

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

Bc. Šárka Drtinová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech (5341T014)

**SPECIFIKA PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY
V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vodičková

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29.3.2015

.....

vlastnoruční podpis

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce paní Mgr. Petře Vodičkové za odborné vedení, cenné rady, ochotu a čas, který mi poskytla při psaní mé diplomové práce.

Ráda bych poděkovala především svým rodičům, kteří mi poskytovali podporu po celou dobu mého vysokoškolského studia. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat svému příteli Ing. Václavu Nohelovi za jeho velkou důvěru v mé studijní úspěchy.

Anotace

Příjmení a jméno: Drtinová Šárka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika práce všeobecné sestry v paliativní medicíně

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vodičková

Počet stran: číslované 81, nečíslované 16

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 52

Klíčová slova: hospic – paliativní péče – pozůstalí – umírající - všeobecná sestra

Souhrn:

Tato diplomová práce se zaměřuje na práci sestry poskytující paliativní péči. V teoretické části se zabýváme vymezením pojmu paliativní péče a její historii u nás i v Evropě. Dále je práce zaměřená na nejčastější symptomy, které se vyskytují při péči o umírajícího pacienta.

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jak sestry poskytující paliativní péči vnímají psychickou náročnost své práce, jak dokážou charakterizovat pozitiva a negativa své práce, zda zvládají komunikaci s umírajícím a jeho rodinou a zdali pečují o pozůstalé a jakou formou tato péče probíhá.

Annotation

Surname and name: Drtinová Šárka

Department: Ošetrovatelství

Title of thesis: Specifics of the work general nurse in paliative medicine

Consultant: Mgr. Petra Vodičková

Number of pages: numbered 81 , unnumbered 16

Number of appendices: 6

Number of literature cems used: 52

Key words: hospice - palliative care - surviors – dying - nurse

Summary:

This diploma thesis focus on work nurse providing palliative care. The theoretical part deals with the definicion of the koncept of palliative care and its history in our country and Europe. Next, the thesis is focused on the most common symptoms that occur in the care of the dying pacient.

The aim of the explorátory survey was determine how nurses providing palliative care perceive psyhcical demands of their work, how they can characterize the positive and negative aspekt of their work, if they manage communication with the dying and their families and if they care for surviors and chat form this care takes place.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. PALIATIVNÍ PÉČE	10
1.1 Vymezení pojmu paliativní péče	10
1.2 Poskytování paliativní péče v ČR.....	11
1.3 Pohled do historie paliativní péče.....	12
1.3.1 Historie paliativní péče v Evropě - první hospic	12
1.3.2 Historie paliativní péče v České Republice.....	13
1.4 Druhy paliativní (hospicové) péče.....	13
1.5 Pacient a paliativní péče	14
1.5.1 Pacient a hospicové zařízení.....	14
2. NEJČASTĚJŠÍ PŘÍZNAKY V PALIATIVNÍ PÉČI	15
2.1 Bolest.....	15
2.1.1 Hodnocení bolesti	16
2.1.2 Léčba bolesti.....	17
2.2 Dušnost.....	18
2.3 Výživa.....	19
2.4 Nevolnost a zvracení	20
2.5 Maligní rány	22
2.6 Zácpa	23
2.7 Únava.....	24
2.8 Dekubity	25

3. SESTRA A PALIATIVNÍ PÉČE	28
3.1 Vzdělávání sester.....	28
3.1.1 Pojetí vzdělávání	28
3.1.2 Specifika vzdělávání v paliativní péči.....	29
3.2 Motivace sester v paliativní péči	32
3.3 Specifika práce sestry	33
3.3.1 Komunikace.....	35
3.3.2 Multidisciplinární tým	39
3.3.3 Péče o mrtvé tělo	39
3.3.4 Komunikace s pozůstalými.....	40
PRAKTICKÁ ČÁST	42
4. Formulace problému.....	42
5. Cíl a úkol výzkumu	42
6. Hypotézy.....	43
7. Metodika.....	45
8. Vzorek respondentů.....	45
9. Analýza údajů.....	46
10. Prezentace a interpretace získaných údajů.....	74
11. Diskuse.....	77
ZÁVĚR.....	81
LITERATURA A PRAMENY	82
SEZNAM TABULEK	87
SEZNAM GRAFŮ	88
SEZNAM PŘÍLOH.....	89
Přílohy.....	90

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala: „Specifika práce sestry v paliativní medicíně. Je to velmi smutné téma týkající se citlivé části lidského života.

Toto téma jsem si nevybrala náhodně, ale proto, že po svém ukončení bakalářského studia jsem nastoupila jako registrovaná všeobecná sestra na interní oddělení. Kromě dekompenzovaného diabetes mellitus a vysokého tlaku, což byli nejčastější diagnózy, se zde vyskytovali převážně pacienti, jejichž onemocnění již nebylo možné léčit, tedy pacienti s onkologickou diagnózou. Nechci zde soudit své výkony týkající se mého ošetřování těchto pacientů, chci pouze objasnit důvod mého výběru.

Ve své práci jsem se zaměřila především na to, co obnáší práce s nevléčitelně nemocnými, umírajícím pacienty, jaké pozitivní a negativní stránky má tato práce, jaké jsou zvláštnosti této péče a jak nesmírně důležitá je komunikace s umírajícím a jeho rodinou. Také bych chtěla, aby čtenáři měli představu o tom, jaký personál se vyskytuje v nejbližším okolí umírajícího, tedy složení multidisciplinárního týmu.

V hospicovém zařízení se žádná nemoc neléčí, péče se zaměřuje hlavně na úlevu umírajícího od bolesti a jiné nepříjemné symptomy spojené s nemocí, jako jsou např. nevolnost, podvýživa, ošetřování maligních ran a jiné.

Občas každý zdravotník přijde do styku s rodinami pacientů, kteří ještě nejsou s koncem života svých blízkých smířeni a pro každého jsou chvíle, kdy se rozhodují, zda dají svého blízkého do hospice, velice těžké. Musí si však uvědomit, že život jejich blízkého spěje ke konci a personál daného zařízení, pro které se rozhodnou, udělá vše, aby tento konec byl co nejdůstojnější a každý jedinec se cítil co nejvíce jako v domácím prostředí.

Vyškolení a zkušení zaměstnanci jsou schopni a ochotni umírajícím i jejich rodinám pomoci překonat toto velice obtížné období a dát jim impuls k tomu, aby si uvědomili, že každý život stejně jako začíná, tak i musí někdy skončit a oni jsou právě Ti, kteří dokážou dát jejich nejbližšímu důstojný konec života.

TEORETICKÁ ČÁST

1. PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 Vymezení pojmu paliativní péče

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje paliativní péči jako: „*přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, které mají obtíže spojené s život ohrožující nemocí*“. (WHO, 2014).

Včasnou diagnostikou, kvalifikovaným posouzením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a zmírňovat utrpení těchto nemocných a jejich rodin. Jedná se tedy o celkovou péči o nemocné, jejichž onemocnění již vylučuje nějaké kurativní řešení. (Vorlíček 2004, s. 25).

Paliativní péče jde využít nejen v léčbě o onkologicky nemocné, ale i u jiného spektra pacientů. Jako příklad lze uvést chronické onemocnění, kterým je třeba CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc), neurodegenerativní onemocnění nebo demence. (Vorlíček 2004, s. 24).

Jako hlavní principy paliativní péče lze uvést kladení důrazu na kvalitu života, úspěšné zvládnání bolesti nebo podporu života, přičemž umírání bere jako přirozený proces. Paliativní péče rovněž zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel. Ovšem největší důraz klade na individuální přání a potřeby pacienta. (Umírání 2014, online)

Paliativní péče bývá také dosti často spojována s hospicovou péčí. Rozdíl mezi těmito druhy péčí je následující. Hospicová péče je takový druh péče, kdy už jsou prostředky, síly a schopnosti pečujících nedostačující. V mnoha případech dochází k hospitalizaci v některém typu hospicového zařízení. A paliativní péče je taková péče, že jí lze poskytovat v jakémkoliv prostředí. (Osobní asistence 2009, online)

1.2 Poskytování paliativní péče v ČR

Abychom mohli říct, kdo všechno poskytuje paliativní péči, tak jí nejdříve musíme rozdělit na tři základní úrovně.

Za prvé se jedná o tzv. **paliativní přístup**, jenž zahrnuje všechny zdravotnické pracovníky, kteří pečují o pacienty s život ohrožujícím či terminálním onemocněním. Tito pracovníci by měly být schopni porozumět všemu, co prožívá umírající i jeho rodina. Měli by být rovněž schopni identifikovat základní fyzické i psychické symptomy a zabezpečit jejich řešení.

Jako druhý stupeň můžeme uvést **specializované intervence**. V případě že se jedná o obtížnou neboli komplikovanou ošetrovatelskou péči je nutností obrátit se na specialisty z jiných oblastí. Jedná se například o sestru-specialistku na hojení ran, stomickou sestru, popřípadě o sestru specializovanou v radioterapii.

A v neposlední řadě se jedná o **specializovanou paliativní péči**, kterou poskytují zdravotníci se specializačním vzděláním a zkušenostmi v péči o umírající pacienty a jejich rodiny. (O'Connor 2005, s. 15)

Paliativní péče tedy může být poskytována pomocí ústavních jednotek paliativní péče, v lůžkových hospicích, nebo se může jednat o podpůrné týmy paliativní péče, týmy domácí paliativní péče a dále komunitní hospicové týmy. Tato péče však může být poskytována i v rámci pečovatelské služby, praktickým lékařem, na standardním lůžkovém oddělení nebo zařízením dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Převážná část pacientů si přeje, aby se péče o ně uskutečňovala u nich doma, v jejich vlastním domově a to až do konce jejich života. (Radbruch 2005, s.42)

1.3 Pohled do historie paliativní péče

V celkovém kontextu se může zdát, že se jedná o nový nepříliš známý obor. Ve skutečnosti je paliativní péče tou nejstarší formou medicíny vůbec. Už po dlouhá staletí je zmírňování lidského utrpení a provázení k dobré smrti nejvýznamnějším posláním ošetřujících. Paliativní péče byla tehdy poskytována především v domácím prostředí, méně často ve špitálech. Podíleli se na ní zdravotníci, ale především rodina, přátelé a někdy i duchovní. Proto můžeme konstatovat, že i tehdy se jednalo o multidisciplinární péči ověřenou dějinami.

V 19. století, kdy přibývalo velké množství lidí do měst, docházelo k častému umírání lidí bez zázemí vlastní rodiny. Docházelo k rozvoji chudobinců, ze kterých se později staly moderní nemocnice 20. století. V těchto chudobincích docházelo k léčbě a boji s nemocí. Pokud byl boj prohraný, bylo zde nemocnému poskytnuto čisté lůžko, teplo a soukromí, které bylo zajištěno bílou plentou okolo lůžka. (Marková 2010, s. 13)

1.3.1 Historie paliativní péče v Evropě - první hospic

Roku 1842 ve francouzském Lyonu založila mladá vdova, jménem Jeanne Garnier, společně s jinými ženami ve stejné situaci společenství nesoucí název: „L'Association des Dames du Calvaire“. Toto společenství následujícího roku vybuodovalo dům pro umírající, který se tak stal historicky prvním hospicem. Jeanne Garnier zemřela roku 1853, její odkaz však vedl k tomu, že došlo k vybudování šesti dalších domů v Paříži a New Yorku, kde byla rovněž poskytována péče umírajícím. (Payneová 2007, s. 47-48)

Velice významným mezníkem se stalo v roce 1967 otevření St. Christopher's Hospice v Londýně za významné pomoci Dr. Cicely Saundersové. Jednalo se hospic provádějící komplexní multidisciplinární paliativní péči, který byl všem dostupný. Na základě tohoto zařízení, kde se pečovalo o psychické, sociální a duchovní problémy nemocných, kde se také prováděl výzkum a výuka paliativní medicíny, bylo vytvořeno několik dalších zařízení všude ve světě. V tomto prvotním zařízení docházelo k výuce studentek zdravotnických škol a mediků a především zde došlo k rozvoji postgraduální výuky v paliativní medicíně a péči. (Vorlíček 2004, s. 23)

1.3.2 Historie paliativní péče v České Republice

Zájem o paliativní medicínu se rozvinul v České republice až okolo roku 1989, kdy řada lékařů a sester měla možnost navštívit zahraniční pracoviště, kde vytěžili velké množství praktických i teoretických poznatků. Na základě těchto skutečností bylo zřízeno v 90. letech 20. století několik hospiců. Tyto zařízení jsou nestátní, tedy zřizována občanskými sdruženími nebo charitou. Jako první zahájil roku 1995 svůj provoz Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. V posledních letech bylo založeno několik agentur, které se specializují na domácí hospicovou péči. Tento typ péče je však dosti omezován stávajícím způsobem úhrad péče ze strany zdravotních pojišťoven. Celkově lze definovat, že rozvoj zařízení se specializovanou paliativní péčí je v České republice oproti jiným státům, jako je například Polsko nebo Maďarsko, dosti pomalý. (Vorlíček 2004, s.22)

1.4 Druhy paliativní (hospicové) péče

Domácí hospicová péče je pro nemocného ideální, ale velmi často i nedostačující. Může docházet k tomu, že zcela chybí rodinné zázemí, nebo dojde k jejímu vyčerpání. Důvodem ovšem může být i domácí prostor, který neumožňuje dostačující péči. Dalším důvodem může být i odbornost. Zvláště na vesnicích, kde nejsou zřízeny žádné sesterské agentury nabízející domácí péči. Pokud v tomto případě dojde k náhlému zhoršení stavu, znamená to opětovný návrat do nemocnice.

Pod pojmem **stacionární hospicová péče** se skrývá pobyt pacienta v zařízení pouze přes den. Pacient je do stacionáře přijat ráno a v odpoledních nebo ve večerních hodinách se vrací domů s tím, že dopravu mu zařídí rodina nebo hospicový stacionář. V tomto případě se jedná o pacienty, kteří mají stacionář v místě bydliště nebo v jeho blízkém okolí.

Využití **lůžkové hospicové péče** může mít diagnostický, léčebný, psychologický nebo azylový důvod.

Hospic je místo, kam pacienti přicházejí na krátkodobé, opakované pobyty zcela ze svobodné vůle a tehdy kdy sami cítí, že je to pro ně dobré. Pacient si také určuje návštěvy, které jsou bez omezení a bez určení hodiny. Rodina a jejich blízcí je tedy mohou navštěvovat 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Od návštěvy nelze očekávat, že se bude na péči o pacienta podílet, pokud se však chce do péče zapojit mělo by jí to být umožněno. (Svatošová 2008, s. 118-122)

1.5 Pacient a paliativní péče

Převážná část lidí, o něž se pečuje v hospicích a pro které jsou určeny odborné služby paliativní péče, má stanovenou diagnózu rakoviny.

Od začátku hospicové péče je uznáván význam principů a praxe pro pacienty umírající i na jiné choroby. Předpokládá se, že by měla být součástí i geriatrické medicíny, neurologie, všeobecné praktické péče a vůbec celé medicíny.

Orientace odborných služeb paliativní péče na terminální péči o onkologické pacienty bylo zneváženo zvláště v minulém desetiletí, kdy se projevila epidemie HIV/AIDS. Tato epidemie znamenala velký nárůst počtu převážně mladých pacientů v terminální fázi onemocnění. (Payneová 2007, s. 103-104)

1.5.1 Pacient a hospicové zařízení

Hospicové lůžko je určeno pro pacienta, kterého jeho postupující choroba ohrožuje na životě, potřebuje paliativní léčbu a péči, to především symptomatickou, a současně není potřebná hospitalizace v nemocnici a není možná, nebo nestačí péče domácí.

Zdravotní indikace nemocného a svobodný informovaný souhlas jsou jediné dva požadavky, které musí nemocný splňovat, aby byl přijat k hospitalizaci v hospicovém zařízení.

Hospicová zařízení mají formulář se žádostí o přijetí, který se k pacientovi dostane buď přes rodinné příslušníky, kteří se o nemocného starají nebo přes ošetřujícího lékaře. Přesný postup podání žádosti, popř. přijetí nemocného se může v různých zařízeních lišit. (Hospice, online)

2. NEJČASTĚJŠÍ PŘÍZNAKY V PALIATIVNÍ PÉČI

2.1 Bolest

Společnost pro studium a léčbu bolesti (IASP – International Association for the Study of Pain) definuje bolest jako: „*nepříjemný senzorický a emocionální zážitek, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození.*“

Šetření, která byla prováděna dokazují, že se bolest objevuje ve 30-40% případů v počáteční fázi a v 60-90% ve fázi terminální. Bolest se však odvíjí i podle druhů rakoviny. Například u leukémie se vyskytuje v nižším procentu než například u rakoviny kostí. (Křivohlavý 2002, s. 83-84)

Největším problémem při léčbě bolesti je nedostačující léčba. Nedostatečná léčba bolesti může být z různých příčin. Vina může být jak na straně zdravotníků, tak i u pacienta a v některých případech za ní můžou stát i rodinní příslušníci.

Margaret O'Connor ve své knize píše, že u zdravotnických pracovníků vidí, jako příčinu nedostatečného tišení bolesti, nedostačující znalosti hodnocení a léčby bolesti. Stejně tak se prý obávají výskytu psychické závislosti, zvýšené tolerance a fyzické závislosti na opioidech.

Léky, které jsou pacientovi podávány za účelem mírnění bolesti na konci života, jako je například morfin, nesou riziko vzniku vážných nežádoucích účinků, které mohou dokonce způsobit smrt. I přesto je však jejich podávání správné, protože efekt, který svým podáním způsobí, převažuje nad jejich potenciálně škodlivými účinky.

Vina na straně pacientů může být z důvodu strachu, že se jejich stav zhorší, mohou zatajit bolesti hlavy, popřípadě strach, aby nebyli označeni jako „problémoví“. Existují ale i různé další důvody, které pacienta vedou k tomu, že předstírají, že „to vydrží“. (O'Connor 2005, s. 89-91)

2.1.1 Hodnocení bolesti

Pro hodnocení bolesti je velice důležitý profesionální a specifický přístup ze strany zdravotnických pracovníků. Primárním aspektem je získání co největšího množství dostupných informací týkajících se aktuálního algického stavu, na základě kterých by bylo možno efektivně zhodnotit, o jaký typ bolesti a s jakou intenzitou se jedná a co vlastně bolest ovlivňuje.

Několik provedených studií poukazuje na fakt, že vztah mezi tím, jak bolest hodnotí profesionální zdravotníci, a tím, jak ji hodnotí sám pacient, je velmi problematický. Zdravotničtí pracovníci mají tendenci intenzitu bolesti u nemocných podceňovat.

Výbor pro zdravotnickou politiku a výzkum (AHCPR - Agency for Healthcare Policy and Research) navrhl postup, ve kterém se nachází doporučení pro hodnocení bolesti. Tato doporučení se týkají převážně toho, aby se zdravotník pravidelně a často dotazoval na bolest, důvěřoval pacientovi, podával léky včas a umožnil pacientovi podílet se na rozhodování o způsobu jeho léčby. (Pokorná 2013, s. 108)

Sestra, které je pacient přidělen do péče by měla získat všechny informace věnované bolesti a tomu, jakým způsobem dává pacient konkrétně svou bolest najevo. Vše by měla pečlivě zaznamenat do dokumentace společně se stanovenou ošetrovatelskou diagnózou, cílem a s nimi spojené intervence. V průběhu péče si sestra všimá všech projevů, které mohou signalizovat bolest jako např. neklid, pláč, nárek nebo bolestivé grimasy. Pro zhodnocení bolesti může využít několika možností. Nejčastěji se při hodnocení intenzity bolesti využívá měřítko pro bolest VAS (visual analogue scale), jinak také zvaná vizuální analogová škála, na které se vyskytuje stupnice od 0 do 10. (Vorlíček 2013, s.149)

Sestra také kromě intenzity bolesti sleduje i charakter a časový faktor. Charakter bolesti nám odhaluje, o jakou bolest se může jednat, respektive nám pomáhá rozlišit bolest somatickou, viscerální a neuropatickou.

Pokud pacient popisuje bolest jako „hryzavou“, „pobolívání“ či „bodavou“ jedná se o bolest somatickou. Naopak pokud bolest přichází „ve vlnách“ nebo jako „křeče“ je zaznamenána jako viscerální. A neuropatická bolest se popisuje jako „brnění“, „vystřelování“, „pálení“ nebo jako „elektrický šok“. U časového faktoru by se setra měla zaměřit především na nástup bolesti, dobu trvání a frekvenci. Sestra by ovšem měla brát v potaz i faktory, které bolest zhoršují či zmírňují. (O'Connor 2005, s. 92)

2.1.2 Léčba bolesti

V roce 1989 prezentovala Světová zdravotnická organizace koncepci pro léčbu bolesti. Jedná se o tak zvanou „odstupňovanou“ léčbu. Léčba spočívá v předpokladu, že se zhoršující bolesti léčí stále účinnějšími analgetiky. K docílení účinné analgezie můžeme dojít pomocí zvýšené dávky či kombinací rozdílných substancí o docílení analgezie.

Nejnižší stupeň odpovídá dle WHO lehké nebo nepříliš silné bolesti, kterou tišíme analgetiky bez opioidů. Jedná se například o nesteroidní protizánětlivé léky. Při jejich výběru však musíme zvážit i charakter nežádoucích účinků.

Pokud nedojde ke zvládnutí bolestí přechází se ke II. stupni, což znamená nasazení slabých opioidů. Do této skupiny patří tramadol, kodein nebo tilidin. Všeobecně lze říci, že tyto léky jsou ordinovány nejčastěji.

Nejvýznamnějšími analgetiky III. jsou silně působící opioidy, přičemž nejvíce preferován je morfin. Mimoto sem můžeme zařadit ještě fentanyl, metadon nebo hydromofron.

U II. a III. stupně se také využívají neopiooidní substance, které mohou posílit jejich působení i snížit vedlejší účinky. Navíc je možné v každém stupni WHO použít také tzv. adjuvancia nebo koanalgetika. (Becker 2005, s. 69-70)

Kromě podávání léků různými způsoby, sledování jejich účinku a zaznamenávání do dokumentace může sestra také pomoci pacientovi využitím jiných metod. Jako jinou metodu může například použít odvedení pozornosti jinými činnostmi, intervence teplem nebo chladem nebo také dialogem. (Plevová 2011, s. 115-116)

2.2 Dušnost

Dušnost lze charakterizovat jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu, pocit zvýšené dýchací činnosti. V některých případech může být dušnost provázena zrychleným povrchoвым dýcháním či hlubokým dýcháním nebo je dýchací rytmus nepravidelný.

