

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Specifika ošetrovatelské péče o pacienta pre finem

Bakalářská práce

Autor: Jana Zabloudilová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vršecká

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Jana Zabloudilová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifikace ošetrovateľské péče o pacienta pre finem
Cíl práce:	Zjistit specifika práce sestry u pacienta v terminálním stádiu.



Mgr. Petra Vršecká
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce nese název „Specifika ošetrovatelské péče o pacienta pre finem“. Práce se dělí na dvě části, a to na současný stav problematiky a praktickou část. Cílem této práce je zjistit specifika práce zdravotní sestry o pacienta v terminálním stádiu. V současném stavu problematiky se nejprve zabývám tématem paliativní péče a fázemi umírání. Dále popisuji duševní a fyzické potřeby pacienta a potřebu přítomnosti blízkých. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jak sestry monitorují bolest u pacientů v terminálním stádiu a jaký je jejich pohled na psychologické a sociální potřeby umírajícího. V praktické části vyhodnocuji dotazníkové šetření, které probíhalo na interním oddělení, oddělení geriatrické a následné péče a oddělení dlouhodobě nemocných.

Klíčová slova

Bolest, fáze umírání, terminální stádium, paliativní péče, potřeby

Abstract

The bachelor thesis is entitled „Specifics of nursing care for a patient in terminal stage“. The work is divided into two parts, the current state of the issue and the specifics of nurse's work on the patient in the terminal stage. In the present state of the issue I deal with the topic of palliative care and dying phases. Furthermore, I describe the mental and physical needs of the patient and the need for the presence of loved ones. The aim of the questionnaire was to find out how nurses monitor pain in patients in the terminal stage and what is their view of the psychological and social needs of the dying. In the practical part I evaluate the questionnaire survey, which took place at the internal department, geriatric and aftercare department and the separation of the long-term patients.

Key words

Pain, dying phases, terminal stage, palliative care, needs

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Petře Vršecké za cenné informace a ochotné rady a také za spoustu času a trpělivosti při konzultacích. Dále děkuji mé rodině a přátelům za podporu a trpělivost. Poděkování též patří náměstkyním ošetrovatelské péče, které mi povolily provést dotazníkové šetření. Zároveň děkuji respondentům za vyplnění dotazníků.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Paliativní péče	10
1.1.1 Historie paliativní péče	11
1.1.2 Typy paliativní péče.....	11
1.2 Potřeby pacientů pre finem	12
1.2.1 Biologické potřeby pacientů pre finem.....	13
1.2.2 Psychické potřeby pacientů pre finem	13
1.2.3 Sociální potřeby pacientů pre finem	14
1.2.4 Spirituální potřeby pacientů pre finem	14
1.3 Fáze umírání.....	14
1.3.1 Pre finem.....	15
1.3.2 In finem.....	15
1.3.3 Post finem	16
1.4 Bolest.....	16
1.4.1 Akutní a chronická bolest	17
1.4.2 Hodnocení bolesti	18
1.4.3 Léčba bolesti	19
1.5 Hospic a hospicová péče	20
1.5.1 Typy hospicové péče	21
1.6 Etické problémy v terminálním stádiu života	22
2 Výzkumná část	25
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	25
2.2 Metodika výzkumu.....	25
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	25
2.4 Průběh výzkumu.....	26
2.5 Výsledky výzkumu.....	27
3 Diskuze	40
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	43
Závěr	44
Seznam použité literatury	46

Citace použitých zdrojů.....	46
Seznam použitých zkratek	48
Seznam tabulek a grafů.....	49
Seznam příloh	50

Úvod

Ošetřovatelská péče zahrnuje komplexní péči o duši i tělo. Myslím si, že je v dnešní době potřeba otevřeně mluvit o tématech umírání a smrti. A to nejenom v případech, kdy je někdo z naší rodiny či našeho okolí smrtelně nemocný. Domnívám se, že znát, co smrt a umírání obnáší a co daný prožívá, je opravdu podstatné. Můžeme potom lépe porozumět pocitům nemocného a větší mírou s ním soucítit. Pomůže nám to v lepší a důstojnější péči, a to jak laikům, kteří se starají o člena své rodiny, tak i zdravotníkům, kteří pečují o více pacientů v terminálním stádiu. Zachování vlastní důstojnosti a cti v posledních dnech svého života, je jednou z nejdůležitějších věcí.

Toto téma jsem si vybrala z hlediska jeho důležitosti pro moji budoucí profesi. Jedná se o nevyhnutelné stádium života, se kterým se jednou každý z nás setká. A protože v dnešní době velká většina lidí umírá ve zdravotnických zařízeních nebo jiných institucích, tak jsme to právě my, zdravotní pracovníci, kteří se starají o uspokojování jejich biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Uspokojování potřeb u jednotlivých pacientů je velmi individuální a pro každého z nich může být prioritou něco jiného. Pro někoho je ze všeho nejvíce příjemné být v pohodlí domova se svými blízkými, pro druhého být bez bolesti. Další může pociťovat jako nejdůležitější naplnění spirituálních potřeb a cítit odpuštění. A pro některé je nejpodstatnější zachování vlastní důstojnosti a naplnění psychických potřeb. Biologické potřeby zahrnují zejména zajišťování příjmu potravy, vylučování a zajištění kvalitního spánku. Mezi další sem také patří léčba a tlumení bolesti či zajišťování průchodnosti dýchacích cest. Bolest je subjektivní a emocionální prožitek, který se dá vyjádřit jak verbálně, tak neverbálně. Je právě na nás, abychom u pacienta rozpoznali neverbální projevy bolesti a pomohli mu ji zvládnout.

Práci tvoří dvě části: současný stav problematiky a praktická část.

Cílem mé práce je zjistit specifika práce sestry o pacienty v terminálním stádiu. V kapitole současného stavu problematiky charakterizují pojem paliativní péče a upřesňují, na co se tato péče zaměřuje, jaké jsou její druhy a také se zabývám její historií. Dále poznamenávám význam uspokojování potřeb jak biologických, tak psychických, sociálních a také spirituálních v posledních dnech života pacienta. Dále také popisují bolest, uvádím rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí, zmiňuji způsoby hodnocení

bolesti, a její možnosti léčby a zvládání. V neposlední řadě také zmiňuji důležitost hospice a hospicové péče. Je zde také věnována pozornost etickým problémům pacienta v terminálním stádiu, zejména se zabývám tématem eutanázie a jejími druhy.

V praktické části prošetřuji problematiku nejdůležitějších potřeb pacientů ve stádiu pre finem. Dále v mém dotazníkovém šetření zjišťuji, jakým způsobem je zajištěna péče o zvládání bolesti u pacientů v paliativní péči. Zhodnocuji zde pohled všeobecných sester na potřeby nemocného a jakým způsobem monitorují bolest a poskytují úlevu od bolesti. Analyzuji názory všeobecných sester z oddělení interní a oddělení geriatrické a následné péče. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány v grafech a tabulkách.

1 Současný stav problematiky

V kapitole současný stav problematiky se zabývám problematikou paliativní péče, potřebami nemocného a také fázemi umírání. V neposlední řadě také zmiňuji důležitost hospicové péče a zabývám se problematikou bolesti.

1.1 Paliativní péče

Pokud bych chtěla definovat význam slova paliativní péče, citovala bych Slámu et al. (2011): „*Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.*“ (Sláma et al., 2011, s. 25) Samotný název vychází ze slova paliare, který nese význam ulehčit nebo usnadnit. Tato péče má za úkol, vytvořit prostředí, ve kterém se nemocný bude cítit co nejlépe a bude tam moci být i se svými blízkými. Ctí a hájí důstojnost nemoci, která již není vyléčitelná. Paliativní péče se vyznačuje zejména tím, že zasahuje do všech sfér. Tím se myslí sféra sociálního zabezpečení, psychické, duchovní a biologické péče. V paliativní péči je možné účinně tlumit fyzické i psychické příznaky progresivního onemocnění. Dále koncept paliativní péče prokázal, že je přijatelné vytyčit osobní plán péče, který ctí klientovy potřeby, prosby, hodnoty a priority. (Sláma et al., 2011) Nejenom že se zabývá komplexní péčí o pacienta v terminálním stádiu, ale také zahrnuje pomoc pozůstalým a zvládnutí jejich psychické situace. (Kupka, 2014) V péči o terminálně nemocné se setkávají dva přístupy, a to humanistický a fiskální. Humanistický je zaměřen na kvalitu péče klientových posledních dní a jeho rodinu, zatímco fiskální se zabývá rozpočty a výší nákladů na paliativní péči. (Kalvach a kol., 2010) Aby tato péče byla opravdu kvalitní, měla by zahrnovat těchto šest bodů. Prvním bodem je zaměření na pacienta, plnění jeho přání a cílů. Druhým bodem je, že by měla být pro pacienta prospěšná. Jako třetí bod je, aby tato péče byla bezpečná, nepoškozovala klienta. Dále aby byla včasná, tedy aby péče byla započata ve správný čas. Předposledním bodem je, aby tato péče byla spolehlivá a aby byly využity veškeré možné prostředky pro klientovu léčbu. A samozřejmě nesmíme opomenout efektivnost léčby. Pokud bychom hovořili o onkologicky nemocných klientech, u kterých již kurativní léčba nezabírá, tak bychom mluvili o podpůrné péči. Tato péče má velmi obdobné cíle jako paliativní péče, jedná se tedy o zajištění klientova pohodlí, intimity, respektování jeho přání a proseb. Paliativní péče zahrnuje ještě jednu

oblast, kterou se zabývá a tou je geriatrická paliativní péče. Geriatrická péče má za cíl zabezpečit kauzální, symptomatickou a podpůrnou léčbu. Jinak jsou též zahrnovány všechny sféry ošetrovatelské péče. (Bužgová, 2015)

1.1.1 Historie paliativní péče

Paliativní péče, která byla jedním z prvků v zdravotní a sociální péči, začala dělat pokroky v 2. polovině 20. století. Její rozvoj začal v rámci výskytu četných infekčních nemocí a následných chronických nemocí či smrti. Lidé, kterým se začalo nazývat „umírající“, se začali přesouvat z domovů do tzv. chorobinců, špitálů nebo nemocnic. Bylo to z důvodů zabezpečení intimity a izolace od ostatní populace, aby nedošlo k nákaze. Péče o tyto lidi byla profesionální ale bez jediného prožití citu či empatie. V té době se smrt chápala jako neúspěch dosud získaných lékařských znalostí. V pokročilých civilizovaných zemích začaly v 60. letech 20. století vznikat podněty k zdokonalování ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Cicela Saundersonová byla zakladatelkou konceptu „totální bolesti“, pod který také spadá stránka sociální, emoční a duchovní. V roce 1967 v Anglii vzniká první hospicové zařízení, které nese název Hospic sv. Kryštofa. V 60. letech 20. století se také objevuje etický problém nazývaný zadržaná smrt, vznikající díky přístrojům a medikamentózní léčbě, která udržuje člověka na živu, i když by za normálních podmínek zemřel. (Bužgová, 2015; Marková, 2010)

1.1.2 Typy paliativní péče

Pro paliativní péči je charakteristické, že využívá poznatků z více vědních oborů. Spolupracují mezi sebou lékaři z interních, onkologických, kardiologických a chirurgických oborů. Lékaři a ošetrovatelští pracovníci úzce pracují spolu s psychology a sociálními pracovníky či duchovními službami. Měla by splňovat cíle, které zahrnují orientovanost na pacienta, prospěšnost, bezpečnost, včasnost, spolehlivost a efektivnost. Paliativní péče je rozdělena na obecnou a specializovanou.

(Kabelka, 2017; Bužgová, 2015)

Obecná paliativní péče je poskytována praktickými lékaři dohromady se službami zajišťujícími domácí péči, nebo v nemocnicích na lůžkových odděleních zdravotníky do výše jejich odborných znalostí. Její podstatou je včasné rozeznání nemoci ve stádiu, kdy už není vyléčitelná a zlepšování sféry oborů, jež napomáhají zvýšení kvality života. (Kabelka, 2017) Měla by být dosažitelná všude, kde jsou terminálně nemocní a přejí

si, aby jim tato péče byla poskytnuta. (Kalvach a kol., 2010) Do této skupiny spadají i pracovníci zajišťující sociální poradenství a služby, či psychologické poradny nebo duchovní služby. Pokud je pro klienty obecná paliativní péče nedostatečná, měli by být informováni a mít možnost, aby jim byla poskytnuta specializovaná paliativní péče. (Sláma et al., 2011)

Specializovaná paliativní péče je zajišťována pacientům a jejich rodinám výkonnou skupinou zdravotníků, kteří absolvovali odborné vzdělání v tomto oboru. Do této skupiny řadíme klinické paliativní poradní týmy v akutní péči a mobilní oddíly specializovaného paliativního ošetřovatelství v domácí péči. V zahraničí je také domácí hospicová péče, která je sestavena z dobrovolníků, kteří musí mít nezbytné znalosti v péči o pacienta. (Kabelka, 2017; Kalvach a kol., 2010)

1.2 Potřeby pacientů pre finem

Během našeho života je, a mělo by být, uspokojování bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb, na prvním místě. To, do jaké míry jsou uspokojovány, nám udává kvalitu prožívaného života daného jedince. V průběhu života každého z nás se priority mění v závislosti na věku a zdravotní situaci člověka. (Špatenková, 2014) Pomoc při uspokojování potřeb pacienta v terminálním stádiu zlepšuje a udržuje kvalitu života pacienta. Sám klient může být ze svého zdravotního stavu zmatený a jeho reakce mohou být často velmi nepřiměřené. Může pociťovat stres, strach, smutek či rozrušení. Proto správně informované okolí pomůže pacientovi danou situaci lépe zvládnout a je pro něj velkou podporou. (Svatošová, 2011) Neměli bychom ale zapomínat ani na příbuzné, kteří se vzdají svého komfortu pro své blízké. (Špatenková, 2014) Ráda bych zde citovala definici WHO, která říká, že: „*Zdraví je definováno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady*“. (Svatošová, 2011, s. 14) Z této definice lze vyvozovat, jak píše paní Svatošová ve své knize, čtyři oblasti potřeb pacientů v terminálním stádiu. Mezi něž patří: biologické, psychologické, sociální a spirituální. Neměli bychom opomínat ani roli pacienta, který díky naší pomoci či poučení, bude více samostatný. (Svatošová, 2011)

1.2.1 Biologické potřeby pacientů pre finem

Biologické potřeby uspokojují určitý nedostatek organismu. Zajišťováním uspokojení těchto potřeb se snažíme o zachování homeostázy. Konkrétně se tím myslí příjem potravy a tekutin, zkvalitnění spánku a uspokojení potřeby vylučování. Dále pomoc při hygieně pacienta, zajištění rehabilitace pro zlepšení mobility pacienta a jiné. V neposlední řadě patří mezi hlavní biologické potřeby zmírnění bolesti a utlumení nežádoucích příznaků, mezi něž patří potíže s ovládnutím udržení stolice a moči. Taktéž sem řadíme potíže s dýcháním, které bývají často doprovázené kašlem. (Špatenková, 2014) Měli bychom mít na paměti, že při zajišťování těchto potřeb, jsou velice důležité maličkosti, které bychom neměli opomíjet. Například zatažení závěsu mezi jednotlivými lůžky pacientů pro zachování intimity, zajištění čerstvého vzduchu nebo zvláštní úprava stravy. (Svatošová, 2011) Jestliže je to alespoň trochu reálné, měli bychom se pokusit vyhovět pacientovým přáním nebo mu alespoň vyjít co nejvíce vstříc. (Špatenková, 2014) K realizování a naplnění klientových potřeb záleží také na jeho postoji k celé situaci. Záleží na charakteru samotného jedince, zda je optimista, otevřený novým možnostem, anebo pesimista uzavřený sám do sebe. Rodinný kruh, kolegové z práce, finanční situace jsou také další faktory, které ovlivňují psychický stav každého jedince a jeho potřeby. (Šamánková et al., 2011)

