

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specializovaná paliativní péče u pacienta
v terminálním stádiu nemoci**

Bakalářská práce

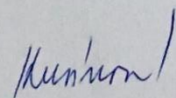
Autor: Michal Švirík

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kusínová

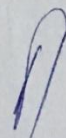
Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Michal Švirik
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specializovaná paliativní péče u pacienta v terminálním stádiu nemoci
Cíl práce:	Zmapovat přínos specializované paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester.



Mgr. Veronika Kusínová
vedoucí bakalářské práce



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

Abstrakt

Bakalářská práce „Specializovaná paliativní péče u pacienta v terminálním stádiu nemoci“ je rozdělena na dvě části. První se zabývá současným stavem této problematiky a druhá část je výzkumná část. Cílem práce je zmapovat přínos specializované paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění, zejména analyzovat přínos specializované paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester a zmapovat problémy a nedostatky, se kterými se všeobecné sestry setkávají při jejím poskytování.

Kapitola Současný stav problematiky se věnuje paliativní péči, specializované paliativní péči, smrti a umírání, potřebám umírajícího pacienta, hospicům, symptomům provázejícím umírání. V neposlední řadě se věnuje i komunikaci s umírajícím a péči o pozůstalé.

Výzkumná část je věnována analýze a vyhodnocení dat získaných od respondentů, a to formou dotazníkového šetření.

Klíčová slova

Specializovaná paliativní péče, terminální stádium, terminální stav, smrt, umírání, hospic, symptomy, komunikace.

Abstract

This bachelor thesis “Specialised Palliative Care of a Terminally Ill Patient” is divided into two parts. The first one deals with a current situation of this issue and the second one is a research part. The aim of the thesis is to survey assets of a specialised palliative care of terminally ill patients, mainly to analyse the assets of the specialised palliative care of a patient from the point of view of general nurses and to survey such problems and drawbacks which the general nurses meet while performing their duty.

The chapter Current Situation of the Issue deals with a palliative care, specialised palliative care, death and dying, dying patient’s needs as well as hospices and symptoms of dying. Last but not least, it deals also with communication with a dying person and care of survivors.

The research part deals with an analysis and assessment of data obtained from respondents, using a method of a questionnaire construct.

Key words

Specialised palliative care, palliative care, terminal stage, terminal state, death, dying, hospice, symptoms, communication.

Poděkování

Velmi rád bych poděkoval vedoucí práce paní Mgr. Veronice Kusínové za trpělivost, kterou se mnou měla a její obětavý přístup. Dále za nápomocné a cenné rady, kterých si velmi vážím. Dále bych rád poděkovat spolupracovníkům Domu léčby bolesti v hospici sv. Josefa v Rajhradě. Poděkování patří i všem respondentům, bez jejichž ochoty a času by nemohl můj výzkum vzniknout.

Prohlášení

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

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

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

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

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

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Paliativní péče	12
1.1.1 Historie paliativní péče v ČR.....	12
1.1.2 Historie paliativní péče ve světě	13
1.1.3 Rozdělení paliativní péče.....	13
1.1.4 Obecná paliativní péče.....	13
1.1.5 Specializovaná paliativní péče.....	14
1.1.6 Rozvoj specializované paliativní péče	14
1.1.7 Zařízení specializované paliativní péče	14
1.1.8 Cílová skupina paliativní péče	15
1.1.9 Domácí hospicová péče	15
1.1.10 Kamenný hospic	16
1.1.11 Prostředí kamenného hospice	16
1.1.12 Materiální a technické vybavení	16
1.2 Multidisciplinární tým.....	17
1.2.1 Role sestry v multidisciplinárním týmu.....	18
1.2.2 Dobrovolníci jako součást týmu	18
1.3 Nejčastější symptomy v paliativní péči.....	18
1.3.1 Bolest	19
1.3.2 Dušnost	20
1.3.3 Terminální chrčivé dýchání	20
1.3.4 Krvácení.....	20
1.3.5 Nausea a zvracení	21
1.3.6 Epileptické záchvaty	22
1.3.7 Delirium	22

1.4	Ošetrovatelství v paliativní péči u pacienta v závěru života	22
1.4.1	Terminální stadium a terminální stav	22
1.4.2	Péče o bolest z hlediska paliativního ošetrovatelství.....	23
1.4.3	Péče o dýchání z hlediska paliativního ošetrovatelství.....	23
1.4.4	Poruchy termoregulace z hlediska paliativního ošetrovatelství.....	24
1.4.5	Příjem stravy a výživa z pohledu paliativního ošetrovatelství	24
1.4.6	Hydratace a příjem tekutin z pohledu paliativního ošetrovatelství.....	25
1.4.7	Péče o vyprazdňování z pohledu paliativního ošetrovatelství	25
1.4.8	Antidekubitální režim a polohování z hlediska paliativního ošetrovatelství	26
1.5	Péče v závěru života.....	26
1.5.1	Poslední dny života.....	27
1.6	Doprovázení umírajícího pacienta	27
1.7	Komunikace v závěru života.....	27
1.8	Umírání a smrt.....	28
1.8.1	Fáze umírání dle Kübler – Rossové.....	28
1.8.2	Smrt.....	28
1.8.3	Péče o pozůstalé.....	29
2	Výzkumná část	30
2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	30
2.2	Metodika výzkumu.....	30
2.3	Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí	31
2.4	Průběh výzkumu.....	31
2.5	Zpracování získaných dat.....	31
2.6	Výsledky výzkumu.....	32
2.7	Diskuse	61
2.8	Návrh řešení a doporučení pro praxi	67

Závěr	70
Seznam použité literatury	73
Seznam grafů	75
Seznam použitých zkratk	75
Seznam příloh	77
Přílohy.....	7

Úvod

„Život je nemoc a smrt začíná narozením. Každé vydechnutí a každý tep srdce je zároveň tak trochu umíráním – malým krůčkem ke konci“ (Erich Maria Remarque).

Život každého z nás se v posledním století velmi změnil. Samotné žití se stalo mnohem pohodlnějším, a to v mnoha ohledech. Uvědomujeme si však, jak nemalou daň za to platíme? Umíráme totiž mnohem déle. Paliativní péče se v poslední době dočkala mnoha pozitivní změn, ale přesto se umírajícím v naší zemi nedostává odpovídající a zasloužené péče. Kolikrát je závěr života zbytečně provázen bolestí a dalšími nepříjemnými symptomy, které dnešní moderní medicína ale dokáže zvládnout. Specializovaná paliativní péče je komplexní a odborná péče, kterou poskytují vyškolení odborníci. Tato forma péče je nejčastěji poskytována v zařízeních, jako jsou kamenné hospice, domácí hospice, nemocnice s vlastním oddělením paliativní péče. Ve skutečnosti se do takových zařízení všichni nevyлéčitelně nemocní a umírající pacienti nedostanou. Většina pacientů totiž stále umírá v nemocnicích na akutních lůžkách, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v domovech pro seniory. Důležité je nejen mezi veřejností, ale i mezi samotnými zdravotníky, a hlavně pak mezi lékaři vědět, kdy je ta správná a vhodná doba nabídnout pacientovi odpovídající péči. Není to lehké ani pro lékaře odhadnout, kdy se pacient blíží k závěru života. Samotný proces umírání je totiž velice individuální, nikdo z nás neumírá podle tabulek, a tak správná indikace hospicové péče může být častokrát složitá. Stávají se případy, kdy se pacientovi specializované paliativní péče dostane buď brzy, kdy jeho zdravotní stav ještě nevyžaduje tak intenzivní symptomatickou léčbu, nebo v době, kdy je již pozdě a pacient umírá v nemocnici či v krátké době po přijetí do hospice kamenného či domácího.

Bakalářskou práci na téma „Specializovaná paliativní péče u terminálně nemocného pacienta“ jsem si vybral z toho důvodu, že jsem měl tu možnost, několik let se starat o umírající pacienty, a to jak v hospici lůžkovém, tak v domácím. Za tu dobu jsem poznal mnoho osudů lidí i rodin, setkal se s bolestí, utrpením, s tím, co nemoc dokáže, a i se smrtí. Není to práce lehká, rozhodně není pro každého. Sestra v paliativní péči potřebuje obrovskou dávku trpělivosti, empatie a v neposlední řadě musí být psychicky velmi odolná, protože se stará o umírající všech věkových skupin.

Říká se, že lidé pracující s umírajícími, by měli být smířeni s vlastní smrtí. S tímto názorem se však nemohu ztotožnit, dá se s něčím takovým smířit? Svoji bakalářskou práci chci nejen veřejnost, ale i zdravotníky uvést do problematiky umírání, jak o umírající pečovat a také proč je tato péče důležitá. Bakalářská práce má také analyzovat zkušenosti všeobecných sester, kterými chci zjistit, jaký přínos a nedostatky má specializovaná paliativní péče pro pacienta. Svoji práci chci také nastínit zdravotníkům, jak zajímavá, záslužná a naplňující práce to je. Paliativní péče je celkem mladý obor, první hospic v České republice byl otevřen roku 1995 v Červeném Kostelci. Dnes funguje v České republice celkem šestnáct hospiců.

1 Současný stav problematiky

Paliativní medicína a paliativní péče je jedním z nejstarších lékařských oborů. Péče o umírající vždycky byla, je a bude nutná. Při práci sestry se téměř v každém oboru setkáváme se smrtí. Smrt je přirozenou součástí života a stejně tak péče a práce s umírajícím pacientem je přirozenou součástí práce každé sestry. Se smrtí se sestra dostane do kontaktu téměř na každém pracovišti. Ať už se jedná o úmrtí náhlé a nečekané, nebo úmrtí u starého a chronicky nemocného člověka, musí sestra vždy postupovat důstojně, s respektem a úctou k zesnulému. Bakalářská práce nám v této kapitole blíže popíše problematiku paliativní péče, blíže specifikuje specializovanou paliativní péči a její možnosti, popíše zásady paliativního ošetřovatelství u nevyléčitelně nemocných a umírajících, definuje umírání a smrt a v neposlední řadě se zaměří na komunikaci.

1.1 Paliativní péče

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým“ (Asociace poskytovatelů paliativní a hospicové péče, 2016, s. 3).

Paliativní péče je aktivní, komplexní péče poskytovaná pacientům, u kterých je diagnostikována nevyléčitelná choroba v pokročilém nebo terminálním stádiu nemoci. Cílem paliativní péče je ztlumit bolest a ostatní tělesné a duševní utrpení a udržet co nejvyšší kvalitu života (Vorlíček, Kabelka, Sláma, 2007).

1.1.1 Historie paliativní péče v ČR

Podle Bužgové (2015) bylo prvním pokusem o zařízení, kde se poskytovala paliativní péče, otevření oddělení paliativní péče při nemocnici v Babicích nad Svitavou. Autorka také uvádí, že první zařízení hospicového typu bylo u nás otevřeno roku 1995 v Červeném Kostelci a na jeho otevření měla velkou zásluhu MUDr. Marie Svatošová, která je zároveň zakladatelkou hospicového hnutí v České republice. Jednou z prvních autorek, které se zabývaly tématem smrti a umírání po roce 1989, byla prof. Helena Haškovcová. Mezi významné monografie patří také kniha prof. Jiřího Vorlíčka *Paliativní medicína* z roku 1998 a 2004. První rozsáhlejší výzkum v oblasti smrti

a umírání byl mezi veřejností proveden organizací Cesta domů v letech 2003–2004 a jeho cílem bylo zjistit nedostatky v oblasti péče o nevyléčitelně nemocné a umírající. V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové péče, která významně přispěla k rozvoji paliativní péče v České republice a vydala v roce 2007 první *Standardy hospicové paliativní péče*. Mezi další důležité kroky se řadí založení České společnosti paliativní medicíny v roce 2009 a v neposlední řadě také založení Centra paliativní péče v Praze v roce 2014 pod vedením PhDr. Martina Loučky, Ph.D.

1.1.2 Historie paliativní péče ve světě

První myšlenka o hospicovém hnutí se rozvíjela v Anglii, brzy se však dostala i do dalších západních zemí. První hospic St. Christophers byl otevřen v roce 1967 v Londýně Sydehamu. V Americe byl první hospic otevřen roku 1974 v New Haven v Connecticutu. Společně s rozvojem hospiců dochází v sedmdesátých letech 20. století také k rozvoji paliativní medicíny, která se stává samostatným lékařským oborem. (Marková, 2010). Za zakladatelku hospicového hnutí je považována Dr. Cecilly Saundersová. První pojmenování „hospic“ jako místo, kde je pečováno o umírající, bylo použito v roce 1842 Jeanne Garnier v Lyonu ve Francii (Kelnarová, 2007).

1.1.3 Rozdělení paliativní péče

V současné době rozlišujeme dvě úrovně poskytování paliativní péče. Rozeznáváme obecnou a specializovanou paliativní péči (Kabelka, 2017).

1.1.4 Obecná paliativní péče

Formu této péče by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení (Marková, 2010). Obecnou paliativní péčí se rozumí dobrá klinická praxe, kterou poskytují zdravotníci v rámci odbornosti. Základem obecné paliativní péče je včasné vyzorování nevyléčitelného charakteru nemoci (Kabelka, 2017). Součástí obecné paliativní péče je dobrá komunikace s pacientem a jeho rodinou. Důležitá je orientace léčby na kvalitu života, správná a efektivní léčba symptomů a psychosociální podpora (Vorlíček, Kabelka, Sláma 2007).

1.1.5 Specializovaná paliativní péče

Specializovanou paliativní péči definujeme jako aktivní, vysoce odbornou, interdisciplinární péči poskytovanou týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče odborně vzděláni (Bužgová, 2015). Specializovaná zařízení paliativní péče se věnují paliativní péči jako svojí hlavní činnosti. Služby v těchto zařízeních by měly být dobře dostupné a být připraveny nabídnout pacientovi podporu, ať je kdekoliv (Marková, 2010).

1.1.6 Rozvoj specializované paliativní péče

Podle nejnovějších odhadů potřebuje paliativní péči 60 000–70 000 chronicky nemocných, kteří jsou v pokročilém či posledním stádiu onemocnění. Primární onemocnění těchto pacientů již není ovlivnitelné aktivní léčbou, onemocnění pacienta limituje a způsobuje mu řadu nepříjemných symptomů. Citovaná autorka také uvádí, že v České republice je specializovaná paliativní péče uvedena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách poskytování a je vymezena jako samostatný druh zdravotní péče. Dle této autorky jsou nejčastějšími formami poskytování domácí a lůžkový hospic (Bužgová, 2015).

1.1.7 Zařízení specializované paliativní péče

Mezi zařízení, kde se poskytuje specializovaná paliativní péče, se řadí:

- domácí hospicová péče,
- kamenný hospic,
- oddělení paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení,
- konziliární tým paliativní péče,
- ambulance paliativní medicíny,
- denní stacionáře paliativní péče (Marková, 2010).

1.1.8 Cílová skupina paliativní péče

Pacienti, kteří tvoří cílovou skupinu a splňují kritéria pro poskytování paliativní péče, jsou pacienti v pokročilém a terminálním stádiu nevyléčitelné choroby. Autoři uvádějí tyto onemocnění a stavy, vyžadující paliativní péči:

- nádorová onemocnění,
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, demence, amyotrofické laterální sklerózy, Parkinsonovy nemoci,
- konečná stadia chronických srdečních, jaterních, plicních a ledvinných onemocnění,
- AIDS,
- polymorbidní geriatrickí pacienti,
- pacienti v perzistujícím vegetativním stavu,
- vrozené pediatrické choroby a syndromy,
- pacienti s nevratným multiorgánovým selháním v prostředí intenzivní péče (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013).

1.1.9 Domácí hospicová péče

Mobilní specializovaná paliativní péče neboli domácí hospic je jednou z forem specializované paliativní péče. Péče je poskytována ve vlastním domácím nebo náhradním zázemí pacienta. Tento model poskytované péče patří v některých zemích mezi nejrozšířenější. Poskytovatel, který provozuje domácí hospicovou péči, musí pacientovi garantovat nepřetržitou dostupnost (Sláma, 2012). Výzkumy, věnující se problematice umírání a smrti, poukazují na to, že zemřít doma splňuje pro většinu populace představu o dobré smrti. Autorka také uvádí, že rodina musí být schopna převzít celodenní péči o nemocného, a to je považováno za základní podmínku poskytnutí domácí hospicové péče. Domácí hospic je tým multidisciplinární, jehož členové – lékař, sestra, sociální pracovník, pastorační asistent, psycholog a dobrovolník poskytují péči rodinám, které se rozhodly o své blízké pečovat doma (Marková, 2010).

1.1.10 Kamenný hospic

Hospic je chápán jako zdravotně sociální zařízení. Hlavním posláním hospice je péče o umírající, a soustředí tak všechny síly na zajištění dobrého umírání nemocných (Marková, 2010). V hospici jsou lékařské vizity stejně jako v nemocnici, režim dne se ale od toho v nemocnici velice liší, pokud je to trochu možné, určuje si ho sám pacient (Svatošová, 2011). Lůžkový hospic je zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům, u kterých je očekávaná délka života omezená. Autor práce uvádí, že je kladen důraz na přání nemocného, jeho potřeby a vytvoření prostředí, v němž by mohl zůstat se svými blízkými do konce života. V hospicích poskytuje péči multiprofesní tým, jako je lékař, sestra, ošetřovatel, sociální pracovník, psycholog, duchovní a dobrovolník. Autor také zmiňuje, že v českých hospicích zemrou méně než 3 % všech zesnulých v ČR (Sláma, 2012).

1.1.11 Prostředí kamenného hospice

Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (2016) popisuje toto pracoviště jako prostředí vhodné pro zajištění komplexní péče jak zdravotní, sociální, psychologické i duchovní (kaple). Vybaveno je vhodným nábytkem a polohovacím lůžkem. Možnosti návštěv blízkých jsou neomezené a zařízení umožňuje pobyt blízkých osob pacienta i s možností přenocování. Jednolůžkové pokoje tvoří většinu lůžkové kapacity v hospici. Pacientovi je umožněno užívat vlastních předmětů, nosit vlastní oblečení.

1.1.12 Materiální a technické vybavení

Specifika vybavení pro lůžkový a domácí hospic blíže popsala Asociace poskytovatelů paliativní a hospicové péče (2016). Pomůcky a přístroje nezbytné pro lůžkový hospic jsou:

- polohovací lůžko,
- antidekubitní a polohovací pomůcky,
- aktivní a pasivní antidekubitní matrace,
- injekční dávkovače pro parenterální i enterální výživu,
- lineární dávkovač léků,
- odsávačka,
- kyslíkový koncentrátor nebo centrální rozvod kyslíku,

- glukometr,
- EKG,
- základní pomůcky pro resuscitaci,
- mycí lůžko,
- WC židle, chodítko pojízdné, mechanické pojízdné křeslo,
- pojízdný vozík do sprchy,
- signalizační zařízení,
- pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem.

Pomůcky a přístroje nezbytné pro domácí hospic jsou:

- polohovací lůžko,
- antidekubitní a polohovací pomůcky,
- antidekubitní matrace aktivní i pasivní,
- pumpa pro parenterální i enterální výživu,
- lineární dávkovač,
- odsávačka,
- kyslíkový koncentrátor,
- pomůcky pro celkovou koupel,
- WC křeslo, chodítko, mechanické vozíky,
- pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem,
- dopravní prostředek pro přepravu pacienta,
- brašna se zdravotním materiálem a ampulárium.

1.2 Multidisciplinární tým

Vzhledem k souhrnným obtížím nevyléčitelně nemocného člověka je nutná spolupráce i s jinými než lékařskými profesemi (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012). V paliativní péči musí vždy fungovat multidisciplinární tým a za členy týmu by měli být považováni také členové pacientovy rodiny a v neposlední řadě i pacient sám.

Pacient by měl mít rozhodující slovo o léčbě a dalších postupech. Složení multidisciplinárního týmu je definováno takto:

- lékaři – specializace paliativní medicína, ale i další odbornosti,
- zdravotní sestry,
- sociální pracovník,
- psycholog,
- fyzioterapeut,
- nutriční specialista,
- duchovní pracovník (Marková, 2010).

1.2.1 Role sestry v multidisciplinárním týmu

Zdravotní sestra má v multidisciplinárním týmu své místo a zaujímá velmi důležité postavení. Sestra je profesionálem, který je pacientovi nejbližší, a očekává se, že umí správně vysvětlit vše, na co se pacient může ptát, stejně tak musí umět předat informace i ostatním členům týmu, a to jak o pacientovi, tak i o jeho rodině. Sestra také sleduje potřeby nemocného a společně s ostatními členy týmu hledá možnosti, jak umožnit naplnění všech jeho potřeb. Komunikace v týmu probíhá cestou písemnou, kdy členové týmu zaznamenávají informace do jednotné dokumentace. Další formou komunikace jsou pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu, vždy dle zvyklosti pracoviště, minimálně však jednou týdně (Marková, 2010).

1.2.2 Dobrovolníci jako součást týmu

Jak uvádí Svatošová (2011) žádný hospic se neobejde bez dobrovolníků. Prostředí hospice je útulné, láskyplné a snahou dobrovolníků se podobá více domovu než nemocnici. Autorka také zdůrazňuje, že dobrovolníci svou činnost dělají „jen“ pro radost.

1.3 Nejčastější symptomy v paliativní péči

Významným cílem paliativní péče je zmírnit symptomy a problémy, které jsou součástí umírání a provázejí nevyléčitelné onemocnění. Léčba tělesných příznaků by měla vždy vycházet z preferencí pacienta a jeho přání, rovněž je však důležitá propojenost s psychosociálními a spirituálními aspekty péče (Bužgová, 2015).

1.3.1 Bolest

Bolest je vždy to, co nemocný jako bolest vnímá, nejde vždy jen o bolest nervových zakončení. Pacient může pociťovat i více než jeden druh bolesti. Na bolesti trvalé je vhodné podávat analgetika v pravidelných intervalech, nikoli podle potřeby. Pacient musí mít vždy dostupnou a dostatečnou dávku analgetik na průlomovou bolest v případě nutnosti. Analgetika s prodlouženým účinkem je vhodné podávat přednostně perorální formou nebo formou transdermální (Marková, 2009). Bolest je subjektivní zážitek a existuje vždy, kdykoliv nemocný říká, že bolest má. Bolest je komplexní informací při rozhodování lékaře a sestry (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

Hodnocení bolesti

Hodnocení intenzity bolesti a účinky analgetické léčby může provádět jen sám pacient. Jednoduchým způsobem, jak zjistit intenzitu bolesti, je takzvaná škála intenzity bolesti, nejčastěji se využívá numerická škála v rozmezí 0–1, kdy pacient přiřadí číslo podle intenzity bolesti (Marková, 2009).

