

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Pohled sestry na geriatrického pacienta
v terminálním stádiu**

bakalářská práce

Autor práce: Pavlína Chvátalová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Truplová

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Pavčina Chvátalová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Pohled sestry na geriatrického pacienta v terminálním stádiu
Cíl práce:	Hlavním cílem mé bakalářské práce je vyhodnocení kvality poskytované ošetrovateľské péče o umírající pacienty, zjištění názoru sester na tuto poskytovanou péči, zda je správná, která část je pro sestry nejobtížnější a jak zvládají komunikaci s rodinami zemřelých pacientů.

Mgr. Jana Truplová
vedoucí bakalářské práce

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

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Pohled sestry na geriatrického pacienta v terminálním stádiu“ se skládá ze dvou částí. Z části teoretické a části praktické. V teoretické části jsou informace o geriatrickém pacientovi, paliativní péči, terminálním stádiu pacienta, klidném umírání a důstojné smrti. V praktické části bude shrnut pohled a ošetrovatelská péče všeobecné sestry o umírajícího pacienta, profesionální postoj sestry, vypořádání se s danou situací a komunikací s rodinami zemřelého. Vše je vyhodnoceno formou dotazníků.

Klíčová slova

geriatrie; paliativa; terminální stav

Abstract

Bachelor thesis: A Nurse's View of a Geriatric patient in the terminal stage. It consists of two parts. A theoretical one and a practical one. In the theoretical part, there are information about a geriatric patient, palliative care, patient's terminal stage, quiet dying and about a dignified death. In the practical part, nurse's view and her care about a dying patient, her professional attitude towards patients, dealing with the whole situation and communication with the deceased patient's family will be summarized. Everything has been evaluated in the form of questionnaires.

Key words

geriatrics; palliative; terminal condition

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.

Byl/a jsem seznámen/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 užít 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 1. března 2021

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Truplové za odborné vedení mé bakalářské práce, za podporu a čas strávený při její tvorbě.

Dále děkuji zařízení Nemocnice Počátky s.r.o., ředitelce Ing. Marii Hrnčířové a vrchní sestře Pavlíně Chvátalové za spolupráci a poskytnutí možnosti dotazníkového šetření.

Další poděkování samozřejmě patří zaměstnancům Nemocnice Počátky s.r.o., kteří byli jako respondenti při vyplňování dotazníku. Velký dík patří mé rodině za podporu ke zdárnému ukončení studia a především mému strýci Mgr. Rudolfu Dvořákovi.

Obsah

Úvod.....	8
Motivace	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Základní pojmy – Stáří, gerontologie, geriatric	10
1.1.1 Stáří.....	10
1.1.2 Gerontologie	11
1.1.3 Geriatric	12
1.2 Paliativní péče	14
1.2.1 Paliativní přístup	14
1.2.2 Specializovaná péče.....	14
1.2.3 Hospic	15
1.3 Pacient v terminálním stádiu.....	17
1.4 Péče o mrtvé tělo, smrt.....	18
1.4.1 Péče o mrtvé tělo na oddělení	19
1.5 Stres a profesionální postoj sestry	20
1.5.1 Stres	20
1.5.2 Profesionální postoj sestry	21
1.6 Imobilizační syndrom.....	22
1.7 Dekubity	23
1.7.1 Dekubity, proleženiny, otlaky.....	23
1.7.2 Klasifikace stádií dekubitů.....	23
1.7.3 Ošetřovatelský proces o nemocného.....	24
2 Výzkumná část.....	25
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	25
2.2 Metodika výzkumu.....	25
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a popis výzkumného prostředí	26
2.4 Průběh výzkumu.....	26
2.5 Zpracování získaných dat.....	26
2.6 Výsledky výzkumu.....	27
3 Diskuze	33
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	34
Závěr	35
Seznam použité literatury	37
Seznam tabulek a grafů.....	40
Seznam příloh	41

Úvod

Bakalářskou práci na téma „Pohled sestry na geriatrického pacienta v terminálním stádiu“ jsem si vybrala z toho důvodu, že sama pracuji v zařízení, kde toto téma je nedílnou součástí. Proto bych se ráda na tuto problematiku zaměřila, jelikož současná doba je charakterizována stárnutím populace.

Stáří je součástí našeho života. Občas přemýšlíme, jak a s kým bychom ho chtěli strávit. Nebo spíš nechtěli. Medicína umožňuje prodloužit život mnoha lidem, i když trpí závažnými chorobami. Přestože každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, lze se shodnout na významných okamžicích, které přichází s vyšším věkem. Změny se odehrávají v rovině tělesné, psychické i sociální. Jedná se o propojené systémy.

Člověk se nemusí bát poslední fáze života, jde spíš o strach ze samoty, bolesti, bezmocnosti a utrpení. Dříve staří lidé umírali doma v blízkosti své rodiny. Dnes tomu tak není, většina lidí věří, že nejlépe o své rodinné příslušníky bude postaráno v nemocnicích.

Touto cestou bych chtěla zdokumentovat kvalitu poskytované péče o naše blízké a přiblížit stáří, umírání a smrt a vše, co s tímto souvisí.

V úvodu mé práce je kapitola, ve které bude shrnuto stáří, gerontologie, geriatrie. Dále bych navázala na stařeckou křehkost, vysvětlení pojmu a strach ze smrti projevující se existenciální tísní, definovanou jako úzkost. Těžce nemocný člověk se postupně stává více závislým na pomoci ostatních. Významně se proměňují vztahy a role v rodině. Manželka, manžel, syn nebo dcera mohou najednou zjistit, že se stali „pečovateli“. Péče o nevléčitelně nemocného je nelehký úkol. Těžce hledáme cestu, která jejich těžký úkol alespoň trochu usnadní.

Další kapitola je věnována paliativní péči, ve které je definována, o čem pojednává, jednotlivé fáze nevléčitelně nemocného, druhy paliativní péče. V této kapitole také budou informace o hospicích. Ne vždy člověk potřebuje hospicovou péči, ačkoliv se to tak na první pohled může jevit. Pokud je to jen trochu možné, nejlepší pro pacienta je domácí prostředí.

Třetí kapitola nahlíží na pacienta v terminálním stádiu. Vysvětlí, co znamená terminální stav, jaké jsou fáze, objektivní zhodnocení pacienta, správné zacházení s umírajícím

člověkem. V této době má umírající člověk stále méně tělesné energie. Stahuje se z vnějšího světa, spí více nebo častěji odpočívá. Nemá zájem skoro o nic. Dokonce nestojí už ani o lidi, které dříve vyhledával a s nimiž mu bylo dobře. Už si nepřeje, aby přicházeli sousedé nebo známí. Chce mít při sobě už jen pár důvěrných přátel a rodinu. A někdy chce zůstat úplně sám.

Čtvrtá kapitola pojednává o péči o mrtvé tělo a smrti jako takové. Někteří lidé mají strach hýbat mrtvým tělem. Zacházejme s ním s velkou pozorností a úctou. Smrt, úmrtí, latinsky *exitus*, je biologické zastavení životních funkcí v organismu s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je stav organismu po skončení života. Úplná a trvalá ztráta vědomí.

Povolání všeobecné sestry je velmi náročné povolání, ke kterému patří zvládání stresových situací, komunikace s pacienty a jejich rodinami, komunikace s pozůstalými. Proto bych se ráda zmínila o stresu a jak se proti němu bránit a vystupovat v zaměstnání jako profesionál.

V závěru mé práce bych nastínila komplikace spojené s dlouhodobým upoutáním na lůžko, nazývaný jako imobilizační syndrom. Dále bych zmínila prevenci vzniku dekubitů, vysvětlení pojmu, fáze vzniku, místa vzniku.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je vyhodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče o umírající pacienty, zjištění názoru sester na tuto poskytovanou péči, zda je správná, která část je pro sestry nejobtížnější a jak zvládají komunikaci s rodinami zemřelých pacientů.

Motivace

K vypracování mé bakalářské práce mě motivovalo mé zaměstnání na geriatrickém oddělení, kde jsou převážně pacienti v terminální fázi života. Zajímal mě zejména i přístup mých kolegyně, zda tato práce je naplňuje a jak zvládají ošetrovatelskou péči o geriatrické pacienty. Sama za sebe mohu říci, že péče o seniory mě velice naplňuje a jsem ráda, že je mohu v těch nejtěžších chvílích doprovodit až do konečné fáze života.

1 Současný stav problematiky

1.1 Základní pojmy – Stáří, gerontologie, geriatrie

1.1.1 Stáří

Stáří je označeno jako přirozený průběh života. Jde o souhrn změn funkčních i morfologických, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince. Stárnutí je součet změn, kterým podléhá každý organismus v průběhu let. Stárnutí je individuální a každý jednotlivý systém a funkce těla stárne nerovnoměrně. Lze považovat stárnutí za dobu přechodnou a vývojovou mezi dospělostí a stářím (Dvořáčková, 2012).

