konkrétní situace s cílem zkvalitnit poskytovanou péči, poskytnout podporu a seberůst personálu (Marková, 2010; Lee et al., 2019).

Komunikace představuje základní proces lidských vztahů, při kterém se předávají informace mezi dvěma či více osobami (Pokorná, 2010).

Terminální stádium je označením pro stav pacienta/klienta, u kterého předpokládáme úmrtí do několika dní až týdnů, nanejvýš měsíců. V takovém stádiu je za potřebí zvážit výhody a nevýhody hospitalizace (Pechová et al., 2020).

SOS medikace je označením pro podávání medikace dle potřeby (například při bolesti, dušnosti, zvracení, teploty). Takovou medikaci stanoví lékař s cílem zvládnout symptomy v momentě, kdy se objeví. Může napomocť odstranit nadbytečné transporty záchrannou službou (Pechová et al., 2020)

Medikace off-label je označením pro léčiva, která jsou na daném území povolena, ale podávají se mimo technické specifikace (jiný věk, indikace, dávka, interval, způsob podání) (Rite-Gracia a Avila-Alvarez, 2021).

Rezidenční služby jsou označením pro pobytové služby pro seniory, do kterých lze zařadit domovy pro seniory, domovy s pečovatelskou službou či v zařízení s asistovaným bydlením (Voumard et al., 2018). V rámci výzkumu se pracovalo pouze s domovy pro seniory.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika informantů

I1: Žena 37 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské (Bc.). Na pozici všeobecné sestry pracuje 15 let. Současně pracuje v nemocnici v Plzeňském kraji na oddělení následné péče. Předtím pracovala ve stejné nemocnici, ovšem na chirurgickém, interním a covidovém oddělení. S geriatrickými paliativními pacienty se setkává každou službu.

I2: Žena 30 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské (Mgr.), interní zaměření. Na pozici všeobecné sestry pracuje 4 roky. Současně pracuje v nemocnici v Jihočeském kraji na infekčním oddělení. Před tím pracovala jako asistentka pacienta v domácí péči s klientem s ALS. S geriatrickými paliativními pacienty se setkává jednou za týden/14 dní.

I3: Žena 49 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské (Mgr.), interní zaměření a specializace v intenzivní péči. Na pozici všeobecné sestry pracuje 23 let. V současné době pracuje ve vedení nemocnice v Jihočeském kraji. Před tím pracovala v chirurgické ambulanci, na kardiologii, koronární jednotce, interní JIP a na oddělení následné péče. Nyní se s geriatrickými paliativními pacienty neseťkává, ale v minulosti denně (na oddělení následné péče).

I4: Žena 24 let, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné (DiS). Na pozici všeobecné sestry pracuje 1,5 roku. V současné době pracuje v nemocnici v Plzeňském kraji na oddělení následné péče. S geriatrickými paliativními pacienty se setkává 3–4x do roka.

I5: Žena 44 let, nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné s maturitou. Má specializaci v domácí péči, stomická sestra. Kurz týkající se katetrizace močového měchýře, péče o chronické rány, podávání domácí parenterální výživy. Na pozici všeobecné sestry pracuje 26 let. V současné době pracuje v nemocnici v Jihočeském kraji na gastroenterologickém oddělení. Předtím pracovala v domácí péči. S geriatrickými paliativními pacienty se setkává denně.

I6: Žena 26 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské (Bc.). Na pozici všeobecné sestry pracuje 4 roky. V současné době pracuje v nemocnici v Plzeňském kraji na oddělení následné péče. S geriatrickými paliativními pacienty se setkává každou službu.

I7: Žena 31 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské (Ph.D.), interní zaměření. Na pozici všeobecné sestry pracuje 5 let. V současné době pracuje v domově pro seniory v Jihočeském kraji. S geriatrickými paliativními klienty se setkává denně.

I8: Žena 39 let, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné (DiS.). Na pozici všeobecné sestry pracuje 11 let. V současné době pracuje v domově pro seniory v Jihočeském kraji. Předtím pracovala v nemocnici na ARO. S geriatrickými paliativními klienty se setkává jednou za čtvrt roku až půl roku.

I9: Žena 35 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské (Mgr.), zaměření na management, specializace týkající se geriatrické křehkosti. Na pozici všeobecné sestry pracuje 16 let. V současné době pracuje v domově pro seniory v Plzeňském kraji. Předtím pracovala v nemocnici. S geriatrickými paliativními klienty se setkává denně.

I10: Žena 39 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské (Bc.). Na pozici všeobecné sestry pracuje 17 let. V současné době pracuje v domově pro seniory v Plzeňském kraji. S geriatrickými paliativními klienty se setkává denně.

I11: Žena 59 let, nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. Na pozici všeobecné sestry pracuje 40 let. V současné době pracuje v domově pro seniory v Plzeňském kraji a má i úvazek v nemocnici v Plzeňském kraji na oddělení následné péče. Předtím pracovala v lázních. S geriatrickými paliativními pacienty se setkává přibližně ve frekvenci deseti pacientů za půl roku.

4.2 Popis kategorií

Přesné rozřazení kódů k jednotlivým kategoriím a podkategoriím je uvedeno v příloze (viz Příloha 3).

4.2.1 Kategorie 1 Geriatrická paliativní péče

Tato kategorie obsahuje pět podkategorií, které spojují informace související s definicí a péčí v rámci problematiky geriatrické paliativní péče.

Podkategorie – Vnímání geriatrické paliativní péče sestrami

Tato podkategorie shrnuje informace spojené s tím, jak sestry vnímají geriatrickou paliativní péči.

Sestry pracující v nemocničním zařízení (I1 – I6) se shodly, že geriatrická paliativní péče je péče o lidi seniorského věku nacházející se v závěru života či umírání. „*Je to péče o staré umírající pacienty.*“ (I3) Sestra I6 do charakteristiky geriatrické paliativní péče připojila i spokojenost pacientů. „*Je to péče o starší lidi v závěru života, kdy už nemají úplně vyhlídky na plnohodnotnej život a zpříjemnit jim to tak, aby to bylo bezbolestný nebo co nejméně bolestný a vlastně nejpříjemnější, ten závěr toho života.*“ (I6). Nejlépe to shrnula I2, která uvedla: „*Tak představím si péči o ty geriatrický pacienty, takže zhruba od těch pětadesáti nahoru a paliativní, to znamená, že už tam není nějaká možnost kurace a je to cíleno na nějakou symptomatologickou terapii, na kvalitu života, na spolupráci s tím pacientem, aby se plnily ty jeho potřeby, který jsou pro něho prioritní, aby se mu zpříjemnil i ten život, byť s nějakou život ohrožující nemocí.*“ Informantka I4 při popisu specifikovala i dobu dožití takových pacientů. „*Že to bude nemocný, kterému je víc jak pětadesát a má nějaký onemocnění, u kterýho se předpokládá, že to dožití je třeba poslední měsíce, tři čtyři měsíce, nebo ještě míň.*“ (I4). Sestra I1 uvedla stručnou odpověď: „*To poslední, co člověka čeká, než umře.*“

Sestra I8, pracující v domově pro seniory, se shodovala s výpověďmi sester pracujících v nemocnici. „*Péče v tom posledním stádiu, kdy ten člověk už umírá.*“ (I8) Informantka I7 vnímá koncept geriatrické paliativní péče jako filozofii péče o seniory v domově pro seniory. „*Myslím si, že je to specifická část, ten domov pro seniory, si myslím, že ji vystihuje maximálně. Protože veškerý klienti, kteří sem přicházejí, tak jsou tady ,na dožití‘.*“ Dále sestra I7 uvedla: „*Takže veškerá naše činnost, si myslím, že je paliativní, že už tady na tu kuraci není tak zaměřeno.* Jako důležitý aspekt péče uvedla sestra I7 ještě kvalitu života seniorů, obecnou spokojenost seniorů a životní naplnění. „*Myslím si, že v geriatrický paliativní péči by se mělo dbát především na kvalitu života těch seniorů, to si myslím, že je tam to základní. Nějakou jejich obecnou spokojenost a na to, aby žili s nějakým ještě životním naplnění, i když jsou tady, to si myslím, že je důležité.*“ (I7) Informantka I10 vnímá geriatrickou paliativní péči jako pracovní návod. „*Je to pro mě osobně návod, jak bych měla s těma lidma jednat, jak bych s nima měla pracovat.*“ (I10) Sestry I9–I11 při popisu rozdělovaly geriatrickou péči na paliativní, která je i pro mladé lidi, a geriatrickou, která se zaměřuje na seniory. „*Tak paliativní péče je komplexně i o mladých lidech, geriatrická je zaměřená na ty seniory.*“ (I10) „*No je pravda, že paliativní péče je braná i u mladejch lidí, ...*“ (I11). „*Tak to si představuji, že paliativní péče je jedna péče a je to péče o klienty, kteří jsou geriatricky křehký. Vlastně je to komplexní paliativní*

péče. “ (I9) Sestra I11 vnímá geriatrickou paliativní péči jako důstojnost. „Představuju si pod tím to, že to je ta důstojnost. “ (I11) Důstojnost uvedla také sestra I1.

Podkategorie – Ošetrovatelská péče

V této podkategorii jsou shrnuty informace spojené s problematikou ošetrovatelské péče o geriatrické paliativní pacienty se zaměřením na definování tohoto druhu péče.

Ve vztahu k charakteristice ošetrovatelské péče o geriatrického paliativního pacienta/klienta, sestry, pracující v nemocničním zařízení, obvykle popisovaly standardní péči jako o jakéhokoli pacienta/klienta. *„Řekla bych, že péče probíhá stejně, neuvědomuji si rozdíly v rámci ONP. “ (I3) „Tak základem jsou nějaký běžný ošetrovatelský činnosti, který vykonáváte i u jiných pacientů, jako zavedení žilního katétru, zacévkování, podávání opiátů, obecně analgoterapie, polohování, péče o dekubity, péče o hydrataci, výživu toho klienta, péče když bude třeba dušnej, takže nějaká oxygenoterapie, takový obecný. “ (I2)* Se sestrou I2 se I5 shodovala v polohování a péči o dekubity, tlumení bolesti, péči o výživu, dále ještě sestra I5 uvedla péči o pokožku, rehabilitaci, psychickou podporu a komplexní řešení pacientových problémů. *„Tak určitě jsou splněny nutriční hodnoty, určitě používáme polohovací pomůcky, péče o pokožku, jak jsem říkala rehabilitaci, psychickou podporu, tlumení bolesti, nebo nějaký řešení prostě všech věcí jako okolo, co se kolem toho pacienta děje. Aby on měl komfort a pohodlí, aby nedocházelo k nějakým dalším komplikacím, vycházející z dlouhodobého pobytu na lůžku a sebedpéče vysoká (I5).* Komplexní představu o ošetrovatelské péči uvedla i sestra I1: *„My se tady snažíme ty lidi jako od A do Z, komplexní péče, aby byli najezení, aby byli napití, aby byli převlečení prostě v suchym.*

Dále se ve svých výpovědích shodují I1, I3, I5, I7, I8, I9, I11 v tom, že geriatrické paliativní pacienty hydratují a pečují o výživu. *„Třeba dehydrataci, když ty lidi nechtěj pít, nebo nemůžou pít, tak sonda a výživa, nebo žilní vstup a infuze. “ (I1)* Podobně reagovala i I11 slovy: *„To většinou se pak dávají PEGy a zase je to zásah do organismu, infuze a to všechno. Potom se s těma hadičkami málo kam dostane. “* I3 na to měla opačný názor a zmínila: *„Pacient nepocituje žízeň, nebudu ho nutit, ale zavodním ho nějak, aby ten základ měl. Nebudu ho léčit infuzema, ale prostě nějaký ten fýzák, nebo glukózu, aby měl ten základ. Když nechce jíst, nebudu ho nutit, ale budu se to snažit řešit ne nějakou sondou, ale nutridrinkama nebo po domluvě s rodinou, že oni mu přinesou něco, co mu chutná. “* Podobně jako I3 reagovala také I7–I9. Informantka I9 doplnila: *„Vhodně*

upravit stravu, třeba namixovat, nebo když má pocit žízně, tak zjistit, jaký měl rád třeba džus, ten zamrazíme a dáváme vycucat do úst ten džus, ono to zahladí ten pocit žízně a tím pádem si udělá i hezky v ústech.“ Účastnice výzkumu I10 zmínila spolupráci s nutričním terapeutem při řešení nechutenství.

Navíc uvedla ještě péči o vyprazdňování a hygienu pacienta. *„Hygienu, vyprazdňování, zajištění, pitného režimu, výměna fentanylových náplastí, péče o enterální výživu (I1). S informantkou I5 se I1 shoduje ještě v rehabilitaci a řešení problémů. „Tady se řeší zdravotní stav, zdravotní problémy, rehabilitace a zlepšení kondice, když to stav dovoluje.“ (I1) Také psychickou podporu zmínila sestra I5 i I1. „Psychologická podpora je taková, že na ty lidi máme teď čas, že si s nima promluvíme, pohovoříme.“ (I1) Sestra I6 se v ošetrovatelské péči o geriatrické paliativní pacienty zaměřuje hlavně na hygienu, kterou zmínila i I1. „Tak určitě, když to vezmeme od toho základního, tak důležitý je dbát na tu hygienu, protože ty lidi už kolikrát nejsou schopný se v tomhle o sebe správně postarat.“ (I6) Dále se shodovala s informantkou I1 v hydrataci a s I2 a I5 mimo hydrataci ještě v péči o kůži, uvedla totiž: „Důležitá je samozřejmě taky hydratace, péče o kůži.“*

I1–I4 se shodly, že při péči o geriatrické paliativní pacienty je potřebný individuální přístup. *„Přístupovat ke každému individuálně.“ (I1) Sestra I3 přidala toleranci a trpělivost při péči o geriatrické paliativní pacienty. Podle sestry I2 záleží na tom, jakou diagnózu a symptomy má daný geriatrický paliativní pacient. Poznamenala také, že je potřeba brát zřetel na individualitu každého pacienta. „Já bych řekla, že bysme měli přístupovat s otevřenou hlavou k těm pacientům, protože co pacient t,o originál. Mají jinou diagnózu, jiný symptomy, jiný problémy, jiný priority životní, jiný hodnotový systém. Je třeba neházet je do jednoho pytle a snažit se jim zpříjemnit i ty poslední dny toho života a udržet kvalitu.“ (I2) Individuální přístup v poskytování péče o geriatrické paliativní pacienty nejlépe popsala I4: „Aby jsme se mu víc přizpůsobili třeba návštěvama, jídlem, lékama, že bysme ubrali ty, který už nechce brát. Aby jsme, pokud je to někdo trošku soběstačnější, ho nebudili každý dvě hodiny kvůli polohování, ale nechali ho třeba čtyři hodiny vyspat a polohovali ho za ty čtyři hodiny. Třeba v rámci hygieny bych řekla, že můžeme respektovat to, že se nechce mejt. Takže ho jen rychle opláchneme a nebudeme nutit se koupat pokaždý. Nebo pokaždý mu vyměňovat podložku a prádlo, ale trošičku mu ustupovat v tomhle, abychom ho zbytečně neobtěžovali. Většinou se mu nabízí výběrová dieta, aby když ví, co by jedl, tak aby si vybral. Pravda je, že většinou není z čeho vybírat.*

Rozhodně přídavky, Ensure, a takový věci, aby nestrádal a neměl hlad. Ale naopak když třeba odmítá to jídlo, tak ho nenutit do toho jídla.“ (I4) Podobně to vnímala i I3, která navíc doplnila návrhy, jak zpříjemnit konec života pacienta: *„Snažit se těm pacientům dopřát i takový obyčejný věci, jako třeba, aby měli svoje prádlo, svůj hrneček, svůj talíř, to, co prostě mají oblíbený, aby na tom konci života měli kus toho domova u sebe.*“

Péči o spirituální oblast uvedly 3 sestry pracující v nemocničním prostředí. Například I1 zmínila toto: *„Sem na oddělení chodí bratr, takže je podpořena spirituální složka.*“ Sestry I4 a I5 zmínily, že spolupracují s kaplanem. Například sestra I5 uvedla: *„Určitě máme, voláme tady třeba kaplana.*“ Sestra I4 zmínila, že jim kaplan pomáhá při řešení psychických problémů. Informantka I4 to uvedla takto: *„Pak asi ty psychický problémy, což bych řekla, že je skvělý, že za náma chodí pak kaplan, kterej hodně supluje to sezení u toho lůžka. Že si s tím člověkem popovídá a je s nim, že tady ten člověk není sám.*“ Pouze dvě sestry (I8 a I9), pracující v domově pro seniory, uvedly, že pečují o spirituální oblast klienta. Pro spolupráci využívají služby kněze nebo kaplanky. Například participantka I8 se o spirituální složce zmínila takto: *„Měl by bejt k dispozici kněz, kdyby náhodou chtěli, což my máme, že když je potřeba, tak kněz přijde, nebo tady máme kaplanku, tak si taky obchází ty klienty a kolikrát u nich sedí hodinu, dvě, když už jsou v takovým stavu, kdy víme, že už se to blíží, a víme, že byli nábožensky založený, tak s nimi tráví čas takhle.*“

Sestry pracující v domovech pro seniory se v poskytování ošetrovatelské péče klientům v závěru života příliš neodlišují. Také uvádějí klasickou ošetrovatelskou péči. Při popisu ošetrovatelské péče uvádějí péči o nutrici, hydrataci, péči o pokožku a pohodlí klienta. *„Tak, když ještě přijímá stravu a pití, tak to zajišťujeme. Péče o tělo, aby nebyl proleženej, polohování, aby byl v čistu, aby byl spokojenej.*“ (I8) *„U chodícího, tak tam je hlavní sledovat tu nutrici, jestli se zhoršuje, nějaký psychický problémy, jestli nastupuje demence, je důležitý sledovat. U toho ležícího je komplexní ošetrovatelská péče. Takže polohování, výživa, dopomoc.*“ (I10) Individuální přístup ke klientům uvedly všechny oslovené sestry pracující v domově pro seniory. *„Ten přístup a ošetrovatelská péče k těm klientům je velice individuální.*“ (I7) Informantka I9 uvedla: *„Je to vlastně klasická ošetrovatelská péče, ale v některých těch věcech je snižená a v některých zvýšená, ta péče“.* Sestra I11 však reagovala: *„Všechno je víc než u normálního klienta.*“ (I11) Informantka I10 uvedla: *„Tak záleží, jak na tom klient je, v jakým je stádiu, jestli je schopný, chodící, nebo jestli je už ležící“.* Sestra I11 dále zmínila: *„Určitě musí být ta*

péče o tu pokožku lepší, polohování zvýšit, příjem tekutin. “ Což se shoduje s výpověďmi sester z nemocnice (I1–I5). Informantka I8 doplnila: *„Když třeba nechce pít, tak ho nenutíme, protože to tělo si samo řekne, že už nechce.“*

V rámci péče o geriatrické pacienty/klienty v závěru života se sestry I4, I7 a I9 shodly, že by se měla redukovat medikace. Například I7 řekla: *„Tím myslím, že pokud se to blíží skutečně k tomu závěru života, tak se redukuje medikace, podává se jen to nejnnutnější.“*

Podkategorie – Vedení dokumentace

V této podkategorii je pozornost věnována vedení dokumentace ohledně paliativní péče u geriatrických pacientů/klientů.

