



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Specifika ošetrovatelské péče u onkologických pacientů v terminálním stadiu nemoci

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Ondřej Darek Franta

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Specifika ošetrovatelské péče u onkologických pacientů v terminálním stadiu nemoci*“ jsem vypracoval 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 23. 4. 2024

.....

Ondřej Darek Franta

Poděkování

Tímto bych chtěl velmi poděkovat Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za skvělou spolupráci a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále patří velké díky všem dotazovaným sestřám, které se podílely na výzkumu a poskytly mnoho cenných poznatků k tématu.

Specifika ošetrovatelské péče u onkologických pacientů v terminálním stadiu nemoci

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o onkologické pacienty v terminálním stadiu nemoci. Cíle bakalářské práce byly zaměřeny na zmapování specifík ošetrovatelské péče u onkologických pacientů v terminálním stadiu, zmapování specifík v komunikaci s těmito pacienty a dále na zhodnocení náročnosti péče o onkologické pacienty v terminálním stadiu.

Metodika a výzkumný soubor

K dosažení výsledků bylo využito metody dotazování, a to pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na onkologických odděleních standardního typu a také na jednotce intenzivní péče. Výzkumný soubor tvořilo jedenáct sester. Zpracování dat probíhalo pomocí otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Analyzováním dat následně vznikly tři kategorie a osm podkategorií.

Výsledky

Z výsledků provedeného výzkumu vyplývá, že sestry řadí mezi hlavní specifika ošetrovatelské péče u onkologických pacientů v terminálním stadiu především adekvátní tlumení bolesti s cílem minimalizovat utrpení a co nejvíce zvýšit kvalitu života. Dále respektování pacientovy potřeby být v kontaktu s blízkými. Stran specifík komunikace bylo zjištěno, že sestry považují za stěžejní empatický přístup s nastavením lidské tváře a vyjádřením podpory v nelehkých chvílích. Dále důkladnou informovanost, kterou lze předcházet případným konfliktům či nedorozuměním. Mimo jiné bylo zjištěno, že sestry vnímají jako nejnáročnější bezmoc při umírání pacienta, který trpí. V tomto ohledu následně vyplývá, že sestry kladou důraz na oddělení pracovního a soukromého života, což lze považovat za preventivní opatření hrozícího syndromu vyhoření. Dle získaných informací sestry v paliativní péči naplňuje remise pacientova onemocnění nebo dopomoc při důstojném odchodu.

Výsledky pro praxi

Výsledky byly využity pro vytvoření scénáře simulační výuky pro studenty, a to v oblasti komunikace s onkologickými pacienty v terminálním stadiu nemoci. Bakalářská práce tak může poskytnout náhled na specifika péče o dané pacienty a přispět ke zvýšení povědomí o této problematice.

Klíčová slova

Komunikace; onkologičtí pacienti; ošetrovatelská péče; paliativní péče; terminální stadium

Specifics of Nursing Care for Oncology Patients in the Terminal Stage of the Disease

Summary

This bachelor diploma thesis deals with the issues of nursing care of oncology patients in the terminal phases of the disease. The goal of the thesis is to map specifics of nursing care of oncology patients in the terminal stage and specifics of communication with these patients. Furthermore, the goal of this thesis is to evaluate how demanding it is to nurse oncology patients in the terminal stage.

Methodology and research group

The results were achieved by the method of questioning via semi-structured dialogues with nurses working at standard oncology departments as well as at intensive care units. The research group consisted of eleven nurses. The data was processed via open coding by method of pen and paper. The analysis of the data subsequently created three categories and eight subcategories.

Results

The results of the research imply that according to the nurses the most important specific of nursing care of oncology patients in terminal stage is adequate usage of painkilling medication to minimize the suffering and improving the quality of life. The next important specific is the need of patient to be in touch with his or her close people. From the communicating point of view, the research concluded that the nurses consider empathy and friendly face as key elements. Expressing support in difficult times is also very important. The nurses perceive profound awareness as the next key element to avoid possible conflicts or misunderstanding.

Among other things, the research declared that the most challenging part for the nurses is the feeling of being powerless while a suffering patient is dying. Therefore, the nurses emphasize the need to separate private and working life. This separation could be understood as a precaution against burnout syndrome that is threatening. The acquired data demonstrates that the nurses working in palliative care feel fulfilled when the patient's disease is in remission or when they can assist dignified passing.

Results for practice

The results of the research were used to create script of simulative teaching for students in the field of communication with oncology patients in terminal stage of the disease.

The hope is that this diploma thesis may provide insight into specifics of nursing care of the patients in question, and it may contribute to raise awareness of this field.

Keywords

Communication; oncology patients; nursing care; palliative care; terminal stage

Obsah

1	Současný stav	10
1.1	Onkologická onemocnění.....	10
1.1.1	Rizikové faktory a prevence vzniku nádorového onemocnění	11
1.1.2	Diagnostika onkologických onemocnění	12
1.1.3	Léčba onkologických onemocnění	13
1.2	Paliativní a hospicová péče	15
1.3	Umírání a smrt.....	16
1.3.1	Fáze přijetí umírání dle Kübler-Rossové	17
1.3.2	Fáze procesu umírání	19
1.3.3	Komunikační specifika s pacientem v terminální fázi nemoci	20
1.4	Sestry v paliativní péči	21
1.4.1	Specifika ošetrovatelské péče u pacienta v terminálním stavu nemoci	23
1.5	Nejčastější problémy v ošetrovatelské péči u pacientů v terminální fázi onkologického onemocnění	24
1.5.1	Bolest	24
1.5.2	Zažívací obtíže	25
1.5.3	Poruchy vyprazdňování stolice.....	27
2	Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1	Cíle práce	30
2.2	Výzkumné otázky.....	30
3	Metodika.....	31
3.1	Deskripce výzkumné metody	31
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	32
4	Výsledky	33
4.1	Charakteristické údaje sester	33
4.2	Kategorizování výsledků rozhovorů	35
5	Diskuse.....	48
	Závěr	55
	Seznam použité literatury	57
	Seznam příloh.....	67

Úvod

Onkologická onemocnění jsou v moderní populaci velmi častá a nezřídka tvoří také vysoké procento příčin úmrtí. Toto tvrzení potvrzuje také fakt, že jsou onkologická onemocnění na předních žebříčcích civilizačních chorob vůbec. Vzhledem k rostoucí incidenci zhoubných novotvarů a s tím i infaustních prognóz je nutné přímo úměrně zajistit adekvátně proškolený personál, který k tomuto nelehkému úkolu, kdy pacientovi pomáhá v samotném závěru života k důstojnému odchodu, přistupuje nanejvýš profesionálně a s patřičným nadhledem. Bohužel ale je odborníků v tomto oboru stále nedostatek, i když je za poslední dobu zaznamenán jistý posun vpřed a je snad jen otázkou času, kdy bude kvalitní péče poskytována co největšímu množství pacientů v terminálním stadiu choroby.

Obecně je pro zdravotníky práce s onkologickými pacienty velice psychicky náročná, a ne každý jedinec ji může vykonávat. Vzhledem k náročnosti jakékoli spolupráce s umírajícími pacienty by ji měli vykonávat jen opravdoví, nevyhořelí profesionálové, protože v první řadě jde o pacienta, kterému máme v těchto nelehkých chvílích co nejvíce pomoci. Témata umírání a smrti jsou v dnešní společnosti poměrně tabuizovaná, ale i přes to s nimi ve zdravotnických zařízeních přicházíme do styku a každý zdravotník by měl být v tomto ohledu proškolen a seznámen s určitými specifiky, která péče o pacienty v terminálním stadiu zahrnuje. Právě na ona specifika je zaměřena, ze sesterského pohledu, tato bakalářská práce, kdy se je ve spolupráci s profesionály z praxe snaží poznat a zmapovat jak v oblasti ošetrovatelské péče, tak v oblasti komunikace.

Výzkum je prováděn kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru se sestrami onkologických oddělení včetně onkologické intenzivní péče. Bakalářská práce je zaměřena právě na tyto odborníky s praxí a jejím hlavním úkolem je osvětlit a poskytnout náhled na téma terminálního stadia z jejich pohledu. Bakalářská práce si klade za cíl zvýšit povědomí o specifikách a důležitosti kvalitní péče v terminálním stadiu choroby. V rámci bakalářské práce bude vytvořen scénář simulační výuky pro studenty, který bude zaměřen na komunikaci s onkologickými pacienty v terminálním stadiu.

1 Současný stav

V první kapitole bakalářské práce budou blíže nastíněny základní teoretické teze z oblasti onkologických onemocnění, paliativní a hospicové péče včetně jejího historického vývoje. Dále bude přiblížena problematika terminálního stadia nemoci včetně oblasti samotného umírání a smrti.

1.1 Onkologická onemocnění

Tumory neboli novotvary jsou neobvyklé útvary, které neřízeně vyrůstají z tkáňového podkladu, a to bez vzájemného souladu a koordinace s okolím. Novotvary jsou nezávislé, vůči ostatním buňkám prokazatelně expanzivnější a vůči okolí agresivnější (Rosová, 2019). Halámka a Židlík (2023) uvádějí, že pro tumory je typická autonomie vůči organismu a jeho kontrolním mechanismům, kdy se z nich zcela vymaní a jejich růst je možný i bez běžných stimulů pro další tvorbu buněk. U benigních tumorů je znatelný pomalejší růst a opouzdřené ohraničení, organismus sužují hlavně vyvíjením tlaku na okolní struktury a tím vznikající tlakovou atrofii (Rosová, 2019). Neprojevují známky chování maligního novotvaru. Pro toto stadium je užíván pojem carcinoma in situ (Tomancová, 2017). Naopak u tumorů maligních je zřetelná rychlá expanze a infiltrace do okolních struktur. Maligní tumory nebývají zpravidla ohraničené a také nezřídka kdy tvoří metastázy (Halámka a Židlík, 2023). Dle Rosové (2019) je toto šíření označováno pojmem per continuitatem.

Dle Slezákové et al. (2013) je zmíněný pojem metastázy odborným výrazem užívaným pro dceřiný novotvar. Určitá lokalizace metastáz je charakteristická pro tím specifické novotvary, což může být ukazatelem pro správnou diagnostiku nádoru. Halámka a Židlík (2023) dále uvádějí, že se metastázy mohou šířit skrze lymfatický nebo krevní systém, ale také expanzí do okolí či šířením v ohraničených prostorech.

Proces, kdy dochází k maligní přeměně buněk a následně vzniku novotvaru, je nazýván pojmem kancerogeneze. Na vzplanutí tohoto procesu nesou hlavní vinu vnější a vnitřní faktory, které zapříčiňují určité změny na úrovni DNA (Slabý, 2019). Dle Slezákové et al. (2013) mezi nejčastější vnitřní příčinu řadíme genetickou predispozici. Na dědičnost poukazuje opakování se určitého onkologického onemocnění mezi bližšími příbuznými. Mezi vůbec nejčastější formy dědičného nádorového onemocnění patří tumory prsu a kolorekta. V tomto ohledu je také nutné brát zřetel a sledovat takzvané prekancerózy,

což je neobvyklá změna v dané tkáni, ze které se časem může vyvinout maligní novotvar. Doslovně toto odborné označení znamená předrakovinný stav (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Slabý (2019) uvádí, že u vnějších příčin, které se podílejí hlavně na vzniku sporadických novotvarů, jež nejsou na vrozeném podkladu, nesou hlavní vinu kancerogeny chemické, fyzikální a biologické.

1.1.1 Rizikové faktory a prevence vzniku nádorového onemocnění

Podle National Cancer Institute (2015) bývá mnohdy složité přesné odhalení onoho spouštěče, který nese za onkologické onemocnění hlavní vinu, ale dle výzkumů byla prokázána existence rizikových faktorů, které mohou zvyšovat riziko vzniku tohoto onemocnění.

Büchler (2019) rizikové faktory obecně dělí na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Faktory ovlivnitelné neboli preventabilní, jsou ty, které může jedinec ovlivnit změnou životního stylu či životního prostředí. Dle Tomancové (2017) se prevence v tomto ohledu jeví jako zásadní, protože právě životnímu stylu a prostředí lze připsat vznik drtivé většiny zhoubných novotvarů. Büchler (2019) mezi ně řadí například obezitu, kouření se zvýšenou konzumací alkoholu, která ještě více umocňuje jeho karcinogenní potenciál, časté vystavování se nadměrnému slunečnímu záření či iritaci chemikáliemi. Dále sem řadíme některé infekce a imunosupresivní a hormonální terapii. K neovlivnitelným rizikovým faktorům patří stáří jedince, jeho pohlaví, vrozená predispozice a etnická příslušnost.

Ovlivňování rizikových faktorů a tím i snižování rizika vzniku zhoubných novotvarů je primární prevencí (Tomancová, 2017). Za sekundární prevenci považuje Halámka (2023) opatření, která vedou k zachycení novotvarů nebo jejich prekanceróz v raných stádiích. Tato opatření zahrnují hlavně plošné screeningové programy. V České republice jsou aktuálně dostupné tři, a to screening karcinomu děložního čípku, karcinomu prsu a kolorektálního karcinomu (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Screening jako takový lze dle Rajdla (2019) rozdělit na populační, který je využíván plošně na určitou skupinu obyvatelstva, a selektivní, kdy je vyšetření zaměřeno na vyloženě rizikové jedince. Terciární prevencí se rozumí dispenzarizace pacientů po onkologické léčbě, která má za cíl odhalit případnou recidivu onemocnění v raném stadiu a včasné začít s adekvátní léčbou. K prevenci důsledků již postupujícího a neléčitelného onkologického onemocnění slouží kvartérní prevence. Tato oblast zahrnuje preventivní

postupy v oblasti somatické, kde je snaha o udržení mobility pacienta a řeší se například léčba bolesti, psychické, spojené s duševní podporou, a sociální (Halámka, 2023).

1.1.2 Diagnostika onkologických onemocnění

Nedělitelnou součástí správné diagnostiky je podrobný sběr dat o pacientovi neboli anamnéza. Tyto údaje nám nastiňují komplexní pohled na pacienta včetně údajů z dřívějších (Slezáková et al., 2013). Po probrání anamnézy následuje další z důležitých kroků pro zhodnocení pacienta, a to fyzikální vyšetření. Pokud vyvstává podezření na onkologické onemocnění, je pacient odeslán na podrobnější vyšetření ke specialistovi pro danou oblast (Tomancová, 2017).

Slezáková et al. (2013) udávají, že laboratornímu vyšetřování je pacient podrobován ještě před samotným stanovením diagnózy a začátkem terapie, dále v době trvání onkologické léčby a z důvodu následného sledování i po jejím skončení. Laboratorní vyšetření jsou určována dle typu onkologického onemocnění a pacientova stavu. Dle Tomancové (2017) nelze z laboratorních testů jednoznačně potvrdit nebo vyloučit onkologické onemocnění, ale slouží spíše jako ukazatel pro lékaře, kterým směrem směřovat další diagnostiku. V tomto ohledu jsou důležitým ukazatelem takzvané tumorové markery, což jsou látky vylučované nádory do krve. Markery slouží hlavně k informování o odpovědi organismu na léčbu nebo jako příznak progresu onemocnění (Česká onkologická společnost ČLS JEP, 2023). Podstatnou úlohu hrají také při screeningových programech, kdy mohou pomoci k odhalení novotvaru v raném stadiu. Jedním z hlavních je monitorace hladin prostatického specifického antigenu (PSA), který koreluje se zhoubným onemocněním předstojné žlázy (Halámka a Židlík, 2023).

Večeřová (2019) zdůrazňuje, že pro správné určení diagnózy je zásadní také patologický nález z cytologického či histologického vyšetření vzorku. Po jeho verifikaci následuje klasifikace daného nádoru. Existuje řada kritérií, dle kterých lze nádory klasifikovat, a to kupříkladu dle biologického chování, tedy jedná-li se o tumor benigní či maligní. Dále hovoříme o pojmech grading a staging. Úkolem gradingu je vykreslení teoretické informace o rychlosti růstu a sklonu nádoru k šíření metastáz. Zpravidla se uvádí, že čím větší je odlišnost nádorových buněk od zdravé tkáně, tím větší je zhoubnost novotvaru (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Večeřová (2019) dále vysvětluje pojem staging, který naopak udává tumorový rozsah, a to nejčastěji dle třísložkové TNM

klasifikace. Ta jednak určuje rozsah primárního tumoru (T) a postižení spádových uzlin (N – nodus) a podává informaci o přítomnosti vzdálenějších metastáz (M).

Houdek (2019) přikládá velkou důležitost v odvětví diagnostiky nádorových onemocnění zobrazovacím metodám. Pomocí nich lze rozpoznat a zhodnotit rozsah onemocnění včetně případných onemocnění přidružených. V průběhu léčby jsou také využívány k potvrzení její správnosti a k případné pacientově dispenzarizaci. Tomancová (2017) uvádí, že mezi zobrazovací metody řadíme klasické vyšetření rentgenem, výpočetní tomografií známou jako CT, magnetickou rezonanci nebo vyšetření pomocí ultrazvuku. Hybridní zobrazovací metodou využívanou v onkologii je takzvané PET/CT, které pomocí radiofarmaka dokáže odhalit metabolickou činnost novotvaru v těle. Využívá se zde kombinace funkčních a morfologických postupů (Baxa a Mírka, 2019).

1.1.3 Léčba onkologických onemocnění

Terapie onkologických onemocnění je značně multidisciplinární záležitostí a podílí se na ní nejen onkologové, ale i radioterapeuti či chirurgové. Během léčby je mimo jiné nutné brát zřetel také na psychiku pacienta a případně zajistit konzultaci s odborníkem (Česká onkologická společnost ČLS JEP, 2023).

Dle Fialy (2019) se samotný způsob terapie včetně její úspěšnosti odvíjí od mnoha faktorů. Patří mezi ně hlavně lokalita umístění novotvaru a stupeň pokročilosti, jeho typ dle histologického vyšetření, ale i komplexní stav nemocného. V tomto ohledu určujeme takzvané prognostické a prediktivní faktory. Prognostické faktory nastiňují pravděpodobnou prognózu života nemocného nebo dopomáhají určit cíl léčby. Faktory prediktivní nám předpovídají, zda bude stanovená onkologická léčba na dané onemocnění účinná. Mezi prediktivní faktory patří také některé faktory prognostické (Halámka, 2023).

Fiala (2019) udává, že obecně terapii v onkologii dělíme na kurativní, tedy s potenciálem k úplnému vyléčení, a eventuálně kurativní, kdy je o úplné vyléčení snaha, ale s nezaručeným výsledkem. Tomancová (2017) dále popisuje terapii paliativní, která má vést ke zvýšení kvality života pacienta a jeho prodloužení minimalizací komplikací choroby a zmírňováním jejích symptomů. Léčba zmírňující příznaky choroby je označována jako symptomatická, ta zahrnuje například léčbu nádorové bolesti (Halámka, 2023).

V onkologii jsou také důležité pojmy jako adjuvantní a neoadjuvantní léčba. Adjuvantní léčba obvykle přichází po radikálnější místní léčbě například po radioterapii nebo

chirurgické intervenci a jejím hlavním cílem je snížení rizika návratu onemocnění a úplná likvidace mikroskopických pozůstatků choroby (Česká onkologická společnost ČLS JEP, 2023). Dle Národního zdravotnického informačního portálu (2023) pojem neoadjuvantní léčba znamená naopak, že předchází oné radikálnější terapii a jejím cílem je redukce nádorové tkáně před radikálnější intervencí.

Chirurgická léčba je pro určitá nádorová onemocnění stěžejní, protože resekování novotvaru, někdy včetně regionálních lymfatických uzlin, je mnohdy zásadní pro příznivý vývoj onemocnění a prognózy nemocného (Halámka a Paciorek, 2023). Slezáková et al. (2013) rozdělují chirurgické intervence na diagnostické, kdy dochází například k odběru vzorků pro histologické vyšetření, profylaktické neboli preventivní, které slouží hlavně k odstraňování prekanceróz, a kurativní, prováděné u pacientů v časných stádiích choroby bez přítomnosti metastáz. Tomancová (2017) pak popisuje další odvětví, kterým je terapie paliativní, a to v pokročilých stádiích nemoci. Tyto výkony jsou využívány hlavně ke zmírňování obtíží nebo k zmenšení nádorového ložiska, což vede ke zvýšení účinku dalších léčebných metod.

