

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Kateřina Poulová

**Zkušenosti sester s aplikací paliativní péče u
dospělých pacientů v nemocničních zařízeních**

*The Experience of Nurses with Implementation of
Palliative Care in Adult Units of Acute Care Hospitals*

Bakalářská práce

Praha, září 2018

Autor práce: Kateřina Poulová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Předpokládaný termín obhajoby: 19. 9. 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 4. září 2018

Kateřina Poulová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D. za příkladné vedení, cenné rady, čas, trpělivost a podporu během psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat konzultantovi Mgr. Vítku Bobkovi za pomocné vedení a rady z oblasti následné intenzivní péče.

ABSTRAKT

Bakalářská práce zjišťuje, jaké mají sestry znalosti o paliativní péči a jaké mají zkušenosti s jejím poskytováním na oddělení Následné intenzivní péče. Práce je zaměřená na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá charakteristikou paliativní péče, jejími cíli, principy, na rozdělení paliativní péče, místa poskytování a na charakteristiku oddělení Následné intenzivní péče. V práci se zabývám potřebami nemocných, hodnocením symptomů a jejich mírněním, dále se zabývám kvalitou života, smířením se s nemocí, spirituální péčí, problematikou umírání a smrti. Empirická část byla provedena formou kvantitativního výzkumu ve dvou lůžkových zařízeních. V obou zařízeních bylo zjištěno, že sestry vnímají paliativní péči jako důležitou součást péče, která zajišťuje nemocnému a jeho rodině kvalitní život s nevléčitelnou nemocí. Domnívají se, že na jejich odděleních poskytují kvalitní paliativní péči a jako největší překážku v jejím poskytování vnímají spolupráci s lékaři. Uvědomují si, že jim chybí další informace. Jsou ochotné se nadále vzdělávat a provést změny v poskytování této péče na jejich oddělení.

ABSTRACT

This bachelor thesis examines the nurses' knowledge of palliative care and what are their experiences of providing palliative care in intensive care unit. The thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with the characteristics of palliative care, its aims purposes, principles of palliative care, division of palliative care, places of providing palliative care and the characteristics of the intensive care unit. In my thesis I deal with the patients' needs, the evaluation of the symptoms and their mitigation, I also deal with the quality of life, reconciliation with the disease, the spiritual care, the problems of death and dying. The empirical part was done using quantitative research in two hospital. It was found in both facilities that nurses perceive palliative care as an important part of care that provides to the patient and his family high quality of life with an incurable disease. Nurses believe that they provide high quality palliative care in their departments, and they perceive the cooperation with doctors as the biggest obstacle to providing palliative care. They perceive the absence of information. They are willing to continue in education and make changes of providing this care in their departments.

OBSAH

OBSAH	7
ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE	11
1.1 CÍLE A PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE	12
2 CÍLOVÁ SKUPINA PACIENTŮ	14
3 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	15
3.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE	15
3.2 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	15
4 MÍSTA POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE	15
4.1 PALIATIVNÍ PÉČE DOMA	16
4.2 HOSPICE	16
4.3 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI	17
5 ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČE	18
6 POTŘEBY NEMOCNÉHO	20
6.1 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY	20
6.2 POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ	20
6.3 POTŘEBY LÁSKY A SOUNÁLEŽITOSTI	21
6.4 POTŘEBA SEBEÚCTY A SEBEREALIZACE	21
7 HODNOCENÍ SYMPTOMŮ A JEJICH ŘEŠENÍ V PALIATIVNÍ PÉČI	22
7.1 BOLEST	22
7.2 DUŠNOST	24
7.3 NAUZEJA A ZVRACENÍ	25
7.4 ZÁCPA	25
7.5 PSYCHICKÉ OBTÍŽE	26
7.5.1 <i>Strach a úzkost</i>	27
7.5.2 <i>Smutek a deprese</i>	27
7.5.3 <i>Suicidiální tendence</i>	28
8 SMÍŘENÍ SE S NEMOCÍ	28
9 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA NEMOCNÝCH	29
10 DUCHOVNÍ (SPIRITUÁLNÍ) PÉČE	30
11 UMÍRÁNÍ A SMRT	32
EMPIRICKÁ ČÁST	34
12 CÍL VÝZKUMU	34
12.1 HYPOTÉZY	34
12.2 METODIKA VÝZKUMU	34

12.2.1	<i>Časový harmonogram</i>	35
12.2.2	<i>Výběr respondentů</i>	35
12.3	DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	36
12.4	VÝSLEDKY VLASTNÍ ČÁSTI DOTAZNÍKU	37
DISKUZE.....		57
ZÁVĚR.....		59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		61
13	PŘÍLOHY.....	63
13.1	PŘÍLOHA Č. 1: SEZNAM ZKRATEK.....	63
13.2	PŘÍLOHA Č. 2: DOTAZNÍK.....	64
13.3	POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ MALVAZINKY	71
13.4	POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ NERATOVICE	72

Úvod

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

Publilius Syrus

Téma své bakalářské práce Zkušenosti sester s aplikací paliativní péče u dospělých pacientů v nemocničních zařízeních jsem si vybrala, protože mě tato problematika zajímá. Povolání praktické sestry mě dovedlo na oddělení Následné intenzivní péče, kde se mimo jiné vyskytují pacienti s nevyléčitelnými onemocněními. Na tomto oddělení pracuji už šestým rokem. Stala jsem se součástí mnoha okamžiků, příběhů a pokaždé mě to vedlo k zamyšlení, zda jsme pro nemocného a jeho rodinu udělali maximum.

Jsou chvíle, kdy nemůžete najít ta správná slova. Jediné, co můžete udělat je, posadit se u nemocného a naslouchat mu. Nemusíte nic říkat. Ve vnitru nemocného se odehrávají různé pocity, ať už strach, vztek, lítost nebo obava o druhé. Velmi zřídka mají možnost, aby jim někdo naslouchal nebo si s nimi o tom promluvil.

Umírání v mnohých z nás vyvolává křehkost, strach z něčeho neznámého, určitou beznaděj, bezmocnost, pocit, že někomu zůstaneme na obtíž. V dnešní době je problematika umírání hodně diskutovaným tématem. Dříve smrt a umírání bylo tabuizované téma. Jedním z důvodů nejspíš bude, že většina nemocných umírala doma, po boku své rodiny. Dnes většina nemocných umírá ve zdravotnických zařízeních. Domnívám se, že se lidé dříve smrti nebáli tak moc, jak je tomu dnes. Většina z nás by si přála zemřít bez bolesti, utrpení, tzv. klidnou smrtí ve spánku. Mnozí lidé se domnívají, že nevyléčitelné onemocnění vede k velké bolesti, smutku. Já si to nemyslím. Nevyléčitelné onemocnění by nás mělo vést ke komunikaci. Měli bychom společně trávit zbylé chvíle a diskutovat o otázkách, které jsme nikdy neprobírali. Měli bychom vzpomínat nad krásnými okamžiky, které jsme společně prožili. Bohužel většina pacientů tuto možnost nemají, a právě v tu chvíli by tam měl být zdravotnický personál, který by jim naslouchal a dělal společnost. Bohužel v této době je to velmi těžké.

Nedostatek ošetřujícího personálu v nemocničních zařízeních ovlivňuje chvíle strávené s pacientem. Domnívám se, že mnoho rodin se obává, že by doma neposkytly takovou péči, jako ji poskytne zdravotnický personál v nemocnici.

Dřívější generace věděly, co mají dělat, když v rodině někdo umíral. Mnoho lidí se doma narodilo a také umíralo. Bohužel spousta z nás si smrt stále nepřipouští.

S rozvojem medicíny se prodlužuje délka života. Jsou to právě přístroje, kdy drží pacienta na životě. Postupně rozvinutá technika nás dovedla k tomu, že nemocní umírají více v nemocnicích a my ztrácíme určitý soucit s životem. Měli bychom si uvědomit, že umírající člověk není „mrtvý“ člověk. Je to člověk, který se nachází v poslední fázi života a neměl by zůstat sám. Přijmeme-li umírání a smrt jako součást našich životů, tak tím můžeme změnit kvalitu života umírajících. Nebudeme si pak vyčítat, že jsme pro své blízké neudělali maximum a tím jejich odchod podle nás nebyl dostatečně důstojný. Ze svých zkušeností si troufám říct, že umírání v nemocnicích je mnohdy nedůstojné. Proto naše úsilí by mělo směřovat ke vzdělání v paliativní péči. Více tento typ péče směřovat do nemocnic.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké znalosti a zkušenosti mají sestry s poskytováním paliativní péče na oddělení Následní intenzivní péče (NIP). Zajímá mne, jaký mají názor na tuto péči. Jestli se nachází nějaké nedostatky v poskytování této péče na jejich pracovišti. Pokud ano, zda jsou ochotné se vzdělávat v této problematice a pokud to bude možné, provést změny na jejich pracovišti, které by vedly ke zkvalitnění poskytované paliativní péče. Šetření jsem provedla formou kvantitativního průzkumu na oddělení Následné intenzivní péče Rehabilitační kliniky Malvazinky a Nemocnice Neratovice.

Bakalářská práce je zaměřená na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku paliativní péče, na její cíle a principy, na rozdělení paliativní péče, místa poskytování, na charakteristiku oddělení Následné intenzivní péče, na charakteristiku potřeb nemocných a jejich dělení, na hodnocení symptomů v paliativní péči a jejich mírnění, smíření se s nemocí, hodnocení kvality života nemocných, spirituální péči, umírání a smrt. Empirická část byla provedena formou dotazníkového šetření. Dotazník se skládal z 25 otázek, přičemž 4 otázky se týkaly anamnestických údajů a zbylé otázky samotné výzkumné části. Dotazník byl anonymní a zcela dobrovolný.

Teoretická část

1 Paliativní péče

„Nechť každý usiluje v tom prostředí, v němž žije, aby projevil svému bližnímu opravdovou lidskost, na níž záleží budoucnost lidstva.“

Albert Schweitzer

Paliativní péče je aktivní, moderní a celosvětový obor, který se rychle rozvíjí. Medicína se vždy snažila do určité míry posunout, ale uvědomovala si, že možnosti vyléčit nebo alespoň prodloužit život nemocného jsou velmi omezené. Zároveň si uvědomovala, že její schopnosti nekončí, jakmile nedokáže uzdravit či zásadním způsobem prodloužit život a že zcela klíčovou součástí péče je také tišit bolest, různé formy utrpení a poskytnout nemocnému útěchu.

Historie moderní paliativní péče je docela krátká. Vznik a vývoj paliativní péče byl ve druhé polovině 20. století ovlivněn několika významnými faktory. Jedním z těchto faktorů byl úspěšný rozvoj terapeutických prostředků, které vedly ke změně příčin úmrtí a tím prodloužení života v posledním století. Nakonec s sebou nese tato změna své důsledky. Je pravda, že žijeme mnohem déle, ale za to také déle umíráme.¹

Pojďme si tedy říct, co je paliativní péče? Paliativní péče nemá stanovenou jednu definici, a proto se jich uvádí hned několik, například:

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“²

¹ Sláma, O., Špinka, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta Domů, 2004. Str. 11.

² Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 19.

„Paliativní péči se rozumí cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a také rodin těchto lidí.“³

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“⁴

Z těchto definic vyplývá, že paliativní péče jako moderní obor poskytuje komplexní a multidisciplinární péči zaměřenou na všechny složky člověka. Mezi tyto základní složky zaměřené na člověka patří: biologické, sociální, psychologické a spirituální. Cílem paliativní péče není urychlení umírání ale vnímání jej jako přirozeného procesu.⁵

1.1 Cíle a principy paliativní péče

Paliativní péče může být pacientovi nabídnuta tehdy, pokud lékaři byla stanovena diagnóza jako nevléčitelná, život ohrožující. Bohužel mnoho pacientů bývá předáno do paliativní péče pozdě nebo vůbec. Vhodné zahájení paliativní péče je tehdy, když je pacient hospitalizován pro stejný symptom orgánového selhávání minimálně 3x v posledním roce.⁶

Podle výzkumu péče o umírající, který byl proveden v ČR občanským sdružením Cesta Domů v letech 2003 - 2004, vyplývá, že ročně v ČR umírá přibližně 105 000 nemocných a pouze 1 % nemocných byla doporučena a poskytnuta kvalitní paliativní péče.⁷

³ Kalvach, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2010. Str. 12.

⁴ Kupka, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. Str. 28.

⁵ Bydžovský, J., Kabát, J., et al. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. Str. 12.

⁶ Bydžovský, J., Kabát, J., et al. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú., 2015. Str. 11.

⁷ Plevová, I., et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 108.

Nelze si nepovšimnout, že paliativní péče v ČR je stále vnímána jako péče hospicová, i když této hospicové péče spousta nemocných nedosáhne nebo jim je poskytnuta pozdě, v posledních dnech života. Kdyby nechybělo zásadní definování paliativní péče v následujících zařízeních, tak by spousta našich nemocných v době nemoci nežila na nemocničních lůžkách akutní a následné péče, v domovech se speciálním režimem nebo na lůžkách dlouhodobé péče. Každý nemocný by si mohl sám vybrat prostředí, kde by mohl strávit zbytek života s nevléčitelnou nemocí.

„Podle § 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je paliativní péče vymezena jako specifický druh zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.“

„Základní cíle rozvoje paliativní péče v České republice:

- ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému v České republice je každému nevléčitelnému nemocnému pacientovi dostupná kvalitní paliativní péče,*
- každý občan/pacient má reálnou možnost volby prostředí, ve kterém si přeje prožít život s nevléčitelnou chorobou i závěr svého života,*
- rodinám a blízkým, kteří pečují o nevléčitelně nemocného pacienta, je dostupná adekvátní psychologická a sociální podpora.“⁸*

Podle Světové zdravotnické organizace paliativní péče je vyjádřena těmito cíli:

- pomáhá zvládat bolesti, vzniklé symptomy a další formy utrpení,
- podporuje život a umírání vyjadřuje jako součást života,
- nemá ve snaze urychlovat či zpomalovat smrt,
- aktivně podporuje a zapojuje rodinu do péče, snaží se nemocnému kvalitně zajistit život až do smrti,
- klade důraz na uspokojování potřeb nemocných a jejich rodin, napomáhá rodinám zvládat smutek i v období po smrti blízkého člověka,

⁸ Kabelka, L. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. Str. 20.

- využívá interdisciplinární spolupráci – zaměřuje se na psychologické, sociální a spirituální poradenství.⁹

Z výše jmenovaných principů vyplývá, že kvalitní paliativní péče má být zahajována včas. Aktivně vyhledává, uspokojuje přání a potřeby nemocného. Měla by využít všech možností, prostředků, které vedou ke zkvalitnění života nemocného a jeho rodiny.

2 Cílová skupina pacientů

Paliativní péče je vhodná pro všechny pacienty s život ohrožujícím onemocněním. Nevymezuje se pro určitou skupinu lékařských diagnóz. Péče je poskytována všem nemocným bez ohledu na onemocnění, prognózu, věk, nebo jestli jsou ochotni péči přijímat. Paliativní péče může být poskytována současně s léčbou kauzální nebo jako samostatná a jediná možná léčba. Ročně umírá v Evropském regionu přibližně 1,6 milionu pacientů na nádorová onemocnění a 5,7 milionu lidí na neonkologická chronická onemocnění. Většina těchto nemocných trpí bolestí, dechovými obtížemi a dalšími tělesnými symptomy. V souvislosti s jejich onemocněním potřebují i pomoc s psychosociálními a duchovními problémy. Podle odhadu Australské pracovní skupiny vyplývá, že obyvatelstvo, u něhož připadá v úvahu paliativní péče, může představovat 50 % až 89 % všech umírajících nemocných, v závislosti na aplikované metodě odhadu. Spousta těchto nemocných potřebuje obecnou paliativní péči. V Evropských zemích je paliativní péče převážně poskytována nemocným v pokročilém stadiu onkologického onemocnění. Nemocný s chronickým neonkologickým onemocněním může mít stejnou potřebu paliativní péče jako onkologický nemocný. Bohužel někdy mají přístup k této péči obtížný. Prioritou při vývoji národní a zdravotnické rozvojové politiky by měla být dostupnost paliativní péče pro chronické neonkologické nemocné stejná jako pro onkologicky nemocné.¹⁰

⁹ Plevová, I. et al. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 107.