1.2.2 Psychické potřeby pacientů pre finem

Je nutné zmínit, že psychika každého z nás, a zejména nemocného člověka, je velice úzce propojena s jeho tělem. Ve většině případů je postup takový, že pokud strádá tělo, následně trpí i duše. Funguje to ale i naopak, kdy je delší dobu více zatěžována psychická stránka, která následně vyvolá onemocnění těla. Takže je nutné si uvědomit, že to může být oboustranné. Psychické emoce terminálně nemocných pacientů zahrnují hlavně strach, obavy, úzkost, pocity beznaděje, strachu a vyčerpání. Souvisejí se změnou prostředí a kontaktu s cizími lidmi. Ztrácí pocit jistoty a bezpečí, a to může dále prohlubovat jejich beznaděj. (Trachtová a kol., 2013) Jak uvádí Špatenková et al. (2014) ve své knize, z výzkumu agentury STEM/MARK z roku 2011 vyplývá, že lidé mají před smrtí největší strach ze ztráty své důstojnosti a samostatnosti. Dále pak bolesti, samoty a celkové duševní strasti. (Špatenková, 2014) Je důležité si všechny tyto pocity pacienta uvědomovat a snažit se mu pomoci od těchto negativních emocí a myšlenek a být k němu upřímní. Nesmíme ani opomíjet důležitost zachování vlastní autonomie vůle, která je

v těchto dnech nepostradatelnou součástí každého pacienta. Příbuzní a zdravotnický personál by měl zůstat empatický a nabídnout případnou pomoc psychologa či kněze. (Svatošová, 2011)

1.2.3 Sociální potřeby pacientů pre finem

Pro každého z nás je naprosto přirozené se dennodenně stýkat se svojí rodinou, přáteli či blízkými lidmi. Ale pro klienta, který je těžce nemocen, mnohdy upoután na lůžko a pobývajícím většinu svého času v nemocničním prostředí, to zas tak běžné být nemusí. Naopak si mnohdy rodina, či blízký člověk klienta, neuvědomuje, jak moc je důležitá právě jejich přítomnost. (Svatošová, 2011) Potřeba být se svými blízkými, a nejlépe v domácím prostředí, během posledních dnů klientova života, je jedna z těch, které dosahují nejvyšší priority. Měly bychom jeho přání plně respektovat. Mezi sociální potřeby spadá též zanechání poslední vůle a vyřešení majetkového dědictví. (Špatenková, 2014)

1.2.4 Spirituální potřeby pacientů pre finem

Až do nedávna se hovořilo o uspokojování spirituálních potřeb, a to především u věřících pacientů. Ve většině případů přijde kněz, se kterým se nemocný pomodlí, kněz ho vyslechne a odpustí mu jeho hříchy. Pro ně to není nic nového ani neobvyklého, dělali to celý život, takže přesně ví, co v takových situacích dělat. Nastává ale otázka, jak se uspokojují spirituální potřeby u lidí, kteří nejsou věřící. Někteří se začnou zabývat posmrtným životem, jiní tématem odpuštění. Je pro ně nezbytné vědět, že jim bylo odpuštěno a hlavně, že sami dokáží odpustit. To jim dává dál smysl života. Nelze říci, že je umírání snazší pro věřícího, který má celoživotní víru, a třeba i věří v posmrtný život. Právě naopak, je to velice individuální a každý jedinec tuto situaci zvládá jinak. (Svatošová, 2012; Opatrný, 2017)

1.3 Fáze umírání

Stejně jako celý náš život prochází určitými fázemi, např. fází dospívání, tak i na konci života máme určité fáze umírání. Elizabeth Kübler-Rossová vyvodila na základě rozhovorů s terminálně nemocnými tyto fáze: první – popírání, šok, druhá – agrese, vzpoura, hněv, třetí – smlouvání, vyjednávání, čtvrtá – deprese, smutek, pátá – smíření,

souhlas. Rovněž jako celý život všechny fáze prožíváme s rodinou a se svými blízkými, mělo by tomu tak být i na sklonku života. Těmito etapami na konci života neprochází pouze sám pacient, ale právě jeho rodina, kamarádi, přátelé a spolupracovníci jsou součástí strádání v těchto dnech. Ne vždy se prožívání emocí pacienta a jeho nejbližších shoduje. Většinou tomu tak bývá, pokud klient přijal fázi smíření, zatímco rodina se stále potýká s fází hněvu nebo smlouvání. Proto je dobré, aby zde byl někdo další, ať už kněz, či všeobecná sestra, kteří rodině pomohou pochopit. (Svatošová, 2011; Vytejšková et al. 2013; Kübler-Ross, 2015)

1.3.1 Pre finem

Období pre finem neboli před umíráním je fáze, ve které lékař sděluje diagnózu pacientovi a jeho rodině a nabízí možnosti paliativní či hospicové péče. V tomto období se uskutečňují a prolínají všechny výše zmíněné fáze. Prvním stádiem je popření, což je reakce na sdělenou diagnózu. Nemocný i rodina jsou zaskočeni a nechtějí se s danou informací smířit. Snaží se najít jiné vysvětlení, přejí si, aby to byl omyl, či záměna výsledků. Přechází do druhého stádia, kterým je zlost a agresivita. V této etapě klient cítí zlobu, vztek a nespravedlnost, která je namířena na všechny okolo, příbuzné ale i zdravotnický personál. Ve třetí fázi klient smlouvá a vyjednává, snaží se najít nějaký způsob, který by vedl k uzdravení. Je ochoten obětovat a zaplatit cokoliv za příslib vyléčení. Hledá a zkouší nové léky, léčitele a vše, co by mu mohlo pomoci. Navazuje čtvrté období smutku a deprese. Pacient má strach, co přijde, bojí se bolesti, ztráty důstojnosti a soukromí. Nastává poslední páté stádium akceptace a smíření. Pokud do tohoto stádia nemocný dojde, stává se vítězem sám v sobě. Přijme skutečnost smrti a nemoci. Má klid na duši, a ta se odráží i v jeho tváři. Tato fáze nelze zaměňovat za rezignaci, kdy to člověk vzdá. Ráda bych zde citovala slova paní Elizabeth Kübler- Rossové „*Finally, we may achieve peace-our own inner peace as well as peace between nations-by facing and accepting the reality of our own death*“. (Špatenková, 2014; Vytejšková, 2013; Kübler- Ross, 2008)

1.3.2 In finem

V této fázi dochází k umírání jako takovému. Je to proces, při němž dochází k určitému nezvratnému selhání životně důležitých funkcí. Délka této fáze je v řádu hodin či dnů, výjimečně týdnů. Mezi somatické projevy pacienta ve fázi in finem patří zblednutí kůže,

do popředí vystupují brada, nos a lící kosti a v nich vpadlé oči a tváře. Nastává špatné proudění krevního oběhu, selhává srdeční činnost, ztížené dýchání, postupně se pacient dostává do bezvědomí, se kterým souvisí snížení svalového tonusu. Mezi další příznaky patří snížení tělesné teploty, nesouvislé až vůbec žádné dýchání. Smrt konstatuje lékař s určením času smrti. (Špatenková, 2014; Vytečková, 2013)

1.3.3 Post finem

Tato etapa je započata smrtí pacienta. Patří sem péče o mrtvé tělo pacienta a rozloučení pozůstalých s mrtvým klientem. Tato fáze je zaměřena zejména na psychickou stránku pozůstalých. Pomocť umět se vyrovnat se ztrátou blízkého člověka. Pokud bychom si snad mysleli, že se pozůstalí, kteří byli v dřívějším čase informováni o blížící se smrti od lékaře, vyrovnávají lépe, byli bychom na omylu. Po celou dobu se snaží tuto informaci potlačovat, nepřipouštějí si, že by to mohla být pravda, doufají že se lékař spletl se stanovením diagnózy. Pozůstalý využívají určité strategie, jak se vypořádat se ztrátou blízkého člověka, mezi něž patří např. zanechání smutku za sebou a jít dál vpřed budoucnosti. Mezi další patří např. nutnost vykonávání činnosti, aby zaměstnali mozek a nemuseli na to tolik myslet a mezi poslední patří opakované připomínání si mrtvého člověka. (Špatenková, 2014; Vytečková, 2013)

1.4 Bolest

Bolest je definována dle Světové zdravotnické organizace (WHO) a Mezinárodní asociací pro studium a léčbu bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP) jako: „*Nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání a je vždy subjektivní.*“ (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 163) Bolest má hlavně informativní a ochrannou funkci, udává tělu signál o tom, že se děje něco špatného, něco, co je tělu nepříjemné a nepohodlné. Pokud nás pacient informuje o tom, že pociťuje bolest, musíme brát na vědomí jeho psychickou a sociální stránku, která je díky bolesti silně ovlivňována. Tým se mívá, přihlížet na bolest u dětí, mentálně postižených, klientů se stařeckou demencí či v kómatu, tak, jak konkrétní situace vyžaduje. (Raudenská, Javůrková, 2011) Také u pacientů, kteří jsou silně vyčerpaní, prožívají deprese či strach a úzkost z operace nebo vyšetření. (Zacharová, 2017) Mezi další činitele podílející se na vnímání bolesti patří vztek, opuštěnost, duševní tíseň, nejistota či smutek. Pacientovi bolest vždy věříme a zajišťujeme vše pro to, aby byl bez bolesti, protože pacient má právo

být bez bolesti. Bolest je v dnešní době chápána jako biopsychosociální, je to vzájemné působení mezi senzorickými, kognitivními, behaviorálními a emočními procesy. Vědní obor, který se zabývá léčbou bolesti, se nazývá algeziologie. (Marková, 2010)

Nejznámější dělení bolesti je na centrální a periferní, dále na onkologickou a neonkologickou, a také na chronickou, akutní a rekurentní. Všechny bolesti se vzájemně a různě prolínají. (Raudenská, Javůrková, 2011) Bolest lze také dělit dle příčin. Nociceptivní bolest vzniká iritací nociceptivních receptorů v tkáních, které způsobují bolest při artritidě, dále se také projevují bolesti při nádorovém poškození kostí. Neuropatická bolest vzniká zasažením centrálního, periferního nebo vegetativního nervového systému. Jsou to bolesti u poškození centrálního nervového systému nebo diabetická neuropatie. Hlavní povinnosti sestry zahrnují správnou a včasnou monitoraci bolesti a její hodnocení. (Marková, 2010) Mezi další práce sestry patří zajišťování kontaktu s nejbližšími, opět se nám zde prolínají stránky psychické, fyzické, sociální a duchovní. Dále kontrolování verbálních a neverbálních projevů souvisejících s bolestí, brát ohled a pomoc při klientových úlevách od bolesti. Také patřičné rozvinutí pacienta k intenzivnější činnosti, aby odpoutal pozornost od bolesti. A v neposlední řadě také diskutování s klientem o jeho bolesti a jeho začlenění do řešení v rámci ošetrovatelské péče. (Plevová a kol., 2011)

1.4.1 Akutní a chronická bolest

Z hlediska doby trvání bolesti se bolest rozděluje na akutní, chronickou a rekurentní. Akutní bolest je taková, která probíhá právě teď, je naléhavá, neodkladná, prudká a také bezprostřední. Dává nám varovné znamení o tom, že něco není v pořádku s naší tělesnou stránkou. Každé onemocnění, při kterém pacient pociťuje akutní bolest, má bolest svůj specifický průběh a dynamiku. Nemocný reaguje zrychleným pulzem a dechem, neklidem, pocením a zaujímáním úlevových poloh. Při posuzování akutní bolesti je uplatňováno hledisko smyslového vnímání, aktuálnost emocí a individuální hodnocení bolesti nemocného. Síla bolesti rychle stoupá, ale díky léčbě klesá. Její zmírnění je poměrně rychlé a nastává kladný předpoklad, že bolest má své řešení a je zvládnuta. (Raudenská, Javůrková, 2011; Zacharová, 2017)

Chronická bolest je vymezena dobou trvání, a to delší jak 3 měsíce. V dnešní době počet klientů trpících chronickou bolestí, která se objevuje postupně s věkem, neustále přibývá, je to zhruba 50 % populace. Chronickou bolest charakterizuje spousta faktorů a to

například, že přetrvává déle, než je obvyklá doba k zotavení, ztrácí varovné postavení a zabraňuje klientovi vykonávání běžných životních aktivit. Její nástup je pomalý, ale intenzita postupně narůstá. Komplikuje život pacientovi v sociálním prostředí či při výkonu práce. Důležitosti zde nabývají faktory afektivní, kognitivní, hodnotící a behaviorální. Tato chronická bolest prostupuje všemi biopsychosociálními sférami. Projevuje se v části somatické, emoční, kognitivní a behaviorální, které se navzájem prolínají. V části somatické, tělesné, je chronická bolest charakterizována silou, která kolísá v průběhu času, místem a typem bolesti např. pulzující, pálivá, pichlavá. Mezi další tělesné projevy patří porucha spánku, nechutenství, úbytek váhy, celkové zhoršení stavu pacienta. Součástí emoční sféry je střídavé prožívání různých emocí např. vztek, strach, úzkost, přecházející v silně pesimistické myšlení pacienta. V kognitivní části klient přemýšlí nad bolestí jako takovou, možnostmi a zhodnocováním léčby, obviňuje buď sebe nebo své okolí. Do poslední behaviorální sféry zahrnujeme chování pacienta během prožívané chronické bolesti. Pacient nevyhledává žádné aktivity k namáhání těla, spíše pospává a odpočívá během dne. Hledá úlevové polohy, nebere ohled na doporučené denní dávky léků, neustále navštěvuje zdravotnická zařízení. Mezi neverbální projevy bolesti patří vzdychání, vzlykání nebo negativní grimasy v klientově obličeji. (Raudenská, Javůrková, 2011; Zacharová, 2017)

Rekurentní bolest je taková, která kolísá mezi akutní a chronickou. Během časového období se objevuje a opět mizí. Mezi nejčastější příznaky patří bolesti hlavy, břicha, kloubů na dolní končetinách či u srdce na hrudi. Objevuje se velmi nepravidelně, neudává nám žádný výstražný údaj. Její síla se mění, chvíli je intenzivnější a chvíli zase slabší. Klienti bývají často velmi zmatení, prožívají pocity úzkosti a bezvýchodnosti situace. Nevědomky mohou navyšovat potřebu léků na kterých mohou být závislí. (Raudenská, Javůrková, 2011)

1.4.2 Hodnocení bolesti

Měření bolesti se nazývá algometrie nebo také dolorimetrie. Bolest lze hodnotit buď z hlediska jejího časového charakteru, nebo s jakou intenzitou se projevuje, co danou bolest ovlivňuje anebo v jakém místě se objevuje. Při hodnocení bolesti musíme být objektivní a brát ohled na všechny faktory, které by mohly pacientovo hodnocení bolesti zkreslovat. Mezi nejdůležitější faktory při sbírání informací patří analýza anamnézy prostřednictvím rozhovoru a pozorováním, fyzikální vyšetření a psychický stav pacienta.

