



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Využití hodnoticích škál u paliativních pacientů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Michaela Sládková

Vedoucí práce: Mgr. Inka Kratochvílová

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Využití hodnoticích škál u paliativních pacientů*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové 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/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2023

Michaela Sládková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Ince Kratochvílové za vstřícný přístup a udělené cenné rady při zpracování této práce. Poděkování patří také informantkám, které mi ochotně věnovaly svůj čas a poskytly důležité informace pro empirickou část.

Využití hodnoticích škál u paliativních pacientů

Abstrakt

Práce se zabývá hodnoticími škálami využívaných u paliativních pacientů. Paliativní péče je rychle se rozvíjejícím oborem. K zajištění individualizované kvalitní péče o paliativní pacienty je důležité, aby sestra uměla pracovat dle nejnovějších ošetrovatelských postupů, které mimo jiné obsahují i práci s hodnoticími nástroji.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda sestry využívají specifických hodnoticích škál u paliativních pacientů a jakým způsobem tyto hodnoticí škály sestře pomáhají v péči o paliativního pacienta. Teoretická část této práce pomáhá čtenáři získat základní náhled na problematiku hodnoticích škál v paliativní péči. Nejprve je popisována historie a dělení paliativní péče. Dále je nastíněno, jak paliativní péče funguje v České republice, jaké role sestra v paliativní péči zastává a jaké potřeby mají pacienti v paliativní péči. V druhé kapitole jsou probírané nástroje pro hodnocení potřeb paliativních pacientů.

Empirická část této práce byla realizovaná pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Zpracování proběhlo polostrukturovaným rozhovorem s 10 sestrami z vybraných hospicových zařízení. Nejprve byly zjištěny identifikační údaje sester. Samotný rozhovor sčítal 14 otevřených otázek sestavených, tak aby byly zodpovězeny výzkumné otázky. Data získaná rozhovorem byla následně zpracována pomocí techniky otevřeného kódování metodou „tužka a papír“ a rozdělena do 4 logických kategorií dále členěné do podkategorií.

Byl zjištěn rozdíl mezi sestrami z mobilní hospicové péče a lůžkových hospiců z hlediska druhu využívaných hodnoticích nástrojů. Sestrám hodnoticí škály slouží jako ukazatel péče a rychlý přehled problémů paliativního pacienta. Dále informace získané hodnoticími nástroji konzultují s lékaři, kteří díky těmto informacím mohou upravovat plán léčby pacienta.

Klíčová slova

Hodnoticí škály; hospic; paliativní pacient; paliativní péče

Use of assessment scales for palliative patients

Abstract

The thesis deals with evaluating scales used in palliative patients. Palliative care has become a quickly developing field of study. To ensure individualized high-quality care for palliative patients, it is important for the nurse to be able to work according to the latest nursing procedures, which include, among other things, work with evaluating scales.

The aim of this bachelor thesis is to find out whether nurses use specific evaluating scales in palliative patients and in what way these evaluating scales are of use to a nurse taking care of a palliative patient. The theoretical part of this thesis helps the reader get a basic preview of the issue of evaluating scales in palliative care. First, the history and division of palliative care are described. Further, the way of how palliative care works in the Czech Republic is outlined, what roles nurses hold in palliative care as well as what needs patients in palliative care have. The second chapter deals with tools used for evaluating the needs of palliative patients.

The empirical part of this thesis was carried out via a qualitative research survey. Processing was done using a semi-structured interview with 10 nurses at chosen hospice facilities. First, the nurses' identification was carried out. The interview itself consisted of 14 open-ended questions organised so that research questions would get answered. Data found out via survey was further processed using the open-coding 'pen-and-paper' method and divided into 4 logical categories further divided into sub-categories.

A difference was found out between nurses from mobile hospice care and bed hospices in terms of the type of evaluating scales used. Evaluating scales serve nurses as an indicator of care and a quick review of problems in palliative patients. Further, information obtained via evaluating scales is consulted with doctors who may, thanks to this information, adjust their patient's healthcare plan.

Key Words

Hospice; Evaluating Scales; Palliative Care; Palliative Patient

Obsah

Úvod.....	14
1 Současný stav	15
1.1 Paliativní péče	15
1.1.1 Historie paliativní péče	16
1.1.2 Dělení paliativní péče	17
1.1.3 Paliativní péče v České republice	19
1.1.4 Role sestry v paliativní péči.....	20
1.1.5 Potřeby pacientů v paliativní péči.....	22
1.2 Hodnoticí škály u paliativních pacientů	24
1.2.1 Hodnocení biologických potřeb.....	26
1.2.2 Hodnocení psychických potřeb.....	28
1.2.3 Hodnocení sociálních potřeb	31
1.2.4 Hodnocení spirituálních potřeb.....	33
1.2.5 Hodnocení potřeby autonomie.....	35
2 Cíl práce a výzkumné otázky	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
2.3 Operacionalizace pojmů.....	37
3 Metodika.....	38
3.1 Použité metody.....	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4 Výsledky.....	40
4.1 Struktura výzkumného souboru	40
4.2 Kategorizace dat.....	41
5 Diskuse	57
Závěr	62
Seznam použité literatury	63
Seznam tabulek a obrázků	75
Seznam příloh	76
Seznam zkratk.....	79

Úvod

Vzhledem ke stále prodlužující se střední délce života a zvyšujícímu se počtu chronicky a nevléčitelně nemocných lze předpokládat, že paliativních pacientů bude přibývat. Pacientem paliativní péče se stává pacient trpící nevléčitelným onemocněním již ve fázi diagnostiky daného onemocnění. Paliativní péče neumí pacienta vyléčit, ale může pomoci jemu, jeho blízkým i jeho pečujícím s nelehkým odchodem. Pomáhá zmírnit pacientovy specifické potíže, které vycházejí ze závažného onemocnění. Je důležité pro pacienty zajistit adekvátní paliativní péči. Specializovaná paliativní péče je zajišťována v lůžkových či mobilních hospicových zařízeních. Výhodou mobilního hospice je, že pacient může strávit poslední okamžiky v rodinném prostředí.

Umírající pacient má své specifické a individuální potřeby. Ke zhodnocení pacienta je vhodné použít hodnoticí škály, které pomohou získat informace o problémech pacienta. Sestra by měla pomocí škál objektivně zhodnotit pacienta, avšak získané mohou být ovlivněné vlastními zkušenostmi a schopností pracovat se škálami. Získaná data sestře pomohou stanovit individuální ošetrovatelský plán péče.

Téma této práce jsem zvolila z důvodu mého obdivu k práci sester v hospicové péči. Měla jsem možnost v hospicovém zařízení absolvovat klinickou praxi. Zde jsem zažila, jak personál oddaně a empaticky komunikuje s pacientem i jeho rodinou a pomáhá jim se vyrovnat s touto velmi složitou životní situací.

1 Současný stav

1.1 Paliativní péče

Paliativní péče je filozofií, kterou lze aplikovat nejen v zařízení hospicového typu, ale také v nemocničním či domácím prostředí. Neměli bychom ji vnímat jako zásadně jinou péči, než jsou jiné přístupy v oblasti zdravotní péče (Munzarová, 2015). Paliativní péče je systém pomoci umírajícímu a jeho rodině. Respektuje umírání jako přirozenou a konečnou fázi lidského života a jako určitou věc, kterou je potřeba přijmout, a nikoliv považovat za nepřítele (Bužgová, 2019). Dle Pochopa et al. (2019) je zásadní časná integrace paliativní péče, očividný přínos ke zkvalitnění života terminálně nemocným má zapojení specializované paliativní péče současně s kauzální léčbou.

Definice z Velké Británie z roku 1987 říká, že paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně tak jako řešení pacientových problémů psychologických, sociálních a duchovních. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných i jejich rodin (Dostálová, 2016). V roce 1990 WHO (World Health Organization, Světová zdravotnická organizace, dále jen WHO) definovalo paliativní péči jako celkovou péči o pacienta nereagující na kurativní léčbu. Jako nejdůležitější uvádí péči o problémy v oblasti psychologické, sociální a duchovní. Dále zaměřuje péči na saturování bolesti a dalších symptomů. Dosažení vysoké kvality pacienta i jeho rodin je v paliativní péči prioritní (WHO, 1990). Tato definice WHO (1990) vymezila pacienty paliativní péče jako ti, kteří již nereagují na kurativní léčbu a jsou tedy v posledním stupni péče. Novější definice z roku 2002 má mnohem širší pojetí a lze ji aplikovat již v brzké fázi onemocnění. Klade mnohem větší důraz na předcházející utrpení. Dle této definice je paliativní péče přístup, který má za úkol zlepšit kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům způsobených životem ohrožujícími nemocí, a to díky včasné diagnostice, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších psychických, fyzických a duchovních potíží (WHO, 2002). V roce 2020 vznikla nová definice paliativní péče ve spolupráci s WHO a Mezinárodní asociací pro hospicovou a paliativní péči. Je zaměřena na aktivní integrální péči o pacienty všech věkových kategorií trpící následky své závažné diagnózy a jsou na sklonku života. Zkvalitnění pacientova života, jeho rodiny i pečovatелům je cílem paliativní péče (Radbruch, 2020). Správné definování a vymezení pojmu paliativní péče je důležité pro její začlenění do kontinuální zdravotní péče. S vývojem paliativní

péče a s kapacitou jejího poskytování se debaty o předefinování stávaly intenzivnější (Gomez-Batist, 2017). Na rozdíl od předchozích definic tato odráží společnou práci stovek odborníků. Podílelo se na ní více než 450 pracovníků z celého světa, kteří se nacházejí ve všech geografických regionech a představují různé oblasti práce v různých prostředích (Radbruch, 2020). Analýza různých definic odhalila rozdíly, kdy a jak je vhodné paliativní péči začlenit do kontinua zdravotní péče (Pastrana et al., 2008). Nová definice má podobnou strukturu jako současná definice WHO a je rozdělena do dvou částí. První část tvoří počáteční stručné prohlášení a druhou část tvoří seznam specifitějších složek. Třetí část byla přidána poté, co účastníci navrhli, aby definici doprovázel soubor vládních doporučení (Radbruch, 2020). Všechny vzniklé definice se scházejí v hlavních cílech, kterými jsou mírnění a prevence utrpení, a tím také zvyšování kvality života pacientů a jejich rodinných příslušníků.

Hlavním cílem paliativní léčby je zlepšení kvality života nevyléčitelně nemocných lidí, a to jak po stránce tělesné, tak duševní, sociální i duchovní. Jedná se tedy o komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální přístup. Péče je vedena interdisciplinárně, podílejí se na ní lékaři různých specializací, zdravotní a dietní sestry, dále také sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psychiatr, psycholog či duchovní (Kupka, 2014). Kvalitní paliativní péče musí být orientována na pacienta. Ctít jeho přání a cíle, být prospěšná. Pro pacienta musí být bezpečná, nesmí nijak poškodit pacienta. Je důležité, aby byla včas zahájena, ani brzo ani příliš pozdě. Nejúčinnější je zařazení paliativní péče v raném stádiu onemocnění. Tím dojde ke zkvalitnění života nemocného, ale zároveň snížení prostředků za zbytečné hospitalizace (WHO, 2020). Musí být využity všechny možnosti léčby, ale nemělo by se plýtvat prostředky léčby či zdroji a také časem (Meier, 2010).

1.1.1 Historie paliativní péče

Nemoc a smrt vždy budou součástí lidské společnosti. Jak dokážeme věnovat čas potřebám umírajících a soustředit se na jejich sociální i zdravotní ztráty, odráží index zralosti společnosti (Munzarová, 2005). Paliativní péče je péčí multidisciplinární, ověřená dějinami. Mírnění lidského utrpení a doprovázení smrtí byly nejen úlohou lékařů a ošetřovatelek, ale důležitou část tvořili rodiny, přátelé a duchovní (Marková, 2010). V 50. letech 20. století se na péči o umírající snesla velká kritika, hlavně na ignorování potřeb nemocných a zaměřování se pouze na chorobu (Peřina, 2016). V druhé polovině 20. století se formovala nová skupina lidí označována jako „umírající“. Těm nebyla

dlouhou dobu věnována dostatečná ošetrovatelská péče. Okolo umírajících byly instalovány bílé plety za účelem zachování jejich soukromí, ale především jak ochrana ostatních (Bužgová, 2015). Psycholog Carl Rogers, který se touto problematikou zabýval významně ovlivnil Cecily Saundersovou, která v roce 1967 založila na předměstí v Londýně první moderní hospicové zařízení Hospic sv. Kryštofa. Postupem času se začala rozvíjet vedle kamenných hospiců i domácí hospicová péče. Ta se rozvíjela především v USA (United States of America, Spojené státy americké). Od poloviny 70. let se hospicová péče začíná začleňovat do nemocnic. Začaly vznikat první konziliární týmy, a také se pomalu začínala objevovat lůžková oddělení (Peřina, 2016).

1.1.2 Dělení paliativní péče

Cílem paliativní péče je především zmírnění tělesného i duševního utrpení. Rozlišuje obecnou a specializovanou paliativní péči (Tomeš et al., 2015). Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky dle jejich odborností. Tuto formu péče by měli umět poskytnout všichni zdravotníci. Naopak specializovaná paliativní péče by měla být interdisciplinární a poskytována odborníky vzdělanými v tomto oboru (Bužgová, 2015). Role sestry se dělí na primární nebo všeobecnou paliativní péči. To znamená, že všeobecná sestra má potřebné znalosti i dovednosti pro péči o umírající pacienty. Taková péče zahrnuje základní schopnost poskytnout úlevu od bolesti, hodnocení a léčbu symptomů (Shoroeder a Lorenz, 2018).

Mezi specializovanou paliativní péči řadíme zařízení domácí paliativní péče, dále samostatně stojící lůžkové zařízení, oddělení paliativní péče v rámci lůžkových zdravotních zařízení, konziliární tým paliativní péče a denní stacionář paliativní péče (Tomeš et al., 2015). Dle Slámy (2012) se specializovaná paliativní péče dělí na různé organizační formy. Mobilní specializovaná paliativní péče je poskytována kontinuálně v domácím prostředí pacienta. Mobilní multidisciplinární tým zajišťuje zdravotní péči nejen na poli ošetrovatelském, ale i sociálním, psychologickém a duchovním. Tato péče je poskytována kontinuálně 24 hodin denně, 7 dní v týdnu nejen pacientovi, ale i jeho rodině (Kabelka et al., 2016). Specializovaná ambulantní paliativní péče zařizuje tým sestávající z lékaře, který je specialista v paliativní medicíně, speciálně vzdělané sestry, sociálního pracovníka, psychologa, ale také pastoračního asistenta (Sláma, 2012). Mobilní specializovaná paliativní péče je indikována u pacientů v pokročilých stádiích nevyléčitelných onemocnění jejichž omezená mobilita a zdatnost neumožňuje pravidelné

kontroly u praktického lékaře, nebo pokud jejich nestabilní zdravotní stav vyžaduje časté změny plánu péče a úpravu intervencí (Kabelka et al., 2016). Sláma (2012) uvádí, že v roce 2012 v ČR (Česká republika, dále jen ČR) působí 4 zařízení, která splňují podmínky skutečně multiprofesního týmu s trvalou dostupností pracovníků všech profesí. Lůžkový hospic poskytuje především péči pacientům, kteří jsou limitováni krátkou délkou svého života. Lůžkové hospice se snaží navodit domácí a příjemné prostředí, které je nápomocné pacientovi i jeho rodině v tak nelehké situaci. Velký důraz je kladen na individualita pacienta i jeho rodiny. Pro své klienty se snaží zajistit jednolůžkové pokoje, aby mohli dosáhnout maximálního soukromí. V ČR je v roce 2012 14 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou 380 lůžek. V hospicích umírá méně než 3 % ze všech zemřelých v ČR (Sláma, 2012). V roce 2016 je hospicových zařízení 17 s celkovou kapacitou 476 lůžek (Podpora hospicové paliativní péče v ČR, 2016). Adresář služeb spravovaný organizací Cesty domů ukazuje, že k roku 2023 se v ČR nachází 19 lůžkových hospiců (Adresář služeb, 2023). Oddělení paliativní péče se nejvíce blíží k tradičnímu hospicovému modelu. Stejně jako v lůžkovém hospici i zde je pro pacienty i jejich návštěvy veden volný režim, který má podpořit domácí atmosféru tohoto oddělení (Bužgová, 2015). Předností takového oddělení je složení týmů z odborníků v paliativní péči. Zároveň však vidí nevýhodu v odsun umírajících pacientů na jedno specifické oddělení (Milligan et al., 2012). Specializovaná ambulance paliativní péče zajišťuje péči ambulantní, a to pacientům v domácím prostředí nebo v sociálním zařízení. Pro tento typ péče je důležitá úzká spolupráce nejen s praktickým lékařem, ale také se zařazením domácí péče a specializované paliativní péče (Sláma, 2012). Ambulantní tým pečuje o pacienty, kteří potřebují paliativní péči, ale není pro ně nutné, aby byli hospitalizováni v nemocnici. Tento multidisciplinární tým má také zlepšovat návaznost péče po propuštění pacienta do domácího prostředí (Bužgová, 2015). Konziliární tým paliativní péče je jednou z forem činností paliativní medicíny v rámci nemocnice. Tato forma péče je pro pacienta výhodná hlavně z důvodu, že zůstává na oddělení, které zná a kde byl léčen. Mimo jiné paliativní tým edukuje i samotný personál oddělení, na které dochází. Minimální složení takového týmu tvoří lékař se sestrou a sociálním pracovníkem (Sláma, 2012). Může poskytnout poradenství za účelem sepsání dokumentu „dříve vyslovené přání“, nebo podporu pro pozůstalé. Konziliární tým může provádět jednorázové intervence, podávat doporučení pro předání do jiného zdravotního zařízení, domácí péče či oddělení paliativní péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019). V roce 2018 fungovalo v nemocnicích pouze 18 konziliárních týmů. O dva roky později, tedy v roce 2022, se

počet téměř zdvojnásobil na 40 konziliárních týmů. Pilotní projekt MZ ČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky) ukazuje zlepšení kvality života díky konziliárním týmům pro téměř 57 % pacientů v terminálním stádiu péče. Konziliární týmy pomáhají nejen nemocným, ale i zdravotníkům, kteří s ním spolupracují (MZ ČR, 2022). Poslední formou hospicové péče je denní hospicové centrum nebo také paliativní stacionář. Tato forma péče se orientuje na stabilizované pacienty, kteří do centra docházejí na denní zajištění paliativní péče. Tato forma péče se v ČR pro svůj malý zájem ze strany pacientů nerozvinula. Naopak ve Velké Británii je poměrně rozšířená (Sláma, 2012).

1.1.3 Paliativní péče v České republice

V ČR se specifický model paliativní péče začal vyvíjet mnohem déle než v ostatních zemích, a to okolo 90. let 20. století. Mezi první kroky o rozvoj se dá považovat otevření lůžkového paliativního oddělení v nemocnici v Babicích nad Svitavou v listopadu roku 1992 (Peřina, 2016). Lékařka Marie Svatošová v roce 1993 založila sdružení, které podporovalo domácí péči a hospicové hnutí, jejich název byl *Ecce homo* (Ejhle člověk). Toto sdružení se zasloužilo o vybudování prvního lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995 (Bužgová, 2015). Po revoluci dostali sestry a lékaři možnost jet na zahraniční stáže do nejlepších nemocnic. Díky tomu se mohla paliativní medicína rozvíjet i u nás, stáže se tím staly nejdůležitějším faktorem pro rozvoj (Peřina, 2016). Sdružení Cesta domů provedla v roce 2003-2004 výzkum, který se týkal péče o umírající v ČR. Snažil se poukázat na nedostatky v péči o umírající. V roce 2004 byla přijata Koncepce paliativní péče v ČR, ta měla pomoci rozvoji kvalitní paliativní péče. O rozvoj paliativní péče se v roce 2005 zasloužila Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. V roce 2007 vydala standardy hospicové paliativní péče. Roku 2009 vznikla Česká společnost paliativní medicíny (Bužgová, 2015).

