



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Paliativní péče v domovech pro seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Eva Bouzová

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Paliativní péče v domovech pro seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

.....
Bouzová Eva

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Jitce Doležalové, Ph.D., za její cenné rady, ochotu, trpělivost a vedení práce. Dále patří poděkování mé rodině a blízkým přátelům, za jejich podporu po celou dobu mého studiu a v neposlední řadě všem informantům za poskytnuté rozhovory.

Paliativní péče v domovech pro seniory

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem „Paliativní péče v domovech pro seniory“. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje 5 kapitol zaměřených na vymezení základních pojmů týkajících se smrti a umírání, stáří, paliativní péče, domovů pro seniory a téma komunikace, jak sester s klienty, tak i jejich rodinou. Praktická část obsahuje zpracování a vyhodnocení výsledků, které byly získány v rámci prováděného výzkumného šetření.

V práci byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit možnosti poskytování paliativní péče v domovech pro seniory, druhým cílem bylo zjistit možné nedostatky při poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Na základě těchto cílů jsme si stanovili následující 4 výzkumné otázky: 1. Jak probíhá péče o umírajícího klienta? 2. Jaké prvky a postupy paliativní péče uplatňují sestry při jejím poskytování? 3. Jaké nedostatky při poskytování paliativní péče sestry vnímají? 4. Jak probíhá komunikace mezi sestrami a rodinou klienta?

K dosažení stanovených cílů byla použita strategie kvalitativního výzkumu, metoda polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum probíhal ve dvou domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Rozhovory byly provedeny se sestrami pracujícími v domovech pro seniory a výzkumný vzorek byl tvořen 10 sestrami. Rozhovory obsahovaly 30 otázek zaměřených na paliativní péči, péči o umírajícího klienta a spolupráci s rodinou klienta včetně vnímaných problémů a nedostatků související ze zmiňovanými tématy.

Z výsledků vyplývá, že sestry se v rámci paliativní péče zaměřují na tišení bolesti, respektování lidské důstojnosti, zajištění všech klientových potřeb a blízkosti rodiny v závěru klientova života. Mezi nejčastější uváděné nedostatky a problémy při poskytování paliativní péče patří nepřítomnost lékaře po celých 24 hodin, problémy spojené s prostory domova, financemi, personálem a v neposlední řadě problémy při spolupráci s rodinou klienta.

Klíčová slova

Paliativní péče; smrt; senior; komunikace; domovy pro seniory

Palliative care in retirement homes

Abstract

This bachelor thesis focuses on the topic "Palliative care in nursing homes". The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part contains 5 chapters focused on defining the basic terms related to death and dying, old age, palliative care, nursing homes and the topic of communication between nurses and clients and nurses and client's families. practical part includes the elaboration and evaluation of the results obtained in the research.

There were two objectives set in the thesis. The first goal was to find out the possibilities of providing palliative care in nursing homes, the second goal was to find out possible insufficiency in the providing of palliative care in nursing homes. Based on these objectives, we set the following 4 research questions: 1. How is the care of a dying client provided? 2. What elements and practices of palliative care are applied by nurses when providing palliative care? 3. What problems do nurses perceive in the provision of palliative care? 4. How is the communication between nurses and client's family being held?

The strategy of qualitative research and method of semi-structured interview was used to achieve chosen goals. The research was conducted in two nursing homes in the South Bohemia region. The interviews were made with 10 nurses working in the nursing homes. The interviews included 30 questions which were focused on the palliative care, care of the dying client and cooperation with the client's family. The potential problems and weaknesses related to the mentioned topics were also covered.

The results show that nurses, when providing palliative care, focus on pain relief, respect for human dignity, ensuring all the client's needs are met and closeness to the family at the end of the client's life. The most frequently mentioned problems by nurses in the palliative care were the absence of 24/7 doctor care, nursing home's facilities, finances, staff and also troubles in cooperation with the client's family.

Key words

Palliative care; death; elderly; communication; retirement homes

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Umírání a smrt.....	9
1.1.1 Fáze umírání dle Kübler Ross.....	12
1.1.2 Potřeby umírajících.....	14
1.2 Stáří	16
1.2.1 Změny ve stáří	17
1.2.2 Potřeby ve stáří	18
1.3 Paliativní péče	19
1.3.1 Vymezení paliativní péče.....	20
1.3.2 Cíle a principy paliativní péče	21
1.3.3 Historie paliativní péče	22
1.3.4 Obecná a specializovaná paliativní péče	24
1.3.5 Geriatrická paliativní péče	25
1.3.6 Formy poskytování paliativní péče.....	25
1.3.7 Role sestry v paliativní péči.....	27
1.3.8 Etika v paliativní péči	28
1.3.9 Nejčastější obtíže v paliativní péči	30
1.4 Domovy pro seniory.....	31
1.4.1 Paliativní péče v domovech pro seniory	34
1.5 Komunikace	34
1.5.1 Komunikace se seniory	35
1.5.2 Komunikace s umírajícími.....	36
1.5.3 Péče o pozůstalé, komunikace s rodinou	37
2 Cíle práce, výzkumné otázky	39
2.1 Cíle práce	39
2.2 Výzkumné otázky.....	39
3 Metodika.....	40
3.1 Popis metody.....	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41

3.3	Zpracování dat.....	41
4	Výsledky	42
4.1	Charakteristika informantů.....	42
4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů.....	45
5	Diskuze.....	69
6	Závěr	78
7	Seznam použité literatury	80
8	Seznam příloh	87
9	Seznam zkratk.....	90

Úvod

Bakalářská práce se zabývá paliativní péčí v domovech pro seniory. Téma jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem za roky mého studia navštívila řadu domovů pro seniory, a to jako studentka na odborné praxi, dobrovolník či jako brigádnice, kterou vykonávám již několik let. Se smrtí se setkávám poměrně často, i proto mým osobním cílem v rámci bakalářské práce je zamyslet se nad tím, jak mohu zlepšit svou péči poskytovanou lidem v jejich závěru života.

Paliativní péče je téma, které se v dnešní době více dostává do popředí a zájmu, než tomu bylo v minulosti, především ale ve spojitosti s pojmem hospic a hospicovou péčí. O možnostech poskytování paliativní péče v domovech pro seniory se dle mého názoru mnoho nemluví nebo nemluví v takové míře, v jaké by bylo potřebné, jelikož se doba života stále prodlužuje a přibývá stárnoucí, často nemocné, populace. Paliativní péče je péčí komplexní a klade důraz na důstojnost člověka a jeho individualitu. Jedná se o péči zaměřenou na uspokojování potřeb člověka. Paliativní péče je poskytována všem bez rozdílu, každý člověk má právo na to, zemřít v poklidu, bez bolestí a nebýt v závěru života sám, ať už byl jeho uplynulý život jakýkoliv. Paliativní péče se nezaměřuje pouze na samotného klienta, ale i na jeho rodinu, snaží se jim poskytnout pomoc a podporu v náročné životní situaci, jakou je smrt blízkého člověka. Domovy pro seniory jsou pobytové sociální zařízení pro osoby zpravidla vyššího věku se sníženou soběstačností, které vyžadují pomoc jiné osoby. Umírání a smrt jsou nezbytnou a nevyhnutelnou součástí života a zajistit člověku klidné a důstojné poslední okamžiky života by mělo být samozřejmostí. Mnoho lidí si v dnešní době přeje zemřít doma a pro mnoho z nich slovo domov představuje právě domov pro seniory. Stále však většina lidí umírá v nemocnici, i proto by rozvoj a zvýšení povědomí o paliativní péči v domovech pro seniory mohly přání zemřít doma splnit.

1 Současný stav

1.1 Umírání a smrt

Smrt je téma, které neodlučitelně patří k životu člověka. Nejedná se pouze o holý fakt, že organismus umírá a ukončuje tím naši životní cestu. Člověk o smrti předem ví a toto vědomí, ať chceme či ne, člověka hluboce ovlivňuje – jeho myšlení, cítění a jednání (Říčan, 2004). Nabízí se uvést citát Haškovcové (2007, s. 15): „*Jestliže si člověk bude opakovaně připomínat konečnost svého života, bude pak zcela jistě jinak a odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který mu je pro pobyt na tomto světě dán*“.

Lidé dříve umírali častěji přirozenou smrtí, někdy označovanou jako sešlost věkem. V dnešní době je smrt zpravidla konečným stádiem určitého patologického procesu (Haškovcová, 2000). Scherer (2005) se ve své knize zaměřuje na téma smrti jako filozofického problému a zabývá se pojmem „přirozená smrt“. Přirozenou smrt můžeme definovat jako smrt věkem. Jedná se o smrt, která se dostavuje jako konec na základě vývoje stárnoucího lidského těla. S pojmem „přirozená smrt“ se pojí linie otázek o smrti i jeden rozpor, který v této oblasti existuje. Pokud má být smrt odsouvána tak dlouho, dokud nenastane následkem biologického procesu označovaného stárnutí, jsou nutná rozsáhlá opatření ze strany člověka, proto dnes požadovaná přirozená smrt je ve skutečnosti smrt umělá, jelikož je výsledkem sebemanipulace člověka a okolností jeho života. Přirozená smrt je postulát, kterému podřizujeme svou praxi a který chceme uskutečnit. Obecně totiž pokládáme za smysluplné dožít se stáří. Co je pro člověka přirozená smrt, můžeme zjistit, pokud vezmeme v úvahu nejen biologické struktury člověka, ale také jeho svobodu, rozum a etickou dimenzi jeho existence (Scherer, 2005).

Smrt je záhadou a tajemstvím, které k člověku patří. Leží v budoucnu a současně v naší blízkosti. Představa o smrti se mění jak v průběhu vývoje lidstva, tak během života jednotlivce (Vymětal, 2003). „*Úkolem závěru lidského života je uzavřít – bilancovat – prožité. Odložit to, co bylo zbytečné, odpustit to, co se nezdařilo. Uchovat to, co je krásné. Předat druhým, co člověk sám považuje za důležité. V blízkosti smrti přestává spousta věcí mít svou původní váhu*“ (Marková, 2010, s. 86). Umírání je konečnou, nezvratnou částí našeho života. Tato fáze lidského života je charakterizována úbytkem síly a životních funkcí. Období, které přichází těsně před smrtí, je ve zdravotnictví označováno jako terminální stav. Je to velmi náročné období, jak pro umírajícího, tak pro jeho blízké i zdravotníky. Z toho vyplývá, že péči nepotřebuje pouze umírající, ale i jeho blízcí

(Burda, Šolcová, 2016). Sestra v péči o umírající má několik úkolů. Zajistí fyzické pohodlí umírajícího, co nejvíce věnovat pozornost umírajícímu, být mu na blízku, do posledních chvil s umírajícím komunikovat, kontrolovat jeho bolest, zajistit bezpečnost umírajícího, pečovat o hygienu, sledovat základní životní funkce, vyprazdňování, sledovat výživu a hydrataci, provádět ordinace lékaře a všechny změny zaznamenávat do dokumentace (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Proces umírání můžeme rozdělit do tří období, která jsou nestejně dlouhá. Prvním je období *pre finem*, druhé nazýváme *in finem* a poslední *post finem* (Haškovcová, 2002).

Fáze *pre finem* začíná v okamžiku, kdy dojde ke zjištění, že nemoc člověka je závažná a pravděpodobně skončí smrtí. Umírání jako proces v tomto smyslu začíná tedy sdělením diagnózy. Tato fáze může trvat různě dlouho – dny, měsíce i roky. Po celé toto období je přítomno úsilí o dosažení remise nebo alespoň zmírnění obtíží. Každý člověk reaguje na stav ohrožení individuálně. Reakce na tuto vážnou situaci je ovlivněna temperamentovými charakteristikami, životními zkušenostmi, osobnostními rozdíly a momentálním rozpoložením člověka (Kupka, 2014). Vymětal (2003) uvádí čtyři možné reakce po sdělení nepříznivé zprávy. Jde o kombinaci čtyř možností, kdy pacient informaci přijme či odmítne na rovině emoční nebo rozumové. V prvním případě člověk informaci přijme na obou úrovních, informaci je zasažen, bývá zoufalý, bezradný, později se ptá po okolnostech, co bude dál. Druhý typ reakce nastává tehdy, když člověk sdělení přijme rozumově, ale emočně jej odmítne. V tomto případě člověk slovně dané sdělení akceptuje, avšak emočně působí statečně, ale s odstupem tak, jako by se ho to netýkalo. V dalším případě člověk sdělenou informaci odmítne, jak na emoční, tak i rozumové úrovni. Příjemce informace zpravidla popírá skutečnost, domnívá se, že došlo k omylu, k záměně jmen, chová se nepřiměřeně situaci (směje se). Poslední reakcí je stav, kdy člověk zprávu emočně přijme, ale rozumově odmítne. Člověk argumentuje, že sdělení nemůže být pravda, ale je očividné, že je sdělením emočně zasažen – pláče, vzteká se (Vymětal, 2003). V tomto období nemocného pomalu začínají opouštět síly a stává se více závislý na svém okolí. Zdravotnický personál se snaží o co největší soběstačnost nemocného (Burda, Šolcová, 2016). Velmi důležitý je i způsob, jakým je diagnóza nemocnému člověku sdělena. Informace by měly být sděleny po malých částech, aby měl pacient dostatek času strávit sdělované informace a porozumět jim. Tento proces může vyžadovat opakování a objasnění, aby se ověřilo že jedinec všemu rozumí.

Pokud lékař jedná správně, zvyšuje tím šance, že nemocný pochopí a přijme vážnost situace a bude tak připraven na další komunikaci s lékařem a dalšími pracovníky (Jevon, 2010; Kupka, 2014).

Druhé období se nazývá *in finem*. Mlýnková (2017) uvádí, že člověk prochází třemi stádii – agónií, klinickou smrtí a biologickou smrtí. Agónie je stav, kdy jsou zachovány fyziologické funkce, ale dochází k selhávání některých orgánů. Při klinické smrti dochází k zástavě srdeční činnosti, dýchání, ale stav je zvrtný např. resuscitací. Posledním stádiem je biologická smrt. Tento stav je již nezvratný, dochází k zániku všech buněk (Mlýnková, 2017). Jasným projevem vstupu pacienta do finální fáze onemocnění je postupné zhoršování jeho zdravotního stavu. Pacient začíná být celkově slabý a více unavený, nevstává z lůžka a přes den více spí. Dále pomalu ztrácí zájem o okolí, často je dezorientovaný, neklidný, mohou se objevit halucinace. Odmítá jídlo i pití. Ke změnám dochází i v oblasti dýchání a vylučování. Umírající dýchá nepravidelně, vylučování moči se snižuje, může dojít až k anurii. Objevují se i změny ve vizáži člověka. Typický je *facies Hippocratica* a mramorovaná kůže (Sláma et al., 2011). Tato fáze může trvat různě dlouho, nejčastěji v rámci hodin. Fáze *in finem* je náročná na poskytování ošetrovatelské péče. Důležitou roli zde hraje to, aby ošetrující personál důkladně sledoval reakce umírající na ošetrovatelské zásahy, ošetrovatelskou péči nepřerušujeme, ale snažíme se, aby umírající nebyl zbytečně zatěžován (Burda, Šolcová, 2016). Sestra by měla umožnit umírajícímu, aby se zbavil pocitu strachu, osamělosti. Měla by v něm udržovat pocit jistoty, důstojnosti a sebeúcty a povzbuzovat jeho naději (Kutnohorská, 2007).

Poslední fáze je nazvána *post finem*. Toto období začíná smrtí člověka a souvisí s péčí o tělesnou schránku umírajícího a psychickým strádáním pozůstalých (Raudenská, Javůrková, 2011). Je to náročné období pro všechny zúčastněné. Smrt považujeme za sociální událost, která hluboce zasáhne okolí zemřelého, jež v tuto chvíli potřebuje velkou podporu (Burda, Šolcová, 2016). První okamžiky po smrti blízkého člověka jsou pro pozůstalé významné, rozhodují o tom, jakou podobu bude jejich zármutek mít. Žal může probíhat normálním způsobem, ale ani patologické formy zármutku, které mohou vyústit do depresivních či úzkostných reakcí, nejsou výjimkou (Kupka, 2014). Haškovcová (2007) uvádí následujících několik rad v prvních minutách po smrti blízkého adresovaných pro příbuzné, ať již připraveným, nebo zaskočeným. Nepospíchat, dopřát si dostatek času na pochopení a přijetí skutečnosti. Vhodné je otevřít okno. Věřící se mohou pomodlit, nevěřící mohou zavzpomínat na chvíle, které prožili s umírajícím

člověkem nebo rekapitulovat společný život. Pokud se příbuzní necítí na to zůstat se zemřelým o samotě, nebát se požádat o pomoc někoho dalšího. Nebránit se spontánním projevům smutku. Mohou nastat i paradoxní reakce v důsledku ztráty blízkého např. smích, motorický neklid (Haškovcová, 2007).

Smrt potvrdí vždy lékař. Pokud člověk zemřel doma, je nutné zavolat lékaře, v nemocnici je tato služba dostupná ihned. Péči o mrtvé tělo provádí zdravotní sestra, ta musí bezprostředně zajistit intimitu nemocného za použití zástěny nebo přesunem zemřelého do místnosti k tomu určené. Povinností sestry je provést všechny potřebné náležitosti (zemřelému podvázat bradu, zavřít oči, tělo omýt a zabalit do prostěradla, náležitě identifikovat zemřelého a mnohé další) (Haškovcová, 2007). Adam et al. (2004) uvádí, že fáze post finem nebývá většinou v popředí zájmu zdravotníků, tedy s výjimkou péče o mrtvé tělo, ale bylo by velmi žádoucí se více věnovat problematice žalu a zármutku, jelikož proces zármutku a žalu začínají mnohem dříve, než dojde k samotné smrti člověka (Adam et al., 2004).

Náročná a obtížná situace pro zdravotnický personál je sdělování, že život blízkého člověka skončil. Sdělování špatných zpráv je velmi náročné, psychologové je řadí mezi nejvíce stresové chvíle v životě pozůstalých, a zdravotnický personál musí uplatnit určitou úroveň komunikačních schopností. Při jednání s pozůstalými bychom měli dodržovat určité společenské zásady a pamatovat, že jsou zranitelní a potřebují také pomoc (Kutnohorská, 2007).

1.1.1 Fáze umírání dle Kübler Ross

Tématem smrti a umírání se zabývalo a zabývá nespočet autorů, ale jedním z nejvýznamnějších jmen je Elizabeth Kübler Rossová. Tato žena výrazným způsobem změnila způsob našeho uvažování o smrti, čímž došlo ke zvýšení kvality života umírajících pacientů. Elizabeth Kübler Rossová strávila mnoho času u umírajících pacientů, naslouchala jim a pozorovala, jak se snaží s celou situací vyrovnat a jejich reakce později shrnula do pěti fází vyrovnání se smrtí (Heřmanová et al., 2012). „*Umírající pacient musí projít mnoha stádii svého zápasu, než se vyrovná se svou nemocí a nevyhnutelnou smrtí*“ (Kübler Ross, 1995, s. 21).

První fází je šok. V tomto období se pacient se dozvídá diagnózu. Většinou je toto období dlouhé několik dnů. Nemocný nedokáže pochopit, že taková událost potkala právě jeho, proč právě jeho. Reakce při sdělení diagnózy mohou být různé: od pláče, vzteku, apatii, uzavření se (Kupka, 2014; Burda, Šolcová 2016). V této fázi musíme být trpěliví, pacient potřebuje dostatek času, aby se přizpůsobil realitě blížící se smrti (Fremgen, 2006). V okamžiku, kdy si pacient uvědomí tíživou váhu situace, nastává fáze zloby, vzpoury a hněvu. Jeho pocity se mohou projevit různým způsobem. Pacient si může vyčítat, že neuposlechl rady lékařů, například nepřestal kouřit, pít alkohol. Je podrážděný, často se objevuje slovní agresivita. Zlost může obrátit vůči zdravým lidem, zdravotnickému personálu či rodině. (Vymětal, 2003; Heřmanová et al., 2012). Třetí fází je smlouvání a uklidnění. Jedná se o období, kdy nemocný začíná smlouvat o čas. Slibuje, že pokud se uzdraví, vše odčiní a napraví. Nemoc chápe jako zlo, které bylo něčím zaviněno a umírání je, proto trestem pro něj. Často pacient vyhledává alternativní způsoby léčby nebo se obrací k víře (Kupka, 2014). Dále nastává fáze deprese, obav a rezignace na léčbu. Tato fáze se objeví, když si člověk uvědomí, že nic už nelze dělat. Lidé se připravují na vlastní smrt a truchlí nad ní. Lékař by měl v této fázi pacientovi naslouchat, podporovat ho, komunikovat s rodinou a hledat řešení. (Raudenská, Javůrková, 2011; Ayers, De Visser, 2015). Fáze smíření je poslední z pěti fází vyrovnání se se smrtí. Dobré je, pokud umírající za spolupráce zdravotníků a blízkých osob do této fáze přejde, nezlobí se na celý svět, již prožil zármutek ze ztráty toho, co měl rád a v klidu očekává blížící se konec. Tato fáze se dostává na řadu, když onemocnění pokročilo, pacient je velmi slabý a nezbývá mu mnoho sil (Burda, Šolcová, 2016). Pokud nedojde ke smíření může umírající rezignovat. Rezignaci lze chápat jako selhání doprovázejících, i když neúmyslné. Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tváři lze pozorovat stav vnitřní důstojnosti. U lidí, kteří na svůj osud rezignovali, tento výraz nenajdeme, naopak můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, chybějícího míru a zbytečného usilování (Kutnohorská, 2007). Jednotlivé fáze se překrývají, trvají různě dlouhou dobu a mohou probíhat paralelně. Také je možné, že se nevyskytnou vůbec. Důležitá je přítomnost naděje, protože člověk, který ztratí naději, psychicky umírá (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

1.1.2 Potřeby umírajících

Šamánková et al. (2011) lidskou potřebu definuje jako stav, který je charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu přebytku nebo nedostatku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, sociální, psychologické či duchovní (Šamánková et al., 2011). Bártlová (2005) uvádí, že v souvislosti se společenským vývojem, jsou potřeby stále složitější a komplexnější ve všech svých složkách. Členěním a systematizací lidských potřeb se zabývalo nespočet autorů. Jedna z nejznámějších klasifikací je Maslowova hierarchická teorie potřeb. Rozděluje potřeby do dvou základních kategorií – potřeby nižší (základní) a potřeby vývojově vyšší neboli potřeby růstu. Za základní pokládá Maslow potřeby biologické a potřebu bezpečí a jistoty. Mezi vyšší řadí potřebu sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty a potřebu seberealizace (Bužgová, 2015).

Biologické potřeby, které jsou vrozené, označujeme jako pudy. Pudy slouží ke dvěma cílům. Prvním cílem je zachování sebe sama. Do této skupiny zařídíme potřebu jídla, vody, tepla, kyslíku a bezpečí. Druhým cílem je zachování rodu, tedy zplození potomstva a následná péče o něj. Jelikož biologické potřeby slouží k přežití, mohou mít značný vliv na lidské chování. Pokud není jedna z výše vyjmenovaných potřeb delší dobu uspokojována, stává se na určitý čas potřebou dominantní. Zdroj uspokojení ani způsob, jak jej dosáhnout, si příliš nevybírá a akceptuje jakoukoli přijatelnou variantu, např. jakékoli jídlo (Vágnerová, 2016). Mezi potřeby bezpečí řadíme potřebu stability, spolehlivosti, pořádku, zákona, mezí, slibů či potřebu osvobození od strachu (Plhánková, 2004). Potřeba lásky a sounáležitosti nám říká, že každý člověk chce být milován a respektován společností, ve které žil, žije a bude žít. Pro zdravý vývoj jedince je důležité, aby si mohl uchovat vzpomínky na období svého dětství a následujících etap života v pozitivním a obohacujícím smyslu (Šamánková et al., 2011). Mezi potřeby uznání patří potřeba prestiže a dosažení úspěšného výkonu. Poslední skupinu tvoří potřeby seberealizace. Tato třída potřeb se týká žádosti člověka po sebenaplnění, jeho tendence uskutečnit své možnosti. Jsou zde zahrnuty i potřeby, které souvisí s věděním, porozuměním a estetické potřeby (Plhánková, 2004).

Malíková (2020) rozděluje potřeby umírajících do čtyř základních oblastí: potřeby biologické, potřeby psychologické a emocionální, potřeby sociální a poslední oblastí jsou potřeby spirituální. Priorita těchto potřeb se v průběhu nemoci může měnit (Malíková, 2020).

Biologické potřeby musí sestra a ostatní zdravotnický personál, pro blaho nemocného a klid jeho blízkých, uspokojovat na prvním místě (Bužgová, 2019). Řadíme sem vše, co potřebuje tělo nemocného. Potřebuje přijímat potravu, někdy i různými způsoby upravenou. Dále se potřebuje, co nejpřirozenějším způsobem, zbavit produktů vlastního metabolismu. Zároveň všechny buňky v těle vyžadují přísun kyslíku, což není vždy úplně jednoduché, zvláště pokud se jedná o nemoc dýchacího ústrojí nebo srdce (Svatošová, 2012). Potřeba tepla se zvyšuje v závěru života. Nutné je, aby ošetrovatelská péče byla kvalitní a pacient se tedy cítil dobře. Nezbytné je tišit pacientovu bolest a předcházet bolesti, tedy zabránit tomu, aby se znovu objevila (Bužgová, 2019). Bolest je nejtypičtějším příznakem a průvodním jevem většiny onemocnění. Každá bolest vyvolává několik dalších nepříjemných pocitů a reakcí, které se těžko snášejí, především pokud trvají delší dobu. Každý člověk je jiný a vnímá a prožívá bolest individuálně. Při zjišťování intenzity a kvality bolesti se musíme řídit tím, co nám pacient říká, a jak reaguje a jedná (Zacharová et al., 2007). Bolest má čtyři složky: bolest fyzickou, sociální, emoční a bolest duchovní (spirituální). Bolest fyzickou můžeme do určité míry rozpoznat. Bolest sociální, představuje utrpení spojené s předtuchou ztráty nebo se skutečným odloučením od rodiny nebo se ztrátou sociální role. Bolest emoční neboli duševní je komplex pocitů, který zahrnuje duševní otřes, smutek, hněv, smlouvání, úzkosti a deprese. Jedná se o určitou dynamiku zármutku, který je středem konečného období choroby. Poslední složkou je bolest spirituální, jejíž definice je nejobtížnější. Jedná se o utrpení, které je spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je často prožíváno jako strach z něčeho neznámého a jako pocit ztráty smyslu (Munzarová, 2005).

