

**Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave**  
**Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií**

**KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ  
O PACIENTA V TERMINÁLNO M ŠTÁDIU OCHORENIA**

**Bc. Martina Nováková**

**Bratislava 2008**

**Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave**  
**Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií**

**Študijný odbor: Ošetrovateľstvo**

**KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA**  
**V TERMINÁLNOM ŠTÁDIU OCHORENIA**

**DIPLOMOVÁ PRÁCA**

Vedúci práce: PhDr. Emília Miklovičová

Autor: Bc. Martina Nováková

## ABSTRAKT

NOVÁKOVÁ, Martina: Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia. [Diplomová práca] / Martina Nováková. - Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií; Školiteľ: PhDr. Emília Miklovičová. Bratislava: FO a ZOŠ, 2008. 71 s.

Práca prezentuje teoretické poznatky z oblasti ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia. Praktická časť práce je zameraná na využitie teoretických poznatkov danej oblasti pri ošetrovaní konkrétneho pacienta v terminálnej fáze ochorenia a realizácia prieskumu.

V prieskumnej časti práce sme zisťovali aké sú názory a skúsenosti sestier na starostlivosť o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia. Respondentskú vzorku tvorilo 65 náhodne oslovených sestier pracujúcich v bratislavských nemocniciach. Pri získavaní údajov sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Zistili sme, že sestry v prevažnej väčšine považujú podmienky vytvorené pre pacientov na štandardných oddeleniach za nevyhovujúce a podľa ich názoru by mali pacienti zomierať v domácej starostlivosti s odbornou pomocou. Za najnáročnejšiu časť ošetrovateľskej starostlivosti považujú komunikáciu s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia a kontakt s jeho príbuznými. Sú presvedčené o dôležitosti duševnej prípravy na smrť a väčšina z nich je ochotná aktívne zabezpečiť duchovnú službu pre svojich pacientov.

Odporúčame poskytovať sestram možnosť zúčastniť sa seminárov o komunikácii s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia, účasť na oddychových aktivitách ako prevenciu rutinného správania sa k pacientovi. Poskytovať príbuzným dostatok informácií o dôležitosti ich prítomnosti pri zomierajúcom a získavať ich pre spoluprácu pri ošetrovaní. Zabezpečiť dostatok materiálneho a ľudského potenciálu, ako prevenciu enormnej psychickej a fyzickej záťaže sestier.

Kľúčové slová: terminálne štádium, ošetrovateľská starostlivosť, potreby zomierajúcich, komunikácia, starostlivosť o pozostalých, starostlivosť o mŕtve telo.

## Obsah

### Úvod

#### TEORETICKÁ ČASŤ

<b>1 Terminálne štádium.....</b>	<b>10</b>
1.1 Definícia, charakteristika a príznaky terminálneho štádia ochorenia.....	10
1.2 Fázy vyrovnávania sa so smrťou.....	13
<b>2 História starostlivosti o zomierajúcich a mŕtvych.....</b>	<b>15</b>
2.1 História starostlivosti o zomierajúcich a mŕtvych v staroveku a stredoveku.....	15
2.2 História starostlivosti o zomierajúcich a mŕtvych v období novoveku.....	18
2.3 Súčasný druhy starostlivosti o zomierajúcich.....	20
<b>3 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia..</b>	<b>23</b>
3.1 Potreby .....	23
3.1.1 Biologické potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.....	23
3.1.2 Psycho-sociálne potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.....	32
3.1.3 Spirituálno-duchovné potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.....	33
3.2 Komunikácia s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia.....	35
3.3 Starostlivosť o rodinu a pozostalých.....	38
3.4 Starostlivosť o mŕtve telo.....	40

#### PRAKTICKÁ ČASŤ

<b>4 Kazuistika pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.....</b>	<b>42</b>
<b>5 Prieskum názorov a skúsenosti sestier na starostlivosť o pacienta</b>	
<b>v terminálnom štádiu ochorenia.....</b>	<b>55</b>
5.1 Vymedzenie problému.....	55
5.2 Ciele.....	55
5.3 Hypotézy.....	55
5.4 Výberový súbor, metódy a demografické údaje.....	56
5.5 Výsledky empirickej analýzy.....	58
5.5.1 Vyhodnotenie hypotéz.....	66
5.5 Diskusia .....	69

5.6 Odporúčania pre prax.....	71
Záver	
Zoznam literatúry	
Prílohy	
Súhlas	

## Zoznam grafov

Graf 1 Zloženie respondentov podľa oddelenia, na ktorom pracujú.....	56
Graf 2 Zloženie respondentov podľa pohlavia.....	57
Graf 3 Zloženie respondentov podľa počtu rokov praxe.....	57
Graf 4 Osobná skúsenosť so zomierajúcimi.....	58
Graf 5 Rozmýšľali ste niekedy v súvislosti so smrťou iných nad vlastnou smrťou.....	58
Graf 6 Ak Vám v službe zomrie pacient, myslíte na neho aj po príchode domov.....	59
Graf 7 Mali by pacienti v terminálnom štádiu zomierať v domácom prostredí.....	59
Graf 8 Sú podľa Vás vytvorené vhodné podmienky pre pacientov v terminálnom štádiu ochorenia na štandardných oddeleniach.....	60
Graf 9 Nedostatky v starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia.....	61
Graf 10 Prítomnosť členov rodiny pri zomierajúcich.....	61
Graf 11 Prehľad pocitov respondentov pri starostlivosti o zomierajúcich.....	62
Graf 12 Čo je pri starostlivosti o zomierajúcich najťažšie.....	62
Graf 13 Komunikácia s pacientom v terminálnom štádiu je náročnejšia ako s pacientom v inej fáze ochorenia.....	63
Graf 14 Keď idete k umierajúcemu, predstavuje to pre Vás po psychickej stránke.....	63
Graf 15 Ak máte vykonať ošetrovateľský výkon u zomierajúceho, vykonáte ho.....	64
Graf 16 Myslíte si, že duchovná príprava na smrť je dôležitá.....	64
Graf 17 Potreba prítomnosti duchovného pri zomierajúcom pacientovi.....	65
Graf 18 Pýtate sa pacienta alebo príbuzných, či si želajú prítomnosť duchovného.....	65
Graf 19 Hodnotenie náročnosti komunikácie so zomierajúcim a pacientom v inej fáze ochorenia.....	66
Graf 20 Hodnotenie ochoty vykonávať ošetrovateľské výkony vo vzťahu k dĺžke praxe respondentov.....	67
Graf 21 Podmienky starostlivosti na štandardných oddeleniach vo vzťahu k názoru, že pacienti by mali zomierať v domácom prostredí.....	68
Graf 22 Hodnotenie názoru o potrebnosti prítomnosti duchovného pri zomierajúcich vo vzťahu k ochote zabezpečiť túto službu.....	68

## **Zoznam príloh**

Príloha 1 Dotazník názorov a skúseností sestier na starostlivosť o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia

Príloha 2 Práva zomierajúceho

## Úvod

Väčšina ľudí, ak by si mohla vybrať, priala by si zomrieť čo najneskôr, ale hlavne čo najrýchlejšie a pokiaľ možno, v spánku. Aj keď je to názor väčšiny, dovoľujeme si oponovať. Dlhšia choroba máva i svoju veľmi významnú pozitívnu stránku. Býva veľkou príležitosťou, a to nielen pre chorého, ale i pre celé jeho okolie. Vážna choroba spravidla vedie človeka k prehodnoteniu jeho doterajšieho rebríčka hodnôt. Ak je táto príležitosť správne pochopená a zúročená, choroba môže byť tým najplodnejším a najcennejším úsekom života. Pri starostlivosti a stretávaní sa so zomierajúcimi, iste záleží na skúsenostiach, vedomostiach, zručnosti. Niekde tu sa však veľmi často skrýva naše „ja“ a je príčinou, že nedokážeme slúžiť. Je nevyhnutné učiť sa nebáť prekročiť ten prah, kde niekto zomiera, lebo tým prekročíme nielen svoje obavy, ale i seba samých. Je to miesto, kde sa rastie a dozrieva v ľudskosti. Zomierajúci môže byť pre nás niekto, kto nám dal príležitosť hlbšie sa zamyslieť nad vlastným životom, nad skutočnými hodnotami. Niekto, kto nás naučil byť citlivými na potreby iných a okrem seba vidieť i o krok ďalej.

Touto prácou chceme povzbudiť všetkých, ktorí s láskou a hlbokou úctou ošetrojú ťažko chorých a zomierajúcich a aj napriek náročnosti je pre nich toto povolanie záležitosťou srdca.

Diplomová práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V teoretickej časti približujeme terminálne štádium, fázy vyrovnávania sa so smrťou a históriu starostlivosti o zomierajúcich. V ošetrovateľskom pohľade na danú problematiku sprostredkovávame súčasné poznatky o komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu. V praktickej časti prezentujeme kazuistiku pacienta v terminálnom štádiu ochorenia a realizáciu prieskumu za účelom zistenia názorov a skúseností sestier bratislavských nemocníc na starostlivosť o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.

### Ciele práce:

- sprístupniť teoretické poznatky o terminálnom štádiu ochorenia;
- charakterizovať terminálne štádium;
- analyzovať najčastejšie ošetrovateľské problémy pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a navrhnúť ich riešenie;
- prezentovať kazuistiku pacienta v terminálnom štádiu ochorenia;
- sprístupniť názory a skúsenosti vybranej vzorky sestier na starostlivosť o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.

# TEORETICKÁ ČASŤ

## 1 Terminálne štádium

V našom ponímaní sú smrť a zomieranie pojmy, ktorým sa radšej vyhýbame, lebo sú znepokojujúce a traumatizujúce. Preto o nich neradi debatujeme, radšej ich obchádzame a problémy týkajúce sa ich odsúvame do budúcnosti. Avšak problém, ak sa o ňom nehovorí, sa nerieši a stáva sa prekvapujúcou realitou každého človeka so zúfalým hľadaním odpovede na riešenie vtedy, keď nič iné nezostáva.

### 1.1 Definícia, charakteristika, a príznaky terminálneho štádia ochorenia

Pojem zomieranie je v lekárskej terminológii synonymom terminálneho stavu. Ten je podľa Vorlíčka a Adama (1998, s. 396) definovaný ako „postupné a nezvratné zlyhávanie životne dôležitých funkcií orgánov s následkom smrti individua“. Terminálny stav býva časovo ohraničený na dobu niekoľko hodín, dní alebo týždňov. Inými slovami ide o „vlastné umieranie“, o stav, ktorý býva označovaný pojmom *in finem*. Konkrétny záver ľudského života býva veľmi individuálny a odborníci sa zhodujú, že každý zomiera „vlastnou smrťou“. V širších súvislostiach je umieranie časovo dlhším úsekom, ako vyjadruje pojem terminálny stav. Začiatok umierania môžeme spozorovať už vtedy, keď do vedomia konkrétneho človeka vstúpi povedomie, že ochorenie je nezlučiteľné so životom. Americké právo definuje terminálne ochorenie ako „neliečiteľné a nezvratné ochorenie, ktoré bolo lekársky potvrdené a ktoré na základe rozumného posúdenia povedie k smrti do šiestich mesiacov“ (in Munzarová, 2005, s.50). Proces zomierania niektorí autori rozdelili na tri fázy (Vorlíček, Adam, 1998, s. 369):

- fáza *pre finem*;
- fáza *in finem*;
- fáza *post finem*.

Fáza *pre finem* môže byť veľmi dlhá a môže trvať niekoľko mesiacov i rokov. V tejto fáze je potrebné usilovať sa o remisiu; je to stav rôzne dlhého a rôzne kvalitného „prímeria“ s ochorením.

Fáza *in finem* reprezentuje umieranie vo vlastnom slova zmysle a zodpovedá zaužívanému pojmu terminálne štádium.

Fáza *post finem* je charakterizovaná starostlivosťou o mŕtve telo, ale aj starostlivosťou o pozostalých (Poledníková, 2006, s. 191).

Medzi príznaky blížiacej sa smrti patrí:

*Strata svalového tonusu*, čo sa prejaví relaxáciou tvárového svalstva, ťažkosťou pri prehltaní, rozprávaní, zníženou činnosťou tráviaceho systému, možnou inkontinenciou moču a stolice pri zníženom ovládaní sfinkterov a obmedzenou pohyblivosťou (Gomolčáková, 2003, s. 28). Kozierová, Erbová a Olivieriová (1995, s. 825) dopĺňajú problematiku o „postupné vyhasínanie reflexu vracania, zhoršenú činnosť tráviaceho systému spojeného s nauzeou, s hromadením črevných plynov, so zväčšovaním brucha a so zadržiavaním stolice, najmä po podaní hypnotík alebo trankvilizérov“.

*Spomalenie krvného obehu* sa prejaví studenou kožou najskôr na nohách, neskôr na rukách, ušiach a na nose, zníženou citlivosťou, prítomnosťou škvrn a cyanózou končatín (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 825).

*Zmena vitálnych funkcií* sa prejaví ako spomalenie a zoslabnutie pulzu, pokles krvného tlaku, plytké, rýchle, nepravidelné alebo pomalé dýchanie, Cheynovo-Stokesovo dýchanie, hlučná respirácia (chrčanie) pri hromadení hlienu v ústach, dýchanie ústami s vysychaním ústnej sliznice (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 825).

*Narušenie zmyslových funkcií* sa prejaví ako zhoršené videnie, porušenie chuťového a čuchového zmyslu (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 825). Dobříková-Porubčanová (2005, s. 66) dopĺňa problematiku o „zmyslové klamy, halucinácie a eufóriu“.

Umieranie je proces, v priebehu ktorého má človek stále menej fyzických i psychických síl. V dôsledku tejto zákonitosti umierajúci (Vorlíček, Adam, 1998, s. 377-378):

- introvertuje, čo sa prejaví ako vzd'alo vanie sa od sveta;
- klesá jeho záujem o iných ľudí, noviny, televíziu a podobne;
- nemá záujem o návštevu vzdialenejších príbuzných;
- chce mať pri sebe len najbližších príbuzných;
- často spí alebo bdie a niekedy chce byť sám.

Vo sne alebo polospánku umierajúci rekapituluje svoj život a hodnotí ho. Umierajúci stále menej hovorí, pretože „slová strácajú dôležitosť“. Niekedy dochádza k náhlym a časovo obmedzeným prejavom nepokoja. V takom prípade umierajúci bezcieľne pohybuje nohami a rukami, krúti prsty a dostáva sa do neobvyklých polôh. Niekedy sa vyzlieka alebo trhá posteľnú alebo osobnú bielizeň. Niekedy stačí, ak sa k umierajúcejmu posadíme a vysvetlíme

mu, alebo dáme najavo, že nie je sám. Výsledkom je upokojenie umierajúceho (Vorlíčk, Adam, 1998, s. 378).

V bežnom živote je tradične glorifikovaná tzv. predsmrtná eufória. Faktom je, že niekoľko dní pred smrťou niekedy nastáva posledný rozkvet všetkých životných síl. Umierajúci je náhle bdely, plný života, dobre počuje, odpovedá na otázky a sám ich kladie, vyslovuje rôzne priania. Má dokonca potrebu posadiť sa, niekedy i vstať. Všetky tieto prejavy znamenajú, že umierajúci naposledy prijíma „podiel na živote“. Toto obdobie nastáva dva až tri dni pred smrťou. Potom je toto obdobie striedané smrteľnou kómou. Umierajúci opäť nevníma, ale počuje. Je vhodné vyzvať príbuzných, aby povedali zomierajúcemu všetko, čo ešte považujú za dôležité. Takéto slová upokojujú emocionálne vypätú situáciu, ale sú tiež prevenciou pocitu viny u príbuzných, že nič podstatného nebolo povedané. Prakticky to znamená, že v prítomnosti človeka v kóme by sme mali hovoriť tak, ako keby bol v bdelom stave (Vorlíčk, Adam, 1998, s. 379).

Vzhľad zomierajúceho krátko pred smrťou nadobúda špecifické charakteristiky. Zomierajúci má prepadnutú, nápadne bledú, až popolavú tvár, často pokrytú studeným lepkavým potom, chladné uši a nos, zle hmatateľný, menlivý pulz, zmeny v dýchaní a často poruchy vedomia (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 66).

Umieranie je nepresne ohraničený proces, ktorý smeruje k smrti. Terminálny stav sa vyznačuje postupným nezvratným zlyhávaním životne dôležitých funkcií. Smrť konštatujeme na základe istých a neistých znakov smrti. Istými znakmi smrti sú tzv. posmrtné zmeny, či už fyzikálne, alebo chemické. Medzi fyzikálne zmeny patrí posmrtná bledosť – ustáva prekrvenie kože a slizníc, posmrtné škvrny - vznikajú vplyvom gravitácie a posmrtné chladnutie organizmu, ktoré závisí od teploty vonkajšieho prostredia. Chemickými zmenami sú posmrtné tuhnutie tela, posmrtné zrážanie krvi a posmrtný rozklad. Neistými znakmi smrti je zastavenie dýchania, strata pulzácie a tlaku krvi, rozšírené zrenice nereagujúce na svetlo. Pri umelom udržiavaní respirácie a cirkulácie je stanovenie smrti oveľa zložitejšie, preto boli v r. 1968 schválené 4 indikácie smrti, ktoré musia rešpektovať všetci lekári:

- absencia reakcií na vonkajšie podnety;
- nijaký svalový pohyb (predovšetkým nijaké dýchacie pohyby);
- areflexia;
- encefalogram bez prejavov mozgovej aktivity (elektrické ticho mozgu).

V prípade, že sa život udržiava pomocou prístrojov, indikáciou smrti je neprítomnosť elektrickej aktivity mozgu najmenej 24hodín (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 825).

## 1. 2 Fázy vyrovnávania sa so smrťou

Fázy vyrovnávania sa so smrťou popísala v šesťdesiatych rokoch Kübler-Rossová na podklade viac ako 3000 rozhovorov s umierajúcimi. Kübler-Rossová zistila, že človek prechádza tzv. dráhou smrti, istými fázami prežívania, psychickými zmenami, ktoré prebiehajú oveľa skôr, než začnú zlyhávať životne dôležité funkcie organizmu. Spolu s ním ich môžu prežívať aj jeho najbližší (Smelá, Katreniaková, 2005, s. 30).

Prvú fázu popísala ako *fázu negácie*. Fáza negácie začína úvodným šokom zo zistenia pacienta, že trpí nevyliciteľnou alebo zhubnou chorobou, ktorá bude končiť jeho smrťou. U postupne sa rozvíjajúcich príznakov choroby toto zistenie prichádza pomalšie. Šoková reakcia vedie k negácii zisteného, k popretiu pravdy a faktu choroby a k stiahnutiu sa do izolácie (Hegyi, 2001, s. 83).

Prejavy: „Nie, ja nie, pre mňa to neplatí!“. „To je určite omyl!“. „Zamenili výsledky!“ Diagnózu si overuje u ďalších špecialistov a opäť pochybuje. V tomto období je chorý frustrovaný, izoluje sa do samoty, uzaviera sa, je nedôverčivý, dokonca môže uvažovať o samovražde. Preto je potrebné, aby sa mu v tomto období venovala zvýšená pozornosť. Výnimočne sa stáva, že chorý zostáva v tomto psychickom postoji až do smrti (Svatošová, 2001, s. 17).

Negácia prechádza do *fázy hnevu a agresie*, ktorá sa vybíja na príbuzných a v prípade hospitalizácie na ošetrojúcom personáli. Agresia je zameraná vlastne voči všetkým zdravým a neumierajúcim. Útočnosť a výčitky bývajú nasmerované na konkrétne veci, na stravu, ošetrovanie, denný režim, na nepodstatné veci všedného života v nemocnici alebo v domácnosti (Hegyi, 2001, s. 83).

V tejto fáze dominuje otázka: „Prečo práve ja?“ „Koho je to vina?“ „Veď mi nič nebolo!“ Pacient je voči rodine, priateľom i spolupracovníkom útočný a zlostný. Kritizuje ošetrojúci personál, s ničím nie je spokojný. Sám seba nepoznáva, uvedomuje si, že taký nebýval (Svatošová, 2001, s. 17).

*Kompromisná fáza* je prechodnou, vyznačuje sa práním odložiť neodvratné, odsunúť ho, dosiahnuť ešte nejaké stanovené ciele, ako svadba detí, promócia, vlastné narodeniny, dožitie Vianoc alebo nového roku (Hegyi, 2001, s. 83).

Prejavy: Hľadanie zázračných liekov, liečiteľov, diét a povier. Pacient je ochotný zaplatiť čokoľvek, len aby sa vyliečil. Dáva veľké sľuby. Stále kolíše medzi nádejou a beznádejou, medzi istotou a ilúziou (Svatošová, 2001, s. 17).

*Fáza depresie* sa prejaví stavom, ktorý býva rozlične dlhý, prejavuje sa pohrúžením do seba, navonok odmietaním pomoci, v skutočnosti sa však pacient pomoci dožaduje. Niekedy sa depresia prehlbuje a môže vyústiť do samovraždy (Hegyí, 2001, s. 84).

Dominuje otázka: „Čo to všetko pre mňa znamená, čo ma čaká?“ Chorý ľutuje všetko, čo zažil, aj všetko, čo opúšťa. Chce, aby sa skrátilo toto obdobie čakania a utrpenia, aby sa to všetko nejakou injekciou skončilo. V tejto fáze je potrebné chorému pomáhať prekonávať ťažkosti a previesť ho do ďalšieho štádia (Svatošová, 2001, s. 17).

Piata fáza *fáza akceptácie* sa prejaví vo vnútornom akceptovaní nevyhnutnosti vlastnej smrti. V dohľadnej dobe dochádza u časti pacientov k fáze dôstojného pokoja, ale u väčšiny z nich k rezignácii alebo zúfalstvu (Hegyí, 2001, s. 84).