Dle Halámky (2023) u systémové terapie mluvíme v první řadě o využití cytotoxických chemoterapeutik podávaných buď do cévního řečiště, perorální cestou nebo přímou aplikací do dutých systémů organismu. Podle Boublíkové (2019) cytostatika působí na nitrobuňkové složení, hlavně na funkce DNA. Jejich nevýhodou jsou negativní účinky, které postihují také zdravé buňky, což následně vede k řadě nežádoucích účinků. Dalším odvětvím systémové terapie je cílená neboli biologická léčba. Princip účinku spočívá v zacílení na konkrétní buněčnou strukturu tumoru, čímž lze dosáhnout vyšší účinnosti léčby a zároveň zmírnit negativní účinky na okolní zdravou tkáň (Česká onkologická společnost ČLS JEP, 2017). Tomancová (2017) popisuje, že dochází k blokování molekul, které jsou pro zdravé tkáně méně důležité, ale naopak pro tkáň nádorovou jsou klíčové pro přežití. Rosenberg et al. (2015) uvádějí, že imunoterapie je také jednou z alternativ systémové terapie. Pokrok ve výzkumu buněčné imunologie vedl k vytvoření imunoterapie, která je schopna v organismu zprostředkovat odmítnutí nádorové tkáně. Halámka (2023) dále vysvětluje, že její obecnou snahou je zapojit přirozenou imunitní reakci do protinádorové odezvy. U tumorů, jež potřebují k podněcování svého růstu hormony, se využívá takzvané hormonální léčby, která má za úkol inhibování daných hormonů.

Lohynská (2019) dále nastiňuje další z léčebných metod, kterou je radioterapie. Ta využívá k léčbě ionizující záření s cílem eliminovat schopnost nádorových buněk neomezeného dělení či jejich úplného zničení a zároveň šetřit okolní zdravou tkáň. Dle Vítka (2019) se většinou jedná o čistě oblastní terapii a o zhodnocení její efektivity vypovídá hlavně klinická odpověď, tedy míra regrese nebo perioda do relapsu onemocnění. S cílem zvýšení léčebné odezvy je tato metoda často zařazena do kombinovaného postupu léčby spolu s chirurgickou a systémovou terapií (Hynková a Šlampa, 2015). V posledních letech dochází k rozvoji takzvané konkomitantní chemoradioterapie, která využívá účinku současně podávaných cytostatik a ionizujícího záření, případně ještě souběžné aplikace biologické terapie. Tohoto způsobu léčby je hojně využíváno hlavně u místně pokročilých tumorů za pomoci fotonové radiace (Šlampa, 2022). Samotná radioterapie pracuje na principu, že interval mezi jednotlivými ozařováními umožňuje zdravým tkáním dostatek času pro reparaci na rozdíl od tkáně nádorové, které reparační procesy trvají o poznání déle (Halámka a Molenda, 2023).

Vokurka (2018) ve svém článku popisuje další odnož léčby, kterou je podpůrná terapie. Ta je brána jako doplňující element léčby onkologické a její úlohou je především prevence či útlum symptomů choroby nebo nežádoucích účinků terapie. Jejím hlavním účelem je zabezpečení co největší kvality života.

1.2 Paliativní a hospicová péče

Pojem paliativní léčba je obecné označení pro postupy, které nevedou k úplné remisi či vyléčení choroby, jak ji označila Opatrná (2017) ve své publikaci. V onkologii jsou využívány například paliativní operační výkony, radioterapie, chemoterapie apod. Hlavním záměrem je prodloužení života pacienta v co nejvyšší kvalitě (Sláma a Vorlíček, 2014).

Rozvoj oboru paliativní péče v České republice se dle Bužgové (2015) začíná objevovat až po roce 1989, kdy se začala více řešit otázka péče o nevléčitelně nemocné a umírání se spíše z domácího prostředí přesunuje do zdravotnických zařízení. Podle Slámy (2019) byla z historického hlediska pojmem paliativní péče označována hlavně péče o pacienty v úplném závěru života a její hlavní úlohou bylo zabezpečení komfortu při umírání. V rozmezí posledních dvaceti let ale bylo prokázáno, že paliativní přístup má být zahrnut do celkové péče už od diagnostiky neléčitelné nebo případně život ohrožující choroby. Tato péče cílí jak na pacienta, tak na jeho rodinu, a to s cílem dosažení co nejvyšší kvality

života a zabránění jejímu zhoršování (Reymond et al., 2018). Opatrná (2017) uvádí, že se ale nejedná pouze o péči z fyzického hlediska, nýbrž zahrnuje i aspekty duchovní a psychické. Fyzické hledisko je stran péče velmi důležité, ale člověka nelze brát jen jako biologickou složku.

Reymond et al. (2018) pro srovnání uvádějí, že například v Austrálii je často pro nemocnice, vzhledem k nárůstu zájmu o paliativní péči, nemožné tuto péči adekvátně poskytovat. Hlavní úlohu tedy přebírají praktičtí lékaři, kteří jsou s pacienty v bližším a častějším kontaktu. Klíčovým se pak stává vypracování konkrétních cílů a plánů péče a tím i její systematizace, což vede k poskytování vysoce kvalitních služeb.

Bužgová (2015) uvádí, že celkově lze paliativní péči rozdělit na obecnou a specializovanou. S obecnou se setkávají zdravotníci napříč svými obory a hlavním záměrem je zabezpečení co nejvyššího životního komfortu pacienta. Specializovaná forma je dle Kaly a Dorkové (2017) pak poskytována v institucích, a to mezioborovým týmem specialistů, kteří jsou na tuto péči vyloženě zaměřeni. Sem řadíme například mobilní hospic, umožňující zabezpečení péče v domácím prostředí, nebo vyhrazené paliativní oddělení v rámci lůžkového zařízení. Tato specializovaná oddělení se ale v České republice vyskytují spíše zřídka. Mezi další řadíme stacionární nebo samostatný lůžkový hospic a také konziliární týmy, které mají za úkol posuzování stavu pacienta a jejich snahou je včasné stanovení paliativní péče v patřičné formě.

První hospicové zařízení v dnešním pojetí bylo založeno v Anglii roku 1967 Cicely Saundersovou, jednalo se o Hospic svatého Kryštofa (Kupka, 2014). Dle Bužgové (2015) bývá tento milník spojován i s počátkem moderní paliativní péče. Tomeš (2015) uvádí, že v České republice byly první snahy o vytvoření specializované hospicové péče již počátkem devadesátých let minulého století, a to lékařkou Marií Opatrnou. Bohužel tyto první pokusy nebyly akceptovány. Proto bylo první zařízení tohoto typu otevřeno až roku 1995 na popud lékařky Marie Svatošové. Jednalo se o Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Kala a Dorková, 2017).

1.3 Umírání a smrt

Terminální fáze onkologické choroby je pojmenování pro období od ukončení kurativní léčby do pacientova úmrtí. V tomto období je zpravidla uplatňována paliativní péče, jak uvedla Zavadová (2019).

Podle Vytejkové (2013) je umírání označením pro stav poklesu životních funkcí a síly, kdy postupně dochází k ireverzibilnímu selhávání vitálních funkcí, což vyústí ve smrt jedince. V odborném názvosloví je tento stav označován jako terminální stav, konečná část života. Zavadová (2019) dále uvádí, že tento stav je provázen zhoršením klinického stavu a prohloubením stávajících symptomů, případně objevením symptomů nových. Stran délky trvání je u každého jedince individuální, zpravidla se hovoří o 24 hodinách až 14 dnech.

Objevení či prohloubení některých příznaků je obtěžující jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Nejčastěji se jedná o bolest, dušnost, delirium a další. Pokud se tyto příznaky stávají nesnesitelnými a standardní léčba přestává být účinná, je možné přistoupit k paliativní sedaci (Arantzamendi et al., 2021). Zavadová (2019) vysvětluje, že jde o úmyslně navozený pokles úrovně vědomí a tím i snížení vnímání utrpení.

Shemie et al. (2023) smrt vymezují jako nevratné zastavení mozkových funkcí bez možnosti obnovení. Může nastat jako následek zástavy oběhové cirkulace nebo po devastujícím poranění mozku. Je spojována s úplnou nepřítomností vědomí, reflexů mozkového kmene a schopnosti spontánního dýchání. Pokud je zachována jakákoli úroveň vědomí, smrt nelze konstatovat. Jak uvedla Špatenková (2014), smrt lze mimo jiné definovat jako dovršení a konec lidského života.

Naukou o smrti je thanatologie, která vznikla integrací různorodých vědeckých postojů. Hlavním úkolem této disciplíny je pojetí smrti v rozličných kontextech a vytvoření holistického náhledu na tuto problematiku (Špatenková, 2014). Bužgová (2015) uvádí, že k pionýrům tohoto oboru u nás patří doktorka Helena Haškovcová, která se ve svých publikacích zaměřovala na problematiku nauky o smrti, důstojného umírání a ošetřování umírajících.

1.3.1 Fáze přijetí umírání dle Kübler-Rossové

Americká lékařka Elisabeth Kübler-Rossová v 60. letech minulého století vytvořila patrně nejznámější teorii, která vyobrazuje reakce při přijímání závažné diagnózy (Kabelka, 2020). Jedná se o pětifázový model, který dle teorie tvoří popření, vztek, smlouvání, deprese a vyrovnání (Opatrný, 2017). Dle Loučky (2019) ale nutno podotknout, že jde spíše o teoretický popis reakcí pacientů a jejich blízkých. U každého může být průběh těchto fází odlišný a je zde nutno brát ohled na individualitu každého jedince.

První fáze je popisována jako stadium popírání a izolace. Jedinec v této fázi je konsternován nepříznivou zprávou a nadchází dočasný šok, ze kterého se postupně vzpamatovává. Dotyčný si není ochoten připustit, že se tato situace týká opravdu jeho a snaží se skutečnost popírat například i domněnkami, zda snad nebyly zaměněny jeho výsledky s někým jiným a podobně. Jedná se o prozatímní obranný mechanismus, který je poté nahrazen parciální akceptací dané skutečnosti. Velmi zřídka se stává, že se pacienti z tohoto stadia nedostanou a popírání v nich přetrvává až do úplného konce. Rozmluva o tom, co přijde, může být pro pacienta velkým přínosem, ale je nutné, aby byl na toto téma připraven a byl schopen se mu postavit čelem (Kübler-Ross, 2015).

Když na jedince dolehne těžkost jeho reálné situace, kdy si uvědomí, že nepříznivá zpráva je hořkou pravdou, odeznívá stadium popírání a postupně přechází do druhého stadia zlosti. V této fázi bývají jedinci rozmrzelí, plní vzteku a závisti vůči ostatním lidem. V tomto nelehkém období může pacient se zdravotníky úplně přestat spolupracovat a komunikovat. Jeho hněv je mířen všemi směry, nejen na zdravotníky, ale i k rodinným příslušníkům, pro které je tím situace ještě těžší, cítí provinilost nebo dotyčného odmítají navštěvovat (Kübler-Ross, 2015).

Dle Kübler-Rossové (2015) hlavní kámen úrazu mnohdy spočívá v tom, že okolí nemá snahu o pochopení a empatii k pacientově situaci a nepřemýšlí o tom, co je hlavní příčinou oné zlosti. Často si vztahuje pacientovu zlost na svou osobu, i když to tak ve většině případů není, nebo ji dokonce oplácí, což zákonitě vede jen k prohloubení pacientovi zlosti a nepřátelskému chování. Přitom stačí ukázat pacientovi náš zájem, respektovat ho a naslouchat, to jsou ty pravé cesty k úspěchu.

Smlouvání je třetím stadiem, ve kterém se jedinec upíná k nadějím s mizivou pravděpodobností. Z jeho strany se jedná se o snahu o odklad, kdy předpokládá, že za kladné chování, které slíbil, mu může být splněno některé přání. Většinou touží po zmírnění obtíží nebo pár dnech bez bolestí, ale často po co největším oddálení konce života (Kübler-Ross, 2015).

Tito lidé o svých tužbách obvykle nemluví, často uzavírají úmluvy s bohem. Mnohdy dokonce nabízejí zasvěcení života církvi, pokud by jim to mělo dát nějaký čas navíc. V tomto ohledu je důležitý mezioborový přístup, kdy může náznaky pozorovat například pacientův duchovní nebo jiní členové zdravotnického týmu (Kübler-Ross, 2015).

Ve stadiu, kdy postupně přibývá symptomů a dále již nelze chorobu popírat, upadá pacient do smutku. Kübler-Rossová (2015) popisuje tuto čtvrtou fázi jako stadium deprese. Původcem deprese může být takřka cokoli. Porušený obraz těla po operaci, ztráta schopnosti pracovat a z toho vycházející finanční potíže a mnohé další. Snahou interdisciplinárního týmu by mělo být odhalení onoho zdroje deprese a s tímto zjištěním dále pracovat. Důležitou součástí je také spolupráce s rodinou pacienta, která bývá v tomto ohledu mnohdy klíčová.

Kübler-Rossová (2015) dělí depresi na dva typy. V prvním případě se jedná o reaktivní depresi, která vzniká jako reakce na již utrpené ztráty, a to například na porušený obraz těla po operaci. Zde je namístě snaha o pacientovo povzbuzení, rozveselení, protože u prvního typu se tato podpora často jeví jako užitečná, přináší úlevu. Naopak u typu druhého, kdy se jedná o depresi přípravou, je potřeba, aby dal pacient svému smutku volný průchod, což vede k postupnému smíření.

Páté stadium přichází, pokud měl jedinec dostatek času a podpory při zvládnání předešlých fází, jedná se o stadium akceptace. Jeho situace, ač zcela bezvýchodná, v něm nevyvolává smutek ani zlost. Pacient bývá unavený a vyčerpaný, často během dne pospává. V tomto období je zdánlivě oproštěn od veškerých pocitů, upřednostňuje být spíše sám a ve větší míře nestojí ani o návštěvy. Stále více je upřednostňována neverbální komunikace a spíše jen bezeslovná přítomnost druhé osoby, která mu tím dá najevo, že nebyl opuštěn (Kübler-Ross, 2015).

1.3.2 Fáze procesu umírání

Špatenková (2014) proces umírání dělí do tří časově rozdílných fází, tedy fáze pre finem, finem a post finem.

Podle Vytejškové (2013) lze za počátek období pre finem považovat pacientovo prvotní obeznámení s nepříznivou prognózou jeho neléčitelného onemocnění. Na přání pacienta může být u tohoto rozhovoru přítomen například člen rodiny nebo někdo z blízkých, který poskytne pacientovi v těchto nelehkých chvílích podporu. Jedinec poté obvykle prochází fázemi postupného přijetí popsaného Kübler-Rossovou. Vorlíček (2019) pak udává, že důležité je také vytvoření vzájemně hodnověrného vztahu mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou. Velkou roli zde sehrává empatický přístup a brání ohledu na individualitu daného pacienta.

Fáze finem je obecně označována jako etapa vlastního umírání, odborně nazývaná pojmem terminální stav (Vytejková, 2013). Sláma (2022) podotýká, že ovšem nejde jen o samotnou patofyziologii, ale také o zánik zcela jedinečného individua ve všech jeho rozměrech, v oblasti sociální, psychologické i spirituální. Období in finem je poměrně komplikované. Jeho prvotní fáze je označována jako agonie a po následném selhání vitálních funkcí přichází biologická smrt, kdy dochází k zániku všech známek života, a to i v rovině buněčné. Následkem je mrtvolná přeměna, která představuje již nesporné známky smrti (Špatenková, 2014).

Špatenková (2014) dále popisuje fázi post finem, která zahrnuje období od úmrtí pacienta s následnou péčí o tělo zemřelého. Do této fáze řadíme také péči o pozůstalé. Kabelka (2020) pak klade velký důraz na starostlivost o nastávající pozůstalé, která je nutná již v průběhu péče o neléčitelně nemocného, což je de facto příprava na následnou péči o pozůstalé. Primárním cílem je prevence patologického truchlení, které může mít negativní dopad na celou rodinu. Blízcí by měli mít možnost rozloučit se se svým blízkým. Velkou roli zde sehrávají nejrůznější rituály nebo tradice, které mohou být individuální dle kulturních odlišností.

1.3.3 Komunikační specifika s pacientem v terminální fázi nemoci

Opatrná (2017) ve své knize uvádí, že koncem minulého století, spolu s vývojem medicíny, se začalo více věnovat tématu dehumanizace zdravotnictví, a to především v ohledu většího soustředění se na vztah pacienta a zdravotníka. Jednou z hlavních oblastí byla komunikace. Došlo k ústupu příznačného paternalistického přístupu a spíše se projeví snahy o přístup lidštější, partnerský. Onkologičtí pacienti s nepříznivou prognózou jistě nestojí jen o holá fakta, ale také o běžnou komunikaci s lidskou tváří. I když jsou tyto situace pro sestry mnohdy nekomfortní a náročné je důležité zachovat jak profesionální, tak lidskou tvář (Cichá, 2014). Dle Zavadové (2019) správně vedená komunikace vede jednak k lepší spolupráci pacienta, snížení jeho úzkosti, ale také k lepšímu vyrovnání se se svojí diagnózou. Rovněž sestra, která má dobrý komunikační um, je v práci spokojenější a celkově je méně ohrožena syndromem vyhoření.

Podle Hrdé et al. (2018) je komunikace o nadcházející péči, respektive o jejím plánování, vlastně rozhovorem o pacientových tužbách a obrazu závěrečné etapy jeho života. Sestra se zaměřuje zejména na pacientovy priority, ze kterých dále vychází plánování cílů následující ošetrovatelské péče. Těchto rozhovorů by se měli účastnit také blízké osoby.

Důležitou součástí je též srozumitelné předání informací o diagnóze a prognóze jedince ošetřujícím lékařem. Kalvach et al. (2019) zdůrazňují, že je zde zásadní brát ohled na individualitu a autonomii pacienta a snahu o oboustranné porozumění. Pozbytí nebo hrozba ztráty autonomie je jedna z nejvýznamnějších otázek v paliativní péči. Stiborová a Frei (2018) přikládají velkou důležitost otevřené komunikaci, kdy se může probrat pacientova vize konečné fáze života, jeho tužby, ale také jeho obavy. Sestra nemusí znát odpověď na každou otázku ani by neměla slibovat nemožné či nesplnitelné, pro pacienta je podstatné, že mu někdo věnuje pozornost a má se s kým podělit o své myšlenky.

Marková et al. (2021) řadí mezi základní teze správné komunikace při prvotním styku představení sestry a navození pocitu jejího zájmu o pacienta, projevit, že ji svými problémy neobtěžuje. Vhodné je klidné prostředí bez vnějších rušivých vlivů. Sestra se ptá převážně na otevřené otázky, odpovědi nesmí být vynucené, nicméně by sestra měla rozhovor korigovat. Pacient dostává dostatek prostoru pro popsání svého aktuálního stavu. Podle Hrdé et al. (2018) je nutné brát v potaz, že smrt a umírání je ve společnosti do jisté míry stále zapovězeným tématem, a proto je důležité uvádět tyto rozhovory jako běžné, zcela normální. Lze to provádět například skrze nejrůznější semináře či tištěné brožury jak pro pacienty, tak pro jejich blízké.

U pacientů v terminálním stavu nemoci se často vyskytují poruchy orientace, halucinace nebo stavy zmatenosti. Mnohdy nepoznávají své blízké, komunikují s lidmi, kteří u něj nejsou a podobně. Sestra by tuto zkreslenou realitu neměla vyvracet, ale spíše naslouchat a ubezpečit umírajícího, že se neděje nic zlého. Využití haptiky je v tomto ohledu více než namístě, protože tím pacientovi projevujeme naši podporu při jeho odchodu z našeho světa (Stiborová a Frei, 2018). Dostálová (2016) pak udává, že pokud nám pacient není schopen porozumět, je vhodné sdělení několikrát srozumitelně opakovat. Zde je stěžejní trpělivost každé sestry a zachování klidu. V průběhu dialogu je důležité také pozorování neverbálních projevů nemocného. V případě, že je verbální komunikace neefektivní, zaměřuje se sestra primárně na tyto neverbální projevy, a to hlavně v podobě nejrůznějších gest a mimiky.

1.4 Sestry v paliativní péči

V paliativní péči jsou sestry nepochybně zcela nepostradatelnou složkou, protože právě kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče může mít značný vliv na kvalitu života pacienta s nevyлéčitelnou chorobou. I přes neopomenutelnou roli, kterou v tomto oboru sehrávají,

není prozatím v České republice jejich úloha uvnitř paliativního týmu předpisově upevněna (Kolářová, 2023).

Pechová (2020) podotýká, že právě na sestřích leží velká odpovědnost stran rozhodování v oblasti ošetrovatelské péče a kvůli tomu jsou na ně kladeny vysoké nároky ve sféře vědomostní a dovednostní. Hökkä et al. (2020) uvádějí, že z těchto důvodů sestry vyžadují široké spektrum různých kompetencí, aby byla poskytována ošetrovatelská péče co nejkvalitnější. Avšak relevantnost určitých kompetencí k dané úrovni paliativní péče je stále diskutována. V této oblasti je nutno provádět další výzkumnou práci, aby došlo k přesnější definici a systematizaci sesterských kompetencí, což povede k postupnému rozvoji erudovanosti a praxe v paliativní péči. Podle Beneše (2014) lze obecně kompetence dělit na specializované, metodické a sociabilní. Specializované zahrnují odborné zkušenosti a souhrn znalostí, které sestry získávají v rámci praxe a při studiu. Za metodické lze považovat například vyhledávání a následnou práci s informacemi, schopnost najít východisko z určitého problému, řízení projektů a podobně. Kompetence sociabilní se zaměřují hlavně na komunikační strategie a nejrůznější interakce v sociální sféře.

