

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Přínos časné integrace paliativní péče
v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení**

bakalářská práce

Autor práce: Magda Audyová, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocourková, MBA

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Magda Audyová, DiS.**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Obor: **Všeobecná sestra**
Název práce: **Přínos časně integrace paliativní péče v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení**
Cíl práce: **Zjistit možnosti, limity a rizika interdisciplinární spolupráce v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení.**

PhDr. Jana Kocourková, MBA
vedoucí bakalářské práce

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

Abstrakt

Bakalářská práce „Přínos časně integrace paliativní péče v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení“ je rozdělena do dvou částí. První část se zabývá současným stavem problematiky, druhá část je výzkumná. Cílem práce je zjistit možnosti, limity a rizika interdisciplinární spolupráce v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení. Práce dále předkládá základní přehled problematiky a zmapování a analyzování péče a informovanosti všeobecných a praktických sester u onkologických pacientů při ukončení protinádorové léčby.

Kapitola Současný stav problematiky se zabývá jednotlivými formami poskytování paliativní péče, nejčastějšími symptomy onkologického onemocnění. Dále se věnuje časně integraci paliativní péče a v neposlední řadě komunikaci s pacientem a pečujícími osobami.

Výzkumná část analyzuje a vyhodnocuje data získaná z dotazníkového šetření.

Klíčová slova

Specializovaná paliativní péče, nevyléčitelné onkologické onemocnění, terminální stádium, závěr života, hospic, komunikace, časná integrace péče

Abstract

My bachelor thesis „ The impact of the early integration of palliative care on the nursing team in a oncological department“ has 2 parts. The first part reviews the current state of the issue, the second part brings my own research data. The goal of my work is to explore opportunities, limits and risks of interdisciplinary cooperation in the nursing team in a oncological department. It describes and analyses the issues of care, competencies and communication of nurses in the context of transtion of cancer patients from curative to symptomatic care.

My thesis contains one chapter about different forms of paliative care, management of common symptoms of advanced cancer and the communication with the patients and informal care providers.

Research part of my thesis brings data and their analysis from my questionnaire survay among oncological nurses.

Key words

Specialized palliative care, incurable cancer, terminal stage, end of life, hospice, communication, early integration of care

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své práce, paní PhDr. Janě Kocourkové, MBA, za skvělé vedení a trpělivost při konzultacích. Velké poděkování patří MUDr. Ondřeji Slámovi za skvělou spolupráci, profesionální vedení a lidskost, kterou jsem mohla sdílet při práci všeobecné sestry v Ambulanci paliativní medicíny. Dále děkuji Mgr. Veronice Waldhansové za gramatickou korekturu, panu Mgr. Marku Waldhansovi za pomoc při tvorbě grafů a tabulek, panu Jiřímu Kocmanovi za trpělivost při vyhodnocování dotazníku. V neposlední řadě děkuji všem kolegyním z Masarykova onkologického ústavu, které ochotně vyplnily dotazník, protože bez nich by můj výzkum nemohl proběhnout.

Prohlášení

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

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

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

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

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

V Jihlavě dne 18. dubna 2020

Podpis studentky

.....

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav problematiky	11
1.1 Definice paliativní péče	11
1.2 Historie paliativní péče	12
1.2.1 Historie paliativní péče ve světě	12
1.2.2 Historie paliativní péče v ČR.....	12
1.3 Obecná a specializovaná paliativní péče.....	13
1.4 Formy specializované paliativní péče	14
1.4.1 Multidisciplinární tým v paliativní péči	14
1.4.2 Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)	14
1.4.3 Lůžkový hospic	15
1.4.4 Konziliární tým paliativní péče	16
1.4.5 Ambulance paliativní medicíny	16
1.4.6 Oddělení paliativní péče	17
1.5 Nejčastější symptomy, které paliativní péče v onkologii řeší	17
1.5.1 Hodnocení symptomů.....	17
1.5.2 Bolest.....	18
1.5.3 Dušnost	19
1.5.4 Kašel	20
1.5.5 Nevolnost a zvracení	21
1.5.6 Zácpa	22
1.5.7 Úzkost.....	22
1.6 Časná integrace paliativní péče při probíhající standardní onkologické péči.....	23
1.6.1 Integrace obecné a specializované paliativní péče	24
1.6.2 Možné bariéry časně integrace paliativní péče a jejich řešení.....	24
1.6.3 Časná integrace paliativní péče z pohledu všeobecné sestry ve světě a u nás	25
1.7 Komunikace v paliativní péči z pohledu všeobecné a praktické sestry	26
1.7.1 Význam komunikace v paliativní péči	26
1.7.2 Komunikační zručnosti sestry v paliativní péči.....	27
2 Výzkumná část	29
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	29

2.2	Metodika výzkumu	29
2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	30
2.4	Průběh výzkumu	30
2.5	Zpracování získaných dat	30
2.6	Výsledky výzkumu	31
2.7	Diskuze	57
2.8	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	65
	Závěr.....	67
	Seznam použité literatury	70
	Seznam zkratk.....	72
	Seznam příloh.....	73

Úvod

Obor paliativní medicíny zaznamenává v posledních letech velké změny a těší se časté pozornosti médií i politiků. Nejen díky soukromým subjektům se nyní může tento obor plně rozvíjet a ukázat, co vše může být pro člověka v závěru života přínosem.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma, které má za úkol objasnit a zdůraznit všechny složky týmu, který se na paliativní péči podílí. Celý tým, složený z lékaře, všeobecné sestry, pracovníka v sociálních službách, psychologa, kaplana a dobrovolníků, se nazývá multidisciplinární tým. Je to seskupení odborníků, které se společně zabývá pacientem, a všechny názory a postupy zvolené jednotlivci jsou sobě rovné. V práci se zabývám především rolí všeobecné sestry. Tedy rolí, která je pro pacienta, u kterého již není z jakéhokoliv důvodu možná další léčba, v níž musí sestra pohotově odhalit všechny fyzické a další potíže a reagovat na ně, nepostradatelná. Z důvodu své několikaleté praxe v Masarykově onkologickém ústavu v Brně jsem bakalářskou práci zaměřila právě na problematiku onkologických pacientů.

Ve své práci „Přínos časně integrace paliativní péče v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení“ chci vyzdvihnout důležitost ošetrovatelských, psychologických, sociálních, ale hlavně organizačních schopností sester, které pracují s nevléčitelně nemocnými pacienty. Časná integrace paliativní péče obecně znamená vyhledat potíže spojené s nemocí dříve, než nastanou a být na ně připravený včas reagovat. V onkologické praxi se setkáváme se situací, že o časnou integraci paliativní péče zažádá ošetřující onkolog pacienta již souběžně s podávanou protinádorovou terapií. V sesterské profesi to ale znamená, že sestra může plně rozvinout svůj potenciál, až když je pacientovi sděleno, že již není žádná možnost vedoucí k vyléčení. Aby sestra mohla včas a dobře zareagovat na všechny potřeby pacienta a nyní už i rodinných příslušníků a blízkých, kteří se budou podílet na péči, musí mít na vše čas. Čas na rozhovory, čas na léčbu symptomů, čas na koordinaci.

Ve své práci bych se ráda zaměřila právě na práci sestry - takzvané koordinátorky paliativní péče. V některých zdravotnických zařízeních tato služba již skvěle funguje. V našem zdravotnickém zařízení jsme o této pozici všeobecné sestry začali přemýšlet. S přípravou této pozice je potřeba začít objevovat a připravovat možnosti, rizika a limity spojené s ní. Tato všeobecná sestra by měla být vzdělaná v paliativní péči, měla by mít skvělé organizační schopnosti, perfektní znalost o možnostech služeb a zajištěnou dobrou infrastrukturu těchto následných služeb. Kromě toho by samozřejmě měla mít všechny

dobré znalosti a vlastnosti, které se od zkušené sestry očekávají. Sestra koordinátorka musí být také komunikačně zdatná, aby zvládala různé náročné situace. Kromě koordinace všech následných služeb je zřejmé, že podstatnou část pracovní doby by tato sestra strávila právě komunikací. Empatická, častá a srozumitelná komunikace totiž velmi napomáhá při snižování stresu všech zúčastněných, odhaluje skryté pravdy a tajemství, ale také předchází velkým problémům a nedorozuměním. I když by se někomu časté rozhovory s jedním pacientem a jeho blízkými či rodinou zdály zbytečné, jde o velmi strukturovaný rozhovor, při kterém sestra koordinátorka odhaluje další skutečnosti související s přechodem pacienta na symptomatickou terapii a s následným léčebným režimem a plánem paliativní péče. Ve své práci bych se ráda dozvěděla, zda by sestry, které pracují na onkologickém oddělení a starají se o pacienty, u kterých probíhá některá z modalit protinádorové léčby, a zároveň o paliativní pacienty, měly o pozici koordinátorky paliativní péče zájem a zda by pro ně byla přínosem.

1 Současný stav problematiky

Paliativní medicína a paliativní péče se řadí mezi nejstarší lékařské obory. Umírání a smrt jako součást života přijali již naši předkové a v komunitách se dokázali o svého umírajícího příbuzného starat. V dnešní moderní době se s paliativními pacienty nesetkáváme jen v hospicích, ale také v nemocnicích na lůžkách akutní péče. Sestry byly, jsou a vždy budou základním článkem týmu, který o tyto pacienty pečuje. Bakalářská práce objasní základní problémy, se kterými se sestry mohou setkávat, a zaměří se na možnou pomoc při péči o nevléčitelně nemocného pacienta a na následnou koordinaci dalších služeb.

Dle Vaňáska (2013) jsou hlavními úkoly paliativní péče:

- vytvoření sítě pracovišť paliativní medicíny, zajištění klidného a důstojného prostředí pro pacienty,
- vést zdravotníky k empatickému jednání a zájmu o lidské potřeby nemocných a jejich blízkých,
- vytvořit racionální systém paliativní péče ze socioekonomického hlediska,
- rozšiřovat poznatky o paliativní péči do dalších klinických oborů a na další zdravotnická pracoviště,
- působit konstruktivně na postoje veřejnosti k těžce nemocným a umírajícím,
- zajistit vyloučení bolesti a utrpení pacienta, včetně psychického strádání,
- vytvořit otevřenou komunikaci s pacientem a rodinou spolu s jejich psychologickou podporou,
- posilovat motivaci pacienta prožít zbytek života v co největší kvalitě.

1.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče poskytována pacientovi, který trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo konečném stadiu. Paliativní péče má za cíl zmírnit tělesné a duševní potíže a udržet co nejvyšší kvalitu života. Dle Slámy, Kabelky, Vorlíčka et al. (2011) paliativní péče o zvládání symptomů nevléčitelného onemocnění co nejdelší dobu při zachování stávající kvality života. K jejímu určení slouží např. tabulka v Příloze č. 1. Dále se snaží vycházet z přání a potřeb jednotlivců, respektuje jejich důstojnost a hodnoty.

Paliativní péče chápe umírání jako součást života, nabízí pomoc nejen pacientovi, ale i příbuzným a blízkým pacienta a snaží se vytvářet podmínky pro kontakt s nimi. Zároveň pomáhá pozůstalým se zvládnutím fáze zármutku a truchlení po úmrtí blízkého. Jde o bio-psycho-socio-spirituální vnímání každého pacienta, který trpí nevyléčitelným onemocněním.

1.2 Historie paliativní péče

1.2.1 Historie paliativní péče ve světě

Již ve středověku byla přirozenou součástí života i péče o umírající. Pokud to bylo možné, pečující se starali nejen o fyzickou stránku umírajícího, ale často se zaměřovali i na duchovní potřeby a rituály. Často se tato péče odehrávala ve větších rodinách a různých komunitách.

Počátky systematictějšího pečování o pacienty v závěru života se objevují v 19. století. Od jednotlivců až po společenství žen nebo různé organizace se v průběhu celého století objevovaly domy či zařízení pro umírající lidi. Ve 20. století se začalo formovat hospicové hnutí v dnešním smyslu. Za jeho zakladatelku je považována Cicely Saundersová, která pracovala jako sestra a zároveň sociální pracovnice v Londýně v hospici sv. Josefa. Péče o takto nemocné ji velmi zaujala, a proto následně vystudovala medicínu. Díky ní se kladl velký důraz na komunikaci a sociální a duchovní rozměr péče. Z lékařského hlediska vznikl v této době také koncept celkové bolesti (total pain), který propojuje význam fyzické a psychické bolesti a řeší ji jako celek. Saundersová otevřela v roce 1967 hospic sv. Kryštofa, kde byl poprvé sestaven funkční multidisciplinární tým. Zatímco ve světě začala kromě hospiců vznikat i oddělení paliativní péče a v západních zemích byl rozvoj této péče velký, na území současné České republiky umírajícím pacientům nebyla věnována taková pozornost (Bydžovský, Kabát a kol., 2015).

1.2.2 Historie paliativní péče v ČR

Těžce nemocní pacienti umírali v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo na akutních lůžkách. K dalšímu skoku a rozvoji u nás došlo až v 90. letech. První oddělení, které se zaměřovalo na umírající pacienty, vzniklo v Babicích nad Svitavou v roce 1992. Zakladatelkou hospicového hnutí u nás je Marii Svatošová, která v roce 1995 založila

první hospic, a to v Červeném Kostelci. Během několika málo let začaly v republice vznikat další lůžkové hospice, z nichž některé začaly poskytovat i mobilní služby.

Během posledních 20 let zaznamenal vývoj paliativní péče velký skok. Vývoj lékařské odbornosti paliativní medicíny, založení České společnosti paliativní medicíny a dalších společností, které se na této problematice podílejí, a vznik vzdělávacích a edukačních programů a institucí zajišťuje profesionalitu paliativních specialistů a vyzdvihuje důležitost paliativní medicíny napříč lékařskými obory (Bydžovský, Kabát a kol., 2015).

1.3 Obecná a specializovaná paliativní péče

Jak poukazuje Sláma, Kabelka, Vorlíček et al. (2011), u každého pokročilého onemocnění by v rámci dobré klinické praxe měl být každý lékař schopen provádět obecnou paliativní péči. I v obecné paliativní péči je součástí správná komunikace s pacientem, ale i rodinou nebo blízkými. Dále obecná paliativní péče řeší dobrou základní léčbu symptomů, které vedou ke zvýšení kvality života, a psychosociální podporu. Z paliativní péče mohou profitovat různé diagnostické skupiny. Mohou to být:

- pacienti s nádorovým onemocněním,
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných,
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, demence, ALS,
- polymorbidní geriatrickí pacienti,
- konečná stadia AIDS,
- pacienti v perzistentním vegetativním stavu,
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění,
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013).

Z předchozího vyplývá, že paliativní péče je důležitá ve všech oblastech medicíny (onkologie, geriatric, interna, nefrologie, neurologie, pediatrie,...), protože směřuje k udržení nebo zvýšení kvality života. Tím, že vyhledává a léčí závažné problémy, má být poskytována ve všech zdravotnických zařízeních a v zařízeních sociálních služeb (Kabelka, 2017).

1.4 Formy specializované paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům po plynulém předání z obecné paliativní péče a má mnoho forem. Je poskytována týmem odborníků, kteří již absolvovali vzdělání v oboru paliativní péče a dále se touto problematikou zabývají a vzdělávají se v ní (Kabelka, 2017). Strukturu regionálního paliativního programu detailněji znázorňuje Příloha č. 2 (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

1.4.1 Multidisciplinární tým v paliativní péči

Kvalitní paliativní péče respektuje etnické, kulturní a náboženské rozdíly. Zároveň akceptuje etické principy a hodnoty pacienta. Základním předpokladem pro úspěšnou péči o paliativního pacienta, rodinu a blízké je dobrá a koordinovaná spolupráce multidisciplinárního týmu. Jeho úkolem je saturovat potřeby pacienta v rámci kompetencí jednotlivých členů. Tento tým vyžaduje spolupráci, vedení, koordinaci, řešení konfliktů a tvorbu rozhodnutí. Každý člen týmu má svoji funkci, která je důležitá při celistvém pohledu na pacienta a na řešení různých situací a vzájemných vztahů. Všeobecná sestra má v týmu nezastupitelnou roli. Propojuje ošetřovatelství s etikou a filozofií a kulturní a sociální aspekty péče tak, aby zajistila kvalitní paliativní péči o pacienta a zajistila péči o rodinu a blízké, kteří o pacienta v závěru života pečují (Uríčková, Baďuríková, 2015).

Podle Markové (2015) jsou doporučení členové týmu:

- lékaři – specialista na paliativní medicínu a další odbornosti dle aktuálních potřeb pacienta,
- všeobecné a praktické sestry,
- sociální pracovník (zdravotně – sociální pracovník),
- psycholog (klinický psycholog),
- fyzioterapeut,
- nutriční specialista,
- pastorační pracovník, duchovní.

1.4.2 Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)

Dle Bydžovského a kol. (2015) bývá tato péče také označována jako mobilní či domácí hospic. Jde o péči, kdy celý multioborový tým přijíždí do domácnosti pacienta a poskytuje

mu komplexní péči v závěru života. Je určena pacientům, rodinám a blízkým, kteří se rozhodli, že závěr života nevyléčitelného pacienta s ním chtějí prožít v domácím prostředí a zvládnou náročnost této situace. Pacienti, kteří jsou do této formy péče zařazeni, se už nemohou dostavit ke svému lékaři nebo již nelze nebo nestačí přes praktického lékaře poskytovat obecnou paliativní péči. Mobilní specializovaná paliativní péče je někdy veřejností nazývána jako „domácí hospitalizace.“

Tato péče však může být poskytována pouze za určitých podmínek. Ošetřující lékař rozhodne o ukončení kurativní léčby a doporučí symptomatický postup. Pacient si zároveň přeje, aby další péče probíhala v domácím prostředí a toto prostředí je, a nebo bude vybaveno všemi pomůckami pro pobyt těžce nemocného. Nepodkročitelnou podmínkou je, že rodina či blízcí jsou ochotni a schopni zajistit nepřetržitou přítomnost druhé osoby.

S pacientem se sestaví plán paliativní péče, nastaví se vedení dokumentace a podávání medikací, včetně medikace dle potřeby. Sepíše se informovaný souhlas a po vstupním pohovoru, který vede zejména lékař a sestra, se pacient přebírá do péče, na které se postupně podílí celý multidisciplinární tým (Bydžovský, Kabát a kol., 2015).

1.4.3 Lůžkový hospic

Lůžkové hospice poskytují již od minulosti velkou podporu jak pacientům, tak i jejich rodinám a blízkým. V tomto zařízení se věnuje maximální pozornost léčbě tělesných symptomů. Díky celému multioborovému týmu se péče o pacienta v závěru života zaměřuje nejen na tyto symptomy, ale důležitou součástí je tu i psychická a sociální podpora, která je trvale nablízku. Díky všemu výše uvedenému může být režim v lůžkovém hospici co nejpodobnější tomu domácímu. K tomu přispívá i možnost neustálé přítomnosti někoho blízkého na pokoji s pacientem, nebo v hostinských pokojích. Hospic je definován jako zdravotně sociální zařízení, proto jsou zde poskytovány i další služby, které zajišťují pacientům a rodinám pomoc při zvládání složitých životních situací, které se těžké nemoci a následného úmrtí týkají. Z těchto služeb jmenujme například sociální poradenství nebo poradenství pro pozůstalé.