Všechny sestry se shodly na tom, že žádné speciální dokumenty, kam by zaznamenávaly informace o paliativní péči u geriatrických pacientů, nemají. *„Žádný speciální papír na to nemáme, nezaznamenáváme.“* (I1) Informantka I4 doplnila: *„Nevedeme žádnou speciální dokumentaci. Speciální dokumentace by podle mě byly další zbytečný papíry.“* (I4) Sestra I3 popsala zaznamenávání informací o geriatrické paliativní péči takto: *„Nezaznamenáváme. Když nám lékař zaznamená do vizity, že je třeba paliativní péče a volal by se ten paliativní tým. Ale nevybavuji se, že my bychom ho někdy volali. Pokud by to bylo v dekuru napsané od lékaře, samozřejmě, že to budeme jako sestry respektovat, ale nesetkala jsem se s tím. Tam je jako většinou napsané jako konzervativní léčba, nebo že stav toho pacienta není dobrý a rodina informována. Nebo je tam přímo napsáno, že ten stav je takový, že už to k tomu prostě není, a my jako sestry samozřejmě nemůžeme do té léčby nijak zasahovat, ale víme, že ten příbuzný tam bude chodit častěji, nebo víme že má povolený návštěvy delší dobu než ty ostatní.“* (I3) Také sestra I6 uvádí, že nemají speciální dokument pro zaznamenávání: *„Informace zaznamenáváme písemně do dokumentace, nemáme na to vyloženě nějaký záznam. My si to spíš řekneme mezi sebou, že prostě je na tom tak a tak a bude se postupovat tak a tak, ale vyloženě záznam o tom není. Nevím o tom, že by nějaký byl, maximálně DNR.“* (I6) V obdobném duchu se vyjádřila také I2, která zároveň uvedla: *„No když je příjem pacienta, tak u nás se nevyužívají žádný specifický škály pro paliativní pacienty, ani pro geriatrický, což je možná určitá limitace.“*

Některé sestry uvedly, že sice nemají speciální dokument, ale informace o paliativní péči zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. *„Máme tady rozšířenou ošetrovatelskou*

dokumentaci, kde vlastně různý ty rizika jako nutriční, rizika pádu a všechno si sestřičky zapisují do písemné formy i do počítače.“ (I5) Participantka I2 uvedla, že informace o geriatrické paliativní péči zaznamenávají do dekurzu nebo ošetrovatelské dokumentace. „Informace zaznamenáváme klasickým způsobem do dekurzu nebo do té ošetrovatelské dokumentace.“ (I2) Toto tvrzení poznamenala také informantka I4. „Vedeme běžnou ošetrovatelskou, kam píšeme třeba, že odmítl stravu, dneska jsme neprováděli hygienu a všechno, co se stalo, i ty jeho speciální požadavky se tam snažíme psát, aby si to ta další směna přečetla. Prostě to píšeme do té ošetrovatelské, kam uvádíme všechno ostatní. Plus si to předáváme mezi sebou, jaký byl ten člověk přes ten den a buď to to tam napíše ta další, nebo to prostě předáváme dokola ústně.“ (I4) Objevila se však i informace, že nic o paliativní péči nikam nezaznamenávají, ani tuto problematiku neřeší. „Nikde uvedený paliativní režim nemáme. Plán péče nemáme sestavený. Informace o další péči se tady neřeší. Zaznamenáváme aktuální stav do sesterské dokumentace“ (I1). Opak uvedla sestra I3: „My máme vlastně na každý den ten plán péče, takže tam se to třeba zaznamenává. A tam nejméně jednou týdně musíme o tom pacientovi něco napsat, takže třeba stav nezměněn, pacient je chodící, tohle umí, tohle umí a nebo se stalo tohle a tohle a když se stane něco neobvyklého, tak to samozřejmě ihned zaznamenáme.“ (I3) Informantka I4 se s odpovědí I3 shodovala, že dělají plány péče. „Při příjmu se dělají takový ty měsíční plány. Ty teda děláme úplně stejně ať je to paliativní, nebo to není paliativní léčba.“ (I4) Informantka I4 dále uvedla: „Papírově jako ne, ale jako sestry, bych řekla, že všechny tak nějak víc plánujeme dopředu a zkoumáme, jak budeme postupovat u toho paliativního pacienta. Že jako se víc nad tím zamýšlíme a víc si to říkáme, jak si tu péči představujeme, co bysme udělaly a co bysme neudělaly, na rozdíl od těch běžných geriatrických pacientů, který tady máme, protože čekáme, co bude.“

Pouze I9, pracující v domově pro seniory, uvedla, že mají pro zaznamenávání paliativní plán. „Máme sestavený lékařský paliativní plán a tam je to všechno uvedený. Máme je označený, ty klienty. Ve zdravotní dokumentaci je přímo paliativní plán péče a třeba s kým se paliativní plán komunikoval, jestli je v souladu s tou rodinou a s kým přímo a telefonní kontakt.“ (I9) Ostatní sestry udávaly, stejně jako sestry z nemocnice, že žádný speciální dokument na paliativní péči nemají. „Žádný dokument nemáme.“ (I8) „U nás nemáme vyloženě paliativní záznamy.“ (I11) Participantka I7 má na paliativní dokument tento názor: „Přímo dokument na paliativní péči nemáme, a myslím si, že by to pomohlo.“ Názor I7 je přesným opakem názoru I4. Jedna sestra, pracující v domově pro seniory,

uvedla, že informace o paliativní péči nezaznamenávají. „*My nezaznamenáváme, protože nemáme oficiálně u nás paliativní péči, ale většinou k nám chodí klienti, kteří mají už z nemocnice danou poznámku, že jsou v režimu paliativní péče, tak my k nim tak potom přistupujeme. Ale oficiálně u nás paliativní péče neprobíhá, i když samozřejmě ji děláme, tu obecnou. ..., ale cíleně dokumentace na paliativní péči není vedená.*“ (I10) Ostatní oslovené sestry z domovů pro seniory často udávaly, že informace o paliativní péči zaznamenávají nejčastěji do své dokumentace. Například sestra I11 poznamenala: „*Zaznamenáváme to do dokumentace normálně běžným stylem, jako děláme normální ordinace. Píšeme třeba, že pacient v paliativní péči, ale nemáme vyloženě dokumentaci k tomu, takže si to do své zdravotní dokumentace píšeme*“. Následně ještě dodala: „*Máme sestavený individuální plán, kde je třeba zaznamenána i ta paliativní péče.*“ Individuální plán poznamenala také informantka I10, řekla: „*Máme plán péče, je to individuálně podle klienta, přímo na něj sepsaný, co potřebuje, s čím potřebuje pomoc, na co si dát pozor.*“ Sestra I8 to uvedla takto: „*My si vedeme svoje dekurzy, kde máme všechno poznamenaný.* Například I7 popsala záznam informací takto: „*Informace zaznamenáváme do realizace ošetrovatelský péče. Máme tak zvané program Signus, kde máme realizaci ošetrovatelský péče a tam se píše v podstatě jakákoliv změna, nebo cokoliv je nového u toho klienta, tak se tam zapisuje a můžete tam označit důležitost té zprávy. Podle toho si to přečte vedení, ať už vrchní sestra, lékař, ředitelka. Takže to zaznamenáváme tam, jako sestry.*“ (I7) Možnost počítačového záznamu a nahlédnutí ostatního personálu uvedla i sestra I8. „*Můžem do počítače, aby si to přečetly i pečovatelky, aby věděly, jak se maj o něj starat a tak.*“ (I8) Dále I7 uvádí: „*Samozřejmě, pokud jsou nějaký změny, co se týká lékařskýho, tak to opět zaznamenává do dekurzu, to vlastně lékař vypisuje.*“ (I7) Záznam o paliativní péči v lékařském dekurzu uvedla také I8 a i I9: „*I v lékařským dekurzu to máme poznamenaný.*“ (I8) Participantka I8 dále poznamenala: „*Ráno v poledne a večer hodnotíme stav toho klienta, kde ho zhodnotíme za celý den a potom, když je vizita, tak to zaznamenává lékař do lékařskýho.*“

Sestra I7 a I9 uvedly, že jako součást dokumentace mají zaznamenané informace ohledně pohřbu. „*Pokud už třeba ten člověk má vybranou pohřební službu, nebo rodina má vybranou pohřební službu, tak to také zakládáme do dokumentace toho klienta.*“ (I7) Sestra I9 to zmínila takto: „*Pokavád' si i sám něco řekne, tak to zaznamenáme. Třeba že bude chtít oblíct do šatů, který si přinesl, nebo koho chtějí kontaktovat, nebo že by chtěl přímo spálit. Takže to takhle řeší ty sociální pracovnice.*“ (I9)

Podkategorie – Nedostatky péče

V této podkategorii jsou shrnuty uvedené nedostatky v poskytování geriatrické paliativní péče tak, jak je vnímaly účastnice výzkumného šetření.

Jako nedostatek v péči o geriatrické paliativní pacienty vnímá sestra I1 nadbytečné intervence. I1 uvedla: „*Zbytečný náběry, ordinace, pokusy a výzkumy. U těchto lidí už bych nic nedovyšetrovala, když je něco potvrzeného, víc bych ty lidi netrápila různými diagnostickými výkonami*“. Informaci o odběrech biologického materiálu zmínila i informantka I2, ta však uvedla, že přihlíží na stav pacienta. „*Pokud ten stav je ještě s nějakým výhledem dlouhodobějším, tak se dělají určitě odběry všeho možného dle potřeby samozřejmě, ale pokud je už ten pacient ante finem a už třeba výhled je, že třeba do pár hodin zemře, nebo už kolikrát přijíždí v takovém stádiu, že už jako víte, že je ten konec velmi časný, tak už se třeba ani odběry nedělají a má to jako ten pacient vyexovaný*.“ (I2) Informantka I1 dále uvádí, že v nemocnici, ve které pracuje, tyto intervence mají daní pacienti stále nastavené. Toto tvrzení zmínila I1 v této podobě: „*Tady mají lidi kapačky, jako bylo dřív na interně, kapačky, náběry, antibiotika, měření fyziologických funkcí úplně nesmyslně, i u lidí, kteří by měli být v paliativním režimu*.“

Všechny sestry (I1–I5), kromě sestry I6, pracující v nemocničních zařízeních, se zmínily, že nedostatek geriatrické paliativní péče tkví v nedostatku času. Sestra I2 jako nedostatek geriatrické paliativní péče uvedla: „*Což je, si myslím, nedostatek času na toho pacienta. Někteří ti pacienti, samozřejmě kord ti geriatricí, potřebují trošku víc času*.“ Toto tvrzení potvrzuje i odpověď sestry I3. S časem úzce souvisí i počet personálu, což vystihla sestra I4 takto: „*Bylo by krásný, kdyby nás bylo víc, abychom měli víc prostoru na toho člověka, ale zase vím, že do toho našeho prostoru se to nehodí*.“ Nedostatek času v souvislosti s nedostatkem personálu poznamenala také sestra I1. Ta ve své odpovědi také uvedla, že tyto dva prvky mají vliv na kvalitu poskytované péče. S tím souhlasí i odpověď sestry I7 z domova pro seniory. Participantka I7 zmínila: „*Myslím si, že zásadní je taky počet všeobecných a praktických sester*.“ Dále I7 uvedla, že tento nedostatek bude mít dopad na budoucnost seniorů. „*Vůbec se neřeší to, že nebudou zdravotníci pro domovy pro seniora a naopak se tlačí, aby byly další domovy pro seniory, ale tady není šance, tady nebude kdo by to obsluhoval a ty lidi přicházejí v horším stavu, protože ta medicína postupuje a ten nárůst seniorů bude větší a to se vůbec neřeší, neexistuje pro to žádný plán*.“ (I7) Problém s časem uvedly sestry I3, I4 a I5 v souvislosti s chodem oddělení.

Například informantka I3 měla tento názor: „*Ale nemyslím si, že by sestry nechtěly, některé tedy nechtějí, ale ty, které by chtěli, tak na to není čas, neumožňuje to chod toho oddělení.*“ Podobně to zmínila informantka I5, která řekla: „*Jsou to prostě akutní lůžka tady. ... ale sestřičky nemají dostatek času, aby si ke každému pacientovi sedly a povídaly si s ním.*“ Sestra I4 k tomu ještě dodává, že by pro geriatrického paliativního pacienta byl lepší specializovaný ústav, kde by na něj měli více času. „*Rozhodně by mu bylo líp třeba v nějakém specializovaném paliativním centru, protože tady není možnost mít tu vlastní sestru a musí se hodně podřizovat tomu chodu oddělení.*“ Participantka I3 dodává: „*Přejít tak trošku na hospicovou péči, ale bohužel to tady není.*“

Jako další nedostatek geriatrické paliativní péče uvedla sestra I5 nedostatek soukromí, uvedla totiž: „*Asi bych víc brala soukromí, protože tady ti pacienti jsou.*“ Sestra I3 shrnula nedostatky geriatrické paliativní péče takto: „*Nedostatek času, možná i ty prostory, to nesoukromí že jsou na tom oddělení, na pokoji třeba dva tři pacienti, tak to by mě asi nejvíc trápilo.*“ Sestra I4 to popsala tímto způsobem: „*No mě by se rozhodně líbilo, kdyby to bylo trošičku lepší, co se týče intimacy, kdyby měl samostatnej pokoj, ale jinak bych řekla, že tady děláme všechno, co je v našich silách.*“

Na problému nedostatečné propagace a nedostatku povědomí o paliativní péči se shodovaly sestry I2, I3 a I6. Participantka I3 to vystihla takto: „*Paliativní péče není až tak rozšířená, není moc v povědomí.*“ Stejně jako sestra I3 i I6 si myslí, že není dostatečně informovaný personál o paliativní péči a možnostech využití. „*Rozšířila bych povědomí o tom, že vůbec něco takovýho existuje, tím pádem se nabízí i to víc propagovat ty specializace v tomhle zaměření, nebo nějaký ty kurzy.*“ (I6) Sestra I2 tento problém vnímá v souvislosti s rodinou. „*A pak si myslím, že problémem je ještě dost často neinformovanost rodiny, že nemají obecně dost často povědomí o paliativní péči, takže když se o tom začne mluvit s lékařem, tak jsou často vyděšený, neví, co si mají představit, všeho se bojí, mají pocit, že ten konec života je vždycky provázený utrpením a že nejsou úplně prostředky na to pomoci těm pacientům.*“ (I2) S tím souhlasí i odpověď účastnice výzkumu I6, tento problém uvedla takto: „*Hlavně ta informovanost, jak ty rodiny, tak těch příbuzných, protože kolikrát mi přijde, že ty lidi, ačkoliv jsou zavedený v tomhle režimu, tak o tom nejsou informovaný vůbec, jako co to obsahuje, co to znamená, vlastně v jakým je to režimu.*“ Sestra I11 v tomto kontextu uvedla: „*Ono je to nastavený úplně suprově, jenom si myslím, že je strašně málo informovaná veřejnost. Veřejnost vyloženě neví, co je to paliativní péče, že by to mělo být zpřístupněný hlavně těm příbuzným, kteří*

vždycky do toho přijdou. Jako každej člověk bude jednou mít paliativní péči doma, protože vždycky se v rodině najde někdo, kdo bude umírat a myslím, že o tom právě ta veřejnost málo ví.“ Jako řešení této situace dále I11 uvedla, že by s propagací mohla pomoci média. *„Možná, že by napomohlo, kdyby třeba v televizi o tom mluvili, že existují takový ústavy, kde se takhle a takhle jedná s lidma nebo člověk může tuto, že by to možná spíš pochopili, kdyby to bylo v médiích. To je reklama, to je to, co poslouchají, co dávají v televizi, v rádiích, takže možná, že by to pomohlo o tom víc mluvit.“* (I11)

V souvislosti s propagací paliativní péče uvedla informantka I3 problém v nedostatečném využívání paliativního týmu. *„Ale myslím, že se to děje jakoby málo. Mělo by se to víc využívat. Jednak vědět, že existuje nějaký takovej tým, kolikrát si ta sestra neví rady, tak opravdu se na ně obrátit a oni jsou proškolený a jsou k tomu vystudovaný, jak sestřička, tak paní doktorka a opravdu se těm pacientům hrozně hezky věnuje. Myslím si, že spolupráce paliativního týmu v nemocnici by měla bejt a i pro ty sestry.“* (I3) Sestry I3 a I5 uvedly, že mají možnost spolupracovat s paliativním týmem. Sestra I6 vyjádřila, že kdyby byla možnost, tak že by ji uvítala.

Jako další problém sestry I2 uvedla: *„Možná i nějaká tabuizace toho umírání.“* Toto tvrzení potvrzuje sestra I4 takto: *„Já bych řekla, že určitě to téma tý smrti a umírání.“* Také I3 zmínila tabuizaci smrti, a to takto: *„Já si myslím, že dneska nejsou ty lidi připravený na tu smrt. Že v dřívějších dobách to bylo tak, že ty lidi umírali doma, a když se řeklo smrt, tak i děti věděli, co je smrt.“* I sestra I8 vnímá tabuizaci smrti a umírání jako problém. *„Možná nějaká osvěta společnosti o tom umírání celkově, aby to přijímali, jako že to je normální fáze života“* (I8). Informantka I2 dále dodává: *„Stejně tak tabuizace morfinu, protože někdy si myslí, že morfin rovná se smrt, a nechtějí ho třeba z nějakých svých důvodů jako předsudků. Takže to je taky taková tabuizace vůči opiátům.“*

Sestry I7 a I11 také uvedly, že jako nedostatek péče vnímají nedostatečný přístup lékařské péče. *„Celý by se to mělo odvíjet od přítomnosti lékaře. To si myslím, že je tam zcela zásadní, protože tam není pružnost v reakci. Změnila bych to, aby tady byl ten praktik ideálně 24/7. Nebo bejt potom na telefonu, nebo každej den nějakou dobu by ten praktik měl bejt přítomen. Bylo by dobrý v rámci domova pro seniory, nebo obecně, zvýšit sestrám kompetence. Protože v případě, kdy řeším něco akutního, tak tady toho lékaře nemám, takže stejně něco podám sama za sebe. Především v medikaci, alespoň základní medikaci, abych mohla podat já sama jako sestra.“* (I7) Participantka I11 vnímá nedostatek

v malém počtu lékařů, řekla: „*Málo paliativních lékařů a vůbec málo geriatrických lékařů, ty nám chybí úplně šíleně. My když zažádáme, jestli by nám někdo nedělal praktickýho doktora, tak ne, málo kdo. My máme svoje doktorky, jsme za ně strašně rádi, jenže věkově už jsou výš, takže jsme se snažili oslovit lékaře. Máme štěstí, že zatím ty lékařky máme, ale do budoucna se toho bojíme.*“ Jako řešení dále poznamenala: „*Pomohlo by, kdyby stát trochu motivoval ty lékaře, možná finančně, nebo jakkoliv.*“

Jako další problém v poskytování kvalitní geriatrické paliativní péče uvedla I7 toto: „*Z hlediska přímo ošetrovatelský péče si myslím, že by mohla být lepší dostupnost pomůcek, co se týká převazů, polohovacích pomůcek a tak podobně, ten systém by mohl být trochu lepší. Dále doplnila: „Zase to stojí na financích, což je věc, se kterou taky moc věci neuděláme.*“

Sestra I7 také uvedla, že na geriatrickou paliativní péči je brán nedostatečný ohled a na území České republiky se moc neřeší toto téma. „*Myslím si, že je obecně geriatrická paliativní péče je u nás velmi nedořešený téma globálně v Český republice. Vychází to od pojišťoven, vychází to od krajů, jednotlivých zřizovatelů, je to hrozně poddimenzovaný.*“ (I7)

Podkategorie – Spolupráce s rodinou

V této podkategorii jsou shrnuty informace týkající se spolupráce s rodinou.

