



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Práce sestry v péči o pacienta v terminálním stádiu**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Vendula Lašková

**Vedoucí práce:** Mgr. Tereza Svidenská, Ph.D.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Práce sestry v péči o pacienta v terminálním stádiu*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne ..... 2020

.....

Vendula Lašková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Tereze Svidenské, Ph.D. za odborné vedení, čas, podporu a rady během zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám v lůžkovém hospici a v LDN za jejich čas a ochotu.

# **Práce sestry v péči o pacienta v terminálním stádiu**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá tématem péče o pacienty v terminálním stádiu. Cílem práce je zmapovat přístup sester při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v terminálním stádiu v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) a v lůžkovém hospici. Tato práce se věnuje odlišnostem v péči o umírající pacienty a v uspokojování jejich potřeb na zmíněných odděleních.

V bakalářské práci byly určeny tři výzkumné otázky: 1. „Jak sestra pečuje o biologické potřeby pacienta v terminálním stádiu?“ 2. „Jak sestra pečuje o psychické a spirituální potřeby pacienta v terminálním stádiu?“ 3. „Jak sestra pečuje o sociální potřeby pacienta v terminálním stádiu?“ Výzkumná část byla zpracována metodou kvalitativního šetření pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru se sestrami, které pracují v LDN a v lůžkovém hospici. Rozhovory byly provedeny na základě předem připravených otázek. Výzkumný soubor celkem tvořilo šestnáct sester. Rozhovory byly nahrávány a následně byly písemně zpracovány. Získaná data byla zpracována pomocí metody kódování, technikou "tužka a papír". Výsledky byly poté převedeny do kategorií.

Na základě získaných informací z výsledků výzkumu vyplývají rozdíly v péči o pacienty v terminálním stádiu na LDN a v lůžkovém hospici. Sestry v LDN se především zaměřují na biologické potřeby pacientů, zatímco v lůžkovém hospici se sestry, kromě uspokojování biologických potřeb pacientů, zaměřují více na potřeby spirituální a psychosociální. Další rozdíl můžeme spatřit v individuálním přístupu k pacientům, který je spíše v lůžkovém hospici. Sestry z LDN tento fakt vysvětlují velkým počtem pacientů a menším počtem personálu. I přes nelehké podmínky se sestry z LDN snaží, aby pacienti pocítovali nedostatek personálu co nejméně, a svou práci berou často jako poslání.

Bakalářská práce může být zdrojem informací pro studenty a sestry ošetrovatelství. Byla vytvořena i brožura, která může sloužit sestram při jejich práci s pacienty v terminálním stádiu.

## **Klíčová slova**

LDN; hospic; terminální stádium; umírání; smrt; potřeby; důstojnost

## **The nurse's work in the care of the patient in the terminal stage**

### **Abstract**

The bachelor thesis submitted deals with the topic of palliative treatment of dying people. Its aim is to map the approaches used by nurses during palliative treatment of dying patients admitted either to hospitals for long-term patients (LDN) or to inpatient hospices. This work explores the differences in treatment and in meeting the requirements of these hospitals.

Three research questions were identified in the present work: 1. "How does a nurse take care of patient's biological needs when he/she is effectively dying?" 2. "How does the nurse take care of patient 's psychological and spiritual requirements?" 3. "How does the nurse take care of patient's social needs?"

The research part was conducted methodologically and qualitatively by using the technique of semi-structured interviews with nurses who work either in LDNs or in inpatient hospices. The interviews were steered on the basis of a prepared questionnaire. The research group consisted of a total of sixteen nurses. The interviews were recorded and subsequently typed. The gained data yielded evidence that was put it through the coding method (via "pencil and paper" technique) in order to obtained the categorized results.

Based on the obtained information, the research shows the differences in terms of treatment provided in hospitals for long-term patients (LDN) and in inpatient hospices. Whereas LDN nurses are focused primarily on patients' biological needs, nurses in inpatient hospices, apart from providing the biological needs of patients, focus more on spiritual and psychosocial requirements. Another difference can be seen in the individual approach to patients provided adequately in inpatient hospice. This difference is justified by LDN nurses' saying that they have to look after a large number of patients while facing a lack of medical staff. Despite the difficult conditions, LDN nurses try to ensure that this lack of staff is not reflected in their work. Clearly, many of them take their work as a mission.

The bachelor thesis can be a source of information for both nursing students and nurses. A brochure has been created that can help nurses work with patients who are terminally ill.

**Key words**

LDN; hospice; terminal stage; dying; death; needs; dignity

## Obsah

Úvod .....	9
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>10</b>
1.1 Terminální stádium .....	10
1.1.1 Umírání a smrt .....	11
1.1.2 Časová období umírání .....	12
1.2 Potřeby umírajících pacientů .....	13
1.2.1 Biologické potřeby .....	14
1.2.2 Psychické a spirituální potřeby .....	15
1.2.3 Sociální potřeby .....	16
1.3 Paliativní péče .....	17
1.3.1 Hospic .....	19
1.3.2 Historie hospiců .....	20
1.3.3 Druhy hospiců .....	20
1.4 Péče o pozůstalé .....	22
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>25</b>
2.1 Cíl práce .....	25
2.2 Výzkumné otázky .....	25
<b>3 Metodika .....</b>	<b>26</b>
3.1 Použité metody .....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	27
<b>4 Výsledky výzkumného šetření .....</b>	<b>28</b>
4.1 Struktura výzkumného souboru .....	28

4.1.1	Kategorizace získaných dat .....	30
	Kategorie 1 - Spokojenost sester .....	30
	Kategorie 2 - Smrt a terminální stádium .....	31
	Kategorie 3 - Rozdíly v ošetrovatelské péči .....	35
	Kategorie 4 - Tekutiny .....	36
	Kategorie 5 – Výživa .....	37
	Kategorie 6 – Vyprazdňování .....	38
	Kategorie 7 - Hygienická péče .....	38
	Kategorie 8 – Spánek a odpočinek.....	39
	Kategorie 9 - Rehabilitace, polohování a předcházení dekubitům .....	40
	Kategorie 10 - Bolest .....	41
	Kategorie 11 - Paliativní péče.....	42
	Kategorie 12 - Bezpečnost .....	43
	Kategorie 13 - Komunikace .....	43
	Kategorie 14 - Spirituální (duchovní) péče.....	45
	Kategorie 15 – Psychická péče .....	46
	Kategorie 16 – Sociální péče .....	47
	Kategorie 17 - Návštěvy a přítomnost blízkých osob.....	49
<b>5</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>51</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>65</b>
<b>9</b>	<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>67</b>



## Úvod

V této době člověk nepřemýšlí, ani se nezabývá pojmy jako je umírání nebo smrt. Sice tyto pojmy člověk zná, ale je rád, když se ho to samotného nebo jeho blízkých netýká. Bakalářská práce je zaměřena na téma Práce sestry v péči o pacienta v terminálním stádiu. Umírání a smrt jsou nedílnou součástí našeho života. Nikdo přesně neví, kdy jej smrt zasáhne. Umírání by mělo proběhnout klidně, bezbolestně a především důstojně. Lidé se často bojí být sami s umírajícím člověkem, který potřebuje cítit lásku, pocit sounáležitosti a bezpečí. Rodina v danou chvíli neví, co se od nich momentálně očekává, jak mohou blízkému pomoci. Proto je potřeba, aby zdravotníci uměli nasměrovat rodinné příslušníky a poskytnout jak umírajícímu, tak jeho rodině odbornou pomoc.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá pojmy jako je smrt, umírání, terminální stádium anebo také potřeby umírajících, ať už v biologických, psychických, spirituálních a sociálních oblastech. Pozornost je dále věnována paliativní péči, hospici a péči o pozůstalé. Ve výzkumné části jsou nalezeny odlišnosti v poskytování péče u umírajících pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že mě péče o pacienty v terminálním stádiu zaujala a snažila jsem se hledat odlišnosti v uspokojování potřeb a péči v zařízeních jako je lůžkový hospic nebo LDN. Měla jsem tu možnost pár měsíců pracovat v LDN a setkávala jsem se s umírajícími pacienty i s jejich rodinami. Tato práce pro mě byla jak psychicky, tak fyzicky náročná, jelikož jsem smrt vnímala jako něco smutného a bolestného. Ale pro některé pacienty byla smrt vysvobozením a nalezením klidu. Bohužel v LDN není dostatek zdravotnického personálu, který dle mého názoru tyto potřeby nemůže plně saturovat. S těmito překážkami jsem se setkala osobně. A dalším, pro mě významným důvodem bylo, že bych chtěla jednou pracovat s umírajícími pacienty. Přála bych si získat zkušenosti s prací v této péči, postarat se o takové pacienty a ulehčit jim odchod.

# 1 Současný stav

## 1.1 Terminální stádium

Člověk se skládá z biologické, psychologické, spirituální a sociální schránky a navzájem se tyto schránky propojují. Každý člověk je individuální, proto je důležité zhodnotit všechny složky (Orel, Facová, 2009). Opatrný (2017) uvádí, že se lidé více bojí umírání než samotné smrti. Jankovský (2018) poukazuje na to, že člověk smrt sám nevyhledává, ale pokud ho smrt zasáhne, měl by se s touto situací umět vyrovnat. Tato situace ho časem může i posílit. Lidé by měli smrt brát jako součást jejich života a vědět, že jednou taková situace nastane. Víme, že to každého jednou čeká, takový je náš osud. Stárnutí je fyziologický proces, který probíhá, ale lidsky je to pro každého něco jiného a každý člověk na tento proces reaguje jiným způsobem, každého člověka naplňuje a uspokojuje něco jiného (Furger, 2003). Člověk, který umírá, má potřebu strávit s rodinou potřebný čas na rozloučení, potřebuje si srovnat myšlenky a zařídit vše před smrtí (Kupka, 2014).

Pojem terminální stádium vysvětluje Misconiová, (1998, s. 13) takto: „*V terminálním stavu dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt.*“ Goldmann a Cichá (2004) uvádějí, že tento stav může trvat různě dlouho. Buď pár vteřin, minut nebo naopak i několik hodin. Kelnarová (2007) od sebe rozlišuje rychlou smrt a pomalé umírání. Dále také uvádí, že smrt může nastat kdykoliv a především nečekaně. Rychlá smrt může zasáhnout kohokoliv, ať už člověka, jeho blízké, rodinu a přátelé. Rychlá smrt je například smrtelný úraz. Častěji si lidé přejí rychlou smrt než dlouhodobé umírání, protože dlouhodobé umírání může trvat různě dlouho, třeba i několik měsíců. Následně uvedla, že dlouhodobé umírání s sebou nese řadu nevýhod, ale i pár výhod, což je však věcí názoru. Je zde velké trápení umírajícího, mohou ho doprovázet bolesti, ztrácí soběstačnost, zájem o okolní svět, s tím také souvisí izolace od okolního světa, může mít psychické problémy a ani pro nejbližší není jistě lehké sledovat umírajícího. Nejbližší mohou pociťovat nejistotu, strach a úzkost. Avšak umírající se může připravit na svůj blížící se odchod, rodina má dostatek času na rozloučení a také i poslední naděje. Jde zde potřebná trpělivost a síla jak nemocného, tak jeho rodiny. Truhlářová et al. (2015) uvádějí další výhodu v dlouhodobém umírání a to, že umírající pacient má čas si splnit svá poslední přání a dosáhnout vytýčených cílů. Nevýhodou může být to, že dochází k určitým změnám v životě pacientů. Může dojít ke zhoršení schopností a tím ke ztrátě role v rodině.

Rodina doprovázející umírajícího je pro něj jistě oporou a důležitým bodem, aby jeho odchod byl klidnější. Je potřeba, aby se doprovázející pokusil naslouchat nemocnému, i když tomu třeba nemusí rozumět, jde o to, aby se nemocný mohl cítit přijat a chápán. Důležitá je také trpělivost a dostatek času na nemocného (Opatrný, 2017). Goldmann a Cichá (2004) uvádějí, že terminální stav je také stejným názvem pro umírání a můžeme ho chápat jako závěrečné stádium umírání.

### ***1.1.1 Umírání a smrt***

Lidé často umírají o samotě, bez svých blízkých. Umírající mají obavy, že jejich umírání bude, vzhledem rychlému medicínskému vývoji, nedůstojné. Jsou znepokojeni, že jim tento fakt může prodlužovat a oddalovat smrt. Obávají se, že jim nebude poskytnuta empatie, porozumění nebo úleva a budou kupříkladu žít díky přístrojové technice (Kutnohorská, 2007). Proto Kübler-Ross (2015) poukazuje na to, že bychom měli do péče o nemocného zapojit i rodinu. Blízcí jsou nepostradatelní v péči o nemocného a jejich chování má určitý vliv na nemoc. „*Smrt není porážka, jako ani život není vítězství*“ (Haškovcová, 2007, s. 5). Mnoho lidí má jistě několik otázek, které souvisejí s pojmy, jako je umírání a smrt. Co je umírání a smrt? Jak může probíhat umírání? Následuje něco po smrti? Například, co třeba posmrtný život? Máme se bát smrti nebo je to osvobození člověka? Každý člověk si může klást jiné otázky a myslet si něco jiného. Může mít jiný názor, anebo jiný postoj k umírání a smrti. Ale jediné, co každý člověk ví, je to, že smrt čeká na každého. Nevíme však, kdy a ani její způsob příchodu (Scherer, 2005). Člověk se musí s touto situací smířit, protože smrti nemůžeme zabránit. Smrt je totiž nevyhnutelná a k životu patří (Dastur, 2017). Člověk se snaží na smrt zapomenout, nemyslet na ni, a hlavně si ji nepřipouštět. Život a smrt jdou ruku v ruce, ať už smrt vidíme jako konec, anebo jako začátek něčeho nového (Jankovský, 2018).

Smrt v minulosti byla zcela běžnou věcí, byla velmi známa a lidé se se smrtí často setkávali, například umírali mladí lidé a děti. Lidé věděli, že je možné, že se smrt bude týkat i jich. Kdekdo mohl vidět umírat své blízké, sledovat průběh jejich smrti. Příbuzní byli přítomni u umírání, sousedé se také zapojovali a přišli se s umírajícím rozloučit. Péči zajišťovala rodina, nikoliv ošetřující personál. Smrt byla součástí života (Munzarová, 2005). Dříve lidé umírali tzv. přirozenou smrtí, byla bez oddalování zásahu lékaře, také se tato smrt nazývala jako sešlost věkem. V současnosti se lékaři snaží za každou cenu oddalovat smrt a zapomínají na důstojné umírání nemocného (Haškovcová, 2007).

Šiklová (2013, s. 11) vysvětluje smrt jako „*Stav, kdy u živého organismu došlo k nezvratným změnám v mozku a v jejich důsledku k zániku centra dýchání, krevního oběhu a postupnému rozkladu a odumírání těla.*“ Smrt je poslední fáze či etapa života, která by měla proběhnout v klidu a důstojně (Jankovský, 2018). Goldmann a Cichá (2004) rozdělují známky smrti na nejisté a jisté. Nejisté známky jsou zástava srdce a dýchání, vyhasnutí zornicových reflexů. Jisté známky dělí na fyzikální a chemické změny. Do fyzikálních posmrtných změn patří posmrtná bledost, posmrtné skvrny, posmrtné chladnutí těla. Chemické posmrtné změny jsou posmrtné tuhnutí těla, posmrtný rozklad a hniloba, posmrtné srážení krve. Kelnarová (2007) uvádí, že posmrtné změny se objevují až za určitou dobu a mění tělo zemřelého.

### **1.1.2 Časová období umírání**

Truhlářová et al. (2015) uvádějí, že všichni lidé mají rozdílné umírání. U každého tyto fáze mohou probíhat různě, ale jediné, co mají jistě společné, je to, že nechtějí trpět bolestí a potřebují kolem sebe někoho, o koho se mohou v těchto fázích opřít. Goldmann a Cichá (2004) dělí proces umírání na tři časová období: *pre finem*, *in finem*, *post finem*.

*Pre finem* je před umíráním. Časové období, ve kterém si pacient uvědomuje, že nemoc je natolik vážná a smrt se blíží. V této fázi se zmírňují subjektivní potíže. Personál nebo také rodina se snaží zajistit psychickou a emoční podporu (Kutnohorská, 2007). Důležitá je komunikace, která by měla být pochopitelná. Stává se, že zdravotnický personál používá lékařské termíny, které umírající nebo rodina nemusí znát (Teitel, 2014). Kübler-Rossová (2015) uvádí, že se v tomto stádiu objevuje šok s popřením nemoci, nemocný tomu nemůže uvěřit, dále se objevuje vztek, agrese proti ošetřujícímu personálu nebo také agrese mířená proti sobě samotnému. Následuje smlouvání, doufání, že se najde zázračné řešení, následně přecházející v depresi a ve smutek. Poslední fáze je smíření, kdy dojde ke klidu. Je důležité, aby nemocný měl alespoň jednu osobu nebo blízkého, ať už někoho z rodiny, kamaráda nebo zdravotnický personál, se kterým bude otevřeně řešit jeho potřeby a poslední přání (Kutnohorská, 2007). Každý umírající má jiné potřeby, mohou se od ostatních lišit, tyto odlišnosti je nutné respektovat a přizpůsobit k tomu poskytovanou péči (Sykes, 2015). Velký význam má i to, že rodina je s umírajícím až do konce. Rodina prožije s umírajícím poslední okamžiky, poslední rozloučení. Je důležité, aby se rodina nebála kontaktu a komunikace s umírajícím. Zdravotnický

personál by měl rodinu vést a ukázat jim směr v komunikaci. Jistě to pro ně bude nepopsatelné a budou vděční za rozloučení (Prokop, 2006).

In finem je obdobným pojmem terminálního stavu. Jde o vlastní umírání (Jankovský, 2018). Není možné zlepšení pacientovy smrtelné nemoci (Kutnohorská, 2007). Goldmann a Cichá (2004) uvádějí, že si zdravotnická zařízení umírající pacienty předávají z jednoho oddělení na druhé ve snaze vyhnout se péči o ně. Umírání v domácím prostředí je méně časté. Mnohdy odůvodněním je, aby děti nebyly přítomny smrti svého blízkého. Dalším důvodem může být i to, že lidé nejsou zvyklí o této problematice hovořit, natož být její součástí, nebo také neuzpůsobené vybavení a zázemí domácnosti k péči o umírající. V tomto období je důležitý takt a dodržení pacientových rituálů. Před smrtí se mohou objevovat pocity zklidnění, nalezení pokoje i euforie (pacient opět projevuje radost, štěstí a psychickou pohodu). Před vlastní smrtí je stav transu, kdy pacient může mít změněný stav vědomí až bezvědomí, nereaguje na žádné podněty. Poté následuje smrtelné kóma a exitus letalis neboli smrt (Jankovský, 2018).

