

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu
na oddělení následné péče a v hospici**

Bakalářská práce

Autor práce: Eva Petrovicová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu na oddělení následné péče a v hospici“ se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu na oddělení následné péče (dále ONP) a v zařízení hospic.

Péče o umírajícího člověka je stále aktuálním tématem, jelikož každý jednou zemřeme a než k nevyhnutelnému momentu dojde, budeme si přát, aby i o nás bylo důstojně postaráno. Právě tato práce ukazuje rozdíly v ošetrovatelské péči a uspokojování potřeb u pacientů v terminálním stádiu na ONP a v hospici, kde se péče v mnohém liší.

Cílem práce bylo zjistit rozdíly ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb pacientům v terminálním stádiu na ONP a v hospici.

K vypracování bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumného šetření za pomoci nestrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami a pacienty v terminálním stádiu, kteří pro menší zátěž pouze doplňovali informace od sester. Rozhovory probíhaly od ledna 2013 do února 2013 v Nemocnici Strakonice, a.s. se svolením hlavní sestry a v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích se svolením vrchní sestry. Výzkumný soubor byl tvořen třemi všeobecnými sestrami a třemi pacienty z oddělení následné péče a třemi všeobecnými sestrami a třemi pacienty z hospice. Pacienti, se kterými byly vedeny rozhovory na oddělení následné péče, byli obeznámeni s vlastní diagnózou, rozhovor tak mohl být otevřenější. S vlastní diagnózou byli seznámeni i pacienti v hospici, jelikož je to jedna z podmínek pro přijetí. Poté byly záznamy rozhovorů zpracovány do kategorií dle výzkumných otázek.

Výsledky vykazují, že rozdílů v poskytování ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu je mezi těmito zařízeními mnoho. První výzkumná otázka se týkala rozdílů v ošetrovatelské péči u pacientů v terminálním stádiu. Tato oblast vykazovala rozdíly v běžném denním režimu, především v časech buzení pacientů, podávání snídaní a provádění hygieny. Na ONP je stanoven určitý denní řád, který by se měl dodržovat. V hospici je den přizpůsobován pacientům. Dále byl shledán

rozdíl v oblasti příjmu potravy a tekutin, přičemž si pacienti v hospici mohou vybírat snídani i oběd, zatímco pacienti z ONP pouze oběd. Jako jedinečný způsob příjmu tekutin v hospici se vyznačuje podání tekutin subkutánně (Skála, 2005). Druhá otázka se věnovala způsobům tlumení bolesti u pacientů v terminálním stádiu. V hospici je zajištění bolesti na prvním místě. Buď za pomoci analgetik, opiátů, či dávkovačů. Z rozhovorů sester i pacientů na ONP je značné nedostatečné tlumení bolesti. Třetí otázka se zajímala o komunikaci sester s pacienty v terminálním stádiu. Z rozhovorů s pacienty (ONP i hospic) vyplývá pocit nedostatečné komunikace. Sestry se u pacientů zastaví, pohovoří, ale někteří by přivítali více příležitostí k hovoru. V hospici jsou přínosem pro pacienty ošetřovatelky či řádové sestry. Čtvrtá otázka se týkala psychosociálních potřeb. Tyto potřeby, včetně těch spirituálních, mají pacienti plně zajištěny v hospici. Odkazovali se na příchod studentek, konání mše či dobrovolníky, kteří den vyplní. Děje se tak na rozdíl od ONP, kde pacientům mohou vyplnit den pouze návštěvy, které jsou povoleny neustále v obou zařízeních. Spirituální péče je také zde adekvátně zajištěna, kněz i pastorační asistentky jsou neustále přítomny. Pátá otázka se zabývala komunikací personálu s příbuznými pacientů. V obou zařízeních se tak děje frekventovaně. Sestry zapojují rodinu rovněž do péče a hovoří o ní jako o důležité. Vyzdvihují potřebu znát pacientovo zázemí a domov. Poslední otázka řešila způsob loučení příbuzných se zemřelým. Na ONP probíhá na pokoji, v hospici důstojněji v rozlučkové místnosti, která je vyzdobena. Zemřelý je oblečen do svátečních věcí, o které sestry rodinu požádají ještě před úmrtím. Pozůstalým hospic poskytuje péči i nadále, a to prostřednictvím setkávání pozůstalých či zasíláním přání.

Bakalářská práce by mohla posloužit jako studijní materiál pro studenty oboru Všeobecná sestra, ale i pro širokou veřejnost nebo jako průvodce těm, kteří se jednou budou starat o své blízké, ať v nemocnici, či například i doma. Domnívám se, že znalost bio-psycho-sociálních i spirituálních potřeb je nezbytnou součástí komplexní péče o umírající.

Klíčová slova: ONP, hospic, terminální stádium, umírající, uspokojování potřeb

Abstract

The bachelor thesis called "Nursing care of the patient in the terminal stage at the aftercare department and at a hospice" deals with the issue of nursing care for patients in the terminal stage at the aftercare department (AD) and at the hospice.

Caring of a dying person is still a current topic, since each one will die and before the inevitable moment occurs, we will wish that it happens with dignity. This work shows the differences in nursing care and meeting the needs of patients in the terminal stage at the AD and in the hospice, in which the care is different in many ways.

The aim of the work was to examine the differences in nursing care and meeting the needs of patients in the terminal stage at the AD and in a hospice.

To prepare the thesis, a qualitative research with the help of unstructured interviews with general nurses and patients in the terminal stage, who only complemented for less strain information from nurses. The talks took place from January 2013 to February 2013 in Strakonice Hospital and The Hospice of St. John Neumann of Nepomuk in Prachatice by the courtesy of chief nurses. Research file was made up of three general sisters and three patients from the aftercare department and three general sisters and three patients from the hospice. Patients with whom the interviews were conducted at the aftercare department were familiar with their own diagnosis, so the interview could be more open. Patients at the hospice were acquainted with their own diagnosis as well, since it is one of the conditions for acceptance of the patients to the hospice. Afterwards, the records have been processed into categories according to the research questions.

The results show that among these facilities there are a lot of differences in the provision of nursing care and meeting the needs of patients in the terminal stage. The first research question related to the differences in nursing care of patients in the terminal stage. This area showed the differences in the current day mode, especially in times of waking of the patients, hygiene and breakfast. At the AD there is a daily procedure that should be followed. At the hospice, each day is modified, following the needs of the patient. In addition, a difference in the area of food and fluid intake

appeared. The patients at the hospice can choose breakfast and lunch, while the patients of AD only lunch. As a unique way of fluid intake, delivery of fluids subcutaneously is carried on in the hospice (Skála, 2005). The second question dealt with ways how to control pain at the patients in the terminal stage. At the hospice, prevention from pain is at first place. Either with the help of analgesics, opiates or dispensers. From the conversations with nurses and patients from the AD there is an apparent lack of control of pain. The third question touched the issue of communication of nurses with patients in the terminal stage. From conversations with patients (AD and hospice) the feeling of a lack of communication arises. Nurses stop at the patients and talk, but some of the patients would welcome more opportunities to have a conversation. At the hospice, the presence of the nurse attendants or nuns is of benefit to patients. The fourth question related to the psycho-social needs. These needs, including the spiritual one, are fully provided at the hospice. The patients mentioned the students help, mass celebration or volunteers who fill a day. This fact is presented in contrast to the AD, in which patients can fill a day only with the visits that are allowed continually at both facilities. Spiritual care is adequately provided there, a priest and pastoral assistants are constantly present as well. The fifth question dealt with communications of staff with relatives of the patients. At both institutions this occurs frequently. The nurses involved the family in the care of the patient and talks about the family as important. They highlight the need to know the patient's background and home. The final question discussed how they farewell the deceased. At the AD it occurs in a hospital room, whereas at the hospice with more dignity in a farewell room, which is decorated. The deceased is dressed in festive clothes that nurses request from the family before the death. The bereaved are also supported afterwards by the hospice staff through meetings or by sending cards.

This bachelor thesis could serve as a learning resource for students with the major of General Nurse, but also for the general public or as a guide to those who care of their relatives in the future. I believe that knowledge of the bio-psycho-social and spiritual needs is an essential part of the comprehensive care about the dying.

Keywords: aftercare department, hospice, terminal stage, the dying, meeting the needs

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne

Poděkování

Tímto bych chtěla vyjádřit poděkování vedoucí mé práce paní Mgr. Polanové za kvalitní, odborný a především vstřícný přístup a dále pacientům, kteří byli ochotní a přispěli významnou měrou ke zpracování této bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	4
1 Současný stav	5
1.1 Zamyšlení se nad pojmem umírání a smrt.....	5
1.2 Umírání a smrt.....	6
1.3 Časová posloupnost umírání	6
1.3.1 Stádia umírání.....	7
1.3.2 Fáze umírání	8
1.4 Etika umírání a smrti.....	10
1.5 Paliativní péče.....	10
1.5.1 Druhy paliativní péče.....	11
1.6 Holistické pojetí člověka a jeho potřeb	12
1.6.1 Úloha sester v péči o spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu.....	13
1.6.2 Úloha sester v péči o psychologické potřeby pacientů v terminálním stádiu.....	13
1.6.3 Úloha sester v péči o sociální potřeby pacientů v terminálním stádiu.....	14
1.6.4 Komunikace s umírajícími.....	14
1.6.5 Úloha sester v péči o biologické potřeby pacientů v terminálním stádiu.....	15
1.6.6 Ošetrovatelská péče o bolesti u pacientů v terminálním stádiu	16
1.6.7 Ošetrovatelská péče o hydrataci u pacientů v terminálním stádiu.....	18
1.6.8 Ošetrovatelská péče o výživu u pacientů v terminálním stádiu.....	18
1.6.9 Ošetrovatelská péče o dýchání u pacientů v terminálním stádiu	19
1.6.10 Ošetrovatelská péče o vyprazdňování u pacientů v terminálním stádiu	19
1.7 Péče o truchlící pozůstalé	20
1.8 Fyzická a psychická zátěž sester v péči o umírající	21
1.9 Systém péče o člověka vyžadujícího ošetrovatelskou péči.....	23
1.9.1 Hospic a jeho význam.....	23
1.9.2 Možnosti hospicové péče.....	24
1.9.3 Hospice v jiných zemích	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	27
2.1 Cíle práce	27
2.2 Výzkumné otázky	27

3	Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru	28
3.1	<i>Metodika práce.....</i>	28
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	28
4	Rozhovory	29
4.1	<i>Rozhovory se všeobecnými sestrami z oddělení následné péče a z hospice ...</i>	29
4.1.1	<i>Sestra 1 z oddělení následné péče</i>	29
4.1.2	<i>Sestra 2 z oddělení následné péče</i>	32
4.1.3	<i>Sestra 3 z oddělení následné péče</i>	35
4.1.4	<i>Sestra 4 z hospice</i>	38
4.1.5	<i>Sestra 5 z hospice</i>	40
4.1.6	<i>Sestra 6 z hospice</i>	43
4.2	<i>Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami a pacienty</i>	45
4.2.1	<i>Kategorie poskytování základní ošetrovatelské péče pacientům v terminálním stádiu..</i>	45
4.2.2	<i>Podkategorie běžného denního režimu na ONP a v hospici</i>	45
4.2.3	<i>Podkategorie poskytování hygienické péče.....</i>	45
4.2.4	<i>Podkategorie příjmu potravy a tekutin.....</i>	45
4.2.5	<i>Podkategorie péče o vyprazdňování.....</i>	46
4.2.6	<i>Podkategorie péče o dýchací cesty.....</i>	46
4.2.7	<i>Podkategorie polohování, rehabilitace a péče o dekubity</i>	46
4.2.8	<i>Podkategorie tlumení bolesti.....</i>	47
4.2.9	<i>Kategorie komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu</i>	48
4.2.10	<i>Kategorie zajišťování psychosociálních potřeb</i>	48
4.2.11	<i>Kategorie zajišťování spirituálních potřeb</i>	49
4.2.12	<i>Kategorie loučení příbuzných se zemřelým.....</i>	49
4.3	<i>Schéma rozdílů ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb u pacientů</i>	50
5	Diskuze	52
6	Závěr.....	59
7	Seznam použitých zdrojů.....	60
8	Přílohy	63
8.1	<i>Seznam příloh</i>	63

Seznam použitých zkratk

ONP – oddělení následné péče

NGS – nasogastrická sonda

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

Úvod

Již v útlém věku jsem byla svědkem umírání blízkého člena rodiny, možná proto jsem si vybrala právě toto téma. Doposud v průběhu mého studia směřoval výběr práce při každé příležitosti k problematice umírání a smrti, a je tedy možné, že mne opravdu provází již od samotného dětství. Před tím, než terminálně nemocný člověk v kruhu rodinném zemřel, mu byla věnována nemocniční ošetrovatelská péče. Byla poskytována v dostatečné míře? Mohla být zajištěna kvalitněji? Jaká jiná zařízení nabízí adekvátní péči umírajícím?

Domnívám se, že problematika umírání je aktuálním tématem, jelikož se týká každého z nás. Nikdo neví, jakým způsobem bude probíhat jeho smrt, ale každý má právo zemřít (příloha 1) za současného respektování lidské důstojnosti, bez bolestí a neosamocen. Tyto tři zásady uvádí Svatošová (Svatošová, 2011) jako garance hospice. Co nám na rozdíl od toho nabízí oddělení následné péče? Je opravdu v těchto zařízeních péče o pacienty v terminálním stádiu, jak je v povědomí všech, nedostatečná?

Právě rozdílům ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb pacientům v terminálním stádiu na ONP a v hospici byla věnována tato bakalářská práce. Ráda bych se zaměřila na všeobecné sestry a zjistila, jakým způsobem poskytují ošetrovatelskou péči a zajišťují bio-psycho-sociální-spirituální potřeby pacientům v terminálním stádiu na ONP a v hospici. Poté na samotné pacienty, kteří by s ohledem na závažný zdravotní stav pouze doplňovali informace.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá otázkami umírání, fázemi dle Elizabeth Kübler Rossové, paliativní péči a holistickým pojetí člověka a jeho potřeb. Ve výzkumné části jsou zjišťovány rozdíly v ošetrovatelské péči, která bude zaměřena především na běžný denní režim, hygienu, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování a péči o dýchání a dekubity na ONP a v hospici. Dále na uspokojování bio-psycho-sociálních-spirituálních potřeb u pacientů v terminálním stádiu také v těchto zařízeních.

Hospicová myšlenka (příloha 2) vyplývá z úcty k lidské důstojnosti a usiluje o naplnění dnů životem, ne život dny (Svatošová, 2011).

1 Současný stav

1.1 Zamyšlení se nad pojmem umírání a smrt

Umírání a smrt je téma, které bychom měli mít na paměti. Jestliže si bude člověk opakovaně připomínat konečnost svého života, bude jistě jinak a uvážlivěji zacházet s cenným časem, který mu je dán, a bude nepochybně rozumět lidem, kteří stojí již na pokraji života a smrti. Lidé umírající a právě tak jejich rodinní příslušníci pátrají po přiměřených formách pomoci, které využívali jiní lidé, kteří prožili stejnou situaci, a to jak historicky, tak aktuálně. Rodinám a přátelům chybí konkrétní návody, jak zvládat tuto těžkou situaci. Než se lidé setkají se smrtí tváří v tvář, žijí v přesvědčení, že se jich tyto poslední věci člověka netýkají. Profesionálně se setkávají se smrtí lékaři a zdravotničtí pracovníci. Jejich pohled je ovlivněn vítěznou medicínou, která chápe konec lidského života jako prohru. Každý člověk má strach ze smrti, lépe řečeno, každý se bojí bolesti a utrpení, které mohou být během umírání intenzivnější (Haškovcová, 2007).

Na smrt jako na akt se připravit nelze. Nikdo z nás neví, jak a kdy smrt nastane. Budoucnost, která stojí před umírajícím, tedy jeho smrt a bezmocnost jakkoliv tuto situaci měnit, ovlivňuje výrazně lidské jednání a myšlení. Dříve byl umírající člověk ve středu pozornosti celé rodiny, nyní je přesouván do nemocnice, kde je pouhým případem. Je mu sice dána zvláštní pozornost, je však bohužel zaměřena profesionálně. Lidé blízcí umírajícímu jsou přesvědčeni, že jim je zajištěna ta nejlepší péče, ale neuvědomují si, že přáním člověka na sklonku života je právě být v blízkosti jich samých.

Lidstvo si zvyklo umírat na určitou chorobu, nikoliv proto, že populace stárne a je smrtelná. Ovšem návod, jak správně přistupovat k umírajícímu člověku, neexistuje (Kutnohorská, 2007).

1.2 Umírání a smrt

V jistém slova smyslu umíráme od narození. „Teorie biologických hodin praví: Člověk umírá fakticky tehdy, když se naplnil jeho geneticky podmíněný tzv. program života, nebo když je v určitém daném čase realizován tzv. program smrti“ (Haškovcová, 2002, str. 205).

Smrt náleží k člověku. Je to jediná jistota, které se nelze vyhnout. Probouzí v nás pocity strachu. Smrt je fenoménem, který jednou osloví každého z nás. Zaujmout postoj ke smrti nemusí každý, zdravotničtí pracovníci ale díky svému povolání ano.

Před smrtí se uplatňuje časový faktor umírání, proces, který trvá různě dlouho, je diferencovaně prožíván a je naprosto jedinečný a individuální. Konec umírání zůstává zkušeností pouze umírajícího, které se nemůže zúčastnit nikdo další. Dle toho, jak rychle tento proces probíhá, rozlišujeme smrt rychlou a pomalé umírání. Mnoho z nás si přeje smrt rychlou. Příkladem rychlé smrti může být autonehoda. Dlouhodobé umírání může trvat dny, měsíce a nese s sebou rovněž trvající bolest, utrpení, ale i nesnáze pro okolí. Na straně druhé umožňuje připravit se na odchod. Pro rodinu to může být zkouška trpělivosti, síly a naděje.

Zdravotníci se o tuto problematiku zajímají čím dál více. Je to z důvodu nejistoty, jak přistupovat k umírajícím. Cílem je najít odpověď na to, jak eticky správně přistupovat a chovat se vůči umírajícím, vůči zemřelým (Kelnarová, 2007).

1.3 Časová posloupnost umírání

„Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že „dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors)“ (Haškovcová, 2002, str. 204). V terminálním stavu bývá člověk unavený, soustředí se na své biologické fungování a často je nějak změněné vnímání. Terminální stav může být chápán jako vlastní umírání. Pojem umírání však nelze zúžit pouze na terminální stav. Z praktického a metodického hlediska někteří

odborníci rozlišují proces umírání na tři časově různá, ale výrazná období: *pre finem*, *in finem* a *post finem* (Haškovcová, 2002).

1.3.1 Stádia umírání

Pre finem je období, kdy dochází k odbornému, či pacientovu povědomí, že choroba je vážná a také neslučitelná se životem. S největší pravděpodobností smrt nastane v nejbližších dnech. Cílem tohoto období je zmírnit subjektivní obtíže nemocného. Pacient musí vědět, že o něj bude postaráno jak odborně, tak lidsky. Každý nemocný má právo na osobu, se kterou může kdykoliv o všem hovořit (Kutnohorská, 2007). My jako zdravotnický personál se snažíme předcházet tzv. „sociální smrti.“ Sociální smrtí se rozumí, že pacient žije, ale své okolí nevnímá. Je oproštěn jak od sociálních, interpersonálních, tak i společenských vztahů. V tomto období usilujeme, aby pacient žil jako před onemocněním a aby neztratil zájem o činnosti jemu známé. Zdali to stav neumožňuje, je vhodné omezení činností a cílů prostřednictvím psychologické intervence. Při této náročné životní situaci je vítána profesionální pomoc a lékař to nesmí nechat náhodě. Mohou být nápomocné i svépomocné skupiny. O těchto skutečnostech ale musí lékař nemocného vždy informovat. Ve světě se začalo mluvit o tzv. nové sociální roli lékaře. To znamená, že lékař by měl být autorem a iniciátorem všech druhů pomoci. V období *pre finem* si člověk uvědomuje závažný stav a také vytěsňuje úzkostně nepříjemný pocit ohrožení života. Je zvláštní, že lidé nemocní se obávají smrti méně než lidé zdraví. Obavy ze smrti převládají více v této fázi než v období *in finem*. Zdravotničtí pracovníci si pokládají za cíl poskytnout veškerou dostupnou péči a emoční podporu. Etický problém v tomto dlouhém období je otázka sdělování pravdy. V České republice je tento proces stále ve vývinu, ale vždy bude lékař v nelehké situaci, jelikož musí individualizovat a zvažovat míru poskytovaných informací.