Dušnost je fyziologická pouze tehdy, předcházela-li jí adekvátní fyzická námaha, která ji vyprovokovala. (Navrátil 2008, s. 380)

V roce 1986 provedli Reuben a Mor celonárodní studii, již se zúčastnilo 1754 pacientů s rakovinou. Tato studie prokázala, že se v posledních šesti týdnech dušnost vyskytovala až u 70,2% pacientů, přičemž 28% z nich uvádělo mírnou až středně silnou dušnost. (O'Connor 2005, s. 102)

Dýchání je přirozený a vůlí nekontrolovaný proces, jenž může být ovlivněn několika psychickými nebo fyzickými faktory. Lze říci, že hlavní příčinou dušnosti je nemoc a s ní spojená léčba, ovšem nelze opominout ani emocionální a kognitivní aspekty.

Léčba spojená s dušností, která je způsobena onemocněním zahrnuje možnosti chemoterapie, radioterapie nebo hormonální terapie. Pokud ovšem nelze odstranit příčinu dušnosti, nastává symptomatická léčba. Ta se může skládat jak z farmakologické léčby, jako je podávání opioidů, benzodiazepinů, bronchodilatátorů, tak také z léčby kyslíkem. (O'Connor 2005, s. 106-108)

Ve své knize se M. O'Connor odkazuje na nedostatečný výzkum, který by poskytl podklady pro stanovení efektivních ošetrovatelských postupů. Proto nabádá zdravotnické pracovníky k vytvoření vztahu s pacientem, tzv. terapeutického vztahu, což znamená, že sestry a další zdravotničtí pracovníci dávají praktické rady, nabízejí pomoc při zvládnutí dušnosti a zároveň naslouchají obavám pacientů a pomáhají jim přizpůsobit se na omezení, která dušnost přináší. (O'Connor 2005, s. 108)

2.3 Výživa

Při nádorovém onemocnění dochází často už na začátku onemocnění k poklesu příjmu a nedostatečnému využití stravy. Téměř u poloviny pacientů je již při zjištění nádorového onemocnění přítomna ztráta hmotnosti a je zhoršený výživový, neboli nutriční stav. Pokud nedojde k řešení, může se porucha výživy dále zhoršovat a tím oslabovat nemocného, což není pro další léčbu nádoru výhodné.

Ztrátu hmotnosti může způsobit několik faktorů. Jedním z nich může být růst nádoru. Pokud se nádor vyskytuje v gastrointestinálním systému, může snadno narušit polykání a příjem stravy. Avšak i ostatní nádory mimo gastrointestinální systém mohou vyvolat nechutenství a poruchy přeměny cukrů, tuků nebo bílkovin, které pak vedou k hubnutí i při zachovaném příjmu stravy.

Nechutenství, nevolnost nebo celková slabost, to vše můžeme zařadit jako vedlejší účinky protinádorové léčby jako např. chemoterapie, radioterapie, imunoterapie, operační léčba, které rovněž způsobují nechutenství.

A v neposlední řadě mohou za nízký příjem stravy chronické obtíže (bolest) nebo komplikace nádorového onemocnění. (Tomíška 2010, online)

Jedním z hlavních úkolů sester je provádět nutriční hodnocení. To by mělo být realizováno často a nutriční intervence by měla být zahájena hned, jakmile jsou nalezeny jakékoliv deficity. (Grofová 2007, s. 215)

Při hodnocení nutričního stavu pacienta si musí sestra všimnout všech známek nedostatečné výživy. Kromě úbytku hmotnosti, který může být zcela zjevný, by si měla sestra všimnout i jiných známek, např. nezájmu o jídlo, potíže s polykáním, suchá kůže a sliznice jsou dalšími důležitými indikátory. Také otázky na pacienta týkající se jeho stravovacích návyků sestře pomohou určit stav pacientovi výživy.

Sestra by měla mít přehled o stravování svého pacienta. Měla by vědět, jaká strava je pro pacienta vhodná a jaká naopak jeho stav zhoršuje. Měla by vědět kolik jídla a v jakou denní dobu pacient sní a jaký pitný režim má.

Také by měla znát pacientovy možnosti se samostatně najíst. Pokud toho není schopen, nebo mu to aktuální stav neumožňuje, měla by mu dopomoci popřípadě společně s pacientem zvážit jiné možnosti. V případě, že má pacient zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomii měla by dbát i o pravidelnou ošetrovatelskou péči tohoto vstupu. (O'Connor 2005, s. 157)

2.4 Nevolnost a zvracení

Nevolnost a zvracení se řadí k běžným příznakům pokročilého nádorového onemocnění. Postihuje nemocné bez ohledu na typ primárního nádoru a bez ohledu na způsob léčby. Mudr. Tomáška se ve své práci na téma: „*Nevolnost a zvracení v paliativní medicíně*“ zmiňuje o tom, že nauzea je prokázána ve více případech než samotné zvracení. Respektive je udávána u 40% nemocných s pokročilou chorobou a až u 60% nemocných v terminální fázi. Zvracení se objevuje u 25-30% těchto nemocných. (Tomáška 2001, online)

Nevolnost nebo zvracení se mohou vyskytovat jako samostatné obtíže. Nevolnost tedy může vystupovat samostatně, aniž by byla doprovázena zvracením a naopak zvracení se příležitostně vyskytuje i bez nevolnosti.

Nevolnost je charakterizována jako intenzivní nepříjemný pocit nevolnosti, pocit na zvracení, popřípadě nutkání ke zvracení. Většinou je doprovázena vegetativními projevy, jako je například bledost, studené pocení, slinění nebo tachykardie. Pokud nevolnost neustupuje, může být často závažnější obtíž než samotné zvracení. Převážná část pacientů snadněji toleruje epizodické zvracení, pokud netrpí nevolností. Samotná nauzea se sdružuje s nechutenstvím a tím přispívá k rozvoji kachexie. (Tomáška 2001, online), (Lukáš 2010, s. 217)

Příčiny zvracení je možné rozdělit do čtyř skupin: chemické, viscerální, centrální nervový systém a poruchy vestibulárního ústrojí. (O'Connor 2005, s. 144)

Nevolnost a zvracení ovlivňují u nemocných významným způsobem kvalitu jejich života. Často bývají původci velkého fyzického i duševního utrpení. (Tomáška 2001, online)

Léčbu nevolnosti a zvracení lze shrnout do čtyř kategorií. Za prvé se jedná o bezprostřední nefarmakologická opatření, kde se dbá na přípravu jídla a úpravu prostředí. Druhou kategorií je farmakologická léčba, která představuje podávání antiemetik nebo jiných farmakologických prostředků. Mechanické a chirurgické zákroky tvoří třetí kategorii. V tomto případě se jedná o zavedení nazogastrické sondy nebo perkutánní gastrostomie. A v neposlední řadě se jedná o alternativní terapii, která zahrnuje akupresuru, relaxaci, terapeutický dotek a masáž. (O'Connor 2005, s. 148-152)

Sestra by se v první řadě měla zaměřit na anamnézu. Z podrobného vyprávění může zjistit možnou příčinu nevolnosti nebo zvracení. Napomoci jí mohou například tyto symptomy: bolest v epigastriu, bolest při polykání, škytavka, zvracení bez nevolnosti, nevolnost bez zvracení, zvracení malého množství, ospalost a zmatenost, bolest v dutině ústní, nevolnost zhoršená pohybem a další. Mimo jiné by se měla zaměřit i na další příznaky gastrointestinální dysfunkce, na změny ve stravování, diagnózu rakoviny a metastázy, popřípadě na léky, které pacient užívá.

Po zjištění anamnézy by mělo následovat fyzikální a laboratorní vyšetření. Ovšem v konečné fázi onemocnění, kdy je smrt nezvratná, není pravděpodobné, že by jakékoliv laboratorní vyšetření přispěla k léčbě pacientova stavu, a ve výsledku může dojít k narušení poskytování paliativní péče.

Sestra by neměla opomíjet ani pravidelný zápis do dokumentace, kde by mělo být zaznamenáno vše týkající se dané obtíže (např: doba, frekvence, ovlivnění chutí k jídlu a příjmu stravy atd.). Sestra je také zodpovědná za podávání léků, přičemž při jejich předepisování hrají hlavní úlohu lékaři. (O'Connor 2005, s. 145-152)

2.5 Maligní rány

Maligní rány se nejčastěji vyskytují u nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním. Projevují se jako zapáchající, secernující, nekrotické rány. Velmi často se také označují jako „funginózní“ rány.

Pokud se jedná o lokalizovaný nádor mohou nemocní žít s maligními ranami mnoho let. V těchto případech nelze očekávat, že dojde k úplnému zhojení rány. Ve skutečnosti dochází spíše k jejich zhoršení. Potíže spojené s maligními ranami mohou mít devastující účinek na fyzický, psychický a sociální stav pacienta a mohou výrazně snížit kvalitu života. (O'Connor 2005, s. 165)

Příčiny vzniku maligních ran můžeme shrnout do tří základních oblastí. Za prvé se může jednat o primárně kožní nádor, nebo se maligní rány vytvoří prorůstáním nádoru měkkých tkání do kůže, což bývá časté např. u nádorů prsu, a v neposlední řadě se může jednat o kožní metastázy nádoru. V případě rostoucího nádoru dochází k narušení kožních kapilár, lymfatických cév a útlaku okolních tkání. Tím dochází k omezení přísunu živin a vzniku nekrózy.

V raném stádiu dochází k zatvrdnutí na kůži, které je následně provázeno zarudnutím a rozvojem nekrózy. Maligní rány jsou často doprovázeny různými příznaky. Jedná se například o krvácení, sekreci z rány, nepříjemný zápach nebo bolest. Velmi často se také vyskytuje svědění v okolí rány. (Hojení ran 2015, online)

Charakteristikou maligních ran je skutečnost, že ve většině případů nelze očekávat úplné zhojení rány. S ohledem na tento fakt dochází také k ošetřování těchto ran.

Sestra, která se o pacienta s maligní ránou stará by měla vědět, jak o ránu správně pečovat a jak jí ošetřovat. Tyto vědomosti může sestra načerpat z návštěv vzdělávacích seminářů a kurzů, které jsou zaměřeny na možnosti ošetřování ran.

Hlavní péče sestry o maligní rány spočívá v převazu rány a jeho záznamu. Převaz rány se skládá z několika částí. První částí je důkladná toaleta rány, přičemž dochází k očištění od zbytků mastí a sekretů ulpívajících i v okolí rány. Následuje vizita rány, tedy posouzení a zdokumentování stavu rány. Sestra se dále zaměří na ošetření okolí rány a na výběr vhodného materiálu, kterým danou ránu zabezpečí. Nejčastěji se jedná o nepřilnavý obvaz, kterým můžeme předejít bolesti při jeho výměně. Poté provede sekundární fixaci, která má nejen mechanický vliv na udržení krytí na ráně, ale i vliv psychologický. Nemocný má možnost kontroly a také uspokojení z práce sestry, jak převaz provedla. (Kouřilová 2010, s.39)

Kvalitně provedený převaz rány by měl napomoci k potlačení zápachu z rány odstraněním nekrotické tkáně a k léčbě nadměrné sekrece. Měl by také přispět k prevenci a léčbě krvácení, prevenci a léčbě infekce a v neposlední řadě by se při něm mělo pečovat i o kůži v okolí rány. (Hojení ran 2015, online)

2.6 Zácpa

Zácpa patří k nejvíce přehlíženým symptomům u nemocných s pokročilými onemocněními. Přičemž se jedná o velmi významný příznak, který negativně ovlivňuje kvalitu života těchto nemocných.

Obecně lze zácpu definovat jako obtížné vyprazdňování stolice. Nelze přesně určit žádoucí frekvenci stolic, ale lze říci, že se člověk necítí dobře po dvou dnech, kdy nebyl na toaletě. Bohužel v naší zemi nejsou k dispozici validní data, která by zmapovala prevalenci zácpy u nemocných s pokročilým onemocněním. Ovšem ze zahraničních výzkumů, které byly v dřívějších letech provedeny vyplývá, že v zařízeních paliativní péče, tedy hospicích a jednotkách paliativní péče, trpí zácpou více než 50% nemocných. (Bystřický a Mikešová 2002, online)

Zácpa má různé příčiny, například omezení pohyblivosti, věk, neznámé prostředí, chronické onemocnění, nedostatek výživy, dehydratace, z důvodů podávání léků (opioidy, diuretika)

V paliativní péči je kladen důraz především na prevenci zácpy. Sestra by proto měla zjistit všechny příčiny, které vedou k zácpě a pokusit se je eliminovat. Ošetrovatelská péče o vyprazdňování zahrnuje získání anamnézy a to včetně informací o tom, jaké postupy pacient preferuje. Sestra by měla také zhodnotit jaký dopad má zácpa na kvalitu pacientova života, identifikovat rizikové faktory a vést přesnou dokumentaci. Pravidelně by měla hodnotit stav pacienta a účinek intervencí při léčbě a prevenci zácpy.

Práce sestry také zahrnuje sledování frekvence a konzistence vyprazdňování, sledování příjmu dostatečného množství tekutin, podávání stravy bohaté na vlákninu, podporování nemocného v pohybové aktivitě, upravení podmínek pro nemocného pokud se vyprazdňuje na lůžku, což znamená dostatek soukromí, větrání, nepřítomnost ostatních lidí. Sestra by také měla informovat lékaře o zácpě a provést opatření na základě ordinace lékaře. Do takových opatření může spadat podání laxativ, čípků, nebo projímavého klyzma. (Vytejková 2013,s. 102)

2.7 Únava

Únava je charakterizovaná jako celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání, kdy je zároveň snížena schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni. (Nanda International 2013, s. 234)

Celkově lze tento stav charakterizovat jako výrazné snížení kvality života nemocného. Na vzniku únavy se může podílet nádorové onemocnění samo o sobě, ale také některé formy léčby, jako je chemoterapie nebo radioterapie, mohou být její příčinou. Dalšími příčinami mohou být například: stres, poruchy spánku, strach nebo různá očekávání.

O únavě jako o nemoci u pacientů s nádorovým onemocněním můžeme mluvit tehdy, pokud trvá nejméně dva týdny. Nemocný se cítí velmi vyčerpán, unaven, má zvýšenou potřebu odpočinku, která neodpovídá jeho aktivitám a výdeji energie.

Sestra hraje při hodnocení únavy významnou roli. Při příjmu nemocného se musí zaměřit na zhodnocení závažnosti únavy a jejich časových charakteristik, jako je její začátek, průběh, délka trvání, dále pak hodnocení zátěže a vlivů způsobující únavu. Dalšími body anamnestického rozhovoru by se měly týkat nedostatku energie, svalové slabosti, poruch spánku a špatných nálad. Údaje z anamnestického rozhovoru napomáhají k naplánování ošetrovatelských intervencí a cílů.

Sestra by měla nemocného, popřípadě i jeho rodinu, seznámit s managementem únavy, o tom, jak by měl šetřit energií, jaký pohyb je pro něj vhodný, o výživě, o spánku a o odpočinku. Pakliže sestra zjistí, že je únava spojena s psychologickými a sociálními faktory, jako jsou deprese, stres nebo těžkosti se zvládnutím onemocnění, může zajistit spolupráci s psychologem.

Sestra systematicky a v pravidelných intervalech kontroluje nemocného, aby zjistila, zda danými intervencemi dochází k dosažení očekávaných výsledků. Získané informace porovnává se stanovenými cíli. (Vorlíčková 2005, online)

2.8 Dekubity

Pacienti s nádorovým onemocněním jsou velmi často imobilní, podvyživení a dehydratovaní. Tyto aspekty společně s věkem mohou tvořit rizikové faktory pro vznik dekubitů. Prevence a řešení dekubitů pro nevyлéčitelně nemocné pacienty je nejen klinický problém, ale také emocionální a etickou otázkou.

Dekubity jsou bolestivé, způsobují nemocnému utrpení a komplikují péči a kvalitu života umírajícího. Na rozdíl od převládajícího přesvědčení, že dekubitům je možné předejít i na konci života nemocného, některé výzkumy naznačují, že kůže, která představuje největší orgán v lidském těle, začíná selhávat spolu s ostatními orgánovými systémy, proto jejich prevence není možná. (Hughes 2005, online)

Kromě podvýživy, imobility, dehydratace a věku se na vzniku dekubitů mohou podílet i další faktory, jako jsou například inkontinence moči i stolice, hmotnost, stav pokožky, ochrnutí končetin, těžké pooperační stavy a v neposlední řadě také tlak na predilekční místa. Na těchto místech dochází po určité době ke stlačení kapilár, což vede k nedostatku kyslíku ve tkáni a rozvoji dekubitů. (Kapounová 2007, s. 126)

Predilekční místa lze definovat v závislosti na poloze nemocného - na zádech, boku, popřípadě na břiše. Jsou to taková místa, která se vyznačují tenkou vrstvou podkožního tuku a kostí blízko povrchu kůže. Pokud je shrneme, bývají nejčastěji postiženy paty, kotníky, lopatky, lokty, hýždě, trochantery, lýtka, temeno hlavy a sakrální krajina. (Kapounová 2007, s. 126)

Každá všeobecná sestra by si měla uvědomit, že dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam a to nejen při léčbě dekubitů, ale i při prevenci. (Klinková 2008, online)

Sestra by měla při prvním kontaktu s pacientem vyhodnotit riziko vzniku dekubitů, přičemž může využít standardně doporučovanou škálu. (např. Hodnocení podle Nortonové – viz. příloha č. 1). Na základě jejího zhodnocení by se měla odvíjet ošetrovatelská péče. (Maďar 2006, s. 129)

Za předpokladu, že ještě nedošlo ke vzniku poškození tkáně, by měla sestra provést včasná preventivní opatření. Tyto opatření se skládají z pravidelného polohování, blokování nepříznivých mechanických vlivů (suché dokonale upravené lůžko, polohovací pomůcky), provádění hygieny a rehabilitace. (Klinková 2008, online)

Pokud ovšem k poškození tkáně došlo, nebo pacient přichází do zařízení již se vzniklým dekubitem, hodnotí sestra jeho stupeň. Sestra by si rovněž měla uvědomit, že tlakové léze postupují z hloubky na povrch. Proto i nepatrné známky na povrchu kůže mohou značit již rozsáhlé poškození pod povrchem. (Klimková 2008, online). Pro zhodnocení již vzniklého dekubitu existuje rovněž několik standardních formulářů. Nejčastěji se vzniklý dekubit hodnotí podle: „Danielovy klasifikace dekubitů“. Tato klasifikace se skládá z pěti kategorií:

1. Zarudnutí kůže
2. Povrchní kožní vředy
3. Nekróza podkožního tuku
4. Postižení všech hlubších vrstev kromě kostí
5. Rozsáhlé nekrózy s postižením kostí (Kelnarová 2009, s. 11)

Mezi obecné zásady ošetření a léčby dekubitů zahrnujeme eliminaci tlaku, odstranění nektróz, boj proti infekci, potlačení bolesti a podporu granulace a epitelizace.

V dnešní době se velmi osvědčilo takzvané vlhké ošetřování ran, kdy použitím vhodných materiálů je na ráně vytvořeno příznivé vlhké mikroklima a dochází k urychlení hojení rány.

Sestra by si měla při ošetřování pacienta uvědomit, že platí a stále platit bude, že prevence je několikanásobně přínosnější z více hledisek než léčba již vzniklého dekubitu. (Klimková 2008, online)

3. SESTRA A PALIATIVNÍ PÉČE

3.1 Vzdělávání sester

Požadavky na vzdělávání zdravotních sester jsou v současnosti vymezeny jako nezbytný předpoklad pro výkon profese.

Poskytování zdravotních služeb na odborné úrovni je základním právem pacienta, je tedy povinností zdravotníka tyto služby zajistit na náležité odborné úrovni. Tento požadavek je zanesen v legislativě, konkrétně § 28 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který nařizuje zdravotníkům, aby dbali na odborné vzdělání. Kromě odborné úrovně poskytované péče je zdravotník povinen, na základě různých etických kodexů, např. Etický kodex České asociace sester, zabezpečit rovnocenně i úroveň lidskou, to znamená důstojné zacházení, respektování soukromí a úcty. Jde o proces osobnostního rozvoje. Na vzdělávání je nezbytné pohlížet z obou úhlů.

3.1.1 Pojetí vzdělávání

Vzdělávání v paliativní péči má několik rovin. V odborné literatuře (Payneová 2007, s. 668) se setkáváme s rozdělením vzdělávání v oboru na tři kategorie.

Nejširší pojetí se vztahuje ke vzdělávání jako prohloubení chápání a schopnosti učit se, kdy jde o „*lidský rozvoj, individuální naplnění a seberealizaci*“. Vnitřní hodnota vzdělávání se zakládá na tom, že umožňuje člověku „*putovat s jiným pohledem*“, v této představě je obsažen předpoklad, že se lidé zkušenostmi mění. (Payneová 2007, s. 668)

Profesní vzdělávání je vymezeno v užším rozměru. Nezaměřuje se na samotný proces, ale na výsledky a profesní růst. Má zaručit, aby si pracovník osvojil znalosti, dovednosti a postoje, které ho vybaví pro práci v oboru. Úspěšné profesní vzdělávání probíhá průběžně a má svoji kontinuitu.

Speciální odborné vzdělávání se zaměřuje na ty, kteří pracují v některé specializované oblasti, nebo těch, kdo se připravují na roli specialisty. (Payneová 2007, s. 670)

Vzdělávání v paliativní péči musí respektovat širší pojetí, nejde pouze o odbornost, mělo by být zaměřeno na oblast kognitivní, psychomotorickou i afektivní. (Vorlíček 2004, s. 521-522)

3.1.2 Specifika vzdělávání v paliativní péči

Při poskytování paliativní péče se vyskytuje řada specifíků, která jsou nezbytná zohlednit při vzdělávacím procesu.

Vzdělávání v paliativní péči by se mělo shodovat s paradigmatem oboru, vztahuje se nejenom k potřebám nemocných, ale také členům rodin pacientů, zdravotníkům působících v této oblasti i dobrovolníkům, kteří tráví mnohdy s nemocným nejvíce času (Vorlíček 2004, s.521)

Za druhé se jedná o rozměr lidský. Filosofii paliativní péče je ošetrovatelství jako „proces, v němž se pracuje spíš s lidmi a pro lidi, než na lidech“. (Payneová 2007, s. 671) Smysl vzdělávání v širokém pohledu rozvoje dovedností, schopností a osobnostního růstu je jedním ze základních předpokladů přípravy profesionála v paliativní péči.