Mezi potřeby psychologické patří potřeba respektování lidské důstojnosti, a to nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk není jen množina orgánů v koženém obalu, člověk je jedinečná bytost se svým vlastním a neopakovatelným posláním, které je nutno chápat a respektovat vždy, tím spíše v době, kdy svůj životní úkol završuje (Svatošová, 2012). Pro většinu lidí neexistuje horší utrpení než to, když cítí, že přišli o svou důstojnost (Byock, 2005). Důstojnost je doprovázena úctou a úctou i v očích druhých lidí. Mezi další psychické potřeby patří potřeba jistoty a bezpečí, informovanosti, nalezení klidu, seberealizace a potřeba autonomie. V rámci uspokojování těchto potřeb u umírajících a doprovázejících je důležité aktivně naslouchat (Špatenková, 2014). Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a lidé často zapomínají, že více než naše slova mluví naše

mimika, postoj, oči, gesta a další, I proto je důležité nemocnému nelhat a říkat mu, jen tolik, kolik chce slyšet a tehdy, kdy to slyšet chce (Svatošová, 1995).

Neméně důležité jsou potřeby sociální. Jelikož člověk je společenský tvor a nechce žít sám, stejně tak nechce sám ani trpět a umírat. Ve fázi, kdy člověk umírá, jsou důležité sociální vztahy a sociální opora zabezpečující umírajícímu především jeho nejbližší osoba. (Špatenková, 2014).

Svatošová (2012) uvádí, že až do nedávné doby byly spirituální potřeby umírajícího více méně tabu. Stále si mnoho lidí, včetně zdravotníků, myslí, že se jedná o uspokojování potřeb věřících, přitom tomu bývá často naopak. Ne že by věřící duchovní potřeby neměl, ale ví, co má dělat a často se podle toho dokáže zařídit (Svatošová, 2012). Spirituální potřeby můžeme chápat jako hlubší pochopení života jako takového, nového smyslu sebe sama, uzavření se do sebe, modlitbu, meditaci či zklidnění citů a utřídění svých myšlenek. Pro uspokojování spirituálních potřeb je nutné, kromě soucitu a vcítění se, právo na soukromí a klidné prostředí (Špatenková, 2014). Duchovní potřeby jsou běžné a většina umírajících si přeje diskutovat o své spiritualitě se svým lékařem. Mnoho lékařů se ale domnívá, že jejich úkolem není řešit tyto potřeby. Shodující se, že v nemocnici by měli duchovní péči zajišťovat kaplani, kterých je ale stále nedostatek (Kelley, Morisson, 2015).

1.2 Stáří

Stáří je nevyhnutelnou fází každého živého tvora. Stárnoucích a starých lidí ve světě neustále přibývá, i proto se o stáří čím dál více mluví i píše (Minibergerová, Dušek 2006). Každý z nás stárne i ten kdo si myslí, že se ho se stáří ještě netýká, se pomalu blíží k hranici, kdy oficiálně můžeme hovořit o stáří (Haškovcová, 2010). „*Stárnoucí populace nejsou rozhodně populace postižené demografickou krizí, jak o tom hovoří někteří ekonomové, ale snižování úmrtnosti ve vyšším věku a ve velkém měřítku je dalším historickým úspěchem vývoje lidstva*“ (Rychtaříková, 2002, s. 46).

Stáří je životní fází člověka, která je ohraničená dvěma body. Horní věková hranice je vymezena smrtí. Dolní hranice je rozmazána tím, že jevy a procesy, které charakterizují stáří, do života člověka vstupují postupně. Každý z těchto procesů a jevů tvořících stáří má svůj určitý věk a čas, kdy začne působit v životě člověka. Každý člověk je jedinečný,

proto stejné jevy a procesy nastupují u člověka sice v určitém limitovaném věkovém rozpětí, ale v jiném individuálním věku (Sak, Kolesárová, 2012).

V odborné literatuře najdeme různá dělení období stáří např. Vágnerová (2007) stáří rozděluje na období raného stáří od 60 do 75 let a období pravého stáří od 75 a více let. Holmerová et al. (2007) stáří rozděluje na počínající stáří 60 - 74 let, vlastní stáří 75 – 89 let a dlouhověkost 90 let a více. Jedno z nejčastěji užívaných a uznávaných je na stáří kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří můžeme jednoznačně vymezit. Věková hranice se však stále posouvá, jelikož se prodlužuje očekávaná doba dožití a dochází ke zlepšení zdravotního a funkčního stavu nově stárnoucí generace. Sociální stáří představuje proměnu potřeb a sociálních rolí, ekonomického zajištění a životního stylu. Patří sem i pokles životní úrovně, diskriminace či ztráta společenské prestiže. Vznik nároku na starobní důchod je považován za počátek sociálního stáří. Biologické stáří udává míru involučních změn u konkrétního jedince. Avšak jeho přesné vymezení se nedaří a není shoda o tom, co by mělo vyjadřovat (Kalvach et al., 2004).

Kdo je senior? Seniozem, označujeme člověka završujícího životní fázi se specifickým postavením ve společnosti. A jak se staneme seniozem? Seniozem se člověk stává plynule přechodem z generace střední a statut seniora je neodvolatelný. Konec jeho života je završující fází našeho životního cyklu, není to přechod do další fáze života (Sak, Kolesárová, 2012).

1.2.1 Změny ve stáří

Stáří samo o sobě není chorobným stavem, ale v průběhu stárnutí dochází k hromadění nepříznivých vlivů a následkem toho přibývá nemocných lidí, stárnutí s sebou zhoršení tělesného i duševního stavu člověka. Tento proces je individuální, jak z hlediska času, závažnosti a rozsahu projevů (Vágnerová, 2000). Změny ve stáří můžeme podle Venglářové (2007) rozdělit do 3 základních skupin – změny tělesné, psychické a sociální. Mezi tělesné změny, které sebou přináší stáří patří úbytek svalové hmoty, změny činnosti smyslů, změny ve vylučování moči a vyprazdňování, termoregulační změny a mnohé další (Venglářová, 2007). Stáří mění výrazným způsobem i zevnějšek člověka a tím ovlivňuje i jeho sociální status ve společnosti (Vágnerová, 2000). Dochází i ke změně mnoha psychických funkcí. Některé z nich jsou důsledkem psychosociálních jevů, jiné jsou podmíněny biologicky. Proces stárnutí vede k funkčním i strukturálním změnám mozku, které se projeví v psychické oblasti, a to především zpomalením reakcí

(Vágnerová, 2000). Mezi psychické změny ve stáří patří zhoršení paměti, emoční labilita, změny ve vnímání, nedůvěřivost, zhoršení úsudku a další (Venglářová, 2007). Do sociálních změn řadíme finanční obtíže, odchod do penze, ztráta blízkých osob, změna životního stylu atd. Reakce stárnoucího člověka na výše uvedené změny, a to jakým způsobem se s nimi bude starý člověk vyrovnávat, jsou ovlivněny především jeho osobností, výchovou, zkušenostmi, vzděláním a prostředím, kde žije. V okamžik, kdy si člověk uvědomí, že stárne, začíná problém jeho psychologické adaptace na životní fázi stáří. Někdo si vytvoří závislost na okolí, jiný zaujme nepřátelský postoj vůči všemu a všem nebo jeho postoj může mít konstruktivní přístup (Malíková, 2020).

1.2.2 Potřeby ve stáří

Senioři potřebují uspokojovat všechny své potřeby stejně jako ostatní lidé, přičemž jsou často odkázáni na pomoci svého okolí. Potřeba péče, ale není primárně spojena s věkem, ale spíše je spojena s poklesem soběstačnosti a funkčních schopností, čímž je omezena schopnost člověka uspokojovat každodenní potřeby, naplňovat plány a udržovat kontakt v míře na jakou byli zvyklí. U seniorů se tedy ve stáří nemění potřeby, ale mění se způsob jejich uspokojování (Čevela et al., 2012; Dvořáčková, 2012). Mlýnková (2011) potřeby seniorů dělí v souladu s A. Maslowem na potřeby fyziologické, vyšší a duchovní.

Mezi potřeby fyziologické patří především nutriční vyváženost stravy a potřeba vyprazdňování, které je často problematická ve seniorském věku. Senioři potřebují více odpočinku a spánku, nejenom v noci, ale také během dne. Důležitou potřebou je žít bez bolesti a být v teple a pohodlí (Veteška, Vostrý, 2021). Některé fyziologické potřeby naopak ustupují do pozadí. Jedná se o potřebu příjmu tekutin, jelikož senioři mají snížený pocit žízně. Méně důležité jsou pro seniory potřeby sexuální, hygienické péče či úprava zevnějšku (Mlýnková, 2011).

Z vyšších potřeb je pro seniory důležitá potřeba bezpečí a jistoty. V potřebě bezpečí Příbyl (2015) rozlišuje tři základní hlediska: psychické, fyzické a ekonomické. V psychickém bezpečí se jedná především o pocit bezpečí, kdy se mohou spolehnout na své blízké. Pro seniory je nejvýznamnější vztah s životním partnerem, který je prověřený mnoha zkouškami života. Potřeba ekonomického bezpečí je také velmi důležitá. Senioři nemají potřebu hromadit peníze, ale schopnost materiálně se o sebe postarat, vnímají jako určitou nezávislost. Někdy je tato finanční nezávislost vykoupena určitým způsobem života, kdy si mohou dovolit jen nezbytné výdaje na jídlo a bydlení. Bezpečí fyzické je

spojeno především s potřebou být bez bolesti. Senioři s omezenou pohyblivostí mají často strach z pádů a při opakovaných pádech je obava výrazně zesílena (Příbyl, 2015). Dále je významná potřeba seberealizace, uznávání sebe sama a uznávání druhých lidí. Mnoho seniorů stále pracuje a realizují se tedy v zaměstnání nebo si upravují a zvelebují domov nebo zahrádku. Jiní se účastní různých kulturních akcí či navštěvují kluby. Své intelektuální potřeby mohou uspokojovat prostřednictvím univerzit třetího věku nebo jinými vzdělávacími programy (Mlýnková, 2011; Veteška, Vostrý, 2021).

V rámci duchovních potřeb, senioři na sklonku života často balancují, ohlížejí se a hodnotí svůj život a rozmyšlí nad tím, zda splnili vše, co měli nebo co asi bylo jejich úkolem. Často si také kladou otázky, na které nelze najít odpověď (Malíková, 2020). Nejvíce potřebují empatického člověka, který jim bude aktivně naslouchat, nebude je poučovat a dá jim prostor, aby na všechny své otázky našli odpovědi sami v sobě (Mlýnková, 2011).

1.3 Paliativní péče

Paliativní péče je téma aktuální, jelikož péče a podpora osob s nemocí, která je pokročilá a ohrožuje lidský život, se stává důležitým předmětem veřejného zdravotnictví s nutností zajištění zdravotně sociální péče. Světová zdravotnická organizace rozvoj paliativní péče považuje za jednu ze svých priorit již od 90. let 20. století (Bužgová, 2015). V České republice je paliativní péče ale stále ještě vnímána převážně jako péče hospicová. Podle Kabelky (2017), ale více než 95 % potřebných pacientů u nás na péči v hospici nedosáhne nebo se jim této péče dostane, často až v posledních dnech života (Kabelka, 2017). Rozvoj paliativní péče patří mezi priority českého zdravotnictví, avšak autoři dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015 upozorňují, že paliativní péče je u nás sice dostupná, ale omezeně, zejména u onkologicky nemocných. Avšak stárnoucí populace přibývá a je nutné zajistit rozvoj paliativní péče i u neonkologického typu onemocnění jako je demence, srdeční selhání a další (Bužgová, 2015). Munzarová (2005) udává, že na paliativní péči nelze pohlížet jako na něco zásadně odlišného od jiných přístupů v oblasti zdravotní péče. Naopak rozvoj paliativní péče by mohl mít pozitivní vliv na její ostatní formy už jen tím, že nás upozorňuje na neošetřované a nedocenené problémy jako je např. bolest typu duševního či spirituálního (Munzarová, 2005). V ideálním případě je paliativní péče poskytována týmem lékařů, sester, psychologů, sociálních pracovníků a kaplanů (Swami, Case, 2018).

Sestra se s utrpením setkává každý den a jejím úkolem je postřehnout a rozpoznat různé projevy bolesti a utrpení pacienta a konat takovým způsobem, aby trpícímu člověku pomohla. Okamžiky spojené s umíráním a utrpením v sesterské praxi patří mezi okamžiky nelehké a obtížné (Heřmanová et al., 2012).

1.3.1 Vymezení paliativní péče

Paliativní péče je systém pomoci umírajícímu a jeho rodině. Respektuje umírání jako přirozenou a konečnou fázi lidského života a jako určitou věc, kterou je potřeba přijmout, a nikoliv považovat za nepřítele (Bužgová, 2019). Je to cílevědomá a ucelená podpora lidí se závažným, nevléčitelným a život zkracujícím onemocněním. (Kalvach, 2010). Obsah pojmu paliativní péče není ještě ustálen, a tak se můžeme v různé odborné literatuře setkat s mnoha definicemi, jejichž obsah se více či méně překrývá. Slovo paliativní v kombinaci s péčí symbolicky znamená, že cílem je, nemocnému poskytnout ochranu v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku (Haškovcová, 2007). WHO uvádí následující definici: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (WHO in Kupka, 2014, s. 97). Definice vychází z holistického pojetí člověka a obsahuje všechny aspekty péče, lékařské i nelékařské, pro nemocného a jeho rodinu, a to po celou dobu nemoci (Plevová, 2019). Zdůrazňuje také charakter onemocnění, které je pokročilé, dostupnými medicínskými prostředky nevléčitelné, s trvalou progresí a omezující životní prognózu nemocného. Jedná se tedy o onemocnění, které navzdory cílené léčbě, stále nezadržitelně pokračuje, nebo o onemocnění, jehož léčba by byla pro nemocného velmi zatěžující či riziková. Postupy paliativní péče jsou proto spíše orientovány na jednotlivé příznaky než na vlastní nemoc (Topinková, 2004). Jinými slovy paliativní péči můžeme popsat jako celkovou péči a léčbu. Je zde zdůrazňován multidisciplinární přístup k nemocnému, ať je péče poskytována v nemocnici, hospici nebo doma. Definice se nezmiňují o terminální péči nebo o péči o umírající, protože principy paliativní péče by měly být uplatňovány i před konečnými dny nemocného (Kupka, 2014). Sestra je poskytovatelem profesionální péče, kdy svojí přítomností, pomocí a soucitem pomáhá pacientovi vyrovnat se s utrpením a vede k tomu, že není opuštěný a sám (Heřmanová et al., 2012).

1.3.2 Cíle a principy paliativní péče

Jak již bylo uvedeno výše, hlavním cílem paliativní péče je dosažení co nejvyšší kvality života nemocných a jejich rodin. Koncepce paliativní péče v České republice charakterizuje principy paliativní péče následovně:

- neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a velký důraz klade na kvalitu života
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na komplexním pohledu na nemocného člověka, a integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, spirituální a existencionální aspekty
- podporuje život, ale na umírání pohlíží jako na přirozený proces, neusiluje o oddálení ani urychlení smrti
- dokáže zvládat průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění zejména bolest
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel, vytváří takové podmínky, aby pacient mohl poslední chvíle svého života strávit ve společnosti svých blízkých ve vlídném a důstojném prostředí
- nabízí všestrannou oporu příbuzným a blízkým umírajícího a pomáhá jim zvládnout jejich zármutek i po smrti blízkého člověka
- péče vychází z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority
- vychází ze zkušenosti, že existuje rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírajícího člověka a že umírání nemusí být provázeno bolestí, utrpením a strachem (Sláma et al., 2007; Malíková, 2020)

Z výše uvedeného vyplývá, že důraz je kladen na kvalitu nemocí omezeného života, který se nemá stát stadiem obtížného přežívání těžkých chvil. Má-li však strádající člověk prožít svůj individuální život kvalitně i ve fázi umírání, musí mu být dopřán komfort bezbolestnosti (Haškovcová, 2007).

Sestra se musí orientovat v potřebách pacientů i jejich rodiny, protože pokud nebude spokojený její pacient, nebude jí práce přinášet radost a smysl. U pacientů v paliativní péči jsou často v popředí potřeby duchovní a sociální a pokud se sestra nebude orientovat v této problematice a nebude chápat jejich význam pro kvalitní život svých pacientů, nebude schopna poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči (Marková, 2010).

1.3.3 Historie paliativní péče

Obecně platí, že pokud chceme pochopit smysl něčeho současného, je vhodné ohlédnout se zpět. Pokud chceme pochopit současné paliativní ošetrovatelství, porozumět problematice umírání a paliativní medicíně, musíme se podívat zpět do minulosti (Marková, 2010). Lidé si uvědomovali konečnost života už odpradáвна, avšak v historii došlo k zásadním změnám v akceptaci smrti. V dávných dobách byla smrt chápána jako předěl mezi životem pozemským a rajským životem věčným. (Bužgová (2019). Marková (2010) uvádí, že paliativní péče je nejstarší formou medicíny, jelikož po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a doprovázení k dobré smrti úkolem lékaře, ošetrovatelů, sester a dalšího personálu (Marková, 2010). Paliativní medicína se dříve zaměřovala především na onkologické pacienty. Dnes se věnuje mnohem širší skupině nemocných. Paliativní péče už dávno není vyhrazena pouze pro onkologicky nemocné pacienty, ale je určena pro všechny, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí (Peřina, 2016).

Základy paliativní péče vymezila již Florence Nightingale roku 1859, kdy vydala *Poznámky k ošetrování: Co to je a co to není*. V tomto svazku položila základy paliativního ošetrovatelství svými postřehy, že utrpení přesahuje tělesné účinky nemoci a ošetrovatelství může tyto obtíže zmírnit bez léčby nemoci (Lynch et al., 2011). Paliativní péče začala být definována jako předmět činnosti již v 70. letech 20. století a začala být synonymem pro fyzickou, psychologickou, sociální a duchovní podporu pacientů s nemocí, která omezuje jejich život (Clark, 2007). Klíčovým datem se stal rok 1967, kdy Cecily Sandersová na Londýnském předměstí založila hospic sv. Kryštofa, první moderní zařízení paliativní péče. Cecily Saundersovou výrazným způsobem ovlivnil psycholog Carl Rogers, který se zaměřoval na komunikaci a potřebu naslouchat pacientovi. Díky absenci tohoto lidského přístupu se koncem 50. let se na péči o umírající snesla velká kritika. Kritizován byl přístup, který se orientoval pouze na nemoc a zanedbával ostatní, neméně důležité pacientovy potřeby. Právě Cecilie Saundersová byla první, kdo přišel s konceptem péče o celkovou bolest. Díky tomu, že kladla důraz na nezbytnost multidisciplinární péče, dnes ve spojitosti s jejím jménem hovoříme o počátku moderního hospicového hnutí (Peřina, 2016). Hospicové hnutí rozvíjelo činnost v několika formách. Kromě klasických samostatně stojících lůžkových hospiců se rozvíjela i domácí hospicová péče. Tato forma hospicové péče se rozvíjela převážně ve Velké Británii a USA. První oddělení paliativní péče založil lékař Balfour Mount v kanadském Montrealu. Koncept paliativní péče vychází z principů hospicového hnutí

a systematicky usiluje o aplikaci přístupů a postupů hospicové péče v ostatních zdravotnických zařízeních (Sláma, Vorlíček, 2005). S rostoucím uznáním se paliativní medicína přesouvala z okrajů na ústřední místo a přibývaly důkazy o úspěších paliativní péče po celém světě (Clark, 2016). Dnes již ve světě existuje přes 7000 zařízení poskytující hospicovou a paliativní péči ve více jak 90 zemích (Peřina, 2016).

V České republice se začala paliativní péče jako model péče o nevléčitelně nemocné rozvíjet až v období od 90. let minulého století, čímž lehce zaostává za jejím vývojem ve vyspělých zemích. (Peřina, 2016). Téměř od počátku se specializovaná paliativní péče rozvíjela především jako lůžková hospicová péče, zejména pro onkologicky nemocné pacienty. Prvním pokusem o zřízení lůžkového oddělení paliativní péče v rámci nemocnice bylo v roce 1992 otevření oddělení v nemocnici v Babicích nad Svitavou (Bužgová, 2015). Toto oddělení se však později stalo léčebnou pro dlouhodobě nemocné. Po roce 1990 začala u nás hospicové hnutí propagovat lékařka Marie Svatošová, která roku 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí pojmenované *Ecce homo*. Nejprve začala s domácí zdravotní péčí a v roce 1996 se jí povedlo otevřít první český kamenný hospic *Hospic Anežky České v Červeném Kostelci*. Do roku 2011 vzniklo u nás dalších 18 hospiců (Bužgová, 2015; Tomeš et al., 2015). Od roku 2001 ve FN Brno působí specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti, kde se formou ambulantních a konziliárních vyšetření snaží zlepšovat úroveň péče o pokročile nemocné. Později u nás také vzniklo několik agentur zaměřujících se na domácí hospicovou péči (Sláma, Vorlíček, 2005). K rozvoji paliativní péče přispěla i Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče založená v roce 2005, která vydala v roce 2007 Standardy hospicové paliativní péče. Hlavním cílem bylo určit požadavky, které by poskytovatelé paliativní péče v ČR měli splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a kvalita (Bužgová, 2015). V posledních několika letech došlo k dalšímu významnému rozvoji paliativní péče na všech úrovních. Za významné považujeme vznik pracovních skupin při České společnosti paliativní medicíny (Sekce geriatrické paliativní péče, Sekce dětské paliativní péče a další), které se snaží o rozvoj péče v daných oblastech. Dále byl vytvořen Národní program paliativní péče, který je platformou, na které měla fungovat spolupráce s orgány státní správy a dalšími organizacemi, iniciativami a sdruženími. Vizí Národního programu je zajistit následující:

- dostupnost paliativní péče ve všech částech zdravotního a sociálního systému v České republice, dostupné každému nemocnému s nevyлéčitelným onemocněním
 - podporu rodině pečující o nevyлéčitelně nemocného pacienta, včetně podpory psychologické a sociální
 - možnost vybrat si prostředí, ve kterém si nemocný člověk přeje prožít konec svého života
- (Bužgová, 2019)

Sestry i další zdravotničtí pracovníci mají možnost se neustále vzdělávat se v oblasti paliativní péče prostřednictvím kurzů, seminářů a konferencí na toto téma, včetně studia odborné literatury. O samotnou propagaci a rozvoj se nejvíce zasloužila právě MUDr. Marie Svatošová. Odborná i laická veřejnost se o paliativní péči může dozvědět více na stránkách jako www.cestadomu.cz, www.umirani.cz a další (Heřmanová et al., 2012).

1.3.4 Obecná a specializovaná paliativní péče

V souladu s mezinárodními doporučeními dělíme poskytování paliativní péče na dvě úrovně: obecnou a specializovanou paliativní péči. Je nutné, aby obě úrovně služeb vytvořily a zachovaly dostatečné komunikační propojení (Kabelka, 2017).

Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností v situaci, kdy onemocnění je již v pokročilém stádiu (Bužgová, 2019). Zajišťují jí např. lékaři ve spolupráci s agenturami domácí péče, lékaři specialisty, nejčastěji jsou to onkologové, neurologové, internisti a geriatři. V rámci obecné paliativní péče mají své nezastupitelné místo služby, které zajišťují nezdravotnické aspekty paliativní péče - např. psychologické poradenství, práce dobrovolníků a sociální poradenství a služby (Kabelka, 2018). O'Connor a Aranda (2005) uvádí, že obecná paliativní péče je poskytována všem pacientům, kteří nepotřebují péči specializovanou a jejich rodinám ve všech zdravotnických zařízeních, bez ohledu na fázi a charakter nemoci (O'Connor, Aranda, 2005). Její součástí je otevřená, vstřícná a empatická komunikace s pacientem a rodinou, orientace péče a léčby na kvalitu života, účinná léčba příznaků a psychosociální podpora (Skála, 2011). Pokud závažnost potřeb pacienta přesáhne možnosti obecné paliativní péče, měli by jim poskytovatelé této péče umožnit přístup k specializované paliativní péči (Kabelka, 2018).

Specializovaná paliativní péče je poskytována zdravotníky, kteří mají specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající a jejich rodiny v rámci multidisciplinárního týmu (O'Connor, Aranda 2005). Payneová et al. (2007) uvádí, že ve vzdělávání v paliativní péči došlo ke značnému pokroku, který však nebyl koordinovaný. Je nutné se zamýšlet nad tím, co profesionálové specializující na paliativní péči budou od vzdělání potřebovat v budoucnosti, a ve shodě s tím plánovat nové podoby vzdělávání nebo upravovat modely stávající (Payneová et al., 2007).

1.3.5 Geriatrická paliativní péče

Smrt i umírání ve stáří má rozdílnou povahu a také potřeby seniorů v paliativní péči se liší. Starý člověk přemýšlí nad smrtí dlouho předtím, než nastane (Bužgová, 2019). Jedna ze zvláštností umírání ve stáří se týká křehkých geriatrických pacientů, kteří nespějí ke smrti bezprostředně, ale žijí v její blízkosti. Nejedná se tedy o hospicový režim, ale spíše o animaci péče dlouhodobé, zajišťující lidskou důstojnost a kvalitu života (Kalvach et al., 2004). Burda, Šolcová (2016) uvádí jako cíl geriatrické paliativní péče zajištění léčby příznaků onemocnění u starých umírajících. Většina intervencí je zaměřena na blízkou budoucnost, prevenci nepříjemných či jinak zatěžujících symptomů a potíží (Bužgová, 2015). Topinková (2004), udává určité charakteristiky geriatrické paliativní péče. Jedná se o péči, která má multidisciplinární charakter, široké spektrum chorob, které se objevují ve stáří a také široké spektrum poskytovatelů (domácí péče, hospic, sociální ústav, nemocnice, LDN a další) (Topinková, 2004). Kabelka (2018) tvrdí, že brzká indikace paliativní péče zlepšuje ve stáří délku i kvalitu jejich života. V geriatrii se tedy jedná o pohled na problematiku nemocí ve stáří z celostního hlediska, mluvíme tedy především o nemocích chronických. Schopnost vnímat spojitosti sociální, psychického stavu, životního stylu a motivace. Včasné určit syndrom frailty (lidské křehkosti), zahájit léčbu a sledovat efekt intervencí a pokud intervence nejsou účinné, můžeme po komunikaci s nemocným, popřípadě s jeho rodinou, uvažovat o komplexní paliativní péči. V tomto případě vzniká plán péče po konzultaci alespoň dvou lékařů. Na základě tohoto plánu pokračuje léčba a péče o nemocného v prostředí, kde je o něj pečováno (Kabelka, 2018).

