

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY
V TERMINÁLNÍM STÁDIU NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ
PÉČE

Bakalářská práce

Autor práce: Hana Tomášková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kusínová

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Hana Tomášková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu na oddělení následné péče
Vedoucí práce:	Mgr. Veronika Kusínová
Cíl práce:	Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu a zmapovat náročnost ošetrovatelské péče o uvedenou skupinu pacientů na oddělení následné péče.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče. V současné době, kdy populace stárne a přibývá starých a nemocných lidí, je uvedené téma velmi aktuální. Péče o pacienty v terminálním stavu je velmi náročná, proto je cílem mé práce zjistit její specifika a zmapovat náročnost ošetrovatelské péče o uvedenou skupinu pacientů na oddělení následné péče. Teoretická část se bude zabývat vymezením pojmu smrti a umírání, terminálním stadiem nemoci, paliativní péčí, péčí o mrtvé tělo, péčí o pozůstalé, fázemi nevyléčitelného onemocnění, potřebami nemocných v paliativní péči, potřebami a specifiky ošetrovatelské péče o terminálně nemocné, úlohami sestry v péči, psychické tísně, fyzické a psychické zátěže a etikou umírání. Oddělení následné péče je určeno pro pacienty, kteří trpí chronickými onemocněními, u nichž ale neočekáváme výrazné zlepšení zdravotního stavu. Přesto péče o ně může přispět ke stabilizaci jejich stavu, nebo dokonce zpomalit průběh nemoci. U pacientů v konečném stadiu onemocnění je snahou zajistit důstojné a komfortní prostředí pro jejich dožití. V praktické části budou prezentovány výsledky získané pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Respondenty výzkumu byly všeobecné sestry pracující v Nemocnici Jindřichův Hradec na oddělení následné péče. Cílem mého výzkumu je zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu a zmapovat náročnost péče o uvedenou skupinu lidí.

Klíčová slova

Ošetrovatelská péče; smrt; umírání; terminální stadium; paliativní péče; oddělení následné péče

Abstract

The bachelor thesis deals with the specifics of nursing care of terminal patients at the department of follow-up care. This presented issue is very topical currently, when the population is ageing and the number of old and ill people is increasing. The care of terminal patients is very demanding; that is why the aim of this thesis is to find out its specifics and to map out the demands of nursing care of aforementioned group of patients at the department of follow-up care. The theoretical part deals with a classification of concepts of death and dying, terminal stage of a disease, palliative care, care of a corpse, care of bereaved, phases of a terminal disease, needs of patients in palliative care, needs and specifics of nursing care of terminal patients, roles of nursing during the care, mental stress, physical and mental burden and ethics of dying. The department of follow-up care is for patients suffering from chronic diseases but without any expectations of a substantial improvement of their health condition. There is an effort to enable a dignified and comfortable environment for terminal patients. The practical part presents results obtained through a qualitative research based on a half-structured interviews. The respondents of the research were general nurses employed in Jindřichův Hradec Hospital at the department of follow-up care. The aim of the research is to find out the specifics of nursing care of terminal patients and to map out the demands of nursing of aforementioned group of people.

Keywords

Nursing care, death, dying, terminal patient, palliative care, the department of follow-up care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila 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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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 vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě 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 Klikněte nebo klepněte sem a zadejte datum.

.....

Podpis studentky

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat paní Mgr. Veronice Kusínové, vedoucí této práce, za její čas, který do práce vložila, za trpělivost, cenné rady i věcné připomínky při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat hlavní sestře paní Mgr. Velimské, která mi povolila provést výzkumné šetření, a zároveň děkuji respondentům, kteří se ochotně zúčastnili výzkumu. Děkuji také mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

Obsah

Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Současný stav problematiky.....	12
1.1 Historie umírání.....	12
1.2 Umírání	13
1.3 Terminální stadium.....	13
1.4 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Ross.....	14
1.5 Smrt	16
1.6 Paliativní péče.....	16
1.7 Péče o mrtvé tělo.....	19
1.8 Péče o pozůstalé	20
1.9 Specifická ošetrovatelská péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění.....	20
1.10 Potřeby nemocných v paliativní péči.....	25
1.11 Úlohy sestry	27
1.12 Psychická tíseň.....	28
1.13 Fyzická a psychická zátěž sester při péči o umírající.....	29
1.14 Etika umírání a smrti.....	29
1.15 Oddělení následné péče	30
2 Výzkumná část	31
2.1 Cíle výzkumu	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
2.3 Metodika výzkumu	31
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí.....	32
2.5 Průběh výzkumu	33
2.6 Zpracování získaných dat.....	33
2.7 Kategorizace výsledků rozhovoru se všeobecnými sestrami.....	33
2.8 Kategorie 1: Terminální stadium	34
2.9 Kategorie 2: Náročnost ošetrovatelské péče.....	43
2.10 Kategorie 3: Problémy v ošetrovatelské péči	45
3 Diskuze	66
4 Návrh a doporučení pro praxi	70
Závěr	71
Seznam použité literatury	72
Přílohy.....	75

Seznam tabulek

Tab. 1: Charakteristika respondentů.....	47
Tab. 2: Terminální stadium	47
Tab. 3: Četnost pacientů	48
Tab. 4: Nejčastější obtíže	48
Tab. 5: Zaměření ošetrovatelské péče	49
Tab. 6: Zajištění ošetrovatelské péče.....	49
Tab. 7: Přístup sester k terminálně nemocnému pacientovi	50
Tab. 8: Výživa	50
Tab. 9: Hydratace	51
Tab. 10: Hygienická péče.....	51
Tab. 11: Vyprazdňování.....	52
Tab. 12: Dýchací cesty.....	52
Tab. 13: Spánek	53
Tab. 14: Bolest.....	53
Tab. 15: Mobilizace	54
Tab. 16: Komunikace – pacient	54
Tab. 17: Komunikace – rodina.....	55
Tab. 18: Denní režim	55
Tab. 19: Spolupráce.....	56
Tab. 20: Psychické potřeby	56
Tab. 21: Sociální potřeby.....	57
Tab. 22: Spirituální potřeby.....	57
Tab. 23: Nejhůře saturovatelné potřeby.....	57
Tab. 24: Důstojné umírání.....	58
Tab. 25: Kvalita života	58
Tab. 26: Autonomie.....	58
Tab. 27: Četnost setkání se smrtí.....	59
Tab. 28: Péče o mrtvé tělo	59
Tab. 29: Péče o pozůstalé.....	59
Tab. 30: Vyrovnaní se se smrtí	60
Tab. 31: Ovlivnění osobního života	60
Tab. 32: Hodnocení náročnosti – nejnáročnější.....	61
Tab. 33: Hodnocení náročnosti – psychická zátěž	61
Tab. 34: Hodnocení náročnosti – fyzická zátěž	62
Tab. 35: Motivace.....	62
Tab. 36: Co se sestrám líbí	63
Tab. 37: Co se sestrám nelíbí	63
Tab. 38: Znalosti	64
Tab. 39: Personální nedostatek.....	64
Tab. 40: Potíže při ošetrovatelské péči	64
Tab. 41: Nápadů na zlepšení	65

Seznam zkratek

EEG	elektroencefalograf
EPUAP	EuropeanPressureUlcer Advisory Panel
NGS	nazogastrická sonda
ONP	oddělení následné péče
PAINAD	PainAssessment in AdvancedDementia Scale
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	permanentní močový katétr
VO	výzkumná otázka

Úvod

„Smrt není zlá, zlá je pouze cesta k ní.“

Publilius Syrus

Téma, které jsem si zvolila pro bakalářskou práci, je „Specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče“. Poslední fáze onemocnění se v lékařském světě často označuje jako terminální stadium, což v podstatě znamená, že pacient se ocitá na konci svého života. Toto období je jedinečné pro každého jednotlivce a jeho blízké. Každý umírající člověk prožívá svou smrt vlastním způsobem. Pacienti a jejich rodiny se v této chvíli často potýkají s hlubokými emocemi a stresem. Je důležité poskytnout jim podporu a porozumění během tohoto obtížného období. Dnešní medicína se zaměřuje na léčbu, snaží se tedy o uzdravení pacientů, avšak na druhé straně se snažíme navrátit i k holistickému pojetí člověka. Znamená to, že člověka uznáváme jako celek s jeho fyzickými, duševními, sociálními a duchovními potřebami. Nyní se ošetrovatelství zaměřuje na individuální potřeby pacientů. Snahou je poskytnout takovou péči, která je kvalitní, komplexní a bezpečná. Klíčovou roli má všeobecná sestra, která v poskytování ošetrovatelské péče pomáhá pacientům při zlepšování jejich zdravotního stavu i při zvládání procesu umírání. Znalosti a dovednosti sestry mohou přispívat k lepší kvalitě života pacientů v jejich posledních dnech (Plevová, 2019).

V dnešní moderní lékařské době s rozvojem technického pokroku se zvyšují terapeutické možnosti, a doba života se tak prodlužuje. Medicína se sice díky technologickému pokroku rozvíjí, což sice zvyšuje možnosti léčby, ale v jistém bodě narazí na určité hranice, kdy není již možné pacienta léčit nebo vyléčit. A tak nastává fáze tlumení příznaků, léčba bolesti i snaha zajistit co možná nejvyšší kvalitu života umírajícího pacienta. Všichni máme jednu životní jistotu, a to, že doba na tomto světě je konečná. Péče o nevléčitelně nemocné pacienty je stále častěji aktuálním tématem. Součástí péče o pacienty je respektování individuálních potřeb a přání, včetně jejich blízkých. Priority potřeb se mění v konečné fázi života a je brán zřetel spíše na spirituální aspekty než na biologické (Bužgová, 2015).

Z důvodu stárnutí populace je problematika umírání aktuální. Prevalence chronických nemocí se zvyšují a je potřeba zdůraznit důležitost ošetrovatelské péče o tyto pacienty v posledních fázích jejich života. Paradigma péče se mění, je kladen větší důraz na kvalitu života u pacientů a na míru jednotlivých potřeb. Ošetrovatelská péče o tuto skupinu pacientů je velmi náročná, a to jak fyzicky, tak emocionálně. Vyžaduje tedy komplexní přístup, profesionální dovednosti a empatii.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na historii umírání, umírání, terminální stadium, smrt, fáze nevléčitelného onemocnění, paliativní péči, hospic, potřeby nemocných v paliativní péči, péči o mrtvé tělo, péči o pozůstalé, specifika ošetrovatelské péče, potřeby nemocných v paliativní péči, úlohy sestry v jednotlivých fázích umírání, psychickou tíseň, fyzickou i psychickou zátěž a etiku umírání a smrti. V praktické části jsou zpracovány výsledky získané od respondentek pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Cíl práce zahrnuje zjištění specifík ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu a zmapování náročnosti ošetrovatelské péče o uvedenou skupinu pacientů na oddělení následné péče.

Motivace

Specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče je téma, které jsem si zvolila pro svou bakalářskou práci. Je to z důvodu, že na tomto oddělení pracuji a velmi často se setkávám s nevléčitelně nemocnými pacienty. Péče o umírající pacienty je velmi náročná. Vyžaduje odborné znalosti z této problematiky, ale i dovednosti sestry. Dané téma jsem zvolila proto, abych porozuměla této problematice hlouběji.

1 Současný stav problematiky

Na první pohled se problematika smrti a umírání může zdát nevhodná pro psaní bakalářské práce, ovšem opak je pravda. Pro někoho toto téma je, vždy bylo a bude tabu, ale tvoří součást lidského života. Pokusme se nahlédnout do jednotlivých témat týkajících se právě této problematiky, abychom jim lépe porozuměli a nesnažili se je vytěsnit z našeho podvědomí. V kapitole historie umírání nahlédneme do dějin, jak se náš vztah ke smrti změnil v průběhu let. V další kapitole budu nahlížet na umírání, terminální fázi umírání a smrt. Popíšeme jednotlivé fáze umírání, kterými nemocný prochází. Dále přiblížíme, jaké jsou principy paliativní péče. V kapitole nazvané Péče o mrtvé tělo se seznámíme s postupy uplatňovanými v této problematice. Blíže nahlédneme do péče pro pozůstalé. Specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění představují rozsáhlou kapitolu, v níž hlouběji nahlédneme do jednotlivých specifických potřeb těchto pacientů. Důležité jsou i úlohy sestry, která o pacienty v terminální fázi života pečuje a věnuje jim dostatek času. S tím je spojena i psychická tíseň, jelikož péče o umírající je velmi náročná. Fyzická a psychická zátěž je celosvětový problém v paliativní péči, v této práci nahlédneme na to, v čem jsou klíčové. Poslední kapitola, nesoucí název etika umírání, se soustředí na problematiku důstojného umírání.

1.1 Historie umírání

Dříve se k umírání a smrti přistupovalo odlišně, než je tomu dnes. Smrt byla důvěrně známá a často všudypřítomná. Lidé se smrti nebáli, protože s ní uměli nakládat. Přechod ze života ke smrti byl pojímán jako plynulý, smrt nebyla vnímána jako ostrá hranice, uplatňovala se představa, že mrtvý spí. Umírající byl středem pozornosti blízkých, rodina o něj pečovala, což bylo běžné a samozřejmé. Péče lékaře se týkala především bohatých či jinak významných osob. Zvyky byly všeobecně známé a platné, tudíž se vše řídilo podle nich. Umírání byla věc veřejná. Probíhala v domácím prostředí, v rodinném kruhu, včetně známých, kteří umírajícího přicházeli vyprovodit na jeho poslední cestě. Obce, církve, chudobince, chorobince a špitály se ujímaly postupně péče o nemocné a umírající. Snažily se pomoci potřebným lidem. Smrt se nyní stává předmětem tabuizace. Smrt se do našeho pojetí začlení jen obtížně (Kupka, 2014).

Pro současnou civilizaci je samozřejmé žít úspěšně, šťastně a dlouho. V dnešní době se člověk nezabývá strastmi, nemocemi, utrpením, nebo dokonce smrtí. Naopak jeví zájem o to, bavit se, užívat si život. Také spoléháme na lékaře, kdy vyspělá medicína umí skutečné zázraky, tudíž v takovémto kontextu je obtížné zemřít. Aktuální představa je taková, že smrt by měla přijít na konci dlouhé a úspěšné cesty životem, a to nejlépe rychle, bezbolestně. Smrt vidíme denně na obrazovkách, vyskytuje se v akčních filmech, sociálních hrách, ale i ve zpravodajství. Problém nastává tehdy, pokud se smrt týká někoho blízkého, v této chvíli jsme skoupí na slovo. Když zemře člověk, pohřbíván bývá rychleji a pohřbu se účastní méně lidí. Na smrt není čas, jakoby se neustálému růstu výkonnosti nesmělo nic postavit do cesty. Se smrtí se dnes zachází tak, jako by nebyla vůbec přirozenou součástí života (Kupka, 2014).

1.2 Umírání

Umírání je přirozený proces, který je pro každého z nás nevyhnutelný. Trvá různě dlouhou dobu a je doprovázeno selháváním organismu a zakončeno nenávratným zánikem čili smrtí. Období těsně před smrtí je nazýváno terminální. Jedná se o náročné období, a to jak pro umírajícího pacienta, jeho blízké, tak i zdravotnický personál. Smrt představuje bolestivou kapitolu lidského života. Vážně nemocní pacienti prožívají lítost nad svým zdravotním stavem a postupně se musí vyrovnávat s celou řadou ztrát a faktem, že se konec jejich dnů blíží. Stav smutku, deprese i zoufalství se různě střídají se stavy spokojenosti, radosti i nadějí. V terminální fázi nemoci se zátěž nemocných různě liší. Někdo v posledních chvílích prožívá radost, někdo naopak trpí. Umírání je časem krize pro všechny zúčastněné. Pocity nejistoty a strachu dominují. Strach ze smrti, bolesti, samoty a utrpení se objevuje nejčastěji. Stav deprese, smutku a zoufání se střídají s různě dlouhými obdobími spokojenosti, nadějí i radostí. Zátěž nemocných v terminální fázi nemoci se liší. Někteří pacienti mohou prožít poslední chvíle života radostně, naopak jiní velice trpí (Plevová, 2019; Burda a Šolcová, 2016).

1.3 Terminální stadium

Terminální stadium neboli terminální stav představuje specifickou klinickou situaci, kdy se celková související péče mění. Důležitou charakteristikou diagnózy „terminální stav“ je předpoklad, že patologické změny již nejsou vratné. Nelze je tedy korigovat. U pacienta, který trpí pokročilým nádorovým onemocněním, je smrt nevyhnutelným a očekávaným koncem. Může být v různém časovém horizontu, týdnů, dnů, hodin. Za terminální považujeme stav, pokud splňuje minimálně jedno hlavní a jedno vedlejší kritérium. Hlavní kritérium může být například metastatické onemocnění či pokročilá progresse nádorového onemocnění. V terminální fázi onemocnění není cílem léčby prodloužení umírání, ale minimalizace diskomfortu. Zaměřujeme se především na zmírnění duševních symptomů, zmírnění tělesných obtíží i na psychickou podporu umírajícího. Doporučeny jsou ošetrovatelské léčebné postupy, které mají sloužit k udržení kvality života pacienta (Křemenová, 2021).

1.3.1 Fáze nevléčitelného onemocnění

Nevléčitelné onemocnění z hlediska medicíny dělíme na tři fáze: prefinem, in finem a post finem.

Fáze prefinem — před koncem

Lékař zde sděluje pacientovi závažnost jeho onemocnění, které není léčitelné nebo je ve fázi, kdy byly všechny léčebné možnosti vyčerpány. Prognóza onemocnění je beznadějná. Podpora a psychická pomoc jsou v tomto období důležité, protože psychická rezignace, úzkost nebo deprese by mohly zhoršit rozvoj nemoci. Umožněme nemocnému být mu nablízku například tím, že ho chytíme za ruku nebo ho pohladíme. Pacientovo smiřující se období s blížící se smrtí, může být různě dlouhé. Ošetřující personál by měl nechat pacienta v této fázi samostatného, s ošetrovatelskými činnostmi mu pouze dopomoci (Burda a Šolcová, 2016).

Fáze in finem — terminální stav

Mluvíme o období vlastního umírání. Tento stav může trvat různě dlouhou dobu – několik týdnů, dnů i hodin. Blížkost smrti je bezprostřední, dochází k poruchám dýchání, k tzv. apnoickým pauzám (zástava dechu po určitý časový interval), pacientovi klesá krevní tlak, je obtížně hmatný pulz, často se vyskytuje tachykardie (rychlý srdeční rytmus) s arytmiemi (porucha srdečního rytmu). Nemocný není schopen perorálního příjmu stravy a tekutin, nabízené tekutiny odmítne z důvodu problému s polykáním. Dále dochází ke změně stavu vědomí, rysy tváře se špičatí, končetiny chladnou, dostává se mramorového koloritu kůže. V neposlední řadě se sníží produkce moče i stolice. Následuje klinická smrt, dech a srdeční činnost se zastavily, zatímco mozková činnost je ještě zachována. Poslední etapou je smrt biologická, kdy na záznamu EEG není vidět žádná aktivita mozku (Kupka, 2014).

Fáze post finem — úmrtí

Vzniká smrtí zmíněného člověka a zahrnuje péči o tělesnou schránku zemřelého a psychické strádání pozůstalých. Smrt je velmi významným okamžikem pro pozůstalé. Někdy může žal probíhat normálním způsobem, avšak nebývají výjimkou úzkostné či depresivní reakce. Pozůstalí někdy nejsou schopni náročnou, krizovou situaci zvládnout a nevědí, jak požádat o pomoc, nemají si s kým pohovořit o svých pocitech. V této chvíli můžeme rodinným příslušníkům nabídnout pomoc paliativního týmu, psychologa nebo kněze. Když zemře terminálně nemocný člověk, měli bychom nechat příbuzné, aby se rozloučili se zemřelým, věřící lidé se mohou pomodlit. My zdravotníci můžeme například otevřít okno, aby duše mohla opustit tělo. Poslední fáze zahrnuje prohlídku mrtvého těla lékařem, dále zaopatření těla, pohřeb, popřípadě kremaci (Špatenková, 2014; Kupka, 2014).

1.4 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Ross

Smíření se se závažnou nemocí probíhá v pěti fázích, které popisuje švýcarsko-americká psycholožka Elisabeth Kübler-Ross (1924–2004). Lékařka zasvětila svůj život práci s umírajícími pacienty. V šedesátých letech minulého století na Pritzker School of Medicine při Chicagské univerzitě začala vést semináře, jež byly založeny na rozhovorech s terminálně nemocnými pacienty. Elisabeth Kübler-Ross podporovala také rozvoj hospicového hnutí (Kübler-Ross, 2015).

1.4.1 První stadium — popírání a izolace

„Ne, to se určitě netýká mě, to nemůže být pravda.“ Takto reaguje většina pacientů, jejich prvotní reakcí je ochromení a otřes, dochází k narušení jejich dosavadního života. Nemocný si pravdu nechce připustit, má pochyby, zda lékař neudělal nějakou chybu, nebo jeho výsledky byly omylem zaměněny. Dokonce může vyžadovat propuštění ze zdravotnického zařízení či změnu lékaře. Tato reakce se považuje za jakousi obranu, která má nemocnému pomoci se s touto skutečností vyrovnat. Fáze popírání se někdy může objevit i v dalších fázích, proto je důležité správné načasování rozhovoru s nemocným pacientem i jeho rodinou o nadcházející skutečnosti. Podle Elisabeth Kübler-Ross je důležité, aby se nevyléčitelně nemocný pacient zabýval spíše tématem života než myšlenkou na smrt (Kübler-Ross, 2015).

1.4.2 Druhé stadium — zlost

Ze slovní reakce „Ne, to se určitě netýká mě, to nemůže být pravda“ si nemocný klade otázku: „Proč zrovna já?“ Nemocný pacient je plný zlosti, je podrážděný a plný negativních emocí. Nemůže pochopit, proč právě jeho postihla tato nemoc. Zlobí se na své okolí, trápí se svým proviněním. Agrese, zlost vůči druhým lidem bývá ve druhém stadiu typická. Pacientův hněv se obrací na všechny strany, vybíjí se takřka na komkoli, kdo se právě namane. Druzí se radují z každodenních činností, kdežto on musí ležet v posteli. Má pocit, že jeho pobyt v nemocnici je zbytečný. Péče o pacienty v této fázi je mnohem složitější, neboť jejich nenávist nemá hranic. Pacienti využívají stále větší pozornosti tím, že opakovaně zvoní na ošetřující personál, stěžují si nebo naříkají. Návštěvy blízkých osob jsou mu lhostejné, jakoby ukazoval, jak je mu ubližováno. Rodina odchází se smutkem a pocitem viny. Je zapotřebí věnovat umírajícímu dostatek času a pozornosti. Klíčovou rolí je empatický přístup zdravotnického personálu, umět naslouchat nemocnému, být k němu vstřícný a tolerovat jeho hněv. Při zjištění, že pro okolní svět není lhostejný, jeho nenávist ustoupí (Kübler-Ross, 2015).

1.4.3 Třetí stadium — smlouvání

Je méně známé, ale stejně užitečné pro umírajícího — byť pouze na chvíli. Umírající pacienti mívají snahu docílit jakési dohody nebo prosby, aby oddálili nevyhnutelné. Prosí o odklad, smlouvají, slibují dobré chování. Sliby bývají spojeny s pocitem viny. Tajně se modlí a prosí o uzdravení. Hledají jiné způsoby vyléčení, žebříčky svých dosavadních hodnot přehodnocují. Kdokoliv se v jejich blízkosti pohybuje – rodina, blízcí nebo zdravotnický personál –, by si měl uvědomit, že nemocní potřebují čas, aby přijali skutečnost blížící se smrti. Věnujme se pacientům, budme empaticí, tolerantní a komunikujme s nimi o věcech, které jsou pro ně důležité (Kübler-Ross, 2015).

1.4.4 Čtvrté stadium — deprese

V této fázi pacient své onemocnění již nepopírá. Nemocný se začíná ve svých pocitech více ztrácet. Zpočátku to jsou každodenní činnosti, radosti, až nakonec přichází o vše a všechny, které miluje. V neposlední řadě se musí vyrovnávat s bolestí a přijmout fakt, že jeho odchod z tohoto světa se blíží. Elisabeth Kübler-Ross ve své knize uvádí dva typy depresí: reaktivní a přípravnou. V reaktivní depresi je pacient doprovázen zoufalstvím, pocitem studu a viny z utrpené ztráty. Můžeme mu nabídnout pomoc například v podobě zaopatření jeho domácnosti nebo jiné potřebné věci, kterou zmiňuje. V depresi přípravné hrozí ztráta očekávaná. Snaha pacienta rozveselit a říkat mu, aby se na věci nedíval chmurně, bývá naší prvotní reakcí, bohužel jsou to jen projevy našich vlastních potřeb, před pohledem na sklíčenou tvář. Neverbální komunikace, dotyk, pohlazení a podobně jsou v této fázi namístě (Kübler-Ross, 2015).

1.4.5 Páté stadium — akceptace

Umírající pacient dosáhne stavu, kdy hněv a depresi nepopírá, pokud měl dostatek času a dostalo se mu určité pomoci při překonávání předchozích stadií. Již nemá potřebu truchlit nad hrozící ztrátou pro něj důležitých lidí a věcí. Na svůj blížící se konec pohlíží v tichém očekávání. Zvyšuje se potřeba spánku, neboť je nemocný unavený, slabý, přeje si být sám,

vyhýbá se návštěvám a nechce komunikovat s námi ani se svou rodinou. Akceptace je vnímána za šťastné stadium, avšak toto tvrzení je mylné. V tomto těžkém období potřebuje rodina nemocného více podpory a pomoci než sám umírající (Kübler-Ross, 2015).

1.5 Smrt

Smrt neboli ukončení lidského života. Každý člověk je jedinečný, a proto i zde platí, že smrt a chvíle před smrtí prožívá každý jinak. Nelze ji odejmout z našeho osudu a její načasování je nejisté. Úmrtí je chvílí, ve které by nikdo neměl být sám. Smrt je pojímána jako něco nevyhnutelného. Strach ze smrti je normální, má svůj evoluční význam a pramení z pudu sebezáchovy. Smrt představuje pro mnoho lidí změnu hodnot. Lidé najednou vnímají život intenzivněji a mění priority. Většina starých lidí dokáže blížící se smrt lépe akceptovat, bojí se smrti méně, zejména pokud prožili smysluplný život. Duchovní orientace člověka výrazně ovlivňuje přístup ke smrti. Rozdělujeme smrt na klinickou, definitivní a mozkovou. O klinické smrti mluvíme při zástavě životních funkcí dechu a srdce, nemusí to být vždy definitivní a je možné tento stav speciálním zásahem zvrátit. Při definitivní smrti nedochází k obnově daných funkcí. Mozková smrt má za následek nevratné vymizení všech funkcí mozku. Nauka o umírání nese název thanatologie a přináší možnosti, jak nahlížet na smrt. Tématem smrti se zabývala i řada psychologů, například Sigmund Freud, který považoval pud ke smrti za jednu ze dvou hlavních pudových složek člověka (Špatenková, 2014; Thorová, 2015; Špinková, 2016; Slavíková a kol., 2020).

1.6 Paliativní péče

Pojem *paliativní péče* pochází ze slova *pallium* neboli maska. Znamená to maskovat nebo přikrýt účinky nevléčitelného onemocnění. Tato forma se zaměřuje na zlepšování kvality života u pacientů, kteří trpí pokročilou nebo terminální fází nemoci. Je poskytována především lidem, kteří trpí nějakým onkologickým onemocněním, ale je využívána i u jiných vědních oborů. Paliativní péče zahrnuje spolupráci různých oborů lékařských, ale podílejí se na ní i zdravotníci, sociální pracovníci, psychologové, duchovní a jiní. Je složité definovat paliativní péči. Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2002 paliativní péči definovala následovně: *„Přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasnou identifikací a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“* Například Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) definovala paliativní péči v roce 2009 takto: *„Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb, a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddluže. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.“* V České republice (ČR) je paliativní péče podle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v § 5 definována takto: *„Paliativní péče je druhem zdravotní péče,*

jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.“ Paliativní medicína se zabývá celkovou péčí o pacienty, u nichž neúčinkuje léčba kurativní. Hlavním cílem je především léčba bolesti, ale nesmíme zapomínat ani na psychické, sociální a duchovní potřeby nemocného. Paliativní medicína umožňuje, aby pacienti žili co nejkvalitněji až do svého konce. Co je kvalitní život? Tento pojem není definován, protože každý člověk si sám určuje, co pro něj znamená kvalitní život. Jim poskytuje podporu v průběhu nemoci u svého blízkého. Zaučuje je do péče a pomáhá jim s přípravou na situaci, kdy může dojít ke zhoršení stavu a následné ztrátě jejich milovaného. Paliativní péče pomáhá pozůstalým, pokud je potřeba, i po zármutku (Kupka, 2014; Tomeš a kol., 2015; Sláma a Kabelka, 2022).

1.6.1 Typy paliativní péče

Paliativní péče je rozdělena na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich odbornosti a je zaměřena na časnou identifikování nevléčitelného onemocnění a zlepšení kvality života pacienta. Tato péče zahrnuje léčbu symptomů a pravidelně upravuje léčebný plán podle potřeb pacienta. Důležitou součástí je řádná léčba bolesti a poskytování sociálního poradenství a podpora jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Většina jedinců na konci svého života by měla zlepšení své situace díky efektivitě v rámci tohoto přístupu. Mnoho pacientů preferuje péči v domácím prostředí. Bohužel, ale rodiny nemají často dostatek znalostí a dovedností, aby se o své blízké dokázaly postarat. I když se příbuzní učí základy péče od zdravotních sester, není v jejich silách, aby vše zvládali sami. Proto se často uchylují k domácí péči. Mezi formy obecné paliativní péče patří například ambulance praktického lékaře, ošetřující lékař v nemocnici, všeobecné sestry v domácí péči a další (Bužgová, 2015; Kabelka, 2017).

Specializovaná paliativní péče

Jde o multidisciplinární péči poskytovanou týmem odborníků. Tato péče vyžaduje vyškolený personál s vyšší úrovní kvalifikace. Hlavním cílem specializované hospicové péče je poskytnout péči pro pacienty s chronickým onemocněním a těm, kteří jsou v poslední fázi života. Tato služba by měla být v různých formách péče dostupná, ať už je pacient kdekoli. Mezi zařízení poskytující specializovanou péči patří oddělení paliativní péče. Toto oddělení by mělo vytvářet atmosféru podobnou domácímu prostředí s důrazem na soukromí a s možností neomezených návštěv. Mezi základní organizační formy specializované paliativní péče patří domácí hospice, lůžkové hospice, mobilní ambulance paliativní péče, denní stacionáře a další zařízení, jako jsou poradny nebo půjčovny pomůcek (Bužgová, 2015; Kabelka, 2017).

1.6.2 Hospic

Slovo *hospic* pochází z latinského slova *hospitium* (útulek). Hospicová péče je jednou z forem paliativní péče a znamená provázení člověka v konečném stadiu jeho života. Hospicovou péči začaly poskytovat kláštery pro unavené poutníky, kde se jim dostalo odpočinku, jídla, vody, byly jim ošetřeny putováním unavené nohy, dostalo se jim i duchovní pomoci. Později kláštery pečovaly i o nemocné v blízkých vesnicích. O vznik moderního, hospicového hnutí v 60. letech 20. století se postarala anglická sestra, lékařka a spisovatelka Cicely Saunders. Její hlavní myšlenkou hnutí bylo zlepšení podmínek pro umírající. Roku 1967 v Londýně založila první

moderní hospic sv. Kryštofa. Hlavní snahou je náležitá péče o nemocného spíše než samotná léčba, kde již není naděje na jeho vyléčení. Hospice od této doby vznikají po celém světě. Hlavní myšlenka hospice je navrácení umírání do domácího prostředí. Umírajícím pacientům je umožněno strávit své poslední chvíle smysluplně a podle svých přání. Cílem je zajistit, aby mohli umírat v přirozeném domácím prostředí a být obklopeni svými nejbližšími. Pokud nelze péči poskytnout doma, jsou k dispozici prostory a zařízení k tomu určené. Někteří pacienti chtějí strávit své poslední dny v těchto zařízeních, kde budou mít péči a kde se budou cítit dobře. Hospice nemocným pacientům zaručují, že nebudou trpět bolestmi, jejich důstojnost bude vždy respektována a nebudou v posledních chvílích svého života osamoceni. Před přijetím do hospice jsou hodnocena určitá kritéria, aby se zajistilo, že jsou přijímáni pacienti, kteří skutečně potřebují péči hospice. Mezi tato kritéria patří naléhavost situace, závažnost nemoci, která ohrožuje života pacienta, nutnost poskytnutí paliativní péče a nedostatečnost domácí péče pro pacienta. Hospicová péče se skládá ze tří základních forem (Kupka, 2014; Tomeš a kol., 2015; Kísvetrová, 2018; Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2024).

Domácí hospic — mobilní paliativní péče

Domácí hospic je relativně nová služba ve srovnání s hospici lůžkovými. Domácí hospice poskytují zdravotní péči, kterou zajišťují sestry a lékaři a je k dispozici nemocnému 24 hodin, sedm dní v týdnu. Zdravotnický tým vede lékař se specializací v paliativní medicíně, dále všeobecné sestry a sociální pracovník. Pokud je potřeba odborné psychologické péče, přichází za umírajícím terapeut, na přání i duchovní, například kněz. Podle vývoje nemoci se mění péče o pacienta. Na konci života jsou léčba a péče poskytovány doma. Za pacientem domů přijíždí lékař, kde ho ošetří – přímo v jeho lůžku – a dostane se mu stejné zdravotní péče, jako by byl hospitalizován v nemocnici. Základním znakem domácích hospiců je vytvářet co nejkomfortnější podmínky k životu u těchto pacientů (Kupka, 2014; Nezbeda, 2016).

Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je samostatné zařízení, které se snaží vytvářet atmosféru domova. Kapacita lůžek bývá různá, ale obvykle se pohybuje mezi 20 až 30 lůžky. Některé hospice poskytují jednolůžkové pokoje s možností přistýlky pro blízké umírajícího, kteří umírajícího sice neošetřují, ale pouze ho doprovázejí. Je zde kladen důraz na vytvoření domácího prostředí. Rodinní příslušníci mají neomezené návštěvy u lůžka nemocného. Kromě léčby symptomů je velký důraz kladen i na péči o psychosociální a duchovní potřeby pacientů (Kupka, 2014).

Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Jde o jakousi ambulantní formu péče. Pacient je přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Využívá se například, když se pacientovi nepodaří zvládnout bolest doma, aplikace chemoterapie, ale i jiné paliativní léčby. Další z důvodů je, kdy rodina není schopna otevřené komunikace, není schopna mluvit o pocitech, které jsou na obou stranách intenzivní. Vhodná je pro pacienty, kteří nepotřebují trvalou péči na lůžku, a pro pacienty v místě nebo poblíž hospice. Dopravu pacienta zajišťuje rodina nebo hospic (Kupka, 2014).