Za třetí se zde nachází aspekt vzdělávání sester jako součástí multiprofesních týmů. Tento předpoklad vychází ze záměru Výboru ministrů Rady Evropy pro oblast paliativní péče. Do multiprofesních týmů jsou zahrnuti lékaři, sestry a další zdravotničtí pracovníci, kteří mají kvalifikaci k řešení fyzických, psychologických a duchovních potřeb pacienta a rodiny. (Výbor ministrů Rady Evropy 2004, s. 10)

Vzdělávání by se mělo shodovat s charakterem paliativní péče, kterou zdravotníci poskytují. Základním východiskem pro organizaci paliativní péče v České republice by měla být existující dobrá struktura akutní, ambulantní a primární péče. Důležitou složkou vzdělanosti a příkladů dobré praxe jsou a mají být nadále lůžkové a mobilní hospicové jednotky. Tyto pilíře zdravotní péče je třeba propojit modelem konziliárních specializovaných týmů a podpořit vzdělanost o paliativní péči v každém z uvedených segmentů.“ (Kabelka a Sláma 2013, online) Paliativní vzdělávání se má shodovat s potřebami jednotlivých složek systému, tedy složky ambulantní, lůžkové i hospicové. Mělo by tedy odpovídat různým potřebám znalostí a dovedností sester a zároveň respektovat jednu z charakteristik paliativní péče, a to vzdělávání v rámci specializovaných týmů různých profesí. Společné studium několika profesí není žádoucí v žádném oboru medicíny více než v paliativní péči (Payneová 2007, s. 672). Vzdělávání sester by prakticky mělo být provázáno se vzděláváním dalších profesí v rámci multiprofesních týmů.

Formy vzdělávání a rozvoje

Vzdělávání v týmech umožňuje podělit se o studijní zkušenosti, zlepšovat porozumění role, vnímat pohledy na problematiku, zkvalitňovat komunikaci napříč týmem (Payneová 2007, s. 672)

Mimo přednášek, výcviků apodobně zde lze zařadit i takzvané Balintovské skupiny a supervize. Balintovské skupiny jsou supervizí vztahu zdravotník a pacient. Prvotní myšlenkou maďarského lékaře Balinta byla premisa, že sám lékař je lék a je potřeba určitého dávkování tak, aby pacientu bylo pomoci a zdravotníkovi nebylo ublíženo. (Haškovcová 2010, s. 282)

Jeho způsob vedení skupin byl zaměřen, na rozdíl například od běžných kazuistických seminářů, na vztah mezi pomáhajícím profesionálem a pacientem. Nezkoumá se objektivní potíže pacienta, která je spojena s nemocí, ale vztah, motivace nebo emoční složka vztahu. V tomto typu sezení umožňují další účastníci skupiny dát určitý náhled na situaci protagonisty, jehož problém se řeší. Cílem není najít objektivní pravdu, ale předestřít určité spektrum představ a alternativ, ze kterých si může účastník skupiny, jehož problém je probírán, vybírat řešení. (Venglářová 2011, s. 159)

Další možností vzdělávání jsou supervize, které mají nejenom vzdělávací charakter, ale i kontrolní a podpůrný přesah. Podpora se týká porozumění, pochopení problémů zdravotníků, jejich zpracování, je jedním ze způsobů, jak předcházet syndromu vyhoření. Supervize mohou být vedeny s jednotlivcem, to znamená, že supervizor vede rozhovor s jedním pracovníkem, nebo se skupinou. Skupinové supervize se zaměřují na vztahy v týmu, zvýšení efektivity, komunikaci, vztahy k vnějšku. Jejím cílem je profesionální rozvoj, získávání poznatků a dovedností. (Venglářová 2001, s. 154-156)

Dalším specifickým vzdělávacím programem je potřeba reflektovat nejenom potřeby pacienta, ale rovněž potřeby pečujících zdravotníků. *„Většina postgraduálních vzdělávacích programů, které se zabývají psychologickými tématy (paliativní péče), akceptuje potřeby a pocity pacienta, a prožívání a potřebám lékařů a sester nevěnuje dostatečnou (či vůbec nějakou) pozornost.“* (Světlák a Suchý 2011, online)

Podstatná část zmíněných programů je zaměřena na expertní přístup, což je soubor obecných návodů a rad, jak komunikovat s umírajícím pacientem či jeho rodinou, jakými adaptačními fázemi prochází podobně. Podstatně méně prostoru je připisováno potřebám zdravotníků, které jsou často nevyřčené či nedostatečně uvědomované. (Světlák a Suchý 2011, online)

Základním cílem vzdělávání v paliativní péči je zlepšení medicínské a ošetrovatelské péče o nemocné s onkologickou diagnózou, protože tvoří převážnou část nemocných paliativní péče. Dílčí cíle jsou vztaženy k nedostatkům v oblasti profesionálního chování k nemocným, jako nejproblematičtější je vnímána interakce zdravotník – nemocný. Při průzkumech zaměřených na potřeby vzdělávání v paliativní medicíně vyplynulo, že respondenti vnímají jako základní problém nedostatky v komunikaci. Během studia zdravotníků této oblasti není věnována dostatečná pozornost a zdravotníkům se tak často nedostávají specifické sociální dovednosti, nezbytné v kontaktu s nemocným a jeho rodinou. (Vorlíček 2004, s. 522)

Současný stav vzdělávání v paliativním ošetrovatelství

Na základě zprávy o stavu paliativní medicíny za rok 2013 (Paliativní medicína 2013, online) je jedním ze záměrů moderní paliativní péče zvyšovat znalosti a dovednosti na úrovni obecné a specializované paliativní péče. Na několika školách ve studijních programech ošetrovatelství je již paliativní péče vyučována jako samostatný předmět, přičemž náplň a rozsah výuky jsou velmi různorodé v rámci jednotlivých škol. Jedním z cílů České společnosti pro paliativní medicínu je vytvoření akreditovaného vzdělávání v paliativní péči pro všeobecné sestry. (Paliativní medicína 2013, online)

Podle doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům by paliativní péče měla být obsažena ve všech vzdělávacích programech lékařů a zdravotních sester na úrovni prvního cyklu vysokoškolského studia. Profesionálové v paliativní péči by se měli zúčastnit vzdělání či výcviku, kdy by jim na všech stupních měla být poskytnuta konkrétní výuka paliativní péče. (Výbor ministrů Rady Evropy 2004, s. 13)

3.2 Motivace sester v paliativní péči

Pracovní motivace člověka odpovídá na otázku, proč lidé pracují. Motivace vychází z latinského slova „movere“, což volně do překladu znamená hýbat se, pohybovat, jinak řečeno je označením pro všechny vnitřní podněty, které vedou k určitému jednání (Marková 2010, s. 39-40) Motivace znázorňuje „*všechny vnitřní hnací síly člověka, např. přání, touhy, úsilí apod. (...) Je to vnitřní stav duše člověka, který jej aktivuje nebo uvádí do pohybu.*“ (Berelson a Steiner in Vévoda 2003, s. 15)

Nejznámější a do této doby nejvíce využívanou motivační teorií je Maslowova teorie potřeb, ačkoli je starší více jak 70 let (byla poprvé publikována již v roce 1943). (Cejthamr 2010, s. 145)

Podle Maslowa má každý člověk individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádan, protože některé z motivů jsou silnější a některé z těch silných jsou nejsilnější. Maslow roztřídil potřeby do pěti skupin a seřadil je do systému pro nás známého jako „Maslowova pyramida potřeb.“ V této pyramidě jsou potřeby uspořádány od těch základních po nejvyšší. Jestliže se uspokojí potřeby na nižší úrovni, jejich důležitost v systému motivace klesá a vystává další, vyšší úroveň potřeb. Jedinec je tak neustále motivován. (Plevová 2012, s. 10)

Princip potřeb podle Maslowa je v podstatě přijímán dodnes, diskutovaná je hierarchie potřeb a její členění, které někteří autoři redukuje. Aldefrer potřeby redukuje na existenční (včetně materiálních), vztahové a růstové. Ať tyto potřeby pojmenujeme jakkoliv, je zřejmé, že uvedené potřeby prožíváme všichni v určité míře, ať jde o pacienty nebo zdravotnický personál. (Marková 2010, s. 40)

Motivace se považuje za úkol manažera, ale jde rovněž o záležitost sester, které berou zodpovědnost za sebe a svůj výkon, a které by se měly zamyslet nad vlastní motivační hierarchií. Při znalosti vlastních motivů jde cíleně pracovat s tím, co sestru obohacuje, naplňuje a jaké potřeby má.

Jestliže jsou pro sestru v paliativní péči důležité pocity smysluplnosti práce, může pravidelně hodnotit, nakolik sama pomohla pacientům zkvalitnit život. Je-li potřeba hodnocení, měla by se i sama naučit hodnotit nejenom sebe, ale i jiné. Pokud sestra má potřeby rozvojové, například v oblasti kreativních přístupů může se stát inovátorkou nových metod a přístupů. Pracovní motivace není vnitřní hybnou silou jednotlivých pracovníků, jedná se o soubor mnoha různých faktorů, které lze ovlivnit různými přístupy. Nedostatečná motivace se v paliativní péči dříve či později projeví jako zhoršení kvality práce. Ztrátu motivace lze také označit jako jeden ze spouštěcích mechanismů syndromu vyhoření. (Marková 2010, s. 39)

Motivace sester se stala předmětem řady studií. Hartl (Vévoda 2013, s. 20) uvádí, že sestry si přejí méně stresující či méně fyzicky náročnou práci, pravidelné směny, více peněz. Nejvíce motivujícím faktorem jsou pacienti a jejich rodiny. Péče o umírající pacienty se dá označit z pohledu psychické i fyzické zátěže jako jedna z nejnáročnějších. Sestry se prakticky denně setkávají s mezní životní situací smrti. Velmi stresující je pro sestry i kontakt s rodinou pacienta. Všechny tyto faktory značně ovlivňují interpersonální vztahy na pracovišti formou napětí, konfliktů a zvýšené fluktuace. (Kupka 2014, s. 36-38)

V této souvislosti je pozoruhodné zjištění, že nadpoloviční většina sester chce odejít z důvodu nenaplnění potřeb v oblasti péče o pacienty a jejich rodiny. To značí, že většina sester neodchází kvůli nedostatku oddanosti ke zdravotnické službě a pacientům, ale podmínky jim neumožňují nabízet takovou péči, jakou by si představovaly. (Vévoda 2013, s.20)

3.3 Specifika práce sestry

Specifika práce sestry v paliativní péči se odvíjí od samotné definice paliativní péče, respektive od toho, co se od sestry očekává v oboru paliativní ošetrovatelské péče. Světová zdravotnická organizace ve svém současném pojetí paliativní péči klade důraz na fakt, že v předmětu zájmu zdravotníka není pouze pacient, ale celá jeho rodina: „*Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“ (WHO in Marková 2010, s. 19)

V paliativní ošetrovatelské péči je nezbytné vnímat pacienta v celém psychosociálním kontextu. Pacient je jedinečnou osobností, ukotvenou v určité vztahové rovině, kterou tvoří především jeho rodina, jež ho provází posledním úsekem života. Snaha o udržení přirozených sociálních vazeb blízkých je jednou z priorit této péče.

Zdravotník vkládá do vztahové roviny podstatně více energie než například v případě „klasických“ oddělení, kde větší část pacientů přichází se záměrem léčit se a vyléčit se. Paliativní ošetrovatelský tým pečuje o člověka a jeho nejbližší, kteří ho mají rádi a v tomto smyslu by měl sledovat potřeby pacienta i jeho rodiny, nabízet pomoc formou spolupráce s dalšími specialisty. Kalvach a kol. (2010, s. 42) pokládají za žádoucí, aby zdravotník dokázal nabídnout základní podporu, která se váže k zachování důstojnosti, respektování přání pacientů, možnosti rozhodovat o sebe a dbát o zachování důstojnosti. Významnou podporu tvoří takzvané validace končícího života, například: váš život měl smysl, stál za to, dospěl k určitému poznání....

Kalvach a kol. (2010, s. 13) hovoří o paliativní péči jako o odborném i podpůrném doprovázení lidí, kdy součástí základního hesla je nejenom tišení utrpení, ctít život, posílit smysl života, ale taktéž dávat jistotu kontaktu s nejbližšími. Právě toto „podpůrné doprovázení“ klade na zdravotníka značné nároky, staví ho do situace, kdy je v kontaktu s nemocným v roli profesionála, ale taktéž člověka. *„Paliativní péče je péče o celistvého člověka nejen v tom smyslu, že předmětem péče je celá osobnost pacienta (tělo, mysl, duše), ale také celá osobnost pečovatele. Paliativní péče je péče par excellence, která je poskytována prostřednictvím mezilidských vztahů. (O'Connor 2005, s. 46)*

Z požadavků na zdravotníka paliativní péče plyne, že se nejedná jen o péči odbornou, která je spojena s rolí sestry, o které se zmiňujeme v kapitole „Nejčastější problémy v paliativní péči“, ale taktéž o stránku lidskou, spojenou s rolí člověka doprovázejícího pacienta. Z pohledu psychologického se jedná o náročný úkol, kdy člověk investuje značnou energii do pracovních činností a vztahů. U řady zdravotníků dochází k tomu, že jejich energetický výdej se stává vyšší než jejich příjem. Zdravotníci pracující s vysokým osobním a emočním nasazením mohou pociťovat dlouhodobě negativní energetickou bilanci, která může často vést až k takzvanému syndromu vyhoření. (Bartošíková 2006, s. 28)

3.3.1 Komunikace

Stejně jako v případě dalších aspektů v paliativní medicíně platí, že má komplexní charakter. Jejím účastníkem je tedy prakticky každý, kdo se podílí na péči o pacienty i sám pacient (Payneová 2007, s. 163) Sami pacienti vyžadují informace, které by jim pomohly porozumět diagnóze, zvládat onemocnění, řešit jejich potřeby. Komunikační dovednost zdravotníků spočívá v tom, že dokáží zjistit, jaké informace pacient potřebuje a vysvětlit mu jaké jsou jeho možnosti, aby se dokázal podílet na naplňování svých potřeb. (Payneová 2007, s. 154)

Právě komunikace se stává ve zdravotnických zařízeních častým problémem. V roce 2011 proběhl rozsáhlý výzkum zaměřen k umírání a péči o nevléčitelně nemocné v české společnosti. (STEM/MARKT 2011, online). Dotazována byla široká veřejnost včetně zdravotníků. Z výzkumu se ukázalo, že méně než polovina respondentů považuje komunikaci zdravotníků s nemocným a jeho rodinou za dostatečnou, třetina dokonce za nedostatečnou. Pohled lékařů a sester je pozitivnějšího rázu, jako uspokojivou označilo komunikaci více jako polovina respondentů. A se srozumitelností komunikace zdravotníků je spokojena polovina běžné populace i zdravotníků.

Podle doporučení Rady Evropy členským státům v oblasti paliativní péče má komunikace podporovat vztah mezi ošetřujícím personálem a pacientem do té míry, aby umožňovala otevřenou informovanost pacientů a členů jejich rodin. Zdravotníci by měli vyhodnocovat, nakolik si přejí být pacienti informováni o svém stavu a přizpůsobovat formu komunikace bariérám v důsledku progredující nemoci. (Výbor ministrů Rady Evropy 2004, s. 14)

Komunikace s umírajícím pacientem

Kvalitní komunikací a vztahem dosahujeme zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Kvalitní komunikací jsme schopni ovlivnit psychický stav pacienta a ovlivnit symptomy onemocnění, například v případě bolesti, neklidu nebo úzkosti. (O'Connor 2005, s. 29)

Stres u pacientů s terminálním onemocněním znamená výrazný problém. A pokud zůstane tento problém skryt, může se stres projevovat jako vážnější afektivní porucha. Může se jednat o projevy deprese, úzkosti, smutku a adaptační problémy. Výzkumy dokazují, že až 30% onkologických pacientů trpí afektivní poruchou v důsledku diagnózy či léčby. V zařízení paliativní péče se můžou projevovat až u 77% pacientů v pokročilém stadiu. Psychiatrické problémy se zhoršují vlivem léků a také díky negativně vnímaným symptomům, zejména bolesti. (O'Connor 2005, s. 30-31)

Efektivní komunikace umožňuje pacientům podílet se na péči o sebe sama, přičemž základem je aby zdravotníci pacienty informovali o možnostech léčby, prognóze a vedlejších účincích. Pacienti a rodinní příslušníci potřebují od sester obdržet jejich odborné rady, které napomohou k rozhodování, sníží nejistotu při očekávání výsledků léčby, pomohou jim v reálném hodnocení situace a usnadní emoční přípravu na budoucnost. (O'Connor 2005, s. 31)

Základní pravidla pro komunikaci s umírajícím pacientem

Pro komunikaci s umírajícím nemocným platí, že informace o zdravotním stavu podává vždy lékař a pacient má právo na pravdivé informace. Více času s nemocným tráví sestra a je tedy pravděpodobné, že pacient bude informace očekávat od ní. V komunikaci s nemocným v terminálním stadiu je nezbytné respektovat, že nemocnému je nutné ponechat naději na zlepšení nebo pozastavení choroby. Tato naděje ovšem nesmí být falešná, ale realistická. Je tedy nezbytné zvažovat slova tak, aby nenaznačovala smrt. (Kelnarová 2007, s. 70-71), (Payneová 2007, s. 157)

Práce s emocemi se řadí k nejobtížnějším tématům komunikace, proto můžeme říci, že je stále přítomným aspektem. Pocity smrtelně nemocných lidí vykazují vysokou aktivitu, proto se sestra nezřídka stává svědkem řady emocí typu obav, strachu o rodinu, úzkosti, smutku, hněvu, agrese, ale i naděje nebo radosti nad prožitým životem. (Kelnarová 2007, s. 31). Od zdravotníků se předpokládá, že umožní nemocným hovořit o svých pocitech a sdílet svá přání. (Kelnarová 2007, s. 70-71)

Potlačování emocí při rozhovorech řadíme k nejčastějším problémům komunikace. Zdravotníci mají snahu vyhnout se v některých případech otevřené komunikaci o pacientových potřebách a emocích z důvodu ochrany pacientů, ale i sebe sama před pocity úzkosti. Komunikace o smrti a umírání staví před zdravotníky naléhavost otázky vlastní konečnosti, se kterou musí být vnitřně vyrovnáni, aby byli schopni komunikovat s pacienty, aniž by tím tvořili umělé bariéry pro vyjadřování pacientových emocí a zájmů. Zpracování tématu smrti umožňuje zdravotníkům vnímat hloubku prožitku při péči o umírající pacienty (Kupka 2014, s. 79), (Payneová 2007, s. 157)

Mezi další závažné faktory, které omezují komunikaci s pacientem, řadíme distancování se od pacienta, poskytování falešné naděje, změna v tématu rozhovoru nebo zaměření pouze na praktické úkony, větší soustředění na tělesné než emocionální problémy, neschopnost rozpoznat problém a v neposlední řadě neznalost příčin obav pacientů. (O'Connor 2005, s. 34)

Verbální i neverbální komunikace s umírajícím pacientem

Pro pacienty je důležitá jak komunikace verbální, tak i neverbální. V konečné fázi života jsou nemocní nadměrně citliví vůči emočnímu naladění okolí. Ošetřující personál prostřednictvím neverbální komunikace zajišťuje emoce umírajícím. Je to právě komunikace neverbální, zvláště prostřednictvím dotyků, která přináší umírajícímu úlevu. Komunikace dotyková předpokládá schopnost empatie, ale i dotykové kultury. (Kelnarová 2007, s. 71)

Komunikace s rodinou

„Paliativní péče má vytvářet onen saundersovský chráněný prostor, kde i umírající lidé s omezenými možnostmi, s funkčními deficity a značnými obtížemi mohou zůstat sami sebou a v kontaktu s komunikujícími členy svých rodin či jiných, jim nejbližších skupin.“ (Kalvach a kol. 2010, s. 13)

V centru zájmu při poskytování paliativní péče je nemocný s rodinou, na rozdíl od mnoha jiných medicínských oborů. Příbuzní a blízké osoby nadále tvoří sociální realitu nemocného. Pacientovi nejbližší mohou přebírat neplacené ošetrovatelské role, po dlouhou dobu nemoci jsou v roli fyzického a emočního průvodce a obhájce při léčbě. V pokročilejších fázích onemocnění se role může měnit na podílu při ošetřování těla nemocného. Tito lidé, velmi často bez zdravotnického vzdělání, naléhavě potřebují podporu, ať už informačního, emočního nebo sociálního ražení. (Payneová 2007, s. 35-36)

Nesmí však být opomíjen fakt, že reakce u rodinných příslušníků jsou stejné jako u nemocných, jsou doprovázeny pocitem strachu, úzkosti, deprese či (později) akceptace. (Kelnarová 2007, s. 34)

Komunikace s příbuznými pacientů a otevřenost v komunikaci umožňuje rodinám nemocných naplánovat „způsob života“ v posledních okamžicích. Pro rodinu je důležité, aby znali nemoc, která jejich blízkého postihla, aby znaly prognózu, doprovodné příznaky i potřeby. Potřebují předvídat konkrétní okolnosti a vědět, jak se mají v dané situaci zachovat. (Payneová 2007, s. 349-351)

Způsob komunikace je podstatným faktorem pro vyrovnání se s umíráním. Anne-Mei The (2007, s. 219), která se ve své studii věnovala komunikaci se zdravotníky a pacienty v terminálním stadiu života konstatovala, že otevřená komunikace napomáhá v pochopení faktu nezvratnosti smrti. Poté, co došlo k úmrtí sledovaných pacientů, jejich blízcí často uváděli, že v případě, kdyby se o zdravotním stavu pacientů hovořilo otevřeně, byla by větší šance, že nemocní pochopí reálnost životních perspektiv. Autorka také píše, že neexistuje jednoznačné doporučení o míře informovanosti pacienta a některých případech má dokonce nevědomost pozitivní vliv.

Převážná část umírajících nemocných a jejich příbuzných uvedla, že by ocenila, kdyby jim bylo poskytnuto více času a podpory. (The 2007, s. 220)

3.3.2 Multidisciplinární tým

Sestra poskytující paliativní péči potřebuje pracovat v dobrém týmu. V týmu, který společně směřuje své síly ke stejnému cíli. Cílem by se mělo stát kvalitní život pacientů, a jejich rodin a zmírnění celkového utrpení nemocného. Tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární, přičemž pacientovu rodinu a samotného pacienta pokládáme za jeho členy. Samotný pacient by měl mít rozhodující slovo při rozhodování o léčbě i dalších intervencích. Jedině v takovém týmu může být respektována pacientova důstojnost a mohou být individuálně řešeny všechny obtíže nemocného a jeho blízkých. (Marková 2010, s. 35)

Složení multidisciplinárního týmu

Multidisciplinární tým se skládá z lékařů, nejlépe se specializací na paliativní medicínu, dalšími členy jsou všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista, pastorační pracovník nebo duchovní.

