

Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové

**PALIATIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ
Z POHLEDU PACIENTA
A OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU**

Bakalářská práce

Zdeňka Navrátilová

Vedoucí práce: Bc. Kateřina Čermáková

Hradec Králové 2006

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Paliativní ošetrovatelská péče v nemocničním prostředí z pohledu pacienta a ošetřujícího personálu“ vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Hradci Králové 20. dubna 2006

Poděkování

Za odborné vedení, cenné rady, připomínky při vedení této práce, pomoc a podporu bych chtěla poděkovat paní Bc. Kateřině Čermákové.

Dále bych chtěla poděkovat Všem pacientům, kteří byli ochotni podílet se svými názory na této práci i přesto, že to muselo být mnohdy velmi obtížné a mohlo je to stát mnoho sil.

Poděkovat bych chtěla i mé rodině, která mě po celou dobu studia maximálně podporovala.

OBSAH

ÚVOD	6
1. CÍL PRÁCE	
1.1 Cíle teoretické části	8
1.2 Cíle empirické části	8
1.2.1 Cíle první části výzkumu	8
1.2.2 Cíle druhé části výzkumu	8
2. ČÁST TEORETICKÁ	10
2.1 Cíle teoretické části	10
2.2 Charakteristika paliativní péče	10
2.3 Potřeby nemocného	13
2.4 Péče o potřeby nevléčitelně nemocných a umírajících	14
2.4.1 Péče o biologické potřeby	14
2.4.1.1 Bolest	15
2.4.1.2 Dušnost	17
2.4.1.3 Výživa a tekutiny	19
2.4.1.4 Poruchy vyprazdňování	20
2.4.1.5 Sebepečce a soběstačnost	21
2.4.1.6 Nevolnost, zvracení	22
2.4.2 Péče o psychologické potřeby	22
2.4.3 Péče o sociální potřeby	24
2.4.4 Péče o duchovní potřeby	26
2.5 Podávání informací	29
2.6 Kvalita života	30
3. ČÁST EMPIRICKÁ	31
3.1 Cíle empirické části	31
3.1.1 Cíle první části výzkumu	31
3.1.2 Cíle druhé části výzkumu	31
3.2 Vzorek respondentů	32
3.3 Metodika výzkumu	33
3.4 Výsledky výzkumu	34

3.4.1	Výsledky anamnestické části dotazníku č. 1	34
3.4.2	Výsledky vlastní části dotazníku č. 1	35
3.4.3	Výsledky anamnestické části dotazníku č. 2	49
3.4.4	Výsledky vlastní části dotazníku č. 2	50
4.	DISKUSE	57
4.1	Diskuse k první části výzkumu	57
4.2	Diskuse k druhé části výzkumu	61
5.	ZÁVĚR	65
	ANOTACE	69
	RESUMÉ	70
	SUMMARY (resumé v anglickém jazyce)	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
	PŘÍLOHY	75

„Dnes lze říct, že život většiny lidí v nemocnici začíná a ve velké většině končí. Tím, že lidi ztratily kontakt s primárními životními událostmi, získali klamný pocit, že se jich smrt netýká.“

(Hilda Vorlíčková, Paliativní péče pro sestry všech oborů)

ÚVOD

Denně jsou zdravotníci konfrontováni s bolestí a smrtí. Účastní se životů druhých a zároveň žijí ten svůj. Moje práce vede tímto směrem, protože i můj život je každý den o smrti a zároveň o životě. Povolání zdravotní sestry mě dovedlo na oddělení, kde jsou nevyléčitelně nemocní všední skutečností, kde se lidé denně znovu a znovu učí naslouchat a komunikovat o smrti a bolesti. Hledají tu křehkou hranici, kdy je lepší pouze uchopit ruku a společně mlčet. Mnohdy nám sílu utrpení ukáže jenom výraz tváře, sevření úst či hloubka pohledu. Volíme různé způsoby, jak si navzájem porozumět. Každý den si uvědomuji jedinečnost každého života. Všechny ty osudy, které jsem vyslechla a všechny ty výjimečné okamžiky, které jsem s našimi pacienty prožila. Moji vrstevníci obdivují výkon a mládí. Já vzhlížím s respektem a obdivem k našim pacientům. Většina z nás touží zemřít okamžitě nebo ve spánku, pokud možno bez bolesti. Málokdo si dlouhodobé onemocnění nebo blízkost smrti uvědomuje jako příležitost ke komunikaci s blízkými o věcech, které dosud neprobral, k vyslovení otázek. Je to zároveň možnost pro jeho nejbližší okolí najít si k sobě cesty, které se rozešly. Je-li tato možnost zúročena, může se nemoc brát i jako něco plodného. Pokud z různých důvodů není možná přítomnost někoho blízkého, stává se tichým společníkem ošetřující personál.

Téma mé bakalářské práce zní „Paliativní ošetrovatelská péče v nemocničním prostředí z pohledu pacienta a ošetřujícího personálu“. Úkolem nemocnice je diagnostika a léčení. Vztah mezi ošetřujícími a nemocnými má spíše charakter autority než spolupráce. Představa o tom, co nemocnice je, se neustále mění. Mimo působení nemocnice vznikají hospice - místa, kde se poskytuje paliativní péče. V poslední době vzniklo několik hospicových zařízení. Rozvíjí se i systém agentur domácí péče. Vše díky nadšení pár lidí a přes neustálý boj se zájmy společnosti a stav našeho zdravotnictví. Je mnoho faktorů, které způsobují, že stále většina nevyléčitelně

nemocných a umírajících je odkázána na nemocniční péči. Právě práce s těmito pacienti na standardním oddělení v nemocnici mě vedla k zamyšlení, zda se dá alespoň základní paliativní péče poskytovat za podmínek, které současné nemocnice nabízí. Je tím myšleno jak minimální personální obsazení, tak ekonomické a prostorové možnosti.

Zdravotnický tým je složen z řady pracovníků s různým odborným vzděláním. Zdravotní sestra zaujímá v týmu výrazné místo. Úzce spolupracuje s lékařem a stává se mnohdy jediným prostředkem komunikace mezi lékařem a nemocným, nemocným a rodinou, rodinou a lékařem. Každý zdravotník by měl projít určitým stupněm sebepoznání a sebevýchovy. Osobnost zdravotníka je používána jako nástroj pomoci a podpory. Může se stát i neúčinným, pokud tento nástroj neopravuje a nezdokonaluje nebo ho používá příliš či vůbec. Je však nutná i určitá profesionální odolnost. Nesmí nikdy vyhasnout potřeba chápat nemocného jako trpícího člověka.

Zdravotník je považován za někoho, kdo je schopen zodpovědět uspokojivě všechny otázky. Je schopen odpovědět i ty, které se týkají smyslu života, utrpení a smrti? Ty věčné pochybnosti zda zvolit „milosrdnou lež“ nebo pravdu při sdělení závažné diagnózy. Jakým způsobem člověku říct, že se blíží ke konci, že nemusí jít o nic příjemného, a že to všechno možná skončí i smrtí. Jak najít ta správná slova? Jak provést pacienta poledními dny? Terapie přitom přináší řadu dalších problémů.

Ve své práci se chci zabývat problémy, kterým musí čelit paliativní péče v nemocničním prostředí. Chci zjistit nakolik se naplňují její základní cíle, jako je ochrana důstojnosti a kvality života, léčba bolesti, uspokojování individuálních potřeb nemocných, podíl rodiny a pacienta na léčbě, podpora rodiny a zachování důstojného prostředí. Zajímá mě jak postoj ošetřujícího personálu, tak i pohled těch, kterých se to bytostně týká – nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů.

1. CÍL PRÁCE

1.1 CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části bude charakterizovat paliativní péči a její jednotlivé hlavní cíle. Dále pak stanovit základní potřeby nevléčitelně nemocných a umírajících, určit způsob jejich monitoringu a zjistit možnosti jejich uspokojování. Dále z pohledu filozofie holismu rozdělit potřeby nevléčitelně nemocných na fyzické, psychické, sociální a duchovní. Mezi další cíle patří také popsat, jak podávat informace, co zahrnuje pojem kvalita života a definovat ošetrovatelské diagnózy v paliativní péči v nemocničním prostředí.

1.2 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

1.2.1 Cíle první části výzkumu

V první části výzkumu bude mým cílem popsat paliativní péči v nemocničním prostředí z pohledu pacientů. Zjistím jejich prioritní potřeby a míru jejich uspokojování zdravotnickým personálem. Jaká je informovanost nemocných o jejich diagnóze a samotné léčbě a s ní souvisejících postupech. Dále se budu zajímat o míru zapojení pacienta a jeho blízkých do péče. Pozastavím se nad problematikou zda sdělit či nesdělit závažnou diagnózu a z čeho pramení největší obavy nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů. Prověřím, zda byli nemocní seznámeni s možností jiné péče než v nemocničním prostředí.

1.2.2 Cíle druhé části výzkumu

V druhé části výzkumu budu sledovat orientovanost zdravotníků v problematice paliativní péče. Jaká je hloubka znalostí o této péči a jejích možnostech. Dále zhodnotím monitoraci a saturaci potřeb nevléčitelně nemocných a umírajících na standardním oddělení. Jaký je podíl jiné, než nemocniční péče na péči paliativní. Jakým způsobem probíhá tok informací mezi zdravotníky a nemocnými a jaká je jejich míra dostatečnosti. Zda-li jsou uspokojovány základní fyzické, psychické, sociální a

duchovní potřeby, a tím naplňován holistický přístup k nemocnému. Jaké možnosti paliativní péče nabízí vybraná nemocniční pracoviště.

2. ČÁST TEORETICKÁ

2.1 CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI

- vymezit pojem paliativní péče
- stanovit fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby nevléčitelně nemocných a umírajících
- zabývat se pojmem kvalita života
- popsat monitoring potřeb v nemocnici
- definovat základní ošetřovatelské diagnózy v paliativní péči

2.2 CHARAKTERISTIKA PALIATIVNÍ PÉČE

Pacientka: „Přijímám onemocnění, léčení, naději na vyléčení... jako realitu svého života. Prožívám pocit hranice života a smrti. Kam se posune? Kladu si otázky: Byl můj život dobrý? A jak prožiji ten zbývající život?... Využívám čas k řešení otázek: Jaký byl můj dosavadní život? Která je nejvyšší? A která za to vůbec nestojí, abychom ji věnovali čas?...“

(Olga Dostálová: Jak vzdorovat rakovině)

Paliativní, nebo-li útěšná a zmírňující medicína a péče, je nejstarší lékařskou a ošetřovatelskou disciplínou. Principy paliativní medicíny se ztotožňují s potřebami nevléčitelně nemocných a umírajících. Pro nemocného sestavuje aktivní nebo aktivizační individuální program. Paliativní léčbu lze zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné. Všechny tyto přístupy se navzájem propojují. Paliativní postupy nemoc neodstraní, ale zlepšují subjektivní stav pacienta. Paliativní péče zahrnuje péči o nemocného a jeho rodinu v období umírání a smrti. Toto období rozdělujeme do 3 fází: prae finem (období od sdělení závažné diagnózy), in finem (období bezprostředního umírání) a post finem (období péče o mrtvé tělo a pozůstalé). K otázce eutanázie má vyhraněný postoj: „Pomáhat v umírání ano, pomáhat ve smrti ne.“ (<http://www.hospice.cz>, 20. 2. 2006)

Paliativní léčba a péče se poskytuje pacientům, u nichž základní onemocnění již nereaguje na léčbu a nastupuje léčba nepříjemných a mnohdy život ohrožujících příznaků postupující choroby, kterou nemocný trpí. Nejdůležitější je léčba somatické a psychické bolesti. Cílem není život prodloužit, ale co nejdéle udržet jeho nejvyšší dosažitelnou úroveň kvality. Dále pomoci blízkým ulehčit jejich strádání, které sebou onemocnění přináší. Usiluje, aby nemocný plně žil až do konce. Pomoc je zaměřena na oblast fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Je poskytována všem, kteří tuto pomoc potřebují bez rozdílu věku, národnosti, náboženského vyznání, majetkových nebo sociálních poměrů. Po smrti pacienta může navazovat péče o pozůstalé.

Paliativní péče se zabývá utrpením, potřebami, kvalitou života a důstojností lidí na konci života. (WHO, 2003)

Jde o komplexní péči o nemocné, jejichž onemocnění neodpovídá na péči kurativní - léčbu jejíž cílem je úplné vyléčení. (WHO, 1999)

V moderním pojetí se tento typ péče neodvrací od nevyléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost. Dokáže zvládat bolest. Je založen na interdisciplinární spolupráci profesionálů i odborníků. Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů. Respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení. Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocného. Nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb a umožňuje jim prožít poslední období života ve společnosti svých blízkých, v důstojném prostředí. Nabízí oporu příbuzným a přátelům nevyléčitelně nemocných a umírajících. (Kalvach a kol., 2004)

Typickým zařízením takto chápané paliativní péče je hospic. Jde o lůžkové zařízení nebo program komplexní péče poskytované v domácím nebo jiném náhradním sociálním prostředí. Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb, který zajišťuje léčbu a péči psychologickou, sociální a spirituální pro umírající a jejich rodiny. Tuto péči poskytuje interdisciplinární tým, který se skládá z nemocného s opatrovatelem a jeho rodinou, lékaře, sestry, sociologa, duchovního (kněz), psychologa, sociálního pracovníka, dobrovolníků a jiných specialistů dle akutních potřeb klienta. (<http://www.hospice.cz>, 20. 2. 2006)

Tento typ péče se v posledních letech rozvíjí, ale přesto jde o oblast spíše zanedbávanou. Z počátku se tato péče soustředila především na terminálně nemocné a umírající pacienty. Za terminální období se považuje to, při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progresu vážného chronického onemocnění, a které je svou konečnou prognózou letální. V současné době se spektrum zájmu rozšiřuje o další diagnózy, o pacienty, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí. Dále se rozšiřuje chápání časového úseku průběhu nemoci. Již se nesoustředí pouze na poslední dny, týdny života. Paliativní péče již nepracuje s konceptem terminálního onemocnění, ale konceptem onemocnění ohrožujícího život (WHO 2002).

Zájem o tyto nemocné je stále mimo hlavní priority zdravotnického systému. A to i přes to, že je řadou mezinárodních institucí deklarována potřeba pohlížet na paliativní péči jako významné téma veřejného zdravotnictví a zdravotní politiky (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 1999, WHO 2002). (Kalvach a kol., 2004)

Způsob a úroveň péče o terminálně nemocné a umírající je zásadním způsobem ovlivňován společenským klimatem, tedy vztahem společnosti k otázkám umírání a smrti.

Významným mezníkem v moderní paliativní medicíně bylo ustanovení 5 zásad rozvíjení oboru (Velká Británie, 70.léta):

- 1) Založení oddělení (paliativní) medicíny, která provádí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče lékařské.
- 2) Rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně školení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást paliativního týmu.
- 3) Založení hospicových (paliativních) oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů.
- 4) Rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích.
- 5) Výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče. (<http://www.hospice.cz>, 20. 2. 2006)

2.3 POTŘEBY NEMOCNÉHO

Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní. Potřeby jsou nutné, užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním kvality života. Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí biologickou, psychickou a sociální, bytostí holistickou. Termíny holistický a holismus jsou odvozené z řeckého slova, které znamená celek. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci, které jsou takto více než součtem částí. Každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému. (Trachtová a kol., 1999)

Holistický přístup je celkový, totální přístup k nemocnému i jeho rodině. Ve vztahu k pacientovi to znamená, že se stará nejen o jeho nemoc, ale i vše okolo něj, co ho ovlivňuje, včetně rodiny i jejich problémů. V tomto ohledu jde o komplexní péči, která respektuje potřeby těla, mysli i ducha. (<http://www.hospice.cz>, 20. 2. 2006)

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Startuje jí proces motivace. Potřeba pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím vytváří vzorec chování jednotlivce. Potřeby se vztahují k něčemu z vnějšího prostředí. Nejsou neměnné, ale vyvíjí se a kultivují. Potřeby je možné uspokojovat žádoucím i nežádoucím způsobem. Člověk je bytost biologická a společenská. Žije jako příslušník určité kultury a v určité historické epoše, v určité sociální mikro kultuře (rodině nebo jiné skupině). Sociální prostředí rodiny, způsob výchovy, hierarchie hodnot jsou určující pro motivaci u jednotlivce. Určují jeho potřeby, způsob jejich vyjádření a uspokojování. Jeho potřeby tedy podléhají vlivům sociálního a kulturního prostředí, ve kterém žije. (Trachtová a kol., 1999)

Čtyři základní okruhy potřeb těžce nemocného: biologické, psychologické, sociální a spirituální, nám pomáhají orientovat se v tom, co všechno může pro nemocného udělat lékař, co ošetřující personál, co rodina a konečně, co může udělat sám pacient. Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. (Svatošová, 1995)

Při stanovení potřeb člověka vycházíme z obecných, osobních, společenských nebo normativních standardů. Pod pojmem standard je chápána určitá úroveň, které by mělo být dosaženo v našem jednání, při naplňování osobních potřeb. Podle kvality tyto standardy dělíme na obecné (obecně uznávaný standard pro řešení určité situace), osobní (má přímou souvislost s vyspělostí jedince) a normativní (norma závazná pro určitou skupinu lidí). Uspokojování a naplnění potřeb v těžké a vážné nemoci zachycuje modifikace seřazení hodnot, vycházející z Maslowova trojúhelníku potřeb (Příloha č. 1). (Šamánková a kol., 2003)

2.4 PÉČE O POTŘEBY NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH

Paliativní péče se řídí principy holistického přístupu k nemocnému. Charakteristickým znakem holistické péče je spolupráce. Žádný jedinec nemůže holistickou péči poskytovat sám, protože nikdo nemá všechny potřebné dovednosti a náhled. Může být tedy poskytována pouze v týmu lidí, kteří do společné práce vkládají své dovednosti, porozumění a svou osobnost. Při managementu symptomů se paliativní sestry řídí současnými standardy, výsledky výzkumu a sdílenými zkušenostmi. (O'Connor a kol., 2005)

2.4.1 Péče o biologické potřeby

Biologické potřeby jsou potřeby těla nemocného. Mezi základní patří příjem potravy, zbavení se odpadů vlastního metabolismu, přísun kyslíku, spánek. Lékařská péče ovlivňuje tyto potřeby pomocí farmakoterapie, ozařování, chemoterapie a hormonální léčby. Tyto potřeby, včetně tišení bolesti, bývají většinou dobře uspokojovány v nemocnici. Panují však četné obavy související s péčí v nemocnici a

uspokojováním těch nejzákladnějších potřeb, obzvláště jde-li o závažné onemocnění. Mnoho z nás si v této souvislosti představí nesoběstačnost, inkontinenci, bolest a dekubity.

2.4.1.1 Bolest

Ošetřovatelská diagnóza (NANDA)

- *Bolest akutní*
- *Bolest chronická*

Bolest akutní je způsobena skutečným a možným poškozením tkáně. Má signální charakter a tedy i fyziologickou podstatu. Netrvá déle než 6 měsíců. Trvání chronické bolesti přesahuje tuto dobu. Může mít recidivující průběh nebo je kontinuální. Chronická bolest je často charakterizována naučeným chováním, proto bývá jejím spouštěčem psychologický faktor.

Bolest je symptom, kterého se pacienti a jejich rodiny na konci života obávají nejvíce. Je to jev, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Má vliv na náladu, spánek, zvládání obtížných situací či na cíle pacienta. Sestry jsou zodpovědné za to, že budou pečlivě hodnotit bolest a zajistí dostatečnou úlevu. Lidé, kteří netrpí bolestí, se mohou zaměřit na psychické a duchovní záležitosti, které dávají smysl jejich posledním dnům, a tím přispívají ke kvalitě života. Bolest je symptom, který se často vyskytuje v terminálním stadiu nemoci. Zdravotníky je označováno za největší etické dilema. Nedůsledná léčba bolesti může mít negativní dopad na fyzickou, psychickou, sociální a duchovní stránku kvality života. (O'Connor a kol., 2005)

„Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození... Bolest je vždy subjektivní...“ (WHO)

Často je bolest podceňována. Je to subjektivní zkušenost. Bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, kdy to pacient říká. Zdravotničtí pracovníci často postrádají dostatečné znalosti hodnocení a léčby bolesti.

Při rozhodování o podávání některých léků by jsme měli respektovat princip „dvojitý efekt“. To znamená, že jde potencionálně o něco škodlivého, ale vykonáno s dobrým úmyslem. Například některé léky, které jsou podávány za účelem zmírnění bolesti a zároveň nesou riziko vážných vedlejších účinků, dokonce mohou způsobit i smrt. (O'Connor a kol., 2005)

Hlavní překážkou léčby bolesti je její nedostatečné hodnocení. Mělo by se dodržovat při sběru informací o bolesti několik základních pravidel. Ty získáváme nejen od pacienta, ale i od rodiny. Důležité je použití vhodného hodnotícího nástroje. Bolest se charakterizuje lokalizací, intenzitou, charakterem a časovým faktorem. Vše se musí zaznamenávat do dokumentace (Příloha č. 2), přičemž je nezbytně nutné:

- dbát na pravidelnost, častost, systematičnost
- věřit tomu, co je pacientem a jeho rodinou popisováno jako bolest i prostředky, které jí zmírňují
- vybrat léčebné možnosti podle požadavků pacienta, jeho rodiny i zdravotnického zařízení
- podávat léky včas, dle ordinace lékaře
- umožnit pacientovi i rodině podílet se na rozhodování o způsobu léčby

Psychologické měření bolesti využívá přímého kontaktu s pacientem. Kladou se otázky:

- Topologie (lokalizace) bolesti: „Kde to bolí?“
- Intenzita bolesti: „Jak moc to bolí?“
- Časový průběh bolesti: „Kdy to bolí?“
- Kvalita bolesti: „Jak to bolí?“
- Účinek terapie: „Co zmírňuje nebo naopak zhoršuje bolest?“

(Křivohlavý, 2002)

Topologie bolesti, tedy určení místa bolesti, lze zjistit přímým dotazem a pacient, buď odpoví nebo místo ukáže. Lze využít i topologických dotazníků či tzv. map bolesti. Kroužkováním se označuje místo bolesti. Složitější verze rozlišuje i hloubku, tedy modrá označuje povrch těla a červená bolest uvnitř těla. Jiné systémy využívají různé barvy k určení kvality bolesti.

VAS – vizuální metoda sdělení intenzity bolesti. Je nejjednodušší a nejčastěji používaná. Na šikmou, 10cm dlouhou čáru s vyznačenými extrémními body (nulová a největší myslitelná bolest) pacient zaznamená, jak moc ho to bolí. (Křivohlavý, 2002)

Při měření časového faktoru bolesti měříme nástup bolesti, trvání a frekvenci. Hodnotíme i to, co bolest zmírňuje nebo zhoršuje. Vede se záznam časového průběhu nemoci.

- Epizodní bolest: vyskytuje se při pohybu, aktivitě (dá se obvykle předvídat).
- Průlomová bolest: nepředvídatelná exacerbace bolesti (vyskytuje se i u jinak kontrolované bolesti).
- Bolest na konci dávky: vyskytuje se těsně před dalším podáním analgetika.

Měření intenzity bolesti se osvědčilo používání číselné škály 0 -10 (0 = žádná bolest, 10 = nejhorší bolest, jakou si pacient umí představit). Toto hodnocení lze získat i jen verbálně. Používá se i škála bolesti: žádná, mírná, středně silná, silná a nesnesitelná.

Existuje také metoda měření bolesti, při které se pohlíží na bolest jako na „pátou funkci“ (vedle tělesné teploty, pulsu, dýchání a krevního tlaku). Měří se vždy společně s ostatními fyziologickými funkcemi.

Lze hodnotit i úlevu od bolesti. Můžeme použít stejné techniky, jako při vyjádření její intenzity. Bolestivost je vždy snesitelnější, jestliže je pacient informován o její příčině. (Šamánková a kol., 2003)

Bolest lze projevit i beze slov. Neverbální sdělení bolesti se týkají mimiky (výrazů obličeje), pohybů končetin, polohy nebo paralingvistickými sděleními (vzdechy, úpění, nářek). Tyto projevy jsou objektivně hodnotitelné.

2.4.1.2 Dušnost

Ošetřovatelské diagnózy (NANDA)

- *Aktivita, riziko intolerance*
- *Dušení, zvýšené riziko*
- *Dýchání nedostatečné*
- *Prokrvení tkání porušené*
- *Průchodnost dýchacích cest zhoršená*
- *Spontánní dýchání selhávající*
- *Výměna plynů porušená*

Dušnost patří k nejobtížnějším a nejhůře snášeným symptomům. Ohrožení této funkce znamená závažnou fyzickou a emocionální tíseň. Dušnost je subjektivní pocit. Je to souhra fyzických, psychických, emocionálních a funkčních faktorů. V paliativní péči je dušnost označována jako jeden z nejčastějších symptomů pokročilého maligního onemocnění. Stručně řečeno, není to jen častý symptom u pokročilého nádorového onemocnění, ale je také velmi závažná. Dýchání je převážně vůlí nekontrolovatelný proces. Efektivní ošetřovatelská péče se odvíjí od základních znalostí a pochopení fyziologie dýchání a mechanismu dušnosti. Dušnost může být způsobena nemocí a její léčbou nebo dalšími stavy. Podle holistického pojetí nelze emocionální prožívání dušnosti oddělit od fyzické zkušenosti.

Cílem péče o pacienta s dušností je minimalizovat handicap, který dušnost způsobuje. Při hodnocení se zajímáme o to, co pro pacienta dušnost znamená a jak ovlivňuje jeho každodenní život. Dotazník umožňuje získat výchozí informace (Příloha č. 3), na jejichž základě se budují intervence a hodnotí se jejich úspěšnost.

V ošetřovatelské péči dušnost se spíše zápasí s pocity bezmocnosti. Sestry naslouchají pacientovým obavám a pomáhají mu adaptovat se na omezení. Způsob dýchání ovlivňuje stupeň dušnosti. Pacientovi můžeme pomoc nácvikem bráničního dýchání (Příloha č. 4) a používáním relaxačních technik. Lze použít i jiné disciplíny, jako je fyzioterapie, ergoterapie nebo psychologie. Narozdíl od bolesti, je málo

pravděpodobné, že se nám podaří dušnost u pokročile nemocného pacienta zvládnout. (O'Connor, 2005)

2.4.1.3 Výživa a tekutiny

Ošetřovatelské diagnózy (NANDA)

- *Polykání porušené*
- *Tělesné tekutiny, deficit*
- *Tělesné tekutiny nadbytek*
- *Ústní dutina, postižená sliznice*
- *Výživa porušená, nedostatečná*

Pacienti v paliativní péči často trpí nechutenstvím a mají problémy s přijímáním tekutin a výživy. Mohou být se kachectičtí a dehydratovaní. Kvalitní výživa neznamena prodloužení života, ale zmírnění symptomů a zlepšení kvality života. Často v této souvislosti hovoříme o „řízené smrti“, což znamená že pacientovo umírání je podporováno umělou výživou a hydratací. Je to jedna z představ o paliativní péči v nemocnici. Nutriční stav často ovlivňují některé léky používané v paliativní medicíně, Důsledkem je pak snížená chuť k jídlu, nevolnost, zácpa.

Sestra si musí všimnout úbytků hmotnosti, nezájmu o jídlo, potíže s polykáním, suchosti kůže a sliznice. V uspokojování této potřeby může zdravotník úzce spolupracovat s rodinou. Pokud to není nutné nemocného k jídlu nenutíme. Jako další alternativy je možné používat potravinové doplňky. Neustále je však nutné sledovat, aby výživa byla ku prospěchu a ne přitěžila pro pacienta. (Příloha č. 5) Sestry si musí uvědomit, že podávání jídla je víc než jen dodávání živin organismu. Také je nutné zvážit prognózu onemocnění, aktuální a dlouhodobé nutriční potřeby pacienta a prevenci podvýživy. V průběhu umírání přijde doba, kdy pacient začne ztrácet zájem o jídlo a tekutiny. V této fázi onemocnění začne být jídlo zátěží.

(O'Connor a kol., 2005)

2.4.1.4 Poruchy vyprazdňování

Ošetrovatelské diagnózy (NANDA)

- *Průjem*
- *Zácpa*
- *Inkontinence moči*
- *Inkontinence stolice*

Vylučování odpadových produktů z těla (stolicí, močí) je základním předpokladem zdraví. Vyprazdňování je další biologickou potřebou člověka. Způsob uspokojování této potřeby je individuální. Každý pacient má nároky na určitou intimitu a respektování studu při vyprazdňování. To je největším problémem zvláště u ležících pacientů. Do hry vstupují i pokoje s více lůžky v nemocnicích. (Trachtová, 1999)

Zácpa - obstipace je méně časté a obtížné vyprázdnění střeva. Je jedním z dalších nepříjemných symptomů provázející nádorová onemocnění nebo terminální stádium. V paliativní péči se můžeme setkat s mnoha faktory. Příčinou zácpy může být snížený příjem potravy, dehydratace, nedostatek fyzické aktivity, celková slabost, špatný přístup k WC, nevhodná poloha při defekaci, strach z inkontinence, nedostatek soukromí, stres ze ztráty soběstačnosti, zmatenost. Dále to může být vliv samotného onemocnění nebo terapie, především léčba bolesti. Z výše uvedených bodů by měl vycházet i plán léčebné a ošetrovatelské péče.

Hodnocení zácpy se neomezuje pouze na dotaz, jak často pacient chodí na stolicí. Sledujeme rizikové faktory jako je například snížená pohyblivost, nechutenství nebo některé léky. Mezi příznaky zácpy patří nevolnost, zvracení, vzednutí a bolest břicha. V anamnéze zjišťujeme způsob vyprazdňování v současnosti a před nástupem do nemocnice, užívání laxativ, příjem stravy a tekutin, užívání léků, které mohou způsobit zácpu a ovlivnit konzistenci stolice. Vedeme záznam stolice a podle něj upravujeme plán péče. (Příloha č. 6)

Důležitá je péče fyzioterapeuta. Posiluje s pacientem břišní a pánevní svaly, poradí s nevhodnější polohou pacienta při vyprazdňování. Vhodné je používání pomůcek

(madla, přenosná WC, zvýšená sedátka). Dietní sestra pomůže sestavit individuální dietu pro pacienta. Sestra dohlíží na dostatek tekutin, příjem vlákniny v přijatelné formě a zapojí rodinu do péče. Zároveň musí být důsledná léčba symptomů tak, aby se byl schopen pacient pohybovat a přijímat v dostatečné míře jídlo a tekutiny.

(O'Connor a kol., 2005)

2.4.1.5 Seběpěče a soběstačnost

Ošetrovatelská diagnóza (NANDA)

- *Péče o sebe sama nedostatečná při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně, oblékání, v úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování.*
- *Pohyblivost, porucha hybnosti na lůžku*
- *Pohyblivost porušená*

Hodnocení sebepěče a soběstačnosti je základem ošetrovatelské péče. Seběpěče je samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování). Soběstačností rozumíme míru samostatnosti při vykonávání denních aktivit. Pokud toho není pacient schopen vlastními silami, nastupuje pomoc okolí. Ta je buď laická, většinou poskytována rodinnými příslušníky, přáteli nebo profesionální vyžadující speciální dovednosti a vědomosti kvalifikované sestry. Správné a přesné hodnocení úrovně soběstačnosti a sebepěče je důležité pro ošetrovatelský proces. Nemocný člověk může mít aktuálně i potencionálně sníženou schopnost základní denní činností vykonávat. Úroveň sebepěče mohou sestry hodnotit již při příjmu v rámci ošetrovatelské anamnézy nebo pokud během hospitalizace vznikne potřeba. Pro tyto účely je nejčastěji používána klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle M. Gordonové (Příloha č.7) nebo Barthelův test základních všedních činností (Příloha č.8). Zdrojem informací je pozorování nemocného, rozhovor s ním nebo s rodinou, známými, spolupacienty. (Trachtová a kol., 1999)

2.4.1.6 Nevolnost a zvracení

Ošetřovatelské diagnózy (NANDA)

- *Nauzea*
- *Neprospívání dospělé osoby*
- *Únava*

Asi polovina pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním trpí nevolností a zvracením. Tyto obtížné symptomy způsobují pocit vyčerpání a tím i snižují kvalitu života. Nevolnost je nutné léčit, i když není provázena zvracením, protože může vést k mnoha tělesným, psychickým i sociálním problémům. Stupeň nevolnosti můžeme posoudit a zdokumentovat pouze nepřímým pozorováním projevů nemocného, monitorováním základních životních funkcí, chuti k jídlu a příjmu potravy. Pacient si může vést deník, kam zaznamená pocity nevolnosti a frekvenci zvracení.

Mezi opatření, která můžeme učinit patří plánování a podávání jídla. Můžeme domluvit individuální dietu po konzultaci s dietní sestrou. Vynecháváme tučná, smažená nebo přeslazená jídla. Lépe nemocným chutnají jídla studená. Povzbudit chuť k jídlu můžeme přidáním soli. Vhodné jsou i malé porce v několika dávkách. (O'Connor a kol., 2005)

2.4.2 Péče o psychologické potřeby.

Ošetřovatelské diagnózy (NANDA)

- *Bezmocnost*
- *Beznaděj*
- *Komunikace verbální porušená*
- *Obraz těla porušený*
- *Popření neúčinné*
- *Rozhodování konfliktní*
- *Strach*
- *Úzkost*

Psychologické potřeby jsou spojené s respektováním lidské důstojnosti nezávisle na stavu lidského těla. Každý člověk je vnímán jako jedinečná bytost s neopakovatelným posláním, které je potřeba vždy respektovat. Paliativní péče je založena na této zásadě. Psychická smrt je termín charakterizovaný naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí až zoufalstvím. (<http://www.hospice.cz>, 20. 2. 2006)

Nevyléčitelně nemocní a umírající se musí vypořádat s jedinečnou a dosud neprožitou situací. V paliativní péči se objevuje několik psychicky náročných situací. Je to sdělení diagnózy závažné choroby, získání pacienta pro léčebný plán, dodržení celého terapeutického programu i přes výskyt nežádoucích vedlejších reakcí, přesvědčení pacienta o nezvratném konci při recidivě onemocnění a konečné fáze nemoci. Odbornou péči poskytuje psycholog a psychoterapeut. Pomáhá nemocnému překonat toto těžké období nejistoty, poskytnout emoční podporu, orientovat se v existencionálních otázkách o životě a smrti. Psychoterapeutická péče je poskytována individuálně na podkladě důvěrného vztahu, který je podmínkou zvládnutí adaptace na tuto životní situaci. Psycholog se věnuje i blízkým z okruhu nemocného, pomáhá jim orientovat se, řeší vztahové problémy. Důraz se klade na zapojení do péče. Je to prostředek, jak zvládnout novou situaci – jak být užitečný. V neposlední řadě tuto péči věnuje i ošetřujícímu personálu ve formě poradenství či nácviku relaxačních technik. Multidisciplinární setkání poskytují prostor pro supervizi a sebereflexi.

Psychickou potřebou je uspokojování lidské důstojnosti, bez ohledu na stav tělesné schránky. Člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním, a jako takového je nutno ho chápat a respektovat. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a častěji, než slovy, je to mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči, které vyjádří, co právě prožívá. Doprovázejícím znalost těchto neverbálních projevů pomáhá s ním komunikovat. Potřebuje pocít bezpečí. Proto je důležité nemocnému nelhat – neříkat něco, co by musel člověk později odvolávat. Na druhé straně je zásada říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet.

(Svatošová, 1995)

Pokud mají zdravotníci pečovat o pacientovu psychiku a zejména jde-li o nevléčitelně nemocné a umírající a mají-li být schopni tyto pacienty doprovázet a být schopni mírnit jejich utrpení, musí být schopni udržovat především svoji psychiku

v dobré kondici, tedy pečovat o sebe sama. Zdravotníci si musí uvědomit vlastní potřeby a předcházet tak syndromu vyhoření a tím předcházet poškození pacienta.

K udržení životní rovnováhy a zvládnání práce v stresovém prostředí je doporučeno dbát na správnou výživu, meditovat, udržovat duchovní život (nemusí být náboženský), nebát se truchlit nad ztrátami, nepracovat mnoho přesčasových hodin, pravidelně cvičit, chodit do přírody, provádět cvičení na doplnění energie (léčivé doteky), udržovat si smysl pro humor, naučit se uvádět do rovnováhy práci v zaměstnání a v domácnosti tak, abyste měli dostatek času pro sebe, udržovat si systém sociální podpory v osobním i sociálním životě, předcházet syndromu vyhoření, diskutovat o pracovních problémech s kolegy, navštívit podobné zařízení a hledat nové způsoby řešení problémů.

(O'Connor a kol., 2005)

2.4.3 Péče o sociální potřeby

„Kdo má proč žít, snese téměř každé jak“

(Nietzsche)

Ošetřovatelské diagnózy (NANDA)

- *Osamělost, zvýšené riziko*
- *Pěčovatelská role, riziko přetížení*
- *Smutek anticipační*
- *Společenská interakce porušená*
- *Společenská izolace*
- *Zvládnání situace rodinou neúčinné*
- *Život rodiny porušený*
- *Léčebný režim: individuální, neúčinná integrace*

Sociální potřeby vyplývají ze statusu člověka, jako tvora společenského, žijícího v určitém sociálním prostředí, mající svou rodinu, své problémy, svou práci, koníčky, závazky, sny a přání. Najednou je nemocí z tohoto prostředí vytrhnut. Sociální smrt nastane tehdy, když člověk žije, ale je neodvratně vyvázán z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů. (<http://www.hospice.cz>, 20. 2. 2006)

Člověk je tvor společenský a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani neumírá. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Měl by mít právo si je sám usměrňovat a my bychom ho v tom měli respektovat. Nejsilnější vazby jsou většinou s rodinou, ale nejen s ní. Nemocný možná musel přerušit nedokončenou práci, nedostavěl dům, nevystačí s nemocenskou a řeší další, často i existencionální problémy. (Svatošová, 1995)

Rodina je základní jednotkou paliativní péče (WHO, 1990). Od příbuzných a blízkých se v paliativní péči očekává mnoho. Mají zajistit v domácím prostředí každodenní péči o pacienta, vypořádat se s změnou své dosavadní role, smyslu života a vzájemných vztahů. Také mnohdy musí přijmout do svého kruhu dalšího člena – zdravotníka. Členové rodiny, kteří nemají uspokojeny vlastní potřeby, jsou o to méně schopni pečovat o potřeby pacienta. Dále si je nutné uvědomit, že jednotlivými fázemi umírání (Příloha č.9) může procházet i ten, který nemocného doprovází.

Bolest pacienta má velký dopad na blízké. Často si jí interpretují jako blížící se konec. Často však přispívají k tomuto stavu tím, že mají strach z podávání některých léků. Bojí se, že pacient bude utlumen. Mají obavy i z dalších symptomů – dušnosti, nevolnosti, úzkosti. Cítí se bezmocní, pokud nemohou efektivně ulevit nemocnému. Příbuzní nesou ztrátu blízkého lépe, pokud neprožívají poslední jeho dny ve stresu z neposkytnutí uspokojivé péče. Proto je nutné zajistit psychickou a fyzickou pohodu pacienta a podporu jeho blízkých. (Příloha č. 10)

Je také mnohdy nutná pomoc sociálního pracovníka. Může informovat zájemce o hospicové péči nebo pomoci pacientům a rodině s vyplněním žádosti a vyhledáním vhodného typu péče dle individuálních potřeb. Spolupracuje s lékaři a sestrami na případném doplnění údajů o pacientovi. Vede sociální záznam, který se pak stává součástí ošetřovatelské dokumentace. Může poskytovat odborné rady v oblasti nemocenského pojištění, sociálního zabezpečení, rodinného práva. Napomáhá při propuštění do domácího prostředí zajistit další péči dle doporučení lékaře (domácí péči, pečovatelskou službu, kompenzační pomůcky).

2.4.4 Péče o duchovní potřeby

*„Co si dostal, mohou ti snad ukrást,
ale kdo ti může ukrást to, co si dal?“*

(A. de Saint-Exupery)

Ošetřovatelské diagnózy (NANDA)

- *Duchovní pohoda, možnost zlepšení*
- *Duchovní tíseň*

Duchovní potřeby jsou možná nejdůležitějším aspektem v tomto stádiu života. Nemocný se snaží vypořádat se smyslem svého života. Jsou vlastní nejen lidem věřícím, ale jejich uspokojování se ukázalo být důležitým pro každého pacienta. Patří sem uspokojování lidské důstojnosti, lidský kontakt nemocného s dalšími lidmi a potřeba žít až do konce. (<http://hospice.cz>, 20. 2. 2006)

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí domnívá, že jde o uspokojování potřeb věřících. Je tomu spíše naopak. Ne, že by věřící duchovní potřeby neměl. Má je, ale ví, co má dělat, a obvykle se podle toho dovede zařídit. Horší je to s lidmi, kteří z víry nežijí. Právě v průběhu vážné nemoci se začínají zabývat otázkami o smyslu života. (Svatošová, 1995)

Příznakem poruchy v duchovní oblasti jsou stavy beznaděje a zoufalství. Nemocný je nespokojen s celým svým životem. Odcizuje se sobě samému i svému okolí. Nedostává se mu sil vyrovnat se s přítomností. Minulost izoluje na nepříjemné vzpomínky, odvrací se od ní a budoucnost je ohrožena ztrátou naděje. Mezi základní duchovní potřeby patří touha po lidské blízkosti, pocit bezpečí a respektování lidské důstojnosti. Tyto potřeby bývají frustrovány v anonymním prostředí některých zdravotnických zařízení. (Vorlíček a kol., 1998)

Duchovní péče o pacienty s pokročilým onemocněním může být „plánovaná“ stejně, jako všechny ostatní ošetřovatelské intervence. Na druhé straně může být i přirozenou součástí ošetřovatelské péče a vztahů v rodině. Odehrává se ve vzájemných lidských

interakcích. Obsahuje vztahy k sobě samému, k ostatním, k životním otázkám nebo k místům. Je možné ji hodnotit, jako ostatní potřeby, plánovat intervence a dokumentovat ji.

Hodnotit duchovní potřeby lze ze získané ošetřovatelské anamnézy. Je zde však řada problémů, které by mohly nastat. Lze je dotazníkem objektivně zhodnotit, ale nepostihne se kvalita vztahů. Hodnotí se také řada abstraktních pojmů, jako je potřeba účelu a smyslu, odpuštění, lásky a sounáležitosti, naděje, tvořivosti, náboženské víry a její vyjádření. Dále se posuzuje i strach ze smrti, odpuštění, nevyřešené záležitosti z minulosti nebo potřeba smíření, pohody a klidu. Při sběru takové anamnézy může dojít i k zneužití těchto niterných záležitostí na úkor pacienta. Nesmí se však nabýt dojem, že ošetřující personál je povinen poskytovat spíše než nabízet duchovní péči. Hodnocení duchovních potřeb by mělo být opatrné a kontinuální. Nemělo by se provádět jednorázově a rutinně. Nemají cíl měřitelný v číslech. (O'Connor a kol., 2005)

Pokud chceme duchovní potřeby dokumentovat, nelze je zcela standardizovat nebo se omezit pouze na použití dotazníku. V tomto případě není důležitá forma sběru informací, ta musí být přísně individuální, ale zjistit co je pro pacienta podstatné a jak narušila nemoc jeho vztahy k okolí. Otázky lze zaměřit na rekapitulaci života.

Duchovní péče navazuje úzce na péči sociální a psychologickou. Pro duchovní situaci nemocného má rozhodující význam, zda je schopen připustit smysl své nemoci a svého utrpení. Každá nemoc je objektivně i subjektivně vnímána jako zlo, a proto se objevují otázky o smyslu tohoto zla. Paliativní péče usiluje o to, aby i ze zla a utrpení vzešlo lidským přičiněním dobro. (Vorlíček a kol., 1998)

Duchovní služba nabízí zájem, blízkost, doprovod, společné mlčení nebo modlitbu nebo čtení z písma. Nemocný si sám volí, zda, kdy a v jaké formě si duchovní službu přeje. Zahrnuje i zprostředkování kontaktu s duchovním jiné církve. Pokud je v součásti zařízení kaple je možné nabídnout její návštěvu, popřípadě poskytnout doprovod nebo převoz. Lze domluvit i návštěvu duchovního u lůžka nebo kontakt s blízkými. V zahraničí bývá duchovní často součástí terapeutického týmu.

Křesťanská víra spojuje nemoc, utrpení a smrt s vykoupením a nadějí na spásu. Nemoc najednou získává lepší vhléd do duchovních skutečností, prožít novou konverzi a najít vztah k Bohu. (Vorlíček a kol., 1998)

Lidé s vážnou nemocí se ocitnou v situaci, ve které si nevědí rady a potřebují pomoc se s ní vyrovnat. Někteří nemohou najít smysl života. Potřebují někoho, kdo jim pomůže najít vnitřní sílu a nový smysl své existence. Při hledání možných strategií duchovní péče se setry mohou zaměřit na **situace, příběhy a systémy**.

(O'Connor a kol., 2005)

Situace: Existují způsoby, jak nastávající situaci změnit, aby byla pro pacienta únosnější? Pro některé lidi přístup k milovaným věcem poskytuje obnovený pocit sounáležitosti. Jiným může pomoci, když se na chvíli dostanou do zahrady. Pro jiné to může být poslech hudby (nebo ochrana před hudbou, kterou poslouchá někdo jiný).

Příběhy: Vyskytují se v pacientově životním příběhu určitá východiska, která by mu pomohla vidět současnou situaci v jiném světle nebo najít sílu žít v naději (spíše než jen přežívat)?

Systémy: Potřebuje pacient pomoc zkušeného pracovníka, který sdílí jeho náboženské nebo filozofické přesvědčení? Taková osoba by mohla pacientovi pomoci interpretovat změny v jeho životě nebo utvrdit pacienta v jeho přesvědčení.

Paliativní péče tedy bere v úvahu nejen biologické a psychosociální zákonitosti, ale bere i v úvahu duchovní rozměr lidského života. Duchovní dimenze jako součást celostního přístupu k nemocnému umožňuje uskutečnění vrozených vloh, které podmiňují schopnost tvořit, prožívat krásu, poznávat dobro, naplňovat lidský život smyslem a přibližuje ho ke konečnému cíli. Duchovní zdraví lze charakterizovat jako chuť žít, poznávat, vytvářet hodnoty, angažovat se a být otevřen pro setkání. Účinný terapeutický vztah vznikne za předpokladu, že jsme schopni nemocnému naslouchat, být přítomni celou svou osobou, nevyslovené nepřeslechnout a to v každou denní i noční dobu. Musíme se vystříhat moralizování, domluv nebo bagatelizování potíží.

2.5 PODÁVÁNÍ INFORMACÍ

Ošetřovatelská diagnóza (NANDA)

- *Neznalost, potřeba poučení*

Všichni jsme ovlivněni vědomím vnímat onkologickou nemoc jako ohrožení života. Naše společnost řadu let dávala přednost tzv. milosrdné lži. Tento systém měl dokumentovat lidskost ve zdravotnictví. V současnosti dochází k změnám v informovanosti o nemoci. V mnoha případech jde přebírání zjednodušených postupů otevřeného jednání s pacientem bez návaznosti psychologických a psychotherapeutických služeb. Takto podané informace o zdravotním stavu postrádají smysl. Podávání informací je proces, nikoli jednorázový akt. Musíme si klást otázku kdy, komu a jakým způsobem sdělit informace o nemoci. Jakmile je jasná diagnóza, seznamujeme s podstatou nemoci a způsobem léčby nemocné co nejdříve. Většinu nemocných zajímá přesné znění diagnózy, zajímají se o prognózu a průběh léčby. Často se diskutuje otázka, zda nemocného předem seznámit s vedlejšími účinky léčby. Citlivější jedinci můžou reagovat autosugescí. Jindy to může být spíše ku prospěchu. Například si ženy mohou zajisti epitézu (náhradu prsu) nebo paruku (při ztrátě vlasů po chemoterapii) a tyto informace budou mít psychoprofylaktický význam.

Další důležitou otázkou je, komu informace podávat. Podáváme je všem nemocným s dodržováním zcela individuálního přístupu. Výjimku tvoří osoby s výraznou psychopatologií nebo pacienti, kteří si informace nepřejí. Informace podáváme opakovaně a se zřetelem na osobnost nemocného. Lékař si rozhovor s pacientem musí připravit a zajistit si dostatek času a vhodné prostředí. Musí být empatický a udržovat komunikaci. Nemocného respektuje jako partnera, ať jsou jeho názory a reakce jakékoli. Musí podporovat angažovanost nemocného v léčbě, podporovat jeho slovní projevy, tolerovat výkyvy nálad a nezaujímat k nim hodnotící soudy. Každý nemocný volí svojí osobní strategii v boji s nemocí. Zdravotníci jsou poradci nemocného a podílí se na zachování co největší kvality jeho života. Musí se naučit správně komunikovat, naslouchat a být empatickými. Nesmí se schovávat za lékařské výrazy jako za obranný štít. Příkladem může být desatero podávání informací. (Příloha č. 11) S tímto desaterem seznámíme i rodinné příslušníky a přátele nemocných. (Klener, 1998)

2.6 KVALITA ŽIVOTA

„Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví“

(Aristoteles)

Kvalita života se týká toho, jak pacient celou svou situací vnímá a hodnotí. Pro mnoho z nás je důležitá kvantita života tedy délka. Udává se v počtu odžitých let. Je tedy poměrně jednoduše a srozumitelně stanovená. Jak, ale vymezit pojem kvalita života? V širším pojetí jde o morální hodnotu. Rozhodně se dá říct, že jí musíme posuzovat zcela individuálně. Je charakterizována každým z nás, je tedy individuální. Je dána i společností ve které jednotlivec žije a jejíž hodnoty sdílí, vzájemnými vztahy mezi lidmi a uspokojováním základních potřeb.

Co lidé existují, zamýšlí se nad svým životem. Pokud se v současné době zabýváme kvalitou života, souvisí to většinou s tím, že do našich životů přišla nemoc nebo i s tím, že v naší společnosti přibývá starých lidí. Stárí i nemoc v našich myslích právě úzce souvisí se smysluplností našeho života. O zdravotním stavu pacienta nesmíme pouze jako o fyzickém stavu, ale v širším, holistickém pojetí, tedy i psychickém, sociálním a duchovním.

Při hodnocení kvality života jednotlivce – pacienta se vychází ze subjektivního hodnocení. Hodnotí vlastní kvalitu života podle osobních hodnot, představ, očekávání a přesvědčení. Druzí mohou kvalitu života posuzovat pouze po stránce fyzické např. nechodí, ale nakolik je kvalita života nechodícího ztížena posoudí opět jen on sám. Proto se v objektivním hodnocení omezujeme na schopnost sebeobsluhy, soběstačnosti, komunikace a celkový psychický stav. Jestliže cílem léčby je zachování biologického života, cílem ošetrovatelské péče by měla být kvalita života. (Křivohlavý, 2002)

3. EMPIRICKÁ ČÁST

Cíle empirické části jsou rozděleny podle skupiny respondentů. V první části výzkumu jsou dotazovanou skupinou pacienti a v druhé všeobecné sestry. Společným cílem obou částí výzkumu je zjištění kvality paliativní péče v nemocničním prostředí.

3.1 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

3.1.1 Cíle první části výzkumu

- zjistit stav paliativní péče v nemocničním prostředí z pohledu pacientů
- zjistit prioritní potřeby pacientů a míru jejich uspokojování
- zjistit informovanost nemocných o jejich diagnóze, léčbě a s ní souvisejících postupech
- zjistit jakou měrou jsou pacienti a jejich blízcí zapojeni do péče
- stanovit největší obavy pacientů
- zjistit zda byli nemocní seznámeni s možností jiné péče než v nemocničním prostředí

3.1.2 Cíle druhé části výzkumu

- zjistit orientovanost zdravotníků v problematice paliativní péče
- zjistit míru znalostí zdravotníků o paliativní péči
- zjistit míru monitorace a saturace potřeb nevyléčitelně nemocných a umírajících na standardním oddělení
- zjistit podíl jiné než nemocniční péče na paliativní péči
- stanovit uspokojování základních potřeb nemocných a zda je naplňován holistický přístup

3.2 VZOREK RESPONDENTŮ

V první části výzkumu jsem oslovila pacienty hospitalizované na standardním oddělení v Nemocnici Jihlava. Hospitalizace v nemocnici byla prvním kritériem. Dalším kritériem bylo, aby trpěli závažným nebo chronickým onemocněním. Cílem bylo získat skupinu 100 respondentů. Pro tento účel bylo nutné rozdat 104 dotazníků. To znamená, že návratnost dotazníku byla 96,15%. Všichni pacienti předem souhlasili s vyplněním dotazníku. Jednalo se o 42 žen a 58 mužů.

V druhé části výzkumu jsem o spolupráci požádala všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních chirurgie, onkologie, urologie, neurologie, interním, TRN, ORL a ODN. Šlo o sestry pracující v nepřetržitém provozu u lůžka na standardních ošetrovacích jednotkách v Nemocnici Jihlava. Cílem nebyla kritika určitého oddělení, ale zjistit stav paliativní péči v nemocnici v širším kontextu. Pro získání skupiny 100 respondentů, bylo nutné oslovit 119 všeobecných sester ve věku od 19 do 60 let. Návratnost dotazníků byla 84,03%.

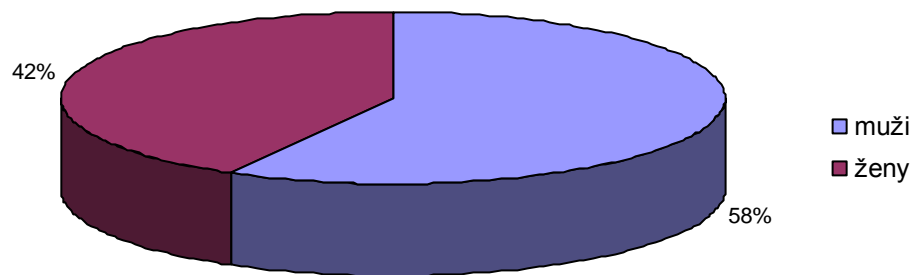
3.3 METODIKA VÝZKUMU

Ke zjištění stanovených cílů obou částí výzkumu byla zvolena metoda dotazníku. Dotazník jsem sestavila samostatně, z informací získaných v teoretické části a na základě vlastních zkušeností získaných v péči o nevléčitelně nemocné. V obou dotaznících byl použit výběr z několika možností odpovědí. Otázky byly sestaveny tak, aby jim respondenti rozuměli a vybrali si vždy jednu z možností, které zakroužkují. V dotazníku č. 2 byla u třech otázek možnost volné odpovědi (otázka č.5, 6, 9). Dotazníky se skládají ze dvou částí – část anamnestická a vlastní část dotazníku, kterou tvoří v dotazníku č. 1 třináct otázek a v dotazníku č. 2 dvanáct otázek. Pro skupinu respondentů – pacienti byl určen dotazník č. 1 (Příloha č. 12). Ta byla ještě v konečném hodnocení rozdělena na skupinu mužů a žen. Pro skupinu respondentů – všeobecné sestry byl sestaven dotazník č. 2 (Příloha č. 13). Oba dotazníky sledují stejné téma – paliativní péče v nemocničním prostředí a spojují je tématicky cíle této péče. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Mezi pacienty jsem rozdala 106 dotazníků a mezi sestry 119. Cílem bylo získat vzorek 100 dotazníku z každé cílové skupiny. Při zpracování otázek s možností výběru z několika odpovědí jsem pro názornost použila grafy (barevný graf výsečový) a u otázek s volnou odpovědí tabulky.

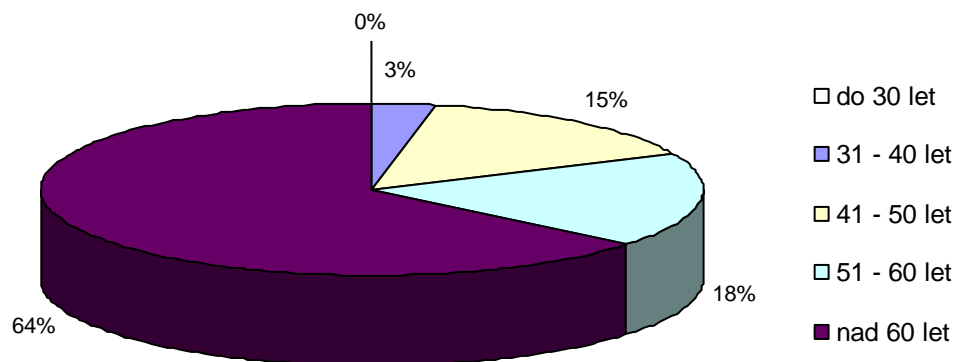
3.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

3.4.1 Výsledky anamnestické části dotazníku č. 1

Graf č.1: Pohlaví respondentů



Graf. č.2: Věk respondentů

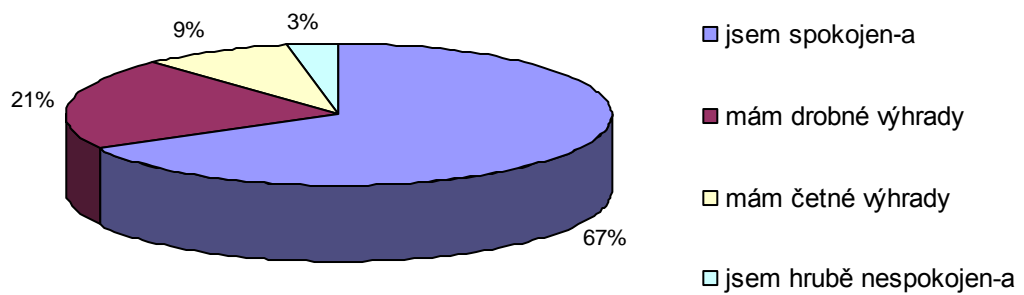


3.4.2 Výsledky vlastní části dotazníku č.1

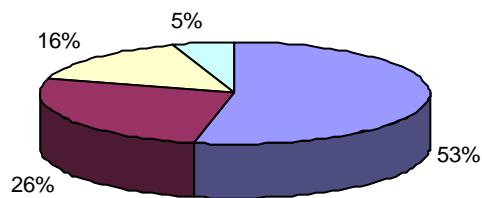
Otázka č. 1: **Jaká je péče, která je Vám poskytována v nemocnici?**

- a) jsem spokojen-a
- b) mám drobné výhrady
- c) mám četné výhrady
- d) jsem hrubě nespokojen-a

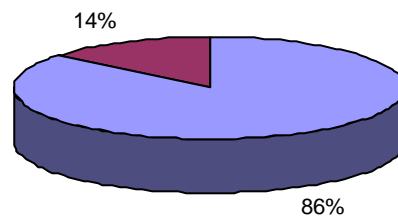
Graf č. 3: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č.1 –
- dotazník č. 1



Graf č. 4: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 1 – dotazník č. 1



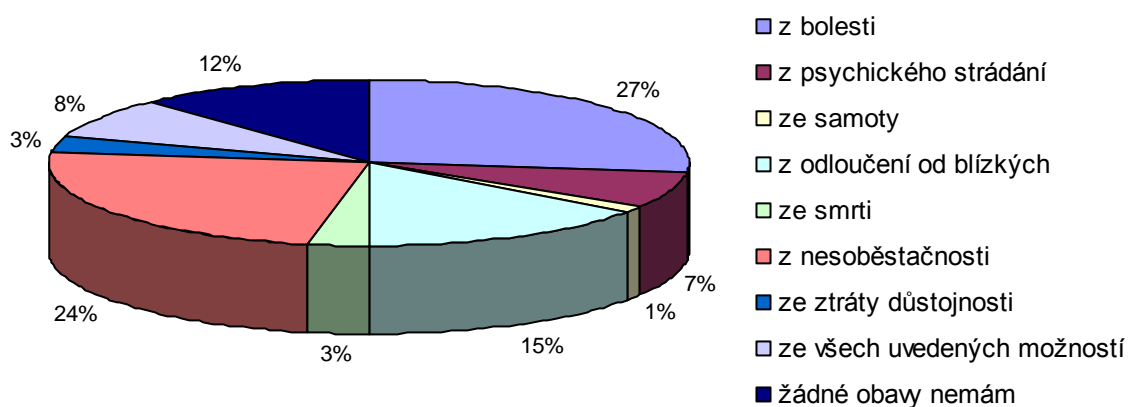
Graf č. 5: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 1 – dotazník č. 1



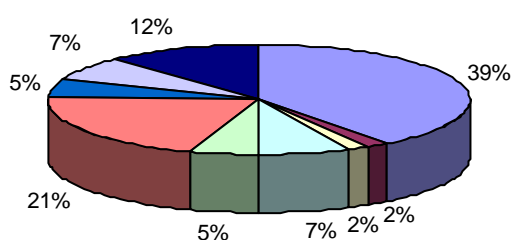
Otázka č. 2: Z čeho máte v nemocnici největší obavu?

- a) z bolesti
- b) z psychického strádání
- c) ze samoty
- d) z odloučení od blízkých
- e) ze smrti
- f) z nesoběstačnosti
- g) ze ztráty důstojnosti
- h) ze všech uvedených možností
- i) žádné obavy nemám

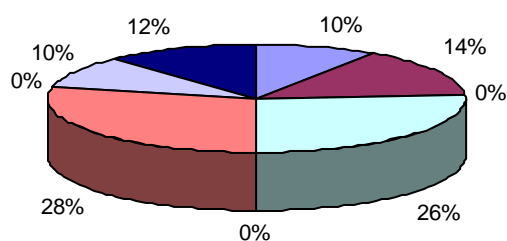
Graf č. 6: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č.2 – dotazník č. 1



Graf č. 7: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 2 – dotazník č. 1



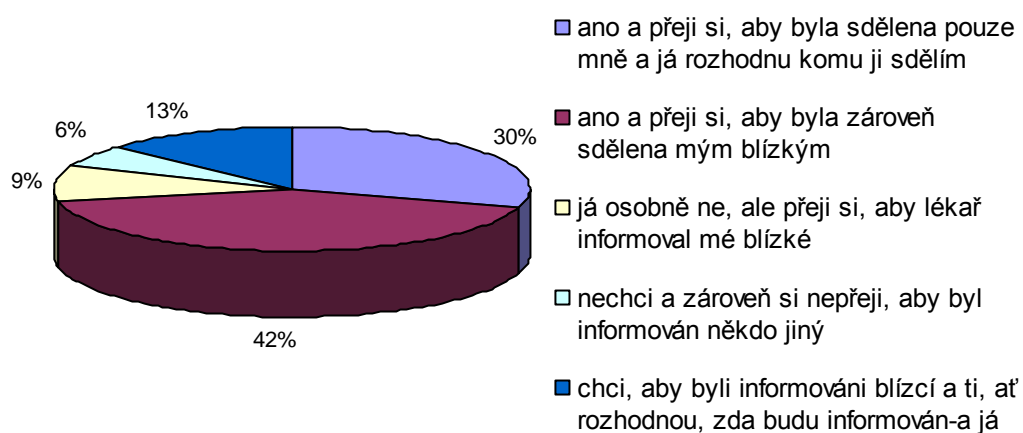
Graf č. 8: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 2 – dotazník č. 1



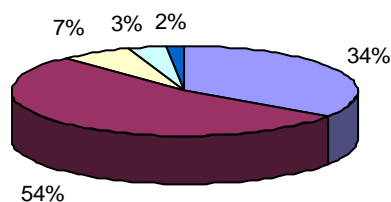
Otázka č. 3: Chtěl-a jste nebo chcete znát svou diagnózu, ať už je jakákoli?

- a) ano a přeji si, aby byla sdělena pouze mně a já rozhodnu komu ji sdělím
- b) ano a přeji si, aby byla zároveň sdělena mým blízkým
- c) já osobně ne, ale přeji si, aby lékař informoval mé blízké
- d) nechci a zároveň si nepřeji, aby byl informován někdo jiný
- e) chci, aby byli informováni blízcí a ti, ať rozhodnou, zda budu informován-a já

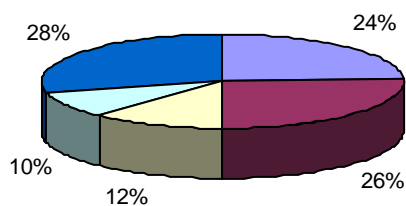
Graf č. 9: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 3 -
- dotazník č. 1



Graf č. 10: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 3 – dotazník č. 1



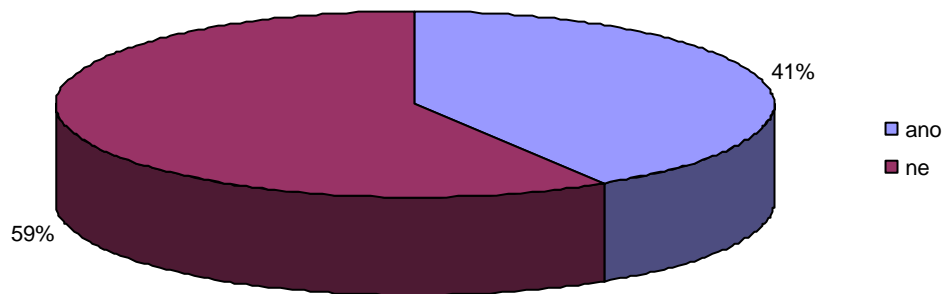
Graf č. 11: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 3 – dotazník č. 1



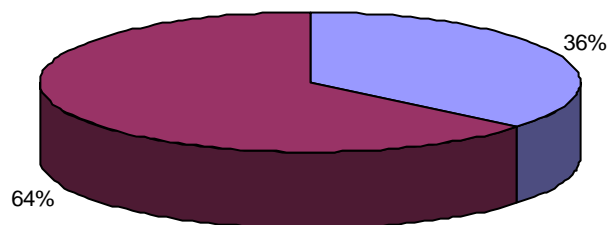
Otázka č.4: **Přemýšlel-a jste někdy nad možností odmítnout léčbu?**

- a) ano
- b) ne

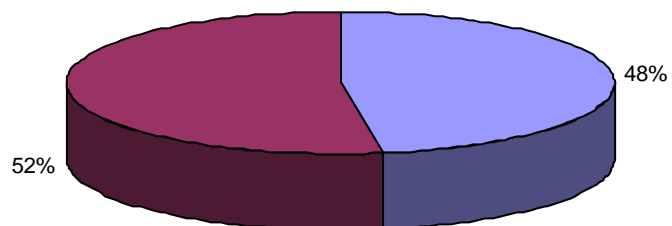
Graf č. 12: *Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 4 - dotazník č. 1*



Graf č. 13: *Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 4 – dotazník č. 1*



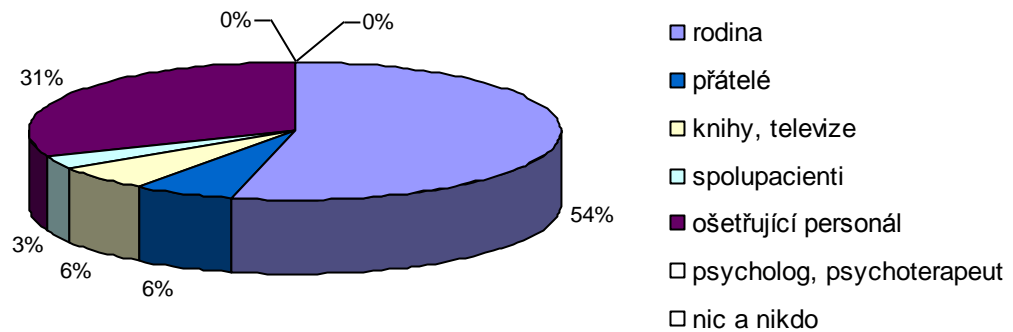
Graf č. 14: *Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 4 – dotazník č. 1*



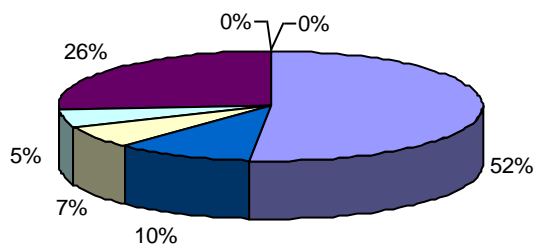
Otázka č. 5: **Kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá pobyt v nemocnici zvládnout?**

- a) rodina
- b) přátelé
- c) knihy, televize
- d) spolupacienti
- e) ošetřující personál
- f) psycholog, psychoterapeut
- g) nic a nikdo

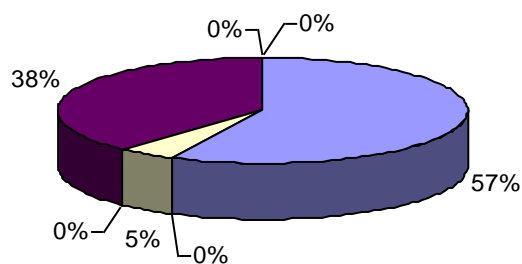
Graf č. 15: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 5 – dotazník č. 1



Graf č. 16: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 5 – dotazník č. 1



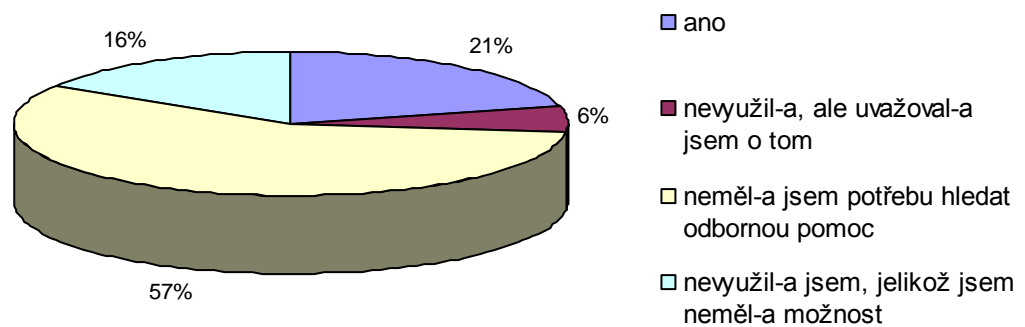
Graf č. 17: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 5 – dotazník č. 1



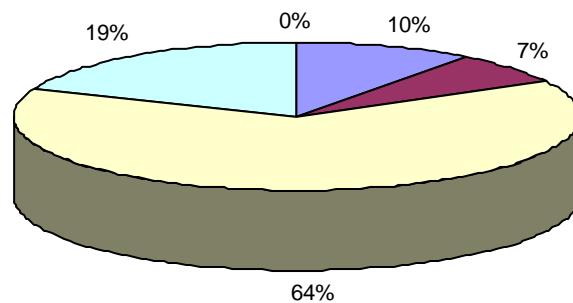
Otázka č. 6: **Využil-a jste v průběhu léčby nebo při sdělení diagnózy pomoc psychologa?**

- a) ano
- b) nevyužil-a, ale uvažoval-a jsem o tom
- c) neměl-a jsem potřebu hledat odbornou pomoc
- d) nevyužil-a jsem, neměl-a jsem možnost

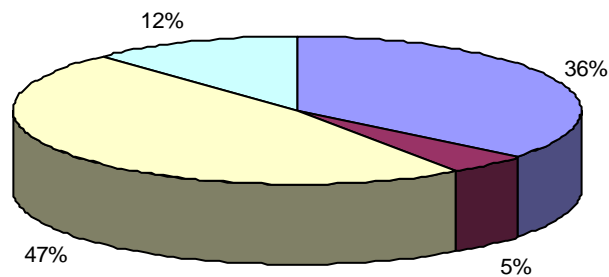
Graf č. 18: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 6 – dotazník č. 1



Graf č. 19: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 6 – dotazník č. 1



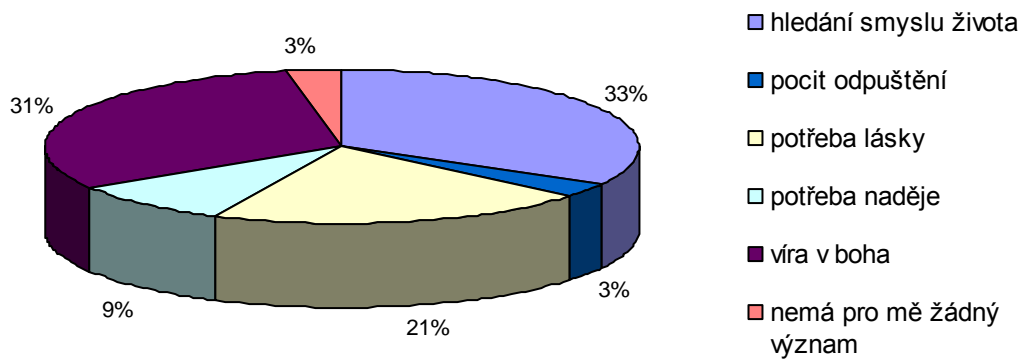
Graf č. 20: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 6 – dotazník č. 1



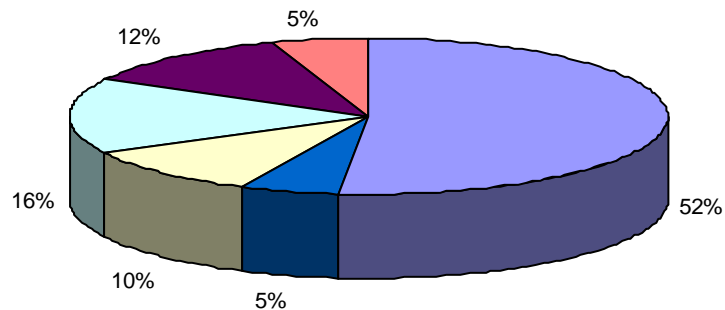
Otázka č. 7: Co pro Vás znamená duchovní potřeba?

- a) hledání smyslu života
- b) pocit odpuštění
- c) potřeba lásky
- d) potřeba naděje
- e) víra v boha
- f) nemá pro mě žádný význam

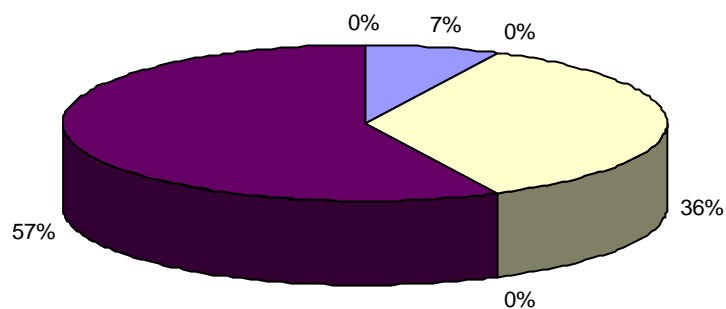
Graf č. 21: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č.7 –
- dotazník č. 1



Graf č. 22: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 7 – dotazník č. 1



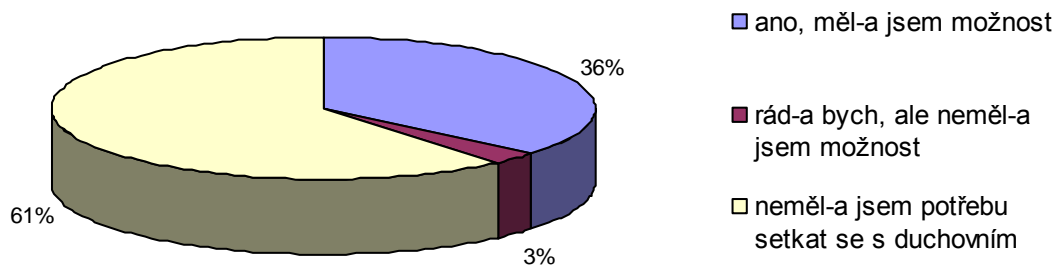
Graf č. 23: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 7 – dotazník č. 1



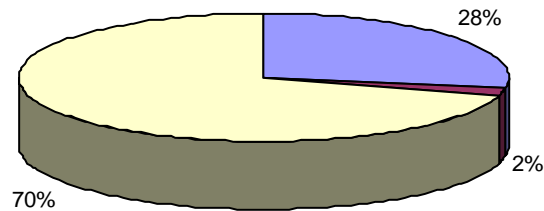
Otázka č. 8: **Měl-a jste možnost při pobytu v nemocnici navštívit duchovního?**

- a) ano, měl-a jsem možnost
- b) rád-a bych, ale neměl-a jsem možnost
- c) neměl-a jsem potřebu setkat se s duchovním

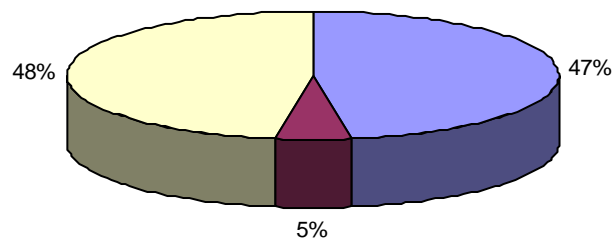
Graf č. 24: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 8 –
- dotazník č. 1



Graf č. 25: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 8 – dotazník č. 1



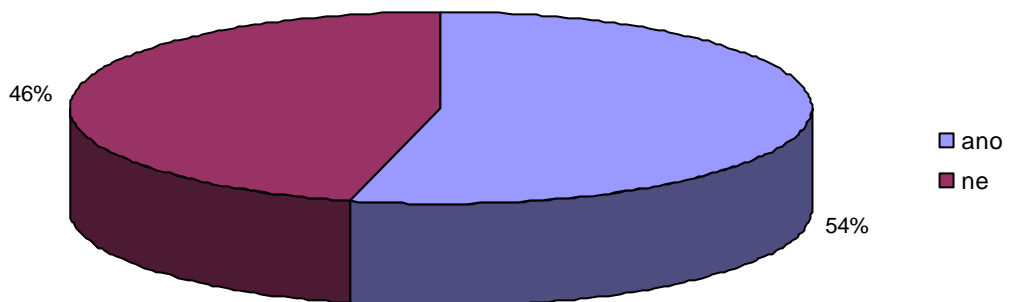
Graf č. 26: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 8 – dotazník č. 1



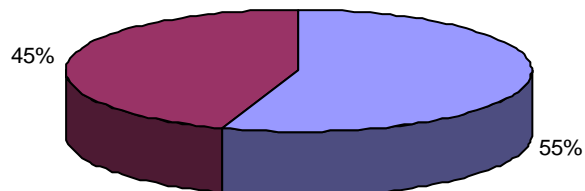
Otázka č. 9: **Měla Vaše nemoc závažný dopad na Vaši rodinu nebo pracovní situaci?**

- a) ano
- b) ne

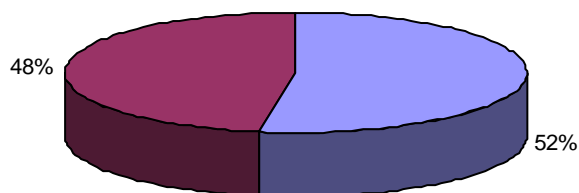
Graf č. 27: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 9 –
- dotazník č. 1



Graf č. 28: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 9 – dotazník č. 1



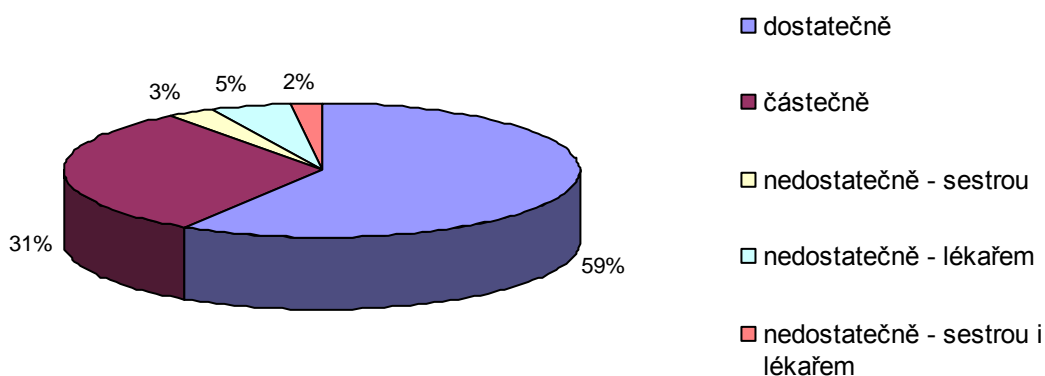
Graf č. 29: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 9 – dotazník č. 1



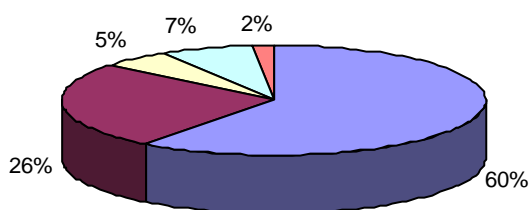
Otázka č. 10: **Domníváte se, že jste byl-a o průběhu léčby a možnostech péče informován-a:**

- a) dostatečně
- b) částečně
- c) nedostatečně...nedostatky vnímáte především v podávání informací
 - sestrou
 - lékařem
 - sestrou i lékařem

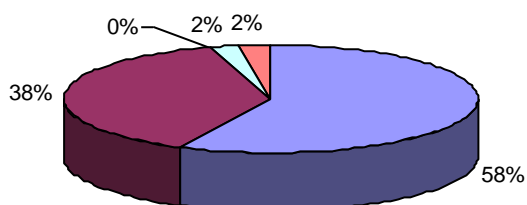
Graf č. 30: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 10 – dotazník č. 1



Graf č. 31: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 10 – dotazník č. 1



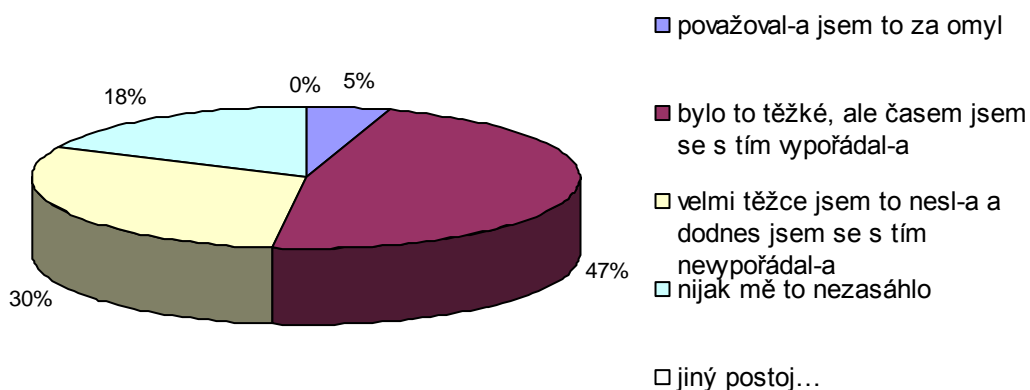
Graf č. 32: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 10 – dotazník č. 1



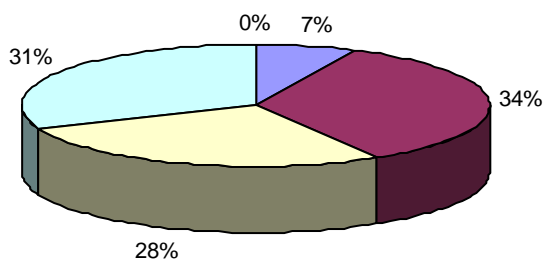
Otázka č.11: Jaká byla Vaše reakce na sdělení diagnózy?

- a) považoval-a jsem to za omyl
- b) bylo to těžké, ale časem jsem se s tím vypořádal-a
- c) velmi těžce jsem to nesl-a a dodnes jsem se s tím nevypořádal-a
- d) nijak mě to nezasáhlo
- e) jiný postoj...

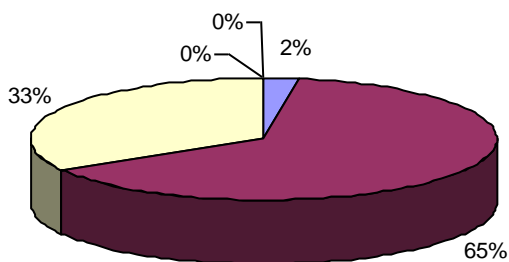
Graf č. 33: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 11 – dotazník č. 1



Graf č. 34: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 11 – dotazník č. 1



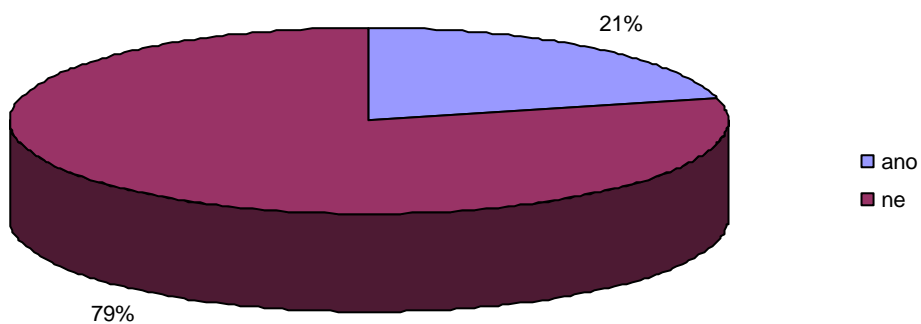
Graf č. 35: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 11 – dotazník č. 1



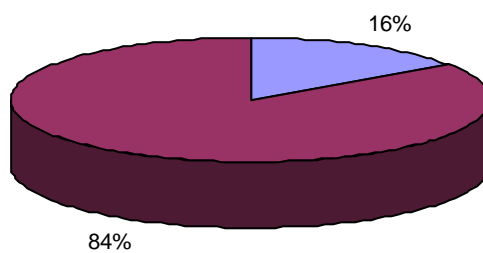
Otázka č. 12: **Byl Vám nabídnut jiný způsob péče než v nemocnici (např. hospic, domácí péče)?**

- a) ano
- b) ne

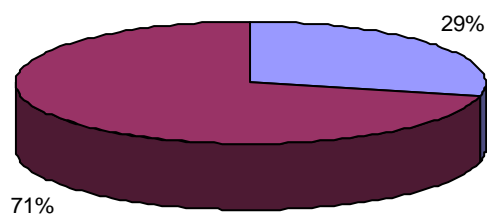
Graf č. 36: *Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 12 – dotazník č. 1*



Graf č. 37: *Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 12 – dotazník č. 1*



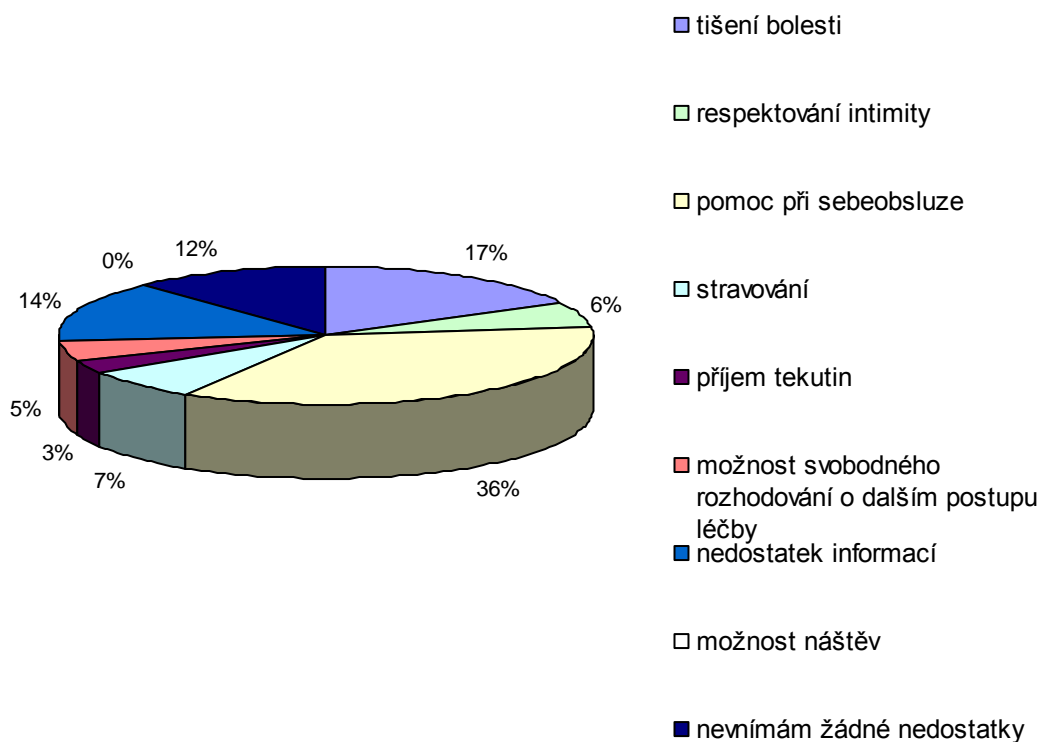
Graf č. 38: *Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 12 – dotazník č. 1*



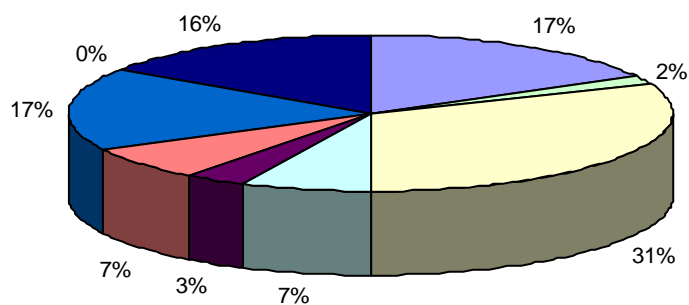
Otázka č.13: Největší nedostatky personálu v oblasti uspokojování Vašich potřeb vnímáte v oblasti:

- a) tišení bolesti
- b) respektování intimity (při koupání, vyprazdňování, vyšetřování...)
- c) pomoc při sebeobsluze
- d) stravování
- e) příjem tekutin (trpíte-li žízní)
- f) možnost svobodného rozhodování o dalším postupu léčby
- g) nedostatek informací
- h) možnost návštěv
- i) nevnímám žádné nedostatky

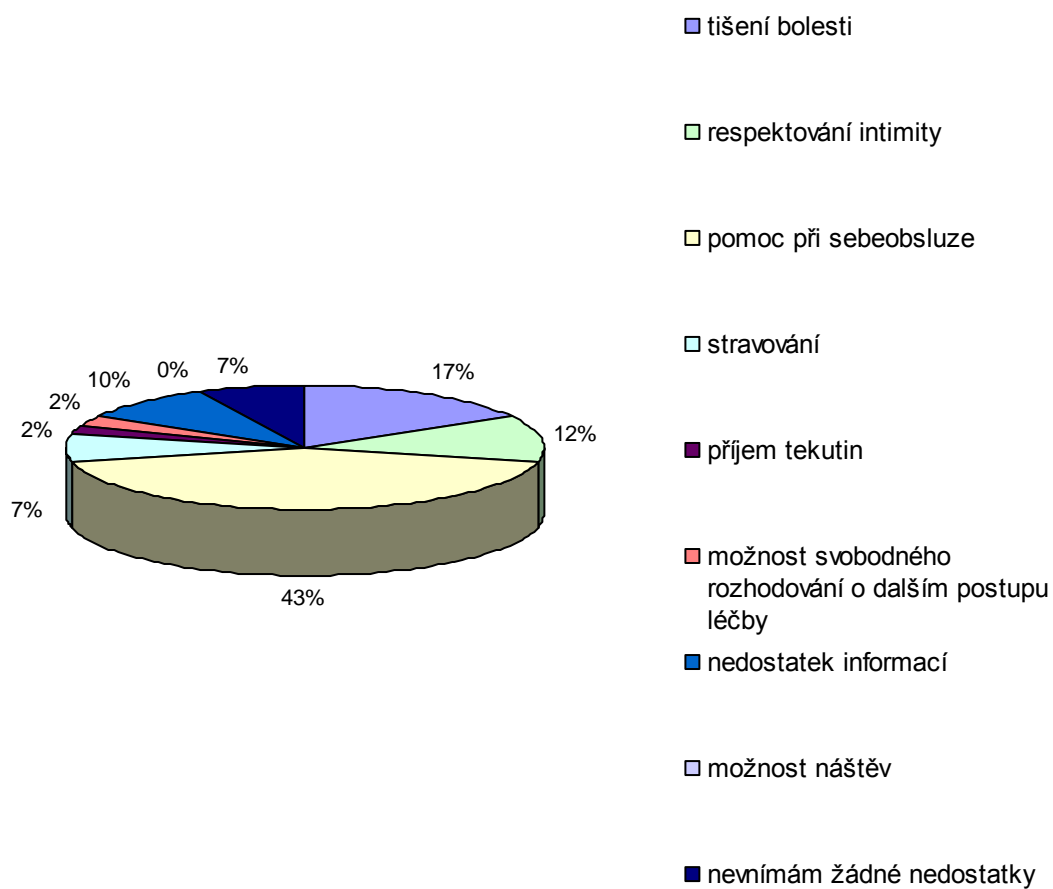
Graf č. 39: Zastoupení odpovědí z celkového počtu respondentů na otázku č. 13 –
- dotazník č. 1



Graf č. 40: Zastoupení odpovědí mužů na otázku č. 13 – dotazník č. 1

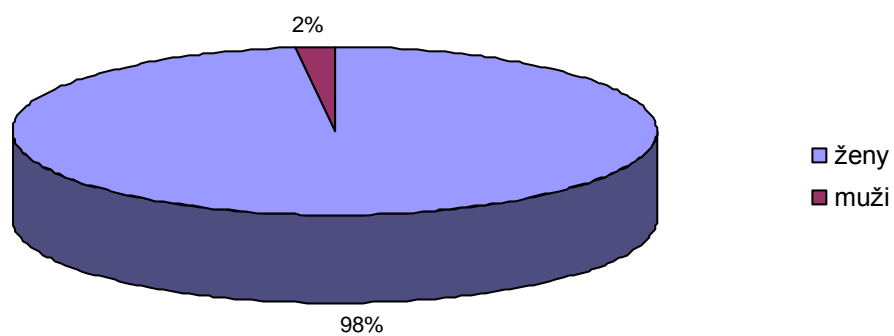


Graf č. 41: Zastoupení odpovědí žen na otázku č. 13 – dotazník č. 1

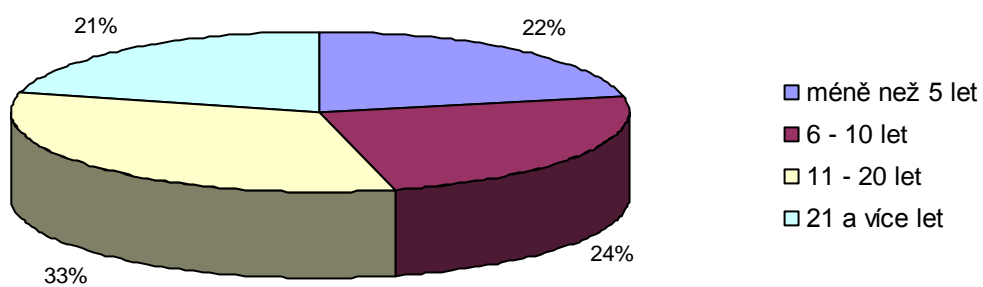


3.4.3 Výsledky anamnestické části dotazníku č. 2

Graf č. 42: Pohlaví respondentů



Graf č. 43: Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

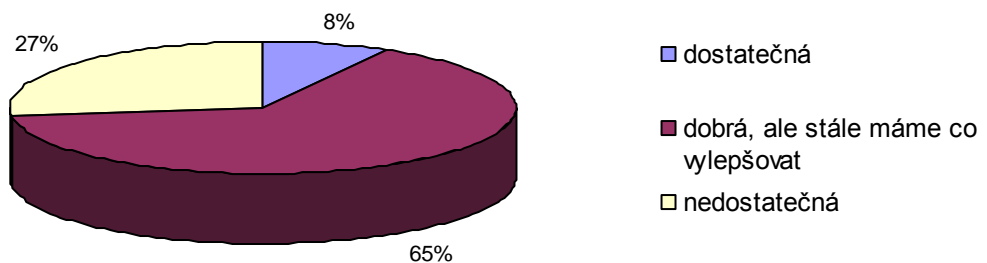


3.4.4 Výsledky vlastní části dotazníku č. 2

Otázka č. 1: **Podle Vašeho názoru je péče o nevléčitelně nemocné a umírající v nemocničním prostředí v současné době:**

- a) dostatečná
- b) dobrá, ale stále máme co vylepšovat
- c) nedostatečná

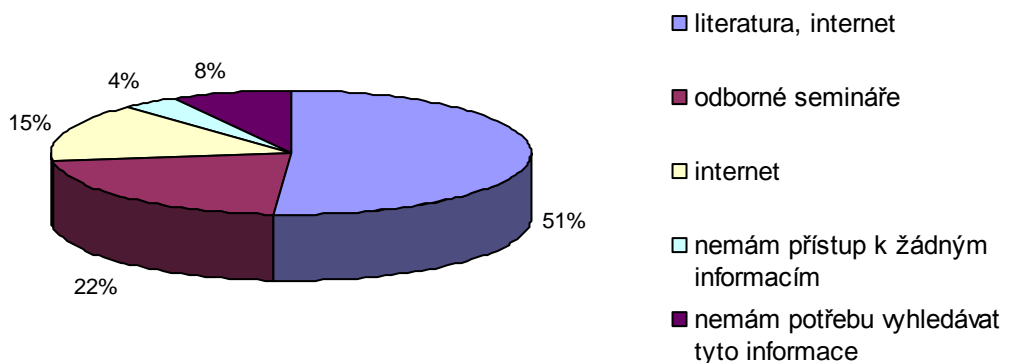
Graf č. 44: Zastoupení odpovědí na otázku č. 1 – dotazník č. 2



Otázka č. 2: **Informace o možnostech paliativní péče nejvíce čerpáte z:**

- a) literatury, odborných časopisů
- b) odborných seminářů
- c) internetu
- d) nemám přístup žádným informacím
- e) nemám potřebu vyhledávat tyto informace

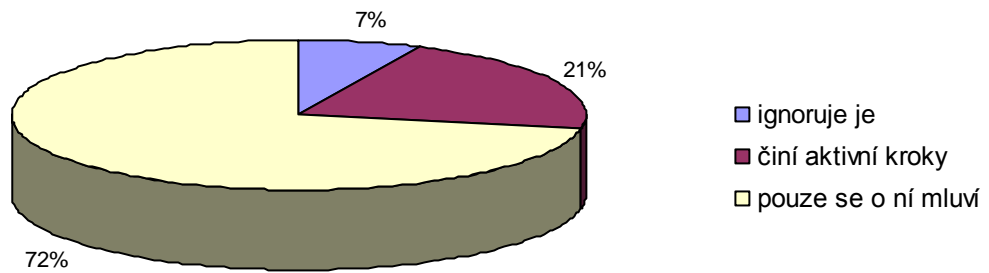
Graf č. 45: Zastoupení odpovědí na otázku č. 2 – dotazník č. 2



Otázka č. 3: **Jaký postoj má podle Vás společnost k péči o nevléčitelně nemocné a umírající?**

- a) ignoruje je
- b) činí aktivní kroky
- c) pouze se o ní mluví

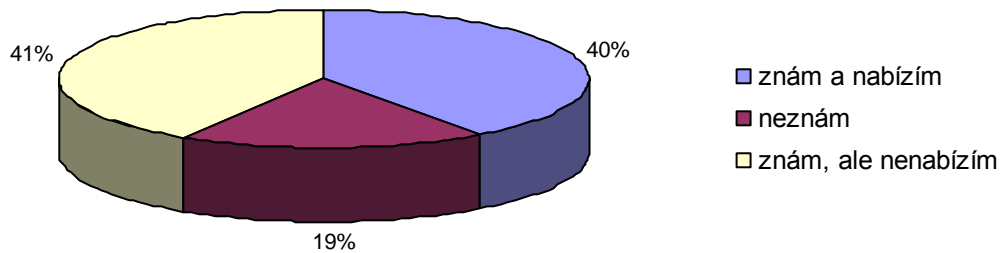
Graf č. 46: Zastoupení odpovědí na otázku č. 3 – dotazník č. 2



Otázka č. 4: **Znáte a nabízíte pacientům možnosti jiné paliativní péče, než je péče v nemocnici?**

- a) znám a nabízím
- b) neznám
- c) znám, ale nenabízím

Graf č. 47: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4 – dotazník č. 2



Otázka č.5: Které potřeby vnímáte u nevléčitelně nemocných a umírajících za prioritní?

Tabulka č. 1: Zastoupení odpovědí na otázku č.5 z celkového počtu respondentů dotazníku č. 2

POTŘEBY	%
1. tišení bolesti	62
2. kontakt s blízkými	50
3. biologické potřeby	28
4. psychické potřeby	21
5. sebeúcta – důstojnost	18
6. duchovní potřeby	14
7. hygiena	10
soukromí	10
empatie	10
8. kvalitní ošetrovatelská péče	9
komunikace	9
10. výživa	8
prostředí	8
11. jistota a bezpečí	7
12. žádné potřeby neuvedli	3
13. kvalita života	1
domácí prostředí	1

Otázka č. 6: **Které potřeby u nevléčitelně nemocných a umírajících na Vašem oddělení skutečně monitorujete?**

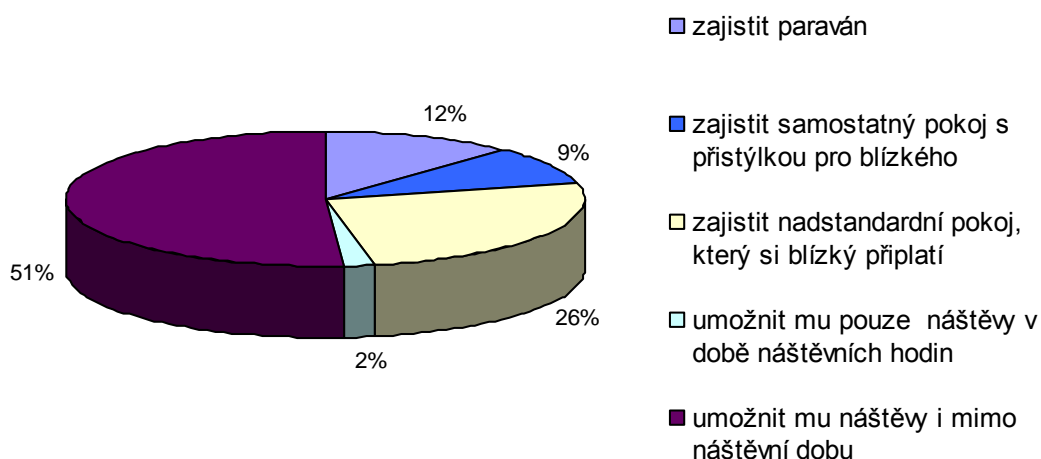
Tabulka č. 2: *Zastoupení odpovědí na otázku č. 6 z celkového počtu respondentů dotazníku č. 2*

MONITOROVANÉ POTŘEBY	%
1. bolest	47
2. biologické potřeby	31
3. žádné	25
4. kontakt s rodinou	15
5. příjem tekutin, výživa	14
6. psychické potřeby	11
7. vyprazdňování	9
8. hygiena	8
9. péče o dekubity	7
10. analgetika	5

Otázka č. 7: **Pokud blízký umírajícího vyjádří přání, být mu ve smrti nablízku, jsme schopni:**

- zajistit paraván
- zajistit samostatný pokoj s přistýlkou pro blízkého
- zajistit nadstandardní pokoj, který si blízký připlatí
- umožnit mu pouze návštěvy v době návštěvních hodin
- umožnit mu návštěvy i mimo návštěvní dobu

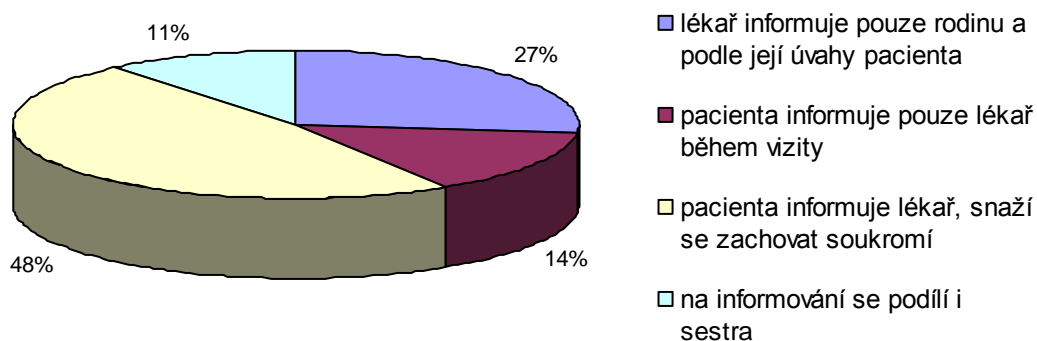
Graf č. 48: Zastoupení odpovědí na otázku č. 7 – dotazník č. 2



Otázka č. 8: **Jakým způsobem informujete pacienta o zdravotním stavu a diagnóze?**

- lékař informuje pouze rodinu a podle její úvahy pacienta
- pacienta informuje pouze lékař během vizity
- pacienta informuje lékař, snaží se zachovat soukromí
- na informování se podílí i sestra

Graf č. 49: Zastoupení odpovědí na otázku č. 8 – dotazník č. 2



Otázka č. 9: **Bolest u pacientů na Vašem pracovišti hodnotíte podle:**

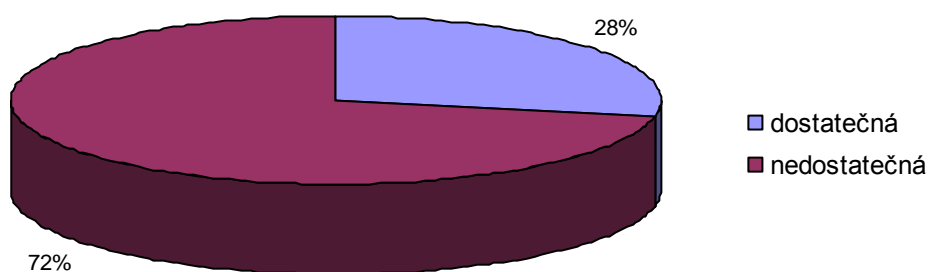
Tabulka č. 3: *Zastoupení odpovědí na otázku č. 9 z celkového počtu respondentů dotazníku č. 2*

MONITOROVÁNÍ BOLESTI	%
1. škála bolesti 1 - 10	41
2. verbální projev	34
3. nehodnotí	21
4. neverbální projev	19
5. podle diagnózy	17
6. mapy bolesti	6

Otázka č. 10: **Jaká je podle Vás péče o psychické strádání nevyléčitelně nemocných a umírajících?**

- a) dostatečná
- b) nedostatečná

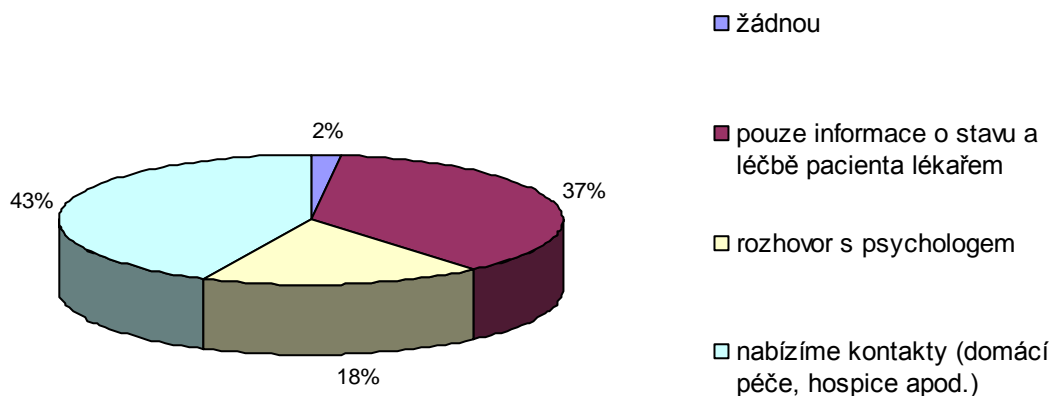
Graf č. 50: *Zastoupení odpovědí na otázku č. 10 – dotazník č. 2*



Otázka č. 11: **Jaký druh podpory nabízíte blízkým nevléčitelně nemocným a umírajících?**

- a) žádnou
- b) pouze informace o stavu a léčbě pacienta lékařem
- c) rozhovor s psychologem
- d) nabízíme kontakty (domácí péče, hospice apod.)

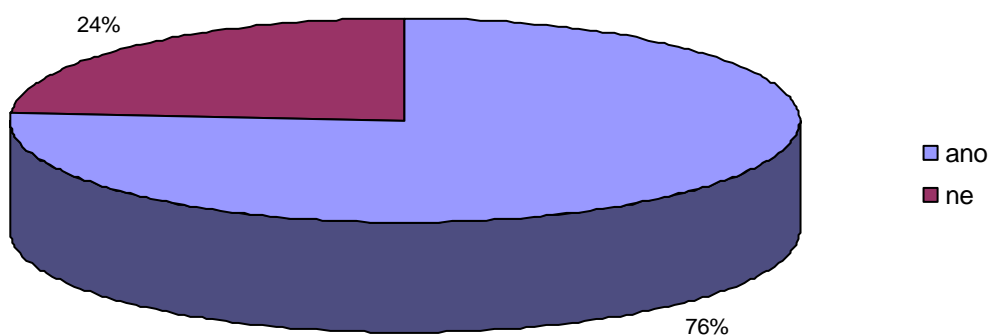
Graf č. 51: Zastoupení odpovědí na otázku č. 11 – dotazník č. 2



Otázka č. 12: **Mají možnost Vaši pacienti a jejich blízcí využít duchovní služby?**

- a) ano
- b) ne

Graf č. 52: Zastoupení odpovědí na otázku č. 12 – dotazník č. 2



4. DISKUSE

4.1 DISKUSE K PRVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU

Jaká je péče, která je Vám v nemocnici poskytována? (otázka č.1) Jedním z hlavních cílů mé práce bylo zjistit, jak vnímá poskytovanou péči v nemocnici samotný pacient. 67% pacientů je spokojena. Výsledek by mohl být na první pohled uspokojivý. Musím však podotknout, že 21% pacientů má k péči drobné výhrady, 9% čtené a 3% je hrubě nespokojena. V dalších bodech výzkumu se dozvíme, že existují i čtená „ale“. Vzhledem k mému rozdělení výzkumu na muže a ženy je zajímavé si povšimnout, že většími kritiky péče jsou muži. Ani jedna žena neuvedla, že by byla hrubě nespokojena nebo měla čtené výhrady. 86% žen byla s péčí spokojena.

Z čeho máte v nemocnici největší obavu? (otázka č.2) V této otázce bychom se měli dozvědět nejen to, které obavy z pobytu v nemocnici vyplývají, ale měli bychom se zároveň zamyslet, proč vůbec vznikají. Nejvíce se pacienti bojí bolesti (27%) a ztráty soběstačnosti (24%). Dále je to odloučení od blízkých (15%) a psychické strádání (6%). 8% respondentů dokonce projevilo obavy ze všech uvedených možností. 3% nemocných má strach ze smrti. Je zajímavé si povšimnout, že více obav vyplývá z toho, co smrti předchází než ze smrti samotné. Muži mají nejvíce strach z bolesti (40%). Na druhém místě je ztráta soběstačnosti (21%). U žen je bolest, až na pomyslném pátém místě (10%). Jejich největší obavy plynou z nesoběstačnosti (29%), z odloučení od blízkých (26%) a psychického strádání (14%). Je obecně známou pravdou, že ženy díky zkušenosti s porodem, se lépe vyrovnávají s bolestí. Naopak jsou velmi fixované na rodinu a silně prožívají psychické strádání. To u mužů bylo na posledním místě (2%).

Chtěl-a jste nebo chcete znát svou diagnózu, ať už je jakákoli? (otázka č. 3) Poměrně běžná praktika v nemocnicích je, že se závažnými informacemi je nejdříve seznámena rodina nemocného. Ta pak rozhodne, zda bude vše sděleno a jakou formou nemocnému. Přání těch, kterých se to nejvíce týká jsou opačného charakteru. 42% respondentů uvedlo, že by svou diagnózu chtělo znát a zároveň, aby byla sdělena blízkým. 30% by chtělo být plně informováno a rozhodnout komu ještě bude vše sděleno. 9% pacientů by si přálo, aby byli blízcí informováni a on sám ne. 13%

preferuje, aby rodina rozhodla, zda budou informováni. Nejvíce žen (29%) by nechtělo znát pravdu vůbec a nechtěly by ani, aby byla sdělena jejich blízkým. Tuto variantu zvolilo nejméně mužů (2%). Muži byli otevřenější vůči plné informovanosti. 54% z nich by chtělo znát pravdu a zároveň, aby byla sdělena jejich blízkým a 35% by chtělo znát pravdu s tím, že rozhodnou komu ji sdělí. I ženy byly ve většině těchto možnostem nakloněny. První možnost zvolilo 24% a druhou 26%. Jejich odpovědi nebyly však v takovém zastoupení jako u mužů.

Přemýšlel-a jste někdy nad možností odmítnout léčbu? (otázka č. 4) I když jsou pacienti seznamováni s „právy pacientů“, kde je možnost odmítnutí léčby stanovena, často jsou ze strany lékařů stavěni do pozice, že jiná možnost než se podrobit léčbě neexistuje. Jde často o postupy, které snižují kvalitu života, i když ho prodlužují. 59% oslovených pacientů plně souhlasí s lékařskými postupy. 41% někdy přemýšlelo o možnosti, že léčbu nepodstoupí. Mělo by být pro zdravotníky varováním, proč právě tolik pacientů o odmítnutí uvažuje. Na druhé straně by se měli nemocní více podílet na své léčbě. Názory mužů a žen téměř kopírují celkové výsledky. Nejsou tedy výrazné odlišnosti názorů na toto téma podle pohlaví.

Kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá pobyt v nemocnici zvládnout? (otázka č.5) Většina lidí pobyt v nemocnici omezuje na nezbytně nutnou dobu. Bohužel, některé nemoci vedou k dlouhodobým a častým pobytům. Více než polovině respondentů (54%) pomáhá tuto situaci zvládnout rodina. 31% odpovědělo, že jim je oporou ošetřující personál. Málo zdravotníků si asi uvědomuje, nakolik jsou nás pacienti závislí. 6% pomáhají přátelé, knihy a televize. 3% vidí oporu v spolupacientech. Celkově je patrné, že nemocní dávají přednost lidskému kontaktu. V nemocnici jsou podmínky protichůdné těmto potřebám. Sestra nemá na pacienta čas. Často jsem sama pacientovi řekla, když si chtěl povídat, proč si nepřečte knihu nebo nepustí televizi. Jak muži (52%) tak ženy (58%) vidí největší oporu v rodině. Na druhém místě se opět muži (26%) a ženy (38%) shodli, že další nejdůležitější oporou je ošetřující personál. Zde se nám potvrzuje, že sociální potřeby do paliativní péče právem patří a je tedy nutné se jejich uspokojováním zabývat.

Využil-a jste v průběhu léčby nebo při sdělení diagnózy pomoc psychologa? (otázka č. 6) Nejvíce respondentů (57%) nemělo potřebu hledat odbornou pomoc

psychologa. Myslím, že to souvisí s názorem, že kdo takovou pomoc vyhledá je „blázen“. Domnívám se, že většina z těchto pacientů na to alespoň skrytě pomyslela. 21% pomoc využilo. 16% nevyužilo z důvodu, že neměli možnost. 6% pacientů o tom alespoň uvažovalo. V nemocnici tato služba je. Myslím však, že problém je v lékařích, kteří nejsou zvyklí tyto možnosti brát v úvahu, jako součást léčby. Většina mužů (64%) a 47% žen tuto potřebu nepociťovala. Na druhé straně 36% žen této možnosti využilo, ale z mužů to bylo jen 10%. To, že muži o svých pocitech neradi mluví, vychází z jejich podstaty a výchovy. Jak bylo výše uvedeno, nepociťují to ani jako potřebu.

Co pro Vás znamená duchovní potřeba? (otázka č.7) Musíme si uvědomit, že duchovní potřeba nesouvisí jenom s náboženstvím a vírou v Boha. Pro 33% nemocných to znamená hledání smyslu života. 31% považuje za naplnění této potřeby víru v Boha. 21% má potřebu lásky a 9% potřebu naděje. Je tedy zřejmé, že přes polovinu oslovených tuto potřebu nespojuje s náboženstvím. Pro 3% je to pocit odpuštění. Pro nejvíce žen (57%) je to víra v boha. Muži na opak spojují tuto potřebu s hledáním smyslu života (52%). Potvrzuje se, že založení mužů a žen a vnímání kvality duchovního života může být naprosto odlišné.

Měl-a jste možnost při pobytu v nemocnici navštívit duchovního? (otázka č. 8) Domnívám se, z vlastní zkušenosti, že tato služba se již stává standardem. 36% tuto službu využilo. 61% tuto potřebu nepociťovalo. 3% nebyla tato možnost nabídnuta. Potvrzuje se, že duchovní služba je nabízena a ze strany pacientů i využívána. 71% mužů nemělo potřebu tuto službu využít. Výsledek tak navazuje na předešlou otázku a potvrzuje, že víra není pro muže v nemoci prioritní. 48% žen využilo návštěvy duchovního. Naopak 48% žen tuto potřebu nemělo.

Měla Vaše nemoc závažný dopad na Vaši rodinu? (otázka č. 9) Mnoho pacientů tíží i sociální situace rodiny. Ženy nejsou schopny zajistit domácnost, obstarat děti. Muži nemohou žít a zabezpečit rodinu, chodit do práce. 54% respondentů na tuto otázku odpovědělo – ano. 46% se domnívá, že nemoc závažným způsobem neovlivnila rodinu ani zaměstnání. Odpovědi mužů a žen jsou téměř identické s celkovým výsledkem. Na toto tvrzení se názory podle pohlaví příliš neliší.

Domníváte se, že jste byl-a o průběhu léčby a možnostech péče informován-a? (otázka č. 10) Většina zdravotníků si ani neuvědomuje, jak často používá cizí termíny a slova nebo nekomunikuje s pacienty vůbec. I když se 59% nemocných domnívá, že jsou informováni dostatečně, 31% si to myslí už jen částečně a 10% považuje podávání informací za nedostatečné. Situace, která se týká informovanosti pacientů není tedy nijak uspokojivá. I v této otázce se muži projevíli opět jako větší kritici než ženy. 17% se domnívalo, že byli informováni nedostatečně. Ženy tento problém pocítily jenom v 5%. Dostatečně bylo informováno 60% mužů a 57% žen.

Jaká byla Vaše reakce na sdělení diagnózy? (otázka č. 11) Jak už bylo uvedeno v otázce č. 6, 57% nemocných nemělo potřebu psychologa vyhledat. Nižší popsané výsledky však ukazují, s jakou psychickou zátěží se vážně nemocní setkávají. 47% udává, že to bylo těžké, ale časem se s tím vypořádali. 37% to velmi těžce neslo a dodnes se s tím nevypořádalo. 5% respondentů to považovalo za omyl. Jenom 18% pacientů to nijak nezasáhlo. Nejvíce mužů (35%) to neslo těžce, ale časem se s tím vypořádali. 28% se dodnes s diagnózou nevypořádalo. Muži sice nevyhledávají ve většině případů psychologa nebo duchovního, ale 63% činilo potíže zpracovat informaci o vážné nemoci. 31% to nijak nezasáhlo. Ženy tuto situaci nesou ještě citlivěji. Těžce tuto informaci neslo 64% a dodnes se s ní nevypořádalo 33%.

Byl Vám nabídnut jiný způsob péče než v nemocnici (např. hospic, domácí péče)? (otázka č. 12) Dalším důkazem, že nemocný o tom, co se s ním bude dít příliš nerozhoduje. Můj předpoklad, že poskytovat informace tohoto druhu, není samozřejmost, se potvrdil. 79% pacientů nebylo s žádnou podobnou možností seznámeno. 29% se s touto nabídkou setkala. I v tomto případě se muži a ženy shodují. Je to však dáno tím, že to není ovlivněno jimi samotnými, ale mírou intervence ošetřujícího personálu.

Největší nedostatky personálu v oblasti uspokojování Vašich potřeb vnímáte v oblasti: (otázka č. 13) 36% respondentů v pomoci při sebeobsluze, 17% v tišení bolesti, 14% v nedostatku informací, 7% ve stravování, 6% v respektování intimity a 3% v příjmu tekutin. 12% bylo s péčí v nemocnici spokojeno. Na prvním místě u mužů i žen je pomoc při sebeobsluze. Ženy tento nedostatek uvedly v 43% a muži v 31%. Na dalším místě se shodli obě skupiny v nedostatcích v tišení bolesti. Ženy i muži v 17%.

Výrazný rozdíl je ve vnímání respektování intimity. Pro 12% žen to byl největší nedostatek. Mužům nedodržování intimity vadilo ve 2%. Muži (17%) oproti ženám (10%) pociťovali neuspokojení možnosti svobodného rozhodování o dalším postupu léčby.

4.2 DISKUSE K DRUHÉ ČÁSTI VÝZKUMU

Podle Vašeho názoru je péče o nevléčitelně nemocné a umírající v nemocničním prostředí v současné době: (otázka č. 1) 65% zdravotních sester se domnívá, že stav paliativní péče v nemocnicích je dobrý, ale stále je co vylepšovat. 27% tuto péči považuje za nedostatečnou. Pouze pro 8% dotázaných je péče dostatečná. Paliativní péče nemůže být v současných podmínkách nemocnic dostatečná. Obzvláště klade-li velké požadavky na počet ošetřujícího personálu. Ani struktura standardního oddělení (vícelůžkové pokoje) situaci nevylepší.

Informace o možnostech paliativní péče nejvíce čerpáte: (otázka č. 2) 51% sester čerpá tyto informace z literatury a časopisů. 22% z odborných seminářů a 15% z internetu. 8% udalo, že nemá potřebu tyto informace vyhledávat a 4% postrádají přístup k takovým informacím. Stále mnoho sester není zvyklá vyhledávat nové zdroje informací. Já sama jsem se přesvědčila, že o paliativní péči je jich dost. Nejdostupnější jsou na internetu. Další možností, která vyžaduje více odhodlání, je stát se například dobrovolníkem (formou stáže) v nějakém hospicovém zařízení. Sama za sebe musím říci, že to byla nejcennější zkušenost.

Jaký postoj má podle Vás společnost k péči o nevléčitelně nemocné a umírající? (otázka č. 3) Je otázka, jak může sebelepší zdravotník změnit priority a postoj společnosti k této problematice, ale i jeden krok nás může posunout blíže k cíli. 72% respondentů se domnívá, že se o tomto problému pouze mluví. 21% si myslí, že se činí aktivní kroky. Podle 7% je tato péče ignorována.

Znáte a nabízíte pacientům možnosti jiné paliativní péče, než je péče v nemocnicích? (otázka č. 4) Účelem této otázky bylo zjistit nakolik se teorie stává praxí. 41% sester uznalo, že možnosti zná, ale nenabízí je. 40% zná a aktivně jiné

formy péče nabízí. 19% nezná žádné možnosti paliativní péče. V této otázce se opět odrazil problém kompetencí a informovanosti sester o problematice paliativní péče.

Které potřeby vnímáte u nevléčitelně nemocných a umírajících za prioritní? (otázka č. 5) Ve výše uvedených otázkách sestry projevují zájem o kvalitu paliativní péče a vyzvedávají její důležitost. Zajímalo mě, zda jsou schopny stanovit potřeby nevléčitelně nemocných a umírajících, a nakolik se liší od představ potřeb, které uvedli jako prioritní pacienti. Záměrně byla použita metoda volné odpovědi, aby nedošlo systematickému označení „správných odpovědí“. Jako nejdůležitější vyvstala potřeba tišení bolesti (62%). Na pomyslném druhém místě je kontakt s blízkými (50%). Dále se umístilo uspokojování biologických potřeb (28%), psychických potřeb (21%), sebeúcta a důstojnost (18%), duchovní potřeby (14%) a 10% respondentů udalo hygienu, soukromí a empatii.

Které potřeby u nevléčitelně nemocných a umírajících na Vašem oddělení skutečně monitorujete? (otázka č. 6) V předešlém dotazu jsme si udělali představu, které potřeby by měly být v paliativní péči podle sester uspokojovány. Odpovědi na tuto otázku nám ukáží, které potřeby jsou v nemocnicích skutečně monitorovány. Opět byla použita metoda volné odpovědi. 47% monitoruje bolest. Ta se stala prvořadou i v předešlé otázce. Dále to byly biologické potřeby (31%), což odpovídá představě o této péči v nemocnici, tedy péče především o tělesnou schránku. 25% sester uvedlo, že nemonitorují žádné potřeby. Dále se zaznamenává kontakt s rodinou (15%), příjem tekutin a výživa (14%) a 11% uvedlo psychické potřeby. Tyto odpovědi vystihly zásadní problém paliativní péče v nemocnici. Sestry znají potřeby pacientů, ale nemonitorují je a tím pádem, ani adekvátně neuspokojují. Ne, že by se o to nepokoušely, ale není v tom žádný systém a tedy ani uspokojivý výsledek.

Pokud blízký umírajícího vyjádří přání, být mu ve smrti nablízku, jsme schopni: (otázka č. 7) Všichni si uvědomujeme, že možnosti některých pracovišť zajistit tuto službu jsou omezené, přesto se domnívám, že dobrá vůle nikoho nic nestojí. 51% dotázaných uvedlo, že umožní návštěvy mimo dobu k tomu určenou. 26% by nabídlo nadstandardní pokoj, který si blízký připlatí. 12% sester by zajistilo paraván. V 9% by byl poskytnut samostatný pokoj s přistýlkou pro blízkého. 2% sester by umožnilo návštěvy pouze v době návštěvních hodin.

Jakým způsobem informujete pacienta o zdravotním stavu a diagnóze? (otázka č. 8) To jakým způsobem a v jakém rozsahu podávat informace pacientům je mezi zdravotnickou veřejností neukončenou debatou. Existuje přitom řada návodů, jak s těmito informacemi naložit. 48% udává, že pacienta informuje lékař a snaží se u toho zachovat soukromí. Podle 27% sester je informována pouze rodina a ta rozhodne, zda bude blízký informován. V 14% by byl nemocný informován lékařem u vizity. 11% sester uvedlo, že se podílí na poskytování informací.

Bolest na Vašem pracovišti hodnotíte podle: (otázka č. 9) Bolest figuruje na prvních místech ve výše uvedených otázkách a příkládá se jí ze stran zdravotníků vysoká důležitost. Tato otázka se snaží odhalit, zda je kvalitně monitorována. Byla použita možnost volné odpovědi. 41% sester používá k hodnocení bolesti škálu bolesti 1 – 10. 34% se spoléhá na verbální projev, tedy slovní hodnocení pacienta. 21% bolest nehodnotí. 19% příkládá důležitost i neverbálnímu projevu (mimice, gestům). 17% respondentů si myslí, že odhadne míru utrpení podle diagnózy. Jen 6% používá mapy bolesti. I když je stále co vylepšovat, je to jedna z nejlépe uspokojovaných potřeb pacientů v nemocnici. Mělo by se však více respektovat subjektivní hodnocení pacienta. Tato potřeba má jeden z nejlépe propracovaných způsobů hodnocení, který není náročný na čas.

Jaká je podle Vás péče o psychické strádání nevléčitelně nemocných a umírajících? (otázka č. 10) Jak už nám předešlé odpovědi naznačily, psychika není vnímána jako prioritní v nemocniční péči, i tak je péče o ni nedílnou součástí paliativní péče a člověka samotného. Neuspokojivý stav ukázala i analýza odpovědí. 72% sester se domnívá, že je tato péče nedostatečná. 28% jí považuje za dostatečnou. Rozhodně by se tato péče neměla omezovat na pomoc klinického psychologa nebo dokonce psychiatra. Lékaři často řeší psychické problémy nevléčitelně nemocných podáním psychofarmak. Daleko užitečnější v péči o tyto pacienty je v mnoha případech psychoterapie.

Jaký druh podpory nabízíte blízkým nevléčitelně nemocných a umírajících? (otázka č. 11) Většina sester (43%) udává, že nabízí různé kontakty, například na domácí péči. 37% se zaměřuje pouze na podávání informací o stavu a léčbě pacienta lékařem. V 18 % je možnost odborné konzultace s psychologem jak pro pacienta, tak

pro blízké. V zásadě žádná pomoc rodině ze strany nemocnice neexistuje. Je omezena na informace a kontakty všeho druhu, ale i o tom by se dalo diskutovat. Z vlastní zkušenosti vím, že jde jenom o podávání informací o léčbě, málokdy o prognóze. V případě úmrtí o příčině smrti a předání věcí zemřelého, popřípadě poskytnutí kontaktu na pohřební službu.

Mají možnost Vaši pacienti a jejich blízcí využít duchovní služby? (otázka č. 12)

Uspokojování duchovních potřeb pacientů je významnou složkou kvalitní péče o pacienty, ale i jejich rodiny. 76% sester nabízí tuto možnost. 29% udává, že tyto služby jejich oddělení nenabízí. O duchovní službě jsem v zásadě přesvědčena, že v nemocnici funguje na dostačující úrovni. Pravidelně je pacientům nabízena a umožňována.

4. ZÁVĚR

Tématem mé bakalářské práce byla kvalita ošetrovatelské paliativní péče na standardním oddělení v nemocnici. Chceme-li se pokusit vystihnout tak rozsáhlou problematiku, těchto několik stran rozhodně nestačí. Přesto jsem se pokusila vyzvednout ty nejpodstatnější problémy a podtrhnout nutnost jejich řešení.

Cílem teoretické části bylo charakterizovat paliativní péči a stanovit základní potřeby nevléčitelně nemocných a umírajících. Dále jsem zjistila možné přístupy v informování těchto pacientů. Celá práce byla pojatá z pohledu filozofie holismu. Zdrojem podkladů pro teoretickou část byla literatura, internet, semináře, zkušenosti nabyté během sedmileté praxe na plicním oddělení a stáže v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích. Ověřila jsem si, že podkladů k realizaci paliativní péče, je podle mého názoru dostatek. Problém tedy nezní jak, ale kdo bude a v jaké míře tuto péči poskytovat.

Cíle empirické části byly rozděleny na dvě části podle skupin respondentů. Záměrem bylo získat stejný počet dotázaných v obou skupinách. Obě části výzkumu byly provedeny metodou dotazníku. V první části výzkumu, byli osloveni pacienti. Cílem bylo zjistit jejich prioritní potřeby, spokojenost s poskytováním informací ze strany ošetřujícího personálu, z čeho plynou jejich největší obavy a míru zapojení blízkých do péče o ně. Tato část byla ještě rozdělena podle pohlaví, tedy jak vnímají tyto potřeby muži, a jak ženy. Druhá část výzkumu byla zaměřena na všeobecné zdravotní sestry. Zjišťovala jsem jejich orientovanost v problematice paliativní péče, jak jsou monitorovány a saturovány potřeby nevléčitelně nemocných a umírajících. Dále jakým způsobem informují pacienty, a které možnosti paliativní péče nabízí jejich pracoviště.

K největším problémům při sběru informací, docházelo ve skupině všeobecných zdravotních sester. Byla velká neochota tyto dotazníky vyplňovat. Nejčastějším důvodem bylo, že nemají čas nebo nevěděly, jak by se vyjádřily ve volných odpovědích. Naopak nemocní měli velký zájem, ale mnohým z nich bránil zdravotní stav.

Co se týče jiných forem paliativní péče, jako je domácí péče nebo hospic, pacientům ve většině případů nebyla nabídnuta a zároveň jich téměř polovina byla s péčí v nemocnici, nějakou měrou nespokojena. Sestry se k problematice paliativní péče staví otevřeně a se zájmem. Většina se jich domnívá, že společnost o ní pouze mluví a nepodniká žádné aktivní kroky. Jejich zdroj informací je většinou zúžený pouze na literaturu a odborné časopisy. Tento druh péče považují ve většině za dobrý, ale stále je co vylepšovat a asi třetina si myslí, že je paliativní péče v nemocnici nedostatečná. Samy však připouští, že většinou tuto péči potřebným pacientům nenabízí.

K potřebám pacientů v paliativní péči se přistupuje z holistického pohledu. Uspokojování potřeb nemocného by se tedy nemělo omezovat pouze na fyzickou schránku, ale i na sociální, psychickou a duchovní součást. Největší obavy pacientů plynuly z bolesti, nesoběstačnosti a odloučení od blízkých. Nejvíce nedostatků viděli v uspokojování potřeby tišení bolesti, pomoci při sebeobsluze a podávání informací. Na prvních dvou místech se tedy umístily potřeby, které se shodovaly s obavami a zároveň nebyly dostatečně saturovány ze strany ošetřujícího personálu. Všeobecné zdravotní sestry považovaly za nejdůležitější potřeby bolest, kontakt s blízkými a biologické potřeby. Skutečně pak monitorují nejčastěji bolest a biologické potřeby. Na pomyslném třetím místě se umístila odpověď, že nemonitorují žádné potřeby. Z toho vyplývá, že uspokojování potřeb v nemocnici je stále aktuální a zároveň chronické téma.

Většině nemocných pomáhá vše zvládnout rodina. Zároveň však více jak polovina pacientů připouští vážný dopad jejich nemoci na blízké a jejich sociální situaci. Sestry nabízí blízkým v rámci možností oddělení mimo návštěvní hodiny možnost kontaktu s nemocným po domluvě se setrou, paraván či nadstandardní pokoj za poplatek. Potvrzuje se, že možnosti sociálního kontaktu v nemocnici jsou velmi omezené.

Uspokojivou se jeví poskytování duchovní služby v nemocnicích. Ať už jde o možnost návštěvy kaple nebo duchovního přímo na pokoji. Třetina dotázaných těchto služeb využila. I sestry připouští, že je stav uspokojivý.

Průzkum podávání informací přesně potvrdil trend v nemocnici. Třetina sester potvrzuje, že nejdříve je informována rodina a ta rozhodne, zda bude informován

pacient. Není vzácností podávání závažných informací na vizitě. Pacienti jsou však opačného názoru. K poskytování informací má téměř polovina výhrady. Velká většina by chtěla být informována osobně jako první. Téměř polovina chtěla někdy nabízenou léčbu odmítnout. Je tedy patrné, že mezi nemocnými a ošetřujícím personálem vzniká značný informační šum. Přitom z dalších výsledků vyplývá, že většina pacientů měla nemalé psychické problémy s přijetím diagnózy.

Na všechny položené otázky se mi dostalo odpovědí. Zároveň však vznikla celá řada nových otázek, které by stálo za to někdy položit. Rozhodně mi práce na tomto tématu dala mnoho cenných zkušeností, které využiji v praxi. Doufám, že stejně tak hodnotná bude práce i pro ty, kteří si ji přečtou a stane se tak podnětem k naplnění vyřčených řešení nebo k návrhu a realizaci mnohem efektivnější péče. Důležité je, aby kolem nás nikdy neustala práce na zkvalitnění jakéhokoliv života stíženého nemocí.

Práva umírajícího

„Mám právo na to, aby se se mnou zacházelo, jako se živým člověkem, až do smrti.

Mám právo mít naděj, ať je zaměřená na cokoliv.

Mám právo na poskytnutí péče lidmi, kteří dokážou udržet mojí naději, ať se situace změni jakkoli.

Mám právo vyjádřit své pocity týkající se své blížíci se smrti, a to svým vlastním způsobem.

Mám právo podílet se na rozhodnutích, které se týkají péče o mě.

Mám právo očekávat nepřetržitý medicínský a ošetrovatelský zájem o mě, i když budou muset „léčebné“ cíle nahradit cíli pečujícími o mou „pohodu“.

Mám právo na to, abych neumíral osamocení.

Mám právo na osvobození od bolesti.

Mám právo na upřímné odpovědi na mé otázky.

Mám právo na to, aby mě nikdo neobelhával.

Mám právo na to, aby mi ve chvíli, kdy si uvědomím blížíci se smrt, pomohla moje rodina a pomoc byla poskytnuta i příbuzným.

Mám právo zemřít v klidu a důstojně.

Mám právo ponechat si svoji individualitu a nebyť souzený za svoje rozhodnutí, které mohou být v protikladu se stanovisky druhých.

Mám právo na rozhovory a rozšiřování svých náboženských nebo duchovních názorů bez ohledu na to, co znamenají pro druhé.

Mám právo očekávat, že neporušitelnost těla se bude respektovat i po smrti.

Mám právo na to, aby se o mě starali citlivý, starostlivý a zkušený lidé, kteří se budou snažit porozumět mým potřebám, a kterým přinesou jejich činy při konfrontaci se smrtí určité upokojení.“

(A. J. Bambus, 1975)

ANOTACE

Příjmení a jméno autora: NAVRÁTILOVÁ Zdeňka

Instituce: Univerzita Karlova v Praze

Lékařská fakulta v Hradci králové

Název práce: PALIATIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V NEMOCNIČNÍM
PROSTŘEDÍ Z POHLEDU PACIENTA A OŠETŘUJÍCÍHO
PERSONÁLU.

Vedoucí práce: Bc. Kateřina Čermáková

Počet stran: 103

Počet příloh: 14

Počet titulů použité literatury: 21

Prameny: 3

Klíčová slova: paliativní péče

nevléčitelně nemocný

bolest

holismus

potřeby

nemocnice

informace

kvalita života

blízcí

Tato bakalářská práce se zabývá paliativní ošetrovatelskou péčí v nemocnici. Vychází z názorů jak pacientů, tak zdravotních sester. Cílem je charakterizovat paliativní péči a její jednotlivé cíle. Hodnotí monitoraci a saturaci fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb vážně nemocných pacientů na standardním oddělení v nemocnici a způsob podávání informací. Výsledky této práce potvrdily, že paliativní péče je velice individuální. Potvrzuje její základní principy, jako je zachování kvality života, uspokojování potřeb, důstojnost nevléčitelně nemocných a umírajících.

RESUMÉ

Tato bakalářská práce se zabývá paliativní péčí v nemocnici. Vychází z názorů jak pacientů, tak zdravotních sester.

Cílem teoretické části je charakterizovat paliativní péči a její jednotlivé cíle. Dále stanovit základní potřeby nevléčitelně nemocných a umírajících, určit způsob jejich monitoringu a zjistit možnosti jejich uspokojování. Potřeby nemocných jsou rozděleny z pohledu holismu na fyzické, psychické, sociální a duchovní. Dalším cílem je podávání informací.

Empirická část je rozdělena na dvě části podle skupin respondentů. První část výzkumu se věnuje názorům pacientů. Pacienti byli ještě rozděleni na muže a ženy. Zastoupení odpovědí mužů a žen bylo také hodnoceno. Druhá část výzkumu vychází z názorů zdravotních sester. Metodou výzkumu je dotazník. Dotazník pro pacienty je zaměřen na jejich prioritní potřeby a jejich uspokojování zdravotnickým personálem. Jaká je informovanost nemocných o jejich diagnóze a léčbě. Dále z čeho mají nevléčitelně nemocní a umírající největší obavy. Dotazník pro zdravotní sestry se zabývá orientací zdravotníků v problematice paliativní péče a hloubkou jejich znalostí o této péči. Dále hodnotí monitoraci a saturaci potřeb nevléčitelně nemocných a umírajících na standardním oddělení v nemocnici, způsob podávání informací a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.

Výsledky této práce potvrdily, že paliativní péče je velice individuální. Potvrzuje její základní principy jako je zachování kvality života, uspokojování potřeb, důstojnost a zmírnění utrpení nevléčitelně nemocných a umírajících.

SUMMARY

This bachelor project is dealing with a hospital palliative care. It's based on suggestions from the patients and nurses site either.

Main goal of the theoretical section is to determine palliative care and its individual goals. Moreover, to determine basic needs of incurable and dying patients, to designate way of their monitoring and to realize opportunity to satisfy themselves. Needs of diseased humans are divided, based on holistic view, as a physical, mental, social and spiritual. The next goal is to offer the information.

Empiric section is divided into a two parts based on the rank of respondents. First part of investigation is about patients suggestions. Moreover, patients are divided as a men and women. Amount of the men and women answers is evaluated too. Second part of investigation is about nurses suggestions. Main method of investigation is a query sheet. Patients query sheet is oriented to their preferred needs and their satisfaction from nurses site. It's about how many information they have got about their disease and treatment procedure. It's about their apprehensions, too. Nurses query sheet is about to realize their knowledge of the palliative care. Moreover, it evaluates monitoring and saturation of basic needs of incurable and dying patients, way of information handling and their physical, mental, social and spiritual satisfaction.

Project confirms individuality of palliative care. It confirms its basic principles as securing of life quality, needs satisfaction, dignity and reduction of misery of incurable and dying humans.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BLUMENTHAL–BARBY, K. a kol.: *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987.
- 2) DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry – druhé, přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing, 2001.
ISBN 80-247-0242-8
- 3) HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2
- 4) HAŠKOVCOVÁ, H.: *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975
- 5) HAŠKOVCOVÁ, H.: *Thanatologie. Nauka o umírání*. Praha: Galén, 2000.
ISBN 80-7262-034-7
- 6) HONZÁK, R.: *Jak pomoci svým nejbližším*. Remedia Populi, 10/1998
- 7) KALVACH, Z.; MAREŠ, J.; PRUDKÝ, L.; PTÁČEK, O.; SLÁMA, O.; ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š.: *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5
- 8) KLENER, P.; VORLÍČEK, J. et al.: *Podpůrná léčba v onkologii*. Galén, 1998.
ISBN 80-902501-2-2
- 9) KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R.: *Ošetrovatelství I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
- 10) KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R.: *Ošetrovatelství II*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
- 11) KŘIVOHLAVÝ, J.: *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989.

- 12) KŘINOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002.
ISBN 80-247-0179-0
- 13) KÜBLER-ROSS, E.: *Odpovědi a otázky o smrti a umírání*. Praha: Tvorba, 1995.
- 14) KÜBLER-ROSS, E.: *O smrti a umírání*. Trutnov: Arita, 1993.
ISBN 80-85878-95- X
- 15) MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství – systémový přístup I. díl*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2002.
ISBN 80-246-0429-9
- 16) O'CONNOR, M.; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 90-247-1295-4
- 17) SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo, 1995.
ISBN 80-902049-0-2
- 18) SVATOŠOVÁ, M.: *Hospic slovem a obrazem*. Ecce homo, 1998.
ISBN 80-902049-1-0
- 19) ŠAMÁNKOVÁ, M.; HUŠKOVÁ, M.; MATOUŠOVIČ, K. a kol.: *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0477-9
- 20) ŠEVČÍK, P. a kol.: *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1994. ISBN 80-7013-171-3
- 21) TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999.
ISBN 80-7013-285-X
- 22) VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol.: *Paliativní medicína*. Praha: Grada publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1

23) <http://www.cestadomu.cz>, 13. 12. 2006

24) <http://www.hospice.cz>, 20. 2. 2006

PŘÍLOHY

- Příl. 1: Hierarchie potřeb vážně a těžce nemocného**
- Příl. 2: Záznam hodnocení bolesti**
- Příl. 3: Hodnocení dušnosti**
- Příl. 4: Brániční dýchání**
- Příl. 5: Podávání jídla a tekutin**
- Příl. 6: Záznam stolice**
- Příl. 7: Klasifikace funkčních úrovní zdraví podle M. Gordonové**
- Příl. 8: Bartlův test základních všedních činností – ADL**
- Příl. 9: Fáze umírání podle Kübler – Rossové**
- Příl. 10: Doporučení pro partnery nemocných s rakovinou, aby mohli být svým blízkým skutečně prospěšní**
- Příl. 11: Desatero zásad při sdělování onkologické diagnózy**
- Příl. 12: Dotazník č. 1**
- Příl. 13: Dotazník č. 2**
- Příl. 14: Tabulky k výsledkům první části výzkumu**

Příloha č. 1: **Hierarchie potřeb vážně a těžce nemocného** - modifikace Maslowova trojúhelníku (Šamánková a kol., 2003)

Seberealizace

V podstatě zaniká,
těžce a vážně nemocný člověk
nechce slyšet, jak by se mohl ještě
realizovat, ale chce být ubezpečen, že
se mu mnohé povedlo, že něco dokázal.

Sebeúcta

Sebeúctu posilujeme v nemocném tím, že mu
dáváme najevo, že nás neobtěžuje o něj pečovat.
Maximálně dbáme na jeho soukromí a osobní čistotu.

Láska a pocit příslušnosti

Dáváme naprosto jednoznačně najevo své porozumění.
Snažíme se pomoci při vysvětlování osobních a vztahových
nejasností. Pocit příslušnosti k určité skupině je závislý na přijímání
jedince v jeho nemocnici, na pochopení jeho změněných potřeb a nároků.
Projevujeme toleranci k nemocnému a jeho potřebám. Projevujeme individuální
zájem o jeho osobu.

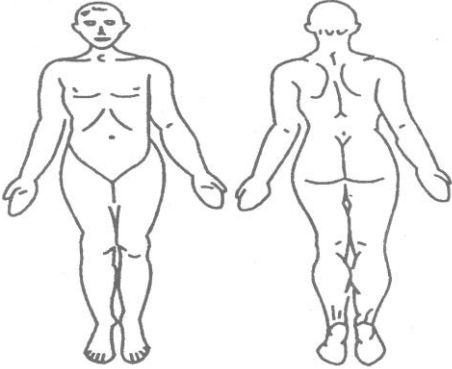
Bezpečí a jistota

Nemocný člověk chce vědět, že nebude opuštěn, že ho nenecháme samotného.
Nemocný člověk chce být v první řadě zbaven bolesti. Chce být
pokud možno zbaven ostatních doprovodných příznaků, jako je nauzea,
nechutenství, nespavost. Chce mít vše po ruce. Chce vědět, že se mu dostane
v případě potřeby všechno, co mu přinese úlevu.

Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby, základní a primární, zůstávají po velmi dlouhou dobu nemoci
v popředí zájmu nemocného člověka. Zájem o fyziologické potřeby (jídlo, pití)
nemocní postupně ztrácejí. Povinnost poskytovatelů veškeré péče spočívá v převzetí
role zabezpečení fyziologických potřeb tak, aby nemocný člověk netrpěl nedostatkem
např. ve výživě, ve vyprazdňování.

Příloha č. 2: **Záznam hodnocení bolesti** (Mastiliaková, 2002)

DATUM	
ANALGETIKA	
TOPOLOGIE Kde to bolí? Propagace bolesti zakresli šipkou.	
INTENZITA Jak moc to bolí? Označte číslem na stupnici např. 7	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest
KVALITA Jak to bolí?	
ČAS Kdy to bolí?	
OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest? Co zesiluje bolest?	
REAKCE NEMOCNÉHO NA BOLEST	
PODPIS SESTRY	

Příloha č. 3: **Hodnocení dušnosti**

- Naslouchat pacientovi (kdy dušnost začala, jaké problémy pacientovy působí, jak se s ní vyrovnává.
- Získat informace o rodině, sociálním zázemí, práci a domácích podmínkách, zajímáme se o to, jak dušnost ovlivnila tyto oblasti pacientova života.
- Zjistit, co znamená dušnost pro pacienta a jeho rodinu, jaké pocity dušnost vyvolává, zajímáme se o pacientovy pocity a myšlenky na budoucnost.
- Posoudit, do jaké míry ovlivňuje dušnost funkční schopnosti pacienta.
- Identifikovat faktory, které dušnost zmírňují nebo zhoršují.
- Stanovit intenzitu a charakter dušnosti.
- Identifikovat příznaky, které mohou poukazovat na hyperventilaci (rychlé změny ve způsobu dýchání)
- Zaměřit se na úzkost a depresi.
- Zajistit osobní cíle pacienta.
- Stanovit praktická opatření k léčbě dušnosti doma nebo na oddělení
- Identifikovat faktory, které vyžadují doporučení pacienta jiným odborníkům v rámci multidisciplinárního týmu

(O'Connor a kol., 2005)

DÝCHÁNÍ			
Potíže	ANO		NE
Jaké			
Dušnost	klidová	námahová	noční
Frekvence			
Cyanóza			
Kašel			

1. Pohodlně se posaďte nebo položte s podepřenými zády.
2. Vnímejte své tělo, nohy na podlaze, svěste ramena, uvolněte břišní svaly. Chvilí jen tak odpočívejte.
3. Přiložte ruce na břicho (těsně pod hrudní koš) a vnímejte tuto část těla.
4. Nyní vnímejte svůj dech. Pomalu a jemně se nadechujte a všímejte si, jak se vaše ruce na břicho nadechávají, když bránice při nádechu klesá.
5. Všímejte si, jak vaše ruce klesají, když se při výdechu bránice opět uvolňuje a zvedá.
6. Pokračujete několik dalších minut. Soustředte se, nadechujte se pomalu nosem a vydechujte ústy. Výdech by měl být trochu delší než nádech.

Před jídlem

- Pokud trpí pacient nechutenstvím, „dovolte“ mu, aby jedl méně.
- Je nutné předpokládat nevolnost a potlačit ji vhodnými léky.
- Lék by se měl podávat alespoň ½ hodiny pře jídlem.
- Bolest snižuje chuť k jídlu, proto je potřeba zajistit účinnou léčbu bolesti.
- Chuť k jídlu snižuje taky zácpa. Pokud pacient užívá léky, které mohou způsobit zácpu, musí zároveň užívat projímadla.
- Důležitá je péče o dutinu ústní. Je nutné předcházet bolestivým lézím. Po jídle můžeme nabídnout kousek ananasu, který pomůže čištění dutiny ústní.
- Pokud je to možné, měl by pacient jíst u stolu.

Podávání jídla a tekutin

- Malé množství alkoholu může povzbudit chuť k jídlu, snížit úzkost z přijímání potravy a posílit společenskou roli jídla.
- Nabízejte aktivně tekutiny (po doušcích).
- Sucho v ústech může zmírnit drcený led nebo ledové kostky ochucené ovocným džusem nebo Coca-Colou.
- Žvýkačka může povzbudit tvorbu slin a snížit pocit nevolnosti.
- Kyselé bonbony stimulují tvorbu slin.
- K jídlům podávejte zálivky, omáčky a nabízejte zmrzlinu.
- Nejlepším aperitivem je podávání jídla, které má pacient rád!
- Pacienti mají často raději bublinkové nápoje než kávu a čaj.
- Malé porce jsou lépe stravitelné. Jídlo podávejte na malém talířku.
- Jídlo by se mělo podávat tehdy, když má na něj pacient chuť.
- Pokud má pacient poraněnou sliznici dutiny ústní, doporučuje se používat brčko.
- Jídlo s různou teplotou může povzbudit chuť k jídlu.
- Jídla v pokojové teplotě vydávají méně pachů.
- Nutriční doplňky jsou účinné pouze tehdy, když pacientovi chutnají.

Příloha č. 6 : **Záznam stolice**
(O'Connor a kol., 2005)

DATUM									
	D	O	N	D	O	N	D	O	N
počet stolice denně									
tvrdá stolice									
měkká stolice									
řidká stolice									
velké množství									
střední množství									
malé množství									
barva: normální									
světlá stolice									
zelená stolice									
černá stolice									
kontinentní									
projímadlo									
Čípek									
M = mikroklyzma									
V = velké klyzma									
Další poznámky: Zápach, přítomnost krve, hlenu									

D = dopoledne

O = odpoledne

N = v noci

Příloha č. 7: **Klasifikace funkčních úrovní zdraví sebepěče podle M. Gordonové (Trachtová a kol., 1999)**

- 0** Nezávislý, soběstačný nemocný
- 1** Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností.
- 2** Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50% činností.
- 3** Potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby nebo přístroje), sám zvládne méně než 25% činností.
- 4** Zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled
- 5** Absolutní deficit sebepěče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat.

Celková pohyblivost.....	1 – 5
Schopnost najít se.....	1 – 5
Schopnost umýt se.....	1 – 5
Schopnost vykoupat se.....	1 – 5
Schopnost obléci se.....	1 – 5
Schopnost dojít si na toaletu.....	1 – 5
Schopnost pohybovat se v lůžku.....	1 – 5
Schopnost udržovat domácnost.....	1 – 5
Schopnost nakoupit si.....	1 – 5
Schopnost uvařit si.....	1 – 5

Příloha č. 8: **Barthelův test základních všedních činností = ADL (activity daily living)** (Trachtová a kol., 1999)

ČINNOSTI	PROVEDENÍ ČINNOSTI	BODOVÉ SKÓRE
1. najedení - napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	0
	neprovede	5
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m	15
	s pomocí 50m	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40** **vysoce závislý**
- 45 – 60** **závislost středního stupně**
- 65 – 95** **lehká závislost**
- 100** **nezávislý**

Příloha č. 9: **Fáze umírání podle Kübler-Rossové** (Svatošová, 1995)

FÁZE	PROJEVY	INTERVENCE
NEGACE ŠOK POPŘENÍ	„Ne, já ne, pro mne to neplatí.“ „To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „ Zaměnili výsledky.“	navázat kontakt získat důvěru
AGRESE HNĚV VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Či je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost .	dovolit odreagování nepohoršovat se
SMLouvÁNÍ VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Je ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	maximální trpělivost
DEPRESE SMUTEK	Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	trpělivě naslouchat pomoci urovnat vztahy a hledat řešení
SMÍŘENÍ SOUHLAS	Vyrovnaní, pokora. Skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	mlčenlivá lidská přítomnost držet za ruku, utřít slzu POZOR – rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient

Příloha č. 10: Doporučení pro partnery nemocných s rakovinou, aby mohli být svým nejbližším skutečně prospěšní (Honzák R., I. LF UK Praha, Odd. lékařské psychologie, psychosomatiky a psychoterapie, 1998)

1. Pacient-ka prožívá po oznámení závažné diagnózy různé pocity a projevuje různé psychické reakce. Po období šoku se může objevit snaha popřít až zapomenout nepříznivou zprávu, později se může projevit agrese, silná deprese, tendence „smlouvat s osudem“, nepřiměřené naděje v zázračné postupy a teprve nakonec přijetí daného stavu a racionální spolupráce se zdravotníky.
2. Tyto reakce se v různé míře projevují také u lidí, kterým na nemocném záleží, protože je závažná zpráva rovněž zasáhne. Nemusí být v časové shodě s prožitky pacienta.
3. Chcete-li svým blízkým pomáhat, bude často nutné naučit se v nových a těžších podmínkách pomoc poskytovat. Mnoho věcí totiž bude vycházet a dopadat jinak, než-li jsme byli zvyklí dříve.
4. Bude také nutné naučit se přijímat pomoc – pečující o vážně nemocné se sami také ocitají v těžkém stresu a bez doplňování citových rezerv se rovněž dostávají do stavu psychického ohrožení.
5. Seznamte se co nejdříve se zdravotním stavem svého partnera či partnerky. Nejlepší je, poskytne-li vám oběma úplnou informaci ošetřující lékař, pokud možno oběma současně. Tím se předchází zkreslení a nedorozumění.
6. Není třeba, abyste znali podrobnosti o nádorových buňkách, enzýmech a dalších podrobnostech, je však nutné, abyste věděli, jak pomoci svým blízkým v konkrétních situacích.
7. Neodmítejte diskusi s vaším blízkým, zvláště po sdělení diagnózy „rakovina“.
8. Neutíkejte od tématu k vedlejším věcem, překročte „spiknutí mlčení“ charakterizované obavou promluvit o čemkoli, co se týká nemoci.

9. Zmatek, šok nebo paniku, která ve vás vznikla, při zjištění, že partner je nemocný, musíte zvládnout. Mluvte o svých pocitech, můžete vyjádřit společné obavy a současně ujistíte druhého, že budete s ním...
10. Nebojte se místo slov třeba partnera obejmout, pohládit, pomilovat.
11. Nepochybujte obávám, že nádorové onemocnění je infekční – rozhodně se od nemocného nemůžete nakazit.
12. Nebojte se tělesného kontaktu s nemocným, místo slov je někdy větší pomocí držení za ruku, objetí, polibek nebo třeba i společné mlčení.
13. Povzbuzujte partnera v jakékoli aktivitě, kterou je schopen vykonávat. Pocit takové schopnosti dodává pacientovi sílu, sebejistotu a chuť se s chorobou poprat.
14. Humor nemusí být vždy šibeniční a může v mnohém pomoci a osvobodit. Naučí-li se bez pocitu křivdy oba partneři na některá zásadní témata žertovat (např. při vypadávání vlasů a používání paruky), lze je přijmout odlehčeně.
15. Nezapomeňte, že nemocný partner má zábrany, stydí se, bojí se, že jeho sebevědomí je v kontaktu s vámi velmi nízké. Nemocný člověk je často přesvědčen, že okolí na něm jeho chorobu pozná.
16. Nezapomeňte, že tělesný kontakt a tělesná blízkost je pro nemocné velmi potřebná.
17. Nevládáte-li sami svoje pocity a nálady, neváhejte navštívit odborníka (psychoterapeuta, psychologa, psychiatra, duchovního, poradce pro partnerské vztahy...).
18. Ptejte se tam, jak jednat s partnerem, i jak pracovat sami se sebou.

19. Při některých nepříjemných až odpuzujících skutečnostech ovládněte svou přirozenou nechuť přiblížit se, a místo kroku zpět, udělejte vstřícný krok vpřed.
20. Nezapomeňte, že i po vyléčení zůstává ve vašem nemocném partnerovi strach, zda bude účinek léčby trvalý.
21. Nebuďte netrpěliví a naučte se obyčejnému naslouchání.
22. Nereagujte agresivně na případné výbuchy zloby, zlosti nebo nerudné nálady svého nemocného partnera, uvědomte si, že jde o „vztek na osud“, nikoli na vás.
23. Dejte naopak najevo svou účast a porozumění.
24. Nikdy, ani v těch nejhorších chvílích, neberte partnerovi víru v možnost uzdravení.
25. Odklon od lékařské péče (k léčitelům, bylinkám...) nekritizujte, ale dohlédněte, aby váš partner zároveň dodržoval všechna lékařská doporučení a chodil na pravidelné lékařské kontroly.
26. Všimnete-li si, že váš partner propadá do úzkostné a beznadějně nálady a ztrácí o všechno kolem zájem, vyhledejte společně pomoc psychoterapeuta, psychologa či psychiatra.
27. Dovolte si vzájemně vyjádřit i silné pocity lítosti nebo strachu – lépe se vám pak bude zvládat.
28. Nepocházejte předčasně beznadějí a uvědomte si, že sdělení, že váš blízký má rakovinu, ještě zdaleka neznamená, že již na rakovinu umírá. Mnoho nádorových onemocnění lze dnes léčit.

**Příloha č. 11: Desatero zásad při sdělování onkologické diagnózy – II. interní
klinika Brno – Bohunice (Klener, 1998)**

1. Informace o podstatě nemoci poskytujeme všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně jak co do obsahu, tak způsobu podávání informací.
2. Plné znění diagnózy sděluje lékař nebo psycholog v případě přímého dotazu pacienta, nikdy spontánně.
3. Vždy, zvláště pak při sdělení diagnózy, zdůrazňuje možnost léčitelnosti nemoci, ale neslibujeme vyléčení.
4. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy je nemocný seznámen neprodleně, ještě před první aplikací léčby.
5. Informace získává nejdříve pacient, potom rodina.
6. Nemocný sám rozhoduje, koho z rodiny informovat a do jaké míry, jeho přání vždy respektujeme.
7. Informace o nemoci a terapii je nutné podávat opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
8. Věnovat pozornost a čas i nepřímým avizovaným dotazům. Jednotnou informovanost zajistíme důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem a zápisem do zdravotní dokumentace, včetně propouštěcí zprávy.
9. Zásadně nesdělujeme pacientovi konkrétní časové údaje o jeho délce života či pravděpodobné datum smrti.
10. Pacientovi nikdy nebereme naději.

Příloha č. 12: Dotazník k první části výzkumu

DOTAZNÍK 1

Jmenuji se Zdeňka Navrátilová a studuji 4. ročník bakalářského studia ošetrovatelství v Hradci Králové. Dotazník, který se Vám dostává do rukou je součástí mé závěrečné bakalářské práce. Ráda bych Vás požádala o jeho vyplnění. **Zatrhněte vždy jen jednu odpověď, která je Vám nejbližší.** Dotazník je anonymní. Jeho výsledky budou použity ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Vyplnění dotazníku je dobrovolné. Předem děkuji za cenné informace. Vážím si času, který věnujete jeho vyplnění.

Prosím vyplňte:

Anamnestické údaje

Pohlaví: muž žena

Věk: do 30 let
 31 – 40 let
 41 – 50 let
 51 – 60 let
 nad 60 let

Dotazník

1. Jaká je péče, která je Vám v nemocnici poskytována?

- a) jsem spokojen-a
- b) mám drobné výhrady
- c) mám četné výhrady
- d) jsem hrubě nespokojen-a

2. Z čeho máte v nemocnici největší obavu?

- a) z bolesti
- b) z psychického strádání

- c) ze samoty
- d) z odloučení od blízkých
- e) ze smrti
- f) z nesoběstačnosti
- g) ze ztráty důstojnosti
- h) ze všech uvedených možností
- i) žádné obavy nemám

3. Chtěl-a jste nebo chcete znát svou diagnózu, ať už je jakákoliv?

- a) ano a přeji si, aby byla sdělena pouze mně a já rozhodnu komu ji sdělím
- b) ano a přeji si, aby byla zároveň sdělena mým blízkým
- c) já osobně ne, ale přeji si, aby lékař informoval mé blízké
- d) nechci a zároveň si nepřeji, aby byl informován někdo jiný
- e) chci, aby byli informováni blízcí a ti, ať rozhodnou, zda budu informován-a já

4. Přemýšlel-a jste někdy nad možností odmítnout léčbu?

- a) ano
- b) ne

5. Kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá pobyt v nemocnici zvládnout?

- a) rodina
- b) přátelé
- c) knihy, televize
- d) spolupacienti
- e) ošetřující personál
- f) psycholog, psychoterapeut
- g) nic a nikdo

6. Využil-a jste v průběhu léčby nebo při sdělení diagnózy pomoc psychologa?

- a) ano
- b) nevyužil, ale uvažoval jsem o tom
- c) neměl jsem potřebu hledat odbornou pomoc
- d) nevyužil, jelikož jsem neměl možnost

7. Co pro Vás znamená duchovní potřeba?

- a) hledání smyslu života
- b) pocit odpuštění
- c) potřeba lásky
- d) potřeba naděje
- e) víra v boha
- f) nemá pro mě žádný význam

8. Měl-a jste možnost při pobytu v nemocnici navštívit duchovního?

- a) ano měl-a jsem možnost
- b) rád-a bych, ale neměl-a jsem možnost
- c) neměl-a jsem potřebu se setkat s duchovním

9. Měla Vaše nemoc závažný dopad na Vaši rodinu nebo pracovní situaci?

- a) ano
- b) ne

10. Domníváte se, že jste byl-a o průběhu léčby a možnostech péče informován:

- a) dostatečně
- b) částečně
- c) nedostatečně nedostatky vnímáte především v podávání informací
 - sestrou
 - lékařem
 - obojí

11. Jaká byla Vaše reakce na sdělení diagnózy?

- a) považoval-a jsem to za omyl
- b) bylo to těžké, ale časem jsem se s tím vypořádal-a
- c) velmi těžce jsem to nesl-a a dodnes jsem se s tím nevypořádal-a
- d) nijak mě to nezasáhlo
- e) jiný postoj.....

12. **Byl Vám nabídnut jiný způsob péče než v nemocnici** (např. hospic, domácí péče)?

- a) ano
- b) ne

13. **Největší nedostatky personálu v oblasti uspokojování Vašich potřeb vnímáte v oblasti:**

- a) tišení bolesti
- b) respektování intimity (při koupání, vyprazdňování, vyšetřování ...)
- c) pomoc při sebeobsluze
- d) stravování
- e) příjem tekutin (trpíte-li žízní)
- f) možnost svobodného rozhodování o dalším postupu léčby
- g) nedostatek informací
- h) možnost návštěv
- i) nevnímám žádné nedostatky

Příloha č. 13: **Dotazník k druhé části výzkumu**

DOTAZNÍK 2

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Jmenuji se Zdeňka Navrátilová a studuji 4. ročník bakalářského studia ošetřovatelství v Hradci Králové. Dotazník, který se Vám dostal do rukou je součástí mé závěrečné bakalářské práce s názvem „Paliativní ošetřovatelská péče v nemocničním prostředí z pohledu pacienta a ošetřujícího personálu“. Ráda bych Vás požádala o jeho vyplnění.

Zahrňte vždy jen jednu odpověď, která je Vám nejbližší. Dotazník je anonymní, jeho výsledky budou použity k zkvalitnění péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné. Předem Děkuji za cenné informace. Vážím si času, který věnujete jeho vyplnění.

S pozdravem

Zdeňka Navrátilová

všeobecná sestra

studující 4. ročník programu ošetřovatelství

Lékařská fakulta v Hradci Králové

Univerzita Karlova v Praze

Prosím vyplňte:

Anamnestické údaje

Pohlaví: muž žena

Délka praxe ve zdravotnictví: méně než 5 let

6 – 10 let

11 – 20 let

21 a více

Dotazník

1. Podle Vašeho názoru je péče o nevléčitelně nemocné a umírající v nemocničním prostředí v současné době:

- a) dostatečná
- b) dobrá, ale stále máme co vylepšovat
- c) nedostatečná

2. Informace o možnostech paliativní péče nejvíce čerpáte z :

- a) literatury, odborných časopisů
- b) odborných seminářů
- c) internetu
- d) nemám přístup k žádným informacím
- e) nemám potřebu vyhledávat tyto informace

3. Jaký postoj má podle Vás společnost k péči o nevléčitelně nemocné a umírající?

- a) ignoruje je
- b) činí aktivní kroky
- c) pouze se o ní mluví

4. Znáte a nabízíte pacientům možnosti jiné paliativní péče, než je péče v nemocnici?

- a) znám a nabízím
- b) neznám
- c) znám, ale nenabízím

5. Které potřeby vnímáte u nevléčitelně nemocných a umírajících za prioritní?

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

6. Které potřeby u nevléčitelně nemocných a umírajících na Vašem oddělení skutečně monitorujete?

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

7. Pokud blízký člověk umírajícího vyjádří přání, být mu ve smrti nablízku, jsme schopni:

- a) zajistit paraván
- b) zajistit samostatný pokoj s přistýlkou pro blízkého
- c) zajistit nadstandardní pokoj, který si blízký připlatí
- d) umožnit mu pouze návštěvy v době návštěvních hodin
- e) umožnit mu návštěvy i mimo návštěvní dobu

8. Jakým způsobem informujete pacienta o zdravotním stavu a diagnóze?

- a) lékař informuje pouze rodinu a podle její úvahy pacienta
- b) pacienta informuje pouze lékař během vizity
- c) pacienta informuje lékař, snaží se zachovat soukromí
- d) na informování se podílí i sestra

9. Bolest u pacientů na vašem pracovišti hodnotíte podle:

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

10. Jaká je podle Vás péče o psychické strádání nevléčitelně nemocných a umírajících?

- a) dostatečná
- b) nedostatečná

11. Jaký druh podpory nabízíte blízkým nevléčitelně nemocných a umírajících?

- a) žádnou
- b) pouze informace o stavu a léčbě pacienta lékařem
- c) rozhovor s psychologem
- d) nabízíme kontakty (domácí péče, hospice apod.)

12. Mají možnost Vaši pacienti a jejich blízcí využít duchovní služby?

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 14: **Tabulky k výsledkům první části výzkumu**

Tabulka č. 4: **Jaká je péče, která je Vám poskytována v nemocnici? (Otázka č. 1)**

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) jsem spokojena	31	53,45%	36	85,71%	67	67%
b) mám drobné výhrady	15	25,86%	6	14,29%	21	21%
c) mám četné výhrady	9	15,52%	0	0%	9	9%
d) jsem hrubě nespokojen-a	3	5,17%	0	0%	3	3%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 5: **Z čeho máte v nemocnici největší obavy? (Otázka č. 2)**

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) z bolesti	23	39,66%	4	9,52%	27	27%
b) z psychického strádání	1	1,72%	6	14,29%	7	7%
c) ze samoty	1	1,72%	0	0%	1	1%
d) z odloučení od blízkých	4	6,90%	11	26,19%	15	15%
e) ze smrti	3	5,17%	0	0%	3	3%
f) z nesoběstačnosti	12	20,69%	12	28,57%	24	24%
g) ze ztráty důstojnost	3	5,17%	0	0%	3	3%
h) ze všech uvedených možností	4	6,90%	4	9,52%	8	8%
i) žádné obavy nemám	7	12,07%	5	11,91%	12	12%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 6: **Chtěl-a jste nebo chcete znát svou diagnózu, ať už je jakákoli?**

(Otázka č. 3)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) ano a přeji si, aby byla sdělena pouze mně a já rozhodnu komu jí sdělím	20	34,48%	10	23,81%	30	30%
b) ano a přeji si, aby byla sdělena zároveň mým blízkým	31	53,45%	11	26,19%	42	42%
c) já osobně ne, ale přeji si, aby lékař informoval mé blízké	4	6,90%	5	11,90%	9	9%
d) nechci a zároveň si nepřeji, aby byl informován někdo jiný	2	3,45	4	9,52%	6	6%
d) chci, aby byli informováni blízcí a ti, ať rozhodnou, zda budu informován-a já	1	1,72	12	28,57%	13	13%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 7: **Přemýšlel-a jste nad možností odmítnout léčbu?**

(Otázka č. 4)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	21	36,21%	20	47,62%	41	41%
b) ne	37	93,79%	22	52,38%	59	59%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 8: **Kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá pobyt v nemocnici zvládnout?**

(Otázka č. 5)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) rodina	30	51,73%	24	57,14%	54	54%
b) přátelé	6	10,34%	0	0%	6	6%
c) knihy, televize	4	6,90%	2	4,76%	6	6%
d) spolupacienti	3	5,17%	0	0%	3	3%
e) ošetřující personál	15	25,86%	16	38,1%	31	31%
f) psycholog, psychoterapeut	0	0%	0	0%	0	0%
g) nic a nikdo	0	%	0	0%	0	0%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 9: **Využil jste v průběhu léčby nebo při sdělení diagnózy pomoc psychologa?** (Otázka č. 6)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	6	10,34%	15	35,72%	21	21%
b) nevyužil-a, ale uvažoval-a jsem o tom	4	6,90%	2	4,76%	6	6%
c) neměl-a jsem potřebu hledat odbornou pomoc	37	63,79	20	47,62%	57	57%
d) nevyužil-a, jelikož jsem neměl-a možnost	11	18,97	5	11,90%	16	16%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 10: **Co pro Vás znamená duchovní služba?**

(Otázka č. 7)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) hledání smyslu života	30	51,73%	3	7,14%	33	33%
b) pocit odpuštěné	3	5,17%	0	0%	3	3%
c) potřeba lásky	6	10,34%	15	35,71%	21	21%
d) potřeba naděje	9	15,52%	0	0%	9	9%
e) víra v boha	7	12,07%	24	57,14%	31	31%
f) nemá pro mě žádný význam	3	5,17%	0	0%	3	3%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 11: **Měl-a jste možnost při pobytu v nemocnici navštívit duchovního?**

(Otázka č. 8)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) ano, měl-a jsem možnost	16	27,59%	20	47,62%	36	36%
b) rád-a bych, ale neměl-a jsem možnost	1	1,72%	2	4,76%	3	3%
c) neměl-a jsem potřebu setkat se s duchovním	41	70,69%	20	47,62%	61	61%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 12: **Měla Vaše nemoc závažný dopad na Vaši rodinu nebo pracovní situaci?** (Otázka č. 9)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	32	55,17%	22	52,38%	54	54%
b) ne	26	44,83%	20	47,62%	46	46%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 13: **Domníváte se, že jste byl-a o průběhu léčby a možnostech péče informován-a:**
(Otázka č. 10)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) dostatečně	35	60,35%	24	57,14%	59	59%
b) částečně	15	25,86%	16	38,10%	31	31%
c) nedostatečně sestrou	3	5,17%	0	0%	3	3%
d) nedostatečně lékařem	4	6,90%	1	2,38%	5	5%
e) nedostatečně sestrou i lékařem	1	1,72%	1	2,38%	2	2%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 14: **Jaká byla Vaše reakce na sdělení diagnózy?**

(Otázka č. 11)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) považoval-a jsem to za omyl	4	6,90%	1	2,38%	5	5%
b) bylo to těžké, ale časem jsem se s tím vypořádal-a	20	34,48%	27	64,29%	47	47%
c) velmi těžce jsem to nesl-a a dodnes jsem se s tím nevypořádal-a	16	27,59%	14	33,33%	30	30%
d) nijak mě to nezasáhlo	18	31,03	0	0%	18	18%
e) jiný postoj	0	0%	0	0%	0	0%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 15: **Byl Vám nabídnut jiný způsob péče než v nemocnici (např. hospic, domácí péče)?**

(Otázka č. 12)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	9	15,52%	12	28,57%	21	21%
b) ne	49	84,48%	30	71,43%	79	79%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%

Tabulka č. 16: **Největší nedostatky personálu v oblasti uspokojování Vašich potřeb vnímáte v oblasti:**
(Otázka č. 13)

OTÁZKA	muži		ženy		celkem (muži + ženy)	
	n	%	n	%	n	%
a) tišení bolesti	10	17,24%	7	16,67%	17	17%
b) respektování intimity při (koupání, vyprazdňování, vyšetřování ...)	1	1,72%	5	11,91%	6	6%
c) pomoc při sebeobsluze	18	31,04%	18	42,86%	36	36%
d) stravování	4	6,90%	3	7,14%	7	7%
e) příjem tekutin (trpíte-li žízní)	2	3,45%	1	2,38%	3	3%
f) možnost svobodného rozhodování o dalším postupu léčby	4	6,9%	1	2,38%	5	5%
g) nedostatek informací	10	17,24%	4	9,52%	14	14%
h) možnost návštěv	0	0%	0	0%	0	0%
i) nevnímám žádné nedostatky	9	15,52%	3	7,14%	12	12%
CELKEM	58	100%	42	100%	100	100%