1.7 Péče o mrtvé tělo

Při každém úmrtí pacienta je povinností ošetřujícího personálu přivolat lékaře. Pouze lékař je kompetentní k prohlášení člověka za zemřelého na podkladě jistých a nejistých známek smrti. Mezi jisté známky smrti patří posmrtná bledost, posmrtné skvrny, chladnutí těla, ztuhlost a posmrtný rozklad. Do nejistých známek smrti patří zástava dechu, zástava srdeční činnosti, pokles tělesné teploty, ochabnutí svalstva i zornice nereagující na světlo. Lékař provede prohlídku těla zemřelého, znamená to ohledání celého těla. Součástí ohledání je i kontrola dutiny ústní ke zjištění, zda zemřelý neměl zubní náhrady nebo zuby ze žlutého či bílého kovu, počet musí lékař zapsat. To platí i pro šperky, které nelze sejmout, v takovémto případě je můžeme ponechat, ale je důležité je nahlásit lékaři, který je zaznamená do Listu o prohlídce zemřelého. Po ohledání těla lékařem, přebírá péči o zemřelého sestra s dalším členem ošetrovatelského týmu. Sestra je povinna do dokumentace zaznamenat přesný čas úmrtí a ohledání těla lékařem. Při péči o zemřelé tělo si zajistíme soukromí. Požádáme ostatní pacienty, zda by na chvíli nemohli opustit pokoj. V takovéto chvíli je důležité pracovat důstojně, šetrně a s úctou. Z lůžka pacienta odstraníme vše, co by nám bránilo v šetrném manipulování se zemřelým. Zemřelého svlékneme a provedeme hygienickou péči. Odstraníme veškeré invazivní vstupy, jako jsou permanentní močový katétr, drény, NGS-sonda. U odstraňování intravenózní kanyly musíme místo řádně přelepit, poté, co ustane krvácení, náplast odstraníme. Tělo uložíme do vodorovné polohy a ruce dáme podél těla. Oči zemřelému zavřeme. Bradu podvážeme obinadlem, aby se neotvírala ústa. Nepodvazujeme velkou silou, aby mohl na tváři zůstat přirozený výraz. Nastává důkladné označení těla podle zvyklostí pracoviště. Na stehno zemřelého napíšeme lihovým fixem jméno a příjmení, datum narození, rodné číslo, datum a čas úmrtí a oddělení, na kterém pacient zemřel. Identifikační náramek na horní končetině se ponechává. Některá oddělení používají cedulky z pevného papíru, jsou na nich stejné údaje, jen se připevňují na palec u nohy. Tělo je zabaleno do prostěradla a ponecháno dvě hodiny v místnosti pro zemřelé. Po uplynutí dvou hodin může být tělo převezeno na patologické oddělení. Důležitou nezbytností je soupis pozůstalosti. Sepisování se zúčastní minimálně dvě osoby, kdy jedna osoba zapisuje a druhá ukládá věci do tašky. Pozůstalost se dokumentuje do Knihy pozůstalosti nebo se vypisuje speciální formulář, který se vypisuje v kopii, která zůstává v dokumentaci zemřelého. Originální formulář bude předán rodině při předávání pozůstalosti. Sepisují se osobní věci, doklady, zubní náhrada, kde se zapíše, zda se jedná o horní, nebo dolní zubní náhradu, popřípadě zda je z bílého, či žlutého kovu, cennosti a peněžní obnos. Při sepisování šperků musí sestra zapisovat počet a barvu, tedy zda se jedná o bílý, či žlutý kov, nikdy ne, že měl zemřelý dva zlaté nebo stříbrné prsteny. Veškerou pozůstalost dokumentují osoby, které ji i sepisovaly, jedna, která ji sepisovala, a druhá jako svědek. Pozůstalost předává sestra blízkým po předložení občanského průkazu a zároveň jim vyjádří upřímnou soustrast. Po předání se podepíše sestra, jež předávala pozůstalost, spolu se svědkem, včetně pozůstalého, který věci převzal. Po celou dobu se sestra chová empaticky a taktně (Burda a Šolcová, 2016; Špinková, 2016).

1.8 Péče o pozůstalé

Truchlení pozůstalých osob má různé podoby. Může se projevovat emocionálně, kognitivně nebo tělesně. Všechny tyto pocity, prožitky jsou normální. Úmrtí blízkého člověka se rázem stává zátěžovou životní situací a v jediném okamžiku se změní pozůstalým život. Blízcí často potřebují podporu a pomoc při obnovení své osobní rovnováhy. Největší oporou by měli být především rodina a přátelé. Bohužel si příbuzní mnohdy udržují odstup, protože nevědí, jak se zachovat, mají obavy, že by svým chováním mohli truchlícího nějak zranit. Stále více pozůstalých se obrací na odborníky se svými potížemi a vyhledávají poradenství nebo psychoterapii. V naší práci je zásadní naslouchat, zachovat důvěrnost, projevit soucit a být empatictí. Mluvit o trápení je bolestivé, ale zároveň nutné. V první řadě je velmi důležité, aby lékař důstojně zvládl danou situaci. Není přípustné, aby lékař informace o úmrtí blízkého člověka sdělil vestoje na chodbě mezi dveřmi. Pro takto závažné sdělení musí zvolit klidné a nerušené místo. Zdravotnický personál se pozůstalým představí a vyjádří soustrast. Je potřeba nechat pozůstalým dostatek času, aby zprávu mohli nejen přijmout, ale také se s ní vyrovnat. Nebráníme se diskusi. Nabídneme pomoc psychologa, sociálního pracovníka, popřípadě pomoc duchovní (Kupka, 2014; Ondriová, 2021).

1.9 Specifická ošetrovatelská péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění

Umírající člověk má nutnost uspokojit své potřeby stejně, jako je tomu u zdravého člověka. Lidské potřeby chápeme jako projevy nějakých nedostatků nebo nadbytků v určitých oblastech. Jedna z neznámějších klasifikací je Maslowova hierarchie potřeb, u níž rozlišujeme dvě kategorie. Za první nižší potřeby – základní (fyziologické, psychosociální, potřeby jistoty a bezpečí) – a za druhé vývojově vyšší, tzv. potřeby růstu (potřeba sounáležitosti, lásky, uznání, sebeúcty a potřeba seberealizace). Hierarchií rozumíme pořadí v prožívané naléhavosti potřeb. Uspokojování potřeb u umírajících lidí má jinou dimenzi a určité zvláštnosti. Na stupni pokročilosti onemocnění, přítomnosti dalších závažných onemocnění, podpoře rodiny i stavu prostředí závisí potřeby umírajících pacientů. Péče o umírající má jiná specifika, na rozdíl od běžné ošetrovatelské péče. Zabývá se především hodnocením a řešením bolesti, nechutenstvím, dušností, slabostí. Zaměřuje se i na psychosociální a spirituální pomoc při progresi jejich onemocnění. Péče léčebná je nahrazena péčí paliativní. Nemocní lidé by neměli na potřeby rezignovat a s pomocí odborníků je naplnit alespoň zčásti. Pro období konce života je podstatný komplexní holistický přístup v propojení s potřebami biologickými, psychosociálními a spirituálními. Prioritní potřeby se nemocí mění a v závěru života se preferují spíše spirituální potřeby (Bužgová, 2015; Trachtová, 2018; Kabelka, 2018).

1.9.1 Bolest

Bolest je nepříjemná, sensorická a emocionální zkušenost spojená se skutečným anebo potenciálním poškozením tkáně. Bolest může být akutní nebo chronická. U akutní bolesti nástup bývá náhlý, trvá krátce a po odstranění vyvolaného podnětu odezní. O chronické bolesti mluvíme, trvá-li déle než tři měsíce. Významně ovlivňuje kvalitu života pacienta a v denních aktivitách ho omezuje. Může se objevovat i v klidu. Bolest pacientovi vždy věříme a nikdy mu ji

nevyvracíme, podstatně ovlivňuje kvalitu života a omezuje pacienta v denních aktivitách, ale může být přítomna i v klidu. Bolest pacienta nikdy neodsuzujeme, věříme mu ji. U bolesti posuzujeme charakter, lokalizaci, kvalitu, šíření, intenzitu, časový faktor, vyvolávající faktory. Opakovaně hodnotíme bolest individuálně v pravidelných i nepravidelných intervalech podle aktuálního stavu pacienta. Při nonverbální komunikaci se může bolest projevit úlevovou polohou pacienta, změnou chování – agresí, tachykardií, opocením, bledostí, grimasami aj. Umírající pacienti mívají často narušenou schopnost verbálně komunikovat. K posouzení bolesti můžeme využít různé nástroje. Jedním z nich je vizuální analogová škála (VAS), kde hodnota 0 znamená žádnou bolest a hodnota 10 označuje nesnesitelnou bolest. Dalším nástrojem může být výrazová škála, která se zaměřuje na výrazy obličeje, nebo mapa bolesti. Pro pacienty s pokročilou demencí nebo seniory, kteří nemohou odpovídat, se používá škála PAINAD, která vyhodnocuje různé indikátory bolesti, jako jsou dýchání a bolestivá vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Péče o umírajícího pacienta s bolestí je velmi individuální. Moderní analgetická léčba má k dispozici řadu preparátů, různé intenzity v různých formách podání (perorální, transdermální, injekční). U onkologicky nemocných pacientů je podávání opioidů namísto, proto sledujeme případné nežádoucí účinky. Mohou se projevovat nejčastěji nauzeou, zmateností, obstipací, útlumem dechového centra ad. Kromě analgetik můžeme v rámci ošetrovatelské péče pomoci pacientovi polohováním (Kalvach, 2019; Kopáčiková a kol., 2015; Zrubáková a Bartošovič, 2019).

1.9.2 Únava

Únava ovlivňuje pohodu pacienta, jeho aktivity denního života, vztah s rodinou, náladu a v konečném důsledku i samotný léčebný režim. Únava bývá nejčastějším symptomem, který se projevuje slabostí, nechutenstvím, nedostatkem energie, smutkem, depresí, emocionální labilitou, bolestí celého těla, ztrátou schopnosti vykonávat tělesné aktivity, až ztrátou smyslu života. Příčiny mohou být různé, dlouhotrvající stres těžké nemoci. U pacienta v terminálním stadiu onemocnění nacházíme nerovnováhu v metabolismu z důvodu vyčerpávajícího boje s nemocí. Únava se zvyšuje s blížícím se koncem, někdy se může jednat o nežádoucí účinek opioidů, který během několika dnů odezní. Pacientovi umožňujeme pro obnovu energie aktivní odpočinek (Kalvach, 2019; Kopáčiková a kol., 2015).

1.9.3 Dušnost

Dušnost můžeme definovat jako subjektivně prožívaný symptom provázený produkcí sputa, kašlem, bolestí na hrudi, únavou a podobně. Jedná se o nejhůře snášený pocit z nedostatku dechu. U pacientů vyvolává fyzickou i emocionální tíseň. Na vzniku dušnosti se významně podílí i psychická složka. V rámci posouzení dušnosti je potřebné se zaměřit na charakter a intenzitu dušnosti, vyvolávající faktory a podněty, které zhoršují dušnost. Dušného pacienta monitorujeme pomocí oxymetru, přístroje k měření nasycení hemoglobinu kyslíkem v krvi, kdy fyziologická hodnota je 95–100 %. Při naměření hodnoty pod fyziologickou mez se může jednat o hypoxemii (sníženou hodnotu kyslíku v krvi) nebo cyanózu (namodralé sliznice a kůže). Ve všech případech informujeme lékaře a podáme kyslík. Preferujeme kyslíkové brýle. Kyslíková maska může některé pacienty „dusit“, a tak zvyšovat jejich úzkost. Těžká dušnost, nazvaná *ortopnoe*, je u pacientů v terminálním stadiu onemocnění další patofyziologií v souvislosti s dýcháním. Mezi nejdůležitější úkoly sestry patří péče o psychologickou stránku nemocného.

Porozumění pacientovým obavám a úzkostem může dušnost pozitivně ovlivnit. Mezi další možnosti nefarmakologické léčby dušnosti můžeme zařadit polohování pacienta, ortoptickou polohu (polohu v sedě), dechovou rehabilitaci. V případě těžké dušnosti, kterou není možné zvládnout pomocí léčiv ani psychoterapie, přistupuje lékař po dohodě s pacientem k farmakologické sedaci. Velmi často se u pacientů v posledních hodinách objevuje hlasité, chrčivé dýchání. Jde o příznak objevující se u pacientů v agónii. Toto chrčivé dýchání vyvolává u zdravotníků i rodiny strach a pocit, že se pacient dusí. Jednou z příčin chrčivého dýchání může být neuvážená parenterální hydratace. Odsávání z dýchacích cest obvykle nepomáhá, v opačném případě může být pro pacienta velice nepříjemné, a zvyšuje tak riziko zvracení a aspirace, všeobecná sestra může ulehčit umírajícímu tím, že mu zvýší horní polovinu těla a hlavu (Kalvach, 2019; Kopáčiková a kol., 2015).

1.9.4 Výživa a tekutiny

Umírající pacienti nepocítují žízeň ani hlad. Vyskytuje se u nich řada symptomů, které souvisí s poruchou příjmu výživy a tekutin. Mezi tyto symptomy patří nedostatek energie, sucho v ústech, nadýmání, nauzea, zvracení, nechutenství, střídání zácpy nebo průjmu, bolestivé změny v dutině ústní, úbytek na váze, změny chuti k jídlu. Výživu a tekutiny řadíme do fyziologických potřeb člověka, přičemž nedílnou součástí tvoří pestrost a vyváženost stravy. Jídlem svému tělu dodáváme energii. Stravu podáváme s ohledem na pacienta. Konzumaci jídla a pití podporujeme, měla by pacientovi přinášet potěšení. Snažíme se zachovat stravovací zvyklosti. Máme snahu, vyhovět pacientovým chutím. Bohužel, když tělo umírá, je zcela přirozené, že nechce přijímat potravu. Stravovací návyky se pomalu mění. Nejprve vynechává maso, později těžko stravitelné pokrmy. Nakonec i potraviny měkké. Preferuje tekutou stravu před pevnou. Úkolem sestry je sledování snědené stravy, její zaznamenávání a kontaktování nutričního terapeuta. Pokud pacientovi nejsme schopni zajistit dostatečný příjem stravy per os (ústí), můžeme doplnit vhodným nutričním doplňkem známým jako sipping (popíjení). Tento přípravek s obsahem vitaminů a stopových prvků je snadno vstřebatelný, energetický a je připravený k okamžitému použití. Popíjí se vychlazený a je vhodné užívat jej i mezi jídly. V případě zhoršení stavu nemocnému pomáháme s pitím i s jídlom, popřípadě ho nakrmíme. Malnutrice (špatný stav výživy) bývá velmi častým příznakem nádorového onemocnění. Také kachexie (úbytek svalové hmoty) se řadí k těmto příznakům, a právě v těchto případech je doporučena enterální výživa (umělá výživa podávaná do trávicího traktu). U umírajících pacientů můžeme podáváním enterální výživy zlepšit nutriční stav, zpomalit rychlé zhoršení stavu a zvýšit kvalitu života. Podávání výživy a tekutin je možné realizovat pomocí nazogastrické sondy (NGS) nebo perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Při nutriční podpoře přistupujeme k pacientovi individuálně a respektujeme jeho přání. Ta by měla sloužit ke zlepšení kvality života, ne k prodlužování utrpení. Oproti stravě, může mít umírající člověk velkou potřebu pít. Nabízíme malé množství tekutin v častých intervalech. Podáváme buď čajovou lžičkou, brčkem, stříkačkou, nebo kojeneckou lahví. Tekutiny podáváme spíše chladné, s minimálním obsahem kyselin, zvláště u nemocných s poraněními v dutině ústní. Pokud pacient není schopen polykat, opakovaně mu otíráme rty navlhčeným čistým kapesníkem, který může sát. Pro rodinu je velmi náročné, když pacient přestane pít. Rodina často žádá lékaře o infuze, aby nemocný neměl pocit žízně, avšak v takové blízkosti smrti je tento postup

zcela nežádoucí, jelikož necitlivě zasahuje do přirozeného odcházení těla, a mohou tak nemocnému přitížit (Špinková, 2016; Bužgová, 2015; Kopáčiková a kol., 2015; Kalvach, 2019).

1.9.5 Nevolnost a zvracení

Nevolnost a zvracení výrazně nemocnému snižují kvalitu života. Nevolnost (nauzea) je subjektivní pocit, který bývá popisován jako nutkání ke zvracení, a může být doprovázen příznaky, jako jsou bledost, pocení, tachykardie, zvýšené slinění nebo průjem. Nevolnost může vzniknout z různých příčin, například při naplněném žaludku, specifické chuti nebo nežádoucích účincích zahájené opioidní léčby. Zvracení (vomitus) obvykle navazuje na nevolnost a dochází k vypuzení obsahu žaludku ústy. U umírajících pacientů může mít zvracení mnoho příčin, jako jsou např. stenóza v zažívacím traktu, zpomalená peristaltika, léky, psychogenní potíže, ale i postižení CNS nádorem. Je vhodné posoudit užívání dosavadní medikace, četosti trvání zvracení. Neléčené zvracení může vyvolat nerovnováhu vnitřního prostředí, což vede ke sníženém příjmu potravy, k dehydrataci, úbytku hmotnosti, a dokonce i poškození sliznice jícnu. Nejúčinnější terapií jsou antiemetika, léky proti nevolnosti a zvracení. Léky pacientům podáváme v dostatečných dávkách a intervalech, přiměřenou aplikační cestou podle ordinace lékaře. Pokud nemocný pacient zvrací silně, je možné zavést nazogastrickou sondu, z důvodu substituce tekutin a iontů, avšak zavedení nazogastrické sondy indikujeme u umírajících pacientů velmi uvážlivě. Dalším možným postupem je úprava stravy. Nemocnému pacientovi podáváme lehce stravitelné jídlo, v menších porcích. Preferována je spíše chladnější strava bez výrazných chutí. Dopřejeme také nemocnému dostatek času na jídlo, i odpočinek po něm (Kalvach, 2019; Kopáčiková a kol., 2015).

1.9.6 Péče o pokožku

Pacienti s nevléčitelným onemocněním v terminálním stadiu bývají často imobilní. Nejčastějších příčin vzniku imobility pacienta je mnoho. Mohou to být progresivní nádorové onemocnění, metastázy, bolest, slabost aj. V souvislosti s imobilitou jsou pacienti ohroženi vznikem dekubitů. Dekubitus, známý také pod názvem proleženina, představuje pro nevléčitelně nemocného pacienta závažnou komplikaci. Nejčastěji užívaná klasifikace je EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Klasifikace dekubitů rozlišuje čtyři stadia. V 1. stupni je postižené místo zarudlé, oteklé, ale kůže není poškozena. Ve 2. stupni dochází ke tvorbě puchýřů a vředů, protože došlo k poškození kůže a podkoží. Třetí stupeň je charakteristický úplnou ztrátou kožního pokryvu. Ve 4. stupni dochází k úplné ztrátě kůže a podkoží, je obnažen sval, šlacha i kost, vznikají nekrózy. Jedná se o dekubitus, který je nejzávažnější. Klasifikace EPUAP je rozšířena o stadium bez určení stupně dekubitu, kdy neznáme rozsah ani hloubku rány a nelze jej spolehlivě určit, a o stadium podezření na hluboké poškození tkání, kdy neznáme hloubku rány, avšak postižená část může být bolestivá než okolní tkáň. Bohužel ne vždy je možné jejich vznik zabránit. Ošetřování dekubitů je zdlouhavé a obtížné, proto pokožce věnujeme maximální pozornost při hygieně. Na pokožku dbáme, aby byla v suchu a čistotě, zejména v oblastech, které jsou vystaveny pocení nebo působení jiných sekretů. Často se jedná o genitálie, podprsí a další místa s kožními záhyby. Abychom předešli vzniku proleženin, otlaků a opruzenin, ošetřujeme pokožku vhodným krémem. V prevenci dekubitů hraje důležitou roli i nepříznivý vliv moče či stolice. V terminálním stadiu bývají pacienti často inkontinentní, proto zajišťujeme pravidelnou výměnu inkontinenčních pomůcek.

Zcela nepřijatelné jsou neprodyšné podložky nebo pleny, které zapařují pokožku pacienta, čímž narušují integritu kůže. Z ošetřovatelského hlediska se v prevenci zaměřujeme na polohování pacienta a šetrnou manipulaci s nemocným. Umírajícího pacienta pravidelně polohujeme, po dvou hodinách ve dne, v noci po třech hodinách. Polohy střídáme a vyhovíme i pacientovým přáním. Pokud mu je polohování nepříjemné například z důvodu bolesti, zbytečně ho tím nevyčerpáváme. Dbáme na prevenci proleženin používáním antidekubitních pomůcek, které chrání predilekční místa, kde se proleženiny tvoří. Predilekční místa se nachází v oblasti s malou vrstvou tukové a svalové tkáně. V poloze na zádech se jedná o místa, jako jsou záhlaví, sedmý krční obratel, hřebeny lopatek, lokty, kostrč a paty. Při poloze na boku jsou nejohroženější místa v oblasti spánkové kosti, ramenního kloubu, lokte, hřebenu kosti kyčelní, vnější i vnitřní strany kolen a kotníky. Antidekubitních pomůcek je několik typů, nejčastěji se používají molitanové, které jsou pevnější a uplatňují se v korekčním polohování, dále kuličkové, jejichž výhodou je omyvatelnost, avšak mohou zvyšovat potivost spojenou s porušením kůže pacienta. Dalšími možnostmi jsou speciální nafukovací matrace, které mírné polohování zajistí automaticky, dále antidekubitní podložky z paměťové pěny, antidekubitní kola, loketní návleky a další. Někdy postačí i stočená deka nebo polštář. Nedílnou součástí je upravené, suché a čisté lůžko. Příčin vzniků dekubitů může být mnoho, jako nejčastější se uvádí tlak, tření, vlhká pokožka, vlhké ložní prádlo, neopomeneme také věk pacienta, stav výživy, kachexii, poruchu prokrvení pokožky a podobně. K vyhodnocení rizikových skupin nemocných podle vzniku dekubitů se nejčastěji využívá stupnice podle Nortonové, nicméně existují i další škály. Podle stupnice Nortonové hodnotíme schopnost spolupráce pacienta, jeho věk, stav kůže, související nemoci, fyzický stav, pohyblivost, aktivitu a inkontinenci. Každá položka má hodnotu jednoho až čtyř bodů, kde jeden bod znamená nejméně a čtyři body nejvíce. Maximální celkový počet bodů je 36, riziko vzniku dekubitů nastává při 25 bodech a méně. Pokud má pacient nižší skóre, je riziko vzniku dekubitů zvýšené. Hodnocení rizika dekubitů u pacientů provádíme při příjmu na oddělení, přehodnocujeme jednou za týden, ale i při změně pacientova stavu (Hlinková a kol., 2019; Vytejková a kol., 2015; Brabcová, 2021; Dosebaba a kol., 2021).

1.9.7 Péče o vyprazdňování

S horšícím se stavem, spavostí, celkovým vyčerpáním organismu po náročné léčbě, s nechutí přijímat tekutiny či poruchách polykání či změnách v dutině ústní, dále při medikaci opioidy, které vedou k zadržování tekutin, se pacienti potýkají s potížemi při močení. Retence moče neboli zadržování moče je stav, kdy pacient není schopen vyprázdnit močový měchýř. Projevuje se bolestmi břicha – především podbříšku –, neklidem pacienta a někdy se může retence podílet na vzniku deliria. Jako první možnost volíme zavedení močového katétru do močového měchýře, kde můžeme sledovat diurézu. U pacientů v terminálním stadiu onemocnění se v rámci vyprazdňování často vyskytují také zácpa, průjem, meteorismus a inkontinence. Zácpu (obstipaci) můžeme definovat jako obtížné vyprazdňování střeva malého množství tuhé, tvrdé stolice méně než jednou za čtyři dny. Nejčastějšími faktory způsobujícími zácpu jsou například snížený příjem vlákniny ve stravě, imobilita pacienta, obstrukce střev, ztráta, snížený příjem tekutin, některé léky i soukromí při vyprazdňování. Zácpa je jedním z nežádoucích účinků podávání opioidů. Proto se u pacientů v terminálním stadiu onemocnění podávají laxativa pro snadnější vyprázdnění. Pokud se pacient vyprázdní málo, je možné mu podle ordinace lékaře podat Lactulosu, glycerinový čípek či mikroklyzma. Manuální vybavení

stolice provádí lékař pouze v případě dlouhodobé obstipace, pro nemocného bývá velice nepříjemná, proto je vhodné výkon provést v analgosedaci. Pacientovi nabízíme potraviny, které stolici změkčují, například mléčné kysané výrobky, tekutiny, kompotované ovoce. Při vyprazdňování zajistíme dostatek soukromí a vhodnou polohu. Všeobecná sestra při komunikaci edukuje rodinu nemocného o vhodných potravinách a nápojích, které zabrání vzniku zácpy. Další problém, který provází pacienty v terminální fázi života, je inkontinence stolice. Inkontinence je porucha, při které dochází k samovolnému úniku stolice z tlustého střeva. Nemocného pacienta, který trpí inkontinencí stolice, je nutné udržet v čistotě a suchu. Správným výběrem inkontinenčních pomůcek (pleny, speciální kalhotky) zabráníme opruzeninám a infekci (Vytejková a kol., 2015; Kabelka a Chvílová-Weberová, 2022).

1.9.8 Zmatenost a neklid

Ve chvílích před smrtí se stává, že umírající bývá často neklidný, hází sebou sem a tam, provádí bezcílné pohyby rukama a nohama, či se snaží vstát z lůžka. Tyto projevy naznačují, že postupně ztrácí kontakt s tímto pozemským světem. Těmto stavům můžeme předcházet i tím, že mu ponecháme svítit malé světlo nebo tiše necháme hrát rádio. Umírajícímu jsme nablízku, postačí sedět na jeho lůžku a držet ho za ruku. Tím mu dáváme najevo, že není sám a může se uklidnit. Někdy to ovšem nepomáhá. Rizikem zmatenosti a neklidu je, že způsobuje bariéru v komunikaci, ohrožuje pacienta rizikem pádu i úrazu (Zárubová, 2014; Modrá pomněnka, 2015).

1.9.9 Spánek

Dostatečný spánek a klidné noci patří k významným faktorům kvality života paliativních pacientů. U pacientů se často vyskytují poruchy spánku, které mohou být obtěžující symptomy, jako jsou bolest, kašel, pocit nervozity, sucho v ústech, zvracení, potíže s dýcháním, pocit smutku, podrážděnost, bolestivé změny v dutině ústní, změna prostředí, rušivé okolní vlivy. Insomnie je nejčastěji vyskytující se poruchou spánku. Cílem nespavosti je odstranění vyvolávající příčiny, může se jednat například o nevhodně upravené lůžko. Podle pacientova stavu můžeme upravit denní režim. V paliativní péči je při nespavosti jako podpůrná ošetrovatelská intervence prioritou poskytovat podporu pacientovi i jeho rodině. Cílem je udržet normální rytmus spánku a bdění, a to tím, že pacienta zapojujeme do aktivit během dne. Přítmí a šero podporují denní pospávání a časovou dezorientaci pacienta, samozřejmost představuje dobře vyvětraná místnost (Zárubová, 2014; Modrá pomněnka, 2015).

1.10 Potřeby nemocných v paliativní péči

Ošetrovatelská péče o pacienty v paliativní péči a pacienty v terminálním stadiu onemocnění se nezaměřuje jen na biologické potřeby, nýbrž uspokojuje potřeby psychické, sociální a spirituální. Komplexní ošetrovatelská péče se rovněž nazývá holistickou (Špatenková, 2014).

1.10.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby vycházejí ze základních potřeb každého člověka. Do biologických potřeb zařazujeme vše, co tělo potřebuje. Patří sem potřeba dýchání, přijímání potravy a vody, spánek

a odpočinek, vylučování, vyměšování, udržení tělesné teploty, hygienická péče, potřeba bezpečí, potřeba rozmnožování a být bez bolesti. Zdravý člověk si potřeby biologické ani neuvědomuje, jejich uspokojení probíhá automaticky. Během hospitalizace se potřeby přirozeně mění. V terminálním stadiu onemocnění jsou nejčastější potřeby zejména v příjmu potravy a tekutin, ve vylučování, dýchání a zajištění bezbolestného a nerušeného spánku. Postupná ztráta soběstačnosti vede k odkázání na pomoc druhých lidí při uspokojování základních potřeb. Postupně dochází ke změnám představ o kvalitě života umírajících a upřednostňují potřeby vyšší před nižšími. Hlavní potřebou pacienta v terminální fázi onemocnění je být bez bolesti. Při péči o nevléčitelně nemocné pacienty je pro všeobecné sestry nejdůležitější plnit pacientova přání, a na bolest je potřeba pohlížet komplexně (Bužgová, 2015; Špatenková, 2014).

1.10.2 Psychické potřeby

Respektování lidské důstojnosti, smíření se s nemocí souvisí s psychickou potřebou. Pacienti v terminálním stadiu onemocnění cítí bezmoc. Uvědomují si konec své existence. Zpravidla bývají fyzicky i psychicky unavení, cítí se ohroženi, mívají strach z umírání i smrti. U pacientů v terminální fázi onemocnění bývá nepřítomnost rodiny nejčastějším problémem. Lhostejností ze strany rodiny nemocný zažívá často pocit odmítnutí, zklamání, odloučenosti. Tyto pocity pacienta je potřeba si uvědomit a snažit se mu pomoci od těchto myšlenek a negativních emocí, být mu nablízku. Pocit, který má v době umírání, že má milované nablízku, je nejpodstatnější. Všeobecná sestra, ale i ostatní členové týmu, by měli udělat všechno pro to, aby mu zpříjemnili a usnadnili jeho poslední chvíle na tomto světě. Ošetřující personál by měl být empatický a v případě potřeby nabídnout pacientovi pomoc psychologa či kněze (Kalvach, 2019; Špatenková, 2014).

1.10.3 Sociální potřeby

Jakmile jsou uspokojeny biologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, nabývají na důležitosti sociální potřeby. Jsou tvořeny citovými vztahy k partnerovi, rodině, přátelům. Významný deficit se projevuje u umírajících v uspokojování sociálních potřeb. Nemocný stojí o návštěvy, potřebuje je, nikoli však vždy a ne všechny. Pocit sounáležitosti patří mezi nejdůležitější sociální potřeby. Nejsilnější vazby má obvykle s rodinou, ale nejen s ní. Pacient by neměl být izolován od domova ani od svých nejbližších a při dlouhodobé hospitalizaci se pacient dostává do sociální změny, která se výrazně zužuje na nejbližší rodinné členy, zdravotníky a spolupacienty. Čím je nemocný pacient blíže smrti, tím se stává uzavřenější před svým okolím a jeho touha po společenském kontaktu klesá. Jeho přáním je kontakt se skutečně blízkým člověkem, někým, kdo k němu má opravdový vztah, nenechá ho samotného, respektuje jeho rozhodnutí a při umírání ho doprovodí na jeho poslední cestě (Špatenková, 2014).

1.10.4 Spirituální potřeby

Tyto potřeby zařazujeme mezi vyšší potřeby. Uspokojení duchovních potřeb slouží ke snížení úzkosti a jsou důležitým zdrojem vyrovnání se s nejistotami v životě. Spiritualita je významná v životech mnoha lidí. Je významným zdrojem zdraví a pohody. Spirituální potřebu má každý jedinec, nejen věřící. Při zvládání těžké životní situace, jako je terminální stadium,

má spiritualita svůj hlavní význam. Mnoho pacientů má zbožné představy, ale u mnohých z nich tyto potřeby nejsou saturovatelné, což může negativně ovlivnit jejich zdraví, schopnost zvládat onemocnění, realizovat rozhodnutí ohledně léčby. V pokročilé fázi vážné nemoci se umírající často začínají zabývat otázkami týkajícími se smyslu svého života. Pro každého člověka je důležité vědět, že jeho život měl a má význam, až do posledního okamžiku. Pokud není tato potřeba uspokojena, může dojít k hluboké duchovní nouzi. Dostatečné uspokojování potřeb u pacientů v terminálním stadiu onemocnění ovlivňuje celkovou kvalitu života. Důležitý je individuální přístup k pacientovi. Všeobecná sestra by se měla zaměřit na příznaky smutku, zlosti, úzkosti, deprese, neklidu. Při uspokojování spirituálních potřeb hrají důležitou úlohu nejen praktické zručnosti sestry, ale i její vědomostní předpoklady. Spiritualita se v ošetrovatelství používá stále častěji, zejména při uplatňování holistické péče, která klade důraz na péči o všechny jednotlivce po stránce biologické, psychologické, sociální a spirituální (SovářiováSošová, 2022).

1.11 Úlohy sestry

Pro sestru v paliativní péči je klíčové, aby byla schopna doprovázet nemocného a jeho rodinu v této náročné situaci. Je důležité, aby byla seznámena s principy této formy péče, měla odpovídající znalosti, dovednosti a rozuměla otázkám spojeným s umíráním a smrtí. Pozitivní přístup, příjemné prostředí, klidná atmosféra umožňují snazší zapojení rodinných příslušníků, kteří ve stresové situaci neadekvátně reagují a mnohdy nevědí, co mají v této situaci dělat. Profesionální tým by měl rodinným příslušníkům poskytnout jistotu, že nejsou sami a že mají naši podporu. V rámci svých obvyklých kompetencí, které všeobecné sestry běžně vykonávají na svých pracovištích, jsou tyto dovednosti jakýsi nadstandard. I když sestra není školeným psychologem, její role je přesto nezastupitelná, to ona bývá prvním zdrojem dojmu a emocí s ním spojených. Sestry, které pracují s umírajícími, musí mít velmi dobrý pozitivní vztah k těmto pacientům, dále empatii, podporovat nedirektivní přístup, umět ovládat své emoce, být vyrovnané se svou smrtelností a mít i smysl pro humor (Bednařík a Andrášiová, 2020; Zacharová, 2016).

1.11.1 Úlohy sestry v jednotlivých fázích umírání

Všeobecná sestra by měla chápat, že člověk, který se blíží ke konci svého života, potřebuje citlivou péči. Pacient pravděpodobně bude chtít mluvit o svých pocitech spíše se sestrou než s lékařem, a proto je důležité nabídnout mu naději, aniž bychom ztratili kontakt s realitou. Během celého procesu umírání by sestra neměla unikat od nemocného. I když jsou fáze umírání obecně definovány, není zaručeno, že se vždy budou řídit tímto pořadím. Některé fáze se mohou opakovat, střídat nebo se mohou v průběhu jednoho dne prolínat vícekrát. Ošetřující personál by neměl být tímto faktem nikdy překvapen (Kelnarová a Matějková, 2014).

1. fáze. V této fázi příliš nezasahujeme, zasáhneme jen tehdy, pokud péči či léčbu pacient odmítá. Důležité je, aby pacient věděl, že není v této obtížné situaci sám. Popírat skutečnost není možné, je důležité zůstat ve spojení s realitou. Pokračujeme v posilování nezávislosti a schopnosti péče o sebe. Naší snahou je budovat důvěru komunikací, i když nemáme vždy dostatek času.

2. fáze. Měli bychom mít na vědomí, že se na nás pacient nezlobí, ale snažíme se zmírnit jeho destruktivní chování například tím, že se může zlost či strach vyjádřit slovy. My jako ošetřující personál projevujeme empatii. V této fázi je vhodné otevřeně diskutovat o jeho zlosti a hněvu, aniž bychom ho napomínali.
3. fáze. Čas je pro pacienta velice důležitý, musí se smířit se skutečností, že umírá. Klíčové je zůstat po jeho boku tak dlouho, jak si to přeje. Sestra by měla s pacientem komunikovat a pomáhat mu stanovit si malé, ale reálné cíle. Je vhodné ocenit umírajícího za jeho úsilí při dosahování těchto cílů. Zůstaňme trpěliví.
4. fáze. V této fázi dochází k separaci od života, proto není vhodné jakkoliv umírajícího pacienta rozveselovat. Stačí jen tiše sedět vedle něj a držet ho za ruku. Akceptujeme pláč, důstojnost, přítomnost blízké osoby, rodiny je namístě. Nedílnou součástí jsou komunikace s rodinou umírajícího pacienta a nacházení řešení.
5. fáze. Umírající si nepřeje být sám. Naším úkolem je zajistit naši přítomnost, přítomnost jeho nejbližších, abychom mu mohli poskytnout blízkost, dotek, aby věděl, že nezůstal sám – zapomenut (Kelnarová a Matějková, 2014).