Jean Paul

„Stáří je smutné, ne proto, že přestávají všechny radosti, ale proto, že přestává naděje.“

Seneca

„Do stáří jsem se staral o to, abych dobře žil, ve stáří o to, abych dobře umřel.“

Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné. Je dáno dosažením určitého dohodnutého věku, vychází z obvyklého průběhu života a biologického stárnutí. Neříká ale nic o individuálních a vývojových změnách a jeho parametry se mění. Zlepšování zdravotního stavu a prodlužování života zpomaluje pokles potenciálu zdraví a hranice stáří se tak posouvá do vyššího věku (Čevela, 2012).

Podle světové zdravotnické organizace (World Health Organisation) se stáří dělí na tři období.

Rané stáří – 60-74 let

Vlastní stáří – 75-89 let

Dlouhověkost – 90 let a více (Mlýnková, 2011).

Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Tento pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů (penze, osamělost, pokles životní úrovně). Za počátek sociálního stáří se obvykle považuje odchod do důchodu či věk vzniku nároku na starobní důchod. Tento ukazatel

však vykazuje významný civilizační posun. Je předpoklad narůstání různorodosti ve schopnosti pracovat či penzionovat, a to v různých profesích, i přibývání přechodného penzionování, částečné zaměstnanosti podporující toto kritérium. Do vyššího věku se posouvají i další sociální události, jako například rodičovství nebo manželství (Čevela, 2012).

Přípravou na stáří, respektive na penzi se rozumí 2 – 3 roky před odchodem do starobního důchodu. Má být ryze praktická a lidé by si měli vhodným způsobem, dokud jsou ještě při fyzické síle a „při penězích“, vhodně upravit byt. Bezbariérový a bezpečný styl. Měli by také více dbát o zdravý životní způsob svého života a upravit například stravovací návyky, případně je odstranit. Dále se věnovat přiměřené sportovní aktivitě a posílit přátelské a společenské vztahy. A především by měli mít konkrétní „jasno“ v otázce, jak vyplní svůj penzijní čas (Čevela, 2012).

Podle ekonomického hlediska se dělí lidský věk na preproduktivní, produktivní a postproduktivní. Dále na první věk (dětství), druhý věk (dospělost), třetí věk (osoby starší 65 let, kteří žijí nezávisle), čtvrtý věk (člověk je nesoběstačný, závislý na druhé osobě) (Ondrušová).

Biologické stáří je označení pro míru involučních změn jedince, pokles potenciálu zdraví. Jde o souhrn nevratných biologických změn, případně genových změn, predikujících zvýšené riziko nemocí, funkčních deficitů, úmrtí a případně i maximální čas zbývající do přirozené smrti (Čevela, 2012).

Ve stáří pozorujeme dvě změny. Fyziologické a kognitivní. Mezi fyziologické můžeme zařadit změny spánkového rytmu, spánkovou inverzi (pospávání během dne, noční neklid, rušení obyvatel ve spánku), úbytek energie, zvýšená potřeba pomoci, zdánlivě neodpovídá zdravotnímu stavu. Dále snížená chuť k jídlu, snížený pocit žízně, poruchy soustředění a paměti. Ke kognitivním změnám patří zhoršení intelektu, při potřebě zvládat nové situace, zhoršení komunikace (déle hledá slova, hůře vybavuje, nerozumí sdělení), porucha orientace - bloudění, obzvláště v neznámém terénu (Čevela, 2012).

1.1.2 Gerontologie

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří. Název je odvozen od řeckého slova *gerón* = starý člověk, stařec a *logos* = nauka. Jde o souhrn poznatků o stárnutí, stáří a života ve stáří. Od 90. let 20. století se gerontologie profiluje také jako interdisciplinární obor

v pregraduálním i postgraduálním studiu. Klasicky bývá členěna na tři nestejně, ale velmi důležité části.

Gerontologie experimentální – zabývá se mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a samozřejmě studuje také procesy biologického a psychologického stárnutí člověka. Tato činnost je důležitá, protože umožňuje predikci (předvídání) procesů stárnutí a jeho prevenci. Atraktivní jsou zejména vytrvalé pokusy lidstva, jak prodloužit život člověka hledáním elixíru mládí.

Gerontologie sociální – tematizuje sociální dopady stárnutí a stáří člověka. Současně si všímá i společenských a sociálních faktorů, které proces stárnutí ovlivňují. Zjišťuje a dává do kategorií sociální potřeby stárnoucích a starých lidí. V posledních letech se zabývá také prevencí a formuluje programy typu *Stárnout zdravě* s cílem udržet praktickou soběstačnost.

Gerontologie klinická – se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří i specifických aspektů léčby starých lidí. Bývá také nazývána **geriatrií**. Za jejího zakladatele je považován Ignaz Leo Nascher, který žil v letech 1864-1964. Geriatrie je v České republice samostatným klinickým oborem od roku 1982 (Čeledová, 2016).

Lékaři i zdravotníci musejí být vzděláni v geriatrii. To proto, že dochází k takzvané **geriatrizační medicíně**. Podstatou tohoto jevu je, že se pacienti senioři majoritně objevují v každém lékařském oboru. Vzhledem k faktu, že česká populace výrazně stárne a její nároky na zdravotnickou péči stoupají, se zvažuje zařadit do pregraduální přípravy lékařů systematické vzdělávání v samostatném oboru, tedy **geriatrii** (Topinková, 2019).

1.1.3 Geriatrie

Pochází z řeckého slova *gerón* = starý, *iatreia* = léčení. Shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu, specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštností ve výskytu, klinickém obraze, průběhu, vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislostech chorob ve stáří (Vágnerová, 2020).

Stařecká křehkost, neboli z angličtiny „*frailty*“ vyjadřuje rizikovost seniora, která je způsobena jednak fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, jednak úbytkem svalové a kostní hmoty a sníženou pevností kostí. Tím dochází ke zhoršení mobility, vytrvalosti, snížení svalové síly a koordinace pohybu, popřípadě společně se snížením imunity, kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti jsou staří křehcí senioři více ohroženi pády, zlomeninami a inkontinencí a z toho plynoucí nesoběstačností, závislostí, distabilitou, opakovanými hospitalizacemi a následně přechod z vlastního prostředí do dlouhodobé péče.

Křehkost je chápána jako riziko vzniku náhlého zhoršení stavu u velmi rizikových osob. Pamatujme na to, že pacient bývá často tak zesláblý, že není schopen vykonávat už ani běžnou péči (péče o vlasy a pokožku). Někdy mu je také velmi nepříjemné a trapné, že již není schopen tyto činnosti sám provádět, prokážeme nemocnému úctu a posílíme jeho sebevědomí a pocit důstojnosti.

Dále je časté, že nechtějí přijímat potravu, postupně ztrácí chuť na různé potraviny a jídla včetně těch, které měl v minulosti velmi rád. Příbuzné tíží myšlenka – „Nenechám přeci tatínka umřít hlady!“ „Vždyť tak rád jedl, co jsem uvařila a teď jej nepotěší ani jeho nejoblíbenější jídlo.“ Podobně jako s jídlem mívají často nemocní problém s příjmem tekutin. Jídlo a pití vybíráme dle pacientova přání.

V závěru života se u některých pacientů rozvíjí neklid a zmatenost, s nemocným není možná jasná komunikace a navíc existuje veliké riziko pádu a úrazu. Příbuzní se mohou stydět za chování pacienta, situace je jim trapná a velice je stresuje. Nejlepší řešení je být s dotyčným co nejvíce, sedět u lůžka, držet ho za ruku, navodíme klidné a příjemné prostředí, dopřejeme mu odpočinek a spánek.

Pacienti s pokročilým onemocněním, kteří si uvědomují, o co je nemoc připravila, se neubrání pocitům smutku. Smutek přichází a odchází v průběhu onemocnění ve vlnách. V bezpečném prostředí plném důvěry mohou pacienti svůj smutek sdílet s příbuznými a přáteli. Je důležité, abychom si našli dostatek času a pacienta v jeho trápení vyslechli.

Existenciální tíseň = strach ze smrti, definována jako úzkost. Patří sem otázky smrti, smyslu života, samoty, zodpovědnosti, svobody, volby a pocitu vlastní hodnoty. Přání pokračovat v životě je životní silou, kterou má v sobě většina lidí až do okamžiku smrti. S blížící se smrtí se úzkost zvyšuje. Většina lidí není smířena se smrtí, a když se

přiblíží, jsou zaskočení, bezmocní a v šoku. Míra úzkosti ze smrti odpovídá tomu, jak je pacient spokojený se životem.

1.2 Paliativní péče

Paliativní péči Světová zdravotnická organizace definovala jako „aktivní komplexní péči o pacienta, jehož nemoc neodpovídá na kurativní léčbu.“ Jde především o kontrolu bolesti, dalších příznaků i duševních, a také problémů sociálních a spirituálních. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty i jejich rodiny. Jde o prevenci a mírnění utrpení časnou identifikací, precizním zhodnocením a precizní léčbou bolesti i ostatních problémů tělesných, psychosociálních a spirituálních. Celá problematika je psychologicky mimořádně náročná nejen pro pacienty, ale také pro jejich blízké a pro zdravotnický personál (Bužgová, 2015).