Fázu zmierenia - akceptácie treba odlíšiť od rezignácie „hádzania flinty do žita“. Rezignácia sa dá niekedy chápať aj jako zlyhanie sprevádzajúceho, aj keď neúmyselné. Kübler-Rossová (in Svatošová, 2001, s. 18) opisuje rozdiel medzi prijatím a rezignáciou takto. „Pacienti, ktorí prijali svoj kríž, získavajú osobitý výraz vyrovnanosti a pokoja. V ich tvári sa odráža stav vnútornej dôstojnosti. Ľuďom, ktorí na svoj osud rezignovali, tento výraz chýba, naopak v ich tvári možno vidieť zatrpknutosť a duševnú trýzeň ako výraz pocitu márnosti, zbytočnej snahy a chýbajúceho zmierenia. Tento výraz sa dá veľmi ľahko odlíšiť od výrazu ľudí, ktorí dosiahli skutočné štádium prijatia pravdy“.

Haškovcová (in Hegyí, 2001, s. 84) popisuje pred fázou negácie ešte *fázu nulovú*, ktorá môže byť pomerne dlhá. Je to fáza prvých príznakov choroby, keď sa pacient bojí prítomnosti zhubnej choroby, ale odmieta vyhľadať lekára zo strachu. Nulová fáza začína stavom nevedomosti, keď pacient nevie nič o svojom zdravotnom stave, prechádza do stavu neistoty, keď začína mať pochybnosti a snaží sa v laickom prostredí zistiť možnú prognózu svojho ochorenia. Stav neistoty potom prechádza do stavu odmietania pravdy po nepriaznivej prognóze ochorenia a napokon obvykle končí objektívnym zistením diagnózy a oznámením o pacientových skutočných vyhlídkach. Nulová fáza výrazne znižuje šancu na vyliečenie alebo aspoň odsunutie neodvratného konca (Hegyí, 2001, s. 84).

Uvedené fázy umierania nie sú závislé na okamihu oznámenia pravdy pacientovi lekárom. Často nepadne ani slovo o skutočnej diagnóze, chorý si ale napriek tomu uvedomuje podstatu svojej choroby a reaguje vyššie uvedeným spôsobom. Na jednotlivé fázy reaguje pacient podľa svojej povahy, vzdelania, vykonávanej profesie, náboženského vyznania, ale najmä podľa veku a doterajšej životnej kvality. Priebeh umierania môže byť potom odlišný od schémy, popísanej Kübler-Rossovou. Nulová fáza a fáza negácie a agresie môžu chýbať alebo prebehnúť rýchlo a menej výrazne (Hegyí, 2001, s. 84).

## 2 História starostlivosti o zomierajúcich a mŕtvych

Tak, ako sa mení pohľad na každú etapu života v priebehu dejín, zaznamenávame i meniaci sa pohľad na smrť a terminálne štádium ochorenia, ktorý je často ovplyvnený kultúrou v ktorej daný jednotlivec žije. V minulosti bolo zomieranie považované za prirodzené zavŕšenie života. Dnes v spoločnosti, ktorá považuje krásu a užitočnosť za najvyššiu hodnotu, sa zomieranie a zomierajúci vytláča na okraj ľudského záujmu.

### 2.1 História starostlivosti o zomierajúcich a mŕtvych v staroveku a stredoveku

O ľuďoch *doby ľadovej* sa vie, že mŕtvoly pochovávali pod „kuchynské odpadky“. Z doby kamennej sa zachovali aj komorové hroby. V *staroegyptskom náboženstve* je zas nápadný rozvoj pohrebného kultu. Ešte počas života sa človek staral o to, ako ho majú pochovať. Mumifikácia, chrámy mŕtvych s bohatou výzdobou, ozrutné pyramídy ako hrobky kráľov, to všetko budí dojem, akoby veriaci Egypťan väčšmi myslel na svoj posmrtný život, než na život na zemi. Naproti tomu *staroiránske náboženstvo* pokladalo mŕtvolu za čosi nečisté. Aj telá význačných osobností hádzali dravým vtákom ako potravu. Kráľovstvo smrti bolo vyhlásené za ríšu zlého ducha Angra Manyu. V *období gréckej antiky* sa mnohí, ak dokonca nie všetci zosnulí riadne pochovávali. Zachovával sa zvyk dávať mŕtvemu predmety osobnej potreby „na ďalekú cestu“. Pod jazyk mu kládli obolus (drobnú mincu) ako prievozné. Našli sa mŕtvoly zaťažené kameňmi - predpokladá sa, že mali brániť mŕtvemu v návrate. Gréci sa svojím učením usilovali zmierniť hrôzu smrti a uľahčiť človeku zomieranie. Predstavovali smrť ako priateľa, ktorý sprevádza mŕtveho do podsvetia a berie dušu odlúčenú od tela pod svoju ochranu, aby ju zaviedol do krajšej vlasti (Ilievová, 2004, s. 16).

*Rimania* už rozlišovali medzi zomieraním a smrťou. Zomieranie označovali pojmi *keer* alebo *lethum*, pre smrť používali pojmy *thanatos* alebo *mors*. Smrť chápali ako večný pokoj a stav bez náruživosti. Rimania založili obrovské nekropoly - mestá mŕtvych - mimo obydľia, pravdepodobne z hygienických dôvodov (Ilievová, 2004, s. 16).

V tomto období vedúce postavenie v ošetrovateľskej starostlivosti zaujímali ženy. Vedomosti, skúsenosti i zdedené múdrosti si odovzdávali z pokolenia na pokolenie. Na liečenie a ošetrovanie používali prírodné zdroje, pričom chorých ošetrovali v ich domácnostiach (Farkašová, 2005, s. 23).

V 6. storočí sv. Benedikt z Nursie zakladateľ benediktínov v pravidlách pre mníchov popri inom nariad'oval, aby sa starali o chorých. Pri benediktínskych kláštoroch pre pocestných a pútnikov zariad'oval hospitalaria, či hospitalia. Poverení rehoľníci sa podľa pokynov opáta mali k návštevníkom správať láskavo, pohostinne, o chorých sa mali starať ako o skutočných hostí, ba ako o samotného Ježiša Krista. Pravidlá obsahovali praktické predpisy pre lekára, ošetrovateľa, pre tých ktorí v kláštorných záhradách pestovali liečivé byliny a pripravovali z nich liečivé prípravky, ktorí sa starali o stravovanie i kúpanie chorých. Skúsenosti a vedomosti benediktínov sa stali vzorom pre stredovekú kláštornú medicínu, ktorá postupne od 12. storočia prechádzala do scholastickej medicíny (Schoot, 1994, s. 59).

Ubytovne sa delili na „hospitale pauperum“, čo v preklade znamená útulok pre chudobných; domus hospitum, ako ubytovňu pre bohatých a na infirmarium - kláštornú nemocnicu, určenú len pre členov rádu. Toto členenie nebolo samoučelné, keďže prostredníctvom platiacich hostí mohli ubytovať aj neplatiacich chudobných a chorých. Novšie typy útulkov existovali paralelne s tzv. xenodochiami, útlkami pre zdravých či chorých chudobných a pocestných cudzincov. Zriaďovali ich pozdĺž obchodných ciest a trás pútnikov, obvykle za hradbami mesta (Schott, 1994, s. 60).

Možno povedať, že pri rozvoji xenodochií stál sv. Bazil Veľký, arcibiskup Cézarey v Kapadócií. Bol to muž známy svojou vzdelanosťou a rozsiahlou charitatívnou činnosťou. Ako jeden z prvých dal postaviť veľké vzorové xenodocheion – dnes by sme mohli povedať sociálno-zdravotné stredisko. Podľa vzoru egyptských mníšskych dedín objekty zoradil do obdĺžnika, uprostred ktorého bolo priestranstvo s kostolom. Opatrovanie chorých a chudobných sa riadilo posolstvom evanjelia o milosrdenstve a láske k blížnemu (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 25).

V tomto období vládla predstava, že zosnulých má opatrovať cirkev až do dňa vzkriesenia. Pochovávalo sa anonymne, obetné dary mŕtvym boli zriedkavosťou (Ilievová, 2004, s.16).

V 7. storočí v Paríži, pri Chráme Matky Božej existoval tzv. LeHôtel Dieu, čo v preklade znamená hotel Boží, otvorený pre všetkých chudobných chorých i zomierajúcich mesta. Považuje sa za prvú parížsku nemocnicu. Pôsobili tu rehoľné sestry augustiniánky, ktoré popri opatere chorých školili laické dobrovoľníčky a členky iných rádov (Dobříková-Porubčanová, 2005, s.26).

V 9. - 10. storočí sa zvyšoval počet hospitalov a ich kvalita sa zlepšovala. Cisár Karol I. Veľký podporoval výstavbu hospitalov a taktiež aj vzdelávanie pracovníkov pre starostlivosť pre chorých. Vplyvom cisára bola starostlivosť o chorých zverená výhradne do

rúk mužských a ženských reholí. Podľa jeho príkazu mali „každého chorého aspoň dvakrát denne očistiť mydlom a kefou od hlavy po päty“ (Schott, 1994, s. 73).

V 11. až 13. storočí v období križiackych výprav sa po obsadení Palestíny križiakmi obnovila možnosť putovať do Svätej zeme. Po súši i po mori začali vo veľkom množstve prichádzať pútnici i obchodníci. Po vylodení ich bolo treba nielen ubytovať, dať im občerstvenie, stravu, ale poskytnúť rady, tlmočiť, ochrániť ich pred možnými lúpežnými prepadmi a sprevádzať do vnútrozemia. Preto začali vznikať špecializované útulky - hospice, ktoré plnili všetky uvedené funkcie. Mohli by sme ich prirovnať k súčasným cestovným kanceláriám, v ktorých by riadenie i prácu vykonávali mnísi (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 27). So špecializovanou starostlivosťou o chorých začala skupina vojenských rytierov vzdelaných v liečbe a opatrovaní chorých. Za svoj vzor si zvolili sv. Jána Almužníka a spolu s bratstvom talianskych kupcov z Amalfy sa zoskupili pri Chráme Panny Márie Latinskej a obnovili Hospic sv. Jána v Jeruzaleme. Členov rádu nazvali johaniti. V stanovách svojho rádu mali pre službu chorým vypracované podrobné pravidlá. Na jednej hospicovej sále napríklad pracovali štyria lekári, z nich dvaja chirurgovia a deväť ošetrovatelia. Johanitky, ich ženská vetva, sa za hradbami Jeruzalema starali o malomocných. Vývoj hospicov v Palestíne a hospitalov v Európe pokračoval paralelne s určitými špecifickými odlišnosťami (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 28).

Na Slovensku rozvoj ošetrovateľstva v tomto období úzko súvisí so zakladaním mníšskych rádov, kláštorov, útlukov, hospitálov a nemocníc. Pre ošetrovateľstvo na našom území mali tieto aktivity značný význam nielen pre to, že umožňovali ošetrovať chudobných a opustených, ale aj preto, že sústreďovali skúsenosti predchádzajúcich generácií, obohacovali ich a odovzdávali i mimo kláštorných zariadení. Ošetrovateľstvo sa zameriavalo predovšetkým na uspokojovanie najzákladnejších potrieb života, t.j. na zabezpečovanie prístrešia, poskytnutie stravy, na hygienu, duchovnú podporu a neskôr aj na liečiteľskú starostlivosť (Farkašová, 2005, s. 23).

V tomto období sa začínajú znova vyskytovať náhrobné nápisy, spočiatku len na hrobch svätých, alebo na ich úrovni postavených osobností. Smrť sa považovala za niečo prirodzené. V prípade prirodzenej smrti platil predpis, že zomierajúci má ležať na chrbte, tvárou k nebu. Zomierajúci Židia sa však mali otočiť k stene. Ľudia mali strach z náhlejšej smrti bez možnosti rozlúčiť sa, poprosiť o odpustenia hriechov a urobiť poslednú vôľu. Okolo roku 1350, keď Európu postihol mor, sa ako symbol smrti zjavuje smrčka s kosou. Zhotovujú sa prvé posmrtné masky a zobrazujú sa výjavy, v ktorých zomierajúci spisujú závet. Dobovými svedectvami spôsobov pochovávaní sú márnice a kostnice (Ilievová, 2004, s.16).

## 2.2 História starostlivosti o zomierajúcich a mŕtvych v novoveku

V novoveku sa ukázala ešte väčšia potreba zariadení, ktoré by slúžili chorým a zomierajúcim. Väčšina z nich sa už nazývala hospital a práca v nich si vyžadovala veľa školených pracovníkov v zdravotníckej i sociálnej oblasti. Podľa miestnych požiadaviek sa preto iniciatívny jednotlivci (kňazi, biskupi, šľachticné, šľachtici, vzdelanci) rozhodli založiť nielen hospitaly, ale aj nové rehole, ktoré by sa prevažne či výlučne venovali chorým. Tie sa nazývali hospitálske či špitálske rehole. Sú to predovšetkým Milosrdní bratia, Rád sv. Alžbety - alžbetinky, Rád duchovných rehoľných služobníkov chorých - kamiliáni, Spoločnosť dcér kresťanskej lásky sv. Vincenta de Paul - vincentky, Kongregácia milosrdných sestier sv. Kríža, Kongregácia dcér sv. Františka Assiského - františkánky a mnohé iné (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 33 - 35).

Spôsob starostlivosti o zomierajúcich v tomto období úzko súvisí z rozvojom medicíny, so vzdelaním sa v medicíne i vznikom nemocníc. V nemocniciach ošetrovali chorých školené rehoľné sestry a civilné ošetrovatelky. V 18. storočí sa v Európe začína výstavba nemocníc moderného typu. Architekti vo Viedni navrhli hospital ako komplex budov umiestnených v parkoch. Súčasťou nemocnice bolo i vzdelávacie stredisko pre personál (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 37).

Francúzka Jeanne Garnierová založila spoločenstvo „Dames du Calvaire“, ktoré sa venovalo výlučne chorým v terminálnej fáze života v špecializovaných zariadeniach, pre ktoré použila opäť termín hospice (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 37).

Hospice neskôr prirodzene zanikli a myšlienka na ne sa opäť oživila v polovici 18. storočia, kedy bola v Dubline z iniciatívy Mary Aikdenheadovej otvorená zvláštna nemocnica pre umierajúcich. Bola nazvaná Hospice a poskytovala starostlivosť na základe sesterskej charity. Táto iniciatíva ale zostala osamotená (Haškovcová, 2000, s. 39).

V strednej Európe v 19. storočí bolo samozrejmosťou zomierať doma, lekára privolávali len zriedka. Geriatrické sestry alebo sestry primárneho kontaktu v dnešnom chápaní neexistovali. Všetky úlohy spojené s opatrovaním chorého a zomierajúceho plnila rodina. Umierajúci bol v dôverne známom prostredí a možno predpokladať, že mal primerane podmienkam dobrú starostlivosť a dostával významnú emočnú podporu. Duchovní sa najskôr starali o zomierajúceho, neskôr o pozostalých. V prípade, že obec nemala kostol či obecnú miestnosť, mŕtveho vystavila vo vlastnom dome, a to na tri dni. Pred pochovaním sa všetci zhromaždili okolo rakvy a po kázni či smútočnej reči sa pohrebný sprievod vydal na cintorín.

Smrť bola niečím úplne prirodzeným, bola humánna, mala rituál, aj svoj morálny a sociálny význam. Pozostalí si boli istí pomocou a podporou susedov (Ilievová, 2004, s. 16).

Nevýhodou domáceho modelu umierania podľa Haškovcovej (2000, s. 27) bolo to, že „lekár nebol pravidelným účastníkom v procese umierania“. Príčinou bol na jednej strane nedostatok lekárov a na druhej strane neschopnosť rodiny zaplatiť aspoň minimálny honorár. Svoju úlohu zohral i fakt, že lekárom bolo od dôb Hippokrata odporúčané, aby sa radšej vzdialili z domu, kde umierajúcemu už nemôžu nič ponúknuť.

V 20. storočí dochádza k rozmachu nemocníc a lekárska aj ošetrovateľská starostlivosť sa čoraz väčšmi profesionalizujú. Zomieranie sa postupne presúva do nemocníc. Aj zodpovednosť, ktorá predtým spočívala na rodine zomierajúceho, prechádza v čoraz väčšej miere na anonymný okruh ľudí - personál nemocnice. Postoj k zomieraniu a smrti sa zákonite zmenil. Koniec života sa vo vedomí človeka postupne vytláča až natoľko, že zomieranie a smrť začali byť považované za niečo nezvyčajné, zvláštne. Situácia sa dramaticky zmenila nielen v dôsledku demografických zmien (zvyšovanie počtu obyvateľov, predĺženie stredného veku), ale aj zmien v medicínskych odboroch (pokroky v diagnostike, liečbe, prevencii). Proces zomierania sa transformoval, smrť sa inštitucionalizovala, stala sa riadenou a utajovanou, zbavenou láskavosti a pokoja. Priemyselný svet izoloval ľudí do nemocníc v nádeji, že len tam sa môžu vyliečiť a dostanú primeranú starostlivosť (Ilievová, 2004, s. 17). Tento postoj charakterizuje mienka, ktorá vládla v 30. rokoch 20. storočia, keď sa usudzovalo, že zomierajúci potrebuje predovšetkým pokoj a samotu. V učebnici Malá násobilka zdravotnej sestry (Goldhahn, 1976) sa ako prvý pokyn uvádza požiadavka „umiestniť zomierajúceho v jednoposteľových izbách, a ak to nie je možné, odporúčajú sa zásteny či plenty oddelujúce posteľ od zvyšku miestnosti“ (Blumenthal-Barby, 1988, s. 23).

Jednou z príčin tohto vývoja bolo i to, že rozvoj medicíny v druhej polovici 20. storočia dával dôvod k optimizmu. Prevládalo presvedčenie, že je len otázkou času a ďalšieho vývoja, kedy ľudstvo zvíťazí nad všetkými chorobami. Ťažko chorí a umierajúci pacienti, pri ktorých „vítazná medicína zlyhala“, sa ocitli na okraji záujmu zdravotníkov. Ich postoj je zhrnutý v tvrdení, že s pacientom, ktorého nemôžeme vyliečiť, sa už „nič nedá robiť“. Hospicové hnutie vzniká ako určitá reakcia, často ako protest proti tomuto tvrdeniu. Naproti tvrdeniu „nič sa nedá robiť“ stavia presvedčenie, že bez ohľadu na diagnózu, stupeň pokročilosti, nepriaznivú prognózu ochorenia, môžeme vždy urobiť niečo pre zlepšenie kvality života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006, s. 152).

## 2.3 SúčasnÉ druhy starostlivosti o zomierajúcich

Prvým všetkým dostupným hospic poskytujúci multidisciplinárnu starostlivosť bol St. Christopher's Hospic, otvorený v Londýne v roku 1967. O jeho vznik sa zaslúžila Cecily Saundersová. Na základe svojich pozorovaní a výskumu aplikovala špecifické potreby zomierajúcich ľudí - kontrolu bolesti a dôstojný prístup k zomierajúcemu ako k celostnému bytiu s cieľom zlepšiť kvalitu života, ktoré neobsahoval doterajší štandardný nemocničný prístup. Do hospicovej starostlivosti zaradila aj rodinu zomierajúceho. Súčasne sa v hospici uskutočňovalo vzdelávanie študentiek zdravotníckych škôl a medikov. Hospic sv. Krištofa sa stal metodickým strediskom výcviku záujemcov o paliatívnu starostlivosť (Ilievová, 2004, s.17). V súčasnej dobe je hospic sv. Krištofa považovaný za materský domov hospicového hnutia. Princípy paliatívnej starostlivosti nachádzali stále viac priaznivcov a požiadavka na hospicovú starostlivosť neustále stúpa (Haškovcová, 2000, s. 40).

Vzťah medzi prvými hospicmi a hlavným prúdom medicíny bol spočiatku veľmi napätý. Aktivisti hospicového hnutia, často nezdravotníci vyčítali, že zdravotná starostlivosť o umierajúcich je v nemocniciach úplne neprimeraná, príliš agresívna a nedostatočne empatická. Z prostredia akademickej medicíny zase zaznievala kritika, že starostlivosť v hospicoch je neprofesionálna, že podceňuje výsledky moderného výskumu a príliš veľký dôraz kladie na duchovné aspekty starostlivosti (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006, s.153).

Odpoveď na tento problém našiel v roku 1975 Kanadčan Balfour Mount, ktorý ako prvý založil oddelenie paliatívnej starostlivosti. Koncepcia paliatívnej starostlivosti vychádza z hospicového hnutia, ale nevymedzuje sa prostredia hlavného prúdu medicíny. Paliatívna medicína sa naopak usiluje o aplikáciu prístupov hospicovej starostlivosti do podmienok akútnej nemocničnej starostlivosti (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006, s.153).

Paliatívna starostlivosť je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie definovaná ako „aktívna, celková starostlivosť o pacientov v čase, keď ich choroba už neodpovedá na príčinnú liečbu a kontrola bolesti alebo iných príznakov ochorenia a psychických, ako aj sociálnych problémov je prvoradá“. Podľa Koncepcie Paliatívnej starostlivosti MZ SR (2002) je vymedzená ako „osobitný druh zdravotnej starostlivosti, ktorá sa poskytuje vo forme ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti osobe s chronickou nevyliciteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním“. Paliatívna starostlivosť smeruje k zlepšeniu nožnej kvality života

osoby až do smrti, k zmierneniu jej utrpenia a bolesti, k stabilizácii jej zdravotného stavu. Paliatívna starostlivosť zahŕňa aj podporu a pomoc osobe a jej rodine pri riešení súvisiacich psychických, sociálnych a duchovných problémov. Pod rodinou sa rozumejú všetky osoby, ktoré sú pre danú osobu „významné“. Cieľom paliatívnej starostlivosti je najvyššia možná kvalita života pacienta a jeho rodiny.