V ČR se paliativní péče dále rozvíjí díky MZ ČR a jejich projektům, ale také díky neziskovým organizacím (např. Cesta domů). Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011-2015 byla vypracována mezinárodními dokumenty mezi, které patřily hlavně Charta práv umírajících, Doporučení Výboru ministrů členským státům o organizaci paliativní péče, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči nebo např. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Hlavním cílem této strategie je odstranění nedostatečného stavu v péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Aby byla zajištěna adekvátní a kvalitní péče při zvládání jejich progresivního onemocnění. Nejen na poli

lékařské, ale i sociální péče (MZ ČR, 2011). MZ ČR spustilo v roce 2018 ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP první fázi jejího nového projektu Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče. Projekt je hlavně zaměřen na začlenění paliativní péče v akutní, dlouhodobé, ale i následné péči. Do konce roku 2025 by mělo alespoň 5 pilotních nemocnic poskytovat paliativní péči pomocí paliativních týmů dle zavedených postupů. To se má stát měřítkem úspěchu tohoto programu (MZ ČR, 2018). V roce 2020 od 1. června byl spuštěn projekt Pilotní provoz nemocničních paliativních týmů. Byl uskutečňován na 7 pracovištích v průběhu 21 měsíců. Projekt probíhal ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Fakultní nemocnici Olomouc, Krajské zdravotní a. s. Ústí nad Labem, Nemocnici Jihlava a Fakultní nemocnici v Motole. Cílem projektu bylo ověřit vytvořené metodiky, standardů a zmapování finanční náročnosti (MZ ČR, 2019). Jedním z výstupů tohoto projektu jsou nově vytvořené standardy pro poskytování specializované paliativní péče formou konziliárního týmu vydané roku 2022 publikované ve Věstníku MZ ČR (Věstník MZ ČR, č. 1/2022). V českých a moravských nemocnicích, dochází tak k podpoře kvalitní paliativní péče. Projekt prokázal užitečnost konziliárních týmů, pro pacienta, jeho rodiny i pro personál (MZ ČR, 2022).

1.1.4 Role sestry v paliativní péči

Národní organizace hospicové a paliativní péče (2015) uvádí že, sestry v paliativní péči pracují v různých prostředích, včetně domovů pacientů, rezidenčních hospiců, klinik, zařízení dlouhodobé péče a v akutních lůžkových zařízeních. V současné době neexistuje standardní vzdělání pro sestru v oboru paliativní péče. Sestry v paliativní péči mohou být sestry v hospici, sestry s pokročilou praxí s magisterským nebo vyšším vzděláním nebo sestra v akutní péči s dalším školením (Shoroeder a Lorenz, 2018). V každodenní praxi sestra plní širokou škálu rolí. Ty závisí, v jakém pracovním prostředí a klinickém oboru působí. Spolupracuje s lékaři napříč všemi obory a organizuje politiku týkající se rozdělování úkolů (Maten-Speksnijder et al., 2014). Elsous et al. (2017) uvádějí, že pokud je sestra uznávána jako rovnocenný partner lékaře, a nejen jako pomocník přijímající příkazy, může svou péčí významně ovlivnit výsledný stav pacienta. Sestry jsou velmi důležití pracovníci v paliativní péči, často jsou mezi prvními, kteří saturují pacientovo potřeby. Sestra zahájí zjišťování potřeb rozhovorem anebo provede podrobnější hodnocení pomocí hodnotících škál, na jejichž základě sestra vyhodnotí, zda pacient trpí

nějakým nedostatkem (Perrin, 2023). Lowey (2015) uvádí že, bezprostředně po lékařské diagnostice začínají intervence ošetrovatelské, ty trvají po celou dobu onemocnění. Sestra v paliativní péči je přítomna v jednom z nejintimnějších okamžiků v životě člověka. Pacient i jeho rodina si pamatují, jak sestra reagovala a pečovala o jejich potřeby. Její přítomnost, empatická komunikace, zvládnutí projevů onemocnění a kvalitní péče celého multidisciplinárního týmu pomůže pacientovi a jeho nejbližším se snadněji vyrovnat s umíráním (Shoroeder a Lorenz, 2018). Paliativní ošetrovatelská péče klade důraz na komplexní péči podporující holistické potřeby pacientů. Poskytování specializované paliativní péče je zajišťováno zaškolenými sestrami. Obecnou paliativní péči by měly ovládat všechny sestry. Spadá sem zvládnutí symptomů onemocnění a empatickou komunikaci (Hagan et al., 2017).

Je důležité, jak sestra zareaguje na potřeby pacienta a potřeby jeho rodiny. Tím sestra snáze porozumí, co prožívají, jaké mají hodnoty, naděje nebo cíle. Sestra by měla empaticky naslouchat. Pokud by ze strany personálu pacient cítil nezáměr, mohla by tato negativní reakce být sama o sobě zdrojem deprivace pacienta (Perrin, 2023). Sestry v paliativní péči by měly být schopné správně předat informace a edukovat pacienta i jeho rodinu. Zatímco lékař poskytne informace o průběhu jejich onemocnění, medikaci, o plánu péče, projevech a symptomatické terapii (Shoroeder a Lorenz, 2018). Pro sestru je důležité si uvědomit, že smrt je nevyhnutelná. Být s pacientem až do posledních chvil jeho života je nesmírně důležité (Lowey, 2015). Sestra by si měla pro každého svého pacienta sjednat vyrovnané prostředí a tím zabránit strachu, který nemocní často prožívají (Perrin, 2023).

Sestry zastávají roli advokátky. Jsou nápomocné vážně nemocným pacientům, kteří nejsou edukováni o možnostech a dostupnosti paliativní péče. Sestry spolupracují v rámci interdisciplinárního týmu na sdílení názorů a priorit svých pacientů. Jako členové tohoto týmu mohou využít své komunikační dovednosti k obhájení obav, starostí a priorit jejich pacientů při rozhodování v léčbě (Hagan et al., 2017). Důležité je nevynechávat z konverzace členy rodiny. Pozitivní vliv má udržování kontaktu s nimi nebo zahájení nezávazné krátké konverzace. Když pacient uvidí, jak je jeho rodina respektována a je jí nasloucháno, bude k sestře mnohem sdílnější. Rodina, která uvidí, jak jejich blízkému sestra aktivně a s pokorou naslouchá, bude mnohem sdílnější a otevřenější (Lowey, 2015).

Integrace paliativní péče do zdravotnických i sociálních zařízení se stává standardní, ale stále nacházíme překážky v jejím poskytování nejen pro pacienty, ale i ošetrovatelský personál. Sestry jsou ve vhodné pozici k tomu, aby obhajovaly a podporovaly používání paliativní péče v různých typech zařízení (Hagan et al., 2017).

1.1.5 Potřeby pacientů v paliativní péči

Hierarchie potřeb umírajících je založena na podkladě Maslowově hierarchii potřeb. Spadají sem potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Pyramida se skládá z pěti pater. První patro náleží potřebám biologickým, druhé patro potřebám jistoty a bezpečí, třetí potřebě sounáležitosti a lásky, čtvrté patro jsou potřeby uznání a sebeúcta a nejvrchnější patro jsou potřeby seberealizace (Plevová, 2019). Pojem potřeba můžeme charakterizovat jako dynamickou sílu, ta vzniká z pocitu nedostatku, nadbytku nebo touhy něčeho dosáhnout. Naplnění výše zmíněných potřeb napomáhá k udržení homeostázy. Kvalita našeho života úzce souvisí s uspokojováním našich potřeb (Šamánková et al., 2011). Potřeby paliativních pacientů v pokročilých stádiích nevyléčitelných onemocnění závisejí na jeho primárním onemocnění, stupni pokročilosti, komorbiditě a věku. Dalším důležitým aspektem je sociální situace pacienta, míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, jeho finanční situace, kognitivní a emoční stav pacienta, míra informovanosti a jeho duchovní orientaci (Plevová, 2019). Pype et al. (2018) říkají, že pacienti, přijímající paliativní péči, mají odlišné základní osobní potřeby, lékařskou diagnózu i projevy nemoci. Dle Paska et al. (2018) je rozdílnost pacientů ovlivněna vnějšími faktory prostředí jako životní prostředí, zdravotní systém a přístup k péči. Plevová (2019) uvádí u těžce nemocných pacientů potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální, jejichž priorita se v průběhu onemocnění mění. Je důležité k pacientovi až do jeho konce přistupovat jako k lidské bytosti, proto by mělo být samozřejmostí zajištění základních potřeb a zajištění jeho důstojnosti. V ošetrovatelství se soustředíme na uspokojování základních potřeb pacientů, mezi které řadíme správnou hydrataci, dostatečnou a adekvátní výživu, udržování čistoty a péči o vyprazdňování. Dále o pohodlí psychické a fyzické, které také ovlivníme správným tišením bolesti (Grofová, 2009). Pro těžce nemocné pacienty na konci života je podstatný komplexní holistický přístup, který propojuje všechny uvedené dimenze (Bužgová, 2019). Pro pacienty v terminální fázi nemoci je velmi důležité zachování důstojnosti, úcty a autonomie. Nemocní zažívají velkou psychickou újmu, pokud jsou tyto potřeby opomíjené a bagatelizované. Umírající si zaslouží, aby o ně bylo pečováno s úctou

a respektem a byla zachována jejich důstojnost. Mělo by být pečováno o jejich intimitu a stud (Gilíková, 2021).

Na sklonku života se posloupnost potřeb často změní. Na první místo jsou zařazeny potřeby sociální. Velmi důležité pro spokojenost nemocného se stává přítomnost jiného člověka, potřeba nebýt sám. Naopak potřeby fyziologické postoupí v pyramidě potřeb na vrchní patra a stávají se pro pacienta méně podstatné (Plevová, 2019). Specifickou skupinou paliativních pacientů mohou být ti, kteří jsou v terminálním stavu nemoci hospitalizováni v nemocnici. Takový pacient se zaměřuje na hodnocení a saturování bolesti a dalších symptomů onemocnění. Chce znát prognózu své nemoci a možnosti její léčby. S pacientem se řeší přechod z kurativní léčby do paliativní. Což v sobě nese otázku resuscitace a dalších agresivních léčebných metod (Milligan, 2012).

Kvalitní život pacienta a jeho rodiny je mottem paliativní péče. V nemoci se hodnota kvality života mění, je zde velký rozdíl v tom, jak kvalitní život hodnotí nemocný a jak zdravý člověk (Marková, 2010). Gurková (2011) popisuje kvalitu života jako osobní pohodu (well-being), která zahrnuje psycho-spirituální, tělesnou i sociální dimenzi. Dle Haškovcové (2010) je nutné usilovat o osobní pohodu pacienta, a to za každých okolností. Včasným rozpoznáním potřeb a naší přiměřenou odpovědí ovlivňujeme kvalitu života pacienta. Nelze říci, že každému nemocnému k prožívání kvalitního života stačí být bez bolesti nebo jiných tělesných symptomů (Marková, 2010). Diskomfort pacienta nebo somatické odpovědi na nemoc, nemusí být to co pacienta sužuje nejvíce. Mohou to být psychické či sociální komplikace. Mnohdy jsou některé faktory léčby moderní vědou neměřitelné, ale pro pacienta jsou zásadní (Prokop, 2009). Bužgová (2019) uvádí že, pro zkvalitnění péče je nutné včasné zahájení diskuse o rozsahu potřeb nemocného, péče o symptomy a udržování psychické i fyzické pohody pacienta. Dle Grofové (2009) je v ošetrovatelství důležitý komplexní přístup a skutečná péče o psychickou pohodu a odstranění stresu díky dobrému kontaktu s rodinou.

Paliativní péče se zaměřuje na zhodnocení rozsahu potřeb a zapojení vhodných prostředků péče ve správný čas, individuálně uzpůsobeno jedinci. Současné důkazy ukazují na nedostatečné propojení přístupu ke službám specializované paliativní péče a požadavky na ni (Bužgová, 2019). Pro mnoho pacientů může být adekvátní paliativní péče poskytována v primární zdravotnických zařízeních. Pokud jsou přiměřené jejich potřebám a přáním jich samotných, ale i jejich rodinným příslušníkům (Pask et al., 2018).

Při klasifikaci potřeb pacientů je zásadní systematický přístup a řešení, zajištění konzistentní a kvalitní paliativní péče a zapojení vhodných zdrojů (Mitchell et al., 2018). Paliativní péče nenádorových onemocnění není v dostatečném měřítku rozšířená. Například u geriatrických křehkých pacientů trpících demencí často nastává problém při řešení jejich potřeb. Tito pacienti na sklonku života zpravidla umírají v nemocnici, kde jsou jejich potřeby jako umírajících často úplně ignorovány (Fitzmons et al., 2007).

1.2 Hodnoticí škály u paliativních pacientů

Důstojné umírání v sobě nese kvalitu poskytnuté péče, hodnocení saturování potřeb a prožívání na konci života. Velké části umírajícím není na jejich konci poskytována specializovaná paliativní péče, ale ani obecná paliativní péče. To u nemocných zapříčiní mnoho nenaplněných potřeb. To vede ke snížení kvality jejich života (Bužgová, 2011).

K hodnocení a následnému vymezení zkoumaného jsou používány hodnoticí a měřicí nástroje. Jimi získané informace nám pomáhají identifikovat dokumentaci zjištěného problému, to vede ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče díky včasné diagnostice a rychlému řešení problému pacienta (Tóthová a Hellerová, 2021). Dle Šátékové (2021) je vhodné měřicí nástroje využívat jako doplňkovou metodu ke sběru klinických dat o pacientovi. Škály se zaměřují na hodnocení fyzických funkcí, psychosociální a spirituální potřeby, ale také na hodnocení potřeb související se zdravotníkem a kvalitou přijímané péče. Důležitá je komunikace s nemocným. Je nutné si ověřovat, zda jim péče vyhovuje, jaké mají představy o jejich potřebách a zda jsou dostatečně saturovány (Bužgová, 2015).

V zahraničí se hodnoticí škály používané v onkologické či paliativní péči zaměřují na specifické potřeby pacientů, které jsou předmětem profesionální a individualizované péče. Bylo nalezeno 12 nástrojů, 4 z nich jsou obecně použitelné pro paliativní pacienty a zbylých 8 pro pacienty v onkologické péči. Nástroj Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES), který slouží k analyzování potřeb sociální rehabilitace onkologicky nemocných (Bužgová, 2013). Rossi et al. (2021) píše o dotazníku Need Evaluation Questionnaire (NEQ), který se skládá z 23 položek rozdělených do 4 domén. Osse et al. (2004) zmiňuje hodnoticí nástroj Problems and Needs in Palliative Care (Problems and Needs in Palliative Care, dále jen PNPC) ten se zaměřuje na onkologické pacienty s pokročilým stádiem onemocnění a jejich potřebami. Patient needs assessment tool (Patient needs assessment tool, dále jen PNAT) je nástroj využívaný u onkologických

pacientů k měření potencionálních problémů v oblasti fyzické, psychologické i funkční oblasti. Supportive care needs survey (SCNS) je škála zaměřující se na analyzování vnímaných potřeb u pacientů s nádorovým onemocněním (Bužgová, 2013). Tato škála má 2 kratší verze SCNS-SF34 o 34 položkách nebo SCNS-ST9, který má pouze 9 položek, ale lze použít stejně efektivně a spolehlivě (Girgis et al., 2011). Škála SCNS-SF34 byla nejvíce testována a mezikulturně adaptována díky překladu do různých světových jazyků (Tian et al., 2019). Psychosocial Need Inventory (PNI) a Cancer Patients Need Survey (CPNS) hodnotí u onkologicky nemocných důležitost a saturaci jejich potřeb. Cancer Patients Need Questionnaire (CPNQ) se zaměřuje na nenaplnění potřeby onkologických pacientů (Bužgová, 2013). Tien et al. (2019) uvádí hodnoticí nástroj Palliative and End of Life Care Needs in the Emergency Department (Palliative and End of Life Care Needs in the Emergency Department, dále jen SPEED), který se využívá na oddělení urgentního příjmu pro paliativní pacienty. Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care (SPARC) je používána u pacientů v paliativní péči. Vyhledává symptomy distresu spojeného s pokročilou nemocí. Oncology Clinic Patient Checklist (OCPC) se využívá v ambulantní části k zjišťování potřeb onkologických pacientů (Bužgová, 2013).

V ČR je používán dotazník Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči – Patient Needs Assessment in Palliative care (Patient Needs Assessment in Palliative care, dále jen PNAP). Autorkou je doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D., z Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě. Dotazník se skládá z 42 položek sdružených do 5 domén: fyzické potřeby, autonomie, psychické potřeby, sociální potřeby a duchovní potřeby (Bužgová et al., 2013). Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) dotazník je používán k hodnocení potřeb paliativních pacientů. Byl vytvořen roku 1999 v Cicely Saunders Institute na King's College v Londýně. V roce 2017–2018 probíhala standardizace a zhodnocení funkčnosti tohoto dotazníku v ČR díky Centru paliativní péče (Centrum paliativní péče, 2018). Pro hodnocení kvality života onkologicky nemocných je možno využít evropský dotazník EORTCQOL-C30, který obsahuje 30 položek (Bužgová, 2013). Na podkladě hodnoticích škál ESAS, PSS a MMSE jsou pacienti indikováni do mobilní hospicové péče (Věstník MZ ČR č. 13/2017). Dle Wattanabe (2011) se škála ESAS skládá z 11bodových numerických hodnoticích škál hodnocení devíti běžných příznaků, s 10. škálou pro příznak specifický pro pacienta označený „jiné“. PPS poskytne pohled na pacientovu míru funkční zdatnosti sužovanou nemocí. K zařazení do mobilní

hospicové péče jsou vhodní pacienti s PPS 40 a méně. MSSE je vhodný nástroj pro takové pacienty, kteří nejsou schopni verbalizovat své problémy (Věstník MZ ČR č. 13/2017).

1.2.1 Hodnocení biologických potřeb

Fyziologické potřeby u paliativních pacientů mají své specifické rysy. Z pohledu ošetrovatelství se péče často zaměřuje především na tyto potřeby. Základem je péče o pokožku a sní spojenou prevenci dekubitů a polohování. Nutriční péče a poradenství v příjmu potravy, hydrataci pacienta a s tím spojené vyprazdňování. Péče o dýchací cesty a speciální péče o dutinu ústní (Plevová, 2019).

Důležité je zajištění hydratace ve všech fázích onemocnění. Pacient by neměl trpět žízní. Tuto potřebu je nutno důsledně tlumit. Dehydratace pacienta několikanásobně nepříznivě ovlivňuje jeho pocity a vede k neklidu. Dehydratace patří k závažným problémům stejně jako bolest nebo dušení (Grofová, 2009). V terminální fázi onkologických pacientů je velmi časté nechutenství a mnoho z nich není schopno přijímat perorální stravu. To vede k velkému tlaku na zdravotníky. Rodinní příslušníci se domáhají pro nemocného parenterální výživy. Tělo v terminální fázi nemoci však není schopno energii z parenterální výživy správně zpracovávat (Pochop, 2020). Nemocní nemusí mít ke konci života chuť k jídlu. Není tedy třeba nutit pacienty k jídlu. Součástí přijetí smrti je i skutečnost, že zmizí potřeba jídla i pití. Pacientům v terminální fázi onemocnění je možno upravit jídelníček dle jejich preferencí. Jídelníček se zaměří na to, co má nemocný rád a na co má zrovna chuť (Plevová, 2019). Pochop (2020) uvádí, že nabízení nadměrného množství odmítaných tekutin nebo stravy může vést k frustraci jak pacienta, tak i jeho pečujících.

Zhodnocení nutričního stavu u nádorového onemocnění je velmi významné. Můžeme využít zaběhlé dotazníky pro vyhledávání rizika malnutrice, např. Nutritional Risk screening 2002 (NRS, 2002) či Subjective global assesment (SGA) nebo Malnutrition universal screening tool (MUST). Při první návštěvě v onkologické ambulanci je možno využít dotazník zhodnocení nutričního rizika, který vytvořila pracovní skupina nutriční péče v onkologii (Meisnerová, 2017).

Pro zhodnocení rizika proleženin můžeme využít několik dotazníků. Škálu podle Bradenové. Tato škála obsahuje 6 domén, smyslové vnímání, mobility, činnost, vlhkost, výživa a působení třecích a střížných sil. Dále je škála dle Nortonové. Tento hodnotící

nástroj využívá hodnocení 5 základních činností. Fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti a inkontinence (Brabcová, 2021). Dále můžeme využít škálu Waterlowovu nebo Knollovu hodnoticí stupnici (Trachtová, 2013).