1.3.6 Formy poskytování paliativní péče

Plevová (2019) uvádí, že v České republice je nejčastější formou paliativní péče hospic a zařízení poskytující specializovanou domácí paliativní péči, která u nás působí teprve pár let. Dále je paliativní péče poskytována ve zdravotnických zařízeních, specializovaných

ambulancích, denních stacionářích a ve zvláštních zařízeních paliativní péče (Plevová, 2019).

Zařízení domácí paliativní péče poskytuje specializovanou péči v domácím prostředí formou návštěv lékaře, ošetřovatelů, sester a dalších odborníků. (Plevová, 2019). Kvalitní péče v domácím prostředí by měla zajišťovat permanentní dostupnost odborné ošetřovatelské péče a permanentní dostupnost telefonické konzultace s lékařem, který je obeznámen se stavem nemocného. Dále by měla zajistit systematickou podporu pečující rodiny a vybavit prostředí pacienta potřebnými pomůckami, které umožní vysoce odbornou paliativní péči jako je polohovací lůžko, antidekubitární pomůcky či koncentrátor kyslíku (Bužgová, 2019). Na zdravotnický personál jsou v domácí péči kladeny specifické požadavky vzhledem k tomu, že vstupují do intimního prostoru nemocného a stávají se na určitý čas součástí rodiny. Zdravotníci se musejí umět rychle rozhodnout. Pro některé zdravotníky může být také náročná skutečnost, že nemají neustálou kontrolu nad zdravotním stavem pacienta. Marková (2010) uvádí, že u nás v České republice bohužel není dostatečně pokryta síť agentur domácí ošetřovatelské péče.

Hospice byl původně používán ve středověku jako dům odpočinku. Tyto domy vyhledávali především cestující poutníci do Palestiny, zde se najedli, napili a řádně vyspali (Haškovcová, 2007). V dnešní době je hospice samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v preterminální a terminální fázi onemocnění (obvykle je doba pobytu okolo 4 týdnů) (Plevová, 2019). Podle Svatošové (1995) je myšlenkou hospice naplnit dny životem, nikoliv životem naplnit dny. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání nemocného a na vytvoření prostředí, ve kterém by pacient mohl zůstat až do konce života se svými blízkými. Toho je dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, volným režimem návštěv či maximálním soukromím pacientů (Sláma et al., 2012). Prostředí hospice je příjemné a připomíná spíše domov než nemocnici. Denní režim se také výrazně liší od režimu nemocničního a je především přizpůsoben potřebám nemocného. Pacient si může zvolit, kdy chce vstávat, jíst, provádět hygienu apod. Do hospice jsou přijímáni nemocní, které nemoc ohrožuje na životě a potřebují intenzivní péči (Bužgová, 2019).

Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních může být poskytována na odděleních paliativní péče v rámci nemocnice či léčebny. Jedná se o péči, kdy nemocný potřebuje komplexní paliativní péči a zároveň potřebuje diagnostiku, léčbu a vybavení nemocnice (Plevová, 2019). Součástí zdravotnického zařízení může být konziliární tým paliativní péče, který přináší interdisciplinární znalost z oblasti paliativní péče do zařízení různého typu. Posiluje kontinuitu péče, ovlivňuje kvalitu paliativní péče a přispívá k edukaci. (Sláma et al., 2011). Multidisciplinární tým je složen z lékařů, sester, psychologa, psychiatra, sociálního pracovníka, kaplana a dalších odborníků podle potřeby. Tento tým poskytuje i konzultace lékařům a sestřím pečujících o pacienta na různých oddělení (Bužgová, 2015). Členové tohoto týmu musí projít edukací v paliativních přístupech, jsou neustále pod supervizí své práce a mohou sloužit jako konziliární tým při příznacích, které nejsou běžné na určitém oddělení, také mohou pomoci naplňovat individuální přání jednotlivým nemocným a uspokojovat potřeby v jejich konkrétních podobách (Marková, 2010).

Ambulance paliativní medicíny je často jádrem konziliárního týmu paliativní péče. Zajišťuje ambulantní péči nemocným, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízení sociální péče. Obvykle je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními obecné, domácí a specializované paliativní péče (Sláma et al, 2011; Plevová, 2019)

Denní stacionář poskytuje denní péči pacientům, oddaluje hospitalizaci a umožňuje nemocnému pobývat v prostředí domova. Péče ve stacionáři bývá omezena na několik hodin, zpravidla na jeden den. Nemocný je do stacionáře přijat většinou v ranních hodinách a odpoledne odchází domů, dopravu nemocného zajišťuje jeho rodina (Haškovcová, 2007).

Poslední z forem paliativní péče, které uvádí Plevová (2019) je zvláštní zařízení specializované paliativní péče. Řadíme sem specializované poradny, zařízení určená pro diagnostické skupiny a různé tísňové linky.

1.3.7 Role sestry v paliativní péči

Sestra v paliativní péči je v blízkém kontaktu s pacientem i jeho rodinou. Je zodpovědná za vykonání péče indikované lékařem, sleduje aktuální zdravotní a psychický stav všech zúčastněných a podle potřeby koordinuje ostatní služby týmu (Kozáková, 2020). Sestra potřebuje mít kolem sebe dobrý tým jehož cílem je kvalitní život svých pacientů

a jejich rodin a zmírňování celkového utrpení nemocného (Marková, 2010). Oproti ostatním členům týmu, sestra bezpochyby tráví s nemocným nejvíce času a proto, by jí mělo být umožněno zapojit se do rozhodování o povaze poskytované lékařské péče na konci života. K tomu je nezbytné, aby se dobře orientovala ve zdravotním stavu pacienta, uměla naslouchat a byla schopna rozpoznat známky psychického a fyzického utrpení (Heřmanová et al., 2012).

Sestra by při péči o umírající měla dodržovat určité zásady. Měly by chápat, naslouchat, mlčet i mluvit s nadějí. Udržovat odstup, být umírajícímu na blízku dle situace. Respektovat přání umírajícího. Být ochotna si na umírajícího udělat dostatek času. Jednat opravdově, netajit bolest ani nejistotu (Kutnohorská, 2007).

Sestra by měla znát pacienty, kterým je paliativní péče poskytována, nejlépe. Objektivní dokumentace a sdílení znalostí vede k poskytování co nejlepší a nejkvalitnější ošetrovatelské péče (O'Connor, Aranda, 2005). Sestra musí dobře znát základní postupy při léčbě příznaků, umět tyto příznaky monitorovat, znát vedlejší a nežádoucí účinky nejčastěji podávaných léků a měla by umět správně podat léky označené lékařem „dle potřeby“ (Marková, 2010). Jejím hlavním úkolem je sledovat stav pacienta, který může být stabilní, může se pomalu nebo rychle zhoršovat. Sestra na pacienta mluví, všímá si, jestli slyší a rozumí jí. Měla by být trpělivá a klidná, může mluvit hlasitěji a zpřesnit výslovnost, aby pacient byl schopný pochopit, co říká. Měla by mít také stále na paměti, že se komunikace mohla náhle změnit z původně hladké na situaci, kdy pacient není schopen mluvit či psát (Dostálová, 2016). Přispívá také k naplňování potřeb pacienta, k jeho diagnostice včetně jeho rodiny, léčbě příznaků a informuje pacienta o nutnosti řádného užívání léků. Všímá si i nemotorických příznaků značících problémy se spánkem, zácpou nebo kontinencí (Kozáková, 2020).

1.3.8 Etika v paliativní péči

Paliativní medicína zohledňuje péči o umírající i z hlediska etického. Jedná se o podávání léků tišících, především tišících bolest, a zároveň nastavení takové léčebné terapie, aby nemocný nebyl zcela pod nadvládou farmakologických účinků vzhledem k ochraně práv člověka, úctě k němu a zachování lidské důstojnosti. Nejdůležitější dokument pro paliativní péči nese zkrácený název „Charta umírajících“. Tento dokument paliativní péči zohledňuje jako účinnou metodu v léčbě bolesti v holistickém pojetí obrazu člověka a poukazuje na nutnost chránit důstojnost a práva umírajících (Elichová, 2017). Etických

problémů týkajících se konce života je několik. Heřmanová et al. (2012) uvádí, že se jedná především o otázky dříve vyslovených přání, paliativní sedace a eutanazie.

„Stejně jako je nejlepší uzavírat životní pojistku v době, kdy jste zcela zdraví a při síle, je taky vhodné se začít zamýšlet nad tím, jak by o vás mělo být pečováno ve chvílích, kdy dění kolem sebe nebudete mít ve svých rukách“ (Kubáčková et al., 2018, s. 77). Dříve vyslovená přání jsou dokumenty, které slouží pacientům, aby vyjádřili svá přání týkající se léčby a péče v době, kdy o těchto věcech nebudou schopni sami rozhodovat. Existují 2 základní typy. Prvním typem jsou dokumenty, vyjadřující přání nemocného ohledně způsobu a rozsahu jeho léčby. V dokumentu druhého typu člověk označujeme osobu, která je pověřena rozhodováním o otázkách, které souvisejí s péčí a léčbou v případě, že toho dotyčný nebude schopen sám (Heřmanová et al., 2012). Dříve vyslovená přání jsou velikou pomocí jak pro pacienty, tak i jejich rodiny, blízké a zdravotníky. Především pro příbuzné a blízké okolí přináší často úlevu vědět, co si umírající přeje (Kubáčková, 2018).

Paliativní sedace je termín označující podávání léčiv nemocnému s cílem nemocného udržet v hluboké sedaci až do smrti, a to bez podávání umělé výživy nebo hydratačních infuzí. (Vácha, 2019). Jedná se tedy o farmakologicky navozené snížené vědomí umírajícího, jehož cílem je zmírnit vnímání utrpení, které nelze řešit jiným způsobem (Kettner, Kautzner, 2021). Hlavní rozdíl sedace a eutanazie je v tom, že paliativní sedace je pomoc při umírání, oproti tomu eutanazie je pomoc zemřít (Vácha, 2019).

Světová zdravotnická organizace definuje eutanazii jako *„úmyslný čin provedený jednou osobou s úmyslem buď bezbolestně přivodit smrt, nebo zabránit prevenci smrti přicházející z přirozených příčin, v případech terminální nemoci nebo ireverzibilního kómatu jiné osoby“* (WHO in Vácha, 2019, s. 9). Eutanazie může být pasivní a aktivní. Pasivní eutanazie představuje ukončení léčby, aby mohl nemocný zemřít. Při aktivní eutanazie dochází k urychlení smrti za pomoci účinné látky nebo jiného prostředku (Ayers, De Visser, 2015).

Sestry se při vykonávání své profese setkávají s problémy, které leckdy vyžadují kromě klinického úsudku, také etické rozvažování, proto je nezbytné, aby sestra znala základní teorie a principy etiky. K zachování důstojnosti pacienta a naplnění cílů ošetřovatelství je nutná morální odpovědnost, empatický přístup a schopnost pečovat o všechny potřeby nemocného – tělesné, psychické, sociální a spirituální (Heřmanová et al., 2012).

1.3.9 Nejčastější obtíže v paliativní péči

Na konci života nemocného může sužovat hned několik fyzických symptomů, které sestra i ostatní zdravotnický personál může ovlivnit jak farmakologickou cestou, tak vhodnými ošetrovatelskými postupy (Marková, 2010).

Bolest je nejobávanější ze všech příznaků, kterými mohou pacienti trpět (O'Connor, Aranda, 2005). Abychom člověku trpícímu bolestí mohli pomoci, musíme nejprve určit povahu jeho bolesti. Bolest nemusí být pouze fyzická, může být emocionální, sociální i duchovní a může obsahovat další prvky, které souhrnně označujeme jako „bolest celkovou“. (Kolektiv TŘI, z.ú., 2020). Bolest je to, co nemocný vnímá a nazývá jako bolest. Důležité je správné zhodnocení bolesti a na základě toho zvolení správného analgetika a adjuvatního léku. Při bolesti je nutné analgetika užívat v pravidelných intervalech formou nejméně invazivní (Marková, 2021). Farmakologická léčba je tedy hlavní metodou léčby bolesti, ale i alternativní způsoby mohou zlepšit kvalitu života nemocného (O'Connor, Aranda, 2005).

Dušnost je definována jako „*pocit nedostatku vzduchu a obtížného dýchání*“ (Vorlíček et al., 2012, s. 225). Hlavním cílem léčby dušnosti je zmiřňovat dechový diskomfort, nikoliv normalizovat saturaci O₂. Při léčbě se snažíme zjistit příčiny dušnosti a následně je řešit. Pokud nelze léčit samotnou příčinu, snažíme se zmírnit příznaky. Nezbytnou součástí léčby je i dechová rehabilitace a psychosociální podpora. Nemocným se podávají opioidy, anxiolytika, kortikoidy a bronchodilatancia (Marková, 2021). Nezbytnou součástí je podávání kyslíkové terapie. Marková (2010), ale uvádí, že by se k léčbě kyslíkem mělo přistupovat opatrně za kontroly saturace. Pokud je kyslík podáván raději používáme kyslíkové brýle, maska by mohla některé pacienty dusit a tím zvyšovat pocit úzkosti, který úzce souvisí s dušností (Marková, 2010).

Terminální chrčivé dýchání se objevuje v posledních hodinách před smrtí nemocného. Tento stav je způsoben ochabnutím svalů hrtanů hromaděním tekutiny (Marková, 2021). U pacientů, kteří nejsou při vědomí je tekutina odsávána. U těch, kteří jsou při vědomí odsávání zvyšuje riziko aspirace a zvracení a je často pro pacienty velmi nepříjemné. Produkci sekretu je možné snížit skupinou léků nazývaných anticholinergik (Vorlíček et al., 2012).

Nauzea a zvracení jsou další časté obtíže doprovázející pacienty v paliativní péči. Nevolnost je nepříjemný pocit, který je doprovázen dalšími příznaky jako jsou bledost, zrychlený pulz, slinění. Zvracení je vypuzení obsahu žaludku, které je způsobeno dlouhou dobu trvající kontrakcí svalů břicha a bránice (Sláma et al., 2011). Příčin nevolnosti a zvracení je celá řada. Léčba spočívá v dietním režimu, podávání léků proti zvracení či kombinaci více možností. Při velkém zvracení je někdy zavedena nasogastrická sonda (Vorlíček et al., 2012). Pokud má pacient zaveden žilní vstup, podáváme léky touto cestou (Marková, 2021).

Zácpa je méně časté vyprazdňování stolice či obtížné vyprazdňování. V paliativní péči se s tímto problémem potkáváme především v důsledku imobilizace a objevuje se jako vedlejší účinek při podávání opioidů (Marková, 2010). Nefarmakologická léčba spočívá v dostatečné hydrataci, zvýšeném příjmu vlákniny, do stravy je možné přidat olej, zajistit dostatek pohybu pacienta. Důležité je, aby sestra zajistila dostatečné soukromí pro nemocného (Marková, 2021). Pokud je nefarmakologická léčba neúčinná přistupuje se k léčbě farmakologické. Cílem léčby farmakologické je vyprazdňování bez obtíží. Léčba by měla být především charakteru preventivního nikoli až při vzniku obtíží. Podávají se projímadla např. laktulóza, čípky či podání klyzmatu. Pokud žádná z těchto možností není účinná, přistupuje se k digitálnímu vybavení stolice (Vorlíček et al., 2012).

Mezi další obtíže, kterými pacienti mohou trpět patří syndrom anorexie až kachexie, zmatenost až neklid, nespavost, deprese, krvácení a další... (Marková, 2021).

1.4 Domovy pro seniory

Domov pro seniory je celoroční pobytovou službou pro seniory, kteří potřebují částečnou nebo celkovou péči. Pobyt v domově by měl být zprostředkován až po vyčerpání všech možností podpory člověka v jeho přirozeném prostředí (Burda, Šolcová, 2016). Jedná se o běžnou formu institucionální péče, která seniorům, kromě stálého ubytování, nabízí široké spektrum služeb, od různých programů a aktivit, úklidu domácnosti až po péči ošetrovatelskou i rehabilitační, včetně péče hospicové o umírající (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005). Historie vývoje domovů pro seniory sahá až do období po Druhé světové válce, kdy vznikající domovy pro seniory byly zahrnuty do systému sociální péče. Záměrem vedoucím ke vzniku domovů pro seniory bylo to, že v nich senioři v poklidu stráví zbytek svého života. Původně v domovech nebyli zaměstnáni zdravotníci, ale obyvatelé zestárlí a onemocněli a noví přicházeli pro sociální i zdravotní péči

(Haškovcová, 2012). Odchod člověka do domova pro seniory přináší sebou i celou řadou rizik, která jsou součástí tzv. přechodové fáze. Jedná se o problémy s adaptací, deprese, až sociální smrt (Matoušek a kol., 2013).

Pozice sestry a její práce v domově pro seniory je náročná a velmi zodpovědná. Aby mohla svojí práci dobře vykonávat musí mít dostatek odborných ošetrovatelských a zdravotnických znalostí, musí se umět orientovat se v oblasti geriatrického ošetrovatelství, psychologie, komunikace a mít dobré organizační schopnosti (Malíková, 2011). Sestry provádějí zdravotní výkony jako je ošetrovatelská péče včetně identifikace rizikových faktorů, realizaci farmakologické léčby a pomáhají seniorům při jejich adaptaci v domově. U nás v České republice sestry provádějí ošetrovatelskou i rehabilitační péči na základě ordinací lékaře a své získané odbornosti (Zrubáková, Krajčák, 2016).

Domovy pro seniory se řídí zákonem 108/2006 Sb. § 49 o sociálních službách, který uvádí, že domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností a jejichž situace potřebuje pravidelnou pomoc jiné osoby. Jedná se o následující činnosti:

- poskytnutí stravy – celodenní strava, která odpovídá věku, potřebám dietního stravování a zásadám výživy
- poskytnutí ubytování – včetně zajištění úklidu, praní, žehlení
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů týkající se vlastní osoby – pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, oblékání, svlékání, pomoc při vstávání z lůžka, podávání pití i jídla a další
- poskytnutí podmínek pro osobní hygienu nebo pomoc s hygienou – pomoc při použití toalety, při úkonech osobní hygieny včetně péče o vlasy a nehty
- zajištění kontaktu se společenským prostředím – pomoc při kontaktu s rodinou a podpora při aktivitách podporujících začleňování osob
- aktivizační činnosti – volnočasové aktivity, nácvik motorických, psychických a sociálních dovedností a schopností
- sociálně terapeutické činnosti – cílem je rozvoj nebo zachování osobních i sociálních schopností, které podporují začleňování osob
- pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Králová, Rážová, 2007; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Cílovou skupinou jsou tedy osoby, které z důvodu zdravotního nebo svému věku nejsou schopné si zajišťovat životní potřeby ve vlastním prostředí a jejich situace není možná vyřešit za pomoci rodiny ani s pomocí terénních sociálních služeb (Kozlová, 2005).

Při zvyšování kvality služeb hrají důležitou roli standardy kvality sociálních služeb. Tyto standardy se zaměřují na dodržování práv uživatelů, plánování služby podle osobních cílů klientů, individuální přístup, zajištění důstojnosti seniorů a zajištění soukromí. Dosažení a zachování důstojnosti je nejdůležitějším kritériem pro výběr místa, kde senior bude žít a dostávat potřebnou péči. Kvalitní domov pro seniory by měl být schopen vytvořit vhodné podmínky pro poskytování dlouhodobé, vysoce náročné péče zdravotní, rehabilitační i hospicové (Matoušek a kol., 2013). Organizace zabývající se kvalitou sociálních služeb se nazývá Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Tato organizace se aktivně zapojuje do diskuzí, analýz a připomínek ke standardům sociálních služeb a kontrolám kvality těchto služeb. Proto roku 2015 vydala tato organizace Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory v ČR a uvádí následující cíle: Podpora a stimulace poskytovatele sociálních služeb, aby docházelo ke zvyšování kvality poskytovaných služeb. Šíření Doporučeného standardu a vyvíjení úsilí, aby se tento standard stal co nejdříve standardem minimálním. Definovat co nejpřesněji jednotlivé znaky kvality domovů pro seniory v ČR. Směřovat k úrovni kvality ve vyspělých státech s vyspělým systémem zdravotních a sociálních služeb. Asociace uvádí, že Doporučený standard není dosažitelný u všech poskytovatelů, ale cílem však je, aby se v budoucnu stal běžnou součástí poskytování pobytových služeb pro seniory (Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, 2015).

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pedagogičtí pracovníci a nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci. Práce sestry v pobytovém sociálním zařízení jako je domov pro seniory je náročná a často zodpovědnější než v zařízení zdravotnickém. Příčin náročnosti práce v domově pro seniory je několik. Není zde trvale přítomen lékař, sestra má oprávnění provádět samostatně pouze základní vyšetření klienta a změření fyziologických funkcí. V průběhu své služby je sestra většinou pracovníkem na nejvyšší pozici, tím pádem bere zodpovědnost za volbu postupu a neprodlené řešení každé vzniklé situace. Sestra nemá možnost okamžitého provedení laboratorního vyšetření, nemůže ani tato vyšetření

indikovat bez ordinace lékaře. Příbuzní klienta často své emoce přenášejí na sestry, především pokud se klientův stav zhoršuje, mohou sestře i vyhrožovat (Malíková, 2020).

1.4.1 Paliativní péče v domovech pro seniory

Domovy pro seniory jsou zařízením, ve kterém pobývají převážně nemocní se syndromem geriatrické křehkosti. Mnozí přicházejí v současné době do těchto zařízení na poslední měsíce svého života (Sláma, 2016). Pacienti s křehkostí pociťují potíže fyzické i psychické, které souvisí s jejich stavem a čelí nejen vyšší nemocnosti, ale i vyšší úmrtnosti oproti vrstevníkům bez syndromu křehkosti (Crooms, Gelfman, 2020). Péče v těchto zařízeních má důležité, nezpochybnitelné místo. Velká část péče je zvládnutelná s praktickým lékařem a sestrami, které jsou přítomné 24 hodin denně, avšak jsou určité aspekty, kdy může dojít k selhání péče. Jedná se o kvalitu péče, týkající se projevů syndromu frailty. O indikaci paliativní péče, dokumentaci jednotlivých kroků a komunikaci uvnitř domova včetně rodiny klienta a kontinuální podpora klientovi rodiny a práce s nimi v pečujícím týmu domova (Kabelka, 2020). Koubová (2019) uvádí, že mezi paliativní péčí, která je poskytována v domově pro seniory a péčí poskytovanou u někoho doma nebo v nemocnici není zásadní rozdíl. Pokud je personál vzdělaný, připravený a ochotný komunikovat a respektovat úpravy, které závěrečné období života a paliativní přístup vyžadují, může to fungovat a pro klienty je to často splněné přání – aby mohli dožít tam, kde se cítí doma (Koubová, 2019).

1.5 Komunikace

Termín komunikace se používá pro označení velkého množství dějů, které probíhají mezi lidmi při jejich vzájemném kontaktu a výměně informací mezi nimi. Komunikace mezi lidmi je ovlivněna jejich vzájemnými vztahy a pozicemi, které zaujímají ve skupinové struktuře. Jiným způsobem probíhá komunikace mezi spolupracovníky na stejné úrovni a jiný mezi nadřízeným a podřízeným (Minibergerová, Dušek 2006). Jedná se o předávání informací, citů a pocitů k druhým a probíhá cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Každý člověk má svůj určitý styl komunikace, často používaná slova, své vrozené tempo řeči. Je důležité naučit se znát a používat slova a termíny, které jedinec přijímá a rozumí jim. Dobrá komunikace tvoří také základ vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče, tedy i sestrou a pacientem (Venglářová, 2007). Zdravotníci, kteří dokáží komunikovat na emocionální úrovni, jsou považováni za vřelé, empatické, starostlivé a

je pro ně snazší vzbudit důvěru u pacientů, čímž pacienti snáze sdělují své obavy, které by jinak nebyli schopni odhalit (Webb, 2011).

1.5.1 Komunikace se seniory

Dovednosti a techniky komunikace, které používáme musí být individuálně přizpůsobeny požadavkům komunikujících subjektů. Jedním z činitelů výběru vhodného přístupu k nemocnému je jeho věk. Přizpůsobí-li sdělující komunikaci schopnostem a dovednostem naslouchajícího, zvýší tím pravděpodobnost vzájemného porozumění a omezí se možnost nesprávného pochopení (Pokorná, 2010). Při komunikaci se seniorem vstupují do popředí prvky neverbální komunikace, například pokud se jedná o nedoslýchavého člověka, měli bychom mluvit pomalu a hlasitě, hledět druhému do tváře, dobře artikulovat a používat krátké věty. Význam má i dotykový kontakt (Minibergerová, Dušek, 2006). Sestry by při rozhovoru se seniory měly vycházet z obecných zásad komunikace, a navíc uplatňovat následující specifické postupy pro tuto skupinu. Přesně vymezit cíl společné komunikace, cíl by měl být co nejpřesnější. Zajistit pozici ve které se obě komunikující strany budou cítit dobře. Projevit úctu a respekt v komunikaci. Respektovat případné bariéry komunikace (např. smyslové poruchy). Zohledňovat a respektovat omezení starého věku. Zohledňovat životní historii jedince. Nepodceňovat stesky klienta. Spolupracovat se členy rodiny (Malíková, 2020).

