

Péče o nemocné v hospicovém zařízení

Veronika Besedová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Veronika Besedová
Osobní číslo: H200101
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Péče o nemocné v hospicovém zařízení

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti problematiky umírání, smrti a ošetřovatelského procesu u pacientů v paliativní a hospicové péči.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

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

MIŠINOVÁ, M. *Ošetrovatelstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Trenčín: Masarykova univerzita v Brně a Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2016. ISBN 978-80-210-8433-9.

SLÁMA, O., L. KABELKA a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

Standardy hospicové paliativní péče. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. 2016 [cit. 2022-10-06]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz>

STEPHEN, C. R. *Hospice and Palliative care: The essential guide* [online]. Third edition. New York, London: Routledge, Taylor and Francis Group, 2018 [cit. 2022-10-12]. ISBN 978-1-315-08036-9. Dostupné z: <https://web.s.ebscohost.com>

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.5.2023

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem Péče o nemocné v hospicovém zařízení se zabývá problematikou vnímání spokojenosti pacientů s péčí poskytovanou personálem. Cílem této práce bylo zjistit, jestli je pacientům v hospicovém zařízení poskytována dostatečná péče, a zda jsou s touto péčí a zařízením spokojeni. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá vymezením pojmů hospicové a paliativní péče, smrti a umíráním, a především ošetrovatelskou péčí v jednotlivých oblastech jako je hydratace, výživa, vyprazdňování, péče o rány, bolest a duchovní péče. Pro výzkumnou část jsme získávali data pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty hospicového zařízení, kteří trpěli onemocněním v terminálním stádiu. Analýzou jednotlivých rozhovorů jsme nejprve zjistili, že pacienti jsou v hospici celkově spokojeni, ale později se svěřili, že nastávají situace, ve kterých se necítí příjemně.

Klíčová slova: Hospicová péče, paliativní péče, pacient v terminálním stádiu, role sestry, komunikace, prosociálnost, spokojenost, ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

The Bachelors thesis titled Care for Patients in Hospice addresses the issue of patient perception satisfaction with the care provided by staff. The aim of this thesis was to determine whether patients in hospice facilities receive adequate care and whether they are satisfied with this care and the facility. The bachelor thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part defines the concepts of hospice and palliative care, death and dying, and above all nursing care in various areas such as hydration, nutrition, bowel movements, wound and pain care, and spiritual care. For the research part, we aquired data through semi – structured interviews with hospice patients who were suffering from terminal illness. Through an analysis of individual interviews, we have found that patients are generally satisfied with the hospice care, but later they revealed that there are situations in which they do not feel comfortable.

Keywords: Hospice care, palliative care, terminally ill patinet, the role of a nurse, communication, prosociality, satisfaction, nursing care.

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Anně Krátké, PhD. za odborné vedení práce, cenné rady, za pomoc a vstřícnost při konzultacích. A v neposlední řadě také všem zúčastněným pacientům za ochotu poskytnout informace.

Děkuji také celé své rodině a všem blízkým za neustálou podporu po dobu celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	13
1.1 HOSPICOVÁ PÉČE.....	13
1.1.1 Lůžkový hospic	15
1.1.2 Mobilní hospic.....	16
1.2 PALIATIVNÍ PÉČE.....	16
1.2.1 Obecná paliativní péče.....	17
1.2.2 Specializovaná paliativní péče	18
1.3 TERMINÁLNĚ NEMOCNÝ PACIENT.....	20
1.4 SMRT JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST ŽIVOTA.....	21
1.4.1 Péče o tělo zemřelého	22
2 SESTRA V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ	23
2.1 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....	23
2.1.1 Cíle multidisciplinárního týmu.....	23
2.1.2 Členové týmu	24
2.2 ROLE SESTRY	25
2.2.1 Vzdělávání sester.....	26
2.3 KOMUNIKACE.....	27
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA	30
3.1 OBLASTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	30
3.1.1 Ošetřovatelská péče ve výživě a hydrataci.....	30
3.1.2 Ošetřovatelská péče u vyprazdňování.....	32
3.1.3 Ošetřovatelská péče při tlumení bolesti	33
3.1.4 Ošetřovatelská péče o rány.....	35
3.1.5 Poskytování duchovní péče.....	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 DESIGN VÝZKUMU	38
4.1 CÍLE VÝZKUMU	38
4.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	38
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	39
4.4 ORGANIZACE VÝZKUMU	40
4.5 ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ.....	41
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	43
5.1 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1 – CO ZPŮSOBUJE SPOKOJENOST PACIENTŮ V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ?	43

5.1.1	Kategorie „Jsem spokojený, ale...“.....	43
5.1.2	Kategorie „Nepříjemné situace“.....	44
5.2	DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2 – JAKÝM ZPŮSOBEM REAGUJE OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL NA AKTUÁLNÍ POTŘEBY PACIENTŮ?.....	45
5.2.1	Kategorie „Vyhovění potřebám“.....	45
5.2.2	Kategorie „Zájmy a preference“.....	47
5.2.3	Kategorie „Sociální interakce a vztahy“.....	47
5.2.4	Kategorie „Pocit nouze“.....	48
5.3	DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3 – JAKÁ JE SPOKOJENOST PACIENTŮ S PODÁVÁNÍM INFORMACÍ PŘI JEDNOTLIVÝCH VÝKONECH?.....	49
5.3.1	Kategorie „Průběh výkonů“.....	49
5.3.2	Kategorie „Bolest“.....	50
5.4	DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 4 - JAKÁ JE SPOKOJENOST PACIENTŮ S PRŮBĚHEM HYGIENICKÉ PÉČE?.....	51
5.4.1	Kategorie „Hygienická péče“.....	51
5.4.2	Kategorie „Intimita“.....	52
5.4.3	Kategorie „Polohování a manipulace“.....	52
6	DISKUZE	54
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65
	SEZNAM TABULEK	66
	SEZNAM PŘÍLOH	67

ÚVOD

Bakalářská práce je psána na téma Péče o nemocné v hospicovém zařízení. Téma je velice zajímavé, neboť popisuje problematiku, která se může jednou týkat každého z nás. V dnešní době je pojem hospicová a paliativní péče znám již více, avšak stále jsou zde oblasti, které nejsou natolik známé ani zdravotnickým pracovníkům, natož běžné populaci. Aby péče o takové pacienty byla kvalitní, je potřeba zvýšit úroveň vzdělání a rozšířit povědomí i mezi širší veřejnost, která s problematikou není dostatečně obeznámená. Mnoho lidí by mohlo oslovit to, že svým projevem empatie, dobrou vůlí a prosociálním chováním mohou přispět k tomu, aby umírajícím lidem zpříjemnili jejich poslední dny života. Zároveň by mohli být odměněni dobrým skutkem a pocitem pomoci druhým. To je taky jeden z důvodů, proč hospicová péče a její úskalí zajímají autorku práce.

V praxi by pak mohly vznikat nové kurzy zaměřené na komunikaci, etiku, jednotlivé úkony ošetrovatelské péče, efektivní metody zmírnění bolesti i nefarmakologickým způsobem, prohloubení v duchovní a spirituální péči, nebo pouze jako příklad, ve kterých oblastech by se mohl personál osobně vzdělávat a rozvíjet.

Valná většina populace si může klást otázku, jaký je vůbec rozdíl mezi paliativní a hospicovou péčí. Paliativní péče je poskytována pacientům s diagnostikovaným nevléčitelným onemocněním. U takových pacientů se snažíme zmírnit pouze příznaky nemoci, ale k léčbě samotné již nedochází. Pacient může být v paliativní léčbě veden několik let, kdežto hospicová péče, jež je součástí té paliativní, je poskytována nevléčitelně nemocným pacientům pouze v samotném závěru života (uvádí se do šesti měsíců). V České republice existuje několik forem jak paliativní, tak hospicové péče. Můžeme se tedy rozhodnout pro péči v nemocničním prostředí, v hospicových zařízeních, nebo pro domácí formu za pomoci terénní hospicové služby. Na konci každého života nás čeká umírání a smrt. Terminálně nemocný pacient oproti ostatním lidem ví, že už na světě dlouho nebude. Toto úskalí a následná péče o tělo zemřelého by měla být součástí práce.

Jednou z důležitých součástí je právě multidisciplinární tým, který celou péči o pacienta naplánuje, dbá na jeho potřeby a přání a následně zrealizuje. Všeobecná sestra má velké zastoupení v tomto týmu, je jeho součástí a dokáže přispět velkým podílem, neboť je nejvíce v kontaktu s pacientem. Dobře vedená komunikace, která je taktéž nezbytná v péči o umírající, vytváří příjemnější prostředí, důvěru mezi personálem a pacientem, pomáhá překonat jednotlivé fáze, kterými si terminálně nemocný prochází a napomáhá pozůstalým vyrovnat se se ztrátou blízké osoby. Zmiňujeme především důležitost prosociálního chování (neboli pomoc druhým bez nároku na odměnu) a vytváření dobrých skutků, které mohou umírajícím zpříjemnit situaci a zároveň zlepšit den.

V každém hospicovém zařízení, ale i jinde je velmi důležité poskytnutí celkové ošetrovatelské péče, do které je v této práci zahrnuta také péče o výživu, hydrataci, vyprazdňování, bolest, rány a spirituální stránku. Ke každému jedinci se v takovém zařízení musí přistupovat velmi individuálně, vytvářet specifický plán péče přímo na míru, a s tímto přístupem o něj pečovat.

Cílem práce je pak zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s péčí poskytovanou personálem. Na tento hlavní cíl jsme navázali dalšími čtyřmi dílčími cíli. Splněním těchto cílů zjistíme, jaká je celková spokojenost pacientů, jak reaguje personál na aktuální potřeby, zda a jak jsou pacienti spokojeni s předáváním informací ze strany personálu při jednotlivých výkonech a spokojenost pacientů s průběhem hygienické péče. K získání jednotlivých výsledků byla použita kvalitativní metoda pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pěti participanty (1 muž a 4 ženy) středně velkého hospicového zařízení na Moravě. Diagnostikované nevléčitelné onemocnění, pobyt minimálně 14 dnů, ochota spolupracovat a podílet se na rozhovorech byly podmínky pro jejich uskutečnění.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Paliativní a hospicová péče spolu velice úzce souvisí a často dochází k záměně těchto pojmů. Rozdíl mezi paliativní a hospicovou péčí není u laické veřejnosti jasně vymezen. Paliativní péče je poskytována pacientům s nevléčitelným onemocněním v pokročilém, nebo konečném stádiu či umírajícím. V této fázi neléčíme základní onemocnění, pouze jeho symptomy, respektujeme autonomii pacienta a zachováváme kvalitu jeho života. V samotném závěru života je pacientovi poskytována paliativní péče hospicová, která je určená pro nemocné v posledních šesti měsících života (Grigorescu, 2021, s. 32-33).

Celosvětově panuje snaha stanovit jednotný systém názvů a definic pro paliativní a hospicovou péči. Na základě výzkumu, který nechala provést Evropská asociace pro paliativní péči (výzkum se zabýval vývojem paliativní péče v evropských zemích), bylo zjištěno, že evropské země ve stanovení jednotné definice stále nemají jasno. Některé státy mají přesně stanovenou definici pro paliativní a hospicovou péči, naopak jiné státy tyto pojmy neodlišují. Dochází tak ke vzniku nejednotného názvosloví, které značně komplikuje vývoj a také přesné definice mezinárodních standardů a norem. Rozdílná vymezení těchto pojmů se v zahraničních zemích objevují v odborné literatuře, v zákonech, nebo ve vyhláškách. Evropská asociace pro paliativní péči v návaznosti na zkoumaný prvek předložila návrh společné terminologie, čímž usilovala o sjednocení názvosloví a zlepšování kvality poskytované péče (Radbruch et al., 2010, s. 10–16).

Dvacáté století se v souvislosti s rychlým vývojem vědy a medicíny zasloužilo o negativní pojetí života a smrti. V minulém století se lidé rodili a umírali doma. Člověk byl se vznikem i zánikem života bezprostředně konfrontován uprostřed svých blízkých. Dnešní životy většiny z nás, začínají i končí v nemocnici. Ztrátou kontaktu s primárními životními událostmi lidé získali pocit, že se jich smrt netýká. Pro ty, kteří se bojí víc utrpení, než smrti je tu paliativní medicína (O'Connor a Aranda, 2005, s. 13).

1.1 Hospicová péče

„Hospicová paliativní péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě rozumného lékařského posouzení kratší než šest měsíců“ (Standardy hospicové paliativní péče, 2016, s. 3).

Paliativní hospicová péče poskytuje komplexní službu po stránce biologické, psychologické, sociální a spirituální. Součástí tohoto je i podpora rodiny nemocného (Kala, 2012, s. 484). V péči o nemocné je aplikován důležitý přístup, tedy člověk je vnímán jako jeden celek s hlavním cílem

naplnit a zajistit všechny jeho potřeby (Radbruch, Payne a kol., 2010b, s. 16 cit. podle Kisvetrová, 2018, s. 15). Požadavky k přijetí do hospicové péče nejsou věkově omezené. Jsou zde přijímáni pacienti bez ohledu na stanovenou diagnózu terminálního stádia onemocnění s předpokládanou délkou života do šesti měsíců. Hospice pečují o pacienty, jejichž onemocnění nereaguje na žádnou stanovenou léčbu s cílem zmírnit symptomy a nevyžádanou bolest (Standardy hospicové paliativní péče, 2016, s. 3).

Hospic

Pojem hospic pochází z latinského slova *hospitium*, které v překladu označuje hostinec nebo pohostinnost. V kulturách se objevuje již od nepaměti, a už tehdy byl kladen důraz na péči o tělo i duši spojenou s vážným onemocněním. (Mišinová, 2016, s. 14). V minulosti se objevovaly budovy vzhledově podobné útulkům, které sloužily pro raněné a nemocné kolemjdoucí. Obyčejně se zde také uchylovali lidé, kteří směřovali do Palestiny, aby nabrali sílu na další cestu. Bylo jim zde poskytnuto jídlo, pití, nocleh, a také ošetření ran způsobených náročnou chůzí (Antonová a kol., 2018, s. 92; Haškovcová, 2007, s. 45).

Domy pro nemocné ve středověku poskytovaly vše, čemu dnes říkáme bio-psycho-sociální a spirituální komfort. Postupem času s vyšším úbytkem poutníků, začaly tyto domy zanikat. Do povědomí lidí se znovu dostávají v polovině 18. století, kdy v Dublinu a Corku, byla Mary Aikdenheadovou založená nemocnice pro umírající s názvem hospic. Později, ve východní části Londýna v St. Joseph's Hospice v roce 1905 byli poprvé přivítáni nemocní pracovníci Charity irských sester. K největšímu historickému posunu při vzniku zařízení pro umírající, došlo až ve druhé polovině 20. století, a to především v souvislosti s rozvojem medicíny, která nedokázala uspokojit potřeby nemocných. Zdravotnická zařízení začala vymezovat prostory nesoucí název hospic pro účely zvýšené péče, která na běžných odděleních nebyla dostatečně poskytována. Lékařka Cicely Saunders založila v roce 1967 hospic s názvem St. Christopher, a stala se tak zakladatelkou hospicového hnutí. Žila v přesvědčení, že umírající nemocné je nutné chránit před utrpením a poskytnout jim adekvátní péči. Ve své pozdější výzkumné práci hodnotila celkovou bolest a zabývala se důstojnou péčí o nemocného. Později, tato důstojná péče byla aplikována do praxe. Myšlenka Cicely Saunders se osvědčila natolik, že i v současnosti vznikají nová hospicová zařízení, a to především ve vyspělých zemích (Haškovcová, 2007, s. 46; Mišinová, 2016, s. 14).

V dřívějších dobách byl hospic považován za něco méně cenného než nemocnice. V současné době je tomu naopak. Hospic poskytuje nejen ošetrovatelskou péči, jako tomu bývá právě ve zdravotnických zařízeních, ale také klade důraz na respektování lidské důstojnosti, zmírňování

bolesti a utrpení, doprovázení umírajícího a umožnění plnění jeho specifických potřeb, které se s přicházející smrtí velmi rychle mění. Cílem hospicové péče je:

- respektovat lidskou důstojnost,
- zajistit bezbolestné umírání,
- poskytnout společnost umírajícímu (Kelnarová, 2007, s. 50).

Antonová a kol. (2018, s. 92) uvádí, že hospice nelze chápat jako zařízení sociálních služeb, ačkoliv pečují o stejnou skupinu lidí, ale jako zařízení nemocniční. Hlavním úkolem hospiců je mírnit projevující se příznaky a chránit pacienty před dalším stresem, nikoliv je léčit.

Podle Stephena (2018, s. 1) hospic mnoho lidí chápe jako něco zlého, kde se vyskytuje pouze smrt a utrpení, proto se těchto míst obávají. Přičemž hospice, jakožto zdravotnická zařízení, tuto obavu lidí berou na vědomí a snaží se nevyléčitelně nemocným poskytnout lepší kvalitu posledních dnů zbývajících života, kdy jejich smrt neoddalují, ale ani neurychlují.

Hospicovou péči dělíme na dvě základní formy – lůžkovou a mobilní.

1.1.1 Lůžkový hospic

Jedná se o samostatné zdravotnické zařízení, které poskytuje paliativní hospicovou péči. (Slamková a Poledníková, 2013, s. 19). Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) uvádí v paragrafu 9, že lůžková péče vyžaduje hospitalizaci pacienta, a nelze ji tak poskytnout ambulantně. (ČESKO, 2011a).

Součástí lůžkových hospiců bývá také ambulance paliativní péče, či stacionáře, které poskytují zázemí nevyléčitelně nemocným v průběhu dne (Slamková a Poledníková, 2013, s. 19). Rodiny a pečující mohou využít této možnosti v případě, že nezvládají starost o své blízké. Patříčná výhoda, ale také standard každého lůžkového hospice, je nabízená možnost ubytování rodinného příslušníka po celou dobu pobytu. Prostředí bývá zařízení v domácím režimu pro fyzický i psychický komfort umírajícího za pomoci speciálně proškoleného a kvalifikovaného personálu, který je nepřetržitě k dispozici (Marková, 2010, s. 27). Aby mohl být člověk přijat do lůžkového hospice, musí splňovat následná kritéria:

- stanovení závažného, život ohrožujícího onemocnění,
- pravidelná léčba bolesti a jiných příznaků,
- onemocnění nereagující na žádnou léčbu v nemocničním zařízení,
- neschopnost a nemožnost poskytnutí péče rodinnými příslušníky (Mišinová, 2016, s. 25).

1.1.2 Mobilní hospic

Mobilní hospic je chápán jako služba, která je poskytována klientovi v jeho domácím prostředí, ale zároveň péče o něj vyžaduje odbornou pomoc (Mišinová, 2016, s. 24). Kdykoliv během dne, v případě potřeby klienta, přijíždí odborný a specializovaný paliativní tým – lékaři, sestry nebo ošetřovatelé, kteří zajistí aktuální potřebnou péči. Lékař pacienta vyšetří, vyslechne jeho přání, potřeby a společně se domluví na následujícím plánu. (Standardy hospicové paliativní péče, 2016, s. 4). V průběhu se léčba a plán péče mění v návaznosti na dalším vývoji onemocnění. Velká výhoda spočívá v tom, že pacient je v domácím prostředí plně obklopen a podporován rodinou.

V domácím prostředí lze dělat téměř všechny ošetřovatelské výkony, výjimkou je transfúze. U té by nebylo možné zajistit správný postup (Antonová a kol., 2018, s. 98-99).

Multidisciplinarita, jakožto základ mobilní hospicové péče, ale i jiných forem, znamená péči soustředěnou nejen na diagnózu, ale především se snaží vytvořit klientovi komfortní podmínky k důstojnému odchodu ze života. Nedílnou součástí celého hospicového týmu od vedoucího lékaře po všeobecné sestry je spojení se sociálním pracovníkem zajišťujícím ostatní potřebné záležitosti pro rodinu – příspěvky na péči, dobrovolníky, terapeuty, duchovní a jiné. Bez tohoto by ucelená péče mobilních hospiců nemohla fungovat (Antonová a kol., 2018, s. 98-99).

1.2 Paliativní péče

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako *„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, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních“* (Kabelka, Sláma a Loučka, 2016, s. 4).

Radbruch et al. (2010, s. 14) popisuje paliativní péči jako aktivní a celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění nereaguje na žádnou léčbu. Procesu péče se účastní celá rodina i komunita a smrt bývá považována za přirozenou fázi lidského života, kdy ji neurychlujeme, ale ani nezpůsobujeme její oddálení.