Soběstačnost je způsobilost sám saturovat každodenní potřeby. Soběstačnosti pacienta je klíčová, ale u paliativních pacientů je spíše důležitá jen základní obsluha. Pro zhodnocení v této oblasti je možné využít několik standardizovaných hodnoticích škál. Rankinovu škálu pohyblivosti. Nebo test základních aktivit denního života (ADL, activities of daily living), která popisuje sebeobsahu a komunikaci pacienta (Kalvach, 2010). Nebo je možné využít škálu instrumentálních aktivit denního života Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL), ta hodnotí soběstačnost pacienta. Hodnotí dílčí úkoly, do kterých patří například telefonování, nakupování, přípravu jídla, vedení domácnosti, praní, samostatnou dopravu, samostatné užívání léků, nakládání s penězi (Holmerová et al., 2006). U pacientů je možné provádět Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností disability a zdraví (MKF). Od roku 2010 by se měla provádět u všech nesoběstačných pacientů. MKF se skládá ze 3 komponentů. První se zabývá hlavními systémy člověka. Druhá komponenta se věnuje hodnocení aktivity a třetí komponenta klasifikuje prostředí nemocného. Předpokladem je, že MKF se v krátké době prosadí i v problematice paliativní péče (Kalvach, 2010). Česká verze MKF byla dokončena v roce 2020 v rámci projektu Národního centra pro medicínské nomenklatury a klasifikace. Tomu předcházelo několikaletá zapracovávání oficiálních revizí ze strany WHO. Využití ve zdravotní péči ČR je omezené v paliativní péči téměř žádné. K jejímu rozšíření budou sloužit aktivity projektu Národního centra pro medicínské nomenklatury a klasifikace (Hrkal et al., 2020).

S péčí o dutinu ústní je spojen projev suchosti v ústech. Tento problém trápí mnoho pacientů v pokročilém stádiu onemocnění (Fleming et al., 2020). Sucho v ústech může zapříčinit spoustu problémů spojených se žvýkáním, polykáním i s chutí. Může být predisponujícím znakem k orálním infekcím nebo zubnímu kazu (Milletich a Tucker 2010). Suchost v ústech je pro pacienty velmi stresujících a má významný dopad na kvalitu jejich života (Rydholm a Strang, 2002). Nejčastěji je to způsobené medikací. Pacientům v paliativní péči jsou často předepisovány léky s anticholinergními účinky, jako opioidy nebo kortikosteroidy (Agar et al., 2009). Existují 2 hodnoticí škály, kterými je možno tento symptom sledovat, ale nejsou pro tento problém specifické. Řadíme sem Memorial symptom assessment scale (MSAS) a ESAS (Fleming et al., 2020).

Významným symptomem v paliativní péči je bolest. Ta má mnoho podob. Pacienti mohou bojovat s mnoho psychickými, sociálními i duchovními problémy, které přesahují bolest fyzickou. V tu chvíli mluvíme o totální bolesti. Tato bolest nám říká, že bolest je individuální prožitek a nejenom biologický jev (Plevová, 2019). Bolest je nejčastějším problémem paliativních pacientů. Je to subjektivně vnímaný pocit, proto je důležité pacientovi bolest vždy věřit. Chronická bolest dlouhodobě snižuje kvalitu pacientova života (Marková, 2010).

Pro hodnocení bolesti můžeme využít několik nástrojů. Vizuelní analogová škála bolesti (VAS) je známý nástroj pro hodnocení bolesti. Je jednoduchá, srozumitelná a rychle vyhodnotitelná, ale lze využít pouze pro hodnocení intenzity bolesti (Křivohlavý, 1992). Podobně jednoduché použití má numerická hodnoticí škála. Ta obsahuje úsečku s čísly od 1 do 10 (Gregory, 2019). U osob se změněnými kognitivními funkcemi je možné využít škálu obličejů bolesti. Dle mimiky obličeje můžeme rozlišit žádnou bolest po největší bolest, kterou si pacient umí představit (Pokorná et al., 2013). Možné je využít verbálních škál bolesti. Například škálu intenzity v současně pociťované bolesti PPI (Present pain intensity) (Málek et al., 2014). Mapy bolesti je možné použít u zaznamenání více druhů bolesti, které pacient najednou cítí (Rokyta et al., 2012). Dotazník SF-MPQ-2 je krátkou verzí dotazníku McGillovy univerzity a patří k nejrozšířenějším multidimenzionálním dotazníkům. Jeho vyplnění trvá okolo 5 minut (Melzack, 1987). Díky němu zjistíme nejen intenzitu, kvalitu, ale i charakter pacientovy bolesti (Málek et al., 2014). Hodnotí 2 komponenty bolesti, senzorickou a afektivní a celkové skóre bolesti. Celkem obsahuje 15 položek, které jsou rozděleny do 3 stupnic. Zároveň obsahuje VAS i PPI (Knotek, 2000).

U pacientů, kteří nemohou komunikovat verbálně, není vhodné použití vizuelní analogové škály či numerické škály. Mnohem vhodnější je hodnoticí škála PAINAD. Tato stupnice spoléhá na pozorování pacienta a rozpoznání bolesti díky neverbální komunikaci. Využívá 5 domén, dýchání nezávislé na vokalizaci, negativní vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování (Kušnírová, 2020).

1.2.2 Hodnocení psychických potřeb

Ebersole et al. (2004) uvádí, že v Maslowově hierarchii potřeb náleží k psychosociálním, potřeba jistoty a bezpečí. Jejíž podstatou je lidská snaha mít své životní situace alespoň částečně pod kontrolou. Vyznačuje se jako potřeba stability, struktury, limitů a pořádku

(Tomagová et al., 2008). Pro pacienta je důležité, aby si byl jistý, že se o něj starají kvalifikovaní pracovníci. Takový pracovníci by měli podávat pacientovi dostatek informací o jeho zdravotním stavu i možnostech léčby. Měli by být k pacientovi upřímní. Nemocný by měl mít možnost hovořit, jak se cítí, jaké má obavy (Plevová, 2019). Dle Bužgové (2011) je pro pacienty důležité, aby byli do budoucna finančně zajištěni oni i jejich rodina.

Vážně nemocní dle Bužgové (2015) trpí ve velké míře depresemi, úzkostmi a strachem. Deprese způsobená onkologickým onemocněním není často dostatečně diagnostikována (Néron et al., 2007) a následně залечена (Lloyd-Williams a Hughes, 2008). Dle Castelli et al. (2011) se lékaři orientují spíše na somatické aspekty nemoci, zatímco deprese je vnímána jako akceptovatelná reakce na diagnózu rakoviny. Diagnostika deprese u paliativních pacientů je komplikována názorem lékaře i pacienta, že smutek je adekvátní reakce na umírání (Raudenská a Javůrková, 2011). Díky tomu je těžké rozlišit přirozený smutek od klinické deprese. Lékaři mohou vnímat psychofarmakologické léky jako zátěž pro pacienta, proto se mohou vyhýbat diagnostikování psychických problémů. Sestra může hrát značnou roli v diagnostice depresí díky tomu, že s pacientem má nejlepší a nejbližší vztah. Jsou mezi prvními, kdo si u nich všimne emočních změn (Hughes, 2006).

Bojí se, že přijdou o sociální vztahy, budou izolováni, nebo ztratí svou identitu. Umírající zažívají strach z jejich těžké situace. Bojí se, že budou odcházet v bolestech a o samotě, že na jejich konci budou sami (Obereignerů, 2012). Jejich psychika je ve velké míře narušena pocitem vlastní slabosti, získanou ztrátou soběstačnosti. Je pro ně velmi těžké si připustit, že jejich stav je neměnný (Bužgová, 2015). Připuštění si vlastní smrtelnosti u pacientů vyvolává psychický stres. Pro terminálně nemocné je důležité najít smysl i v jejich poslední etapě života. Vyrovnání se s minulostí a přijetí budoucnosti. Pokusit se urovnat rozepře, umět se omluvit a zapomenout (Mannix, 2019).

Nemocným může pomoci projevovat vlastní emoce. Ať už vztek nebo pláč. Za své emoce by se neměli stydět. Každý člověk je individuální bytost. Měli bychom nechat na nich, zda vyhledávají přítomnost druhých, aby se mohli vypovídat, nebo vyplakat (Obereignerů, 2012). Důležité je dle Ptáčka et al. (2011) citlivý empatický přístup a komunikace ze strany pečujících. Umírající mohou preferovat klid a soukromí. V přítomnosti jiných se

mohou cítit nekomfortně, stydět se za své pocity a emoce. Potlačení těchto emocí může vést k úzkostem a depresím a nemocnému ztížit umírání (Obereignerů, 2012).

Povinnost sestry je kontaktovat specialisty, pokud zjistí pacientovo psychické potřeby. Sestra s nemocným vede terapeutickou konverzaci. V její kompetenci je, aby identifikovala obavy a strasti pacienta. Nemůže všechny jejich problémy vyřešit (Plevová, 2019). Psychoterapeutický vztah s nemocným založený na vzájemné úctě, respektu, důvěře a otevřené komunikaci by měl být důležitým prvkem o paliativní pacienty. Důležité je podporovat vztah pacienta s jeho rodinou (Bužgová, 2011). Odbornou psychologickou péči zajišťuje nejen celý multidisciplinární tým, ale i psychiatr a psycholog (Plevová, 2019). K rozeznání psychosociálních potřeb umírajících je účelné, aby hodnocení důležitosti jednotlivých potřeb prováděl sám nemocný či jeho rodina (Bužgová, 2011).

Pro hodnocení psychického stavu je využívána škála HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Obsahuje 14 položek pro depresi HADS-d a úzkost HADS-a (Bužgová a kol., 2014). V zahraničí je obvykle využívána u onkologických pacientů pro hodnocení úzkosti a deprese (Néron et al., 2007). Michell et al. (2010) uvádí, že tato škála není vhodná jako konečný nástroj. Pouze může napomoci identifikovat pacienty pro další psychologickou péči (Holtom, Barraclough, 2000). Pokud je tímto nástrojem zjištěno vyšší skóre je vhodné využít další testy (Castelli et al., 2011; Mitchell et al., 2010). U terminálně nemocných onkologických pacientů je využívána sebehodnoticí Beckova, Zungova, Hamiltonova škála (Raudenská a Javůrková, 2011).

Mezi indikátor kvality poskytované péče patří hodnocení kvality života paliativního pacienta (Bužgová, 2015). Pro její hodnocení se dle Drahomírecké a Bartonové (2006) používají standardizované měřicí nástroje Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD v české verzi. Tyto dotazníky nejsou v paliativní péči příliš vhodné. A to z důvodu necitlivosti ke změnám, které v průběhu nemoci nastávají (Slováček, Slováčková, 2012). Dostupný je specifický dotazník EORTC QOL-C30 vytvořený Evropskou organizací pro výzkum kvality života u onkologických pacientů. Tato škála obsahuje 28 otázek rozdělených na funkční, symptomatickou škálu a dvě samotné otázky, které hodnotí celkový stav a kvalitu nemocného. Pacienti v paliativní péči využívají zkrácenou verzi dotazníku QOL-C30. Tato verze se jmenuje EORTC QLQ-C15-PAL (Bužgová, 2015).

Výjimečnou skupinou jsou dle Haškovcové (2007) pacienti, kteří díky svému stavu nejsou schopni odpovídat na otázky. Pro ně existují dotazníky QUALID (Quality of Life in Dementia Scale) nebo škála CILQ (Cognitively Impaired Life Quality). V tomto případě odpověď na otázky odpovídá lékař, sestra, jiný zdravotník či rodinný příslušník (Křivohlavý, 2002).

1.2.3 Hodnocení sociálních potřeb

Potřeba sociálního kontaktu je pro člověka po celý život zásadní, a to hlavně v procesu umírání. Lidé na konci života se velmi bojí osamění. Kontakt se svou rodinou, objetí, pohlázení, pohledy do očí, to vše je pro ně nepostradatelné. Pokud jim toto není umožněno, představuje to pro ně velkou psychickou zátěž a frustraci (Gíliková, 2021). Dle Haškovcové (2007) je základní potřeba umírajícího mít možnost komunikovat a být v přítomnosti blízkých. Mezi tyto blízké mohou patřit i malé děti. Jejich přítomnost by neměla být vyloučena (Bužgová, 2015). Pro děti je mnohem přirozenější tento proces sdílet. Lépe se pak vyrovnávají se ztrátou a truchlením. Umírajícím díky nim získávají pocit lásky a potřebnosti (Goldman, 2015).

Pacientům v paliativní péči je možné navrhnout setkání se s někým v podobné situaci, ve které se právě nachází. Umírajícím tyto setkání s podobně strádajícími lidmi velmi pomáhají (Radbruch a Payne, 2010). Díky skupinovým programům zdravotnických edukačních programů, zvládání stresu a psychické podpoře se společně věnují tématům a problémům, které členy skupiny trápí. Rozebírají je a snaží se je společně řešit. Cílem je naučit paliativní pacienty, aby lépe pracovali se stresem, co jim nemoc přinesla (Boleloucký, 2004). Pacienti, co prožívají podobné strádání, si mnohem lépe navzájem pomohou často bez vysvětlení. Pro lidi, kteří si tímto neprošli, je velmi těžké pochopit a vcítit se do nemocných (Radbruch a Payne, 2010).

Odchod nemocného je každý odlišný. Někteří chtějí poslední chvíle trávit se svými blízkými, někteří si na ně počkají, aby mohli v klidu odejít, někteří chtějí tento čas strávit pouze sami se sebou (Bužgová, 2015). Některým umírajícím může chybět síť blízkých, tím se tito pacienti stávají sociálně opuštěnými. V tuto chvíli by měli zdravotníci do určité míry nahradit tuto chybějící rodinu (Vorlíček a kol., 2006). Umírajícím navozuje přítomnost blízkých pocit klidu a bezpečí. Pro nemocné je někdy těžké, aby je blízcí viděli umírat, mohou si připadat slabí a méněcenní. Nechtějí jim být na obtíž nebo v nich

až vzbuzovat odpor (Bužgová, 2015). Nemocní mohou cítit potřebu chránit své blízké před psychickou zátěží. Mohu cíleně stigmatizovat svou nemoc (Johnston, 2007).

Od fyzických i psychických problémů je dle Kalvacha (2010) dobré odvádět pozornost smysluplně využitým časem. Umírající pacient by měl mít možnost pokračovat v jeho přirozených aktivitách, jak mu jeho zdravotní stav dovolí. Vytyčení malých cílů mu dodá potřebnou naději (Bužgová, 2015).

Důležité je sledovat projevy nemocných a správně je hodnotit. Velmi přínosný je v této oblasti terapeutický vztah spojený s terapeutickou komunikací. Je možné využít usnadňující intervence, ty napomáhají pacientovi být více sám sebou (Bužgová, 2015). Rozdělujeme je na očišťující, ty povzbuzují nemocné k uvolnění emocí, například strachu. Dále jsou intervence katalycké, které vedou nemocného k poznání sebe sama a pomáhají mu řešit své problémy. Poslední potvrzují hodnoty jednání nemocného. Nazýváme je podporující intervence (Lugton a McIntyre, 2005). V terapeutickém vztahu můžeme využít i narativního přístupu. Tento rozhovor je v paliativní medicíně a hospicové péči zásadní. Vše se odehrává v rámci systémů. Rodina pro nemocného sehrává důležitou podpůrnou roli. Pomocí tohoto postupu usilujeme o efektivní vzájemnou komunikaci. Díky ní můžeme vidět širší souvislosti a získat trvalá řešení (Kabelka, 2020).

K hodnocení těchto potřeb je vhodné kromě individuálního rozhovoru použít standardizované dotazníky. Žádný z nich však zatím není pouze specifikován na sociální potřeby (Bužgová, 2011). Ale téměř všechny výše zmíněné dotazníky dostatečně hodnotí sociální podporu. V zahraničí využívaná škála CARES se touto problematikou zabírá nejvíce. Má 139 položek v 6 doménách, z toho 82 položek je z oblasti sociální. Nejvíce hodnoceny jsou rodinné vztahy. Nejméně se na tuto problematiku soustředí škála SPEED, Needs at the End-of-Life Screening Tool (NEST) nebo PNAT (Bužgová, 2013). Dále je dle Bužgové (2011) využíván zahraniční dotazník PNI (Psychosocial Needs Inventory). Škála PNPC ze svých 138 položek jich 26 orientuje na sociální problematiku (Bužgová, 2013). V roce 2012 byl Bužgovou a Macháčkovou (2012) aplikován v českém prostředí a doporučen pro jeho používání v ČR. Český dotazník PNAP pokrývá značnou část nejčastějších potřeb paliativních pacientů. Sociální problematice se věnuje 7 položkami. Je zaměřen na rodinné vztahy, zapojení do aktivit i sociální podpore (Bužgová, 2013). Dle Vörösové (2015) je možné hodnotit sociální izolaci pomocí Lubennovy škály sociální

sítě (Lubben Social Network Scale) nebo Škálou vnímání sociální opory poskytované přáteli a rodinou (Perceived Social Support from Friends and Family Scale). K posouzení osamělosti je možné použít Škálu osamělosti (University of California, Los Angeles, Loneliness Scale – version 3, UCLA) nebo Škálu sociální a emocionální osamělosti (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults – Short Version). Obě škály je vhodné využít před diagnostickým rozhovorem s nemocným (Žiáková, 2009).

1.2.4 *Hodnocení spirituálních potřeb*

Pro hodnocení spirituálních potřeb je nutné chápat, jak se projeví stav jejich uspokojení. Termín duchovní pohoda vysvětlujeme jako schopnost dát životu směr a cíl. Pomáhá nám propojit náš život s ostatními, námi, prostředím a Bohem (Němcová, 2010). Balboni et al. (2017) uvádí, že spiritualita je vícedimenzionální a ovlivňuje, jak se vážně nemocní pacienti vyrovnávají se svou diagnózou. Spirituální péče zahrnuje psychologické, sociální i duchovní aspekty. Tyto aspekty společně s prvky přiměřené zvyklostem člověka nám otvírají možnost porozumět lidskému životu, a tím zvládnout obtížnou situaci (Němcová, 2010). Piderman et al. (2015) píší, že spiritualita ovlivňuje nejen dlouhodobě nemocné pacienty, ale i ty, kteří čelí vlastní smrti. Pacienti mohou při stanovení smrtící diagnózy či při progresi onemocnění zažívat duchovní tíseň (Delgado-Guay et al., 2016). Téma smrti, smyslu života, duchovní a emocionální pohody se v závěru života stávají pro nemocné významnější než kdy předtím (Meier et al., 2016). Dle Bovera et al. (2019) může ke snížení míry úzkosti a deprese umírajících pacientů pomoci dosažení duchovní pohody a nalezení vnitřního klidu a harmonie díky vnímání božské přítomnosti.

Sestry jsou v úzkém kontaktu s pacientem a jeho rodinou v průběhu onemocnění až do konce života i proto hrají významnou roli při hodnocení spirituálních potřeb. V rámci ošetrovatelské diagnostiky dle taxonomie NANDA můžeme stanovit diagnózy, jako jsou např. duchovní nouze, porušená religiozita nebo konflikt v rozhodování (Marečková, 2006). Zhodnocení spirituálních potřeb a následná spirituální péče je nevyhnutelné proto, aby byl splněn holistický přístup a z kvalitně celková péče (Hajnová Fukasová, 2015).