Základní dělení intenzity nádorové bolesti

Marková (2009) uvádí tři základní dělení intenzity bolesti dle analgetického žebříčku Světové zdravotnické organizace (WHO):

- mírná bolest,
- střední bolest,
- silná bolest.

Marková (2009) dělí léčbu nádorové bolesti dle analgetického žebříčku Světové zdravotnické organizace (WHO) následovně:

- neopioidní analgetika (Paracetamol, Metamizol, NSAID),
- slabé opioidy (Codein, Dihydrocodein, Tramadol),
- silné opioidy (Morfin, Fentanyl, Oxykodon, Hydromorphon, Buprenorfin, Metadon, Pethidin).

1.3.2 Dušnost

Dušnost je subjektivní pocit, pacient s dušností pociťuje nedostatek vzduchu a obtížné dýchání. Pocit dušnosti bývá spojen s úzkostí, která dušnost zhoršuje. Pokud je to možné a přiměřené dle klinické situace, snažíme se o kauzální léčbu, která zahrnuje například uklidnění pacienta, umožnění co nepříjemnější polohy, přísun čerstvého vzduchu otevřením okna, dechová a relaxační cvičení. Kyslík aplikujeme, když je pacient hypoxický. V rámci farmakoterapie se podávají nejčastěji bronchodilatancia, opioidy, anxiolytika, kortikosteroidy, mukolytika, anticholinergika. U pacienta s těžkou dušností a respiračním selháním, u kterého není indikována ventilační podpora, je často nutná indikace k analgosedaci (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

1.3.3 Terminální chrčivé dýchání

Terminální chrčivé dýchání definují následující autoři ve své knize jako hlasité chrčivé dýchání, které je způsobeno hromaděním sekretů ve velkých dýchacích cestách u terminálně nemocných, kteří jsou oslabeni a nejsou schopni expektorace. Takové dýchání se často vyskytuje u umírajících pacientů s poruchou vědomí charakteru soporu a kómatu. Léčba je často indikována s ohledem na pacientovy blízké nebo ostatní pacienty. Pacienta je vhodné uložit na bok. Odsávání by způsobovalo velký diskomfort, zvyšuje riziko zvracení a následně aspirace. Produkci sekretu lze snížit podáním anticholinergik (např. Buscopan, Atropin). Vhodné je rodině vysvětlit, že takové dýchání není projevem dušnosti či jiného utrpení (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

1.3.4 Krvácení

M. Marková ve své knize popisuje čtyři základní příčiny krvácení:

- základní nádorová onemocnění,
- léčba kortikoidy,
- nesteroidní antiflogistika, která způsobují žaludeční a duodenální eroze a warfarin,
- trombocytopenie a jaterní selhání (Marková, 2009).

Léčba krvácení

Léčbu dělíme na neakutní mírné krvácení a krvácení většího rozsahu (masivní). V případě neakutního mírného krvácení popisují autoři jako vhodné využití radioterapie, pokud jde o krvácení z povrchových nádorů, nádorů bronchu nebo urogenitálních nádorů. Lokálně je vhodný Exacyl nebo Adrenalin formou obkladů či koupelí. Perorální léky jsou vhodné při krvácení ze žaludeční sliznice společně s inhibitory protonové pumpy. Hemostyptika podáváme intramuskulárně či intravenózně. Akutní masivní krvácení končí u většiny terminálně nemocných smrtí, je vhodné mít připraveny ručníky z tmavé látky, aby se minimalizoval nepříjemný vjem. Pokud masivní krvácení nekončí rychle nastupujícím úmrtím, je vhodné zvážit podání například Diazepam 10 mg, per rektum či subkutánně nebo Midazolam 5–10 mg, subkutánně na nosní sliznici. Léky pomůžou k potlačení strachu a úzkosti, která nemocného provází. Příbuzní a všichni zúčastnění potřebují podporu (Marková, 2009).

1.3.5 Nauzea a zvracení

Do příčin nevolnosti a zvracení u onkologicky nemocných řadí autoři nejčastěji tyto příčiny:

- stenóza v zažívacím traktu,
- obleněná peristaltika,
- léky,
- postižení CNS nádorem.

Dle literatury je vhodné dietní opatření, lehce stravitelná jídla, která si pacient vybere sám, častěji a v menších dávkách. Antiemetika podáváme v dostatečných dávkách a intervalech, přiměřenou aplikační cestou. Někdy je vhodné zvolit více preparátů. Masivní zvracení způsobené poruchou pasáže je na zvážení k indikaci zavedení nazogastrické sondy a substituce tekutin a iontů. U umírajících pacientů je zavedení nazogastrické sondy a parenterální hydratace na zvážení. Z farmakoterapie dle autorů se nejčastěji podávají prokinetika (např. Degan), neuroleptika (např. Prothazin, Haloperidol), anticholinergika (např. Buscopan), kortikosteroidy (např. Dexametazon), benzodiazepiny (např. Lexaurin) (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

1.3.6 Epileptické záchvaty

V akutní fázi záchvatu dbáme na bezpečnost pacienta a snažíme se zabránit pádu a poranění, zároveň sledujeme a snažíme se udržet průchodnost dýchacích cest. Z hlediska farmakoterapie se nejčastěji podává Diazepam ve formě i.m., i.v., s.c. (např. Apaurin, Diazepam Biotika), dávkování je vždy dle ordinace lékaře. Můžeme zvolit i rektální formu podání (např. Diazepam Desitin rectal tube 10 mg). Pokud se jedná o opakované záchvaty, u kterých je znám průběh, je možné jen sledovat a k léčbě přistupujeme jen při delším či jiném průběhu záchvatu. Epileptické záchvaty v závěru života u onkologické nemoci je vhodné řešit obvykle podáním parenterálního nebo rektálního Diazepamu (Marková, 2009).

1.3.7 Delirium

Delirium je charakterizováno jako komplexní psychická porucha, kterou vyvolává působení různě intenzivních spouštěčů. Mozek je křehčí a zranitelnější například vlivem atrofie či syndromu demence a potřebuje menší intenzitu spouštěče k vyvolání poruchy – deliria. Jako spouštěče uvádí Kalvach nejčastěji horečky a zánětlivá onemocnění, léky a jiné chemické látky, poruchy vnitřního prostředí, bolest a závažné psychosociální stresory. Delirium je laicky označováno jako „blouznění“. Klinický obraz je různorodý, k běžným projevům patří dezorientace, poruchy koncentrace a paměti, halucinace, bludy, úzkost, neklid, apatie, insomnie, cílené i necílené obranné reakce (Kalvach, 2010).

1.4 Ošetřovatelství v paliativní péči u pacienta v závěru života

Z pohledu ošetřovatelství se péče zaměřuje na péči o kůži, prevenci dekubitů a polohování, nutriční péči, péči o vyprazdňování, o hydrataci, o dutinu ústní a péči o dýchací cesty (Skála, 2011).

1.4.1 Terminální stádium a terminální stav

Kabelka (2017) definuje terminální stádium jako fázi nevyléčitelné choroby, která se projevuje destabilizací nemoci, zhoršením některých příznaků a je zřetelné že nemoc se vyvíjí k závěru. Za terminální stav se označuje období, ve kterém onemocnění dospěje k situaci, kdy nemocného může ohrozit na životě. Klinicky je zřetelná závažná

dekompenzace některých životně důležitých orgánů. Terminální fáze se u mnoha onemocnění liší svojí délkou, charakterem potřeb a v neposlední řadě i symptomovou zátěží.

1.4.2 Péče o bolest z hlediska paliativního ošetřovatelství

Bolest by měla být u pacientů užívajících analgetika, kteří trpí chronickou bolestí (např. nádorovou), hodnocena rutinně a zaznamenávána do dokumentace. Hodnocení bolesti lze provádět dle stupnic (bolest 0–10), vizuálních analogových škál, případně škál výrazů obličeje. Součástí monitorace bolesti a efektu léčby je i sledování nežádoucích účinků silných analgetik – opioidů. K nežádoucím účinkům opioidů v paliativní péči patří především útlum dechového centra, úporná obstipace, nauzea a zvracení, zmatenost nebo delirium. Za součást ošetřovatelské péče se považuje zajištění kontinuity opiátové léčby. Opiáty je nutné podávat v přesném časovém intervalu, zabrání se tím rozvoji silnější bolesti. Dlouhodobě podávané opioidy se nesmějí náhle vysadit, pacient je ohrožen intenzivní bolestí, úzkostí a neklidem. Z podpůrných ošetřovatelských intervencí při bolesti v paliativní péči přichází v úvahu podání běžného analgetika při drobných bolestech, nesteroidní antirevmatika, podání silného analgetika dle lékařské ordinace u průlomové bolesti a konzultace s lékařem o změně nedostačující analgetické terapie (Kalvach, 2010).

1.4.3 Péče o dýchání z hlediska paliativního ošetřovatelství

V oblasti dýchání se hodnotí především subjektivní pocit pacienta o tom, jak se mu dýchá. V objektivních projevech pozorujeme polohu pacienta při dýchání (např. ortopnoická), chrčivé dýchání především u pacientů v bezvědomí, vedlejší dechové fenomény (pískoty, chrupky), cyanózu, zvýšené dechové úsilí, úzkost, obluzené vědomí a spavost, pocení u respirační insuficience. V mechanismu dýchání sledujeme frekvence dýchání (tachypnoe, bradypnoe), mělké povrchní dýchání, Kussmaulovo dýchání (metabolická acidóza), Cheynne-Stokesovo dýchání s apnoickými pauzami, Biotovo periodické dýchání (tzv. strojové dýchání), lapavé terminální dechy, zástavu dýchání (apnoe). Sledujeme saturaci kyslíku pomocí pulzního oxymetru.

Při kašli sledujeme jeho intenzitu a charakter, rozlišujeme suchý dráždivý kašel a kašel produktivní s vykašláváním. Za podpůrnou ošetrovatelskou intervenci v paliativní péči považujeme polohování (úlevová poloha), oxygenoterapii, pomoc při odkašlávání (polohová drenáž, nebulizace), dechovou rehabilitaci, farmakoterapii na základě lékařské konzultace (Kalvach, 2010).

1.4.4 Poruchy termoregulace z hlediska paliativního ošetrovatelství

Za normální tělesnou teplotu považujeme 36–37 °C, vybočení z toho rozmezí označujeme jako hypotermie (podchlazení) a hypertermie (subfebrilie, febrilie). V paliativní péči dochází ke zvýšení tělesné teploty velice často, zvláště u onkologických pacientů (Kalvach, 2010). Kabelka (2017) popisuje febrilní stavy u nemocného jako vyčerpávající, u septických stavů například z dekubitů mohou být nejednou závěrečnou komplikací. Řešení febrilních stavů zmírní neklid a dechové projevy, smysl má tedy i v tom případě, pokud nemůžeme stav odstranit (centrální horečka u terminálně nemocných). Jako nefarmakologický postup léčby uvádí Kabelka zvýšení příjmu tekutin (per os, fyziologický roztok subkutánně), suché prádlo, změnu oblečení a přikrývky, omývání nemocného vlažnou vodou, zajištění stálé cirkulace čerstvého vzduchu, fyzikální chlazení do třísel nebo zábaly kotníků. Jak uvádí Kalvach, (2010) ve své knize, volíme v paliativní péči při horečce jako symptomatickou terapii antipyretika (Paralen), kyselinu acetylsalicylovou (Aspirin), nesteroidní antirevmatika (Ibalgin), diclofenac (Dolmina, možno aplikovat i.m.), metamizol (Novalgin, možno aplikovat i.m.).

1.4.5 Příjem stravy a výživa z pohledu paliativního ošetrovatelství

Stravu umírajícím pacientům nevnučujeme, pouze nabízíme a vyhovujeme jejich přání, proto není nutné v paliativní péči sledovat podrobněji příjem stravy. U pacientů s delší životní prognózou je příjem stravy jedním z předpokladů zachování aktivity a pohyblivosti. Za vhodné se považuje zakreslování porcí do předtištěného schématu. Jako užitečné se jeví týdenní vážení, ale nesmí pacienta stresovat. Váha pacienta výrazně kolísá především díky zadržování (otoky, ascites) či ztrátě tekutin (diuretika, průjmy, zvracení, pocení).

V paliativní péči dbáme při nechutenství a nedostatečném příjmu tekutin na vhodný výběr a úpravu stravy, jídlo podáváme podle stavu a chuti nikoliv striktně podle hodin. K zajištění bílkovin je vhodnější podávat mléčné výrobky a bílek než maso. Nutriční podpora je realizována formou nápojů Nutridrink, Nutridrink Protein nebo Diasip u diabetiků (Kalvach, 2010).

1.4.6 Hydratace a příjem tekutin z pohledu paliativního ošetřovatelství

O příjmu tekutin platí stejné pravidlo jako u stravy, umírajícím pacientům tekutiny nevnučujeme, ale pouze nabízíme, proto není nutné podrobně sledovat jejich příjem. U pacientů s delší prognózou je dostatečný příjem nezbytností, je vhodné zapisovat alespoň orientačně jeho denní množství. U ležících pacientů je výhodou užívat umělohmotná pítka. Vzhledem k hrozící aspiraci podáváme tekutiny převážně vsedě, nikoliv vleže. U pacientů s opakovanou aspirací je vhodné zkusit zahustit tekutiny do gelu přípravkem Nutilis. Příjmu tekutin je nutné věnovat větší pozornost u jejich ztrát, jako je pocení, průjemy, drenáž, zvracení. V paliativní péči podáváme při dehydrataci či nedostatečném příjmu tekutin a nemožnosti perorálního příjmu (zvracení, odmítání, poruchy polykání, bezvědomí) obvykle 500 – 1000 ml denně v infúzi, možno i podkožně (tzv. hypodermoklýza), bezprostředně umírající však tvoří výjimku (Kalvach, 2010).

1.4.7 Péče o vyprazdňování z pohledu paliativního ošetřovatelství

Jak uvádí Marková (2010) v paliativní péči se setkáváme u pacientů nejčastěji se zácpou, která je nejčastějším vedlejším účinkem opiátové léčby a často je také následkem imobilizace. Autorka ve své knize uvádí následující příčiny zácpy:

- obecné faktory (např. dehydratace, nedostatek pohybu),
- psychické faktory (např. málo soukromí, nevyhovující poloha),
- chorobné stavy (např. nádory mozku, nádor v oblasti břicha),
- vliv léků (např. opiáty, diuretika, antiemetika).

V paliativní péči se často setkáváme se stavem, kdy řídká stolice obtéká kolem tuhé stolice, tzv. paradoxní průjem. Jak uvádí Kalvach (2010) ve své knize, je důležité sledování a hodnocení stolice, pozorujeme především frekvenci defekace (průjem, zácpa), příměsi ve stolici (čerstvá krev, koagula, melena), bolestivost při defekaci

(anální ragády, haemorhoidy), přidružené obtíže (nauzea, zvracení, bolesti břicha), u průjmů pečlivě sledujeme stav hydratace. V oblasti vylučování a sledování močení hodnotíme a sledujeme především denní objem moči (diurézu), charakter močení (anurie, oligurie, polyurie, retence, inkontinence). Sledujeme i patologické příměsi v moči, v paliativní péči se jedná hlavně o hematurii (krev v moči), a to nejčastěji z nádorů ledvin a močového měchýře. Před zavedením permanentního močového katetru dáváme u pacientů s inkontinencí vždy přednost pomůckám. Při každé výměně je nutné nechat pokožku odvětrat, omýt, očistit a ošetřit např. přípravkem Menalind (pěna, krém, pasta).

1.4.8 Antidekubitální režim a polohování z hlediska paliativního ošetřovatelství

Antidekubitální režim je soubor úkonů a opatření sloužících k prevenci dekubitů (otlaky, tlakové vředy). Dekubity vznikají v určitých rizikových místech, (predilekční místa) jako jsou paty, kotníky, hlava, oblast křížové kosti, lopatky, páteř. Dekubity se rozvíjejí rychle, někdy i v hodinách. Rozlišujeme čtyři stupně dekubitů podle hloubky postižené tkáně. Imobilita je základním rizikovým faktorem pro vznik dekubitů, kterými jsou, zapaření pokožky, macerace, špatná péče o kůži, nečistoty a vlhkost v lůžku, poruchy výživy (kachexie i obezita). V paliativní péči dbáme především u imobilních pacientů na použití antidekubitálních podložek, pomůcek snižující tlak na riziková místa (botičky, odlehčovací dlahy), polohování po 2 hodinách a zakládání polštářů mezi kolena a kotníky, péči o pokožku (sledování kožních změn), péči o lůžko a v neposlední řadě na správnou manipulaci s pacientem. Polohování bývá často zapomínáno a podceňováno, je to však účinný nástroj pro zvýšení pohody a bezpečnosti pacienta částečně i plně imobilního. Polohováním zmírňujeme bolesti, otoky, vznik kontraktur, dušnost, zahlenění, poruchy svalového tonu, poruchy příjmu stravy a tekutin (Kalvach, 2010).

1.5 Péče v závěru života

Jak uvádí ve své knize Kabelka (2017) blízcí nemocného, které on označí za relevantní, se stávají zásadními partnery zdravotníků, měli by být takto vnímáni, přijati a respektováni. Zároveň potřebují podporu, poradenství, někdy i péči.

1.5.1 Poslední dny života

Kabelka (2017) ve své knize uvádí, že péče v závěru života má své specifické cíle. Péči v posledních dnech života vnímá jako příležitost k přípravě nemocného a jeho nejbližších na důstojný odchod. Marková (2009) zmiňuje, že péče v závěru života se nesnižuje, ale soustředí se individuálně na dobré umírání. Zhoršování zdravotního stavu každý den, velká slabost, ospalost, snížený příjem tekutin i stravy, potíže s polykáním jsou aspekty, které upozorňují na závěr života. Uvádí potřebu informovat rodinu, že nemocný umírá a dát volnost ke komunikaci a průniku emocí. V posledních dnech života je také vhodné přehodnotit léčbu, která není potřebná pro kontrolu symptomů. Zvážit hydrataci a výživu, nadměrný přísun tekutin zvyšuje sekreci v dýchacích cestách. Zajistit častou péči o dutinu ústní a zvolit vhodnou postel, doporučuje se elektrická postel s antidekubitální matrací.

1.6 Doprovázení umírajícího pacienta

Kabelka (2017) popisuje doprovázení jako prostor pro bytí s pacientem i jeho rodinou. Dochází k vytvoření důvěry. Autor také uvádí, že pokud si zdravotní tým dá doprovázení za cíl v péči, dochází vždy k jejímu výraznému zlidštění. Vytváří to i prostor pro zdravotníky, aby fázi závěru života mohli s pacientem prožít a zvládnout i sami v sobě.

1.7 Komunikace v závěru života

„Efektivní komunikace v paliativní péči by měla být cílem většiny zdravotníků; předpokládá se, že tato dovednost bude profesionálním pečovateli vlastní, ale skutečnost může být opačná“ (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 153).

Kabelka (2017) zmiňuje, že komunikace je základ k vytváření lidských vztahů a přenosu informací. Uvádí, že paliativní medicína má cíl pomáhat nevyléčitelně nemocným a umírajícím. Komunikaci empatickou a otevřenou popisuje mezi zdravotníky, pacientem a rodinou jako klíčovou. Autorky Venglářová a Mahrová (2006) zmiňují, že významnou roli hraje nejen komunikace, ale i způsob, jakým je vykonávána činnost při ošetřování nemocných.

Kelnarová (2007) zmiňuje, že rozhovoru s nemocným a jeho rodinou je potřeba věnovat čas. Rodina i pacient se musejí vyrovnat s blízcím se koncem. Často je to právě rodina, která tuto pravdu nechce přijmout a umírajícímu neumožní klid a pokojné umírání.

1.8 Umírání a smrt

Jak uvádí Špatenková (2014) ve své knize, je umírání poslední fází života. Toto období je různě dlouhé. V souladu s Kübler-Rossovou rozlišuje autorka ve své knize tři období umírání:

- období před umíráním – **pre finem** (sdělení diagnózy),
- období vlastního umírání – **in finem** (období, které hraničí s fyzikou smrti, dominuje problematika paliativní péče, hospiců, eutanázie),
- období po smrti – **post finem** (období, které začíná smrtí pacienta a zahrnuje péči o tělesnou schránku a péče o pozůstalé).

1.8.1 Fáze umírání dle Kübler – Rossové

Autorky Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007) uvádějí, že problematice umírání se věnovala americká lékařka Elisabeth Kübler – Ross, která pomocí rozhovorů s umírajícími popsala pět fází procesu umírání. Autorky tyto fáze ve své knize popisují jako:

- fáze šoku (popírání, odmítání),
- fáze zloby (proč já, proč ne někdo jiný),
- fáze uklidnění a smlouvání,
- fáze deprese, smutku,
- fáze smíření.

1.8.2 Smrt

Špatenková (2014) poukazuje ve své knize na to, že biologické smrti může předcházet smrt sociální. Tu popisuje jako stav, kdy člověk již není svým okolím přijat jako osobnost, ostatní ho považují za mrtvého ještě dříve, než skutečně zemře. Munzarová (2008) uvádí, že smrt může být dobrá tehdy, netrpí-li nemocný po žádné strážce a je-li řádně ošetřován ve všech dimenzích. Kelnarová (2007) popisuje rozdělení známek smrti

na jisté a nejisté. Jako nejisté známky smrti uvádí zástavu dýchání, činnost srdce, nevybavování zornicového reflexu. Dle autorky mají na jisté známky smrti vliv fyzikální a chemické povahy, které mění tělo zemřelého. Jako fyzikální posmrtné změny uvádí:

- posmrtná bledost,
- posmrtné chladnutí těla,
- posmrtné skvrny.