Péče o umírající pacienty je hlavním posláním hospice. Jako ve všech formách poskytování paliativní péče, je i v lůžkovém hospici soustředěna veškerá energie na zajištění dobrého umírání a kvalitního prožití života před smrtí. Toto je zajištěno především vzdělaným a motivovaným personálem, kterého musí být dostatek. Kromě všech základních složek personálu je potřeba zmínit důležitou práci dobrovolníků.

Dalším důležitým faktem je, že ne všichni pacienti v lůžkovém hospici zemřou. Při kvalitní paliativní péči se zvládnutím všech symptomů se až třetina pacientů vrací do domácího prostředí. K tomu je potřeba čas na přizpůsobení podmínek. Tento čas může být různě dlouhý a hospitalizace v lůžkovém hospici je k tomu vhodná (Marková, 2010).

1.4.4 Konziliární tým paliativní péče

Tento tým funguje vždy v rámci zdravotnického nebo sociálně zdravotnického zařízení. Celý tým nebo jednotliví členové týmu přicházejí za pacientem na oddělení, kde je pacient hospitalizován a zajišťují tak kontinuitu péče poskytované v daném zařízení. Svoji činností pak ovlivňuje kvalitu poskytované péče a podílí se na edukaci o možnostech paliativní péče nejen u pacientů, ale celého týmu, který se o pacienta stará. Nedílnou součástí tohoto týmu je ambulance paliativní medicíny, která má nezastupitelnou roli v následném plánu paliativní péče. Základním složením týmu je lékař, sestra, sociální pracovník. V české republice není tato služba zatím příliš rozšířená, ale každoročně těchto týmů přibývá (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al. 2011).

1.4.5 Ambulance paliativní medicíny

Ambulance se zabývají komplexní podpůrnou péčí o pacienty v pokročilých stádiích onemocnění. Je určena pacientům, kterým jejich stav dovoluje podstupovat ambulantní paliativní péči. Pacienti do ambulance přicházejí jak při probíhající léčbě základního onemocnění, tak po ukončení této léčby. Ambulance paliativní medicíny nabízí:

- konziliární vyšetření a intervenci ve spolupráci s multidisciplinárním týmem daného zdravotnického zařízení,
- pravidelné kontroly u sledovaných pacientů,
- jednorázové konzultace pro pacienty z jiných zdravotnických zařízení,
- možnost osobní nebo telefonické konzultace pro ošetřující lékaře z jiných zdravotnických zařízení.

Ambulance paliativní medicíny vždy úzce spolupracuje s psychology, sociálními pracovníky, nemocničním kaplanem i dobrovolníky. Pro zajištění následné péče spolupracuje ambulance s agenturami domácí péče, s mobilními a lůžkovými hospici a dalšími pracovišti poskytujícími paliativní péči (Sláma a kol., 2019).

1.4.6 Oddělení paliativní péče

Oddělení paliativní péče bývají někdy také nazývána jako jednotky paliativní péče. Jsou to specializovaná oddělení, která bývají součástí zdravotnických zařízení nebo jsou v jejich blízkosti. Cílovou skupinu pacientů hospitalizovaných na těchto jednotkách si vymezuje každé zdravotnické zařízení samostatně. Cílem oddělení je ale vždy zmírňovat potíže, které s sebou nemoc přináší, a snaha o stabilizaci stavu pacienta. Dále je to psychologická a sociální podpora pečujících, aby následné ošetřování dobře zvládali. Na odděleních je poskytovaná specializovaná paliativní péče u pacientů tak dlouho, než je možné je předat do domácího ošetření nebo do jiného zařízení poskytující paliativní péči. V některých případech zůstává pacient až do konce života na tomto oddělení a pečujícím je poskytnuta veškerá podpora jak při hospitalizaci, tak v období truchlení (Sláma a kol., 2019).

1.5 Nejčastější symptomy, které paliativní péče v onkologii řeší

V paliativní péči je ke každému pacientovi přistupováno velmi individuálně. Obecně platná pravidla pro řešení symptomů mohou být u onkologicky nemocného a nevléčitelného pacienta velmi specifická.

1.5.1 Hodnocení symptomů

Základním specifikem v řešení symptomů u onkologicky nevléčitelných pacientů je, že základní příčina, která daný symptom vyvolává, není kauzálně řešitelná. Symptomy tedy nelze ve většině případů plně odstranit. Snahou tedy je zmírnit či utlumit je na dobře snesitelnou míru. Při řešení symptomů je vždy potřeba zkombinovat kauzální a symptomatický přístup.

Symptomy označujeme jako subjektivní tělesné a psychické potíže, které s sebou nemoc přináší. Symptomy ovlivňují všechny oblasti člověka a mají zásadní vliv na kvalitu života. Na všechny potíže je třeba se pečlivě a opakovaně ptát. Pacient obvykle trpí několika symptomy najednou, ale pokud se nezeptáme, řadu z nich neodhalíme a ani neléčíme. Pro hodnocení symptomů lze použít mnoho hodnoticích nástrojů, viz Příloha č. 3 (Sochor, Závadová, Sláma eds., 2019).

1.5.2 Bolest

Dle Slámy (2011) je nádorová bolest obecné označení pro bolestivé stavy, kterými mohou onkologičtí pacienti trpět. Objasnění příčiny bolesti vede ve většině případů k úspěšné léčbě. Při hodnocení bolesti a následnému zhodnocení úspěšnosti léčby musíme zohlednit několik důležitých aspektů. Charakteristická dělení a hodnocení bolesti je uvedeno v Příloze č. 4. Pro správné zhodnocení a léčbu jsou užitečné následující otázky.

- Kde to bolí?
- Jako moc to bolí?
- Jaká bolest je, jak byste ji popsal/a?
- Cítíte bolest stále/nepřetržitě, nebo jsou také chvíle, kdy bolest vůbec nemáte?
- Máte během dne/noci epizody silné bolesti?
- Co si myslíte, že Vaši bolest vyvolává?
- Jak moc bolest ovlivňuje Vaše aktivity (pohyb, práci, spánek, náladu)?
- Na jakou intenzitu bychom museli bolest zmírnit, abyste byl/a s její léčbou spokojen/a?
- Jaké léky/postupy jste ke zmírnění své bolesti již zkoušel/a? S jakým efektem?
- Jste spokojen/a se zavedenou léčbou bolesti?
- Myslíte, že bychom měli dávku léků proti bolesti zvýšit/snížit?

Kromě takto kladených otázek můžeme nádorovou bolest dělit také podle časového průběhu. Z tohoto hlediska může být bolest trvalá, intermitentní nebo průlomová.

Trvalá bolest je přítomna téměř neustále a může mít kolísavou intenzitu. Při léčbě této bolesti je třeba nalézt takovou stabilní dávku léku, která bolest dlouhodobě zmírňuje.

Intermitentní bolest znamená, že se u pacienta střídají stavy bolesti a bez bolesti. Při hledání vhodného léčebného postupu se pak zaměřujeme na frekvenci, délku a charakter bolestivých stavů. V některých případech lze podávat analgetika pouze dle potřeby.

Průlomová bolest znamená náhlou ataku jinak dobře zvládnuté chronické bolesti. Při hodnocení a léčbě musíme znát vyvolávající příčinu. Tou může být bolest na konci dávkového intervalu, incidentální bolest nebo průlomová bolest v užším slova smyslu.

Léčba nádorové bolesti závisí na mnoha faktorech. Může být kauzální, kdy se k jejímu zvládnutí využívá různých protinádorových postupů, dále farmakologická (invazivní či neinvazivní) nebo nefarmakologická, která využívá rehabilitačních, radiologických nebo

jiných postupů. Možnosti farmakologické a nefarmakologické léčby včetně analgetického žebříčku dle WHO jsou k dispozici v Příloze č. 5 (Sochor, Zavadová, Sláma eds., 2019).

1.5.3 Dušnost

Dle Tomíškové (2019) dechové obtíže bývají častým symptomem v paliativní péči. Kromě onkologické diagnózy mohou být příčinou dušnosti i jiné chronické či akutní plicní nemoci nebo náhle vzniklé komplikace. Závažnost těchto symptomů významně ovlivňuje kvalitu a délku života. Dušnost je vždy subjektivní pocit nedostatku vzduchu, který může a nemusí mít objektivní projevy. Vnímání pocitu dušnosti je individuální a je spojeno s fyziologickými, sociálními a psychickými faktory. Dlouhodobá dušnost omezuje pacienta ve vykonávání běžných denních aktivit a při její progresi může vzniknout plná závislost na druhé osobě.

Samotná dušnost vyvolává pocit paniky, úzkosti a deprese. Nemocný ztrácí svoji sociální roli, ztrácí zájem o okolí, o koníčky a dostává se do sociální izolace.

U diagnostiky akutní nebo chronické dušnosti je základem dobré léčby vždy správně odebraná anamnéza. Z té vyplývá, zda pacient nemá opakované zvýšené teploty, pocení, kašel. Dalším důležitým prvkem je poslechový nález, kterým lze odhalit oslabené dýchání či jiné fenomény. V případě nejasné diagnostiky se pak provádějí vyšetření pomocí krevních testů nebo zobrazovacích metod např. RTG, CT vyšetření.

Hlavní příčiny akutní dušnosti jsou:

- trombembolická nemoc,
- srdeční selhání, dekompenzovaná hypertenze,
- akutní infekce dolních dýchacích cest a pneumonie,
- pneumotorax, hemotorax, masivní výpotek,
- aspirace potravy, krve, cizího tělesa,
- exacerpace CHOPN nebo bronchiálního astmatu,
- nekardiální edém plic.

Hlavní příčiny chronické dušnosti jsou:

- onemocnění dýchacího ústrojí – primární a sekundární nádory horních a dolních cest dýchacích; chronická zánětlivá onemocnění dýchacího ústrojí; cystická fibróza; aspirace cizího tělesa, krvácení z dýchacích cest,

- kardiovaskulární onemocnění – ischemická choroba srdeční; tromboembolická nemoc; srdeční vady; primární a sekundární plicní hypertenze,
- neuromuskulární choroby – amyotrofická laterální skleróza; myastenia gravis; paréza bránice; úrazové a nádorové poškození míchy,
- jiné – obezita; ascites; anémie; otravy, acidóza; nekardiální edém plic; psychogenní příčiny.

Dušnost může provázet mnoho výrazných sluchových fenoménů. To vyvolává stres nejen u pacienta, ale především u pečujících. Často právě z tohoto důvodu musí být pacient hospitalizován. U onkologických pacientů lze různé typy dušnosti předpokládat a pacienta i pečující na toto připravit. Další důležitou roli má předem dobře nastavená pravidelná medikace a medikace dle potřeby. Ve spolupráci s dalšími nefarmakologickými postupy (oxygenoterapie, rehabilitace, ...) lze dušnost velmi dobře zvládnout. V mnohých případech stačí tyto postupy provádět pro zklidnění stresu a úzkosti při počínající dušnosti a pacient nemusí ihned začít užívat medikaci navíc. Pravidelná farmakologická léčba je pro zvládnutí dušnosti velmi důležitá a její dodržování zmírňuje napětí u pacienta i okolí. Mezi léky užívané při dušnosti patří kortikoidy, opiáty, anxiolytika, antihistaminika a fenothiaziny, diuretika (Sochor, Zavadová, Sláma eds., 2019).

V závěru života onkologického pacienta se často setkáváme s chrčivým dýcháním či tzv. bubláním. Toto bývá způsobeno nahromaděním sekretu v dýchacích cestách, kdy je pacient slabý a není schopný expektorace. Pacient v této chvíli svůj stav často nevnímá a všechny intervence se provádí pro zmírnění fenoménů a zklidnění pečujících. Odsávání z dýchacích cest není v tomto případě účelné. Nemocného je vhodné polohovat dle možností na bok a podávat medikaci např. Atropin, Buscopan a další (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

1.5.4 Kašel

Kašel je specifikován jako obranný reflex, který je vyvolán přítomností cizího tělesa v dýchacích cestách. Dle Tomíškové (2019) se kromě jiných interních onemocnění vyskytuje také u onkologických pacientů a to z 29-80 %. U onkologických pacientů jde zejména o chronický kašel, který významně zhoršuje kvalitu života. Při nedostatečné medikaci způsobuje dlouhodobý kašel fyzické i psychické vyčerpání, nekvalitní spánek, nechutenství a zvracení. Dále může způsobovat inkontinenci. Při opakovaném nebo

dlouhotrvajícím kašli se výrazně zhoršuje bolest. Kašel velmi se podílí na sociální izolaci nemocného. K vhodné a účinné léčbě je nejdůležitější podrobně odebraná anamnéza – co vyvolává příčiny, jaká je intenzita kašle, délka kašle apod.

Kromě kauzální léčby, která není u onkologických pacientů vždy možná, využíváme léčbu symptomatickou a farmakoterapii. K antitusikům řadíme např. kodein nebo butamirát. U pokročilého onkologického onemocnění lze přidávat medikaci typu morfinu či bisulepinu. Mukolytika a expektorancia se podávají pouze u pacientů a dostatečným kašlacím reflexem. V opačném případě může docházet k aspiraci hlenem (Sochor, Závadová, Sláma eds., 2019).

1.5.5 Nevolnost a zvracení

Dle Sochora (2019) je u onkologických pacientů třeba rozlišit, zda jsou nevolnost a zvracení vyvolány probíhající onkologickou léčbou nebo jako samostatný symptom vyvolaný nádorem, metastázemi nebo komplikacemi onkologického onemocnění. Nevolnost je definována jako nepříjemný pocit v těle spojený s nutností zvracení. To je vypuzení žaludečního obsahu přes ústa. Oba symptomy mohou probíhat samostatně, v onkologii bývají většinou přítomny společně. Vedle laboratorních hodnot je důležitou součástí vyšetření také anamnéza. Anamnestické otázky se týkají začátku, intenzity, délky, četnosti a objemu zvracení. Součástí anamnézy je probíhající léčba, příjem potravy a tekutin, ale také zjištění kvality života, sociální izolace a probíhající úzkosti. U paliativních pacientů mohou být příčiny nevolnosti a zvracení tyto:

- chemické – vyvolané léky (opioidy, cytostatika, ATB, antidepressiva, ...), metabolické (hyperkalcemie, hyponatremie, uremie, ...),
- gastrointestinální napětí nebo iritace – způsobené léky (NSAID, steroidy, ...), zácpa, jaterní metastázy,
- gastroparéza – způsobena léky (opioidy, tricyklická antidepressiva, ...), ascites, hepatomegalie, peptický vřed, autonomní příčiny,
- zvýšený intrakraniální tlak – krvácení, edém, metastázy CNS, ...,
- opioidy,
- střevní příčiny,
- psychické příčiny.

Všechny příčiny se mohou u onkologického pacienta na symptomatické péči prolínat. Pro úspěšnou léčbu je důležité příčiny identifikovat a pokud možno je odstranit, dále vybrat vhodnou medikaci a její aplikační formy. Pravidelně podávaná antiemetika jsou např. Metokloprapid, Haloperidol, Dexametazon. V případě přetrvávajících obtíží lze do medikace přidat Levomepromazin, Olanzapin nebo kanabinoidy. Při kombinaci je nutné dávat pozor na lékové interakce (Sochor, Závadová, Sláma eds., 2019).

1.5.6 Zácpa

Zácpa je jedním z nejčastějších symptomů vyskytujících se v paliativní péči u onkologických pacientů. Jako příčinu pokročilého onkologického onemocnění lze zácpu někdy řešit kauzálně. V opačném případě a po důkladném klinickém, přístrojovém i anamnestickém vyšetření je na řadě jiná forma terapie. V paliativní péči je prevence nejlepší terapií. Snahou je co nejdéle udržet pohyb a aktivitu, dbát na dostatečnou a pravidelnou pestrou stravu s dostatkem vlákniny. U všech pacientů je nutná dostatečná hydratace. Na zácpu navozenou některými pravidelnými léky nemusí být tato preventivní opatření dostačující. V rámci následné farmakoterapie lze pak využít perorální laxativa (změkčující, objemová, stimulační) nebo rektální laxativa. Cílem veškeré léčby je bezbolestná a komfortní defekace (Sochor, Závadová, Sláma eds., 2019).

1.5.7 Úzkost

Závadová (2019) uvádí, že úzkost je odpovědí na probíhající stresovou situaci a nemusí být vždy patologická. Hodnocení je obtížné, jednotná hodnotící kritéria neexistují. K hodnocení využíváme anamnestických dat, důvodu vzniku příčiny a klinických projevů. Mezi nejčastější příčiny patří fakt nevléčitelného onkologického onemocnění. Závažnost vyplývá z fáze prožívané stresové reakce, z míry vyrovnání se se závažnou diagnózou, ale také ze sociálních aspektů. Některé projevy mohou plynout z nedostatku informací. Rozlišení normální reakce od patologické závisí na závažnosti zprávy a její následné reakci. K projevům úzkosti patří hlavně neklid, porucha soustředění, zvýšené svalové napětí, somatizace, poruchy spánku a další.

K nefarmakologickým postupům léčby patří vyřešení dalších obtěžujících symptomů, normalizaci projevů a strachu, podpora psychologa či skupinová terapie.

Z farmakoterapeutik lze využít antidepresiva, anxiolytika a antipsychotika. Tyto léky je třeba vhodně titrovat a sledovat jejich nežádoucí účinky.

V paliativní péči je třeba dbát na úzkost pacienta, ale i pečujících. Dopad závažných zpráv a péče o blízkého v závěru života musí být opakovaně komunikována a pomoc pravidelně nabízena a poskytována (Sochor, Zavadová, Sláma eds., 2019).

1.6 Časná integrace paliativní péče při probíhající standardní onkologické péči

Pacienti s pokročilým onkologickým onemocněním mohou mít kromě řady fyzických potíží také psychický diskomfort. Ten pak negativně ovlivňuje kvalitu života. Paliativní péče se zaměřuje na prevenci a léčbu tělesného a duševního diskomfortu pacienta a na udržení či zvýšení kvality života s nevléčitelným nádorovým onemocněním. V onkologii je paliativní péče historicky vnímána po ukončení protinádorové terapie. Podložené studie ovšem nyní hovoří o účelnosti a užitečnosti konceptu integrace paliativní péče do standardní onkologické praxe. V získaných datech prokázala časná integrace paliativní péče benefit v podpoře kvality života, v řešení symptomů a ekonomických dopadů zdravotní péče. Tento typ péče má také významný a pozitivní vliv na pečující a blízké pacienta.