¹⁰ Radbruch, L., Payne, S., et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010. Str. 29-30.

3 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péče se netýká jen umírajících a nevléčitelných nemocných, ale také se zabývá zdravotnickými pracovníky, kteří tuto péči poskytují. Na základě složitosti této problematiky byla výborem ministrů rady pro Evropu rozdělena paliativní péče na obecnou a specializovanou paliativní péči.

3.1 Obecná paliativní péče

Jedná se o takovou formu péče, která by měla být poskytována každým zdravotnickým zařízením v rámci jejich odbornosti. Základem této péče je rozpoznání stavu nemocného, následně zhodnocení, zda má aktivní péče další smysl a podle toho naplánování další péče podle přání a potřeb nemocného. Jakmile obecná paliativní péče nestačí, měla by být zdravotníky doporučena specializovaná paliativní péče.

3.2 Specializovaná paliativní péče

Tento typ péče poskytují taková zařízení, jejichž hlavní činností je věnování se paliativní péči. Základem je tým odborníků, kteří absolvovali specializační vzdělání v této problematice. Aktivně podporují, vyhledávají a uspokojují potřeby nemocného a jeho rodiny. Jejich snahou je poskytovat služby ve všech formách péče. Mezi zařízení, která tuto péči poskytují, zařazujeme: oddělení paliativní péče v nemocnicích, zařízení domácí paliativní péče (domácí nebo mobilní hospice), lůžkové hospice, konziliární tým paliativní péče (v rámci nemocnice, léčebny), ambulance paliativní péče, denní stacionář (forma denních návštěv) a další zvláštní zařízení specializované péče (tísňové linky a poradny atd.)¹¹

4 Místa poskytování paliativní péče

Paliativní péče by měla být poskytována tam, kde se nemocný cítí nejlépe a kde si přeje být ošetřován, jestliže byly splněny základní podmínky. Mezi tyto

¹¹ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 20- 21.

místa zahrnujeme paliativní péči v domácím prostředí, ve zdravotnickém nebo pobytovém zařízení. Na péči v domácím prostředí se z velké části podílí rodina nemocného, agentury domácí péče nebo mobilní hospice. Mezi pobytová zařízení řadíme domovy pro seniory a mezi zdravotnická lůžková zařízení řadíme hospice, nemocnice, LDN (léčebna dlouhodobě nemocných) a nemocnice s následnou péčí např. následná intenzivní péče.¹²

4.1 Paliativní péče doma

Z hlediska nemocného je tato péče nejlepší variantou. Výzkumy, které se věnují problematice umírání, uvádějí, že většina dotazovaných hodnotila možnost zemřít v domácím prostředí jako „dobrou smrt“. Paliativní péče doma může být uskutečněna, pokud nemocný má dobré, stabilní rodinné zázemí. Tím je myšleno, že alespoň jeden z členů rodiny musí být schopen převzít celodenní péči. Dále k uskutečnění této péče je potřeba, aby nemocný vyslovil souhlas s touto péčí a následně v prostředí, ve kterém žádá o tuto formu péče, se nacházel tím odborníkům, který je schopen vyřešit aktuálně vzniklé problémy kdykoliv během dne nebo týdne. Jakmile není tento tým dostupný, pro rodinu se stává péče velmi fyzicky, psychicky a ekonomicky náročnou. V České republice není paliativní péče doma rozšířenou formou péče na vysoké úrovni. Problém, který tato péče uvádí je právě nedostatek odborníků, kteří by byli schopni kdykoliv rodině pomoci ve vypjaté situaci. U nás se místy nachází nedostatek agentur domácí péče. Pokud se v daném prostředí nacházejí, tak neposkytují celodenní péči, a právě během noci se stávají situace, které vyžadují profesionální pomoc. Nakonec rodina musí tuto situaci řešit v nemocničním zařízení a nemocný, který si přál zemřít doma v kruhu rodinném, umírá ve zdravotnickém zařízení.¹³

4.2 Hospice

Hospice patří mezi nejznámější speciální zařízení pro těžce nemocné, přičemž jejich hlavním posláním je poskytování paliativní péče. Pojem hospic původně

¹² Kalvach, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta Domů, 2010. Str. 15-16.

¹³ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 21-22.

znamená útulek nebo útočiště. Užíván je už od středověku a v té době byl vysvětlován jako „domek odpočinku“. Ve středověku neposkytoval hospic stejné služby, jak je tomu dnes. Hospice využívali poutníci na cestě do Palestiny. Zastavili se a strávili zde několik dní. Bylo jim nabídnuto ošetření, jídlo, lůžko, aby načerpali sílu na další část cesty. Myšlenka hospiců, jak ji známe v dnešní době, ožila teprve v minulém století. Její pojetí vychází z úcty ke člověku jako jedinečné bytosti, která má biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby. Představitelkou a zakladatelkou moderní hospicové péče byla Cicely Saundersová. Primárně kladla důraz na mírnění bolesti nemocných, na uspokojování jejich potřeb a upozorňovala na to, že umírání je přirozený proces, který v žádném případě nemůže izolovat umírajícího. Veškeré svoje úsilí směřovala k tomu, aby nemocný prožil poslední chvíle svého života co nejkvalitněji. Aktivně podporovala rodiny a přátele umírajících. V roce 1967 byl otevřen první hospic v Londýně, který se jmenuje St. Christopher's Hospic. Jeho zakladatelkou byla paní Saundersová. Jednalo se o první moderní zařízení, které poskytovalo paliativní péči.

V České republice byl otevřen v roce 1966 první hospic v Červeném Kostelci, který se jmenuje hospic Anežky České. O propagaci hospicového hnutí u nás se zasloužila lékařka Marie Svatošová. Prioritou našich hospiců je stejně jako všude ve světě péče zaměřená na kvalitu života, a ne na prodlužování života. Jejich společným cílem je respektování lidské důstojnosti, snaha zmírnit fyzické i duševní bolesti a aktivní podpora přítomnosti blízkých.

Bohužel se v dnešní době stále setkávám s názory, že jsou hospice zařízeními, která neposkytují dostatečnou péči. Nejedná se o názory jen laické společnosti ale také zdravotnického personálu. Jejich domněnky jsou mylné a bývají interpretovány na základě nedostatku informací o těchto zařízeních.¹⁴

4.3 Paliativní péče v nemocnici

Z dosavadních výzkumů vyplývá, že většina lidí si přeje zemřít doma, za přítomnosti svých blízkých. Realita je avšak jiná. Ve skutečnosti většina nemocných umírá ve zdravotnických zařízeních. Jak v nemocnicích, tak v různých

¹⁴ Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2015. Str. 180-181.

léčebných ústavech nebo sociálních zařízeních. I přes veškerou snahu zdravotnického personálu mnohdy proces umírání není takový, jaký bychom si pro svoje blízké představovali. Naše zdravotnictví prochází neustálou transformací v rámci akreditací nemocnic a tím by mělo být i zvyšování kvality poskytované péče, avšak tomu tak většinou není. Kvalitní poskytovaná paliativní péče vyžaduje dostatek personálu. V současné době je problém s počtem personálu, jelikož jejich stanovený počet na jednotlivá oddělení je jako minimální. Kvalita paliativní péče nezávisí jenom na počtu personálu na oddělení ale také na dalších faktorech, mezi které se řadí:

- schopnost týmu včas rozpoznat, zda stanovená léčba dosáhne vyléčení nebo se spolu s nemocným rozhodnout pro paliativní péči,
- kvalita vzdělání lékařů a sester v paliativní medicíně, péči,
- fungování týmu složeného z různých odborníků,
- kvalita komunikace uvnitř multidisciplinárního týmu,
- aktivní přístup oddělení pro spolupráci s rodinnými příslušníky a dobrovolníky.

Zdravotnická zařízení budou i nadále místy, ve kterých bude nejčastěji docházet k úmrtí. Proto jejich dalším cílem by měl být vlastní rozvoj paliativní péče, která klade důraz na sociální spolupráci s rodinou nemocného.

Největší překážkou v poskytování dobré paliativní péče je podle většiny zdravotnických pracovníků dospět k závěru, že veškerá možná léčba byla vyčerpána, že se nevyskytují další možné postupy, prostředky, které by vedly k vyléčení. Toto poznání je bolestivé jak pro nemocného, jeho blízké, tak i pro zdravotníky. V tento moment je důležitá komunikace mezi lékařem a nemocným. Lékař by měl plně respektovat rozhodnutí nemocného.¹⁵

5 Oddělení Následné intenzivní péče

V minulosti spousta onemocnění nebylo možné léčit a následně docházelo k úmrtím. S rozvojem medicíny se tato situace změnila.

¹⁵ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 24-25.

Oddělení Následné intenzivní péče je pracoviště, které poskytuje následnou intenzivní péči nemocným, u kterých nedošlo ke stabilizování některé ze základních životních funkcí na odděleních akutní péče.¹⁶

„Pojem následná intenzivní péče přinesl do našeho povědomí zákon č. 372/2011 Sb. Uvádí, že na akutní intenzivní lůžkovou péči může u pacientů, kteří jsou nadále částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí, navázat následná intenzivní péče (NIP). Poprvé tak legislativa jasně stanovila, že v určitých situacích je nutné nadále poskytovat specifickou formu intenzivní péče, lišící se obsahově, časově i organizačně od tradičně vnímané péče akutní.“¹⁷

Na toto oddělení se přijímají pacienti, kteří potřebují nadále pokračovat v umělé plicní ventilaci. Péče na tomto oddělení se zaměřuje na minimalizaci invazivních vstupů. Mezi tyto vstupy je řazen arteriální katétr (ART), centrální žilní katétr (CŽK), periferní žilní katétr (PŽK), hrudní drén, tracheostomická kanyla (TSK), nasogastrická sonda (NGS), perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG), permanentní močový katétr (PMK) a epicystostomie. Péče je věnována pozvolnému odpojování od plicní ventilace (tzv. weaning). Podporuje postupný přechod z parenterální výživy k enterální. Enterální výživa je podporována sippingem (tzv. popíjením) až k plnému perorálnímu příjmu. Nadále se věnuje péči o dýchací cesty, rehabilitaci, nácviku soběstačnosti a sebepéče. Aktivně zapojuje rodinu do poskytované péče. Pacienti na tomto typu oddělení mají větší časový prostor ke zlepšení jejich stavu. Jakmile je pacient odpoután od umělé plicní ventilace, je většinou překládán na oddělení DIOP.¹⁸

„Pracoviště DIOP poskytuje péči podle § 9 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb. Pacientům s poruchou základních životních funkcí, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje, je poskytována dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP).“¹⁹

¹⁶ Drábková, J., et al. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2017. Str. 44.

¹⁷ Drábková, J., Hájková Soňa. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta a. s., 2018. Str. 18.

¹⁸ Drábková, J., Hájková Soňa. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta a. s., 2018. Str. 34.

¹⁹ Drábková, J., Hájková Soňa. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta a. s., 2018. Str. 47.

NIP/DIOP jsou pro personál náročná oddělení. Je zde důležitá trpělivost, aktivnost, empatický přístup, fyzická a psychická odolnost. Práce na NIP/DIOP je řazena do kategorie rizika 2.²⁰

6 Potřeby nemocného

Pojem potřeba se dá vysvětlit jako projev nějakého nedostatku, který se snažíme odstranit, abychom dosáhli určité rovnováhy. Nemocní lidé mají potřeby stejně jako lidé zdraví, jenom s tím rozdílem, že potřeby nemocných souvisí s jejich onemocněním a posledním obdobím jejich života. Potřeby nemocného se v průběhu jeho nemoci mohou měnit. Závisí převážně na stupni pokročilosti onemocnění, na výskytu dalšího onemocnění, na věku, sociální podpoře a psychickém stavu nemocného. Potřeby těžce nemocného rozlišujeme na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Uspořádání potřeb nemocného je založena na Maslowově hierarchii potřeb. V průběhu nemoci dochází k přehodnocování potřeb, kdy na místo fyziologických se dostávají do popředí potřeby sociální, zejména neustálá přítomnost druhé osoby nebo potřeby spirituální.

6.1 Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby nemocného v závěru jeho života mají určitá specifika. Neměli bychom zapomínat na to, aby se pacient cítil dobře. S tím souvisí kvalitní ošetrovatelská péče. Správná hygiena, péče o kůži, úprava zevnějšku, pravidelné polohování, péče o dýchací cesty, dutinu ústní, vyprazdňování a péče zaměřená na výživu a příjem tekutin pomáhá k důstojnému závěru života nemocného.

6.2 Potřeba jistoty a bezpečí

Potřeba jistoty a bezpečí se nachází v Maslowově pyramidě na druhém stupni. Ve většině z nás vyvolává určitou kontrolu nad životními situacemi. Můžeme ji charakterizovat jako potřebu stálosti, ochrany, řádu, limitů, pravidel a osvobození

²⁰ Drábková, J., Hájková Soňa. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta a. s., 2018. Str. 45.

od obav a úzkosti. Každý z nás chce mít jistotu, že se o nás postarají specialisté. Lidé, co jsou vzdělání a mají spousty zkušeností. S potřebou jistoty se uvádí i potřeba bezpečí. Pocit bezpečí každý z nás vyjadřuje různě. Pro některé být v bezpečí znamená být doma, v prostředí, kde to zná. Pro někoho jiného to může být naopak v nemocnici nebo v hospici. Ať už to je pro každého z nás kdekoliv, měli bychom mít možnost si vybrat, kde chceme strávit poslední chvíle svého života a s tím souvisí problematika pravdy. Pacient by měl být plně informován o svém zdravotním stavu, nikoliv obelháván.²¹ Bohužel se mnohdy stává, že pacient neví o své prognóze na žádost rodiny. Příbuzní se většinou domnívají, že tím nemocného chrání. Jakmile není nemocný zcela informovaný, dochází ke strachu a obavám. Pacient poté veškeré úsilí směřuje k uzdravení, které je v nedohlednu. Společným cílem pečujících a rodiny by měl být pacient, který jim důvěřuje a cítí, že péče a informace, které jsou mu poskytovány, jsou pravdivé. V závěru se cítí být zajištěný.²²

6.3 Potřeby lásky a sounáležitosti

V dalším stupni hierarchii potřeb se nachází potřeba lásky a sounáležitosti. V závěru života nemocní přemýšlí nad svým životem. Hodnotí, co udělali správně nebo naopak, co pokazili. V závěru se shodují v tom, že nejhlubší touhou každého člověka je někam patřit. Mít koho milovat a být někým milován. Mít někoho s kým mohou mluvit, kdo jim bude naslouchat s porozuměním, nikoliv radit. Přáním umírajícího bývá umírat po boku pečující osoby.²³

6.4 Potřeba sebeúcty a seberealizace

Do poslední chvíle by měl mít nemocný možnost rozhodovat sám za sebe. Pacient má právo rozhodovat, kde bude poslední dny trávit, co bude jíst či pít, zda změnit analgetika, jestli je nutné zavedení invazivních vstupů, např. permanentního

²¹ Plevová, I. et al. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 110-112.

²² Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 70.