Kláštery a provozující útulky, poskytovaly ošetření a podporu pro umírající, kteří neměli sociální zázemí ani rodinu. Medicína v polovině 19. století byla na takové úrovni, že se běžně umíralo v bolestech a s nedostatečnou podporou tlumících léků (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 26-27). Paliativní péče 20. století byla považována za takovou, která poskytovala pomoc jen pacientům s diagnostikovaným onkologickým onemocněním v konečné fázi jejich života. Zkušenosti a také některé vědecké studie, potvrdily prospěch u pacientů i s jiným onemocněním než onkologickým,

a používané principy paliativní péče, jako je individuální plán, komunikace, psychická podpora, mírnění bolesti a řešení problémů, mají prokazatelné účinky již od stanovení diagnózy (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 22). Podle Pechové, Lejsala a kol. (2020, s. 27) s nástupem a modernizací medicíny, rozvojem nových a účinnějších léčiv proti bolesti, mohl být zlepšen přístup k symptomům pacientů. S tímto rozvojem se bolest stávala čím dál více nemocniční záležitostí, kde se léčba bolesti soustřeďovala, a lidé tak umírali v sociální izolaci bez možnosti neustálé přítomnosti rodiny.

Běžná populace, rodinní příslušníci, ale i mnozí pacienti se chybně domnívají, že paliativní péče je poskytována pouze v posledních dnech života, a z tohoto důvodu bývá paliativní léčba nastavena pozdě nebo vůbec. Úkolem paliativní péče je podporovat pacienty co nejdéle v jejich zájmech a udržet tak aktivní život a sociální kontakty (Fliedner, Zambrano a Eychmueller, 2021, s. 1).

Aby byla paliativní péče komplexní, dělíme ji na dvě základní formy, a to na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči (Bužgová, 2015, s. 18-19).

1.2.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péči poskytuje každý zdravotník, který se o nevyлéčitelně nemocného stará. Jedná se tedy o základní poskytnutí paliativní péče, kterou mohou pacienti nalézt u praktických lékařů, v nemocnicích na specifických odděleních nebo u agentur domácí péče. Obecnou paliativní péči mohou poskytovat také lékaři s atestací v různých oborech (interním ošetřovatelství, onkologii, geriatrii, neurologii a jiných) a svými znalostmi přispívat do paliativní péče. Do výčtu zdravotníků musíme přičíst také nelékařské pracovníky, mezi které patří i všeobecná sestra, která mimo jiné poskytuje i psychickou podporu (Kabelka, Sláma a Loučka, 2016, s. 4). Všechny sestry, poskytující tuto péči by měly být schopny rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy, měly by být nápomocny jejich řešení, porozumět prožívání umírajícího a jeho rodiny a zapojit se do komunikace o potřebách a jeho prožitcích. Důležité je konzultovat se specialisty potřeby pacientů, které přesahují znalosti a kompetence sester (O'Connor a Aranda, 2005, s. 15).

Součástí obecné paliativní péče je komunikace s pacientem a jeho rodinou, stanovení léčby, soustředěnost na kvalitu života, léčba bolesti a symptomů a také psychická podpora (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 26). Poskytování kvalitní péče ve specifických zařízeních lze posoudit:

- uplatněním znalostí a dovedností při potížích spojených s nevyлéčitelnou nemocí v různých částech zařízení (ambulantní, lůžkové),
- způsobem jakým dokáže personál informovat pacienta o prognóze onemocnění a její léčbě,
- poskytováním péče a její kvalitou,
- dostupnými léčivy na jednotlivých odděleních a typy pomůcek, které zařízení nabízí,

- poradenstvím a poskytovanou psychickou podporou,
- organizací péče při individuálním plnění potřeb (Sláma, 2012, s. 10-11).

Podle Slámy (2012, s. 10-11) malá spotřeba opioidních léků v České republice, tlumících bolesti, oproti jiným státům, může poukazovat na nižší úroveň této péče.

V případě nedostačující obecné paliativy volíme paliativní péči specializovanou (Kabelka, Sláma a Loučka, 2016, s. 4).

1.2.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována odborným interdisciplinárním týmem zdravotníků, kteří jsou v oboru paliativní péče dále vzděláváni. Slouží k zajištění péče u nemocných, u kterých dochází k dynamickému zhoršení obtíží převyšující možnosti poskytování obecné paliativní péče (Bužgová, 2015, s. 19). Takto vyškolení zdravotníci mohou pracovat na pozici konzultanta v komunitních zařízeních paliativní péče nebo v hospici. V některých případech je nutné požádat o pomoc specialisty z oblasti například hojení ran, nebo radioterapie (O'Connor a Aranda., 2015, s. 15).

Specializovanou péči rozdělujeme do několika forem:

Ambulance paliativní medicíny

Ve většině případů bývá z důvodů nedostatečných zkušeností praktických lékařů paliativní pacient odeslán do ambulance paliativní péče. V dnešní době nelze terminálně nemocného pacienta úplně léčit celostně, ale zaměřujeme se především na léčbu bolesti (Antonová a kol., 2018, s. 71). Spolupráce se předpokládá také s domácí péčí a s jinými sociálními či zdravotnickými zařízeními. V České republice existoval v letech 2004 až 2010 nadstavbový obor paliativní medicíny a léčby bolesti, který byl určený pro lékaře, ale ukázalo se, že léčba nebyla poskytována komplexně, a proto v roce 2011 došlo k roddělení na dva samostatné obory – paliativní medicína a algeziologie (Sláma, 2012, s. 11).

Konziliární tým paliativní péče

Konziliární tým paliativní péče (KTPP) by měl být důležitou součástí nemocničního týmu. Slouží převážně paliativním pacientům, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici na odděleních jiných oborů (chirurgické obory, interní obory, LDN a mnoho jiných). Tento tým pravidelně dochází za paliativním pacientem, a ten tak zůstává v prostředí, které zná. KTPP plánují v pravidelných intervalech následující léčbu, ale také přináší odborné znalosti dalším pracovníkům jednotlivých oddělení. Klademe si otázku, kdy je vhodné povolat KTPP.

Tým je k pacientovi přivolán, pokud:

- běžná péče je nedostačující,
- potřeba podpory při zjištění tíživých informací o zdravotním stavu a potřeba plánování dalšího léčebného postupu (pacient nepochopí informace, doufá v lepší prognózu),
- potřeba pomoci s hledáním vhodné péče a zprostředkování dalších navazujících informací o vhodné péči.

Konziliární tým neposkytuje konzultace pouze pacientům, ale slouží i ostatním lékařům pečujícím o nemocného při komunikaci a pomáhá tak zefektivnit jejich léčbu (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 325-327; Sláma, 2012, s. 11-12).

Oddělení paliativní péče

V České republice ještě stále neexistuje mnoho oddělení paliativní péče v nemocnicích, avšak můžeme říct, že postupně jejich počet narůstá. V roce 2012 byla v České republice 3 taková oddělení a v roce 2021 jich existovalo již 9. Na základě toho můžeme tvrdit, že paliativní péče se do povědomí dostává čím dál více a rozvíjí tak nové možnosti pro nevléčitelně nemocné. Na jednotlivých odděleních se pro paliativní pacienty vymezují lůžka hospicového typu, ošetrovatelská a akutní lůžka a některá zařízení vymezují i na odděleních následné péče. V rámci nemocnice má paliativní péče několik forem. Oddělení **akutní paliativní péče**, které je rozšířeno převážně v zahraničí a v České republice není uznáváno jako specifická forma lůžkové péče, přijímá akutní pacienty s nutností okamžitého řešení problémů. Oddělení, na kterém jsou **lůžka hospicového typu** nabízí dlouhodobou péči pacientům v terminálním stádiu onemocnění. A poslední formou jsou **samostatná lůžka paliativní péče na odděleních jiného lůžkového typu** (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 330; Sláma, 2012, s. 11).

Mobilní specializovaná paliativní péče

Mobilní specializovaná paliativní péče je pacientovi poskytována ve vlastním sociálním prostředí, a to s možností neustálé dostupnosti lékaře a zdravotní sestry (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 321). V USA se dokonce tato služba využívá až v devadesáti procentech, kdežto v jiných státech Evropy stále není sjednocená terminologie, proto nelze hodnotit, zda se tato služba používá či nikoliv. O mobilní paliativní péči, která nese synonymum mobilní hospic, se podrobněji zmiňujeme v podkapitole mobilní hospic, která s tímto tématem úzce souvisí (Sláma, 2012, s. 11).

Lůžkový hospic

Bližší problematika lůžkových hospiců je podrobněji popsána v podkapitole lůžkový hospic. V České republice stále není vymezený čas trvání pobytu v lůžkovém hospici. V celkovém průměru

se zde pacienti pohybují přibližně 4 týdny. Ačkoliv většina pacientů přichází do hospicového zařízení v posledních dnech života, tak díky laskavému přístupu pečujících můžeme vidět u některých z nich dokonce výrazné zlepšení zdravotního stavu (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 323-325).

1.3 Terminálně nemocný pacient

Za terminální fázi života považujeme poslední dny či hodiny života člověka. V této fázi dochází k nezvratnému selhávání dýchání, oběhové soustavy a metabolismu (Kabelka, Sláma a kol., 2022, s. 301).

Dle Slámy (2014, s. 575-576) je terminální fáze období měsíců až týdnů před smrtí, kdy byla vyčerpána kurativní léčba, postupně narůstají tíživé symptomy a závislost v péči na druhé osobě. K terminálnímu stádiu selhání organismu může dojít hned z několika důvodů:

- náhle, nečekaně (plicní embolie, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, úrazy, otravy),
- očekávaně (neovlivnitelné choroby, metastazující nádorová onemocnění) (Sláma, 2014, s. 575-576).

Smrti vždy předchází zhoršení zdravotního stavu. Může se jednat o stavy masivního krvácení do GIT, oběhové selhání u sepse, narůstající intrakraniální hypertenze nebo jaterní encefalopatie. Tato období mohou probíhat v různém časovém horizontu, od několika sekund, po hodiny až dny (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 301).

Ondriová (2021, s. 83) uvádí skutečnost, že v některých zdravotnických zařízeních převažuje neosobní přístup k umírajícím, chybí dostatečná pozornost při sledování potíží umírajícího a jejich odstranění, neeliminuje se hluk v běžném provozu oddělení, není zajištěno dostatečné soukromí umírajícím a jejich příbuzným. Mnohdy zdravotnický personál nevěnuje dostatečnou součinnost u umírajícího v odstranění strachu a jeho osamocení.

Ošetrovatelská péče o umírající se postupně formovala. Stanoveny jsou základní typy modelů umírání. **Domácí model umírání**, kdy podstatou tohoto modelu je skutečnost, že umírající prožívá poslední chvíle svého života doma, za podpory své rodiny. Nevýhodou může být absence lékařské pomoci. **Institucionální model umírání** praktikuje umírání v nemocničním prostředí. Potvrdilo se, že praxe „bílé zástěny“, která měla zajistit klid umírajícímu a spolupacientům zabránit pohledů na něj, byla neopodstatněná a přinášela umírajícímu pocit osamělosti. Ideálním je **Paliativní model umírání**, který obsahuje pozitiva a negativa dvou předešlých modelů. Nemocný může být i v nemocničním zařízení, do péče je však aktivně zapojována rodina a profesionální tým. Tento model zaručuje péči o umírajícího i jeho rodinu v holistickém stylu (Ondriová, 2021, s. 81-84).

1.4 Smrt jako nedílná součást života

V životě každého z nás již několikrát padlo slovo smrt. Je zakončením života každého živého tvora, to si ale začneme uvědomovat až ve chvíli, kdy jí přímo čelíme, například v kruhu rodiny (Antonová a kol., 2018, s. 82). Smrt nastává, když veškeré orgánové soustavy přestávají plnit svou funkci, organismus nereaguje na žádné podněty a nedochází k plicní ventilaci. Ve světě panuje tvrzení, že lékaři jsou od toho, aby zachraňovali životy lidí, nehledě na další okolnosti. Ti, v jejichž péči pak zemře člověk, pocítují své osobní selhání. Již počáteční nastavení negativních hranic způsobuje nepochopení pro případnou neúspěšnou léčbu. Lékaři z tohoto důvodu usilovně nastavují intenzivní i invazivní péči, která mnohdy bývá nejen zbytečná, ale pacienty frustruje a trápí (Sláma, 2014, s. 575).

Při přijetí pacienta do hospicového zařízení se určuje přibližná délka zbývajících života, nezbytná pro následující léčebný režim. Pro pacienta bývá zbývajících čas důležitým mezníkem pro smíření se s prognózou a zamyšlení se nad svým dosavadním životem, zatímco příbuzní se smiřují s nastávajícím úmrtím blízkého (Lee, Jeong a Kim, 2021, s. 194).

Ze studií Junga, Yeoma a Lee (2021, s. 46–47), zabývajících se vnímáním smrti, úzkostí a připraveností na smrt vyplývá, že v některých asijských zemích se rodinní příslušníci v hospicovém zařízení podílejí na péči o své příbuzné. Tento způsob péče, kdy rodina aktivně přihlíží na zhoršující se stav jejich blízkého, může způsobit vyvolání pocitů úzkosti a strachu ze smrti. Proto je nezbytně nutné podporovat nejen umírajícího, ale i jeho blízké (Jung, Yeom a Lee, 2021, s. 46-47).

Rozlišujeme tři různé způsoby, jak pacienti mohou smrt vnímat:

- **neutrální pojetí** smrti umožňuje pacientovi pohlížet na smrt, jako na běžnou součást života, tedy smrti se nebojí, ale ani ji nepřijímá,
- **přijímání smrti** označuje pozitivní nahlížení na smrt, neboť lidé doufají, že v posmrtném životě budou mít možnost se setkat se svými zesnulými blízkými,
- poslední přístup označujeme jako **útěk**, kdy smrt vnímáme jako osvobození od bolesti a utrpení (Barnett, Reed a Adams, 2021, s. 295-296).

Postoj, jaký zaujímá všeobecná sestra ke smrti a umírání, a jakým způsobem zvládá emocionální hloubku, může ovlivňovat pacientovo vnímání, nebo prožívání a stav spojený se smrtí. Studií, která se zabývala výzkumem hospicových sester při postoji vnímání smrti u pacientů se zjistilo, že sestry, které pracují v hospicovém zařízení, nemají strach z umírání, a zároveň jsou daleko vnímavější ke svému okolí (Barnett, Reed a Adams, 2021, s. 295–296).

Každý z nás, může přicházející smrt vnímat jiným způsobem, ale existují určité znaky, které jsou u většiny populace stejné. Mezi běžné příznaky, které nám signalizují blížící se smrt, patří úplná ztráta potřeby jíst, ale i pít, a s tím spojená dehydratace. Dalšími příznaky, jsou častá ospalost, kdy pacienti většinu dne prospí, ale také nemluvnost a apatie. Rodinní příslušníci, nahlízející na stav svého blízkého, často požadují náhradu tekutin a stravy, aniž by si uvědomovali, jak tím mohou pacientovi uškodit (Bernacki a Pantilat, 2009, s. 697).

Fáze umírání

Všichni lidé mají svým způsobem strach z blížící se smrti a odchod blízkého snáší velmi špatně. Fáze, jež popsala autorka Kübler – Rossová (2015, s. 51-129) pomáhají pochopit, jak se cítí umírající, a čím si procházejí. Celkem ve své knize s názvem *O smrti a umírání: Co by se lidé měli naučit od umírajících*, popsala 5 fází – fáze popírání a izolace, zlosti, smlouvání, deprese a akceptace. Podrobnější popis jednotlivých fází viz. příloha (P I).

1.4.1 Péče o tělo zemřelého

V různých částech země převládají odlišné kulturní zvyky týkající se péče o zemřelého. Úprava těla zemřelého, tak především spočívá v komunikaci s blízkými o jejich potřebách, přáních a posmrtných rituálech. Zájmem sester je tato přání rodiny pacienta respektovat, čímž mohou částečně zmírnit truchlení a pomoci vyrovnat se se ztrátou rodinného příslušníka. Každý zaměstnanec zařízení, by měl rodině umožnit dostatečný časový prostor pro rozloučení se se zesnulým. Budhisté věří, že se nikdo nesmí po dobu osmi hodin dotknout těla mrtvého, jinak nelze dosáhnout klidu a míru. Kdyby se tento rituál nedodržel, duch zemřelého by byl navěky ztracen ve světě živých (Olausson a Ferrell, 2013, s. 647).

Úpravu vzhledu těla zajišťují všeobecné sestry s pomocí ošetrovatelského personálu. Zvyky spojené s úpravou těla se však s každou institucí mohou trochu lišit. Prvořadou zásadou je správná identifikace těla pacienta a diagnostikování smrti od pověřeného lékaře, popřípadě paliatra. Jakmile jsou první body splněny, můžeme odstranit veškeré vstupy z těla zemřelého. Do připravené a nadepsané obálky umístíme šperky, které řádně sepíšeme. Můžeme začít s péčí o mrtvé tělo tím, že zavřeme oční víčka a následně budeme pokračovat lehkou očistou celého těla. Není nutná přílišná péče, neboť během převozu mrtvé tělo vylučuje další tělesné tekutiny. Poté tělo vložíme do černého vaku se zipem, který je určený pro tento účel. Není vhodné balení do bílých prostěradel, z důvodu úniku tekutin a následného prosáknutí (Hand, 2014, s. 4-5). Myslet bychom měli také na ostatní spolubydlící v pokoji, a uzpůsobit převoz zakrytím mrtvého těla tak, aby to bylo korektní vůči ostatním (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 135).

2 SESTRA V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ

Všeobecná sestra v hospicovém zařízení pomáhá pacientům překonávat emoce spojené s přechodem z kurativní léčby, která již není přínosná na léčbu paliativní. Sestry v hospicovém zařízení mají často velmi těžkou práci, protože každý den čelí emocionálním stavům pacientů a jejich rodin. Měly by být citlivé, empatické, schopné trpělivé komunikace, ale zároveň musí udržovat profesionální vztah s pacienty a jejich rodinami. Sestra je také součástí multidisciplinárního týmu, bez kterého by péče nebyla efektivní (Nacak a Erden, 2022, s. 141-143).

2.1 Multidisciplinární tým

Fungování a kolektivní práci v paliativní péči zajišťuje multidisciplinární tým lékařů, ale i nelékařských pracovníků, kteří se starají o podporu umírajících a jejich rodin v oblasti paliativní péče. Tato práce vyžaduje dokonalou souhru všech pracovníků a dobře sestavený, fungující plán, kde má každý z nich nenahraditelný úkol (Mišinová, 2016, s. 26). Členové pořádají pravidelné schůze a rozebírají následující plán péče a jeho postup. V Belgii, v onkologické léčbě je multidisciplinární paliativní tým povinnou záležitostí (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 156).

2.1.1 Cíle multidisciplinárního týmu

Paliativní týmy mají nepřehledné množství různých cílů v péči o pacienta, které je potřeba náležitě plnit. Týmy musí být schopny tyto cíle měnit v návaznosti na situaci a zdravotní stav pacienta, a opět uzpůsobit jeho aktuálním potřebám. Možnost, kdy může pacient zůstat ve svém domácím prostředí je ideální a pomáhá tak dosáhnout psychické pohody v kruhu rodiny (Marková a kol., 2021, s. 12).

Gutová, Otcová a Martinková (2016, s. 7) uvádí cíle multidisciplinárního týmu, které by měly být naplněny u všech pacientů. Mezi ně především řadíme:

- pomoc v oblasti spirituálních potřeb pacientům a jejich rodinám, komplexní přístup a profesionální péči,
- rodinám umírajících poskytnout možnost aktivní péče, být jejich oporou a respektovat jejich potřeby,
- umožnit psychologickou pomoc a spirituální péči,
- možnost rozhodnout se o ukončení péče, na které se podílí především sám pacient, ale také rodina a paliativní tým,
- zajistit další potřebnou péči, především terénní a lůžkovou hospicovou péči, osobní asistenci, ale třeba také sociální dávky nebo kompenzační pomůcky,

- poskytnout konzultace ohledně ošetrovatelské péče na všech pracovištích zdravotnického zařízení (Gutová, Otcová a Martinková, 2016, s. 7).

S blížícím se koncem narůstá větší potřeba cíle měnit a vytvářet nové. Hlavním úkolem týmu je správně předávat informace o změnách v celkovém stavu pacienta, vyhodnocovat, zda byly cíle naplněny a na základě toho vytvořit plán nový (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 156-157).

2.1.2 Členové týmu

Členy týmů jsou lékaři, sestry, pečovatelé, sociální pracovníci, kněz a duchovní a další. Rozdílné organizace budou mít odlišné plány péče, a tak každý pracovník bude disponovat jinými úkoly (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 158). Členové týmu, kteří spolupracují na jednom společném plánu (nezávisle na sobě), pocházejí každý z jiného odvětví lékařství. Pozice vedení se v tomto případě liší dle aktuálních potřeb pacientů (Stephen, 2018, s. 22). Proto, aby tým fungoval správně, je potřeba vymezit role každého účastníka (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 158).

Lékaři

Úkol lékaře, který se nachází v této roli na nejvyšší pozici, spočívá ve stanovení léčebného plánu a následného postupu. Lékař pravidelně dochází za pacientem na kontroly a stará se o léčbu bolesti a dalších příznaků, které snižují kvalitu života (Stephen, 2018, s. 22; Mišinova, 2016, s. 26).