V této problematice hraje klíčovou roli vyhláška č. 55/2011 Sb., v platném znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a její novelizace č. 391/2017 Sb., v platném znění. Avšak v oblasti komunikace jsou o kompetencích sester stále dohady a také legislativa se tomuto tématu věnuje jen obecně. To dává možnost jednotlivým institucím, aby kompetence sester v této konkrétní oblasti určovaly pomocí vnitřních předpisů. Ale nutno podotknout, že způsob poskytování informací pacientům v paliativní péči může značně ovlivňovat nikoli jen emoce nebo ochotu ke spolupráci, ale také další rozhodování ohledně péče, čímž může dále ovlivnit i kvalitu samotného života (Ledererová a Houska, 2023).

Jedním z nejdůležitějších úkolů sestry v paliativě je koordinace péče, a to nejen o samotného pacienta, ale také o jeho rodinu. Sestra je klíčovým koordinátorem také pro další zdravotnické pracovníky. Komplexnost sester je velmi užitečná stran integrace jednotlivých úrovní zdravotní péče, ale také mezi odlišnými obory, a hlavně mezi pacientem a jeho blízkými. To vede k zajišťování individuální péče na vysoké úrovni. Nutno dodat, že v daném ohledu jsou na sestry kladeny vysoké nároky a celkově se jedná o velkou výzvu stran praktické, vztahové i morální roviny (Sekse et al., 2017). Gómez-Urquiza et al. (2020) uvádějí, že v tomto prostředí jsou sestry často nuceny řešit složité

situace související s nepříznivými zprávami a infaustními prognózami pacientů, které na ně působí jako stresory. Tento fakt napovídá, že při chronické zátěži tohoto rázu sestřám hrozí zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření. Z těchto důvodů je důležité zajištění vhodných podmínek pro práci, zlepšení prostředí na daném působišti a uplatnění určitých intervencí jako prevence syndromu vyhoření.

1.4.1 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta v terminálním stavu nemoci

Ačkoli hraje v paliativní péči ošetrovatelská složka velkou roli, nejde o složku jedinou. Velmi důležitá je multidisciplinární spolupráce a z té především sledování zdravotního stavu lékařem, se kterým sestra kooperuje (Kalvach et al., 2019). K diagnostice umírání napovídá progresse onemocnění s postupným zhoršováním stavu v rámci dnů a markantní únava nemocného spojená se sníženým vědomím. V neposlední řadě to naznačuje také omezený příjem tekutin a stravy (Marková et al., 2021). Dle Ciché (2014) je pro sestru prvořadé uspokojování pacientových potřeb podle jejich vážnosti a naléhavosti. Většinou je prioritní saturace biologických potřeb, bez kterých nelze dále účinně saturovat potřeby vyšší, tedy psychosociální, kulturní a spirituální. Avšak u umírajících pacientů je časté, že přiřkládají vyšší prioritu právě oněm vyšším potřebám. Tuto skutečnost sestry mnohdy opomíjejí, protože se domnívají, že jejich hlavní úlohou je především uspokojování biologických potřeb a zbylým již nepřikládají takovou důležitost.

U pacientů v agonii neboli v předsmrtném stavu, má být dle Vytejškové (2013) kladen důraz především na kontakt s umírajícím, kterým se sestry snaží předcházet institucionalizaci a dehumanizaci smrti. V tomto ohledu je nejvhodnější přítomnost blízkých, případně může tento poslední kontakt suplovat také některý z členů zdravotnického týmu. Mezi příznaky agonie, jak popisují Stiborová a Frei (2018), patří stále více protahované rozmezí od nádechu k výdechu, pokles srdeční činnosti a narušení stavu vědomí až úplné bezvědomí. Objektivně lze pozorovat takzvanou facies Hippocratica, kdy je zřetelný propad očí a lící se zvýrazněním lícních kostí, brady a nosu. Nápadná je také voskově bledá kůže umírajícího.

Stran péče již není nutné sledování, léčba ani ošetřování, které přímo nesouvisí s monitorací příznaků. Je vhodné analyzovat stanovené cíle péče a dynamicky je měnit při změně stavu pacienta. Taktéž je namístě zhodnocení množství přísunu tekutin a náhradní výživy (Marková et al., 2021). Dostálová (2016) ve své publikaci klade důraz na stálé ošetřování ústní dutiny včetně sliznic, které jsou ohroženy vysycháním. I při

poruchách vědomí či zmatenosti je nutné zachovat umírajícího v čistotě. V terminálním stavu je zbytečné pacienta budit, právě naopak je pro něj příznivější úmrtí ve spánku.

1.5 Nejčastější problémy v ošetrovatelské péči u pacientů v terminální fázi onkologického onemocnění

K příznakům v paliativní péči je v jistém slova smyslu přistupováno odlišně než v jiných oborech, a to hlavně stran posuzování a terapie. Především není snaha o odstranění hlavní příčiny, která tyto příznaky vyvolává, jak tomu bývá v obvyklých případech. Důvodem je, že onemocnění již není příčinně řešitelné. Příznaky těchto chorob nejsou obvykle plně odstranitelné (Sláma, 2019). Kittelson et al. (2015) vidí cíl léčby daných symptomů ve zmírňování utrpení a tím zvyšování kvality života nejen pacienta, ale i jeho rodiny, nehledě na čas, který mu zbývá. Tato léčba preferuje holistický přístup, což znamená, že řeší problém nikoli jen z fyzické stránky, ale též ze strany sociální, psychické a spirituální. Holistický přístup v širším spektru vede k souhrnnému zmírňování příznaků.

1.5.1 Bolest

Převážkou část onkologických pacientů, obzvláště v pozdních stádiích, provází nádorová bolest. Jedná se o velmi závažný příznak, protože podstatně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Hlavní snahou léčby je zmírnění bolesti na snesitelnou úroveň, aby jí pacient nebyl omezován. Primární je adekvátně nastavený plán péče s farmakoterapií, která je pro zmírňování bolesti stěžejní. Ta je zaměřena především na bolest chronickou, ale v rámci farmakoterapie je důležité přemýšlet i nad bolestí průlomovou (Pochop, 2022). Richter (2019) charakterizuje průlomovou bolest jako přechodné propuknutí bolesti, a to i v případě, kdy je bolest jinak tišena. Může přicházet zcela nenadále nebo bývá spojena s určitou aktivitou, například s pohybem. Pochop (2019) podotýká, že pro tyto případy má většina pacientů určené takzvané SOS medikamenty. Zde ale opět narážíme na důležitost komunikace, protože pro efektivitu léčby je klíčové, aby byl pacient se vším důkladně obeznámen a informován. Herdman et al. (2021) v NANDA taxonomii označují chronickou bolest diagnostickým kódem 00132.

Pro podávání analgetik je obecně nejlepší, aby byly podávány minimálně invazivní cestou. K tomu jsou hojně využívána perorální analgetika s prolongovaným účinkem nebo přípravky v podobě náplastí (Marková et al., 2021).

Bolest jako taková je zcela individuální, pokud ale pacient bolesti udává, je nutné mu věřit. V prvotních fázích ošetrovatelského procesu o ní sestra musí zjistit primární informace, především lokalizaci, charakter, délku trvání, zda se jedná o akutní či chronickou bolest a jaká je její intenzita. V případě, že s pacientem nelze komunikovat verbálně, pozoruje sestra jeho neverbální projevy, například zaujímání úlevové polohy, grimasy v obličeji a tak podobně (Stiborová a Frei, 2018). Marková et al. (2021) udávají, že bolestivost a účinky analgetik může popsat a zhodnotit pouze samotný pacient. V rámci ošetrovatelského procesu k tomuto účelu sestry nejčastěji využívají stupnice bolestivosti, a to buď číselné v rozsahu 0–10, kdy 0 znázorňuje nepřítomnost bolesti a naopak 10 udává bolest zcela nesnesitelnou. Další ze škál je verbální, která využívá namísto čísel slovní definice jednotlivých bolestí. Poquet et al. (2016) zmiňují dotazník k charakteristice a posouzení bolesti u onkologických onemocnění, kde se nejčastěji využívá dotazník Brief Pain Inventory (BPI), který bývá také aplikován u jiných chorob chronického rázu. Tento dotazník posuzuje bolest ze dvou hledisek, a to z hlediska síly a vzájemného prolínání bolesti, čímž poskytuje její komplexní zhodnocení.

1.5.2 Zažívací obtíže

Další z velmi častých příznaků onkologických onemocnění, nejen v terminální fázi, je nauzea a zvracení. Mezi nejčastější příčiny řadíme například zvýšený nitrolební tlak, kdy tím přímo dochází k dráždění centra zvracení, chemické dráždění farmakologickou léčbou, zde hrají velkou roli i léky opioidního typu, iritace bloudivého nervu skrze gastrointestinální trakt a v neposlední řadě také příčiny stran psychického stavu nemocného (Sochor, 2022). Důležitý je fakt, že samotný pocit na zvracení nemusí být vždy zvracením provázen (Kalvach et al., 2019). Marková et al. (2021) uvádějí, že stran řešení je vždy primární snaha o příčinné ovlivnění. K úlevě často vedou režimová opatření, dále je indikována farmakoterapie. K potlačení nevolnosti a zvracení jsou využívána takzvaná antiemetika. V případě zvracení, kdy se nepředpokládá, že by se enterálně podané medikamenty mohly včasné vstřebat, je v rámci poskytované ošetrovatelské péče vhodné zavedení invazivního vstupu do cévního řečiště. Častým původcem nevolnosti a zvracení bývá zácpa. Z těchto důvodů se s antiemetiky podávají také léky pro zvýšení motility gastrointestinálního traktu, takzvaná prokinetika. Nauzea jako ošetrovatelská diagnóza je v NANDA taxonomii označena diagnostickým kódem 00134 (Herdman et al., 2021).

Stav výživy je pro léčbu i následný vývoj onkologického onemocnění velmi důležitým faktorem. Ztráta hmotnosti s úbytkem svalové hmoty je důvodem poklesu fyzické výkonnosti nemocného, může vést k prodlužování hospitalizace a nárůstu komplikací, které mohou být pro pacienty fatální. Jako u předešlých problémů hraje i zde dopad na psychiku nemocného značný vliv (Hrabovský, 2023). Nechutenství je odborně označováno jako anorexie a podvýživa jako malnutrice, pro vygradovanou podvýživu je pak užíván termín kachexie. Kachexie je obvykle provázena sarkopenií, což je odborný název pro úbytek svalové hmoty, která dále může vést až k úplné imobilitě pacienta (Kalvach et al., 2019). Specifickým pojmem v onkologii je takzvaná nádorová kachexie, nazývající stav úpadku organismu v souvislosti s jeho reakcí na vliv a přítomnost tumoru (Tuček, 2015). Mezi nejčastější příznaky, které se vyskytují v souvislosti s nádorovým onemocněním a vedou k podvýživě nemocného, řadíme především nechutenství, nevolnost, zvracení, bolest a zácpu (Rodrigues de Morais Viana et al., 2020).

Dle Holečkové (2019) je malnutrice a její vznik u onkologických pacientů ovlivněna mnoha faktory. Podstata malnutrice je vystižena jako snižování fyzických zásob a živin. Samotnou příčinou nemusí být jen vlivy, které vedou k poklesu energetického příjmu, ale také nárůst energetického výdeje. Pro příklad lze uvést růst tumoru, který je pro organismus z energetického hlediska velmi zatěžující. Podvýživu lze, podle Sochora a Holečkové (2019), obecně dělit na primární a sekundární. V prvním případě mají určující roli hlavně metabolické procesy jako protizánětlivá odezva organismu. Nejedná se tedy o podvýživu, kde by za ni byl přímo odpovědný jen snížený příjem živin. Naopak ve druhém případě jde o podvýživu zapříčiněnou vyloženě nedostatečným příjmem živin například z důvodu nechutenství nebo tumoru, který příjem omezuje.

Tuček (2015) uvádí, že stran řešení malnutrice je příznivější její prevence než samotná léčba, protože ani ta již mnohdy nedokáže zachránit ireverzibilní změny, kterými se malnutrice na organismu podepíše. Z těchto důvodů je vhodné aktivní vyhledávání pacientů, kteří jsou podvýživou ohroženi, nebo ji podchytit u nemocných, kde již započala. U těchto pacientů je pak prioritní zavedení souhrnné výživové podpory. Podstatné je si uvědomit, že stav nutrice je dynamický, nikoli pevně daný. Pacient má v určitých stádiích choroby rozdílné výživové potřeby a z tohoto důvodů je nutné jejich průběžné hodnocení a modifikace (Bossi et al., 2021). Důležitým ukazatelem je anamnéza, včetně té ošetrovatelské, která nám poskytuje široké spektrum informací o nemocném. Stran výživy například výraznější změny na váze, problémy s příjmem

potravy, ale také sociální a psychický status (Holečková, 2019). Hrabovský (2023) dále uvádí, že k hodnocení stavu nutriční slouží třeba posuzování celkové hmotnosti pacienta, body mass index nebo vyplnění dotazníku pro nutriční screening. Také je možné využít měření svalové hmoty nebo běžné posuzování fyzických schopností.

Sekundární typ podvýživy lze řešit souhrnnou výživovou podporou, avšak u primárního je nutný složitější přístup než pouhé změny ve výživě. Nutno poznamenat, že v pozdějších stadiích choroby se mnohdy vyskytují oba typy souběžně. Vesměs je snaha o zachování enterálního příjmu, dokud to stav nemocného dovoluje, protože jinak hrozí další řada komplikací se zhoršením zdravotního stavu (Holečková, 2019). Pokud pacient trpí anorexií, je namístě podávání řídkší, popřípadě mixované stravy s vyšším kalorickým obsahem. Při potížích s polykáním tekutin sestry často využívají zahušťovadel. Jestliže u pacienta dochází k úbytku na váze a přijímání stravy je nedostatečné, přistupuje se k zavedení výživové podpory formou takzvaného sippingu. Jedná se vlastně o popíjení výživových nápojů, které sestry podávají několikrát denně (Kalvach et al., 2019). Nutné je brát zřetel také na fakt, že hlavně u ležících pacientů dochází ke změnám chuti a pocitům žízně. I tak je ale důležité tekutiny stále nabízet. Podle Stiborové a Freie (2018) mohou sestry v případě neschopnosti pití ze skleničky využít brčka nebo hrnků s pítkem, které jsou pro ležící pacienty přímo uzpůsobeny. Pokaždé ale musí sestra brát ohled na nebezpečí aspirace.

Hrabovský (2023) uvádí, že pokud pacient netoleruje perorální příjem, přichází v úvahu zavedení nasogastrické sondy, která se využívá především pro přechodnou podporu v kratším časovém úseku. Ale zejména u rozsáhlejších novotvarů hlavy a krku se zvažuje zajištění podpory dlouhodobější, k tomuto účelu se zavádí perkutánní endoskopická gastrostomie známá pod zkratkou PEG. Jako dodatečný příjem živin lze využít k enterálnímu příjmu také příjem parenterální. Při porušené funkci gastrointestinálního traktu lze skrze parenterální příjem nutriční nahradit plně. Tento způsob lze provádět i v domácím prostředí pacienta (Holečková, 2019).

1.5.3 Poruchy vyprazdňování stolice

V rámci ošetrovatelského procesu sestra v této oblasti hodnotí a kontroluje hlavně četnost, patologické příměsi a z nich především natrávenou nebo čerstvou krev ve stolici. Dále pak bolestivost při vyprazdňování, která může ukazovat například na trhlinu v konečníku, hemoroidy nebo bývá přítomna při vylučování značně pevné stolice. Při průjmech je

důležité, aby také sestra monitorovala stav zavodnění organismu. Při poruchách vyprazdňování stolice je často přítomna také nevolnost a zvracení s bolestivostí břicha (Kalvach et al., 2019). Dle Laoire et al. (2017) jsou dalším ze specifických příznaků takzvané tenesmy neboli pocit nedostatečného vyprázdnění s opakovaným nutkáním na stolici, kdy obvykle pak odchází jen její nepatrné množství. Tento příznak je pro pacienta obzvláště nepříjemným a velkou měrou mu mění kvalitu života. Je důležité zmínit, že opiáty jsou obvykle vůči tenesmům inertní.

Gallo (2019) uvádí, že u onkologických pacientů, kterým je od bolesti ulevováno pomocí opioidních léčiv, se velice často vyskytuje zácpa, což je také jeden z hlavních nežádoucích účinků. Obstipace spojená s léčbou opiáty je relativně individuální, v některých případech je přítomna v počátcích léčby a jindy provází pacienta po celou dobu jejich užívání. V první řadě dochází k poklesu časnosti jednotlivých epizod defekace a jsou přítomny pocity nedostatečného vyprázdnění. Celkově pak samotné nutkání na stolici a defekace působí na pacienta velmi stresově. Jako řešení se jeví zmenšení podávané dávky opiátů, ale je důležité nezapomínat, že je tím narušena léčba bolesti. Stiborová a Frei (2018) popisují další z možných příčin zácpy což je pro příklad nedostatečný příjem tekutin nebo nevhodná konzistence přijímané potravy. To musí sestry v rámci ošetrovatelského procesu správně vyhodnocovat a přizpůsobovat pacientovým požadavkům. U pacientů v pokročilejších stádiích onemocnění, kteří stravu nepřijímají anebo jen ve velmi malém množství, je stolice obvykle značně nepravidelná a omezená. Herdman et al. (2021) v NANDA taxonomii uvádějí zácpu jako ošetrovatelskou diagnózu pod kódovým označením 00011, diagnóza rizika vzniku zácpy je pak značena kódem 00015.

Obstipaci lze řešit, a také jí předcházet, v první řadě nefarmakologickými metodami. Mezi ty řadíme například dostačující přijímání tekutin, stravu s příměsí olejů a zachování mobility s pravidelným pohybem. U pacientů v terminální fázi nemoci není doporučováno zvýšené požívání vlákniny. Dále může sestra přistoupit k provedení klyzmatu. Ty lze provádět jako mikroklyzmata pomocí gelů, kapénková klyzmata skrze infuzní podání a v neposlední řadě klyzma očistné (Marková et al., 2021). Pokud nefarmakologické metody nezabírají, je vhodná porada sestry s lékařem o podání medikamentů pro snazší vyprázdnění (Kalvach et al., 2019). Pochop (2022) vysvětluje, že tato farmaka jsou odborně označována jako laxativa. Obecně je lze dělit na změkčující a podněcující. Změkčující mají za úkol ředit stolici ve střevě skrze vyvolání osmózy.

Naopak laxativa podněcující pracují na principu stimulace střevní stěny, čímž povzbuzují její peristaltiku. Pokud má pacient velmi pevnou stolicí, lze využít těchto laxativ i v kombinaci. Pacientům, kterým jsou podávány opioidy, bývají laxativa běžně zařazována do medikace.

Sochor (2019) nastiňuje další z častých obtíží, kterou je průjem. Ačkoli má v paliativní péči nižší zastoupení než obstipace, stále se jedná o faktor představující reálné nebezpečí pro zhoršení stavu a vznik dalších komplikací. Nebezpečí tohoto symptomu spočívá hlavně ve zvýšených ztrátách tekutin z organismu, riziku narušení minerálové rovnováhy, ale také k rozvoji malnutrice. Obecně se dá průjem definovat jako tři a více akutních objemných stolic řídké konzistence za jeden den. Nejvýraznějším původcem průjmů u pacientů v paliativní péči je dysbalance při aplikaci projímadel. Stran řešení hraje, dle Kalvacha et al. (2019), zásadní roli především dostatečné zavodnění, které doplní ztráty průjmem vzniklé. Ztráty mohou být mnohdy tak velké, že čítají i několik litrů tekutiny za den. U náhle vzniklých průjmů se doporučují dietní opatření v rámci několika dnů, ale naopak u dlouhodobějších obtíží je celkově vhodná spíše bezzbytková strava. Pokud jde o farmakoterapii primárně jsou nasazovány léky s tlumícím účinkem vůči průjmu, odborně nazývána jako obstipancia.