1.11.2 Komunikace s umírajícími pacienty

Komunikace s pacientem, který má nevléčitelnou nemoc, je emocionálně náročná. Je nezbytné mít kromě empatie i hlubší porozumění. Pokud člověk sám neprožil setkání s takovýmto pacientem ve svém okolí, může být obtížné si plně uvědomit, jak složité je komunikovat s někým, kdo umírá. Pacient často reaguje na svou nemoc agresí, úzkostí a podobně, což může být velmi stresující pro jeho okolí. Zdravotníci by měli být připraveni na řešení této náročné situace, jak ze strany samotného pacienta, tak i jeho rodiny. Fáze popsané Kübler-Ross nám poskytují užitečný rámec. Pacient má právo vyjadřovat své emoce a my ho nesmíme za jeho reakce odsuzovat. Otázka spojená s koncem života by měla být vždy iniciována samotným pacientem, ne námi. Nevyhýbejme se odpovědím na otázky, které pacienta zajímají. Právě otevřená komunikace o úzkosti a strachu ze smrti nám pomůže vytvořit vztah plný důvěry mezi námi a pacientem. Někdy je i mlčení tou nejlepší formou komunikace. Hovořme jen tolik, kolik si sám pacient přeje slyšet. Neberme pacientovi naději, protože naděje pro něj může být jako poslední stéblo pro tonoucího. Měli bychom se přiblížit k péči s uměním a tvůrčí kreativitou, abychom dokázali přizpůsobit péči každému pacientovi a situaci individuálně (Kabelka, 2020; Opatrný, 2017; Bednařík a Andrášiová, 2020).

1.12 Psychická tíseň

Poskytování péče umírajícím pacientům a jejich rodinným příslušníkům jako doprovázejícím osobám může být náročné a klade na zdravotnický personál vysoké emoční nároky. Doprovázení umírajících pacientů v jejich posledních dnech života může být pro zdravotníky obohacujícím zážitkem. Na druhé straně toto neustálé vystavování emocionálním situacím a stresu může mít negativní dopad na psychiku doprovázejících osob. Pro sestru je velmi důležité, aby pečovala také o sebe. Péče o pacienta, který umírá, je jeden z nejnáročnějších aspektů této práce. Pro ošetřující personál je tato situace náročná a vyžaduje odolnost a schopnost řešit kritické situace. Úspěšné zvládnutí této náročné práce spojené s konfrontací

a vlastními emocemi je klíčem k úspěchu. Důležitá je rovněž znalost thanatologie, neboli nauky o smrti. Ošetřující personál nemůže sdílet své pracovní problémy s rodinou nebo přáteli, což může vést k narušení přátelské či partnerské vazby. Další stresující situací je jakýkoliv kontakt s rodinou umírajícího, kde se mohou objevovat stížnosti, výhrůžky či žaloby. Pacienti mohou prožívat určité nepohodlí během léčebných nebo jiných zákroků, jako jsou například převazy, což pro ně může být nepříjemné. Práce ve zdravotnictví je provázena různými specifickými vlivy, které mohou mít dopad na zdraví zdravotníků. Někteří z nich mohou projevit symptomy neurastenie, různé formy deprese a často se objevuje syndrom vyhoření (Zacharová, 2016).

1.13 Fyzická a psychická zátěž sester při péči o umírající

Poskytování péče pro umírající pacienty a jejich rodinné příslušníky v roli doprovázejících osob může být náročné a přináší zdravotnickým pracovníkům vysokou zátěž z hlediska duševního zdraví. Být s umírajícími pacienty v jejich posledních chvílích a snažit se zmírnit jejich utrpení je pro zdravotníky náročný zážitek. Neustálé vystavování utrpení negativně ovlivňuje duševní stav těch, kteří péči poskytují. Je potřeba si uvědomit, že je nezbytné pečovat i o svou vlastní pohodu. Poskytování péče umírajícímu pacientovi patří k nejnáročnějším úkolům. Pro zdravotnický personál představuje umírající pacient vysokou emoční zátěž, vysokou míru odolnosti a schopnost zvládat extrémní situace. K úspěšnému zvládnutí této náročné péče je nezbytné vyrovnání se s vlastními emocemi, pocity a uvědoměním si vlastní smrtelnosti. Další významně náročnou situací je konverzace s pacientem a jeho blízkými. Jakákoliv interakce s rodinou představuje náročné chvíle. S prací ve zdravotnictví souvisí i riziko pro zdraví některých zdravotníků v podobě projevů vyhoření a různých forem deprese. Dnes se tento problém často označuje za syndrom vyhoření. Fyzická námaha se ve zdravotnictví především týká personálu na lůžkových odděleních. Největší fyzickou námahu pak obnáší práce zdravotníka na oddělení s imobilními nebo částečně imobilními pacienty, kde je potřeba pravidelně pacienty polohovat, provádět rehabilitační cvičení a osobní hygienu. Fyzická zátěž souvisí i s nepříznivými podmínkami na různých odděleních, často se pojí s hmotností pacienta i špatnými prostorovými dispozicemi. Klíčovým problémem, je nedostatek personálu, který zvyšuje náročnost ošetrovatelské práce (Kurucová, 2016).

1.14 Etika umírání a smrti

Etika ve zdravotnictví tvoří pevný základ pro ošetrovatelskou péči a obě tyto oblasti by měly harmonicky spolupracovat. Ošetrovatelská etika získala větší pozornost až s rozvojem samotného oboru ošetrovatelství. Jedním z klíčových aspektů etiky umírání je respektování důstojnosti a autonomie jedince. Každý člověk by měl mít právo rozhodovat o způsobu, jakým chce prožít své poslední dny a jak chce přistupovat k léčbě, či odmítnutí léčby v koncové fázi života. Je důležité poskytnout pacientům prostor a podporu pro vyjádření jejich přání a hodnot v této klíčové fázi. Dalším důležitým aspektem je zachování důvěrnosti a soukromí pacientů. Péče o umírajícího člověka by měla být prováděna s ohledem na jeho osobní integritu a citlivě, s respektem k jeho přáním a potřebám. Etika umírání také zahrnuje důležitost komunikace s pacienty i jejich rodinami. Otevřená a empatická komunikace může hrát klíčovou roli v poskytování emocionální podpory a usnadňování procesu smíření se se smrtí. Zároveň by se

etika umírání měla týkat i péče o rodiny a blízké umírajícího, poskytování podpory a porozumění během bolestného procesu ztráty. Celkově lze říci, že etika umírání a smrti je zakořeněna v úctě k lidskému životu a lidské důstojnosti. Jejím cílem je zajistit, aby pacienti a jejich rodiny byly ošetřovány s respektem, soucitem a pochopením, a aby jejich poslední dny byly co nejdůstojnější. Klíčový aspekt vztahu mezi sestrou a pacientem spočívá zejména ve vytváření mezilidských vztahů a v péči o nemocné (Ptáček a Bartůněk, 2014; Kelnarová a Matějková, 2014).

1.15 Oddělení následné péče

Oddělení následné péče je určeno hospitalizovaným pacientům s nutností jak zdravotní, tak ošetrovatelské péče. Z akutních oddělení se pacienti překládají do následné péče k doléčení, k rehabilitaci a při ustálení zdravotního stavu pak propuštění z oddělení následné péče zamíří buď do domácího prostředí, kde se pak pokračuje v rekonvalescenci za podpory rodiny nebo domácích pečovatелů, anebo nemocní mohou být přesunuti do zařízení se sociální péčí, jako jsou domovy pro seniory nebo rehabilitační centra. O délce hospitalizace rozhoduje lékař na základě posouzení aktuálního zdravotního stavu pacienta, tudíž je individuální (Holmerová, 2014).

2 Výzkumná část

V následující kapitole jsou uvedeny cíle práce a výzkumné otázky.

2.1 Cíle výzkumu

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stadiu.
2. Zmapovat náročnost ošetrovatelské péče o uvedenou skupinu pacientů.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče?

VO2: Jaká je náročnost ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče?

VO3: S jakými problémy se setkávají všeobecné sestry při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče?

2.3 Metodika výzkumu

Před začátkem výzkumného šetření jsem oslovila hlavní sestru v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s., se žádostí o schválení výzkumu ve zdravotnickém zařízení na oddělení následné péče. S výzkumem souhlasila (viz příloha A).

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce jsem použila kvalitativní výzkumné šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami. Všeobecné sestry pracující na oddělení následné péče byly kritériem pro tento výzkum. Se sestrami jsem se domluvila na rozhovorech osobně. Před rozhovorem musely podepsat respondentky souhlas s účastí ve výzkumu a s nahráváním rozhovoru na diktafon, ten není z důvodu zachování anonymity součástí BP, ale je u autorky. Po jejich souhlasu s vykonáním rozhovoru jsme se sešly mimo nemocniční prostředí a uskutečnily rozhovory. Setkání probíhalo v kavárně, za přítomnosti vždy jedné respondentky a autorky. Po jejich souhlasu jsem respondentkám položila celkem 43 otázek. Každý rozhovor trval přibližně 20 minut a byl prováděn s každou všeobecnou sestrou individuálně. Nejdelší rozhovor trval 28 minut a nejkratší 15 minut.

Práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění. Pro svoji práci jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo, na základě schválení výzkumu hlavní sestrou, realizováno na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s. (viz příloha A).

Pro sběr dat byla použita kvalitativní metoda polostrukturovaného rozhovoru. Respondenti odpovídali na předem připravené otázky. Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly vytvořeny tak, aby se vztahovaly k VO bakalářské práce. Otázky pro polostrukturovaný rozhovor obsahuje příloha C.

Po návratu z výzkumného prostředí byly nahrávky ihned přepisovány do písemného záznamu. Písemný záznam byl nutný ke kódování technikou „tužka a papír“.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí

Výzkumné šetření bylo provedeno u deseti respondentek ve věkovém rozmezí 23–62 let. Všechny respondentky byly všeobecné sestry pracující na oddělení následné péče.

Respondentka č. 1 je žena ve věku 49 let. Na oddělení následné péče pracuje šest let a její pracovní zařazení je vrchní sestra. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské s akademickým titulem Bc. Ve zdravotnictví pracuje již 31 let.

Respondentka č. 2 je žena ve věku 44 let. Na oddělení následné péče pracuje 13 let, její pracovní pozice je všeobecná sestra. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitní zkouškou. Ve zdravotnictví pracuje již 25 let.

Respondentka č. 3 je žena ve věku 25 let. Na oddělení následné péče pracuje 2,5 roku, její pracovní pozice je všeobecná sestra. Nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné, zakončené neakademickým titulem DiS. Ve zdravotnictví pracuje též 2,5 roku.

Respondentka č. 4 je žena ve věku 32 let. Na oddělení následné péče pracuje osm let a její pracovní pozice je všeobecná sestra. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské zakončené akademickým titulem Bc. Ve zdravotnictví pracuje osm let.

Respondentka č. 5 je žena ve věku 38 let. Na oddělení následné péče pracuje šest let a její pracovní pozice je všeobecná sestra. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitní zkouškou. Ve zdravotnictví se pohybuje 18 let.

Respondentka č. 6 je žena ve věku 26 let. Na oddělení následné péče pracuje čtyři roky a její pracovní pozice je všeobecná sestra. Nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné zakončené neakademickým titulem DiS. Ve zdravotnictví se pracuje čtyři roky.

Respondentka č. 7 je žena ve věku 62 let. Na oddělení následné péče pracuje 5,5 roku a její pracovní pozice je všeobecná sestra. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitní zkouškou. Ve zdravotnictví pracuje už 33let.

Respondentka č. 8 je žena ve věku 50 let. Na oddělení následné péče pracuje sedm let a její pracovní pozice je všeobecná sestra. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitní zkouškou. Ve zdravotnictví pracuje 31 let.

Respondentka č. 9 je žena ve věku 23 let. Na oddělení následné péče pracuje tři roky a její pracovní pozice je všeobecná sestra. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské zakončené akademickým titulem Bc. Ve zdravotnictví pracuje taktéž tři roky.

Respondentka č. 10 je žena ve věku 32 let. Na oddělení následné péče pracuje jeden rok a její pracovní pozice je všeobecná sestra. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné zakončené neakademickým titulem DiS. Ve zdravotnictví pracuje šest let.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období tří měsíců. Sběr dat byl proveden v měsících lednu až březnu roku 2024. Kvalitativní výzkum byl realizován po schválení písemné žádosti s hlavní sestrou Mgr. Danou Velimskou, MBA (viz příloha A).

Po schválení žádosti o povolení výzkumného šetření jsem se začala postupně stýkat s každým respondentem zvlášť. Respondentky jsem zvolila z přímo z oddělení, kde pracuji. Na oddělení následné péče pracuji více než tři roky a s kolegyněmi se již nějaký čas známe, proto jsem je oslovila a ony souhlasily. Bohužel jsem neměla dostatek všeobecných sester, tak jsem šla oslovit i všeobecné sestry z nižších pater, které také pracují na oddělení následné péče. I zde všeobecné sestry s výzkumem souhlasily, proto jsme si sjednaly schůzku, aby mohly být rozhovory uskutečněny. Respondentky s rozhovorem souhlasily a souhlas potvrdily podpisem informovaného souhlasu (vzor souhlasu se nachází v příloze B). V zájmu zachování anonymity respondentek jsou jejich informované souhlasy k dispozici u autorky výzkumu.

Rozhovory trvaly přibližně 20 minut, nejdelší rozhovor byl 28 minutový, zatímco nejkratší trval 15 minut. Všechny polostrukturované rozhovory probíhaly v přátelské atmosféře za přítomnosti vždy jen jedné respondentky a autorky.

Odpovědi respondentek byly nahrávány diktafonem a poté dále zpracovány do písemného záznamu (viz příloha D).

2.6 Zpracování získaných dat

Data byla získána metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly se souhlasem respondentek nahrávány a poté přepisovány do písemné podoby. Po provedení písemného záznamu bylo možné rozhovory zpracovat otevřeným kódováním technikou „tužka – papír“.

2.7 Kategorizace výsledků rozhovoru se všeobecnými sestrami

1. Terminální stadium
 - Znalost pojmu
 - Četnost terminálně nemocných pacientů na ONP
 - Nejčastější obtíže terminálně nemocných pacientů
 - Zaměření a zajištění ošetrovatelské péče u terminálně nemocných pacientů
 - Přístup sester k terminálně nemocnému pacientovi
 - Specifika v ošetrovatelské péči u terminálně nemocného pacienta
 - Výživa
 - Hydratace
 - Hygienická péče
 - Vyprazdňování
 - Dýchací cesty
 - Spánek
 - Bolest
 - Mobilizace
 - Komunikace – pacient, rodina

- Denní režim pacientů
 - Spolupráce
 - Péče o potřeby
 - Psychické
 - Sociální
 - Spirituální
 - Nejhorše saturovatelné
 - Důstojné umírání
 - Kvalita života
 - Autonomie
 - Smrt
 - Četnost smrti na ONP
 - Péče o mrtvé tělo
 - Péče o pozůstalé
 - Vyrovnání se se smrtí
 - Ovlivnění osobního života
2. Náročnost ošetrovatelské péče
- Hodnocení náročnosti, nejnáročnější
 - Psychická
 - Fyzická
 - Motivace
 - Co se sestram líbí/nelíbí
3. Problémy v ošetrovatelské péči
- Znalosti sester
 - Personální nedostatek
 - Potíže při ošetrovatelské péči
 - Nápady na zlepšení

2.8 Kategorie 1: Terminální stadium

Kategorie „terminální stadium“ se snaží zmapovat znalosti všeobecných sester o terminálním stadiu.

Znalost pojmu

Respondentky definují terminální stadium jako předcházející stav smrti neboli život chýlící se konci. R1 uvedla, že se jedná o „*konečné, poslední stadium onemocnění s infaustní prognózou*“. R2 uvedla, že se jedná o „*konečnou fázi nemoci, kdy léčba je již vyčerpána, neúčinná a vede ke smrti pacienta*“. R3 definovala terminální stadium jako „*poslední stadium života člověka vedoucí k úmrtí*“. R4 odpověděla, že se jedná o „*konečné stadium onemocnění. Stav vedoucí k úmrtí pacienta, kdy byly vyčerpány veškeré možnosti léčby*“. R5 krátce definovala pojem jako „*konec života, ukončení plnohodnotného zdraví*“. R6 rozvedla pojem: „*Terminální stadium je stav u pacienta, když už by léčba nepřinesla žádný smysl. Člověku by léčba život neprodloužila, ani by nezlepšila jeho stav. Ba dokonce se dá říci, že by jim mohla spíše uškodit. Takže je to takový stav, kdy se pacientovi, který umírá, podávají spíše léky, které tiší bolest, a snažíme se, aby zemřel důstojně. Jinými slovy je to fáze, kdy pacient umírá.*“ R7 uvedla, že „*je to období,*

kdy není pacient zatěžován specifickou léčbou. Zajišťuje se u něj pouze léčba symptomatická“. R8 definovala pojem velmi krátce takto: *„Je to poslední stadium paliativní péče.“* R9 definovala pojem následovně: *„Je to stadium nemoci, při které je neúčinná léčba. Při tomto stadiu tiššíme bolest, zajišťujeme symptomatickou léčbu pacienta, abychom zachovali jeho důstojnost.“* R10 definovala pojem *terminální stadium* takto: *„Je to umírání, pozvolna vedoucí stav k úmrtí.“*

Četnost terminálně nemocných pacientů na ONP

R1 uvedla, že se s pacienty v terminálním stadiu stýkají nepravidelně. R3 uvedla, že se s pacienty v terminálním stadiu stýká: *„Jak kdy, někdy 1× až 2× do měsíce, někdy 1× za dva měsíce.“* Respondentky R2, R4, R5, R7, R9 a R10 se shodly, že se s pacienty v terminálním stadiu stýkají často. R6 se vyjádřila k četnosti terminálně nemocných pacientů takto: *„V poslední době, asi poslední rok se s těmito pacienty tolik nesetkáváme, jelikož bereme spíše ortopedické pacienty. V době, kdy jsme brali hlavně pacienty interní, tak jsme se s nimi setkávali celkem často.“* Skromně odpověděla R8: *„Denně.“*

Nejčastější obtíže terminálně nemocných pacientů

Respondentky se shodovaly, že nejčastější obtíží je u pacientů v terminálním stadiu bolest, uvedly ji R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10. R1 uvádí, že se setkává s nejčastějšími obtížemi u těchto pacientů: *„...s dekubity, poruchou polykání, nechutenstvím, kachexií.“* R2 uvádí, že kromě bolesti se u pacientů potýká *„...s nechutenstvím, zácpou, zmateností, somnolencí a sklonem k infekcím...“.* R3 uvedla: *„Celková slabost, dušnost.“* R4 odpověď rozvedla, že mezi nejčastější obtíže, se kterými se potýká, jsou *„nespolupráce pacienta, někdy i jeho rodiny. Negativní postoj, arogance a zlost vůči personálu a problematika bolesti“*, s tímto tvrzením souhlasí i R10 a doplnila jej o nechutenství, zácpu či průjem a depresi. R5 k obtížím kromě bolesti uvedla dále dušnost a vznik dekubitů. R6 dodává, že kromě bolesti se u pacientů potýká *„...s dechovou nedostatečností, nechutenstvím či horší hydratací a vznikem dekubitů“.* R7 mimo bolest uvedla špatný příjem potravy a hydratace, k tomuto tvrzení se přidala i R9 a doplnila tvrzení o dušnost. R8 se potýká u těchto pacientů kromě bolesti i s inkontinencí a ztrátou soběstačnosti.

Zaměření a zajištění ošetrovatelské péče u terminálně nemocných pacientů

Respondentky R1, R3, R5, R7, R8 a R9 se shodly, že se zaměřují při péči o terminálně nemocného pacienta na polohování. Jako další zaměření uvedly hydrataci a výživu (R2, R3, R7, R8, R9). Péči o vyprazdňování uvedly čtyři respondentky (R2, R3, R7a R9). Více než polovina dotazovaných uvedla, že se zaměřují na bolest u pacienta v terminálním stadiu onemocnění, což uvedly respondentky R1, R2, R4, R6, R7, R8, R9 a R10. Pouze dvě z dotazovaných uvedly, že se zaměřují na důstojné umírání pacienta (R1 a R6). R2 se zaměřuje na kvalitní spánek. R3 věnuje pozornost také péči o suchou pokožku. R4 se zmínila kromě bolesti o vstřícné, empatické komunikaci s pacientem, dále o zlepšování kvality života a uspokojování potřeb. R5 kromě polohování podotkla komplexní ošetrovatelskou péči.

U terminálně nemocných pacientů je zajišťována ošetrovatelská péče, stejně jako je tomu u jiných, jen je častější a kvalitnější, jak uvedla R6: *„Pacienti mají klasickou ošetrovatelskou péči, jen je mnohem častější a kvalitnější, jelikož o sebe většinou nezvládají pečovat, takže tohle bereme v potaz a pečujeme o ně my, ať už je to péče o hygienu, vyprazdňování, příjem stravy či tekutin. Snažíme se, aby o ně bylo důstojně postaráno, jako dřív“.* R1 uvedla, že

ošetřovatelskou péči zajišťují podáváním stravy a tekutin, podáváním medikace k tlumení bolesti, je zajištěna hygienická péče a spolupráce s ošetřovatelským týmem, včetně plnění ordinací lékaře. R2 se shoduje s R1, navíc dodává, že zajišťuje pomoc při vyprazdňování. R3 souhlasí s R1 a doplňuje o výměnu lůžkovin, klid a soukromí. R4 uvedla svými slovy, že ošetřovatelskou péči zajišťuje pomocí „...ošetřovatelského procesu, stanovení ošetřovatelských diagnóz, stanovení intervencí, následně hodnocení výsledku a stanovení cílů, kterých chci dosáhnout. Pak samozřejmě pomocí multidisciplinárního týmu. Spolupráce mezi jednotlivými obory a zdravotníky je důležitá v rámci péče o pacienta“. R5 souhlasí s R1 a zmiňuje navíc komunikaci. R6 zajišťuje ošetřovatelskou péči soukromím, a aby se netrápil. R9 zmiňuje k podávání stravy dietu podle stavu pacienta a R10 kromě zajištění bolesti a polohování uspokojuje pacientovy potřeby.

Přístup sester k terminálně nemocnému pacientovi

Čtyři respondentky se shodly na kladném přístupu k terminálně nemocnému pacientovi (R1, R5, R7, R10). R2 a R4 se shodují na empatickém personálu, který poskytuje kvalitní péči. Velmi pozitivní odpověď má respondentka R6, která uvádí: „Myslím si, že všichni to berou velmi vážně a pečlivě pečují o pacienty. Velmi pozitivně bych hodnotila spolupráci sester a lékařů, kde opravdu se všichni snažíme o příjemné dožití pacienta a péči tomu uzpůsobujeme.“ O výborném přístupu k pacientovi v terminální fázi onemocnění vypovídá R8. Respondentka R9 udává odpověď „Velmi dobře“. Respondentka 3 se vyjádřila neverbálně, a to gestem (palcem nahoru).

Specifika v ošetřovatelské péči u terminálně nemocného pacienta

V této kategoriise zaměřuji na specifické postupy v ošetřovatelské péči u těchto pacientů. Je rozdělena do devíti podkategorií, které jsou označeny následujícími kódy: Výživa, Hydratace, Hygienická péče, Vyprazdňování, Dýchací cesty, Spánek, Bolest, Mobilizace a Komunikace s pacientem a s rodinou.

Výživa

Nejčastější odpovědí respondentek je, že pokud mají pacienti zavedenu perkutánní gastrostomii či nazogastrickou sondu, dostávají stravu enterálně (R1, R2, R3, R5, R8). Jako nejčastější výživu využívají přípravky Diben či Fresubin, což uvedly respondentky R4 a R10. Čtyři respondentky dále poznamenaly, že pokud pacienti přijímají stravu ústy, ale hůře se jim polyká, je jim změněna strava na mixovanou dietu, více to rozvádí R6: „Co se výživy týče, tak používáme jak parenterální, tak enterální. Ze začátku se lidem upravuje dieta po dohodě s lékařem, tak aby byla výživná a pacient ji byl schopen pozřít. Případně používáme k doplnění stravy nutričně kalorické drinky či pudinky, které i v malém množství zasytí a dodají mu patřičné výživové hodnoty.“ Nutriční sestru kontaktují podle rozhovorů R4 a R10. R1, R7 a R9 uvedly, že se na jejich oddělení využívá i parenterální způsob výživy.

Hydratace

Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) se shodují, že pacienty terminálním stadiu onemocnění hydratují per os neboli ústy. V případě potřeby respondentky tekutiny zahušťují, a to za účelem snadnějšího polykání (R3, R4, R5, R10). R2 nabízí tekutiny: „Tekutiny podáváme pacientům z hrnku brčkem nebo hrnek s pítkem nebo kojeneckou lahví. Pokud pacient není schopen přijímat per os, může být hydratovaný ívé nebo escé.“ Dvě

respondentky také uvedly, že pacientům jsou tekutiny nabízeny pomocí stříkaček (R10, R4). Dále všechny respondentky udávají, že pokud pacienta nelze hydratovat per os či enterálně, jsou mu podány infuze i. v., o čemž se zmínily R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9 a R10. R6 dodává, že sledují u těchto pacientů bilanci: „Snažíme se o dostatečný per os příjem, častěji po malém množství, aby byli schopni to upít. Pokud to nezvládají, tak jim dodáváme tekutiny pomocí žilních vstupů, anebo využíváme i escé kanyly a hydratujeme přes kůži. Většina těchto pacientů má bilanci tekutin, takže pečlivě hlídáme příjmy a výdeje a můžeme se díky tomu přizpůsobit a podat tekutiny, aby to bylo uspokojivé.“ S infuzemi s. c. souhlasí s respondentkou R6 i R1, R2 a R7.

Hygienická péče

Všechny respondentky uvedly, že hygienická péče u těchto pacientů probíhá dvakrát denně, včetně hygieny dutiny ústní (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10). Respondentky uváděly, že pokud to stav pacienta dovolí, uskutečňuje se na vanovém lůžku v koupelně. Pokud to není možné, nebo to stav pacienta nedovoluje, je hygienická péče praktikována na lůžku pacienta. Respondentka 2 uvedla, že někdy používají závěsný systém: „...někdy používáme závěsný systém.“ V hygienické péči o dutinu ústní všechny tázané respondentky využívají štětičky či tyčinky k vytírání dutiny ústní. Respondentka 2 uvedla: „O dutinu ústní pečujeme pomocí citronových vatových štětiček nebo molitanových štětiček namáčených do ústní vody.“ Respondentky R3, R4, R6, R7, R9 a R10 zmínily, že pečují i o umělý chrup pacientů a ošetřují zubní náhrady. R10 doplňuje, že používají i tablety na protézy: „Pokud mají protézy, tak i ty čistíme kartáčkem. Někdo má ty tablety na protézy, tak je na žádost pacienta či rodiny použijeme.“

Vyprazdňování

Více než polovina respondentek uvedla, že pokud je pacient kontinentní, pak se vyprazdňuje do WC či WC-křesla, popřípadě na podložní mísu, na tom se shodly R2, R3, R4, R7, R9a R10. Při vyprazdňování je důležitá intimita, zmínily ji v rozhovoru pouze R4, R7 a R9. Velmi často byla zmiňována obstipace u těchto pacientů a s ní i podání laxativ, jak uvedla R1: „V případě obstipace podáváme laxativa per os nebo per rectum, jinak standardní péče.“ S tímto tvrzením souhlasí i R3, R5, včetně R4, která doplňuje dostatek vlákniny ve stravě a vhodné polohy při vyprazdňování. Dalším velmi častým problémem při vyprazdňování byla zmiňována inkontinence u pacientů, respondentky R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10 odpovídaly, že se používají plenkové kalhotky či jednorázová podložka, jak uvedla R2: „Pokud je pacient kontinentní, vyprazdňuje se dle stavu na WC-křeslo či podložní míse, při inkontinenci má pacient plenkové kalhotky či jednorázovou podložku.“ R4 uvedla jako jediná, že je třeba dbát o pokožku: „...snažíme se udržet pokožku suchou a čistou, abychom zabránily opruzeninám.“ K vyprazdňování patří i vyprazdňování močového měchýře. Pacientů v terminálním stadiu mívají velmi často zaveden permanentní močový katétr, uvedly jej pouze čtyři respondentky (R3, R6, R8, R9). R3 navíc doplnila, že o permanentní močový katétr pečuje dvakrát denně pravidelným proplachem a R8 sleduje průchodnost a barvu moče.

Dýchací cesty

Téměř všechny respondentky uvedly, že u pacienta při zhoršeném dýchání změří saturaci kyslíku, shodovaly se na tom R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9. Pacientům je aplikován kyslík pomocí kyslíkových brýlí či masky, jak uváděly R4, R6, R7, R8, R9 a R10. R2: „...při zhoršeném

dýchání je pacientovi změřena saturace kyslíku, pokud je hodnota nízká, tak je pacientovi dle ordinace lékaře aplikován kyslík pomocí kyslíkových brýlí či masky.“ Podávání kyslíku podle ordinace lékaře zmínily R2, R3 a R5. S tímto tvrzením souhlasí i R1 a zdůraznila: *„Všeobecná sestra může podat kyslík do průtoku do dvou litrů dle vlastního uvážení.“*R4 rozvádí svou odpověď: *„Při dušnosti zajistíme kyslíkovou terapii buď kyslíkovými brýlemi, nebo maskou. Pokud má pacient kašel, informujeme lékaře, ten nám většinou předepíše nějaké expektorancia nebo antitusika. Dále podáváme inhalace.“* R3, R5, R6, R7 a R9 zmínily, že pacienta uvedou do vhodné polohy, pro lepší dýchání. Dále respondentky uváděly, že pacientům odsávají z dýchacích cest, na tom se shodlo šest respondentek (R1, R2, R3, R7, R8, R9 a R10). R6 uvedla mimo jiné, že sleduje u pacienta kvalitu dechu, a R10 podává nebulizaci při zhoršeném dýchání.

Spánek

U pacientů v terminálním stadiu onemocnění bývá nespavost velmi častá. Všechny respondentky uvedly, že při nespavosti podávají pacientům příslušnou medikaci (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10. R8 rozšiřuje medikaci následovně: *„U pacientů, kteří trpí nespavostí, podáváme léky na spaní, popřípadě na uklidnění – psychofarmaka.“* R3 uvedla navíc i změnu polohy pacienta. R4 kromě medikace zajistí ticho, klid a soukromí, k tomuto se přidávají R1, R4 a R10. Respondentka 9 navíc sdělila, že pacientovi před spaním vyvětrá pokoj.

Bolest

Různých odpovědí se mi dostalo u otázky, jakým způsobem respondentky hodnotí bolest u pacientů v terminálním stadiu. Respondentky R1, R3, R4, R6, R7 uvedly, že bolest hodnotí podle VAS-škály. R9: *„Dotazem, zda ho něco bolí a jak moc, podle stupnice jedna až deset.“* S tímto vyjádřením souhlasila i R10. R4 a dodává: *„...například mimikou, pomocí smajlíků a dotazem na bolest, zda léky vhodně zabírají.“*R2 hodnotí bolest podle rozepsané medikace: *„Bolest je hodnocena při rozepsané medikaci, jednou za směnu, pak při podání medikace při bolesti. Bolest se zhodnotí v čase podání a za třicet minut po podání.“* S tímto tvrzením souhlasí i R5. R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 využívají jako nástroj ke zhodnocení bolesti vizuální analogovou škálu (VAS). R6: *„Škálu VAS, číselnou škálu bolesti, no a zdravý rozum.“*R7 dodává navíc: *„Dotazem, dotykem...“.* Všechny respondentky využívají farmakologické i nefarmakologické způsoby tišení bolesti. Všechny respondentky uváděly, že využívají analgetika. Respondentky R2, R3, R9 a R10 se zmínily o podávání opioidů. R4 se mimo jiné zmínila o podávání opioidů v různých formách: *„...opiáty ve formě tablet, náplastí, escé u těžkých stavů aplikace i ve kontinuálně...“.* Pět respondentek pomáhá od bolesti úlevovou polohou (R2, R4, R7, R9, R10). Další nejčastější odpovědí respondentek byla aplikace tepla a chladu, využívá je většina respondentek. R3 a R6 navíc pomáhají od bolesti aplikací mentolové masti.

Mobilizace

Respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 uvedly, že pacienti v terminálním stadiu onemocnění jsou často polohováni. R3, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 uvedly, že pacienty polohují po dvou hodinách. R1 dodává, že využívají mikropolohování: *„Na našem oddělení nemáme žádnou specifikaci pro polohování terminálně nemocných pacientů. Pracujeme dle polohovacího plánu, který je platný pro celé zařízení, dále používáme mikropolohování a snažíme se vyhovět přáním pacientů.“*R2 dodává, že pacienty posazují v lůžku i s dolními končetinami dolů. Na oddělení je zajištěna rehabilitační péče, kterou vykonávají odborní fyzioterapeuti, tato péče je zajišťována

dvakrát denně, jak uvedly R2 a R3. Při polohování či rehabilitaci se respondentky řídí zdravotním stavem pacienta i jeho přáním, shodly se na tom R1,R2,R5,R9aR10.R6: „Mobilizaci a polohování uzpůsobujeme možností pacienta. Klasicky polohujeme po dvou hodinách přes den, v noci po třech, ale bývá to individuální dle každého pacienta, snažíme se vyhovět jeho přáním a potřebám, aby se cítil co nejlépe.“ K polohování respondentky uvedly, že využívají polohovací pomůcky, zmínily se o tom R1, R2, R3, R4, R5,R6, R7, R8, R9 a R10.

Komunikace s pacientem

Komunikace v ošetrovatelské péči je jedním ze základních prvků kvalitní péče. Dobrou ošetrovatelskou péči nelze poskytovat, aniž by ošetřující personál komunikoval s pacienty. Všeobecné sestry, ale i jiný ošetřující personál by měly vědět, jak s pacienty v terminálním stadiu hovořit, jak ho povzbudit, uklidnit, ale i vědět, kdy neříkat nic, jen mu být nablízku či ho držet za ruku. Součástí je i umět komunikovat s rodinou nemocného. Více než polovina respondentek uváděla v komunikaci s pacientem v terminálním stadiu empatii (R2, R3, R4, R5, R7, R10). Naslouchání pacientovi uvedly R3, R5, R9, R10, s tím souhlasí i respondentka R4, která zdůrazňuje: „...dáváme si pozor na mimiku a posturologii našeho těla.“ Dvě respondentky uvedly, že s pacientem udržují tělesný kontakt, R2: „...pokud pacient nevnímá a nekomunikuje, přesto na něj mluvím, nemluvím o pacientovi nad ním, věnuji mu dotek, pohladím ho.“ S tímto tvrzením souhlasí i R10. Respondentky R6 a R1 naopak nevnímají žádnou specifikaci v komunikaci s pacientem v terminálním stadiu. R1: „Na našem oddělení nepozoruji žádná specifika v oblasti komunikace s terminálně nemocnými pacienty, s každým pacientem mluvím lidsky s největším svědomím i vědomím. Nerozlišuji, zdali mluvím s terminálně nemocným, anebo s pacientem, který trpí nevyléčitelným onemocněním.“

Komunikace s rodinou

Při komunikaci s rodinou pacienta se respondentky shodují na psychické podpoře rodiny. K tomuto tvrzení R1 dodává: „Samozřejmě citlivý přístup, dostatek času na rozhovor, klidné, profesionální vystupování personálu.“ Respondentka R2 uvádí, že spolupráce s rodinou nebývá pokaždé zrovna nejsnadnější: „Komunikace nebývá vždy jednoduchá, někdy se rodina nechce smířit s nastalou situací, vždy se ale snažím jim situaci usnadnit.“ S tímto přístupem souhlasí i R4, která ještě poukazuje na nespolečenskou rodinu: „Často nespolečenská rodina, nezájem, arogance. Nepřipouštějí si zdravotní stav svého blízkého, stěžují si na péči, ale domů je nechtějí. Ale najdou se i rodiny, co jsou vstřícné a ochotné komunikovat i spolupracovat. V dnešní době mi přijde, že o staré, umírající lidi jejich děti nemají zájem, často za nimi ani nepřijdou, i když jim lékař volá, že je to špatné a dlouho tu nebude.“ Aroganci rodiny a stížnosti potvrdila i R10.