1.2.1 Paliativní přístup

Paliativní přístup – základní péče - představuje soubor základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o pacienty s životohrožujícím či terminálním onemocněním. Na této úrovni by měly být všechny sestry schopny rozpoznat základní fyzické i psychické příznaky a zajistit jejich řešení, porozumět, co prožívá umírající i jeho rodina.

1.2.2 Specializovaná péče

Tuto péči poskytuje takový personál, který má specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající pacienty. Tuto péči nalezneme v komunitních zařízeních paliativní péče, u konzultantů v akutních nemocnicích, či hospici.

Prožíváním umírajících se dosud zabývala nejvíce Elisabeth Kübler – Rossová, která na základě svých dlouholetých zkušeností s umírajícími popsala jednotlivé fáze umírání. Těmito fázemi neprochází pouze pacient, ale i jeho rodina. Tyto fáze umírání, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy zachovávat toto pořadí. Naopak, některé se opakovaně vracejí a střídají nebo se mohou prolínat a některé mohou i chybět.

1. fáze – Popírání a izolace – většina pacientů reaguje na zprávu: „Ne, to se určitě netýká mne, to není možné, lékaři se mýlí.“

2. fáze – Zlost – Když už se nedá pokračovat v prvotním popírání, nastoupí pocit zlosti a vzteku. Vystává otázka: „Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ V pacientově chování se projevuje zlost na zdravotníky a zdravé lidi.

3. fáze – Smlouvání – Pacient se pokouší situaci aktivně řešit, začne se o nemoc zajímat, kupuje drahé léky, drží diety, je ochoten za léčbu zaplatit cokoliv.

4. fáze – Deprese – Když smrtelně nemocný člověk nemůže už dál svou nemoc popírat, když je přinucen podstoupit řadu operací, ale situace se nelepší, zjišťuje, že námaha a vynaložené peníze na léčbu byly zbytečné, dostavuje se smutek z velké ztráty nebo strach o zajištění rodiny.

5. fáze – Akceptace – Pacient netruchlí nad hrozící ztrátou pro něj důležitých lidí a věcí. Často pacient v poslední fázi je tak zesláblý a unavený, že u něj dochází k smíření a souhlasu. Teprve ve fázi smíření pacienti často vyjadřují své duchovní potřeby. Duchovní péče spočívá v naslouchání, modlitbě, ve snaze pomoci nemocnému zorientovat se v nastalé životní situaci, potřeba pochopení smyslu nemoci, umírání a smrti. Naopak, pokud pacient není schopen přijmout realitu, může projevit přání předčasně ukončit svůj život.

Řešením je právě rozvoj paliativní péče, která zmírňuje utrpení těžce nemocných a snaží se o co nejlepší kvalitu jejich života. Aplikuje se při léčbě těch pacientů, jejichž nemoc již nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů (Svatošová, 2011).

1.2.3 Hospic

Hospic je zdravotnicko-sociální zařízení, které slouží k péči o nevyléčitelně a těžce nemocné osoby, tedy k takzvané paliativní péči. Hospic nemocnému umožní, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude v každé situaci respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích svého života nezůstane osamocen (Svatošová, 2011).

Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti. Doktorka Kübler-Rossová k tomu dodává: *„Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“* (Svatošová, 2011, str. 116).

Existují tři formy hospicové péče. **Domácí hospicová péče** je pro člověka ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejích možností se narazí, kde rodinné zázemí schází, nebo se vyčerpá, ve zkratce, dojdou síly. Další omezující faktor může být i odbornost. Zejména tam, kde dosud není žádná sesterská agentura, která poskytuje domácí péči, hospicovou péči. Pak i jen přechodné zhoršení stavu pacienta znamená směr do nemocnice.

Další forma hospicové péče je **Stacionární hospicová péče**. Pacient do denního stacionáře je přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací zpět domů. Dopravu nemocného zřizuje buď rodina, a nebo hospic. Tato forma je nejlepší pro ty, kteří mají toto zařízení v místě a nebo v blízkém okolí. V určité fázi onemocnění může být pro některé nejvhodnějším řešením.

Důvody jsou různé, například důvod *diagnostický*, za účelem kontroly bolesti, která se doma nepodařila zvládnout. Dále *léčebný* důvod, který zajistí aplikaci chemoterapie a paliativní léčbu. Když se pod kontrolou podaří vyladit dávku léku tišící bolest, může pacient zůstat v domácí péči. Dalším důvodem je důvod *psychoterapeutický*. Ten mívají k přijetí nemocní, kteří jsou osamělí a nebo s nimiž rodina nechce nebo není schopna o jejich problémech hovořit. A jako poslední je důvod *azylový*, který bývá dosti častý. Prostě čeho je moc, toho je příliš a když onemocnění trvá dlouho, potřebuje si občas odpočinout rodina nemocného i sám nemocný člověk. Je to skvělá prevence, která zabrání pozdější hospitalizaci, vyčerpání sil rodiny, vyhnutí se zbytečným konfliktům (Svatošová, 2011).

Lůžková hospicová péče je poslední formou. I když v hospici, podobně jako v nemocnici, jsou lékařské a sesterské vizity, režim dne se výrazně liší. Pokud je to aspoň trochu možné, určuje si denní režim sám pacient. Spí podle své vůle a potřeby. Hygienu provádí, kdy on uzná za vhodné. A má-li zrovna potřebu o svých problémech promluvit, vždy je tu pro něj někdo chápající, bez ohledu na čas.

Hospicová péče z časového hlediska

Období *prae finem* je péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu. Období *in finem* je péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu (umírání).

Poslední období **post finem**, kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla jednoho roku.

Chybou by bylo hospic chápat pouze jako péči v období „in finem“ (Svatošová, 2011).

1.3 Pacient v terminálním stádiu

Čas umírání je pro rodinu odcházejícího člověka dobou krize, strachu a nejistoty.

Terminální stav je konečná fáze života. Je to hranice mezi životem a smrtí a také doba, ve které se člověk odpoutává od okolního světa a obrací se dovnitř sebe. Ohlíží se za svým prožitým životem.

Někteří lidé upadají v posledních dnech do kómatu. Z mnohých výpovědí lidí, kteří byli klinicky mrtví a zase se vrátili zpět, víme, že člověk, i když není při vědomí z našeho pohledu, vše slyší. Sluch je poslední smysl, který mizí. Mluvme proto v přítomnosti umírajícího tak, jako bychom u něho nebo s ním mluvili, kdyby byl při vědomí. Slyší vše, co říkáme.

Terminální stav dělíme na 3 fáze.

- **Agonie** – jsou zachovány životní funkce, ale dochází k poruše některých orgánů
- **Klinická smrt** – zástava dechu a srdeční činnosti, mozkové buňky jsou zachovány. Stav je reverzibilní
- **Biologická smrt** – zánik buněk, smrt mozku, stav ireverzibilní

Příznaky blíží se smrti, které mohou nastat, ale také nemusí.

- Slabý puls
- Chladnoucí ruce a nohy nebo naopak horečka (horečka v tomto stádiu bývá známkou selhání termoregulačního centra, ne zápalu plic či nějaké infekce)
- Otevřená ústa, propadlé tváře, špičatění nosu (*facies hippocratica*)
- Spodní strana těla se tmavě zabarvuje
- Mění se frekvence a hloubka dechu, chrčení (důsledek vyměšování hlenů, které již nemocný nemůže vykašlat)
- Oči jsou otevřené, či polootevřené, ve skutečnosti se nedívají, zornice již skoro nereagují

Mezi další tělesné změny patří jednoznačně bolest. Dnes je možné zajistit skoro všem v poslední fázi života prostředky, které zmírňují bolest. Léčba bolesti s pomocí opiátů umožňuje většinou osvobození od bolesti při zachovaném vědomí. Moderní léčba bolesti tyto medikamenty používá s jasným cílem. Zachovat co nejvyšší kvalitu života umírajícího až do konce. Lékaři, vzdělaní v paliativní péči s těmito léky dokáží zacházet velmi citlivě, vyvažují jejich účinek proti bolesti s nežádoucími účinky. Uvědomme si, že umírajícímu zbývá krátký čas a zaslouží si jej žít bez bolesti, která by jej vyčerpávala (Špinková, 2013).

Jak z hlediska lékařského, tak také ke spokojenosti nemocného je důležitá péče o pokožku, aby bylo zajištěno vhodné polohování. Je dobré střídat polohu na boku a na zádech, vždy jen tak často, jak bude nemocnému příjemné. Pokud se již sám neudrží, můžeme vypodložit, aby setrval v požadované poloze. Dbejme na to, aby riziková (predilekční) místa, ohrožená vznikem proleženin, byla chráněna před tlakem vypodložením měkkými polštáři, či molitanovými podložkami. Další vhodnou pomůckou je antidekubitní matrace. Pokožku udržujeme stále suchou a čistou, hlavně v místech, kde jsou pocením nebo jinými sekrety ohrožena. Pokožka pravidelně ošetřovaná a chráněná vhodným krémem je odolnější proti vzniku opruzenin, proleženin (Špinková, 2013).