Sestry uváděly, že by geriatrická paliativní péče měla být poskytována ve spolupráci s pacientovou/klientovou rodinou. „*Co se týče tý paliativní péče, tak určitě ve spolupráci s rodinou poskytovat tu péči a dopřát těm umírajícím a vlastně i tý rodině jakoby co nejdelší možnej kontakt s tím pacientem.*“ (I3) Informantky I1, I3, I4 a I5 se shodly, že umožňují rodině co nejdelší možný kontakt. Účastnice výzkumu I3 dále uvedla: „*Za mě úplně ideál, kdyby byli sami na pokoji a měli tam lůžko, že ten dotyčný příbuzný by se tam o něj mohl jakoby střídat a starat.*“ Shodný názor měla i I4 a doplnila: „*Ale to tady u nás nejde, takže se snažíme, aby měl klidnějšího souseda, aby mu tam někdo v noci neřval.*“

Informantka I7 poznamenala, proč je potřeba s rodinou spolupracovat. „*Protože s tou rodinou musíte být vždy za dobře, nebo se snažíte s ní být za dobře, protože pokud nejste, tak ta rodina je schopná vám udělat velmi značný peklo.*“ (I7) V obdobném duchu se vyjádřila také I11: „*Když člověk bude chtít zasáhnout, a říct, tak zase uděláme zlo mezi klientem a rodinou, a nebo se postaví rodina proti nám, a to je taky špatně. Nějaký striktní*

zakazování nebo dělání, že vás nebudu poslouchat, protože vy jste jen příbuzní, to vůbec nemá cenu.“

Participantka I2 popsala spolupráci s rodinou takto: *„A potom já s tou rodinou většinou řeším třeba, jak by se mohli zapojit oni do péče, když jsou tam na návštěvě u toho lůžka. Tak se snažím, aby tam nebyli jenom jako pasivní přísedící, ale třeba jim řeknu, co je možno udělat. Takže nějak jako aktivizovat je, aby měli lepší pocit, když u toho lůžka jen nesedí, ale trošku se zapojí.“* (I2)

Všechny oslovené sestry (I1–I11) se shodly na tom, že se objevují problémy ve spolupráci s rodinou. Například I3 vyjádřila: *„Řekla bych, že ty příbuzní v rámci oš. péče dělají větší problémy než ty pacienti samotný.“* Účastnice výzkumu I2, I8 a I10 uvedly jako problém spolupráci, nesmíření rodiny se stavem pacienta/klienta. *„Obvykle to rodiny nechtějí přijmout, pak za námi chodí rodiny si stěžovat, že si myslí, že tatínek bude ještě tancovat. Že nejsou ochotný přijmout, že už to prostě nepude, že ten stav bude horší a lepší už nebude.“* (I10) Často sestry zmiňovaly, že by se do péče o geriatrické paliativní pacienty měla více zapojovat rodina. *„Já si myslím, že by se měla zapojovala rodina víc a aby pečovali o tyhle ty lidi.“* (I1) Sestra I5 úskalí spolupráce s rodinou shrnula následovně: *„Ano, komplikace jsou, když si rodina myslí, že tady ta péče není plnohodnotná.“* To potvrdila i výpověď informantky I4, která dále uvedla: *„Já bych řekla, že na tom se nic změnit nedá. Když je ten člověk konfliktní, tak prostě bude vyvolávat konflikty.“* Stejný problém uvedla i sestra I11.

Jako další problém ve spolupráci se I3 a I6 shodly v tom, že je na zdravotnický personál kladen nátlak ze stran rodiny. Sestra I3 řekla: *„...spíš jakoby to řeší s tou rodinou a to z toho důvodu, že dneska si každé stěžuje a každé žaluje, takže já si myslím, že i ty lékaři co podávají ty informace, tak mají tak jako v hlavě, že by mohla bejt nějaká stížnost nebo nepříjemnost, tak se snaží vyjít vstříc.“* (I3) Informantka I6 poznamenala: *„Protože se bojí, že ho potom bude rodina tahat po soudech.“* (I6)

Participantka I1 zmínila: *„Změnila bych, kdyby to bylo reálný, tak aby se o takovýho člověka starali doma, aby věděli, jaké to je starat se o takového člověka, když je to samozřejmě možný, a nebo si ho převezli jinam.“* K tomu I4 dodává: *„Ale realita je taková, že ta rodina je ráda, že je někde, a nechce řešit přendávání někam jinam, jenom bude nadávat na to, jak my to děláme.“* Sestra I3 se zmínila o devadesátidenním ošetrovném, které vnímá jako prostředek pro zkvalitnění péče o paliativní geriatrické

pacienty. „Že opravdu pokud je třeba fakt na sklonku života a vy můžete s ním strávit těch devadesát dnů život, a je i pro vás, jako pro toho pečujícího, velice přínosný a pro toho pacienta úplně bez debat.“ (I3)

Účastnice výzkumu I6, I7 a I10 dále zmínily, že spolupráci s rodinou ovlivňují i rodinné vztahy, které mezi sebou má rodina s tím klientem. To potvrzuje i I8: „Jsou tu i lidi, kteří třeba čekaj než přijde ta rodina a ta rodina z nějakého důvodu, jako rodinných vztahů, odmítá a je vidět, že ten člověk se trápí jakoby dýl, než by chtěl, protože není smířený s tím, že chce odejít.“ Informantka I7 dále poznamenala: „Pro mě je výhodou, když ty rodinný vztahy znám a vím, jak to fungovalo, proč třeba ta rodina tak často nechodí, proč ten klient se chová tak a tak. Ale mě naprosto nepřísluší to nějakým způsobem soudit, je to pro mě pouze jednodušší, abych se zorientovala v tý situaci.“ (I7)

Komplikace nastávají, pokud je ten geriatrický klient umístěný do určitého zařízení, ale nechce tam být. Toto uvedla I10: „Třeba se setkáváme s tím, že rodina umístila klienta do domova pro seniory, ten s tím nesouhlasil, nechtěl sem být umístěný, rodina mu vysvětlila, že ho mít doma nemůžou, klient protestuje. Rodina má špatný svědomí a každý den za námi chodí se stížnostmi. A jsou to stížnosti neopodstatněné.“ S tímto jevem se setkává i sestra I1 a I3 v nemocnici. Participantka I1 uvedla: „Většinou se pak perou o majetek a peníze. A návštěvy pouze pro důchod, ale aby si vzali dědouška domů, kterej je vcelku nenáročnej, pouze vyměnit plenu, tak to si ho nevezmou. A dědoušek je tady nešťastnej, všechno odmítá, nechce rehabilitovat.“ (I1)

4.2.2 Kategorie 2 Symptomy

Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie a shrnuje informace ohledně symptomů a řešení těchto symptomů.

Podkategorie – Symptomy terminálního stádia

V této podkategorii se shrnují veškeré symptomy terminálního stádia, které sestry zmínily.

Všechny sestry pracující v nemocničním zařízení i všechny sestry pracující v domově pro seniory se shodly na tom, že nejčastější symptom terminálního stádia je bolest. Například I2 uvedla: „Pak nějaký bolesti, třeba u onkologických pacientů, kteří mají metastáze třeba ve skeletu, nebo v plicích, bývá udávána největší ta bolestivost.“ I3 zmínila: „Tak určitě

pokud mají bolesti, tak aby samozřejmě neměli bolesti, neměli bolesti.“ Participantka I4 uvedla: *„Pak se vyskytuje bolest.“* (I4). Informantka I11 poznamenala: *„Většinou to bývají ty bolesti.“* Sestry I1 shrnula symptomy terminálního stádia takto: *„Porucha vědomí, bolesti, nechutenství, zvracení, dehydratace.“* Účastnice výzkumu I2 se s I1 shodla a také uvedla dehydrataci. Dále ještě I2 uvedla další symptomy: *„Myslím si, že jsou tam častý horečky. Pak tam je častá určitě dušnost. Snížené vylučování, snížený příjem per os, dehydratace, svalová slabost, neklid.“* Dušnost uvedly sestry I2, I4 a I5. *„Další nejčastější je ta dušnost, kdy ten člověk psychicky nebo fyzicky vnímá tu tíhu toho těla, který už postupně ztrácí sílu a asi prvně se to zobrazí na tý dušnosti“* (I4). *Může být dušnost, bolest, neklid, cokoliv. Tam je to tak strašně obšírné téma, že to může být cokoliv.*“ Dušnost uvedly i sestry z domova pro seniory I7–I9. Informantka I5 dále uvedla: *„Pacient je bledý, opocený, spí, horší kontakt, otoky.“* Participantka I5 se s I2 shodla také v tom, že uvedla neklid. Sestra I4 místo neklidu uvedla zmatenost, stejně jako I11.

Dále sestry z domova pro seniory uváděly obtíže s příjmem stravy a tekutin stejně jako I1 a I2. *„Je tam nechutenství.“* (I7) Jako důvod, proč nechtějí klienti přijímat potravu, uvedla I11 obtíže při vyprazdňování. *„Oni potom mají problémy s vyprazdňováním, takže pak nechtějí jíst.“* (I11) *„Tak nejčastěji jsou spavější, přestanou jíst, přestanou pít, všechno odmítají a pak už ani to dýchání tak nefunguje, vysoký teploty, že to tělo už nebojuje.“* (I8) Sestra I10 měla velice podobnou odpověď jako I8. Se sestrami I8 a I10 se shodovala I2 v tom, že mezi symptomy terminálního stádia uvedla horečku. Informantka I9 uvedla tyto symptomy: *„Určitě bolest, dušnost, neklid, pocit žízně, zmatenost, bledost, cyanóza, kachexie, vystoupanutí lícních kostí, očních bulbů, změna barvy kůže, potu i zápachu.“*

Podkategorie – Ošetřovatelské intervence u vybraných symptomů

Tato podkategorie shrnuje řešení jednotlivých symptomů. Z analýzy údajů získaných od sester vyplývá, že k symptomům, které je nejčastěji nezbytné řešit u geriatrických paliativních pacientů, patří: bolest, dušnost, horečka, zmatenost a nedostatečný příjem potravy a tekutin.

Informantka I5 uvedla, že veškeré symptomy řeší podle lékařské ordinace, poznamenala to takto: *„Dle ordinace lékaře je řešíme.“*

Jako řešení bolesti sestry nejčastěji uváděly podávání analgetik. Například I4 řekla: „*Takže podávání těch analgetik.*“ Sestra I1 k tomu dodala: „*To samý, když mají bolesti, tak se prostě tlumí, když nestačí, tak se navyšuje analgetická terapie, aby ty lidi měli prostě pohodlí.*“ Informantka I2 uvedla, že pro tišení bolesti používají analgetika opiátové řady. Aplikaci opiátů potvrdila i I3: „*Na to jsou úplně úžasný opiátový náplasti, potom podávání nejen opiátů, ale analgetik vesměs.*“ Informantka I11 ve vztahu k opiátům zmínila komplikace, které se vyskytují při jejich podávání. „*Třeba při těch opiátech ta zmatenost bývá, ne že by mi to vadilo, mně to mrzí, mně je to líto, že ti klienti vlastně už neví, jak reagují.*“ (I11) Sestra I6 mimo podávání analgetik dodala i tento přístup: „*Případně, když to má ještě jako cenu a tomu člověku by to opravdu ulevilo, tak nějaký menší chirurgické zákrok. Když se ta část třeba odstraní, tak ten člověk pak nemusí brát vysoký dávky analgetik, ale zase se tím úplně jako neléčí, jen kvůli tomu, aby to nebolelo.*“ Dále však I6 poznamenala: „*Většinou jsou ale na těch vysokých dávkách analgetik.*“

Obdobně řeší bolest i v domovech pro seniory. Sestra I7 to popsala následovně: „*Pokud to jde, tak máme nastavenou i léčbu bolesti, ale to je ta paliativní sedace, kterou my tady řešíme nesprávným Morfinem. V případě, když vidíme progres k tomu horšímu, tak třeba i se nasazuje opiátová náplast, nebo pokud už je, tak se navyšuje gramáž. Pracuje se s tím, aby ten člověk opravdu netrpěl bolestí, máme rozepsané léky při bolesti, kdy potom třeba i ten praktik je obměňuje, aktualizuje, abychom měli kam šáhnout.*“ Informantka I9 dále udává: „*Tak u tý bolesti zkusíme úlevový polohy, analgetika*“. Participantky I10 a I11 uvedly, že pro řešení bolesti využívají specializované porady pro léčbu bolesti. Sestra I11 uvedla: „*Řešíme je, pokud možno, poradnami pro bolest. Teď spolupracujeme se dvěma.*“ Sestra I10 však uvedla, že ta spolupráce je nedostatečná. „*Právě tu bolest, a ne vždycky mají možnost rychle se dostat k adekvátní léčbě té bolesti. Tam bych asi změnila, protože se ti klienti často potýkají s bolestma, tak v rámci tý bolesti větší spolupráce s těma algeziologickýma ambulancema, i když jí máme tak ještě větší, lepší dostupnost léčby bolesti pro naše klienty.*“ (I10) Informantka I11 také podotkla: „*Já bych chtěla, aby to bylo nastavený tak, že ten člověk ty bolesti prostě nemá, jenže zase když někdy vidíte, co jaký dávky musí brát, tak je vám ho líto, co musí všechno vytrpět. Ale zase když vidíte, že ty analgetika zaberou a ten člověk ještě chce žít a že se chce ještě podívat na sluníčko, jak venku vypadá, tak je to takový, že ten člověk ještě žije.*“

V souvislosti s analgetickou terapií uvedla I2, I7 a I9 využívání SOS medikace. Například I9 to uvedla takto: „*Hlavně aby to nebolelo, takže mírnit bolesti, to můžeme různými analgetiky, využívání SOS medikace, kterou máme, díky tomu, že paní doktorka zavádí paliativní plány.*“ Informantka I2 to popsala následovně: „*Nebo že tam mám zase nějaká analgetika při VAS nad 5 podat tohle, pokud nezabere, přidat, nebo při přetrvávající bolesti můžu přidat do kombinace tadyto analgetikum. Ale samozřejmě, pokud se jedná o opiáty, tak to musím vždycky konzultovat s lékařem a on to zváží a musí to doordinovat případně.*“ SOS medikaci uvedla sestra I9 i ve spojitosti s řešením zmatenosti. „*Na zmatenost máme medikaci, využíváme na to tu SOS medikaci, záleží, co na to paní doktorka řekne.*“ (I9) Další využití SOS medikace uvedla I2 při řešení horečky a uvedla to takto: „*U nás v tom dekurzu najdu podávání léků dle nějaké ordinace ve smyslu při teplotě nad 37,5 například podávat tenhle lék, pokud nezabere podat tenhle do kombinace, jako že tam mám víc alternativ.*“ Dále uvedla I4 využití SOS medikace pro řešení dušnosti. „*Třeba když se vyskytne dušnost, tak podej tohle.*“ (I4)

Využívání SOS medikace zmínily také sestry I5, I7 a I10. Naproti tomu se participantky I1, I4 a I8 shodly na tom, že SOS medikaci mají uvedenou pouze výjimečně. Sestra I1 uvedla: „*Málokdy, úplně výjimečně, zažila jsem to asi jednou nebo dvakrát.*“ Podobnou reakci měla I8: „*Měli jsme tu SOS medikaci asi jednou.*“ Účastnice výzkumu I4 řekla: „*SOS medikace se u nás běžně nevyskytuje.*“ Sestra I11 dokonce podotkla: „*SOS medikace zatím ne, my jak nemáme toho paliatra a normální lékař nám to neudělá.*“

Dušnost řeší sestra I4 takto: „*Takže podávání kyslíku, případně ty Syntofiliny, Eufiliny.* Toto řešení uvedla také I7: „*To můžeme maximálně podat kyslík, nebo se podá nějaká infuze se Syntophylinem a tím se to snažíme vyřešit.*“ Kyslík podává i sestra I8. Sestra I2 vyjádřila ještě tlumení v rámci řešení dušnosti. „*Takže právě nějaký opiáty zase na pomoc od tý dušnosti, nějaká oxygenoterapie. Odsávání toho pacienta, pokud je potřeba., něco na uvolnění, nebo uklidnění, třeba Dormicum, kromě těch opiátů.*“ (I2) Participantka I9 ještě dodala: „*U dušnosti oxygenátor nebo opět medikaci nějakou, otevřít okno, základ.*“

Jako intervence ovlivňující horečku uvedla I8, že podávají antipyretika. „*Když maj horečky, tak Paralen většinou v čípku.*“ (I8) Informantka I2 ještě doplnila: „*Často ty horečky nereagujou ani už na antipyretickou léčbu, takže tam dochází k nějakému kombinování těch léků nebo nějaký studený obklady.*“

Intervence působící na zmatenost považuje I4 jako komplikované, uvedla totiž: „*Což je asi největší problém, jak řešit, protože pak vznikají ty neklidy, tak ty lidi musíme tlumit, což samozřejmě není ideální.*“ Řešení zmatenosti uvedla I9 konzultaci s psychiatrem, změnu prostředí nebo validaci.

Intervence související s nedostatečným příjmem potravy a tekutin jsou popsány v podkategorii Ošetrovatelská péče.

Kromě informantky I5 se všechny oslovené sestry v nemocnici i v domově pro seniory shodly, že nevyužívají medikaci off-label. Například I8 se vyjádřila: „*Off label ne, většinou se doktoři řídí tím příbalovým letákem.*“ Sestra I5 popsala využívání medikace off-label následovně: „*Off label se setkáváme, jsou to neregistrované léky a k tomu, aby se mohly podat, tak je k tomu velká potřeba administrativy, a pouze po provedené administrativě podáme léky.*“

4.2.3 Kategorie 3 Požadavky na sestru

Tato kategorie obsahuje čtyři podkategorie shrnující informace ohledně požadavků na sestru, které by měla splňovat, aby mohla poskytovat kvalitní péči o geriatrické paliativní pacienty/klienty.

Podkategorie – Vzdělávání

Tato podkategorie shrnuje informace o absolvovaných kurzech a zájmu o vzdělávací programy. Také jsou zde zmíněny informace zájmu a očekávání od jednotlivých kurzů.

Vzdělávací program týkající se péče o pacienty v závěru života absolvovaly sestry I2, I3 a I5. Informantky I2 a I3 absolvovaly kurz od společnosti ELNEK a hodnotí jej kladně. „*Ano, od firmy ELNEK třídní kurz paliativní péče.*“ Participantka I2 dále uvedla další absolvované kurzy: „*Určitě základem bude ELNEK, ESPERO, to je jakoby komunikace v závažných situacích, ale vztahuje se to i na tu paliativní péči a potom kurz specifika ošetrovatelské paliativní péče a to byl jednodenní seminář a potom ještě třeba kurz plánování v závěru života, to byl taky jednodenní seminář. Tyto dva semináře, ty jednodenní, tak ty pořádá Cesta domů, ta organizace, pražská.*“ V průběhu rozhovoru pak kvalitu a přínos kurzů zhodnotila následovně: „*Všechny ty kurzy, co jsem absolvovala, tak pro mě byli velice přínosný, takže bych je určitě doporučila obecně všem, co poskytují paliativní péči, tak by to bylo přínosný.*“ (I2) Participantka I3 dokonce

absolvovala kurz od ELNEK 2x. Sestra I5 uvedla: „*To už je mnoho let v nemocnici Kutná Hora a bylo to Paliativní péče o geriatrického pacienta nebo nějak tak se to jmenovalo.*“ Tento kurz informoval I5, a tak jej hodnotí jako přínosný. Ostatní oslovené sestry (I1, I4 a I6) žádný vzdělávací program neabsolvovaly. Pouze sestra I6 uvedla: „*Pouze na bakalářském studiu.*“ Nezájem o další kurz projevila pouze sestra I5. Naopak zájem projevila sestra I4 a I6. Sestra I6 by od kurzu očekávala: „*Takže, jak komunikovat s tím pacientem, jak komunikovat s rodinou i s jakýmikoliv pacientovými kamarády. Potom taky ošetrovatelskou péči o ně a takový to vymezení, co jo a co ne. Jaký vyšetření už je pro tohohle pacienta víc zatěžující a neprospěšný než to, co by se mohlo udělat nějaký základnější.*“ Podobný očekávání má i sestra I4, která by se zaměřila hlavně na kazuistiku.