Cmurová (2017) z dietních opatření doporučuje stran pitného režimu neperlivé minerální vody a černé čaje. Namísto je též omezení kávy a nápojů s obsahem alkoholu. Jako nevhodné se jeví mléčné výrobky a obzvláště ty s vyšším procentem obsaženého tuku. Příznivě působí konzumace banánů, jablek, brambor, rýže či bílého pečiva. Naopak zcela nevhodující jsou smažené a překořeněné potraviny s vysokým obsahem tuku a obecně strava zanechávající zbytky ve stolici. Průjem je v NANDA taxonomii uváděn pod diagnostickým kódem 00013 (Herdman et al., 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u onkologických pacientů v terminálním stadiu nemoci.
2. Zmapovat specifika komunikace s pacienty v terminálním stadiu nemoci.
3. Zhodnotit náročnost péče o onkologicky nemocné pacienty v terminálním stadiu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak sestry hodnotí náročnost práce s onkologickými pacienty v terminálním stadiu?
2. Co je pro sestry nejnáročnější při poskytování péče onkologickým pacientům?
3. Jaká specifika pozorují sestry v ošetrovatelské péči o onkologické pacienty?
4. Co naplňuje sestry na práci v paliativní péči?
5. Jaká jsou specifika v komunikaci s pacientem v terminálním stadiu?

3 Metodika

3.1 Deskripce výzkumné metody

V bakalářské práci bylo výzkumné šetření zpracováno kvalitativní výzkumnou strategií, dotazovací metodou. Údaje byly sesbírány pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na onkologických odděleních standardního typu, ale také na jednotce intenzivní péče. Švaříček et al. (2014) uvádějí, že rozhovory jsou v kvalitativním výzkumu vůbec nejčastější metodou pro sbírání dat. V případě polostrukturovaných rozhovorů vycházíme z dříve vytvořených témat a otázek, což rozhovor, v jistém slova smyslu, udržuje v určitém směru. Chráska (2016) upřesňuje, že jednak jsou v tomto případě dotazovaným k pokládaným otázkám nabízeny různé alternativy odpovědí, ale také je od nich očekáváno nějaké objasnění.

V prvé řadě byla vytvořena žádost o provedení výzkumu a následně zaslána jednak vedení jedné z pražských nemocnic, a dále pak také vedení vybrané nemocnice v Jihočeském kraji. V obou případech byla žádost kladně vyřízena a následně byly kontaktovány vrchní sestry daných oddělení. Rozhovory, které sestry poskytly, byly zaznamenávány na mobilní telefon nebo zapisovány na papír. Všechny sestry byly předem seznámeny s nahráváním rozhovorů a daly k němu ústní souhlas, a to za předpokladu, že nahrávky budou využity výhradně jako pomůcka ke snazšímu zpracování a budou následně odstraněny. Dále byly informovány o anonymitě jimi poskytovaných dat a seznámeny s předmětem bakalářské práce.

Pro tento výzkum byly vybrány sestry pracující jednak na standardních onkologických odděleních, ale také na oddělení intenzivní péče. Rozhovory (Příloha 1) tvořilo 20 předpřipravených otázek. V první fázi byly sestrám pokládány identifikační otázky, a to konkrétně dotazováním se na délku jejich praxe na onkologickém oddělení, délku praxe obecně, jejich předešlé zaměstnání a jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Dále byly otázky rozděleny do dalších tří kategorií. První se zaměřuje přímo na práci sestry s onkologickým pacientem v terminálním stadiu nemoci, a to konkrétněji na specifika ošetrovatelské péče a potřeby pacienta. Druhá se zabývá specifiky komunikace s tímto pacientem, ale i s jeho rodinnými příslušníky. Poslední okruh se zaměřuje na psychickou odolnost sester, náročnost jejich práce z psychického hlediska, jejich vyrovnávání se s úmrtím pacientů, ale také na jejich osobní postoje, ve kterých nastiňují, co je v práci naplňuje a co se jim naopak nelíbí. Nastíněn je zde také zájem sester o rozvoj v rámci

paliativní péče. Jak uvádějí Švaříček et al. (2014), pro lepší přehlednost a orientaci je vhodné označování dílčích rozhovorů pomocí čísel, tato čísla se shodují se sledem, ve kterém byly sesbírány.

Rozhovor s každou jednotlivou sestrou byl samostatně prováděn a trval vždy přibližně 40 minut. Zpracování výzkumu pak probíhalo otevřeným kódováním, a to metodou tužka a papír. Toto šetření probíhalo s přestávkami od prosince 2023 do počátku března 2024 a bylo ukončeno z důvodu nasycení výzkumného souboru.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro realizaci výzkumu byl zvolen záměrný výběr, kde hlavním kritériem byla práce sestry na onkologickém oddělení a její minimální praxe na onkologii byla stanovena na pět let. Výzkumný soubor, ze kterého byla data získávána, tvořily tedy sestry pracující na vybraných onkologických odděleních. Ve výsledku byl rozhovor proveden s 11 sestrami, a to jednak v jedné z pražských nemocnic, kde se uskutečnilo šest rozhovorů, a se sestrami onkologických oddělení vybrané nemocnice v Jihočeském kraji, kde proběhlo zbylých pět rozhovorů. Z důvodu respektování anonymity nejsou uvedena jména konkrétních nemocnic a sestry jsou označovány písmeny s čísly S1–S11, a to v pořadí, ve kterém rozhovory probíhaly.

4 Výsledky

V této části práce jsou blíže popsány a rozděleny výsledky rozhovorů do kategorií a podkategorií. Analýzou získaných dat vznikly tři hlavní kategorie a osm podkategorií.

4.1 Charakteristické údaje sester

Tabulka 1 Charakteristické údaje sester

Sestra	Délka praxe na onkologickém oddělení	Celková délka praxe	Předešlé zaměstnání	Nejvyšší dosažené vzdělání
S1	8 let	12 let	Interna	Bakalářské
S2	23 let	30 let	Hematologie	Středoškolské – Všeobecná sestra
S3	20 let	25 let	Chirurgie	Středoškolské – Všeobecná sestra
S4	7 let	21 let	Kardiochirurgie	Středoškolské – Všeobecná sestra
S5	15 let	17 let	Mobilní hospic	DiS.
S6	10 let	10 let	Není	Bakalářské se specializací ARIP
S7	12 let	21 let	Interní JIP	Středoškolské – Všeobecná sestra
S8	16 let	27 let	Interna	Středoškolské – Všeobecná sestra
S9	15 let	30 let	ARO	Středoškolské se specializací ARIP
S10	9 let	23 let	ARO	Magisterské se specializací ARIP
S11	5 let	6 let	Domov pro seniory	Magisterské

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023–2024

Tabulka 1 zahrnuje základní informace o sestřích. Je zde uvedena délka jejich praxe na onkologickém oddělení, délka praxe obecně, jejich předešlé zaměstnání a nejvyšší dosažené vzdělání. V rámci výzkumného šetření bylo vybráno 11 sester pracujících na vybraných onkologických odděleních včetně lůžek intenzivní péče. Pro výběr sester

v tomto výzkumu byl zvolen nenáhodný výběr a sice s kritériem, že se jedná o sestru pracující na onkologickém oddělení a její minimální praxe na onkologii byla pět let.

Sestra 1 (S1) pracuje na standardním onkologickém oddělení 8 let, celková délka její praxe činí 12 let, jako předešlé zaměstnání uvádí interní oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské.

Sestra 2 (S2) pracuje na standardním onkologickém oddělení 23 let, celková délka její praxe činí 30 let, jako předešlé zaměstnání uvádí hematologické oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra 3 (S3) pracuje na standardním onkologickém oddělení 20 let, celková délka její praxe činí 25 let, jako předešlé zaměstnání uvádí chirurgické oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra 4 (S4) pracuje na standardním onkologickém oddělení 7 let, celková délka její praxe činí 21 let, jako předešlé zaměstnání uvádí kardiochirurgické oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra 5 (S5) pracuje na standardním onkologickém oddělení 15 let, celková délka její praxe činí 17 let, jako předešlé zaměstnání uvádí mobilní hospic. Její nejvyšší dosažené vzdělání je diplomovaná všeobecná sestra (DiS.).

Sestra 6 (S6) pracuje na onkologické jednotce intenzivní péče 10 let, celková délka její praxe je také 10 let. Předešlé zaměstnání neudává, protože zde nastoupila hned po vystudování, její nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské a dále specializace ARIP.

Sestra 7 (S7) pracuje na onkologické jednotce intenzivní péče 12 let, celková délka její praxe činí 21 let, jako předešlé zaměstnání uvádí interní jednotku intenzivní péče. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra 8 (S8) pracuje na onkologické jednotce intenzivní péče 16 let, celková délka její praxe činí 27 let, jako předešlé zaměstnání uvádí interní oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra 9 (S9) pracuje na onkologické jednotce intenzivní péče 15 let, celková délka její praxe činí 30 let, jako předešlé zaměstnání uvádí anesteziologicko-resuscitační oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra a dále specializace ARIP.

Sestra 10 (S10) pracuje na onkologické jednotce intenzivní péče 9 let, celková délka její praxe činí 23 let, jako předešlé zaměstnání uvádí anesteziologicko-resuscitační oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské a dále specializace ARIP.

Sestra 11 (S11) pracuje na standardním onkologickém oddělení 5 let, celková délka její praxe činí 6 let, jako předešlé zaměstnání uvádí domov pro seniory. Nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské.

4.2 Kategorizování výsledků rozhovorů

Analýzou získaných dat vznikly tři hlavní kategorie a osm podkategorií.

Kategorie 1: Péče o onkologického pacienta v terminálním stadiu nemoci

První kategorie přináší informace o hlavních specifikách v ošetrovatelské péči u onkologického pacienta v terminálním stadiu onemocnění a dále potřebách, které tito pacienti vnímají z pohledu sester jako nejdůležitější.

Hlavní specifika ošetrovatelské péče

V úvodu rozhovoru byly sestry dotazovány, co podle nich patří mezi hlavní specifika v péči o onkologického pacienta v terminálním stadiu nemoci. „Podle mě je důležitý, aby měl pacient hlavně dobře nastavenou léčbu bolesti. To beru jako základ pro zmírnění utrpení,“ uvádí S5. Obecně se s názorem, že pro celkovou péči je stěžejní adekvátně řešená bolest, ztotožňují všechny sestry našeho šetření. Sestra S4 v rozhovoru naráží na další velice podstatné specifikum, kterým je dle ní důsledné provádění ošetrovatelské péče. „Já vidím hlavní gró v kvalitně prováděný ošetrovatelský péči. Prostě aby ten pacient ležel v suchu a pohodlí a byl mu tím zajišťovaný základní komfort. Ale taky se nesmí zapomínat na bolest, třeba tady trpí snad každé pacient.“ S tvrzením, vyzdvihujícím kvalitně prováděnou ošetrovatelskou péči na první příčky specifik v péči o onkologické pacienty v terminálním stadiu, se taktéž ztotožnila každá z tázaných sester. Další ze zajímavých tezí vyjádřila sestra S1, která, kromě vyzdvižení léčby bolesti a kvalitní ošetrovatelské péče, uvedla následující: „Taky si stojím za názorem, že člověk v terminálním stadiu nemoci by neměl být sám. Měl by být v prostředí svých blízkých anebo tam, kde mu můžou kvalitně poskytnout paliativní péči. Pokud se budeme bavit už o terminálním stavu, tak je přítomnost rodiny víceméně nejvíc podstatná, protože ten člověk kolikrát po ničem jiném netouží.“ S identickou myšlenkou pak také přicházejí i sestry S3, S7 a S9. Zmíněná sestra S2 v rámci hlavních specifik také udává sledování nežádoucích účinků léčby a jejich případné tlumení předepsanou medikací. O důležitosti

tohoto bodu hovoří i sestry S8, S6 a S11. Sestra s označením S10 pak jako jediná z dotazovaných vyzdvihuje důležitost přísunu tekutin u ležících onkologických pacientů v terminálním stadiu, a to alespoň skrze podání infuzní terapie dle ordinace lékaře, za předpokladu, že již nejsou schopni příjmu tekutin ústy.

V dalším dotaze, který měl předchozí informace více osvětlit a konkretizovat, bylo zjišťováno, na co je nutné při poskytování ošetrovatelské péče brát největší zřetel. K tomu se sestra označená jako S10 vyjádřila následovně: „*Myslím, že hlavní by měl být holistický přístup k pacientovi, a to v tom smyslu, že nevnímáme jen jeho tělo, které před námi leží, ale vnímáme ho tak nějak celýho. Z toho pak musíme celou dobu vycházet.*“ Podobně laděnou tezi vyslovila i sestra S7. „*Já většinou беру зřетel hlavně na přání pacienta, jasně že ne úplně doslova, je to všechno v rámci nějakých možností, ale důležitý je mu určitě naslouchat,*“ uvádí sestra S9, se kterou se v tomto tvrzení shodují i sestry S1, S2, S5 a S6. Sestra S1 tuto odpověď pak ještě rozšiřuje o brání zřetelu nejen na přání pacienta, ale i jeho rodiny, a to především stran času, který chtějí společně trávit. Sestra S2 pak klade největší důraz, mimo přání, na pozorování pacientova psychického rozpoložení. Na tyto myšlenky dále shodně navazují odpovědi sester S3, S4, S8 a S11, které vidí zásadní úspěch v psychické pohodě pacienta. S tímto tvrzením zprostředkovaně souvisí odpověď sestry S7, která jako jediná z dotazovaných uvádí vhodně zvolenou komunikaci jak s pacientem, tak s jeho blízkými.

Nejdůležitější potřeby pacientů z pohledu sestry

Tato podkategorie se zaměřuje na nejdůležitější potřeby onkologických pacientů v terminálním stadiu z pohledu sester, které o ně pečují. „*Ze svého pohledu můžu říct, že je to hlavně kontakt s rodinou a blízkějma. Kolikrát mi pacient řekl, že už si nepřeje nic jinýho než se usmířit se známejma a vyřešit si rodinný záležitosti,*“ uvedla sestra S1. S tvrzením, které posouvá kontakt s blízkými na vrchní příčky potřeb těchto pacientů, se ztotožňují všechny dotazované sestry. Sestra S7 dodává: „*Ze zkušenosti vím, že pacienti, co umíraj sami, bez někoho blízkýho, to většinou těžce snášej. Je na ně pak hrozně smutnej pohled. Myslím, že jejich hlavní potřebou, když už se ten jejich život blíží ke konci, je se zkrátka necítit odepsanej a někoho vedle sebe mít.*“ Hned za psychickou stránku řadí sestry S1, S2, S4, S5, S6, S7, S10 a S11 potřebu somatického rázu a sice být bez bolesti. Celkově tyto potřeby ve své odpovědi shrnula sestra S11: „*Podle mě se jejich potřeby točí hlavně kolem rodiny a léčby bolesti. To je za mě tak jediný, co si vybavím a co jim podle mě může udělat v týhle situaci radost, aby se cejtili v rámci možností dobře.*“ Sestry

S2 a S9 vidí hlavní potřeby pacientů mimo jiné v empatii a vstřícnosti stran ošetřujícího personálu. Jediná sestra S3 zvýrazňuje také potřebu přísunu výživné stravy a doplňování tekutin. Sestra S8 vzpomíná na zkušenosti, kdy pacienti vyžadovali i schůzku s jejich duchovními, čímž připomíná i podstatnou roli spirituálních potřeb.

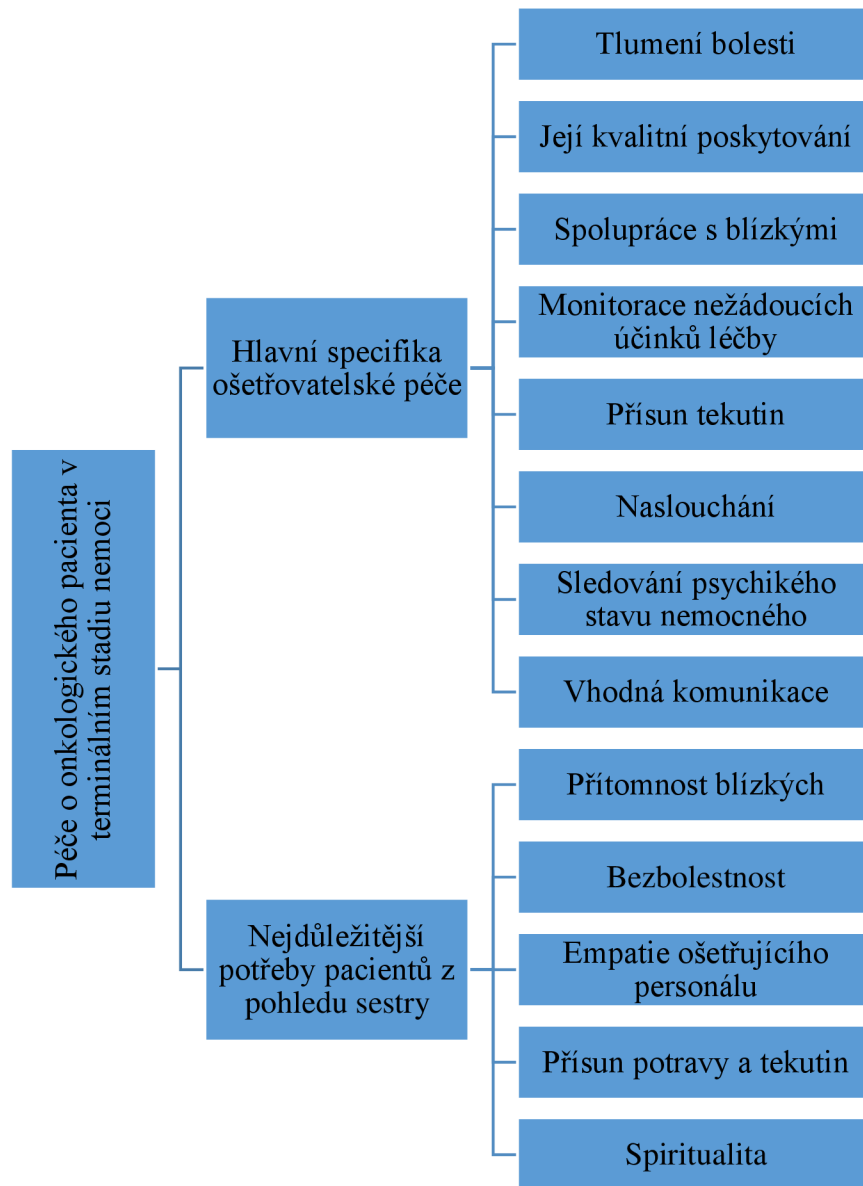


Schéma 1 Péče o onkologického pacienta v terminálním stadiu nemoci

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Kategorie 2: Komunikace v terminálním stadiu nemoci

Druhá kategorie shrnuje informace ohledně hlavních specifik komunikace z pohledu sester, a to jak v komunikaci s pacientem, tak v komunikaci s rodinnými příslušníky.

Specifika v komunikaci s pacientem

Při dotazování na informace k této podkategorii bylo stěžejní zjistit, která specifika sestry vnímají jako nejpodstatnější při komunikaci s onkologickým pacientem v terminálním stadiu nemoci. „*Určitě si dopředu nastavit nějaký pravidla, jak budem komunikovat. Myslím, o čem chce mluvit a o čem ne. Na tom bych to pak celý stavěla,*“ sdělila sestra S1. Se zajímavou myšlenkou dále navazuje sestra S3, která uvedla: „*Důležitý je s tím pacientem mluvit narovinu a otevřeně, prostě působit přirozeně. Ti lidi z vás vycejtěj, když kolem nich budete chodit po špičkách. Je přirozený, že jim to bude nepříjemný a o to větší budou mít strach.*“ V podobném duchu této teze se vyjádřila také sestra S2. Sestra S7 dále uvádí a vyzdvihuje vlídný a empatický přístup, s čímž se ztotožňují také sestry S4, S6, S9, S10 a S11. „*Ten člověk na nás musí vidět, že jsme tu pro něj a není nám lhostejnej a na obtíž,*“ dodatečně osvětlila své postoje sestra S4. Sestra S10 pak uvádí postoj ze svého pohledu: „*Vstřícnost, empatie, asi základ úspěchu. Často se ale zapomíná, že ty pacienty musíme první důkladně seznamovat se vším, co se bude dít, co u nich budem dělat. Jasný, to je takový všeobecný specifikum, ale u těchhle lidí se na to musí dávat obzvlášť pozor, protože jsou zkrátka vnímavější k sebemenšímu projevu nějaký negativity vůči nim. Já razím teorii, že jak chci, aby se jednou chovali ke mně, tak bych se měla chovat já ke svým pacientům.*“ Dotazovaná sestra S6 mimo empatii klade důraz na zachování profesionálního přístupu. S tímto výrokem se taktéž shoduje sestra S5, která mimo jiné dodává další z podstatných informací: „*Velkou důležitost vidím taky v komunikaci s umírajícíma lidma, kteří už nejsou úplně při smyslech. Myslím, že i tak nás vnímaj a potěší je hřejivý slovo.*“ Jako oblast, do které nerada zachází, označila sestra S8 rozhovory o umírání a smrti, které považuje za nevhodné. K tomuto názoru se přiklání i sestra S9, která dodává, že je také krajně nevhodné pacienty litovat.