V důsledku hodnocení sociálních změn spojených s narůstajícím věkem a stereotypizací, ve vztahu k těmto změnám a spolu se změnami fyzickými a psychickými popisuje Pokorná (2010) různé bariéry komunikace se seniory. Tyto bariéry rozděluje na interní a externí. Mezi interní řadíme obavy z neúspěchu, fyzické nepohodlí, nepřipravenost, negativní emoce jako je strach či zlost a další. Tyto bariéry vyplývají ze schopností jedince, jeho zdravotního stavu a prožívání. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím a řadíme sem hluk, šum, komunikační zahlcení či vizuální rozptylování (Pokorná, 2010). Venglářová (2007) bariéry v komunikaci při poskytování péče seniorům rozděluje na bariéry na straně klienta, na straně pracovníka a na straně prostředí. Ze strany klienta bývá bariérou neochota komunikovat, obavy či nedůvěra. Tabu bývají témata týkající se intimních záležitostí, financí i nepříjemností v rodině. Většina klientů komunikuje otevřeně a vzniká určitý vztah mezi pracovníky a klienty. Na straně zdravotnických pracovníků se mohou objevit bariéry jako je strach ze závažných témat např. umírání, velmi často to také bývá nedostatek času či problém s konkrétním klientem nebo špatná

předešlá zkušenost. Mezi bariéry prostředí řadíme hlučné prostředí, nedostatek času a soukromí (Venglářová, 2007).

1.5.2 Komunikace s umírajícími

Komunikace s nemocnými, kteří jsou ohrožení smrtí je zcela odlišná od komunikace s umírajícími. Při komunikaci s umírajícím hraje důležitou roli komunikace neverbální. Hlavním úkolem je projevat klid, ať už tónem hlasu nebo tempem řeči (Ptáček, Bartůněk, 2011). Komunikace s umírajícími je jedno z nejnáročnějších témat v oblasti komunikace (Plevová, 2019). Přístup k umírajícím klade na zdravotníky velké nároky. Každý pracovník, aby uměl pečovat o umírající, musí mít zpracovanou a vyřešenou problematiku umírání sám v sobě. Pokud by neměl tuto problematiku sám v sobě vyřešenou, mohl by své problémy promítat do komunikace s umírajícím. Právě proto, je nezbytné, aby zdravotník měl znalosti z oblasti psychologie, aby uměl využít svou emoční inteligenci a zabýval se svým duchovním i osobnostním rozvojem (Malíková, 2020).

Kelnarová, Matějková (2014) uvádějí doporučení, ze kterých by měl ošetřující personál při komunikaci s umírajícími a vážně nemocnými lidmi vycházet. Umírajícímu sdělujeme pravdivé informace, tyto informace sděluje vždy lékař. Nasloucháme umírajícímu včetně jeho rodiny. Slova volíme pečlivě, snažíme se vyhýbat slovům, která by mohla být spojována se smrtí. Neurčujeme čas, který nemocnému zbývá. Respektujeme právo umírat bez bolesti. Využíváme prvky neverbální komunikace. Umírajícímu umožníme mluvit o svých potřebách a snažíme se je uspokojit. Komunikujeme s umírajícím i jeho rodinou. Komunikujeme s rodinou a pečujeme o ni i po úmrtí blízkého člověka, dopřejeme a respektujeme čas na truchlení (Kelnarová, Matějková, 2014). Plevová (2019) doplňuje doporučení při komunikaci s umírajícími o následující. Klademe otevřené otázky. Dopřejeme dostatečný čas na rozhovor, zvážení, rozhodnutí. Pomáháme nemocnému žít v přítomnosti a snažíme se jej povzbudit, aby dokončil věci, které chce dokončit. Umírajícího respektujeme, chápeme jeho obavy, strach a úzkost. Rodinu zapojíme do péče, zajistíme jejich blízkost, pokud si to umírající přeje (Plevová, 2019).

Podle Venglářové a Mahrové (2006) způsob komunikace s umírajícím vybíráme podle stadia přijetí nemoci podle E. K. Rossové. Ve fázi šoku musíme umírajícímu dopřát dostatek času a získat jeho důvěru. Ptáme se na jeho pocity a dopřejeme mu dostatečný čas na vyjádření. Ve fázi agrese, hněvu nemocného nenapomínáme, nekomentujeme jeho

chování a snažíme se umírajícího člověka odreagovat. Ve třetí fázi se umírající obrací k Bohu a prosí o uzdravení. Sestra musí být trpělivá, projevit pochopení nemocného, nekritizovat jeho snahu o hledání zázračné metody na uzdravení. Ve fázi smutku, deprese musíme nemocnému naslouchat, připomenout pozitivní události z jeho života, snažit se o splnění posledních přání. V poslední fázi uplatňujeme přístup chápající, taktní. Jsme umírajícímu nablízku, uplatňujeme zde prvky neverbální komunikace (především doteky) a podporujeme rodinu umírajícího (Malíková, 2020).

1.5.3 Péče o pozůstalé, komunikace s rodinou

Rodina hraje v paliativní péči důležitou roli. Zdravotnický personál nemůže umírajícímu nahradit funkční rodinu, ale může rodině pomoci zůstat spolu navzájem v kontaktu a může také poskytnout zdroj jistoty pro rodinu nemocného (Bužgová, 2015). Sestra v paliativní péči musí mít na paměti, že pacient je součástí své rodiny, a tedy i celá rodina je zasažena onemocněním, které je nevyлéčitelné a trpí společně s nemocným (Marková, 2010). Závěr života umírající i jeho rodina pocítují jako situaci, se kterou je obtížné se vyrovnat. Objevuje se psychická krize, kterou doprovází celá řada negativních prožitků a dochází k narušení pocitu bezpečí a jistoty. Jednání s pozůstalými je náročné a je třeba, abychom tuto náročnou situaci jako ošetřující personál zvládli (Veverková et al., 2019). O'Connor a Aranda (2005) uvádějí, že pro rodinu umírajících jsou nejdůležitější následující potřeby: dostatek informací, emocionální podpora rodiny, ujištění o tom, že pacient nemá velké obtíže a praktické dovednosti v péči. Nejdůležitějším pocitem pro okolí umírajícího je, že jejich blízký netrpí, to je důležité k tomu, aby byla rodina schopna se vyrovnat s celou situací. Příbuzní, kteří vidí, že jejich blízký zemřel v klidu, bez utrpení, vzpomínají na jejich poslední společné dny bez nadměrného stresu. Příbuzní potřebují také dostatek informací o samotné nemoci, ale také i o tom, jak mají pečovat o svého blízkého, který je nemocný. Informace by měly být jasné, srozumitelné a aktuální potřebám rodiny. Další potřebou je potřeba emoční podpory. To znamená, že ošetřující personál musí věnovat pozornost i emocionálním potřebám členů rodiny, aby byly schopni se o nemocného postarat a nevyčerpali se (O'Connor, Aranda, 2005). Výhodou paliativní péče je, že rodina má možnost se na smrt blízké osoby připravit. Tato možnost pomáhá v době po úmrtí blízkého, vyrovnat se se ztrátou. Rodina se snaží být silná a nedávat najevo smutek, obavy a strach, proto je dobré jim umožnit své emoce projevit (Marková, 2010). Poslední z potřeb, které uvádí O'Connor a Aranda (2005) jsou praktické potřeby rodiny, jedná se tedy o praktickou pomoc rodině. Zdravotníci mohou

přehlédnout známky únavy a vyčerpání, proto je důležitý pravidelný kontakt s rodinou. Při zapojení rodiny nemocného do péče musíme brát zřetel na jejich fyzické možnosti, může se stát, že členové rodiny mají často pocit, že se musí zvládnout postarat o svého blízkého a přepínají své síly (O'Connor, Aranda, 2005).

Rozhovor s pozůstalými je nezbytný proces, který žádná jiná technika nemůže nahradit. Povinností lékaře, sestry a dalších členů zdravotnického týmu je, aby tuto situaci důstojně zvládli. Oznámení o smrti blízkého člověka je náročná situace, jedná se o jednu z nejvíce stresových chvílí lidského života (Kutnohorská, 2007). Každá rodina je jedinečná svojí historií, tradicemi, způsobem komunikace i způsobem, jak zvládat každodenním životem. Pokud člen rodiny potřebuje paliativní péči často dochází k narušení rovnováhy v rodině. Rodina nemocného v paliativní péči čelí velkým nárokům, které na ně klade jak pacient, tak onemocnění samotné. Úkolem sestry je proto rodině poskytovat podporu tím, že se snaží omezit narušení v rodině, a pomáhat rodině vyrovnat se s umíráním (Vorlíček et al., 2012). Péče poskytovaná sestrami pacientům a jejich rodinám v průběhu péče na konci života je klíčová pro následný zármutek (Raymond et al., 2017). Zármutek je aktivní proces, který nám umožňuje adaptovat se odlišný život, který nastává po smrti blízkého. Ovlivňuje nás fyzicky, psychicky, duchovně i sociálně. Každý člověk truchlí jiným způsobem a potřebuje k překonání smutku různě dlouhý čas (Kolektiv TŘI, z.ú., 2020). Smutek je přirozená reakce na nějakou ztrátu, tuto reakci je nutné prožít, abychom si v sobě nenesli problémy do budoucna. Pro vypořádání se se smutkem a žalem je nutné si tyto pocity připustit. Je dobré o ztrátě a o tom, jak se cítíme, mluvit (Marková, 2010). Proces zármutku může ale probíhat i patologicky. Sestra by měla odhalit jedince, u kterých hrozí, že se na ztrátu nebudou dobře adaptovat. Těmto jedincům by měl zdravotnický personál zajistit více podpory a nabídnout možnost psychologa či poradce (Plevová, 2019).

Vzpomínku na našeho milovaného si ponese v srdci navždy. Útěchu najdeme ve vědomí, že jsme při něm stáli i v konečné fázi jeho života a tím, jsme si poskytli ten nejvzácnější dar útěchy, soucitu, lásky i péče (Kolektiv TŘI, z. ú., 2020).

2 Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit možnosti poskytování paliativní péče v domovech pro seniory.
- 2) Zjistit možné nedostatky při poskytování paliativní péče v domovech pro seniory.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jak probíhá péče o umírajícího klienta?
- 2) Jaké prvky a postupy paliativní péče sestry uplatňují při jejím poskytování?
- 3) Jaké nedostatky při poskytování paliativní péče sestry pocítují?
- 4) Jak probíhá komunikace mezi sestrami a rodinou klienta?

3 Metodika

3.1 Popis metody

Pro výzkum v bakalářské práci byla vybrána kvalitativní strategie, metoda dotazování. Techniku sběru dat jsme zvolili pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly uskutečňovány se sestrami pracujícími v domovech pro seniory. Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získání komplexních a podrobných informací o zkoumaném jevu. Polostrukturovaný rozhovor se od standardizovaného strukturovaného rozhovoru liší v přístupu, u polostrukturovaného se jedná o přístup kvalitativní, u strukturovaného rozhovoru je přístup kvantitativní, tedy všem informantům jsou pokládány totožné otázky v přesném pořadí (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Před uskutečněním rozhovorů byly nejprve sestaveny otázky pro výzkum a byla provedena pilotáž na jejímž základě byly některé otázky upraveny, konkrétně otázka č. 20 a 21. Otázka č. 20 původně zněla „Pocítujete nějaké nedostatky při poskytování paliativní péče? A byla změněna na „Pocítujete nějaké nedostatky při poskytování paliativní péče ve Vašem zařízení? Druhou změněnou otázkou byla otázka č. 21, která byla upravena z původní „Pocítujete nějaké bariéry, které Vám zabraňují poskytování paliativní péče? na „Pocítujete nějaké osobní bariéry, které Vám zabraňují či komplikují poskytování paliativní péče?“. Obě otázky byly změněny z důvodu jejich neporozumění. Poté byla sestavena žádost o provedení výzkumu (Příloha 1). Žádost byla společně s připravenými otázkami k rozhovorům podána do vybraných domovů pro seniory, kde byla schválena vrchními sestrami příslušného domova pro seniory. Sestry byly vybrány na základě domluvy se sestrou vrchní a samotné rozhovory byly provedeny po předchozí domluvě, tak, aby nenarušovaly chod zařízení. Na začátku každého rozhovoru byly sestry informovány o tématu bakalářské práce, jejích cílech a o anonymitě veškerých údajů a informací. Rozhovory obsahovaly 30 otázek (Příloha 2), z toho 7 identifikačních. Zbylé byly rozděleny do 4 okruhů otázek. Nejprve byly informantky dotazovány na otázky týkající se péče o umírajícího klienta, jeho potřeby, včetně péče o zemřelého. Druhý okruh otázek byl zaměřen na paliativní péči a způsoby, jakými je v domovech pro seniory péče poskytována. Dále jsme se dotazovali na nedostatky a problémy, které sestry pocítují. Poslední okruh byl zaměřen na rodinu klienta, její zapojení do péče, sdělování úmrtí a péči o pozůstalé. Jednalo se o otevřené otázky, které byly dle potřeby doplňovány

a vysvětlovány. Rozhovory trvaly v průměru 30–40 minut. Data byla sbírána v období února a března roku 2022 a výzkum byl ukončen na základě saturace tématu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl prováděn ve dvou vybraných domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Tyto domovy jsem volila na základě zkušeností a jejich lokality. Výzkumný soubor byl tvořen celkem 10 sestrami – 5 sester z každého vybraného domova pro seniory. Sestry byly vybrány na základě domluvy se sestrou vrchní, kdy samotné vrchní sestry tvořily informanty.

3.3 Zpracování dat

Jak už bylo řečeno výše, byly sestry informovány o naprosté anonymitě a potvrzení, že získané údaje slouží pro účely bakalářské práce. Získaná data byla nahrávána pomocí mobilního telefonu s předchozím ústním souhlasem všech informantů, pouze v jednom případě nebyl rozhovor nahráván, ale ihned přepisován do počítače. Poté byly rozhovory doslovně přepsány technikou „tužka a papír“ a metodou otevřeného kódování s použitím tech niky barvení textu rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika informantů

Tabulka 1 - Charakteristika informantů

Sestra	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Celková praxe	Praxe v domově pro seniory	Předchozí zaměstnání
S1	Žena	50 let	Středoškolské se specializací	30 let	20 let	Domov pro seniory
S2	Žena	50 let	Vysokoškolské – Mgr.	32 let	28 let	Chirurgie
S3	Žena	52 let	Středoškolské se specializací	25 let	2 roky	Interna
S4	Žena	41 let	Středoškolské se specializací	23 let	1 rok	Charita
S5	Žena	46 let	Vysokoškolské – Bc.	30 let	16 let	ONP
S6	Žena	57 let	Středoškolské	23 let	11 let	Domov pro seniory
S7	Žena	27 let	Středoškolské – praktická sestra	7 let	7 let	Nikde
S8	Žena	53 let	Středoškolské	30 let	20 let	Psychiatrie
S9	Žena	47 let	Vysokoškolské – Bc.	9 let	6 let	LDN
S10	Žena	46 let	Středoškolské se specializací	20 let	18 let	Obvodní lékař

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 1 obsahuje údaje o věku informantek, jejich nejvyšším dosaženém vzděláním. Dále je uvedena délka celkové praxe a délka jejich praxe v domově pro seniory. Výzkumný soubor byl tvořen 10 sestrami pracujícími v domovech pro seniory a jedná se pouze o ženy. Jejich věk se pohybuje od 23 let do 57 let. Průměrná délka jejich praxe ve zdravotnictví je 22 let a průměrná délka praxe v domově pro seniory 12 let. Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných sester je nejčastěji středoškolské nebo středoškolské se specializací, zbývající dvě informantky dosáhly bakalářského a jedna magisterského titulu. Dále jsem se dotazovala, kde informantky pracovaly dříve a proč se rozhodly právě pro práci v domově pro seniory.

S1: Žena 50 let, nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské se specializací. Ve zdravotnictví pracuje již 30 let a v domově pro seniory 20 let. Dříve pracovala v jiném domově pro seniory a pro změnu pracoviště se rozhodla z důvodu dojezdové vzdálenosti.

S2: Žena 50 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské – magisterské. Délka praxe ve zdravotnictví 32 let, v domově 28 let. Dříve pracovala na chirurgickém oddělení a pro práci v domově se rozhodla, kvůli svým malým dětem a blízké vzdálenosti od bydliště.

S3: Žena 52 let, nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské se specializací. Délka praxe ve zdravotnictví 25 let, v domově 2 roky. Dříve pracovala na interním oddělení a na otázku „Proč jste se rozhodla pro práci v domově pro seniory?“ odpověděla: „Už mě zmáhal ten nemocniční frmol, ty příjmy“.

S4: Žena 41 let, nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské se specializací. Délka praxe ve zdravotnictví 23 let, v domově necelý rok. Dříve pracovala v terénní službě u Charity. Na otázku „Proč jste se rozhodla pro práci v domově pro seniory?“ odpověděla: „Protože je tu klid, bezva parta, stálí zákazníci a je to takový celkově klidnější“.

S5: Žena 46 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. Délka praxe ve zdravotnictví 30 let, v domově 16 let. Dříve pracovala na ONP. Pro práci zde se rozhodla především z důvodu dojezdové vzdálenosti: „Ne že by tato práce bylo moje celoživotní přání, já jsem chtěla chirurgii a intenzivní medicínu. Po mateřský se mi naskytlá příležitost pracovat zde v domově, protože to mám blízko a už jsem tu zůstala. A líbí se mi tu, už bych neměnila.“

S6: Žena 57 let, nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Délka praxe ve zdravotnictví 23 let, délka praxe v domově 11 let. Na otázku „*Proč jste se rozhodla pro práci v domově pro seniory?*“ odpověděla: „*Práce se starými lidmi mě baví. Nemohla bych jít pracovat do nemocnice, v nemocnici se pacienti střídají, tady jsou delší dobu, a to mi vyhovuje*“.

S7: Žena 27 let, nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské – praktická sestra. Ve zdravotnictví pracuje nyní 7 let, po střední škole nastoupila hned do domova pro seniory, kde první 4 roky pracovala na pozici pracovnice přímé obslužné péče, nyní 3 rokem na pozici všeobecné sestry. Pro práci v domově se rozhodla, jelikož nerada pracuje pod stresem a tlakem.

S8: Žena 53 let, nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Celková délka praxe ve zdravotnictví 30 let, v domově 20 let. Dříve pracovala na psychiatrickém oddělení. Pro práci v domově se rozhodla proto, že potřebovala ranní směny, kvůli malým dětem.

S9: Žena 47 let, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské – bakalář. Celková praxe ve zdravotnictví 9 let, praxe v domově 6 let. Dříve pracovala na LDN. Pro práci v domově se rozhodla z důvodu lepší dostupnosti a chtěla poznat jiné prostředí.

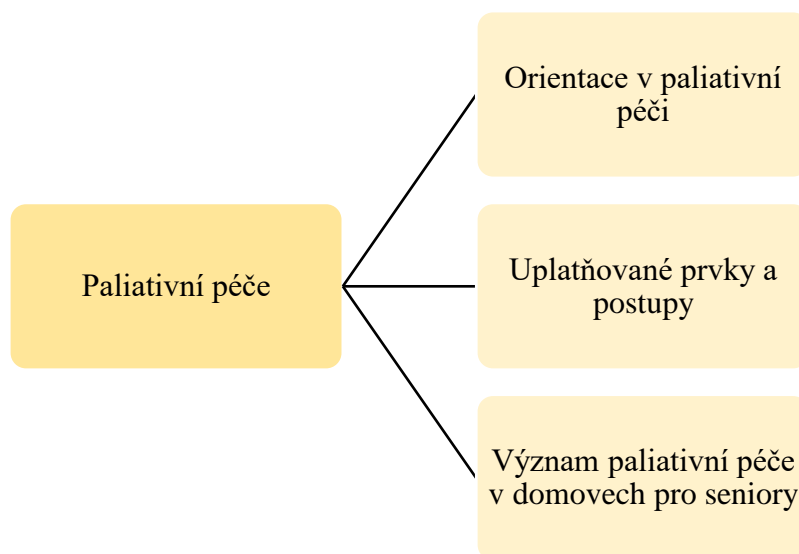
S10: Žena 46 let, nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské se specializací. Celková délka praxe ve zdravotnictví 20 let, praxe v domově 18 let. Před nástupem do domova pracovala u obvodního lékaře. Na otázku „*Proč jste se rozhodla pro práci v domově pro seniory*“ odpověděla: „*Protože mě ta práce baví, ráda pomáhám lidem.*“

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Výsledky rozhovorů jsou členěny do 4 kategorií a dále rozděleny do několika podkategorií.

Kategorie 1 Paliativní péče

Schéma 1: Paliativní péče



První kategorie je zaměřena na orientaci sester v problematice paliativní péče. Dále na prvky a postupy paliativní péče, které sestry uplatňují a význam paliativní péče.

Orientace v paliativní péči

Na otázku, zda se sestry orientují v problematice paliativní péče odpověděla S5: „*Myslím si, že jo. Myslím si, že něco by pro mě bylo určitě nového, kdybych teď byla na nějakým školením, furt je něco nového. Ale takový ty zásady, že je to péče o pacienty v terminálním stádiu, nejčastěji onkologicky nemocných. Tady jsou taky onkologicky nemocní, ale většinou ta paliativní péče je tady je z důvodu polymorbidních pacientů a takový to umírání na stáří, kdy se dostává do toho terminálního stádia, aniž by měli onkologické onemocnění. To zachování důstojnosti a léčba té bolesti, to jsou ty zásady té paliativní péče, to si myslím, že jsou ty zásady paliativní péče.*“ S3 absolvovala několik školení o paliativní péči a podle ní je principem paliativní péče to, aby klienti měli příjemný

odchod, nepřetěžují se, nenutí se do jídla: „*Je to takové spíše doprovázení, už to není ta akutní medicína. Pan doktor, když se ten stav zhorší, nepřijímají stravu, tekutiny, tak jim vysadí i léky, i ty důležité léky třeba na srdíčko a je zvláštní, že se někdy i ten zdravotní stav zlepší. Řekla bych, že když se ty léky vysadí, tak se tomu tělu odlehčí a ten stav se zlepší. Na začátku, když se ten stav zhorší, tak říkáme, jo musíte jíst, abyste měla energii, ale postupně, jak se jim příjem stravy snižuje, tak bych řekla, že je to pro ně příjemnější.*“ S2 odpověděla, že se orientuje pouze rámcově, ale v blízké době ji čeká školení ohledně paliativní péče. S10 se orientuje v základech. Podobně odpověděla i S8: „*No úplně asi ne. Byla jsem jednou na semináři a teď pojedou na školení na 2 dny o paliativní péči. Byla jsem na tom jednou a myslím, že není na škodu, to slyšet víckrát, aby si to člověk zapamatoval.*“ I S7 se chystá na školení o paliativní péči: „*Ted' zrovna mě čeká kurz, tak doufám, že se tam dozvím něco víc, ale já si myslím, že tak nějak jakoby všichni tady víme, jak se o toho člověka starat.*“ S1 odpověděla, že se v paliativní péči orientuje. I S9 odpověděla, že se v problematice orientuje, především díky svým zkušenostem: „*Já si myslím, že jo. Už jsem se setkala s hodně úmrtími, tak i s tím, co tomu předchází.*“

Uplatňované prvky a postupy

Druhá podkategorie se zabývá prvky a postupy paliativní péče, které uplatňují sestry pracující v domově pro seniory. Nejprve jsme se dotazovali, jaké prvky a postupy paliativní péče sestry znají, na to navazovala otázka, které z nich při své práci uplatňují. Jejich odpovědi byly totožné, jelikož veškeré prvky a postupy, které znají, také uplatňují.

Prvky a postupy, které nejvíce vykazovaly informantky, byly následující: tišení bolesti, důstojnost člověka, kvalita života, bazální stimulace, uspokojování všech klientových potřeb, včetně potřeb duchovních, respektování klientových přání a zajištění kontaktu se rodinou.