Sestry

V oblasti týmovosti zaujímá sestra jednu z nejdůležitějších rolí, neboť právě ona je v nejbližším kontaktu s pacientem. Náplní její práce je nejen dobrá komunikace, s ohledem na mnoho otázek nemocných, ale také především musí být empatická, milá, vstřícná a musí dokonale souznít se svou rolí. Součástí její práce bývá každodenní sledování životních funkcí a celkového stavu pacienta. Tedy přenáší veškeré informace mezi umírajícím a lékařem (Marková, 2010, s. 34-36).

Pečovatelé

Mezi dalšími, jenž tráví podstatnou část s nemocným, jsou pečovatelé, kteří obstarávají péči v rámci sebeobsluhy, ale mohou také vytvářet aktivizační činnosti. S umírajícím tráví čas od počátku až do jeho konce, provází ho a podílí se na péči o tělo zemřelého (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 158).

Sociální pracovníci

Neméně důležitou součástí týmu zastává sociální pracovník, jehož náplní práce je pomáhat především rodině nemocného s případným zajištěním sociální podpory, jak v průběhu umírání jejich blízkého, tak po jeho skonu. Zároveň pomáhají najít organizace s možností zapůjčení zdravotních pomůcek a řeší specifické problémy každého pacienta (Mišinová, 2016, s. 27).

Kněz a duchovní

Útěchu pacienta od všech bolestí a strastí, místo, u koho se může vyzpovídat a vytvořit si důvěru poskytuje kněz. Kněz může být mnohými považován za nestranného jedince, který působí jako vhodný přítel k ventilování útrap. V hospicových zařízeních (pokud to zařízení umožňuje), ale i na některých odděleních nemocnic, dochází kněz pravidelně za pacienty přímo k lůžku (Mišinová, 2016, s. 27).

Další pracovníci

Hodnocení potřeby dalších pracovníků se odvíjí od specifických potřeb konkrétního nemocného, mezi které řadíme dobrovolníky, kteří mohou zastoupit zatížený personál v aktivizačních činnostech (Mišinová, 2016, s. 27).

2.2 Role sestry

Všeobecná sestra zastává jednu z nejdůležitějších rolí vůbec. Každý člen týmu se obrací právě na ni, když je zapotřebí navrhnout nový léčebný režim. Sestra má největší přehled o pacientovi, pečuje o něj, dohlíží na životní funkce a naplňuje jeho potřeby. Aby byla práce dokonale sehraná, potřebuje spolupracovat i s ostatními členy různých odborností. V případě, že se člověk nachází na samém sklonku života, je role sestry více zapotřebí. Ta zastává čím dál častěji potřebné, specializované odborné úkony, které spadají pouze do její kompetence. Všeobecné sestry nejen, že spolupracují s lékaři a rodinami, aby našli společné cíle péče o umírající, ale zároveň mají velkou zodpovědnost za své činy a rozhodnutí, neboť lékař není vždy v zařízení dostupný. Sestra musí svá rozhodnutí vykonávat zodpovědně, samostatně, mravně a být schopná přijmout nové postupy. Musí si být především jistá v tom co dělá a vystupovat s dobrými komunikačními schopnostmi (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 159-160).

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění vyhlášky č. 158/2022 Sb. všeobecná sestra vykonává činnosti dle paragrafu 3 odstavce 1 a dále pak podle paragrafu 4. Zákon České republiky, dle paragrafu 54 a 66b, také umožňuje všeobecným sestram vykonávat činnosti zdravotnického pracovníka

dle paragrafu 4, a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru Sestra pro domácí a hospicovou péči (ČESKO, 2011b).

2.2.1 Vzdělávání sester

V oblasti paliativní péče se stále setkáváme s nedostatečným vzděláváním zdravotnického personálu, a to může být překážkou k vykonávání kvalitní péče a včasné stanovení diagnózy spadající do paliativního režimu (Johansen a Helgesen, 2021, s. 1).

Dle Zákona č. 96/2004 Sb. je způsobilost k vykonávání povolání všeobecné sestry po absolvování tříletého akreditované oboru všeobecná sestra v bakalářském studiu na vysoké škole, nebo ukončení diplomovaného studia na vyšší odborné škole. Dále uvádí povinnost celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, ale i jiných odborných pracovníků. Za celoživotní vzdělávání považujeme prohlubování vědomostí a dovedností a následné další vzdělávání v oboru v souladu s nejnovějšími poznatky. Mezi jedny z forem celoživotního vzdělávání řadíme certifikované kurzy, účast na školicích akcích, inovační kurzy s akreditací, nebo také odborné stáže či vypracování standardů. Zahrnujeme zde také navazující magisterské, nebo doktorské programy (ČESKO, 2004). Všeobecné sestry se mohou vzdělávat také ve specializačním vzdělávání s názvem Sestra pro domácí a hospicovou péči. Tento program je podrobně popsán ve Věstníku č. 12 z roku 2019 na stránkách MZČR, a dále je upravován vyhláškou č. 55/2011 v aktuálním znění vyhlášky č. 158/2022 Sb., kdy sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává činnosti dle paragrafu 54 a 66b. Všeobecná sestra v domácí a hospicové péči, oproti všeobecné sestře má některé z kompetencí navíc. Jako příklad můžeme uvést, že sestra v domácí a hospicové péči může uvést a ukončit domácí péči, vyplnit poukaz domácí péče nebo třeba indikovat odběr biologického materiálu či předepisovat určité zdravotnické pomůcky. Podrobný popis kompetencí je uveden v příloze (P II) (ČESKO, 2011b; MINISTERSTOV ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2019, s. 21 – 65).

Pro vzdělávání vznikl v roce 2004 nový projekt vzdělávání v paliativní péči v České republice, který má za úkol zlepšit péči o nevléčitelně nemocné a jejich rodiny, zvýšit informovanost o možnostech paliativní medicíny a nastolit kvalitní péči. V publikaci rozděluje tři stupně vzdělání v paliativní péči:

- stupeň A (pochopení) je věnován všem, kteří mají pouze malé zkušenosti a vzdělání v paliativní péči,
- stupeň B (prohloubení) je určen pro ty, jenž mají zdravotní vzdělání a pracují v zařízeních zaměřených na paliativní péči nebo se s ní pravidelně setkávají,

- stupeň C (specializace) je určen pro ty, kteří již pracují na vyšších pozicích v paliativní péči a bývají zapojeni do výzkumné části.

Návrh těchto programů jasně stanovuje potřebu určit, pro kterou skupinu (A-C) je vzdělávání určeno a vycházet tak z potřeb těch, kteří se chtějí vzdělávat (Kalvach, Sláma, 2004, s. 5-8).

Norská strategie také doporučila, aby si každý domov nebo zdravotnická zařízení zvolili sestru, která bude mít na starosti pouze umírající pacienty, a bude tak výchozím bodem v podpoře a komunikaci. A pokud bude sestra v týmu brána jako důležitý partner, a ne pouze jako pravá ruka lékaře, je schopna také významně přispět k lepším výsledkům pacientů (Johansen, Grøndahl a Helgesen, 2022, s. 2).

2.3 Komunikace

Komunikace je proces, při kterém si lidé navzájem mezi sebou předávají informace, názory, pocity a myšlenky, s hlavním cílem dorozumět se a navázat vztahy. Komunikace je rozdělena na 2 základní formy – verbální a neverbální. Při verbální komunikaci jsou informace předávány slovně a při neverbální jsou používána gesta, tělesný jazyk, mimika a další náznaky. Komunikace je klíčovým prvkem v mezilidských vztazích a v různých oblastech lidského života, jako jsou rodinné vztahy, pracovní prostředí a každodenní život (Zacharová, 2016, s. 8-9, 29, 54). Prostřednictvím komunikace budujeme respektující vztah, ve kterém nasloucháme a podporujeme pacientovy hodnoty a přiměřeně reagujeme empatickým způsobem (Peereboom a Coyle, 2012, s. 251).

Komunikace je nejdůležitějším prvkem nejen celé paliativní péče, ale především mezi pracovníky v týmu. Špatná komunikace může mít za následek zhoršení poskytované péče, obzvláště v případě sdělování špatných zpráv ohledně zdravotního stavu, kdy má pacient větší psychosociální potřeby. Dobře vedená komunikace je tak klíčem k získání důvěry a pevného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Výzkum, ve kterém se autoři zabývali problematikou tréninkových komunikačních programů uzpůsobených na zkušenosti dokazuje, že jsou obrovské nedostatky při komunikaci, které dávají za vinu nedostatečnému vzdělávání v oblasti paliativní péči (Horlait, Van Belle a Leys, 2016, s.1).

Doprovázení umírajícího pacienta nespočívá pouze v plnění jeho potřeb, ale především v psychické podpoře. Některé narušující myšlenky mohou vyvolávat v pacientech pocity strachu a vnitřní úzkosti. Špatně míněná slova, která použijeme, se tak stávají křehkou záležitostí a mohou jim snadno ublížit. Hlavním úkolem pečující sestry je pak tyto emoce pomáhat ventilovat a poskytnout jim důvěrné prostředí, ve kterém jsou pochopeni a podporováni (Mišinová, 2016, s. 75).

Pokud je hlavním cílem všech zdravotníků zachovat kvalitu života umírajícího, je potřeba zajistit otevřenou a empatickou komunikaci, jak s pacientem, tak s jeho blízkými. Každý pacient má právo znát informace o svém zdravotním stavu. Zdravotnický personál musí přijmout terminální stav pacienta a chování s tím spojené, a respektovat jeho životní hodnoty. Být naslouchajícím je citově velmi náročné a nejde pouze o to. Ve verbální komunikaci přidáváme význam i aktivnímu naslouchání nejen sluchem, ale především očima a srdcem. Nemusíme hned plně porozumět tomu, co je pro pacienta důležité, proto je nutné snažit se proniknout do hloubky a nevnímat pouze povrchově. Důvěru můžeme v pacientovi vzbudit i pomocí projeveného zájmu a ochoty naslouchat jeho problémům (Mišinová, 2016, s. 75). Mnoho pacientů, ale i jejich rodin se právě na sestry obrazejí s žádostí o radu při rozhodování o volbě léčby. Sestra může díky promyšlené komunikaci poskytnout příbuzným důležité informace, které jim mohou pomoci učinit rozhodnutí a podpořit tak jejich vlastní volbu. Brzké započítí komunikace o konci života může pacientům pomoci získat více informací a odpovědět tak na otázky o blížící se smrti, a zároveň získat kontrolu nad svým životem. V průběhu rozhovorů se často objevují bariéry, které mohou hladký průběh komunikace narušit. Mezi tyto překážky řadíme například nepřijetí léčby pacientem nebo jeho rodinou, pocity viny, osobní nepohodlí nebo nesouhlas s hospicovou péčí.

Peereboom a Coyle (2012, s. 251-252) se zmiňují o třech úrovních komunikace, se kterými se sestra pravidelně setkává. **První z nich** jsou krátké rozhovory s pacientem o jeho péči, léčbě nebo denních aktivitách. **Ve druhé** úrovni je snaha sestry vyhodnotit, zda je léčba účinná a zjišťuje rozsah utrpení a bolesti. **Třetí částí** komunikační sféry je existenciální úroveň, což znamená pochopení sebe sama a hledání smyslu (Peereboom a Coyle, 2012, s. 251-252).

Ve studii Hiroki a Keiko (2020, s. 401), která se zabývala diskusí o konci života zaměřenou pro členy rodiny, bylo prokázáno, že lepší komunikace mezi pečujícími a rodinou snižuje úzkost a zlepšuje psychickou pohodu.

Součástí poskytování kvalitní péče je také pomáhající přístup pečujícího personálu, bez nároku na odměnu. Tento přístup je označován jako prosociální chování.

2.4 Prosociálnost

„Prosociálností označujeme postoje a chování směřující k prospěchu druhých bez očekávání protislužby nebo odměny“ (Kučera, 2013, s. 121).

Základní teorie prosociálního chování

1. Teorie sociální výměny.
2. Empaticko – altruistická hypotéza.
3. Teorie příbuzenského výběru.

4. Teorie recipročního altruismu (Kučera, 2013, s. 121-122).

Popis jednotlivých teorií je podrobněji rozepsán v příloze (P V).

Křivohlavý (2015, s. 156) ve své knize píše, že podobný význam prosociálního chování má také altruismus, neboli forma motivace, kdy lidé přispívají svým podílem k dobru, nebo se ho alespoň snaží konat ve prospěch druhého člověka. Jedna z hypotéz, také poukázala na úzkou souvislost mezi prosociálním chováním a empatií (Křivohlavý, 2015, s. 156). Empatii vnímáme jako součást prosociálního chování, kdy nejde pouze o pomoc druhým, ale i schopnost vcítit se do jejich situace. Čím více člověk pociťuje empatii k někomu druhému, tím je větší pravděpodobnost, že mu pomůže nebo se ho zastane. Samotný akt vcítění se do druhého jedince znamená, že projevujeme zájem o jeho pocity, nikoliv pouze o vlastní dobro (Mikoška a Novák, 2017, s.135-137). Křivohlavý (2015, s. 158) popisuje empatii jako schopnost jedince vžít se do situace druhých lidí, porozumět, jak vnímají svět, jak se cítí a co prožívají.

Jedním z důvodů takového chování může být také motivace, která je ovlivněna motivem každého jedince, a k jeho dosažení je vynaloženo odlišné úsilí. Motiv lidem dává podnět, aby jejich jednání a chování vedlo k uspokojení potřeb. Motivem může být názor, potřeba úspěchu, lítost nebo jen dobrý pocit a radost z pomoci. V hospicové péči bývá často motivace spojena s emocionálním prožitkem, který signalizuje určitou potřebu a její uspokojení vyvolává vnitřní ochotu účastnit se i dalších dobrých skutků (Vágnerová, 2016, s. 329).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA

Sestry hospicového a paliativního týmu poskytují péči nevyлéčitelně nemocným. Sledují potřeby pacientů a ihned na ně reagují, tiší nesnesitelnou bolest a emocionálně podporují psychickou stránku, strach ze smrti a následné úzkostné stavy (Jung, Yeom a Lee, 2021, s. 46).

3.1 Oblasti ošetrovateľské péče

Ošetrovateľství, které podporuje nemocného, je samostatnou vědeckou disciplínou. Hlavním jeho úkolem je navracet zdraví a podporovat pacienta v samostatnosti tím, že naplňuje jeho potřeby. U nevyлéčitelných pacientů zmírňuje bolest, utrpení a zajišťuje klidné umírání a smrt (Vytejková, Sedlářová, Wirthová a kol., 2011, s. 11).

U terminálně nemocných pacientů je upřednostňován paliativní přístup, tedy režim, který zajišťuje klidné prostředí (tiché zvuky, pomalou řeč) s domácími prvky (tedy předměty, které si pacient donese z domu). Personál používá holistický přístup a uzpůsobuje se potřebám rodin (zapojuje rodinu a prostředí, ve kterém pacient doposud žil) (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 38). Jednotlivé podkapitoly obsahují nejčastější úkony spojené s péčí o umírající.

3.1.1 Ošetrovateľská péče ve výživě a hydrataci

Při pokročilém terminálním onemocnění je nutné podávání stravy a tekutin uzpůsobit na míru pacientovi. To znamená, že musí mít jiné složení a způsob přípravy, neboť někteří pacienti nevládnou přijímat stravu perorálně. V tomto období se často mění fyzické potřeby a mnoho z nich stravu a tekutiny odmítá nebo přijímá pouze v malém množství a vzniká tak až osmdesátiprocentní pravděpodobnost malnutrice (Mišinová, 2016, s. 43).

Výživa

Podávání tekutin řešíme několika různými způsoby, pokud není možné je podávat perorálně. První možností je enterální volba, avšak je potřeba přihlížet na funkčnost GIT a také důvod, díky kterému volíme tuhle cestu. Existují tři různé způsoby, jakými enterální výživu podáváme:

- Nazogastrická sonda se používá ke krátkodobé náhradě výživy a tekutin. Při náhradě pouze tekutin se zavádí jen v případě, že ji pacient již v minulosti měl. Mohlo by totiž hrozit velké riziko aspirace a umírajícímu může způsobit nepříjemné pocity. Sonda může být zavedená maximálně po dobu šesti týdnů.
- Gastrostomie se volí v případě, že se bude sonda používat delší časový interval. Do sondy není potřeba podávat sterilní tekutiny.

- V případě poslední možnosti, jejunostomie, je potřeba podávat sterilní tekutiny (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 189-191).

Pokud nemůžeme z jakéhokoliv důvodu podávat stravu ústy ani enterální formou, využíváme poslední možnosti, a to intravenózního podání parenterální formou. Podání přesného množství tekutin je považováno za velkou výhodu. U paliativních pacientů v terminálním stádiu to nese jistá rizika. Zavedení intravenózního vstupu bývá pro umírajícího mnohdy stresující, a proto je nutná zvýšená péče o žilní katétr a odborný dohled, neboť pacienti bývají často zmatení a katétr si vytrhávají (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 189-191). Pokud je to přeci jen možné, je nejlepší způsob udržet stravování přirozenou cestou co možná nejdéle. Přípravou hezkého a příjemného prostředí, zbavením stresu a podání oblíbeného jídla můžeme chuť pozitivně podpořit. Snažíme se tedy navýšit příjem potravy a tekutin s kaloricky hodnotnými živinami pomocí sippingu, tedy nutridrinků, které obsahují velké množství bílkovin, lipidů i sacharidů a jsou uzpůsobené speciálně pro individualitu každého pacienta (Mišinová, 2016, s. 43-45).

Pocit nechutenství a odmítání stravy může vyústit v anorexii, která se pak projevuje i na fyzické stránce těla a způsobuje kachexii neboli velkou ztrátu hmotnosti a nedostatek živin. Vyhubnutí a psychické pocity nechutenství nemusí být způsobené jen nedostatečným příjmem potravy, ale úzce souvisí s daným onemocněním, kterým pacient trpí. Mezi nejčastější problémy, způsobující kachexii řadíme: nádorová onemocnění, opakované chemoterapie, radioterapie zaměřená přímo na trávicí systém, infekční AIDS nebo infekční onemocnění. Kachektického pacienta poznáme snadno pomocí typických znaků, charakterizujících tento stav. Objevuje se ztráta podkožního tuku, svalů a na pacientovi jsou viditelné části kostry na typických predilekčních místech (Mišinová, 2016, s. 43-45).

Hydratace

Problematika hydratace je velmi složitá, obzvlášť u terminálních pacientů, kteří postupně ztrácejí pocit žízně a příjem tekutin odmítají. Pro rodinu, jenž tento stav sleduje, bývá tohle nejtěžším obdobím, a pokud situace není správně vysvětlena lékařem, dochází k jejich frustraci. V případě, že je pacient schopen přijmout alespoň nějaké tekutiny, je lepší je podávat ve studené formě, která zároveň ovlivňuje nauzeu. Pokud zvolíme parenterální podávání tekutin u paliativních pacientů, je to z důvodu dlouhodobé ztráty většího množství tekutin. Tekutiny ztrácejí především průjmy a zvracením. To způsobuje dehydrataci, která významně ovlivňuje kvalitu pacientova života. Velká ztráta tekutin z organismu může i pozitivně působit na otoky, zvracení nebo dokonce zlepšit problémy s inkontinencí, a proto není potřeba takového pacienta hned převážet do nemocničního zařízení (Marková, 2010, s. 107-108).

Sláma, Kabelka a kol. (2022, s. 189-190) hydrataci popisují jako jeden z nejdůležitějších základních faktorů v životě, bez kterého bychom nemohli přežít. Člověk bez jídla umře do několika týdnů, bez vody zase přežije pouze pár dnů. Hlavními poznávacími znameními při dehydrataci je pocit žízně (s tímto pojmem musíme jednat opatrně, neboť staří lidé pocit žízně většinou nemají i přesto, že jsou silně dehydratováni), suchost sliznic, anorexie, únava, a může to dojít až do stavů zmatenosti a deliria. Příčiny ani samotnou dehydrataci řešit u terminálních pacientů není úplně vhodné. Substituce tekutin může pacientům prodloužit život o několik týdnů, ale neřeší případnou příčinu. Vhodná je konzultace s pacientem a rodinou o aktuálním stavu a zvážení, zda je prodloužení života v tomto stavu pro pacienta žádoucí (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 189-190). Terminální pacienti není možné nutit do příjmu tekutin, pokud to sami nechtějí. Jejich tělo se mění, zastavují se méně důležité vitální funkce a nucením příjmu tekutin bychom způsobili aspiraci (Mišinová, 2016, s. 48-49).

3.1.2 Ošetrovatelská péče u vyprazdňování

Vyprazdňování je důležitý proces, bez kterého nelze existovat. Nejen senioři, ale především umírající a lidé bez možnosti pohybu často trpí obdobnými obtížemi. Velmi častou příčinou bolestí břicha a nepříjemných pocitů je právě zácpa, která bývá častějším příznakem u terminálně nemocných, nežli průjem (Mišinová, 2016, s. 49).

