VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Obor Všeobecná sestra

Paliativní péče v intenzivní medicíně z pohledu všeobecných sester

Bakalářská práce

Autor: Michaela Pelouškova

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jirešová

Jihlava 2016

Vysoká škola polytechnická Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	**Michaela Pelouškova**
Studijní program:	Ošetřovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	**Paliativní péče v intenzivních oborech z pohledu sester**
Cíl práce:	Zjistit, jaké problémy pociťují všeobecné sestry při poskytování paliativní péče v intenzivní medicině.

Mgr. Iveta Jirešová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Závěrečná práce se zabývá paliativní péčí v intenzivní medicíně a rolí všeobecných sester. Práce se skládá ze dvou hlavních částí a to části teoretické a praktické. Úkolem teoretické části je seznámit čtenáře s intenzivní medicínou, paliativní péčí, přechodem z intenzivní péče na péči paliativní a nakonec je doplněna o souhrn vybraných etických dilemat. Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkum, který formou dotazníkového šetření zjišťuje, problémy, které pociťují všeobecné sestry při poskytování paliativní péče. Výsledky byly zpracovány pomocí kvantitativního šetření.

Klíčová slova: paliativní péče, intenzivní medicína, všeobecná sestra, komunikace

This thesis conserns the theme of palliative care in intensive medicine and the role of nurse. Thesis consists of two main parts – theoretical and practical. The aim of theoretical part is to introdukce the reader into themes of intensive medicine, paliative care, transition from intensive care to palliative one. It is accompanied by a summary of selected ethical dilemmas. The main focus of the thesis is quantitative research that is in a form of questionare dealing with problems felt by nurses attended to palliative care. Results were obtained by quantitative investigation.

Keywords: paliative care, intensit medicine, general nurse, communication

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Ivetě Jirešové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, za věnovaný čas a trpělivost při psaní této bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich čas a spolupráci.

Prohlášení

Prohlašuji, že přeložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „**AZ**“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ,** zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s ouhlas ím**s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.)

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

……..……..

Podpis

Obsah

1 Úvod 8
1.1 Intenzivní medicína 9
1.1.1 Specifika práce sestry v intenzivní péči 11
1.1.2 Vzdělání sester v intenzivní medicíně 12
1.2 Paliativní péče 13
1.2.1 Paliativní péče v České republice dříve a nyní 13
1.2.2 Dělení paliativní péče 15
1.2.3 Typy paliativní péče 16
1.2.4 Všeobecná Sestra v paliativní péči 17
1.2.5 Vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči 18
1.3 Paliativní péče v intenzivní medicíně 20
1.3.1 Přechod z péče intenzivní na péči paliativní 20
1.3.2 Komunikace s umírajícím pacientem 22
1.3.3 Komunikace s rodinnými příslušníky 23
1.4 Vybrané etické aspekty paliativní péče 23
1.4.1 Etika v paliativní péči 24
1.4.2 Etické principy v paliativní péči 24
1.4.3 Komunikace a komunikační bariéry 26
1.4.4 Dříve vyslovená přání 28
1.4.5 Žádost o ukončení života 29
1.5 Aktuální situace v oblasti paliativní péče 30
2 Výzkumná část 31
2.1 Metodika výzkumu 31
2.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí 32
2.3 Průběh výzkumu 32
2.4 Zpracování získaných dat 32
2.5 Výsledky výzkumu 33
3 Diskuze 58
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi 62
5 Závěr 63
6 Seznam literatury 66
7 Seznam zkratek 69

8 Seznam grafů 70
9 Seznam příloh 71

1 Úvod

Intenzivní medicína prošla v posledních desetiletích významným rozvojem. Díky použití nových technologií umožňuje léčbu dříve neřešitelných stavů pacientů. Tento progres s sebou ovšem nese i nové problémy a to především etické, medicínské a ekonomické. Přirozeným hlavním cílem intenzivní medicíny je zachraňovat lidské životy. Ne vždy je to možné a v těchto případech by nemělo docházet k umělému a zbytečnému prodlužování umírání. Proto v případě, kdy intenzivní medicína nemůže naplnit svůj hlavní cíl, měl by být použit princip přechodu z intenzivní péče na péči paliativní. Ta již nemá za cíl vyléčit pacienta, ale pomoci mu v umírání. Jejím cílem je vyloučit fyzickou i psychickou bolest, vyloučit diskomfort a strádání, při zachování důstojnosti a saturace fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.

V dnešní době je umírání a smrt stále tabuizováno, ale pomalu se toto téma dostává do médií a o tuto problematiku začalo více zajímat i ministerstvo zdravotnictví a plánuje úpravy legislativy o paliativní péči.

Práce na jednotkách intenzivní péče je pro všeobecnou sestru velmi psychicky i fyzicky náročná. Na jedné straně se spolu s dalšími zdravotníky snaží o záchranu lidského života a na druhé musí věnovat odbornou paliativní péči nevyléčitelně nemocným. Tato péče je bezpochyby náročná a v ČR se stále více vyvíjí. Autorka této práce se sama setkala s několika pacienty v terminálním stádiua také s péčí, která nebyla adekvátní danému stavu.Často chybí personál či vzdělání v oblasti paliativní péče. Proto bylo zvoleno téma „ Paliativní péče v intenzivních oborech z pohledu všeobecné sestry.“

Úkolem teoretické části této bakalářské je nejprve přiblížit prostředí intenzivní medicíny. Další část práce je věnována paliativní péči, přechodu z intenzivní na paliativní péči a nakonec etice v paliativní péči.

Výzkumná část je zaměřena na sestry pracující na jednotkách intenzivní péče. Jejím hlavním cílem jezjistit, jaké nejčastější problémy všeobecné sestry pociťují při poskytování paliativní péče v intenzivních oborech. Cíle této práce je možné stanovit takto: Jaké je povědomí sester o paliativní péči, jaké pociťují problémy, zda mají zájem o další vzdělávání v tomto oboru, co nemocnice pacientům, rodinám a personálu nabízí, jaké mají možnosti. Metodicky jsou cíle rozpracovány ve výzkumné části.

1 Teoretická část

1.1 Intenzivní medicína

V současné době jsou intenzivní medicína a resuscitační oddělení nezbytnou specializací pro převážnou část nemocnic. Zajišťují podrobnou diagnostiku a následnou léčbu například u pacientů s potencionálním nebo již probíhajícím selháváním jednoho či více orgánů. Intenzivní medicína je zamřena na mnohem důkladnější diagnostiku než jiná standardní pracoviště. Pacientům se zde dostává speciální léčby a kontinuálního sledování zdravotního stavu. Intenzivní medicína se stále vyvíjí a jsou k dispozici stále modernější léčebné postupy.

Jak uvádí Ševčík (2014), intenzivní medicína je medicínský obor, který se zabývá péčí o pacienty s akutními život ohrožujícími stavy. Nejčastěji užívaný je termín „kriticky nemocní“. Jsou to zejména pacienti s potencionálním nebo probíhajícím selháváním jednoho či více orgánů. Zabývá se také diagnostikou, nepřetržitým sledováním a léčbou nemocných s potencionálními život ohrožujícími stavy, úrazy a komplikacemi, u nichž je nezbytná podrobnější terapie a kontinuální sledování.To by nebylo možné takovým pacientům poskytnout na standardních odděleních.

Kvůli náročnosti péče o takové pacienty je nutná přítomnost pracovníků více medicínských oborů. Pro nezbytnou péči na těchto pracovištích je tedy nutný multidisciplinární přístup.

Pacienti jsou na tato oddělení přijímáni zejména od záchranné služby, jako překlad z jiného pracoviště nebo z jiného zdravotnického zařízení.

Intenzivní péče je zvláštní zdravotnická péče o pacienty v kritickém stavu. Péče na pracovištích intenzivní péče zahrnuje diagnostické a léčebné postupy, monitorování životních funkcí, podporu životních funkcí a v neposlední řadě ošetřovatelskou péči. Na intenzivním lůžku může být pacient hospitalizován krátkodobě, a v to řádu dní,nebo dlouhodobě, a to v řádu týdnů. Vzhledem k různé povaze dlouhodobě a krátkodobě poskytované péče a z toho vyplývajícího nezbytného technického vybavení, je nutné mít k dispozici více pracovišť intenzivní péče(Ševčík, 2014).

Jsou stanoveny tři stupně intenzivní péče a to na podkladech doporučení Evropské společnosti pro intenzivní medicínu. Jsou to: nižší, vyšší a nejvyšší stupeň. Pro všechny tři stupně intenzivní péče jsou stanovena doporučení, která se týkají personálu, vybavení a zdravotního stavu pacienta (Ševčík, 2014).

- **Intenzivní péče I. Stupně (nižší)**

Poskytuje se zejména v menších nemocnicích. Zajišťuje základní monitoring fyziologických funkcí, krátkodobou UPV (umělá plícní ventilace) tedy do 24 hodin a v případě nutnosti neodkladnou resuscitaci.

- **Intenzivní péče II. Stupně (vyšší)**

Jde o jednotky vyšší intenzivní péče, která by měla být poskytována ve větších všeobecných nemocnicích. Na těchto jednotkách je k dispozici stálý lékař intenzivista, možnost kooperace s radiologií nebo s fyzioterapií a v případě potřeby i s dalšími obory. To vše po 24 hodin. Poskytuje se zde i dlouhodobá UPV. Ovšem nezahrnuje invazivní monitoring, týkající se zejména plícní katetrizace nebo měření intrakraniálního tlaku.

- **Intenzivní péče III. Stupeň (nejvyšší)**

Tyto jednotky se nachází zejména ve fakultních nemocnicích. Poskytují veškeré možnosti intenzivní medicíny. Pracuje zde specializovaný intenzivista, lékař v postgraduální přípravě, specializované sestry, zdravotničtí asistenti, vědecký personál a pomocný zdravotní personál. Na pracovištích třetího stupně je nutný multidisciplinární přístup a spolupráce širokého spektra lékařů specialistů. Jde o oddělení resuscitační.

Na jednotkách intenzivní péče se pacienti kategorizují dle aktuálního stavu a prognózy. Také léčba se rozděluje na několik částí a to na plnou léčbu, nerozšiřování nebo ukončení intenzivní léčby a marnou léčbu.

Plná léčba má za cíl, pokud je to možné, uzdravení pacienta.Lékaři využívají veškerých dostupných léčebných možností, které by mohly příznivě ovlivnit pacientovu léčbu a to včetně KPR (kardio-pulmonální resuscitace). Při zhodnocení stavu pacienta, jeho anamnézy a prognózy se lékaři mohou rozhodnout pro nerozšiřování péče či ukončení intenzivní péče. Nemyslí se tím ovšem vysazení veškeré léčby, ale například resuscitace (dále jen „DNR“). U marné léčby může být cíl nenasazení nebo vysazení

určitých léčebných postupů. Nejde ovšem o zrychlení procesu umírání, ale nepokračuje se v postupech, které se dají považovat u daného pacienta z lékařského hlediska za marné a tedy neindikované. Mělo by se přecházet z postupů intenzivní medicíny k postupům zklidňujícím a tedy k paliativnímu způsobu léčby a ošetřování.

1.1.1 Specifika práce sestry v intenzivní péči

Jak uvádí Kapounová (2008), všeobecná sestra musí u všech typů intenzivní péče nepřetržitě sledovat stav pacientů a všechny nashromážděné informace zaznamenávat do sesterské dokumentace. Je to nedílná součást její každodenní práce. Pro všeobecnou sestru je tato práce fyzicky i psychicky velmi náročná. Zároveň jsou na sestru na oddělení intenzivní péče kladeny vysoké požadavky na vzdělání. Proto sestrou na JIP(dále jen jednotka intenzivní péče) musí být člověk samostatný, pečlivý a schopný stále se učit něco nového. Je nutné, aby všeobecná sestra pracující na těchto jednotkách, uměla poskytnout kardiopulmonální resuscitaci a měla by být tzv. pravou rukou lékaře. Jednotky intenzivní péče jsou specifické tím, že všeobecné sestry tu poskytují neustálou 24-hodinovou péči a mají odpovědnost za časté zásahy u pacientů, kteří jsou mnohdy v ohrožení života. (Ševčík, 2014)

„Jistě není nutné zdůrazňovat, že nezbytným předpokladem zajištění kvality ošetřovatelské péče je „kvalitní“ zdravotnický pracovník, neboli konkrétněji – vzdělaná, odborně kvalifikovaná, profesionálně připravená všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí.“ (Onderková, 2007, s.292)

Všeobecné sestry mohou nejčastěji potřebnou odbornou způsobilost získat absolvováním specializačního vzdělávacího programu, který trvá 36 měsíců, nebo také studiem, a to zpravidla na vysokých školách. V intenzivní péči jsou odborné znalosti všeobecných sester velmi důležité. Vzhledem k tomu, že se na JIP provádí mnoho odborných výkonů, je velmi důležitá i znalost obsluhy přístrojů, zejména monitorů, ventilátorů a pump. Jak už jsme zmínili, je velice důležité, aby se sestra v případě závažné situace uměla včas a správně rozhodnout, co v daném momentu dělat.

Ovšem práce v intenzivní péči s sebou přináší i řadu rizik. Všeobecná sestra může být tímto zaměstnáním poškozena, a to jak psychicky, tak fyzicky. Kupříkladu při manipulaci s pacientem, jako je polohování, mobilizace a další, často dochází

k fyzickým poraněním sestry. Rovněž styk s toxickými, radioaktivními látkami a s infekčním a biologickým materiálem může být fyzicky nebezpečný. Kvůli stresu při práci a v pracovním prostředí může dojít k psychickému poškození, nebo i k syndromu vyhoření.

Všeobecné sestry téměř denně vidí pacienty v kritickém stavu. Setkávají se zde s těmi nejtěžšími případy. Je nutné nezapomínat, že tato práce je velmi důležitá, užitečná a hodná ocenění (Kapounová, 2008).

1.1.2 Vzdělání sester v intenzivní medicíně

Intenzivní medicína je nepopiratelně náročný obor a proto je důležité, aby i nelékařští pracovníci měli kvalitní vzdělání, které je potřebné k poskytování komplexní, individualizované a vysoce specializované zdravotnické péče. Všeobecné sestry si mohou doplnit specializované vzdělání v rámci intenzivní medicíny. Jeho cílem je odborná způsobilost, nabytí teoretických znalostí a získání praktických dovedností. Dalším důležitým cílem je naučit všeobecné sestry používat etické principy u pacientů s nevratným selháváním životních funkcí a naučit je správnému psychologickému přístupu v komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Dalo by se říci, že jedním z nejdůležitějších cílů je získat potřebné klinické zkušenosti a naučit se přijmout zodpovědnost za nemocného v kritickém stavu.

Jak uvádí Ševčík (2014), první oddělení intenzivní medicíny bylo v České republice založeno teprve v roce 1996 a to v rámci České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny – ČSARIM. Ta nyní zprostředkovává vzdělávání z velké části v rámci nadstavbového studia pro různé klinické obory.

Nezbytnou podmínkou pro umístění do specializovaného vzdělávání je získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry podle Zákona č. 105/2011 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských a zdravotnických povolání. V bakalářském a magisterském vzdělávání zdravotníků v intenzivní medicíně je velmi důležitým a podstatným tématem i paliativní péče (to jsou např. instrukce pro správnou komunikaci s nemocným nebo jeho rodinou, vyhovující léčba bolesti, etika, a další). To vše jsou však pouze součásti dalších oborů. Celkové představení paliativní péče jako samostatného oboru většinou není k dispozici. Výjimkou jsou

pouze některé studijní programy v ošetřovatelství, v nichž je paliativní medicína vyučována jako obor.

1.2 Paliativní péče

1.2.1 Paliativní péče v České republice dříve a nyní

Atul Gawande (2016) ve své knize píše, že se smrtí a umíráním se dříve či později setká každý novopečený zdravotník. Ovšem každý zdravotník může smrt a umírání vnímat jiným způsobem. Někteří pláčou, někteří se uzavřou do sebe a jiní to sotva postřehnou. Důležité pro všechny je pochopit, že smrt není selháním, smrt je jednoduše přirozená a je nedílnou součástí každého lidského života.

Paliativní péče spočívá v pomoci pacientům, kteří jsou na konci svého života, tedy v terminálním stavu. Paliativní péče je komplexní, zaměřená na eliminaci bolesti, dušnosti, ale také využívá bio-psycho-socio-spirituální model člověka. Jak uvádí ve své knize Radka Bužgová (2015), má za hlavní cíl zaručit umírajícímu pacientovi co nejkvalitnější život, zmírňovat, a v lepším případě odstranit bolest, zabránit tělesnému a duševnímu strádání. Poskytuje také kvalifikovanou péči a oporu i blízkým a rodině pacienta a v neposlední řadě se snaží o zachování jeho důstojnosti.

Paliativní péče vnímá umírání jako nedílnou součást života každého člověka, ale nezapomíná na to, že každý člověk je úplně jiný a je důležité tak k němu i přistupovat. Proto klade důraz na individuální přístup.

Jak ve své knize uvádí Radka Bužgová (2015), v České republice se paliativní péče jako samostatný obor začala rozvíjet až po roce 1989. V r. 1992 se pokusili o první otevření lůžkového oddělení paliativní medicíny a to v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Avšak od prvopočátku se paliativní péče zaměřovala především na onkologicky nemocné pacienty a to hlavně jako péče hospicová. Marie Svatošová v r. 1993 se zúčastnila hospicového hnutí a posléze založila občanské sdružení pro podporu domácí péče. Její další prací bylo založení hospicového hnutí „Ejhle člověk“. V r. 1995 se jí podařilo vybudovat první samostatný lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci.

V r.2005 byla založena asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která měla za cíl vymezit požadavky, které by měli splňovat všichni ostatní poskytovatelé paliativní péče především proto, aby se zajistila a zvýšila její úroveň. Velmi významné bylo také založení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM) v r.2009, ta měla především za cíl podporovat potřebné vzdělání a nezbytnou nemocniční praxi ve speciální a obecné paliativní péči.

ČSPM často pořádá konference. Je také členem Evropské asociace paliativní péče a podílela se na zpracování dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v České republice (na období 2011-2015). Sláma a kol.(2007) uvádějí, že podstatným krokem pro ČSPM bylo zveřejnění *Standartů paliativní péče 2013.*

Sláma a kol. (2007) uvádí, že v současné době je v celé České republice 16 lůžkových hospiců a vybudování dalších se připravuje. V minulých několika letech začaly vznikat mimo lůžkové hospicy také jednotky domácí hospicové péče a rozvíjí se rovněž ambulantní hospicová péče pro onkologicky nemocné pacienty. (Najdeme je např. v Masarykově onkologickém ústavu Brno a nebo ve Fakultní nemocnici Hradec Králové). Postupně se úroveň a rozpětí paliativní péče zvyšuje. Dalším úspěchem ČSPM bylo v r. 2014 otevření Centra paliativní péče v Praze, které vede PhDr. Martin Loučka, PhD. Cílem tohoto centra je podpora rozvoje výzkumu a vzdělávání a podpora osvětové činnosti v této oblasti.

„Do r.2006 český právní systém neobsahoval termín paliativní péče. Změna přišla přijetím novely Zákona č. 48/1997sb. O veřejném zdravotním pojištění ve znění novely č. 340/2006 s účinností od 3. 7. 2006. Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková. ČR tím poprvé začíná naplňovat Chartu práv umírajících“ (Dolista, 2010, s. 134).

Kvalita paliativní péče v ČR roste, je však stále dostupná pouze omezenému počtu umírajících pacientů. Nejčastěji tyto služby využívají onkologicky nemocní pacienti. S nárůstem geriatrické populace však roste i potřeba geriatrické paliativní péče. Zvyšuje se také poptávka po paliativní péči u neonkologických pacientů a dětských pacientů. V ČR potřebuje paliativní péči každoročně zhruba 70 000 pacientů. (Koubová, 2017).

1.2.2 Dělení paliativní péče

Obecná paliativní péče

Jako obecnou paliativní péči označujeme takovou péči, kterou poskytuje každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Její součástí je psychosomatická podpora, eliminace bolesti, komunikace s pacientem a jeho rodinou, účinná léčba symptomů a orientace péče na kvalitu života umírajícího pacienta. Obecnou paliativní péči v těchto základních bodech by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Mnoho stránek obecné paliativní péče zdravotníci poskytují v rámci své každodenní rutinní činnosti (Marková, 2010).

Avšak, jak uvádí Bužgová (2015), kvalitní péči u pacienta s nevyléčitelnou nemocí není možno zvládnout pouze jednou profesí. Potřebný je v tomto směru multidisciplinární tým, který by se měl skládat z lékařů, sester, psychologa a psychiatra, také sociálního pracovníka a v nejlepším případě také nemocničního kaplana, případně dalších potřebných profesí. Bohužel ovšem v České republice prozatím tento specializovaný multidisciplinární tým není příliš běžný.