S10 ve své odpovědi zmínila hned několik prvků paliativní péče: „*Důstojnost člověka, ta je na prvním místě vždycky. Snažím se, aby měl co nejvyšší kvalitu života. Co se týče přání pacientů, tak jestli pacient komunikuje a vysloví nějaký ty přání, tak se je snažím splnit. Ale když už jsou potom v apatickém stavu jako kómatu, tak tam spíše jde o ten tělesný komfort a o tu léčbu bolesti.*“ S4 odpověděla: *Tišení bolesti, aby člověk neumíral sám a přístup rodiny samozřejmě, aby ten člověk cítil, že i ta rodina je tam sním. Dál to může být i bazální stimulace, buď my nebo holky jako ošetřovatelky, co se týče i polohování, hygieny, rehabilitace.*“ S5 odpověděla takto: „*Já si myslím, že se nám daří to zachování*

důstojnosti, neděláme takový to, že se ty umírající odváželi do nějakého jiného pokoje nebo se odváželi někam jinam, aby ty druzí to neviděli. Dřív se i v nemocnici ty umírající lidi sestěhovali k sobě na pokoje, a to se teda neděje. Je to hrozný, když je ten člověk v terminálním stádiu a oni ho odvezli jinam a už to bylo jasné a my nevíme, jestli ty lidi to vnímají nebo nevnímají. Ta léčba bolesti – výborně spolupracujeme s lékařem, který nemá problém s tím morfinem, což je úžasná věc, nejlevnější cca 30 korun za ampulku, že ty lidi opravdu umírají bez bolesti.“

Na otázku ohledně toho, zda se sestry setkávají s přáními klientů v paliativní péči S3 odpověděla: *„Já si myslím, že se asi o tom vůbec nemluví a asi by se mělo. Asi by to chtělo udělat v době, kdy je člověk relativně zdravý. I z osobního života, jsem o tom měla tendenci mluvit, ale nevěděla jsem, jak na to. Když mi zemřela miminka, tak my jsme vše udělali po její smrti tak, jak by to mělo být, jak by to maminka sama chtěla, ale nevěděli jsme to jistě. A bylo by fajn, kdyby se člověk vyjádřil, co by chtěl. Co se týče v rámci těch klientů, my o tom aktivně asi nezačneme mluvit, asi by musel klient sám.“* S9 se setkala s přáními klientů pouze v následujících dvou situacích: *„Jednou se mi stalo, že paní měla v dokumentaci, že svoje tělo věnuje k anatomickým účelům do Prahy. A jeden klient měl přání, že nechce žádný obřad a chce spálit a do urny, ale to spíše pak řeší ta rodina s tím klientem, když ještě si ten klient řekne, jak by to chtěl“.*

S4, S8 se zmínily o možnosti pojízdného hospice, se kterým lze spolupracovat. S4 uvedla, že by bylo možné provádět v domově činnosti, které poskytuje a nabízí hospic, ale problém vidí v lékaři, který není často k dispozici: *„Myslím si, že i my, kdybychom se domluvili s panem doktorem, tak se dá zařídit, že i to, co dělá hospic, bychom mohli dělat i my tady. Třeba dát injekci morfinu nebo zvyšovat opiátové náplasti, podávat infuze, ale to bychom tady museli mít častěji péči pana doktora a chtěl by nám v tomto vyhovět.“* S8 odpověděla, že možnost pojízdného hospice, zatím nikdy nevyužili: *„My můžeme komunikovat s mobilním hospicem. To jsme ale zatím ještě nikdy nedělali. Kdy my se s nimi domluvíme a oni můžou přijet, i třeba aplikovat opiáty, můžeme se s nimi domlouvat, co s tím člověkem máme dělat.“*

Za nejdůležitější S1 a S10 považují tišení bolesti a kontakt s rodinou. Jejich odpovědi byly téměř totožné. S1: *„Kontakt s rodinou a tišení bolesti“*, S10: *„Tak určitě to tišení bolesti a blízkost rodiny.“* S7 za nejdůležitější uvedla zachování důstojnosti člověka: *„Asi zachovat důstojnost toho člověka, aby se cítil v těch posledních chvílích dobře.“*

Aby ta péče byla kvalitní a on nestrádal. “ S9 odpověděla: „Všechno je nejdůležitější, ale když už bych měla něco vypíchnout, tak asi zapojení rodiny, že za tím klientem může přijít ta rodina kdykoliv. Tak tohle se mi líbí, že tu ta rodina může být, držet ho za ruku a být s ním. Já si myslím, že ten klient to cítí, že u něj někdo je. “ S4 uvedla také, že být bez bolesti je pro ni nejdůležitější: „Pro mě jednoznačně bolest a pocit toho samotného člověka, pokud je schopný ti to sám říct. Já sama se bojím bolesti, aby aspoň ten člověk netrpěl, když už se něco takového děje. Plus i podávat léky a utišit nervy, aby ten člověk na to tolika netrpěl. Takže nervy a bolest, si myslím, že je to to základní. “

Význam paliativní péče v domovech pro seniory

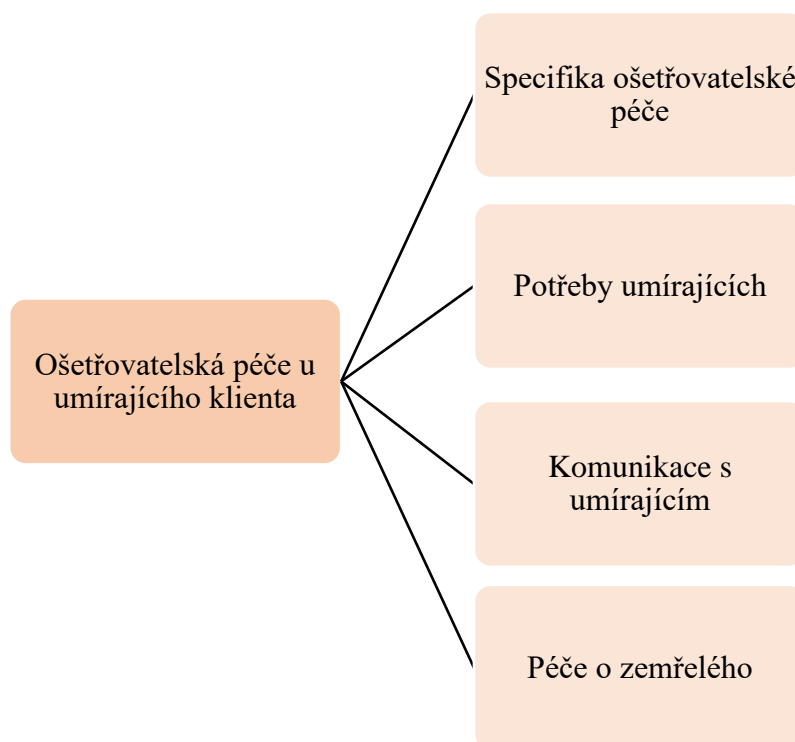
V této podkategorii informantky vyjadřovaly svůj názor na paliativní péči a její význam v domovech pro seniory. Z rozhovorů je patrné, že sestry považují paliativní péči jako důležitou součást jejich práce a shodují se, že je dobré o smrti mluvit, protože je to součást našeho života a jak uvedla S9 každý člověk má právo na klidné a důstojné umírání: *„Člověk by měl mít vztah a úctu k člověku a životu, život by ho neměl brát na lehkou váhu. Měl by myslet na to, že ten dotyčný má za sebou život a je dobré mu dopřát klidný spánek, ať se stalo, co se stalo, odpustit mu a nic už neřešit“.* S5 odpověděla: *„Myslím si, že myšlenka paliativní péče je dobrá. Myslím si, že paliativní péče by se měla dělat automaticky, vznikají paliativní oddělení, ale já si myslím, i slovy našeho lékaře, že by to měl umět každý lékař automaticky. Říká se tomu paliativní léčba, ale mělo by to být samozřejmost. Těch sester, toho personálu, lékaře, měl by to být jeden tým. Když se lékař rozhodne, že vysadí ty léky a takhle to bude, léčba se ukončí, promluví s tou rodinou. Ptáme se rodin, jaký mají na to názor. Měla by to být samozřejmost poskytovat paliativní péči jako v rámci normální běžné péče, protože smrt je normální. Je všude, na každém oddělení i tady. Mělo by to být úplně běžné, a ne že by se ti lidé posílali na nějaká paliativní oddělení, tak je selektovat.“.* S2: *„Je to dobře, je to krok dopředu, že se o tom mluví. Smrt by měla být součástí života. Aby ty lidi opravdu napanikařili. On ten člověk se bojí a zavolá záchranku a pak zemře v nemocnici.“* Podle S1 je poskytování kvalitní paliativní péče ovlivněno věkem: *„Paliativní péče je pěkná péče, ale musím říct, že na to si člověk musí přijít časem, že se to musí naučit. A je to dlouhodobý, protože za mě musím říct, že třeba po té mateřský, jsem byla rozměkčená těma dětma, tak musím říct, že mi dlouho trvalo, než jsem si na smrt zvykla. Že mi to opravdu bylo kolikrát hodně líto a byla to bezmoc a bylo mi líto těch příbuzných. Dneska už je to takový, že to prostě k tomu životu patří, že to tak prostě je. A měli jsme tu třeba jednu paní, která umřela a přišla její*

dcera, která byla hodně věřící, že nám vysvětlila, že je ráda, že její maminka zemřela, že ji nic už nebolí a netrpí, a to bylo takový hustý, ale když se nad tím zamyslíš, tak je to vlastně pravda. Nakonec si ty lidi k té smrti nějak dovedla a můžeš být na sebe nakonec pyšný, že ti lidé netrpěli a třeba před 15 let, bych to takhle nebrala, k tomu si člověk musí nějak dospět, a i tou praxí.“

S3 se ve své odpovědi vyjádřila k rozdílnému přístupu, který vnímala při práci v nemocnici a nyní v domově: *„Chtěla bych třeba srovnat nemocnici a tady domov a je to velký rozdíl. Musím říct, že v nemocnici, jsou tam lidi krátce, nemá k nim ten personál takový vztah, ale tady jsou třeba ty klienti dva, tři roky i déle a už pro nás nejsou ty lidé cizí, zatímco v nemocnici jsou pro Vás vesměs všichni cizí. Jsou tam invazivní vyšetřovací metody a postupy, takže neustále se ten člověk vozí na všechny možná oddělení, má všude různé hadičky, v té nemocnici je to takový neosobní. I právě to, že ten člověk zůstává na pokoji tady u nás, tak je to pro něj jako doma, je to pro něj daleko příjemnější. Než když se v nemocnici po dvou hodinách odvezl, ono to teda jinak nejde v nemocnici. Ty vztahy, jak s tím klientem nebo jeho rodina jsou zde daleko užší. Do nemocnici přijde rodina, já je nikdy neviděla a teď jim máte předávat ty věci, vyjádříte jim upřímnou soustrast a je to takový těžký. A ta rodina si odnáší tašku s věcmi, a to je všechno, co si odnáší. Tady je ta možnost, že se sním mohou ještě rozloučit, než ho odveze ta pohřební služba. Že ho vlastně fyzicky vidí a je to stejný, jako když ten člověk spí. Takový to prázdno, že si přijdete ve nemocnici pro tašku a odcházíte a vlastně ho nevidíte, až vlastně při pohřbu, když ta rodina chce, tak je to pro ně asi daleko těžší než tady.“*

Kategorie 2 Ošetrovatelská péče u umírajícího klienta

Schéma 2: Ošetrovatelská péče u umírajícího klienta



Druhou kategorii jsme nazvali „Ošetrovatelská péče u umírajícího klienta“. Tato kategorie byla rozdělena do 4 podkategorií: specifika ošetrovatelské péče, potřeby umírajících, komunikace s umírajícím a péče o zemřelého.

Specifika ošetrovatelské péče

Tato podkategorie představuje ošetrovatelskou péči, kterou sestry poskytují umírajícím klientům.

Nejčastější odpovědí, kterou sestry uváděly, bylo to, že se péče o umírajícího v zásadě neliší oproti péči o běžného klienta, proto péči téměř vždy poskytují stejným nebo podobným způsobem, ale samozřejmě existují i určitá specifika. Konkrétně se takto vyjádřily S2, S3, S5, S6, S8, S9 a S10. S2 odpověděla: „Úplně v zásadě bych řekla, že se

péče neliší. Pořád jim nabízíme aktivity ke zkvalitnění života, tu péči provádíme, tak jak ji klienti potřebují. U všech musíme zachovávat důstojnost, nabízet aktivity.“ Podobný názor uvedla i S9: „Podle mě se nijak neliší“. Ani odpověď S5 se nelišila: „Já si myslím, že ta péče probíhá úplně stejně jako u ostatních klientů.“ S4 uvedla: „U některých klientů můžeme poznat, že umírají, ale samozřejmě jsou i klienti u kterých to člověk netuší, a proto vždy dává tu nejlepší péči, co může.“ Na druhé straně S1 odpověděla takto: „Určitě se ta péče poskytuje jinak, je tam častější kontrola zdravotního stavu, sledujeme, jestli má bolesti, jestli komfortně leží, častěji se polohuje. Snažíme se ho i více zavodňovat, což se nám většinou nedaří. Snažíme se, aby se ten člověk cítil komfortně, aby se mu odcházelo, co nejlépe.“ Dotazovali jsme se sester, zda vnímají nějaká specifika při poskytování péče umírajícímu. Všechny dotazované se shodovaly, že je péče více zaměřená na tišení bolesti, více se podávají analgetika. Dle stavu klienta se i přizpůsobuje strava a příjem tekutin, který sestry sledují a zaznamenávají. S5 uvedla: „Ty lidé nechtějí tolik jíst, pít, tak se k tomu nenutí. Když nejsou schopní sami přijímat potravu, tak se nakrmí.“ S3 dodala k problematice příjmu tekutin: „Ty tekutiny se snažíme dodávat. Lékař napíše fyziologický roztok, který pak podáváme s.c., my tady nedáváme léky do žíly, takže se je snažíme alespoň trošičku zavodnit. Pokud nemůžou nebo by to už nebylo bezpečné, že by aspirovali, tak potom přichází na řadu péče o dutinu ústní pomocí Pagavitu.“ S7 dodala: „Snažíme se těm lidem dopřát, co nejvíce soukromí, pokud jsou na dvoulužkovém pokoji, tak dáváme paravan.“ S6 a S7 se zmínily o důležitosti konzultace s lékařem a plnění jeho ordinací. S10 péči přizpůsobuje stavu klienta a jeho přáním „Když mi klient řekne, že ho dneska všechno bolí, tak ho nenutím jít do vany.“ Podobně odpověděla i S9: „Někdy mívají i horečku, tak je třeba nebereme do sprchy a omyjí se na lůžku.“ Na otázku, na co sestry kladou největší důraz při poskytování péče umírajícímu, odpovídaly sestry jednotně jako S6: „Pro mě je nejdůležitější, aby ti lidé neměli bolesti. To si myslím, že si všichni v 21. století zaslouží, umírat bez bolesti. Takže to je pro mě zásadní, aby ti lidé netrpěli.“ S9 doplnila: „Pokud už je člověk v agonii, tak se spíše postarám o ty technický věci, kapeme do očí, přiložím studený obklad na čelo, pohladím, upravím anděla, aby ten dotyčný vypadal hezky, peřinu porovnáám, aby to všechno vypadalo hezky.“

Na závěr této kategorie bych ráda uvedla, odpověď S10: „Je to celková péče od A do Z. Od hygieny po stravování po komfort toho pacienta, aby se cítil dobře, aby ho nic netlačilo, aby ho nic nebolelo.“

Potřeby umírajících

Tato podkategorie se zaměřuje na potřeby, které sestry vnímají jako prioritní u umírajících klientů a co dělají pro uspokojování těchto potřeb.

Jednou z nejčastějších odpovědí, která se opakovala byla opět problematika bolesti. Sestry sledují, monitorují bolest a změny hlásí lékaři. S2 odpověděla: „*Sledujeme bolest, pracujeme s ní, děvčata z přímé péče sledují grimasy, hlásí, my okamžitě hlásíme lékaři – nejprve dáváme kapičky, náplasti a pak morfin, nejprve po osmi hodinách, pak po čtyřech. Prostě do té doby, dokud to bolí.*“ Druhou nejčastější odpovědí byla rodina, její důležitost a blízkost u umírajícího člověka. S1 odpověděla: „*Potřeby jsou jasné, aby neměl bolesti a aby byl s rodinou. Takže zavolám rodině, protože když už je to ta paliativní péče, tak nedbáme na to, jestli je doba covidová nebo necovidová, prostě se snažíme, aby ta rodina sem mohla přijít.*“ S3 doplnila: „*Tady ty rodiny mohou být i přes noc, je zde možnost přistýlky, že pokud chtějí toho svého blízkého doprovodit k tomu konci, tak tam s ním mohou zůstat.*“ S4 uvedla: „*Když ten člověk vnímá, tak si většinou řekne, co potřebuje, když nevnímá, je somnolentní a spavý, tak si myslím, že tam se to nějak snažíme odhadnout, co by mu mohlo pomoci, co by mu udělalo dobře.*“ S2 odpověděla, že se jedná spíše o základní potřeby než potřeby vyšší. Sestry také kladou důraz na to, aby byl klient čistý, pohodlně se mu leželo, bylo mu teplo, dle stavu byl najedený a napitý. S3: „*Já si nejsem jistá, jestli poté mají ještě pocit žízně, že tahle potřeba tam není, ale to nemůžeme vědět, takže ty tekutiny nabízíme.*“ S5, S8, S9 uvedly jako důležité duchovní potřeby. Podle S5 se na duchovní potřeby často zapomíná. „*Myslím si, že i duchovní potřeby jsou pro ty lidi prioritní. Na to se hodně zapomíná. Myslím si, že je to stránka, kde máme, co zlepšovat. Někdy si ta rodina přeje toho duchovního i v tom závěru života, že nám o tom řekne. Ale většinou se na tohle zapomíná, že se neptáme, jestli by chtěli toho duchovního, tzv. to poslední pomazání. Ale normálně máme tady pana faráře, který si obchází ty lidi a pokud se zhorší, tak za nimi dochází na popovídání v tom posledním stádiu života. Ale mezi zaměstnanci bych řekla, že se na to hodně zapomíná, na to zeptat se nebo vůbec na to myslet, jestli by to ten člověk chtěl.*“ Na otázku duchovních potřeb S6 odpověděla: „*Já nejsem duchovně založená, ale respektuji to a pokud má člověk duchovní potřeby, tak mu je zajistíme. Každé úterý a čtvrtek je tady mše a pak individuálně kněz obchází klienty po pokojích.*“ Sestry se také shodují, že uspokojování potřeb je založeno na individuálním přístupu. Každý klient má jiné potřeby, které jsou i rozdílným přístupem uspokojovány. S7: „*Někdo potřebuje pohládit, někdo podržet za ruku, každý to má jinak. Někdo třeba*

nechce s nikým mluvit, chce být sám. Někdo naopak o tom mluví hodně, že o tom chce mluvit“. S2 řekla: „*My už ho tu známe a víme, co je pro něj důležité. Když víme, že byl samotář, tak mu v terminálním stádiu nebudeme nabízet různé aktivity.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že pro uspokojování potřeb umírajících je důležitá také spolupráce s pracovníky přímé péče a lékařem. S5 uvedla: „*Tak samozřejmě sledujeme toho klienta, jak my zdravotní sestry, tak pracovníci přímé péče jsou už zvyklí, že nám hlásí, pokud se něco změnilo. Může se zhoršit dýchání, tak máme tady možnost přenosného kyslíku, můžeme dát infuze s.c. Myslím, že je důležitá i spolupráce s lékařem a tu my máme výbornou tady.*“

Komunikace s umírajícím

V této podkategorii jsme se zabývali tématem komunikace s umírajícím klientem.

V této podkategorii se objevovala odpověď, že sestry přizpůsobují komunikaci situaci a aktuálním podmínkám. S6: „*Ono to vycítíte. Někdo, když umírá, tak nemluví, někdo chce mluvit. Takže se přizpůsobuji té situaci, těm podmínkám.*“ Toto potvrdila i S10: „*Tak určitě tam nebudu křičet, snažím se přizpůsobit tu komunikaci té situaci. Mluvím klidně, srozumitelně.*“ S5 odpověděla, že dodržuje obecné zásady pro komunikaci: „*Já si myslím, že jsou to takové obecné zásady, jako nemluvit nad těmi lidmi, jako že si řešíme nějaký svoje problémy. Mluvit vždy k němu, ať je v terminálním stádiu nebo je to člověk, který je tady a teď a vnímá. Když tam jdu něco dělat, řeknu, co tam budu dělat, i když je to člověk v agonii, tak ho vždycky oslovím. To jsou takové hlavní zásady. A takový to bagatelizování smrti, to by nemělo být. Že říct: „Vy nikdy neumřete“, tak to je blbost říkat, umřeme jednou všichni. Najít takovou zlatou cestu. Zase je to člověk od člověka. Někdo snese vtipkování o smrti, někdo je na tom psychicky hůř. To si pak musí každý najít tu svoji hranici. Někdy to taky nevyjde, někdy člověk řekne něco, co ho pak mrzí. Prostě taková citlivá komunikace.*“ S6 vidí odlišnost při komunikaci s umírajícím ve svém přístupu „*Rozdíl bych viděla v přístupu z mojí strany. Když ti klienti neumírají, tak se jich ptám, jak se dnes vyspali, u těch umírajících je ten rozhovor vedený jinak, aby se jim zvedla nálada. To prostě vidím, jestli potřebují tak nebo tak mluvit.*“ S8 odpověděla, že s umírajícím komunikuje stejně jako s jiným klientem. Podobně odpověděla i S1: „*Komunikuji s ním jako s neumírajícím klientem. Mluvíme na něj do poslední chvíle, takže dá se říct, že jako s neumírajícím.*“ S4 odpověděla takto: „*Samozřejmě pokud vnímá, tak se snažím v tom nedělat rozdíly, aby on nepocítil, že v tom je nějaký rozdíl,*

aby se na to nevázal, že se s ním něco děje, že ho beru prostě jako pana Nováka, jako že nad tím nemusí přemýšlet, ale pokud si o tom bude chtít mluvit, tak jako samozřejmě si k němu ráda sednu.“ S9 odpověděla, že vždy první klienta osloví a tím zjistí, jak dotyčný reaguje. Podobně postupuje S2: *„Záleží na stupni vnímání. Nejprve použiji iniciální dotek.“* Na otázku, zda jsou při komunikaci s umírajícím více uplatňovány prvky neverbální komunikace S6 odpověděla takto: *„To si myslím, že určitě. Ted' jsme tu měli paní, která umírala a nemluvila, ale když jsem ji pohladila, tak na mě reagovala.“* S4 odpověděla: *„Pokud blbě slyší tak jo. Pokud slyší normálně, tak ne, a někdy, i když nechci, já ráda při komunikaci furt něco ukazuju, takže jo. Nejhorší je, že člověk za ty roky, už ty věci dělá automaticky a neuvědomuje si je. Ale asi je i více pohladím po zádech a chytanu za ruku, aby cítil, že tady s ním někdo je, takže vlastně ano.“*

Péče o zemřelého

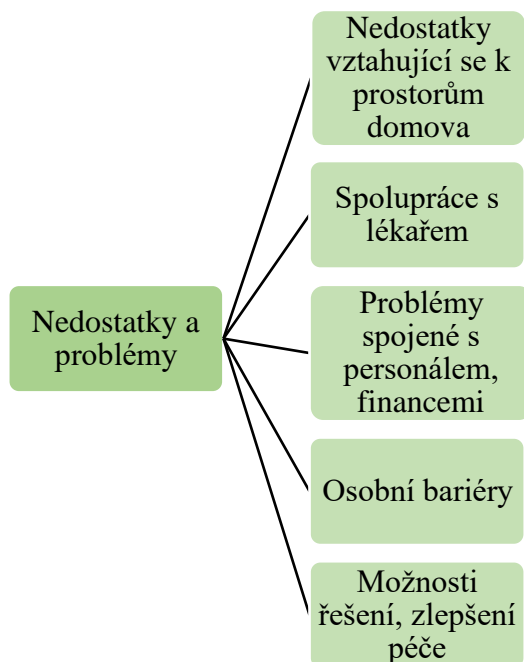
Poslední podkategorie se zabývá péčí o zemřelého klienta, která nepochybně patří k poskytované ošetrovatelské péči sestrou.

Nejčastější odpovědí byla, že sestry postupují podle standardu. Takto odpověděla S4, S6, S8, S10. Zbylé sestry popisovaly, jak postupují při péči o zemřelého. S9 odpověděla: *„Nejdříve otevřeme okno, aby ta dušička vylétla. Zavřeme oči. Srovnáme ho na záda, někdy se stane, že se ten dotyčný pozvrací nebo je třeba vyměnit plenku, takže ho očistíme. Zkontrolujeme, jestli má v uších šperky a na rukách, to je občas problém, pokud mají nateklé prsty a nejdou jim sundat prstýnky. Poté je dáme do obálky, všechny ty šperky. Odstraníme cévku. My nepíšeme na kůži, ale na náplast a tu nalepíme na levou horní končetinu a pravou dolní končetinu, podvážeme bradu a pod bradu složím třeba polštářek nebo deku, aby se ta pusa neotvírala, i když je podvázaná. Dvě hodiny zůstává na lůžku a přikryjeme ho lůžkovinami a vlastně jdu kontaktovat lékaře a potom rodinu. S rodinou se potom domlouváme na pohřební službě. Je tady i z naší strany nabídka, jestli chtějí blízkého obléknout do rakve, to většinou rodiny chtějí, takže to není problém. Někdy se ještě rodina chce podívat na toho rodinného příslušníka, tak to jim také umožňujeme.“* S5 ve své odpovědi uvedla: *„Stalo se mně samotné, že i rodina přišla a chtěli si i zemřelého obléknout sami, takže ho opravdu oblékli a rozloučili se s ním.“* S4 ve své odpovědi navíc ještě uvedla: *„Koroner ti vypíše papíry, Jeden dáš pohřebákovi, jeden si necháš, jeden se posílá rodině a na základě těch papírů se potom vystavuje úmrtí list.“* Zemřelý klient zůstává na pokoji 2 hodiny, což může být problém, protože jsou klienti

často na dvoulůžkových pokojích. S2 uvedla: „*Pokud je tam spolubydlící, tak se ptáme, jestli chce zůstat na pokoji nebo odejít z pokoje.*“ S5 svou odpověď ještě doplnila: „*Pokud je druhý člověk schopen, může odejít na společenskou místnost, pokud mu to nevadí nebo není schopen, tak dáváme zástěnu. Oni to ty starší lidi takhle neberou, ono jim nevadí, že tam leží mrtvý člověk, zvláště, když tam byli spolu nějaký čas.*“ S2 odpověděla na otázku, jak pečuje o zemřelého, takto: „*Klasicky jako všude. Není asi nic specifického, jsme rádi, když tu mají oblečení, že toho člověka oblečeme. Dneska už se i ptáme, jestli si přinesou oblečení nebo jestli tu něco mají.*“ S3 sdělila svou zkušenost, která ukazuje, jak velký význam má, když je o zemřelého dobře postaráno: „*Nedávno jsme tu měli paní, ta rodina za ní chodila denně, takže jsme jim volali, že paní zemřela a oni přišli. Oni přijeli a paní tam ještě byla, rodina si přivezla oblečení a my jsme s paní staniční paní převlékaly do šatů a musím říct, že pro tu rodinu, to bylo strašně důležitý. A když jsme paní převlékaly do šatů, tak mi sjel ten obvaz z brady a ta brada už držela. Takže my jsme jí oblékly ty černé šaty a ta rodina byla nadšená, že ta vypadá tak krásně a fotila si jí pro ostatní rodinu a ona poté vypadala tak krásně, klidně. A bylo na té rodině vidět, že byli opravdu šťastní.*“

Kategorie 3 Nedostatky a problémy

Schéma 3: Nedostatky a problémy



Třetí kategorie s názvem „Nedostatky a problémy“ je rozdělena do 5 podkategorií. Je zaměřena na nedostatky a problémy, které sestry vnímají při poskytování paliativní péče a jejich návrhy, jak dané problémy vyřešit či zlepšit.

Nedostatky vztahující se k prostorům domova

Nejčastější problém, který informantky uváděly, byl problém spojený s prostorem domova, především z důvodu dvoulůžkových pokojů. S10 odpověděla: „*Prostor, že tu rodina, že tu nemůže přespávat. Tak jako ta rodina o oni tady můžou být u toho lůžka. Jo, když si to budou přát, samozřejmě o to jim umožníme. Můžou se střídat jako s rodinou vždy, když to přání jakoby vysloví sami, ale aby se jim něco takového úplně nabízelo to ne. Třeba nedávno jsem volala synovi, že maminka umírá. Tak jestli chce, tak že může přijít a může tu být a on řekl, že přijde v sobotu, takže tam mu to bylo nabídnuto, ale stejně to nevyužil. Ale stihl to.*“ Podobně odpověděla i S8: „*No tady na to nejsou prostory, na to je prostě zařízený ten hospic, kde mají vlastně místnost, kde se může*

i ta rodina s tím člověkem rozloučit. My tady máme dole místnost v suterénu, kde je jenom ta postel železná jinak nic. Někde třeba mají vyzdobené místnosti a kde může být ještě to poslední rozloučení. To že u i vůči tomu zemřelému je to důstojnější než to, jak máme tady tu prázdnou místnost my.“ S4 uvedla, že by bylo vhodné člověka, který umírá, převést do jiné místnosti, kde by měl více soukromí a mohla by tam s ním rodina být: „Třeba kdyby se člověk v době, kdy umírá, když už se něco děje, někam převezl, kde by měl svoje soukromí, jako to by bylo lepší, že by tam mohla i ta rodina, mohli by tam sním být a nebyli by omezováni tím, kdo je s ním na pokoji. Jednoznačně to nedělá dobře ani tomu druhému, kdo je s ním na pokoji.“ S3 přišlo také zvláštní, že klient zůstává na pokoji společně se spolubydlícím i po jeho smrti. S tímto nesouhlasí S6: „Ty lidi umírají v tom pokoji, kde jsou zvyklí, proč je dávat někam jinam. Já si neumím představit, že umírám a jsem zvyklá na tenhle pokojíček a na tu paní, která je otravná a furt zapíná televizi, a najednou mě dají někam, kde je klid, tak si řeknu, že už je asi konec. Já si myslím, že tak, jak to máme my, tak je to dobře.“ S1 ve své odpovědi, také zmínila o dvouúžkových pokojích, které nejsou uzpůsobené, tak jak by bylo potřebné: „S2 by považovala za vhodné, kdyby měli k dispozici chladicí box: „Ideálně bychom chtěli chladicí box, my musíme odvázet zemřelé hned“.