Post finem je stádium, ve kterém dochází k péči o mrtvé tělo a také ke sdělení informace pozůstalým. Mnohem vhodnější je osobní kontakt než mailové či telefonické zprávy. Je na místě podat „pomocnou ruku“ pozůstalým, kdy se jim snažíme vše s úctou a citlivostí vysvětlit (Jankovský, 2018). Zdravotnický personál má za úkol, nechat tělo zesnulého dvě hodiny na příslušném oddělení ve speciálně určené místnosti a ve vaku. Stává se, že pro tento účel nebývá určena speciální místnost, kde by byl zesnulý důstojně uložen. Také je velmi náročné pro obě strany (zdravotník, rodina) předávání věcí zemřelého a podání informací o jeho posledních minutách. Rozhovor s příbuznými by měl být veden citlivě, empaticky a měl by proběhnout v soukromí (Goldmann, Cichá, 2004).

## ***1.2 Potřeby umírajících pacientů***

Jankovský (2018) uvádí, že člověk je biologická, psychologická, sociální, ale i spirituální bytost. Je potřebné přistupovat k člověku jako k celku a nezapomínat na některé z těchto vyjmenovaných stránek. Burda a Šolcová (2015) se zmiňují o ošetrovatelské péči, která by měla být přiměřená a poskytována individuálně u každého pacienta. Důležité je rozpoznání potřeb, které mají být satureovány. Pokud nejsou uspokojeny potřeby, může dojít k poruše rovnováhy organismu. Minibergová a Dušek (2006) uvádějí, že člověk, který je na konci života, má podobné potřeby jako ostatní lidé. Potřeby se mohou lišit specifickostí. Marková (2010) uvádí, že se sestry nezaměřují na všechny potřeby

nemocného a spíše upřednostňují složku biologickou. V paliativní péči se více objevují potíže v oblasti v psychické, sociální a spirituální. Jestliže sestra neporozumí těmto problémům, nedokáže poskytnout vhodnou péči. Proto je nutné, aby se sestra zaměřovala na všechny oblasti potřeb nemocného stejně a věnovala jim veškerou pozornost.

### ***1.2.1 Biologické potřeby***

Do těchto potřeb zahrnujeme to, co je nezbytné pro umírající tělo. Například vhodně upravenou stravu, dle potřeb a možností umírajícího. Důležitá je také hydratace pacienta (Svatošová, 2012). Haškovcová (2007) dává důraz na to, že si rodina i zdravotnický personál musí uvědomit to, že umírající pacient nepociťuje žízeň nebo nedokáže dát najevo, že potřebuje pít. Rodina může během dne pacientovi podávat tekutiny po lžičkách nebo mu otírat rty vodou. Zdravotnický personál by měl mít přehled o bilanci tekutin nemocného. Nezbeda (2016) uvádí, že umírající pacient v průběhu hospitalizace ztrácí chuť k jídlu. Proto je v zájmu rodiny a zdravotnického personálu aktivně nabízet tekutiny a jídlo. Haškovcová (2007) poukazuje na to, že s tím souvisí i vyprazdňování moče a stolice. Zdravotnický personál by měl při vyprazdňování pacienta respektovat jeho soukromí a pokusit se mu zajistit vyprazdňování co nejpřirozenější cestou. Bohužel někdy tato cesta není možná, proto je vhodné se s pacientem domluvit, jakým způsobem bude tato potřeba zajištěna. Nezbytné je také dbát o pokožku nemocného a na prevenci proleženin. Tato potřeba může být zajištěna pomocí speciálních krémů a mastí, promazávání těla nemocného a prevence opruzenin. Burda a Šolcová (2015) uvádějí, že v prevenci dekubitů využíváme pravidelné polohování v určitých intervalech a využití správných pomůcek. Velmi důležitá je i výměna osobního a ložního prádla dle potřeb pacienta.

Dále se snažíme zlepšit aktivitu nemocného tím, že pacienta zapojíme do samoobsluhy tak, aby nedošlo ke ztrátě jeho funkce. Také je potřeba postarat se o dostatek kyslíku, ať už pomocí kyslíkových brýlí nebo kyslíkové masky. Je vhodné zajistit nemocnému klidný odpočinek a spánek (Haškovcová, 2017). Umírající pacient má často větší potřebu spánku, proto pospává přes den (Nezbeda, 2016). Sestra může před spánkem pacientovi vyvětrat pokoj, uložit jej do úlevové polohy a zajistit příjemné prostředí a klid na pokoji. Nesmíme také opomenout na pravidelné polohování i během noci (Haškovcová, 2017). Svatošová (2012) uvádí, co dále patří do biologických potřeb. Řadíme sem tišení bolesti. Tato potřeba může ovlivňovat umírajícího ve více oblastech, proto je důležité, aby byla

co nejvíce uspokojena. Také dochází ke změně termoregulace. Umírající může mít teplotu, přitom jeho končetiny mohou být studené.

### ***1.2.2 Psychické a spirituální potřeby***

Svatošová (2012) uvádí, že do psychických a spirituálních potřeb řadíme respektování lidské důstojnosti. Psychické a spirituální potřeby jsou důležité a méně se na ně bere ohled. Zdravotnický personál tyto potřeby přehlíží a dostatečně se jim nevěnuje. Ptáček a Bartůněk (2011) uvádějí, že zdravotnický personál i lékaři se méně orientují v uspokojování psychických a spirituálních potřeb. Malíková (2011) s tímto také souhlasí a poukazuje na to, že v České republice není spirituální potřeba uspokojivá a není ani tolik řešena. Může to být dáno nevědomostí zdravotnického personálu nebo také jejich menší zkušeností. Elichová (2017) popisuje mylnou představu lidské populace, že spirituální potřeby se uspokojují pouze v období smrti. Svatošová (2012) uvádí, že zdravotnický personál často zapomíná na komunikaci s nemocným. Komunikace není jen slovní, ale také mimoslovní. Například gesta, pohyby nebo také postoj, výraz očí či tón hlasu. Nevhodná mimoslovní komunikace může být příčinou neshod a konfliktů mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Malíková (2011) uvádí, že zdravotnický personál se raději vyhýbá komunikaci s pacientem, protože si není natolik jistý v rozhovoru s umírajícím. Avšak je důležité uvědomit si, že umírající pacient tuto potřebu nemá splněnu. Je žádoucí, aby zdravotnický personál nabízel pacientovi i jeho rodině spirituální péči, protože je pro většinu pacientů tato potřeba důležitá. Svatošová (2012) uvádí, že umírajícího pacienta je nutné respektovat a vyslechnout za každých okolností. Člověk je bytost nikoliv soubor orgánů, proto je nutné k němu přistupovat s respektem.

Umírající pacient se potřebuje cítit v bezpečí a být obklopen rodinou nebo přáteli (Svatošová, 2012). Plevová (2011) uvádí, že umírající pacient potřebuje mít jistotu, že může zdravotnickému personálu důvěřovat a že se o něj správně starají. Také potřebuje cítit lásku a sounáležitost, to může zajistit rodina nebo zdravotnický personál. Snažíme se, aby umírající nebyl v této době sám a měl ve zdravotnický personál důvěru. S tím souvisí také to, abychom nemocnému nenalhávali něco, co není pravda, aby měl dostatek informací o všem potřebném. Na určité zprávy je potřeba správný čas, avšak není vhodné tuto situaci oddalovat, ale ani ji zbytečně neuspěchat (Svatošová, 2012).

Všichni, kteří pečují o pacienta v terminálním stádiu, by měli mít povědomí o tom, co je pro pacienta momentálně důležité a o čem si chce v danou chvíli povídat. Proto se tyto

potřeby navzájem prolínají. Každý pacient potřebuje uspokojit všechny potřeby a není dáno, která potřeba má být upřednostňována (Malíková, 2011). Bužgová (2015) uvádí, že se potřeby v průběhu hospitalizace mohou měnit, proto se může stát, že pacienti budou více potřebovat uspokojit spirituální potřebu. Malíková (2011) popisuje, na co pacient v době umírání jistě pomýšlí. Mohou to být některé lidské otázky. Například na čem opravdu záleží? Co je v jeho životě důležité? Co s chybami, které se staly? Jak je odčinit? Bude něco následovat po smrti? Existuje bůh? Každý na nějakou z těchto otázek určitě myslí, odpovědi se mohou lišit. Ptáček a Bartůněk (2019) také uvádějí, že si pacient může klást další otázky ve smyslu, co právě teď prožívá? Proč tomu tak je? Co lze ještě překonat nebo změnit? Důležitá je pro pacienta motivace, vůle a podpora.

Spirituální péči zajišťuje kaplan (pastor) nebo také duchovní služba. Tato péče je nabízena pacientům, kteří pobývají v určitých zařízeních. Ale také tato péče může být poskytována rodinám nebo zaměstnancům. Kaplan by měl umět naslouchat a porozumět všem lidem, bez ohledu na nemoc nebo postižení. Proto by zdravotnický personál měl nabízet pacientům a rodinám možnost se s ním setkat. Také zdravotnický personál může pomoci pacientovi i jeho rodině ke snadnému odchodu umírajícího. Musím si však uvědomit, že ne každý dokáže s umírajícím nebo s jeho rodinou komunikovat o problematice umírání a smrti. Ale je důležité alespoň naslouchat a projevit zájem a pochopení. Uspokojením ve spirituální oblasti může pacient pocítit naději nebo také snížit úzkost, depresi či samotu (Sláma et al., 2011). Kutnohorská (2013) uvádí, že umírající člověk může vnímat své potřeby odlišně od zdravotnického personálu. Z tohoto důvodu by měl zdravotnický personál umírajícímu naslouchat a komunikovat s ním o jeho důležitých potřebách. Pro umírajícího je potřebná opora v lidech ve svém okolí.

### ***1.2.3 Sociální potřeby***

Člověk, který je v nemocničním zařízení, může pociťovat izolaci od okolního světa a dění v něm. Také potřebuje kontakt s rodinou a přáteli. V nemocničním zařízení jsou povolené návštěvy, ať už rodinou, přáteli nebo kolegy z práce. Důležité je, aby pacient v době umírání nebyl sám. Pro umírajícího je záchytným bodem rodina a ta by u pacienta měla být, protože v jeho životě hraje nezastupitelnou roli. Ale rodina musí sama chtít s umírajícím strávit posledních pár chvil a momentů. Proto je naším úkolem edukovat a naučit rodinu správně komunikovat, lze tak snížit jejich strach z toho, aby se stala součástí celého dění (Svatošová, 2012). Minibergová a Dušek (2006) uvádějí, že povídat si o smrti



nebo být u umírajícího je těžké, to dokáže člověk, který je se svojí smrtelností vyrovnaný. Bužgová (2015) uvádí, že pacient, který je v nemocničním zařízení, má pozměněnou sociální roli i prostředí, tudíž potřebuje sociální podporu. Sociální podporu může poskytovat rodina, přátelé, blízcí nebo také zdravotnický personál tím, že jsou s umírajícím v kontaktu a naslouchají mu. Důležité jsou i doteky od rodiny nebo i od zdravotnického personálu. Umírající kolem sebe potřebuje lidi, kterým může důvěřovat a může se na ně obrátit. Díky tomu se nebude cítit v tomto okamžiku sám.

### **1.3 Paliativní péče**

Bužgová (2015) zařazuje paliativní péči mezi novější obory s krátkou historií, dále se zmiňuje o tom, že paliativní péče začala dělat pokroky až ve druhé polovině 20. století. Meffert et al. (2016) uvádějí, že paliativní péče byla dříve používaná pouze u karcinomů, které již byly pokročilé. Dnes se paliativní péče používá u pacientů, kteří jsou v terminálním stádiu s rakovinou či s jinou nevléčitelnou nemocí, jež omezuje jejich kvalitu života. Paliativní péče má být použita u pacienta v době, kdy mu je zjištěna nevléčitelná nemoc, ale také v průběhu onemocnění i na konci jeho života. Evangelista et al. (2016) popisují paliativní péči jako přístup, který pomáhá umírajícímu a jeho rodině ke smíření se se smrtí. Dále se zmiňují o tom, že duchovní péče pozitivně ovlivňuje konečnou fázi pacientova života. Duchovní přístup zlepšuje pohodu pacienta a udržuje ho v naději. Ale také zdůrazňuje to, že duchovní péče je nedostatečně nabízena a poskytována. Může to být vzhledem k nedostatečnému množství informací a znalostí zdravotnického personálu v oblasti duchovní péče.

Tomeš et al. (2015) dělí paliativní péči na obecnou a speciální. Obecná paliativní péče má za úkol zmírňovat bolest, respektovat nemocného a zajišťovat komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Je poskytována zdravotníky a sociálními pracovníky. Obecnou paliativní péči by měli ovládat všichni nemocniční pracovníci. Marková (2010) uvádí, že obecná paliativní péče sleduje, poskytuje, doporučuje a zhodnocuje léčbu. Tomeš et al. (2015) se zmiňuje o speciální paliativní péči. Speciální paliativní péči poskytují speciálně vzdělaní odborníci. Příkladem speciální paliativní péče je hospic, denní stacionář paliativní péče nebo specializované poradny. Marková (2010) klade důraz na to, že speciální paliativní péče také poskytuje podporu ať už v domácím prostředí, v nemocničním zařízení, v domově pro seniory, v denním stacionáři nebo také v ambulantní péči.

Paliativní péče se stává součástí náplně práce zdravotníků. Sestry díky paliativní péči mohou pomoci rodině, přátelům umírajícího (Kelnarová, 2007). Na paliativní péči se podílí multidisciplinární tým ve složení lékaři, sestry a další zdravotnický personál (Vorlíček et al., 2004). Haškovcová (2007) uvádí, že jiným výrazem pro paliativní medicínu je výraz útěšná medicína, která poskytuje naději umírajícím a jejich rodinám. Haškovcová (2002) ve své knize uvádí další výraz pro paliativní medicínu, a to výraz zmírňující medicína. Paliativní péče je aktivní péče poskytována pacientům, kteří trpí těžce nevléčitelnou chorobou. Cílem této péče je pokusit se o zmírnění bolesti a snažit se o udržení kvality života (Sláma et al., 2011). Pomáhá rodinám vyrovnat se s pacientovou chorobou a podporuje rodinu při ztrátě pacienta, kdy pociťují zármutek a smutek (Payne et al., 2007). Je nezbytné, aby sestry věděly, jak postupovat s pacienty, kteří jsou nevléčitelně nemocní, a s jejich blízkými (O'Connor, Aranda, 2005). Přístup k paliativní péči o nevléčitelně nemocné a umírající je potřebné. Tato péče, by se měla uskutečňovat v hospicích, ale i na ostatních odděleních, kde se takoví pacienti nacházejí (Haškovcová, 2002).

Nezbytnou součástí paliativní péče je také dobrá komunikace mezi sestrou a pacientem, který je v terminálním stádiu. Komunikace může pozitivně udržet psychický i fyzický stav umírajícího. Každá sestra by měla mít komunikační dovednosti, ale ne každá tyto dovednosti má. Některé sestry používají metodu pokus a omyl. Může to být kvůli nedostatku vzdělání nebo také nedostatkem času na pacienta (Kelnarová, 2007). Brightonová a Bristoweová (2016) uvádějí, že rodiny mají problém v komunikaci s umírajícími. Z tohoto důvodu mají sestry větší odpovědnost v komunikaci s pacienty v konečném stádiu. Také poukazují na to, že umírající pacienti příliš nemluví s lékaři o svých problémech, které se týkají konce jejich života. Důležité je zapojit rodinu do celého procesu dění. Lékaři by neměli na rodinu zapomínat. Pro rodinu to jistě je náročná situace, ale mohou se připravit na přicházející smrt, která je velmi ovlivní. Buss et al. (2017) také souhlasí s tím, že kdyby lékaři aktivně komunikovali s pacienty a s příbuznými o záležitostech, které ovlivňují jejich život, měli by větší přehled o jejich trápení a poskytovaná péče by byla lepší a efektivnější.

Každý člověk umírání prožívá po svém. Paliativní péče se snaží respektovat pacientovu důstojnost a snaží se uskutečnit přání a potřeby nemocného. Udržet dobrou kvalitu života je pro nemocného důležité, výsledkem toho je, že nemocný například nemá nesnesitelné bolesti, je emocionálně a pozitivně naladěný, má pravidelnou hydrataci a výživu, nemá

poruchy spánku, má dostatek energie, komunikuje s rodinou a s personálem a pravidelně se vyprazdňuje. Nutné je také zajištění po stránce psychické, sociální a duchovní (Sláma et al., 2011). Jankovský (2018) uvádí, že správně poskytnutá paliativní péče v době umírání může zlepšit umírajícímu odchod.

### **1.3.1 Hospic**

Péče o pacienta v terminálním stádiu může probíhat v hospici. Hospic je specializované zařízení, které se nově objevilo a není tolik rozšířené. V tomto zařízení se snaží o dobrosrdečnost, tišení bolesti, doprovázení pacienta, který umírá, podporování rodiny a přátel v těžkých časech (Kelnarová, 2007). Tomeš et al. (2015) poukazují na to, že hospic na rozdíl od ostatních zařízení také poskytuje sociální podporu jak pacientovi, tak jeho rodině. Sociální podpora může rovněž vést k lepší kvalitě života pacienta v terminálním stádiu. V hospici se snaží o respektování a uspokojování jednotlivých potřeb a přání umírajícího. Je zde kladen důraz na udržování lidské totožnosti a svobodného rozhodování umírajícího. Hospic se snaží o zlepšení kvality života, o prožití posledních dnů ve známém prostředí s blízkými, které zná, bez bolesti a utrpení. Zdravotnický personál by si měl uvědomit, že pro umírajícího tento okamžik může být poslední, který v takovém zařízení stráví. Je důležité se pokusit o vytvoření vhodných a ulehčujících podmínek pro jeho odchod. Musejí počítat s tím, že smrt v hospici je častější než na jiných oddělení, proto by zdravotnický personál měl být se smrtí smířen (Misconiová, 1998). Jankovský (2018) poukazuje na to, že hospicová péče se snaží o naplnění dnů v životě, doprovázet umírajícího na konci jeho cesty a pomáhat jemu i jeho nejbližším s těžkými chvílemi.

Kelnarová (2007) uvádí, že potřeby umírajícího se v průběhu pobytu v hospici mohou změnit. Hospic nemůže slíbit uzdravení. Je ale důležité nevzdávat se poslední naděje. Pacient může být do hospice přijat, i když se jeho nemoc stále šíří a ohrožuje ho na životě. Nepotřebuje již akutní ošetření, ale spíše paliativní péči. Pacient nebo jeho rodina musí podat vlastní žádost i informovaný souhlas. Měli by být informováni, že v hospici probíhá paliativní péče, ta je orientována na udržení kvality života. Truhlářová et al. (2015) dávají důraz na zapojování blízkých do péče o umírající tým, že s umírajícím mají být v kontaktu, komunikovat s ním, prožívat poslední společné chvíle. Pacient se nebude cítit sám a opuštěn.