²³ Plevová, I. et al. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 113.

močového katétru či nasogastrické sondy. Jeho rozhodnutí bychom měli respektovat, i když rozhodnutím a přáním nemocného nerozumíme.²⁴

Přáním umírajících je si zachovat úctu přes stupňující se slabost, co nejdéle být samostatný, cítit se a být vnímán jako normální člověk. Měli bychom si uvědomit, že umírající člověk nemá možnost jen přijímání, ba naopak. Umírající může i plánovat, předávat moudrosti a zkušenosti druhým.²⁵

7 Hodnocení symptomů a jejich řešení v paliativní péči

Nedílnou součástí paliativní péče je sledování a hodnocení příznaků. Příznaky upozorňují na změnu funkce a udávají, že je něco v nepořádku. Příznaky lze definovat jako projev obtíží, které udává nemocný. Mohou být objektivní (pozorovatelný druhým člověkem) nebo subjektivní (pocituje nemocný). V paliativní péči většinou symptomy ukazují na trvalou a stresující připomínku onemocnění, které ztěžuje kvalitu života nemocného. Nemocný bývá omezený ve vykonávání denních činností a cílem paliativní péče je právě potlačení nebo zmírnění vzniklých příznaků. Mezi nejčastější symptomy v paliativní péči patří bolest, respirační, trávicí a psychické příznaky a dále mezi ně řadíme i chronické rány.²⁶

7.1 Bolest

Nejvíce sledovaným symptomem v paliativní péči je bolest. Z pohledu pacienta je řazena mezi nejobávanější. Má podstatný vliv na kvalitu jejich života hlavně tím, že ovlivňuje jejich nálady, aktivity, spolupráci na léčbě, naději a radost. Pokud není léčena, může vést k dalším zdravotním obtížím jako je nechutenství, kachexie, neschopnost pohybu, izolace od ostatních lidí, deprese až k celkovému utrpení.²⁷

²⁴ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 69.

²⁵ Plevová, I. et al. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 111, 113.

²⁶ Plevová, I. et al. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 113.

²⁷ Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. Str. 39

V terminálním stadiu onemocnění prožívá bolesti mnoho pacientů. Uvádí se až 73 % onkologických pacientů a 60 % s oběhovým selháním.²⁸

Nemocní vnímají mnoho podob bolesti a udávají, že fyzická bolest nedokáže přesáhnout psychické nebo duchovní problémy. Hovoříme o tzv. celkové neboli totální bolesti. Jedná se o takovou bolest, která vychází z našeho „já“, z našich vlastních zkušeností a pocitů s nimi spojených. Souvisí s mnoha faktory: psychickými, tělesnými, sociálními a duchovními. Je důležité si uvědomit, že se jedná vždy o subjektivní bolest, kterou bychom měli nemocnému věřit. Subjektivní bolest závisí na individualitě vnímání, které máme každý jiný. Nebudeme-li jej včas monitorovat a hodnotit nebude správně léčena. Léčba bolesti si vyžaduje spolupráci všech lidí, kteří se na péči podílejí.

V nemocničních zařízeních je nejbližší k pacientovi sestra. Jejím primárním úkolem a snahou by mělo být sledování, hodnocení a mírnění utrpení pacienta. K mírnění bolestí by ji měly dopomoci tyto aktivity:

- podávání léků dle ordinací lékaře,
- komunikace s pacientem o bolesti - o její intenzitě, charakteru, s čím je spojená, zkušenosti s analgetiky,
- neoponechávat pacienta samotného, snažit se odpoutat jeho pozornost,
- pomáhat uklidnit při stavech úzkosti a strachu,
- monitorovat projevy spojené s bolestí – verbální, neverbální projevy,
- aktivně zapojit rodinu do péče,
- stanovit plán sledování bolesti,
- seznámit pacienta s vedením záznamu o bolesti,
- pomáhat při odpočinkových procedurách.

Farmakologická léčba bolesti nemusí být jediná pomoc. Sestra může ke zmírnění obtíží využít různé metody, mezi které patří:

- zaměstnání pacienta – poslech hudby, manuální práce,
- léčba teplem – zábaly, obklady, koupele,
- léčba chladem – sáčky na ledové obklady,
- terapeutická masáž,

²⁸ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 96

- seznámení s různými odlehčovacími pomůckami,
- komunikace – zapojení rodiny do rozhovorů, psychologický přístup sestry – důvěra mezi pacientem a sestrou.²⁹

7.2 Dušnost

Dušnost je po bolesti druhým obávaným symptomem pro pacienta. V závěru života jím trpí ¾ nemocných. Jedná se o subjektivní příznak, který v pacientovi vyvolává úzkost ze strachu z udušení. Dušnost neboli termín dechová tíseň je stav, kdy nemocný pociťuje nedostatek vzduchu a následně má problémy s nádechem a výdechem. Dušnost má spousty příčin a intenzivně ji pacient vnímá. Mnohem častěji může docházet k panikám, úzkosti a celkovému neklidu nemocného. Můžeme ji rozdělit na klidovou, namáhavou a záchvatovitou. Mezi nejčastější onemocnění, která jsou doprovázena stavy dušnosti, patří: chronická obstrukční plicní nemoc, nádorová onemocnění plic, srdeční selhání, stenózy hrtanu či průdušnice.³⁰

Při řešení dušnosti u pacienta je pro sestru nejobtížnější pracovat s jeho úzkostí. Je důležité zachovat klid a ujistit nemocného, že se snažíme dělat vše proto, aby se mu lépe dýchalo.

Postupy, které může sestra provést ke zmírnění pocitu dušnosti:

- zhodnocení dýchání,
- zklidnění pacienta – psychická podpora, správná komunikace,
- uložení nemocného do vhodné polohy - v sedě, na pravém boku s pokrčenými koleny,
- zajistit proudění čerstvého vzduchu,
- nácvik správného dýchání – brániční dýchání,
- kyslíková a inhalační terapie dle ordinací lékaře.³¹

²⁹ Plevová, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 115-116.

³⁰ Bydžovský, J., Kabát, J., et al. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Nadační fond AVAST. 2015. Str. 52- 53.

³¹ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 95.

7.3 Nauzea a zvracení

V terminální fázi onemocnění se u pacientů velmi často objevuje nauzea (tzv. nevolnost). Jedná se o nepříjemný pocit v žaludku, který vede ke snížení chuti. Jedná se o častou obtíž, která je většinou způsobena řadou onemocnění a příčin. Může být provázena zvracením.

Zvracení mnohdy navazuje na nauzeu a řadí se mezi nejčastější problémy paliativní péče.³² Zvracení je obranný reflex organismu, kterým se tělo zbavuje nepříznivého žaludečního obsahu. Zvracení vyvolává řadu komplikací. Mezi komplikace řadíme aspiraci (tzv. vdechnutí) žaludečního obsahu do plic, dehydrataci, nedostatek života potřebných minerálů, poškození jícnové stěny, eventuálně až roztržení jícnu. Sestra může zmírnit tyto symptomy následujícími kroky:

- podávání dobře stravitelné stravy několikrát denně, v menších porcích,
- omezit ve stravě tuky,
- pobízet k příjmu mléčných výrobků,
- doporučit popíjení koly, piva (zvyšují chuť k jídlu),
- pokud má pacient kovovou pachů, doporučit plastové příbory,
- při nedostatku slin pobízet k pití jablečných nebo citronových šťáv, žvýkání žvýkaček, které zvyšují tvorbu slin,
- podávat léky dle ordinací lékaře,
- pečovat o dutinu ústní,
- povzbuzovat nemocného.³³

7.4 Zácpa

Obstipace (zácpa) je označení pro méně častý odchod stolice tuhé konzistence. Většinou je pacienty označována jako malý objem tuhé stolice bobkovitého vzhledu, bolestivé nadýmání, zástava odchodu stolice, vyprázdnění po několika dnech s použitím projímadel. Příčinou zácpy je dehydratace, imobilizace,

³² Kalvach, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta Domů, 2010. Str. 71-72.

³³ Bydžovský, J., Kabát, J., et al. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Nadační fond AVAST. 2015. Str. 61- 62.

dlouhodobé užívání opioidů, sedativ, onemocnění štítné žlázy nebo nedostatek soukromí při vyprazdňování.³⁴

Zácpa může vyvolat řadu psychických nebo fyzických obtíží. Může jimi být nauzea až zvracení, stres, úzkost, bolest břicha nebo neklid. V nemocničních zařízeních, ji není věnováno dostatek pozornosti. Pokud nebudeme tomuto problému věnovat pozornost, může se stát, že pro řídkou stolicí přehlédneme opravdový problém, jemuž je zácpa. K mírnění obtíží může sestra pomoci těmito kroky:

- zjistí návyky spojené s vyprazdňováním,
- dbá na dostatečný příjem tekutin,
- zajistí přísun vlákniny dle tolerance nemocného (ovoce, zelenina, celozrnné pečivo),
- doporučí pravidelný pohyb dle fyzického stavu,
- včas reaguje na potřebu vyprázdnění,
- zajistí soukromí při vyprazdňování, umožní polohu vsedě nebo pomůže zaujmout polohu na levém boku s dolními končetinami přitaženými k břichu,
- dle ordinací lékaře podává laxativa (projímadla).³⁵

7.5 Psychické obtíže

Proces umírání je pro nemocné a jejich rodiny bolestivým obdobím. Před těžce nemocné je postaven velký úkol. Postupně se vyrovnat s novými situacemi a adaptovat se na novou životní roli. Stává se nesoběstačným, nezvládá o sebe pečovat, a proto je závislý na druhé osobě. Pocity vlastní neschopnosti a ztráta dosavadního životního stylu vyvolává emoce strachu, úzkosti, nejistoty, hněvu, smutku a deprese.

³⁴ Bydžovský, J., Kabát, J., et al. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Nadační fond AVAST. 2015. Str. 64.

³⁵ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 109-110.

7.5.1 Strach a úzkost

Strach a úzkost je typická pro nevyлéčitelné nemocné. Narušují pacientovo vnímání a komunikaci s okolím. Úzkost bývá nepříjemnější než strach.³⁶

Strach je označován jako nepříjemný pocit, kterým reagujeme na nebezpečí. Bojíme se toho, co bude následovat. Vyvolává různé symptomy, které může na sobě nemocný pozorovat. Symptomů je celá řada. Mezi nejvíce nemocným sledované patří změny na kůži, zhoršení mobility, zraku, sluchu, obtíže spojené s vyprazdňováním, příjmem potravy, únava a časté změny nálad. Většina nemocných tyto symptomy hodnotí, jako signál postupně zhoršující se nemoci a vyvolává v nich zmiňovaný pocit strachu.³⁷

Úzkost je označována jako nepříjemný prožitek a stav. Vychází z pocitu neznámého, nejisté budoucnosti a projevuje se tělesně. Mezi nejčastější projevy patří: zvýšená potivost, stres, palpitace (bušení srdce), obtížné dýchání, napětí, žaludeční nevolnost, slabost v dolních končetinách, nepříjemné pocity a poruchy spánku. Strach v mnohých z nás může vyvolat nějakou činnost. U úzkosti je to naopak. Nemocného obvykle paralyzuje. Nemocný mnohdy méně mluví. Při kontaktu s druhými se vyhýbá přímému očnímu kontaktu. Úzkostné stavy se v paliativní péči objevují v souvislosti se strachem z udušení, bolesti a smrti. Primárním úkolem sestry je rozpoznání úzkosti a následně s nemocným o ní hovořit. Sestra by měla vést laskavý, klidný, srozumitelný rozhovor. Měla by dbát, aby nemocného nezahltla složitými větami. K rozhovoru může zvolit několik jednoduchých otázek, od kterých se nemocný může ke komunikaci „odpíchnout“.

7.5.2 Smutek a deprese

Smutek je přirozenou součástí nemocných v terminálním stavu. Od sestry se očekává, že bude přistupovat k nemocnému s pochopením. Primárním úkolem je zajistit prostor pro prožití a projevení pocitů navenek.

³⁶ Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. Str. 237.

³⁷ Zacharová, Eva, Šimíčková-Čížková, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 143.

Deprese je označována jako patologický smutek a patří mezi poruchy nálady. Nejhorší je převážně po ránu a projevuje se apatií (nezájmem). Nemocný není schopen se z ničeho radovat nebo těšit. Nevyhledává společnost a dále není schopen vlastní aktivity. Nemocnému by měla být poskytnuta psychologická i psychiatrická pomoc, i přes to, že se jedná o závěr života.³⁸

7.5.3 Suicidiální tendence

Suicidiální jednání neboli touha po smrti se objevuje často jako následek nedostatečně léčené deprese nebo jako následek ztráty životního smyslu. Obzvláště v terminální fázi může nemocný žádat o eutanazii. Mluví-li nemocný o eutanazii nebo sebevraždě je nutné být na pozoru. Ošetřující personál by měl být ve střehu a měl by se zabývat, zda nemocný nepotřebuje pomoc. Myšlenka na smrt může být také způsobena nedostatečně řešenými symptomy, např. bolestí, a to může být známkou nedostatečné péče. Úkolem sestry je být nemocnému na blízku, naslouchat mu a snažit se vyřešit konkrétní problémy, které nemocného trápí.³⁹

8 Smíření se s nemocí

Smířit se s nemocí, která progreduje a končí vlastní smrtí je pro nemocného nejtěžším úkolem v životě. U nemocného se zhoršuje sebehodnocení, mění se sebepojetí a postupně snižuje sebeúcta. Vlivem nemoci se může měnit i některé osobnosti vlastnosti nemocného. Nemocní se mohou cítit odlišní od zdravých lidí. Úsilí a péče sester by měla být zaměřena na pomoc nemocnému se vyrovnat se změnami na jeho těle, na vnímání těchto změn a vyrovnání se s nepředvídatelnou budoucností. Lidé mohou reagovat na blížící se smrt různými způsoby. Řadíme mezi ně smíření nebo vyrovnání, únik do minulosti, pasivní rezignaci, únik do fantazie, snahu o dokončení rozdělané práce nebo negativní kompenzaci, čímž je propadnutí k přejídání, alkoholu a dalším návykovým látkám. Dále to může být agresivita vůči okolí, kdy nemocný může vinit druhé ze své situace. Přijmout svou

³⁸ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 112-114.

³⁹ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 116.

situaci je velmi obtížné pro všechny nemocné. Z kvantitativního výzkumu vyplynulo, že být vyrovnáný s nemocí a smrtí považuje za důležité 87 % dotazovaných. Z kvalitativního výzkumu vyplývá, že přijetí nemoci bylo nejtěžším úkolem pro mladší pacienty. Starší lidé se často baví o své smrti, ale u mladších je tomu naopak. Zejména pro ty pacienty, kteří mají svou rodinu. Tito mladí obvykle o smrti nemluví, nevyjadřují se k jejich smrti a stále plánují, mají nějaké vize.

Proces umírání je zdrojem stresu jak pro umírajícího, jeho blízké, tak i pro ošetřující personál. V péči o tyto nemocné je důležité si připustit fázi umírání. Z kvalitativního výzkumu vyplynulo, že je mnohdy rodina s ošetřujícím personálem přesvědčena, že je vhodnější zatajit proces umírání. Domnívám se, že se mnoho zdravotníků s touto situací setkalo. Rodina si uvědomuje, že jejich příbuzný umírá. Nicméně příbuznému ponechávají naději v uzdravení, i když tomu tak nebude. Jsou přesvědčeni, že je to pro jejich blízké nejlepší řešení a poslední chvíle jejich života tráví mnohem optimističtěji.⁴⁰

9 Hodnocení kvality života nemocných

Hodnocení kvality života nemocných se věnuje čím dál větší pozornost. Hodnocení kvality je důležitou součástí paliativní péče. Může být využito jako indikátor kvality poskytované péče. Paliativní péče zdůrazňuje, že její hlavní cílem je kvalita života nemocných a jejich příbuzných. Proto je hodnocení této kvality v poslední době nejčastěji tématem výzkumných studií. Impulzem pro výzkumy je pokroková léčba, která postupně vede k mnohem delší době přežití obyvatelstva. Současně s touto pokrokovou léčbou, která má za cíl „dlouhověkost“ jsou spojeny nežádoucí účinky, které ovlivňují kvalitu života nemocného. Ošetřující personál by se měl přiklánět k subjektivnímu hodnocení života nemocným, jelikož se může jednat o podstatné informace, které uplatní v plánování a realizaci paliativní péče.