Spolupráce s lékařem

S1, S4, S7, S10 jako jeden ze závažných problémů vidí spolupráci s lékařem. S4: „No v první řadě zase doktor. Na tom vždycky ztroskotáme, to je zásadní. Člověk by těm lidem pomohl, cokoliv nabídl, ale ono to všechno musí být psaný, takže když to není napsaný, tak my jako sestry máme svázaný ruce a nemůžeme nic. Když to řeknu sama za sebe. Je to péče lékaře, protože sestřičky se snažíme, i ošetřovatelky, v tom asi potíž není. Začíná u těch ošetřovatelek, už jenom tím že ti řeknou, pán se zhoršil, protože ty jsou s těma lidmi víc a my v tom pokračujeme. Někdy je to naopak. Ale jako víceméně u doktora to ztroskotá, což je špatně. On je ten, kdo ti to musí odkliknout prostě, ano, můžete ho odvézt nebo pojďte, jdeme s tím něco dělat, s tím dotyčným člověkem. To je blbě na tom.“ S7: „S lékařem jsou občas takový jako problémy. Není vždycky taková spolupráce s tím lékařem, jak bychom si představovali. Má toho moc a mám pocit, že někdy tady na ty lidi kašle. Že bychom chtěli pro ty lidi udělat víc, my děláme maximum, ale pak se to zastaví u toho doktora. Někdy on pracuje na sto procent, ale někdy je to prostě problém, že si i rodiny stěžují. Pak tady křičí na nás, že pro to nic neděláme, ale my prostě uděláme to, že to tomu lékaři nahlásíme, to, v jaký je ten člověk stavu, ale pak se někdy stane, že tam

se to zasekne, u toho doktora. Ted' mě asi nic jiného nenapadá.“ S10 vidí spolupráci s lékařem jako nejzávažnější problém, který při poskytování paliativní péče pociťuje: „Mně vadí ten doktor, kdyby byl aspoň na telefonu, a to mě asi mrzí nejvíc, protože třeba paní má nějakou diagnózu, ted' má na ordinovanou opiátovou náplast, ale dostane ještě větší bolesti, takže člověk improvizuje. A když už jsem teda kdysi zavolala záchranku, že má paní nárok na bezbolestnou smrt, tak se mi doktor vysmál. Jo takže, to bylo jako takový, že nevíš, co si máš potom myslet. Tady máme třeba, co při bolesti nebo při dušnosti Atrovent, při bolesti Algifen, ale myslím si, že tady ten Algifen větší dávky nebo častěji nelze, a potom, kdy dochází k nebo častěji, až potom kdy dochází k tomu stavu, když potom jako paní ti křičí bolestí a fakt křičí a ted' se snažíš jako teda a víš, že už je to terminální stadium, takže ji chceš nějak pomoci. Tak zavoláš toho lékaře, teda z té záchranný služby, protože záchranná služba není od toho, že jo. Tak je to prostě, že ten doktor by měl být aspoň na telefonu, to by bylo úplně úžasný někomu zavolat, popsat ten stav, on mi řekl ok, můžete to a to, to by bylo úplně super.“ Na druhé straně S2, S3, S5, S6, S9 odpověděly, že spolupráce s lékařem je dobrá a rozhodně to nevidí jako problém. S2: „Spolupráce s lékařem je výborná. Pan lékař sice má už důchodový věk, ale je ochotný přijet i o víkendu. Je to lékař, co zbytečně neléčí. Má vztah k seniorům. Zbytečně je netahá na vyšetření. Nerad dělá věci, které nevidí jako přínos pro člověka.“ S3: „S panem doktorem se spolupracuje dobře. Pokud se jedná o tu paliativní péči, pak doktor vysadí tu léčbu, podávají se léky na bolest, chceme vyzkoušet i ten dávkovač na léky. Pan doktor vlastně je ochoten přijet, kdykoliv kdy ho zavoláme. My ho voláme pouze pokud máme nějaký problém, že to buď vyřešíme po telefonu, nebo sem zajede, pokud je problém třeba s močovým cestami, kdy klient nemočí, tak ho pan doktor přijede přecévkovat. My se snažíme ho kvůli každé hlouposti nevolat. On sem chodí 2x týdně a my se snažíme vše vyřešit v těch ordinačních hodinách. A kdyby něco náhlého, tak se domluvíme a můžeme zavolat ZZS nebo pak doktor přijede. Musím říct, že je ta spolupráce na dobré úrovni, mám hromadu dobrých zkušeností.“

Problémy spojené s personálem, financemi

Tato podkategorie obsahuje další problémy, které sestry vnímají při poskytování péče.

S10 vidí problém v nedostatku personálu: „Je nás tu málo a kvůli tomu nemůžeš u toho člověka být, když umírá, nebo se aspoň střídat. Když ten člověk spí, tak samozřejmě u něj nemusíš sedět pořád, ale prostě mít ten větší kontakt. To chci říct, že je nás tu málo.“

Podobně odpověděla i S8: „Ještě nedostatek personálu, že by u toho umírajícího mohl někdo z personál sedět delší dobu a držet ho za ruku. Aby tam člověk třeba 2 hodiny seděl a něco mu povídal, ten člověk to vnímá, tak to tady nějak extra nejde, na to čas není.“ Podle S3 je personálu dostatek, ale: „Já si myslím, že personálu je dostatek, ale spousta z nich je už se syndromem vyhoření, někdo je takový a někdo makový. Takže někdo je k tomu více předurčený a tíhne k tomu, má i ty povahové vlastnosti. Někdo zase udělá, co má a musí a není tam ta určitá empatie.“ S3 toto vnímá jako nejzávažnější problém: „Určitě ten přístup, jinak bych úplně neřekla, že nám něco brání poskytování té péče.“ S1 také vidím problém v personálu, ale ne v jeho nedostatku, nýbrž ve vzdělanosti: „Myslím si, že ne všichni ošetrovatelský personál je úplně vzdělaný v tomhle směru. A u holek ošetrovatelek by nebyl špatný nějaký seminář“. S5 odpověděla: „Tak třeba ten duchovní směr, ta možnost tady je. Nechci říct, že by tady to zařízení mělo toto jako velký nedostatek. Myslím jako zaměstnanci víc, ptát se víc, zajímat se více o ty duchovní věci, jestli by chtěli nebo ne.“ S4 jako další problém vnímá finance, jejich nedostatek: „...tady nejsou peníze na víc věcí, natož na tohle“. S9 se vyjádřila k financím takto: „Co se týče financí, tak si myslím, že to, co potřebujeme je dostačující, že máme všechno, co v současné době potřebujeme.“

Osobní bariéry

Na otázku, zda sestry pocítují nějaké osobní bariéry při poskytování paliativní péče převažovala odpověď ne. Konkrétně takto odpověděla S1, S2, S3, S5, S7, S8, S9, S10. S6 považuje za osobní bariéru nedostatek času, který má z důvodu administrativy: „Jako nejhůřší je ta administrativa, ta je šílená a přibývá to všude, člověk by si tak rád šel za těmi lidmi povídat, víc pro ně dělal, víc je i osobně poznal, ale člověk zasedne na sesterně, pak jdeš rozdat léky a zase sedíš u papírů. Ta administrativa, to je šílený žrout času, to je šílený. Jak u té paliativní péče, tak u péče samotný. Takže já bych ráda u těch lidí byla, ale člověk nemůže, protože na to nemá čas.“ I S3 má pocit nedostatku času: „Přece jenom jsem tu sama na celý barák. Člověk se ani v noci nezastaví. Takže spíše spoléhám na ty pečovatele, že jsou s těma klienty v častějším kontaktu, že s nimi stráví více času. I ty vazby jsou silnější, pokud se jedná zvláště o klíčového pracovníka. Je to spíše takové rychlé pozastavení. Že bych si k tomu člověku sedla, držela ho za ruku, tak na to asi úplně čas není. Ale nejlépe, aby sním trávila čas ta jeho rodina, pokud ji má.“

S6 odpověděla následovně: „*Moje největší zlo je lítost, a to považuji za moji bariéru*“. Nedostatek času S6 nevnímá jako bariéru: „*Myslím si, že mám dostatek času. Když by to potřeboval, tak bych si to zařídila. Ale myslím si, že oni už to nepotřebují, buď je utlumený, že už to moc nevnímá. Ale na to, abych ho pohladila a došla se na něj podívat, tak na to čas mám. Hodinu u žádného neseďm. Mě by to samotnou zničilo a těm lidem už to nic nedá. Myslím si, že kdybych jim tam hodinu něco vyprávěla, tak jim to nic nedá. To spíše, kdyby si tam k nim sedla ta dcera a něco mu povídala, bylo by to lepší. Já jsem vlastně cizí a myslím si, že to úplně není k užítku.*“ S7 odpověděla takto: „*Myslím si, že ne, že žádný bariéry nemám. Teda ze začátku jsem s tím měla trošku problém jako by nedokázala jsem si představit, že toho člověka najdu zemřelého. Musela jsem si, ale uvědomit, že je to moje práce, že to k tomu prostě patří a že to musím prostě zvládnout. Začátky byly horší, teď už si myslím, že mi to nedělá, teď už problém o toho zemřelého pečovat.*“

Z dotazovaných informantek pociťuje strach ze smrti S2. S2 odpověděla: „*Strach ze smrti mám, to snad každý. Ale mám dobrý pocit, že jsem pro ty lidi udělala všechno. Soucítím s těmi, co zůstali (pláč).*“ S5 na otázku strachu ze smrti odpověděla: „*To jako strach takový to nemám. Možná občas člověk pociťuje úzkost, že ten život někdy skončí a my nevíme kdy, Ale že by tohle byla bariéra, která by mi zabraňovala poskytovat péči umírajícími, tak to ne. To se mi nikdy nestalo. Někdy Vás odchod toho člověka víc zasáhne, ale to si myslím, že je normální, jsme lidi, někdo Vám přiroste více k srdci, někdo méně. Někdy se mi kolikrát chtělo brečet, ale že bych to brala jako bariéru, tak to ne.*“ S3 odpověděla, že nyní už strach ze smrti nemá, ale jako mladá měla: „*Ne, to je takový zvláštní. Myslím si, že spíše mladší sestřičky nebo já jako mladá měla více obavy a strach ze smrti a péče o umírajícího a zemřelého. Ale prakticky není, čeho se bát.*“ Zbylé informantky strach ze smrti nemají.

Možnosti řešení, zlepšení péče

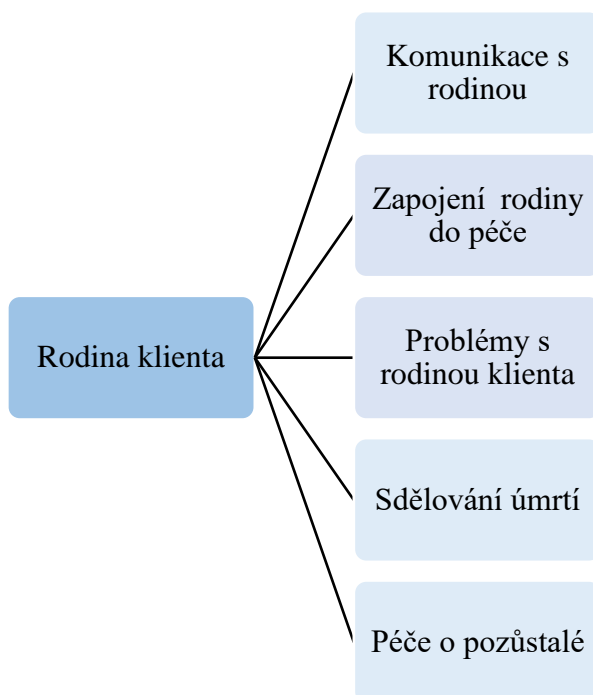
Poslední podkategorie se zabývá možnostmi řešení sdělených nedostatků a problémů a nápadů, jak zlepšit poskytovanou péči.

Nejčastějším sdělovaným problémem byly problémy spojené s prostorem, především dvoulůžkové pokoje, kdy řešením by mohly být pokoje jednolůžkové. S3: „*Zase když se vrátím k tomu soukromí, tak to by musely být jednolůžkové pokoje, ale někdo zase je rád s někým na pokoji, ale někdo zase upřednostňuje soukromí.*“. S1 odpověděla, že je

v plánu pokoje předělávat: „*A na těch pokojích, tak do budoucna je pomýšleno, že se budou nějak předělávat, ale určitě je nenafoukneme, možná nějaký lepší vybavení, že by tam třeba ty rodiny měly nějaký křesla a takový, aby si tam u nich mohli odpočinout.*“ S7 odpověděla takto: „*Tady na rovinu je tenhle barák postavený blbě. Já si myslím, že tyhle ty prostory nejsou dělaný na to, aby tu byli ležící lidi. Tady je málo prostoru, místa. Je to i problém, když pak někoho převážíme, i výtah je malý. Je to blbě konstruovaný tenhle celý ten barák. Že by to mohlo být celý jinak. Ono to totiž bylo původně myšlený pro chodící lidi, ale pak nějak se z toho stalo to, že jsou tu i ležící.*“ S2 odpověděla, že se u nich v domově budou také předělávat pokoje a možná se najde místo na rozlučkovou místnost nebo zázemí pro rodinu. S8 se také zmínila o rozlučkové místnosti: „*Ta rozlučková místnost, ta by se dala vylepšit, ale to záleží na získání financí a mít nápady, jak to zrealizovat.*“ Na problematiku nedostatku personálu S10 reagovala: „*Získat více personálu, to ale záleží na vedení. Nemělo by se nabírat do kanceláří a spíše na pozici ošetřovatelek*“. Problém lékaře, který uvedly některé informantky, by se podle S10 mohl vyřešit následovně: „*Kdyby se ten doktor třeba domluvil ještě s jiným lékařem, když on neordinuje, tak bychom mohli někomu zavolat nebo kdyby ten lékař byl přítomen 24 hodin denně, to by bylo super.*“ S5 na otázku, jak by se dala zlepšit péče odpověděla: „*Já si myslím, že vždycky je, co zlepšit. Zlepšovat se dá vždycky všechno, protože jsme jenom lidi. Víc té empatie u někoho z personálu, někdy se ta péče o ty umírající pacienty, dělá tak jako mechanicky, automaticky, že si tak člověk neuvědomí, že se tam jen udělají věci, který musí. Člověk klienta převleče, umyje, prostě s emu udělají ty základní potřeby, ale takový to se zastavit na chvíli, tak to není. Jak kdy a jak kdo. Já osobně jsem ochotná se tam zastavit, ty lidi pohladit a podržet je za ruku, ale taky ne pořád*“. S6 odpověděla: „*Myslím si, že se tady dělá úplně maximum. Jsem tady naprosto spokojená a je to pro mě třetí domov důchodců ve kterém pracuji a je to pro mě nejvyšší úroveň, kterou sem tady zažila. Je to ale taky i dobou, která jde neustále dopředu a zlepšuje ty podmínky pro personál i klienty. Ale myslím si, že se tady dělá, co se dělat má.*“ S2 odpověděla, že mají zažádáno z grantu o koupi infuzní pumpy a dávkovače, což by vedlo ke zlepšení poskytované péče. S8 uvedla, že k tomu, aby bylo možné péči zlepšit, by bylo nutné více personálu.

Kategorie 4 Rodina klienta

Schéma 4: Rodina klienta



Tato kategorie „*Rodina klienta*“ obsahuje 5 podkategorií. Cílem této kategorie bylo zjistit, jak probíhá komunikace a spolupráce sester s rodinou klienta.

Komunikace s rodinou

Tato podkategorie se týká preferované formy komunikace s rodinou, frekvence komunikace a nejčastějšími důvody pro komunikaci s rodinou klienta.

Dotazované informantky převážně preferují osobní komunikaci tzv. *z očí do očí*. Takto odpověděla S1, S2, S4, S5, S6, S7, S10. S10 odpověděla: „*Určitě je to lepší z očí do očí. Když přijdou tak z očí do očí, když ne tak po telefonu, ale lepší je to osobně určitě.*“ S6: „*Rozhodně je to lepší osobně.*“ S2: „*Určitě z očí do očí. Po telefonu jen krátce, aby ta rodina přišla, a domluvíme se.*“ S8 jako jediná odpověděla, že preferuje komunikaci telefonickou: „*Já radši teda po telefonu.*“ S3 a S9 nepreferují osobní ani telefonickou formu komunikace. S3: „*Je mi to asi jedno, jestli telefonicky nebo osobní.*“ S9: „*Já nemám problém ani s telefonickou, ani osobně, je mi to jedno, ani jednu nepreferuju.*“

Nejčastější důvody pro komunikaci s rodinou sestry uváděly zdravotní stav klienta, především zhoršení zdravotního stavu, hospitalizace, úmrtí. S4 uvedla následující důvody: „Zhoršený stav klienta, jeho zdravotní stav. Když je zhoršený, tak se většinou do toho zapojí i rodina, ve stylu, jak říkám, buď to jídlo, návštěvy, léky, když víme, že je i něco lepšího a dá se to koupit, tak vím, že ta rodina, je většinou pro.“ S3 uvedla další důvod: „...často i klient nebere telefon, tak nám volají. Pak už jsme i třeba domluvený, že volají každé úterý ve dvě hodiny a my víme, že ten klient musí být připravený, mít nabitý telefon na dosah ruky nebo teda ten telefon mu do ruky dáme.“ Častost komunikace s rodinou je podle všech informantek individuální. S6 uvedla: „Jak často je potřeba.“ S7 odpověděla: „Záleží na rodině. Jsou rodiny, které volají klidně každý den a ptají se na ten zdravotní stav, jsou rodiny, který skoro vůbec.“ S5 odpověděla takto: „Nemáme to určitě nastavený pravidelně. Pokud si volají oni sami, vždycky s nimi komunikujeme. Neznamena to, že se jen zhorší. Ale voláme, že se i zlepší. To je zase na té sestře, jak slouží. My ty rodiny taky známe dýl. Ale pokud se ten stav zhorší, tak vždycky voláme, a netýká se to jen terminálního stádia. Ani odpověď S3 se výrazně nelišila: „Jako pokud je ten klient úplně v pořádku, nic se neděje, tak rodině nevoláme a oni, pokud něco potřebují, tak za námi přijdou a pokud se ten zdravotní stav zhorší, že třeba vyskočí teploty, tak jim zavoláme, že jsou zvýšený teploty a co pro to děláme.“

Zapojení rodiny do péče

Z rozhovorů vyplývá, že většina sester rodinu klienta do péče zapojuje, pokud o to má rodina zájem, rodinu do ničeho nenutí. Takto odpověděla např. S9: „Jako když chtějí dát třeba klientovi napít nebo ho chtějí nakrmit, tak je nechám, nenutíme je, poděkujeme. Jinak po nich více nežádáme.“ S5: „Když chtějí, tak ano. Nejsme proti tomu, cokoliv chce rodina si udělat sama ohledně toho klienta, tak můžou. Ale že bychom je zapojovali cíleně, to ne. Oni se většinou sami ptají, co mohou udělat. Vždycky říkáme, že úplně nejlepší je pro toho člověka, tak s ním být, držet ho za ruku, mluvit na něj, říkat mu něco hezkého, že vůbec nezáleží na tom, že neodpovídá. Jako že bychom jim dali oběd a tady si nakrmte tatínka, my to dělat nebudeme. To ne. Pokud chtějí, jsou i lidi, kteří docházejí denně prostě na to jídlo, že ty své blízké krmí. Ale cíleně to ne. Ale když mají tu potřebu a chtějí, tak proč ne.“ S3 odpověděla: „Jako pokud oni mají zájem, tak jo. Jsou rodiny, které sem přijdou třeba 3x za den a nakrmí si maminku nebo tatínka. Jsou rodiny, kdy sem paní zaběhla na snídani, oběd, večeři, s tím pánem byla 3x denně v kontaktu. Nebo přijdou odpoledne, tak mu dají nějakou svačinu. Co se týče péče o tělo, tak to jsem si nezažila.

To si myslím, že je ale zase dobře. Hlavně co se teda týče stravování a těch posledních chvil.“ Podobný příklad zapojení rodiny v rámci stravy popsala S4: „Když třeba budu mluvit o jedné klientce, která nechtěla jíst, protože ten přesun z jejího domova sem do domova důchodců nesla hodně špatně, byla taková úzkostlivá a už jsme nevěděli kudy kam, protože odmítala jíst a pít. Tak se jí začaly nakupovat vyloženě mňaminky, takže jsme do toho zapojovali rodinu pokaždý, když přijela sem. Rodina jí vařila to, co měla ráda, filé a bramborovou kaši. Ona je sice diabetik a měli bychom držet dietu, ale v rámci toho, že jsme jí chtěli zase zvednout i tu náladu, tak se jí vozilo i to, co by normálně nemohla. Takže i sladký džusy, sladký sušenky. Takže i takhle se snažíme zapojovat rodinu. Volat jim, komunikovat s nimi, když přijdou na návštěvu, tak se ptají, tak se jim snažíme umožnit, aby mohli jít s nimi ven. Snažíme se dělat cokoli, co v rámci zdravotního stavu klienta by vedlo k jeho zlepšení.“ S6 také zapojuje rodinu v rámci podávání stravy: „Jako aby maminku umyli, tak to ne. Ale jsou rodiny, který přijdou, že si maminku nakrmí, tak to jim umožňujeme.“ S7 odpověděla takto: „V první řadě musíme tu rodinu informovat, že ten stav je zhoršený, že ten stav musíme i konzultovat s lékařem, ale pak je to na té rodině. Měli jsme tu příklad jednu nejmenovanou klientku a ta její rodina fungovala opravdu na 100 %, ty prostě chtěli, aby maminka zemřela tady. Opravdu bylo to s nimi vše domluvený i skrze lékaře. Poté došlo ke zhoršení zdravotního stavu, paní se volala záchranka, ale oni i přesto jí chtěli nechat tady, že měli pocit, že ta péče tady je lepší než v nemocnici a tam oni vlastně za ní denně chodili, starali se o ní, v těch nejhorších chvílích byly s ní., ale je to prostě na té rodině, jak se rozhodnout, jestli chtějí zapojovat do péče. Někdy to funguje, někdy to nefunguje ta péče“ S8 rodinu zapojuje i v rámci různých vyšetření: „Rodině voláme, že pán má jet na vyšetření, jestli si přeje jet s pánem jako doprovod na to vyšetření.“

Problémy s rodinou klienta

Z 10 dotazovaných sester 7 odpovědělo, že se setkávají s problémy s rodinou klienta.