Fáze In finem je totožná s lékařským výrazem terminální stádium. Smrt jako taková vypadla ze sociálního pole pozornosti. Nerodíme se sami, tak bychom neměli ani umírat. Bližní umírajícího se domnívají, že lepší péče se jim dostane v zařízeních na to určených, že profesionálové nahradí péči laskavou. Ano, umírajícím je poskytnuta

potřebná ošetrovatelská péče, bohužel odborného charakteru. Chybí zde lidský kontakt, něha či pohlázení. Odborníci se shodli na tom, že člověk v době umírání nikdy nebyl tak sám jako v naší moderní době (Haškovcová, 2002).

Fáze Post finem spočívá v důstojné péči o mrtvé tělo, a nejen to. Velice důležité je poskytovat péči pozůstalým a pomáhat jim v jejich nejtěžších chvílích (Kutnohorská, 2007).

1.3.2 Fáze umírání

Snahou psychologů je prozkoumat jednotlivé fáze procesu umírání k tomu, aby bylo možno umírajícího lépe pochopit a doprovázet ho. Moderní medicína bojuje o to, aby smrt byla co nejvíce distancovaná. Obava lidí, že jim bude zabráněno důstojně zemřít, je na místě. Místo lidského porozumění a napojení se na člověka zatím vítězí napojení se na přístroje. Úlevu umírajícím má přinášet chemie. Při rozhovorech s umírajícími to nejlépe vyjádřila Rossová, která své poznatky vyjádřila v pěti fázích (Kutnohorská, 2007).

První fázi nazvala (Rossová, 1992) „Zavírání očí před skutečností a osamění.“ Většina pacientů při vyřknutí neblahé diagnózy reagují slovem „Já? To není možné!“ Takoví lidé se pokoušejí nemoc od sebe zapudit, a to nejen na začátku, ale i později a opakovaně. Toto vytlačování z podvědomí napomáhá pacientovi s těžkými bolestmi, které musí snášet dlouhou dobu. Je to tzv. reflexní obrana. V této fázi pacient není připraven a ani vyrovnán se svou konečností.

Druhou fázi pojmenovala „Zloba.“ V této fázi podáváme nemocným pomocnou ruku. Ovšem ne všichni ji vyžadují. Lidé se ptají otázkou: „Proč právě já?“ S nemocným ve zlostné fázi to není jednoduché, zejména pro příbuzné a ošetřující personál. Ve zlostné fázi jsou za ty nejhorší považovány sestry, jelikož přichází s nemocným nejčastěji do kontaktu. Rodina je přijímána bez radosti a celý průběh návštěvy se nese ve stísněné náladě. Ale z čeho pramení taková zášť? Hněv má zcela logické odůvodnění. Kdo by nepocíťoval zlobu při náhlém vytržení z normálního života? Je zcela přirozené si vylévat zlost na druhé. Pacient na sebe začíná upozorňovat a mít nové požadavky. Pokud je pacientovi čas věnován, zanedlouho se uklidní.

Porozumí, že se s ním stále počítá, a také chápe, že nemusí prosazovat svá přání prostřednictvím křiku, ale že se na něho personál či příbuzní přijdou rádi podívat. Je nutnost tolerovat oprávněný i neoprávněný hněv nemocného. Musíme umět naslouchat umírajícímu a uznat i nepodloženou zlost, poněvadž víme, že mu umožníme lépe snášet poslední chvílky života (Rossová, 1992).

Třetí fáze je nazvána „Vyjednávání.“ Nemocný promlouvá k Bohu a čeká, že za dobré chování bude odměněn. Nemocný v období vyjednávání žádá o prodloužení života a alespoň o několik dní bez bolestí.

Čtvrtá fáze je pojmenována obdobím „Depresí.“ Rossová (Rossová, 1992) ve své knize uvádí dva druhy deprese; depresi reaktivní a přípravou. Vcítíme-li se do pacientova těžkého stavu, zaznamenáme příčiny zoufalství a nerealistické pocity viny a studu, které provázejí první druh deprese. Například by pacientce po chirurgickém zákroku stačil kompliment a motivace k tomu, že se může cítit dál jako žena. Za obrovskou pomoc vnímá Rossová zajištění změn v domácnosti, péči o děti a staré rodiče. V mnoha případech bylo zjištěno, že se deprese zlepšila po vyřešení otázek důležitých pro život. Druhý druh deprese je nazýván přípravný. Probíhá většinou velmi tiše a nemocný přemýšlí, co a jak uspořádat. Může žádat modlitbu, protože se začíná zabývat věcmi nastávajícími. Ti nejbližší bolest sdílí (Rossová, 1992).

Pátou fází je „Souhlas.“ Fáze souhlasu nesmí být brána za šťastný konec. Zdá se, že je to období klidu před dlouhou cestou. Bolest ustupuje. Blízcí v této fázi potřebují více pomoci než sám pacient. Pacient si nepřeje být rušen problémy z vnějšího světa.

Fáze umírání jsou řazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, ale nemusí vždy zachovat stejný, po sobě jdoucí sled. Nejsou stejně dlouhé a některé se nemusí objevit. Těmito fázemi prochází nejen umírající, ale také jejich nejbližší. Trpí tím stejně jako oni. Po nejbližších příbuzných se mnohdy požaduje někdy až nadlidský výkon. Aby toho dosáhli, musí mít možnost nabrat síly a odpočinout si. Cílem ošetřujícího personálu je pomoci umírajícímu a jeho rodině respektovat konečnost života (Kutnohorská, 2007).

Kelnarová ve své knize uvádí (Kelnarová, 2007), že se umírající setkávají s emocemi, které charakterizují pocity smrtelně nemocného. Jsou to obavy, co bude po smrti, zdali

budu pociťovat velké bolesti, existuje-li něco po smrti, zda ano, tak co, co bude s mou rodinou a mými dětmi, bude se mnou někdo v samotném závěru a při tom mě držet za ruku? Dále úzkost – nemocný má určitý nepříjemný pocit, ale neví přesnou příčinu. Může rovněž prožívat pocit viny, smutek, hněv, ale i naději (Kelnarová, 2007).

1.4 Etika umírání a smrti

Umírání a smrt je velké lidské a obtížné odborné téma (Haškovcová, 2002). Sestra se při své práci dostává do velice náročných situací, které musí umět zvládnout jak odborně, tak lidsky. Jednou z nejnáročnějších situací je setkání se s umíráním a smrtí. Smrt je jediná jistota, která je člověku dána již v okamžiku zrození. Jistota zahalena do nejistoty, nikdo neví, kdy a jakým způsobem se tak stane. Otázky etické problematiky umírání a smrti patří k lidsky i profesně nejnáročnějším. Ať už člověk prožije svůj život jakkoliv, na konci stojí vždy smrt a ta by neměla být tabuizována (Kutnohorská, 2007). Většina se nebojí smrti jako takové, ale převládá spíše strach z utrpení, osamění, bolesti a také z přístupu ošetřovatelského personálu. Péče o umírajícího pacienta, který ví, že přichází poslední okamžiky jeho života, by měla být etická, empatická a laskavá. Každý umírající člověk je individuum, a proto i náš přístup musí být individuální. Každé umírání znamená loučení se vším a se všemi, které měl člověk rád. Toto poslední rozloučení by mělo probíhat za přítomnosti sester a těch nejbližších (Dubcová, 2011).

1.5 Paliativní péče

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevy léčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým“ (Skála, 2005, str. 1).

Je téměř nutné, aby každá sestra měla znalosti týkající se paliativní péče, poněvadž terminálně nemocní mohou být na jakémkoliv oddělení (O'Connor, Aranda, 2005).

Je důležité vědět, že se paliativní péče netýká pouze terminálně nemocných, jak se laická populace domnívá, ale zabývá se i lidmi např. s roztroušenou sklerózou a jiným selháním ve stádiu již vyčerpané léčby (Lenochová, Blinková, 2008).

Paliativní péče chápe umírání jako poslední a přirozenou cestu lidského života se všemi atributy, které jí náleží. Rozumí, že každý člověk prožívá závěrečnou část svého života zcela individuálně a se všemi tělesnými, sociálními, duševními a duchovními aspekty. Největší důraz klade na kvalitu života a důstojné umírání, které si zaslouží každý ke smrti jdoucí. Podporuje a nabízí všestrannou oporu nejbližším umírajícího a v okamžiku smrti je péče orientována hlavně na pozůstalé (Skála, 2005). Paliativní péče se snaží vyhovět přáním a potřebám klientů, respektuje jejich hodnotové priority a podporuje právo klienta na sebeurčení. Úspěšně zvládá bolest, umožňuje přítomnost rodiny, přátel a blízkých, nenarušuje klientovy přirozené sociální vazby a nabízí klidné a důstojné prožití posledních chvil spolu se svými nejbližšími. Vychází ze zkušeností, že umírání nemusí být provázeno utrpením, strachem a nesnesitelnou bolestí (Špinka, Špinková, 2004).

1.5.1 Druhy paliativní péče

Dle komplexnosti nabízených a poskytovaných služeb k podpoře kvality života je zapotřebí rozlišovat paliativní péči na obecnou a specializovanou.

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v okamžiku pokročilého onemocnění, která je pacientům poskytována prostřednictvím ošetřujícího personálu dle jednotlivých odborností. Jejím hlavním úkolem je rozpoznání, sledování a ovlivňování toho, co je důležité pro kvalitu života nemocného (např. léčba nejčastějších symptomů pokročilého onemocnění, respektování člověka a jeho rozhodování, citlivá komunikace s pacientem a jeho blízkými /kapitola 1.5.4/, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.) Uvedenou obecnou paliativní péči by měl ovládat veškerý zdravotnický personál s ohledem na své kompetence (Špinka, Špinková, 2004).

Specializovaná paliativní péče je aktivní multidisciplinární péče, která je poskytována pacientům a jejich nejbližším týmem odborníků. Již zmínění odborníci jsou v oblasti paliativní péče speciálně školeni a jsou obohaceni o potřebné zkušenosti.

V případě, že má pacient a jeho rodina obtíže, se ustupuje od obecné paliativní péče a je nasazena specializovaná. Přechod mezi obecnou a specializovanou péčí je plynulý. Základní formy specializované paliativní péče jsou hospice, domácí (popř. „mobilní“) hospice, oddělení specializované paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení, zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny a tísňové linky), denní stacionáře paliativní péče, specializované paliativní ambulance či konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice, léčebny) (Skála, 2005).

1.6 Holistické pojetí člověka a jeho potřeb

Ve výše uvedených zařízeních probíhá péče, která je zaměřena na těžce nemocné pacienty s nevléčitelnou chorobou. Současné ošetřovatelství pohlíží na člověka a jeho potřeby jako na celek, individualitu (Kelnarová, 2007). Tento přístup se nazývá holistický. Pojem holismus pochází z řeckého slova „holos“ = celek. Holismus je filozofický směr, který prosazuje názor, že člověk je jednotou těla, mysli a ducha. Je zde několik složek holistického pohledu na člověka. Složka fyzická, psychická, sociální a spirituální (Bártlová a kol., 2008). „Holistické ošetřovatelství je podmínkou zajištění komplexní individualizované ošetřovatelské péče, ve které je centrem zájmu ošetřovaný jedinec jako celostní biopsychosociálněduchovní bytost nacházející se v určitém prostředí a stavu zdraví“ (Farkašová a kol., 2006, str. 48). „Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Dle této definice nebude tak snadné najít mezi námi zcela zdravého člověka“ (Svatošová, 2011, str. 14). Chceme-li správně umět doprovázet umírající, je potřeba si odpovědět na klíčovou otázku: Jak chápeme pojem zdraví a nemoc? Chápeme-li pojem zdraví jako bezchybně fungující stroj a nemoc jako stroj rozbitý, který je potřeba opravit, jsme daleko od skutečnosti a nemůžeme být nemocnému opravdu prospěšní (Svatošová, 2011).

1.6.1 Úloha sester v péči o spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Je něčím, co člověk nutně potřebuje pro svůj vývoj a život. Prožívání neuspokojené potřeby či nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost lidské bytosti. V průběhu života se potřeby člověka mění (Trachtová, 2006). To samé lze říci při prožívání nemoci, kde se rovněž priorit potřeby mění. Zdáli na začátku nemoci byli prvořadě biologické potřeby, v konečné fázi se velice často dostávají do popředí potřeby spirituální (Svatošová, 2011).

Není tomu dlouho, co spirituální potřeby pacienta byly tabu. A nadále se mnoho lidí domnívá, včetně zdravotníků, že duchovní péče je určena pro lidi věřící. Je tomu spíše naopak. Věřící ví, kam se v těžkých chvílích obrátit a kde hledat pomoc. Naopak těm, kteří žádnou víru nevyznávají, je nutné poskytnout pomoc. Lidé, kteří se nacházejí na konci života, se začínají zajímat o životně důležité otázky a pídí se po smyslu života. Každý potřebuje vědět, že jeho život měl a stále má nějaký význam a smysl. Potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a i on sám má potřebu odpouštět. V případě nenaplnění těchto potřeb smysluplnosti se stav mysli rovná stavu opravdové duchovní nouze. Naším úkolem je ukázat pacientovi, že v každé situaci lze žít smysluplně. V neposlední řadě nikdy nesmíme brát naději nemocnému. Bohužel se ji naučit nelze, je to svým způsobem dar. Dávat naději těžce nemocným neznamená jim lhát. Láskyplně podaná upřímnost a opravdovost nikomu neublíží a nemocný ji ocení. Slovo doufat znamená vidět před sebou další možnosti. Dokud se člověku před sebou otevírá možnost, úkol, má stále proč žít. Nikdy bychom neměli konstatovat, že situace je beznadějná. Je možné uznat, že situace je těžká nebo vážná. Důraz je kladen na tíži, nikoliv na beznaděj (Svatošová, 2011).

1.6.2 Úloha sester v péči o psychologické potřeby pacientů v terminálním stádiu

Do psychologických potřeb zahrnujeme především potřebu respektování lidské důstojnosti. Člověk není pouze soubor orgánů v koženém vaku. Je to osobnost, která má své poslání a svůj význam. A jako takového je potřeba ho chápat a respektovat vždy, a to především v období, kdy svůj specifický úkol dovršuje. Umírající potřebuje

komunikovat s okolím (kapitola 1.5.4). Často vystupuje v konečných chvílích do popředí komunikace mimoslovní. Používáme mimiku, postoje, gesta a zejména nesmíme opomenout doteky. Dále potřebuje být umírající obklopen lidmi, pociťovat sounáležitost a lásku. Snažíme se umírajícího ujistit, že na poslední těžké chvíle není sám. Velice důležitou zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Je škoda, že tak málo lidí ví, jak důležitá je komunikace s pacientem v agonii (kapitola 1.5.4). Kdyby jen tušili, co mohou pro umírajícího udělat v těchto posledních dnech, nedopouštěli by se hrubých chyb. Zdravotnický personál či blízcí promlouvají nevhodným způsobem u lůžka těžce nemocného (Svatošová, 2011, Mašát, 2006).

1.6.3 Úloha sester v péči o sociální potřeby pacientů v terminálním stádiu

Lidé jsou společenší tvorové, kteří potřebují kontakt. Mají právo na návštěvy a na to si je sami usměrňovat. Nemocný rozhoduje o tom, koho chce a koho nechce v tu chvíli vidět. Ti nejbližší bývají příbuzní, ale není tomu tak vždy (Mašát, 2006). Rodina má nezastupitelnou roli v multidisciplinární péči o terminálně nemocného. Naší snahou je připravovat rodinu na reakce a průběh umírání, naučit ji, jak přistupovat a správně komunikovat s umírajícím (Mokrejšová, 2011).

1.6.4 Komunikace s umírajícími

„Ti, kdo umírají, i ti, kteří o ně pečují, vlastní často vzácné dary, které mohou nabídnout těm druhým. Když umírá někdo, koho milujeme, možná nevnímáme dary, nýbrž pouze zármutek, bolest a ztrátu. Přitom však umírající člověk poskytuje útěchu i poučení a jeho blízcí mu na oplátku mohou přinést pokoj a pomoc při pochopení smyslu života“ (Callananová, Kelleyová, 2005, str. 21). V posledních dnech života dělají umírající často gesta či prohlášení, která nedávají zdánlivě smysl. Rodina či přátelé poté tvrdí: „Už mluví z cesty,“ nebo: „Není při smyslech.“ Zdravotníci označí tyto na první pohled nelogické promluvy jako „halucinace“ či „zmatenost.“ Zdravotnický personál se snaží mnohdy umírajícího rozveselit a v některých případech převládá jednání jako při komunikaci s dítětem. Bohužel tímto však přispívají pouze k tomu, že umírajícího

vzdalují od lidí, kterým by chtěl a mohl věřit, a tím v něm vyvolávají pocit izolace a nejistoty. Nezaleží na tom, kterou nálepkou dostanou jejich pokusy o komunikaci či jaké reakce okolí použije. Faktem zůstává, že umírajícímu již nikdo nenaslouchá (Callananová, Kelleyová, 2005). Umírající potřebuje, aby mu někdo naslouchal, aby byla přijata jeho poslední přání a byla mu zachována jeho důstojnost i v posledních okamžicích života (Venglářová, Mahrová, 2006). Je potřeba si uvědomit, že umírající člověk je stále žijícím člověkem, který potřebuje vnímat lidi kolem sebe a komunikovat se všemi, třeba jen gesty a očima (Kutnohorská, 2007). Umění naslouchat dává sestře možnost poznat pacienta, dozvědět se více o tom, co ho trápí a z čeho má strach. Je dobré dát pacientovi možnost, aby si ujasnil cíle, vyjádřil pocity, svůj hodnotový žebříček, aby mluvil o problémech a strachu, který pociťuje. Sestra po rozhovoru s umírajícím může odhalit a nadále i řešit problémy, které jej trápí. Při současném vstřícném a příjemném vystupování je potřeba použít i nonverbální komunikaci, a to například haptiku. Do komunikace s umírajícím je samozřejmě velmi vhodné zapojit i rodinu (Kelnarová, 2007). V posledních fázích života se často umírající uzavírá do sebe a zmenšuje se potřeba přímé komunikace. Vede rozhovor sám se sebou a poté dává přednost úplnému tichu (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Rozhovoru s umírajícím je potřeba věnovat dostatek času a trpělivosti, jelikož umírající i jeho rodina se musí vyrovnat s blížícím se koncem. Je to často rodina, kdo tuto pravdu nemůže přijmout a znemožňuje blízkému členovi pokojné umírání, proto je hlavním úkolem sestry ujistit rodinu o tom, že umírající netrpí příliš velkými bolestmi. Dáváme prostor umírajícímu pro vyjádření svých potřeb a v interakci se sestrou lze naplánovat, jak tyto potřeby uspokojit. O potřebách je také nutné mluvit s rodinou, která se rovněž podílí na péči o umírajícího (Kelnarová, 2007).

1.6.5 Úloha sester v péči o biologické potřeby pacientů v terminálním stádiu

Uspokojování biologických potřeb je zaměřeno hlavně na péči o nemocné tělo, pokožku a prevenci proleženin. Dále se staráme o příjem potravy a tekutin. V některých případech by měla být i zvláštním způsobem upravena. Do biologických potřeb dále

zahrnujeme vyprazdňování. Poruchy defekace ovlivňují psychické a tělesné pocity pacienta. První volbou je zajistit vyprazdňování co možná nejpřirozenější cestou.

Důležité je též u terminálně nemocných podpořit alespoň minimální aktivitu, protože nepoužívané části těla začínají ztrácet svoji funkci. Jestliže se staráme o komfort a pohodlí umírajícího, tak kyslíkem provzdušněná místnost nemocnému jen uleví. Také je vhodné zajistit podmínky pro klid a odpočinek. Většina biologických potřeb, včetně tišení bolesti, lze dobře zvládat a uspokojovat v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždy (Farkašová a kol. 2006, Mašát, 2006).

1.6.6 Ošetrovatelská péče o bolesti u pacientů v terminálním stádiu

Bolest je varovným příznakem poškození tkání či orgánů. Vnímání bolesti je dvojího druhu – algognozie znamená vnímání bolesti (kde, co a jak moc bolí) a algorithmie znamená prožívání bolesti (co pro mě bolest znamená, jak ji prožívám, jaké z ní mám obavy a jak trpím). Prožívání a vnímání bolesti je individuální (Kalvach, 2010). Pacientovi věříme vždy, když bolest udává. Ptáme se na intenzitu, lokalizaci, propagaci (kam vyzařuje), charakter, s čím je bolest spojená (poloha, pohyb, doba bolesti ...), jak bolest ovlivňuje denní režim pacienta, chuť k jídlu či spánek, jestli nemocný již užíval analgetickou léčbu a jaké s ní má popřípadě zkušenosti. Je dobré ujistit pacienta o tom, že téměř každá bolest je zvládnutelná.