Důležitou roli v tomto týmu hrají sestry, které by měly pacientovi umět správně vysvětlit vše, na co se ptá, stejně tak musí předat ostatním členům týmu své poznatky o pacientovi i jeho rodině. (Marková 2010, s. 35)

Vytvoření multidisciplinárního týmu má své klady. Je to například vysoká profesionalita, jednotná dokumentace pro všechny členy týmu, kreativní přístup jednotlivých členů týmu, změna tradiční role sestry v roli manažera, komunikace, edukace a zejména velká spolupráce s nemocným a jeho zapojení do péče o sebe sama. (Pinkavová 2006, s. 6)

3.3.3 Péče o mrtvé tělo

Velmi důležitou kapitolou, která souvisí s tématem paliativní péče, je období krátce po úmrtí nemocného, konkrétně péče o mrtvé tělo.

Po formální stránce je určeno, že úmrtí nemocného může konstatovat jedině přivolaný lékař. Lékař po prohlídce sepíše formulář „List o prohlídce mrtvého“. Sestra by v tomto případě měla asistovat lékaři a nezapomenout při tom zajistit intimitu zemřelého. V případě, že se tato událost stala na vícelůžkovém pokoji, je možné využít zástěnu, popřípadě převést zemřelého klienta do pietní místnosti. (Chovancová 2010, s. 28)

H. Haškovcová ve své knize „Thanatologie, nauka o smrti a umírání“ uvádí ošetrovatelské činnosti, které má v kompetencích všeobecná sestra, která se o zemřelého starala. Sestra v takovémto případě má povinnost zemřelému zavřít oči, podvázat bradu, svlečené tělo položit do vodorovné polohy na čisté prostěradlo a omýt je. V případě, že měl zemřelý snímatelnou náhradu vyjme ji z úst a sejme všechny ozdobné předměty, jako jsou hodinky, prsteny, náramky, náušnice nebo řetízky. Dále by sestra měla zkrátit všechny eventuální drény, cévky a kanyly tak aby bylo možné je dodatečně odstranit a zároveň aby nemohly vypadnout. V případě, že měl nemocný nějaké rány, provede jejich převaz. A v neposlední řadě zajistí náležitou identifikaci zemřelého. (Haškovcová 2007, s. 96)

Po těchto intervencích by mělo být tělo zemřelého převezeno do pietní místnosti nebo do místnosti, která je k tomuto určena. Pokud se dodržují v daném zařízení tradice tak bývá zvykem otevřít okno.

3.3.4 Komunikace s pozůstalými

Úlohou lékaře, popřípadě jiného určeného člena týmu, je informovat a to neprodleně o úmrtí rodinu zemřelého. V tomto případě je dobré, aby bylo zjištěno, zda si přeje rodina být informována ihned, například i během noci, nebo až v ranních hodinách.

Rozhovor, který bude veden s rodinou, by měl být citlivý. Už při informování rodiny je dobré nabídnout jí možnost osobního rozloučení se zemřelým. Toto rozloučení by mělo být v místnosti, která je k tomu určena a vyzdobena vhodným způsobem (např. květinami, křížem, obrazy, několika židlemi, svíčkami atd.)

Rodina sama si rozhodne, jakou pohřební službu využije, přičemž k jejímu sjednání potřebuje občanský průkaz zemřelého.

Určitou důležitou záležitostí je poslední rozhovor personálu zařízení s rodinou zemřelého. Rodina totiž žádá nejen potvrzení toho, co se stalo, protože „nemůže uvěřit“, ale chce mít také víru v to, že smrt byla klidná a bezbolestná. Pokud-li tuto informaci zdravotník neposkytne, může se stát, že se pozůstalí vyptávají spolupacientů na pokoji. (Haškovcová 2007, s. 98)

Dalším úkolem všeobecné sestry je domluvit se s rodinou na předání osobních věcí zemřelého, popřípadě o vyklizení celého pokoje. Součástí rozhovoru s pozůstalými by také měla být nabídka pomoci, vyjádření pochopení pro bolest a zármutek a zároveň také nabídka možného dalšího setkání. (Chovancová 2010, s. 30)

Podpora pozůstalých

Podpora rodiny by měla začít ještě před úmrtím pacient a to tím, že dojde k posouzení rizikových faktorů. Cílem je informovat a připravit příbuzné na to, co je čeká, aby pro ně ztráta nebyla tak zdrcující. Někdy stačí k poskytnutí podpory samy sestry, jindy je nutné povolat specialistu.

Pokud je to možné lze nabídnout i rodinná setkání, kterých se zúčastní i děti. Na těchto setkáních se společně sejde několik rodin, které se ocitly ve stejné situaci. Mohou vytvořit různé diskuzní skupiny. V závěru se sejdou všichni zúčastnění, aby udělali společný závěr.

Při doporučení podpůrných opatření je nutné si uvědomit, že každý může prožívat ztrátu milovaného člověka jinak, je však důležité, aby věděl, jaké formy pomoci může využít.

Mezi druhy podpory řadíme kontaktování pozůstalých měsíc až dva po úmrtí nemocného, individuální poradenství, podpora pro specifickou věkovou skupinu, bohoslužby za zemřelé a jiné. (O'Connor 2005, s. 240-241)

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Formulace problému

Paliativní péče smrti ničím neurychluje ani neoddaluje. Cílem paliativní léčby tedy není snaha o prodloužení života, nýbrž snaha o zachování kvality života. Cílem je dále uskutečňovat integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Důležitou úlohou je mírnění bolesti a jiných symptomů.

Co však patří k pozitivním a negativním stránkám této profese? Jaké vzdělání sestrám umožňuje vykonávat tuto specializovanou práci? Na tyto otázky jsme se snažili odpovědět pomocí průzkumného šetření.

5. Cíl a úkol výzkumu

Hlavním cílem průzkumného šetření je zjistit, jak sestry, poskytující paliativní péči, dokážou charakterizovat specifika své práce, jak vnímají pozitivní a negativní stránku své činnosti a jaké vzdělání jim umožňuje tuto specifickou činnost vykonávat. K tomuto cíli jsme si stanovili několik hypotéz.

6. Hypotézy

V souladu s dílčími cíli jsme si stanovili hypotézy a jejich kritéria.

H1: Předpokládám, že všeobecné sestry, poskytující paliativní péči, absolvovaly vzdělávací akci v oboru paliativní péče.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, jestliže 70% respondentů absolvovalo vzdělávací akci v oboru paliativní péče.

H2: Předpokládám, že všeobecné sestry poskytující paliativní péči, mají více psychicky náročnou práci, než sestry na jiných pracovištích.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, jestliže nadpoloviční většina, tedy 50% respondentů, bude ohroženo vznikem syndromu vyhoření více, než sestry na jiných pracovištích.

H3: Předpokládám, že všeobecné sestry poskytující paliativní péči, dokážou charakterizovat pozitiva své práce.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, jestliže nadpoloviční většina, tedy 50% respondentů, dokáže charakterizovat minimálně tři pozitiva, která se vyskytují při poskytování paliativní péče.

H4: Předpokládám, že všeobecné sestry poskytující paliativní péči, dokážou charakterizovat negativa své práce.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, jestliže nadpoloviční většina, tedy 50% respondentů, dokáže charakterizovat minimálně tři negativa, která se vyskytují při poskytování paliativní péče.

H5: Předpokládám, že k náplni práce všeobecné sestry, která poskytuje paliativní péči, patří i péče o pozůstalé

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, jestliže nadpoloviční většina, tedy 50% respondentů, poskytující paliativní péči, pečují o pozůstalé.

H6: Předpokládám, že všeobecné sestry poskytující paliativní péči zvládají komunikaci s umírajícím a rodinnými příslušníky.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, jestliže nadpoloviční většina, tedy 50% respondentů, zvládá komunikaci s umírajícím a rodinnými příslušníky.

H7: Předpokládám, že všeobecné sestry, poskytující paliativní péči, do svého týmu zahrnují i duchovního (zástupce církve).

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, jestliže minimálně 60% respondentů zařadí duchovního (zástupce církve) mezi členy svého týmu.

7. Metodika

Výzkumná část byla provedena metodou kvantitativního šetření formou anonymního dotazníku (Příloha č. 2), který obsahoval 26 otázek. Výhodou dotazníkových šetření bývá rychlý sběr dat, avšak my jsme dotazníky rozesílali v obálkách prostřednictvím české pošty, tudíž sběr dat nám trval delší dobu. Tuto formu jsme však zvolili záměrně, abychom měli možnost oslovit více sester v zařízeních, která se specializují na paliativní péči. Dotazník se skládal z 20 uzavřených, 2 polootevřených a 4 otevřených otázek.

Před započítáním samotného průzkumného šetření jsme provedli pilotní studii, která měla za úkol odhalit nesrozumitelnost a nedostatky otázek v dotazníku. Dotazníky jsme nechali vyplnit zaměstnancům v Hospiciu sv. Lazara. Na základě této pilotní studie bylo upraveno znění u dvou otázek a jedna otázka byla doplněna o další možnost výběru.

Praktická část byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel 2007. Jednotlivé odpovědi jsou znázorněny pomocí tabulek, které jsou opatřeny komentářem a pro lepší přehlednost jsou také zaneseny v grafech.

8. Vzorek respondentů

Před započítáním celého výzkumu jsme se prostřednictvím emailové konverzace informovali, zda je oslovené zařízení ochotné spolupracovat při vyplňování dotazníků. Pokud jsme obdrželi kladnou odpověď, začali jsme rozesílat obálky s dotazníky. Z několika zařízení přišla s povolením i informace kolik se tam nachází zdravotních sester.

Výzkumné šetření se uskutečnilo od 1.12.2014 do 13.2.2015. Z 10 oslovených hospicových zařízení bylo ochotno spolupracovat 7.

Z celkového počtu 115 odeslaných dotazníků se nazpátek ve stanoveném termínu vrátilo pouze 105. Můžeme tedy říci, že návratnost byla 91%. Bohužel z tohoto počtu byli 3 zcela nevyplněné a 6 jich bylo vyplněno pouze z části. Tyto dotazníky jsme vyřadili. Celkový výsledný počet respondentů tedy byl 96 (100%)

9. Analýza údajů

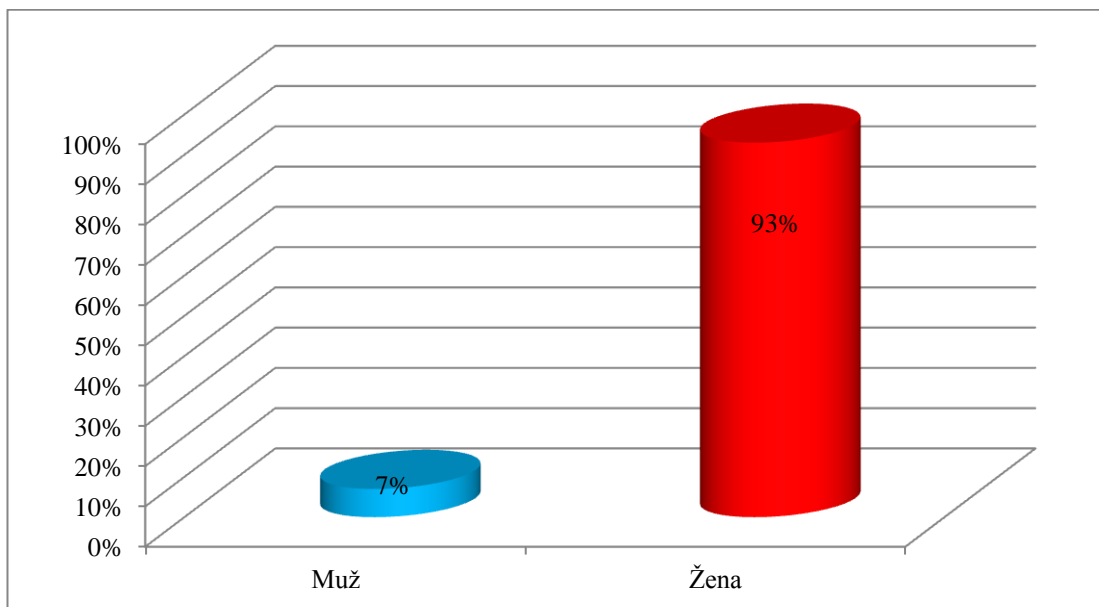
Otázka č. 1: Jste muž/žena?

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost
Muž	7
Žena	89
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 96 (100%) respondentů se průzkumného šetření zúčastnilo 7 (7%) mužů a 89 (93%) žen. Lze tedy říci, že počet mužů pracujících v oboru, který se zabývá paliativní péčí je několikanásobně menší než počet žen.

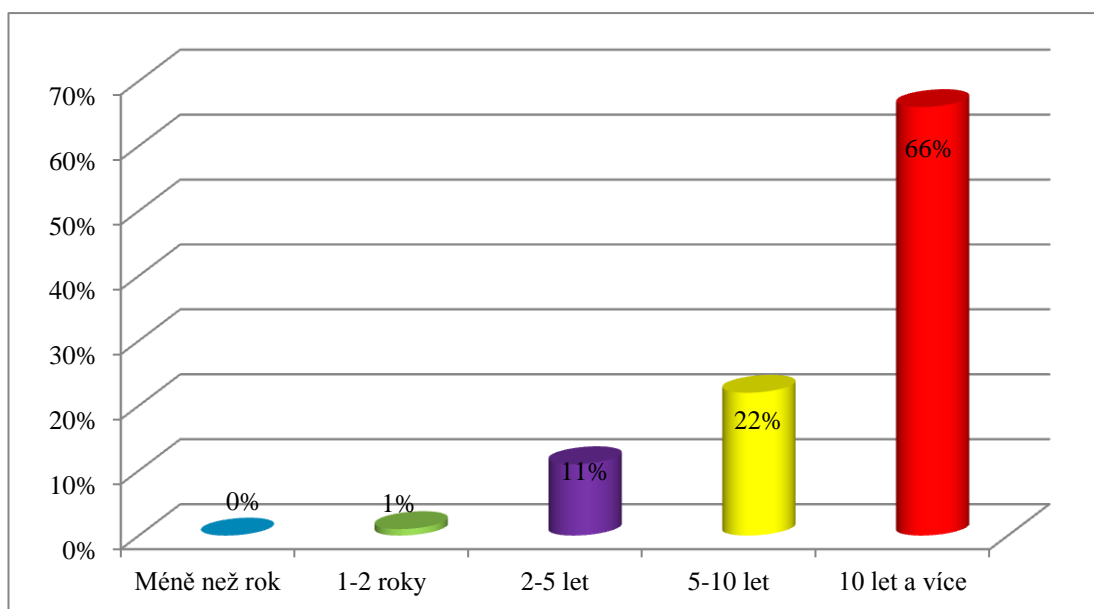
Otázka č. 2: Délka Vaší praxe v oboru paliativní péče?

Tabulka č. 2 Délka praxe

	Absolutní četnost
Méně než rok	0
1-2 roky	1
2-5 let	11
5-10 let	21
10 let a více	63
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf 2 Délka praxe



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 2 je jasně patrné, že z celkového počtu 96 (100%) respondentů se nevyskytoval žádný respondent, který by začal pracovat v oboru paliativní péče v nedávné době, tj. do jednoho roku. 11 (11%) respondentů se pohybuje délkou praxe okolo dvou až pěti let a 21 (22%) respondentů má praxi v rozmezí pěti až deseti let. Více jak desetiletou praxi má 63 (66%) respondentů.

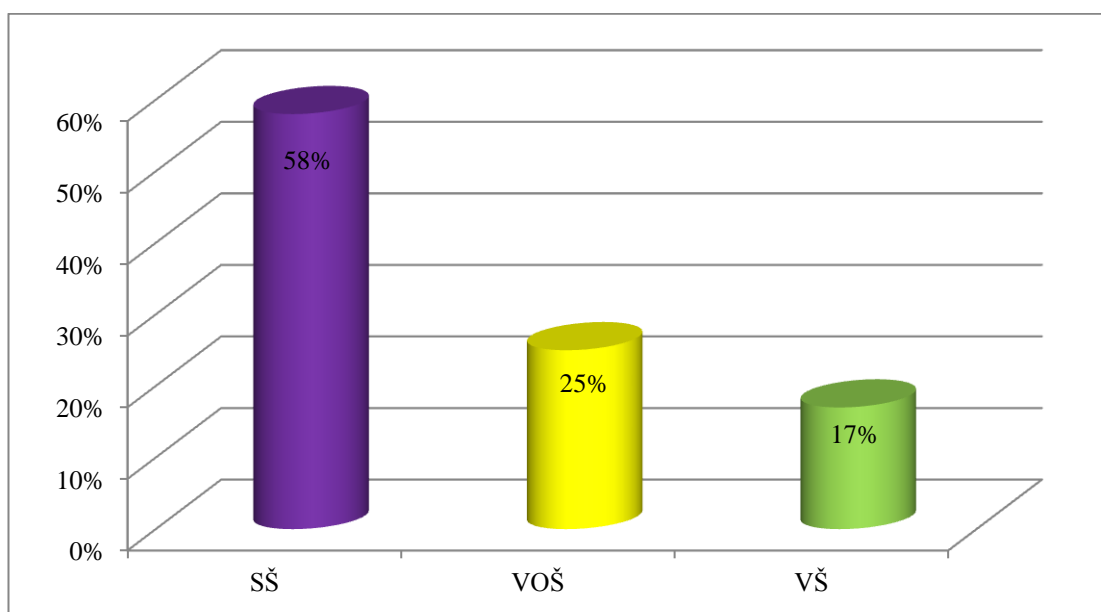
Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3 Vzdělání

	Absolutní četnost
SŠ	56
VOŠ	24
VŠ	16
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 3 Vzdělání



Zdroj: vlastní

Z grafu nad tímto textem lze vyčíst, že nadpoloviční většina zdravotních sester, které poskytují paliativní péči, absolvovaly pouze středoškolské vzdělání.

Otázka č. 4: Jakou formou poskytlujete paliativní péči?

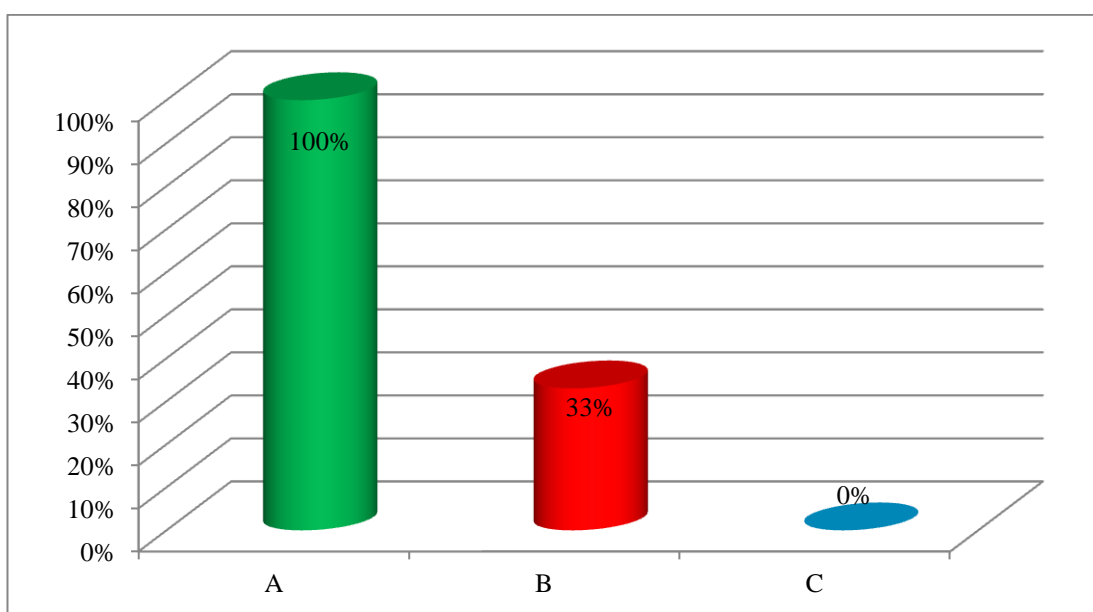
- u této otázky byla respondentům nabídnuta možnost více odpovědí

Tabulka č. 4 Forma poskytování paliativní péče

	Absolutní četnost
A - lůžková hospicová péče	96
B – domácí hospicová péče	32
C – stacionární hospicová péče	0

Zdroj: vlastní

Graf č. 4 Forma paliativní péče



Zdroj: vlastní

Z tohoto grafu č. 4 jasně vyplývá, že všichni respondenti, tedy 100% poskytují lůžkovou hospicovou péči. Avšak 32 (33%) respondentů k této lůžkové péči poskytují také domácí hospicovou péči.

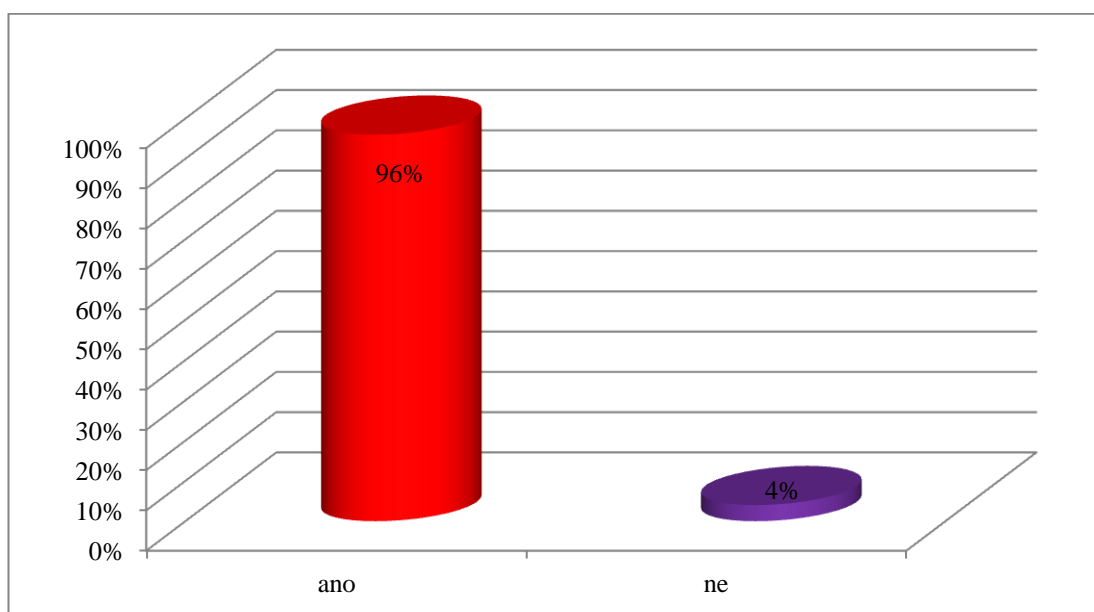
Otázka č. 5: V rámci celoživotního vzdělávání máte možnost využít vzdělávací akce ve Vašem oboru. Využil/a jste někdy této nabídky?