Obvykle může být pro umírajícího ulehčením, když mu zvýšíme polohu hlavy nebo horní části těla či jej otočíme na bok. Hlava by neměl být v záklonu. Pomůže také, když zajistíme dobré větrání místnosti a vlhčíme vzduch.

1.4 Péče o mrtvé tělo, smrt

Při běžném stanovení smrti se využívají známky smrti. Dělí se na jisté známky smrti a nejisté známky smrti.

Nejisté známky smrti zahrnují projevy klinické smrti (zástava dýchání, zástava činnosti srdce). Jsou to stavy, které jsou návratné k životu.

Jisté známky smrti představují řadu změn fyzikální a chemické povahy, které mění tělo zemřelého. Nazýváme jako posmrtné změny.

Mezi posmrtné změny patří:

- Fyzikální – posmrtná bledost, posmrtné chladnutí těla, posmrtné skvrny

- Chemické – posmrtné tuhnutí těla, posmrtný rozklad, posmrtné sražení krve

Posmrtná bledost vzniká za účelem zástavy krevního oběhu, tedy prokrvení kůže a sliznic. Při posmrtném chladnutí těla přestávají v těle metabolické pochody a přestane se také tvořit teplo. Tělo se ochlazuje na teplotu okolí.

Posmrtné skvrny vznikají, kdy krev zůstává volně v cévách a stéká vlastní vahou na nejnižší položená místa. Nahromaděná krev v nejnižší položených částech těla prosvítá přes kůži jako modrofialové zbarvení.

Posmrtné tuhnutí těla nastává asi za 2 hodiny po smrti. Nastává tuhnutí svalů, nejdříve v obličeji, dále na další svalové skupiny, až na dolní končetiny a asi po 7 hodinách je na celém těle.

Tato skutečnost je důležitá pro úpravu zemřelého na oddělení. Vysvětluje, proč je nutné zemřelému ihned po smrti zavřít víčka a podvázat bradu, aby ústa nezůstala otevřená (Mačák, 2012).

1.4.1 Péče o mrtvé tělo na oddělení

Sestra zajistí, aby zemřelý měl zavřené oči, ústa, vyjme snímatelnou zubní protézu.

Sestra odstraní všechny ozdobné předměty (prsteny, náušnice, náramky, hodinky).

Sestra odstraní močový katétr, periferní žilní katétr, žaludeční sondu, pokud lékař nenařídí jinak. Neodstraňuje drény. Neodstraňuje centrální žilní katétr.

Sestra zajistí identifikaci mrtvého těla. Zakryje tělo prostěradlem, zajistí ponechání mrtvého těla 2 hodiny na oddělení.

Správnou identifikaci provádí štítkem, pevně upevněným na palci u nohy. Štítek obsahuje jméno, příjmení, rodné číslo, hodinu a datum úmrtí. Dále identifikace napsána na dolní končetině na stehně v protilehlé poloze. Za chybně vyplněný identifikační štítek plně zodpovídá sestra, zejména, pokud došlo k záměně těla.

Oznámení o úmrtí provádí výhradně lékař. Sestra není oprávněna poskytovat pozůstalým informace o diagnózách, ani příčině smrti. Může v obecné rovině sdělit, že smrt byla klidná, bez bolestí.

Sestra sepíše všechnu pozůstalost po zemřelém zápisem do knihy pozůstalostí. Má-li zemřelý nesnímatelné zubní náhrady, šperky ze žlutého, či bílého kovu, provede o tom záznam a dále informuje lékaře, který tuto skutečnost zapíše do listu o prohlídce zemřelého.

Předávání pozůstalosti vždy a jen s podpisem rodinných příslušníků. Je vhodné, aby pozůstalost předávala staniční, případně vrchní sestra zařízení.

Vrchní sestra odpovídá za to, že její podřízený personál zná předpis upravující postup při úmrtí pacienta (Jan Vondráček a kol., Praha).

1.5 Stres a profesionální postoj sestry

1.5.1 Stres

Stres je zatížení nebo přetížení organismu různými podněty a situacemi, které člověk vnímá jako nadměrnou zátěž. Stal se synonymem toho, že momentálně nebo také dlouhodobě není něco v pořádku, či, že někomu něco „přerůstá přes hlavu“.

Mezi příznaky stresu jednoznačně patří tělesné potíže, arytmie, hypertenze, poruchy zažívání, pocení, bolesti zad, třes, sucho v ústech, časté močení aj.

Mezi další psychické potíže patří nespavost, děsivé sny, ranní únava, vztek, agresivita, pocit samoty, poruchy soustředění, zhoršená paměť, přecitlivělost, ztráta radosti ze zaměstnání (Venglářová, 2011).

Stres míří do všech profesí a ve zdravotnictví je skoro vždy přítomen. Jistá dávka stresu se odráží na pracovním výkonu i na kvalitě života.

K nejčastějším faktorům přispívajícím ke stresu sester patří přetížení z důvodu nedostatku zdravotnického personálu, nejasná definice sestry a konflikty na pracovišti. Dále sestry mohou vnímat jako další stresový faktor nedostatečný kariérní plán a nejasné možnosti profesního růstu, pocit nedocnění nebo žádnou zpětnou vazbu od svých nadřízených.

Dlouhotrvající stres může mít špatný dopad na jedince:

- špatná rozhodnutí v ošetrovatelské péči
- zhoršená koncentrace

- nárůst nemocnosti
- ztráta motivace o kariérním růstu
- syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je vysvětleno jako tělesný a duševní stav, který se často ukazuje v profesích, ve kterých dochází k nepřetržitému kontaktu s druhým člověkem. Mezi tyto profese patří lékaři, sestry, psychologové, ošetřovatelé, fyzioterapeuti, profesionální záchranáři.

Práce ve zdravotnictví je spojena s neustálým časovým stresem a vysokou zodpovědností. Proces vytvoření syndromu vyhoření většinou trvá mnoho měsíců až let. Je to výsledek nevhodných technik, kterými se zaměstnanec vyrovnává s psychickou a fyzickou zátěží (Venglářová, 2011).

1.5.2 Profesionální postoj sestry

Profesionálním chováním se rozumí takové formy projevu, které jsou typické pro určité povolání. Sestra byla v očích pacientů vždy vnímána jako člověk, který má pochopení pro jejich problémy a dokáže jim za všech okolností s velkou tolerancí a laskavostí pomoci.

Prvním požadavkem profesionality v zaměstnání sestry je adaptivní chování. Mezi další důležité znaky se řadí:

- kolektivní orientace (sociocentrismus)
- univerzalismus
- emocionální neutralita

Kolektivní orientace je základní a hlavní hodnotou role sestry. Sestra nevychází ze svých zájmů a potřeb, ale zásadně z potřeb pacienta.

Univerzalismus má předpoklad, že sestra je schopna zaujmout svoji pozici vůči všem pacientům, bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim. Chová se stejně dobře k těm nemocným, kteří jí jsou sympatičtí, ale i k těm, kteří jí sympatičtí nejsou. To samé platí i u kolegyně a kolegů.

Emocionální neutralita je důležitá pro jednání s pacientem. Vyjadřuje očekávání, že sestra je schopna svoji emocionalitu vždy podřídit rozumu. Práce sestry vyvolává skoro

vždy intenzivní a i někdy trvalé napětí. Hlavním významem tohoto trvalého napětí je vysoká odpovědnost za stav a život nemocného.

Předpoklady nezbytné k výkonu povolání sestry:

- senzomotorické – šikovnost, zručnost, neporušené smyslové vnímání
- estetické – smysl pro líbivou úpravu vlastního zevnějšku a okolního prostředí
- intelektové – myšlenkové procesy a operace, schopnost řešit proměnlivé situace, vybrat optimální řešení v dané situaci
- sociální – pozitivní vztah k lidem, schopnost navázat kontakt, vést rozhovor, vcítění se, umět porozumět, ovládat chování
- autoregulační – přizpůsobivost, sebezapření, zvýšená odolnost k fyzickému a psychickému stresu (Kelarová, 2014).

1.6 Imobilizační syndrom

Syndrom imobility je označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého upoutání na lůžko.

Imobilizační syndrom je klasický geriatrický syndrom, často projev závažné akutní dekompenzace zdravotního stavu či terminální fáze geriatrické křehkosti. Úzce souvisí s hypomobilitou, dekondíci, pády, a dalšími geriatrickými symptomy a syndromy (inkontinence, malnutrice, dehydratace, kognitivní deficit, delirantní stavy).

Do imobilizačního syndromu se zahrnují tyto následující změny, které i vymezují okruh příznaků, po kterých je třeba aktivně pátrat.