Podľa Dobříkovej-Porubčanovej (2005, s. 10) paliatívna starostlivosť sa poskytuje týmito formami ambulantnej alebo ústavnej starostlivosti:

- na oddeleniach a klinikách paliatívnej starostlivosti;
- na paliatívnych lôžkach v nemocniciach;
- v ambulanciách paliatívnej starostlivosti a ambulanciách pre liečbu bolesti.

Pacienti, ktorým je poskytovaná starostlivosť v ambulanciách paliatívnej starostlivosti a ambulanciách pre liečbu bolesti sú úplne alebo čiastočne mobilný.

- v stacionári paliatívnej starostlivosti

Touto formou je poskytovaná starostlivosť pacientom, ktorí vyžadujú dennú ošetrovateľskú starostlivosť, alebo ak rodina pacienta nezvláda zabezpečiť sociálne zázemie 24 hodín denne, či v prípade potreby respitnej starostlivosti. Pod respitnou starostlivosťou rozumíme starostlivosť o starajúcich sa. Je založená na predpoklade, že psychicky vyrovnaný ošetrojúci dokáže viesť k potrebnej duševnej hygiene aj rodinu zomierajúceho, ktorá je vystavená nadmernej psychickej záťaži. Obyčajne sa jedná o odľahčenie v starostlivosti o chorých, o ktorých sa starajú príbuzní. Rodina má možnosť oddýchnuť si, má možnosť načerpať novú silu.

- v hospici ako samostatnom zdravotníckom zariadení

Podľa zákona č. 578 z roku 2004 je hospic definovaný ako „samostatné zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotníckej starostlivosti s jednolôžkovými izbami s príslušenstvom pre nevyliciteľne chorých a zomierajúcich, ako aj s lôžkom pre ubytovanie rodinných príslušníkov alebo priateľov, či iných podporných osôb pre chorého.“ Vybavenie budovy pôsobí veľmi upokojujúco a priateľsky, pripomína skôr domáce prostredie než zdravotnícke zariadenie. V hospici nie sú rigidné pravidlá pre starostlivosť o chorých, ktorú poskytuje multidisciplinárny tím: lekár, sestra, zdravotnícky asistent, rehabilitačný a sociálny pracovník, asistent výživy, sanitár, iný zdravotnícky pracovník, psychológ, duchovný, dobrovoľník a iní; návštevy sú povolené tak často, ako si to pacient a jeho rodina želajú (Jankechová, 2006, s. 32).

Hospic chorému garantuje, že:

- nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou;
- v každej situácii sa bude rešpektovať jeho ľudská dôstojnosť;
- v posledných chvíľach nezostane sám (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 13).

Hospicová starostlivosť vychádza z úcty k životu, k človeku ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti, ktorá umieranie považuje za prirodzený proces zavŕšenia choroby, nesnaží sa predlžovať život za každú cenu, ani urýchľovať smrť (Jankechová, 2006, s. 32).

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je hospicová starostlivosť definovaná ako „integrovaná forma zdravotnej, sociálnej a psychologickej starostlivosti poskytovaná klientom všetkých indikačných skupín, bez rozdielu rasy, národnosti, veku a pohlavia; s predpokladanou dĺžkou života menej než 6 mesiacov“.

- v hospicovom stacionári

Stacionárna hospicová starostlivosť je poskytovaná zomierajúcim v prostredí stacionára, ktorý časť dňa nahrádza ich vlastné prostredie. Pacient je v stacionári prijatý ráno a večer sa vracia domov (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 15).

- v ambulanciách hospicovej starostlivosti

Misconiová (2000, s. 39) považuje ambulantnú hospicovú starostlivosť za doplnok domácej hospicovej starostlivosti o pacienta.

- v domácom prostredí (tzv. mobilný hospic)

Zákon č. 578 z roku 2004 definuje mobilný hospic ako „zariadenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti, kde je starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich poskytovaná v ich vlastnom domácom prostredí, 24 hodín denne a 7 dní v týždni“.

Podľa Vorlíčka a Adama, je cieľom tejto starostlivosti podpora svojpomoci, ktorá rešpektuje ľudské práva a podporuje pacienta vo všetkých oblastiach životných aktivít, ktoré pre zmenený stav či chorobu nemôže pacient krátkodobo či dlhodobo vykonávať (in Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 16).

### 3 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia

Ak chceme poskytnúť umierajúcemu kvalitnú starostlivosť vyžaduje to od nás okrem zvládania praktických činností aj osobnostné kvality. Zomierajúci, ako špecifická skupina pacientov kladie zvýšené nároky na starostlivosť a sestry musia využiť celú paletu svojho umenia. Samozrejme, že môžeme vystačiť aj s minimálnou starostlivosťou, tým skôr, že umierajúci niekedy nemá možnosť vyjadriť svoj nesúhlas.

#### 3.1 Potreby

Potreba je podľa Lewina (in Farkašová, 2005, s. 64) chápaná ako „motív, sila, ktorá uvádza do chodu a udržuje správanie“. Podľa Maslowova (in Farkašová, 2005, s. 64) „potreby motivujú správanie jedinca“.

Z ošetrovateľského hľadiska musí sestra vedieť o potrebách zomierajúcich toľko, aby ich vedela rozpoznať, pochopiť a zabezpečiť ich uspokojenie. Významným predpokladom spolupráce sestry a pacienta je akceptovanie jeho subjektívneho prežívania pri uspokojovaní potrieb (Farkašová, 2005, s. 67).

##### 3.1.1 Biologické potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia

Starostlivosť o zomierajúceho pacienta sa z biologického hľadiska zameriava najmä na zmiernenie príznakov choroby, bolesti a poskytovanie fyzickej pohody. K ošetrovateľskej starostlivosti patrí i starostlivosť o mŕtve telo. V nasledujúcich častiach podávame podľa uvedených oblastí súhrn potrieb zomierajúceho a činnosti sestry pri ich zisťovaní a uspokojovaní (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 168).

K sprievodným znakom terminálneho štádia často patrí **bolesť**. Medzinárodná spoločnosť pre štúdium bolesti ju definuje takto „bolesť je nepríjemný zmyslový a emocionálny zážitok, ktorý ide ruka v ruku so skutočným alebo potencionálnym poškodením tkaniva, alebo sa ako taký opisuje. Bolesť je vždy subjektívna“. (Suchanová, 2004, s. 22). Pri liečbe bolesti sa využívajú najskôr neopioidné analgetiká a neskôr sa pristupuje k opioidným analgetikám spolu s podávaním iných liekov. Pri práci s analgetikami

opiátového charakteru sa dodržiava viacero zásad. Najjednoduchšia je perorálna aplikácia liečiva, ak je takáto aplikácia možná. Parenterálny spôsob podania zahŕňa aplikáciu liečiva intravenózne, kde sa liečivo môže podávať kontinuálne dávkovačom, ďalej intramuskulárne alebo subkutánne. Transdermálna forma aplikácie zahŕňa analgézu formou náplastí, ktoré sa aplikujú na zdravú kožu bez ochlpenia v oblasti chrbta alebo ramien. Pri opiátových analgetikách je veľmi dôležité sledovanie vedľajších príznakov liečby - ako je sedácia, nauzea, vracanie, obstipácia, útlm dýchania, neurotoxicita, potenie, retencia moču, pruritus. Opiáty sú aplikované pravidelne, často kontinuálne a nie podľa potreby. Liečbu opiátmi možno skončiť postupným znižovaním dávky. Náhle prerušenie liečby by mohlo viesť ku vzniku abstinenčných príznakov ako úzkosť, triaška, potenie, bolesti celého tela (Kocsisová, Hrubý, 2006, s. 32 - 33).

U pacienta sa bolesť prejaví plačom, nervozitou, zaujatím úľavovej polohy, odmietaním potravy, verbalizáciou jeho ťažkostí, psychomotorickým nepokojom a mnohými inými prejavmi, ktoré závisia od individuality pacienta.

Sestra v uvedenej oblasti môže stanoviť nasledujúce diagnózy:

- Akútna bolesť
- Chronická bolesť

Cieľom ošetrovateľských intervencií je zníženie alebo vymiznutie bolesti.

Na odstránenie uvedených problémov sestra môže plánovať nasledovné intervencie (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 168):

- zistiť a zaznamenávať lokalizáciu, charakter, kvalitu, trvanie, frekvenciu výskytu bolesti, časový priebeh, pridružené príznaky, vplyv bolesti na denné aktivity, názor pacienta na bolesť, podmieňujúce a spúšťacie faktory, zhoršujúce i zlepšujúce faktory bolesti;
- merať a dokumentovať intenzitu bolesti na desaťbodovej škále, kde číslo jeden je najnižšia bolesť a bod desať je najvyššia bolesť;
- venovať pozornosť všetkým prejavom bolesti pacienta, kedykoľvek sa objavia a požiadať ho, aby bolesť vždy hlásil;
- pred každou činnosťou vysvetliť pacientovi čo ideme robiť;
- zabezpečiť pacientovi pokoj na posteli v tichom prostredí;
- odvádzať pozornosť pacienta relaxáciou, čítaním, sledovaním televízie, počúvaním rozhlasu, dychovými cvičeniami a podobne;

- aplikovať analgetiká a opiáty podľa ordinácie lekára, sledovať ich účinok, zaznamenávať a hlásiť nežiaduce účinky, dodržiavať zásady práce s opiátmi.

U dlhodobo chorých a zomierajúcich často dochádza k **nedostatočnému príjmu živín**, ktorý sa manifestuje nechutenstvom, nauzeou, vracaním, stratou telesnej hmotnosti, slabosťou, zmenami na slizniciach ústnej dutiny, stratou podkožného tuku alebo svalovej hmoty, bledosťou očných spojoviek a slizníc, vypadávaním vlasov a vymiznutím menštruácie (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 170).

Sestra v danej oblasti môže stanoviť nasledujúcu diagnózu:

➤ Nedostatočná výživa

Cieľom ošetrovateľských intervencií je úprava podvýživy - zvýšenie telesnej hmotnosti pacienta.

Na zmiernenie problémov v oblasti výživy môže u zomierajúceho pacienta sestra plánovať nasledovné intervencie (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 170 - 171):

- zhodnotiť a zaznamenávať telesnú hmotnosť pacienta, vek, telesnú konštitúciu, svalovú silu, stravovacie návyky a preferenciu jedál u pacienta;
- sledovať celkový denný príjem stravy a zaznamenávať údaje do dokumentácie;
- merať hrúbku podkožného tuku i svalovej hmoty pacienta, sledovať črevné zvuky a vyprázdňovanie pacienta;
- podľa ordinácie lekára odoberať biologický materiál, zabezpečiť jeho zaslanie do laboratória;
- sledovať laboratórne nálezy - hodnoty sérového albumínu, železa, transferínu, nebielkovinového dusíka, pečňových enzýmov, minerálov a krvný obraz;
- objednávať pacientovi stravu v konzistencii, aká je pre neho najvhodnejšia, konzultovať výživu pacienta s diétnym asistentom, umožniť pacientovi, aby si mohol vybrať jedlo podľa vlastnej chuti, aby jedol, keď má na to chuť, umožniť príbuzným, aby priniesli pacientovi domácu stravu;
- vytvoriť príjemné prostredie pri stolovaní, zabezpečiť, aby podávaná strava nebola príliš teplá, ani studená, stravu podávať častejšie, v menších porciách;
- podporovať prehĺtanie stravy jemnou masážou laryngofaryngeálneho svalstva na oboch stranách krku pacienta, pri kŕmení vkladať pacientovi jedlo do stredu ústnej dutiny a sledovať, či nedochádza k zhromažďovaniu stravy v ústach, rešpektovať zvyklosti i rýchlosť jedenia pacienta, odporúčať pacientovi, aby jedol pomaly, stravu dobre prežúval a relaxoval po jedle;

- zabezpečiť zníženie príjmu mliečnych produktov a čokolády, ktoré zahusťujú sekrety ústnej dutiny, na podporu tvorby slín odporúčať žuvačky, kyslé cukríky, sušené ovocie;
- po každom kŕmení zabezpečiť hygienu ústnej dutiny, ak to pacient nezvláda sám;
- aplikovať stravu žalúdočnou sondou alebo iným invazívnym vstupom podľa ordinácie lekára;
- podľa ordinácie lekára podávať lieky zvyšujúce chuť do jedla a sledovať ich účinok;
- podľa ordinácie lekára podávať parenterálne náhradnú nutričnú stravu.

Smäd trápi väčšinu zomierajúcich pacientov a pocit smädu sa stratí až krátko pred smrťou. A naopak dostatočná hydratácia priaznivo ovplyvňuje zdravotný stav, zmierňuje problémy pacienta s vyprázdňovaním, významne ovplyvňuje celkový stav pacienta. **Nedostatočná hydratácia** sa prejaví zníženým výdajom moču, kolísavými vitálnymi funkciami, suchosťou slizníc, psychickými zmenami v zmysle zmätenosti a nepokoja a zníženým turgorom kože (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 171).

Sestra v danej oblasti môže stanoviť nasledujúce diagnózy:

- Deficit telových tekutín
- Narušené zmyslové vnímanie
- Riziko nerovnováhy objemu telových tekutín

Cieľom ošetrovateľských intervencií je udržať objem tekutín v tele na primeranej úrovni.

Na zmiernenie uvedených problémov s nedostatočnou hydratáciou pacienta sestra môže plánovať nasledovné intervencie:

- sledovať a zaznamenávať príjem a výdaj tekutín za 24 hodín, špecifickú hmotnosť moču, merať a dokumentovať hodnoty vitálnych funkcií, sledovať a dokumentovať vlhkosť slizníc, turgor kože, všímať si psychické prejavy dehydratácie, najmä zmätenosť;
- podľa ordinácie lekára odoberať a zasielať biologický materiál do laboratória (hemoglobín, hematokryt, celkové bielkoviny, minerály v sére a moči);
- ponúkať pacientovi tekutiny častejšie, v malých množstvách, rešpektovať jeho výber;
- ak je to potrebné odporučiť pacientovi obmedzenie kávy a tekutiny s vyšším obsahom cukru (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 171 - 172);
- prednostne podávať tekutiny cez ústa - striekačkou, rozprašovačom, vlhkou gázou;
- odstraňovať sucho v ústach pomocou ľadových kociek, ovocia, kyslých cukríkov;
- podľa ordinácie lekára podávať tekutiny parenterálne alebo hypodermokýzou.

Fyziologické vyprázdňovanie moču súvisí s normalizovaným príjmom tekutín. **Porucha vyprázdňovania moču** sa môže prejaviť oligúriou, zvýšenou telesnou teplotou až septickým stavom, inkontinenciou, bolesťou pri močení, bolesťou v podbruší, zmätenosťou, zvýšeným potením a inými prejavmi.

Sestra v danej oblasti môže stanoviť nasledujúcu diagnózu:

➤ **Narušené vylučovanie moču**

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je adekvátny výdaj moču za 24 hodín, úmerný príjmu tekutín.

Na elimináciu problémov s vyprázdňovaním moču môže sestra plánovať nasledovné intervencie (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 171 - 172):

- sledovať a zaznamenávať príjem a výdaj tekutín za 24 hodín, koncentráciu moču;
- dodržiavať zásady hygieny pri vyprázdňovaní moču, zistiť mieru samostatnosti pacienta pri vyprázdňovaní, a ak je to potrebné, naučiť pacienta, ako sa vyprázdňuje do močovej fľaše a do podložnej misy alebo pojazdného WC;
- zabezpečiť, aby mal pacient k dispozícii nádobu na močenie, aby mal pri močení súkromie a dostupné signalizačné zariadenie;
- u dezorientovaného pacienta zabezpečiť sprevádzanie na WC, vhodné je farebne odlíšiť dvere WC, a dostatočné osvetlenie;
- ponúkať pacientovi dostatočné množstvo tekutín podľa jeho výberu, ak je to potrebné, odporučiť pacientovi obmedzenie kávy a odporučiť mu príjem kyslých ovocných štiav, ktoré bránia rozvoju močových bakteriálnych infekcií;
- sledovať príznaky močovej infekcie, ako bolesť pri močení, zvýšená telesná teplota, bolesť v podbruší, zmätenosť pacienta, zvýšené potenie, retencia moču;
- poučiť pacienta o cvikoch na posilnenie panvového dna a zvýšenie tonusu brušných svalov a povzbudzovať ho k aktívnemu cvičeniu;
- 1x denne vykonať hygienickú starostlivosť genitálií vlažnou vodou a mydlom;
- vysvetliť pacientovi, aby oznámil prípadné pálenie alebo bolesť pri močení;
- pokles diurézy oznámiť lekárovi a podľa jeho ordinácie podávať pacientovi infúzne roztoky a zabezpečiť zavedenie permanentného katétra;
- v prípade potreby zabezpečiť preplach močového katétra FR.

V ošetrovateľskej starostlivosti o zomierajúceho pacienta sa môžeme stretnúť s **poruchami vyprázdňovania stolice**. Porucha vyprázdňovania sa prejaví zmenou frekvencie stolíc v zmysle hnačky alebo zápchy, bolesťou pri defekácii, zmenou konzistencie stolice, dehydratáciou, zmätenosťou.

Sestra v oblasti vyprázdňovania stolice môže stanoviť nasledujúce diagnózy:

- Zápcha
- Hnačka
- Riziko zápchy

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je dosiahnuť normalizáciu vyprázdňovania stolice.

Sestra na zmierenie problémov s vyprázdňovaním stolice môže u pacienta v terminálnom štádiu ochorenia plánovať nasledovné intervencie (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 171-172):

- zhodnotiť súčasný stav či poruchu vyprázdňovania stolice, zmeny oproti minulosti, zistiť a zaznamenať frekvenciu, množstvo, konzistenciu, prímеси i zápach stolice;
- všímať si stav výživy a hydratácie pacienta, vyhodnotiť jeho telesnú aktivitu, zabezpečiť a dokumentovať dostatočný príjem tekutín;
- vyšetriť auskultačne a pohmatom brucho a okolie konečníka so zameraním na zistenie hemoroidov, prasklín, či zápalov konečníka;
- podľa ordinácie lekára odoberať a zasielať biologický materiál do laboratória, aplikovať ordinované celkové a lokálne liečivá;
- odporučiť pacientovi, ktorý má sklon k zápche alebo užíva opiáty, aby prijímal v strave viac vláknin;
- dbať na nácvik vyprázdňovacieho reflexu, podporovať u pacienta peristaltické pohyby čreva masážou brucha zľava doprava;
- v prípade potreby aplikovať klyzmu alebo pristúpiť k digitálnemu vybaveniu stolice, ak sa stav po podávaných prehľadkách neupravuje;
- u pacienta s hnačkou obmedziť príjem nestráviteľných zložiek potravy, dráždivých potravín, kávy, mlieka a ovocia;
- po každom vyprázdňovaní stolice venovať pozornosť okoliu konečníka - podľa potreby umývať a lokálne ošetrovať konečník, zabezpečiť, aby mal pacient suchú a čistú osobnú i posteľnú bielizeň bez zbytočných záhybov ako prevenciu vzniku dekubitov.

V ošetrovateľskej starostlivosti o zomierajúceho pacienta sa môžeme stretnúť s **poruchami priechodnosti dýchacích ciest**, následkom zníženej expanzie pľúc pri dlhodobej horizontálnej polohe pacienta a atrofie svalov hrudníka. Zomierajúci pacient má zníženú schopnosť vykašliavať sekréty s ich následnou stagnáciou v pľúcach, čo sa prejaví zmenou frekvencie dýchania, prejavmi periférnej i centrálnej cyanózy, kašľom, plytkým dýchaním, hyperventiláciou, chvením nosových krídel, tachykardiou s možným rozvojom zápalu dýchacích ciest.

Sestra môže na základe uvedených problémov stanoviť nasledujúcu diagnózu:

- Zhoršená priechodnosť dýchacích ciest

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je dosiahnuť maximálnu priechodnosť dýchacích ciest.

Na odstránenie problémov môže sestra plánovať nasledovné intervencie (Doenges, Moorhouse, 1996, s. 171):

- zhodnotiť kvalitu, typ dýchania, sledovať prejavy periférnej i centrálnej cyanózy;
- sledovať stav vedomia, poruchy psychiky a prejavy somnolencie, nepokoja a bolesť hlavy;
- monitorovať vitálne funkcie pacienta;
- udržiavať priechodnosť dýchacích ciest, povzbudzovať pacienta k odkašliavaniu, polohovaniu;
- podľa ordinácie lekára zabezpečiť aplikáciu O<sub>2</sub> a povzbudzovať pacienta k prehĺbenému dychu s predĺženým výdychom;
- dbať na správne flekčné postavenie hlavy i o včasné odsávanie sekrétov z dýchacích ciest;
- zdôrazňovať význam hlbokého dýchania a dychových cvičení pre uľahčenie expektorácie;
- starať sa o dodržiavanie primeranej telesnej teploty a zvlhčovať vzduch v izbe;
- podľa ordinácie lekára podávať expektoranciá a bronchodilatanciá a zabezpečiť zvýšený príjem tekutín podľa tolerancie pacienta;
- pri príjme tekutín a jedla, alebo kŕmení sondou zabezpečiť pacientovi Fowlerovu polohu ako prevenciu aspirácie;
- podávať polotuhú stravu, vyhýbať sa strave rozmixovanej a strave, ktorá vyvoláva zvýšenú tvorbu hlienov.

Jedným z dominujúcich symptómov umierania je **únava**. S ňou je veľmi tesne spojená potreba spánku a oddychu, ktoré pacientovi prinášajú pokoj a potrebnú regeneráciu

organizmu. Preto je potrebné dôsledne eliminovať alebo aspoň obmedziť všetky faktory, ktoré rušia alebo obmedzujú spánok. Únava sa môže prejavovať ako celková skleslosť pacienta, nepokojom, chvením rúk, bezvýraznosťou tváre, tmavými kruhmi pod očami, zívaním, neochotou komunikovať, spánkom počas dňa (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 174).