V literatuře je možné se setkat s velkým množstvím definic kvality života. Jednou z představ je vnímání kvality života jako osobní pohody. Do osobní pohody jsou zahrnovány dimenze tělesné i sociální a psycho-spirituální. Znamená to „cítit

⁴⁰ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. Str. 66 - 70.

se dobře“. V oblasti paliativní péče je přijatelné vycházet z pacientova nitra. Týká se osobní pohody a spokojenosti se životem ve vztahu k jeho hodnotám a celkovému životnímu stylu. Z provedeného kvalitativního výzkumu se zjistilo, že spousta nevléčitelných nemocných si spojuje kvalitu života s činnostmi, které dříve prováděli. Oslovení respondenti považují za kvalitu života být samostatná a bez bolesti.

Kvalita života je výzkumníky hodnocena různými standardizovanými měřícími nástroji. Pro nás dostupné jsou dotazníky Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, které jsou v českém jazyce. Tyto dotazníky slouží k sebesouzení kvality života jedince a jsou určeny do věku 65 let. Ve zdravotnictví se používají k hodnocení kvality života i další dotazníky, např. SF-12, SF-36 nebo SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis). Tyto dotazníky by se mohly používat v paliativní péči, ale nejsou vhodná kvůli necitlivosti vůči změnám ve zdravotním stavu vlivem progredující nemoci. Pro pacienty v paliativní péči byl vytvořen dotazník Evropskou organizací pro výzkum kvality života u onkologických nemocných, a to dotazník EORTC QLQ-C15-PAL, který je dostupný i v české verzi.

Z několika provedených výzkumů vyplývá, že kvalita života u hospitalizovaných nemocných je většinou nižší než u nemocných v hospicích. Z výzkumů byla prokázána spojitost mezi intenzitou některých příznaků, psychickým stavem nemocného, neuspokojenými potřebami a celkovým hodnocením kvality života.⁴¹

10 Duchovní (spirituální) péče

Duchovní péče má v paliativní péči důležité místo. Potřeba lásky, naděje, víry, smyslu života, jistoty a bezpečí má v každém z nás své místo celý život. Na povrch vystupují projevem nějaké zátěžové události.

Duchovní rozměr člověka je označován jako schopnost „sebepřesahování“ směrem k tomu, co je smyslem života. Spiritualitu můžeme definovat jako naše

⁴¹ Bužgová, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. Str. 103-104, 112.

„jádro“. Může se jednat o charakteristiku naší individuální osobnosti nebo o vnitřní prožívání. Ačkoliv pojem spiritualitu definujeme jakkoliv, stále bude hledat věci vyšší. Takové věci, které nás budou přesahovat.⁴²

„Cílem poskytované duchovní péče je podpořit a posílit zdravou, stabilní spiritualitu a doprovázet v duchovních otázkách, v hledání a trápení s respektem k jedinečnosti každého člověka.“⁴³

I přes to, že sestry nejsou nijak vzdělávány v oblasti spirituální péče, tak jejich role v oblasti uspokojování duchovních potřeb může být velice zásadní. Získat informace o duchovních potřebách nemocného nelze jedním rozhovorem. Získat potřebné informace k poskytování kvalitní spirituální péči vyžaduje každodenní styk s nemocným. Spirituální péče nevyžaduje intervence, které by se lišily od jiných výkonů. Péče je součástí každodenních ošetrovatelských činností.⁴⁴

Povinností sester je uspokojování všech potřeb pacientů, mezi které patří i spirituální péče. Podle výsledku z výzkumu pečování se uvádí, že posoudit a uspokojit spirituální péče není leckdy možné. Překážkou, která se uvádí, může být nedostatek znalostí a profesionálních zkušeností sester nebo uzavřenost nemocného. Co skutečně nemocný potřebuje? Nemoc sebou přináší určitou izolaci, jak od činností, které nemocný dříve prováděl, tak od „normálních“ lidí. Nemocný je vlastně sám se svou nemocí. Kolem sebe má buď blízkou rodinu, nebo zdravotnický personál. V závěru nemocný potřebuje jenom člověka. Takovou osobu, která bude nemocnému naslouchat, pokoušet se ho pochopit, bude jeho společníkem a díky kterému bude nemocný ve spojení s „venkovním“ životem.

Pro nemocné i ošetrující personál není jednoduché otevřeně hovořit o umírání a smrti. Přesto je pro nás důležité pomáhat těmto pacientům. Pokud si nejsme jisti, jak pomoci nemocnému s vyjádřením jeho pocitů, je velkou inspirací úryvek z knihy *Spoutaný život*, kterou napsala Helena Haškovcová:

„Zdůrazňuji, že jsem nikdy nikomu nepoložila otázku smyslu života, nezeptala jsem se na strach ze smrti a umírání nebo problém konečného života. Nemocní

⁴² Plevová, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 120.

⁴³ Marková, A. et al. *Hospic do kapsy. Příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta Domů, 2015. Str. 26.

⁴⁴ Plevová, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. Str. 120-121.

hovořili o svých trápeních vždy, když zazněla moje tichá výzva: „Mluvte prosím o všem, co vás trápí.“⁴⁵

11 Umírání a smrt

Umírání a smrt do našich životů přináší určitou nejistotu. Nikdo z nás neví, kdy tento stav nastane. Umírání neboli terminální stav je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí tkání a orgánů vlivem progredujícím nemoci. Umírání, je různě dlouhé časové období, které končí smrtí. Proces umírání je rozdělován z praktického a didaktického hlediska do tří časových období. Období pre finem, in finem a post finem.

Období pre finem nastává zjištěním, že nemoc pacienta je závažná s velkou pravděpodobností skončí smrtí. Toto období začíná sdělením diagnózy. Péče by měla být zaměřená na dosažení remise nebo alespoň na mírnění obtíží. Nemocný by měl vědět, že krom lékařské pomoci je možná i psychologická pomoc.

In finem je situace, která je ztotožňována s lékařským pojetím terminálního stavu. Nikdo by neměl umírat sám. Bohužel v dnešní době mnoho nemocných umírá v osamělosti. Aby k tomu nedocházelo, je potřeba vytvořit nový model umírání v nemocničních zařízeních. Měla by se více zapojit rodina do péče o umírající, jelikož sestra se nemůže loučit s každým umírajícím jako s vlastním příbuzným. V některých institucích se začíná uplatňovat tzv. kombinovaná hospitalizace. Jedná se o možnost hospitalizace jednoho člena rodiny s nemocným. Ve většině zařízení je alespoň poskytována možnost kontinuálních návštěv nebo prodloužení návštěvy. Pokud nemocný nemá rodinu nebo z nějakého důvodu se nestýkají, tak by součástí této péče měla být neustálá pomoc psychologa. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem by měla být psychoterapeutická péče o osamělé nemocné a umírající zvládnuta co nejlépe. Myšleno, aby se nemocný, co nejméně cítil osamělý.⁴⁶

⁴⁵ Heřmanová, J., Vácha, M., Svobodová, H., et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. Str. 173-174.

⁴⁶ Kupka, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. Str. 102-106.

Fáze post finem začíná po smrti pacienta. Nejprve je nutné informovat příbuzné o úmrtí pacienta, které provádí lékař. Sestry se věnují péči o mrtvé tělo. Problém nastává, kam uložit mrtvé tělo, které podle standardů, musí zůstat na oddělení minimálně 2 hodiny. Většinou jsou zemřelí ukládáni do nevhodných prostor. Řada nemocnic si postupně upravila místnosti, které jsou k ponechání zesnulého určeny. Mnohdy uložení těla kamkoliv, kde se našlo místo, bylo dosti nedůstojné. Hlavně rodina neměla příjemné prostředí na to, aby se s blízkým mohla rozloučit. Další problém, který nastává, je rozhovor s rodinou. Rodina většinou chce vědět, jestli blízký netrpěl. Pro příbuzné začíná nelehké období.⁴⁷

Období zármutku a žalu je emoční reakcí nad ztrátou blízkého. U pozůstalých jsou dominantní pocity lítosti, strachu, bezmoci a beznaděje. Prožívání je individuální. Jedna skupina lidí pláče a ta druhá se uzavírá do sebe. Po pohřbu začíná období truchlení. Truchlení se nazývá proto, že nastává oplakávání zesnulého pozůstalým. Období je to namáhavé a spousta pozůstalých někdy potřebuje pomoci. Pomoci můžou zdravotníci nebo psychologové, odborní poradci nebo dobrovolníci. Péče o pozůstalé je tříděna do třech úrovní: všeobecná podpora, selektivní podpora a specifické intervence. Sestry poskytují všeobecnou podporu, která je poskytována všem pozůstalým. Sestrou možné způsoby podpory:

- pomáhat pozůstalým jasněji si uvědomovat vlastní pocity,
- poskytnout jim čas a prostor,
- ujistit pozůstalé o bezbolestném a klidném odchodu zesnulého,
- pomoci se zařizováním pohřbu,
- doporučit svépomocné skupiny⁴⁸ nebo doprovázení pro pozůstalé či profesionální poradenství.⁴⁹

⁴⁷ Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2015. Str. 177-178.

⁴⁸ Svépomocná skupina je specifická forma pomoci, která sdružuje lidi se stejnými problémy. Lidé si zde předávají cenné rady, zkušenosti a navzájem si pomáhají. Pozůstalým to dává naději, že období truchlení zvládnou.

⁴⁹ Plevová, I. et al. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011. Str. 126-128.

Empirická část

12 Cíl výzkumu

V posledních letech umírá v nemocničních zařízeních většina nemocných s chronicky nevléčitelnými onemocněními a všem těmto nemocným by měla být kvalitní paliativní péče dostupná. Dostupnost této péče je v lůžkových zařízeních různá. Cílem této práce je zjistit, jaké mají sestry znalosti o paliativní péči a zkušenosti s poskytováním paliativní péče na oddělení Následné intenzivní péče. Zajímá mě, jaký mají osobní názor na tuto péči.

Další výzkumné cíle:

- zjistit, kdy se sestry poprvé setkaly s pojmem paliativní péče,
- zjistit, jaké potřeby nevléčitelně nemocných vnímají sestry jako nejdůležitější a jaké skutečně monitorují,
- zjistit, co podle jejich názoru ovlivňuje kvalitu poskytované paliativní péče.

12.1 Hypotézy

Hypotéza, č. 1 Předpokládám, že sestry znají podstatu paliativní péče.

Hypotéza, č. 2 Předpokládám, že většina sester se s paliativní péčí setkala poprvé až v zaměstnání.

Hypotéza, č. 3 Domnívám se, že si většina sester myslí, že na jejich oddělení poskytují kvalitní paliativní péči.

Hypotéza, č. 4 Předpokládám, že sestry nemají dostatek informací o kvalitní paliativní péči a byly by ochotné se dále v této problematice vzdělávat.

Hypotéza, č. 5 Předpokládám, že kvalitu poskytované paliativní péče na jejich pracovišti nejvíce ovlivňuje spolupráce s lékaři.

12.2 Metodika výzkumu

Výzkum byl proveden metodou kvantitativního výzkumu, konkrétně formou dotazníku. Dotazník byl určen všeobecným sestram. Dotazník jsem sestavila

samostatně na základě teoretických znalostí a dosavadních zkušeností. Dotazník se skládal z 25 otázek, přičemž 4 otázky byly věnované anamnestickým údajům a 21 otázek zjišťovalo, jaké sestry mají znalosti a zkušenosti s poskytováním paliativní péče na oddělení NIP. V dotazníku se objevovaly otázky k zakroužkování a 2 otázky k volným odpovědím. Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný (Dotazník – příloha, č. 2).

Při zpracování dotazníku jsem použila grafy a tabulky. Grafy u otázek k zakroužkování, kde byla možná jedna odpověď. Tabulky u otázek s volnými odpověďmi a u otázek, kde bylo možné vybrat více odpovědí.

Cílem dotazníku bylo získat skutečný přehled o znalostech a zkušenostech sester v této problematice a následně tyto výsledky použít ke zkvalitnění poskytované paliativní péče.

12.2.1 Časový harmonogram

- 03/2018 – 05/2018 – příprava výzkumného šetření
- 06/2018 – 08/2018 – sběr informací
- 08/2018 – analýza získaných informací a vyhodnocení

12.2.2 Výběr respondentů

Zařízení, která jsem vybrala s žádostí ke spolupráci, byla Rehabilitační klinika Malvazinky, nemocnice Neratovice a Vršovická zdravotní a.s. Oslovila jsem hlavní sestry těchto zařízení a ty s výzkumem souhlasily. V závěru nemohl být výzkum ve Vršovické zdravotní a.s. proveden. Na základě toho nebylo naplněno požadovaného množství dotazníků. Cílem bylo získat 80 dotazníků, a nakonec bylo vyplněno 76 dotazníků. Dotazník celkem vyplnilo 64 žen a 12 mužů. Distribuce dotazníků probíhala osobně skrze vrchní sestry. Sběr dotazníků probíhal stejnou cestou. Návratnost z NIP Neratovice byla 87 % a z NIP RK Malvazinky 83 %.

12.3 Demografické údaje

Tabulka č. 1 Pohlaví:

Pohlaví respondentů	Nemocnice Neratovice	RK Malvazinky
Muži	27 %	10 %
Ženy	73 %	90 %

Tabulka č. 2 Věk:

Věk respondentů	Nemocnice Neratovice	RK Malvazinky
20 - 30 let	54 %	42 %
31 - 40 let	15 %	16 %
41 - 50 let	23 %	26 %
51 - 59 let	8 %	10 %
nad 60 let	0	6 %

Nejvíce zastoupenou skupinou v obou zařízeních byla skupina sester ve věku 20 - 30 let a následně skupina sester ve věku 41 – 50 let.

Tabulka č. 3 Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?

Délka praxe respondentů	Nemocnice Neratovice	RK Malvazinky
1 - 5 let	35 %	32 %
6 - 10 let	19 %	18 %
10 - 20 let	19 %	24 %
21 - 30 let	23 %	10 %
31 - 40 let	4 %	10 %
nad 40 let	0 %	6 %

Z přehledu tabulky vyplývá, že největší počet respondentů, který dotazník vyplnil je podle délky praxe v rozmezí 1-5 let. Skupina sester v rozmezí 1 – 5 let z NIP Neratovice (35 %) se téměř shoduje se sestrami z RKM (32 %). Další nejvíce zastoupenou skupinou sester z Neratovic je v délce praxe 21 - 30 let (23 %) a v RKM v délce praxe 10 – 20 let (24 %).