Důvodů pro časnou integraci paliativní péče do onkologické praxe je mnoho. Tělesné symptomy jako bolest a další se významně podílejí na kvalitě života. Z několika studií vyplývá, že i v běžné praxi není léčba těchto symptomů dostatečná, a to i přes veškeré moderní možnosti a postupy léčby. Mnoho pacientů při nedostatečné léčbě potíží bezdůvodně trpí. Do celkového kontextu léčby symptomů je třeba zahrnout psychické potíže, ale i socioekonomické faktory a spirituální potřeby. Všechny oblasti jsou klíčové pro komplexní prožívání a vyrovnaní se s obdobím života s nevléčitelnou nemocí. S léčbou psychických obtíží je to stejné jako s léčbou těch fyzických. Správná léčba určuje další prožívání nemoci. Vyžaduje však dostatek času, důsledné zhodnocení a zkušenosti ošetřujícího personálu. Výsledkem toho je pacientovo správné chápání diagnózy a zdravotního stavu, prognózy a možných přínosů a rizik protinádorové léčby.

Ze studií vyplývá, že onkologové při své běžné praxi pacienty neúplně informují o předpokládané prognóze nebo užitečnosti protinádorové léčby. Pravděpodobně se snaží zmírnit dopad nepříznivých zpráv jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu a blízké. Kvalita

komunikace o závažnosti nemoci a prognóze, jako i kvalita léčby tělesných a duševních symptomů tak není dostatečná, stejně jako řešení sociální oblasti. Příčiny těchto nedostatků mohou být různé. Nedostatečné teoretické znalosti a praktické zkušenosti, deficit času, neochota, malá dostupnost ostatních podpůrných profesí, důvodem může být i nízká priorita paliativní péče v onkologii. Větší integrace paliativní péče do běžné onkologické praxe se snaží tyto bariéry překonat (Sochor, Sláma, Loučka, 2015).

1.6.1 Integrace obecné a specializované paliativní péče

Každý onkolog by měl umět vyhodnotit a léčit základní tělesné potíže. Dále by měl pacienta informovat a pohovořit s ním o prognóze, možnostech a cílech léčby. Měl by umět správně vyhodnotit potřebu další nelékařské podpory (psycholog, sociální, duchovní) a zprostředkovat ji. Tato obecná paliativní péče by měla být nedílnou součástí studia a praxe klinického a radiačního onkologa. Všechny informace a zkušenosti jsou naučitelné a mají oporu v mezinárodních standardech.

Při nedostatečném efektu poskytované obecné paliativní péče by měla být dostupná ke zmírnění potíží specializovaná paliativní péče poskytovaná paliatrem a multioborovým týmem. Tento tým se u pacienta zaměřuje na všechny složky potřeb a jejich uspokojení. Paliativní specialista by se měl podílet na péči všech pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním. U pacienta by byl stanoven plán onkologické léčby zároveň s plánem paliativní péče. Tento model ovšem naráží na nedostatek paliativních specialistů. V případě možnosti uskutečnění současného sledování více specializacemi je kladen velký důraz na koordinaci těchto služeb. S onkologem je třeba se shodnout na plánu péče dle potřeb pacienta. Následně zkoordinovat všechny složky multidisciplinárního týmu tak, aby to pro pacienta a rodinu nebylo zatěžující a zároveň bylo přínosné. Výsledek z těchto intervencí pak může pomoci i onkologovi k rozhodování o dalším postupu léčby (Sochor, Sláma, Loučka, 2015).

1.6.2 Možné bariéry časně integrace paliativní péče a jejich řešení

Největší bariérou v poskytování paliativní péče je její samotné vnímání. Bývá vnímána jako péče na konci života a v onkologii je využívána až po ukončení protinádorové léčby. Dalším problémem je vlastní přesvědčení onkologů, že jejich znalosti o paliativní péči jsou správné a dostačující pro všechny pacienty. Studie však prokázaly, že při řešení symptomů v modelových situacích nebyly využity všechny možnosti léčby, nebo byly využity špatně.

Nedostatek paliativních specialistů je další překážkou, která časnou integraci paliativní péče provází. Mluvíme nejen o nedostupnosti lékařů specialistů, ale i proškolených sester, psychologů, sociálních pracovníků, duchovních a dalších složek, které se mohou na péči podílet. V neposlední řadě je tu obava onkologů z časného odeslání pacienta do paliativní péče. Je to obava z negativních reakcí pacientů a rodin a ze ztráty důvěry. Pravdou ale je, že správně vedený a soustředěný rozhovor vede ke snížení obav a úzkosti pacienta i celé rodiny. Pravidelné setkávání s různými členy multidisciplinárního týmu prohlubuje u pacienta důvěru v onkologa a vede k lepší spolupráci v plánování léčby. Po ukončení protinádorové terapie zná pacient a rodina celý tým, který se o něj bude starat, a dochází tak k celkovému zklidnění a lepšímu psychickému stavu pacienta i rodiny.

Řešením výše uvedených bariér je lepší a důslednější vzdělávání v paliativní péči. Pro budoucí lékaře je teoretickou a praktickou součástí studia. Lékaři s atestací ze základního klinického oboru se mohou dále vzdělávat v rámci postgraduálního studia. Pro ostatní profese multidisciplinárního týmu jsou dostupné certifikované kurzy nebo vzdělávání na klíč pro celé týmy. V rámci překonání bariér jsou to na jednotlivých pracovištích standardizované postupy pro časnou integraci paliativní péče. Tabulku s publikovanými studiemi o časně integraci paliativní péče naleznete v Příloze č. 6 (Sochor, Sláma, Loučka, 2015).

1.6.3 Časná integrace paliativní péče z pohledu všeobecné sestry ve světě a u nás

Z postupu výzkumu realizovaného belgickými univerzitami (Vanbutsele a kol., 2018) vyplývá, že u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním je důležitá vždy úvodní konzultace všeobecné sestry specialistky na paliativní péči. Tato sestra je odborně vyškolená v onkologické péči, se znalostí specifických typů nádorů a souvisejících komplikací. Zná vedlejší účinky běžně používané protinádorové léčby. Po úvodní konzultaci vyhodnocuje sestra potřebu další péče o pacienta (paliativní lékař, psychologická, sociální, nutriční podpora a další). Paliativní sestra poskytuje konzultace i onkologickým pacientům, u kterých nebyla ukončena protinádorová terapie, ale jejich léčba je označena jako paliativní. V různých zemích je nastavení práce a kompetencí paliativní sestry rozdílné. V některých zemích provádí většinu paliativních intervencí

paliativní lékař, v jiných (např. Belgie a Německo) je téměř celá zodpovědnost na paliativní sestře. V zahraničních studiích bývá druhá možnost popisovaná jako výhodnější. V České republice není v tuto chvíli dostatek randomizovaných studií v této oblasti a vzhledem k náročnosti realizace studie u pacientů s vyčerpanou léčbou je třeba hledat jiné možnosti výzkumu (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019).

1.7 Komunikace v paliativní péči z pohledu všeobecné a praktické sestry

Při vykonávání své profese využívá sestra různých nástrojů. Základním prvkem, který při poskytování paliativní péče potřebuje a využívá, je komunikace. Je to klíčová dovednost v průběhu celé léčby a při poskytování paliativní péče. Správná komunikace je zásadní podmínkou pro vytvoření důvěrného vztahu s pacientem a rodinou vždy. O to důležitější je na konci života (Kurucová, Žiaková, Nemcová a kol., 2017).

1.7.1 Význam komunikace v paliativní péči

Jak jsme již uvedli, komunikace je základem každé dobré klinické ošetrovatelské praxe. V paliativní péči je efektivní komunikace důležitým nástrojem používaným pro vytvoření důvěry mezi sestrou a pacientem a rodinou nebo blízkými. Dále je potřebným nástrojem pro komunikaci mezi ostatními členy paliativního týmu. Je důležitá pro získávání všech podstatných informací o pacientovi, včetně jeho problémů a potřeb. Je to nástroj k poskytování informací o nemoci, prognóze léčby, prevenci nesplnitelných očekávání a o dalších možnostech a postupech paliativní péče. Díky komunikaci lze vytvořit realistický plán paliativní péče pro pacienta, rodinu i všechny osoby, které se budou na péči podílet. V současné praxi je kladen velký důraz na individuální proces vyrovnávání se s těžkou nemocí a respekt a akceptace individuálních potřeb nemocného. Klíčovou roli v tomto hraje sestra, která s pacientem komunikuje nejvíce a může všechny tyto aspekty začlenit do plánu paliativní péče. Sestry a lékaři mají odlišný úhel pohledu na pacienta a každý z nich plní při poskytování paliativní péče jinou roli. Sestra má větší a častější kontakt s pacientem, zajišťuje jeho potřeby. V těžkých chvílích odbourává stres a napětí vzniklé z dané situace. Má také důležitou komunikační roli ve vztahu lékař – sestra – pacient, kde pomáhá vytvářet důvěru mezi lékařem a pacientem, ale také interpretuje nebo zprostředkuje lékařské postupy. Na základě několika studií také víme, že sestra může být

prvním kontaktem při řešení složitých situací. Pacienti bývají k sestřám otevřenější a získávají snáze důvěru. Situace, které vyvolávají požadavek komunikace s pacientem, se dělí na více urgentní a méně urgentní.

Více urgentní:

- Pacient čelí hrozbě blížící se smrti.
- Pacient říká, že chce zemřít.
- Pacient nebo rodina/blízcí se informují na hospic.
- Pacient byl akutně hospitalizovaný pro závažnou progresi onemocnění.
- Pacient zažívá velké utrpení a má špatnou prognózu.

Méně urgentní:

- Rozhovor o prognóze, u níž předpokládáme délku 6-12 měsíců.
- Diskuze o možnostech a účinnosti paliativní léčby.
- Diskuze o obavách a naději pacienta (Kurucová, Žiaková, Nemcová a kol., 2017).

1.7.2 Komunikační zručnosti sestry v paliativní péči

Z důvodu nejednotnosti definicí a kompetencí vznikl na základě studií jednoduchý model, který schematicky znázorňuje komunikační postup. Tento model začíná samotným procesem komunikace, dále přes varianty komunikace a komunikační zručnosti až do komunikační strategie. V poskytování ošetrovatelské paliativní péče rozlišujeme dvě úrovně komunikační zručnosti sester, základní/všeobecnou úroveň a pokročilou úroveň.

Mezi základní komunikační schopnosti sestry podle Kurucové, Žiakové, Nemcové a kol. (2017) v paliativní péči patří:

- aktivní naslouchání a podpora pacienta v procesu vyrovnávání se s onemocněním (kopingové mechanismy),
- poskytnutí informací pacientovi, aby mohl provést důležitá rozhodnutí,
- přítomnost při sdělování špatných zpráv,
- objasnění informací tak, aby byly jasné a srozumitelné,
- vyhodnocení všech možností a postupů při poskytování péče,
- podpora při rozhodování,
- role sestry jako advokáta před rodinou,

- posouzení a hodnocení příznaků před úmrtím,
- podpora komunikace mezi pacientem a rodinou/blízkými,
- přítomnost při umírání,
- péče o pacienta v období po smrti,
- péče o rodinu v období zármutku a truchlení.

Do pokročilé/specializované úrovně komunikace sestry v paliativní péči je možno zahrnout:

- rozhovor o diagnóze, prognóze o možnostech a účinnosti léčby,
- oznamování špatných zpráv při progresi nemoci,
- podporu při přechodu z kauzální léčby na léčbu symptomů,
- diskuzi o symptomatické léčbě,
- facilitaci rodinných setkání a rozhovorů,
- diskusi o možnostech po úmrtí – pitva, dárcovství orgánů,
- podporu pozůstalým v čase zármutku a truchlení (Kurucová, Žiaková, Nemcová a kol., 2017).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl: Zjistit možnosti, limity a rizika interdisciplinární spolupráce v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení.

Výzkumné otázky:

1. V jakých oblastech může být pozice koordinátorky paliativní péče pro ošetřující personál na onkologickém oddělení přínosem?
2. Jaká je informovanost o paliativní péči a možnostech jejího využití?
3. Jaká jsou možná rizika při vytvoření pozice koordinátorky paliativní péče?

2.2 Metodika výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu, která je k dané problematice velmi objektivní. V dotazníku (Příloha č. 7) je 26 otázek. Otázky jsou tvořeny tak, aby výsledek splňoval cíl práce a odpovědi reagovaly na výzkumné otázky. V dotazníku jsem zvolila 8 polouzavřených otázek, u kterých měli respondenti možnost doplnit svůj názor. Zbylých 18 otázek bylo uzavřených. Respondenti byli seznámeni s možností volby jedné nebo více možných odpovědí. Na všech odděleních, kde výzkum probíhal, jsem všechny respondenty informovala o záměru a cílech dotazníku. Dále jsem je základně uvedla do problematiky celé práce a ubezpečila o anonymitě odevzdaných dotazníků. Dotazník je rozdělen do 4 částí. První část (otázky 1-6) obsahuje sociodemografická data respondentů. Druhá část (otázky 7-15) se pak zaměřuje na odpovědi k první výzkumné otázce „V jakých oblastech může být pozice koordinátorky paliativní péče pro ošetřující personál na onkologickém oddělení přínosem?“. Ve třetí části dotazníku (otázky 17-23) zjišťuji data pro druhou výzkumnou otázku „Jaká je informovanost o paliativní péči a možnostech jejího využití?“. Poslední část dotazníku (otázky 24-26) se věnuje třetí výzkumné otázce „Jaká jsou možná rizika při vytvoření pozice koordinátorky paliativní péče?“. Otázky dotazníku byly tvořeny k objasnění hlavního cíle a výzkumných otázek. Hlavním cílem práce bylo zjistit možnosti, limity a rizika interdisciplinární spolupráce v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení.

Před samotným výzkumem proběhl u 11 respondentů předvýzkum a připomínky byly zapracovány do výsledného dotazníku.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkum probíhal pomocí tištěných dotazníků, které byly rozdány na jednotlivá oddělení Masarykova onkologického ústavu. Většina respondentů byla osobně seznámena s obsahem dotazníku, se záměrem celé práce a o anonymitě při vyplňování. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Kompletně vyplněných dotazníků se vrátilo 89, dva dotazníky byly vyplněny jen zčásti a nebyly do vyhodnocování zařazeny. Dotazník byl určen pro všeobecné a praktické sestry, kdy všechny respondentky byly ženy. Na různých onkologických odděleních nebo ambulancích pracují respondentky 11 a více let, jejich věk je nejčastěji 21 a více let. Největší skupinou respondentek jsou všeobecné sestry se středoškolským vzděláním s maturitou.

2.4 Průběh výzkumu

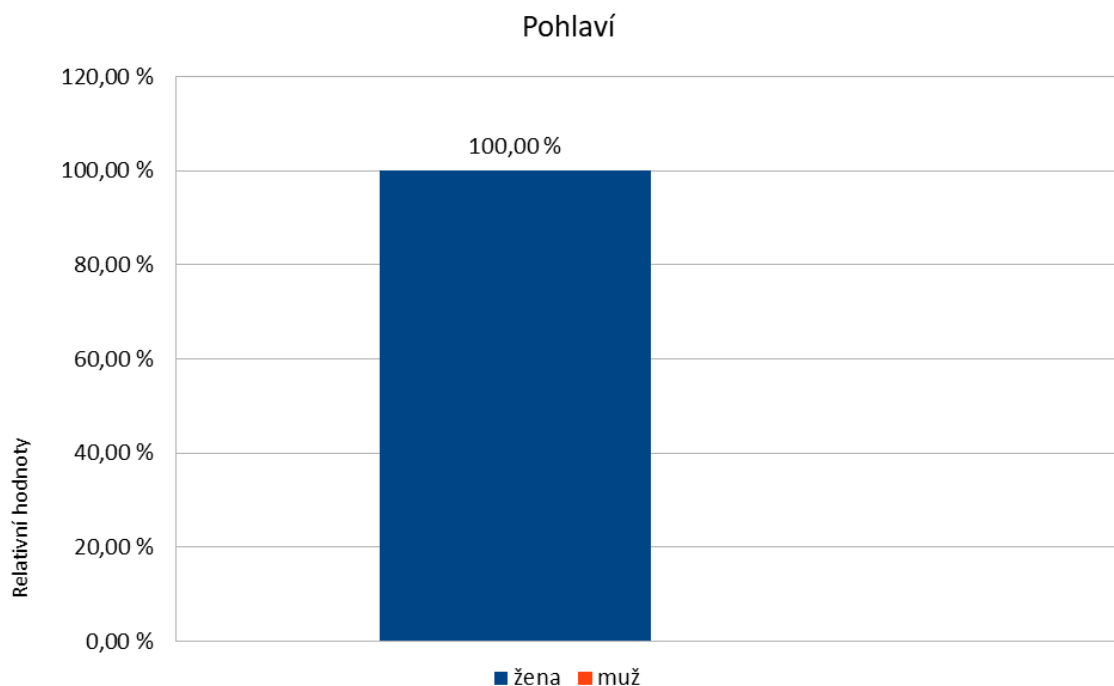
Výzkum byl realizován v období listopadu 2019 až února 2020. Dotazník byl rozdán na jednotlivých odděleních a ambulancích Masarykova onkologického ústavu. Respondentky byly informovány o cíli práce. Vyplnění dotazníku zabralo každé 5-10 minut.

2.5 Zpracování získaných dat

Data z kvantitativního výzkumného šetření byla zpracována pomocí absolutní a relativní četnosti v uživatelských programech Word a Excel v počítačovém programu Microsoft office 2010. Výsledky jsou zpracovány pomocí sloupcových grafů. Jsou uvedeny v procentech, pro lepší přehled se legenda k odpovědím nachází pod grafem. Ve výsledcích výzkumu jsou zahrnuty i grafy ze sociodemografické oblasti dat.

2.6 Výsledky výzkumu

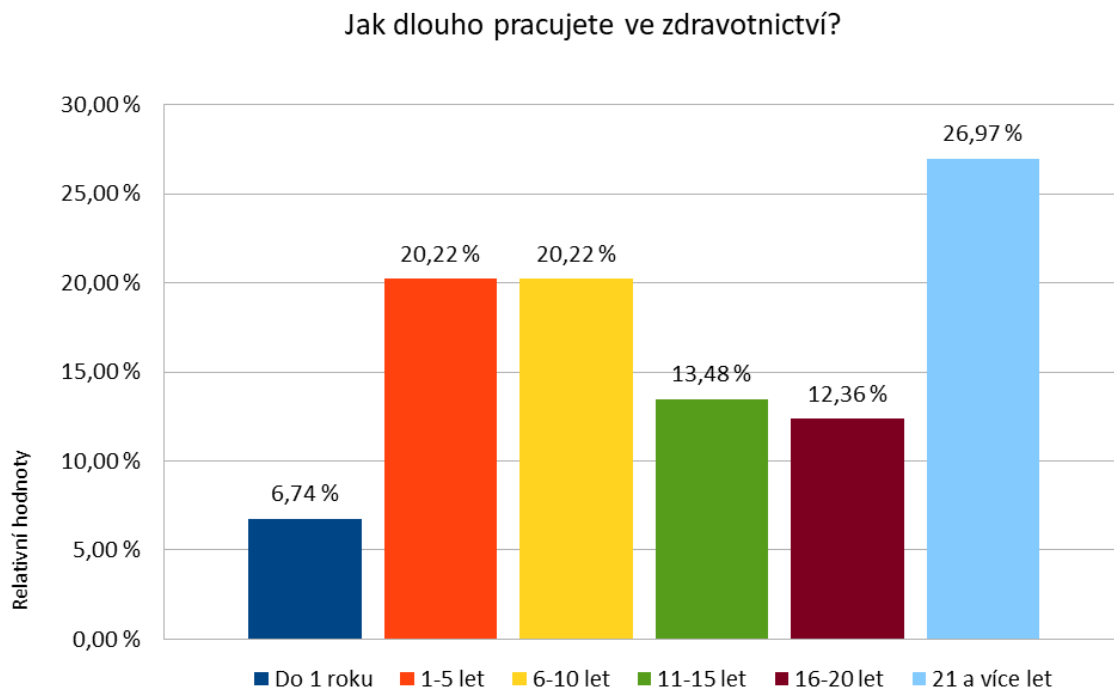
Vyhodnocení otázky č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

V grafu 1 je uvedena odpověď na otázku: *Jaké je Vaše pohlaví?* Všechny 89 respondentek byly *ženy*, tvoří tedy 100 % odpovědí.