Tabulka č. 5 Účast na vzdělávací akci

	Absolutní četnost
ano	92
ne	4
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 5 Účast na vzdělávací akci



Zdroj: vlastní

Z výsledků k této otázce vyplývá, že 92 (96%) respondentů absolvovalo vzdělávací akci. Pouze 4 (4%) respondentů odpovědělo „ne“.

Otázka č. 6: Jakou formou byla vzdělávací akce uskutečněna?

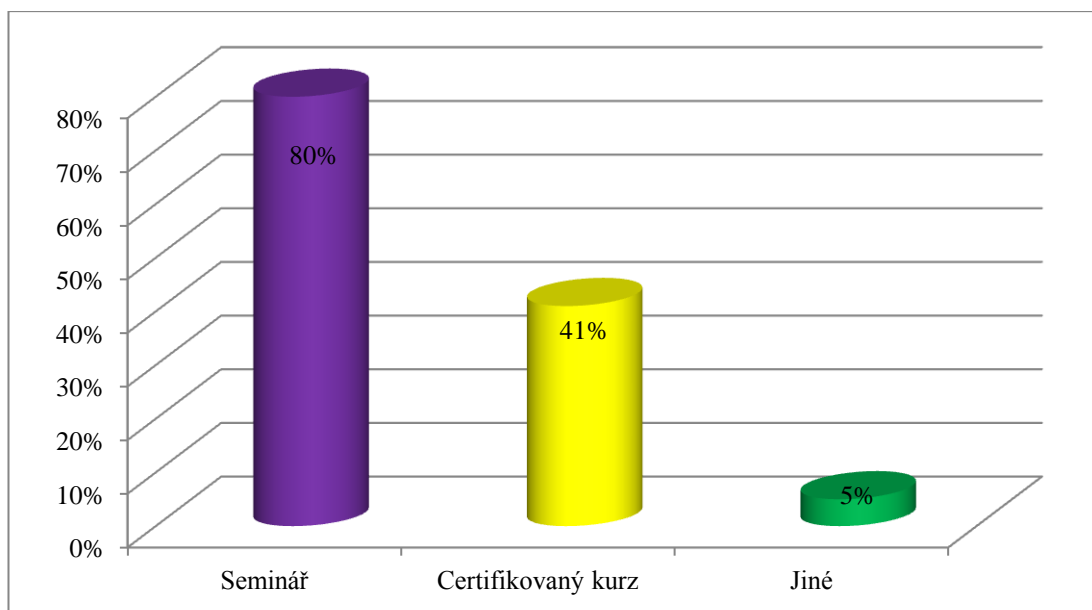
- Tuto otázku vyplňovali respondenti jenom, pokud u otázky č. 5 odpověděli „ano“
- u této otázky byla respondentům nabídnuta možnost více odpovědí

Tabulka č. 6 Forma vzdělávací akce

	Absolutní četnost
Seminář	74
Certifikovaný kurz	38
Jiné	5

Zdroj: vlastní

Graf č. 6 Forma vzdělávací akce



Zdroj: vlastní

Touto otázkou se zjišťovalo, jakou formou respondenti vzdělávací akci absolvovali. Největší procentuální zastoupení má seminář, který absolvovalo 74 (80%) respondentů. Odpovědi „Jiné“ byla vybrána 5 (5%) respondenty. Ve všech případech této odpovědi se vyskytovala odpověď stáž, kdy pouze tři respondenti specifikovali, kde daná stáž probíhala (viz. tab. č. 7).

Tabulka č. 7 Jiné

Stáž	v ambulanci léčby bolesti
	v ostatních hospicích
	v ostatních hospicích
	(nespecifikováno)
	(nespecifikováno)

Zdroj: vlastní

Otázka č. 7: Myslíte si, že vzdělávací akce jsou přínosem pro zvyšování kvality (hospicové) péče?

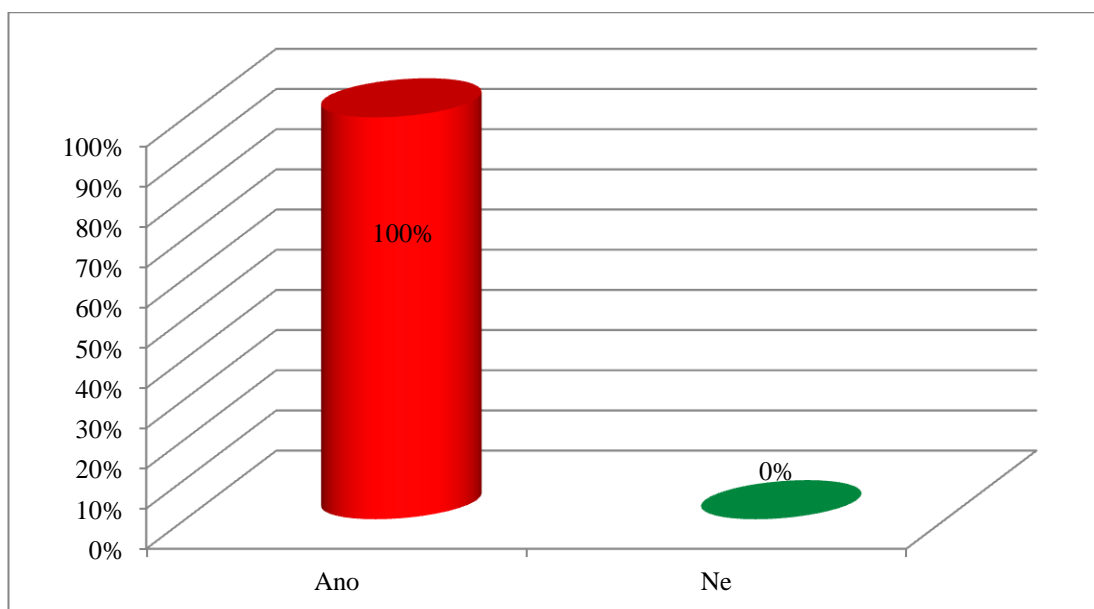
- Tuto otázku vyplňovali respondenti jenom, pokud u otázky č. 5 odpověděli „ano“

Tabulka č. 8 Přínos vzdělávací akce

	Absolutní četnost
Ano	92
Ne	0
Celkem	92

Zdroj: vlastní

Graf č. 7 Přínos vzdělávací akce



Zdroj: vlastní

Graf č.7 dává jasně najevo kladnou odpověď. Všichni respondenti vyplňující dotazníky, kteří odpověděli na otázku č. 5 kladně, se domnívají, že vzdělávací akce byla přínosem pro zvyšování kvality poskytované péče.

Otázka č. 8: Dozvěděl/a jste se při vzdělávací akci něco nového (podnětného)?

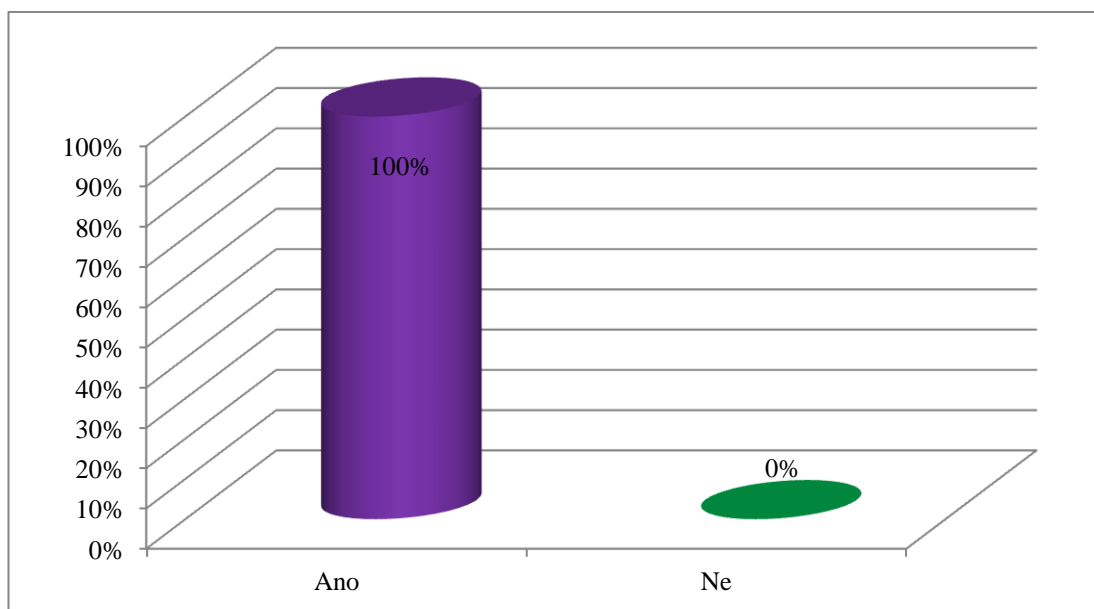
- Tuto otázku vyplňovali respondenti jenom, pokud u otázky č. 5 odpověděli „ano“

Tabulka č. 9 Nové vědomosti ze vzdělávací akce

	Absolutní četnost
Ano	92
Ne	0
Celkem	92

Zdroj: vlastní

Graf č. 8 Nové vědomosti ze vzdělávací akce



Zdroj: vlastní

Tato otázka jasně evokovala jednoznačnou odpověď. Všichni účastníci průzkumu se shodli, že se na vzdělávací akci, které se účastnili, dozvěděli nové informace.

Otázka č. 9: Napište prosím, čeho se nová vědomost týkala

- Tuto otázku vyplňovali respondenti jenom, pokud u otázky č. 8 odpověděli „ano“

Tabulka č. 10 Nová vědomost

Nejčastější odpovědi respondentů
Syndrom vyhoření
Zkušenosti ostatních
Komunikace – verbální i neverbální
Léčba ran
Polohovací pomůcky
Účinky nových analgetik
Manipulace s imobilním pacientem
Novinky ve výživě
Přístup personálu k rodině

Zdroj: vlastní

Tabulka nad tímto textem představuje výčet nejčastějších odpovědí, které respondenti odpověděli na otázku č.9. Odpovědi, které respondenti uváděli jsou rozříděné a uvedené pouze ty, které se vztahují k poskytování paliativní péče. Některé odpovědi se totiž týkaly samotných zdravotníků, například stravování zdravotníků při směnném provozu.

Otázka č. 10: Vyžíváte získané vědomosti / dovednosti v přímé péči o pacienta?

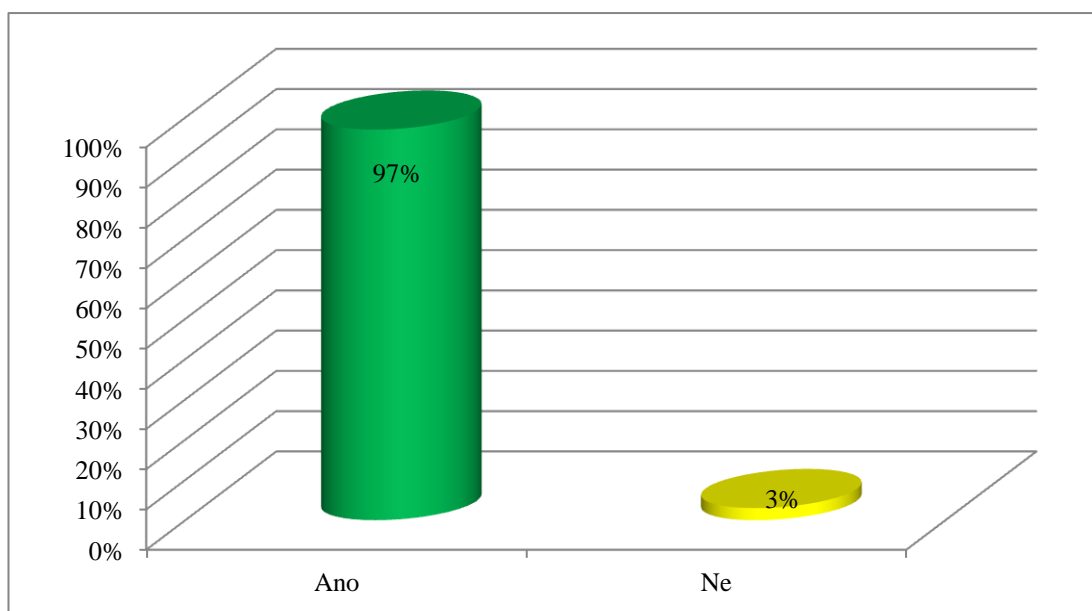
- Tuto otázku vyplňovali respondenti jenom, pokud u otázky č. 8 odpověděli „ano“

Tabulka č. 11 Využití nových vědomostí

	Absolutní četnost
Ano	89
Ne	3
Celkem	92

Zdroj: vlastní

Graf č. 9 Využití nových vědomostí



Zdroj: vlastní

Na otázku, zda respondenti využívají získané vědomosti v přímé péči o pacienta, odpovědělo 89 (97%) kladně a 3 (3%) záporně.

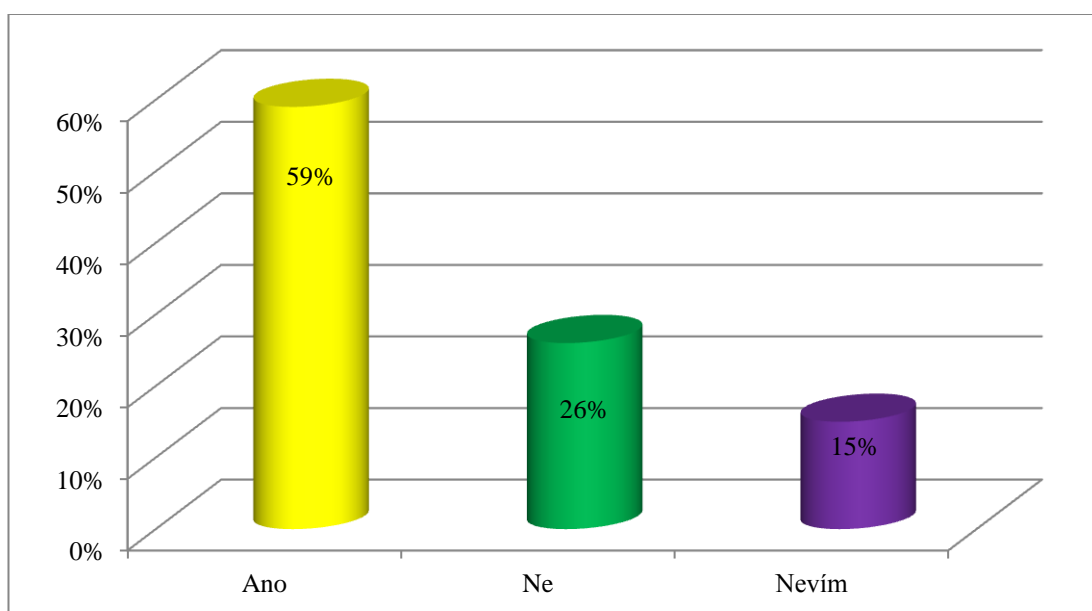
Otázka č. 11: Myslíte si, že jsou sestry poskytující paliativní péči více ve stresu než sestry na jiných pracovištích?

Tabulka č. 12 Stres sester poskytujících paliativní péči

	Absolutní četnost
Ano	57
Ne	25
Nevím	14
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 10 Stres sester poskytujících paliativní péči



Zdroj: vlastní

Na otázku, zda si respondenti myslí, že jsou sestry poskytující paliativní péči více ve stresu než sestry na jiných pracovištích, byla nejvíce zastoupenou odpovědí odpověď „ano“, kterou zvolilo 57 (59%) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „ne“, kterou si vybralo 25 (26%) respondentů. A nejméně zastoupenou odpovědí, byla odpověď „nevím“, kterou zaškrtno 14 (15%) respondentů.

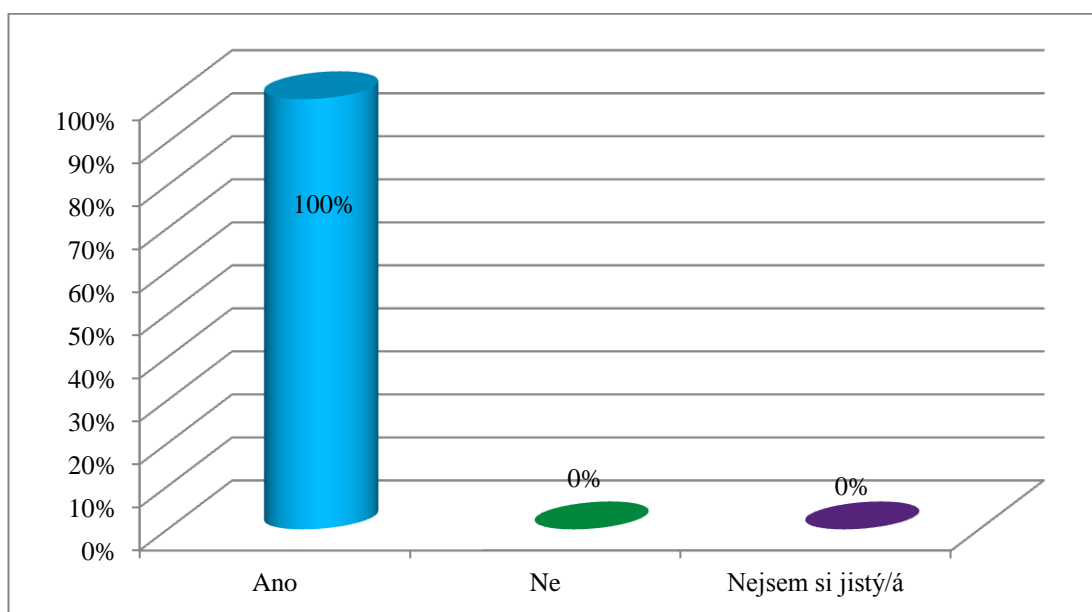
Otázka č. 12: Víte co znamená „syndrom vyhoření“?

Tabulka č. 13 Znalost syndromu vyhoření

	Absolutní četnost
Ano	96
Ne	0
Nejsem si jistý/á	0
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 11 Znalost syndromu vyhoření



Zdroj: vlastní

Odpověď na tuto otázku byla 100%. Všichni respondenti, kteří se zúčastnili průzkumného šetření znají pojem „syndrom vyhoření“.

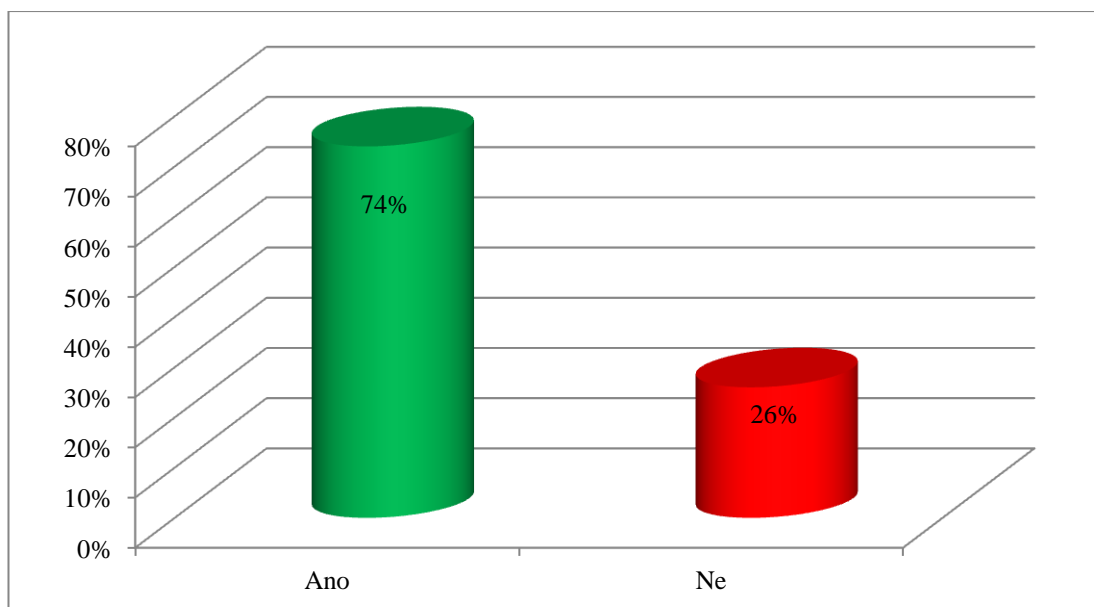
Otázka č. 13: Myslíte si, že jste, v souvislosti s Vaším povoláním (tzn. s poskytováním paliativní péče), ohrožen/a „syndromem vyhoření“ více, než sestry pracující na chirurgickém oddělení?

Tabulka č. 14 Ohrožení syndromem vyhoření

	Absolutní četnost
Ano	71
Ne	25
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 12 Ohrožení syndromem vyhoření



Zdroj: vlastní

71 (74%) respondentů si je uvádí, že jsou v souvislosti s poskytováním paliativní péče, ohrožení syndromem vyhoření více, než sestry pracující na chirurgickém oddělení. 25 (26%) respondentů je naopak opačného názoru.