### **1.3.2 Historie hospiců**

Ve středověku se hospici říkal útulek nebo také dům odpočinku. Poutníci toto místo navštěvovali, několik dní zde zůstávali, aby se posílili na další cestu. Člověk, který spravoval hospic, musel umět vést hostinec, ale také se postarat a ošetřit zraněné. Poté hospice zmizely a objevily až v polovině 18. století v Dublinu, kdy toto zařízení bylo vytvořeno speciálně pro umírající (Haškovcová, 2007).

Hlavní vývoj hospice začal v druhé polovině 20. století. Představitelkou tohoto vývoje byla Cicely Saundersonová, která v roce 1967 uvedla do chodu první hospic v Londýně. Tento hospic se jmenuje svatý Kryštof. Rozvoj hospice v České republice je relativně novodobá záležitost. (Haškovcová, 2007). Haškovcová (2007) a Jankovský (2018) uvádějí, že za zmínku stojí propagátorka hospicové péče v České republice Marie Svatošová. Byla totiž první osobou usilující o rozšíření hospicové péče po celé České republice. První lůžkový hospic byl u nás zprovozněn v roce 1995, jmenuje se Hospic Anežky České a najdeme jej v Červeném Kostelci. Po roce se do tohoto hospice začali přihlašovat první pacienti. Po pár letech se začaly hospice objevovat skoro v každém kraji. Jankovský (2018) uvádí, že hospic prozatím není na Vysočině. Například v jihočeském kraji se nachází hospic v Prachaticích od roku 2005, který se nazývá hospic sv. Jana N. Neumanna. Hospice (2011) informují, že byl v roce 2019 nově otevřen Domácí hospic sv. Jakuba v Prachaticích. Vorlíček et al. (2004) uvádějí, že hospic byl dříve považován za méně než nemocnice. Díky vývoji paliativní péče je nyní pozitivně uznáván za více než nemocnice, protože se snaží zlepšit podmínky pro umírající pacienty pomocí lásky a naděje.

Hospice (2011) dále také uvádějí, že v roce 2005 vznikla APHPP – Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Do tohoto hospicového hnutí se může dostat každý občan ČR starší 18 let. Díky APHPP je na území ČR 17 mobilních hospiců, 13 lůžkových hospiců a 4 kombinované hospice. Je potřebné, aby se další mobilní hospice budovaly (APHPP, 2010).

### **1.3.3 Druhy hospiců**

Jankovský (2018) ve své knize uvádí tři druhy hospiců. Hospicová péče se provádí v mobilním (domácím) hospici, v denním hospicovém stacionáři a také v lůžkovém hospici. V mobilním (domácím) hospici se poskytuje specializovaná paliativní péče

v domácím prostředí, kde se o umírajícího stará rodina a terénní pracovníci. Terénním pracovníkem je například lékař, všeobecná sestra, sociální pracovníce, ošetřovatel, psycholog a pastorační pracovník (Marková et al., 2015). Pro nemocného je domácí péče vyhovující, protože své prostředí zná a cítí se v něm bezpečněji. Péče může být také poskytována v náhradním sociálním prostředí formou návštěv lékaře, sester, ošetřovatelů a dalších odborníků. Rodina a odborníci se o nemocného musejí starat 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Kupka (2014) souhlasí, že péče o umírajícího pacienta je vhodná v domácím prostředí, ale není vždy možná. Pro rodinu je péče o umírajícího pacienta v domácím prostředí zatěžující a velmi psychicky i fyzicky náročná. Může dojít až k vyčerpanosti blízkých. Jankovský (2018) vysvětluje, že pokud nastane taková situace, jsou vhodnější další druhy hospicové péče, a to denní hospicový stacionář anebo lůžkový hospic. Pacient denně navštěvuje denní hospicový stacionář. Ráno se dostaví do stacionáře a večer jde opět domů. Rodina nebo také hospic zajišťují dopravu. Pokud si pacient vybere tento typ hospicové péče, musí si uvědomit, že bude muset do stacionáře dojíždět. Kupka (2014) uvádí, že taková hospicová péče je ideální pro kontrolu pacienta. Můžeme sledovat jeho bolesti, aplikovat chemoterapii a pacienti mohou komunikovat s ostatními pacienty, kteří mají podobný problém. Jankovský (2018) uvádí, že se pacient v tomto zařízení může zapojit do aktivit podle vlastní nálady, chuti a zájmu. Tento druh hospicové péče napomáhá rodinám, které pečují o nemocného. Tomuto účelu se odborněji říká respitní efekt. Záměr je takový, že rodina má dostatek času na sebe a regeneraci od nemocného. Posledním druhem hospice je lůžkový hospic, ten je určen pro krátkodobé a opakované hospitalizace nevléčitelně nemocných. Haškovcová (2007) uvádí, že v hospicích můžeme nalézt vzdělávací centrum a poradnu pro nemocného a jeho rodinu. Jankovský (2018) a Kupka (2014) uvádějí, že pacienti jsou do lůžkového hospice přijati, jestliže jsou v terminálním stádiu.

Vorlíček et al. (2004) uvádějí důvody k přijetí do lůžkového hospice. Pokud pacient vyžaduje paliativní péči, nutně nevyžaduje akutní ošetření nebo nestačí domácí péče. Jankovský (2018) konstatuje, že je-li hospic plný, dává se přednost pacientům, u kterých je zřejmé, že brzy zemřou, protože takoví pacienti potřebují hospicovou péči, aby mohli prožít s rodinou posledních pár dní a měli čas na rozloučení.

#### **1.4 Péče o pozůstalé**

Student et al. (2006) uvádějí, že rodina a známí jsou nejvíce zasaženi umíráním svého blízkého. Sledují smrt umírajícího, loučí se s ním a podporují ho v těžkých chvílích. Přitom i oni sami potřebují podporu od zdravotnického personálu. Příbuzní si přejí, aby umírající netrpěl, protože tím rodina také trpí. Špatenková (2013) poukazuje na to, že pozůstalí mohou mít určité otázky ohledně smrti svého milovaného. Například se ptají. Proč právě on? Jak mají dál žít bez něho? Zvládneme překonat smutek? Přejde někdy toto období? Proto je potřebná pomoc a podpora odborníků. Ale naše společnost zastává jiné mínění, že každý má své problémy řešit sám a nemá tím zatěžovat okolí. Ale bez druhé pomoci druhého se v této potřebné chvíli neobejdeme. Student et al. (2006) dále uvádějí, že rodina během umírání prožívá pocit strachu, ať už ze ztráty blízké osoby, nebo z nejistoty, z utrpení a bolesti nebo také ze selhání. Důležitá je komunikace s rodinou a umírajícím na konci jeho života. Tento krok může vést ke klidné smrti umírajícího a ke smíření a porozumění jeho rodiny. Rodina potřebuje důvěřovat zdravotnickému personálu, aby se o ně mohla „opřít“ a cítit jejich podporu. Rodina by měla mít příležitost s umírajícím se rozloučit a pochopit, že je to jejich poslední společná chvíle, poslední rozloučení, poslední setkání, poslední pohlazení, poslední dotyk a pohled. Poté se jejich život do určité míry změní.

Nezbeda (2016) uvádí, že zdravotnický personál si často neví rady s pozůstalými. Zdravotníci si nejsou jisti v komunikaci, ať už verbální či neverbální. Je potřebné, aby si na pozůstalé zdravotnický personál udělal čas a pokusil se je namotivovat a poskytnout jim podporu. Například jim mohou poradit, aby si prohlédli fotky s jejich blízkou osobou a zavzpomínali na časy, kdy s nimi byl, nebo aby navštívili místo, které měl rád. Určitě je potřebné, aby proběhl pohřební obřad, aby i ostatní se mohli s blízkou osobou rozloučit a připomenout si, jaký to byl člověk. Špatenková (2013) popisuje, že je vhodné, aby odborníci vytvořili správné podmínky pro truchlení. Pozůstalí musí cítit, že jsou chápáni a že odborníci jsou tady od toho, aby je vyslechli a pomohli jim. Nezbeda (2016) souhlasí, že je potřeba, aby rodina dala svoje emoce najevo a truchlila, protože tato potřeba zahojí rány a rodina se může posunout dále.

Špatenková (2001) uvádí, že ztráta známého člověka je velmi prožívaná nepříjemnost a zkušenost. Rodina se má postupem času snažit o oproštění se od smutku a truchlení a zkusit se zaměřit na jiné osoby, které jsou s nimi v kontaktu. Je to velmi těžká a zatěžující

životní záležitost, ale poté časem přichází citová úleva a klid v duši. Také může docházet k tomu, že blízcí se snaží zakrývat smutek a žal, potlačují tyto pocity nebo je úplně ignorují. Pozůstalí nechtějí dávat tyto pocity najevo a tím může dojít k prohloubení a k prodloužení zármutku nebo také k psychosomatickým obtížím a bolesti. Samuel (2018) poukazuje na to, že v dnešní době o smrti a zármutku mlčíme, nedáváme najevo pocity strachu, smutku a beznaděje. Zdravotnický personál nebo rodina raději používají typy slov, jako jsou slova typu, že náš blízký odešel nebo zesnul, neumíme se vyrovnat se smrtí. Proto je důležitá láska druhých a také podpora okolí. S touto pomocí dokážeme překonat bolest a smutek. Nesmírně důležité je udělat si čas na pozůstalé a vyslechnout je. My zdravotníci se často dozvídáme tolik informací a myšlenek, o kterých jsme ani netušili, že na ně rodina pomýšlí. Dále z rozhovoru můžeme zjistit, co mají na srdci a čeho se obávají. Poté dochází k úlevě od bolesti a k vnitřnímu klidu. Slámová (2018) uvádí, že pozůstalí by na tento proces neměli být sami. Každý se nedokáže sám vyrovnat se smrtí blízké osoby. Proto je důležitá péče zdravotnického personálu ať už v komunikaci, v objetí, v podpoře nebo také v motivaci pozůstalých. Špatenková (2013) uvádí, že nejenom pozůstalí, ale i známí, příbuzní nebo přátelé potřebují pomoci s vyrovnáním se se ztrátou blízké osoby, protože i oni jsou zasaženi bolestí a zármutkem. V rodinném kruhu tato podpora často nefunguje, protože všichni prožívají zármutek, z tohoto důvodu nastupují odborníci, aby se pokusili podpořit a pomoci. O'Connor a Aranda (2005) uvádějí, že pro odborníky bývá těžké zjistit, u jakých osob bude mít truchlení a zármutek horší průběh. Nejsou připraveni přijmout ztrátu svého milovaného. Pozůstalí jsou totiž ohroženi těžkými dopady. Odborníci by měli být vzdělaní v rozpoznávání normálního a komplikovaného truchlení.

Špatenková (2013) poukazuje na to, že pozůstalí často slyší nepřiměřenou útěchu, která může spíše ublížit než pomoci. Například „netrapte se“, „nemyslete na to“, „už to nezměníte“. Plevová (2011) uvádí další chyby, kterých se odborníci dopouštějí, a to že poskytují zbytečné rady a používají nevhodné fráze, které mohou větší měrou prohloubit truchlení. Špatenková (2013) uvádí, že je dobré, pokud si odborníci jsou vědomi těchto chyb a nesprávné útěchy a snaží se motivovat a pomáhat jiným způsobem. Pozůstalí potřebují pomoci v oblasti psychické, kdy je potřebné naslouchat a pomoci jim s emocemi, v oblasti pragmatické, a to například s pomocí pohřbu a dalších úředních věcí, v oblasti informační, podávání informací, kde je tělo zemřelého, a poslední oblastí je ekonomické zajištění a pomoc ve finanční tísní. Samuel (2018) uvádí, že je potřebné

s pozůstalými komunikovat, ale i jim opravdu naslouchat. Mohou nám popsat svoje pocity a obavy, my zdravotníci je pozorně vyslechneme. Mnohdy ve svém nitru naleznou úlevu. Špatenková (2013) poukazuje na to, že pomoc a podpora pozůstalým je různorodá, každý jedinec potřebuje individuální pomoc, ale co mají společné, je především lidský přístup a chtít pomoci truchlícím. Odborník si musí získat důvěru pozůstalých, aby se dokázali otevřít a hovořit o svých pocitech.



## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

Kapitola poskytuje informace o cíli a výzkumných otázkách pro tuto bakalářskou práci.

### **2.1 Cíl práce**

Zmapovat přístup sester při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v terminálním stádiu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jak sestra pečuje o biologické potřeby pacienta v terminálním stádiu?
2. Jak sestra pečuje o psychické a spirituální potřeby pacienta v terminálním stádiu?
3. Jak sestra pečuje o sociální potřeby pacienta v terminálním stádiu?

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody

Výzkumná část bakalářské práce na téma Práce sestry v péči o pacienta v terminálním stádiu byla zpracovaná kvalitativním výzkumným šetřením pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly se sestrami, které pracují v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici, v soukromí a za nepřítomnosti dalších osob.

Rozhovor k bakalářské práci se skládal z 24 otázek (Příloha 1) určených pro sestry pracující v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici. V úvodní části byly zjištěny identifikační údaje sester. První část rozhovoru se zabývala všeobecnými otázkami, které byly zaměřeny na oddělení, rozdíly v přístupu sester v léčebně dlouhodobě nemocných a lůžkovém hospici, a také názorem na pojem terminální stádium a smrt. Druhá část rozhovoru se věnovala potřebám z hlediska biologických, spirituálních, psychických a sociálních oblastí a také na denní režim v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici. Poslední část otázek se podrobně zaměřovala na saturaci jednotlivých potřeb z biologických, spirituálních, psychických a sociálních oblastí.

Rozhovory k bakalářské práci byly uskutečněny po udělení souhlasu od hlavních sester z příslušných nemocnic a také od účastníků výzkumného šetření. Byla použita jedna verze určená pro sestry pracující v léčebně dlouhodobě nemocných a pro sestry z lůžkového hospice. Rozhovory proběhly během února a března 2020 v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici. Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo šestnáct sester pracujících v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici.

Po představení tazatele došlo k seznámení s názvem a s cílem této bakalářské práce. Všichni probandi byli před zahájením rozhovoru ujistěni o anonymitě rozhovorů. Se souhlasem všech dotazovaných osob byl rozhovor nahráván. Nahrávané rozhovory byly následně písemně zpracovány v počítačovém programu Microsoft Word 2007. Poté byla získaná data zpracována pomocí kódování, technikou „tužka a papír“. Dále tato data byla zpracována do kategorií.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výběr vhodných probandů byl záměrný z vybraných zdravotnických zařízení, a to z léčebny dlouhodobě nemocných a z lůžkového hospice. S výběrem sester z léčebny dlouhodobě nemocných a z hospice nám pomohly vrchní sestry, vybíraly podle zájmu provést rozhovor, času sester a také dle praxe na těchto oddělení. Soubor je tvořen s přispěním šestnácti sester. Sestry z LDN jsou pojmenované jako „L1-L8“ (L = léčebna dlouhodobě nemocných) a z lůžkového hospice jako „H1-H8“ (H = hospic).

## 4 Výsledky výzkumného šetření

### 4.1 Struktura výzkumného souboru

Tato kapitola seznamuje s výsledky z výzkumného šetření souboru. Soubor je tvořen sestrami pracujícími v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) a v lůžkovém hospici.

**Tabulka 1 - Identifikační údaje sester**

<b>Proband</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Oddělení</b>	<b>Délka praxe</b>
<b>L1</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>LDN</b>	<b>2 roky</b>
<b>L2</b>	<b>Vyšší odborné vzdělání</b>	<b>LDN</b>	<b>3 roky</b>
<b>L3</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>LDN</b>	<b>4 roky</b>
<b>L4</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>LDN</b>	<b>2 roky</b>
<b>L5</b>	<b>Vysokoškolské vzdělání</b>	<b>LDN</b>	<b>6 let</b>
<b>L6</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>LDN</b>	<b>3 roky</b>
<b>L7</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>LDN</b>	<b>3 roky</b>
<b>L8</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>LDN</b>	<b>2 roky</b>
<b>H1</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>Lůžkový hospic</b>	<b>3 roky</b>
<b>H2</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>Lůžkový hospic</b>	<b>2 roky</b>

<b>H3</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>Lůžkový hospic</b>	<b>17 let</b>
<b>H4</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>Lůžkový hospic</b>	<b>4 roky</b>
<b>H5</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>Lůžkový hospic</b>	<b>19 let</b>
<b>H6</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>Lůžkový hospic</b>	<b>3 roky</b>
<b>H7</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>Lůžkový hospic</b>	<b>8 let</b>
<b>H8</b>	<b>Vyšší odborné vzdělání</b>	<b>Lůžkový hospic</b>	<b>1 rok</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 znázorňuje identifikační údaje jednotlivých sester, které byly zapojeny do výzkumu. Rozhovory byly celkově provedeny s šestnácti sestrami. Osm sester bylo z LDN a druhá polovina z lůžkového hospice. Z výpovědí sester vyplývají tyto níže uvedené informace. Jedna sestra má vysokoškolské vzdělání, dvě sestry mají vyšší odborné vzdělání, poslední skupina třinácti sester má středoškolské vzdělání. Délka praxe jednotlivých sester byla v rozmezí od dvou do devatenácti let. Všechny dotazované jsou ženy.

#### 4.1.1 Kategorizace získaných dat

V této části budou prezentovány výsledky rozhovoru se sestrami. Výsledky jsou tříděny do kategorií.