Specializovaná paliativní péče

Jedná se o interdisciplinární péči, kterou poskytuje tým odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. (Sláma, 2007). Pracovní náplní tohoto zdravotnického týmu je poskytování paliativní péče. Počet zaměstnanců v zařízení, kde je primárně poskytována paliativní péče, by měl být vyšší než v jiných zdravotnických zařízení. Tyto služby jsou dostupné ve všech formách péče a pacientovi a jeho rodině poskytují podporu, ať je kdekoli: doma, v nemocnici, v pečovatelském domě, v ambulantní péči nebo ve specializovaném zařízení (hospic)(Sláma, 2007).

Dle Markové (2010) by všichni zdravotníci v případě potřeby měli mít možnost konzultace a podpory specializovaných poskytovatelů paliativní péče.

Případný přechod mezi paliativní péčí obecnou a specializovanou by měl být plynulý.

1.2.3 Typy paliativní péče

Marková (2010) uvádí, že mezi další zařízení speciální paliativní péče se také řadí:

- Oddělení paliativní péče
- Domácí hospicová péče – nebo také mobilní paliativní péče
- Lůžkový hospic
- Konziliární týmy paliativní péče
- Ambulance paliativní péče
- Denní stacionáře
- Zvláštní zařízení paliativní péče, do kterých se řadí např. Poradny, tísňové linky nebo také půjčovny pomůcek.

Oddělení paliativní péče se nachází například v nemocnicích nebo léčebnách. Tato oddělení jsou pro pacienty v terminálním stádiu velmi důležitá, jelikož pro ně poskytují komplexní péči a diagnostiku. První nemocnicí v České republice, která otevřela oddělení paliativní péče se stala Jihlavská nemocnice a to v r.2011. O pacienty se tu stará tým, který se skládá z lékařů, kteří jsou specializovaní na paliativní péči a léčbu bolesti, dále jsou jeho členy odborní pracovníci v oboru psychologie a výživy, všeobecné sestry a ošetřovatelky, které prošly školením hospicové péče a nakonec fyzioterapeut, kněz a sociální pracovník.

Domácí hospicová péče je především mobilní paliativní péčí. Poskytuje se pacientům v terminálním stádiu, o které se převážně stará rodina v domácím prostředí. Zařízení domácí hospicové péče poskytují péči 24 hodin denně 7 dní v týdnu v domovech pacientů. Jsou velmi prospěšná rodinným příslušníkům pacienta, jelikož jim poskytují cenné rady v oblasti péče a podporu. Tato péče je zajišťována lékaři, všeobecnými sestrami, sociálními pracovníky a dobrovolníky.

Lůžkový hospic je samostatné lůžkové zařízení, které se specializuje na poskytování paliativní péče pacientům, kteří jsou v neterminálním nebo terminálním stadiu nemoci. Délka pobytu v těchto zařízení je většinou okolo 3-4 týdnů. Velký důraz kladou na jedinečnost každého člověka a tudíž i na jeho individuální potřeby. Snaží se vybudovat přívětivé prostředí, kde pacienti stráví poslední období svého života v úzkém kontaktu se svými blízkými, kde nebude tolik citelná atmosféra nemocnice. Je zde

proto také naprosto volný režim i co se týká návštěv a udržuje se maximální soukromí pacienta.

Akutní paliativní péče obstarává péči u pacientů v domácí péči nebo v jiných sociálních zařízeních. Někdy působí i při lůžkových hospicích nebo také na oddělení paliativní péče.

Denní stacionáře fungují v podobě denního docházení jejich pracovníků k pacientům. Pomáhají pacientům a jejich rodinám řešit jeho každodenní problémy a potřeby v souvislosti s onemocněním.

Zvláštní zařízení paliativní péče spadá sem speciální péče a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické postupy.

1.2.4 Všeobecná Sestra v paliativní péči

Setkání se smrtí a umíráním je velmi náročné pro všechny. U zdravotních sester je velmi podstatné, jaké bylo jejich první profesní setkání s umírajícím a se smrtí. Proto by se při vzdělávání a přípravě všeobecných sester měl tomuto tématu věnovat větší prostor. Všeobecné sestry v procesu umírání a smrti pacientů představují jednu z nejvíce zatížených skupin. (Bužgová, 2015) V intenzivní péči se velmi často s umírajícími setkávají v situacích, kdy se tzv. vede bitva o záchranu života.Všeobecné sestry tráví s pacienty v nemocnici nejvíce času, pečují o ně, vidí jejich bolest, zoufalství a trápení. Umírání a smrt sice patří k životu, stejně jako narození, smrt však zůstává pro každého v aktivním věku, zdravotníky nevyjímaje, něčím reálně nepředstavitelným, čímsi v daleké budoucnosti. Dorková (2011) tvrdí, že nejintenzivnější existencionální zkušeností se smrtí nejsou představy o vlastní smrti, ale umírání a smrt blízkého, milovaného člověka.

Jak uvádí Bužgová (2015), na umírání a smrt se dá jen těžko dostatečně připravit i přesto, že se často v odborných knihách uvádí opak. I zkušené všeobecné sestře při výkonu zdravotnického povolání se stane, že jí smrt některého pacienta zasáhne více. Proto i zdravotníci by měli umět truchlit za své pacienty. Je to velmi důležité pro jejich psychický stav a pro další zlepšování a utužování ve zdravotnickém povolání.

Smrt a umírání by se pro všeobecnou sestru neměla stát rutinní záležitostí. V případě, že by k tomu došlo, mohl by u ní nastat stav fyzického a psychického vyčerpání. Ten se projevuje jako deprese, vyčerpání, únava nebo negativní postojk práci a životu. Někdy se tento stav popisuje jako syndrom vyhoření. Právě v případě paliativní péče mají sestry k syndromu vyhoření blíže než v jiných odvětvích medicíny. Očekává se od nich nejen kompletní péče o pacienta, ale i péče a podpora rodiny a blízkých pacienta.

Nesmíme zapomenout ani na fakt, že i v sebelépe fungující nemocnici jsou oproti specializované paliativní péčimnohem složitější podmínky pro kvalifikovanou péči o umírajícího a jeho rodinu. Především všeobecné sestry v klasické nemocnici plní podstatně více funkcí než v hospicové péči a nemají proto tolik potřebného času.I vzdělávání hraje velkou roli, jelikož málokteré oddělení v klasickém zdravotnickém zařízení se ve vzdělávání zaměřuje na umírání a smrt. Naopak v hospicové péči je to hlavní téma.

V neposlední řadě potřebuje být sestra pracovně spokojená, potřebuje tzv. vidět výsledky svého úsilí a své práce. Na klasickém oddělení sestra vidí například pacienta, jak se zotaví po operaci a s díky odchází domů. I intenzivní péče má za cíl především vyléčit pacienta, bohužel, ne vždy je to přes veškerou snahu možné. Zdravotníci se častěji setkávají s pacienty v terminálním stádiu nemoci. Proto je pro sestru velmi důležité nastavit si hodnoty, docenit čas před smrtí a kvalitu života, kterou pacientovi může zajistit (Bužgová, 2015).

1.2.5 Vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči

V současné době v České republice není k dispozici žádný vzdělávací program ani žádný obor paliativní péče na Vysokých školách.

Radbruch (2010) uvádí, že paliativní péče by se měla začlenit do vzdělávání na vysokých školách pro zdravotnické obory. Hlavně proto, aby se paliativní péče mohla stát skutečnou součástí každodenní péče poskytované pacientům v neterminálním nebo terminálním stádiu nemoci, a to ve všech zařízeních poskytujících odbornou pečovatelskou a zdravotnickou péči.

Pregraduální vzdělávání v paliativní péči probíhá v rozsahu nejméně 10 hodin v rámci studijního programu, č. 5341-N/1, Diplomovaná všeobecná sestra, program pro Vyšší odborné zdravotnické školy a dále ve studijním bakalářském programu Ošetřovatelství, č. 5341 R (Metodický pokyn k vyhlášce č.39/2005 Sb.).

Výuka předmětu paliativní péče v pregraduálním vzdělávání je rozdělena do několika předmětů, jako je paliativní a hospicová péče, paliativní péče v geriatrii a je též součástí výuky dalších odborných, preklinických a klinických předmětů. Výuka paliativní péče je zaměřena na holistický pohled.

Paliativní péčejako obor je specifická hlavnětím, že se neučí „na“ lidech a nejde v ní o nejlepšía nejnovější metody. Učí práci s lidmi jako s individui a metodou je introspekce a empatie. Při vzdělávání všeobecných sester by se mělo více zaměřit na sebepoznávání, je důležité aby i všeobecná sestra byla osobnost. Zjistit své silné a slabé stránky a naučit se je používat, je základním předpokladem pro empatický přístup k druhým(Sláma et, al 2007).

Negraduální vzdělávání, tedy vzdělávání akreditovanými kurzy, které nevedou k vysokoškolskému titulu, jsou u zdravotníků velmi potřebné. V paliativní péči jsou vítány, jelikož se jich mohou zúčastnit všeobecné sestry všech oborů a tak zvyšují znalosti o paliativní péči, které se jim mohou hodit v praxi(Sláma et, al. 2007).

Doba jde velmi rychle kupředu a to, co platilo včera, už dnes platit nemusí. Některé postupy mohou být např. zastaralé, nevhodné nebo se již nedoporučují. V tomto ohledu je velkou výhodou, že kvalitní kurzy či semináře pro zdravotníky jsou neustále k dispozici. Mezi takové patří například činnost Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů (NCO NZO), nebo odborné stáže, které organizují mobilní nebo kamenné hospice.

Akreditované vzdělávání NCO NZO

Kurzy a semináře jsou určeny především pro všeobecné sestry a zdravotní asistenty, kteří pečují o umírající pacienty. Obsahem je souhrnná ošetřovatelská péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Dále jsou jím potřeby takto nemocných a jejich rodin (somatické změny, psychické reakce).

Další možnosti

Všeobecné sestry mohou využívat stáží nebo praktických nácviků paliativních postupů, které mohou absolvovat v akreditovaných a certifikovaných zařízeních a institucích. Takovéto vzdělání probíhá například v hospicích. Jde o postgraduální vzdělávání lékařů a sester v oboru paliativní medicíny a léčby chronické bolesti u pacientů.

Stáže k zdokonalování znalostí jak teoretických tak praktických dovedností lze realizovat ve všech hospicích v ČR.

1.3 Paliativní péče v intenzivní medicíně

Cílem paliativní péče je omezit bolest a strádání pacienta, zaměřuje se na uspokojování jeho psychických, sociálních, fyzických a duchovních potřeb.

Dalo by se tedy říci, že na první pohled jsou paliativní a intenzivní péče dvě protichůdné metody medicíny. Tyto dva obory toho však mají mnoho společného. Jak uvádí Pfefferová (2009), v předešlých desetiletích došlo k velkému vývoji v chápání propojení paliativní péče a intenzivní medicíny. Jejich základním společným cílem je poskytování co nelepší a nejvhodnější péče pacientům, kteří mají život ohrožující onemocnění a traumata a zároveň vhodné podpory pro rodiny a blízké osoby pacienta.Obě tato odvětví jsou průnikem mnoha dalších medicínských oborů.Péče obou je zaměřena na těžce nemocné pacienty, kteří jsou v ohrožení života (Vorlíček, 2007).

1.3.1 Přechod z péče intenzivní na péči paliativní

Všichni pacienti mají právo na patřičnou odbornou zdravotní péči, která je adekvátní jejich momentálnímu zdravotnímu stavu a zároveň je v souladu s aktuálními vědeckými poznatky. U pacienta v kritickém stavu na jednotce intenzivní péče, u kterého již veškerá moderní léčba selhala, musí ošetřující lékař s dalšími odborníky zvážit přechod na péči paliativní. Je to velmi závažné rozhodnutí, na kterém by se měli podílet všichni, kdo se péče o pacienta účastní. Plnou zodpovědnost za konečné rozhodnutí má ošetřující lékař nebo vedoucí lékař daného oddělení (O'conor, Aranda, 2005). Dále jsou

také nezbytné názory dalších odborných lékařů a v neposlední řadě ošetřujících sester. V této oblasti je potřebný konsensus. Dle obecného konsensu platí, že život pacienta v ohrožení života se nesmí zbytečně prodlužovat v případě, že jej už žádnými prostředky moderní medicíny není možné vyléčit. Také platí, že vysazení nějakého léčebného postupu nikdy není urychlováním procesu umírání nebo navozením smrti.

Na jednotkách intenzivní péče se můžeme setkat s více druhy terapií, které úzce souvisí s paliativní péčí. Těmito jsou *nerozšiřování terapie (Withholding treatment – WH)* jde o nerozšiřování stávající léčby, dále *vysazení léčby (Withdarwing treatment –WD)* v případě, že lékař dospěje k závěru, že i stávající léčba je nadále pacientovi neprospěšná, přistoupí k jejímu vysazení.Jedná se například o vysazení orgánové podpory, vysazení antibiotik a dalších léčebných postupů. Mezi dalšími je ukončení *ventilační podpory (Terminal weaning – TW)* a nakonec úplné *ukončení léčby* a *nezahajování resuscitace (DNR – do not resuscitace).* Vždy je nutné se v této fázi péče zaměřovat na komfort pacienta, potřebnou analgezii a zabraňovat dechovému a psychickému strádání (Ševčík, 2014).

Přechod z intenzivní péče na péči paliativní není pasivní eutanazií.

Významně se k tomuto tématu vyjádřilo Doporučení představenstva České lékařské komory č.1/2010.

V roce 2010 bylo schváleno a vešlo v platnost Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010. K postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svoji vůli. Definuje všeobecná doporučení pro poskytování paliativní péče u pacientů, kteří nejsou schopni o sobě sami rozhodovat a jsou v poslední fázi již neléčitelného onemocnění. Nejčastějšími klinickými případy jsou pacienti s multiorgánovým selháváním nebo pacienti v hlubokém bezvědomí s jasnými příznaky ireverzibilního poškození centrálního nervového systému. Uvádí, že pacienta na jeho právech nijak neomezuje nenasazení nebo nepokračování neúčelné nebo marné léčby. Jde naopak o práva pacientů, kdy je v konečném důsledku smrt brána jako výsledek přirozeného průběhu daného onemocnění.

1.3.2 Komunikace s umírajícím pacientem

Jak uvádí Haškovcová (2007), komunikace všeobecné sestry s umírajícím pacientem a jeho blízkými je v paliativní péči klíčová. Měla by být proto co nejvíce otevřená a empatická. Mylně se všeobecné sestry domnívají, že pro pacienta jsou nejdůležitější potřeby biologické, proto v první řadě kladou důraz na uspokojování těchto potřeb, tedy jídla, pití, dýchání, vyprazdňování a tak dále. Umírající pacient však klade důraz spíše na své psycho-socio-spirituální potřeby (Špatenková et. al, 2014). Pacient v preterminálním nebo již terminálním stádiu nemoci však nepotřebuje všeobecnou sestru pouze jako ošetřovatelku, někdy pro něj může být tzv. „bezpečným přístavem," kdy mu pomůže vyrovnat se s danou situací.Proto by všeobecná sestra měla být schopna ujmout se péče o pacienta na více úrovních, třeba jako svého druhu psychoterapeut.

Jistě je vhodným začátkem pro správnou interakci s pacientem využít postup Elisabeth Kübler-Rossové (2015), která popsala pět fází smutku. Můžeme dle nich s pacientem pracovat. Pomohou nám rozpoznat, v jaké fázi se právě pacient nachází. Podle toho by k němu měla všeobecná sestra adekvátně přistupovat. Ovšem není možné potřeby pacientů zcela zobecnit. Každý člověk je jiný a každý se s danou situací může vyrovnávat jinak. Obecným znakemjsou před smrtí pocitystrachu a úzkosti, obav a potřeby zanechat po sobě nějaký odkaz. Všeobecná sestry, která s takovými pacienty přichází do kontaktu, musí být na tyto situace připravená.

Jak uvádí Špatenková et al. (2014), na všeobecné sestry se však vztahují i mnohé další etické požadavky v souvislosti s umíráním a smrtí pacientů, o které pečují. Především jde o respektování pacienta a jeho autonomie. Autonomii chápeme jako pocit nezávislosti pacienta. Je důležité nechat pacienta samostatně se rozhodovat a jednat ve smyslu každodenních činností, a to do té míry, jakou mu jeho onemocnění dovolí.

V nemocničních zařízeních se bohužel stává, že pacient svůj pocit autonomie ztrácí a přichází o důvěru v sebe a své okolí. Děje se tak především kvůli systému nemocničních pravidel a postupů a nezřídka i necitelnosti zdravotnického personálu. Často se pacient cítí odstrčený, má pocit, že na něj nikdo nemá čas a začne se cítit jako objekt.

Tyto negativní emoce a pocity pacienta musí sestra správnou komunikací a empatickým přístupem zmírnit. Kolegarová (2006) ve svém výzkumu zaměřeném na komunikaci sester s umírajícími a jejich nejbližšími došla k závěru, že sestry komunikující s umírajícími pacienty by přivítaly možnost absolvovat kurz, který by jim byl nápomocen při řešení situací, ve kterých si nejsou zcela jisty.

1.3.3 Komunikace s rodinnými příslušníky

Všeobecná sestra musí komunikovat nejen s pacientem samotným, ale i s jeho rodinou. I tam je potřeba dbát na zásady správné komunikace. Rodinní příslušníci většinou požadují od sestry informace o pacientově zdravotním stavu. Ta ovšem tyto informace nemůže podat, není to v její kompetenci a dostává se často do nepříjemných situací. Rodina a blízcí pacienta, ale i pacient sám potřebují dostatek času a podpory k pochopenísituace a případnému vyrovnání ses ní. Důležité je, aby všichni zúčastnění cítili, že na to nejsou sami a že na ně má zdravotnický personál dostatek času (Venglářová, Mahrová, 2006).

Často se všeobecná sestra dostane do rozporu mezi přání rodiny a pacienta o míře informovanosti o jeho zdravotním stavu. Obecně se dá říci, že s ohledem na zájmy pacienta je žádoucí hledat společnou cestu k míře informovanosti. Jen pak mohou rodinní příslušnícispolečně s všeobecnou sestrou citlivou komunikací zlepšit pacientův psychický stav. Ve většině případů se rodina a blízcí pacienta snaží být co nejvíce po celou dobu nemoci až do jejího konce u pacienta, pečují o něj, starají se a snaží se být co nejvíce nápomocní. O všech dalších změnách stavu a dalších postupech, nebo změnách léčby je proto nutné s rodinou komunikovat otevřeně a upřímně, aby mohl plně využít čas, který zbývá.Slovy Svatošové (2008, s.18) „*Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, co všechno nemocný a jeho rodina ztrácí*“

1.4 Vybrané etické aspekty paliativní péče

Každý člověk umírá za neopakovatelných okolností, pro každého naopak univerzálně platí, že nechce umírat sám. Proto by mělo pro zdravotníky při poskytování paliativní péče být hlavním cílem zajistit umírajícímu člověka specializovanou a humánní ošetřovatelskou péči. Pro umírajícího člověka je toto období velice složité, potřebuje

zázemí, necítit se sám a zdravotníci by měli věnovat pozornost všem stránkám pacientova utrpení. Měli by mu být zajištěny biologické, psychické, ale i sociální a spirituální potřeby.V dnešní společnosti je umírání a smrt bohužel stále tabuizováno. Pozitivní je alespoň to, že se stále více mluví o etických otázkách a problémech, které jsou s umíráním a smrtí spojené.

Slovo etika je z řeckého ethos = mrav. Je oborem praktické filozofie. Zkoumá lidské hodnoty, morálku a principy lidského chování. V životě člověka se zabývá takovými situacemi, kdy se člověk musí rozhodnout sám a uvědomit si, že za svá rozhodnutí nese zodpovědnost.

1.4.1 Etika v paliativní péči

Jak uvádí Kutnohorská (2007), pro správnou práci s ošetřovatelskou etikou je důležité znát obecný koncept etiky a její tradice. Práce všeobecné sestry spočívá v ošetřovatelské péči o pacienty. Při tom všeobecná sestra vstupuje do mnoha různorodých mezilidských vztahů. Řeší zde především otázky, které se týkají základních lidských hodnot, jakými jsou například zdraví, důvěra, mlčenlivost a další. Tyto hodnoty a způsob, jakými vstupují do mezilidských vztahů jsou považovány za etický aspekt ošetřovatelské péče, její nedílnou součást.

Etika se v paliativní péči vyučuje za pomocí tradičních teorií, kterými jsou například tzv. beneficience – konání dobra a také tzv. non-maleficience – nepoškozování (viz dále). V obecném zaměření na etické problémy v paliativní péči jsou to velmi užitečné pojmy. Ovšem pro zdravotníky jsou spíše teoretickým podkladem než praktickou radou (Sláma et al. 2007).

1.4.2 Etické principy v paliativní péči

Paliativní péče se mimo jiné své hlavní cíle zaměřuje na to, aby se pacient cítil co nejvíce jako doma, aby cítil vnitřní pohodu a hlavně se respektuje jeho poslední přání o směřování průběhu péče. Je jistě pochopitelné, že se v závěru života, kdy se rozhoduje o tom, jak s pacientem bude dál zacházeno, nelze vyhnout etickým otázkám. Ty jsou úzce spjaté s osobními hodnotami každého člověka, jeho pohledem na konec života a strádání a tím jakou roli plnil v rodinném kruhu a ve společnosti. Velmi často se

do rozporu dostanou názory pacienta a zdravotníků.Všem jde sice o blaho pacienta, ale každý to vidí z jiného pohledu. Proto je důležité dodržování jistých etických principů. V paliativní péči jsou její cíle jasně stanoveny, což je pro pacienta velmi podstatné. Specializovaná Paliativní péče, což bude pro mnohé překvapením, nekončí pacientovou smrtí, pokračuje dál. Zaměřuje se na rodinu a blízké pacienta a pomáhá jím ve strádání a v praktických věcech po smrti blízké osoby.

V lékařské etice existují čtyři základní principy, které se navzájem doplňují a tak nakonec vytváří celek (Kuře, 2012).

- *Princip autonomie (svébytnosti) :*

  Tento princip je založen na tom, že je důležité vnímat autonomii každého člověka. Každý má právo o sobě rozhodovat, jednat podle svých etických zásad a řídit se pravidly, která on sám uzná za vhodná, pokud tím nikoho nepoškozuje. Každý má mít vlastní volbu, založenou na osobních hodnotách a přesvědčeních.

- *Princip beneficence (prospěšnosti)*

  Princip beneficence zobrazuje pozitivní povinnosti (např. něco udělat). Medicína je nastavena tak, aby pomáhala pacientovi všemi známými způsoby a zároveň předcházela jeho poškození. Nesmí záměrně ani jinak pacientovi škodit a zároveň má povzbuzovat dobrou tělesnou a duševní pohodu. V paliativní péči se to týká také pomoci při realizaci pacientova vlastního plánu nebo posledního přání.

- *Princip non-maleficience (neškodit)*

  Jde o tzv. povinnost negativní (zdržet se něčeho). Například v intenzivní péči jde o to, aby lékař podrobně a dobře zvážil, zda daná léčba pacientovi pomůže, nebo zda mu spíše uškodí. V případě, že by léčba pacientovi nebyla prospěšná, nebo ho dokonce poškozovala, bylo by morálně špatné pacienta dále léčit.

- *Princip spravedlnosti*

  Jde o dodržování rovnováhy, aby s pacienty bylo nakládáno v případě stejného problému stejně. V případě stejného onemocnění u dvou různých lidí s nimi musí být nakládáno stejně a to jak v případě péče, tak v rozdělování prostředků.

Jde o rovnost možností. Jsou zde jasně vymezeny formy diskriminace podle charakteristik, kterými jsou: věk, pohlaví, informované odmítnutí, majetek, národnost, příslušnost k určité etické skupině nebo rase, sociálního statusu nebo charakteru onemocnění.

1.4.3 Komunikace a komunikační bariéry

V každodenní ošetřovatelské péči mohou vznikat komunikační bariéry jak ze strany pacienta tak ze strany všeobecné sestry nebo zdravotníků celkově. Tyto překážky mnohdy bývají všeobecného charakteru a týkají se všech zúčastněných osob.

Komunikační problémy ze strany zdravotníků

Komunikační bariéry ze strany zdravotníků se dají rozdělit do dvou skupina to na hodnoty, postoje a přesvědčení na jedné straně a nedostatek komunikačních dovedností na straně druhé

(Venglářová,Mahrová, 2006).

Hodnoty, postoje a přesvědčení – Všeobecná sestra, která pracuje s pacientem v terminálním stádiu, by měla být v dobré psychické a fyzické kondici a také emocionálně stabilní. Sama by měla mít jasno, jaké zastává postoje k umírání a smrti a uvědomovat si své vlastní pocity a chyby, a umět je korigovat. Sestra je stále lidská bytost, která chybuje, ale je důležité aby se ze svých chyb ponaučila. V intenzivní medicíně se všeobecná sestra často setkává s pacientem v terminálním stádiu a je potřebné korigovat své pocity a postoje pro pozitivní postup v léčbě.

Při komunikaci s pacientem je podstatné, aby komunikace byla zaměřená na potřeby a pocity pacienta, ale zároveň i otevřená - každý pacient je schopný rozpoznat, zda lze se všeobecnou sestrou otevřeně mluvit či ne. Pokud se pacient cítí v její přítomnosti dobře, může se zrodit důvěra.

Nedostatek komunikačních dovedností – Mezi další komunikační bariéry může patřit neochota na straně všeobecné sestry vyslechnout pacienta nebo utvrzování ve falešných nadějích, zatěžování pacienta vlastními problémy a nakonec i nedostatek diagnostických dovedností. Tyto komunikační bariéry lzeodstraňovat sebereflexí. Mezi

objektivní aspekty spadá nedostatek času všeobecné sestry na pacienta nebo nedostačující vzdělání.

Jak píše Špatenková (2014), je velmi naivní myslet si, že škola může sestry připravit na velmi emočně náročné situace spojené s umíráním. Vždyť někdy může být komunikační bariérou například strach všeobecné sestry, že nezvládne správně komunikovat s pacientem o konci jeho života a přicházející smrti.

V jedné z vybraných kapitol Špatenkové (2014) se pohlíží také na fakt, že každý člověk svůj smutek a žal zvládá po svém. Situace spojené s umíráním a smrtí jsou velmi náročné i pro ošetřující všeobecní sestry. Kvůli náročnosti a individuálnímu charakteru situací je problematická standardizace postupů a úkonů sestry, s výjimkou biologických potřeb umírajícího.

Komunikační bariéry pacientů dělíme do tří skupin a těmi jsou:

Neochota svěřit se s problémem – ze strany pacienta může dojít k překážkám ve vzájemné komunikaci s ošetřující všeobecnou sestrou ve chvíli, kdy se pacient tzv. blokne a nechce se svěřit. Tato situace může nastat z mnoha důvodů. Nejčastěji, jak již bylo zmíněno, má pacient pocit, že na něj zdravotnický personál nemá dostatek času, že všichni mají i bez něj dost své vlastní práce, a se svými problémy se uzavírá do sebe. Především všeobecná sestra by však pacienta vždy měla ubezpečit, že je mu dispozici (Venglářová, Mahrová, 2006).

Dalšími faktory ovlivňujícími negativně komunikaci ze strany pacienta mohou být například bolest nebo záporné emoce. Těmi jsou strach, úzkost, nedůvěra ve zdravotnický personál, deprese. Pacienti v neterminálním nebo terminálním stádiu nemoci ovšem potřebují mluvit o svých emocích právě proto, aby se lépe vyrovnali se svojí diagnózou. Všeobecná sestra v tomto ohledu může pomoci pacientovi překonat komunikační bariéru pozvolna budovanou důvěrou (viz oddíl Hodnoty, postoje a přesvědčení v této kapitole).

Multikulturní problémy - I v paliativní péči se setkáváme s pacienty různých kultur a musíme tedy očekávat různé kulturní odlišnosti a s tím související problémy. Například v některých kulturách není žádoucí, aby pacient znal svou přesnou diagnózu. To představuje pro zdravotnický personál velký problém. Měl by se tedy řídit určitým návodem, který jim pomůže vytvořit fungující vztah. Ačkoli to mnohdy není přání

rodiny, na prvním místě by vždy měly být potřeby pacienta a jeho přání. Cichá (2012) a Dorková (2011) uvádějí, že skutečný profesionál - ať už zdravotník či ne - vždy v první řadě musí respektovat pacientovo přání, pokud je to alespoň trochu možné.

Individuální preference způsobu komunikace – Každá všeobecná sestra by měla akceptovat, že každý pacient je osobnost a potřebuje individuální přístup. Úctu k člověku jako takovému by měl mít samozřejmě celý zdravotnický personál.Někteří pacienti například nechtějí o svém zdravotním stavu vědět nic a nebo jen minimum informací, které jsou nutné. Jiní chtějí znát svoji přesnou diagnózu a prognózu a to se všemi detaily. Všeobecná sestra by měla dokázat pacientovi správně porozumět, naslouchat mu a vhodně podávat otevřené otázky, aby věděla, co si pacient přeje.

1.4.4 Dříve vyslovená přání

Tento pojem můžeme definovat dle Haškovcové (2007) a to tak, že jde o písemné prohlášení nemocného pacienta z jeho svobodné vůle. Jde o právní úkon. Toto prohlášení se sepisuje pro případ, kdy by se pacient dostal do stavu tak vážného, že by nebyl schopen posoudit svůj aktuální stav ani vyjádřit své přání sám. Například kdyby se pacient dostal do stavu dlouhodobého bezvědomí (komatu) nebo při stařecké demenci v pokročilém stádiu, ale také do zdravotního stavu, kdy už o sobě nebude schopen rozhodovat. Obsahem tohoto prohlášení jsou požadavky a přání, jestli si v takovéto situace přeje či nepřeje resuscitaci, sondu do žaludku, plícní ventilaci a mnoho jiných věcí, které by prodloužily pacientův život i přesto, že by nedošlo k vyléčení. Dříve vyslovená přání jsou pomocí pro zdravotnický personál i pro rodinu a blízké. Pro všechny zúčastněné je jednodušší situaci zvládnout, když ví, že se s pacientem zachází tak, jak si to přál.

Na základě přijetí úmluvy o lidských právech a biomedicíně vstoupil do České republiky v r. 2001 i zákon č. 372/2011 o zdravotních službách, který je v platnosti od 1.4. 2012 a stanovuje v § 36 právní náležitosti dříve vysloveného přání.

Dříve vyslovené přání, aby nabylo právní moci, musí pacient vyhotovit sám a to písemnou formou s úředně ověřeným podpisem. Musí být sepsáno podle poučení lékaře a to především proto, aby byl pacient plně informován o důsledcích svého rozhodnutí.

Nejlépe by měl pacienta poučit jeho praktický lékař, případně pediatr. Ostatní lékaři mohou poučení podat jen v rámci své specializace. Dříve vyslovené přání mělo dříve platnost pět let. Toto omezení ovšem Ústavní soud zrušil a to především proto, že se dle něj jednalo o omezování pacientovy autonomie. V současné době je tedy platnost dříve vysloveného přání neomezená, pouze v případě, kdy by pacient chtěl své přání aktualizovat či jen upravit, platí vždy to nejaktuálnější. Dle ustanovení § 36 odstavce 4 ZZS může pacient také učinit své přání při přijetí do zdravotnického zařízení nebo kdykoli později v průběhu jeho hospitalizace. Toto dříve vyslovené přání pak s pacientem sepíše personál daného zařízení a vše zaznamená do zdravotnické dokumentace. I tady platí, že pacient musí být důkladně poučen o rizicích a důsledcích, které budou z jeho rozhodnutí vyplývat. U tohoto dříve vysloveného přání není potřeba pacientův úředně ověřený podpis, stačí svědek.

Dříve vyslovená přání není možné respektovat v případě, že poskytovatele vyzývá k takovému postupu a jednání, které by vedlo k aktivnímu usmrcení pacienta. Dále, pokud by uskutečnění určitého přání pacienta mělo nebo mohlo poškodit jiné osoby, ale také pokud jde o nezletilé nebo o pacienty, kteří jsou zbavení způsobilosti k právním úkonům. Není zapotřebí je respektovat v případě, že od vyslovení přání došlo a poskytování zdravotních služeb, kterých se toto přání týká k takovému progresu, že lze oprávněně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s poskytováním těchto zdravotnických služeb, které by zlepšily jeho stav. A v neposlední řade, není možné je respektovat v situaci, kdy poskytovatel neměl na začátku léčby k dispozici tato přání a započal tedy takové zdravotnické úkony, které by v případě přerušení vedly k aktivnímu usmrcení pacienta.

1.4.5 Žádost o ukončení života

Možná nejčastějším etickým dilematem, se kterým se všeobecné sestry ve své praxi mohou setkat, je žádost rodiny či přímo pacienta o ukončení života. V různé literatuře se můžeme dočíst různé názory. Převládající je, že eutanazie a paliativní péče jsou naprosto protichůdné směry. I přesto mají něco společného.Oba zaměřují především na zajištění „dobré smrti“ (Haškovcová, 2007). V posledních letech se toto téma často objevuje v médích. Situace v České republice zůstává beze změny, eutanazie u nás povolena není. K tomuto tématu je potřebné nechat vyjádřit i všeobecné sestry. Vždyť

právě ony jsou ty, které tráví u pacientova lůžka nejvíce času a hovoří s ním, znají jeho potřeby a mnohdy i přání a touhy. Komunikují úzce i s pacientovou rodinou o dalších možných postupech léčby a přáních pacienta. Jak uvádí ve své knize paliativní péče Margaret O´Conor a Sanchia Aranda (2005), všeobecné sestry by měly umět reagovat způsobem, který vždy na prvním místě respektuje pacienta a jeho rodinu, ale zároveň zůstat věrné vlastním přesvědčením a to jak morálním tak právním.

1.5 Aktuální situace v oblasti paliativní péče

Česká společnost paliativní medicíny Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM ČLS JEP) představila v prosinci roku 2015 Národní program paliativní péče. Za nedůležitější cíl pro další zlepšení rozvoje paliativní péče v České republice stanovila zlepšení dostupnosti zdravotních služeb a specializované paliativní péče. Snad každý umírající člověk by chtěl spíše než ve zdravotnických zařízeních s cizími lidmi umřít doma se svými blízkými. V současné době je situace v České republice taková, že více jak polovina pacientů v terminálním stádiu umírá v lůžkových zařízeních akutní nebo následné péče. V případě, že by v ČR byla dostupná mobilní paliativní péče a ambulantní paliativní péče, mohli by právě pacienti, kteří jsou v lůžkových zdravotnických zařízeních, strávit konec svého života ve svém prostředí s blízkými nebo v náhradním sociálním prostředí.

V lednu letošního roku 2017 se sešlo ministerstvo zdravotnictví s asociací poskytovatelů zdravotních služeb kvůli problematice hospicové a paliativní péče. Toto setkání dopadlo pro hospicovou a paliativní péči velmi dobře. Ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík přislíbil, že změní stávající legislativu. Změna by se měla týkat především jasně stanovené definice, co to vlastně hospicová a paliativní péče je, kdo, jak, kde a v jaké kvalitě a rozsahu ji bude poskytovat a jak bude hrazena. Bude tedy připravena novela zákonu 372/2011 o zdravotních službách. Dále by se mělo pracovat na tom, aby začala více fungovat provázanost mezi nemocničním zařízením a hospicem, byť mobilním. Nakonec by se měl na ministerstvu také připravit rámcový zákon, který by měl všechen zásah do sociální práce a její problematiku naprosto pokrýt.

Výzkumná část

1.6 Metodika výzkumu

Cílem výzkumu této závěrečné práce bylo zjistit, jaké problémy pociťují všeobecné sestry při poskytování paliativní péče v intenzivních oborech. Jako výzkumný nástroj jsme použili dotazníkové šetření. Dotazník byl určen všeobecným sestrám pracujícím na oddělení intenzivní péče a byl zcela anonymní. Kvantitativní výzkum byl zvolen z důvodu možnosti poměrně velkého počtu zkoumaných jedinců a možnosti numerických závěrů, které jsou přehlednější. Vyhodnocení otázek bylo provedeno formou sloupcových grafů.

Dotazník pro všeobecné sestry se skládal z několika částí. V první části bylo respondentům nastíněno, čeho se dotazník týká, kolik má otázek a k čemu se vztahují. Další část dotazníku tvořily 4 neoznačené otázky, které se vztahovaly k základním údajům a o respondentech jako věk, vzdělání a délka praxe. V poslední části následovalo 21 otázek samotného šetření. Z nich bylo 10 otázek uzavřených, 10 polootevřených a 1 otázka otevřená.

Dotazník byl vyhotoven v návaznosti na stanovené cíle/hypotézy. Hlavní cíl práce bylo zjistit, jaké problémy pociťují všeobecné sestry při poskytování paliativní péče v intenzivní medicíně. Vedle něj byly stanoveny tři dílčí cíle a s ohledem na ně byl sestaven dotazník. K prvnímu dílčímu cíli/hypotéze – Zjistit povědomí sester o paliativní péče v intenzivní medicíně byly stanoveny otázky č. 1, 3, 4, 6, 7, 19, 20. K druhému dílčímu cíli/hypotéze – Zjistit jaké možnosti v oblasti paliativní péče v intenzivní medicíně nemocnice pacientům, rodině a personálu nabízí byly stanoveny otázky č. 2, 5, 8, 15, 16, 17, 18. K poslednímu třetímu dílčímu cíli/hypotéze – Zjistit, který z problémů v paliativní péči v intenzivní medicíněpovažují sestry za největší, byly stanoveny otázky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 21.

1.7 Charakteristika vzorku respondentů a prostředí výzkumu

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků a to do tří nemocnic v Jihomoravském kraji, kterými byly Fakultní nemocnice u Sv. Anny, SurGal clinic s.r.o a Vojenská nemocnice Brno. Dotazníky byly rozdány vždy na jednotky intenzivní péče. Návratnost dotazníků byla celkem v počtu 91 dotazníků. Za zkoumaný vzorek respondentů tedy byly vybrány všeobecné sestry pracující v intenzivní péči.

1.8 Průběh výzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo v tištěné podobě a vždy se souhlasem hlavní sestry nemocnice (viz příloha). S hlavní sestrou dané nemocnice bylo vždy domluveno osobní setkání formou emailové zprávy a posléze jí vytištěné dotazníky byly osobně předány. Výzkum probíhal v nemocničních zařízeních v období od ledna 2017 do března 2017.

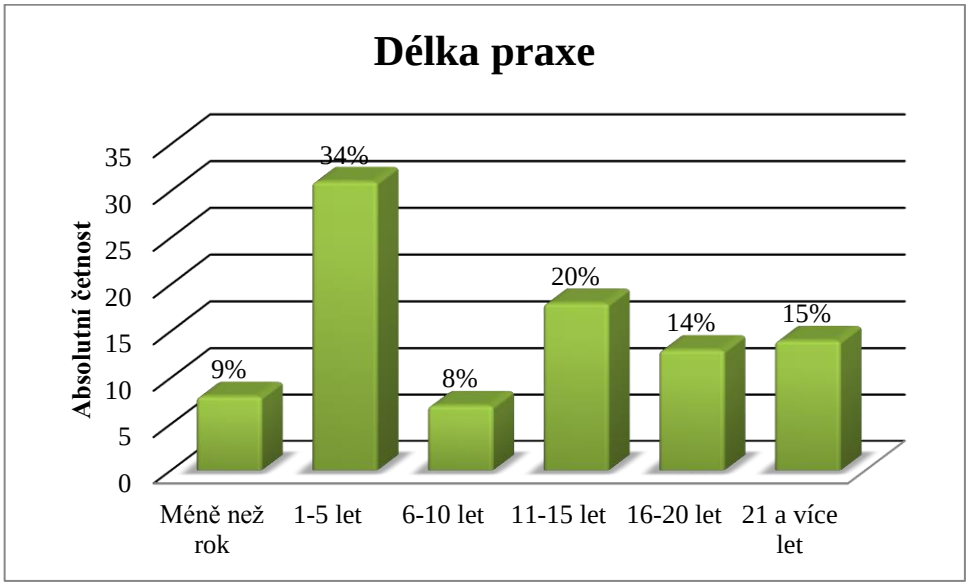
1.9 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována pomocí počítačových programů Microsoft office Word 2007 a Microsoft office Excel 2007. Výsledky jsou prezentovány zobrazením na sloupcových grafech. Velikost každého sloupce v grafu znázorňuje absolutní četnost, pro lepší orientaci v grafu je relativní četnost uvedena v procentech a to vždy nad daným sloupcem. Některé položky v dotazníku obsahují dlouhé odpovědi. Proto jsou pro větší přehled tyto otázky v grafu popsány pod jednotlivými sloupci místo celou odpovědí pouze písmenem. Blíže jsou pak odpovědi specifikovány nad grafem.

1.10 Výsledky výzkumu

Vyhodnocení otázky první otázky: Délka praxe v intenzivním oboru

a) Méně než rok
b) 6 - 10 let
c) 11 - 15 let
d) 16 - 20 let
e) 21 let a více

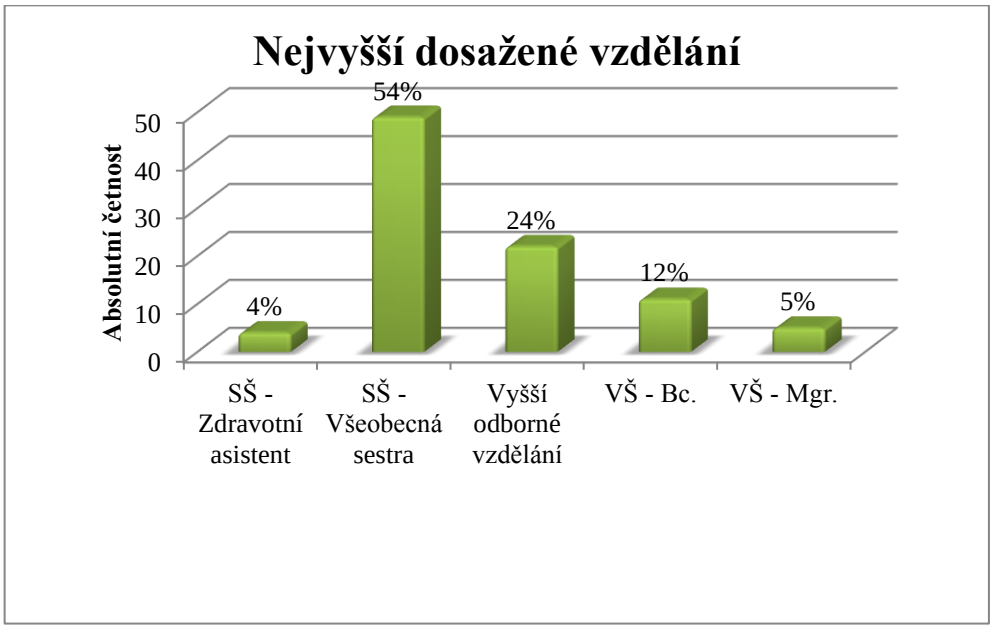


Graf 1: Délka praxe

Na výše uvedeném grafu je znázorněna první otázka, která se týkala délky praxe respondentů. Otázka byla rozložena do 6 skupin. Z celkového počtu 91 dotazovaných respondentů (100%), byla nejvíce zastoupena odpověď na délku praxe 1-5 let a to v počtu 31 odpovědí (34%). V rozmezí 11-15 let bylo zastoupeno 18 respondentů (20%), v rozmezí 21 let a více bylo zastoupeno 14 odpovědí (15%) , v rozmezí 16-20 let bylo odpovědí 13 (14%) a v odpovědi méně než rok bylo zastoupeno pouze 8 (9%) respondentů. Nejnižší zastoupení respondentů bylo pak v rozmezí 6-10 let a to 7 (8%).

Vyhodnocení druhé otázky : Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

a) Středoškolské: zdravotní asistent/ka
b) Středoškolské: všeobecná sestra
c) Vyšší odborné vzdělání
d) Vysokoškolské – bakalářské
e) Vysokoškolské - magisterské

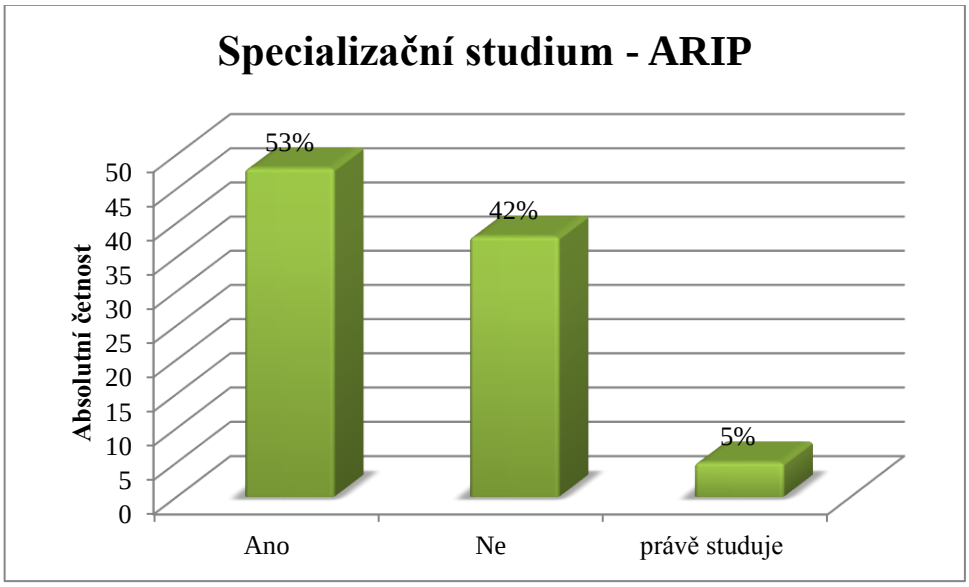


Graf 2: Nejvyšši dosažené vzdělání

Z tohoto grafu lze vyčíst, že nejvíce respondentů dosáhlo Středoškolského vzdělání: všeobecná sestra a to v počtu 49 (54%). Vyššího odborného vzdělání dosáhlo 22 respondentů (24%) a Vysokoškolského vzdělání s titulem Bc. Dalších 11 respondentů (12%). U Vysokoškolského vzdělání s titulem Mgr. Bylo zastoupeno 5 respondentů (5%) a nejméně bylo zastoupeno Středoškolské vzdělání : zdravotní asistent a to celkem 4 (4%).

Vyhodnocení třetí otázky: Jste absolventem specializačního studia v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP)?

a) Ano
b) Ne
c) V současné době obor studuji

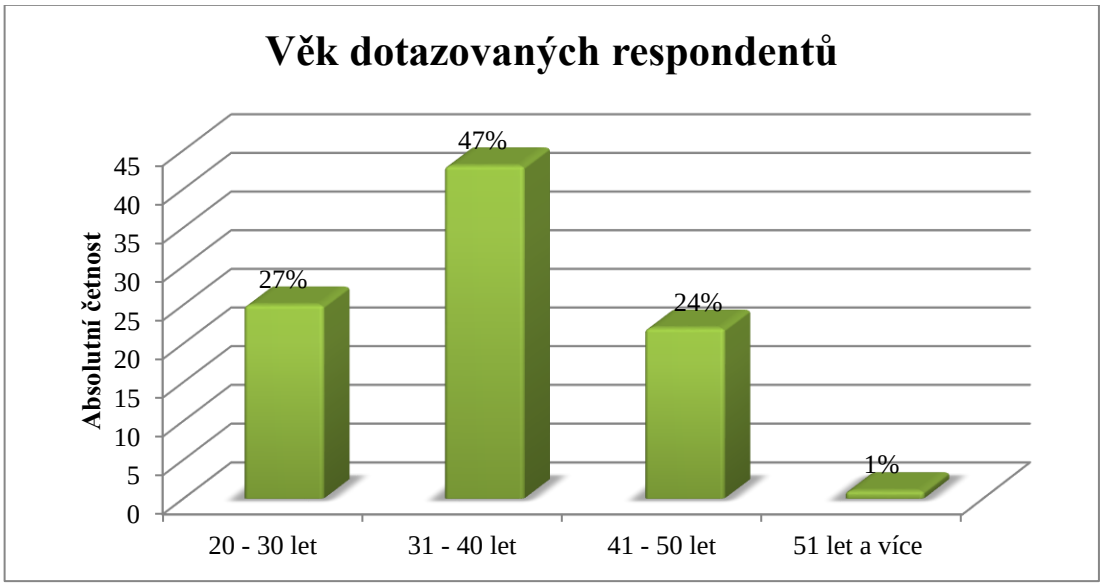


Graf 3: Specializační studium - ARIP

Zde je graficky znázorněno, kolik respondentů je či není absolventy nebo právě studuje specializační obor anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP). Nejvíce zastoupeno byla odpověď Ano – jsem absolventem specializačního oboru a to v počtu 48 respondentů (53%). Odpovědí Ne – nejsem absolventem specializačního oboru bylo v celkovém počtu 38 respondentů (42%) a obor právě studuje 5 (5%) z celkového počtu 91 respondentů.

Vyhodnocení čtvrté otázky: Uveďte Vás věk.

a) 20 – 30 let
b) 31 – 40 let
c) 41 – 50 let
d) 51 let a více

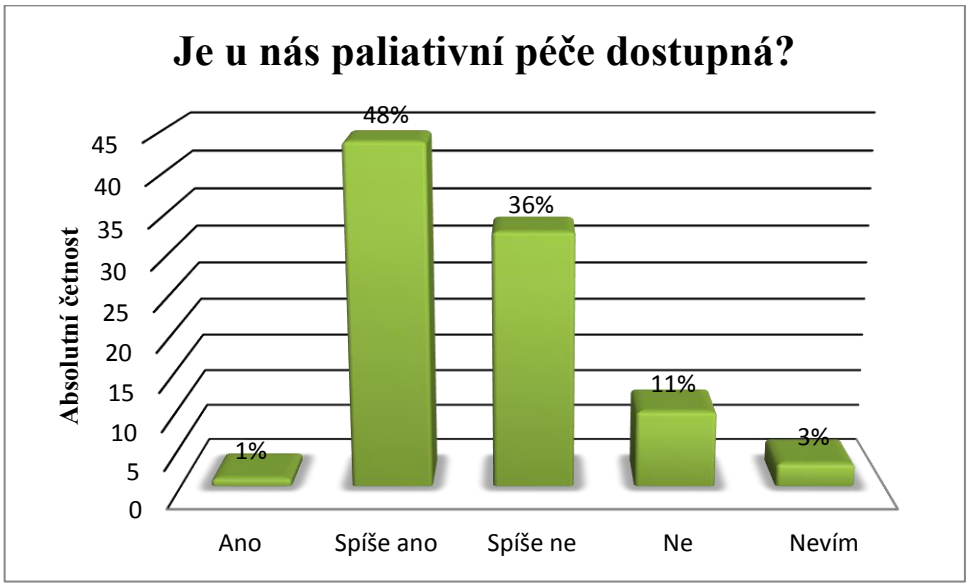


Graf 4: Věk dotazovaných respondentů

Z tohoto grafu lze vyčíst, že jsem věk dotazovaných respondentů rozdělila do 4 skupin. S tím, že nejvíce bylo zastoupeno věkové rozpětí 31-40 let a to v počtu 43 (47%). Ve věku 20-30 let bylo zastoupeno 25 (27%) a u věkového rozpětí 41-50 let bylo 22 respondentů (24%). Nejméně, celkem 1 (1%) bylo zastoupeno u věkového rozpětí 51let a více.

Vyhodnocení otázky číslo 1: Myslíte si, že paliativní péče je u nás dostatečně zajištěna, dostupná ?

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne
e) Nevím

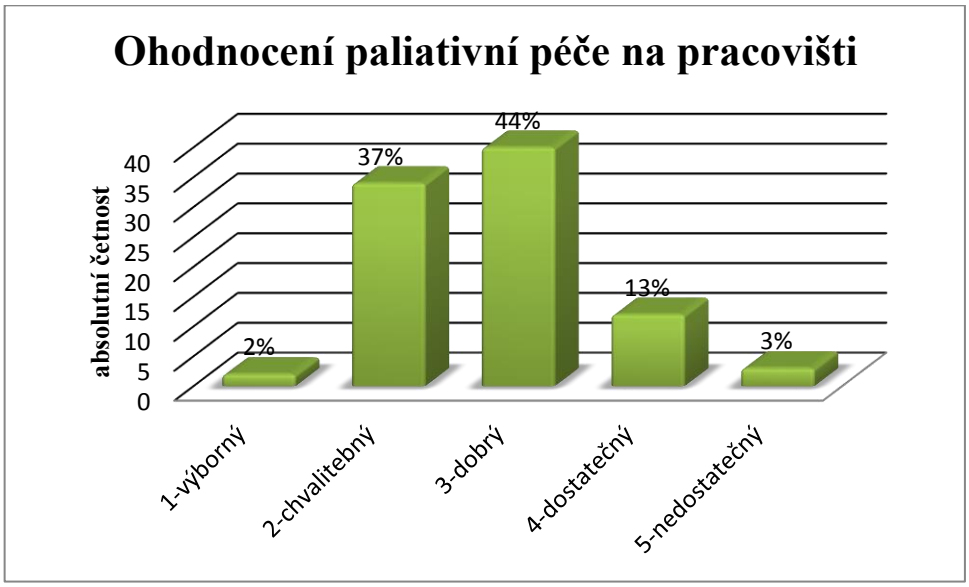


Graf 5: Dostupnost paliativní péče

Na otázku zda je u nás paliativní péče dostatečně zajištěná, dostupná odpovědělo spíše ano 44 respondentů (48%), že spíše není si myslí 33 respondentů (36%),odpověď nevím využilo 10 respondentů (11%), nevím odpověděli 3 respondenti (3%) a pouze 1 (1%) odpověděl ano.

Vyhodnocení otázky číslo 2: Ohodnoťte poskytovanou paliativní péči na Vašem pracovišti.

a) Výborný - 1
b) Chvalitebný - 2
c) Dobrý - 3
d) Dostatečný - 4
e) Nedostatečný - 5

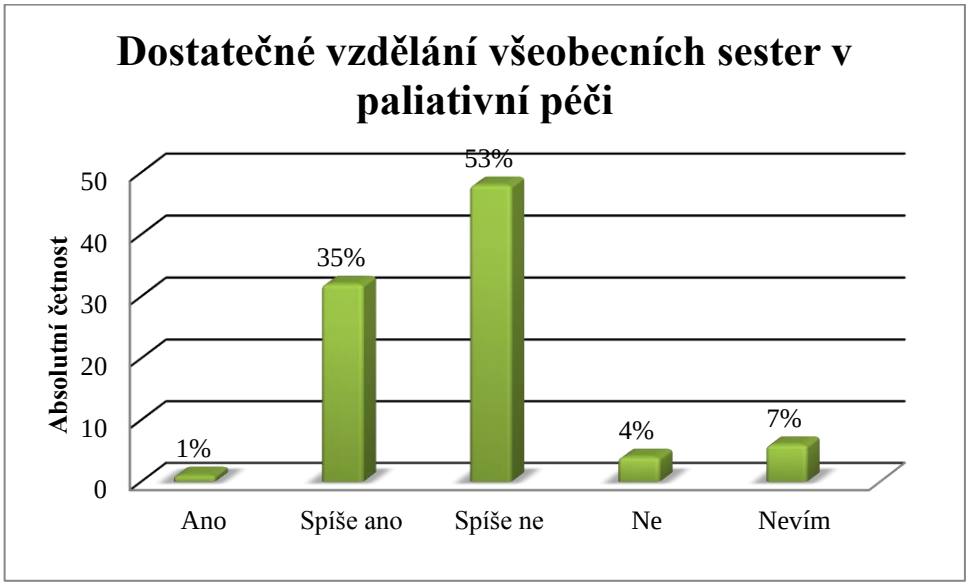


Graf 6: Ohodnocení paliativní péče na pracovišti

Z celkového počtu respondentů 91 jich 40(44%) ohodnotilo poskytovanou paliativní péči na svém pracovišti jako dobrou. Jako chvalitebnou ji hodnotilo 34 respondentů (37%) a 12 (13%) jako dostatečnou. Jako nedostatečnou ji ohodnotili 3 respondenti (3%) a pouze 2 respondenti (2%) jako výbornou.

Vyhodnocení otázky číslo 3:Domníváte se, že v rámci celoživotního vzdělávání jsou všeobecné sestry pracující v intenzivní medicíně dostatečně vzdělané v oblasti paliativní péče?

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne
e) Nevím

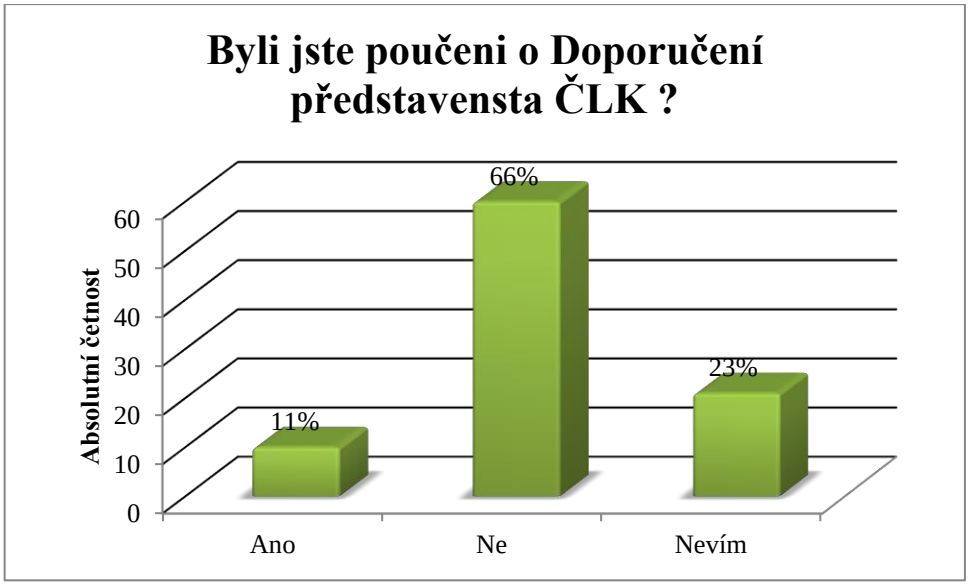


Graf 7: Vzdělání všeobecných sester v paliativní péči

Z toho grafu lze vyčíst, zda se respondenti domnívají, že v rámci celoživotního vzdělávání jsou dostatečně vzdělaní v poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní péče. Odpověď spíše ne zvolilo 48 respondentů (53%), spíše ano odpovědělo 32 respondentů (35%). Odpověď nevím využilo 6 respondentů (7%). Celkem 4 (4%) odpověděli ne a pouze 1 respondent (1%) využil odpovědi ano.

Vyhodnocení otázky číslo 4:Byli jste na Vašem pracovišti seznámeni s Doporučením představenstva ČLK č1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní ?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím

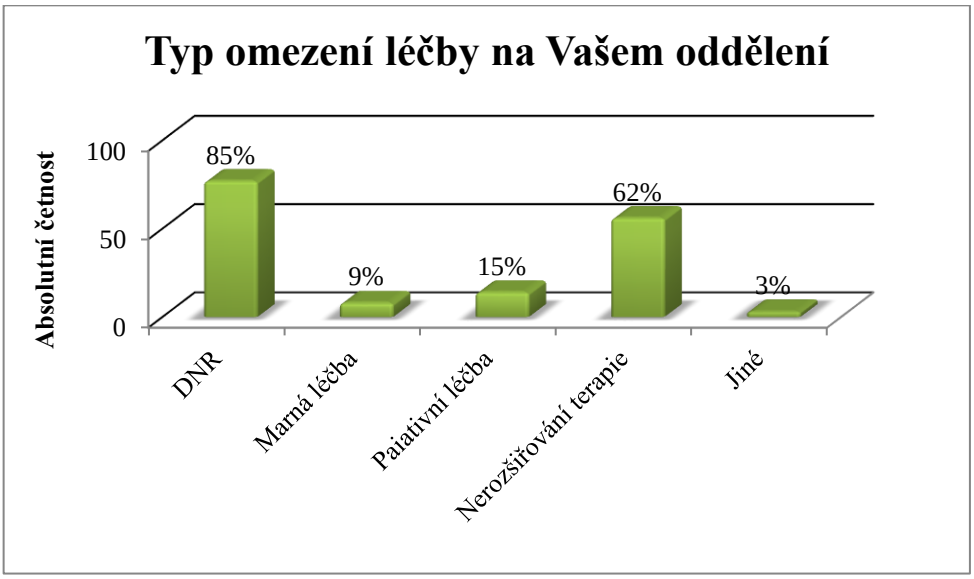


Graf 8: Poučenost o Doporučení představenstva ČLK

Z tohoto grafu lze vyčíst, že poučeno o doporučení představenstva ČLK nebylo 60 respondentů (66%), že poučeni byli, odpovědělo pouze 10 respondentů (11%). Odpověď nevím využilo 21 respondentů (23%).

Vyhodnocení otázky číslo 5:S jakým typem omezení léčby se potkáváte na Vašem oddělení? (možnost více odpovědí)

a) DNR
b) Marná léčba
c) Paliativní léčba
d) Nerozšiřování terapie
e) Jiné, prosím doplňte

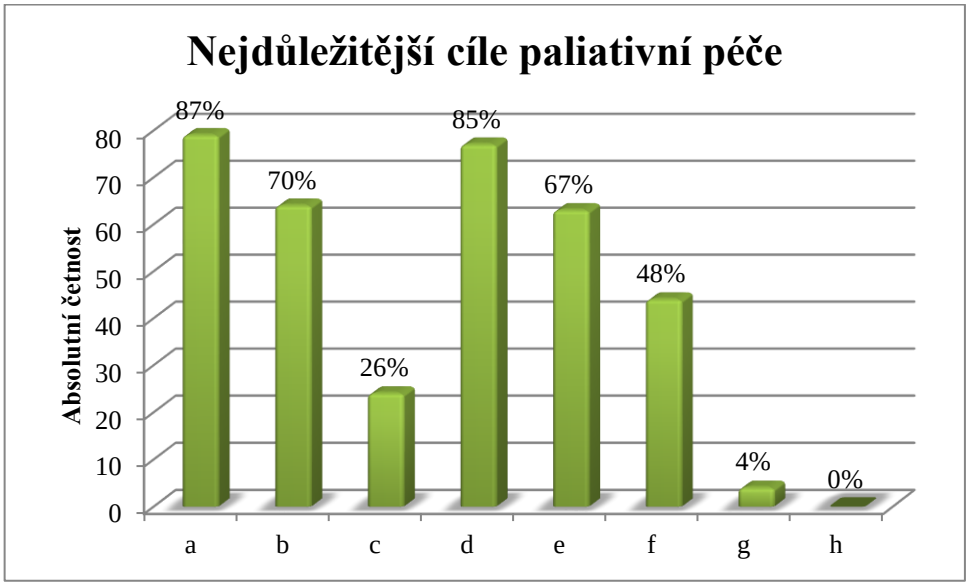


Graf 9: Typ omezení léčby na Vašem oddělení

Z celkového počtu 91 dotazovaných respondentůodpovědělo, že se na jejich pracovišti nejčastěji setkávají s typem omezení léčby DNR 77 respondentů (85%). Rovněž většina, 56 respondentů (62%) odpověděla, že se setkávají s typem omezení léčby nerozšiřování terapie, pouze 14 respondentů (15%) se setkává s paliativní léčbou a 8 respondentů (9%) s marnou léčbou. Jiné odpovědi využili 3 respondenti (3%) a všichni napsali jako typ omezení léčby, se kterým se setkávají na jejich pracovišti Terminal weaning (Odpojení od ventilátoru).

Vyhodnocení otázky číslo 6: Jaké nejdůležitější cíle mají být respektovány v poskytování paliativní péče? (možnost více odpovědí)

a) Odstranění somatické a psychické bolesti
b) Zajištění komfortu pacienta
c) Zajištění samostatného pokoje
d) Respektování lidské důstojnosti
e) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb
f) Poskytnout podporu blízkým osobám pacienta
g) Poskytnout plnou léčbu
h) Jiné, prosím doplňte



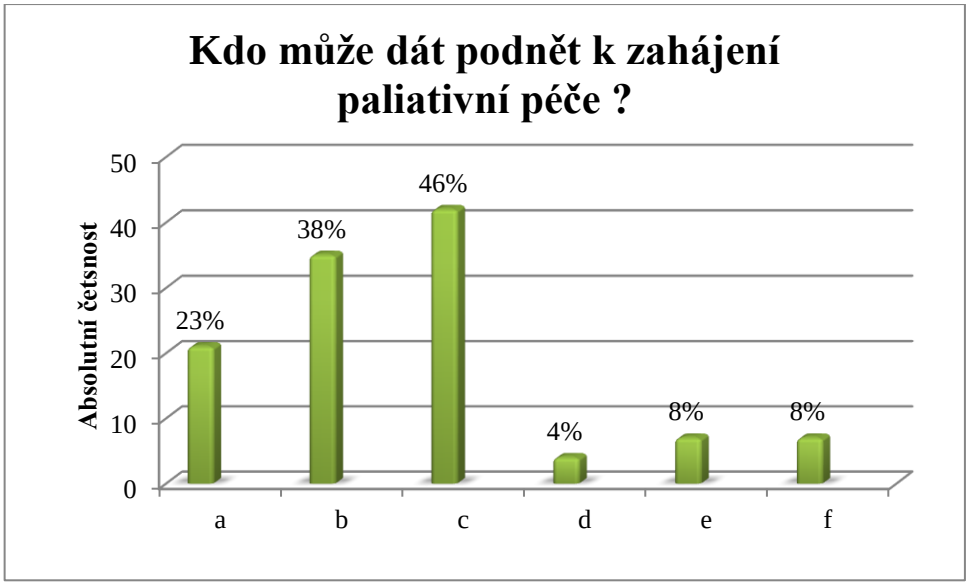
Graf 10: Nejdůležitější cíle paliativní péče

V této otázce mohli respondenti uvést více odpovědí. Nejvíce,79 respondentů (87%) odpovědělo, že nejdůležitějším cílem paliativní péče je odstranění somatické a psychické bolesti. Respektování lidské důstojnosti odpovědělo77 respondentů (85%), 64 respondentů (70%) si myslí, že je to zajištění komfortu pacienta a 63 respondentů (67%), že je jejím důležitým cílem zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Celkem 44 respondentů (48%) odpovědělo, že je to poskytnutí podpory blízkým osobám pacienta a 24 respondentů (26%) odpovědělo zajištění samostatného pokoje. Jen 4 respondenti (4%) odpověděli, že nejdůležitějším cílem paliativní péče je poskytnutí plné léčby. Nikdo nevyužil odpovědi h) jiné.

Pozn. Správné odpovědi byly všechny nabízené s výjimkou g).

Vyhodnocení otázky číslo 7: Prosím označte, kdo z ošetřovatelského personálu může dát podnět k zahájení paliativní péče?

a) Kdokoliv z ošetřujícího personálu (lékař, nelékařský pracovník)
b) Pouze vedoucí lékař pracoviště
c) Pouze ošetřující lékař
d) Nelékařský pracovník
e) Rodina
f) Nevím



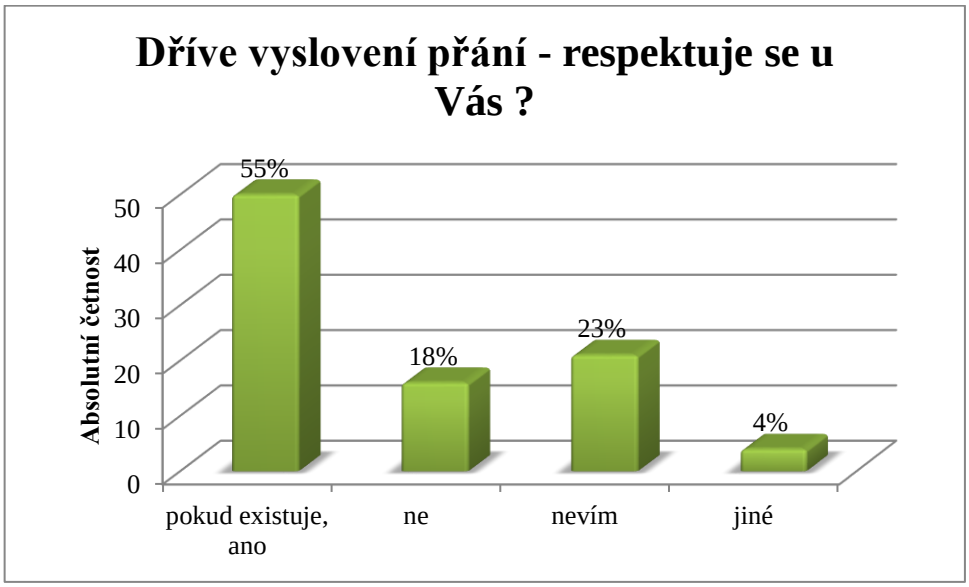
Graf 11: Podnět k zahájení paliativní péče

Z celkového počtu 91 respondentůuvedlo 42 respondentů (46%), že podnět k zahájení paliativní péče může dát pouze ošetřující lékař.Dále 35 respondentů (38%) uvedlo, že může dát podnět pouze vedoucí lékař pracoviště a 21 respondentů (23%) uvedlo, že jej může dát kdokoli z ošetřujícího personálu (lékařský i nelékařský pracovník). Celkem 7 respondentů (8%) odpovědělo stejným počtem u odpovědi rodina a odpovědi nevím. Zbylí 4 respondenti (4%) uvedli nelékařského pracovníka.

Pozn. Vzhledem k ne zcela šťastné formulaci považujeme za důležité zdůraznit, že otázka se ptá, kdo může dát podnět, a tedy nemá žádnou nesprávnou odpověď.

Vyhodnocení otázky číslo 8: Respektuje se na Vašem oddělení dříve vyslovené přání?

a) Pokud existuje, ano
b) Ne
c) Nevím
d) Jiné



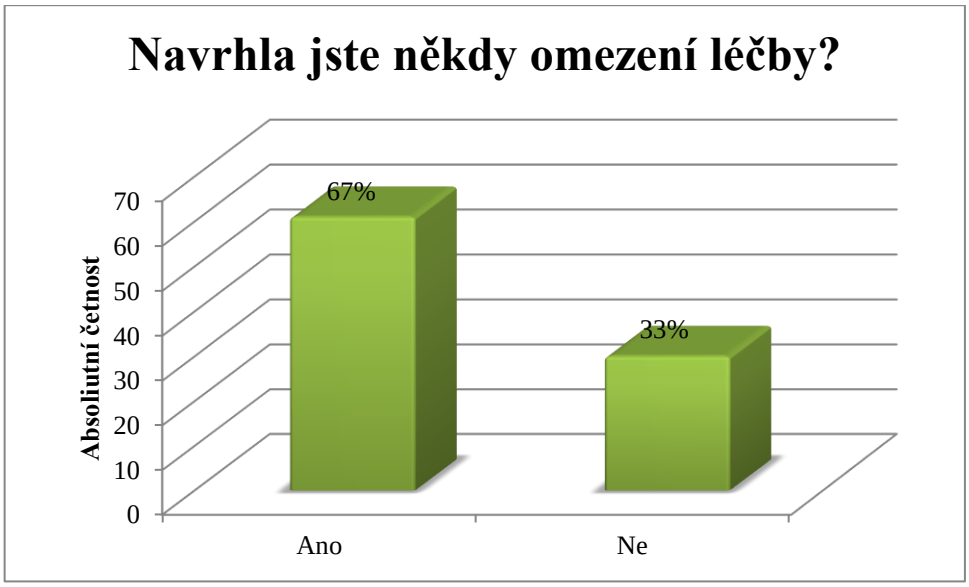
Graf 12: Dříve vyslovená přání

Z celkového počtu 91 respondentůuvedlo 50 respondentů (55%), že pokud dříve vyslovené přání existuje, tak jej na jejich oddělení respektují. Dále 21 respondentů (18%) uvedlo odpověď nevím a 16 respondentů (18%) uvedlo odpověď ne. Jen 4 respondenti (4%) využili odpovědi jiné a uvedli, že se velmi často spíše než dříve vyslovené přání respektuje přání rodiny a jednou z odpovědí bylo, že na daném pracovišti jsou pacienti většinou v komatu, takže se ke zdravotníkům ani dříve vyslovené přání nedostane.

Vyhodnocení otázky číslo 9: Navrhla jste někdy ve Vaší praxi omezení léčby?

a) Ano

b) Ne

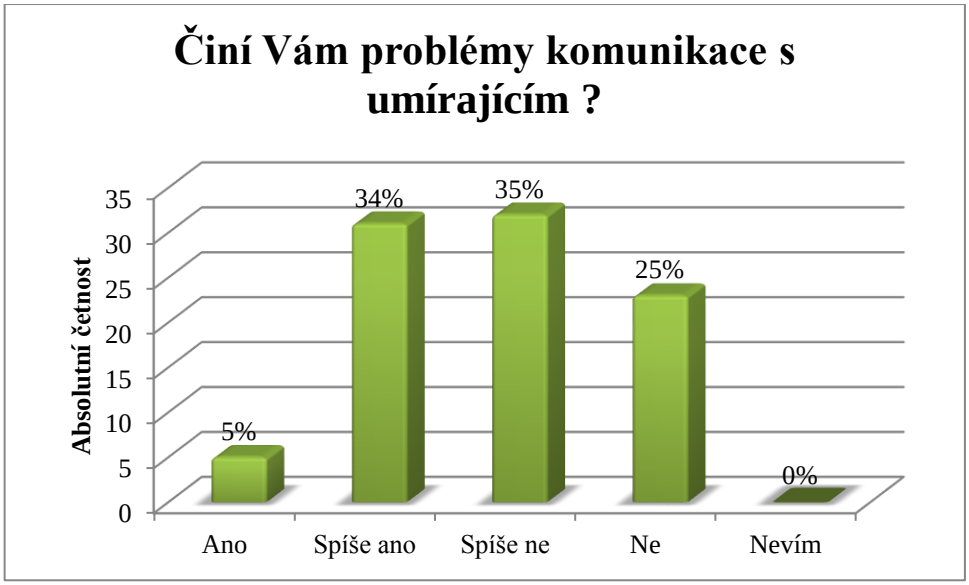


Graf 13: Navržené omezení léčby

Z celkového počtu 91 respondentů uvedlo 61 respondentů (67%), že ve své praxi omezení léčby někdy navrhlo. Celkem 30 respondentů (33%) uvedlo odpověď ne.

Vyhodnocení otázky číslo 10:Činí Vám problémy komunikovat s umírajícím pacientem nebo jeho rodinou?

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne
e) Nevím

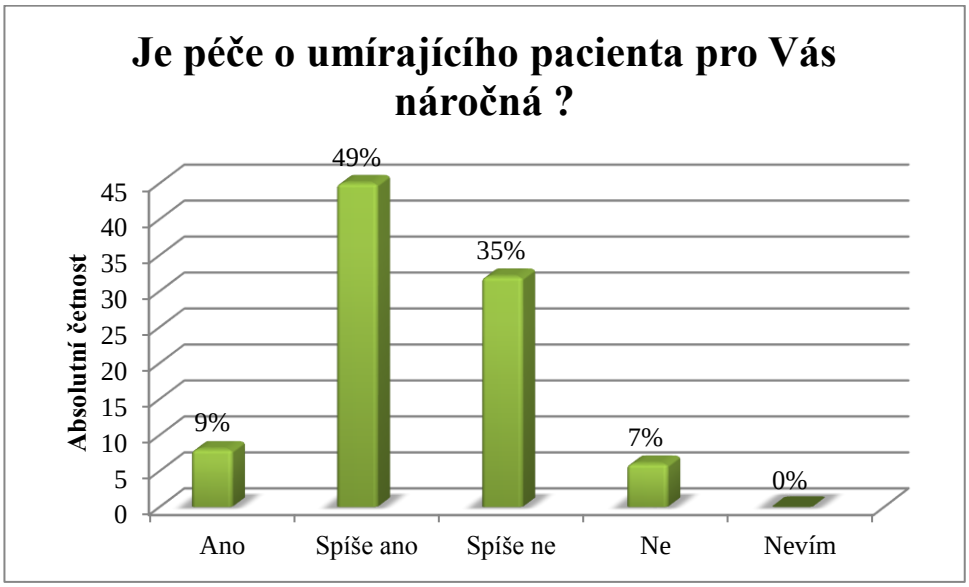


Graf 14: Komunikace s umírajícím

Z toho grafu lze vyčíst, že 31 respondentům (34%) činí problémy komunikovat s umírajícím nebo jeho rodinou. Naopak 32 respondentů (35%) uvedlo, že mu komunikace s umírajícím nebo jeho rodinou spíše problémy nečiní. Celých 23 respondentů (25%) uvedlo odpověď ne a pouze 5 respondentů (5%) uvedlo odpověď ano, tedy, že mají problém komunikovat s umírajícím nebo jeho rodinou . Na odpověď nevím neodpověděl žádný respondent.

Vyhodnocení otázky číslo 11:Je pro Vás péče o pacienta v paliativní terapii psychicky náročná?

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne
e) Nevím

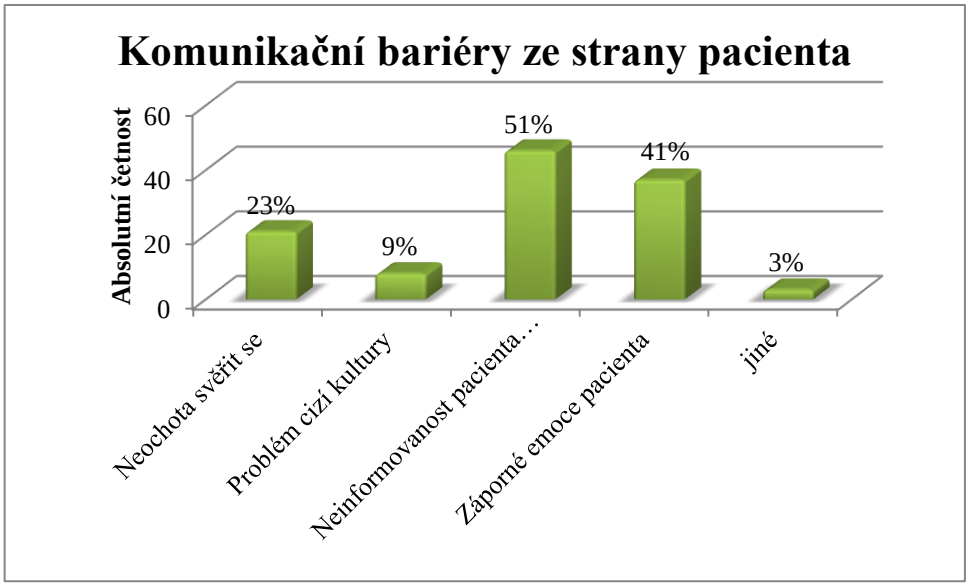


Graf 15: Péče o umírajícího pacienta

Z tohoto grafu lze vyčíst, že pro 45 respondentů (49%) je péče o pacienta v paliativní terapii psychicky náročná.32 respondentů (35%) uvedlo, že spíše není náročná a 8 respondentů (9%) uvedlo ano, je náročná. Pouze 6 respondentů (7%) uvedlo odpověď ne, že pro ně tedy není péče o pacienta v paliativní terapii náročná. Odpověď nevím nevyužil žádný respondent.

Vyhodnocení otázky číslo 12: Jakým komunikačním bariérám ze strany pacienta nejčastěji čelíte?

a) Neochota svěřit se
b) Problém cizí kultury
c) Neinformovanost pacienta o jeho zdravotním stavu
d) Záporné emoce pacienta
e) Jiné

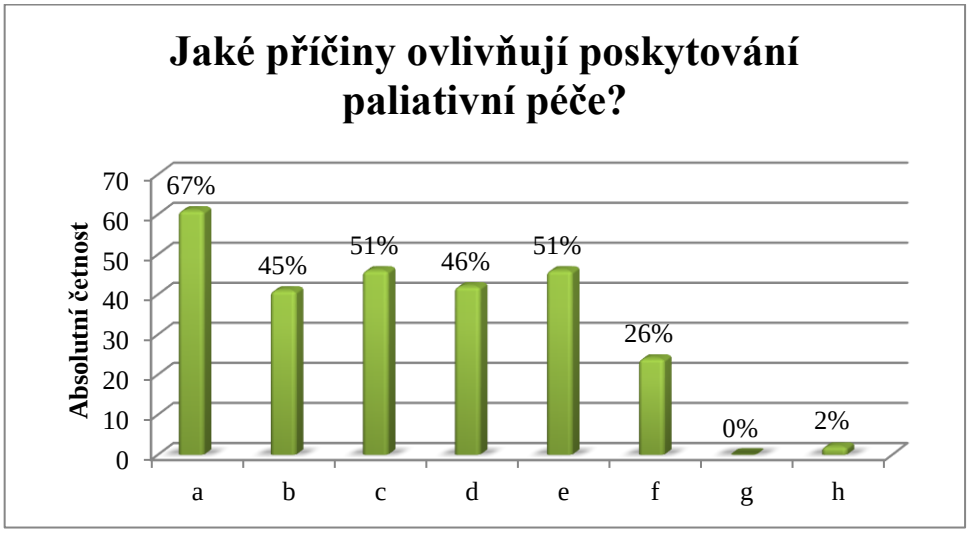


Graf 16: Komunikační bariéry ze strany pacienta

V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. 46 respondentů (51%) z celkového počtu 91 respondentů se shodlo, že nejčastěji čelí komunikační bariéře ve formě neinformovanosti pacienta o jeho zdravotním stavu. Dále 37 respondentů (41%) uvedlo, že nejčastěji čelí záporným emocím pacientů a 21 respondentů (23%) uvedlo, že se pacienti nechtějí svěřit všeobecným sestrám. Problém cizí kultury jako komunikační bariéru ze strany pacienta uvedlo 8 respondentů (9%) a odpovědi jiné využili 3 respondenti (3%).Odpověděli, že čelí nejčastěji komunikační bariéře ze strany pacienta kvůli tomu, že se pacient nachází v komatózním stavu.

Vyhodnocení otázky číslo 13: Prosím uveďte, které z uvedených příčin má vliv na poskytování paliativní péče na Vašem pracovišti? (více odpovědí)

a) Nedostatek personálu (nelékařského i lékařského)
b) Nedostatek času
c) Přetíženost personálu
d) Nedostatečný prostor – pacienti nemají samostatný pokoj
e) Provoz oddělení (akutní příjmy, resuscitace,…)
f) Nedostatek zkušeností, vědomostí s paliativní péčí
g) Nevnímám žádné problémy
h) Jiné

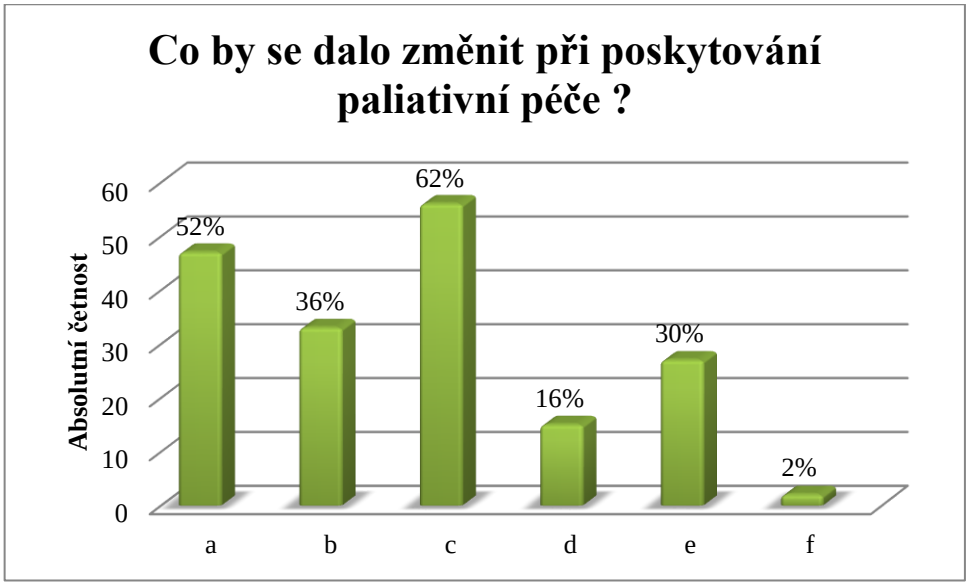


Graf 17: Vlivy na poskytování paliativní péče

V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 91 respondentů 61 respondentů (67%) odpovědělo, že vliv na poskytování paliativní terapie na jejich pracovišti má nedostatek personálu. Dále 46 respondentů (51%) se shodlo, že vliv na poskytování paliativní péče na jejich pracovišti má přetíženost personálu a provoz oddělení. Celkem 42 respondentů (46%) uvedlo nedostatečný prostor a 41 respondentů (45%) uvedlo nedostatek času. Pouze 24 respondentů (26%) uvedlo, že nedostatek zkušeností a vědomostí jako příčinu, která ovlivňuje poskytování paliativní péče na jejich pracovišti. Odpověď jiné využili 2 respondenti (2%) a odpověděli, že rodina dostatečně nechápe stav pacienta a vyžaduje dále plnou terapii. Druhou odpovědí bylo, že vliv na poskytování paliativní péče na jejich oddělení mají nezkušení lékaři. Odpověď nevnímám žádné problémy nevyužil žádný z respondentů.

Vyhodnocení otázky číslo 14: Podle Vás, co by se mělo zlepšit, změnit v poskytování paliativní péči o pacienta na Vašem pracovišti? (Více odpovědí)

a) Komunikace s pacientem a rodinou
b) Prohlubování vzdělávání v problematice paliativní péče
c) Organizačně (nedostatek personálu i toho pomocného)
d) Mít k dispozici paliativní tým na konzultace
e) Psycholog na oddělení
f) Jiné

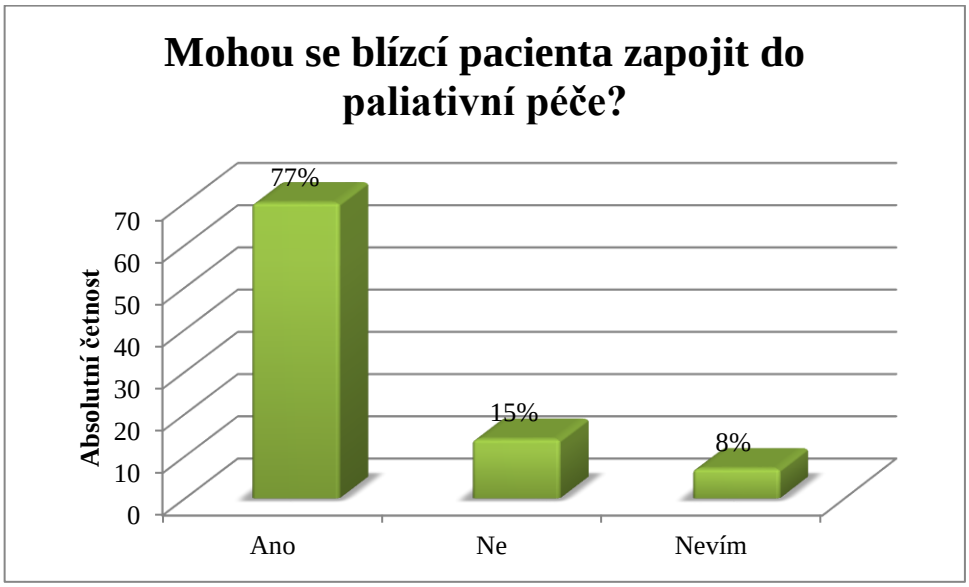


Graf 18: Návrhy na změny v paliativní péči

U této otázky byla možnost více odpovědí. Z celkového počtu 91 respondentů uvedlo 56 respondentů (62%), že na jejich pracovišti by se dalo zlepšit v poskytování paliativní péče především organizačně (dostatek personálu). Dále 47 respondentů (52%) uvedlo, že by se na jejich pracovišti dala změnit komunikace s pacientem a jeho rodinou a 33 respondentů (36%) uvedlo, prohlubování vzdělávání v problematice paliativní péče. Dále 27 respondentů (30%) uvedlo, že by pomohl změnit poskytování paliativní péče na jejich oddělení psycholog přímo na jejich oddělení. Jen 15 respondentů (16%) uvedlo, že by bylo dobré mít k dispozici paliativní tým a pouze 2 respondenti (2%) využili odpovědi jiné a doplnili, že by svůj přístup k paliativní péči měli změnit lékaři. Druhá odpověď byla, že daný respondent má pocit, že vzhledem k tomu, že se jedná o práci v intenzivní medicíně měla by se paliativní péče řešit na jiných odděleních.

Vyhodnocení otázky číslo 15: Umožňuje Vaše oddělení rodinným příslušníkům a jejich blízkým osobám zapojit se do paliativní péče o pacienta?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím

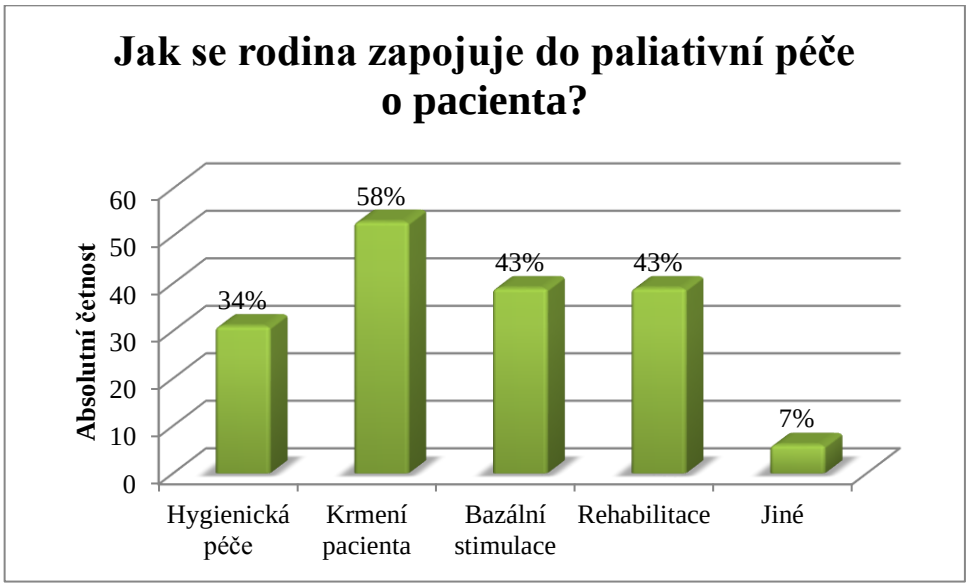


Graf 19: Zapojení blízkých

Z celkového počtu 91 respondentů uvedlo 70 respondentů (77%) odpověď ano, mohou se tedy na jejich pracovišti blízcí zapojit do paliativní péče o pacienta. Jen 14 respondentů (15%) uvedlo odpověď ne, nemohou se zapojit na jejich oddělení do paliativní péče o pacienta a 7 respondentů (8%) uvedlo odpověď nevím.

Vyhodnocení otázky číslo 16: Pokud jste odpověděla kladně, v jakých oblastech se tedy rodina zapojuje?

a) Hygienická péče
b) Krmení pacienta
c) Bazální stimulace
d) Rehabilitace
e) Jiné

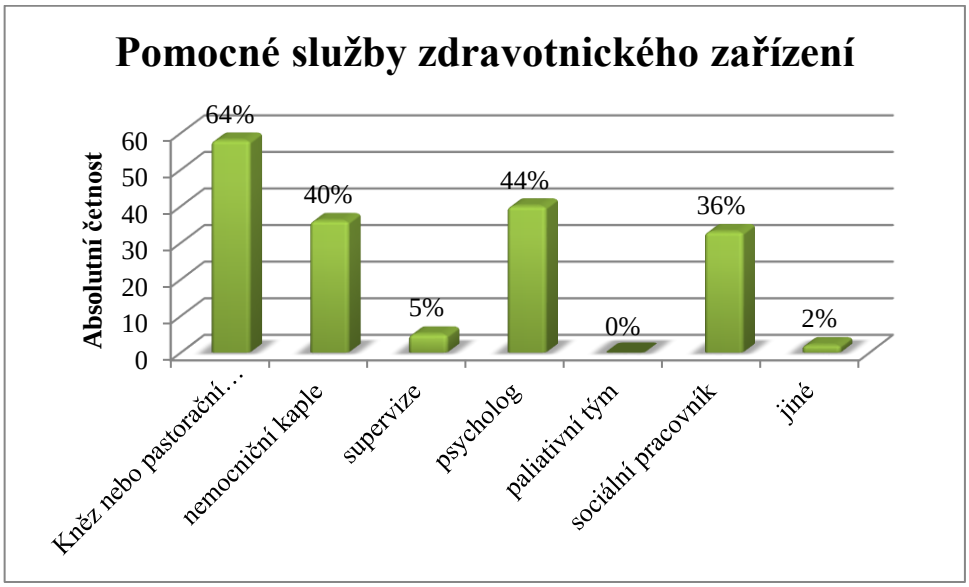


Graf 20: Zapojení rodiny do paliativní péče

V této otázce odpovídali respondenti více odpovědí. Z celkového počtu 91 respondentůuvedlo 53 respondentů (58%), že se blízcí a rodina na jejich pracovišti do paliativní péče o pacienta mohou zapojovat v rámci krmení pacienta. Dále 39 respondentů (43%) se shodlo u dvou odpovědí stejným počtem a to u odpovědi, kdy rodina a blízcí pacienta se zapojují v rámci paliativní péče bazální stimulací a rehabilitací. Dalších 31 respondentů (34%) uvedlo, že se zapojují v rámci hygienické péče o pacienta a 6 respondentů (7%) využili odpovědi jiné a doplnili například, že je to zcela individuální a to dle stavu pacienta a také dle schopností a psychického stavu rodiny a blízkých pacienta.

Vyhodnocení otázky číslo 17: Prosím zaškrtněte, jaké z níže uvedených pomocných služeb, nabízí Vaše zdravotnické zařízení pro pacienty, jejich rodiny a personál ?

a) Kněz nebo pastorační pracovník
b) Nemocniční kaple
c) Supervize
d) Psycholog
e) Paliativní tým
f) Sociální pracovník
g) Jiné

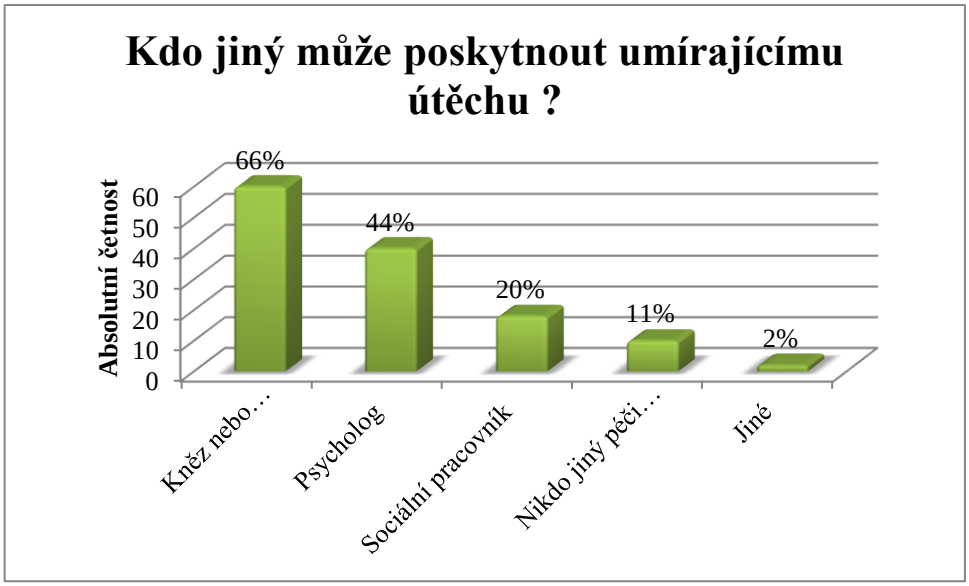


Graf 21: Pomocné služby zdravotnického zařízení

V této otázce odpovídali respondenti více odpovědí. Z celkového počtu 91 respondentůuvedlo 58 respondentů (64%), že jejich zdravotnické zařízení jako pomocnou službu pro pacienta, jeho blízké a pro personál nabízí kněze nebo pastoračního pracovníka. Celkem 40 respondentů (44%) uvedlo, že jejich nemocniční zařízení nabízí psychologa a 36 respondentů (40%) uvedlo, že jejich zařízení má nemocniční kapli jako pomocnou službu. Dalších 33 respondentů (36%) uvedlo, že mají v jejich zařízení jako pomocnou službu sociálního pracovníka a pouze 5 respondentů (5%) uvedlo, že jejich zdravotnické zařízení jim nabízí supervizi. Jen 2 respondenti (2%) využili odpovědi jiné a doplnili, že jejich zdravotnické zařízení nic nenabízí.

Vyhodnocení otázky číslo 18: Kdo může na Vašem oddělení vyjma lékařů a sester poskytnout útěchu nebo péči pacientovi v terminálním stádiu ?

a) Kněz nebo pastorační pracovník
b) Psycholog
c) Sociální pracovník
d) Nikdo jiný péči nezabezpečuje
e) Jiné

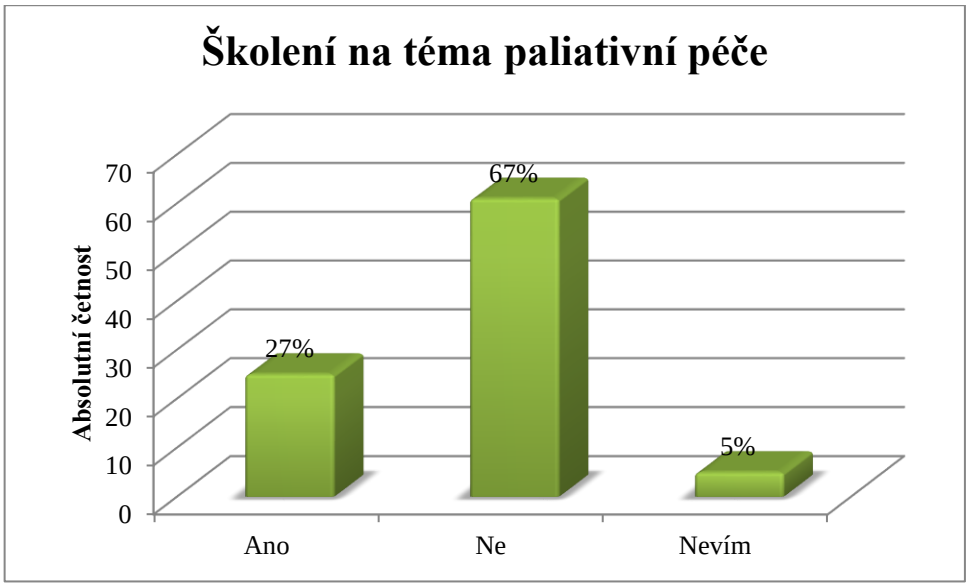


Graf 22: Poskytování útěchy umírajícímu

V této otázce odpovídali respondenti více odpovědí. Z celkového počtu 91 respondentůuvedlo 60 respondentů (66%), že na jejich pracovišti vyjma lékařů a sester může umírajícímu pacientovi poskytnout útěchu kněz nebo pastorační pracovník. Dalších 40 respondentů (44%) uvedlo, že na jejich oddělení je to psycholog a 18 respondentů (20%) uvedlo sociálního pracovníka. Celkem 10 respondentů (11%) uvedlo, že na jejich pracovišti nikdo jiný péči nezabezpečuje a 2 respondenti (2%) využili odpovědi jiné a uvedlo rodinu nebo „sanitární sestru“, kteří mohou poskytnout umírajícímu pacientovi útěchu.

Vyhodnocení otázky číslo 19: Probíhá na Vašem pracovišti školení na téma paliativní péče?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím

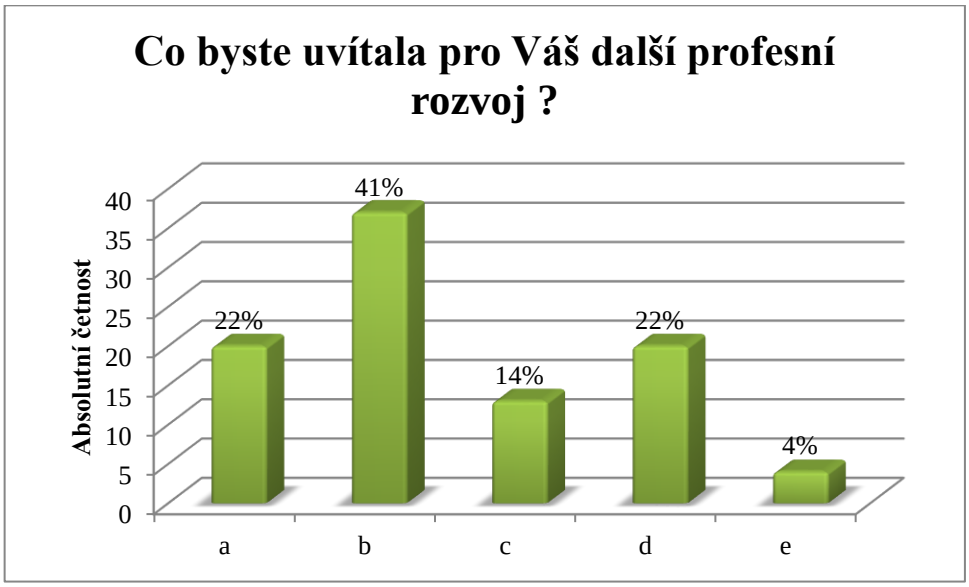


Graf 23: Školení na téma paliativní péče

Z celkového počtu respondentů 91uvedlo 61 respondentů (67%), že na jejich pracovišti školení na téma paliativní péče neprobíhá. Oproti tomu 25 respondentů (27%) uvedlo odpověď ano, tedy, že na jejich pracovišti školení na téma paliativní péče probíhá. Celkem 5 respondentů (5%) uvedlo odpověď nevím.

Vyhodnocení otázky číslo 20:Pro další profesní rozvoj s ohledem na paliativní péči bych uvítala

a) Myslím, že má odbornost je dostatečná
b) Jednorázový kurz zaměřený na komunikaci
c) Dlouhodobý kurz paliativní péče
d) Možnost konzultace s odborníkem
e) Jiné



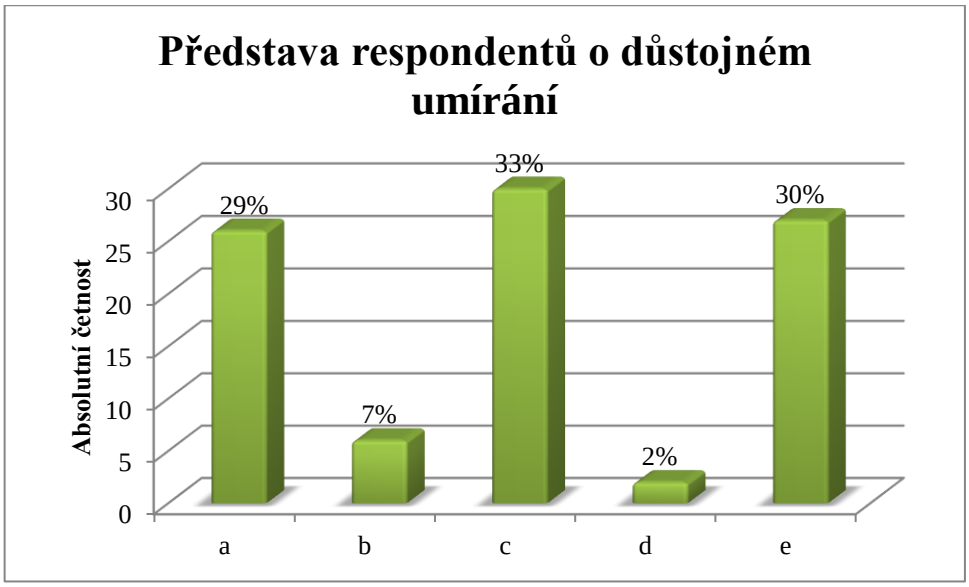
Graf 24: Profesní rozvoj

V této otázce respondenti uváděli více odpovědí. Z celkového počtu 91 respondentů uvedlo 37 respondentů (41%), že by pro svůj další profesní rozvoj uvítalo jednorázový kurz zaměřený na komunikaci. Dalších 20 respondentů (22%) se shodlo u dvou odpovědí a uvedlo, že by uvítali možnost konzultace s odborníkem a druhou odpovědí ze stejným počtem respondentů bylo, že si myslí, že jejich odbornost je dostatečná. Jen 13 respondentů (14%) uvedlo, že by uvítalo dlouhodobý kurz paliativní péče. A celkem 4 respondenti (4%) využili odpovědi jiné a doplnili, že by pro svůj další profesní rozvoj nechtěli nic a nebo jednorázový kurz zaměřený na paliativní péči.