- porucha ortostatické, posturální regulace – rozvoj ortostatické hypotenze
- oblenění krevního oběhu – vznik flebotrombózy, riziko plicní embolie
- dekondice a přestavba oběhového systému – s poklesem VO_2 max.
- hypoventilace plicní – stagnace hlenu a riziko vzniku pneumonie
- vznik proleženin (dekubitů)
- svalová atrofie, pokles svalové síly
- vznik flekčních kontraktur
- zhoršení pohybové koordinace při chůzi
- dekalifikace skeletu – osteoporóza

- obstipace, inkontinence stolice
- poruchy mikce – retence, inkontinence
- psychické poruchy – delirantní stavy, deprese, deprivace
- dehydratace, malnutrice – při zanedbání péče (Burda, 2015).

Do ošetrovatelského plánu patří zhodnocení stupně rizika imobilizačního syndromu, zajištění aktivní rehabilitace, provádění ošetrovatelské rehabilitace, poklepové masáže, provádění nácviku sebepéče, zajištění polohování, včasná mobilizace, aktivizace.

Zajištění pomůcek k prevenci kontraktur, masáží, dlahování, polohování dle pokynů fyzioterapeuta.

1.7 Dekubity

1.7.1 Dekubity, proleženiny, otlaky.

Jsou to kožní a podkožní změny podmíněny především ischemií. Vznik dekubitu může být velmi rychlý. Rozvoj dekubitů je komplexní proces, při němž se podílejí faktory vnější, mezi ně patří působení tlaku na predilekční místa, vlhkost a tření. Dále jsou to faktory vnitřní, jako je výživa, věk a pohyblivost nemocného.

Predilekčními místy lze považovat při poloze na zádech týlní kost, trn sedmého krčního obratle, hřebeny lopatek, loketní klouby, oblast kosti křížové, hýždě, patní kosti. Při poloze na boku spánková kost, ramenní kloub, hřebeny kyčelní kosti, zevní strana kolenního kloubu, oblast mezi koleny, oblast kotníků. Poloha na břiše oblast lící kosti, ucho, oblast klíční kosti.

1.7.2 Klasifikace stádií dekubitů

1. stádium – kůže je začervenalá, nedochází k poruše mikrocirkulace

2. stádium – překrvení kůže, zarudlé místo, mírně vystouplé, může dojít k povrchovému poškození kůže

3. stádium – zvrhovatění kůže

4. stádium – postižení svalů, jsou oteklé, zanícené

5. stádium – nekróza svalů, až na kost

Existují pomůcky používané k prevenci proleženin. Jsou to molitanové podložky, podložky ze syntetického rouna, matrace plněné vodou nebo vzduchem, chrániče na paty a lokty, polštáře, antidekubitní podložka.

1.7.3 Ošetřovatelský proces o nemocného

Hygiena je během léčby velice důležitá. Kůže musí být udržovaná trvale suchá a čistá. Preventivně provádět jemné masáže predilekčních míst. Dále časná výměna osobního a ložního prádla. Další součástí je pravidelné polohování pacienta. Střídání poloh záda, levý bok, pravý bok. Pravidelné kontroly pokožky pacienta.

Ošetřovatelská péče při dekubitech si klade několik cílů. Měl by být stav takový, kdy nemocný má čistou a neporušenou kůži, nemá příznaky nadměrného působení tlaku a nepocítuje bolest. Pacient by měl akceptovat pomoc druhých (Kelarová, 2015).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl 1: Zjistit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v terminálním stádiu v tomto zařízení

Cíl 2: Zjistit, která část ošetrovatelské péče je nejobtížnější

Výzkumné otázky:

Jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienty v terminálním stádiu ve vybraném zdravotnickém zařízení?

Jaké byste navrhli změny v poskytování ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stádiu?

Jak je toto povolání náročné?

Jak zvládáte komunikaci s rodinami zemřelých?

Základním cílem ošetrovatelské péče všeobecné sestry u geriatrických pacientů je uspokojení jejich biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb. Mě zajímalo, jaká je ošetrovatelská péče o geriatrické pacienty v terminálním stádiu, jaký mají všeobecné sestry názor na tuto poskytovanou péči a jestli jimi poskytovaná péče uspokojuje tyto potřeby pacientů.

2.2 Metodika výzkumu

Metodou mé bakalářské práce je dotazníkové šetření založené na kvantitativním výzkumu. Dotazník byl formulován v návaznosti na stanovené cíle a výzkumné otázky. Zjišťovala jsem kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, zda by navrhli nějaké změny v poskytování ošetrovatelské péče a jestli je péče o seniory náročná. Dále zvládání komunikace s rodinou zemřelých a zvládání této psychické zátěže, vystupování všeobecných sester jako profesionál a jestli se setkávají s nesprávným přístupem kolegyně/kolegů k umírajícím pacientům.

Dotazník byl anonymní, obsahoval celkem dvacet otázek, z toho sedmnáct zavřených otázek a zbylé tři otázky otevřené. V úvodu dotazníku je zjištění pohlaví, dosažené vzdělání a praxe odpracovaná ve zdravotnictví. U většiny otázek bylo na výběr ze čtyř

možností a volil pouze jednu. Otázka číslo 14 je položena formou bodového pořadí 1 až 3.

Po schválení dotazníkového šetření vedoucím pracovníkem jsem na daná oddělení předala přesný počet dotazníků pro všeobecné sestry.

Vyhodnocená data jsou vložena do jednotlivých tabulek a grafů.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a popis výzkumného prostředí

Respondenti byli zvolení pracovníci ve zdravotnickém zařízení na pozici všeobecné sestry. Výzkum byl prováděn v Nemocnice Počátky s.r.o. na čtyřech oddělení léčebny dlouhodobě nemocných, dále na sociálních lůžkách ve zdravotnickém zařízení a DSZR (Domov se zvláštním režimem). Bylo rozdáno celkem 60 dotazníků se 100% návratností.

S vyhodnocováním dotazníků nebyly žádné problémy.

2.4 Průběh výzkumu

Dotazníky byly rozdány mou osobou a následně i osobním odběrem. Dále byly vyhodnoceny a zpracovány. Během provádění výzkumu jsem se nesetkala s negativním přístupem k vyplnění dotazníku.

2.5 Zpracování získaných dat

K vypracování bakalářské práce jsem použila počítačový program Microsoft Word, pro zhotovení tabulek a grafů Microsoft Excel.

Výsledky otázek jsou zpracovány formou tabulek v procentech a pro přehlednost jsou doplněny grafy.

2.6 Výsledky výzkumu

Tabulka č. 1: Počet dotazníků

počet dotazníků	60
-----------------	----

Z celkového počtu dotazníků 60 kusů byla 100% návratnost.

Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Muž	0	0%
Žena	60	100%

Z celkového počtu 60 (100%) respondentů bylo 60 žen.

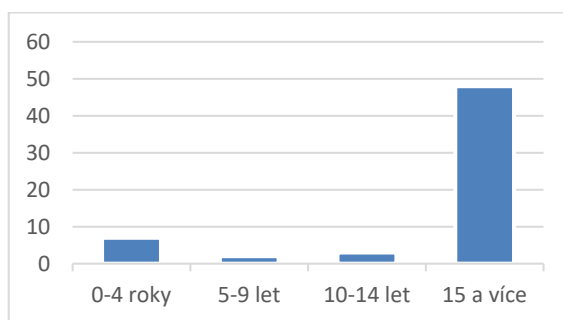
Otázka č. 2: Dosažené vzdělání

Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání

SZŠ	53	88%
VOŠZ	4	7%
VŠ	3	5%

53 respondentů (88%) odpovědělo, že má středoškolské vzdělání (SZŠ), 4 respondenti (7%) uvedli vyšší odborné středoškolské vzdělání (VOŠZ) a 3 respondenti (5%) sdělili vysokoškolské vzdělání (VŠ).

Otázka č. 3: Praxe ve zdravotnictví



Graf č. 1: Praxe ve zdravotnictví

Nejvíce dotazovaných uvedlo, že ve zdravotnictví pracuje 15 a více let (80%), 7 respondentů (12%) pracuje ve zdravotnictví 0-4 roky, 3 respondenti (5%) 10-14 let praxe, 2 respondenti (3%) 5-9 let.

Otázka č. 4: Jak byste vyhodnotili ošetrovatelskou péči, kterou poskytujete pacientovi v terminálním stádiu? (při hodnocení 1-2, otázka č. 5, při hodnocení 3-4, otázka č. 6)

Tabulka č. 4: Vyhodnocení ošetrovatelské péče

1 - velmi dobrá	16	27%
2 – dobrá	44	73%
3 – špatná	0	0%
4 - velmi špatná	0	0%

44 respondentů (73%) vyhodnotilo ošetrovatelskou péči za dobrou a 16 respondentů (27%) za velmi dobrou. Špatná a velmi špatná nebyla hodnocena.

Otázka č. 5: V čem si myslíte, že je poskytovaná ošetrovatelská péče dobrá?