Sestry I9–I11, pracující v domově pro seniory absolvovaly vzdělávací program týkající se péče o klienty v závěru života. Informantka I9 absolvovala, stejně jako I2 a I3, kurz od ELNEK a také jej hodnotí pozitivně. Informantka I9 dále zmínila další absolvované kurzy: „*Pak mám nějaký kurzy v komunikaci s paliativním klientem a s rodinou klienta v paliativní péči. Pak ještě nějaký ty třeba jednodenní – péče v závěru života a tak.*“ Participantky I10 a I11 absolvovaly stejný vzdělávací program a to: „*V Táboře jsme byli, a pak jsme byli na školení v rámci státní podpory pro vybudování paliativní péče v ústavech, tak do toho jsme se zapojili a to jsme byli ve Kdyni, kde nás na to připravovali. My jsme se zaregistrovali, ale nevybrali nás.*“ Domov pro seniory, ve kterém pracuje I9, byl ještě zapojen do projektu a I9 se o tom zmínila takto: „*My jsme minulý rok vstoupili do projektu od ABAKUS, což je program na rozvíjení paliativní péče v sociálních službách, který nám teď hodně dává, co se týče různých školení.*“ Sestra I7 se účastnila konference, která pro ni byla velice přínosná. „*Konference byla velice obohacující v tom smyslu třeba, jak by se měla vést paliativní sedace, to jsem neměla moc tušení, jak to funguje, nebo jaký děláme klasický chyby.*“ Další informace získala I7 v rámci bakalářského a magisterského vzdělávání.

Všechny oslovené sestry z domova pro seniory by měly zájem o vzdělávací program týkající se péče o klienty v závěru života. Očekávání od kurzů mají sestry z domovů pro seniory stejné jako sestry z nemocnice. Odlišné očekávání měla sestra I7, která se zmínila: „*Především bych od něj očekávala, jak má konkrétně vypadat třeba paliativní péče, která by byla specifická. Máme tady třeba hodně parkinsoniků, tak jak by měla být nastavená právě třeba i medikace nebo veškerá ta ošetrovatelská část u lidí, co mají*

Parkinsona nebo další neurologický onemocnění, máme tady třeba klientku s RS.“ Také I11 má jiné očekávání a uvedla: „Potom už bych chtěla kurz ohledně požadavků na ošetrovatelský personál, to bych potřebovala, jestli by to bylo. A hlavně pro ošetrovatelský personál, jak mají spolu spolupracovat.“

Vzdělávací program týkající se péče o geriatrické pacienty absolvovaly I9, I10 a také I5. Využitelnost poznatků z kurzu zmínila I11 následovně: *„To se musí využívat každý den, ty poznatky ze všech školení, co se týče geriatric, člověk využívá opravdu každý den.“* Informantka I7 sice neabsolvovala vzdělávací kurz, ale podotkla toto: *„Všechno to bylo v rámci mého doktorského vzdělání, kde jsem si vyhledávala veškerý ty informace o geriatrici sama. Opět v rámci magisterského studia.“* Zájem o vzdělávací program týkající se péče o geriatrické pacienty/klienty vyjádřily sestry I2, I4, I6 a všechny sestry z domova pro seniory (I7–I11). Sestry I4 a I6 mají od vzdělávacího programu podobná očekávání. *„Obsahovat by měl konkrétní kazuistiky, abych věděla, jak k tomu člověku přistupovat, jak se chovat v nějakých výjimečných situacích a jak řešit ty konkrétní případy.“* (I4) Informantka I2 a I7 by očekávaly informace týkající se specifik geriatrické péče. Dále se informantky I2 a I7 shodovaly s I9 a I3, že by od vzdělávacího programu očekávaly poznatky vztahující se ke komunikaci s geriatrickým pacientem. *„Myslím si, že by pomohlo těm sestřám vysvětlit, jaký to má benefity, co by mohl ten rozhovor přinést, to, jaký by to mělo pro ně ulehčení do té ošetrovatelský péče, co poskytují.“* (I7)

Participantka I7 dále v souvislosti se vzděláním zmínila nedostatečnou kvalitu vzdělávání ošetrovatelského personálu. *„Takže bych změnila vzdělávání a konkrétně, když bych narazila na pečovatelskej kurz, tak si myslím, že to není vedený vůbec dobře. Ty lidi mají hotovej kurz a v podstatě neví, jak nasadit plenu, úplně neví základní věci, který tady dělají denně.“* Dále zmínila také nedostatky v geriatrickém vzdělávání: *„..., ale těch možností v současné době moc není. Ono se to halí za prostou internu.“* (I7) Nedostatečné možnosti ve vzdělávání uvedla i I2. *„Myslím si, že by se třeba mohlo pracovat na vzdělávání těch zdravotníků, jak sester, tak lékařů, aby o tom jako víc přemýšleli o té paliativní péči a aby byli k tomu otevřenější.“* Především kladla I2 důraz na plánování budoucí péče tím, že uvedla: *„Jak bude probíhat ta péče, co všechno se bude provádět, který výkony třeba už je dobrý neprovádět.“* I9 problematiku shrnula: *„Určitě je to o nás lidech a o tom, jak se vzděláváme, vyvíjíme. Takže je to o nás všech. Vždycky ta změna bejt lepší je možná.“*

Podkategorie – Předpoklady

Tato podkategorie shrnuje předpoklady, které by měla sestra mít, aby mohla pečovat o geriatrické paliativní pacienty/klienty.

I1 uvedla: „*Všeobecné znalosti.*“ Na tomto názoru se shodly i I2, I4 a I6. Participantka I6 zmínila toto: „*Doporučovala bych alespoň bakalářský studium., jako dejme tomu základ.*“ Dále I6 dodala: „*Úplně bych je nehnala do nějakých magisterských studií v tomhle zaměření, ale myslím si, že by stačil nějaký kurz.*“ Ten samý názor má i sestra I4 a k tomu ještě dodala: „*Já si myslím, že vzhledem k tomu, jakej my jsme tady tým a jaký máme vedení, tak všechny znalosti tady všeobecná sestra získá tou naší praxí.*“ Sestra I5 se zmínila, že by sestra měla mít poměrně vysoké znalosti. Dále řekla, že by měla být informována ohledně polohovacích pomůcek a polohování. Informantka I5 uvedla: „*Měla by umět, aby když s pacientem polohuje, tak aby si sama neublížila a takový věci okolo.*“

Sestra I6 a I1 se shodly, že by měla mít sestra znalosti ohledně vstupů. „*Myslím si, že není na škodu mít trošku pojem o i.v. vstupech.*“ (I6) „*Takže asi co se týče invazivních i neinvazivních vstupů.*“ (I1)

I1, I2 a i I9 se dále shodovaly, že by sestra měla být empatická. I2 to specifikovala takto: „*Myslím si, že k tomu patří i takový ty měkký dovednosti, jako třeba nějaká empatie, komunikace, osobnostní nastavení té sestry, to hraje taky roli v té péči.*“

Informantka I11 si myslí, stejně jako informantka I4, že nejvíce sestra získá praxí. Sestra I11 řekla: „*Určitě ty základní, ale nejvíc získá praxí, protože geriatric se může využívat, jak chce, ale pokud ten člověk nejde do praxe, tak mu je to k ničemu.*“ Podobně odpověděla i participantka I10. „*No tak měla by mít hlavně zkušenosti se seniorama, měla by vědět, co ta problematika obsahuje, s čím se ti klienti potýkají.*“ Názor I3 zněl takto: „*Myslím si, že ty sestry se musejí k tomu jako vypracovat. Málo která mladá sestra, a nemyslím to nějak zle, jakoby tu péči obsáhne. Protože ten starej člověk je pro ni strašně daleko.*“ Sestra I7 na to měla jiný názor, vyjádřila: „*Jsou sestry, který mají praxi krátkou, a nechybujou a jsou sestry, který mají praxi čtyřicet let, a chybujou značně.*“

I sestry I7, I9 a I11 uvedly všeobecné znalosti. Z domovů pro seniory to nejlépe shrnula sestra I9, která uvedla: „*Tak já vždycky říkám, že jsme tu takový malý doktorky.*“ A potvrzuje to i odpověď I7: „*Sestra, co pracuje tady, tak musí mít detailní přehled o těch*

lidech, protože jsou tady stále, musí je skutečně znát velice detailně, musí vědět i takový to zákulisí i co se týče rodiny. Musí se orientovat v tom člověku, co se týká jeho onemocnění, co se týká jeho medikace, to je zcela základní.“

Jako další dovednost uvedla sestra I7 umění komunikovat. *„Myslím si, že pro sestru pracující v domově pro seniory je základním klíčem komunikace, musí s těma lidma umět mluvit.“* (I7) A sestra I9 schopnost rozhodovat. *„Takže takový to rozhodování by měla umět.“* (I9)

Podkapitola – Přípravenost sester

Tato podkategorie shrnuje informace ohledně toho, jak se sestry cítí být připraveny na péči o geriatrické paliativní pacienty/klienty.

I1 a I2 vyjádřily, že se cítí připravené na poskytování péče geriatrickým paliativním pacientům ve všech oblastech. Například I5 uvedla: *„Plně se cejtím připravená tady na lůžkách, protože tady si na tom velice zakládáme, aby ty pacienti netrpěli a neměli bolesti.“* Participantka I2 zmínila: *„Myslím si, že na základě mých zkušeností už tu symptomatologickou terapii celkem zvládám.“* Problém však vnímá I2 v komunikaci, tu by chtěla vylepšit. Informantky I3 a I6 se necítí připravené v oblasti psychické stránky. Mají problém smířit se s tím, v jakém stavu se ten pacient nachází. Účastnice výzkumu I3 uvedla: *„Co se týče těch fyzických, nemám s tím problém. Měla bych problém možná co se týče té psychický stránky, nemám dost sil na to, abych dokázala nezúčastněně o tom mluvit a nezúčastněně, myslím tím, abych jakoby nebrečela, nebo se nezajíkala, nebo aby mě to nějak nedostalo.“* Podobný problém uvedla i sestra I11, která řekla: *„Člověk dělá tu práci šíleně dlouho a vždycky je tam ta husí kůže, vždycky je takový to vcítění se do něho, jak mu asi je, a ty city opravdu u mě mají velkou úlohu.“*

Informantka I4 se necítí být připravená na péči o geriatrické pacienty a zmínila to takto: *„Já si nepřijdu, že bych byla dostatečně zkušená k tomu poskytování té péče jako sama o sobě.“* Částečně si to myslí i I6, protože reagovala takto: *„Tak na čtvrt. Myslím, že v tomhle se mám ještě hodně co učit, protože je to hodně náročný.“*

Všechny oslovené sestry pracující v domově pro seniory (I7, I8, I9, I10, I11) se shodly na tom, že se cítí být připravené na poskytování péče geriatrickým paliativním pacientům. Například I11 zmínila toto: *„Hodně jsem připravená. My jsme byly na tolika školení, já jsem se hodně informovala, takže připravenost by byla.“* Informantky I7–I9 stejně jako

I3 a I6 však uvedly, že mají obtíže se smířením se s umíráním u některých klientů. Například I7 to poznamenala takto: „*Když to řeknu úplně upřímně, tak jsou tady klienti, který mi jsou blíží a u kterých vím, že budu asi těžko snášet jejich odcházení.*“ Sestra I9 ještě zmínila, že není dostatečně připravená v komunikaci. „*Tak určitě ta komunikace, jak jsme lidi, každé jiné.*“ (I9) Účastnice výzkumu I10 názor na připravenost dovysvětlila: „*Tak obecně si myslím, že jsem připravená, ale pokud bych tu péči měla aplikovat do praxe nějak výrazněji nebo víc, tak bych asi ještě nějaký školení a kurzy ocenila, protože si nejsem jistá v některých oblastech, například jak vést dokumentaci, jak spolupracovat s lékaři a tak.*“

Podkategorie – Supervizní setkání

Tato podkategorie shrnuje informace spojené s možností mít supervizní setkání, případně nějakou psychologickou podporu.

U I1 a I5 se shodly odpovědi, že nemají možnost supervizních setkání. Reakce sestry I5: „*Pro sestry ne.*“ Takto odpověděla sestra I1: „*Nemáme.*“ Sestra I1 ještě dodala: „*Když bych potřebovala, tak nevím na koho se obrátit, maximálně kolegyně.*“ (I1) I2 a I6 neměly povědomí, že by takovou možnost měly. „*Nevím o tom.*“ (I6) „*Nejsem si úplně vědoma, žádnou takovou nabídku jsem nikdy nedostala, ale myslím si, že kdybych třeba potřebovala a řekla bych svojí staniční sestře, tak by neměla problém s tím se mnou tu supervizi provést.*“ (I2) Pouze sestry I3 a I4 uvedly, že mají možnost supervizních setkání. „*Určitě máme. Máme možnosti, odkazy na různé linky a i v rámci nemocnice. Ale že by fungovaly pravidelný supervize, že by jsme se scházeli jednou do čtvrt roku, nevím jestli na ostatních odděleních, ale u nás to určitě nefunguje.*“ (I3). Pouze jedna však uvedla, že mají supervizní setkání pravidelně. „*Jo, ty máme dvakrát do roka, ale neřešíme tam jen paliativní nemocný, ale celkově všechny naše pacienty.*“ (I4)

Všechny oslovené sestry se shodly, že mají možnost supervizních setkání. „*Máme možnost supervizních setkání, chodí sem přímo externí supervizor, nebo může supervizi zajistit naše vedoucí úseku.*“ (I7) Participantka I8 zmínila, že možnost mají, ale současně je neprovádí. „*Mívali jsme, teď jsme asi dva roky neměli supervize. Kdybych potřebovala, tak si myslím, že by to zaměstnavatel zajistil, protože kontakty rozhodně mají.*“ (I8) Informantka I9 poznamenala, že realizují supervizní setkání interně, v rámci svého domova pro seniory. Zmínila i oblasti, které případně při supervizi probírají. „*Určitě, děláme si je jakoby sami, když dojde k nějaké neshodě. Když třeba pečovatelé nebo sestry*

nechápu úplně rozhodnutí paní doktorky, třeba proč ho nechce poslat do nemocnice nebo proč se nasadily opioidy nebo třeba proč ho zrovna poslala do nemocnice, i když už je v paliativní péči. Tak když dojde k takovým neshodám, tak si svoláme náš tým a tam si probereme určitý typy těch kazuistik a řekneme si, vysvětlíme si proč, proč se tak dělo a za každou tu roli si řekneme, jak bysme to udělali třeba jinak.“ (I9) I10 a I11 řekly, že mají supervize pravidelně, a to třikrát do roka. „Ano, jezdí k nám supervizor třikrát do roka.“ (I10) Sestra I11 reagovala takto: „Ano, třikrát do roka máme supervizora, kde můžeme hromadně nebo i individuálně udělat schůzky.“ Participantky I7, I8, I10 a I11 se shodly, že mají možnost externího supervizora.

Pouze jedna sestra uvedla, že mají možnost psychické podpory v podobě psychologa. „*Je tady možnost psychické podpory. Máme na telefonu psychologa.*“ (I9)

4.2.4 Kategorie 4 Přání

Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie shrnující informace týkající se pacientova/klientova přání, komplikace s přáním a informace týkající se dříve vysloveného přání.

Podkategorie přání pacienta/klienta

Tato podkategorie shrnuje informace týkající se přání geriatrického paliativního pacienta/klienta a také jeho rodiny. Zároveň obtíže, které se s přáním pojí.

Všechny oslovené sestry pracující v nemocničním prostředí (I1-I6) se shodly, že pacientovo přání se snaží splnit. Například I5 poznamenala: „*Snažila bych se mu vyjít, aby když je depresivní, snažila bych se mu dát, co chce, aby prostě se rozmluvil, aby byl spokojenější.*“ Také informantka I2 zmínila spokojenost pacienta a dále uvedla: „*Nemusíme vždy souhlasit s tím, co si on přeje, ale od toho jsme profesionálové, aby jsme se odosobnili od třeba našich představ, nebo přání, ale abychom splnili přání toho pacienta, potažmo jeho rodiny.*“

Účastnice výzkumu I2, I6 a I11 se shodly v tom, že ne vždy jsou pacientova přání splnitelná. Například I6 zmínila: „*Někdy jsou to splnitelná, někdy nesplnitelná přání. Někdy chtějí třeba domů, ale nejde to, protože tam není nikdo, kdo by se o ně postaral, a já je mít všechny doma nemůžu.*“ Někdy bývá problém splnit přání pacienta/klienta a jeho

rodiny. Tento problém uvedly participantky I1, I3, a I4. „*Někdy ten pacient něco chce, a ta rodina si to nepřeje. Ale ten pacient rozhoduje o tom, jak to bude.*“ (I3)

Informantka I1 v souvislosti s přáním pacienta uvedla: „*Já si myslím, že ty lidi by byli rádi, kdyby je navštěvovali příbuzní, co to jde, a ne jen jednou za měsíc, když jsou důchody. To je smutný.*“

Také sestry z domovů pro seniory (I7–I11) se snaží o naplnění klientových přání. „*Hodně se tady preferuje to, co si ten člověk přeje, z toho vycházíme.*“ (I7) Účastnice výzkumu I8 poznamenala: „*Nebo se snažíme to, co víme, že měl rád. Když třeba víme, že poslouchal rádio, poslouchal televizi, tak se snažíme pouštět i dál.*“ Participantka I10 také uvedla, že si klientovo přání zaznamenávají: „*Tak přání klientů si kolegyně zaznamenávají do individuálního plánování a snaží se ho plnit v rámci našich možností.*“

Stejně jako sestry I1, I3 a I4, tak i I9–I11 uvedly, že bývá problém mezi přáním klienta a rodiny. Informantka I10 charakterizovala problematiku takto: „*My s rodinami přicházíme do styku každý den a někdy se tam střetávají zájmy rodiny, co by si přála rodina a co by si přál klient. To je věčný boj.*“ Zároveň se všechny shodly, že upřednostňují klientovo přání. „*Vždycky je ten klient, pak je ta rodina, a pak až ten lékař.*“ (I9) Informantka I11 dále dodala: „*Ta rodina je schopna toho klienta přesvědčit, aby měl ten názor jinej, přitom my víme, že on to nechce.*“

Participantka I11 uvedla, s jakými přáními se nejčastěji setkává. „*Jejich přání největší je, aby je nikdo nenutil, aby žili dál, to je většinou.*“ (I11)

Podkategorie – Dříve vyslovené přání

Tato podkategorie shrnuje informace ohledně dříve vysloveného přání.

Sestry I2–I11 si pod pojmem dříve vyslovené přání představovaly vyjádření pacienta/klienta, ve kterém je uveden souhlas či nesouhlas s budoucí péčí. Nejlépe to vystihla sestra I2, která řekla: „*Tak to by měl být písemný dokument, kde vyjadřuje ten pacient svoje přání stran péče a léčby, která může následovat, nebo ke které dojde třeba v budoucnu. On vyjadřuje to svoje přání v době, kdy se ještě může vyjádřit a kdy je schopen se vyjádřit a říct to, co by si přál, to se zaznamená, a potom, když dojde do té situace, že je v nějaké konkrétní situaci, co tam je popsáno v tom dokumentu, tak potom ten zdravotník by se měl řídit přáním toho pacienta.*“ Informantka I3 dále doplnila:

„Ideálně když by to měl už z domova připravený a hlavně ideálně, když by s tím byla srozuměná i rodina. Protože pacient si něco přeje, ale rodina si přeje něco úplně jinýho.“ Jako podmínku pro respektování dříve vysloveného přání uvedla participantka I5: *„Tak to samozřejmě musí být právně ošetřený, aby my jsme to mohli aplikovat. Musíme to prostě vědět. Jakmile my to víme, tak není problém se podle toho zařídit.“* Také I6 uvedla podmínku pro to, aby mohlo být dříve vyslovené přání respektováno. *„Musí to udělat ten člověk sám, nesmí to udělat nikdo jinej za něj. Aby to mohlo být respektovaný, tak to musí ta rodina nebo člověk začít včas řešit, začít o tom v brzkej době komunikovat.“* (I6). Podle sester I8 a I11 obsahuje dříve vyslovené přání také informace týkající se posledního rozloučení.

