Paliativní péče z pohledu všeobecných sester

Nikol Drábková

Bakalářská práce
2021

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Nikol Drábková**
Osobní číslo:	**H17453**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Forma studia:	**Prezenční**
Téma práce:	**Paliativní péče z pohledu všeobecných sester**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní péče.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace šetření technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. 341 s. ISBN 978-80-204-5049-4.
KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.
KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
MATZO, M. and D. W. SHERMAN. *Palliative care nursing: quality care to the end of life.* 5th edition. New York: Springer Publishing Company, 2019. 727 p. ISBN 978-0-8261-2719-8.
PECHOVÁ, K. a M. LEJSAL. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. 201 s. ISBN 978-80-88361-01-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 11.5. 2021 .....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:
(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:
(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.
(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje paliativní péči z pohledu všeobecných sester. V teoretické části je charakterizována paliativní péče, popsány její formy a specifikována problematika pacienta a všeobecné sestry v paliativní péči. V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky kvantitativního výzkumného šetření, ve kterém bylo pomocí dotazníku zjišťováno, jak jsou všeobecné sestry obeznámeny s působením paliativního a podpůrného týmu a jak probíhá spolupráce s tímto týmem v konkrétní nemocnici. Praktickým výstupem práce je zajištění přednášky pro studentky 3. ročníku oboru Všeobecná sestra o paliativním a podpůrném týmu.

Klíčová slova: paliativní péče, všeobecná sestra, paliativní a podpůrný tým, pacient vzdělávání

ABSTRACT

Bachelor thesis is dedicated to palliative care from the perspective of general nurses. The theoretical part describes palliative care, forms and and provides an overview of of the patient and general nurse in palliative care. The practical part of the bachelor's thesis deals with the results of a quantitative research survey, in which a questionnaire was used to find out how general nurses are familiar with the operation of the palliative and support team and how they cooperation with this team in a particular hospital. The practical outcome of this work is to provide lecture for students of 3rd year General Nurse in field of palliative and supportive team.

Key words: palliative care, general nurse, palliative and support team, patient, education

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Silvii Svobodové za odborné vedení bakalářské práce, vstřícný přístup, trpělivost a cenné rady.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 PALIATIVNÍ PÉČE **12**
1.1 VÝVOJ PALIATIVNÍ PÉČE V ZAHRANIČÍ 13
1.2 VÝVOJ PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE 13
1.3 VLIV PANDEMIE COVID-19 NA PALIATIVNÍ PÉČI 15
2 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE **16**
2.1 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ 16
2.1.1 Nemocniční podpůrný a paliativní tým 17
2.1.2 Paliativní a podpůrný tým v Krajské nemocnici Tomáše Bati 17
2.2 DENNÍ HOSPICOVÝ STACIONÁŘ 18
2.3 LŮŽKOVÁ HOSPICOVÁ PÉČE 19
2.4 MOBILNÍ HOSPICOVÁ A PALIATIVNÍ PÉČE 20
3 PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI **21**
3.1 BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY PALIATIVNÍHO PACIENTA 22
3.2 PROCES UMÍRÁNÍ 23
3.2.1 Stadia přijetí nepříznivé informace dle Kübler-Rossové 23
3.2.2 Fáze umírání 24
4 VŠEOBECNÁ SESTRA V PALIATIVNÍ PÉČI **26**
4.1 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI 26
4.2 VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER V PALIATIVNÍ PÉČI 27
4.2.1 Vzdělávací aktivity 29
II PRAKTICKÁ ČÁST **31**
5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ **32**
5.1 CÍLE VÝZKUMU 32
5.2 TECHNIKA SBĚRU DAT 32
5.3 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ 33
5.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 33
5.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT 34
6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT **35**
6.1 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ SOUBORU 35
6.2 ANALÝZA A INTERPRETACE K CÍLI Č. 1 38
6.3 ANALÝZA A INTERPRETACE K CÍLI Č. 2 46
6.4 ANALÝZA A INTERPRETACE K CÍLI Č. 3 53

7 DISKUZE 58
ZÁVĚR 62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 63
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 70
SEZNAM GRAFŮ 71
SEZNAM TABULEK 72
SEZNAM PŘÍLOH 73

ÚVOD

Téma bakalářské práce se zabývá problematikou paliativní péče. I přes veškeré úspěchy dnešní medicíny a prodlužující se délku života je smrt nevyhnutelná. Problematice péče o umírající se v dnešní době dostává zvýšené pozornosti nejen ze strany zdravotního personálu. Souvisí to s postupným odtabuizováním tohoto obtížného tématu a návratem k situaci, kdy se umírání stává součástí běžného života. Lidé mají velké obavy z toho, jak bude jejich umírání vypadat. Chtějí, aby byla zachována lidská důstojnost, aby měli dostatek informací, a přejí si, aby byli přítomni jejich blízcí. O tyto atributy se snaží paliativní péče.

Nejčastějším místem úmrtí nemocného v České republice jsou nemocniční oddělení akutní a následné péče. To vede k potřebě dostupnosti kvalitní paliativní péče a vzniku paliativních týmů, jejichž úkolem je zajistit konec života v co nejvyšší kvalitě a v souladu s představami a hodnotami nemocných v závěru života. Paliativní týmy se snaží porozumět tomu, jak chce pacient prožít svůj čas v závěru života a sladit jeho přání s možnostmi ošetřování. Pacientům a jejich rodině může věnovat dostatek času a vše podrobně prodiskutovat, na což v běžném provozu oddělení ošetřující personál často nemá tolik prostoru.

S paliativním týmem jsem se měla možnost setkat na odborné praxi v rámci bakalářského studia. Sestry z paliativního týmu měly lidský, a přitom profesionální přístup, byly laskavé a diskrétní, komunikovaly jak s pacientem, tak i s jeho rodinou, pomáhaly při zajišťování péče během hospitalizace. Rozhodla jsem se soustředit ve své práci na činnost paliativního a podpůrného týmu.

Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol, první se věnuje paliativní péči, jejímu rozdělení a historickému vývoji. Druhá je zaměřena na formy paliativní péče. Třetí charakterizuje paliativní pacienty, přibližuje proces umírání a fáze smíření při sdělení závažné diagnózy. V poslední kapitole je specifikována všeobecná sestra v paliativní péči.

V praktické části jsou zjišťovány informace o působení paliativního a podpůrného týmu v konkrétní nemocnici a mapována spolupráce všeobecných sester z vybraných oddělení s tímto týmem při péči o pacienty v terminálním stavu. Současně je zjišťován zájem všeobecných sester o vzdělávání v paliativní péči. Praktickým výstupem práce bylo zajištění a realizace odborné přednášky všeobecných sester a dalších členů z paliativního a podpůrného týmu pro studentky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, oboru Všeobecná sestra v prezenční formě studia.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin, kteří trpí život ohrožujícím onemocněním. Jejím obsahem je komplexní přístup o nemocného, prevence a mírnění utrpení cestou včasného rozpoznání, správného zhodnocení a efektivní léčby bolesti a ostatních problémů v oblasti tělesné, psychosociální a spirituální. (Gřiva, 2018, s. 23-24)

V paliativní péči je u pacienta podstatné vnímání jeho bio-psycho-socio-spirituální individuality, a také péče o příbuzné umírajícího a zvládání zármutku v době po smrti blízké osoby. Podílí se na tom jak hospicové hnutí, tak vliv odborné paliativní medicíny. Cílem této péče ve světě v současné době není nárůst počtu lůžkových poskytovatelů služeb, ale aplikace paliativních metod do každodenních postupů poskytovatelů zdravotnických a sociálních služeb (Pechová a Lejsal, 2020, s. 30).

Jedná se o péči, která je vhodná již od začátku zjištění významné život ohrožující diagnózy a má být uplatněna společně s kurativní léčbou. S posunem nemoci do další fáze se mění vzájemný poměr ve prospěch léčby paliativní (Konopáčová, 2017, s. 83).

Podle míry komplexnosti se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou (Marková, 2010, s. 20). Obecnou paliativní péčí chápeme kvalitní klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky dle jejich odborností. Základním aspektem je včasné rozpoznání nevyléčitelného charakteru nemoci a ovlivnění kvality pacientova života. Tuto péči poskytují např. praktičtí lékaři společně s agenturami domácí péče a lékaři jednotlivých odborností. Své místo mají i nezdravotnické profese, jako jsou sociální a psychologické poradenství, pastorační péče a dobrovolnická práce. Pokud pacienti v rámci komplexnosti a závažnosti svých potřeb převyšují nabídku obecné paliativní péče, měli by mít nabídnutou péči specializovanou (Kabelka, 2018, s. 31).

Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří mají v paliativní péči odborné vzdělání a mají potřebné zkušenosti a erudici (Bužgová, 2015, s. 19). Dle věstníku MZ č. 13 z roku 2017 je *„specializovaná paliativní péče poskytována multidisciplinárně. Využití specializované paliativní péče je vhodné tam, kde je značná symptomová zátěž pacienta, klinická nestabilita zdravotního stavu a rychle se měnící nároky na objem péče, které vyžadují trvalou dostupnost lékařské péče."* Podle aktuálního stavu pacienta, je nutné vyhodnotit, kdy lze využít obecnou paliativní péči a kdy již specializovanou (Pechová a Lejsal, 2020, s. 36).

1.1 Vývoj paliativní péče v zahraničí

Péče o nemocné na konci života se v jednotlivých historických fázích velmi lišila a byla ovlivňována úrovní medicínských a ošetřovatelských znalostí dané doby. První označení domu pro umírající jako „hospice“ je připisováno Francouzce Jaenne Garnierové, která v roce 1843 s kolegyněmi založila tzv. „Dům pro umírající“ (Kisvetrová, 2018, s. 18–22). Nový pohled na pojetí péče o umírajícího přineslo až dvacáté století. Některé významné osobnosti této doby začaly navazovat na historický fenomén charitativní péče. Umírání a smrt se přestává chápat jako neúspěch a prohra medicíny, ale do péče o umírající se vrací prvek doprovázení, zachování důstojnosti, pocit sounáležitosti až do konce života (Kisvetrová, 2018, s. 24).

Za průkopnici moderní hospicové a paliativní péče je považována anglická lékařka Cicely Mary Strode Saundersová, která založila v roce 1967 hospic sv. Kryštofa na předměstí Londýna. Usilovala o to, aby o pacienta v terminálním stadiu nemoci pečoval multidisciplinární tým. Její myšlenky se staly důležitým mezníkem v rozvoji moderní paliativní péče (Kurucová, Žiaková a Nemcová, 2017, s. 15).

V USA je za průkopnici hospicové péče považována Američanka Florence Sophie Waldová (1917–2008), která získala magisterský titul v ošetřovatelství. V roce 1963 se setkala s Dr. Saundersovou, která v USA představovala ideu hospicové péče a na svých přednáškách prezentovala koncept zvládání bolesti i mírnění utrpení v terminální fázi nemoci. Waldovou přednášky velmi oslovily a také ostatní sestry si začaly uvědomovat, jak je důležité zapojit do umírání a rozhodování o léčení pacienta samotného. Společně s manželem a interdisciplinárním týmem založili v roce 1974 v Branfordu ve státě Connecticut první hospicové zařízení (Kisvetrová, 2018, s. 26–27).

1.2 Vývoj paliativní péče v České republice

V České republice došlo k rozvoji paliativní medicíny až po roce 1989. Ke vzniku prvního oddělení paliativní péče došlo ještě v době Československa. V listopadu v roce 1992 vzniklo paliativní oddělení na oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění v Babicích nad Svitavou. První hospic, a to Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, vznikl 1. prosince 1994. Na založení tohoto hospice má velkou zásluhu lékařka Marie Svatošová, která je zakladatelkou a vůdčí osobností hospicového hnutí v České republice. Poté docházelo ke vzniku dalších hospiců na celém území naší republiky (Peřina, 2016; Polívka, 2018, s. 5).

Tématem umírání a smrti se začala po roce 1989 zabývat profesorka Helena Haškovcová. Poukazovala na poskytování důstojné péče o umírající. Jeden z prvních velkých výzkumů v oblasti paliativní péče v České republice realizovalo sdružení Cesta domů v letech 2003-2004. Sdružení se zaměřovalo na výzkum v oblasti péče o umírající nemocné. Následně byla v roce 2004 vytvořena „Koncepce paliativní péče", která směřovala k rozvoji kvality a vybudování komplexního systému organizování péče. Velkým přínosem ve vývoji paliativní péče bylo založení Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče v roce 2005 (Bužgová, 2015, s. 21).

V posledních letech lze konstatovat, že je vyvíjeno úsilí o zkvalitnění obecné i specializované paliativní péče. Snahou je, aby tato péče byla přístupná pro co největší množství nevyléčitelně nemocných (Konopáčová, 2017, s. 83).

Paliativní péče je v České republice legislativně zakotvena v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. V porovnání s jinými státy je paliativní péče v naší republice klasifikována jako standardní až lehce rozvinutá. Uvedené posouzení vychází z dostatečného přístupu léčby chronické bolesti a možnosti využití opiátů, vyspělých organizačních metod a regionální podpory. Doposud není uzákoněná národní koncepce paliativní péče, což má dopad v praxi. Minimální možnosti vzdělávání v tomto oboru způsobují nedostatečné množství odborného personálu (Polívka, 2018, s. 4).

Na vývoji a vzestupu specializované paliativní péče v České republice se podílela letitá činnost řady profesionálů z oblasti zdravotní, politické, vzdělávací a dobrovolnické (Kabelka, 2020, s. 50). V roce 2007 byly formulovány požadavky, které by měli poskytovatelé paliativní péče plnit podle Standardů hospicové péče. A tak by měla být zajištěna dostatečná úroveň a adekvátní kvalita poskytované péče. Se záměrem zlepšovat a prohlubovat erudici a kvalitní klinickou praxi v oboru obecné a specializované paliativní péče byla také v roce 2009 založena Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (Bužgová, 2015, s. 21).

V roce 2011 vznikl samostatný vzdělávací program v oboru Paliativní medicína. Na přípravě tohoto programu se podíleli lékaři Ladislav Kabelka, Ondřej Sláma a psycholožka Radka Alexandrová. V roce 2013 byl zorganizován historicky první světový kongres EAPC (angl. European Association for Palliative Care), který přispěl také k prosazení české specializované paliativní péče. V posledním desetiletí došlo v oblasti paliativní medicíny k velkému progresu, zejména ve vzdělávání a klinické praxi (Kabelka, a2020, s. 52–53).

Po letech snahy se podařilo z Centra podpůrné a paliativní péče ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze získat k 1. lednu 2021 statut samostatné kliniky. Vznik úplně první Kliniky paliativní medicíny v České republice je velkým úspěchem v rozvoji a dostupnosti specializované paliativní péče v nemocničním prostředí. Zároveň dochází k rozvoji výuky paliativní medicíny na lékařských fakultách. Klinika vznikla po vzoru světových pracovišť v Mnichově, ve Francii a Spojených státech amerických, kde členové týmu absolvovali stáže. Nyní pracovníci poskytují specializovanou paliativní péči pacientům se závažným onemocněním, u kterých, kromě léčby samotné, zajišťují ještě řadu dalších potřeb. Poskytují ambulantní péči a konziliární péči hospitalizovaným pacientům. Každoročně dochází k nárůstu počtu vyšetření a intervencí podpůrného a paliativního týmu a aktuálně pečují o pacienty s COVID-19, pacienty v těžkém zdravotním stavu a umírající (První Klinika paliativní medicíny v České republice, 2021; První kliniku paliativní medicíny v ČR má VFN a 1. LF UK, 2021). Současně v posledních letech vznikají v řadě dalších nemocnic samostatné oddělení paliativní péče, anebo alespoň vznikají speciální pokoje na různých odděleních, kde je paliativní péče poskytována.

1.3 Vliv pandemie COVID-19 na paliativní péči

Podobně jako jiné úseky zdravotnictví ovlivňuje pandemická situace onemocnění COVID-19 také paliativní týmy a hospice. Jednou z problematických oblastí je zákaz návštěv, pro pacienty v terminálním stadiu je kontakt s rodinou klíčový a současná situace je velmi omezující (Kolářová, a2020). V rámci pandemie se také snížil počet konzilií, což se projevilo hlavně na jaře roku 2020. Konzilia se realizují čím dál častěji telefonickou formou. Česká společnost paliativní medicíny sepsala edukační postupy, které řeší problematiku nejčastějších symptomů pokročilého a terminálního onemocnění u pacientů nakažených koronavirem. Izolace pacientů je velmi náročná i pro zdravotníky. Členové paliativního týmu se setkávají s příbuznými, kteří potřebují telefonickou informaci, mnohdy je však nutná i krizová intervence či podpůrná psychologická podpora (Konziliární paliativní týmy zkracují hospitalizaci, b2020). Nejdůležitější úkoly zůstávají – zajistit si pro nemocného dostatek času, vyslechnout ho a porozumět jeho obtížím. Vytvořit bezpečné prostředí, ve kterém budou pacienti hovořit o svých přáních a obavách v širším kontextu svého života a zajištění kvalitní léčby příznaků nemoci, zejména bolesti a dušnosti. Současně je potřebné zjistit od pacienta, do jaké míry chce znát informace o svém zdravotním stavu a prognóze onemocnění (Klimeš, 2021).

2 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni. Paliativní tým tvoří lékaři, sestry, sociální pracovník, případně psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník, koordinátor dobrovolníků a další odborníci. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu (Sláma a Špinka, 2004, s. 24).

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy. V České republice se paliativní péče poskytuje v rámci nemocnic v ambulanci pro léčbu chronické bolesti a v ambulancích paliativní onkologie. V posledních letech vznikají lůžková oddělení paliativní péče, která připomínají běžný lůžkový hospicový model s volným režimem pro návštěvy a s větším soukromím pacientů. Pokud nejsou zřízena lůžková oddělení paliativní péče, tak mohou jednotlivá oddělení zřizovat pokoje pro paliativní pacienty (Bužgová, 2015, s. 28).

Specializovaná paliativní péče je poskytována současně také v zařízeních domácí hospicové a paliativní péče, v tzv. domácím hospici, ve stacionáři hospicové péče, v lůžkových hospicových zařízeních, paliativní péče je poskytována také v zařízeních sociálních služeb, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem.

Autorka Bužgová, (2015, s. 26) uvádí, že v zahraničí jsou popisovány čtyři modely poskytování specializované paliativní péče v nemocnici. Jedná se o nemocniční podpůrný tým paliativní péče, ambulantní tým paliativní péče, specializované oddělení paliativní péče, jednotka akutní paliativní péče.

2.1 Paliativní péče v nemocničním zařízení

V nemocnicích je při péči o pacienta v současné medicíně preferován interdisciplinární a multidisciplinární přístup. Empatický zdravotník by měl být schopen rozeznat pacientovy potřeby. Je potřeba se zdokonalovat v citlivém přístupu k pacientovi, a to psychikou, chápáním souvislostí mezi příznaky, sociálním statusem, duchovní stránkou a kvalitou života. Při práci s nevyléčitelně nemocnými je důležité využívat tzv. jemné dovednosti, tzn. techniky duševní práce, v oblasti komunikace, interpersonálních dovedností, chování a spirituality (Kabelka, 2018, s. 282).

Pomezí mezi specializovanou paliativní péčí a obecnou není jasně klasifikováno. Obtížnost terapie a péče může být příliš náročná a následkem toho může být léčba neúspěšná. Proto je

doporučováno pacienta přenechat odborníkům specializované péče, popřípadě konzultovat pacientovu situaci se specialisty. Zamezí se vzniku komplikací a zajistí se dostatečný prostor pro seznámení pacienta a jeho rodiny s paliativním týmem. Zabezpečení paliativní péče je následně bez větších komplikací a klidnější, jak pro pacienta a jeho příbuzné, tak pro poskytovatele specializované paliativní péče (Svoboda a Herle, 2019, s. 19–20).

2.1.1 Nemocniční podpůrný a paliativní tým

Při realizaci multidisciplinární spolupráce v poskytování paliativní péče je důležité, aby byli stanoveni základní členové týmu, kteří ponesou společnou myšlenku a účastní se naplňování cílů paliativní péče a současně budou vykonávat odlišné role. Rozlišují se dvě podoby paliativního týmu. Na jedné straně je to paliativní tým, který pracuje v konziliárním režimu, který je využíván pomocí konzultací a podpory základní péče. Na druhé straně může paliativní tým tvořit jeden celek s poskytováním běžné péče. Rozsah odbornosti při poskytování paliativní péče jednotlivých týmů je různá, dle požadavků jednotlivých organizací a skladby pacientů (Pechová a Lejsal, 2020, s. 156).

Principem paliativní péče je interdisciplinární charakter a spolupráce všech členů týmu. Součástí paliativního týmu je pacient s rodinou, lékař a sestra, psycholog, sociální pracovnice, fyzioterapeut, kaplan, nutriční terapeut. Vzájemné respektování je základním aspektem ve fungování tohoto týmu. Paliativní tým koordinuje a zpracovává intervence každého člena týmu, s cílem vytvořit komplexní plán péče o pacienta. Interdisciplinární přístup se odlišuje od multidisciplinárního tím, že lékař usměrňuje péči o pacienta, jeho rodinu a blízké, kteří mohou, ale nemusí být jeho součástí (Kurucová, Žiaková a Nemcová, 2017, s. 17–18).

2.1.2 Paliativní a podpůrný tým v Krajské nemocnici Tomáše Bati

V této nemocnici působí paliativní a podpůrný tým od ledna 2019 (Paliativní kurz pomáhá sestrám vyrovnat se s náročnou péčí o těžce nemocné a umírající, 2020). Specializovaná paliativní péče se stala součástí standardní péče o pacienty v tomto zařízení. Tento tým v nemocnici vznikl za podpory Nadačního fondu Avast, který v roce 2016 vypsal grantový program, kterého se účastnilo celkem 64 zařízení. Bylo vybráno 18 projektů v 17 nemocnicích a do projektu bylo investováno 35 milionů (Nemocniční paliativní péče není jen pomocí na samém konci života, 2018). Tým má na starosti specializovanou péči na jednotlivých odděleních, poskytuje konziliární služby. Pomáhá při tvorbě plánu péče v pokročilé fázi závažného onemocnění, v rozhodování o přechodu na paliativní

symptomatickou terapii a ve formulaci limitace terapie. Zprostředkovává psychologické intervence, angažuje se v sociálním poradenství a ve zprostředkování duchovní podpory (Paliativní tým funguje ve zlínské nemocnici téměř rok, dnes představil svou práci na konferenci, 2019). Zažádat o specializovanou paliativní péči může ošetřující lékař hospitalizovaného pacienta, ale podnět k intervenci paliativního týmu mohou dát i všeobecné sestry pečující o pacienta, jeho rodina či blízcí nebo pacient sám (Sláma, Krejčí a Ambrožová, 2019, s. 33). Ošetřující lékař společně s týmem určí cíle léčby a naplánují individuální péči. Pokud pacient projeví zájem o tuto spolupráci, proběhne konzultace lékaře, paliatra. V této fázi bývá zorganizována tzv. rodinná konference, což je schůzka s rodinou a blízkými nemocného, kde jsou nastíněny možné postupy v péči o nemocného. Následně po provedení vstupního konziliárního vyšetření jsou vyhodnoceny fyzické, duševní a sociální potřeby, je vytvořen plán a doporučení pro následující péči. Následuje vedení paliativní péče a úprava léčebného plánu dle klinického stavu, potřeb a přání nemocného, podpora nemocného a jeho blízkých. Členové paliativního týmu si vedou záznamy intervencí. Veškeré informace a změny v plánu jsou dokumentovány. Součástí vstupního sběru anamnestických dat je také vyplnění paliativní škály funkční zdatnosti (angl. Palliative Performance Scale, PPS) a Škála hodnocení závažnosti symptomů (angl. Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS). Obě škály jsou uvedeny v Příloze I a II (Sláma, Krejčí a Ambrožová, 2019, s. 34–35, s. 97–98). V průběhu péče jsou hodnoceny a zaznamenávány symptomy paliativního pacienta podle ESAS (angl. Edmonton Symptom Assessment Scale). Jedná se o nejrozšířenější nástroj pro hodnocení příznaků a účinnosti jejich léčby v paliativní péči, který byl původně vyvinut pro použití u pacientů s onkologickou diagnózou. Dotazník obsahuje jedenáctibodové škály (skóre 0–10), hodnotící devět nejčastějších symptomů, bolest, únava, ospalost, nevolnost, nechutenství, dušnost, deprese, úzkost, celková pohoda. Hodnoty 4 až 6 značí středně závažnou přítomnost daného symptomu, hodnoty 7 a více pak akutní závažnost (Bužgová a kol., 2013, s. 311).