Obstipace

Obstipaci neboli zácpu popisujeme jako obtížné, nebo dokonce nemožné vyprázdnění tuhého obsahu střev, doprovázené nepříjemnými pocity. Za zácpu už považujeme vyprázdnění méně než třikrát za týden. Zácpa následně vede ke zvýšení stresu nemocného a dalším komplikacím. V paliativní péči se obstipace vyskytuje až v osmdesáti procentech, proto je potřeba zvýšeně myslet na její prevenci, ještě před vzniklým problémem (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 127-128).

Nejčastější faktor způsobující zácpu u imobilních pacientů je obstrukce střeva, projevující se také bolestí břicha. Zácpa může mít i mnoho jiných neméně důležitých faktorů a je ovlivňována také imobilitou, která způsobuje menší peristaltiku střev a prodlužuje tak čas odchodu stolice z těla ven. Podávání opioidních látek, tlumících bolest, také snižuje peristaltiku střev, sekreci střevních šťáv, vnímání pocitu na stoličce a téměř vždy jejich užívání způsobuje nežádoucí účinky spojené s obstipací. Viníkem je snížený příjem potravy nebo špatně zvolená strava s nízkým obsahem látek. Také se poukazuje na nedostatečný pitný režim (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 127-128).

Zvláště u paliativních pacientů léčíme problém se zácpou preventivním přístupem v podobě zvýšeného příjmu tekutin, většího obsahu vlákniny ve stravě, každodenního pohybu v rámci možností, vhodné polohy, a následně zajištěním soukromí při defekaci. Pokud nepomáhá ani tento

postup, využijeme farmakologickou léčbu v podobě projímadel (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 127-128).

V případě nepovedené prevence a léčby zácpy vznikají nepříjemné a mnohdy život ohrožující komplikace jako jsou kolikovitě bolesti břicha, nevolnost, falešný průjem (obtékání skybal malým množstvím tekuté stolice) nebo dokonce zmatenost, prolaps rekta a hemoroidy (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 127-128).

Průjem

Méně častým problémem je průjem, kterým označujeme nutkavé vyprazdňování několikrát denně, řídké až tekuté stolice, doprovázející bolestmi břicha až jejím únikem. Následné potíže, které s tím souvisejí, jsou dehydratace a nedostatečnost některých minerálů (Mišínová, 2016, s. 50).

Pacienti mohou trpět dvěma různými formami průjmu. Jedním z nich je průjem akutní, který je vyvolaný bakteriemi, infekcí nebo špatnou stravou. Průjem chronický je dlouhotrvající a způsobený organickou příčinou, jež má za vinu dehydrataci pacienta, poruchu vstřebávání živin a možnou dysbalanci elektrolytů (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 121-123).

Průjem je vyvolán infekcí, nevhodnou stravou, nežádoucími účinky některých léků, po antibioticích, po protinádorových léčích a celou řadou dalších možných příčin (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 121-123).

Abychom pacientovi pomohli od průjmů a bolestí břicha, musíme správně diagnostikovat příčinu. Při mikrobiálním původu léčíme samotnou infekci. Následně je vhodné upravit původní medikaci a zvážit, zda průjem nezpůsobuje některý z léků. Nastolení diety bývá nezbytné téměř u každého paliativního pacienta s průjmem. Musíme mít na paměti, že dlouhodobě trvající protiprůjmová dieta může způsobit nedostatek přijímaných živin (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 121-123).

3.1.3 Ošetřovatelská péče při tlumení bolesti

Bolest je označována jako nepříjemný pocit, který může poukazovat na poškození nebo ohrožení organismu a životních funkcí. Bolest považujeme v životě za velmi užitečnou, říká nám totiž, že je v našem těle něco v nepořádku a bez bolesti bychom dlouho nepřežili. Bolest projevující se rychle a po přechodně krátkou dobu je označována jako bolest akutní. Akutní bolest nás ochraňuje před nebezpečím a dává signál, že v organismu není něco v pořádku. Při chronické bolesti je to trochu složitější. Označuje se jako bolest dlouhodobá, přichází a odchází v případě, že nedojde k uzdravení, a je potřeba ji řešit analgetiky, někdy i celoživotně. Pacientovi dokáže znepríjemnit život, vyčerpává ho a způsobuje nespavost (Antonová a kol., 2018, s. 43).

Už od raného dětství jsme prožívali první bolesti (odřené koleno, rozbitá hlava) a postupem času se objevovaly bolesti zcela jiné. Každý si jistě pamatujeme, že nejhorší bolest je ta psychická, bolest ze zlomeného srdce, která se nedá nijak farmakologicky léčit, oproti bolesti fyzické. Vědci zkoumají odkud bolest pochází a jak vzniká, ale pravděpodobně nikdy nebude vysvětleno, proč stejný případ bolí každého člověka jinak (Antonová a kol., 2018, s. 43).

Cicely Saunders pochopila, že člověk, který umírá, trpí bolestí nejen fyzickou, ale projevuje se i bolest duševní, jež je třeba léčit komplexním přístupem. Pokud se bolest neléčí komplexním přístupem, může se stát, že bude i přes vysoké dávky léčba stagnovat. Je tedy nezbytně nutné léčbu přehodnotit, zjistit další možnou příčinu a pacienta psychicky podpořit (Marková a kol., 2021, s. 18). Hodnotu a intenzitu bolesti můžeme posuzovat tím, že se ptáme, kde se nachází, jaké je intenzity, jak dlouho bolí a jaký má rozsah. Pro posouzení používáme ABCDE postup, kdy:

- A znamená ptát se na bolest a zdůraznit popis přesné lokalizace,
- B označujeme věřit pacientovi o popisované bolesti,
- C jako výběr, jak pacient dokáže bolest akceptovat, a zároveň respektovat požadavky pacienta,
- D jako dodat léky pacientovi v přesný čas a zvážit ostatní možnosti léčby bolesti,
- E znamená pacienta podpořit a dovolit mu aktivně přispět k rozhodnutí, jak bude s jeho bolestí naloženo (Mišínová, 2016, s. 39-41).

V zdravotnických zařízeních ke správnému vyhodnocení bolesti používáme posouzení a škály, díky nimž můžeme lépe rozeznat, o jak silnou bolest se jedná. Nejčastěji se používá analogová škála bolesti (na dané úsečce je možnost zaznačení od žádné bolesti po bolest nesnesitelnou), numerická škála (na této jsou čísla od nuly do deseti, kdy nula značí žádnou bolest a deset označuje největší bolest jakou si pacient dokáže představit), a také obrázková škála (na papíře jsou zaznačení smajlíci s různými výrazy tváře a pacientovým úkolem je určit, podle těchto smajlíků, jak se právě cítí). Nejtěžší rozeznání bolesti je u pacientů trpících komunikační bariérou nebo jinou nemocí postihující mozek. Tito pacienti nejsou schopní svou bolest verbálně či neverbálně vyjádřit. U takových pacientů sledujeme projevy chování a výrazy ve tváři. V každé situaci je úkolem sestry co nejvíce bolest zmírnit a zachovat tak kvalitu života (Mišínová, 2016, s. 39-41).

Bolest a její zmírnění můžeme řešit také farmakologicky, což je nejčastější způsob, jakým zabráníme intenzivní a dlouhotrvající bolesti, ale taky bolestem akutním. U pacientů, kteří jsou již v pokročilé fázi onemocnění, nelze dosáhnout stoprocentní fáze bez bolesti, proto základním cílem lékařů je snížit bolest natolik, aby byla pro pacienta snesitelná. Světová zdravotnická organizace vydala žebříček neboli návod, který představuje, jakým způsobem analgetizovat dle charakteru a intenzity bolesti – viz. příloha (P III) (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 70-72).

3.1.4 Ošetrovatelská péče o rány

Všeobecný problém, který nastává již u stárnoucí populace je špatné hojení ran. Úzkou souvislost má genetická predispozice, ale především další přidružená onemocnění. Samotné hojení je velmi časově náročný proces a dělat ho složitějším může onemocnění ledvin, diabetes mellitus, cévní potíže, podvýživa, infekce a mnoho dalšího. Jakým způsobem rána vznikne, a jak se bude hojit, závisí na vnějších i vnitřních procesech. Lidské tělo se ve stáří mění, dochází k nárůstu tukové hmoty, a snížení hmoty svalové, což vede ke ztrátě síly. Lidé se pak stávají imobilními, což má za následek ztrátu chuti k jídlu a s tím spojenou ztrátu tělesné hmotnosti. Podvýživa a ztráta mobility, díky které dochází k většímu tlaku na okolní tkáň v oblasti predilekčních míst, pak úzce souvisí s vytvořením dekubitů (Gould a Fulton, 2016, s. 34).

U pacientů v závěru života již není důležitým faktorem hojení ran, nýbrž zmírnění jejich symptomů, a pokud je to alespoň trochu možné, tak i vymizení příznaků bolesti (Lee a Chang, 2022, s. 1-2).

V paliativní péči se velmi často objevují bércové vředy, dekubity, nehojící se rozpadlé operační rány, nádory nebo diabetické defekty. Většina těchto ran se dlouhodobě nehojí a poměrně často zasahují až hluboko do tkání. Jedním z hlavních postupů, jak o rány pečovat, je vlhký způsob hojení ran. Rána, která se nehojí tímto způsobem vysychá a praská, což má za následek bolest. Systém TIME vyjadřuje celkem 4 fáze, jakým způsobem postupujeme v hojení – viz. příloha (P IV) (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 174-176).

3.1.5 Poskytování duchovní péče

Duchovno a spiritualita bývá brána jako součást života. Duchovno má význam v hledání smyslu, prožívání, vyjadřování a také v pochopení sebe sama (Klop et al., 2020, s. 2). Duchovní poskytování péče se spojuje s vírou člověka, ale lidé jej často zaměňují s psychologickými potřebami. Podporování nemocného v duchovní oblasti má pro jeho nemoc a utrpení zásadní význam. Člověk, který je zodpovědný za péči o umírajícího, by měl respektovat jeho víru a vytvořit prostředí, které bude splňovat jeho přání a vyhovovat potřebám rodiny i nemocného. Vytvoření ideálních podmínek splňuje jeden důležitý cíl, a to pomoci v utrpení a nalézt smíření se se sebou samým, ale především s Bohem. Pomoc poskytovaná pastorem nesmí být nikomu vnucována a je vykonávána především lidem, kteří si přejí psychoterapii o víře v lásku a odpuštění. V prožívání posledních fází před smrtí lidé mohou zpochybňovat víru a dávat Bohu za vinu jejich onemocnění. Přítomnost faráře napomáhá víru znovu obnovit a dává možnost promluvit si o závažných věcech týkajících se zdravotního stavu, a zároveň tak poskytnout podporu (Mišinová, 2016, s. 68-69).

Mnohdy si neuvědomíme, že lidé s nevléčitelným onemocněním mají spousty duchovních problémů, a s tím spojeného utrpení. Zakladatel buddhismu Šákjamuni si pokládal stejnou otázku,

a nakonec našel smysl v meditaci, díky níž můžeme smutek snížit. Tato víra předkládá, že my lidé nejsme schopni přijímat nemoci a smrt a naše duše je připoutána pouze k dobrým pocitům, což způsobuje spirituální utrpení. V duchovní péči o umírající je tedy důležité, aby přijali vlastní tělo a mysl a smířili se se svým tělesným stavem (Liu et al., 2021, s. 169-172).

V mnoha studiích se jako problém objevuje, že není věnováno dostatek pozornosti duchovním a spirituálním potřebám pacientů. Potřeby pacientů týkající se duchovní péče se projevují především v neverbální sféře. Překážkou v zahájení komunikace mezi pacientem a zdravotníkem bývá nedostatečná znalost v této oblasti, ale také nejistota a strach (Voetmann, Hvidt a Viftrup, 2022, s. 1-2).

Duchovní a náboženské potřeby

Touha po duchovnu zahrnuje hledání hlubšího smyslu a významu v životě, který přesahuje materiální a fyzický svět. Lidé mohou nalézt duchovní potřeby například v náboženství, spiritualitě, v morálních hodnotách nebo v tvůrčím vyjádření (Standardy hospicové paliativní péče, 2016, s. 9).

V srdci náboženských společenství probíhají rituály, jež mohou mít odstup od vnějšího světa a považují se za intimní, soukromou záležitost každého jedince. Součástí náboženství bývá také modlitba, požehnání a rituály. To však vytváří pouze část duchovního myšlení člověka. Hodnoty a duchovní potřeby jsou pak mnohem hlubší a napomáhají formování lidské mysli a duchovnímu růstu. Mezi hodnoty, které jsou pro člověka důležité, řadíme důvěru a naději, možnost komunikace s druhými, naslouchání a pochopení, umět navzájem si odpouštět, dostávat, ale i přijímat lásku, hledat smysl života, a mnoho dalšího lidem blízkého (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 52).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DESIGN VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumu

Výzkumné cíle formulujeme před zahájením samotného výzkumu. Důležitým prvkem cílů je synergie, což znamená, že stanovením a dosažením jednoho z cílů se výzkumník musí blížit i k cílům ostatním (Loučková, 2010, s. 76).

V rámci našeho výzkumu se zaměřujeme především na zásadní otázku, a to, zda jsou pacienti spokojeni s péčí poskytovanou od personálu.

V návaznosti na cíle výzkumu byly stanoveny výzkumné otázky.

Hlavní cíl

Zjistit spokojenost pacientů s péčí poskytovanou personálem.

Dílčí cíle

1. Zjistit, co způsobuje spokojenost pacientů v hospici.
2. Zjistit, jak reaguje personál na aktuální potřeby pacientů.
3. Zjistit spokojenost pacientů s předáváním informací ze strany personálu při jednotlivých výkonech.
4. Zjistit spokojenost pacientů s průběhem hygienické péče poskytované personálem.

Hlavní výzkumná otázka

Jak jsou pacienti spokojeni s péčí poskytovanou personálem?

Dílčí výzkumné otázky

1. Co způsobuje spokojenost pacientů v hospicovém zařízení?
2. Jakým způsobem reaguje ošetřující personál na aktuální potřeby pacientů?
3. Jaká je spokojenost pacientů s podáváním informací při jednotlivých výkonech?
4. Jaká je spokojenost pacientů s průběhem hygienické péče?

4.2 Metoda a technika výzkumu

Pro námi realizovaný výzkum se jevila jako nejvhodnější kvalitativní metoda. Kvalitativní studie se zabývá hlubším pochopením zkoumaného jevu (objevuje, zjišťuje a popisuje), využívá mluveného slova a zasazuje zkoumaný prvek do širšího kontextu času, prostředí a dalších (Behárková, Dolanová, Juřeníková a kol., 2019, s. 59). Jedním z rysů kvalitativního výzkumu

je malý počet zkoumaných participantů. Hodnocení při vstupu do prostředí zkoumaných osob považujeme za důležitou součást kvalitativního výzkumu, kde dochází také k seznámení a sblížení s osobami účastnícími se výzkumného šetření, což může mít vliv na důvěru a upřímnost vůči výzkumníkovi (Švaříček a Šed'ová, 2014, s. 39).

Technikou výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor má minimum předem stanovených otázek a vytvořenou kostru témat, které autor chce v rozhovoru probrat. V průběhu se můžeme odklonit od návrhu a pokračovat doplňujícími otázkami dle odpovědi participantů (Behárková, Dolanová, Juřeníková a kol., 2019, s. 75). Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získat ucelené a detailní informace o zkoumané problematice (Švaříček, Šed'ová a kol., 2014, s. 13).

Pro náš výzkum bylo zformulováno celkem 15 základních otázek, které byly doplňovány dle reakcí participantů. Seznam otázek uvádíme v příloze (P VI).

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Participanty výzkumného šetření byli pacienti jednoho středně velkého hospicového zařízení na Moravě. Kritéria pro zařazení participantů do výzkumu byla následující: pacienti s nevléčitelným onemocněním v terminálním stádiu (tedy od stanovení diagnózy předpoklad asi 6 měsíců života) s dobrými kognitivními funkcemi (jsou schopni odpovídat na jednotlivé otázky) a minimální dobou pobytu v hospici po dobu čtrnácti dnů. Pacienti nebyli nijak omezeni věkem, ani stanovenou diagnózou. Důležitým aspektem byla ochota spolupracovat a podílet se na výzkumu.

Vyhledávání jednotlivých participantů zařazených do výzkumu proběhlo po dohodě s vrchní sestrou, která zohledňovala i momentální zdravotní a psychický stav pacientů. Celkem bylo vybráno 5 participantů, z toho 4 ženy a 1 muž. S participanty byl podepsán informovaný souhlas viz. příloha (P VII). Originály informovaných souhlasů jsou k dispozici u autorky bakalářské práce.

V tabulce I uvádíme souhrnné informace o participantech, kteří jsou pro potřeby této práce označováni jako P1, P2, P3, P4 a P5, a to z důvodu zachování anonymity a ochrany osobních údajů.

Tabulka 1 Základní souhrnné informace (vlastní zpracování)

Participant	Mobilita	Ročník	Diagnóza	Doba pobytu
P1	Imobilní	75 let	Tumor hlavy pankreatu s metastázemi	12 týdnů
P2	Mobilní s dopomocí	79 let	Endometriální karcinom v pokročilém stádiu	15 týdnů
P3	Imobilní	87 let	Rakovina prsu s metastázemi do kostí	8 týdnů
P4	Imobilní	63 let	Tumor plic s četnými metastázemi	10 týdnů
P5	Mobilní s dopomocí	82 let	Rozsáhla karcinomatóza peritonea	3 týdny

4.4 Organizace výzkumu

V přípravné fázi jsme si vymezili cíle výzkumu a výzkumné otázky, charakteristiku participantů a metodiku bakalářské práce. Východiskem pro výzkumnou část bakalářské práce je část teoretická. Vedení zvoleného zařízení jsme požádali o svolení k výzkumu, viz. příloha (P VIII). Poté byly konstruovány dle cílů práce základní otázky k rozhovorům a po schválení struktury otázek byly započaty rozhovory. Rozhovory probíhaly u předem vytipovaných participantů v období od ledna do března roku 2023. Před každým rozhovorem předcházelo posouzení zdravotního a momentálního stavu participanta sestrou. Samotným rozhovorům předcházelo získání informovaných souhlasů.

Každý participant měl možnost si soubor otázek předem přečíst a připravit se. Na přípravu bylo stanoveno zhruba 20 minut. Pokud participant potřeboval delší čas, byl mu poskytnut. Přesný den realizace rozhovoru a výběr vhodného participanta byl předem dohodnut s vrchní sestrou hospice tak, aby to vyhovovalo všem stranám. Rozhovor probíhal na participantovi příjemném a předem zvoleném místě přibližně 30 minut a byl po celou dobu nahráván na diktafon mobilního telefonu. Spolu s vrchní sestrou byly vybrány odpolední časy, kdy byl v hospici relativní klid a nekonala se žádná aktivita. K polostrukturovanému rozhovoru jsme si připravili informovaný souhlas, psací potřeby a diktafon.

Všichni participant si zvolili jako vhodné místo k rozhovoru svůj pokoj, ať už z důvodu imobility nebo pro ně bezpečného a příjemného prostředí. Před uskutečněním rozhovoru jsme vypnuli televizi

a zavřeli všechna okna, abychom měli dostatek klidu. Diktafon byl položen na poličku, kde v particpantech nevyvolával pocity diskomfortu a strachu.

Participant P2 se v určený den rozhovoru necítil dobře a ten proto musel být odložen na jiné stanovené datum, kdy proběhl nerušeně. Participanta bylo nutné nasměrovat zpátky k tématu, z důvodu občasného odbočení. Během rozhovoru u participanta P4 došlo k chvilkovému narušení pečovatelem, který přišel nabídnout tekutiny a následně pokoj opustil a my jsme pokračovali dalšími otázkami. Rozhovory trvaly od 20 do 40 minut.

4.5 Zpracování informací

Při zpracování informací musíme počítat s možným zkreslením dat, neboť participantí mohli pociťovat strach o některých informacích hovořit, a zároveň nemuseli poznat rozdíl mezi doktory, všeobecnými a praktickými sestrami, ošetřovateli a dalším pečujícím personálem.

Během přepisování odpovědí jednotlivých účastníků došlo k úpravám, které však respektovaly stylistické prvky a místní nářečí. Cílem bylo zajistit srozumitelnost a čitelnost přepisu, aniž by byl narušen význam nebo obsah původního sdělení. Přepsané odpovědi všech participantů jsou autentické.

Při přepisování rozhovorů byla aplikována selektivní transkripce, kdy tento přístup zahrnuje výběr a transkripci pouze klíčových informací, které jsou relevantní pro výzkumnou otázku.

Následně jsme použili ke zpracování dat otevřené kódování, kterým lze zkoumat významovou strukturu textu. Poté dochází k rozdělení textu na menší jednotky, které nazýváme kódy, a ty jsou spojovány do kategorií, z důvodu vytvoření hierarchie témat (Mišovič, 2019, s. 163). Hendl (2016, s. 214) ve své knize uvádí, že název kódů bývá obvykle tvořen z krátkého pojmenování, které vystihuje danou větu. Kód může být tvořen z jednoho slova, několika slov, ale i odstavce nebo věty. Během analýzy došlo k zredukování vzniklých kódů, které byly následně tříděny a řazeny do kategorií podle obsahové podobnosti. Celkem bylo vytvořeno 40 kódů, které byly následně rozděleny do 11 kategorií. Tabulku všech kategorií a kódů uvádíme v příloze (P IX). V tabulce II prezentujeme, jakým způsobem došlo ke vzniku jednotlivých kódů.

Tabulka II Ukázka vzniku kódů

Transkript	Kód
<p>P1: „Většinou se ptají ráno, když mi přijdou nabídnout pomoc s hygienou, jestli třeba nepotřebuji čisté prádlo, a taky jak jsem se vyspal. No a během dne, to už ale samy od sebe nechodí.“</p> <p>P4: „Tak to si nevzpomínám, že by přišla jen tak, většinou to mělo důvod.“</p>	<p>Zájem v rámci jiné činnosti</p>
<p>P3: „Ted' mi asi už týden nefunguje zvonek a ještě to pořád nevyřešili, takže si ani nemůžu zazvonit.“</p> <p>P5: „Nejde mě tady zvonek, je to nějaké pokažené, tak musí chudáci v noci lítat. Včera slíbili, že přijdou a nikdo nepřišel.“</p>	<p>Nefunkční signalizační zařízení</p>
<p>P2: „Když vidím, že mají naspěch, tak je mi to nepříjemné, nerada o něco žádám, když vidím, že spěchají.“</p> <p>P3: „Nejvíce při hygieně nebo když vidím na jejich výrazu, že nemají čas.“</p>	<p>Nepříjemné pocity</p>
<p>P2: „Já jsem hodně společenská, takže bych nikdy nechtěla být sama, naopak je mi smutno, že tady na pokoji nikoho nemám.“</p> <p>P3: „Mně je to hrozně líto, já jsem tady totiž sama a mám raději společnost, chtěla bych, aby si za mnou přišly jen popovídat.“</p>	<p>Pocit samoty</p>
<p>P2: „Léky mi položí na stolek, abych si je vzala, ale neoznamují co tam je. Taky mi píchá injekce do břicha, na ředění krve, poprvé mi to řekla, ale teď už néé.“</p> <p>P4: „Na zadku mi jednou něco lepily, ale nic k tomu sestřička neříkala, jen vím, že to trochu bolelo a pak studělo.“</p>	<p>Nedostatek informací ze strany od sester</p>
<p>P1: „Ze začátku mi to ejhle vadilo, ale už jsem si zvykl.“</p> <p>P2: „Před ženou ne, ale před mužem asi ano. Už jsem si celkem zvykla, ale na začátku jsem s tím měla dost problém.“</p>	<p>Pocit studu</p>

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této kapitole se budeme zabývat zpracováním dat z polostrukturovaných rozhovorů a jejich interpretací.

5.1 Dílčí výzkumná otázka č. 1 – Co způsobuje spokojenost pacientů v hospicovém zařízení?

Do této dílčí výzkumné otázky jsme zařadili kategorie „Jsem spokojený, ale...“ a „Nepříjemné situace.“

5.1.1 Kategorie „Jsem spokojený, ale...“

Zde se objevují kódy:

- spokojenost,
- spokojenost, ale občasná nespokojenost,
- příjemné chování sester,
- zlepšení nálady,
- dobrý skutek.

Kategorie jsem spokojený, ale... popisuje, zda se pacientům v hospicovém zařízení líbí, jestli se setkali s příjemným chováním sester, zda a jak by jim mohly zlepšit situaci a také jestli již zažili dobrý skutek ze strany od sester.

Celkově se dotázaní participanti shodli, že se jim v hospici líbí. „Veliký pořádek, sestřičky milé, doktorky milé, jsem spokojená se vším“ (P2). „Líbí se mně tady, akorát jsem se už potřetí stěhovala z různých pokojů, jinak jsou tady společenské akce, takže to je velice pěkné“ (P5). Dva z nich tvrdili, že jsou spokojení, ale najdou se občas věci, které se jim nelíbí. „Je tady docela příjemně, ale občas se najdou věci, které se mi nelíbí“ (P3). „Líbit se mi tady líbí, ale jsou věci se kterými nejsem spokojená“ (P4). Pouze participant P1 je zde nespokojený. „Moc se mi tady nelíbí, je to asi jako v každém ústavě. Nejrady bych byl doma“ (P1).

Někteří participanti se k otázce ohledně spokojenosti také zmínili o příjemném chování personálu. „Sestřičky jsou příjemné, hodné a těžko něco vybírat, něco hanit, ale obsluha je tady perfektní“ (P1). „Velice, sestřičky jsou hodné“ (P2). Z odpovědi participanta P1 lze hodnotit, že v hospici není spokojený pouze z toho důvodu, že doma se cítil nejlépe.

Při zjišťování, jak by personál mohl zlepšit participantům jejich situaci, byly odpovědi velmi individuální podle přání každého z nich. V jednom se však někteří shodovali, a to, aby se na ně

sestry více usmívaly. „*Tak já bych nejradši dobrou svičkovou, ta je má oblíbená, a řidší polévky, tady jsou moc husté, lžička mi v tom stojí, ale stačilo by mi, kdyby se více usmívaly, to vždycky lepší den*“ (P1). „*Ony už mi ani víc dát nemůžou než co dávají, ale já ráda zpívám, tak by si třeba mohly zazpívat se mnou nebo můj pejsek, kdyby ho za mnou přivedly, ale já vím, že bych bečela*“ (P2). „*Nejvíce mi lepší den, když se na mě usmějou, to potěší*“ (P3). „*Ano, ten zvonek, abych na ně mohla zavolat*“ (P4). „*Jediné co mi tady chybí je malá lampička, já si totiž ráda čtu a to velké světlo mám daleko*“ (P5).

O vykonání dobrého skutku, tedy něčeho navíc mimo práci, se zmiňují tři participanti. „*Nevím jakou mají práci, ale když bylo venku ještě teploučko, vzala vozíček a vyvezla mě ven*“ (P1). „*Když požádáte, tak aji do obchodu vám zajdou nakoupit. Vyslechla moje stesky. Joo a kafičko, to mi nabízejí každý den*“ (P2). „*Sestřička mi koupila tady v tom bufetu co jsem chtěla a dokonce mi uvařila kafe, tak to bylo takové hezké*“ (P4). Ostatní si nevybavují, že by se s dobrým skutkem ze strany od personálu někdy setkali. „*Nevzpomínám si na nic*“ (P3). „*Ne, nevybavuji si, že by pro mě udělala něco navíc*“ (P5).

5.1.2 Kategorie „Nepříjemné situace“

Zde se objevují příklady kódů:

- nepříjemné pocity
- negativní výraz personálu
- nevhodné chování
- nevhodné poznámky
- nerespektování rozhodnutí

V této kategorii rozebíráme nepříjemné pocity, které participanti zažívali v různých situacích, neadekvátní chování personálu, narážející poznámky vůči jejich osobě nebo nerespektování přání pacientů.

V první situaci participanti zažívají nepříjemné pocity spojené právě s nedostatkem času personálu. Někteří tak nabyli pocitu, že jsou na obtíž. „*Když vidím, že mají naspěch, tak je mi to nepříjemné, nerada o něco žádám, když vidím, že spěchají*“ (P2). „*Nejvíce při hygieně nebo když vidím na jejich výrazu, že nemají čas, to se pak cítím velmi nepříjemně a raději nic nechci*“ (P3). „*Bylo to velmi nepříjemné, v tu chvíli jsem myslela, že jsem na obtíž, raději pak o nic nežádám*“ (P4). Všichni z nich se shodují, že raději po sestřích nic nežádají, neboť se u toho cítí nepříjemně. Participant P1 a P3 se v hospici také setkali s výrazem obličeje, který poukazoval na beználadovost sester, případnou únavu. V závěru však tvrdí, že se to často nestává. „*Já měl z toho takový pocit, jako*

by neměla náladu, ale to bylo jen jednou“ (P1). „Mají takový otrávený výraz, ale to bylo jen někdy“ (P3).

S nevhodným chováním se setkal P1, P3 a P4, každý v jiné situaci. Participant P1 udává, že byl pouze svědkem nepříjemné události. *„Dalo by se říct, že některá joo, ale ke mně ne. Tady kolega vedle ji prosil, aby mu vyměnila plenku, tak to jen odfrkla, že teď nemá čas“ (P1).* Ostatní participantů se přímo setkali s tímto stavem. *„Nepříjemně se chovala, když jsem si vylila pití do postele, najednou jsem cítila, jak mi hrnek padá z ruky a ona vypadala, že ji to otravuje“ (P3).* *„Byla taková situace, slyšela na mě když jsem něco chtěla a ona udělala ssss.. a nakonec mi ani nevyhověla“ (P4).* Participantka P5 se setkala s nevhodnou narážkou personálu v průběhu dopomoci při hygienické péči. *„To ani néé, ale jednou mi řekla, že jsem hodně zhubla, ale bylo to spíše takové úsměvné, já jsem taková splachovací, ale někdo by to třeba mohl vzít vážně“ (P5).* Nerespektování rozhodnutí v situaci, kdy participantovi není dobře si zažil participant P3, kterému i přes udání důvodu personál udělal hygienickou péči. *„Když mi posledně nebylo moc dobře, tak řekla, že to bude rychlovka“ (P3).*

Komentář k dílčí výzkumné otázce č. 1

Participantů hodnotili hospic celkově kladně. Tuto spokojenost definovali především v příjemném přístupu personálu, možnosti společenských aktivit, a zároveň vytváření dobrých skutků ze strany od sester. Současně, ale někteří participantů přiznávali, že s péčí spokojeni nejsou z důvod nepříjemných událostí, nevhodných poznámek nebo nerespektování přání a požadavků, jenž byly většinou způsobeny nedostatkem času nebo únavou personálu. Tato skutečnost v pacientech vyvolávala pocit, že jsou na obtíž. Ke zlepšení nálady a spokojenosti, v tíživé situaci pacientů, udávali, že by jim stačilo, aby se sestry více usmívaly.

5.2 Dílčí výzkumná otázka č. 2 – Jakým způsobem reaguje ošetřující personál na aktuální potřeby pacientů?

K této výzkumné otázce jsme přiřadili kategorie vyhovění potřebám, zájmy a preference, sociální interakce a vztahy a pocit nouze.

5.2.1 Kategorie „Vyhovění potřebám“

Do této kategorie patří kódy:

- zájem o potřeby a pocity,
- vstřícnost při požadavku,
- respektování rozhodnutí,

- sestry ochotně reagují při pomoci s vyprázdněním.

Kategorie vyhovění potřebám zobrazuje, jakým způsobem, a zda vůbec personál reaguje na potřeby pacientů, poukazuje na ochotu sester, respektování jejich přání a vstřícnost. Při otázce, zda se sestry zajímají o to, co potřebují participanti odpověděli kladnou odpovědí. *„Pochopitelně, vždyť se mě každý den ptají, jestli mě něco nebolí nebo jestli něco nepotřebuji, chodí i několikrát denně“* (P2). *„Jo, oni se přijdou zeptat a snad ten zvonek brzy zprovozní, abych si mohla i zazvonit. Odpoledne se i přišla zeptat, jestli si nechci jít zakouřit“* (P5). Participantka P3 uvádí, že zájem ze strany od sester je podle toho, která má zrovna službu. *„Občas, někdy jo a někdy ne, podle toho, která sestřička se o mě stará“* (P3). Setkáváme se také s odpovědí, že sestry se sice ptát chodí, ale většinou rychle odchází a participantka tak nestihne oznámit, co potřebuje. *„Ano, přijdou, zeptají se, jestli něco nepotřebuji, ale rychle odejdou a já ani nestíhám říct, co potřebuji, trvá mi to déle a než to řeknu, tak jsou zase pryč. A já mám často žízeň, víte a sama se nenapiju, mohly by chodit častěji“* (P4). Participant P1 tvrdí, že sestry se přijdou zeptat pouze ráno při hygieně, jindy nechodí. *„Většinou se ptají ráno, když mi přijdou nabídnout pomoc s hygienou. No a během dne, to už ale samy od sebe nechodí“* (P1).

V případě, že participanti cokoliv potřebovali, personál reagoval ochotně a potřebě vyhověl. *„Pěkně se usmějí a když je požádám, třeba tady mám raneček špinavého prádla, vždycky mi poví, ať to nachystám a ony to pak odnesou“* (P2). *„Já si hygienu zvládám udělat sama, ale když potřebuji, tak mi pomůžou“* (P5). Zbylí dotázaní participanti se zmínili pouze o tom, že nemají funkční signalizační zařízení, a tak nemohli personál přivolat – viz. kategorie – Pocit nouze. Participanti také uvedli, že pokud požádají o pomoc s vyprázdněním, vždy jsou sestry ochotné a laskavé. *„Já tomu říkám kadibudka, mám to tady vedle postele, takže si většinou chodím sám, ale v noci mi pomůžou když je třeba“* (P1). *„Já si chodím na záchod sama. No jednou, to jsem měla takový slabší den, byla jsem dost unavená, to jsem si zavolala a sestřička mi ochotně pomohla“* (P2). *„Dříve to tak bylo, ale teď už chodím do plen. Je mi to nepříjemné, ale teď už to nejde, nemám sílu“* (P4).

V případě respektování rozhodnutí se participanti shodli na tom, že sestry s jejich rozhodnutím nemají problém. *„Jednou jsem se odmítl koupat, sestřička mé rozhodnutí respektovala“* (P1). *„Ono ráno když přijdou, tak je ještě přítmí, tak mi říkají, že mám klidně spát, jak dlouho chci, takže mě nechají“* (P2). *„Občas se mi zatočí hlava, tak chvíli odpočívám, ale pak už je to v pohodě a nikdy s tím neměly problém“* (P5).

5.2.2 Kategorie „Zájmy a preference“

Zde se objevují kódy:

- zájem v rámci jiné činnosti,
- pocit dlouhého čekání,
- pocit obtěžování.

Kategorie zájmu a preferencí více rozebírá problematiku zajišťování potřeb a následných pocitů z reakcí sester. Z odpovědí všech účastníků výzkumu vyplývá, že sestry projevují zájem o jejich potřeby, ale pouze v případech, kdy k nim jdou vykonávat nějakou jinou činnost. *„Většinou se ptají ráno, když mi přijdou nabídnout pomoc s hygienou, jestli třeba nepotřebuji čisté prádlo a taky jak jsem se vyspal. No a během dne, to už ale samy od sebe nechodí“ (P1).* *„Ne, ona si nepřišla jen popovídat, sestřička pro něco přišla a pak jsme si asi půl hodiny vykládaly, je mi hrozně smutno po domově“ (P2).* *„Ráno se ptají, když mě přijdou umývat, třeba jak se mi spalo a tak“ (P3).* *„Tak to si nevzpomínám, že by přišla jen tak, většinou to mělo důvod“ (P4).* *„Chodí se ptát ráno kolem půl 7, poté během oběda a odpoledne se zastaví taky“ (P5).* V případě přivolání pomoci vždy personál použije časový údaj, participanti však mají pocit, že je to delší doba.

„Sestřičky mají dost práce, ale říkají, že jsou na pokoji xy a přijdou za několik minut, ale víte jak, mě se to zdá jako dlouhá doba když nemám co dělat“ (P1). *„Říkala, že za 5 minut dojde, že jen musí něco dodělat vedle, někdy je ten čas delší nebo alespoň já mám ten pocit“ (P5).* Takovou výpověď uvedli dva participanti.

S nepříjemnými pocity a obtěžováním způsobenými žádostmi o pomoc se setkali tři z dotázaných. Někteří z nich uvedli, že raději poté už nic nechtěli. *„Já jsem vlastně ležící, úplně odkázaná na pomoc a jednou se mi stalo, že jsem se při obědě polila a to nebyla nadšená, po hlase jsem poznala, že je naštvaná“ (P3).* *„Mám problém s tím, abych je neobtěžovala, tak raději jim neříkám, a když jsem jednou o něco požádala, tak už nepřišla. Bylo to velmi nepříjemné, to jsem ještě nikdy nezažila. V tu chvíli jsem měla pocit, že jsem na obtíž“ (P4).* *„Jednou přes den jsem to nestihla na WC, to musela sestřička letět pro čisté kalhoty a odešla takovým výrazným krokem, tak to jsem měla pocit, že je obtěžuji“ (P5).*

5.2.3 Kategorie „Sociální interakce a vztahy“

Zde se vyskytují kódy:

- nikdy si ke mně nesedly,
- pocit dlužnosti,
- pocit samoty.

V této kategorii se zabýváme otázkami, zda si sestry někdy přišly jen popovídat či trávit čas s participanty. Každý z nich se setkal se stejnou situací, a to, že sestry nikdy za nimi samy od sebe nepřišly. „*Jinak si sama od sebe ke mně nikdy nesesdla, ani bych to nechtěl*“ (P1). „*Ale nikdy za mnou nepřišly jenom tak si třeba sednout a popovídat*“ (P2). „*Nikdy samy od sebe nepřišly*“ (P3). „*Ještě se mi taková situace nestala, ale nikdy si za mnou nepřišla jen sednout*“ (P4). „*Nikdy se jen vedle mě neposadila a že by jen mlčela, třeba mě pohladila po tváři a odešla*“ (P5). Dva dotázaní se také zmínili, že kdyby si za nimi sestra přišla jen popovídat, měli by pocit, že ji okrádali o čas a nabývali tak dojmů, že budou dlužníky. „*Cítil by se dlužně, že ji okrádám o čas, víte*“ (P1). „*Někdy mám pocit, že jim pak budu dlužná, mají dost své práce*“ (P3).

Participanti, kteří mají rádi společnost, by uvítali delší přítomnost personálu a prožívají negativní emoce spojené se smutkem z důvodu samoty. „*Já jsem hodně společenská, takže bych nikdy nechtěla být sama, naopak je mi smutno, že tady na pokoji nikoho nemám*“ (P2). „*Mně je to hrozně líto, já jsem tady totiž sama a mám raději společnost, chtěla bych, aby si za mnou přišly jen popovídat*“ (P3). „*Občas jsem smutná a chybí mi rodina a přála bych si v takové chvíli přítomnost někoho*“ (P5).

5.2.4 Kategorie „Pocit nouze“

Do této kategorie řadíme kódy:

- nefunkční signalizační zařízení,
- křičení o pomoc.

V této kategorii rozebíráme problém s nefunkčním signalizačním zařízením a následné volání o pomoc.

Některým zúčastněným se stalo, že nějakou dobu nefungovalo signalizační zařízení, proto si nemohli zazvonit a říct tak to, co potřebují. S touto situací se v době rozhovorů setkali dokonce čtyři participanti. „*No chvíli mi nefungoval telefon, tak jsem je nemohl ani zavolat, asi tři dny to trvalo*“ (P1). „*Ted' mi asi už týden nefunguje zvonek a ještě to pořád nevyřešili, takže si ani nemůžu zazvonit*“ (P3). „*Momentálně mám problém se zvonkem, nemám sílu to zmáčknout*“ (P4). „*Nejde mě tady zvonek, je to nějaké pokažené, tak musí chudáci v noci lítat. Včera slíbili, že přijdou a nikdo nepřišel*“ (P5). Participanti P3 a P5 dokonce tvrdí, že k přivolání sestry museli křičet z pokoje. „*Sestřička mi řekla, že když budu potřebovat na velkou, mám si zavolat a vyřeší to potom, ale já jsem ani neměla jak, když mi nefungoval zvonek, tak jsem křičela, aby mě někdo slyšel*“ (P3). „*Přes den si chodím sama, ale v noci to mám vedle postele záchůdek, ale když mi nefunguje ten zvonek, tak si nemůžu ani zazvonit a musím volat na celou chodbu*“ (P5).

Komentář k dílčí výzkumné otázce č. 2

V těchto kategoriích budou popsány aspekty a charakteristiky péče zdravotnického personálu tak, jak je pacienti popisují ve smyslu kvality této péče. S dotazem na zájem o potřeby jsme se u participantů setkali s různými odpověďmi. Čtyři z nich tvrdí, že neměli funkční zvonek a při potřebě si tak nemohli o pomoc zazvonit a museli křičet. Zároveň udávali, že personál se chodil ptát na jejich potřeby a potřebám vyhověl, ale tři z dotázaných nabývali dojmů, že byli na obtíž a cítili se nepříjemně. Objevily se zde i situace, kdy přišel personál třeba jen ráno nebo podle toho, kdo byl zrovna na směně. Z odpovědí však vyplynulo, že zájem je u všech dotázaných pouze v případě, že k nim přichází vykonávat jinou činnost, a toto pacienti vnímali negativně, neboť se v hospici cítí často dle dat osamoceně a uvítali by častější společnost sester.

5.3 Dílčí výzkumná otázka č. 3 – Jaká je spokojenost pacientů s podáváním informací při jednotlivých výkonech?

V této dílčí výzkumné otázce jsou zařazeny následující kategorie – průběh výkonů a bolest.

5.3.1 Kategorie „Průběh výkonů“

Do této kategorie řadíme kódy:

- nedostatek informací ze strany od sester,
- znalost výkonů ze strany od pacienta,
- zájem o informace.