Na otázku, zda pociťuje problémy při spolupráci s rodinou, S4 odpověděla: „Jo ty bývají. Nejčastěji je to komunikace, nadřazenost, povýšenost. Berou nás vyloženě některý jako služky. Jako my jsme vám sem dali maminku, tak se starejte, jako s tím se setkáváme dost často. Ne teda u všech, ale je jich pár, třeba 1 z 10. Ale jsou lidi, kteří jsou povýšení, přehršle bojácní. Takže třeba to nemyslí zle, ale když jejich rodič, který u nás leží, nezvedne telefon, tak nám hned volají, kolikrát i 2x za den.“ Rodina často nechce

přijmout, že už se blíží konec, takto odpověděla S5: „Problémy jsou někdy takové, že ta rodina nechce přijmout, že jejich příbuzný umírá a že zemře a že je nevratný stav a tam je potom takový problém, ale nebývá to tak často. Někdy rodině doporučíme rozhovor s lékařem, což je pro ně taková větší autorita, takže lékař je ochoten po telefonu nebo osobně, když přijdou, promluvit si s nimi o té léčbě, že už dál nemá cenu, že už nastane jenom ta paliativní udržovací péče, že prostě to bude takhle. Že budeme píchat injekce na bolest. Tak většinou to vezmou. A když to nevezmou, tak už je to horší, že když potom přemýšlíte o té péči, co uděláte, neuděláte, jestli to bude dobře pro toho příbuzného, na co si zase bude stěžovat. To je taková překážka. Sami víme, že ten člověk, by „potřeboval zemřít“ a že se tady trápí, ale ta rodina si myslí, že ještě ne, že bude ještě maminka chodit nebo tak. To je největší problém, když se s tím ta rodina nesmíří. Největší problém je, když se ta rodina s tím nesmíří. Kdy jim to člověk vysvětluje a oni jsou neodbytní, vymýšlí různé léčby, a to je podle mě taková překážka, kdy se Vám s tou rodinou nechce ani mluvit, nejradši byste se jim vyhla. Je to takový nepříjemný, ale musíme, že jo. Vždycky je smutný, když ta rodina chce strašně léčit a odvážet do nemocnice a ten člověk v té nemocnici vydrží 14 dní na kapačkách a pak tam stejně zemře s proleženinami, protože to tělo i při nejlepší péči, ať v nemocnici nebo tady, stejně se ty proleženiny udělají. Někdo řekne, že při nejšpičkovější péči se dekubity udělat nemůžou, ale můžou. Když tělo řekne dost, tak řekne dost. Tohle je takový smutný, že za ně rozhodují ty rodiny, že ty lidi už třeba sami nechtějí.“ S2 odpověděla: „Jsou to různé osobnosti, mají různé přístupy, neuznají to, že se konec blíží a chtějí ji vyléčit. Paní byla hodně špatná, měla prognózu, nevnímala a začala mít dekubity, ač jsme otáčeli, a paní odcházela a dcera se silně dožadovala záchranku a převoz do nemocnice a tohle mi vadí, že nenechali tu paní v klidu zemřít. A to mi vadilo, že si s tou maminkou ani nedokázala popovídat a pak ji nenechala v klidu zemřít – opičí láska bych to nazvala. Je to individuální. Měli jsme tu paní, která měla dekubity, ten člověk dementní a nevyjádří vám a my víme, že tohle musí bolet. A lékař naordinoval morfin a ta dcera chtěla, aby ho ta paní vysadila, zakazovala morfin. Nechtějí respektovat, že člověk umírá.“ Podobný příklad uvedla S3: „Stalo se mi, že jsem přijela vnučka za babičkou po 10 letech, co se neviděli. A přišla za námi, že bychom měli babičku poslat na oční, že špatně vidí, že tohle to a támhle to a já jsem šla za tou paní a říkám: „Vy špatně vidíte?“ A ona: „Née, teď tady byla vnučka, abych si dojela tam a tam“. A to je podle mě taková neúčast toho člověka. Tak tento typ člověka, který s tím klientem nebyl dlouho v kontaktu, tak ho zajímá, zda se dělaly různá vyšetření a ať klienta dáme do nemocnice, ať mu tam

pomůžou. My víme, že ten člověk je za určitou hranicí a ten jeho stav už se nezvrátí. Že to prostě nejde.“ S8 uvedla, že jako problém při spolupráci s rodinou vnímá majetek klienta: „Problémem jsou věci toho klienta, aby se jim všechny věci dostaly, aby byl všechn majetek v pořádku sepsaný. To je podle mě nejškaredější. Že mně by to bylo úplně ukradený, jestli tady má zlatý talířek nebo ne, že v tu chvíli, bych neřešila žádný majetek.“ S2 vidí spolupráci s rodinou jako nejzávažnější problém ze všech: „Ta rodina, to je to nejzávažnější, že oni nechtějí respektovat, že je člověk starý a že by mohl zemřít. Že kolikrát víte, léčíme rodinu, než abychom léčili pacienta. Pak začnou, že nepije, a tak mi musíme kolikrát kvůli rodině píchnout tekutiny s.c.“

Sdělování úmrtí

Sdělování úmrtí je obtížné pro 7 z 10 dotazovaných sester. S1 odpověděla, že pro ni není obtížné sdělovat úmrtí: „Dneska už ne.“ S9 odpověděla takto: „Není to obtížné. Akorát je dobré na to naladit tak, že upravím tón hlasu a vlastně projevují jim upřímnou soustrast, tak se u toho nesměji a zachovávám vážnost situace a chovám se empaticky, vcítím se do nich. A sděluji to vždycky telefonicky, protože ta rodina tady většinou není přímo při skonu.“ Ani pro S3 není obtížné sdělovat úmrtí: „Ani bych neřekla. Já vždycky začnu, že mám pro ně smutnou zprávu a oni už většinou tuší. My vlastně jednáme, jako by se nic nedělo, že ten život jde dál, nepřipomínáme jim to.“ S5 odpověděla: „Vadí mi to vždycky. Každé úmrtí je jiné, každá rodina je jiná. Jsou lidi, kteří jsou v terminálním stádiu a rodina očekává se, že ten člověk zemře a když ten člověk zemře, někdy si řekneme zaplat' pánbůh, protože někdy jsou ty úmrtí zdoluhavý a nepříjemný, v tom případě mi to tolik nevadí, ale furt mám v sobě ten pocit, že jdu někomu oznámit, že jeho maminka nebo tatínek zemřeli, i když na to čekají 2 měsíce. Vždycky je to nepříjemný. Dobrý den, já Vám jdu říct a někdo řekne á maminka zemřela. A zvlášt' když je to úmrtí takový nečekaný, že jeden den návštěva odejde a druhý den klient zemře, taky se to stane. Tak to je nepříjemný.“ S2 povinnost sdělit úmrtí, raději přenechá někomu jinému, pokud je to možné: „Je to nepříjemné. Víte, že to nechcete říct, protože víte, že na druhém konci někoho ochromíte. Nejsem otrlá, řeknu to, ale když je nás víc, tak se dohadujeme, kdo to řekne.“ Pro S4 je sdělování úmrtí obtížné, ale praxí je to snazší a snazší: „Jo, to je vždycky. I po těch letech. Jako praxe ti vždycky pomůže. Nezapomenu ani na svojí první službu v nemocnici, kdy mi zemřel pacient a já jsem byla z toho špatná ještě týden. Ale zvykneš si, pak už ti to tolik nevadí, to tělo, ten zemřelý. Ale já jsem cíťa, takže já,

když vidím ty jejich příbuzný, jak brečí, tak brečím s nimi, protože ty lidi tady máš rád, někoho víc někoho míň, ale vždycky ten člověk v tobě něco zanechá. A je ti to líto. Takže i po těch letech, mi to nedělá dobře.“ Všechny dotazované úmrtí sdělují po telefonu. S6: *„Po telefonu a většinou u toho brečím. Já se za to stydím, ale prostě je to tak.“* S1: *„Vždycky telefonicky.“* S5 odpověděla: *„Vždycky telefonicky, tak ono to ani jinak nejde. Nenapadá mě jiný způsob. To by tady ty příbuzný museli být, že bych jim netelefonovala a řekla jim to na chodbě. Ale jinak vždycky telefonicky.“* S4 na otázku, jakou formou sdělujete úmrtí odpověděla: *„Dobrý den, domov důchodců XXX, sestřička XXX, mluvím s tou a s tou. Moc mě to mrzí, došlo k úmrtí vaší maminky, vašeho tatínka v tu a v tu hodinu, umřel v klidu, bez bolesti, snažili jsme se pro to udělat maximum, bohužel se nám to nepovedlo. Něco v takovém stylu, v rámci teda toho, co se dny předtím dělo. Pokud to není náhlé úmrtí, a většinou tady to člověk tak nějak dopředu cítí, že se i rodina i maličko na to připravuje, že se něco děje. Takže to většinou ta rodina tuší.“*

Péče o pozůstalé

S1 v rámci péče o pozůstalé nabídne pomoc s výběrem pohřební služby a popřeje upřímnou soustrast. S8 odpověděla: *„My jim akorát nabídneme, že se můžou naposled rozloučit s tím jejich blízkým, že můžou přijet. Jinak si nemyslím, že je to pro domov důchodců nutné.“* S5 odpověděla takto: *„My tady máme každoroční mše za zemřelé. To je jediná zpětná, dlouhodobější komunikace s pozůstalými. Takže všichni ti příbuzný mohou přijít. Paní ředitelka všechny sezve a slouží se mše. To je taková jediná péče o ty pozůstalé. Jinak když přijdou a potřebují pomoci nebo poradit s pohřební služkou, co a jak, kam se, co nosí, tak jim poradíme. Máme tady i sociální pracovnice, ty jim také mohou poradit.“* S2 pozůstalým nabídne případnou pomoc: *„Rozloučíte se s nimi, popřejete upřímnou soustrast. Dáte jim čas, že mohou zavolat později a při předávání pozůstalosti ji m nabídnete, že kdyby cokoliv potřebovali, tak ať se ozvou.“* S4, S6, S7, S10 odpověděly, že o pozůstalé nepečují. S10: *„Ne, tady žádná taková služba není. Myslím si, že nabídnou to rodině by bylo fajn, že by to bylo moc hezký. Samozřejmě je to člověk od člověku, někdo se s takovou věcí vyrovná a nepotřebuje pomoc, ale někdo tu pomoc prostě potřebuje. A my ji jako nenabízíme. Možná, kdyby ten člověk sám přišel a řekl by, což se ale nestává nebo o tom nevím. Třeba bývalá paní vrchní nějakou takovou zkušenost má, že za ní někdo přišel, že potřebuje pomoc, ale já takovou zkušenost nemám.“* S6 odpověděla: *„Ne. Oni si sem dojdou pro pozůstalost a zbytek už řeší se sociální pracovníci dole. To už jde mimo nás. Předáme jim osobní věci a cennosti a zbytek už*

neřešíme my.“ S4: „Ne, nebo o tom aspoň nevím. Já jsem se tady s tím asi ještě nesetkala. Jednou teda, to je pravda. Nahoře, když nám měla paní umřít, vlastně jedna sestřička volala rodině, aby, jestli chtějí, se šli rozloučit s jejich blízkým. Ale je to taková otázka do pranice, jestli je to dobrý nebo ne. Pokud si to ta rodina nevyžádá sama, tak bych to asi nedělala. A péče o ty pozůstalý potom, on to asi nikdo zatím nevyžadoval, popřejeme upřímnou soustrast, většinou se s nimi, pak setkáme, když předáváme pozůstalost, a to je všechno. Ani nevím, co si pod tím představit.“ Zda by bylo vhodné a potřebné pečovat o pozůstalé odpověděla: No mělo by, protože každý to nese po svém. Někdo líp, někdo hůř. Pokud budu vidět, že ten člověk je opravdu špatný, tak i kdybych měla zavolat doktora, tak ho nepustím odsud, kdybych viděla, že ho to skolilo hodně. Ale jako třeba psychologa, to ne, to tu neděláme. Nebo asi ani nikoho nenapadlo, že by se to dalo dotáhnout až takovým to způsobem do konce. A myslím si, že každý většinou chce truchlit jakoby sám, že asi toho psychologa, i když už ta dnešní doba jde dopředu, tak přijít a říct byla jsem u psychologa, je pro většinu lidí ostuda, že o tom nebudou chtít mluvit. Spíš budou truchlit sami pro sebe, v rodině, s dobrými přáteli. Ale abych řekla „Dobrý den, chcete psychologa“? Tak to asi ne, tak by to někdo mohl i pobrat špatně, to by možná každého nepotěšilo.“

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá tématem paliativní péče v domovech pro seniory. Byly stanoveny 2 hlavní cíle práce. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Druhým cílem bylo zjistit, zda sestry pocítují nějaké nedostatky a problémy při poskytování paliativní péče. Kvalitativní šetření probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl tvořen celkem deseti sestrami, které pracují v domově pro seniory. Sestry byly velice ochotné, na dané otázky odpovídaly, některé otázky musely být zopakovány či dovysvětleny. K dosažení stanovených cílů byly vytvořeny následující 4 výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla, jak probíhá péče o umírajícího klienta. Druhá se zaměřovala na prvky a postupy paliativní péče, které sestry uplatňují při jejím poskytování. Třetí otázka zněla, jaké nedostatky při poskytování paliativní péče sestry pocítují. Poslední pak, jak probíhá komunikace mezi sestrami a rodinou klienta.

První výzkumná otázka se zabývá péčí o umírajícího klienta, jeho potřebami, komunikací s umírajícím a péčí o zemřelého. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že péče o umírajícího se v zásadě neliší oproti péči o běžného klienta. Sestra má několik úkolů při péči o umírajícího klienta – zajišťuje fyzické pohodlí umírajícího, pečuje o hygienu, sleduje výživu, hydrataci, monitoruje bolest umírajícího a mnohé další (Šafránková, Nejedlá, 2006). S tímto korespondují odpovědi většiny informantek. Sestry se v péči o umírajícího zaměřují na bolest, sledují stravu a příjem tekutin, pečují o pohodlí klienta. Např. S1 odpověděla takto: „*Je tam častější kontrola zdravotního stavu, sledujeme, jestli má bolesti, jestli komfortně leží, častěji se polohuje. Snažíme se ho i více zavodňovat, což se nám většinou nedaří. Snažíme se, aby se ten člověk cítil komfortně, aby se mu odcházelo, co nejlépe.*“ Příjem potravy i tekutin pro umírajícího může představovat určitý problém, klient nemá chuť k jídlu nebo nemá sílu jíst a pít (Kolektiv TŘI, z.ú., 2020). Podle Plevové (2011) se člověk ke konci jeho života nemá nutit jíst, přijetí skutečnosti, že mizí potřeba jídla i pití, je součástí přijetí smrti. S5 uvedla: „*Ty lidé nechtějí tolik jíst, pít, tak se k tomu nenutí. Když nejsou schopní sami přijímat potravu, tak se nakrmí.*“ Je vhodné klientovi dopřát to, na co má chuť (Plevová, 2011). Takto postupuje S4: „*...odmítala jíst a pít. Tak se jí začaly nakupovat vyloženě mňaminky, takže jsme do toho zapojovali rodinu pokaždý, když přijela sem. Rodina jí vařila to, co měla ráda, filé a bramborovou kaši. Ona je sice diabetik a měli bychom držet dietu, ale v rámci toho, že jsme jí chtěli zase zvednout i tu náladu, tak se jí vozilo i to, co by normálně nemohla. Takže i sladký džusy,*

sladký sušenky.“ Sestry se snaží dodávat tekutiny a klienta zavodnit, podávají fyziologický roztok s.c., pečují o dutinu ústní pomocí Pagavitu. Péči se snaží poskytovat i v rámci klientových přání. Pokud si klient nepřeje jíst, nenutí ho, pokud se necítí na koupel, umyje se na lůžku, pokud si přeje být s rodinou, sestry rodinu klienta kontaktují. S péčí, která vychází ze přání klienta souhlasí Marková (2010), jež ve své publikaci uvádí, že člověk má právo smět rozhodovat o své léčbě a prostředí ve kterém stráví poslední chvíle, s kým se bude vídat, zda bude pít a jíst. Všechny dotazované sestry se shodují, že každý klient je jedinečný, ať umírá či ne, a má svoje individuální potřeby. Uvádím např. odpověď S7: *„Někdo potřebuje pohladit, někdo podržet za ruku, každý to má jinak. Někdo třeba nechce s nikým mluvit, chce být sám. Někdo naopak o tom mluví hodně, že o tom chce mluvit“*. Informantky klienty znají delší dobu a na základě toho odhadují, jaké potřeby daný klient má, zvláště pokud je klient ve stavu, ve kterém už není schopen své potřeby sdělit. Potřeby se u člověka mění v průběhu celého života, jinak tomu není ani v samotném závěru života. Podle Plevové (2011) se v závěru života do popředí často dostávají potřeby sociální, zejména tedy blízkost jiného člověka, potřeba nebýt sám a potřeby fyziologické ustupují do pozadí. Z prováděného výzkumu vyplynulo, že sestry uspokojují potřeby jak fyziologické, psychické, sociální, tak i duchovní, na které se ale často zapomíná. Mezi prioritní potřeby u umírajících všechny dotazované uváděly potřebu být bez bolesti a blízkost rodiny. Uspokojování potřeb fyziologických, záleží především na zdravotním stavu klienta. Mezi nejdůležitější psychologické potřeby patří respektování lidské důstojnosti, potřeba bezpečí a jistoty. Nerespektování důstojnosti, osobní identity je trýznivé a může mít závažné důsledky (Kupka, 2010). S10 odpověděla, že zachování lidské důstojnosti je pro ni nejdůležitější: *„Důstojnost člověka, ta je na prvním místě vždycky“*. Nikdo by neměl umírat osamocen, měl by být v blízkosti své rodiny a nejbližších, proto i uspokojování sociální potřeb je velmi důležité. Z provedeného výzkumu je patrné, že duchovní potřeby jsou pro mnoho klientů jedny z prioritních, především v závěru života, avšak mnoho sester na uspokojování těchto potřeb zapomíná, možná i proto, že duchovní potřeby jsou často spojovány pouze s věřící lidmi, ale tyto potřeby v závěru života může vnímat i člověk, který není věřící. Na otázku duchovních potřeb odpověděla např. S5: *„Myslím si, že i duchovní potřeby jsou pro ty lidi prioritní. Na to se hodně zapomíná. Myslím si, že je to stránka, kde máme, co zlepšovat. Někdy si ta rodina přeje toho duchovního i v tom závěru života, že nám o tom řekne. Ale většinou se na tohle zapomíná, že se neptáme, jestli by chtěli toho duchovního, tzv. to poslední pomazání. Ale normálně máme tady pana faráře, který si obchází ty lidi*

a pokud se zhorší, tak za nimi dochází na popovídání v tom posledním stádiu života. Ale mezi zaměstnanci bych řekla, že se na to hodně zapomíná, na to zeptat se nebo vůbec na to myslet, jestli by to ten člověk chtěl.“ Sestry zajišťují duchovní potřeby ve spolupráci s knězem či farářem. Jak uvádí Svatošová (2012), uspokojování duchovních potřeb je důležité, pomáhá člověku odpouštět a uvědomit si prožitý život, který měl smysl. Dále jsme se dotazovali, jak sestry komunikují s umírajícím člověkem. Všeobecné sestry by měly být schopné efektivně komunikovat jak s umírajícím, tak s jeho rodinou. Dobrá komunikace může pozitivně ovlivnit psychiku člověka a zmírnit tělesné příznaky (O'Connor, Aranda, 2005). Z výzkumu vyplynulo, že sestry komunikaci přizpůsobují aktuálním podmínkám a situaci. S6: *„Ono to vycítíte. Někdo, když umírá, tak nemluví, někdo chce mluvit. Takže se přizpůsobuji té situaci, těm podmínkám.*“ Toto potvrdila i S10: *„Tak určitě tam nebudu křičet, snažím se přizpůsobit tu komunikaci té situaci.* Sestry na klienta mluví až do poslední chvíle, oslovují ho jménem a informují ho o tom, co se bude dít. S2 a S9 při komunikaci používají iniciální dotek. Iniciální dotek dává najevo, kdy začíná a končí naše přítomnost u člověka (Kelnarová, 2016). Informantky byly v rámci komunikace dotazovány, zda při péči o umírajícího uplatňují více prvky neverbální komunikace. S6 odpověděla takto: *„To si myslím, že určitě. Ted' jsme tu měli paní, která umírala a nemluvila, ale když jsem ji pohladila, tak na mě reagovala.*“ V souvislosti s péčí o umírajícího jsme se zabývali i péčí o zemřelého. Péči o zemřelého sestry provádějí dle standardu. S9 svojí odpovědí popsala, jak pečuje o zemřelého: *Nejdříve otevřeme okno, aby ta dušička vylétla. Zavřeme oči. Srovnáme ho na záda, někdy se stane, že se ten dotyčný pozvrací nebo je třeba vyměnit plenku, takže ho očistíme. Zkontrolujeme, jestli má v uších šperky a na rukách, to je občas problém, pokud mají nateklé prsty a nejdou jim sundat prstýnky. Poté je dáme do obálky, všechny ty šperky. Odstraníme cévku. My nepíšeme na kůži, ale na náplast a tu nalepíme na levou horní končetinu a pravou dolní končetinu, podvážeme bradu a pod bradu složím třeba polštářek nebo deku, aby se ta pusa neotvírala, i když je podvázaná. Dvě hodiny zůstává na lůžku a přikryjeme ho lůžkovinami a vlastně jdu kontaktovat lékaře a potom rodinu. S rodinou se potom domlouváme na pohřební službě. Je tady i z naší strany nabídka, jestli chtějí blízkého obléknout do rakve, to většinou rodiny chtějí, takže to není problém. Někdy se ještě rodina chce podívat na toho rodinného příslušníka, tak to jim také umožňujeme.*“ S7 svou odpověď doplnila S9 o následující: *„Po dvou hodinách se sváží do márnice a tam se pak čeká, kdy přijede pohřební služba a předáme jim toho člověka.“* V případě, že klient není na pokoji sám, je vhodné, aby ostatní obyvatelé pokoje jej opustili. Pokud to

není možné, je dobré alespoň použít zástěnu (Kapounová, 2020). S tímto korespondují odpovědi S1, S2, S5, S8. Jako příklad je možné uvést odpověď S5: „*A když jsou tam dva a ten druhý člověk chce a je schopen, může jít na společenskou místnost, pokud mu to nevadí nebo není schopen, tak dáváme zástěnu.*“ S4 se jako jediná z dotazovaných zmínila o administrativě spojené s úmrtím: „*Koroner ti vypíše papíry, jeden dáš pohřebákovi, jeden si necháš, jeden se posílá rodině a na základě těch papírů se potom vystavuje úmrtí list.*“

Druhá výzkumná otázka byla orientovaná na samotnou paliativní péči. Z rozhovorů bylo zjištěno, že informantky znají a uplatňují následující prvky a postupy paliativní péče: tišení bolesti, důstojnost člověka, kvalita života, bazální stimulace, uspokojování všech klientových potřeb, včetně potřeb duchovních, respektování klientových přání a zajištění kontaktu se rodinou. Geriatrická paliativní péče je spíše zaměřená na léčbu symptomů, zaměřenou na krátkou budoucnost. Soustředí se na tišení bolesti a minimalizaci utrpení, které snižuje kvalitu života umírajícího (Malíková, 2020). S10 ve své odpovědi zmínila hned několik prvků paliativní péče: „*Důstojnost člověka, ta je na prvním místě vždycky. Snažím se, aby měl co nejvyšší kvalitu života. Co se týče přání pacientů, tak jestli pacient komunikuje a vysloví nějaký ty přání, tak se je snažím splnit. Ale když už jsou potom v apatickém stavu jako kómatu, tak tam spíše jde o ten tělesný komfort a o tu léčbu bolesti.*“ Cílem paliativní péče je provádění takové péče, která zmírňuje všechny aspekty utrpení (Vorlíček et al., 2004). Tišení bolesti, spolupráce a zapojení rodiny klienta, zachování lidské důstojnosti, byly nepochybně nejčastěji zmiňované prvky. Tišení bolesti je nejdůležitější pro S1, S2, S4, S6. Úkolem sestry je zajistit, aby klient umíral bez bolesti, protože každý člověk má právo umírat v klidu a bez bolesti. Sestry bolest monitorují, zaznamenávají, provádějí ordinace na základě lékaře a změny hlásí lékaři. S2 na otázku bolesti odpověděla: „*Sledujeme bolest, pracujeme s ní, děvčata z přímé péče sledují grimasy, hlásí, my okamžitě hlásíme lékaři – nejprve dáváme kapičky, náplasti a pak morfin, nejprve po osmi hodinách, pak po čtyřech. Prostě do té doby, dokud to bolí.*“ Pro S7, S10 je nejdůležitější zachování lidské důstojnosti. Důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence a souvisí s kvalitou života (Kalvach, 2019). Podle Haškovcové (2007) je nejdůležitějším prvkem důstojného umírání blízkost druhé osoby. „*Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám*“ (Haškovcová, 2007, s. 161) Sestry kontaktují rodinu klienta, v případě, že se jeho zdravotní stav zhorší, a mají převážně dobré zkušenosti, rodina téměř vždy přijede se rozloučit. Kutnohorská (2007) upozorňuje,

že umírající obzvláště potřebuje přítomnost člověka. Toto potvrdila S8 svou odpovědí: „... a hlavně, aby měl ten styk s rodinou“. S9 odpověděla na otázku, co z paliativní péče považuje za nejdůležitější následovně: „Všechno je nejdůležitější, ale když už bych měla něco vypíchnout, tak asi zapojení rodiny, že za tím klientem může přijít ta rodina kdykoliv. Tak tohle se mi líbí, že tu ta rodina může být, držet ho za ruku a být s ním. Já si myslím, že ten klient to cítí, že u něj někdo je.“ V domovech pro seniory sestry poskytují obecnou paliativní péči. V rámci specializované paliativní péče mohou kontaktovat mobilní hospic, tuto možnost však zatím žádná z informantek nevyužila. Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem odborníků, kteří jsou speciálně vzděláni v oblasti paliativní péče (Skála et al., 2011). S2, a S8 se chystají na školení o paliativní péči, S6, již toto školení několikrát absolvovala. Pro zájemce o problematiku paliativní péče v sociálních službách Bužgová (2019) doporučuje nastudovat Metodický manuál projektu Proces integrace paliativní péče od autorů Karolína Hrdá, Blanka Tollarová a kolektiv s názvem „Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory“.

Sestry považují paliativní péči jako důležitou součást jejich práce a shodují se, že je dobré o smrti mluvit. Paliativní péče je nezbytnou součástí péče poskytovanou v domovech pro seniory. Každý klient má nárok na klidný, bezbolestný odchod ze světa, ať už život prožil jakýmkoliv způsobem. Lidé do domovů pro seniory, často přicházejí na poslední měsíce svého života, aby zde příjemně prožili zbytek svého života. Domov pro seniory pro ně, často představuje domov a mnoho klientů si přeje zemřít v místě, kde se cítí doma. V roce 2001 a 2002 byl proveden výzkum, jež se zabývá úrovní péče o nevléčitelně nemocné a umírající v systému českého zdravotnictví. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že více jak dvě třetiny lidí umírá ve zdravotnických zařízeních, což ale není v souladu s jejich přáním, zemřít doma (Haškovcová, 2007). I podle výzkumu agentury STEM/MARK z roku 2013 si 78 % lidí v České republice přeje zemřít doma (Nezbeda, 2016). Rozvoj paliativní péče v domovech pro seniory by mohl zajistit, aby více lidí, mohlo umírat právě v domově pro seniory, který pro ně představuje domov a při zhoršení jejich zdravotního stavu, by se neposílali do nemocnic, kde často klienti umírají. Na otázku, jak pečujete o umírajícího klienta, S8 odpověděla: „Většinou jako posíláme teda do nemocnice, když jsou ve vážném stavu. Nebo komunikujeme s doktorem a děláme ordinaci doktora, co nám on řekne.“ Některé rodiny klientů si přejí, aby klient zemřel v domově pro seniory a nebyl v případě zhoršení jeho zdravotního stavu převezen do nemocnice. Pokud tedy dojde

k výraznému zhoršení zdravotního stavu, sestry rodinu kontaktují, zda své rozhodnutí nezměnili.