Validní hodnoticí a měřicí nástroje s následnými intervencemi založených na důkazech musí být nabídnuty a použity v klinické praxi. K hodnocení spirituality a náboženství bylo vytvořeno značné množství nástrojů (Sovářiová Soósová, 2022). K diagnostice výše zmíněné spirituální tísně je využíván dotazník Index spirituální zkušenosti, který je vhodný pro různé spirituální orientace. Škála spirituální pohody hodnotí dvě roviny. První

se zabývá spokojeností s náboženským životem, druhá rovina náleží životní spokojenosti (Farský, Žiaková, Ondrejka, 2008). Dotazník spirituální pohodný obsahuje 82 položek věnovaných spirituálnímu růstu a zralosti, potřebě víry a osobní zbožnosti. Dotazník spirituálního uvědomění posuzuje svými 20 položkami spirituální inteligenci v souvislosti s přírodou, Bohem nebo lidmi (Halama et al., 2006). Vzájemně propojenou spirituální tíseň a beznaděj můžeme posoudit v 6 dimenzích pomocí Nowotny Hope scale. Ta se zaměřuje na orientování a posilování naděje a vztahy s druhými (Nowotny, 1989). Škálu životní smysluplnosti reprezentují tři dimenze zaměřené na životní filozofii a spokojenost (Halama, 2002). Pražský dotazník spirituality je rozdělen do 6 dimenzí. Ty nám hodnotí spojení pacienta s přírodou, mezilidské vztahy, vnitřní pokoj, touhu k novému, „nejvyšší pravdou“ a „cestou domů“. Tento dotazník není nábožensky orientován. Je vhodné ho použít u nereligiózních pacientů v klinické praxi (Řičan a Janošová, 2005). Sedmibodovou škálu obsahující 24 položek nalezneme ve Škále spirituální transcendence, která posuzuje vnitřní spokojenost a lidské smýšlení s přírodou (Stríženec, 2007). V ČR je vhodné použít měřicí nástroj univerzálního rázu, jako je FICA dotazník (Hajnová Fukasová et al., 2015). Slouží nám k odebrání spirituální anamnézy a jako návod pro duchovní rozhovor. Jeho struktura je složena z obecných principů, a proto je použitelný v různých kulturách (Puchalsky a Romer, 2000). Začíná otázkami ohledně víry a přesvědčení pacienta, jaký má pro něj význam náboženská komunita, jaký má pohled na integraci duchovní péče do zdravotní péče (Borneman et al., 2010). Pacient má možnost svobodně odpovídat na otázky dle svého přesvědčení. Nemusí se držet předem daných formulací. Zdravotník provádějící tento způsob hodnocení nesmí pacientovi vnucovat svůj pohled na víru (Hajnová Fukasová, 2015).

Kategorizaci a identifikaci pacientů v riziku spirituálního distresu vyžadující individuální péči multidisciplinárního týmu získáme pomocí spirituálního screeningu. Většinou je prováděn při rozhovoru sestry s pacientem, nebo krátkého písemného hodnocení (Sovářiová Soósová, 2022). Mauk a Schmidt (2004) uvádějí, že bychom se neměli fixovat na otázku „*Jaké je Vaše náboženství?*“. K hlubšímu hodnocení spirituality je využívána spirituální anamnéza. Její cíl je porozumět pacientovým duchovním potřebám, identifikace spirituálních zdrojů pomocí viditelných signálů duchovního diskomfortu. K získání spirituální anamnézy je možné aplikovat výše zmíněný FICA dotazník (Sovářiová Soósová, 2022).

Na duchovní potřeby hospitalizovaných paliativních pacientů v nemocnicích se zaměřujeme pouze u příjmu pacienta. Zdravotnický pracovník zaznamená pouze zda jsou duchovní potřeby přítomny. Dále je toto téma nerozebíráno (Hajnová Fukasová, 2015). Spirituální potřebou mohou nabývat i pacienti jenž se nehlásí k žádnému náboženství. U těchto pacientů se duchovní potřeby nijak neprojevují a obtížně se hodnotí a saturují (Vaničková, 2002). V ČR je duchovní péče nevyvážená. Někde funguje odborný duchovní pracovník, jinde tuto péči zajišťuje pacient sám či jeho blízcí. Přitom saturace těchto potřeb je důležitá, a to nejen v paliativní péči. V hospicích se konají společné bohoslužby tvořené nemocnými, rodinami a zdravotníky. Tím dochází k prolnutí všech světů. Nemocných, zdravých i těch, co již zemřeli (Hajnová Fukasová, 2015).

1.2.5 *Hodnocení potřeby autonomie*

Autonomii můžeme definovat jako respekt k nezávislému rozhodování, samostatnosti jednání a racionální volby bez vnějšího vlivu. Jednotlivec má možnost určit způsob svého jednání dle svého výběru a hodnot (Munzarová, 2005). Pro paliativní pacienty může mít pojem autonomie zvláštní význam. Díky své závažné nemoci, a tím získaným omezením, mohou pociťovat silnou touhu jednat dle své svobodné vůle a přesvědčení (Vernooij-dassen et al., 2005). K posílení autonomie je vhodné podporovat pacienta k sebeobsluze a zajistit relativní soběstačnost s ohledem na jeho zdravotní stav. Při každodenních aktivitách je vhodné pacientovi dopomoci, ale zajistit, aby to nebyly pouze pasivní úkony ošetřovatele (Kalvach, 2004). Informace o zdravotním stavu a prognóze nemoci v závěru života je dle McIlmurray (2003) důležité podávat citlivým způsobem. Pro paliativní pacienty jsou důležité pravdivé informace o „drobnostech“, jako jsou krátké časové období a jaké osobní cíle si může splnit (Haškovcová, 2007). Zatajení informace o zdravotním stavu nemocného může krátkodobě přinést jistou emocionální úlevu, ale z pohledu dlouhodobého je to velký problém, který sebou nese obrovskou zátěž. Pacientovi i jeho rodině neposkytnutí informace škodí, nemohou se na situaci smrti dostatečně připravit (Špatenková et al., 2014). V rámci autonomie je pro pacienta důležité provádět vlastní rozhodnutí, tedy respektovat právo na jeho názor, což dle Haškovcové (2007) determinuje kvalitu jeho života. Dle Bužgové (2015) by se pacient i jeho blízcí měli společně podílet na rozhodování o léčbě i péči. Pro situace, kdy pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není v takové pozici, aby racionálně rozhodoval, může předem sepsat tzv. dříve vyslovené přání (living will). Tento dokument slouží k záznamu

rozhodnutí o lékařské péči v době, kdy pacient nebude schopný se rozhodnout (Meier et al., 2010).

V roce 2005 byl v Nizozemsku vytvořen 9 položkový Dotazník autonomie pacienta (Patient Autonomy Questionnaire, PAQ) doplněn i 4 položkovou verzí (PAQ-sv). Identifikace a následné řešení problémů v oblasti autonomie se může stát mocným prostředkem pro zlepšení kvality života paliativních pacientů. Použití tohoto nástroje může pomoci rozvíjet komunikaci o této problematice (Vernooij-dassen et al., 2005). V ČR zatím používán není. Na našem území není dostupný hodnoticí nástroj, který by se zabýval pouze autonomií. K hodnocení této problematiky se používá již výše zmíněný PNAP dotazník k pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči. Ten se v 5. doméně věnuje problematice autonomie 4 položkami v oblastech kontinuity života, rozhodování, důstojnosti a informovanosti (Bužgová, 2014).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit, zda sestry využívají specifické hodnoticí škály u paliativních pacientů.
- 2) Zjistit, jakým způsobem pomáhají hodnoticí škály sestrám při péči o paliativního pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaké využívají sestry hodnoticí škály u paliativních pacientů?
- 2) Jakým způsobem pomáhají hodnoticí škály sestrám při péči o paliativního pacienta?
- 3) Jaký je názor sester na používání hodnoticích škál při péči o paliativního pacienta?

2.3 Operacionalizace pojmů

První je nutno vysvětlit pojem hodnoticí škála. Je to nástroj, který přesně definuje předmět pozorování a způsob hodnocení, tj. skórování vybraných projevů. Získané informace identifikuje, objektivizuje a dokumentuje problémy související s ošetrovatelskou péčí (Bóriková, Fúrová, 2003). Dále je nutno vysvětlit pojem paliativní pacient, tedy nemocný trpící progredujícím, pokročilým onemocněním, které nereaguje na kurativní léčbu (WHO, 2002). Hospice je organizace poskytující péči lidem, kteří ukončili léčbu a jsou v závěru svého života. Multidisciplinární tým pečuje o pacienta holisticky. Díky tomu je pacientovi zajištěn bezbolestné a klidné umírání (National Hospice and Palliative Care Organization, 2019). Poslední důležitý pojem je všeobecná sestra. Podle § 4 vyhlášky č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků všeobecná sestra vykonává základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu v souladu s diagnózou stanovenou lékařem.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumná část této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda byla zvolena pro získání co nejpřesnějších informací o této problematice. S ohledem na cíle práce jsme sestavili osnovu rozhovoru, která čítala 14 otevřených otázek a 4 otázky týkající se identifikačních údajů (viz příloha č. 1). Kromě základních otázek byly pokládány také otázky doplňující. Otázky byly orientovány na identifikaci informantů, znalosti o hodnoticích škálách, využití hodnoticích nástrojů v praxi, paliativní pacienty a na názor sester na hodnoticí škály.

Výzkumné šetření probíhalo v lůžkových a mobilních hospicových zařízeních ve vybraných krajích ČR. Bylo osloveno 9 zařízení. Tři spolupráci odmítly z důvodu zaneprázdněnosti personálu. Výzkum byl nakonec prováděn v hospicích v Jihočeském, Moravskoslezském a Pardubickém kraji. Žádosti o provedení výzkumu jsou uloženy u autorky práce z důvodů zachování anonymity zařízení. Sestavená osnova polostrukturovaného rozhovoru byla následně odeslána ředitelům ke schválení do vybraných hospicových zařízení. Ředitelé dále kontaktovali 1-2 sestry, které se s námi následně emailem nebo telefonicky spojily. Rozhovory byly prováděné osobně, pomocí videohovoru nebo telefonicky dle preferencí informantek. Délka rozhovoru se lišila dle sdílnosti a otevřenosti informantek. Jeden rozhovor trval průměrně 30 minut. Pořízené nahrávky byly neprodleně přepsány do písemné formy. Sestry byly předem obeznámeny se strukturou výzkumného šetření a naprostou anonymitou jejich výpovědí. Od sester, se kterými tazatel prováděl rozhovor, osobně byla získána písemná verze informovaného souhlasu s dobrovolnou a anonymní účastí na výzkumu a stejně tak souhlas s nahráváním rozhovoru. Od ostatních sester byl před začátkem rozhovoru získán ústní souhlas s účastí ve výzkumu i s nahrávkou rozhovoru. S pořízením nahrávky souhlasilo 8 z 10 informantek. Dvě s nahráváním nesouhlasily, proto byly tyto rozhovory pečlivě zaznamenány pouze písemně. Výzkumné šetření probíhalo od února do března 2023. Data získaná polostrukturovaným rozhovorem byla následně zpracována pomocí techniky otevřeného kódování metodou „tužka a papír“ a následně rozdělena do 4 kategorií a příslušných podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 10 všeobecnými sestrami pracujícími v hospicových zařízeních. Šest sester pracuje v mobilním hospicovém zařízení a čtyři v lůžkovém hospicovém zařízení ve vybraných krajích v rámci ČR. Všeobecné sestry byly vybrány na základě záměrného kriteriálního výběru na základě místa pracoviště a kvalifikace všeobecné sestry. Sestry jsou dále ve výzkumné části označovány „S1“ až „S10“.

4 Výsledky

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1 přehledně ukazuje identifikační údaje našeho výzkumného souboru, který se skládá z 10 žen ve věku od 30 do 57 let. Dotazované sestry měly různé stupně vzdělání. S3 a S9 mají vysokoškolské magisterské vzdělání, S2 a S7 vysokoškolské bakalářské vzdělání. S1 dosáhla Vyššího odborného vzdělání. Zbývajících 5 sester S4, S5, S6, S8 a S10 mají vzdělání středoškolské. Celková délka praxe sester se pohybuje v rozmezí od 9 do 42 let. Délka praxe v příslušné hospicové péči je u dotazovaných od 2 do 12 let. Zastoupeno zde bylo 6 sester z mobilní hospicové péče a 4 sestry z lůžkového hospice.

Tabulka 1: Identifikační údaje informantek

Označení sester	Věk	Vzdělání	Celková délka praxe	Praxe v hospicové péči	Typ hospicového zařízení
S1	40 let	Vyšší odborné	12 let	9 let	Mobilní hospic
S2	48 let	Vysokoškolské, bakalářské	28 let	3 roky	Mobilní hospic
S3	48 let	Vysokoškolské, magisterské	27 let	9 let	Mobilní hospic
S4	35 let	Středoškolské s maturitou	9 let	3 roky	Mobilní hospic
S5	41 let	Středoškolské s maturitou	15 let	10 let	Mobilní hospic
S6	40 let	Středoškolské s maturitou	20 let	8 let	Mobilní hospic
S7	30 let	Vysokoškolské, bakalářské	12 let	12 let	Lůžkový hospic

S8	38 let	Středoškolské s maturitou	14 let	2 roky	Lůžkový hospic
S9	47 let	Vysokoškolské, magisterské	30 let	9 let	Lůžkový hospic
S10	57 let	Středoškolské s maturitou	42 let	8 let	Lůžkový hospic

Zdroj: vlastní zpracování

4.2 Kategorizace dat

Tato kapitola prezentuje data získaná polostrukturovanými rozhovory s informanty. Získané informace byly pro přehlednost roztrženy do 4 kategorií, které byly dále členěny do podkategorií.

Přehled jednotlivých kategorií

Kategorie 1: Pojem hodnoticí škály

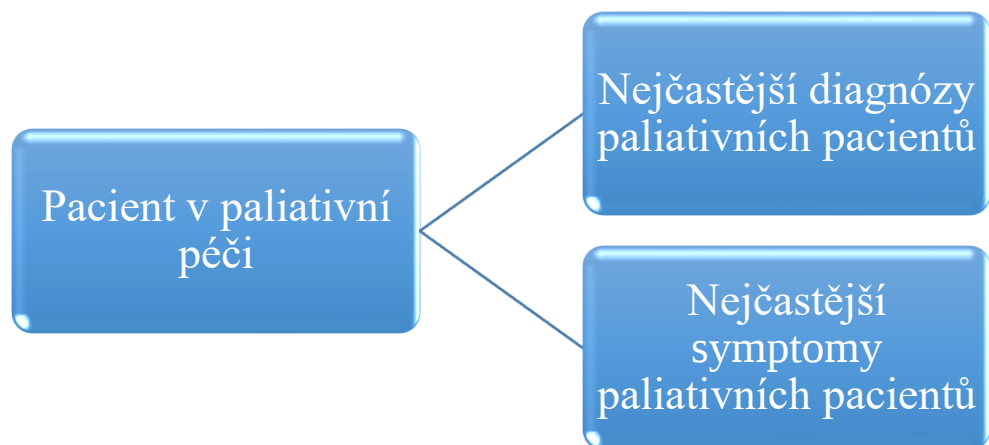
Kategorie 2: Pohled sestry na hodnoticí škály

Kategorie 3: Využití hodnoticích škál v praxi

Kategorie 4: Přínos používání hodnoticích škál

Kategorie 1: Pacient v paliativní péči

Obrázek 1: Pacient v paliativní péči



Zdroj: Vlastní zpracování

První kategorie je rozdělena do 2 podkategorií a komplexně se zabývá pacientem v paliativní péči. Demonstruje, s jakými diagnózami se u paliativních pacientů nejčastěji sestry v hospicové péči setkávají a jaké symptomy paliativní pacienti nejvíce trápí.

Nejčastější diagnózy paliativních pacientů

Všechny sestry S1 až S10 se shodly, že nejvíce pracují s klienty trpící onkologickým onemocněním. „*Nejvíce máme onkologicky nemocné. Měli jsme i pacienty se vzácným onemocněním ALS. Staráme se o dětské i dospělé pacienty.*“ Ke své odpovědi sestra S1 dodala: „*Pacienti v naší péči většinou vyhledávají, až pokud jsou jejich obtíže závažné. Jsou v takovém stavu, ve kterém by za normálních okolností byli hospitalizováni v nemocnici.*“ Sestra S7 odpověděla, že často se starají o geriatrické onkologické pacienty, kteří čekají na domov důchodců. „*Často máme pacienty starý geriatrický s demencemi, ale současně i s nádoroma. Protože ti přestárlí pacienti, když to řeknu ošklivě, kteří dříve měli nádor mají nějaký zapouzdřený metastáze a nic extra to s nimi nedělá, tak ne každý domov důchodců tady u nás v okolí je chce brát a přijímat jako pacienty, když mají to onkologický onemocnění. Často se pak stává, že jsou pacienti zmatení. Proto je často přijímáme k nám, protože rodině honem neví, co se s nima děje, co mají dělat.*“ Dále dodává, že jde často o pacienty, kteří trpí demencí a je potřeba u nich nastavit medikaci. „*Ten pacient není terminální, ale u nás v hospici je na takové*

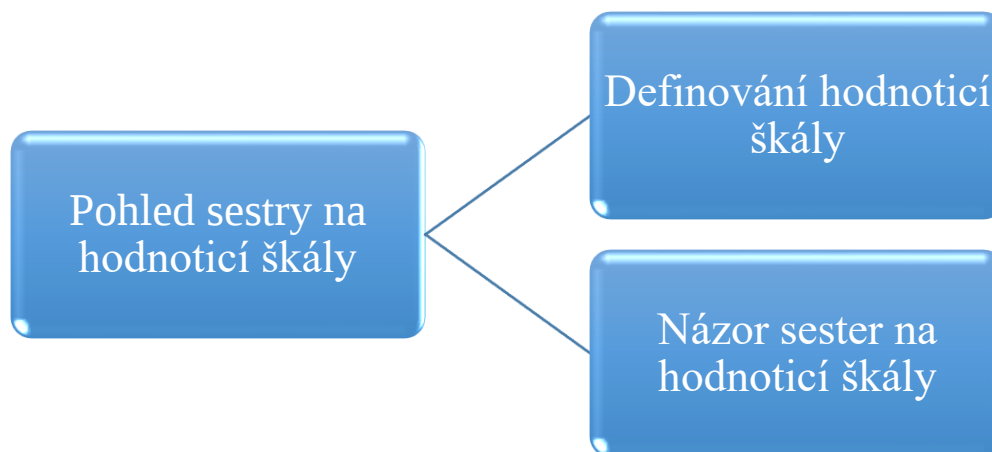
přechodné stanici před domovem důchodců, než se ten stav ustálí a nastaví se jim medikace.“ Sestra S8 odpověděla: „Tak všechno jsou to jakoby tumory a nejvíc jsou to u nás u mladých lidí teďka asi mozku co jsme zaznamenali. Potom jsou to často plíce, střeva a i slinivka.“ Sestra S10 dodává: „Nejvíc máme samozřejmě pacienty onkologický, postižený všemožnými nádory. Ale taky hodně pacient se selhávajícími játry a srdcem a často jsou to onkologičtí pacienti, kteří navíc trpí demencí.“

Nejčastější symptomy paliativních pacientů

Sestry S1 až S5 a S9 udaly stejné obtíže. Řadí mezi ně bolest, dušnost a zažívací obtíže. Odpověď sestry S2: *„Většinou nejvíc řešíme bolest, dušnost a zažívací obtíže.“* „Nauzea, bolesti, dušnost“ sdělila sestra S9. Sestry S3 a S10 dále uvedly jako problém u svých pacientů úzkost. *„Určitě je to bolest, dušnost, zvracení a úzkosti“* uvedla sestra S10. *„Bolest, nevolnost, dušnost, úzkost, zácpa.“* odpověděla sestra S4. Ta přidala k zažívacím obtížím i problematiku zácpy. Sestra S5 odpověděla, že nejvíce její pacienty sužuje bolest, poté dušnost, zažívací obtíže, ale také úzkost. *„Nejvíce je trápí asi ta bolest. Na tu si stěžují nejvíce, že jim zneprjemňuje život. Dál je to dušnost, zácpa a nevolnost, ale taky jsou dost často úzkostní.“* Sestra S1 se shodla se všemi výše zmíněnými příznaky, ale do své odpovědi zahrnula i neklid, nechutenství, kašel, únavu a spánek. *„Nejvíce si pacienti ztěžují na bolest, dušnost, nauzea, zvracení, neklid, nechutenství, kašel, únava a spánek“* odpověděla sestra S1. Sestra S7 přidala symptomy zmatenost, halucinace a péče o chronickou ránu. *„Nejvíce asi bolest, zmatenost, halucinace, dušnost. Péče o chronickou ránu různého druhu a zvracení a průjem.“* Sestra S6 uvedla, že nejvíce řeší u svých klientů bolest. *„Hodně řešíme bolest. Ta je pro nás a naše pacienty každodenním chlebem. Třeba i několikrát za den i v noci. To jsem zrovna řešila teď dva dny po nocích. Protože ty bolesti jsou hlavně v noci“* odpověděla sestra S6. Dále přidala tyto symptomy: *„Ty škály jsou udělané, že jsou v nich obsažené ty největší problémy, takže je to bolest, určitě řešíme nevolnosti, zvracení, nechutenství, pocity dušnosti nebo opravdovou dušnost. I nějakou depresi nebo úzkost“* sestra S6. Sestra S8 uvedla tuto odpověď: *„Je to samozřejmě bolest, dušnost, nauzea. Je to polohování, tím, jak jsou často pacienti mobilní, tak je potřebujeme i vysazovat.“* Dále uvedla, jak je problematika bolesti spojená s psychickým stavem pacienta. *„Dominantní je bolest. Často přijdou dekompenzování. Potřebujeme je v té bolesti kompenzovat a vůbec jakoby tu nemoc pak zvládají jinak. Protože jsou stabilizováni a nemají ty ohromné bolesti, tak se na svět dívají jinýma očima. Z nich to spadne a dokážou se psychicky stabilizovat.“*

Kategorie 2: Pohled sestry na hodnoticí škály

Obrázek 2: Pohled sestry na hodnoticí škály



Zdroj: Vlastní zpracování

Druhá vytvořená kategorie se komplexně zabývá pohledem sestry na hodnoticí škály. Prezentuje, jak si sestry vysvětlují pojem hodnoticí škály. Druhá podkategorie rozebírá, jaký sestry zastávají názor k hodnoticím škálám.