Jako chemické (které mění vnitřní složení tkání) označuje:

- posmrtné tuhnutí těla,
- autolýza (posmrtný rozklad a hniloba),
- posmrtné srážení krve.

Vytejšková (2014) definuje smrt (exitus letalis, úmrtí) jako konec biologického života, doprovázenou nevratnými změnami, jež znemožňují obnovení životních funkcí. Zdůrazňuje, že smrt může nastat v kterémkoliv okamžiku života.

1.8.3 Péče o pozůstalé

Kelnarová (2007) uvádí, že většina lidí si přeje být v okamžiku smrti sama. Popisuje, že rodinný příslušník, který se často nevzdálí od lůžka umírajícího, na okamžik odejde a finalita se naplní. Příbuzný si pak může vyčítat, že odešel nevhod, mnohdy ale umírající čeká na okamžik, kdy bude sám a zemře. Úlohou sestry je ujistit příbuzné, že jsou bez viny a že si nepřítomnost u lůžka v okamžiku smrti příbuzného nemusejí vyčítat. Marková (2010) uvádí, že doprovázení pozůstalých v období truchlení je součástí týmu specializované paliativní péče. Pozůstalí často prožívají šok, a to i tehdy, bylo-li úmrtí očekávané, proto je důležité poskytnout pozůstalým dostatek času v klidném prostředí. Zdůrazňuje, že je důležité příbuzné ujistit, že nemocný netrpěl.

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl: Zmapovat přínos specializované paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester.

Výzkumné otázky:

1. Jaký přínos má specializovaná paliativní péče pro pacienty z pohledu všeobecné sestry?
2. S jakými nedostatky se všeobecné sestry setkávají při poskytování specializované paliativní péče?

2.2 Metodika výzkumu

Ve svém výzkumu jsem zvolil metodu kvantitativního výzkumu, a to z toho důvodu, abych pokryl co nejvíce respondentů. Dotazník (příloha 1), který respondenti vyplňovali, je strukturován na 26 otázek. Byl vytvořen tak, aby navazoval na cíl práce a výzkumné otázky. V dotazníku byly 4 polouzavřené otázky, u kterých měli respondenti možnost dopsat vlastní odpověď. Zbýlých 22 otázek bylo uzavřených, respondenti byli poučeni o možnosti výběru jedné nebo více odpovědí. Na začátku dotazníku jsem respondenty uvedl do tématu, informoval, pro koho je dotazník určen a jaký je cíl výzkumu. Poučil jsem je o anonymitě. Dotazník je rozdělen na 3 *části*. První část obsahuje sociodemografické údaje respondenta (otázka 1 až 6). V druhé části byl výzkum zaměřen na první výzkumnou otázku „Jaký přínos má specializovaná paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester?“, k této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21. V poslední třetí části dotazníku, byly otázky č. 22, 23, 24, 25, 26 zaměřeny na druhou výzkumnou otázku „S jakými nedostatky se setkávají všeobecné sestry při poskytování specializované paliativní péče?“. Dotazník byl vytvořen v návaznosti na hlavní cíl práce a výzkumné otázky. Hlavním cílem práce je zmapovat přínos specializované paliativní péče z pohledu všeobecných sester.

2.3 Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí

Výzkum probíhal za pomoci internetového portálu www.surveio.cz., kde byl dotazník respondentům k dispozici. Pro oslovení většiny respondentů, byl dotazník k dispozici v internetové skupině Ošetrovna od Ošetrovatelství.info. Každý člen této skupiny se musel při vstupu prokázat jako nelékařský zdravotnický pracovník. Návštěvnost dotazníku byla celkem 662 návštěv. Vyplnilo jej celkem 371 respondentů. Z toho 291 respondentů dotazník pouze zobrazila, k samotnému vyplnění již nedošlo. Dotazník tak dokončilo 56 % respondentů. Dotazník nebyl nijak omezen počtem respondentů. Vyplňování dotazníku se zúčastnily ženy i muži. Dotazník byl určen pro všeobecné sestry. Formu internetového šetření jsem zvolil z toho důvodu, abych téma práce dostal mezi co nejvíce respondentů, konkrétně mezi všeobecné sestry. Průměrným respondentem byla žena ve věku 18 až 30 let, se středoškolským vzděláním a délkou praxe 1 až 9 let.

2.4 Průběh výzkumu

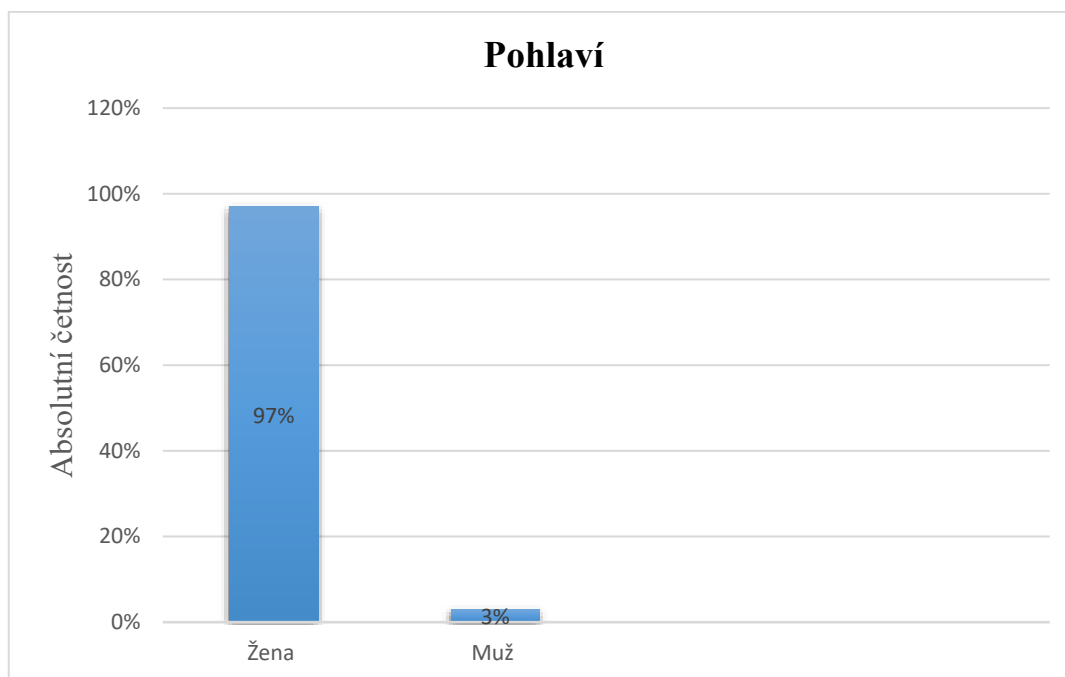
Výzkum trval od září 2019 do listopadu 2019. Dotazník byl vložen do skupiny pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Výzkumné šetření probíhalo na internetovém portálu www.surveio.cz. Respondenty jsem seznámil s účelem výzkumného šetření a zaručil jim anonymitu při vyplňování. Vyplnění dotazníku respondentům zabralo 5–10 minut.

2.5 Zpracování získaných dat

Data získaná pomocí kvantitativního výzkumu byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Office 365 ProPlus – konkrétně pak programy Word a Excel. Výsledky jsou zpracovány pomocí sloupcových grafů a jsou v grafovém sloupci uváděny v absolutní četnosti. Pro lepší orientaci je relativní četnost vyjadřována v procentech. Některé odpovědi v dotazníku obsahují dlouhé věty, proto jsou v grafu pod sloupцем označeny písmenem, blíže jsou odpovědi specifikovány nad grafem, týká se konkrétně výzkumných otázek č. 7, 19, 22, 23, 24.

2.6 Výsledky výzkumu

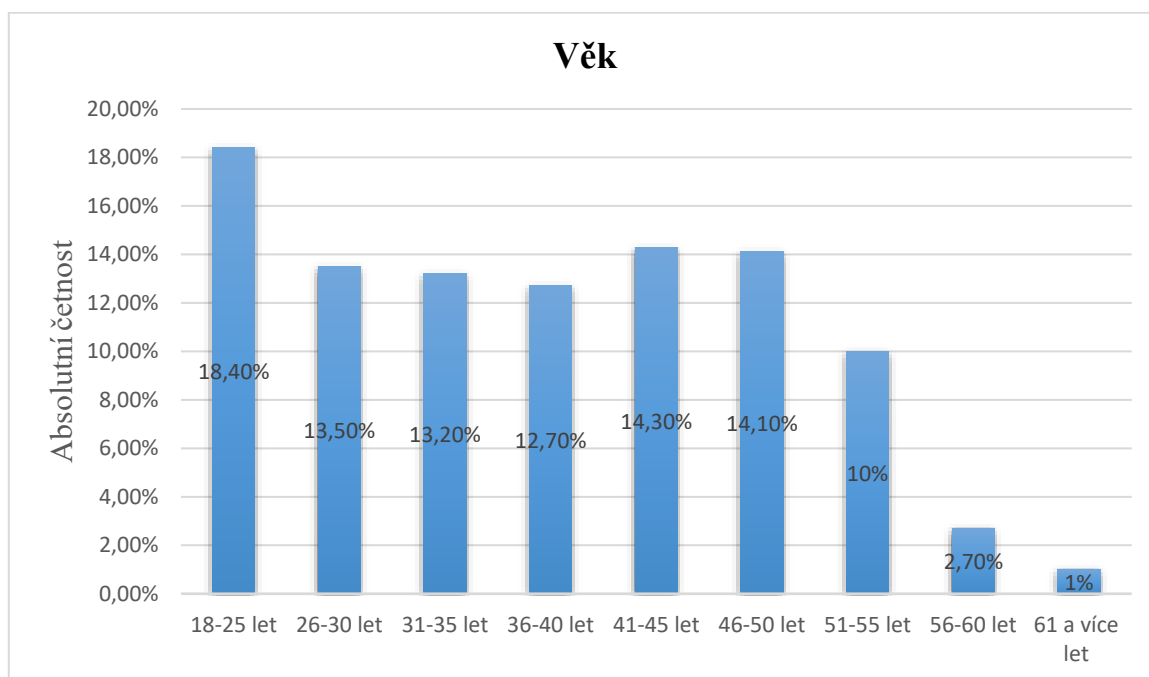
Vyhodnocení otázky č. 1: Uveďte Vaše pohlaví.



Graf 1 Pohlaví

V grafu 1 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Uveďte Vaše pohlaví“. Z celkového počtu 371 dotazovaných respondentů byla nejvíce zastoupena odpověď *žena*, a to v počtu 359 odpovědí (97 %). Odpověď *muž* tvořilo 11 odpovědí (3 %) z celkovém počtu.

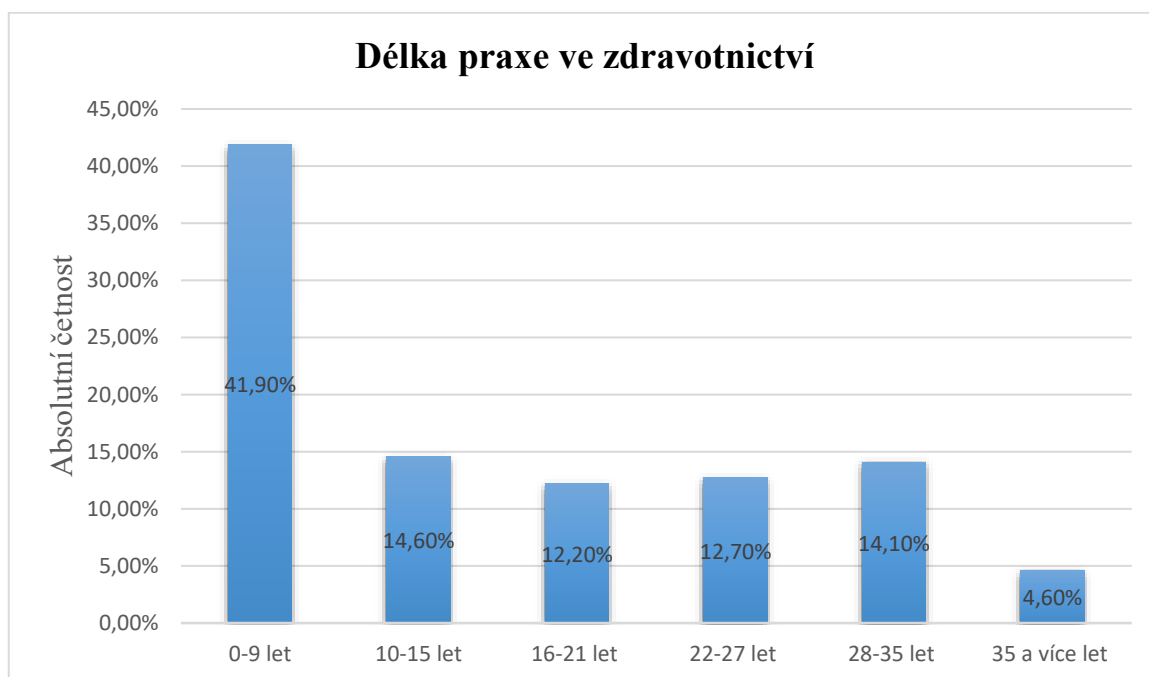
Vyhodnocení otázky č. 2: Uveďte Váš věk.



Graf 2 Věk

V grafu 2 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Uveďte Váš věk“. Největší zastoupení v počtu 69 respondentů (18,4 %) má odpověď *18–25 let*, 53 respondentů (14,3 %) bylo ve věku *41–45 let*, 52 respondentů (14,1 %) ve věku *46–50 let*, 50 respondentů (13,5 %) ve věku *26–30 let*, 49 respondentů (13,2 %) ve věku *31–35 let*, 47 respondentů (12,7 %) ve věku *36–40 let*, 37 respondentů (10 %) ve věku *51–55 let*, 10 respondentů (2,7 %) ve věku *56–60 let* a v nejmenším zastoupení respondentů v počtu 4 (1 %) bylo ve věku *61 a více let*.

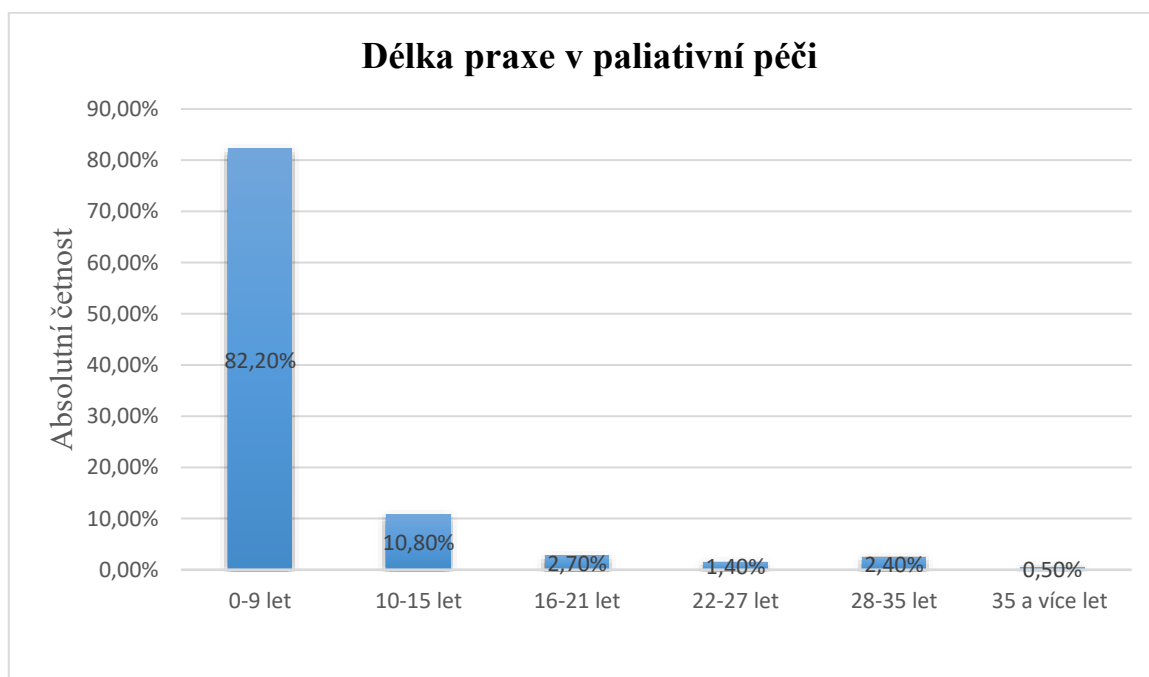
Vyhodnocení otázky č. 3: Uveďte délku Vaší praxe ve zdravotnictví.



Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví

V grafu 3 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Uveďte délku praxe ve zdravotnictví“. Největší zastoupení 156 respondentů (41,9 %) měla odpověď *0–9 let*, na odpověď *10–15 let* zvolilo celkem 54 respondentů (14,6 %), 52 respondentů (14,1 %) odpovědělo *28–35 let*, 47 respondentů (12,7 %) odpovědělo *22–27 let*, 45 respondentů (12,2 %) odpovědělo *16–21 let* a 17 respondentů (4,6 %) odpovědělo *35 a více let*.

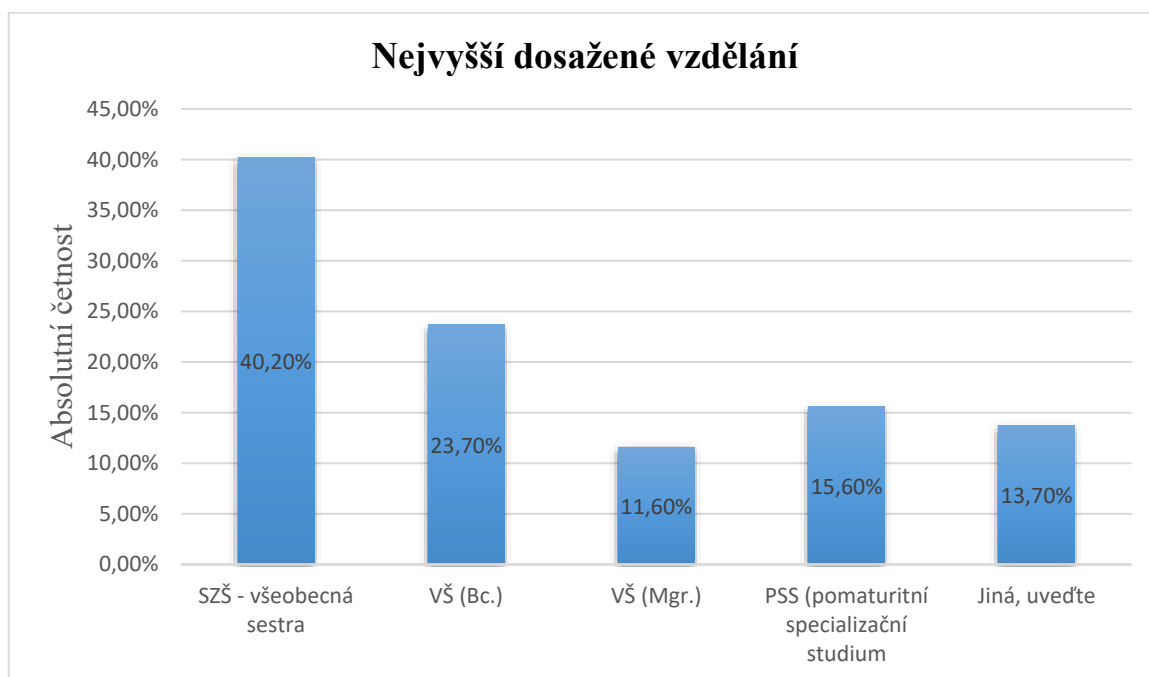
Vyhodnocení otázky č. 4: Uveďte délku Vaší praxe v paliativní péči.



Graf 4 Délka praxe v paliativní péči

V grafu 4 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Uveďte délku Vaší praxe v paliativní péči“. Největší počet – 305 respondentů (82,2 %) uvedl praxi v délce 0–9 let, 40 respondentů (10,8 %) má praxi v paliativní péči 10–15 let, celkem 10 respondentů (2,7 %) je v paliativní praxi 16–21 let, 9 respondentů (2,4 %) uvedlo délku 28–35 let, 5 respondentů (1,4 %) uvedlo délku 22–27 let a celkem 2 respondenti (1 %) pracují v paliativní péči 35 a více let.

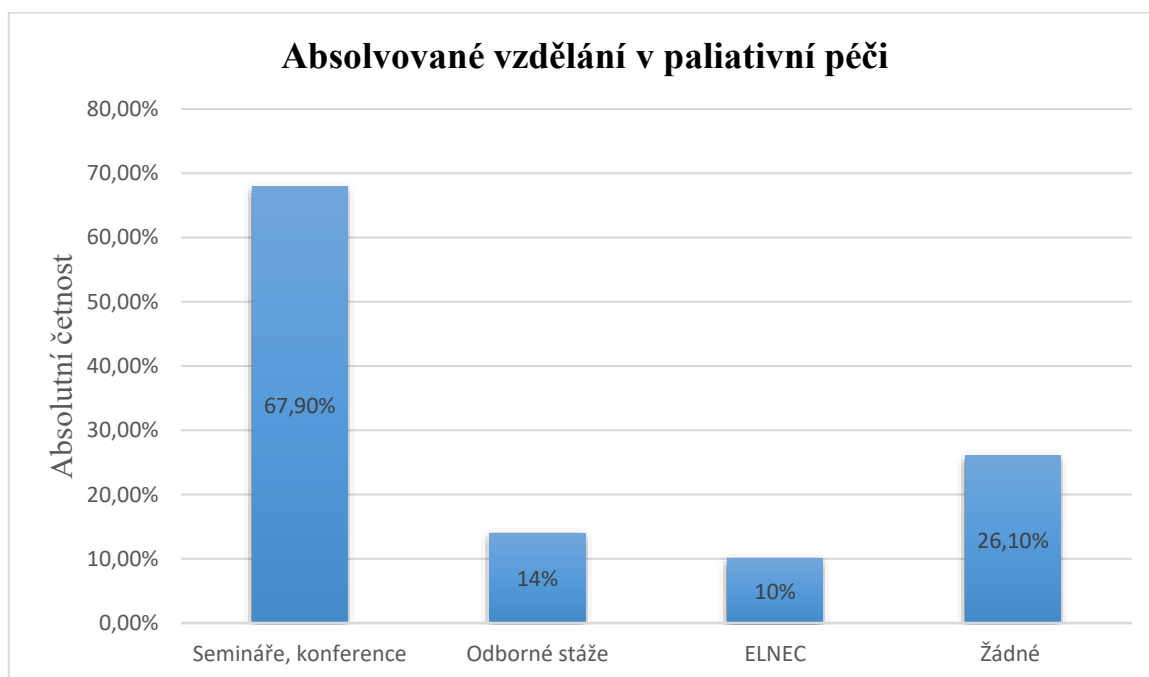
Vyhodnocení otázky č. 5: Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.