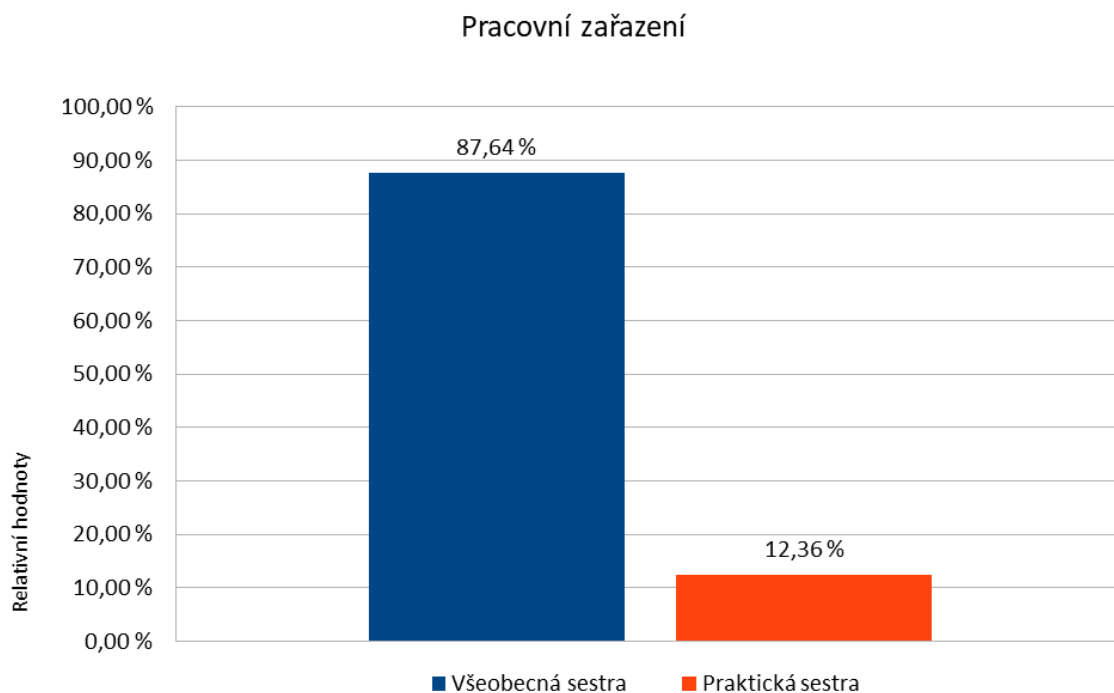
Vyhodnocení otázky č. 2 – Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?



Graf 2 – Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

V grafu 2 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?* Největší zastoupení, 24 respondentek (26,97 %), pracuje ve zdravotnictví *21 a více let*. Odpovědi *1-5 let* a *6-10 let* mají stejný počet respondentek, a to 18 (20,22 %). *11-15 let* uvedlo 12 respondentek (13,48 %), Odpověď *16-20 let* zvolilo 11 respondentek (12,36 %) a *do 1 roku* odpovědělo 6 respondentek (6,74 %).

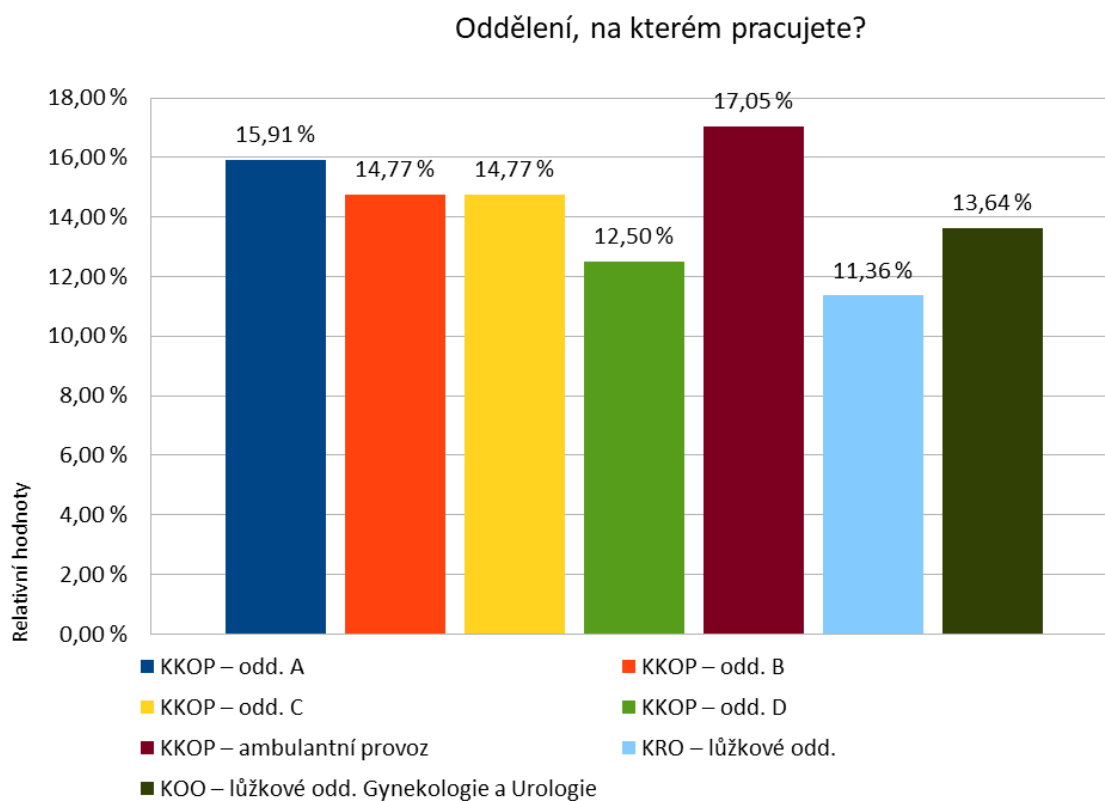
Vyhodnocení otázky č. 3 – Jaké je Vaše pracovní zařazení?



Graf 3 – Jaké je Vaše pracovní zařazení?

V grafu 3 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Jaké je Vaše pracovní zařazení?* 78 respondentek (87,64 %) odpovědělo *všeobecná sestra* a 11 respondentek (12,36 %) bylo *praktických sester*.

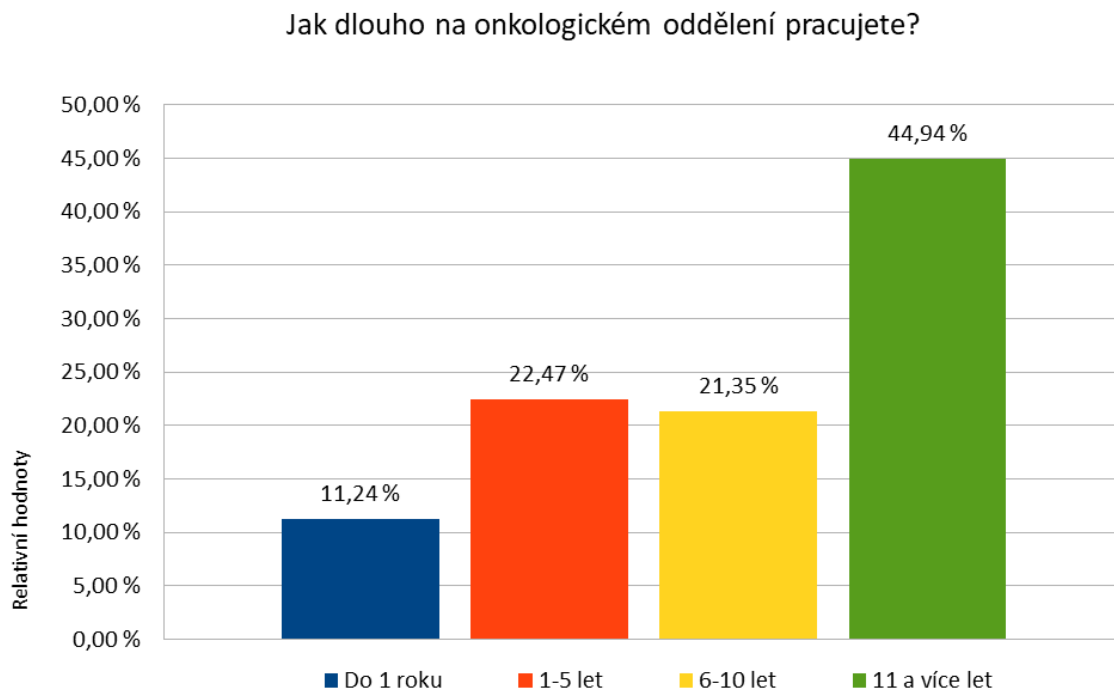
Vyhodnocení otázky č. 4 – Oddělení, na kterém pracujete?



Graf 4 – Oddělení, na kterém pracujete?

V grafu 4 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Oddělení, na kterém pracujete?* Nejvíce respondentek – 15 (17,05 %) odpovídalo z *ambulantního provozu*. 14 respondentek (15,91 %) bylo z Kliniky komplexní onkologické péče *oddělení A*. Stejný počet respondentek – 13 (14,77 %) bylo z Kliniky komplexní onkologické péče z *oddělení B a C*. Z *oddělení operační onkologie* odpovědělo 12 respondentek (13,64 %). Z klinického *oddělení D* odpovědělo 11 respondentek (12,50 %), z *oddělení radiační onkologie* odpovědělo 10 respondentek (11,36 %).

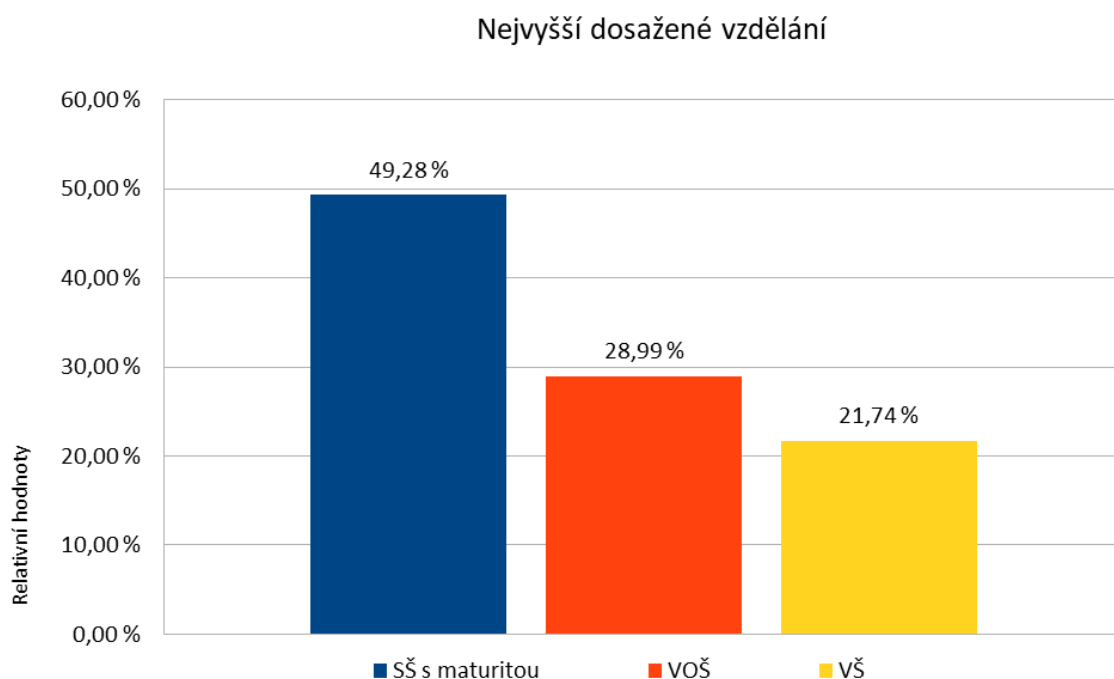
Vyhodnocení otázky č. 5 – Jak dlouho na onkologickém oddělení pracujete?



Graf 5 – Jak dlouho na onkologickém oddělení pracujete?

V grafu 5 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Jak dlouho na onkologickém oddělení pracujete?* Největší počet respondentek – 40 (44,94 %) pracuje na onkologickém oddělení *11 a více let*. 20 respondentek (22,47 %) odpovědělo *1-5 let*, 19 respondentek (21,35 %) pracuje na onkologickém oddělení *6-10 let*. Odpověď *do 1 roku* zvolilo 10 respondentek (11,24 %).

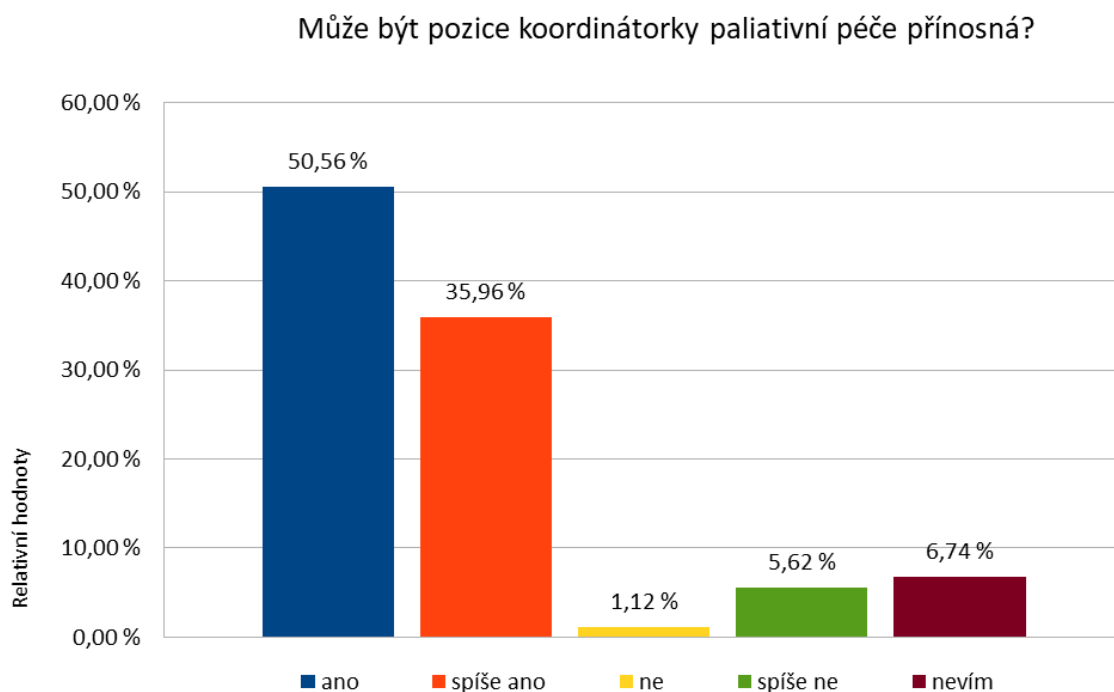
Vyhodnocení otázky č. 6 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 6 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

V grafu 6 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?* Největší počet respondentek – 34 (49,28 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání *střední školu s maturitou*. *Vyšší odbornou školu* vystudovalo 20 respondentek (28,99 %), odpověď *Vysoká škola* zvolilo 15 respondentek (21,74 %).

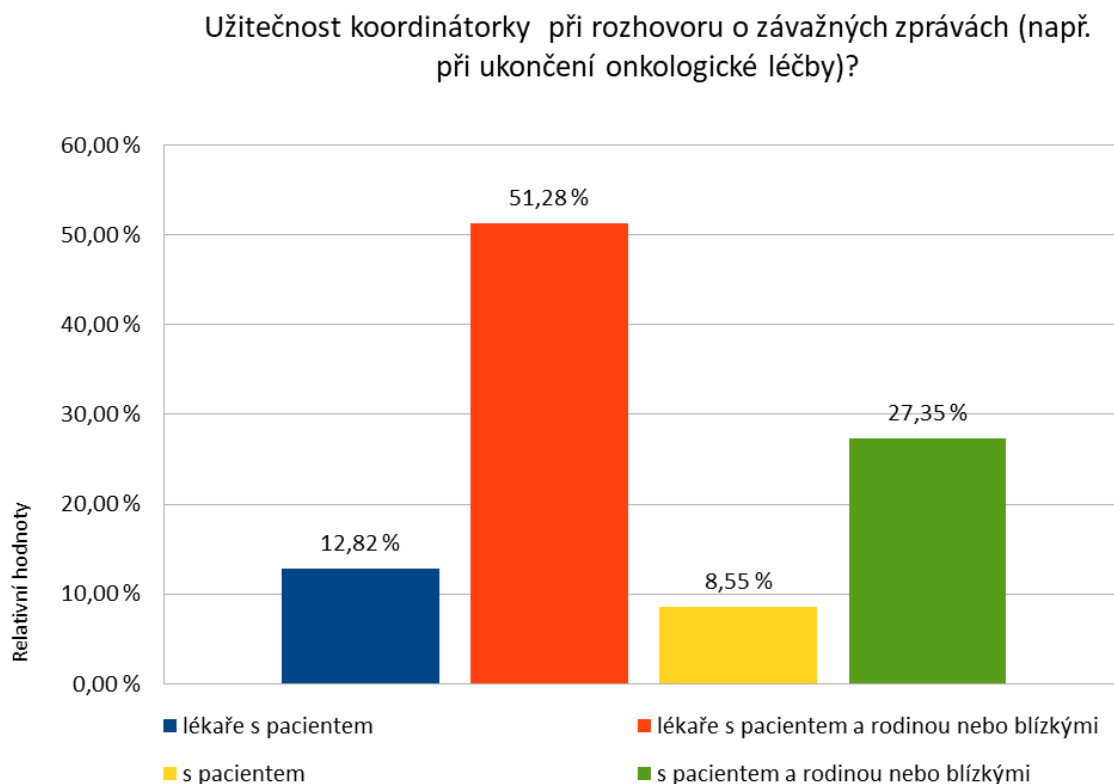
Vyhodnocení otázky č. 7 – Myslíte si, že může být pozice koordinátorky paliativní péče přínosná?