**Tabulka 2 - Stručný přehled jednotlivých kategorií**

Kategorie	Název	Kategorie	Název
1	Spokojenost sester	10	Bolest
2	Smrt a terminální stádium	11	Paliativní péče
3	Rozdíly v ošetrovatelské péči	12	Bezpečnost
4	Tekutiny	13	Komunikace
5	Výživa	14	Spirituální (duchovní) péče
6	Vyprazdňování	15	Psychická péče
7	Hygienická péče	16	Sociální péče
8	Spánek a odpočinek	17	Návštěvy a přítomnost blízkých osob
9	Rehabilitace, polohování a předcházení dekubitům		

Zdroj: Vlastní výzkum

#### ***Kategorie 1 - Spokojenost sester***

První kategorie popisuje, jak jsou sestry spokojené v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici. Všechny sestry z LDN (L1-L8) uvedly, že jsou na tomto oddělení spokojené. Sestra L8 odpověděla, že ráda pracuje s lidmi věkově staršími. „*Tato práce mě naplňuje, snažím se pro pacienty dělat maximum.*“ Sestra L2 sděluje, že je zde kolektiv velmi pohodový, a doufá, že to tak bude i nadále. Sestra L7 doplnila, že se jí

v LDN líbí, ale podotkla, že je zde nedostatek zdravotnického personálu, tak je to občas fyzicky ale i psychicky náročné. „*Ale na našem úsměvu a dobré náladě nám to neubere.*“ Sestra L3 potvrzuje, že je v LDN velmi spokojená a dodává, že je zde občas veselo. „*Myslím si, že tady u nás je správná parta, která se snaží starat o nemocné a udržet je v optimistické náladě v podobě zpěvu.*“ Tento názor mají i sestry z lůžkového hospice. Všechny sestry (H1-H8) jsou velmi spokojeny s prací a s kolektivem na svém oddělení. Sestra H5 odpověděla: „*Pracuji zde 19 let a ráda se starám o nemocné pacienty, jinak bych tady takovou dobu nepracovala. Zde jsem se naučila dívat se na věci s nadhledem a také se vžít do pocitů lidí a vidět svět jejich očima.*“ K této otázce se připojila další sestra H3, která pracuje v lůžkovém hospici a upozornila na to, že zde pracuje 17 let. „*Tato práce mě velmi baví, kolektiv i prostředí je skvělé.*“ Ještě doporučila s úsměvem na tváři: „*Pokud se rádi staráte o nemocné a umírající pacienty a hledáte dobrý kolektiv, tak je toto zařízení vhodná volba pro vás. Vyskytují se zde i horší a smutné momenty, ale jsme tady jedna pro druhou, všechno zvládneme společně.*“

Na otázku, zda si sestry myslí, že poskytují odpovídající péči, odpověděly všechny sestry z LDN (L1-L8), že ano. Sestra L1 si myslí, že kdyby bylo více zdravotnického personálu, byla by péče ještě lepší. Sestra L8 souhlasí: „*Myslím si, že je co zlepšovat, ale snažíme se o to, aby pacienti i rodina byli spokojeni, aby viděli alespoň malé změny a pokroky.*“ U všech sester z lůžkového hospice (H1-H8) se objevila jasná odpověď, že doufají, že poskytují kvalitní péči. Sestry H1 uvedla: „*Myslím, že v případě, že se rodina nemůže o nemocného postarat v těchto chvílích sama, tak náš hospic je určitě dobrá volba.*“ Sestra H2 dodala, že si myslí, že některé její kolegyně odvádí vynikající práci a že se od nich má ještě co učit. Sestra H8 se vyjadřuje takto: „*Doufáme, že poskytujeme kvalitní péči. Hlavně, aby pacient netrpěl a měl klid. Snažíme se dělat vše, co je v našich silách, aby jim cesta z tohoto světa byla co nejvíce ulehčena.*“ Sestra H4 se zmiňuje, že se snaží, aby se pacienti na konci svého života cítili dobře a komfortně.

### ***Kategorie 2 - Smrt a terminální stádium***

Druhá kategorie popisuje pojmy, jako je smrt a terminální stádium. Smrt je nevyhnutelná a každého jednou čeká. Každý smrt vnímá jinak. Všechny sestry jak z LDN (L1-L8), tak lůžkového hospice (H1-H8) se shodly, že se v těchto zařízeních umírá poměrně často. Sestry se mohly vyjádřit k tomu, jak vnímají smrt a jestli jsou s vlastní smrtí smířeny. Sestry L1, L4, L6 se shodly v tom, že jsou s vlastní smrtí smířeny. Oproti tomu sestry L2

a L8 uvedly, že smířené s vlastní smrtí nejsou. Sestra L3 dodala, že si nedokáže představit, že ji smrt čeká a že vše skončí. Sestra L2 popisuje: „*Smrt za mě, z pohledu sestry na pacienta vnímám jako smutnou součást mé profese, smrt v mé rodině by pro mě byla psychicky náročná, nerada o tomhle přemýšlím. S vlastní smrtí smířena nejsem, myslím, kdybych měla umřít mladá, samozřejmě až budu stará a bude smrt přicházet, budiž.*“ Sestry L1, L5, L6 uvedly, že smrt je součástí našeho života. Sestra L1 doplnila: „*Každý jednou umře.*“ Sestra L4 uvedla, že na tomto oddělení se se smrtí setkáváme velice často. Sestra L8 dodala: „*Smrt vnímám jako něco, co čeká každého. Je dobré, když smrt proběhne v klidu a bezbolestně. S vlastní smrtí nejsem smířená, jsem mladý člověk, tak mám ještě na umírání čas, ale vím, že mě smrt nemine.*“ Sestra L7 upřesnila, že smrt vnímá jako vysvobození pro nemocné. Sestry H1, H2, H7, H8 se ve svých odpovědích shodly, že nejsou smířené s vlastní smrtí, ale ví, že jednou je to čeká. Ostatní sestry (H3, H4, H5, H6) nad vlastní smrtí zatím nepřemýšlely nebo přímo neodpověděly. Sestra H1 mi poskytla názor, jak vnímá smrt. „*Smrt vnímám jako něco nevyhnutelného a pro lidi s onkologickým onemocněním si myslím, že v určité fázi je to i vysvobození a řada z nich si přeje, aby to už konečně přišlo. Jestli jsem smířená s vlastní smrtí? Kdyby mi teď, v mých 21 letech, někdo řekl, že mám posledních pár dnů/týdnů života, asi bych to nebyla schopna přijmout a v klidu umřít. Nicméně vím, že jednou to přijde a jestli to bude teď, anebo za 50 let, to nikdo neví. Každopádně práce v hospici mi ukázala důležitost času stráveného s blízkými lidmi. Pochopila jsem, jak důležité jsou dobré rodinné vztahy a podpora blízkých, a že marnit čas řešením banalit rozhodně nemá smysl.*“ Sestra H2 doplnila: „*Smrt vnímám jako konec jedné etapy života a jako nový začátek další etapy života. Samozřejmě že nechci umřít hned zítra, ale až přijde můj čas, tak budu doufat, že to, co tu za sebou nechám, mělo nějaký smysl.*“ Sestra H4 podotkla: „*Trochu se obávám toho, co se za tímto slovem skrývá, mimo zánik biologického těla.*“

Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8), kterých jsme se ptali, co je terminální stádium, uvedly, že je to konečná fáze života. Sestra L2 upřesnila, že je to stádium, kdy pacient umírá. „*Je potřeba zajistit vše ke klidnému, důstojnému, pokud možno bezbolestnému odchodu.*“ Sestra L4 uvedla, že je to konečný stav, kdy už není možnost návratu do plného zdraví. Sestra L8 doplnila, že pacient v tomto stádiu potřebuje kolem sebe mít rodinu a své nejbližší. „*Pacient totiž umírá.*“ Sestra H8 uvedla: „*Je to hranice mezi životem a smrtí.*“ Sestra H4 popisuje konečné stádium, kdy tělu postupně docházejí síly a připravuje se



na vlastní akt smrti. Sestra H5 na závěr této otázky doplnila zajímavý citát od J. Jessenia. „*Smrti se nebojím, smrt není zlá, smrt je jen kus života těžkého.*“

Na otázku, jak sestry prožívaly první setkání se smrtí, odpověděla sestra L5, že vzhledem k předcházející dlouholeté praxi na interním oddělení nesla smrt poměrně bez citové újmy, ale dodala: „*Vždycky mě sebere, když umře někdo mladší, někdo, koho znám děle, i když třeba jen jako pacienta.*“ Sestra L2 doplnila: „*První smrt jsem nesla samozřejmě s lítostí, ale profesionalita je na prvním místě.*“ Sestra L7 udává, že se snaží smrt si tolik nepřipouštět. „*Snažím se nevžívat do pocitů příbuzných.*“ U sestry L8 se objevila následující odpověď: „*První setkání jsem nesla smutně. Bylo mi to velmi líto. Pacienta jsem moc neznala, ale i tak mě to velmi zasáhlo. Ale člověk si to nesmí tolik brát, jinak by v této profesi nemohl fungovat. Jestli chce člověk pracovat s umírajícími lidmi, musí pochopit, že je tento proces přirozený a nevyhnutelný.*“ Sestra L3 dodala: „*Někdo zemře a někdo jiný se naopak zase narodí.*“ Ostatní sestry (L1, L3, L4, L6) měly podobné odpovědi, že jejich první setkání se smrtí bylo těžké, lítostivé a měly z toho nepříjemný pocit. Sestra H1 uvedla: „*Během mého působení v tomto zařízení byli v těchto chvílích s umírajícími převážně příbuzní. Já jsem měla možnost být s umírajícím jen ve chvílích, kdy jsme už očekávali konec, ale přímo při posledním vydechnutí jsem s umírajícím nikdy nebyla.*“ Sestra H3 podotkla: „*Bylo to pro mě něco nového. Nejdříve mi to bylo líto, ale časem si člověk zvykne, že to tak musí být, za 17 let jsem se to naučila.*“ Sestra H7 doplňuje, že ji smrt poprvé zaskočila, ale časem zjistila, že je smrt součástí její práce, a proto je v tomto zařízení, aby umírajícím lidem odchod ulehčila. Sestra H2 popsala, jak nesla svoji první smrt v lůžkovém hospici: „*Velmi zle, byla jsem ta, co paní našla, když zemřela v posteli. Byla to zlá paní, která po nás házela polévky a obědy nebo konvice s čajem. Byl to velmi divný pocit, protože na mě nikdy nebyla tak zlá jako na kolegyně. Ba naopak docela si mě oblíbila, protože jí dcera způsobila zlomeninu ruky a já byla jediná, kdo k ní šel a postaral se o ni, než přijela záchranka. Pak v nemocnici se zlomenina hůře hojila a nakonec jí ruku amputovali. Nakonec se k nám do hospice vrátila jako ležící pacient bez ruky se zápallem plic, takže se už jen čekalo. Doted' si pamatuji, jak jsme jí s kolegyní svlékaly a já cítila, jak jí odchází teplo z těla.*“ Zbylé sestry (H1, H2, H4, H5, H6) se shodly, že je tato situace velmi zasáhla.

Další otázka byla, jestli umírající zemřeli bez bolesti a v klidu. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se snaží, aby v pacientových očích byl spatřen klid spíše než utrpení. Sestra L2 si myslí, že bohužel všichni neodešli v klidu a bez bolesti, protože ani silná analgetika a

opiáty nebyly až natolik účinné k utlumení bolesti. Sestra L5 odpověděla následovně: „Myslím si, že v rámci možností ano, ale jsme každý jiný. Co se týče bolesti, té zbavit člověka dokážeme, s klidem je to horší, záleží na každém, jak je smířen se smrtí. Doufám ale, že svým chováním a jednáním ke klidu umírajících přispíváme.“ Sestra L8 podotkla: „I když je to v některých případech zcela nejasné, tak se snažíme pacientům poskytnout co největší pomoc při jejich nadcházejícím odchodu ze světa. Doufáme v to, že všichni pacienti umírají s úctou a zároveň s co nejmenšími bolestmi.“ Všechny sestry z (LDN L1-L8 a z lůžkového hospice H1-H8) se shodly, že podávají medikamenty, které mají za účel zmírnit bolest. Sestra L5 uvádí konkrétní příklad toho, co dělají, aby pacient odešel v klidu a bezbolestně: „V případě bolesti upravujeme lůžko, zajistíme vhodnou polohu, podáváme analgetika, lokální léčbu, zajistíme klid na pokoji. V případě klidu komunikujeme s pacientem o jeho potřebách, vyslechneme ho, nevymlouváme mu, že umírá, ale uklidníme ho, že nebude trpět bolestí, samotou, umožníme mu návštěvy dle jeho zájmu. Snažíme se zachovat pacientovu důstojnost, respektujeme jeho přání, chceli, zajistíme duchovního.“ Podle sestry H1: „Umírající pacienti i přes veškeré snahy sester tišit bolest, mají často v posledních chvílích bolesti. Co se týká odchodu v klidu, záleží na tom, jestli v tu danou chvíli je s umírajícím právě ten člověk, nebo ti lidé, které si tam on přeje.“ Sestra H7 uvedla: „V případě bolesti jsou pacientům podávány tlumící léky, takže jejich odchod není tolik bolestivý. Smrt přináší pacientům vysvobození, neměli bychom jejímu přirozenému průběhu bránit.“

Následující otázka se týkala, čeho se sestry nejvíce bojí při péči o umírajícího. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) mají podobný názor na to, že se bojí toho, jak bude umírající pacient prožívat ten konec. Sestry H1 upřesnila: „Hlavně, aby neměl bolesti, aby netrpěl.“ Sestra L2 uvedla: „Hlavně, aby pacient nezemřel v bolestech a sám.“ Sestra L5 ve své odpovědi zdůraznila, že se bojí, že pacient zemře dřív sociálně než fyzicky. Sestra L8 sděluje: „Bojím se toho, že moje péče nebude dostačující, pacientovi během umírání nepomohu a nezajistím mu bezbolestné a důstojné umírání.“ Sestra H8 uvedla, že se bojí toho, že přes veškerou péči mu není schopná zajistit úlevu od bolesti či dušnosti. Sestra H6 podotkla: „Je potřebné včas informovat rodiny ohledně doprovázení.“ Sestra H5 zkonstatovala, že se bojí, aby dokázala pochopit všechny potřeby pacienta a toho, že nebude schopna zodpovědět jeho dotazy.

### ***Kategorie 3 - Rozdíly v ošetrovatelské péči***

Tato kategorie se věnuje rozdílům v ošetrovatelské péči u pacientů v terminálním stádiu v LDN a v lůžkovém hospici. Všechny sestry přistupují k pacientům různě, ale jedno by měly mít společné, a to zájem o pacienty. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) odpověděly, že vnímají rozdíly v ošetrovatelské péči mezi LDN a lůžkovým hospicem. Sestra L1 uvedla: „*Sestry v hospici jsou empatičtější, znají pacienty lépe, protože mají čas si s nimi povídat o rodině a jejich životě.*“ Následně doplnila: „*V hospici může s pacientem být i rodina do posledního dechu, ale na LDN to moc nelze. Na LDN někdo umře, zakryje se, zabalí se a odveze se na pitevnu. V hospici mají svoji místnost posledního rozloučení.*“ Sestra L4 poskytuje názor: „*Není to rozdílné v jistém slova smyslu, umírající pacient vyžaduje důkladnou péči, protože jen leží, popřípadě musí se odsávat, polohovat, podávat léky tišící bolest, když jsou třeba, pečovat o dutinu ústní. Navíc v hospici může umírajícího pacienta doprovázet nějaký domácí mazlíček, hospic je na umírání člověka připraven. Pacienti do hospice odcházejí, aby zde mohli pokojně umřít, když to takhle řeknu. LDN je běžné oddělení, o umírajícího se tam pečuje jako na každém jiném oddělení nemocnice, takzvaně profesionálně.*“ Sestra L3 zdůrazňuje, že na LDN mají být lidé, co se zrehabilitují a odejdou domů. „*Ale tak to není. Pacienti na LDN jsou převážně lidé v posledním stádiu a málokdy odejdou po svých domovů.*“ Sestra L5 měla tu možnost porovnat hospic s LDN a doplňuje: „*Hospic je primárně orientovaný na paliativní péči, je tam více času a možností jak uspokojit potřeby nemocných, například vycházky, kaple.*“ Ještě podotkla, že v hospici lépe uspokojují duchovní i psychosociální potřeby. Zatímco LDN zvládá spíš základní tělesné potřeby a potřebu nemít bolest. Sestra L6 dodala, že v hospici se již léčba jako taková neposuzuje. „*Jedná se o situaci právě teď a tady.*“ Sestra L8 se vyjadřuje takto: „*Sestry v hospici mají dostatek času na pacienty a mohou jim věnovat svůj čas, jsou tam asi i dobrovolníci. To na LDN nenaleznete, pouze v letních měsících jsou brigádníci, ale stejně je to nedostačující. Sestry se snaží v hospici pacientovi ulehčit jeho obtížné období, jsou více empatické a dokáží pochopit situaci, která není zrovna lehká. LDN poskytuje základní péči, jelikož není dostatek času na všechny pacienty.*“ Ještě podotkla, že další rozdíl je konkrétně ve stravování pacientů. „*V hospici je větší čas a více možností, jak se o pacienty postarat, mohou u nich být delší dobu. Ale na LDN není dostatek personálu ani možností, nanejvýš namočený chleba či rohlík v kávě, to by si dal jistě každý. A kromě toho na LDN není moc prostoru strávit u pacienta delší dobu a čekat, až se v klidu nají, a být u něho, to bohužel nelze. Takže se*

*pospíchá, aby byli všichni najezení.“ Sestra H5 uvedla: „V hospici je větší prostor pro klidný, individuální přístup, na LDN to moc nejde, je zde velký počet pacientů.“ Sestra H4 vnímá svoji péči jako poslání, proto péči více prožívá. „Cítím, že sestry v hospici jsou více otevřené k pomoci rodinám a pacientům nad rámec svých pracovních možností a povinností.“ Sestra H1 dodala: „V hospici má sestra rozhodně více času na každého pacienta. Nejde tam pouze o splnění úkonů zajišťujících základní potřeby člověka (umýt, nakrmit, přebalit), ale v hospici se personál (alespoň v mém případě) zajímá i o psychickou stránku nemocného. O to, jak se v aktuální chvíli cítí. Má práce v tomto zařízení nekončí u nakrmení a přebalení pacienta. Součástí mé práce je i rozhovor s pacientem, když to zrovna potřebuje. Mezi běžné činnosti patří i předčítání knih, hra karet, prohlížení fotografií.“ Sestra H7 dodala: „V hospici se snaží člověku co nejvíce ulehčit odchod, zatímco v LDN si nechtějí přiznat, že už nejsou možnosti, a tak uměle prodlužují život, který už životem není.“ Sestra H3 se také připojila a doplnila: „V hospici je empatie, soudržnost, respekt, úcta, vstřícné chování a čas na pacienty, kdežto na LDN je mnoho pacientů, neochota, velká únava, vyhoření, strohý přístup, málo personálu a velký spěch.“*

#### **Kategorie 4 - Tekutiny**

Čtvrtá kategorie zkoumá, jak sestry zajišťují příjem tekutin. Pitný režim je důležitý jak pro zdravé, tak pro nemocné lidi. Starší a umírající pacienti nemají pocit žízně, proto je nezbytné, aby zdravotnický personál byl v této oblasti velice aktivní a dával pravidelně tekutiny pacientům během dne. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) uvedly, že je nutné pacienty přes den sledovat a podávat jim tekutiny. Sestra L8 upřesnila, jak zajišťují potřebu tekutin v LDN. „Snažíme se pacienty vybízet k pití nebo jim samy dáváme napít. Bud' pomocí pítka, stříkačky nebo brčka. Také používáme sipping, to je celodenní popíjení v podobě ochuceného nutričního drinku.“ Sestra L4 podotkla, že tekutiny mohou podávat parenterálně pomocí infuzí. Sestra L2 dále doplnila: „Vždy je dostatečné množství tekutin na pokoji. Nesoběstačným pacientům čaj doléváme a dáváme pít, popřípadě zapisujeme množství do tabulky.“ Sestra L5 dodala, že pacientům, kteří jsou v terminálním stádiu, vkládají do úst navlhčený tampón nebo alespoň otírají ústa a rty namočeným tampónem. Sestra H1 uvedla, jak zajišťují potřebu tekutin v lůžkovém hospici: „Každý nemocný má k dispozici čaj (sladký/hořký, černý/ovocný/zelený) podle chuti, další druhy nápojů mohou pacientovi přinést příbuzní. V případě, že pacient není schopen sám se v této oblasti obsloužit, podáváme mu tekutiny my po brčku, z lahvičky nebo stříkačkou a