V rámci výzkumné otázky č. 3 jsme se zabývali problematikou, která se týká nedostatků při poskytování paliativní péče vnímané sestrami Nejčastěji zmiňované nedostatky a problémy se týkaly nedostatečné spolupráce s lékařem, nedostatky spojenými s prostory domova a spolupráce s rodinami klientů. Dále se objevovaly problémy spojené s financemi, personálem. S10 zaměřila svoji odpověď čistě na problémy týkající se lékaře a jeho dostupnosti, odpověděla následovně: *„Mně vadí ten doktor, kdyby byl aspoň na telefonu, a to mě asi mrzí nejvíc, protože třeba paní má nějakou diagnózu, teď má na ordinovanou opiátovou náplast, ale dostane ještě větší bolesti, takže člověk improvizuje. A když už jsem teda kdysi zavolala záchranku, že má paní nárok na bezbolestnou smrt, tak se mi doktor vysmál. Jo takže, to bylo jako takový, že nevíš, co si máš potom myslet. Tady máme třeba, co při bolesti nebo při dušnosti Atrovent, při bolesti Algifen, ale myslím, si že tady ten Algifen asi už větší dávky nebo častěji nelze, a potom, kdy dochází k tomu stavu, když potom jako paní ti křičí bolestí a fakt křičí a teď se snažíš jako teda a víš, že už je to terminální stadium, takže ji chceš nějak pomoci. Tak zavoláš toho lékaře, teda z té záchranné služby, protože záchranná služba není od toho, že jo. Tak je to prostě, že ten doktor by měl být aspoň na telefonu, to by bylo úplně úžasný někomu zavolat, popsat ten stav, on mi řekl jo, můžete to a to, to bylo úplně super.“* Toto zmiňuje i Koubová (2019), která uvádí, že lékař není přítomen 24 hodin denně, jak osobně, tak po telefonu a na sestru je tím pádem kladena sporná zodpovědnost, pokud dojde ke změně zdravotního stavu. Hrdá et al. (2018) v průběhu trvání svého projektu často slyšeli lékaře označením jako *“kámen úrazu“*, protože se lékaři často nedostatečně podílejí na péči o své pacienty tak, jak by pobytová zařízení potřebovala. Toto potvrdila i S7: *„S lékařem jsou občas takový jako problémy. Není vždycky taková spolupráce s tím lékařem, jak bychom si představovali. Má toho moc a mám pocit, že někdy tady na ty lidi kašle. Že bychom chtěli pro ty lidi udělat víc, my děláme maximum, ale pak se to zastaví u toho doktora. Někdy on pracuje na sto procent, ale někdy je to prostě problém, že si i rodinou stěžují. Pak tady křičí na nás, že pro to nic neděláme, ale my prostě uděláme to, že to tomu lékaři nahlásíme, to, v jakým je ten člověk stavu, ale pak se někdy stane, že tam se to zasekne u toho doktora.“* Nedostatky spojené s prostory domova souvisí především s dvoulůžkovými pokoji, které v domovech převažují. S1 odpověděla: *„Ty pokoje nejsou uzpůsobeny, že kdyby se měla třeba přijít rozloučit ta rodina. Klienti jsou vlastně na těch*

dvoulůžkových pokojích, zase si myslím, že odvážet pacienta do jednolůžkového pokoje, aby věděl, že je to jeho konec, tak to taky úplně důstojný není. Takže si spíš myslím, že ty pokoje jsou malé a nejsou uzpůsobeny k tomu, aby ta rodina se tam s nimi mohla důstojně rozloučit.“ Podobně odpověděla i S4 a S8. Odpovědi se shodují i s Kalvachem et al. (2011), který uvádí, že obyvatelům domova pro seniory chybí soukromí, jelikož jednolůžkové pokoje jsou pouze ojedinělé. V domovech také chybí místnost posledního rozloučení či důstojná márnice. Podobně, jako v jakémkoliv zdravotnickém zařízení chybí personál, ani v domovech pro seniory tomu není jinak. S1 ve své odpovědi ještě zmínila, že ne všichni personál je vzdělaný v takové míře, v jaké by bylo vhodné. Na druhé straně podle S3 je personálu dostatek, ale spousta z něj trpí syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření vzniká u pracovníků, vystavených velké emotivní psychické zátěži (Haškovcová, 2007). Sestry pracující v domovech seniorů, jsou bezesporu této zátěži vystaveny. Haškovcová (2007) sestřím doporučuje dostatek odpočinku, pravidelně chodit do přírody a za kulturou, najít si koníčka. Velmi časté jsou také problémy s rodinou, konkrétně problémy s rodinou klienta uvedly S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8. Rodiny si často nechtějí připustit, že je jejich blízký starý a nemocný a konec jeho života se blíží. Smrt potom často přisuzují vině zdravotnického personálu. Rodina se svého blízkého snaží vyléčit, zařizují všechna možná vyšetření a nedopřejí mu v poklidu strávené poslední dny jeho života. Samozřejmě každá rodina je jiná a jsou i rodiny, které spolupracují a sestry s nimi problémy nevnímají. O'Connor, Aranda (2005) poukazuje, že mnoho sester se chová způsobem, který zabraňuje komunikaci. Komunikaci může ohrozit či negativním způsobem ovlivnit nedostatek dovedností nebo strach z toho, že sestra nebude schopna odpovědět na otázku člověka. Mé výsledky se v tomto případě liší od autorů O'Connor, Aranda (2005). Informanti žádné problémy či nedostatky v oblasti komunikace s umírajícím klientem nepociťují. Podle O'Connor, Aranda (2005) však sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci si své nedostatky neuvědomují nebo přeceňují své schopnosti. Dalším problémem je administrativní, které stále přibývá, a s tím spojený nedostatek času. S4 uvedla: „*Ta administrativní, to je šílený žrout času, to je šílený.*“ Osobní bariéry pociťují S2, S6, S7. S2 odpověděla: „*Strach ze smrti mám, to snad každý.*“ Zbylé informantky strach ze smrti nemají. Pro S7 byla představa, že najde zemřelého klienta, nepředstavitelná, časem její obavy opadly a nyní už strach nepociťuje. S6 vnímá jako svojí osobní bariéru lítost: „*Moje největší zlo, je lítost.*“ Informantky byly v rámci 3. výzkumné otázky, také dotazovány, zda mají nápady, jak sdělené problémy a nedostatky vyřešit. Řešení nedostatků spojených s prostory domova je jednoduché

a zároveň velmi složité a souvisí i s financemi, které domovy často postrádají. Pokud by byly finance a nápady, jak do prostor domova zakomponovat místnost posledního rozloučení, upravit márnici či z dvoulůžkových pokojů, udělat pokoje jednolůžkové, by vedlo by to ke zlepšení poskytované péče. S1 a S2 uvedly, že je v plánu předělávat prostory domova, ale domov nelze nafouknout. S1 dodala, že by bylo vhodné alespoň zlepšit vybavení pokojů. Nedostatek personálu a jeho zvýšení je dle odpovědi S7, S10 v režii vedení domova pro seniory.

Poslední oblastí a výzkumnou otázkou č. 4 jsme se zaměřili na rodinu klienta. Konkrétně na komunikaci sester a rodiny, zapojení rodiny do péče a také péči o pozůstalé. Na otázku týkající se frekvence komunikace se informantky shodovaly s odpovědí S6: „*Jak často je potřeba.*“ Každá rodina je jiná, některé rodiny volají pravidelně a zajímají se o zdravotní stav klienta, popřípadě o jeho změny či zda má klient všeho dostatek, jindy se sestry domlouvají s rodinou, v jakém případě si rodina přeje zavolat. S tímto souhlasí i Hrdá et al. (2018), která uvádí, že mělo by být předem domluveno, jakým způsobem a kdy si přeje být rodina kontaktována a zda se chce se zemřelým rozloučit. Sestry kontaktují rodiny klientů nejčastěji z následujících důvodů: změna zdravotního stavu, problémy spojené s pobytem klienta, hospitalizace, oznamování úmrtí. S5 důvody ke komunikaci shrnula následovně: „*...co ty lidi potřebují. Pokud to vyhodnotíme jako důležité, tak tu rodinu kontaktujeme.*“ Informantky preferují komunikaci z očí do očí. Výjimkou je S8, která preferuje komunikace přes telefon. Při komunikaci osobně lze pozorovat reakce a neverbální projevy komunikace, i množství sdělených informací bývá obsáhlejší. Spolupráce a zapojení rodiny je součástí paliativní péče. Zapojení rodiny do péče je založeno na aktivitě rodiny, na tom, zda chtějí, informantky rodinu do ničeho nenutí. Zapojení rodiny je spojeno nejčastěji s podáváním stravy jejich blízkému. S9 opověděla: „*Jako když chtějí dát třeba klientovi napít nebo ho chtějí nakrmit, tak je nechám, nenutíme je, poděkujeme. Jinak po nich více nežádáme.*“ Nejdůležitější, ale je, aby rodina byla klientovi nablízku, jak už bylo několikrát zmíněno. S5: „*Když chtějí, tak ano. Nejsme proti tomu, cokoliv chce rodina si udělat sama ohledně toho klienta, tak můžou. Ale že bychom je zapojovali cíleně, to ne. Oni se většinou sami ptají, co mohou udělat. Vždycky říkáme, že úplně nejlepší je pro toho člověka, tak s ním být, držet ho za ruku, mluvit na něj, říkat mu něco hezkého, že vůbec nezáleží na tom, že neodpovídá.*“ Jak napsal Křivohlavý (1991), pokud je klient nemocen, je vhodné být s ním co nejvíce, pečovat o něj po všech stránkách, je totiž prokázáno, že ti pozůstalí, kteří své blízké myli, krmili

a starali se o ně, se poté lépe vyrovnali s jejich odchodem ze světa než ti, kteří s nimi byli jen v běžném kontaktu.

Sdělování úmrtí je náročnou a nepříjemnou činností, kterou sestry musejí vykonat. Pouze S1, S2, S9 odpověděly, že pro ně již není obtížné sdělovat úmrtí. S3 při komunikaci s rodinou, rozhovor začne tím, že má pro ně smutnou zprávu a dále nepokračujete, protože rodina tuší. Málokdy se stane, že klient zemře a rodina přijede na návštěvu, i proto je úmrtí sdělováno ve většině případů telefonicky. S4 odpověděla na otázku, jakou formou sdělujete úmrtí, následovně: *„Dobrý den, domov důchodců XXX, sestřička XXX, mluvím s tou a s tou. Moc mě to mrzí, došlo k úmrtí vaší maminky, vašeho tatínka v tu a v tu hodinu, umřel v klidu, bez bolesti, snažili jsme se pro to udělat maximum, bohužel se nám to nepovedlo. Něco v takovém stylu, v rámci teda toho, co se dny předtím dělo. Pokud to není náhlé úmrtí, a většinou tady to člověk tak nějak dopředu cítí, že se i rodina i maličko na to připravuje, že se něco děje. Takže to většinou ta rodina tuší.“* Což uvádí i Venglářová, Mahrová (2006), kdy uvádí, že pokud je odchod blízkého očekávaný, tak i přijetí zprávy o úmrtí, je pro rodinu snadnější. Pro S10 je sdělování úmrtí stále nepříjemné a obtížné, ale praxí a lety, to jde snáze. Prožívání zármutku je individuální, každý člověk potřebuje čas, aby akceptoval ztrátu (Bužgová, 2019). Každá rodina na úmrtí reaguje jinak, a proto sestra musí jednat vždy jako profesionál. Z výpovědí je také patrné, že péče o pozůstalé není v domovech pro seniory příliš rozšířená. S10 odpověděla: *„Ne. Tady žádná taková služba není.“* S7: *„Více méně ne.“* S9 nabízí pomoc rodině včetně pomoci při zařizování všech potřebných náležitostí. S1 popřeje upřímnou soustrast, ujistí rodinu, že jejich blízký netrpěl a nabídne pomoc při výběru pohřební služby. Vhodnou pomocí pozůstalým by podle Špatenkové (2014) byla péče odborníka, dobrovolníků, svépomocných skupin nebo církevní organizace. Velmi mile jsem byla překvapena z odpovědi S5, která odpověděla: *„My tady máme každoroční mše za zemřelé. Takže všichni ti příbuzný mohou přijít. Paní ředitelka všechny sezve a slouží se mše.“* S2 doplnila odpověď S5 o následující: *„... a za každého zemřelého zapálíme svíčku.“* O této možnosti péče o pozůstalé, jsem se dozvěděla poprvé a přijde mi to jako vhodný způsob, kdy rodina může přijít a zavzpomínat a vidí, že jejich blízký zemřelý nebyl pro domov pouhým klientem, ale členem jedné „velké rodiny“.

6 Závěr

Bakalářská práce zaměřená na paliativní péči v domovech pro seniory měla stanovené dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Druhým cílem bylo zjistit možné nedostatky při poskytování paliativní péče. Byly stanoveny celkem 4 následující výzkumné otázky. 1. Jak probíhá péče o umírajícího klienta? 2. Jaké prvky a postupy paliativní péče sestry uplatňují při jejím poskytování? 3. Jaké nedostatky při poskytování paliativní péče sestry pociťují? 4. Jak probíhá komunikace mezi sestrami a rodinou klienta?

Z provedeného výzkumu jsme zjistili, jaké jsou možnosti poskytování paliativní péče. V první řadě se jedná o tišení bolesti, které informantky uváděly jako jeden ze dvou nejdůležitějších prvků paliativní péče. Sestry bolest monitorují, hodnotí a zaznamenávají do klientovy dokumentace, dále spolupracují s lékařem a bolest individuálně řeší. Druhým nejčastějším uplatňovaným prvkem paliativní péče, který sestry uváděly je zapojení rodiny, zajištění toho, aby rodina byla u svého blízkého, především v jeho posledních chvílích života. Respektování lidské důstojnosti, zajištění určité kvality života, využití bazální stimulace, plnění přání klienta, to jsou další prvky paliativní péče, které sestry uplatňují. Sestry vnímají klienta jako holistickou bytost, tedy se snaží uspokojovat všechny jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Jejich uspokojování je založeno na individuálním přístupu a priority potřeb se v paliativní péči také mění. V rámci biologických potřeb sestry zajišťují fyzické pohodlí klienta, aby byl klient čistý, příjem stravy a tekutin záleží na zdravotní stravě klienta. Psychická pohoda je také velmi důležitá. Sestry zapojují rodinu do péče, snaží se jim umožnit kontakt se svým blízkým, zvláště v jeho posledních dnech. Duchovní potřeby se u některých klientů dostávají do popředí, avšak z výzkumu vyplynulo, že na uspokojování těchto potřeb se často zapomíná. Další možností paliativní péče v domovech pro seniory je využití služeb pojízdného hospice. V rámci péče o pozůstalé sestry nabízejí pomoc při výběru pohřební služby a s tím spojenými povinnostmi, podporu a poslední rozloučení se svým blízkým.

Druhým cílem bylo zjistit, možné nedostatky při poskytování paliativní péče, které sestry vnímají. Lékař byl jedním z nejčastěji jmenovaných nedostatků, které sestry vnímají. Lékař není přítomný 24 hodin, často i spolupráce není taková, jakou by si některé informantky představovaly a přály. Prostory domovů pro seniory nejsou často uzpůsobené tak, jak by bylo vhodné. Klienti jsou převážně na dvoulůžkových pokojích,

které nezajišťují dostatečné soukromí. Dalšími nedostatky spojené s prostory domova jsou místnosti posledního rozloučení a márnice, které některé domovy pro seniory nemají. Dále z výzkumu vyplynulo, že sestry mají často problém při spolupráci s rodinou, kterou vnímají jako určitý nedostatek. Rodina klienta si často nepřipouští, že se blíží konec života, snaží se svého blízkého vyléčit a úmrtí klienta často vnímají jako vinu personálu.

Na začátku práce jsem si sama stanovila i svůj osobní cíl, a to zamyslet se nad tím, jakým způsobem bych mohla zlepšit péči, kterou poskytují umírajícím klientům. Věcí, kterou jsem si díky prováděnému výzkumu uvědomila, bylo to, že člověk neustále chvátá, ale měl by se u toho člověka spíše zastavit, chytit ho za ruku, popovídat si. Musím i přiznat, že sama zapomínám na duchovní potřeby klientů, které jsou u nich často v popředí, a svou péči více zaměřuji na potřeby fyziologické a jejich uspokojování.

Bakalářská práce slouží jako zdroj informací pro personál pracující v domovech pro seniory o paliativní péči, o možnostech jejího poskytování, uvádí také určité nedostatky, které pokud by se odstranily, by vedly ke zlepšení poskytované péče.

7 Seznam použité literatury

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
2. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BÁRTLOVÁ, S., 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 182 s. ISBN 80-7013-391-0.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
5. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
6. BUŽGOVÁ, R., 2019. *Paliativní péče v geriatrici*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 91 s. ISBN 978-80-7368-835-6.
7. CLARK, D., 2007. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet* 8(5), 430-438. DOI: 10.1016/S1470-2045(07)70138-9.
8. CLARK, D., 2016. *To Comfort Always: A history of palliative medicine since the nineteenth century*. Oxford: OUP Oxford. 255 p. ISBN 978-0-19-967428-2.
9. CROOMS, R., GELFMAN, L., 2020. Palliative Care and End – of – Live Considerations for the Frail Patient. *Anesthesia & Analgesia*. 130(6), 1504-1515. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004763.
10. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
11. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*, 2015. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Tábor. 25 s. ISBN 978-80-904668-8-3.
12. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
13. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
14. ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0080-4.

15. FREMGEN, B., 2006. *Medical law and ethics*. Second edition. New Jersey: Pearson, 350 p. ISBN 0-13-117708-7.
16. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
17. HAŠKOVCOVÁ, H., 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
18. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie, nauka o smrti a umírání*. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
19. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 400 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
20. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
21. HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ H., ZVONÍČKOVÁ, M., Slovák, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
22. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: EV public relations. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
23. HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B. et al., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče*. Praha: Domov Sue Ryder. 202 s. ISBN 978-80-907190-2-6.
24. JEVON, P., 2010. *Care of the Dying and Deceased Patient: A Practical Guide for Nurses*. Blackwell Publishing. 264 p. ISBN 9781444315271.
25. KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-4225-3.
26. KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. 344 s. ISBN 978-80-204-5049-4.
27. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyлéčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-1688-1.
28. KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. 135 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

29. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA, P. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
30. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
31. KELLEY, A., MORISSON, S., 2015. Palliative Care for the Seriously. *The New England Journal of Medicine*. 373, 747-755. DOI: 10.1056/NEJMra1404684.
32. KELNAROVÁ, J. et al. 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 2. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-247-5331-7
33. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
34. KETTNER, J., KAUTZNER, J., 2021. *Akutní kardiologie*. 3. vydání. Praha: Grada. 804 s. ISBN 978-80-271-3096-2.
35. Kolektiv TŘI, z.ú., 2020. *Příručka pro pečující*. Vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského. 157 s. ISBN 0-9686700-1-6.
36. Koubová, M., 2019. Překážky kvalitní paliativní péče v domovech pro seniory? Strach ze smrti i nedostupnost lékaře. *Zdravotnický deník*. [online] [cit. 2022-11-18]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/01/prekazky-kvalitni-paliativni-pece-domovech-seniory-strach-ze-smrti-i-nedostupnost-lekare/>
37. KOZÁKOVÁ, R., 2020. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-2896-9.
38. KOZLOVÁ, L., 2005. *Sociální služby*. Praha: Triton. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
39. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2007. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpis*. Olomouc: ANAG. 2007. 350 s. ISBN 978-80-7263-405-7.
40. KŘIVOHLAVÝ, J., 1991. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent. 123 s. ISBN nevedeno.
41. KUBÁČKOVÁ, P., SLÁMOVÁ, R., MARKOVÁ, A., ANTONOVÁ, B., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: 160 s. ISBN 978-80-266-1279-7.
42. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

43. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
44. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
45. KÜBLER-ROSS, E., 1995. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha: Tvorba. 288 s. ISBN 0-02-089150-4.
46. LYNCH, M., DAHLIN, C., HULTMAN, T., COAKLEY, E., 2011. Palliative Care Nursing: Defining the Discipline? *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 13(2), 106-111. DOI: 10.1097/NJH.0b013e3182075b6e.
47. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
48. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
49. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
50. MARKOVÁ, A., 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. vydání. Praha: Cesta domů. 184 s. ISBN 978-80-88126-77-5.
51. MATOUŠEK, O. a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
52. MATOUŠEK O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2005. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
53. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
54. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vydání. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
55. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
56. NEZBEDA, O., 2016. *Proč Češi neumírají doma*. [online]. Praha: Cesta domů, z.ú. [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>
57. O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247129-5-6.

58. PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, CH., 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 808 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
59. PEŘINA, J., 2016. *Historie paliativní péče*. [online]. Praha: Cesta domů, z.ú. [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
60. PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetřovatelství II*. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
61. PLHÁKOVÁ, A., 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. 472 s. ISBN 80-200-1086-6.
62. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
63. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
64. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
65. RAYMOND, A., LEE, S., BLOOMER, M., 2017. Understanding the bereavement care roles of nurses within acute care: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 26(13-14), 1787-1800. DOI: 10.1111/jocn.13503.
66. RYCHTAŘÍKOVÁ, J., 2002. *Úspěšné stárnutí – leitmotiv 21. století*. Demografie, 44 (1), s. 43–46.
67. ŘÍČAN, P., 2004. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha: Portál. 390 s. ISBN 80-7178-829-5.
68. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
69. SCHERER, G., 2005. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 271 s. ISBN 80-7192-914-X.
70. SKÁLA, B. et al., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 24 s. ISBN 978-80-86998-51-0.
71. SLÁMA, O., 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 5(1), s. 10–12. ISSN: 1337-6896.
72. SLÁMA, O. et al., 2016. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Časopis lékařů českých*. 155(8), 445–450. ISSN 0008-7335.

73. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK J., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
74. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
75. SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., 2005. Paliativní medicína – historie a současnost. *Sanquis*. 41, s. 34. ISSN 1212-6535.
76. SVATOŠOVÁ, M., 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.
77. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
78. SWAMI, M., CASE, A., 2018. Effective Palliative Care: What Is Involved?. *CancerNetwork*. 32(4), 180-4. DOI: org/10.1111/jocn.13503.
79. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 211 s. ISBN 80-247-1777-8.
80. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
81. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
82. ŠPATENKOVÁ, N., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
83. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
84. Topinková, E., 2004. Geriatrická a paliativní péče a péče o umírající. *Česká geriatrická revue*. 1(2), 14-21 s. ISSN 1214-0732.
85. TOMEŠ, I. et al., 2015. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246294-1-4
86. VÁCHA, M., 2019. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-271-2575-3.
87. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
88. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262--8.

89. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
90. VEVERKOVÁ, E., KOZÁKOVÁ, E., MATEK J., ZACHOVÁ, V., SVOBODA, P., 2019. *Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-2099-4.
91. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
92. VOSTRÝ, M., VETEŠKA, J., 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2866-2.
93. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. 398 s. ISBN 80-7178-740-X.
94. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232. ISBN 978-80-247-6916-5.
95. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
96. WEBB, L., 2011. *Nursing: Communication Skills In Practise*. OUP Oxford. 329 p. ISBN 978-0-19-958272-3.
97. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. 2019. [online]. [cit. 2021-10-16]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 19, s. 433–434. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://www.mkcr.cz/doc/cms_library/novela-az-50-2019-sb-10316.pdf+&cd=9&hl=cs&ct=clnk&gl=cz
98. ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š., 2016. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Žádost o provedení výzkumu

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 1 Žádost o provedení výzkumu

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Studijní program/obor: Ošetrovatelství, Všeobecná sestra

Jméno a příjmení studenta/studentky: Eva Bouzová

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): [REDACTED]

Název zdravotnického zařízení: [REDACTED]

Oddělení:

Název práce: Paliativní péče v domovech pro seniory

Hypotézy, výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak probíhá péče o umírajícího klienta?

Výzkumná otázka 2: Jaké prvky a postupy paliativní péče uplatňují sestry při jejím poskytování?

Výzkumná otázka 3: Jaké nedostatky při poskytování paliativní péče sestry vnímají?

Výzkumná otázka 4: Jak probíhá komunikace mezi sestrami a rodinou klienta?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Metodika výzkumu bude formou kvalitativního šetření a technikou polostrukturovaného rozhovoru. Se všemi údaji bude nakládáno anonymně. Výzkumný vzorek bude tvořen sestrami pracujícími v domově pro seniory. Předpokládaný čas pro délku rozhovoru je 30 - 60 minut.

Předpokládané výstupy: Výsledky bakalářské práce budou nejpřínosnější pro zdravotnický personál, především pro sestry pracující v domovech pro seniory, mohou pro ně sloužit k dalšímu vzdělávání v oblasti paliativní péče a ke zlepšení poskytování této péče.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

S provedením výzkumu k bakalářské práci souhlasím.

Jméno: Jitka Doležalová

Podpis: 

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

Příloha 2 Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

- 1) Jakého jste pohlaví?
- 2) Kolik Vám je let?
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 4) Jaká je délka Vaší praxe celkově?
- 5) Jak dlouho pracujete v domově pro seniory?
- 6) Kde jste pracovala předtím?
- 7) Proč jste se rozhodla pro práci v domově pro seniory?
- 8) Jak probíhá péče o umírajícího klienta?
- 9) Liší se nějakým způsobem péče o umírajícího klienta oproti běžné péči?
- 10) Na co kladete největší důraz při poskytování péče umírajícímu klientovi?
- 11) Jaké potřeby jsou prioritní u umírajících pacientů?
- 12) Co děláte pro uspokojování těchto potřeb?
- 13) Jak by se podle Vás dala zlepšit péče o umírajícího ve Vašem zařízení?
- 14) Jaké zásady dodržujete při komunikaci s umírajícím?
- 15) Jak pečujete o zemřelého po jeho smrti?
- 16) Orientujete se v problematice paliativní péče?
- 17) Jaké znáte prvky a postupy paliativní péče?
- 18) Které z nich uplatňujete?
- 19) Které jsou podle Vás nejdůležitější a proč?
- 20) Pociťujete nějaké nedostatky při poskytování paliativní péče ve Vašem zařízení?
- 21) Pociťujete nějaké osobní bariéry, které Vám zabraňují či komplikují poskytování paliativní péče?
- 22) Pociťujete nějaké problémy při spolupráci s rodinou klienta?
- 23) Který z nedostatků je podle Vás nejzávažnější a proč?
- 24) Máte nápad, jak tyto problémy zlepšit či vyřešit?
- 25) Zapojujete rodinu do péče o klienta?
- 26) Jak často komunikujete s rodinou klienta?
- 27) Co bývá častými důvody ke komunikaci s rodinou klienta?
- 28) Jakou formu komunikace preferujete?
- 29) Je pro Vás obtížné sdělovat úmrtí klienta + jakou formou sdělujete úmrtí?
- 30) Pečujete nějakým způsobem o pozůstalé?

Zdroj: Vlastní výzkum

9 Seznam zkratek

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MUDr. – medicinae universae doctor, doktor medicíny

např. - například

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

s.c. – subkutánně – pod kůží

tzv. - takzvaný