Denní režim pacientů

Devět respondentek uvedlo, že denní režim pacientů v terminálním stadiu onemocnění začíná ranním probuzením. Následovala ranní hygiena. Polovina respondentek uváděla odběry biologického materiálu (R1, R4, R5, R8, R10), pouze dvě respondentky se zmínily o měření fyziologických funkcí (R7, R9). Dále se shodovaly v podávání snídaně, R5 a R10 dodaly, že pacienty nakrmí či dopomůžou je dokrmit, pokud nejsou schopni se sami najíst. Všechny respondentky se shodovaly v podávání ranní medikace. Po snídani dotazované uváděly celkovou hygienu pacienta podle jeho možností, buďto v koupelně, nebo na lůžku, včetně výměny lůžkovin a čistých inkontinenčních pomůcek. Následovaly převazy defektů a rehabilitace s fyzioterapeutickými pracovníky a pravidelné polohování pacientů. Jako jediná

respondentka R4 uvedla, že pacienti tráví dopoledne volnočasovými aktivitami: „*Dopolední odpočinek, čtení či luštění, příprava na oběd.*“ V poledních hodinách uváděly podávání oběda a polední medikace. R4 a R10 navíc uvedly odpočinek po obědě. Dvě respondentky zmínily zpracování lékařské vizity (R8, R10). V odpoledních hodinách se provádí druhé rehabilitační cvičení a odpolední hygienická péče, která obnáší čisté inkontinenční pomůcky, na polohování a pravidelnou hydrataci pacientů. Další hodiny jsou určeny pro návštěvy pacientů, během kterých respondentky uváděly i nadále polohování a hydrataci. Po skončení návštěvní doby se podává pacientům večeře, R5, R7, R8 a R9 dodaly, že podávají i večerní medikaci. Po večerech opět vymění inkontinenční pomůcky za čisté, pacienty napolohují a chystají se k přípravě předávání hlášení noční směně. Svě odpovědi rozšířily R1, R2, R3, R5, R7 a R9 o podávání večerní medikace, o provedení večerní hygieny, výměnu inkontinenčních pomůcek, polohování a uložení pacientů ke spánku, včetně noční medikace. R6 nebyla sdílná s ostatními respondentkami a její vyjádření bylo odlišné: „*U těchto pacientů se snažíme uzpůsobit denní režim dle nich, snažíme se nedodržovat časy, ale pečujeme o ně zrovna v době, kdy jsou vzhůru, zbytečně je nebudíme a nenutíme k jídlu ve stanovené časy, ale tak, aby to bylo pacientovi příjemné. Přistupujeme k jejich potřebám individuálně.*“

Spolupráce

Týmová spolupráce ošetřujícího personálu je velmi důležitá při ošetřování pacientů v terminální fázi onemocnění, shodly se na tom všechny respondentky, tedy R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 i R10. Spolupráce fyzioterapeuta byla také shodných odpovědí u všech respondentek. Největšího zastoupení bylo u ošetřujícího personálu, který tráví s pacientem nejvíce času. Patří mezi ně všeobecné sestry, praktické sestry, sanitáři či sanitářky, ošetřovatelé i ošetřovatelky, ošetřující lékař, fyzioterapeuti, nutriční terapeutky, sociální pracovníce, nemocniční kaplan i logoped. Respondentka 4 nazvala tento tým multidisciplinárním: „*...spolupracujeme s multidisciplinárním týmem, to jsou lékaři, sestry, rehabilitační sestry, nutriční sestry, specialisté, jako jsou internisti, chirurgové. Spolupracujeme s rodinou, kaplanem, sociálním pracovníkem i dobrovolníky.*“ R1 zmínila u spolupráce sestru pro epidemiologii a hygienu. Všechny respondentky uvedly spolupráci s fyzioterapeutickými pracovníky. Šest respondentek uvedlo spolupráci s lékařem z ambulance bolesti (R2, R5, R6, R7, R8, R10). Spolupráce rodiny byla uvedena u všech deseti respondentek. R3, R6 a R7 dále spolupracují s logopedem a R2 a R4 zmínily návštěvu dobrovolníků. Zajímavou informaci uvedly R3 a R7, a to canisterapii. Spolupráci s kaplanem uvedly kromě R4 ještě R1, R2, R3, R7, R8, R9. Nutričního terapeuta zmínily kromě R4 také R2, R3 a R6 a R10. Spolupráci se sociálním pracovníkem zmínily R5, R7 a R8.

Péče o potřeby – psychické

Většina respondentek uvedla v péči o psychické potřeby pacientů navázání rozhovoru (R1, R2, R3, R5, R6, R8, R10). Dále bylo též zmíněno povzbuzení pacienta, jak uvedly R1 a R4. Čtyři respondentky uvedly, že jsou empatické (R4, R7, R9, R10). R2: „*Snažím se zmírnit pacientovu úzkost či obavy rozhovorem, rozptýlit ho poslechem rádia či sledováním televize.*“ R3: „*Mají povolené návštěvy, blízký příbuzný je pro pacienta v terminálním stadiu víc než jakýkoliv psychoterapeut. Pokud žádného příbuzného nemá, snažíme se s pacienty komunikovat, aby přišli třeba na jiné myšlenky.*“ Empatický přístup používají při péči o psychické potřeby respondentky R4, R7, R9 a R10.

Péče o potřeby – sociální

Co se týká největšího zastoupení mezi sociálními potřebami, respondentky uváděly kontakt s rodinnými příslušníky, zmínily se o tom R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7 a R10. O sociální potřebu rozhovoru se zmínily R1, R4 a R10. R7 a R8 uváděly rozptýlení poslechem rádia, sledováním televize či čtením knih. R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 uvedly, že v rámci péče o sociální potřeby jsou pacientům povoleny neomezené návštěvy. Pokud rodina z nějakého důvodu nemůže pacienta navštívit osobně, mají pacienti možnost spojit se s rodinou prostřednictvím videohovoru, jak uvedly R4 („...nebo videohovorem...“) a R10 („...máme možnost videohovorů...“).

Péče o potřeby – spirituální

Všechny respondentky se shodly na zajištění kaplana při poskytování spirituální péče o umírající pacienty (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10). R1 ještě navíc dodává: „*Na přání pacienta možnost návštěvy kaplana nebo kněze. Telefonní číslo je přístupné na nástěnce. Sestra v případě potřeby může kontaktovat Centrum matky Terezy.*“ R9 dodává zajištění kněze: „*S nemocničním kaplanem, nebo rodina může zajistit příchod kněze.*“ Respondentka R10 se zmínila o posledním přání: „...*myslím si, že se snažíme všem pacientům naslouchat, povídat si s nima, že zjišťujeme a zajišťujeme jejich poslední přání...*“.

Potřeby nejhůře saturovatelné

Je těžké určit a rozpoznat potřeby umírajících, každý má ty svoje nastaveny jinak a během života se potřeby mění. Jako nejhůře rozpoznatelné potřeby uváděly respondentky například chybějící kontakt rodiny, uvedly jej R4, R5, R7, R8, R9 a R10. R1, R5, R8 a R3 se shodly na tom, že těžce saturovatelná potřeba je v podobě tišení bolesti, jak ostatně uvedla R3: „*Nejdůležitější potřebou je nemít bolest, což pro nás není jednoduché, stanovit intenzitu a vědět nebo určit, zda podaná analgetika působí dostatečně.*“ Vyslovené přání být doma zmínila R1: „...*pacienti často vysloví přání, že by chtěli domů.*“ R2 souhlasí s R6 v absenci odborné psychologické pomoci: „*Nejhůře saturovatelná je u nás dostupná péče psychologa na umírajícího či jeho rodinu. Myslím, že zrovna psychologa bychom zde potřebovali jako sůl.*“ Nejhůře saturovatelnou potřebu odpuštění uvedly R4 a R6.

Důstojné umírání

S naším přístupem a chováním můžeme pomoci umírajícímu tím, že zachováme jeho důstojnost. Nejvíce se shodovaly R1, R2, R3, R4, R5, R7, R9 a R10 na zajištění soukromí, buďto samostatným pokojem, či plentou. R1: „...*když provoz dovolí, tak samostatným pokojem...*“ R5: „...*pokud je pacient s někým na pokoji, tak zatáhneme plentu, pokud máme volný pokoj, tak mu ho poskytneme, aby měl s rodinou dostatek soukromí.*“ Nezbytností je klidné prostředí, které zdůraznily R1, R4, R6 a R8. O bezbolestném umírání hovořily R6, R7, R8 a R9. Klíčovým bodem je kontakt rodiny s možností návštěv i mimo návštěvní dobu, jak popsaly respondentky R1, R4, R6, R8, R10.

Kvalita života

Kvalita života je u umírajících pacientů důležitým faktorem. Může mít například formu vyjádření posledního přání, jak uvedly čtyři respondentky, a to R4 („...*plnění posledních přání dle našich možností...*“), R5, R6 a R10. Velikým pozitivem jsou neomezené návštěvy u lůžka

nemocného pacienta, zmínily se o tom R1, R2, R7 a R9. Ke kvalitě života v posledních chvílích neodmyslitelně patří podle R4, R9 a R10 soukromí a důstojný odchod. R1 uvedla časté větrání pokoje i volitelnou dietu: „...*třeba dietu na přání...*“. Canisterapii uvedla R8.

Autonomie

Právo rozhodovat o svém vlastním životě, péči i péči na konci života se nazývá autonomie. K této otázce se některé respondentky nevyjádřily, například R2, R4, R5 a R10. Na snaze vyhovět umírajícímu pacientovi se shodly R7 a R9. Respektování pacientových přání a tužeb uvedly R1, R3 a R8. R6 rozvedla odpověď: „*Pokud na to má sílu a chce, tak se snažíme o jeho nezávislost, pouze dopomáháme, aby se cítil dobře. Snažíme se o spolupráci s ním tak, aby byl spokojen.*“

Smrt

Další kategorie je zaměřena na smrt. Kategorii tvoří pět podkategorií, které jsou zakódovány pod názvy Četnost setkání se smrtí na ONP, Péče o mrtvé tělo, Péče o pozůstalé, Vyrovnání se se smrtí a ovlivnění osobního života.

Četnost setkání se smrtí na ONP

Na tuto otázku respondentky odpovídaly různě. R1, R2, R3, R5, R6 uváděly nepravidelné setkání se smrtí na jejich oddělení. Méně časté setkání uvedly R7 a R9. R8 poznamenala: „*Se smrtí tak jednou až dvakrát za měsíc.*“ R4 zmínila, že každý měsíc. R10 uvedla četnost setkání se smrtí jako velmi častou.

Péče o mrtvé tělo

Při zjištění smrti u nevléčitelně nemocného pacienta je povinností ošetřujícího personálu přivolat lékaře k ohledání těla. S tímto tvrzením souhlasily všechny respondentky, tedy R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10. R1, R2, R5, R6, R9 se zmínily, že před přivoláním lékaře ještě otevrou okno, jak popsala R3: „...*aby vylétla dušička...*“. Podle všech respondentek, tzn. R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10, péče o mrtvé tělo obnáší hygienu těla, zavření očí, podvázání brady, převazy defektů, uzavření invazivních vstupů, kontrolu identifikačního náramku a označení těla. Dále zabalení těla do prostěradla a odvoz do místnosti pro zemřelé, po dvou hodinách následuje odvoz těla černou sanitou na oddělení patologie. R7, R9 a R10 ještě navíc dodaly sepsání pozůstalosti.

Péče o pozůstalé

V této kategorii se respondentky vyjadřovaly ke spolupráci s pozůstalými. Respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 se zmínily, že informace o úmrtí poskytuje vždy jen lékař. Všechny respondentky, tedy R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, uvedly, že rodinným příslušníkům vyjádří soustrast, nabídnou pomoc a poskytnou informace, jak mají dále postupovat, a předají pozůstalost. R1 zdůraznila: „...*sestra předává pozůstalost proti podpisu příbuzných...*“ R5: „...*dále po vyzvednutí pozůstalosti s nimi nespolupracujeme, spíš sociální pracovnice.*“ R6: „...*poté, co se rodina zastaví na oddělení, tak jim předáme věci pacienta společně s informacemi, co dál, případně nabídneme útěchu.*“ Empatii vyzdvihly R3, R4, R5 a R10.

Vyrovnání se se smrtí

Tato kategorie má nastínit, jak se všeobecné sestry vyrovnávají se smrtí pacienta. Každá sestra se s úmrtím vyrovnává po svém. R8 a R9 považují smrt pacienta za vysvobození. R1, R5 a R7 vnímají smrt jako ukončení bolestí. Smrt si nepřipouští R2, R4 dodává, že by svou práci jinak nemohla vykonávat: „...úmrtí si neberu osobně, je to koloběh života. Kdybych se s tím nedokázala vyrovnat, určitě bych tuto práci nemohla dělat.“ R6 dodala, že jde o přirozený proces života: „...je to přirozený stav, lidé se rodí a umírají, smrt je přirozená, jo a taky jsem dost často cynická, mám ráda černý humor a jsem realista, takže tohle mě úplně nerozháze.“ Respondentka 10 se vyrovnávala dlouho se smrtí pacienta: „Jelikož nejsem na tomto oddělení dlouho, tak s úmrtím jsem se vyrovnávala dlouho, jinak s vyrovnáním mi pomáhá kolektiv. Musela jsem přijmout, že je to bohužel průběh života, v mé rodině jsem se ještě nesetkala s úmrtím.“ R3: „...hlavně se z toho nezhroutit, život jde dál.“

Ovlivnění osobního života

Respondentky se shodovaly ve svých odpovědích, a to, že smrt neovlivňuje jejich osobní životy (R4, R5, R6, R7, R8, R9). K tomuto tvrzení ještě R2 dodává, oddělení pracovního a osobního života: „Neovlivňuje. Osobní a pracovní život od sebe odděluji.“ R1 upevňuje duševní zdraví pomocí duševní hygieny: „Snažím se v rámci duševní hygieny nemyslet na zaměstnání ve svém osobním životě.“ R3: „Beru smrt jako dar, vysvobození. Všichni jednou umřeme, tak to prostě je.“ S negativním zážitkem měla zkušenost R10: „Ze začátku to ovlivňovalo hodně můj osobní život, ale postupem času je to lepší, bylo mi smutno, občas jsem i brečela a nebylo mi dobře.“

2.9 Kategorie 2: Náročnost ošetrovatelské péče

Kategorie „Náročnost ošetrovatelské péče“ vypovídá o míře zátěže ošetřujícího pacienta v terminálním stadiu. Obsahuje pět podkategorií. Nalezneme je pod kódy Hodnocení náročnosti, Psychická zátěž, Fyzická zátěž, Motivace a Co se sestram líbí/nelíbí.

Hodnocení náročnosti

Respondentky se shodovaly, že péče o tuto skupinu pacientů je náročná. R1 poznamenala: „Jsem přesvědčená, že oddělení následné péče je jedno z nejnáročnějších oddělení vzhledem k ošetrovatelské péči v rámci celé nemocnice.“ R10 uváděla, že práce na jejich pracovišti je náročná jak po fyzické stránce, tak po psychické, a to vzhledem k práci s imobilními pacienty, v souvislosti s nespolupracujícími pacienty, dále pak s nespolupracující rodinou a psychickým vypětím. R7 a R8 souhlasí s předchozími výroky, doplňují je o setkání s utrpením. Pro respondentky R7, R8, R9 je práce velmi náročná, R3 souhlasí, ale doplňuje ještě lásku: „Je to náročná práce, ale musí se dělat srdcem.“ R6 zmiňuje, že každý den bývá jiný: „...no, jsou dny, kdy je to horší, a jsou dny, kdy je to lepší, záleží na pacientech i spolupracovnících, i na tom, co lékař naplánuje, náročné to je, ale člověk, co si to vybral, to vydrží.“ R5 zmiňuje velmi náročnou práci se špatným platovým ohodnocením a složitou dokumentací: „Velmi náročná a málo finančně ohodnocená.“ R2 a R4 hodnotí náročnost fyzickou i psychickou.

Nejnáročnější

Respondentky R2, R7 a R8 uvedly, že je při jejich práci nejnáročnější péče o umírajícího pacienta. Dalším významným faktorem byla péče o imobilní pacienty, shodovaly se na tom R2, R4, R7, R9 a R10. Obavy z vedení dokumentace zmínily R3 („*Papírování a snaha neudělat chybu*“) a R5: „...často složitá dokumentace“. Nejnáročnější je pro R2 komunikace s rodinou po úmrtí pacienta. S komunikací s rodinnými příslušníky bývá někdy spojena i nespolupráce rodiny, zmínila se o ní R4 a doplnila i občasnou nespolupráci pacienta, s čímž souhlasí i R10. O sociální situaci těchto pacientů se zmínily R1 a R9. R5 a R6 uvedly, že je v jejich práci s umírajícími pacienty nejnáročnější jak fyzická, tak psychická zátěž.

Psychická zátěž

V této podkategorii se respondentky shodovaly pouze ve dvou oblastech.

První byla velká psychická zátěž při péči o umírajícího pacienta, což uvedly R2, R6, R8, R10. Druhá se týkala nespokojenosti s péčí o nemocného pacienta z pohledu rodiny, ba dokonce i konflikty přímo s pacienty či s rodinnými příslušníky, jak popsala R2: „...včetně nespokojené pacienty, konflikty s pacienty nebo rodinnými příslušníky.“ S R2 souhlasí R5, R6 a R9. Nevděk pociťuje R3: „*Lidi jsou různý a ne každý je vděčný za naši práci, ať se můžem snažit jakkoliv, najde si vždy něco, co je špatně. Kolikrát je psychicky náročný zůstat klidný a empatický.*“ Psychická zátěž může souviset s charakterem pacientů či jejich onemocněním, jak zmínila R4. Nespolupráci s lékařem a pozdní odevzdání vizity negativně vytkly R1 a R10. U R7 šlo o setkání s utrpením.

Respondentky zvládají psychickou zátěž různými způsoby, například R7, R8 a R9 si pohovoří s kolegyní či kolegou, stejně je na tom R2, která psychickou zátěž zvládá podle jejích slov dobře. R4 a R10 situaci zvládají jak kdy. R6: „*Nijak, prostě to zvládnou, směna má dvanáct hodin, a to je moc málo na to, aby se člověk zhroutil. Dvanáct hodin se dá v klidu zvládnout, ať se děje, co se děje, a po práci to člověk prostě vypustí, relaxuje a další směnu může začít znova.*“ Aktivitu mimo pracovní prostředí uvádí R5. R3 zahání psychickou zátěž smíchem či požíváním čokolád: „*Mám kolegy, se kterými se vždy zasmějeme, a tím se psychice odlehčí. Taký jíme hodně čokolád, které vyplavují endorfiny, hormony štěstí.*“ Jediná negativní odpověď byla od R1, která se těžko vyrovnává s psychickou zátěží.

Fyzická zátěž

Fyzická zátěž u této skupiny pacientů je pro všeobecné sestry podstatná také. O zátěži fyzické hovořily obdobně. Všechny se shodovaly v manipulaci s pacienty například při polohování R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10. R1, R2, R7, R8, R9 a R10 uváděly například i nespolupracující pacienty (R5), obézní a těžké pacienty (R3, R6). R4 dodává: „...kolikrát táhneme větší břemena, než je přípustné.“ Dvě respondentky uvedly fyzickou únavu z důvodu nedostatku odpočinku: „...skoro celou službu na nohou...“, R7: „...dvanáct hodin v pohybu...“(R9).

Každá respondentka čelí fyzické zátěži různě. Například R6 a R8 nemají potřebu zdolávat fyzickou zátěž. Naopak cvičením zvládá překonat fyzickou zátěž R5. R6 zdůraznila bolesti zad. R4, R9, R10 se věnují koníčkům, aktivitám mimo práci, relaxování a svým rodinám. Fyzickou náročnost velmi těžce zdolává R1. R3 o sobě zmínila, že je silná osobnost: „*Prostě jsem silná holka, nějak to jít musí.*“ R2 dodržuje správné držení těla a polohuje ve dvou osobách.

Motivace

Motivací pro respondentky je kolektiv, ve kterém pracují, jak uvedly R1, R4, R5 a R10. O pomoci lidem se zmínila R3: „*Mojí motivací je pomáhat starým lidem a vidět jejich vděčnost a úsměv.*“ Souhlasily i R7 a R8. Respondentka 9 koná ráda dobré skutky. Respondentka 10 vyzdvihla pozitivum ve zpětné vazbě v podobě spokojenosti pacienta: „*...spousta pacientů dává zpětnou vazbu spokojenosti.*“ Respondentka 2 by považovala za vděk, aby o ni také bylo kvalitně postaráno: „*Říkám si, že i já můžu být jednou, až budu stará, nemocná a nemohoucí, a budu vděčná, když mi někdo poskytne kvalitní péči.*“ R6 se smíchem odpověděla: „*...nemám sakra nejmenší tušení.*“

Co se sestřám líbí/nelíbí

Podkategorie zahrnuje, co se sestřám na práci líbí, nebo nelíbí.

Spolupráci kolektivu uvedly R1, R4, R6 a R8. Na druhém místě byl návrat pacienta do domácího prostředí, jak udávaly R2: „*... Mám radost z toho, když se přijme pacient, který nemá dobrou prognózu, časem se zlepší a v některém případě se vrátí do domácího prostředí.*“, R3 : „*Líbí se mi, pokud se pacient vylepší natolik, že se pouští domů a dokáže se o sebe postarat, to je úspěch celého oddělení*“ a R6: „*...Líbí se mi stav, kdy se člověk rozhýbe, dáme ho do pořádku a on míří zpět domů.*“ Respondentce 9 se líbí pořízení nových rehabilitačních pomůcek, například motomedu a různorodá práce, s tím souhlasí i R7. R5 zmínila jako pozitivum práci s lidmi.

Co se všeobecným sestřám na práci nelíbí, je převážně nespolečenská práce a drzost pacientů, shodly se na tom R4, R6, R8, R10 zdůraznila, že si pacienti práci všeobecné sestry pletou s hotelem: „*...mají nás za služky či hotel...*“, R7 uvedla špatné finanční ohodnocení, s tím souhlasí i R9, která doplňuje, že je nespokojena s okolním odsuzováním práce na následné péči. „*...nelíbí se mi malé prostory pro rehabilitační pomůcky,*“ vytkla R10. Přístup některých rodinných příslušníků se nelíbí R1 a R5. Důležitou informaci mi světila R3: „*Nelíbí se mi to, že na našem oddělení není stálý lékař i přes noc a vždy, když se něco děje, nemůžeme ihned pořádně reagovat, ale musíme nejdřív dlouze shánět sloužícího lékaře pro nemocnici.*“ R6 dodává nespolečenská práce s vedoucím lékařem.

2.10 Kategorie 3: Problémy v ošetrovatelské péči

Ošetrovatelská péče čelí řadě výzev a problémů, které ovlivňují jak pacienty, tak i zdravotnické pracovníky. Tato kategorie obsahuje podkategorie, které jsou uvedeny pod těmito kódy: Znalosti sester v problematice umírání, Personální nedostatek, Potíže v ošetrovatelské péči a Nápadů na zlepšení.

Znalosti sester v problematice umírání

Dobré znalosti uvedly čtyři respondentky (R4, R7, R8, R9). „*...stále se je co učit...*“, uvedla R5. Průměrné znalosti uvedla R1, v čemž s ní souhlasila i R2, která doplnila, že vždy je co se učit. R3 hodnotí své znalosti jako nedostatečné. R10 zhodnotila své znalosti takto: „*Velmi malé znalosti mám v této oblasti, učím se za pochodu, a hlavně v praxi.*“ R6: „*Nemyslím si, že by byly nějak obsáhlé nebo skvělé.*“

Personální nedostatek

Personální nedostatek je ve zdravotnictví klíčovým faktorem. Úplně všechny respondentky uvedly, že ošetřujícího personálu je v nemocnicích, na oddělení i celosvětově málo (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10). K tomu výroku se vyjádřila R4: „*Nedostatek personálu je známá věc, když my máme pocit, že je nás na to málo, ti, co určují počet pacientů na jednu sestru, takový pocit nemají.*“

Potíže v ošetrovatelské péči

Potíže při poskytování ošetrovatelské péče se různí. Některé respondentky se opakovaly a znovu uvedly jako největší potíž v ošetrovatelské péči nedostatek personálu (R1, R2, R3, R5, R8). Potíže spojené s nespoluprací s pacientem zmínila respondentka R4, R6 souhlasí a dodává, že se pacienti bojí, odmítají péči a brání se jí. K tomuto tvrzení se přidává i respondentka R3, která navíc kromě nespolupráce dodává: „*Problémem je pacientova negativita, odevzdání se osudu...a nedbání rad ošetrovatelského personálu.*“ O nedostatku jednolůžkových pokojů se zmínila R8: „*...v nedostatku jednolůžkových pokojů...*“ Absenci rodinných příslušníků zmínily R7 a R10. Dvou stížností na lékaře se týkala vyjádření R1 a R5. Problém se vznikem dekubitů zmínily R7 a R9. Negativismus a aroganci zmínila R10. Potíže ve spolupráci s rodinou pacienta zmínily R4, R5, R8.

Nápady na zlepšení

V této podkategorii respondentky uváděly nápady, jak zlepšit ošetrovatelskou péči svými nápady. Posílení ošetrovatelského týmu zmínily R3, R8 a R10, R10 dále navíc dodává: „*...větší místnost na rehabilitační pomůcky, nejlépe dva výtahy.*“ K tomuto všemu zdůraznila, že „*...lidi, kteří vymýšlejí zdravotnické papíry, by si to měli sami vyzkoušet na oddělení*“. R3 souhlasí a dodává posílení komunikace s pacienty a zlepšení rehabilitace. Výměnu lékaře uvedla R1: „*Vyměnila bych lékaře.*“ Zajímavou odpověď sdělila R4: „*Překlad těchto pacientů na specializovanou lůžka paliativní a hospicové péče.*“ Zázemí lékaře na oddělení by si přála R5: „*Snad jen mít stálého lékaře alespoň v budově, ať ho nemusíme shánět po celé nemocnici, když se něco děje.*“ Zvýšit finanční ohodnocení, v tom se shodly R7 a R9. R9 by navíc chtěla „*...vyvrátit pomluvy o práci na následné péči*“. R2 a R6 žádné nápady na to, jak zlepšit ošetrovatelskou péči, nemají.

Tab.1: Charakteristika respondentů

Respondentka	Věk	Pracovní zkušenosti na oddělení následné péče	Pracovní pozice	Nejvyšší dosažené vzdělání	Doba pracovní zkušenosti ve zdravotnictví
1	49	6 let	Vrchní sestra	Vysokoškolské s Bc.	31 let
2	44	13 let	Všeobecná sestra	Středoškolské s maturitou	25 let
3	25	2,5 roku	Všeobecná sestra	Vyšší odborné s DiS.	2,5 roku
4	32	8 let	Všeobecná sestra	Vysokoškolské s Bc.	8 let
5	38	6 let	Všeobecná sestra	Středoškolské s maturitou	18 let
6	26	4 roky	Všeobecná sestra	Vyšší odborné s DiS.	4 roky
7	62	5,5 roku	Všeobecná sestra	Středoškolské s maturitou	33 let
8	50	7 let	Všeobecná sestra	Středoškolské s maturitou	31 let
9	23	3 roky	Všeobecná sestra	Vysokoškolské s Bc.	3 roky
10	32	1 rok	Všeobecná sestra	Vyšší odborné s DiS.	6 let

Zdroj: vlastní zpracování

Výše uvedená tabulka znázorňuje charakteristiku respondentů. Jejich věkový rozptyl je od 23 do 62 let. Pracovní zkušenosti ve zdravotnictví se pohybují od 2,5 roku až po 33 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je různorodé, od středoškolského s maturitou až po vysokoškolské s bakalářským titulem. Vrchní sestra má nejdelší pracovní zkušenosti ve zdravotnictví, a to 31 let, zatímco nejmladší respondentka má nejméně zkušeností, 2,5 roku.

Tab.2: Terminální stadium

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Konečné	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že se respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 shodovaly v pojmu *terminální stadium* a uváděly jej jako konečné stadium.

Tab.3: Četnost pacientů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Často				•	•		•		•	•
Méně často						•				
Nepravidelně	•	•	•							
Denně								•		

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že se respondentky stýkají s pacienty v terminálním stadiu s různou četností. R1, R2 a R3 uváděly nepravidelné setkání. Méně časté setkání s těmito pacienty uvedla R6. Časté setkání uvedly R4, R5, R7, R9 a R10. Denní četnost uvedla jedna z respondentek, a sice R8.

Tab.4: Nejčastější obtíže

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Vznik dekubitů	•				•	•				
Bolest	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Nechutenství	•	•				•				•
Dušnost			•		•	•			•	
Porucha příjmu						•	•		•	
Zácpa		•								•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je patrné, že bolest je nejčastější obtíž u pacientů v terminální fázi onemocnění, shodly se na tom všechny respondentky, tedy R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10. Dekubity bývají také častou obtíž, zmínily se o nich R1, R5 a R6, ostatní respondentky, a to R2, R3, R4, R7, R8, R9 a R10, dekubity nezmínily. R1, R2, R6 a R10 se shodly na nechutenství jako nejčastější obtíž u pacientů v terminálním stadiu onemocnění. Zbylé respondentky (R3, R4, R5, R7, R8 a R9) nechutenství nevedly. Další potíž u těchto pacientů představovala dušnost, s tím souhlasily R3, R5, R6 a R9, zbylé respondentky (R1, R2, R4, R7, R8, R10) se o dušnosti nezmínily. O poruše příjmu stravy či tekutin hovořily R6, R7 a R9, ostatní (R1, R2, R3, R4, R5, R8, R10) o poruše příjmu nehovořily. O zácpě diskutovaly R2 a R10, ostatní (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9) zácpu nezmínily.

Tab.5: Zaměření ošetrovatelské péče

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Vyprazdňování		•	•						•	
Bolest	•	•		•		•	•	•	•	•
Polohování	•		•		•		•	•	•	
Hydratace/výživa		•	•				•	•	•	
Důstojné umírání	•					•				

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že se respondenty R1, R3, R5, R7, R8 a R9 shodly v zaměření při péči o terminálně nemocného pacienta na polohování, ostatní (R2, R4, R6 a R1) to neuváděly. Hydrataci a výživu uváděly R2, R3, R7, R8, R9, ostatní respondenty (R1, R4, R5, R6, R10) hydrataci a výživu neuváděly. Péči o vyprazdňování uvedly respondenty R2, R3 a R9. R1, R4, R5, R6, R7, R8 a R10 se o vyprazdňování nezmínily. Více než polovina respondentek uvedla, že se zaměřují na bolest u pacienta v terminálním stadiu onemocnění, což uvedly respondenty R1, R2, R4, R6, R7, R8, R9 a R10, o bolesti se nezmínily dvě respondenty, a to R3 a R5. Pouze dvě respondenty, R1 a R6, uvedly, že se zaměřují na důstojné umírání pacienta, zatímco R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9 a R10 důstojné umírání nezmínily. R2 se zaměřuje na kvalitní spánek, ohledně tohoto tvrzení ostatní respondenty (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) sdílné nebyly. R3 věnuje pozornost také péči o suchou pokožku, ostatní respondenty (R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R1) péči o pokožku neuváděly. R4 se zmínila kromě bolesti o vstřícné, empatické komunikaci s pacientem, dále o zlepšování kvality života a uspokojování potřeb, ostatní respondenty (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10) v tomto směru nebyly sdílné.

Tab.6: Zajištění ošetrovatelské péče

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Podávání stravy a tekutin	•	•	•		•		•	•	•	
Tlumení bolesti	•	•		•	•	•	•	•	•	•
Polohování	•		•		•		•	•	•	•
Pomoc při vyprazdňování		•	•				•	•	•	
Klid/soukromí	•		•			•				

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že respondenty R1, R2, R3, R5, R7, R8 a R9 potvrdily zajištění podávání stravy a tekutin, na rozdíl od R4, R6 a R10, které tuto potřebu nezmínily. Tlumení bolesti potvrdily R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10, jediná respondentka R3 nebyla sdílná s ostatními. Respondenty R1, R3, R5, R7, R8, R9 a R10 vyjádřily zajištění péče o pacienty v terminálním stadiu v polohování, na rozdíl od R2, R4 a R6, které tuto potřebu nezmínily. Zajištění potřebné péče při vyprazdňování potvrdily R2, R3, R7, R8 a R9, zatímco ostatní (R1, R4, R5, R6 a R10) tuto péči neuváděly. Potřebu klidu či soukromí zdůraznily respondenty R1, R3 a R6, zatímco ostatní (R2, R4, R5, R7, R8, R9, R10) soukromí neuváděly.

Tab.7: Přístup sester k terminálně nemocnému pacientovi

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Kladný přístup	•				•		•			•
Velmi dobrý přístup									•	
Empatický personál		•		•						
Výborný přístup								•		
Pozitivní						•		•		
Gesto– palec nahoru			•							

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že respondentky R1, R5, R7, R10 projevíly kladný postoj k terminálně nemocnému pacientovi. R2 a R4 se shodují v hodnocení empatického personálu. Velmi pozitivní názor vyjádřila respondentka R6, která zdůraznila důležitost vážného a pečlivého přístupu k pacientům i spolupráci mezi sestrami a lékaři. R8 zmínila výborný přístup k pacientovi v terminální fázi onemocnění. Respondentka R9 uvedla, že situaci hodnotí „velmi dobře“. Respondentka R3 se vyjádřila neverbálně gestem (palcem nahoru).

Tab.8: Výživa

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Per os			•	•	•		•	•	•	
NGS/PEG	•	•	•	•	•		•	•		•
Sipping		•	•	•	•			•		•
Parenterální výživa	•		•		•	•	•	•	•	
Změna diety				•	•	•				•
Nutriční terapeut				•						•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je patrné, že respondentky pacientům s perkutánní gastrostomií nebo nazogastrickou sondou podávají stravu ústy podle stavu pacientů, zmínily se o tom R3, R4, R5, R7, R8, R9. Stravu do PEG zmínily R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8 a R10. Respondentky R4 a R10 uvedly, že nejčastěji používanou výživou jsou přípravky Diben nebo Fresubin. Sipping zmínily R2, R3, R4, R5, R8 a R10. Respondentky R4, R5, R6 a R10 poznamenaly, že pokud pacienti mají potíže s polykáním, přecházejí na mixovanou dietu. Respondentky R4 a R10 uvádějí, že kontaktují nutriční sestru. R1, R3, R5, R6, R7, R8 a R9 zaznamenaly, že na jejich oddělení se využívá i parenterální způsob výživy u těchto pacientů.

Tab.9: Hydratace

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Hydratace per os	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Zahušťování tekutin			•	•	•					•
Infuze i. v.	•	•	•	•	•	•		•	•	•
Infuze s. c.	•	•				•	•			

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, jak respondentky zajišťují hydrataci u pacientů v terminálním stadiu onemocnění. Preferovaný způsob hydratace je per os (ústí) pomocí hrnků s pítkem, či kojeneckou lahví, což uvedly R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10. Zajímavý způsob podání tekutin nemocnému pacientovi sdělily dvě respondentky, R4 a R10, a to pomocí stříkaček. Zahušťování tekutin využívají pro snadnější polykání, zmínily se R3, R4, R5, R10. V případě nemožnosti perorální nebo enterální hydratace jsou pacientům podány infuze, jak se vyjádřily R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9 a R10. Subkutánní cesta podání tekutin taktéž byla zmíněna u R1, R2, R6 a R7. Sledování bilance tekutin zmínila jedna respondentka, a to R6.