Definování hodnoticí škály

Všechny dotazované sestry byly dobře informované o významu tohoto pojmu a dokázaly ho dostatečně vlastními slovy popsat. Nabyté informace o využívaných škálách 8 z 10 sester získalo od svých nadřízených a kolegyň. „*Ano vím, jak se mají vyplňovat a jak se s nimi má pracovat. To jsem se dozvěděla od kolegyň a taky od vrchní sestry*“ odpověděla S2. S6 uvedla, že získané informace o použití škál získala z ošetrovatelských standardů. „*Stoprocentně, určitě to máme v ošetrovatelských standardech. Navíc jsme poučení a diskutujeme to i s lékaři.*“ Dle sestry S7 nabyté informace získala hlavně při vysokoškolském studiu. „*Není to tak dlouho, co jsem dělala bakaláře. Jsem informována hlavně z té školy. Na univerzitě nám to málem mlátili do hlavy.*“ S1 škály definovala následovně: „*Hodnoticí škála je nástroj pro zdravotní personál, který dokáže efektivně posoudit zdravotní stav, rizika, symptomy na základě hodnocení, případně odpovědi pacienta na cílené otázky.*“ S2 si pod tímto pojmem představí metodu díky, které může hodnotit míru intenzity onemocnění klienta a potřebnost paliativní péče. Dodala: „*Také*

se tím vyselektuje stav a případné vykazování pro pojišťovnu.“ S3 uvedla: „Představím si vlastně pomůcku, která nám zjednoduší práci. Co se týče předávání informací od našich pacientů. Zestručnění prostě naší práce, já je mám prostě ráda ty škály.“ S4 a S5 odpověděly podobně. Obě uvedly, že si pod tímto pojmem představí tabulku, díky které zjistí, jaké má pacient obtíže a dokáže je tím hodnotit. S4 ještě dodala: „Zjistím, jestli sem ty potíže zvládla dobře zhodnotit a jak sem s nimi dál pracovala.“ Obdobně odpověděly S6 a S8. Obě uvedly, že toto hodnocení je subjektivní. „Představuji si něco, co mi pomůže rozeznat, co je u pacienta jeho prvotním problémem. Pomůže mi to charakterizovat jeho zdravotní stav jako subjektivně, ne objektivně. Ne objektivně co myslí on, ale ze subjektivního hlediska“ sdělila S6. S8 poukazuje na to, že hodnoticí škála není směrodatná ve všech ohledech. „Řekla bych, že to je hodnocení subjektivní. Ta škála není úplně směrodatná ve všech ohledech. Je to vlastně hodnoticí systém. Pohled na určitý věci, kde se dá vizuálně znázornit“ S8. S9 naopak uvedla: „Představím si, že to je objektivizace záznamů o klientech.“ Podobně odpověděla S10: „Je to vlastně záznam objektivních problémů pacienta.“ S7 si pod tímto pojmem představila škálu bolesti. „Představím si třeba škálu bolesti. V těch hodnoticích škálách můžete hodnotit kde co, kde čím.“

Názor sester na hodnoticí škály

Na otázky, jaký názor sestry zastávají k hodnoticím škálám jsme získali různé odpovědi. Dotazované informantky S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9 a S10 se shodují, že práce se škálami je jednoduchá, a proto i rychlá. Sestra S3 a S7 dodaly, že díky elektronické podobě škál je pro ni práce s nimi jednoduchá. „My to máme v tom počítači, takže jenom odkliknem“ uvedla sestra S3. „Upřímně, pro mě to je jeden klik v programu“ odpověděla sestra S7. Pro S4 a S5 je práce s nimi časově náročná. Mnohem lépe se jim pracuje s jejich vytvořenými očíslovanými škálami než s těmi ostatními. „Ty ostatní jsou časově náročný. My si je vyplňujeme tak, jak nám to vyhovuje, abychom pochopily jedna druhou, aby to bylo jasné a přehledné“ odpověděla S4. Všechny 10 informantek se shodlo, že hodnocení škálami jde ovlivnit subjektivním úsudkem. Ačkoliv by se mělo jednat o objektivní hodnocení. K potvrzení uvádíme několik odpovědí. „Myslím, že to určitě jde námi ovlivnit. Už jen to, jak toho člověka vnímáme mi nemusí být stejné, jak ho vnímala kolegyně před námi“ odpověděla S4. Informantka S6 uvedla: „Musím brát v ohledu i to, co vidím. Takže většinou je to objektivní. Jde to ovlivnit subjektivním úsudkem. Ale já to nemám ráda. Dám spíš na to, co opravdu vidím, ne to, co si myslím. Protože, když mi

pacient řekne, že mu něco je. Tak já mu nemůžu říct, vy mi lžete, není to takhle.“

Informantka S8: *„Subjektivním úsudkem to právě ovlivnit jde, to je takový zvláštní. Řídíme se spíš subjektivním pocitem. Samozřejmě objektivně si to hodnotíme podle fyziologických funkcí, jak pacient vypadá dlouhodobě, tak my už víme, známe ty lidi.“*

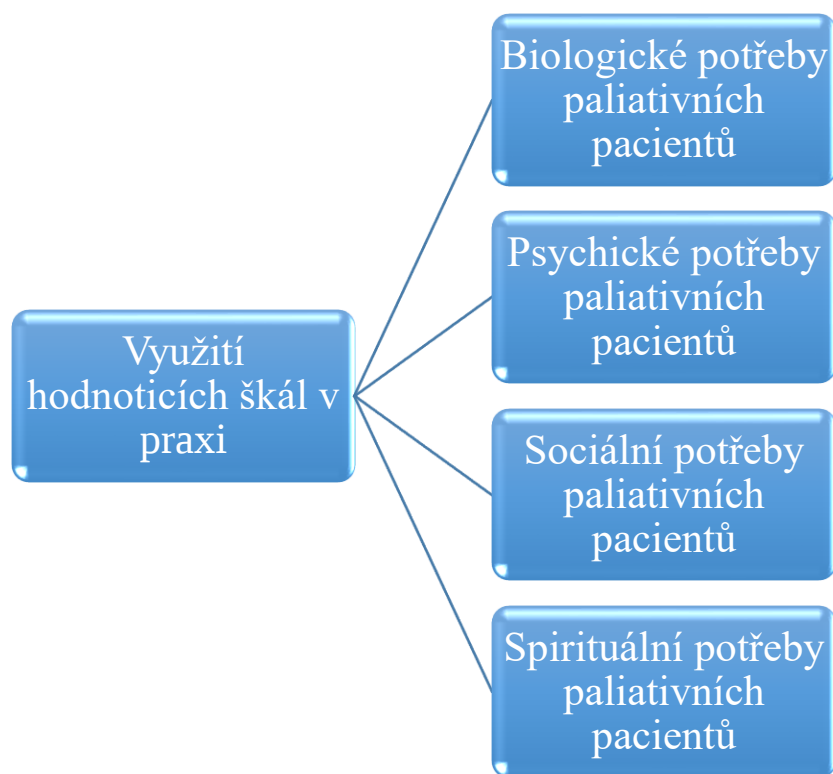
Šest sester hodnotí škály pozitivně. Dvě sestry mají smíšený názor a dvě sestry nejsou se škálami spokojené. S1 odpověděla: *„Já se přiznám, že opravdu pracujeme jenom s těmito třemi, ty používáme a vlastně další škály nevyužíváme. Proto ani jiné moc nemůžu hodnotit. A ty, s kterýma pracujeme, se mi pracuje dobře. Nemám s nimi žádný problém.“*

Informantka S2: *„Já s nimi pracuji ráda.“* S6 odpověděla takto: *„Asi my vyhovují všechny ty tři, co jsem vám řekla. Zvykla jsem si na to, je to zavedené. A defacto nemusím nic zaškrtnout a je to dobře popsané. My to máme hezky v systému popsané, když tam zapisuju ten počet bodů, tak mi u toho pacient a vyjede, co to u něj znamená.“* Dle S9 a 10 je nejlépe využitelná škála VAS. *„Já si myslím, že pro nás je nejvíc důležitá škála VAS, kterou používáme denně“* sdělila S9. Odpověď S10: *„Pro mě je nejlepší VAS škála, je to pro mě jednoduché ověření toho, zda intervence, co jsem u pacienta provedla, tak jestli zabraly.“* S7 a S8 mají na hodnoticí nástroje smíšený názor. S7 uvedla, že škála pro ni nemá takovou výpovědní hodnotu, jako to, jak pacienta vidí ona. *„Tím, že mi těch škál tolik nepoužíváme, tak je to u nás strašně jednoduchý. Ale není pro mě škála bolesti něco prvotního, když vidím, že tam mám člověka schoulenýho bolestí. První, co tak budu řešit, co tam mám SOS medikaci, nebo lékaře a ne škálu“* uvedla S7. S8 je toho názoru, že škála pro ni nemá takový význam, protože ze své pozice staniční sestry má možnost být s klienty každý den. *„Já tohle asi nedokážu úplně objektivně říct, protože jak sem tam každé den, tak pro mě ta škála úplně není všehpřijímající. Já ty lidi vidím každý den fyzicky. Takže ta škála pro mě nemá takovou hodnotu, když vidím fyzicky toho pacienta každé den a znám ho.“* S4 měla na používání škál jiný názor. Odpověděla: *„Nám vyhovují spíš ty naše jednoduchý a číselný škály. Jsou nejlíp uchopitelný pro nás a pro většinu pacientů. Já nemám moc ráda ty oficiální jako to PPS a tak. Radši mám ty naše jednoduchý. Nebo máme takový ty naše pomocný s těma smajlíkama nebo barvama, ale ty používáme jenom zřídka. S5 se shoduje s názorem S4. Odpověděla, že nejraději má číselné stupnice, které si sama vytvoří pro jednotlivé symptomy. „Nejradši mám ty jednoduchý číselný, protože je to rychle vyplněný a přehledně. Přijdou mi mnohem líp použitelný než ty ESAS nebo PPS. Když jeden pacient má PPS 30 a druhý 30, tak neznamená, že by se k nim dalo přistupovat stejně a že by měli stejný potíže“* S5. Dále S5

dodává: „Škálování samozřejmě nemazat. Má smysl, ale je třeba ho individualizovat každému na tělo. Nejen jako pacientovi, ale i tomu týmu na tom oddělení.“

Kategorie 3: Využití hodnoticích škál v praxi

Obrázek 3: Využití hodnoticích škál v praxi



Zdroj: Vlastní zpracování

Třetí kategorie je věnována, jak sestry v praxi využívají hodnoticích škály. Dále je rozčleněna na jednotlivé podkategorie dle biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb paliativního pacienta.

Biologické potřeby paliativního pacienta

Informantky S1 až S6 se shodují na používání škály ESAS, PPS a VAS. S2 odpověděla: „Používáme PPS Paliativní škálu funkční zdatnosti a od té se odvíjí, jestli je možno klienta zařadit do 24hodinové paliativní péče. Pro možnost úhrady pojišťovny jsou vhodní klienti, kteří mají tuto škálu 40 % a méně. To si hlídáme právě kvůli vykazování pojišťoven a selekci klientů k ambulantní péči nebo režimu na pojišťovnu.“ S2 dále rozvedla použití škály ESAS. „Pak používáme ESAS, což je škála hodnocení závažnosti symptomů. Tu vyplňuje s tím pečujícím nebo klientem lékař, který klienta přijímá v rodině. A to je další

škála, podle které víme, že můžeme, nebo nemůžeme podle závažnosti symptomů toho klienta vykázat na pojišťovnu nebo jestli ještě spadá do ambulantní péče. Použití škál na hodnocení nutrice, jako je například dle Nortonové, je dle S1 zbytečné, protože pečují o vážně nemocné pacienty, takže s těmito problémy počítají. „Klasické hodnoticí škály, jako například podle Nortonové, ani nevyužíváme. Přijde nám jejich vyplňování zbytečné. Protože všichni naši pacienti by byli v riziku. Naši pacienti jsou těžcí pacienti, kteří mají mnoho problémů. Proto by v těchto klasických hodnoticích škálách vycházeli v riziku, ale to my už víme a počítáme s tím“ odpověděla S1. Podobného názoru jsou S9 a S10. I ony si myslí, že používání těchto škál na hodnocení nutrice je u jejich pacientů přebytné. „Škálu na nutriční stav nemáme, naši pacienti mají problémy s příjmem stravy, máme vlastní kuchyň, vše řešíme okamžitě s vedoucí stravovacího provozu individuálně, škály za mě by nám osobně nic nepřinesly.“ Dále sestra S9 dodává: „Pacienti, kteří přijdou z nemocnice s nasogastrickou sondou, tak u nich okamžitě zkoušíme, jestli je možná příjem per os a v 99,9 % sondu druhý den vytahujeme a přecházíme na stravu.“ Sestra S10 odpověděla: „Já myslím, že celkově sledování nutrice v hospicové péči je zbytečné, protože u nás většinou nejde zajistit nějaké zlepšení v příjmu stravy u toho pacienta.“ Společný pohled na použití škál měly sestry S4 a S5. I ony používají škály ESAS, PPS i VAS. Tento názor sestra S5 podpořila a dodala: „Ty oficiální v dokumentaci založený máme, ale nejvíce uchopitelný sou pro nás ty naše po jednotlivých příznacích. My si každé příznak vypíšu a hodnotíme ho jednotlivě.“ Uvádí, že tento postup je nejvíce vyhovující. Dle jejích slov je tato metoda nejuniverzálnější. „Dá se tato metoda od jedničky do pětky použít na cokoli, od bolesti po nevolnost. Máme tady ještě tu škálu těch smajlíků na hodnocení bolesti u méně soběstačných pacientů“ uvedla sestra S4. Sestra S6 popisuje použití škál ESAS, PPS, VAS a škály MSSE. „U nás používáme jako základní nějakou škálu pro hodnocení bolesti. Potom tu máme určitě ESAS skóre, PPS skóre a potom MSSE. Škála PPS je pro ni ukazatelem, zda je pacient vhodný pro přijetí do paliativní péče. „PPS je tedy paliativní funkční zdatnosti je defacto v procentech, nebo v bodech od nuly do sta. Stovka znamená, že pacient je naprosto, úplně v pořádku. Chodí, aktivity vykonává, žádné symptomy nemoci nemá, je soběstačný, příjem potravy je bez omezení, je plně orientovaný všemi smysly. Nula tedy znamená, že už je mrtvý. Pro pacienta do paliativní péče je ideální, když je na těch 40 procentech. Což znamená, že je převážně na lůžku, neschopen většiny činností, má plně rozvinutou chorobu a je potřeba pomoc s většinou úkonů, příjem stravy je snížený a pak se tam objevují nějaké problémy vědomí.“ Dále popisuje škálu ESAS a VAS. „Ve škále ESAS jsou vyjmenovány

symptomy. To je vlastně škála hodnocení závažnosti symptomů. Je tam deset různých symptomů. Je to hodnoceno od nuly do desítky. Vlastně tak jak to je, deset je nejvíc. Nula je nic. Podle toho vlastně vím, na co se zaměřit nejvíc. VAS škálu máme tu oficiální. A jinak je to VAS škála nula až deset. Prostě pravítková škála na počet těch bodů.“ S7 a S8 uvádějí použití škály na bolest a hodnocení defektů. Obě uvádějí, že v zařízení, kde pracují je využíván vlastní program, který tyto škály obsahuje. S7 uvedla, že škála na hodnocení bolesti obsahuje pět úrovní. „Nejčastěji škálu na hodnocení bolesti. My máme vlastní program, který je dělaný hospici na míru. V programu máme svou škálu na hodnocení bolesti, kterou využíváme nejvíc. Hodnotíme tam pět úrovní bolesti. První chlívček je klasická bolest, kdy si člověk žádá nějakou klasickou medikaci jako je třeba Paralen, Novalgin. Druhý stupeň už vyžaduje nějaký opiát, když už ta bolest je větší. Třetí stupeň to je vlastně, když už dáváme opiáty navíc. Čtvrtý, když se zase dopichují další opiáty, po době, když to vůbec nepomáhá. Když je tam nějaká průlomová bolest, na kterou pacient celkem nereaguje. A vlastně pětku bolesti jsme asi nikdy nedávali.“ S8 odpověděla: „My to máme zavedený, že máme škálu, která je barevně označená podle toho, jak rána vypadá. Jestli je tam nějaká nekróza, živá tkán nebo začervení. Mezi to já dávám fotografie těch defektů, aby to šlo ruku v ruce. A je tam popis toho defektu a jak se léčí. Primární i sekundární krytí.“ Sestry S9 a S10 shodně uvádějí, že používají škálu Nortonové, ADL a VAS. „Používáme Nortonovou na dekubity. Potom test Barthelový, kterým hodnotíme, jak klient funguje přes den. A VAS tou měříme bolest u našich pacientů.“

Psychické potřeby paliativních pacientů

Informantky uvedly používání škály MSSE, kterou využívají u pacientů s demencí nebo se změněnými kognitivními funkcemi u nichž není škála ESAS vhodná. „Když jsou to neurologické diagnózy, tak používáme to MSSE. Když ten pacient třeba není schopen, už je jakoby v kómatu nebo to, tak vlastně tam se tady ta škála použije. Zjišťujeme jeho mentální stav“ odpověděla sestra S3. Odpověď S6: „Když máme horší pacienty s demencí, kde není ten pohovor, ta komunikace moc možná, tak používáme MSSE.“ Dále jsou psychické potřeby obsaženy ve škále PPS, která hodnotí stav vědomí pacienta. Ve škále ESAS jsou zahrnuty symptomy deprese a úzkosti. „V ESASU je jen škála deprese.“ Dále S3 dodává, že při potřebě za pacienty dochází psycholog: „My to v hospici máme nastaveno tak, že opravdu paní psychologka se ozývá každému pacientovi asi 2 až 3 dny po příjmu a samozřejmě, když tam vidíme nějakou úzkost, tak to s nimi dále řeší“

odpověděla S3. S1 uvedla: „*Námi používaná škála ESAS má v bodě 10 místo pro „jiné“.*“ *Tam vy můžete dopsat symptom, který se nenachází v těch 9 předešlých bodech.*“ S2 odpověděla, že například pro pacienty s demencí mají vyhrazeného pracovníka, který se na tyto diagnózy specializuje. „*Máme poradkyni pro pacienty s demencí. Ta se zabývá pouze těmito pacienty. Jsou její parketou. Takže ona pro ně používá škály a věnuje jim specifickou péči. Když je tedy potřeba tohoto typu péče u klientů s demencí. Tak je odkazujeme na ni. Protože ona je na to specializovaná*“ sdělila S2. Sestra S8 odpověděla, že pacienti k nim přichází již s psychiatrickou medikací v ustáleném stavu, proto se mohou zaměřovat na paliativní péči. „*Tím, že u nás jsou většinou, i když mají třeba Alzheimeru nebo jsou dementní, ale jsou onkologický. Tak jsou tyhle věci zaléčený nějakou chronickou léčbou, takže k nám nepřijdou rozhozený. My se zaměřujeme spíš na tu paliativní péči. Že to jde v ruku v ruce s tou léčbou chronických nemocí, tak nám lékaři vytelefonávají ke specialistům, ke kterým pacienti chodili*“ uvedla S8. Sestra S7 uvedla, že škálu MSSE dochází provádět psychiatrická sestřička z ambulance. Odpověď sestry S7: „*U dementních pacientů máme stejné škály. Akorát mají navíc MSSE. Ale na to nám přímo dochází psychiatrická sestřička z psychiatrický ambulance, aby to MSSE bylo provedený správně. To MSSE to se třeba dělá každý týden. Přezkušují se znovu a znovu, když se nastavuje psychiatrická medikace, někdy se to zlepší, někdy ne.*“