Cieľom ošetrovateľských intervencií je skvalitnenie spánku pacienta, zvýšenie pocitu sviežosti a celkovej telesnej pohody.

Sestra v danej oblasti môže stanoviť nasledujúcu diagnózu:

➤ Únava

Na zmiernenie ťažkostí následkom únavy môže sestra plánovať nasledovné intervencie (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 174 - 175):

- zistiť spánkové návyky pacienta, charakter spánku a podmienky zaspávania;
- plánovať ošetrovateľskú starostlivosť tak, aby nenarušovala nočný spánok a odpočinok ak to nie je nevyhnutné a ošetrovateľské aktivity vykonávať vtedy, keď sa cíti odpočínutý a svieži;
- zabezpečiť pokojné prostredie a obmedziť rušivé vplyvy prostredia, vyvetrať izbu vždy pred uložením sa pacienta na spánok;
- upraviť posteľ pred spaním, pomôcť pacientovi vykonať si hygienu večer pred spaním;
- zabezpečiť pohodu a relaxáciu - pohodlné nočné oblečenie, masáž chrbta, vhodnú poloha, vyprázdnenie pacienta;
- konzultovať stav pacienta s lekárom;
- podávať hypnotiká, sedatíva a prípadne analgetiká podľa ordinácie lekára a sledovať ich účinok.

U zomierajúcich obvykle schopnosť a potreba aktivity postupne klesá, čo sa prejavuje obmedzením až **stratou sebestačnosti pacienta**. Zomierajúci pacient nie je schopný samostatne sa pohybovať, prijímať potravu, starať sa o obliekanie a hygienu a samostatne sa vyprázdňovať (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 175).

Cieľom ošetrovateľských aktivít je pomoc pri uvedomovaní si vlastných možností v zmenených podmienkach, ich realistický odhad, snaha o primerané zvýšenie aktivity v denných činnostiach a zabezpečenie činností, ktoré nezvláda sám (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 175).

Sestra v oblasti sebaopatery môže stanoviť nasledujúce diagnózy:

➤ Zhoršená pohyblivosť

- Deficit sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajšku
- Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene
- Deficit sebaopatery pri jedle
- Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní

Na zmiernenie deficitu v oblasti sebaopatery môže sestra plánovať nasledovné intervencie (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 176):

- posúdiť stupeň imobilizácie pacienta podľa WHO alebo Karnofského a sledovať príznaky imobilizačného syndrómu ako je pneumómia, porucha vyprázdňovania moču a stolice, vznik kontraktúr, dekubitov a podobne;
- zistiť stupeň rozsahu pohybov v kĺboch, prítomnosť kontraktúr, deformít a svalovú silu pacienta;
- posúdiť hybnosť pacienta a mieru závislosti od pomoci iných a od používania rôznych podporných pomôcok uľahčujúcich pohyb;
- odporučiť pacientovi používanie podporných pomôcok (štvorbodové chodítko, vozík, barly) a naučiť ho ich používať;
- zabezpečiť pomocné zariadenia postele, ktoré uľahčujú pohyb a udržiavajú polohu (hrazdička, uzdička, rebríček, jedálny stolík, schodíky, vankúš);
- pripomínať pacientovi potrebu častého vstávania z postele, účinného odkašliavania i hlbokého dýchania, vysvetliť pacientovi význam pravidelnej starostlivosti o kožu a dôležitosť častej zmeny polohy;
- zabezpečiť antidekubitové pomôcky a vysvetliť ich význam;
- u ležiaceho pacienta pomáhať pacientovi pri vykonávaní hygieny, zabezpečiť správne ošetrovanie pokožky, odporučiť pacientovi, aby používal jemné mydlá, po umytí pokožku dôkladne vysušiť, masírovať, používať hydratačné mlieko a dodržiavať opatrenia prevencie vzniku preležanín a zaparenín;
- vypracovať plán zmien polohy pacienta a zabezpečiť zmenu polohy pacienta každé 2 hodiny a v noci á 3 hodiny podľa polohovacieho plánu, ktorý prináša pacientovi nielen úľavu, ale aj pocit istoty, že sa oňho niekto stará;
- pravidelne kontrolovať povrch kože, pátrať po začervenaných alebo bledších miestach a ihneď aplikovať liečbu podľa ordinácie lekára;
- udržiavať posteľ pacienta čistú, suchú, upravenú, dbať na suchú a čistú osobnú bielizeň;
- pomáhať pacientovi v aktivitách, ktoré nezvláda sám;

- umožniť pacientovi dostatok času, aby mohol čo najlepšie plniť svoje úlohy;
- vysvetliť pacientovi presný postup jednotlivých krokov pri zmene polohy, pri posadzovaní, vstávaní;
- zabezpečiť signalizačné zariadenie na dosah ruky a bezpečnosť pacienta;
- pomáhať pacientovi pri vyprázdňovaní;
- zabezpečiť individuálnu inštrukciú fyzioterapeutom podľa ordinácie lekára.

### 3.1.2 Psycho - sociálne potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia

U zomierajúcich sa sestra stretáva najmä s problémom nedostatočnej spolupráce, s poruchami v sebaoceňovaní, popieraní daných skutočností, stavmi duševnej tiesne, bezmocnosťou, strachom a úzkosťou. Sestra musí pacientovi neustále naznačovať, že je tu pre neho, chce mu pomôcť a poradiť (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 177).

Opakované hospitalizácie, dlhodobá pracovná neschopnosť, invalidita, ekonomická a sociálna nestabilita, zmena vlastného výzoru, narušená funkcia rodiny a ďalšie okolnosti menia potreby pacienta (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 177). V sociálnych potrebách vystupuje do popredia pocit osamelosti, porucha adaptácie, porucha plnenia sociálnych rolí, ťažkosti pri rozprávaní, málovravnosť, často sa vyskytuje odvracanie sa od hovoriaceho, privieranie očí, krčenie ramien ako odpoveď (Kontrová, Puškárová, Miklovičová, 2004, s.127).

Cieľom ošetrovateľských aktivít je pomoc pacientovi prijať danú situáciu a podľa možností sa na ňu adaptovať.

V oblasti psycho - sociálnych potrieb môže sestra stanoviť nasledujúce diagnózy:

- Úzkosť zo smrti
- Bezmocnosť
- Beznádej
- Riziko bezmocnosti
- Riziko osamelosti
- Sociálna izolácia
- Narušená sociálna interakcia

Na pomoc pacientovi prijať danú situáciu sestra plánuje nasledovné intervencie (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 177):

- založiť vzťah dôvery s pacientom a jeho rodinou;

- povzbudzovať pacienta k vyjadrovaniu citov, akceptovať jeho vyjadrenia vrátane hnevu a beznádeje;
- vysvetliť pacientovi, že jeho pocity a individuálny smútok sú v jeho situácii normálne;
- primerane pacientovej individuálnej situácii povzbudzovať jeho nádej;
- prostredníctvom empatických rozhovorov a fyzického kontaktu (uchopenie za ruku, ak si to pacient želá, šetrná manipulácia pri ošetrovaní) poskytovať pacientovi citovú podporu a vedomie, že sme tu pre neho;
- zistiť vzdelanie a hodnotový rebríček pacienta, jeho názory, návyky v kultúrnej, náboženskej a sociálnej oblasti, zistiť motiváciu v správaní sa;
- zapájať pacienta do ošetrovateľského plánu a umožniť jeho spolurozhodovanie;
- odstraňovať zistené poruchy sociálnych vzťahov pacienta a sprostredkovať sociálne služby podporných inštitúcií;
- pomôcť pacientovi pri zmierovaní sa s jeho rodinnými príslušníkmi, priateľmi, známymi, na ktorých mu záleží;
- umožniť pacientovi verbalizovať jeho pocity a zabezpečiť, aby bol v stálom osobnom kontakte s rodinou.

### 3.1.3 Spirituálno-duchovné potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia

Priorita potrieb sa u pacienta v priebehu ochorenia výrazne mení. Na začiatku sú prvoradé biologické potreby a v záverečnej fáze sa do popredia dostávajú práve spirituálne potreby (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 78).

I keď sa právom zdôrazňuje jedinečnosť a neopakovateľnosť konkrétnej potreby, zomierajúci majú veľa spoločných charakteristík. Takmer každý zomierajúci *túži po ľudskej blízkosti*. Je pre neho veľkou posilou, ak nájde človeka, ktorý mu rozumie a je ochotný zdieľať jeho smútok, pochybnosti a obavy. Ovzdušie bezpečia umožní zomierajúcejmu prežiť zážitok prvotnej dôvery, ktorú prežíval v skorom detstve. K základným potrebám zomierajúcich patrí *rešpektovanie ľudskej dôstojnosti*. Pacient nechce byť iba objektom diagnostických a terapeutických metód, cíti sa ponížený, kedykoľvek sa stretáva s nedostatkom záujmu o svoju osobu. Práve preto by sa ošetrovateľská starostlivosť mala umožňovať, aby zomierajúci *žil naplno až do konca*. Z praxe vieme, že takmer každý pacient pozná svoju prognózu i keď mu ju nik nepovedal. Preto mnohé z predchádzajúcich priorít pre neho strácajú význam a najdôležitejšou duchovnou potrebou sa stáva *hľadanie zmyslu života*.

Mnoho zomierajúcich cíti vnútorné zranenia a túžia po duchovnom uzdravení. Spomínajú si na svoje životné zlyhania, uvedomujú si svoju rozpoltenosť, omyly a previnenia. Chceli by splatiť dlh mnohým ľuďom, živým i mŕtvym a dosiahnuť odpustenie. Pre situáciu umierajúceho je rozhodujúce, či je schopný pripustiť zmysel svojej choroby a utrpenia. Sestry majú jedinečnú príležitosť zomierajúcim sprostredkovať náhľad do duchovných skutočností života, nesmú ale obmedzovať slobodu a vnucovať im názory, na ktoré nie sú pripravení (Vorlíček, Adam, 1998, s. 384 - 387).

Sestra v oblasti spirituálnych potrieb môže stanoviť nasledujúce diagnózy:

- Duchovná tieseň
- Riziko duchovnej tiesne

Na zmiernenie problémov v duchovnej oblasti môže sestra plánovať nasledovné intervencie (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 179):

- zistiť, aký má pacient vzťah k duchovným hodnotám, k životu, k smrti, zistiť dôležitosť viery v živote pacienta, rešpektovať jeho názory a vyznávané duchovné princípy;
- vytvárať potrebné podmienky na jeho vnútorné sústredenie sa, praktizovanie náboženských úkonov (modlitba, návšteva nemocničnej kaplnky), prípadne ponúknuť alternatívu relaxačných cvičení a meditácie;
- pomáhať pacientovi mobilizovať vnútorné zdroje na zvládnutie danej situácie;
- umožniť duchovné sprevádzanie kňazom a prijímanie príslušných sviatostí;
- vytvárať účinný terapeutický vzťah, v ktorom sa učíme trpezlivo počúvať i nevyslovenú prosbu, byť ochotní v ktorúkoľvek dobu vypočuť pacientove smútky a spolu s ním sa pokúšať nájsť odpovede na otázky, ktoré ho znepokojujú;
- rešpektovať neschopnosť pacienta zaoberať sa zmyslom života alebo dôvodmi prečo žil;
- viesť rozhovor s pacientom na tému blížiaceho sa konca, ak si želá;
- zabezpečiť pacientovi pokojné prostredie a dostatok súkromia.

Účinnú duchovnú pomoc môže ale poskytnúť len ten, kto nehľadá svoj vlastný prospech, a to ani vo forme vďačnosti či uznania. Zomierajúci spozná, či sme vyrovnaný so strachom zo smrti a umierania. Takých ľudí je bezpochyby málo. Každý doprevádzajúci by však mal byť naplnený aspoň nádejou a túto svoju nádej by mal vedieť odovzdávať zomierajúcim (Vorlíček, Adam, 1998, s. 384 - 387).

## 3.2 Komunikácia s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia

V starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu choroby a umierajúceho má svoje nezastupiteľné miesto efektívna komunikácia. Špecifikom tejto komunikácie je, že komunikujeme s človekom bez nádeje na uzdravenie. Preto každá sestra, ktorá poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť a komunikuje s umierajúcim, by mala mať určité vlastnosti, ktoré môže uplatniť vo svojej praxi (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 108).

Medzi základné vlastnosti sestry patrí (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 108):

- empatia - umožní sestre vžiť sa do pocitov svojho pacienta, vidieť situáciu a problémy očami pacienta;
- pravdivosť- sestra má byť k pacientovi úprimná, otvorená a pravdivá, keďže aj ona očakáva od neho takéto správanie;
- konkrétnosť - pri vyjadrovaní musí byť sestra vo svojich formuláciách konkrétna. Nie nepresná a váhavá;
- starostlivosť - pacient musí cítiť, že sestra má o neho záujem, cení si ho a záleží jej na tom, aby mal čo najlepšiu starostlivosť;
- rešpektovanie - sestra má pacienta rešpektovať ako individuálnu a jedinečnú bytosť a prijať ho bez predsudkov.

Úloha sestry v komunikácii s umierajúcim je počas fáz umierania, ktoré popisujeme v podkapitole 1.1 nezastupiteľná. Sestra pri ošetrovaní ťažko chorého musí byť nielen odborne zdatná a zručná, ale musí byť aj dobrým psychológom a znalcom ľudskej duše, aby vedela podať pomocnú ruku v každej situácii, ktorá chorému prinesie jeho poznanie o vlastnej závažnej chorobe.

Najväčším problémom komunikácie *v prvej fáze* je prelomenie bariéry medzi pacientom a sestrou a získanie si jeho dôvery. Je to nevyhnutný predpoklad akejkolvek komunikácie. V tejto fáze nesmieme opomenúť dôležitý fakt, pred ktorým varujú mnohí lekári, a to skratové konanie po oznámení pravdy, kde hrozí vysoké riziko samovraždy. Sestra musí vnímať vety, ktorými pacient naznačuje, čo zamýšľa. Sestra by mala upozorniť i príbuzných a všetkých zainteresovaných, aby venovali pozornosť vyjadreniam pacienta o ukončení života (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 109).

Rovnako ako v prvej fáze i *v druhej fáze* musí sestra zdolať bariéru, ktorú si okolo seba pacient postavil. Po pripustení si pravdy sa ozbrojil hnevom a zlosťou. Svoje útoky môže namieriť voči svojmu najbližšiemu okoliu i proti zdravotníckym pracovníkom. Vo svojom

vnútri si ujasňuje príčinu ťažkej životnej situácie, ale reaguje na ňu hnevom a obviňovaním. Sestry by mali mať informácie:

- o tom, že umierajúci má oprávnený nárok na zlosť a hnev;
- o spôsobe reagovania na agresívne správanie pacienta, pretože vo všeobecnosti hnev len provokuje hnev;
- o nutnosti pokračovať v komunikácii s pacientom i napriek jeho hnevu, odmietaniu, podráždeniu, irónii až nekontrolovateľnej agresivite;
- o nutnosti zabrániť jeho sociálnej izolácii, pretože zlosť býva často zameraná na tých členov rodiny, ktorí sa o neho najviac starajú, čo môže vyústiť do obmedzovania kontaktov s pacientom (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 109).

Pri hľadaní odpovede na otázky príčiny vzniku ochorenia by mali sestry dodržiavať niekoľko zásad. Je dôležité zachovať si takt, formou rozhovoru a spomienok treba pátrať po možnej príčine ochorenia. Vysvetliť pacientovi, že žiadne ochorenie nezapríčiňuje jeden faktor, že je súčtom viacerých rôznych faktorov. Hľadať vysvetlenia choroby v reálnych veciach, nie v nespravodlivosti osudu a podobne (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 110).

Z neverbálnej komunikácie je dôležité rešpektovať nasledujúce komunikačné zásady:

- nestáť príliš blízko pacienta, nevstupovať do jeho fyzického priestoru;
- nerobiť prudké pohyby, vyvarovať sa zlostného výrazu tváre;
- nezazerať na pacienta a ani sa na neho uprene nepozerať;
- nedávať ruky v bok, nezatínať ruky do pästí, nedávať ich do vreciek, ani za chrbát.

Pri verbálnej komunikácii s pacientom prežívajúcim hnev sa sestry potvrdí hnev a neochota spolupracovať. Na otázku sestry nasleduje okamžitá reflexná odpoveď. Odpoveď pacienta má charakter reakcie typu „útek alebo útok“. Jediným riešením je neodpovedať impulzívne. Pretože pokojná a vyrovnaná odpoveď sestry pacientovi, ktorý očakával impulzívnu odpoveď, ho zmätie, a tým dá sestre čas rozmyslieť si, čo povie ďalej. Nedávať najavo prekvapenie či strach z reakcie pacienta, ktorá by ho mohla v útoku posmeliť. Nevyhrážať sa, neprovokovať, nesľubovať, čo sa nedá splniť, nerozčuľovať sa, ani si z neho neúťahovať. Prejaviť záujem o jeho city a posmeliť ho, aby ich opísal. Neklásť ultimáta, ktoré ho ešte väčšmi rozhnevajú, neodsudzovať ho (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 110 - 111).

V tretej fáze v období vyjednávania je u pacientov prítomná častá zmena nálad. V zlých dňoch tápu, pochybujú o správnosti liečby, zdá sa im, že ďalšia liečba je už zbytočná. V dobrých dňoch ich myšlienky a energia smerujú k vyjednávaniu a vytyčovaniu si cieľov.

Toto obdobie možno prirovnať k detstvu. Pacient sa snaží čosi sľúbiť za svoje uzdravenie-napravenie krivdy, ktorú spôsobil, zmenu životného štýlu a podobne. Keď má pacient dobrú náladu, je vhodné viesť s ním rozhovor. Rozhovor môže byť zameraný na spomínanie na minulosť - zážitky a príbehy z detstva, z mladosti, spomínanie na rodičov a súrodencov. Je dôležité, aby sme si vytvorili dostatok času na rozhovor, prejavili záujem, ak sa chce pacient s nami rozprávať, neodbili ho, ani neargumentovali nezaujímavým množstvom práce, dohodli neskorší termín rozhovoru v prípade momentálneho nedostatku času (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 111).

*Štvrtá fáza* je charakteristická stavmi depresie až zúfalstva u pacienta. Komunikovať s pacientom v depresii je preto také náročné, pretože sa sestre nevracia to, čo do starostlivosti a komunikácie vkladá. Odpoveď zo strany pacienta nie je adekvátna jej námahe a úsiliu. I napriek tejto bariére je nutné, aby sestra s chorým v depresii komunikovala a využívala prvky empatie s cieľom pochopiť ho (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 111).

Pri komunikácii s umierajúcim pacientom je preto dôležité dodržiavať určité zásady (Kristová, 2004, s. 135):

- nehovoriť mu „pozviechajte sa“, „spamätajte sa“, „premôžte sa“;
- umožniť mu, aby verbalizoval svoje pocity a názory, umožniť mu, aby sa vyplakal;
- vyhýbať sa kritike a nepopierať jeho smútok;
- nezaplavovať „prázdny“ optimizmom - „bude to dobré“;
- udržiavať s pacientom zrakový kontakt, naznačiť nežný úsmev (nesmie vyzeráť ironicky ani ako úškrn);
- využívať pri komunikácii pozitívne haptické prejavy - objatie, stisnutie ruky, polozenie ruky na ruku, hlavu, plece.

Komunikácia v *piatej fáze*. Veľká časť pacientov upadá do bezvedomia až bezprostredne pred smrťou, to znamená, že môžu komunikovať až do posledných chvíľ. Úloha sestry a sprevádzajúcich osôb je nasledovná (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 112):

- zdržiavať sa v blízkosti pacienta;
- prostredníctvom empatického rozhovoru a fyzického kontaktu poskytnúť umierajúcemu citovú podporu a vedomie, že sme tu pre neho;
- potichu sa mu prihovárať a milo sa na neho usmievať;
- umožniť pacientovi, aby hovoril o všetkom, čo považuje za osobne významné;
- nevnucovať umierajúcemu tému blížiaceho sa konca a ani potrebu akceptovať smrť;

- rešpektovať prežívania a priania zomierajúceho - ak si želá samotu k odpútaniu sa, rešpektujeme to, ak si želá prítomnosť rodiny, zabezpečíme ju;
- dbať na nerušené prostredie pri poslednej rozlúčke.

### 3.3 Starostlivosť o rodinu a pozostalých

Ľudia sa so stratou blízkej osoby vyrovnávajú mnohými spôsobmi. Neexistuje žiadna správna cesta. Spôsob, ako človek žiali, závisí od typu osobnosti, vzťahu človeka a osoby, ktorá zomrela, skúsenosti s ochorením, spôsobu ako ochorenie progredovalo, kultúrneho a náboženského prostredia, sociálneho a finančného zázemia. Žiaľ je normálna reakcia na stratu, zasahuje všetky zložky osobnosti. Najčastejšími psychickými reakciami sú smútok, beznádej, hnev, pocit viny. Fyzicky sa môže prejaviť stratou chuti do jedla, nespavosťou, stratou libida. V sociálnej oblasti sa objavujú snahy o izoláciu, strata záujmu o prácu a podobne (Haladová, 2005, s. 17).

Štádia zomierania, tak ako ich popísala Kübler-Rossová, možno aplikovať nielen na zomierajúceho, ale aj na jeho príbuzných. Je dôležité chápať a podporovať všetkých zúčastnených v každom štádiu procesu. Štádium negácie vyplýva zo šoku, ktorý správa o ochorení so sebou prináša, s následným popieraním skutočnosti, odmietaním vziať smrť na vedomie. Štádium agresie je charakteristické vzburou, hnevom, útokmi voči okoliu, často zdravotníkom. Vyjednávanie znamená prijatie skutočnosti, ale s následnou snahou o „oddialenie“ smrti blízkeho. Často sa opakujúce štádium depresie, prejavujúce sa stratou nádeje, smútkom, strachom. Akceptácia znamená prijatie pravdy a vyrovnanie sa s nezvratnou skutočnosťou (Slamková, Pavelová, Poledníková, 2006, s. 37).