Tab.10: Hygienická péče

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Hygienická péče 2x denně	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Hygienická péče 1x týdně		•								
Péče o dutinu ústní	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Péče o umělý chrup			•	•		•	•		•	•
Speciální štětičky k péči o dutinu ústní	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: vlastní zpracování

Výše uvedená tabulka znázorňuje pravidelnou hygienickou péči u pacientů v terminálním stadiu onemocnění, zahrnující pravidelnou hygienu, hygienu dutiny ústní a péči o umělý chrup. O pravidelné hygieně dvakrát denně se zmínily R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10. Respondentka R2 jako jediná zmínila celkovou koupel jednou týdně za použití závěsného systému. Shodné odpovědi byly u R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 u hygieny dutiny ústní pomocí speciálních štětiček. Péče o umělý chrup je také důležitá při hygieně dutiny ústní, uvedly ji R3, R4, R6, R7, R9 a R10. U jedné respondentky (R10) byla zmíněna odpověď u péče o umělý chrup ve formě čisticích tablet.

Tab.11: Vyprazdňování

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
WC/podložní mísa		•	•	•			•		•	•
Inkontinenční pomůcky		•	•	•		•	•	•	•	•
Laxativa při obstipaci	•		•		•	•			•	
PMK			•			•		•	•	
Intimita				•			•		•	

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je patrné, že pokud to zdravotní stav pacientů dovolí, vyprazdňují se do WC či podložní mísy, jak uvedly R2, R3, R4, R7, R9 a R10. Ve většině případů jsou používány inkontinenční pomůcky, které se pravidelně vyměňují při každém znečištění, zmínily se respondenty R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9 a R10. Při poruchách s vyprazdňováním je používána příslušná medikace, konkrétně laxativa, jak zmínily R1, R3, R5, R6 a R9. R4 zdůraznila zvýšený příjem vlákniny u těchto pacientů, aby nedocházelo k obstipacím. R3, R6, R8 a R9 pečují o permanentní močový katétr. Důraz kladený na intimitu zmínily R4, R7 a R9.

Tab.12: Dýchací cesty

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Měření saturace kyslíku	•	•	•		•	•	•	•	•	
Aplikace kyslíku				•		•	•	•	•	•
Podání kyslíku podle lékaře	•	•	•		•					
Uvedení do vhodné polohy			•		•	•	•		•	
Odsávání z dýchacích cest	•	•	•				•	•	•	•
Inhalace				•			•			

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že respondenty R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9 měří saturaci kyslíku u pacienta při zhoršeném dýchání. Aplikaci kyslíku pomocí kyslíkových brýlí nebo masky podávají R4, R6, R7, R8, R9, R10. Ostatní respondenty (R1, R2, R3, R5) podávají kyslík při zhoršeném dýchání až při rozhodnutí lékaře. Při zhoršeném dýchání uvedou pacienta do vhodné polohy R3, R5, R6, R7, R9. Odsávání z dýchacích cest zmínily R1, R2, R3, R7, R8, R9, R10, ostatní respondenty (R4, R5 a R6) odsávání neuvedly. R6 se zmínila o sledování kvality dechu při zhoršeném dýchání. Respondenty R4 a R7 podávají inhalaci pro zlepšení dýchání.

Tab.13: Spánek

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Podávání medikace	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Zajištění klidného prostředí	•		•	•				•		•
Vhodná poloha			•							
Vyvětrání místnosti před spánkem									•	

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je patrné, že respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 podávají medikaci pro kvalitní spánek. Dále respondentky R1, R3, R4, R8 a R10 uváděly snahu o zajištění klidného prostředí před spánkem, ostatní respondentky s nimi nebyly sdílné. Důležitým prvkem pro klidné spaní je vhodná poloha, uvedla ji jediná respondentka (R3). Čerstvý vzduch v místnosti zmínila respondentka R9, ostatní (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8 a R10) tuto zmínku neuváděly.

Tab.14: Bolest

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Škála VAS	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Jiné škálovací tabulky				•						•
Dotaz na bolest		•					•		•	•
Rozepsaná medikace		•			•					
Léčba farmakologická–analgetika/opioidy	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Léčba nefarmakologická–polohování	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Léčba nefarmakologická–teplo/chlad	•		•	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: vlastní zpracování

Na základě výše uvedené tabulky je patrné, že škálou VAS hodnotí respondentky bolest u pacientů, shodovaly se na tom R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10. Byly zmíněny ale i jiné možnosti tabulek k hodnocení bolesti, R4 a R10 uvedly například mapy bolesti, škálu s obličejí nebo mimiku pacienta. Dále je z tabulky zřejmé, že respondentky hodnotí bolest u pacientů dotazem, to uvedly R2, R7, R9 a R10, ostatní respondentky zmínily hodnocení bolesti podle rozepsané medikace v dokumentaci, jak podotkly R2 a R5. Medikamentózní léčbu bolesti, konkrétně analgetiky či opioidními preparáty, využívají R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9 a R10, R4 doplnila podání této medikace v různých formách. Úlevová poloha i polohování byly taktéž shodnými odpověďmi všech respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10). Jako podpůrnou léčbu bolesti zmínily R1, R4, R5, R7, R8, R9, R10 aplikaci tepla nebo chladu, R3 a R6 souhlasily a doplnily promazání bolestivé části mentolovou masťou.

Tab.15: Mobilizace

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Polohování	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Mikropolohování	•									
Polohovací pomůcky	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Rehabilitační péče	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že se respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 shodují v pravidelném polohování u pacientů v terminálním stadiu onemocnění, uvádějí polohování po dvou hodinách, v noci po třech hodinách. Mikropolohování u těchto pacientů zmínila R1, ostatní respondentky se v mikropolohování neshodovaly. K pravidelnému polohování zmiňovaly R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 používání polohovacích pomůcek. Dále je zřejmé, že rehabilitační péče, jak zmínily R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, je využívána v rámci ošetrovatelské péče s ohledem na přání a zdravotní stav pacienta.

Tab.16: Komunikace – pacient

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Empatie		•	•	•	•		•			•
Naslouchání			•	•	•			•	•	•
Tělesný kontakt		•								•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že empatie je důležitá při péči o terminálně nemocného pacienta, uvedly jej R2, R3, R4, R5, R7 a R10, ostatní respondentky (R3, R4, R5, R8, R9, R10) uváděly mimo jiné důležitost naslouchání. Tělesný kontakt, pohlazení či držení pacienta za ruku zmínily R2 a R10, ostatní respondentky se v této odpovědi neshodovaly. Žádná specifika nevnímá v komunikaci s těmito pacienty R1 a R6, ostatní (R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9 a R10) nebyly sdílné s těmito odpověďmi.

Tab.17: Komunikace – rodina

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Citlivý přístup	•									
Obtížná komunikace		•								
Být empatičtí			•		•					
Nespolupráce rodiny/arogance				•						•
Psychická podpora rodiny						•	•	•	•	

Zdroj: vlastní zpracování

Jak je z výše uvedené tabulky zřejmé, komunikace s rodinnými příslušníky vyžaduje citlivý přístup, jak uvedla R1, v tomto tvrzení se ostatní respondentky neshodují. S obtížnou komunikací s rodinnými příslušníky se setkala R2, ostatní respondentky toto tvrzení nepopisují. Empatický přístup ošetřujícího personálu k rodinným příslušníkům uvedly R3 a R5, ostatní respondentky (R1, R2, R4, R6, R7, R8, R9 a R10) empatii neuvádějí. Dále je patrné, že se dvě respondentky (R4 a R10) potýkaly s nespouprací rodiny a arogancí e strany rodinných příslušníků. Jako klíčovou komunikaci uváděly respondentky psychickou podporu rodiny od ošetřujícího personálu, zmínily se o tom R6, R7, R8 a R9, ostatní respondentky (R1, R2, R3, R4, R5 a R10) podporu psychickou neuváděly.

Tab.18: Denní režim

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Buzení pacientů/uložení ke spánku	•	•	•	•	•		•	•	•	•
Ranní/večerní hygiena	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Odběry biologického materiálu	•			•	•			•		•
Měření fyziologických funkcí							•		•	
Podávání stravy/tekutin + krmení	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Podávání medikace R + P + V + N	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Převazy defektů	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Pravidelné polohování	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Výměna inkontinenčních pomůcek	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
RHC	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9, R10 se řídí harmonogramem práce. Respondentka R6 není sdílná s tímto postupem a zdůraznila, že přistupuje k těmto pacientům individuálně a snaží se uzpůsobit denní režim pacientům. Odběry biologického materiálu zmínily R1, R4, R5, R8 a R10, ostatní respondentky s tím shodu nevyjádřily. Měření fyziologických funkcí uvedly R7 a R9, ostatní respondentky je neuváděly. Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) se shodovaly v podávání stravy, popřípadě v pomoci dokrmit či nakrmit pacienty, podávání tekutin, podání medikací, ošetřování defektů, v pravidelném polohování, rehabilitaci i výměně inkontinenčních pomůcek.

Tab.19: Spolupráce

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Ošetrovatelský personál	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Lékař ambulance bolesti		•			•	•	•	•		•
Lékaři různých odborností			•	•						
Logoped			•			•	•			
Kaplan	•	•	•	•			•	•	•	
Nutriční terapeut		•	•	•		•				•
Fyzioterapeut	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Sociální pracovník					•		•	•		
Rodina	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že spolupráce s ošetrovatelským personálem je z odpovědí respondentek nejčastější, shodly se na tom všechny respondentky. Spolupráci uváděly s lékaři různých odborností, zmínily se o tom R3 a R4. Spolupráci s lékařem z ambulance bolesti uvedly R2, R5, R6, R7, R8. Respondentky zmínily spolupráci s nemocničním kaplanem, konkrétně R1, R2, R3, R4, R7, R8 a R9. Nutričního terapeuta uvedly R2, R3, R4 a R6. Spolupráci s fyzioterapeutem zmínily všechny respondentky, stejně jako spolupráci s rodinou. Sociální pracovník byl uveden u R5, R7 a R8.

Tab.20: Psychické potřeby

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Navázání rozhovoru / komunikace	•	•	•		•	•		•		•
Povzbuzení pacienta	•			•						
Empatie				•			•		•	•

Zdroj: vlastní zpracování

Podle výše uvedené tabulky je v péči o psychické potřeby potřeba navázání rozhovoru či komunikace, jak uvedly respondentky R1, R2, R3, R5, R6, R8 a R10, ostatní respondentky komunikaci nezmínily. Povzbuzení pacienta uvedly R1 a R4, ostatní respondentky takto neodpovídaly. Potřeb u empatického přístupu uvedly R4, R7, R9 a R10, ostatní respondentky empatii neuvěděly. Rozptýlení pacienta uvedla R2, ostatní respondentky se takto nevyjadřovaly.

Tab.21: Sociální potřeby

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Kontakt rodiny	•	•	•	•	•	•	•		•	•
Neomezené návštěvy	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Rozptýlení – TV, kniha, hudba							•	•		
Videohovor				•						•

Zdroj: vlastní zpracování

Na základě výše uvedené tabulky respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9 a R10 zdůraznily důležitost kontaktu s rodinou, R8 tento kontakt neuvadla. Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) umožňují pacientům neomezené návštěvy. R7 a R8 zmínily poslech hudby, sledování televize nebo čtení knih jakožto další sociální potřebu, ostatní respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R9 a R10) rozptýlení sledováním TV či čtením neuváděly. O videohovoru se zmínily R4 a R10. R3 nabízí možnost canisterapie. Možnost sociálního pracovníka zmínila R8, ostatní jej neuváděly.

Tab.22: Spirituální potřeby

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Kaplan	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Kněz	•								•	

Zdroj: vlastní zpracování

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky, potřeba spirituálních služeb je zajištěna nemocničním kaplanem, jak uvedly respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10. V některých případech na přání pacienta je možná návštěva kněze, zmínily se o tom R1 a R9, ostatní respondentky kněze neuváděly. R10 uvedla splnění posledního přání pacienta.

Tab.23: Nejhůře saturevatelné potřeby

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Chybějící kontakt rodiny				•	•		•	•	•	•
Nemít bolest	•		•		•			•		
Přání být doma	•									
Absence psychologického odborníka		•				•				

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že chybějící kontakt s rodinnými příslušníky je klíčový v těchto potřebách, zmínily se o nich respondentky R4, R5, R7, R8, R9 a R10, ostatní respondentky absenci rodiny neuváděly. Nemít bolest uvedly R1, R3, R5 a R8, ostatní respondentky bolest nezmiňovaly. Přání být doma uvedla R1, ostatní respondentky přání být doma neuváděly. Chybějícího odborníka v oblasti psychologie zmínily R2 a R6, zatímco R1, R3, R4, R5, R7, R8, R9 a R10 odbornou pomoc nezmiňovaly, navíc R4 a R6 uvedly potřebu odpuštění, ostatní respondentky odpuštění neuváděly.

Tab.24: Důstojné umírání

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Soukromí	•	•	•	•	•		•		•	•
Bezbolestné umírání						•	•	•	•	
Klidné prostředí	•			•		•		•		
Přítomnost rodiny	•			•		•		•		•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že poskytování soukromí umírajícím pacientům je klíčové, jak uvádí respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R7, R9 a R10, R6 a R8 soukromí neuvedly. O bezbolestném umírání se zmínily R6, R7, R8 a R9, ostatní respondentky nebyly v tomto směru sdílné. Při zajištění důstojného odchodu jim zajistí klidné prostředí, jak uvedly R1, R4, R6, R8, ostatní se o klidném prostředí nezmínily. Dále je z tabulky zřejmé, že přítomnost blízkých by neměla být opomenuta, zmínily se o ní R1, R4, R6, R8 a R10, ostatní přítomnost rodinných příslušníků neuváděly.

Tab.25: Kvalita života

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Poslední přání				•	•	•				•
Neomezené návštěvy u lůžka	•	•					•		•	
Soukromí a důstojný odchod				•					•	•
Volitelná dieta	•									
Canisterapie								•		

Zdroj: vlastní zpracování

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky, respondentky uváděly různé činnosti ke zkvalitnění života v posledních chvílích, například splnění posledního přání zmínily R4, R5, R6 a R10, ostatní respondentky poslední přání neuváděly. R1, R2, R7 a R9 uváděly neomezené návštěvy, aby lidé mohli být se svým blízkým až do konce, ostatní respondentky neomezené návštěvy neuváděly. Dále je zřejmé, že jsou důležité soukromí a důstojný odchod, uvedly to R4, R9 a R10, ostatní respondentky s nimi tuto odpověď nesdílely. Na přání je možné i volitelné jídlo, které má nemocný rád, uvedla jej R1, ostatní respondentky volitelnou dietu neuváděly. Ke zpříjemnění chvíle je k dispozici canisterapie, která může pacientovi také pomoci v těchto těžkých chvílích, ostatní respondentky canisterapii neuvedly.

Tab.26: Autonomie

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Respektování přání	•		•					•		
Vyhovění pacientovi						•	•		•	

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky vyplývá, že pacientova přání respektují jen respondentky R1, R3 a R8, ostatní respektování přání neuváděly. Vyhovění pacientovi uvedly R6, R7 a R9, ostatní dotazované toto vyhovění neuvedly. R2, R4, R5 a R10 se vůbec nevyjádřily k podpoře autonomie u těchto pacientů.

Tab.27: Četnost setkání se smrtí

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Nepravidelně	•	•	•		•	•		•		
Velmi často										•
Méně často							•		•	
Každý měsíc				•						

Zdroj: vlastní zpracování

Podle výše uvedené tabulky je zřejmé, že se respondentky setkávají se smrtí s různou četností. Nepravidelné setkání uvádí většina respondentek (R1, R2, R3, R5, R6 a R8). Velmi časté setkání se smrtí vnímá R10, naopak méně často R7 a R9. Že se tak děje každý měsíc, uvedla R4.

Tab.28: Péče o mrtvé tělo

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Péče o tělo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Přivolání lékaře	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Soupis pozůstalosti							•		•	•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je patrné, že všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10) pečují o mrtvé tělo. Také se všechny shodují v přivolání lékaře, který tělo ohledá. Pouze dotazované R7, R9 a R10 zmínily soupis pozůstalosti.

Tab.29: Péče o pozůstalé

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Oznámení o smrti – lékař	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Vyjádření soustrasti	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Předání pozůstalosti	•	•	•		•	•	•	•	•	•
Poskytnutí dalších informací		•	•	•	•	•	•	•	•	•
Empatický přístup k pozůstalým			•	•	•					•
Další spolupráce										

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že smrt oznamuje pouze vždy jen lékař, shodovaly se na tom všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10). Vyjádření soustrasti uvedly také všechny respondentky. Předání pozůstalosti uvedly všechny dotazované, s výjimkou R4. Poskytnutí dalších informací zmínily R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10, respondentka R4 to neuváděla. Důležitý je empatický přístup k pozůstalým, jak zmínily R3, R4, R5 a R10, ostatní respondentky empatii neuvedly. S pozůstalými dále po smrti pacienta respondentky nespolupracují.

Tab.30: Vyrovnání se se smrtí

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Vysvobození								•	•	
Ukončení bolestí	•				•		•			
Smrt si nepřipouští		•		•						
Přirozený proces života			•			•				•

Zdroj: vlastní zpracování

Na základě výše uvedené tabulky je patrné, že ne každá respondentka se vyrovnává se smrtí jiným způsobem. Pro R8 a R9 smrt znamená vysvobození. R1, R5 a R7 uvedly, že je to pro pacienta ukončení bolestí. Například R3, R6 a R10 zmínily, že je to přirozený proces života. Dvě respondentky, R2 a R4, si smrt pacienta nepřipouští.

Tab.31: Ovlivnění osobního života

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Smrt neovlivňuje osobní život		•		•	•	•		•	•	
Smrt ovlivňuje osobní život										•
Smrt si nepřipouští	•									
Vysvobození			•							
Lítost				•			•			

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, jak smrt ovlivňuje osobní životy respondentek. R2, R4, R5, R6, R8 a R9 uvedly, že smrt neovlivňuje jejich osobní životy. R1 si například smrt pacienta nepřipouští. R3 uvedla, že je to vysvobození pro těžce nemocného pacienta. Lítost pociťují R4 a R7.

Tab.32: Hodnocení náročnosti – nejnáročnější

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Péče o umírající pacienty		•					•	•		
Komunikace s rodinou po úmrtí		•								
Práce s lékařem	•									
Správné vedení dokumentace			•		•					
Manipulace s imobilními pacienty		•		•			•		•	•
Nespolupráce rodiny				•						
Fyzická/psychická zátěž					•	•				
Nespolupráce pacienta				•						•
Sociální situace pacientů	•								•	

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky každá respondentka uvedla, co je na ošetrovatelské péči o terminálně nemocné nejnáročnější. R2, R7 a R8 zmínily péči o umírající pacienty. Dále uváděly komunikaci s rodinou po úmrtí, jak tomu bylo v případě R2. R1 uvedla práci s lékařem, dodala ještě sociální situaci pacientů, s ní souhlasí i R9. Nejnáročnější je pro respondentky manipulace s imobilními pacienty, na tuto skutečnost poukázaly R2, R4, R7, R9 a R10. Psychická a fyzická zátěž byla také zmíněna, konkrétně u R5 a R6. Nespolupráci pacienta a rodiny uvedla R4.

Tab.33: Hodnocení náročnosti – psychická zátěž

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Péče o umírající		•				•		•		•
Nespokojenost pacientů		•			•					
Nevděk pacientů			•							
Nespolupráce pacientů				•						•
Negativní postoj rodiny		•			•	•			•	
Nespolupráce s lékařem	•									•
Dobré zvládnání psychické zátěže – aktivity		•	•	•	•	•	•	•	•	•
Špatné zvládnání psychické zátěže	•									

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že je péče o umírajícího pacienta psychicky náročná, uvedly to R2, R6, R8, R10. Nespokojenost ze strany pacientů zmínily R2 a R5. Respondentka R3 zmínila nevděk pacientů. Na nespolupráci pacientů se shodly dvě respondentky, R4 a R10. I negativní reakce rodinných příslušníků je psychickou zátěží pro ošetřující personál, uvedly to R2, R5, R6 a R9. Nespolupráci s lékařem vytkly R1 a R10. Z tabulky je zřejmé, že se s psychickou zátěží respondentky vyrovnávají dobře, jak uvedly R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10. Jedna respondentka zvládá špatně psychickou zátěž, a to R1.

Tab.34: Hodnocení náročnosti – fyzická zátěž

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Manipulace s pacienty	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Fyzická únava							•		•	
Dobré zvládnání fyzické zátěže		•	•	•	•	•	•	•	•	•
Špatné zvládnání fyzické zátěže	•									

Zdroj: vlastní zpracování

Na základě výše uvedené tabulky je zřejmé, že manipulace s pacienty je nejčastější fyzickou zátěží, zmínily se o tom všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10). Dvě z nich, R7 a R9, zmínily, že kromě manipulace s pacientem jsou vystaveny fyzické únavě po celou dobu své služby v zaměstnání. Respondentky R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 zvládají fyzickou zátěž dobře. Respondentka R1 nezvládá v zaměstnání fyzickou zátěž.

Tab.35: Motivace

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Kolektivní prostředí	•			•	•	•				•
Pomoc druhým			•				•	•		
Dobré skutky									•	
Zpětná vazba od pacientů										•
Osobní vděk		•								

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že kolektivní prostředí motivuje respondentky vykonávat svou práci, uvedly to R1, R4, R5, R6 a R10. Motivace pomoci druhým lidem byla u respondentek R3, R7 a R8. Respondentka R9 ráda koná dobré skutky. R10 je ráda zpětné vazbě ze strany pacientů. Respondentka R2 bude potěší kvalitní péče, které se jí v budoucnu dostane od jiných, stejně jako ji nyní sama poskytuje pacientům.

Tab.36: Co se sestřám líbí

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Spolupráce kolektivu	•			•		•		•		
Návrat pacienta domů		•	•			•				
Práce s lidmi					•					
Různorodá práce							•		•	
Nové RHC-pomůcky									•	
Pracovitost/soutěživost/smysl pro humor	•									

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je patrné, že se sestřám líbí spolupráce kolektivu, uvedly to R1, R4, R6 a R8. Co se sestřám dále líbí, je zlepšení pacientova zdravotního stavu a následně jeho návrat do domácího prostředí, zmínily se o tom R2, R3 a R6. Respondentce R5 se líbí práce s lidmi. O různorodé práci se zmínily R7 a R9, R9 navíc dodává, že má radost z pořízení nových rehabilitačních pomůcek. R1 se líbí pracovitost kolegů.

Tab.37: Co se sestřám nelíbí

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Negativní přístup rodiny	•				•					
Nespolupráce pacientů				•		•		•		•
Spolupráce s lékařem	•									
Absence lékaře na oddělení			•							
Finanční ohodnocení							•		•	
Odsuzování práce na ONP									•	
Nevyhovující prostory										•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že nespolutpráce pacientů ztěžuje práci ošetřujícímu personálu, uvedly to R4, R6, R8 a R10. Také negativní přístup rodinných příslušníků neulehčuje situaci ošetřujícímu personálu při péči o umírající pacienty, zmínily se o tom R1 a R5. Respondentky uvádějí také špatné finanční ohodnocení, uvedly jej R7 a R9, R9 navíc zmínila odsuzování práce na svém oddělení následné péče. Respondentka R10 není spokojená s prostory při vykonávání ošetrovatelské péče.

Tab.38: Znalosti

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Dobré				•	•		•	•	•	
Průměrné	•	•								
Nejsou obsáhlé			•			•				•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky se respondentky hodnotily ve svých znalostech v oblasti problematiky umírání, jako dobré znalosti uvedly R4, R5, R7, R8 a R9. Průměrné znalosti hodnotí R1 a R2. Ostatní respondentky (R3, R6 a R10) hodnotily své znalosti, jako neobsáhlé.

Tab.39: Personální nedostatek

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Personální nedostatek	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že personální nedostatek je klíčový v ošetrovatelské péči o umírající pacienty, shodly se na tom všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10).

Tab.40: Potíže při ošetrovatelské péči

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Nedostatek personálu	•	•	•		•			•		
Nespolupracující pacienti				•		•				
Absence rodiny							•			•
Vznik dekubitů							•			
Nedostatek samostatných pokojů								•		
Práce s lékařem	•				•					

Zdroj: vlastní zpracování

Na základě výše uvedené tabulky je zřejmé, že potíže při ošetrovatelské péči jsou různé. Respondentky R1, R2, R3, R5 a R8 uvedly potíže související s nedostatkem personálu. R4 a R6 se shodly v nespolupráci pacientů. Absence rodinných příslušníků byla zmíněna u respondentek R7 a R10. Se vznikem dekubitů se potýká respondentka R7. Nedostatek samostatných pokojů zmínila R8 a potíže při práci s lékařem uvedly R1 a R5.

Tab.41: Nápady na zlepšení

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Posílení personálu			•					•		•
Navýšení mzdy							•		•	
Překlad na specializovaná lůžka				•						
Výměna lékaře	•									
Stálý lékař na oddělení			•							
Žádné nápady		•				•				

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky jsou k dispozici různé návrhy na zlepšení. Respondentky R3, R8 a R10 by chtěly posílit personál. Respondentky R7 a R9 navrhnou zvýšení finančního ohodnocení. Zajímavou odpověď měla respondentka R4, která zmínila překlad umírajících pacientů na specializovaná pracoviště. Výměnu lékaře uvedla R1. Stálého lékaře na oddělení následné péče by si přála R3. R2 a R6 neuvěděly žádné nápady.

3 Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na téma „Specifika ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stadiu“. Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění, a zmapovat náročnost ošetrovatelské péče o uvedenou skupinu pacientů na oddělení následné a péče. Stanovila jsem si tři výzkumné otázky, které stanoveným cílům práce odpovídají.

Sběr dat byl proveden kvalitativním výzkumným šetřením pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořilo deset respondentek. Všechny respondentky byly ženy – všeobecné sestry, které pečují o pacienty v terminálním stadiu onemocnění na oddělení následné péče.

Prvním cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů v terminálním stadiu onemocnění, a druhý cíl byl zmapovat náročnost ošetrovatelské péče o uvedenou skupinu lidí. K cílům jsem si stanovila tři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zněla: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů v terminálním stadiu onemocnění?

K uvedené výzkumné otázce se vztahují otázky v rozhovoru: č. 14, která obsahuje šest podkategorií, dále otázky č.15, č. 19, č.21.

Otázka č. 14

Respondentky uváděly problémy s poruchou příjmu potravy. U těchto pacientů dochází ke sníženému příjmu stravy. Sestry zmínily, že pacientovi dopomůžou s dokrmením nebo ho i nakrmí, nabízí se i možnost změny konzistence stravy, ale taková, aby odpovídala aktuálním potřebám pacienta, včetně jeho přání. Dále uváděly, že pokud už pacient nepřijímá plnou stravu, jsou mu k dispozici různé kalorické sippingy, které mu dodají potřebné živiny. Dále se zmínily, že pokud mají pacienti perkutánní endoskopickou gastrostomii nebo nazogastrickou sondu, podávají stravu enterální cestou. Jako druhá podkategorie byla uvedena specifika v oblasti hydratace. Respondentky uváděly, že pokud pacient přijímá ústy, podávají tekutiny v hrnečku, či hrnku s brčkem, dokonce i kojeneckou lahví, pro snadnější polykání se tekutiny mohou pacientům zahustit. Jestliže nelze pacienta hydratovat ústy, jsou podávány infuzní roztoky intravenózně nebo subkutánně. Coby třetí podkategorie udávaly specifikum v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní. Sestry zajišťují hygienickou péči dvakrát denně, dále také podle zdravotního stavu pacienta a jeho přání. Péči o dutinu ústní vykonávají dvakrát denně také, ale i podle potřeby. K hygieně dutiny ústní využívají speciální glycerínové štětičky. Čtvrté specifikum bylo v oblasti vyprazdňování. Respondentky uváděly potíže spojené se zácpou, někdy i průjmem, ale i inkontinence byla zmiňována, v literatuře (Kopáčiková a kol., 2015) se výzkum shoduje. Respondentky uváděly, že pacienti, kteří jsou schopni používat WC nebo podložní mísu, se vyprazdňují podle těchto možností. Pokud pacienti již nejsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopni používat výše zmiňované, jsou jim k dispozici jednorázové inkontinenční pomůcky. Péče o permanentní močový katétr byla rovněž zmíněna. Pátá podkategorie je specifikum v oblasti dýchání. Tím, že dochází k progresi nemoci například různými plicními, neurologickými či onkologickými onemocněními, mohou tyto stavy vést ke ztíženému dýchání, které může následovat až do fáze chrčení. Respondentky

uváděly, že pacientům při zhoršeném dýchání změří saturaci kyslíku a podají kyslík. Také uváděly, že pacienta uvedou do zvýšené polohy. V případě potřeby je pacientovi zajištěno i odsávání z dýchacích cest při zhoršeném dýchání, jak uváděly respondentky. Šestá podkategorie je specifikum v oblasti spánku. Nespavost bývá u těchto pacientů komplexním problémem. Příčin může být hned několik, od fyzických symptomů, jako jsou například bolest, dušnost, nepohodlí, až po psychologické faktory. Z výsledků získaných od respondentek vyplývá, že podávání medikace je zde klíčové. Sedmá podkategorie, specifikum v oblasti polohování či mobilizace, byla typická u umírajících pacientů, kde nejčastějším problémem v ošetrovatelské péči byl vznik dekubitů. Sestry se shodovaly, že o pacienty pečují pravidelným polohováním. To se samozřejmě řídí i podle možností pacienta a jeho přání, jak bylo zmíněno ve výzkumu. K polohování pacientů využívají polohovací pomůcky, které mají běžně na oddělení k dispozici.

V otázce č.15, všech deset respondentek uvádělo obtíže spojené s bolestí. Je to nejčastější problém v ošetrovatelské praxi při péči o pacienta v terminálním stadiu onemocnění. Bolest respondentky zvládají pomocí běžných analgetik, ale byla zmíněna hlavně analgetika opioidní, a to v různých formách podání, například perorální tablety, transdermální náplasti, ale i opioidy aplikované subkutánně. Výsledky výzkumného šetření jsem porovnávala s literaturou, konkrétně Kopáčikovou a kol. (2015), kde se shodujeme.

V otázce č. 19, jaké mají pacienti specifické potřeby a jaké jsou nejhůře saturevatelné, se sestry vyjadřovaly různě. Byly zde uváděny potřeby související s chybějícím kontaktem s rodinou, být bez bolesti, také jedna respondentka z deseti uvedla přání být doma. Dvě respondentky z deseti uvedly absenci psychologického odborníka, který by byl umírajícím pacientům v těžkých chvílích nápomocen. Dále taktéž dvě respondentky uvedly potřebu odpuštění a psychické potřeby.

V otázce č. 21 se sestry vyjadřovaly ke komunikaci s pacientem a také jeho rodinou. Specifika vnímají hlavně v empatickém přístupu, který uvedly všechny respondentky. Dále zmiňovaly důstojnost k umírajícímu pacientovi, naslouchání. Potřebu tělesného kontaktu, držet pacienta při odcházení z tohoto světa zmínily dvě respondentky z deseti. Při komunikaci s rodinnými příslušníky uvedly čtyři respondentky z deseti, že je důležitá psychická podpora rodiny, o citlivém přístupu hovořila jedna respondentka z deseti. Bohužel tři respondentky z deseti zmínily, že komunikace s rodinnými příslušníky nebývá vždy jednoduchá a rodina často nespolupracuje.

Druhá výzkumná otázka byla: **Jaká je náročnost ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče?**

K uvedené výzkumné otázce se vztahují otázky v rozhovoru č. 30, č. 31, č. 33, č. 34.

Z mého výzkumu je patrné, že náročnost ošetrovatelské péče o tuto skupinu pacientů je jak po fyzické, psychické, tak i emocionální stránce velice náročná. Výzkum jsem porovnávala s výzkumníci Zárubovou (2014). Péče o umírajícího vyžaduje odborné znalosti, ale i dovednosti v této problematice. Zdravotnický personál je vystaven velké psychické zátěži při ošetřování umírajícího pacienta. Je tomu tak i z důvodu emocionální zátěže, přece jen pečovat o člověka, který umírá, není snadný úkol.

V rámci otázky č. 30 měly sestry hodnotit, jaká je náročnost ošetrovatelské péče na jejich pracovišti. Všechny se shodovaly v náročnosti jak po psychické stránce, tak i po té fyzické. Zmínky byly různé, jedna respondentka zdůraznila, že oddělení následné péče je jedno z nejnáročnějších oddělení.

K otázce č. 31 se sestry vyjadřovaly, co je podle nich nejnáročnější. Tři respondentky z deseti zmínily péči o umírající pacienty. Pět respondentek z deseti uvedlo manipulaci s pacienty. Dvě respondentky z deseti se vyjádřily, že je podle nich nejnáročnější vedení dokumentace. Jedna respondentka dokonce uvedla spolupráci s lékařem. Dvě respondentky z deseti se shodovaly v nespolečnosti pacienta, včetně jeho rodinných blízkých.

U otázky č. 33 uváděly respondentky, v čem je práce na jejich oddělení psychicky náročná a jak psychickou zátěž zvládají. Čtyři respondentky uvedly, že negativní postoj rodiny nemocného pacienta je psychicky náročný, hlavně při nespokojenosti s péčí, aroganci, někdy dokonce až stížností na ošetrovatelský personál. Čtyři respondentky z deseti uvedly, že je péče o umírající psychicky náročná. Tři respondentky se shodovaly v nespolečnosti pacientů, když péči odmítají. Jedna respondentka z deseti uvedla, že je psychicky náročné pracovat s nespolečným lékařem. Psychickou zátěž respondentky zvládají všechny dobře, tedy kromě jediné, která psychickou zátěž v práci nezvládá dobře.

U otázky č. 34 se respondentky vyjadřovaly k náročnosti fyzické zátěže a k tomu, jakým způsobem fyzickou náročnost zvládají. Jedním z hlavních faktorů, které respondentky uváděly, byla manipulace s pacienty. Zmínilo se o ní všech deset respondentek. Nepřetržitá péče o paliativní pacienty vede k nedostatečnému odpočinku, který zvyšuje fyzickou únavu ošetrovatelského personálu, s tím souhlasily dvě respondentky z deseti. Zvládání fyzické zátěže bylo překvapující pro můj výzkum, kde se devět respondentek s fyzickou námahou vyrovnává velmi dobře. Jedna respondentka z deseti fyzickou zátěž nezvládá.

Třetí výzkumná otázka zněla: **S jakými problémy se setkávají všeobecné sestry při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče?**

K uvedené výzkumné otázce se vztahují otázky v rozhovoru: č. 40, č. 41, č. 42 a č. 43.

Otázka č. 40 hodnotila dostatek/nedostatek personálu na pracovišti následné péče. Všechny respondentky se shodovaly v nedostatku personálu. Důvodem může být fyzická i psychická vyčerpanost zaměstnanců.

Otázka č. 41 měla zjistit, s jakými problémy se sestry setkávají při své práci o terminálně nemocné. Pět respondentek z deseti uvedlo nedostatek personálu, dvě respondentky nespolečnosti pacientů. Také absence návštěv u pacientů bývá častý problém, zmínily se o tom dvě respondentky z deseti. Problémem při ošetrovatelské péči o terminálně nemocného pacienta je vznik dekubitů, což zmínila jedna respondentka z deseti. Dvě respondentky z deseti uvedly, že je nedostatek samostatných pokojů, kde by měli pacienti s rodinou dostatek soukromí. Dvě respondentky z deseti zmínily potíže při práci s lékařem.

V otázce č. 42 jsem se ptala, jaké sestry vidí překážky na svém pracovišti. Čtyři respondentky z deseti zmínily nedostatek personálu. Dále jedna respondentka z deseti se zmínila o absenci návštěv u lůžka nemocného. Pět respondentek z deseti žádné překážky na svém pracovišti nevidí. Jedna respondentka uvedla práci s lékařem, ostatní respondentky tuto skutečnost neuváděly.

Pomocí otázky č. 43 byly respondentky tázány na to, co by zlepšily při ošetrovatelské péči. Dvě respondentky z deseti uváděly zvýšení finančního ohodnocení. Dvě respondentky z deseti se zmínily o rozšíření počtu ošetrojícího personálu. Jedna respondentka uvedla zvýšení množství polohovacích pomůcek, dále dva výtahy na svém pracovišti. Dvě respondentky z deseti neměly žádné nápady na zlepšení. Jedna respondentka z deseti zmínila překlady pacientů v terminálním stadiu onemocnění na specializovaná lůžka. Jedna respondentka z deseti zmínila posílení komunikace s pacienty. I výměna lékaře byla návrhem u jedné respondentky.