(Pokorná, 2013) Pacientovi bolest vždy věříme. Měli bychom vědět, jak velký vliv má bolest na každodenní život pacienta, v čem mu zabraňuje a jak moc ho omezuje v denních činnostech. Také bychom měli znát klientovi dřívější zkušenosti s užíváním analgetik. Během sběru anamnézy bychom měli zaměřit naši pozornost také na klientův obraz o tlumení bolesti a dát mu potřebné informace o tom, že skoro jakákoliv bolest se dá zvládnout. (Marková, 2010)

Pro zaznamenávání bolesti se nejčastěji používá vizuálně analogová škála bolesti. (Příloha č. 1) Kdy škála představuje vodorovnou přímku, kde na jednom konci je napsáno žádná bolest, tedy 0, a na druhém nejhorší možná bolest, tedy 10. Pacient udělá čárku na přímce tam, podle toho, jak moc ho to bolí. Velmi podobná je numerická škála bolesti, kde je na přímce na jednom konci 0 a na druhém 5. (Příloha č. 2) Pacienta se zeptáme, jaká je jeho bolest od 0 do 5, kdy 0 znamená žádnou bolest a 5 tu největší bolest jaká jen může být. (Marková, 2010) Mezi další patří obličejová škála bolesti. (Příloha č. 3) Tato stupnice se používá zejména na dětském oddělení. Dále se používá pro přímé zakreslení místa bolesti Margolesova mapa bolesti, kde se křížkem označí přesná lokalizace, která je bolestivá. (Příloha č. 4) A v neposlední řadě bych také ráda zmínila Melzackovu škálu verbální stupnice bolesti. (Příloha č. 5) (Pokorná, 2013)

1.4.3 Léčba bolesti

Možnosti, kterými jsme schopni ovlivnit pacientovu bolest, jsou různorodé. Záleží na typu bolesti, místu, kde se nejčastěji vyskytuje, intenzitě a časové pravidelnosti nebo nepravidelnosti. Obecně lze říci, že máme postupy farmakologické a nefarmakologické. (Plevová a kol., 2011; Marková 2010)

Nejvýznamnější je farmakoterapie podle škály WHO. Světová zdravotnická organizace vytyčila tři hlavní principy pro léčbu bolesti. Prvním pravidlem je léčba dle žebříčku, druhým je léčba dle časového trvání, a jako třetí je stanovené dávat přednost perorálnímu podání. Třístupňový žebříček je založen na typu bolesti, která je závislá na druhu analgetik. Tedy prvním stupněm je mírná bolest, která je tlumena neopioidními analgetiky. Druhý stupeň zahrnuje středně silnou bolest, která se léčí slabými opioidy, plus mohou být přidána i neopioidní analgetika. A třetí stupeň zastává silnou bolest, kterou lze potlačit velmi silnými opioidy a také lze přidat neopioidní analgetika. Během všech tří stupňů lze léčbu doplnit o koanalgetika a pomocná léčiva, která pomáhají k potlačení vedlejších účinků analgetik. (Marková, 2010)

Mezi nejznámější neopioidní analgetika patří Paracetamol, Ibuprofen, Naproxen. Pokud se jedná o nesteroidní antiflogistika musíme mít na paměti, že mohou vyvolávat nežádoucí vedlejší účinky, jako je například pyróza nebo zrod žaludečního vředu. Skupinu opiátových analgetik dělíme na slabé a silné opioidy. Mezi slabé patří např. Kodein a Tramadol, které nespádají pod opiátový řád. Jejich podání bývá nejčastěji perorální formou nebo také injekčně. A do silných opioidů patří například Morfin a Fentanyl, jež jsou součástí opiátového zákona. Způsoby, kterými se mohou podat, jsou různorodé, například perorálně, injekčně nebo jako náplasti. Dále také ve formě čípků nebo inhalačních aerosolů a jiné. (Marková, 2010)

Mezi nejvíce vyskytované vedlejší nežádoucí účinky léků patří zácpa, žaludeční potíže, zvracení, únava, neklid či svědění a mnoho dalších. (Marková, 2010)

Nefarmakologické zvládnutí bolesti zahrnuje aktivní či pasivní rehabilitace s pacientem doprovázené rozhovorem, nebo polohování, pokud samotná rehabilitace není možná. V souvislosti s rehabilitací lze uplatnit ošetřování pomocí tepla, ať už ranní teplé sprchy nebo použití termoforu. Lze také použít ledové sáčky, které zmírňují otoky kloubů. Dále sem spadá bazální stimulace, masáž, psychoterapie či alternativní medicína. (Plevová a kol., 2011)

1.5 Hospic a hospicová péče

Cicela Saundersonová byla první, která přišla s myšlenkou o hospicovém hnutí ve světě v roce 1964. První hospic byl založen v Anglii v roce 1967 a nese název Hospic sv. Kryštofa. V České republice se první myšlenka týkající se paliativní a hospicové péče objevuje na konci 20. století, jedná se především o lůžkovou hospicovou péči pro onkologicky nemocné pacienty. Marie Svatošová byla lékařka, která se v roce 1993 zasloužila o vznik občanského sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí. Toto hospicové hnutí nese název Ecce homo, v překladu Ejhle člověk. V České republice vznikl první hospic v roce 1955, jedná se o lůžkový typ hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Nesmím opomenout jméno profesorky Heleny Haškovcové, která jako jedna z prvních začala zmiňovat a upozorňovat na důležitost zachování vlastní důstojnosti v posledních dnech života. K rozkvětu paliativní a hospicové péče v České republice též přispěla Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Ta byla založena v roce 2005 a v roce 2007 za pomoci Nadace rozvoje občanské společnosti

vystavila Standardy hospicové a paliativní péče. Tyto Standardy hospicové a paliativní péče obsahují úroveň nároků na personál zajišťující paliativní péči nejenom v hospicovém zařízení. Mezi další velmi významné události historie, patří zřízení České společnosti paliativní medicíny (ČSPM) v roce 2009. Tato společnost měla za úkol rozvíjet vzdělávání, jejímž polem působnosti byla paliativní péče. Jako dalším, velmi důležitým spisem, se stal dokument Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015, jehož záměrem mělo být odstranění veškerých nedostatků v paliativní a hospicové péči, a obstarání, aby každý jednotlivý klient měl úctyhodnou smrt. Ta měla být zajištěna pomocí nejkvalitnější péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci a jejich blízké. Jednou z dalších událostí ČSPM bylo zveřejnění Standardů paliativní péče 2013. Jako posledním podstatným činem byl vznik Centra paliativní péče v Praze v roce 2014. K roku 2015 bylo v České republice 16 lůžkových hospiců a ve světě bylo evidováno více než 9500 zařízení paliativní a hospicové péče. Podstatu hospicové péče nejlépe vystihla Marie Svatošová ve své knize s názvem Hospice a umění doprovázet, kde píše, že „*Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti*“ (Svatošová, 2011, s. 115) Tato péče zajišťuje klientovi, že jeho bolest bude tlumena, jak jen nejvíc to bude možné, jeho úcta zůstane zachována a v jeho posledních dnech rozhodně nebude sám. Prioritou číslo jedna je zde udržení kvality života až do posledních dnů života. (Svatošová, 2011; Bužgová, 2015; Haškovcová, 2000)

1.5.1 Typy hospicové péče

Domácí hospicová péče

Tento typ hospicové péče probíhá v domácím prostředí jedince. Jedná se o typ, který je pro klienta nejpohodlnější a nejpříjemnější. Většinou se jedná o místo, ve kterém dotyčný žil celý život i se svou rodinou, a proto se v něm cítí velice pohodlně. Rodina i pacient jsou stále motivováni a vedeni k spolupráci a svépomoci. Potíž nastává ve chvíli, kdy se pacientův zdravotní stav zhorší a je zapotřebí odborná a kvalitní péče. Většinou není v dosahu sesterská agentura poskytující domácí péče, nebo klientům a jejich rodinám schází informovanost o možnostech jejího využití. A tak jsou obvykle klienti hospitalizováni v nemocnici. (Svatošová, 2011; Haškovcová, 2000)

Stacionární hospicová péče

Denní stacionáře jsou zařízení, která fungují přes den, od rána do večera. Ráno jsou klienti převezeni do stacionáře a mohou zde pobývat buď jen několik hodin nebo celý den. Důvody, proč klientova rodina volí právě tento způsob péče, mohou být různorodé. Jedním z důvodů může být kontrola zdravotního stavu nemocného, zda nedochází k progresi onemocnění. Dalším důvodem může být podání chemoterapie, či jiné léčebné látky. Mezi poslední důvody, proč sem klienti docházejí, patří psychický stav pacienta, který mnohdy rodina neumí zvládnout. (Svatošová, 2011; Haškovcová, 2000)

Lůžková hospicová péče

Lůžkové zařízení mohou využívat klienti, kteří nemají možnost každodenního dojíždění do denního stacionáře, dále pacienti, o které se rodina nezvládá starat a potřebují 24hodinovou péči. Anebo také onkologicky nemocní klienti, kteří cítí, že potřebují krátkodobou pomoc či podporu, ale návštěva nemocnice není nezbytná. Návštěvy jsou zde časově neomezené, rodina či známí mohou za klientem přijít kdykoliv. Denní režim je v hospici volný a individuální. Liší se od nemocnice tím, že pacienti nejsou buzeni ráno v 6 hodin, ale spí tak dlouho, jak je jim příjemné. Hygienu vykonávají během dne buď za pomoci personálu, nebo rodiny. Co se týče stravování, pokud je to jenom trochu možné, tak mohou jíst, na co mají zrovna chuť. Největší důraz je kladen na kvalitu života, aby se pacienti cítili pohodlně. Pro snazší manipulaci s klienty a ulehčení fyzické námahy personálu, využívají pomůcky. Mezi tyto pomůcky patří polohovací pomůcky, mobilní koupací vany, chodítka, či bezbariérový přístup. (Svatošová, 2011; Haškovcová, 2000)

1.6 Etické problémy v terminálním stádiu života

Slovo etika vychází ze slova ethos, které ve svém úplně prapůvodním významu mělo znamenat lokalitu, kde se pásla zvířata nebo i jejich chování. Etika se tedy zabývá způsobem jednání, chování a myšlení. Skládá se ze tří částí, které zahrnují tyto činnosti: 1. činnost poznání, 2. činnost zhotovování a 3. činnost jednání. Pokud toto realizujeme, samotným cílem je jednání. Ráda bych citovala z knihy Jany Heřmanové a kol., která nese název *Etika v ošetrovatelské praxi*, kde je velmi hezky popsáno, že „*Etika je tedy uměním žít, je to to nejpraktičtější a nejdůležitější ze všech lidských činností*“. (Heřmanová et al., 2012, s. 15) Provází nás tedy celým naším životem, od začátku až do posledních dní a hodin. (Heřmanová et al., 2012)

Ráda bych v souvislosti s etickými problémy v terminálním stádiu zmínila problematiku eutanázie. Význam slova eutanázie pochází z řečtiny a v historii mělo význam dobré umírání. Tento význam vycházel z činů, kterými se daný jedinec obětoval pro druhé. V historii to bylo například zemřít v boji za pravdu, umřít v boji za ochranu svého města či státu, kdy to Aristoteles označoval také za krásnou smrt. Označoval to takto z toho důvodu, že chování jedinců bylo statečné, udatné, mužné a odvážné. Naopak to Aristoteles neuznával v případě, kdy toho chtěl člověk zneužít k vyhnutí se nepříjemné životní situaci, jako bylo například prožívání chudoby nebo těžké nemoci. V dnešní době by toto jednání Aristoteles s největší pravděpodobností odsoudil a nesouhlasil by s ním. Stejně jako většina naší populace, která si eutanazii spojuje spíše s něčím méně příjemným než s výrazem dobré smrti. Tuto asociaci má většina nejspíše kvůli nacistickému Německu, které to používalo naprosto nelidsky proti lidem. (Heřmanová et al., 2012; Plevová a kol. 2011)

Soudobá teorie se opírá o tři faktory, které určují, zda je smrt špatná nebo dobrá. Prvním faktorem je deprivace, která říká, že smrt je dobrá, pokud by nás ušetřila trápení, které bychom v budoucnu prožívali. Ale také říká, že smrt je špatná tehdy, když bychom v budoucnu mohli prožít něco dobrého a pěkného. Existuje ale také smrt neutrální, která je založená na tom, že by život nebyl ani dobrý ani špatný, když bychom neumřeli. Samozřejmě že zde nastává spor v hodnocení budoucího života, kde hodnotíme negativní stránku, kterou je například bolest a také pozitivní stránku věci, jenž je například možnost být se svojí rodinou a přáteli. Toto hodnocení je velmi subjektivní a nikdo by neměl rozhodovat o tom, co je pro pacienta v tu chvíli důležitější a podstatnější. Každý má právo volby do posledních dní a hodin svého života. (Heřmanová et al., 2012)

Druhým faktorem je promarnění, který říká, že je smrt špatná podle toho, ve které fázi života klient zemře. Jako největší zlo se označuje smrt v takové fázi života, kdy je klient ve středním věku, vynaložil úsilí na vystudování školy a sehnání práce a pak zemře. Jako největší zlo se tak označuje proto, protože nestačil využít úspěch, kterého v životě dosáhl. Podle této teorie můžeme mít za to, že smrt je méně špatná u malých dětí, které ještě nestihly vynaložit úsilí něčeho v životě dosáhnout, anebo naopak u starších lidí, kteří již měli šanci prožít úspěšný život a využít ho. Tato teorie je velmi sporná, každý má právo na život stejně. U malého dítěte nemůžeme hodnotit, jak bylo do teď nakládáno s jeho životem a jak s ním naloží v dospělém věku, stejně tak u dospělého klienta nelze říci, zda již vynaložil všechno úsilí na dosažení kvalitního život, nebo se k tomu teprve chystá.

A v neposlední řadě se to samozřejmě týká i lidí staršího věku. Nepřísluší nám právo hodnotit, zda již prožili krásný život, kterému věnovali spoustu úsilí a investovali do něj vše, co mohli, nebo zda by je teprve potkalo něco opravdu pěkného. (Heřmanová et al., 2012)

Posledním faktorem je faktor extinkce, který nehodnotí dobro nebo zlo podle toho, jak život žijeme, ale zaměřuje se na fakt, jestli vůbec žijeme. Jakoukoliv smrt v jakékoliv fázi života považujeme za špatnou, jelikož přestaneme existovat, tedy žít. Je nutné se zaměřit na to, abychom tu byli co nejdéle. Vystupuje zde do popředí hodnota života, která je nejdůležitější ze všech. Ať už žijeme život dobrý, neutrální či špatný, délka života a snaha žít co nejdéle převyšuje nebo vyrovnává, jaký život zrovna žijeme. (Heřmanová et al., 2012)

Smrt je obecně špatná, a nezáleží na tom, zda nás zbaví utrpení, nebo jestli jsme už dostali šanci vynaložit veškeré své úsilí na správný a hezký život. Pokud nám někdy bude připadat, že je smrt správnou volbou a cestou, tak jen proto, protože jsme v takovém psychickém a fyzickém rozpoložení, že ji vnímáme jako menší zlo, ale nikoliv to není řešení našeho stavu. (Heřmanová et al., 2012)

Eutanázie se dělí na aktivní a pasivní, dále pak na dobrovolnou a nedobrovolnou. Jako aktivní eutanázii označujeme takové počínání lékaře či jiné osoby, které má za přímý následek smrt pacienta. Za pasivní eutanázii se považovalo nedodržení nebo zanedbání lékařské péče či vypnutí přístrojů, které udržovali pacienta při životě. Za dobrovolnou eutanázii se brala taková, o kterou pacient sám žádal a souhlasil s ní. Naopak nedobrovolná byla taková, o kterou si sám pacient nemohl zažádat z důvodu jeho těžkého stavu, například z důvodu kómatu, a znamenala usmrcení proti jeho vůli. (Kuře, 2018)

Země, ve kterých je aktivní eutanázie povolena, jsou: Belgie, Lucembursko, Nizozemsko, Švýcarsko a vybrané státy USA.

Země, ve kterých je pasivní eutanázie povolena, jsou: Dánsko, Finsko, Francie, Irsko, Itálie, Německo a vybrané státy Mexika. (Kuře, 2018)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl práce: Zjistit specifika práce sestry u pacienta v terminálním stádiu.

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou nejdůležitější potřeby pacientů v terminálním stádiu?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem je zajištěna péče o zvládání bolesti u pacientů v terminálním stádiu?

2.2 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části mé bakalářské práce jsem zvolila metodu dotazníkového šetření, kdy dotazník byl vlastní konstrukce. Dotazník byl anonymní a obsahoval 13 otázek. Otázky byly převážně uzavřeného typu. První otázka se týkala toho, zda sestrám přijde problematika paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu důležitá. Otázka č. 2 byla otevřená, kde měly sestry prostor vyjádřit se k tématu, nejdůležitějších potřeb pacientů v terminálním stádiu. Otázky č. 3 a 4 se zabývaly potřebami pacientů být se svými blízkými a potřebou být nezávislý na druhých. U těchto otázek jsem v odpovědích uplatnila Likertovu škálu. Pátá a šestá otázka se zabývala vyřešením závěti a také zachování vlastní autonomie, kde jsem též v odpovědích použila Likertovu škálu. Otázky 7-13 se týkaly monitorování bolesti a její léčbou. K otázce 2, 3, 4, 5, 6 se vztahuje výzkumná otázka č. 1. A k otázkám 7-13 náleží výzkumná otázka č. 2. Výsledky byly zpracovány do grafů v programu Microsoft Excel.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Vzorek respondentů tvořily všeobecné sestry na interním oddělení, a oddělení geriatrické a následné péče v Nemocnici Jihlava, p.o. a také v Nemocnici Nové Město na Moravě p.o. na odděleních interním a dlouhodobě nemocných. Bylo rozdáno 120 dotazníků, z nichž jsem dala 60 kusů do Nemocnice Jihlava, p.o. a 60 kusů do Nemocnice Nové Město na Moravě p.o. Z celkového počtu se mi vrátilo celkem 115 vyplněných dotazníků.