Graf 5 Nejvyšší dosažené vzdělání

V grafu 5 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání“. Největší počet respondentů 149 (40,2 %) má *středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra*, 88 respondentů (23,7 %) má *bakalářské vysokoškolské vzdělání*, PSS (*pomaturitní specializační studium*) uvádí 58 respondentů (15,6 %), celkem 51 respondentů (13,7 %) uvedlo odpověď *jiná, uveďte*, jako nejčastější respondenti uváděli *všeobecná sestra (Dis)*, *všeobecná sestra Bc. a Mgr. jiný obor, ARIP, praktická sestra*, 43 respondentů (11,6 %) má *magisterské vysokoškolské vzdělání*.

Vyhodnocení otázky č. 6: Jaké vzdělání v oboru paliativní péče jste absolvoval/a?



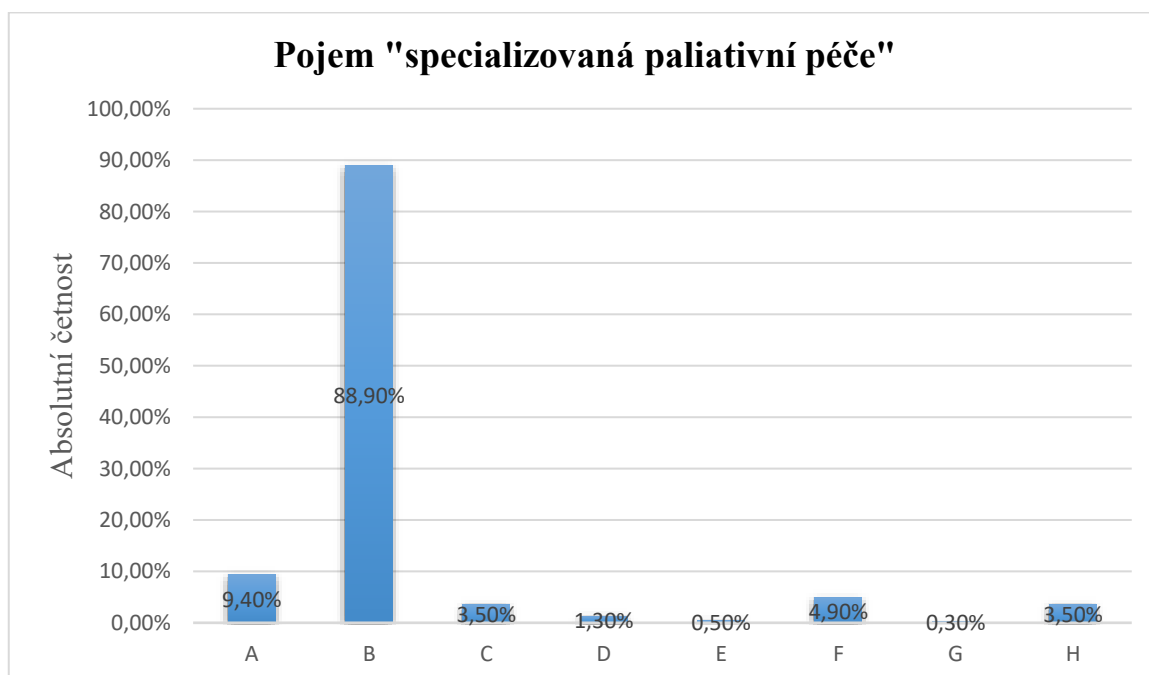
Graf 6 Absolvované vzdělání v paliativní péči

V grafu 6 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Jaké vzdělání v oboru paliativní péče jste absolvoval/a“. Odpověď *semináře a konference* uvedlo celkem 252 respondentů (67,9 %), 97 respondentů (26,1 %) neabsolvovalo žádné vzdělání a zvolilo odpověď *žádné*, 52 respondentů (14 %) absolvovalo dle odpovědi *odborné stáže*, 37 respondentů (10 %) uvedlo odpověď *ELNEC*.

Pozn. ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) je vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro sestry, které pracují s pacienty v konečné fázi života.

Vyhodnocení otázky č. 7: Co si představujete pod pojmem „specializovaná paliativní péče“?

- a) péče odborníků poskytovaná až v okamžiku umírání,
- b) aktivní komplexní péče o nevyléčitelně nemocného pacienta, kterou poskytují lůžkové hospice, domácí hospice,
- c) pacient není resuscitován a napojen na umělou plicní ventilaci,
- d) soubor mnoha vyšetření, která hodnotí fáze umírání,
- e) nepodávají se již žádné léky,
- f) péče poskytovaná po úmrtí pacienta (hygiena, oblékání, komunikace s rodinou apod.),
- g) nevím,
- h) jiná.

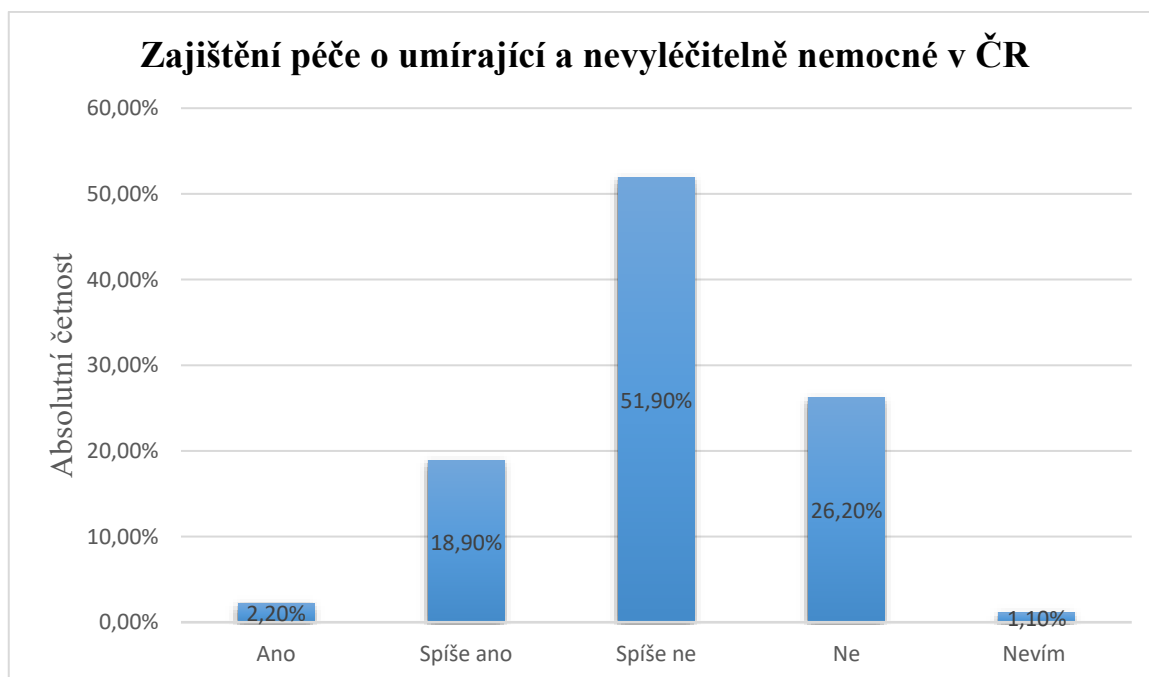


Graf 7 Pojem „specializovaná paliativní péče“

V grafu 7 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Co si představujete pod pojmem specializovaná paliativní péče?“, 330 respondentů (88,9 %) uvedlo že se jedná o *aktivní komplexní péči o nevyléčitelně nemocného pacienta kterou poskytují lůžkové, domácí hospice*, 35 respondentů (9,4 %) uvedlo že se jedná o *péči odborníků poskytovanou až v okamžiku umírání*, 18 respondentů (4,9 %) uvedlo že je to *péče poskytovaná po úmrtí pacienta (hygiena, oblékání, komunikace s rodinou apod.)*, 13 respondentů (3,5 %) odpovědělo že pacient není *resuscitován a napojen na umělou plicní ventilaci*, stejný

počet respondentů 13 (3,5 %) odpovědělo *Jiná*, 5 respondentů (1,3 %) odpovědělo že se jedná o *soubor mnoha vyšetření, které hodnotí fáze umírání*, 2 respondenti (0,5 %) odpověděli že se *nepodávají již žádné léky*, 1 respondent (0,3 %) zvolil odpověď *Nevím*.

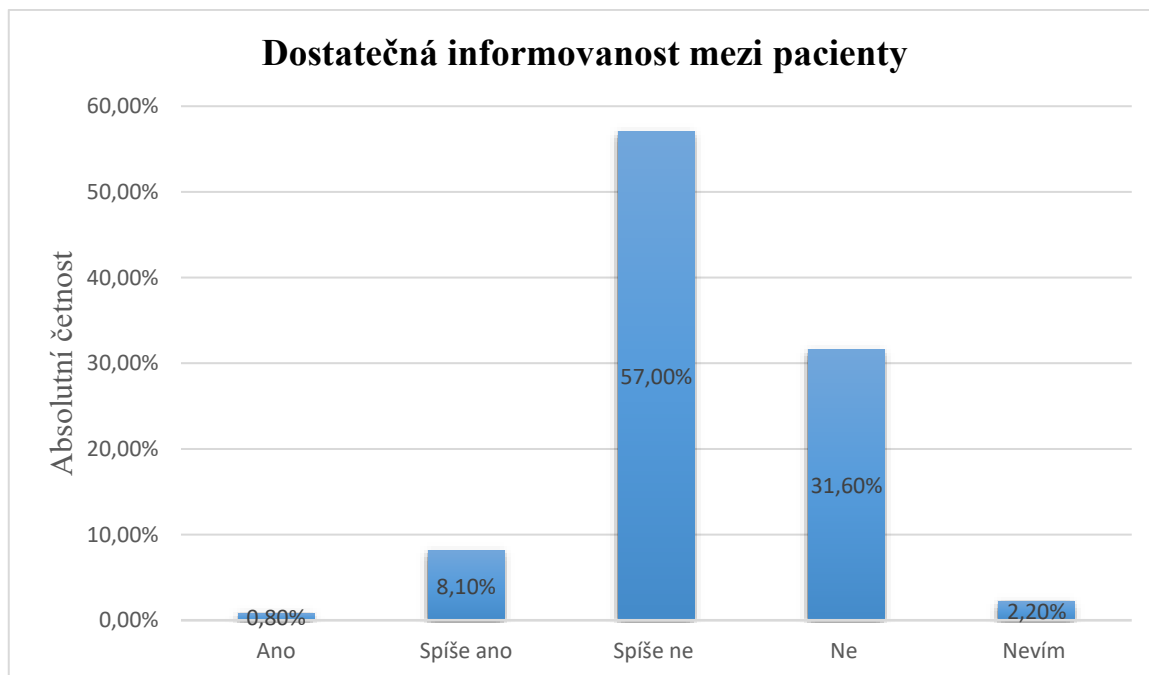
Vyhodnocení otázky č. 8: Domníváte se, že je v České republice dostatečně zajištěna péče o nevléčitelně nemocné a umírající?



Graf 8 Zajištění péče o umírající a nevléčitelně nemocné v ČR

V grafu 8 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Domníváte se, že je v České republice dostatečně zajištěna péče o nevléčitelně nemocné a umírající?“. Nejčastěji odpověď byla *Spíše ne* v počtu 192 respondentů (51, 9 %), 97 respondentů (26,2 %) odpovědělo *Ne*, 69 respondentů (18,6 %) odpovědělo *Spíše ano*, pouze 8 respondentů (2,2 %) odpovědělo *Ano*, 4 respondenti (1,1 %) odpověděli, že nevědí.

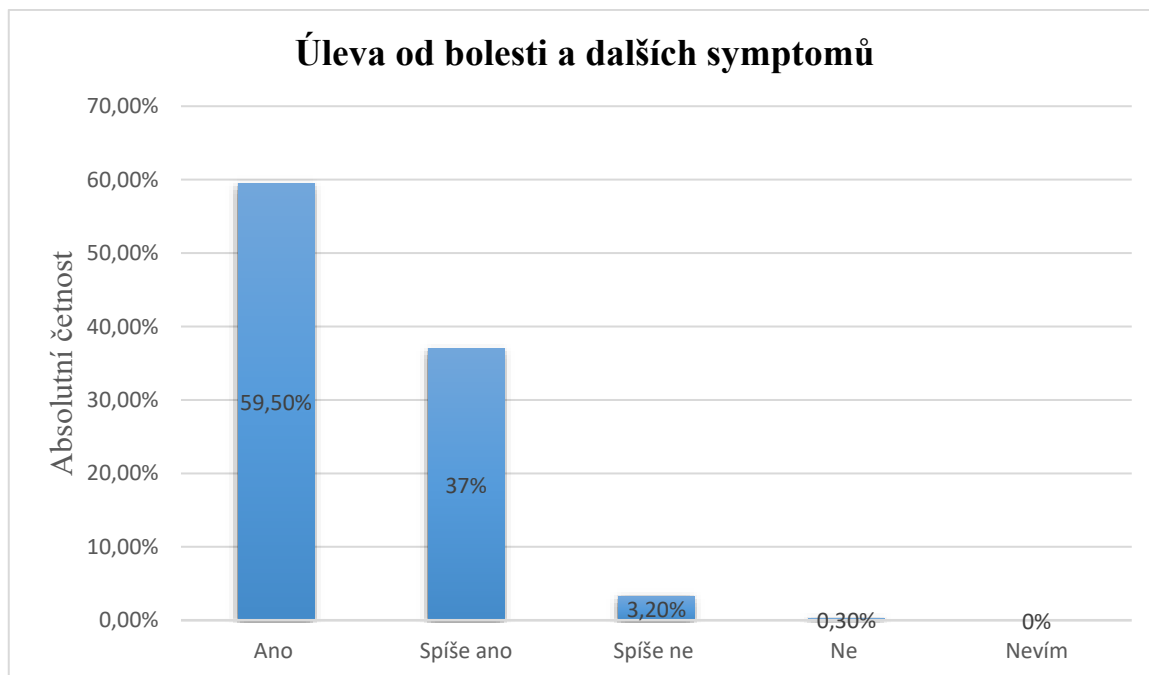
Výzkumná otázka č. 9: Domníváte se, že je informovanost o specializované paliativní péči a jejích možnostech mezi pacienty dostatečná?



Graf 9 Dostatečná informovanost mezi pacienty

V grafu 9 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Domníváte se, že je informovanost o specializované paliativní péči a jejích možnostech mezi pacienty dostatečná?“. Největší počet byl 213 respondentů (57 %), kteří odpovídají *Spíše ne*, 117 respondentů (31,6 %) odpovědělo *Ne*, 30 respondentů (8,10 %) uvedlo *Spíše ano*, 8 respondentů (2,2 %) uvedlo, že nevědí a pouze 3 respondenti (0,8 %) odpověděli *Ano*.

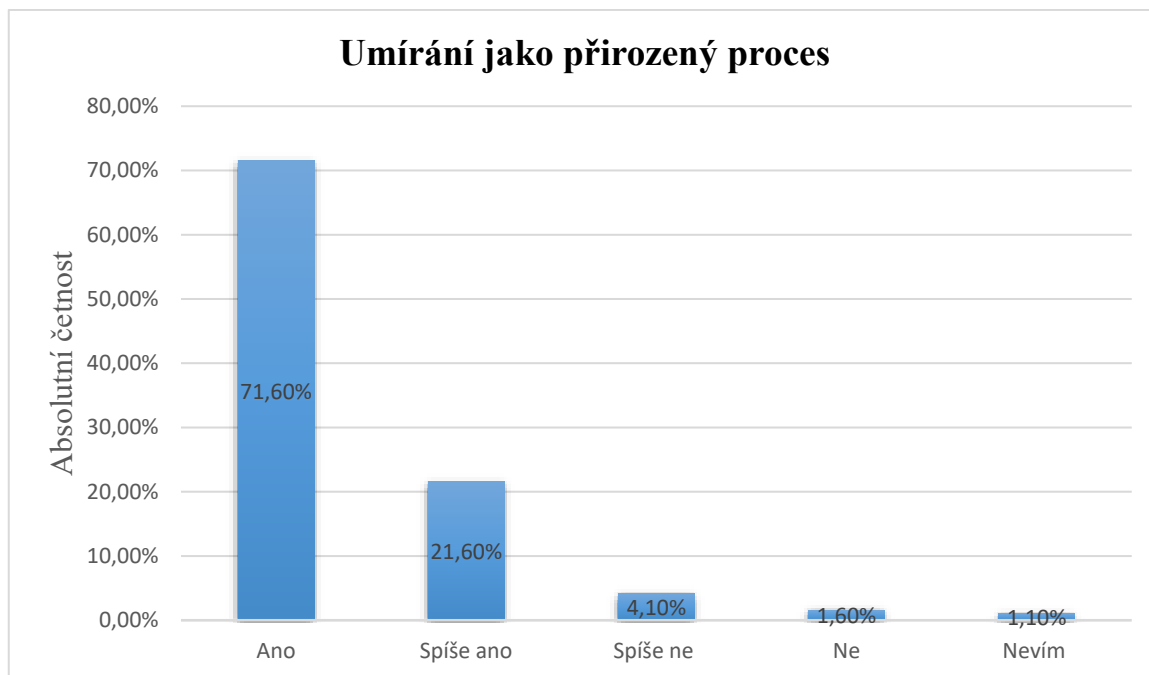
Výzkumná otázka č. 10: Myslíte si, že specializovaná paliativní péče umí zajistit úlevu od bolesti a dalších symptomů?



Graf 10 Úleva od bolesti a dalších symptomů

V grafu 10 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Myslíte si, že specializovaná paliativní péče umí zajistit úlevu od bolesti a dalších symptomů?“ Celkem 221 respondentů (59,5 %) odpovědělo *Ano*, 137 respondentů (37 %) odpovědělo *Spíše ano*, 12 respondentů (3,2 %) odpovědělo *Spíše ne*, 1 respondent (0,3 %) odpověděl *Ne*, odpověď *Nevím* nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

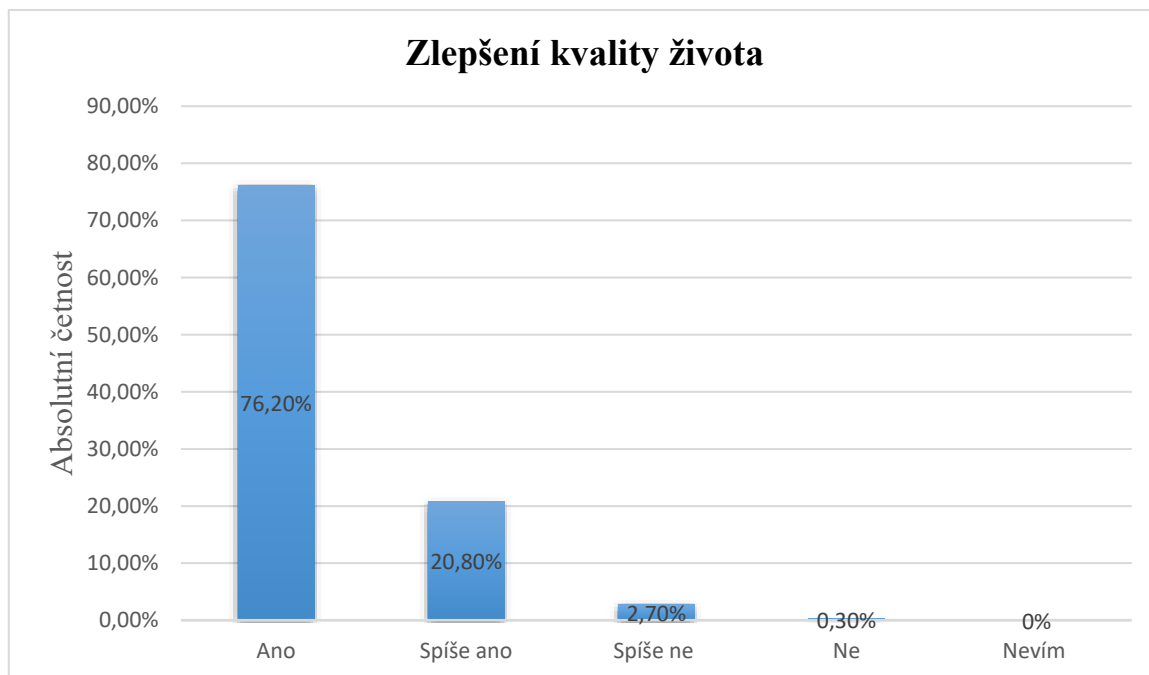
Výzkumná otázka č. 11: Myslíte si, že specializovaná paliativní péče pohlíží na umírání jako na přirozený proces a neusiluje o urychlení či oddálení smrti?



Graf 11 Umírání jako přirozený proces

V grafu 11 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Myslíte si, že specializovaná paliativní péče pohlíží na umírání jako přirozený proces a neusiluje o urychlení či oddálení smrti?“. Největší počet respondentů 265 (71,6 %) odpověděl *Ano*, 80 respondentů (21,6 %) odpovědělo *Spíše ano*, odpověď *Spíše ne* zvolilo celkem 15 respondentů (4,1 %), 6 respondentů (1,6 %) odpovědělo *Ne* a 4 respondenti (1,1 %) uvedli, že nevědí.

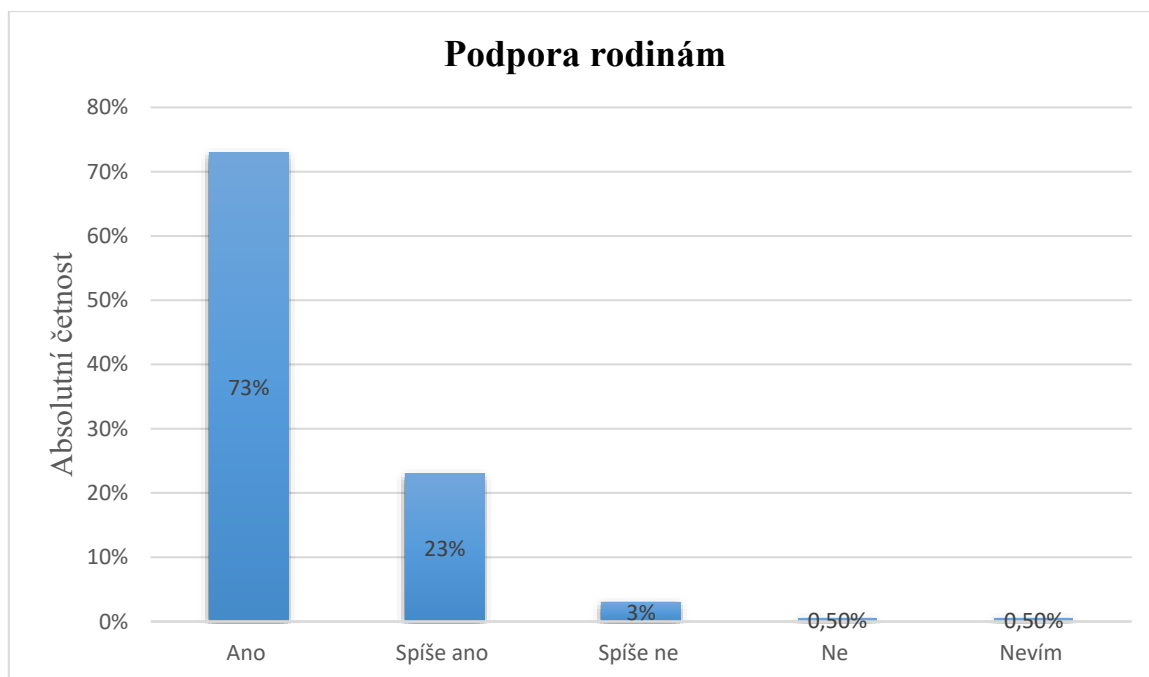
Výzkumná otázka č. 12: Myslíte si, že specializovaná paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci a umírání?



Graf 12 Zlepšení kvality života

V grafu 12 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Myslíte si, že specializovaná paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci a umírání?“. Respondentů, kteří odpověděli *Ano*, bylo celkem 283 (76,2 %), odpověď *Spíše ano* zvolilo celkem 77 respondentů (20,8 %), 10 respondentů (2,7 %) uvedlo *Spíše ne*, pouze 1 respondent (0,3 %) odpověděl *Ne*, možnost odpovědi *Nevím* neuvedl žádný respondent.

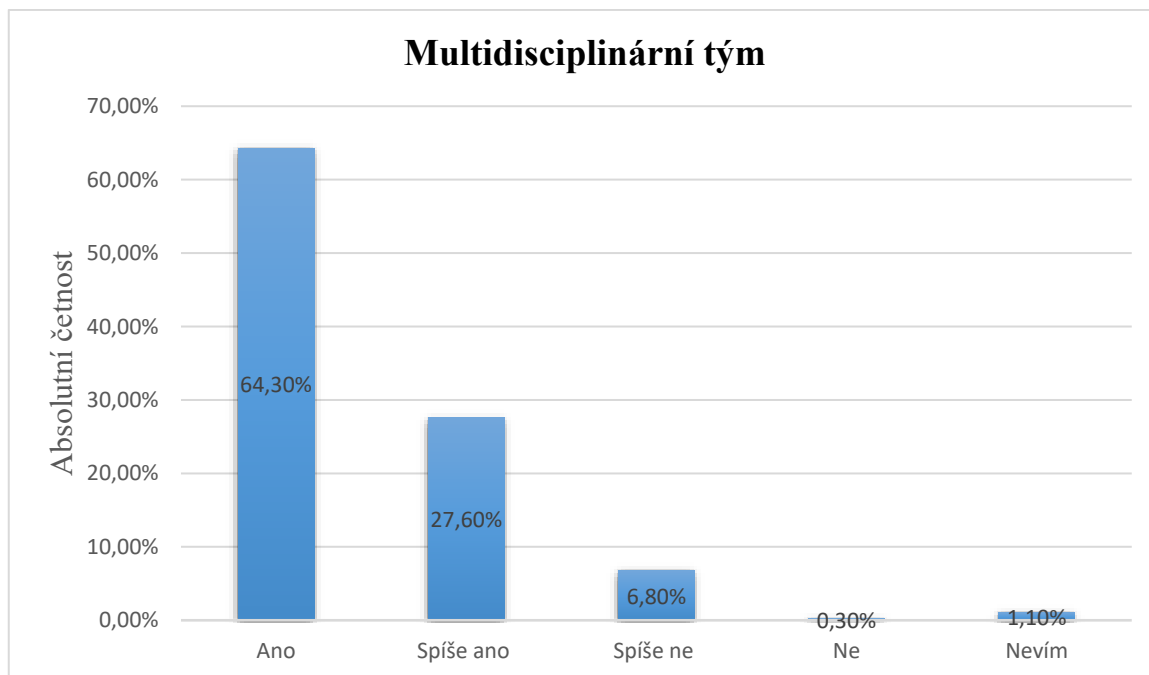
Výzkumná otázka č. 13: Myslíte si, že specializovaná paliativní péče nabízí podporu rodinám, kterým pomáhá zvládnout období nemoci, zármutku a truchlení?



Graf 13 Podpora rodinám

V grafu 13 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Myslíte si, že specializovaná paliativní péče nabízí podporu rodinám, kterým pomáhá zvládnout období nemoci, zármutku a truchlení“?. Celkem 271 respondentů (73 %) odpovědělo *Ano*, 85 respondentů (23 %) uvedlo *Spíše ano*, odpověď *Spíše ne* zvolilo 11 respondentů (3 %), 2 respondenti (0,5 %) odpověděli *Ne*, 2 respondenti (0,5 %) odpověděli *Nevím*.

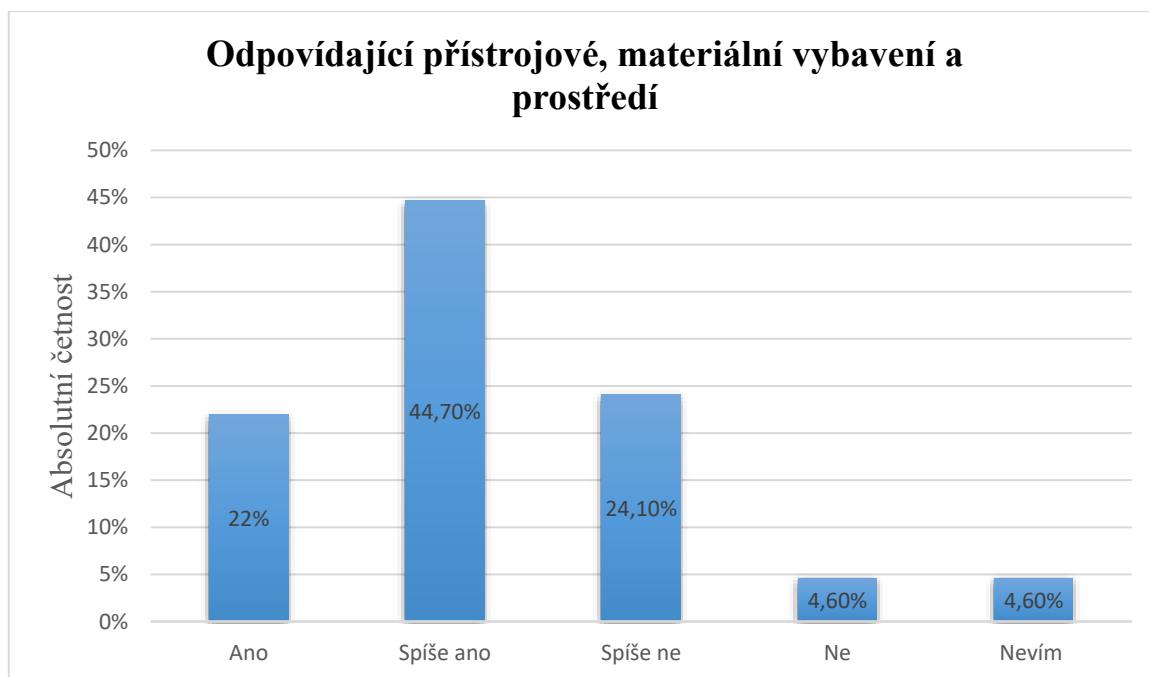
Výzkumná otázka č. 14: Myslíte si, že specializovaná paliativní péče využívá multidisciplinární týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin?



Graf 14 Multidisciplinární tým

V grafu 14 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Myslíte si, že specializovaná paliativní péče využívá multidisciplinární týmové práce pro uspokojení potřeb pacientů a jejich rodin?“. Celkem 239 respondentů (64,3 %) odpovědělo *Ano*, 102 respondentů (27,6 %) odpovědělo *Spíše ano*, odpověď *Spíše ne* uvedlo 25 respondentů (6,8 %), 4 respondenti (1,1 %) odpověděli *Nevím* a pouze 1 respondent (0,3 %) odpověděl *Ne*.

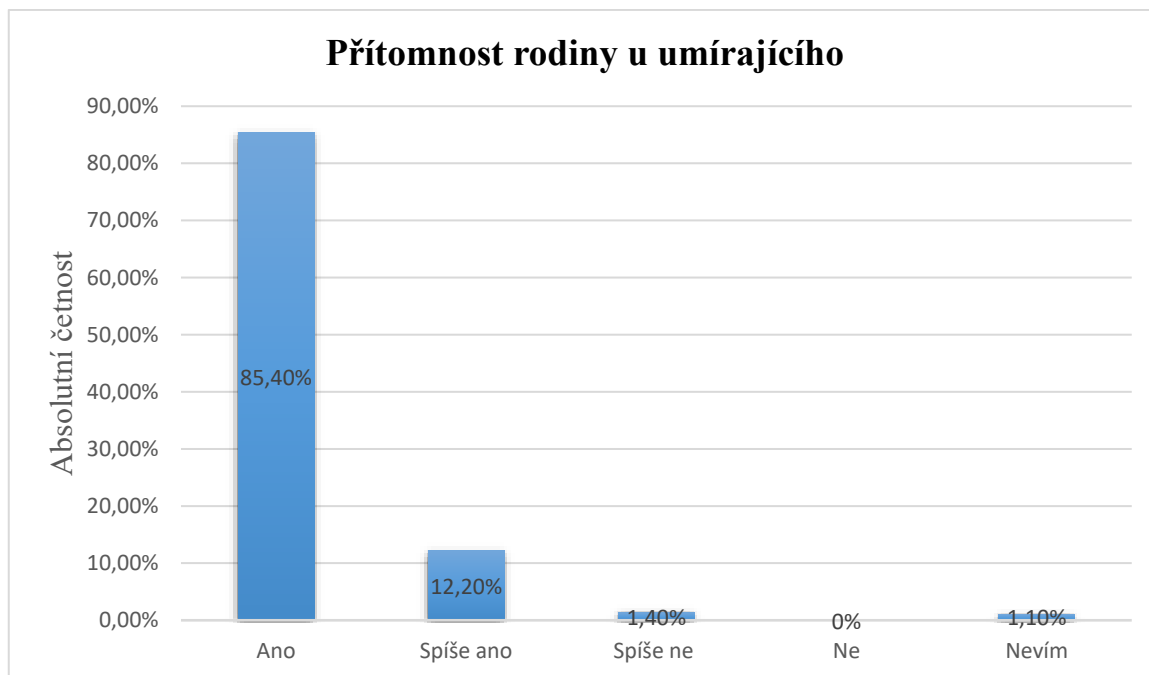
Výzkumná otázka č. 15: Myslíte si, že přístrojové, materiální vybavení a prostředí, kde se poskytuje specializovaná paliativní péče, odpovídá potřebám péče o umírající pacienty?



Graf 15 Odpovídající přístrojové, materiální vybavení a prostředí

V grafu 15 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Myslíte si, že přístrojové, materiální vybavení a prostředí, kde se poskytuje specializovaná paliativní péče odpovídá potřebám péče o umírající pacienty?“. Na výše uvedeném grafu vidíme, že nejvíce respondentů, celkem 166 (44,8 %) odpovědělo *Spíše ano*, 89 respondentů (24,1 %) odpovědělo *Spíše ne*, 82 respondentů (22 %) odpovědělo *Ano*, 17 (4,6 %) respondentů odpovědělo *Ne*, odpověď *Nevím*, zvolilo rovněž 17 respondentů (4,6 %).

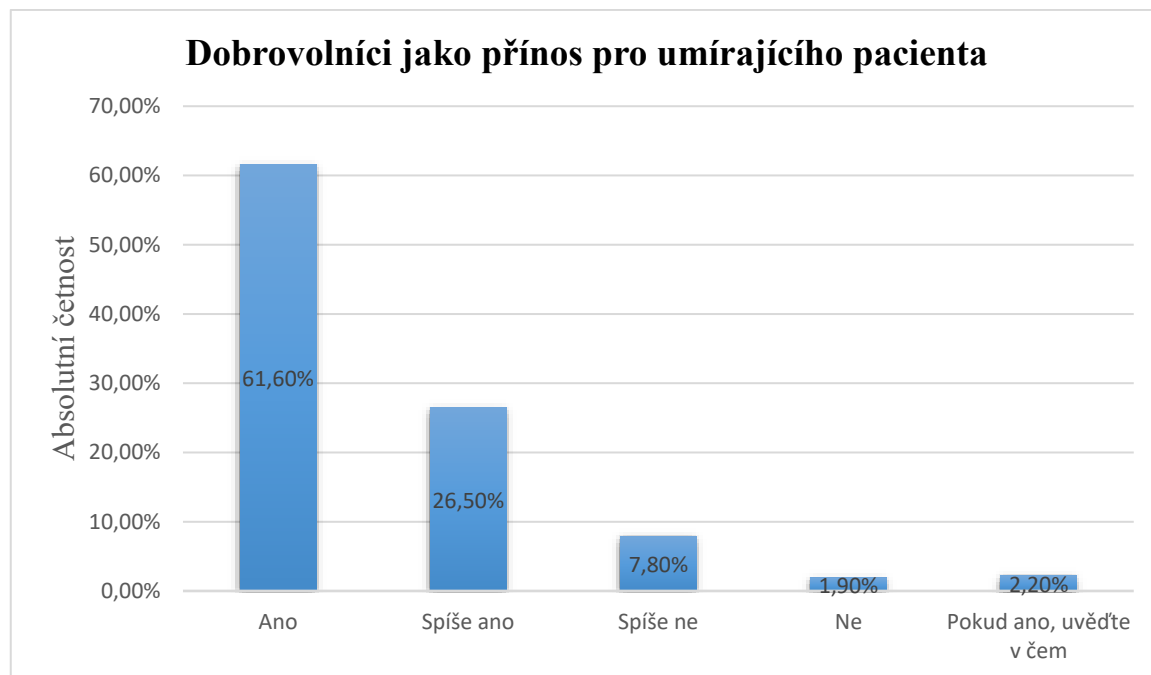
Výzkumná otázka č. 16: Myslíte si, že přítomnost členů rodiny je přínosná pro umírajícího pacienta?



Graf 16 Přítomnost rodiny u umírajícího

V grafu 16 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Myslíte si, že přítomnost členů rodiny je přínosná pro umírajícího pacienta?“. Celkem 317 respondentů (85,4 %) uvedlo *Ano*, 45 respondentů (12,2 %) uvedlo *Spíše ano*, 5 respondentů (1,4 %) uvedlo *Spíše ne*, 4 respondenti (1,1 %) odpověděli *Nevím*, odpověď *Ne* nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

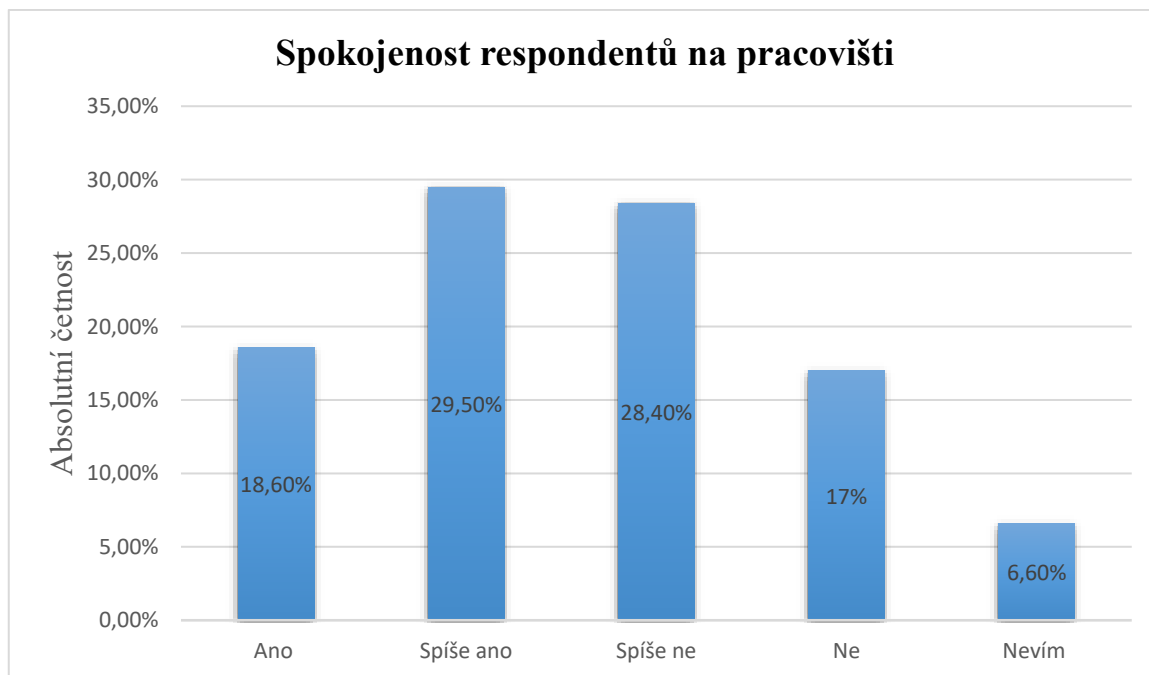
Výzkumná otázka č. 17: Vnímáte dobrovolníky a jejich aktivity jako přínosné pro umírající pacienty?



Graf 17 Dobrovolníci jako přínos pro umírající pacienty

V grafu 17 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Vnímáte dobrovolníky a jejich aktivity jako přínosné pro umírajícího pacienta?“. Jedná se o polouzavřenou otázku a respondenti měli možnost dopsat svoji odpověď. Nejvíce bylo respondentů, kteří odpověděli *Ano*, a to 229 (61,6 %), 98 respondentů (26,5 %) odpovědělo *Spíše ano*, 29 respondentů (7,8 %) odpovědělo *Spíše ne*, pouze 8 respondentů (2,2 %) zvolilo možnost: *Pokud ano, uveďte v čem*, jako nejčastější respondenti uváděli že *je to úleva pro rodinu, mohou pomáhat v péči o umírajícího, rodina ani umírající nejsou na to sami, dobrovolníci jsou vhodnou alternativou pro pacienty kteří nemají nikoho, přináší „čerstvý vzduch“ vidí situaci zvenčí, mají prostor dělat věci na které profesionálům nezbyvá čas*, 7 respondentů (1,9 %) odpovědělo *Ne*.

Výzkumná otázka č. 18: Jste spokojený/á s poskytováním specializované paliativní péče na Vašem pracovišti?

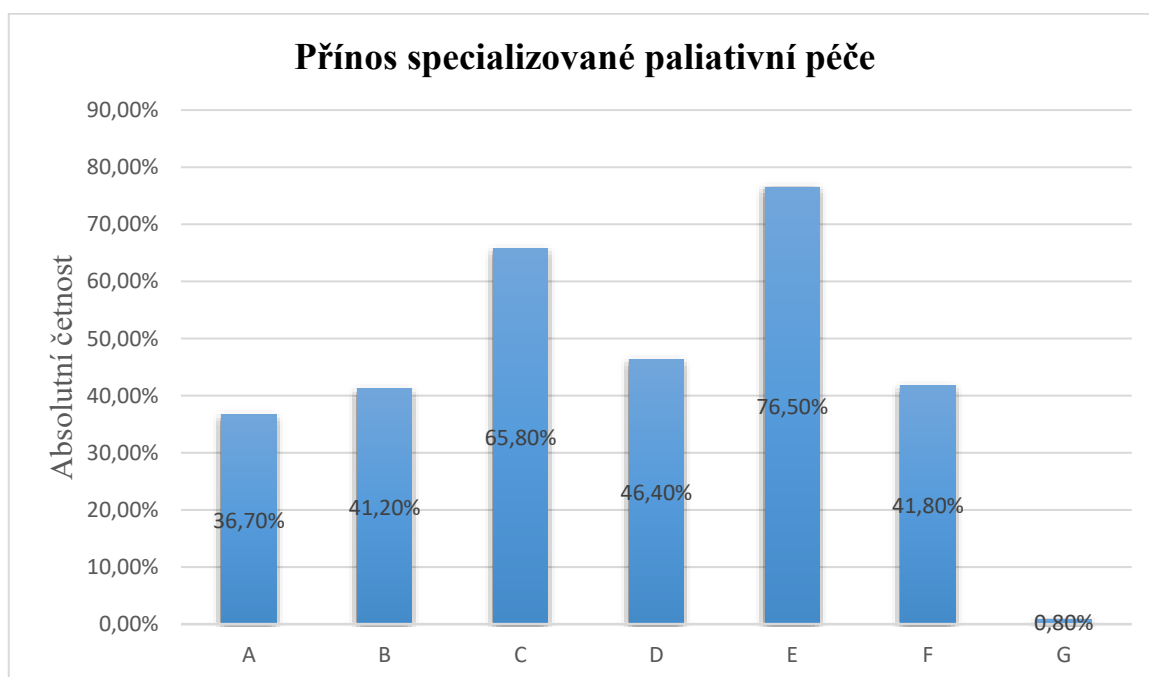


Graf 18 Spokojenost respondentů na pracovišti

V grafu 18 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Jste spokojený/á s poskytováním specializované paliativní péče na Vašem pracovišti?“. 110 respondentů (29,5 %) odpovědělo *Spíše ano*, 105 respondentů (28,4 %) odpovědělo *Spíše ne*, 69 respondentů (18,6 %) odpovědělo *Ano*, 63 respondentů (17 %) odpovědělo *Ne*, odpověď *Nevím* zvolilo celkem 24 respondentů (6,6 %).

Výzkumná otázka č. 19: Uved'te prosím největší přínos specializované paliativní péče. (možnost více odpovědí)

- a) péče poskytovaná odborným personálem,
- b) efektivní léčba symptomů,
- c) možnost nepřetržité přítomnosti rodiny a blízkých,
- d) využití multidisciplinárního týmu v péči o pacienta,
- e) důstojná péče a zacházení s pacientem,
- f) možnost posledního rozloučení s pacientem po úmrtí,
- g) jiné, uveďte.

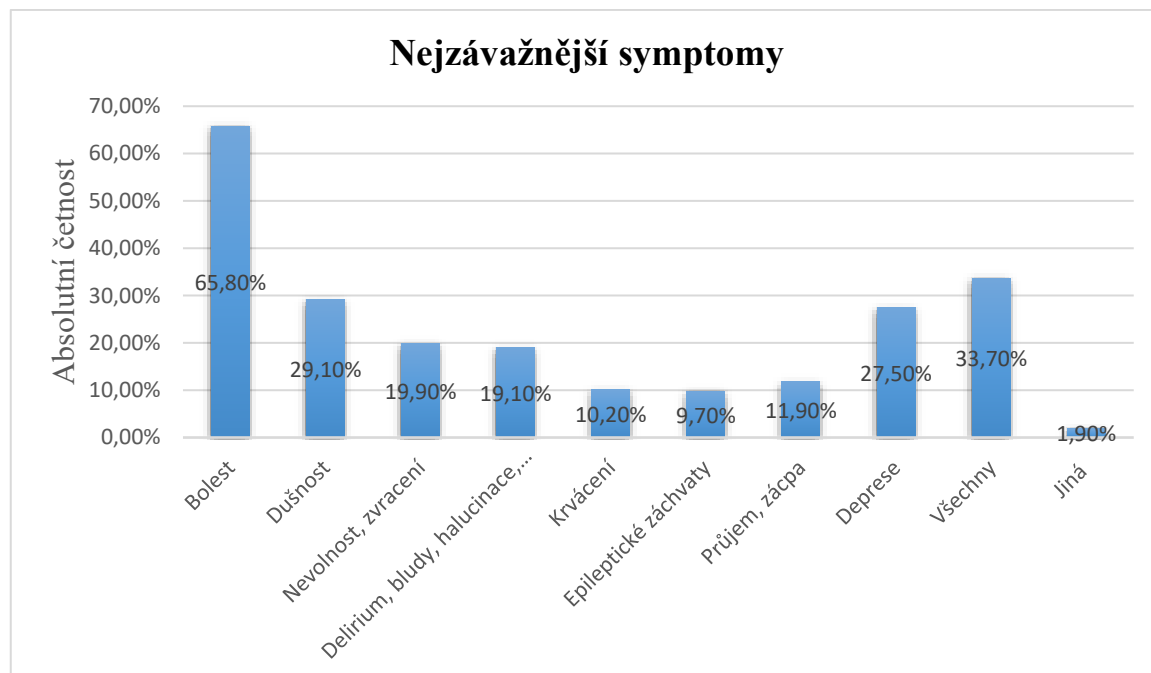


Graf 19 Přínos specializované paliativní péče

V grafu 19 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Uved'te prosím, největší přínos specializované paliativní péče“. V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Největší počet respondentů, celkem 284 (76,5 %) zvolilo za odpověď *důstojná péče a zacházení s pacientem*, 244 respondentů (65,8 %) uvedlo jako přínos *možnost nepřetržité přítomnosti rodiny a blízkých*, 172 respondentů (46,4 %) zvolilo jako přínos *využití multidisciplinárního týmu v péči o pacienta*, 155 respondentů (41,8 %) uvedlo jako přínos *možnost posledního rozloučení s pacientem po úmrtí*, 153 respondentů odpovědělo jako přínos *efektivní léčba symptomů*, 136 respondentů (36,7 %) odpovědělo jako přínos *že péče je poskytována odborným personálem*, 3 respondenti (0,8 %) se rozhodli pro „*Jiné, uveďte*“, jako nejčastější respondenti uváděli že největším

přínosem je ctít dříve vyslovená přání, pokud je to možné, pracovníky hospiců je člověk brán jako lidská bytost, není číslo ani pojištěnec, pacient neumírá v nemocničním prostředí, kde je hluk, stres a pořád se spěchá, nejlepší pro pacienta je zemřít doma, v hospici je klidné, příjemné prostředí a rodinný přístup, pro pacienta i rodinu je to velmi uklidňující.

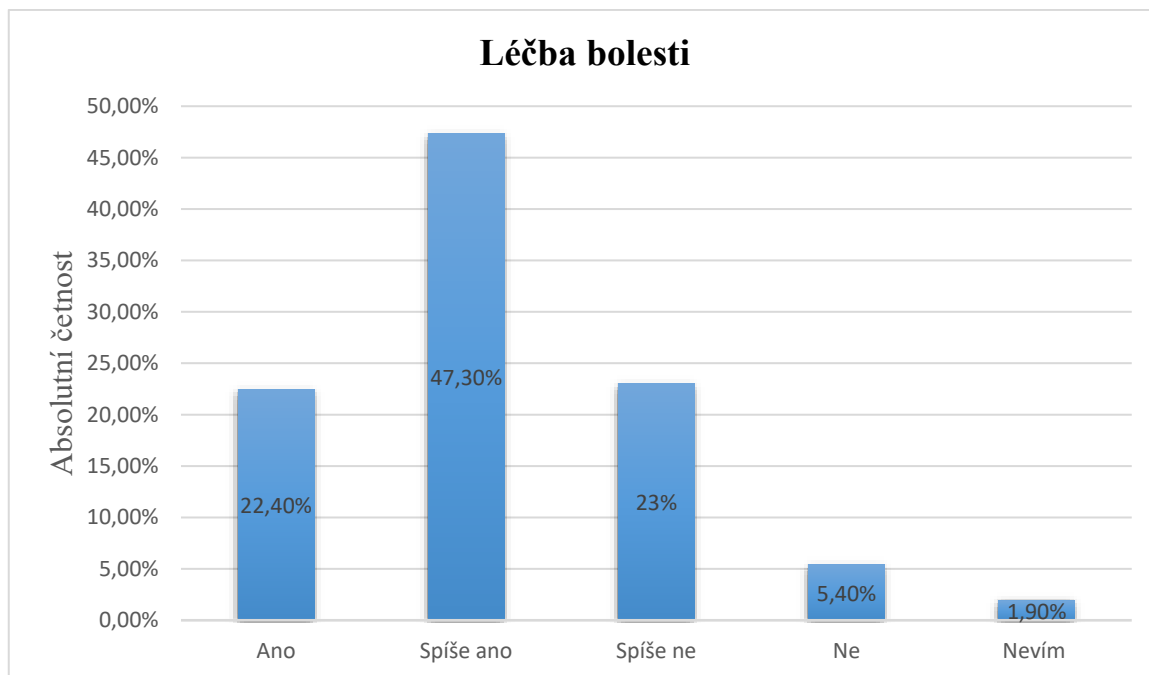
Výzkumná otázka č. 20: Který z uvedených symptomů, hodnotíte jako nejzávažnější a nejvíce omezující pro pacienta? (možnost více odpovědí)



Graf 20 Nejzávažnější symptomy

V grafu 20 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Který z uvedených symptomů, hodnotíte jako nejzávažnější a nejvíce omezující pro pacienta“?. V této otázce respondenti mohli zvolit z více odpovědí. Největší počet respondentů, celkem 244 (65,8 %) odpovědělo *Bolest*, 125 respondentů (33,7 %) odpovědělo *Všechny*, 108 respondentů (29,1 %) odpovědělo *Dušnost*, 102 respondentů (27,5 %) odpovědělo *Deprese*, 74 respondentů (19,9 %) odpovědělo *Nevolnost a zvracení*, 71 respondentů (19,1 %) odpovědělo *Delirium, bludy, halucinace a psychomotorický neklid*, 44 respondentů (11,9 %) odpovědělo *Průjem a zácpa*, 38 respondentů (10,2 %) odpovědělo *Krvácení*, 36 respondentů (9,7 %) odpovědělo *Epileptické záchvaty*, 7 respondentů (1,9 %) odpovědělo *Jiná*.

Výzkumná otázka č. 21: Vnímáte léčbu bolesti a dalších symptomů na svém pracovišti jako dostatečnou a ulevující pro pacienta?

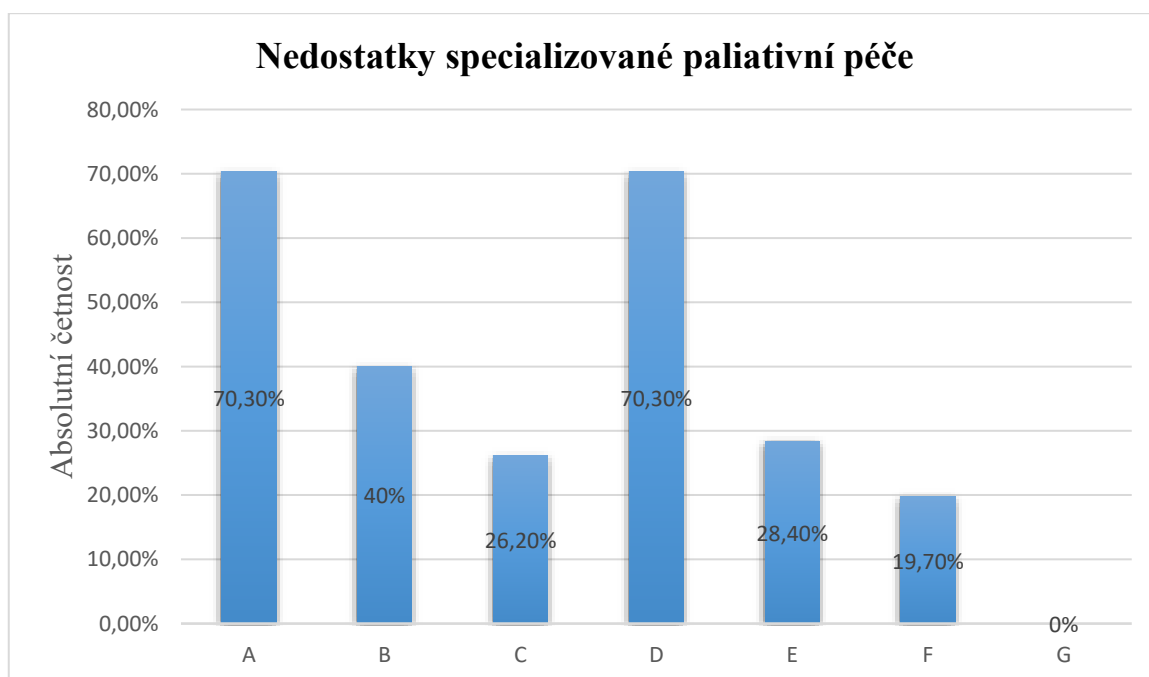


Graf 21 Léčba bolesti

V grafu 21 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Vnímáte léčbu bolesti a dalších symptomů jako dostatečnou a ulevující pro pacienta na svém pracovišti“?. Nejvíce respondentů, celkem 176 (47,3 %) odpovědělo *Spíše ano*, 85 respondentů (23 %) odpovědělo *Spíše ne*, 83 respondentů (22,4 %) odpovědělo *Ano*, 20 respondentů (5,4 %) odpovědělo *Ne*, odpověď *Nevím* zvolilo 7 respondentů (1,9 %).

Výzkumná otázka č. 22: Myslíte si, že jsou nedostatky specializované paliativní péče, které mohou negativně ovlivňovat péči o umírající pacienty? (možnost více odpovědí).

- a) nedostatek zařízení poskytující specializovanou paliativní péči,
- b) nedostatečně vzdělaný personál v oboru,
- c) nedostatečné vybavení materiální i technické,
- d) nedostatek personálu na poskytnutí kvalitní péče a málo času na pacienty,
- e) neefektivní léčba symptomů,
- f) péče je finančně náročná, rodina si takovou péči nemůže dovolit (lůžkové, domácí hospice),
- g) nemá žádné nedostatky.



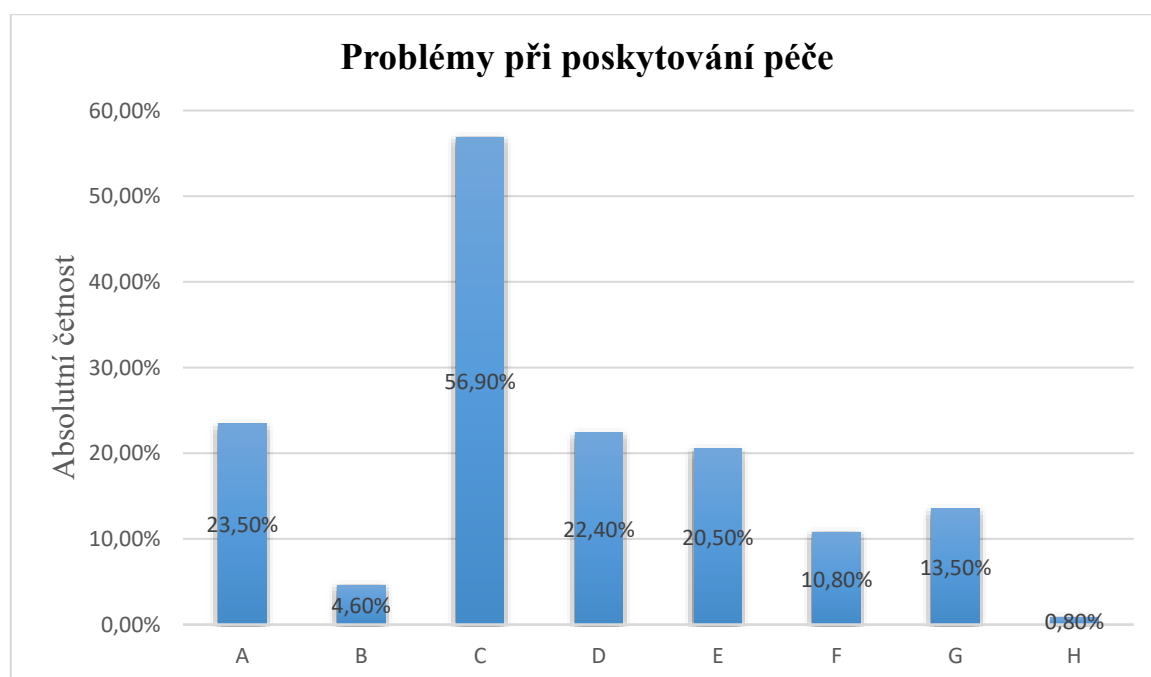
Graf 22 Nedostatky specializované paliativní péče

V grafu 22 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Jaké si myslíte že jsou nedostatky specializované paliativní péče, které mohou negativně ovlivňovat péči o umírající pacienty?“. V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Celkem 260 respondentů (70,3 %) odpovědělo že je *nedostatek zařízení poskytující specializovanou paliativní péči*, stejný počet respondentů, 260 (70,3 %) uvádí jako *nedostatek personálu na poskytnutí kvalitní péče a málo času na pacienty*, 149 respondentů (40 %) uvedlo *nedostatečně vzdělaný personál v oboru*, 105 respondentů (28,4 %) uvedlo *neefektivní léčba symptomů*, 97 respondentů (26,2 %) si

myslí že je *nedostatečné vybavení materiální a technické*, 73 respondentů (19,7 %) považuje jako nedostatek *finanční náročnost péče, rodina si takovou péči nemůže dovolit (lůžkové, domácí hospice)*. Odpověď *Nemá žádné nedostatky* ne zvolil žádný z dotazovaných respondentů.

Výzkumná otázka č. 23: Která z oblastí péče je pro Vás nejvíce problematická? (možnost více odpovědí)

- a) doprovázení umírajícího pacienta,
- b) péče o zesnulého,
- c) komunikace s rodinou umírajícího pacienta,
- d) komunikace s umírajícím pacientem,
- e) péče o pozůstalé,
- f) odborná náročnost péče,
- g) žádná,
- h) jiné.



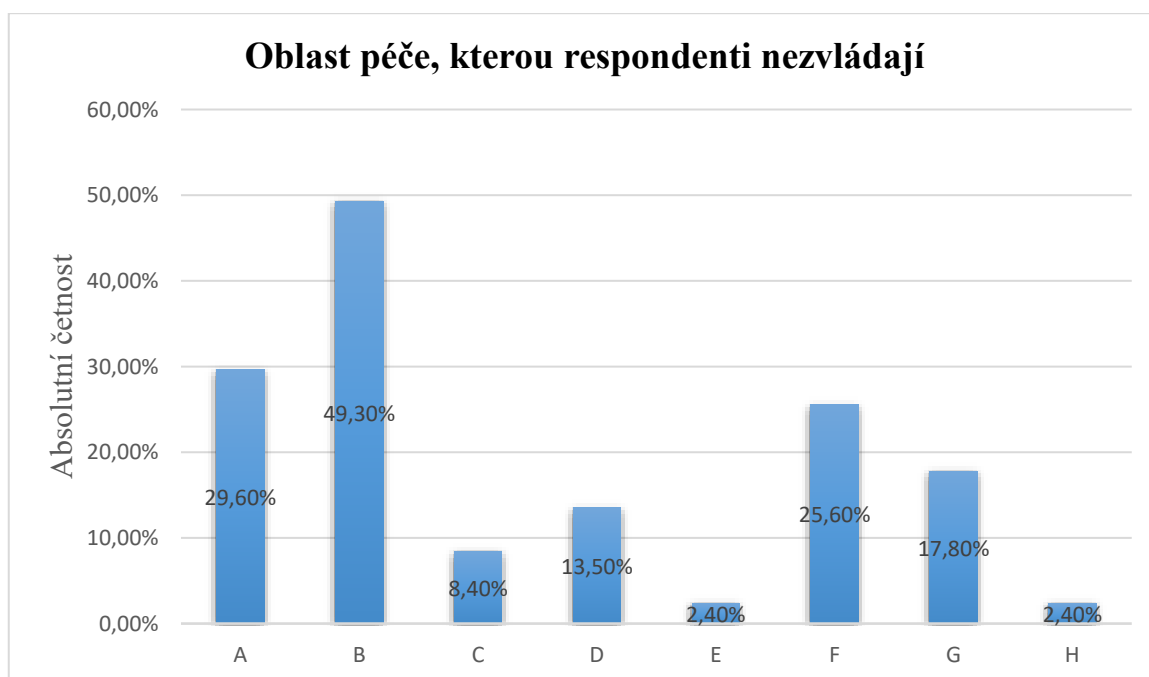
Graf 23 Problémy při poskytování péče

V grafu 23 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Která z oblastí péče je pro Vás nejvíce problematická?“. V této otázce mohli respondenti uvést více odpovědí. Celkem 211 respondentů (56,9 %) vybralo odpověď *komunikace s rodinou umírajícího pacienta*, 87 respondentů (23,5 %) zvolilo *doprovázení umírajícího pacienta*, 83 respondentů (22,4

%) se rozhodlo pro odpověď *komunikace s umírajícím pacientem*, 76 respondentů (20,5 %) vybralo *péče o pozůstalé*, 50 respondentů (13,5 %) odpovědělo *žádná*, 40 respondentů (10,8 %) zvolilo možnost *odborná náročnost péče*, 17 respondentů (4,6 %) označilo možnost *péče o zesnulého*, 3 respondenti (0,8 %) vybrali odpověď *Jiné*.

Výzkumná otázka č. 24: Setkáváte se v praxi při poskytování specializované paliativní péče s něčím, co se Vám nedaří zvládnout nebo Vám činí potíže? (možnost více odpovědí).

- a) psychická náročnost péče,
- b) péče o mladé umírající pacienty,
- c) péče o maligní rány (zapáchající),
- d) péče o pacienty s bolestí,
- e) péče o pacienty s krvácením,
- f) přítomnost dětí u umírajících pacientů,
- g) nesetkávám,
- h) jiné, uveďte.

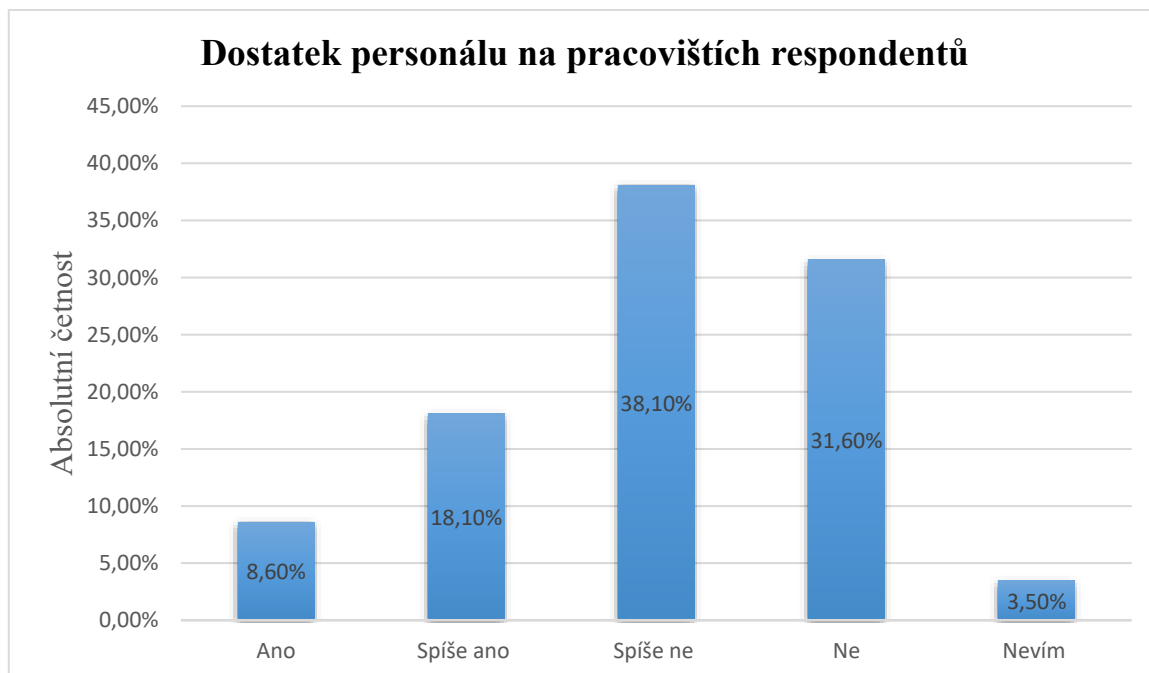


Graf 24 Oblast péče, kterou respondenti nezvládají

V grafu 24 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Setkáváte se v praxi, při poskytování specializované paliativní péče s něčím, co se Vám nedaří zvládnout nebo činí potíže? Nejvíce respondentů 183 (49,3 %) se uvedlo *péče o mladé umírající pacienty*, 110 respondentů (29,6 %) odpovědělo *psychická náročnost péče*, 95 respondentů (25,6 %) odpovědělo *přítomnost dětí u umírajících pacientů*, 66 respondentů (17,8 %) volilo odpověď *nesetkávám*, 50 respondentů (13,5 %) odpovědělo *péče o pacienty s bolestí*, 31 respondentů (8,4 %) odpovědělo *péče o maligní rány (zapáchající)*, 9 respondentů (2,4 %) odpovědělo *péče o pacienty s krvácením*, stejný počet respondentů, 9 (2,4 %)

vybral odpověď *Jiné, uveďte*, jako nejčastější odpovědi respondenti uvedli, *komunikace s lékaři odmítajícími paliativní péči jako součást moderního přístupu k pacientům a jejich blízkým, morfin není lék smrti, jak si mnohdy laik myslí – nedávejte, nemůže se vzbudit, spolupráce s lékařem, nemožnost poskytnout eutanázii na přání pacienta. rozsáhlé a důkladné zápisy v PC, poté málo času na pacienta, komunikace s lékařem.*

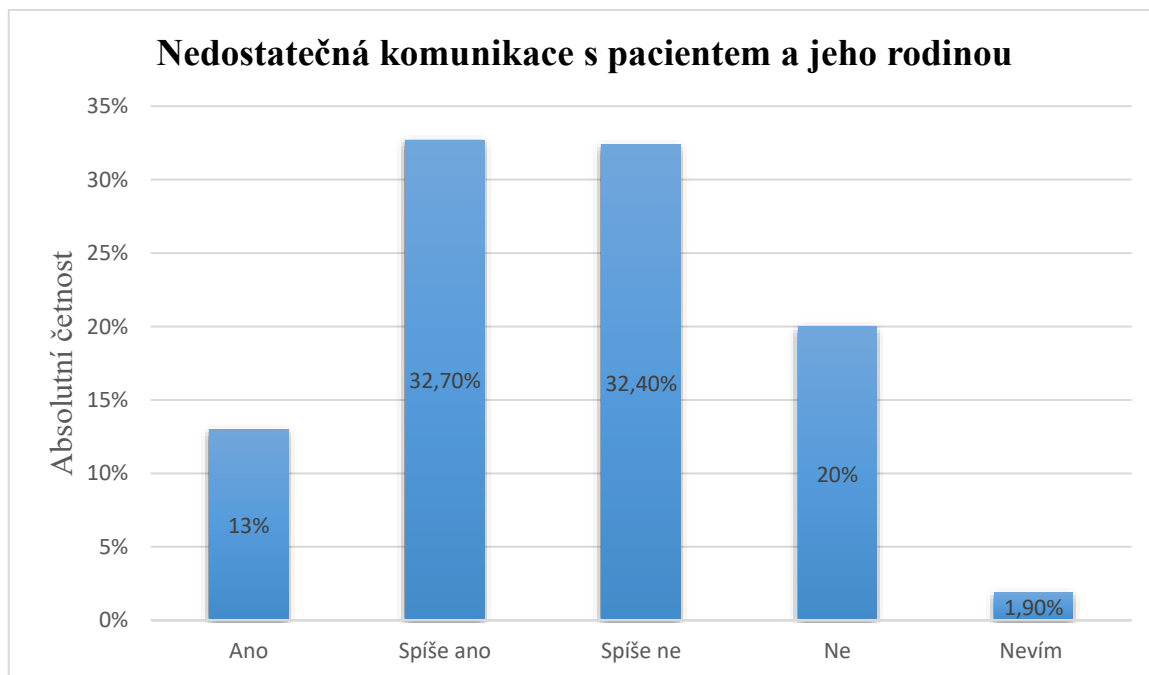
Výzkumná otázka č. 25: Domníváte se, že je na Vašem pracovišti dostatek personálu pro poskytování specializované paliativní péče?



Graf 25 Dostatek personálu na pracovištích respondentů

V grafu 25 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Domníváte se, že je na Vašem pracovišti dostatek personálu pro poskytování specializované paliativní péče?“. Nejvíce respondentů, 142 (38,1 %) označilo možnost *Spíše ne*, 117 respondentů (31,6 %) odpovědělo *Ne*, 67 respondentů (18,1 %) si vybralo *Spíše ano*, 32 respondentů (8,6 %) zvolilo *Ano*, 13 respondentů (3,5 %) odpovědělo *Nevím*.

Výzkumná otázka č. 26: Vnímáte na svém pracovišti komunikaci s pacientem a jeho rodinou jako dostatečnou?



Graf 26 Nedostatečná komunikace s pacientem a jeho rodinou

V grafu 26 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Vnímáte na svém pracovišti komunikaci s pacientem a jeho rodinou jako dostatečnou:“. Nejvíce respondentů 122 (32,7 %) odpovědělo *Spíše ano*, 120 respondentů (32,4 %) odpovědělo *Spíše ne*, 74 respondentů (20 %) odpovědělo *Ne*, 7 respondentů (1,9 %) odpovědělo *Nevím*.

2.7 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jaký přínos má specializovaná paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester. Při vypracování výzkumu jsem se rozhodl pro kvantitativní formu, realizovanou pomocí dotazníkového šetření. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký přínos má specializovaná paliativní péče pro pacienta, a to z pohledu všeobecných sester. Vybral jsem dvě výzkumné otázky, podle kterých jsem dotazník konstruoval. Před samotným výzkumem a vytvořením dotazníku jsem studoval literaturu, sledoval odborné publikace a zkoumal současnou problematiku tématu, což mi pomohlo lépe objasnit podstatu problému a sestavit otázky k dotazníku. Rovněž jsem vycházel ze svých zkušeností z praxe v oblasti hospicové a paliativní péče. Dotazník obsahuje celkem 26 otázek a je konstruován tak, aby korespondoval se současným stavem problematiky, které se věnuji v teoretické části bakalářské práce. Výzkumu se účastnilo celkem 371 respondentů, kteří vyplnili dotazník na internetovém portálu survio.cz, online. Dotazník byl rovněž publikován v internetové skupině „ošetřovna“ internetového portálu www.ošetřovatelství.info. Výsledky jsem porovnával s jinými bakalářskými pracemi, které byly zaměřeny na podobné téma. První bakalářská práce, se kterou jsem výsledky svého výzkumu porovnával, byla z Vysoké školy polytechnické v Jihlavě, a to z roku 2016 od Kateřiny Bílkové, Dis., a to „Role sestry v péči o umírajícího pacienta a jeho blízké“ (Bílková, 2016). Druhou prací, se kterou jsem porovnával výsledky, byla bakalářská práce z roku 2009 od Kamily Zoufalé z Masarykovy univerzity Brno s názvem „Paliativní péče a doprovázení umírajících a těžce nemocných osob“ (Zoufalá, 2009).

Cíl práce: Zmapovat přínos specializované paliativní péče z pohledu všeobecných sester

K tomuto cíli se vztahují dvě výzkumné otázky:

- 1. Výzkumná otázka:** Jaký přínos má specializovaná paliativní péče pro pacienty z pohledu všeobecné sestry?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21 z dotazníkového šetření.

Na otázku číslo 6 měli respondenti odpovědět, jaké vzdělání v oboru paliativní péče absolvovali. Většina (tj. 67,9 %) absolvovala semináře a konference. Velká část respondentů (26,1 %) nemá žádné vzdělání. Odborné stáže absolvovalo 14 % respondentů. Nejméně respondentů (10 %) absolvovalo kurz pro pracovníky v paliativní péči ELNEC. Formu jiného vzdělání uvedlo 3,2 % respondentů. Tzn., že většina respondentů z celkového počtu má absolvovanou jednu z uvedených forem vzdělání přímo v oboru specializujícím se na péči o umírající.

V odpovědi na otázku číslo 8 měli respondenti sdělit, zda si myslí, že je v České republice dostatečně zajištěna péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Podle mých vlastních očekávání odpověděla velká část respondentů (51,9 %) *spíše ne*. Přímo odpověď *ne*, zvolila další velká část respondentů (26,2 %). Celkem 18,6 % respondentů uvedlo *spíše ano*, odpověď *ano* zvolilo 2,2 % respondentů. Odpověď *nevím* zvolilo 1,1 % respondentů. V porovnání s jinou bakalářskou prací, kterou vypracovala Zoufalá (2009) a kde byla její otázka z výzkumného šetření formulována obdobně: „*Myslíte si, že v ČR je péče o umírající dostatečně zajištěna?*“, jsou výsledky velmi podobné a je z nich patrné, že většina respondentů si myslí, že péče není dostatečně zajištěna.

Na otázku číslo 10 měli respondenti odpovědět, zda si myslí, že specializovaná paliativní péče umí zajistit úlevu od bolesti a dalších nepříjemných symptomů. Většina respondentů (59,5 %) uvedla *ano*. Další poměrně větší část respondentů, (37 %) zvolila odpověď *spíše ano*. Menší část respondentů (3,3 %) uvedla *spíše ne* a pouze 1 respondent (0,3 %) uvedl, že si to nemyslí. Dá se říct, že se podle průzkumu většina respondentů domnívá, že specializovaná paliativní péče umí zajistit úlevu od bolesti a dokáže pacienta zbavit dalších nepříjemných příznaků.

Na otázku číslo 12 měli respondenti odpovědět, zda si myslí, že specializovaná paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života a může pozitivně ovlivnit průběh nemoci a samotného umírání. Největší část respondentů (76,2 %) odpověděla *ano*. Další část respondentů (20,8 %) odpověděla kladně, tedy *spíše ano*. Pouze (2,7 %) respondentů odpovědělo *spíše ne*. Odpověď *ne* uvedl 1 respondent (0,3 %) z celkového počtu. Z těchto odpovědí vyplývá, že většina respondentů vnímá, že specializovaná paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života a může pozitivně ovlivnit průběh umírání a umírání samotné.

Na otázku číslo 13 měli respondenti odpovědět, zda si myslí, že specializovaná paliativní péče nabízí rodinám podporu a pomáhá jim zvládnout období nemoci, zármutku a truchlení. Z výsledků průzkumu vyplývá, že velká část respondentů (73 %) si myslí, že je tomu tak. *Spíše ano* odpověděl rovněž větší počet respondentů (23 %). Pouze 3 % respondentů vybrala možnost *spíše ne*. Přímou *ne* odpovědělo pouhých 0,5 % respondentů, stejně tak odpověď *nevím*, zvolilo jen 0,5 % respondentů. Dá se říct, že podle výsledků a odpovědí respondentů, nabízí specializovaná paliativní péče rodinám podporu a pomáhá jim zvládnout období nemoci, zármutku a truchlení.

Na otázku číslo 14 měli respondenti odpovědět, zda si myslí, že specializovaná paliativní péče využívá multidisciplinární týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin. Velká část respondentů (64,3 %) si myslí, že *ano* a *spíše ano* rovněž zvolila většina respondentů (27,6 %). Menší část respondentů (6,8 %) odpověděla *spíše ne*. Odpověď *ne* zvolil pouze 1 respondent (0,3 %). Možnost *nevím* uvedlo několik respondentů (1,1 %). Z odpovědí na tuto otázku je patrné, že multidisciplinární týmová práce je přínosná a podle respondentů je využívána pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin. V části Současný stav problematiky se tématem multidisciplinárního týmu rovněž zabývám. Stejně jako respondenti vnímám jeho potřebu v péči o nevléčitelně nemocné.

Na otázku číslo 15 měli respondenti odpovědět, zda si myslí, že přístrojové, materiální vybavení a prostředí, kde se poskytuje specializovaná paliativní péče, vyhovuje a odpovídá potřebám umírajících pacientů. V bakalářské práci podrobně popisují, jaké materiální a přístrojové vybavení je potřeba v péči o umírající pacienty. Rovněž popisují prostředí hospice, zařízení, kde se o umírající pečují. Z celkového počtu respondentů odpověděla většina (44,7 %) *spíše ano*, přímou odpověď *ano*, zvolilo 22 % respondentů. Je patrné, že (24,1 %) respondentů je nespokojeno, a proto odpověděli *spíše ne*. Menší část respondentů (4,6 %) zvolila ve stejném počtu možnosti *ne* a *nevím*. Tuto otázku vnímám jako přínosnou pro svůj výzkum, jelikož je dobré zjistit, jak vnímají respondenti prostředí, ve kterém se starají o umírající pacienty.

Z odpovědí na otázku číslo 16 zjišťuji, zda si respondenti myslí, že přítomnost rodiny je přínosná pro pacienta, který umírá. Podle mého očekávání si velká část respondentů (85,4 %) myslí, že je tomu tak. *Spíše ano* zvolila rovněž větší část respondentů (12,2 %). Pouze nepatrná část respondentů (1,4 %) uvádí *spíše ne*. Odpověď *ne* neuvedl

žádný z respondentů. Celkem 1,1 % respondentů uvedlo *nevím*. Tuto otázku ve výzkumu považují za přínosnou. Hospicová péče je známa tím, že nabízí u pacienta nepřetržitou přítomnost rodiny i blízkých. Při porovnání s výzkumem Bílkové (2009), která ve své bakalářské práci „*Role sestry v péči o umírajícího pacienta a jeho blízké*“ uvádí stejnou otázku, jsou výsledky výzkumu velmi podobné. Více než polovina respondentů odpověděla, že přítomnost rodiny je velmi důležitá.

Na otázku číslo 17 měli respondenti odpovídat, jak vnímají dobrovolníky a jejich aktivity, zda je považují za přínosné pro umírajícího pacienta. Ve své bakalářské práci popisují dobrovolníky jako součást multidisciplinárního týmu. Podle získaných odpovědí vnímá velká část respondentů (61,6 %) dobrovolníky jako přínosné, stejně tak 26,5 % respondentů odpovídá *spíše ano*. Část respondentů (7,8 %) odpovídá *spíše ne*. Odpověď *ne* uvedlo celkem malé množství respondentů (1,9 %). Jednalo se o polouzavřenou otázku, celkem 8 respondentů (2,2 %) uvedlo svoji vlastní odpověď.

Na otázku číslo 19 měli respondenti uvést, jaký je největší přínos specializované paliativní péče. Měli možnost vybrat z více uvedených možností. Největší procento respondentů (76,5 %) uvedlo, že největším přínosem je důstojná péče a zacházení s pacientem. Další velká část respondentů (65,8 %) uvedla, že největším přínosem je možnost nepřetržité přítomnosti rodiny a blízkých. Využití multidisciplinárního týmu v péči o pacienta uvedlo rovněž velké množství respondentů (46,4 %). Možnost posledního rozloučení s pacientem po úmrtí, vnímá jako přínosnou 41,8 % respondentů. Efektivní léčba symptomů je rovněž vnímána jako přínosná, celkem ji uvedlo 42,2 % respondentů. Nejmenší procento respondentů (37,2 %) uvedlo péči poskytovanou odborným personálem. Nelze říct, která odpověď je správná a která špatná. Nabídka možností byla postavena tak, aby respondent vybral, co sám považuje za nejvíce přínosné. Vycházel jsem z prostudované literatury a sestavil nabídku možností, které sám považuji za výhodné a za pro pacienta přínosné. Získané odpovědi splnily má očekávání. Je známo, že hospice a péče v nich jsou přínosem a s pacientem je zacházeno lidsky, s pochopením a důstojně, proto procentuální množství odpovědí splnilo mou domněnku, že tato odpověď bude nejčastější.

V odpovědi na otázku číslo 21 měli respondenti vyjádřit, zda léčbu bolesti a dalších příznaků, vnímají na svém pracovišti jako dostatečnou a ulevující pro pacienta. Problematice bolesti a léčby dalších symptomů se blíže věnuji. Tato otázka je dle mého

uvážení důležitá a velmi přínosná pro celý výzkum. V paliativní péči se léčba bolesti a různých symptomů velmi liší od zvyklostí, které můžeme znát třeba z nemocnic, má svá pravidla a specifika. Je zde prostor i pro vyzkoušení alternativních metod při propuknutí některých z nepříjemných příznaků. Pro srovnání uvedu příklad z praxe. V nemocnici lékaři sdělím, že pacient trpí nauzeou, o chvíli později již aplikuji nějaké antiemetikum intravenózně, v hospici při stejném problému zkouším pacientovi podat zmraženou kostku Coca-coly nebo zázvorový bonbón či čaj po lžičkách. Podle respondentů a jejich odpovědí uvádí velká část (47,3 %) *spíše ano*. *Spíše ne* však uvádí celkem 23 % respondentů. Odpověď *ne*, a tudíž hodnotí léčbu jako nedostatečnou, uvádí celkem 5,4 % respondentů. *Nevím* zvolilo 1,9 % respondentů. Z výsledků je patrné, že většina respondentů vnímá léčbu bolesti a dalších symptomů jako dostatečnou a pro pacienta ulevující, a tím pádem ji můžeme označit za další z mnoha přínosů specializované paliativní péče.

2. Výzkumná otázka: S jakými nedostatky se setkávají všeobecné sestry při poskytování specializované paliativní péče?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky číslo 22, 23, 24, 25, 26 z dotazníkového šetření.

V odpovědích na otázku číslo 22 uváděli respondenti nedostatky specializované paliativní péče, které mohou negativně ovlivňovat péči o umírající pacienty. Stejný počet respondentů (70,3 %) uvedl dva různé nedostatky, a to nedostatek zařízení poskytujících specializovanou paliativní péči a nedostatek personálu na poskytnutí kvalitní péče, a proto málo času na pacienty. Pro mě byl negativním překvapením počet respondentů (40 %), který uvedl, že v oboru je nedostatečně vzdělaný personál. Dalším překvapujícím zjištěním byla možnost neefektivní léčby symptomů u umírajících pacientů (28,4 %). Část respondentů (26,2 %) uvedla nedostatečné vybavení materiální a technické. Možnost, kterou jsem osobně vnímal jako velký nedostatek, uvedlo nejmenší množství respondentů (19,7 %), a to *finanční náročnost této péče a rodina si takovou péči nemůže dovolit*. *Nemá žádné nedostatky*, neuvedl žádný z respondentů. Z odpovědí je patrné, že specializovaná paliativní péče má i své nedostatky. Větší část respondentů vnímá jako nedostačující počet zařízení, která specializovanou paliativní péči poskytují a také tak vnímají i personální zabezpečení.

Otázka číslo 23 zkoumá, která z oblastí péče je nejvíce problematická. Dle mého očekávání je u největšího počtu respondentů (56,8 %) zastoupena odpověď: *Komunikace s rodinou umírajícího pacienta. Doprovázení umírajícího pacienta* se objevilo u následujícího počtu respondentů - 23,5 %. Komunikace s umírajícím pacientem je náročná pro 22,4 % respondentů. O něco méně respondentů (20,5 %) uvedlo péči o pozůstalé. Celkem 13,5 % respondentů zvolilo možnost, že žádná z nabízených možností pro ně není obtížná. Odborná náročnost péče je problematická pro 10,8 % respondentů. Péče o zesnulého činí problém 4,6 % respondentům. Opět nelze říci, která odpověď je správná či špatná. Určitě je vhodné stanovit problémy, se kterými se můžeme setkávat, a upozornit na ně.

Na otázku číslo 24 respondenti odpovídají, zda se v praxi setkávají s něčím, co se jim nedaří zvládnout, nebo jim činí potíže. Opět jsem vycházel z prostudované literatury i z vlastních zkušeností. K mému očekávání byla nejvíce zastoupena odpověď, že jde o péči o mladé umírající pacienty, kterou zvolilo (49,3 %) respondentů. Péče o umírající je psychicky velmi náročná, proto tuto odpověď zvolilo celkem 29,6 % respondentů. Přítomnost dětí u umírajících pacientů uvedlo 25,6 % respondentů. Překvapivě odpověděla poměrně dost zastoupená část respondentů (17,8 %), a to že se s ničím takovým nesetkává. Péči o pacienty s bolestí uvedlo 13,5 % respondentů. Péči o maligní rány, konkrétně zapáchající uvedlo 8,4 % respondentů. Péče o krvácejícího pacienta činí potíže celkem 2,4 % respondentů. Jednalo se o polouzavřenou otázku a možnost vlastního výběru využilo celkem 9 respondentů (2,4 %). Z výše uvedených výsledků je patrné, že jsou určité oblasti péče, které činí potíže i samotným zdravotníkům.

V otázce číslo 25 jsme se ptali, zda si respondenti myslí, že je na jejich pracovišti dostatek personálu pro poskytování specializované paliativní péče. V posledních letech problematika nedostatku personálu narůstá, a to nejen v oblasti hospicové a paliativní péče, ale hlavně v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních. Z tohoto důvodu byla do dotazníkového šetření zařazena i tato otázka. *Spíše ne* uvedlo celkem 38,1 % respondentů. Odpověď *ne* uvedlo 31,6 % respondentů. Respondentů, kteří se domnívají, že mají na pracovištích dostatek personálu, bylo celkem 18,1 % pro odpověď *spíše ano* a 8,6 % pro *ano*. *Nevím* uvedlo celkem 13 respondentů (3,5 %). Je patrné, že větší část respondentů se domnívá, že na jejich pracovištích není dostatečný počet personálu pro poskytování specializované paliativní péče.