Sociální potřeby paliativních pacientů

Pacienti, kteří mají problémy v oblasti sociální, tak jsou dále odkazováni v rámci multidisciplinárního týmu k sociálnímu pracovníkovi. S2 uvedla, že na sociální problematiku škálu nemají, proto problémy v této sféře řeší pouze individuálním rozhovorem. Ale dodává, že na tyto problémy ani škály nejsou z důvodu individuálnosti každého pacienta. „*Řešíme i problémy sociální. Například co se týče vztahů v rodině. Někdy je potřeba toto téma otevřít, ošetřit. A až ten klient zemře, tak se to řeší individuálně s naším podpůrným týmem, který na to pružně reaguje. Vždy naši pomoc v jakýkoliv sféře nabízíme. Každá rodina je jiná. Ke každé přistupujeme individuálně a na to škály nejsou*“ S2. Informantka S3 uvedla, že dříve se v hospici tuto problematiku snažili řešit pomocí grafu kde byli vypsáni pečující o pacienta, ale z důvodu nepřesností to do praxe nezařadili. „*Možná tohle by byla informace, kterou kdybych to ty rodiny šla poprvé, tak by mě možná zajímala. Jako do jaký situace jdu, že to je úplně jako nějak ohodnocený. My jsme si jako něco takovýho už vytvořili kdysi v hospicu, ale fakt jenom nějaký graf. Tam bylo zapsaný jako kdo je hlavní pečující v kolečku, vně byli nějaký*

vedlejší pečující. Pak jsme to teda nějak neaplikovali. Já myslím, že by se to dalo. Při příjmu už to nějak oskórovat a ptát se těch pacientů. A brát to jako součást té dokumentace. Kdybychom cítili, že to je potřeba, tak bychom se k tomu nějak vrátili. Ale v praxi se nám to nějak neuchytilo, asi jsme nevěděli, jestli to máme skórovat my nebo sociální pracovníce. Proto jsme to nějak jako nechali být“ S3. S6 uvedla, že pokud má pacient sociální potřeby spirituální potřeby, tak je s nimi řeší sociální pracovník. „V paliativní péči je to o tom, že sociální oblast mi obsáhne sociální pracovník. My víme základní věci, ale primárně od toho máme sociálního pracovníka, který za pacientem může kdykoliv dojet a dořešit to“ S6. Dle informantky S4 by nebylo vhodné sociální potřeby hodnotit pomocí škály, protože by se nezachovala individuálnost pacienta. „My tyhle problémy řešíme s pacientem osobně. Prostě se ho zeptáme, jestli to chce řešit, nebo jestli ho má navštívit psychoterapeut. Pomocí škály by mi to nepřišlo vhodné.“ S7 uvedla, že k získání informací o sociální situaci klienta využívají zkrácenou verzi životního příběhu. „My máme takovou hodně zkrácenou verzi jakoby životního příběhu. Sociální anamnézu, co se sbírá o pacientech. Jak to mají doma, jestli jsou sami, kdo se o ně stará. Třeba je tam i jakou dělali profesi. Pokud tam měl někdo něco důležitýho v životě“ odpověděla sestra S7. Uvedla smutnou osobní zkušenost: „Ročníky kolem roku 1920. Lidi, co si pamatovali druhou světovou válku. Měli jsme paní, co bydlela přes kopec od Lidic. Tak jsme museli dávat pozor abychom okolo ní zbytečně nebouchali dveře, nepráskali věcmi. Měla prostě posttraumatickou stresovou poruchu. Nebo se stalo, že ženy s podobnými zážitkami nechtěly být ošetřovány od mužů. To jsme si tam taky poznamenávali. Snažíme se maximálně vycházet vstříc.“

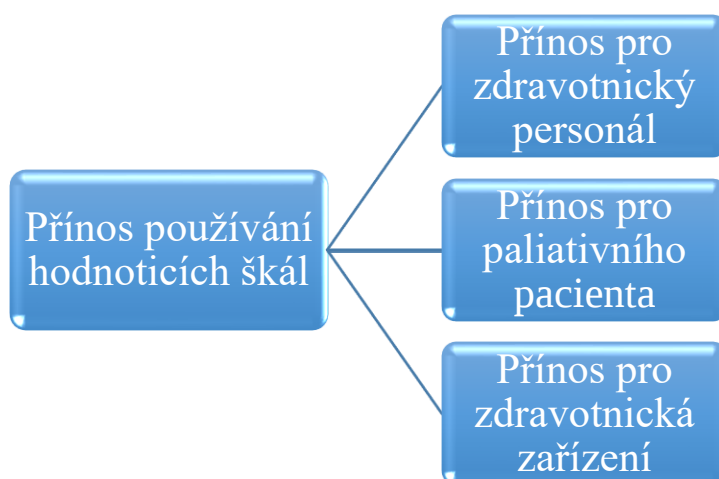
Spirituální potřeby paliativních pacientů

Dle S2 je pro tuto problematiku těžké najít vhodnou škálu, proto jsou řešeny rozhovorem. S2: „Například, co se týče spirituálních potřeb, tam je těžké najít škálu. Tento typ potřeb řešíme individuálně v rodině. Nabídku vždycky vyneseme.“ Informantka S6 by pro své pacienty v případě potřeby zajistila pastoračního asistenta. „Například spirituální potřeby, tam obsažené nejsou, ale nemyslím si, že někdy budou. Ale co se týče paliativní péče, tak v multidisciplinárním týmu je přítomen pastorační asistent. Takže my, když víme, že pacient má nějaké spirituální potřeby a chce o nich hovořit, tak tam jezdí ten pastorační asistent. Takže je to tímto saturované“ dodala S6. Dle informantky S7 je ve zkráceném životním příběhu probírána otázka spirituality. „Součástí toho zkráceného životního příběhu je i spiritualita. Případně jsou schopni zajistit návštěvu faráře. „Jednou

týdně za námi dochází farář, pokud je zájem. Ale nábožensky založených lidí u nás v kraji moc není, je to tu silně ateistické“ uvedla S7. Problémy v spirituálních potřebách S5 hodnotí pomocí individuálního rozhovoru. Nedokáže si představit na tyto problémy používat hodnoticí nástroj. „Spirituální potřeby hodnotíme rozhovorem. Představte si, že by vám někdo nabízel faráře a zkuste to ohodnotit od 1 do 5. A teď si nejste jistá. Mám ho zavolat, když už řekne čtyřku nebo až řekne pětku. Takže my se prostě zeptáme, klasickou otázkou. Chtěli byste, aby vás navštívil duchovní nebo psychoterapeutka?“ odpověděla S5.

Kategorie 4: Přínos používání hodnoticích škál

Obrázek 4: Přínos používání hodnoticích škál



Zdroj: Vlastní zpracování

Poslední kategorie se v širších souvislostech zabývá přínosem hodnoticích škál. Jednotlivé kategorie rozebírají přínos pro zdravotnický personál, paliativního pacienta a zdravotnická zařízení.

Přínos pro zdravotnický personál

Všechny sestry shodně odpověděly, že škály využívají při příjmu pacienta do péče a následně každý den. Hlavní přínosem jsou pro sestry hodnoticí škály z důvodu rychlého předání důležitých informací. S2 odpověděla: „Jednak, když pacienta přijímáme do péče. To je ten základ, od kterého se to odvíjí. Škály jsou každý den obsažené v lékařské dokumentaci podle aktuální situace, kterou zjistíme po telefonu, návštěvou v rodině, nebo z vizity.“ Dle sestry S6 jsou škály používány při příjmu pacienta, a poté každý den péče.

„Veškeré škály se musí použít při příjmu pacienta při přijetí do naší péče. Od přijetí se vlastně přehodnocují každý den 24 hodin.“ S10 uvedla: *„Když přijímáme klienty do péče, tak u nich zakládáme škálu Nortonový a Barhelový. Bolest hodnotíme podle pacienta. Když ji má, tak zapíšeme, když ne, tak nic.“* S1 uvedla: *„Pro nás je hlavní přínos v tom, že si rychle předáme informace, uděláme si obrázek jak o pacientovi, tak o jeho symptomech, které jsou zrovna hodnoceny, a díky tomu to můžeme dále řešit.“* Odpověď S3: *„Ano. Jednoduše si získáme informace. Ušetří nám to čas při tom povídání a předávání zdravotního stavu. I komunikace lékař-sestra.“* S2 si myslí, že škály jsou důležité pro lékaře. *„Dejme tomu pro lékaře, přesně podle toho pozná, kam ho zařadit ve vztahu k pojišťovně, nebo jak se na něj komplexně podívat vzhledem k tomu číselnému skóre z ESASU“* dodala S2. Dle S7 je nejlépe využitelná škála VAS, která ji upozorní, že pacient trpěl bolestí. Hodnoticí škály jsou podle jejího názoru přínosné, ale ne u všech klientů v jejich péči. *„Ta škála bolesti je třeba dobrá. Vidím, že včera se řešila bolest. Takže si na danýho pacienta dám větší pozor. V tý je škále hezky vidět, že se tam něco řešilo i pro toho doktora. Kterej, když si to otevře, tak si toho všimne, že to je modře vymalovaný, že tam byla nějaká bolest. Úplně bez toho bych to neviděla dobře, ale že by to bylo stoprocentně nutný u všech, tak to zas taky ne.“* Sestra S8 škály popisuje takto: *„Když pan doktor nebo sestřičky přijdou a vidí jeden čtvereček, tak to znamená, že měl bolest. Není to oddělené barevně, ale jen početně. To znamená, že když jsou třeba dvě, tak už je třeba dát nějaký opiát. Když jsou tři, tak to znamená, že nezabral a musely se přidávat i jiné léky, které paní doktorka naordinuje. Vlastně podle toho zjistíme, aniž bych věděla, co třeba aplikovali, tak už vidím, jaká ta bolest byla podle tý škály.“* S4 a S5 uvedly, že díky malému pracovnímu kolektivu je rychlejší možnost ústní předání než procházení dokumentace pacienta. S5 dodala: *„My jsme tady, tak malej kolektiv, že my se domlouváme snáz na tom, že pan ten a ten říkal, že má bolest sedmičku. A my hned víme. Než koukat, jestli má ESAS dvacet, čtyřicet nebo osmdesát.“*

S1, S2, S3 a S8, S10 se shodly, že výsledná data konzultují s lékařem, který následně upraví plán léčby. S1 uvedla: *„Když se zjistí vyšší číslo bolesti, tak na základě toho sestra informuje lékaře. Lékař zkontroluje medikaci a případně ji přenastaví. To samé i u ESAS. Pokud se čísla zvyšují směrem nahoru, lékař musí přehodnotit nastavenou medikaci k těm různým symptomům.“* Pro S2 jsou důležité informace i o tom, kdy je pacienta možno vykazovat a na jaký stupeň. *„Ale potom ten základ, co je povinný v lékařské dokumentaci, ten nás vede k tomu, kdy už je možné klienta vykazovat na pojišťovnu. Kdy ho už můžeme*

vykázat na silnější kód v pojišťovně. Takže je to jednak hledisko farmakologické s péčí okolo klienta a hledisko ekonomické s pojišťovnami.“ S3 uvedla používání SOS medikace u svých pacientů. „Od lékařů máme vypsanou SOS medikaci. Většinou to tak děláme, že doktoři sou fakt dobrý. Už na začátku jako při tom příjmu už předvídaj, co se může stát a myslím, že jako v 90 % prostě tam naplánují všechno co se může stát, a tu SOS medikaci tam nahlásí podle té potřeby.“ Sestra S8 uvedla, že problémy pacienta jsou zaznamenány do škály a díky online programu je na ně možno reagovat. „Ve chvíli, kdy my zaznamenáme u pacienta nějaký niance, tak zaznamenáme do škály a tu škálu potom vidí lékař online. Podle toho nastaví medikaci.“ Pro S4 a S5 je důležité, že ve chvíli, kdy u pacienta zjistí pomoci škály, hraniční výsledky, tak se na ně musí zaměřit a pracovat s nimi. „Pro mě je zásadní, že v tu chvíli, co nějaký to hodnocení je v té hranici, tak ten pacient má nějaký potíže a ty mi chceme odstranit“ odpověděla S5. S5 dále dodává: „Takže vlastně nepomáháme tomu pacientovi kvůli tomu, že mu vyšlo takovýhle číslo, ale protože vidíme, že má potíže.“ Sestra S6 popsala, jaký pro ni mají jednotlivé stupně ve škále význam. „Když je to desetibodové a u toho symptomu už se jedná o pět a výš. Tak je potřeba to začít řešit. Nula je černá, první dva body jsou zelené, tři, čtyři, pět šest jsou takové snesitelné, ty máme v modré barvě. Sedm až deset už je červená. Takže máme ty body od sedmičky a výš odlišený. Tak víme, že to je pro nás prioritní a je potřeba s tím něco dělat.“ Sestra S9 odpověděla na naši otázku následovně: „Nortonová, pokud je v riziku, což jsou všichni pacienti, máme všechny matrace pasivní na 4. stupeň dekubitů, všichni jsou ohroženi pádem, s čímž počítají všichni naši zaměstnanci, VAS se sleduje pravidelně, a pokud nemá bolesti a analgetika, tak se ptáme 3x denně a pokud mají analgetika, tak vždy minimálně á 2 h, po podání adekvátně k formě podání léků na bolest.“

Přínos pro paliativního pacienta

Informantky S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9 a S10 si myslí, že hodnoticí škály jsou přínosné pro paliativního pacienta. Sestra S1 vypověděla, že škály ji pomáhají vytvořit obrázek o pacientovo zdravotním stavu. „Přínos je takový, že si můžeme udělat rychlý obrázek, jak na tom pacient je, a tím na to rychle reagovat“ uvedla S1. Podobného názoru je sestra S2: „Myslím si, že ano, protože byť to jsou jenom čísla, tak nám hodně ukážou. Jak progresi, tak vývoj. Díky nim máme možnost pružněji reagovat.“ Sestry S9 a S10 si myslí, že nejvíce využitelná škála u pacienta je škála bolesti. „Pro pacienta je nejlepší ta škála VAS. Podle toho my můžeme přesně zjistit jakou bolestí trpí, a tím ji adekvátně

řešit. “ Dle sester S4 a S5 jsou pro pacienta přínosné spíše jimi vytvořené číselné škály. S4: „Myslím si, že pomáhají jak u kterýho pacienta. Někteřej pacient tu škálu dokáže sám uchopit. Jsou pacienti, kteří se v tomhle nedokáží vůbec orientovat. S nimi to radši probereme rozhovorem.“ Odpověď sestry S5: „Jak už sem říkala no, ty naše využívám ráda, ale ty oficiální už tolik ne. Opravdu naši pacienti jsou každěj úplně jinej. Jednoho trápí bolesti, jednoho trápí nevolnost, jednoho trápí nespavost a v tu chvíli, kdybychom to nějakým stylem dali do nějakýho souhrnýho čísla, tak nám u všech vyleze to samý číslo, ale každěj má úplně odlišný potíže. Takže pro nás je opravdu nejlepší do tý naší tabulky pod ten tlak a puls si napsat bolest čtyřka, nevolnost dvojka“ odpověděla S5. S8 je toho názoru, že paliativní škály pomáhají spíše jenom personálu. Z důvodu toho, že vyplňováním dokumentace je obírána o čas, který mohla trávit u pacienta. „Myslím, že to spíš pomůže tomu lékaři a tomu člověku, co tam není pravidelně, aby se zorientoval. Než, že by to pomohlo tomu systému. To asi ne, protože je to pořád brání nějakého toho času, co tomu člověk musí věnovat. Tomu provozu to myslím jako pomůže.“ Sestra S7 nevidí v používání těchto škál pro pacienta nějaký přínos, pokud se nejedná o škálu hodnocení rány. „Myslím si, že přímo pacientovi to nepomůže. Spíš, to tak hezky vypadá. Ale třeba u hodnocení chronický rány nebo onkologický rány. Tam ano, tam ta škála je důležitá. Já myslím, že tím, že ty škály nejsou objektivní. Každý ho vidíme jinak, tak je hezký, že to tam je, ale někdy je to takovej papír navíc podle mě.“

Přínos pro zdravotnické zařízení

Sestry S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9 a S10 jsou toho názoru, že používání těchto škál i mimo hospicová zařízení by bylo přínosné. Sestra S2 odpověděla: „V nemocnicích již využívají své škály, ale myslím si, že specifitější škály na paliativní pacienty by mohly být výhodou.“ Dle názoru sestry S3 by používání těchto škál pomohlo při příjmu pacienta k nim do hospicové péče. „Přijde mi, že by bylo fajn. Dokážu si představit z nemocnice překlad pacienta k nám do hospice. A my už bychom věděli, že už bychom tam tu hodnotící škálu viděli a zase by to byla taková lepší komunikace mezi nemocnicí a námi. A jako jo, přišlo by mi to smysluplný. Ta škála ESAS není tak rozsáhlá. Tu bych si, tak do tý nemocnice představovala. A ta PPS by taky mohla být vhodná. Asi by nám to usnadnilo práci, no.“ Odpověď sestry S9: „Já myslím, že by se daly samozřejmě použít i třeba v nemocnicích. Mohlo by to pomoci jak personálu, tak hlavně pacientům.“ Sestra S10 uvedla: „Já myslím, že tyhle škály by se určitě daly používat napříč různými obory, nejenom v paliativní péči. Myslím, že by to mohlo péči jenom podpořit.“ Sestra S6 dodala,

že tyto škály ráda využívá i v domácí péči, kde také pracuje. Myslí si, že tyto škály jsou použitelné skoro veškerými obory. „*Popravdě si myslím, že ano. Protože minimálně ten ESAS je dobrý v tom, že vím, že to obsáhne všechny potřeby pacienta. Přiznám se, že ho ráda používám i v domácí péči, do které někdy chodím zastupovat naše kolegyně. Já, když pak tahle jezdím, tak si u svých pacientů ten ESAS dopíšu a zkouknu i z tohoto hlediska. Myslím, že se to dá využít ve všech oborech. Škála distresu u pacientů s demencí to MSSE nebo i ten ESAS se dá použít všude v jakékoliv péči.*“ Sestra S7 si myslí, že pokud by v nemocnici využívali i jejich specializovaný program, tak by to bylo přínosné. „*Já si myslím, že určitě, kdyby měli podobně nastavený program jako máme my, tak by to nebylo vůbec od věci. Protože je to pravdu zjednodušený. Neřešíte tam spoustu bláznivín*“ dodala sestra S7. Dle sestry S8 je v nemocnici možné snáze rozdělit hodnocení na subjektivní a objektivní. „*Tam si myslím, že by se to dalo snadněji rozdělit na objektivní nebo subjektivní*“ S8. Dále si myslí, že použití těchto škál by mohlo zjednodušit předání informací, ale jenom za předpokladu edukace personálu o jejich používání. „*Myslím, že předání informací je všeobecně složitá věc v tom kolektivu. Pokud by to mělo předávání informací ulehčit, tak bych byla pro, ale nejsem si vědomá, že by všichni byli tak edukováni, aby tu informaci zaznamenali, a to předání pomohlo*“ odpověděla S8. S5 sdílí stejný názor se sestrou S8: „*Otázkou je, jestli by v nemocnici s takovými škálama uměli vůbec zacházet. A jestli ten smysl, to škálování bude mít. Když tomu potom bude rozumět jeden člověk a bude vědět, co který skóre znamená a ostatní ne, tak vlastně to ve finále postrádá jakýkoliv smysl*“ sdělila sestry S5. S4 a S5 byly toho názoru, že použití těchto škál by nebylo v jiných zařízeních vhodné.