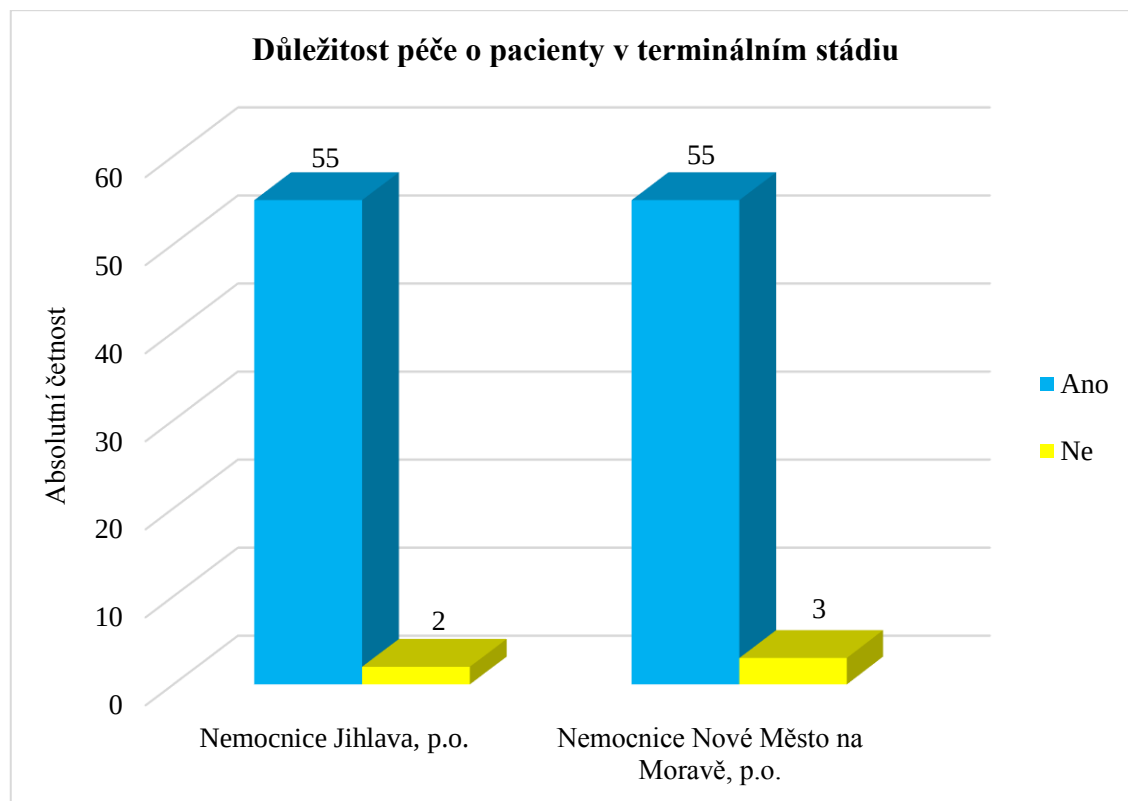
Výsledky dotazníkového šetření mé práce jsou vyhodnoceny pomocí grafů a tabulek, kde je uveden celkový počet a procentuální zastoupení za použití programu Microsoft Excel.

2.4 Průběh výzkumu

Průzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní formou pomocí dotazníku, který jsem si sama vytvořila (viz příloha č. 6). Po získání povolení k výzkumu od náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice Jihlava, p.o. (viz příloha č. 7) a Nemocnice Nové Město na Moravě p.o. (viz příloha č. 8) jsem dotazníky, po souhlasu vrchních sester jednotlivých oddělení, rozdala všeobecným sestřám. Sběr dat probíhal v měsících od listopadu 2018 do ledna 2019.

2.5 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1 – Je pro Vás problematika paliativní péče a péče o pacienty v terminálním stádiu důležitá?



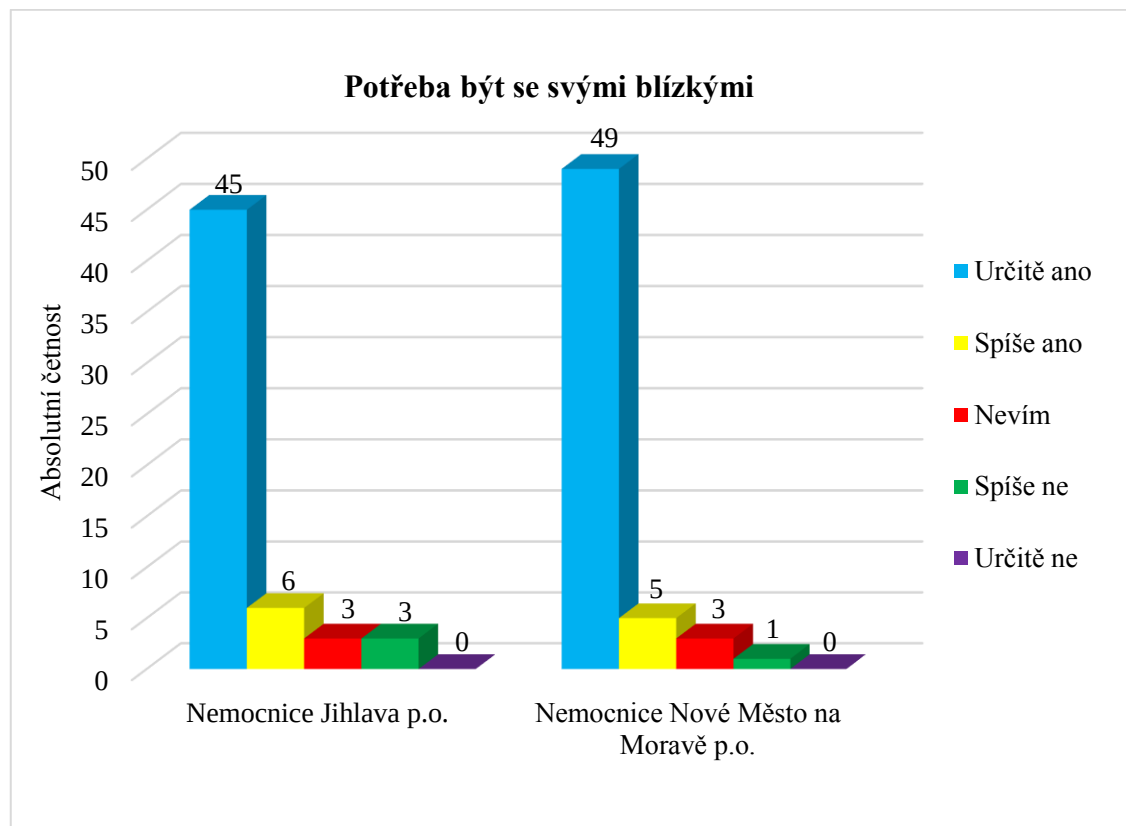
Graf 1 – Důležitost péče o pacienty v terminálním stádiu.

Graf 1 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se důležitosti péče o pacienty v terminálním stádiu. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich 110 (96 %) odpovědělo ano a pouze 5 respondentů (4 %) zvolilo za svoji odpověď ne. V Nemocnici Jihlava, p.o. vybralo odpověď ano 55 respondentů (96 %) a 2 respondenti (4 %) odpověděli ne, z celkového počtu 57 respondentů (100 %). V Nemocnici Nové Město na Moravě odpovědělo celkem 58 respondentů (100 %), z nichž 55 (95 %) zvolilo odpověď ano a 3 respondenti (5 %) zvolili odpověď ne.

Otázka č. 2 – Jaké jsou podle vás nejdůležitější potřeby pacientů v terminálním stádiu?

Tato otázka byla otevřená, kde měli respondenti prostor k vyjádření svých myšlenek ohledně nejdůležitějších potřeb pacientů v terminálním stádiu. Na tuto otázku odpovědělo celkem 115 respondentů (100 %). Mezi nejčastější odpovědi patří úleva od bolesti a přítomnost rodiny a blízkých. Dalšími odpověďmi byli vlídný přístup personálu, a jeho trpělivost, klid, možnost projevit své emoce, empatie personálu, vyřešení závěti, rodinných vztahů. Možnost promluvit si s duchovním.

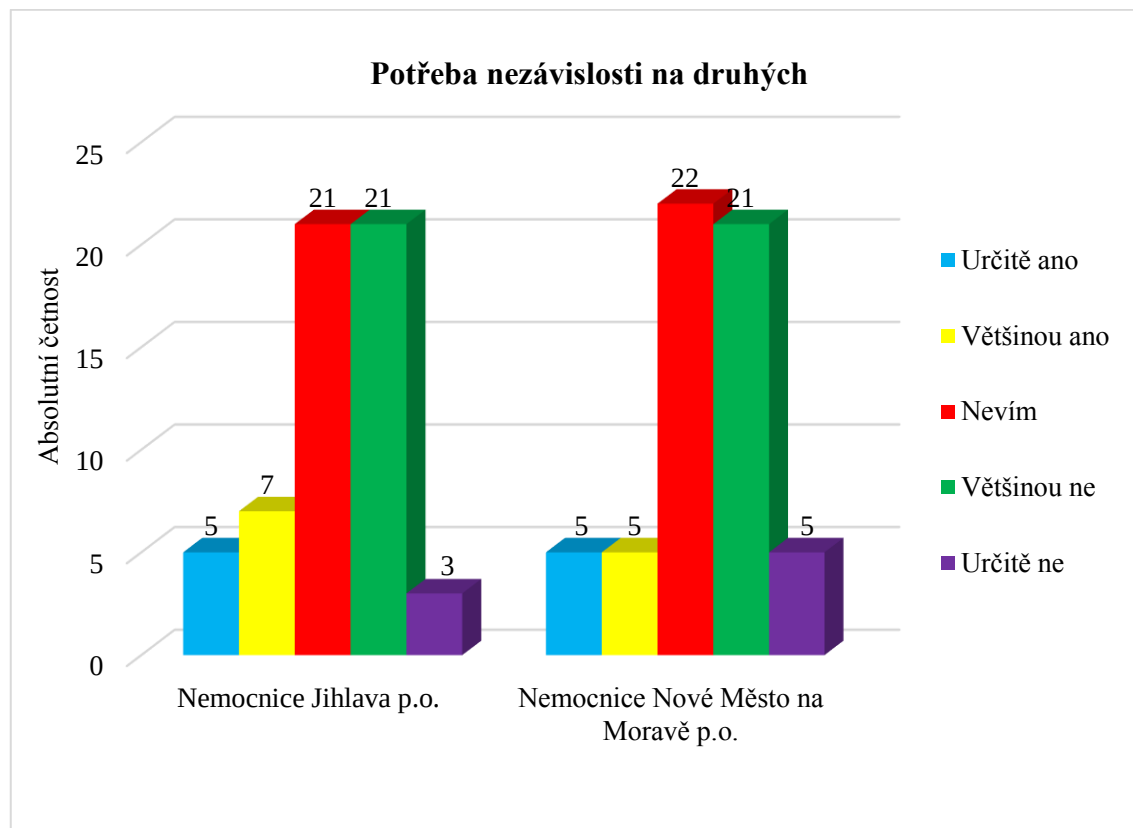
Otázka č. 3 – Domníváte se, že mají pacienti v terminálním stádiu potřebu být se svými blízkými?



Graf 2 – Potřeba být se svými blízkými.

Graf 2 znázorňuje, že převážná většina respondentů odpověděla, že pacienti v terminálním stádiu určitě mají potřebu být se svými blízkými. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich 94 (82 %) zvolilo odpověď určitě ano, 11 respondentů (10 %) zvolilo odpověď spíše ano, odpověď nevím označilo celkem 6 respondentů (5 %) a pouze 4 respondenti (3 %) odpověděli spíše ne. Možnost určitě ne nezvolil ani jeden respondent. V Nemocnici Jihlava, p.o. z celkového počtu 57 respondentů (100 %) jich 45 (79 %) odpovědělo určitě ano. Odpověď spíše ano zahrhlo celkem 6 respondentů (11 %), 3 respondenti (5 %) odpověděli nevím a spíše ne odpověděli také 3 respondenti (5 %). Z celkového počtu 58 respondentů (100 %) v Nemocnici Nové Město na Moravě p.o. jich 49 (84 %) zaškrtnulo odpověď určitě ano a 5 respondentů (9 %) označilo za svou odpověď spíše ano. Odpověď nevím zahrhli 3 respondenti (5 %) a odpověď spíše ne označil 1 respondent (2 %). Ani jeden respondent neoznačil odpověď určitě ne.

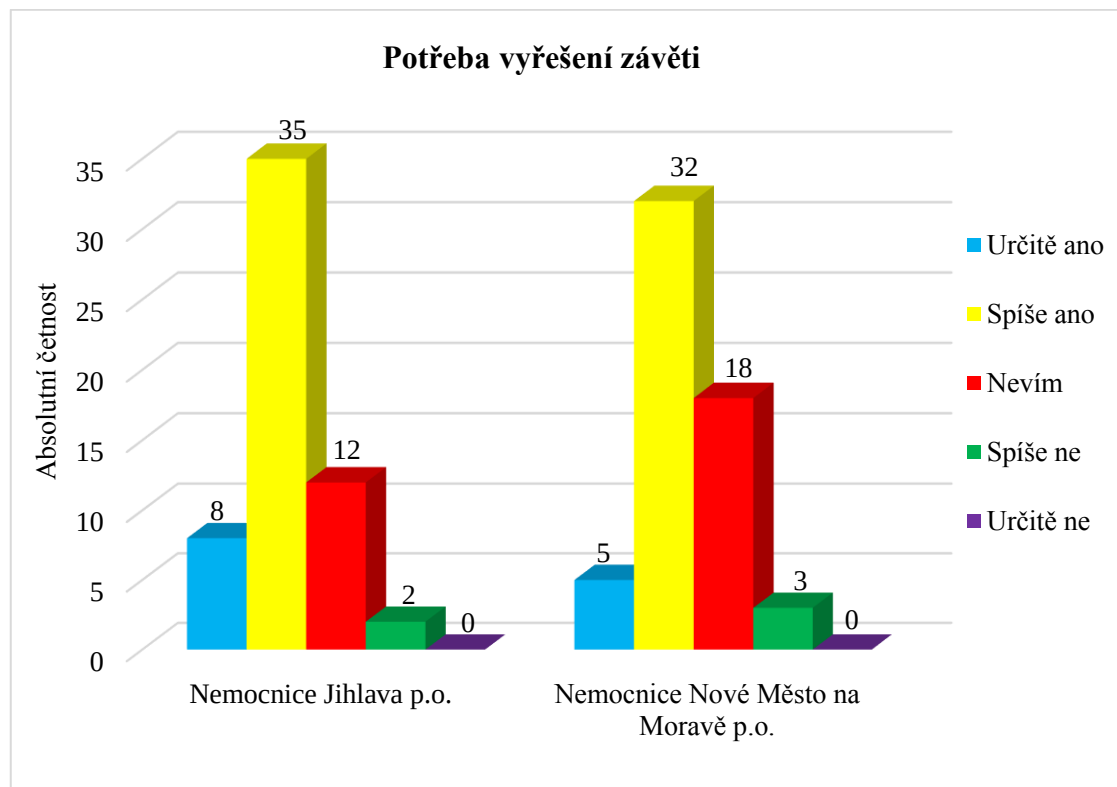
Otázka č. 4 – Domníváte se, že pacienti v terminálním stádiu mají potřebu být nezávislí na druhých?



Graf 3 – Potřeba být nezávislí na druhých.

Graf 3 uvádí výsledky šetření na otázku ohledně potřeby nezávislosti na druhých u pacientů v terminálním stádiu. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich celkem 43 (37 %) odpovědělo nevím. Odpověď většinou ne zvolilo celkem 42 respondentů (37 %) a většinou ano 12 respondentů (10 %). Pouze 10 respondentů (9 %) odpovědělo určitě ano a 8 respondentů (7 %) zvolilo odpověď určitě ne. V Nemocnici Jihlava, p.o., zvolilo odpověď nevím 21 respondentů (37 %) a většinou ne také 21 respondentů (37 %) z celkového počtu respondentů 57 (100 %). Z toho 7 respondentů (12 %) odpovědělo většinou ano a 5 respondentů (9 %) určitě ano a pouze 3 respondenti (5 %) odpověděli určitě ne. Z celkového počtu 58 respondentů (100 %) v Nemocnici Nové Město na Moravě p.o. zvolilo odpověď nevím 22 respondentů (37 %) a 21 respondentů (36 %) zvolilo odpověď většinou ne. 5 respondentů (9 %) zvolilo odpověď většinou ano, pak dalších 5 (9 %) uvedlo jako svou odpověď určitě ano a u poslední odpovědi určitě ne byl počet respondentů stejný a tedy 5 (9 %).