K hodnocení bolesti sestra užívá vizuální analogovou škálu VAS od 0 do 10, kde nula znamená žádná bolest, naopak číslo 10 značí nejhorší bolest, kterou si lze představit. U nemocných s poruchou řeči je možné nabídnout verbální škálu – bolest žádná – mírná – středně silná – silná – nesnesitelná. Pro přehlednost je výhodou používat škálování pomocí úsečky, či pravítka (Marková, 2010).

Samotná léčba bolesti u umírajících se řídí v zásadě dle žebříčku WHO. Rozdělujeme ji na tři stupně. U prvního stupně používáme neopioidová analgetika, např. Paracetamol, nebo nesteroidní antirevmatika, např. Ibuprofen (Ibalgin 400 až 600 miligramů), nebo Diclofenac (Veral, Dolmina, Voltaren). U pacientů, kteří prodělali například vředovou chorobu či jsou warfarinizovaní, je dobré krýt žaludeční sliznici 20 miligramy Omeprazolu (Kalvach, 2010). U nesteroidních antirevmatik by sestra měla

pomýšlet na vznik gastrointestinálních obtíží, jako jsou pálení žáhy, vznik žaludečního vředu, krvácení z něj až perforace (Marková, 2010). Při bolestech břicha lze užívat spasmolytika, a to kombinovaný preparát Metamizol a Pitofenon (Algifen Neo či Analgin), Drotaverin (No-Spa) či Butylscopolamin (Buscopan). Tyto spasmolytika lze podat i intramuskulárně. U druhého stupně WHO podáváme opioidy na středně silnou bolest. Užívá se Tramadol (Tramal či Tralgit) – u citlivějších, zvláště starších pacientů může způsobit útlum, závratě či následně pády – dále Dihydrokodein (např. DHC cont.) a Kodein, existuje také kombinace Tramadolu s Paracetamolem (Zaldiar). Je důležité myslet na to, že nízká dávka morfinu je méně účinná než vyšší dávka kodeinu (Kalvach, 2010). Nevýhodou těchto opioidů je tzv. „stropový efekt,“ kdy se od určité dávky nezvyšuje analgetický účinek, naopak se zvyšuje riziko vzniku nežádoucích účinků (Marková, 2010). U třetího stupně používáme opioidy k léčbě středně silné a silné bolesti, jejichž standardem je morfin. Mohou být ve formě tablet (MST, Vendal, Sevredol), kapek, rektálních čípků, parenterálně s.c., i.m., i.v. aplikováno bolusově i kontinuálně. Je potřeba zdůraznit nevhodnost Pethidinu (Dolsin), a to i u starších nemocných. Zde hrozí vyšší výskyt delirií a zvracení bez toho, že by méně tlumil dechové centrum (Kalvach, 2010). Nejčastější nežádoucí účinky opiátových analgetiky jsou zácpa, svědění, nevolnost, zvracení, útlum, ospalost apod. (Marková, 2010).

Kromě analgetik je třeba v péči o umírající zvažovat i další postupy, k nimž patří užívání antidepresiv, anxiolytik, antiepileptik u neuropatické bolesti, fyzioterapie u muskulo-skeletálních bolestí, správné polohování a využití masáží. Masáže jsou u většiny nemocných velice oblíbenou metodou. Při spojení s vonnými oleji je to pro ně příjemné uvolnění, ale také prostor, při kterém může dojít k niterním rozhovorům. Při této činnosti lze do péče zapojit i rodinu (Marková, 2010).

„Cicely Saundersová, nejvýznamnější představitelka a zakladatelka komplexní paliativní a hospicové péče, mluví o celkové bolesti, sestávající z více položek, které jsou právě odrazem dimenzí člověka“ (Munzarová, 2005, str. 78). Bolest fyzická, kterou lze snadněji rozpoznat a definovat než složky ostatní. Bolest sociální, která je utrpením spojeným s předtuchou ztráty rodiny, přátel, a také v neposlední řadě sociální role. Ztráta je předmětem těchto obtíží. Bolest duševní je pocitový komplex, který zahrnuje

duševní smutek, strach, hněv, úzkosti, deprese. Jedná se o tzv. „dynamiku zármutku,“ který je středem konečného období nemoci. Dále bolest spirituální, jejíž definice je nejsložitější. Lze říci, že je to utrpení spojené s pocitem ztráty nejhlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznámého a pocitu ztráty smyslu (Munzarová, 2005).

1.6.7 Ošetrovatelská péče o hydrataci u pacientů v terminálním stádiu

Hydratace u terminálně nemocných je velmi významným problémem. Podávání tekutin je chápáno jako základní projev péče o člověka. Nemocní mají spíše chuť na studené nápoje. V terminálních stádiích, pokud nemocný netrpí výraznou dehydratací a má normální pocit žízně, není indikováno parenterální podávání tekutin, ale je vhodné podávat tekutiny, jako je například vychlazená Coca Cola, ananasový džus a voda. Prvně zmíněná tekutina navíc pozitivně ovlivňuje pocit na zvracení. Chlad „ošálí“ receptory žízně. Ve chvíli, kdy pacient přestává pít, se rodina dostává do pocitu nejistoty a úzkosti a často má obavy z dehydratace. Toto bývá následně příčinou převozu pacienta do nemocnice, což je škoda. Důležité je zajišťovat nemocnému co nejdéle dostatečný perorální příjem tekutin. Mírná dehydratace nevádí, naopak může mít pozitivní přínos na zmírnění otoků (edém mozku, CNS a ascitu), zmírnění zvracení, snížení obtíží s inkontinencí, může působit i analgeticky. Proto není v terminálním stádiu nutné podávat tekutiny parenterálně.

Při uspokojování potřeb musíme brát též ohled na přání nemocného. Někdy si sám nemocný přeje parenterální léčbu ukončit, poněvadž ji považuje pouze za prodlužování vlastního trápení (Marková, 2010).

1.6.8 Ošetrovatelská péče o výživu u pacientů v terminálním stádiu

Umírající pacienti většinou nepocítují žízeň ani hlad. V případě, kdy mají chuť jíst či pít, je samozřejmě naší povinností jim dle jejich přání jídlo a tekutiny zajistit (Skála, 2005).

Zásadou je pacientovi podávat jídlo, na které má chuť. Důležité je podávat stravu v malých a hezky naservírovaných porcích. Pro některé nemocné je důležitá i tepelná úprava jídla. Je-li to možné, neměl by se pacient stravovat v lůžku. Také alkohol

v malém množství může pozitivně ovlivnit chuť k jídlu. Pivo je navíc zdrojem energie. V případě podávání mleté stravy je důležité, aby terminálně nemocný viděl jídlo v původním, hezky naservírovaném stavu a teprve poté ho rozemlít. Ovšem terminálně nemocného není potřeba nutit k jídlu. Naopak je vhodné věnovat se blízkým nemocného, kteří svého příbuzného „nekrmí“ a mohou to považovat za osobní selhání (Marková, 2010).

1.6.9 Ošetrovatelská péče o dýchání u pacientů v terminálním stádiu

U terminálně nemocných pacientů je často přítomna dušnost. Dušnost je charakterizována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Je to nejnepříjemnější příznak, poněvadž je spojen s obavou o vlastní život. Důležitá je spolupráce zdravotnického personálu, pacienta a rodiny. Je potřeba pracovat s úzkostí pacienta a zachovat klid (Marková, 2010). Pouze malé množství pacientů potřebuje oxygenoterapii. Stejnou úlevu přináší otevření okna a pohyb vzduchu vytvořený ventilátorem (Skála, 2005). Dobrá technika, která přináší nemocným pacientům úlevu od dušnosti, se nazývá tzv. brániční dýchání. Spočívá v zaujetí příjemné polohy na zádech, současně si pacient uvědomuje své tělo, končetiny, ruce, hlavu atd. Položí si ruku na břicho pod hrudní koš, poté se nadechuje nosem a vydechuje ústy. Pozorně sleduje, jak mu ruka stoupá a klesá. Nádech by měl být kratší než výdech. Brániční dýchání může pacient provádět několik minut denně vždy při zhoršení dušnosti (Marková, 2010). „Hlasité chrčivé dýchání je poměrně častým průvodním jevem posledních hodin pacientova života“ (Marková, 2010, str. 95). Často se objevuje u pacientů v agonii a je velice znepokojující pro rodinu, která může mít pocit, že se pacient dusí, z tohoto důvodu bývá neuvážená již zmíněná parenterální hydratace. Odsávání hlenů pacientovi většinou nepomůže, naopak je to pro něj nepříjemné a je zde vysoké riziko aspirace a zvracení (Marková, 2010).

1.6.10 Ošetrovatelská péče o vyprazdňování u pacientů v terminálním stádiu

U terminálně nemocných se často objevuje zácpa. Příčinou zácpy bývá snížená mobilita, dehydratace, nízký perorální příjem, vliv opiátů, psychotik, spasmolytik atd.

(Skála, 2005). Úkolem sestry je zajistit dostatečnou hydrataci, včas reagovat na potřebu defekace, dodržovat dobu, na kterou je pacient zvyklý. U ležících nemocných je lepší poloha na levém boku s pokrčenými dolními končetinami. Je rovněž nutné dbát na dostatečný příjem vlákniny, motivovat pacienta k pohybu, zajistit intimitu při vyprazdňování a zabezpečit hygienu rukou po vyprázdnění. Před nasazením farmakologické léčby by se mělo využít všech „babských“ postupů, jako je ráno na lačno vypít hrnek teplé vody nebo sníst dvanáct švestek. Jestliže jim pacient věří, mohou pomáhat více než farmakologická terapie. Perorální podání projímadel má vždy přednost. V případě rychlého řešení je vhodné rektální aplikace projímadel, a to ve formě čípků (glycerinový čípek), nebo nálevu – mikroklyzma. Klyzma se využívá spíše výjimečně, poněvadž představuje pro pacienta další zátěž (Marková, 2010). Je-li to možné, je vhodné vysadit postradatelné léky způsobující zácpu a změnit aplikační formu opioidů (náplastové a parenterální podávání léků způsobuje zácpu méně). Nejzazším řešením je manuální vybavení stolice, které je pro pacienty velice nepříjemné a mělo by se provádět po předchozím rozvolnění svěračů a analgosedací (Skála, 2005).

1.7 Péče o truchlící pozůstalé

Ztráta blízkého člověka je provázena pocitem bolesti a bezmoci. Způsob zpracování ztráty nazýváme truchlení. Truchlení je dynamický proces, má obecné i specifické projevy, které se postupně mění, jejich intenzita kolísá (Cesta domů, 2012). „Období truchlení je časem pro přijetí toho, že zemřelý opravdu odešel“ (Marková, 2010, str. 117). Zdravé truchlení trvá přibližně rok, ale jsou zde odchylky. Probíhá ve třech fázích. První je fáze intenzivní od úmrtí do pohřbu – otřes. Druhá fáze je exprese – smutek. Poslední, třetí fáze je přijetí skutečnosti (Marková, 2010). Smrt blízkého člověka znamená pro pozůstalého velice těžkou životní situaci, která klade nároky na psychiku, odráží se v jeho tělesném stavu, naborává jeho sociální vztahy a většinou probouzí i spirituální složku, především otázky víry a smyslu života. Pozůstalí potřebují pomoc a podporu při utváření života bez zemřelého.

Hlavním zdrojem pomoci by měla být rodina, přátelé či blízcí. Mnoho lidí se od pozůstalých vzdaluje, poněvadž neví, jak s nimi komunikovat, a mají obavy, že truchlícího raní (Cesta domů, 2012). První pomoc pozůstalým je v poskytnutí citové opory, projevení účasti v tom smyslu, že na to není pozůstalý sám, a nepochybně vyjádření porozumění. V této situaci je potřeba poskytnout adekvátní komunikaci lékaře s pozůstalým. Teoreticky je tato podpora zvládnuta bravurně, bohužel v praxi dochází k pochybení či nedostatečnému porozumění, což má za následek zvýšení stresu pozůstalých. Důležitou zásadou je na prvním místě zavolat rodině a obeznámit ji o zhoršení stavu pacienta pro případ rozloučení se s umírajícím. Při úmrtí by tato zpráva neměla být sdělována telefonicky. Lékař na přání pozůstalých objasní průběh, komplikace a okolnosti smrti pacienta. Sdělovat úmrtí pozůstalým by mělo probíhat v tiché místnosti. Lékař ponechá čas na přijetí zprávy v celém rozsahu a vysloví jim svou účast slovy: „Přijměte mou upřímnou soustrast.“ Nebojí se tělesného kontaktu s pozůstalými, například podá ruku či pohladí. Může též nabídnout další kontakty na psychologa či duchovního (Janáčková, Weiss, 2008). Ovšem některé nemocnice využívají standardů, přičemž oznámení osobám blízkým může probíhat následujícími způsoby. První způsob je zkontaktování příbuzného prostřednictvím SMS zprávy přes intranet nemocnice. Druhý způsob je využíván v případě, že příbuzný neodpoví – následuje vyhledání telefonního čísla osoby blízké v dokumentaci zemřelého a lékař se pokouší dotyčného kontaktovat telefonicky (standard nemocnice v Českých Budějovicích).

1.8 Fyzická a psychická zátěž sester v péči o umírající

„Zdravotnická povolání patří z hlediska vlastní odborné přípravy a konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk. Těžce nemocní pacienti představují pro zdravotnický personál velkou zátěž. A to jak fyzickou, tak psychickou“ (Novotná, Valentová, 2011, str. 26). Přesto všechno se nedá stále ani v současnosti hovořit o docenění tohoto náročného poslání. Za svou práci nedostávají vždy poděkování a úctu, kterou by si

sestry zasloužily. Zdravotnický personál odvádí odbornou práci, která má většinou negativní dopad nejen na jejich fyzickou a psychickou stránku, ale zasahuje i do jejich společenského života (Novotná, Valentová, 2011, Kelnarová, 2007).

Má-li sestra dobře odvádět svou práci a starat se o pacienty, je potřeba, aby i ona byla plná sil. Náročná fyzická práce v ošetrovatelské péči, spojená s manipulací s pacienty, může způsobit zdravotní potíže především pohybového ústrojí (Novotná, Valentová, 2011, Kelnarová, 2007). Sestra by se měla naučit správným technikám manipulace s imobilními pacienty, a tím předcházet onemocněním zad. Těmto správným technikám učí škola zad a ergonomie pracovní činnosti, což je edukační proces, který učí optimalizaci pohybu v nejrůznějších zátěžových situacích. Správnou ergonomií základních pracovních poloh je možné výrazně snížit zátěž meziobratlových plotének, a tím předcházet jejich postižení (Uhlíř a kol., 2011).

Péče o umírající a neustálý kontakt s jeho rodinu je pro zdravotnický personál vysoce stresující. Spolupráce s pacienty v terminálním stádiu je někdy obtížná a od sestry se přesto vyžaduje, aby byla laskavá, vstřícná, obětavá, trpělivá, a zároveň je od ní žádána vysoká odbornost, profesionalita a mistrovství v komunikaci (Novotná, Valentová 2011, Kelnarová, 2007). Aby byla sestra schopna tyto požadavky alespoň z části splňovat, pracovat beze strachu a žít smysluplný život, musí znát pravidla duševní hygieny (Kelnarová, 2007). Sestra si vždy musí najít čas na sebe, na procházky či na četbu. Nabídka možností, jak trávit volný čas a myslet na něco úplně jiného než na to, co se děje v práci, je opravdu pestrá. Křivohlavý ve své knize uvádí, že neexistuje slovní spojení „nemám čas.“ Mnohdy to je pouze nechuť pokusit se změnit svůj životní styl, věnovat čas sama sobě. V pozadí nechuti je nedostatečné přesvědčení o tom, že by to tak mělo být, a změnit přesvědčení není vůbec snadné (Křivohlavý, 2004).

V případech, kdy zdravotnický pracovník nepraktikuje duševní hygienu či je vystaven dlouhodobé zátěži, může se u něj projevit tzv. „syndrom vyhoření“ (burn-out syndrom). Neléčený syndrom může mít spoustu somatických, ale i psychických následků. U postižených zdravotníků je nápadná rozladěnost, podrážděnost či apatie. Může zapříčinit také psychosomatické onemocnění, jako je například vředová choroba či hypertenze. Důležitá je znalost tohoto syndromu a především jeho prevence

(Haškovcová, 2007). Možnosti prevence mohou být vyvážený životní styl (spánek, aktivní pohyb, naučit se odpočívat), pěstování přátelských vztahů na pracovišti, obměňování pracovních postupů (střídáním výkonů), učit se efektivně zvládat stres, vylepšovat komunikační schopnosti (asertivita, řešení konfliktů), pěstování zájmů (dělat něco jen pro sebe), odměňovat se za úspěchy (Ondriová, Slaninková, 2010).

1.9 Systém péče o člověka vyžadujícího ošetrovatelskou péči

U nás je podle konkrétních potřeb možno volit domovy pro seniory, ošetrovatelská lůžka, oddělení následných péčí či hospice. Výhodný je pobyt v domácím prostředí ve spojení s domácí péčí. Kontakt s rodinou je běžný, není nutná adaptace na cizí prostředí, personál ani jídlo a nedochází zde k psychickému stresu. Domovy pro seniory jsou určeny k trvalému pobytu starých lidí, nikoliv pro těžce nemocné. Ošetrovatelská lůžka, kterých je zde nedostatek, jsou řízena sestrou a lékař sem pouze dochází. ONP slouží nemocným pouze na doléčení, avšak pouze na nezbytně nutnou dobu, nejdéle na tři měsíce (Mändlová, 2010). Když se řekne „eldéenka“ neboli léčebna dlouhodobě nemocných, mnozí lidé si představí jediné, a to poslední etapu života, případně nedůstojné podmínky. ONP nejsou určené pouze pro staré, ale i mladé lidi. Lečí se zde lidé po infarktech, CMP, úrazech a nejrůznějších operacích, kteří nejsou schopni se o sebe sami postarat. Někdo se odtud vrací domů, někdo jde do zařízení s následnou péčí a někdo tady bohužel stráví poslední okamžiky svého života (Fišerová, 2008). A posledním systémem péče je hospicová, která následuje poté, co jsou vyčerpány veškeré léčebné možnosti (Mändlová, 2010).

1.9.1 Hospic a jeho význam

Pojem hospic pochází ze slova hospitium neboli útulek. Již ve středověku existovaly útulky při cestách, ve kterých si mohli kolemjdoucí poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď vyléčit a pokračovat dál ve své cestě, anebo zde zemřít. Moderní hnutí pro obnovu hospiců, tentokrát sloužící ke klidnému umírání nemocných, zahájila doktorka Cicely Saundersová. Roku 1967 založila v Londýně

Hospic svatého Kryštofa (St. Christopher Hospice). Nemocní zde byli zaopatřeni dobrou úlevnou léčbou a nejen to. Mohli spolu zde se svými blízkými řešit rodinné vztahy a konflikty, probírat duchovní starosti, napravovat nesrovnalosti, smířovat se se svým údělem a zbavovat se nejen bolestí tělesných, ale i duševních. Navíc zde umírající věděli, že nejsou na obtíž, ale naopak, že jsou milováni a že jsou pro svou rodinu i pro zdravotnický personál důležití. Jejich přechod ze života ke smrti byl učiněn co nejschůdnějším způsobem (Munzarová, 2008). „Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti“ (Svatošová, 2011, str. 115). Hospic nemocnému slibuje, že nebude trpět bolestmi, za každé situace bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích svého života nezůstane osamocen. Snažíme se o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Dbáme především na kvalitu života nemocného, a to na kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí. Jde o doprovázení nemocného a také jeho blízkých, kteří trpí spolu s nemocným. Hospice se starají ještě dlouho poté, co pacient zemře, o blízké zemřelého. Toto zjištění právě pro některé umírající představuje pomoc nejcennější (Svatošová, 2011).

1.9.2 Možnosti hospicové péče

Domácí hospicová péče je pro nemocného téměř ideální, ale ne vždy dostačující. Hlavní břemeno péče zůstává na jeho blízkých, kterým mohou občas jednoduše dojít síly. Tato možnost péče je náročnější na koordinaci všech typů pomoci, péči zajišťuje multidisciplinární tým (sestra, lékař, psycholog, duchovní či sociální pracovník). Oproti lůžkovému „hospici“ má výhodu v tom, že pacient je ve svém domácím prostředí, může se rozhodovat, co bude dělat, a především není vyčleněn ze své rodiny. Domácí prostředí uklidňuje nemocného a vede ke zlepšení jeho stavu (Lenochová, Blinková, 2008).

Stacionární hospicová péče znamená příchod pacienta ráno a odpoledne nebo večer jeho odchod. Doprava je zajištěna prostřednictvím hospice či rodiny. Tato služba je výhodnější pro nemocné z blízkého okolí. Pro pacienty v určité fázi je tou nejvhodnější. Důvody mohou být různé, např. diagnostické, léčebné, psychologické či respitní.

Respitní (odlehčovací) důvod bývá dosti častý. Nemocný i rodina si občas potřebují odpočinout. Není na tom nic špatného, naopak je to skvělé preventivní opatření. Patří sem i nemocní, kteří si přejí prožít poslední chvíle v hospici – nikoliv proto, že by v domácím prostředí nezvládli příznaky nemoci, ale prostě chtějí některé členy své rodiny ušetřit těchto prožitků.

Lůžková hospicová péče je určena pro nemocné, u kterých to nedovoluje stav. Péči přebírá ošetrovatelský tým, přičemž rodina se na péči podílet může a nemusí. Může to být nemocnému příjemné, ale může se to později ukázat jako prospěšné i tomu, kdo se na péči podílel. Vědomí, že člověk udělal pro svého blízkého maximum, je nejlepším prostředkem na tišení bolesti z jeho odchodu. Návštěvy jsou zde 24 hodin denně, není striktně dán režim dne a pacient si jej více méně rozvrhuje sám. Důraz je kladen především na kvalitu života. V popředí je snaha, aby se nemocný cítil spíše jako doma než v nemocnici, a je k tomu uzpůsoben. Je zde mnoho místností pro nemocné a jejich blízké, dále kaple či zahrada. O tom, zdali bude přijat nemocný do hospice, rozhoduje zásadně hospicový lékař. V případě volných míst je dána přednost těm pacientům, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc povede v brzké době ke smrti (Svatošová, 2011).

1.9.3 Hospice v jiných zemích

Kolébku hospicového hnutí je Velká Británie. V dobách po druhé světové válce se v hlavě sestry Cicely Saundersové zrodila tato myšlenka, kvůli které vystudovala medicínu. Později skutečně Dr. Saundersová založila Hospic svatého Kryštofa (St. Christopher Hospice), který je znám dnes po celém světě. Hospice v jiných zemích mají dle místních podmínek různé formy, avšak jejich myšlenka je stejná. Jaká forma hospicové péče se v té dané zemi rozvine, závisí na zákonech a na způsobu financování. Například v Itálii přijede za hospicovým pacientem kdokoliv z hospicového týmu včetně lékařů. Kvalita života nemocného má přednost před ekonomickou stránkou (Svatošová, 2011).

Britský hospic Wisdrom Hospice v Rochesteru nabízí lůžkovou, stacionární a domácí hospicovou péči. Klienti hospice i jejich příbuzní mohou zcela využívat služeb

sociální pracovníce či duchovního. Po úmrtí blízkého poskytuje hospicový tým oporu a pomoc pozůstalým. Wisdrom Hospice se podílí na výuce kvalifikovaného personálu a navazuje kontakty a spolupráci i se zahraničními hospici. Například uskutečnil intenzivní kurz paliativní péče, který se konal v Chorvatsku. Nedílnou součástí hospiců jsou dobrovolníci (Hospice Information Bulletin, 2002). Téměř žádný hospic se neobejde bez dobrovolníků. Hlavně oni mají zásluhu na tom, že se prostředí hospice podobá spíše láskyplnému domovu než nemocnici. Dobrovolníci jsou členy hospicového týmu a jejich záslužná práce je společensky vysoce ceněna, přestože, anebo možná právě i proto, že ji dělají „jen“ pro radost. První zásadou je, že se nikdo nesmí přetížít a každý dělá to, na co se cítí. Druhá zásada je, že na dobrovolníka musí být stoprocentní spolehnutí. Dobrovolníci pečují o zahradu, květiny, zajišťují služby na recepci, v knihovně, dělají nemocným pedikúru, stříhání vlasů, ale i návštěvy osamělých pacientů. Poskytují pacientům služby, jako jsou drobné nákupy, občerstvení a kulturní program (Svatošová, 2011).

„Umění zemřít je umění všech umění.“ J. A. Komenský (Svatošová, 2011, str. 17)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit rozdíly ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stádiu na oddělení následné péče a v hospici.
- 2) Zjistit rozdíly v uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu na oddělení následné péče a v hospici.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jakým způsobem je o pacienty v terminálním stádiu pečováno z hlediska ošetrovatelské péče?
- 2) Jaké způsoby tlumení bolesti jsou užívány u pacientů v terminálním stádiu?
- 3) Jakým způsobem probíhá komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu?
- 4) Jaký je přístup sester k pacientům v terminálním stádiu z hlediska psycho-sociálního?
- 5) Jakým způsobem probíhá komunikace personálu s příbuznými pacientů v terminálním stádiu?
- 6) Jakým způsobem probíhá rozloučení příbuzných se zemřelým?

3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Metodika práce

Pro získání informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření za pomoci nestrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami a pacienty v terminálním stádiu, kteří pro menší zátěž pouze doplňovali informace od sester (příloha 3). Rozhovory probíhaly od ledna 2013 do února 2013 v Nemocnici Strakonice, a.s. se svolením hlavní sestry a v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích se svolením vrchní sestry (příloha 4). U sester jsme zjišťovaly, jakým způsobem poskytují ošetrovatelskou péči pacientům v terminálním stádiu a jakým způsobem uspokojují potřeby pacientů v terminálním stádiu (příloha 5). U pacientů v terminálním stádiu jsme zjišťovaly spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a zajišťování bio-psycho-sociálních potřeb (příloha 6). Pro zaznamenávání rozhovorů se všeobecnými sestrami byl použit diktafon. S pacienty v terminálním stádiu využit nebyl. Poté byly záznamy rozhovorů zpracovány do kategorií dle výzkumných otázek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen třemi všeobecnými sestrami a třemi pacienty z oddělení následné péče a třemi všeobecnými sestrami a třemi pacienty z hospice. S výběrem sester na oddělení následné péče pomohla vrchní sestra. Byly vybrány ty s mnohaletými zkušenostmi. S určením pacientů pomohla také vrchní sestra a vybrala ty, kteří souhlasili s výzkumným šetřením, byli schopni adekvátních odpovědí a které by výzkum co nejméně vyčerpával. Pacienti, se kterými byly vedeny rozhovory na oddělení následné péče, byli obeznámeni s vlastní diagnózou, rozhovor proto mohl být otevřenější. S výběrem všeobecných sester v hospici pomohla vrchní sestra. Byly doporučeny sestry, které působí v hospici od samotného počátku. S výběrem pacientů také pomohla vrchní sestra a doporučila pacienty, kteří souhlasili s výzkumným šetřením, neměli problém vést rozhovor a co nejméně jím byli zatěžováni. S vlastní diagnózou byli seznámeni i pacienti zde, jelikož je to jedna z podmínek pro přijetí.

4 Rozhovory

4.1 Rozhovory se všeobecnými sestrami z oddělení následné péče a z hospice

4.1.1 Sestra 1 z oddělení následné péče

Sestra 1 pracuje na oddělení následné péče téměř 40 let.

Při dotazu na základní ošetrovatelskou péči, která byla zaměřena především na hydrataci, výživu, hygienu, vyprazdňování a péči o dýchací cesty u pacientů v terminálním stádiu se sestra zamyslí a říká: „Ráda bych začala denním režimem na našem oddělení. Leží zde pacienti různých věkových kategorií, různého složení, různých diagnóz, takže se snažíme denní režim přizpůsobovat každému individuálně. Hygienickou péči nemůžeme dělit na pacienty v terminálním stádiu a pacienty, kteří jsou částečně soběstační, či nesoběstační. Péče musí být ve všech případech stejná. Někdo potřebuje zvýšenou péči, tak se mu samozřejmě věnuje větší pozornost. Hygienu provádíme u každého pacienta vždy ráno a večer nebo dle potřeby.“

„Denní příjem potravy a tekutin se musí sledovat, ať už zapisováním nebo vizuální kontrolou pacienta. Provádíme nutriční screening, podle kterého se mění dieta – samozřejmě po domluvě s dietní sestrou a dle ordinace lékaře. Stravu také musíme přizpůsobovat aktuálnímu stavu pacienta. Pokud pacient hůře spolupracuje a nepolyká, používáme nasogastrickou sondu (dále NGS) či perkutánní endoskopickou gastrostomii (dále PEG).

„Další oblastí, které se musíme věnovat, je vyprazdňování. A to jak stolice, tak i moče. Vedeme sice pacienty k samostatnému vyprazdňování, ale bohužel ve většině případů dochází po opiátové či analgetické léčbě k útlumu peristaltiky, proto musíme pacientovi trochu pomoci. K šetrnějšímu vyprázdnění používáme Lactulosu či Gutalax, ale někdy je nutné provést klyzma. Co se týká močení, tak u pacientů, kteří jsou inkontinentní, využíváme plenky či plenkové kalhotky a v případě opruzenin či ran v okolí hýždí a sacra využíváme podložky pro lepší vzdušnost a krém Menalind. Přebalujeme při ranní hygieně a poté po obědě a večer, nebo když je potřeba.“

„Péče o dutinu ústní a dýchací cesty je také velmi důležitá. Při zhoršené průchodnosti dýchacích cest vytíráme dutinu ústní častěji, jelikož většinou tito pacienti

dýchají dutinou ústní a dochází k vysychání sliznic v ústech a následně ke zhoršenému polykání.“

„Co se týká prevence dekubitů a snahy o mobilizaci, tak pacienty nejen pravidelně polohujeme; přes den po jedné či dvou hodinách a v noci po čtyřech hodinách,“ pokračuje, „ale snažíme se je co nejvíce mobilizovat. Samozřejmě, že rehabilitaci také přizpůsobujeme stavu pacienta. Pokud se pacient necítí moc dobře, tak se třeba jeden den vynechá. Krevní tlak a tělesnou teplotu měříme dle ordinace lékaře,“ ukončuje sestra vyčerpávající oblast ošetrovatelské péče.

Na otázku, jak u pacientů v terminálním stádiu hodnotí bolest, sestra odpovídá: „Na hodnocení bolesti používáme formulář se stejnojmenným názvem, který se zakládá již při příjmu. Sestřička na ambulanci zjistí dotazem, zda pacient bolest pociťuje. V případě, že ji pociťuje, hodnotí intenzitu, charakter, propagaci a kdy to nejvíce bolí. Nekomunikujícího pacienta lehce napolohujeme, zacvičíme s končetinami a dle výrazu obličeje zjistíme, jestli na bolest reaguje, či ne. Poté udávající bolest hodnotí lékař a předepisuje buď analgetickou, či opiátovou léčbu. Pozor si dáváme na kombinaci těchto léků z důvodu poškození žaludku. Nemáme jeden určitý lék, který bychom používali, to je na posouzení lékaře. Když pacientovi nestačí naordinovaná dávka, domlouváme se dále s lékařem, který většinou další léky napíše a my je podáme.“ Na otázku zdali se sestra domnívá, že je u pacientů v terminálním stádiu bolest dostatečně tlumená, se sestra poohlédne a říká: „Většinou se to projeví na samotném pacientovi. Pacient, když má nesnesitelnou bolest, tak kontaktuje sestru, či to sestra sama pozná a podá lék naordinovaný v dokumentaci. Snažíme se bolest zajistit včas, aby se nestala nesnesitelnou. Příčina bolesti u těchto pacientů, kteří jsou většinou onkologicky nemocní, se předpokládá v oblasti postižení. Alternativní metody tlumení bolesti také využíváme,“ konstatuje sestra.

Při dotazu, jestli si myslí, že je rozdílná komunikace s pacientem v terminálním stádiu a pacientem, který je na ONP pouze na doléčení, se sestra krátce zamyslí a říká: „Většinou k nám přichází pacienti z akutních lůžek, tam oni rozhodnou, jestli bude pacient informovaný o svém zdravotním stavu a jestli je připraven přijmout diagnózu, kterou má. Myslím si, že všichni máme ještě hodně co zlepšovat. Podle mých

zkušeností a názoru si myslím, že není dobře informovat všechny pacienty o jejich zdravotním stavu, o vážném zdravotním stavu, ovšem v případě, kdy si to pacient sám vyžádá, by se mu mělo vyhovět. Ale jinak si myslím, že není nutné podávat tyto informace. Psychika pacienta někdy udělá to, že po vyslechnutí určité diagnózy přestane spolupracovat, a tím se stíží to, abychom ho mohli ještě alespoň na čas vrátit domů. Rozdílná komunikace to rozhodně je, jelikož musíme s těmito pacienty jednat citlivěji a dávat pozor na to, co vyslovujeme. Strach z komunikace s pacientem nemám, myslím si, že komunikace mezi personálem a pacientem je důležitá, ať je to tak, nebo tak, komunikace musí být. Rozhovor se snažím převést většinou na to, že mají sílu na překonání. Ale komunikace již spíše spočívá v tom, že přijdete, pohladíte pacienta, chytne ho za ruku. Sezení u lůžka a hovořit s pacientem, si myslím, je prozatím u nás takové méně dostupné pro malý počet personálu,“ doplňuje sestra.

„A co psycho-sociální potřeby, ty také zajišťujete?“ „Psycho-sociální potřeby se snažíme zajišťovat. Nasloucháme pacientům, na požádání je možné kdykoliv puštění rádia či televize. Také chceme, aby měli zajištěný pocit jistoty. Snažíme se v maximální míře povolit návštěvy příbuzných, aby u pacienta v terminálním stavu mohl někdo stále být, snažíme se je i telefonicky kontaktovat, že můžou kdykoliv přijít. Návštěvy jsou dovolené, u těchto stavů kdykoliv po domluvě s primářem oddělení. Myslím si, že soukromí zajistit lze. Máme již dvoulůžkové pokoje. Rodina se s pacientem může scházet na pokoji, chodbě či venku, když je hezky,“ povzdychne si sestra a pokračuje, „spolupráce s rodinou je důležitá jak pro pacienta, tak i pro nás, protože poté víme, co má a nemá rád. Hlavně víme, jaké je jeho zázemí, poněvadž se také může stát, že pacient si přeje odejít domů, zemřít v kruhu rodinném,“ odpovídá sestra. „Vůbec se dá říct, že s příbuznými spolupracujeme hodně. Voláme jim při zhoršení stavu pacienta. My máme v dokumentaci napsáno, u kterých pacientů chtějí příbuzní kontaktovat, jestli dojde ke zhoršení zdravotního stavu. Jestli chce být rodina – pacient a příbuzní – v posledních chvílích spolu, tak sice nemáme nějakou speciální místnost, ale dá se zařídit soukromí na pokoji, kdy další pacienti jsou odvezeni na jiný pokoj a rodina je zde se svým nejbližším sama.“

U otázky jestli si myslí, že jde spirituální potřeba do popředí v posledních fázích života, se nezamýšlí a odpovídá: „Toto je založené na víře, jestli je pacient věřící, či nikoliv. Když si pacient přeje návštěvu kněze, umožníme mu to. Buď mu ho zajistíme sami, nebo si může rodina přivést svého kněze. Přivolání kněze je často využívaná služba. V naší nemocnici se nachází také kaple, a to na interním oddělení, té jsme využili pouze jednou,“ konstatuje sestra.

Při dotazu, jak probíhá v případě úmrtí pacienta oznámení této zprávy osobám blízkým, sestra tvrdí: „Telefonicky. A pokud se chtějí ještě rozloučit se zemřelým, tak mohou na nemocničním pokoji, kde není žádný další pacient a opět mají své soukromí.“ „Pozůstalost předáváme na sesterně,“ říká sestra a pokračuje, „otevření okna, důstojné zacházení, účta k zemřelému je samozřejmost.“

„Pacienty v terminálním stadiu se snažíme posílat do hospice v Prachaticích, ale rodina pro velkou vzdálenost tuto příležitost odmítá,“ končí sestra rozhovor.

4.1.2 Sestra 2 z oddělení následné péče

Sestra 2 pracuje na oddělení následné péče 30 let.

Při dotazu na základní ošetrovatelskou péči a běžný denní režim sestra povídá: „Začínáme od půl sedmé ranní hygienou a úpravou pacientů. Po ranní hygieně se asi v půl osmé podává snídaně. Většinou po snídani staniční sestra dle rozpisu nebo dle potřeby určí pacienty, u kterých se udělá celková koupel ve vaně v koupelně. Kolem dvanácté hodiny je oběd, potom návštěvy, které sice oficiálně probíhají od dvou hodin, ale u pacientů v terminálním stadiu jsou povoleny kdykoliv. Po páté hodině se podává večeře a mezi osmou až desátou hodinou provedeme u pacientů večerní hygienu, napolohujeme a připravíme ke spánku. Samozřejmě během celého dne probíhá polohování, rehabilitace a převlékání pacientů, podávání jiné než nemocniční stravy. Ovoce, přesnídávky atd., prostě, co jim přinese rodina. Dá se říct, že denní režim je takový stereotypní, ale snažíme se přizpůsobovat individuálně každému pacientovi. Bohužel to pokaždé nejde.“

Po vybídnutí se sestra v rozhovoru vrací k jednotlivým činnostem ošetrovatelské péče: „Hygienu provádíme dvakrát denně, to znamená, při ranním stání, kdy se myjí

všichni pacienti, a večer na lůžku či u umyvadla. Jak jsem se již zmínila, tak jednou za týden je provedená celková koupel v pojízdné vaně. Při hygieně je nutné věnovat zvýšenou péči o dutinu ústní, protože sliznice bývá někdy taková oschlá a mohlo by dojít třeba i k poškození sliznice. Je důležité myslet i na vyčištění zubů nebo zubní protézy.“

Další oblastí, které si sestra v rozhovoru vybrala, je příjem potravy. „Při přijetí pacienta na oddělení provádíme nutriční screening. Výsledek zapíšeme do dokumentace a poté o dietě rozhoduje lékař, který v případě nutnosti pozve dietní sestru. Dietní sestra přijde za pacientem, vyzpovídá ho, co má a nemá rád, a případně se ho zeptá na jídla, která by si přál. Když mají pacienti zavedenou NGS, či PEG, tak se krmí obdobně a to pětkrát denně Nutrisonem (300 ml) a čajem (200 ml), sondu proplachujeme jako prevence ucpání, ale opět záleží na aktuálním stavu pacienta.“

„Když mluvím o výživě, tak nemohu zapomenout na hydrataci. U pacientů, kteří mají zavedenou NGS, či PEG, je to snadné a u pacientů, kteří přijímají tekutiny ústy, tak je často obcházíme a nabízíme jim aktivně tekutiny, jelikož s přibývajícím věkem se pocit žízně snižuje. Parenterálním příjmem tekutin se využívá málokdy,“ pokrčí rameny.

„Ovšem péče o dýchací cesty je také velice důležitá,“ říká sestra. „Někdy mají pacienti zajištěny dýchací cesty tracheostomií. O tracheostomickou kanylu pečujeme dle zvyku oddělení. Udržujeme ji čistou a průchodnou. Mění se buď podle potřeby, nebo v pravidelných termínech každý týden. V případě potřeby lékař předepíše podávání kyslíku, a to prostřednictvím kyslíkové masky, či brýlí,“ popisuje sestra a pokračuje další oblastí ošetrovatelské péče, „další věc, kterou musíme sledovat je vyprazdňování. Hlídáme močení i stolici. Pravidelně stolici zaznamenáváme. Často mají pacienti obtíže. Pro usnadnění používáme Lactulosu, či Regulax,“ vysvětluje. „U pacientů, kteří mají inkontinenci moče, využíváme nejčastěji pleny, plenkové kalhotky, či podložky.“

„U imobilních pacientů se někdy nevyhneme tomu, že se objeví dekubity. Jestliže se vyskytnou, tak je převazujeme pravidelně, při větším prosakování častěji. Obvazový materiál používáme dle odpovídajícího stupně dekubitů. Pacienty polohujeme každé dvě hodiny přes den a v noci každé čtyři hodiny nebo i častěji. Jak jsem se již zmínila,

tak se u pacientů provádí též rehabilitace. O té rozhoduje primář oddělení. Volá se lékař z rehabilitačního oddělení, ten přijde, pacienta prohlédne a určí, jaká bude u pacienta prováděna rehabilitace,“ vysvětluje sestra.