Tabulka č. 4 V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

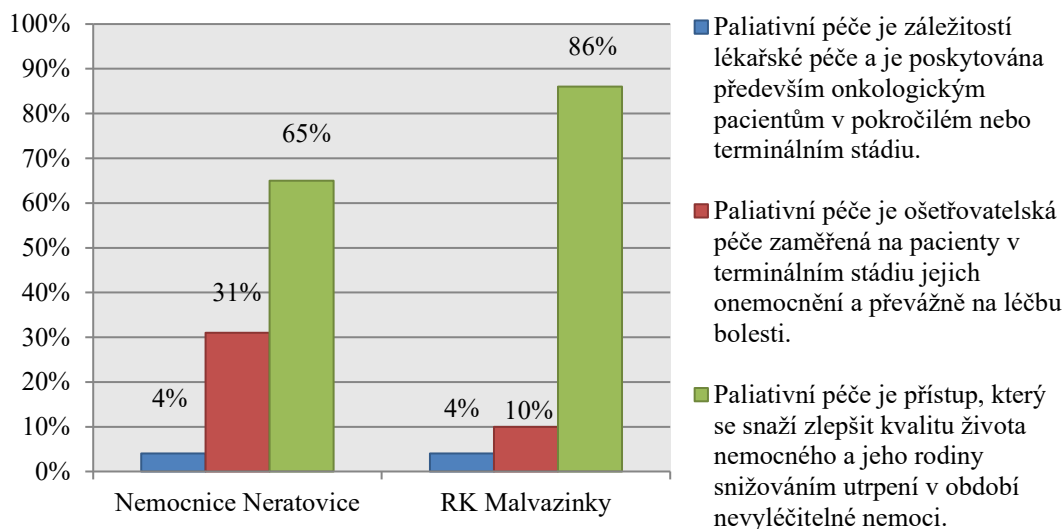
Zdravotnické zařízení	Počet respondentů	%
Nemocnice Neratovice	26	34 %
RK Malvazinky	50	66 %
Celkový počet respondentů	76	100 %

Nejvíce respondentů vyplnilo dotazník z oddělení NIP RK Malvazinky. V tomto zařízení je větší množství lůžek (31 lůžek) a tím i více personálu než na oddělení NIP v Neratovicích (15 lůžek).

12.4 Výsledky vlastní části dotazníku

Otázka č. 1: Vyberte Vám nejbližší tvrzení o paliativní péči:

Graf č. 1

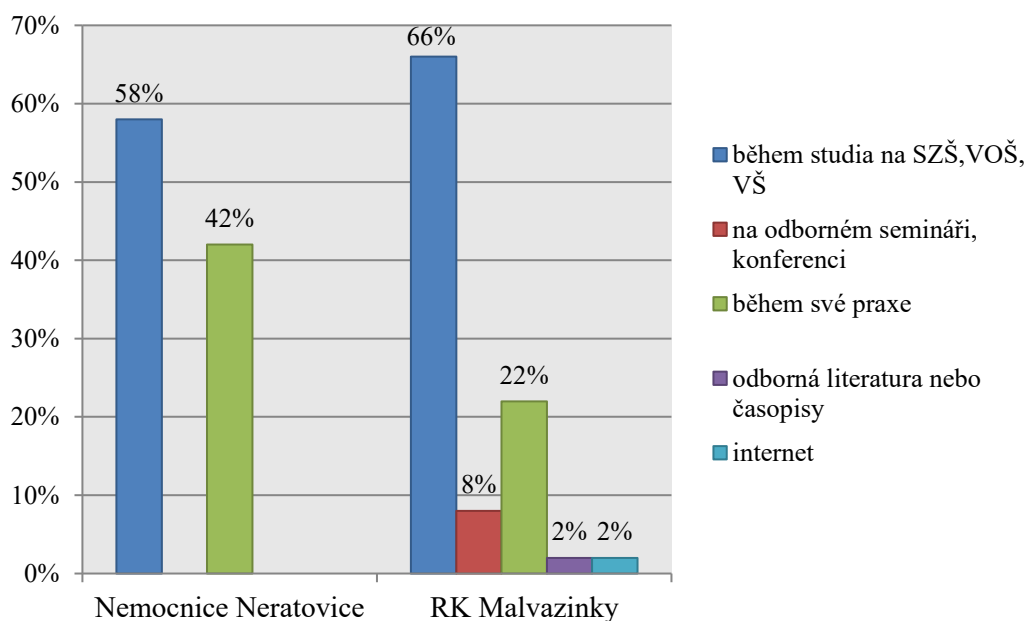


Účelem této otázky bylo zjistit, jakým způsobem sestry paliativní péči vnímají a zdali znají podstatu této péče. Z grafu vyplývá, že většina sester vnímá paliativní péči, jako přístup, který zlepšuje kvalitu nemocného a jeho rodiny a to 65 % sester z Neratovic a 86 % sester RKM. Některé sestry uvádějí, že se jedná spíše o ošetrovatelskou péči, která se zaměřuje na pacienty v terminálním stádiu a to 31

% z Neratovic a 10 % z RKM. Nejde si nepovšimnout, že v obou pracovištích se vyskytl i názor, že paliativní péče je převážně záležitostí lékařské péče. Při vyhodnocování dotazníku, byla tato odpověď zakroužkována u sester, které byly v praxi v rozmezí 31 – 40 let.

Otázka č. 2: Kde jste se poprvé setkal/a s pojmem paliativní péče?

Graf č. 2



Z grafu vyplývá, že více jak polovina sester se s informacemi o paliativní péči setkala již během svého studia a to 58 % sester z Neratovic a 66 % sester z RKM. Další část sester se s paliativní péčí setkala až během své praxe a to 42 % sester z Neratovic a 22 % sester z RKM. Ostatní sestry se s touto péčí či pojmem setkaly na odborném semináři (8 % z RKM) nebo si přečetly nějaký článek v odborné literatuře, časopise (2 % sester z RKM) nebo na ten pojem narazily na internetu (2 % sester z RKM). Zajímavé je, že stále málo sester má potřebu vyhledávat nové informace ze zdrojů jako je např. odborná literatura, časopisy nebo internet a proto vychází, že se s novými pojmy setkávají během dalšího vzdělávání nebo až během praxe.

Otázka č. 3: **Jaký je Váš osobní názor na tuto péči?**

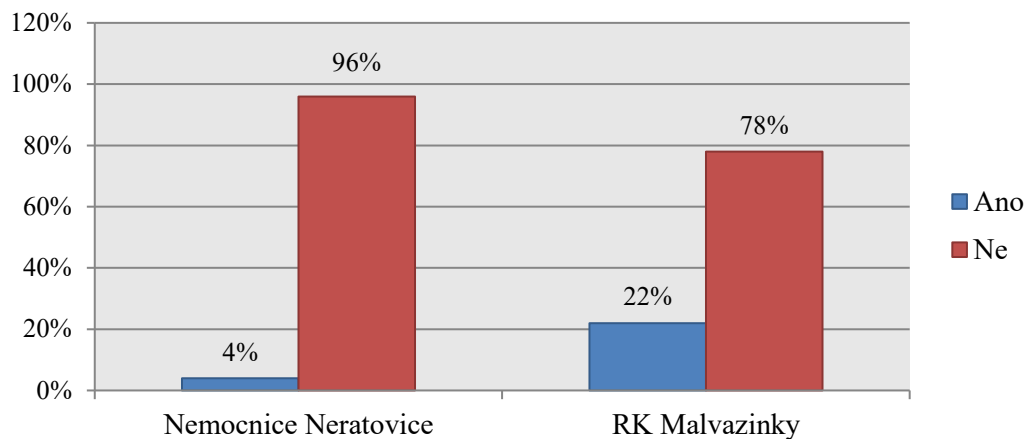
Tabulka č. 5

Odpovědi	Počet odpovědí	
	Nemocnice Neratovice	RK Malvazinky
Paliativní péče má smysl	27 %	22 %
Je potřebná pro mnoho pacientů a jejich rodin	31 %	28 %
Je nepostradatelná součást péče	4 %	10 %
Měla by se více rozšířit do nemocnic	0 %	14 %
Málo rozšířený pojem	4 %	8 %
Málo vzdělaných zdravotníků v paliativní péči	0 %	8 %
Chybí kvalitní systematická koncepce	4 %	10 %
Z nedostatku zkušeností nemohu posoudit	4 %	0 %
Nevím	27 %	0 %

Účelem této otázky bylo zjistit, jaký mají názor sestry na pojem paliativní péče, aniž by měly na výběr z nějakých možností. Volné otázky jsou podle mého těžší a ve většině případů ukáží skutečný přehled nad zkoumanou problematikou. V obou zařízeních sestry vnímaly paliativní péči podobně. Uvádají, že tato péče je potřebná pro mnoho pacientů a jejich rodiny, má smysl jí poskytovat a měla by se co nejvíce rozšířit do nemocnic. Několik sester také uvedlo, že se jedná o málo rozšířený pojem a s tím také souvisí málo vzdělaného personálu v této problematice. Ve vyhodnocování dotazníků jsem narazila na odpověď „nevím“ (27 %) a „z nedostatku zkušeností nemohu posoudit“ (4 %). Tyto odpovědi se vyskytovaly v dotaznících z Neratovic. Předpokládám, že sestry, které takto odpověděly, neměly dostatek zkušeností s paliativní péčí nebo nevěděly, jak na tuto otázku odpovědět.

Otázka č. 4: **Je ve Vašem zařízení zřízen paliativní tým nebo máte možnost externích konzultantů v oblasti paliativní péče?**

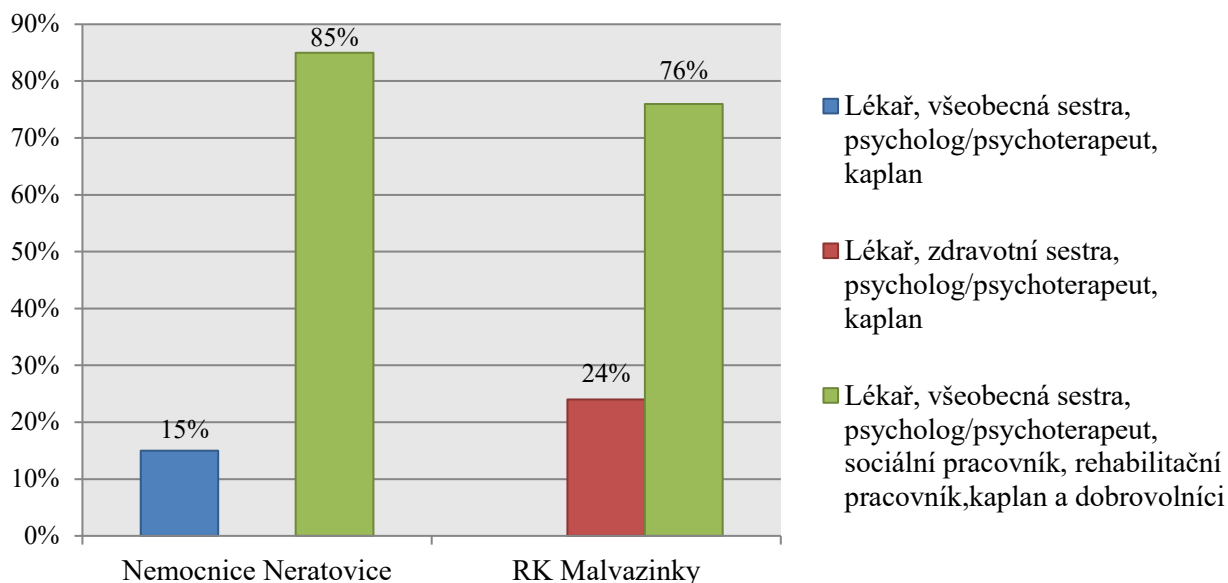
Graf č. 3



Cílem této otázky bylo zjistit, jestli na odděleních NIP se vyskytují paliativní týmy nebo zdali tyto oddělení mají možnost nějakých externích konzultantů. Z grafu je zřejmé, že v obou zařízeních nemají paliativní tým ani externí konzultanty. Nemohu si ale nepovšimnout, že někteří respondenti odpověděli „ANO“, jak v Neratovicích (4 %), tak v RKM (22 %). Předpokládám, že je to tím, že v zařízení pracují krátkou dobu nebo nevědí, kdo bývá součástí paliativního týmu.

Otázka č. 5: Kdo podle Vás bývá součástí paliativního týmu?

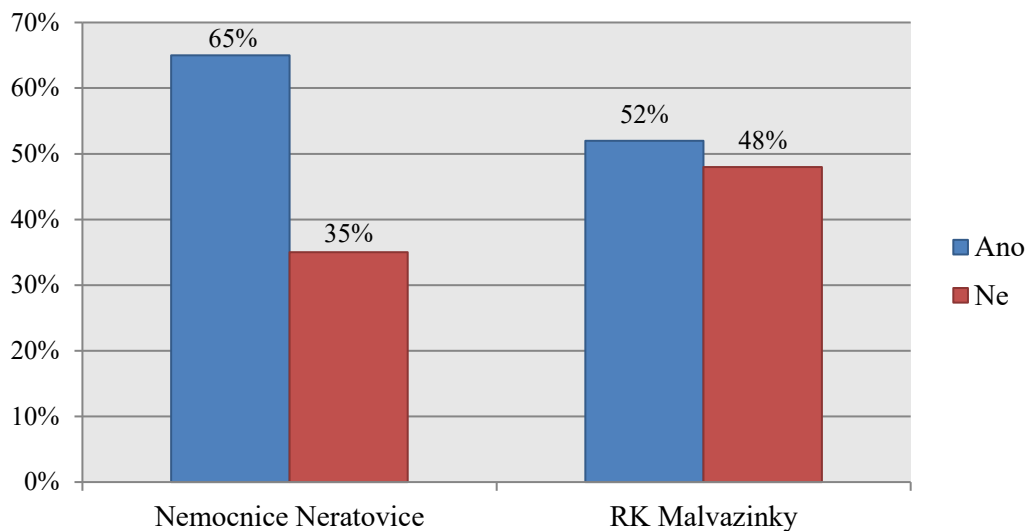
Graf č. 4



Na tuto otázku podle grafu z většiny respondentů odpovědělo správně 85 % z Neratovic a 76 % z RKM. Předpokládám, že se ostatní respondenti nesetkali s paliativním týmem nebo o něm nečetli, proto tak odpověděli.

Otázka č. 6: **Myslíte si, že je na Vašem oddělení poskytována kvalitní paliativní péče?**

Graf č. 5



65 % sester z Neratovic a 52 % sester z RKM se domnívá, že na jejich oddělení je poskytována kvalitní paliativní péče. 35 % sester z Neratovic a 48 % z RKM považují péči za nedostatečnou.

Otázka č. 7: **Jaké potřeby jsou podle Vašeho názoru pro nevléčitelně nemocného nejdůležitější? (můžete vybrat více možností)**

Tabulka č. 6

Potřeby nemocného	Počet odpovědí	
	Nemocnice Neratovice	RK Malvazinky
Léčba symptomů	62 %	98 %
Fyzická pohoda	77 %	84 %
Podpora rodiny	65 %	78 %
Spirituální potřeby	31 %	42 %
Podpora zdravotníků - naslouchání, důstojná péče	69 %	72 %
Potřeba být informován, respekt, autonomie	69 %	24 %
Psychická pohoda	92 %	92 %

V této otázce mě zajímalo, jaké potřeby podle sester vnímají pacienti jako prioritní. 98 % sester z RKM oproti 62 % z Neratovic udává, že prioritou je léčba

bolesti. 84 % sester z RKM oproti 77 % z Neratovic udává fyzickou pohodu a 78 % sester z RKM oproti 65 % z Neratovic udává jako důležitou podporu rodiny. Obě zařízení se shodla, že psychická pohoda patří k nejvýše důležitým prioritám nemocného. Zajímavé je, že potřeba být informován, respekt, autonomie je v datech mezi zařízeními dost odlišné. Data z Neratovic uvádí, že 69 % sester vnímá tuto potřebu jako pro nemocné důležitou naopak sestry z RKM jen 24 %. Podle posledních výzkumů je uváděno právě, že autonomie je hodnocena nemocnými mezi nejvyššími prioritami.