V rámci svojich kompetencií sestra u príbuzných zomierajúceho môže stanoviť tieto diagnózy:

- Preťaženie opatrovateľa
- Narušený život rodiny
- Riziko preťaženia opatrovateľa

Cieľom ošetrovateľských aktivít je pomoc rodine pacienta prijať danú situáciu a podľa možností sa na ňu adaptovať.

Sestra ako dôležitá zložka podporného systému aktívne načúva príbuzným, povzbudzuje, vedie rozhovor (anamnestický, o problémoch, poradenský, rozhovor o zlých správach), v ktorom vyjadruje empatiu, sprostredkuje kontakt s duchovným, prípadne dobrovoľníkmi.

V prípade požiadavky skontaktuje príbuzných so psychológom, sociálnym pracovníkom. Poskytuje praktické rady aj v súvislosti s ošetrovaním pacienta a ak majú príbuzní záujem, umožní im participáciu na starostlivosti. Informuje príbuzných o možnostiach zakúpenia pomôcok, zdravotníckeho materiálu (Slamková, Pavelová, Poledníková, 2006, s. 37).

Niektorí odborníci zastávajú názor, že väčšina zomierajúcich si želajú byť v okamihu smrti sami. Túto teóriu podporuje i skutočnosť, že rodinný príslušník sa doslova nepohne od postele pacienta, potom ale na chvíľu odíde a pacient práve v tej chvíli zomrie. Príbuzný sa potom trpkovo obviňuje, že odišiel práve v najdôležitejšej chvíli. Tu máme priestor na ubezpečenie príbuzného, že to nie je jeho vina, ale že pacient jednoducho chcel odísť z tohto sveta sám. Naopak, niektorí zomierajúci výslovne čakajú na prítomnosť niekoho z rodiny, ktorý je ďaleko alebo nemôže prísť. Ak očakávaný príbuzný príde, tak často za niekoľko minút alebo hodín zomrie, len čo sa dočkal návštevy tohto príbuzného (Vorlíček, Adam, 1998, s. 380).

Mnohí odborníci sa zhodujú, že prvé okamihy po smrti sú pre príbuzných mimoriadne dôležité. Je pravdepodobné, že práve v týchto chvíľach sa rozhodne, či proces smútku bude mať fyziologický alebo patologický charakter. Rodinným príslušníkom, prítomným pri smrti blízkej osoby, môžeme ponúknuť niekoľko praktických rád (Vorlíček, Adam, 1998, s. 380):

- nenáhlite sa, nechcete byť hneď aktívni;
- otvorte okno v súlade s tradíciou i s hygienických dôvodov;
- zastavte sa a nechajte pôsobiť na seba neobyčajnosť tejto chvíle;
- v myslí sa vám znova odvíjajú scény zo spoločne prežitých chvíľ, neodháňajte ich, nechajte ich doznieť;
- ak vám je ťažko zostať sami pri zomrelom, požiadajte o pomoc niekoho, kto už v takej situácii bol a zvládol ju;
- každý prejav smútku a horkosti je prirodzený, nik vám nebude vyčítať i neobvyklú reakciu na stratu, napríklad smiech.

Prirodzený proces smútku, ktorý začína už v dobe nevyliciteľnej choroby blízkeho človeka, býva často z pochopiteľných dôvodov skrývaný, alebo dokonca hrdinsky prekonávaný. Po smrti môže pozostalý svoj žiaľ prejavovať navonok a vtedy má liečiaci charakter (Haladová, 2005, s. 17).

Proces smútku prebieha v štyroch štádiách (Haladová, 2005, s. 17):

- šok a otupenie: pozostalí nemôžu smrti uveriť, cítia sa ohromení a otupení;

- túžba a hľadanie: pozostalí nedokážu akceptovať realitu, pokúšajú sa vrátiť mŕtveho späť do života, cítia sa frustrovaní a sklamaní, keď to nie je možné;
- dezorganizácia a zúfalstvo: pozostalí sú depresívni, nie sú schopní plánovať budúcnosť a zamerať sa na vlastný život;
- reorganizácia: pozostalí by sa mali odpútať od osoby, ktorá zomrela, prispôbiť sa životu bez nej a formovať nové vzťahy. Odpútať sa znamená presmerovať svoju emocionálnu energiu, ktorú predtým dávali osobe, ktorá zomrela. Toto štádium je obzvlášť problematické pre starších ľudí, ktorí sa ťažšie prispôbujú životným zmenám.

Sestra by si mala okrem odovzdávania osobných vecí a inštrukcií, ako vybaviť pohreb, nájsť čas na krátky rozhovor s pozostalými. Takmer vždy sa chcú dozvedieť, ako ich príbuzný prežil posledné hodiny a ako zomrel. Mala by ich ubezpečiť, že zomierajúci netrpel, mal dostatok liekov proti bolesti, že celý ošetrovateľský tím realizoval všetky kroky na zmiernenie utrpenia. Poďakovať príbuzným za pomoc pri starostlivosti o pacienta. Takéto slová prijímajú príbuzní veľmi vďačne. Naopak, rušivo môže pôsobiť klasický prejav sústrasti, pretože je na tento úkon veľmi skoro a často sa míňa účinkom. To preto, lebo každý človek potrebuje určitý čas, než je schopný akceptovať stratu a prijať prejavy sústrasti. Tam, kde bola smrť očakávaná v dôsledku dlhodobej choroby, je proces akceptácie rýchlejší (Vorlíček, Adam, 1998, s. 380).

Príbuzným môže byť ponúknutá odborná pomoc, buď individuálna alebo skupinová. Individuálna pomoc je vhodná pre príbuzných s patologickým priebehom smútku formou psychoterapie. Skupinovou pomocou sú takzvané svojpomocné skupiny ľudí s podobnými osudmi, ktorí sa chcú navzájom podporiť, podeliť sa o svoje skúsenosti s prežívaním smútku (Haladová, 2005, s. 17).

### **3.4 Starostlivosť o mŕtve telo**

K ošetrovateľskej starostlivosti patrí i starostlivosť o mŕtve telo. Sestra je väčšinou prvá osoba, ktorá konštatuje smrť. Podozrenie, že pacient zomrel, vyslovuje na základe neistých známkov smrti, medzi ktoré patrí zastavenie srdcovej činnosti, zastavenie dýchania, zrenice nereagujúce na svetlo a ďalšie príznaky. Sestra ihneď privolá lekára, ktorý musí smrť potvrdiť. Lekár následne kontaktuje lekára povereného Úradom pre dohľad, ktorý vykoná

obhliadku mŕtveho a rozhodnutie o pitve. Po obhliadke preberá ďalšiu starostlivosť o mŕtve telo sestra (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 180).

Sestra realizuje nasledovné intervencie (Kontrová, Záčeková, Hulková, 2005, s.76 - 77):

- zatlačí mŕtvemu očné viečka a ak sa roztvárajú, priloží na ne navlhčené mulové štvorce;
- umiestni okolo postele mŕtveho zástenu alebo záves a vyzve chodiacich pacientov, aby opustili izbu;
- zaznamená do dokumentácie dátum a čas úmrtia;
- odstráni pomocné zariadenie postele, vyberie z postele vankúš, prikrývku, vyzlečie mŕtvemu osobnú bielizeň a telo uloží do vodorovnej polohy;
- skráti drény, kanyly a opatrne odstráni náplasť v prípade, ak ich pacient má, odstráni peramentný katéter, nazogastrickú sondu, imobilizačné obvazy, periférnu kanylu v prípade, že ich mal zavedené;
- vykoná hygienickú starostlivosť, znečistené oblasti tela umyje, pod zadnú časť tela vsunie absorbčnú podložku na zachytenie moču a stolice po uvoľnení sfinkterov;
- odstráni z tela šperky, vyberie ústnu snímateľnú protézu;
- uloží telo do vodorovnej polohy na chrbát s hornými končatinami uloženými pozdĺž tela alebo skríženými na bruchu, podloží mŕtvemu čeľusť a vyviaže ju, aby bol udržaný prirodzený výraz tváre;
- napíše na stehno mŕtveho tela vatovou štetôčkou namočenou v genciánovej violeti paličkovým písmom meno, priezvisko, rodné číslo, dátum a čas úmrtia;
- priviaže na zápästie alebo palec dolnej končatiny vypísanú identifikačnú kartičku;
- zabalí telo do plachty a ponechá ho 2 hodiny na oddelení;
- po 2 hodinách zabezpečí odvoz mŕtveho tela na patologicko - anatomické oddelenie.

Ďalej vykoná súpis všetkých vecí zomrelého dvojmo za prítomnosti svedka. Osobitnú pozornosť venuje dokladom, šperkom, peniazom, protézam, cennostiam z bieleho a zo žltého kovu. Ak niektoré cennosti ostali na zomrelom, zaznamená to do dokumentácie a oznámi príbuzným. Sestra zabezpečí odoslanie telegramu o úmrtí príbuzným a vydá pozostalosť príbuzným po predložení občianskeho preukazu (Kontrová, Záčeková, Hulková, 2005, s.77).

## PRAKTICKÁ ČASŤ

### 4 Kazuistika pacienta v terminálnom štádiu ochorenia

86 ročný pacient mužského pohlavia, ženatý, dôchodca. Prijatý na odporúčanie ošetrojúceho lekára Špeciálnej geriatrickej nemocnice Podunajské Biskupice, oddelenie dlhodobo chorých, s hlavnou medicínskou diagnózou terminálne štádium demencie zmiešanej etiológie a vedľajšími diagnózami AS univerzalis, Imobilizačný syndróm, ICHS, Arteriálna hypertenzia III. st. WHO, Status lacunaris cerebri, Parkinsonova choroba, Hyperplázia prostaty. Pacient bol v novembri 2007 hospitalizovaný na Geronto - psychiatrickom oddelení Špeciálnej geriatrickej nemocnice Podunajské Biskupice ako akútny príjem pre zhoršenie psychických funkcií a poruchy správania s následným rozvojom imobilizačného syndrómu. Z tohto oddelenia bol pre nutnosť nepretržitej 24 hodinovej odbornej starostlivosti a úplnú nesamostatnosť preložený na LDCH Špeciálnej geriatrickej nemocnice Podunajské Biskupice, kde mu bola poskytnutá rehabilitačná starostlivosť a ďalšia liečba. Rehabilitačná liečba pre nedostatočnú spoluprácu pacienta nebola efektívna. Do Liečebne sv. Františka je pacient prijatý pre ošetrovateľskú starostlivosť a kontrolu laboratórnych parametrov.

#### *Identifikačné údaje pacienta*

Meno a priezvisko: N. J.

Rodné číslo: /

Vek: 86 rokov

Pohlavie: mužské

Poist'ovňa: 25

Stav: ženatý

Deti: bezdetný

Zamestnanie: dôchodca

Adresa: /

Najbližší príbuzní: manželka

Zber údajov: zdravotná dokumentácia, posúdenie pacienta sestrou

Príjem: do Liečebne sv. Františka

- dátum prijatia: 8. 1. 2008 10,20 hod.

- na doporučenie prechádzajúceho ošetrojúceho lekára LDCH Podunajské Biskupice

Alergia: neudáva

Fajčenie: údaj nie je možné získať

Alkohol: údaj nie je možné získať

Lieky: Cavinton forte 1-1-0, Zopiclon 0-0-0-1, Fraxiparin 0,3 ml. s.c. R, Famosan 20 mg. 1 R, Nakom mitte 1-1/2-1, 500ml 5% G + 4j. HMR + 1 amp. KCL 7,5% i.v.

Hlavná medicínska diagnóza: Terminálne štádium demencie zmiešanej etiológie

Vedľajšie medicínske diagnózy: AS univerzalis, Imobilizačný syndróm, ICHS, Arteriálna hypertenzia III. St. WHO, Status lacunaris cerebri, Parkinsonova choroba, Hyperplázia prostaty, DM II. na diéte.

Terajší stav: Pacient je imobilný, dezorientovaný, reč ťažko zrozumiteľná, inkontinentný, so sakrálnym nekrotickým dekubitom a dekubitmi na oboch pätách a nad pravým trochanterom. Je výrazne kachektický s poruchou prehĺtania, TK: 110/70mmHg, P: 88/min.

***Posúdenie stavu pacienta podľa 14 základných ľudských potrieb modelu Hendersonovej zo dňa 8. 1. 2008.***

## **DÝCHANIE**

**Subjektívne:** vzhľadom na zdravotný stav pacienta a neprítomnosť podporných osôb nebolo možné subjektívne údaje získať.

**Objektívne:** dýchanie spontánne, vezikulárne, čisté bez vedľajších dýchacích fenoménov s frekvenciou 16/min., pokojové eupnoe. Hrudník symetrický, poklop plný a jasný.

## **ADEKVÁTNA STRAVA A PITIE**

**Objektívne:** normostenik, výrazne kachektický, turgor kože znížený, koža fragilná, na DK exkoriácie, sufúzie bledšieho koloritu a starecké veruky. V sakrálnej oblasti dekubitus 8x10 cm v 4. štádiu, na oboch pätách dekubity 4x5 cm v 3. štádiu a nad pravým trochanterom dekubit 10x10 cm v 4. štádiu, na ľavom ramene lipóm 3x4 cm. Výrazný hypoalbuminický opuch LHK, znížená hladina sérového albumínu 23,50g/l. DÚ: horná i dolná protéza, pery bez cyanózy, sliznice suché, jazyk plazí v strednej rovine s žltobielym povlakom. Pacient má problémy s prehĺtaním a pri konzumácii stravy kašle. Údaje o váhe a výške pacienta vzhľadom na zdravotný stav nie je možné získať. Alergia na lieky a potraviny z dostupnej dokumentácie negatívna. Nemá zavedený žiaden i. v. vstup.

## **VYLUČOVNIE**

**Objektívne:** inkontinencia moču a stolice tretieho stupňa, so zavedeným PK č. 18, posledná výmena 27. 12. 2007. Stolica hnedej farby, mäkkejšej konzistencie, posledná stolica dnes. Moč tmavožltý, pH 8, bielkoviny ++, krv ++, glukóza neg. (v dokumentácii viacnásobné stavy hypoglykémie), moč K+C Klebsiella pneumoniae. Brucho v niveau hrudníka, mäkké, priehmatné, nebolestivé, bez rezistencie, pečeň, slezina nehmataná, peristaltika prítomná, poklop diferencionálne bubienkový, tapottnmet bilaterálne negatívny.

## **POHYB A UDRŽIAVANIE TELESNEJ POLOHY**

**Objektívne:** poloha pasívna, samostatne sa neotočí, neposadí, zvýšená rigidita kostrového svalstva, svalstvo primerane vyvinuté. Chrbtica poklopovo nebolestivá.

## **SPÁNOK A ODPOČINOK**

**Objektívne:** pacient pri vedomí, spavý. V liekovej anamnéze má Zopiclon 1 tbl. na noc.

## **VÝBER VHODNÉHO ODEVU – OBLIEKANIE, VYZLIEKANIE**

**Objektívne:** pacient je plne odkázaný na pomoc druhej osoby pri úkonoch obliekania, vyzliekania i výberu vhodného odevu.

## **UDRŽIAVANIE TELESNEJ TEPLoty, PRISPOSÔBOVANIE SA PROSTREDIU**

**Objektívne:** Pri prijatí TT 36,8 °C, koža suchá, teplá, pacient sa nepotí. Podľa údajov z dokumentácie počas predchádzajúcich hospitalizácií viackrát hypertermia pre uroinfekt a predpokladanú bronchopneumóniu.

## **UDRŽIAVANIE TELESNEJ HYGIENY, UPRAVENOSŤ ZOVŇAJŠKU, OCHRANA POKOŽKY**

**Objektívne:** Koža i vlasy zanedbané, nechty na horných i dolných končatinách neostrihané, prítomnosť viacerých dekubitov. Koža je fragilná, pacient vyžaduje zvýšenú pozornosť pri prevencii vzniku kožných defektov. Pacient je plne odkázaný na pomoc druhej osoby pri zabezpečovaní telesnej hygieny.

## **VYVAROVANIE SA NEBEZPEČIU Z OKOLIA A ZABRÁNENIE ZRANENIU INÝCH**

**Objektívne:** pacient pri vedomí, dezorientovaný časom, miestom i osobou, nutný zvýšený dohľad nad bezpečnosťou pacienta. Pacient nepredstavuje nebezpečie pre ostatných pacientov.

## **KOMUNIKÁCIA S OKOLÍM, VYJADROVANIE EMÓCIÍ, POTRIEB, OBÁV A NÁZOROV**

**Objektívne:** pacient hovorí nezrozumiteľnou rečou, na cieleňú otázku nevie odpovedať. Na bolestivý podnet reaguje zmrštením tváre a krikom.

## **VLASTNÁ VIERA**

**Objektívne:** podľa dokumentácie je pacient rímsko - katolíckeho vyznania. Ostatné údaje nie je možné získať.

## **PRÁCA – ZAMESTNANIE, TVORIVÁ ČINNOSŤ**

**Objektívne:** pacient je dôchodca. Vzhľadom na jeho zdravotný stav nie je schopný vykonávať tvorivú činnosť.

## **UČENIE**

**Objektívne:** pacient má učňovské vzdelanie. Podľa dokumentácie 11/2007 pacient pri vedomí, orientácia nepresná, PM tempo pomalšie, myslenie zabiehavé, poruchy pamäte, koncentrácie a úsudku s postupným vývojom demencie so stratou autonómie pre kognitívny deficit. V súčasnosti je dezorientovaný osobou, miestom i časom. Reč nezrozumiteľná, reaguje len na algický podnet.

***Na základe informácií z posúdenia zdravotného stavu pacienta boli stanovené nasledujúce sesterské diagnózy.***

Aktuálne sesterské diagnózy

1. Narušené prehltanie v súvislosti s pokročilým štádiom demencie zmiešaného typu, prejavujúce sa ťažkosťami pri prehltaní, kašľom pri stravovaní.

2. Narušená integrita kože v súvislosti s malnutríciou, prejavujúca sa dekubitmi v sakrálnej oblasti 8x10 cm v 4. štádiu, na oboch päťach 4x5 cm v 3. štádiu a nad pravým trochanterom dekubitom 10x10 cm v 4. štádiu.
3. Nedostatočná výživa v súvislosti s neschopnosťou prijímať potrebné množstvo živín, prejavujúca sa kachektickým vzhľadom, bledosťou a fragilitou kože, zmenami v sérovom albumíne a bielkovinách, hypoalbuminickým opuchom LHK.
4. Deficit telových tekutín v súvislosti so sťaženým prehĺtaním, prejavujúci sa zníženým turgorom kože, suchosťou slizníc, žltobielym povlakom na jazyku.
5. Deficit sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajšku v súvislosti s pokročilým štádiom demencie, prejavujúci sa neschopnosťou pacienta obliecť sa i upraviť svoj zovňajšok.
6. Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene v súvislosti s pokročilým štádiom demencie, prejavujúci sa zanedbaným stavom vlasov i kože, neostrihanými nechtami na horných i dolných končatinách.
7. Deficit sebaopatery pri stravovaní v súvislosti s pokročilým štádiom demencie, prejavujúci sa neschopnosťou pacienta samostatne sa najesť.
8. Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní v súvislosti s pokročilým štádiom demencie, prejavujúci sa neschopnosťou vedome sa vyprázdňovať.
9. Zhoršená pohyblivosť na posteli v súvislosti so zvýšenou rigiditou kostrového svalstva, prejavujúca sa neschopnosťou pacienta otočiť sa v posteli a neschopnosťou posadiť sa.
10. Zhoršená verbálna komunikácia v súvislosti s degeneratívnym postihnutím mozgu pacienta, prejavujúca sa nezrozumiteľnou rečou.
11. Narušené myšlienkové procesy v súvislosti s pokročilým štádiom demencie, prejavujúce sa dezorientáciou pacienta a neschopnosťou pacienta odpovedať na ciele otázky.
12. Inkontinencia stolice v súvislosti s pokročilým štádiom demencie zmiešanej etiológie, prejavujúca sa neschopnosťou pacienta vedome a kontrolovane sa vyprázdňovať.

#### Potencionálne sesterské diagnózy

13. Riziko aspirácie v súvislosti s poruchou prehĺtania.
14. Riziko infekcie v súvislosti so zavedeným permanentným katétrom.
15. Riziko úrazu v súvislosti s poruchou telesnej hybnosti.

### **Riešenie sesterských diagnóz**

Sesterská diagnóza: *Nedostatočná výživa v súvislosti s neschopnosťou prijímať potrebné množstvo živín, prejavujúca sa kachektickým vzhľadom, bledosťou a fragilitou kože, zmenami v sérovom albumíne, bielkovinách a hypoalbuminickým opuchom EHK.*

**Cieľ:** pacient si udrží stav výživy.

**Priorita:** stredná

#### **Výsledné kritériá:**

- pacient prijíma stravu 5x denne v malých množstvách do 2 dní;
- pacientovi sa počas celej hospitalizácie nezhoršujú výživové a biochemické parametre;
- pacient má po prijímaní potravy čistú ústnu dutinu počas celej hospitalizácie.