Vyhodnocení otázky číslo 21:Napište prosím Vaši představu o důstojném ukončení života.

Kategorizace odpovědí:

a) Pacient by měl umírat v přítomnosti rodiny a svých blízkých, možnost celodenních návštěv, v soukromí samostatného pokoje a důstojně
b) Pacient by neměl mít žádné zbytečně invazivní vstupy a bez další zbytečné léčby, bez bolesti a rychle
c) Doma s rodinou
d) Tlumené světlo, s hudbou kterou má pacient rád, umrznout v horách
e) K otázce se nevyjádřili, neodpověděli



Graf 25: Představa respondentů o důstojném umírání

Tato otázka byla zcela otevřená. Odpovědi jsem shrnula a rozdělila pod písmena a) – e). Z 91 respondentů odpovědělo na otázku jak si oni sami představují důstojné ukončení života 30 respondentů (33%) umřít doma v kruhu své rodiny. 26 respondentů (29%) uvedlo, že, když už je tedy pacient hospitalizován, měl by umírat v přítomnosti blízkých, s možností samostatného pokoje a nepřetržité návštěvy. Z 91 respondentů se 27 respondentů (30%) nevyjádřilo. 6 respondentů (7%) si myslí, že by umírající pacient neměl mít žádné zbytečné invazivní vstupy a měl by umřít rychle a bezbolestně. Jen 2 respondenti (2%) uvedli, že je důležité pro důstojné umírání tlumené světlo a hudba, kterou má pacient rád.

2 Diskuze

V závěrečné práci jsme se zaměřili na problémy, které pociťují všeobecné sestry při poskytování paliativní péče v intenzivní medicíně. Na tomto základě jsme vytyčili tři dílčí cíle - zjistit povědomí sester o paliativní péči v intenzivní medicíně, zjistit, jaké možnosti v oblasti paliativní péče nabízí nemocnice pacientům, rodině a personálu a nakonec která je nejpalčivější problémová oblast v paliativní péči v intenzivní medicíně z pohledu všeobecných sester. Z těchto cílů vyplývají jednotlivé položky v dotazníku, který jsme sestavili. Výzkum probíhal kvantitativním dotazníkovým šetřením. Vyhodnocení bylo provedeno na základě dat získaných z dotazníkového šetření.

Diskuze podává přehled výsledků, které vyplývají z výzkumného šetření. Zároveň je konfrontuje s výsledky jiných výzkumných prací a publikací zaměřených na problematiku paliativní péče v intenzivní medicíně.

Pro potřeby této závěrečné práce bylo rozdáno do nemocničních zařízení celkem 120 dotazníků, jejich návratnost byla v počtu 91 kusů celkem tedy 75,8% z celkového množství rozdaných dotazníků.

První část dotazníku byla zaměřena pouze na vstupní údaje, tyto otázky nebyli číslované a jednalo se o první 4. První položka zjišťovala délku praxe dotazovaných respondentů . Zde byla nejméně početnou skupinou kategorie sester s praxí v rozmezí 6-10 let, kde bylo zastoupeno pouze 7 respondentů (8%) a druhá nejméně početná skupina byla s praxí méně než rok a to pouhých 8 respondentů (9%). Naopak nejpočetnější skupinou byla věková kategorie v rozpětí 1-5 let, kde bylo zastoupeno 31 respondentů (34%), dále pak kategorie 11-15 let 18 respondentů (20%), 16-20 let 13 respondentů (14%) a 21 let a více bylo v zastoupení 14 respondentů (15%). Ovšem tato skutečnost není nijak překvapující, vzhledem k položce v dotazníku, dotazující se respondentů na věk. Zde se prokázalo, že největší počet sester je od 31 – 40 let věku což uvedlo z celkového počtu 91 respondentů (75,8%), 43 respondentů (47%). Přičemž pouze 1 respondent (1%) uvedlo věk nad 51 let a více. Následující položka v dotazníku se zabývala nejvyšším dosaženým vzděláním. Tady převládala odpověď středoškolské vzdělání: všeobecná sestra a to v počtu 49 respondentů (54%). Tato skutečnost je, ale

předpokládatelná vzhledem k předchozí otázce na věk respondentů. Na otázku o specializačním studiu v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP), odpovědělo 48 respondentů (53%) že jsou absolventy tohoto studia a 5 respondentů (5%) v současné době obor studuje. 38 respondentů (42%) tento specializační obor ani nestuduje ani nejsou jeho absolventy

Cílem závěrečné práce číslo 1 bylo: Zjistit povědomí sester o paliativní péči v intenzivní medicíně.

K této výzkumné otázce se vztahují položky dotazníku 1,3,4,6,7,19,20.

Závěrečné zpracovaní otázek potřebných k dosažení daného cíle, přineslo zajímavé výsledky. Skupina 44 respondentů (48%) si myslí, že je u nás dostatečně zajištěná a dostupná paliativní péče. Celkem 33 respondentů (36%) uvádí, že dle nich spíše dostupná není, spolu s odpověďmi „spíše ne“ (11%), je možné konstatovat, že se sestry rozdělují na dvě přibližně stejné skupiny s protichůdným názorem. Bylo by patrně přílišným optimismem předpokládat, že oproti roku 2014, kdy se na podobnou otázku ptala Kristýna Matulová (2014) v práci Úroveň znalostí všeobecných sester z oblasti paliativní péče s výsledkem 71% v neprospěch kvalitní paliativní péče. Rozdíl se dá připsat na vrub toho, že zatímco náš průzkum probíhal mezi sestrami v intenzivní medicíně, zmiňovaný průzkum proběhl na vzorku sester pracujících v agentuře paliativní péče. Tyto sestry mají o tom, jak má kvalitní paliativní péče vypadat přesnější představu. Tuto domněnku opíráme též o odpovědi na otázky svého dotazníku 3 a 4. Tyto odpovědi ukazují, že všeobecné sestry na oddělení intenzivní medicíny, kde šetření probíhalo, nemají v oblasti paliativní péče rozhled, který by samy chtěly mít.

Na otázku, zda se všeobecné sestry pracující na jednotkách intenzivní péče domnívají, že v rámci celoživotního vzdělávání jsou dostatečně vzdělané v oblasti paliativní péče odpovědělo 48 respondentů (53%), že spíše ne, přičemž, ale 32 respondentů (35%) odpovědělo spíše ano. Při srovnání stejné problematiky u všeobecných sester pracujících na jednotkách intenzivní péče, které byly respondenty diplomové práce s názvem Problematika umírání v intenzivní medicíně, autorky Bc. Kateřiny Urbanové (2010) vyplývá shoda. Na stejnou otázku v jejím výzkumu odpovědělo 73% respondentů, že si myslí, že edukovanost o paliativní péči není dostatečná a pouze 27% si myslí, že naopak dostatečná je.

Další vzdělávání v oblasti paliativní péče by dle našeho výzkumu uvítalo 37 respondentů (39%) z celkového počtu 91 respondentů a to ve formě jednorázového kurzu zaměřeného na komunikaci, přičemž z výsledků Bc. Kateřiny Urbanové (2010) na stejnou otázku vyplývá, že zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče má 96% respondentů. Výše uvedené výsledky obou závěrečných prací svědčí o tom, že vzdělání v oblasti paliativní péče v intenzivní medicíně není dostatečnéa nezlepšilo se od roku 2010, kdy své šetření prováděla Bc. Kateřina Urbanová v práci na téma Problematika umírání v intenzivní medicíně.

Cílem závěrečné práce číslo 2 bylo: Zjistit, jaké možnosti v oblasti paliativní péče nabízí nemocnice pacientům, jejich rodinám a blízkým a personálu.

K této výzkumné otázce se vztahují položky dotazníku 2, 5, 8, 15, 16, 17, 18.

Z konkrétních nabízených služeb,na které se dotazovala otázka 17, je velmi zarážející, že na žádném pracovišti nepůsobí specializovaný paliativní tým. Zdůrazňuji tuto skutečnost proto, že dvě studie, které jsem na dané téma vybrala ze zahraniční literatury (Morrison et al., 2017 a Shalini, Buera, 2017), ukazují, že paliativní specialisté a paliativní týmy výrazně zlevňují celkovou péči o pacienta v terminálním stádiu. Zároveň pouze 58 respondentů (64%) uvedlo, že na jejich oddělení dochází pastorační pracovník nebo kněz a 40 respondentů (44%) uvádí psychologa na oddělení. Nemocniční kapli uvedlo 36 respondentů (40%) a supervizi pouze 5 respondentů (5%). Dále se tímto cílem zabývala otázka číslo 18, která se dotazovala kdo vyjma lékařů a sester může poskytovat útěchu nebo péči pacientovi v terminálním stádiu. Na tuto otázku odpovědělo 60 respondentů (66%), že kněz nebo pastorační pracovník a 40 respondentů (40%) uvedlo psychologa. Tedy odpovědi byli shodné s předchozí otázkou. S podivem 10 respondentů (11%) uvedlo, že na jejich oddělení vyjma lékařů nebo sester niko jiný péči pacientovi v terminálním stádiu nezabezpečuje. A pouze 2 respondenti (2%) využili odpovědi jiná a uvedli, že na jejich oddělení může poskytnout útěchu nebo péči pacientovi v terminálním stádiu také jeho rodina nebo sanitární sestra.

Je třeba zároveň dát tyto závěry do souvislosti s dalšími výsledky našeho šetření: na pracovištích 67% respondentů neprobíhají žádná školení (otázka 19) a 71% by uvítalo další profesní rozvoj v oblasti paliativní péče, byť i jen formou konzultací (otázka 20). Z toho všeho vyplývá potřebnost paliativních specialistů, kteří jsou potřební jednak přímo a jednak jako školitelé pro poskytovatele obecné paliativní péče

na nespecializovaných pracovištích. V těchto závěrech se zcela shoduji s prací Bc. Kateřiny Urbanové 2010 na téma Problematika umírání v intenzivní medicíně.

Cílem závěrečné práce číslo 3 bylo:Zjistit, který problém pociťují všeobecné sestry v paliativní péči jako nejpalčivější.

K této výzkumné otázce se vztahují položky dotazníku 9, 10, 11, 12, 13, 14, 21

Pracovali jsme s několika okruhy problémů, které se dají shrnout jako komunikační, problém nedostatečného vzdělání a problémy zdrojů, tedy především nedostatek personálu. Zde se ne zcela potvrdila má původní hypotéza, že největší potíže budou sestry pociťovatv komunikaci s pacientem a jeho blízkými. Pro 58% respondentů (otázka 11) je péče o umírajícího pacienta psychicky náročná. Komunikační problémy pociťuje 39% dotázaných všeobecných sester (otázka 10). Přes to, že se tato moje úvodní hypotéza nepotvrdila, přineslo šetření i v oblasti třetího mnou vytyčeného cíle zajímavé poznatky. Největším problémem, kterému všeobecná sestra čelí v oblasti komunikace je neinformovanost pacienta o jeho zdravotním stavu, takto odpovědělo hned 46 respondentů (51%). Pokud by lépe a více působili paliativní specialisté, domnívám se, že této komunikační bariéře by bylo možné lépe čelit.

Oblastí, která se při výzkumu ukázala jako málo problémová je fungování rodiny u pacienta v terminálním stádiu. Problémem není ani komunikace s rodinou. Na 77% pracovištích se blízcí mohou zapojit do péče o pacienta (otázka 15) v nejrůznějších oblastech (otázka 16). Nejvíce respondentů 53 (58%) uvedlo, že se rodina pacienta zapojuje v pomoci pacienta nakrmit a 39 respondentů (43%) uvedlo, že se rodina zapojuje ve formě bazální stimulace pacienta. Toto zapojení se je důležité jak pro samotného pacienta tak pro rodinu a blízké.

V otázce číslo 13 náš dotazník zjišťoval, jakým problémům čelí všeobecné sestry na pracovištích v souvislosti s paliativní péčí. Zde se ukázalo, že klíčové jsou problémy zdrojů. Nedostatek personálu uvedlo 61 respondentů (67%), nedostatek času pak 41 respondentů (51%) a nedostatečný prostor uvedlo hned 42 respondentů. Tyto důsledky dalece převyšují pociťovaný problém nedostatečného vzdělání. Tuto skutečnost křížově ověřila otázka 14, kde všeobecné sestry navrhovaly, co zlepšit. Opět dominují materiální problémy nad problémy nedostatečného vzdělání (62% ku 31%). Ke zlepšení fungování v oblasti paliativní péče by dle respondentů také pomohlo zlepšení

komunikace s pacientem a jeho rodinou což uvedlo 47 respondentů (52%). Nemocnice tedy v očích všeobecných sester nejsou zejména dostatečně materiálně a zdrojově vybaveny na poskytování kvalitní paliativní péče.Dá se tedy říci, že z pohledu sester působících na pracovištích intenzivní medicíny je největším problémem nedostatek jak specializovaného personálu na paliativní péči, tak nedostatek personálu vůbec a z toho vyplývající nedostatek času.

3 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Jak jsme již popsali výše, paliativní péče a intenzivní péče spolu úzce souvisí. Na první pohled by se však mohlo zdát, že intenzivní péče není schopna pacientovi v terminálním stádiu poskytnout takovou to, co nabízí právě specializovaná paliativní péče. To ovšem nemusí být pravda v případě, že nemocnice má vypracovaný dobrý paliativní plán a nabízí pro pacienty v terminálním stádiu, jejich blízké, rodinu a personál pomocné služby v oblasti paliativní péče. Ve své práci jsem narazila na absenci pomocných služeb ve dvou ze tří nemocničních zařízeních. V nemocnicích, kde pomocné služby byly minimální, hodnotili respondenti poskytování paliativní péče jako nedostatečné. Proto by bylo dobré, kdyby si každá nemocnice zřídila vlastní paliativní plán a dle něj vytvořila pomocné služby v paliativní péči, jako je například nemocniční kaple, kněz nebo pastorační pracovník, psycholog a případně i supervize. Dle mého by velkým přínosem pro obecnou paliativní péči v nemocničních zařízeních bylo zřízení paliativního týmu, který by se skládal z dostatečně vyškoleného personálu, který by nadále mohl své zkušenosti a znalosti předávat ostatním kolegům.

Problematika nedostačujícího vzdělávání v oblasti paliativní péče se mi zdá také velmi důležitá. Bylo by dobré, kdyby odborné pomaturitní kvalifikované studium nabízelo samostatný předmět paliativní péče a nevyučoval by se pouze jako součást jiného programu. Také by jistě bylo žádoucí, kdyby zaměstnavatelé poskytovali svému zdravotnickému personálu vzdělávání na téma paliativní péče.

Komunikace s pacientem v terminálním stádiu není jednoduchá. Je ovšem součástí péče o takového pacienta, je důležité být pacientovi na blízku, nebát se projevit vlastní emoce, dostatečně s ním mluvit, aby si nepřipadal, že na něj nikdo nemá čas a je spíše

na obtíž. Většině sester však tato komunikace činí problém. Proto by bylo dobré, kdyby všeobecné sestry měly možnost od zaměstnavatele navštěvovat kurz, seminář nebo školení na téma komunikace s pacientem v terminálním stádiu.

Mým posledním doporučením je navýšit počet zdravotnického personálu. Je to v posledních letech omílaná fráze. Pouze dostatek personálu zajistí dostatečnou, kvalifikovanou a kvalitní ošetřovatelskou péči. V případě, že se všeobecné sestry nebudou cítit přetížené, budou se moci více věnovat nejen pacientovi, ale i jeho rodině a blízkým.

4 Závěr

Paliativní péče v intenzivní medicíně je rozsáhlou problematikou, ve které je možné najít mnoho dilematických situací. Intenzivní medicína je dynamicky se rozvíjející se obor, ovšem zdokonalující se léčba s sebou nese snižující se mortalitu, která zvyšuje počet chronických onemocnění a také prodlužování života pacientů v terminálním stádiu. Na všeobecnou sestru jsou kladeny vysoké nároky, nejen ve formě vzdělání a následného vzdělávání, ale i nutnosti psychické vyrovnanosti, která je nezbytná při práci na jednotkách intenzivní péče. Na základě vlastní zkušenosti na jednotce dlouhodobé intenzivní péče, vznikl můj zájem o volbu tématu závěrečné práce s názvem: Paliativní péče v intenzivní medicíně z pohledu sester.

Teoretická část závěrečné práce je věnována tématu paliativní péče v intenzivní medicíně z pohledu všeobecných sester, měla za cíl nejprve seznámit čtenáře s prostředím intenzivní medicíny. Považovala jsem za důležité popsat jednotku intenzivní péče, její rozdělení, dále objasnění práce všeobecné sestry na těchto odděleních a důležitost vzdělání a vzdělávání všeobecné sestry pracující v intenzivní medicíně. Další kapitola je věnována paliativní péči, jejímu rozdělení a typům paliativní péče a práci sestry a její vzdělávání v této oblasti.

Úkolem dotazníkového šetření bylo dosažení výzkumných cílů. Dotazník byl následně rozdán do tří nemocnic všeobecným sestrám pracujícím na jednotkách intenzivní péče. Dotazník věnující se problematice paliativní péče v intenzivních oborech z pohledu

všeobecných sester, podal výsledky, které byly následně analyzovány a statisticky zpracovány s úpravou a uspořádáním do příslušných grafů.

Stanovila jsem jeden hlavní cíl, kterým bylo: Zjistit, jaké problémy pociťují všeobecné sestry při poskytování paliativní péče v intenzivní medicíně. A tři dílčí cíle, které byly v práci dosaženy a přinesly tyto výsledky:

Vyhodnocení hlavního cíle: Hlavním cíle bylo zjistit, jaké problémy pociťují všeobecné sestry při poskytování paliativní péče v intenzivní medicíně. Domnívala jsem se, že hlavními problémy bude nedostatek personálu a nedostatečná vzdělanost v této problematice. K hlavnímu cíli byli přiřazeny tři dílčí cíle, které mou domněnku potvrdili. Naopak nepotvrdilo se mi, že komunikace bude jedním z největších problémů v oblasti paliativní péče. Jak vyplívá z dotazníku, komunikace sice je jedním z problémů při poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní medicíny, není pro všeobecné sestry však tak podstatným problémem jako právě provozní problémy.

Cíl číslo 1: Zjistit povědomí všeobecných sester o paliativní péči v intenzivní medicíně. Zmapovat, zda všeobecné sestry pracující v intenzivní medicíně mají o paliativní péči přehled v dostačující míře, zda a jaká část z nich by uvítala další vzdělávání v této oblasti. Co jistě dostačující není, je míra informovanosti o paliativní péči ze strany zaměstnavatelů, například o doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní bylo informováno pouze 10 respondentů (11%) přičemž 60 respondentů (66%) o tomto doporučení na svém pracovišti informováno vůbec nebylo. Tento cíle se nám potvrdil, předpokládali jsme, že všeobecné sestry budou mít jisté povědomí o paliativní péče, ale nebudou dostatečně vzdělané v této problematice.

Cíl číslo 2: Zjistit, jaké možnosti v oblasti paliativní péče nabízí nemocnice pro pacienty jejich rodinu a blízké a pro personál. Přinesl zajímavé výsledky a to, především, které se týkají právě pomocných služeb. Pomocné služby v oblasti paliativní péče nejsou v nemocnicích tak běžné, jak jsme předpokládali. Například možnost kněze nebo pastoračního pracovníka uvedlo 58 respondentů, psychologa uvedlo 40 respondentů, sociálního pracovníka 33 respondentů, nemocniční kapli uvedlo pouze 36 respondentů, supervizi z celkového počtu 91 respondentů pouze 5 respondentů a paliativní tým neuvedl žádný z dotazovaných. Respondenti, kteří uvedli, že jejich nemocnice nabízí pouze minimum pomocných služeb také hodnotili poskytovanou

paliativní péči na jejich pracovišti jako dostatečnou, takto odpovědělo 12 respondentů a nebo také jako nedostatečnou což uvedli 3 respondenti. Pozitivní výsledek však přinesla otázka, zda se rodina a blízcí mohou zapojovat do paliativní péče o pacienta, na kterou odpovědělo 70 respondentů ano a pouze 14 respondentů, že ne. Nevím uvedlo 7 respondentů. Zde předložené výsledky daného cíle nám ukázali, že nejčastější pomocnou službou je kněz nebo pastorační pracovník a psycholog.