Ohledně informace, která blíže nasvědčuje, na co je nutné při komunikaci brát největší zřetel, sestra S1 informovala o důležitosti komunikace s bráním zřetele na aktuální psychické rozpoložení pacienta, které by mělo být jedním z hlavních ukazatelů. Ve stejném duchu odpověděla i sestra S7, která odpověď dále rozšířila o fakt, že je nutné komunikovat v takém duchu, kterému pacient porozumí. Tímto bychom se měli vyvarovat případným nesrovnalostem či nedorozuměním. Sestry S2, S3, S4, S5, S8 a S10 se dále shodují v tom, že bychom zásadně neměli pacientům vyvracet či jim lhát o jejich situaci. „*Podle mě je úplně nemístný a hloupý těm lidem vymlouvat, anebo jim dokonce lhát o faktu, jak na tom doopravdy jsou. Jasně, ty špatný zprávy předává lékař, ale bavím*

se tu o období po tom, co už pacient všechno ví a je s tím seznámenej. Tyhle planý naděje, který v něm vzbudíme tím utěšováním, rozhodně nikomu nepomůžou, spíš naopak,“ vyjádřila dříve zmíněná sestra S3. *„Jako hodně důležitou vlastnost každé sestry beru to umění vycejtít, o jaký typ komunikace ten pacient vlastně stojí. Oni některý jsou spíš citlivější, rádi si popláčou a taky mají rádi, když je třeba někdo vezme za ruku. Zas ale na druhou stranu tu bývají i takový, co si všechno rádi drží hlavně v sobě a tu pomoc, kterou jim nabízíme, spíš odhání. Tenhle typ pacientů určitě do většího hovoru netlačit a spíš počkat, až s tím sami přijdou,*“ uvedla sestra S6 a s velmi podobnými poznatky v rozhovorech vystupují i sestry S7, S8, S9 a S11.

Specifika v komunikaci s rodinou pacienta

Při sběru informací k této podkategorii byla zásadní otázka, co berou sestry jako přední specifika v komunikaci s rodinnými příslušníky a blízkými od pacientů, kteří se nacházejí v terminálním stadiu onkologické nemoci. *„Asi se zajímat o jejich pocity, bejt pro ně oporou a nějak je slovně podpořit,*“ uvedla zkraje sestra S1, se kterou se následně identifikují i sestry S2, S3, S4, S8, a S11. Dotazovaná S4 své tvrzení blíže specifikuje takto: *„Podpora rodiny je za mě hodně důležitá, hlavně to ujištění, že je o jejich blízkého dobře postaráno a nemá bolesti, že netrpí.*“ Sestra S11 dále doplnila, že kromě podpory a empatického přístupu je vhodné také nabídnout pomoc psychologa nebo případně paliativního týmu. Sestra S6 pak vidí největší specifikum v důsledné informovanosti blízkých. *„Pokud má ta rodina dostatek informací a vědějí, co se s jejich blízkým děje, tak je to obrovský ulehčení starostí i pro nás, protože je pak menší riziko, že dojde k nějakému nedorozumění. Není nic horšího, než když nám sem rodina napochoduje a začne si vylívat svoji zlost, i když kolikrát nemají základní informace. Takže určitě dbát na informovanost z medicínský stránky od lékaře a pak u nás dbát na informovanost z toho ošetrovatelského pohledu,*“ uvedla svůj postoj zmíněná sestra, se kterou se v tomto názoru shodují i sestry S6 a S10. Sestra S10 se ke své tezi dále vyjádřila následovně: *„Člověk si musí dávat velké pozor na to, co těm lidem řekne, v tomhle ohledu je strašně důležitý uvědomovat si hranice svých kompetencí. Informace o zdravotním stavu a podobně, to předává doktor. Já jim radím maximálně v rámci ošetrovatelský péče.*“ Na důležitost hlídání si hranic svých kompetencí v rámci komunikace s rodinou pacienta dále upozorňuje také sestra S9. Ta se dále vyjádřila, že se vysloveně vyhýbá delším rozhovorům s příbuznými, protože přikládá hlavní roli právě lékařům. Sestra S5 mluví v podobném duchu, ale svoji zdrženlivost v komunikaci vysvětluje následovně: *„Osobně s rodinou řeším jenom ty nezákladnější*

věci a nezdržuju je dlouhejma hovorama. Přijde mi vhodnější nechat prostor, aby mohli trávit čas s tím pacientem.“ S další pozoruhodnou informací přišla sestra S7, která uvedla, že rodina těžce snáší odchod milované osoby, což samo o sobě komunikaci do jisté míry komplikuje. Dle jejího názoru je důležité, podobně jako ve specifikách komunikace s pacientem, nevytvářet plané naděje a nevyvracet ničím neovlivnitelnou hořkou pravdu.

Při dotazování na informace, které by mohly blíže nastínit problematiku komunikace s rodinnými příslušníky, byla, podobně jako u předešlé podkategorie, pozornost zaměřena na zjištění, na co konkrétně je nutné brát při komunikaci zřetel. A podobně jako bylo nastíněno v předešlém dotazování ohledně komunikace s pacientem, nyní sestry S1, S2 a S4 vyzdvihují důležitost brání ohledu na rozpoložení rodinných příslušníků. Dle jejich názoru by rozhovory určitě neměly být ze strany personálu vynucené a vystupování by mělo být jednoduše lidské. Ve smyslu souznějícím s empatickým a lidským přístupem se vyjádřily i sestry S6, S8, S10 a S11. Sestra S3 dále klade důraz na přirozené vystupování, v rámci dotazování se vyjádřila takto: *„Komunikace obecně se člověk nesmí bát, i když je to v situacích, který nám nejsou příjemný. Zřetel bych brala hlavně na přirozený projev jako v jakýkoli jiný situaci, ale jasně, že tady je důležitá větší dávka empatie.*“ S tímto tvrzením se shoduje i sestra S5. Dotazovaná sestra S7 dále uvedla: *„Důležitý je v rozhovoru zbytečně neužívat odborný výrazy, kterým ty lidi nerozumí. Z toho pak může být kupa nepříjemností. Nejvíc bych doporučila brát zpětnou vazbu, komunikace je potom úplně o čem jiným.*“ O důležitosti využívání zpětné vazby se v průběhu dotazování zmiňuje i sestra S9 a S11.

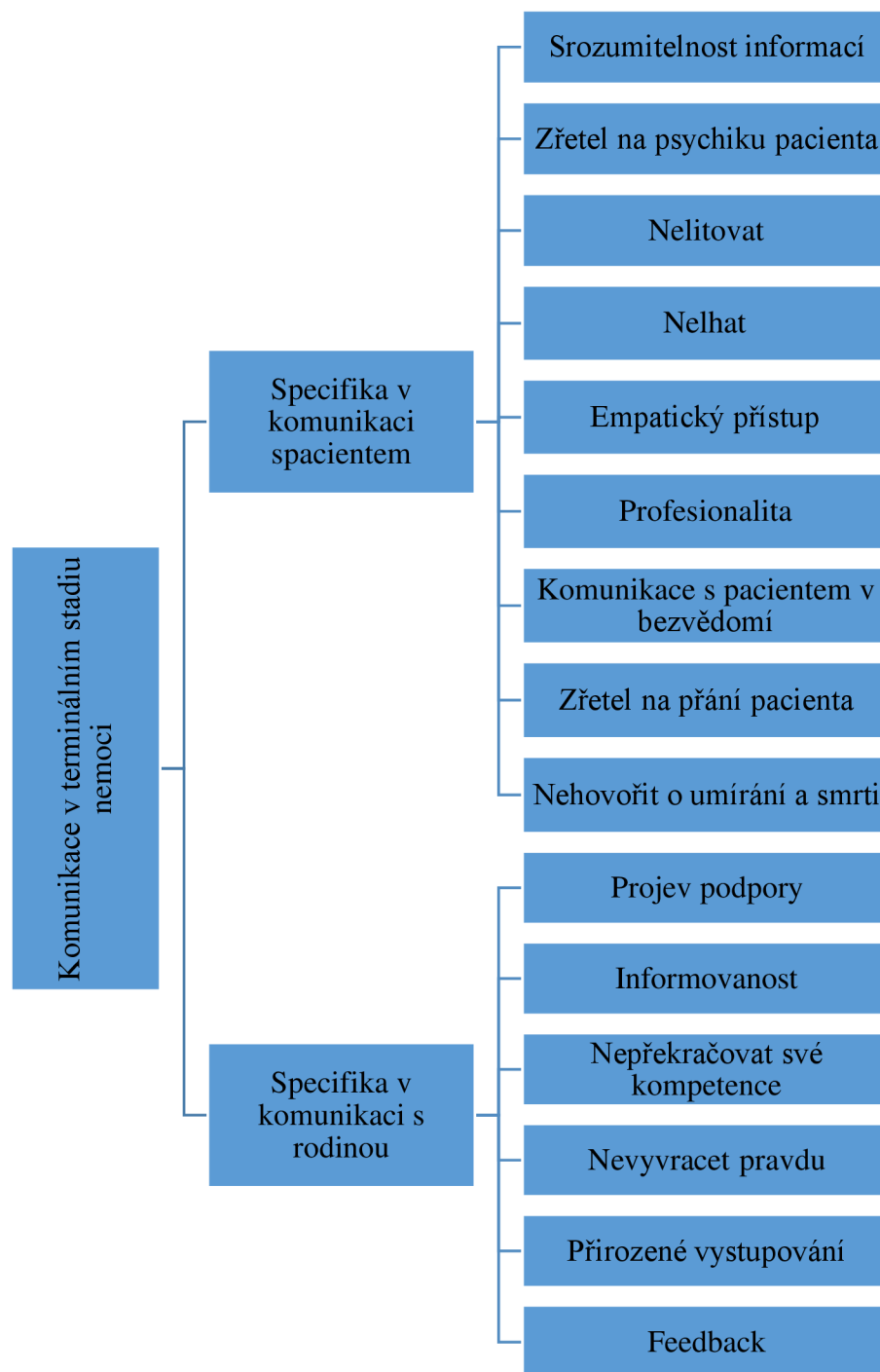


Schéma 2 Komunikace v terminálním stadiu nemoci

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Kategorie 3: Paliativní péče z pohledu sester

Ve třetí kategorii jsou obsaženy informace stran paliativní péče z pohledu sester. V první řadě přináší sesterské hodnocení náročnosti práce s onkologickými pacienty v terminálním stadiu a také tím, zda tato práce nějakým způsobem ovlivňuje i jejich osobní životy. Dále poskytuje informace ohledně vyrovnávání se sester s úmrtím

pacientů, včetně jejich předešlých zkušeností a náhledem na tuto problematiku. V této kategorii jsou také uvedeny osobní postoje sester, a to konkrétně, co je v paliativní péči naplňuje a co se jim naopak nelíbí. Poslední podkategorie je zaměřena na zájem sester o rozvoj v rámci paliativní péče.

Zhodnocení náročnosti práce

Následující podkategorie má za cíl osvětlit sesterské hodnocení a mínění o náročnosti práce s onkologickými pacienty v terminálním stadiu. V tomto smyslu byly sestry dotazovány, co je pro ně při poskytování paliativní péče nejnáročnější. „*Nejvíce náročná je asi ta bezmoc, když pacient umírá a my vlastně nemůžeme vůbec nic dělat,*“ přibližuje své postoje sestra S5. S tímto pohledem na věc jsou zajedno i sestry S4, S9 a S10. „*Ze svého pohledu můžu říct, že nejnáročnější je pro mě, když pacient umírá v bolestech a celkově musím sledovat to jeho utrpení. Je to pro mě hrozně frustrující,*“ informuje dále sestra S2, se kterou na podobné vlně odpovídají i sestry S8 a S10. Sestra S10 se k dotazování vyjádřila následovně: „*Vidět pacienta, kterej umírá s bolestí, je strašný, ale kolikrát se setkávám s lidma, kteří tady umíraj osamocený a opuštěný. Takže bych řekla, že utrpení i z té psychický stránky je hodně náročný, a to nejenom pro pacienta, ale i pro nás.*“ Sestry označené jako S1, S3, S7 a S11 uvedly jako nejnáročnější na své práci, kontakt a komunikaci s rodinnými příslušníky pacientů. Sestra S3 své tvrzení odůvodňuje takto: „*Pro mě byl vždycky největší problém v komunikaci s těma blízkějma. Oni mají kolikrát úplně zkreslený představy o tom, jak to chodí, a pak na nás jsou kolikrát i našťvaný.*“ Další z dotazovaných, sestry S5 a S6, uvádějí jako nejnáročnější stránku na své práci úmrtí mladších pacientů. Zmíněná sestra S6 uvádí toto: „*Nejhorší bývají ty mladší ročníky. Naštěstí jich nebejvá zas tolik, ale úmrtí mladýho člověka mi pak vždycky dlouho leží v hlavě. Kolikrát se s ním známe už delší dobu, protože se tu léčí, a pak se to prostě nedaří a jde to s ním z kopce. Pamatuju na kluka, co tu umřel a byl starej podobně jako můj syn. Tohle je na mí práci asi to nejhorší.*“

Následným dotazováním byly získávány informace, zda práce sester v tomto prostředí něčím ovlivňuje jejich osobní životy, případně čím konkrétně. V tomto směru se sestra S3 vyjádřila, že díky její práci více dbá na prevenci sebe i své rodiny, o kterou má v tomto smyslu i větší strach. Ohledně zdraví rodiny a prevence se s tímto názorem identifikuje i sestra S11. Mimo tento náhled sestra S3 vyřkla i velmi podstatnou myšlenku, se kterou se poté ztotožňují i další účastnice šetření. Konkrétně uvedla následující: „*Důležitý je se naučit oddělovat ten pracovní a soukromej život. Vytvořit si takovou pomyslnou zeď, za*

kerou mám to svý a tam si prostě práci nepustím, jinak bych se z toho musela zbláznit a nemohla bych tu práci vůbec dělat.“ Jak již bylo zmíněno, velmi podobně smýšlejí i další sestry, a to konkrétně sestra S2, S5, S6, S7 a S10. Důležitost teze o separaci pracovního a soukromého života jen podtrhuje vyjádření sestry S5, která sdělila toto: *„Myslím si, že jsem člověk na svém místě, tuhle práci mám hrozně ráda a vždycky mě naplňovala, ale v poslední době si procházím nějakou krizí. Asi jde hlavně o to, že se mi narušila ta bariéra, za kterou jsem byla doma v bezpečí a práci jsem si tak nějak začala brát domů a přemýšlet o ní. Je to dost nepříjemný.*“ Sestry S1, S4, S8, S9 a S11 se pak de facto shodují v tvrzení, že díky své práci v průběhu let přehodnotily své priority, kdy nejpodstatnější je pro ně zdraví. Dotazované sestry S8 a S9 konkrétněji uvádějí, že si mnohem více váží maličkostí, které život přináší, a nepřikládají takovou vážnost zbytečným starostem běžného života.

Vyrovňávání se s úmrtím pacienta

Při pokračování ve sběru dat dále sestry poskytovaly informace zaměřené na vyrovňávání se s úmrtím pacienta včetně přiblížení jejich dřívějších zkušeností. Tato podkategorie se v první řadě zaměřuje na první zkušenosti sester s pacientem v terminálním stavu nemoci a dále na jejich vyrovňání se s touto nelehkou zkušeností. Informace získané od sester byly de facto dvojího charakteru, a to buď v negativním znění, kdy je jejich první zkušenost se smrtí velmi zasáhla, nebo neutrální, kdy si naopak z této zkušenosti neodnesly nic, co by je nějak více zasáhlo. Do první skupiny, která byla úmrtím více zasažena, se řadí sestry S1, S4, S5, S6, S9 a S10. Kupříkladu sestra S4 se ke svému prvnímu setkání se smrtí vyjádřila takto: *„Pamatuju si, že to bylo chvíli po mém nástupu sem na onkologii. Snad bych si vzpomněla i na jeho jméno, byl to mladej chlap, měl dvě malý děti. Jako přiznávám, že to byl jeden z nejhorších zážitků celý my praxe.*“ Naopak skupinu sester, která prvním úmrtím nebyla tolik zasažena a vykazuje relativně neutrální postoje, tvoří sestry S2, S3, S7, S8 a S11. Sestra S2 k této podkategorii hovoří takto: *„Na první úmrtí si vzpomínám celkem dobře, ale nemůžu říct, že by to ve mně zanechalo něco špatnýho. Šlo tehdy o pacientku v dost pokročilým věku a vlastně se tam ani nic jinýho nepředpokládalo. Neříkám, bylo to nepříjemný, nikdy předtím jsem se s ničím takovým neselekala, ale ten divnej pocit pak celkem rychle odezněl.*“ Sestra S11 až v lehce pozitivním ladění dále dodává: *„Pamatuju si, že u něj byla předtím návštěva, jako rozloučit se, umíral pak v takovém zvláštním poklidným stavu. Bylo to v určitým slova smyslu moc hezký a myslím, že to tomu pacientovi hodně pomohlo a ulehčilo odchod.*“

O svém vyrovnání se s prvním úmrtím nás sestry S2 a S7 informovaly poměrně stručně a sice, že se s touto zkušeností vyrovnaly vesměs rychle a dobře. Sestry S3, S8 a S11 poukázaly na důležitost vnímání těchto situací vyloženě jako součásti své práce, která jen není ničím příjemná. Dále uvedly, že smrt pacienta vždy braly jako součást přirozeného koloběhu lidského života, který zkrátka jednou končí. Sestra S1 následně informuje: *„Nebylo to lehký, ale musela jsem se k tomu postavit čelem, protože jinak bych tu práci prostě dělat nemohla.“* Ve velmi podobném duchu nás informovaly i sestry označené S4, S9 a S10. Sestra S4 při dotazování dodává: *„To víte, tehdy jsem si poplakala, ale člověk se s tím musí vyrovnat, jinak by se zbláznil.“* Další informace poskytly sestry, ve kterých první úmrtí pacienta zanechalo o poznání hlubší stopu, a to sestry S5 a S6. Prve zmíněná sestra uvádí toto: *„Pro mě to bylo tehdy hrozně těžký a donutilo mě to zapřemýšlet, jestli se pro tu práci vůbec hodím a mám na to. Nakonec jsem se s tím ale nějak poprala a překonala to. Ale jak říkám, ty začátky byly fakt náročný.“* Sestra S6 uvedla následující: *„Na to asi nikdy nezapomenu, trvalo totiž chvíli, než jsem se s tím úplně srovnala. Dokonce jsem měla i noční můry, ve kterých se ten člověk objevoval. Tohle byl ale v podstatě takovej stimul, který mě donutil vytvořit si bariéru mezi prací a životem doma.“*

Následně byly sestry dotazovány na to, jak se vyrovnávají s úmrtím pacienta v současné době. K tomu sestra S3 uvedla následující: *„Smrt beru jako něco nezvratného, co prostě k životu patří a tím se řídím. Je to prostě přirozená součást života.“* To, že smrt přijaly jako zcela přirozenou záležitost a přizpůsobily se faktu, že s ní přicházejí do kontaktu, uvádějí také sestry S5 a S6. Sestra S5 podávané informace dále rozšiřuje o tezi, že smrt bere také jako součást své profese, ke které to zkrátka patří. Tuto myšlenku vyslovily i další sestry, konkrétně S1, S2, S4, S7, S8 a S10. Sestra S4 konkrétně uvádí: *„Nemám nic, čím bych se s úmrtíma vyrovnávala. Zkrátka pracuju dál a z nepříjemnejch pocitů mě vytáhne zas další práce. Důležitý je zachovat si profesionalitu.“* Zmíněná sestra S2 mimo jiné uvedla, že s vyrovnáváním se s nepříjemnými zkušenostmi jí pomáhá její víra. Sestry S9 a S11 se shodují v tvrzení, že je důležité se povznést a pracovní záležitosti nechávat na oddělení. Dále pak také v tom, že je vhodné mít záliby, které slouží k odreagování od práce. Sestra S9 mimo jiné vyzdvihuje čas trávený s rodinou, který jí velmi pomáhá.