Otázka č. 8: Jaké symptomy nejčastěji u nevléčitelně nemocných sledujete? (můžete vybrat více možností)

Tabulka č. 7

Sledované symptomy	Počet odpovědí	
	Nemocnice Neratovice	RK Malvazinky
Bolest	100 %	100 %
Dušnost	54 %	82 %
Únava	42 %	70 %
Nauzea/zvracení	58 %	84 %
Nespavost	69 %	64 %
Zácpa/Průjem	54 %	78 %

Tato otázka směřovala k tomu, abychom si udělali představu, jaké symptomy nejvíce sestry sledují. V obou pracovištích sestry sledují prioritně bolest (100 %). 82 % sester z RKM sleduje u nemocných dušnost, 84 % nauzeu/zvracení, 78 % zácpu/průjem, 70 % únavu a 64 % sester nespavost. V nemocnici v Neratovicích 69 % sester sleduje nespavost, 58 % nauzeu/zvracení, 54% zácpu/průjem, dušnost a v poslední řadě 42 % únavu.

Otázka č. 9: Jaké fyzické a psychické symptomy jsou pro nemocného podle Vás nejvíce zatěžující?

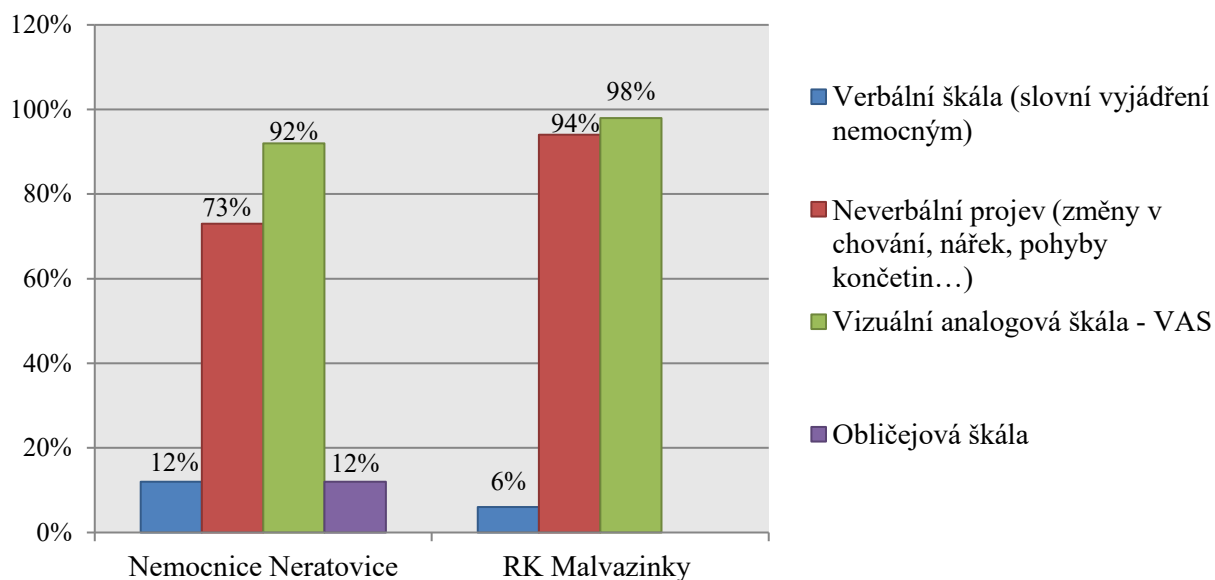
Tabulka č. 8

Symptomy	Počet odpovědí	
	Nemocnice Neratovice	RK Malvazinky
Bolest	81 %	98 %
Strach	54 %	52 %
Úzkost	35 %	42 %
Nespavost/poruchy spánku	12 %	38 %
Samota	0 %	10 %
Stres	0 %	82 %
Únava	24 %	78 %
Problémy v rodině	0%	12%
Psychická nepohoda	0%	20%
Imobilizace	16%	16%
Nesoběstačnost	16%	16%
Závislost na zdravotnících	4%	0%
Odloučení od domova	8%	0%
Nevím/nedokážu posoudit	8%	0%
Nauzea/zvracení	24%	92%
Průjem/zácpa	16%	78%

Z této tabulky vyplývá, že 98 % sester z RKM a 81 % z Neratovic hodnotí bolest jako nejvíce pro nemocného zatěžující. Polovina sester z obou pracovišť uvádí, že strach je pro nemocného další zátěží. Dále se jejich odpovědi lišily. Sestry z RKM odpověděly, že zatěžující je pro nemocného nauzea/zvracení (92 %), průjem/zácpa a únava (78 %), dále úzkost (42 %), nespavost (38 %) psychická nepohoda (20 %), imobilizace a nesoběstačnost (16 %), problémy v rodině (12 %) a na posledním místě uvádějí samotu (10 %). Sestry z Neratovic to hodnotí následovně: po bolesti a strachu udávají jako velkou zátěž úzkost (35 %), únavu, nauzeu/zvracení (24 %), imobilizaci, nesoběstačnost a průjem/zácpu (16 %), poruchy spánku (12 %), odloučení od domova (8 %), závislost na zdravotnících (4 %). Nedokážu posoudit/nevím uvedlo 8% sester.

Otázka č. 10: **Podle čeho hodnotíte bolest u nemocných? (můžete vybrat více možností)**

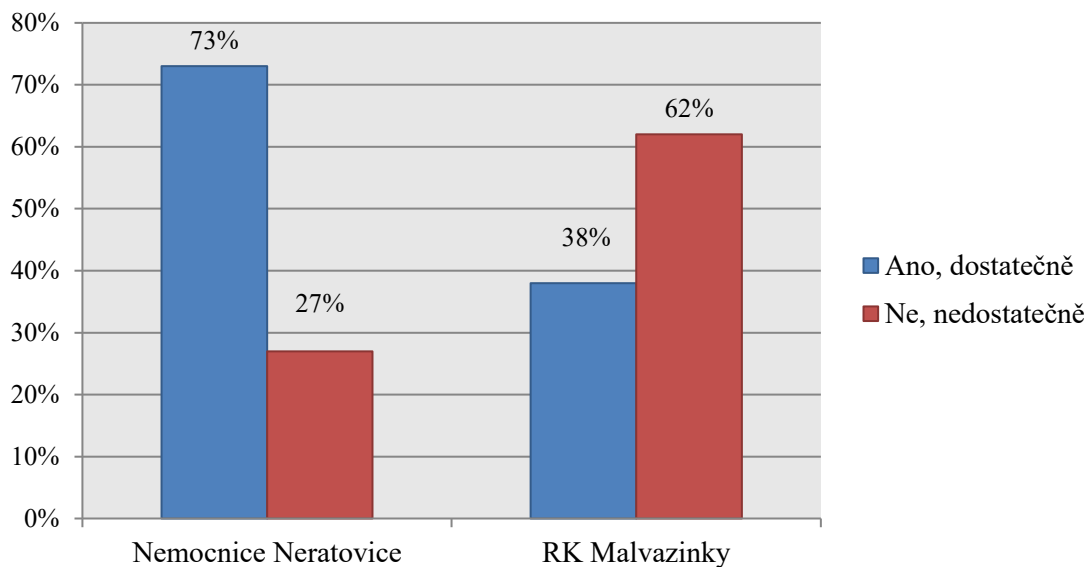
Graf č. 6



Bolest je udávána v předchozích otázkách na prvním místě a je na ní kladen velký důraz. Většina sester obou pracovišť hodnotí bolest u nemocných podle škály VAS a podle neverbálních projevů.

Otázka č. 11: **Domníváte se, že jsou na Vašem pracovišti dostatečně mírněny symptomy, kterými nevléčitelně nemocný trpí?**

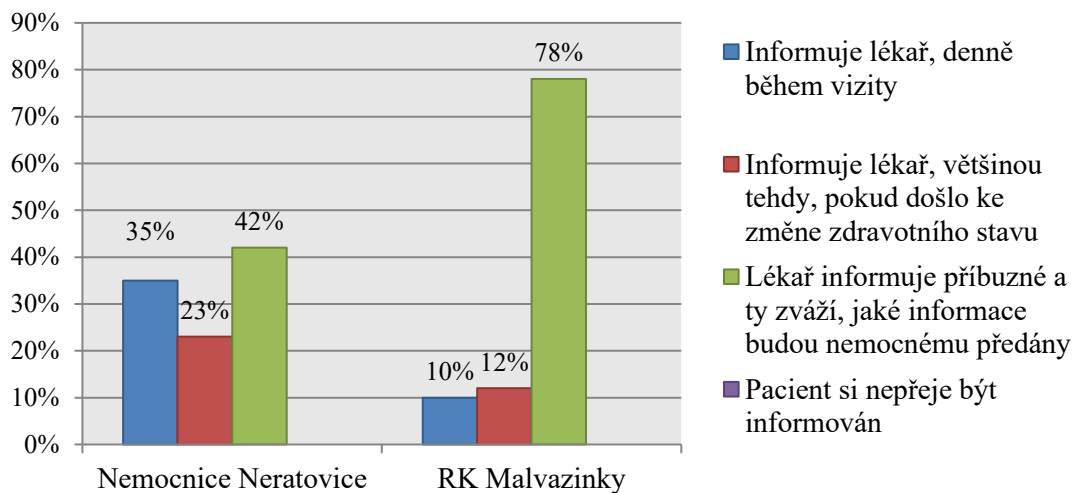
Graf č. 7



Tento graf je zajímavý v tom, že 73% sester z Neratovic se domnívá, že na jejich oddělení jsou dostatečně mírněny symptomy, kterými nemocný trpí. Naopak 62% sester z RKM vnímá, že na jejich oddělení nejsou dostatečně symptomy mírněny.

Otázka č. 12: **Jakým způsobem jsou nemocní informováni o svém zdravotním stavu?**

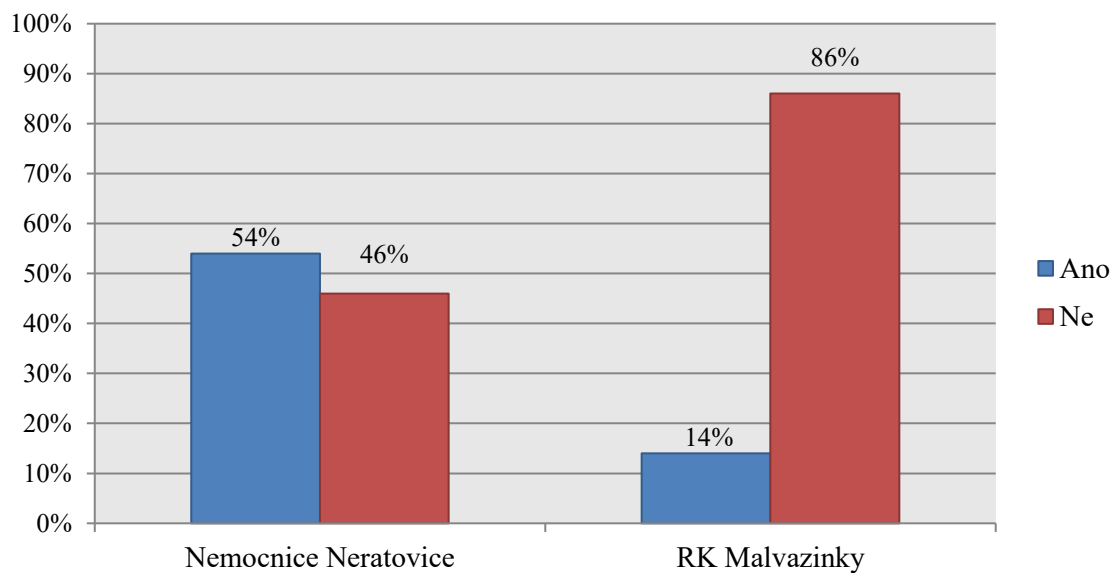
Graf č. 8



Většina sester se shoduje v tom, že nemocní nejsou lékaři informováni, jelikož si to nepřeje jejich rodina. Rodina je informována lékařem o stavu nemocného a ta zváží získané informace a na základě toho se rozhoduje, zda nemocnému sdělí veškeré informace o nemoci a prognóze či ne.

Otázka č. 13: **Myslíte si, že pacienti i jejich rodiny rozumí současné nemoci, možné léčbě a péči?**

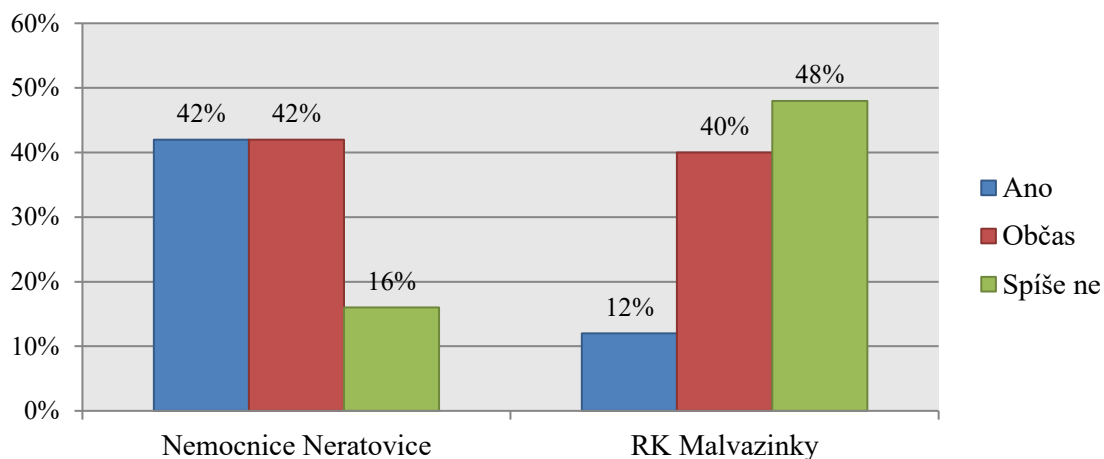
Graf č. 9



54 % sester z Neratovic se domnívá, že rodina a nemocný rozumí nemoci, léčbě a péči s ní spojené. Naopak většina sester z RKM (86 %) je opačného názoru.

Otázka č. 14 **Myslíte si, že jsou na Vašem pracovišti dostatečně uspokojovány potřeby rodinných příslušníků u nevléčitelných nemocných?**

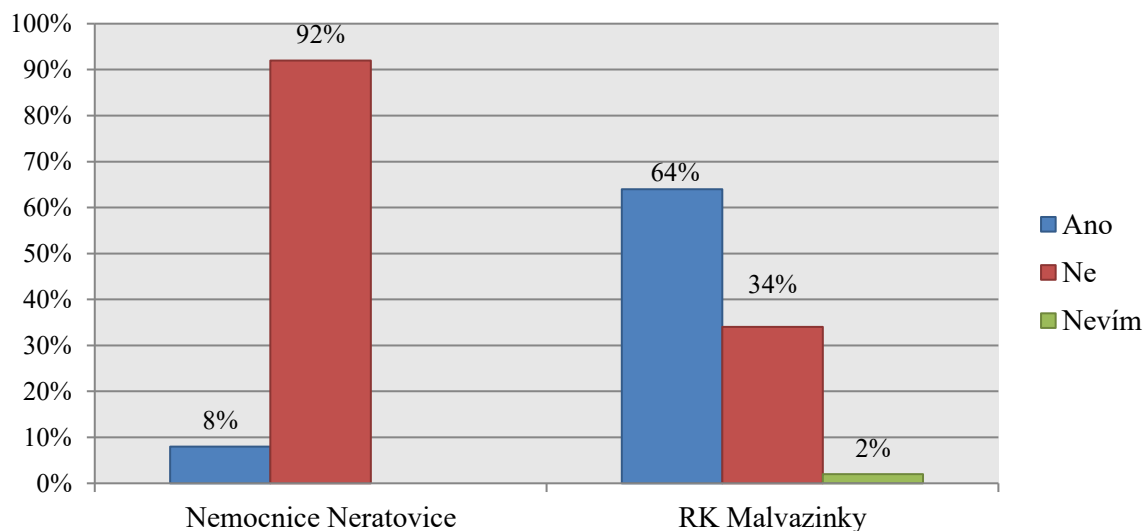
Graf č. 10



Z toho grafu vyplývá, že sestry v Neratovicích dostatečně (42 %), nebo alespoň občas (42 %) se snaží pomoci rodinám. Naopak sestry v RKM hodnotily uspokojování potřeb rodinných příslušníků následovně: 48 % spíše ne a 40 % občas.