Tabulka č. 5: V čem je poskytovaná ošetrovatelská péče dobrá

Důstojné zacházení s pacienty v terminálním stádiu	22	37%
Pacient netrpí bolestí	2	3%
Pacient je dostatečně hydratován	2	3%
Nenutíme pacienta ke zbytečným úkonům	10	17%
Poskytování stravy dle zvyklostí a potřeb	4	7%
Umožnění být s jeho nejbližšími do konce života	14	23%
Empatický přístup zdravotnického personálu	2	3%
Profesionální přístup	2	3%
Splnění duchovních potřeb pacientů	2	3%

Otázka č. 6: V čem si myslíte, že je poskytovaná ošetrovatelská péče špatná?

Tabulka č. 6: V čem je poskytovaná ošetrovatelská péče špatná

Chybějící pietní místnost	44	73%
Bez odpovědi	16	27%

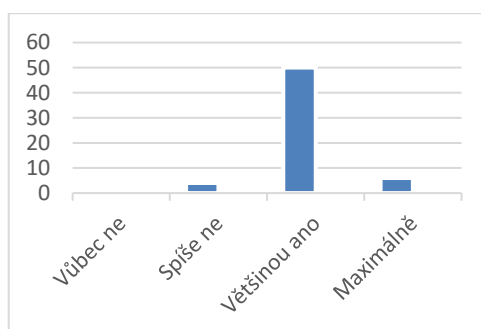
Otázka č. 7: Navrhli byste nějaké změny při poskytování této péče?

Tabulka č. 7: Návrh na změnu ošetrovatelské péče

Ano	44	73%
Ne	16	27%

Odpověď NE 16 respondentů (27%) by nenavrhovalo žádné změny, odpověď ANO 44 respondentů (73%) navrhuje změnu a zejména zavedení prostoru ke klidnému a důstojnému rozloučení se s rodinou.

Otázka č. 8: Myslíte si, že péče o seniory je náročná?



Graf č. 2: Náročnost péče o seniory

Nejvíce respondentů 50 (83%) uvedlo většinou ano, 6 respondentů (10%) odpovědělo maximálně, 4 respondenti (7%) spíše ne. Žádný respondent neodpověděl vůbec ne.

Otázka č. 9: Je pro vás komunikace s rodinou umírajícího/zemřelého náročná?



Graf č. 3: Náročnost komunikace s rodinou umírajícího/zemřelého

26 respondentů (43%) odpovědělo většinou ano, 22 respondentů (37%) uvedlo ano, 10 respondentů (17%) odpovědělo spíše ne a 2 respondenti (3%) vůbec ne.

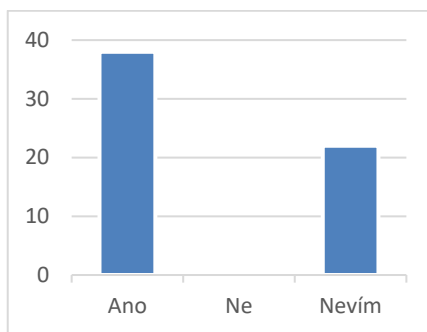
Otázka č. 10: Zvládáte tuto psychickou zátěž?

Tabulka č. 8: Zvládání psychické zátěže

Ano	58	97%
Ne	2	3%

58 respondentů (97%) odpovědělo ANO, 2 respondenti (3%) uvedlo NE.

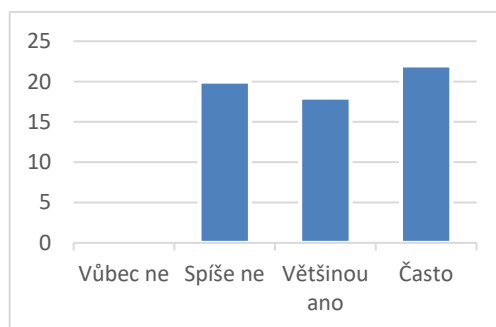
Otázka č. 11: Myslíte si, že ve své pozici v zaměstnání vystupujete jako profesionál?



Graf č. 4: Vystupování v zaměstnání jako profesionál

38 respondentů (63%) odpovědělo ANO, 22 respondentů (37%) sdělilo NEVÍM, 0 respondentů (0%) NE.

Otázka č. 12: Je pro vás někdy toto zaměstnání náročné?



Graf č. 5: Náročnost zaměstnání

22 respondentů (37%) odpovědělo často, 20 respondentů (33%) uvedlo spíše ne, 18 respondentů (30%) sdělilo většinou ano, 0 respondentů (0%) vůbec ne.

Otázka č. 13: Domníváte se, že vámi poskytovaná péče zcela uspokojuje základní biologické potřeby pacienta?

Tabulka č. 9: Uspokojování základních biologických potřeb pacienta

Ano	58	97%
Ne	2	3%

58 respondentů (97%) odpovědělo ANO, 2 respondenti (3%) uvedli NE.

Otázka č. 14: Jaký považujete výkon ve svém zaměstnání jako nejnáročnější? (uved'te pořadí: 1-málo náročné, 2-náročné, 3-silně náročné)

Tabulka č. 10: Nejnáročnější výkon v zaměstnání

	<i>málo náročné</i>		<i>náročné</i>		<i>silně náročné</i>	
Úmrtí pacienta	12	20%	34	57%	13	22%
Péče o mrtvé tělo	34	57%	18	30%	9	15%
Komunikace s rodinou zemřelého	14	23%	8	13%	38	63%

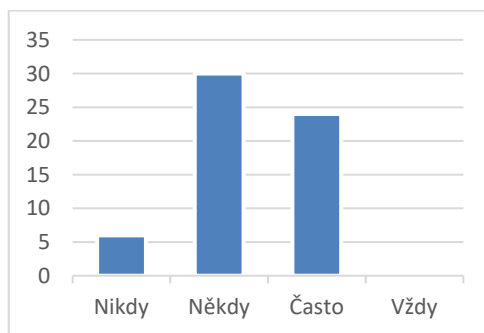
38 respondentů (63%) odpovědělo **silně náročné** Komunikace s rodinou zemřelého, 13 respondentů (22%) Úmrtí pacienta, 9 respondentů (15%) Péče o mrtvé tělo.

34 respondentů (57%) vyhodnotilo **náročné** Úmrtí pacienta, 18 respondentů (30%) Péče o mrtvé tělo, 8 respondentů (13%) Komunikace s rodinou zemřelého.

34 respondentů (57%) sdělilo **málo náročné** Péče o mrtvé tělo, 14 respondentů (23%) Komunikace s rodinou zemřelého, 12 respondentů (20%) Úmrtí pacienta.

63% dotazovaných vyhodnotilo jako **nejnáročnější** výkon komunikaci s rodinou zemřelého.

Otázka č. 15: Dokážete po pracovní době přestat myslet na tyto situace, které zažíváte v zaměstnání?



Graf č. 6: Přemýšlení nad prací po pracovní době

30 respondentů (50%) odpovědělo někdy, 24 respondentů (40%) často, 6 respondentů (10%) nikdy, 0 respondentů (0%) vždy.

Otázka č. 16: Myslíte si, že na vašem oddělení umírá pacient důstojně?

Tabulka č. 11: Důstojné umírání pacienta

Ano	60	100%
Ne	0	0%

60 respondentů (100%) odpovědělo ano, 0 respondentů (0%) ne.

Otázka č. 17: Máte na vašem oddělení vhodné prostory pro důstojné umírání?

Tabulka č. 12: Prostory pro důstojné umírání

Ano	26	43%
Ne	34	57%

34 respondentů (57%) odpovědělo ne, 26 respondentů (43%) ano.

Otázka č. 18: Umožňujete rodinným příslušníkům strávit u svého blízkého jeho poslední chvíle?

Tabulka č. 13: Umožnění rodinám rozloučit se s nejbližším

Ano	14	23%
Ne	46	77%

46 respondentů (77%) odpovědělo ne, 14 respondentů (23%) ano.

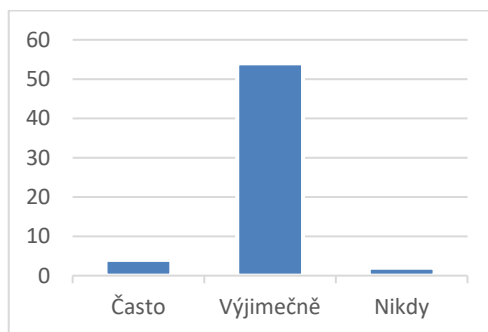
Otázka č. 19: Jak často polohujete pacienta v terminálním stádiu?

Tabulka č. 14: Polohování pacienta v terminálním stádiu

Vždy v pravidelném intervalu	34	57%
Co nejméně, vzhledem k jeho špatnému zdravotnímu stavu	26	43%

34 respondentů (57%) sdělilo vždy v pravidelném intervalu, 26 respondentů (43%) uvedlo co nejméně, vzhledem k jeho špatnému zdravotnímu stavu.

Otázka č. 20: Setkáváte se s nesprávným přístupem kolegyně/kolegů k umírajícímu?