„Určitě je také nutné myslet na bolest. Tu hodnotíme hned při příjmu. Zakládáme formulář a ptáme se pacienta, kde cítí bolest, jaká ta bolest je, jestli někam vystřeluje, charakter bolesti atd. To vše se hlásí lékaři a ten nasadí odpovídající medikaci. Lékař nejčastěji ordinuje pacientům Morphin,“ dodává sestra a dále pokračuje, „náplastové opiáty si myslím, že se zde užívají méně, než je možná potřeba.“ Při dotazu zdali si sestra myslí, že je dostatečně tlumená bolest, ihned odpovídá: „Je pravda, že když vidíme na pacientovi, že stále pocíťuje bolest, že si stěžuje, že ho to bolí, tak se začíná s aplikací analgetik například večer, když si i nadále pacient stěžuje, tak se to hlásí lékaři a on připsí aplikaci analgetik i na ráno. To byl příklad. U každého pacienta je to naprosto individuální. Prostě když si pacient o léky na bolest řekne sám, tak se samozřejmě snažíme bolest v dostatečné míře a včas tlumit, a třeba i navýšit dávky. Říkám pacientům, ať si o lék na bolest řeknou včas, ale někdo to hned neřekne a pak lze obtížněji tlumit. Nevím, možná se bojí říct. Když si pacient říct nemůže, tak z neverbálních projevů to sestra pozná a opět nahlásí lékaři. Bolest si myslím, že má příčinu jak fyzickou, tak i psychickou, ale myslím si, že je horší bolest fyzická,“ říká sestra. „Alternativních metod samozřejmě využíváme, jelikož si myslím, že pacientům určitě prospívají a líbí se jim.“

Na dotaz, co si sestra myslí o komunikaci s pacientem v terminálním stádiu a jestli je rozdílná než s pacientem, který je na jejich oddělení třeba na doléčení, odpovídá: „Komunikace, si myslím, že je rozdílná, protože musíme být opatrnější, ale strach z komunikace s pacienty nepocíťuji a ani odpovídat na otázky u pacientů se nebojím. S pacienty využívám spíše nonverbální komunikaci, poněvadž si myslím, že „jen“ držení za ruku a pohlazení pacienta má své kouzlo.“

„Také si myslím, že je vhodné zajistit v určité míře pacientům v terminálním stádiu psychosociální potřeby. Snažíme se, aby pacient netrpěl bolestmi, měl pocit bezpečí. Pokoje jsou dvoulůžkové, takže soukromí zajistit lze. Snažíme se umožňovat empatické rozhovory, ale bohužel někdy není tolik času, ne, že by člověk nechtěl být v přítomnosti

pacienta, spíše opravdu není čas. Rádio, či televizi rádi pustíme. Sociální pracovníce či psycholog jsou k dispozici pacientům. Návštěvy jsou umožněné, po domluvě s lékařem kdykoliv, ale není tu speciální místnost pro setkání. Mohou být společně na pokoji, chodbě či navštívit venkovní park. Spolupráce s rodinou je důležitá, protože nám řeknou potřeby svého blízkého, co má a nemá rád. Snažíme se s rodinou komunikovat často a strach z toho nepociťuji. Sdělovat můžeme pouze ošetrovatelskou stránku o pacienta, jinak odkazujeme na lékaře.“

„A co spirituální potřeby?“ Sestra se zamyslí: „Myslím si, že spirituální potřebu mají právě i ti, kdo nejsou věřící. Začnou mít potřebu zajišťovat tuto spirituální stránku. Ale to je opravdu jen můj názor. Domnívám se, že to může pacientovi prospět v případě, kdy mu již nestačí kontakt s rodinou a má potřebu mluvit i s někým jiným, pro něj cizím,“ vysvětluje sestra.

Na otázku, jakým způsobem v případě úmrtí pacienta probíhá oznámení této zprávy osobám blízkým, sestra hovoří: „Již při zhoršení zdravotního stavu pacienta voláme rodině, máme v dokumentaci u daných pacientů napsáno, že si rodina přeje být informována v případě zhoršení stavu. V případě přání na obou stranách být společně na konci dlouhé cesty se soukromí zajišťuje za pomoci plenty. Když pacient zemře, tak je další pacient odvezen na jiný pokoj a na pokoji zůstává zemřelý s rodinou. Rodina může být u zemřelého člena rodiny, jak si jen dlouho přeje. Vždy zemřelého umyjeme, s tělem zemřelého zacházíme s úctou, otevřené okno, šetrné zacházení, to je samozřejmostí. Pozůstalost se předává na sesterně, někdy mám opravdu na krajíčku, ale snažím se zachovat profesionálně.“

4.1.3 Sestra 3 z oddělení následné péče

Sestra 3 pracuje na oddělení následné péče 25 let.

Při dotazu na základní ošetrovatelskou péči a běžný denní režim sestra říká: „Ráno kolem půl sedmé se provádí ranní hygiena a převlékání postelí. Před podáváním snídaní aplikujeme inzuliny a léky. Následuje snídaně. Lékař s vrchní sestrou provedou vizitu. V dopoledních hodinách se ještě myjí pacienti dle rozpisů, nebo dle potřeby. Ve dvanáct hodin je oběd, kdy pomáháme pacientům s jídlem. Je čas na odpočinek a na přijímání

návštěv, které sice probíhají od dvou hodin, ale u pacientů v terminálním stádiu jsou povoleny kdykoliv. Večeře je podávána kolem páté hodiny. Od osmi do deseti hodin ukládáme pacienty ke spánku.“

A nyní se sestra vrací k jednotlivým činnostem podrobněji. „Ranní i večerní hygiena je důkladná. Pacienta musíme umýt, vyčistit dutinu ústní, promazat záda a predilekční místa. Mytí provádíme buď na lůžku, nebo v pojízdné vaně. Ležící pacienty převlékáme do čistých andílků a chodícím pacientům oblékáme pyžama. Jednou za týden uděláme celkovou koupel, při které se myje hlava, stříhají se nehty, čistí se uši a promazává se celé tělo.“

Další oblastí ošetrovatelské péče je příjem potravy. „Každému pacientovi určuje dietu lékař. Ne každý dokáže přijímat stravu v neupravené formě. Zde nám napomáhá dietní sestra. Když má pacient PEG, či NGS, tak se většinou podává Nutrison (300 ml) s čajem (200 ml).“

Dostáváme se do další oblasti péče, která se zabývá průchodností dýchacích cest. „Při zahlenění dýchacích cest odsáváme spíše povrchově, v případě hlubšího odsátí posíláme pacienty na plicní oddělení. Častěji otíráme rty borylycerinovými mastičkami a vytíráme dutinu ústní jako prevence vysušování rtů a úst.“

Neméně důležitý je pitný režim. „Snažíme se, aby pacienti vypili alespoň litr a půl tekutin denně. Při zhoršeném polykání pijí hadičkou. Když ne, mají zavedenou NGS, či PEG, parenterální podání tekutin je u nás výjimečné.“

Nezbytné je u pacientů pravidelné vyprazdňování jak moče, tak stolice. „Inkontinentním pacientům měníme plenkové kalhotky třikrát denně. U každého pacienta je vyprazdňování individuální. Jako prevence zácpy při léčbě opiáty nejčastěji používáme Lactulosu, či Gotalax pro snazší vyprázdnění. Pacienti se mohou vyprazdňovat buď na gramofonu, či na WC, které je na chodbě.“

„U imobilních pacientů se občas nevyhneme výskytu dekubitů. Péče o ně záleží na stupni daného dekubitu. U prvního stupně, kdy se objeví začervnění kůže, tak promazáváme hlavně Senicare pastou, nebo Menalindovou pastou. U hodně suché kůže z plenkových kalhotek se nám osvědčil Imazol, krém s triamcinolomem, který se smíchá a krásně zahojí. Na hlubší dekubity či nekrózu používáme Flamigel nebo

Mepilex s AG.“ Každý den se převazují. Pacienty polohujeme po dvou hodinách, ale někdy i víckrát. V noci se polohuje po třech až čtyřech hodinách. Používáme antidekubitární pomůcky, ale i jiné pomůcky, jako jsou klíny, botičky pro větší komfort v lůžku.“

„Určitě je také důležité pomýšlet na rehabilitaci. Denně dochází dvě rehabilitační sestry a provádí předepsaná cvičení. Nezbytnou součástí péče o pacienty je měření tělesné teploty a krevního tlaku, samozřejmě dle ordinace lékaře.“

„Další intervencí lékaře je dostatečné tlumení bolesti. Na hodnocení bolesti používáme formulář „Hodnocení bolesti,“ který zakládáme již při příjmu pacienta a informujeme ho o včasném nahlášení případné bolesti. Opiátovou a analgetickou léčbu ordinuje lékař. Myslím si, že je bolest tlumená dostatečně, ale mohla by být ještě více. Alternativní způsoby tlumení bolesti aplikujeme.“

Na otázku jaký je rozdíl v komunikaci s pacientem v terminálním stádiu a s pacientem na doléčení sestra odpovídá: „V komunikaci s pacientem v terminálním stádiu a pacientem na doléčení neshledávám výrazný rozdíl, nevyhýbám se jí, ale u pacientů v terminálním stádiu využívám častěji doteky. Komunikace se odvíjí od samotného pacienta. Ne každý je stejný, s některými se i zasmějeme. Je to velice individuální.“

„Zajišťujete také psychosociální potřeby?“ „Tyto potřeby se také snažíme zajišťovat. Pacienty umísťujeme na dvoulůžkové pokoje a tím je bohužel soukromí narušeno. Důležitá je spolupráce s rodinou, informuje nás o pacientovi, co potřebuje, co má rád a na co je zvyklý. Rodina může přinést věci blízké pacientovi, květiny, fotky, pro zpříjemnění pobytu. Pacient by si zasloužil více našeho času, avšak nedostatek personálu toto neumožňuje. Rodina má možnost navštívit pacienta kdykoliv, být s ním na pokoji, na chodbě, či v parku.“

„Myslím si, že spirituální potřebu mají jak věřící, tak nevěřící a potřebují ji uspokojit. V posledních fázích života jde do popředí. Zavolat kněze není problém,“ konstatuje sestra.

„U každého pacienta máme v dokumentaci poznamenáno, zdali chce být jeho rodina informována při vážném zhoršení stavu. Zprávu oznamujeme telefonicky. Tělo

zemřelého umyjeme, opatrně s ním zacházíme a také otevíráme okno. Je zabalené v čistém prostěradle, kdy zůstává na lůžku. Po omytí sepisujeme pozůstalost, kterou poté předáváme na sesterně pozůstalým. Speciální místnost na rozloučení nemáme, ale na pokoji mají dostatečné soukromí a čas na rozloučení,“ dodává sestra.

4.1.4 Sestra 4 z hospice

Sestra pracuje v hospici osmým rokem, již od samotného počátku.

Při dotazu na základní ošetrovatelskou péči a běžný denní režim sestra odpovídá: „Režim je u nás přizpůsobován každému pacientovi individuálně. U základní ošetrovatelské péče bych ráda začala hygienou. Opět je to individuální. Když se pacient necítí na mytí ve sprše, nenutíme ho, ale hygienu provedeme alespoň na lůžku. Když je pacient ještě schopen mluvit a má chuť se umýt i večer, tak je mu vyhověno. Řídíme se především jeho přáním,“ odpovídá sestra.

Další důležitou oblastí je stravování pacientů. „Pacienti, kteří mají normální stravu, si u nás mohou vybírat jak snídaně, tak oběd. Když má pacient zaveden NGS, tak krmíme po třech hodinách a podáváme 2 dcl Nutrisonu a dvě stříkačky čaje. U schopných pacientů, kteří mají zavedený PEG a cítí, že mají plný žaludek, tak kývnou a my krmení ukončíme,“ říká sestra.

Po vybidnutí sestra začne hovořit o vyprazdňování. „Sledujeme odchod moče i stolice. Cévkují se pacienti pouze, když mají překážku v močových cestách, či je to nutné. Pouze kvůli inkontinenci moči se cévka nezavádí, dáváme plínky, či podložky. U pacientů, kteří užívají opiáty, nasazujeme Lactulosu či Gotalax pro snazší vyprázdnění stolice. Pacienti soběstační či pouze s dohledem používají gramofon, či WC, které je na každém pokoji.“

Další oblast, o které chce sestra hovořit, je péče o dýchací cesty: „Při zhoršené průchodnosti dýchacích cest se vytírá často dutina ústní vlhčenými polštářky.“ „Co se týká mobilizace pacientů, není u nás zabezpečována rehabilitačními pracovníky, ale pacientům pomáháme polohováním, promazáváním těla i kontraktur. Kontraktury promazáváme a poté je masáží uvolňujeme.“

Zeptám-li se sestry na péči o dekubity, říká: „Na proleženiny užíváme Betadinu, poněvadž s ní máme dobré zkušenosti, při nektrózách používáme Nugel či Flaminál gel. Máme zde i laser, který hojně využíváme spíše na první stupně dekubitů. Měření krevního tlaku a teploty je u nás samozřejmostí.“

„Jak je to u vás s tišením bolesti?“ ptám se dále. „Opět je to individuální. Většina pacientů si o léky na bolest říká, že začátku s určitým ostychem, ale uleví si především oni sami. Pacientům stále připomínám, že je snazší bolest tlumit hned z počátku. Na hodnocení bolesti nevyužívám škálu bolestí, ale preferuji otázky typu, je-li bolest snesitelná, či nesnesitelná, tupá, či ostrá apod. Pacienti u nás mají naordinované tzv. „SOS“ dávky, tzn. buď Sevredol, Morphin, nebo neopiátové léky, např. Dolmin, a my se nemusíme ptát lékaře, dáváme ale pozor na předávkování. S tímto jsem se bohužel nesetkala při práci v nemocnici, kdy o veškeré medikaci musí být lékař obeznámen. Příklad: „Dostal jste Morphin, tak teď šest hodin musíte vydržet.“ U nás si mohou kdykoliv říct a je jim vyhověno. Dále využíváme i alternativní metody tlumení bolesti, především prvky bazální stimulace. V případě velké bolesti se vyplní s pacientem speciální formulář, kde se bolest po hodině, či dvou zaznamenává, aby lékaři mohli medikaci kvalitně korigovat.“

„Je rozdíl v komunikaci mezi pacienty v terminálním stádiu a s pacienty na sociálních lůžkách?“ „Určitě ano, nejhorší komunikace je s pacienty, kteří nejsou informováni o jejich skutečném zdravotním stavu, přichází k nám s myšlenkou na zlepšení jejich zdravotního stavu. Zde sehraává svoji úlohu pan primář, který postupně pacienta seznámí s jeho vážným zdravotním stavem, i když s touto skutečností měl pacienta již obeznámit jeho obvodní lékař. Tyto záležitosti nemusíme řešit s pacienty na sociálních lůžkách. Po objasnění těchto skutečností nevidím v komunikaci mezi pacienty rozdílů. Nonverbální komunikaci využíváme, ale někteří o ni nestojí.“

„Co se týká psycho-sociálních potřeb, zajišťujete je?“ „Snažíme se, chceme, aby měli pocit bezpečí a soukromí. Pokoj obývá každý sám, rodina jej může v soukromí navštěvovat i přespávat. Máme zde i pokoje dvoulůžkové, které též využíváme. Pokoje si pacienti zdobí sami, jsou to věci, které jim připomínají rodinu, fotky, knihy, květiny, svíčky, sošky a svaté obrázky. Televize je součástí každého pokoje. Sociální pracovnice

i psycholog zde působí. Jsme rádi, když je i rodina zapojena do péče o nemocného, hlavně u pacientů nekomunikujících.“

„A co spirituální potřeby, ty také zajišťujete?“ „Je to individuální. Každé pondělí se koná mše, kam chodí pacienti, řádové sestřičky, které jsou zde stále přítomny. Je možné si říci i o službu kněze, který je v budově též přítomen a rád poslouží.“

„Jaký postup používáte při zhoršení zdravotního stavu pacienta, či následné smrti?“ „Již při příjmu se sociální pracovnice ptá rodiny, jak chce být informována o stavu blízkého (při zhoršení stavu, v noci). U nás může oznámit úmrtí pacienta i sestra. Po informování rodiny o smrti blízkého je tělo umyté, převlečené do připravených věcí, naaranžované, fotky, obrázky. Nezbytné je otevření okna a zapálení svíčky. Když rodina přichází týž den, zemřelý se nechává na pokoji, kde se s ním rodina rozloučí. V případě, že rodina přichází o den později, loučí se rodina se zemřelým v rozlučkové místnosti. Necháváme na rozhodnutí pozůstalým, zdali se chtějí se zemřelým rozloučit, či nikoliv.“

4.1.5 Sestra 5 z hospice

Sestra pracuje v hospici také osmým rokem, od začátku jeho působení.

Při dotazu na běžný denní režim a základní ošetrovatelskou péči, začíná sestra denním režimem. „Je naprosto individuální, řídíme se přáním a stavem pacientů. Pomalu podáváme snídani a poté přecházíme na hygienu. Někdo se chce umýt až po obědě, který je kolem poledne. Dostanou jimi vybrané jídlo. Po obědě klid, který pacienti vítají. Večeře se podává kolem páté hodiny. Ke spánku ukládáme dle přání pacientů, nejčastěji kolem osmé.“

Poté se sestra vrací k poskytování základní ošetrovatelské péče a hovoří o hygieně: „Hygiena se zásadně odvíjí od přání pacientů. Jednou za týden musí být u pacienta provedena celková koupel. Koupel se provádí ve velké vaně, kde pacienta myjeme, hovoříme s ním, pacient relaxuje, odpočívá. Tato procedura se protáhne na celé dopoledne.“

Po vybídnutí sestra začne hovořit o příjmu potravy: „Příjem potravy sledujeme. Ráno si pacienti mohou vybrat sýr, med, marmeládu, šunku, oběd si též vybírají. V případě porušeného polykání se objednává mleté jídlo, dle aktuálního stavu pacienta.“

Když hovořím o příjmu potravy, nemohu opomenout hydrataci. „Příjem tekutin sledujeme. Když pacient přijímá tekutiny per os, má u sebe láhev vody, nebo co rád pije. Pacientům, kteří přijímají tekutiny hůře, dáváme aktivně napít a poté měříme příjem a výdej. Pacientům, kteří nepřijímají tekutiny vůbec, často vytíráme dutinu ústní štětičkami s příchutěmi jejich oblíbených tekutin, nejčastěji je to pivo a káva. Probíhá zvlhčování dutiny ústní za pomoci houbiček v rámci bazální stimulace a podáváme tekutiny subkutánně.“

„Co se týká porušeného dýchání, zajistíme pacientovi zvýšenou polohu a podáváme kyslík prostřednictvím brýlí. Masky pacienti odmítají, pro pocit podobný dušení,“ říká sestra.