Kategorie se zabývá otázkami ohledně průběhu odborných výkonů, tedy zda sestry, které přijdou pacientovi výkon dělat nebo mu donesou léky, oznamují, co budou dělat, či jaké léky dostávají. Každý z dotázaných odpověděl, že sestry pouze zkráceně oznámí o co se jedná, dále to však nerozebírají a nevysvětlují. Většinou se jednalo o podávání léků různých skupin, přelepování opioidních náplastí nebo píchání injekcí na ředění krve. „Jednou mi nalepila nálepku, tadyhle na záda a to jen přišla, přelepila a odešla. Když mi nese léky, tak je jen položí na stoleček, ale nikdy mi vlastně neřekla, co tam mám. Pronese jen, že mám na stolečku léky, abych si je nezapomněl vzít“ (P1). „Léky mi položí na stůl, abych si je vzala, ale neoznamují co tam je. Taky mi píchá injekce do břicha, na ředění krve, poprvé mi to řekla, ale teď už ne“ (P2). „Mám jakousi nálepku, paní doktorka říkala, že je od bolesti a když mi ji někdo přijde vyměnit, tak jen řekne, že je od bolesti, ale nepopisuje mi to. Jednou mi brala krev, to řekla, že mám zacvičit a pak že píchne“ (P3). „Na zadku mi jednou něco lepily, ale nic k tomu sestřička neříkala, jen vím, že to trochu bolelo a pak studělo“ (P4). „No já mám náplast na zádech, to mi teď měnily a injekce mám a to vždycky přijde a řekne,

že bude pichulka. A léky položí na stolek ale já ani nevím co беру“ (P5). Čtyři z nich tvrdili, že už ale znají a ví, jaký výkon u nich sestra dělá, neboť se to běžně několikrát opakuje. „Já už jsem ale věděl, co dělá“ (P1). „Já už to vím, co mi budou dělat. Poprvé mi to řekla, ale teď už néé“ (P2). „Pak jsem se zeptala a teď už to vím“ (P4). „Ale teď už to znám a vím co mě čeká“ (P5).

Když nás zajímalo, zda by byl zájem o to, aby sestry více pacienty o jednotlivých výkonech informovaly, odpověděli tři a všichni z nich by měli zájem o více informací, hlavně z důvodu strachu. „Tak samozřejmě, že chci vědět, co mi budou dělat a hlavně proč, abych neměla tolik strach“ (P3). „Poprvé když mi to dávala, tak jsem nevěděla co to je, tak jsem měla strach co se bude dít a samozřejmě jsem to chtěla vědět“ (P4). „To bych chtěla samozřejmě, každý člověk má strach, když neví co to je a ze začátku jsem se cítila nepříjemně“ (P5).

5.3.2 Kategorie „Bolest“

Do této kategorie řadíme kódy:

- zájem o bolest při podávání léků,
- bolest oznamují sám,
- ptají se, zda bolest vymizela,
- neptají se, jestli bolest přešla.

V této kategorii se více zajímáme o bolest, neboť je to nejčastější problém, který se v hospicovém zařízení intenzivně řeší. Při první otázce, zda se sestry běžně a pravidelně ptají na bolesti, každý participant odpověděl, že sestry chodí pravidelně, ale většinou je to jen ve chvíli, kdy rozdávají léky. *Tak ony se ptají když mi dávají léky, tedy 3x denně, jindy nechodí“ (P1). „Samozřejmě, ptají se mě několikrát denně, ani už nevím, ale vždycky k tomu donesou léky“ (P2). „Sestřičky chodí, vždycky ráno, odpoledne a k večeru se přijdou zeptat“ (P3). „Ano, mám dojem, že ano“ (P4). „Chodí pravidelně vždycky ráno, poté přijdou když nám nesou oběd a pak ještě u večere“ (P5). Někteří také dodali, že pokud mají bolesti, tak to oznámí sami. „A když mě něco bolí, řeknu si sám“ (P1). „Léky mi zabírají a kdyby ne, řeknu to paní doktorce“ (P2).*

Pouze jeden participant při otázce, zda se ještě po podání léků přijdou zeptat na absenci bolesti odpověděl, že přijdou. *„Ony otevřou dveře a zeptají se, pak zase jdou dál, podle mojí odpovědi“ (P2). Dva z nich řekli, že občas chodí, ale není to vždy pravidlem. „Jako jo, přijdou. Občas přijde a někdy ne“ (P1). „Vždycky se ptát nechodí, ale někdy ano“ (P4). Zbylí dva participantů oznámili, že se již ptát vůbec nechodí. „Ne, ještě nikdy se nepřišla zeptat, jestli už mě to nebolí“ (P3). „Ne, to už se nechodí ptát“ (P5).*

Komentář k dílčí výzkumné otázce č. 3

Z výzkumu vyplývá, že personál pacientům pouze zkráceně oznámí, o jaký výkon se jedná, avšak více to nepopisují. Čtyři participanti odpověděli, že už vědí, co budou sestry dělat, neboť to u nich dělají pravidelně. Tři z nich také odpověděli, že by rádi dostávali před výkonem více informací. Nedostatečná informovanost v nich vzbuzuje pocity strachu. Při otázce na zájem o bolest odpověděli všichni participanti, že se personál chodí na bolest ptát pravidelně, ale pouze v případě, kdy roznáší léky. Tři z dotázaných uvedli, že se po podání léků na absenci bolesti chodí ptát pouze občas, zbytek uvedl, že vůbec. Dva také tvrdí, že pokud nějaké bolesti mají, oznamují je sami.

5.4 Dílčí výzkumná otázka č. 4 - Jaká je spokojenost pacientů s průběhem hygienické péče?

K tomuto dílčímu cíli řadíme kategorie hygienická péče, intimita a polohování a manipulace.

5.4.1 Kategorie „Hygienická péče“

Zde řadíme kódy:

- samostatné umývání a kontrola od sester,
- péče bez problémů,
- automatické chování sester,
- spěch sester.

V průběhu hygienické péče se participantky, které hygienu zvládají udělat samy, popřípadě potřebují pouze dopomoc shodují v tom, že personál je chodí pravidelně kontrolovat a nabízí jim pomoc. *„Tak já su teda spáč, já si ráda pospím, pojím a až pak se umývám sama, ale vždycky se na mě přijdou podívat, jestli jdu a připomínají mi, ať jsem opatrná“ (P2).* *„Já si tak hygienu zvládám udělat sama, ale chodí mě kontrolovat, jestli jsem v pořádku a nabízí pomoc“ (P5).* Co se týče hygienické péče, participanti uvedli, že sestry přijdou, pokud nemají zrovna jinou práci. *„No tak když jsou volný a zrovna nečistí pokoj, tak vyhoví a problém s tím nemajů. Většinou řekne, ať chvíličku počkám“ (P1).* *„Jinak když něco potřebuji tak to přijdou nebo třeba řeknou, že za 5 minut dojde, že jen něco musí dodělat vedle“ (P5).* Participant P1 dodal, že při hygienické péči již sestry dělají svou práci automaticky a vědí co potřebuje. *„Dělají to už automaticky, aji mě maže, už ví co a jak za tu dobu, tak se mě neptá“ (P1).*

Celkem čtyři participanti pak uvedli, že pokud jim dělá hygienickou péči personál, tak s prací spěchá a oni by potřebovali více času. Jedná se především o imobilní participanty, jeden je s dopomocí. *„No většinou spěchaj a já bych potřeboval více času“ (P1).* *„Na mě je to moc*

rychlé, potřebuji více času na otočení, ono mě to totiž všechno bolí, když mám ta kulatá záda“ (P3). „Mají taky nějaký čas a ono to nejde, aby se se mnou piplaly dvě hodiny. Já bych to ale potřebovala déle“ (P4). „Jen jsem měla občas pocit, že je zdržuji, ale mají hodně práce“ (P5).

5.4.2 Kategorie „Intimita“

Zde patří kódy:

- pocit studu,
- nestydím se,
- pocit soukromí.

V této kategorii klademe otázky na choulostivé situace a pocity studu nebo, zda sestry dodržují soukromí.

Při dotazu na intimitu a jakým způsobem zvládají stud, tři participanti odpověděli takto: *„Ze začátku mi to ejhle vadilo, ale už jsem si zvykl“ (P1). „Před ženou ne, ale před mužem asi ano. Už jsem si celkem zvykla, ale na začátku jsem s tím měla dost problém“ (P2). „Stud ani ne, ale je mi to samozřejmě nepříjemné, když mě umývají tam dole, jenže sama to nezvládnou, tak to musím vydržet“ (P3). Zbylí dotázaní uvedli, že stud jim nedělá problém. „Ne, nepocit'ovala“ (P4). To ani néé“ (P5).*

Participanti se shodli, že při příchodu jiné sestry v průběhu hygieny před vstupem do místnosti vždy zaklepe na dveře. *„Joo to mám, vždycky když jdou sem, tak zaklepe“ (P1). „Sestřička vždycky když vchází do pokoje, tak zaklepe“ (P2). „Když mě umývají na lůžku a přijde někdo další, tak zaklepe na dveře“ (P3). „Nee, sestřička vždycky klepe“ (P5). Pouze jedna z dotázaných uvedla, že v průběhu hygieny jí sestra vešla do koupelny bez předešlého zaklepání. *„Jednou se mě stalo, že mě sprchovaly v koupelně a vešla další sestřička bez zaklepání. Byla jsem nahá a bylo mi to nepříjemné“ (P4).**

5.4.3 Kategorie „Polohování a manipulace“

Do této kategorie patří kódy:

- rady k manipulaci,
- sestry vědí, jak manipulovat,
- nekecám jim do práce,
- vhodná manipulace.

Kategorií polohování a manipulace zjišťujeme, zda se sestry zajímají o to, jakým způsobem si pacient přeje být polohován. Z odpovědí vyplývá, že ani jednoho z participantů se nezeptaly, jak by si přáli být na polohování. Participantka P2 si zvládá základní činnosti sama.

„To se mě ještě nikdy žádná nezeptala“ (P1). „Ještě se mě žádná nezeptala“ (P4). „Zatím k tomu nedošlo, takže neptaly“ (P5). V jednom případě odpověď zněla, že dokonce požadavek o napolohování dle potřeb pacientky byl zamítnut. *„Strašně bych chtěla, aby mě posadily s nohama dole z postele, já se v posteli nenajím, jak mě bolí záda a ony nechtěly, nevím proč“ (P3).* Tři z dotázaných mají názor, že zdravotnický personál nejlépe ví, jak dělat svou práci a nechávají to tedy na nich. *„To se mě nikdy žádná nezeptala, ony přeci vědí co mají dělat“ (P1). „Ony už vědí, jak co mají dělat, dělají svou práci podle sebe“ (P2). „Ještě se mě žádná nezeptala, dělají svou práci, jak umí“ (P4).* Zároveň dva z nich uvedli, že by sestřám ani do práce nezasahovali a práci čistě nechávají na nich. *„Co já bych jim do toho kecal, prd tomu rozumím“ (P1). „Já jim do toho nekecám“ (P2).* Z odpovědí vyplývá, že participanté sestřám plně věří a zároveň se neopovíží do jejich práce zasahovat, neboť problematice nerozumí.

Na otázku, jak s nimi sestry zacházejí během hygieny při manipulaci, odpověděli pouze imobilní participanté. Shodli se na tom, že sestry jsou při manipulaci šetrné a citlivé *„Sestřičky se mnou manipulují pomalu a opatrně“ (P3). „Tak mám bolesti, ale sestřičky se snaží s citem“ (P4).*

Komentář k dílčí výzkumné otázce č. 4

Participanté, kteří si zvládají dělat hygienickou péči sami uvedli, že personál je chodí pravidelně kontrolovat a nabízí jim pomoci. V případě potřeby sestry přijdou, pokud nemají jinou práci, jinak uvádějí časový údaj. Všichni imobilní pacienti a jeden s dopomocí se shodli, že by na hygienickou péči potřebovali více času, přijde jim příliš rychle provedena. Tři participanté tvrdí, že se jich ještě nikdy personál nezeptal na to, jak chtějí být polohováni, ale imobilní pacienti uvádí, že manipulace je šetrná a citlivá a nabývají tak dojmů, že personál nejlépe ví, jak správně polohovat a nechávají to tedy na nich. Zároveň se shodli, že dodržují intimitu a před vstupem vždy na dveře zaklepu, zápornou odpověď uvedl pouze jeden. Stud pocíťovali tři z dotázaných, než si zvykli a zbylí stud nepocíťovali.

6 DISKUZE

Na začátku praktické části byla stanovená hlavní výzkumná otázka, na kterou navazujeme čtyřmi dílčími cíli. U výzkumných zjištění předpokládáme, že došlo ke zkreslení dat vlivem neznalosti a nemožnosti rozpoznání doktora, praktickou a všeobecnou sestru a ošetřující personál. V určeném hospicovém zařízení nosí všichni personál bílé oblečení.

Hlavní výzkumnou otázkou jsme měli za úkol zjistit spokojenost pacientů v hospicovém zařízení. Na počátku rozhovorů z výzkumu vyplývalo, že jsou pacienti celkově spokojeni, avšak postupem času, kdy docházelo k rozvolnění atmosféry se účastníci svěřili, že nastávají situace, při kterých se necítí příjemně

V první dílčí výzkumné otázce jsme měli za úkol zjistit co způsobuje spokojenost pacientů v hospicovém zařízení a jak jsou zde pacienti celkově spokojeni. Účastníci na otázku ohledně celkové spokojenosti odpovídali kladně. Tato spokojenost se zobrazovala především v příjemném chování a přístupu personálu, a zároveň vytváření dobrých skutků mimo pracovní náplň personálu. Současně, ale někteří účastníci přiznávali, že spokojeni nejsou, z důvodu nepříjemných událostí, nevhodných poznámek a nerespektování přání a požadavků. Adib – Hajbaghery, Dianati a Esmaeili – Abdar (2022, s. 7906) se svým výzkumem potvrdili, že to, jak lidé vnímají dobrou smrt závisí na jejich osobních zkušenostech s kvalitou poskytované péče a přístupem personálu k přicházející smrti. Klidné umírání tedy můžeme podpořit také příjemným chováním personálu.

Nepříjemné chování sester se stávalo hlavně v situacích, kdy neměly dostatek času se pacientům věnovat. Tři z dotázaných pak raději sestry o nic nežádali, neboť nabývali dojmů, že jsou spíše na obtíž a vyvolávalo to v nich nepříjemné pocity. Další dva se zmínili, že zažili nevhodný výraz v obličeji sester, nakonec dodali, že se to stalo pouze jednou. Tuhle zjištěnou skutečnost považujeme za zásadní, neboť poukazuje na zažívání nepříjemných pocitů, které by pacienti rozhodně neměli pociťovat. Můžeme tedy konstatovat, že zpočátku účastníci mohli pociťovat strach z otevřené konverzace.

Pokud existuje něco, čím může personál pacientům dny zbývajících života zpříjemnit, tak je to právě úsměv, na kterém se shodli tři z dotázaných. To potvrzuje také zjištění autorky bakalářské práce Sobkové (2020, s. 62), která taktéž zjistila, že účastníkům zlepšila náladu a jejich dosavadní situaci úsměv sester.

Ve druhé dílčí výzkumné otázce bylo úkolem zjistit, jakým způsobem reaguje personál na potřeby pacientů. S dotazem na zájem o potřeby jsme se u účastníků setkali s různými odpověďmi. Čtyři z nich tvrdí, že neměli funkční zvonek a při potřebě si tak nemohli o pomoc zazvonit a museli křičet. Tento problém je velmi zásadní pochybení práce personálu, který snižuje kvalitu

poskytované péče. Zároveň ve většině případů uváděli, že se personál pravidelně zajímá o to, co potřebují, požadavku vyhoví a respektuje jejich přání. Grebíková (2020, s. 33) ve své bakalářské práci vyzkoumala, že personál, který pečuje o pacienta by se měl o něj aktivně zajímat, více mu naslouchat, být přítomen a ochotně pomoci v případě potřeby. S tímto tvrzením autorky práce se ztotožňujeme. Jediný participant uvedl, že v době, kdy se zrovna necítil dobře, mu byla provedena hygiena i přes vyslovené přání, a to považujeme za problémovou část.

Za důležité zjištění považujeme, že sestry zájem o potřeby mají, ale pouze v případě, kdy k nim přichází vykonávat jinou činnost. Čímž navazujeme na předchozí tvrzení o vyhovění na požadavek. Tři participanty se také setkali s tím, že personál sice potřebě vyhověl, ale měli pocit, že jsou na obtíž. Každý participant pak odpověděl, že si za ním sestry nikdy nepřišly jen sednout a popovídat, dva z nich by měli pocit, že sestrám ubírají čas a ostatní by uvítali více společnosti a cítí se momentálně hodně osamocení, což považujeme za negativum. Již výše zmíněná autorka Sobková (2020, s. 62) se svým výzkumem také zmiňuje, že participanty potěší jakýkoliv náznak zájmu o komunikaci i v případě, že sestry na pokoj nepřijdou za tímto účelem a tím potvrzuje i naše zjištění.

Třetí dílčí výzkumná otázka směřovala na spokojenost s předáváním informací ze strany od sester během jednotlivých ošetrovatelských výkonů. Z našeho výzkumu jsme se dozvěděli, že personál při jednotlivých výkonech nebo bezprostředně před ním, pacientům pouze zkráceně oznámí, o jaký výkon se jedná, ale více to nepopisují. Čtyři participanty nám odpověděli, že většinou už vědí, o jaký výkon se jedná, neboť se pravidelně opakuje. Tři z nich ale poté dodali, že by uvítali větší informovanost o jednotlivých výkonech. Nedostatečná informovanost o jednotlivých krocích v nich vzbuzuje pocity strachu. Zacharová (2016, s. 97) ve své knize uvádí, že nejčastější stížnosti ze strany pacienta bývají právě v tom, že nejsou dostatečně informováni. Úspěch léčby je často závislý na schopnosti všeobecných sester iniciovat, podpořit a udržovat konverzaci s pacienty. Tímto výrokem bylo potvrzeno i naše zjištění.

Při otázce na zájem o bolest odpověděli všichni participanty, že se personál chodí na bolesti ptát pravidelně, ale pouze v případě, když má k nim cestu a roznáší léky. Tři z dotázaných uvedli, že se po podání léků na absenci bolesti chodí ptát pouze občas, zbytek uvedl, že vůbec. Dva také tvrdí, že pokud nějaké bolesti mají, oznamují je sami.

Čtvrtou dílčí výzkumnou otázkou bylo za úkol zjistit, jaká je spokojenost participantů s průběhem hygienické péče. Participanty, kteří si zvládali udělat hygienickou péči sami uvedli, že personál je chodí pravidelně kontrolovat a nabízí jim pomoci. V případě potřeby sestry přijdou, pokud nemají jinou práci, jinak uvádějí časový údaj.

Všichni imobilní pacienti a jeden s dopomocí se shodli, že by na hygienickou péči potřebovali více času, přijde jim příliš rychle provedena, jsou si však vědomi toho, že personál nemá příliš času, aby u nich byl déle. Tři participanti tvrdí, že se jich ještě nikdy personál nezeptal na to, jak chtějí být polohováni, ale imobilní pacienti uvádí, že manipulace je šetrná a citlivá a nabývají tak dojmů, že personál nejlépe ví, jak správně polohovat a nechávají to tedy na nich. Zároveň se shodli, že personál dodržuje intimní prostředí a před vstupem vždy na dveře zaklepe. V jednom případě jsme se také setkali se zápornou odpovědí. Stud pocítovali tři z dotázaných, než si zvykli a zbylí stud nepocítovali. Havlíčková (2008, s. 62) vyzkoumala, že žádný z pacientů v hospicovém zařízení není spjat s pocitem nedostatečného soukromí, zároveň personál dodržuje empatický přístup a úctu ke každému pacientovi. Můžeme tedy tvrdit, že ve většině případech personál intimitu pacientů dodržuje.