Účastnice výzkumu I2, I4, I5, I6 a také I7, I9 a I10 se domnívají, že je dříve vyslovené přání zaznamenané v zákoně. *„Myslím si, že to v zákoně je zakotvené.“* (I6) Určitou pochybnost o předem vysloveném přání zmínila I3 a I11. *„Já teď nevím, v zákonem to asi daný není, ale etickým kodexem, tam by se to možná dalo najít.“* (I3) *„V zákoně, já myslím, že ne, že se v paliativní péči o tom mluví, hodně o tom píšou, ale jestli je to v zákoně, nevím.“* (I11)

Participantky I2, I3, I4 a I6 zmínily, že se s dříve vysloveným přáním neseťkaly. Důvod, proč tomu tak je, uvedla I3 následovně: *„Já si myslím, že o tom lidi hlavně hodně neví. Nemaj ty informace k tomu, že kdyby o tom věděli, tak že by to třeba využili.“* Tento názor sdílí i sestra z domova pro seniory tvrzením: *„Myslím si, že se o tom obecně málo mluví.“* (I7) Pokud by však sestry (I2–I11) obdržely dokument obsahující dříve vyslovené přání, tak by neměly problém tento dokument respektovat.

Sestry I3, I4, I5, I6 a I9– I11 se dále shodly, že dříve vyslovené přání lze změnit. Například I3 zmínila: *„Určitě se změnit dá, protože nějak přemýšlím ve dvaceti, nějak přemýšlím ve čtyřiceti, nějak v šedesáti a nějak, když onkologicky onemocním, třeba.“* I6 dále doplnila: *„Určitě to lze změnit, ale tam jde o to, že to nějak nejde v bolestech, musí bejt svéprávněj, musí bejt lucidní při tom, když to mění.“* Podmínky pro to, aby se to dalo změnit, uvedla stejně jako I6 i I3, I4 a I5. Účastnice výzkumu I8 měla opačný názor: *„To já si myslím, že se asi nezmění.“* Sestra I7: *„To nevím jak by se to dalo změnit.“* Sestra I7 uvažovala nad tím, zda je vhodné, aby byla možnost dříve vyslovené přání změnit: *„Ale je to strašně těžká otázka, nevím, jestli by se to mělo dát změnit.“*

Opakem všech sester byla I1, která uvedla toto: „*Vůbec nevím, co tím myslíš, nerespektujeme, nezaznamenáváme, nevidujeme dříve vyslovené přání.*“ Dále uvedla: „*Co si ty lidi přejou nebo nepřejou, nebo co by si chtěli vyřešit s rodinou, to se tady zas až tak neřeší, na to tady nemáme možnosti.*“

4.2.5 Kategorie 5 Komunikace

Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie s informacemi týkajícími se komunikace s geriatrickým paliativním pacientem/klientem a jeho rodinnými příslušníky.

Podkategorie – Komunikace s pacientem/klientem

Tato podkategorie shrnuje informace týkající se komunikace s geriatrickým paliativním pacientem/klientem, jak probíhá taková komunikace a jaké jsou komplikace.

Informantka I6 specifikovala komunikaci s pacientem takto: „*Musí být upřímná, to je za mě asi nejdůležitější. Empaticky podaná, aby to nebylo takové hulvátství.*“ Upřímnost v komunikaci s geriatrickým paliativním pacientem/klientem podotkla také sestra I11. Zároveň zmínila, že ne každý je schopný říkat pravdu. Informantka I5 do komunikace zahrнула i respekt. „*Vlídňě, podle toho, jestli je hluchej, respekt.*“ (I5) I3 dále charakterizovala komunikaci s geriatrickým paliativním pacientem takto: „*Asi nezatěžovat ty pacienty v paliativní péči nějakyma úplně zbytečnejma, nesmyslnějma věcma. Opravdu v tý komunikaci řešit to nejnmutnějši a umět naslouchat.*“

Informantky pracující v nemocničních zařízeních se často setkávají s určitými komplikacemi ovlivňujícími komunikaci. Nejčastěji sestry uvedly sluchový deficit na straně pacienta. Tento deficit uvedly sestry I1, I2, I4, I5 a I7. Například I4 zmínila: „*Já bych řekla, že tady máme hodně nedoslýchavých lidí.*“ Participantka I5 řekla: „*Obtížné to je, když je třeba pán hluchej.*“ I1–I3 se dále shodly, že může být i kognitivní deficit. Informantka I2 popsala komunikaci následovně: „*Může tam být problém samozřejmě se sluchem. Často je tam nějaký kognitivní deficit, takže ta domluva je trošku horší.*“ Mezi faktory narušující komunikaci informantka I2 zmínila časovou tíseň, nedostatečné využívání informací v praxi a také nasazená ústní rouška. Informantka I7 doplnila: „*Jsou to seniori, kteří mají svoje náladičky, to obrovsky ovlivňuje, i v jakým jsou rozpoložení.*“

V souvislosti se změnami uvedly všechny oslovené sestry (I1–I11), že komunikaci přizpůsobují pacientovým/klientovým potřebám. Komunikaci přizpůsobenou

pacientovým potřebám nejlépe shrnula I2: „*To znamená, musím to přizpůsobit tomu pacientovi, aby mi rozuměl, takže volit jednoduchý věty, slova, žádný odborný termíny, třeba nějaký gesta používat nebo přes tu rodinu, nebo mu to někdy napsat na papír, taky pomůže.*“ Informantka I3 doplnila: „*Neustále opakovat a přesvědčit se, že ten pacient opravdu pochopil, co se po něm chce.*“ Participantka I4 dále dodala: „*Takže bych se rozhodně snažila, abych mluvila jenom s ním, v klidným prostředí. Musí se dát tomu člověku spousta času na to, aby tu odpověď vymyslel a aby jí dořekl. Pak ještě samozřejmě zajistit ty pomůcky, který k tomu potřebuje.* Opakem byly odpovědi sester I1, I5 a I6, které žádné obtíže neuvedly.

Podkategorie – Komunikace s rodinou

Tato podkategorie shrnuje informace týkající se komunikace mezi sestrami a rodinnými příslušníky.

Sestry I2 a I4 řekly, že s rodinnými příslušníky probírají ošetrovatelskou péči. Například I2 zmínila: „*Zkrátka já s nimi řeším tu ošetrovatelskou část, co je zajímavá, tak to jim můžu popsat.*“

Komunikaci s rodinnými příslušníky vnímají účastnice výzkumu I1–I5 jako nelehkou. Například I1 řekla: „*Těžce, někdy je možné komunikovat o následné péči, ale někdy ne.*“ Sestry I2 a I4 se dále shodly, že rodina jako první hovoří s lékařem. „*Rodina si většinou dožaduje pana primáře, s náma si většinou moc nepovídaj.*“ (I4) Informantka I5 charakterizovala komunikaci s rodinou geriatrického paliativního pacienta následovně: „*Úplně maximálně opatrně, vstřícně.*“ Informantka I6 specifikovala komunikaci následovně: „*Mělo by to bejt na stejný úrovni, jako s tím pacientem.*“ Sestra I6 také zmínila, že by komunikace s rodinnými příslušníky měla probíhat v soukromí. Dále ještě podotkla, že je potřeba dát rodinným příslušníkům čas. „*Každej vstřebáváme jakoukoliv informaci jinak, a měl by tam bejt ten čas a prostor pro rozmyšlení, otázky.*“ Pokud jsou podle sestry I6 splněny tyto dvě podmínky, tak by neměl být problém s komunikací.

Participantky I6 a I3 vyjádřily obtíže při sdělování informací. Sestra I3 zmínila: „*Tak řekla bych, že by měli být jeden, dva členové rodiny, kterým se budou předávat ty informace, a oni si to potom šíří mezi sebou.*“ Sestra I6 dále doplnila: „*Myslím si, že je hodně důležitý to sdělovat správným lidem. Kolikrát se stane to, že informace jsou podaný, nebo se řeší s lidmi, se kterými se ty lidi vůbec nestýkaj.*“

Sestry I7, I8, I9 a I11 uvedly, že informovanost rodiny je pro ně důležitá. Například I7 řekla: „*Myslím si, že pro mě je zásadní to, aby ta rodina i klient byli seznámeni s tím, jaká je situace, jaká je prognóza do budoucna, aby věděli, co mohou očekávat.*“ Účastnice výzkumu (I7) dále specifikovala: „*Bud' telefonicky, když je tam jakýkoliv zhoršení, tak jim voláme, aby o tom věděli, a nebo pak osobně.*“ Sestry I7, I9 a I11 se dále shodly, že komunikaci ovlivňuje zájem rodinných příslušníků o klienta. I9 zmínila: „*Záleží na tom, jaká ta rodina je, jestli je starostlivá nebo ne. Takže necháváme to jakoby na nich, jestli se zajímají o ten zdravotní stav.*“ Sestra I11 dále uvedla, že komunikaci s rodinnými příslušníky ovlivňuje dovednost personálu komunikovat. „*Je pravda, že ne každé zaměstnanec třeba umí s tou rodinou mluvit.*“ (I11) K umění komunikovat I9 dodala: „*Zkušenosti, s každým člověkem získávám nové zkušenosti a dělám si takovou zpětnou sebereflexi, co bych třeba v tu danou chvíli řekla jinak a udělala. Takže je to o tom si uvědomovat to svoje jednání a chování a na základě toho se jakoby vylepšovat.*“

Jako komplikaci uvedly I10 a I11 taky to, že klient říká rodině jiné informace než personálu. „*Ale tam je ještě komplikace to, že klient před rodinou řekne něco jiného a nám řekne něco jiného.*“ (I10) Řešení této komplikace uvedla I10 toto: „*Možná když by nám externí psycholog poradil jak s nima komunikovat, jak navést nějaký to téma, aby si spolu promluvili, to bych změnila.*“

4.2.6 Kategorie 6 Návaznost paliativní péče

Tato kategorie obsahuje tři podkategorie a shrnuje informace týkající se návaznosti péče, její fungování, obtíže, informace, které se předávají, a také důvody, proč je geriatrický paliativní klient transportován do nemocničního zařízení.

Podkategorie – Fungování

Tato podkategorie shrnuje informace o tom, co si sestry představují pod pojmem návaznost paliativní péče mezi domovem pro seniory a nemocničním zařízením a jak taková návaznost funguje.

Sestry I3, I4 a I11 měly na návaznost paliativní péče podobný názor. Při dotazu na návaznost paliativní péče sestra I3 reagovala takto: „*Určitě by to mělo navazovat, nemělo by tady něco skončit a tam to začít jakoby jinak.*“ Informantka I4 to specifikovala následovně: „*Aby byla zajištěna ta komunikace, aby nám řekli všechno, co ví a abychom se na ně mohli třeba po pár dnech obrátit, že tohle se stalo a oni nám třeba řekli, jo, to*

se stává a řešili jsme to takhle.“ Sestra z domova pro seniory I11 charakterizovala návaznost péče takto: *„Tak já si představuju, že by to měla být veliká spolupráce. Zodpovědný jsme za to všichni, jak pracovníci tady z domova, kteří toho člověka připraví, kteří domluví tu hospitalizaci, tu pomoc, kterou budeme vyžadovat po tom zdravotnickým zařízení a zase zaměstnanci tam.“*

Participantka I2 by si přála, aby v domovech pro seniory již měli vyřešený plán do budoucna. I2 to specifikovala takto: *„Bylo by vhodné, asi, kdyby v těch domovech jako s těma klientama řešili to, jak bude ta péče do budoucna vypadat.* To samé by uvítala z druhé strany i sestra z domova pro seniory I9, která uvedla: *„Pokavád' to bude člověk, který je už v tom terminálním stádiu a je přeložený do domova důchodců, tak aby ta rodina byla informovaná o tom, jaký má diagnózy, jak na tom je, jak to bude probíhat do budoucna. Aby ten člověk k nám přišel a už to bylo trošku rozkomunikovaný a rozjetý, třeba u těch rodin, nebo u toho klienta.“*

Sestry I1, I3, I4 a I6 se shodly, že návaznost paliativní péče buď to nefunguje, a nebo je doprovázena komplikacemi. *„Oni tam jako něco nastaví a nemocnice si jede jakoby po svém.“* (I3) Stejný názor na návaznost paliativní péče měly i sestry I7, I8, I9 a I10. *„Nefunguje vůbec. My si tady tvoříme něco svoje a oni si tam tvoří něco svoje.“* (I8) Sestra I2 a I11 uvedla, že je to individuální. Informantka I2 se zmínila: *„Takže ta návaznost někdy dost skřípe, ale je to zařízení od zařízení.“* Stejně tak z druhé strany sestra I11 uvedla: *„Je to individuální, jak který oddělení.“* Jediná sestra I5 poznamenala, že návaznost paliativní péče funguje, přímo uvedla: *„Funguje skvěle.“* Důvod, proč tomu tak je I5 uvedla: *„Úplně všechno řešíme přes sociální sestru i objednávání hospiců, prostě všechno.“*

Sestra I4, jelikož se k nim dostávají pacienti přes jiná oddělení, vidí problém v nepodávání informací mezi jednotlivými odděleními. Jako řešení uvedla I4 toto: *„Já bych řekla, že by bylo jednodušší, kdybychom z těch jiných oddělení nedostávali pouze překladovou zprávu, ale dostávali kompletní dokumentaci, se kterou na to oddělení již přišel. Protože v tý překladový zprávě se moc toho nepíše.“*

Účastnice výzkumu I2 a I6 se shodly, že by transport geriatrických paliativních pacientů měl být pečlivě zvážen v domově pro seniory. I2 uvedla: *„Protože v tom domově on to zná, zná tam ty lidi, může tam s ním být rodina. Ale když zemře během transportu v sanitce, asi to není smrt, kterou bysme si někdo přál. Stejně tak není asi hezká smrt, když*

umírá po pár hodinách na nemocničním lůžku, sám na pokoji v cizím prostředí s cizíma zdravotníkama. “ Sestra I6 to popsala následovně: „*No tak podle mě, když už je ten člověk v takovém stádiu, v jakým je, tak už by měl být v prostředí, který mu je nejpříjemnější, kde se cejtí bezpečně, kde se cítí, že je o něj postaráno, necítí bolest. Zbytečný převozy jsou pro toho člověka náročný.*“

Dále I6 poznamenala: „*Naopak co se týče z toho zdravotnickýho zařízení do toho domova pro seniory, tak nebát se toho, že ačkoliv ten člověk není úplně ve stabilním stavu, tak ho tam převést, když tam chce být, protože tam se bude cejtit líp než na tom cizím lůžku.*“ Sestra z domova pro seniory (I7) na to má však opačný názor, protože uvedla: „*Obecně co se týká té návaznosti, tak někdy mám pocit, že nemocnice vidí to, že jsme zařízení, který má sestry, který má praktika, takže tady spoustu věcí zvládnem, ono to tak úplně není.*“

Sestra I2 specifikovala fungování návaznosti paliativní péče takto: „*Jsou domovy, kde ta hospitalizace je dobře a žádaná a tomu klientovi to pomůže, a jsou určitý zařízení, kde si myslím, že právě ta paliativní péče moc nefunguje a z těch nám ty klienty posílají daleko častějc, tam to potom moc nefunguje ta návaznost.*“ Tento názor sdílí i informantka I7 a dále podotkla: „*Tak asi lze vysledovat nějakou kvalitu všech těch domovů pro seniory, co tady jsou.*“ Také I7 uvedla, že v domově pro seniory, ve kterém informantka pracuje, to fungujete tak, že si ty klienty nechávají v tom domově. Všechny oslovené sestry, pracující v domově pro seniory (I7 – I11), se shodly, že si klienty v terminálních stádiích nechávají dožít v domově pro seniory. Transporty takových klientů jsou realizovány minimálně. Například sestra I9 uvedla: „*Tady zvládnáme docela dost věcí. Podáváme docela dost infuzí, na to že jsme důchodák, tak u nás ty infuze frčí. Máme oxygenátory, lineomat, nebulizace, odsávačku i CRP přístroj. Pícháme hodně analgetika různý. Snažíme se tady vystačit.*“ Sestry I1, I2, I4 a I6 se také shodly, že geriatrické paliativní pacienty dále také netransportují a nechávají si je na svých oddělení. „*Já jsem se nesetkala, že by od nás šel někdo někam jinam. Prostě přijde, tady dožije a žádná další instituce nebo nic jinýho se do toho nezapojuje.*“ (I4) I3 a I5 frekvencí překladů nedokázaly určit. Sestra I5 podotkla: „*Někdy třeba jednou týdně a někdy třeba dva, tři. Je to tak strašně individuální.*“

Sestra I10 popsala návaznost takto: „*Návaznost je někdy problematická. Když vezmu interní oddělení, odkud se nám nejčastěji ti klienti vrací s proleženinama, většinou v nutričně špatným stavu.*“ Stejný názor má i sestra I1, která uvedla: „*Velice špatně, ty*

lidi k nám jezdí zanedbaný, špinavý a smradlavý. Jediné, co můžeme, tak vyfotit si to a zanást do papírů, abychom byli chráněni, a pak se snažit nějak těm lidem pomoci.“

Podkategorie – Důvod transportu

Tato podkategorie obsahuje důvody transportu geriatrického paliativního klienta do nemocničního zařízení.

Sestry I1–I5 a I7–I11 se shodly, že důvod transportu klienta do zdravotnického zařízení je zhoršení stavu. Sestra I3 dále uvedla: „*Určitě stav, kdy ten pacient trpí, třeba když bude krvácet z GITu, tak i přes paliativní péči mi to jako sestře nedá a budu volat sanitku.*“ Akutní krvácení uvedla i sestra I1. Dále se I2, I3 a I9 shodly, že důvod transportu geriatrického paliativního pacienta/klienta může být zlomenina, například po pádu. „*Když mi spadne na zem a vidím, že má zkrácenou nohu a budu předpokládat, že má frakturu krčku, tak ho nevrátím zpátky do postele a já osobně budu volat sanitku, aby ho odvezla.*“ (I3) Sestra I6 uvedla důvod transportu takto: „*Od bolesti na hrudi po teplotu.*“ Horečku uvedla také I2, dále ještě zmínila toto: „*Horečka, infekce močových cest, pneumonie. dehydratace bývá často důvod nebo nadměrná průjemovitá stolice.*“ Průjem uvedla také participantka I5. Jako důvod transportu dále doplnila: „*Zhoršení stavu a potřeba dovyšetření. Pacienti mají průjem, zvracej, zvracej krev třeba, mají bolesti břicha, neprůchodnost střev, plánovaný endoskopický vyšetření.*“ Sestra I8 například dále zmínila zhoršení dýchání, jako důvod transportu. „*Většinou to je zhoršení dýchání, dušení.*“ To uvedla také sestra I1. Účastnice výzkumu I10 dále uvedla doplnila: „*Dekompenzace jedné z chorob, kterými klienti trpí, protože jich mají hodně.*“

Sestra I4 charakterizovala důvod transportu následovně: „*No asi to, že v nějaký DPS nejsou schopný mu zajistit tu péči.*“ Sestry I9 – I11 se shodly s I4, že posílají, pouze pokud nejsou schopni zmírnit klientovo nepohodlí, nebo je to na tolik vážné, že by neposkytli adekvátní pomoc. „*Opravdu je to to selhání, když už nejsme schopni poskytnout tu péči.*“ (I11) Sestra I9 doplnila: „*Akutní potíže, zápal plic, zánět žlučníku, močáku, pokavad' to tady nezvládneme nebo třeba masivní krvácení, nízké hemoglobin, že by třeba potřeboval transfuze, nebo aspirace.*“ I6 dále podotkla: „*Tam hrozně záleží na tom, jestli jsou vůbec vedený v tom režimu, nebo ne, ačkoliv by si to zasloužili.*“

Podkategorie – Předávání informací

Tato podkategorie obsahuje informace ohledně předávání informací, týkajících se paliativní péče u pacientů/klientů v závěru života, mezi domovem pro seniory a nemocničním zařízením.