Otázka č. 15: **Mají rodinní příslušníci možnost využít na Vašem pracovišti služeb psychologa? (Pokud jste odpověděli ne, pokračujte v otázce č. 17)**

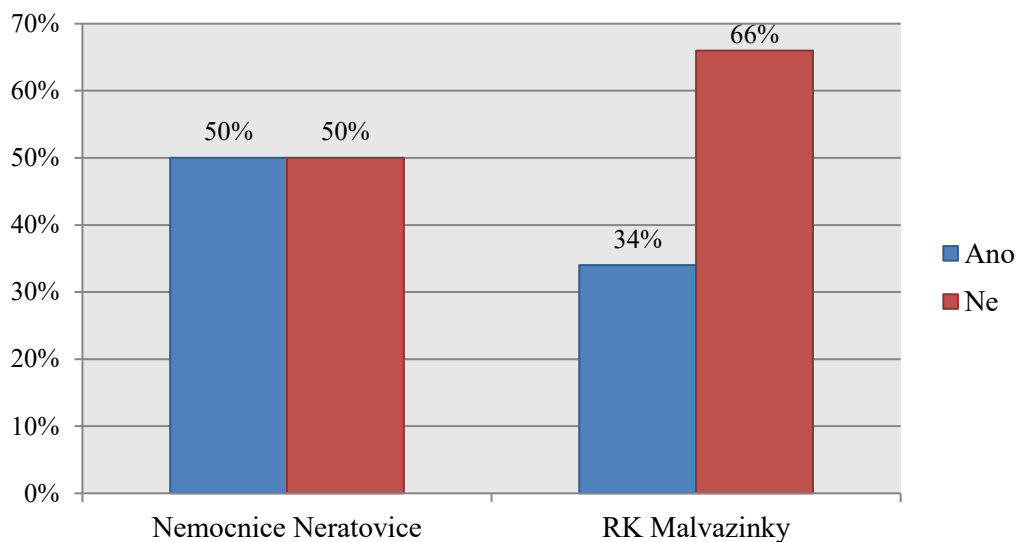
Graf č. 11



Pokud má oddělení možnost nabídnout služby psychologa je to mnohdy výhra. Komunikace není silná stránka většiny ošetřujícího personálu a zbytečně mnohdy dochází ke zbytečným nedorozuměním a ztrátě důvěry ze strany rodiny a nemocného k ošetřujícímu personálu. Sestry z Neratovic (92 %) udávají, že nemají možnost využít služeb psychologa. Naopak sestry z RKM (64 %) udávají, že tuto možnost mají.

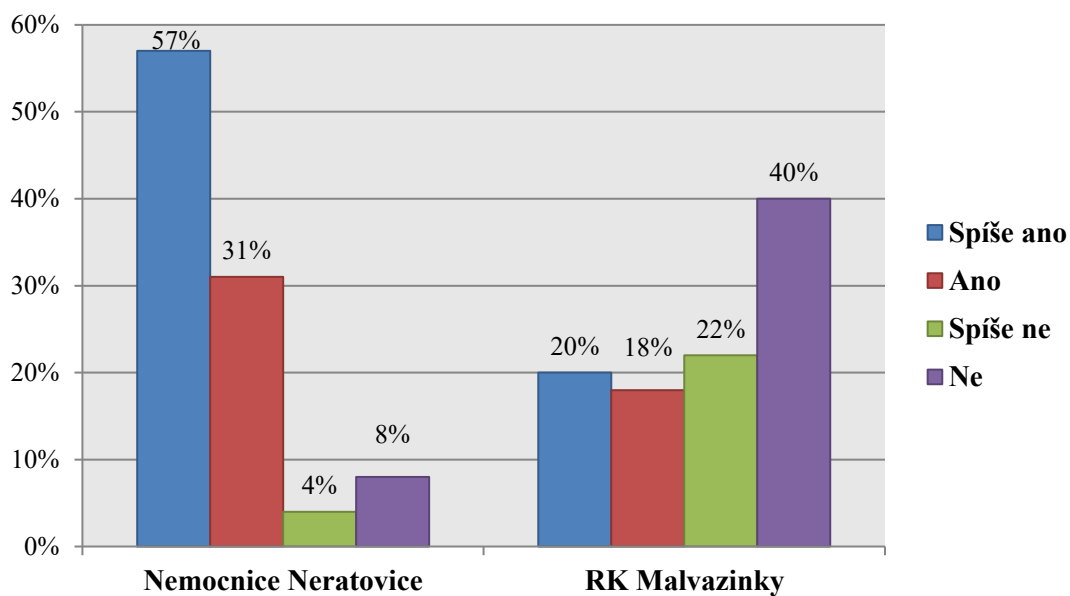
Otázka č. 16: Nabízíte jim aktivně tuto službu?

Graf č. 12



V předchozí otázce sestry z RKM uvedly, že mají možnost využít služeb psychologa, ale z výzkumu vyplývá, že tuto službu rodině a nemocným aktivně nenabízejí.

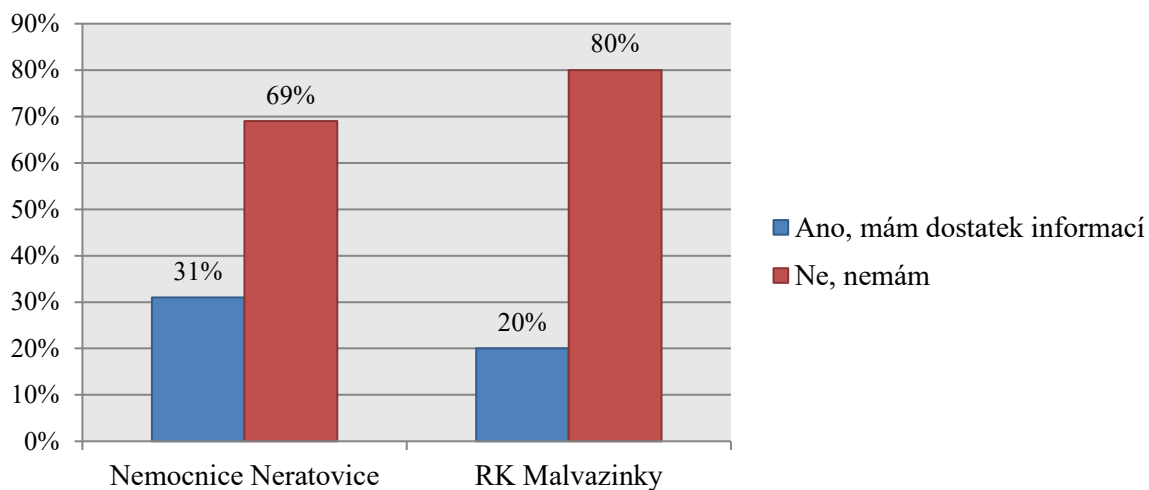
Otázka č. 17: **Mají nemocní v terminální fázi možnost neomezených návštěv?**
Graf č. 13



Podle průzkumu sestry z oddělení Neratovice umožňují nemocným a rodinám neomezené možnosti návštěv, naopak sestry z RKM ve většině případů ne. Bohužel je to podle mého názoru neuspokojivé, jelikož neomezené návštěvy by měly být součástí paliativní péče.

Otázka č. 18: **Myslíte si, že máte dostatek informací k poskytování kvalitní paliativní péče?**

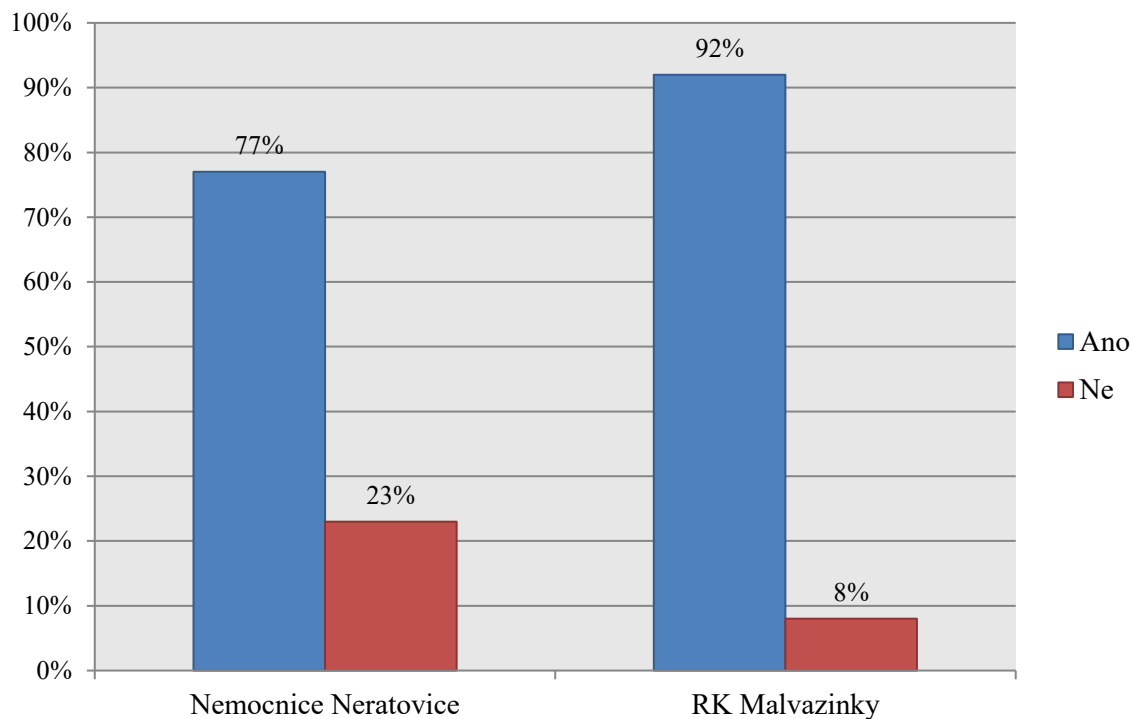
Graf č. 14



Většina sester z obou pracovišť se shodla v tom, že nemají dostatek informací k poskytování kvalitní paliativní péče.

Otázka č. 19: **Byli byste ochotni se dále vzdělávat v problematice paliativní péče?**

Graf č. 15



Na základě předchozí otázky, kde sestry z obou pracovišť uvedly, že nemají dostatek znalostí k poskytování paliativní péče, se shodují i v tom, že by byli ochotné se nadále vzdělávat v této problematice.

Otázka č. 20: Co podle Vás ovlivňuje kvalitu poskytované paliativní péče na Vašem pracovišti? (můžete vybrat více možností)

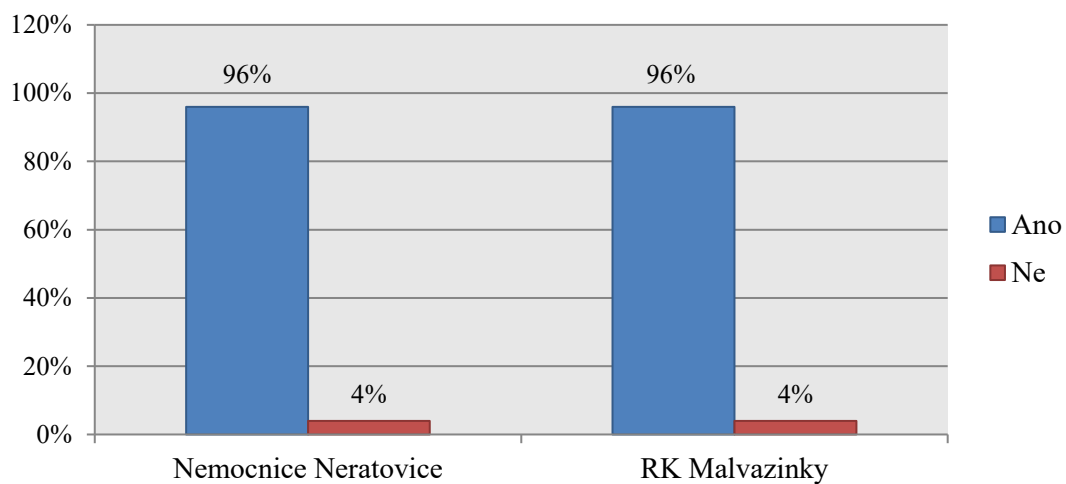
Tabulka č. 9

	Počet odpovědí	
	Nemocnice Neratovice	RK Malvazinky
Spolupráce s lékaři	62 %	94 %
Léčba bolesti a dalších symptomů	58 %	88 %
Spolupráce s příbuznými	58 %	82 %
Psychologická podpora	46 %	72 %
Nedostatek personálu	65 %	72 %
Spolupráce s nutriční terapeutkou	0 %	4 %
Nedostatek znalostí personálu	50 %	84 %
Velikost pokoje	12 %	30 %
Vybavenost oddělení	35 %	42 %

Podle sester z obou pracovišť nejvíce ovlivňuje kvalitu této péče spolupráce s lékaři a léčba bolesti a dalších symptomů.

Otázka č. 21: **Byli byste ochotni provést změny na Vašem pracovišti, které by vedly ke zkvalitnění poskytované paliativní péče?**

Graf č. 16



Na závěr je pozitivní, že 96 % sester z obou pracovišť by byly ochotné provést změny na jejich pracovištích.

DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké mají sestry znalosti o paliativní péči a jaké mají zkušenosti s jejím poskytováním na oddělení Následné intenzivní péče Nemocnice Neratovice a RK Malvazinky. Dále mne zajímalo, jak vnímají tuto péči a pokud se domnívají, že mají nedostatky v jejím poskytování, zdali by byly ochotné se dále v této problematice vzdělávat.

S pokročilou technologií a vývojem medicíny jsme se dostali do fáze, kdy umíme mnoho nemocí vyléčit, anebo symptomy některých nemocí alespoň zmírnit tak, že se dožíváme čím dál vyššího věku. Smrt se stala tabuizovaným tématem a odsunula se za brány nemocnic. Mnoho z nás si nepřipouští, že by mohl někdy zemřít. Pokud tento stav nastane, často očekáváme od medicíny nemožné. V závěru si přejeme, aby naši blízcí umírali bez bolesti, v klidu, hlavně důstojně a obklopeni nejbližší rodinou. Proto bychom se měli více věnovat rozvoji paliativní péči v nemocnicích, kde umírá nejvíce pacientů a kvalita této péče je ve skutečnosti místy nedostatečná.