Osobní postoj sester

Další podkategorie se při sběru dat zaměřovala na osobní postoje sester v rámci paliativní péče. Pozornost byla věnována tomu, co sestry na práci v paliativní péči naplňuje a vidí jako pozitivum, ale také co jim vadí a co považují v tomto oboru jako problém. Značná

část dotazovaných sester vidí pozitivum své práce především v remisi pacienta, kdy jsou příznaky jeho nemoci utlumeny, nemusí být hospitalizován a může být propuštěn do domácího ošetřování. V tomto duchu odpovídaly sestry označené S2, S5, S9, S10 a S11. Sestra S2 blíže specifikovala svůj náhled na problematiku takto: „*U pacientů v terminálním stadiu nejradši vidím, když jsou dobře zaléčený a odchází domů, kde můžou být s rodinou. Pokud se bavíme už o tom konci, tak hlavně aby probíhal v poklidu a bez bolesti.*“ Sestry S1, S4 a S8 dále navazují s podobnou myšlenkou a sice, že je na práci v paliativní péči naplňuje zmírňování utrpení a dopomoc při důstojném odcházení pacienta na konci jeho životní cesty. „*Jsem ráda, že něco takového jako paliativní péče existuje, že se vůbec někdo tímhle tématem zabývá. Fakt je to záslužný a je vidět, že ten pacient, který v týchle péči je, pak odchází v úplně jiném rozpoložení, než co jsem viděla na oddělení dřív*“ uvedla konkrétně svoji myšlenku sestra S4. Další z dotazovaných sester, sestru S3, naplňuje v paliativní péči vytvoření blízkého a důvěrného kontaktu mezi sestrou a pacientem. Toto tvrzení ale dále doplňuje informací o nutnosti zachování profesionálního přístupu a v jistém slova smyslu i držení odstupu. S velice podobnou tezí přichází také sestra S7. Dotazovaná sestra S6 uvádí: „*Naplňuje mě, že můžu předávat něco ze sebe. Když pak dostávám od pacientů nebo jejich rodin pozitivní zpětnou vazbu, vím, že tu práci dělám dobře, a to je pro mě důležité.*“ O jakémsi pocitu zadostiučinění z pozitivní zpětné vazby se zmiňuje také sestra S9.

Dále je dotazování vedeno stran toho, co sestry v paliativní péči vidí jako problém nebo co jim vysloveně vadí. Zde sestry S1 a S8 uvádějí, že práce je pro ně mnohdy nejnáročnější stran psychiky, kdy jim například některý z umírajících pacientů takřikajíc přiroste k srdci. Sestra S7 dále k tématu podala následující informace: „*Hodně mi vadí, když není dobře řešená bolest a pacient při odcházení trpí. Člověk to v dnešní době bere jako samozřejmý, ale divil byste se, jak často se s tím setkáváte.*“ Umírání pacientů, kteří trpí bolestmi, jež nejsou adekvátně podchycené, v nelibosti vyzdvihují i sestry S5, S6, S10 a S11. Sestra S4 vidí jako velký problém nedostatečnou informovanost pacientů a rodinných příslušníků, své tvrzení formuluje takto: „*Osobně se mi nelíbí, že pacient kolikrát vyjde od doktora z ordinace a neví o tom svém problému a nemoci skoro nic, u rodiny je to v podstatě ta samá písnička. Neříkám, že je to tak vždycky, ale někteří doktoři by se nad tím měli zamyslet. Lidi se pak vyptávají nás, což je samozřejmě špatně, protože my jim tyhle informace podávat nemůžeme. Zbytečně se pak třeba nepochopíme, vznikaj nedorozumění a zbytečný konflikty.*“ S touto tezí se identifikuje i sestra S2.

Sestrám S3 a S9 se nelíbí nedostatečně efektivní návaznost následné péče, kdy má být pacient překládán z onkologického oddělení dál. Sestra S9 svou tezi upřesňuje: „*Nelíbí se mi ta špatná návaznost další péče. Pacienti jsou dobře zaléčený, ale zůstávají nám tu na oddělení zbytečně dlouho. Přiznejme si, že tady prostě nejsou podmínky pro poskytování tak kvalitní paliativní péče jako třeba ve specializovaným hospici.*“

Rozvoj v paliativní péči

Poslední z podkategorií výzkumného šetření je zaměřena na zájem sester z onkologických oddělení o rozvoj v rámci paliativní péče. Respondentky byly dotazovány, zda se z vlastní iniciativy účastní rozvojových kurzů či jiných akcí, které souvisí s paliativní péčí. Dále je dotazování doplněno informováním o možnostech rozvoje sester v této oblasti stran zaměstnavatele. Informace k této problematice byly de facto dvojího charakteru, a to buď v kladném slova smyslu, kdy sestry problematika paliativní péče zajímá a rozvíjí se v ní, nebo v druhém záporném, kdy se sestry blíže o tuto oblast nezajímají. Do prve zmíněné skupiny řadíme sestry S2, S6, S7, S10 a S11. Sestra S11 svůj názor popisuje následovně: „*Tohle téma mě zaujalo už na střední škole, občas jsem se s nějakým takovým pacientem potkala na praxi a docela mě to tehdy oslovilo. Osobně jsem na pár kurzech už byla, něco, co nabízela nemocnice a něco, co jsem si našla sama. Řekla bych, že se mě ten zájem zatím drží a určitě bych si ještě chtěla rozšiřovat obzory.*“ Ohledně umožnění rozvoje v této oblasti stran zaměstnavatele zmíněné sestry uvádějí, že pokud má člověk zájem, tak určitě možnosti jsou, jen se musí ten zájem projevit. Do druhé skupiny sester, které se blíže o paliativní péči nezajímají, řadíme sestry S1, S3, S4, S5, S8 a S9. Sestra S3 například uvedla: „*Paliativní péči podporuju, ale že bych se o ni zajímala nějak víc, to určitě ne.*“ Ohledně umožnění rozvoje ze strany zaměstnavatele se tyto zmíněné sestry vyjádřily velmi podobně, a sice v tom smyslu, že o ničem takovém neví nebo ve smyslu, že pokud se někdo o tuto oblast zajímá, tak určitě ty možnosti jsou, ale nemají o tom bližší informace.

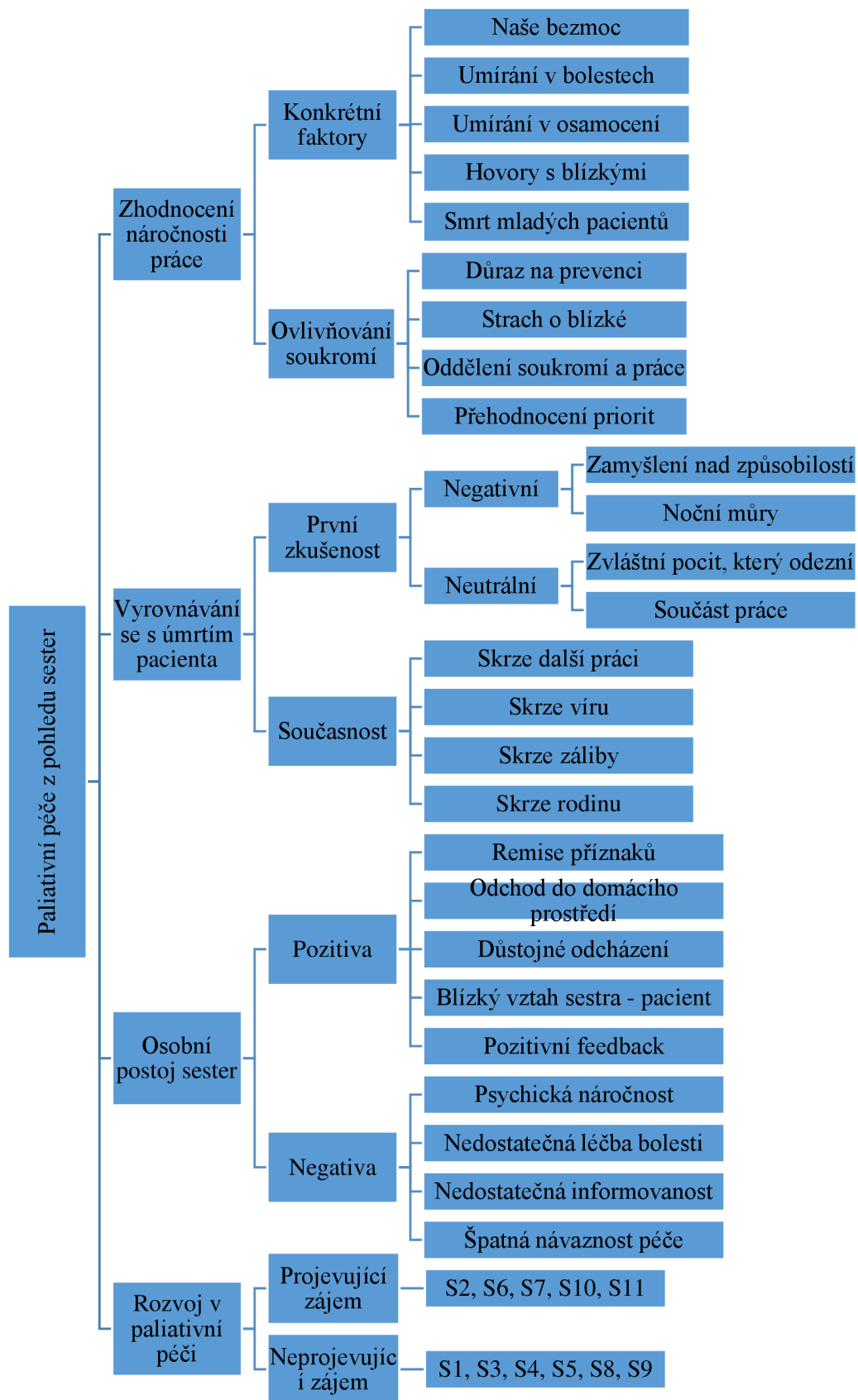


Schéma 3 Paliativní péče z pohledu sester

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá pohledem sester na téma ošetrovatelské péče u onkologických pacientů v terminálním stadiu nemoci, které se snaží co nejlépe nastínit a specifikovat. Další z oblastí, kterou chce práce přiblížit, jsou specifika v komunikaci s pacientem v terminálním stadiu. Mimo dosud uvedené se také zaměřuje na sesterské zhodnocení práce s onkologickými pacienty v terminálním stadiu.

První kategorie obsahuje informace stran konkrétních specifík ošetrovatelské péče a shrnuje, které z nich sestry vnímají jako ty nejpodstatnější. Zde se v jednom bodě všechny dotazované shodují na důležitosti adekvátně nastavené léčby bolesti. Toto tvrzení podporují i Kittelson et al. (2015), dle kterých je kladení důrazu na tlumení nežádoucích symptomů zcela zásadní, a to především ohledně zmírnění utrpení pacienta a jeho rodiny. Tento aspekt dále vede ke zvyšování kvality jejich života. Pochop (2022) vidí v bolesti u onkologických pacientů velice vážný problém, který přímo zasahuje do kvality života a je nutné její zmírňování na snesitelnou mez, aby jí pacient nebyl omezován. Dále se většina dotazovaných shoduje na důležitosti kvalitně poskytované ošetrovatelské péče jako takové. Konkrétněji zde často vyzdvihují zachování čistoty a pohodlí pacienta v lůžku. Tuto tezi vyslovila také Dostálová (2016), která mimo jiné zdůrazňuje důslednou péči o dutinu ústní. Celkově pak označuje za zcela stěžejní, aby byla u pacientů s již narušeným vědomím nebo ve stavech zmatenosti striktně dodržována hygienická péče. Myslíme si, že úspěšné vedení ošetrovatelské péče stojí mimo jiné na komfortu, který pacient pociťuje, což usnadňuje péči a přispívá k pacientově spolupráci se zdravotnickým týmem.

V další kategorii jsou shrnuty informace o tom, co dle sester považují onkologičtí pacienti v terminálním stadiu jako nejdůležitější potřebu. Tyto informace přímo souvisejí s adekvátně a kvalitně poskytovanou ošetrovatelskou péčí těmto pacientům. Cichá (2014) uvádí, že uspokojování pacientových potřeb je pro sestru prvořadé, a to dle jejich naléhavosti a vážnosti. Připomíná, že primární je naplňování potřeb biologických, bez kterých nelze účinně naplňovat potřeby vyšší, a to konkrétně psychosociální, kulturní a spirituální. Nicméně pokud hovoříme o konci života, je velmi časté, že pacienti zde přikládají stále vyšší prioritu právě oněm vyšším potřebám, na což je důležité myslet a tyto potřeby neopomíjet. S těmito myšlenkami koresponduje naprostá většina dotazovaných sester, které vidí jako nejdůležitější potřebu této skupiny pacientů právě

kontakt s rodinou a blízkými. „*Ze zkušenosti vím, že pacienti, co umírají sami, bez někoho blízkého, to většinou těžce snášej. Je na ně pak hrozně smutnej pohled. Myslím, že jejich hlavní potřebou, když už se ten jejich život blíží ke konci, je se zkrátka necítit odepsanej a někoho vedle sebe mít.*“ Tuto autentickou informaci, kterou podala sestra S7, lze považovat za výstižné potvrzení této problematiky. O určité modifikaci ošetrovatelské péče u pacientů v terminálním stadiu hovoří také Angheluta et al. (2020), kdy poukazuje na náročnost definování pacientovy situace jako kurativně neřešitelné, tedy kdy se již v terminálním stadiu choroby nachází. V tomto okamžiku je nutné cíle péče přehodnotit a z léčebných spíše přejít na cíle zaměřené na komfort. Teze, které zde autoři uvádějí, konkrétně hájení pacientových přání a bližší spolupráce s rodinou ohledně ošetrovatelské péče, jsou v základu identické s tezemi, které uvádějí sestry v rámci šetření. Výsadní roli, kterou sestry v paliativní péči mají, popisují Zhou et al. (2022). Častý kontakt sester s pacientem i jeho blízkými považují za stěžejní při poskytování ošetrovatelské péče či při jejich komplexní podpoře. Dále uvádějí, že pro adekvátně poskytovanou paliativní péči je nutno vytvořit sofistikované modely a přístupy v ošetrovatelské péči, které ji přizpůsobí stále se vyvíjející situaci. Myslíme si, že individualizovaná a dynamická ošetrovatelská péče, průběžně přizpůsobovaná aktuálnímu stavu a rozpoložení daného pacienta, je velmi efektivní a přínosná pro všechny strany tohoto pomyslného trojúhelníku, respektive pro sestry, pacienty i jejich rodiny.

Druhá kategorie dále přináší informace ohledně komunikačních specifíků s pacientem v terminálním stadiu nemoci. V tomto smyslu sestry často zmiňovaly empatický přístup, s čímž souvisí výroky Ciché (2014), která uvádí, že pacienti s takto nepříznivou diagnózou jistě nestojí jen o pouhá holá fakta, ale také o empatický a lidský přístup. Dále dodává, že komunikace není bezpochyby pro sestry snadná, ale je nutné zachovat profesionalitu a zároveň lidskou tvář. Profesionální přístup ve specifíkách komunikace uvádějí také dotazované sestry a mimo to zmiňují i přirozenost a komunikování s pacientem v terminálním stadiu jako s kýmkoli jiným. Sestra S3 se staví odmítavě k přístupu takzvaného chození po špičkách. Hrdá et al. (2018) vidí ve společnosti téma umírání a smrti jako velmi tabuizované, a proto vidí úspěch v překonání tohoto tabu a vedení rozhovorů ve zcela běžné a přirozené rovině. Ohledně citlivého přístupu v ošetrovatelské péči se poté zmiňují Kwon et al. (2020), jež u sester kladou největší důraz na soulad a pochopení pacienta s jeho blízkými, přijetí postojů k umírání a smrti a v neposlední řadě na schopnost instinktivního vnímání pacientova stavu, a to jak

z fyzické, tak z psychické stránky. Stran brání zřetele na psychické rozpoložení pacienta se kladně vyjádřila také podstatná část sester. Sestra S3 dále vyzdvihuje komunikaci s umírajícími pacienty, kteří se nacházejí v bezvědomí nebo je jejich vědomí narušeno. S touto tezí souhlasí i Vytejšková (2013), která přikládá kontaktu s umírajícím velkou váhu, a to především z důvodu předcházení institucionalizaci a dehumanizaci smrti. Můj osobní pohled na tuto problematiku je poněkud zkreslený, protože jsem se ve své praxi doposud neseťkal s tak velkým procentem pacientů jako sestry, se kterými o této problematice hovořím. V paliativní péči hraje podstatnou roli délka praxe a z toho vyplývající zkušenosti s pacienty. Nicméně i jako méně zkušený v tomto oboru se přikláním k profesionálnímu přístupu a empatii jako k hlavním komunikačním specifikům.

Další ze sester vidí základní podstatu a specifikum v informovanosti pacientů i jejich rodinných příslušníků, díky kterému můžeme předcházet případným nedorozuměním. Mimo jiné také vyzdvihuje brání zřetele na přání pacienta, které by mělo být prioritním ukazatelem. S těmito tvrzeními korelují Hrdá et al. (2018), kteří uvádějí, že plánování péče pacientů v terminálním stadiu by se mělo zaměřovat zejména na pacientovy priority, ze kterých pak následně vycházejí cíle ošetrovatelské péče. Dále uvádějí, že těchto rozhovorů by se měli účastnit také rodinní příslušníci. V neposlední řadě autoři vyzdvihují důležitost předání informací stran zdravotního stavu a prognózy od ošetřujícího lékaře, s čímž taktéž souhlasí názory dotazovaných sester S6 a S10. Ohledně přání pacienta, které souvisí se zachováním jeho autonomního postavení, se vyjadřují také Kalvach et al. (2019). Dle nich je zcela zásadní brát zřetel na individualitu každého pacienta se snahou o porozumění na obou stranách. Dodávají, že ztráta autonomie je jednou z nejzávažnějších otázek v rámci paliativní péče. Madsen et al. (2023) taktéž vidí v podpoře pacientů a jejich blízkých velkou důležitost a vyzdvihují zejména cílenou komunikaci a iniciování rozhovorů, kterými lze lépe specifikovat a rozpoznat konkrétní potřeby, jež by u pacientů, či jejich blízkých, vedly k podpoře. Ohledně priorit vypovídají také Seifart et al. (2020), kteří je považují za zásadní, pokud má být péče cílená přímo na daného pacienta. V tomto duchu zmiňují takzvané předběžné plánování péče (Advance Care Planning), díky kterému mohou členové zdravotnického týmu s pacientem a jeho blízkými debatovat o konkrétních obrysech terminálního stadia. To může ve výsledku vést ke zvýšení kvality života a eliminaci zábran v komunikaci.