2.2 Denní hospicový stacionář

Stacionární hospicová péče, tzv. denní pobyty, jsou provozovány tak, že klient je přivezen v ranních hodinách a může zde být až do večerních hodin. Odvoz pacientů do jejich domovů zprostředkovávají rodinní příslušníci nebo samotný stacionář. Tento způsob hospicové péče využívají spíše pacienti v místě hospice nebo v jeho blízkém okolí (Kupka, 2014, s. 32). Tato péče nemusí být pro nemocného postačující. Mnohdy dochází ke zhoršení zdravotního

stavu poměrně brzo, zvláště je-li méně funkční rodinné zázemí a blízké okolí situaci nezvládá (Svatošová, 2011, s. 118).

Nejčastějším důvodem umístnění pacienta do tohoto zařízení je zvládnutí bolesti a aplikace chemoterapie a jiné paliativní léčby, dále důvod psychoterapeutický, kdy rodina má problém s otevřenou komunikací a sdělování svých pocitů. Pacient pak ve stacionáři nachází někoho, s kým se mu otevřená komunikace daří. Dalším důvodem je situace, kdy obě strany, pacient i rodina, potřebují na nějakou dobu oddychový čas. Stacionární hospicová péče může pomoci předcházet vysílení rodiny a redukci vyhrocených rodinných situací (Kupka, 2014, s. 32).

2.3 Lůžková hospicová péče

Hospicová péče se vyvíjela několik posledních desetiletí a vždy zahrnovala intervence paliativní péče. Může být poskytována v domácím prostředí pacienta, na lůžkové hospicové jednotce, v zařízení dlouhodobé péče nebo v jiných zařízeních (Wright, 2017, s. 3–4). O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něho lze postarat ve stacionáři či doma, rozhoduje hospicový lékař. Ten, po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta, zváží především jeho zdravotní indikaci, ale i možnosti hospice. Pacienti dobrovolně nastupují do lůžkového hospice na krátkodobé a opakované pobyty, zpravidla v období, kdy sami cítí, že to potřebují. Nastupují na pobyt, když cítí, že doma již péče není optimálně zvládnutelná (Svatošová, 2011, s. 120–122).

V lůžkovém hospici je kladen důraz na vybavení pomůckami, jež v ostatních zdravotnických zařízeních nejsou v takovém rozsahu. Preferují se jednorázové pomůcky, k dispozici je např. mobilní vana (Kupka, 2014, s. 32).

Návštěvy fungují v hospici nepřetržitě a jsou vnímány jako potřebná součást péče o tyto pacienty. Nepředpokládá se od rodinných příslušníků, že budou svého blízkého ošetřovat, ale mohou se zapojit do péče. Denní harmonogram činností v hospici se od nemocničního odlišuje, je v souladu s potřebami pacienta. Není určen přesný čas raní hygieny, čas a skladba stravování, vše se řídí potřebami pacienta. Prioritou pobytu je udržení kvality klientova života. Pokud to zdravotní stav nemocného umožňuje, ráno se obléká do svého oděvu a pohybuje se v prostorách hospice nebo může odpočívat v zahradě (Svatošová, 2011, s. 120–121).

„Hospicová péče je poslední částí paliativní medicíny“ (Vlková, 2019). Poskytuje pacientům lidský přístup a čas. V nemocnicích dochází ke kurativní léčbě, event. k aktivní paliativní léčbě, proto není možné aplikovat model hospicové péče v nemocnicích (Vlková, 2019).

Hospic se snaží navodit pocit domácího prostředí, proto je tomu přizpůsoben i interiér. Čím dříve pacient a jeho rodina vyhledá hospicovou péči, tím efektivněji jim může pomoci. Úlohu zde sehrává funkční kooperace mezi pracovníky hospice a ošetřujícím lékařem (Svatošová, 2011, s. 121–122).

2.4 Mobilní hospicová a paliativní péče

V České republice do roku 2015 přetrvával trend umírání v nemocnicích na akutních lůžkách, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v domovech pro seniory. Výraznější změnu přinesl až pilotní program, který cíleně začal podporovat mobilní hospice, zapojila se do něho Všeobecná zdravotní pojišťovna a také Pojišťovna Ministerstva zdravotnictví. Program byl zahájen na jaře roku 2015 a jeho cílem bylo zjistit, zda je mobilní specializovaná paliativní péče dostatečně spolehlivou variantou zdravotní péče a není finančně nákladnější než dříve praktikovaná péče o umírající ve zdravotnickém zařízení (Kabelka a Sláma, 2017, s. 4). *„Mobilní hospic nebo též domácí hospic je tým terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní péči nevyléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které se o ně doma starají*“ (Marková, 2015, s. 12). Multidisciplinární tým tvoří lékař, všeobecná sestra, sociální pracovník, ošetřovatel, psychoterapeut, dobrovolníci, pastorační pracovník a pracovníci pečující o pozůstalé. Záměrem práce tohoto týmu je setrvání pacienta v jeho běžném domácím prostředí a poskytnutí specializované paliativní péče zaměřené na bio-psycho-socio-duchovní potřeby. Současně se tým snaží o efektivní využití jednotlivých profesí bez přetížení konkrétní rodiny a členů týmu (Marková, 2015, s. 12). V současné době mobilní hospice disponují Standardy mobilní specializované paliativní péče. Tento ucelený dokument se tvořil poměrně dlouhou dobu týmem odborníků a Ministerstvem zdravotnictví a navázal na již existující Standardy paliativní péče (Tichotová, Fričová, 2019).

3 PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI

Jednou z nejtěžších úloh v životě člověka je smíření se s postupující, progredující nemocí a vlastní smrtí. Vlivem nemoci se velmi často mění sebepojetí nemocného, zhoršuje se jeho sebehodnocení a snižuje se jeho sebeúcta. Závažné onemocnění zvýrazní některé charakteristické vlastnosti člověka. Pacient potřebuje pomoci vyrovnat se se změnami ve svém těle a s nepředvídatelnou budoucností. Odborníci se shodují na tom, že při práci s umírajícími nelze vnucovat nemocnému v terminálním stádiu podmínku přijmutí konce života, to lze jenom ze své svobodné vůle (Bužgová, 2015, s. 66–67).

Pojem nevyléčitelně nemocný pacient využíváme u nemocných, kteří mají infaustní prognózu. Pokud onemocnění nereaguje na kauzální léčbu, přechází se na paliativní léčbu. Jedná se o aktivní a komplexní péči (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 87–88). Období, ve kterém nemoc pacienta spěje k přímému ohrožení na životě, je označováno za terminální stav. Klinicky dochází u pacienta k vážné dekompenzaci životně důležitých orgánů. Je to období, kdy se rodina a zdravotníci snaží zajistit u nemocného důstojné umírání. Některé symptomy u něho progredují, jiné léčené, zůstávají často stacionární (Kabelka, b2020, s. 197).

Příznaky jsou varovné signály, které upozorňují na chybný proces v organismu a na nutnost vyhledat odbornou péči lékaře. V paliativní péči přestávají mít obrannou funkci, ale stávají se trvalou a stresující připomínkou pokročilé nemoci, která má negativní vliv na kvalitu života a schopnost pacienta zapojit se do denních aktivit. Cílem paliativní péče je potlačení nebo zmírnění symptomů a tím ovlivnění kvality života (O´Connor a Aranda, 2005, s. 79).

Nejčastěji se jedná o příznaky, kterými jsou únava, dušnost, nevolnost, nechutenství a bolest (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 95-96). Hodnocení a řízení bolesti u pacientů s progresivním život ohrožujícím onemocněním, klade důraz na začlenění strategií hodnocení a léčby bolesti, které jsou zaměřeny na individuální potřeby jednotlivých pacientů. Zavedení optimální terapie závisí na zdravotním a psychosociálním stavu pacienta, komplexním zhodnocení bolesti, cílech péče, porozumění klinické farmakologii analgetických léčiv a volbě vhodných nefarmakologických intervencí (Matzo a Sherman, 2019, str. 501).

Primárním prvkem v péči o terminálního pacienta je léčba symptomů a zakončení veškeré léčby. Vztahuje se to především k chronické medikaci interních chorob a předcházení jejich chronických následků. Léčba je zaměřena na nezbytnou medikaci, která se cílí na přítomné

symptomy. Období umírání je akutním stavem v paliativní péči, může docházet k rychlým změnám stavu pacienta, na které je nutné okamžitě reagovat. Zodpovědnou a efektivní péčí o pacienta je možné řadu příznaků zmírnit (Sochor, Závadová a Sláma, 2019, s. 358-359).

3.1 Bio-psycho-socio-spirituální potřeby paliativního pacienta

Mezi nejznámější klasifikaci potřeb patří Maslowova hierarchie potřeb, která je rozdělena na základní potřeby a vývojově vyšší potřeby, i hierarchii potřeb u umírajícího pacienta lze rozdělit podle tohoto modelu. V souvislosti s potřebami pacienta v terminálním stádiu nemoci se nejčastěji hovoří o potřebách biologických, psychosociálních a spirituálních (Bužková, 2015, s. 40-41).

Mezi biologické potřeby řadíme vše, co potřebuje nemocné tělo. Pacient potřebuje přijímat stravu a mnohdy i různými způsoby upravenou. Velmi důležité je pro něho, se co možná nejpřirozeněji zbavit produktů svého metabolizmu, bez zbytečných cévek a klyzmat. Mnohdy je potřeba odstranění nemocného orgánu a může se přidat i ozařování, chemoterapie. V rámci pacientových fyzických možností je důležité s ním rehabilitovat, ale primárně zajistit tišení bolesti a případné poruchy spánku. Pokud nemoc postihla dýchací ústrojí či srdce není pro něho jednoduchý dostatečný přísun kyslíku (Svatošová, 2011, s. 19). Dušnost je jeden z nejhůře tolerovaných symptomů, se kterými se můžeme v paliativní péči setkat. Je subjektivním pocitem nemocného, který se nemusí shodovat se saturací tělesných tkání kyslíkem. Kromě obtížného dýchání, je dušnost provázena řadou fyzických, emocionálních a psychických projevů (Kala a Dorková, 2017, s. 37-38).

Pro emocionální stabilizaci umírajícího pacienta je nutné jasné rozhodování a přímá komunikace lékaře s umírajícím. Pacient musí pochopit, co je nutné před smrtí zařídit, rekapituluje život, tráví čas s blízkými i rodinou a chce se s nimi rozloučit (Kupka, 2014, s. 98). Člověk je společenský tvor, který je obklopen svojí rodinou i přáteli, přijímá návštěvy a to potřebuje i ve své nemoci. Tak, jak se s nimi setkává během života, i nyní nemá potřebu trávit čas izolovaně a je nutné toto plně respektovat. Nemocný má většinou nejsilnější vazby s přímou rodinou, ale mnohdy i vazby v pracovní rodině pro něj mohou být důležité (Svatošová, 2011, s. 20).

Přirozenou součástí komplexní péče o nemocného je péče v duchovní rovině a přistupuje se k ní s vnímavostí a úctou. Je vhodné spolupracovat s odborníkem na spirituální péči, zpravidla kaplanem, který pečuje o pacienty, jejich blízké a také mnohdy o členy paliativních a hospicových týmů. „*Cílem poskytované duchovní péče je podpořit a posílit zdravou,*

stabilní spiritualitu a doprovázet v duchovních otázkách, v hledání a trápení s respektem k jedinečnosti každého člověka.“ (Marková, 2015, s. 140-141).

3.2 Proces umírání

Současným tabu jsou otázky stárnutí, umírání a smrti. Přestože jde o přirozenou věc, mluvíme o nich tiše a v soukromí. *„Ve společnosti nejsme většinově podporováni k tomu, abychom pečovali o své blízké, a tak se snažíme raději předat smrt „odborníkům“ v nemocnici.“* (Sieberová, 2019, s. 48).

Je čas integrovat aspekty stárnutí, umírání a smrti do každodenního života (Hillman, 2018, s. 185). Pro lékařskou etiku je klíčovou otázkou v oblasti umírání a smrti, jak se máme chovat k lidem se smrtelnou nemocí, která nevyhnutelně směřuje ke konci života. Je dokázáno, že plnohodnotný život pacienta úzce souvisí s mezilidskými vztahy s jeho blízkými V průběhu onemocnění se mohou objevovat proměnlivé vztahové situace, jehož důsledkem je oboustranné porozumění. Pro paliativního pacienta má kvalita mezilidských vztahů prioritní hodnotu a klíčový rozměr v porovnání se zdravým člověkem (Opatrná, 2017, s. 61- 62).

3.2.1 Stadia přijetí nepříznivé informace dle Kübler-Rossové

Nejčastěji vyučovaný systém pro porozumění procesu umírání představila poprvé lékařka Elizabeth Kubler-Rossová ve své knize O smrti a umírání z roku 1969. Autorka zaznamenala, že pacienti po počátečním šoku z přijetí terminální diagnózy, často odmítají realitu nových informací. Diagnózu mohou nemocní přímo popřít, připsat ji vadným testům či nekvalifikovanému lékaři, anebo se tématu v konverzaci jednoduše vyhýbají. Zatímco trvalé popírání může být škodlivé, stádium popření je v kontextu smrtelné nemoci zcela normální a má své opodstatnění pro zpracování obtížných informací (Tyrrell, Harberger a Siddiqui, 2020).

Pocity rozhořčení, zlosti a vzteku jsou u pacientů v terminálním stádiu nemoci vyjádřením ohrožení jejich existence, projev základního pudu sebezáchovy a jsou označovány dle autorky Kübler-Rossové jako druhé stádium. Pacienti jsou danými okolnostmi extrémně fyzicky i psychicky vyčerpaní. Hněv je projev ohromného strachu z blížící se smrti. Jedna z možností, jak uniknout realitě je spánek, ve kterém pacient uniká hrozbě ze smrti. Hněv přispívá k opuštění starého života a posouvá pacienta do nové životní etapy, do fáze umírání (Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke, 2010, s. 210).

Třetí stádium, smlouvání, se obvykle projevuje tím, že pacienti hledají určitou míru kontroly nad svou nemocí. Smlouvání může být vyjádřeno slovem nebo vnitřně. Pacientovo smlouvání může být racionální, například závazek dodržovat léčebná doporučení nebo přijímat pomoc od svých pečovatelů. Poskytovatelé zdravotní péče a pečovatelé by měli stále dbát o to, aby neuváděli pacienty v omyl ohledně jejich vlastní moci naplnit jejich vnitřní smlouvání (Tyrrell, Harberger a Siddiqui, 2020).

*„Naší prvotní reakcí vůči smutným lidem bývá snaha nějak je rozveselit, říkat jim, aby se na věci nedívali tak chmurně a neztráceli naději. Povzbuzujeme je, aby si všímali světlejších stránek života, pestrých a pozitivních věcí kolem sebe. Je to často projevem našich vlastních potřeb, naší neschopnosti snášet delší dobu pohled na sklíčenou tvář.“ (*Kübler-Rossová, 2015, s. 102-103).

Pokud se léčba vyvíjí zdárně, nemusí k této čtvrté fázi vůbec dojít. *„Každopádně reaktivní deprese je reakcí na celkové vyčerpání a vědomí – ať dělám, co dělám, má nemoc je za hranicemi nejen mých, ale obecně lidských možností, zdá se, že smrt je nevyhnutelná.“* (Adam a kol., 2019, s. 37-38). Uvedený druh deprese je podle Kübler-Rossové přípravný a vzniká z hrozící ztráty (Kübler-Rossová,1992, s. 50).

Páté stádium smíření, popisuje uznání reality obtížné diagnózy, aniž by proti ní pacienti nadále bojovali nebo protestovali. Pacienti se mohou zaměřit na užívání času, který jim zbývá, a na reflexi jejich vzpomínek. Mohou se začít připravovat na smrt prakticky tím, že plánují svůj pohřeb nebo pomáhají finančně nebo emocionálně zajistit své blízké (Tyrrell, Harberger a Siddiqui, 2020).

3.2.2 Fáze umírání

V každodenní klinické praxi je termín umírání přetvářen a popisuje různě dlouhé časové období, jenž končí terminálním stavem. Dle odborníků lze metodicky i prakticky rozčlenit období umírání na tři časová pásma: pre finem, in finem a post finem (Haškovcová, 2015, s. 171-172).

Pre finem je etapa, která je zahájena informací, že pacient onemocněl vážnou nemocí, a je u ní vysoká úmrtnost. Pacient je lékařem informován o své závažné chorobě, která pravděpodobně ukončí jeho život. Toto období trvá různě dlouho, pacient může být hospitalizován a snahou je redukce příznaků nemoci. Konečná informace o smrtelném onemocnění pacienta se může objevit kdykoliv v průběhu diagnostikování, což může signalizovat závažnost okolností, ale není zárukou, že bude nemocný na oznámení fatální prognózy připraven (Kupka, 2014, s. 102).

„Situace in finem je totožná s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Z etického hlediska se zde otevírají čtyři problémové okruhy: ritualizace smrti, marná léčba, dříve vyslovené přání a problematika eutanazie.“ (Haškovcová, 2015, s. 174). Za dobu existence lidstva všechna společenství hledala cestu, jak čelit smrti a jak se s ní vyrovnávat. Proto docházelo ke vzniku mnoha rituálů, které vznikaly již v historii a mají mnoho společného, protože pomáhají tyto události respektovat a zvládat (Kupka, 2014, s. 21).

Dříve vyslovené přání bylo uzákoněno přijetím zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, kde se v § 36 specifikuje jako pacientův souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb předem, pro případ, že by se pacient ocitl v takové zdravotní situaci, ve které nebude schopen souhlas nebo nesouhlas vyslovit (Gřiva, 2018, s. 53).

Ve fázi post finem je důležité se zaměřit na otázku zármutku a žalu. Pro pozůstalé jsou zásadní prvotní chvíle po úmrtí příbuzného. Zármutek může mít normální charakter, ale jsou běžné i jiné patologické podoby zármutku. Patologické formy zármutku se mohou vyvinout v depresivní až posttraumatické stavy. Proto je nutné, aby bylo příbuzným sděleno, že bylo pro zemřelého učiněno vše potřebné, a že dotyčný nestrádal (Kupka, 2014, s. 108-109).

4 VŠEOBECNÁ SESTRA V PALIATIVNÍ PÉČI

Sestra má možnost trávit s nemocným více času, než ostatní členové zdravotnického týmu a má většinou snadnější cestu k navázání vztahu s pacientem, který se vyrovnává se závažnou diagnózou a přicházejícím koncem života. Jedná se o velmi náročný proces, ve kterém sehrávají roli příbuzní i profesionálové (Kabelka, b2020, s. 142).

O problematice umírání a smrti se nehovoří lehce, a proto by mělo být klíčovým úkolem sestry v paliativní péči si tyto dovednosti rozvíjet. Sestra současně posuzuje a sleduje pacientovy symptomy a zároveň edukuje pacienta i jeho rodinu, jak je zmírňovat. Společně s pacientem definuje přijatelnou úroveň jeho komfortu, a pokud je to možné, přizpůsobuje prostředí v souladu s přáním jeho i rodiny. S ostatními členy multidisciplinárního týmu a s pacientovou rodinou vytváří plán péče o pacienta, který se následně realizuje. Role sestry je při péči o umírajícího pacienta i jeho rodinu nesmírně důležitá, musí věnovat čas naslouchání, obavám a očekávání pacienta i rodiny a poskytovat podporu (Vorlíček, Abrhámová a Vorlíčková, 2006, s. 164–165).

Pacient v rámci paliativní péče by měl být ochoten pomoc i péči o sebe přijímat a sdílet své zdravotní problémy. Sestra je průvodkyní v jeho nemoci i rádcem v neznalosti, nejistotě a oporou v těžkých životních chvílích. Mezi její silné stránky by měly patřit upřímnost, pozitivní respekt a empatie (Špirudová, 2015, s. 59).

4.1 Komunikace v paliativní péči

Kvalitní komunikace je důležitá jak pro pacienta, tak pro jeho příbuzné a ovlivňuje kvalitu života. V žádném klinickém oboru se neobejdeme bez komunikace s blízkými pacienta, ale v paliativní péči je její hodnota ještě znatelnější. Srozumitelnou komunikací se snižuje riziko patologického truchlení, které způsobuje nemožnost návratu do běžného života a snižuje kvalitu pacientova života (Svoboda a Herle, 2019, s. 13). Během posledního desetiletí došlo k vývoji nových technologií, nových postupů terapie, rozvoji hospicového hnutí a paliativní medicíny, a to ovlivnilo i pohled odborné komunity na komunikaci mezi nemocnými a zdravotnickým personálem (Opatrná, 2017, s. 74).

Zdárně řízená komunikace by měla objasnit, zda pacient chápe vážnost svého onemocnění a mělo by dojít k oboustrannému pochopení potíží nemocného. Rovněž vede k pochopení pacientových psychosociálních hodnot. K dosažení správně vedené komunikace je potřebné, aby se všeobecná sestra zvládla srovnat s emocemi, se kterými se při rozhovoru setkává. Emoce mají velký vliv na vnímání sdělení, že po sdělení závažné diagnózy nebo

informace, že nemoc nereaguje na podávanou léčbu, dochází u nemocného k přehlcení emocemi a ten může přestat chápat lékařem navrhovaný další postup léčby. Může se stát, že k nemocnému nedolehnou žádné další objasňující informace (Sochor, Závadová a Sláma, 2019, s. 17–18).

Sestra při rozhovoru sleduje, zda ji pacient slyší a mluvenému slovu rozumí. Snaží se opakovat sdělovanou informaci vícekrát, nehovoří potichu či příliš hlasitě a klade důraz na výslovnost. Během rozhovoru sleduje mimiku a gestikulaci, zvláště pokud není možné se s pacientem dohovořit verbálně. Sestra musí aktuálně vyhodnotit v čem je konkrétní problém u pacienta, jestli pacient hůře slyší, či nechápe, co mu sestra sděluje, nebo jenom nemůže verbálně reagovat (Dostálová, 2016, s. 69–70). V nemocniční paliativní péči je velmi složitá komunikace jednak s pacientem a současně se všemi zdravotnickými odborníky, kteří o nemocného pečují. Hlavním cílem je prodiskutovat a projednat s pacientem jeho onemocnění a objasnit veškeré alternativy možné péče, tak aby tomu rozuměl, a koordinovat všechny složky, které mohou přispět ke zlepšení jeho života a společně vytvořit plán, kdy dojde ke zhoršení jeho zdravotního stavu (Paliativní péče není jen pomocí na samém konci života, 2018).