Graf 7 - Myslíte si, že může být pozice koordinátorky paliativní péče přínosná?

V grafu 7 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Myslíte si, že může být pozice koordinátorky paliativní péče přínosná?* Největší zastoupení má odpověď *ano*, kterou zvolilo 45 respondentek (50,56 %). Odpověď *spíše ano* zvolilo 32 respondentek (35,96 %). *Nevím* zvolilo 6 respondentek (6,74 %), odpověď *spíše ne* zvolilo 5 respondentek (5,62 %). Jedna respondentka (1,12 %) odpověděla *ne*.

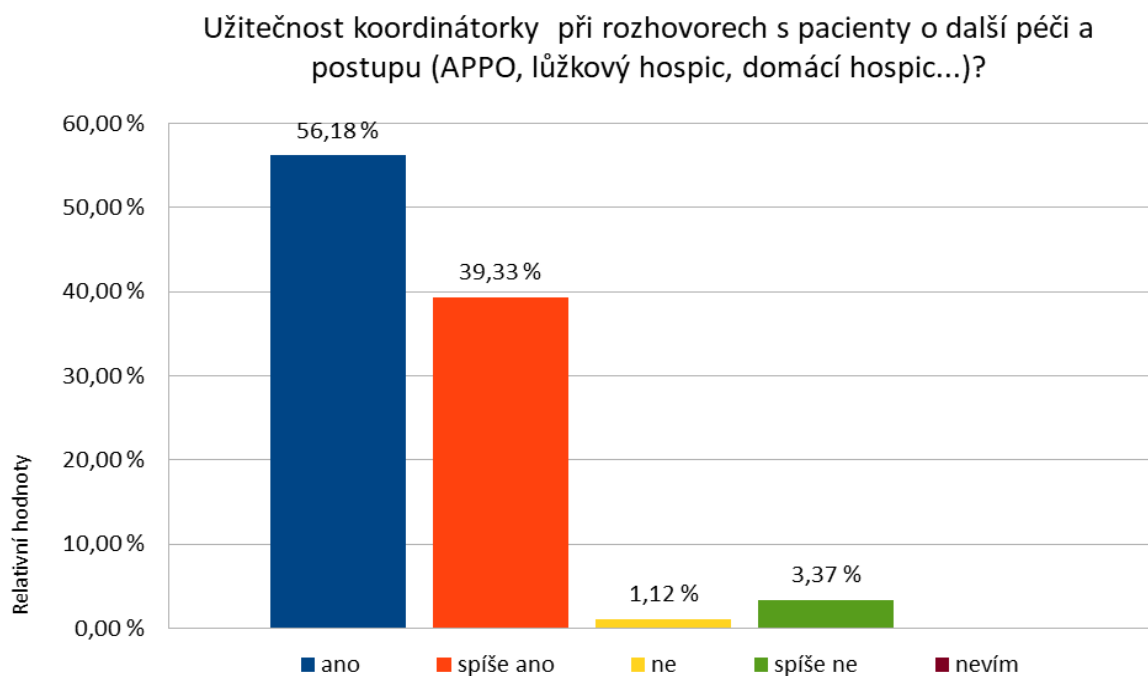
Vyhodnocení otázky č. 8 – Byla by podle Vás koordinátorka paliativní péče užitečná při rozhovoru o závažných zprávách (např. při ukončení onkologické léčby)? Možno více odpovědí.



Graf 8 - Byla by podle Vás koordinátorka paliativní péče užitečná při rozhovoru o závažných zprávách (např. při ukončení onkologické léčby)? Možno více odpovědí.

V grafu 8 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Byla by podle Vás koordinátorka paliativní péče užitečná při rozhovoru o závažných zprávách (např. při ukončení onkologické léčby)?* Respondentky mohly zvolit více odpovědí. 60, tedy nejvíce respondentek (51,28 %) zvolilo odpověď *lékaře s pacientem a rodinou nebo blízkými*. 32 respondentek (27,35 %) zvolilo odpověď *s pacientem a rodinou nebo blízkými*, 15 respondentek (12,82 %) uvedlo odpověď *lékaře s pacientem*. Odpověď *s pacientem* zvolilo 10 respondentek (8,55 %).

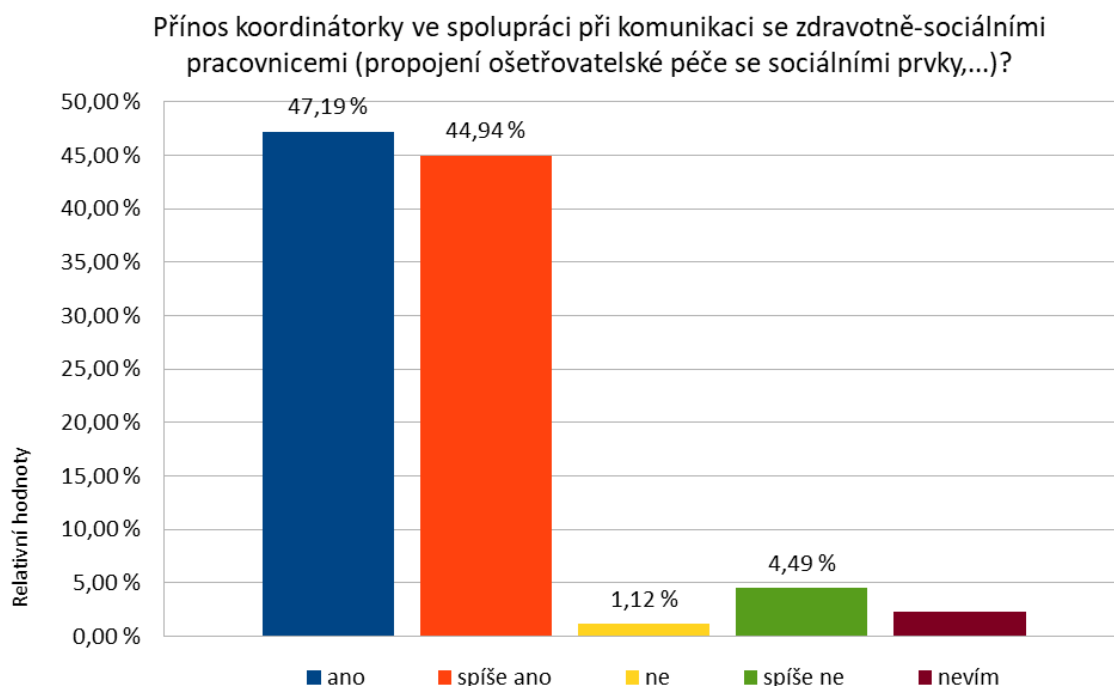
Vyhodnocení otázky č. 9 – Byla by podle Vás koordinátorka paliativní péče užitečná při rozhovorech s pacienty o další péči a postupu (APPO, lůžkový hospic, domácí hospic, ...)?



Graf 9 - Byla by podle Vás koordinátorka paliativní péče užitečná při rozhovorech s pacienty o další péči a postupu (APPO, lůžkový hospic, domácí hospic, ...)?

V grafu 9 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Byla by podle Vás koordinátorka paliativní péče užitečná při rozhovorech s pacienty o další péči a postupu (APPO, lůžkový hospic, domácí hospic, ...)?* Odpověď *ano* zvolilo 50 respondentek (56,18 %), *spíše ano* 35 respondentek (39,33 %). *Spíše ne* odpověděly 3 respondentky (3,37 %), *ne* zvolila 1 respondentka (1,12 %). Odpověď *nevím* nezvolila žádná z dotázaných.

Vyhodnocení otázky č. 10 - Může být podle Vás koordinátorka paliativní péče přínosná ve spolupráci při komunikaci se zdravotně-sociálními pracovníci (propojení ošetrovatelské péče se sociálními prvky a domluva návaznosti dalších služeb – ošetřování ran, drénů, ...)?

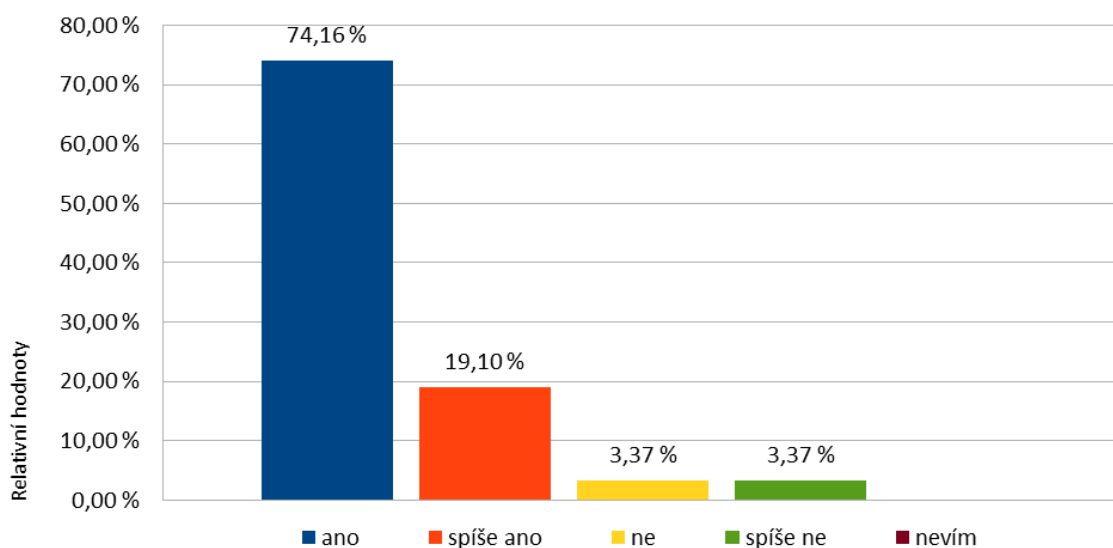


Graf 10 - Může být podle Vás koordinátorka paliativní péče přínosná ve spolupráci při komunikaci se zdravotně-sociálními pracovníci (propojení ošetrovatelské péče se sociálními prvky a domluva návaznosti dalších služeb – ošetřování ran, drénů, ...)?

V grafu 10 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Může být podle Vás koordinátorka paliativní péče přínosná ve spolupráci při komunikaci se zdravotně-sociálními pracovníci (propojení ošetrovatelské péče se sociálními prvky a domluva návaznosti dalších služeb – ošetřování ran, drénů, ...)?* 42 respondentek (47,19 %) zvolilo odpověď *ano*, 40 respondentek (44,94 %) zvolilo odpověď *spíše ano*. Odpověď *spíše ne* zvolily 4 respondentky (4,49 %), *nevím* odpověděly 2 respondentky (2,25 %), *ne* odpověděla 1 z dotazovaných (1,12 %).

Vyhodnocení otázky č. 11 - Bylo by pro Vás přínosné předání informací a výsledků z tohoto rozhovoru?

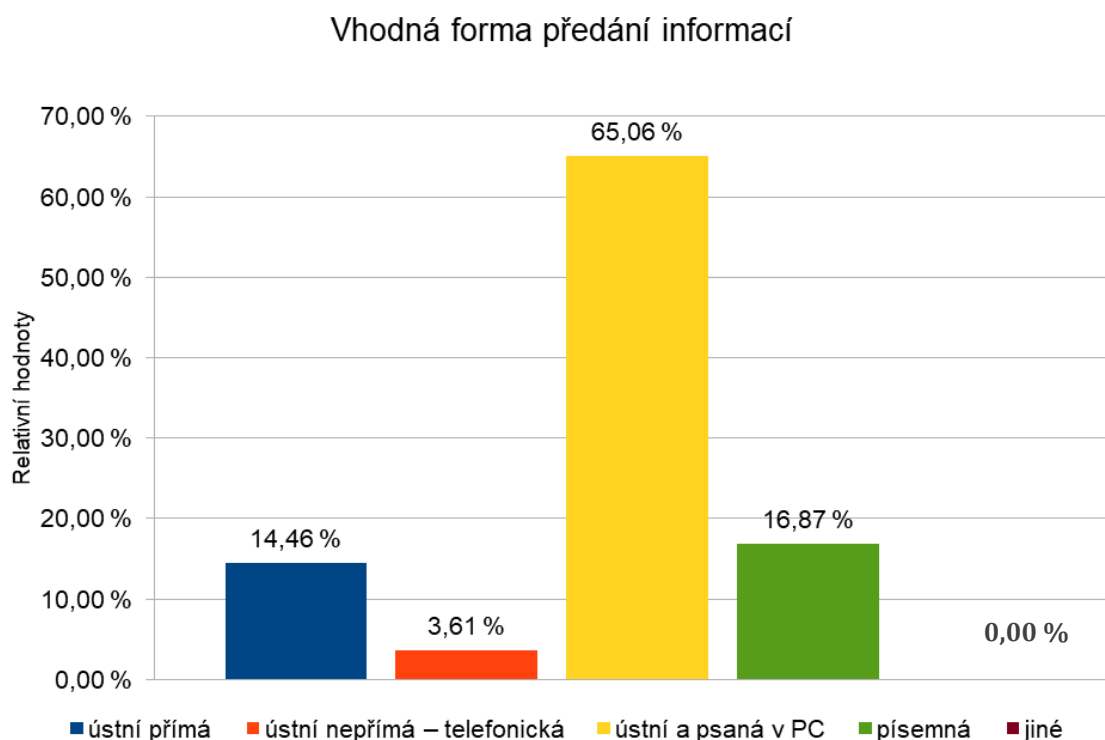
Přínos předání informací a výsledků z rozhovoru



Graf 11 - Bylo by pro Vás přínosné předání informací a výsledků z tohoto rozhovoru?

V grafu 11 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Bylo by pro Vás přínosné předání informací a výsledků z tohoto rozhovoru?* Podle 66 respondentek (74,16 %) je odpověď *ano*, *spíše ano* zvolilo 17 respondentek (19,10 %). Možnosti *ne* a *spíše ne* mají stejný počet respondentek, odpověděly tak 3 respondentky (3,37 %). Odpověď *nevím* nezvolila žádná respondentka. Respondentky, které odpověděly *ne* a *spíše ne* pokračovaly dále na otázku číslo 13.

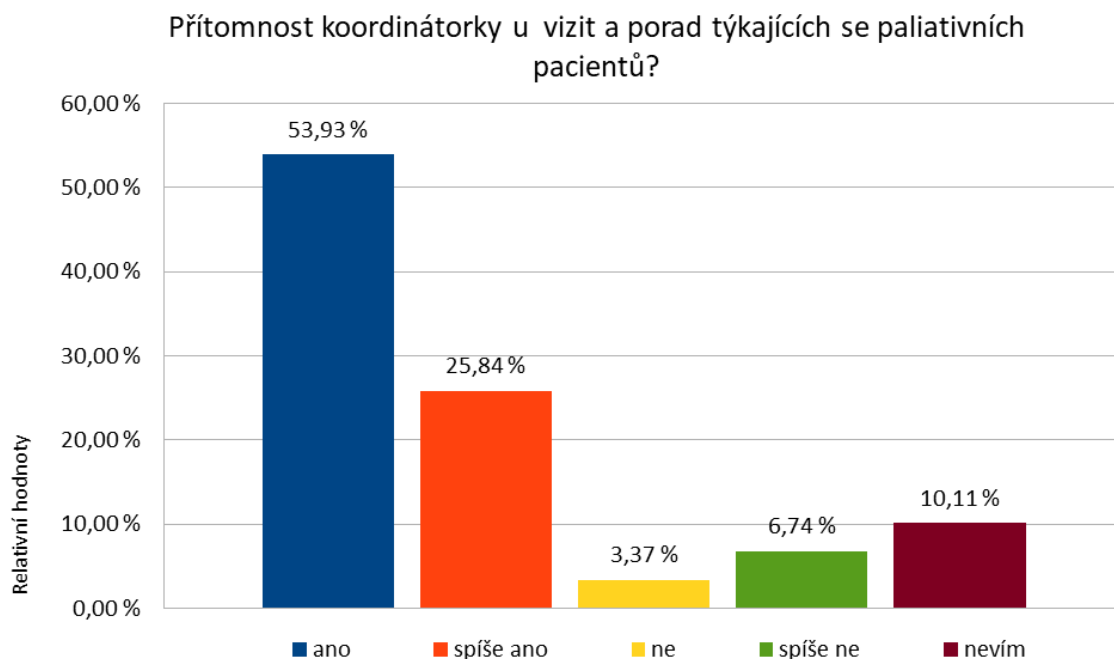
Vyhodnocení otázky č. 12 - Jaká forma předání informací by pro Vás byla vhodná (přínosná)?



Graf 12 - Jaká forma předání informací by pro Vás byla vhodná (přínosná)?

V grafu 12 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Jaká forma předání informací by pro Vás byla vhodná (přínosná)?* Nejpreferovanější formou je *ústní a psaná v PC*, uvedlo ji 54 respondentek (65,06 %), 14 respondentek (16,87 %) udává jako vhodnou formu předání *písemnou*. 12 respondentek (14,46 %) označilo odpověď *ústní přímá*. 3 respondentkám (3,61 %) vyhovuje forma *ústní nepřímá – telefonická*. Jinou formu předání informací nezvolila žádná z dotazovaných.

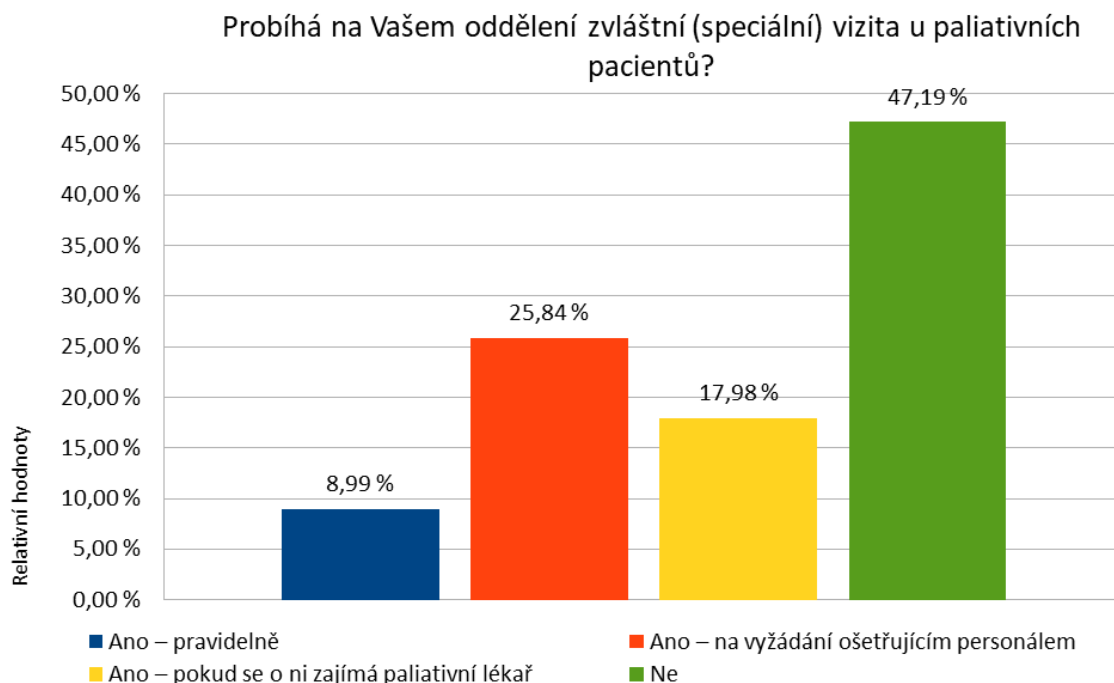
Vyhodocení otázky č. 13 – Měla by se podle Vás koordinátorka paliativní péče účastnit vizit a porad týkajících se paliativních pacientů?



Graf 13 - Měla by se podle Vás koordinátorka paliativní péče účastnit vizit a porad týkajících se paliativních pacientů?

V grafu 13 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Měla by se podle Vás koordinátorka paliativní péče účastnit vizit a porad týkajících se paliativních pacientů?* Největší zastoupení má odpověď *ano*, kterou zvolilo 48 respondentek (53,93 %), *spíše ano* zvolilo 23 respondentek (25,84 %). 9 respondentek (10,11 %) zvolilo odpověď *nevím*, 6 respondentek (6,74 %) odpovědělo *spíše ne* a *ne* zvolily 3 respondentky (3,37 %).

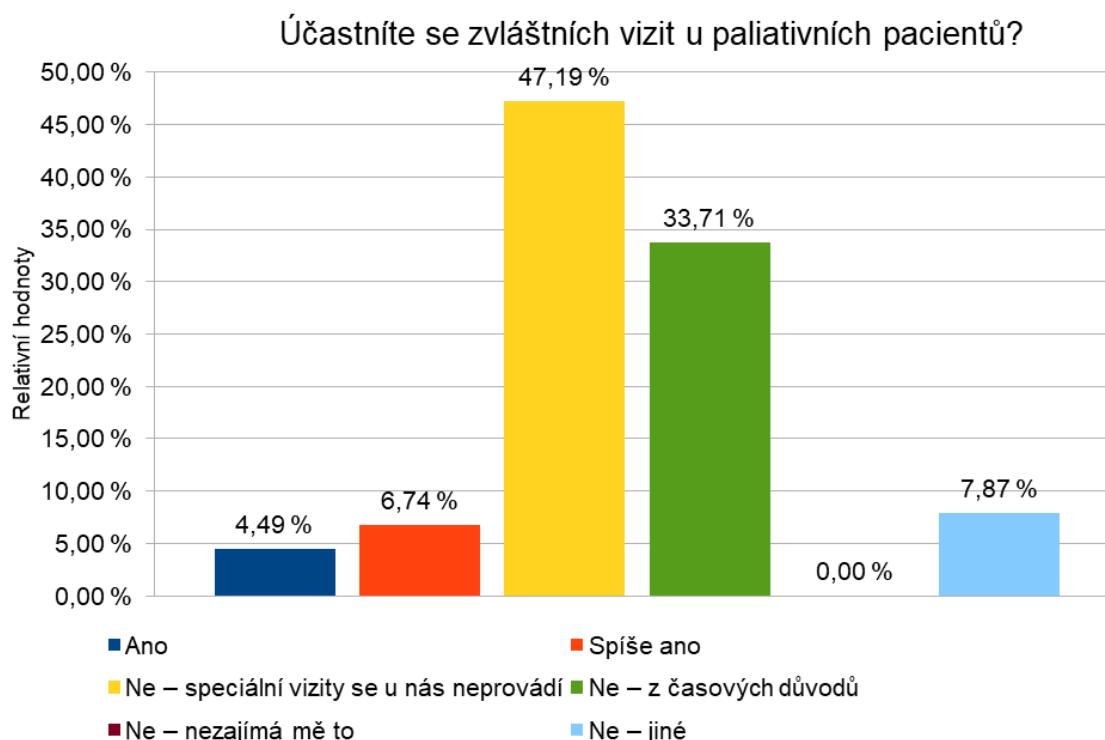
Vyhodnocení otázky č. 14 – Probíhá na Vašem oddělení zvláštní (speciální) vizita u paliativních pacientů?



Graf 14 - Probíhá na Vašem oddělení zvláštní (speciální) vizita u paliativních pacientů?

V grafu 14 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Probíhá na Vašem oddělení zvláštní (speciální) vizita u paliativních pacientů?* 42 respondentek (47,19 %) odpovědělo *ne*, 23 respondentek uvedlo *ano – na vyžádání ošetřujícím personálem*. 16 respondentek odpovědělo *ano – pokud se o ni zajímá paliativní lékař* a *ano - pravidelně* uvedlo 8 respondentek (8,99 %).

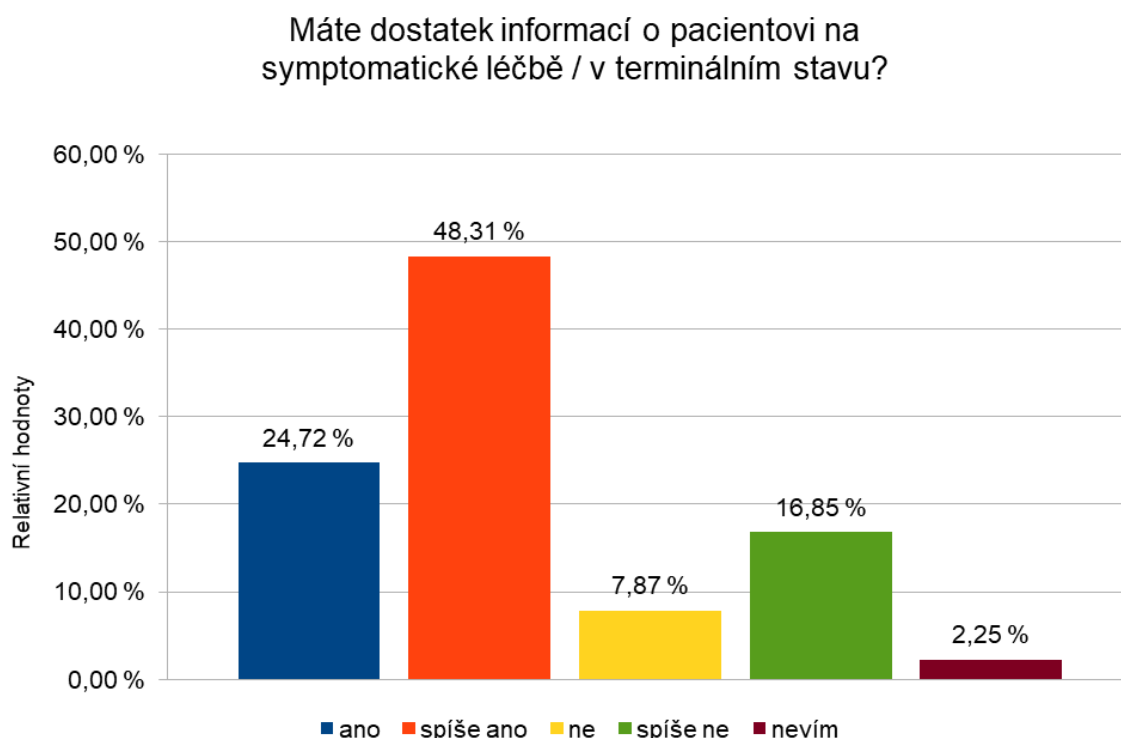
Vyhodnocení otázky č. 15 – Účastníte se zvláštních vizit u paliativních pacientů?
Možno více odpovědí.



Graf 15 - Účastníte se zvláštních vizit u paliativních pacientů?

V grafu 15 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Účastníte se zvláštních vizit u paliativních pacientů? Možno více odpovědí.* Největší počet respondentek 42 (47,19 %) uvedlo *ne – speciální vizity se u nás neprovádí*, 30 respondentek (33,71%) odpovědělo *ne – z časových důvodů*, odpověď *nevím* zvolilo 7 respondentek (7,87 %), *spíše ano* odpovědělo 6 respondentek (6,74 %), odpověď *ano* zvolily 4 respondentky (4,49 %). Odpověď *ne – nezajímá mě to* nevolila ani jedna respondentka. V odpovědích *jiné* uváděly respondentky: *není v mé kompetenci*, *ne - ani nevím, že proběhla*, *ne - nevím, jsem zde krátce*, *ne – lékaři nechtějí*, *ne – nejsem na oddělení*.

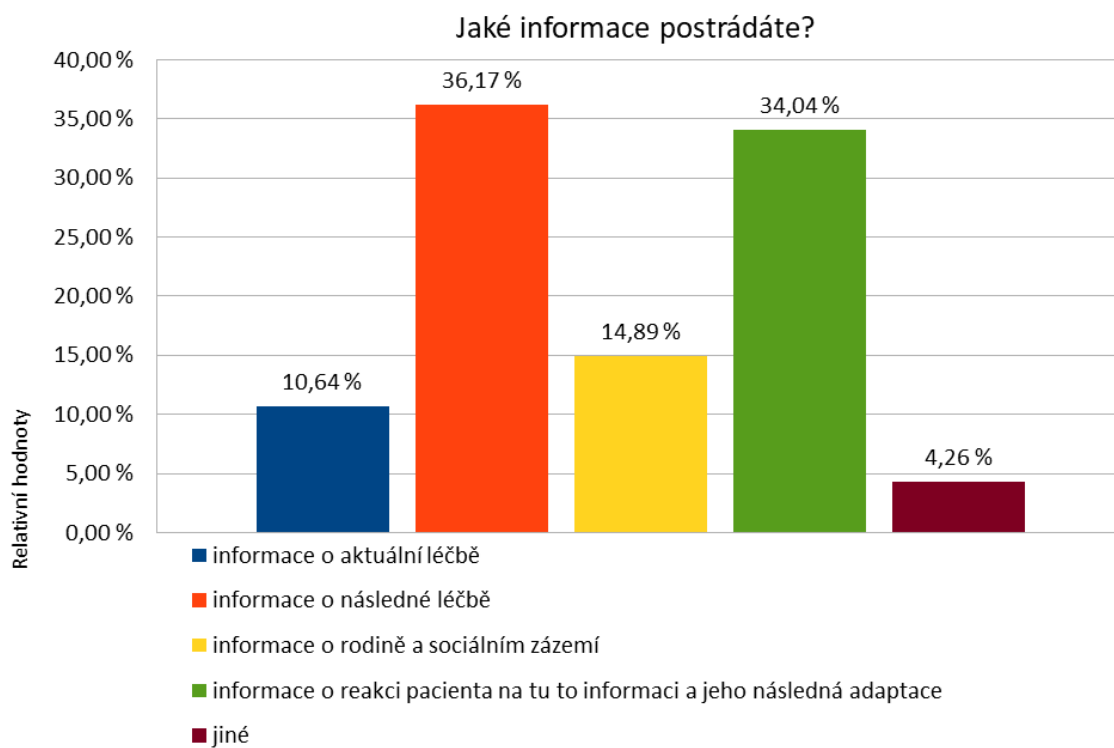
Vyhodnocení otázky č. 16 – Máte dostatek informací o pacientovi na symptomatické léčbě / v terminálním stavu?



Graf 16 - Máte dostatek informací o pacientovi na symptomatické léčbě / v terminálním stavu?

V grafu 16 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Máte dostatek informací o pacientovi na symptomatické léčbě / v terminálním stavu?* *Spíše ano* odpovědělo 43 respondentek (48,31 %), *ano* zvolilo 22 respondentek (24,72 %). *Spíše ne* zvolilo 15 respondentek (16,85 %), 7 respondentek (7,87 %) odpovědělo *ne* a 2 respondentky (2,25 %) zvolily odpověď *nevím*. V případě odpovědi *ano* a *spíše ano* pokračovaly respondentky na otázku číslo 18.

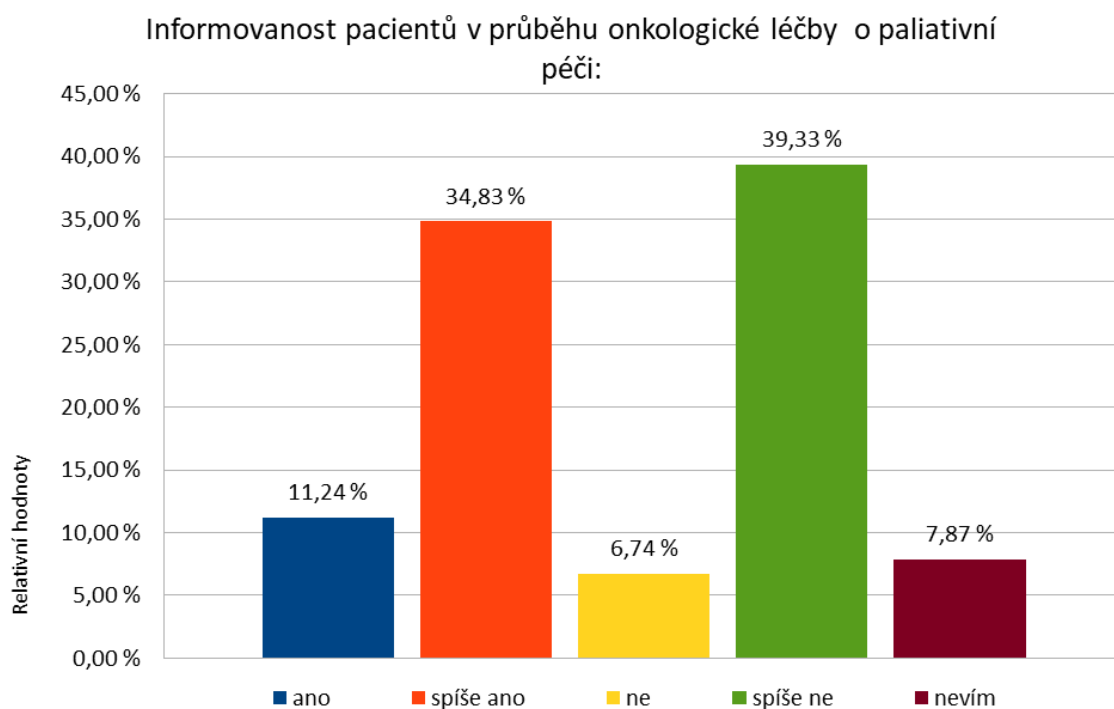
Vyhodnocení otázky č. 17 – Pokud uvedete ne/spíše ne/nevím, jaké informace postrádáte? Možno více odpovědí.



Graf 17 - Pokud uvedete ne/spíše ne/nevím, jaké informace postrádáte? Možno více odpovědí.

V grafu 17 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Pokud uvedete ne/spíše ne/nevím, jaké informace postrádáte?* 17 respondentek (36,17 %) uvedlo, že postrádá informace o následné léčbě, 16 respondentek (34,04 %) označilo odpověď informace o reakci na tuto informaci a jeho následná adaptace. 7 respondentek (14,89 %) odpovědělo informace o rodině a sociálním zázemí, 5 respondentek (10,64 %) odpovědělo informace o aktuální léčbě a 2 respondentky (4,26 %) odpověděly jiné. Jako jiné uvedly respondentky „Onkologická ambulance dále toto neřeší, pacienta předává do paliativní ambulance.“ Další odpovědí je „Pacienty v terminálním stádiu máme velmi zřídka.“

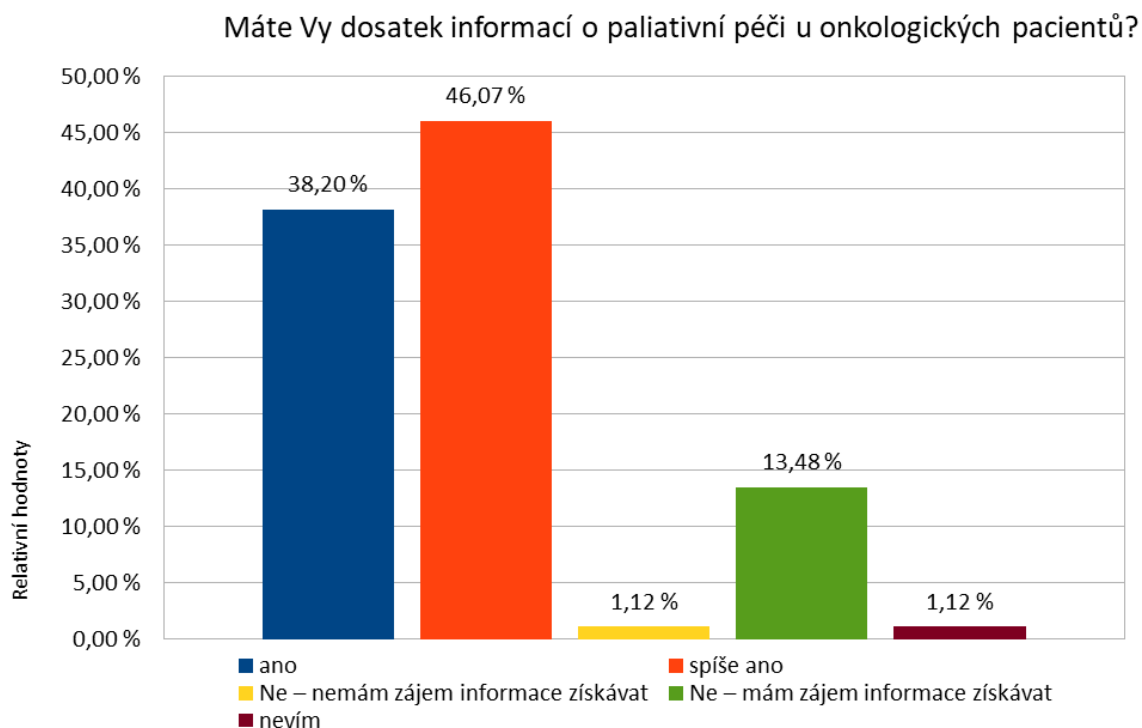
Vyhodnocení otázky č. 18 – Mají podle Vás pacienti v průběhu onkologické léčby dostatek informací o paliativní péči?



Graf 18 – Mají podle Vás pacienti v průběhu onkologické léčby dostatek informací o paliativní péči?

V grafu 18 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Mají podle Vás pacienti v průběhu onkologické léčby dostatek informací o paliativní péči?* Nejvíce respondenty volily odpověď *spíše ne*, tuto odpověď zvolilo 35 respondentek (39,33 %). *Spíše ano* zvolilo 31 respondentek (34,83 %), *ano* 10 respondentek (11,24 %), *nevím* odpovědělo 7 respondentek (7,87 %), *ne* zvolilo 6 respondentek (6,74 %).

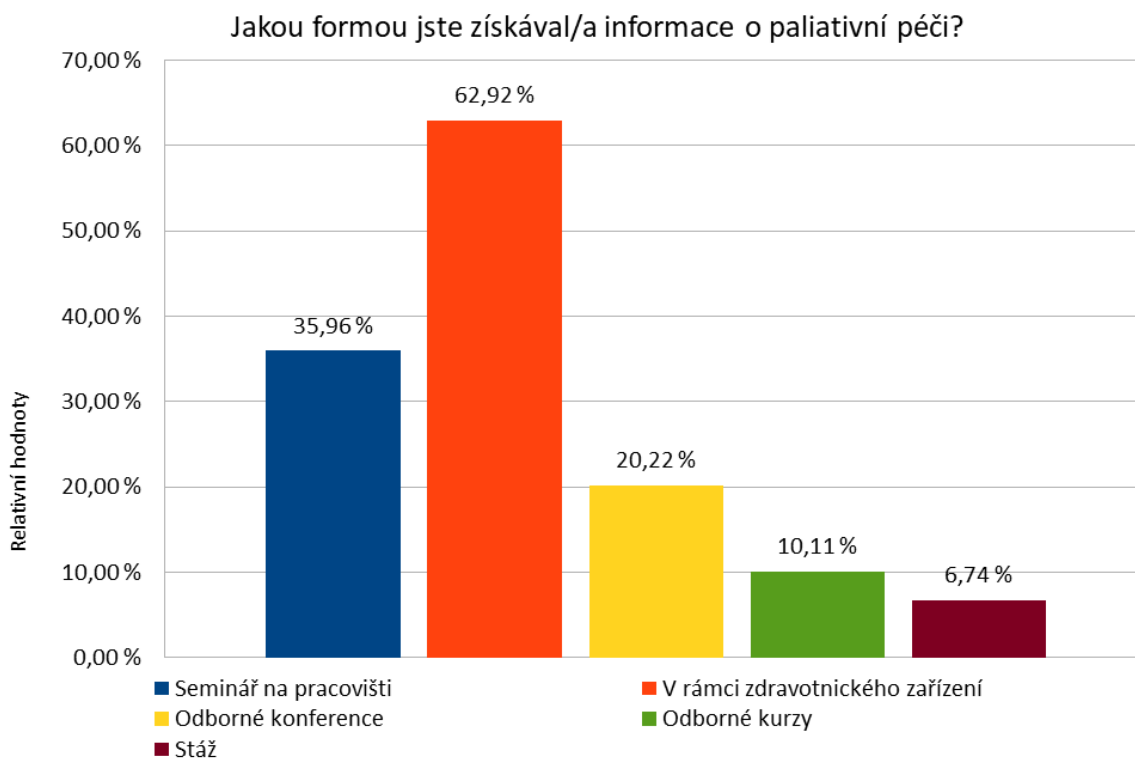
Vyhodnocení otázky č. 19 – Máte Vy dostetek informací o paliativní léčbě u onkologických pacientů?



Graf 19 - Máte Vy dostetek informací o paliativní léčbě u onkologických pacientů?

V grafu 19 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Máte Vy dostetek informací o paliativní léčbě u onkologických pacientů?* Nejvíce respondentek 41 (46,07 %) odpovědělo *spíše ano*, 34 respondentek (38,20 %) zvolilo odpověď *ano*. 12 respondentek (13,48 %) odpovědělo *ne – mám zájem informace získávat*, odpověď *ne – nemám zájem informace získávat* zvolila 1 respondentka (1,12 %), odpověď *nevím* zvolila také 1 respondentka (1,12 %). Při zvolené odpovědi *ne – mám zájem informace získávat* dále respondentky pokračovaly na otázku 21.

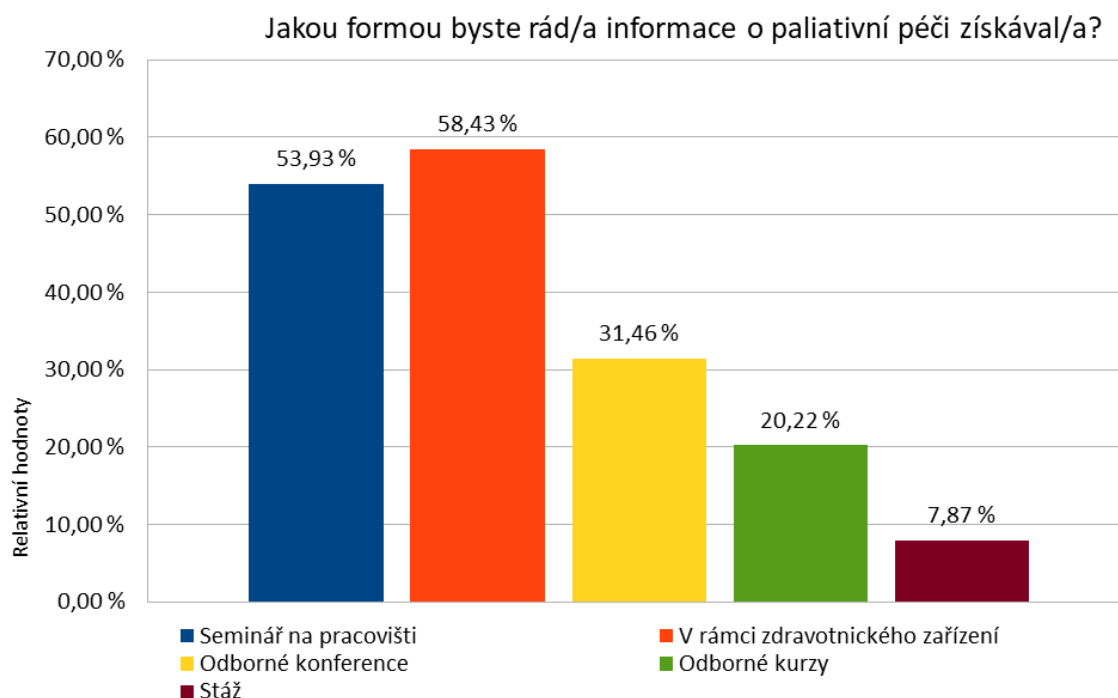
Vyhodnocení otázky č. 20 – Jakou formou jste získával/a informace o paliativní péči?
Možno více odpovědí.



Graf 20 - Jakou formou jste získával/a informace o paliativní péči? Možno více odpovědí.

V grafu 20 jsou zobrazeny odpovědi na otázku: *Jakou formou jste získával/a informace o paliativní péči?* Nejčastěji volily respondentky odpověď *v rámci zdravotnického zařízení*, tuto odpověď zvolilo 56 respondentek (62,92 %). 32 respondentek (35,96 %) volilo odpověď *seminář na pracovišti*, 18 respondentek (20,22 %) odpovědělo *odborné konference*. *Odborné kurzy* by jako formu vzdělávání zvolilo 9 respondentek (10,11 %), 6 respondentek (6,74 %) zvolilo odpověď *stáž*.

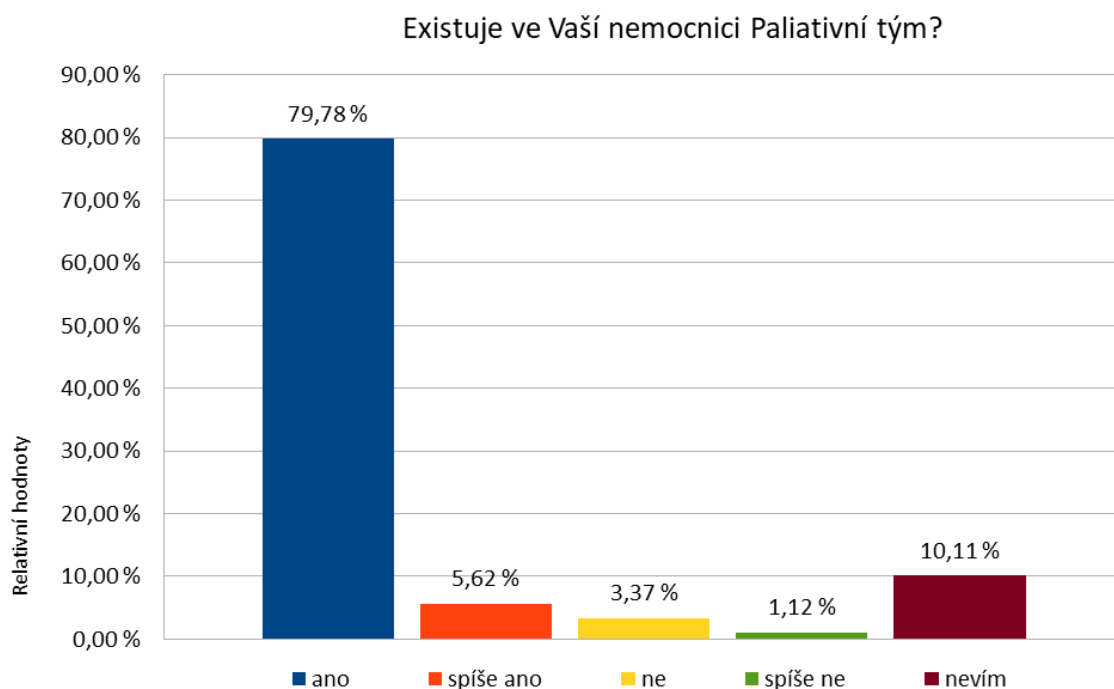
Vyhodnocení otázky č. 21 – Jakou formou byste rád/a informace o paliativní péči získával/a? Možno více odpovědí.



Graf 21 - Jakou formou byste rád/a informace o paliativní péči získával/a? Možno více odpovědí.

V grafu 21 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Jakou formou byste rád/a informace o paliativní péči získával/a?* V rámci zdravotnického zařízení odpovědělo 52 respondentek (58,43 %), odpověď *seminář na pracovišti* zvolilo 48 respondentek (53,93 %). 28 respondentek (31,46 %) zvolilo odpověď *odborné konference*, 18 respondentek (20,22 %) odpovědělo *odborné kurzy*, *stáž* by si jako informační formu zvolilo 7 respondentek (7,87 %).

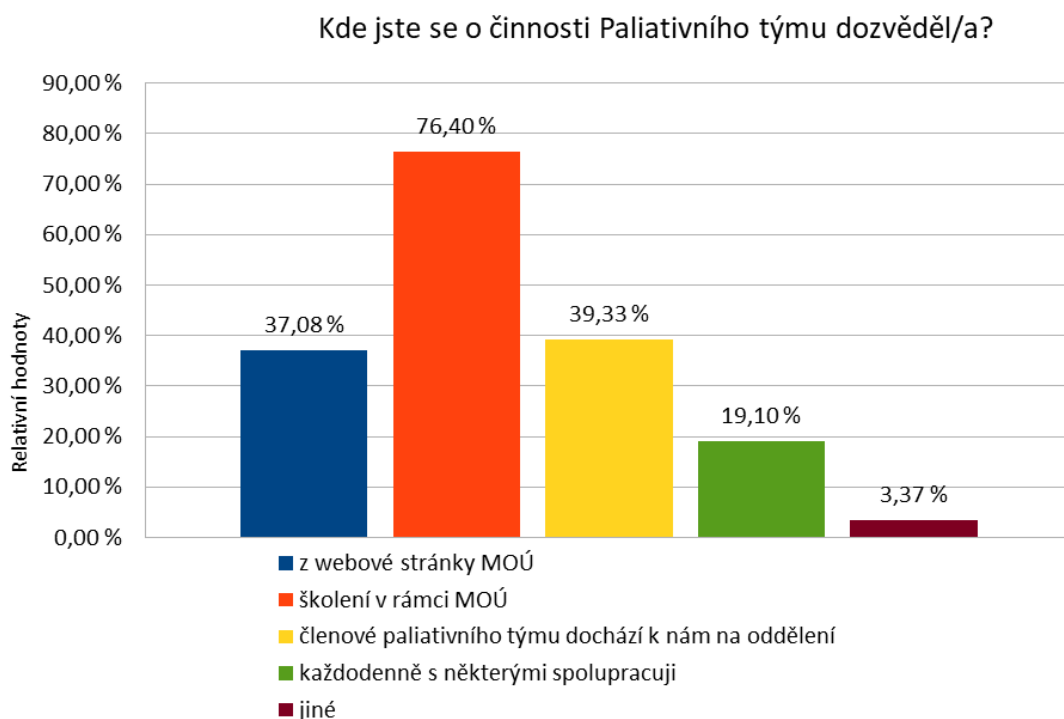
Vyhodnocení otázky č. 22 – Existuje ve Vaší nemocnici Paliativní tým?



Graf 22 - Existuje ve Vaší nemocnici Paliativní tým?

V grafu 22 jsou zobrazeny odpovědi na otázku: *Existuje ve Vaší nemocnici Paliativní tým?* 71 respondentek (79,78 %) odpovědělo *ano*, odpověď *nevím* zvolilo 9 respondentek (10,11 %). Odpověď *spíše ano* zvolilo 5 respondentek (5,62 %), *ne* zvolily 3 respondentky (3,37 %), *spíše ne* odpověděla 1 respondentka (1,12 %). Při volbě odpovědí *ne*, *spíše ne* a *nevím* pokračovaly respondentky na otázku 24.

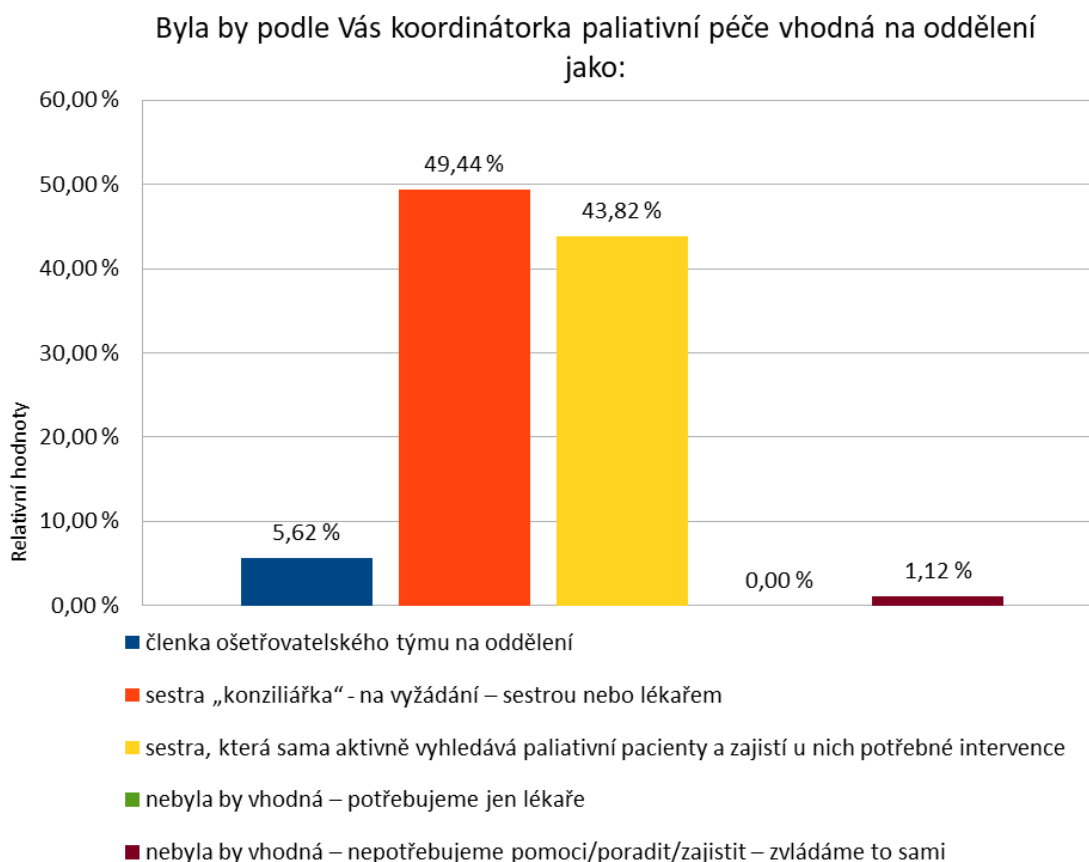
Vyhodnocení otázky č. 23 – Kde jste se dozvěděl/a informace o činnosti Paliativního týmu? Možno více odpovědí.



Graf 23 - Kde jste se dozvěděl/a informace o činnosti Paliativního týmu? Možno více odpovědí.

V grafu 23 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Kde jste se dozvěděl/a informace o činnosti Paliativního týmu?* 68 respondentek (76,40 %) zvolilo odpověď *školení v rámci MOÚ*, 35 odpovědí (39,33 %) bylo *členové paliativního týmu dochází k nám na oddělení*, 33 respondentek (37,08 %) se o činnosti dozvědělo *z webových stránek MOÚ*. 17 respondentek (19,10 %) *každodenně s některými členy spolupracuje*. Možnost *jiné* zvolily 3 respondentky (3,37 %), které odpověděly, že jsou *členy tohoto týmu*.

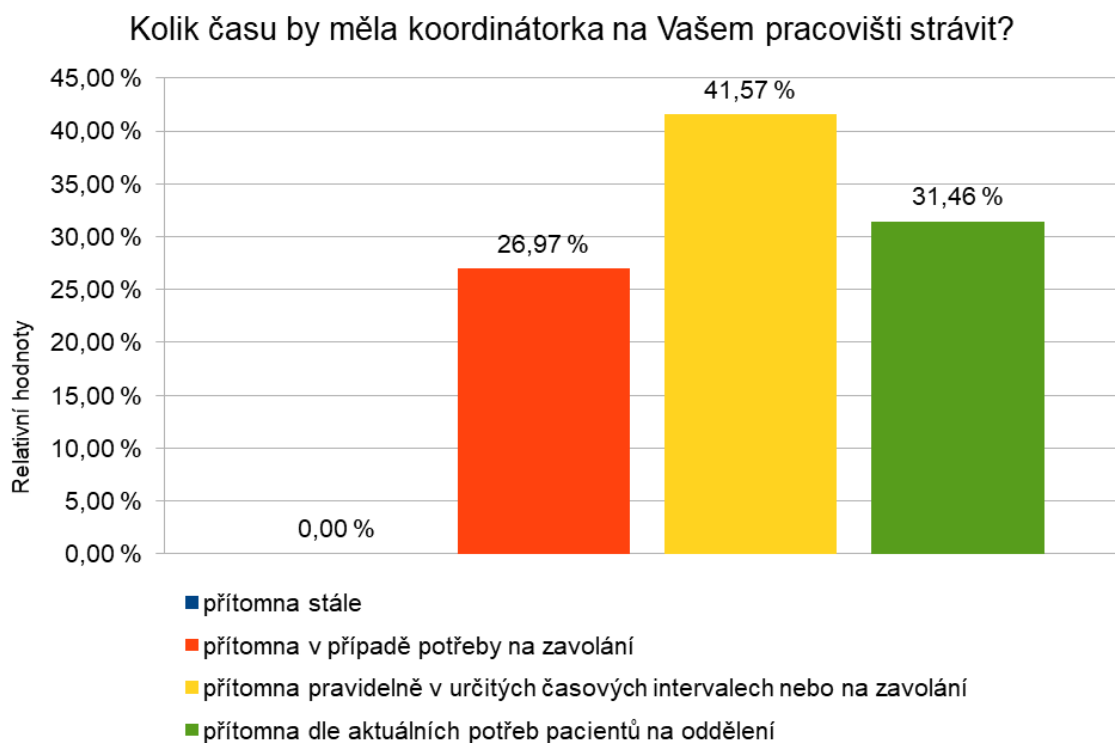
Vyhodnocení otázky č. 24 – Byla by podle Vás koordinátorka paliativní péče vhodná na oddělení jako:



Graf 24 - Byla by podle Vás koordinátorka paliativní péče vhodná na oddělení jako:

V grafu 24 jsou zobrazeny odpovědi na otázku: *Byla by podle Vás koordinátorka paliativní péče vhodná na oddělení jako:* Nejvíce respondentek 44 (49,44 %) uvedlo odpověď *sestra „konziliárka“ – na vyžádání - sestrou nebo lékařem*. 39 respondentek (43,82 %) zvolilo odpověď *sestra, která sama aktivně vyhledává pacienty a zajistí u nich potřebné intervence*. 5 respondentek (5,62 %) odpovědělo, že by koordinátorka měla být *členka ošetrovateľského tímu na oddělení*, 1 respondentka (1,12 %) uvedla, že by koordinátorka *nebyla vhodná, nepotřebujeme pomoci/poradit/zajistit – zvládneme to sami*. Odpověď, že by koordinátorka *nebyla vhodná – potrebujeme jen lékaře* ne zvolila žádná z respondentek.