V odpovědi na otázku číslo 26 měli respondenti uvést, zda vnímají na svém pracovišti komunikaci s pacientem a jeho rodinou jako nedostatečnou. Z celkového počtu respondentů odpověděla největší část (32,7 %) *spíše ano*. S nepatrně malým rozdílem v počtu respondentů byla vybrána odpověď *spíše ne*, zvolilo ji 32,4 % respondentů. Celkem 19,7 % respondentů uvedlo, že tomu tak není. Opačně se vyjádřilo 13 % respondentů. Malé množství respondentů (1,9 %) uvedlo nevíím.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat přínos specializované paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester. Je patrné, že specializovaná paliativní péče disponuje mnoha přínosy, které může umírajícímu pacientovi nabídnout. Z našeho výzkumu je zřejmé, že specializovaná paliativní péče dokáže, hodnoceno z pohledu sester, ulevit pacientovi od bolesti a umí efektivně řešit velkou škálu nepříjemných příznaků. Umírání je chápáno jako přirozený proces. Specializovaná paliativní péče je dobrou podporou pro rodinu a blízké pacienta. Nabízí pomoc nejen v období nemoci, ale i v době zármutku a truchlení. Umí pečovat o pozůstalé. Multidisciplinární tým je součástí paliativní péče a o pacienta je postaráno individuálně, s ohledem na všechny jeho potřeby, které jsou plně respektovány. Domnívám se, že výsledky výzkumu jsou dostatečně průkazné, abych mohl uvést, že specializovaná paliativní péče je pro pacienta opravdu přínosem. Jako velkou výhodu vnímám to, že pacient není nikdy sám. Možnost domácích hospiců, kdy pacient je ve svém prostředí a pečující nejsou cizí lidé, ale samotná rodina, je pro většinu z nás představou dobré smrti. V lůžkových hospicích, kde jsou návštěvy neomezené, vidíme další přínos pro psychickou pohodu pacienta. Dobrovolníci mají v týmu nepostradatelnou roli a vnímáme je, stejně jako většina respondentů z výzkumu, jako klad. Jejich pomoc umírajícím, vykonávaná pouze pro dobrý pocit a bez finanční odměny, je chvályhodným a obdivuhodným činem.

Paliativní péče je obor, který existuje už od nepaměti. Umírání bylo vždy součástí života, stejně jako péče o umírající. Přesto mám ale pocit, že paliativní péči a umírání pořád nevěnujeme dostatečnou pozornost. V poslední době registruji určitý malý pokrok (např. dokumenty v televizi, rozhovory s lidmi pracujícími v paliativní péči v mediálních programech).

Pozoruji, že paliativní péče je chápána jako neperspektivní obor, čerství absolventi po škole míří na pracoviště intenzivní péče a práce s umírajícími je neláká. Tohle změnit nejde, protože je na individuálním pocitu každého z nás, která oblast zdravotnictví nás láká. Jako velké plus vnímám praxi pro studenty zdravotnických škol v hospicích.

Jako velký problém však zároveň cítím nedostačující finanční ohodnocení sester pracujících v hospicích a domácích hospicích. Tyto instituce jsou většinou závislé na finančních darech a sponzoringu. V porovnání s nemocniční sférou jsou mnohdy finanční rozdíly markantní. Finanční ohodnocení je v dnešní době často rozhodujícím faktorem pro výběr nejen konkrétního pracoviště, ale i typu zařízení (státní, nestátní, soukromý sektor).

Začít by se mělo vždy od základů, proto je mým hlavním návrhem posílit vzdělání v oblasti paliativní a hospicové péče. Z výzkumu je patrné, že vzdělání pracovníků v paliativní péči je nedostatečné. Už na středních školách by mu měla být věnována podrobnější péče, a to jak teoretická, tak i praktická. Rovněž si myslím, že by bylo vhodné a přínosné zaměřit se na specializované vzdělávání v paliativní péči a podrobnější výuku, a to jak na středních, tak na vysokých školách.

V mém výzkumu jsou patrné různé nedostatky specializované paliativní péče. Jsou z jejích různých oblastí. Já ovšem považuji za velký nedostatek komunikaci. Komunikace je důležitá nejen s umírajícím pacientem, ale i jeho rodinou a v neposlední řadě i mezi personálem. Jsou různé formy, jak pracovat a komunikaci zlepšovat. Péče o umírajícího je po komunikační stránce velmi náročná a pro sestry není vůbec jednoduchá.

Dalším doporučením je navýšení zařízení poskytujících specializovanou paliativní péči, zlepšení dostupnosti péče o umírajícího, dostatek personálu pro kvalitní ošetrovatelskou péči a její spravedlivé ohodnocení. Práce sestry v hospici je stejně důležitá a přínosná jako práce sestry na ARO či JIP.

Do budoucna bych rovněž navrhoval zaměřit se na podrobnější zkoumání tohoto tématu. O paliativní péči, péči o nevyléčitelně nemocné, hospicové péči apod. je vypracováno mnoho bakalářských prací. Specializovaná paliativní péče je formou péče, kterou poskytuje odborně vyškolený personál v hospicích, domácích hospicích, v nemocnicích atd.

Jde o rozsáhlé téma a nelze je zpracovat komplexně v jedné bakalářské práci, proto je vhodné se na ně zaměřit, což poslouží nejen těm sestrám, které pracují v hospicích, ale všem sestrám, které pracují s umírajícími pacienty ať už v nemocnici, domovech pro seniory nebo kdekoli. Je potřeba problematiku umírání a péče o umírající více posouvat a modernizovat tak, aby byla na nejlepší možné úrovni.

Závěr

Bakalářská práce s názvem „*Specializovaná paliativní péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci*“ se zaměřuje na komplexnost péče o pacienta, který se nachází tváří v tvář nevyléčitelné chorobě. Specializovaná paliativní péče je jednou z forem poskytování paliativní péče. Jak je z předešlého textu patrné, je tato forma péče poskytována převážně v lůžkových hospicích, domácích hospicích, ale i v nemocnicích v rámci oddělení paliativní péče, paliativních týmů, ambulancí paliativní péče atd. Nejčastěji se s takovou formou péče setkáme přímo v lůžkových či domácích hospicích, proto jsem práci zaměřil více tímto směrem. Snažil jsem se psát tak, aby výsledek vyhovoval zadanému cíli, kterým bylo: „*Zmapovat přínos specializované paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester*“. Tento cíl práce jsem vybral z toho důvodu, že chci nastínit nejen sestrám v hospicích, ale i ostatním sférám zdravotní péče, že péče o nevyléčitelně nemocné není jen o hygieně, podávání stravy a držení pacienta za ruku. V bakalářské práci popisuji tuto péči jako vysoce specializovanou formu ošetřování, které poskytuje odborný personál na k tomu určených pracovištích.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části: Současný stav problematiky a výzkumnou část. V Současném stavu problematiky se blíže věnuji tématu specializované paliativní péče, pokusil jsem se přiblížit historii paliativní péče v České republice i ve světě. Specifikoval jsem blíže formy paliativní péče, popsal, pro jakou skupinu pacientů je tato forma péče indikována i místa, kde se s takovou formou péče můžeme setkat. Popisuji také prostředí hospice, blíže specifikuji konkrétní technické a materiální vybavení potřebné pro péči o umírající. Velká část práce je věnována konkrétně symptomům, se kterými se při péči o umírající nejčastěji setkáváme a také intervencím, které jsou v praxi nejčastější. Další velká část práce je věnována paliativnímu přístupu z hlediska ošetřovatelství, tuto kapitolu jsem se snažil za pomoci dostupné literatury sepsat tak, aby sloužila nejen informativně, ale také poradila, jak správně ošetřovat umírající pacienty z hlediska hygieny, polohování, dýchání, výživy, hydratace, bolesti atd. V neposlední řadě se také věnuji samotné problematice umírání a smrti, blíže popisuji fáze i období umírání. Rovněž popisuji péči v závěru života, komunikaci s pozůstalými i péči o ně.

Ve výzkumné části jsem analyzoval a vyhodnotil dotazníkové šetření, které bylo určeno pro všeobecné sestry. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký přínos má specializovaná

paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester. Stanovil jsem dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na přínos specializované paliativní péče. Z dotazníkového šetření je patrné, že z pohledu sester je specializovaná paliativní péče přínosná v mnoha ohledech a aspektech. Považuji za důležité, že specializovaná paliativní péče je přínosná pro pacienta při léčbě bolesti a přináší úlevu od řady nepříjemných příznaků. Dle výzkumu je dalším přínosem skutečnost, že neusiluje ani neoddaluje smrt a na umírání hledí jako na přirozený proces. Nepřetržitá přítomnost, využití dobrovolníků, péče formou multidisciplinárního týmu, efektivní léčba nebo péče o rodinu v období nemoci, zármutku či truchlení, to vše je dalším kladem pro pacienta, který se ocitne s nevléčitelnou chorobou na pracovištích specializované paliativní péče. Důležitým přínosem, který rovněž stojí za zmínku je, že tento druh péče, nezahrnuje pouze o pacienta samotného, ale i jeho rodinu a blízké. Dále stojí za zmínku, že specializovaná paliativní péče dle respondentů život pacienta zkvalitňuje a může pozitivně ovlivnit celý průběh nemoci a umírání. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na nedostatky, s kterými se sestry mohou při poskytování specializované paliativní péče setkat. Z výzkumu je patrné, že velkou část respondentů trápí nedostatek personálu, málo času na pacienty nebo nedostatek zařízení, která specializovanou paliativní péči poskytují. Považuji za důležité zmínit také nedostatek, který byl také často uváděn, a to že péče je finančně náročná a rodina si takovou péči často nemůže dovolit. Tuto myšlenku mohu ze své praxe rovněž potvrdit, setkal jsem se rodinami, kde viděli poplatek v lůžkovém hospici na den jako problematický, a proto zvolili pro své blízké levnější variantu (LDN). Dále jsem z odpovědí na druhou výzkumnou otázku zjistil, kterou oblast péče považují respondenti za obtížnou. Největší část respondentů se shodla, že velkým problémem, a tudíž nedostatkem, je komunikace, a to jak s umírajícím, tak s rodinou. Také péče o pozůstalé či doprovázení nemocného činí problém určitému množství respondentů. V neposlední řadě jsem pomocí výzkumu zjistil, co se respondentům v praxi nedaří zvládnout a činí jim potíže. Nejvíce zastoupena byla dle mého očekávání péče o mladé umírající pacienty, přítomnost dětí u umírajících pacientů, psychická náročnost péče či péče o pacienty s bolestí. Pomocí druhé výzkumné otázky se mi podařilo upozornit na oblasti, které stojí za to, aby jim byla věnována větší pozornost, a lépe tak připravovat sestry do praxe. Většina respondentů vnímá jako nedostatečnou komunikaci s pacientem a jeho rodinou na svém pracovišti.

V závěru výzkumné části jsou uvedena některá doporučení pro praxi a návrhy řešení. Péče o umírající pacienty a jejich rodiny je velmi specifická a individuální. Proto se nelze řídit jedním předpisem a postupem a je potřebné vycházet z mnoha doporučení a zkušeností. Vnímám jako obrovský přínos velké množství seminářů a konferencí o paliativní péči, které umožní profesionálům předávat si zkušenosti z praxe. Sestry pracující s umírajícími pacienty jsou lidé s emocemi a různým vnímáním, a proto lze předpokládat, že některé oblasti péče nebudou pro tyto pracovníky snadné (péče o mladé umírající, děti, komunikace apod.). Proto je důležitá vlastní duševní hygiena, umění odpočívat a využívat možnosti zaměstnavatele, který se snaží pečovat o své zaměstnance (supervize, teambuilding). Je nutné také zmínit potřebu dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče a péče o umírající. Konkrétněji jsem tuto problematiku popsal v návrhu pro praxi. Rovněž je důležité dostat do podvědomí sester problematiku paliativní péče, vymýtit předsudky o ní a přiblížit blíže práci hospicové a paliativní sestry, která je perspektivním, naplňujícím a zároveň smysluplným povoláním, protože dokáže pomáhat pacientům i rodinám i přes skutečnost, že péče většinou končí smrtí pacienta. Dobrá smrt je dobrým výsledkem paliativních týmů.

Seznam použité literatury

1. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE, 2016. *Standardy hospicové paliativní péče*. [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče [cit. 2016-10]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece/>
2. BÍLKOVÁ, Kateřina, 2016. *Role sestry v péči o umírajícího pacienta a jeho blízké* [online]. [cit. 2019-11-20]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <https://knihovna.vspj.cz/bakalarske-prace/obhajene>
3. BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4
4. KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. 320 s. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.
5. KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. 152 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
6. KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
7. MARKOVÁ, Alžběta a kol., 2009. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů. 156 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
8. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
9. MUNZAROVÁ, Marta, 2008. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt*. 2. vyd. v KNA. Kostelní Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství. 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3.
10. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
11. SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0.
12. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

13. SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA, 2013. *Standardy paliativní péče*. [online]. Praha: Česká společnost paliativní medicíny. 18 s. [cit. 2013-01-15]. Dostupné také z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pece/>
14. SLÁMA, Ondřej. 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativní medicína* [online]. 5(1), 10–12 [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: http://www.paliativnimedicina.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=525
15. SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 148 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
16. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. 316 s. ISBN 9788074921384.
17. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3., nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
18. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
19. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 356 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
20. VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
21. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
22. ZOUFALÁ, Kamila, 2009. *Paliativní péče a doprovázení umírajících a těžce nemocných osob* [online]. [cit. 2019-11-20]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ahmi3/Text_prace.pdf

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví.....	32
Graf 2 Věk	33
Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví.....	34
Graf 4 Délka praxe v paliativní péči.....	35
Graf 5 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	36
Graf 6 Absolvované vzdělání v paliativní péči.....	37
Graf 7 Pojem „specializovaná paliativní péče“	38
Graf 8 Zajištění péče o umírající a nevléčitelně nemocné v ČR	39
Graf 9 Dostatečná informovanost mezi pacienty.....	40
Graf 10 Úleva od bolesti a dalších symptomů.....	41
Graf 11 Umírání jako přirozený proces	42
Graf 12 Zlepšení kvality života	43
Graf 13 Podpora rodinám	44
Graf 14 Multidisciplinární tým.....	45
Graf 15 Odpovídající přístrojové, materiální vybavení a prostředí	46
Graf 16 Přítomnost rodiny u umírajícího.....	47
Graf 17 Dobrovolníci jako přínos pro umírající pacienty.....	48
Graf 18 Spokojenost respondentů na pracovišti	49
Graf 19 Přínos specializované paliativní péče.....	50
Graf 20 Nejzávažnější symptomy.....	52
Graf 21 Léčba bolesti.....	53
Graf 22 Nedostatky specializované paliativní péče.....	54
Graf 23 Problémy při poskytování péče	55
Graf 24 Oblast péče, kterou respondenti nezvládají	57
Graf 25 Dostatek personálu na pracovištích respondentů	59
Graf 26 Nedostatečná komunikace s pacientem a jeho rodinou	60

Seznam použitých zkratk

AIDS – syndrom získaného selhání imunity

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

CNS – centrální nervový systém

EKG – elektrokardiograf

HD – hemodialýza

i.m – intramuskulární

i.v – intravenózní

JIP – jednotka intenzivní péče

NIV – neinvazivní plicní ventilace

NSAID – nesteroidní antiflogistikum

UPV – umělá plicní ventilace

SPP – specializovaná paliativní péče

WHO – world health organization (světová zdravotnická organizace)

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

Přílohy

Příloha 1

Dotazník pro všeobecné sestry

Název práce: Specializovaná paliativní péče u pacienta v terminálním stádiu nemoci

Cíl výzkumu: Zmapovat přínos specializované paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester.

Vážené respondentky a respondenti,

Jmenuji se Michal Švirík a studuji obor všeobecná sestra v kombinovaném studiu na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Současně pracuji jako praktická sestra ve fakultní nemocnici v Brně. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku k mojí bakalářské práci na téma: „*Specializovaná paliativní péče u pacienta v terminálním stádiu nemoci*“. Cílem výzkumu je zmapovat přínos specializované paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné, nicméně pro mě velmi cenné a přínosné. Údaje budou použity pouze k vypracování bakalářské práce. V dotazníku prosím vyberte pouze jednu odpověď, pokud není u otázky uvedeno jinak.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

1. Uveďte Vaše pohlaví.

- a) Žena
- b) Muž

2. Uveďte Váš věk

- a) 18–25 let
- b) 26–30 let
- c) 31–35 let
- d) 36–40 let
- e) 41–45 let
- f) 46–50 let
- g) 51–55 let
- h) 56–60 let
- i) 61 let a více

3. Uveďte délku Vaší praxe ve zdravotnictví.
 - a) 0–9 let
 - b) 10–15 let
 - c) 16–21 let
 - d) 22–27 let
 - e) 28–35 let
 - f) 35 a více let
4. Uveďte délku Vaší praxe v paliativní péči.
 - a) 0–9 let
 - b) 10–15 let
 - c) 16–21 let
 - d) 22–27 let
 - e) 28–35 let
 - f) 35 a více let
5. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.
 - a) SZŠ (všeobecná sestra)
 - b) VŠ (Bc.)
 - c) VŠ (Mgr.)
 - d) PSS (pomaturitní specializační studium)
 - e) Jiné
6. Jaké vzdělání v oboru paliativní péče jste absolvoval/a?
 - a) Semináře, konference
 - b) Odborné stáže
 - c) ELNEC
 - d) Žádné
 - e) Jiné
7. Co si představujete pod pojmem „specializovaná paliativní péče“?
 - a) Péče odborníků poskytována až v okamžik umírání
 - b) Aktivní komplexní péče o nevyléčitelně nemocného pacienta, kterou poskytují kamenné hospice, domácí hospice
 - c) Pacient není resuscitován a napojen na umělou plicní ventilaci
 - d) Soubor mnoha vyšetření, které hodnotí fáze umírání
 - e) Nepodávají se již žádné léky

- f) Péče poskytována po úmrtí pacienta (hygiena, oblékání, komunikace s rodinou apod.)
 - g) Nevím
 - h) Jiná
8. Domníváte se, že je v České republice dostatečně zajištěna péče o nevléčitelně nemocné a umírající?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
9. Domníváte se, že je informovanost o specializované paliativní péči a jejích možnostech mezi pacienty dostatečná?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
10. Myslíte si, že specializovaná paliativní péče umí zajistit úlevu od bolesti a dalších symptomů?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
11. Myslíte si, že specializovaná paliativní péče pohlíží na umírání jako přirozený proces a neusiluje o urychlení či oddálení smrti?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím

12. Myslíte si, že specializovaná paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci a umírání?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
13. Myslíte si, že specializovaná paliativní péče nabízí podporu rodinám, kterým pomáhá zvládnout období nemoci, zármutku a truchlení?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
14. Myslíte si, že specializovaná paliativní péče využívá multidisciplinární týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
15. Myslíte si, že přístrojové, materiální vybavení a prostředí, kde se poskytuje specializovaná paliativní péče, odpovídá potřebám péče o umírající pacienty?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
16. Myslíte si, že přítomnost členů rodiny je přínosná pro umírajícího pacienta?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím

17. Vnímáte dobrovolníky a jejich aktivity jako přínosné pro umírající pacienty?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Pokud ano, uveďte v čem
18. Jste spokojený/á s poskytováním specializované paliativní péče na Vašem pracovišti?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
19. Uveďte prosím největší přínos specializované paliativní péče pro pacienta.
- a) Péče je poskytována odborným personálem
 - b) Efektivní léčba symptomů
 - c) Možnost nepřetržité přítomnosti rodiny a blízkých
 - d) Využití multidisciplinárního týmu v péči o pacienta
 - e) Důstojná péče a zacházení s pacientem
 - f) Možnost posledního rozloučení s pacientem po úmrtí
 - g) Jiná
20. Který z uvedených symptomů hodnotíte jako nejzávažnější a nejvíce omezující pro pacienta?
- a) Bolest
 - b) Dušnost, kašel
 - c) Nevolnost, zvracení
 - d) Delirium, bludy, halucinace, psychomotorický neklid
 - e) Krvácení
 - f) Epileptické záchvaty
 - g) Průjem, zácpa
 - h) Deprese
 - i) Všechny
 - j) Jiné

21. Vnímáte léčbu bolesti a dalších symptomů jako dostatečnou a ulevující pro pacienta na svém pracovišti?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
22. Jaké si myslíte, že jsou nedostatky specializované paliativní péče, které mohou negativně ovlivňovat péči o umírající pacienty?
- a) Nedostatek zařízení poskytující specializovanou paliativní péči
 - b) Nedostatečně vzdělaný personál v oboru
 - c) Nedostatečné vybavení materiální i technické
 - d) Nedostatek času na kvalitní péči a málo personálu
 - e) Nedostatek financí na poskytování péče
 - f) Neefektivní léčba symptomů u umírajících pacientů
 - g) Péče je finančně náročná i pro rodinu pacienta
 - h) Žádné
23. Která z oblastí péče je pro Vás nejvíce problematická? Můžete uvést více odpovědí.
- a) Doprovázení umírajícího pacienta
 - b) Péče o zesnulého
 - c) Komunikace s rodinou umírajícího pacienta
 - d) Komunikace s umírajícím pacientem
 - e) Péče o pozůstalé
 - f) Odborná náročnost péče
 - g) Žádná
24. Setkáváte se v praxi při poskytování specializované paliativní péče s něčím, co se Vám nedaří zvládnout nebo činí potíže?
- a) Psychická náročnost péče
 - b) Péče o mladé umírající pacienty
 - c) Péče o maligní rány (zapáchající)
 - d) Péče o pacienty s bolestí
 - e) Péče o pacienty s krvácením

- f) Péče o mrtvé tělo
- g) Přítomnost dětí u umírajících pacientů
- h) Jiné

25. Domníváte se, že je na Vašem pracovišti dostatek personálu pro poskytování specializované paliativní péče?

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

26. Vnímáte na svém pracovišti komunikaci s pacientem a jeho rodinou jako nedostatečnou?

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