Sestra I6 uvedla jako problém komunikaci mezi zařízeními. *„Právě že tam vážne komunikace mezi zařízeníma, mezi lékařema i sestrama, že je to opravdu někdy zbytečný, za mě. A dalo by se to zlepšit.“* (I6) Tento problém uvedla i sestra pracující v domově pro seniory. *„Co se týká té návaznosti péče, tak si myslím, že by tam měla být větší komunikace, což je zase problém, protože my nemáme oprávnění podávat jakýkoliv informace o zdravotním stavu toho člověka.“* (I7) Jako řešení tohoto problému uvedla I7 toto: *„Takže by bylo fajn to buď kompetenčně, nebo to právo nastavit tak, že i ta sestra, nebo lékař, mi jako sestře tady můžou sdělit to, jak na tom ten člověk aktuálně je, a co bude potřebovat, jakou já tady mám nastavit péči.“*

Všechny oslovené sestry pracující v nemocnici se shodly, že informace podávají prostřednictvím překladových zpráv, čili písemně. Účastnice výzkumu I1, I3 a I6 se shodly, že informace ohledně paliativní péče či paliativního režimu nepředávají. *„Předáváme do domovu důchodců, ohledně paliace vůbec nic nepředáváme. Informace předáváme pouze co se týče sesterské překladové zprávy a pak mají doktorskou překladovou zprávu. Takže co nenapiše doktor, to není.“* (I1) Sestra I2 popsala, že by se to mělo uvádět do překladových zpráv, už ale neuvedla, zda se tak opravdu děje. *„Tak měli by být v maximální možný míře popsány v překladový zprávě, kde buď je tam to zaznamenáno do těch kolonek, jako kde se vyplňuje, třeba jestli je zaveden PMK nebo jaké byla poslední medikace, jaký byly převazy, čím, jakým materiálem, a pak je tam, že jo, kolonka na poznámky, takže tam by eventuelně byl prostor na nějaký popis z té ošetrovatelský stránky. Nebo potom v propouštěcí zprávě je ta lékařská část popsána.“* Sestra I4 uvedla, že veškeré informace se snaží detailně popsat do překladové zprávy, uvedla: *„Já se vždycky snažím se při vyplňování sesterské překladové zprávy tam všechno napsat, co jsme všechno vyzkoušely, nebo že ten člověk strašně dlouho snídá, nebo že odmítá jíst rohlíky, že chce jenom chleba a talkovýdle věci.“* Dále I4 podotkla: *„Také jsme k dispozici, můžou nám kdykoliv zavolat, což jsem teda nikdy nezažila.“* Jediná sestra I5 uvedla, že paliativní režim udávají, a také že domov pro seniory předem informují. Informantka I5 řekla: *„Napiše se sesterská překladová zpráva,*

kam se uvádí paliativní režim a i když se tam volá, abychom oznámili překlad, tak vlastně už mluvíme se sestřičkou, která bude mít pacienta na starost a všechno jí to jakoby řekneme. Takže je to ústně i písemně.“

Sestry z domovů pro seniory (I7–I11) informace předávají, stejně jako všechny sestry z nemocničního zařízení, v rámci sesterských či lékařských překladových zpráv. Pouze sestra I8 sdělila, že informace ohledně paliativního režimu nepředávají. *„Do nemocničního zařízení to nepředáváme.“* (I8) Ostatní sestry (I7, I9, I10, I11) uvedly, že to, že je klient v paliativním režimu, při překladu předávají. Například I9 zmínila: *„Uvádíme, posíláme s ním výpis z dokumentace, diagnózy léky, všechno posíláme.“* Participantka I11 řekla: *„Informace o paliativní péči určitě předáváme v rámci sesterské či doktorské zprávy.“*

Z druhé strany ale sestra I3 zmínila, že se s takovou informací, uvedenou v překladové zprávě, nesetkala, uvedla: *„Nevím o tom, že by bylo napsáno, že v tom důchod'áku bylo uvedeno, že pacient je v paliativní péči. Myslím si, že jsem se s tím jako vůbec nesetkala.“*

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování znalostí sester na vybraných odděleních o geriatrické paliativní péči a zároveň popsání návaznosti péče mezi domovem pro seniory a nemocničním zařízením u klientů v závěru života. Pro naplnění těchto cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Tyto otázky byly zaměřeny na popsání stavu znalostí sester na vybraných odděleních v nemocničním zařízení o problematice geriatrické paliativní péče. Dále se zaměřovaly na návaznost péče a komunikace mezi nemocničním zařízením a domovem pro seniory. A v neposlední řadě také na průběh geriatrické paliativní péče na vybraných odděleních v nemocničním zařízení. S ohledem na charakter cílů byl vybrán kvalitativní výzkum realizovaný prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Následně byla data sepsána a zpracována pomocí metody „tužka papír“.

Na začátku rozhovoru byla pozornost věnována zmapování znalostí sester týkajících se geriatrické paliativní péče. Zároveň s tím i způsobu, jak probíhá péče o geriatrického paliativního pacienta. Z výzkumu vyplynulo, že si sestry z nemocničního zařízení pod pojmem geriatrická paliativní péče představují péči o seniora, který se nachází v závěru života. To je v souladu s Kabelkou (2018a), který definoval geriatrickou paliativní péči jako péči zaměřenou na staré lidi, kteří se nacházejí v poslední etapě života a kteří jsou zatíženi geriatrickou křehkostí. Zastoupení geriatrické křehkosti u paliativních seniorů zmínila pouze jedna účastnice výzkumu. „*Tak to si představuji, že paliativní péče je jedna péče a je to péče o klienty, kteří jsou geriatricky křehký. Vlastně je to komplexní paliativní péče.*“ (I9) Dále některé sestry z domovů pro seniory zmínily, že veškerá jejich péče je paliativní. Tento výrok byl překvapivý. Po zvážení s ním lze souhlasit, jelikož v domovech pro seniory se obvykle vyskytují lidé zatíženi chronickou chorobou, která svou progresí ovlivňuje kvalitu jejich života.

Z našeho výzkumného šetření dále vyplynulo, že sestry (I1–I6) na vybraných odděleních pečují o geriatrické paliativní pacienty standardní ošetrovatelskou péčí, která se příliš neodlišuje od péče o ostatní pacienty. Také dle Malíkové (2020) geriatrická paliativní péče vychází z všeobecně platných principů ošetrovatelské péče. V souvislosti s poskytováním geriatrické paliativní péče se ukázalo, že sestry pracující na vybraných odděleních i v domovech pro seniory dle vlastního názoru přistupují k pacientům/klientům individuálně. Jednání v nejlepším zájmu pacienta/klienta a citlivý individuální přístup je klíčový pro péči o lidi v závěru života (Grofová, 2009). Takový

přístup lze považovat za správný z pohledu holistického přístupu zaměřeného na pacienta. Holistická péče zaměřená na pacienta obsahuje také spirituální potřeby. Kvalita komplexní ošetrovatelské péče mimo jiné tkví v sycení pacientových/klientových potřeb, včetně potřeby spirituální (Hajnová Fukasová et al., 2015). Přes to uvedly péči o spirituální složku pacienta/klienta pouze 3 sestry pracující v nemocničním zařízení a jedna sestra z domova pro seniory. Do péče o geriatrické paliativní pacienty dále patří i redukce medikace. Součástí správné klinické praxe o osoby seniorského věku je vysazení medikace, která nepřináší adekvátní účinek (Topinková, 2020). S tímto nastavením postupu, vysazením medikace, souzněly tři informantky, které se shodly, že v rámci geriatrické paliativní péče by ocenily redukci medikace.

Komplexní ošetrovatelská péče zahrnuje také vedení dokumentace o jednotlivých úkonech. Sjednocená dokumentace je pro kontinuitu péče zásadní (Marková, 2010). Z výzkumu však vyplynulo, že sestry nemají jednotný dokument či zápis o paliativní péči, ve své dokumentaci. Obvykle to zaznamenávají do dekurzu „jako něco navíc“. V tomto ohledu se lze ztotožnit s názorem sestry I2, že tento nedostatek představuje určitou limitaci v péči o geriatrické paliativní pacienty. Takový dokument by měl obsahovat lékařský posudek osoby, se kterými byl dokument projednáván, a cíle následující péče s léčebným plánem (Černý et al., 2009). Dokument s těmito údaji byl identifikován jen u jedné sestry z domova pro seniory. Důvodem, proč tomu tak je, může být to, že stále není v domovech pro seniory, ani ve všech nemocnicích, oficiálně přijat koncept paliativní péče.

Při poskytování péče osobám v závěru života je potřebné veškeré úkony a rozhodnutí řádně zvážit. Eticky nepřijatelné jsou neúčelné diagnostické indikace nebo pokračování v neúčelné terapii (Jedličková, 2023a). Náš výzkum ukázal, že na některých odděleních se stále tyto eticky nepřijatelné aspekty péče vyskytují. Tento jev lze považovat za ukazatel kvality poskytované péče na jednotlivých odděleních. Za další hledisko zvyšující kvalitu poskytované péče lze považovat počet personálu. Pro kvalitní poskytování paliativní péče je potřeba dostatek personálu (Marková, 2010). Účastnice výzkumu zmínily, že vnímají personální nedostatek. V souvislosti s nedostatkem personálu oslovené sestry často podotýkaly nedostatek času. Nedostatek času dávaly některé sestry do souvislosti s režimem oddělení. S nedostatkem personálu a času uvádí Bužgová (2015) také nedostatek specialistů v paliativní péči. Nízký počet specializovaných lékařů byl zmíněn jen jednou sestrou pracující v domově pro seniory. Jednou z dalších metod, jak

zvýšit kvalitu poskytované péče v nemocnicích, je vytvoření paliativního týmu (Marková, 2010). Pouze dvě sestry pracující v nemocničním prostředí zmínily, že mají možnost využít služeb paliativního týmu. A i tak byla od jedné sestry podotknuta informace, že se tento tým nevyužívá v takové míře, jak by měl. Na tento zjištěný fakt lze reagovat otázkou, proč jej není využíváno v takové míře, jak by bylo vhodné? Další problém identifikovaly oslovené sestry z domova pro seniory jako nedostatečný přístup lékařské péče. To však sestry z nemocnice nevedly. Důvodem, tohoto rozdílu může být nepřetržitá přítomnost služby konajícího lékaře v nemocničních zařízeních, oproti domovu pro seniory, kde je lékař pouze ve stanovený čas. Z našeho výzkumu vyplynulo, že některé sestry vidí problém v zajišťování soukromí pacientovi/klientovi. Uzpůsobení prostředí a zajištění dostatku soukromí je podle Bužgové (2015) základní činnost při poskytování paliativní péče. Pro zlepšení přístupu k paliativní péči je velmi důležité veřejné povědomí o této péči (Abuelzeet et al., 2023). Některé sestry z nemocničního zařízení i jedna sestra z domova pro seniory se však shodly, že veřejnost obvykle není dobře informovaná o možnostech poskytování geriatrické paliativní péče. Jako řešení tohoto problému se ztotožňují s odpovědí sestry I11, která uvedla: *„Možná že by napomohlo, kdyby třeba v televizi o tom mluvili, že existují takový ústavy, kde se takhle a takhle jedná s lidma nebo člověk může tuto, že by to možná spíš pochopili, kdyby to bylo v médiích. To je reklama, to je to, co poslouchají, co dávají v televizi, v rádiích, takže možná, že by to pomohlo o tom víc mluvit.“* Propagace přístupu a benefitů paliativní péče prostřednictvím medií by napomohla lepšímu pochopení a také vnímání této péče. Propagace paliativní péče by možná napomohla pro detabuizaci smrti a umírání ve společnosti. Téma smrti a umírání je dlouhodobě tabuizováno, což je stále patrné (Malíková, 2020). Tento fenomén potvrdilo i naše výzkumné šetření, kde tři sestry z nemocnice a jedna sestra z domova pro seniory se zmínily o tabuizaci těchto témat.

Ošetrovatelská péče o geriatrického paliativního pacienta/klienta by měla vycházet ze společné spolupráce mezi pacientem/klientem, rodinou a zdravotnickým personálem (Haroen et al., 2023). Tento fakt si všechny účastněné sestry uvědomují. Avšak mezi všemi oslovenými sestrami nebyla sestra, která ve spolupráci s rodinnými příslušníky nepocítovala nějaký problém. Jako častý problém byla identifikována nedostatečná angažovanost rodiny do péče. Také časté stížnosti z řad rodinných příslušníků jsou překážkou pro kvalitní spolupráci. Rodina dle Markové (2010) k umírajícímu patří, proto by se měl vytvořit prostor, aby mohla rodina trávit co nejvíce času s umírajícím.

Uskutečněné výzkumné šetření tuto potřebu také odhalilo a v souvislosti s tím oslovené sestry uvedly možnost upravení návštěvních hodin. Jako další řešení zmínila I3 devadesátidenní ošetrovné. Tento příspěvek lze hodnotit jako přínosný. Další problém ve spolupráci s rodinou je pocíťován některými oslovenými sestrami ve vztazích mezi rodinou a pacientem/klientem.

Kušnírová (2020) uvádí, že nejfrekventovanějším příznakem u pacientů v terminálním stádiu je bolest. Také náš výzkum ukázal, že bolest je nejčastější symptom u lidí v terminálním stádiu. Všechny dotazované sestry z nemocnic i domovů pro seniory se na tomto příznaku shodly. Mezi intervence, kterými lze ovlivňovat bolest, uvedly oslovené sestry podávání analgetik a také opiátů. Při nastavování farmakologického postupu léčby bolesti je tedy potřeba nasazovat postupně analgetika podle analgetického žebříčku od slabých analgetik po léky opiátové řady (Kabelka, 2018a). Překvapující byla reakce sestry I6, která jako intervenci vedoucí k tišení či odstranění bolesti uvedla nefarmakologický přístup v podobě chirurgického zákroku. Dvě sestry z domova pro seniory uvedly spolupráci s ambulancí bolesti. Jedna ze sester ale dále poznamenala, že by ocenila větší spolupráci. Myslím si, že je dobré, že některé domovy pro seniory spolupracují s odbornými specialisty v řešení bolesti i jiných klientových obtíží.

Dále se oslovené sestry z domova pro seniory shodly s některými sestrami z nemocničního zařízení, že dalším příznakem terminálního stádia je dušnost. Dle Tomíškové (2022) se dušnost objevuje u 50–80 % pacientů/klientů v terminálních stádiích. Dušnost lze řešit farmakologicky nebo nefarmakologickými způsoby, jako je oxygenoterapie, fyzioterapie a rehabilitace (Tomíšková, 2022). Provedený výzkum ukázal, že sestry dušnost nejčastěji intervenují oxygenoterapií, případně některými farmakologickými přístupy. Rehabilitaci ani fyzioterapii jako řešení dušnosti neuvedla žádná z oslovených sester. Častými projevy vyskytujícími se v terminálním stádiu jsou i projevy malnutrice a dehydratace (Marková, 2010). Také tyto projevy byly potvrzeny výpověďmi některých sester. Grofová (2009) uvedla, že ve všech fázích nemoci je potřeba řešit hydrataci. Žízeň je stejně závažný příznak jako bolest nebo dušnost, proto nemocný nesmí trpět žízní (Grofová, 2009). Také oslovené informantky uváděly, že pečují o hydrataci pacientů/klientů různými způsoby. Zajímavá byla odpověď jedné sestry z domova pro seniory, která zmínila rozpouštění zmrazeného džusu pro zahnání žízně. S tím souhlasí i Marková (2010), která zmiňuje, že je tento postup vhodný. Potravu je potřeba vhodně upravit a také dát dostatek času na její pozření (Kalvach, 2019).

Zároveň je v příjmu potravy důležitá spolupráce s rodinou (Pokorná et al., 2013). Tyto informace vyplynuly také z našeho výzkumu. Rovněž se objevila informace, že v některých zařízeních zavádí sondy, PEGy a výživové infuze. To však z etických a odborných doporučení není vhodné (Kalvach, 2019).

Mezi další symptomy terminálního stádia zmínily některé účastnice výzkumu zmatenost. Někdy se však stává, že u geriatrických pacientů/klientů je jako zmatenost označováno delirium, případně jiné choroby či poruchy. Důležité je proto tyto jevy odlišovat (Kalvach, 2019). Následovně se dvě informantky shodly na přítomnosti horečky u pacientů/klientů v terminálním stádiu. Kabelka (2018a) tento symptom popisuje jako možnou závěrečnou komplikaci tohoto stavu. Jako řešení horečky uvádí Kabelka (2018a) nefarmakologické postupy zahrnující dostatek tekutin a ochlazování nemocného. S tím se ztotožňuje odpověď jedné informantky pracující v nemocničním zařízení. Další možnost řešení febrilních stavů uvedl Kabelka (2018a) farmakologický postup. Tuto možnost uvedly také dvě oslovené sestry, přičemž jedna z nich dále podotkla, že je potřeba kombinovat léky, jelikož není vždy adekvátní odpověď organismu.

Do intervenčního řešení jednotlivých symptomů, terminálního stádia, neodmyslitelně patří naordinování SOS medikace. Medikace podávaná dle potřeby, neboli SOS medikace, je vhodný způsob, jak ošetřit případně vzniklé symptomy (Pechová et al., 2020). V rámci výzkumu bylo objeveno, že SOS medikaci má v dokumentaci uvedenou pět z oslovených sester. SOS medikaci mají uvedenou v souvislosti s řešením bolesti, horečky, zmatenosti a dušnosti. Dále se v paliativní medicíně často využívá farmakologických off-label postupů. Takový postup není non lege artis a někdy je dokonce i jediná možná alternativa (Gregorová, 2011). Provedený výzkum toto tvrzení nepotvrdil. Pouze jedna sestra uvedla využití tohoto postupu. Ostatní oslovené sestry se shodly, že jej nevyužívají, a často ani nevěděly, co si pod tím představit.

V paliativní péči je velice důležitá role sestry, proto by měly být všechny sestry řádně informovány. Dle de Campos et al. (2022) sestrám často chybí znalosti v oblasti paliativní péče. Tento fakt zmínily také dvě účastnice výzkumu. Nedostatečnou vzdělanost zdravotnických pracovníků zmínila také Bužgová (2015) a vnímá ji jako bariéru pro poskytování paliativní péče. Z našeho výzkumu vyplývá, že všechny oslovené sestry mají základní informace o geriatrické paliativní péči. Některé oslovené sestry mají rozšířené vědomosti prostřednictvím vzdělávacích kurzů. Šest z oslovených sester absolvovalo

vzdělávací program týkající se péče o pacienty/klienty v závěru života a hodnotily jej jako přínosný. Dvě sestry sice neabsolvovaly kurz, ale informace získaly v rámci bakalářského či magisterského vzdělání. Kromě jedné sestry by všechny oslovené informantky měly zájem o vzdělávací program týkající se péče o osoby v závěru života. Od kurzu by často očekávaly případovou studii na konkrétních kazuistikách a také rady v komunikaci. De Campos et al. (2022) také uvedl, že je potřeba vzdělávat se v komunikaci a zvládnání symptomů v oblasti paliativní péče. Co se týče vzdělávání v geriatrii, tak pouze jedna sestra z nemocničního zařízení a tři sestry z domova pro seniory uvedly, že absolvovaly nějaký vzdělávací program. Zbylé sestry pracující v nemocnici zároveň se všemi sestrami pracujícími v domově pro seniory projevily o takový kurz zájem. Očekávání od kurzu, týkajícího se péče o geriatrické pacienty, mají podobná jako od kurzu v závěru života s doplněním o farmakoterapii. Kromě vzdělanosti musí být všeobecná sestra zručná, empatická, musí umět rychle reagovat a adekvátně rozhodovat a v neposlední řadě také komunikovat (Žampachová, 2013). To všechno potvrdily také výpovědi účastnic výzkumu. Přesto se plně připravené cítí pouze dvě sestry z nemocničního prostředí. Naproti tomu všechny oslovené sestry v domovech pro seniory se cítí být připravené. Jako problematickou oblast některé z oslovených sester uvedly psychické vypořádávání se s odchodem pacientů/klientů. Vzhledem k náročnosti poskytování péče geriatrickým pacientům/klientům v závěru života je potřeba dbát na psychické zdraví poskytovatelů těchto služeb. Jako psychická podpora mohou být využity supervizní setkání (Venglářová et al., 2013). Supervizní setkání zároveň napomáhá k dalšímu vývoji personálu (Lee et al., 2019). Z výzkumu vyplynulo, že se supervizní setkání v běžné praxi v nemocničním zařízení nevyužívá. Možnost supervizních setkání zmínily dvě sestry pracující v nemocničním zařízení. Z toho pouze jedna vyjádřila, že jsou tato setkání pravidelná. Výsledky z domovů pro seniory měly pozitivnější výsledky. Zde měly možnost supervizních setkání všechny sestry. Dvě sestry, pracující v domově pro seniory, uvedly pravidelná setkání. Zbylé sestry, pracující v domově pro seniory, uskutečňují supervizní setkání podle potřeby. Dále pouze jedna sestra podotkla možnost psychické podpory v podobě psychologa na telefonu. Tento výsledek lze považovat za znepokojivý.