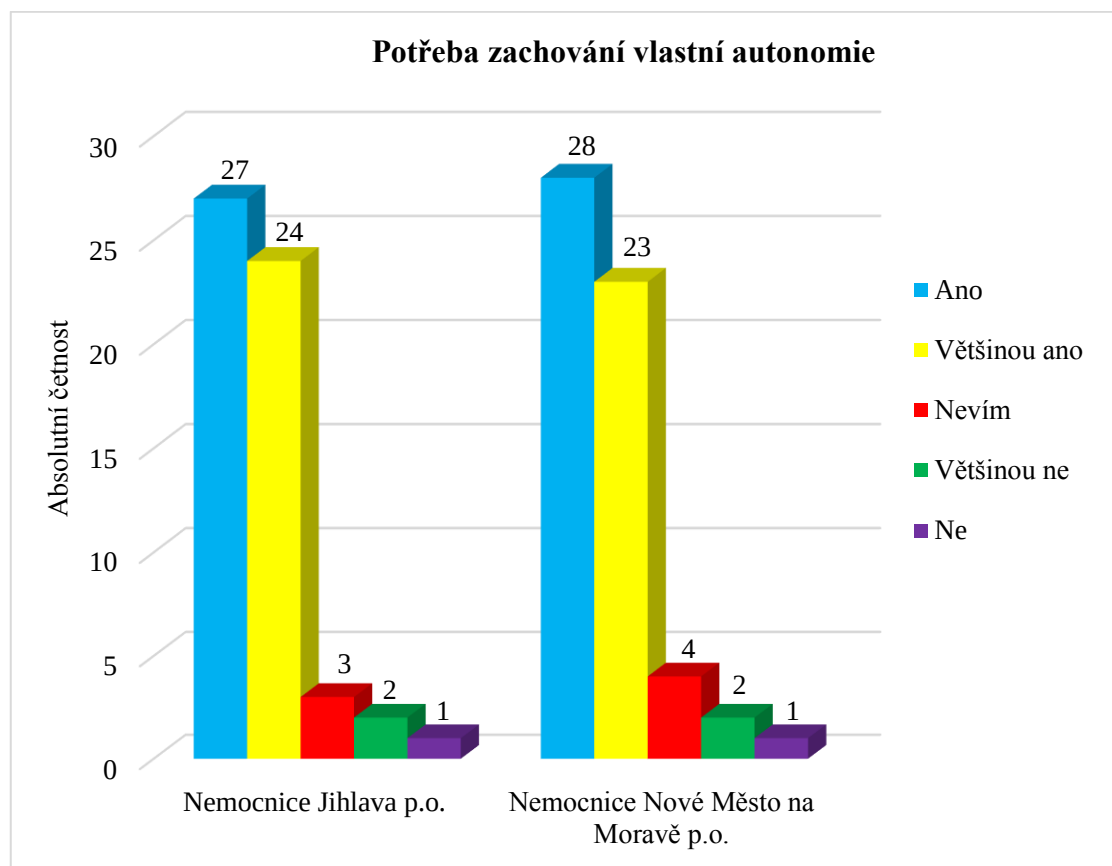
Otázka č. 5 – Vnímají podle vás pacienti v posledním stádiu svého života jako důležité, vyřešit závěť či jiné pro ně důležité věci?



Graf 4 – Potřeba vyřešení závěti.

Názor sester, zda je pro pacienta v terminálním stádiu důležité vyřešit závěť či jiné pro ně důležité věci, znázorňuje graf 4. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich 67 (58 %) označilo jako svou odpověď spíše ano, dále pak 30 respondentů (27 %) odpovědělo, že neví, zda je pro pacienty v terminálním stádiu důležité vyřešit závěť či jiné věci. 13 respondentů (11 %) označilo jako svou odpověď určitě ano a pouze 5 respondentů (4 %) napsalo spíše ne. Ani jeden respondent neoznačil odpověď určitě ne. V Nemocnici Jihlava, p.o. z celkového počtu 57 respondentů (100 %) jich 35 (61 %) zvolilo za svou odpověď spíše ano, dále pak 12 respondentů (21 %) odpovědělo neví a 8 (14 %) jich zahrlo určitě ano. Pouze 2 respondenti (4 %) odpověděli spíše ne. Z celkového počtu 58 respondentů (100 %) jich 32 (55 %) zvolilo odpověď spíše ano, dále pak 18 (31 %) odpovědělo neví. Odpověď určitě ano zvolilo 5 respondentů (9 %) a 3 respondenti (5 %) odpověděli spíše ne. Ani v jednom pracovišti nikdo neodpověděl určitě ne.

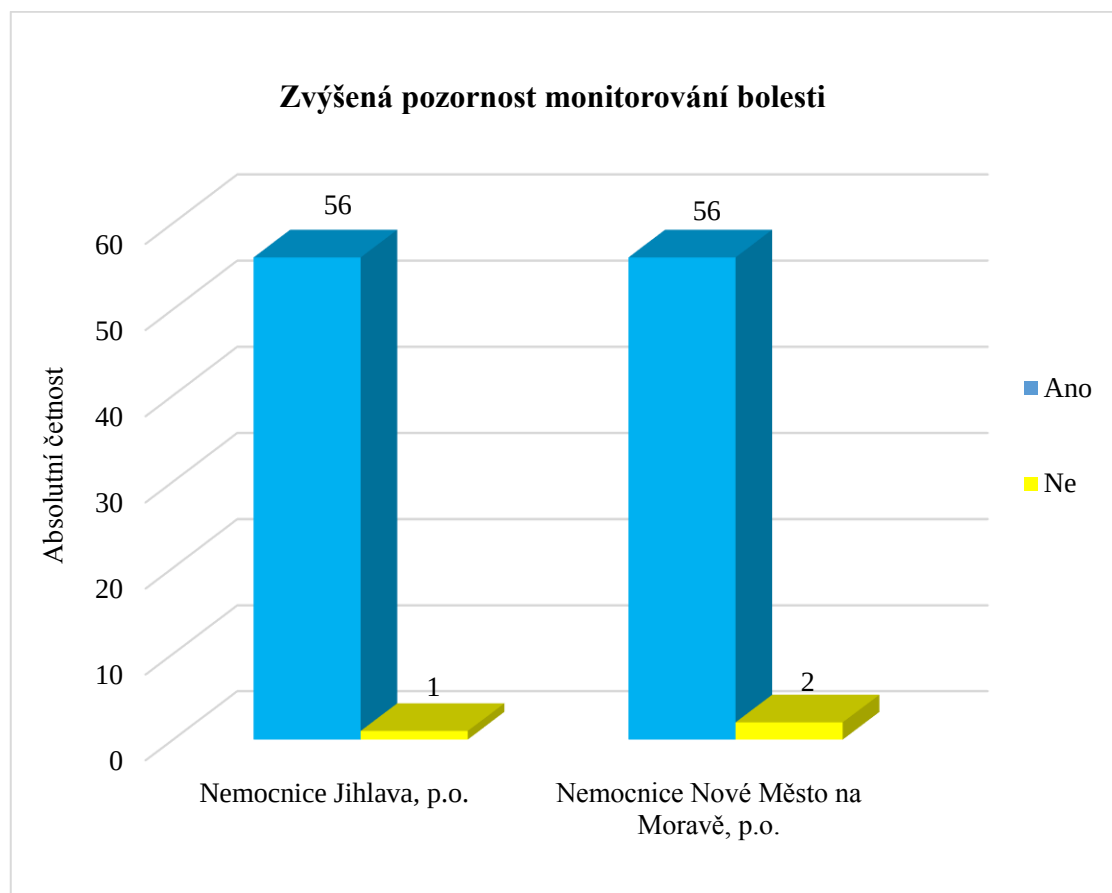
Otázka č. 6 – Domníváte se, že mají pacienti v terminálním stádiu potřebu zachování vlastní autonomie?



Graf 5 – Potřeba zachování vlastní autonomie.

Graf 5 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku zachování vlastní autonomie v terminálním stádiu nemoci. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) odpovědělo 55 (48 %) ano, 47 respondentů (41 %) zvolilo za svou odpověď většinou ano, odpověď nevím zahrlo 7 respondentů (6 %). Odpověď většinou ne zvolili 4 respondenti (3 %) a odpověď ne zaškrtnuli 2 respondenti (2 %). V Nemocnici Jihlava, p.o. z celkového počtu 57 respondentů (100 %) jich 27 (47 %) odpovědělo ano, dále pak 24 (42 %) zvolilo odpověď spíše ano. Odpověď nevím zvolily 3 respondenti (5 %), odpověď většinou ne zahrly 2 respondenti (4 %) a pouze 1 respondent (2 %) zvolil odpověď ne. Z celkového počtu 58 respondentů (100 %) v Nemocnici Nové Město na Moravě p.o., 28 respondentů (48 %) odpovědělo ano, 23 respondentů (40 %) zvolilo odpověď většinou ano. Pouze 4 respondenti (7 %) odpověděli nevím, 2 respondenti (3 %) zahrly většinou ne a 1 respondent (2 %) zaškrtnul odpověď ne.

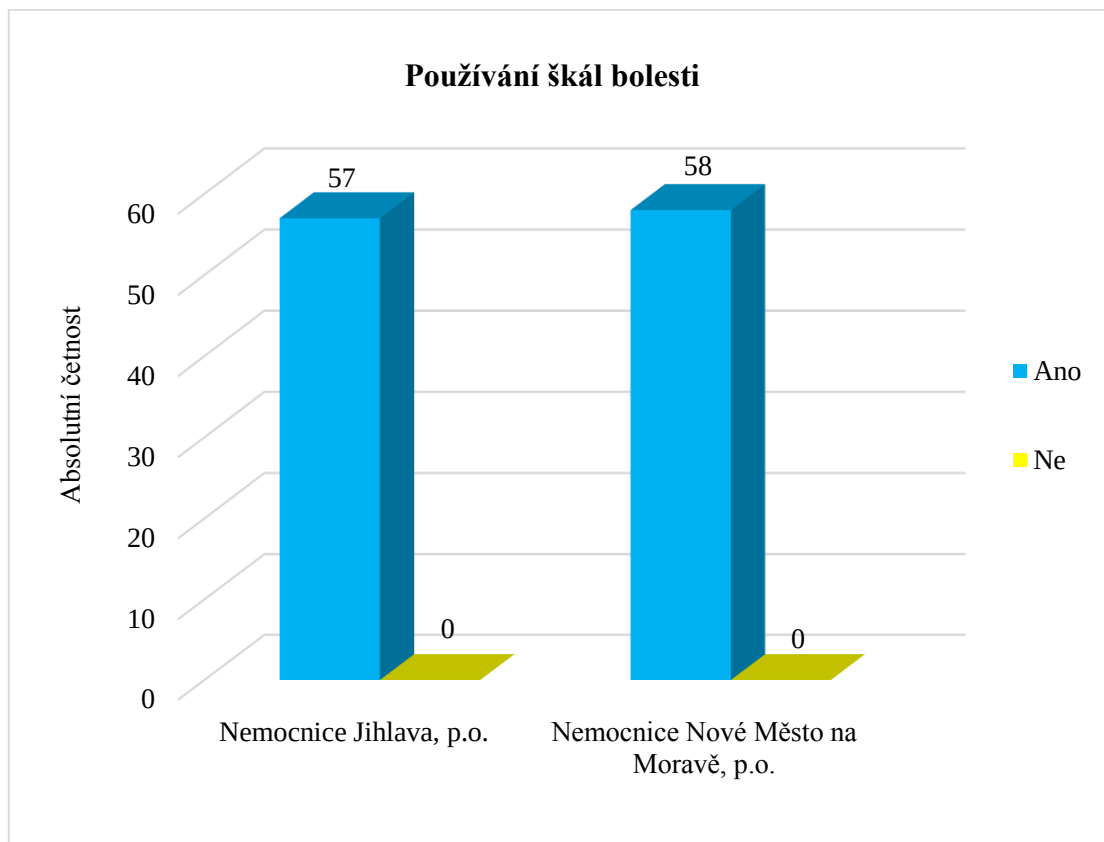
Otázka č. 7 – Domníváte se, že je potřeba věnovat zvýšenou pozornost monitorování bolesti u pacientů v terminálním stádiu?



Graf 6 – Zvýšená pozornost monitorování bolesti.

V grafu 6 vidíme odpovědi na otázku ohledně zvýšené pozornosti monitorování bolesti u pacientů v terminálním stádiu. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich 112 (97 %) odpovědělo ano, tedy že je potřeba věnovat zvýšenou pozornost monitorování bolesti u pacientů v terminálním stádiu. Pouze 3 respondenti (3 %) z celkového počtu 115 respondentů (100 %) zvolili odpověď ne. Z tohoto grafu je zřejmé, že v Nemocnici Jihlava, p.o. si všeobecné sestry myslí, že je potřeba věnovat zvýšenou pozornost při monitorování bolesti u pacientů v terminálním stádiu. Z celkového počtu 57 respondentů (100 %) jich 56 (98 %) odpovědělo ano, pouze 1 respondent (2 %) zvolil odpověď ne. V Nemocnici Nové Město na Moravě z celkového počtu 58 respondentů (100 %) odpovědělo 56 (97 %) ano a pouze 2 respondenti (3 %) odpověděli, že si nemyslí, že je potřeba věnovat zvýšenou pozornost monitorování bolesti u pacientů v terminálním stádiu.

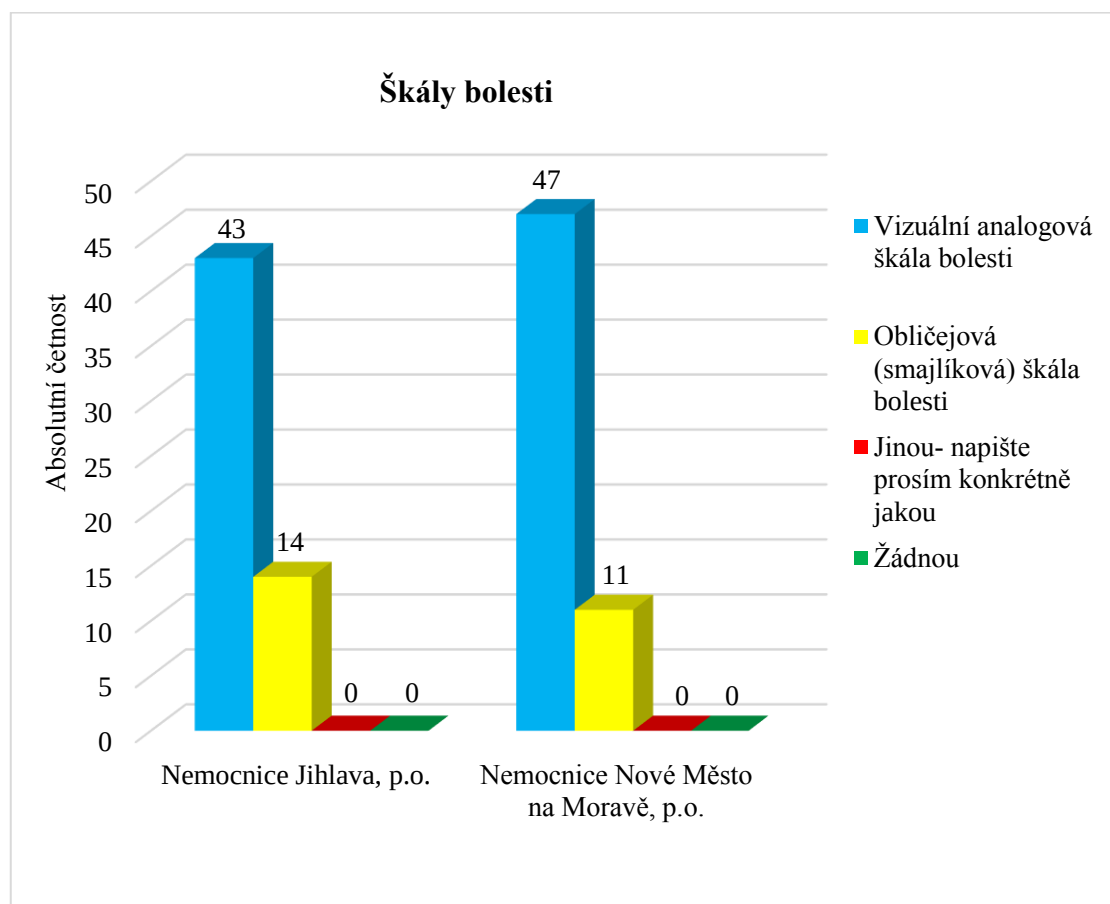
Otázka č. 8 – Používáte u pacientů s chronickou bolestí nějaké škály ke zjištění intenzity bolesti?