Graf č. 7: Nesprávný přístup kolegyně k umírajícímu

54 respondentů (90%) uvedlo výjimečně, 4 respondenti (7%) často, 2 respondenti (3%) nikdy.

3 Diskuze

Výzkum byl proveden v Nemocnice Počátky s.r.o., kde je I., II., III., IV. oddělení s maximální kapacitou 28 lůžek na každé stanici, dále V. oddělení, které je rozděleno na Sociální lůžka, s kapacitou 20 lůžek a Domov se zvláštním režimem s 30 lůžky. V daném zařízení je zaměstnáno 60 nelékařských zdravotnických pracovníků, tudíž bylo rozdáno 60 dotazníků s plnou návratností.

Zaměřila jsem se na oddělení zdravotních lůžek (I.-IV. stanice), kde je vyšší výskyt geriatrických pacientů v terminální fázi života. Na Sociálních lůžkách jsou taktéž senioři - klienti, ale jsou to většinou čekatelé na Domovy důchodců a na Domově se zvláštním režimem jsou klienti, se zaměřením na Alzheimerovu demenci a jsou ve stabilizovaném stavu. Na každé oddělení jsem předala 10 dotazníků. Pro získání odpovědi jsem použila dotazníkovou formu šetření. Dotazník byl anonymní a zjistila jsem, že mezi zdravotními lůžky, sociálními lůžky a Domovem se zvláštním režimem nebyl zas až tak velký rozdíl v hodnocení, lišil se pouze u dvou otázek. Zda na oddělení jsou vhodné prostory pro důstojné rozloučení a umírání. Ze zdravotních lůžek odpovědělo 34 respondentů (57%) ne, 26 respondentů (Domov se zvláštním režimem, Sociální lůžka) ano (43%). U další, zda umožňujeme rodinným příslušníkům strávit u svého blízkého jeho poslední chvíle, odpovědělo 46 respondentů ze zdravotních lůžek (77%) a z Domova se zvláštním režimem a Sociálních lůžek odpovědělo 14 respondentů (23%) ano. Z toho vyplývá, že na zdravotních lůžkách jsou vícečetné pokoje pacientů, kdežto na Domově se zvláštním režimem jsou většinou jednolůžkové, maximálně dvoulůžkové a je lepší možnost se důstojně rozloučit se svým blízkým.

I tak si myslím, že v zařízení tato pietní místnost chybí. Ale i z vlastní zkušenosti vím, vzhledem k současné koronavirové epidemii, v souvislosti s výskytem onemocnění COVID-19, způsobené novým koronavirem SARS-CoV-2, se kterým se Česká republika potýká, je možnost se se svým blízkým důstojně rozloučit.

Mým prvním cílem bylo zjistit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v terminálním stádiu pacienta v tomto zařízení.

Předpokládala jsem, že kolegyně zhodnotí svou péči o pacienta v terminálním stádiu jako velmi dobrou. Ale dotazník ukázal, že 44 respondentů (73%) zhodnotilo jako dobrou a 16 respondentů (27%) jako velmi dobrou. Žádný respondent nehodnotil jako

špatnou nebo velmi špatnou ošetrovatelskou péči. Domnívala jsem se, že péče o seniory je náročná, což potvrdilo 50 respondentů (83%), 6 respondentů (10%) maximálně náročná a 4 respondenti (7%) spíše, že není náročná.

Myslela jsem si, že poskytovaná péče zcela uspokojuje základní biologické potřeby pacienta, což uvedlo 58 respondentů (97%), pouze 2 respondenti (3%) se domnívají, že neuspokojuje.

Mým druhým cílem bylo zjistit, která část ošetrovatelské péče je nejobtížnější.

Zjistila jsem, že za nejnáročnější výkon v ošetrovatelské péči je komunikace s rodinou zemřelého, což potvrdilo 38 respondentů (63%). V dotazníkovém šetření jsem zjišťovala, zda je komunikace s rodinou umírajícího/zemřelého náročná. 26 respondentů (43%) odpovědělo většinou ano, 22 respondentů (37%) ano, dalších 10 respondentů (7%) uvedlo spíše ne a zbylí 2 respondenti (3%) vůbec ne.

Co se týká ošetrovatelské péče v tomto zařízení, já, v roli pacienta bych byla s kvalitou péče velice spokojena.

První výzkumná otázka zněla: „Jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienty v terminálním stádiu v tomto zařízení?“ Na tuto výzkumnou otázku odpověděli kladně. Tuto poskytovanou ošetrovatelskou péči zhodnotili jako dobrou.

Druhá výzkumná otázka zněla: „Jaké byste navrhli změny v poskytování ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stádiu?“ Hlavní navrženou změnou bylo zřízení pietní místnosti, která by sloužila pacientům v terminálním stádiu a jejich rodinným příslušníkům k důstojnému rozloučení.

Třetí výzkumná otázka zněla: „Jak je toto povolání náročné?“ Respondentky odpověděly, že toto povolání je náročné, jak po psychické, tak i fyzické stránce.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: „Jak zvládáte komunikaci s rodinami zemřelých?“ Respondentky odpověděly většinou ano, že komunikace s rodinou zemřelého je náročná, jelikož se klade vysoký psychický nápor na její osobu.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Mou bakalářskou práci bych chtěla zúročit ve svém zařízení Nemocnice Počátky s.r.o., kde pracuji. Pokusím se navrhnout účinné řešení, které by vedlo ke zlepšení úrovně

ošetrovatelské péče. Nelze totiž zapomínat, že ošetrovatelský proces o terminálně nemocné musí mít své cíle a zohledňovat potřeby umírajícího, kteří velmi často trpí nesnesitelnou bolestí. Důležitá role je připsána doprovázejícím – rodinným příslušníkům a blízkým terminálně nemocných. I ti si zaslouží pozornost, neboť pochopitelně emočně strádají. Efektivní komunikace poskytovaná zdravotnickým personálem značně usnadňuje celkovou situaci pacienta a jeho blízkým a v konečném důsledku přispívá ke zvyšování úrovně poskytované paliativní péče.

Respondentky prezentovaly svůj zájem o problematiku a aktivně se zajímaly o pozdější vyhodnocení. Lze usuzovat, že subjektivní vnímání stavu poskytované ošetrovatelské péče respondentek je relativně v pořádku. Zjištěné nedostatky průzkumu vedly k navržení možného řešení. Výsledky pomohou zlepšit situaci v zařízení a hlavním problémem byla chybějící pietní místnost pro pacienty v terminálním stádiu a jeho rodinu. Tento pokoj by zajistil intimitu, dostatečné soukromí a v neposlední řadě přítomnost rodinných příslušníků, kteří by mohli být umírajícímu na blízku.

Závěr

Práce s pacienty a klienty ve zdravotnických zařízeních není jednoduchá, musí se vynaložit spousta energie a vypětí, na pracovníky jsou kladeny velké nároky. Tento názor zastává i 50 respondentů (83%). Vyžaduje psychickou zdatnost a profesionalitu. Psychickou zdatnost potvrdilo 58 respondentů (97%), profesionalitu 38 respondentů (63%).

Myslím si, že tato práce není dostatečně ohodnocena.

Všeobecné sestry se setkávají s pacienty, kteří jsou soběstační, částečně soběstační, nebo vyžadují komplexní ošetrovatelskou péči. Péče je charakterizována prodloužením délky života seniorů, kteří se dožívají vyššího věku a stále jich přibývá.

Jen u malé většiny pacientů či klientů dojde ke zlepšení jejich soběstačnosti a vrátí se zpět do domácího prostředí.

Přemýšlíme, s kým bychom chtěli nebo jak bychom chtěli strávit stáří. Pro někoho stáří znamená samota, bolest, utrpení. Pacient nebo klient by měl získat důvěru k personálu, zejména k lékaři a všeobecným sestrám. Úkolem těchto profesí je udržet dostatečnou kvalitu života v terminální fázi a zároveň uspokojení biologických, psychologických,

sociálních a duchovních potřeb. Potvrdilo to 58 respondentů (97%), pouze 2 respondenti (3%) ne, což považují za velký úspěch.

Bakalářská práce poukazuje na geriatrického pacienta, který se nachází v terminální fázi života. Umírání není jen smrt, ale je doprovázeno nejčastěji bolestí v důsledku dlouhodobého upoutání na lůžko, vzniká imobilizační syndrom. V dotazníkovém šetření jsem zjistila, že 34 respondentů (57%) polohuje pacienta vždy v pravidelném intervalu, 26 respondentů (43%) polohuje co nejméně, vzhledem k jeho špatnému zdravotnímu stavu. S tímto výsledkem nejsem spokojena z toho důvodu, že pacient, či klient v terminální fázi života by neměl být zbytečně zatěžován a měl by v klidu důstojně odejít. Proto by měl být úkol zdravotníků tento terminální stav včasné zhodnotit a zahájit paliativní péči.

Pacient či klient by neměl trpět bolestí, měl by být dostatečně hydratován a měly by mu být poskytnuty jeho poslední potřeby a přání.