Paliativní péče by se měla poskytovat vždy v souladu s přáním poučeného pacienta/klienta (Menčíková et al., 2015). Data z našeho výzkumného šetření tento výrok potvrzují. Všechny oslovené sestry se snaží o splnění pacientova/klientova přání, pokud je to ovšem možné. Pozoruhodnou měla odpověď informantka I2, která řekla: „*Nemusíme*

vždy souhlasit s tím, co si on přeje, ale od toho jsme profesionálové, aby jsme se odosobnili od třeba našich představ nebo přání, ale abychom splnili přání toho pacienta, potažmo jeho rodiny.“ Problém může nastat v momentě, kdy nejsou jednotlivá přání stejná. Některé oslovené sestry také uvedly, že se vyskytuje problém v tom, že rodina si přeje opak než pacient/klient. Všechny dále uvedly, že upřednostňují přání pacienta před přáním rodiny. Poskytování paliativní péče geriatrickým pacientům/klientům zahrnuje také vyjádření dříve vysloveného přání. Podle Jedličkové (2023a) dříve vyslovené přání napomáhá při rozhodování o dalších lékařských postupech. Všechny oslovené sestry, kromě jedné, byly informované o dříve vysloveném přání. Zároveň sestry uváděly, že se s oficiálním dokumentem s dříve vysloveným přáním nesetkaly. Jako důvod uvedly dvě sestry nedostatečnou informovanost společnosti. S tímto názorem lze souhlasit. Také Bláhová (2016a) napsala, že velká část seniorů není informovaná o možnosti a využití dříve vysloveného přání. Sestry se také shodly, že by nebyl problém dříve vyslovené přání respektovat. Rovněž se většina sester shodla, že se dříve vyslovené přání změnit dá. Jedna sestra však nad možností změny pochybovala. Uvedla to slovy: *„Ale je to strašně těžká otázka, nevím jestli by se to mělo dát změnit.“* (I7)

V péči o geriatrické paliativní pacienty/klienty je velice důležitá komunikace. Způsob, kterým komunikujeme, výrazně ovlivňuje úroveň poskytované péče osobám nacházejícím se v závěru života (Ryan et al., 2022). To si některé z účastnic výzkumu uvědomují, a proto zmínily, že by se chtěly v komunikaci zdokonalit prostřednictvím již zmíněného kurzu. Mezi faktory ovlivňující kvalitu komunikace lze zařadit věk, vzdělání, zdravotní stav, stav smyslového vnímání, kvalita kognitivních funkcí, čas, prostředí, komunikační dovednost pracovníka i pacienta/klienta (Malíková, 2020). Pět oslovených sester zmínilo komplikaci v komunikaci v podobě sluchového deficitu, tři sestry uvedly kognitivní deficit a jedna sestra uvedla časovou tíseň. V komunikaci s geriatrickým paliativním pacientem/klientem je nezbytné přizpůsobit komunikaci schopnostem a dovednostem těchto pacientů/klientů (Pokorná, 2010). Provedené výzkumné šetření ukázalo, že v praxi všechny oslovené sestry přizpůsobují komunikaci s ohledem na stav pacienta/klienta. Tento výsledek lze hodnotit jako uspokojivý. Také komunikace s rodinou musí být citlivá a s pochopením (Kabelka, 2020). S tím souhlasí také odpověď jedné oslovené sestry z nemocnice. Většina účastnic výzkumu z nemocnice vyjádřila, že je taková komunikace obtížná. Důvodů, proč nevnímají sestry snadnou komunikaci s rodinnými příslušníky, může být několik. Mohlo by se jednat o strach z reakcí

rodinných příslušníků nebo nedostatečné komunikační dovednosti sester. Většina oslovených sester z domovů pro seniory uvedla, že vnímají informovanost jako zásadní v péči o geriatrické paliativní pacienty/klienty. Informován by měl být v první řadě pacient a pak rodina (Marková, 2010). Také tento fakt vyplynul z našeho výzkumného šetření. V souvislosti s poskytováním informací má každý právo na ochranu informací o jeho zdravotním stavu a stejně tak má právo na určení osob, kterým budou informace sdělovány (Těšínová, 2013). Rovněž dvě informantky zmínily, že by se informace měly sdělovat pouze určeným lidem. S těmito informacemi lze souhlasit. Před sdělením informací je nutná kontrola a ověření pacientem/klientem určených osob. Zároveň byla v souvislosti se sdělováním informací popsána situace, ve které pacient/klient sděluje rodině jiné informace než personálu. V takové situaci je podle Markové (2010) nutné vyjádřit porozumění a prostor rodině pro otevření a vyjasnění těchto témat.

Další část rozhovoru byla soustředěna na zjištění informací týkajících se návaznosti péče mezi domovem pro seniory a nemocničním zařízením u pacientů/klientů v závěru života. Pět z oslovených sester si představuje, že by měla péče o geriatrické paliativní pacienty/klienty na sebe navazovat. Výzkum dále ukázal, že návaznost obvykle nefunguje. Jako problém uvedla Holanová a Juršíková (2014) nedostatečnou informovanost mezi zdravotnickým a sociálním zařízením, což ovlivňuje kvalitu návaznosti péče. Toto tvrzení uskutečněný výzkum potvrdil. Většina účastnic výzkumu zmínila obtíže v návaznosti péče. Mezi tyto obtíže lze zařadit kromě informovanosti zanedbanou péči nebo nevyřešený plán budoucí péče. Výjimkou byla jedna sestra pracující v nemocničním zařízení. Podle této sestry funguje návaznost skvěle, ale to z toho důvodu, že úkony týkající se přeložení pacienta řeší přes sociální pracovníci. Ze studie vyplynulo, že až 55 % transportů klientů z domova pro seniory by se dalo odvrátit a jsou tedy nevhodné (Lemoyne et al., 2019). Také dvě sestry z nemocničního zařízení se shodly, že by měl být transport geriatrického paliativního pacienta/klienta pečlivě zvážen. V momentě nezvládnutí konce života v pečovatelském ústavu nastávají neplánované hospitalizace těchto lidí. Tyto hospitalizace následně zvyšují zátěž zdravotnického systému (Anstey et al., 2016). Mimo zátěž zdravotnického systému zatěžují přímo jedince převážené do zdravotnických zařízení (Trahan et al., 2016). Všechny sestry, pracující v domově pro seniory, se ale shodly, že si klienty v závěru života nechávají ve svých zařízeních a transporty realizují pouze v nezbytných situacích. Informantka I7 také uvedla: „*Tak asi lze vysledovat nějakou kvalitu všech těch domovů pro seniory, co tady*

jsou. “ S tímto názorem lze souhlasit. Také čtyři sestry pracující v nemocničním zařízení uvedly, že takové pacienty dále netransportují. Většina z těchto sester však nepracuje na odděleních akutní péče. Jako důvod transportu geriatrických paliativních klientů do nemocničního zařízení se všechny sestry shodly, že se jedná o akutně vzniklé, závažné situace, které nelze jinak řešit než hospitalizací. Jedna oslovená sestra z nemocničního prostředí uvedla, že také záleží, zda je ten pacient/klient veden jako paliativní. To si myslím, že je velice důležitá připomínka. Často totiž sestry zmiňovaly, že k daným pacientům/klientům paliativně přistupují, ale oficiálně to zavedené nemají.

V neposlední řadě byl rozhovor soustředěn na zjištění, jak mezi sebou jednotlivá zařízení komunikují. Z našeho výzkumu vyplývá, že informace o geriatrickém paliativním pacientovi/klientovi se předávají prostřednictvím překladových nebo propouštěcích zpráv, neboli písemně. Dvě sestry z nemocničního zařízení zmínily mimo písemnou formu i možnost telefonního spojení. Dále bylo zjištěno, že tři oslovené sestry z nemocnice a jedna sestra z domova pro seniory do překladových/propouštěcích zpráv informace o paliativní péči nezapisují, čili nepředávají. Tento problém v nekontinuitě informací, a tedy i péče popsaly také Holanová a Jurašková (2014). Nedostatečnou informovanost mezi jednotlivými zařízeními lze hodnotit jako velký nedostatek v návaznosti péče u klientů v závěru života. Tento jev je patrný také ze studie, ve které se prokázalo, že pouze 8 % klientů, kteří byli převezeni do nemocničního zařízení, mělo s sebou plán budoucí péče (Lemoine et al., 2019). Odpovědi účastnic výzkumu toto tvrzení nepotvrdily. Kromě již zmíněné informantky předávají paliativní režim všechny oslovené sestry pracující v domově pro seniory. Na druhé straně se objevila ale informace od jedné sestry z nemocnice, že se nikdy nesetkala s tím, že by byl z domova pro seniory paliativní režim zaveden a uveden v překladové/propouštěcí zprávě. Dále jedna sestra z domova pro seniory vyjádřila problém v tom, že sestra z nemocnice není oprávněná sdělovat informace. Tento fakt následně dopadá tak, že ten domov pro seniory nemá možnost se připravit na překlad daného klienta zpět. Jako řešení uvedla tato sestra kompetenční ošetření, což je zajímavý návrh. Naproti tomu jedna sestra z nemocničního prostředí uvedla, že informace o paliativním režimu předávají, a také, že daný domov pro seniory předem informují.

6 Závěr

Počet geriatrických jedinců napříč nemocničními zařízeními a domovy pro seniory stoupá. Tito lidé v těchto zařízeních také často umírají, proto jsou kladeny stále vyšší nároky na poskytování kvalitní péče v podobě specializované paliativní péče. Proto je potřeba se těmito tématům intenzivně věnovat. Z tohoto důvodu se tato bakalářská práce věnovala problematice geriatrické paliativní péče.

Pro empirickou část této bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Jako první cíl bylo stanoveno zmapovat znalosti sester, na vybraných odděleních, o problematice geriatrické paliativní péče. Druhým cílem bylo popsat návaznost péče mezi domovem pro seniory a nemocničním zařízením, u klientů v závěru života. Aby mohly být tyto cíle naplněny, byly stanoveny 4 výzkumné otázky. Tyto otázky byly mířené na znalosti sester na vybraných odděleních o problematice paliativní péče, návaznost péče, u klientů v závěru života, mezi domovem pro seniory a nemocničním zařízením, komunikaci mezi těmito zařízeními a také na průběh péče o geriatrického paliativního pacienta na vybraných odděleních v nemocničním zařízení. Pro získání dat byla zvolena technika kvalitativního výzkumu. Data byla získávána na základě polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor vybrán metodou sněhové koule a tvořily jej všeobecné sestry, které splňovaly stanovená kritéria. Celkem bylo realizováno 6 rozhovorů s všeobecnými sestrami pracujícími v nemocničním zařízení a 5 rozhovorů s všeobecnými sestrami pracujícími v domovech pro seniory. Získaná data byla zpracována otevřeným kódováním metodou „tužka papír“. Bylo identifikováno 6 kategorií, 18 podkategorií a 154 kódů.

Z výzkumných dat vyplynulo, že sestry vědí, co geriatrická paliativní péče znamená a na koho se specializuje. Většina z účastnic výzkumu by měla zájem o doplnění vzdělání, zacílené na oblast geriatrické péče a péče v závěru života. Dále sestry uváděly, že o geriatrické paliativní pacienty/klienty pečují standardně. V některých oblastech svou péči zvyšují a v jiných zase snižují, podle potřeb a přání daného jedince. Avšak ne ve všech zařízeních zvažují své intervence v souladu s etickými zásadami. Výzkumné šetření objevilo další nedostatky ovlivňující kvalitu poskytované péče o geriatrické paliativní pacienty/klienty. Mezi tyto nedostatky patří chybějící erudovaný personál, nedostatek času, prostoru pro soukromí, nemožnost supervizních setkání, nekvalitní spolupráce s rodinou a také málo specializovaných paliativních týmů. Objevené byly také potíže v komunikaci mezi personálem, pacientem/klientem a rodinou. Jako další problém

podotýkaly některé sestry nedostatečnou informovanost společnosti. Další obtíž může činit neexistující sjednocený dokument či kolonka pro zápis informací týkajících se paliativní péče.

Všechny sestry pracující v domově pro seniory se shodly, že si geriatrické paliativní klienty nechávají na svých odděleních na dožití. Transport takových klientů je uskutečňován pouze ve výjimečných situacích, jako je například akutní zhoršení stavu. Pokud však dojde k transportu takového pacienta/klienta, tak většina oslovených sester uvedla, že návaznost této péče nefunguje. Data výzkumného šetření poukazují na to, že problém je v nedostatečné komunikaci mezi zařízeními, posílání pacientů/klientů v zanedbaném stavu a také nevyřešený plán budoucí péče u daných pacientů/klientů. Jednotlivá zařízení mezi sebou komunikují písemně, prostřednictvím překladových nebo propouštěcích zpráv, kde ne všechny sestry zapisují informace o nastaveném paliativním režimu. Další možností je telefonické spojení, které uvedly pouze dvě sestry.

Tato práce může sloužit jako podklad pro doplnění informací sester, které mají zájem o zkvalitnění péče o seniory v závěru života.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěného je vhodné doporučit sestavení vzdělávacího programu, který bude součástí pravidelného vzdělávání sester v praxi. Tento program by měl být zacílen na případové studie kazuistik se zaměřením na péči o geriatrické pacienty/klienty a plánování v závěru života. Měly by zde zaznít informace o možnostech medikamentózní terapie, specifickém přístupu a také teoretický i praktický nácvik komunikace. Jako další podporu personálu, pečujícího o pacienty/klienty v závěru života, lze navrhnout realizaci pravidelných supervizních setkání. Pro další rozvoj v paliativní péči lze doporučit navýšení možností specializovaného studia zaměřeného na poskytování a plánování paliativní a geriatrické péče. V rámci rozvoje paliativní by měly být nemocnic i domovů pro seniory podpořeny v budování paliativních týmů. Pro personální nárůst by pomohla motivace mladé populace v podobě finančního ztraktivnění daných pozic na trhu práce.

Dále se jako vhodný jeví další výzkum v oblasti sjednocení a doplnění dokumentace a překladových/propouštěcích zpráv. Je žádoucí pomocí kvantitativního výzkumu zmapovat oblasti jednotlivých dokumentací a překladových/propouštěcích zpráv se

zaměřením na paliativní péči. Tento výzkum by měl napomoci ke zlepšení kontinuity péče a komunikace mezi personálem a jednotlivými zařízeními.

Aby byla paliativní péče a s tím i geriatrická paliativní péče lépe vnímána ve společnosti, je nutné ji více propagovat. Taková propagace by mohla probíhat prostřednictvím médií. Navýšení povědomí společnosti je nutné také v oblasti dříve vysloveného přání, i to by se dalo propagovat navrhaným způsobem.

7 Seznam literatury

1. ABUELZEET, A. Y. et al., 2023. Public awareness and knowledge of palliative care in Jordan. *International journal of palliative nursing*. 29(6), 264–273. ISSN doi: 10.12968/ijpn.2023.29.6.264.
2. ALLISON, R. et al., 2021. Frailty: Evaluation and Management. *American Family Physician*. 103(4), 219–226. [online]. [cit. 2024-2-15]. Dostupné z: www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0215/p219.html
3. ANSTEY, S. et al., 2016. Education and training to enhance end-of-life care for nursing home staff: a systematic literature review. *BMJ Support Palliat Care*. 6(3), 353–361. ISSN 2045-4368. doi: 10.1136/bmjspcare-2015-000956.
4. BACK, A. L., 2020. Patient-Clinician Communication Issues in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 38(9), 866–876. ISSN 1527-7755. doi: 10.1200/JCO.19.00128.
5. BASSO, I. et al., 2023. Quality improvement interventions to prevent the use of hospital services among nursing home residents: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 13(9). ISSN 2044-6055. doi: 10.1136/bmjopen-2023-074684.
6. BLÁHOVÁ, H., 2016a. Dříve vyslovená přání – jako (možný) nástroj rozhodování o zdravotní péči na konci života. *Medicína pro praxi*. 13(4), 168–180. doi: 10.36290/med.2016.045.
7. BLÁHOVÁ, H., 2016b. Institut dříve vyslovených přání a praxe českého zdravotnictví. *Geriatric a Gerontologie*. 5(3), 145–147. ISSN 1805-4684.
8. BORSKÝ, P. et al., 2022. Fyziologie stárnutí. *Časopis lékařů českých*. 161(1), 11–16. ISSN 0008-7335.
9. BULLINGTON, J. et al., 2019. Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach. *Nurse education in practice*. 39, 136–141. ISSN 1873-5223. doi: 10.1016/j.nepr.2019.08.011.

10. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
11. CARMONA, J. J., MICHAN, S., 2016. Biology of Healthy Aging and Longevity. *Revista de investigación clínica*. 68(1), 7–16. ISSN 0034-8376.
12. COHEN, C.I. et al., 2023. Frailty: A Multidimensional Biopsychosocial Syndrome. *Medical Clinics of North America*. 107(1), 183–197. ISSN 1557-9859. doi: 10.1016/j.mcna.2022.04.006.
13. ČERNÝ, V., et al., 2009. Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 20(4), 218–220.
14. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3901-4.
15. DAHLIN, C. et al., 2023. Understanding primary palliative nursing education in undergraduate nursing programs. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*. 46, 205–212. ISSN doi: 10.1016/j.profnurs.2023.02.013.
16. de CAMPOS, P. et al., 2022. Integrating Palliative Care into Nursing Care. *American Journal of Nursing*. 122(11), 40–45. doi:10.1097/01.NAJ.0000897124.77291.7d.
17. DEBÈS, C. et al., 2023. Ageing-associated changes in transcriptional elongation influence longevity. *Nature*. 616(7958), 814–821. ISSN 1476-4687. doi: 10.1038/s41586-023-05922-y.
18. DOLEŽALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., 2019. Vybrané nástroje pro hodnocení geriatrické křehkosti. *Geriatric a Gerontologie*. 8(3), 125–129. ISSN 1805-4684.
19. DVOŘÁČKOVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, E., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4138-3.
20. ENGEL, M. et al., 2023. Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative & supportive care*. 21(5), 890–913. ISSN 1478-9523. doi: 10.1017/S1478951523001165.

21. GREGOROVÁ, J., 2011. Paliativní medicína z pohledu klinického farmaceuta. *Praktické lékárenství*. 7(4), 180–181. ISSN 2788-1717.
22. GROFOVÁ, Z., 2009. Paliativní péče. *Medicína pro praxi*. 6(5), 276–278. ISSN 1803-5310.
23. GU, Y. et al., 2020. Biomarkers, oxidative stress and autophagy in skin aging. *Ageing research reviews*. 59. ISSN 1872-9649. doi: 10.1016/j.arr.2020.101036.
24. GUERRERO, J. G., 2019. Palliative nursing care as applied to geriatric: An integrative literature review. *Nursing and Palliative Care*. 4(1), 1–6. ISSN 2397-9623. doi: 10.15761/NPC.1000199.
25. GURWITZ, J. H., 2023. The Paradoxical Decline of Geriatrics Medicine as a Profession. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 330(8), 693. ISSN 0098-7484. doi: 10.1001/jama.2023.11110.
26. HAJNOVÁ FUKASOVÁ, E. et al., 2015. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Klinická onkologie*. 28(1), 13–19. ISSN 1802-5307.
27. HAROEN, H. et al., 2023. Uncovering Methods and Outcomes of Palliative Care for Geriatric Patients: A Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2023(16), 2905–2920. ISSN 1178-2390. doi: 10.2147/JMDH.S429323.
28. HEINTZ, C. et al., 2017. Splicing Factor 1 Modulates Dietary Restriction and TORC1 Pathway Longevity in *C. elegans*. *Nature*. 541(7635), 102–106. ISSN 1476-4687. doi: 10.1038/nature20789.
29. HERDMAN, T. H. et al., 2021. *NANDA International, Inc. nursing diagnoses: definitions and classification 2020–2023*. Twelfth edition. New York: Thieme. ISBN 978-1-68420-454-0.
30. HOLANOVÁ, Z., JURAŠKOVÁ, B., 2014. Efektivita a návaznost jednotlivých systémů péče o geriatrického pacienta. *Geriatric a Gerontologie*. 3(2), 71–81. ISSN 1805-4684.
31. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5439-0.