Cíl číslo 3:Zjistit, který problém pociťují všeobecné sestry v paliativní péči jako nejpalčivější.. Vyhodnocení dotazníku přineslo názor, že jako problémovou oblast v poskytování paliativní péče vidí všeobecné sestry především nedostatek personálu a jeho přetíženost. Dále uváděly nedostatek zkušeností a vědomostí v oblasti paliativní péče jako problémovou oblast v poskytování paliativní péče v intenzivních oborech, toto uvedlo 24 respondentů, podstatnější se jevilo přetížení či provozní překážky v provozu oddělení – 46 respondentů. Zlepšení situace vidí respondenti především v dostatku personálu a prohlubování vzdělávání v problematice paliativní péče. Skupina 44 respondentů také uvedla, že zlepšení situace v problematice paliativní péče by pomohla lepší komunikace s pacienty a jeho rodinou a blízkými, v této oblasti by dokonce pro svůj profesní rozvoj 37 respondentů uvítalo kurz zaměřený na komunikaci. Za zmínku stojí, že se nenašel ani jeden respondent, který by neviděl na svém oddělení žádný problém v poskytování paliativní péče. Tento cíl se nám potvrdil. Předpokládali jsme, že největším problémem bude nedostatek nelékařského personálu a nedostatek zkušeností, což se v dotazníkovém šetření potvrdilo.

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že problematika paliativní péče v intenzivní medicíně je obsáhlým tématem, které nelze na ploše této práce vyčerpat. Nabízí se další řada otázek a problémů, kterými by bylo možné dále se zabývat a přispět tak k jejich rozvoji a zlepšení. Doufáme, že výsledky provedeného výzkumu mohou posloužit ke zkvalitňování paliativní péče v intenzivní medicíně.

5 Seznam literatury

ADAMUS,Milan. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.

BARTŮNĚK, Petr a PTÁČEK, Radek et al. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče nezdravotnických zařízeních.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

CICHÁ, Martina a GOLDMAN, Radoslav a KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3843-7.

DOLISTA, Josef. *Úvod do bioetického myšlení.* Plzeň: Západočeská Univerzita, 2013. ISBN 978-80-261-0192-5.

DOLISTA, Josef. *Práce pomáhajících profesí v oblasti zdravotnictví a sociální péče.* Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2010. ISBN 978-80-87-386-10-1.

DORKOVÁ, Zlatica. *Umírání a smrt v historických souvislostech na základě interpretace významných děl.* In Ošetřovatelství – morální umění. Kapitoly z dějin ošetřovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4201-4.

DUBCOVÁ, Iva. *Etika umírání a smrti.*[online]. © 2011 [cit. 2017-02-23]. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772

GAWANDE, Atul. *Nežijeme věčně. Medicína a poslední věci člověka.* Náchod: Dokořán, 2016. ISBN 978-80-7363-702-6.

GULÁŠOVÁ, Ivica. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení.* Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-305-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie.Nauka o umírání a smrti. Druhé, přepracované vydání.* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-726-2471-3.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1830-8.

KOLEGAROVÁ, Věra. *Komunikace sester s umírajícími a jejich nejbližšími.* Sestra. Brno: Mladá fronta, 2006. Roč. 15 č. 9 s. 26. ISSN 1210-0404.

KOUBOVÁ, Michaela. *Paliativní péče v nemocnicích je u nás zatím výjimkou. Jak ji zlepšit, naznačí pražská konference.*[Online] 2017 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z

http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/03/paliativni-pece-v-nemocnicich-je-u-nas-zatim-vyjimkou-jak-se-zlepsit-naznaci-prazska-konference/

KRUCÍNOVÁ, Petra. *Psychická náročnost profese všeobecné sestry.*[Online]. 2011 [cit. 2017-02-23]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Kateřina Šrahůlková. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/16627/krucinov%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství.* Praha, Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUŘE, Josef. *Kapitoly z lékařské etiky 2.* Brno, Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-802-1059-511.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

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

MATULOVÁ, Kristýna. *Úroveň znalostí všeobecných sester z oblasti paliativní péče.*[online]. 2014[cit. 2017-04-10]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Truplová Jana. Dostupné z https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/16179/thema/4084

MORRISON, Sean et al. *Palliative Care Consultation Teams Cut Hospital Costs for Medcaid Beneficients.* Health Affairs [online] 2011; 30: 454-463. [cit. 2017-04-17]. Dostupné z: http://content.healthaffairs.org/content/30/3/454.full

O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů.* Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1295-4.

ONDERKOVÁ, Alice. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem.* Sestra. Brno: Mladá Fronta, 2007, roč. 17, č. 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404.

PAYNEOVÁ, Sheila a SEYMOUROVÁ, Jeanne a INGLETONOVÁ, Christine (eds.) *Principy a praxe paliativní péče.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

RADBRUCH, Lukas a PAYNEOVÁ, Sheila. *Normy Evropské asociace pro paliativní péči pro poskytování ústavní (lůžkové) a ambulantní paliativní péče v různých prostředích.* Praha: Česká společnost paliativní medicíny, Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

SHALINI, Dalal a BUERA, Eduardo *End-of-life Care Matters: Palliative Cancer Care Results in Better Care and Lower Costs.* The Oncologist [online] 2017; 22: 361-368. [cit. 2017-04-17]. Dostupné z: http://theoncologist.alphamedpress.org/content/22/4/361.full.pdf

SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří et al. *Paliativní medicína pro praxi.* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

ŠEVČÍK, Pavel et al. *Intenzivní medicína.* Praha: Grada, 2014. ISBN 879-80-7492-066-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *O posledních věcech člověka, vybrané kapitoly z thanatologie.* Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Umění doprovázet.* Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

SÝKOROVÁ, Kateřina. *Základy sociologie, filozofie a etiky pro pomáhající profese.* Liberec: Technická univerzita v Liberci 2008. ISBN 978-80-7372-323-1.

TOMEŠOVÁ, Jana. *Dřívě vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby.*[online]. © 2016 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z:http://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby

URBANOVÁ, Kateřina. *Problematika umírání v intenzivní medicín.*[online]. 2010[cit. 2017-04-10]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Helena Kisvetrová. Dostupné z: https://theses.cz/id/swdbka/95019-384846969.pdf

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.

Výsledky jednání na Ministerstvu zdravotnictví. Tisková zpráva [online]. Praha, 2017 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/vysledky-jednani-na-ministerstvu-zdravotnictvi/

6 Seznam zkratek

ČLK – Česká lékařská komora

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČSARIM – Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

ČSPM – Česká společnost paliativní medicíny

DNR – do not resuscitace, neresuscitovat

JIP – jednotka intenzivní péče

KPR – kardio-pulmonální resuscitace

NCO NZO – národní centrum ošetřovatelství a nelékařský zdravotnických oborů

TW – terminal weaning, ukončení ventilační podpory

UPV – umělá plicní ventilace

WD – Withdarwing treatment,vysazení léčby

WH – withholding treatment, nerozšiřování terapie

ZZS – zdravotnická záchranná služba

7 Seznam grafů

Graf 1: Délka praxe....33
Graf 2: Nejvyšši dosažené vzdělání....34
Graf 3: Specializační studium - ARIP....35
Graf 4: Věk dotazovaných respondentů....36
Graf 5: Dostupnost paliativní péče....37
Graf 6: Ohodnocení paliativní péče na pracovišti....38
Graf 7: Vzdělání všeobecných sester v paliativní péči....39
Graf 8: Poučenost o Doporučení představenstva ČLK....40
Graf 9: Typ omezení léčby na Vašem oddělení....41
Graf 10: Nejdůležitější cíle paliativní péče....42
Graf 11: Podnět k zahájení paliativní péče....43
Graf 12: Dříve vyslovená přání....44
Graf 13: Navržené omezení léčby....45
Graf 14: Komunikace s umírajícím....46
Graf 15: Péče o umírajícího pacienta....47
Graf 16: Komunikační bariéry ze strany pacienta....48
Graf 17: Vlivy na poskytování paliativní péče....49
Graf 18: Návrhy na změny v paliativní péči....50
Graf 19: Zapojení blízkých....51
Graf 20: Zapojení rodiny do paliativní péče....52
Graf 21: Pomocné služby zdravotnického zařízení....53
Graf 22: Poskytování útěchy umírajícímu....54
Graf 23: Školení na téma paliativní péče....55
Graf 24: Profesní rozvoj....56
Graf 25: Představa respondentů o důstojném umírání....57

8 Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník
Příloha 2: Povolení k dotazníkovému šetření – Surgal Clinic
Příloha 3: Povolení k dotazníkovému šetření – Vojenská nemocnice
Příloha 4: Povolení k dotazníkovému šetření – FN u sv. Anny v Brně

Příloha 1

Dotazník pro Všeobecné sestry

Výzkum: Sestra a paliativní péče v intenzivních oborech

Následující dotazník zkoumá informovanost všeobecných sester ohledně problematiky paliativní péče v intenzivních oborech z pohledu sestry. Výzkum je realizován v rámci bakalářského studia. Vyplnění následujících 21 otázek tohoto anonymního dotazníku Vám zabere nejvýše pár minut. Za vstřícnost a Váš čas při vyplňování velmi děkuji.

Pelouškova Michaela

Uveďte prosím, jak dlouho pracujete v intenzivním oboru?

a) **méně než rok**
b) **1 - 5 let**
c) **6 - 10 let**
d) **11 - 15 let**
e) **16 - 20 let**
f) **21 let a více**

Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) **Středoškolské: zdravotní asistent/ka**
b) **Středoškolské: všeobecná sestra**
c) **Vyšší odborné vzdělání**
d) **Vysokoškolské – bakalářské**
e) **Vysokoškolské – magisterské**

Jste absolventem specializačního studia v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP) ?

a) **Ano**
b) **Ne**
c) **V současné době obor studuji**

Uveďte Váš věk

a) **20 – 30 let**
b) **31 – 40 let**
c) **41 – 50 let**
d) **51 let a více**

1. Myslíte si, že paliativní péče je u nás dostatečně zajištěna, dostupná?

a) **Ano**
b) **Spíše ano**
c) **Spíše ne**
d) **Ne**
e) **Nevím**

2. Ohodnoťte poskytovanou paliativní péči na Vašem pracovišti?

Výborný	Chvalitebný	Dobrý	Dostatečný	Nedostatečný
1	*2*	*3*	*4*	*5*

3. Domníváte si, že v rámci celoživotního vzdělávání jsou všeobecné sestry pracující v intenzivní medicíně dostatečně vzdělané v oblasti paliativní péče?

a) **Ano**
b) **Spíše ano**
c) **Spíše ne**
d) **Ne**
e) **Nevím**

4. Byli jste na Vašem pracovišti seznámeni s Doporučením představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzívní na léčbu paliativní?

a) **Ano**
b) **Ne**
c) **Nevím**

5. S jakým typem omezení léčby se potkáváte na Vašem oddělení?(více odpovědí)

a) **DNR**
b) **Marná léčba**
c) **Paliativní léčba**
d) **Nerozšiřování terapie**
e) **Jiné, prosím doplňte……..**

6. Jaké nejdůležitější cíle mají být respektovány v poskytování paliativní péče, prosím označte? (více odpovědí)

a) **Odstranění somatické a psychické bolesti**
b) **Zajištění komfortu pacienta**
c) **Zajištění samostatného pokoje**
d) **respektování lidské důstojnosti**
e) **zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb**
f) **poskytnout podporu blízkým osobám pacienta**
g) **poskytnout plnou léčbu**
h) **jiné, prosím doplňte……**

7. Prosím označte, kdo z ošetřovatelského personálu může dát podnět k zahájení paliativní péče?

a) **kdokoliv z ošetřujícího personálu (lékař, nelékařský pracovník)**
b) **pouze vedoucí lékař pracoviště**
c) **pouze ošetřující lékař**
d) **nelékařský pracovník**
e) **rodina**
f) **nevím**

8. Respektuje se na Vašem oddělení dříve vyslovené přání pacienta?

a) **pokud existuje, ano**
b) **ne**
c) **nevím**
d) **jiné……**

9. Navrhla jste ve Vaší praxi omezení léčby?

a) **Ano**
b) **Ne**

10. Činí Vám problémy komunikovat s umírajícím pacientem nebo jeho rodinou?

a) **Ano**
b) **Spíše ano**
c) **Ne**
d) **Spíše ne**
e) **Nevím**

11. Je pro Vás péče o pacienta v paliativní terapii psychický náročné?

a) **Ano**
b) **Spíše ano**
c) **Spíše ne**
d) **Ne**
e) **Nevím**

12. Jakým komunikačním bariérám ze strany pacienta nejčastěji čelíte?

a) Neochota svěřit se
b) Problém cizí kultury
c) Neinformovanost pacienta o svém zdravotním stavu
d) Záporné emoce pacienta
e) Jiné……

13. Prosím uveďte, které z uvedených příčin má vliv na poskytovaní paliativní péči na Vašem pracovišti? (více odpovědí)

a) **nedostatek personálu (nelékařského i pomocného)**
b) **nedostatek času**
c) **přetíženost personálu**
d) **nedostatečný prostor – pacienti nemají samostatný pokoj**
e) **provoz oddělení (akutní příjmy, resuscitace…..)**
f) **nedostatek zkušenosti, vědomostí s paliativní péčí**
g) **nevnímám žádné problémy**
h) **jiné, prosím vypište……..**

14. Podle Vás, co by se mělo zlepšit, změnit v poskytovaní paliativní péče o pacienta na Vašem pracovišti? Prosím označte, možnost více odpovědí

a) **komunikace s pacientem a rodinou**
b) **prohlubování vzdělávání v problematice paliativní péče**
c) **organizačně (dostatek personálu i pomocného)**
d) **mít k dispozici paliativní tým na konzultace**
e) **psycholog na oddělení**
f) **jiné, prosím vypište……**

15. Umožňuje Vaše oddělení rodinným příslušníkům a jejich blízkým osobám zapojit se do paliativní péče o pacienta?

a) **Ano**
b) **Ne**
c) **Nevím**

16. Pokud jste odpověděla kladně, v jakých oblastech se tedy rodina zapojuje?

a) **Hygienická péče**
b) **Krmení pacienta**
c) **Bazální stimulace**
d) **Rehabilitace**
e) **jiné, prosím doplňte……**

17. Prosím zaškrtnete, jaké z níže uvedených pomocných služeb, nabízí Vaše zdravotnické zařízení pro pacienty, jejich rodiny a personál?

a) **kněz nebo pastorační pracovník**
b) **nemocniční kaple**
c) **supervize**
d) **psycholog**
e) **paliativní tým**
f) **sociální pracovník**
g) **Jiné, prosím doplňte……**

18.Kdo může na Vašem oddělení vyjma lékařů a sester poskytnout útěchu nebo péči pacientovi v terminálním stádiu

a) **Kněz nebo pastorační pracovník**
b) **Psycholog**
c) **Sociální pracovník**
d) **Nikdy jiný péči nezabezpečuje**
e) **Někdo jiný, prosím doplňte……..**

19. Probíhají na Vašem pracovišti školení na téma paliativní péče?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím

20.Pro další profesní rozvoj s ohledem na paliativní péči bych uvítal/-a

a) **Myslím, že má odbornost je dostatečná**
b) **Jednorázový kurz zaměřený na komunikaci**
c) **Dlouhodobý kurz paliativní péče**
d) **Možnost konzultací s odborníkem**
e) **Jiné, prosím doplňte……**

21. Napište prosím Vaši představu o důstojném ukončení života.

……
……
……
……..

Děkuji za Váš čas

Příloha 2

SurGal Clinic

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ

Vyplňuje žadatel:	
Příjmení a jméno žadatele:	Pelouškova Michaela
Datum narození:	25.2.1990
Telefon:	604 151 760
E-mail:	Michaela.pelouskova@gmail.com
Adresa (pro zaslání vyjádření):	Heyrovského 18, Brno-Bystrc, 635 00
Škola/Fakulta:	Vysoká škola ekonomická Jihlava
Obor studia:	Všeobecná sestra
Téma práce:	Paliativní péče v intenzivních oborech
Způsob provedení sběru dat:	Dotazníkové šetření
Termín sběru dat:	Leden 2017
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:	Intenzivní péče, jednotka intenzivní péče
V případě dotazníkového šetření, uveďte počet ks dotazníků:	40 ks

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, že může nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze na základě předchozího písemného souhlasu uděleného pacientem. Žadatel se též zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní. Vzor dotazníku je přiložen.

Datum: 3.1.2017 **Podpis:** Pelouškova

Vyplňuje nemocnice SurGal Clinic			
Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:			
Schváleno dne:	6.1.2017		
ANO	☒		
NE	☐		
Datum:	6.1.2017	**Podpis a razítko:**	SurGal Clinic Bc. Jana Svoboda hlavní sestra

SurGal Clinic s.r.o.
Drobného 38-40
602 00 Brno

Web : www.surgalclinic.cz

Tel: +420 532 149 333

Příloha 3

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ

Vyplňuje žadatel:		
	Příjmení a jméno žadatele:	**Pelouková Michaela**
	Datum narození:	**25.2.1990**
	Telefon:	**604 151 760**
	E-mail:	**Michaela.pelouskova@gmail.com**
	Adresa (pro zaslání vyjádření):	**Heyrovského 18, Brno – Bystrc, 635 00**
	Škola/Fakulta:	**Vysoká škola polytechnická Jihlava**
	Obor studia:	**Všeobecná sestra**
	Téma práce:	**Paliativní péče v intenzivních oborech z pohledu sester**
	Způsob provedení sběru dat:	**Dotazníkové šetření**
	Termín sběru dat:	Leden 2017
	Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:	Intenzivní péče
	V případě dotazníkového šetření, uveďte počet ks dotazníků:	**30 ks**

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, že může nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze na základě předchozího písemného souhlasu udělenému pacientem. Žadatel se též zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nich se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní. Vzor dotazníku je přiložen.

Datum:	16.2.2017	**Podpis:**	Pelouková

Vyplňuje Vojenská nemocnice Brno			
	Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:		
	Schváleno dne: 23.1.2017		
	ANO ☒ **NE** ☐		
	Datum: 16.2.2017	**Podpis a razítko:**	PhDr. Pokorná Renka IČO 60555530 VOJENSKÁ NEMOCNICE BRNO 636 00 Brno, Zábrdovická 3 Náměstek ředitele pro NZP tel.: 973 445 515

Vojenská nemocnice Brno p.o.
Zábrdovická 3
636 00 BRNO

IČO 60555530
DIČ CZ60555530

Spojovatelka 973 401 111
Informace 973 445 508

Příloha 4

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
Pracoviště: Úsek ošetřovatelské péče
Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika
Tel.: +420 543 181 111, www.fnusa.cz

FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ

Vyplňuje žadatel:	
Příjmení a jméno žadatele:	Pelouškova Michaela
Datum narození:	25. 2. 1990
Telefon:	604151760
E-mail:	Michaela.pelouskova@gmail.com
Adresa (pro zaslání vyjádření):	Heyrovského 18, Brno – Bystrc, 635 00
Škola/Fakulta:	Vysoká škola polytechnická Jihlava
Obor studia:	Všeobecná sestra
Téma práce:	Paliativní péče v intenzivních oborech z pohledu sester
Způsob provedení sběru dat:	dotazník
Termín sběru dat:	Leden 2017
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:	Intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní péče
V případě dotazníkového šetření, uveďte počet ks dotazníků:	40 ks
Prezentace dat:	

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, že může nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze na základě předchozího písemného souhlasu udělaného pacientem. Žadatel se též zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s provádějícím výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní. Vzor dotazníku je přiložen.

Datum:	5. 1. 2017	Podpis:	Pelouškova

Vyplňuje Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně:			
Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:			
Schváleno dne:	9. 1. 17		
ANO ☑			
NE ☐			
Datum:	9. 1. 17	Podpis a razítko:	FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ 656 91 BRNO, Pekařská 53 náměstkyně ředitele pro ošetřovatelskou péči

Identifikační číslo: Stránka 1 z 1 Platnost od:

Bankovní spojení: KB Brno, a.s., pobočka Brno, č.ú.:1138621/0100, IČ:00150816, DIČ:CZ00150816
Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně je státní příspěvková organizace zřízená rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR.
Nemá zákonnou povinnost zápisu do obchodního rejstříku, je zapsána v živnostenském rejstříku.