4.2 Vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči

V paliativní péči je důležité vzdělávání, které vede ke zvýšení kvality poskytované péče o pacienty v terminálním stadiu. Jednotlivé cíle ve vzdělávání vyplývají ze stanovení nevědomosti zdravotníků při péči o paliativního pacienta. Autoři Adam, Vorlíček a Pospíšilová (2004, s. 522) již v roce 2004 uvedli, že je potřeba doplnit znalosti a dovednosti pracovníků pracujících v oblasti paliativní péče hlavně v oblasti komunikace s pacienty. Dovolíme si konstatovat, že tento problém přetrvává a je aktuální i v současné době. Velkou roli v této oblasti sehrává skutečnost, že v průběhu studijních let nemají setry dostatečný prostor k nácviku dovedností profesionálně komunikovat s pacienty. Váznou sociální dovednosti tolik potřebné ke komunikaci s vážně nemocnými. Významným faktorem v nácviku je komunikace starších a zkušenějších kolegyň s touto skupinou nemocných a jejich příbuznými, problém může být i v nedostatku profesních vzorů. Úlohu v postoji k terminálně nemocným sehrává také životní zkušenost a vlastní postoj ke smrti, jenž je utvářen vlivem mnoha faktorů, kterými je osobnost sestry formována (Adam, Vorlíček a Pospíšilová, 2004, s. 521). Vzdělávací programy reflektují převážně potřeby pacienta, ale nezaměřují se na potřeby pečujících zdravotníků. Většina postgraduálních

vzdělávacích programů, které se zabývají paliativní péčí, akceptuje potřeby a pocity pacienta, a prožívání a potřebám lékařů a sester nevěnuje dostatečnou (či vůbec nějakou) pozornost (Světlák a Suchý, s. 303, 2011).

Požadavky na vzdělání i náročnost v paliativní péči se projevují nejen v lékařské, ale i sesterské profesi. Paliativní vzdělávání se má shodovat s potřebami jednotlivých složek systému, tedy složky ambulantní, lůžkové i hospicové. Mělo by odpovídat různým potřebám znalostí a dovedností sester a zároveň respektovat jednu z charakteristik paliativní péče, a to vzdělávání v rámci specializovaných týmů různých profesí (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 672). Vzdělávání sester by prakticky mělo být provázáno se vzděláváním dalších profesí v rámci multiprofesních týmů. Kvalitní paliativní péče poskytovaná vzdělaným multidisciplinárním týmem si může získat respektované místo mezi zdravotnickými profesionály. Na druhou stranu paliativní medicína má co nabídnout i dalším medicínským oborům, její zkušenosti vypovídají o návratu k původním ideálům zdravotnických pracovníků, a to pečovat o člověka, nejen o jeho nemoc (Kaňová, 2011).

Vzdělávání v týmech umožňuje podělit se o pracovní zkušenosti, zlepšovat porozumění rolí, vnímat pohledy na problematiku a zkvalitňovat komunikaci napříč týmem (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 672). To vše se také odráží ve vzdělávání všeobecných sester a zlepšuje jejich dovednosti a schopnosti při ošetřování umírajících s vědomím, že sehrávají v paliativní péči nezastupitelnou úlohu (Kaňová, 2011). Metody, které jsou využívány při vzdělávání v paliativní péči, jsou samostudium, studium kazuistik a přednášky. Dalšími technikami pro získání potřebných informací v této oblasti mohou být rozhovory, demonstrace, audiovizuální programy a instrukce (Adam, Vorlíček a Pospíšilová, 2004, s. 524).

Další možností vzdělávání jsou supervize, které mají jednak vzdělávací charakter, ale i kontrolní a podpůrný přesah. Podpora se týká porozumění, pochopení problémů, jejich zpracování a je jedním ze způsobů, jak předcházet syndromu vyhoření. Supervize mohou být vedeny s jednotlivcem, to znamená, že supervizor vede rozhovor s jedním pracovníkem, nebo se skupinou. Skupinové supervize se zaměřují na vztahy v týmu, zvýšení efektivity, komunikaci, vztahy k vnějšku. Jejím cílem je profesionální rozvoj, získávání poznatků a dovedností (Venglářová, 2013, s. 14).

4.2.1 Vzdělávací aktivity

Vzdělávací aktivity pro profesionály, kteří jsou pravidelně v kontaktu s umírajícími pacienty a jejich blízkými, pravidelně pořádá v České republice Centrum paliativní péče jako formu celoživotního vzdělávání. Pro všeobecné sestry pečující o nemocné v konečné fázi života je vytvořen kurz ELNEC (angl. End of life Nursing Education Consortium). Kurz vznikl v roce 2000 v USA, odkud se rozšířil i do České republiky. Jedná se o intenzivní kurz paliativní péče, který svým obsahem respektuje multidisciplinární přístup nutný při realizaci péče o pacienty na konci života. Obsahem kurzu je přístup k bolesti a ostatním závažným symptomům spojených s těžkou nemocí, ale také etický, duchovní aspekt péče a nacvičování efektivní komunikace s pacienty, s rodinou i v rámci týmu. Kurz reflektuje fakt, že paliativní péče se dotýká stejnou měrou pacienta i jeho blízkých. Přednášející lektoři, všeobecné sestry, mají bohaté praktické zkušenosti s poskytováním paliativní a hospicové péče (Základní kurz pro zdravotní sestry, 2021).

Dalším kurzem, který je nabízen také Centrem paliativní péče je ESPERO pro sestry (espero znamená v esperantu naději). Jedná se o dvoudenní intenzivní kurz k rozvoji komunikačních dovedností. Nejprve byla varianta tohoto kurzu organizována jen pro lékaře. Obsah se zaměřuje na komunikaci s pacientem a jeho rodinou a současně na komunikaci mezi členy týmu (Kolářová, b2020). V tomto kurzu jsou sestry připravovány na náročné okamžiky při komunikaci s umírajícími pacienty a jejich rodinami. Obsahem je komunikace, která se dá cvičit a zlepšovat stejně jako jiné dovednosti nezbytné pro výkon zdravotnického povolání. I když zásadní informace o diagnóze a prognóze nemoci sděluje lékař, je to právě sestra, kdo může pacientovi a jeho rodině významně pomoci tyto často zásadní a život měnící informace správně pochopit a poskytnout dostatečnou podporu pro jejich zpracování. Sestrou správně vedená komunikace o preferencích a obavách nemocných může být zdrojem naděje a síly pro pacienty a jejich blízké, ale také zdrojem smysluplnosti a naplnění náročné ošetřovatelské práce sestry (Intenzivní kurz komunikace závažných zpráv, 2021).

Další možností je absolvování čtyřměsíčního kurzu Paliativní péče na Střední zdravotnické škole a vyšší odborné škole zdravotnické ve Zlíně. Kurz se skládá ze 45 hodin teoretické části a 45 hodin praxe. Absolvent získá certifikát MZ ČR a odbornou způsobilost v nadefinovaných činnostech (Paliativní péče).

Další eventualitou, která rozšiřuje vzdělávání v oblasti paliativní péče, je kurz Paliativní péče akreditovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí, určený zdravotnickým i nezdravotnickým pracovníkům. Jeho cílem je prezentovat principy paliativní péče se

zaměřením na sociální služby a je organizovaný Centrem paliativní péče (Cyklus online kurzů). Poslední nabídkou této organizace je celodenní intenzivní kurz Paliativní péče v nemocnici pro sestry, který je určený pro týmy nemocnic a jiných zdravotnických zařízení. Formou krátkých prezentací a interaktivní práce s různými kazuistikami jsou představovány základní principy paliativní péče s důrazem na multidisciplinaritu paliativního týmu, plánování péče, limitaci léčby a symptomovou terapii (Paliativní péče v nemocnici).

V současné době se plánuje také otevření vysokoškolského vzdělávacího programu zaměřeného na paliativní a hospicovou péči pro všeobecné sestry.

Další variantou jsou vzdělávací aktivity Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, které pořádá specializační studium Domácí péče a hospicová péče (Všeobecná sestra – Domácí péče a hospicová péče). Cílem je získání specializované způsobilosti v tomto oboru. V rámci tohoto specializačního vzdělání se setry věnují paliativní péči v rozsahu 40 hodin teorie a 80 hodin praxe v lůžkových zařízeních hospicového typu (Všeobecná sestra – Domácí péče a hospicová péče, 2019). Další vzdělávací aktivitou je certifikovaný kurz Specifická ošetřovatelská péče v paliativní péči, jehož cílem je naučit sestry specifické dovednosti při ošetřovatelské péči o pacienty v terminálním stadiu onemocnění. (Specifická ošetřovatelská péče v paliativní péči). Paliativní centrum nabízí také seminář „Řekni mi, jak mluvit o hodnotách a preferencích v závěru života?“ (Loučka, 2021)

V současné epidemiologicky náročné době se nelze těchto kurzů zúčastnit osobně, jedinou možností jsou varianty vzdělávání v podobě webinářů.

Česká republika je zemí s poměrně dlouhou a bohatou tradicí dalšího vzdělávání. V současné době je situace u nás zkomplikována pandemickou situací, ale i v této době nabídka dalšího vzdělávání reaguje na vzdělávací potřeby jedinců.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky kvantitativního výzkumného šetření, ve kterém bylo pomocí dotazníku zjišťováno, jak jsou všeobecné sestry obeznámeny s působením paliativního a podpůrného týmu a jak probíhá spolupráce s tímto týmem v konkrétní nemocnici.

5.1 Cíle výzkumu

Cíl č. 1

Zjistit, jak jsou všeobecné sestry na vybraných odděleních konkrétní nemocnice obeznámeny s působením paliativního a podpůrného týmu.

Cíl č. 2

Zmapovat, jak probíhá spolupráce všeobecných sester na vybraných odděleních konkrétní nemocnice s paliativním a podpůrným týmem při péči o pacienty v terminálním stavu.

Cíl č. 3

Zjistit, zda mají všeobecné sestry v konkrétní nemocnici zájem o vzdělávání v paliativní péči.

Praktickým výstupem práce je zajištění přednášky pro studenty 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, prezenční formy studující na Ústavu zdravotnických věd, Fakultě humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně o paliativním a podpůrném týmu, který zajišťuje paliativní péči v konkrétní nemocnici.

5.2 Technika sběru dat

Pro zpracování praktické části bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření a technikou sběru dat byl dotazník. Na základě stanovených cílů byl následně vytvořen nestandardizovaný dotazník.

Kvantitativní výzkum pracuje s větším souborem respondentů. Jeho úkolem je statisticky změřit intenzitu a popsat typ závislosti mezi proměnnými. Data jsou zpracovaná ve formě grafů a tabulek (Kutnohorská, 2009, s. 20–21). Dotazník je technika vytvořená na podkladě subjektivní výpovědi šetřených respondentů o jejich charakteristikách. Je zařazen do tzv. subjektivních metod, protože zde respondenti mohou volit své odpovědi (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 56).

Respondenti byli seznámeni s anonymitou dotazníku a jeho účelem. Dotazník je tvořen 27 položkami (viz Příloha IV). K prvnímu cíli se vztahují položky č. 1 až č. 10, které se zaměřují na zjišťování povědomí všeobecných sester o paliativním a podpůrném týmu v konkrétní nemocnici. K druhému cíli se vztahují položky č. 11 až č. 18, kterými zjišťujeme, jak probíhá spolupráce vybraných oddělení s paliativním a podpůrným týmem. K třetímu cíli se vztahují položky č. 19, 19 a), 19 b), 20 a 21, které zjišťují dosavadní absolvované vzdělání v oblasti paliativní péče a zájem o toto vzdělávání. Položky č. 22 až č. 25 zjišťují sociodemografické údaje o respondentech.

5.3 Charakteristika souboru respondentů

Skupinou respondentů byly všeobecné sestry pracující na různých odděleních nemocnice krajského typu (oddělení interního typu, chirurgického typu a oddělení intenzivní péče). Z oddělení interního typu se do šetření zapojily všeobecné sestry z interního, plicního, neurologického, kardiologického, onkologického a geriatrického oddělení. Z oddělení chirurgického typu se do výzkumného šetření zapojily všeobecné sestry z chirurgického, otorinolaryngologického a neurochirurgického oddělení. Z oddělení zaměřených na intenzivní péči se do výzkumného šetření zapojily všeobecné sestry z oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a z kardiologické, plicní, neurologické, metabolické jednotky intenzivní péče. Z oddělení interního typu se do výzkumného šetření zapojilo 126 respondentů, z oddělení chirurgického typu 28 respondentů a z oddělení intenzivní péče to bylo 93 respondentů.

5.4 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období od 17. února 2021 do 29. března 2021 v nemocnici krajského typu po schválení potřebných dokumentů vedoucími pracovníky nemocnice a jednotlivých oddělení. Před zahájením vlastního šetření byl na šesti respondentech proveden předvýzkum, u kterého byla autorka osobně přítomna pro případné dotazy. Tímto předvýzkumem byla ověřena srozumitelnost dotazníku, na jehož základě byly některé otázky upraveny. V úvodu dotazníku byla přidána položka č. 1, tázající se na existenci paliativního a podpůrného týmu, a původní položka, dotazující se na využívání spolupráce s paliativním a podpůrným týmem byla zařazena jako položka č. 9. Délka vyplnění dotazníku byla 10 minut. Samotné šetření bylo realizováno rozdáním celkem 322 dotazníků na vybraných odděleních. V období sběru dat autorka práce pravidelně docházela na oddělení a dotazníky odebírala. Při osobním setkávání se snažila respondenty motivovat ke spolupráci.

Z celkového počtu distribuovaných dotazníků bylo navráceno 263 a 16 z nich bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění. Návratnost dotazníků byla 77 %. Celkem bylo využito ke zpracování 247 dotazníků.

5.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována v Microsoft Office Excel 2019 a poté vložena do Microsoft Office Word 2019. V tabulkách je vyhodnocena absolutní četnost (N) a relativní četnost (%). Absolutní četnost (N) představuje počet respondentů, kteří u vybrané otázky odpověděli shodně. Relativní četnost (%) uvádí procentuálně četnost respondentů se stejnou odpovědí na konkrétní položku. Následně byly ze získaných dat vytvořeny grafy a doplněny komentářem.

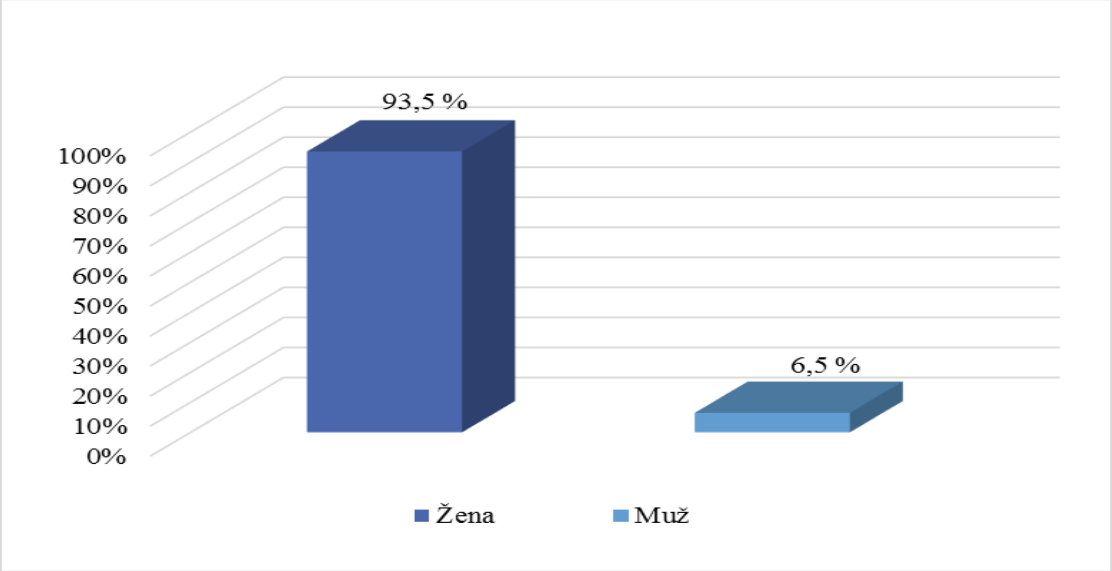
6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

6.1 Charakteristika respondentů souboru

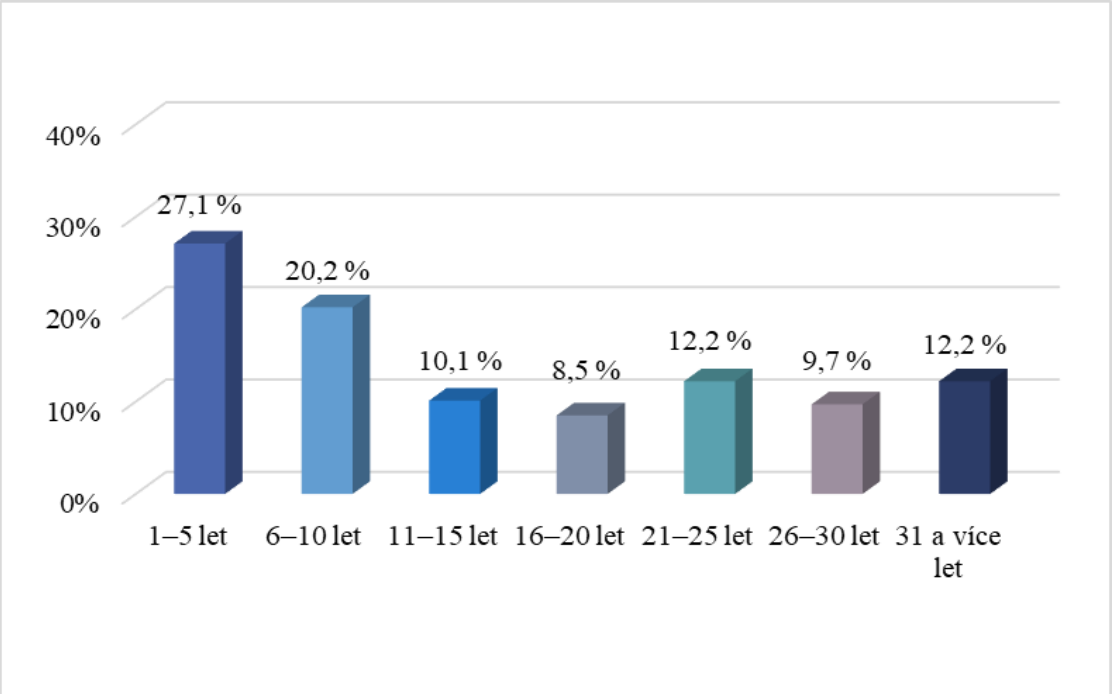
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 247 respondentů, z toho 231 žen (93,5 %) a 16 mužů (6,5 %) (viz Graf 1). V Grafu 2 je uvedena délka praxe, kdy 67 respondentů (27,1 %) uvedlo své působení v klinické praxi do 5 let, další skupinu tvoří 50 respondentů (20,2 %) působící v klinické praxi 6–10 let. Následujících 25 respondentů (10,1 %) je v praxi 11–15 let, 21 respondentů (8,5 %) uvedlo délku praxe 16–20 let a 30 respondentů (12,2 %) pracuje v oboru 21–25 let. Odpověď 26–30 let působení v klinické praxi zvolilo 24 respondentů (9,7 %), 30 respondentů (12,2 %) uvedlo 31 a více let praxe.

Graf 3 znázorňuje rozdělení celkového počtu 247 účastníků dotazníkového šetření na jednotlivé obory. Nejvíce zastoupena byla skupina 126 respondentů (51,0 %) ze standardních oddělení interních oborů, dále 93 respondentů (37,7 %) z oborů intenzivní péče a 28 respondentů (11,3 %) se účastnilo ze standardních oddělení chirurgických oborů. Z oddělení interního typu se do šetření zapojily sestry z interního, plicního, neurologického, kardiologického, onkologického a geriatrického oddělení. Z oddělení chirurgického typu se do výzkumného šetření zapojily všeobecné sestry z chirurgického, otorinolaryngologického a neurochirurgického oddělení. Z odděleních zaměřených na intenzivní péči se do výzkumného šetření zapojily všeobecné sestry z oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a z kardiologické, plicní, neurologické, metabolické jednotky intenzivní péče. Z chirurgických oborů byl výzkumný vzorek nižší, a to z důvodu současné epidemiologické situace, kdy dochází k redukci plánované operativy a s tím související uzavírání některých oddělení.

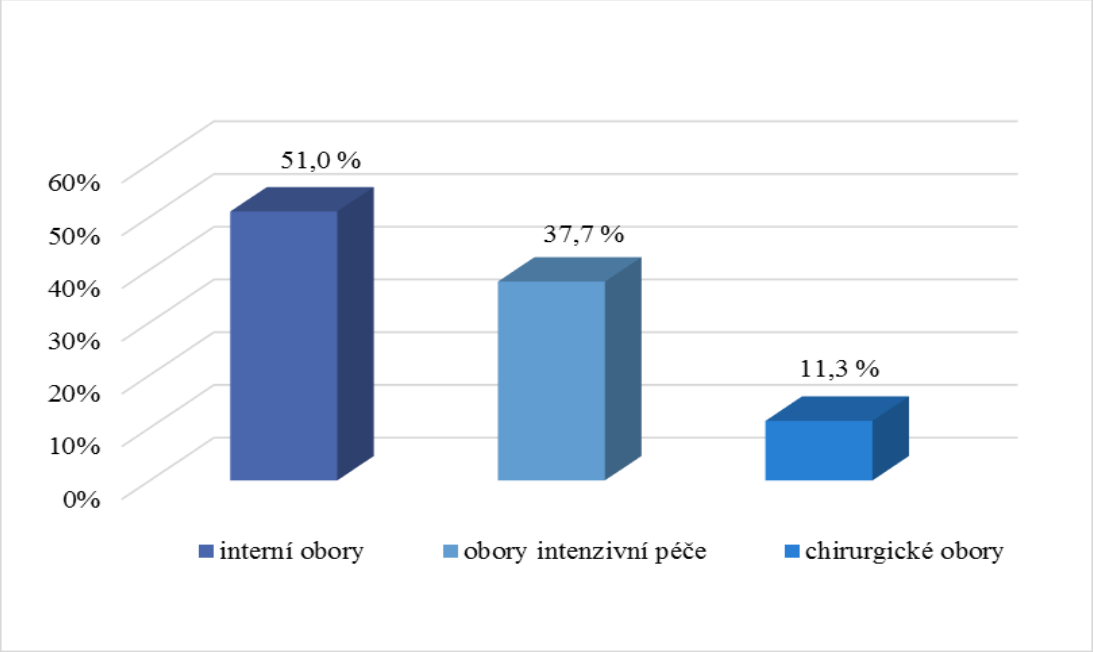
Graf 4 vyhodnocuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Střední zdravotnickou školu, jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 123 respondentů (49,8 %), 60 respondentů (24,3 %) vystudovalo bakalářský studijní program na vysoké škole a 53 respondentů (21,5 %) uvedlo absolvování vyšší odborné školy. Magisterský studijní program studovalo 11 respondentů (4,4 %) a doktorské studium neuvedl žádný respondent.