#### **Plán ošetrovateľských intervencií:** zo dňa 8.1. 2008 - denná služba

- počas celej hospitalizácie sleduj celkový denný príjem stravy a zaznamenávaj údaje do dokumentácie;
- počas celej hospitalizácie sleduj črevné zvuky a vyprázdňovanie pacienta;
- podľa ordinácie lekára odoberaj biologický materiál, zabezpeč jeho odoslanie do laboratória;
- podľa ordinácie lekára sleduj laboratórne nálezy - hodnoty sérového albumínu, železa, transferínu, nebielkovinového dusíka, pečenej enzýmov, minerálov a krvný obraz - sestra;
- počas celej hospitalizácie objednávaj pacientovi stravu v konzistencii, aká je pre neho najvhodnejšia, konzultuj výživu pacienta s diétnym asistentom, umožni príbuzným, aby priniesli pacientovi domácu stravu;
- počas celej hospitalizácie vytvor príjemné prostredie pri stolovaní, zabezpeč, aby podávaná strava nebola príliš teplá, ani studená, stravu podávaj častejšie, v menších porciách;
- počas stravovania podporuj prehĺtanie stravy jemnou masážou laryngofaryngeálneho svalstva na oboch stranách krku pacienta, pri kŕmení vkladaj pacientovi jedlo do stredu ústnej dutiny a sleduj, či nedochádza k zhromažďovaniu stravy v ústach, rešpektuj zvyklosti i rýchlosť jedenia pacienta;
- po každom stravovaní zabezpeč hygienu ústnej dutiny bórax glycerínom a vatovou štetôčkou;

- podľa ordinácie lekára podávajú lieky zvyšujúce chuť do jedla a sledujú ich účinok;
- podľa ordinácie lekára podávajú parenterálne náhradnú nutričnú stravu.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

#### **Realizácia** dňa 8.1. 2008 - denná služba

10,45 Zabezpečené hlásenie stravy asistentovi pre výživu - nahlásená diéta číslo 1/ 9 + bielkovinové prídavky M. N.

12,30 Pacient vysadený na posteli k obedu M. N.

12,45 Kŕmenie pacienta - pacient zjedol s ťažkosťami polovicu porcie + 100ml čaju M. N.

13,10 Zabezpečená hygiena ústnej dutiny bórax glycerínom a vatovou štetôčkou M. N.

14,20 Konzultácia s lekárom o ťažkostiach príjmu stravy u pacienta - lekár zmenil diétu na sondovú diabetickú + doplnil stravu o nutričné náhrady ako Nutridrink, Fresubin M.N.

16,00 Zmena polohy pacienta - polosed, ako príprava na večeru M.N.

16,10 Kŕmenie pacienta - pacient zjedol 250ml sondovej stravy + 150ml čaju M.N.

16,25 Zabezpečená hygiena ústnej dutiny bórax glycerínom a vatovou štetôčkou M. N.

#### **Realizácia** dňa 9.1. - 10.1. 2008 - nočná služba

21,00 Podávanie tekutín pacientovi - pacient vypil 200ml čaju M.N.

06,00 Podávanie tekutín pacientovi - pacient vypil 100ml vody M. N.

06,30 Odber biologického materiálu na vyšetrenie - krv na biochémiu, krvný obraz a ster z dekubitov M.N.

#### **Hodnotenie** zo dňa 11. 1. 2008 po 4 dňoch.

Pacientovi je podávaná strava podľa jeho individuálnych potrieb, má každý deň monitorovaný a uskutočňovaný záznam o príjme potravy, po každom stravovaní má zabezpečenú hygienú ústnej dutiny bórax glycerínom a vatovou štetôčkou. U pacienta ale následkom zníženej hladiny sérového albumínu 21.50g/l dochádza k progresii opuchov na horných končatinách. Cieľ bol čiastočne splnený a vzhľadom na pretrvávajúce problémy v oblasti výživy je nutné v naplánovaných aktivitách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Martina Nováková

Sesterská diagnóza: *Zhoršená pohyblivosť na posteli v súvislosti so zvýšenou rigiditou kostrového svalstva, prejavujúca sa neschopnosťou pacienta otočiť sa v posteli a neschopnosťou posadiť sa.*

**Ciel':** pacient si zlepši pohyblivosť na posteli.

**Priorita:** stredná

**Výsledné kritéria:**

- pacient s pomocou sestry mení polohu počas dňa á 2 hodiny a v noci á 3 hodiny počas celej hospitalizácie;
- pacient nemá nové defekty kože počas celej hospitalizácie;
- pacient má zabezpečené polohovacie pomôcky na podporu postihnutých častí tela počas celej hospitalizácie.

**Plán ošetrovateľských intervencií** zo dňa 8.1. 2008

- ihneď zabezpeč pomocné zariadenia postele, ktoré uľahčujú pohyb a udržiavajú polohu (náhradný vankúš, polohovaciú plachtu, obojstranné zábrany);
- ihneď zabezpeč antidekubitné pomôcky;
- počas celej hospitalizácie pomáhaj pacientovi pri vykonávaní hygieny, zabezpeč správne ošetrovanie pokožky, používaj jemné mydlá, po umytí pokožku dôkladne vysuši, masíruj, používaj hydratačné mlieko a dodržiavaj opatrenia prevencie vzniku preležanín a zaparenín;
- ihneď vypracuj plán zmien polôh pacienta a zabezpeč zmenu polohy pacienta každé 2 hodiny a v noci á 3 hodiny podľa polohovacieho plánu;
- pri zmene polohy pacienta kontroluj povrch kože, pátraj po začervenaných alebo bledších miestach a ihneď aplikuj liečbu podľa ordinácie lekára;
- počas celej hospitalizácie udržiavaj posteľ čistú, suchú, upravenú, dbaj na suchú a čistú osobnú bielizeň;
- pri zmene polohy komunikuj s pacientom o tom, čo ideš robiť;
- zabezpeč individuálnu inštrukciu fyzioterapeutom podľa ordinácie lekára.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

**Realizácia** zo dňa 8.1. 2008 - denná služba

11,00 Zabezpečenie aktívneho antidekubitného matraca, posteľ vybavená polohovacou plachtou a náhradnými vankúšmi M.N.

12,00 Pre sprístupnenie postele vykonaná reorganizácia izby pacienta s doplnením postele o obojstranné zábrany M.N.

12,30 Pacient vysadený na posteli k obedu M.N.

13,30 Zmena polohy pacienta - poloha na ľavom boku s podložením vankúša za chrbát a medzi kolená M.N.

16,00 Zmena polohy pacienta - polosed, ako príprava na večeru M.N.

16,40 Zmena polohy pacienta - poloha na pravom boku M.N.

18,40 Vykonaná toaleta na posteli a masáž chrbta Mentol - alkoholom, pacient napolohovaný na ľavom boku M.N.

**Realizácia** zo dňa 9.1 - 10. 1. 2008 - nočná služba

21,30 Zmena polohy pacienta - poloha na chrbte M.N.

21, 50 Výmena posteľnej bielizne - posteľ je znečistená pretekajúcim močom s PK M.N.

22,00 Zmena polohy pacienta - poloha na ľavom boku M.N.

01, 20 Zmena polohy pacienta - poloha na pravom boku M.N.

04, 40 Zmena polohy pacienta- poloha na ľavom boku M.N.

06,40 Posúdenie dekubitov - dekubit v sakrálnej oblasti produkuje sekrét a hnilobný zápach M.N.

06,45 Vykonaná ranná toaleta na posteli s ošetrením dekubitu v sakrálnej oblasti Dermacyn roztokom a krytie a ošetrenie dekubitu nad pravým trochanterom - použitý Betadine roztok a krytie M.N.

**Hodnotenie** zo dňa 11.1. 2008 po 4 dňoch.

Pacient má zabezpečené polohovacie pomôcky na podporu postihnutých častí tela, je mu zabezpečená zmena polohy počas dňa á 2 hodiny a v noci á 3 hodiny. K rozvoju nových kožných defektov nedošlo. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pretrvávajúcu zhoršenú pohyblivosť pacienta na posteli je nutné v naplánovaných aktivitách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Martina Nováková

Sesterská diagnóza: *Narušená integrita kože v súvislosti s malnutríciou, prejavujúca sa dekubitmi v sakrálnej oblasti 8x10 cm v 4. štádiu, na oboch päťach 4x5 cm v 3. štádiu a nad pravým trochanterom dekubitom 10x10 cm v 4. štádiu.*

**Ciel':** pacient predíde vzniku nových kožných defektov.

**Priorita:** stredná

**Výsledné kritériá:**

- pacient má hodnoty TT v fyziologickom rozmedzí počas hospitalizácie;
- u pacienta nedochádza k vzniku nových kožných defektov počas hospitalizácie;
- pacient má denne zabezpečený aseptický preväz kožných defektov podľa ordinácie lekára.

**Plán ošetrovateľských intervencií** zo dňa 8. 1. 2008

- ihneď zabezpečiť pomocné zariadenia postele, ktoré uľahčujú pohyb a udržiavajú polohu (náhradný vankúš, polohovaciu plachtu, obojstranné zábrany);
- ihneď zabezpečiť antidekubitné pomôcky;
- denne kontrolovať povrch kože pacienta, pátrať po začervenaných alebo bledších miestach a ihneď aplikovať liečbu podľa ordinácie lekára;
- počas celej hospitalizácie aktívne sledovať príznaky vzniku infekcie ako je zvýšená TT, potenie, triaška, zvýšená sekrécia z dekubitov;
- podľa ordinácie lekára zabezpečiť aseptický preväz defektov kože;
- každé ráno a večer merať hodnotu TT pacienta;
- podľa ordinácie lekára zabezpečiť odber biologického materiálu na kultiváciu a citlivosť z dekubitov.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

**Realizácia** zo dňa 8. 1. 2006 - denná služba

10,30 TT : 36,6 °C, záznam do teplotnej tabuľky a do prijímacieho formulára M.N.

10,40 Kontrola stavu defektov kože - v sakrálnej oblasti je dekubitus 8x10 cm v 4. štádiu, na oboch päťach 4x5 cm v 3. štádiu a nad pravým trochanterom dekubitus 10x10 cm v 4. štádiu, dekubitus v sakrálnej oblasti produkuje sekrét hnilobného zápachu M.N.

11,00 Zabezpečenie aktívneho antidekubitného matraca, posteľ vybavená polohovacou plachtou a náhradnými vankúšmi M.N.

11,40 Aseptické ošetrenie dekubitu v sakrálnej oblasti roztokom Dermacyn a krytie a ošetrenie dekubitu nad pravým trochanterom roztokom Betadine a krytie, päty ošetrené Betadine roztokom M.N.

18,50 Kontrola TT - 36,7°C - záznam do dokumentácie M.N.

**Realizácia** zo dňa 9.1 - 10.1 2008 - nočná služba

06,10 Vykonaná ranná toaleta na posteli s ošetrením dekubitu v sakrálnej oblasti roztokom Dermacyn a krytie, ošetrenie dekubitu nad pravým trochanterom Betadine roztokom a krytie - obidva dekubity produkujú sekrét a zápach M.N.

06,30 Odber biologického materiálu na vyšetrenie - krv na biochémiu, krvný obraz a ster z dekubitov M.N.

06,35 Kontrola TT: 36,9 °C, zaznamenanie do teplotnej tabuľky M.N.

**Hodnotenie** zo dňa 11. 1. 2008 po 4 dňoch.

Pacient má hodnoty TT: od 36,6°C – 38,5°C, u pacienta nedochádza k vzniku nových kožných defektov, má denne zabezpečený aseptický preväz kožných defektov podľa ordinácie lekára. Cieľ bol splnený čiastočne a vzhľadom na pretrvávajúci problém s narušením kože je nutné v naplánovaných intervenciách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Martina Nováková

Sesterská diagnóza: ***Riziko infekcie v súvislosti so zavedeným permanentným katétrom.***

**Cieľ:** pacient predíde riziku vzniku infekcie močových ciest.

**Priorita:** stredná

**Výsledné kritériá:**

- pacient má funkčný PK počas celej hospitalizácie;
- pacient má dennú diurézu od 1000 - 1500 ml do 4 dní;
- pacient má hodnoty TT vo fyziologickom rozmedzí počas zavedenia PK.

**Plán ošetrovateľských intervencií** zo dňa 8.1. 2008 - denná služba

- každé ráno a večer merať hodnotu TT pacienta;

- 1x denne, vykonaj hygienickú starostlivosť genitálií vlažnou vodou a mydlom;
- 1x za týždeň vyšetri moč chemicky;
- počas celého dňa zabezpeč dostatočnú hydratáciu pacienta;
- podľa ordinácie lekára sleduj 24 hodinovú diurézu;
- v prípade potreby zabezpeč sterilný preplach močového katétra FR 1/1;
- pokles diurézy oznám lekárovi a podľa jeho ordinácie podávaj pacientovi infúzne roztoky;
- asistuj lekárovi pri výmene PK.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

**Realizácia** zo dňa 8. 1. 2008 - denná služba

10,30 TT : 36,6 °C, zaznamenanie do teplotnej tabuľky M.N.

11,30 Vyšetrený moč chemicky - pH 8, ostatné hodnoty negatívne M.N.

13,40 Kontrola funkčnosti PK - v močovom sáčku je 300ml tmavožltého moču M.N.

18,30 Kontrola diurézy - diuréza od 10,30 hod - 600 ml tmavožltého moču, záznam do dokumentácie M.N.

18,40 Toaleta genitálu na posteli a masáž chrbta Mentol - alkoholom M.N.

18,50 Kontrola TT - 36,7°C záznam do dokumentácie M.N.

**Realizácia** zo dňa 9.1. - 10.1. 2008 - nočná služba

21,00 Podávanie tekutín pacientovi - pacient vypil 200ml čaju M.N.

21,10 Sterilný preplach PK FR 1/1- PK je nefunkčný M.N.

21,20 Oboznámenie lekára o nefunkčnosti PK M.N.

21,50 Asistencia lekárovi pri výmene PK- zavedený PK č. 20, s retenciou 500ml moču M.N.

06,00 Podávanie tekutín pacientovi - pacient vypil 100ml. vody M.N.

06,10 Vykonaná ranná toaleta genitálu na posteli M.N.

06,20 Kontrola diurézy - diuréza 800 ml bledožltého moču, záznam do dokumentácie M.N.

06,35 TT: 36,9 °C, zaznamenanie do teplotnej tabuľky a do dekurzu M.N.

**Hodnotenie** zo dňa 11.1. 2008 po 4 dňoch.

Pacient má hodnoty TT: od 36,6°C – 38,5°C, po výmene z 9.1. 08 je PK funkčný, denná diuréza počas predchádzajúcich troch dní dosahovala hodnotu od 1000 – 1600ml moču. Cieľ bol čiastočne splnený, ale vzhľadom na riziko vzniku infekcie pri zavedenom PK je nutné v naplánovaných intervenciách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Martina Nováková

**Celkové hodnotenie** zo dňa 17.1. 2008 po 10 dňoch hospitalizácie.

U pacienta dochádza k čiastočnému zlepšeniu dekubitov a nedochádza k vzniku nových defektov kože. Počas celého obdobia hospitalizácie bola pacientovi poskytnutá pomoc v oblasti všetkých ADŽ. Úraz sa počas hospitalizácie nestal. Na želanie manželky bola pacientovi zabezpečená návšteva kňaza. Napriek správne zvoleným a realizovaným intervenciám sa nepodarilo zlepšiť stav výživy a enterálnej hydratácie pacienta. Postupne dochádza k prehlbujúcemu sa zhoršeniu psychických funkcií s následnou úpravou perorálnej terapie. V tretí deň hospitalizácie dochádza k vzostupu TT na hodnotu nad 38°C pre predpokladanú hypostatickú bronchopneumóniu. V štvrtý deň hospitalizácie bola pacientovi zavedená i.v. linka pre nutnosť rehydratácie a aplikácie ATB liečby Amoksiklav 1,2g. á 8 hodín bez výraznejšieho efektu. V desiaty deň hospitalizácie o 14,15 hod. lekár konštatoval exitus letális s dg. kardiopulmonálne zlyhanie.

Celkové hodnotenie vykonala: Martina Nováková

## **5 Prieskum názorov a skúseností sestier na starostlivosť o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia**

### **5.1 Vymedzenie problému**

Starostlivosť o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia je jednou z najnáročnejších oblastí starostlivosti v ošetrovatel'stve. Od sestier vyžaduje nielen odborné znalosti, ale aj určitú ľudskú zrelosť, ktorú nezabezpečí žiadne ani najkvalitnejšie vzdelanie. Kvalita našej starostlivosti v tomto prípade viac závisí od nášho vnútorného postoja k človeku, ako od vonkajších okolností našej práce.

Na základe teoretických východísk sme sformulovali problém: Aké sú názory a skúsenosti sestier so starostlivosťou o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia ?

### **5.2 Ciele**

Cieľom nášho prieskumu bolo:

- Zmapovať skúsenosti sestier so starostlivosťou o zomierajúcich na lôžkových oddeleniach.
- Zistiť, k akým zmenám citového prežívania dochádza u sestier pri starostlivosti o zomierajúcich.
- Zistiť intenzitu psychickej záťaže, ktorú u sestier vyvoláva starostlivosť o zomierajúcich.
- Zistiť názory sestier na poskytovanie duchovnej služby v nemocniciach.

### **5.3 Hypotézy**

Podľa zámeru nášho prieskumu sme stanovili nasledujúce hypotézy:

*Hypotéza 1:* Pre sestry je komunikácia s pacientom v terminálnom štádiu náročnejšia, ako s pacientom v inej fáze ochorenia.

*Hypotéza 2:* Čím dlhšie sestry pracujú na lôžkových oddeleniach, tým majú väčší problém vykonávať u zomierajúcich ošetrovatel'ské výkony.

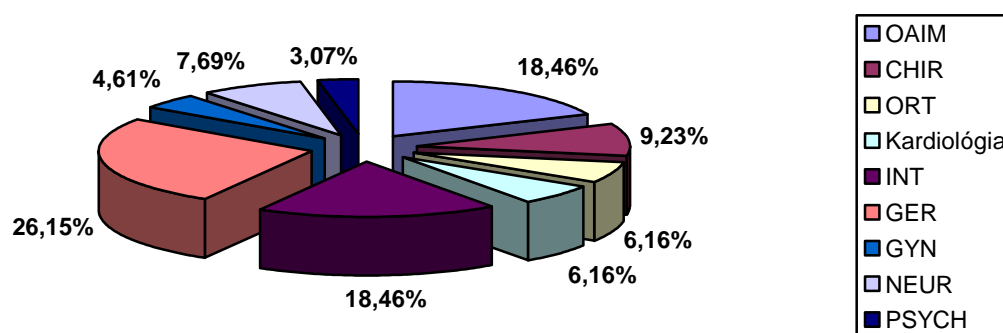
*Hypotéza 3:* Ak si sestry myslia, že na štandardných oddeleniach nie sú vytvorené podmienky pre zomierajúcich pacientov, tak by pacienti podľa nich mali zomierať v domácej starostlivosti.

*Hypotéza 4:* Ak si sestry myslia, že je potrebná prítomnosť duchovného pri umierajúcom, tak sú ochotnejšie aktívne zabezpečiť túto službu.

## 5.4 Výberový súbor, metódy a demografické údaje

Do súboru bolo zaradených 65 náhodne oslovených sestier, pracujúcich na lôžkových oddeleniach bratislavských nemocníc. Pri prieskume sme použili empirickú metódu -dotazník. Dotazník bol anonymný a dobrovoľný, pozostával zo 18 položiek. Dotazník obsahoval 14 položiek zatvoreného rázu, 4 položky poloopené. V jednotlivých položkách mali respondenti zakrúžkovať (vo vyznačených položkách max. 2 odpovede), alebo doplniť jednu z najpravdepodobnejších odpovedí. Rozdaných dotazníkov bolo 65, vyplnených sa vrátilo 65, čo je 100% návratnosť. Prieskumu predchádzala pilotná štúdia, použitá u 5 respondentov, na zistenie, či otázky v dotazníku sú ľahko pochopiteľné, a či zahrňujú celú problematiku prieskumu. Na základe pripomienok z pilotnej štúdie došlo k oprave otázok číslo 4 a 14, pre ľahšie pochopenie kladených otázok. Výsledky boli spracované ručne, čiarkovou metódou. Na vyhodnotenie získaných informácií sme použili metódu kvantitatívnej a kvalitatívnej analýzy, informácie sme hodnotili numericky, percentuálne a graficky. Prieskum bol realizovaný na pôde SZU v novembri 2007.

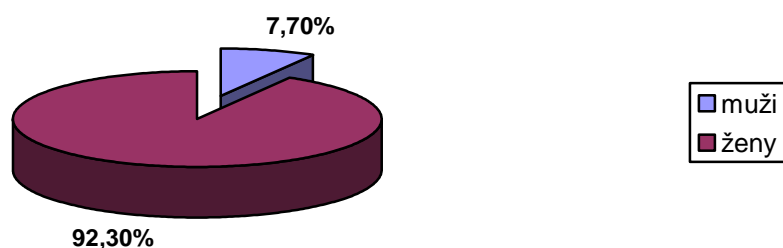
Graf 1 Zloženie respondentov podľa oddelenia, na ktorom pracujú



Graf 1 znázorňuje zloženie respondentov podľa oddelení, na ktorých pracujú. Prieskumu sa zúčastnili 2 respondenti, t.j. 3,07% pracujúci na psychiatrii, 3 respondenti, t.j. 4,61% pracujúci na gynekológii, 4 respondenti, t.j. 6,16% pracujúci na kardiológii a tiež na ortopédii,

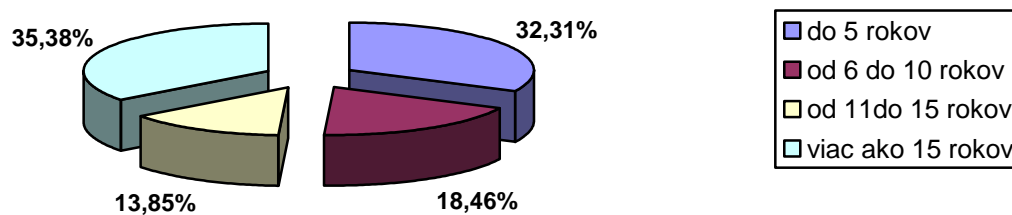
5 respondenti, t.j. 7,69% pracujúci na neurológii, 6 respondenti, t.j. 9,23% pracujúci na chirurgii, 12 respondenti, t.j. 18,46% pracujúci na internom oddelení a taktiež na klinikách intenzívnej starostlivosti a 17 respondenti, t.j. 26,15% pracujúci na geriatrici.