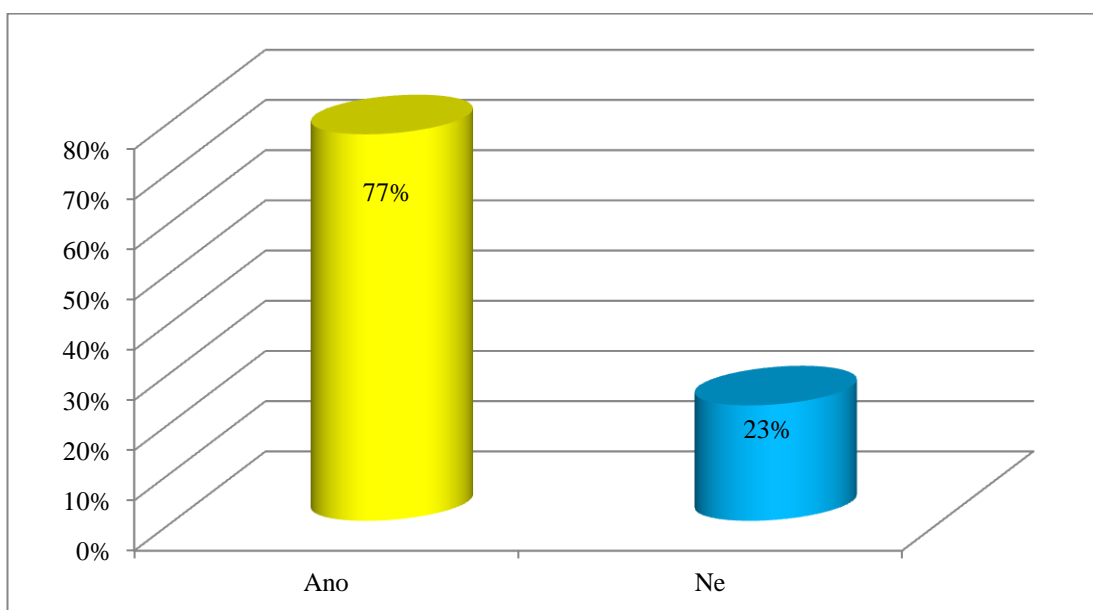
Otázka č. 14: Dokážete definovat negativa při poskytování paliativní péče?

Tabulka č. 15 Negativa při poskytování paliativní péče

	Absolutní četnost
Ano	74
Ne	22
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 13 Negativa při poskytování paliativní péče



Zdroj: vlastní

Tato otázka zjišťovala, zda respondenti znají negativa, která se vyskytují při poskytování paliativní péče. Z výsledků vyplývá, že 74 (77%) respondentů dokáže definovat tyto negativa. Naopak 22 (23%) respondentů negativa definovat nedokáže.

Otázka č. 15: Vypište alespoň tři negativa, která Vás napadají v souvislosti s poskytováním paliativní péče

V předchozí otázce se zjišťovalo, zda respondenti znají negativa, která se vyskytují při poskytování paliativní péče. U otázky č. 15 byli respondenti požádáni, zda by tyto negativa mohli napsat, přičemž jako minimum byl uveden počet tří negativ. Ač v předchozí otázce odpovědělo 74 respondentů kladně, z dotazníků vyplynulo, že 24 (32%) respondentů tyto negativa definovat neumějí. Vyplývá to ze skutečnosti, že tato otázka byla kvalitně zodpovězena pouze 50 (68%) respondenty. V následující tabulce jsou uvedeny nejčastěji se vyskytující odpovědi. Pro lepší autentičnost jsou jednotlivé položky napsány v přesném znění, tak jak se v dotaznících vyskytovaly.

Tabulka č. 16 Negativa

Nejčastější odpovědi respondentů
Přepracovanost
Stres
Fyzická námaha
Nemůžeme změnit (vyléčit) základní onemocnění
Neinformovanost nemocných o nemoci a prognóze
Bezmoc
Náročnost na psychiku (mladí lidé)
Strach z nemoci a bolesti
Podávané léky ne vždy zabírají

Zdroj: vlastní

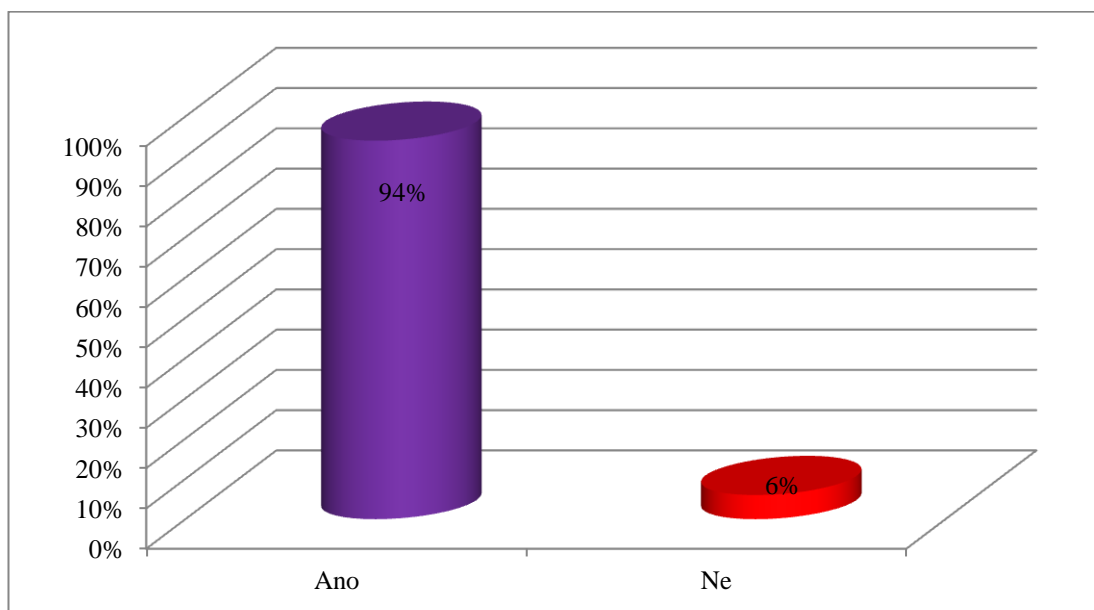
Otázka č. 16: Vidíte na své práci (poskytování paliativní péče) nějaká pozitiva?

Tabulka č. 17 Pozitiva při poskytování paliativní péče

	Absolutní četnost
Ano	90
Ne	6
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 14 Pozitiva při poskytování paliativní péče



Zdroj: vlastní

Poskytování paliativní péče má stejně tak negativa jako pozitiva. Tato otázka byla zaměřena na pozitiva, která respondenti vidí na své práci, tedy při poskytování paliativní péče. Konkrétně byla otázka zaměřena na to, zda vůbec nějaká pozitiva respondenti ve své práci spatřují. 90 (94%) respondentů odpovědělo „ano“, tedy že si uvědomují pozitiva své práce. Naopak 6 (6%) respondentů odpovědělo „ne“.

Otázka č. 17: Charakterizujte alespoň tři pozitiva, která spatřujete v poskytování paliativní péče

Tato otázka opět navazovala na předchozí otázku č. 16, kde odpovědělo 90 (94%) respondentů kladně, zda na své práci vidí nějaká pozitiva. Od těchto 90 (100%) respondentů bylo však možné vyhodnotit otázku pouze od 84 (93%), kteří charakterizovali tři pozitiva, která spatřují v poskytování paliativní péče. Ve většině případů se daná charakteristika shodovala. V tabulce pod tímto textem uvádím nejčastější odpovědi respondentů.

Tabulka č. 18 Pozitiva

Nejčastější odpovědi respondentů
Zaměření na všechny potřeby nemocných
Spolupráce s rodinou
Vědomí, že mohou pacientovi pomoci, ulehčit v jeho stavu
Dostatek času a vhodné podmínky při práci
Možnost vyhovět individuálním přáním
Zajištění soukromí – nepřítomnost ostatních pacientů
Interdisciplinární tým
Blízkost příbuzných po dobu 24 hodin denně
Zachování lidské důstojnosti

Zdroj: vlastní

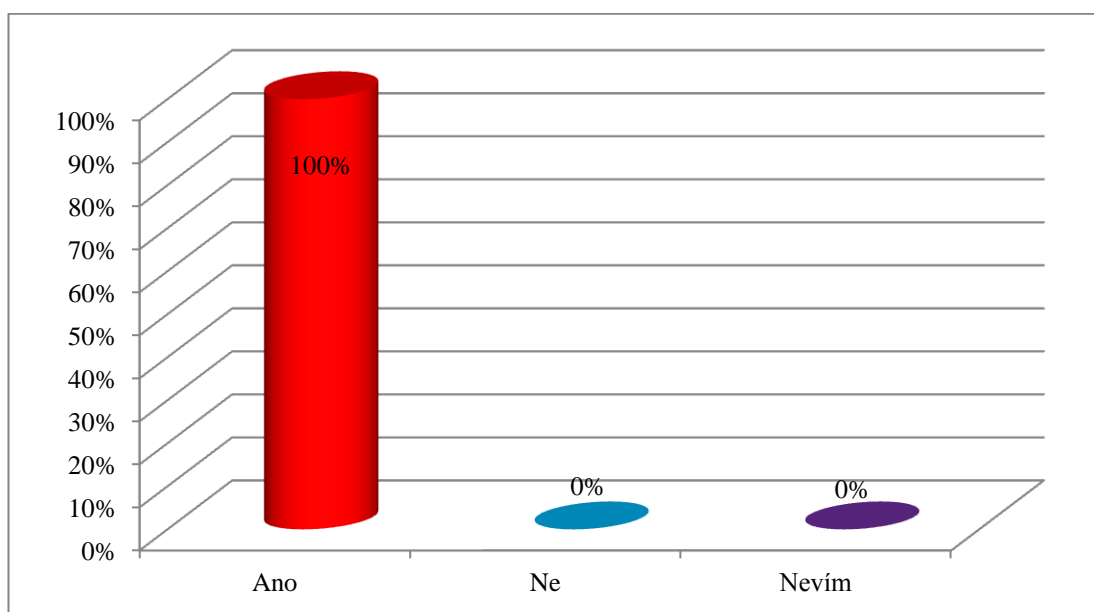
Otázka č. 18: Domníváte se, že je v paliativní péči důležitá komunikace?

Tabulka č. 19 Význam komunikace

	Absolutní četnost
Ano	96
Ne	0
Nevím	0
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 15 Význam komunikace



Zdroj: vlastní

Tato otázka byla zaměřena na subjektivní názor, zda je pro respondenty, kteří poskytují paliativní péči, důležitá komunikace. 100% odpovědělo kladně.

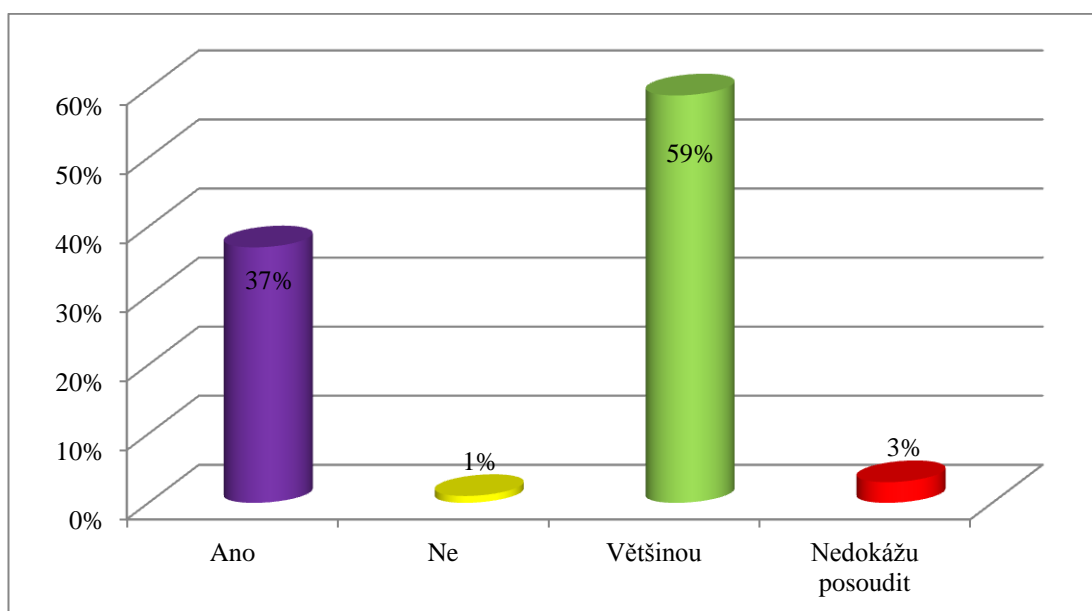
Otázka č. 19: Myslíte si, že zvládáte komunikaci s umírajícím a rodinnými příslušníky?

Tabulka č. 20 Zvládání komunikace

	Absolutní četnost
Ano	35
Ne	1
Většinou	57
Nedokážu posoudit	3
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 16 Zvládání komunikace



Zdroj: vlastní

Otázka č. 19 se rovněž zaměřovala na subjektivní názor respondentů, zda se domnívají, že ovládají komunikaci s umírajícím a jeho rodinou. Kladně odpovědělo 35 (37%) respondentů, záporně 1 (1%) a největší zastoupení měla odpověď „většinou“, ke které se přiklonilo 57 (59%) respondentů.

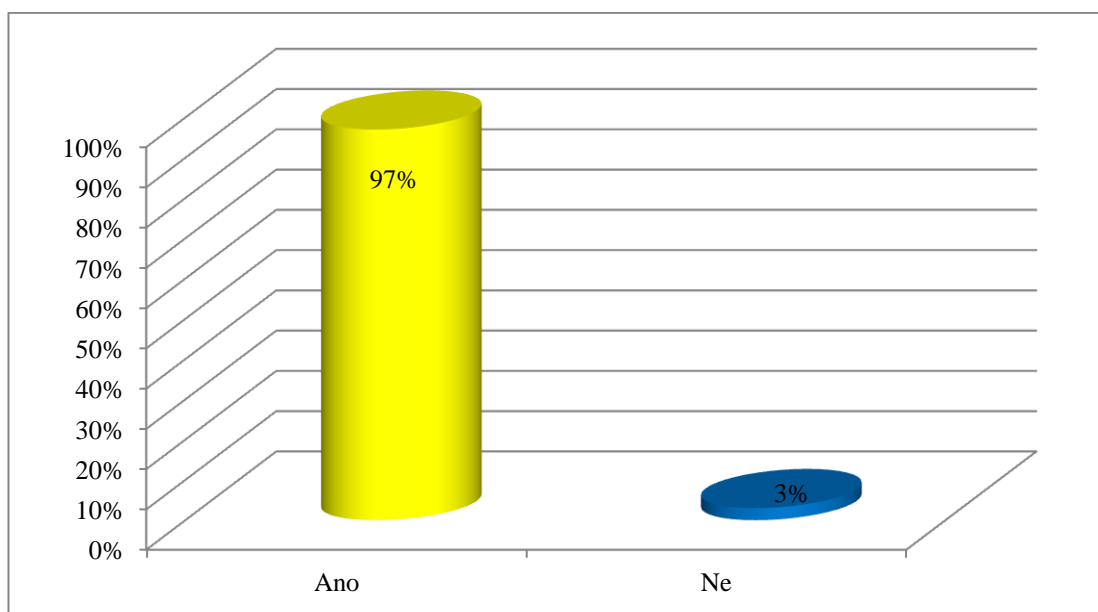
Otázka č. 20: Pečujete ve Vašem zdravotnickém zařízení v rámci poskytování paliativní péče i o pozůstalé?

Tabulka č. 21 Péče o pozůstalé

	Absolutní četnost
Ano	93
Ne	3
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 17 Péče o pozůstalé



Zdroj: vlastní

Tato otázka je zaměřena na to, zda v zařízení ve kterém respondenti pracují, nabízejí služby pro pozůstalé. 93 (97%) respondentů odpovědělo „ano“ a 3 (3%) respondentů „ne“.

Otázka č. 21: Popište prosím, jak taková péče o pozůstalé vypadá a na co je zaměřena

- Tuto otázku vyplňovali respondenti jenom, pokud u otázky č. 20 odpověděli „ano“

Tabulka č. 22 Péče o pozůstalé

Nejčastější odpovědi respondentů
Setkání s pozůstalými (2x/rok, 3x/rok)
Psychoterapeutický rozhovor
Nabídnutí pomoci při vyřizování formalit
Soustrast

Zdroj: vlastní

U této otázky respondenti nejčastěji zmiňovali setkání s pozůstalými. Pouze jejich interval se měnil. Dalšími položkami, které byly často zmiňovány jsou: psychoterapeutický rozhovor, pomoc při vyřizování formalit nebo soustrast.

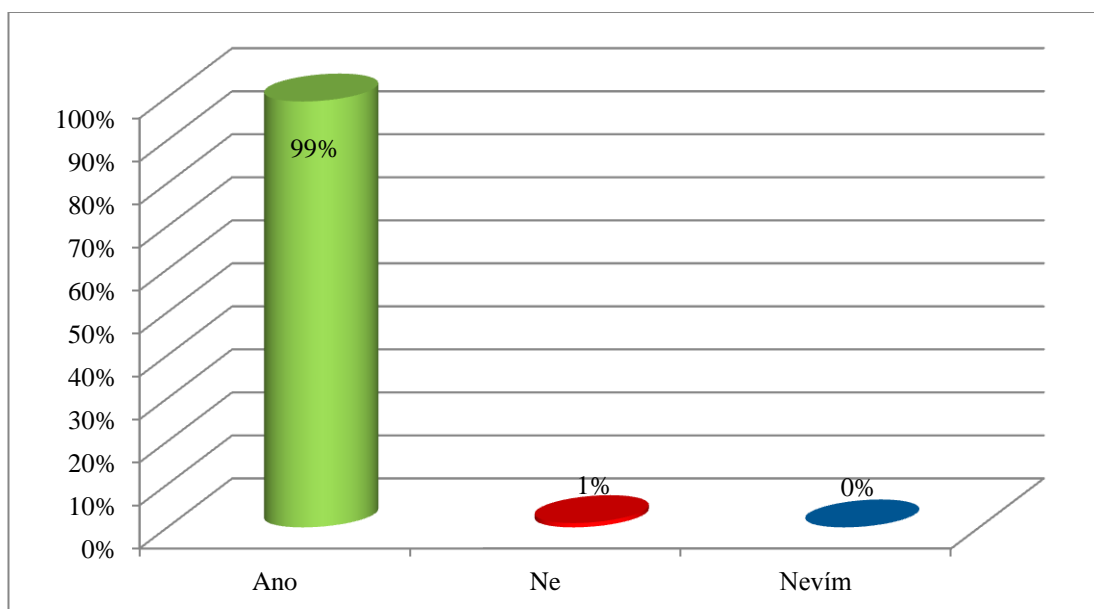
Otázka č. 22: Myslíte si, že je při poskytování paliativní péče, důležitá spolupráce celého týmu?

Tabulka č. 23 Význam spolupráce celého týmu

	Absolutní četnost
Ano	95
Ne	1
Nevím	0
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 18 Význam spolupráce celého týmu



Zdroj: vlastní

Tento graf velice dobře znázorňuje, že pro 95 (99%) respondentů/zdravotních sester je důležitá spolupráce celého týmu. Pouhé 1%, tedy jeden respondent zastává názor, že spolupráce v týmu není pro poskytování paliativní péče důležité.

Otázka č. 23: Zaškrtněte prosím s jakými členy týmu se setkáváte na svém pracovišti

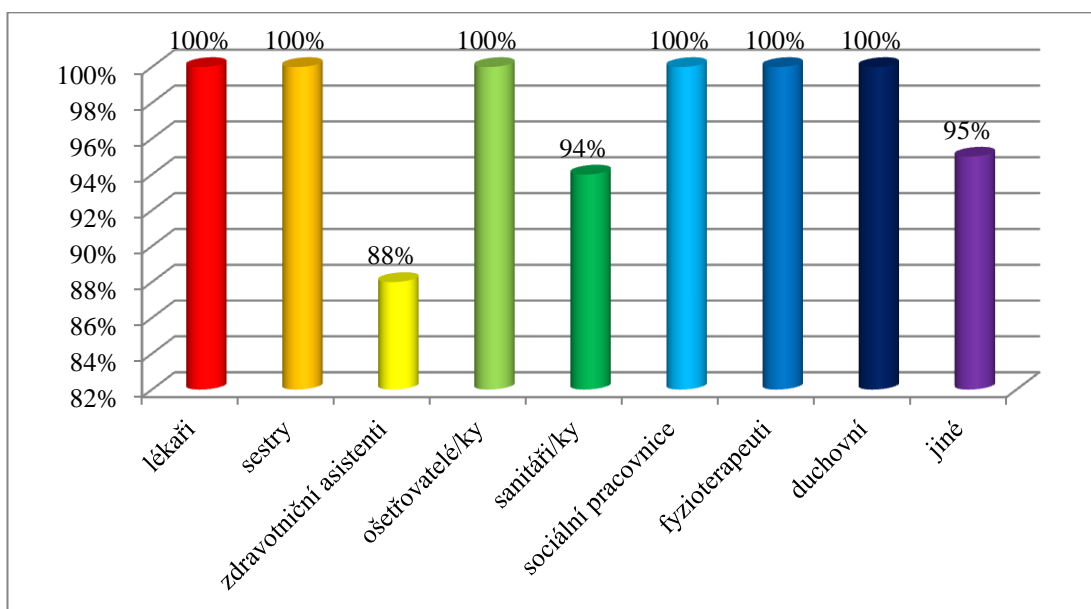
- u této otázky byla respondentům nabídnuta možnost více odpovědí

Tabulka č. 24 Složení multidisciplinárního týmu

	Absolutní četnost
Lékaři	96
Všeobecné sestry	96
Zdravotničtí asistenti	84
Ošetřovatelé/ošetřovatelky	96
Sanitáři/sanitářky	90
Sociální pracovnice	96
Fyzioterapeuti	96
Duchovní	96
Jiné	91

Zdroj: vlastní

Graf č. 19 Složení multidisciplinárního týmu



Zdroj: vlastní

Tato otázka je provázána s předchozí, kde se zjišťovalo, zda je důležitá pro poskytování paliativní péče spolupráce celého týmu. Tato otázka je konkrétně zaměřena na to, jací členové, respektive jaké pozice tvoří celý multidisciplinární tým. Hojně zastoupenou odpovědí byla také odpověď „Jiné“, kde tuto možnost využilo 91 (95%) respondentů. V tabulce č. 25 pod tímto textem uvádím položky, které se vyskytly v nabídce „Jiné“.