5 Diskuse

Pro účely této bakalářské práce byly vytyčeny dva cíle. Orientovány byly na využití hodnoticích škál sestrami u paliativních pacientů a jakým způsobem tyto škály pomáhají sestrám při péči o paliativního pacienta. Z tohoto důvodu byly v empirické části stanoveny následující výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zní: „*Jaké využívají sestry hodnoticí škály u paliativních pacientů?*“. Dle Tóthové a Hellerové (2021) není měření prvkem výzkumné činnosti, nacházíme ho v ošetrovatelském procesu v rámci posuzování a hodnocení stavu pacienta. Nedostatečná saturace potřeb pacienta jasně snižuje kvalitu jeho života, proto by hodnocení potřeb mělo být jednou z priorit paliativní péče. Hodnocením rozsahu potřeb pacienta také získáme přehled o kvalitě poskytované péče (Osse et al., 2007). V mobilní hospicové péči jsou využívány škály PPS, ESAS a MSSE. K indikaci této péče jsou vhodní pacienti s PPS 40 % a méně. Také nestabilní pacient ve špatném stavu s pokročilým onemocněním, který je dle ESAS nebo MSSE léčen nejvýše pro dva symptomy vyžadující pravidelnou farmakoterapii. Nebo lze do této péče zařadit nestabilního pacienta se závažnými symptomy v celkově špatném zdravotním stavu, který je dle ESAS nebo MSSE léčen pro tři a více závažných symptomů a jsou mu podávány záchranné dávky medikace. Dle těchto výsledků hodnoticích škál zdravotní pojišťovna stanoví způsob a výši úhrady za paliativního pacienta z veřejného zdravotního pojištění (Věstník MZ ČR č. 13/2017). Výsledky mého výzkumného šetření potvrzují tyto informace výpověďmi 6 sester, které v mobilní hospicové péči pracují. Z mého výzkumu dále vyplynulo, že 2 sestry pracující v lůžkovém hospici také využívají specializovanou škálu MSSE, dále mají vytvořený individualizovaný program. V tomto programu se nachází hodnoticí škály pro bolest, kde sestry mohou vybrat z 5stupňové intenzity. Nechybí zde ani hodnoticí škála pro záznam a hodnocení dekubitů, kam sestry přikládají i fotodokumentaci rány. Dále používají zkrácenou verzi životního příběhu pacienta, který obsahuje sociální a spirituální problematiku. Zbylé dvě sestry využívají pro hodnocení pacientů ADL, stupnici dle Nortonové a škálu k hodnocení bolesti. Všechny zúčastněné shodně uvedly používání škály pro hodnocení bolesti. Bolest byla všemi informantkami jmenována jako hlavní problém, který u svých pacientů řeší. Dle Plevové (2019) je bolest jedním z hlavních symptomů, na který je u paliativních pacientů kladen důraz. Tento fakt potvrzuje i výzkum Bužgové (2015) jež ukázal, že mezi nejčastěji uváděné důležité potřeby 93 % pacientů zařadilo péči o bolest. Osm z deseti

dotazovaných sester uvedlo, že k hodnocení bolesti využívají škálu VAS. Shodné výsledky přinesla bakalářská práce Maňákové (2019), kde škála VAS byla označena u 81,36 % sester v intenzivní péči. Dle Krivohlavého je u této škály výhodou její jednoduchost a srozumitelnost. Na druhé straně vidí nevýhodu v jejím jednostranném zaměření pouze na intenzitu bolesti (Krivohlavý, 1992). Jedna informantka uvádí použití škály obličejů bolesti, kterou používají u pacientů trpící demencí. Pokorná et al. (2013) říkají, že tato škála vznikla původně pro dětské pacienty, ale lze velmi dobře využít u pacientů se změněnými kognitivními funkcemi.

Sestry uvedly, že problematika spirituálních či sociálních potřeb není v jejich používaných škálách zahrnuta, což ale za hrubý nedostatek nepovažují. Jedna sestra zmiňuje používání zkráceného životního příběhu pacienta, který obsahuje otázky sociální a spirituální problematiky. Některým sestrám přišlo zvláštní, že by tyto potřeby hodnotily pomocí vytvořené hodnoticí škály. Dle jejich názoru je pro tyto účely nejvhodnější použít individualizovaný rozhovor. Z jedné odpovědi sestry můžeme říct, že se snažila o integraci škály pro hodnocení sociální stránky pacienta, ale z důvodu nepřesností se v praxi neuchytila. Farský et al. (2008) uvádí, že sestry mají nedostatek znalostí a zkušeností s hodnocením a saturací spirituálních potřeb. V paliativní péči by měla být saturace těchto potřeb stejně důležitá jako potřeb tělesných. Protože u nemocného je potřeba nahlížet na jednotu těla i ducha. Pro správnou diagnostiku a saturaci spirituálních potřeb je předpokladem patřičná vzdělanost, zkušenosti nabyté praxí a využívání měřicích nástrojů (Hajnová Fukasová et al., 2015). Sestry uváděly, že o duchovní potřeby jejich pacientů pečují pastorační asistenti a o sociální stránku pacienta pečuje sociální pracovník. Tedy, že ony samy se do této problematiky moc neangažují. Získat informace o duchovních potřebách či diskutovat o duchovní tísní může kterýkoliv člen multidisciplinárního týmu (Puchalski et al., 2009). Na druhé straně jsou dle Zollfranka (2015) kaplani jedinečně zaškoleni v této problematice, a proto jsou schopni sestavit individualizovaný plán intervencí pro pacienta. Dle našeho názoru je nedostatek hodnocení spirituálních potřeb kombinací výše zmíněných faktorů, ale také spíše nevěřící společnosti, jež se ČR vyznačuje. Dle dostupných dat z Českého statistického úřadu (2021) příslušnost k církvi či náboženské společnosti prohlašuje necelých 1,4 mil. obyvatel. Naopak bez náboženské víry je více než 5 milionů obyvatel ČR.

Druhá výzkumná otázka je následující: „*Jakým způsobem pomáhají hodnoticí škály sestrám při péči o paliativního pacienta?*“. Dle Tóthové a kol. (2014) sestra využívá

v ošetrovateľském procese měřicí techniky pro sběr objektivních údajů a následné stanovení určitých rizik zdravotního stavu pacienta. Opakované používání měřicích nástrojů přináší sestře nejen informace o kvalitě poskytované péče, ale umožňuje ji nadále postupovat v péči dle individuálních potřeb pacienta (Libová et al., 2018). Sestry vypověděly, že s hodnoticími škálami pracují od příjmu pacienta do péče každý následující den. Proto jsou pro ně vhodným ukazatel prováděné péče. Většina sester si myslí, že hodnoticí škály jsou pro pacienta přínosné, protože mohou snadno sledovat vývoj jeho onemocnění a pružně reagovat na změny jeho zdravotního stavu. Jedna sestra nevidí žádný prospěch pro pacienta používáním těchto škál, protože ji to ubírá o čas, který by mohla strávit s ním.

Paliativní pacienti většinou trpí mnoha problémy současně. Hodnoticí škály v tomto sestrám pomáhají díky přehlednosti a snadné identifikaci prioritního problému pacienta. Dle Carpenito-Moyet (2004) jsou prioritní diagnózy ty ošetrovateľské problémy, které pokud nebudeme řešit nyní, zabráníme tím progresu výsledků, nebo negativně ovlivníme zdravotní stav pacienta. Výsledná data získaná hodnoticími škálami jsou dále předávána lékaři, který dle stavu pacienta upraví plán péče. Sestry uvedly používání tzv. SOS medikace. Lékař předpokládá určité komplikace u pacienta a předem předepisuje plán péče. Sestra má díky tomuto postupu možnost rychle reagovat na komplikace. Hodnoticí škály sestry rády využívají jako rychlé předání důležitých informací o aktuálním stavu pacienta. Tento názor nesdílejí dvě sestry, které uvedly, že díky malému pracovnímu kolektivu je pro ně snadnější pouze slovní předání. Správná komunikace týmu vede k jeho dobré spolupráci a efektivnímu fungování. Nedostatečné předávání informací může v kolektivu způsobit negativní události. Neposkytování úplných a důležitých informací omezuje provádění kvalitní péče (Maxwell, 2015).

Aby hodnoticí škály přinášely předpokládány účinek, je nutné, aby byly sestry obeznámeny, jak s nimi pracovat. Flaisinková (2013) ve své práci zjistila že, sestry nejčastěji získávají informace na svém pracovišti. S tímto názorem souhlasí osm z deseti oslovených sester, které uvádí, že se nejvíce naučily od kolegyně či nadřízených. Nebo tyto dovednosti pochytily prací a praxí, kterou v hospici nabyly. Odpovědi dvou sester nás mile překvapily. Jedna sestra uvedla, že studium na vysoké škole ji v tomto ohledu přineslo nejvíce informací. Druhá sestra informace o práci s hodnoticími škálami získává z ošetrovateľských standardů. Staňková (2006) definuje ošetrovateľské standardy jako platné definice přijatelné úrovně ošetrovateľské péče. MZ ČR (2020) vydalo Národní

ošetřovatelské postupy, které jsou souborem minimálních doporučení, dle nich si poskytovatelé zdravotních služeb mohou tvořit vlastní ošetřovatelské postupy, aby byla zajištěna ucelená a bezpečná péče. Dle Vörösové et al. (2015) škály a posuzovací stupnice pomáhají sestrám k objektivizování údajů o pacientovi, a tím přináší globální a holistické výsledky. V kontextu práce s hodnoticími škálami byly sestry dotazovány, jak vnímají jejich používání a práci s nimi. Dle Bírešové (2011) nabízejí hodnoticí škály jednoduché použití, a proto je práce s nimi časově nenáročná. S tímto tvrzením souhlasí 8 z 10 dotazovaných sester, které uvedly, že práce s nimi je jednoduchá a časově nenáročná hlavně díky elektronickému zpracování. Dvě sestry z mobilního hospicového zařízení s tímto názorem nesouhlasí. Pro ně je práce se specifickými paliativními škálami složitá a časově náročná.

Poslední výzkumná otázka byla následující: „*Jaký je názor sester na používání hodnoticích škál při péči o paliativního pacienta?*“. Šest sester z deseti uvedlo pozitivní hodnocení používaných hodnoticích škál v praxi, což nekoreluje s výsledky výzkumu v práci Jansové (2020). Z jejichž výsledků můžeme vyvodit, že všeobecné sestry pracující na standardním oddělení považují hodnoticí škály za nepřínosné. Pouze tři sestry z osmi uvedly, že jsou škály přínosné pro ošetřovatelskou péči (Jansová, 2020). Dvě sestry mají na používané škály smíšený pohled. Vidí smysl v jejich používání, ale nemají pro ně takovou výpovědní hodnotu jako fyzický kontakt s pacientem. Z výpovědi jedné informantky, která zastává pozici staniční sestry zjišťujeme, že ona je s pacienty v kontaktu každodenně. Proto má možnost hodnocení dle osobního kontaktu s pacientem. Dvě informantky nejsou s využíváním specifickými škálami spokojené z důvodu jejich časové náročnosti, nepřehlednosti a nepřizpůsobivosti. Mnohem raději pracují s vlastními číselnými stupnicemi pro jednotlivé symptomy. Dle Watanabe et al. (2009) je ESAS nástroj složený s číselných řad pro 9 symptomů s možností přidání 10 pro zjištění intenzity nejčastějších symptomů. Myslíme si, že využívání vlastních číselných řad je velmi podobné jako hodnocení dle škály ESAS. Proto nerozumíme negativnímu přístupu sester na používání této škály. Pilotní studie Watanabe et al. (2013) odhaluje zajímavé výsledky. Používání škály ESAS je sestrami v paliativní péči hodnoceno pozitivně, ale diferencuje dle úrovně dosaženého vzdělání (Watanabe et al., 2013). My jsme došly podobnému výsledku, protože informantky jejichž postoj k hodnoticím škálám byl negativní dosáhly výhradně středoškolského vzdělání. V medicíně bylo v posledních desetiletích dosaženo velkých pokroků v oblastech diagnostiky i léčby. Dle Vondráčka a

Vondráčka (2006) vzrůstají nároky na odbornost sester, rozšiřují se jejich kompetence, znalosti i dovednosti, a tím narůstá množství prováděných výkonů. Proto je nedostatečné předávat zkušenosti z generace na generaci, ale je potřeba kvalitního vzdělávání sester. Několikaleté zkušenosti profesně starších sester jsou nepostradatelné, ale nejsou schopny plně vynahradit rychle se rozvíjející systém ošetrovatelské péče. Vzdělání by se proto mělo stát základním kamenem, na kterém budou sestry své zkušenosti dále stavět (Long et al., 2004). Studie z roku 2016 provedena Aiken et al. prokázala, že 10 % snížení počtu vzdělaných sester zvyšuje úmrtnost pacientů až o 11 % a zvyšuje nízké hodnocení nemocniční péče pacienty. Dále ve výzkumu došli k výsledku, že nahrazením jedné vzdělané sestry zdravotnickým asistentem při 25 pacientech se riziko úmrtnosti zvyšuje o 25 % (Aiken et al., 2016). Dle našeho názoru má vzdělání v ošetrovatelství své nezastupitelné místo, protože sestry již nejsou jen pomocná ruka lékaře, ale zastávají samostatnou jednotku. Dle Winokura et al. (2016) by mělo bakalářské studium být standardním vzdělávacím stupněm čímž by se zlepšily celkové výsledky pacientů. Prokopová (2020) ve své práci poukazuje na to, jak se subjektivní vnímání sester promítá do výsledného hodnocení. Což potvrdily i námi oslovené informantky. Je těžké objektivně hodnotit problémy pacienta, protože každá sestra může mít svůj vlastní pohled na věc. Nicméně zastáváme názor, že sestrám škály napomáhají problémy objektivně posoudit a měly by sloužit jako vodítko ke správnému zhodnocení.

Sestry se během rozhovoru zmiňovaly i o možnosti využití škál i mimo hospicová zařízení. Výsledky ukazují, že 8 z 10 sester by zapojení těchto specifických škál uvítalo. Implementace specifických škál by mohla pomoci rozvoji individualizované péče o paliativního pacienta. Dále by mohla usnadnit příjem pacienta do hospicové péče. Sepúlveda et al. (2002) píše o důležitosti identifikace a hodnocení potřeb hospitalizovaných pacientů, kteří vyžadují paliativní péči a péči o bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Dle Weissmana et al. (2011) může být nedostatek vzdělaného personálu v oblasti holistické péče problémem při implementaci principů paliativní péče do nemocnic. Tento názor zastává i námi dotazované sestry, který hlavní problém ve využití specifických škál identifikují jako neškolenost personálu v této problematice.

Závěr

Prvním cílem bakalářské práce s názvem „*Využití hodnoticích škál u paliativních pacientů*“ bylo zjistit, zda sestry využívají specifické hodnoticí škály u paliativních pacientů. Druhým cílem bylo určit, jakým způsobem pomáhají hodnoticí škály sestře při péči o paliativního pacienta. V souvislosti s těmito cíli byly vytyčeny tři výzkumné otázky, které zjišťují, jaké hodnoticí škály sestry využívají, jakým způsobem jim v péči o paliativního pacienta pomáhají a jaký názor sestry vůči hodnoticím škálám zastávají.

Z výsledků výzkumného šetření jsme zjistily, že sestry v mobilní hospicové péči využívají specifické hodnoticí škály při péči o paliativní pacienty. Patří sem škály ESAS, PPS, MSSE a pro hodnocení bolesti. Dvě sestry z lůžkové hospicové péče používají ADL a Nortonovu stupnici k hodnocení dekubitů. Oba typy hospicové péče využívají škály na hodnocení bolesti. Většina z dotazovaných sester uvedla používání škály VAS, která je sestrami i nejvíce oblíbená. Tento výsledek byl očekávaný vzhledem k tomu, že symptom bolesti se velmi často vyskytuje u paliativních pacientů. Pouze dvě sestry z lůžkového hospice používají individualizovaný program se škálou pro hodnocení bolesti, kde ji hodnotí do 5stupňové intenzity. V programu se dále nachází škála k hodnocení dekubitů, kam sestry přikládají i fotodokumentaci rány. Se svými pacienty vyplňují krátkou verzi životního příběhu, kde jsou otázky pro sociální i spirituální problematiku. Sestry s hodnoticími škálami pracují každý den, proto pro ně představují vhodný ukazatel péče a rychlý přehled problémů pacienta. Informace získané hodnoticími škálami jsou dále používány mezi lékařským i nelékařským zdravotnickým personálem za účelem zkvalitnění péče. Z výsledků našeho výzkumu vyšlo také najevo, že většina sester hodnotí používání hodnoticích škál jako přínosné. Dle jejich názoru je práce s nimi velice jednoduchá díky elektronickému zpracování. Nicméně z našich výsledků jsme zjistili, že spíše vysokoškolsky vzdělané sestry vnímají hodnoticí škály jako přínosné. Naopak sestry středoškolsky vzdělané vnímají škály spíše negativně.

Tato práce by mohla posloužit pro základní orientaci v hodnoticích škálách využitelných v paliativní péči. Na základě doporučení hospicových sester by bylo vhodné zrealizovat další výzkum, během kterého by se pilotně vyzkoušelo využití zmíněných škál u sester pracujících s paliativními pacienty mimo hospicová zařízení.

Seznam použité literatury

1. *Adresář služeb, Aktualizovaný seznam služeb pro nevyléčitelně nemocné a jejich blízké na území ČR a v Praze*, 2023. Cesta domů. [online]. [cit. 2023-2-28]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/50.145/14.878>
2. AGAR, M. et al., 2009. Changes in anticholinergic load from regular prescribed medications in palliative care as death approaches. *Palliative Medicine*. 23(3), 257-265, doi:10.1177/0269216309102528.
3. AIKEN L.H., et al, 2016. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2016;0:1–10. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567.
4. BALBONI, T. A. et al., 2017. State of the science of spirituality and palliative care research part II: screening, assessment, and interventions. *Journal of pain and symptom management*. 54(3), 441-453, doi: org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.029.
5. BÍŘEŠOVÁ, Edita. 2011. *Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče*. Sestra. 21(7-8), 38-40. ISSN 1210-0404.
6. BÓRIKOVÁ, I., FÚROVÁ, A., 2003. *Posudzovanie, hodnotiace a meracie škály a techniky v ošetrovateľskej praxi*. In ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve I*. Martin: JLF UK. ISBN 80-88866-28-6.
7. BORNEMAN, T. et al, 2010. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 163–173, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019.
8. BOVERO, A., et al., 2019. The spirituality in end-of-life cancer patients, in relation to anxiety, depression, coping strategies and the daily spiritual experiences: a cross-sectional study. *Journal of Religion and Health*, 58(6), 2144–2160, doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00849-z>.
9. BUŽGOVÁ R., MACHÁČKOVÁ G., 2012. Hodnocení potřeb terminálně nemocných v domácí péči: pilotní studie. *Prakt. Léč.* 92 (2), 111–116, ISSN: 1805-4544.
10. BUŽGOVÁ, R. a kol., 2014. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 110 (5), 577–583, ISSN 1212-0383.