Graf 2 Zloženie respondentov podľa pohlavia



Graf 2 ukazuje percentuálne vyhodnotenie respondentov podľa pohlavia. Nášho prieskumu sa zúčastnilo 5 mužov, t.j. 7,70% a 60 žien, t.j. 92,30% respondentov.

Graf 3 Zloženie respondentov podľa počtu rokov praxe

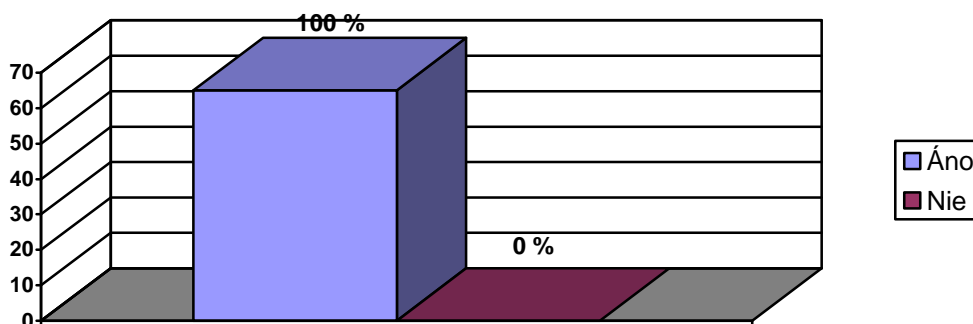


Graf 3 ukazuje percentuálne vyhodnotenie respondentov podľa počtu rokov praxe. Prieskumu sa zúčastnilo 21 respondentov, t.j. 32,31% s počtom rokov praxe do 5 rokov, 12 respondentov, t.j. 18,46% s počtom rokov praxe od 6 do 10, 9 respondentov, t.j. 13,85% s počtom rokov praxe od 11 do 15 rokov a 23 respondentov, t.j. 35,38% s praxou viac ako 15 rokov.

## 5.5 Výsledky empirickej analýzy

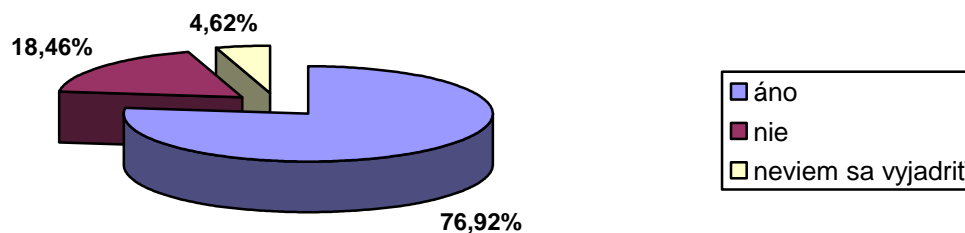
V otázke 1 sme sa pýtali, či mali respondenti osobnú skúsenosť so zomierajúcim. Všetci opýtaní respondenti odpovedali áno, t.j. 100% respondentov. To potvrdzuje náš predpoklad, že pacienti v terminálnom štádiu sú častou skupinou pacientov na lôžkových oddeleniach.

Graf 4 Osobná skúsenosť so zomierajúcimi



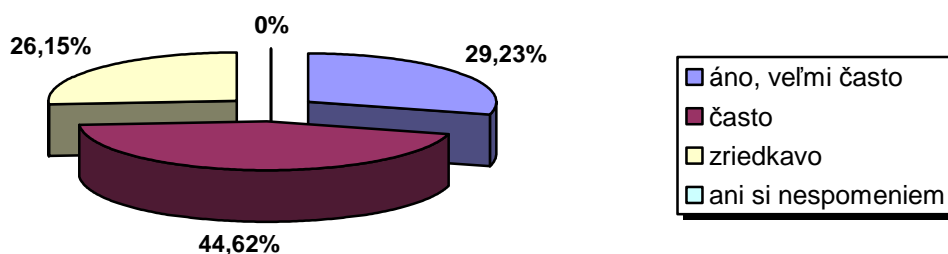
V otázke 2 sme sa zaujímali, či sa respondenti v súvislosti so smrťou iných zamýšľajú nad vlastnou smrťou. Z opýtaných sa až 50 respondentov v súvislosti so smrťou iných rozmýšľa nad vlastnou smrťou. To potvrdzuje predpoklad, že smrť iných, ovplyvňuje povedomie našej pominateľnosti a smrteľnosti. 12 respondentov odpovedalo, že nie a 3 respondenti nevedeli na danú otázku odpovedať. Percentuálne vyjadrenie uvádzame v grafe 5.

Graf 5 Rozmýšľali ste niekedy v súvislosti so smrťou iných nad vlastnou smrťou



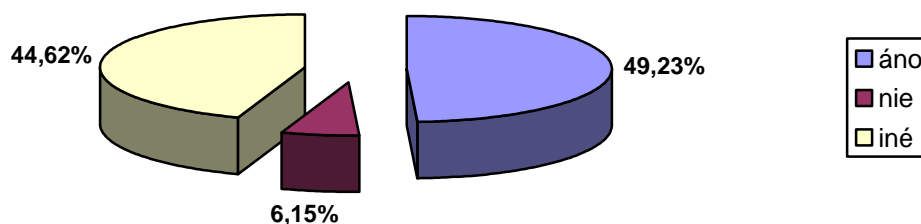
Otázka 3 bola zameraná na zistenie toho, či respondenti, ktorým v službe zomrie pacient, myslia na neho i po príchode domov. 19 respondentov, t.j. 29,23% myslí na zomrelého pacienta veľmi často, 29 respondentov, t.j. 44,62% myslí na zomrelého často a 17 respondentov, t.j. 26,15% myslí na zomrelého pacienta zriedkavo. Odpoveď, „ani si nespomeniem“, neuviedol ani jeden respondent. Na základe tohto výsledku môžeme konštatovať, že zomierajúci pacient výrazne ovplyvňuje citové prežívanie sestier, i keď už nie sú v službe.

Graf 6 Ak Vám v službe zomrie pacient, myslíte na neho aj po príchode domov



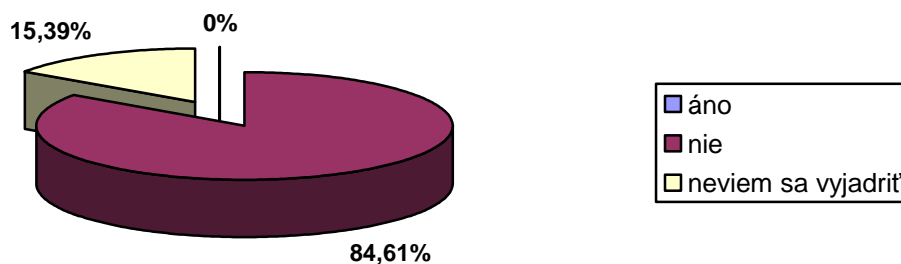
4 otázka bola zameraná na zistenie názoru, či by mali pacienti v terminálnom štádiu zomierať v domácom prostredí. 32 respondentov, t.j. 49,23% uviedlo, že táto skupina pacientov by mala zomierať v domácom prostredí. 4 respondenti, t.j. 6,15% si myslí, že by nemali zomierať v domácom prostredí a 29 respondentov, t.j. 44,62% uviedlo odpoveď iné. Z respondentov, ktorí uviedli odpoveď iné, sa najčastejšie uvádza názor, že pacienti v terminálnom štádiu by mali síce zomierať v domácom prostredí, ale len vtedy, ak si to pacient a rodina želá a majú poskytnutú odbornú pomoc pri liečbe bolesti a iných sprievodných symptómov terminálneho štádia ochorenia.

Graf 7 Mali by pacienti v terminálnom štádiu zomierať v domácom prostredí



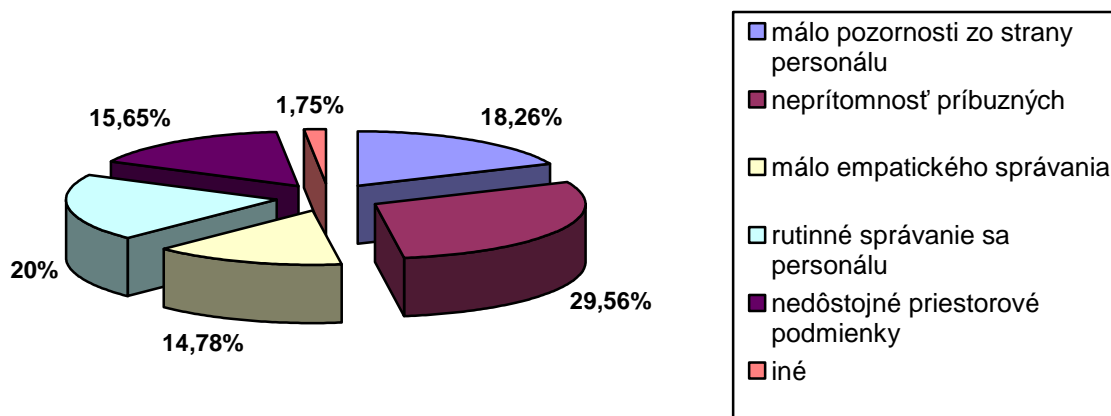
V 5 otázke sme zistovali, či sú podľa respondentov vytvorené vhodné podmienky pre pacientov v terminálnom štádiu na štandardných oddeleniach. 55 respondentov, t.j. 84,61% uviedlo, že podľa nich nie sú vytvorené vhodné podmienky na štandardných oddeleniach, 10 respondentov sa nevie k problematike vyjadriť, nik z respondentov si nemyslí, že na štandardných oddeleniach sú vytvorené vhodné podmienky pre pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Jednoznačný výsledok tejto otázky nás vedie k presvedčeniu, že štandardné oddelenia našich nemocníc nie sú po materiálnej a priestorovej stránke pripravené pre starostlivosť o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia.

Graf 8 Sú podľa Vás vytvorené vhodné podmienky pre pacientov v terminálnom štádiu na štandardných oddeleniach



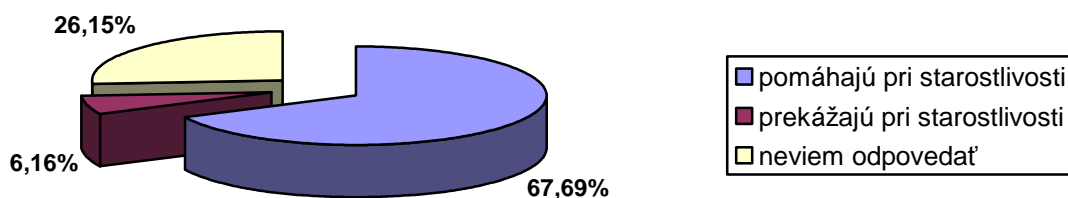
V otázke 6 mali respondenti označiť, v čom oni vidia nedostatky v starostlivosti o pacientov terminálnom štádiu. 21 respondentov, t.j. 18,26% uviedlo, že pacientovi sa venuje málo pozornosti zo strany personálu, 34 respondentov, t.j. 29,56% uviedlo neprítomnosť príbuzných a priateľov pri pacientovi, 17 respondentov, t.j. 14,78% uviedlo málo empatického správania sa k pacientovi, 23 respondentov, t.j. 20% uviedlo rutinné správanie sa personálu k pacientovi, 18 respondentov, t.j. 15,65% uviedlo nedôstojné priestorové podmienky na oddeleniach a 2 respondenti, t.j. 2% uviedli odpoveď iné. Podľa tohto výsledku respondenti za najpálčivejší problém pri starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia považujú neprítomnosť príbuzných pri zomierajúcom. Na druhom mieste je to vzťah respondentov k pacientovi s jeho negatívnymi prejavmi ako je rutinné správanie, málo pozornosti zo strany personálu, málo empatického správania sa personálu. Nedôstojné priestorové podmienky sú uvedené až po alternatívach odpovedí o vzťahoch a príbuzných.

Graf 9 Nedostatky v starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu



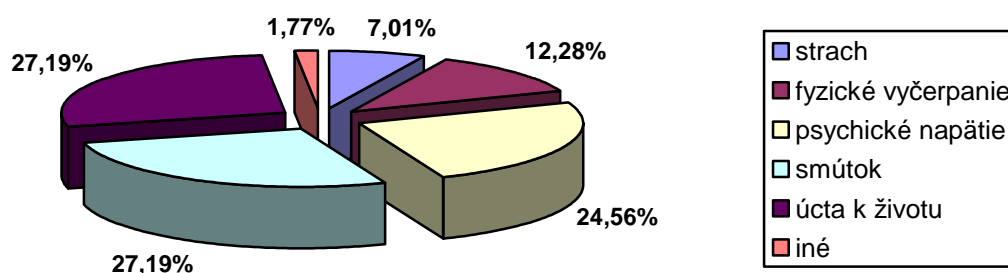
Otázkou 7 sme zisťovali ako respondenti vnímajú prítomnosť členov rodiny pri zomierajúcom. Až 67,69% sestier si myslí, že rodinní príslušníci pomáhajú pri starostlivosti o zomierajúceho a privítali by ich prítomnosť. Výsledky, ktoré sme získali uvádzame v grafe 10.

Graf 10 Prítomnosť členov rodiny pri zomierajúcich



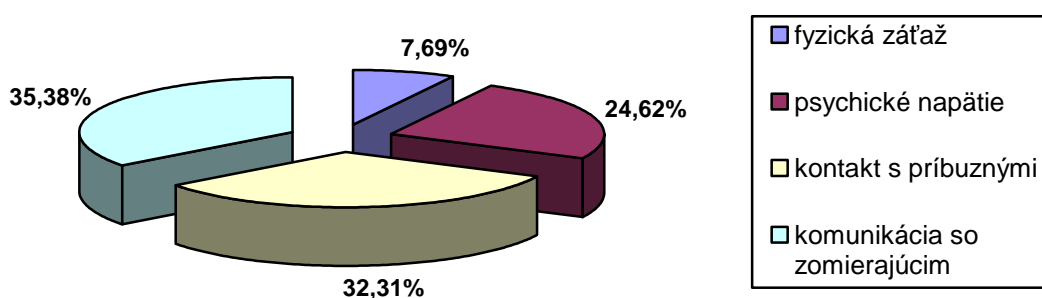
Otázka 8 bola koncipovaná ako poloopená, zisťovali sme ňou, aké pocity majú respondenti pri starostlivosti o zomierajúcich. Najčastejším pocitom pri starostlivosti je smútok a úcta k životu. Po nich nasleduje psychické napätie a fyzické vyčerpanie. Strach uvádza 8 respondentov. Pri odpovedi iné je uvedená únava a úzkosť. Prehľad percentuálneho zastúpenia ich odpovedí uvádzame v grafe 11.

Graf 11 Prehľad pocitov respondentov pri starostlivosti o zomierajúcich



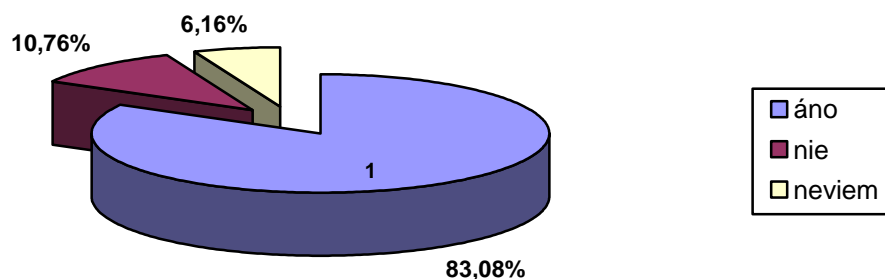
Otázka 9 bola zameraná na zistenie názoru, čo je podľa respondentov najťažšie pri starostlivosti o zomierajúceho pacienta. Za najväčší problém 35,38% respondentov považuje pri starostlivosti o zomierajúcich komunikáciu so zomierajúcim, na druhom mieste sa uvádza kontakt s príbuznými, čo predstavuje 32,31% odpovedí. Fyzickú záťaž uvádza 7,69% a psychické napätie 24,62% respondentov.

Graf 12 Čo je pri starostlivosti o zomierajúcich najťažšie



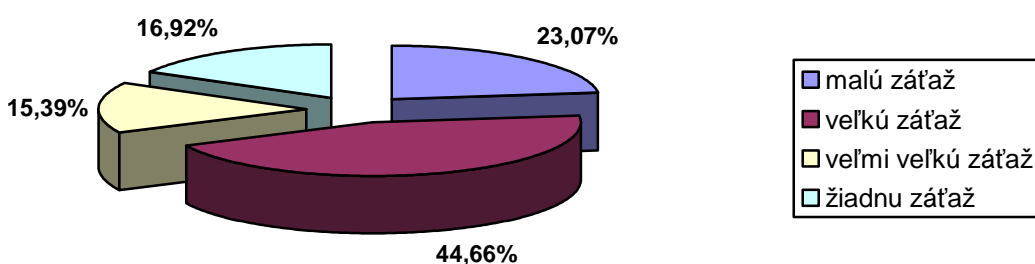
V otázke 10 sme zisťovali, či pre respondentov je komunikácia so zomierajúcim náročnejšia, ako s pacientom v inom štádiu ochorenia. Jednoznačne až 83,08% respondentov považuje komunikáciu so zomierajúcim za náročnejšiu ako komunikáciu s iným pacientom. 10,76% uvádza odpoveď, že komunikácia nie je náročnejšia a 6,16% sa k problematike nevie vyjadriť.

Graf 13 Komunikácia s pacientom v terminálnom štádiu je náročnejšia ako s pacientom v inom štádiu ochorenia



Otázka 11 bola zameraná na posúdenie miery psychickej záťaže u respondentov, ktorí sa stretávajú s umierajúcimi pacientmi. Pre 44,66% respondentov starostlivosť o umierajúcich pacientov predstavuje veľkú záťaž a 15,39% uvádza, že táto starostlivosť pre nich po psychickej stránke predstavuje veľmi veľkú záťaž. Na druhej strane, 23,07% respondentov považuje starostlivosť o zomierajúceho pacienta za malú záťaž a pre 16,92% respondentov starostlivosť o zomierajúceho pacienta nepredstavuje žiadnu záťaž.

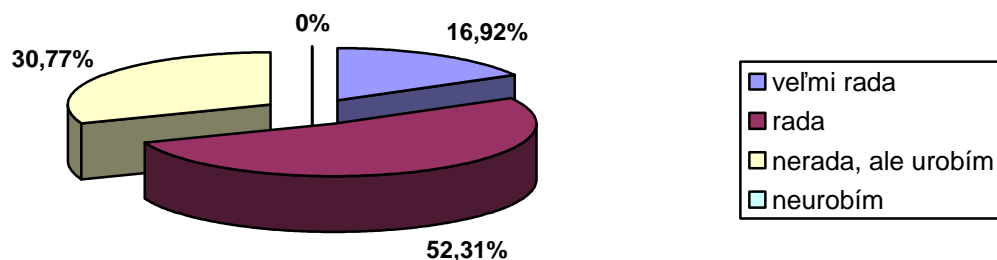
Graf 14 Keď idete k umierajúcemu, predstavuje to pre Vás po psychickej stránke



V otázke 12 sme sa zaujímali, ako zomierajúci pacient ovplyvňuje ochotu respondentov vykonávať ošetrovateľské výkony u tejto skupiny pacientov. 11 respondentov uvádza, že ošetrovateľské výkony vykonáva veľmi rado, 34 respondentov, že rado, 20 respondentov, že výkony vykonáva nerado, ale urobí a ani jeden respondent neuvádza

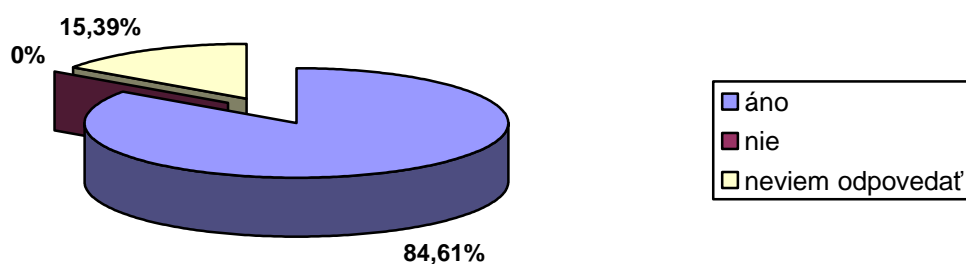
odpoveď, že neurobí výkon a požiada kolegu o vykonanie tejto služby. Prehľad percentuálneho zastúpenia ich odpovedí uvádzame v grafe 15.

Graf 15 Ak máte vykonať ošetrovateľský výkon u zomierajúceho, vykonáte ho



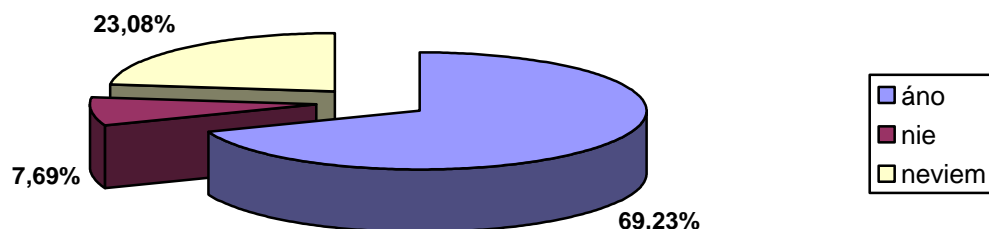
Otázka 13 bola zameraná na zistenie názoru respondentov, či je podľa nich duchovná príprava na smrť dôležitá. Najviac respondentov 84,61% si myslí, že duchovná príprava na smrť je dôležitá, 15,39% nevie odpovedať na danú otázku a ani jeden respondent nie je názoru, že duchovná príprava na smrť nie je dôležitá.