Tabulka č. 25 Jiné

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dobrovolníci	91	100%
Psychoterapeut	65	71%
Psycholog	2	2%
Nutriční terapeut	3	3%
Léčitel	1	1%

Zdroj: vlastní

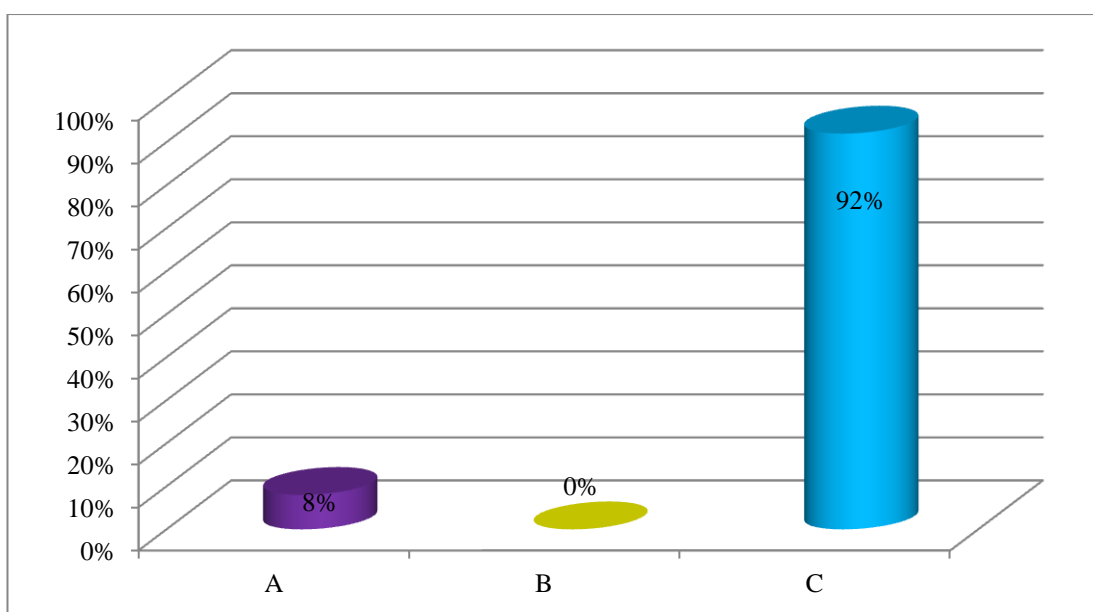
Otázka č. 24: Pokud by jste měl/a vybrat jednu ze tří odpovědí (reakcí), které jsou v nabídce, jakou by jste zvolil/a na otázku umírajícího pacienta: „Proč právě já?“

Tabulka č. 26 „Proč právě já?“

	Absolutní četnost
A - „zrovna teď nemám čas si s Vámi povídat“ (a rychle odejít)	8
B - „nejspíš jste si to zasloužil/a“	0
C - „nevím“	88
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 20 „Proč právě já?“



Zdroj: vlastní

Tato otázka byla zaměřena na reakci respondentů v konkrétním případě. Na otázku od pacienta: „Proč právě já?“ by 8 (8%) respondentů reagovalo únikem a 88 (92%) respondentů by zvolilo odpověď „nevím“.

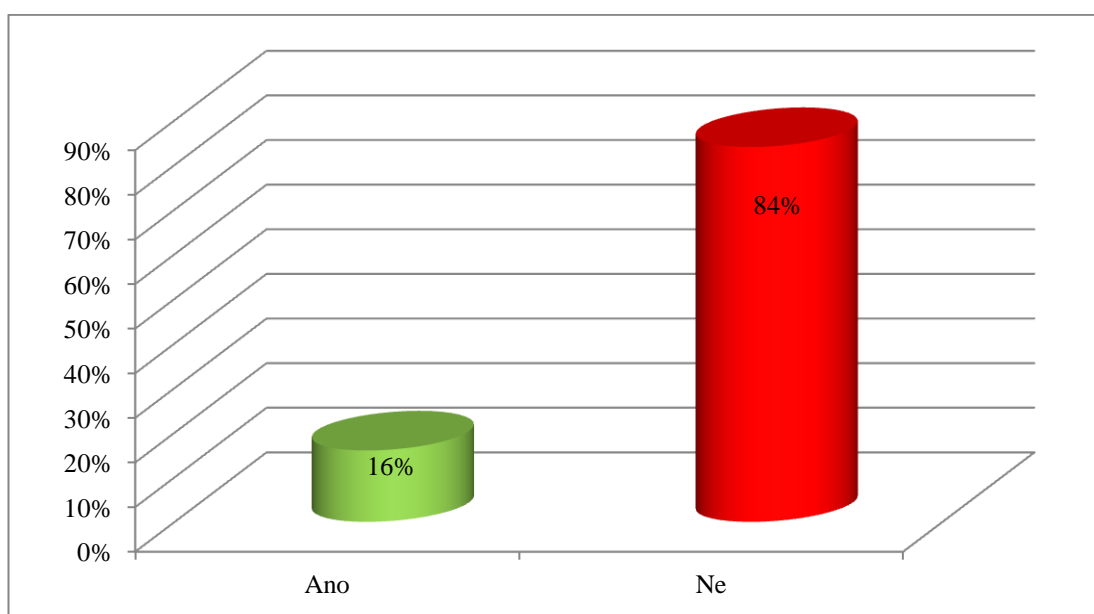
Otázka č. 25: Myslíte si, že se v okolí umírajícího vyskytuje přemíra členů Vašeho zdravotnického týmu?

Tabulka č. 27 Přemíra členů zdravotnického týmu

	Absolutní četnost
Ano	15
Ne	81
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 21 Přemíra členů zdravotnického týmu



Zdroj: vlastní

Ačkoliv je jasné, že důležitou roli hraje multidisciplinární tým, který o pacienta pečuje, někteří jeho členové se domnívají, že se v blízkosti pacienta vyskytuje až moc jeho osob, konkrétně 15 (16%) z celkového počtu 96 (100%) respondentů.

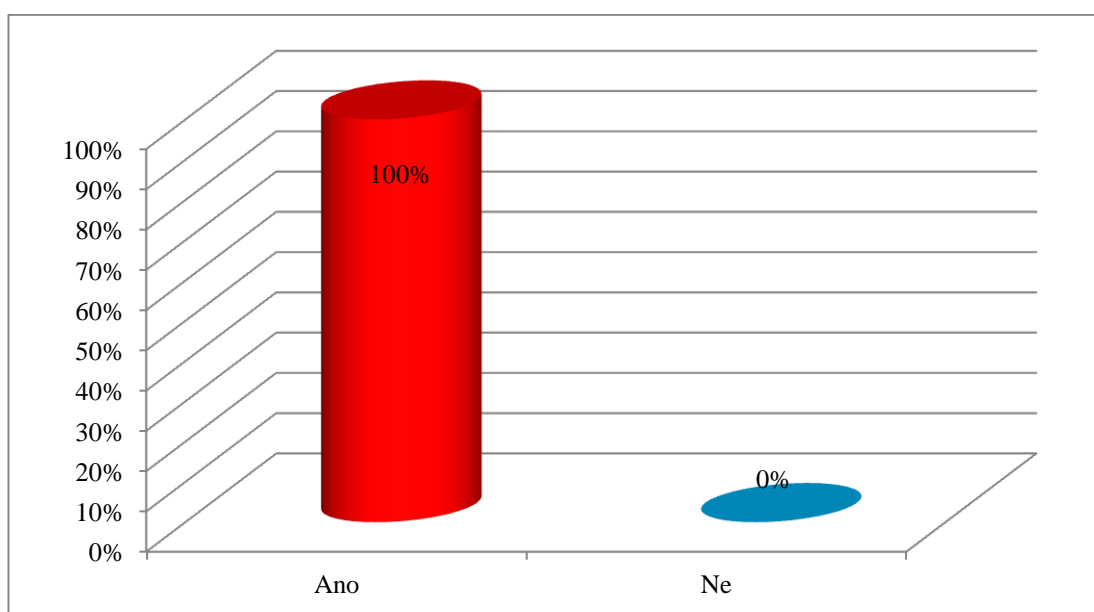
Otázka č. 26: Máte možnost, na svém pracovišti, dopřát rodinným příslušníkům chvíli o samotě s tělem zemřelého?

Tabulka č. 28 Chvíle o samotě se zemřelým

	Absolutní četnost
Ano	96
Ne	0
Celkem	96

Zdroj: vlastní

Graf č. 22 Chvíle o samotě se zemřelým



Zdroj: vlastní

Tato otázka směřovala k tomu, zda mají pozůstalý možnost rozloučit se o samotě se zemřelým a to hned, když se tato událost stane a ne až v obřadní síni. 96 (100%) respondentů odpovědělo „ano“.

10. Prezentace a interpretace získaných údajů

Hlavním cílem celé práce bylo zjistit, jak sestry, poskytující paliativní péči dokážou charakterizovat specifika své práce, jak vnímají pozitivní a negativní stránku své činnosti a jaké vzdělání jim umožňuje tuto specifickou činnost vykonávat.

Na začátku průzkumného šetření jsme si po stanovení hlavního cíle určili sedm hypotéz i s jejich kritérii, které byly orientovány na určité otázky v dotazníku.

Na základě popsané analýzy získaných dat můžeme posoudit, zda se určené hypotézy potvrdily či vyvrátily a zda bylo dosaženo stanoveného cíle.

Jako hypotézu č. 1 jsme si stanovili: *Předpokládám, že všeobecné sestry, poskytující paliativní péči absolvovaly vzdělávací akci v oboru paliativní péče.* K této hypotéze jsme si stanovili kritérium, že hypotéza bude potvrzena, jestliže 70% respondentů absolvovalo vzdělávací akci v oboru paliativní péče. K této hypotéze jsme si stanovili otázky v dotazníku č. 5, 6, 7, 8, 9 a 10.

K potvrzení hypotézy jsme se zaměřili na to, zda respondenti absolvovali vzdělávací akci v oboru paliativní péče, jakou formou vzdělávací akce probíhala a zda z ní respondenti získali něco nového (nový poznatek), který jim je přínosem pro zvyšování kvality poskytované péče. Z výsledků dat bylo zjištěno, že 96% respondentů vzdělávací akci absolvovalo, přičemž nejčastější forma vzdělávací akce je seminář. Všichni respondenti také uvedli, že se na vzdělávací akci dozvěděli nové informace. Z těchto informací lze říci, že hypotéza č. 1 je **potvrzena**.

Ověření hypotézy č. 2: *Předpokládám, že všeobecné sestry poskytující paliativní péči mají více psychicky náročnou práci, než sestry na jiných odděleních.* Jako kritérium k této hypotéze jsme si stanovili, že nadpoloviční většina, tedy více jak 50% respondentů, pracujících v oboru paliativní péče, bude ohrožena vznikem syndromu vyhoření.

K této hypotéze jsme si stanovili otázky v dotazníku č. 11, 12, 13, přičemž jako klíčové otázky jsme označili otázky č. 11 a 13. V otázce č. 11 se 59% respondentů shodlo, že sestry poskytující paliativní péči jsou více ve stresu než sestry na jiných pracovištích. A u otázky zda jsou sestry ohroženy více syndromem vyhoření než sestry na chirurgickém oddělení, odpověděla více jak polovina „ano“, konkrétně 74% respondentů. Z tohoto vyplývá, že hypotéza č. 2 se **potvrdila**.

Ověření hypotézy č. 3: *Předpokládám, že všeobecné sestry poskytující paliativní péči, dokážou charakterizovat pozitiva své práce.* Jako kritérium jsme si stanovili, že více jak nadpoloviční většina, tedy více jak 50% dokáže charakterizovat minimálně tři pozitiva, která se vyskytují při poskytování paliativní péče. K této hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky č. 16 a 17. V první otázce jsme se ptali, zda dokážou charakterizovat pozitiva, přičemž 94% odpovědělo „ano“. U otázky č. 17 jsme chtěli, aby daná pozitiva vypsali, přičemž jsme po respondentech žádali minimální počet tří pozitiv. Tuto podmínku splnilo 93% respondentů. Hypotéza č. 3 se tedy také **potvrdila**.

Ověření hypotézy č. 4: *Předpokládám, že všeobecné sestry poskytující paliativní péči, dokážou charakterizovat negativa své práce.* Opět jsme si jako kritérium této hypotézy stanovili, že nadpoloviční většina, tedy více jak 50% dokáže charakterizovat minimálně tři negativa, která se vyskytují při poskytování paliativní péče. V dotazníku jsme si k této hypotéze stanovili otázky č. 14 a 15. Z dotazníku se ukázalo, že 74 (77%) respondentů dokáže charakterizovat negativa při poskytování paliativní péče, avšak pouze 50 respondentů z těchto 74 to skutečně dokáže. Vyplývá tak ze skutečnosti, že pouze těchto 50 (68%) respondentů dokáže popsat negativa třemi charakteristikami. Hypotéza č. 4 se tedy **potvrdila**.

Ověření hypotézy č. 5: *Domnívám se, že k náplni všeobecné sestry, která poskytuje paliativní péči, patří i péče o pozůstalé.* Jako kritérium jsme si stanovili, že nadpoloviční většina, tedy více jak 50% respondentů poskytující paliativní péči, pečuje o pozůstalé.

K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 20, 21, 26. V těchto otázkách se ptáme, zda pečují všeobecné sestry o pozůstalé a jakým způsobem. Téměř všichni respondenti, tedy 97% pečují o pozůstalé. Na otázku č. 26 odpovědělo 100% respondentů kladně. Otázka zjišťovala, zda mají pozůstalý možnost zůstat se zemřelým chvíli o samotě, dle našeho mínění i tato činnost spadá k péči o pozůstalé, proto můžeme na základě této odpovědi a s přihlédnutím k ostatním otázkám konstatovat, že hypotéza č. 5 se opět **potvrdila**.

Ověření hypotézy č. 6: *Předpokládám, že všeobecné sestry, poskytující paliativní péči, zvládají komunikaci s umírajícím a rodinnými příslušníky*. K této hypotéze jsme si jako kritérium stanovili, že více jak nadpoloviční většina, tedy více jak 50% zdravotních sester, zvládá komunikaci s umírajícím a rodinnými příslušníky. K této hypotéze jsme určili v dotazníku otázky č. 18, 19 a 24. V těchto otázkách zjišťujeme, jak respondenti subjektivně hodnotí svoji komunikaci s umírajícím. Pouze 37% respondentů si je jisto svými schopnosti ve zvládnutí komunikace. 59% se přiklání k tomu, komunikaci zvládají a pouhé 1%, tedy jeden respondent hodnotí svoji komunikaci negativně. Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy jsme si jako určující otázku stanovili otázku č. 24, kde jsme respondentům nabídli vzory komunikace. 92% respondentů vybralo, dle našeho názoru nejvhodnější odpověď. Hypotéza č. 6 **je potvrzena**.

Ověření hypotézy č. 7: *Předpokládám, že všeobecné sestry, poskytující paliativní péči, do svého týmu zahrnují i duchovního (zástupce církve)*. Jako kritérium jsme si určili, že minimálně 60% respondentů (zdravotních sester) zařadí duchovního (zástupce církve) mezi členy svého multidisciplinárního týmu. K této hypotéze jsme si stanovili v dotazníku otázky č. 22, 23, 25. Přičemž jsme si jako hlavní určili otázku č. 23, která se zaměřuje přímo na členy týmu. 100% respondentů, řadí duchovního do svého týmu. Proto je hypotéza č. 7 **potvrzena**.

11. Diskuse

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jak sestry poskytující paliativní péči vnímají psychickou náročnost své práce, jak dokážou charakterizovat pozitiva a negativa své práce, jak zvládají komunikaci s umírajícím a jeho rodinou. Také jsme zjišťovali, zdali pečují o pozůstalé a jakým způsobem, a v neposlední řadě jsme se zaměřili na celý tým, ve kterém všeobecná sestra pracuje a který se vyskytuje v okolí umírajícího. Výsledky výzkumu jsme porovnávali s diplomovými pracemi, na které jsme v průběhu našeho šetření narazili.

Otázky č. 1, 2, 3, 4 byly věnovány vstupním údajům, jako je pohlaví, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání a forma poskytování paliativní péče. Tyto otázky byly pouze informativního rázu, ovšem dozvěděli jsme se z nich důležitá fakta. Jako například, že se našeho průzkumu zúčastnilo 96 (100%) respondentů, z nichž bylo pouhých 7% mužů. Z toho usuzujeme že počet mužů pracujících v oboru, který se zabývá paliativní péčí je několikanásobně menší než počet žen. Ovšem tento fakt si lze vysvětlit i tím, že ve zdravotnictví v nelékařské sféře pracuje celkově vyšší počet žen než mužů. Dalším překvapivým faktem pro nás bylo zjištění, že více jak polovina respondentů má pouze středoškolské vzdělání a převážná část pracuje v tomto oboru více jak 10 let. Délku praxe jsme porovnali s průzkumným šetřením, které uskutečnila ve své diplomové práci P. Zemanová. V její práci jsme dohledali, že délka praxe byla u více jak 50% respondentů vyšší než 10 let. Nezbyvá nic jiného než konstatovat fakt, že se sestry v tomto oboru pobývají, dle našeho názoru, dosti dlouhou dobu.

Otázka č. 6, vztahující se k hypotéze č. 1: *Předpokládám, že všeobecné sestry, poskytující paliativní péči, absolvovaly vzdělávací akce v oboru*, se zmiňuje o formě vzdělávací akce. Z výsledků šetření jasně vyplynulo, že nejčastější formou vzdělávací akce je seminář. Tak trochu nás toto zjištění nepřekvapilo, protože se domníváme, že je to nejjednodušší forma vzdělávací akce. Většinou totiž bývá jednodenní, bez nutnosti se nějak aktivně podílet.

Celkově lze říci, že práce sestry je jak po fyzické tak po psychické stránce dosti náročná, ať už sestra pracuje na jakémkoliv oddělení. Ovšem také si myslíme, že v některých odvětvích zdravotnické praxe je na sestru kladena větší psychická zátěž než v jiných odvětvích. Do takových odvětví řadíme například práci v hospicovém zařízení. Sestra se zde setkává s nevléčitelně nemocnými, jimž nemůže pomoci jinak, než v mírnění jejich symptomů. Také by se dalo říci, že smrt klienta patří k jejímu povolání.

V této práci jsme si určili hypotézu, konkrétně hypotézu č. 2, která je zaměřena na psychickou náročnost, která je kladena na sestru poskytující paliativní péči. Hypotéza č. 2: *Předpokládám, že všeobecné sestry poskytující paliativní péči mají více psychicky náročnou práci, než sestry na jiných odděleních*, byla potvrzena. Tudiž jsme došli ke stejnému závěru jako L. Paarová, která ve své diplomové práci rovněž došla k potvrzení, že nadpoloviční většině respondentů se zdá práce v hospicích náročnější po psychické stránce.

Otázky č. 14, 15, 16 a 17 jsme se snažili zaměřit na zjištění pozitiv a negativ, které se vyskytují při poskytování paliativní péče. Z odpovědí u těchto otázek vyplývá, že 94% respondentů odpovědělo „ano“ na otázku, zda dokážou definovat pozitiva své práce. Na stejnou otázku týkající se ale negativ, která se vyskytují při poskytování paliativní péče, odpovědělo 77% respondentů kladně, tedy že dokážou definovat negativa své práce. Na tomto příkladu bychom chtěli poukázat na skutečnost, že respondenti dokážou ve větší míře a lépe charakterizovat pozitiva než negativa své práce, tedy při poskytování paliativní péče.

V otázce č. 19 jsme zjišťovali subjektivní názor respondentů, zda se domnívají, že zvládají komunikaci s umírajícím a jeho rodinou. Kladně na tuto otázku odpovědělo 35 (37%) respondentů, záporně 1 (1%) a největší zastoupení měla odpověď většinou, ke které se přiklonilo 57 (59%) respondentů. S. O'Connor ve své knize polemizuje nad tématem, že zdravotničtí pracovníci mají nedostatečné vzdělání, dovedností a času aby komunikovali s umírajícím na takové úrovni, jakou on potřebuje. Také se zmiňuje o tom, že zdravotničtí pracovníci nemají dostatečné komunikační dovednosti, aby pomohli pacientům diskutovat o jejich problémech.

Nevíme, zda máme s autorkou souhlasit či ne. Výsledek našeho průzkumného šetření ukazuje, že respondenti komunikaci s umírajícím pacientem zvládají. Jako další důkaz dokládáme otázku č. 24, kde respondenti mají možnost vybírat z možných reakcí na pacientovu otázku. 92% respondentů zde odpovědělo možnost „C“, což je dle našeho názoru ta nejlepší odpověď (více v tab. č. 26).

Nicméně se domníváme, že výsledek našeho šetření, konkrétně komunikace umírajícím, je značně ovlivněna délkou praxe našich respondentů. Domníváme se, že respondenti pracující s umírajícími tolik let musí vědět a hlavně umět s nemocnými komunikovat.

Otázka č. 21 navazovala na předchozí, tedy č. 20, kde jsme zjišťovali, zda respondenti pečují o pozůstalé. 97% respondentů odpovědělo kladně, pouhá 3% respondentů odpověděla „ne“. Otázka č. 21 zjišťuje, jak konkrétně respondenti o pozůstalé pečují. Nejčastěji zastoupenou odpovědí bylo setkání s pozůstalými, kdy se pouze měnil interval mezi setkáními. Jeden respondent také uvedl, jak takové setkání s pozůstalými vypadá. Většinou jsou pozváni pomocí pohledu, který jim je zaslán na uvedenou adresu. V případě že se pozůstalý takového setkání účastní, čeká ho bohoslužba a následná rozprava s pracovníky hospice u čaje a pohoštění. Časový interval tohoto setkání je údajně okolo 1,5-2 hodin.

Sestra, která pečuje o umírajícího je ovlivňována několika faktory, respektive její práci lze ovlivňovat určitými faktory, které se vyskytují v průběhu péče o nemocného. Do těchto faktorů můžeme zařadit téměř cokoliv, jako například nečekané obtíže pacienta, neočekávaná žádost rodiny, stres, denní doba a mnoho dalších. Ovšem myslíme si, že takovým nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje práci sestry při poskytování paliativní péče je její tým, tzv. multidisciplinární tým.

Na tento tým jsme se také zaměřili při našem průzkumném šetření. Respektive jsme zjišťovali z jakých pozic, tedy pracovníků se multidisciplinární tým skládá a zda sestry do svého týmu zahrnují i duchovního (zástupce církve). K tomu jsme si stanovili hypotézu č. 7: *Předpokládám, že všeobecné sestry, poskytující paliativní péči, do svého týmu zahrnují i duchovního (zástupce církve).* Z výsledku vyplývá, že všichni respondenti do svého týmu zahrnují duchovního a mimo jiné i spoustu dalších pozic. Jedna z nejbizarnějších pozic je pro nás léčitel. Ovšem více nás zaujal fakt, že téměř všichni respondenti řadí do svého týmu dobrovolníky z „venku“, tedy laiky. Dalšími zastoupenými pozicemi, které nebyli v možném výběru, jsou například psycholog, psychoterapeut, nutriční pracovník nebo pečovatelé.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci na téma: „Specifika práce sestry v paliativní medicíně“ se zabývám problematikou paliativní péče. Především se zabývám důležitými aspekty, které ovlivňují práci sestry, jenž paliativní péči poskytuje.