Graf 7 – Používání škál bolesti.

Z grafu 7 je patrné, že v Nemocnici Jihlava, p.o. i v Nemocnici Nové Město na Moravě p.o. používají u pacientů s chronickou bolestí škály ke zjištění intenzity bolesti. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich 115 (100 %) odpovědělo ano. Z grafu je zřejmé, že v Nemocnici Jihlava, p.o. z celkového počtu 57 respondentů (100 %) jich též 57 (100 %) odpovědělo ano, tedy že používají škály při chronické bolesti pacientů. Stejně tak je z grafu jasné, že v Nemocnici Nové Město na Moravě p.o. z celkového počtu 58 respondentů (100 %) jich též 58 (100 %) odpovědělo, že používají škálu při chronické bolesti ke zjištění intenzity.

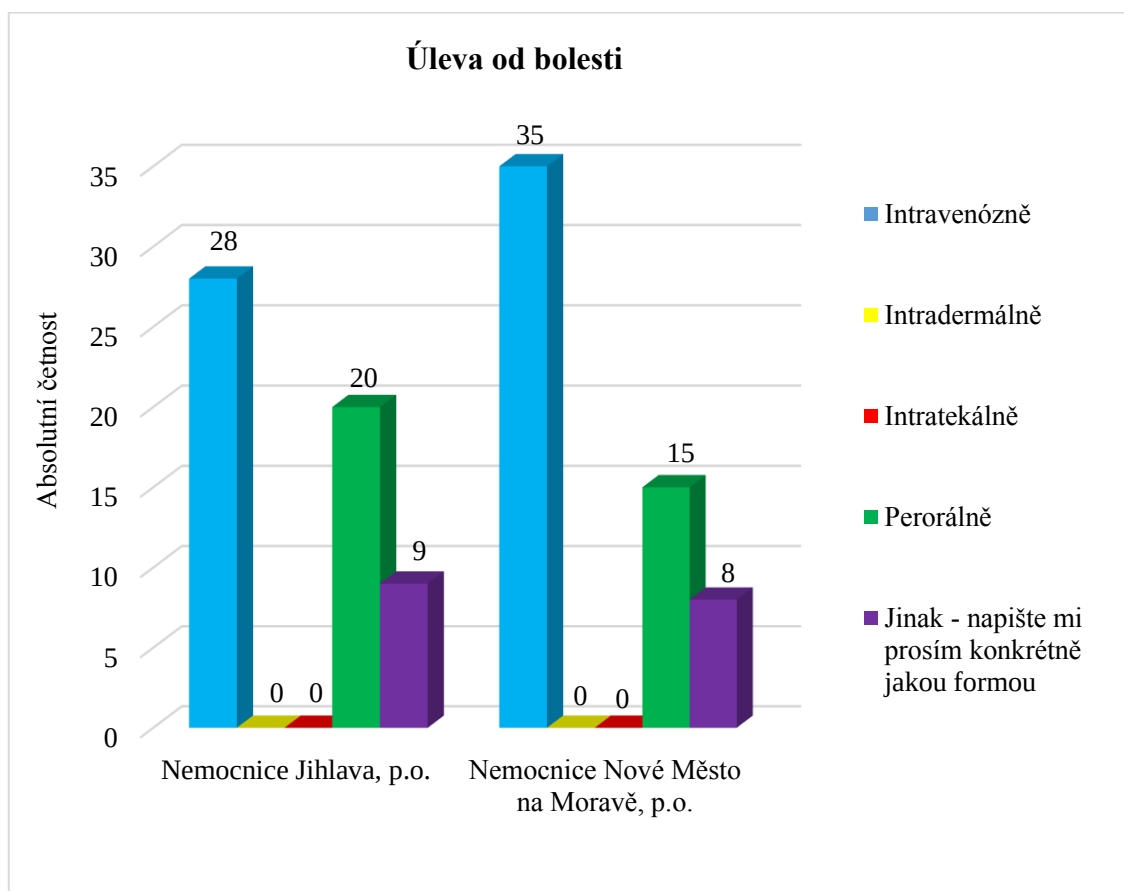
Otázka č. 9 – V případě, že jste odpověděli ano, jakou konkrétní škálu používáte ?



Graf 8 – Škály bolesti.

V grafu 8 vidíme odpovědi respondentů na otázku ohledně používání škál ke zhodnocení intenzity chronické bolesti. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) používá vizuální analogovou škálu bolesti celkem 90 respondentů (78 %) a 25 respondentů (22 %) odpovědělo, že používají obličejovou (smajlíkovou) škálu bolesti. Žádný respondent neodpověděl, že by používali jinou nebo žádnou škálu bolesti. Z tohoto grafu je zřejmé, že v Nemocnici Jihlava, p.o. převážná většina používá vizuální analogovou škálu bolesti, celkem tedy tak odpovědělo 43 respondentů (75 %) z celkového počtu 57 respondentů (100 %). Obličejovou (smajlíkovou) škálu bolesti používá celkem 14 respondentů (25 %). V Nemocnici Nové Město na Moravě odpovědělo celkem 47 respondentů (81 %), že používají vizuálně analogovou škálu ke zhodnocení intenzity bolesti a 11 respondentů (19 %) odpovědělo, že používají obličejovou (smajlíkovou) škálu ke zhodnocení intenzity bolesti, z celkového počtu 58 respondentů (100 %). Ani v jedné nemocnici nebyla zvolena odpověď jiná nebo žádná škála bolesti.

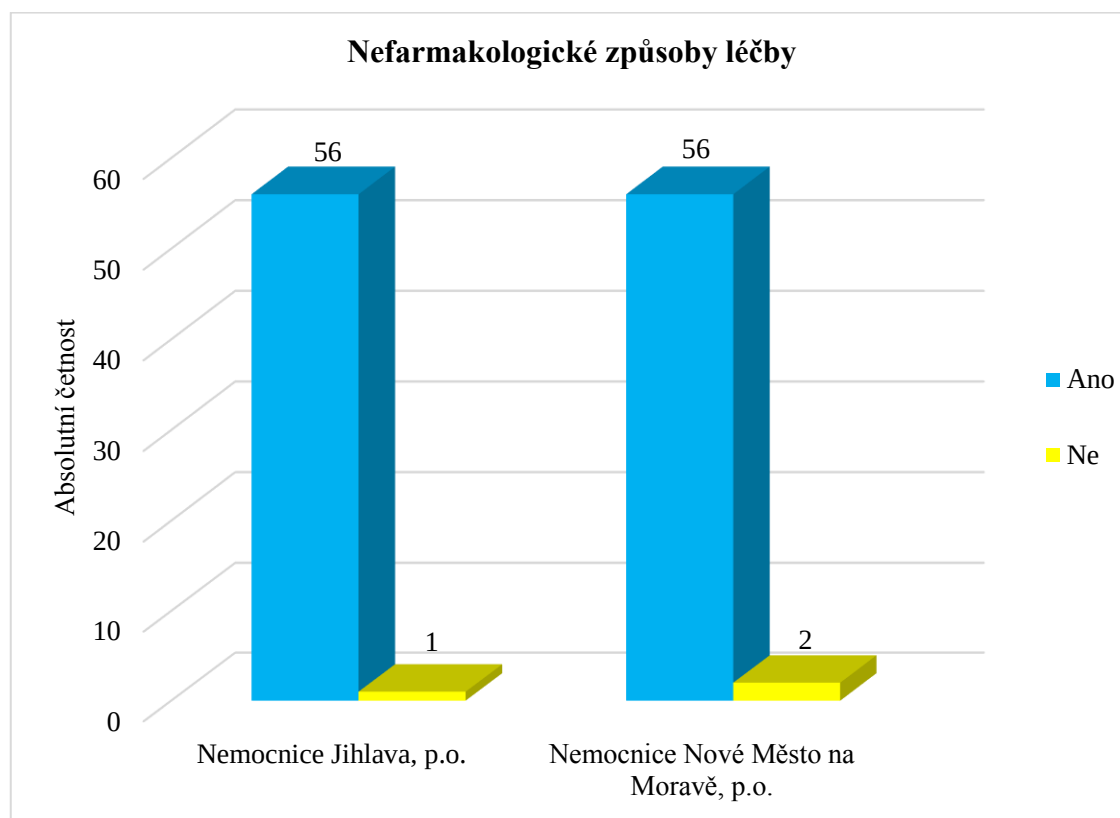
Otázka č. 10 – Jakou formou nejčastěji poskytlujete pacientům úlevu od bolesti?



Graf 9 – Úleva od bolesti.

V grafu 9 vidíme, jakou nejčastější formou je pacientům poskytována úleva od bolesti. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich 63 (55 %) zvolilo odpověď, že nejčastěji poskytují intravenózní úlevu od bolesti. Perorální podání k úlevě od bolesti zvolilo 35 respondentů (30 %) z celkového počtu 115 respondentů (100 %). Pouze 17 respondentů (15 %) zvolilo jinou odpověď, kde se nejčastěji vyskytovala odpověď intramuskulární podání. V Nemocnici Jihlava, p.o. z celkového počtu 57 respondentů (100 %), 28 respondentů (49 %) zahrlo odpověď intravenózní podání, 20 respondentů (35 %) zvolilo perorální podání a pouze 9 respondentů (16 %) zahrlo jinou odpověď a napsalo, že používají intramuskulární podání k úlevě od bolesti. V Nemocnici Nové Město na Moravě p.o. z celkového počtu 58 respondentů (100 %) jich 35 (60 %) zvolilo intravenózní podání, 15 respondentů (26 %) zvolilo perorální podání a pouze 8 odpovědělo (14 %) jinak a napsalo, že nejčastěji používají intramuskulární podání k úlevě od bolesti. Ani jeden respondent nezvolil odpověď intradermální podání a intratekální podání k úlevě od bolesti.

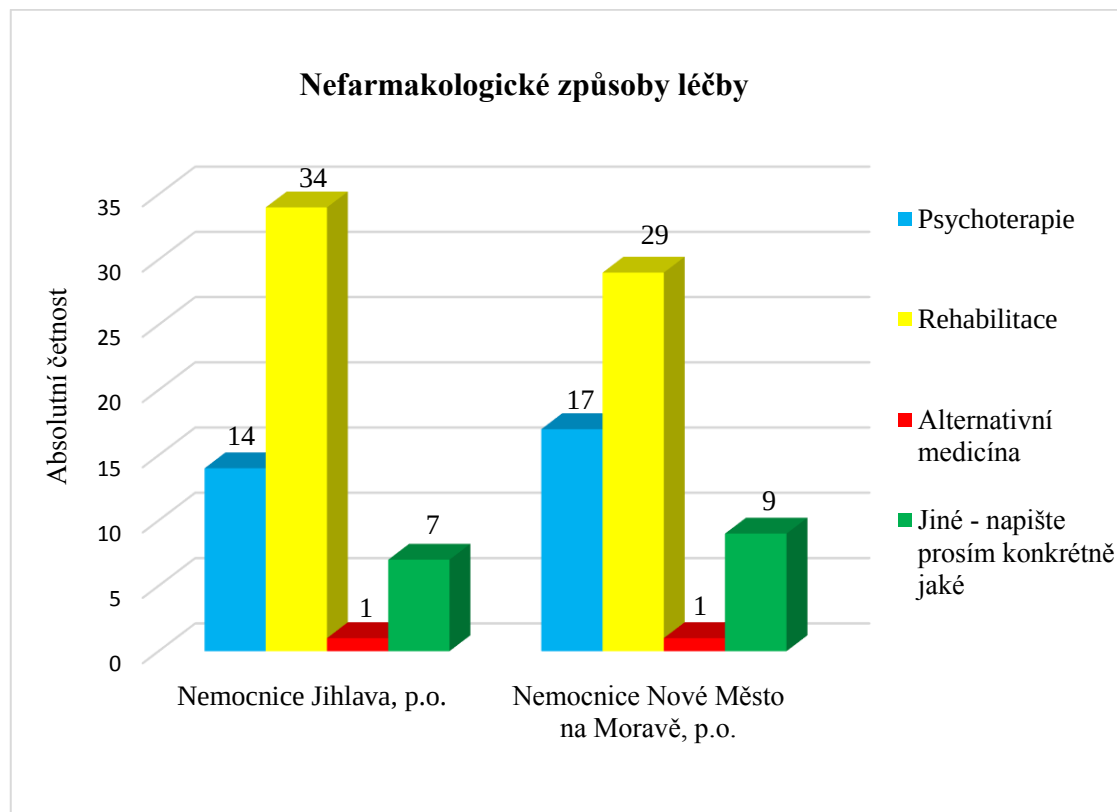
Otázka č. 11 – Používáte i nefarmakologické způsoby léčby?



Graf 10 – Používáte i nefarmakologické způsoby léčby?

Z grafu 10 je patrné, že se v Nemocnici Jihlava, p.o. a v Nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. používají i nefarmakologické způsoby léčby bolesti. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich 112 (97 %) odpovědělo, že používají nefarmakologické způsoby léčby bolesti a pouze 3 (3 %) odpověděli, že nepoužívají nefarmakologické prostředky k léčbě bolesti. V Nemocnici Jihlava, p.o. celkem odpovědělo 57 respondentů (100 %) a v grafu lze vidět, že 56 respondentů (98 %) odpovědělo, že používá nefarmakologické způsoby léčby bolesti a pouze 1 respondent (2 %) odpověděl, že nepoužívá nefarmakologické způsoby léčby. V Nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. z celkového počtu 58 respondentů (100 %) jich 56 (97 %) zatrhlo, že používají nefarmakologické způsoby k léčbě bolesti a pouze 2 respondenti (3 %) odpověděli, že nepoužívají nefarmakologické způsoby léčby.

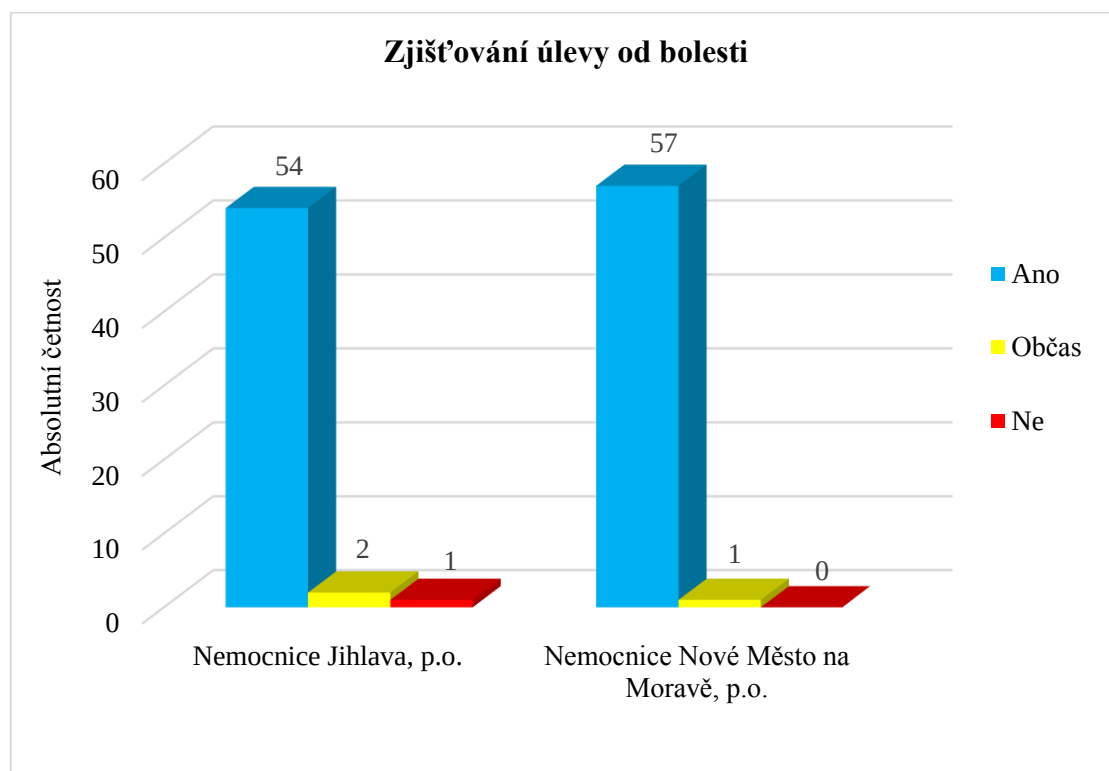
Otázka č. 12 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, tak jaké nefarmakologické způsoby léčby používáte?