11. BUŽGOVÁ, R. et al., 2013. Hodnoticí nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie*. 7(6), 310–314, ISSN: 1803-5345.
12. BUŽGOVÁ, R., 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt*. 13 (3), 265–274. ISSN 1804-7122.
13. BUŽGOVÁ, R., 2014. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči. Manuál pro uživatele české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů (PNAP) a rodinných příslušníků (FIN)*. Ostravská univerzita v Ostravě. 31 s. ISBN 978-80-7464-678-2.
14. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, a.s. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
15. BUŽGOVÁ, R., 2019. *Paliativní péče v geriiatrii*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 91 s. ISBN 978-80-7368-835-6.
16. CARPENITO-MOYET, L. J., 2004. *Nursing Diagnosis Application to Clinical practice*. Philadelphia: Lippincott. 1019 s. ISBN 0-7817-4354-0.
17. CASTELLI, L. et al., 2011. Fast screening of depression in cancer patients: the effectiveness of the HADS. *European journal of cancer care*, 20(4), 528-533, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01217.x>.
18. DELGADO-GUAY, M.O., et al., 2016. Frequency, intensity, and correlates of spiritual pain in advanced cancer patients assessed in a supportive/palliative care clinic. *Palliative & supportive care*, 14(4), 341-348. doi: 10.1017/S147895151500108X.
19. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. 46 s. ISBN 80-851-2182-4.
20. EBERSOLLE, P., et al., 2004. *Toward healthy aging: human needs and nursing response*. 6. vydání. St. Louis: Mosby. 789 s. ISBN 0323020127.
21. ELSOUS A. et al., 2017. Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: a survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*. doi: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2017/7406278/>

22. FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I., 2008. Využití hodnoticích/meracích nástrojů v diagnostice spirituální tísně. In *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, s. 15-20.
23. FITZSIMONS, D. et al., 2007. The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative medicine*. 21(4), 313-322, doi:10.1177/0269216307077711
24. FLAISINKOVÁ, D., 2013. *Míra využívání testů a škál v ošetrovatelské praxi na interním oddělení*. Plzeň. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií.
25. FLEMING, M. et al., 2020. Palliative care assessment of dry mouth: what matters most to patients with advanced disease?. *Support Care Cancer* ,28, 1121–1129, doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04908-9>.
26. GIRGIS, A. et al., 2011. The next generation of the supportive care needs survey: a brief screening tool for administration in the clinical oncology setting. *Psycho – Oncology*, 21 (8), doi:<https://doi.org/10.1002/pon.1973>.
27. GOLDMAN, L. 2015. *Jak s dětmi mluvit o smrti*. Praha: Portál s.r.o. 88 s. ISBN 978-80-262-0819-8.
28. GREGORY, J., 2019. Use of pain scales and observational pain assessment tools in hospital settings. *Nurs Stand* ,34 (9), 70-74. doi: 10.7748/ns.2019.ell308.
29. GROFOVÁ, Z., 2009. Paliativní péče. *Medicína pro praxi*, 6 (5), doi:<https://www.solen.cz/pdfs/med/2009/05/12.pdf>
30. HAGAN, T. L. et al., 2017. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse education today*, 61, 216-219, doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>
31. HAJNOVÁ FUKASOVÁ, E., BUŽGOVÁ, R., FELTL, D., 2015. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Klin Onkol*, 28 (1), 13-19. doi: <http://dx.doi.org/10.14735/amko201513>.
32. HALAMA, P. et al. (eds), 2006. *Religiozita, spiritualita a osobnost'. Vybrané kapitoly z psychologie náboženstva*. Bratislava: Don Bosco. ISBN 80-88910-22-6.
33. HALAMA, P., 2002. Vývin a konštrukcia škály životnej zmysluplnosti. *Československá psychologie*, 46(3), 265–276, ISSN 0009-062X.
34. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-807-2624-713.

35. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří: nauka o umírání a smrti*. 2., podstatně přeprac. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
36. HOLMEROVÁ, I., et al., 2006. *Pohled na pacienta vyššího věku*. *Medicína Pro Praxi*, 4, 180–183, doi: <https://solen.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf>.
37. HOLTOM, N., BARRACLOUGH, J., 2000. Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care? *Palliative Medicine*, 14 (3), 219–220, ISSN 1365-2648.
38. HRKAL, J., et al., 2020. Aktualizace českého překladu Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *Rehabil Fyz Lek*, 28(4), 185–189, doi: 10.48095/ccrhfl2021185.
39. HUGHES, M., 2006. Psychiatry for the non-psychiatric nurse: Caring for the oncology patient with depression or anxiety. *Oncology Nursing Forum*. 33 (2), 476-476.
40. JANSOVÁ, A., 2020. *Hodnoticí škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing*. Liberec. Technická univerzita v Liberci. Fakulta zdravotních studií.
41. JOHNSTON, G., 2007. Sociální smrt. Důsledky zdlouhavého umírání. In PAYNE, S. a kol. (eds.) *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. s. 371–383. ISBN 978-808-7029-251.
42. KABELKA, L. 2020. *Nemocné rozhovory. Komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, a.s. 240 s. ISBN: 978-80-271-1688-1
43. KABELKA, L. et al., 2016. *Paliativní péče v České republice 2016 - Situační analýza*. Brno: Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P. 22 s. Dostupné také z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situačni-analyza-paliativni-pece.pdf>
44. KALVACH, Z. et al., 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky): projekt Podpora rozvoje paliativní péče v České republice v programu Public Health Nadace Open Society Found Praha*. Praha: Cesta domů. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
45. KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. 134 s. ISBN 978-80- 904516-4-3
46. KNOTEK P., et al., 2000. Standardizovaná česká verze krátké formy dotazníku bolesti McGillovy univerzity. *Bolest*, 3 (2) ,s. 113-117, ISSN 1212-0634.

47. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing a.s. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
48. KŘIVOLHAVÝ, J., 1992. *Bolest – Její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 66 s.
49. KUPKA, M., 2014. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada Publishing a.s. 216 s. ISBN 8024702797.
50. LIBOVÁ, L., et al., 2018. Hodnotiace nástroje a ich využívanie u seniorov. *Zdravotnícké listy* ,6 (1), 33-39, ISSN 1339-3022.
51. LLOYD-WILLIAMS, M., & HUGHES, J., 2008. Balancing feelings and cognitions. In: *Palliative Care Nursing. Principles and Evidence for Practice*, Open University Press ,290-307 s.
52. LONG K.A., et al, 2004. RN education: A matter of degrees. *Nursing*, 34(3):48–51. DOI: 10.1097/00152193-200403000-00041.
53. LOWEY, S.E., 2015. *Nursing Care at the End of Life: What Every Clinician Should Know*. Brockport: Open SUNY. ISBN: 978-1-942341-19-2
54. LUGTON, J., McINTYRE, R. Palliative care: the nursing role. 2nd ed. Edinburgh: Elsevier/Churchill Livingstone, 2005. 423 s. ISBN 04-430-7458-5.
55. MÁLEK, J. et al., 2014. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta. 152 s.
56. MAŇÁKOVÁ, Z., 2019. *Hodnoticí nástroje v intenzivní péči*. Zlín. Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií.
57. MANNIX, K., 2019. *Máme konec na paměti? – Umírání, smrt a moudrost v době popírání*. Praha: Cesta domů. 302 s. ISBN: 978-80-88126-58-4
58. MAREČKOVÁ, J., (eds.), 2006. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada Publishing a.s. 264 s. ISBN: 8024713993.
59. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing a.s. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
60. MATEN-SPEKSNIJDER, A.T. et al., 2014. A literature review of the Dutch debate on the nurse practitioner role: Efficiency vs. professional development. *International nursing review*, 61 (1), 44–54, doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12071>.
61. MAUK, K., SCHMIDT, N. K., 2004. *Spiritual care in nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 371 s. ISBN: 978-0781740968
62. MAXWELL, J.C, 2015. *Týmová spolupráce 101: co potřebuje každý znát*. Praha: Pragma, ISBN 978-80-7349-388-2.

63. McILLMURRAY, M.B. et al., 2003. Psychosocial needs in cancer patients related to religious belief. *Palliative Medicine*, 17 (1), 49–54, ISSN 1477-030X.
64. MEIER, D.E. et al., 2010. *Palliative care: transforming the care of serious illness*. San Francisco: Jossey-Bass. 452 s. ISBN 04-705-2717-X
65. MEIER, E. A., et al., 2016. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 24(4), 261–271, doi: 10.1016/j.jagp.2016.01.135.
66. MEISNEROVÁ, E., 2017. Výživa a nádorové onemocnění. *Onkologie*. 11(1), 24-28, doi: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2017/01/06.pdf>
67. MELZACK, R., 1987. The short- form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 30(2), 191-197, doi: 10.1016/0304-3959(87)91074-8.
68. MILETICH, I., TUCKER, A.S. (eds), 2010. Introduction to salivary glands: structure, function and embryonic development. *Salivary glands*, 14 (20), doi: <https://doi.org/10.1159/000313703>.
69. MILLIGAN, S., 2012. Optimising palliative and end of life care in hospital. *Nursing Standard*, 26 (41), 48-56. doi: 10.7748/ns2012.06.26.41.48.c9157
70. Ministerstvo zdravotnictví spouští projekt na podporu paliativní péče v nemocnicích, 2018. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2022-10-3]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pece-v-nemocnicich/>
71. MITCHELL, A.J. et al., 2010. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 126 (3), 335–348, ISSN 0165-0327.
72. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing a.s. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
73. Náboženská víra, 2021. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2023-3-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/nabozenska-vira>
74. Národní ošetrovatelské postupy, 2020. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2023-30-3]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/>

75. *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*, 2002. [online]. World Health Organization. [cit. 2022-10-11]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
76. NĚMCOVÁ, J., 2010. *Saturace spirituálních potřeb pacientů*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: Promediapromotion, 6 (1), s. 26-29, ISSN 1801-1349.
77. NÉRON, S., et al., 2007. Screening for depressive symptoms in patients with unresectable lung cancer. *Support Care Cancer* 15, 1207–1212, doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0225-z>
78. NOWOTNY, M. L., 1989. Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology nursing forum*, 16(1), 57–61, PMID: 2911528
79. OBEREIGNERŮ, R., 2012. *Komunikační dovednosti ve službách medicíny*. 2. vydání. Břeclav: Adamira. 136 s. ISBN: 978-80-904217-2-1.
80. OSSE, B. et al., 2007. A practical instrument to explore patients' needs in palliative care: the Problems and Needs in Palliative Care questionnaire – short version. *Palliative Medicine*, 21(5), 391-9, doi: 10.1177/0269216307078300.
81. OSSE, B.H.P., et al., 2004. Towards a new clinical tool for needs assessment in the palliative care of cancer patients: the PNPC instrument. *Journal of Pain and Symptom Management*. 28 (4), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.01.010>
82. *Paliativní péče v nemocnicích má své Standardy*, 2022. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2023-1-3]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-pece-v-nemocnicich-ma-sve-standardy/>
83. *Palliative care or hospice? The right service at the right time for seriously ill individuals*, 2019. [online]. National Hospice and Palliative Care Organization. [cit. 2023-4-28]. Dostupné z: https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/PalliativeCare_VS_Hospice.pdf
84. PASTRANA, T. et al., 2008. A matter of definition—key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative medicine*, 22(3), 222–232, doi:10.1177/0269216308089803.
85. PERRIN, K. Q., 2023. *Palliative Care Nursing: Caring for Suffering Patients*. Vermont: Jones & Bartlett Learning. 377 s. ISBN :9781284209822

86. PEŘINA, J., 2016. *Historie paliativní péče*. [online]. Praha: Cesta domů. [cit. 2022-11-13]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
87. PIDERMAN, K. M., et al., 2015. Respecting the spiritual side of advanced cancer care: a systematic review. *Current oncology reports*, 17, 1-9, doi: <https://doi.org/10.1007/s11912-014-0429-6>
88. *Pilotní projekt paliativní péče v nemocnicích přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR*, 2022. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2023-1-3]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>
89. *Pilotní provoz nemocničních paliativních týmů odstartuje 1. června*, 2019. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2023-1-3]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/pilotni-provoz-nemocnicnich-paliativnich-tymu-odstartuje-1-cervna-2/>
90. *Podpora hospicové paliativní péče v ČR, 2016*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2023-2-28]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/02/Podpora-hospicov%C3%A9-paliativn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De-v-%C4%8CR.pdf>
91. POCHOP, L. et al., 2019. Onkologická kazuistika – kdy je vhodný čas na integraci paliativní péče? *Klinická onkologie*, 32(4), 303–305.
92. POCHOP, L., 2020. Jak přistupovat k nechutenství a výživě u paliativních pacientů? *Onkologie*, 14, 35–38.
93. POKORNÁ, a., kol., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s. 202 s.
94. PROKOP, J., 2009. Specifika přístupu k pacientovi s paliativní léčbou. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. 2(1), 20-23.
95. PROKOPOVÁ, M., 2020. *Hodnotící škály v traumatologii*. České Budějovice. Diplomová práce. JCU ZSF.
96. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s. s. 528. ISBN: 978-80-247-3976-2.
97. PUCHALSKI, C. et al., 2009. "Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference." *Journal of palliative medicine*, 12 (10), 885-904, DOI: 10.1089/jpm.2000.3.129.

98. PUCHALSKI, CH., ROMER, A. L., 2000. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*, 3 (1), doi: 10.1089/jpm.2000.3.129.
99. RADBRUCH, L. et al., 2020. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management. Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754-764, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
100. RADBRUCH, L., PAYNE, S., 2010. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. Praha: Cesta domů. 64 s. ISBN: 978-80-904516-1-2.
101. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění. *Paliativna medicína a léčba bolesti*, 4(1), 12-15.
102. *Report of a WHO Expert Committee World Health Organization*, 1990. [online]. World Health Organization. [cit. 2022-10-11]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y
103. ROKYTA, R. et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada Publishing a.s. 184 s. ISBN: 978-80-247-3012-7.
104. ROSSI, A. et al., 2021. A network analysis approach to the needs of oncological patients. *Journal of Clinical Oncology* 39 (15), doi: 10.1200/JCO.2021.39.15_suppl.e24128.
105. RYDHOLM, M., STRANG, P., 2002. Physical and psychosocial impact of xerostomia in palliative cancer care: a qualitative interview study. *International journal of palliative nursing*, 8(7), 318–323, doi: 10.12968/ijpn.2002.8.7.10671.
106. ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P., 2005. Spirituality: its psychological operationalization via measurement of individual differences. A Czech perspective. *Studia Psychologica*, 47(2), 157–165.
107. SEPÚLVEDA, C. et al., 2002. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24 (2), 91–96, ISSN 0885-3924.
108. SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., 2012. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. *Paliativna medicína a léčba bolesti*. 5 (1), s. 13–17. ISSN 1337-6896.

109. *Standardizace dotazníku IPOS*, 2018. [online]. Centrum paliativní péče. [cit. 2023-10-1]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/standardizace-dotazniku-ipos>
110. STAŇKOVÁ, M., 2006. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. České ošetrovatelství – praktická příručka sestry. Brno: NCO NZO. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
111. *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011–2015*, 2011. [online]. ČSPM. [cit. 2022-12-10]. Dostupné z: https://mukopoly.cz/novy/wp-content/uploads/2022/04/strategie_paliativni_pece_cr.pdf
112. STRÍŽENEC, M., 2007. (ed.). *Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu*. Bratislava: Slovak Academic Press. 18 (4). ISSN: 1211-4669
113. ŠATÉKOVÁ, L., 2021. *Demence – hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing a.s. 192 s. ISBN 978-80-271-1695-9.
114. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2014. *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
115. TIAN L., et al., 2019. Evaluation of psychometric properties of needs assessment tools in cancer patients: A systematic literature review. *Plos one* 14(1), doi: e0210242.
116. TOMAGOVÁ, M., et al., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, s 198. ISBN 80-8063-270-7.
117. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
118. TÓTHOVÁ, V., a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktual. Vyd. Praha: Triton, 226 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
119. TÓTHOVÁ, V., HELLEROVÁ, V. (eds.), 2021. *Využití měřících nástrojů v ošetrovatel'ství*. Praha: NLN, s.r.o. 228 s. ISBN 978-80-7422-817-9.
120. TRACHTOVÁ et al. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-553-2.
121. VANÍČKOVÁ, K., 2002. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR*. Grano Salis.
122. VERNOOIJ-DASSEN, M. J. et al, 2005. Patient autonomy problems in palliative care: systematic development and evaluation of a questionnaire. *Journal of pain and symptom management*, 30(3), 264-270, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpain-symman.2005.03.010>

123. Věstník č. 1/2022: *Standardy poskytování specializované paliativní péče ve formě konziliárního týmu paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR*, 2022. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ_1-2022.pdf.
124. Věstník č. 13/2017: *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče*, 2017. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=36101&typ=application/pdf&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2013-2017.pdf>
125. VONDRÁČEK, L. a VONDRÁČEK, J., 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.
126. VORLÍČEK, J. a kol., 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing a.s. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
127. VÖRÖSOVÁ, G., et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing a.s.. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
128. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244.
129. WATANABE, S. et al., 2009. The Edmonton symptom assessment system—what do patients think. *Support Care Cancer* 17, 675–683, doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0522-1>
130. WATANABE, S. et al., 2011. The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. *Psycho- Oncology*, 21 (9), doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1996>
131. WATANABE, S. et al., 2013. Palliative care nurses' perceptions of the Edmonton Symptom Assessment Scale: a pilot survey. *International Journal of Palliative Nursing* 12 (3), doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.3.20694>
132. WEISSMAN, D.E. et al., 2011. Identifying Patients in Need of a Palliative Care Assessment in the Hospital Setting: a Consensus Report from the Center to Advance Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (1), 17–23, ISSN 1557-7740.

133. WINOKUR, E.J., et al, 2016. Facility Nurses: Pursuing a Baccalaureate Degree in Nursing [online]. *Journal of professional nursing*. 32(4):283–291. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.11.003>.
134. ZOLLFRANK, A., A. et al., 2015. Teaching health care providers to provide spiritual care: a pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 2015, 18 (5), 408-414, doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0306>.
135. ŽIÁKOVÁ, K., a kol., 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta. 218 s. ISBN 9788080633158.

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka 1: Identifikační údaje informantek.....	40
Obrázek 1: Pacient v paliativní péči	42
Obrázek 2: Pohled sestry na hodnoticí škály	44
Obrázek 3: Využití hodnoticích škál v praxi	47
Obrázek 4: Přínos používání hodnoticích škál	52

Seznam příloh

Příloha č. 1: Podklad rozhovoru

Příloha č. 1: Podklad rozhovoru

Základní informace

- 1) Jaký je Váš věk?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jaká je délka Vaší praxe na pozici sestry?
- 4) Jaká je délka Vaší praxe v paliativní/hospicové péči?

Vlastní rozhovor

- 1) Co si představíte pod pojmem hodnoticí škály?
- 2) Jaké hodnoticí škály využíváte pro hodnocení paliativních pacientů při poskytování péče? Na co konkrétně jsou cílené tyto škály?
- 3) Kdy a v jakých situacích jednotlivé škály používáte? Jak často dochází k (pře)hodnocení dané škály?
- 4) Jste informován/a o způsobech používání a práce s hodnoticími škálami, které využíváte při hodnocení pacientů? Je možné hodnocení škál ovlivnit subjektivním úsudkem?
- 5) Jak jsou výsledky získané hodnoticími škálami využívány při péči o pacienta? Jak je aplikujete do praxe?
- 6) S jakým typem onemocnění se u svých pacientů nejvíce setkáváte? Používáte pro pacienty s některými diagnózami speciální škály?
- 7) Jaké problémy u svých pacientů nejvíce řešíte? Pomáhají Vám škály při řešení těchto problémů?
- 8) Jaké využívané škály Vám vyhovují a pomáhají v péči o pacienta? Proč konkrétně Vám vyhovují?
- 9) Jaké Vámi využívané škály Vám naopak přijdou nevyhovující, nebo nedostatečné? Proč konkrétně Vám nevyhovují? Co byste doporučil/a pro zlepšení?
- 10) Jak vnímáte využívání hodnoticích nástrojů v praxi? Jak moc náročné je pro Vás vyplnění hodnoticí škály? Jak se Vám s nimi pracuje?
- 11) Myslíte, že je nějaká oblast potřeb/symptomů v hodnoticích škálách málo saturována? Uvítal/a byste zapojení nějaké další škály do praxe? Pokud ano, jaký by byl postup?

12) Vidíte přínos v jejich používání pro paliativního pacienta?

13) Vidíte přínos v jejich používání pro personál pečující o paliativního pacienta?

14) Doporučil/a byste využívání hodnoticích škál u paliativních pacientů i mimo hospicová zařízení?

Zdroj: Vlastní zpracování

Seznam zkratek

ADL – Activities of Daily Living, Barthelův test základních všedních činností

CARES – Cancer Rehabilitation Evaluation System

CILQ – Cognitively Impaired Life Quality

CPNG – Cancer Patients Need Questionnaire

CPNS – Cancer Patients Need Survey

ČR – Česká republika

ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale, škála hodnocení závažnosti symptomů

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

IADL – Instrumental Activities of Daily Living Scale, test instrumentálních všedních činností

IPOS – Integrated Palliative Outcome Scale

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví

MSSE – Mini-Suffering State Examination, škála distresu

MUST – Malnutrition universal screening tool

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Např. – například

NEQ – Need Evaluation Questionnaire

NRS – Nutritional Risk screening

OCPC – Oncology Clinic Patient Checklist

PAQ – Patient Autonomy Questionnaire

PNAP – Patient Needs Assessment in Palliative care

PNAT – Patient needs assessment tool

PNI – Psychosocial Need Inventory

PNPC – Problems and Needs in Palliative Care

PPI – Present pain intensity

PPS – Palliative Performance Scale, paliativní škála funkční zdatnosti

QUALID – Quality of Life in Dementia Scale

SCNS – Supportive care needs survey

SGA – Subjective global assesment

SPARC – Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care

SPEED – Palliative and End of Life Care Needs in the Emergency Department

tj. – to je

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace