

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Květa Saskie Velková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Květa Saskie Velková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PALIATIVNÍ PÉČE JAKO SOUČÁST
OŠETŘOVATELSVÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Václava Maříková Zvadroňová

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Květa Saskie Velková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Paliativní péče jako součást Ošetrovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Václava Maříková Zvadroňová

Počet stran – číslované: 57

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 51

Klíčová slova: Paliativní péče, smrt, ošetrovatelství, všeobecné sestry, vzdělání.

Souhrn:

V této bakalářské práci se věnujete vzděláváním v paliativní péči. Zaměřily jsme se na především všeobecné sestry, které v oblasti paliativní péči pracují. Práci jsme rozdělily na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části popisujeme pojem paliativní péče, její historii a fungování. Poslední část je věnována všeobecným sestřím, jejich vzděláváním a komunikací v paliativní péči.

V praktické části jsme se zaměřili na vzdělání všeobecných sester pro práci v paliativní péči. Výzkum jsme prováděli formou dotazníkového šetření. Zde jsme zjišťovaly jejich vzdělání v oblasti paliativní péče, kde se poprvé setkaly s pojmem paliativní péče, kde vidí největší překážky v jejím poskytování a jaké mají podněty na zlepšení situace.

Abstract

Surname and name: Květa Saskie Velková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Palliative care as a part of Nursing

Consultant: Mgr. Václava Maříková Zvadroňová

Number of pages – numbered: 57

Number of pages – unnumbered:

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 51

Keywords: Palliative care, death, nursing, general nurses, education.

Summary:

In this bachelor thesis you focus on education in palliative care. We focused mainly on general nurses who work in the field of palliative care. We divided the work into a theoretical part and a practical part. In the theoretical part we describe the concept of palliative care, its history and functioning. The last part is devoted to general nurses, their education and communication in palliative care.

In the practical part, we focused on the education of general nurses to work in palliative care. We conducted the research in the form of a questionnaire survey. Here we found out their education in the field of palliative care, where they first encountered the concept of palliative care, where they see the biggest obstacles in its provision and what are the incentives to improve the situation.

Předmluva

V této bakalářské práci se zabýváme tématem Paliativní péče jako součást Ošetrovatelství. Hlavním cílem bylo zjistit motivaci sester pro práci v paliativní péči. Toto téma jsme si vybraly z důvodu rozvoje paliativní péče v České Republice.

Práce v paliativní péči je velmi náročná a není vhodná pro každého zdravotníka. Člověk zde se každodenně setkává s umírajícími. Dále se zdravotník setkává s rodinami, později pozůstalými, kteří jsou zahrnuti do péče. Účelem práce bylo zjistit, jakou mají zdravotničtí pracovníci motivaci k výkonu takto ošetrovatelsky náročné péče.

Dále jsme zjišťovaly, jak jsou zdravotničtí pracovníci vzdělávání v oblasti paliativní péče. Z informací které jsme získaly z dotazníkového šetření, jsme sestavily doporučení pro praxi, která vychází z tématu naší práce.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Václavě Maříkové Zvadroňové za odborné vedení, trpělivost, cenné rady a čas který mi věnovala při tvorbě mé práce. Poděkování patří všem zdravotníkům, kteří věnovali čas vyplnění mého dotazníku. Dále patří také všem vedoucím pracovníkům, kteří mi umožnili provádět výzkum v jejich zdravotnických zařízeních. Na závěr bych ráda poděkovala celé mé rodině a přátelům za podporu během studia.

OBSAH

| | |
|---|--|
| SEZNAM GRAFŮ | CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA. |
| SEZNAM ZKRATEK | 11 |
| ÚVOD..... | 14 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 16 |
| 1 PALIATIVNÍ PÉČE | 16 |
| 1.1 Vymezení pojmu paliativní péče | 16 |
| 1.2 Principy a cíle v paliativní péči..... | 17 |
| 1.3 Cílová skupina pro poskytování paliativní péče | 17 |
| 2 HISTORIE PALIAITVNÍ PÉČE | 19 |
| 2.1 Historie paliativní péče ve světě | 19 |
| 2.2 Historie paliativní péče v ČR..... | 21 |
| 2.2.1 První dáma hospicového hnutí- Marie Svatošová | 22 |
| 2.3 Současná situace V České Republice | 22 |
| 3 UMÍRÁNÍ | 24 |
| 3.1 Pre finem..... | 24 |
| 3.2 In finem..... | 24 |
| 3.3 Post finem | 25 |
| 3.4 Komunikace v paliativní péči | 25 |
| 3.5 Rodina v paliativní péči | 27 |
| 4 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE | 29 |
| • Obecná paliativní péče..... | 29 |
| • Specializovaná paliativní péče..... | 29 |
| • Formy specializované péče..... | 29 |
| 4.1 Dětská paliativní péče | 30 |
| 4.2 Instituce zabývající se paliativní péčí v ČR..... | 31 |
| 5 SETRY V PALIATIVNÍ PÉČI..... | 33 |
| 5.1 Vzdělávání sester | 33 |
| 5.2 Paliativní péče ve výuce | 33 |
| 5.3 Motivace sester pro práci v paliativní medicíně | 34 |
| 5.4 Úkoly sestry v péči o umírající | 35 |
| 5.5 Potřeby biologické | 35 |
| 5.6 Potřeby psychologické..... | 36 |
| 5.7 Potřeby sociální..... | 36 |
| 5.8 Potřeby spirituální..... | 36 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 38 |

| | | |
|----|---|----|
| 6 | FORMULACE PROBLÉMU | 38 |
| 7 | CÍL A ÚKOLY PRÁCE | 39 |
| | Hlavní cíl | 39 |
| | Dílčí cíle | 39 |
| 7 | VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 40 |
| 8 | CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU | 41 |
| 9 | METODIKA PRÁCE..... | 42 |
| 10 | ORGANIZACE VÝZKUMU..... | 42 |
| 11 | ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ..... | 44 |
| | DISKUZE | 66 |
| | ZÁVĚR..... | 70 |
| | BIBLIOGRAFIE | 71 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 76 |
| | PŘÍLOHY | 77 |
| | Příloha 1-Dotazník..... | 77 |
| | Příloha 2 -Rešerže..... | 81 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1-Pohlaví respondentů..... | 44 |
| Graf 2-Věk respondentů | 45 |
| Graf 3-Vzdělání respondentů..... | 46 |
| Graf-4 Délka práce ve zdravotnictví | 47 |
| Graf 5-Délka práce v paliativní péči..... | 48 |
| Graf 6-Pracovní pozice | 49 |
| Graf 7-Místo výkonu práce | 50 |
| Graf 8-Setkání s pojmem před nástupem do praxe..... | 51 |
| Graf 9-Místo setkání s pojmem paliativní péče..... | 52 |
| Graf 10-Paliativní péče ve výuce..... | 53 |
| Graf 11-Důvod zaměření na obor | 54 |
| Graf 12-Specializace v oboru | 55 |
| Graf 13-Možnost doplnění specializace | 56 |
| Graf 14-Znalost poskytování obecné paliativní péče | 57 |
| Graf 15-Největší překážky v poskytování péče..... | 58 |
| Graf 16-Pocit dostatečného vzdělání..... | 59 |
| Graf 17-Péče o pacientovo blízké..... | 60 |
| Graf 18-Dostatečná pozornost věnovaná paliativní péči | 61 |
| Graf 19-Největší rezerva v poskytování paliativní péče | 62 |
| Graf 20-Nápady na zlepšení situace | 64 |

SEZNAM ZKRATEK

APHPP-Asociace Poskytovatelů Hospicové Paliativní Péče

ČSPM ČLS JEP-Česká společnost paliativní medicíny Česká společnost paliativní medicíny České společnosti paliativní medicíny Jana Evangelisty Purkyně

IPVZ-Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

WHO-World Health Organization-Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

„Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení jednotlivců, rodin a osob, mající společné sociální prostředí nebo trpící odbornými zdravotními obtížemi. Součástí ošetrovatelství je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti“ (Pochylná,2005, str. 6).

Ošetrovatelská péče je poskytována každému jedinci od jeho příchodu až po odchodu z toho světa. Blížkost umírání byla v dřívějších dobách běžnou praxí. Celé generace žily pohromadě, zažívaly spolu porody i úmrtí. Blížkost smrti nebyla nic výjimečného. Zkušenosti s péčí o umírajícího byla předávána z generace na generaci. Postupným vývojem začala medicína přesouvat péči o umírající do klášterů, špitálů až do dnešních moderních nemocničních zařízení. Zkušenosti s péčí o blízkou umírající osobu se vytratily jelikož, byly předány do rukou odborníků.

Pokud bychom položili lidem otázku, kde chtějí umírat, drtivá většina z nich by měla přání umírat doma, v kruhu své rodiny, ve své pohodlné posteli. Z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá, že *„více než dvě třetiny pacientů umírají ve zdravotnických zařízeních“* (Nezbeda, 2016, str. 17). Umíráme osamoceni na nemocničním lůžku, v obklopení v kruhu zdravotníků v bílých pláštích a za zvuku přístrojů, které v nám neumožňují. I přesto smrt může být svým způsobem krásná.

Existují zde instituce, které se na péči o umírající a jejich rodiny přímo specializují. Jsou to hospicová zařízení lůžkového typu, domácí hospice či oddělení paliativní péče. Paliativní péče *„klade důraz na empatický přístup, respekt k nemoci i rozpoložení pacienta“* (Péče.cz, ©2019). Její přístupy zahrnují péči nejen o pacienta ale i o jeho nejbližší kteří jsou aktivně zapojováni do péče zdravotníků.

Hospicové zařízení je místem kde se zdravotník kde se každý den setkává tváří tvář se smrtí. Jeho úkolem není jen tišit bolest, podávat stravu či ošetřovat rány. Doprovází své pacienty na jejich poslední cestě a poskytuje útěchu jeho blízkým, později pozůstalým. Z výše uvedeného vyplývá, že na takto náročnou péči musí být zdravotník vybaven jak znalostmi praktickými tak psychologickými. Tito znalosti může získat v rámci svého pregraduálního studia či na odborném kurzu.

Toto téma jsme si zvolily díky postupně rozvíjející se síti paliativní péče v České Republice. Dalším důvodem byl můj zájem o paliativní péči. Již během svého studia jsem si přála vydat se směrem paliativní péče. Od svého nástupu do mého zaměstnání na oddělení Paliativní péče v nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Borojemského v Praze čerpám z informací získaných v rámci svého pregraduálního studia. V této práci jsem se jak jsou na tom všeobecné sestry ohledně vzdělávání v paliativní medicíně.

Při tvorbě této práce jsme používali co nejaktuálnější informace. Využívaly jsme knižních zdrojů, internetových článků a stránek zabývajících se tímto tématem. Snažily jsme se čerpat z literatury mladší 10 let. Lze zde najít odkazy na starší literaturu. Bohužel to v některých případech nebylo možné využít současných zdrojů především kvůli nevydanému aktualizovanému vydání. Celkem bylo využito 47 zdrojů, které jsou složeny s knih, článků, internetových verzí článků a příspěvků na internetových stránkách.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Pojem paliativní péče se v kontextu ošetrovatelství objevuje čím dál tím častěji. Nutnost důstojného umírání a péče o umírající a jejich blízké a později pozůstalé by neměla zůstat mimo naši pozornost. Smrt je poslední etapou života každého z nás, na kterou nelze stoprocentně připravit. Někdy je obtížné přijmout odchod našeho blízkého.

Těmito a podobnými situacemi se zabývá paliativní péče. Provází člověka od chvíle, kdy medicína vyčerpá všechny možnosti na vyléčení nemoci ohrožující jeho život. Napomáhá najít cestu k důstojnému umírání, tlumením symptomů, vytvořením klidného psychologického prostředí až po samotný akt smrti. Zároveň při péči o nemocného napomáhá jeho rodinným příslušníkům. Péče o pozůstalé pokračuje určitou dobu po úmrtí pacienta.

1.1 Vymezení pojmu paliativní péče

Pro paliativní péči nelze hledat jedinou univerzální definici. Myšlenky zůstávají v každé definici stejné. Jedná se o péči a léčbu o nemocné s aktivním, postupujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je omezená a cílem a léčby je kvalita života pacienta (Vorlíček, 2004, str. 24). My jsme zde v naší práci využili definice WHO, které jsou nejvíce citované v odborné literatuře.

Poslední definice Světové zdravotnické organizace (WHO) pochází z roku 2002. Paliativní péče je popisována jako: „*Přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží*“ (Plevová, 2011, str. 106).

Vzhledem k přílivu nových poznatků a vývoji medicíny prošel samotný přístup k umírajícím. Pokud se zaměříme na starší definici, lze zde sledovat vývoj rozsahu a možností. Do spektra paliativní péče nejsou přijímáni pouze pacienti s onkologickou diagnózou. Lze tuto péči aplikovat na jakékoliv onemocnění, které ohrožuje život nemocného (Vorlíček, 2004, str. 25). Lze také do jisté míry paliativní péči kombinovat s péčí kurativní, respektive kauzální.

1.2 Principy a cíle v paliativní péči

Nejvyšším cílem, kterého se snažíme v paliativní péči dosáhnout, je co nejvyšší kvalita života nemocného a jeho rodiny. Zároveň je nutné zachovávat a chránit důstojnost pacienta. Důležité je respektovat pacientovy priority, svobodnou volbu a klást důraz na jeho individuální potřeby.

WHO doplňuje ke své poslední definici tyto hlavní cíle:

„Poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů.

Podporuje život a považuje umírání za přirozený proces.

Ani neurychluje ani neoddaluje smrt.

Důraz je kladen na kvalitu života, celostní přístup k nemocnému a jeho rodině, zapojení rodiny do péče.

Začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní dimenze člověka.

Vytváří podpůrný systém, který pomáhá nemocnému žít co nejefektivněji až do smrti.

Pomáhá se rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a smrtí“.

„Využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku“ (Plevová, 2011, str. 107).

Jedinečnost paliativní péče spočívá ve spolupráci s rodinou, která je zároveň aktivně zapojována do péče. Pacientovo rodině je věnována podpůrná péče v rámci celého paliativního týmu. Smrtí nemocného péče o truchlící blízké a rodinu nekončí. Rodina od zemřelého má po jasně definovanou dobu nárok na péči. V některých hospicových zařízeních jsou pořádány několikrát do roka setkávání pozůstalých.

1.3 Cílová skupina pro poskytování paliativní péče

Hospicová paliativní péče je určena pro pacienty v pokročilém či konečném stádiu nevléčitelných chorob.

Jsou to především:

- *„Nádorová onemocnění*

- *Neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy*
- *Parkinsonovy nemoci*
- *Demence*
- *ALS*
- *Konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinových*
- *Pozdní stádia onemocnění AIDS*
- *Polymorbidita geriatrických pacientů*
- *Některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění“ (Standarty hospicové paliativní péče, ©2016).*

Indikací k přijetí pacienta do sféry paliativní péče je stav, kdy trpí pokročilým ne-
vyléčitelným onemocněním, které mu způsobují fyzické či psychické obtíže a léčba směřu-
jící k vyléčení byla ukončena. Lékař má přiměřeným způsobem pacienta informovat o dal-
ším postupu a stanovit další cíle léčby a péče (Standarty hospicové paliativní péče,
©2016).

2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE

2.1 Historie paliativní péče ve světě

„Paliativní medicína bývá popisována jako nová specializace. Jde však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu“ (Vorlíček, 2004, str. 19).

V dávných časech u nádorů které žili v souladu s přírodou, bylo úmrtí spojeno s různými přechodovými rituály (Kupka, 2014, str. 17-18). V staroegyptském náboženství lze nalézat velký zájem o pohřbívání. Již za života si člověk zařizuje záležitosti týkající se jeho pohřbu, například že si objednává hrob (Blumenthal, 1987, str. 14).

Během období středověku vznikaly v kláštorech speciální prostory pro nevléčitel-ně nemocné (Umírání.cz, ©2004). *„Historický vývoj chudobinců, špitálů i pastoušek a do-movského práva je dramatický a dobře ilustruje snahy o vznik funkční a dostupné sítě po-moci potřebným lidem. Tendence k systémové změně a tedy i k institucionální péči, jsou zřetelné zejména od středověku (Haškovcová, 2000, str. 26).*

Díla 18. Století vyobrazují umírajícího na smrtelném loži obklopeného rodinou. Rozloučení s umírajícím se běžně provádělo za přítomnosti dětí. Setkání se smrtí bylo běž-nou součástí života, na kterou byl člověk již od raného dětství připravován. Díky tomu v případě péče o umírajícího věděl jakou roli v péči zastává (Blumenthal, 1987, str. 14,16).

S postupnou industrializací během 19. Století se umírání přesouvá do nemocničních zařízení. *„Tím přechází zodpovědnost, kterou až do středověku měl umírající sám a později jeho rodina, na zcela anonymní okruh lidí: na personál nemocnice“ (Blumenthal, 1987, str. 17).*

Druhá polovina 20 století se vedla v optimistické náladě toho, že lidstvo dokáže zvítězit nad veškerými chorobami. Nemocní a umírající, u kterých medicína selhala, se často ocitali na okraji zájmu zdravotníků. Přístup který byl k těmto pacientům zaujímán se dal charakterizovat větou: *„Pokud nelze pacienta vyléčit, nedá se s ním nic dělat“ (Vorlí-ček, 2004, str. 20).*

Hospicové hnutí tedy vzniklo jako protest proti tomuto postoji. Říká, že bez ohledu na stav pacienta je možné vždy vykonat něco, aby mohla být zlepšena kvalita pacientovo života. (Vorlíček, 2004, str. 20).

Nutno dodat že vztah mezi medicínou a paliativní péčí byl ze začátku vypjatý. Zastánci myšlenek paliativní péče poukazovali na přesvědčení, že péče v nemocničních zařízeních o nevléčitelně nemocné je nepřiměřená, agresivní a nedostačující. Naproti tomu akademická půda kritizovala hospice za neprofesionalitu, podceňování výsledků současné medicíny a přílišným tlakem na duchovní stránku péče. (Vorlíček, 2004, str. 20).

Založení prvního domu, které dostalo název hospic, se událo v roce 1847 v Paříži. Zakladatelkou byla Jeanne Garnierová. Její zásluhou nabylo označení „*hospic*“ „*jako místo kde jsou přijímáni pacienti na konci života*“ (Vorlíček, 2004, str. 19).

Zakladatelkou moderního hospicového hnutí je madam Cicely Saunders, zdravotní sestra, později lékařka. K myšlence k vytvoření hospicové péče ji přivedlo setkání s umírajícím pacientem. Při založení hospice se opírala o zkušenosti, které nasbírala jako dobrovolnice z nemocnice Svatého Lukáše. Byla také členkou výzkumné skupiny pro výzkum bolesti (Kings College Lodon, ©2020).

V roce 1967 založila Saundersová na předměstí Londýna hospic, který byl věnován Svatému Kryštofu. Ve své hospici prosazovala svůj koncept „celkové bolesti“ kterou zajišťovala pomocí multidisciplinárního týmu. Tento počín je považován za počátek hospicového hnutí (Umírání.cz. ©2004, Vorlíček, 2004, str. 20).

Na samostatně stojící hospice postupně navázali domácí neboli mobilní hospice. První oddělení paliativní péče bylo založeno v roce 1975 v Montrealu. Vývojem let začali vnikat specializované ambulance a konziliární paliativní týmy, které působí v nemocničním zařízení (Vorlíček, 2004, str. 19).

„Moderní paliativní medicína výrazně přispívá k dobré kvalitě života nemocných při využití interdisciplinární týmové práce zdravotníků s různými znalostmi a dovednostmi“ (Vorlíček, 2004, str. 19).

Pro příklad současného fungování paliativní péče v zahraničí jsme zvolily Německo:

- V roce 2013 zemřelo z celkového 100% počtu nemocných, 8,3% pacientů kteří byly v péči specializovaných mobilních paliativních týmů.
- V celé zemi pracuje okolo 300 týmů specializované mobilní péče, která je plně hrazena ze zdravotního pojištění.

- Německé pojišťovny uvádí, že paliativní péči potřebuje zhruba 10% umírajících. Zbytek má pokrýt ambulantní péče na bázi praktického lékaře se vzděláním v paliativní oblasti a pečovatelské služby.
- V roce 2013 se v Německu nacházelo 214 lůžkových hospiců, 250 nemocničních oddělení paliativní péče, 14 dětských hospiců a zhruba 1500 agentur domácí hospicové péče (Centrum paliativní péče, ©2015)

2.2 Historie paliativní péče v ČR

Historicky prvními pečovateli o umírající byly rodinný příslušníci. „ *Tradiční model umírání na území České Republiky odehrával v domácím prostředí za účasti všech rodinných příslušníků a blízkých, kteří pomáhali spolu s teologem ulehčit poslední hodinku umírajícímu*“. Umírání bylo sociálním aktem, při kterém každý z účastněných věděl jaká je jeho role. Díky této blízkosti smrti mohli být předávány zkušenosti a informace, jak pečovat o umírajícího, generace na generaci. Z výše uvedeného vyplývá, že poskytovaná péče byla především laická (Misconiová, rok neuveden, str. 46).

První instituce, které poskytovali o umírajícím, chudým, nemocným a potřebným byly tak zvané hospitály. Zmínky o nich pochází ze středověku. Původní domy zakládala církev, ale později je začala budovat sama města (Misconiová, rok neuveden, str. 43).

Za vlády Františka Josefa I. se díky zavedení domovského práva rozvinula škála těchto domů, které byly určeny všem potřebným. Chudobince či pastoušky nesloužily jen k možnosti zde složit hlavu. Byla zde poskytnuta i odborná péče, kterou zastupovaly různé charitativní a obecní spolky. V zápiscích z těchto časů lze najít prvky moderní paliativní péče (Misconiová, rok neuveden, str. 43).

Během 19. Století a počátkem 20. Století k běžné praxi patřilo, že lékaři náležela povinnost tlumit bolest u svých umírajících pacientů. Můžeme tady hledat počátek nové formy paliativní péče na našem území (Misconiová, rok neuveden, str. 46).

Prvním hospicem, který započal provoz na území naší republiky, byl Hospic svaté Anežky v Červeném Kostelci v roce 1995. Provoz hospice svatého Lazara V Plzni byl zahájen v roce 1998. Postupně se začaly vznikat i mobilní hospice, které se specializovaly na domácí paliativní péči (Misconiová, rok neuveden, str. 44, Umírání.cz, ©2004).

Od roku 2001 funguje v FN Brno první specializovaná ambulance paliativní medicíny (Vorlíček, 2004, str. 20). První pokus o vybudování oddělení paliativní péče byl v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou.

První rozsáhlý výzkum, který byl na poli paliativní péče v České Republice uskutečněn v letech 2003-2004. Organizátorem této studie bylo sdružení Cesta domů. Výzkum poukazoval na nedostatky v oblasti péče o umírající. Následně v roce 2004 byla přijata Koncepce paliativní péče v ČR (Bužgová, 2015, str. 20).

Podstatnou součástí rozvoje paliativní medicíny v České Republice je rok 2004 kdy došlo k uznání samostatného oboru „**Paliativní medicína a léčba bolesti**“.

2.2.1 První dáma hospicového hnutí- Marie Svatošová

Zakladatelka a vůdčí osobnost hospicového hnutí MUDr. Marie Svatošová. V roce 1990 odešla ze své ordinace praktické lékařky a v roce 1993 založila občanské sdružení Ecce homo (Ejhle člověk). O dva roky později stála u zrodu prvního hospice v Červeném Kostelci. Je autorkou několika knih a mnoha odborných článků. (Česká televize, Osobnosti, ©,2020).

2.3 Současná situace V České Republice

V současné době je na území České republiky 16 lůžkových hospiců a kolem 20 domácích hospiců. Jediný krajem, kde není zastoupeno lůžkové hospicové zařízení, je Kraj Vysočina. (Zdravotnický deník, ©2018). V závěrečné zprávě z roku 2018 se lze dočíst, že cílem asociace je stav, kdy bude alespoň jedno lůžkové specializované zařízení hospicové typu na jeden kraj. V případě domácích hospiců mají cíl, aby dojezdová vzdálenost nebyla pro jeden hospicový tým více než 35 km. Další cíl lze jmenovat „*vytvoření samostatné sesterské odbornosti*“, dostupnost lékaře 24h/ 365 dnů v roce. Za všemi těmito ustanoveními stojí cíl vytvoření legislativního rámce pro dostatečné financování (Výroční zpráva APHPP, ©2018).

Diskutovaným problémem na poli paliativní medicíny jsou úhrady za její poskytování. Právě oni jsou podstatnou překážkou pro její poskytovatele. Jak se lze dále dočíst v závěrečné zprávě z roku 2018, že v diskuzi o hrazení za paliativní péči bylo provedeno mnoho jednání a kroků ve snaze zlepšit situaci (Výroční zpráva APHPP, ©2018).

V posledních letech se v médiích objevuje diskuze na téma zavedení eutanazie v České republice. Diskuze se dostala, až do senátu kde byl podán návrh na její zavedení.

14. 5. 2019 se uskutečnila konference na téma Eutanazie pro a proti, kde byly uvedeny výsledky výzkumu, který byl vytvořen za účelem zjištění souhlasu či nesouhlasu s prováděním eutanazie. Účastníci výzkumu byli zdravotníci. Výsledky hovoří o asi 55 % lékařů a 70 % sester, kteří s eutanazií souhlasí (Zdravotnický deník, ©2018).

Na odpor se již v roce 2018, stavěl současný prezident Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče a ředitele hospice svatého Jana N. Neumana v Prachaticích PhDr. Mgr. Robert Huneš, MBA. *„Někteří zákonodárci dokonce navrhují ji uskutečňovat v hospicích. To považuji za urážku všech, kteří zasvětili svůj život budování hospiců a službě v nich. Těch, kteří něžně a s láskou doprovázejí umírající až do přirozené smrti. Hospice vyrostly na úctě k lidskému životu až do jeho přirozeného konce, vyrostly jako účinná a v praxi ověřená odpověď na myšlenky koketující se zkracováním lidského života. V hospicích díky dobré péči pacienti o eutanazii nežádají“* (Výroční zpráva APHPP, ©2018).

3 UMÍRÁNÍ

„Umírání je proces úbytku životních funkcí a síly. Dochází k postupnému a nevratnému selhávání životních funkcí. Tento stav je zakončen smrtí“ (Mgr. Vytejšková a kol., 2013, str. 240).

Období dělíme do 3 fází:

- **Pre finem**
- **In finem**
- **Post finem**

3.1 Pre finem

Tento stav začíná okamžikem, kdy je pacient obeznámen se závažnou diagnózou s infaustní (konečnou) prognózou. Sdělení diagnózy je vždy záležitostí lékaře (Mgr. Vytejšková a kol., 2013, str. 240). *Aktuálně je v České republice ošetřující lékař povinen přiměřeně nemocného informovat.* Autor uvádí, že právě slovo přiměřeně může být ošidné. (Janekovský, 2003, str. 135).

V české praxi se sdělováním onkologické zabývá prof. MUDr. Jiří Vorlíček CSc. Vytvořil desatero pro sdělování onkologické diagnózy. V jasných a stručných bodech nabízí rady lékařů, jak vést rozhovor nemocným a na co je nutno se zaměřit. Za důležitý bod z desatera bychom rádi uvedli, že je nutné, aby ostatní členové týmu byli vyrozuměni s tím, v jak velkém rozsahu byl pacient informován o svém stavu (prof. MUDr. Vorlíček CSc., ©2001).

Je vhodné, aby byl rozhovor veden v soukromí a lékař měl dostatek času. V rozhovoru má být prostor na prvotní reakci a na případné otázky. Důležité je domluvit si další schůzku, protože pacient nemusí všechny informace zpracovat naráz (Mgr. Kupka, Ph.D., 2014, str. 103-104). Pokud si pacient přeje přítomnost blízké osoby během rozhovoru je důležité této žádosti vyhovět (Mgr. Vytejšková a kol., 2013, str. 240).

3.2 In finem

V medicíně je tento stav označován jako terminální, kdy dochází k postupnému selhávání životních funkcí. Pacient většinou upadá do agonie neboli do předsmrtného stavu. Centrální nervová soustava se nachází ve stavu somnolence či soporozního stavu. Kůže je

bledá, reakce na bolest jsou slabé nebo žádné, zpomaluje se dýchání, kde se objevují apnoické pauzy. Pulz je téměř nehmatný a klesá krevní tlak (Mgr. Vytečková a kol. ,2013, str. 243-244).

Agonie trvá kolem dvou hodin a je to doba kdy pacient naposled vydechne. V těchto chvílích je dobré, aby byl přítomen okruh nejbližších umírajícího. Pokud je to možné, snažíme se rodině nechat co nejvíce prostoru k tomu, aby jej strávila se svým nejbližším (Mgr. Vytečková a kol.,2013, str. 244). „*Žádný člověk by neměl umírat sám. Smrti byl odejmout sociální rozměr a člověk nebyl nikdy v umírání tak osamělý jako v současnosti*“ (Mgr. Kupka, Ph.D.,2014, str. 103-104).

Sestra na základě nejistých známek smrti kontaktuje lékaře. Konstatování smrti je záležitostí lékaře (Mgr. Vytečková a kol. ,2013, str. 244).

3.3 Post finem

Tato fáze začíná zástavou fyziologických funkcí s nevratnými změnami. Jedná se o fázi, která je zaměřena na péči o mrtvé tělo a péče o truchlící. Na zdravotních sestrách je se postarat o zemřelé tělo. Na lékaři je oznámit rodině či blízkým osobám skutečnost úmrtí pacienta. Při předávání pozůstalosti vyjádříme upřímnou soustrast (Mgr. Vytečková a kol. ,2013, str. 246).

3.4 Komunikace v paliativní péči

V kapitole o komunikaci s těžce nemocným a umírajícím pacientem Heřmanová (2012) uvádí odpovědi na otázku: „*Proč si budoucí sestry zvolily volitelný kurz paliativní péče*“? Nejčastější odpověď byla: „*Naučit se komunikovat s umírajícím pacientem*“. Častým motivačním faktorem byla dřívější zkušenost. Sestry uváděly situace, kdy nevěděli jak odpovídat pacientům na otázky ohledně závažnosti choroby či přicházející smrti (Heřmanová, 2012, str. 166).

Větší pozornost komunikaci s umírajícími věnovala americká psychologka Elisabet Kulber-Rossová. Z rozhovorů, které s nemocnými vedla sestavila fáze kterými si nemocní prochází:

- Fáze-Šoku

Doba kdy nemoc vstupuje do pacientova života. Toto období je provázeno obavou a strachem.

- Fáze-Popření

Nemocný si chytá naděje, že je to celé omyl a že se vše vysvětlí.

- Fáze- Hněvu a agrese

Agrese je mířena především na blízké okolí nemocného. Jedná se o příbuzné a blízké, zahrnuje i ošetřující personál.

- Fáze-Smlouvání

Pacient cítí že „jde do tuhého“ a začíná přehodnocovat svůj žebříček hodnot.

- Fáze-Deprese

Je reakcí na situaci na zátěžovou situaci. Tato fáze je lépe prožívána pacienty, kteří nejsou diagnostikováni s přidruženým psychiatrickým onemocněním.

- Fáze Akceptace pravdy

Její projev může mít dva způsoby. Jednak je to stav smíření a nastolení klidu. Může také skončit postojem k rezignaci a zoufalství. (Jankovský, 2003, str. 131-133).

V další literatuře lze dohledat, jak přistupovat k pacientům v jednotlivých fázích při vyrovnávání se závažnou situací.

V 1. fázi je důležité navázat kontakt a získat důvěru.

V 2. fázi umožníme pacientovy odreagování a neměli bychom se pohoršovat.

V 3. fázi je vyžadována maximální míra trpělivosti.

V 4. fázi je stále nutná trpělivost. Pokud se v rodině nachází nějaký konflikt, snažíme pomoci k urovnání vztahů.

V 5. fázi je vhodná prostá lidská přítomnost. V této fázi je dobré zaměřit zvýšenou komunikaci a péči (Stiborová, Frei, 2018, str. 14-15).

Fáze se překrývají, trvají různě dlouho, mohou probíhat souběžně nebo se nemusí vyskytnout vůbec (Zacharová, 2017, str. 132). Sesterská péče v tomto období je především o respektu a vnímání pacienta jako autonomní bytosti se zachováním jeho důstojnosti.

Neměla dávat najevo bezvýchodnost situace nemocného. Zároveň je důležité posilovat naději přesto, že je iracionální (Mgr. Vytejšková, 2013, str. 241).

Vhodné je ujasnit si přání a představy o konci života. Samozřejmě není vhodné nutit pacienta do komunikace. Problémy s komunikací se nemusí jen týkat pacienta. Může zastihnout i pečující. Velmi pomáhá pouhá lidská přítomnost a vědomí toho že je zde někdo mu naslouchá, a může s ním sdílet jeho pocity (Stiborová, Frei, 2018, str. 14-15).

Pravdivé informování pacientů o jejich zdravotním stavu zaručuje Charta práv pacientů, Etický kodex české lékařské komory a zákon č. 372/2011. Z výpovědí sester se dozvídáme, že i dnes nejsou vždy dostatečně informováni. Důvody mohou být rozmanité. Může zde hrát role úzkost lékaře z jeho bezmocnosti či vyslovení pacientovo přání nebýt informován o nepříznivé diagnóze (Heřmanová, 2012, str. 171).

Přesto že sestřám nenáleží právo na sdělení infaustní diagnózy, situace okolo informovanosti pacientů se jich dotýká, protože jsou to právě ony, kterých se pacienti ptají na závažnost jejich stavu, výsledky testů či o čem si povídaly lékaři na vizitě (Heřmanová, 2012, str. 171).

3.5 Rodina v paliativní péči

Rodina hraje důležitou roli v péči o umírajícího., *V široké definici lze rodinu považovat osoby, které pojí biologická, sociální či právní pouta*“ (Bužgová, 2015, str. 133). WHO mluví o rodině jako o základní jednotce paliativní péče. Cílem je pomoci blízkým osobám poskytnutím citové a praktické podpory a vyrovnat se se zármutkem a ztrátou. Nutné je věnovat i pozornost prevenci a léčbě z deprese a vyčerpání. Podpora pro blízké umírajících se péče dělí na pomoc v průběhu nemoci na pomoc v průběhu v období zármutku (Plevová, 2011, str. 125).

Péče o rodinu v průběhu nemoci

Pomoc začíná v okamžiku sdělení infaustní diagnózy. Nejčastějšími potřebami rodinných příslušníků jsou:

„*Ujištění o tom, že pacient nemá velké obtíže*

Dostatek informací

Praktické dovednosti v péči

Emocionální potřeba rodiny “(Plevová, 2011, str. 126).

Péče o rodinu v období zármutku a truchlení

Zármutek je reakce na smrt a ztrátu bližního, truchlení nastává poté (většinou po pohřbu). V tomto období pozůstalý svého blízkého oplakává a hledá novou identitu sebe sama. Někteří pozůstalý vyhledávají odbornou pomoc. Při normálním procesu zármutku trvá toto období 1 rok.

Průběh zármutku může být patologický. Pro zdravotníky může být těžké odhadnout osoby, pro které by mohl být proces adaptace na ztrátu náročný. Pokud takového jedince odhalíme, měly bychom mu nabídnout více podpory či doporučit péči psychologa či terapeuta (Plevová, 2011, str. 126-127).

Péče o pozůstalé z pohledu sester

Na péči se mohou podílet všichni členové paliativního týmu, včetně dobrovolníků. Lze určit tři typy úrovně péče:

Všeobecná podpora všech pozůstalých, poskytuje celý zdravotnický tým

Selektivní podpora vysoce ohrožených osob, jejímž účelem je předejít chorobnému zármutku

Specifické intervence u osob, kterých prožívají komplikovaný zármutek.

Sestry poskytují především všeobecnou podporu. Možností pomoci mají mnoho: mohou jim pomoci uvědomovat jejich pocity. Potlačování emocí není dobré, je lepší dát emocím volným průběh. Nutné je vyhradit si prostor a čas. Zdravotníci mohou poskytnout pomoc při zařizování pohřbu či právních formalit (Plevová, 2011, str. 127).

Velkou formou pomoci jsou podpůrné skupiny či setkávání společně s ostatními truchlícími. Zjištění a míra porozumění toho že někdo prožívá stejnou ztrátu, může být velmi nápomocná. Lze si zde předat cenné zkušenosti (Plevová, 2011, str. 129).

4 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Plevová (2011, str. 108-109) mluví o rozdělení paliativní péče na obecnou a specializovanou.

- **Obecná paliativní péče**

Jako obecná paliativní péče je „označena dobrá klinická péče o pacienta v pokročilé či konečné fázi onemocnění. Součástí je komunikace s pacientem a rodinou, zaměřená na kvalitu života, léčbu doprovázejících symptomů a psychosociální podpora. Tato péče je poskytována v rámci standardní zdravotní péče. Tuto péči by měl umět poskytnout každý zdravotník bez ohledu na svou odbornost“ (Plevová 2011, str. 108-109).

- **Specializovaná paliativní péče**

Jako specializovaná paliativní péče je „označena aktivní interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi v otázkách paliativní péče. Tato péče je indikována tam, kde obtíže pacienta přesahují možnosti obecné paliativní péče“ (MUDr. Donutil Skála. Ph.D., 2011, ©, str. 4).

- **Formy specializované péče**

Mezi formy, které fungují v České republice, lze zmínit: lůžkové zařízení hospicového typu, domácí hospice, dětské domácí hospice, oddělení paliativní péče či domácí hospice. Při nemocničních zařízeních multidisciplinární paliativní týmy a ambulance paliativní medicíny.

- **Hospic**

„Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům v pre-terminální a terminálním fázi nevyléčitelného onemocnění“ (Plevová, 2011, str. 109).

- **Domácí (mobilní) hospic**

Poskytuje paliativní péči v domácím prostředí pacienta formou návštěv. Garantuje dostupnost péče 24 hodin denně/7 dnů v týdnu. Součástí péče je podpora rodiny a blízkých (Plevová, 2011, str. 109). Okruh působení hospicové péče jednoho týmu bývá kolem 25 km (Oblastní charita Červený Kostelec-Hospic Svaté Anežky ©2020).

- **Respitní pobyty-odlehčovací služby**

„Posláním odlehčovací služby je zastoupit po určitou omezenou dobu pečující osobu či rodinu a poskytnout sociální služby seniorovi nebo osobě se zdravotním postižením“ (Hospic svatého Jana N. Neumana, ©2005).

- **Oddělení paliativní péče**

- **Konziliární tým paliativní péče**

Složení týmu je především z lékařů, zdravotních sester, psychologů, sociálních pracovníků, duchovního, popřípadě dalších odborníků. Tým působí po celém zařízení a navštěvuje nemocné na jejich oddělení, kde jsou hospitalizováni (FNOL-novinky, ©2019).

- **Specializovaná ambulance paliativní péče**

Zajišťuje ambulantní péči dospělým i dětským pacientům ve stádiu pokročilé nádorového i nenádorového onemocnění. Zabývá se především řešením symptomů, které doprovázejí terminálním stádiu onemocnění (Cesta domů, ©2017).

- **Domácí péče jako poskytovatel paliativní péče**

Agentura domácí péče může mít v péči pacienta v terminálním stádiu, bohužel se nejedná o poskytování specializované paliativní péče. Nevýhoda těchto služeb je omezena pouze na určitý časový úsek, po který je péče poskytována. Dále při horšení stavu agentura posílá své klienty do nemocnice. Nejsou zde naplněny standarty hospicové paliativní péče (APHPP, © 2017).

4.1 Dětská paliativní péče

Jistě je dobré zmínit, že paliativní péče se netýká jen dospělých. Dětská paliativní péče má svoji vlastní definici, která zní: „*Dětská paliativní péče je aktivní komplexní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte a zahrnuje podporu rodiny*“ (Radka Bužgová, Dětská paliativní péče, 2019, str. 14).

V České republice není rozvoj dětské paliativní péče příliš znatelný. Dětský mobilní hospic Ondrášek je jediný přímo specializovaný na dětské pacienty. Službu domácího hospice pro dětské pacienty nabízejí někteří poskytovatelé domácí paliativní péče, kteří se na dětské pacienty přímo nespécializují, např. Cesta domů (Radka Bužgová, Dětská paliativní péče, 2019, str. 14).

4.2 Instituce zabývající se paliativní péčí v ČR

Asociace Poskytovatelů Hospicové Paliativní péče (APHPP)-sdružuje organizace poskytující hospicovou a mobilní péči.

Vnik této organizace byl již v roce 2005. V roce 2007 ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví asociace spolupracovala na vzniku prvních českých Standardů kvality hospicové paliativní péče. Cílem založení těchto dokumentů je definovat požadavky které by měli splňovat všichni poskytovatelé na území České Republiky. Významným výstupem asociace je uzákonění lůžkové i mobilní hospicové péče v české legislativě. (APHPP ,©2010, Bužgová, 2015, str. 21)

Mezi její záměry patří především podpora informovanosti veřejné i laické veřejnosti, zlepšování kvality péče, zdělávání a přispívání k zvýšení odbornosti, přiznat legislativně status zdravotně-sociálních zařízení (APHPP ,©2010).

Česká společnost paliativní medicíny České společnosti paliativní medicíny Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM)-čistě odborná medicínská společnost. Jako organizační složka je podřízena České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Sdružuje přes 150 lékařů ze specialistů na paliativní přístup a dalších oborů. Společnost je členem Evropské asociace paliativní péče (ČSPM ČLS JEP,©2016,Bužgová 2015, str. 21)

Odborná společnost nabízí nejnovější současné informace o stavu, vývoji a standardizovaných postupech paliativní léčby a péče v ČR, vyvíjí a provádí vzdělávání odborníků v paliativní léčbě a péči. Současně je ČMPM je hlavním nositelem odbornosti v oblasti paliativní medicíny v České Republice. (ČSPM ČLS JEP, ©2016)

Centrum paliativní péče

Je institucí, která se zabývá budováním zázemí pro rozvoj paliativní péče. Centrum provádí své vlastní výzkumy. Výsledky slouží pro systémové a legislativní opatření, které napomáhají zlepšovat péči o umírající pacienty (Centrum paliativní péče, ©2018).

Centrum paliativní péče pořádá rozvojové programy. Pro názornost bychom zmínili projekt, který nese název Spolu až do konce, který realizoval nadační fond Avast. (Centrum paliativní péče, ©2018).

V roce 2016 bylo v grantovém řízení vybráno 18 českých nemocnic, které získaly prostředky na rozvoj nemocničních paliativních týmů, školení personálu, vytvoření vnitř-

ních metodik a směrnic pro péči o nevléčitelně nemocné pacienty. V rámci projektu proběhlo několik konferencí, na jedné z nich se zúčastnili zahraniční hosté (Centrum paliativní péče, ©2018).

V průběhu projektu bylo zaznamenáno, s jakými problémy se nejvíce potýkají. V závěrečné zprávě upozorňují na nutnost, aby se paliativní péče stala součástí standardních úhradových mechanismů, potřeba paliativní péče i v menších zdravotnických zařízeních. V závěru zprávy upozorňují na nutnost zlepšení vzdělávání zdravotníků a podpore informovanosti veřejnosti (Závěrečná zpráva-rozvoj paliativní péče v nemocnicích, Centrum paliativní péče, ©2018).

5 SETRY V PALIATIVNÍ PÉČI

Sesterské povolání patří mezi náročné profese. Při výkonu povolání se setra dostává do kontaktu s nemocnými pacienty či zdravými jedinci a také jejich rodinnými příslušníky. Napříč věkovými kategoriemi s rozmanitými diagnózami. Proto vše je nutné, aby byla sestra dostatečně vzdělaná. Vzdělaná sestra umí dostatečně efektivně komunikovat se svými pacienty a díky tomu pomáhat uspokojovat jejich potřeby. Důležité je, především v paliativní péči, aby sestry svoji pozornost zaměřily na blízké osoby okolo umírajících, protože i oni potřebují naši oporu a péči v těžkých časech.

5.1 Vzdělávání sester

Zákon 105/2001 Sb. který mění zákon 94/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Ve znění paragrafu § 58 tohoto zákona ukládá každému zdravotníkovi povinnost celoživotního vzdělávání. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžně obnovovat, zvyšovat, prohlubovat a doplňovat vědomosti, dovednosti (Zákon č. 105/2011 Sb. ©2020).

Paragraf § 54 definuje normy celoživotního vzdělávání. Jsou to specializační vzdělávání, certifikované kurzy, kurzy a stáže v akreditovaném zařízení, účasti na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích. Dále publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, e-learnigový kurz nebo samostatné studium odborné literatury (Zákon č. 105/2011 Sb. ©2020).

Ve znění paragrafu § 5 tohoto zákona lze získat odbornou způsobilost k povolání všeobecné sestry lze získat absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester či nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších odborných školách (Zákon č. 105/2011 Sb. ©2020).

5.2 Paliativní péče ve výuce

Pokud mají sestry poskytovat kvalitní paliativní péči pacientům a jejich blízkým je nutné, aby dostatečně seznámené s problematikou umírání a smrti a získaly alespoň základní poznatky v oblasti péče poskytované na konci života i péče o příbuzné, později pozůstalé (Heřmanová a kol., 2012, str. 165)

V pregraduálním studiu programu číslo 5341 R Ošetrovatelství bakalářském studijním programu a v programu číslo 5341-N/1 Diplomovaná všeobecná sestra, vzdělávací program pro Vyšší odborné školy zdravotnické v metodickém pokynu k vyhlášce č. 39/2005 je stanovena doba studia na nejméně 3 roky. Dále uvádí, že studium má obsahovat nejméně 4600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování. Z těchto hodin by mělo být vymezeno nejméně 2300 hodin pro praktické vyučování (Vyhláška 39/2005, str. 12, ©)

Věstník Ministerstva Zdravotnictví České Republiky udává, že při standardní době 3 let studia studijního bakalářského programu nebo studia na vyšší odborné škole je stanoveno pro výuku paliativní péče minimálně 10 hodin výuky. Pro porovnání je například pro výuku na ošetrovatelskou péči o nemocné s onkologickými chorobami stanoven minimální počet hodin 15, pro péči o seniory taktéž. (Vyhláška 39/2005, str. 18, ©)

Dále Věstník Ministerstva Zdravotnictví České Republiky ukládá doporučení pro místa konání praktického vyučování společně s minimálním počtem hodin. Po přečtení se dozvídáme, že doporučení ohledně pracoviště zabývající se paliativní péčí se zde nenachází. Pravděpodobně je zahrnuto pod slovy „*další lékařské obory*“ na které je dotován čas 40 hodin praktické výuky (Vyhláška 39/2005, str. 18, ©)

Čechová (2004) ve své publikaci uvádí, že podle jejího názoru je výuka v oblasti péče o umírající stále nedostatečná. Studentky se většinou z hodin odnáší pouze jaký rozdíl mezi biologickou a klinickou smrtí, jaké jsou jisté a nejisté známky smrti a jak pečovat o mrtvé tělo (Čechová a kol., 2004, str. 126).

5.3 Motivace sester pro práci v paliativní medicíně

Ústav zdravotnických informací a statistiky v roce 2009 vyhodnotil, že z celkového počtu úmrtí došlo v 60,1 % v nemocničním zařízení, 9,5% v léčebných ústavech (LDN, psychiatrické léčebny, hospice, rehabilitační ústavy, léčebny TBC a respiračních chorob a ostatní lůžková zařízení) a 5,5 % v zařízeních sociální péče. *Lze tedy téměř s jistotou říci, že o 75,1% zemřelých lidí se v době v jejich umírání staraly sestry. Pokud by jsme ještě přičetly sestry které pečovali o pacienty v jejich domácí prostředí, bylo by číslo ještě vyšší* (Heřmanová a kol., 2012, str. 165).

Práce s umírajícími může být pro sestry obohacující pro jejich vlastní život. Může dojít k situaci, kdy se práce může stát zdrojem psychického utrpení a morální tísně která může být spojená s pohledem na utrpení pacienta (Heřmanová, 2012, str. 166).

Ukazuje se, že při práci na onkologickém oddělení či obecně v paliativní péči sestřám velice pomáhají různé duchovní a náboženské systémy. Vnímání duchovní složky dává sestřám smysl jejich práce. Není tedy žádným překvapením, že nejvíce věřících sester se nachází právě v zařízeních hospicového typu. Mnohé z věřících sester vidí smysl péče v náboženském přesvědčení, které říká že pomoc druhým je důležitá, protože pomáhá nalézat smysl v těžkých časech (O'Connor, Aranda, 2005, str. 43-44).

Ošetrovatelská péče o pacienty nacházející se na sklonku svého života a o jejich blízké, může být velmi stresující, může však přinést do jisté míry uspokojení. Je důležité, aby sestra uměla o sebe dobře pečovat. Teprve poté je schopna plně pečovat o pacienty a jejich rodiny bez nebezpečí „vyhoření“ (O'Connor, Aranda, 2005, str. 43).

5.4 Úkoly sestry v péči o umírající

Ošetrovatelskou péči lze rozdělit na 4 základní okruhy potřeb:

5.5 Potřeby biologické

- Zaměřují se na oblasti především:
- Péči o pokožku
- Polohování jako prevence dekubitů
- Péči o vyprazdňování
- Péče o dýchací cesty
- Péče o ústní dutinu
- Péče o výživu a hydrataci.

V posledních dnech není nutné, abychom nutily pacienta do jídla. S přijetím faktu že pacient odmítá stravu, přijímá fakt, že se blíží konec. Pokud pacient ještě potravu přijímá, je možné upravit stavu tak aby v ní byla zahrnuta pacientovo oblíbená jídla. Nutné je zahrnout dostatečnou hydrataci. Měly bychom zajistit rovnováhu mezi aktivitou a kvalitním odpočinkem. Při poskytování péče v této oblasti by neměl chybět dotek a pohlazení (Plevová, 2011, str. 112). Lze do této kategorie zařadit péči o tišení bolesti (Svatošová, 2012, str. 21-22).

5.6 Potřeby psychologické

Zde je nutnost respektování lidské důstojnosti bez ohledu na fyzický stav těla. Člověk má být chápán jako individuální osobnost a má být tak respektována. Nemocný má potřebu mluvit se svým okolím. Úkolem sester je nezapomínat že nekomunikují pouze skrz slova. Komunikace se odehrává přes mimo slovní komunikaci, která zahrnuje mimiku, pohyby, gesta, postoje apod. Důležitou zásadou, na kterou bychom neměli zapomínat je abychom pacientovy nelhaly. Vhodné je říkat nemocnému „*jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy kdy to chce slyšet*“ (Svatošová, 2012, str. 22).

Dále bychom mohly pokračovat potřebou a jistoty a bezpečí. Ta vychází z tendence možnosti mít svůj život pod kontrolou. Pocit bezpečí souvisí s problémem pravdy. Pacient by neměl mít pocit, že je obelháván a má být o své stavu dostatečně informován. Měl by mít dostatečný prostor na to aby mohl vyjádřit své přání a obavy (Plevová, 2001, str. 112)

5.7 Potřeby sociální

Potřeba sounáležitosti a být milován zahrnuje pocit, že někam patříme, jsme akceptováni, jsme sociálně integrováni atd. „*Každý člověk má potřebu, aby ho měl někdo rád a aby on mohl mít někoho rád*“ (Plevová, 2011, str. 113)

Člověk je od přírody tvor společenský. Nemocný většinou stojí o návštěvy. Ne vždy a ne o všechny v daný čas stojí. Pokud je to možné sám by si měl určovat tok návštěv. Naším úkolem je rozhodnutí umírajícího respektovat (Svatošová, 2012, str. 22).

5.8 Potřeby spirituální

Dlouho dobu byla otázka duchovních potřeb společenské Dle autorky, plno zdravotníků žije v představě, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Nejde o to, že by věřící své potřeby neměl. Má je a většinou se podle toho umí zařídit (Svatošová, 2012, str. 23).

Potřebě sebeúcty a seberealizace je ideální, aby člověk co nejdéle zůstal pánem svého života a mohl o něm rozhodovat. „*Zachování sebeúcty do značné míry ovlivňuje i přístup zdravotnického personálu*“ (Plevová, 2011, str. 113).

V seberealizační potřebě je potřeba plánování. Pacient, který míří ke smrti potřebuje plánovat. Tito plány prezentují jeho touhy a přání, umírající touží mít pocit, že je užitečný. Je potřeba, aby nemocný nebyl odsouzen pouze k tomu jen aby přijímal (Plevová, 2011, str. 113).

Svatošová (2012) mluví o obavách o lidech, kteří jak sama píše, „ z víry nežijí“. V průběhu těžké nemoci se začínají zabývat životními otázkami, po smyslu vlastního života. Vyzdvihuje potřebu, aby pacient věděl, že bylo odpuštěno, protože i on sám odpouští. Je dobré pro umírajícího, aby si uvědomil, že jeho život má až do poslední chvíle smysl. „ *Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně*“ (Svatošová, 2012, str. 23).

Společným cílem je poskytnutí komplexní péče. Toho lze dosáhnout kvalitní týmovou spoluprací zdravotníků a dalších členů týmu.

V zásadách které uvádí Kutnohorská (2007) mluví o očekávání, že se od sester čeká empatický přístup. Sestra by neměla nic přehánět, vnímat a respektovat přání nemocného. Vycítit kdy zachovat blízkost nebo odstup. Udělat si na umírajícího čas. V neposlední řadě by měla být vybavena schopností umět naslouchat a chápat, mluvit a mlčet. (Kutnohorská, 2007, str. 78).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Paliativní péče se v České Republice provozuje již přes 20 let. Péče paliativní či zmírňující se nachází pod číslem diagnózy Z51.5. Přesto že zde paliativní péče působí, již nějakou dobu máme v péči o umírající značné rezervy.,, *V lůžkových hospicích u nás umírá 3,5 procenta a v domácích hospicích přibližně 1,5 procenta lidí ročně.*“

Důvody proč k tomuto jevu dochází, můžeme hledat ve finanční situaci paliativní péči. Dále to může být malá mezioborová spolupráce mezi lékaři. Pravděpodobným důvodem může být nedostatek paliativních lůžek.

Všeobecné sestry se v rámci svého pregraduálním vzdělávání setkávají v různých předmětech s problematikou paliativní péče. Někteří autoři považují výuku paliativní péče za nedostatečnou. Zákon 105/2001 Sb. paragrafu § 58 tohoto zákona ukládá každému zdravotníkovi povinnost celoživotního vzdělávání. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžně obnovovat, zvyšovat, prohlubovat a doplňovat vědomosti, dovednosti.

Možnosti v postgraduálním studiu v paliativní péče lze doplnit přes různé certifikované kurzy či přednášky. Nemusí být ale vždy pravidlem že tyto kurzy jsou pro všechny všeobecné sestry dostupné. O vzdělávání sester se zmiňujeme v teoretické části. Na otázky vzdělávání se ptáme v praktické části. Jak jsou všeobecné sestry vzdělávány v oblasti paliativní péče?

7 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zmapovat, jak jsou všeobecné sestry vzdělávány v oblasti paliativní péče.

Dílčí cíle

Cíl 1: Je problematika paliativní péče probírána již v rámci pregraduálního studia sester?

Otázky v dotazníku směřující k cíli práce: 9, 10, 14,16

Cíl 2: Absolvují všeobecné sestry odborné kurzy zaměřené na paliativní péči?

Otázky v dotazníku směřující k cíli práce: 12,13,14,16

Cíl 3: Zjistit jak sestry vnímají současnou situaci

Zjistit jaké největší překážky\rezervy spatřují všeobecné sestry v poskytování péče.

Otázky v dotazníku směřující k cíli práce: 15, 19

Cíl 4: Zjistit jaké podněty všeobecné sestry mají k zlepšení situace?

Otázky v dotazníku směřující k cíli práce: 20

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Zjistit jak jsou všeobecné sestry vzdělávány v oblasti paliativní péče.

Je problematika paliativní péče probírána již v rámci pregraduálního studia sester?

Absolvují všeobecné sestry odborné kurzy zaměřené na paliativní péči?

Zjistit jaké největší překážky\rezervy spatřují všeobecné sestry v poskytování péče.

Zjistit jaké podněty všeobecné sestry mají k zlepšení situace?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Cílovou skupinou našeho výzkumu tvořily především všeobecné sestry. Výběr této skupiny byl zvolen, protože všeobecné sestry jsou nejčastěji zastoupené v řadách zdravotnického personálu.

Při výběru musela být splněna podmínka práce v zařízení, ve kterém všeobecná sestra poskytuje paliativní péči. Zajímalo nás, v jakém zařízení pracuje, jaká je délka , praxe ve zdravotnictví a dále pak délka působení práce v paliativní péči. Další otázky byly směřovány na vzdělání v oblasti paliativní péče. Pro zaražení do výzkumného šetření nebyl rozhodující věk, pohlaví či vzdělání dotazovaných.

9 METODIKA PRÁCE

Jako metodu výzkumu jsme zvolili formu kvantitativní sběr dat formou anonymního nestrukturovaného dotazníku (Příloha 1). Dotazník se skládal z 20 otázek. U pěti otázek byla možnost zvolit odpověď jiné. Dvě otázky byly otevřené. U čtyř otázek byla možnost vybrat více odpovědí.

Mezi první otázky v dotazníku byly položeny otázky, které rozdělovali respondenty podle pohlaví a jejich věku. Další otázky se doptávají na pracovní pozici, délku praxe ve zdravotnictví a na zařízení, ve kterém pracují. Následující otázky se týkaly délce práce v paliativní péči, vzdělání v paliativní péči a důvodů proč se na tento obor zaměřily. Pokračují otázky na vzdělání. V závěru byly položeny otázky, v čem všeobecné setry spatřují všeobecné setry spatřují největší rezervy a zda mají nějaké podněty na zlepšení současné situace.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v průběhu měsíců listopad 2019 až leden 2020. Výzkum byl prováděn ve FN Plzeň. Oddělení, které jsme si pro výzkum vybraly, byly onkologie a oddělení hemato onkologie. Dalším oddělením onkologie, které s námi spolupracovalo, byla Onkologická klinika 2. LF UK a FN Motol. Dotazníky jsme roznesli na daná oddělení. Dotazník byl dále distribuován pomocí elektronické formy dotazníku přes internet na www.facebook.com, ve skupině Ošetřovatelství. info, která je přístupná pouze pro zdravotnický personál. Dotazníky jsme dále dodali do Hospice svatého Lazara v Plzni, Hospic Štrasburk v Praze, na oddělení Paliativní péče v nemocnici Svatého Karla Boromejského v Praze. Z domácích hospiců s námi spolupracovaly domácí hospic Cesta domů v Praze či Hospic svaté Markéty ve Strakonících. Další organizací, která s námi spolupracovala byla domácí hospic Péče doma v Praze. Do svého výzkumu jsme zahrnuly oblast domácí péče. Instituce, která zahrnovala tento sektor byla domácí péče s názvem Péče doma.s.r.o.

Všechny tyto instituce byly kontaktovány telefonicky.

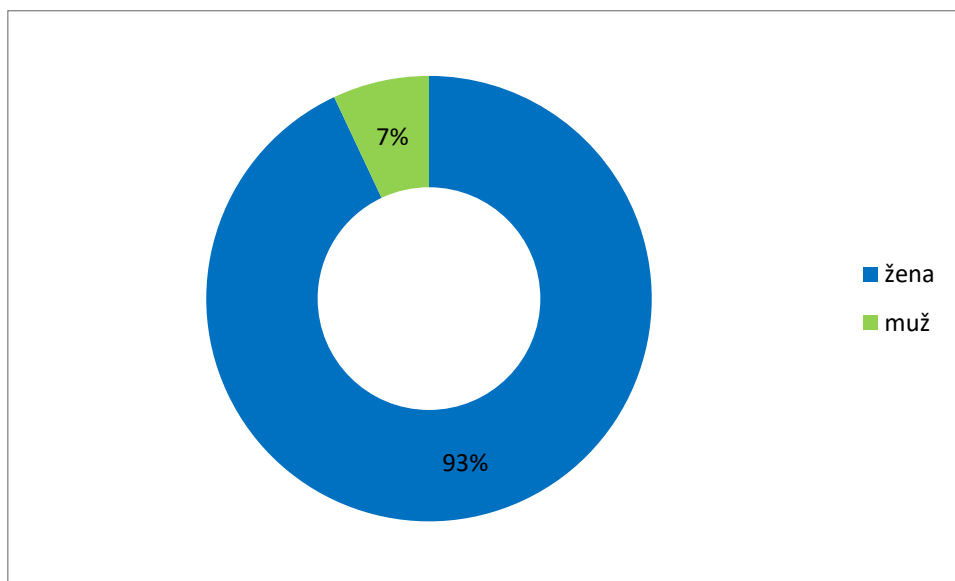
Před začátkem výzkumu bylo stanoveno kritérium, minimálního počtu správně vyplněných dotazníků 80. Před samotným výzkumem byla provedena pilotní studie, která nám umožnila upravit nedostatky v našem dotazníku. Pilotní studie se zúčastnilo celkem

15 respondentů. Respondenty vyplnily dohromady 130 dotazníků, z toho 100 splnilo naše požadavky v dotazníku. návratnost správně vyplněných dotazníků bylo 100.

11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Otázka číslo 1-Jaké je vaše pohlaví?

Graf 1-Pohlaví respondentů

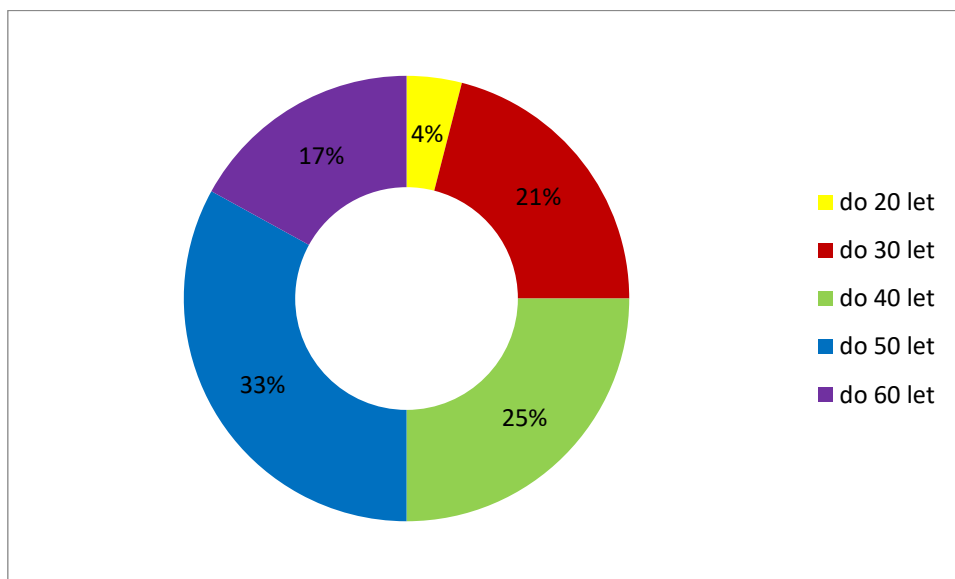


Zdroj vlastní

V otázce číslo jedna jsme zjišťovali pohlaví a odpovědi jsme rozdělili respondenty na muže a ženy. Z celkových 100 respondentů bylo 93 (93%) žen a 7 (7%) mužů.

Otázka č. 2-Jaký je váš věk?

Graf 2-Věk respondentů

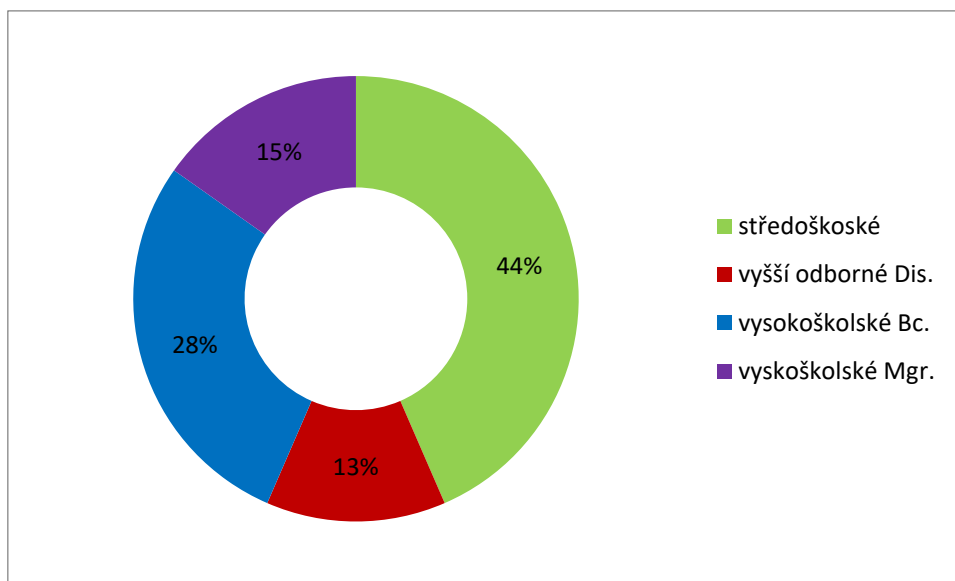


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů odpovědělo, že 4 (4%) odpovědělo, že jsou ve věku do 20 let. 21 (21%) respondentů odpovědělo, že jsou ve věku do 30 let. 25 (25%) respondentů odpověděli, že jsou ve věku do 30 let. Dále 40 (40%) procent respondentů odpověděli, že jsou ve věku do 40 let. 33 respondentů (33%) odpovědělo, že jsou ve věku do 50 let. Věk do 60 let uvedlo 17 respondentů (17%).

Otázka č. 3- Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 3-Vzdělání respondentů

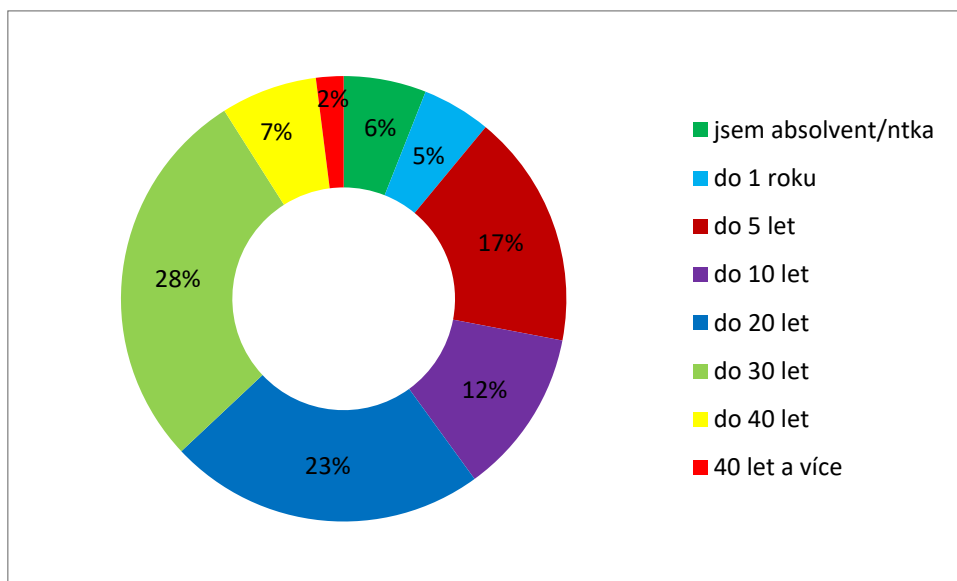


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů odpovědělo, že 44 (44%) dosáhlo středoškolského vzdělání. Vyšší odborné vzdělání dosáhlo 13 (13%) respondentů, vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. dosáhlo 28 (28%) respondentů. Zbýlých 15 (15%) respondentů uvedlo vysokoškolského vzdělání s titulem Mgr. V dotazníku byla uvedena možnost, odpovědi vysokoškolského vzdělání s titulem PhDr. Z výsledků vyplnilo, že žádný z respondentů tuto možnost nezvolil, proto zde není uvedena.

Otázka č. 4-Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Graf-4 Délka práce ve zdravotnictví

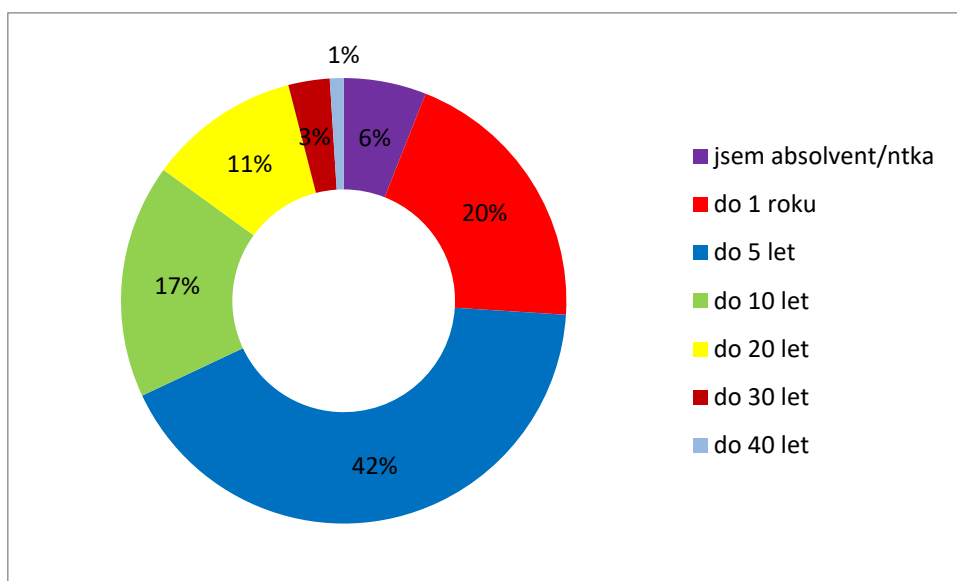


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů odpovědělo, že 6 (6%) respondentů odpovědělo, že jsou absolventi, práci do 1 roku uvedlo 5 (5%) respondentů. Práci ve zdravotnictví do 5 let uvedlo 17 (17%) respondentů dále práci do 10 let ve zdravotnictví uvedlo 12 (12%) respondentů. Práci ve zdravotnictví do 20 let uvedlo 23 (23%) respondentů, práci do ve zdravotnictví do 30 let uvedlo 28 (28%) respondentů. Práci ve zdravotnictví do 40 let uvedlo 7 (7%) respondentů. Práci ve zdravotnictví 40 let a více uvedlo 2 (2%) respondentů.

Otázka č. 5-Jak dlouho dobu pracujete v paliativní péči?

Graf 5-Délka práce v paliativní péči

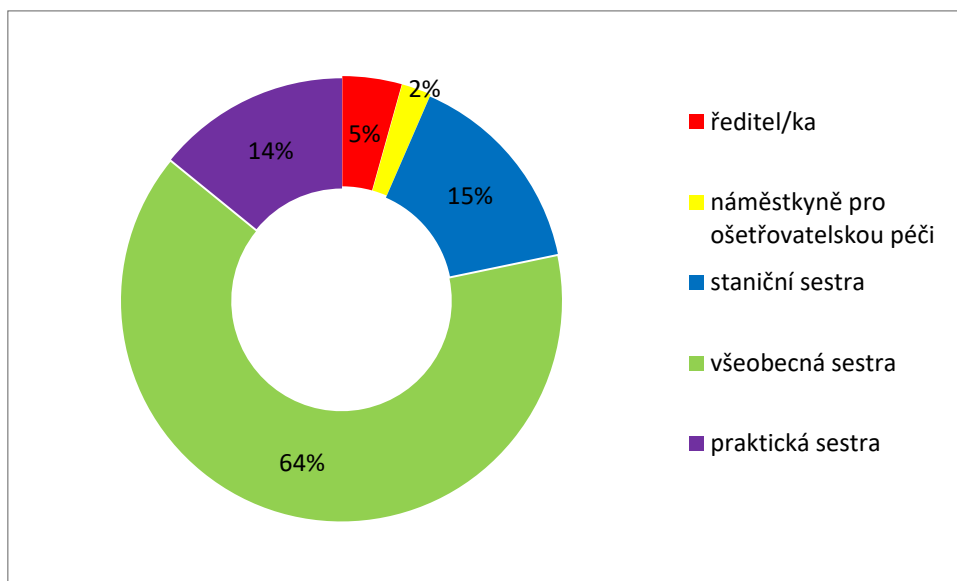


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů odpovědělo, že 6 (6%) respondentů odpovědělo, že jsou absolventi. Celkem 20 (20 %) respondentů uvádí délku práce v paliativní péči do 1 roku, do 5 let ji uvádí 42 (42%). Dále 17 (17%) uvádí práci v paliativní péči do 10 let, do 20 let uvádělo 11 (11%) respondentů. Práci v paliativní péči nad 30 let uvedli 3 respondenti, 40 let práce v paliativní medicíně uvedl pouze 1 (1%) respondent.

Otázka č. 6-Jakou pracovní pozici zastáváte?

Graf 6-Pracovní pozice

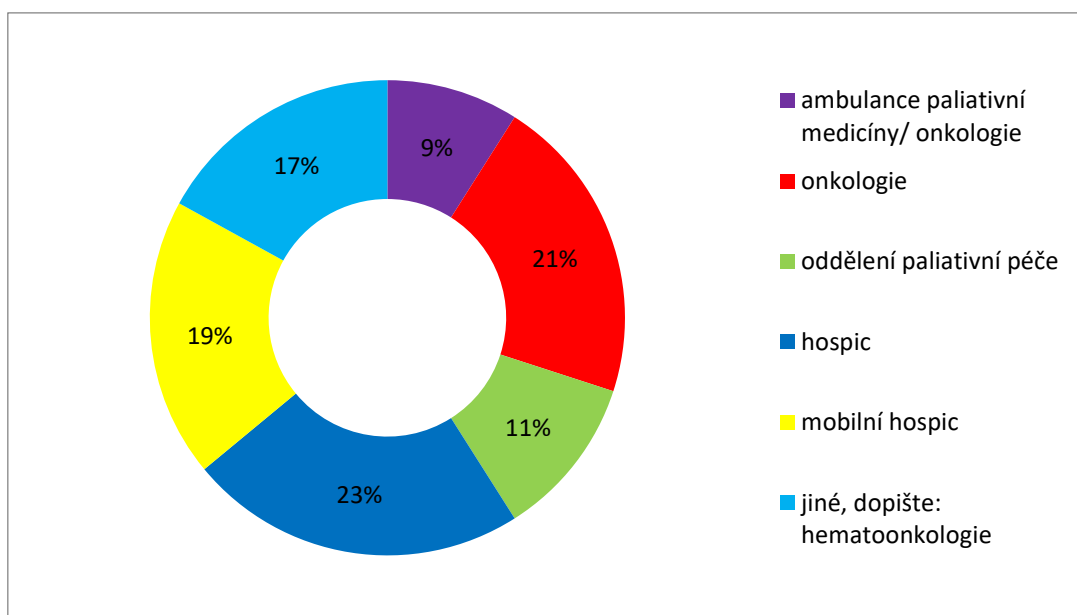


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů, uvedlo, že pracuje na pozici všeobecné sestry 64 (64%), na pozici praktické sestry pracuje 14 (14%) respondentů. Na pozici staniční sestry pracuje 15 (15%) respondentů. Pozici ředitel/ky uvedlo 5 (5%) respondentů. Výběr odpovědi náměstkyně pro ošetrovatelskou péči vybrali 2 (2%) respondenti.

Otázka č. 7-V jakém zařízení pracujete?

Graf 7-Místo výkonu práce

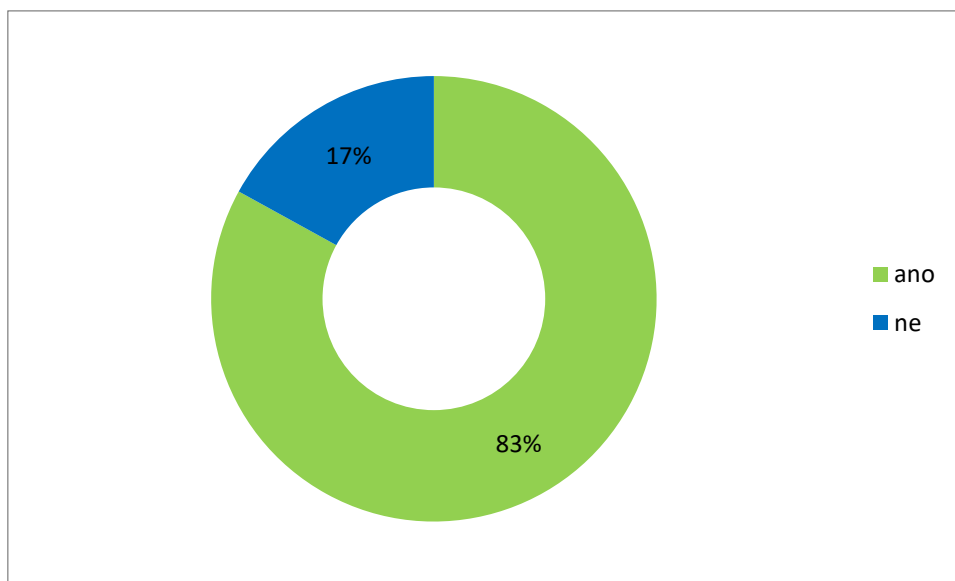


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů, uvedlo 23 (23%) pracuje v hospicovém zařízení, v mobilním hospici pracuje 19 (19%) respondentů. Na onkologickém oddělení uvedlo práci 21 (21%) respondentů. Na oddělení paliativní péče uvedlo práci 11 (11%) respondentů. 9 (9%) pracuje v ambulancích paliativní medicíny či onkologie. V možnosti výběru odpovědi „jiné, dopište“ uvedlo 17 (17%) respondentů oddělení hematoonkologie.

Otázka číslo 8-Setkal/a jste se před nástupem do praxe s pojmem paliativní péče?

Graf 8-Setkání s pojmem před nástupem do praxe

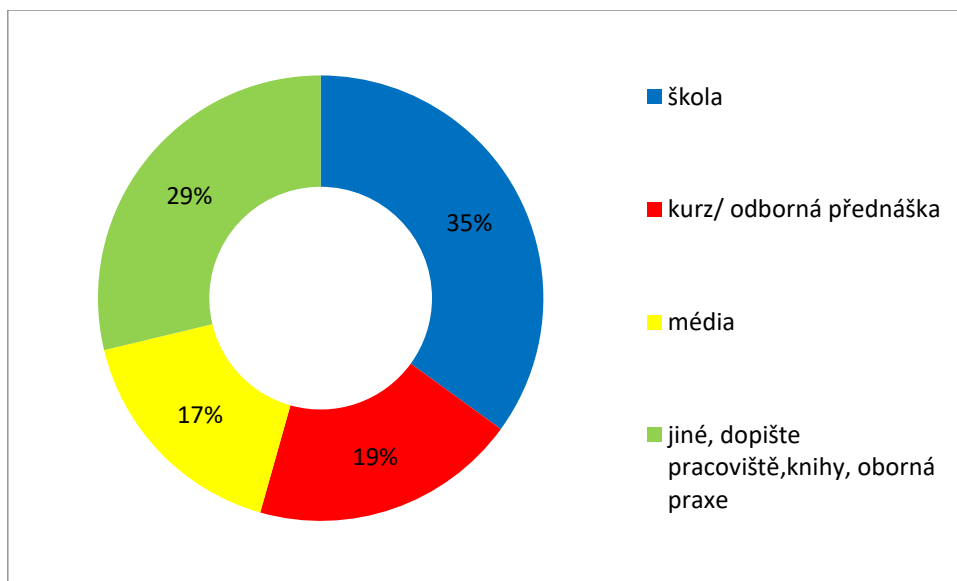


Zdroj vlastní

83 (83%) respondentů, ze 100 odpovědělo, že se s pojmem před nástupem do praxe setkalo, zbylých 17 (17%) uvedlo, že se s pojmem před nástupem do praxe nesetkaly.

Otázka číslo 9-Kde jste se s pojmem paliativní péče poprvé setkala? Možnost výběru více odpovědí.

Graf 9-Místo setkání s pojmem paliativní péče

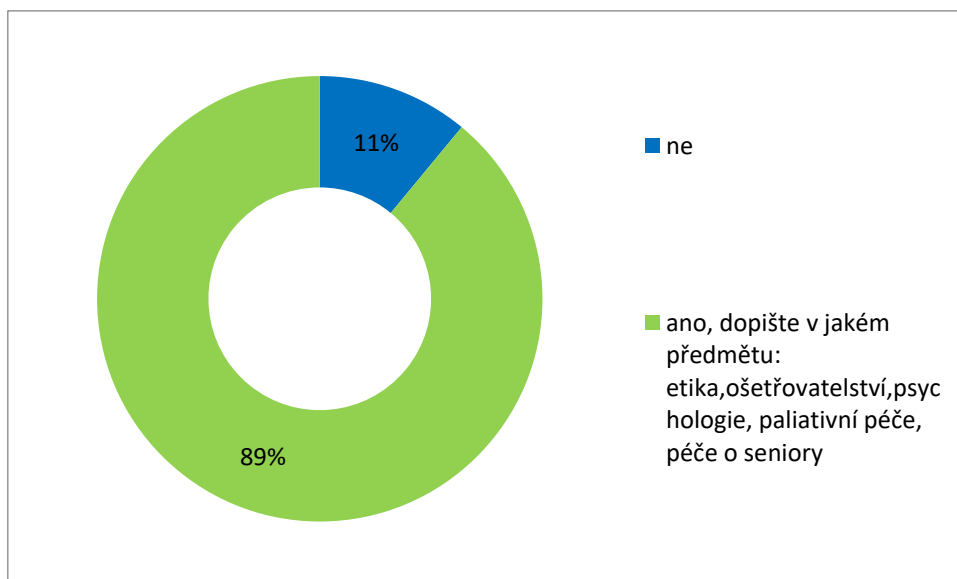


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů odpovědělo že, 56(35%) respondentů odpovídalo, že se s pojmem poprvé setkaly v rámci svého pregraduálního vzdělávání. 28 (19%) respondentů se s pojmem setkalo na kurzu či na odborné přednášce. Z médií se s pojmem setkalo 23(17%) respondentů. 34 (29%) vybralo možnost odpovědi jiná, kde respondenti nejčastěji doplnili odpovědi v zastoupení: knihy, odborná praxe, pracoviště.

Otázka číslo 10- Byla v rámci vašeho studia probírána problematika paliativní péče?

Graf 10-Paliativní péče ve výuce

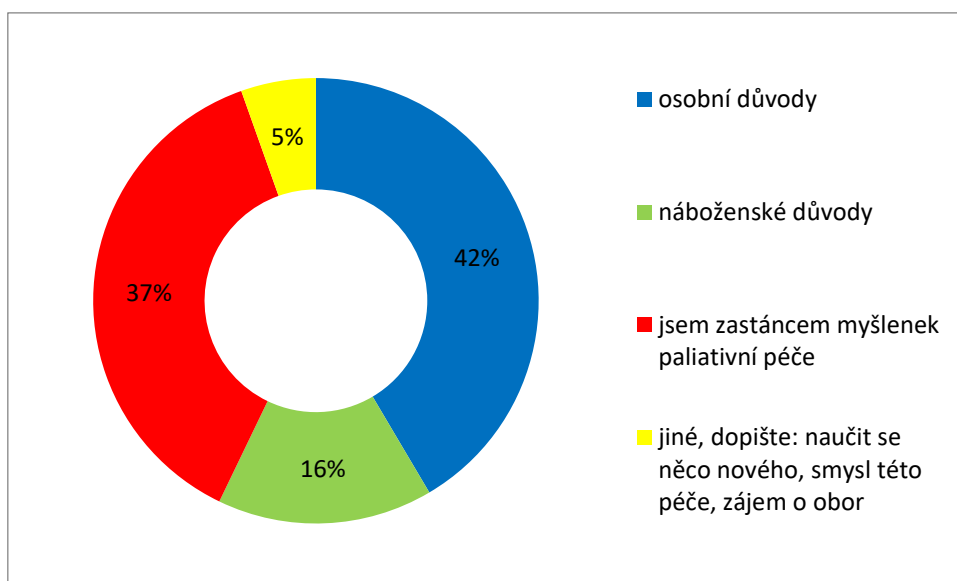


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů 89 (89%) uvedlo, že problematika paliativní péče byla probírána v rámci jejich studia. Pokud respondent zvolil odpověď „ano“, měl doplnit v jakém předmětu byla problematika probírána. Odpovědi, na předmět v kde tématu věnována pozornost byla etika, ošetřovatelství, péče o seniory a paliativní péče. 11 (11%) respondentů odpovědělo, že se během jejich studia problematika paliativní péče neprobírala.

Otázka číslo 11-Proč jste se zaměřil/a na tento obor? Možnost výběru více odpovědí.

Graf 11-Důvod zaměření na obor

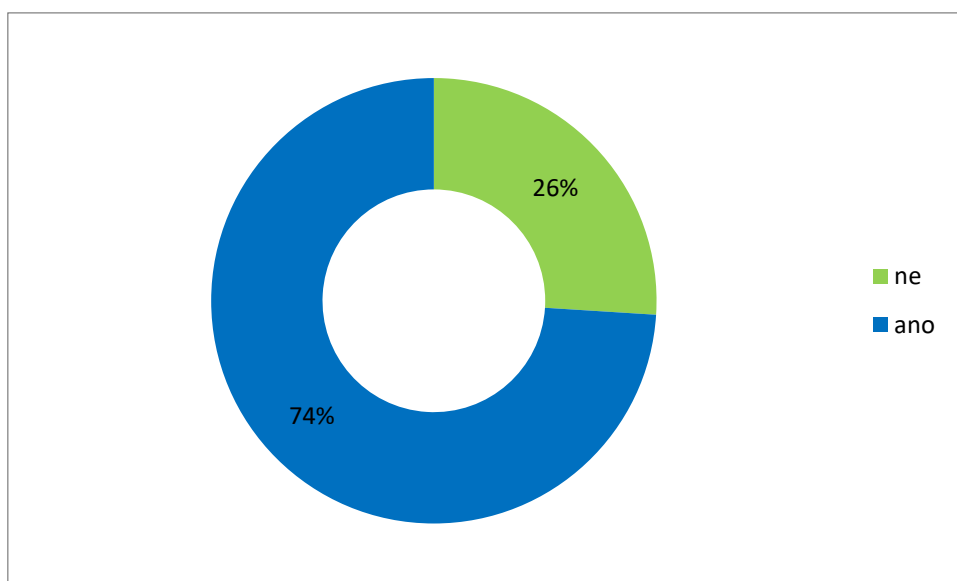


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů 64 (42%) odpovědělo, že důvodem pro výběr tohoto oboru byly jejich osobní důvody. 45 (37%) respondentů uvedlo, byly sympatie s myšlenkami paliativní péče. 32 (16%) uvedlo náboženské důvody. 11 (5%). Při výběru možnosti „jiné, dopište:“ uvedli respondenti nejčastěji odpovědi: naučit se něco nového, smysl této péče, zájem o obor.

Otázka číslo 12-Absolovala jste nějakou specializaci v oboru?

Graf 12-Specializace v oboru

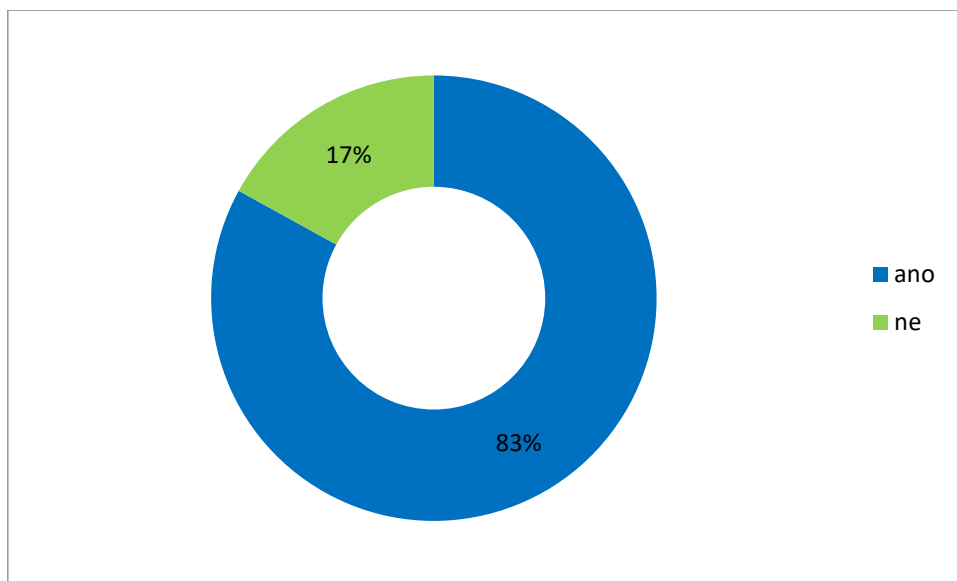


Zdroj vlastní

74 (74%) respondentů ze 100 odpovědělo, že absolvovalo specializaci v oboru paliativní medicíny. Zbýlých 26 (26%) odpovědělo, že doposud žádnou specializaci neabsolvovalo.

Otázka číslo 13-Pokud jste prozatím žádnou specializaci nepodstoupil/a, máte možnost si ji v případě zájmu doplnit?

Graf 13-Možnost doplnění specializace

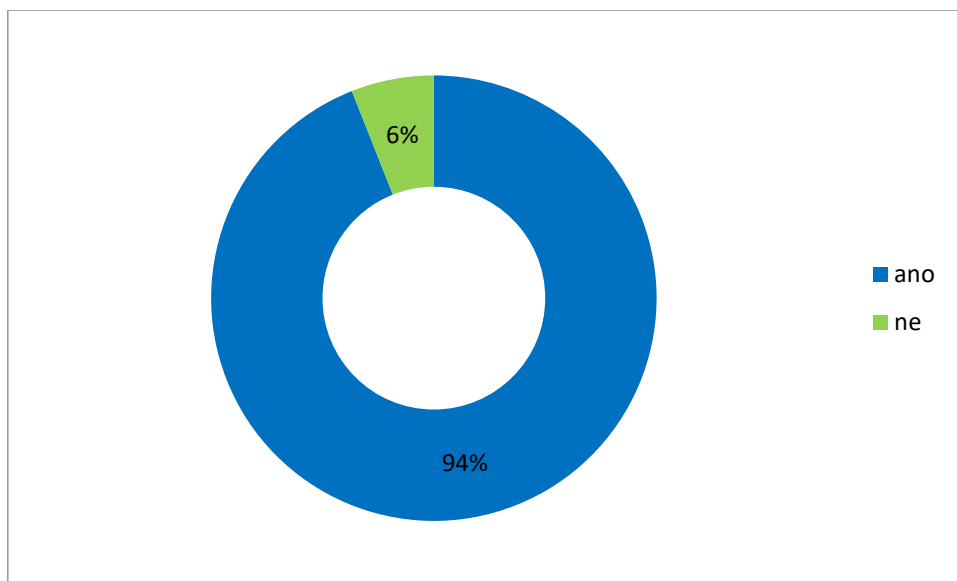


Zdroj vlastní

83 (83%) respondentů ze 100 má možnost si v případě zájmu specializaci doplnit. Pouze 17 (17%) nemá možnost v případě zájmu, doplnění specializace.

Otázka číslo 14-Víte jaké dovednosti a znalosti zahrnuje poskytování obecné paliativní péče?

Graf 14-Znalost poskytování obecné paliativní péče

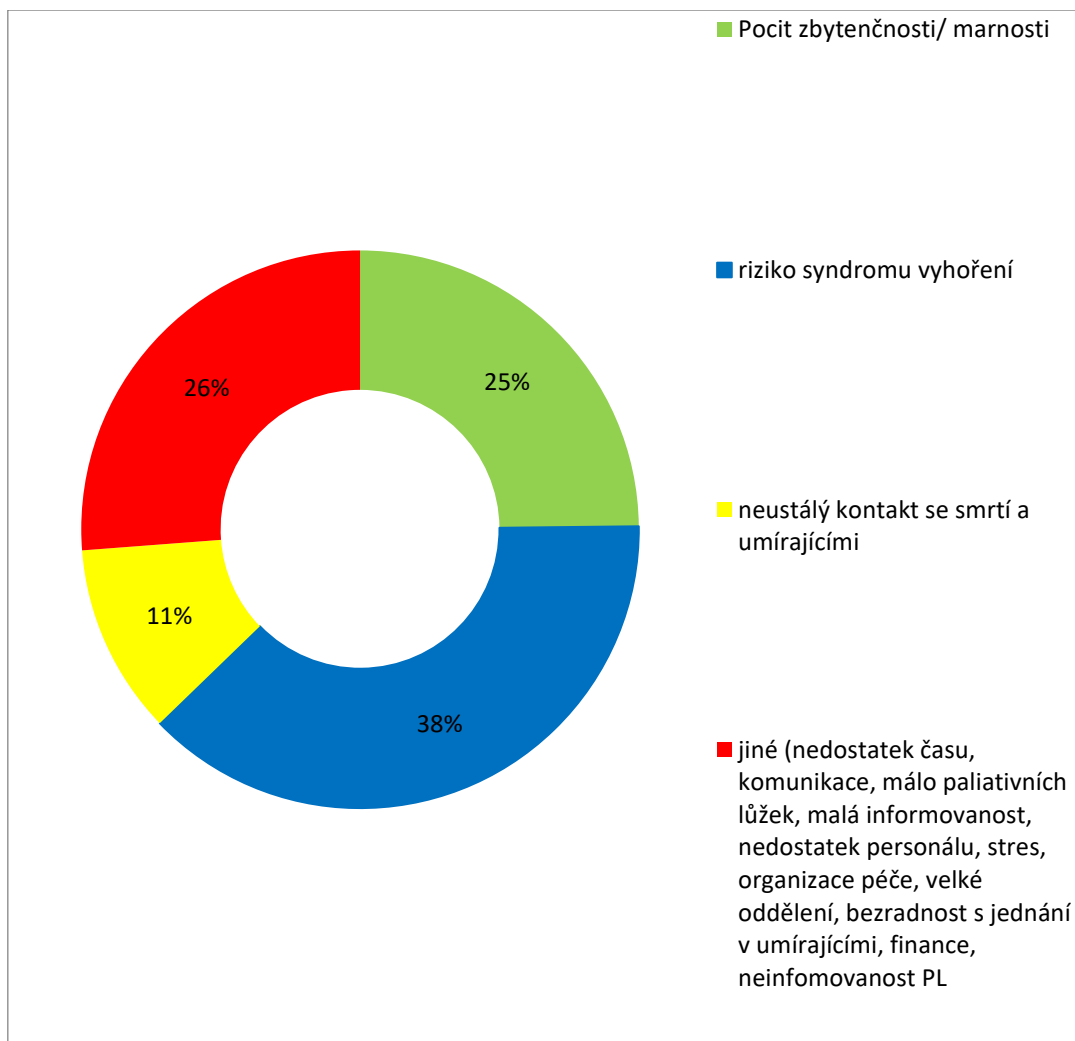


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů odpovědělo že, 94 (94%) že má znalosti v poskytování obecné paliativní péče. Jen 6 (6%) respondentů uvedlo že, tyto znalosti a dovednosti neovládá.

Otázka číslo 15-Jaké největší překážky spatřujete v poskytování ošetrovatelské péče o umírající? Možnost výběru více odpovědí.

Graf 15-Největší překážky v poskytování péče

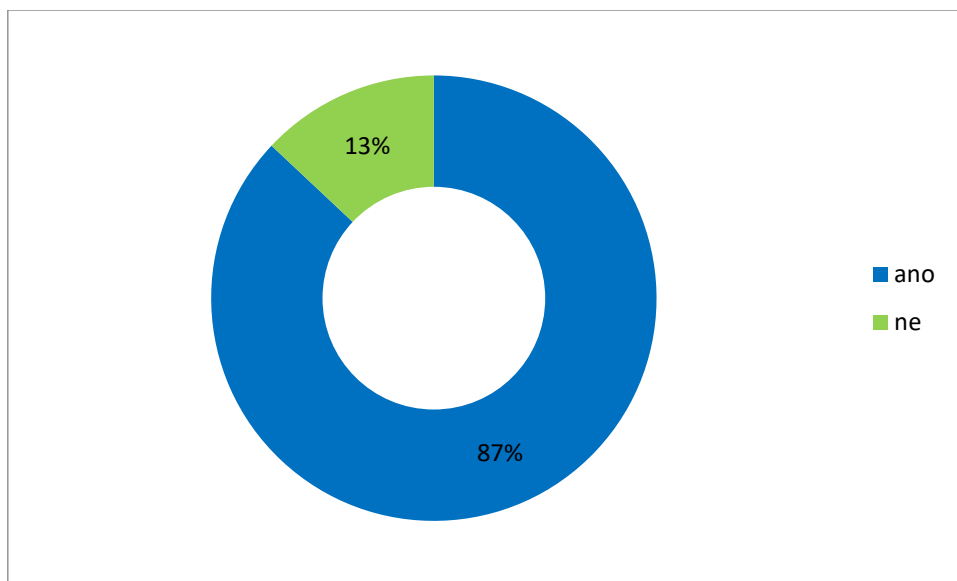


Zdroj vlastní

Ze 100 nejvíce respondentů 58 (38%) uvedlo, jako největší překážku při poskytování péče vidí riziko vzniku syndromu vyhoření. Jako druhou největší překážku uvedlo 43 (25%) respondentů pocit marnosti a zbytečnosti. 16 (11%) respondentů uvedlo jako překážku neustálý kontakt s umírajícími. V této otázce respondenti mohli vybrat odpověď jiné, dopište. 26 (26%) respondentů nejčastěji uváděli nedostatek času, stres, málo paliativních lůžek, nedostatek personálu, špatná organizace péče, malá informovanost veřejnosti, finanční situace paliativní péče a neinformovanost praktických lékařů.

Otázka číslo 16-Cítíte se dostatečně vzdělaný/á v oblasti poskytování péče o umírající?

Graf 16-Pocit dostatečného vzdělání

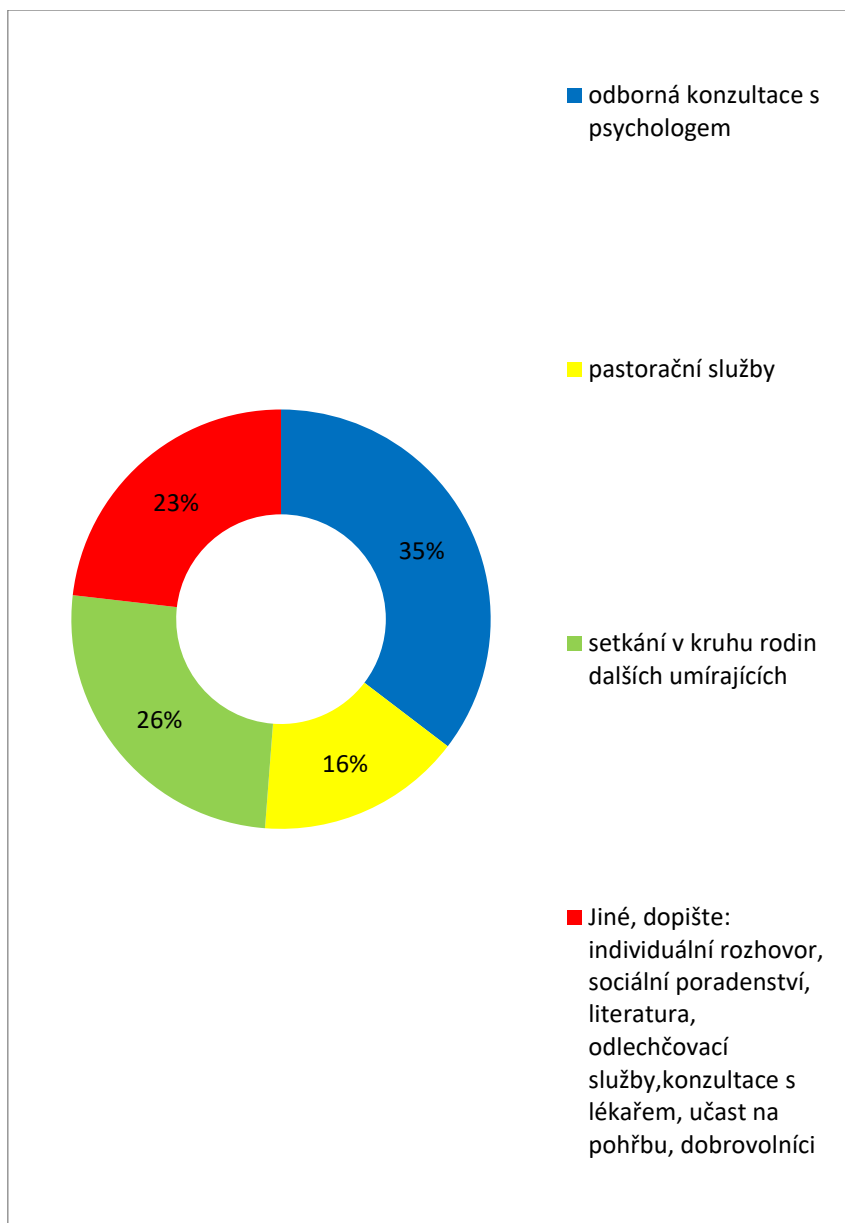


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů odpovědělo, že 87 (87%) z nich se cítí dostatečně vzděláno. Zbývajících 13 (13%) respondentů odpovědělo, že se dostatečně vzděláno necítí.

Otázka číslo 17-Jaké druhy péče můžete nabídnout pacientovo blízkým? Možnost výběru více odpovědí.

Graf 17-Péče o pacientovo blízké

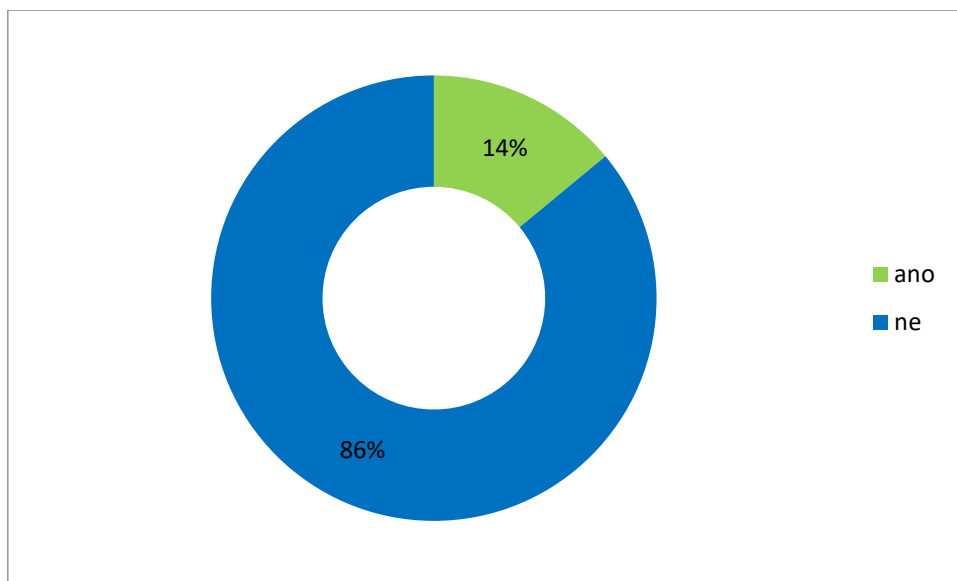


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů odpovědělo že, 58 (35%) mohou nabídnout odbornou konzultaci s psychologem, setkání v kruhu dalších umírajících může nabídnout 43 (26%), 24 (16%). V odpovědi jiné (23%) se nejčastěji objevují odpovědi: individuální rozhovor, sociální poradenství, literatura, odlehčovací služby, konzultace s lékařem, účast na pohřbu či pomoc dobrovolníků.

Otázka číslo 18-Domníváte se, že je věnován dostatečný prostor paliativní péči v ošetřovatelství?

Graf 18-Dostatečná pozornost věnovaná paliativní péči

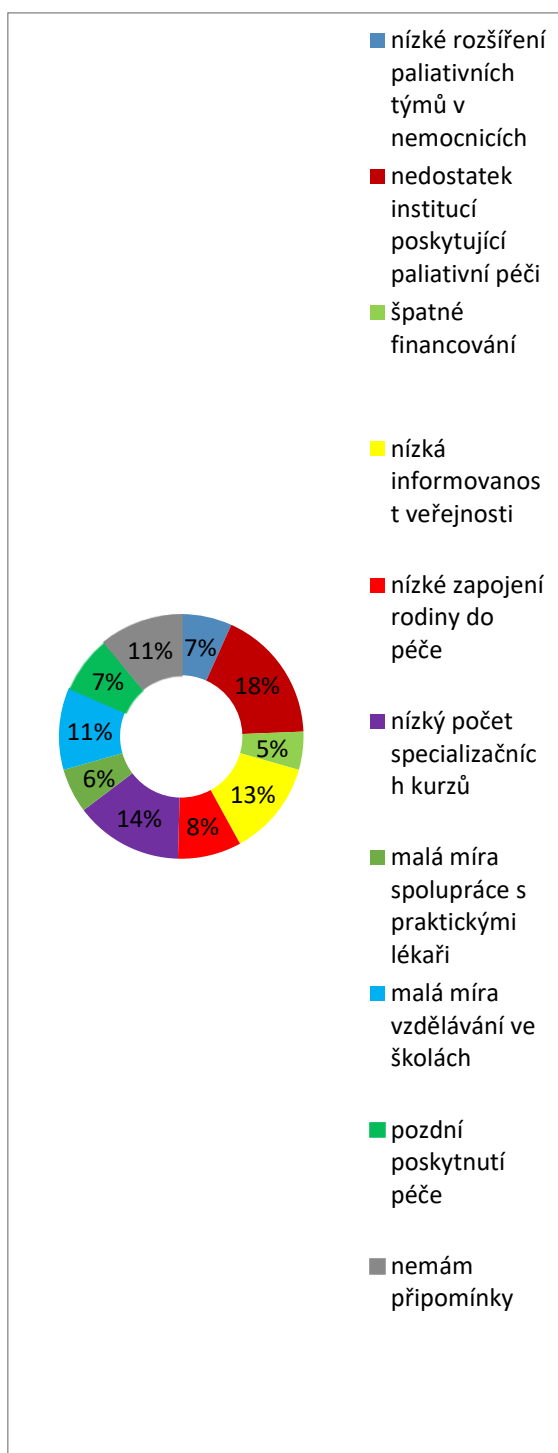


Zdroj vlastní

Ze 100 respondentů 86 (86%) se domnívá, že je v ošetřovatelství věnován dostatečný prostor paliativní péči v ošetřovatelství. Zbýlých 14 (14%) si myslí, že paliativní péči tento prostor věnován není.

Otázka číslo 19-V čem jako všeobecná sestra vnímáte největší rezervu?

Graf 19-Největší rezerva v poskytování paliativní péče



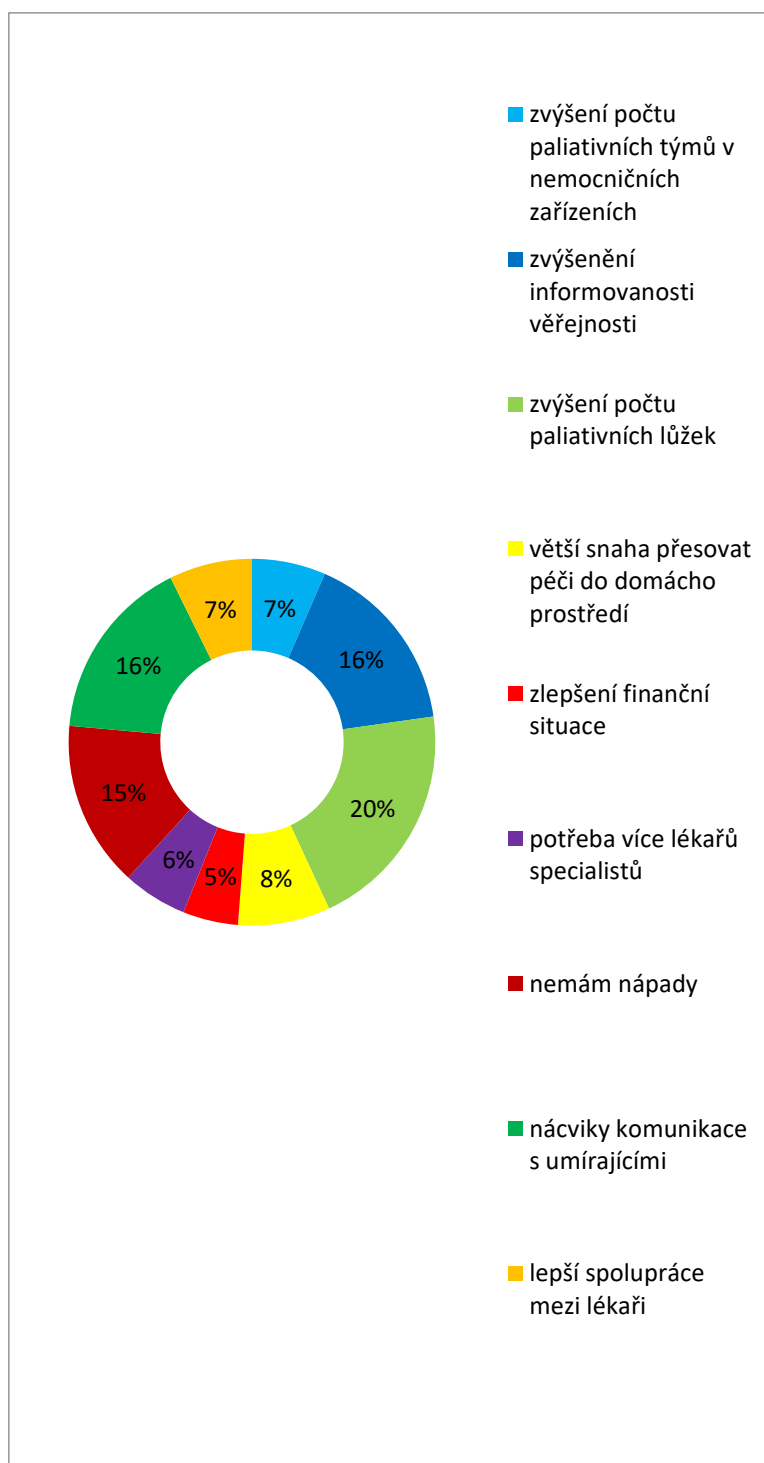
Zdroj vlastní

Tato otázka byla otevřená a respondenti měli zaznamenat odpověď do dotazníku. Ze 100 respondentů nejčastěji odpovídaly že za největší problém považují nedostatek insti-

tucí, které poskytují paliativní péči, konkrétně 18 . Jako rezervu v nízkých počtech specializačních kurzů uvedlo 17 (14%). Z dalších odpovědí uvádělo malou informovanost veřejnosti 15 (13%) respondentů. 13 (11%) respondentů uvádělo malou mírou vzdělávání ve školách. 8 (7%) respondentů uvedlo jako problém nízký počet paliativních týmů ve zdravotnických zařízeních. 6 (7%) respondentů vidí jako překážku v malé spolupráci s praktickými lékaři. 6 (5%) respondentů uvedlo špatné financování. Z dalších 9 (5%) respondentů uvedlo pozdní poskytnutí péče. 13 (11%) nemělo žádné připomínky.

Otázka číslo 20-Máte nějaké nápady na zlepšení situace?

Graf 20-Nápady na zlepšení situace



Zdroj vlastní

Tato otázka byla otevřená a respondenti měli zaznamenat odpověď do dotazníku.

Ze 100 respondentů nejčastěji odpovědělo, že 20 (16%) respondentů by zvýšilo informovanost veřejnosti, stejný počet 20 (16%) respondentů by uvítal nácviky komunikace s umírajícím. 9 (8%) respondentů vidí zlepšení situace ve větší snaze o přesunutí péče do domácího prostředí. 8 (7%) respondentů vidí řešení ve zvýšení počtu v nemocničních zařízeních. Stejný počet respondentů 8 (7%) nabízí řešení v lepší komunikaci mezi lékaři. 7 (6%) respondentů doporučuje zvýšení lékařů specialistů. 6 (5%) respondentů by zlepšilo finanční situaci. 18 (15%) uvedlo že žádné nápady nemá.

DISKUZE

V této bakalářské práci jsme se zaměřily na vzdělání sester v oblasti paliativní péče. V teoretické části jsme se snažily zachytit vzdělávání sester v pregraduálním systému. Snažily jsme se zachytit principy paliativní péče s její historií. Zmínily jsme i současnou situaci. Důležitou kapitolou byl především fungování sester v paliativní péči.

Vyhodnocená a zpracovaná data průzkumu jsme porovnávaly s pracemi které se zabývali podobnými tématy.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak jsou všeobecné sestry vzdělávány v oblasti paliativní péče. Dle našeho šetření jsme zjistili, že většina všeobecných sester, se setkává s paliativní péčí již v rámci svých studií. Výzkum byl zaměřený nejen na zdravotníky pracující přímo v paliativní péči. Byli tam zahrnuty podobné obory kde se všeobecné sestry kde mohou aplikovat obecnou paliativní péči.

Cíl číslo 1 si kladl za cíl zjistit, zda jsou sestry vzdělávány již v rámci svého pregraduálního studia.

Otázka týkající se tohoto cíle je reflektována v grafu 10. Otázka zněla: „ Byla v práci vašeho kvalifikačního studia probírána problematika paliativní péče?“ Z grafu lze vyčíst, že 89% respondentů odpovědělo kladně.

Lucie Chládková si ve své bakalářské práci, „ Znalosti všeobecných sester o paliativní péči “ z roku 2018, pokládá otázku, zda jsou všeobecné sestry před nástupem do praxe během studia připravovány na poskytování paliativní péče. Z jejích výsledků vyplývá, že pouze 26,8 % respondentů odpovědělo, že bylo připravováno již v rámci svého studia (Chládková, ©, 2018)

Důvodem těchto výsledků může být fakt, že přes polovinu našich respondentů tvořily všeobecné sestry, které dosáhly vyššího odborného či vysokoškolského vzdělání. Výuka Paliativní problematiky je zde zaručena vyhláškou 39/2005 která stanovuje minimálně 10 hodin výuky. Z tohoto bodu lze vysvětlit výsledky pro graf číslo 9, který ukazuje, že nejčastěji první setkání s problematikou paliativní péče, se odehrává ve školách.

Cíl číslo 2 si kladl zjistit zda všeobecné sestry absolvují všeobecné sestry odborné kurzy zaměřené na paliativní péči.

Tato otázka je vyhodnocena v grafu číslo 12. Lze z něj vyčíst, že 74 % respondentů odpovídalo že, absolvoval/a nějaký kurz či specializaci v oboru. Bc. Šárka Drtinová si ve své práci „ Specifika práce všeobecné sestry v paliativní medicíně“ z roku 2015. Ve výsledcích její práce vyšlo, že 96 % procent respondentů absolvovalo vzdělávací akci (Drtinová,2015, ©)

V následujícím grafu číslo 13 se zabýval otázkou, pokud respondent žádnou specializaci neabsolvoval, zda si ji v případě zájmu může doplnit. Pozitivním výsledkem je že 83 % tuto možnost má.

Bc Šárka Drtinová ve své otázce číslo 5 pokládá otázku, zda zdravotníci využívají těchto akcí. Z 96 respondentů 92 odpovědělo kladně. Myslíme si, že je zde dobře vidět zájem zdravotníků prohlubovat (Drtinová,2015, ©).

Cíl číslo 3 si kladl za otázku jak všeobecné sestry vidí současnou situaci.

Pod tímto cílem byly stanoveny dvě pod otázky. První z nich si kladla za cíl zjistit, „jaké překážky/rezervy spatřují všeobecné sestry při poskytování ošetrovatelské péče“. Tato otázka patří k grafu číslo 15. Z výsledků vyplívá, že jako největší překážku vnímají všeobecné sestry riziko syndromu vyhoření.

Další výsledky lze najít v grafu číslo 19. Otázka byla otevřená a respondenti mohli volně odpovídat na otázku, v čem jako všeobecné sestry vnímají největší rezervu. V odpovědích se většinou shodlo více respondentů, nejvíce jich odpovídalo, že za největší rezervu považují málo institucí poskytující paliativní péči. Bc. Petra Majvičková ve své diplomové práci Znalosti všeobecných sester o paliativní medicíně se zabývala otázkou jaká je dle sester příčina nedostatečného rozvoje paliativní péče v České Republice (Majvičková, 2013, ©).

Z jejích výsledků vyplívá, že 67,7 % respondentů odpovědělo že za příčinu je nedostatečného vývoje pokládá legislativu a financování. Tento výsledek se nám nepotvrdil. V našem výzkumu vyplívá najevo, že za největší problém považují nedostatek institucí poskytující paliativní péči.

Vhledem k faktu že se naše práce zabývá vzděláváním všeobecných sester rádi bychom zde zmínily jeden zajímavý výsledek. Opět zde využijí práci Bc. Petry Majvičkové. Z výsledků její otázky kde je příčinu nedostatečného rozvoje paliativní péče vidí 24,1%

problém v nevyhovující odborné přípravě zdravotníků. Nelze z její položené otázky vyčíst zda se je zde zahrnuta pregraduální příprava či nikoliv (Majvičková, 2013, ©).

Cíl číslo 4-se zabýval tím, jaké mají všeobecné sestry náměty na zlepšení situace. Tím se zabývala poslední otázka číslo 20. Zde mohli volně všeobecné sestry své odpovědi volně vpisovat do dotazníku. V některých odpovědích se shodlo více respondentů, nejčastější odpověď byla nutnost zvýšení počtu paliativních lůžek.

MUDr. Ondřej Sláma v článku pro zdravotnický deník vnáší myšlenku toho že v České Republice nedošlo k rozhodnutí co má paliativní péče obnášet. Mluví o tom že existují dvě krajní polohy. První mluví o tom že obor paliativní péče není žádná novinka a je zahrnuta v rámci i ošetrovatelské péče. K vydělování samostatného atestačního oboru vnímá jako škodlivé. Obává se ztráty schopnosti ostatních tuto péči poskytovat. Dodává problém i s úhradou. Dodává, že je potřeba edukace a kultivace systému. Opačný názor říká že paliativní péče je zcela nový obor je vnímá ho jako vysoce specializovaný obor (Zdravotnický deník, 2019, ©)

V článku je zmíněno, že poskytování paliativní péče je součástí povolání, především lékařů a sester. Dále je zde uvedeno že v České Republice je 19 lůžkových hospiců s 480 lůžky, tři oddělení paliativní péče s lůžky hospicového typu a jedno s lůžky následné péče, 35 nasmlouvaných poskytovatelů mobilní specializované péče a 14 ambulancí paliativní medicíny.

Jak jsme již uvedly v předchozím textu práce kde, jsme pro příklad moderního fungování paliativní péče ve světě uvedly Německo. Pro porovnání zde uvádíme čísla z roku 2013, kdy v Německu se nacházelo 214 lůžkových hospiců, 250 nemocničních oddělení paliativní péče, 14 dětských hospiců a zhruba 1500 agentur domácí hospicové péče.