32. HOLMEROVÁ, I., WIJA, P., 2016. Péče na konci života v ČR. *Časopis lékařů českých*. 155(4), 43–47. ISSN 0008-7335.
33. CHELAZZI, C. et al., 2023. The adult and pediatric palliative care: differences and shared issues. *Journal of anesthesia, analgesia and critical care*. 3(1). ISSN 2731-3786. doi: 10.1186/s44158-023-00085-8.
34. JEDLIČKOVÁ, A., 2023a. Etické aspekty paliativní péče. *Praktický lékař*. 103(3), 152–158. ISSN 0032-6739.
35. JEDLIČKOVÁ, A., 2023b. Etické aspekty v gerontologii a geriatrii. *Praktický lékař*. 103(5), 255-263. ISSN 0032-6739.
36. KABELKA, L., 2018a. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.
37. KABELKA, L., 2018b. Geriatrická paliativní péče. *Časopis lékařů českých*. 157(1), 34–36. ISSN 0008-7335.
38. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyлéčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1688-1.
39. KABELKA, L., 2022. Paliativní péče v geriatrii. In: SLÁMA, O., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 262–271. ISBN 978-80-7492-627-3.
40. KABELKA, L., CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., 2022. *Syndrom křehkosti: indikace péče, podpora života v nemoci, komunikační dovednosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3178-5.
41. KALVACH, Z., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.
42. KASIUKIEWICZ, A., WOJSZEL, Z. B., 2024. The Prevalence of the Frailty Syndrome in a Hospital Setting—Is Its Diagnosis a Challenge? A Comparison of Four Frailty Scales in a Cross-Sectional Study. *Journal of clinical medicine*. 13(1), 86. ISSN 2077-0383. doi: 10.3390/jcm13010086.

43. KISVETROVÁ, H., 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
44. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přeprac. vyd. Praha: GRADA Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-0102-3.
45. KOPECKÝ, O., 2022. Konziliární tým paliativní péče v nemocnici. In: *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 325–329. ISBN 978-80-7492-627-3.
46. KUŘE, J., ed., 2022. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia. Právo - etika - společnost. ISBN 978-80-200-3378-9.
47. KUŠNÍROVÁ, J., 2020. Komplexní přístup k léčbě bolesti v paliativní péči. *Medicína pro praxi*. 17(2), 88–92. ISSN 1803-5310.
48. LEE, H. et al., 2020. Frailty and Comprehensive Geriatric Assessment. *Journal of Korean Medical Science*. 35(3), e16. doi: 10.3346/jkms.2020.35.e16.
49. LEE, S. et al., 2019. Supervision training interventions in the health and human services: realist synthesis protocol. *BMJ open*. 9(5). ISSN 2044-6055. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025777.
50. LEMOYNE, S. E. et al., 2019. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC geriatrics*. 19(1), 17. ISSN 1471-2318. doi: 10.1186/s12877-019-1028-z.
51. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
52. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
53. MATĚJEK, J., 2012. Dříve vyslovená přání pacienta komentář k zákonné úpravě. *Praktický lékař*. 92(5), 286-289. ISSN 0032-6739.
54. MENČÍKOVÁ, K. et al., 2015. Antikoagulace u onkologických pacientů v paliativní péči. *Interní medicína pro praxi*. 17(3), 154-155. ISSN 1803-5256.

55. MILFAIT, R., 2022. Etické aspekty paliativní péče. In: *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 39–42. ISBN 978-80-7492-627-3.
56. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
57. NAMBAYAN, A. G., 2018. Palliative Care: Opportunities for Nursing. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 5(1), 1–3. ISSN 2349-6673. doi: 10.4103/apjon.apjon_77_17.
58. NAVRÁTIL, L. et al., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0210-5.
59. NAVRÁTIL, L. et al., 2023. *Léčebná rehabilitace v geriatрии*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3132-7.
60. PECHOVÁ, K. et al., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.
61. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
62. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
63. POLÍVKA, J., 2018. Hospic – pokračující péče během života pacienta. *Časopis lékařů českých*. 157(1), 4–8. ISSN 0008-7335.
64. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: maxdorf jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
65. RITE-GRACIA, S., AVILA-ALVAREZ, A., 2021. Medicamentos off-label y sin licencia en neonatología. *Anales de pediatria*. 94(3), 127–128. ISSN 2341-2879. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.12.011.

66. RYAN, R. E. et al., 2022. Interventions for interpersonal communication about end of life care between health practitioners and affected people. *The Cochrane database of systematic reviews*. 7(7). doi: 10.1002/14651858.CD013116.pub2.
67. SAARINEN, J. et al., 2023. Family members' participation in palliative inpatient care: An integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*. 37(4), 897–908. ISSN 1471-6712. doi: 10.1111/scs.13062.
68. SALEH, A. M. et al., 2022. The Knowledge of Palliative Care among Geriatric Home Staff in Jordan. *African Health Sciences*. 22(3), 233–240. ISSN 1729-0503. doi: 10.4314/ahs.v22i3.25.
69. SANTIVASI, W.L. et al., 2020. The role of geriatric palliative care in hospitalized older adults. *Hospital Practise*. 48(1), 37–47. doi: 10.1080/21548331.2019.1703707.
70. SCHROEDER, K., LORENZ, K., 2018. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 5(1), 4–8. ISSN 2349-6673. doi: 10.4103/apjon.apjon_43_17.
71. SLÁMA, O. et al., 2016. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Časopis lékařů českých*. 155(8), 445–450. ISSN 0008-7335.
72. SLÁMA, O., 2022a. Hodnocení a základní typy chronické bolesti. In: SLÁMA, O., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
73. SLÁMA, O., 2022b. Hydratace u pokročile a terminálně nemocných. In: SLÁMA, O., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
74. SLÁMA, O., 2022c. Základní principy paliativní péče. In: SLÁMA, O., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 21-26. ISBN 978-80-7492-627-3.
75. SLEZÁČKOVÁ, A. et al., 2021. Faktory ovlivňující proces rozhodování o péči v závěru života u hospitalizovaných pacientů. *Časopis lékařů českých*. 160(5), 176–184. ISSN 0008-7335.

76. SLEZÁČKOVÁ, A. et al., 2022. Ověření užitečnosti podpůrného nástroje pro plánování budoucí péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 33(3–4), 141–147. ISSN 1214-2158.
77. SOURADA, L., KUGLÍK, P., 2020. Genetické mechanismy stárnutí. *Časopis lékařů českých*. 159(2), 81–87. ISSN 0008-7335.
78. SULTANA, A. et al., 2021. Psychosocial Challenges in Palliative Care: Bridging the Gaps Using Digital Health. *Indian journal of palliative care*. 27(2), 442–447. ISSN 1998-3735. doi:10.25259/IJPC_381_20.
79. ŠOUREK, D., 2020. In: PECHOVÁ, K. et al., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.
80. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
81. TARK, A. et al., 2023. Systematic review of conceptual and theoretical frameworks used in palliative care and end-of-life care research studies. *Palliative Medicine*. 37(1), 10–25. ISSN 0269-2163. doi: 10.1177/02692163221122268.
82. TĚŠÍNOVÁ, J., 2013. Ochrana soukromí a poskytování informací ve zdravotnictví. *Praktická gynekologie*. 17(3), 252–254. ISSN 1211–6645.
83. TOMÍŠKOVÁ, M., 2022. Dušnost. In: SLÁMA, O., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
84. TOPINKOVÁ, E., 2020. Redukce nevhodné a neúčelné farmakoterapie – deprescribing. *Geriatric a Gerontologie*. 9(1), 9–14. ISSN 1805-4684.
85. TRAHAN, L. M. et al., 2016. Decisions to Transfer Nursing Home Residents to Emergency Departments: A Scoping Review of Contributing Factors and Staff Perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*. 17(11), 994–1005. ISSN 1538-9375. doi: 10.1016/j.jamda.2016.05.012.
86. VÁGNEROVÁ, T. et al., 2020. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4620-6.

87. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.
88. VOUMARD, R. et al., 2018. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatr.* 220(18), 1–6. ISSN 1471-2318. doi: 10.1186/s12877-018-0914-0.
89. WHO, 2020. *Palliative care* [online]. [cit. 2023-12-8]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
90. ZÁVADOVÁ, I., 2018. Péče o nevléčitelně nemocné a umírající v domácím prostředí. *Časopis lékařů českých.* 157(1), 9–12. ISSN 0008-7335.
91. ZÁVADOVÁ, I., KABELKA, L., 2022. Dušnost. In: SLÁMA, O., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
92. ŽAMPACHOVÁ, M., 2013. Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů. *Florence : časopis moderního ošetrovatelství.* 13(4), 30–32. ISSN 1801-464X.

8 Seznam zkratek

tzv. (tak zvaně)

s. (strana)

DNA (deoxyribonucleic acid - deoxyribonukleová kyselina)

RNA (ribonucleic acid - ribonukleová kyselina)

FFC (Fried Frailty Criteria - Friedova kritéria křehkosti)

CFS (Clinical Frailty Scale - Klinická škála křehkosti)

FRAIL (Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight - únava, odolnost, chůze, nemoci a úbytek hmotnosti)

FI (Frailty Index – index křehkosti)

NANDA (North American Asociacion for Nursing Diagnosis - Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku)

WHO (World Health Organization - Světová zdravotnická organizace)

DNR (do not resuscitate - neresuscitovat)

DNI (do not intubate - neintubovat)

Sb. (sbírky)

č. (číslo)

GPC (Geriatric Palliative Care - geriatrická paliativní péče)

USA (United States of America - Spojené státy americké)

MNA (škála pro hodnocení stavu výživy)

SGA (subjektivní globální hodnocení nutričního stavu)

NRS (nutriční rizikový screening)

MUST (univerzální screeningový nástroj k hodnocení malnutrice)

PEG (Perkutánní Endoskopická Gastrostomie)

9 Seznam příloh

Příloha 1: Souhlas pro účastníky výzkumu

Příloha 2: Struktura polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 3: Tabulka s rozřazením kódů k jednotlivým kategoriím a podkategoriím

Příloha 1: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je popsat, jak probíhá péče o geriatrické paliativní pacienty/klienty, a poukázat na problematické oblasti při této péči. Výzkum bude probíhat formou rozhovoru s předpokládanou časovou náročností 30 minut. Rozhovor bude zaznamenáván prostřednictvím hlasového záznamu. Získané informace budou anonymně zpracovány do slovně okomentovaných částí. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají výhody v podobě ucelení si informací ohledně poskytování péče o geriatrického paliativního pacienta/klienta a možnost sdílení zkušeností. Nevýhodou při účasti na výzkumu je pro Vás poskytnutý čas.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce):

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis
studenta/studentky: _____

Příloha 2: Struktura polostrukturovaného rozhovoru

Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

1. Jaký je váš věk?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *(Případně: Máte nějaký kurz, specializaci? Pokud ano, jaký/jakou?)*
3. V jakém zařízení pracujete? – *pokud nemocnice tak jaká (Jak dlouho pracujete v současném zaměstnání – v domově pro seniory/v nemocnici?; Máte ještě nějaký úvazek v jiném zdravotnickém nebo sociálním zařízení?)*
4. Jak dlouho pracujete na pozici všeobecné sestry?
5. Kde jste pracoval/a před tím?
6. Jak často se setkáváte s geriatrickým paliativním pacientem/klientem?
7. Absolvoval/a jste nějaký vzdělávací program týkající se péče o pacienty/klienty v závěru života? *(Pokud ano, o jaký program se jednalo? Co Vám program přinesl? Využíváte něco z programu v praxi? / Pokud ne, tak jestli by jej chtěli, a proč jej nechtěli, případně co by měl kurz obsahovat.)*
8. Absolvoval/a jste nějaký vzdělávací program týkající se péče o geriatrického pacienta/klienta? *(Pokud ano, o jaký program se jednalo? Co Vám program přinesl? Využíváte něco z programu v praxi? / Pokud ne, tak jestli by jej chtěli a proč jej nechtěli, případně co by měl kurz obsahovat.)*
9. Co si představujete pod pojmem geriatrická paliativní péče? *(Co by měla taková péče obsahovat, co znamená, nebo popsát, jak ji vnímají.)*
10. Jaké znalosti by podle vás měla mít sestra pracující na vašem oddělení o geriatrické paliativní péči? *(Co by měla znát, umět, s čím by měla mít zkušenost?)*
11. Popište prosím, jak z vašeho pohledu probíhá ošetrovatelská péče o geriatrického paliativního pacienta/klienta. *(Zkuste mi popsát, jak se domníváte, že probíhá v nemocnici/v domově pro seniory. Jak pečujete o geriatrického paliativního pacienta/klienta?)*

12. Co byste na péči o geriatrického paliativního pacienta/klienta změnil/a?
13. Co vnímáte jako palčivé při péči o geriatrického pacienta/klienta v závěru života?
14. Máte možnost supervizních setkání? *(psychické podpory)*
15. Jak zaznamenáváte informace o paliativní péči u geriatrických pacientů/klientů?
16. Co si představujete pod pojmem návaznost péče mezi domovem pro seniory a nemocničním zařízením u geriatrických pacientů/klientů, v závěru života? *(Jaká by tato návaznost měla být? Kdo je za ni „zodpovědný“, co pacientovi přináší nebo naopak, čím jej zatěžuje, co mu ubírá?)*
17. Popište prosím, jak z vašeho pohledu funguje návaznost paliativní péče mezi domovem pro seniory a nemocničním zařízením.
18. Jakým způsobem předáváte informace o paliativním režimu pacienta/klienta?
19. Jak často předáváte geriatrické klienty v paliativním režimu do nemocničního zařízení? / Jak často předáváte geriatrické pacienty v paliativním režimu do rezidenčních služeb?
20. Jaké jsou z vašeho pohledu důvody transportu geriatrického paliativního klienta do nemocničního zařízení?
21. Co si představujete pod pojmem dříve vyslovené přání? *(Jakou váhu podle vás tento institut má? Myslíte si, že je to zakotvené v zákoně? Myslíte si, že lze dříve vyslovené přání změnit, případně jak? Co si myslíte, že by měl klient (rodina) udělat pro to, aby bylo dříve vyslovené přání respektováno? Jak pracujete s dříve vysloveným přáním? Je možnost jej v zařízení respektovat zaznamenávat a řešit? Co brání tomu, aby jej respektovali (proč to nejde?)*
22. Popište prosím, jak probíhá komunikace s geriatrickým paliativním pacientem/klientem. *(Jaké jsou obtíže při komunikaci s geriatrickým paliativním pacientem? Co byste změnila na komunikaci s geriatrickým paliativním pacientem?)*
23. Popište prosím, jak probíhá komunikace s rodinnými příslušníky při péči o geriatrického paliativního pacienta/klienta. *(Jaké jsou komplikace při komunikaci s*

rodinnými příslušníky při péči o geriatrického paliativního klienta? Co byste změnila na komunikaci s rodinnými příslušníky při péči o geriatrického paliativního klienta?)

24. Jaké symptomy terminálního stádia se nejčastěji vyskytují u geriatrického paliativního pacienta/klienta? *(Jak tyto symptomy řešíte? Setkáváte se s aplikací medikace off-label (případně v jakých případech)?)*
25. Jak moc se cítíte připravený/á na jednotlivé oblasti paliativní péče o geriatrického pacienta/klienta? *(komunikace, výkon ošetrovatelských intervencí, řešení symptomů, psychická odolnost, informovanost)*
26. Je něco, co v rozhovoru nezaznělo, ale z vašeho pohledu to je důležité při péči o geriatrického paliativního pacienta?

Příloha 3: Tabulka s rozřazením kódů k jednotlivým kategoriím a podkategoriím

Kategorie	Podkategorie	Kódy
Geriatrická paliativní péče	Vnímání geriatrické paliativní péče sestrami	Péče v závěru života, péče o seniory, 65+, nezaměření se na kuraci, kvalita života seniorů, spokojenost seniorů, doba dožití, geriatrická křehkost, důstojnost, filozofie péče v DPS, návod práce
	Ošetrovatelská péče	Individualizovaná péče, specifická péče, standardní oš. péče, komplexní péče, polohování, rehabilitace, management bolesti, hydratace, péče o výživu, vyprazdňování, péče o pokožku, redukce medikace, spolupráce se specialisty, hygiena, spirituální péče, pohodlí P/K
	Vedení dokumentace	Dokument na paliativní péči, limitace, ošetrovatelská dokumentace, plán péče, výběr pohřební služby, vedení dokumentace, program Signus, dekurz, předávání následující směně, individuální plán, lékařský dekurz
	Nedostatky péče	Nadbytečné intervence, počet personálu, nedostatek času, kvalita péče, specializovaný ústav, soukromí, dostupnost pomůcek, nedostatek lékařské péče, finance, navýšení kompetencí, komunikace o smrti, problémy GPC, nedostatek lékařské péče, paliativní tým, informovanost společnosti, komunikační tabu
	Spolupráce s rodinou	Smíření se se stavem, spolupráce s rodinou, problémy ve spolupráci s rodinou, edukovanost rodiny, nízká informovanost, komunikační tabu, rodinné vztahy, naděje, stížnosti, devadesátidenní ošetrovné, umístění proti přání

Symptomy	Symptomy terminálního stádia	Bolest, dehydratace, horečka, dušnost, neklid, snížený příjem potravy
	Ošetrovatelské intervence u vybraných symptomů	Ordinace lékaře, management bolesti, SOS medikace, kyslík, infuze se Syntophillinem, tlumení, medikace off-label, řešení nutrice, antipyretika
Požadavky na sestru	Vzdělávání	Absolvování kurzu, neabsolvování kurzu, zájem o kurz, nezájem o kurz, očekávání, vzdělávání, kvalita vzdělávání, plán budoucí péče, ELNEK, ABAKUS, motivace
	Předpoklady	Všeobecné znalosti, vzdělávání, praxe, malý doktorky, umění mluvit, detailní přehled, pozorovací schopnost, požadavky na sestru, empatie, poznatky
	Přípravenost sester	Pocity sester, smíření se stavem
	Supervizní setkání	Supervizní setkání, spolupráce s psychologem
Přání	Přání pacienta/klienta	Přání P/K, spokojenost seniorů, splnitelnost přání, přání rodiny, respektování přání, preference P/K, individuální komunikace, informovanost P/K, zaznamenávání
	Dříve vyslovená přání	Dříve vyslovené přání, úprava dříve vysloveného přání, autonomie v rozhodování, možnost změny, přístup k dříve vyslovenému přání, poslední rozloučení
Komunikace	Komunikace s pacientem/klientem	Umění mluvit, faktory ovlivňující komunikaci, sluchový deficit, kognitivní deficit, přizpůsobení komunikace, nedostatek času, upřímnost, obtíže při komunikaci
	Komunikace s rodinou	Nezájem/zájem rodiny, komunikace s rodinou, obtíže při komunikaci, respekt, informovanost rodiny, sebereflexe, umění mluvit

Návaznost paliativní péče	Fungování	Představy, fungování návaznosti, sociální pracovnice, na dožití, frekvence předávání, zanedbaná nemocniční péče, plán budoucí péče, prostředí oprávnění podávat informace, navýšení kompetencí, dohledávání informací, kvalita DPS, transport terminálního stavu, umírání, komunikace mezi zařízeními
	Důvody transportu	Důvod transportu, změna stavu, krvácení, zlomenina, horečka, průjem, nemožnost zajistit péči, paliativní režim, zhoršené dýchání
	Předávání informací	Předávané dokumenty, předávané informace, překladová zpráva, komunikace mezi zařízeními