Doporučení pro praxi

- Vytvořit příjemné prostředí, ve kterém se budou cítit jako doma.
- Vzdělávat v paliativní a hospicové péči v oblasti týkající se komunikace s umírajícím a příbuznými, empatie a chování, manipulace a naslouchání potřebám.
- Zajistit lepší technickou vybavenost hospicového zařízení, aby nedocházelo k výpadkům.
- Nabídnout pacientům větší časový prostor pro osobní hygienu.
- Vymežit si časový prostor na komunikaci s pacienty.
- Nabídnout/zajistit pacientům možnost psychologického poradce ve chvílích, kdy se cítí osamocně.
- Zlepšit edukaci pacientů o ošetrovatelských výkonech.
- Respektovat přání pacientů a naplňovat jejich potřeby.
- Pravidelně zjišťovat, zda podaná analgetika i pacientů poskytla úlevu od bolesti.
- Brát ohled na přání pacientů při poskytování péče během jednotlivých ošetrovatelských výkonů, které se ho přímo týkají.
- Možnost zajistit splnění přání přes neziskovou organizaci „Sanitka přání“ (viz. příloha - P X).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala péčí o nemocné v hospicovém zařízení. Ve výzkumné části jsme se zaměřovali na spokojenost pacientů s péčí poskytovanou personálem v hospicovém zařízení. V jednotlivých dílčích cílech jsme zjišťovali, co způsobuje spokojenost pacientů, jakým způsobem reaguje personál na aktuální potřeby pacientů, jaká je spokojenost pacientů s podáváním informací během jednotlivých ošetrovatelských výkonů, a jaká je spokojenost pacientů s průběhem hygienické péče.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. Aby byla tato problematika správně pochopena, bylo nutné vymezit rozdíl mezi paliativní a hospicovou péčí a následně popsat jejich další dělení. Poslední fází každého života je fáze umírání a smrti, jež je nevyhnutelnou součástí všech z nás. Terminálně nemocný pacient má stanovenou nevléčitelnou diagnózu, a je tak zařazen do paliativní péče. K takovému pacientovi by mělo být přistupováno s komplexním přístupem. Multidisciplinární tým, který tohle všechno zajišťuje, by měl mít stanovený plán péče, který se mění v návaznosti na měnící se potřeby pacienta. Důležitou roli zastává všeobecná sestra, která komunikuje s pacientem i jeho blízkými, zároveň může vykonávat dobré skutky a zpříjemnit umírajícím poslední dny jejich života. Poslední část teoretické práce se zabývala nejdůležitějšími oblastmi ošetrovatelské péče, jako je výživa, hydratace, vyprazdňování, bolest, rány a spirituální stránka.

V praktické části byla použita k získání jednotlivých výsledků kvalitativní metoda za pomoci polostrukturovaných rozhovorů, které byly vybrány cíleně. Stanovena metoda se zdála být nejvhodnější, neboť jsme se mohli v průběhu rozhovorů dotázat i na doplňující otázky, a využít dané atmosféry k prohloubení vztahu mezi výzkumníkem a participantem, a zjistit tak důvěrnější informace. Stanovili jsme si hlavní výzkumnou otázku, kterou jsme zjistili, jak jsou pacienti v hospicovém zařízení spokojeni s péčí poskytovanou personálem, a tuto hlavní výzkumnou otázku jsme doplnili čtyřmi dílčími výzkumnými otázkami.

Analýzou získaných dat jsme nejprve zjistili, že participanti jsou v hospici celkově spokojeni. Tato spokojenost byla definována příjemným prostředím a chováním sester, které se zajímaly o jejich potřeby, jednotlivými dobrými skutky, a možností akcí ve společenské místnosti. Jako pozitivní můžeme taky brát to, že sestry se chodily pravidelně zajímat o to, co pacienti potřebují, doptávaly se na bolesti, s imobilními pacienty manipulovaly opatrně a dodržovaly intimní prostředí. Na závěr se participanti zmínili, že by jim udělalo radost, kdyby se sestry více usmívaly.

Postupem času se nám participanti svěřovali, že se setkávali se situacemi, které jim nebyly úplně příjemné. Jednalo se především o občasné nepříjemné či nevhodné chování sester, při kterém

se pacienti cítili na obtíž, nevyhovění některým potřebám a přáním pacientů, které byly pravděpodobně způsobené nedostatkem času personálu, nebo únavou. Z výukumu jsme se také dozvěděli, že sestry se o potřeby pacientů zajímaly, ale pouze v případě, když šly k pacientovi vykonávat jinou činnost. Během jednotlivých ošetrovatelských výkonů personál pacientovi oznámil ve zkrácené podobě, o jaký výkon se jedná. Z výsledků bylo jasné, že participanti by si přáli lepší edukaci, která by mohla eliminovat strach z neznámého. Velká část dotázaných se zmínila také o samotě a smutku, dodali, že by si přáli, aby si za nimi personál přišel povídat. Následně dodali, že personál si k nim nikdy sám od sebe nepřisedl. Za největší pochybení personálu jsme považovali nefunkční signalizační zařízení, které trvalo delší dobu a nebylo aktivně řešeno.

Téma by bylo možné zkoumat z různých perspektiv (např. pozorováním chování personálu a jednotlivých reakcí pacientů, nebo rozhovory o vnímání péče ze strany sester). Další výzkumná šetření by mohla být zaměřena na způsoby, jakými lze tyto zjištěné problémy odstranit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADIB-HAJBAGHERY, M., M. DIANATI a M. ESMAEILI-ABDAR, 2022. Analyzing the Concepts of Good Death from the Perspective of Nursing: A Systematic Review and Concept Analysis. *Electronic Physician* [online]. Vol. 14, no. 3, pp. 7898-7910 [cit. 2023-04-25]. ISSN 20085842. Available from: DOI:10.26415/2008-5842-vol14iss3p.

ANTONOVÁ, B. a kol., 2018. *Praktický průvodce koncem života: Rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Albatros Media, 160 s. ISBN 978-80-2661279-7.

BARNETT, M. D., CH. M. REED a C. M. ADAMS, 2021. Death Attitudes, Palliative Care Self Efficacy, and Attitudes Toward Care of the Dying Among Hospice Nurses. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* [online]. Vol. 28, no. 2, pp. 295-300 [cit. 2022-11-18]. ISSN 10689583. Available from: DOI:10.1007/s10880-020-09714-8.

BERNACKI, R. E. a S. Z. PANTILAT, 2009. Guidelines for Palliative Care: Hospital and Hospice. In: *Esophageal Cancer: Principles* [online]. Pp. 693-698 [cit. 2022-11-20]. ISBN 9781933864174. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=50321397&scope=site>

BEHÁRKOVÁ, N., D. DOLANOVÁ, P. JUŘENÍKOVÁ a kol., 2019. *Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory* [online]. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 151 s. [cit. 2023-03-11]. Dostupné

z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/docs/Metodika_pro_zpracovani_zaverecne_prace_skripta.pdf

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

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO, 2011a. Zákon č. 372/ 2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO, 2011b. Zákon č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v aktuálním znění (č. 158/2022 Sb.) In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-158/zneni-20220701?porovmin=1&citace=1>

- FLIEDNER, M. C., S. C. ZAMBRANO a S. EYCHMUELLER, 2021. Public Perception of Palliative Care: A Surgery of the General Population. *Palliative Care* [online]. Pp. 1-11 [cit. 2022-11-16]. ISSN 26323524. Available from: DOI:10.1177/26323524211017546.
- GOULD, L. J. a A. T. FULTON, 2016. Wound Healing in Older Adults. *Rhode Island Medical Journal* [online]. Vol. 99, no. 2, pp. 34-36 [cit. 2022-12-22]. ISSN 03637913. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=112746026&scope=site>
- GREBÍKOVÁ, E., 2020. *Komunikační bariéry v paliativní péči z pohledu zdravotnického personálu*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 84 s. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/okzcf/>. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.
- GRIGORESCU, A. C., 2021. Palliative Care – Present and Future. *Oncolog-Hematolog* [online]. Vol. 3, no. 56, pp. 32-35 [cit. 2022-11-07]. ISSN 20668716. Available from: DOI: 10.26416/onhe.56.3.2021.5648.
- GUTOVÁ, L., V. OTCOVÁ a D. MARTINKOVÁ, 2016. *Bezpečná nemocnice – bezpečí ve zdravotnictví – nekonečný příběh: Multidisciplinární tým paliativní péče* [online]. Praha: Ústřední vojenská nemocnice – vojenská fakultní nemocnice, 21 s. [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/107167145-Multidisciplinarni-tym-paliativni-pece.html>
- HAVLÍČKOVÁ, J., 2008. *Hospic a paliativní péče v životě nevyléčitelně nemocných*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 69 s. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/qwlf/>. Masarykova univerzita v Brně. Filozofická fakulta, ústav pedagogických věd.
- HAND, M. W., 2014. Lasting Impressions: Using the Perspective of the Funeral Director to Guide Post Mortem Nursing Care Practice. In: *MEDSURG Nursing* [online]. Pp. 4-6 [cit. 2022-11-20]. ISSN 10920811. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=99964517&scope=site>
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Druhé, přepracované vyd. Praha: Galén, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Portál., 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HIROKI, K. a T. KEIKO, 2020. Family Members' Experience of Discussions on End of Life Care in Nursing Homes in Japan: A Qualitative Descriptive Study of Family Members' Narratives. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* [online]. Vol. 22, no. 5, pp. 401-406 [cit. 2022-12-07]. Available from: DOI:10.1097/NJH.0000000000000677.
- HORLAIT, M., S. VAN BELLE a M. LEYS, 2016. The Need for Adequate Communication Training Programs for Palliative Care in Multidisciplinary Teams in Oncology

Settings. *International Journal of Integrated Care (IJIC)* [online]. Vol. 16, no.6, pp. 1-2 [cit. 2022-12-11]. ISSN 15684156. Available from: DOI:10.5334/ijic.2834.

JOHANSEN, H., V. A. GRØNDAHL a A. K. HELGESEN, 2022. Palliative Care in Home Health Care Services and Hospitals – the Role of the Resource Nurse, a Qualitative Study. *BMC Palliative Care* [online]. Vol. 21, no. 1, pp. 1-8. [cit. 2022-12-27]. ISSN 1472684X. Available from: DOI:10.1186/s12904-022-00956-x.

JOHANSEN, H. a A. K. HELGESEN, 2021. Palliative Care in the Community – the Role of the Resource Nurse, a Qualitative Study. *BMC Palliative Care* [online]. Vol. 20, no. 1, pp. 1-9 [cit. 2023-04-29]. ISSN 1472684X. Dostupné z: DOI:10.1186/s12904-021-00860-w.

JUNG, Y., H. YEOM a N. LEE, 2021. The Effects of Counseling about Death and Dying on Perceptions, Preparedness, and Anxiety Regarding Death among Family Caregivers Caring for Hospice Patients: A Pilot Study. *Korean Journal of Hospice* [online]. Vol. 24, no. 1, pp. 46-55. [cit. 2022-11-18]. ISSN 12291285. Available from: DOI:10.14475/jhpc.2021.24.1.46.

KABELKA, L., O. SLÁMA a M. LOUČKA, 2016. *Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza* [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 22 s. [cit. 2022-11-16]. Dostupné z: paliativnimedicina.cz

KALA, M., 2012. Možnosti individuálního přístupu k nemocným v zařízení paliativní hospicové péče. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 14, č. 12, s. 484-485. ISSN 1212-7299.

KALVACH, Z. a O. SLÁMA, 2004. *Vzdělávání v paliativní péči: Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů* [online]. Překlad: A. SABOLOVÁ. Praha: Cesta domů, 36 s. [cit. 2023-03-14]. Dostupné z: file:///C:/Users/veron/Downloads/cd_brozura_vzdelavani_v_paliativni_peci_nahled.pdf

KŘIVOHLAVÝ, J., 2015. *Pozitivní psychologie: Radost, naděje, odpuštění, smířování, překonávání negativních emocí* [online]. 3. vyd. Praha: Portál, 200 s. [cit. 2023-03-29]. ISBN 978-80-262-0978-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/pozitivni-psychologie-1257780/#>

KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 112 s. ISBN 978 80-85763-36-2.

KLOP, H. T. et al., 2020. Strengthening the Spiritual Domain in Palliative Care Through a Listening Consultation Service by Spiritual Caregivers in Dutch PaTz Groups: An Evaluation Study. *BMC Palliative Care* [online]. Vol. 19, no. 1, pp. 1-10. [cit. 2022-12-26]. ISSN 1472684X. Available from: DOI:10.1186/s12904-020-00595-0.

KISVETROVÁ, H., 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.

KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Druhé, přepracované vyd. Přeložil: J., KRÁLOVEC. Praha: Portál, 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

- KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie* [online]. Praha: Grada, 216 s. [cit. 2023-03-29]. ISBN 978-80-247-4621-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/moderni-psychologie-1257379/#>
- KYTKA, I. a D. KARTÁK, © 2022. *Sanitka přání: Plníme přání těm, kteří si je sami splnit nemohou* [online]. Praha: DLI Help [cit. 2023-05-09]. Dostupné z: <https://www.sanitkaprani.cz/>
- LEE, E. K., H. Y. JEONG a K. W. KIM, 2021. End of Life Assessments and Communication for Dying Patients and Their Families. *Korean Journal of Hospice* [online]. Vol. 24, no. 3, pp. 194-197 [cit. 2022-11-18]. ISSN 12291285. Available from: DOI:10.14475/jhpc.2021.24.3.194.
- LEE, Y. a S. O. CHANG, 2022. How do Wound Care Nurses Structure the Subjective Frame on Palliative Wound Care? A Q Methodology Approach. *BMC Nursing* [online]. Vol. 21, no. 1, pp. 1-9 [cit. 2022-12-22]. ISSN 14726955. Available from: DOI:10.1186/s12912-022-00900-7.
- LOUČKOVÁ, I., 2010. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 311 s. ISBN 978-80-86429-79-3.
- LIU, J. et al., 2021. Spiritual Pain in Palliative Care and Buddhist Enlightenment. *International Journal of Religion* [online]. Vol. 11, no. 2, pp. 169-179 [cit. 2022-12-26]. ISSN 21548633. Available from: DOI:10.18848/2154-8633/cgp/v11i02/169-179.
- MARKOVÁ, A. a kol., 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vyd. Cesta domů, 183 s. ISBN 978-80-88126-77-5.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MIKOŠKA, P. a L. NOVÁK, 2017. *Jak současná věda objevuje empatii*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 213 s. ISBN 978-80-7465-290-5.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2019. Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru všeobecná sestra – Domácí péče a hospicová péče. *VĚSTNÍK MZ ČR*. Roč. 2019, č. 12, s. 21-65.
- MIŠINOVÁ, M., 2016. *Ošetrovatelstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Trenčín: Masarykova univerzita v Brně a Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 106 s. ISBN 978-80-210-8433-9.
- MIŠOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.
- NACA, U. A. a Y. ERDEN, 2022. End of Life Care and Nurse's Roles. *Eurasian Journal of Medicine* [online]. Vol. 54, no. 1, pp. 141-144 [cit. 2023-05-09]. ISSN 13088734. Dostupné z: DOI:10.5152/eurasianjmed.2022.22324.
- O'CONNOR, M. a S. ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1294-4.

- OLAUSSON, J. a B. R. FERRELL, 2013. Care of the Body After Death. In: *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. Vol. 17, no. 6, pp. 647-651 [cit. 2022-11-20]. ISSN 10921095. Available from: DOI:10.1188/13.CJON.647-65.
- ONDŘIOVÁ, I., 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. s 144. ISBN 978-80-271-1696-6.
- PEEREBOOM, K. a N. COYLE, 2012. Facilitating Goals of Care Discussions for Patients With Life Limiting Disease Communication Strategies for Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* [online]. Vol. 14, no. 4, pp. 251-258 [cit. 2022-12-07]. Available from: DOI:10.1097/NJH.0b013e3182533a7f.
- PECHOVÁ, K., M. LEJSAL a kol., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: RUDI, 206 s. ISBN 978-80-88361-01-5.
- RADBRUCH, L. et al., 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Překlad: J. DVOŘÁK. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny [cit. 2022-10-29]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>
- SLAMKOVÁ, A. a L. POLEDNÍKOVÁ, 2013. *Klinické a ošetrovatelské aspekty paliativnej starostlivosti*. Martin: Osvěta, 148 s. ISBN 978-80-8063-379-0.
- SLÁMA, O., L. KABELKA a kol., 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. 3., přepracované a rozšířené vyd. Praha: Galén, 352 s. ISBN 978-80-7492-627-3.
- SLÁMA, O., 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativní medicína a léčba bolesti* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav. Roč. 5, č. 1, s. 10–12 [cit. 2022-11-16]. Dostupné z: <https://www.solen.sk>
- SLÁMA, O., 2014. *Paliativní medicína a dobrá smrt*. Vnitřní lékařství [online]. Brno: Klinika komplexní onkologické péče LF MÚ a MOÚ Brno. Roč. 60, č. 2, s. 575-579 [cit. 2022-11-20]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2014/89/12.pdf>
- SOBKOVÁ, P., 2020. *Význam komunikace v procesu paliativní péče*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 78 s. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/48164>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.
- STEPHEN, C. R., 2018. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide* [online]. Third edition. New York, London: Routledge, Taylor and Francis Group, 290 p. [cit. 2022-10-12]. ISBN 978-1-315-08036-9. Available from: <https://web.s.ebscohost.com>
- Standardy hospicové paliativní péče, 2016. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*, 18 s. [online]. [cit. 2022-10-06]. Dostupné z: <https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2021/06/STANDARDY-2016.pdf>

ŠVARŤÍČEK, R., K. ŠEĎOVÁ a kol, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

Univerzita Tomáše Bati: Fakulta humanitních studií: Diplomanti UZV, © 2023. *Zlín: Univerzita Tomáše Bati* [online]. [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://fhs.utb.cz/o-fakulte/zakladni-informace/ustavy/ustav-zdravotnickych-ved/diplomanti-uzv/>

VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ* [online]. Univerzita Karlova: Karolinum, 416 s. [cit. 2023-03-30]. ISBN 978-80-2463-295-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/obecna-psychologie-1257397/#>

VOETMANN, S. S., N. CH. HVIDT a D. T. VIFTRUP, 2022. Verbalizing Spiritual Needs in Palliative Care: A Qualitative Interview Study on Verbal and Non Verbal Communication in Two Danish Hospices. *BMC Palliative Care* [online]. Vol. 21, no. 1, pp. 1-8 [cit. 2022-12-26]. ISSN 1472684X. Available from: DOI:10.1186/s12904-021-00886-0.

VYTEJČKOVÁ, R., P. SEDLÁŘOVÁ, V. WIRTHOVÁ a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

KTPP Konziliární tým paliativní péče

LDN Léčba dlouhodobě nemocných

USA United States of Amerika (Spojené státy americké)

GIT Gastrointestinální trakt

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného imunodeficientu)

UPV Umělá plicní ventilace

MZČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní souhrnné informace.....	40
Tabulka 2 Ukázka vzniku kódů.....	42

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Fáze umírání

Příloha P II: Kompetence všeobecné sestry v oboru Domácí a hospicové péče dle Věstníku č. 12 z roku 2019

Příloha P III: Způsoby analgetizace dle intenzity bolesti

Příloha P IV: Fáze hojení ran

Příloha P V: Základní teorie prosociálního chování

Příloha P VI: Otázky do rozhovoru

Příloha P VII: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Příloha P VIII: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P IX: Tabulka kódů a kategorií

Příloha P X: Sanitka přání

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA P I: FÁZE UMÍRÁNÍ

Fáze popírání a izolace

V první fázi, která se zaměřuje na popírání a izolaci, autorka hovoří o osobách, kterým byla pravda o špatné prognóze oznámena necitlivým způsobem prostřednictvím cizích lidí. Pacienti s takovou diagnózou si nemoc nepřipouští a hledají způsoby, jak realitu vyvrátit. Snaha vyvrátit realitu může být pacientům částečně nápomocná s vyrovnáním se s bolestnou situací, nebo jim může také uškodit. Personál může vyzorovat, kdy je pacient schopen sám o smrti mluvit, aniž by hledal možnosti úniku od reality a toto respektovat. Popírání bývá často pouze přechodnou fází a postupem času ji vystřídá fáze jiná. Fázi popírání a izolace poznáme tak, že většina z terminálně nemocných mluví o důležitých faktech ve svém životě i nastávající smrti a pár minut poté změní téma rozhovoru nebo si dokonce začnou protirečit. Pacient, který pozoruje, jak se personál chová, a jak reaguje na určité situace si na základě toho pečlivě vybírá s kým z nich bude o smrti a svých starostech mluvit (Kübler – Ross, 2015, s. 51-56).

Fáze zlosti

Po počáteční fázi následuje obvykle fáze, kterou vystřídají pocity vzteku, zlosti a naštvání. Především jsou pacienti často zlí na své okolí a svůj vztek přenáší na všechny přítomné. Jako první, jež pacienti pravidelně potkávají jsou všeobecné sestry. V období zlosti nemocný neustále zvoní a vyžaduje přítomnost, ale přitom každý čin, který sestra udělá je vnímán ze strany pacienta jako špatný. Nemocní potřebují pozornost a neustálou přítomnost, ale zároveň člověka vyhání pro chvíli klidu. Mnoho rodinných příslušníků, kteří přijdou za svými blízkými, další návštěvy odmítají z důvodu panující nepohody a ublížení. Otázka spočívá v tom, zda si příbuzní a personál dokážou uvědomit pocity umírajícího a s pacientem nadále příjemně komunikovat a podporovat jeho přání (Kübler – Ross, 2015, s. 64-67).