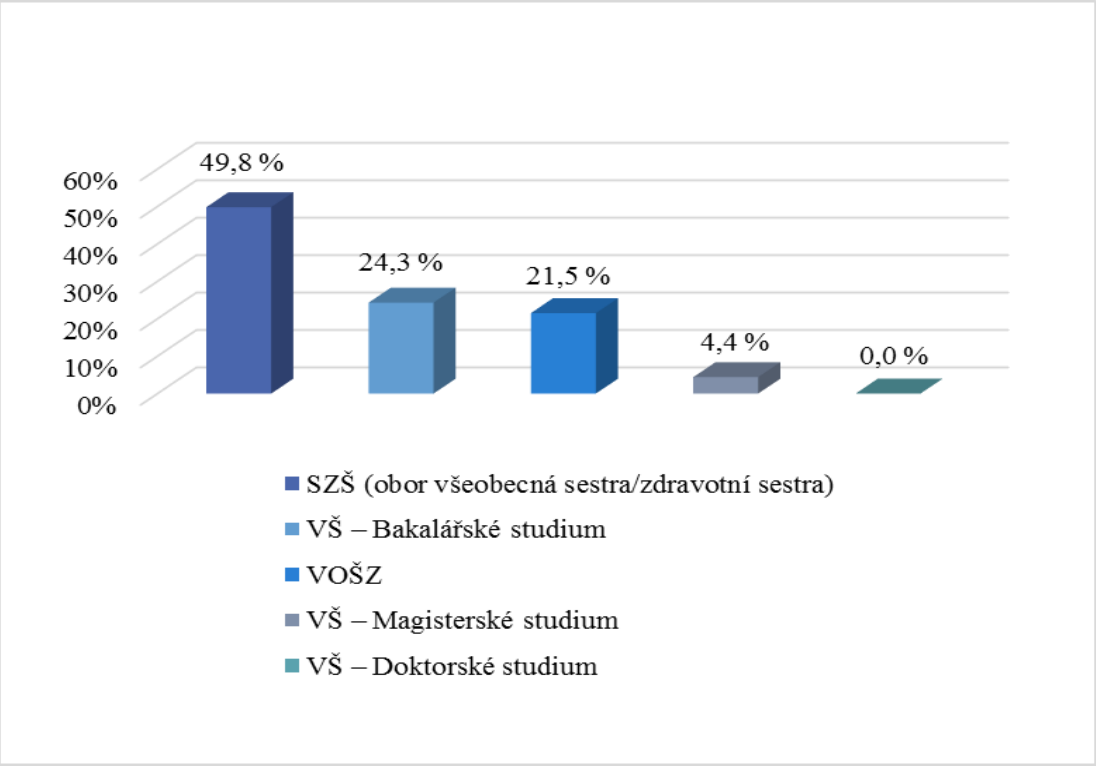
Graf 1: Pohlaví respondentů (autorka práce, 2021)



Graf 2: Délka praxe respondentů (autorka práce, 2021)



Graf 3: Pracoviště oslovených respondentů (autorka práce, 2021)



Graf 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (autorka práce, 2021)

6.2 Analýza a interpretace k cíli č. 1

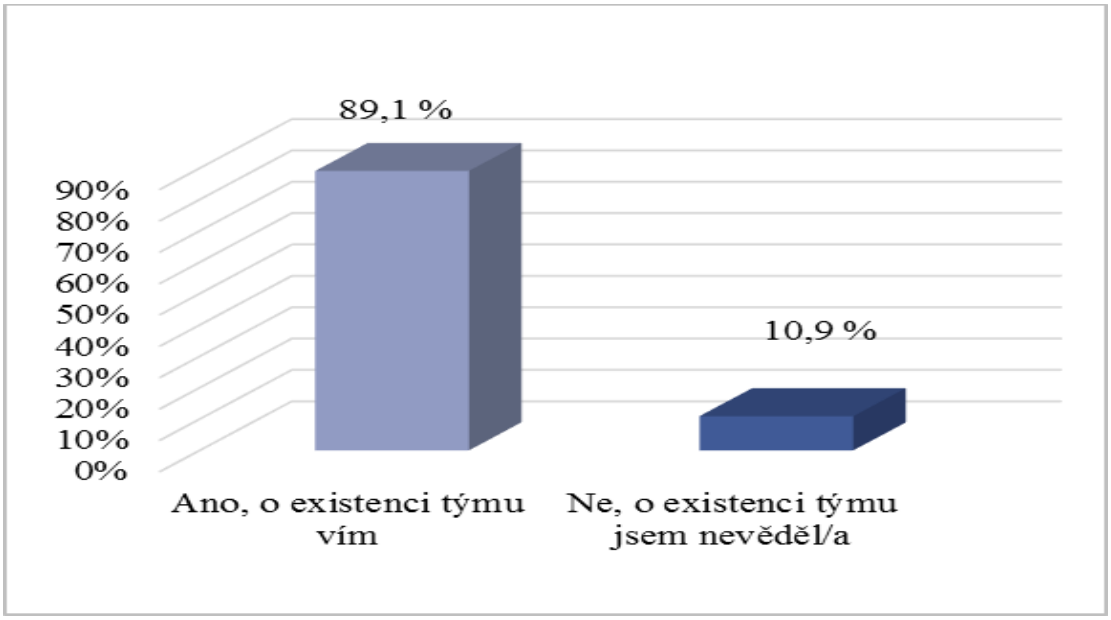
Zjistit, jak jsou všeobecné sestry na vybraných odděleních konkrétní nemocnice obeznámeny s působením paliativního a podpůrného týmu.

Z Grafu 5 lze vyčíst, že průzkumného šetření se zúčastnilo 247 respondentů ze všech oborů, z toho o paliativním a podpůrném týmu vědělo 220 respondentů (89,1 %) a 27 respondentů (10,9 %) o existenci týmu nevědělo. Při porovnání jednotlivých oborů v konkrétní nemocnici respondenti z oborů intenzivní péče neměli o existenci paliativního a podpůrného týmu informace v takovém rozsahu jako respondenti z oborů interních a chirurgických (viz Tabulka 1).

Z Grafu 6 lze vyhodnotit (bylo možné uvést více odpovědí), že 140 respondentů (63,6 %) mělo informace o týmu od svých kolegů, 116 dotázaných (52,7 %) mělo informace od svých nadřízených, 72 respondentů (32,7 %) mělo informace z intranetu, 59 respondentů (26,8 %) mělo informace ze vzdělávacích akcí, tzn. z kurzů, a školení. Devět respondentů (4,1 %) uvedlo možnost jiné, a to následující: u čtyřech respondentů byla uvedena odpověď: *„…praktická výuka v rámci studia…“;* jeden respondent odpověděl *„…informace z nástěnky…“;* čtyři respondenti uvedli, že *„…paliativní a podpůrný tým se byl sám představit na oddělení…“*

Z Grafu 7 vyplývá, že 102 (46,3 %) respondentů neví o délce fungování týmu, 83 respondentů (37,7 %) uvedlo správnou odpověď, což jsou dva roky fungování týmu, 23 respondentů (10,5 %) si myslelo, že tým funguje 5 let a 11 respondentů (5,0 %) uvedlo, že tým funguje jeden rok.

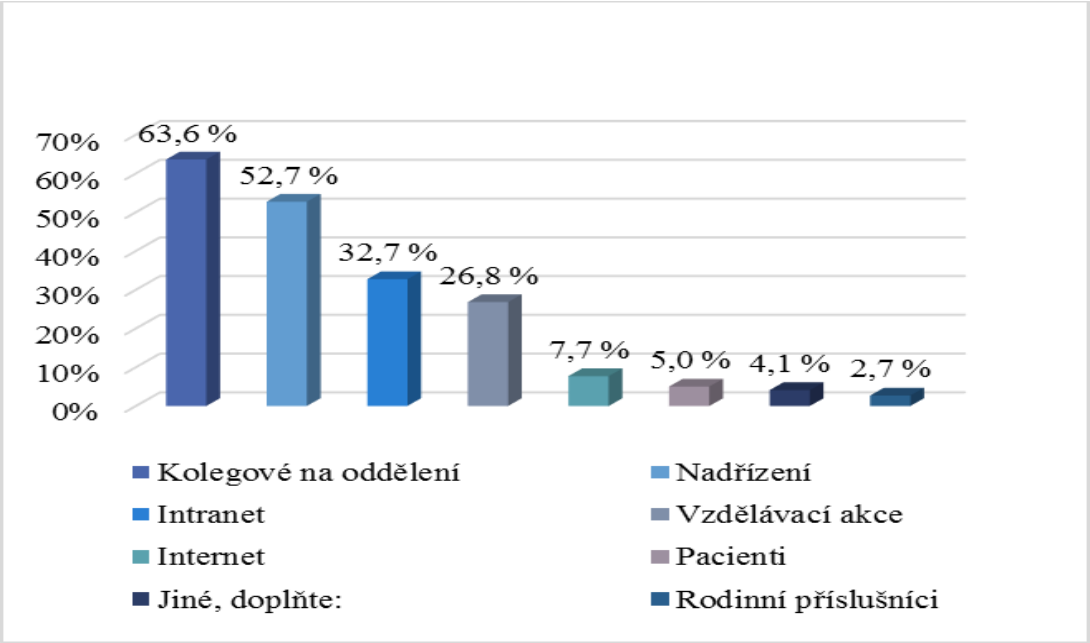
Graf 8 (bylo možné uvést více odpovědí) znázorňuje, které profese dle respondentů tvoří paliativní a podpůrný tým. Zde 187 respondentů (85,0 %) odpovědělo všeobecná sestra, 185 dotázaných (84,1 %) uvedlo odpověď vedoucí lékař, paliatr, 183 respondentů (83,2 %) uvedlo odpověď kaplan, pastorační pracovník. Dále 166 respondentů (75,5 %) odpovědělo, že součástí týmu je i psycholog nebo psychoterapeut. U dalších dvou odpovědí vidíme téměř shodná výsledná čísla, že je součástí týmu sociální pracovník uvedlo 144 respondentů (65,5 %) a 143 respondentů (65 %) dále uvedlo lékaře, algeziologa. Následující profese, jako jsou nutriční specialista, fyzioterapeut, klinický farmaceut a logoped nejsou součástí paliativního a podpůrného týmu v konkrétní nemocnici a volil je nižší počet respondentů.



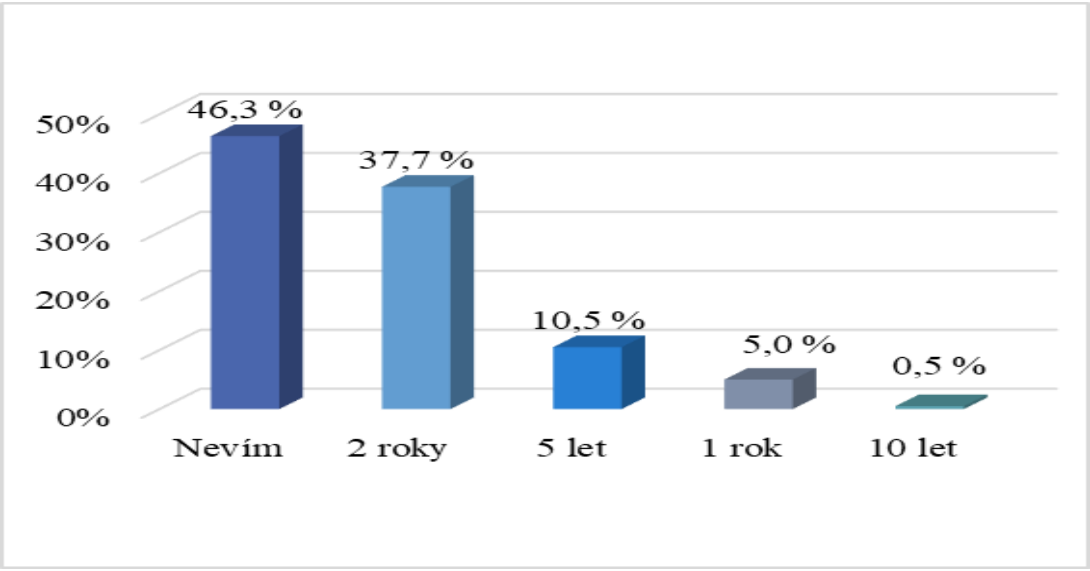
Graf 5: Povědomí všech respondentů o existenci paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021)

Tabulka 1: Povědomí o existenci paliativního a podpůrného týmu rozdělené podle jednotlivých oborů (autorka práce, 2021)

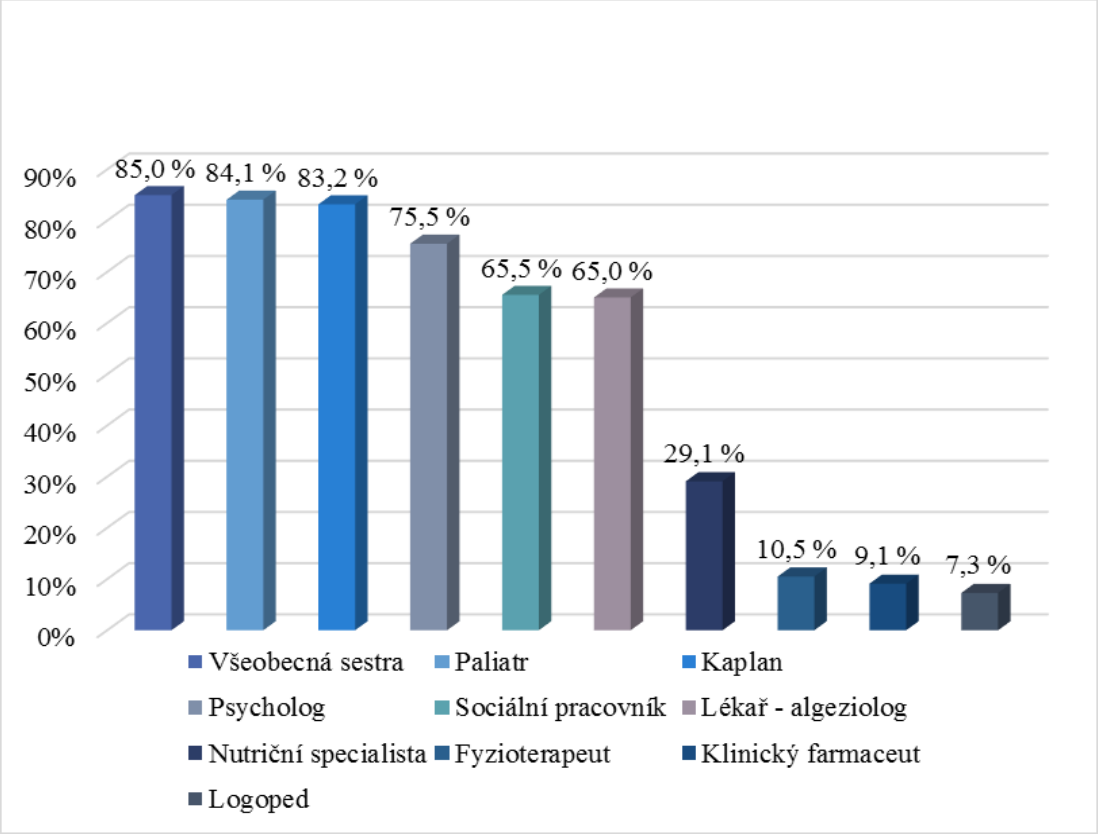
Interní obory	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, o existenci týmu vím	118	93,7
Ne, o existenci týmu jsem nevěděl/a	8	6,3
Celkem	126	100,0
Chirurgické obory		
Ano, o existenci týmu vím	28	100,0
Ne, o existenci týmu jsem nevěděl/a	0	0
Celkem	28	100,0
Obory intenzivní péče		
Ano, o existenci týmu vím	74	79,6
Ne, o existenci týmu jsem nevěděl/a	19	20,4
Celkem	93	100,0



Graf 6: Zdroje informací o poskytování služeb paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021)



Graf 7: Délka působení paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021)



Graf 8: Profese, které tvoří paliativní a podpůrný tým (autorka práce, 2021)

Graf 9 popisuje, zda si sestry myslí, že mají kompetence zažádat o konzilium tým paliativní a podpůrné péče. Na tento dotaz 122 respondentů (55,5 %) odpovědělo správně, že tyto kompetence nemají a má je pouze lékař, 63 respondentů (28,6 %) si myslí, že tyto kompetence má.

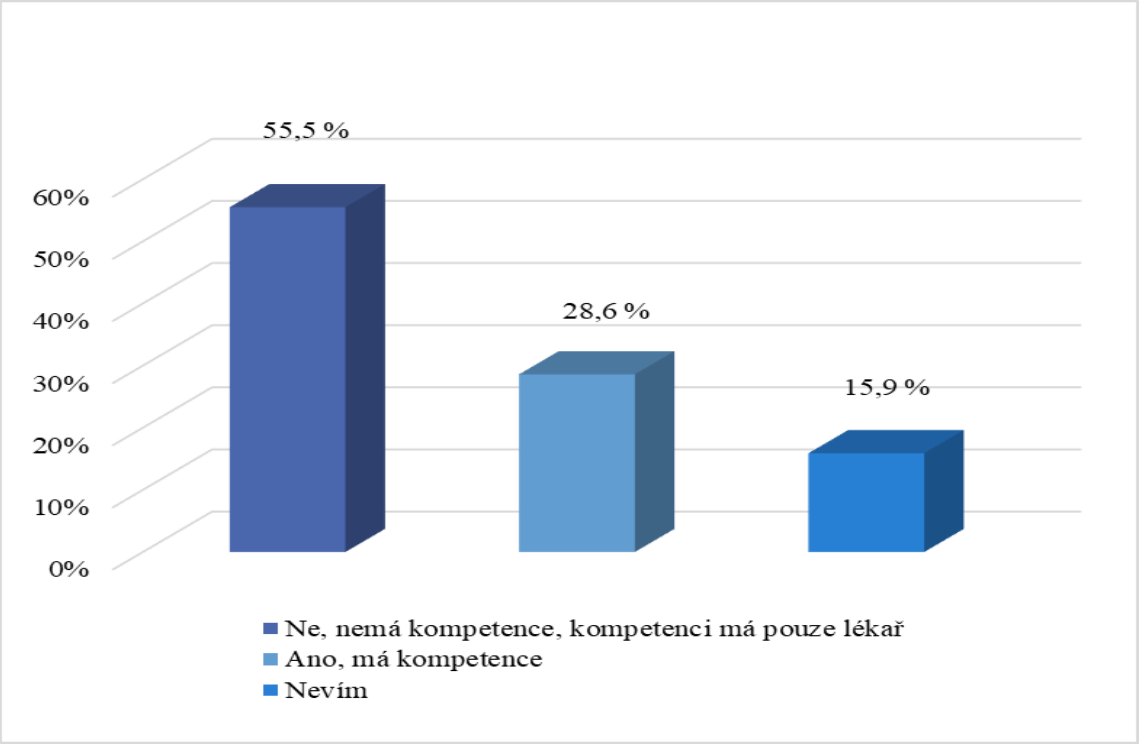
V Grafu 10 (bylo možné uvést více odpovědí) je uvedeno, kdo dle respondentů může dát podnět ke spolupráci s týmem, 136 respondentů (61,8 %) sdělilo, že všechny uvedené odpovědi jsou správné, což je pravdivá odpověď. Osmdesát dva dotázaných (37,3 %) odpovědělo, že podnět ke spolupráci může dát pouze lékař, 52 respondentů (23,6 %) uvedlo všeobecnou sestru, 48 respondentů (21,8 %) si naopak myslí, že to může být rodina a příbuzní pacienta a 45 respondentů (20,5 %) odpovědělo možnost staniční sestra.

Graf 11 znázorňuje povědomí o pracovní době paliativního a podpůrného týmu. Tuto informaci nezná 85 respondentů (38,6 %). Správnou odpověď uvedlo 82 oslovených (37,3 %), a to, že tým funguje na ranní směny v pracovní dny.

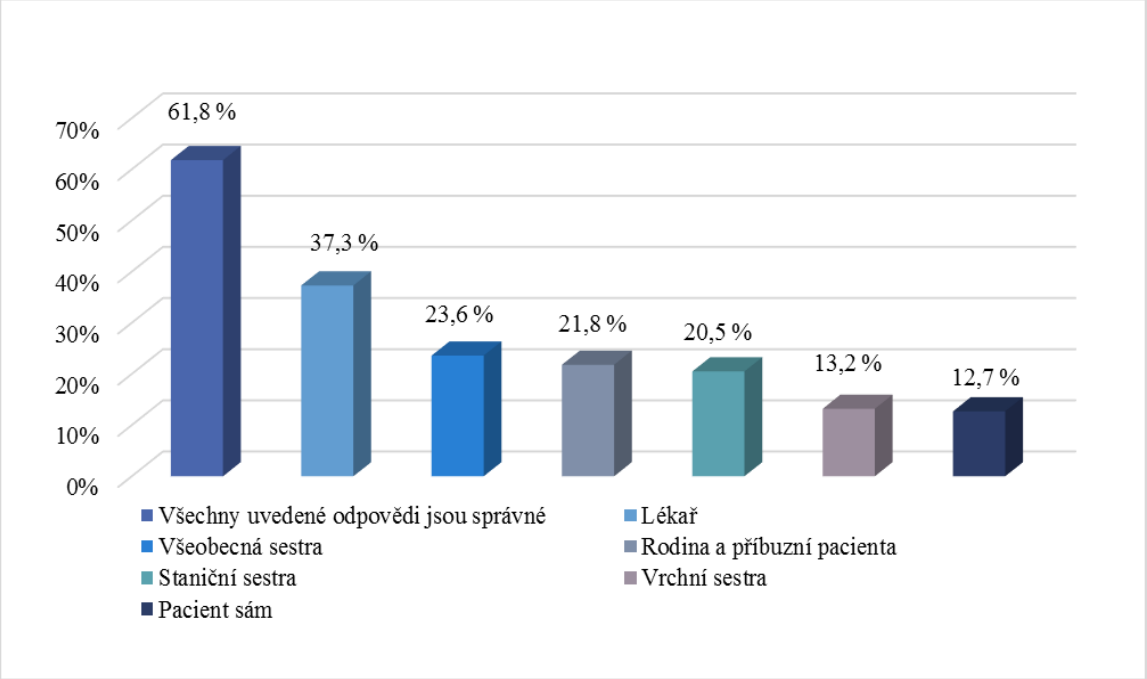
Graf 12 vyhodnocuje, co si myslí respondenti o spolupráci s paliativním a podpůrným týmem. Většina oslovených 211 respondentů (95,9 %) si myslí, že má spolupráce s týmem přínos. Pouze dva respondenti (0,9 %) se vyjádřili, že spolupráci nevidí jako přínosnou.

Graf 13 znázorňuje, zda je spolupráce s paliativním a podpůrným týmem využívána. Z celkového počtu 220 respondentů uvedlo 167 dotázaných (75,9 %), že spolupráci s týmem využívá a pouze 53 respondentů (24,1 %) odpovědělo, že spolupráci nevyužívají. Služby týmu více využívají chirurgické a interní obory, nižší využití je na odděleních intenzivní péče, což blíže objasňuje Tabulka 2.

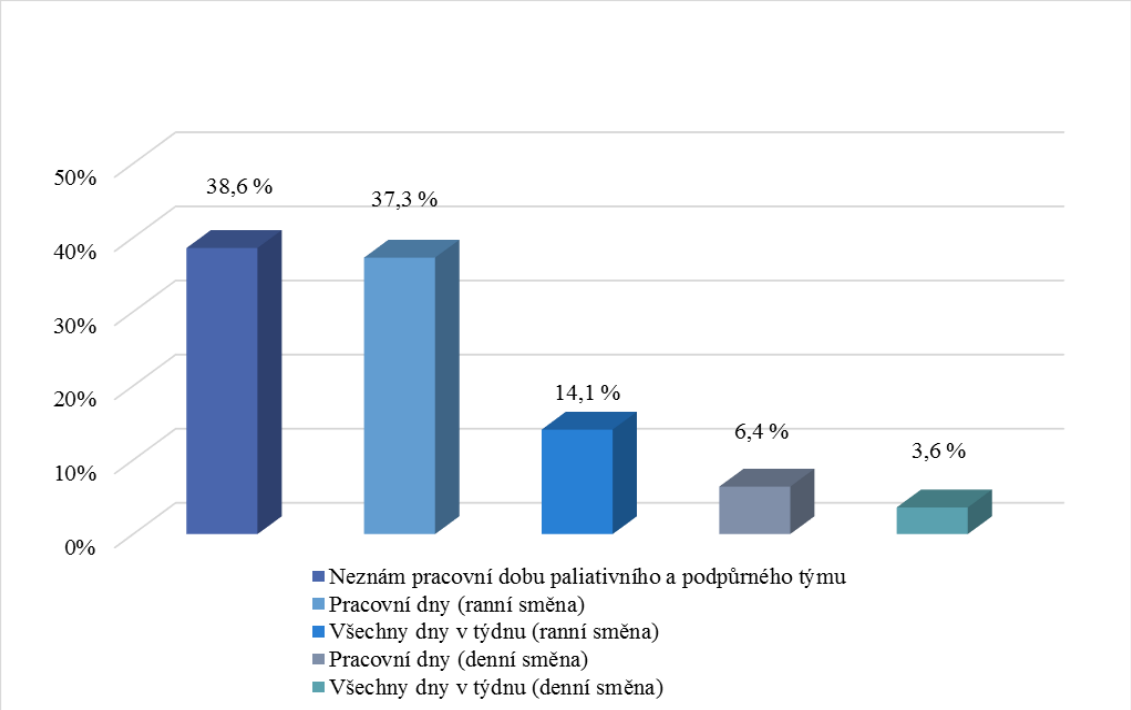
Graf 14 (bylo možné uvést více odpovědí) znázorňuje, proč respondenti nevyužívají služby paliativního a podpůrného týmu a odpovídají na ni pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli záporně, což je 53 dotázaných. Stejné odpovědi „nabízené služby týmem nejsou vhodné pro naše pacienty" a „není dostatek času na spolupráci s tímto týmem" uvedlo v obou případech 15 respondentů (28,3 %). Deset respondentů (18,9 %) uvádí, že neví, jaké tento tým nabízí služby. V rámci odpovědi jiné, kde odpovědělo 13 respondentů (24,5 %), se nejčastěji vyskytly odpovědi *„…zatím jsem se s paliativním týmem nesetkala, jsem nový zaměstnanec…"; „… momentálně není nikdo indikován pro paliativní tým…" „…není spolupráce mezi lékaři…"; „…nedostatečná komunikace lékař – rodina, eventuálně pacient…"; „…vše si zařizujeme sami, dle potřeb pacienta…"*.



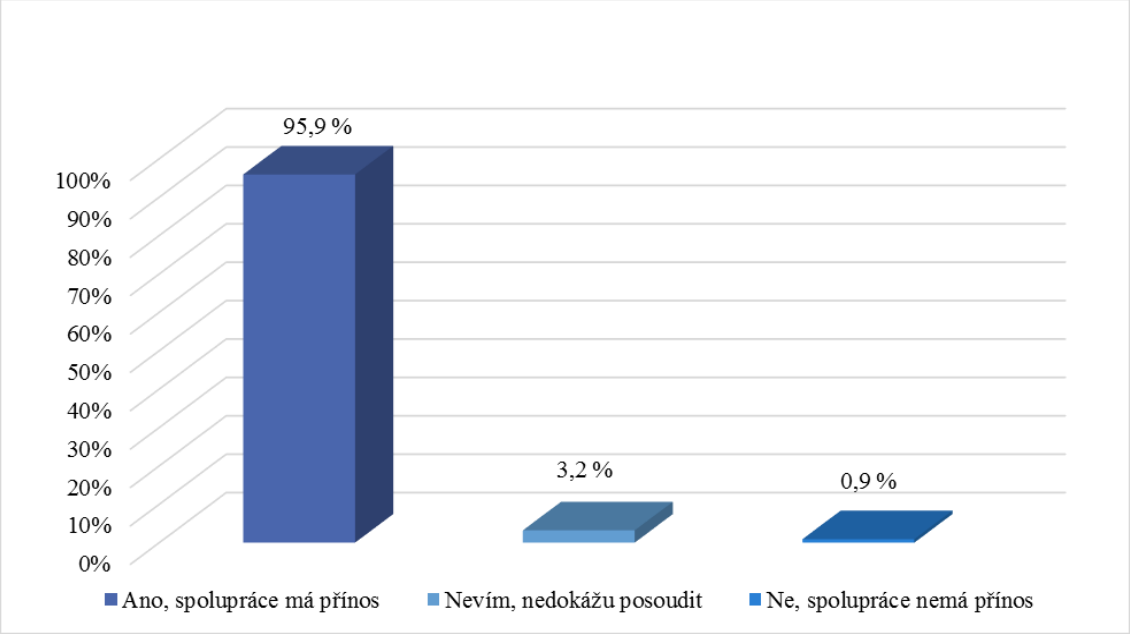
Graf 9: Informovanost o možnosti zažádat o konzilium paliativní a podpůrný tým (autorka práce, 2021)



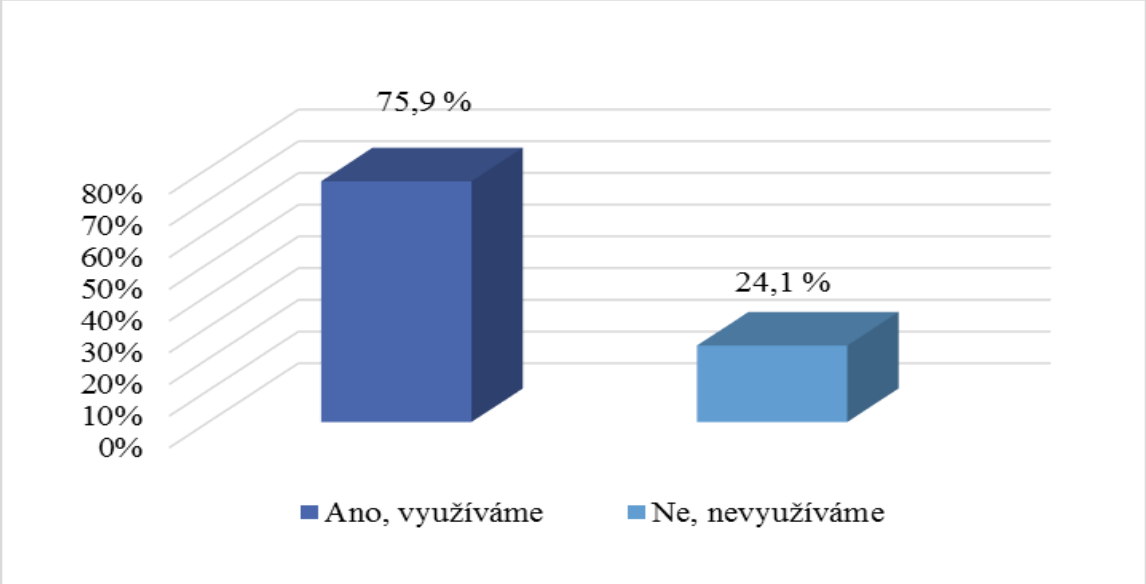
Graf 10: Sdělení, kdo může dát podnět ke spolupráci s paliativním a podpůrným týmem (autorka práce, 2021)



Graf 11: Pracovní doba paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021)



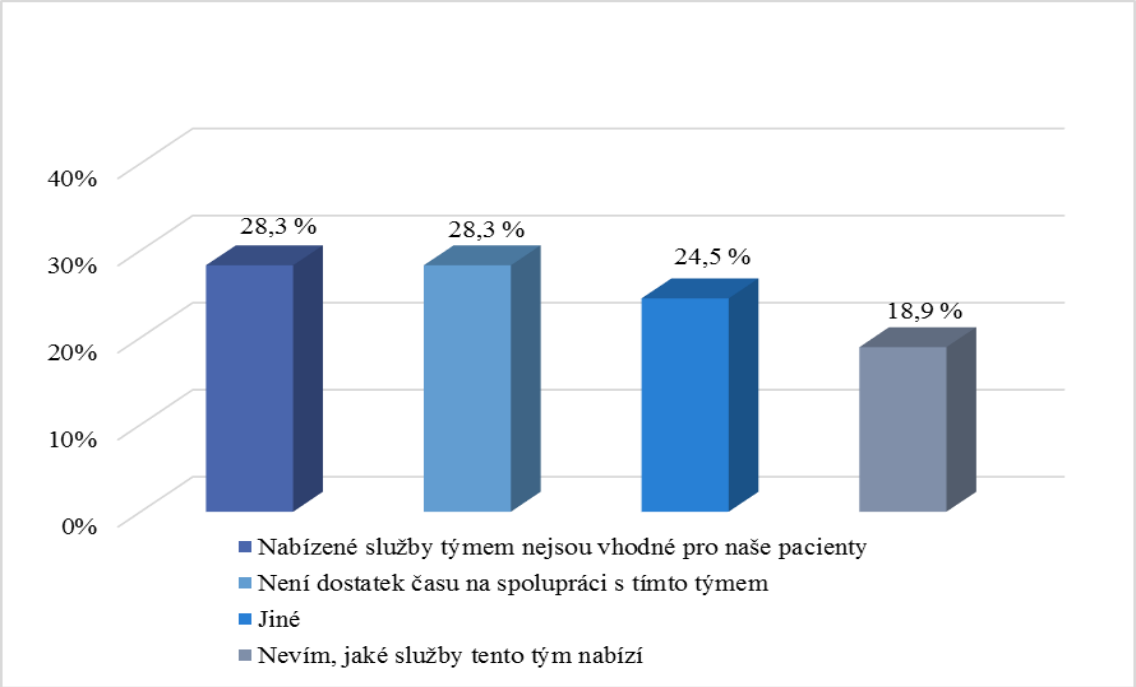
Graf 12: Zjištění, zda je spolupráce s paliativním a podpůrným týmem přínosná (autorka práce, 2021)



Graf 13: Využívání spolupráce s paliativním a podpůrným týmem (autorka práce, 2021)

Tabulka 2: Využívání spolupráce s paliativním a podpůrným týmem (autorka práce, 2021)

Interní obory	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, využíváme	101	85,6
Ne, nevyužíváme	17	14,4
Celkem	118	100,0
Chirurgické obory		
Ano, využíváme	26	92,9
Ne, nevyužíváme	2	7,1
Celkem	28	100,0
Obory intenzivní péče		
Ano, využíváme	40	54,1
Ne, nevyužíváme	34	45,9
Celkem	74	100,0



Graf 14: Důvod nevyužívání paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021)

Komentář: Téměř 90 % respondentů o existenci paliativního a podpůrného týmu mělo informaci, 10 % respondentů o existenci týmu nevědělo. Při porovnání jednotlivých oborů vyplývá, že respondenti z oborů intenzivní péče nevěděli o existenci paliativního a podpůrného týmu v takovém rozsahu jako respondenti z oborů interních a chirurgických. Paliativní a podpůrný tým působí v nemocnici dva roky, tuto informaci vědělo téměř 38 % respondentů. O tom, jak dlouho podpůrný a paliativní tým v nemocnici působí, nevědělo 46 % respondentů. Téměř 64 % respondentů udává, že informace o týmu získali od svých kolegů, téměř 53 % obdrželo informace od svých nadřízených, 33 % získalo informace

z nemocničního intranetu a téměř 27 % mělo informace ze vzdělávacích akcí. Více než polovina respondentů ví, že kompetenci zažádat o konzilium nemá sestra, ale má ji lékař. Téměř 62 % respondentů ví, že podnět ke spolupráci s paliativním a podpůrným týmem má kdokoliv z pečujících o pacienta v terminálním stadiu. Téměř 96 % respondentů vnímá působení týmu v nemocnici za přínosné a spolupráci s týmem využívá téměř 76 % respondentů. Čtvrtina respondentů nevyužívá služby týmu, protože si myslí, že nejsou vhodné pro jejich pacienty a současně nemá dostatek času pro spolupráci a neví, jaké služby tento tým nabízí. Z dalších důvodů, proč tým není využíván, jeden respondent uvedl: *„…domnívám se, že lékaři na našem oddělení si sami nepřipouští vlastní smrtelnost, a proto se snaží pacienty léčit za každou cenu a bez spolupráce paliativního týmu…“*

6.3 Analýza a interpretace k cíli č. 2

Zmapovat, jak probíhá spolupráce všeobecných sester na vybraných odděleních konkrétní nemocnice s paliativním a podpůrným týmem při péči o pacienty v terminálním stavu.

Graf 15 (bylo možné uvést více odpovědí) uvádí způsob, jakým žádá oddělení o konzilium. Ze 167 respondentů využívajících spolupráci s paliativním a podpůrným týmem (viz Graf 13) žádá o konzilium tento tým 138 oslovených (82,6 %) respondentů telefonicky, 122 respondentů (73,1 %) využívá elektronickou konziliární žádanku a 33 respondentů (19,8 %) si domlouvá konzilium osobně u pracovníků paliativního a podpůrného týmu.

Graf 16 znázorňuje četnost využívání spolupráce s paliativním a podpůrným týmem. Osmdesát respondentů (47,8 %), uvedlo, že využívá spolupráci výjimečně (několikrát do roka), několikrát měsíčně spolupracuje s týmem 41 dotázaných (24,6 %), 11 respondentů (6,6 %) využívá spolupráci denně a 10 respondentů (6,0 %) uvedlo spolupráci několikrát týdně. Dalších 21 respondentů (12,6 %) uvedlo možnosti, že *„…záleží na stavu pacientů na oddělení…“; „…je to zcela individuální…“; „…náš vedoucí lékař je současně vedoucí lékař paliatr…“; „…nepravidelně; individuálně; spolupráci využíváme dle potřeby…“*

Graf 17 (bylo možné uvést více odpovědí) znázorňuje, jakou formou probíhá průběžná komunikace při péči o pacienta v terminálním stavu mezi oddělením a paliativním a podpůrným týmem. Zde 148 respondentů (88,6 %) odpovědělo, že probíhá formou osobního setkání mezi členy týmu a oddělením a 77 dotázaných (46,1 %) uvedlo, že komunikace probíhá pomocí telefonických konzultací.

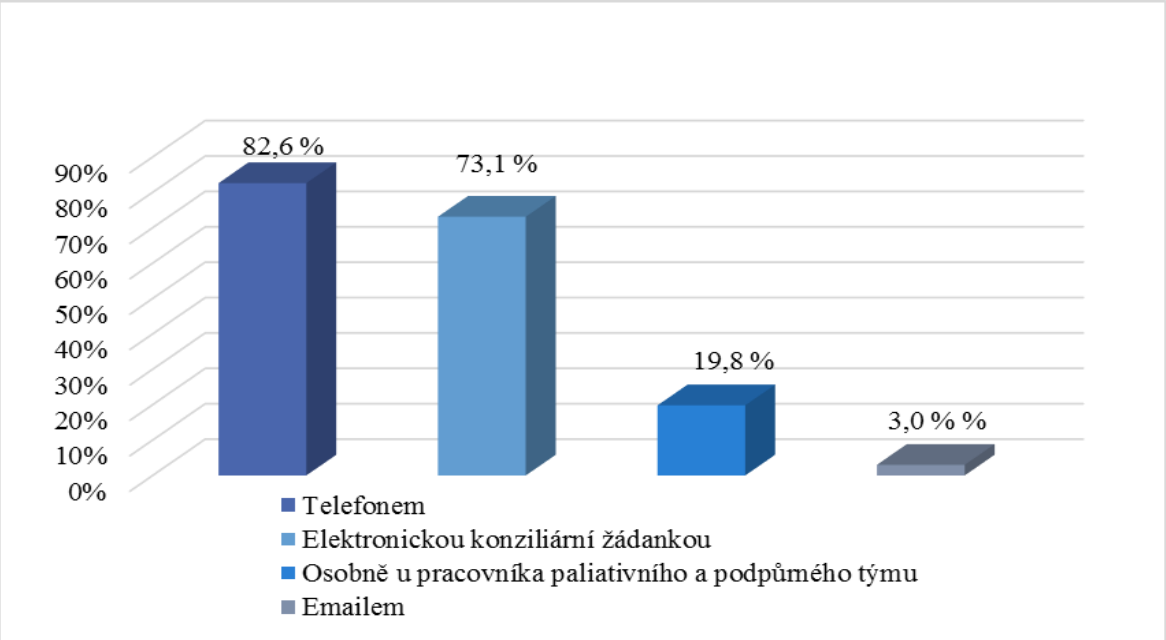
Graf 18 (bylo možné uvést více odpovědí) znázorňuje, u kterých pacientů se spolupráce s týmem využívá. Na tento dotaz 154 respondentů (92,2 %) uvedlo, že nejčastěji využívají tým u pacientů s nádorovým onemocněním, 70 respondentů (41,9 %) spolupracuje s týmem při péči u polymorbidních geriatrických pacientů, 60 respondentů (35,9 %) využívá tým při péči o pacienty v konečném stadiu chronické obstrukční plicní nemoci a přibližně stejná skupina respondentů, tj. 59 (35,3 %), využívá tým u pacientů v konečném stadiu chronického srdečního selhání. Dle 50 respondentů (29,9 %) je péče týmu využívána u pacientů s neurologickým onemocněním a téměř stejná skupina respondentů, tj. 47 (28,1 %), spolupracuje s týmem u pacientů v konečném stadiu onemocnění ledvin a podobně je tomu u pacientů v konečném stadiu jaterní cirhózy, kdy uvedlo využití týmu 46 dotázaných (27,5 %).

Graf 19 (bylo možné uvést více odpovědí) znázorňuje konkrétní situace využití týmu. Podle 114 respondentů (68,3 %) je tým nejvíce nápomocen při péči o pacienta s obtížně zvládnutelnými bolestmi, 104 respondentů (62,3 %) využívá spolupráci při řešení sociální problematiky, 85 dotázaných (50,9 %) potřebuje pomoc od týmu při zprostředkování informací o možnostech paliativní péče v místě bydliště pacienta. Dvě přibližně stejné skupiny respondentů, tj. 75 (44,9 %) a 74 respondentů (44,3 %) využívají tým při potřebě intenzivní psychologické podpory u pacienta a při komunikaci o limitaci péče. Dále uvedlo 64 dotázaných (38,3 %) využití u potřeby intenzivní psychologické podpory rodinných příslušníků, 56 respondentů (33,5 %) využilo tým při spirituální péči u pacientů a jejich blízkých a skupina 47 oslovených (28,1 %) zaznamenala využití týmu při obtížné komunikaci pacienta.

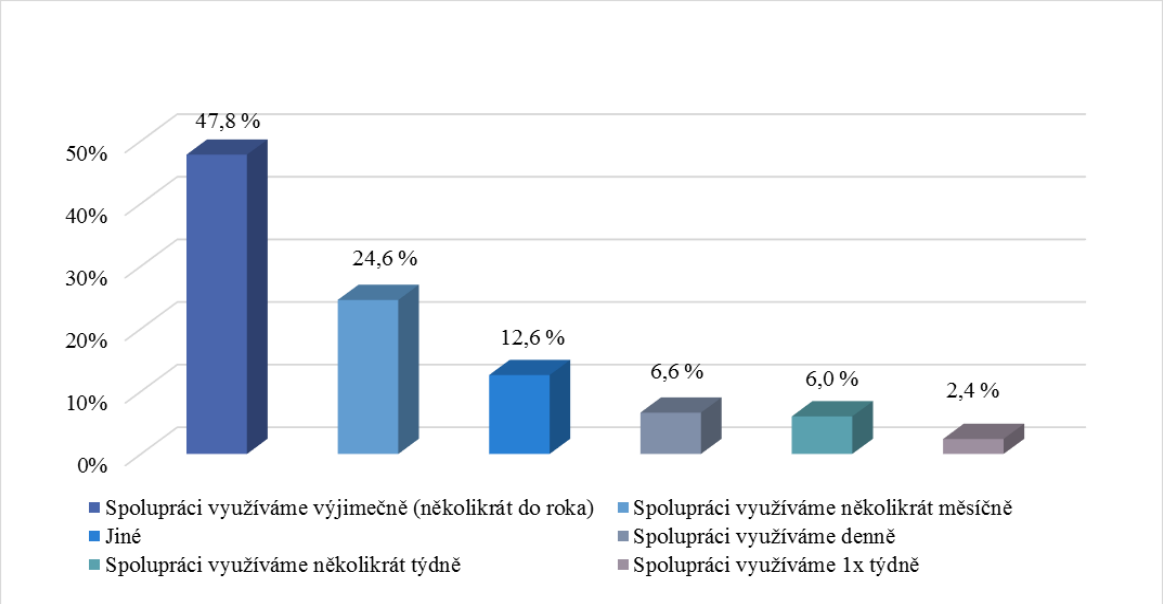
Graf 20 vyhodnocuje úroveň komunikace týmu s personálem. Zde 118 respondentů (70,6 %) hodnotí komunikaci s paliativním a podpůrným týmem výborně a dalších 36 respondentů (21,6 %) vyhodnocuje spolupráci jako chvalitebnou. Pouze 11 dotázaných (5,4 %) prezentuje spolupráci jako dobrou či dostatečnou.

Podle Tabulky 3 největší skupina 87 respondentů (52,1 %) vyhodnotila aktivity paliativního a podpůrného týmu jako dostačující a nic by neměnili. Druhou nejčastější odpověď „nevím, nic mne nenapadá“ uvedlo 15 respondentů (9,0 %). Dvanáct respondentů (7,2 %) by od paliativního a podpůrného týmu uvítalo větší zaměření na „komunikaci a vysvětlení vážného stavu pacienta, jeho blízkým a rodině“. Odpověď „možnost věnovat pacientovi v paliativní péči více času“ uvedlo celkem 11 respondentů (6,6 %) a 10 respondentů (6,0 %) je s prací týmu spokojeno.

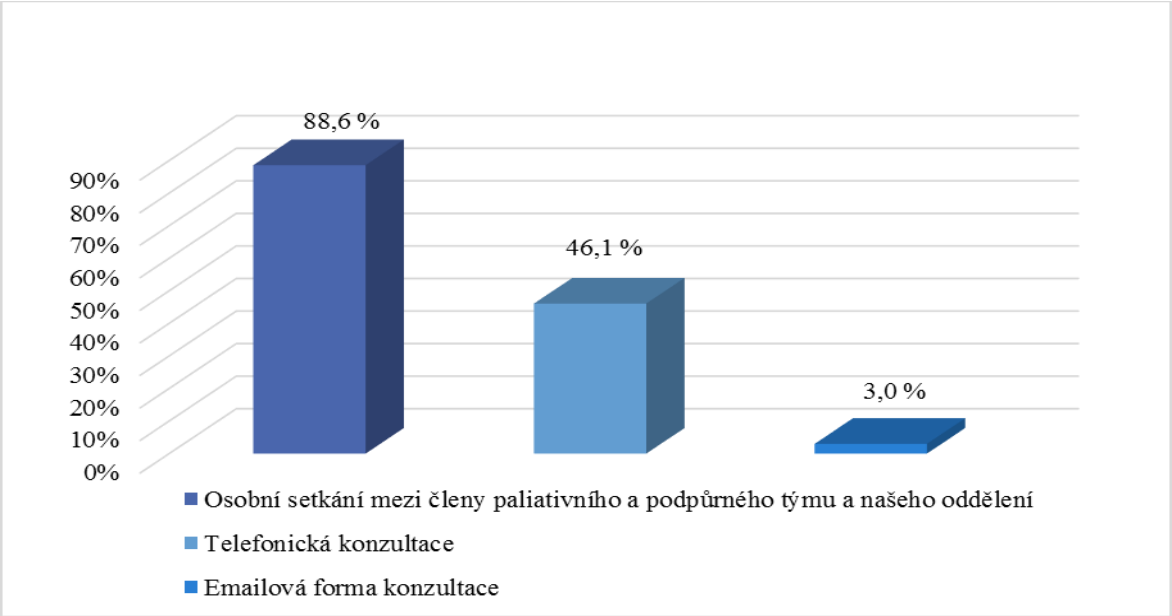
Graf 21 ukazuje, kolik oddělení má vybudovaný „rodinný pokoj“. Provozování tohoto pokoje na oddělení potvrzuje jenom 28 respondentů (16, 8 %) a zbývajících 139 respondentů (83,2 %) „rodinný pokoj“ na oddělení vybudovaný nemá. Z negativních odpovědí je potěšující informace, že devět respondentů (5,4 %) uvádí plánované vybudování pokoje do budoucna.



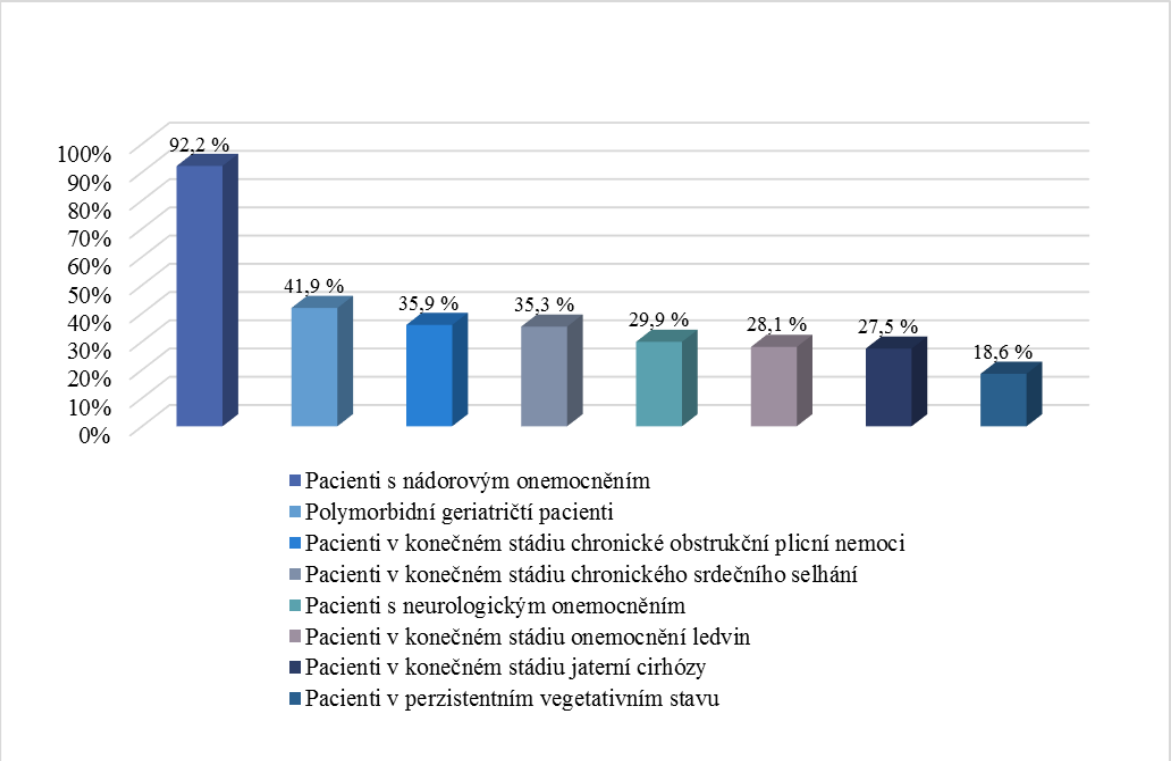
Graf 15: Způsob, jakým žádá oddělení o konzilium (autorka práce, 2021)



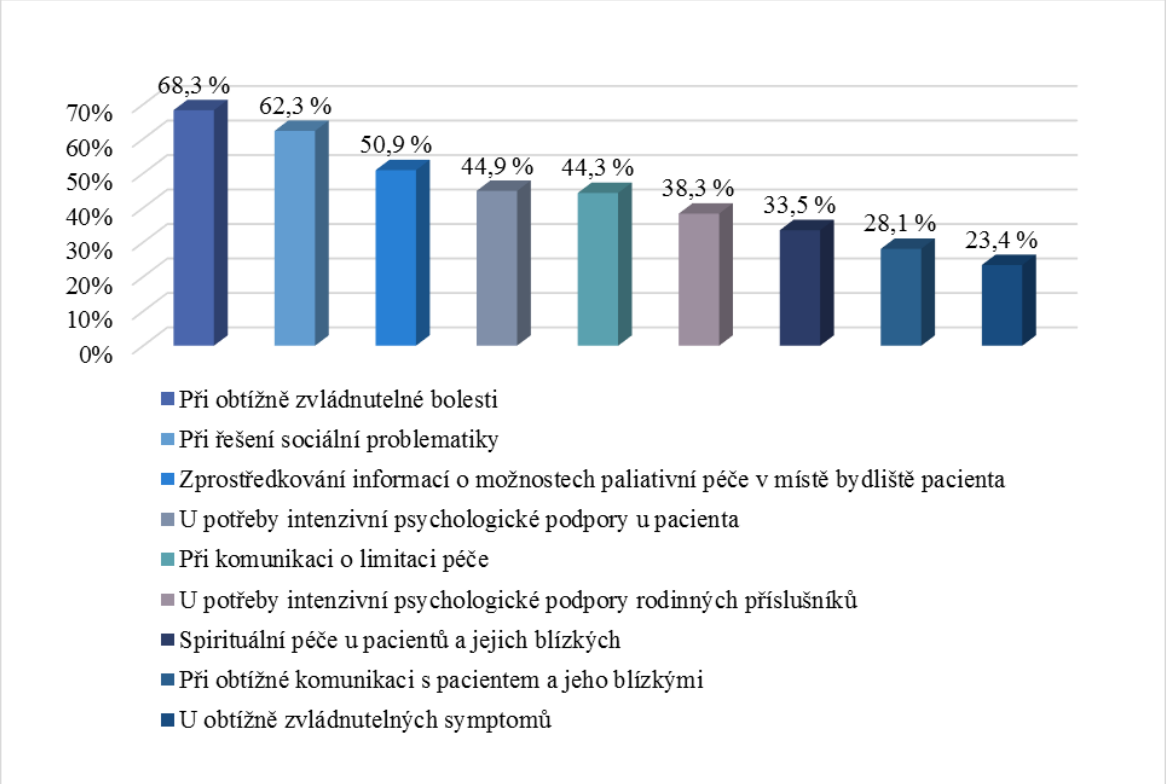
Graf 16: Frekvence využití spolupráce s paliativním a podpůrným týmem (autorka práce, 2021)



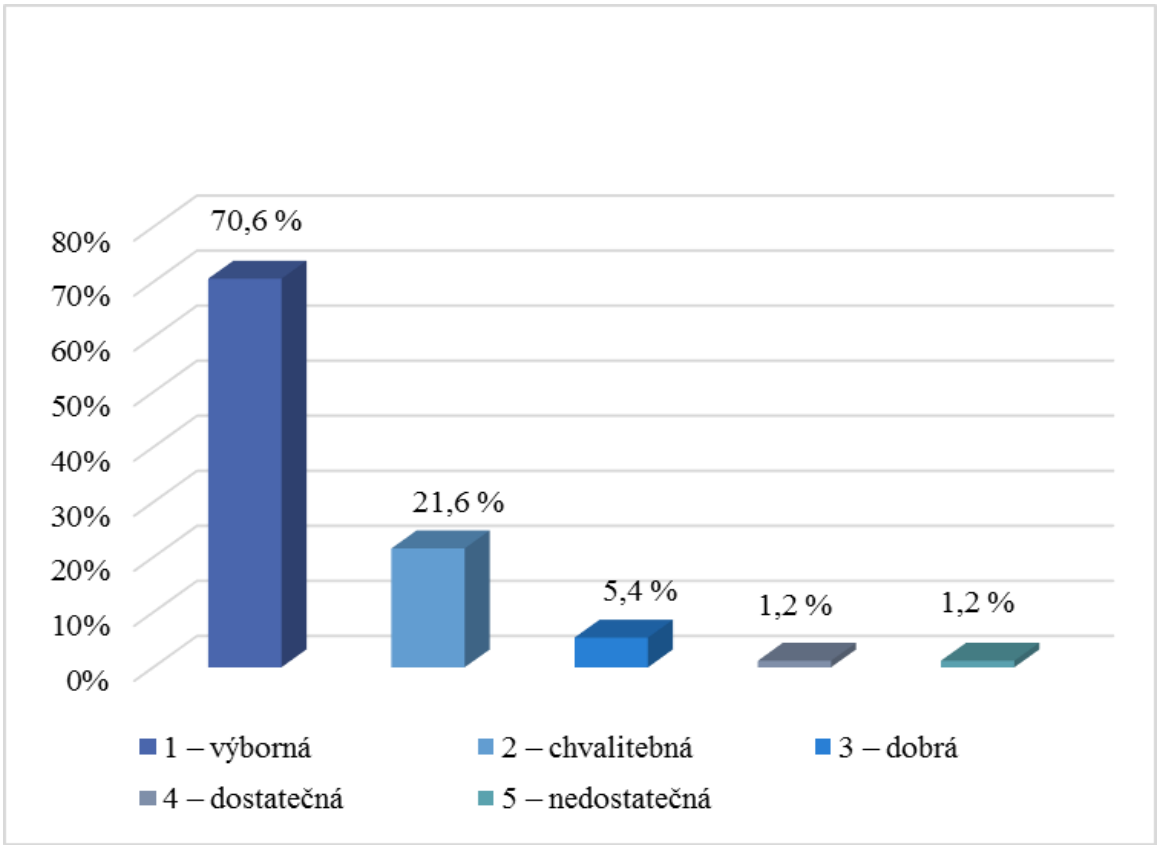
Graf 17: Způsob průběžné komunikace oddělení s týmem (autorka práce, 2021)



Graf 18: Skladba pacientů, u kterých se využívá spolupráce s týmem (autorka práce, 2021)



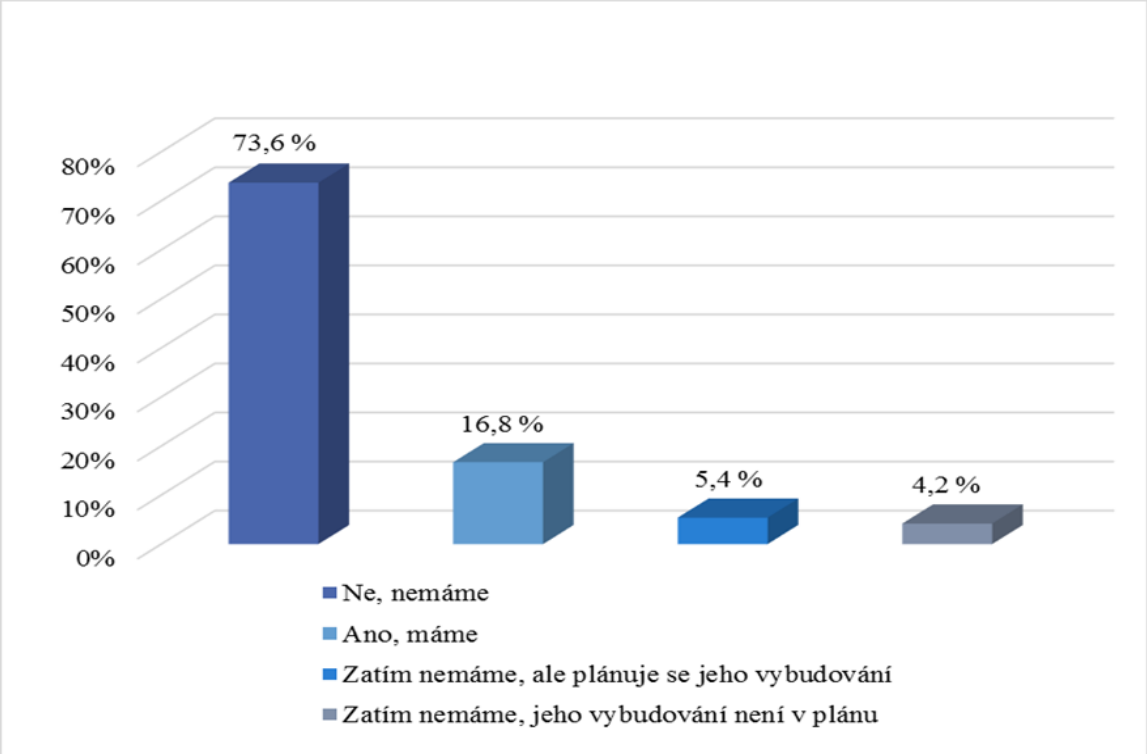
Graf 19: Konkrétní situace, při kterých oddělení využívá tým (autorka práce, 2021)



Graf 20: Hodnocení komunikace týmu s ošetřovatelským personálem (autorka práce, 2021)

Tabulka 3: Doporučené návrhy aktivit pro tým (autorka práce, 2021)

Nejčastější odpovědi	**Absolutní četnost (N)**	**Relativní četnost (%)**
Nic, žádné	87	52,1
Nevím, nic mne nenapadá	15	9,0
Komunikace a vysvětlení vážného stavu pacienta jeho blízkým a rodině	12	7,2
Možnost věnovat pacientovi v paliativní péči více času	11	6,6
Jsme spokojeni	10	6,0
Více časového prostoru pro personál na oddělení ke komunikaci a spolupráci s paliativním týmem	9	5,4
Školení rodinných příslušníků pacienta	4	2,4
Konzultace psychologa pro pacienty a jejich příbuzné	4	2,4
Nutriční terapeutku a nastavení individuálního stravování	3	1,8
Vytvoření paliativního pokoje	3	1,8
Možnost využít kanisterapii	3	1,8
Častější návštěvy našeho oddělení	2	1,2
Vzdělávat veřejnost	2	1,2
Využití muzikoterapie	2	1,2
Celkem	167	100,0



Graf 21: Množství vybudovaných „rodinných pokojů“ na oddělení (autorka práce, 2021)

Komentář: Více než 80 % respondentů žádá podpůrný a paliativní tým o konzilium telefonicky, 73 % respondentů uvádí, že využívá elektronickou konziliární žádanku a 20 % si domlouvá konzilium osobně s lékařem nebo sestrami týmu. Téměř polovina oslovených respondentů využívá spolupráci s paliativním a podpůrným týmem několikrát do roka a několikrát měsíčně ji využívá téměř čtvrtina oslovených. Téměř 90 % respondentů uvedlo, že průběžná komunikace při péči o pacienta v terminálním stadiu probíhá formou osobního setkání členů týmu a pracovníky oddělení. Téměř 93 % respondentů uvedlo, že nejčastěji spolupracují s paliativním týmem u pacientů s nádorovým onemocněním a téměř 68 % respondentů využívá tým při péči o pacienta s obtížně zvládnutelnými bolestmi. Sedmdesát procent respondentů udává, že komunikace s paliativním a podpůrným týmem je výborná. Více než polovina respondentů vyhodnotila aktivity paliativního a podpůrného týmu jako dostačující a nemají potřebu, aby byly činnosti týmu rozšiřovány. Vybudované zázemí pro paliativní pacienty formou speciálních rodinných pokojů zatím na odděleních není standardem a potvrdilo to i naše výzkumné šetření, kdy pouze 17 % respondentů uvádí, že tento pokoj mají zřízený na svých odděleních.

6.4 Analýza a interpretace k cíli č. 3

Zjistit, zda mají všeobecné sestry v konkrétní nemocnici zájem o vzdělávání v paliativní péči.

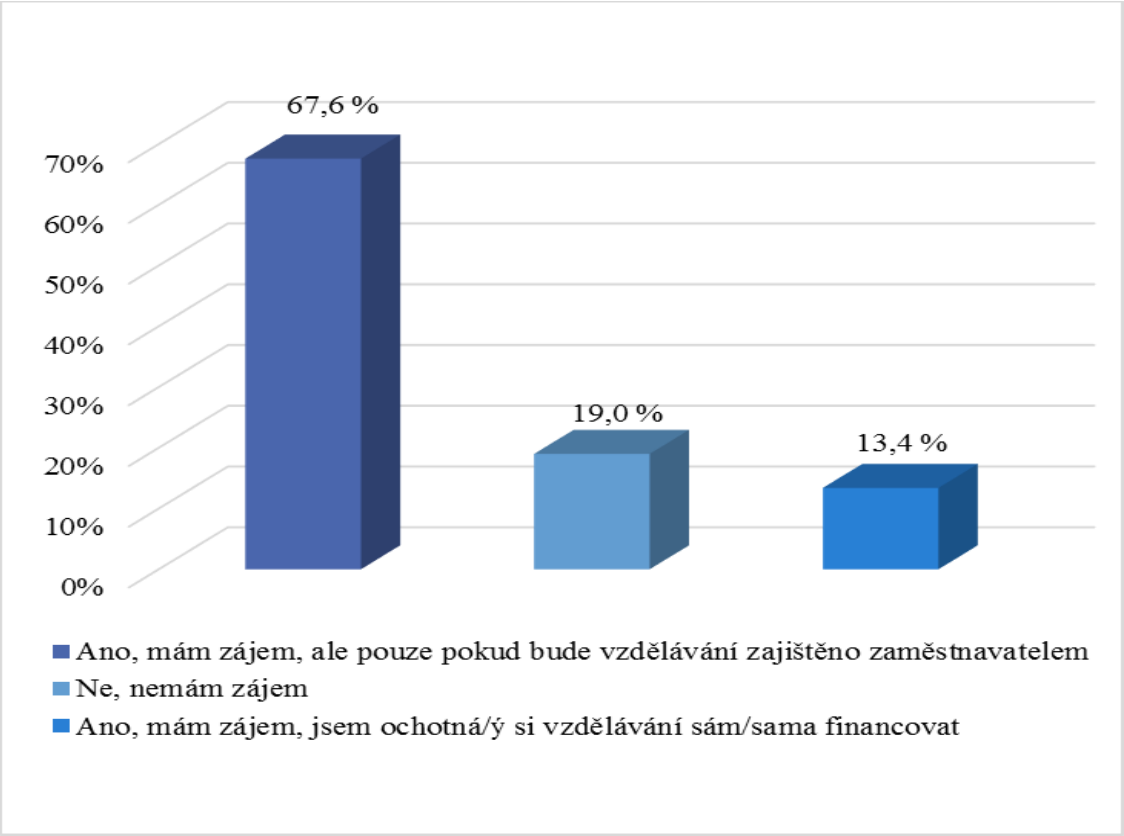
Z Grafu 22 vyplývá, že zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče má 200 respondentů (81,0 %), ale z toho 167 respondentů (67,6 %) podmiňuje vzdělávání, pouze pokud bude zajištěno zaměstnavatelem. Dále 47 dotázaných (19,0 %) o vzdělávání nemá zájem. Důvody nezájmu o vzdělávání v oblasti paliativní péče jsou uvedeny v Tabulce 4.

Graf 23 (bylo možné uvést více odpovědí) zmapoval, jaký způsob vzdělávání v paliativní péči respondenti preferují. Nejvíce respondentů, tj. 112 (56,0 %), preferuje jako formu vzdělávání kurzy a dalších 96 dotázaných (48,0 %) má zájem o vzdělávání formou přednášek, popř. e-přednášek. Dalších 79 respondentů (39,5 %) by se raději účastnilo seminářů či webinářů a přibližně stejná skupina respondentů, 58 (29,0 %) a 57 (28,5 %), se chce vzdělávat formou konferencí, či e-konferencí i absolvováním specializačního vzdělávání.

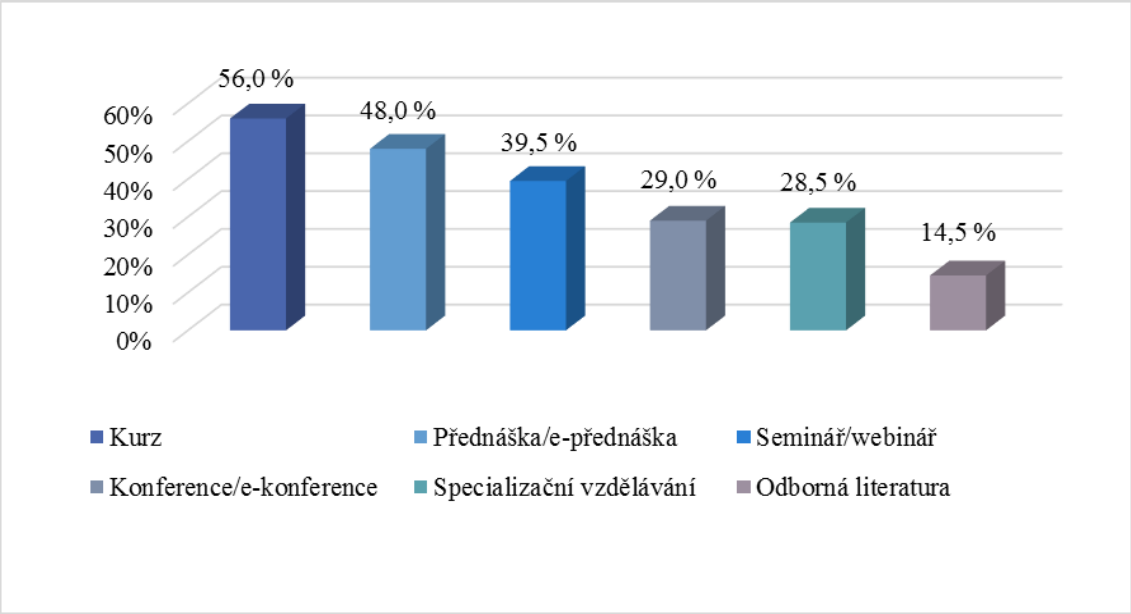
V Tabulce 4 jsou zaznamenány všechny odpovědi respondentů, kteří uvedli, že nemají zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče. Ve zkoumaném souboru 47 respondentů uvedlo nejvyšší počet, a to 18 respondentů (38,3 %), že si nejsou jistí, ale zatím zájem nemají.

Z Grafu 24 vyplývá, že z oslovených 247 respondentů mělo zájem o seminář 192 respondentů (77,7 %) a 55 respondentů (22,3 %) se nechtělo vzdělávat ani formou seminářů. Z Tabulky 5 vyplývá, že zájem o seminář má z chirurgických oborů 25 respondentů (89,3 %), z oboru intenzivní péče 73 (78,5 %) respondentů a 94 respondentů (74,6 %) z interních oborů.

Graf 25 znázorňuje, že 191 respondentů (77,3 %) zatím nemá žádné vzdělání v oblasti paliativní péče. Podstatně menší část 56 respondentů (22,7 %) absolvovalo vzdělání v této oblasti již dříve a konkrétní druhy absolvovaných vzdělávacích aktivit upřesňuje Tabulka 6.



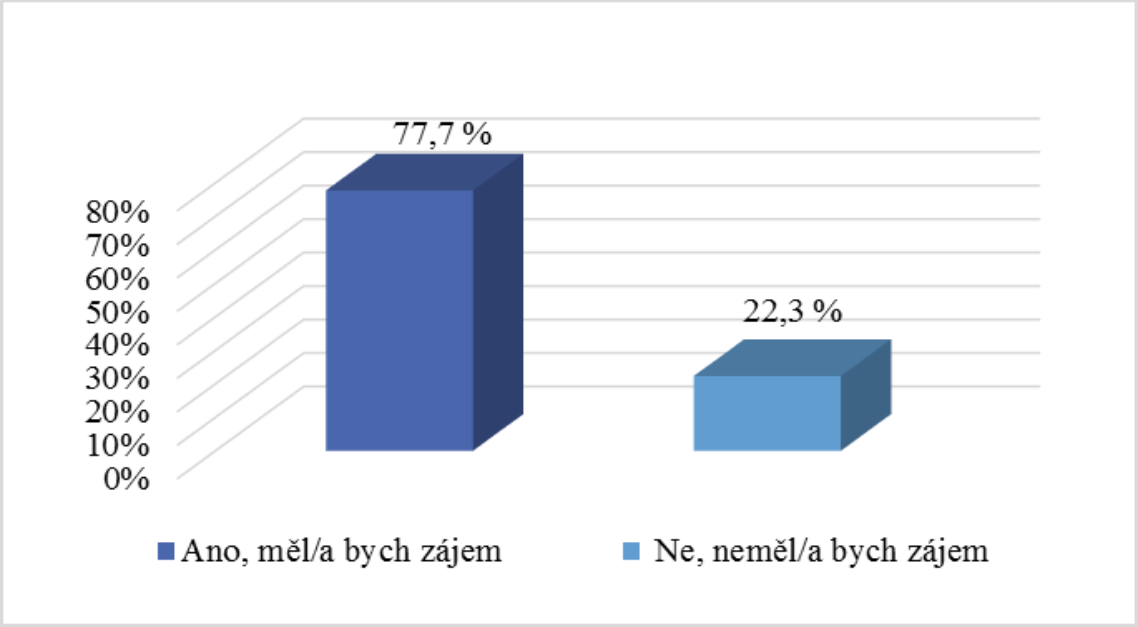
Graf 22: Zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče (autorka práce, 2021)



Graf 23: Preference způsobu vzdělávání v oblasti paliativní péče (autorka práce, 2021)

Tabulka 4: Důvod nezájmu o vzdělávání v oblasti paliativní péče (autorka práce, 2021)

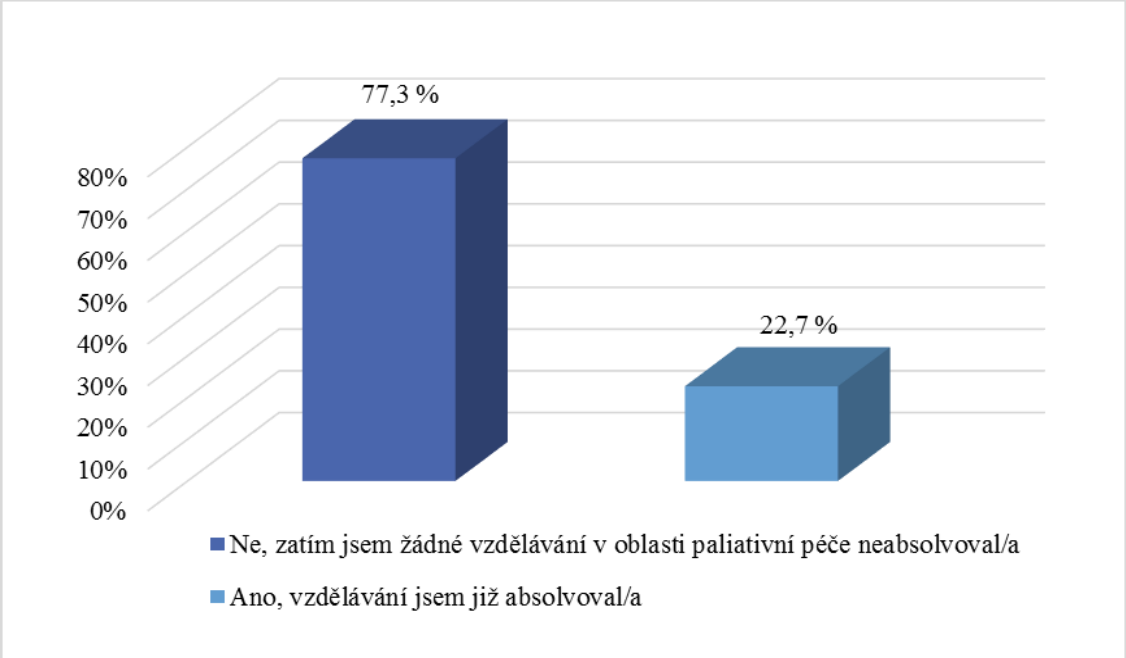
Nejčastější odpovědi	**Absolutní četnost (N)**	**Relativní četnost (%)**
Nevím, zatím zájem nemám	18	38,3
Zaměřuji se na intenzivní medicínu	6	12,8
Neláká mne to	5	10,6
Nedostatek času	4	8,5
Pracovní a osobní vytíženost	4	8,5
Není to pro mne zajímavé téma	2	4,3
Mám jiné zájmy, v jiných oblastech	2	4,3
Kurz jsem již absolvoval/a	2	4,3
Vysoký věk	1	2,1
Základní informace mám, jinak je tu od toho paliativní tým	1	2,1
Dostatečná praxe	1	2,1
Paliativní péče je velmi náročná na psychiku	1	2,1
Celkem	47	100,0



Graf 24: Zjištění zájmu o seminář paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021)

Tabulka 5: Zjištění zájmu o seminář paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021)

Interní obory	**Absolutní četnost (N)**	**Relativní četnost (%)**
Ano, měl/a bych zájem	94	74,6
Ne, neměl/a bych zájem	32	25,4
Celkem	126	100,0
Chirurgické obory		
Ano, měl/a bych zájem	25	89,3
Ne, neměl/a bych zájem	3	10,7
Celkem	28	100,0
Obory intenzivní péče		
Ano, měl/a bych zájem	73	78,5
Ne, neměl/a bych zájem	20	21,5
Celkem	93	100,0



Graf 25: Absolvované vzdělání respondentů v oblasti paliativní péče (autorka práce, 2021)

Tabulka 6: Absolvované vzdělání respondentů v oblasti paliativní péče (autorka práce, 2021)

Nejčastější odpovědi	**Absolutní četnost (N)**	**Relativní četnost (%)**
Kurz ELNEC	27	48,2
Seminář Paliativního a podpůrného týmu	15	26,8
Přednáška na téma paliativní péče	7	12,5
V rámci vysokoškolského či specializačního vzdělávání	4	7,1
Základní kurz paliativní péče v bývalém zaměstnání	1	1,8
Přednášky v rámci Geriatrických dnů	1	1,8
PAHOP seminář	1	1,8
Certifikovaný kurz (SZŠ a VOŠZ Zlín)	1	1,8
Celkem	56	100,0

Komentář: Z výzkumného šetření vyplynulo, že respondenti mají o vzdělávání v oblasti paliativní péče zájem; 81 % respondentů se v této oblasti má zájem vzdělávat, z toho téměř 68 % respondentů podmiňuje vzdělávání tím, že bude financováno a zprostředkováno zaměstnavatelem. Kurzy jako formu vzdělávání preferuje 56 % respondentů, 48 % respondentů má zájem o vzdělávání formou přednášek, popř. e-přednášek a téměř 40 % respondentů by se raději účastnilo seminářů či webinářů. Z celkového souboru respondentů by mělo 78 % zájem o seminář či webinář, který by organizoval paliativní a podpůrný tým. Zájem o seminář má 90 % respondentů z chirurgických oborů, 79 % respondentů z oboru intenzivní péče a 75 % respondentů z interních oborů.

7 DISKUZE

Cílem č. 1 bylo zjistit, jak jsou všeobecné sestry na vybraných odděleních konkrétní nemocnice obeznámeny s působením paliativního a podpůrného týmu.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že téměř 90 % respondentů o existenci paliativního a podpůrného týmu mělo informaci a 10 % respondentů o existenci týmu nevědělo. Při porovnání jednotlivých oborů vyplývá, že respondenti z oborů intenzivní péče nevěděli o existenci týmu v takovém rozsahu jako respondenti z oborů interních a chirurgických.

Paliativní a podpůrný tým působí v nemocnici dva roky, tuto informaci vědělo téměř 38 % respondentů. O tom, jak dlouho tento tým v nemocnici působí, nevědělo 46 % respondentů. Téměř 64 % respondentů udává, že informace o týmu získali od svých kolegů, téměř 53 % obdrželo informace od svých nadřízených, 33 % získalo informace z nemocničního intranetu a téměř 27 % mělo informace ze vzdělávacích akcí. Deset procent respondentů o týmu nevědělo, a proto je žádoucí, aby byly pravidelně aktualizovány na stránkách webu a intranetu konkrétní informace a články o týmu, které by upozornily na jeho aktivity. Během analýzy dat jsme zjistili, že informace o týmu neměli převážně respondenti s dobou praxe do 5 let.

Třicet pět procent respondentů si myslí, že podnět ke spolupráci s paliativním a podpůrným týmem, může dát pouze ošetřující lékař, ale není tomu tak, podnět ke spolupráci s paliativním týmem mohou dát, lékař, sám pacient, jeho nejbližší nebo členové multiprofesního týmu. Obdobné výsledky jako my ve svém výzkumu zjistila i autorka Prochová (2020, s. 39), která uvádí, že 35,29 % respondentů si myslelo, že podnět může dát pouze lékař. Více než polovina respondentů v našem výzkumném šetření uvedla správně, že podnět mohou dát všichni zúčastnění. Naše zjištění odpovídají údajům autorky Prochové, (2020, s. 39), která uvádí, že 46 % respondentů v jejím výzkumu ví, kdo může podat podnět ke spolupráci s paliativním týmem.

Více než polovina respondentů ví, že kompetenci zažádat o konzilium nemá sestra, ale pouze lékař. Intervenci paliativního a podpůrného týmu indikuje jako žádost o konzilium ošetřující lékař hospitalizovaného pacienta, dle zvyklostí oddělení (Sláma, Krejčí a Ambrožová 2019, s. 33). Téměř 96 % respondentů vnímá působení týmu v nemocnici za přínosné. Paliativní a podpůrné týmy zajišťují a zlepšují péči o umírající v České republice, a to systematicky napříč celým zdravotnickým systémem (Centrum Paliativní péče).

Více než tři čtvrtiny respondentů na svých oddělení využívají spolupráci s paliativním a podpůrným týmem. Služby týmu více využívají chirurgické a interní obory. Necelá čtvrtina respondentů uvedla, že s týmem nespolupracují, protože nabízené služby nejsou vhodné pro jejich pacienty a nemají dostatek času na tuto spolupráci. Myslíme si, že spolupráce s paliativním a podpůrným týmem, který poskytuje specializovanou paliativní péči s důrazem na multidisciplinaritu je přínosná pro všechna oddělení, kde bylo výzkumné šetření prováděno, a je nutné integrovat paliativní přístup do běžného chodu nemocnice, protože jeho působení je pro pacienty s pokročilou nemocí přínosné.

V rámci cíle č. 2 jsme zmapovali, jak probíhá spolupráce všeobecných sester na vybraných odděleních konkrétní nemocnice s paliativním a podpůrným týmem při péči o pacienty v terminálním stavu. Více než 80 % respondentů žádá paliativní a podpůrný tým o konzilium telefonicky, 73 % respondentů uvádí, že využívá elektronickou konziliární žádanku a 20 % si domlouvá konzilium osobně s lékařem nebo sestrami týmu. Téměř polovina oslovených respondentů využívá spolupráci s týmem několikrát do roka a několikrát měsíčně ji využívá téměř čtvrtina oslovených. Téměř 90 % respondentů uvedlo, že průběžná komunikace při péči o pacienta v terminálním stadiu probíhá formou osobního setkání členů týmu a pracovníky oddělení. Téměř 93 % respondentů uvedlo, že nejčastěji spolupracují s paliativním týmem u pacientů s nádorovým onemocněním a téměř 68 % respondentů využívá tým při péči o pacienta s obtížně zvládnutelnými bolestmi. Bolest je jedním z nejčastějších a nejobávanějších klinických symptomů nádorového onemocnění a podle Světové zdravotnické organizace v době stanovení diagnózy trpí bolestí 30 % pacientů (Vorlíček, Abrhámová a Vorlíčková, 2006, s. 130). Více než 40 % respondentů uvádí, že služby týmu využívají na svých odděleních u polymorbidních geriatrických pacientů a více než třetina respondentů uvádí, že spolupracují s týmem při péči o pacienty v konečném stadiu chronické obstrukční plicní nemoci. Více než 70 % respondentů udává, že komunikace s paliativním a podpůrným týmem je výborná a více než polovina respondentů vyhodnotila aktivity paliativního a podpůrného týmu jako dostačující a nemají potřebu, aby byly činnosti týmu rozšiřovány. Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice) zvyšuje dostupnost kvalitní paliativní péče pro pacienty, zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových odděleních. Posiluje kontinuitu péče a pacient tak má možnost zůstat na oddělení, kde byl doposud léčen a které zná (Sláma a Špinka, 2004, s. 26).

Pro práci paliativního a podpůrného týmu je důležité zajistit pacientovo soukromí a zázemí, proto je snahou týmu vybudování speciálních „rodinných pokojů“ na odděleních, které nejčastěji využívají jeho služby. Zvláštní formu lůžkové paliativní péče v nemocnici představují samostatná lůžka paliativní péče v rámci jiného lůžkového oddělení. V praxi se jedná nejčastěji o vyčlenění jednoho nebo více jednolůžkových pokojů, které jsou určeny k péči o pacienty v terminálním stavu. Vybavení těchto pokojů obvykle kromě zajištění komfortu a soukromí také umožňuje trvalou přítomnost blízkých osob a návštěv. Terminologicky bývají tato lůžka označována jako paliativní lůžka, nebo tzv. rodinné pokoje (Sláma, Krejčí a Ambrožová 2019, s. 37–38). Vybudované zázemí pro paliativní pacienty formou speciálních rodinných pokojů zatím na vybraných odděleních není standardem a potvrdilo to i naše výzkumné šetření, kdy pouze necelých 20 % respondentů uvádí, že tento pokoj mají zřízený na svých odděleních a 5 % respondentů uvádí, že se na jejich oddělení plánuje vybudování tohoto typu pokoje.

Cíl č. 3 zjišťoval, zda mají všeobecné sestry v konkrétní nemocnici zájem o vzdělávání v paliativní péči. Výsledky šetření prokázaly zájem více než 80 % respondentů o vzdělávání v tomto oboru. Naše zjištění se shoduje s výsledky uvedenými v diplomové práci autorky Michaely Kaňové (2013, s. 99). Z jejího výzkumného šetření vyplynulo, že zájem o vzdělávání v paliativní péči projevilo 89,61 % respondentů.

Z našeho šetření vyplynulo, že respondenti mají velký zájem o vzdělávání v paliativní péči, ale téměř 68 % podmiňuje vzdělávání tím, že bude financováno a zajištěno zaměstnavatelem. Autorka Kaňová (2013, s. 99) uvádí ve své práci, že 24,5 % respondentů podmiňovalo vzdělávání v paliativní péči tím, že bude zajištěno zaměstnavatelem. Myslíme si, že výrazný rozdíl mezi naším a jejím zjištěním je dán odlišnou nabídkou vzdělávacích aktivit před rokem 2013 a nyní. V současné době je k dispozici poměrně rozsáhlá nabídka vzdělávacích kurzů a seminářů v paliativní péči. Další roli zde mohla sehrát skutečnost, že před rokem 2013, kdy byl výzkum autorky Kaňové realizován, všeobecné sestry potřebovaly získávat kredity za celoživotní vzdělávání pro splnění podmínek registrace, která je opravňovala k výkonu povolání bez odborného dohledu a byly ochotny si kurzy a semináře financovat z vlastních prostředků, což v současné době není takto nastaveno.

Téměř polovina respondentů preferovala vzdělávání formou kurzů a přednášek (webinářů), což je v dnešní době nejreálnější forma vzdělávání, protože může probíhat online.

Z celkového počtu respondentů by měly více než tři čtvrtiny zájem o seminář či webinář, který by organizoval paliativní a podpůrný tým. Zájem o seminář má 90 % respondentů

z chirurgických oborů, 79 % respondentů z oboru intenzivní péče a 75 % respondentů z interních oborů.

Téměř 20 % dotázaných o vzdělávání v oblasti paliativní péče zájem neprojevilo, převážně se to týkalo respondentů pracujících na odděleních intenzívní péče. Tito respondenti upřednostňují vzdělávání ve svém oboru. Myslíme si, že se do tohoto postoje zrcadlí také složitá pandemická situace a velká vytíženost zdravotnického personálu. Nedomníváme se, že by odpovědi jednoznačně ukazovaly nezájem o vzdělávání v této oblasti, spíše objasňují důvody, proč sestry nemají prostor a čas se vzdělávat.

Praktickým výstupem práce bylo zajištění a realizace odborné přednášky všeobecných sester a dalších členů z paliativního a podpůrného týmu pro studenty Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, oboru Všeobecná sestra v prezenční formě studia. Přednášky se účastnily studentky 3. ročníku. Cílem bylo přiblížit studentkám problematiku paliativní péče a objasnit rozsah konkrétních činností tohoto týmu. Celá přednáška byla nahrána a uložena v Microsoft Teams a fotodokumentace se nachází v Příloze V. Přednáška proběhla v rámci výuky předmětu Ošetřovatelství v onkologii a radioterapii. Paliativní a podpůrný tým projevil zájem o nahrávku zrealizované přednášky. Chtěli by ji umístit na webových stránkách nemocnice, aby sloužila pro laickou veřejnost i zdravotníky k rozšíření povědomí o jejich aktivitách.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje paliativní péči z pohledu všeobecných sester. V teoretické části je charakterizována paliativní péče, popsány její formy, specifikována problematika pacienta a všeobecné sestry v paliativní péči. V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky kvantitativního výzkumného šetření, ve kterém bylo pomocí dotazníku zjišťováno, jak jsou všeobecné sestry obeznámeny s působením paliativního a podpůrného týmu a jak probíhá spolupráce s tímto týmem v konkrétní nemocnici.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že téměř 90 % respondentů má o existenci paliativního a podpůrného týmu informace. Informace o týmu nemají respondenti s dobou praxe do 5 let. Více než 60 % respondentů udává, že informace o týmu získali od svých kolegů a více než polovina od nadřízených. Téměř 96 % respondentů vnímá působení týmu v nemocnici za přínosné a s týmem spolupracuje na svých odděleních téměř 76 % respondentů. Více než 80 % respondentů žádá paliativní a podpůrný tým o konzilium telefonicky. Více než 90 % respondentů uvedlo, že nejčastěji spolupracují s paliativním týmem při péči o pacienty s nádorovým onemocněním, a téměř 68 % respondentů využívá spolupráci při péči o pacienty s obtížně zvládnutelnými bolestmi. Více než 70 % respondentů udává, že komunikace s paliativním a podpůrným týmem je výborná. Paliativní a podpůrný tým hraje důležitou roli při poskytování celkové péče o pacienta se závažným onemocněním a jeho cílem je zlepšit kvalitu života pacienta i jeho rodiny.

Vybudované zázemí pro paliativní pacienty formou speciálních paliativních nebo rodinných pokojů zatím na vybraných odděleních není standardem, pouze necelých 20 % respondentů potvrzuje existenci tohoto pokoje na jejich oddělení.

Z výzkumu vyplynulo, že více než 80 % respondentů má zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče, ale z toho téměř 70 % respondentů je ochotno se vzdělávat pouze zajistí-li vzdělávací aktivitu zaměstnavatel.

Při péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci je potřeba mít erudované a vzdělané sestry, a proto je důležité, aby jim vzdělávání bylo umožněno, např. formou seminářů či webinářů.

Zjištěním uvedených informací se nám podařilo naplnit zadané cíle naší práce. Praktickým výstupem práce bylo uspořádání online přednášky členy paliativního a podpůrného týmu, která vedla k objasnění rozsahu konkrétních činností a náplni práce paliativního a podpůrného týmu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk a kol., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2539-5.

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přepracované. a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.

BUŽGOVÁ, Radka a kol., 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* [online]. Solen, 7(6), 310-314 [cit. 2021-04-28]. Dostupné z: https://solen.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf

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

Centrum Paliativní péče [online]. [cit. 2021-5-11]. Dostupné z: https://paliativnicentrum.cz/

Cyklus online kurzů. Paliativní péče. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 19.04.2021]. Dostupné z: https://paliativnicentrum.cz/kurzy/paliativni-pece

ČÁP, Juraj, Marián PALENČÁR a Radka KURUCOVÁ, 2016. *Ľudská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania.* Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-448-3.

DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných.* Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.

GŘIVA, Martin, 2018. *Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-481-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika.* Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HILLMAN, Ken, 2018. *Kapačka, cévka, houkačka: jak jsme zapomněli normálně stárnout a pokojně umírat.* V Praze: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-44-7.

Intenzivní kurz komunikace závažných zpráv. ESPERO. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2021-05-09]. Dostupné z: https://paliativnicentrum.cz/kurzy/espero

KABELKA, Ladislav a Ondřej SLÁMA, 2017. *Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)*. Zdravotnictví a medicína. Mladá fronta, 2017(5), 4-5.

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

KABELKA, Ladislav, a2020. *Jak vznikla specializovaná paliativní péče v České republice.* Paliativní medicína. ISBN 978-80-270-8412-8.

KABELKA, Ladislav, b2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1688-1.

KALA, Miroslav a Zlatica DORKOVÁ, 2017. *Paliativní a hospicová péče: Studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [cit. 2018-11-14]. ISBN 978-80-7454668-6. Dostupné z: http://hdl.handle.net/10563/41526

KAŇOVÁ, Michaela. 2011. *Možnosti vzdělávání sester v paliativní péči – zkušenosti z kurzu ELNEC*. Linkos. [online]. [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/moznosti-vzdelavani-sester-v-paliativni-peci-zkusenosti-z-kurzu-elnec/

KAŇOVÁ, Michaela, 2013. *Vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Marta Šenkyříková. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/d77kb/

KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.

KLIMEŠ, David, 2021. *Covid odkryl, jak velkým tabu se umírání stalo. Upínáme se k iluzím, říká lékař.* Aktuálně.cz [online]. [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: https://zpravy.aktualne.cz/domaci/covid-odkryl-jak-velkym-tabuseumiranistaloupinamese-k-i/r~ad014c505e6e11ebb0f60cc47ab5f122/

KOLÁŘOVÁ, Zdenka, a2020. *I přes úspěchy se paliativní péče stále ještě bojíme.* Medical Tribune CZ [online]. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/clanek/45478-i-pres-uspechy-se-paliativni-pece-stale-jeste-bojime

KOLÁŘOVÁ, Zdenka, b2020. *Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře.* Medical Tribune CZ [online]. [cit. 09.05.2021]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/clanek/45698-paliativni-pece-v-ordinaci-praktickeho-lekare

KONOPÁČOVÁ, A., 2017. Paliativní péče v zařízení následné péče (LDN). *Geriatrie a Gerontologie*. 6 (2), 83-86.

Konziliární paliativní týmy zkracují hospitalizaci, 2020. *Medical Tribune CZ* [online]. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/clanek/46143-konziliarni-paliativni-tymy-zkracuji-hospitalizaci

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1992. *Hovory s umírajícími*. Signum unitatis. ISBN 80-85439-04-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

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

KURUCOVÁ, Radka, Katarína ŽIAKOVÁ a Jana NEMCOVÁ, 2017. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej* starostlivosti. 2. upravené a doplnené vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-457-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

LOUČKA, Martin, 2021. *Řekni mi – jak mluvit o hodnotách a preferencích v závěru života?* Centrum paliativní péče [online]. [cit. 2021-05-04]. Dostupné z: https://paliativnicentrum.cz/webinare/rekni-mi-jak-mluvit-o-hodnotach-a-preferencich-v-zaveru-zivota

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

MARKOVÁ, Alžběta, 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy.* 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.

MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN, 2019. *Palliative care nursing: quality care to the end of life.* Fifth edition. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-2719-8.

Nemocniční paliativní péče není jen pomocí na samém konci života, 2018. *Medical Tribune CZ* [online]. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/clanek/43230-nemocnicni-paliativni-pece-neni-jen-pomoci-na-samem-konci-zivota

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

OPATRNÁ, Marie, 2017. *Etické problémy v onkologii.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4522-3.

Paliativní kurz pomáhá sestrám vyrovnat se s náročnou péčí o těžce nemocné a umírající, 2020. *Nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně* [online]. [cit. 2021-04-15]. Dostupné z: https://www.kntb.cz/paliativni-kurz-pomaha-sestram-vyrovnat-se-s-narocnou-peci-o-tezce-nemocne-a-umirajici

Paliativní péče. *Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Zlín.* [online]. [cit. 2021-04-15]. Dostupné z: https://www.szszlin.cz/dalsi-vzdelavani-dospelych/prihlaseni-ke-vzdelavani/detail/73/

Paliativní péče v nemocnici. *Centrum paliativní peče* [online]. [cit. 2021-5-11]. Dostupné z: https://paliativnicentrum.cz/kurzy/paliativni-pece-v-nemocnici

Paliativní tým funguje ve zlínské nemocnici téměř rok, dnes představil svou práci na konferenci, 2019. *Nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně* [online]. [cit. 19.04.2021]. Dostupné z: https://www.kntb.cz/paliativni-tym-funguje-ve-zlinske-nemocnici-temer-rok-dnes-predstavil-svou-praci-na-konferenci

PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ, 2007. *Paliativní péče: principy a praxe.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.

PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL, 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.

PEŘINA, Jakub, 2016. *Historie paliativní péče.* Důstojné umírání. Umírání.cz. [online]. [cit. 2020-10-10]. Dostupné z: https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece

PROCHOVÁ, Hana, 2020. *Znalosti sester v oblasti paliativní péče na vybraných pracovištích FN Brno.* Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Jiřina Večeřová. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/qwkvb/

POLÍVKA, Jindřich, 2018. Hospic – pokračující péče během života pacienta. *Časopis lékařů českých* [online]. 157(1), 4-8 [cit. 2021-5-11]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/hospic-pokracujici-pece-behem-zivota-pacienta-63248

První Klinika paliativní medicíny v České republice, 2021. *Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/prvni-klinika-paliativni-mediciny-v-ceske-republice/

První Kliniku paliativní medicíny v ČR má VFN a 1. LF UK, 2021. *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.* [online]. [cit. 2021-03-22]. Dostupné z: https://www.vfn.cz/aktuality/prvni-kliniku-paliativni-mediciny-v-cr-ma-vfn-a-1-lf-uk/

SIEBEROVÁ, Jana, 2019. *Proč máme strach ze smrti?:jak zvládnout její příchod.* Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-654-9.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi.* Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8.

SLÁMA, Ondřej, Jiří KREJČÍ a Jana AMBROŽOVÁ, 2019. Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf

SOCHOR, Marek, Irena ZÁVADOVÁ a Ondřej SLÁMA, 2019. *Paliativní péče v onkologii.* Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4223-9.

Specifická ošetřovatelská péče v paliativní péči. *Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. [cit. 19.04.2021]. Dostupné z: https://www.nconzo.cz/cs/specificka-osetrovatelska-pece-v-paliativni-peci-820-202021

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVĚTLÁK Miroslav a Adam SUCHÝ, 2011. Psychologická péče o zdravotníky v onkologii: současná teorie a praxe v podmínkách českého zdravotnictví. *Klinická onkologie* [online]. 24(4), 302–307 [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/164/3855.pdf

SVOBODA, Pavel a Pavel HERLE, 2019. *Paliativní medicína pro všeobecné praktické lékaře.* Praha: Raabe. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-7496-448-0.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty.* Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.

TICHOTOVÁ, FRYČOVÁ, Linda, 2019. *Mobilní paliativní péče má své jasné standardy.* Umirani.cz [online]. [cit. 2020-12-19]. Dostupné z: https://www.umirani.cz/clanky/mobilni-paliativni-pece-ma-sve-jasne-standardy

TYRRELL, Patrick, Seneca HARBERGER a Waquar SIDDIQUI, 2020. Stages of Dying. *StatPearls* [online]. [cit. 2021-5-11]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2013. *Supervize v ošetřovatelské praxi.* Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.

VLKOVÁ, Jana, 2019. *Hospicovou péči nelze implantovat do nemocnic.* Medical Tribune CZ [online]. [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/clanek/45052-hospicovou-peci-nelze-implantovat-do-nemocnic

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2006. Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.

Všeobecná sestra – Domácí péče a hospicová péče. *Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. [cit. 19.04.2021]. Dostupné z: https://www.nconzo.cz/cs/vseobecna-sestra-domaci-pece-a-hospicova-pece-820-332020

Všeobecná sestra – Domácí péče a hospicová péče, 2019. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. [cit. 19.04.2021]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39483/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2063%20VS%20-%20Dom%C3%A1c%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20a%20hospicov%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De.pdf

WRIGHT, Moyle Patricia, 2017. *Fast facts for the hospice nurse: a concise guide to end-of-life care.* New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-3199-7.

Základní kurz pro zdravotní sestry. ELNEC. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2021-5-12]. Dostupné z: https://paliativnicentrum.cz/kurzy/elnec

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

angl.	Angicky
č.	Číslo
ČR	Česká republika
EAPC	European Association for Palliative Care
ELNEC	End of Nursing education Consortium
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
N	Absolutní četnost
Např.	Například
NCONZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PPS	Palliative performance scale
s.	Strana
Sb.	Sbírka
tj.	To je
tzn.	To znamená
tzv.	Takzvaně
USA	Spojené státy americké
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
%	Procento

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů (autorka práce, 2021) 36

Graf 2: Délka praxe respondentů (autorka práce, 2021) 36

Graf 3: Pracoviště oslovených respondentů (autorka práce, 2021) 37

Graf 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (autorka práce, 2021) 37

Graf 5: Povědomí o existenci paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021) 39

Graf 6: Zdroje informací o poskytování služeb paliativního a podp. týmu (autorka práce, 2021) .. 40

Graf 7: Délka působení paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021) 40

Graf 8: Profese, které tvoří paliativní a podpůrný tým (autorka práce, 2021) 41

Graf 9: Informovanost o možnosti zažádat o konzilium pal. a podp. tým (autorka práce, 2021) 42

Graf 10: Sdělení, kdo může dát podnět ke spolupráci s pal. a podp. týmem (autorka práce, 2021). 43

Graf 11: Pracovní doba paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021) 43

Graf 12: Zjištění, zda je spolupráce s pal. a podp. týmem přínosná (autorka práce, 2021) 44

Graf 13: Využívání spolupráce s paliativním a podpůrným týmem (autorka práce, 2021) 44

Graf 14: Důvod nevyužívání paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021) 45

Graf 15: Způsob, jakým žádá oddělení o konzilium (autorka práce, 2021) 48

Graf 16: Frekvence využití spolupráce s paliativním a podpůrným týmem (autorka práce, 2021) . 48

Graf 17: Způsob průběžné komunikace oddělení s týmem (autorka práce, 2021) 49

Graf 18: Skladba pacientů, u kterých se využívá spolupráce s týmem (autorka práce, 2021) 49

Graf 19: Konkrétní situace, při kterých oddělení využívá tým (autorka práce, 2021) 50

Graf 20: Hodnocení komunikace týmu s ošetřovatelským personálem (autorka práce, 2021) 50

Graf 21: Množství vybudovaných „rodinných pokojů“ na oddělení (autorka práce, 2021) 51

Graf 22: Zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče (autorka práce, 2021) 54

Graf 23: Preference způsobu vzdělávání v oblasti paliativní péče (autorka práce, 2021) 54

Graf 24: Zjištění zájmu o seminář paliativního a podpůrného týmu (autorka práce, 2021) 55

Graf 25: Absolvované vzdělání respondentů v oblasti paliativní péče (autorka práce, 2021) 56

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Povědomí o existenci paliativního a podpůrného týmu (vlastní zpracování) 39

Tabulka 2: Využívání spolupráce s paliativním a podpůrným týmem (vlastní zpracování) 45

Tabulka 3: Doporučené návrhy aktivit pro tým 51

Tabulka 4: Důvod nezájmu o vzdělávání v oblasti paliativní péče (vlastní zpracování) 55

Tabulka 5: Zjištění zájmu o seminář paliativního a podpůrného týmu (vlastní zpracování)..... 56

Tabulka 6: Absolvované vzdělání respondentů v oblasti paliativní péče (vlastní zpracování) 57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Paliativní škála funkční zdatnosti (PPS)

Příloha P II: Škála hodnocení závažnosti symptomů (ESAS)

Příloha P III: Dotazník

Příloha P IV: Uspořádání přednášky paliativního a podpůrného týmu Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín

PŘÍLOHA P I: PALIATIVNÍ ŠKÁLA FUNKČNÍ ZDATNOSTI (PPS)

Paliativní škála funkční zdatnosti (Palliative Performance Scale - PPS)

PPS	Pohyblivost	Aktivita	Symptomy nemoci	Soběstačnost	Příjem potravy	Stav vědomí
100	neomezená	normální	žádné	plná	normální	normální
90	neomezená	normální	mírné	plná	normální	normální
80	neomezená	normální, vyžaduje úsilí	mírné	plná	normální nebo snížená	normální
70	omezená	neschopen zaměstnání/práce	významné	plná	normální nebo snížená	normální
60	omezená	neschopen práce /činností doma	významné	příležitostná pomoc nutná	normální nebo snížená	normální nebo zmatenost
50	převážně leží nebo sedí	neschopen žádné práce	plně rozvinutá choroba	častá pomoc nutná	normální nebo snížená	normální nebo zmatenost
40	převážně na lůžku	neschopen většiny činnosti	plně rozvinutá choroba	nutná pomoc s většinou činností	normální nebo snížená	normální nebo spavost +/- zmatenost
30	trvale na lůžku	neschopen žádné činnosti	plně rozvinutá choroba	úplná nesoběstačnost	snížená	normální nebo spavost +/- zmatenost
20	trvale na lůžku	neschopen žádné činnosti	plně rozvinutá choroba	úplná nesoběstačnost	srkání tekutin	normální nebo spavost +/- zmatenost
10	trvale na lůžku	neschopen žádné činnosti	plně rozvinutá choroba	úplná nesoběstačnost	jen zvlhčování úst	spavost nebo bezvědomí +/- zmatenost
0	smrt	-	-		-	-

zařazení do programu mobilní specializované paliativní péče (MSPP) je indikované u pacientů s PPS ≤ 50

Zdroj: (Sláma, Krejčí a Ambrožová 2019, s. 98)

PŘÍLOHA P II: ŠKÁLA HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI SYMPTOMŮ (ESAS)

Označte prosím číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak se cítíte právě NYNÍ :

žádná bolest	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**nejhorší představitelná bolest**
žádná únava	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**nejhorší představitelná únava**
žádná ospalost	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**nejhorší představitelná ospalost**
žádná nevolnost	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**nejhorší představitelná nevolnost**
žádná nechutenství	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**nejhorší představitelné nechutenství**
žádná dušnost	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**nejhorší představitelná dušnost**
žádná deprese	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**nejhorší představitelná deprese**
žádná úzkost	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**nejhorší představitelná úzkost**
maximální celková pohoda	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**naprostá nepohoda**
další problémy (např. zácpa)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**nejhorší představitelná**
Závažnost symptomu		**nízká**			**střední**				**vysoká**			
Celkové ESAS skóre = součet hodnot pro jednotlivé symptomy												

Zdroj: (Sláma, Krejčí a Ambrožová 2019, s. 97)

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Nikol Drábková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci zakončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „Paliativní péče z pohledu všeobecných sester“. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a slouží jako podklad k vypracování praktické části. Pokud není v zadání uvedeno jinak, prosím, vyberte vždy jen jednu možnost, a to tu, která vyjadřuje Váš názor. V případě volných odpovědí svůj názor doplňte.
Děkuji Vám za Váš čas, který se tomuto šetření rozhodnete věnovat.

Nikol Drábková

1. Víte o existenci paliativního a podpůrného týmu ve Vaší nemocnici?
    a) Ano, o existenci týmu vím
    b) Ne, o existenci týmu jsem nevěděl/a

Pokud jste vybral/a odpověď ano, přejděte na otázku č. 2.

Pokud jste vybral/a odpověď ne, přejděte na otázku č. 19.

2. Kde jste získal/a informace o poskytování služeb paliativního a podpůrného týmu ve Vaší nemocnici? *(lze uvést více možností)*
    a) Kolegové na oddělení
    b) Nadřízení
    c) Pacienti
    d) Rodinní příslušníci
    e) Intranet
    f) Vzdělávací akce (kurzy, školení)
    g) Internet
    h) Jiné, doplňte:

    ……

3. Jak dlouho funguje ve Vaší nemocnici paliativní a podpůrný tým?
    a) 1 rok
    b) 2 roky
    c) 5 let
    d) 10 let
    e) Nevím

4. Prosím, vyberte profese, které tvoří paliativní a podpůrný tým ve Vaší nemocnici. *(lze uvést více možností)*
    a) Vedoucí lékař – paliatr (lékař specialista na paliativní medicínu)
    b) Lékař – algeziolog
    c) Všeobecná sestra
    d) Logoped
    e) Psycholog/psychoterapeut
    f) Kaplan/pastorační pracovník
    g) Sociální pracovník
    h) Klinický farmaceut
    i) Fyzioterapeut
    j) Nutriční specialista

5. Má všeobecná sestra kompetenci zažádat o konzilium tým paliativní a podpůrné péče u pacienta v terminálním stavu?
    a) Ano, má kompetence
    b) Ne, nemá kompetence, kompetenci má pouze lékař
    c) Nevím

6. Kdo může dát podnět ke spolupráci s paliativním a podpůrným týmem při péči o pacienta v terminálním stavu na Vašem oddělení? *(lze uvést více odpovědí)*
    a) Všeobecná sestra
    b) Staniční sestra
    c) Vrchní sestra
    d) Pacient sám
    e) Lékař
    f) Rodina a příbuzní pacienta
    g) Všechny výše uvedené odpovědi jsou správné

7. Víte, jaká je dostupnost (pracovní doba) paliativního a podpůrného týmu ve Vaší nemocnici?
    a) Všechny dny v týdnu (ranní směna)
    b) Všechny dny v týdnu (denní směna)
    c) Pracovní dny (ranní směna)
    d) Pracovní dny (denní směna)
    e) Neznám pracovní dobu paliativního a podpůrného týmu

8. Myslíte si, že je spolupráce s paliativním a podpůrným týmem přínosem při péči o pacienta v terminálním stavu?
    a) Ano, spolupráce má přínos
    b) Ne, spolupráce nemá přínos
    c) Nevím, nedokážu posoudit

9. Využíváte na Vašem oddělení spolupráci s paliativním a podpůrný týmem?
    a) Ano, využíváme
    b) Ne, nevyužíváme

Pokud jste vybral/a odpověď ano využíváme, prosím, pokračujte otázkou č. 11.

Pokud jste vybral/a odpověď ne nevyužíváme, prosím, odpovězte na otázku č. 10 a poté pokračujte otázkou č. 19.

10. Prosím, uveďte důvod, proč nevyužíváte služby, které nabízí paliativní a podpůrný tým ve Vaší nemocnici? *(lze uvést více možností)*
    a) Nabízené služby týmem nejsou vhodné pro naše pacienty
    b) Není dostatek času na spolupráci s tímto týmem
    c) Nevím, jaké služby tento tým nabízí
    d) Jiné, doplňte:

    ……

11. Jakým způsobem Vaše oddělení žádá o konzilium paliativního a podpůrného týmu? *(lze uvést více možností)*

    a) Telefonem
    b) Elektronickou konziliární žádankou
    c) Emailem
    d) Osobně u pracovníka paliativního a podpůrného týmu

12. Prosím, zaškrtněte, jak často využíváte na Vašem oddělení spolupráci s paliativním a podpůrným týmem?
    a) Spolupráci využíváme denně
    b) Spolupráci využíváme 1x týdně
    c) Spolupráci využíváme několikrát týdně
    d) Spolupráci využíváme několikrát měsíčně
    e) Spolupráci využíváme výjimečně (několikrát do roka)
    f) Jiné, doplňte:

    ……

13. Jakou formou probíhá průběžná komunikace při péči o pacienta v terminálním stavu mezi Vaším oddělením a paliativním a podpůrným týmem? *(lze uvést více možností)*
    a) Osobní setkání mezi členy paliativního a podpůrného týmu a našeho oddělení
    b) Telefonická konzultace
    c) Emailová forma konzultace

14. U kterých pacientů využíváte spolupráci s paliativním a podpůrným týmem? *(lze uvést více možností)*

    a) Pacienti s nádorovým onemocněním
    b) Pacienti s neurologickým onemocněním (typu demence, roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy, imobilizační syndrom po cévních mozkových příhodách)
    c) Pacienti v konečném stadiu chronického srdečního selhání
    d) Pacienti v konečném stadiu chronické obstrukční plicní nemoci
    e) Pacienti v konečném stadiu jaterní cirhózy
    f) Pacienti v konečném stadiu onemocnění ledvin
    g) Polymorbidní geriatričtí pacienti
    h) Pacienti v perzistentním vegetativním stavu

15. Ve kterých konkrétních situacích je na Vašem oddělení paliativní a podpůrný tým nejvíce nápomocen při péči o pacienta v terminálním stavu? *(lze uvést více možností)*

    a) Při obtížně zvládnutelné bolesti
    b) U obtížně zvládnutelných symptomů (např. dušnost, zvracení)
    c) Při obtížné komunikaci s pacientem a jeho blízkými
    d) Při komunikaci o limitaci péče (např. změna terapeutického přístupu z kurativního na paliativní)
    e) U potřeby intenzivní psychologické podpory u pacienta
    f) U potřeby intenzivní psychologické podpory rodinných příslušníků
    g) Zprostředkování informací o možnostech paliativní péče v místě bydliště pacienta (např. pomoc s kontaktováním těchto zařízení)
    h) Při řešení sociální problematiky (např. konzultace odchodu pacienta do domácí péče, nebo do hospice)
    i) Spirituální péče u pacientů a jejich blízkých

16. Jak byste ohodnotil/a komunikaci členů paliativního a podpůrného týmu s ošetřovatelským personálem na Vašem oddělení?

    a) 1 – výborná
    b) 2 – chvalitebná
    c) 3 – dobrá
    d) 4 – dostatečná
    e) 5 – nedostatečná

17. Jaké další aktivity paliativního a podpůrného týmu byste uvítal/a v péči o pacienty v terminálním stavu na Vašem oddělení?

    ……

    ……

18. Máte na Vašem oddělení vybudovaný „rodinný pokoj“? (speciálně upravený pokoj pro pacienty v terminálním stadiu onemocnění, s možností přítomnosti jeho rodiny a blízkých)

    a) Ano, máme
    b) Ne, nemáme

c) Zatím nemáme, ale plánuje se jeho vybudování
d) Zatím nemáme, jeho vybudování není v plánu

19. Máte zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče?
U vybraných otázek prosím odpovězte i na doplňující otázky.

a) Ano, mám zájem, jsem ochotná/ý si vzdělávání sám/sama financovat
b) Ano, mám zájem, ale pouze pokud bude vzdělávání zajištěno zaměstnavatelem

19. a) Pokud máte zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče, jakou formu vzdělávání byste preferoval/a? *(lze uvést více možností)*
a) Specializační vzdělávání (např. NCO NZO – Domácí péče a hospicová péče)
b) Kurz (např. Centrum paliativní péče – ELNEC, Paliativní péče)
c) Konference/e-konference
d) Přednáška/e-přednáška
e) Seminář/webinář
f) Odborná literatura

c) Ne, nemám zájem

19. b) Pokud nemáte zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče, prosím, uveďte důvod.

……

…...……...

20. Měl/a byste zájem o seminář/webinář paliativního a podpůrného týmu, který působí ve Vaší nemocnici?
a) Ano, měl/a bych zájem
b) Ne, neměl/a bych zájem

21. Absolvoval/a jste již dříve vzdělávání v oblasti paliativní péče?
a) Ano, vzdělávání jsem již absolvoval/a, prosím, doplňte jaké:

……

..……...

b) Ne, zatím jsem žádné vzdělávání v oblasti paliativní péče neabsolvoval/a

22. Prosím, uveďte Vaše pohlaví:
a) Žena
b) Muž

23. Jaká je délka Vaší praxe?

a) 1 - 5 let
b) 6 - 10 let
c) 11 - 15 let
d) 16 - 20 let
e) 21 - 25 let
f) 26 - 30 let
g) 31 a více let

24. Prosím doplňte, na kterém oddělení pracujete:

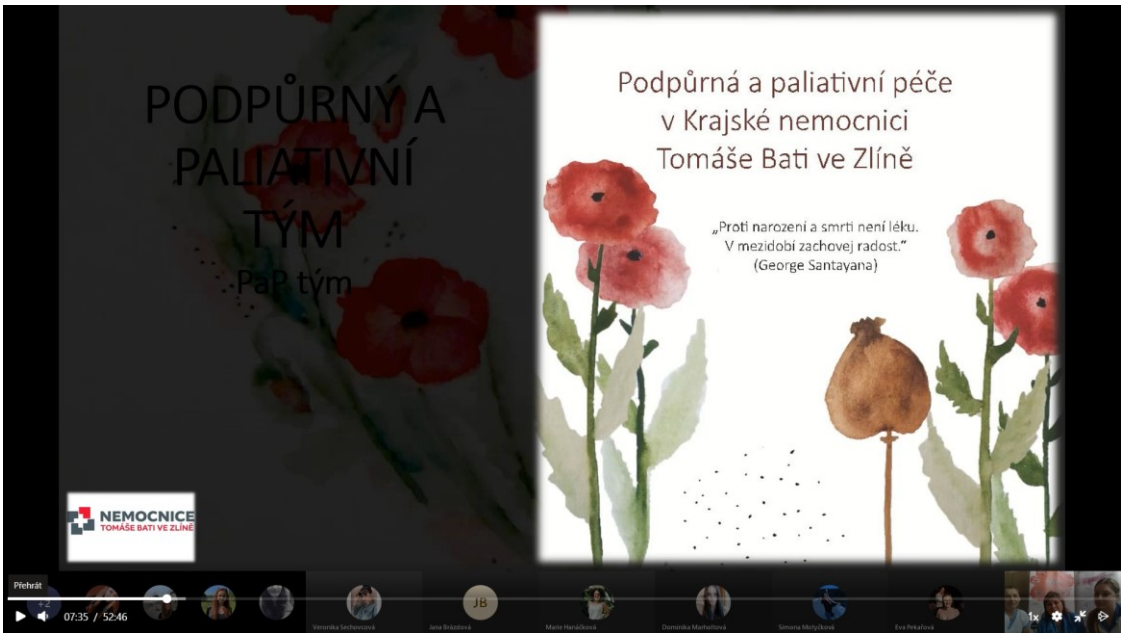
……..

25. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) VŠ – Doktorské studium
b) VŠ – Magisterské studium
c) VŠ – Bakalářské studium
d) VOŠZ
e) SZŠ (obor všeobecná sestra/zdravotní sestra)

PŘÍLOHA P IV: USPOŘÁDÁNÍ PŘEDNÁŠKY PALIATIVNÍHO A PODPŮRNÉHO TÝMU KNTB, A. S. ZLÍN

Zdroj fotografie: (autorka práce, 2021)



Zdroj fotografie: (autorka práce, 2021)