Je důležité, aby pacient nebo klient umíral důstojně. 60 respondentů (100%) potvrdilo důstojné umírání v zařízení Nemocnice Počátky.

Otázky a diskuze se vážou k posledním okamžikům našeho života, bývají spjaté s tenzí, strachem, nejasností a emoční bolestí. Je to přirozené, neboť zdravý člověk, prožívající šťastný a spokojený život, umřít nechce.

Jedná se o vrozený pud, který nás nutí žít a bojovat.

Umírající mají právo umírat v důstojných podmínkách, které mírní utrpení a bolest.

Tato práce je využitelná pro účely zdravotnických pracovníků, kteří pečují o geriatrické pacienty, vyjadřuje pohled na pacienta v terminálním stádiu.

S výsledky bych velice ráda seznámila zařízení, kde jsem prováděla výzkumnou činnost, kde i já sama pracuji.

Seznam použité literatury

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5333-1.

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

Cesta domů – poskytujeme odbornou péči umírajícím a jejich blízkým [online].

Copyright © [cit. 21.04.2021]. Dostupné

z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_europe.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HEGYI, Ladislav. *Základy sociálnej gerontológie*. Bratislava: HERBA, 2012. ISBN 978-80-89171-99-6.

KELNAROVÁ, Jarmila, Martina CAHOVÁ, Iva KŘEŠŤANOVÁ, Marcela KŘIVÁKOVÁ, Zdeňka KOVÁŘOVÁ a Dana HAUSEROVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014-. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3600-6.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

[online]. Copyright © [cit. 21.04.2021]. Dostupné z: <https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-gerontologie7.pdf>

[online]. Dostupné z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:L9F6qSFskDcJ:https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/5097-2-prof-mudr-eva-topinkova-csc.pdf+&cd=6&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>

Paliativní péče | Umírání.cz. *Umírání.cz | informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>

Postup sestry při úmrtí pacienta - Zdraví.Euro.cz. *Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz* [online]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/postup-sestry-pri-umrti-pacienta-288291/check-status/>

Profesionální deformace - zdravotniregistr.cz. *Doktor, ordinace, lékař - zdravotniregistr.cz* [online]. Copyright © 2009 [cit. 21.04.2021]. Dostupné z: <https://www.zdravotniregistr.cz/zajimavosti/profesionalni-deformace>

SLÁMA, Ondřej. Dožít doma. 2.vydání. Brno: Moravskoslezský kruh, 2009, 71 s.

Pečuj doma - DIAKONIE ČCE [online]. Copyright © [cit. 09.04.2021]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz.2010.archiv.diakonie.cz/knihy/anotace-knih/dozit-doma/?action=fd&fid=71>

SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK, ed. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.

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

ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 3. vyd. Přeložil Aranka GÄRTNEROVÁ. Praha: Cesta domů, c2013. ISBN 978-80-904516-5-0.

VÁGNEROVÁ, Tereza. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4620-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

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

Seznam tabulek a grafů

Tabulky:

Tabulka č. 1: Počet dotazníků

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání

Tabulka č. 4: Vyhodnocení ošetrovatelské péče

Tabulka č. 5: V čem je poskytovaná ošetrovatelská péče dobrá

Tabulka č. 6: V čem je poskytovaná ošetrovatelská péče špatná

Tabulka č. 7: Návrh na změnu ošetrovatelské péče

Tabulka č. 8: Zvládání psychické zátěže

Tabulka č. 9: Uspokojování základních biologických potřeb

Tabulka č. 10: Nejnáročnější výkon v zaměstnání

Tabulka č. 11: Důstojné umírání pacienta

Tabulka č. 12: Prostory pro důstojné umírání

Tabulka č. 13: Umožnění rodinám rozloučit se s nejbližším

Tabulka č. 14: Polohování pacienta v terminálním stádiu

Grafy:

Graf č. 1: Praxe ve zdravotnictví

Graf č. 2: Náročnost péče o seniory

Graf č. 3: Náročnost komunikace s rodinou umírajícího/zemřelého

Graf č. 4: Vystupování v zaměstnání jako profesionál

Graf č. 5: Náročnost zaměstnání

Graf č. 6: Přemýšlení nad prací po pracovní době

Graf č. 7: Nesprávný přístup kolegyň k umírajícímu

Seznam příloh

Přílohy A Dotazník.

Příloha A.1 dotazník-vzor

Dobrý den,

Jsem studentkou 3. ročníku Vysoká škola polytechnická Jihlava, bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra. Dostal se k Vám dotazník, který zkoumá a hodnotí téma „Pohled sestry na geriatrického pacienta v terminálním stádiu“. Tento dotazník je určený pro sestry a je zcela anonymní. Sběr informací bude čistě použit ke studijním účelům a přípravě mé bakalářské práce na zvolené téma. Otázky jsou otevřené nebo k zakroužkování.

Děkuji za vyplnění.

Pavčina Chvátalová, studentka VŠPJ

1. Pohlaví

- ☐ Žena
- ☐ Muž

2. Dosažené vzdělání

- ☐ SZŠ
- ☐ VOŠZ
- ☐ VŠ

3. Praxe ve zdravotnictví

- ☐ 0-4 roky
- ☐ 5-9 let
- ☐ 10-14 let
- ☐ 15 a více

4. Jak byste vyhodnotili ošetřovatelskou péči, kterou poskytujete pacientovi v terminálním stádiu? (při hodnocení 1-2, otázka č. 5, při hodnocení 3-4, otázka č. 6)

- ☐ 1 (velmi dobrá)
- ☐ 2 (dobrá)
- ☐ 3 (špatná)
- ☐ 4 (velmi špatná)

5. V čem si myslíte, že je poskytovaná ošetrovatelská péče dobrá?

.....
.....
.....

6. V čem si myslíte, že je poskytovaná ošetrovatelská péče špatná?

.....
.....
.....

7. Navrhli byste nějaké změny při poskytování této péče?

- ☐ Ano (*níže popište*)
- ☐ Ne

.....
.....
.....

8. Myslíte si, že péče o seniory je náročná?

- ☐ Vůbec ne
- ☐ Spíše ne
- ☐ Většinou ano
- ☐ Maximálně

9. Je pro vás komunikace s rodinou umírajícího/zemřelého náročná?

- ☐ Vůbec ne
- ☐ Spíše ne
- ☐ Většinou ano
- ☐ Ano

10. Zvládáte tuto psychickou zátěž?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

11. Myslíte si, že ve své pozici v zaměstnání vystupujete jako profesionál?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

12. Je pro vás někdy toto zaměstnání náročné?

- ☐ Vůbec ne
- ☐ Spíše ne
- ☐ Většinou ano
- ☐ Často

13. Domníváte se, že vámi poskytovaná péče zcela uspokojuje základní biologické potřeby pacienta?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

14. Jaký považujete výkon ve svém zaměstnání jako nejnáročnější?

(uveďte pořadí: 1-málo náročné, 2-náročné, 3-silně náročné)

- ☐ Úmrtí pacienta
- ☐ Péče o mrtvé tělo
- ☐ Komunikace s rodinou zemřelého

15. Dokážete po pracovní době přestat myslet na tyto situace, které zažíváte v zaměstnání?

- ☐ Nikdy
- ☐ Někdy
- ☐ Často
- ☐ Vždy

16. Myslíte si, že na vašem oddělení umírá pacient důstojně?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

17. Máte na vašem oddělení vhodné prostory pro důstojné umírání?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

18. Umožňujete rodinným příslušníkům strávit u svého blízkého jeho poslední chvíle?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

19. Jak často polohujete pacienta v terminálním stádiu?

- ☐ Vždy v pravidelném intervalu
- ☐ Co nejméně, vzhledem k jeho špatnému zdravotnímu stavu

20. Setkáváte se s nesprávným přístupem kolegyně/kolegů k umírajícímu?

- ☐ Často
- ☐ Výjimečně
- ☐ Nikdy

Příloha A.2 Schválení dotazníkového šetření

Pavčina Chvátalová, vrchní sestra

Nemocnice Počátky, s.r.o.

Havlíčková 206

394 64 Počátky

V Počátkách dne 1. 3. 2021

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená paní Chvátalová,

Dovoluji si Vás požádat o povolení uskutečnit ve vašem zařízení Nemocnice Počátky dotazníkové šetření, v rámci mé bakalářské práce na téma:

Pohled sestry na geriatrického pacienta v terminálním stádiu.

Dotazník obsahuje 20 otázek a jeho vyplnění zabere cca 10 – 15 minut.

Pokud byste měla zájem, ráda vás s výsledky šetření seznámím.

Děkuji za Vaši pomoc a těším se na spolupráci.

S pozdravem Chvátalová Pavčina, studentka VŠPJ

LBN I.

LBN II.

LBN III.

LBN IV.

DSK

SOCIÁLNÍ LÚŽKA

V POČÁTKÁCH

1. 3. 2021


Nemocnice Počátky s.r.o.
Havlíčková 206, 394 64 Počátky
IČO: 26216701, DIČ: CZ26216701