4 Návrh a doporučení pro praxi

Na základě svého výzkumného šetření jsem dospěla k závěru, že všeobecné sestry poskytují umírajícím pacientům ošetrovatelskou péči. Specifikum v oblasti problematiky tlumení bolesti představuje využívání opioidních analgetik pacientů. Výzkumným šetřením byly zjištěny některé nedostatky v ošetrovatelské péči. Jako první byl uveden nedostatek personálu. Tento nedostatek bych zajistila posílením ošetřujícího personálu, konkrétně všeobecných sester, například motivací ke vzdělávání se. Nezbytnou součástí práce všeobecných sester je práce s dokumentací. Ta má klíčový význam pro sledování zdravotního stavu pacienta, bohužel ji sestry vnímají jako zátěž. Pracovní doba je věnována dokumentaci, a tudíž péče o pacienta je, dá se říct, druhotná. Navrhuji elektronické vedení dokumentace, které sestřím ušetří čas s papírováním, a zbude tak čas na kvalitní ošetrovatelskou péči o pacienty. Druhým nedostatkem bylo, že všeobecné sestry nemají odborné vzdělání v oblasti paliativní péče a umírání. Zajistila bych sestřím semináře, odborné vzdělávací kurzy nebo přednášky ohledně této problematiky. Co se týká péče o pacienta, který odmítá spolupráci s personálem, jsem zastánkyní kvalitního vzdělávacího kurzu BLAST. Je zaměřen na lékaře, ale i na nelékařské pracovníky, kteří se potýkají s pacienty, kterým se sděluje nepříznivá informace o jejich zdravotním stavu. Tento vzdělávací kurz je zaměřen na empatii, komunikaci s pacientem i poskytnutí podpory v náročné chvíli. Klíčový nedostatek spočívá v nedostatečném počtu jednolůžkových pokojů. Bohužel řešení tohoto nedostatku není v našich silách. Alternativou pro umírající pacienty mohou být například specializovaná pracoviště určená této skupině pacientů. Pokud by rodina a pacient trvali na soukromí, i péče v domácím prostředí je přípustná.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala specifiky ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče. Tato práce se dělí na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou. Cílem mé práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu a zmapovat náročnost ošetrovatelské péče o uvedenou skupinu pacientů. Teoretická část byla zaměřena na současný stav dané problematiky umírání, historii umírání, terminální stadium, smrt, fáze nevléčitelného onemocnění, paliativní péči, hospic, potřeby nemocných v paliativní péči, péči o mrtvé tělo, péči o pozůstalé, specifika ošetrovatelské péče, potřeby nemocných v paliativní péči, úlohy sestry, psychickou tíseň, fyzickou i psychickou zátěž a etiku umírání a smrti a oddělení následné péče. Praktická část byla věnována kvalitativnímu výzkumu. Výsledky jsem získala pomocí polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami z jindřichohradecké nemocnice. Ve své práci jsem si vytyčila dva cíle a stanovila tři výzkumné otázky, abych cíle dosáhla.

V rámci dosažení prvního cíle jsem zjišťovala specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu. Z celkových výsledků je patrné, že velmi často zmiňovanou problematikou je zde bolest. Výsledky výzkumného šetření naznačují, že sestry často jednájí shodně v porovnání s literaturou při poskytování péče terminálně nemocným pacientům. Zabezpečují podávání analgetik, dále zajišťují podávání stravy i tekutin enterální či parenterální cestou, pokud jsou pacienti ve fázi, kdy potravu ani nápoje nepřijímají ústy. Provádějí hygienickou péči s ohledem na zdravotní stav a přání pacienta, v prevenci vzniku dekubitů dbají na pravidelné polohování, při vyprazdňování zajišťují pacientům intimitu, starají se o jejich pohodlný spánek. Komunikace s rodinou pacienta bývá náročná. Je zapotřebí, aby sestry měly dobré komunikační schopnosti a snažily se je nadále zlepšovat. S pacientem vedeme klidnou, vstřícnou komunikaci, dáme mu prostor, aby se nám vypovídal.

Co se týká druhého cíle, zde jsem zjišťovala, jaká je náročnost péče o uvedenou skupinu lidí. Ve výzkumu je zřejmá vysoká míra psychické náročnosti, kterou sestry zažívají při poskytování péče umírajícím pacientům. Psychickou zátěží je také komunikace s příbuznými pacienta, kteří se nechovají vždy vstřícně k ošetřujícímu personálu. Náročná práce v péči o terminálně nemocné s sebou přináší i fyzickou zátěž při poskytování péče, zvláště pak u této skupiny pacientů. Vzhledem k prognóze jejich vážného onemocnění u nich dochází k postupné ztrátě soběstačnosti až k imobilitě. Podle odpovědí získaných z uskutečněných rozhovorů souvisí vysoká míra fyzické zátěže především s polohováním pacientů.

Domnívám se, že cíle této bakalářské práce byly splněny. Tato práce se pro mě stala velkým přínosem, měla jsem možnost se seznámit s tématem problematiky umírání. I já sama přicházím během své praxe do kontaktu s umírajícími pacienty, a proto nově získané znalosti mohu uplatnit. Témata, která jsem otevřela a získala o nich detailnější informace, by mohla být myšlenkou na vytvoření další samostatné práce.

Seznam použité literatury

- BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2288-2.
- BRABCOVÁ, Soňa, 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3133-4.
- BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka, 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5334-8.
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4754-024.
- DOSBABA, Filip; KŘÍŽOVÁ, Dagmar a HARTMAN, Martin, 2021. *Rehabilitační ošetrování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.
- HLINKOVÁ, Edita; NEMCOVÁ, Jana a HULO, Edward, 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-7106-202.
- HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HOSPIC SV. JANA N. NEUMANNA, 2024. *Zakladatelka moderního hospicového hnutí Cicely Saunders*. Online. Dostupné z: <https://www.hospicpt.cz/zakladatelka-hospicu>. [cit. 2024-01-29].
- KABELKA, Ladislav a CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena, 2022. *Syndrom křehkosti: indikace péče, podpora života v nemoci, komunikační dovednosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-7131-785.
- KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.
- KABELKA, Ladislav, 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-802-0450-494.
- KABELKA, Ladislav, 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1688-1.
- KALVACH, Zdeněk, 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2., upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.
- KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5203-7.
- KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2014. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3600-6.
- KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.

- KOPÁČIKOVÁ, Mária; HERINKOVÁ, Anna; ŠENKÁROVÁ, Zuzana; ŠICHMAN, Marek a ZRUBÁKOVÁ, Katarína, 2015. *Posudzovanie symptómov a spirituálnych potrieb pacientov v paliatívnej starostlivosti*. Bratislava: SAP. ISBN 978-80-89607-40-2.
- KŘEMENOVÁ, Zuzana, 2021. Může paliativní nemocniční tým přinést něco nového do terminální fáze nemoci? *Paliativní medicína*. 2(4), 15–20. ISSN 2695-1495
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-802-6209-119.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4746-500.
- KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5707-0.
- MODRÁ POMNĚNKA, 2015. *Když se život chýlí ke konci ...* Online. 26. 9. 2015. Dostupné z: <https://modrapomnenka.cz/kdyz-se-zivot-chyli-ke-konci-2/>. [cit. 2023-11-02].
- NEZBEDA, Ondřej, 2016. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka. ISBN 9788074327476.
- ONDŘIOVÁ, Iveta, 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-7116-966.
- OPATRŇÝ, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2019. *Ošetrovatelství II. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-7108-893.
- PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5471-0.
- SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav, 2022. *Paliativní medicína pro praxi. 3.,* přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
- SLÁMOVÁ, Regina; MARKOVÁ, Alžběta; KUBÁČKOVÁ, Petra a ANTONOVÁ, Barbora, 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.
- SLAVÍKOVÁ, Šárka; ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, Michaela; MAULENOVÁ, Kristýna; ASCHERMANNOVÁ, Alexandra; VAŇKOVÁ, Lucie a KOPSA TĚŠÍNOVÁ, Jolana, 2020. *Průvodce pro nevléčitelně onkologicky nemocné a jejich blízké*. Praha: Amélie.
- SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária, 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3242-3.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-807-4921-384.
- ŠPINKOVÁ, Martina, 2016. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 5. vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-808-8126-096.

- THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 9788026207146.
- TOMEŠ, Igor; DRAGOMIRECKÁ, Eva; SEDLÁROVÁ, Katarina a VODÁČKOVÁ, Daniela, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4629-414.
- TRACHTOVÁ, Eva, 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4., rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-907.
- VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva a KUBÁTOVÁ, Lucie, 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4734-217.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-7101-566.
- ZÁRUBOVÁ, Eva, 2014. *Ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství.
- ZRUBÁKOVÁ, Katarína a BARTOŠOVIČ, Ivan, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-7122-073.

Přílohy

Příloha A: Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha B: Vzor souhlasu s účastí ve výzkumu

Příloha C: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha D: Rozhovory s respondenty

Příloha A: Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha B: Vzor souhlasu s účastí ve výzkumu

Souhlas s účastí ve výzkumu

Já, níže podepsaný(á), souhlasím se svou účastí v kvalitativním výzkumu Hany Tomáškové na téma „Ošetrovatelská péče o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné a rehabilitační péče“, který proběhne pro účely sepsání bakalářské práce. Cílem práce bude zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění, a zmapovat náročnost ošetrovatelské péče o uvedenou skupinu lidí. Prohlašuji, že jsem byl(a) předem řádně informován(a) o průběhu a okolnostech výzkumu a že souhlasím se zpracováním údajů, které jsem poskytl(a). Zároveň beru na vědomí, že mám právo být plně informován(a) o průběhu kvalitativního výzkumu a svou účast mohu kdykoliv přerušit. Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru, včetně analýzy výsledného zvukového záznamu, a s následným přepisem. Dávám souhlas k tomu, že bude zachována má anonymita během, ale i po skončení výzkumu.

Podpis respondenta:

Datum:

Příloha C: Polostrukturovaný rozhovor

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Na jakém pracovišti pracujete? Jak zde pracujete dlouho?
- 4) Jaké je Vaše pracovní zařazení?
- 5) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
- 6) Jaké máte odborné vzdělání v oblasti paliativní péče?
- 7) S jakou nejčastější diagnózou přicházejí pacienti na Vaše pracoviště?
- 8) Co je podle Vás terminální stadium?
- 9) Jak často se setkáváte s pacienty v terminálním stadiu? Jak často se setkáváte se smrtí?
- 10) S jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stadiu na Vašem oddělení nejčastěji setkáváte?
- 11) Na co se zaměřujete v ošetrovatelské péči u pacientů v terminálním stadiu na Vašem oddělení?
- 12) Jakým způsobem je na Vašem oddělení zajišťována ošetrovatelská péče u pacientů v terminálním stadiu?
- 13) Jak byste hodnotil/a přístup k pacientům v terminální fázi onemocnění na Vašem oddělení?
- 14) Jaká jsou podle Vás specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu na Vašem oddělení?
 - Jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stadiu? Jakou formou výživy zajišťujete u této skupiny pacientů na Vašem oddělení?
 - Jaká jsou specifika v oblasti zajištění hydratace u pacientů v terminálním stadiu? Jakým způsobem zajišťujete hydrataci u pacientů v terminálním stadiu onemocnění na Vašem oddělení?
 - Jaká jsou specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminální fázi onemocnění na Vašem oddělení?
 - Jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů na Vašem oddělení?
 - Jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty u umírajících pacientů? Jak postupujete při zhoršeném dýchání na Vašem oddělení?
 - Jaká specifika vnímáte v oblasti spánku u umírajících pacientů na Vašem oddělení?
 - Jaká specifika vnímáte v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminální fázi na Vašem oddělení?
- 15) Jak na Vašem pracovišti hodnotíte bolest u pacientů v terminálním stadiu onemocnění?
 - Jaké nástroje k hodnocení bolesti využíváte?
 - Jakými způsoby tišíte bolest?
 - Jaké nefarmakologické metody léčby bolesti u této skupiny pacientů používáte?
- 16) Jaké pomůcky používáte při ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta na Vašem oddělení?
- 17) Popište mi denní režim u pacientů v terminálním stadiu onemocnění na oddělení následné a rehabilitační péče.
- 18) S kým spolupracujete na Vašem oddělení při péči o pacienta v terminálním stadiu onemocnění? Jakým způsobem spolupráce probíhá?

- 19) Jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stadiu? Které potřeby jsou u umírajících pacientů na Vašem oddělení nejhůře satureovatelné?
- 20) Jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících pacientů oddělení následné a rehabilitační péče?
- 21) Jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stadiu onemocnění na Vašem pracovišti?
 - Jaká specifika vnímáte v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta?
- 22) Jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné a rehabilitační péče?
- 23) Co poskytujete umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích na Vašem oddělení?
- 24) Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na Vašem pracovišti?
- 25) Jakým způsobem uspokojujete na Vašem pracovišti sociální potřeby u umírajících pacientů?
 - Jakým způsobem zajišťujete na Vašem pracovišti přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta?
- 26) Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné a rehabilitační péče?
- 27) Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím pacientům na Vašem pracovišti?
- 28) Jak pečujete o zemřelé tělo na Vašem pracovišti? Jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na Vašem oddělení?
- 29) Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na Vašem pracovišti?
- 30) Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na Vašem pracovišti?
- 31) Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné a rehabilitační péče?
- 32) Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné a rehabilitační péče líbí/nelíbí?
- 33) V čem je podle Vás práce na Vašem pracovišti psychicky náročná?
 - Jak na Vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž?
- 34) V čem je podle Vás práce na Vašem pracovišti fyzicky náročná?
 - Jakým způsobem zdoláváte fyzickou zátěž?
- 35) Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné a rehabilitační péče?
- 36) Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta?
- 37) Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Váš osobní život?
- 38) Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření?
- 39) Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče?
- 40) Jak hodnotíte dostatek, či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na Vašem oddělení následné a rehabilitační péče?
- 41) S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné a rehabilitační péče?
- 42) V čem vidíte na Vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty?
- 43) Máte nějaké nápady, co byste zlepšil/a?

Příloha D: Rozhovory s respondenty

ROZHOVORY S RESPONDENTY

R1

Respondentkou je 49letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské v oboru bakalář. Její pracovní zařazení je vrchní sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. pracuje zde 6. rokem. Ve zdravotnictví se pohybuje již 31 let. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče mi odpověděla: „*tak všeobecně*“. Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: „*Chodí nám úrazové fraktury kloubů a kostí dolních končetin*“. Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stádium, odpověděla: „*Konečné, poslední stádium onemocnění s infaustní prognózou*“. Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stádiu a jak často se smrtí mi bylo odpovězeno: „*Kolikrát? Měsíčně nebo ročně? Nelze adekvátně odpovědět, je to nepravdělné*“. Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stádiu nejčastěji setkává, odpovědí bylo: „*S bolestí, s dekubity, poruchou polykání, nechutenstvím, kachexií*“. Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů, odpověděla: „*Na pravidelné polohování, také celkový komfort pacienta, klid a důstojnost odcházení*“. Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: „*Podáváme stravu, tekutiny, tlumíme bolesti, podáváme medikaci, pravidelně polohujeme, hygiena, spolupracujeme v ošetrovatelském týmu a plníme ordinace lékaře*“. Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi mi odpověděla: „*Kladně*“. Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu bylo odpovědí: „*Důstojnost odcházení, předcházení bolesti podáváním morfinových derivátů*“. První podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stádiu a jakou formou výživu zajišťují, odpověděla: „*V případě zavedení pegu, podáváme výživu do peg. V případě poruchy vědomí, podáváme í vé či es cé*“. Další podotázka, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: „*V případě, že to stav dovolí, podáváme per os, jinak jak jsem zmiňovala to samé v předchozí otázce*“. Na otázku, specifika v oblasti hygienické péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stádiu odpověděla: „*O dutinu ústní pečujeme pomocí glycerinových tyčinek a pravidelným vytíráním dutiny ústní, jinak hygiena se u nás provádí vždy dvakrát denně, ráno a večer*“. Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů mi odpověděla: „*V případě obstipace podáváme laxativa per os nebo per rektum, jinak standartní péče*“. Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jako postupují při zhoršeném dýchání: „*V případě potřeby odsáváme z dýchacích cest, pak v případě potřeby oxygenoterapií dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra může podat kyslík do průtoku do dvou litrů dle vlastního uvážení*“. V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů mi odpověděla, že: „*Podáváme sedativa, hypnotika dle ordinace lékaře, no a klidné prostředí*“. Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminálním stádiu, odpověděla: „*Na našem oddělení nemáme žádnou specifikaci pro polohování terminálně nemocných pacientů. Pracujeme dle polohovacího plánu, který je platný pro celé zařízení, dále používáme mikropolohování a snažíme se vyhovět přáním pacientů*“. Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním onemocnění: „*Dle platné směrnice ošetrovatelské péče*“. Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: „*Škáluvas*“. Jakými způsoby

tišíte bolest: „*Medikamentózně* “. Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „*Využitím chladu a tepla, polohování* “. Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „*Pomůcky na polohování, dále kryto sáček* “. Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stádiu onemocnění na oddělení následné péče. „*Ráno pacienty budíme, uděláme hygienu obličeje, rukou, když mají odběry, tak se jim odebere biologický materiál, pak podáváme stravu a tekutiny. Pak se podává medikace per os, subkutánně, i v, per réktum, polohujeme. Po snídani se provede celková koupel nebo koupel na lůžku, převazují se rány, vymění se lůžkoviny a jednorázové podložky, pleny, podáváme tekutiny, polohujeme, pak je odpolední hygiena, opět vyměníme lůžkoviny, podložky, pleny, dáme napít, podáváme stravu, medikaci, polohujeme, večerní hygiena, zase výměna lůžkovin, podložek jednorázových, plen, tekutiny, ukládání ke spánku, polohování* “. Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení o pacienta v terminálním stádiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „*Spolupracujeme všeobecná sestra, praktická sestra, ošetrovatel nebo ošetrovatelka, sanitář či sanitářka, dále ošetřující lékař, lékař jiných odborností, sestra pro epidemiologii a hygienu, rehabilitační pracovník, rodinní příslušníci a nemocniční kaplan* “. Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stádiu a které jsou u umírajících nejhůře satureovatelné, odpověď byla: „*Tišení bolesti a předcházení nárůstu bolestí, pacienti často vysloví přání, že by chtěli domů* “. Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících R1 odpověděla: „*Nejčastěji rozhovorem, povzbuzením, celkovou péčí* “. K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stádiu onemocnění mi respondentka odpověděla: „*Na našem oddělení nepozorují žádná specifika v oblasti komunikace s terminálně nemocnými pacienty, s každým pacientem mluvím lidsky s největším svědomím i vědomím. Nerozlišuji, zdali mluvím s terminálně nemocným, anebo s pacientem, který trpí nevyčísitelným onemocněním*“. Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „*Samozřejmě citlivý přístup, dostatek času na rozhovor, klidné, profesionální vystupování personálu*“. Při otázce, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné péče, odpověděla: „*Navrhujeme, že mu můžou přinést osobní věci, na které byl pacient během života fixovaný například fotografie, něco k poslechu hudby, kterou měl rád...*“. Další otázka byla, co poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „*Třeba dietu na přání, v případě, že provoz dovolí, tak samostatný pokoj, časté větrání místností, návštěvy příbuzných mimo návštěvní hodiny* “. Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: „*Respektováním*“. Další otázka byla, jakým způsobem upokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „*Rozhovorem, povzbuzením, podporou nemocného i příbuzných* “. Jakým způsobem zajišťují přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „*Návštěvy u pacientů v terminálním stádiu probíhají i mimo návštěvní dobu nemocnice* “. Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné péče: „*Klidným prostředím, když provoz dovolí, tak samostatným pokojem, možnost návštěv i mimo návštěvní hodiny* “. Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím pacientům na vašem pracovišti: „*Na přání pacienta možnost návštěvy kaplana nebo kněze. Telefonní číslo je přístupné na nástěnce. Sestra v případě potřeby může kontaktovat Centrum matky Terezy* “. Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „*Bezprostředně po úmrtí sestra otevře okno, v případě otevřených očí zatlačí víčka a kontaktuje*

lékaře. Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: *„Rodině úmrtí oznamuje vždy lékař, sestra vyjádří soustrast a předá pozůstalost proti podpisu příbuzných*“. Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: *„Jsem přesvědčená, že oddělení následné péče je jedno z nejnáročnějších oddělení vzhledem k ošetrovatelské péči v rámci celé nemocnice*“. Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: *„Hlavně psychické vypětí při spolupráci s lékařem a řešení sociální situace pacientů bez domova*“. Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: *„Nelíbí se mi konfliktní situace od rodinných příslušníků. A líbí se mi, že většina kolegů má smysl pro humor, jsou zodpovědní, pracovití, soutěživí. Většina mých kolegů má ráda pořádek, jsou kamarádský, dokážou si vzájemně vyhovět a pomoci, dokážou samostatně řešit problém v případě, že některý z nich potřebuje pomoci, dokážou se semknout a podpořit. Jsou flexibilní, v rámci změn ve službách dokážou být diskrétní a dokážou pracovat v týmu*“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti psychicky náročná: *„Ve spolupráci s lékařem*“. Jak na vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: *„Těžko*“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti fyzicky náročná: *„Při práci s pacienty, při manipulaci, polohování, výměně prádla a hygienických pomůcek při hygieně*“. Jakým způsobem zdláváte fyzickou zátěž: *„Těžko*“. Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: *„Kolektiv mě drží nad vodou*“. Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: *„Při terminálním onemocnění je odchod pacienta zároveň ukončením bolesti. Každý odchod je těžký*“. Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Vaš osobní život: *„Snažím se v rámci duševní hygieny nemyslet na zaměstnání ve svém osobním životě*“. Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: *„Mám skvělou rodinu a ta mi umožňuje se věnovat koníčkům. Mám pár skvělých kamarádů a díky nim a mojí rodině se můžeme společně věnovat mým koníčkům*“. Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: *„Průměr, je co doplňovat*“. Jak hodnotíte dostatek či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: *„Všeobecných sester je celosvětově málo*“. S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu na oddělení následné péče: *„Nedostatek personálu, hlavně všeobecných sester a nesmyslné požadavky lékaře*“. V čem vidíte na vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: *„V nesmyslných požadavcích lékaře a v nedostatku všeobecných sester*“. Máte nějaké nápady, co byste zlepšila: *„Vyměnila bych lékaře*“.

R2

Respondentkou je 43letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Její pracovní zařazení je všeobecná sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Pracuje zde 13 let. Ve zdravotnictví se pohybuje již 25 let. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče mi odpověděla: *„Nemám žádné*“. Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: *„Zlomeniny krčku stehenní kosti, TEP kyčle, kolena, nádorová onemocnění, céempé*“. Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stádium, odpověděla: *„Konečná fáze nemoci, kdy léčba je již vyčerpaná, neúčinná a vede ke smrti pacienta*“. Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stádiu a jak často se smrtí mi bylo odpovězeno: *„Je to různé, lze říct, že na oddělení máme pacienty v terminálním stádiu v různém počtu skoro pořád. Se smrtí se setkávám nepravdělně*“. Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stádiu nejčastěji setkávají, odpovědí bylo: *„S bolestí, nechutenstvím, zácpou, zmateností, somnolencí, sklonu k infekcím*“. Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů,

odpověděla: „V první řadě je kladen důraz na zmírnění bolestí. Dále je pečováno o potřeby pacienta, a to na hydrataci, výživu, vyprazdňování, spánek“. Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: „Pacienti jsou krmeni a hydratováni dle jejich schopností přijímat stravu a tekutiny, je prováděna hygiena, pečujeme o pokožku a polohujeme. Zajišťujeme pomoc při vyprazdňování“. Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi mi odpověděla: „Na našem oddělení je personál, který se k pacientům chová slušně, je empatický a snaží se pacientům zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči“. Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu bylo odpovědí: „Hlavně tišení bolesti“. První podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stádiu a jakou formou výživu zajišťují, odpověděla: „Pacienty do jídla nenutíme, pokud jim dělá problém přijímat potravu, podáváme jim přípravky enterální výživy ve formě sipingu, třeba nápoje nebo krému“. Další podotázka, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: „Tekutiny podáváme pacientům z hrnku brčkem nebo hrnek s pítkem nebo kojeneckou lahví. Pokud pacient není schopen přijímat per os může být hydratovaný ivé nebo escé“. Na otázku, specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stádiu odpověděla: „Hygienu provádíme dvakrát denně na lůžku, celkovou koupel provádíme jednou týdně v koupelně. Dle stavu pacienta na sedačce či vanovém lůžku, někdy používáme závěsný systém. O dutinu ústní pečujeme pomocí citrónových vatových štětiček nebo molitanových štětiček namáčených do ústní vody“. Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů mi odpověděla: „Pokud je pacient kontinentní vyprazdňuje se dle stavu na wécé křeslo či podložní míse, při inkontinenci má pacient plenkové kalhotky či jednorázovou podložku“. Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jako postupují při zhoršeném dýchání: „Dle potřeby pacienty odsáváme z horních cest dýchacích, při zhoršeném dýchání je pacientovi změřena saturace kyslíku, pokud je hodnota nízká tak je pacientovi dle ordinace lékaře aplikován kyslík pomocí kyslíkových brýlí či masky“. V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů mi odpověděla, že: „Pacientovi jsou podány při nespavosti léky dle potřeby nebo je má rozepsány pravidelně“. Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminálním stádiu, odpověděla: „Pokud pacient není schopen samostatného polohování, je pravidelně polohován. Pacienty posazujeme s dolními končetinami dolů či v lůžku, rehabilitační pracovníci zajišťují rehabilitaci dvakrát denně dle zdravotního stavu a přání pacienta“. Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním onemocnění: „Bolest je hodnocena při rozepsané medikaci, jednou za směnu, pak při podání medikace při bolesti. Bolest se zhodnotí v čas podání a za třicet minut po podání“. Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: „Škálovací tabulky“. Jakými způsoby tišíte bolest: „Neopioidními analgetiky, opioidy, úlevovou polohou“. Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „Úlevovou polohou“. Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „Polohovací pomůcky, opěrka do lůžka při nestabilním sedu, vanové lůžko, závěsný systém“. Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stádiu onemocnění na oddělení následné péče. „V šest třicet budíme pacienty, provede se ranní hygiena, pak je snídaně okolo sedmé až osmé, mezi osmou a jedenáctou se provádí koupání eventuelně hygiena na lůžku, převazy, rehabilitace, mezi jedenáctou až dvanáctou pacienti mají oběd, od třinácti až do čtrnácti probíhá rehabilitace a odpolední hygiena, od dvou jsou návštěvy, v půl páté se podávají večeře

a mezi dvacátou až dvaadvacátou se ukládá ke spánku“. Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení o pacienta v terminálním stádiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „*Spolupracujeme s rehabilitačními pracovníky, informujeme o změnách zdravotního stavu pacienta a schopnosti rehabilitace, dále s nutričními terapeutkami, ty jednou týdně hodnotí příjem potravy, popřípadě se s nimi domluvíme o vhodných přídavcích, pak spolupracujeme s lékařkou z ambulance léčby bolesti plus paliativní péče k nastavení dostatečné analgosedace, pak kaplan plus dobrovolníci, ty si v případě zájmu si chodí za pacienty povídat*“. Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stádiu a které jsou u umírajících nejhůře saturovatelné, odpověď byla: „*Potřeba vyprazdňování, příjmu potravy plus tekutin, spánku i nemít bolest, dál psychické potřeby, sociální potřeby, kontakt s rodinou a blízkými. Nejhůře saturovatelné jsou dle mého názoru potřeby psychické ze stran odborníků, v nemocnici není psycholog, který by pacienty na oddělení navštěvoval*“. Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících R2 odpověděla: „*Snažím se zmírnit pacientovo úzkost či obavy rozhovorem, rozptýlit ho poslechem rádia či sledováním televize*“. K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stádiu onemocnění mi respondentka odpověděla: „*Při komunikaci s pacientem se snažím mluvit vlídně, jsem empatická, pokud pacient nevnímá a nekomunikuje, přesto na něj mluvím, nemluvím o pacientovi nad ním, věnuji mu dotek, pohladím ho*“. Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „*Komunikace nebývá vždy jednoduchá, někdy se rodina nechce smířit s nastalou situací, vždy se ale snažím jim situaci usnadnit*“. Při otázce, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné péče, odpověděla: „*Někdy si rodina chodí na oddělení krmít pacienta*“. Další otázka byla, co poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „*Pečujeme o pacientovo potřeby, rodině umožňujeme návštěvy i mimo návštěvní hodiny, aby se pacient necítil osamělý*“. Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: *(přemýšlí) na tuto otázku jsem odpověď nedostala*“. Další otázka byla, jakým způsobem upokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „*Kontaktem s rodinou a blízkými*“. Jakým způsobem zajišťují přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „*Návštěvy mají pacienti umožněny i mimo návštěvní dobu*“. Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné péče: „*O pacienty je kvalitně pečováno až do poslední chvíle. Na pokoji s více pacienty je u lůžka zatáhnuta plenta, aby byla pacientovi zajištěna intimita a soukromí*“. Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím na vašem pracovišti, odpověď R2: „*Zajišťujeme návštěvou kaplana*“. Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „*Já osobně po úmrtí pacienta otevřu okno, pak informuji lékaře. Jinak tělo zemřelého je vyslečeno a umyto, zavřeme oči a podvážeme dolní čelist, provádíme převazy defektů. Uzavřeme invazivní vstupy mimo nazogastrické sondy, která je odstraněna, zkontrolujeme ídové náramky a na protilehlou dolní končetinu je nalepena náplast s údaji pacienta a údaji o exitu. Poté je tělo zabaleno do prostěradla a dvě hodiny ponecháno v místnosti pro zemřelé, pak odvoz na patologii*“. Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: „*Rodina je lékařem informována o úmrtí a pak se dostaví pro vyzvednutí pozůstalosti, my jim vyjádříme upřímnou soustrast. Předáme jim věci po pacientovi s informacemi i kontakty, kam se obrátit, například pohřební služby, řešení důchodů, odevzdání pasu, vojenské knížky a tak dále*“. Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: „*Ošetrovatelská péče je na našem oddělení*

náročná fyzicky i psychicky". Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: „*Po fyzické stránce je to manipulace s obézními pacienty, po psychické stránce je to umírání pacientů a kontakt s rodinou po úmrtí*". Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: „*Po třinácti letech na oddělení se mi musí práce líbit celkově, jinak bych ji nemohla vykonávat. Mám radost z toho, když se přijme pacient, který nemá dobrou prognózu, časem se zlepší a v některém případě se vrátí do domácího prostředí*". V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti psychicky náročná: „*V péči o umírající pacienty, o věčně nespokojené pacienty, konflikty s pacienty nebo rodinnými příslušníky*". Jak na vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: „*Myslím, že dobře, ještě jsem se nesetkala s tím, že by se někdo psychicky položil*". V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti fyzicky náročná: „*Jednoznačně manipulace s nespolupracujícími pacienty*". Jakým způsobem zdoláváte fyzickou zátěž: „*Snažím se o správné držení těla při manipulaci s pacienty a manipulaci neprovádíme v jedné osobě*". Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: „*Říkám si, že i já můžu být jednou, až budu stará, nemocná a nemohoucí a budu vděčná, když mi někdo poskytne kvalitní péči*". Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: „*Snažím se si to nepřipouštět*". Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Váš osobní život: „*Neovlivňuje. Osobní a pracovní život od sebe odděluji*". Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: „*Posezením s přáteli, věnuji se rodině, čtu si, chodím na procházky*". Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: „*Myslím si, že nějaké znalosti již mám, ale vždy je co se učit*". Jak hodnotíte dostatek či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: „*Vzhledem ke složení pacientů na našem oddělení je často pocítován personálový nedostatek*". S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu na oddělení následné péče: „*Myslím si, že kdyby bylo na oddělení více personálu, mohlo by být ošetrovatelské péči věnováno více času*". V čem vidíte na vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: „*Asi žádné překážky*". Máte nějaké nápady, co byste zlepšila: „*Nevím*".