„Další důležitou oblastí je péče o vyprazdňování. Musíme hlídat odchod moče i stolice. Inkontinentním pacientům kontrolujeme a vyměňujeme plínky ráno, po obědě i večer. K šetrnějšímu vyprázdnění stolice používáme Lactulosu či senesový čaj, ale někdy je nutné provést klyzma.“

Při dotazu sestry na polohování a mobilizaci pacientů sestra odpovídá: „Polohování probíhá v rámci bazální stimulace, využíváme její prvky, a to iniciální dotek a stálý kontakt při manipulaci s pacientem. Rehabilitační pracovnice zde nemáme. Ležící pacienty polohujeme po dvou, v noci po čtyřech hodinách, používáme antidekubitární matrace. Místa začervenání natíráme mastí a zmírníme tlak na zatíženou část těla jako prevence dekubitů. Na dekubity povrchové užíváme leaser. Na hlubší používáme obvazový materiál.“

Po vybídnutí sestra začne hovořit o velice důležité oblasti, a to o tlumení bolesti. „Zajištění bolesti je u nás na prvním místě. Bolest hodnotíme ihned při příjmu, poněvadž k nám někdy pacienti přijíždí s velkými obtížemi. Bolest nekomunikujícího pacienta vyzorujeme. Dle ordinace podáváme léky. Myslím si, že tlumení bolesti je u nás zvládnuté dobře, lékaři umí léky kvalitně kombinovat a opravdu se snaží, aby bolest

nebyla. Příčinou bolesti si myslím, že je samotné onemocnění. Alternativní metody využíváme, a to prvky již zmíněné bazální stimulace a zklidňující koupele.“

„Co komunikace, myslíte si, že je rozdílná s pacientem v terminálním stádiu a pacientem, který je zde pouze na respitním pobytu?“ „Rozdílná si myslím, že není, snažíme se komunikovat stejně, oslovujeme Pane/í, jak jste se dneska vyspal/a, využíváme prvky bazální stimulace. Komunikace spočívá spíše v tom, že chytíme pacienta za ruku, aby věděl, že u něho někdo je. Snažíme se být u pacienta co nejvíce, poněvadž my jej doprovázíme. Rozhodně strach z komunikace nemám.“

„A jak je to s psycho-sociální potřebou?“ „Můj názor je, že u nás je zajištěna maximálně, soukromí se snažíme zajistit v té nejvyšší míře. Nasloucháme pacientům, mají různé stesky, potřeby a my se je snažíme vyslechnout. Přítomny jsou řádové sestry, které si s pacientem popovídají nebo přečtou knížku. Ale i to mlčení je opravdu někdy umění. Jen držet za ruku, mlčet a být přítomen. Spolupráce s rodinou je důležitá, řekne nám hodně o pacientovi, ale hlavně je důležitá pro pacienta samotného. S rodinou se komunikovat nebojím, ale někdy mě to vyčerpává více než samotná práce s umírajícími.“

„Co spirituální potřeby, ty také zajišťujete?“ „Zase je to individuální. Při příjmu se pacientů ptáme, jestli jsou věřící a vyžadují spirituální péči. Kdo si ji přeje, je mu vyhověno. Farář i řádové sestrou jsou přítomny neustále. Mše probíhá každé pondělí v kapli a pacienty, kteří se jí přejí účastnit, vozíme třeba i na postelích.“

„V nejoslední řadě bych chtěla zmínit, jak probíhá oznámení rodině o zhoršení stavu, či již úmrtí. Při zhoršení stavu se rodina volá, přes den vždy a v noci na jejich přání. Rodina většinou přijíždí z jakýchkoliv dálek, přejí si být přítomni. Jsou u pacienta na pokoji, kde mají soukromí. Když pacient zemře a rodina je přítomna, loučení probíhá na pokoji. Když zde rodina není, zemřelého umyjeme, oblékneme a vezeme ho po dvou hodinách do chladicí místnosti. Druhý den, kdy přijede rodina, je vyvezen do rozlučkové místnosti. Pozůstalí mohou být přítomni, jak dlouho chtějí. Ještě před úmrtím musíme vystihnout chvíli, kdy si říct o šaty, ve kterých by si přáli, aby byl jejich blízký pohřben, to je také velice citlivé. Věci máme buď uschované, nebo je rodina přiveze těsně před úmrtím. Zapálíme svíčku, dáme obrázky, fotky dětí do rukou

a otevřeme okno. Chceme, aby bylo vše důstojné pro všechny. Předávání věcí probíhá na sesterně a je to smutné, ale někdy si pak hezky popovídáme, rodina začne rozprávět o takových maličkostech a poté se uklidní, zasmějí a vzpomínají na svého blízkého. Pro pozůstalé pořádáme sešlosti, jako je „Setkání pozůstalých.“ Všem se rozesílá pozvánka. V den setkání probíhá mše a posezení. Je to hezké. Na Vánoce a Velikonoce opět nezapomínáme a posíláme přání.“

4.1.6 *Sestra 6 z hospice*

Sestra v hospici také pracuje od počátku působení, tedy osmým rokem

Při dotazu na běžný denní režim sestra popisuje: „Začínáme tím, že pacienty necháváme spát co nejdéle, nenásilným způsobem je budíme až při podávání snídaní, kolem půl osmé. Rozdají se ranní léky a začínáme s ranní hygienou. Domlouváme s pacienty způsob umytí; sprchu, či mytí v lůžku. V průběhu dopoledne přijde paní doktorka na vizitu. Kolem poledne se připravují obědy, poté většina pacientů odpočívá. Odpoledne uvaříme některým kávu. Kolem páté je večeře a příprava na ukládání pacientů. Noční směna ukládá pacienty kolem osmé hodiny.“

Po popisu denního režimu se sestra zabývá jednotlivými oblastmi základní ošetrovatelské péče. „Co se týká hygieny, zapisuje se mytí ve vaně tak, aby alespoň jedenkrát za týden byl pacient vykoupán.“

Další oblast, které se musíme věnovat, je příjem potravy. „Pacienti si mohou vybrat složení snídaně i oběda. Konzistenci stravy určujeme my. Kdo má zavedenou NGS a má naordinovaný Nutrison, toho krmíme po třech hodinách.“

„A co hydratace, jak ji zajišťujete?“ „Hydrataci hlídáme, pacienty k pití pobízíme, ale nenutíme. Pacientům s nízkým příjmem tekutin pícháme injekce s.c., protože jsou komfortnější a bezpečnější. U špatně polykajících pacientů často vytíráme dutinu ústní houbičkami.“

„Důležitá je také péče o dýchací cesty. Velice často vytíráme a zvlhčujeme dutinu ústní, případně podáváme kyslík.“

Po krátké odmlce se sestra v rozhovoru zabývá vyprazdňováním pacientů. „Hlídá se a zapisuje především u pacientů, kteří mají opiátovou léčbu. Jako prevence zácpy

podáváme Lactulosu, případně Gotalax, či klyzma. Močení též sledujeme, inkontinentním měníme plenky třikrát až čtyřikrát denně.“

Co se týká prevence dekubitů, pacienty polohujeme po dvou až čtyřech hodinách. Používáme antidekubitární matrace, kroužky, botičky, klíny a jiné.“

Při dotazu, jaká péče je věnována případně již vzniklým dekubitům, sestra odpovídá: „Na povrchové dekubity užíváme laser, Octenisept roztok s Betadinovou masťou pro dezinfekci. U hlubších dekubitů s nekrózou používáme Nugel s folií.“

Jednou z nejdůležitějších oblastí je i tlumení bolesti. „Na hodnocení bolesti používáme škálu. Nejčastěji u nás mají pacienti naordinovány náplasti, v případě silné bolesti se připichují další opiáty, či se nasazují dávkovače.“

„A co komunikace, obáváte se jí?“ „Někdy strach z komunikace mám, poněvadž musíte vážít každého slova, co řeknete, a nemůžete vyloženě lhát. Někdy se pacienti ptají, jak probíhá samotné umírání, a to jim tu hezky vysvětlí lékaři. Mimoslovní komunikace je důležitá, je málo pacientů, co ji odmítá.“

„A co psycho-sociální potřeba, uspokojujete ji?“ „Tuto potřebu si myslím, že se snažíme uspokojit co možná nejvíce. Každé úterý u nás zpívají děvčata z místní školy, za klienty též přicházejí dobrovolnice. Soukromí pacientů je dostačující. Přejí-li si být nerušení, vyvěsí cedulku „Nerušit,“ ponecháme soukromí. U lůžka pacientů se střídáme s rodinou, vítáme, jsou-li zapojeni do péče.“

„Co se týká potřeb spirituálních, myslím, že jdou ke konci života do popředí. Až postupem času pacienti chtějí kontakt s knězem či pastoračními asistentkami. Pastorační asistentky si dělají zápisky o každé návštěvě. V kapli probíhá každé pondělí mše, kam mají možnost pacienti docházet. Neustálá přítomnost řádových sester je velkým přínosem pro pacienty.“

Na otázku, jakým způsobem, v případě úmrtí pacienta, probíhá oznámení této skutečnosti osobám blízkým, sestra říká: „Úmrtí oznamujeme telefonicky. Je možnost se rozloučit na pokoji, nebo poté v rozlučkové místnosti, kam většinou přijíždí zbytek rodiny. Někteří přivezou i hudbu, kterou měl zemřelý rád. Pozůstalost se předává na sesterně. Pozůstalí jsou vděční a děkují za důstojný odchod jejich blízkého,“ ukončuje sestra rozhovor.

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami a pacienty

4.2.1 Kategorie poskytování základní ošetrovatelské péče pacientům v terminálním stádiu

4.2.2 Podkategorie běžného denního režimu na ONP a v hospici

V odpovědích sester na běžný denní režim byl zaznamenán výrazný rozdíl v čase buzení pacientů, provádění hygieny a podávání snídaní. Sestra 1 (ONP), 4 a 5 (hospic) se shodují v tom, že běžný denní režim je přizpůsobován každému individuálně a podle jejich přání. Sestra 6 (hospic) na dotaz běžného denního režimu odpověděla: *„Začínáme tím, že pacienty necháváme spát co nejdéle, nenásilným způsobem je budíme až při podávání snídaní.“* Na ONP se začíná dříve: *„Ráno kolem půl sedmé se provádí ranní hygiena a převlékání postelí,“* tvrdí sestra 2 a 3 (ONP). Pacient 1 (ONP) by přivítal možnost spát déle.

4.2.3 Podkategorie poskytování hygienické péče

Sestry 1, 2 a 3 (ONP) mají podobné názory na hygienu, která se provádí ráno i večer. Sestry 2 a 3 (ONP) dále zdůrazňují nutnost péče o dutinu ústní v rámci hygieny. Sestry 4 a 5 (hospic) se shodují, že přistupují k pacientům individuálně podle jejich přání. Sestra 6 (hospic) se k hygieně vyjadřuje takto: *„Domlouváme s pacienty způsob umytí například ve sprše, či v lůžku.“* Sestry (ONP, hospic) se shodují, že pacienti mají alespoň jednou týdně velké koupání ve vaně. Sestra 5 (hospic) dodává: *„Koupele se provádí ve velké vaně, kde pacient relaxuje, odpočívá. Tato procedura se protáhne na celé dopoledne.“*

4.2.4 Podkategorie příjmu potravy a tekutin

Sestry (hospic) se shodují, že snídaně si pacienti mohou vybírat, což také oni potvrzují. Pacientka 5 (hospic) uvádí: *„Snídaně si mohu vybírat dle chuti.“* Snídaně na ONP dováží již podle diety připravené v kuchyni. Možnost výběru oběda je jak

v hospici, tak na ONP. To potvrzuje pacientka 1 (ONP), která uvádí: „*Je dobré, že si alespoň obědy mohou vybírat.*“

K oblasti příjmu potravy není možné opomenout příjem tekutin. Sestry (ONP, hospic) sdělují nutnost sledování denního příjmu tekutin. Sestra 2 (ONP) dodává: „*Pacienty, kteří přijímají tekutiny ústy, často obcházíme a nabízíme aktivně tekutiny. Parenterálním příjem tekutin se využívá málokdy.*“ Pacient 1 (ONP) zmiňuje aktivní nabízení tekutin sestrami. Sestra 5 (hospic) navíc dodává: „*U pacientů, kteří nepřijímají tekutiny vůbec, podáváme tekutiny subkutánně.*“ (Skála, 2005).

4.2.5 Podkategorie péče o vyprazdňování

Sestry (ONP, hospic) dbají na sledování vyprazdňování moče i stolice. Pacientům, kteří jsou inkontinentní, dávají plenky, či podložky. Kontrola a výměna probíhá třikrát denně. U pacientů s nasazenými opiáty podávají Lactulosu pro snazší vyprázdnění stolice. Sestra 3 (ONP) dodává: „*Pacienti se mohou vyprazdňovat buď na gramofonu, či na WC, které je na chodbě.*“ Sestra 4 (hospic) tvrdí: „*Pacienti soběstační či pouze s dohledem používají gramofon, či WC, které je na každém pokoji.*“

4.2.6 Podkategorie péče o dýchací cesty

Sestra 3 (ONP) říká: „*Při zahlenění dýchacích cest odsáváme spíše povrchově, v případě hlubšího odsátí posíláme pacienty na plicní oddělení. Častěji otíráme rty borglycerinovými mastičkami a vytíráme dutinu ústní jako prevence vysušování rtů a úst.*“ S druhou větou se shoduje zbytek sester (ONP, hospic). Dále sestra 2 (ONP) dodává: „*Někdy mají pacienti zajištěny dýchací cesty tracheostomií. O tracheostomickou kanylu pečujeme dle zvyku oddělení. V případě potřeby se podává kyslík prostřednictvím brýlí, či masky.*“ Sestra 5 (hospic) tvrdí, že pro pocit dušení masku pacienti odmítají a preferují podání kyslíku brýlemi.

4.2.7 Podkategorie polohování, rehabilitace a péče o dekubity

Sestry 1, 2, 3 (ONP) a 5 a 6 (hospic) hovoří o pravidelném polohování přes den po dvou a v noci po čtyřech hodinách. Sestry 2 a 3 (ONP) se zmiňují o provádění

rehabilitace, ovšem u pacientů, kteří se na to cítí. Sestra 5 (hospic) tvrdí, že rehabilitace v hospici neprobíhá, ovšem při dotazu na ni se odkázala na bazální stimulaci. Sestra 3 (ONP) pečuje o dekubity takto: *„U prvního stupně, kdy se objeví začervenání kůže, promazáváme hlavně Senicare pastou, a nebo Menalindovou pastou. Na hlubší dekubity či nekrózu používáme Flamigel nebo Mepilex s AG.“* Všechny sestry pracující v hospici se zmiňují o laseru, který se osvědčil především u prvního stupně dekubitů. Sestra 6 (hospic) navíc dodává používání Octenisept roztoku a Betadiny na povrchové dekubity. Sestry 4 a 5 (hospic) uvádějí použití Nugelu, Flaminal Gelu a fólie na hlubší dekubity, či nekrózy.

4.2.8 Podkategorie tlumení bolesti

Sestry 1, 2 a 3 (ONP) a 6 (hospic) hodnotí bolest za pomoci formuláře „Hodnocení bolesti.“ Sestra 4 (hospic) nevyužívá škálu k hodnocení bolesti, spíše preferuje otázky typu, je-li bolest snesitelná, či nesnesitelná. Sestra 5 (hospic) hodnotí bolest ihned při příjmu. Sestra 2 (ONP) uvádí: *„Lékař nejčastěji ordinuje Morphin. Náplastové opiáty, si myslím, že se zde užívají méně, než je možná potřeba.“* Sestra 3 (ONP) sděluje: *„Myslím si, že je bolest tlumená dostatečně, ale mohla by být ještě více.“* Oproti tomu sestry 4, 5 a 6 (hospic) naznačují kvalitní zajištění bolesti za pomoci náplastí, opiátů, či dávkovačů. V případě silné bolesti se vyplňuje speciální formulář, kde se bolest po hodině, či dvou zaznamenává, aby lékaři mohli medikaci kvalitně korigovat. Sestra 4 (hospic) zmiňuje tzv. „SOS dávky,“ kdy se sestry nemusí ptát lékaře na každé podání léku. Sestry (ONP, hospic) využívají alternativní metody tlumení bolesti. Sestra 5 (hospic) dodává využití zklidňujících koupelí. Pacienti v obou zařízeních si na bolesti i přes aplikované náplasti, které na ně občas nestačí, stěžují. Naopak si pochvalují masáže a snahu sester i lékařů bolest zmírnit dalšími prostředky. Z odpovědí pacientů je znatelný rozdíl v častějším využití opiátových náplastí v hospici, kdy je měli všichni tázaní pacienti.

4.2.9 Kategorie komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu

Sestry (ONP, hospic) se shodují v preferování nonverbální komunikace. Sestra 2 (ONP) uvádí: „*S pacienty využívám spíše nonverbální komunikaci, poněvadž si myslím, že „jen“ držení za ruku a pohlazení pacienta má své kouzlo.*“ Sestra 3 (ONP) 4 a 5 (hospic) neshledávají rozdílů v komunikaci s pacienty v terminálním stádiu a s pacienty na doléčení v případě ONP, na sociálních lůžkách v případě hospice. Sestry 1 a 2 (ONP) rozdíl shledávají v tom, že při komunikaci musí být opatrnější a vážit každého slova. Sestra 6 (hospic) jako jediná pocítuje strach z komunikace. Sestra 1 (ONP) říká: „*Sezení u lůžka a hovoření s pacientem je prozatím u nás takové méně dostupné pro malý počet personálu.*“ Sestra 5 (hospic) sděluje: „*Snažíme se být u pacienta co nejvíce, poněvadž my jej doprovázíme.*“ Všichni pacienti se shodují na tom, že sestry spíše čas nemají. Pacientka 4 (hospic) se cítí osamocená, na druhou stranu však zmiňuje aktivity zpříjemňující odpoledne.

4.2.10 Kategorie zajišťování psychosociálních potřeb

Sestry pracující na ONP se shodují ve snaze zajišťovat pacientům pocit bezpečí, sociální kontakt a soukromí. Pacient 2 (ONP) hovoří o soukromí jako o nedostatečném. Naopak sestry z hospice se zmiňují o těchto potřebách jako maximálně zajištěných.

Sestry (ONP, hospic) uvádí možnost návštěv, které jsou 24 hodin denně. Navíc sestry z hospice zmiňují přespání blízkého člena rodiny. To si pochvaluje pacientka 6 (hospic). Sestry 2 a 3 (ONP) uvádí, že by si pacienti zasloužili více jejich času, bohužel nedostatek personálu toto neumožňuje. Naopak sestry 5 a 6 (hospic) zmiňují střídání se u lůžka nemocného s rodinou, návštěvy studentek a dobrovolníků. Tyto příležitosti si dále pochvaluje pacientka 4 (hospic). Pacientům na ONP může vyplnit dlouhé odpoledne pouze příchod návštěvy, jak zmiňuje pacient 1 (ONP). Sem také blízcí pacienta mohou přinést květiny či fotky. V hospici si klienti zdobí pokoje dle svého. Sestry (ONP, hospic) vnímají spolupráci s rodinou jako důležitou, hlavně pro samotné nemocné. Sestra 1 (ONP) uvádí potřebu znát pacientovo zázemí pro jeho případné přání odejít domů. Zbytek sester (ONP, hospic) zmiňuje nutnost znát pacientovi zvyky, co má a nemá rád.

4.2.11 Kategorie zajišťování spirituálních potřeb

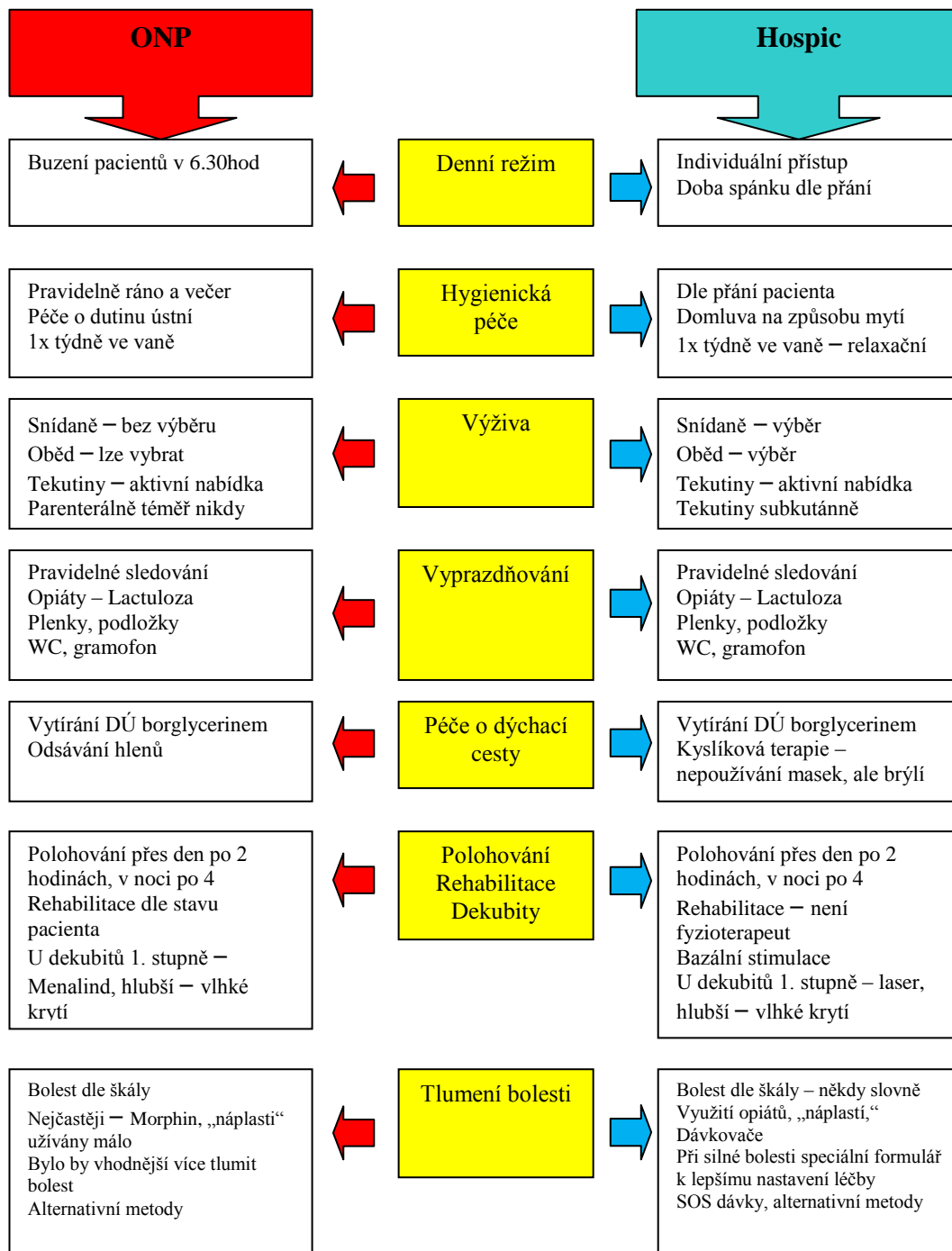
Sestry 1 a 3 (ONP) se shodují v možnosti zavolání kněze. Sestra 2 se k tomuto přímo nevyjadřuje, ovšem říká, že spirituální potřebu mají právě i ti, kdo nejsou věřící. Sestra 3 (ONP) a 6 (hospic) si myslí, že jde spirituální potřeba v posledních fázích života do popředí. Sestry pracující v hospici uvádí: „*Farář i řádové sestry jsou zde neustále. Mše probíhá každé pondělí v kapli a pacienty, kteří se jí přejí účastnit, vozíme třeba i na postelích.*“ Sestra 1 (ONP) zmiňuje též kapli v areálu nemocnice.