*v konečné fázi vkládáme do úst vlhčený tampón zamotaný v obvazu nebo otíráme rty opět namočeným tampónem.*“ Sestra H5 připomněla, že rodina může pacientovi přinést nutriční nápoj, nebo tento nápoj pacient dostává i v hospici podle přání. Sestra H7 uvedla, že také používají sipping dle potřeby. Sestra H6 upozorňuje: *„Je jasné, že tělo postupně umírá, tak tím i potřeba žízně slábně, proto je důležité sledovat celkový stav pacienta a starat se o tuto potřebu alespoň namočeným tampónem.*“

### **Kategorie 5 – Výživa**

V páté kategorii jsme zjišťovali, jak sestry saturují potřebu výživy. Všechny sestry H1-H8 a L1-L8 se shodly, že je vhodné, aby zdravotnický personál zhodnotil, zda se pacient nají sám nebo je potřebná dopomoc či úplná pomoc. Sestra L2 uvedla: *„Nosíme jídlo na pokoj k lůžku pacienta, soběstační pacienti mohou jíst v jídelně, nesoběstačné nakrmíme, popřípadě jim pomůžeme se najíst.*“ Sestra L5 uvedla: *„Spolupracujeme s nutričním terapeutem (přidavky, sipping, kašovitě diety, mleté maso).*“ Sestra L3 dodala, že někteří pacienti mají zavedenou nazogastrickou sondu anebo PEG. Sestra L6 zdůrazňuje, že je jich málo, tak není moc prostoru čekat u pacienta, než se v klidu nají, ale dodala: *„Děláme, co můžeme.*“ Sestra L8 popisuje, že pomáhají pacientům, když potřebují, něco nakrájet nebo podat. *„Všichni pacienti jsou v polosedu, aby se neudusili.*“ Sestra H2 dodala, že mají buď dietu 0 nebo 1 a přikrmují se nutridrinky nebo nutrikrémy. Sestra H5 popisuje: *„Na pacienty máme čas, tak na ně se stravou nechvátáme jako na jiných oddělení, kde není dostatek personálu a je všechno ve spěchu.*“

Dále nás zajímalo, zda sestry pobízejí pacienty k jídlu, když nemají chuť, odpovídaly informantky následovně. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly na tom, pokud pacient nemá chuť k jídlu, tak mu jídlo nevnucují, ale snaží se o jinou alternativu anebo alespoň podávají tekutiny. Sestra L1 upřesnila, že se snaží se, aby alespoň přijímali tekutiny v podobě sippingu nebo čaje. *„Hlavně pít, když nechtějí jíst.*“ Sestra L5 podotkla, že pokud pacienti nechtějí jíst, tak jim zkoušejí nabízet alternativu. Sestra H1 uvedla: *„Necháváme to na jejich svobodné vůli. V případě, že pacient nechce, co mu je zrovna nabídnuto, a vidíme, že strádá, a je potřeba, aby jedl, snažíme se mu nabídnout jinou alternativu v podobě něčeho, co má rád.*“ Sestra H4 sděluje, že jídlo pacientovi ohřívají později, až bude mít chuť. Sestra H5 se vyjadřuje takto: *„Pacienty nenutíme do jídla. Když tělo začíná umírat, je zcela jasné a přirozené, že nechce přijímat potravu.*

*Stravu pacientovi nabídneme, pokud pacient odmítne, necháme na dýl nebo zkusíme jinou alternativu. Alespoň zvlhčujeme ústa a rty.“*

### **Kategorie 6 – Vyprazdňování**

Šestá kategorie popisuje potřebu vyprazdňování pacientů v LDN. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly na tom, že je důležité při vyprazdňování zajistit soukromí a důkladnou hygienu. Sestra L1 přímo uvedla, jak zajišťují vyprazdňování v LDN: *„Můžeme s pacientem dojít na WC, nebo pokud je menší omezená hybnost, mají u lůžka WC křeslo, pokud je větší omezená hybnost a potřebují, dáváme podložní mísu, anebo plenkové kalhotky. Také pacienti mají často zavedený permanentní močový katétr.“* Sestra L8 doplnila, že u imobilních pacientů se snaží zajistit soukromí pomocí závěsu. Sestra L3 podotkla, že po vyprazdňování ošetřují konečník dle potřeby. Sestra L6 sděluje, že sledují a ptají se pacientů, zda byli na stolici a dodala: *„Pokud pacienti nebyli na stolici 4 dny, potom zavádíme glycerínový čípek nebo podáváme Lactulosu. Jestliže je to naopak, pacienti mají průjem, podáváme Hylak forte nebo přímo Carbosorb.“* Sestra H1 popisuje, jak zajišťují vyprazdňování v lůžkovém hospici: *„Pacienti, kteří jsou mobilní, tak mají své WC na pokoji. U pacientů imobilních používáme jednorázové pleny, v případě, že pacient pleny odmítá a vyžaduje vyprazdňování na klozetovém křesle, umožníme mu to.“* Sestra H5 dodala, že je po vyprázdnění potřebné ošetřit konečník pomocí mastí.

### **Kategorie 7 - Hygienická péče**

Sedmá kategorii popisuje provádění hygienické péče. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) uvedly, že je potřebné zhodnotit úroveň soběstačnosti při hygieně. Sestra L3 popsala, jak provádí hygienickou péči v LDN. *„Ranní hygiena, buď koupel celková na lůžku anebo v koupelně. Dále provádíme masáž těla, přebalování dle potřeby a zajišťujeme čisté ložní či osobní prádlo.“* Sestra L6 upřesnila: *„Hygiena probíhá vždy ráno, 1x za týden bereme každého pacienta do vany. Několikrát je přes den přebalujeme, poté následuje večerní hygiena, ta spočívá ve výměně plenkových kalhotek a vyndání zubní protézy na noc.“* Sestra L7 dodala, že pokud se pacienti myjí sami na lůžku pomocí lavoru, tak jim dopomáhají dle pacientových schopností a potřeb. Při hygienické péči se sestry starají také o bezpečnost pacienta. Sestra L6 připomíná, že se často při hygieně zapomíná na dutinu ústní anebo také na česání vlasů, či stříhání nehtů. Sestra L8 klade důraz na používání osobních hygienických potřeb pacienta. Sestra H6 popisuje, jak provádí hygienickou péči v lůžkovém hospici. *„Pacienty myjeme 1x za týden ve vaně, je to pro ně*

za tu dobu osvěžující a příjemné.“ Sestra H4 dodala: „Pacienti mohou využít sprchu na pokojích, kde se mohou mýt samostatně nebo s naší pomocí, pak do vany nechodí. Ležící pacienty myjeme na lůžku.“ Sestra H2 dodala, že je vhodné, aby pacienti měli svoje hygienické potřeby. „Jejich vůně krému jim připomíná domov a cítí se klidně.“

### **Kategorie 8 – Spánek a odpočinek**

V osmé kategorii jsme zjišťovali, jak sestry saturují potřebu spánku a odpočinku. Sestry L1-L8 se pokoušejí zajistit klidný a nerušený spánek a odpočinek. Sestra L2 uvedla, že pacienty zbytečně neruší během spánku a odpočinku, pokud to pacienti nevyžadují nebo nepotřebují. Sestra L1 argumentovala tak, že u pacienta vypnou televizi, zhasnou světla, pokud si žádá. „Pokud nějaký pacient nespí a je neklidný, lze ho převést na jiný pokoj, aby se ostatní pacienti v klidu vyspali.“ Sestra L3 odpověděla takto: „Snažíme se o to, aby byl klid na oddělení, a pokud je třeba, zklidnit i „sousedy“ na pokoji.“ Sestra L6 dodala, že na pokoji musí být všichni pacienti k sobě tolerantní a ohleduplní. „Není to jednoduché, ale musí se udělat kompromis. Bohužel máme pokoje po 3 nebo po 4 lůžkách, tak je to obtížné. Máme i jednolůžkové, ale tam jsou pacienti, kteří jsou v terminálním stádiu, aby měli pokud možno klid.“ Sestra L7 přímo uvedla, že po obědě pacienti mohou odpočívat. „Líbí se mi, že pacientům děláme po obědě kávu, kdo chce, mohou ji dostat, jak jsou třeba doma zvyklí a poté mohou odpočívat.“ Sestry H1-H8 uvedly, že pacienti v lůžkovém hospici mají své pokoje a možnost přespání blízké osoby u lůžka nemocného. Sestra H1 uvádí, co dělají pro to, aby pacienti měli klid během spánku. „Každý pacient má svůj pokoj se sociálním zařízením a okna jsou vybavena závěsy, které zajistí vhodné přitímní. Když je potřeba pacienta zkontrolovat, zbytečně nerozsvěcujeme světla a snažíme se být maximálně potichu.“ Sestra H4 oznamuje: „Pacienti mají svůj pokoj, kde jsou svým pánem, a můžou si dělat, co chtějí. Mají zde svůj prostor a místo jen pro sebe. Pacienti si pokoj mohou zařídit podle sebe, jak jim to vyhovuje. Zbytečně pacienty nebudíme, pouze nakoukneme, zda je vše v pořádku.“ Sestra H5 má podobný názor a podotkla, že pacienti mají v hospici možnost svojí výbavy. „Je vhodné, aby si pokoj uspořádali tak, jak se jim líbí, třeba jak to měli doma podle sebe. Také si mohou vystavit fotografie, různé oblíbené knihy, vše, co navodí nejosobnější atmosféru a co zpříjemní pobyt pacientovi v tomto zařízení. Mohou to být klidně menší předměty osobního charakteru.“

Na otázku, jak sestry splňují zvyklosti pacientům před spánkem. Všechny sestry (H1-H8 a L1-L8) odpověděly, že se snaží pacientům před spánkem splnit jejich zvyklosti. Sestra

L1 uvedla, že se zatím nesetkala, že by někdo měl zajímavý rituál před spánkem, ale dodala, že pacientům splňuje potřeby, které si žádají. Sestra L4 doplnila: „*Dle pacientových zvyklostí se snažíme plnit jejich přání, aby se cítili co nejlépe.*“ Sestra L8 odpověděla následovně: „*Snažíme se podle potřeb pacienta před spaním vyvětrat, zhasnout světla, uložit pacienta do jeho vhodné polohy. Někdo potřebuje mít světlo, tak to zkusíme zajistit, například závěsem a necháme rozsvícenou lampičku, natřepeme polštář, umístíme veškeré potřebné předměty na stoleček.*“ Sestra L5 potvrzuje, že pacientům pomáhají s večerní hygienou. „*Vyndáme pacientům zubní protézu a vyčistíme ji, přebalíme pacienty nebo jim dopomůžeme s večerní hygienou.*“ Sestra H7 udává, že reaguje na přání pacienta. „*Pokud jsou to dlouhodobí pacienti, tak jejich zvyklosti již známe.*“ Sestra H3 uvádí konkrétní příklad splnění zvyklostí u pacientů: „*Například jim vyvětráme pokoj dle potřeby, zapneme televizi, srovnáme postel, naklepeme polštář, srovnáme věci na jejich stolku, dáme jim k blízkosti signalizační zařízení, pohladíme po vlasech, popřejeme jim dobrou noc.*“ Sestra H4 upozornila, že někteří pacienti potřebují pomoci s večerní hygienou, tak jim vyndají zubní protézu a vyčistí ji, provedou koupel celého těla. Sestra H1 zdůrazňuje: „*Je potřebné, abychom na zvyklosti pacientů nezapomněli, mysleli na ně a umožnili je pacientům provádět.*“

### ***Kategorie 9 - Rehabilitace, polohování a předcházení dekubitům***

Kategorie devátá je zaměřena na polohování a předcházení dekubitům. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly a souhlasí, že když pacienty polohují, tak tím předcházejí dekubitům. Dále se všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) shodly, že přes den se snaží pacienty polohovat po 2 hodinách a večer po 3 hodinách. Sestra L8 přímo uvedla: „*Pacienty se snažíme pravidelně polohovat přes den a v noci. Máme polohovatelné pomůcky pro pacienty, používáme je dle potřeby, pacienty otáčíme na boky a na záda, podkládáme jim končetiny. Soběstační pacienti se otáčejí sami, ale občas jim raději připomeneme, že je důležité, aby měnili polohy, a tím zamezili vzniku dekubitů na svém těle.*“ Všechny sestry se shodly, že používají hodnocení dekubitů dle Nortonové nebo I.-IV. stupně dekubitů. Sestra L1 uvedla, že většina pacientů má antidekubitní matraci. Sestra L7 doplnila, že pacientům promazávají pokožku a také je zapojují do cvičení. Sestra L5 ve své odpovědi zdůraznila. „*Snažíme se u pacientů předcházet dekubitům pomocí aktivizace, cvičení, rehabilitace, pravidelným polohováním. Máme antidekubitní pomůcky, které používáme. Snažíme se správně vyměňovat ložní prádlo a zajišťujeme pitný režim.*“ Sestra H8 popsala, že je potřebné mít určité vybavení k předcházení



dekubitům, a to antidekubitní matrace a polohovací pomůcky. „*Hlavní je pravidelné a časté polohování, zajištění péče o kůži a pokožku například promazáním, aseptické ošetřování, sledování ohrožených míst, neboli predilekčních míst.*“ Sestra H4 udává: „*Také umožňujeme pacientům sed v křesle.*“ Velmi obsáhlou odpověď měla sestra H1: „*Úplně prvotně dbáme na pravidelný příjem stravy a tekutin u pacientů. Každého pacienta se po hygieně snažíme promazat vazelínou či indulonou. Tato opatření jsou ovšem limitována přáním pacienta. Dále vedeme polohovací záznam a pravidelně po 2-3 hodinách pacienty polohujeme. Při polohování používáme polohovací pomůcky jako klíny, polštářky, válce. Pacientům s vysokým rizikem vzniku dekubitů dáváme antidekubitní matrace. K polohování nám pomáhají i polohovací postele.*“

Dále jsme se zajímali o to, jestli se rehabilitace (RHB) provádí u všech pacientů a jestli je RHB důležitá pro pacienty. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly na názoru, že RHB je důležitá u všech pacientů. Sestra L1 konkrétně odpověděla: „*RHB je důležitá jak u ležících pacientů, tak u chodících, protože se tím předchází imobilizačnímu syndromu.*“ Sestra L8 doplnila, že pacienti, kteří spolupracují, tak je u nich RHB prospívající. „*Ale nesmí se opomenout pacienti, kteří nemohou spolupracovat, i u nich se provádí RHB, například cvičením končetin.*“ Sestra H3 dodala, že RHB se provádí dle indikace fyzioterapeuta. Sestra L6 zdůraznila: „*RHB je důležitá, ale někdy jsou i jiné priority, například nemít bolest.*“ Sestra L2 podotkla: „*Pokud se pacient zhorší, pozastavíme RHB na pár dní, pak se k ní opět vrátíme.*“

### ***Kategorie 10 - Bolest***

Desátá kategorie popisuje potřebu tlumení bolesti. Každý pacient má jiný práh bolesti. Cílem sester by mělo být zmírnit bolest. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se pokoušejí zmírnit bolest pomocí medikamentů a používají různé škály bolesti. Sestra L1 uvedla, že používají více škál bolesti, a to numerickou škálu bolesti, vizuální analogovou škálu bolesti, škálu výrazů obličeje. Sestra L7 zdůraznila, že hodnotí také dle pozorování a z komunikace. Sestra L2 zkonstatovala, že bolesti tlumí pomocí opiátů, buď léky nebo náplastí. Sestra L8 sděluje, že léky podávají ústy, intramuskulárně, subkutánně, ale i intravenózně. Sestra L6 doplnila, že také tlumí bolest pomocí mastí. Sestra L1 podotkla, že se léky intravenózně podávají výjimečně, podle potřeby. Svou odpověď připojuje také sestra L5. „*Zkousíme úlevové polohy, které pacientům vyhovují a pobízíme je k pití tekutin.*“ Sestra H4 uvedla, že používají také více škál bolesti, a to jednoduchou

deskriptivní škálu bolesti, škálu dle Melzacka škálu bolesti, škálu výrazů obličeje, vizuální analogovu škálu bolesti nebo se na bolest dotazují, dále hodnotí bolest pohledem a sluchem. Sestra H2 následně doplnila: „*Pokud se pacient dostane do terminálního stádia, jsou ordinovány pravidelné dávky opioidu, a to Morfinu, které jsou nejčastěji podávány přes subkutánní kanylu. Další variantou, kterou využíváme, je lineární dávkovač. Oboje tyto metody jsou kombinovány v podobě Fentanylových náplastí.*“ Sestra H6 dodala, že navíc používají Buprenorphinum a Novalgin. Sestra H5 odpověděla, že tlumí bolest polohováním, mazáním, podkládáním končetin a bazální stimulací. Sestra H8 uvedla, že také léky podávají do svalů, do podkoží a pomocí náplastí. Podávají již zmíněné opioidy, analgetika, sedativa, nesteroidní antiflogistika. Na závěr sestra H2 dodala: „*V hospici se s léky na bolest nešetří.*“ Ještě upozornila: „*Podáváme tlumící léky našim pacientům na sklonku jejich života, proto, aby netrpěli bolestí. Víím, že podávání opiátů může vést k zástavě dechu a tím pádem ke smrti nemocného, ale pacient díky podání léku, nepociťuje bolest, ani jiný diskomfort, což by mělo být naší prioritou.*“

### ***Kategorie 11 - Paliativní péče***

Jedenáctá kategorie popisuje poskytování paliativní péče. Paliativní péče je u pacientů v terminálním stádiu zásadní a klíčová. Nikdo z nás si nezaslouží trpět bolestí. Proto je nezbytné s paliativní péčí začít včas a intenzivně se jí věnovat dostupnými prostředky. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly, že paliativní péče je potřebná a důležitá a také že ji poskytují pacientům. Sestra L7 odpověděla: „*Každý si zaslouží umřít důstojně.*“ Sestra L6 doplnila, že paliativní péče se snaží udržet pacientovu psychiku a že používají tlumící léky, snaží se zajistit blízkost rodiny a uspokojit potřeby pacienta. Sestra L4 dodala: „*Pečujeme o rány, zajišťujeme vyprazdňování, výživu, hydrataci, dbáme o pokožku, poskytujeme léčbu při defektu. Zejména se snažíme tlumit bolest, pečujeme o psychosociální potřeby pacienta.*“ Například sestra L2 konkrétně odpověděla: „*Paliativní péče je podstatná, protože je poskytována pacientům s nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu, kde je důležité snižovat bolest, zachovat pacientovi důstojnost a zajistit další duševní a tělesná strádání.*“ Sestra L5 doplnila, že se snaží v rámci paliativní péče zmiřňovat úzkost a strach. Sestra H1 uvedla: „*Pacienti v konečném stádiu mohou mít velké bolesti a my v rámci této péče se je snažíme co nejvíce minimalizovat. Určitě je důležité, aby o nemocné v těchto chvílích bylo řádně postaráno, když rodina nemůže.*“ Sestra H8 uvedla, že jen díky paliativní péči může být pacient alespoň trochu v klidu a bez bolesti. „*Paliativní péče usnadňuje odchod pacientům.*“