R3

Respondentkou je 25letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Její pracovní zařazení je všeobecná sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Pracuje zde 2,5 roku. Ve zdravotnictví se pohybuje již 2,5 roku. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče mi odpověděla: „*Žádné*". Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: „*Celkové slabosti, po plánovaných tep*". Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stádium, odpověděla: „*Poslední stádium života člověka vedoucí k úmrtí*". Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stádiu a jak často se smrtí mi bylo odpovězeno: „*Jak kdy, někdy jednou až dvakrát do měsíce, někdy jednou za dva měsíce*". Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stádiu nejčastěji setkávají, odpovědí bylo: „*Celková slabost, dušnost, bolest*". Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů, odpověděla: „*Na prevenci dekubitů, často polohujeme, pečujeme taky o suchou pokožku dále pečujeme o pitný režim a vyprazdňování*". Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: „*Pacienty polohujeme, pečujeme o jejich pokožku častým promazáváním, dbáme na pitný režim pobízením tekutin, v případě potřeby probíhá výměna plen, výměna lůžkovin, zajišťujeme klid a soukromí*". Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi mi odpověděla: „*(gesto)palec nahoru*". Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty

v terminálním stádiu bylo odpovědí: „*Péče o pokožku, prevence dekubitů, dostatečná hydratace a léčba bolesti*“. První podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stádiu a jakou formou výživu zajišťují, odpověděla: „*Pacienty se snažíme vést k samostatnosti, pokud vidíme, že to nejde, pomůžeme s dokrmením. Pokud pacient jíst nechce nebo nemůže informujeme lékaře a ten naordinuje siping nebo parenterální výživu, pokud se jedná o pacienta s pej nebo peg nebo nasogastrickou sondou, tak podáváme enterální výživu* “. Další podotázka, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: „*Podáváme tekutiny, v případě, že se pacient dusí, tak zahustíme, pokud ani toto nepomůže, tak informujeme lékaře a ten naordinuje infuzní terapii*“. Na otázku, specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stádiu odpověděla: „*Hygienu probíhá každé ráno na lůžku a každý večer, v případě potřeby i přes den. Péče o dutinu ústní probíhá ráno i večer, používáme ústní vody nebo speciální štětinky na vytření dutiny ústní. Péče o zubní protézu děláme vždy večer* “. Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů mi odpověděla: „*Výměna plen probíhá spolu s pravidelnou hygienou, vždy ráno a večer, v případě znečištění i přes den. Pacienti si zvoní, pokud jsou trochu schopní o gramofon či podložní mísu. Pokud pacient více jako tři dny nebyl, tak podáme glycerínový čípky. Péče o močový katetr probíhá dvakrát denně pravidelným proplachem* “. Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jako postupují při zhoršeném dýchání: „*Při zhoršeném dýchání změřím saturaci a informuji lékaře a podám kyslík. Pacienta dám do sedu pro lepší dýchání a vyvětrám místnost* “. V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů mi odpověděla, že: „*Pokud nemůže pacient spát, zkusíme změnit polohu, popřípadě informuji lékaře a podáme léky na spaní* “. Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminálním stádiu, odpověděla: „*Polohujeme á dvě hodiny, střídáme levý bok, pravý bok a záda. Jinak s pacienty cvičí dvakrát denně rehabilitační sestry*“. Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním onemocnění: „*Bolest hodnotíme vizuální analogovou škálou–vas, přičemž vas nula znamená žádná bolest a vas deset ta nejhorší možná*“. Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: „*Vaskem* “. Jakými způsoby tišíte bolest: „*Teplými či studenými obklady, změnou polohy, analgetiky a opiáty*“. Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „*Teplé či studené obklady, změna polohy a můžeme aplikovat mentolovou mast* “. Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „*Mycí žínky, pěny, krémy, zinkovou mast, mentolové masti, polohovací pomůcky, speciální štětinky pro péči o dutinu ústní*“. Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stádiu onemocnění na oddělení následné péče. *V šest třicet je budíček, pak okolo šest čtyřicet pět je snídaně plus podávání léků, ranní hygiena a pobízení tekutin, pak od osmi do deseti probíhá hygiena na lůžku nebo v koupelně, popřípadě převazy, v jedenáct patnáct je oběd, rozdávají se léky a pobízíme tekutiny, ve dvanáct se kontrolují pleny a lůžkoviny. Okolo třinácté chodí rehabilitační sestry cvičit s pacienty, před čtrnáctou se zkontrolují pleny a lůžkoviny, od čtrnácti do sedmnácti jsou návštěvní hodiny, v šestnáct pobízíme tekutiny, v šestnáct třicet se roznesou večeře, v sedmnáct kontrola plen a pobízení tekutin, v osmnáct třicet se podávají večerní léky, v devatenáct se aplikují injekce, od dvaceti do jednadvaceti se podávají noční léky plus večerní hygiena a ukládají se pacienti ke spánku. Po celý den polohujeme á dvě hodiny*“. Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení o pacienta v terminálním stádiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „*S veškerým ošetrovatelským personálem, sanitáři, ošetrovatelé, všeobecné*

sestry, staniční sestra, vrchní sestra, lékař, rehabilitační sestry, nutriční terapeuti, dietní sestry, logoped, nemocniční kaplan, psychiatričtí pracovníci, kanisterapie, rodina a příbuzný“. Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stádiu a které jsou u umírajících nejhůře saturovatelné, odpověď byla: „*Nejdůležitější potřebou je nemít bolest, což pro nás není jednoduché, stanovit intenzitu a vědět nebo určit, zda podaná analgetika působí dostatečně*“. Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících R3 odpověděla: „*Mají povolené návštěvy, blízký příbuzný je pro pacienta v terminálním stádiu víc než jakýkoliv psychoterapeut. Pokud žádného příbuzného nemá, snažíme se s pacienty komunikovat, aby přišli třeba na jiné myšlenky*“. K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stádiu onemocnění mi respondentka odpověděla: „*Pacienta vyslechneme a neskáčeme mu do řeči, snažíme se být empatičtí a trpěliví*“. Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „*Hlavně empatie a trpělivost*“. Při otázce, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné péče, odpověděla: „*Rodina má povolené návštěvy kdykoli, říkáme jim, aby jim donesli kousek domova, aby se pacient cítil lépe, například oblíbenou deku, polštář, plyšáka a tak*“. Další otázka byla, co poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „*Mají možnost neomezených návštěv, takže tu s nima můžou být do konce*“. Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: „*Jeho rozhodnutí respektujeme*“. Další otázka byla, jakým způsobem upokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „*Za pacienty chodí nemocniční kaplan, povídá si s nima, pacienti mají povolené návštěvy a probíhá u nás kanisterapie*“. Jakým způsobem zajišťují přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „*Návštěvy jsou povoleny kdykoli, pacient je vždy čistý, voňavý, zajistíme jim soukromí*“. Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné péče: „*Zajistíme soukromí*“. Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím na vašem pracovišti, odpověď: „*Máme nemocničního kaplana, který chodí za pacientama*“. Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „*Po úmrtí otvíráme okno, aby vylétla dušička, přivoláme lékaře, zajistíme soukromí a intimitu těla, tělo očistíme a dáme na suché, čisté prostěradlo*“. Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: „*Rodinu informuje vždy lékař, my předáme pozůstalost, zodpovídáme otázky ohledně dalších postupů, při vyjádření soustrasti se vždy chováme s úctou a empaticky*“. Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: „*Je to náročná práce, ale musí se dělat srdcem*“. Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: „*Papírování a snaha neudělat chybu*“. Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: „*Líbí se mi, pokud se pacient vylepší natolik, že se pouští domů a dokáže se o sebe postarat, to je úspěch celého oddělení. Nelíbí se mi to, že na našem oddělení není stálý lékař i přes noc a vždy, když se něco děje, nemůžeme ihned pořádně reagovat, ale musíme nejdřív dlouze shánět sloužícího lékaře pro nemocnici*“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti psychicky náročná: „*Lidi jsou různý a ne každý je vděčný za naši práci, ať se můžem snažit jakkoliv, najde si vždy něco, co je špatně. Kolikrát je psychicky náročný zůstat klidný a empatický*“. Jak na vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: „*Mám kolegy, se kterými se vždy zasmějeme a tím se psychice odlehčí. Taky jíme hodně čokolád, které vyplavují endorfiny, hormony štěstí*“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti fyzicky náročná: „*Zvedání a polohování těžkých lidí*“. Jakým způsobem zdláváte fyzickou zátěž: „*Prostě jsem silná holka, nějak to jít musí*“. Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: „*Mojí*

motivací je pomáhat starým lidem a vidět jejich vděčnost a úsměv". Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: „Hlavně se z toho nezhroutit, život jde dál“. Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Váš osobní život: „Beru smrt jako dar, vysvobození. Všichni jednou umřeme, tak to prostě je“. Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: „Klidná mysl, klidná hlava a dovolená, odpočinek“. Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: „Asi mám dost nedostatků, ale časem se to zlepší“. Jak hodnotíte dostatek či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: „Jednoznačně nedostatek. Kolikrát není čas se umírajícím pacientům věnovat natolik, jak bysme chtěli, ale děláme, co můžeme“. S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu na oddělení následné péče: „Problémem je pacientova negativita, odevzdání se osudu, taky neschopnost spolupracovat a nedbání rad ošetrovatelského personálu“. V čem vidíte na vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: „Asi v nedostatku personálu“. Máte nějaké nápady, co byste zlepšila: „Určitě bych posílila komunikaci s pacienty, zvýšila nebo zlepšila rehabilitace a posílila ošetrovatelský personál“.

R4

Respondentkou je 32letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské v oboru bakalář. Její pracovní zařazení je všeobecná sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Pracuje zde 8 let. Ve zdravotnictví se pohybuje již 8 let. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče mi odpověděla: *„Odborné vzdělání žádné, pouze přednášky a semináře v rámci studia“*. Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: *„Je to různorodé, defakto všechna onemocnění po stránce interní, neurologické, ortopedické, chirurgické i neurochirurgické. Nejčastější diagnózy třeba céempé, tep, cékápé, chronické selhání, malnutrice, celkové zhoršení stavu, nádorové onemocnění a tak“*. Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stádium, odpověděla: *„Konečné stádium onemocnění, stav, který vede k úmrtí pacienta a byly vyčerpány veškeré možnosti léčby“*. Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stádiu a jak často se smrtí mi bylo odpovězeno: *„Celkem často. Se smrtí záleží na charakteru onemocnění, ale defakto každý měsíc“*. Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stádiu nejčastěji setkávají, odpovědí bylo: *„Nespolupráce pacienta, někdy i jeho rodiny. Negativním postojem, arogance a zlost vůči personálu, problematika bolesti“*. Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů, odpověděla: *„Na bolest, na vstřícnou a empatickou komunikaci s pacientem a jeho rodinou, na zlepšování kvality života a na uspokojování bio–psycho–sociálních kulturních a spirituálních potřeb“*. Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: *„Pomocí ošetrovatelského procesu, stanovení ošetrovatelských diagnóz, stanovení intervencí následně hodnocení výsledku a stanovení cílů, kterých chci dosáhnout. Pak samozřejmě pomocí multidisciplinárního týmu. Spolupráce mezi jednotlivými obory a zdravotníky je důležitá v rámci péče o pacienta“*. Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi mi odpověděla: *„Jsme důstojní, empatický, zaměřujeme se na potřeby pacienta ažaleží i na charakteru osobnosti zdravotníka“*. Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu bylo odpovědí: *„Na uspokojování bio–psycho–socio kulturních a spirituálních potřeb, v tišení bolesti, vhodnou stravou, tichem, klidem, důstojností“*. První podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy

u pacientů v terminálním stádiu a jakou formou výživu zajišťují, odpověděla: „*Při malnutrici používáme doplňky výživy Fresubin, Diben nebo nutrikrém, v rámci výživy do peg, nazogastrické sondy nebo nazojejunální sondy podáváme Fresubinenerdži, nebo Diben. Stravu podáváme mixovanou, mletou dle možnosti pacienta. Zajistíme kontakt s nutriční sestrou, nenutíme stravu, snažíme se podávat pacientovi to, co má rád*“. Další podotázka, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: „*Pokud pacienti přijímají peros, tak podáváme pomocí píttek, lahviček v horším případě pomocí stříkaček. Při poruše polykání zahustíme tekutiny, podáváme pacientům tekutiny, které jim chutnají. Pokud nemůže pít peros, tak se dává infuzní terapie, hydratujeme přes nazogastrickou, nazojejunální sondu nebo peg. Na přání pacienta po domluvě s lékařem můžeme zavést nazogastrickou sondu*“. Na otázku, specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stádiu odpověděla: „*Dutinu ústní zvlhčujeme ochucenými štětičkami. Pečujeme jak o stálý chrup, tak i o zubní protézy. Co se týče celkové hygieny, tak tu provádíme dvakrát denně, ráno buď na vanovém lůžku v koupelně, pokud to stav dovolí a večer na lůžku*“. Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů mi odpověděla: „*Dodržujeme intimitu pacienta. Pacienti se vyprazdňují dle možností, buď na wécé nebo pojízdný gramofon, podložní mísu, či plenkové kalhoty. V rámci zácpy podáváme laktulózu, glycerinové čípky, dostatek tekutin a vlákniny. Zajistíme vhodnou polohu při vyprazdňování, pokud to jde. Při průjmu podáváme přípravky proti průjmu, snažíme se udržet pokožku suchou a čistou, abychom zabránily opruzeninám*“. Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jako postupují při zhoršeném dýchání: „*Při dušnosti zajistíme kyslíkovou terapii buď kyslíkovými brýlemi nebo maskou. Pokud má pacient kašel, informujeme lékaře, ten nám většinou předepíše nějaké expektorancia nebo antitusika. Dále podáváme inhalace*“. V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů mi odpověděla, že: „*Na nespavost podáváme léky na spaní, zajistíme ticho, klid a soukromí*“. Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminálním stádiu, odpověděla: „*Pravidelně polohujeme abysme předcházely dekubitům. Polohujeme dle možností a bolestivosti, máme dostatek polohovacích pomůcek i při stravování zajistíme vhodnou polohu*“. Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním onemocnění: „*V rámci hodnocení vas škály, dále dle algických reakcí pacienta, například mimikou, pomocí majlíků a dotazem na bolest, zda léky vhodně zabírají*“. Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: „*Škálouvas, numerickou škálou, verbálním a neverbálním projevem, mapou bolesti, dotazníkem bolesti a pomocí smajlíků*“. Jakými způsoby tišíte bolest: „*Analgetika tabletované, ívé, íem, opiáty ve formě tablet, náplastí, escé u těžkých stavů aplikace ívé kontinuálně, pomocí tepla a chladu, úlevovou polohou, vhodným polohováním*“. Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „*Jak jsem zmínila v předchozí otázce*“. Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „*Polohovací postel, deku, polštáře, polohovací pomůcky, signalizační zařízení, hrazdičku, postranice jako prevence pádu*“. Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stádiu onemocnění na oddělení následné péče. Řídí se *harmonogramem našeho oddělení. Jinak buzení pacientů, osobní hygiena, odběry, snídaně, ranní léky plus ordinace, převazy, celková hygiena, rehabilitace s rehabilitační sestrou, dopolední odpočinek, čtení či luštění, příprava na oběd, polední léky, odpočinek po obědě, dle možností opět rehabilitace, pravidelné polohování, návštěvní hodiny, hygiena po večeři, uložení pacientů, předávání informací o pacientovi noční službě*“. Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení o pacienta

v terminálním stadiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „*Jak jsem říkala v předchozí otázce, spolupracujeme s multidisciplinárním týmem, to jsou lékaři, sestry, rehabilitační sestry, nutriční sestry, specialisté jako jsou internisti, chirurgové. Spolupracujeme s rodinou, kaplanem, sociálním pracovníkem i dobrovolníky*“. Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stádiu a které jsou u umírajících nejhůře saturevatelné, odpověď byla: „*Asi kontakt s blízkými, potřeba odpuštění a srovnání vztahů a majetku před odchodem, aby měli pocit jistoty, že mohou klidně odejít, a jako nejhůře saturevatelné si myslím kontakt rodiny před samotným koncem*“. Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících R4 odpověděla: „*Nasloucháme, jsme empatický, uděláme si dostatek času na pacienta, vyslechneme ho, pohladíme, povzbudíme ho, kontaktujeme rodinu a kaplana, možno zajistit i psychologickou či psychiatrickou péči*“. K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stádiu onemocnění mi respondentka odpověděla: „*Za prvý empatie, dále vstřícnost, ochota, umění naslouchat, nechat pacienta vypovídat, rozhodně mu necpeme naše názory, nabídnem mu pomoc, nepřerušujem ho v komunikaci. Dáváme si pozor na mimiku a posturologii našeho těla*“. Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „*Často nespolupracující rodina, nezáměr, arogance. Nepřipouštějí si zdravotní stav svého blízkého, stěžují si na péči, ale domů je nechťejí. Ale najdou se i rodiny, co jsou vstřícné a ochotné komunikovat i spolupracovat. V dnešní době mi přijde, že o staré, umírající lidi jejich děti nemají zájem, často za nimi ani nepřijdou, i když jim lékař volá, že je to špatné a dlouho tu nebude*“. Při otázce, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné péče, odpověděla: „*Můžou dopomoci ho nakrmit či podat tekutiny, můžou mu donést oblíbené jídlo, pití či oblíbené věci*“. Další otázka byla, co poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „*Důstojný odchod, soukromí, kontakt příbuzných, telefonním hovorem, plnění posledních přání dle našich možností*“. Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: „*Nevím, co si pod tím mám představit*“. Další otázka byla, jakým způsobem upokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „*Kontaktem s rodinou a přáteli buď osobně nebo videohovorem, komunikací. S pomocí rodiny zajištění sepsání závěti či posledního přání, můžeme zajistit notáře do nemocnice k lůžku*“. Jakým způsobem zajišťují přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „*V návštěvních hodinách, ale i mimo návštěvní hodiny, klidně celý den a celou noc, až do konce. Zajistíme jim soukromí*“. Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné péče: „*Jak již bylo řečeno, zajištěním sociálních potřeb, klid, ticho, soukromí a kontakt s blízkými*“. Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím na vašem pracovišti, odpověď: „*Kaplanem a náboženskými potřebami*“. Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „*Dle standardů oddělení. Umyjeme tělo, péče o převazy, dáme čistou plenu, péče o dutinu ústní, oči, informuji lékaře, podvážeme hlavu, po dvou hodinách transport na patologii*“. Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: „*Vždy jim musíme vyjádřit soustrast, pak poskytneme místo k sezení, poskytneme i psychologickou pomoc, jsme empatictí a snažíme se jim porozumět, vše jim vysvětlíme, co mají dále dělat například úřady, pohřební služba*“. Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: „*Velmi náročná, jak po fyzické, tak psychické stránce*“. Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: „*Péče o těžce imobilní pacienty, komunikaci s nespolupracující rodinou, pak péče o arogantní, nespolupracující pacienty*“. Co se

Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: „*Líbí se mi spolupráce kolektivu, jsme tým a můžeme se na sebe spolehnout. Nelíbí se mi, že pacienti, když můžou, tak nechtějí pomáhat a často se nechávají tahat v posteli, a ještě jsou drzí*“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti psychicky náročná: „*V charakteru pacientů a jejich onemocnění*“. Jak na vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: „*Jak kdy, někdy dobře, jindy jsem na pokraji zhroucení či výbuchu vzteku*“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti fyzicky náročná: „*V polohování a přemísťování imobilních pacientů, kolikrát táhneme větší břemena, než je přípustné*“. Jakým způsobem zdlouváte fyzickou zátěž: „*Odpočinkem po práci tak deset minut, pak mám svoje povinnosti, relaxem, koničky*“. Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: „*Jen díky našemu kolektivu*“. Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: „*Dobře, úmrtí si neberu osobně, je to koloběh života. Kdybych se s tím nedokázala vyrovnat, určitě bych tuto práci nemohla dělat*“. Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Váš osobní život: „*Nejspíš nijak, je mi těch lidí líto, ale domu si to nenosím*“. Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: „*Dělám, co mě baví. Syndrom vyhoření se mě momentálně netýká, myslím si, že když na to někdo nemá tak ať to nedělá a najde si jinou práci. Vše je o kolektivu a pracovním prostředí, pokud se tam cítíme dobře a máme podporu, není důvod se ze všeho hroutit, když mám kolem sebe podporu*“. Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: „*Myslím si, že dobré, ale určitě mi to někdo dokáže vyvrátit*“. Jak hodnotíte dostatek či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: „*Nedostatek personálu je známá věc, když my máme pocit, že je nás na to málo, ty, co určují počet pacientů na jednu sestru, takový pocit nemají*“. S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu na oddělení následné péče: „*Nespolupracujícím pacientem někdy i jeho rodiny*“. V čem vidíte na vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: „*Žádné*“. Máte nějaké nápady, co byste zlepšila: „*Překlad těchto pacientů na specializovaná lůžka paliativní a hospicové péče*“.

R5

Respondentkou je 38letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Její pracovní zařazení je všeobecná sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Pracuje zde 6 let. Ve zdravotnictví se pohybuje již 18 let. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče mi odpověděla: „*Žádné, pouze zkušenosti*“. Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: „*Cémpé, nádorové onemocnění*“. Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stádium, odpověděla: „*Konec života, ukončení plnohodnotného zdraví*“. Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stádiu a jak často se smrtí mi bylo odpovězeno: „*V terminálním stádiu často, se smrtí jak kdy*“. Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stádiu nejčastěji setkávají, odpovědí bylo: „*Nejvíce dušnost, bolest a vznik dekubitů*“. Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů, odpověděla: „*Na čistotu, časté polohování, prostě na kompletní ošetrovatelskou péči*“. Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: „*Hydratujeme pacienty, krmíme, hlavně ty, co se sami nenají, často je polohujeme, podáváme jim léky na bolesti a komunikujeme s nimi*“. Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi mi odpověděla: „*Velice kladně*“. Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu bylo odpovědí: „*V léčbě bolesti*“. První podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stádiu a jakou formou

výživu zajišťují, odpověděla: „Když pacient nepřímá per os, tak mu dáváme do pegu, nebo do nazogastrické sondy, pokud přímá normálně ústy, tak mu můžeme upravit dietu na mixovanou třeba, podle potřeby ho samozřejmě dokrmíme, popřípadě dle lékaře dáme siping“. Další podotázka, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: „Pokud může polykat, tak mu dáváme normálně ústy, v případě můžeme zahustit. Když pacienti nepřijímají ústy, tak je hydratujeme do pegu, nazogastrický sondy, i pomocí infuzí“. Na otázku, specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stádiu odpověděla: „Často dutinu ústní zvlhčujeme štětičkami ochucenýma a hygienu provádíme dvakrát denně na lůžku“. Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů mi odpověděla: „Při zácpě podáváme dle ordinace lékaře laktulózu, když nezabírá, tak glycerínové čípky“. Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jako postupují při zhoršeném dýchání: „V případě zhoršení dýchání změříme saturaci, informujeme lékaře a ten většinou naordinuje podání kyslíku, pokud to de, tak dáme pacienta do polosedu“. V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů mi odpověděla, že: „Na nespavost podáváme léky dle ordinace lékaře, ty pacienti je mají většinou už rozepsané pravidelně“. Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminálním stádiu, odpověděla: „Polohujeme po těch dvou hodinách a dle přání pacienta, pokud to odmítá, respektujeme to“. Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním onemocnění: „Při podání analgetika zhodnotíme a pak za půl hodiny“. Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: „Škáluvas“. Jakými způsoby tišíte bolest: „Analgetiky, nejčastěji ve formě tablet, injekcí, náplastí“. Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „Teplo a chlad, změna polohy“. Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „Hlavně polohovací pomůcky, pomůcky k hygieně“. Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stádiu onemocnění na oddělení následné péče. „Ráno se pacienti budí, provede se hygiena obličeje, pokud má pacient nějaké odběry, tak se nabere, rozdávají se ranní léky, pak snídane, s tou mu dle potřeby pomůžeme, například ho nakrmíme, pokud není schopný jíst sám, po snídani se dělá hygiena celková, buďto v koupelně nebo na lůžku, převážou se defekty, polohujeme, hydratujeme, pak s rehabilitačníma sestrami cvičí, pak je oběd, odpolední léky, popřípadě nějaké medikace dle lékaře, zase do dle potřeby pacienti nakrmí, po obědě se chodí na hygieny, polohujeme, dáme zase napít lidem, pak chodí návštěvy, no v půl pátý se rozdávají večere, opět se dopomůže s jídlem, pak hygiena, čisté pleny a tak, polohujeme, dáme napít, pak předáme službu noční směně. Noční směna rozdává večer v sedm léky, mezi osmou a devátou se dělají večerní hygieny, v devět se podají léky na noc, po celou dobu pacienty polohujeme“. Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení o pacienta v terminálním stádiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „Lékař, sestry, rehabilitační sestry, nutriční terapeutky, lékař z ambulance bolesti, sociální pracovníce, ošetrovatelé, sanitáři, sanitářky, rodina“. Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stádiu a které jsou u umírajících nejhůře saturovatelné, odpověď byla: „Nemít bolest a potřeba kontaktu s rodinou“. Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících R5 odpověděla: „Komunikujeme s ním“. K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stádiu onemocnění mi respondentka odpověděla: „Určitě být empatický, naslouchat pacientovi“. Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „Budu se opakovat, empatie.“. Při otázce, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na

oddělení následné péče, odpověděla: „Doporučíme jim, že mu můžou donýst něco, na co byl zvyklý, co měl rád“. Další otázka byla, co poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „Splním nějakého přání, samozřejmě dle našich možností“. Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: „(...)“. Další otázka byla, jakým způsobem uspokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „Kontaktem s rodinou a blízkými“. Jakým způsobem zajišťujete přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „Rodina má neomezené návštěvní hodiny“. Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné péče: „Důstojně, soukromím, pokud je pacient s někým na pokoji, tak zatáhneme plentu, pokud máme volný pokoj, tak mu ho poskytneme, aby měl s rodinou dostatek soukromí“. Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím na vašem pracovišti, odpověď: „Dochází nemocniční kaplan“. Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „Bezprostředně po úmrtí otevřu okno. Informuji lékaře, který přijde tělo ohledat. Mezitím, co lékař vypisuje úmrtní list, tělo omyjeme, zavřeme oči, podvážeme bradu, invazivní vstupy se uzavřou, kromě nazogastrické sondy, převážeme defekty, pokud měl, vyměníme plenu za čistou a tělo označíme. Označíme idé pacienta plus čas a datum úmrtí, náplast lepíme na protilehlou dolní končetinu proti idé náramku, pak tělo zabalíme do čistého prostěradla a odvezeme do místnosti pro zemřelé, kde je ponecháno dvě hodiny, pak se černou sanitou odveze na patologii“. Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: „Když si přijdou pro věci po pacientovi, tak jim podám ruku a vyjádřím jim soustrast, k rodině se chováme empaticky, se vši úctou. Dále po vyzvednutí pozůstalosti s nimi nespolupracujeme, spíš sociální pracovnice“. Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: „Velmi náročná a málo finančně ohodnocená“. Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: „Velký nárok na psychiku, dále fyzická zátěž a často složitou dokumentaci“. Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: „Líbí se mi práce s lidmi, ale nelíbí se mi přístup některých rodinných příslušníků“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti psychicky náročná: „V nespokojenosti s péčí o pacienta, co se týče rodiny, někdy i samotnými pacienty“. Jak na vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: „Aktivitami mimo práci, se psem chodím na procházky, ten mě vždy přivede na jiné myšlenky“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti fyzicky náročná: „Nejvíce v polohování oběžných a nespolupracujících pacientů, když se s nimi taháme a nepomůžou nám“. Jakým způsobem zdoláváte fyzickou zátěž: „Snažím se cvičit, protože nás z toho tahání bolí záda“. Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: „Jsme dobrý kolektiv, vzájemně si pomáháme a držíme spolu“. Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: „Zvládám to, beru to tak, že už ho nic nebolí a netrápí se“. Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Vaš osobní život: „Neovlivňuje, beru život takový, jaký je“. Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: „Věnuji se psovi a mám i jiné mimopracovní aktivity“. Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: „Stále se je, co učit“. Jak hodnotíte dostatek či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: „Stoprocentněnedostatek“. S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu na oddělení následné péče: „Ve spolupráci s rodinou“. V čem vidíte na vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: „V nedostatku personálu, kdyby bylo dostatek personálu, tak by bylo více času na pacienty, mohly bychom se jim více věnovat, pak v našem lékaři, který nám dává vizitu až v odpoledních hodinách“. Máte nějaké nápady, co

byste zlepšila: „*Snad jen mít stálého lékaře alespoň v budově, ať ho nemusíme shánět po celé nemocnici, když se něco děje*“.

R6

Respondentkou je 26letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Její pracovní zařazení je všeobecná sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Pracuje zde 4 roky. Ve zdravotnictví se pohybuje již 4 roky. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče mi odpověděla: „*Co se týče vzdělání, tak žádné*“. Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: „*Asi nejčastěji sou zde ortopedičtí pacienti*“. Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stádium, odpověděla: „*Terminální stádium je stav u pacienta, když už by léčba nepřinesla žádný smysl. Člověku by léčba život neprodloužila, ani by nezlepšila jeho stav, ba dokonce dá se říct, že by jim mohla spíš uškodit. Takže je to takový stav, kdy se pacientovi, který umírá, podávají spíše léky, které tiší bolest a snažíme se, aby zemřel důstojně, jinými slovy, je to fáze, kdy pacient umírá*“. Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stádiu a jak často se smrtí mi bylo odpovězeno: „*V poslední době, asi poslední rok se s těmito pacienty tolik nesetkáváme, jelikož bereme spíše ortopedické pacienty. V době, kdy jsme brali pacienty interní, tak sme se s nimi setkávali celkem často. Co se týče smrti, tak nyní to není až tak hrozné, tak pět až deset za čtvrt až půl roku*“. Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stádiu nejčastěji setkávají, odpovědí bylo: „*Asi nejčastěji obtíže s bolestí a pak dechová nedostatečnost. Obojí se dá vcelku dobře vyřešit. Horší potom bývá nechutenství, či horší hydratace. Potom bych ještě mohla vypíchnout dehydraty, ty sou potom mnohem hůře hojitelné, jelikož bývají vyčerpané rezervy organismu a tělo se nehojí*“. Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů, odpověděla: „*Snažíme se o to, aby pacient v terminálním stádiu netrpěl a měl kvalitní a důstojný konec života*“. Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: „*Pacienti mají klasickou ošetrovatelskou péči, jen je mnohem častější a kvalitnější, jelikož se o sebe většinou nezvládají pečovat, takže tohle bereme v potaz a pečujeme o ně my, ať už je to péče o hygienu, vyprazdňování, příjem stravy či tekutin. Snažíme se, aby o ně bylo důstojně postaráno, jako dřív*“. Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi mi odpověděla: „*Myslím si, že všichni to berou velmi vážně a pečlivě pečují o pacienty. Velmi pozitivně bych hodnotila spolupráci sester a lékařů, kde opravdu se všichni snažíme o příjemné dožití pacienta a péči tomu uzpůsobujeme*“. Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu bylo odpovědí: „*Co mohu vypíchnout, tak jsme dobrý v tišení bolesti, kdy často spolupracujeme s lékařkou z ambulance bolesti a nebojíme se používat opiáty. Co jsem měla možnost se bavit se sestrami z jiných oddělení či nemocnic, tak to není až tak běžné*“. První podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stádiu a jakou formou výživu zajišťují, odpověděla: „*Co se výživy týče, tak používáme jak parenterální, tak enterální. Ze začátku se lidem upravuje dieta po dohodě s lékařem, tak aby byla výživná a pacient ji byl schopen pozřít. Případně používáme k doplnění stravy nutričně kalorické drinky či pudinky, které i v malém množství zasytí a dodají mu patřičné výživové hodnoty*“. Další podotázka, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: „*Snažíme se o dostatečný per os příjem, častěji po malém množství, aby byli schopni to upít. Pokud to nezvládají, tak jim dodáváme tekutiny pomocí žilních vstupů anebo využíváme i escé kanyly a hydratujeme přes kůži. Většina těchto*

pacientů má bilanci tekutin, takže pečlivě hlídáme příjmy a výdeje a můžeme se díky tomu přizpůsobit a podat tekutiny, aby to bylo uspokojivé". Na otázku, specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stádiu odpověděla: „*Hygienu provádíme dvakrát denně a podle potřeby. O dutinu ústní pečujeme několikrát denně, tak aby ústa nebyla suchá a aby to bylo pacientovi příjemné. Máme speciální glycerínové štětičky s citrónovou příchutí, které jsou vždy u lůžka, aby každý kdykoli mohl pečovat o dutinu ústní. Většinou čistíme po každém jídle a dle potřeby. Pokud má někdo ještě zuby, tak používáme jednorázové kartáčky*“.

Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů mi odpověděla: „*Většina pacientů má zavedený močový katétr, takže provádíme péči o močový katétr. Pokud nemá a má pleny, tak pravidelně měníme při znečištění. Dbáme na to, aby vyprazdňování bylo pravidelné, pokud ne, tak používáme patřičnou medikaci, aby nedošlo třeba k zácpám. Dbáme na to, aby nebyl znečištěn a aby byl řádně vyprázdněn*“.

Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jako postupují při zhoršeném dýchání: „*U pacienta pravidelně sledujeme kvalitu dechu a zda zaujímá patřičnou polohu usnadňující dýchání a změříme saturaci kyslíku. Pokud není dostačující, tak se podává oxygenoterapie. Záleží vždy na stavu pacienta. Případně postupujeme dle ordinace lékaře*“.

V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů mi odpověděla, že: „*Pacienti mají patřičnou a potřebnou medikaci, aby měli klidný spánek. Během noci jsou polohováni do příjemných pozic, které umožňují kvalitní a pohodlný spánek*“.

Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminálním stádiu, odpověděla: „*Mobilizaci a polohování uzpůsobujeme možnostmi pacienta. Klasicky polohujeme po dvou hodinách přes den, v noci po třech, ale bývá to individuální dle každého pacienta, snažíme se vyhovět jeho přáním a potřebám, aby se cítil, co nejlépe*“.

Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním onemocnění: „*Bolest se u nás hodnotí díky vas. Pokud pacient není schopen komunikace a říct si, tak hodnotíme jeho algické reakce, reakce jeho těla a mimiky obličeje. Dle toho potom postupují lékaři v ordinaci potřebných analgetik*“.

Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: „*Škálavas, číselnou škálou bolesti no a zdravý rozum*“.

Jakými způsoby tišíte bolest: „*Analgetiky v různých formách*“.

Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „*Úlevovou polohou, aplikací tepla a chladu, aplikace mastiček u nás mentolka, snažíme se zabavit mysl něčím jiným, rehabilitací*“.

Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „*Klasické pomůcky k hygieně pacienta, polohovatelnou postel, pomůcky k polohování, speciální antidekubitní matrace, speciální lahve s pítkem, pečující krémy*“.

Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stádiu onemocnění na oddělení následné péče. „*U těchto pacientů se snažíme uzpůsobit denní režim dle nich, snažíme se nedodržovat časy, ale pečujeme o ně zrovna v době, kdy jsou vzhůru, zbytečně je nebudíme a nenutíme k jídlu ve stanovené časy, ale tak aby to bylo pacientovi příjemné. Přistupujeme k jejich potřebám individuálně*“.

Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení o pacienta v terminálním stádiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „*Spolupráce probíhá s lékaři na oddělení, s lékaři z ambulance bolesti, s rehabilitačními pracovníky, logopedkou, psychiatry, s nemocničním kaplanem či s jiným pobožným člověkem, jenž slouží Bohu, když to pacient chce a vyžaduje, spolupráce se sociální pracovníci, dietními sestrami. S každým spolupráce probíhá jinak, ale všichni se snažíme o nejlepší péči pro pacienta*“.

Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stádiu a které jsou u umírajících nejhůře saturovatelné, odpověď byla: „*Spousta lidí v tomto stavu hledá rozřešení, odpouštění či jen pochopení. Tyto*

potřeby se snažíme s nimi zvládnout, co nejlépe, ale ne vždy se nám to podaří. Častěji vyžadují návštěvy rodinných příslušníků, kterým je samozřejmě toto povoleno. Nejhůře saturovatelné je u nás dostupná péče psychologa na umírajícího či jeho rodinu. Myslím, že zrovna psychologa bychom zde potřebovali jako sůl". Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících R6 odpověděla: „Většinu musí zvládnout sestra rozhovorem s pacientem. Jednou za čas k nám zavítá nemocniční kaplan, který se mimo svou profesi zabývá i rozhovory s lidmi i nenábožensky založenými rozhovory a celkově se snaží pozitivně zapůsobit na psychiku nemocného“. K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stádiu onemocnění mi respondentka odpověděla: „Specifika asi žádná, prostě se chováme slušně, mluvíme s nimi zcela normálně“. Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „Rodinu se snažíme psychicky podpořit“. Při otázce, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné péče, odpověděla: „Pokud se rodina chce zapojit, tak mohou pečovat o svého příbuzného v jakékoli rovině, pokud mají zájem, ten bohužel nebývá tak častý“. Další otázka byla, co poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „Snažíme se jim poskytnout to, co by si přál, pokud je to v našich silách, je to individuální“. Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: „Pokud na to má sílu a chce, tak se snažíme o jeho nezávislost, pouze dopomáháme, aby se cítil dobře. Snažíme se o spolupráci s ním, tak aby byl spokojen“. Další otázka byla, jakým způsobem uspokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „Rodinným kontaktem“. Jakým způsobem zajišťujete přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „Návštěvy jsou u nás časově omezené, ale co se týče umírajících, tak jim umožňujeme návštěvy kdykoliv a na jak dlouho chtějí“. Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné péče: „Umírání bez bolesti, čistí, v klidu a pokud to jde, tak s rodinou“. Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím na vašem pracovišti, odpověď: „Tuto péči většinou zajišťuje kaplan“. Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „Otevřu okno, zavolám lékaře, který ohledá tělo, poté se zajistí očištění těla, udělají se případně nové převazy, očištěnému tělu zavřeme oči, podvážeme bradu, zabalíme do prostěradla, odvezeme do místnosti pro zemřelé, po dvou hodinách odvážíme na oddělení patologie“. Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: „Lékař informuje telefonicky rodinu, poté, co se rodina zastaví na oddělení, tak jim vyjádříme soustrast, předáme věci po pacientovi společně s informacemi, co dál, případně nabídneme útěchu“. Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: „No, sou dny, kdy je to horší a sou dny, kdy je to lepší, záleží na pacientech i spolupracovnících i na tom, co lékař naplánuje, náročné to je, ale člověk, co si to vybral, to vydrží“. Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: „Asi pacienti, kteří sem nepatří, pacienti s diagnózami, který měli být hospitalizováni jinde, pacienti, kteří sou tuze složití a nejsou doléčení a rozhodně nepatří na následnou péči, plus samozřejmě fyzická a psychická zátěž“. Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: „Líbí se mi kolektiv, spolupracovníci, na které se člověk může na pracovní rovině spolehnout. Líbí se mi stav, kdy se člověk rozhýbe, dáme ho do pořádku a on míří zpět domů, líbí se mi, že máme plánované příjmy. Občas se mi nelíbí spolupráce s naším vedoucím lékařem, který dost často zdržuje práci na celém oddělení, občas se mi nelíbí nějaké jednání lidí, ať už kolegů nebo pacientů a nemám ráda, když si z nás pacient snaží udělat sluhy a má pocit, že tam sme jen pro něj“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti psychicky náročná: „Občas je toho moc,

umírající pacienti, nehojící se rány, nepříjemný pacienti, nepříjemné rodiny, tlak od lékařů, rodin, pacientů, prostě klasické zdravotní“.

Jak na vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: „*Nijak, prostě to zvládnou, směna má dvanáct hodin a to je moc málo na to, aby se člověk zhroutil. Dvanáct hodin se dá v klidu zvládnout, ať se děje, co se děje a po práci to člověk prostě vypustí, relaxuje a další směnu může začít znova*“.