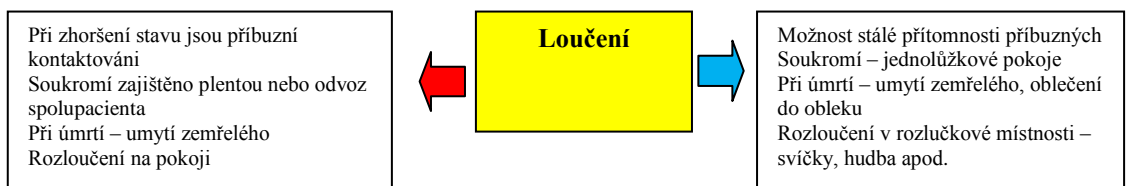
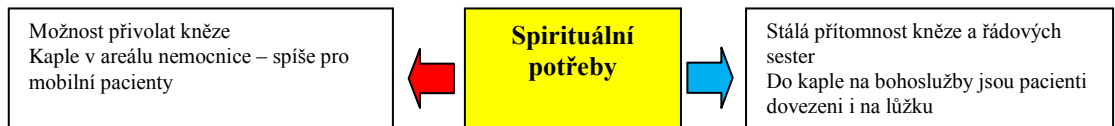
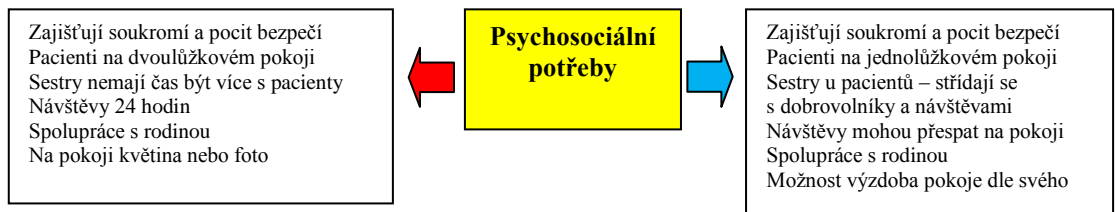
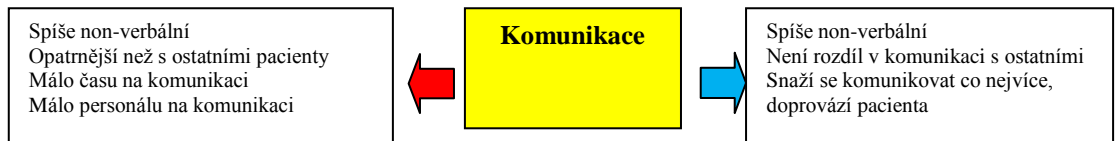
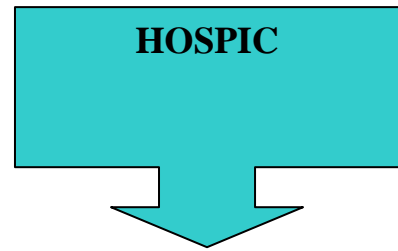
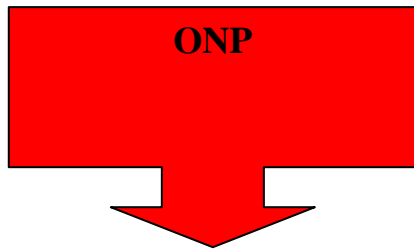
4.2.12 Kategorie loučení příbuzných se zemřelým

Sestry jak z ONP, tak hospice uvedly, že při zhoršení stavu pacienta rodině volají. Dále sestry z ONP při rozhovoru zmínily, že mají v dokumentaci napsáno, u kterých pacientů chtějí být příbuzní kontaktováni. Sestra 2 (ONP) uvádí: „*V případě přání na obou stranách být společně na konci dlouhé cesty se soukromí zajišťuje za pomoci plenty. Když pacient zemře, je další pacient odvezen na jiný pokoj.*“ Sestra 3 (ONP) dodává: „*Speciální místnost na rozloučení nemáme, ale na pokoji mají dostatečné soukromí. Vždy zemřelého umyjeme, zacházíme s ním s úctou, otevřené okno je samozřejmostí.*“

Na rozdíl sestra pracující v hospici říká: „*Po informování rodiny o smrti blízkého je tělo umyté, převlečené do připravených věcí, naaranžované, fotky, obrázky. Nezbytné je otevření okna a zapálení svíčky. V případě, že rodina přichází o den později, loučí se se zemřelým v rozlučkové místnosti.*“ Sestry 5 a 6 (hospic) pokračují: „*V rozlučkové místnosti zapálíme svíčku, někteří příbuzní přivezou i hudbu, kterou měl zemřelý rád.*“ Sestra 5 (hospic) se zmiňuje o setkávání pozůstalých.

4.3 Schéma rozdílů ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb u pacientů





5 Diskuze

Téma bakalářské práce je problematika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu na ONP a v zařízení hospic.

Naším cílem bylo zjistit rozdíly ošetrovatelské péče v těchto zařízeních a rozdíly v uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu. Pro získání informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření za pomoci nestrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami a pacienty v terminálním stádiu. Otázky položené sestram zjišťovaly, jakým způsobem poskytují ošetrovatelskou péči a uspokojují potřeby pacientům v terminálním stádiu na oddělení následné péče a v hospici. Pro doplnění informací byli dotázáni i pacienti, a to spíše na spokojenost s péčí a zajišťování bio-psycho-sociálních potřeb.

Před samotným začátkem bychom chtěly uvést, že pacienti, se kterými byly vedeny rozhovory na oddělení následné péče, byli obeznámeni s vlastní diagnózou, rozhovory posléze mohly být otevřenější.

Začaly bychom hodnocením běžného denního režimu na ONP a v hospici. Rozdíl byl shledán v časech buzení a mytí pacientů. Sestry z hospice přizpůsobují denní režim pacientům, naopak sestry na ONP musí dodržovat určitý řád. Pravdivost výpovědí mohu potvrdit svou přítomností v obou zařízeních. Dle mého názoru je vhodné přistupovat ke každému pacientovi individuálně, jak uvádí i Svatošová ve své knize (Svatošová, 2011) a potvrzuje výpověď sestry 4 (hospic), že není striktně dán režim dne, pacient si ho více méně rozvrhuje sám, rozhovory s pacienty na ONP naznačují potřebu se o trochu déle „prospat.“

V oblasti hygienické péče se výpovědi sester také výrazně liší. Sestry v hospici provádí hygienu po snídání, po obědě, či až se pacientovi uleví, jestliže se právě necítí dobře. Sestry z ONP zajišťují pacientům hygienu ráno a večer. V této oblasti nemůžeme opomenout péči o dutinu ústní, která na ONP probíhá v brzkých ranních hodinách v rámci hygieny, v hospici většinou až po snídaních. Myslím si, že pro lepší pocit by bylo vhodné mít vyčištěné zuby již před snídaněmi, ale je to opět individuální. V obou zařízeních musí být provedena celková koupel alespoň jedenkrát do týdne. O této koupeli sestra 5 (hospic) hovoří jako o relaxaci, proceduře, která se protáhne na celé

dopoledne. Sestry na ONP také vykonávají celkovou koupel dopoledne, ovšem pouze pacientům, u kterých je naplánována.

Dále jsme naši pozornost zaměřily na příjem potravy a tekutin. Pacienti v hospici si pochvalují možnost výběru snídaní a oběda. Klienti na ONP si mohou vybírat pouze oběd, snídaně přiváží již hotové z kuchyně. Možnost výběru jídla samotným pacientem koresponduje s knihou od Markové (Marková, 2010), že zásadní je podávat nemocnému takové jídlo, na které má chuť. Myslím si, že možnost výběru jídla samotným pacientem pozitivně ovlivňuje autonomii člověka, možnost stále rozhodovat o věcech jeho se týkajících.

Z mé zkušenosti, kdy jsem se účastnila péče v obou zařízeních, mohu sdělit, že pacienti se stravovali v lůžku, též měli možnost se stravovat u stolu, který je na každém pokoji. Jak uvádí Marková (Marková, 2010), je-li možnost, neměl by se pacient stravovat v lůžku. Jídelna na ONP ani v hospici není. Myslím si, že společné stravování by lidé, především na ONP, přivítali pro sociální kontakt a vyplnění nevyužitého času.

S příjmem potravy úzce souvisí i přijímání tekutin – hydratace. K této problematice se sestry jak z ONP, tak z hospice shodují na aktivním podávání tekutin u pacientů. Těm, kteří přijímají hůře, vytírají dutinu ústní štětičkami. Navíc sestra 5 (hospic) se zmiňuje o štětičkách namočených v oblíbených tekutinách pacientů, nejčastěji piva, kávy, což je jistě pro některé pacienty přínosem a tato skutečnost může tyto pacienty podporovat v lepším příjmu potravy. Jak uvádí Marková ve své knize (Marková, 2010), malé množství alkoholu podporuje chuť k jídlu. Další způsob podání tekutin, který využívají v hospici, je subkutánně. Skála ve své knize zmiňuje (Skála, 2005), že subkutánní hydratace je pro bazální hydrataci v domácím prostředí jednoduchou a bezpečnou alternativou k intravenóznímu podání, a dále uvádí (Skála, 2005), že umírající pacient ve většině případů nemá prospěch z parenterální nebo enterální hydratace. Z mého pohledu je příjem tekutin zajišťován dostatečně v hospici i na ONP v Nemocnici Strakonice, a.s. Ale z vlastní zkušenosti a praxe v Nemocnici České Budějovice, a.s. na ONP během studia byla tato problematika často podceňována. Záleželo ovšem, na které stanici jsem zrovna „praktikovala.“

V péči o dýchací cesty sestry (ONP, hospic) většinou hovořily o zvlhčování a o péči věnované dutině ústní. Zmiňovaly se o tom, protože tito pacienti většinou již dýchají ústy. Sestra 5 (hospic) dodává, že v případě aplikace kyslíku preferují jeho podání prostřednictvím brýlí. Masky pacienti odmítají pro pocit „dušení.“ Marková potvrzuje (Marková, 2010), že by pacienty maska mohla dusit a být překážkou v komunikaci.

U pacientů imobilních, ale nejen u nich, je potřeba pomýšlet na polohování, rehabilitaci a péči o dekubity. V obou zařízeních polohují přes den po dvou, v noci po čtyřech hodinách. Jako orientační interval Kalvach (Kalvach, 2010) uvádí dvě hodiny. Ovšem v noci sestry pacientům umožňují více klidu a možnost odpočinku, proto polohují po delší době. U pacientů rizikovějších používají antidekubitární matrace a polohují je i v noci po dvou až třech hodinách. Rozdíl se nachází v provádění rehabilitace, kdy na ONP dochází rehabilitační sestry a dopřávají pacientům alespoň nějaký pohyb, který i Svatošová (Svatošová, 2011) považuje za nutný, naopak do hospice fyzioterapeutky nedochází, sestry provádí rehabilitaci v rámci bazální stimulace. Myslím si, že alespoň pasivní cvičení by mělo u imobilních, či hůře se pohybujících pacientů být. Při zanedbání polohování či rehabilitace mohou vznikat dekubity. Péče o ně se ve sledovaných zařízeních výrazně neliší, sestry využívají vlhkého hojení ran, o kterém hovoří i Kalvach (Kalvach, 2010). Sestry pracující v hospici si navíc pochvalují laser, který využívají u vznikajících počátečních dekubitů. Z mé zkušenosti mohu říci, že sestry (ONP, hospic) zmíněné obvazové materiály i laser, v případě hospice, používají. Ve sledovaných zařízeních pacientů s dekubity leží minimálně, bohužel na jiných ONP, kde jsem měla možnost „praktikovat,“ tomu tak nebylo.

Nejdůležitější oblastí u pacientů v terminálním stádiu je tlumení bolesti. Sestry pracující na ONP a sestra 6 (hospic) hodnotí bolesti za pomoci škály. Kalvach (Kalvach, 2010) se shoduje s výpověďmi sester o nezbytnosti sledování bolesti nejlépe standardizovaným způsobem, např. pomocí analogové vizuální škály nebo číselným označením intenzity v rozmezí 0–10. Sestra 4 (hospic) tvrdí, že škálu na hodnocení bolesti nevyužívá, spíše preferuje otázky typu, je-li bolest snesitelná, či nesnesitelná atp.

Tento typ hodnocení nabízí kniha od Markové (Marková, 2011) spíše u pacientů neschopných vyjádřit se číselně.

Výpovědi sester 2 a 3 (ONP) naznačují, že by bolest mohla být tlumena více. Hodnotí opiáty v náplastové formě jako málo používané. Na ONP, jak říká sestra 2, ihned sestry hlásí bolesti pacientů lékaři, ten začíná s nejnižší možnou dávkou a poté ji postupně navyšuje. Oproti tomu sestry pracující v hospici se svěřují, že zajištění bolesti je na prvním místě. Dále hovoří o často používaných náplastech. V případě silné bolesti se připichují další opiáty, či nasazují dávkovače. S pacientem se vyplní speciální formulář, kde se bolest po hodině, či dvou zaznamenává, aby lékaři mohli medikaci kvalitně korigovat. O tomto intenzivním hodnocení bolesti se zmiňuje Svatošová ve své knize (Svatošová, 2011) *Hospice a umění doprovázet*. Obrovským přínosem pro pacienty jsou tzv. SOS dávky, tedy buď Sevredol, Morphin, nebo neopiátové léky, např. Dolmina, kdy se sestry v hospici nemusí ptát lékaře na každé podání léku. Ovšem si musí dávat pozor na předávkování. Svatošová ve své knize (Svatošová, 2011) uvádí a shoduje se s odpověďmi sester (hospic), že pacient musí dostat právě tolik léků, kolik je potřeba ke zvládnutí jeho bolesti. Sestry (ONP, hospic) dodávají využití alternativních metod tlumení bolesti. Sestry pracující v hospici doplňují zklidňující koupele, i Marková (Marková, 2010) hovoří o alternativních metodách, konkrétně masážích, jako o oblíbené technice a možnosti uvolnění.

Souhlasím s názorem, uvedeným v bakalářské práci Macákové (Macáková, 2012), která se domnívá, že situace pro sestry není jednoduchá v tom nějakým způsobem ovlivnit rozhodnutí lékaře o snížení, či navýšení dávky léků tlumící bolest. Sestra pouze hodnotí a podává naordinované léky. Pokud lékař nemá dostatečné zkušenosti s léčbou bolesti v paliativní péči, sestra prakticky nic nez může.

Kutnohorská (Kutnohorská, 2007) zdůrazňuje potřebu si uvědomit, že umírající je stále žijícím člověkem, který potřebuje komunikovat s lidmi kolem sebe, třeba jen gesty. O využívání gest, tedy non-verbální komunikaci, hovoří sestry na ONP i v hospici jako o důležité. Také Svatošová uvádí (Svatošová, 2011), že více než naše slova mluví naše mimika a gesta. Je dobré dát pacientovi možnost, aby si ujasnil cíle, vyjádřil pocity a hovořil o problémech, jak uvádí Kelnarová (Kelnarová, 2007). Na to

ale musí mít dostatek času, prostoru. Sestry pracující na ONP naznačují, že tento prostor pacient nemá, a odkazují se na malý počet personálu. Marková ve své knize uvádí (Marková, 2010) jako optimální počet nelékařského personálu v denní službě v poměru k počtu pacientů 1 : 3. Z obsazení sester však vyplývá, že je personál na ONP nedostatečný, kde s 27 lůžky jsou na denní směnu dvě sestry, sanitářka, sanitář a vrchní sestra do 15 hodin s tím, že z celkového počtu lůžek je na pěti poskytovaná dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP), která je orientována na pacienty s apalickým syndromem či pacienty v terminálním stádiu a náleží jedné úsekové sestře. V tomto případě je počet personálu k počtu pacientů v poměru 1 : 4,5. Macáková (Macáková, 2012) ve své bakalářské práci uvádí počet personálu k počtu pacientů v terminálním stádiu v prachatické nemocnici v poměru 1 : 6. Na hodnoceném ONP se o něco méně přibližují optimálnímu počtu nelékařského personálu. V hospici s 12 lůžky je na denní směnu jedna sestra, staniční sestra do 15 hodin a dvě ošetrovatelky. Zde odpovídá počet personálu k počtu pacientů 1 : 3. Nepochybně proto sestry pracující v hospici pacienty „doprovází“ více než sestry pracující na ONP.

Je nedostatek komunikace vážně pouze následek nízkého počtu personálu? Co když sestry nechtějí vést s pacienty hlubší rozhovory a spíše se jim vyhýbají? Myslím si, že sestry na ONP jsou opravdu v časovém presu a při neplnění činností jsou kárány vedením. Ovšem kdyby bylo více pomocného personálu, určitě by zacházely i do hlubších rozhovorů. Pacienta se zeptají, jak se má, jestli má trápení, ale dále nezachází. To potvrzují i pacienti, kteří uvádí, že sestry mají hodně práce, ale občas se zastaví a prohodí pár slov. Je zajímavé, že pacienti v hospici uvádí, že moc času nemají ani tamní sestry. Z mé zkušenosti mohu říci, že sestry pacienty navštěvovaly, v jejich přítomnosti nikam nechvátaly, hovořily s nimi, ale jako velký přínos hodnotím přítomnost ošetrovatelek a řádových sester, které tráví u lůžka nemocného také mnoho času. Pacientka 4 (hospic) by dokonce přivítala více komunikace, ale odkazuje se na aktivity zpříjemňující pobyt zde. Z mého pohledu je přeci jenom komunikace v hospici otevřenější, více se orientuje na přání pacientů a klade důraz na neopomenutelnou zásadu, kterou ve své knize uvádí Svatošová (Svatošová, 2011), a to říkat pacientovi tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet. O této zásadě také hovoří sestra

6 (hospic) zmiňující primáře, který postupně pacienta s jeho zdravotním stavem seznamuje. Dle výpovědí sester (hospic) a mého názoru je zřejmé, že lékaři v hospicích umí komunikovat a spolupracovat s pacienty v terminálním stádiu lépe než lékaři v jiných zařízeních.

Zajištění a uspokojení potřeb psycho-sociálních u pacientů v terminálním stádiu je velice důležité. Sestry v hospici je zajišťují maximálně, sestry z ONP hovoří o snaze je zajistit. V obou zařízeních se odkazovaly na zajištění soukromí a sociálního kontaktu. Soukromí v hospici je plně zajištěné, jelikož pokoje pacienti obývají sami, pacientka 4 (hospic) zmiňuje důraz na klepání. Ale člověk je tvor společenský, jak uvádí Svatošová (Svatošová, 2011), vyžadující sociální kontakt, proto jsou návštěvy umožněny 24 hodin denně v hospici i na ONP, přičemž hospic nabízí i přespaní blízkého člena rodiny.

Svatošová (Svatošová, 2011) hovoří o myšlence hospicového hnutí, která usiluje o naplnění dnů životem, ne život dny. Pacientka 4 (hospic) vyzdvihuje zpívání studentek, mši a příchod dobrovolníků. Farkašová (Farkašová, 2006) hovoří o kulturních potřebách, zahrnujících sledování aktuálního dění, rozhlasu a estetiku prostředí. Pacienti (ONP, hospic) mají možnost sledovat televizi, v hospici mají možnost si svůj pokoj i vyzdobit. Na mě osobně interiér v hospici působil domáckým, příjemným dojmem. Malba stěn byla oranžové a zelené barvy. Bohužel ani v jednom zařízení není tzv. společenská místnost, kde by pacienti mohli trávit společné chvíle.

Z rozhovorů se sestrami (ONP, hospic) vyplývá, že stálá spolupráce s rodinou je důležitá nejen pro personál, ale pro pacienty. Komunikují navzájem téměř při každé návštěvě. Myslím si, že v obou zařízeních probíhá komunikace personálu s rodinou dostatečně, v hospici je tradičnější. Jinak to probíhá na dalších ONP, které znám z mé praxe, kde jako by rodinu pacienta z péče „vynechávali,“ odstrkovali. Je hrozné, když si uvědomíme, že ke konci intenzivnější péči potřebují sami příbuzní.