Graf 16 Myslíte si, že duchovná príprava na smrť je dôležitá



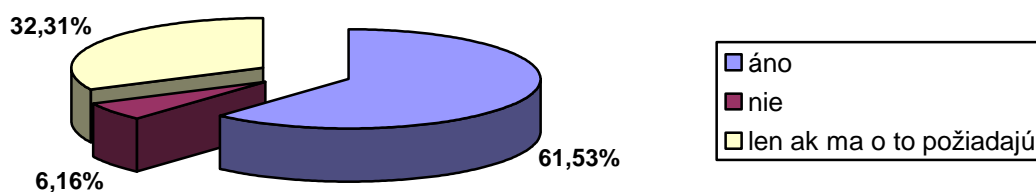
Otázka 14 bola zamerané na zistenie, aký postoj majú respondenti k prítomnosti duchovného pri zomierajúcom pacientovi. Až 69,23% respondentov považuje prítomnosť duchovného pri zomierajúcom za potrebnú, 7,69% uvádza, že duchovný nie je potrebný a 23,08% sa k otázke nevie vyjadriť.

Graf 17 Potreba prítomnosti duchovného pri zomierajúcom pacientovi



15 otázkou sme zistovali, či sa respondenti pýtajú pacienta alebo jeho príbuzných, či si želajú prítomnosť duchovného. 61,53% respondentov odpovedalo, že sa zaujímajú o to, či si pacient alebo jeho príbuzní želajú prítomnosť duchovného, 6,16% respondentov sa nezaujíma o to, či si želajú prítomnosť duchovného a 32,31% respondentov odpovedalo, že „len ak ma o to pacient alebo príbuzní požiadajú“.

Graf 18 Pýtate sa pacienta alebo príbuzných, či si želajú prítomnosť duchovného

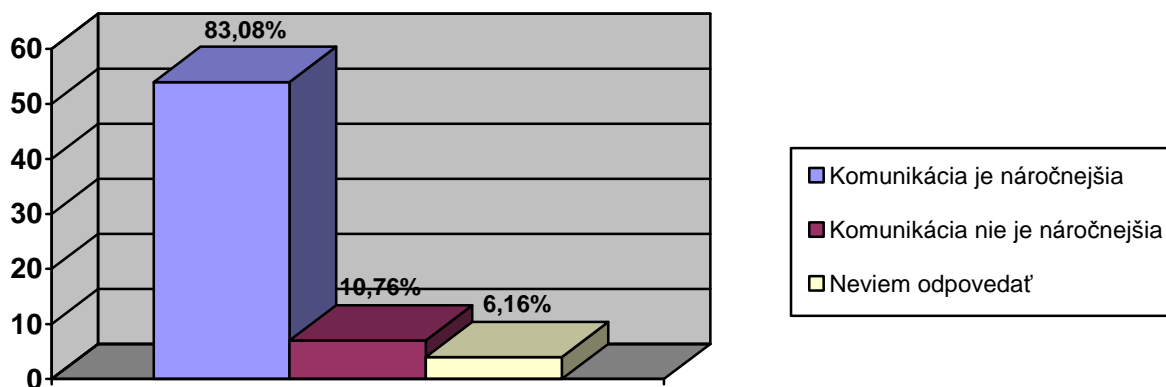


### 5.5.1 Vyhodnotenie hypotéz

Hypotéza 1: *Pre sestry je komunikácia s pacientom v terminálnom štádiu náročnejšia, ako s pacientom v inej fáze ochorenia.*

Hypotéza sa potvrdila, nakoľko až 83,08% respondentov hodnotí komunikáciu so zomierajúcim za náročnejšiu ako komunikáciu s inou skupinou pacientov. Predpoklad potvrdzuje aj skutočnosť, že pri hodnotení, čo je pre respondentov najnáročnejšie pri starostlivosti o zomierajúceho pacienta, uvádza najväčší počet (35,38%), že je to práve komunikácia so zomierajúcim. Toto zistenie potvrdzuje tvrdenie, „že najťažšie je komunikovať s človekom bez nádeje na uzdravenie“ (Rybárová, Derňárová, 2005, s. 108). Domnievame sa, že názor o náročnosti komunikácie s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia vyplýva z nedostatočnej pripravenosti sestier na konfrontáciu medzi vlastnou smrteľnosťou, zomierajúcimi a zomieraním ako takým. Pri zomierajúcich sa totiž od sestry okrem profesionálnych zručností vyžaduje aj osobnostná zrelosť.

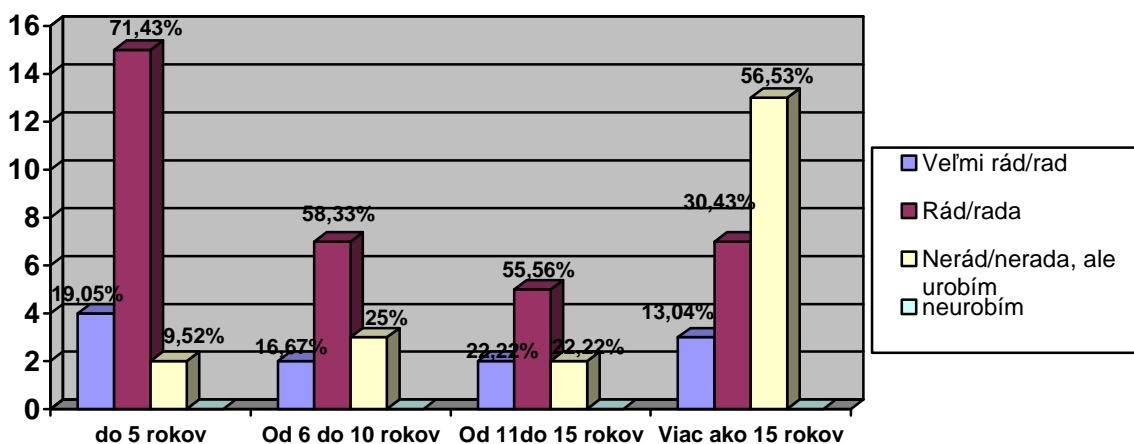
Graf 19 Hodnotenie náročnosti komunikácie so zomierajúcim a pacientom v inej fáze ochorenia



Hypotéza 2: *Čím dlhšie sestry pracujú na lôžkových oddeleniach, tým majú väčší problém u zomierajúcich vykonávať ošetrovateľské výkony.*

Hypotéza sa potvrdila. Odpovede respondentov, na základe ktorých sme overovali platnosť hypotéz, sú znázornené v grafe 20.

Graf 20 Hodnotenie ochoty vykonávať ošetrovateľské výkony vo vzťahu k dĺžke praxe respondentov



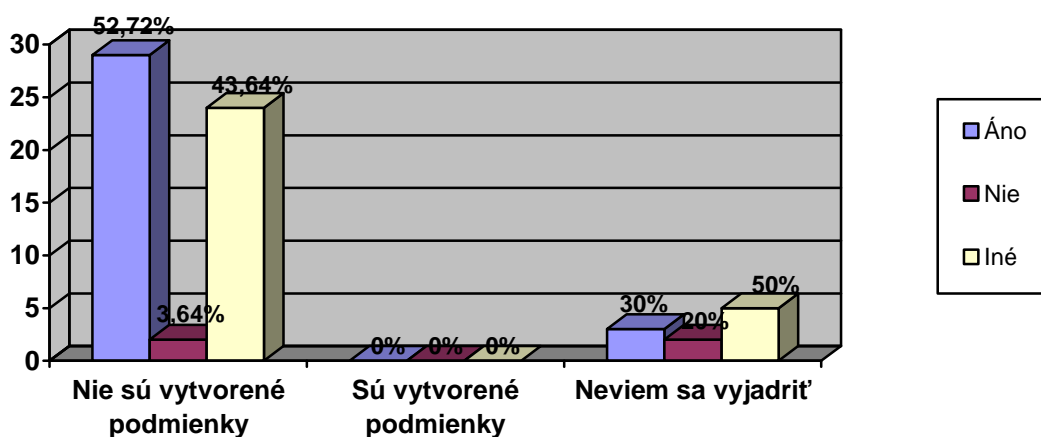
Na základe získaných informácií môžeme konštatovať, že najviac respondentov 56,53% uviedlo odpoveď, že tieto výkony vykonávajú neradi, ale vykonajú, práve zo skupiny s najväčším počtom praxe nad 15 rokov. Z skupiny s dĺžkou praxe do 5 rokov uviedlo túto odpoveď 9,52% respondentov. Platnosť nášho predpokladu potvrdzuje aj skutočnosť, že skupina nad 15 rokov praxe najčastejšie uvádza, že pri starostlivosti o zomierajúceho pacienta pociťujú veľmi veľkú psychickú záťaž (80%). Naopak, ošetrovateľské výkony vykonávajú radi práve respondenti s najnižším počtom rokov praxe (71,43%), skupina s počtom do 5 rokov, čo môže byť dôsledok prvotného nadšenia a idealizmu v práci. Domnievame sa, že to možno súvisí aj s tým, že do praxe prichádzajú sestry s vyšším vekom a teda zrelšie, ako doteraz v dôsledku zmeny v ošetrovateľskom vzdelávaní.

**Hypotéza 3: Ak si sestry myslia, že na štandardných oddeleniach nie sú vytvorené podmienky pre zomierajúcich pacientov, tak by pacienti podľa nich mali zomierať v domácej starostlivosti.**

Hypotéza sa potvrdila. Zistili sme, že podľa respondentov, ktorí uvádzajú, že na oddeleniach nie sú vytvorené vhodné podmienky, by títo pacienti mali zomierať doma (52,72%). V odpovedi iné sa najčastejšie objavujú názory, že by mali síce zomierať doma, ale s odbornou pomocou, nezomierať sami, len vtedy, ak si to rodina alebo zomierajúci želajú a majú mať zabezpečenú kvalitnú pomoc pri liečbe bolesti a iných sprievodných symptómov terminálneho ochorenia. V skupine, ktorá uviedla, že sa nevie vyjadriť k problematike, odpoveď, že by mali zomierať v domácej starostlivosti uviedlo 30% respondentov. Ani jeden z respondentov neuviedol, že na štandardných oddeleniach sú vytvorené vhodné podmienky

pre zomierajúcich pacientov. Tento predpoklad potvrdzuje aj skutočnosť, že na štandardných oddeleniach, vzhľadom na charakter týchto oddelení, sestry vnímajú nedostatočné zabezpečenie prítomnosti príbuzných a podporných osôb pri zomierajúcich. Pretože prevažná väčšina sestier (67,69%) považuje prítomnosť členov za potrebnú a sú názoru, že príbuzní pomáhajú pri starostlivosti.

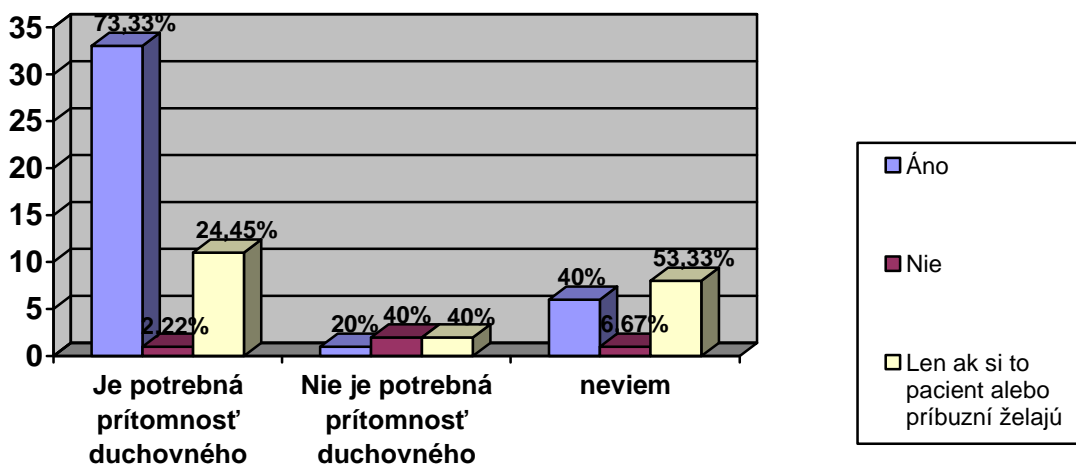
Graf 21 Podmienky starostlivosti vo vzťahu k názoru, že pacienti by mali zomierať v domácom prostredí



Hypotéza 4: *Ak si sestry myslia, že je potrebná prítomnosť duchovného pri umierajúcom, tak sú ochotnejšie aktívne zabezpečiť túto službu.*

Hypotéza sa potvrdila. Odpovede respondentov, na základe ktorých sme overovali platnosť hypotézy sú znázornené v grafe 22.

Graf 22 Hodnotenie názoru o potrebnosti prítomnosti duchovného pri zomierajúcich vo vzťahu k ochote zabezpečiť túto službu



Na základe získaných informácií môžeme konštatovať, že najviac respondentov (73,33%) je ochotných aktívne zabezpečiť návštevu duchovného práve zo skupiny, ktorí si myslia, že je potrebná prítomnosť duchovného. V skupine, ktorá nevedela odpovedať na danú otázku, je ochotných návštevu duchovného zabezpečiť 40%. Zo skupiny respondentov, ktorí necítia potrebu prítomnosti duchovného pri zomierajúcom, je ochotných zabezpečiť túto službu len 20%. Platnosť nášho predpokladu potvrdzuje aj skutočnosť, že 84,61% sestier prikladá veľkú dôležitosť duchovnej príprave na smrť a 44,62% myslí na zomierajúceho pacienta i po odchode zo služby.

### 3.6 Diskusia

Na základe výsledkov skúmania je zrejmé, že prevažná väčšina sestier považuje podmienky pre zomierajúcich pacientov za nevyhovujúce, najmä čo sa týka neprítomnosti príbuzných a priateľov pri zomierajúcich. Charta práv pacienta v Slovenskej republike ktorú schválila vláda Slovenskej republiky 11. apríla 2001 uznesením číslo 326 výslovne žiada „zaistiť, aby príbuzní a priatelia boli povzbudení sprevádzať nevyliciteľne chorých a zomierajúcich“. Pri spätnom rozhovore so sestrami sme zistili, že ak sú niektorí príbuzní povzbudení k spoluúčasti pri starostlivosti a k sprevádzaniu ich zomierajúcich príbuzných, reagujú tvrdením „že len prostredníctvom sestry ich príbuzní dostanú primeranú starostlivosť a že oni nemajú dostatok vedomostí a skúseností s poskytovaním starostlivosti“. Toto tvrdenie môže súvisieť s dlhodobým trendom, v ktorom sa smrť inštitucionalizovala a presunula sa do nemocníc a väčšina laickej verejnosti nevie, ako sa má správať k svojmu zomierajúceму príbuznému. Väčšina sestier je presvedčená, že príbuzní sú pomocou pri starostlivosti i napriek tomu, že pri hodnotení náročnosti úkonov pri zomierajúcom pacientovi sa kontakt s príbuznými uvádza na druhom mieste, hneď za údajom o komunikácii so zomierajúcimi. Ako druhý najväčší problém pri starostlivosti uvádzajú rutinné správanie sa personálu. Nedôstojné priestorové podmienky na oddeleniach uvádza len 15,65% sestier, čo nás vedie k presvedčeniu, že kvalita starostlivosti nezávisí ani tak od priestorového a materiálneho vybavenia pracoviska sestier, ako skôr od vzťahu a kontaktu s pacientom a participácie na starostlivosti o pacienta jeho príbuznými.

Na základe výsledkov prieskumu je zjavné, že kontakt so zomierajúcimi ovplyvňuje citové prežívanie sestier, pretože až 76,92% sestier uviedlo, že sa zamýšľa nad vlastnou smrťou pri kontakte so zomierajúcimi a až 44,62% uviedlo, že často na zomierajúcich pacientov myslí i po príchode domov. Najčastejším pocitom respondentov pri zomierajúcich

je smútok 27,19% a čo je veľmi potešujúce i úcta k životu. To môže svedčiť o kladnom vzťahu sestier k umierajúcim.

Pri zisťovaní miery psychickej záťaže, ktorú vyvoláva starostlivosť o zomierajúcich sme zistili, že pre sestry je táto starostlivosť predstavuje veľkú záťaž. Napriek tomu až 52,31% sestier vykonáva ošetrovateľské výkony u zomierajúcich rado, čo môže svedčiť o vysokej profesionalite respondentskej vzorky. Ondriová a Kollárová (2006) uvádzajú, že na základe prieskumu v ktorom monitorovali mieru psychickej a fyzickej záťaže onkologických sestier, teda skupiny ktorá sa často stretáva z umierajúcimi, až 58% sestier pokladá psychickú záťaž vo svojej práci za významnejšiu ako fyzickú záťaž.

Je prekvapujúce, že v prieskume ktorí sme realizovali v bratislavských nemocniciach až 84,61% sestier si uvedomuje, aká je dôležitá duchovná príprava na smrť a považuje prítomnosť duchovného pri zomierajúcich za potrebnú a z nich sa až 61,53% aktívne pýta, či si pacient alebo jeho príbuzný želajú prítomnosť duchovného. Toto tvrdenie je v protiklade s prieskumom, ktorý bol realizovaný v FN J. A. Reimana v Prešove (Jakubíková, 2003), ktorý bol zameraný na uspokojovanie duchovných potrieb hospitalizovaných pacientov. V tomto prieskume je uvedené, že len 50% sestier považuje za potrebné poznať vierovyznanie pacienta a 26% sestier vôbec nesleduje duchovný život pacienta.

Naše zistenia poskytujú obraz o názoroch a skúsenostiach sestier so starostlivosťou o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia len vybranej vzorky respondentov. Prieskum nám poskytol obraz o tom, že i napriek tomu, že starostlivosť o pacientov v terminálnom štádiu patrí k jednému z najnáročnejších období starostlivosti o pacienta na štandardných lôžkových oddeleniach, sestry sú schopné poskytnúť kvalitnú starostlivosť o túto skupinu pacientov.

Rezervy vidíme najmä v neprítomnosti príbuzných pri zomierajúcich, čo môže byť dôsledok dlhotrvajúcej propagandy vytlačania a tabuizovania smrti mimo bežného života. Pre sestry je naopak komunikácia jednou z najnáročnejších oblastí starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia. Až 83,08% uvádza, že je náročnejšia ako s pacientom v inom štádiu ochorenia. Je potešiteľné, že prevažná väčšina sestier duchovné potreby pacienta považuje za dôležité a aktívne zabezpečujú uspokojovanie týchto potrieb.

### 3.7 Odporúčania pre prax

Na základe získaných teoretických a empirických poznatkov z prieskumu odporúčame:

- poskytnúť príbuzným dostatok informácií o dôležitosti ich prítomnosti pri zomierajúcom a pomáhať im prekonať strach a pocity obavy;
- získať rodinných príslušníkov pre spoluprácu pri ošetrovaní pacientov v terminálnom štádiu ochorenia;
- poskytnúť sestram možnosť zúčastniť sa na seminároch o komunikácii s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia;
- poskytnúť sestram účasť na oddychových aktivitách, ako prevenciu rutinného správania sa k pacientovi;
- príprava budúcich sestier by mala byť významne posilnená v oblasti etickej stránky ošetrovania zomierajúcich;
- zabezpečiť dostatok materiálneho a ľudského potenciálu, aby sme predišli enormnej psychickej a fyzickej záťaži sestier.

## Záver

Ľudský život má svoju vstupnú bránu, priebeh i koniec. Tak ako je dôležité, aby sme počas života mali okolo seba ľudí, osobitne sa to týka posledných chvíľ života. Nie je ľahké stáť zoči - voči smrti a pritom vedieť, že neexistuje iná cesta. Dnešná spoločnosť je charakteristická vytláčaním smrti a následkom toho je porušený mechanizmus uvedomovania si konečnosti vlastnej osoby a zároveň tak i zodpovednosti za život a smrť vlastnú i ostatných.

Snívanie o minulých časoch, keď väčšina ľudí umierala v kruhu svojej rodiny, nepomôže, podobne, ako aj neobjektívna kritika terminálnej starostlivosti v nemocniciach. Inštitucionálna starostlivosť priniesla chorým mnoho dobrého, ale je zjavné, že starostlivosť o zomierajúcich sa musí zmeniť. Výhody či nevýhody nájdeme pri oboch spôsoboch. Predstava, že umierajúcich je možné vrátiť späť do rodín je asi nereálna. Rodina totiž musí chcieť, vedieť a môcť zvládnuť starostlivosť o príbuzného v terminálnom štádiu ochorenia. Riešením situácie môže byť model, v ktorom dokážeme vnieť do domácej starostlivosti viac odbornosti a do nemocničnej starostlivosti o umierajúcich viac zainteresujeme rodinu a dobrovoľníkov.

Prieskum, ktorý sme realizovali, priniesol niekoľko názorov na starostlivosť o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Sestry si uvedomujú náročnosť starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a ak im je poskytnutá materiálna, emocionálna i personálna pomoc, sú schopné poskytnúť kvalitnú starostlivosť. O ich nezastupiteľnej úlohe pri ošetrovaní zomierajúcich dnes už nik nepochybuje. Práve preto by príprava sestier mala byť významne posilnená v oblasti etickej stránky ošetrovania chorých, aby boli dostatočne pripravené na to, čo ich v praxi stretne. Za najťažšiu oblasť starostlivosti považujú komunikáciu so zomierajúcim a kontakt s príbuznými. Veľkú rezervu vidia v neprítomnosti príbuzných pri zomierajúcom a tak by sa naša snaha mala zamerať na edukáciu verejnosti v tejto oblasti. Hovorenie o tejto problematike je asi jediná cesta, ako túto problematiku sprístupniť.

I keď bol prieskum realizovaný len u vybranej vzorky sestier, predsa poskytuje aspoň náhľad do problematiky starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a problémy sestier, ktoré sú spojené s touto starostlivosťou.