V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti fyzicky náročná: „*Často zvedáme nepohyblivé, těžké lidi, kteří váží přes sto kilo u kterých provádíme vše, člověk je tahá ačkoliv se snaží záda nenamáhat, tak je každou směnu namáhá*“.

Jakým způsobem zdlouváte fyzickou zátěž: „*Jak se dá, modlím se, abych to vydržela ještě dlouho*“.

Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: „*Líbí se mi, že máme plánované příjmy, že zde máme lidi dýl a člověk si na ně zvykne, není právě zde rychlá výměna pacientů, líbí se mi kolektiv. Jinak, co se týče motivace, nemám sakra nejmenší tušení*“.

Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: „*Nijak, je to přirozený stav, lidé se rodí a umírají, smrt je přirozená, jo a taky jsem dost často cynická, mám ráda černý humor a jsem realista, takže tohle mě úplně nerozháže*“.

Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Váš osobní život: „*Odpovím stejně, jako v předchozí otázce*“.

Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: „*Mám relativně klidný život doma, psa, kočky. Dokážu spoustu věcí vypustit nebo nechat v práci za branou nemocnice. Jen tím, jak žiju a jaká jsem*“.

Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: „*Nemyslím si, že by byly nějak obsáhlé nebo skvělé*“.

Jak hodnotíte dostatek či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: „*Co si budeme..., kdyby bylo zde víc lidí, tak by ta péče mohla být lepší a kvalitnější, ale personálu je nedostatek všude*“.

S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu na oddělení následné péče: „*Pacient nechce, bojí se, odmítá, brání se péči*“.

V čem vidíte na vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: „*Asi nevidím*“.

Máte nějaké nápady, co byste zlepšila: „*Nemám*“.

R7

Respondentkou je 62letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Její pracovní zařazení je všeobecná sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s. Pracuje zde 5,5 roku. Ve zdravotnictví se pohybuje již 33 let. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče, mi odpověděla: „*Nemám žádné*“.

Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: „*Tak různé*“.

Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stadium, odpověděla: „*Období, kdy není pacient zatěžován specifickou léčbou, zajišťuje se u něj pouze léčba symptomatická*“.

Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stadiu a jak často se smrtí, mi bylo odpovězeno: „*S pacienty v terminálním stadiu poměrně často. Se smrtí méně často*“.

Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stadiu nejčastěji setkávají, odpovědí bylo: „*S bolestí, se špatným příjmem potravy a hydratace*“.

Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů, odpověděla: „*Na hydrataci, na tišení bolesti, na polohování a umožnění návštěv rodinných příslušníků*“.

Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: „*Dbáme na hydrataci, na příjem potravy, na tišení bolesti, na polohování, snažíme se o příjemné prostředí, pečujeme o vyprazdňování*“.

Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi, mi odpověděla: „*Celkem kladně*“.

Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu, bylo odpovědí: „*Jak jsem říkala, tišení bolesti, péče o hydrataci, potravu, vyprazdňování, polohování*“.

První

podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stadiu a jakou formou výživu zajišťují, odpověděla: „*Per os, parenterálně, enterálně do pegu nebo sondy, eventuálně infuze es cé.*“ Další podotázka, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: „*Per os, parenterálně nebo infuze es cé.*“ Na otázku na specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stadiu odpověděla: „*Pacienty koupeme buďto v koupelně na vanovém lůžku, nebo se jim udělá celková hygiena na lůžku na pokoji. Hygienu vždy provádíme ráno a večer. Čištění dutiny ústní provádíme glycerínovými štětičkami. Pokud mají umělý chrup, tak provádíme i čištění protéz, většinou večer.*“ Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů, mi odpověděla: „*Zajistíme soukromí nebo doprovodíme na záchod, dbáme na prevenci zácpy, pravidelně vyměňujeme plenkové kalhotky, eventuálně jednorázové podložky, pečujeme i o močový katétr.*“ Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jak postupují při zhoršeném dýchání: „*Změříme saturaci kyslíku, popřípadě podáme kyslík buď maskou, nebo kyslíkovými brýlemi, odsáváme z dýchacích cest, podáváme inhalace dle ordinace lékaře a vhodná poloha.*“ V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů, mi odpověděla: „*Podáváme léky na spaní dle rozepsané ordinace.*“ Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminálním stadiu, odpověděla: „*Polohujeme po dvou hodinách, používáme polohovací pomůcky, mobilizujeme podle stavu pacienta a někdy využíváme bazální stimulaci.*“ Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním stadiu onemocnění: „*U nás hodnotíme vas jedna až pět.*“ Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: „*Dotazem, dotykem a škálou vas.*“ Jakými způsoby tišíte bolest: „*Analgetiky, teplo, chlad, úlevovou polohovou.*“ Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „*Úlevová poloha, teplo, chlad.*“ Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „*Pomůcky na hygienu, pomůcky na vyprazdňování, polohovací pomůcky.*“ Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stadiu onemocnění na oddělení následné péče. „*Měříme tělesné funkce, dbáme na příjem tekutin, podáváme léky, provádíme hygienu, polohujeme po dvou hodinách plus rehabilitují s pacientama rehabilitační sestry, oběd, podávání poledních léků, pacientům dáváme pít, pak je odpolední hygiena, návštěvy, polohování, večeře, večerní léky, hygiena, pak noční služba podává noční léky, provede se hygiena a ukládají se pacienti ke spánku.*“ Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení u pacienta v terminálním stadiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „*S rodinou pacienta, většinou jde o informace, co má pacient rád, jinak lékaři, sestry, sanitáři, ošetrovatelé, rehabilitační sestry, dietní sestry, sociální pracovnice, logopedka, lékařka z ambulance bolesti pak s nemocničním kaplanem a probíhá u nás i canisterapie.*“ Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stadiu a které jsou u umírajících nejhůře saturovatelné, odpověď byla: „*No, vlídné zacházení a blízkost milované osoby nebo osob.*“ Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících, R6 odpověděla: „*Jsem empatický, máme k lidem laskavý přístup.*“ K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stadiu onemocnění, mi respondentka odpověděla: „*Jsem empatická, ochotná.*“ Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „*Nejvíce je psychicky podpořit.*“ U otázky, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné péče, odpověděla: „*Mohou například dávat pít, krmit, mohou dělat masáže rukou, nohou, zad, můžou jim vyprávět o dětech, o hezkých příhodách o vzpomínkách.*“ Další otázka byla, co

poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „*Třeba poslechem hudby, čteného slova, eventuálně televize a návštěvou rodiny bez omezení.*“ Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: „*Snahou vyhovět jeho vůli.*“ Další otázka byla, jakým způsobem uspokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „*Blízkýma lidma, televizí, rádiem, časopisy nebo čtením knížek, na našem oddělení máme knihovnu.*“ Jakým způsobem zajišťujete přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „*Rodina může pacienta navštěvovat bez omezení i mimo návštěvní hodiny.*“ Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné péče: „*Zajistíme soukromí, zajistíme základní potřeby, tišíme bolest a vyhovíme žádosti.*“ Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím na vašem pracovišti, odpověď: „*Návštěvou nemocničního kaplana.*“ Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „*Je přivolán lékař, pacienta odvezeme do jiné místnosti, provedeme hygienu těla, označení těla, sepíšeme pozůstalost, tělo ponecháme dvě hodiny v místnosti pro zemřelé a potom je odvezeno na patologii.*“ Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: „*Vyjádríme soustrast, předáme pozůstalost a vysvětlíme další postup.*“ Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: „*Velmi náročnou.*“ Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: „*Fyzicky je to manipulace s obézními pacienty, psychicky je to setkávání s utrpením.*“ Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: „*Líbí se mi různorodá práce a nelíbí se mi finanční ohodnocení.*“ V čem je podle Vás práce na Vašem pracovišti psychicky náročná: „*Setkání s utrpením.*“ Jak na Vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: „*Rozhovorem s kolegy a mám dobré rodinné zázemí.*“ V čem je podle Vás práce na Vašem pracovišti fyzicky náročná: „*Skoro celou službu na nohou a zvedání pacientů.*“ Jakým způsobem zdoláváte fyzickou zátěž: „*Dobrou fyzickou kondicí.*“ Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: „*Ráda pomáhám lidem.*“ Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: „*Řeknu si, že už netrpí.*“ Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Váš osobní život: „*Neovlivňuje.*“ Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: „*Zaměřuji se na dobré výsledky naší práce.*“ Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: „*Nevím, snad dobré.*“ Jak hodnotíte dostatek, či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: „*Spíš nedostatek personálu i malé finanční ohodnocení a nulová atraktivita oddělení následné péče.*“ S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče: „*S absencí rodiny, vznikem dekubitů.*“ V čem vidíte na Vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: „*V ničem.*“ Máte nějaké nápady, co byste zlepšila: „*Zvýšit finanční ohodnocení personálu, aby se atraktivní práce na tomto těžkém oddělení.*“

R8

Respondentkou je 50letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Její pracovní zařazení je všeobecná sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s. Pracuje zde sedm let. Ve zdravotnictví se pohybuje již 31 let. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče, mi odpověděla: „*Nemám.*“ Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: „*Nejvíce onkologické a ortopedické.*“ Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stadium, odpověděla: „*Je to poslední stadium paliativní péče.*“ Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stadiu a jak často se smrtí, mi bylo odpovězeno: „*S pacienty v terminálním stadiu*

denně. Se smrtí tak jednou až dvakrát za měsíc.“Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stadiu nejčastěji setkávají, odpovědí bylo: „S bolestí, s inkontinentními pacienty i pacienty se ztrátou soběstačnosti.“Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů, odpověděla: „Na bolesti, na hygienu, polohování, hydrataci a na krmení.“ Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: „Na bolesti dáváme analgetika, zajišťujeme hygienu, polohujeme, hydratujeme pacienty a krmíme, přizpůsobíme jim dietu k jejich stavu.“ Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi, mi odpověděla: „Výborný.“ Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu, bylo odpovědí: „No v tlumení bolesti, hygieně, polohování, v hydrataci, v krmení.“ První podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stadiu a jakou formou výživu zajišťují, odpověděla: „Dieta je vybírána podle stavu a schopnosti pacienta. Pokud je potřeba, tak pacienta krmíme, popřípadě je dokrmován podáváním sippingů. Pokud pacient není schopný přijímat stravu per os, podáváme mu infuze, popřípadě enterální výživu do peg nebo nazogastrické sondy.“Na další podotázku, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: „Nabízením tekutin, infuzemi, enterální výživou do peg nebo nazogastrické sondy.“ Na otázku na specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stadiu odpověděla: „Hygienu provádíme dvakrát denně na lůžku nebo v koupelně, dutinu ústní vytíráme štětičkami.“ Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů, mi odpověděla: „Sledujeme pravidelnost stolice plus příměsi ve stolici, pečujeme o močový katétr, sledujeme průchodnost a barvu moče.“Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jak postupují při zhoršeném dýchání: „Pravidelně odsáváme nebo odsáváme podle potřeby z dýchacích cest. Saturaci měříme, když je nízká, tak podáme kyslík.“ V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů, mi odpověděla: „U pacientů, kteří trpí nespavostí, podáváme léky na spaní, popřípadě na uklidnění–psychofarmaka.“ Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizace u pacientů v terminálním stadiu, odpověděla: „Polohujeme pravidelně po dvou hodinách, k tomu používáme polohovací pomůcky, abysme zabránily dekubitům.“ Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním stadiu onemocnění: „Když nařikají při polohování, když nařiká, když je v klidu, grimasou v obličeji.“ Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: „Využíváme hodnotící škálu dle vas.“ Jakými způsoby tišíte bolest: „Podáváme běžná analgetika, dáváme opiáty v podobě náplastí, tablet nebo injekční.“ Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „Změnou polohy, chladem.“ Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „Hygienické a polohovací pomůcky.“ Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stadiu onemocnění na oddělení následné péče. „Provádějí se odběry biologického materiálu, snídaně, rozdáváme léky, pak děláme hygienu u pacienta, plníme ordinace z vizity, oběd plus rozdávání poledních léků, hygienická péče odpoledne před návštěvami, odpoledne večere a večerní léky.“Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení u pacienta v terminálním stadiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „S rodinou nemocného, s rehabilitačními sestrami, s lékařkou z ambulance bolesti a paliativní medicíny, sociální pracovníci, kaplanem a tak dále.“ Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stadiu a které jsou u umírajících nejhůře saturovatelné, odpověď byla: „V tišení bolesti, ve vyprazdňování,

v hydrataci, v polohování. Nejhůře asi kontakt rodiny.“ Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících, R8 odpověděla: „Komunikujeme s pacientem, plníme potřeby pacienta, nejlavnější, aby měl kontakt s rodinou.“ K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stadiu onemocnění, mi respondentka odpověděla: „Nejvíce v naslouchání tomu pacientovi.“ Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „Psychicky je podpořit, naslouchat jim.“ Při otázce, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné péče, odpověděla: „Můžou tu s pacientem být, nakrmit ho třeba.“ Další otázka byla, co poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „Mají možnost návštěvy nemocničního kaplana, nově máme možnost canisterapie“. Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: „Respektujeme pacientova přání.“ Další otázka byla, jakým způsobem uspokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „Mají možnost sledovat televizi nebo poslouchat rádio. Respektujeme jeho přání, popřípadě kontaktujeme sociální pracovníci.“ Jakým způsobem zajišťujete přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „U pacienta v terminálním stadiu jsou povoleny nepřetržité návštěvy.“ Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na Vašem oddělení následné péče: „V klidném prostředí, možností přítomnosti rodiny, bezbolestným umíráním a uspokojením jeho potřeb.“ Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím na vašem pracovišti, odpověď: „Spolupracujeme s nemocničním kaplanem, nebo si rodina zajistí svého kaplana.“ Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „Přesuneme tělo na samostatnou místnost k tomu určenou. Přivoláme lékaře, zajistíme hygienickou péči o zemřelého, označíme tělo, zabalíme do prostěradla a odvezeme tělo do místnosti k tomu určené po dobu dvou hodin, poté je odvezeno na patologii. Jinak bezprostředně, to otevřu okno.“ Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: „Vyjádřím soustrast a odevzdám pozůstalost. Je nutná psychická podpora rodiny, rodinu obeznámím s dalším postupem.“ Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: „Velmi náročná.“ Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: „Že pečujeme o pacienty v terminálním stadiu.“ Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: „Nelíbí se mi, že se některý pacienti k nám chovají jako ke služkám. Líbí se mi náš kolektiv.“ V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti psychicky náročná: „V péči o umírající pacienty.“ Jak na vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: „Jsme dobrý kolektiv.“ V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti fyzicky náročná: „Manipulací s bezvládným pacientem.“ Jakým způsobem zdoláváte fyzickou zátěž: „Bohužel nijak.“ Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: „Možnost být nápomocná.“ Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: „Profesionálně, vnímám to jako vysvobození pro pacienta.“ Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Váš osobní život: „Neovlivňuje.“ Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: „Dobrým pracovním kolektivem, koníčky a zázemím v rodině.“ Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: „Dobré.“ Jak hodnotíte dostatek, či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: „Nedostatek personálu.“ S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče: „S nedostatkem ošetrovatelského personálu, se špatnou komunikací s rodinou pacienta, dle mě, tak nedostatek polohovacích pomůcek.“ V čem vidíte na vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: „V nedostatku jednolůžkových pokojů a nezájmem některých rodin.“ Máte nějaké

nápady, co byste zlepšila: *„Zajištění optimálního ošetrovatelského personálu a zajištění dostatečného množství pomůcek pro ošetrovatelskou péči.“*

R9

Respondentkou je 23letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. Její pracovní zařazení je všeobecná sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Pracuje zde tři roky. Ve zdravotnictví se pohybuje již 3 roky. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče mi odpověděla: *„Nemám“*. Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: *„Různé, například po tep kyčle“*. Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stádium, odpověděla: *„Je to stádium nemoci, při kterém je neúčinná léčba, při tomto stádiu tišíme bolest a zajišťujeme symptomatickou léčbu pacienta, abychom zachovali jeho důstojnost“*. Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stádiu a jak často se smrtí mi bylo odpovězeno: *„S pacienty v terminálním stádiu často, se smrtí méně často“*. Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stádiu nejčastěji setkávají, odpovědí bylo: *„S bolestí, dušností, sníženým příjmem potravy a tekutin“*. Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů, odpověděla: *„Na hydrataci, tišení bolesti na polohování, péči při vyprazdňování“*. Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: *„Hydratujeme, tišíme bolesti, polohujeme, zajišťujeme péči při vyprazdňování“*. Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi mi odpověděla: *„Velmi dobře“*. Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu bylo odpovědí: *„V hydrataci, v tišení bolesti, v polohování v péči o vyprazdňování“*. První podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stádiu a jakou formou výživu zajišťují, odpověděla: *„Když jí, tak per os. Pokud nepřímá potravu per os, tak enterálně nebo parenterálně“*. Další podotázka, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: *„Per os, parenterálně, enterálně.“* Na otázku, specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stádiu odpověděla: *„Hygienu zajišťujeme v koupelně na vanovém lůžku. Provádíme ji dvakrát denně, pokud to stav pacienta nedovolí, tak děláme hygienu na lůžku na pokoji. O dutinu ústní pečujeme pomocí glycerínových štětiček, jinak čistíme chrup vlastní i umělý.“* Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů mi odpověděla: *„Zajistíme intimitu u vyprazdňování, kdo je schopný, tak používá věc křeslo či podložní mísu, dbáme na prevenci zácpy. Inkontinentním pacientům vyměňujeme plenkové kalhotky a provádíme ošetření permanentního močového katetru.“* Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jako postupují při zhoršeném dýchání: *„Měříme saturaci kyslíku, popřípadě podáme kyslík, buď kyslíkovými brýlemi či maskou. Podáváme inhalace, odsáváme z dýchacích cest, podáváme foukačky a zajistíme vhodnou polohu.“* V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů mi odpověděla, že: *„Vytváříme pokoj před spaním, dobrou polohu na spaní, popřípadě mají při nespavosti léky na spaní.“* Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminálním stádiu, odpověděla: *„Používáme polohovací pomůcky, jinak polohujeme po dvou hodinách, v noci po třech, na úroveň dle možností tolerance pacienta“*. Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním onemocnění: *„Dotazem, zda ho něco bolí a jak moc podle stupnice jedna až deset.“* Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: *„Využíváme škálu dle vas“*. Jakými způsoby tišíte bolest:

„Úlevovou polohou, teplem, chladem, analgetiky, opiáty.“ Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „Úlevovou polohou, teplo a chlad.“ Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „Hygienické pomůcky, polohovací pomůcky, rehabilitační pomůcky, pomůcky k vyprazdňování a inkontinenční pomůcky.“ Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stádiu onemocnění na oddělení následné péče. „Měříme tělesné funkce, podáváme stravu, podáváme ranní medikaci, pak je hygienická péče, rehabilitace, podáváme tekutiny, potom je podávání odpolední stravy plus polední medikace, po obědě odpolední hygiena, pak chodí návštěvy, mezitím podáváme tekutiny, pak podáváme večeře, po večeři se provede hygiena, pak se podává večerní medikace. Po večerní hygieně se podávají léky na noc a ukládáme ke spánku. Během dne polohujeme á dvě hodiny, podáváme tekutiny a plníme ordinace dle lékaře.“ Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení o pacienta v terminálním stádiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „S rodinou, aby mu donesli, co má pacient rád, třeba jídlo, pití, rádio, televizi, křížovky a tak. Pak s lékaři, s rehabilitačními pracovníky, s dietkami, s nemocničním kaplanem.“ Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stádiu a které jsou u umírajících nejhůře saturovatelné, odpověď byla: „Potřeba pochopení, vlídné zacházení. Zajistíme návštěvy. K některým pacientům návštěvy vůbec nechodí“. Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících R9 odpověděla: „Jsme empatický a laskavý“. K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stádiu onemocnění mi respondentka odpověděla: „Když toho pacienta chápeme, vyhovíme mu jeho přání, nasloucháme“. Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „Snažíme se rodinu podpořit“. Při otázce, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné péče, odpověděla: „Pacienta si mohou nakrmit, mohou mu oholit vousy, mohou mu pečovat o pokožku různými krémy, masírovat“. Další otázka byla, co poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „Zajistíme soukromí, umožňujeme návštěvy bez omezení, pak třeba poslech hudby, nebo můžou sledovat televizi“. Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: „Kladně, snažíme se jim vyhovět“. Další otázka byla, jakým způsobem uspokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „Umožňujeme návštěvy i mimo návštěvní hodiny.“ Jakým způsobem zajišťujete přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „Mohou kdykoliv“. Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné péče: „V soukromí, snažíme se vyhovět jeho přáním, i aby byl bez bolesti“. Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím na vašem pracovišti, odpověď: „S nemocničním kaplanem nebo rodina může zajistit příchod kněze“. Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „Přivoláme lékaře a otevřeme okno. Provedeme hygienu těla, dále tělo označíme a zabalíme do prostěradla a ponecháme tělo dvě hodiny v místnosti pro zemřelé, pak je odvezeno na patologii. Sepíšou se věci po pacientovi a uschovají se.“ Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: „Vyjádřím jim soustrast, předám pozůstalost a vysvětlím, co musí vše zařídit“. Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: „Velmi náročnou“. Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: „Hlavně manipulaci s imobilními pacienty, dále, že se setkáváme těžkou situací pacientů“. Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: „Líbí se mi, že občas nám pořídí nový rehabilitační přístroj, například motomed a že je tu různorodá práce. Nelíbí se

mi, když někdo odsuzuje oddělení následné péče a nelíbí se mi finanční ohodnocení“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti psychicky náročná: *„V nátlaku od příbuzných, někdy i složení pacientů“.* Jak na vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: *„Vypovídám se kolegyni nebo kolegovi“.* V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti fyzicky náročná: *„Máme mnoho nesoběstačných pacientů, při zvedání pacientů no a dvanáct hodin v pohybu“.* Jakým způsobem zdoláváte fyzickou zátěž: *„Snažím se relaxovat, odpočívat“.* Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: *„Ráda dělám dobré skutky“.* Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: *„Řeknu si, že je to pro něj vysvobození, takže mě to nějak zvlášť nerozhodí“.* Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Váš osobní život: *„Neovlivňuje“.* Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: *„Snažím se ve své práci hledat pozitivní věci“.* Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: *„Docela dobře“.* Jak hodnotíte dostatek či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: *„Máme nedostatek sester, snad se tato situace zlepší“.* S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu na oddělení následné péče: *„Se vznikem dekubitů“.* V čem vidíte na vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: *„Asi nevidím žádný“.* Máte nějaké nápady, co byste zlepšila: *„Ano, zvýšení platu (smích) a vyvrátit pomluvy o práci na následné péči“.*

R10

Respondentkou je 32letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné. Její pracovní zařazení je všeobecná sestra na oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Pracuje zde 1 rok. Ve zdravotnictví se pohybuje již 6 let. Na otázku, zda má odborné vzdělání v oblasti paliativní péče mi odpověděla: *„Žádné“.* Další otázkou bylo, s jakou nejčastější diagnózou pacienti přicházejí, odpovědí respondentky bylo: *„Například fraktury krčku, onkologický pacienti, pacienti po opakovaných pádech, tepky, céempé“.* Dále jsem se ptala, co je podle ní terminální stádium, odpověděla: *„Je to umírání, pozvolna vedoucí stav k úmrtí“.* Na otázku, jak často se setkává s pacienty v terminálním stádiu a jak často se smrtí mi bylo odpovězeno: *„Na tomto oddělení velmi často“.* Dále mě zajímalo, s jakými obtížemi se u pacientů v terminálním stádiu nejčastěji setkávají, odpovědí bylo: *„Nechutenství, zácpou nebo průjmem, s bolestmi, s nespoupráci, s depresí a negativismus“.* Na otázku, na co se zaměřují v ošetrovatelské péči u těchto pacientů, odpověděla: *„Zaměřujeme se hlavně na bolest pacienta, aby těma bolestma netrpěl a pociťoval je co nejméně. Jsme empatický k pacientům i k rodině a uspokojujeme jeho potřeby“.* Další otázka na respondentku byla, jakým způsobem zajišťují ošetrovatelskou péči u těchto pacientů na oddělení následné péče: *„Hlavně tišíme bolest, polohujeme, abychom zabránily dekubitům a uspokojujeme potřeby“.* Při otázce, jak by hodnotila přístup k pacientům v terminální fázi mi odpověděla: *„Jednoznačně kladně“.* Na otázku, jaká jsou podle respondentky specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu bylo odpovědí: *„Asi v tišení bolesti a uspokojování potřeb pacienta“.* První podotázkou, jaká jsou specifika v oblasti výživy u pacientů v terminálním stádiu a jakou formou výživu zajišťují, odpověděla: *„Zajišťujeme kontakt s dietní sestrou, stravu volíme spíš mixovanou. Podáváme Diben nebo Fresubin. Pokud mají nazogastrickou sondu nebo peg, tak dostávají stravu tam“.* Další podotázka, jaká jsou specifika v oblasti hydratace u těchto

pacientů a jakou formou hydrataci zajišťují, odpověděla: „Hydratujeme per os či do sondy nebo pegu. Pokud mají poruchu hydratace, tak zavádíme dle lékaře infuzní terapii, jinak hydratujeme pomocí lahvíček či žanetových stříkaček, pokud mají poruchu polykání, tak jim můžeme pítí zahušťovat“. Na otázku, specifika v oblasti hygienické péče a péče o dutinu ústní u pacientů v terminálním stádiu odpověděla: „Pacienti se koupou v koupelně na lehátku, když to stav nedovolí, tak na pokoji jim zajistíme hygienu včetně hygieny dutiny ústní. Dutinu ústní čistíme pomocí štětiček. Pokud mají protézy, tak i ty čistíme kartáčkem. Někdo mívá ty tablety na protézy, tak je na žádost pacienta či rodiny použijeme.“ Na otázku, jaká jsou specifika v oblasti vyprazdňování u této skupiny pacientů mi odpověděla: „Pacienti mají často zácpy, někdy i průjmy. Ale víc ty zácpy, takže vyprazdňování probíhá dle možností, pokud jsou inkontinentní, tak se vyprazdňují do plen, kdo je schopný wécé, tak ho doprovodíme. Může využít i wécé křeslo u lůžka pacienta, jinak dbáme na dostatečnou hydrataci“. Další otázkou bylo, jaká jsou specifika v oblasti péče o dýchací cesty a jako postupují při zhoršeném dýchání: „Podáváme kyslík, pokud je potřeba, tak odsáváme z dýchacích cest, můžeme podat i nebulizaci“. V otázce, jaká specifika vnímá v oblasti spánku u těchto pacientů mi odpověděla, že: „Jak kdo, někdo spí velice často a někdo naopak velmi málo. Snažíme se zajistit ticho a klid na pokoji, dle potřeby mají možnost dostat léky na spaní, které nám lékař předepsal při nespavosti.“ Při otázce, jaká specifika vnímá v oblasti polohování či mobilizaci u pacientů v terminálním stádiu, odpověděla: „Ty pacienti už nemají sílu, aby se sami polohovali, proto je my polohujeme po dvou hodinách. Snažíme se, aby aspoň trochu byli aktivní. Při tom polohování využíváme polohovací pomůcky, některé pacienty polohujeme dle jejich možností“. Dále mě zajímalo, jak hodnotí bolest u pacientů v terminálním onemocnění: „Většinou neverbálními projevy, jako třeba mimikou, dotázním.“ Jaké nástroje využíváte k hodnocení bolesti: „Používáme škálu vas.“ Jakými způsoby tišíte bolest: „Analgetiky buď per os, í em. pak opiáty formou tablet nebo náplastí, dále pak teplo chlad a úlevová poloha“. Jaké nefarmakologické metody využíváte v léčbě bolesti u této skupiny pacientů: „Zeptám se pacienta, zda ho něco bolí, jinak opět teplo, chlad.“ Další otázka byla, jaké používáte pomůcky při ošetrovatelské péči o umírající pacienty: „Používáme polohovací postel, polohovací pomůcky, signalizační zařízení a tak“. Respondentku jsem požádala, aby mi popsala denní režim u pacientů v terminálním stádiu onemocnění na oddělení následné péče. „Ráno pacienty vzbudíme, provede se osobní hygiena, kdo má odběry, tak se u pacienta odeberou, pak je snídane, s tou mu pomůžeme, třeba ho nakrmit nebo mu to připravit, aby mohl jíst sám. Rozdávají se ranní léky, po snídání se dělá kompletní hygiena včetně převazů defektů, pacienti rehabilitují s rehabilitačními sestrami. V poledne oběd, podávání poledních léků, po obědě odpočinek. Pak zpracováváme vizitu, před návštěvami se provádí hygiena pacientů, polohování. Od dvou jsou návštěvy, pak navečer se podává večeře, po večeřích se opět pacientům dají čisté pleny, nepolohují se a jde se předávat služba noční směně“. Na otázku, s kým spolupracujete na vašem oddělení o pacienta v terminálním stádiu a jakým způsobem spolupráce probíhá, respondentka odpověděla: „S jeho rodinou, s lékařem, s paliativním lékařem, s rehabilitačními sestrami, dietkami“. Další otázkou bylo, jaké specifické potřeby mají pacienti v terminálním stádiu a které jsou u umírajících nejhůře saturevatelné, odpověď byla: „Potřeba kontaktu s rodinou, srovnání majetkových vztahů a nejhůře saturevatelné, asi kontakt rodiny před samotným koncem“. Při otázce, jakým způsobem pečujete o psychické potřeby u umírajících mi R10 odpověděla: „Povídáme si s pacientem, nasloucháme, jsme empatický, nabízíme mu pomoc a můžeme i zajistit psychologa či psychiatra“. K otázce, jaká jsou specifika v oblasti komunikace s pacienty v terminálním stadiu

onemocnění, mi respondentka odpověděla: „*Nó, empatie, vstřícnost, ochota, naslouchání, tělesný kontakt, například, že ho držíme za ruku*“. Jako podotázka byla, jaká specifika vnímá v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta: „*Samozřejmě máme pro rodinu pochopení, aleasi nejvíce vnímám častou nespolupráci s rodinou, arogantnost a stížnosti od rodin*“. Při otázce, jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o umírajícího pacienta na oddělení následné péče, odpověděla: „*Rodina může pacientovi donést oblíbené věci, jídlo, rádio s jeho oblíbenou hudbou, pak určitě rozhovory o splnění posledního přání*“. Další otázka byla, co poskytují umírajícím pacientům pro zlepšení kvality života v jejich posledních chvílích: „*Pokusíme se splnit jejich reálná poslední přání, zajistíme přítomnost rodiny či blízkých, dále zajistíme důstojný odchod a soukromí*“. Jakým způsobem podporujete autonomii u umírajících pacientů v závěru života na vašem oddělení: „*Omlouvám se, ale nevím, jak mám odpovědět*“. Další otázka byla, jakým způsobem uspokojují sociální potřeby u umírajících pacientů na jejich oddělení: „*Zajistíme kontakt s rodinou, zajistíme třeba duchovní služby, máme možnost videohovorů, komunikujeme s pacientem*“. Jakým způsobem zajišťujete přítomnost rodiny a návštěv blízkých u umírajícího pacienta: „*Mají možnost návštěv mimo návštěvní hodiny, pokusíme se jim zajistit soukromí a klid*“. Jakým způsobem zajišťujete důstojné umírání pacientů na vašem oddělení následné péče: „*V soukromí, uspokojíme pacientovy potřeby a opět přítomnost rodiny či blízkých*“. Jak zajišťujete spirituální péči umírajícím na vašem pracovišti, odpověď: „*Myslím si, že se snažíme všem pacientům naslouchat, povídat si s nima, že zjišťujeme a zajišťujeme jejich poslední přání anebo můžeme zajistit náboženské potřeby, například nemocničního kaplana*“. Jak pečujete o zemřelé tělo na vašem pracovišti a jaké úkony provádíte bezprostředně po úmrtí pacienta na vašem oddělení: „*Odvezeme tělo na samostatnou místnost, pokud tedy není na pokoji sám. Přivoláme lékaře, který tělo ohledá. Pak provedeme hygienu těla, invazivní vstupy se ponechají kromě nazogastrické sondy, převáží se defekty. Pokud nejsou oči zavřené, tak je zavřeme. Tělo se označí jménem a příjmením, rodným číslem, datumem narození, datumem smrti, časem smrti plus oddělením a nalepí se na protilehlou dolní končetinu oproti identifikačnímu náramku. Dáme čistou plenu a zabalíme do prostěradla. Tělo je ponecháno v místnosti pro zemřelé po dobu dvou hodin, pak je odvezeno černou sanitou na patologii, no a soupis pozůstalosti*“. Jak spolupracujete s rodinou po smrti pacienta na vašem pracovišti: „*Chováme se k nim důstojně, empaticky, vyjádříme jim hlubokou soustrast, snažíme se jim porozumět, předáme jim pozůstalost a vysvětlíme jim, co musí všechno zařídit*“. Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelské péče na vašem pracovišti: „*Jak po psychické, tak po fyzické stránce náročná*“. Co považujete za nejnáročnější při Vaší práci na oddělení následné péče: „*Péči o těžce imobilní pacienty a nespolupráci pacientů*“. Co se Vám na Vaší práci na oddělení následné péče líbí/nelíbí: „*Nelíbí se mi malé prostory pro rehabilitační pomůcky, pak nespolupráce pacientů, mají nás za služky či hotel a arogance některých pacientů*“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti psychicky náročná: „*Podle mě a hlavně pro mě jsou to umírající pacienti, to je pro mě velmi psychicky náročné, pak pozdní vizita od lékaře*“. Jak na vašem pracovišti zvládáte psychickou zátěž: „*Jak které dny, jsou dny, kdy má člověk chuť položit klíče na stůl a odejít*“. V čem je podle Vás práce na vašem pracovišti fyzicky náročná: „*V péči o imobilní pacienty, ale i pacienti, kteří mohou pomoci, tak nechtějí nebo říkají, že nemohou a musíme je tahat my. Jsme rádi, že na oddělení máme pár chlapů, kteří nám pomáhají s těmito imobilními pacienty*“. Jakým způsobem zdoláváte fyzickou zátěž: „*Odpočívám, dostatečně spím a hledám si čas na mou rodinu a následně i pro sebe*“. Jakou máte motivaci pracovat na oddělení následné péče: „*Pro mě je motivace kolektiv, líbí se mi, jak*

jsou kolegyně chytré, šikovné a spoustu pacientů dávají zpětnou vazbu spokojeností“. Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta: „Jelikož nejsem na tomto oddělení dlouho, tak s úmrtím jsem se vyrovnávala dlouho, jinak s vyrovnáním mi pomáhá kolektiv. Musela jsem přijmout, že je to bohužel průběh života, v mé rodině jsem se ještě nesetkala s úmrtím“. Jakým způsobem ovlivňuje úmrtí pacienta Váš osobní život: „Ze začátku to ovlivňovalo hodně můj osobní život, ale postupem času je to lepší, bylo mi smutno, občas jsem i brečela a nebylo mi dobře“. Jakým způsobem předcházíte riziku syndromu vyhoření: „Snažím se nebrat si myšlenky a práci domů, snažím se věnovat své rodině, relaxuji, odpočívám, no a hlavně kolektiv..., ten musí fungovat, pokud nefunguje, tak je riziko vyhoření velmi vysoké“. Jak hodnotíte Vaše znalosti v oblasti problematiky umírání a paliativní péče: „Velmi malé znalosti mám v této oblasti, učím se za pochodu, a hlavně v praxi“. Jak hodnotíte dostatek či nedostatek personálu v ošetrovatelské péči o umírající pacienty na vašem oddělení: „Jako všude je nedostatek zdravotních sester, kdyby bylo více zdravotnického personálu, bylo by více času a nejen pro umírající pacienty a nebyly bysme v neustálém psychickém nátlaku“. S jakými problémy se setkáváte při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu na oddělení následné péče: „S negativizmem, arogantností a nechutenstvím“. V čem vidíte na vašem pracovišti překážky při péči o umírající pacienty: „Že k některým pacientům vůbec nechodí návštěvy“. Máte nějaké nápady, co byste zlepšila: „Nejlépe, kdybychom tu měly dva výtahy, pak větší místnost na rehabilitační pomůcky, více zdravotnického personálu a lidí, který vymýšlejí zdravotnické papíry, by si to měli vyzkoušet sami na oddělení“.