Ve třetí kategorii jsou shrnuty informace o paliativní péči z pohledu sester, kdy se v první řadě zaměřují na hodnocení náročnosti péče o onkologické pacienty v terminálním stadiu nemoci a vyrovnávání se sester s úmrtím pacientů. Z analýzy dat, která pojednávají o tom, co je v paliativní péči nejnáročnější, vyplývá informace, že pro většinu sester je nejnáročnější bezmoc při umírání pacienta, který trpí bolestmi či osamělostí. Kgosana et al. (2019) se ve své studii s tímto názorem shodují. Zejména kladou důraz na emocionální náročnost práce s onkologickými pacienty, které jsou sestry na denní bázi vystavovány, a to především kvůli prožívanému utrpení pacienta. Dle autorů vidí velké procento sester práci s pacienty v terminálním stadiu jako nanejvýš stresující. Hlavní problém vidí v přehnaném sblížení s pacientem a taktéž v přehnaném vcítění se do pacientovy situace. Autoři ovšem zmiňují také sestry, které tato práce naplňuje a baví je, jsou pravými profesionály na svém místě. K tématu náročnosti práce v paliativní péči se vyjadřují také Gómez-Urquiza et al. (2020), kteří poukazují na četnost sestrami řešených složitých situací, které velmi často souvisejí s nepřijemnými zprávami či vysloveně infaustními prognózami pacientů. Tyto faktory na sestry působí jako stresory, které mohou, při chronickém působení, zapříčinit syndrom vyhoření. Dle autorů je proto primárně vhodné zajištění pracovních podmínek, zlepšení prostředí na pracovišti a v neposlední řadě také využití jistých intervencí, které slouží jako prevence syndromu vyhoření. Ze získaných dat vyplývá, že sestry považují v této věci za důležité oddělení pracovního a soukromého života, což je velmi užitečný krok při předcházení syndromu vyhoření. Tuto tezi potvrzuje i tvrzení sestry S5, u které došlo k narušení oné pomyslné bariéry. „*Myslím si, že jsem člověk na svém místě, tuhle práci mám hrozně ráda a vždycky mě naplňovala, ale v poslední době si procházím nějakou krizí. Asi jde hlavně o to, že se mi narušila ta bariéra, za kterou jsem byla doma v bezpečí a práci jsem si tak nějak začala brát domů a přemýšlet o ní. Je to dost nepříjemný.*“

Kategorie dále obsahuje informace, kterými navazujeme na další z pro sestry náročných oblastí, tedy na komunikaci s rodinnými příslušníky. Sekse et al. (2017) upozorňují na kladení vysokých nároků na sestry při zajišťování a koordinaci péče v paliativní péči. Sestru považují za hlavní koordinátorku péče, a to nejen pro pacienta a jeho rodinné příslušníky, ale také pro další zdravotnické pracovníky. Myslíme si, že kladení vysokých nároků může být dalším ze stresových faktorů, které sestry negativně ovlivňují a mohou být další z příčin syndromu vyhoření. Nicméně pro sestry v paliativní péči by měly být komunikační dovednosti základní a neustále rozvíjenou vlastností. K problematice

komunikace a celkově přístupu k pacientům a jejich blízkým v paliativní péči uvádějí Unesoko et al. (2024), že pro zvýšení kvality poskytované péče je nutné posílení dovedností v komunikaci. Mimo jiné také zdůrazňují důležitost vytvoření adekvátního pohledu sester na problematiku života a smrti obecně. To má, dle autorů, vést k celkovému zkvalitnění přístupu sester v paliativní péči a také k podpoře psychického zdraví pacienta a jeho rodinných příslušníků. Naopak přístupu rodinných příslušníků k sestřám se ve své studii blíže věnují Kgosana et al. (2019), kteří vidí jako jeden z hlavních problémů přehnaná očekávání stran ošetřovatelské péče. Pokud nejsou očekávání rodinných příslušníků naplňována, stávají se vůči sestřám konfliktní a agresivní a vyhledávají na jejich práci chyby. Tento fakt autoři odůvodňují neschopností rodinných příslušníků akceptovat realitu a skutečný stav jejich blízkého. Nicméně se autoři nesnaží náhled rodinných příslušníků na sestry paušalizovat a taktéž uvádějí, že sestry se často setkávají i s pozitivními ohlasy a respektem k jejich práci. Myslíme si, že přehnaná očekávání mnohdy souvisí s nedostatkem informací, kterými rodinní příslušníci disponují, a to jak ze strany lékaře, tak i ze strany sester. Při dotazování to velmi výstižně popsala sestra S6, která uvedla následující: *„Pokud má ta rodina dostatek informací a věděj, co se s jejich blízkým děje, tak je to obrovský ulehčení starostí i pro nás, protože je pak menší riziko, že dojde k nějakému nedorozumění. Není nic horšího, než když nám sem rodina napochoduje a začne si vylívat svoji zlost, i když kolikrát nemaj základní informace. Takže určitě dbát na informovanost z medicínský stránky od lékaře a pak u nás dbát na informovanost z toho ošetřovatelskýho pohledu.“*

Tato kategorie mimo jiné informuje o postojích sester k paliativní péči, konkrétně v čem vidí pozitiva a v čem negativa stran této péče. Z dat vyplývá, že značná část dotazovaných sester vidí pozitivum buď v útlumu příznaků nemoci a obecně v remisi pacienta, nebo přímo v dopomoci k důstojnému odchodu umírajících pacientů. S tím blíže souvisí také názor sester S3 a S7, které vidí jako velké pozitivum vybudování důvěrného kontaktu s pacientem. Dle Vorlíčka (2019) je důležité vytvoření hodnověrného vztahu mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou již v počátcích choroby. Vyzdvihuje kladení důrazu na empatii a braní zřetele na individualitu každého pacienta. O této skutečnosti dále informují také Kgosana et al. (2019), kdy ve studii popisují již konkrétně vztahy mezi sestrami a pacienty, které jimi dotazované sestry označují téměř za na rodinné úrovni. Zde autoři dodávají, že až přehnané sblížení se s osudy pacientů mohou působit velmi stresově. Sestry si pak mnohdy mohou klást za vinu, že jejich péče o pacienta byla

nedostatečná a nebyly mu schopny pomoci k delšímu přežití. Dotazované sestry S3 a S7 mimo jiné uvedly, že je nutné zachování profesionálního přístupu a povznesení se nad věci. Dle mého názoru je přílišná zainteresovanost do osobního života pacienta nejen velice psychicky náročná, ale také neprofesionální. Taktéž působí jako velký stresor a dříve nebo později vede k syndromu vyhoření těchto sester. Tímto vlastně navazujeme na sestrami negativně posuzované stránky paliativní péče, kde hraje prim především psychická náročnost poskytované péče. Kategorie nastiňuje, že sestry těžce snášejí starostlivost o pacienty, kteří v konečné fázi svého života trpí, a to nejčastěji silnými bolestmi. S touto tezí souhlasí také Kgosana et al. (2019), dle kterých se sestry mnohdy až vyhýbají častějšímu kontaktu s umírajícími pacienty, protože nezvládají dívat se na jejich utrpení. Na to dále navazují získané informace, jež sestry také často uvádějí jako negativum v paliativní péči, a to stran nedostatečného tlumení bolesti. Toto tvrzení koreluje s již zmíněným pocitem viny z domnělé nedostatečně poskytnuté pomoci umírajícímu, který sestry mohou pociťovat. Pocity mohou souviset i s dalším z uváděných negativ v paliativní péči, což je dle sester S3 a S9 špatná návaznost následné péče. Z této kategorie vychází, že pacienti jsou mnohdy z medicínského hlediska zaléčeni, ale dle sester zůstávají na odděleních zbytečně dlouho, namísto toho, aby byli dále přeloženi. Sestry sebekriticky uznávají, že na oddělení nejsou takové možnosti pro poskytování paliativní péče jako například v hospicích, které se touto problematikou přímo zabývají. Lundeby et al. (2022) v tomto směru uvádějí, že paliativní péče pro pacienty skýtá nesporná pozitiva, nicméně je mnohdy zahájena až v úplném závěru života nemocného. To koreluje s nesprávným smýšlením populace, že paliace je péče zaměřená pouze na konec života. K tomu se vyjadřuje Sláma (2019), který zdůrazňuje, že paliativní péče je využitelná a mnohem prospěšnější již v dřívějších fázích choroby, kdy má být aplikována spolu s léčbou onemocnění. Prosazuje tezi, že by měla být zařazena do péče již při diagnostikování onemocnění s infaustní prognózou. Lundeby et al. (2022) dále informují, že onkologie jako taková se zaměřuje primárně na léčbu nádorových onemocnění a paliativní péče směřuje více k pacientovi. Dle autorů je tedy nutné vytvoření kvalitních modelů, které by dopomohly k vzájemné symbióze těchto oborů, a to v zájmu poskytnutí té nejlepší možné péče.

Ohledně zájmu o rozvoj v rámci paliativní péče bylo analýzou dat zjištěno, že téměř polovina z dotazovaných sester je nakloněna dalšímu rozvoji svých znalostí v této problematice. Naopak zbývající sestry, kromě projevu uznání k tomuto oboru,

neprojevují o rozvoj další zájem. Turki et al. (2023) ve své studii uvádějí, že zážitky sester pracujících s onkologickými pacienty jsou z jednoho úhlu pohledu strastí, ale naopak z druhého jde o velký přínos. Dle jejich názoru je výuka ohledně péče o pacienty v terminálním stadiu velmi potřebná, a to především pro začínající a nezkušené sestry. Jen další rozvoj a vytváření intervencí v rámci onkologické ošetrovatelské péče a konkrétně péči o onkologické pacienty v terminálním stadiu, může vést k poskytování péče na té nejvyšší a nejkvalitnější úrovni. Dle mého názoru by zvyšování povědomí o této problematice velmi prospělo a příznivě ovlivnilo mnohé postoje sester a obecně zvedlo kvalitu péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci. Ohledně dané problematiky vidí Keane et al. (2020) potenciál v provádění supervizí u sester pracujících s těmito pacienty. Uvádějí, že supervize pomáhá k osobnímu i profesnímu rozvoji, zdokonalování se a mimo jiné skýtá pro sestry podporu. Skrze reflexi pak pomáhá odhalovat nedostatky a poukazovat na konkrétní problémy. Podobnou tezi vyslovili již před lety Jones et al. (2003), kteří na supervizi pohlížejí jako na rozbor určitých otázek ohledně praxe sester, a to buď s jednotlivci nebo při sezení ve skupinách. Dle jejich vyjádření může supervize sestrám v paliativní péči dopomoci k eliminaci stresu a dále rozšiřovat obzory o zkušenosti, které je mohou pozitivně ovlivnit a natrvalo změnit jejich postoje. Získané zkušenosti jednotlivých sester mohou je samotné poučit, ale také dále pomoci v rozvoji jejich kolegyním.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou ošetrovatelské péče o onkologické pacienty v terminálním stadiu nemoci. Cíle bakalářské práce byly zaměřeny na zmapování specifik ošetrovatelské péče u pacientů v terminálním stadiu, zmapování specifik v komunikaci s těmito pacienty a na zhodnocení náročnosti péče o onkologické pacienty v terminálním stadiu. Uvedených cílů bylo dosaženo na základě provedení výzkumného šetření.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že sestry mezi hlavní specifika ošetrovatelské péče, v problematice onkologických pacientů v terminálním stadiu řadí především adekvátní tlumení bolesti, se kterou se tito pacienti často potýkají. Především jde o cíl minimalizovat jejich utrpení a co nejvíce zvýšit kvalitu života. Dále z průzkumu vyplývá potřeba kladení důrazu na kvalitně poskytovanou ošetrovatelskou péči, která má vést k zajištění celkového komfortu pacienta. Dotazováním bylo též zjištěno, že potřeby pacientů v terminálním stadiu je důležité průběžně přehodnocovat a nazírat na ně s pochopením. Především respektovat potřebu sounáležitosti a kontaktu s blízkými, kterou dle sester pacienti pokládají za jednu z nejdůležitějších. V tomto duchu vyvstává také důležitost bližší spolupráce sester s rodinou pacienta.

Ohledně specifik v komunikaci bylo zjištěno, že sestry považují za zásadní hlavně empatický přístup, kdy pacienti nestojí pouze o strohé informace, ale také o nastavení lidské tváře a vyjádření podpory v nelehkých chvílích. Ačkoli je to pro sestry mnohdy náročné, je důležité především zachovat profesionální přístup. Informovanost pacienta i jeho rodiny se také ukazuje jako velmi důležitá, a to především s ohledem na předcházení nedorozuměním způsobeným právě nedostatečným podáváním informací, a to jak ze strany lékaře, tak ze strany sestry. Z výzkumu dále vyvstává, že sestry přikládají velký význam komunikaci s pacienty, kteří mají poruchy vědomí. Tímto lze předcházet znelidštění a institucionalizaci umírání a smrti. Obecně se jeví jako velmi žádoucí překonání tabu v rozhovorech o umírání a smrti, čímž by se komunikace celkově přenesla do mnohem přirozenější roviny.

Bylo zjištěno, že jako nejnáročnější vnímají sestry svoji bezmoc při umírání pacienta, kterému nemohou nijak ulevit. Tyto stresory mohou při dlouhodobém působení vést ke zvýšenému riziku syndromu vyhoření. Bylo zjištěno, že sestry kladou důraz na oddělení pracovního a soukromého života, což slouží jako pomyslná bariéra a zároveň prevence

syndromu vyhoření. Bylo zjištěno, že sestry v paliativní péči naplňuje především remise onemocnění anebo pomoc k důstojnému odcházení pacienta, bez utrpení.

Stanovené cíle práce byly úspěšně splněny. Získané výsledky byly využity pro vytvoření scénáře simulační výuky pro studenty, ohledně komunikace s onkologickými pacienty v terminálním stadiu nemoci. Bakalářská práce může také poskytnout náhled na specifika péče o dané pacienty a přispět ke zvýšení povědomí o probírané problematice.

Ze svého pohledu jsem rád, že jsem si pro bakalářskou práci zvolil právě toto téma. Díky bližšímu kontaktu s danou problematikou se stále více utvrzuji v přesvědčení, že se tomuto oboru chci dále věnovat a více se v něm rozvíjet. Jednak jsem získal řadu cenných poznatků, ale také si uvědomil, jak důležitá je péče o pacienty, kteří nemají vidinu úplného uzdravení. Vidím velký potenciál v dopomoci těmto lidem k důstojnému prožití jejich závěrečné fáze života.

Seznam použité literatury

1. ANGHELUTA, A.A. et al., 2020. When and how clinical nurses adjust nursing care at the end-of-life among patients with cancer: Findings from multiple focus groups. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. December 2020(49) [cit. 2024-04-14]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1462388920301368>
2. ARANTZAMENDI, M. et al., 2021. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. Stellar Medical Publications, April 2021(4), 831–844 [cit. 2023-12-09]. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32961218/>
3. BAXA, J., MÍRKA, H., 2019. Zobrazovací metody. In: MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, J. et al., *Úvod do vnitřního lékařství*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, s. 406–428. ISBN 978-80-7553-724-9.
4. BENEŠ, M., 2014. *Andragogika. 2.*, aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4824-5.
5. BOSSI, P. et al., 2021. The Spectrum of Malnutrition/Cachexia/Sarcopenia in Oncology According to Different Cancer Types and Settings: A Narrative Review. *Nutrients* [online]. June 2021(6), 16 [cit. 2024-01-01]. DOI: 10.3390/nu13061980. ISSN 2072-6643. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34207529/>
6. BOUBLÍKOVÁ, L., 2019. Chemoterapie nádorových onemocnění. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf Jessenius, s. 155–175. ISBN 978-80-7345-617-7.
7. BÜCHLER, T. et al., 2019. *Obecná onkologie: pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-617-7.
8. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.
9. CICHÁ, M., c2014. Umírání a smrt v nemocnici z pohledu sestry. In: ŠPATENKOVÁ, N. et al., *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén, s. 51–64. ISBN 978-80-7492-138-4.

10. CMUROVÁ, H., 2017. *Diagnóza: rakovina: co dělat při chemoterapii a ozařování*. Plzeň: Nempe. ISBN 978-80-906522-2-4.
11. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.
12. FIALA, O., 2019. Terapie – cíle, definice, endpoints. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-617-7.
13. GALLO, P., 2019. Opioid-induced constipation in oncologic patient: a clinical case treated with naloxegol. *Recenti Progressi in Medicina* [online]. Marzo 2019(3), 6–9 [cit. 2024-01-02]. DOI: 10.1701/3132.31184. ISSN 2038-1840. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30968858/>
14. GÓMEZ-URQUIZA, J. et al., 2020. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020(17), 13 [cit. 2023-12-19]. DOI: 10.3390/ijerph17207672. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33096682/>
15. HALÁMKA, M., 2023. Epidemiologie. In: CVEK, J. et al., *Onkologie pro neokology: Pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada, s. 21–26. ISBN 978-80-271-3090-0.
16. HALÁMKA, M., 2023. Prediktivní a prognostické faktory, léčebná rozvaha. In: CVEK, J. et al., *Onkologie pro neokology: Pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada, s. 49–51. ISBN 978-80-271-3090-0.
17. HALÁMKA, M., 2023. Systémová léčba. In: CVEK, J. et al., *Onkologie pro neokology: Pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada, s. 54–69. ISBN 978-80-271-3090-0.
18. HALÁMKA, M., MOLENDÁ, L., 2023. Radioterapie. In: CVEK, J. et al., *Onkologie pro neokology: Pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada, s. 70–74. ISBN 978-80-271-3090-0.
19. HALÁMKA, M., PACIOREK, M., 2023. Chirurgická léčba. In: CVEK, J. et al., *Onkologie pro neokology: Pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada, s. 52–53. ISBN 978-80-271-3090-0.
20. HALÁMKA, M., ŽIDLÍK, V., 2023. Histopatologická verifikace nádorů. In: CVEK, J. et al., *Onkologie pro neokology: Pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada, s. 39-42. ISBN 978-80-271-3090-0.

21. HERDMAN, H.T. et al., 2021. *NANDA International, Inc. nursing diagnoses*. Twelfth edition. New York: Thieme Medical Publishers. ISBN 978-1-68420-454-0.
22. HÖKKÄ, M. et al., 2020. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine* [online]. Sage Journals, July 2020(34) [cit. 2023-12-25]. DOI: 10.1177/0269216320918798. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32452294/>
23. HOLEČKOVÁ, P., 2019. Nutrice v onkologii. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie: pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf Jessenius, s. 295–304. ISBN 978-80-7345-617-7.
24. HOUDEK, Š., 2019. Zobrazovací metody a hodnocení klinické odpovědi. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-617-7.
25. HRABOVSKÝ, V., 2023. Malnutrice v onkologii a její léčba. In: CVEK, J. et al., *Onkologie pro neoncology: Pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada, s. 83–89. ISBN 978-80-271-3090-0.
26. HRDÁ, K. et al., 2018. Rozhovor o budoucí péči. In: HRDÁ, K. et al., *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. [Česko]: [Domov Sue Ryder], s. 77–82. ISBN 978-80-907190-2-6.
27. HRDÁ, K. et al., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. [Česko]: [Domov Sue Ryder]. ISBN 978-80-907190-2-6.
28. HYNKOVÁ, L., ŠLAMPA, P., 2015. Radioterapie – základní terminologie. In: TOMÁŠEK, J. et al., *Onkologie - minimum pro praxi*. Praha: Axonite, s. 73–74. ISBN 978-80-88046-01-1.
29. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
30. JONES, A. et al., 2003. Clinical Supervision in Promoting a Balanced Delivery of Palliative Nursing Care. *Journal of hospice and palliative nursing* [online]. July 2003(5), 168-175 [cit. 2024-04-19]. ISSN 1539-0705. Dostupné z: https://journals.lww.com/jhpn/abstract/2003/07000/clinical_supervision_in_promoting_a_balanced.17.aspx

31. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyčísitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1688-1.
32. KALA, M., DORKOVÁ, Z., 2017. Paliativní a hospicová péče. In: *Paliativní a hospicová péče* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, s. 8–16 [cit. 2023-12-09]. ISBN 978-80-7454-668-6. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/41526/Paliativni_a_hospicova_pece_2017.pdf?sequence=1&jsAllowed=y
33. KALVACH, Z. et al., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.
34. KEANE, S. et al., 2020. Palliative care nurses' experiences of clinical supervision: a qualitative evidence synthesis. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. December 2020(26), 413–423 [cit. 2024-04-19]. DOI: 10.12968/ijpn.2020.26.8.413. ISSN 1357-6321. Dostupné z: <http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2020.26.8.413>
35. KGOSANA, A. I. et al., 2019. Experiences and Practices of Nurses Caring for Terminally Ill Cancer Patients: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science* [online]. February 2019(3) [cit. 2024-04-16]. DOI: 10.5539/gjhs.v11n3p44. ISSN 1916-9744. Dostupné z: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/0/38537>
36. KITTELSON, S. et al., 2015. Palliative Care Symptom Management. *Critical Care Nursing Clinics of North America* [online]. September 2015(27) [cit. 2023-12-25]. DOI: 10.1016/j.cnc.2015.05.010. ISSN 0899-5885. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26333754/>
37. KOLÁŘOVÁ, Z., 2023. Sestry řeší kompetence a ohodnocení v paliativní péči. *Medical Tribune* [online]. Praha, (23/2023) [cit. 2023-12-24]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/sestry-resi-kompetence-a-ohodnoceni-v-paliativni-peci/>
38. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
39. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

40. KWON, S. et al., 2020. Nurses' experiences of providing "sensitive nursing care" for terminally-ill individuals with cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. June 2020(46) [cit. 2024-04-14]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1462388920300533>
41. LAOIRE, Á. N. et al., 2017. A systematic review of the effectiveness of palliative interventions to treat rectal tenesmus in cancer. *Palliative Medicine* [online]. December 2017(10), 975–981 [cit. 2024-01-02]. DOI: 10.1177/0269216317697897. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28590211/>
42. LEDEREROVÁ, K., HOUSKA, A., 2023. Kompetence paliativní sestry (nejen) v komunikaci. *Paliativní medicína*. 2023(3), 16–20. ISSN 2695-1495.
43. LINKOS: ČESKÁ ONKOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2017. Léčba: Cílená (biologická) léčba. In: *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. [cit. 2023-12-01]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-lecit/farmakoterapie/co-je-to-biologicka-lecba/>
44. LINKOS: ČESKÁ ONKOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2023. Pacient a rodina: Nádorové markery / onkomarkery. In: *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. [cit. 2023-11-27]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/slovnicek/nadorove-markery-onkomarkery/>
45. LINKOS: ČESKÁ ONKOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2023. Slovníček: Léčba adjuvantní. In: *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. [cit. 2023-12-01]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/slovnicek/lecba-adjuvantni/>
46. LOHYNSKÁ, R., 2019. Radioterapie. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius, s. 176–186. ISBN 978-80-7345-617-7.
47. LOUČKA, M., 2019. Psychologické aspekty onkologické paliativní péče. In: SOCHOR, M. et al., *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, s. 29–35. ISBN 978-80-204-4223-9.
48. LUNDEBY, T. et al., 2022. Integration of palliative care in oncology – the intersection of cultures and perspectives of oncology and palliative care. *Ecancermedicalscience* [online]. April 2022(16) [cit. 2024-04-19]. DOI:

- 10.3332/ecancer.2022.1376. ISSN 17546605. Dostupné z: <https://ecancer.org/en/journal/article/1376-integration-of-palliative-care-in-oncology-the-intersection-of-cultures-and-perspectives-of-oncology-and-palliative-care>
49. MADSEN, R. et al., 2023. Nursing care and nurses' understandings of grief and bereavement among patients and families during cancer illness and death – A scoping review. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. February 2023(62) [cit. 2024-04-14]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388922001685?via%3Dihub>
50. MARKOVÁ, A. et al., 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-77-5.
51. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023. Prevence a zdravý životní styl: Programy prevence (screeningu) zhoubných nádorů v ČR. In: *Národní zdravotnický informační portál* [online]. 2023. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 2023-10-19]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/24-programy-prevence-screeningu-zhoubnych-nadoru-v-cr>
52. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023. Rejstřík pojmů. In: *Národní zdravotnický informační portál* [online]. 2023. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 2023-10-19]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrik-pojmu>
53. NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2015. *Cancer Causes and Prevention: Risk Factors for Cancer*. [online]. National Cancer Institute. 23. 12. 2015 [cit. 2023-10-18]. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk>
54. OPATRNÁ, M. et al., 2017. *Etické problémy v onkologii*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4522-3.
55. OPATRNÝ, A., 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. c: Pavel Mervart. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1.
56. PECHOVÁ, K. et al., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.
57. POCHOP, L., 2019. Průlomová bolest – znalosti pro běžnou praxi. *Florence* [online]. Care Comm, 15(2), 10–11 [cit. 2023-12-26]. ISSN 2570-4915. Dostupné z:

<https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/prulomova-bolest-znalosti-pro-beznou-praxi/>

58. POCHOP, L., 2022. Bolest a průlomová bolest. In: VOKURKA, S. et al., *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada Publishing, s. 74–82. ISBN 978-80-271-3556-1.
59. POCHOP, L., 2022. Zácpa. In: VOKURKA, S. et al., *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada Publishing, s. 70–73. ISBN 978-80-271-3556-1.
60. POQUET, N. et al., 2016. The Brief Pain Inventory (BPI). *Journal of Physiotherapy* [online]. January 2016(1), 52 [cit. 2023-12-28]. DOI: 10.1016/j.jphys.2015.07.001. ISSN 1836-9553. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26303366/>
61. RAJDL, D., 2019. Laboratorní vyšetření. In: MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, J. et al., *Úvod do vnitřního lékařství*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, s. 429–458. ISBN 978-80-7553-724-9.
62. REYMOND, L. et al., 2018. Home-based palliative care. *Australian Journal of General Practice* [online]. East Melbourne, November 2018(11), 6 [cit. 2023-12-09]. DOI: 10.31128/AJGP-06-18-4607. ISSN 2208-7958. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31207670/>
63. RICHTER, I., 2019. Časté symptomy nádorů. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie: pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf Jessenius, s. 305–328. ISBN 978-80-7345-617-7.
64. RODRIGUES DE MORAIS VIANA, E.C. et al., 2020. Malnutrition and nutrition impact symptoms (NIS) in surgical patients with cancer. *PLoS One* [online]. December 2020, 12 [cit. 2024-01-01]. DOI: 10.1371/journal.pone.0241305. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33320857/>
65. ROSENBERG, S. et al., 2015. Cancer immunotherapy. In: DEVITA, V. *Cancer: principles & practice of oncology*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, s. 158–173. ISBN 978-1-4511-9294-0.
66. ROSOVÁ, B., 2019. Patologie nádorů. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf Jessenius, s. 46–54. ISBN 978-80-7345-617-7.
67. SEIFART, C. et al., 2020. Collaborative advance care planning in advanced cancer patients: col-ACP-study – study protocol of a randomised controlled trial. *BMC*

- Palliative Care* [online]. August 2020(19) [cit. 2024-04-19]. DOI: 10.1186/s12904-020-00629-7. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00629-7>
68. SEKSE, R. et al., 2017. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* [online]. Wiley, January 2018(27), 21–38 [cit. 2023-12-19]. DOI: 10.1111/jocn.13912. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28695651/>
69. SHEMIE, S. et al., 2023. A brain-based definition of death and criteria for its determination after arrest of circulation or neurologic function in Canada: a 2023 clinical practice guideline. *Canadian Journal of Anesthesia* [online]. Springer, May 2023(4), 483–557 [cit. 2023-12-09]. DOI: 10.1007/s12630-023-02431-4. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37131020/>
70. SLABÝ, O., 2019. Základy nádorové biologie. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius, s. 14–35. ISBN 978-80-7345-617-7.
71. SLÁMA, O., 2019. Praktický přístup k symptomům pokročilého nádorového onemocnění. In: SOCHOR, M. et al., *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, s. 96–271. ISBN 978-80-204-4223-9.
72. SLÁMA, O., 2019. Principy paliativní péče v onkologii. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf Jessenius, s. 268–278. ISBN 978-80-7345-617-7.
73. SLÁMA, O., 2022. Péče o onkologického pacienta v terminálním stavu. In: VOKURKA, S. et al., *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada Publishing, s. 135–142. ISBN 978-80-271-3556-1.
74. SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., 2014. Péče o pacienta: Paliativní medicína. In: *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. [cit. 2023-12-02]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/paliativni-pece-1/paliativni-medicina/>
75. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2013. Úvod do ošetrovatelství v onkologii. In: SLEZÁKOVÁ, L. et al., *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III: gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 107–136. ISBN 978-80-247-4341-7.
76. SOCHOR, M. et al., 2019. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4223-9.

77. SOCHOR, M., 2022. Nevolnost a zvracení. In: VOKURKA, S. et al., *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada Publishing, s. 48–57. ISBN 978-80-271-3556-1.
78. SOCHOR, M., HOLEČKOVÁ, P., 2019. Nutriční podpora v paliativní onkologické péči. In: SOCHOR, M. et al., *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, s. 282–292. ISBN 978-80-204-4223-9.
79. STIBOROVÁ, D., FREI, J., 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa. ISBN 978-80-270-3719-3.
80. ŠLAMPA, P., 2022. Konkomitantní chemoradioterapie v léčbě solidních nádorů: Definice konkomitantní chemoradioterapie. In: *Česká onkologická společnost ČLS JEP* [online]. [cit. 2024-03-12]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-lecit/chemoradioterapie/konkomitantni-chemoradioterapie-v-lecbe-solidnich-nadoru/>
81. ŠPATENKOVÁ, N. et al., c2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.
82. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
83. TOMANCOVÁ, V., 2017. Základy onkologie. In: ZLATOHLÁVEK, L. et al., *Interna pro bakalářské a magisterské obory*. Praha: Current Media, s. 51–61. ISBN 978-80-88129-23-3.
84. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
85. TUČEK, Š., 2015. Zásady nutriční péče v onkologii. In: TOMÁŠEK, J. et al., *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, s. 96-97. ISBN 978-80-88046-01-1.
86. TURKI, L. et al., 2023. An Exploratory Qualitative Study of Oncology Nurses' Experience in Providing Care for Terminally Ill Patients in Salmaniya Medical Complex in Bahrain. *The Qualitative Report* [online]. 2023(28) [cit. 2024-04-16]. DOI: 10.46743/2160-3715/2023.5957. ISSN 21603715. Dostupné z: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol28/iss5/7/>
87. UNESOKO, A. et al., 2024. Nursing-care for family caregivers of terminally ill cancer patients to enhance preparedness for death. *Nagoya Journal of Medical Science* [online]. February 2024(86) [cit. 2024-04-15]. DOI:

- 10.18999/nagjms.86.1.121. ISSN 2186-3326. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10945228/>
88. VEČEŘOVÁ, K. L., 2019. Klasifikace a staging nádorů. In: BÜCHLER, T. et al., *Obecná onkologie pro přípravu ke zkouškám i pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf Jessenius, s. 100–105. ISBN 978-80-7345-617-7.
89. VÍTEK, P., 2019. Úvod k radioterapii. In: NOVOTNÝ, J. et al., *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, s. 106–113. ISBN 978-80-204-5103-3.
90. VOKURKA, S. et al., 2022. *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3556-1.
91. VOKURKA, S., 2018. Význam podpůrné léčby v onkologii. In: *Česká onkologická společnost ČLS JEP* [online]. s. 16 [cit. 2024-03-12]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: https://www.linkos.cz/files/pro_odborniky/odborne_sekce/podpurna-lecna/SPL-2018-Prezentace-Vokurka-Samuel-Vyznam-podpurne-lecby-v-onkologii.pdf
92. VORLÍČEK, J., 2019. Rozhovor lékaře s pacientem a sdělení špatné zprávy aneb desatero Jiřího Vorlíčka pro sdělení špatné zprávy. In: ADAM, Z. et al., *Malígní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing, s. 81–94. ISBN 978-80-271-2539-5.
93. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
94. ZÁVADOVÁ, I., 2019. Komunikace v kontextu paliativní péče. In: SOCHOR, M. et al., *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, s. 14–28. ISBN 978-80-204-4223-9.
95. ZÁVADOVÁ, I., 2019. Péče o pacienta v terminálním stavu. In: SOCHOR, M. et al., *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, s. 353–362. ISBN 978-80-204-4223-9.
96. ZHOU, K. et al., 2022. Evolution of Oncology and Palliative Nursing in Meeting the Changing Landscape of Cancer Care. *Journal of Healthcare Engineering* [online]. April 2022(16), 1–8 [cit. 2024-04-19]. DOI: 10.1155/2022/3831705. ISSN 2040-2309. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/jhe/2022/3831705/>

Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k polostrukturovaným rozhovorům pro sestry z onkologických oddělení

Příloha 2: Scénář simulační výuky – Komunikace s onkologickým pacientem v terminálním stadiu nemoci za přítomnosti rodinných příslušníků, pro studenty Všeobecného ošetřovatelství

Příloha 1

Otázky k polostrukturovaným rozhovorům pro sestry z onkologických oddělení.

1. Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení?
2. Jak dlouhá je vaše celková praxe ve zdravotnictví?
3. Na jakém oddělení jste pracovala před nástupem na onkologické?
4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
5. Jaká jsou podle vás hlavní specifika péče o onkologického pacienta v terminálním stadiu nemoci?
6. Na co je podle Vás při poskytování péče nutné brát největší zřetel?
7. Co z vašeho pohledu vnímají pacienti v terminálním stadiu jako nejdůležitější potřebu?
8. Jaká jsou podle vás hlavní specifika v komunikaci s pacientem v terminálním stadiu nemoci?
9. Na co je z vašeho pohledu nutné brát při komunikaci s pacientem největší zřetel?
10. Jaká jsou podle vás hlavní specifika v komunikaci s rodinnými příslušníky od pacienta v terminálním stadiu nemoci?
11. Na co je z vašeho pohledu nutné brát při komunikaci s rodinnými příslušníky největší zřetel?
12. Co je pro vás při poskytování péče pacientům v terminálním stadiu nejnáročnější?
13. Ovlivňuje práce s onkologickými pacienty váš osobní život? Pokud ano, jak?
14. Jaká byla vaše první zkušenost s pacientem v terminálním stadiu?
15. Jak jste se vyrovnávala s prvním úmrtím pacienta?
16. Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta dnes?
17. Co vás na práci v paliativní péči nejvíce naplňuje?
18. Co se vám na práci v paliativní péči nelíbí?
19. Účastníte se z vlastní iniciativy vzdělávacích akcí a kurzů v rámci paliativní péče?
20. Zajišťuje vám zaměstnavatel možnost účastnit se na vzdělávacích akcích v rámci paliativní péče?

Příloha 2

Scénář simulační výuky – Komunikace s onkologickým pacientem v terminálním stadiu nemoci za přítomnosti rodinných příslušníků, pro studenty Všeobecného ošetřovatelství.

Jméno: XY

Pohlaví: žena **Národnost:** česká

Věk: 78 let

Váha: 80 [kg], **Výška:** 162 [cm], **BMI:** 30,48 [střední nadváha]

Blízká osoba: syn a dcera

Alergie: penicilin

Minulá lékařská anamnéza: V osobní anamnéze uvedena arteriální hypertenze a ischemická choroba srdeční. Hypotyreóza na substituci po totální thyreoidektomii pro tumor štítné žlázy, dříve léčena také radiojódem. Diabetes mellitus druhého typu na perorálních antidiabetikách, bilaterální coxartroza, depresivní syndrom a chronická bolestivost s omezenou hybností levého ramene po jeho fraktuře v prosinci minulého roku. Pacientka měla dvě fyziologické těhotenství a porody, děti zdravé. Z dřívějších operací uvádí apendektomii snad ve 20 letech. Pacientka v mládí kouřila, ale při prvním těhotenství přestala, nyní jakýkoli abusůs nekuje.

Současná lékařská anamnéza:

Pacientka prve přijata na gastroenterologické oddělení pro melenu a posthemoragickou anemii. Podstoupila CT vyšetření, kde objeven tumor duodena s expanzí do okolí. Odsud poté přeložena na chirurgické oddělení k operačnímu řešení tumoru. Proveden explorativní zákrok, kdy byly zjištěny rozsáhlé metastatické změny. Nyní hospitalizována na onkologickém oddělení pro paliativní chemoterapii.

Současná lékařská diagnóza: Maligní tumor duodena

Teplota: 36,3 [°C]

Krevní tlak: 132/80 [mmHg] **Puls:** 79 [1/min]

Sociální anamnéza: Žije sama v rodinném domě, děti dojíždějí a dopomáhají, s čím je třeba. Pacientka je ve starobním důchodu, dříve zaměstnána jako dělnice.

Počet bodů z Barthelova testu při příjmu: 85 [lehká závislost na dopomoci]

Chodící samostatně nebo s menší dopomocí.

Medikace

Omeprazol 40 mg tbl 1-0-0

Stacyl 100 mg tbl 0-1-0

Triticco 75 mg tbl 0-0-1

Glimepirid 3 mg tbl 1-0-0

Elicea 5 mg tbl 1-0-0

Letrox 75 mg tbl 1-0-0

Lexaurin 1,5 mg tbl (dle potřeby)

Ošetrovatelské diagnózy:

00133 Chronická bolest

00146 Úzkost

00148 Strach

00137 Chronický zármutek

00095 Porušený spánek

00152 Riziko bezmocnosti

00052 Poškozená sociální interakce

00053 Sociální izolace

00055 Neefektivní plnění role

00067 Riziko duchovní nouze

00046 Porušená kožní integrita

00004 Riziko infekce

PSYCHOMOTORICKÉ DOVEDNOSTI POŽADOVANÉ PŘED SIMULACÍ

Informovanost o zdravotním stavu nemocné, jak z pohledu somatického, tak stran psychického.

Základní znalosti z medicínské problematiky daného onemocnění.

Základní znalosti ošetrovatelské péče ohledně nežádoucích účinků podávaných medikamentů a léčby obecně.

Teoretická znalost specifik ošetrovatelské péče u onkologických pacientů v terminálním stadiu nemoci.

Dostatečné dovednosti stran verbální i neverbální komunikace se schopností adekvátní reakce na dotazy pacientky i jejich rodinných příslušníků.

Znalost hranic svých kompetencí v rámci podávání informací pacientce či její rodině.

KOGNITIVNÍ AKTIVITY POŽADOVANÉ PŘED SIMULACÍ

- Individuální čtení doporučené literatury
- Přednáška na dané téma, seznámení s kazuistikou pacientky
- Počítačová simulace
- Zhodnocení videa

SIMULAČNÍ UČEBNÍ CÍLE

Všeobecné cíle

1. Prováděj vše dle určených standardů během celého výkonu.
2. Přijmi roli edukátora.
3. Vnímej pacientčino psychické rozpoložení a změny v chování.
4. Kontroluj pacientčin stav stran podávané medikace a léčby.
5. Vnímej psychické rozpoložení pacientčinych blízkých.
6. Prokazuj znalosti právních a etických závazků.
7. Vyjadřuj se profesionálně. Vyvaruj se tématům, které působí na pacientku a její blízké jako zraňující.
8. Komunikuj s pacientkou způsobem, který vyjadřuje zájem. Dbej na empatický přístup.

CÍLE SIMULAČNÍHO SCÉNÁŘE

1. Předved' adekvátní komunikaci zaměřenou na pacienta v terminálním stadiu nemoci s ohledem na přítomnost rodinných příslušníků.
2. Komunikuj se zachováním profesionálního přístupu, ze kterého vyplyne tvůj zájem o pacienta, budeš oporou pro něj i pro jeho blízké.
3. Nedojde k vyzrazení informací stran zdravotního stavu pacientky, které překračují sesterské kompetence.

Zdroje ke studiu:

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.

KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1688-1.

KALVACH, Z. et al., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.

KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

OPATRŇY, A., 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. c: Pavel Mervart. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1.

Prostředí:

15:00 (čas návštěv), dvoulůžkový nemocniční pokoj na onkologickém oddělení

Aktéři:

Onkologická pacientka v terminálním stadiu nemoci – živá osoba

Dva rodinní příslušníci – živé osoby

Druhá pacientka obývající pokoj – živá osoba

Rekvizity:

Pacienti oblečení v pyžamu, chodící

Nemocniční postel a noční stolek

Tonometr

Zařízení a pomůcky zavedené do figuranta:

Permanentní žilní vstup

Zařízení a pomůcky na pokoji:

- standardní nemocniční lůžko
- noční stolek

Role/ pokyny pro role přítomných osob

Ošetřující sestra (student)

- připravte studenta na roli sestry, komunikující s pacientkou v terminálním stadiu nemoci a jejími rodinnými příslušníky
- student si musí být vědom specifik komunikace s pacienty v terminálním stadiu a musí znát hranice svých kompetencí v rámci poskytování informací rodinným příslušníkům

Pacientka v terminálním stadiu (student)

- méně komunikativní, působí odevzdaně

Dva rodinní příslušníci (studenti)

- snaží se od sestry dozvědět informace stran zdravotního stavu a léčby pacientky sdělování, kterých je výhradně v kompetenci lékaře

Druhá pacientka sdílející pokoj (student)

- poslouchá hlasitou hudbu čímž vytváří nevhodné podmínky pro komunikaci

ZPRÁVA, KTEROU STUDENT DOSTÁVÁ PŘED SIMULACÍ

Předved'te adekvátní komunikaci s onkologickou pacientkou v terminálním stadiu nemoci a s jejími rodinnými příslušníky. Pacientka je soběstačná, přijatá pro podání paliativní chemoterapie z důvodu generalizovaného tumoru duodena. Leží na dvoulůžkovém pokoji onkologického oddělení a nyní jsou přítomni dva její rodinní

příslušníci, kteří přišli na návštěvu. Pacientka, s ní sdílející pokoj, má nahlas puštěnou hudbu. Na pokoj přicházíte se záminkou měření krevního tlaku.

NÁSTIN POSTUPU SCÉNÁŘE

0–2 min

- pacientka sedí na posteli, mluví s blízkými, reagují na příchod sestry pozdravem
- druhá pacientka narušuje komunikaci hlasitě puštěnou hudbou
- sestra žádá druhou pacientku o prozatímní vypnutí hudby
- sestra odpovídá na pozdrav, přistupuje k pacientce a vlídnou verbální komunikací ji seznamuje s následujícím výkonem
- sestra se dotazuje na pocity pacientky

3 min

- probíhá měření krevního tlaku pomocí tonometru
- pacientka je méně komunikativní, působí spíše odevzdaně

4–10 min

- rodinní příslušní se sestry dotazují na informace ohledně zdravotního stavu a léčby pacientky, jejichž sdělování je výhradně v kompetenci lékaře
- sestra odmítá překračovat hranice svých kompetencí a nabízí možnost zajištění schůzky s ošetřujícím lékařem
- rodinní příslušníci sestru přemlouvají s odůvodněním, že je s jejich blízkou v častějším styku než lékař
- sestra rezolutně odmítá sdělování takových informací a opětovně nabízí konzultaci s ošetřujícím lékařem
- rodinní příslušníci chápou uvedené důvody a přistupují na návrh zajištění schůzky s ošetřujícím lékařem

OTÁZKY PRO DEBRIEFING

1. Jak jsem se při komunikaci v této situaci cítil?
2. Čeho konkrétně jsem dosáhl?
3. V čem vidím smysl této situace?
4. Jsem spokojený se svými schopnostmi v dané situaci?

5. Pokud se opětovně dostanu do této situace, budu jednat jinak?
6. Co konkrétně příště udělám jinak?
7. Jaké kroky pro to můžu udělat?
8. Byly mé znalosti a dovednosti dostatečné pro dosažení cíle?
9. Jaké konkrétní znalosti či dovednosti považuji za klíčové?
10. Jaká pozitiva či negativa si z této situace lze odnést?
11. Mohla sestra postupovat jinak? (pro pozorovatele)
12. Jaká pozitiva a negativu můžeš vyzdvihnout? (pro pozorovatele)
13. Je něco, co jsi v dané situaci postrádal? (pro pozorovatele)