Ještě doplnila: „*Cílem paliativní péče je zmírnit bolest, dušnost a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. V hospici se snažíme chránit pacientovu důstojnost, v maximální míře mírnit bolest. Důležitý je význam rodiny a nejbližších přátel nemocných. Co nejvíce umožňovat návštěvy. Lékař informuje rodinu o stavu pacienta podle jeho přání.*“

### **Kategorie 12 - Bezpečnost**

V kategorii dvanácté jsme se zajímali o zajištění bezpečnosti pacientů. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) mají stejný názor, že se snaží zajistit bezpečnost pacientům pomocí zvednutých postranic u lůžka, hrazdičky a signalizačního zařízení. Sestra L2 doplnila: „*Pokud pacient nemůže použít signalizační zařízení, sestra je o tomto informovaná a snaží se na pacienta během dne dohlížet, nebo je zapojen druhý schopnější pacient, který v případě potřeby zazvoní.*“ Sestra L5 upřesnila: „*Na LDN máme madla na chodbách, snažíme se různě upravovat okolí lůžka a umístíme potřebné pomůcky k lůžku na jídelní stolek.*“ Sestra L3 potvrzuje: „*Pacientům nesoběstačným nebo částečně soběstačným dáváme na lůžko zábrany, pacienti nemají u lůžka a na pokoji zbytečné překážky, aby jim nehrozil pád či úraz.*“ Sestra H8 popsala, že bezpečnost pacientům zajišťují pomocí protiskluzové podlahy v koupelně. Sestra H7 dodala: „*Bezbariérový přístup je také důležitý.*“ Sestra H1 následně doplnila: „*Pacienti potřebující pro pohyb berle, chodítko, vozík, mají možnost zapůjčení těchto pomůcek.*“

### **Kategorie 13 - Komunikace**

Třináctá kategorie popisuje, jak sestry komunikují s pacienty. Komunikace je součástí ošetrovatelské péče. Pacient by měl být dostatečně informován o režimu daného oddělení a o svém zdravotním stavu. Dále by pacient měl se sestrami spolupracovat, jediné tak budou vědět, jaké potřeby je nutné saturovat. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly, že komunikace je potřebná a snaží se s pacienty komunikovat během směny. Všechny dotazované sestry (L1-L8 a H1-H8) odpověděly, že ne vždy na komunikaci mají čas, ale snaží se, aby zjistily základní a důležité informace o pacientech. „*Usilujeme o to, abychom měly dostatek informací a přehled o pacientových potřebách (L2).*“ Sestra L5 uvedla, že komunikace je samozřejmostí. „*Ráda bych si k pacientům sedla a poslouchala jejich příběhy a zážitky, ale momentálně je zdravotnického personálu na LDN nedostatek, tak takovou konverzaci musíme přesunout na později.*“ Sestra L3 upřesnila: „*Máme na LDN hodně komunikativní pacienty, tak se s nimi nenudíme. Snažíme se s nimi během*

dne komunikovat, i když nemáme tolik času.“ Sestra H1 odpověděla následovně: „S pacienty se snažíme komunikovat v určitých mezích. Dostatečně na to, abychom věděly o pacientových potřebách a pocitech, a abychom neustálými dotazy neobtěžovaly pacienty.“ Sestra H7 upřesnila: „Mám přidělené pacienty, o které se starám a samozřejmě s nimi často komunikuji, pokud to jejich stav dovoluje.“ Sestra H5 konkrétně odpověděla: „Snažíme se s pacienty komunikovat, aby se necítili sami nebo si nemysleli, že si jich nevšímáme. Pokud máme čas a zrovna nic neděláme, tak jdeme za nimi a povídáme si. Dovídáme se hodně informací o jejich dětství, minulosti, či vnoučatech nebo také o rodině.“

Dále jsme se zajímali o to, jestli se sestry bojí odpovídat umírajícím pacientům na otázky ohledně smrti. Sestra L1 a L2 uvedly, že se bojí odpovídat umírajícím pacientům na otázky ohledně smrti. Sestra L2 přímo uvedla: „Bojím se odpovídat pacientům na tyto otázky, nevím, jak na ně mám reagovat.“ Oproti tomu sestry L3, L4, L5 a L7 uvedly, že se nebojí pacientům odpovídat na otázky ohledně smrti. Sestra L4 upřesnila, že už jí nyní tolik neděsí odpovídat pacientům na otázky ohledně smrti, než tomu bylo dříve. Sestra L7 podotkla: „Většinou na tyto otázky odpovídá lékař.“ Sestra L8 sděluje: „Zatím jsem neměla tu možnost umírajícímu pacientovi odpovědět na otázky ohledně smrti, ale myslím si, že toto téma je pro všechny těžké, snažíme se na smrt moc nepomýšlet. Raději se těmto otázkám a odpovědím vyhýbáme.“ Následně doplnila: „Je potřeba, aby sestry uměly zvládat odpovídat i na tyto nepříjemné otázky, protože pro pacienty jsou tyto otázky velmi významné.“ Sestra H1 zdůrazňuje: „Dosud si nikdy nejsem jistá odpovědí. Například na otázku: „Sestřičko, tak kdy už to přijde?“ Není mi příjemné bavit se na toto téma.“ Oproti tomu sestra H2 odpověděla takto: „Pacienti jsou už většinou smířeni a spíše vyprávějí, co za život udělali, než že aby se ptali.“ Sestra H4 souhlasí a uvádí, že se nebojí, ale že ráda přenechá tyto otázky psycholožce nebo lékaři. Sestra H5, H6, H7 odpověděly, že se nebojí odpovídat umírajícím na otázky ohledně smrti. Sestra H8 následně doplnila: „Občas mi dělá problém odpovídat pacientům na tyto otázky, ale spousta pacientů vzpomíná a vypráví o svých zážitcích, než aby se ptali, co je čeká. Nikdo neví, co je přesně čeká.“ Sestra H3 má podobný názor a uvedla, že se nebojí, ale rozhodně by záleželo, jakým způsobem by byla otázka položena.

Poté se sestry mohly vyjádřit k tomu, jak probíhá komunikace mezi nimi a rodinou. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se snaží včas informovat rodinné příslušníky a udržovat s nimi kontakt. Sestra L1 udává, že je důležité, aby rodina věděla potřebné informace

o pacientovi, aby měla dostatek času se s nastalou situací smířit a s dotyčným se rozloučit. Sestra H3 podotkla: „*Je hezké vidět, když rodina přijde za pacientem. Myslím si, že na každém oddělení tomu tak není.*“ Sestra H2 uvedla, že se snaží volat rodinám, pokud si myslí, že se blíží jejich smrt. Sestra L5 doplnila, že rodina je zdrojem informací o nemocném a doplňuje pacientovu anamnézu. Sestra H8 popisuje: „*Pokud pacient vidí zájem rodiny, hned se cítí být milován a podporován.*“ Sestra L7 odpověděla, že vhodná komunikace mezi rodinnými příslušníky a sestrami může pozitivně ovlivnit péči o pacienta, a to například v získávání informací o jeho zvycích a potřebách. „*Je vždy dobré, když se rodinný příslušník zapojí společně se sestrou do péče o pacienta, hlavně ve smyslu psychické podpory.*“ Sestra H6 dodala, že je potřebné, aby si sestry získaly důvěru rodinných příslušníků. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly, že během komunikace s rodinou se snaží být vstřícné a profesionálně vystupovat. Na závěr sestra H4 podotkla: „*Sestra je takzvaný most mezi lékařem, pacientem a rodinou.*“

#### ***Kategorie 14 - Spirituální (duchovní) péče***

Čtrnáctá kategorie pojednává o poskytování spirituální péče. Spirituální péči mohou využívat všichni pacienti. Sestry mají povinnost se o spirituální péči zmínit a nabízet ji pacientům. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) uvedly, že při vstupní anamnéze jsou pacienti informováni o možnosti využití duchovní péče. Sestra L3 upřesnila: „*Pokaždé se ptáme pacientů na duchovní potřeby.*“ Sestra L1 uvedla: „*Spirituální potřeby můžeme zajistit zavoláním kaplana na oddělení.*“ Sestra L7 podotkla: „*LDN má duchovního, ale pro celou nemocnici. Přímo svého duchovního na oddělení nemáme.*“ Sestra L8 dodala, že do léčebny dlouhodobě nemocných dochází duchovní na žádost pacienta. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) odpověděly, že pokud pacienti vyžadují setkání s duchovním, tak jim vyjdou vstříc. Všechny sestry z LDN (L1-L8) podotkly, že pacienti duchovní péči využívají zřídka. Sestra H8 popisuje, že věřící i nevěřící jedinci mají možnost promluvit si s duchovním. Sestra H7 upřesnila: „*Při každém příjmu se ptáme, zda je dotyčný věřící a zda si přeje využívat duchovních služeb v našem zařízení.*“ Sestra H3 uvedla, že mají duchovního přímo v lůžkovém hospici. Sestra H2 uvedla, že v hospici zatím měli pacienty pouze s křesťanským náboženstvím, s žádnou jinou vírou se doposud nesetkali. Sestra H6 se zmiňuje, že v lůžkovém hospici je umožněna mše za přítomnosti duchovního. Sestra H5 odpověděla takto: „*Pokud mluvíme o spirituální péči ve zdravotnictví, je to tedy péče o duchovní potřeby pacienta a také jeho blízkých. Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět*

*příběhu života, důstojně zvládnout obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence.“* Sestra H8 dodala, že pacienti duchovního využívají poměrně často v lůžkovém hospici, protože si potřebují promluvit a vyzpovídat se. Sestra H6 doplnila, že je vidět, že je duchovní pro pacienty potřebný. *„Pacienti se nacházejí v konečné fázi, tak si potřebují uspořádat svoje myšlenky, třeba se i smířit s neodvratným odchodem z tohoto světa.“*

### **Kategorie 15 – Psychická péče**

Patnáctá kategorie je zaměřena na uspokojování psychických potřeb. Tyto potřeby jsou stejně důležité jako všechny ostatní. Psychika pacienta hraje velmi podstatnou roli během postupného umírání. Sestra L1 uvedla, co řadí mezi psychické potřeby, a to potřebu bezpečí a jistoty. Sestra L6 dodala, že do těchto potřeb zařazuje cit a lásku. Sestra L7 doplnila, že je potřebné poskytovat poradenství rodině, popřípadě pozůstalým. Sestra L4 poukázala na to, že je důležité se zaměřit na psychiku člověka a uspokojit potřeby uznání, poznávání a umožnit sociální kontakt. Sestra L2 popisuje: *„Mezi psychické potřeby řadíme zejména zdraví, respekt, zapojení rodiny do péče, pocit blízkosti a chápání.“* Sestra H5 se vyjadřuje takto: *„Psychické potřeby jsou hodně založené na potřebě pocitu blízkosti a pochopení. Pacienti mají potřebu vědět, že na tuto vážnou situaci nejsou sami.“* Sestra H6 doplnila, že se snaží minimalizovat pocit strachu, úzkosti nebo různých obav. Sestra H8 popisuje svůj pohled na zajištění psychických potřeb. *„Když jsou uspokojeny fyzické potřeby, nemocný pociťuje i potřeby vyšší úrovně, například potřebu bezpečí, úcty, seberealizace. Má potřebu respektu ke své lidské důstojnosti, potřebuje komunikovat a být v kontaktu se svým okolím, cítit lásku a sounáležitost.“* Sestra H2 konkrétně odpověděla: *„Jediné, co můžeme, je si s pacienty povídat, a to někdy bohatě stačí. Ono stačí někoho jen pohladit nebo obejmout a ty lidi to vrací víc, než si dokáže člověk představit. Vzhledem ke svému věku si myslím, že mě spousta pacientů bere jako náhradní vnučku. Zpívají se mnou písničky nebo mi potají dají čokoládu.“* Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly, že se snaží pacientům vyhovět a respektovat jejich rozhodnutí a přání. Sestra L3 odpověděla následovně: *„Snažíme v rámci oddělení a řádu. Nemůžeme úplně všechno dovolit.“* Sestra H1 dodala: *„Ano, pokud to situace dovolí, snažím se jim plnit jejich přání.“*

Poté se sestry mohly vyjádřit k tomu, zda mají dostatek prostoru na uspokojování psychických potřeb. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly, že se snaží udělat si čas

na pacienty a saturovat jejich potřeby. Sestra L8 uvedla: „*Snažíme se o to, aby pacienti měli co nejvíce sociálních kontaktů. Umožňujeme rodinám v maximální míře, aby mohli být u svých blízkých.*“ Sestra H3 souhlasí, že mají prostor na uspokojování psychických potřeb, protože mají menší počet pacientů v lůžkovém hospici a mohou se jim věnovat.

### ***Kategorie 16 – Sociální péče***

V šestnácté kategorii jsme zjišťovali od sester, jak se snaží zajišťovat sociální potřeby. Každý člověk kolem sebe potřebuje cítit lásku a mít někoho, na koho se může v případě nouze obrátit. Sestra L5 uvedla, co patří do sociálních potřeb. „*Snažíme se umožnit pacientům kontakt s rodinou.*“ Sestra L6 vyjmenovala vše, co řadí do sociálních potřeb: „*Patří sem potřeba kontaktu i fyzického, potřeba mezilidských vztahů, potřeba sebe-akceptace a dále podpora aktivity.*“ Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly, že doporučují rodinám a přátelům, aby navštěvovali své blízké. Sestra L8 dodala, že jim záleží na tom, aby pacienti byli spokojeni. Sestra H7 se zmínila, že do sociálních potřeb zahrnují možnost neomezených návštěv či přespání u lůžka nemocného. „*Do sociálních potřeb lze z části zahrnout canisterapii či hipoterapii.*“ Sestra H6 doplnila, že se snaží podporovat rodinu během těžké chvíle. Sestra H1 odpověděla následovně: „*Každého pacienta se snažíme přijmout takového, jaký je. Každý jedinec je individuální a s nemocí se vypořádává jinak. Pak i náš přístup ke každému musí být trochu odlišný. Co zůstává ovšem stejné, je laskavost, snaha vyjádřit úctu k nemocnému a poskytnout člověku bezpečí a to, že někam patří, že lidem, kteří jsou kolem něj, na něm záleží, záleží na jeho názoru, na tom, co si myslí. V rámci uspokojování sociálních potřeb hospic, ve kterém pracuji, umožňuje neomezené návštěvy a možnost přespání blízké osoby na pokoji s nemocným.*“ Sestra H5 podotkla, že kontaktují sociální pracovníci k vypořádání různých záležitostí, například závěť. Velmi obsáhlou odpověď měla sestra H8. „*Hospitalizací dochází k velké změně v sociální interakci. Člověk je běžně obklopen velkou spoustou lidí. Ať už je to rodina, přátelé nebo spolupracovníci. V momentě, kdy je upoután na lůžku, se okruh lidí podstatně zúží. Setkává se s ošetrovatelským týmem. Ti se však odlišují. Mají jinou charakteristiku. Pro ty první byl pacient „někdo“. Pro ty, se kterými přichází do styku poprvé je také „někdo“, avšak někdo, kdo potřebuje naši pomoc. Jsou pacienti, kteří právě tuto změnu v sociální hierarchii, v žebříčku sociálního postavení a rolí těžce snášejí.*“

V další části rozhovoru, se sestry mohly vyjádřit k tomu, jak se mění pacientova sociální potřeba v průběhu hospitalizace. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) uvedly, že se pacientům sociální potřeba může měnit. Sestra L1 přímo uvedla: *„Ze začátku má pacient nějaké aktivity, třeba chodí. Potom už chce jenom spát a pít, ani jídlo mu nechutná.“* Sestra L2 podotkla, že se pacientům sociální potřeba mění. *„Například, když dojde ke zhoršení stavu a nemůže si dojít na záchod sám, musí pacient vykonat potřebu například na mísu, gramofon nebo do bažanta, pro některé pacienty to není důstojné, nebo nechťejí, nebo jim nejde vykonat potřebu tímhle způsobem.“* Sestra L6 podotkla, že pacienti jsou velmi fixovaní na zdravotnický personál, na který jsou zvyklí každý den. *„Ale rodina, je rodina.“* Sestra L8 se setkala s tím, že se pacientova sociální potřeba změnila ze dne na den. *„Záleží na jeho celkovém zdravotním stavu, ze soběstačného pacienta se stává imobilní pacient.“* Sestra H6 odpověděla, že pacient je určitě vděčný za každou návštěvu. *„Občas jsou obavy, jak rodina zvládne a přijme jeho situaci. Postupem zhoršení stavu si pacient více přeje přítomnost rodiny.“* Sestra H1 uvedla, že v průběhu hospitalizace nemocný potřebuje více cítit podporu okolí a být se svými blízkými. *„Ale je to individuální, jiní pacienti to mohou mít zase opačně.“*

V neposlední řadě bychom se zmínili o tom, jak se sestry snaží zajistit soukromí pacientů. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly na tom, že se snaží zajistit pacientům soukromí. Sestra L1 uvedla: *„Bohužel máme pokoje i po 4 lůžkách, pacienti moc soukromí nemají, ale můžeme zatáhnout závěs u každého pacienta.“* Sestra L4 odpověděla následovně: *„Nejlépe, aby pacient mohl být někde sám pouze v kruhu rodinném, nebo alespoň oddělit ho od dalších pacientů plentou.“* Sestra L5 argumentovala tak, že se snaží u pacientů zavírat dveře a zajistit obnažování při mytí po částech. Sestra L7 doplnila: *„Pokud je to možné, pacienta necháme samotného na pokoji. Když to nelze, tak zajistíme plentu, tlumené světlo na pokoji, klid a ticho.“* Oproti tomu sestra H8 z lůžkového hospice uvedla, že většina pokojů je dvoulůžkových, přičemž je snaha, aby jedna postel zůstávala vždy volná pro případ přespání blízkých osob nemocného, pokud se pacient dostane na obsazený dvoulůžkový pokoj, tak dávají mezi lůžka plentu. Sestra H1 podotkla, že jednolůžkové pokoje, které mají své sociální zařízení, umožňují pacientům téměř stoprocentní soukromí.