Graf 11 – Nefarmakologické způsoby léčby.

Graf 11 uvádí výsledky šetření na otázku ohledně používání nefarmakologických způsobů léčby. Na otázku odpovědělo 112 respondentů (100 %), celkem 63 respondentů (56 %) zvolilo za svou odpověď, jako nefarmakologický způsob léčby, rehabilitace. Psychoterapii zahrlo 31 respondentů (28 %) a 16 respondentů (14 %) napsalo, že k nefarmakologické úlevě od bolesti používají polohování a 2 respondenti (2 %) zvolili za svou odpověď alternativní medicínu. V Nemocnici Jihlava, p.o. z celkového počtu 56 respondentů (100 %) zahrlo odpověď rehabilitace 34 respondentů (61 %), 14 respondentů (25 %) odpovědělo, že používají psychoterapii. 7 respondentů (12 %) odpovědělo, že používají polohování k úlevě od bolesti a pouze 1 respondent (2 %) zvolil odpověď alternativní medicínu. V Nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. z celkového počtu 56 respondentů (100 %) jich 29 (52 %) odpovědělo, že používá rehabilitaci, dále pak 17 respondentů (30 %) zvolilo za svou odpověď psychoterapii. Polohování k úlevě od bolesti odpovědělo, že používá 9 respondentů (16 %) a pouze 1 respondent (2 %) zvolil za svou odpověď alternativní medicínu.

Otázka č. 13 – Pokud podáte pacientovi analgetika, zjišťujete úlevu od bolesti ?



Graf 12 – Zjišťování úlevy od bolesti.

Ukazatel grafu 12 znázorňuje, že ze 115 respondentů (100 %) jich 111 (96 %) odpovědělo, že zjišťují úlevu od bolesti po podání analgetik. Pouze 3 respondenti (3 %) uvedli, že úlevu od bolesti občas zjišťují po podání analgetik. A pouze 1 respondent (1 %) odpověděl, že úlevu od bolesti nezjišťuje. V Nemocnici Jihlava, p.o. odpovídalo celkem 57 respondentů (100 %), z nichž 54 (95 %) odpovědělo, že zjišťují úlevu od bolesti po podání analgetik a pouze 2 respondenti (4 %) zadrželi, že občas zjišťují úlevu od bolesti po podání analgetik. 1 respondent (1 %) odpověděl, že úlevu od bolesti po podání analgetik nezjišťuje. V Nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. odpovídalo celkem 58 respondentů (100 %) a pouze 1 respondent (2 %) odpověděl, že občas zjišťuje úlevu od bolesti po podání analgetik.

3 Diskuze

Ve výzkumné části jsem vyhodnotila 115 dotazníků, které anonymně vyplnily zdravotní sestry na interním oddělení a oddělení geriatrické a následné péče v Nemocnici Jihlava, p.o. a na interním oddělení a oddělení dlouhodobě nemocných v Nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. Pohlaví, věk ani oddělení, kde byl výzkum prováděn, nebyly nijak nutně zkoumány ve vztahu k cíli práce a výzkumným otázkám.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou nejdůležitější potřeby pacientů v terminálním stádiu?

K vyhodnocení této výzkumné otázky sloužily otázky v dotazníku 2, 3, 4, 5 a 6. Otázka č. 2 byla otevřená, a měla zjistit, jaké jsou podle zdravotních sester nejdůležitější potřeby pacientů v terminálním stádiu. Mezi nejčastějšími odpověďmi bylo tlumení bolesti, pocit bezpečí, láska, přítomnost rodiny a blízkých, klid, trpělivost personálu, možnost projevit své emoce, pochopení psychického stavu pacienta. Tyto výsledky mohu porovnat s výzkumem, který uvádí Špatenková et al. (2014), kde bylo dotázáno 317 seniorů ve věku minimálně 60 let, kde byla zkoumána důležitost zachování vlastní autonomie a vyrovnání se s událostmi životního cyklu. Jak uvádí Špatenková et al. (2014), mezi nejčastějšími odpověďmi byli potřeba bezpečí a lásky, mít vedle sebe přátele a rodinu a mít možnost se svěřit.

Otázka č. 3 zhodnocuje, zda mají pacienti v terminálním stádiu potřebu být se svými blízkými, kde z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich 94 (82 %) odpovědělo určitě ano. Tento výsledek je srovnatelný s výsledkem, který uvádí Bužgová (2015) ve své knize, kde z 349 hospitalizovaných pacientů, kteří se účastnili výzkumu, jich 290 (83 %) odpovědělo, že považují za důležité při své hospitalizaci přítomnost blízké osoby. Potřebou nezávislosti na druhých se zabývala otázka č. 4, kde respondenti jako své nejčastější odpovědi uvedli možnost nevím nebo většinou ne, z nichž 43 (37 %) zvolilo odpověď nevím a 42 (37 %) odpověď většinou ne. Výzkum, který uvádí Špatenková et al. (2014) probíhal v roce 2011 a realizovala ho agentura STEM/MARK. Výzkum nesl název Smrt a péče o umírající, kde byli dotazováni zdravotníci ale i veřejná populace lidí, ohledně největších strachů týkajících se smrti a umírání. U obou dvou skupin došlo ke shodě v odpovědi, nejvíce se obávají ztráty důstojnosti, kterou dávají do stejné úrovně se ztrátou soběstačnosti. U populace to bylo 51 % a u zdravotníků to bylo až 81 %.

Vyřešením závěti, či jiných důležitých věcí pro pacienty v terminálním stádiu, se zabývala otázka č. 5, kde 67 (58 %) respondentů odpovědělo, že je to pro pacienty spíše důležité než nedůležité.

Otázka č. 6 se zabývala potřebou zachování vlastní autonomie. Téměř polovina dotazujících, tedy 55 respondentů (48 %) z celkových 115 (100 %), odpověděla, že si myslí, že je pro pacienty důležité zachování vlastní autonomie v terminálním stádiu jejich života. Tento výsledek je srovnatelný s výzkumem, který uvádí Špatenková et al. (2014), kde z 317 (100 %) dotazujících se seniorů jich 285 (90 %) odpovědělo, že je pro ně zachování vlastní autonomie nesmírně důležité.

Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem je zajištěna péče o zvládání bolesti u pacientů v terminálním stádiu?

K vyhodnocení výzkumné otázky č. 2 sloužily otázky z dotazníku 7, 8, 9, 10, 11, 12 a 13. Respondenti zde odpovídali na otázky, zda je nutné věnovat zvýšenou pozornost monitorování bolesti u pacientů v terminálním stádiu, zda používají nějaké škály k monitorování chronické bolesti, případně jaké, a jakou formou nejčastěji poskytují úlevu od bolesti.

Otázka č. 7 měla za úkol zjistit, zda si všeobecné sestry myslí, že je potřeba věnovat zvýšenou pozornost monitorování bolesti u pacientů pre finem. Ze všech dotazovaných respondentů naprostá většina odpověděla kladně. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) jich 112 (97 %) odpovědělo, že si myslí, že je potřeba věnovat zvýšenou pozornost při monitorování bolesti u pacientů v pre finem stádiu.

Zda dochází k používání škál ke zjištění intenzity bolesti u pacientů s chronickou bolestí, zjišťovala otázka č. 8. Zde všech 115 dotazovaných respondentů (100 %) odpovědělo, že používají škály ke zjištění intenzity chronické bolesti.

Otázka č. 9 zjišťovala, jakou konkrétní škálu zdravotnická zařízení používají k zhodnocení intenzity chronické bolesti. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) odpovědělo celkem 90 respondentů (78 %), že používají vizuální analogovou škálu bolesti. Dále 25 respondentů (22 %) odpovědělo, že používají obličejovou (smajlíkovou) škálu bolesti. Tento výsledek je srovnatelný s výzkumem, který uvádí Pokorná (2013), kde z 270 dotazovaných zdravotníků 185 (69 %) zvolilo vizuální analogovou škálu jako

nejčastěji používanou škálu pro hodnocení bolesti. Obličejovou škálu uvedlo, že používá 167 respondentů (62 %) z celkového počtu 270 respondentů (100 %).

Otázka č. 10 zjišťovala, jakou formou je nejčastěji poskytována pacientům úleva od bolesti. Intravenózní úlevu od bolesti poskytuje 63 respondentů (55 %). Perorální podání léků k úlevě od bolesti odpovědělo, že poskytuje 35 respondentů (30 %) z celkového počtu 115 (100 %).

Zda se ve zdravotnických zařízeních, ve kterých probíhal výzkum, používají i nefarmakologické způsoby k léčbě bolesti, zjišťovala otázka č. 11. Výsledky nám ukázaly, že 112 respondentů (97 %) odpovědělo, že používají nefarmakologické způsoby k léčbě bolesti a pouze 3 respondenti (3 %) odpověděli, že nepoužívají nefarmakologické prostředky k léčbě bolesti.

Otázka č. 12 byla pro respondenty, kteří na předchozí otázku odpověděli ano. Výsledky ukázaly, že ze 112 respondentů (100 %) celkem 63 (56 %) odpovědělo, že používají nejčastěji rehabilitace k úlevě od bolesti. Používání psychoterapie zvolilo 31 dotazovaných respondentů (28 %). 16 respondentů (14 %) odpovědělo, že k nefarmakologické úlevě od bolesti používá polohování. Jak uvádí Plevová a kol. (2011), mezi základní nefarmakologické prostředky ke zvládnutí bolesti patří rehabilitace buď aktivní, nebo pasivní, případně polohování.

Poslední 13. otázka měla za úkol zjistit, zda všeobecné sestry zjišťují úlevu od bolesti po podání analgetik pacientovi. Výsledky ukazují, že 111 respondentů (96 %) odpovědělo, že zjišťují úlevu od bolesti po podání analgetik. 3 dotazující respondenti (3 %) uvedli, že úlevu od bolesti zjišťují jen občas. Ačkoliv jsou mé výsledky takovéto, výsledky z výzkumu, který uvádí Pokorná (2013) jsou následující. Z 270 dotazovaných pouze 88 respondentů (33 %) hodnotí pacientovu bolest před podáním analgetik a 152 respondentů (56 %) hodnotí úlevu od bolesti po podání analgetik.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Toto téma je velmi citlivé a je zapotřebí k němu tak přistupovat ze všech jeho hledisek. Je potřebné, aby byl pacient, a pokud si přeje, tak i jeho rodina, vždy se vším srozumitelně seznámen.

Je žádoucí, aby bylo pacientům zajištěno co největší pohodlí. Toto pohodlí je zajišťováno poskytnutím dopomoci při hygieně, stravování nebo při vylučování. Dále samozřejmě rehabilitací či polohováním nebo použitím teplých či studených obkladů. Bylo by vhodné umožnění návštěv na 24 hodin, aby mohl být někdo z rodiny pacientovi stále na blízku. Přítomnost blízkých je jednou z nejdůležitějších věcí ve stádiu pre finem, pacient tak získá pocit bezpečí, sníží se jeho strach a pocity úzkosti a beznaděje. Má se komu svěřit se svými pocity, vypovídat se, vybrečet se, a naopak mu jsou poskytnuta slova útěchy, uklidnění a odpuštění. Pokud pacient vyznává nějaký druh náboženství, bylo by vhodné mu zajistit možnost zpovědi či jiných potřebných kroků k úlevě jeho duši.

Bylo by vhodné, aby zdravotní sestry pravidelně kontrolovaly intenzitu pacientovi bolesti před podáním analgezie ale i po podání. Byla by vhodná pacientem kontrolovaná analgezie. Je vhodné, aby byly používány všechny prostředky k tlumení a úlevě od bolesti.

Bylo by vhodné zřídit místnost nebo pokoj pro pacienty v terminálním stádiu života, z důvodu zajištění co největšího soukromí a intimity. Je vhodné podpořit a edukovat rodinu v péči o nemocného v terminálním stádiu. Nastínit, jaké všechny možnosti zde existují, ať už na podílení se péče ve zdravotnickém zařízení, nebo existenci paliativní péče, či o možnostech domácí hospicové péče a také o fungování denních a týdenních stacionářů.

Bylo by vhodné rozvinout s rodinou diskuzi na téma umírání a samotné smrti v domácím prostředí a odbourat alespoň některé mýty s tím spojené. Je vhodné dodat rodině podporu a správné informace, aby pacient v terminálním stádiu mohl být v posledních dnech svého života v domácím prostředí, pokud si to výslovně přeje.

Závěr

V rámci mé bakalářské práce jsem se zabývala problematikou ošetrovatelské péče o pacienty v pre finem stádiu. Cílem mé práce bylo zjistit specifika práce sestry u pacientů v terminálním stádiu.

Práce je rozdělena na dvě části, na současný stav problematiky a na výzkumnou část. V kapitole současného stavu problematiky popisují témata týkající se paliativní péče, její historie a jejími druhy. Dále se zabývám biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami nemocného a zdůrazňuji jejich význam a nezbytnost přítomnosti všeobecné sestry při jejich naplňování. Jelikož došlo v rámci výzkumné části ke shodě mezi získanými informacemi z dotazníkového šetření a literaturou, považuji cíl za splněný. A to tedy, že mezi specifika práce sestry u pacientů v terminálním stádiu, patří zejména zajištění dostatečných a srozumitelných informací ohledně pacientova stavu a jeho možnostech týkajících se zajištění paliativní péče. Dále poskytování pomoci při uspokojování biologických potřeb, zajištění co nejdelších možných návštěvních hodin pro realizaci psychických a sociálních potřeb pacienta.

Mezi další kapitoly, kterými se v současném stavu problematiky zabývám, patří zmínka o fázích týkajících se samotného umírání. Tyto fáze se nazývají pre finem, in finem a post finem. Fáze pre finem, je před samotnou smrtí, může zahrnovat dny, týdny ale i měsíce. In finem je samotná smrt, kdy dochází k selhání vitálních funkcí. Dochází zde k umírání jako k takovému. A fáze post finem zahrnuje péči o mrtvé tělo a je také charakteristická péčí o pozůstalé.

Další kapitola, které jsem se věnovala, nese název bolest. Zde také dochází ke shodě mezi literaturou a výzkumným šetřením. Zejména co se týče používání škál k hodnocení intenzity chronické bolesti. Je specifické, že všeobecné sestry na odděleních, kde probíhal výzkum, používají nejčastěji vizuální analogovou škálu k hodnocení bolesti pacienta. Dále ještě došlo ke shodě v podkapitole zabývající se léčbou bolesti. Mezi nejčastější odpovědi v dotazníku, na způsoby léčby bolesti, patřila intravenózní aplikace analgezie. Nebo také rehabilitace, polohování či intramuskulární aplikace analgetik. Odpovědi jsou ve shodě s literaturou, ze které jsem čerpala. Proto tedy považuji cíl za splněný.

V neposlední řadě se v současném stavu problematiky zabývám tématem hospicové péče a jejími druhy. Zmiňuji důležitost existence denních i týdenních stacionářů. A na závěr se věnuji etickým problémům v terminálním stádiu života pacienta. Zejména se zaměřuji na problematiku eutanázie, jejími druhy a zmiňuji země, kde je zákonem schválena.