U hodnocení spirituálních potřeb bychom se rády pozastavily u některých poznatků. Sestra 2 (ONP) říká, že spirituální potřebu mají právě i ti, kteří nejsou věřící, čímž se shoduje s názorem Svatošové (Svatošová, 2011). V této knize je také uvedeno, že spirituální potřeba jde v posledních fázích života do popředí. A i tento názor se objevil v rozhovorech (sestra 3 ONP a 6 hospic). Bohužel i přes znalost spirituálních

potřeb se pacientům v terminálním stádiu na ONP nedostává adekvátní spirituální péče. Zde mohou kněze pouze přivolat na přání pacienta, ale co když se nemohou vyjádřit? Naopak v hospici jsou řádové sestry i farář neustále. Není tedy problém, aby trávili u pacienta dostatek času. Z mé zkušenosti vím, že opravdu řádové sestry za pacienty docházely a hovořily s nimi. Myslím, že s nimi trávily více času než samotné sestry, dělaly si poznámky o aktuální náladě a o probíraném tématu. V Nemocnici Strakonice, a.s. sice mají kapli na interním oddělení, jak bylo sděleno v rozhovorech, ale sestra 1 (ONP) se zmínila pouze o jediném využití. Je to škoda, protože při mé praxi v hospici jsem viděla, jak přítomnost řádových sester pacientům velmi pomáhá, a myslím, že by tomu bylo tak i na ONP.

Poslední oblastí, které jsme se v šetření věnovaly, je loučení příbuzných se zemřelým. Na ONP v době umírání pacienta může být rodina přítomna. Další spolupacient je, pro dostatek soukromí, vyvezen na jiný pokoj. Myslím si, že nepřítomnost cizích lidí je nezbytnost. Určitě nikdo nestojí o pomoc „přihlížejcích.“ V případě úmrtí pacienta sestry nejprve otevřou okno, poté zemřelého umyjí a zabalí do čistého prostěradla. S tělem zemřelého zachází s úctou. Svou přítomností mohou prováděné rituály na sledovaném ONP potvrdit. Bohužel žádné otevření okna či alespoň náznak důstojného přístupu neprobíhal na jiných ONP, kde jsem měla příležitost také „praktikovat.“ Na ONP není speciální místnost pro rozloučení, stále je zvykem odvézt zemřelé na koupelnu. Myslím si, že na každém oddělení by takováto místnost měla být. Po představě, čím si zemřelý prošel, není odvoz na mycí místnost důstojný. Na rozdíl od toho hospic garantuje nemocnému, že bude zachována jeho důstojnost, nebude trpět bolestmi a nikdy nezůstane sám, jak uvádí Svatošová (Svatošová, 2011). To potvrzují rozhovory se sestrami (hospic), které naznačují ve většině případů přítomnost rodiny u samotného konce. Při úmrtí pacienta sestry otevírají okno a zapalují svíčku. Po umytí tělo oblékají do připravených věcí a naaranžují. Se zemřelým se blízcí mohou loučit na pokoji, či v rozlučkové místnosti. Dle mého názoru se v hospici dostává důstojného zacházení zemřelým i pozůstalým, kdy je důležité jim poskytnout adekvátní péči v nejtěžších chvílích, jak zmiňuje Kutnohorská (Kutnohorská, 2007). Sestra 5 (hospic) uvádí setkávání pozůstalých, kde si zavzpomínají na hezké chvíle spolu strávené.

6 Závěr

Tato bakalářské práce se zabývala problematikou ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu na ONP a v zařízení hospic.

Naším cílem bylo zjistit rozdíly ošetrovatelské péče v těchto zařízeních a rozdíly v uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu.

První výzkumná otázka se týkala rozdílů v ošetrovatelské péči u pacientů v terminálním stádiu. Tato oblast vykazovala rozdíly v běžném denním režimu, především v časech buzení pacientů, podávání snídaní a provádění hygieny. Na ONP je stanoven určitý denní řád, které by se měl dodržovat. V hospici je den přizpůsobován pacientům. Druhá otázka se věnovala způsobům tlumení bolesti u pacientů v terminálním stádiu. V hospici je zajištění bolesti na prvním místě; buď za pomoci analgetik, opiátů, či dávkovačů. Z rozhovorů sester na ONP je značné nedostatečné tlumení bolesti. Třetí otázka se zajímala o komunikaci sester s pacienty v terminálním stádiu. Z rozhovorů s pacienty (ONP, hospic) vyplývá pocit nedostatečné komunikace. Sestry se u pacientů zastaví, pohovoří, ale někteří by přivítali i více komunikace. V hospici jsou přínosem pro pacienty ošetrovatelky či řádové sestry. Čtvrtá otázka se týkala psycho-sociálních potřeb. Tyto potřeby včetně těch spirituálních mají pacienti plně zajištěné v hospici. Odkazovali se na příchod studentek, konání mše, či dobrovolníky, kteří den vyplní. Rozdílně, na ONP pacientům mohou vyplnit den pouze návštěvy, které jsou v obou zařízeních povoleny neustále. Pátá otázka se věnovala komunikaci personálu s příbuznými pacientů v terminálním stádiu. V obou zařízeních probíhá často, zároveň sestry zapojují rodinu do péče a hovoří o ní jako o důležité. Vyzdvihují potřebu znát pacientovo zázemí, domov. Poslední otázka řešila způsob loučení příbuzných se zemřelým. Na ONP probíhá na pokoji, v hospici důstojněji v rozlučkové místnosti. Zemřelý je oblečen do svátečních věcí, hezky upraven.

Doporučily bychom setkání pracovníků hospice s personálem ONP, během kterého by si předali zkušenosti a způsob zajišťování především psycho-sociálních-spirituálních potřeb včetně tlumení bolesti.

7 Seznam použitých zdrojů

- Bártlová S. a kol. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Brno: NCONZO, 2008. ISBN 978-807-0134-887
- CALLANAN, M., KELLEY P. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad, 2005, Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-702-1819-3
- CESTA DOMŮ. Doprovázení pozůstalých. [online]. [cit. 2012-11-26]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/doprovazeni-pozustalych.html>
- DUBCOVÁ I., *Etika umírání a smrti. Sestra*. 2011, roč.21, č.10. ISSN 1210-0404
- FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin. Osveta, 2006. ISBN 80-806-3227-8
- FÍŠEROVÁ, E. „Eldéenka“, kde dokážou vracet lidi do života. *Generace*. 2008, roč. 10, č.5. ISSN 1213-7626
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, ISBN 80-726-2132-7
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, 2007, ISBN 978-807-2624-713
- Hospice Information Bulletin. *Palliative Care Teaching in Croatia*.. London: hospice information, 2002.Vol. 1, No. 1, p. 3.
- JANÁČKOVÁ, L., WEISS P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3674-779.
- KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. [online]. [cit. 2012-11-14] Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3 Dostupné z: www.cestadomu.cz/res/data/046/005380
- KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno. Littera. 2007. ISBN 978-80-85763-36-2
- KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha. Grada. 2004. ISBN 80-247-0784-5
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství: nauka o umírání a smrti*. Praha Grada, 2007, ISBN 978-802-4720-692

- KÜBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují. Signum unitatis. 1992. ISBN 80-854-3904-2
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9
- LENOCHOVÁ, E. BLINKOVÁ, M. Hospicová a paliativní péče. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 12. ISSN 1210-0404
- MACÁKOVÁ, J. Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester. Č. Bud., 2012. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta
- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha. Grada. 2010. ISBN 978-802-4731-711
- MAŠÁT, V.: Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 28. ISSN 1801-1349
- MÄNDLOVÁ, S. Dobrý konec života. *Florence*. 2010. roč.6, č.12. ISSN 1801-464X
- MOKREJŠOVÁ L. *Rodina v paliativní péči*. *Sestra*. 2011. roč.21, č.10. ISSN 1210-0404
- MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vydří, 2008. ISBN 978-807-1953-043.
- NOVOTNÁ L., VALENTOVÁ, M. *Zátěž sester v péči o umírající*. *Sestra* 2011, roč. 21, č.1. ISSN 1210-0404
- O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha Grada. 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- ONDŘIOVÁ, I., SLANINKOVÁ, J. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetrování terminálně nemocných. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 10. ISSN 1210-0404
- SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005, Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 80-869-9803-7

NĚMCOVÁ, O. Péče o mrtvé tělo. *Standard ošetrovatelské péče č. 012*. České Budějovice: nemocnice České Budějovice a.s. 2012, ISBN není.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-807-1955-801

ŠPINKA, Š., ŠPINKOVÁ, M. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha. Cesta domů, 2004. Doporučené postupy pro praktické lékaře. [online].[cit. 2012-11-5] ISBN 80-239-4329-4. Dostupné z:

<<http://www.umirani.cz/res/data/010/001129.pdf>

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-701-3324-4

UHLÍŘ, P., BETLACHOVÁ, M., KUCHAROVÁ Z. *Bolesti dolní části zad u zdravotních sester a jejich prevence*. Medicína pro praxi. 2011. č. 10. ISSN 1803-5310

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha. Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

PŘÍLOHA 1 Práva umírajících

PŘÍLOHA 2 Myšlenka hospice

PŘÍLOHA 3 Krátké rozhovory s pacienty v terminálním stádiu na ONP a v hospici

PŘÍLOHA 4 Žádost o provedení výzkumného šetření v hospici v Prachaticích

PŘÍLOHA 5 Oblasti dotazů týkající se ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu na ONP a v hospici položené sestřám

PŘÍLOHA 6 Otázky použité v rozhovorech s pacienty v terminálním stádiu na ONP a v hospici

PŘÍLOHA 1 Práva umírajících

Zdroj: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713

Práva umírajících

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života.“
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názoru.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti

PŘÍLOHA 2 Myšlenka hospice

Zdroj: SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-807-1955-801

Myšlenka hospice

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.

Hospic nemocnému garantuje, že

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- 2) v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- 3) v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

PŘÍLOHA 3 Krátké rozhovory s pacienty v terminálním stádiu na ONP a v hospici

Zdroj: Vlastní

Pacientka 1 z oddělení následné péče

Pacient leží dva měsíce na ONP po zhoršení stavu základní diagnózy.

„Jak jste spokojen s péčí, kterou Vám zde poskytují?“ ptám se. „Jsem tady vcelku spokojen, jen ráno zde začínají příliš brzy s hygienou a to mi nevyhovuje. Ani strava mi moc nechutná, ale hlad nepociťuji. Je dobré, že si alespoň obědy mohu vybírat. Přes den se snažím hodně pít, jelikož na to sestry dbají.“

„Návštěvy za mnou chodí často, tím mi vyplní celé dlouhé odpoledne. Sestřičky mě také navštěvují a povídají si se mnou. I pan primář občas zajde a zeptá se, zdali mě něco bolí. Pociťuji-li bolest, hned zpočátku si mám říkat o lék, informovala mě sestřička. Mám nasazenou náplast na tlumení velkých bolestí.“

Pacientka 2 z oddělení následné péče

Paní, po zhoršení symptomů nádorového onemocnění, leží na ONP osm měsíců.

Paní hovoří, jak je zde spokojená: „Líbí se mi tu, ale mám velké obtíže s dýcháním. Doma by se o mne rádi postarali, bohužel nemají možnost podat kyslíkovou terapii. Již zmíněná rodina za mnou může přijít kdykoliv, jen to soukromí není jako doma. Když cokoli potřebuji, zazvoním na zvoneček, sestřička přijde a vyslechne mé přání. Na popovídání za mnou moc nechodí, mají tu s námi hodně práce, ale jinak jsou hodné,“ končí rozhovor pacientka.

Pacientka 3 z oddělení následné péče

Pacientka je na ONP krátce pro zmírnění bolesti spojené s nevléčitelnou nemocí.

„S péčí, která je mi zde poskytována, jsem spokojená, jen ten čas tu neubíhá jako doma. Jídlo mi chutná, k pití mne neustále vybízí sestřička. Myjí mne každé ráno na lůžku a jednou týdně na koupelně. Sestřičky jsou zde vlídné a milé. Jsem člověk

upovídáný, na návštěvě se střídají z naší velké rodiny, i sestřička se u mé postele zastaví a prohodí pár slov. Lékař za mnou též chodí a ptává se na obtíže a bolesti. Užívám léky na bolest pravidelně, ale mám zkušenost, že při zvýšení bolesti dostanu další lék na utišení, ať již formou injekce, či prášku. Mívám bolavá záda, která mi tu sestřičky občas i masírují, jsou hodné.“

Pacientka 4 z hospice

Pacientka leží v hospici již čtvrtým měsícem pro zhoubné nádorové onemocnění.

„Jsem zde naprosto spokojená. Snídaně jsou výborné, na oběd by mne stačila menší porce a večeri mám raději studenou.“

„Přístup sestřiček je vstřícný, respektují soukromí, když mám návštěvu, tak za mnou nikdo z personálu nechodí. Kladou zde velký důraz na klepání. Návštěvy jsou povoleny neustále. Možná bych přivítala více komunikace, poněvadž jsem stále uzavřená v jedné místnosti, ale jsou tu různé aktivity, kterými si lze odpoledne zpříjemnit. Dochází za námi studentky, které zpívají, mohu se též účastnit mše v místní kapli a také kurzů ručních prací.“

O tlumení bolesti pacientka hovoří: „Při každé vizitě se lékař ptá, zdali mi medikace vyhovuje. Nejdříve jsem měla dávkovač a ten byl naprosto bez chyby. Nasadili mi ho v Českých Budějovicích, ale poté jsem jela domů a tlumení bolesti se začalo řešit náplast'ovou formou. Lékaři zkouší a opravdu hledají, co by mi vyhovovalo. Důležité je, že mi pokaždé dají cokoli na bolest, čípek, injekci, tabletku nebo vymění náplast, hlavně, aby se bolest zmírnila,“ končí rozhovor pacientka.

Pacientka 5 z hospice

Pacientka leží šestým měsícem v hospici pro paliativní léčbu bolesti a kyslíkovou terapii.

„Hlavní důvod mého pobytu zde je inhalace kyslíku, speciální přístroj mám u lůžka a dle potřeby si jej reguluji. Jsem pod stálým dohledem personálu, což v domácím

prostředí nelze. Co se týká stravy a hygieny jsem spokojená, snídani i oběd si mohu vybrat dle chuti.“

Při otázce, jak často se vídá s rodinou, paní říká: „Chodí za mnou často, ale také mají svůj život a svá trápení. Sestřičky si popovídají, když mají čas, ale ten není vždy, musím ale říct, že vždy nějaké to slovo prohodí, neprásknou dveřmi a neodejdou.“

„Bolest je tlumená náplastmi, v případě zvýšené bolesti včas dostanu lék na zmírnění,“ dodává paní.

Pacientka 6 z hospice

Pacientka zde leží tři měsíce pro paliativní péči a léčbu bolestí.

„Péče zde se mi líbí,“ odpovídá paní jednou větou a pokračuje: „Jídlo je dobré, moc toho nesním. Důležité je pro mne pravidelné vyprazdňování stolice, dostávám proto projímadlo. Péči o stomický sáček přenechávám na sestřičkách, které se o mne pečlivě starají. Jsou hodné, moc hodné, snaží se komunikovat, ale já to nevyžaduji, jsem spíše uzavřený člověk. Návštěvy nejsou omezené, za mnou chodí čtyři děti a vnoučata. Mají možnost zde i přespát, toho využila i moje nejstarší dcera.“

Při dotazu, jestli má dostatečně tlumenou bolest, paní říká: „Mám nasazenou náplast, když na bolest nestačí, užívám k tomu ještě tabletky. Jsem informována sestřičkou, že bolest musím hlásit hned zpočátku. Trpím také na bolesti kloubů, na které mi sestřičky dávají obklady a mnou mi je,“ říká unavená paní a končí rozhovor.

PŘÍLOHA 4 Žádost o provedení výzkumného šetření v hospici v Prachaticích

Zdroj: Vlastní

Eva Petrovicová, Na Ohradě 87, 386 01 Strakonice

Vrchní sestra Hospice sv. J.N. Neumanna

Paní Mgr. Eva Ludačková

Neumannova 144

383 01 Prachatice

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

Paní Magistro žádám Vás o svolení k provedení výzkumného šetření zaměřeného na ošetrovatelskou péči o pacienty v terminálním stádiu. Název mé bakalářské práce je Ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu na odděleních následné péče a v Hospicích. Výzkumné šetření by mělo být provedeno formou nestrukturovaného rozhovoru se 3 všeobecnými sestrami a 3 pacienty. Předpokládaný termín výzkumné šetření je od 11.2.2013 do 22.2.2013. Rozhovory budou nahrávány na diktafon, proto předpokládám, že nebudou časově náročné.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Petrovicová Eva

V Prachaticích dne 11.2.2013

S výzkumem souhlasím



PŘÍLOHA 5 Oblasti dotazů týkající se ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu na ONP a v hospici položené sestřám

Zdroj: Vlastní

Oblast ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stádiu: Jaký je běžný denní režim na oddělení? Jakým způsobem zajišťujete hygienickou péči o pacienta v terminálním stádiu? Jak se staráte o příjem potravy u pacientů v terminálním stádiu? Jakým způsobem se staráte o dýchací cesty v případě zhoršené průchodnosti dýchacích cest u pacientů v terminálním stádiu? Jak zajišťujete hydrataci u pacientů v terminálním stádiu? Jak poskytujete ošetrovatelskou péči při vyprazdňování pacienta v terminálním stádiu? Jak často polohuje, provádíte rehabilitaci a jakým způsobem se staráte o dekubity u pacientů v terminálním stádiu?

Oblast tlumení bolesti u pacienta v terminálním stádiu: Jak hodnotíte u pacienta v terminálním stádiu bolest? Co se užívá nejčastěji při bolestech u umírajících pacientů? Myslíte si, že je u pacientů v terminálním stádiu dostatečně tlumená bolest? Říkají si pacienti v terminálním stádiu sami o léky na bolest, či se jich často doptávají? Používáte i alternativní metody tlumení bolesti?

Oblast komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu: Shledáváte rozdíl v komunikaci s terminálně nemocným pacientem a s pacientem například na doléčení? Máte strach komunikovat s pacienty v terminálním stádiu? Vyhýbáte se komunikaci s terminálně nemocnými, bojíte se odpovídat na otázky terminálně nemocných? Využíváte při komunikaci s umírajícím non-verbální komunikaci? Jestli ano, tak proč?

Oblast uspokojování psychosociálních potřeb u pacientů v terminálním stádiu: Myslíte si, že tuto potřebu mají terminálně nemocní pacienti uspokojenou u vás na oddělení? Domníváte se, že lze tuto potřebu uspokojit v tomto zařízení? Umožňujete terminálně nemocným pacientům empatické rozhovory, nasloucháte jim? Myslíte si, že dáváte

nemocnému dostatek prostoru pro vyjádření svých pocitů? Myslíte si, že jen mlčení a sezení u terminálně nemocného je také vyhovující? V případě potřeby nemocného je zde možnost návštěvy sociální pracovnice či psychologa? Pro terminálně nemocného je důležitý kontakt s rodinou, kdy a kde je možné, aby se pacient stýkal s rodinou?

Oblast komunikace personálu s příbuznými pacientů v terminálním stádiu: Komunikujete s příbuznými terminálně nemocných pacientů často? Při každé návštěvě? Voláte v případě zhoršení stavu? Co sdělujete, můžete sdělovat, rodině terminálně nemocného? Máte obavy z komunikace s rodinou terminálně nemocného? Spolupracujete s rodinou terminálně nemocného pacienta? Myslíte si, že je důležitá? Jestli ano, tak proč? Zapojujete rodinné příslušníky do péče?

Oblast uspokojování spirituální potřeb u pacientů v terminálním stádiu: Myslíte si, že v posledních fázích života jde tato potřeba do popředí, či nikoliv? Myslíte si, že spíše věřící či nevěřící mají potřebu uspokojovat tuto potřebu v nemocnici? Jakou mají možnost uspokojit tuto potřebu pacienti v terminálním stádiu zde na oddělení? Dochází sem k vám do tohoto zařízení kněz? Nebo je pouze na požádání?

Oblast loučení příbuzných se zemřelým: V případě úmrtí pacienta – jakým způsobem probíhá oznámení této zprávy osobám blízkým? Volá se blízkým, když dotyčný již umírá? Jaký je poté postup? Je zde možnost posledního rozloučení příbuzných se zemřelým a nějaká vyhraněná místnost na poslední rozloučení? Kde se předává většinou pozůstalost? Dělá se nějaký rituál při úmrtí pacienta?

PŘÍLOHA 6 Otázky použité v rozhovorech s pacienty v terminálním stádiu na ONP
a v hospici

Zdroj: Vlastní

- Jak jste spokojeni s péčí, která je Vám poskytována? Jste zde na oddělení s něčím nespokojeni?
- Která ze základních potřeb (dýchání, výživa, hydratace, vyprazdňování) není u Vás dostatečně zajištěna?
- Jaký máte prostor pro komunikaci se svými nejbližšími?
- Jak často s Vámi sestry komunikují? Mají na Vás čas? Jak to na Vás působí?
- Máte bolesti? Myslíte si, že by mohla být Vaše bolest více tlumená? Ptá se lékař při vizitě na bolesti, řekne Vám, že si můžete říct o prášek? Spíše si řeknete při velké bolesti o prášek, nebo raději vyčkáváte, zdali se bolest zmírní? Informují Vás sestry o vhodnosti včasného oznámení bolesti?