Problematika paliativní péče je podle mě ale i podle sester, které se zúčastnily výzkumu stále málo diskutovaným tématem. Podle nich se jedná o velmi přínosnou a důležitou péči, jak pro pacienty, tak i jeho rodinu v závěru nevyléčitelné nemoci. Tímto přístupem můžeme dosáhnout kvalitnějšího závěru života nemocného. Právě střední a nižší zdravotnický personál tráví s pacienty a jejich rodinami nejvíce času. Jsou to zdravotní sestry, které sledují a hodnotí nemocného a zároveň jeho rodinu čtyřicet hodin denně. Chceme-li se v paliativní péči posunout dál, měli bychom se více zaměřit nejen na fyzické potřeby nemocných, jako je sledování a hodnocení bolesti nebo dalších symptomů nemoci, které vnímáme jako prioritní, ale převážně na pacienta jako člověka, který by sám měl určit, co je pro něj důležité a jaké má priority v závěru jeho života. Jako sestry bychom měly projevit více respektu, podpory a vést nemocného, aby se sám mohl rozhodnout, jakým způsobem bude péče poskytována. Cesta tímto směrem nebude jednoduchá, jelikož velkou překážkou je spolupráce s lékaři. Bohužel spousta lékařů paliativní péči zatím tolik nedůvěřuje. Domnívám se, že pokud se této péči budeme jako sestry věnovat, zpětnou vazbou nám bude více poděkování ze stran rodin, a tím dosáhneme toho, že naši lékaři v paliativní péči začnou věřit. Tato péče není jenom o léčbě či tišení

symptomů, ale převážně o přístupu a komunikaci s pacientem. K tomu by nám mohli být nápomocni psychologové, kteří však stále nejsou v každém zdravotnickém zařízení. Jsou to právě psychologové, kteří by byli nápomocni v situacích, kdy se sděluje špatná prognóza a plánuje následná péče. Pojdme si říci, že jako sestry, ani jako lékaři neumíme s pacienty správně komunikovat a bohužel mnohdy se stává, že dochází ke zbytečným nedorozuměním. Na základě toho, nám pak nemocní a rodiny nedůvěřují a spolupráce je s nimi velmi obtížná. Než jsem začala psát tuto práci, setkávala jsem se v dokumentaci s pojmem paliativní péče velmi zřídka. Pokud to lékař zapsal, v podstatě to neznamenovalo nic, v čem by se naše péče měla změnit. Stále jsme se snažili mírnit obtíže nemocného, ale zapomínali jsme na jeho psychosociální stránku. Komunikaci s rodinami jsme se snažili minimalizovat, jelikož málokdo z nás s nimi uměl hovořit. Většina sester se komunikaci s rodinou snažila vyhnout. Ale proč? Vždyť je to součást naší práce a péče o nemocné. Péče o nemocné není jen o výkonech, ale měla by být i o komunikaci a naslouchání nemocnému, a hlavně respektování jeho autonomie a lidské důstojnosti.

Spousta dotazovaných sester uvedla, že nemají dostatek informací k poskytování kvalitní paliativní péče, a přitom by byly ochotné se nadále v této problematice vzdělávat a na základě získaných znalostí provést změny na jejich oddělení. I přes tuto ochotu byl v rámci šetření problém s vyplňováním dotazníků, kdy z jejich strany byla velká neochota jej vyplňovat, obzvláště při vyplňování volných odpovědí. Na otázku č. 3 odpovědělo „Nevím“ 27 % sester a na otázku č. 8 „Nevím/nedokážu posoudit“ 8 % sester z NIP Neratovice.

Zajímavé je, že v USA mezi lety 2001 - 2003 vzniklo mnoho nemocničních programů paliativní péče a také se zde začala vyučovat na jejich zdravotnických školách formou praktického nácviku.⁵⁰

U nás je možný kurz paliativní péče pro sestry a to ELNEC (jedná se o intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro všeobecné sestry pracující s pacienty v konečné fázi života) od Centra paliativní péče.⁵¹

⁵⁰ National Palliative Care Research Center – *About Palliative Care*. [online]. 2013. Dostupné z: <http://www.npcrc.org/content/15/About-Palliative-Care.aspx>

⁵¹ Centrum paliativní péče, z. ú. – *El nec*. [online]. 2018. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/el nec>

Dále v rámci Operačního programu Zaměstnanost v době od 1.7. 2018 do 30.6.2018 probíhá projekt „Podpora paliativní péče formou vzdělávání multidisciplinárních týmů“, který je realizován Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.⁵²

Naší prioritou by nemělo být jen vyléčení pacientů, ale mimo jiné je doprovodit kvalitně do jejich závěru života. Péče o umírající pacienty by měla být stejná jako péče o pacienty s lepší prognózou.

ZÁVĚR

Tématem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké mají sestry znalosti v problematice paliativní péče a jaké zkušenosti mají s jejím poskytováním v praxi. Jedná se o velmi rozsáhlou problematiku a vystihnout ji do několika málo stran je obtížné. Snažila jsem se vyzvednout ty nejpodstatnější získané informace.

V teoretické části jsem se zabývala charakteristikou paliativní péče, jejími principy a cíli, rozdělení paliativní péče a následně na místa poskytování této péče. Nedílnou součástí této práce je zabývání se potřebami nemocných a rozdělením těchto potřeb. Do práce jsem zařadila i charakteristiku oddělení Následné intenzivní péče, dále sledování symptomů v paliativní péči, hodnocení kvality života, smíření se s nemocí, spirituální péči, problematiku umírání a smrti.

V úvodu empirické části uvádím stanovený cíl této práce se zvolenými hypotézami. Dále uvádím, jak probíhal sběr dat. Následuje v práci vyhodnocení částí dotazníků. Shromážděná data jsem vložila do tabulek a grafů a následně jej vyhodnotila.

Co se týče hypotéz, které jsem si zvolila na začátku empirické části, tak většina byla potvrzena a jedna vyvrácena. Z výzkumu vyplynulo, že většina sester zná podstatu paliativní péče a tato hypotéza se mi potvrdila. Další hypotézou bylo tvrzení, že se sestry poprvé setkaly s paliativní péčí až během své praxe. Toto tvrzení se mi nepotvrdilo, jelikož z výzkumu vyplývá, že se poprvé setkaly s touto péčí už během jejich studia. Domnívala jsem se, že si sestry myslí, že na jejich oddělení je poskytována kvalitní paliativní péče, že nemají dostatek informací

⁵² Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů – *Podpora paliativní péče formou vzdělávání multidisciplinárních týmů*. [online]. 2018. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/projekty-v-realizaci>

k poskytování zmíněné péče a byly by ochotné se dále vzdělávat. Tyto hypotézy se potvrdily.

Na základě získaných informací bych doporučila zaměřit se na podporu zavádění paliativních týmů do nemocničních zařízení nebo alespoň provádět semináře na toto téma. Obsahem seminářů by mohlo být poskytování obecné paliativní péče v nemocnicích se zaměřením na sledování symptomů a jejich mírnění, jednání s pacienty a jejich rodinami, doprovázení umírajících a péče o pozůstalé.

-

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Sláma, Ondřej, Špínka, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
2. Marková, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
3. Kalvach, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
4. Kupka, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
5. Bydžovský, Jan, Kabát, Jiří, et al. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.
6. Plevová, Ilona, et al. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
7. Kabelka, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.
8. Radbruch, Lukas, Payne, Sheila. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.
9. Haškovcová, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
10. Drábková, Jarmila, Hájková, Soňa. *Následná intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a. s., 2018. ISBN 978-80-204-4470-7.
11. Drábková Jarmila, Cheníček, Jaromír, et al. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2017. Edice Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7492-322-7.
12. Sláma, Ondřej, Kabelka, Ladislav, Vorlíček, Jiří, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměněn. vyd. (první elektronické). Praha: Galén, 2011. ISBN978-80-7262-871-1 (PDF).

13. Zacharová, Eva, Šimíčková-Čížková, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.
14. Bužgová, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
15. Marková, Alžběta, et al. *Hospic do kapsy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.
16. Heřmanová, Jana, Vácha, Marek, Svobodová, Hana, et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

Internetový zdroj:

1. National Palliative Care Research Center – *About Palliative Care*. [online]. 2013. Dostupné z: <http://www.npcrc.org/content/15/About-Palliative-Care.aspx>
2. Centrum paliativní péče, z. ú. – *El nec*. [online]. 2018. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/el nec>
3. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů – *Podpora paliativní péče formou vzdělávání multidisciplinárních týmů*. [online]. 2018. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/projekty-v-realizaci>

13 PŘÍLOHY

13.1 Příloha č. 1: Seznam zkratk

ART	Arteriální katétr
CŽK	Centrální žilní katétr
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
NGS	Nasogastrická sonda
NIP	Následná intenzivní péče
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	Permanentní močový katétr
PŽK	Periferní žilní katétr
TSK	Tracheostomická kanyla
RKM	Rehabilitační klinika Malvazinky

13.2 Příloha č. 2: Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Kateřina Poulová, studuji na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, bakalářský studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Dotazník, který se před Vámi nachází, je součástí mé závěrečné bakalářské práce, která se nazývá „Zkušenosti sester s aplikací paliativní péče u dospělých pacientů v nemocničních zařízeních.“ Ráda bych Vás požádala o jeho vyplnění. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné. U otázek, které jsou k zatrnutí (pokud není uvedeno jinak), vyberte jednu odpověď, která je Vám nejbližší. V dotazníku se objevují i volné otázky. Cílem dotazníku je získat skutečný přehled o dané problematice a následně jeho výsledky budou použity ke zkvalitnění poskytované paliativní péče.

Předem děkuji za čas, který věnujete jeho vyplnění a za cenné informace.

Anamnestické údaje:

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – 59 let
- e) nad 60 let

3. Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?

- a) 1 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 10 – 20 let
- d) 21 – 30 let
- e) 31 – 40 let
- f) nad 40 let

4. V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

- a) Rehabilitační klinika Malvazinky
- b) Nemocnice Neratovice

Dotazník

1. Vyberte Vám nejbližší tvrzení o paliativní péči:

- a) Paliativní péče je záležitostí lékařské péče a je poskytována především onkologickým pacientům v pokročilém nebo terminálním stadiu
- b) Paliativní péče je ošetrovatelská péče zaměřená na pacienty v terminálním stadiu jejich onemocnění a převážně na léčbu bolesti
- c) Paliativní péče je přístup, který se snaží zlepšit kvalitu života nemocného a jeho rodiny snižováním utrpení v období nevléčitelné nemoci

2. Kde jste se poprvé setkal/a s pojmem paliativní péče?

- a) Během studia na SZŠ, VOŠ, VŠ
- b) Na odborném semináři, konferenci
- c) Během své praxe
- d) Odborná literatura nebo časopisy
- e) Internet

3. Jaký je Váš osobní názor na paliativní péči?

.....
.....

4. Je ve Vašem zařízení zřízen paliativní tým nebo máte možnost externích konzultantů v oblasti paliativní péče?

- a) Ano
- b) Ne

5. Kdo podle Vás bývá součástí paliativního týmu?

- a) Lékař, všeobecná sestra, psycholog/psychoterapeut, kaplan
- b) Lékař, zdravotní sestra, psycholog/psychoterapeut, kaplan
- c) Lékař, všeobecná sestra, psycholog/psychoterapeut, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, kaplan a dobrovolníci

6. Myslíte si, že je na Vašem oddělení poskytována kvalitní paliativní péče?

- a) Ano
- b) Ne

7. Jaké potřeby jsou podle Vašeho názoru pro nevléčitelně nemocného nejdůležitější? (můžete vybrat více možností)

- a) Léčba symptomů
- b) Fyzická pohoda
- c) Podpora rodiny
- d) Spirituální potřeby
- e) Podpora zdravotníků – naslouchání, důstojná péče
- f) Potřeba být informován, respekt, autonomie
- g) Psychická pohoda

8. Jaké symptomy nejčastěji u nevléčitelně nemocných sledujete? (můžete vybrat více možností)

- a) Bolest
- b) Dušnost
- c) Únava
- d) Nausea/zvracení
- e) Nespavost
- f) Zácpa/průjem

9. Jaké fyzické a psychické symptomy jsou pro nemocného podle Vás nejvíce zatěžující?

.....
.....

10. Podle čeho hodnotíte bolest u nemocných? (můžete vybrat více možností)

- a) Verbální škála (slovní vyjádření nemocným)
- b) Neverbální projev (změny v chování, nářek, pohyby končetin...)
- c) Vizuální analogová škála – VAS
- d) Obličejová škála

11. Domníváte se, že jsou na Vašem pracovišti dostatečně mírněny symptomy, kterými nevléčitelní nemocní trpí?

- a) Ano, dostatečně
- a) Ne, nedostatečně

12. Jakým způsobem jsou nemocní informováni o svém zdravotním stavu?

- a) Informuje lékař, denně během vizity
- b) Informuje lékař, většinou tehdy, pokud došlo ke změně zdravotního stavu
- c) Lékař informuje příbuzné a ty zvaží, jaké informace budou nemocnému předány
- d) Pacient si nepřeje být informován

13. Myslíte si, že pacienti i jejich rodiny rozumí současné nemoci, možné léčbě a péči?

- a) Ano
- b) Ne

14. Myslíte si, že jsou na Vašem pracovišti dostatečně uspokojovány potřeby rodinných příslušníků u nevléčitelných nemocných?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Spíše ne

15. Mají rodinní příslušníci možnost využít na Vašem pracovišti služeb psychologa? (Pokud odpovíte ne, pokračujte v otázce č. 17)

- a) Ano
- b) Ne

16. Nabízíte jim aktivně tuto službu?

- a) Ano
- b) Ne

17. Mají nemocní v terminální fázi možnost neomezených návštěv?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

18. Myslíte si, že máte dostatek informací k poskytování kvalitní paliativní péče?

- a) Ano, mám dostatek informací
- b) Ne, nemám

19. Byli byste ochotni se dále vzdělávat v problematice paliativní péče?

- a) Ano
- b) Ne

20. Co podle Vás ovlivňuje kvalitu poskytované paliativní péče na Vašem pracovišti? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) spolupráce s lékaři
- b) léčba bolesti a dalších symptomů
- c) spolupráce s příbuznými
- d) psychologická podpora
- e) nedostatek personálu
- f) spolupráce s nutriční terapeutkou
- g) nedostatek znalostí personálu
- h) velikost pokoje
- i) vybavenost oddělení

21. Byli byste ochotni provést změny na Vašem pracovišti, které by vedly ke zkvalitnění poskytované paliativní péče?

- a) Ano
- b) ne

13.3 Povolení výzkumného šetření Malvazinky

Mgr. Kateřina Zajíčková
ředitelka pro ošetrovatelskou péči
Rehabilitační klinika Malvazinky
U Malvazinky 5
150 00 Praha 5

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní Zajíčková,
obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření v rámci mé závěrečné bakalářské práce na téma: Zkušenosti sester s aplikací paliativní péče u dospělých pacientů ve zdravotnických zařízeních.
Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymního dotazníku na oddělení Následné intenzivní péče.

V případě zájmu Vám ráda výsledky šetření poskytnu.

V Praze dne 29. 06. 2018

Kateřina Poulová
studentka 3. ročníku
obor Všeobecná sestra
3. LF UK v Praze

SOUHLASÍM

Mgr. Kateřina Zajíčková
MEDITEERRA s.r.o.
U Malvazinky 5, 150 00 Praha 5
ICO: 49086356
DIČ: CZ699001224

13.4 Povolení výzkumného šetření Neratovice

Monika Kalinová
Hlavní sestra
Městská nemocnice Neratovice
Alšova 462
277 11 Neratovice

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní Kalinová,
obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření v rámci mé závěrečné bakalářské práce na téma: Zkušenosti sester s aplikací paliativní péče u dospělých pacientů ve zdravotnických zařízeních.
Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymního dotazníku na oddělení Následné intenzivní péče.

V případě zájmu Vám ráda výsledky šetření poskytnu.

V Praze dne 20. 08. 2018

Kateřina Poulová
studentka 3. ročníku
obor Všeobecná sestra
3. LF UK v Praze

V NERATOVICÍCH DNE 29. 8. 2018

POUVOLUJI : *Monika Kalinová*
Monika KALINOVÁ
hlavní sestra