Fáze smlouvání

Tuto fázi můžeme přirovnat k chování dítěte, které se dožaduje určité věci. Rodič požadavek zamítne a dítě, které prochází prvotní fází hněvu, se později dostane ke smlouvání a dohodě. Nabízí vykonávání činností, které by jen tak samo nikdy neudělalo, za účelem dosažení toho, co vyžaduje. Podobné smlouvavé chování můžeme pozorovat také u umírajících pacientů, kteří věří v odměnu za dobré chování. Některá přání bývají velice nereálná, což mnohdy pochopí i sami nemocní, a nakonec si přejí alespoň pár dní bez nesnesitelné bolesti. Smlouvání je považováno

jako stanovení dohody, kdy pacient za vykonané dobro, tedy slib dobrého chování, dostane odměnu a dobrovolně určí termín konce. Mezi takový koncový termín řadíme i narození vnoučete, očekávaná návštěva rodiny, dožití kulatého věku a další. Nelze očekávat, že tento slib splní, neboť s každým takovým splněným přáním, se objeví přání nová. Valná většina přání pacientů se nikdy nedostane na povrch nebo o nich ví pouze duchovní (Kübler – Ross, 2015, s. 98-100).

Fáze deprese

Dlouhé trápení se zhoršujícími se příznaky onemocnění a jejich následná léčba člověka vyčerpá natolik, že začíná upadat do depresivní fáze. Popírání nemoci již není možné, neboť pacient podstupuje další prokazující vyšetření a nemoc ho začíná výrazně omezovat na životě. S postupem času se začínají objevovat pocity velké ztráty něčeho, na čem mu záleželo. Pomáhat pacientovi překonat depresi a podpořit lepší pocity v posledních dnech života bývá pro blízké a zdravotnický personál často náročné. Vnímáním a porozuměním pacienta můžeme docílit efektivnější komunikace s nemocným a pomoci tak zmírnit pocity smutku a deprese. Umírající má dojem, že nedokáže zastávat stejné funkce jako před onemocněním, často taky bývá propuštěn z práce, nedokáže se postarat o rodinu nebo si připadá méněcenně. Dotyčného je potřeba ujistit, že rodina zvládá veškeré problémy i v této situaci. Takto můžeme nazvat **depresi reaktivní**, kde velkou pomocí bývá vyzdvižení pozitivních událostí, v opačném případě, který nazýváme **přípravou depresí**, by takto míněná slova mohla být na škodu. Pocitem smutku si v tomto případě prochází každý terminálně nemocný pacient, neboť se smiřuje se ztrátou všech blízkých a všeho kolem sebe. Absencí fáze deprese by pacienti oddalovali pomyšlení na smrt a fáze smíření by tak nastávala mnohem hůře. Fáze od sebe rozdělíme velmi snadno, v té první má člověk zvýšenou potřebu o svých problémech mluvit a často vyžaduje i více pozornosti. Naopak v té druhé fázi stačí pouze tiché posezení vedle něj nebo držení za ruku (Kübler – Ross, 2015, s. 101-104).

Fáze akceptace

Přijetí svého osudu pozorujeme u umírajících lidí, jenž mají dostatek času (smrt není neočekávaná ani náhlá) a prošli si předchozími stádii s pochopením a pokorou. Smíření se s nastávajícím osudem je tak bez hněvu a dalších depresivních fází. Přicházející únava a potřeba spánku i během dne pacientům ubírá zájem nejen o okolní svět, ale i aktivity, které jim v minulosti dělaly radost. Představme si to jako poslední odpočinek před následující cestou, bez bolesti a zbaven všech pocitů. Obvykle si lidé přejí být sami bez vnějších vjemů, nechtějí přijímat návštěvy svých blízkých nebo se dožadují pouze tiché, neverbální komunikace, čímž jim dáváme najevo trvalou přítomnost a podporu (Kübler – Ross, 2015, s. 127–129).

PŘÍLOHA P II: KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY V OBORU DOMÁCÍ A HOSPICOVÉ PÉČE DLE VĚSTNÍKU Č. 12 Z ROKU 2019

Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru Domácí péče a hospicová péče je připravena ve vlastním sociálním prostředí pacienta:

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 1. zavést a ukončit domácí péči,
 2. vyplnit poukaz domácí péče – kód 06 a zahájit vedení zdravotnické dokumentace,
 3. odebrat anamnézu, provést fyzikální vyšetření s využitím měřicích technik, hodnotících škál, přístrojové techniky (např. EKG, pulsní oxymetr apod.) a zhodnotit zdravotní stav pacienta,
 4. plánovat samostatně obsah, rozsah i časovou náročnost ošetrovatelské péče, určit typ ošetrovací návštěvy, stanovit počet a rozsah ošetrovatelských výkonů s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta,
 5. odeslat pacienta do péče jiných zdravotnických pracovníků - např. praktickému lékaři či lékaři specialistovi (diabetologovi, cévnímu chirurgovi, podiatrovi), stomické sestře, nutričnímu terapeutovi apod.,
 6. indikovat odběry biologického materiálu (např. krev, moč, sputum, kultivační stěry apod.) s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta,
7. vyhotovit ambulantní ošetrovatelskou zprávu s nálezem a popisem aktuálního zdravotního stavu,
8. předepisovat vymezené zdravotnické prostředky pacientům, zejména:
 - a) terapeutické krytí a obvazové materiály k ošetření nehojících ran včetně postradiační dermatitidy (např. obvazový materiál, náplasti, prostředky vlhkého hojení, např. obvazy s aktivním uhlím, hydrokoloidy, hydrogely, hydropolymery, měkké silikonky, bioaktivní obvazy, sterilní a nesterilní krytí/materiály apod.),
 - b) kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility (např. berle, hole, chodítka pro osoby se zdravotním postižením pohybového ústrojí a pro osoby, které potřebují oporu při chůzi, pomůcky pro vybavení koupelny a WC apod.),
 - c) inkontinenční zdravotnické prostředky (např. pleny absorpční dámské a pánské, plenkové kalhotky pro imobilní pacienty, navlékací plenkové kalhotky pro mobilní pacienty, sáčky urinální – denní i noční, podložky pod nemocné apod.),
 - d) stomické zdravotnické prostředky bez schválení revizním lékařem (např. systémy jednodílné nebo dvoudílné kolostomické uzavřené – sáčky, systémy jednodílné nebo dvoudílné ileostomické uzavřené – sáčky, systémy jednodílné nebo dvoudílné urostomické – sáčky, podložky, krytky, zátky, prostředky čistící nebo ochranné stomické apod.),
 - e) kompresivní zdravotnické prostředky (např. elastické bandáže a antitrombotické punčochy či podkolenky, pažní návleky na lymfatické otoky horních končetin, břišní pás apod.),
 - f) diabetické zdravotnické prostředky (např. proužky apod.).
9. indikovat, zavádět a udržovat inhalační terapii,
10. indikovat, zavádět a udržovat domácí oxygenoterapii,
11. hodnotit účinnost domácí oxygenoterapie prostřednictvím pulsního oxymetru,
12. indikovat infúzní terapii a podat krystaloidní roztoky nebo glukózu u pacienta s ověřenou hypoglykemií,
13. zavádět periferní žilní katétry osobám starším 3 let včetně jejich odstranění,
14. indikovat a provádět katetrizaci, intermitentní katetrizaci a rekatetrizaci močového měchýře u mužů,

15. indikovat a zavádět gastrickou sondu,
 16. indikovat a provádět výplach střev (klyzma),
 17. indikovat, předepisovat a aplikovat profylaktická krytí v rámci preventivních opatření u pacientů s rizikem rozvoje poškození kožní integrity,
 18. indikovat, předepisovat a aplikovat obvazové materiály pro fázové hojení ran, ošetřovat akutní i chronické (nehojící se) rány a defekty včetně peristomální kůže a dermatitidy u pacientů po radioterapii,
 19. extrahovat stehy u chirurgických ran hojících se per primam,
 20. ošetřovat zajištěné cévní vstupy PICC, PORT, epidurální katétr včetně obsluhy lineárního dávkovače a infúzní pumpy,
 21. hodnotit orientačně kognitivní funkce pacienta (např. MMSE, Test hodin apod.),
 22. podílet se na eradikaci šíření infekčního nebo parazitárního onemocnění,
-
23. poskytovat paliativní péči, koordinovat multidisciplinární týmovou spolupráci při zajištění péče o pacienta v terminální fázi nemoci a terminálním stavu,
 24. provázet osoby blízké terminálním stavem pacienta,
 25. doprovázet umírajícího pacienta,
 26. poskytovat psychosociální podporu pacientům a osobám blízkým při péči o pacienta v terminálním stavu a pozůstalým,
 27. edukovat pacienty a provádět poradenskou činnost pro osoby blízké v postupech ošetrovatelské péče, v možnostech sociální pomoci, při zajištění paliativní péče o pacienta v terminální fázi nemoci a terminálním stavu,
 28. vyhotovit plán paliativní péče ve spolupráci s pacientem a osobami blízkými pacienta včetně plánování náročnosti ošetrovatelské péče vzhledem k diagnóze a předpokládanému vývoji zdravotního stavu pacienta,
 29. provádět poradenskou činnost a doporučovat léčivé přípravky, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis k ovlivnění aktuálních symptomů pacienta (např. mukolytika, expektorancia, analgetika, laxativa, vitamíny apod.),
 30. edukovat pacienta a jeho osoby blízké (rodinné příslušníky, pečující) ve vhodných (a nevhodných) kombinacích užívaných léčiv vzhledem k potravinám, tekutinám, léčivým rostlinám a přípravkům, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis,
 31. hodnotit zdravotní rizika jednotlivce za účelem včasného záchytu vzniku onemocnění,
 32. poskytovat poradenskou činnost v oblasti prevence onemocnění, případně ve spolupráci s odpovědnými orgány,
 33. poskytovat poradenskou činnost v oblasti očkování,
 34. poskytovat poradenskou činnost v prevenci šíření infekčních onemocnění,
 35. edukovat pacienty a jejich osoby blízké (pečující, rodinné příslušníky) v zajištění ošetrovatelské péče a v prevenci komplikací vzhledem k průběhu onemocnění (např. u onemocnění diabetes mellitus, u kardiovaskulárních onemocnění, před plánovaným vyšetřením – např. před endoskopií apod.).

(MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2019, s. 57-59)

PŘÍLOHA P III: ZPŮSOBY ANALGETIZACE DLE INTENZITY BOLESTI

1. Stupeň Mírná bolest	2. Stupeň Středně silná bolest	3. Stupeň Silná bolest
Neopioidní analgetikum	Slabé opioidy	Silné opioidy
	+ Neopioidní analgetikum	+ Neopioidní analgetikum
+ Koanalgetika		

(Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 72)

PŘÍLOHA P IV: FÁZE HOJENÍ RAN

1. Fáze

Nejprve ránu vyčistíme a odstraníme odumřelé části tkání. Na jejich odstranění máme různé postupy. Chirurgický postup představuje nekrektomii, neboli chirurgické odstranění odumřelé tkáně. Dále máme postup exkochleace, neboli seškrábávání odumřelé části ostrou lžičkou a nebo různé převazy. Z nepřeborných možností, které se v oblasti medicíny využívá je taky systém vakuové terapie, kdy pod tlakem dochází k odsávání tekutin z okolí rány. Neméně důležitou část je i masťová terapie v podobě enzymatických látek (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 174-176).

2. Fáze

Druhá fáze se zaměřuje především na kontrolu bakterií v ráně a její udržení v normě. Každá rána obsahuje velké množství mikrobiálních kmenů, avšak to samo o sobě v hojení nevádí. Komplikaci hojení může způsobit bolest a další symptomy, které se objeví v důsledku napadení tkáně rány bakteriemi. Jakmile máme zvládnutou bakteriální infekci a ránu nic neohrožuje, můžeme pokračovat další fází. Rozdílná péče bude o ránu nádorového typu, jež bude neustále oplachována čistou vodou, dezinfikována a obvázaná obklady s antiseptiky (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 174-176).

3. Fáze

Jakmile se dostaneme do této fáze, začínáme podporovat novou granulaci s následnou epitelizací tkáně. Ránu tedy vyplňujeme gely, koloidy, algináty a vytváříme tak ideální podmínky pro vlhké hojení, které zároveň ránu chrání, aby nedošlo k její kontaminaci. K urychlení a podpoře hojení pacientům podáváme sipping v podobě Cubitanu, Fresubinu, Nutrisonu, a tím doplníme důležité látky (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 174-176).

4. Fáze

Čtvrtou a poslední fází, která se nazývá epitelizační, uplatníme v případě, že rána vytvořila granulační tkáň. O novou epitelizační vrstvu, vycházející z okraje rány nebo granulačního ostrůvku musíme pečovat. Okolí ochráníme použitím mastí, past, krémů s obsahem zinku nebo zklidňující složkou. Přímou ránu pak použijeme mřížku obsahující jodpovidon, gely, pěny nebo polyuretanové ploténky (Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 174-176).

(Sláma, Kabelka a kol., 2022, s. 174–176)

PŘÍLOHA P V: ZÁKLADNÍ TEORIE PROSOCIÁLNÍHO CHOVÁNÍ

1. Teorie sociální výměny

- Vzájemné vazby a pomoc druhým lidem spěje k výměně informací, lásky, pomoci a služeb.
- Odměnou může být dobrý pocit a sebeuspokojení potřeb.
- Funguje na teorii nákladů a zisků, kdy poskytujeme pomoc na základě čtyř kritérií, a to náklady spojené s pomocí (energie, čas), sebeobviňování, sebeocnění a prospěch z činností (Kučera, 2013, s. 121).

2. Empaticko – altruistická hypotéza

- Zásadní je pocit vcítění se do druhého (Kučera, 2013, s. 121-122).

3. Teorie příbuzenského výběru

- Projevy ve prospěch množení vlastních genů (Kučera, 2013, s. 122).

4. Teorie recipročního altruismu

- Při poskytnutí pomoci druhému se očekává v budoucnosti stejné altruistické chování (Kučera, 2013, s. 122).

(Kučera, 2013, s. 121–122)

PŘÍLOHA P VI: OTÁZKY DO ROZHOVORU

Otázky použité při polostrukturovaném rozhovoru. U každého participanta byly následně kladeny další jednotlivé otázky, které měly upřesnit a usměrnit rozhovor, aby jednotlivá získaná data byla přesnější.

Otázky:

1. Jak se Vám tady líbí?
2. Zajímají se sestry samy od sebe o to, jak se cítíte a co potřebujete?
3. Jak reaguje personál, když je o něco požádáte?
4. Udělala pro Vás některá ze sester něco navíc mimo její práci?
5. Jste spokojen/á s průběhem hygienické péče?
6. Chovala se k Vám některá sestra nepříjemně a nevhodně nebo Vás nebrala vážně?
7. Mají pro Vás sestry při hygieně pochopení, pokud se necítíte v ten den dobře?
8. Jak reagují, pokud si přejete být sama? Zažil/a jste někdy, že by si k Vám jen sedla a mlčela nebo pro Vás něco pěkného udělala, aby Vám zpravila den?
9. Stalo se Vám, že byste pociťoval/a stud a jak se sestra v takové situaci zachovala?
10. Je Vám umožněno vyprázdnit se na WC, podložní mísu nebo toaletní křeslo, pokud o to požádáte, nebo Vám sestra přiloží inkontinenční pomůcku?
11. Jak se sestry chovají při výkonech, které u Vás dělají? Vysvětlí Vám, co budou dělat a co potřebují od Vás?
12. Ptají se Vás sestry, co by vyhovovalo Vám, jak si to přejete udělat Vy? Případně berou ohledy na rady, jak s Vámi manipulovat při bolesti?
13. Zajímají se sestry i během dne, zda nemáte bolesti?
14. Přijdou se sestry zeptat, zda bolesti přešly?
15. Co byste si přál/a? Co pro Vás mohou sestry udělat, aby Vám zpříjemnily Vaši situaci?

(vlastní zpracování)

PŘÍLOHA P VII: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU



INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený/á pane/í,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci mé bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Péče o nemocné v hospicovém zařízení

Řešitel projektu: Veronika Besedová, tel: +420 733 218 231

Název pracoviště: Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

Vedoucí práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D., tel: +420 576 038 162

Cíl výzkumu: Hlavním cílem výzkumu bude zjistit spokojenost pacientů s péčí poskytovanou personálem.

Popis výzkumu: Výzkum bude realizován v rámci mé bakalářské práce s názvem Péče o nemocné v hospicovém zařízení a bude probíhat formou rozhovoru. Rozhovor se uskuteční na Vámi zvoleném a příjemném místě a bude trvat asi 30 minut. Pokud byste byl/a unaven/a, můžeme rozhovor přerušit a dokončit v jiný, předem stanovený termín. Soubor otázek Vám bude poskytnut dopředu, abyste se na něj mohl předem připravit. Pokud budete souhlasit, rozhovor bude nahráván na diktafón, pak přepsán, analyzován a upraven pro potřeby bakalářské práce. Veškeré informace, které při rozhovoru sdělíte, budou důvěrné a použité jen pro bakalářskou práci, nikde se neobjeví Vaše jméno ani jiné informace. Kdykoliv se můžete rozhodnout o přerušení nebo ukončení rozhovoru bez udání důvodu a o ukončení Vaší účasti ve výzkumu.

.....
datum a podpis řešitele projektu

.....
datum a podpis vedoucího práce

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měla možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostala jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byla jsem poučena o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště účastníka:

Podpis účastníka:|

PŘÍLOHA P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta Veroniku Besedovou. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství (prezenční forma).

Jméno a příjmení studenta	Veronika Besedová	
Téma bakalářské práce	Péče o nemocné v hospicovém zařízení	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátka, PhD. podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s diagnostikovaným nevyléčitelným onemocněním	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

(Univerzita Tomáše Bati, © 2023)

PRÍLOHA P IX: TABULKA KÓDŮ A KATEGORIÍ

Kódy u participantů	č. kódu	Kód	Kategorie
P1, P2, P3, P4, P5	1.	Nedostatek informací ze strany od sester	PRŮBĚH VÝKONŮ
P1, P2, P3, P4, P5	2.	Znalost výkonů ze strany od pacienta	
P3, P4, P5	3.	Zájem o informace	
P1, P2, P4	4.	Sestry vědí, jak manipulovat	POLOHOVÁNÍ A MANIPULACE
P1, P2	5.	Nekecám jim do práce	
P1, P3, P4, P5	6.	Rady k manipulaci	
P3, P4	7.	Vhodná manipulace	
P1, P2, P3, P4, P5	8.	Zájem o bolest při podávání léků	BOLEST
P1, P2	9.	Bolest oznamuji sám	
P1, P2, P4	10.	Ptají se, zda bolest vymizela	
P3, P5	11.	Neptají se, jestli bolest přešla	
P1, P2, P3	12.	Pocit studu	INTIMITA
P4, P5	13.	Nestydím se	
P1, P2, P3, P4, P5	14.	Pocit soukromí	
P2, P5	15.	Samostatné umývání a kontrola od sester	HYGIENICKÁ PÉČE
P1, P5	16.	Péče bez problémů	
P1	17.	Automatické chování sester	
P1, P3, P4, P5	18.	Spěch sester	
P2, P3, P4, P5	19.	Zájem o potřeby a pocity	VYHOVĚNÍ POTŘEBÁM
P2, P5	20.	Vstřícnost při požadavku	
P1, P2, P5	21.	Respektování rozhodnutí	

P1, P2, P4	22.	Ochotně reaguji při pomoci s vyprázdněním	POCIT NOUZE
P1, P3, P4, P5	23.	Nefunkční signalizační zařízení	
P3, P5	24.	Křičení o pomoc	ZÁJMY A PREFERENCE
P1, P2, P3, P4, P5	25.	Zájem v rámci jiné činnosti	
P1, P5	26.	Pocit dlouhého čekání	
P3, P4, P5	27.	Pocit obtěžování	JSEM SPOKOJENÝ, ALE...
P1, P2	28.	Příjemné chování sester	
P3, P4	29.	Spokojenost, ale občasná nespokojenost	
P2, P5	30.	Spokojenost	
P1, P2, P3, P4, P5	31.	Zlepšení nálady	
P1, P2, P3, P4, P5	32.	Dobrý skutek	NEPŘÍJEMNÉ SITUACE
P1, P3, P4	33.	Nevhodné chování	
P1, P3	34.	Negativní výraz personálu	
P3	35.	Nerespektování rozhodnutí	
P5	36.	Nevhodné poznámky	
P2, P3, P4	37.	Nepříjemné pocity	SOCIÁLNÍ INTERAKCE A VZTAHY
P1, P2, P3, P4, P5	38.	Nikdy si ke mně nesedly	
P1, P3	39.	Pocit dlužnosti	
P2, P3, P5	40.	Pocit samoty	

(vlastní zpracování)

PŘÍLOHA P X: SANITKA PŘÁNÍ

Cílem projektu Sanitka přání je umožnit imobilnímu pacientovi v pokročilém stádiu onemocnění, aby se rozloučil s místy nebo lidmi, a dostal se tam, kde by to bylo díky jeho nemoci jinak nedostupné. Splněním posledního přání chtějí vytvořit světlou chvíli pro pacienta, ale i jeho blízké.

Pro podrobnější informace je přidán odkaz webových stránek a další kontakty.

Webové stránky: <https://www.sanitkaprani.cz/>

Telefonní kontakt: +420 778 776 690

Email: info@sanitkaprani.cz

(Kytka a Karták, © 2022)