### ***Kategorie 17 - Návštěvy a přítomnost blízkých osob***

Sedmnáctá kategorie popisuje možnosti návštěv a přítomnosti blízkých osob u pacientů. Ve fázi umírání je důležité, aby s pacientem byla pokud možno rodina, která ho bude držet za ruku, povídat si s ním a doprovázet jej na poslední cestě. Umírající pacient tento odchod s rodinou může prožít pokojně a smířeně. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) odpověděly stejně, že rodiny mohou navštívit pacienty kdykoliv. Sestra L1 uvedla: *„Výjimečně dovolujeme návštěvy i v nočních hodinách.“* Sestra L7 doplnila: *„Návštěvní hodiny jsou odpoledne, ale respektujeme návštěvy kdykoliv.“* Sestra L8 dodala, že je dobře, když umírající pacient má kolem sebe známé tváře, které s ním tráví poslední chvíle. Sestra H1 uvedla: *„Návštěvní hodiny nejsou omezeny. Vše se přizpůsobuje možnostem nemocného. Pokoje mají sociální zařízení, kde může jeden blízký být neustále s nemocným.“* Sestra H5 dodala, že návštěvy jsou možné 24 hodin denně a že rodiny mohou u pacientů zůstat klidně i přes noc.

Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) mají stejné odpovědi, že se jim zatím nestalo to, že by pacient odmítl přijmout návštěvu. Sestra L6 vypověděla: *„Spíš je rád, že někoho kolem sebe má.“* Sestra H6 odpověděla: *„Většinou pacient u sebe někoho chce a potřebuje, protože ho čeká boj, který končí sice smrtí, ale teď je na nás, jak bude ta smrt vypadat, zda proběhne v klidu či nikoliv, k tomu nám může pomoci rodina, díky její statečnosti a odvaze být s umírajícím.“* Všechny sestry se shodly, že návštěva může chodit po více lidech. Sestra L1 uvedla, že pokud není zákaz návštěv, tak k někomu chodí návštěva každý den. Sestra L3 doplnila: *„Někdy návštěvy chodí hned po snídani nebo na oběd a krmí své blízké.“* Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) mají stejný názor na to, že rodina využívá možnost návštěvy poměrně často. Sestra H4 přímo uvedla: *„Každý den je v hospici několik rodin. Je příjemné vidět úsměv na nemocných, když se u jejich dveří objeví někdo z rodiny.“*

V další části rozhovoru byla sestrám položena otázka, zda si myslí, že je důležité, aby rodina strávila s umírajícím pacientem posledních pár chvil a zda rodiny chtějí s umírajícím pacientem být. Sestra L2 uvedla: *„Podle mě to důležité je, ale někteří, vlastně i já, si chtějí blízkého pamatovat jako v době, kdy byl zdravý nebo v lepším stavu.“* Sestra L5 doplnila, že pokud je oboustranný zájem, tak rodina zůstává u umírajícího pacienta. Sestra L4 dodala: *„Pacient se cítí lépe, když má kolem sebe někoho, na koho se může obrátit. Rodina mu připomene krásné chvílky, které s nimi zažil.“* Sestra L8

upozornila: „*Některá rodina je připravena a druhá naopak není připravena se s umírajícím rozloučit. Ale myslím si, že je to důležité. Rodina se s blízkým může alespoň takhle rozloučit a zavzpomínat na příjemné a společné chvílky. Je to pro ně osvobozující.*“

Sestra L3 podotkla: „*Už z toho hlediska, že pacient na tu nejtěžší chvíli ve svém životě není sám a má kolem sebe oporu.*“

Sestra H8 odpověděla: „*Pokud je rodina silná a chce být s umírajícím, tak je to samozřejmě dobře. Může se s ním rozloučit, i pro pacienta je to příjemná chvíle.*“

Sestra H7 uvedla, že to není pro každého. „*Ne všichni mají dostatek síly dívat se na svého milujícího, jak nás opouští.*“

Ještě doplnila: „*Osobně bych chtěla být oporou svému blízkému, abych věděla, že jsem pro něho udělala, co nejvíce jsem mohla.*“

Sestra H4 odpověděla následovně: „*Myslím si, že je důležité, aby rodina byla s umírajícím. Je to pro obě strany potřebné, jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Rodina tak může být v klidu, když vidí, jak je postaráno o pacienta, že nestrádá. A pro pacienta je to jistě také důležité, jelikož nebude v tu danou chvíli sám. Bude mít kolem sebe lidi, které zná, o které se může opřít a strávit s nimi pár posledních chvil a momentů.*“

Sestra H2 podotkla, že je potřebné se s umírajícím člověkem rozloučit. „*Naposledy se na něho usmát a vzpomenout si na společné chvíle.*“

Poté ještě dodala, že buď rodina nebo sestra je u umírajícího. „*Hlavně, aby umírající člověk nebyl v ten daný okamžik sám.*“

## 5 Diskuse

Každý jedinec je individuální, a proto potřebuje uspokojovat různě své potřeby (Orel, Facová, 2009). Zdravotní stav umírajícího pacienta zasahuje jak jeho samotného, tak i blízké a okolí. Důležité je tedy, nejen saturovat potřeby umírajícím pacientům, ale i pomáhat rodinám, pro které není toto období vůbec lehké. Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat přístup sester při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v terminálním stádiu v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) a v lůžkovém hospici. Byly stanoveny tři výzkumné otázky. Souvislosti se stanovením výzkumných otázek, proběhla kategorizace, ve které můžete spatřit rozdíly odpovědí sester z LDN a z lůžkového hospice. Sestry jak z LDN, tak z lůžkového hospice byly velmi vstřícné a ochotné se mnou spolupracovat.

První výzkumná otázka zněla: „*Jak sestra pečuje o biologické potřeby pacienta v terminálním stádiu?*“ V rámci výzkumu nás zajímalo, jak se sestry snaží saturovat biologické potřeby v LDN a v lůžkovém hospici. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že všechny sestry se snaží uspokojovat biologické potřeby, výživu (parenterální, enterální či dodržování určitých diet), vyprazdňování (na lůžku nebo na WC křesle) se zajištěným soukromím, provádění hygienické péče (s dopomocí nebo úplné pomocí sestry), zajištění dostatečného odpočinku a spánku či zajištění pacientových rituálů. Vysekalová (2007) uvádí, že dále do biologických potřeb řadí dýchání (kyslíková maska či brýle). Důležité je také předcházení dekubitům pomocí pravidelného polohování a rehabilitace, prevence opruzenin spočívá v péči o pokožku. Především je potřeba zmírňovat bolest pomocí léků (ve formě injekcí, náplastí, perorálně nebo přímo opiátů).

V rámci výživy Haškovcová (2007) připomíná, že rodina i zdravotnický personál musí vědět, že pacient v terminálním stádiu nemusí mít pocit žízně, proto je nezbytné během dne nabízet a popřípadě podávat tekutiny nebo alespoň otírat rty navlhčeným tampónem. Šamánková (2011) uvádí, že se mnohdy stane, že pacient nemůže přijímat tekutiny perorálně. Je nutné pacientovi vysvětlit důvod tohoto omezení a jakým způsobem mu budou tekutiny podávány. Všechny sestry z lůžkového hospice (H1-H8) souhlasí a sestra H1 přímo popsala, jak podávají tekutiny v hospici. „*Každý nemocný má poskytnutý čaj (sladký/hořký, černý/ovocný/zelený) podle chuti, další druhy nápojů mohou pacientovi přinést příbuzní. V případě, že pacient není schopen sám se v této oblasti obsloužit, podáváme mu tekutiny my po brčku nebo po stříkačce a v konečné fázi vkládáme do úst*

*vlhčený tampón zamotaný v obvazu nebo otíráme rty opět namočeným tampónem.“* Dalším podobný názor na podávání tekutin má i sestra L8 z LDN. *„Snažíme se pacienty vybízet k pití nebo jim samy dáváme napít. Bud pomocí pítka nebo brčka. Také používáme sipping, to je celodenní popíjení v podobě ochuceného nutričního drinku.“* Z odpovědí vyplývá, že sestry aktivně nabízejí pacientům tekutiny a používají sipping, to znamená, že pacienti popíjejí tekutou výživu přes den, například ochucený nutriční roztok.

Sestry L1-L8 a H8 uváděly, že podávají výživu pomocí PEG, nazogastrické sondy, krmením nebo pouhou dopomocí se stravováním. Nezbeda (2016) poukazuje na to, že umírající pacient může ztratit chuť k jídlu, proto by se měla rodina i zdravotnický personál o tuto potřebu postarat. Sestra L2 uvedla: *„Nosíme jídlo na pokoj k lůžku pacienta, soběstační pacienti mohou jíst v jídelně, nesoběstačné nakrmíme, popřípadě jim pomůžeme se najíst.“* S tím také souhlasí sestra H5 a popisuje: *„Na pacienty máme čas, tak na ně se stravou nechvátáme.“* Ale dodala: *„Na jiných oddělení, kde není dostatek personálu, je všechno ve spěchu.“* Sestra H1 ještě doplnila, že pacienty nenutí do jídla: *„Necháváme to na jejich svobodné vůli. V případě, že pacient nechce, co mu je zrovna nabídnuto a vidíme, že strádá a je potřeba, aby jedl, snažíme se mu nabídnout jinou alternativu v podobě něčeho, co má rád.“* Oproti tomu sestry L3, L4, L6 uvedly, že pacienty do jídla „nutí“. Sestra L4 upřesnila: *„Pacienti nemusí snít všechno, ale je důležité, aby si dali alespoň pár lžic.“* Je důležité, aby sestry měly čas na pacienty a snažily se jim věnovat, ale na každém oddělení tomu tak není. Domníváme se, že by bylo vhodné, navýšit počet pracovníků na těchto odděleních, protože zde není dostatek času na pacienty, a tím saturována tato potřeba. Můžeme například do péče o jejich blízké zapojit rodinu či nejbližší.

Z našeho výzkumu vyšlo, že sestry zajišťují vyprazdňování pacientů na lůžku, na klozetu nebo dopomoc na WC a někteří pacienti mají zavedený permanentní močový katétr. Pacienti v terminálním stádiu mohou trpět zácpou. Vorlíček et al. (2004) souhlasí, že zácpa je běžným problémem u pacientů v terminálním stádiu, je nezbytná prevence zácpy. Kapounová (2007) popisuje, jak léčit zácpu, a to pravidelným režimem dne, stravováním (strava s vysokým obsahem vlákniny), dostatkem tekutin a omezením stresu. Dále je vhodné doporučit pacientovi provést nácvik defekačního reflexu (vypítí skleničky vody nalačno), zajistit, pokud možno dostatek pohybu nebo také masáž břicha. U pacientů se také může vyskytovat průjem, který se dá léčit pomocí infuzí doplňujících ztrátu tekutin, zajištěním správné stravy (například bílé pečivo a neomaštěnou bramborovou

kaši, nedoporučují se mastné potraviny). Důležité je také ošetření kůže a konečníku. Sestra L6 uvedla: „*Pokud pacienti nebyli na stolici 4 dny, potom zavádíme glycerínový čípek nebo podáváme Lactulosu. Jestliže je to naopak, pacienti mají průjem, podáváme Hylak forte nebo přímo Carbosorb.*“ Haškovcová (2007) uvádí, že je důležité nezapomínat na intimitu a na soukromí pacienta při vyprazdňování. S tím také souhlasí všechny sestry jak z lůžkového hospice, tak z LDN, že je potřebné zajistit soukromí při vyprazdňování, alespoň pomocí závěsu. Sestra L1 uvedla: „*Můžeme s pacientem dojít na WC, nebo pokud je menší omezená hybnost, mají u lůžka WC křeslo, pokud je větší omezená hybnost a potřebují, dáváme podložní mísu, anebo plenkové kalhotky.*“ Sestra H5 doporučuje, že po vyprázdnění je podstatné ošetřit konečník u ležících pacientů pomocí mastí.

Dále bylo z výzkumného šetření zjištěno, že sestry saturují také hygienickou péčí. Ta je prováděna buď jako celková koupel nebo koupel na lůžku. Sestra L6 uvedla, jak provádějí hygienickou péči. „*Hygiena probíhá vždy ráno, 1x za týden bereme každého pacienta do vany. Několikrát je přes den přebalujeme, poté následuje večerní hygiena, ta spočívá ve výměně plenkových kalhotek a vyndání zubní protézy na noc.*“ S tím souhlasí sestra H2 a podotýká, že je vhodné, aby pacienti měli svoje hygienické potřeby. „*Jejich vůně krému jim připomíná domov a cítí se klidně.*“ Dle našeho názoru, je důležité také zapojit do hygieny i nemocného, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, protože je potřebné jej aktivizovat a zvyšovat tím jeho soběstačnost. S tím souhlasí Kelnarová et al. (2009) a uvedli, že je potřeba aktivní spolupráce nemocného a respektovat jeho hygienické návyky. Haškovcová (2007) má stejný názor, že je významné, aby pacienti měli své vlastní hygienické potřeby a hlavně, aby se využívaly.

Burda a Šolcová (2015) uvádějí, že pravidelné polohování přes den a v noci, pomocí polohovacích pomůcek zabraňuje vzniku dekubitů. Sestry by měly pravidelně pacienty polohovat jak přes den, tak ale i v noci. Sestra L5 podotkla: „*Snažíme se u pacientů předcházet dekubitům pomocí aktivizace, cvičení, rehabilitace, pravidelným polohováním. Máme antidekubitní pomůcky, které používáme. Snažíme se správně vyměňovat ložní prádlo a zajišťujeme pitný režim.*“ S tím také souhlasí sestra H1, která uvedla: „*Úplně prvotně dbáme na pravidelný příjem stravy a tekutin u pacientů. Každého pacienta se po hygieně snažíme promazat vazelínou či indulonou. Tato opatření jsou ovšem limitována přáním pacienta. Dále vedeme polohovací záznam a pravidelně po 2-3 hodinách pacienty polohujeme. Při polohování používáme polohovací pomůcky jako*

*klíny, polštářky, válce. Pacientům s vysokým rizikem vzniku dekubitů, dáváme antidekubitní matrace. K polohování nám pomáhají i polohovací postele.*“ Nezbytné je také předcházení opruzeninám. Sestry se starají o pacientovu pokožku pomocí mastí a krémů. Haškovcová (2007) souhlasí, že je důležité starat se o pokožku nemocného, tato potřeba může být zajištěna pomocí speciálních krémů a mastí, promazáváním těla nemocného.

Dále do biologických potřeb sestry uváděly potřebu spánku a odpočinku. Sestry se snaží zajistit pro klidný spánek potřebné rituály v rámci svých možností. Haškovcová (2017) uvádí, že je důležité zajistit klidný odpočinek a spánek. Dle našeho názoru, je potřebné, aby člověk spánek nepodceňoval, odpočíval a relaxoval pravidelně. Každý člověk má různou délku spánku. Člověk během spánku a odpočinku získává energii na další den. Pacienti by neměli trpět bolestí, měli by poklidně odpočívat a spát. Sestra L8 uvedla: *„Snažíme se podle potřeb pacienta před spaním vyvětrat, zhasnout světla a uložit pacienta do jeho vhodné polohy. Někdo potřebuje mít světlo, tak to zkusíme zajistit, například závěsem a necháme rozsvícenou lampičku, natřepeme polštář a umístíme veškeré potřebné předměty na stoleček.*“ S tím také souhlasí Haškovcová (2017) ta uvádí, že sestra může pacientům splnit jejich zvyklosti, v rámci možností, a to například, vyvětráním pokoje před spánkem, uložením do pohodlné polohy či zajištěním klidu na pokoji. Kelnarová et al. (2009) dále udávají, že pomocí bezpečného lůžka, můžeme předejít obavám z možnosti pádu při spánku. Z šetření také vyplývá, že jsou někteří pacienti neklidní, proto se je zdravotnický personál snaží zklidnit pomocí ordinovaných léků nebo převozem na samostatný pokoj. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se snaží zajistit klid na pokojích. Sestra H4 podotkla, že někteří pacienti potřebují pomoci s večerní hygienou, a to tak, že jim vyndají zubní protézu, vyčistí ji a provedou koupel celého těla. Nezbeda (2016) vnímá to, že umírající pacient pospává přes den a v noci nemůže usnout, proto mu sestry mohou podat ordinovaný lék před usnutím.

Dále jsme se zajímali, jak sestry saturují bolesti. Sestry tlumí bolesti pomocí léku a náplastí, především používají léky ze skupiny opioidů, nejčastěji Morfin. Sestry podávají léky do svalu či do podkoží. Dále se snaží tlumit bolest analgetiky, sedativy a nesteroidními antiflogistiky. Používají různé hodnotící škály bolesti. Například jednoduchou deskriptivní škálu bolesti, Melzackovu škálu bolesti, vizuální analogovou škálu bolesti nebo také škálu výrazů obličeje. Sestry dále hodnotí bolest dotazováním nebo využíváním smyslových orgánů, a to zrakem a sluchem. Munzarová (2005) uvádí,

že každý pacient vnímá práh bolesti odlišně. Sestra H5 uvedla, že tlumí bolest pomocí polohování, podkládáním končetin a bazální stimulací. Sestra H2 doplnila: „*Podáváme tlumící léky našim pacientům na sklonku jejich života, proto, aby netrpěli bolestí. Vím, že podávání opiátů může vést k zástavě dechu a tím pádem ke smrti nemocného, ale pacient díky podání léku, nepocítuje bolest ani jiný diskomfort, což by mělo být naším zájmem.*“ Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly, že lékař ordinuje léky na tlumení bolesti a sestry plní jejich instrukce. Svatošová (2012) uvádí, že je důležité tišit bolest, protože může mít negativní vliv na pacienta. Dle našeho názoru, je nezbytné tlumit bolest pacientům, protože tento nepříjemný pocit, může omezovat pacienty nejen během vykonávání aktivit, ale i při relaxaci.

V rozhovorech byly sestry dotazovány na to, jak zabezpečují bezpečnost pacienta v terminálním stádiu. Miertová (2019) uvádí, že je důležitá prevence pádů a úrazů. Díky zajištění bezpečnosti pacientů je nižší riziko pádů a úrazů. Je potřebné, aby zdravotnický personál dohlížel a kontroloval pacienty během dne. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly, že se snaží o to, aby pacient v konečném stádiu měl kolem sebe bezpečné okolí. Bezpečnost pacienta zajišťují pomocí zvednutých postranic lůžka, signalizačního zařízení, hrazdičky, blízkosti jídelního stolku a nekluzností podlahy. Sestra L2 uvedla: „*Pokud pacient nemůže použít signalizační zařízení, sestra je o tomto informovaná a snaží se na pacienta během dne dohlížet nebo je zapojen druhý schopnější pacient, který v případě potřeby zazvoní.*“ Pro chodící pacienty mají jak v lůžkovém hospici, tak v LDN madla na chodbách a v koupelnách. Ptáček a Bartůněk (2015) doplňují, že pacient se může cítit v bezpečí díky navození klidného a přátelského prostředí v nemocnici.