V teoretické části jsem se zaměřila na vymezení pojmu paliativní péče, na její historii u nás i v Evropě. Dále jsem se zaměřila na nejčastější symptomy, která umírající doprovází a na charakteristiku práce sestry, která o pacienta s těmito symptomy pečuje.

V teoretické části se také zmiňuji o vzdělání, které všeobecné sestře umožňuje vykonávat tuto specifickou činnost a především její motivaci, která jí pomáhá dojít k uspokojení ze své práce. Za důležitou kapitolu pokládám část, kde se zmiňuji o komunikaci s umírajícím a jeho rodinou, a v neposlední řadě komunikaci s pozůstalými. Za důležitý a neopomíjený faktor, který ovlivňuje práci sestry, označuji multidisciplinární tým, se kterým všeobecná sestra spolupracuje. Proto jsem do své práce začlenila kapitolu věnovanou tomuto tématu, a to především složení multidisciplinárního týmu.

V praktické části jsem si stanovila cíl zjistit, jak sestry, poskytující paliativní péči, dokážou charakterizovat specifika své práce, jak vnímají pozitivní a negativní stránku své činnosti a jaké vzdělání jim umožňuje tuto specifickou činnost vykonávat. Abych získala větší rozhled rozhodla jsem se pro průzkumné šetření formou dotazníků. Po detailnějším zhodnocení konstatuji, že jsem stanovený cíl splnila.

Dotazníkové šetření pro mě přineslo pár nových zjištění. Například bych chtěla uvést fakt, že sestry řadí do svého týmu i dobrovolníky z laické veřejnosti. S tímto názorem nejsem až tak moc ztotožněna, vezmu-li v úvahu, že multidisciplinární tým, tedy tým pečující o pacienta, má k dispozici pacientovu „složku“ (chorobopis), se všemi jeho údaji, někdy i citlivými. Těžko si představit, že má dobrovolník možnost do této složky nahlížet. Proto bych navrhovala další šetření týkající se spolupráce zdravotních sester a dobrovolníků při péči o pacienta, kde by byli zohledněny kompetence dobrovolníků z laické veřejnosti.

LITERATURA A PRAMENY

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BECKER, Horst D. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Překlad Miloslav Duda. Praha: Grada, 2005, xxv, 852 s. ISBN 80-247-0720-9.
3. BYSTRICKÝ, Zdeněk a MIKEŠOVÁ, Emilie. U nemocných s pokročilým onemocněním. In: *Zdraví.e15* [online]. 2002 [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/u-nemocnych-s-pokrocilym-onemocnenim-145908>.
4. Cancer: WHO Definition of Palliative Care. *World Health Organization* [online]. 2015 [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
5. CEJTHAMR, Václav a DĚDINA, Jiří. *Management a organizační chování*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2010. 344 s. ISBN 978-80-247-3348-7.
6. Co dělat, když někdo potřebuje hospicovou péči?. *Hospice.cz* [online]. 2010 [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-delat-kdyz-nekdo-potrebuje-hospicovou-peci/>.
7. Co je hospicová péče?. *Osobniasistence.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>.
8. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-802-4718-682.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, nauka o smrti a umírání*. Praha: Galén 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
11. HUGHES, Ronda G. a kol. Palliative Wound Care at the End of Life. *Agency for Healthcare Research and Quality* [online]. 2005 [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/coordination/wound/index.html>.

12. CHOVANCOVÁ, Jana. *Paliativní péče a její možnosti v Domě pokojného stáří Zlín*. Zlín, 2010. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Zuzana Tichá.
13. KABELKA, Ladislav, SLÁMA, Ondřej. *Organizace paliativní péče v České republice*. [online]. 2014 [cit. 2014-12-10]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/organizaceppvcr.pdf>.
14. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-802-4718-309.
15. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 236 s. ISBN 978-802-4728-308.
16. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
17. KLINKOVÁ, Květoslava. *Prevence dekubitů, léčba a ošetrování*. *Zdraví.e15.cz* [online]. 2008 [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/prevence-dekubitu-lecba-a-osectrovani-372839>.
18. KOUŘILOVÁ, Irena. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 76 s. ISBN 978-802-4726-823.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
20. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
21. LUKÁŠ, Karel a ŽÁK, Aleš. *Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4727-646.
22. MAĎAR, Rastislav a kol. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
23. *Maligní rány*. *Hojení-ran.cz* [online]. 2015 [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://www.hojeni-ran.cz/maligni-rany>.
24. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-711.
25. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-802-4723-198.

26. O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. České. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
27. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec(2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům : přijaté Výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů*. Praha: Cesta domů, 2004, 46 s. ISBN 80-239-4332-4.
28. *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013. 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
29. PAYNE, Sheila, SEYMOUR, Jane a INGLETON, Christine. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-251.
30. PAAROVÁ, Lucie, 2008. *Motivace sestry pro práci v hospici*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miroslava Kyasová.
31. PINKAVOVÁ, Hana. *Multidisciplinární tým: sborník z odborné konference s mezinárodní účastí : Brno 27.4.2006* [online]. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006[cit. 2015-01-13]. ISBN 80-701-3437-2.
32. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-802-4738-710.
33. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-802-4735-580.
34. POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-802-4743-165.
35. Principy paliativní péče: Paliativní péče. *Umirani.cz* [online]. 2015 [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/principy-paliativni-pece.html>.
36. RADBRUCH, Lukas, PAYNE, Sheila a kolektiv. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. In: *Umirani.cz* [online]. 2010 [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/013/001488.pdf>.
37. SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. Paliativní péče v České republice v roce 2013. *Paliativnimedicina.cz* [online]. 2013 [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/paliativni-pece-v-ceske-republice-v-roce-2013>.
38. STEM/MARK. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné. Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro Cestu domů*. [online] 2011 [cit. 2014-12-06]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>.

39. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd. V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
40. SVĚTLÁK, Miroslav, SUCHÝ, A. *Psychologická péče o zdravotníky v onkologii: současná teorie a praxe v podmínkách českého zdravotnictví*. *Klinická Onkologie* 2011, S.302–307. [online] 2014 [cit. 2014-12-06]. Dostupné z: <http://www.eonkologie.cz/cs/2011-4/2011-04-svetlak>.
41. THE, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-24-4.
42. TOMÍŠKA, Miroslav a VORLÍČEK, Jiří. Nevolnost a zvracení v paliativní léčbě. In: *Zdravi.e15.cz: Postgraduální medicína* [online]. 2001 [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/nevolnost-a-zvraceni-v-paliativni-lecbe-134573>.
43. TOMÍŠKA, Miroslav. Výživa onkologicky nemocného. *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 2010 [cit. 2014-12-26]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/>.
44. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.
45. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 159 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.
46. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka a VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada., 2006. 328 s. Sestra. ISBN 80-247-1716-6.
47. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
48. VORLÍČKOVÁ, Hilda. Únava při nádorovém onemocnění. *Zdravi.e15.cz* [online]. 2005 [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/unava-pri-nadorovem-onemocneni-304314>.
49. Vyhodnocení rizika vzniku dekubitu - preventivní opatření dle stupně rizika. *Obnovený blog o ošetrovatelství* [online]. 2009 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://gebymaruska.blog.cz/0908/vyhodnoceni-rizika-vzniku-dekubitu-preventivni-opatreni-dle-stupne-rizika>.

50. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 272 s. ISBN 978-802-4734-200.
51. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.
52. ZEMANOVÁ, Pavla, 2011. *Hospicová péče v ČR*. Bakalářská práce. Katedra ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita. Vedoucí práce Lenka Kroupová.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2 Délka praxe

Tabulka č. 3 Vzdělání

Tabulka č. 4 Forma poskytování paliativní péče

Tabulka č. 5 Účast na vzdělávacích akcích

Tabulka č. 6 Forma vzdělávací akce

Tabulka č. 7 Jiné

Tabulka č. 8 Přínos vzdělávací akce

Tabulka č. 9 Nové vědomosti ze vzdělávací akce

Tabulka č. 10 Nová vědomost

Tabulka č. 11 Využití nových vědomostí

Tabulka č. 12 Stres sester poskytujících paliativní péči

Tabulka č. 13 Znalost syndromu vyhoření

Tabulka č. 14 Ohrožení syndromem vyhoření

Tabulka č. 15 Negativa při poskytování paliativní péče

Tabulka č. 16 Negativa

Tabulka č. 17 Pozitiva při poskytování paliativní péče

Tabulka č. 18 Pozitiva

Tabulka č. 19 Význam komunikace

Tabulka č. 20 Zvládání komunikace

Tabulka č. 21 Péče o pozůstalé

Tabulka č. 22 Forma péče o pozůstalé

Tabulka č. 23 Význam spolupráce celého týmu

Tabulka č. 24 Složení multidisciplinárního týmu

Tabulka č. 25 Jiné

Tabulka č. 26 „Proč právě já?“

Tabulka č. 27 Přemíra členů zdravotnického týmu

Tabulka č. 28 Chvilky o samotě se zemřelým

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Graf č. 2 Délka praxe

Graf č. 3 Vzdělání

Graf č. 4 Forma paliativní péče

Graf č. 5 Účast na vzdělávací akci

Graf č. 6 Forma vzdělávací akce

Graf č. 7 Přínos vzdělávací akce

Graf č. 8 Nové vědomosti ze vzdělávací akce

Graf č. 9 Využití nových vědomostí

Graf č. 10 Stres sester poskytujících paliativní péči

Graf č. 11 Znalost syndromu vyhoření

Graf č. 12 Ohrožení syndromem vyhoření

Graf č. 13 Negativa při poskytování paliativní péče

Graf č. 14 Pozitiva při poskytování paliativní péče

Graf č. 15 Význam komunikace

Graf č. 16 Zvládání komunikace

Graf č. 17 Péče o pozůstalé

Graf č. 18 Význam spolupráce celého týmu

Graf č. 19 Složení multidisciplinárního týmu

Graf č. 20 „Proč právě já?“

Graf č. 21 Přemíra členů zdravotnického týmu

Graf č. 22 Chvilky o samotě se zemřelým

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Hodnocení rizika vzniku dekubitů (obrázek)

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Žádosti o dotazníkové šetření - Čerčany, Červený Kostelec

Příloha č. 4 Žádosti o dotazníkové šetření – Cheb, Most

Příloha č. 5 Žádosti o dotazníkové šetření – Olomouc, Plzeň

Příloha č. 6 Žádost o dotazníkové šetření – Valašské Meziříčí

Přílohy

Příloha č. 1: Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita					
Úplná	4	00-10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Úplná	4	Chodí	4			
Malá	3	11-30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31-60	2	Vlhká	2	Kachexie Obezita On.cév A jiné	Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	nad 60	1	Suchá	1		Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Zdroj: Obnovený blog o ošetřovatelství, 2009.

Příloha č. 2: Dotazník

Vážená paní, vážený pane

Jmenuji se Šárka Drtinová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni, kde navštěvuji druhý ročník navazujícího magisterského studia oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřen na poskytování paliativní péče. Dotazník je určen pro všeobecné sestry a je zcela anonymní. Jeho výsledky budou použity ke zpracování mé diplomové práce.

Návod k vyplnění dotazníku - u jednotlivých odpovědí zakroužkujte prosím nejvhodnější odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za spolupráci a za Váš čas

Šárka Drtinová

Jste muž/žena?

- muž
- žena

Délka praxe v oboru paliativní péče?

- méně než rok
- 1-2 roky
- 2-5 let
- 5-10 let
- 10 let a více

Vaše vzdělání?

- SŠ
- VOŠ
- VŠ

Jakou formou poskytujete paliativní péči? (zde máte možnost zaškrtnout více odpovědí)

- domácí hospicová péče
- stacionární hospicová péče (při denním pobytu)
- lůžková hospicová péče

V rámci celoživotního vzdělání máte možnost využít vzdělávací akce ve Vašem oboru.

Využil/a jste někdy této nabídky? (Pokud odpovíte „ne“ pokračujte u otázky č. 12)

- ano
- ne

Jakou formou byla vzdělávací akce uskutečněna? (vyplňte pouze v případě, že jste u otázky č. 5 odpověděl/a „ano“, máte možnost zaškrtnout více odpovědi)

- seminář
- certifikovaný kurz
- jiné, uveďte prosím:

.....

Myslíte si, že vzdělávací akce jsou přínosem pro zvyšování kvality (hospicové) péče? (vyplňte pouze v případě, že jste u otázky č. 5 odpověděl/a „ano“)

- ano
- ne

Dozvěděl/a jste se při vzdělávací akci něco nového (podnětného)? (vyplňte pouze v případě, že jste u otázky č. 5 odpověděl/a „ano“)

- ano
- ne

Napište prosím, čeho se nová vědomost týkala (vyplňte pouze v případě, že jste u otázky č. 8 odpověděl/a „ano“):

.....

.....

.....

Vyžíváte získané vědomosti / dovednosti v přímé péči o pacienta? (vyplňte pouze v případě, že jste u otázky č. 8 odpověděl/a „ano“):

- ano
- ne

Myslíte si, že jsou sestry poskytující paliativní péči více ve stresu než sestry na jiných pracovištích?

- ano
- ne
- nevím

Víte co znamená „Syndrom vyhoření“?

- ano
- ne
- nejsem si jistý/á

Myslíte si, že jste, v souvislosti s Vaším povoláním (tzn. s poskytováním paliativní péče), ohrožen/a „Syndromem vyhoření“ více, než sestra pracující na chirurgickém oddělení?

- ano
- ne

Dokážete definovat negativa při poskytování paliativní péče?

- ano
- ne

Vypište alespoň tři negativa, která Vás napadají v souvislosti s poskytováním paliativní péče

.....

.....

.....

.....

Vidíte na své práci (poskytování paliativní péče) nějaká pozitiva?

- ano
- ne

Charakterizujte alespoň tři pozitiva, která spatřujete v poskytování paliativní péče

.....

.....

.....

.....

Domníváte se, že je v paliativní péči důležitá komunikace?

- ano
- ne
- nevím

Myslíte si, že zvládáte komunikaci s umírajícím a rodinnými příslušníky?

- ano
- ne
- většinou
- nedokážu posoudit

Pečujete ve Vašem zdravotnickém zařízení v rámci poskytování paliativní péče i o pozůstalé?

- ano
- ne

Popište prosím, jak taková péče o pozůstalé vypadá a na co je zaměřena (vyplňte pouze v případě, že jste u otázky č. 23. Odpověděl/a „ano“)

.....

.....

.....

.....

Myslíte si, že je při poskytování paliativní péče, důležitá spolupráce celého týmu?

- ano
- ne
- nevím

Zaškrtněte prosím, s jakými členy týmu se setkáváte na svém pracovišti

- lékaři
- všeobecné sestry
- zdravotničtí asistenti
- ošetřovatelé/ošetřovatelky
- sanitáři/sanitářky
- sociální pracovnice
- fyzioterapeuti
- duchovní
- jiné, uveďte prosím:

.....

Pokud by jste měl/a vybrat jednu ze tří odpovědí (reakcí), které jsou v nabídce, jakou by jste zvolil/a na otázku umírajícího pacienta: „Proč právě já?“

- „zrovna teď nemám čas si s Vámi povídat“ (a rychle odejít)
- „nejspíš jste si to zasloužil/a“
- „nevím“

Myslíte si, že se v okolí umírajícího vyskytuje přemíra členů Vašeho zdravotnického týmu?

- ano
- ne

Máte možnost, na svém pracovišti, dopřát rodinným příslušníkům chvíli o samotě s tělem zemřelého?

- ano
- ne


Příloha č. 3 Žádosti o dotazníkové šetření - Čerčany, Červený Kostelec

Vrchní sestra
Vlasta Chaloupecká
Hospic Dobrého Pastýře
Sokolská 584, 257 22 Čerčany

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření k diplomové práci

Jmenuji se Šárka Drtinová a v rámci své diplomové práce provádím průzkumné šetření, kde se zabývám poskytováním paliativní péče a hlavními specifiky této práce. Jedná se o kvantitativní šetření s cílem zmapovat specifika při poskytování paliativní péče.
Chtěla bych Vás proto touto formou požádat, jako jedno z vybraných zařízení, o souhlas k provedení průzkumného šetření a možnost vyplnění dotazníků Vašimi pracovníky.
Získaná data budou zpracována anonymně.

Prosim o sdělení Vašeho rozhodnutí!


Děkuji 

Šárka Drtinová
Studentka 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Šárka Drtinová
Radobyčická 20
301 00, Písek

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:


Podpis: 
Vlasta Chaloupecká
Hospic Dobrého Pastýře
Sokolská 584, 257 22 Čerčany
tel. 317 771 81, fax 317 703 961
H20 0823010
NOZ 0823010, T31

Vrchní sestra
Petra Nováková
Hospic Anelský Česká
Červený Kostelec

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření k diplomové práci

Jmenuji se Šárka Drtinová a v rámci své diplomové práce provádím průzkumné šetření, kde se zabývám poskytováním paliativní péče a hlavními specifiky této práce. Jedná se o kvantitativní šetření s cílem zmapovat specifika při poskytování paliativní péče.
Chtěla bych Vás proto touto formou požádat, jako jedno z vybraných zařízení, o souhlas k provedení průzkumného šetření a možnost vyplnění dotazníků Vašimi pracovníky.
Získaná data budou zpracována anonymně.

Prosim o sdělení Vašeho rozhodnutí!


Děkuji 

Šárka Drtinová
Studentka 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Šárka Drtinová
Radobyčická 20
301 00, Písek

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Podpis: 
Hospic Anelský Česká
Červený Kostelec
H20 0823010
NOZ 0823010, T31

Příloha č. 4 Žádosti o dotazníkové šetření – Cheb, Most

Ředitelka a koordinátorka péče
Alena Votavová, DiS.
Hospic Sv. Jiří
Svobody 520/3, Cheb 35002

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření k diplomové práci

Jmenuji se Šárka Drtinová a v rámci své diplomové práce provádím průzkumné šetření, kde se zabývám poskytováním paliativní péče a hlavními specifiky této péče. Jedná se o kvantitativní šetření s cílem zmapovat specifika při poskytování paliativní péče.

Chtěla bych Vás proto touto formou požádat, jako jedno z vybraných zařízeních, o souhlas k provedení průzkumného šetření a možnost vyplnění dotazníků Vašimi pracovníky. Získaná data budou zpracována anonymně.

Prosim o sdělení Vašeho rozhodnutí

Děkuji *Drtinová*

Šárka Drtinová
Studentka 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Šárka Drtinová
Radobyčická 20
301 00, Plzeň

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Podpis: *Votavová*

Vrchní sestra
Bc. Jana Hanzlíková
Hospic v Mostě

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření k diplomové práci

Jmenuji se Šárka Drtinová a v rámci své diplomové práce provádím průzkumné šetření, kde se zabývám poskytováním paliativní péče a hlavními specifiky této péče. Jedná se o kvantitativní šetření s cílem zmapovat specifika při poskytování paliativní péče.

Chtěla bych Vás proto touto formou požádat, jako jedno z vybraných zařízeních, o souhlas k provedení průzkumného šetření a možnost vyplnění dotazníků Vašimi pracovníky. Získaná data budou zpracována anonymně.

Prosim o sdělení Vašeho rozhodnutí

Děkuji *Drtinová*

Šárka Drtinová
Studentka 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Šárka Drtinová
Radobyčická 20
301 00, Plzeň

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Podpis: *Hanzlíková*
VYKONÁVÁČKA ÚŘADU
A. J. s. r. o. s p r o s t o p e d e n ě m
S t a n o v a 1 1 1 6 , 3 0 1 0 0 M o s t
I C O 2 5 2 4 3 0 3 8 1

Příloha č. 5 Žádosti o dotazníkové šetření – Olomouc, Plzeň

Ředitel Mgr. Jiří Borík
Hospic na Svatém kopečku
Sadové nám. 24
Olomouc 779 00

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření k diplomové práci

Jmenuji se Šárka Drtinová a v rámci své diplomové práce provádím průzkumné šetření, kde se zabývám poskytováním paliativní péče a hlavními specifiky této práce. Jedná se o kvantitativní šetření s cílem zmapovat specifika při poskytování paliativní péče.
Chtěla bych Vás proto touto formou požádat, jako jedno z vybraných zařízení, o souhlas k provedení průzkumného šetření a možnost vyplnění dotazníků Vašimi pracovníky.
Získaná data budou zpracována anonymně.

Prosim o sdělení Vašeho rozhodnutí

Děkuji 

Šárka Drtinová
Studentka 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Šárka Drtinová
Radobyčická 20
301 00, Plzeň

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Podpis:



Vrchní sestra
Ivana Kalousová
Hospic sv. Lazára,
Sladkovského 66,
326 00 Plzeň

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření k diplomové práci

Jmenuji se Šárka Drtinová a v rámci své diplomové práce provádím průzkumné šetření, kde se zabývám poskytováním paliativní péče a hlavními specifiky této práce. Jedná se o kvantitativní šetření s cílem zmapovat specifika při poskytování paliativní péče.
Chtěla bych Vás proto touto formou požádat, jako jedno z vybraných zařízení, o souhlas k provedení průzkumného šetření a možnost vyplnění dotazníků Vašimi pracovníky.
Získaná data budou zpracována anonymně.

Prosim o sdělení Vašeho rozhodnutí

Děkuji 

Šárka Drtinová
Studentka 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Šárka Drtinová
Radobyčická 20
301 00, Plzeň

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Podpis:




Příloha č. 6 Žádost o dotazníkové šetření – Valašské Meziříčí

Vedoucí ošetrovatelské péče
Bc. Naděžda Matochová, DiS.
Diakonie ČCĚ – hospic Citadela
Žerotínova 18421
757 01 Valašské Meziříčí

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření k diplomové práci

Jmenuji se Šárka Drtinová a v rámci své diplomové práce provádím průzkumné šetření, kde se zabývám poskytováním paliativní péče a hlavními specifiky této práce. Jedná se o kvantitativní šetření s cílem zmapovat specifika při poskytování paliativní péče.

Chtěla bych Vás proto touto formou požádat, jako jedno z vybraných zařízení, o souhlas k provedení průzkumného šetření a možnost vyplnění dotazníků Vašimi pracovníky.
Získaná data budou zpracována anonymně.

Prosim o sdělení Vašeho rozhodnutí!

Děkuji! *Drtinová*

Šárka Drtinová
Studentka 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Šárka Drtinová
Radobyčická 20
301 00, Plzeň

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Podpis:

Bc. Naděžda Matochová