Myslíme si že právě tato nevyjasněnost poskytování péče společně s nízkým počtem, oproti Německu, je pravděpodobně důvodem proč si právě tuto možnost vybrali všeobecné sestry jako prioritu pro zlepšení situace.

Jako výstup této práce jsme zvolily možnost vytvoření všeobecných doporučení pro praxi.

Všeobecná doporučení pro praxi:

Tato doporučení vznikla na základě výsledků praktické části.

- Zvýšení počtu institucí poskytující paliativní péči aby mohla být více dostupná pro více pacientů.
- Větší rozšíření paliativních týmů v nemocničních zařízeních.
- Zlepšit spolupráci mezi lékaři tak aby mohla být zlepšena propojenost péče.
- Zvýšit informovanost veřejnosti o paliativní péči aby byly dostatečně informování pro koho je tato péče určena.
- Zaměřit odborné semináře či kurzy pro všeobecné sestry, které se budou zabývat komunikací s umírajícími.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou paliativní péče jako součást ošetřovatelství. Jejím hlavním tématem bylo vzdělávání všeobecných sester na poli paliativní medicíny. Z výsledků práce vyplývá, že vzdělávání v pregraduální oblasti je dobré přesto, že je na něj dotován ve výuce omezený čas. Možná je znalost obecné paliativní péče tak vysoká právě protože je toto téma je provázáno ve více předmětech. Bohužel co se týká praktického vyučování, není zde počet hodin přímo na tento obor dotován. Možná právě protože si tento obor nevyberou jak místo pro svojí, praxi v rámci studia, spatřují jako největší problém v komunikaci s umírajícími.

Příjemně překvapujícím faktem bylo kolik všeobecných sester absolvovalo vzdělání v paliativní péči. Vypovídá o tom že všeobecné sestry mají zájem o to se dále vzdělávat a rozšiřovat své znalosti. Je skvělé, že jim to umožňují sami zaměstnavatelé v takovéto hojné míře.

Přesto že jsme se v naší práci zabývali vzděláním všeobecných sester, ve výsledcích byly zastoupeny hojně odpovědi týkající se systému paliativní péče v České Republice. I přes mnohaletou práci budování sítě paliativních pracovišť má náš systém stále velké mezery a trhliny. Vývoj a situace paliativní péče bude patrně dlouhý ale věříme že se postupně vyprodukuje kvalitní a dostupná pracoviště která bude dostupná pro všechny umírající kteří tuto péči budou potřebovat.

Doufáme, že naše výsledky budou přínosné pro další práce a pomohu alespoň trochu přiblížit, jak všeobecné sestry vnímají prostor ve kterém svoji ošetřovatelskou péči poskytují.

BIBLIOGRAFIE

1. **kolektiv, Iona Plevová a. Ošetřovatelství 2.** Praha : Grada Publishnig a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
2. **doc. MUDr. Vuk Fait, CSc.** Klinická onkologie. *Časopis České onkologické společnosti a Slovenskej onkologickej spoločnosti* . 2009, Sv. ročník 22, 4.
3. **spol., MUDr. Donutil Skála. Ph.D. a.** Paliativní péče o pacinety v terminálním stádiu nemoci . *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře*. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČSL JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0.
4. **Vaněk, Libor.** Cesta domů-slужby . *Cesta domů* . [Online] Cesta domů , 2017. [Citace: 12. Prosinec 2019.] <https://www.cestadomu.cz/ambulance-paliativni-a-podpurne-pece>.
5. **Radka Bužgová, Lucie Sikorová a kolektiv.** *Dětská paliativní péče* . Praha : Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0584-7.
6. **Browell, Geoff.** SAUNDERS, *Dame Cicely (1918-2005)*. [článek] Londýn : Kings College Lodon , 2006.
7. **Marie Svatošová** . [článek] Praha : Česká Televize, 1996-2020.
8. FNOL-aktuality. *Fakultní nemocnice Olomouc*. [Online] 2. Červenec 2019. [Citace: 2. Leden 2020.] <https://www.fnol.cz/aktuality/fakultni-nemocnice-olomouc-ma-svuj-paliativni-tym-pomuze-pacientum-se-zavaznym-zivot-ohrozujicim-onemocnenim>.
9. **Kizák, Ing. Juraj.** Hospice.cz-O důstojném životě terminálně nemocných. *Hospice.cz*. [Online] Ecce Homo, 2005-2001. [Citace: 2. prosinec 2019.] <https://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>.
10. **kolektiv, Jiří Vorlíček a.** *Paliativní medicína*. Praha 7 : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
11. **Nezbeda, Ondřej.** *Průvodce smrtelníka-Prakticky o posledních věcech člověka* . Praha : Paseka , 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.

12. **péče, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní.** O asociaci : Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.* [Online] 2017. [Citace: 8. leden 2020.] <https://www.asociacehospicu.cz/standarty-hospicove-paliativni-pece>.

13. **Shelia Paynerová, Jane Seymourová a Christine Ingletonová.** *Principy a praxe paliativní péče* . Brno : Společnost pro odbornou literaturu , 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

14. AsociaceHospicu.cz-výroční zprávy . *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.* [Online] 2010. [Citace: 8. leden 2020.] http://asociacehospicu.cz/uploads/2019/Vyrocní_zprava_hospic_2018_www.pdf.

15. *Asociace: V Česku chybí asi 70 lůžkových nmobilních hospiců.* [Článek] Praha : Zdravotnický deník, 2017.

16. **péče, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní.** Asociacehospicu.cz-standarty APHPP. *Standarty hospicové paliativní péče* . [Online] 2016. [Citace: 6. Leden 2020.] <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>.

17. **kolektiv, Mgr. Renata Vytejková a.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 2/ speciální část* . Praha : Grada Publishing , 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.

18. **Zacharová, Eva.** *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení, 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha : Grada Publishing a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

19. **Jankovský, Jiří.** *Etika pro pomáhající profese* . Praha : Vydavatelství Trion , 2003. ISBN 80-7254-329-6.

20. **Kupka, Martin.** *Psychosociální aspekty paliativní péče.* Praha : Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

21. **CSc., Prof. MUDr. Jiří Vorlíček.** *Sdělování onkologické diagnózy* . Interní hematoonkologická klinika FN Brno : autor neznámý, 2001.

22. Česká společnost paliativní medicíny České společnosti Jana Evangelista Purkyně- Domů . *Česká společnost paliativní medicíny České společnosti Jana Evangelista*

Purkyně. [Online] ČSPM ČLS JEP, 2016. [Citace: 15. leden 2020.] <https://www.paliativnimedicina.cz/cspm/>.

23. Poslání asociace: APHPP - Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. *APHPP - Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče*. [Online] 2010. [Citace: 15. leden 2020.] <https://www.asociacehospicu.cz/poslani-asociace>.

24. Centrum paliativní péče-rozvojový program Spolu až do konce . *Centrum paliativní péče* . [Online] 2018. [Citace: leden . 18 2020.] <https://paliativnicentrum.cz/projekty/spolu-az-do-konce>.

25. **Martin Loučka, Julie Kovaříková a tým Centra paliativní péče.** <https://paliativnicentrum.cz/>. *Centrum paliativní péče* . [Online] Duben 2018. [Citace: 18. leden 2020.] https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2018-08/avast_spolu_az_do_konce_zprava.pdf.

26. **Pochylá, PhDr. Karla.** *České Ošetřovatelství I Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologi*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů , 2005. ISBN 80-7013-420-8.

27. **Eva Pospíšilová, Valérie Tothová.** *Vývoj vybraných ošetřovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha : Trion , 2014. ISBN 978-80-7387-824-5.

28. **Kutnohorská, Jana.** *Historie ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

29. **medicíny, Institut posgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví Subkatedra paliativní.** *Kurz paliativní medicíny* . Ranhajt : Praha, 2003. nevedeno .

30. **neuv.** *Zdravotnický deník-právo*. [nevedeno] nevedeno : Media Network s.r.o., 15. Květen 2019. nevedeno.

31. **autorů, Jana Heřmanová a kolektiv.** *Etika v ošetřovatelské praxi* . Praha : Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 978--80-247-3469-9.

32. **PhDr. Jiří Frei Ph.D, Bc. Stiborová Denisa.** *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice : Stiborová Denisa, 2018. ISBN 978-80-270-3719-3.

33. **Věra Čechová, Alena Mellanová, Marie Rozsypalová.** *Speciální psychologie.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně , 2004. ISBN 80-7013-386-4.
34. *Zákon 94/2004.* [<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>] nevedeno : nevedeno, 2004.
35. **Špaček, MUDr. Milina.** *Koncepce Ošetrovatelství . Metodická Opatření .* nevedeno : nevedeno, nevedeno. nevedeno .
36. **PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.** *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života.* Praha : Grada Publishing, a.s. , 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
37. **Margaret O'Connor, Sanchia Aranda.** *Paliativní péče pro sestry všech oborů .* Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN-80-247-1295-4.
38. **Patrik Burda, Lenka Šolcová.** *Ošetrovatelská péče 1. díl pro obor ošetrovatel .* Praha : Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-9802-8.
39. **PhDr. Mgr. Slavomíra Pavlíková, MPH.** *Modely ošetrovatelské péče v kostce .* Praha : Grada Publishing a.s. , 2006. ISBN 80-247-1211-3.
40. **Svatošová, Mudr. Marie.** *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? .* Praha : Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
41. **kolektiv, Ilona Plevová a.** *Ošetrovatelství II.* Praha : Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
42. **nevedeno.** *Péče. cz: V čem se liší hospic a paliativní péče . Péče. cz .* [Online] 2019. [Citace: 11. březen 2020.] <https://pece.cz/novinka/v-cem-se-lisi-hospic-a-paliativni-pece>. ISBN nevedeno .
43. **Misconicová, Blanka.** *Péče o umírající hospicová péče.* nevedeno : Národní centrum domácí péče České Republiky , nevedeno . nevedeno .
44. **Blumethal, Kay.** *Kapitoly z thanatologie.* Praha : Avicenum , 1987. nevedeno .

45. **Haškovcová, Helena.** *Thanatologie nauka o umírání a smrti* . Praha : Galén , 2000. ISBN 80-7262-034-7.

46. **kol., Martin Loučka a.** *Organizace mobilní specializované paliativní péče v Evropě*. [Kniha] Praha : Centrum paliativní péče , 2015. 978–80–906109-0–3.

47. Hospic svatého Jana N. Neumana v Prachaticích :odlehčovací služby . *Hospic Svatého Jana N. Neumanna*. [Online] 2005-2020. [Citace: 30. prosinec 2019.] <https://www.hospicpt.cz/prachatice/postup-pro-prijeti>.

48. **Chládková, Lucie.** Znalosti všeobecných sester o paliativní péči . *Bakalářská práce*. Liberec : autor neznámý, 2018.

49. **Drtinová, Bc. Šárka.** Specifika práce všeobecné sestry v paliativní medicíně. *Diplomová práce* . Plzeň : autor neznámý, 2015.

50. **Majvičková, Bc. Petr.** Znalosti všeobecných sester o paliativní medicíně v ČR. Olomouc : autor neznámý, 2013.

51. **Koubová, Michaela.** *Paliativní péči trápí roztržitost. Dva tábory zatím nenašly společnou řeč*. [článek] Praha : Zdravotnický deník , 2019. neuvedeno .

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1-Dotazník

Příloha 2- Rešerže

PŘÍLOHY

Příloha 1-Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Květa Saskie Velková a jsem studentkou 3. ročníku fakulty Zdravotnických studií. Západočeské univerzity v Plzni. Dotazník, který se k vám dostal, je součástí výzkumu k mé bakalářské práci na téma Paliativní péče jako součást ošetřovatelství. Všechny odpovědi budou použity pouze v rámci mé bakalářské práce. Děkuji vám za vaši ochotu při vyplňování dotazníku.

Jaké je vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

Jaký je váš věk?

- Do 20 let
- Do 30 let
- Do 40 let
- Do 50 let
- Do 60 let

Jaké je vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- Středoškolské
- Vyšší odborné Dis.
- Vysokoškolské Bc.
- Vysokoškolské Mgr.
- Doktorandské PhDr.

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- Jsem absolvent/ka
- Do 1 roku
- Do 5 let

- Do 10 let
- Do 20 let
- Do 30 let
- Do 40 let
- 40 let a více

Jak dlouho pracujete v paliativní péči?

- Jsem absolvent/ka
- Do 1 roku
- Do 5 let
- Do 10 let
- Do 20 let
- Do 30 let
- 40 let a více

Na jaké pozici pracujete?

- Ředitel/ka
- Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
- Vrchní sestra
- Staniční sestra
- Všeobecná sestra
- Praktická sestra

V jakém zařízení pracujete?

- Ambulance paliativní medicíny/ pro léčbu bolesti/onkologie
- Onkologie
- Hospic
- Mobilní hospic
- Agentura domácí péče
- Jiné:.....

Setkal/a jste se před nástupem do svého zaměstnání s pojmem paliativní péče?

- Ano

- Ne

Kde jste se s paliativní péčí poprvé setkal/a?

- Škola
- Kurz/oborná přednáška
- Média
- Jiné:.....

Byla v rámci vašeho kvalifikačního studia probírána problematika paliativní péče?

- Ne
- Ano, v jakém předmětu.....

Proč jste se na tento obor zaměřila? (Možnost více odpovědí)

- Osobní důvody
- Náboženské důvody
- Jsem zastáncem myšlenek paliativní péče
- Jiné, dopište:.....

Absolvoval/a jste nějakou specializaci či kurz v oboru?

- Ano
- Ne

Pokud jste zatím žádnou specializaci neabsolvoval/a máte možnost si ji v případě zájmu doplnit?

- Ano
- Ne

Víte, jaké dovednosti a znalosti zahrnuje poskytování obecné paliativní péče?

- Ano
- Ne

Jaké největší překážky spatřujete v poskytování ošetrovatelské péče umírajícím? (Možnost více odpovědí)

- Pocit marnosti/ zbytečnosti
- Riziko syndromu vyhoření
- Neustálý kontakt se smrtí/umírajícími
- Jiné,dopište:.....

Cítíte se dostatečně vzdělaný/á v oblasti poskytování péče o umírající?

- Ano
- Ne

Jaké druhy péče můžete nabídnout pacientovo blízkým? (Možnost více odpovědí)

- Odborná konzultace s psychologem
- Pastorační služby
- Setkání v kruhu rodin dalších umírajích
- Jiné,dopište:.....

Domníváte se, že je věnováno dostatečně prostoru paliativní péči v ošetrovatelství?

- Ano
- Ne

V čem jako sestra vidíte největší rezervu?

Máte nějaké podněty na zlepšení situace?

Příloha 2 -Rešerže

Paliativní péče

KNIHY

www.knihovny.cz

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 341 stran. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.

Sig. SVK PK: 31B87464

umístění

ve volném výběru: 613.98

SVATOŠOVÁ, Marie a PALÁN, Aleš. *Neboj se vrátit domů*. První vydání. Praha: Kalich, 2018. 267 stran. Rozhovory. ISBN 978-80-7017-249-0.

Sig. SVK PK: 31B87088

umístění

ve volném výběru: 616-05

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. 317 stran. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.

Sig. SVK PK: 31B78424

umístění ve

volném výběru: 613.98

MIŠINOVÁ, Mariana. *Ošetrovatel'stvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Prvé vydanie. Brno: Masarykova univerzita, 2016. 106 stran. ISBN 978-80-210-8433-9. (zejm. kap. 4 – Úloha sestry)

Sig. SVK PK: 391A69026

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.

Sig. SVK PK: 31B65937

umístění ve

volném výběru: 616

WARE, Bronnie. *Čeho před smrtí nejvíce litujeme: [jak nám život změní naši drazí, když umírají]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 307 s. ISBN 978-80-262-0168-7.

Sig. SVK PK: 31B52092

umístění

ve volném výběru: 616-083

SLÁMA, Ondřej et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

Sig. SVK PK: 31B48105

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.

Sig. SVK PK: 31B39644

umístění

ve volném výběru: 616-083

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. 286 stran. Sestra. ISBN 978-80-271-0888-6.

Sig. SVK PK: 31B87072-1

umístění

ve

volném výběru: 616-083

ČLÁNKY

<https://www.medvik.cz/bmc/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

KOSÍKOVÁ, Jitka. Paliativní péče by měla být součástí dovedností každého lékaře i sestry – rozhovor. *Zdravotnické noviny*. 2018, roč. 67, č. 15, s. 7. ISSN 0044-1996.

t. č. jako příručka v čítárně časopisů

MAREŠOVÁ, Lucie a TŘEŠLOVÁ, Marie. Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích. *Psychologie a její kontexty*. 2017, roč. 8, č. 1, s. 55-65. ISSN 1803-9278. Sig. SVK PK: 31B39266/2017-1

MACHÁLKOVÁ, Lenka, ŠEVČÍKOVÁ, Blažena a MIKŠOVÁ, Zdeňka. Faktory motivace všeobecných sester v hospicové péči s přesahem České republiky. *Psychologie pro praxi*. 2016, roč. 51, č. 3-4, s. 59-69. ISSN 1803-8670.

Sig. SVK PK: 35A1756/2016

HUTA, Laura. The Role of Nurses in Palliative Care. *Paliatia: Journal of Palliative Care*. 2018, vol. 11, no. 1, s. 13-15. ISSN 1844-7058.

plný text dostupný v databázi EBSCO