Nyní můžeme navázat na druhou výzkumnou otázkou, která zní: „*Jak sestra pečuje o psychické a spirituální potřeby pacienta v terminálním stádiu?*“ Zajímalo nás, jak sestry zvládají péči o psychické a spirituální potřeby v LDN a v lůžkovém hospici. Z odpovědí sester vyplývá, že v rámci psychických potřeb je důležitá komunikace, jak s pacientem, tak i s jeho rodinou, blízkost a pochopení pacienta, potřeba úcty a seberealizace, respektování lidské důstojnosti, pocit sounáležitost a lásky. Toto potvrzuje sestra H5, která dodala: „*Snažíme se s pacienty komunikovat, aby se necítili sami nebo si nemysleli, že si jich nevšímáme. Pokud máme čas a zrovna nic neděláme, tak jdeme za nimi a povídáme si. Dovídáme se hodně informací o jejich dětství, minulosti, vnoučatech nebo také o rodině.*“ Sestra L7 uvedla, že je potřebné poskytovat poradenství rodině, popřípadě pozůstalým. Naše výsledky se shodují se Svatošovou (2012), která

uvádí, že je potřebné pacienty respektovat, vyslechnout jejich obavy a přání. Malíková (2011) uvádí, že zdravotnický personál méně komunikuje s umírajícími pacienty z důvodu nejistoty. Všechny sestry (L1-L8 a H1-H8) se shodly, že se snaží udělat si čas na pacienty a saturovat jejich potřeby. Sestra L8 uvedla: „*Snažíme se o to, aby pacienti měli co nejvíce sociálních kontaktů. Umožňujeme rodinám v maximální míře, aby mohli být u svých blízkých.*“ Důležitá je také psychická podpora nejbližších, okolí a důvěra v personál (Plevová, 2011). S tímto názor se ztotožňuje i sestra H5, která uvedla: „*Psychické potřeby jsou hodně založené na potřebě pocitu blízkosti a pochopení. Pacienti mají potřebu vědět, že na tuto vážnou situaci nejsou sami.*“ Sestra H2 doplnila: „*Jediné, co můžeme je si s pacienty povídat, a to někdy bohatě stačí. Ono stačí někoho jen pohladit nebo obejmout a ty lidi to vrací víc, než si dokáže člověk představit. Vzhledem ke svému věku si myslím, že mi spousta pacientů bere jako náhradní vnučku. Zpívají se mnou písničky nebo mi potají dají čokoládu.*“ Z odpovědí vyplývá, že komunikace je potřebná, ale bohužel zdravotníci na ni nemají tolik času, jak by sami chtěli, ale snaží se, aby pacienti měli potřebné informace.

Všechny sestry z LDN (L1-L8) se shodují, že pacientům nabízejí spirituální péči. Sestra L8 uvedla, že do léčebny dlouhodobě nemocných dochází duchovní na žádost pacienta, jinak je duchovní pro celou nemocnici. Dále sestry z LDN přiznávají, že duchovní péči na jejich oddělení vyžívají pacienti zcela výjimečně. Kutnohorská (2013) uvádí, že i zdravotnický personál by měl umět naslouchat a komunikovat s umírajícím pacientem o jeho problémech a přáních. Elichová (2017) uvádí nepravdivou představu lidí, že spirituální péče se saturuje výhradně v období smrti. K tomuto názoru se přiklání i sestra H8. Také sestry z lůžkového hospici nabízejí pacientům duchovní služby. Oproti tomu, v lůžkovém hospici mají duchovního přímo v zařízení. U sestry H5 se objevila zajímavá odpověď na spirituální potřeby: „*Pokud mluvíme o spirituální péči ve zdravotnictví, je to tedy péče o duchovní potřeby pacienta a také jeho blízkých. Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života, důstojně zvládnout obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence.*“ Všechny sestry z lůžkového hospice (H1-H8) uvedly, že většina pacientů využívá spirituální péči velmi často. Sestra H5 uvedla, že je duchovní pro pacienty potřebný. „*Pacienti se nacházejí v konečné fázi, tak si potřebují uspořádat svoje myšlenky, třeba se i smířit s neodvratným odchodem z tohoto světa.*“ Malíková (2011)



uvádí, že duchovní potřeby ve zdravotnictví nejsou natolik uspokojeny, může to být například nedostatečnými zkušenostmi v této oblasti.

Poslední třetí výzkumná otázka se týká toho: „*Jak sestra pečuje o sociální potřeby pacienta v terminálním stádiu?*“ Tato oblast výzkumného šetření se zabývala tím, jak sestry poskytují sociální potřeby v LDN a v lůžkovém hospici. Z odpovědí sester vyplývá, že do sociálních potřeb zařazují neomezené návštěvy, udržování kontaktu s rodinou nebo blízkými, přespání u lůžka nemocného v hospici, dále canisterapii či hipoterapii. Svatošová (2012) uvádí, že pro pacienta je rodina klíčovým bodem a potřebuje být s nimi co nejvíce v kontaktu. S tímto souhlasí i sestra L7, podotkla, že doporučují rodinám a přátelům, aby navštěvovali své blízké. Sestra H1 dodala: „*Každého pacienta se snažíme přijmout takového, jaký je. Každý jedinec je individuální a s nemocí se vypořádává jinak. Pak i náš přístup ke každému musí být trochu odlišný. Co zůstává ovšem stejné, je laskavost, snaha vyjádřit úctu k nemocnému a poskytnout člověku pocit bezpečí, že někam patří. Že lidem, kteří jsou kolem něj, na něm záleží. Na jeho názoru, na tom, co si myslí. V rámci uspokojování sociálních potřeb, hospic, ve kterém pracuji, umožňuje neomezené návštěvy a možnost přespání blízké osoby na pokoji s nemocným.*“ Bužgová (2015) podotýká, že pacient, který je hospitalizovaný, může mít změněnou sociální potřebu, proto potřebuje podporu okolí. Sestra L2 uvedla, jak se může změnit sociální potřeba pacienta. „*Například, když dojde ke zhoršení stavu a nemůže si dojít na záchod sám, musí pacient vykonat potřebu například na mísu, gramofon nebo do bažanta, pro některé pacienty to není důstojné, nebo nechtějí, nebo jim nejde vykonat potřebu tímhle způsobem.*“ Sestra L8 se setkala s tím, že se pacientova sociální potřeba změnila ze dne na den. „*Záleží na jeho celkovém zdravotním stavu. Ze soběstačného pacienta se stává imobilní pacient.*“ Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že jim záleží na tom, aby pacienti věděli, že se na ně mohou obrátit, a že se snaží o to, aby se také rodina zapojila do jejich péče. Dle mého názoru je potřebná vzájemná důvěra i respekt. Pacienti se nacházejí v těžké situaci, kdy potřebují podporu druhých a vlídný přístup sester. Každý člověk je individuální, proto je nutné k tomu tak přistupovat.

Práce v těchto zařízeních je fyzicky a psychicky náročné, ne každý by v tomto zařízení mohl pracovat. Je zde potřebná psychická odolnost a smířenost s tím, že lidé zde umírají poměrně často. Sestra by tedy měla být natolik vyzrálá a profesionální, aby byla schopna poskytnout morální podporu oběma stranám. Z výsledků můžeme říct, že v léčebně dlouhodobě nemocných a v lůžkovém hospici se péče o pacienty v terminálním stádiu

v některých oblastech liší. Například v přístupu sester k pacientům. Sestry v lůžkovém hospici jsou více v kontaktu se smrtí, rozumí pacientům, protože na ně mají více času a umí se do jejich životní situace vcítit. Je to i z důvodu, že na LDN jsou i pacienti, kteří se mohou vyléčit.

V hospici mají větší možnost být s umírajícím do posledního okamžiku, svoji práci více prožívají. Oproti tomu v LDN je nedostatek prostoru strávit s umírajícím poslední chvíle, tím pádem se pacienti mohou cítit sami. Proto je důležité, aby rodina byla včas informována a mohla být se svým blízkým. Sestry se pacientům pokoušejí vyhovět a splnit jim přání, a především jim ulehčit od bolesti pomocí léků. Další rozdíl můžeme spatřit ve výživě. V lůžkovém hospici mají dle výsledků větší čas na krmení pacientů, kdežto v LDN není moc prostoru na otálení. Domnívám se, že tento nedostatek času by vyřešilo zapojení rodiny do péče o své blízké a také zajištění většího počtu personálu. V LDN mají jiné podmínky než v lůžkovém hospici v rámci uspořádání pacientů na pokoji. V LDN jsou pokoje vícelůžkové a mají omezené soukromí, oproti tomu v lůžkovém hospici má každý pacient svůj vlastní jednolůžkový pokoj z možnosti přespání rodinných příslušníků. Další srovnání můžeme pozorovat u potřeby spánku. Jak jsem se již zmínila, v LDN jsou vícelůžkové pokoje, pacienti nemají zde tolik soukromí a navzájem k sobě musí být tolerantní a vstřícní. Oproti tomu v lůžkovém hospici jsou jednolůžkové pokoje, pacienti mohou být „pány“ svého pokoje, nemusí se s nikým dělit o pokoj, mají více zajištěné soukromí, rodina může u svého blízkého pobýt. Pacienti si mohou splnit své zvyklosti před spánkem. Zřetelný rozdíl můžeme vidět také ve spirituální péči, kdy pacienti využívají duchovní službu převážně v lůžkovém hospici.

## 6 Závěr

Člověk na smrt tolik nepomýšlí, ale ví, že smrt je nevyhnutelná a nikoho nemine. Než ke smrti dojde, umírající člověk doufá, že o něj bude důstojně a bezbolestně postaráno, bude mít kolem sebe své nejbližší, se kterými stráví poslední společné chvíle. Bakalářská práce byla zaměřena na práci sestry v péči o pacienta v terminálním stádiu. Této práci se zúčastnily sestry, které pracují v LDN a v lůžkovém hospici. Byl stanoven jeden cíl a tři výzkumné otázky. Cílem této práce bylo zmapovat přístup sester při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v terminálním stádiu.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že i přes veškeré překážky se sestry snaží uspokojit biologické, psychické, spirituální a sociální potřeby. V biologické oblasti se sestry z LDN a v lůžkovém hospici velmi shodovaly. Avšak rozdíly byly především ve stravování, kde v lůžkovém hospici na tuto činnost mají čas a mohou se více věnovat pacientům. Oproti tomu v LDN je nedostatek personálu a není zde tolik času na pacienty. Další rozdíl nalezneme v soukromí. Pacienti v lůžkovém hospici mají možnost jednolůžkových pokojů. Kdežto v LDN je na jednom pokoji více pacientů. V psychických potřebách se sestry v lůžkovém hospici snaží více vyhovět rodinám a poskytnout podporu jak pacientům, tak jejich blízkým. Ale i v LDN se pokoušejí o to, aby pacienti byli spokojeni a navzájem si důvěřovali. Důležitá je komunikace, do které by měla být zapojena i rodina nemocných. Dále můžeme z výpovědí usoudit, že paliativní péče je potřebná. Pomocí paliativní péče můžeme zmírnit bolest a zachovat pacientovi důstojnost. Z výzkumu vyplývá větší zájem v oblasti spirituální péče u pacientů v lůžkovém hospici. Duchovní potřeba je nabízena pacientům, kteří si chtějí promluvit s duchovním o svých pocitech, obavách, potřebách a přáních. Pacienti vyhledávají duchovního, se kterým mohou o těchto pocitech hovořit. V sociální oblasti se sestry téměř shodovaly. V těchto zařízeních jsou dovolené pravidelné návštěvy. Ale i přesto bych ráda vytýčila to, že rodina může u pacientů zůstat i přes noc v lůžkovém hospici, tato možnost se v nemocničních zařízeních vyskytuje ojediněle. Rodina má možnost se se svým blízkým náležitě rozloučit v soukromí bez dalších osob.

Tato bakalářská práce najde jistě uplatnění v oblasti ošetrovatelství. Byla vytvořena brožura, která může sloužit jako informační materiál sestrám při jejich práci s pacienty v terminálním stádiu či pro rodiny, které mají svého blízkého v jednom z těchto zařízeních.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. APHPP, 2010. [online]. *Členské hospice APHPP v ČR* [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/clenske-hospice-aphpp-v-cr>
2. BRIGHTON, L. J., BRISTOWE, K., 2016. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgraduate Medical Journal*. 92(1090), 466-470. doi:10.1136/postgradmedj-2015-133368.
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 223 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
5. BUSS, M. K. et al., 2017. Understanding Palliative Care and Hospice. *Mayo Clinic Proceedings*. 92(2), 280-286. doi:10.1016/j.mayocp.2016.11.007.
6. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
7. DASTUR, F., 2017. *Smrt: esej o konečnosti*. Praha: Karolinum. 194 s. ISBN 978-80-246-3664-1.
8. ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. 262 s. ISBN 978-80-271-0080-4.
9. EVANGELISTA, C. B. et al., 2016. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 69(3), 591-601. doi:10.1590/0034-7167.2016690324i.
10. FURGER, F., 2003. *Etika seberealizace, osobních vztahů a politiky*. Praha: Academia. 197 s. ISBN 80-200-1061-0.
11. GOLDMANN, R., CICHÁ, M., 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.
12. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika*. 3. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 272 s. ISBN 978-80-7492-204-6.

13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Brno: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
14. HOSPICE, 2011. [online]. *Adresář hospiců* [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>
15. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.
16. KAPOUNOVÁ, G., 2010. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
17. KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
18. KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
19. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
20. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
21. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
22. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
23. MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
24. MARKOVÁ, A. et al., 2015. *Hospic do kapsy: Příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. vydání. Praha: Cesta domů. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
25. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

26. MEFFERT, C. et al., 2016. Identification of hospital patients in need of palliative care – a predictive score. *BMC Palliative Care*. 15(1). doi: 10.1186/s12904-016-0094-7.
27. MIERTO VÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0850-3.
28. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
29. MISCONIOVÁ, B., 1998. *Péče o umírající – hospicová péče*. Česko: Národní centrum domácí péče České republiky. 96 s. ISBN 80-239-1915-6.
30. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
31. NEZBEDA, O., 2019. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka. 287 s. ISBN 978-80-7432-747-6.
32. O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
33. OPATRNÝ, A., 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. 174 s. ISBN 978-80-7465-269-1.
34. OREL, M., FACOVÁ, V., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2617-5.
35. PAYNE, S. et al., 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
36. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
37. PROKOP, J., 2006. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita. 140 s. ISBN 80-210-4131-5.
38. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

39. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
40. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2019. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta. 445 s. ISBN 978-80-204-5339-6.
41. SAMUEL, J., 2018. *Cesty zármutku: příběhy o životě, smrti a přežití*. Brno: Host. 320 s. ISBN 978-80-7577-466-8.
42. SCHERER, G., 2005. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 271 s. ISBN 80-7192-914-X.
43. SLÁMA, O. et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi. 2. nezměn. vydání*. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
44. SLÁMOVÁ, R. et al., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. 160 s. ISBN 978-80-266-1279-7.
45. STUDENT, J. CH. et al., 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H & H. 161 s. ISBN 8073190591.
46. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
47. SYKES, N., 2015. One Chance to Get it Right: understanding the new guidance for care of the dying person. *British Medical Bulletin*. 115(1), 143-150. doi:10.1093/bmb/ldv030.
48. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
49. ŠIKLOVÁ, J., 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. 127 s. ISBN 978-80-7017-197-4.
50. ŠPATENKOVÁ, N., 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
51. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2. aktualiz. a dopl. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

52. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
53. TEITEL, R. G., 2014. *Globalizing transitional justice: contemporary essays*. New York: Oxford University Press. 224 p. ISBN 0195394941.
54. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
55. TRUHLÁŘOVÁ, Z. et al., 2015. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus. 121 s. ISBN 978-80-7435-570-7.
56. VORLÍČEK, J. et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
57. VYSEKALOVÁ, J., 2007. *Psychologie reklamy: nové trendy a poznatky*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. 294 s. ISBN 9788024721965.



## 8 Seznam příloh

### *Podklad pro polostrukturovaný rozhovor se sestrami*

#### Identifikační údaje:

Pohlaví:

Vzdělání:

Oddělení:

Délka praxe na tomto oddělení:

#### *Vlastní rozhovor:*

1. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
2. Jaký si myslíte, že je rozdíl v přístupu sester v hospici a v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN)?
3. Jak vnímáte smrt? Jste smířena s vlastní smrtí?
4. Jaké pacienty máte na Vašem oddělení a jak dlouho jsou na Vašem oddělení?
5. Víte, co je terminální stádium?
6. Jaký si myslíte, že je rozdíl v ošetrovatelské péči u pacientů v terminálním stádiu v hospici a v léčebně dlouhodobě nemocných? A konkrétně v čem?
7. Jaké potřeby nejčastěji uspokojujete? Jaké biologické potřeby uspokojujete?
8. Jaké spirituální potřeby uspokojujete? A jaké psychické potřeby?
9. Co uspokojujete v oblasti sociálních potřeb?
10. Myslíte si, že všechny tyto vyjmenované potřeby jsou stejně důležité nebo se snažíte nějakou potřebu více upřednostnit? Případně z jakého důvodu?
11. Jaký je denní režim ve vašem zařízení?
12. Jak se snažíte ve Vašem zařízení předcházet dekubitům? Jaká hodnocení dekubitů používáte?

13. Zajišťujete na Vašem oddělení paliativní péči?
14. Jakým způsobem zjišťujete a tlumíte bolest u pacientů v terminálním stádiu? Jaké máte hodnotící škály bolesti?
15. Čeho se nejvíce bojíte při péči o umírajícího pacienta?
16. Bojíte se odpovídat umírajícímu na otázky ohledně smrti?
17. Myslíte si, že máte dostatek prostoru na uspokojování psychických potřeb umírajících pacientů?
18. Snažíte se umírajícím pacientům vyhovět a respektovat jejich rozhodnutí?
19. Dotazujete se pacienta v anamnéze na duchovní potřeby a případně mu je nabízíte?
20. Máte přímo ve Vašem zařízení duchovního nebo musí do Vašeho oddělení docházet?
21. Kdy může rodina navštívit umírajícího ve Vašem zařízení?
22. Jak dlouho může rodina strávit čas s umírajícím? Máte omezené návštěvní hodiny?
23. Jakým způsobem se snažíte zajistit umírajícímu soukromí?
24. Jak se mění pacientova sociální potřeba v průběhu hospitalizace?

## **9 Seznam zkratek**

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

RHB – Rehabilitace

PEG - Perkutánní endoskopická gastrostomie, je moderní, bezpečná a jednoduchá metoda na zabezpečení enterální výživy u pacientů, kdy je vyloučena možnost perorálního příjmu.