Metodou mého výzkumného šetření byl dotazník. Dotazníky byly rozdány na interním oddělení a oddělení geriatrické a následné péče v Nemocnici Jihlava, p.o., a na interním oddělení a oddělení dlouhodobě nemocných v Nemocnici Nové Město na Moravě p.o. Dotazníky byly pro všeobecné sestry daného oddělení. Otázky výzkumného šetření byly formulovány tak, aby pomohly objasnit výzkumné otázky, které směřovaly k cílům celé práce. Cíl, zjistit specifika práce sestry u pacientů v terminálním stádiu, byl z výsledků dotazníkového šetření splněn. Otázky v dotazníku postupně zjišťovaly, zda jim přijde problematika paliativní péče důležitá. Byla zde otevřená otázka, která dávala prostor na vyjádření vlastních myšlenek ohledně důležitosti potřeb pacientů v terminálním stádiu života. Postupně jsou jednotlivé potřeby rozebrány do jednotlivých otázek, které dále navazují na otázky ohledně bolesti u pacienta v pre finem stádiu. Otázky se zabývají, zda je potřeba věnovat zvýšenou pozornost monitorování bolesti, zda všeobecné sestry používají škály ke sledování intenzity chronické bolesti, nebo jaké nefarmakologické prostředky používají k úlevě od bolesti. Po vyhodnocení všech otázek v dotazníku považují výsledky za uspokojující. Zejména proto, protože naprostá většina považuje za důležité věnování pozornosti v péči o pacienty v terminálním stádiu. Také protože mají povědomí o nejdůležitějších potřebách pacientů, které se shodují s literaturou a všeobecnými výzkumy, prováděnými na toto téma. Cíl považuji za splněný.

Doufám, že tato práce bude přínosná pro všeobecné sestry i ostatní personál, nebo též pro laickou veřejnost a zejména pro členy rodiny, kteří se podílejí na péči o pacienty v terminálním stádiu života. Pro mě byla tato práce velkým přínosem a ukazatelem toho, že mají všeobecné sestry povědomí o tomto tématu a ví, co obnáší.

Seznam použité literatury

Citace použitých zdrojů

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: Nauka o smrti a umírání*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.

HEŘMANOVÁ, Jana et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 200 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3469-9.

KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Mladá Fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-4225-3.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vydání. Praha: Cesta domů. 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2009. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*. London: Routledge, ISBN 978-0415463997.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 216 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUŘE, Josef, 2018. *Co je eutanazie: Studie k pojmu dobré smrti*. 1. vydání. Brno: Academia. 300 s. ISBN 978-80-200-2762-7.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.

OPATRNÝ, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 175 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

SLÁMA, Ondřej et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměň. vyd. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vydání. Praha: Galén. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.

POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. 1. vydání. Praha: Grada. 202 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4316-5.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. 1.vydání. Praha: Grada. 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada. 304 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada. 272 s. Sestra. ISBN 978-80-247-34-20.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0155-9.

Seznam použitých zkratk

bio – biologické

č. – číslo

ČSPM – Česká společnost paliativní medicíny

IASP – International Association for the Study of Pain

kol. – kolektiv

např. – například

p.o. – příspěvková organizace

psycho – psychologické

s. – strana

sv. – svatého

tzv. – takzvaný

WHO – World Health Organization

Seznam tabulek a grafů

Graf 1 – Důležitost péče o pacienty v terminálním stádiu.

Graf 2 – Potřeba být se svými blízkými.

Graf 3 – Potřeba nezávislosti na druhých.

Graf 4 – Potřeba vyřešení závěti.

Graf 5 – Potřeba zachování vlastní autonomie.

Graf 6 – Zvýšená pozornost monitorování bolesti.

Graf 7 – Používání škál bolesti.

Graf 8 – Škály bolesti.

Graf 9 – Úleva od bolesti.

Graf 10 – Používáte i nefarmakologické způsoby léčby?

Graf 11 – Nefarmakologické způsoby léčby.

Graf 12 – Zjišťování úlevy od bolesti.

Seznam příloh

Příloha 1 – Vizuálně analogová škála bolesti

Příloha 2 – Numerická škála bolesti

Příloha 3 – Obličejová škála bolesti

Příloha 4 – Margolesova mapa bolesti

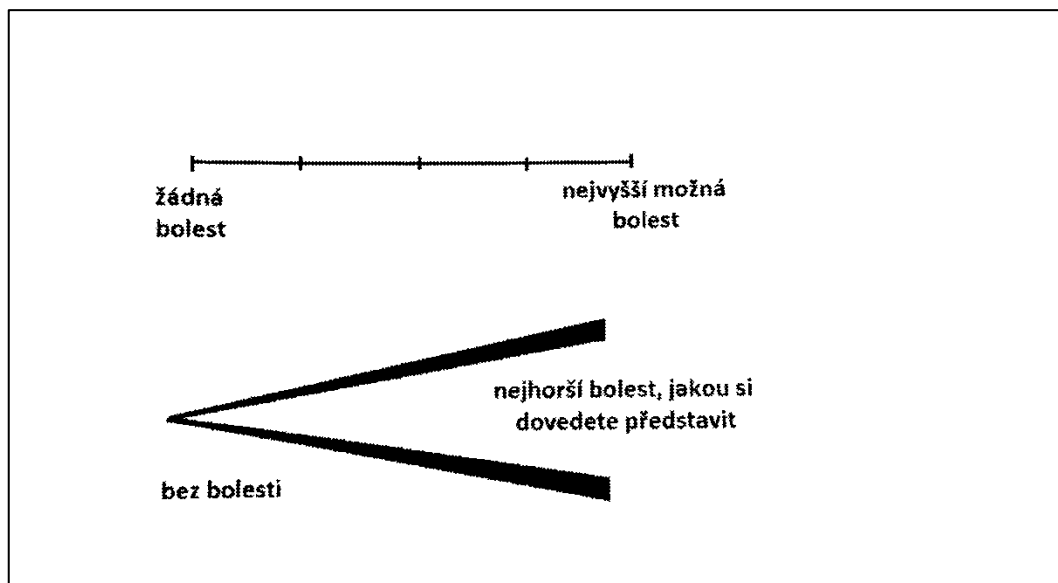
Příloha 5 – Melzackova škála bolesti

Příloha 6 – Dotazník

Příloha 7 – Povolení k výzkumu Nemocnice Jihlava, p.o.

Příloha 8 – Povolení k výzkumu Nemocnice Nové Město na Moravě p.o.

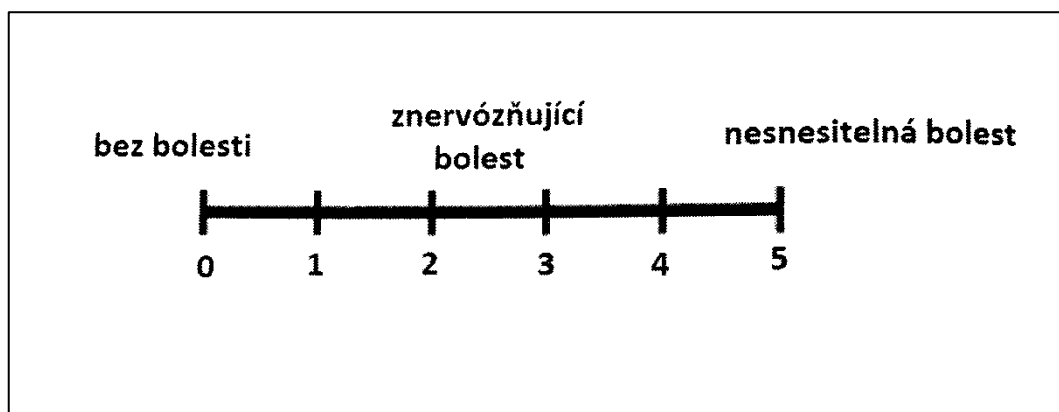
Příloha č. 1



Obrázek 1 Vizuálně analogová škála bolesti

Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 177

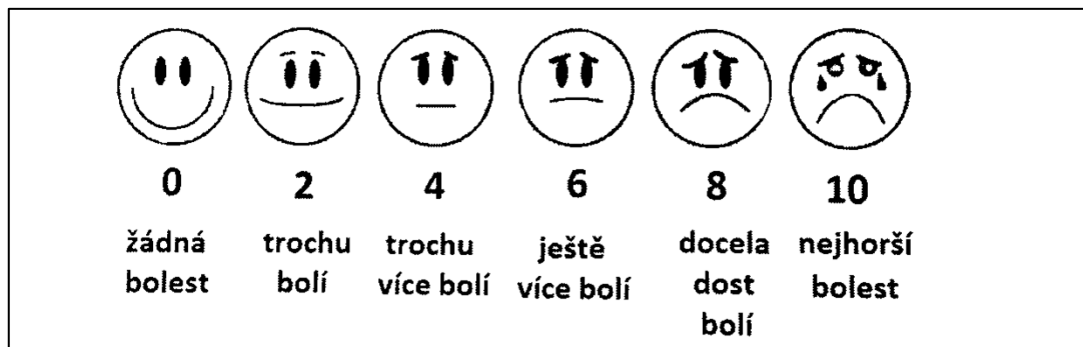
Příloha č. 2



Obrázek 2 Numerická škála bolesti

Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 177

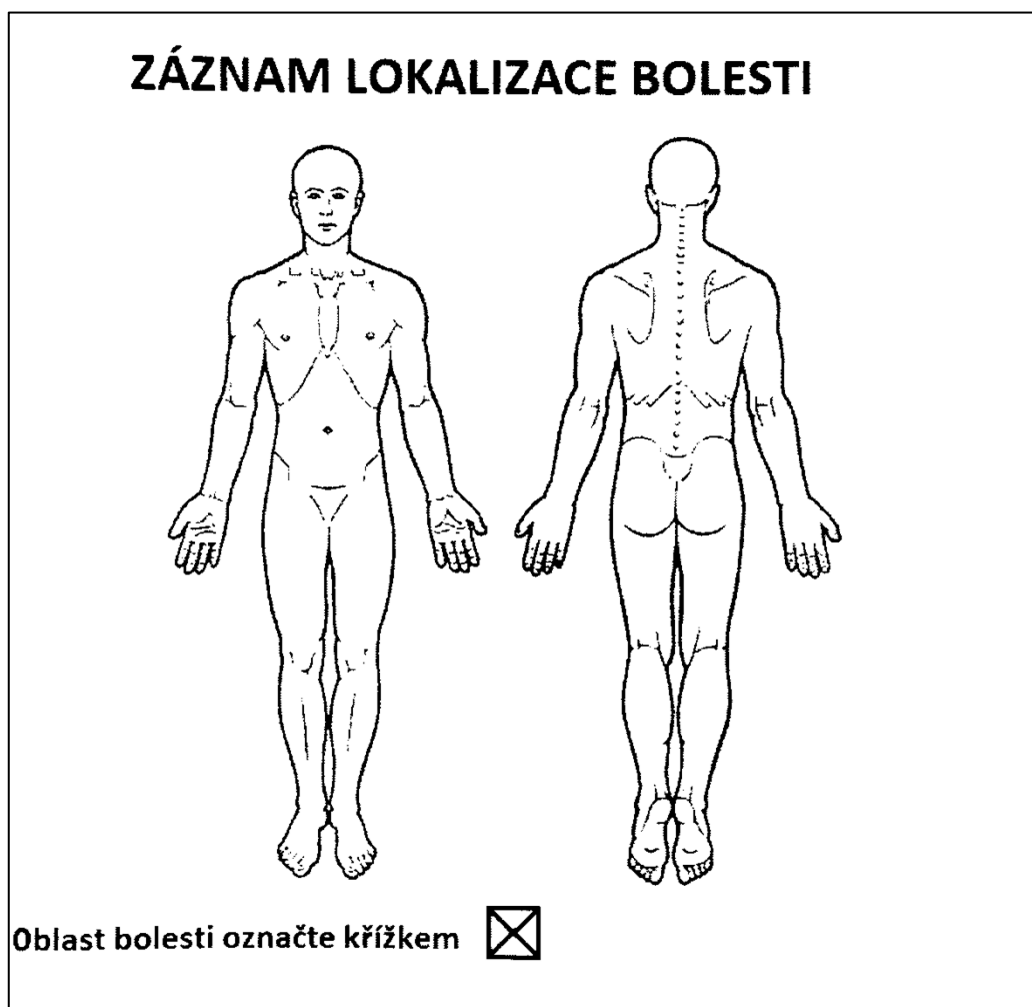
Příloha č. 3



Obrázek 3 Obličejová škála bolesti

Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 178

Příloha č. 4



Obrázek 4 Margolesova mapa bolesti

Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 179

Příloha č. 5

0	žádná bolest
1	mírná bolest
2	nepříjemná bolest
3	intenzivní bolest
4	krutá bolest
5	zcela nesnesitelná bolest

Obrázek 5 Melzackova škála bolesti

Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 180

Specifika ošetrovatelské péče o pacienta pre finem

Dobrý den,

jmenuji se Jana Zabloudilová a jsem studentkou třetího ročníku Vysoké školy polytechnické Jihlava, obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který bude spolu s Vašimi odpověďmi sloužit jako podklady pro moji bakalářskou práci. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám zabere maximálně 5-10 minut.

Za vyplnění předem děkuji.

1. Je pro vás problematika paliativní péče a péče o pacienty v terminálním stádiu důležitá?

- a) Ano
- b) Ne

2. Jaké jsou podle vás nejdůležitější potřeby pacientů v terminálním stádiu?

3. Domníváte se, že mají pacienti v terminálním stadiu potřebu být se svými blízkými?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

4. Domníváte se, že pacienti v terminálním stádiu mají potřebu být nezávislí na druhých?

- a) Určitě ano
- b) Většinou ano
- c) Nevím

- d) Většinou ne
 - e) Určitě ne
5. Vnímají podle vás pacienti v posledním stádiu svého života jako důležité, vyřešit závěť či jiné, pro ně důležité věci?
- a) Určitě ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Určitě ne
6. Domníváte se, že mají pacienti v terminálním stádiu potřebu zachování vlastní autonomie?
- a) Ano
 - b) Většinou ano
 - c) Nevím
 - d) Většinou ne
 - e) Ne
7. Domníváte se, že je potřeba věnovat zvýšenou pozornost monitorování bolesti u pacientů v terminálním stádiu?
- a) Ano
 - b) Ne
8. Používáte u pacientů s chronickou bolestí nějaké škály ke zjištění intenzity bolesti?
- a) Ano
 - b) Ne
9. V případě, že jste odpověděli ano, jakou konkrétní škálu používáte?
- a) Vizuální analogová škála bolesti
 - b) Obličejová (smajlíková) škála bolesti
 - c) Jinou – napište prosím konkrétně jakou_____

d) Žádnou

10. Jakou formou nejčastěji poskytujete pacientům úlevu od bolesti?

a) Intravenózně

b) Intradermálně

c) Intratekálně

d) Perorálně

e) Jinak – napište mi prosím konkrétně jakou formou _____

11. Používáte i nefarmakologické způsoby léčby bolesti?

a) Ano

b) Ne

12. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, tak jaké nefarmakologické způsoby léčby používáte?

a) Psychoterapie

b) Rehabilitace

c) Alternativní medicína

d) Jiné – napište prosím konkrétně jaké _____

13. Pokud podáte pacientovi analgetika, zjišťujete úlevu od bolesti?

a) Ano

b) Občas

c) Ne

Jana Zabloudilová

11.10.2018 Jihlava

Mgr. Jarmila Cmuntová
Náměstkyně ošetrovateľské péče
Nemocnice Jihlava
Vrchlického 59
586 33 Jihlava

Věc: Žádost o povolení výzkumu

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Jana Zabloudilová, jsem studentkou třetího ročníku na Vysoké škole polytechnické Jihlava a pro svoji BP na téma: Ošetrovateľská péče o pacienty pre finem, jsem Vás chtěla požádat o povolení dotazníkového šetření všeobecných sester. Šetření bude zcela anonymní a výsledky budou použity výhradně pro potřeby BP.

Děkuji

Jana Zabloudilová

Souhlasím – nesouhlasím

Datum: 11.10.2018

Podpis.....
Mgr. Jarmila Cmuntová
Náměstkyně ošetrovateľské péče



Jana Zabloudilová

25.10.2018 Jihlava

Jiřina Poulová
Náměstkyně ošetrovateľské péče
Nemocnice Nové Město na Moravě
Žďárská 610
592 31 Nové Město na Moravě

Věc: Žádost o povolení výzkumu

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Jana Zabloudilová, jsem studentkou třetího ročníku na Vysoké škole polytechnické Jihlava a pro svoji BP na téma: Ošetrovateľská péče o pacienty pre finem, jsem Vás chtěla požádat o povolení dotazníkového šetření všeobecných sester. Šetření bude zcela anonymní a výsledky budou použity výhradně pro potřeby BP.

Děkuji



☒ Souhlasím –nesouhlasím

Datum: 25.10.2018

Podpis.....
Jiřina Poulová
Náměstkyně ošetrovateľské péče