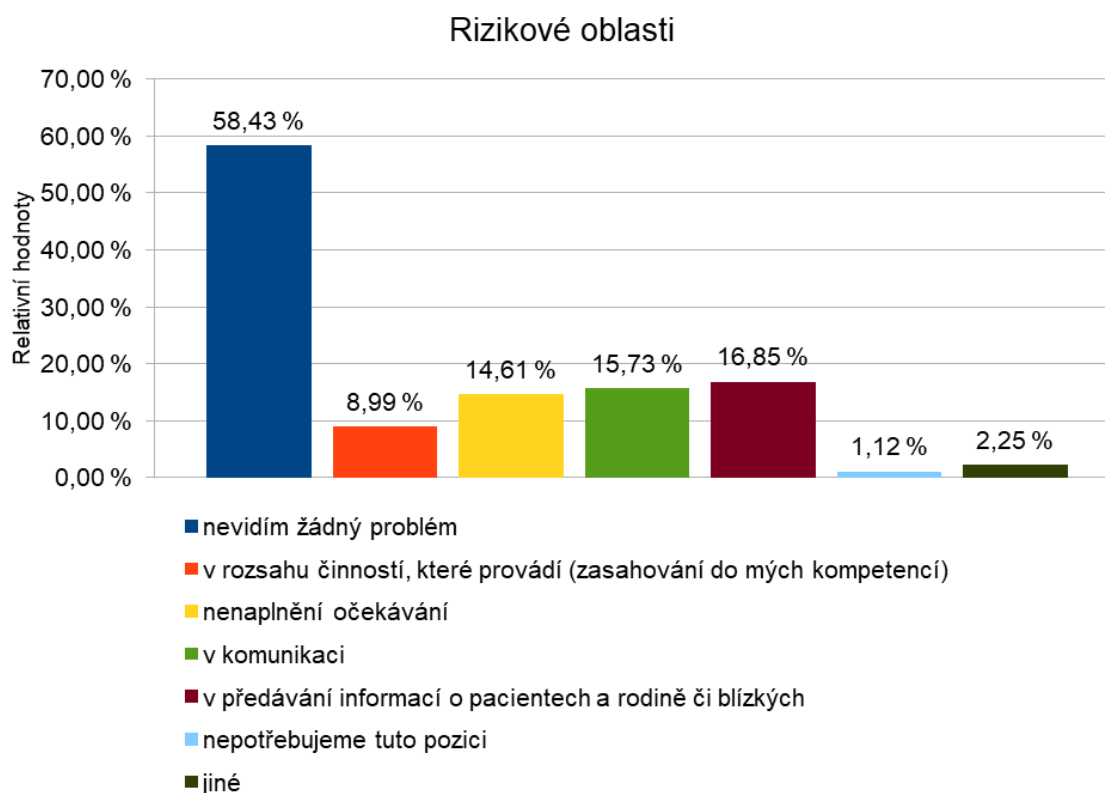
Vyhodnocení otázky č. 25 – Kolik času by měla koordinátorka paliativní péče na Vašem oddělení strávit?



Graf 25 - Kolik času by měla koordinátorka paliativní péče na Vašem oddělení strávit?

V grafu 25 jsou uvedeny odpovědi na otázku: *Kolik času by měla koordinátorka paliativní péče na Vašem oddělení strávit?* 37 respondentek (41,57 %) zvolilo odpověď *přítomna pravidelně v určitých časových intervalech nebo na zavolání*. 28 respondentek (31,46 %) odpovědělo *přítomna dle aktuálních potřeb pacientů na oddělení*. Odpověď *přítomna v případě potřeby na zavolání* zvolilo 24 respondentek (26,97 %). Odpověď *přítomna stále* nebo *jiné* nezvolila žádná z respondentek.

Vyhodnocení otázky č. 26 – V čem by pro Vás mohlo být vytvoření pozice koordinátorky paliativní péče rizikové? Možno více odpovědí.



Graf 26 - V čem by pro Vás mohlo být vytvoření pozice koordinátorky paliativní péče rizikové? Možno více odpovědí.

V grafu 26 jsou zaznamenány odpovědi na otázku: *V čem by pro Vás mohlo být vytvoření pozice koordinátorky paliativní péče rizikové?* 52 respondentek (58,43 %) odpovědělo *nevidím žádný problém*. Odpověď *v předávání informací o pacientech a rodině či blízkých* zvolilo 15 respondentek (16,85 %), *v komunikaci* zvolilo 14 respondentek (14,61 %), *nenaplněná očekávání* zvolilo 13 respondentek (14,61 %). *Jiné* odpověděly 2 respondentky (2,25 %). Odpověď *nepotřebujeme tuto pozici* zvolila 1 respondentka (1,12 %). V odpovědích jiné respondentky uvedly: *Přesně dané kompetence a činnost; dostupnost*.

2.7 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala otázkou časně integrace paliativní péče. Cílem práce bylo zjistit možnosti, limity a rizika interdisciplinární spolupráce v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení. V rámci zjišťování přínosu časně integrace paliativní péče je v práci zahrnuta i role tzv. koordinátorky paliativní péče, jejíž roli vysvětluji na začátku dotazníku. Pro zpracování výzkumu jsem zvolila kvantitativní formu, která proběhla pomocí dotazníkového šetření. Pro obhajobu cíle bakalářské práce jsem zvolila tři výzkumné otázky, podle kterých byl sestaven dotazník. Před výběrem tématu práce a následného vytvoření dotazníku jsem se seznámila se současnou českou i zahraniční literaturou k danému tématu, absolvovala jsem několik rozhovorů s odborníky v paliativní péči. Nedílnou součástí, která mi pomohla při výzkumu, byla má mnohaletá zkušenost s paliativními pacienty v ambulanci paliativní medicíny nebo v domácím hospici. Dotazník obsahuje 26 otázek a je sestaven tak, aby se z něj daly vyhodnotit výzkumné otázky a aby se shodoval se současným stavem problematiky. Dotazník jsem rozdala 100 respondentům na sedmi úsecích Masarykova onkologického ústavu. Návrat byl 89 plně vyplněných dotazníků, 2 dotazníky byly vyplněny jen zčásti, proto nebyly do celkového hodnocení zařazeny. Všechny vyplněné dotazníky vyplnily ženy, proto se dále v diskuzi zmiňuji pouze o respondentkách. Vyplněné dotazníky jsem si osobně zpět převzala. Výsledky z výzkumu jsem porovnávala s jinými zdroji, které se problematikou paliativní péče zabývají. Prvním zdrojem, se kterým jsem výsledky porovnávala, byla bakalářská práce od Michala Švirika z roku 2019 z Vysoké školy polytechnické Jihlava „Specializovaná paliativní péče u pacienta v terminálním stádiu nemoci (Švirik, 2019).“ Dalším zdrojem k porovnávání byl článek ze zahraničního časopisu Lancet Oncol z roku 2018 „Vliv včasné a systematické integrace paliativní péče u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním – randomizovaná kontrolovaná studie (Vanbutsele a kol., 2018).“

Cíl práce: Zjistit možnosti, limity a rizika interdisciplinární spolupráce v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení.

Výzkumné otázky k vyhodnocení cíle práce:

1. V jakých oblastech může být pozice koordinátorky paliativní péče pro ošetřující personál na onkologickém oddělení přínosem?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku číslo 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

Na otázku číslo 7 měly respondentky odpovědět, zda podle nich může být pozice koordinátorky paliativní péče přínosná. Respondentky nejčastěji volily odpověď *ano*, kterou zvolilo 45 z nich (50,56 %). Odpověď *spíše ano* zvolilo 32 respondentek (35,96 %). *Nevím* zvolilo 6 respondentek (6,74 %), odpověď *spíše ne* zvolilo 5 respondentek (5,62 %). Jedna respondentka (1,12 %) odpověděla *ne*. V celkovém hodnocení to tedy znamená, že více než polovina z dotázaných se domnívá, že by výše zmíněná pozice měla svůj význam.

V otázce číslo 8 jsem se ptala, zda by byla koordinátorka paliativní péče užitečná při rozhovoru o závažných zprávách (např. při ukončení onkologické léčby). V této otázce mohly respondentky zvolit více odpovědí. 60 respondentek (51,28 %) zvolilo odpověď užitečnost při rozhovoru *lékaře s pacientem a rodinou nebo blízkými*. 32 respondentek (27,35 %) zvolilo odpověď *s pacientem a rodinou nebo blízkými*, 15 respondentek (12,82 %) uvedlo odpověď *lékaře s pacientem*. Odpověď *s pacientem* zvolilo 10 respondentek (8,55 %). Tento výsledek jsem předem očekávala. Srovnala bych jej zde s již zmiňovanou studií (Vanbutsele, 2018), kde má úvodní kontakt sestra specialista v paliativní péči až u 89 % pacientů a poté určuje, kteří další specialisté by byli pro pacienta potřební.

V otázce číslo 9 jsem od respondentek zjišťovala, zda by byla podle nich koordinátorka paliativní péče užitečná při rozhovorech s pacienty o další péči a postupu (APPO, lůžkový hospic, domácí hospic, ...). Odpověď *ano* zvolilo 50 respondentek (56,18 %), *spíše ano* 35 respondentek (39,33 %). *Spíše ne* odpověděly 3 respondentky (3,37 %), *ne* zvolila 1 respondentka (1,12 %). Odpověď *nevím* nezvolila žádná z dotázaných. Ze zkušenosti v ambulanci paliativní medicíny vím, že dobrá znalost následujících služeb je vždy

základem pro další spolupráci. S kolegy a kolegyněmi z paliativních ambulancí a hospiců se známe, proto i předání informací o pacientovi bývá komplexnější a pacient má v následnou službu větší důvěru.

Na otázku číslo 10 měly respondentky uvést, zda podle nich může být koordinátorka paliativní péče přínosná ve spolupráci při komunikaci se zdravotně-sociálními pracovníci (propojení ošetrovatelské péče se sociálními prvky a domluva návaznosti dalších služeb – ošetřování ran, drénů...). 42 respondentek (47,19 %) zvolilo odpověď *ano*, 40 respondentek (44,94 %) zvolilo odpověď *spíše ano*. Odpověď *spíše ne* zvolily 4 respondentky (4,49 %), *nevím* odpověděly 2 respondentky (2,25 %), *ne* odpověděla 1 z dotazovaných (1,12 %). Jak jsem zmínila již dříve, návaznost na další paliativní služby je velmi důležitá. Sestra specialista v paliativní péči nemusí znát dostupnost dobré paliativní péče v určitém regionu a možnosti využití této péče, zdravotně-sociální pracovník nezná přesnou potřebu ošetrovatelských potřeb u pacienta. Proto by řešení ošetrovatelských problémů a nastavení péče u pacientů mělo vždy probíhat společně.

V odpovědi na otázku číslo 11 jsou uvedena data, která hodnotí přínos informací a výsledků z tohoto rozhovoru. Podle 66 respondentek (74,16 %) je odpověď *ano*, *spíše ano* zvolilo 17 respondentek (19,10 %). Odpovědi *ne* a *spíše ne* mají stejný počet respondentek. Každá po 3 (3,37 %). Odpověď *nevím* nezvolila žádná respondentka. Respondentky, které odpověděly *ne* a *spíše ne*, pokračovaly dále na otázku číslo 13. Z výsledků je zřejmé, že ošetřující sestry mají zájem získávat další informace o svých pacientech. Pro další paliativní péči je předávání zjištěných informací nezbytné.

V otázce číslo 12 jsou uvedeny odpovědi na otázku, jaká forma předání informací by pro Vás byla vhodná (přínosná)? Nejpreferovanější formou je *ústní a psaná v PC*, uvedlo ji 54 respondentek (65,06 %), 14 respondentek (6,87 %) udává jako vhodnou formu předání *písemnou*. 12 respondentek (14,46 %) označilo odpověď *ústní přímá*. 3 respondentkám (3,61 %) vyhovuje forma *ústní nepřímá – telefonická*. Jinou formu předání informací nezvolila žádná z dotazovaných. U této otázky je třeba říct, že Masarykův onkologický ústav má skvěle nastavenou elektronickou dokumentaci, kdy všechny záznamy o pacientovi jsou přístupné každé kompetentní osobě. Tedy informace, které sestra předá ústně, vždy запиše i do počítače. Tím zajistí kontinuitu předávání informací o pacientovi.

V odpovědích na otázku číslo 13 jsou zaznamenány informace, zda by se měla podle respondentek koordinátorka paliativní péče účastnit vizit a porad týkajících se paliativních pacientů. Největší zastoupení má odpověď *ano*, kterou zvolilo 48 respondentek (53,93 %), *spíše ano* zvolilo 23 respondentek (25,84 %). 9 respondentek (10,11 %) zvolilo odpověď *nevím*, 6 respondentek (6,74 %) odpovědělo *spíše ne* a *ne* zvolily 3 respondentky (3,37 %). Dosud se vizit účastnili pravidelně lékaři – paliatři. Je otázkou, zda se u těchto vizit nestřídat i se sestrou koordinátorkou paliativní péče. Za zvážení by to stálo kvůli časovému prostoru, ale také z důvodu různého úhlu pohledu na danou problematiku.

V odpovědích k otázce číslo 14, u které jsem zjišťovala, zda probíhá na oddělení, kde respondentky pracují, zvláštní (speciální) vizita u paliativních pacientů, jsem zjistila následující odpovědi. 42 respondentek (47,19 %) odpovědělo *ne*, 23 respondentek uvedlo *ano – na vyžádání ošetřujícím personálem*. 16 respondentek odpovědělo *ano – pokud se o ni zajímá paliativní lékař* a *ano - pravidelně* uvedlo 8 respondentek (8,99 %). K diskuzi zůstává, proč po vizitě na oddělení a vytipování pacientů prosperujících z paliativní péče, neproběhne i vizita speciální. Tuto skutečnost může ovlivnit mnoho faktorů. Jistě tím nejvýznamnějším je čas. Dalším faktorem může být domněnka ošetřujícího lékaře, že není potřeba speciální paliativní péče. O tomto faktu jsem se již zmiňovala v teoretické části práce.

V otázce číslo 15 jsou uvedeny odpovědi na otázku, zda se respondentky účastní zvláštních vizit u paliativních pacientů. Největší počet respondentek 42 (47,19 %) uvedlo *ne – speciální vizity se u nás neprovádí*, 30 respondentek (33,71%) odpovědělo *ne – z časových důvodů*, odpověď *nevím* zvolilo 7 respondentek (7,87 %), *spíše ano* odpovědělo 6 respondentek (6,74 %), odpověď *ano* zvolily 4 respondentky (4,49 %). Odpověď *ne – nezajímá mě to* nezvolila ani jedna respondentka. V odpovědích jiné uváděly respondentky: *není v mé kompetenci*, *ne - ani nevím, že proběhla*, *ne - nevím, jsem zde krátce*, *ne – lékaři nechtějí*, *ne – nejsem na oddělení*. U této otázky měly respondentky také možnost volby z více odpovědí. Odpovědi vypovídají o skutečnosti zjištěné v minulé otázce.

2. Jaká je informovanost o paliativní péči a možnostech jejího využití?

Otázkou číslo 16 jsem chtěla zjistit, zda mají respondentky dostatek informací o pacientovi na symptomatické léčbě / v terminálním stavu. *Spíše ano* odpovědělo 43 respondentek (48,31 %), *ano* zvolilo 22 respondentek (24,72 %). *Spíše ne* zvolilo 15 respondentek (16,85 %), 7 respondentek (7,87 %) odpovědělo *ne* a 2 respondentky (2,25 %) zvolily odpověď *nevím*. V případě odpovědi *ano* a *spíše ano* pokračovaly respondentky na otázku číslo 18. Z odpovědí vyplývá, že na svých pracovištích mají sestry většinou dostatek informací o pacientech na symptomatické léčbě.

V otázce číslo 17 navazuji na předchozí otázku a u respondentek, které neuvedly *ano/spíše ano*, se ptám, jaké informace postrádají. 17 respondentek (36,17 %) uvedlo, že *postrádá informace o následné léčbě*, 16 respondentek (34,04 %) označilo odpověď *informace o reakci na tuto informaci a jeho následná adaptace*. 7 respondentek (14,89 %) odpovědělo *informace o rodině a sociálním zázemí*, 5 respondentek (10,64 %) odpovědělo, že *postrádá informace o aktuální léčbě* a 2 respondentky (4,26 %) odpověděly *jiné*. Jako *jiné* uvedly respondentky „*Onkologická ambulance dále toto neřeší, pacienta předává do paliativní ambulance.*“ Další odpovědí je „*Pacienty v terminálním stádiu máme velmi zřídka.*“ Z těchto odpovědí plyne fakt, o kterém se zmiňuji již dříve, že všechny získané informace o pacientovi musí být následně předány. Pokud není zachována kontinuita předávání informací, může následně vzniknout situace, při které ošetřující personál nebude vypadat důvěryhodně.

V otázce číslo 18 se ptám, zda mají pacienti v průběhu onkologické léčby dostatek informací o paliativní péči. Nejčastěji respondentky volily odpověď *spíše ne*, tuto odpověď zvolilo 35 respondentek (39,33 %). *Spíše ano* zvolilo 31 respondentek (34,83 %), *ano* 10 respondentek (11,24 %), *nevím* odpovědělo 7 respondentek (7,87 %), *ne* zvolilo 6 respondentek (6,74 %). Tuto odpověď jsem porovnávala s bakalářskou prací M. Švirika (2019). Ten se v ní ptá respondentů podobně: „*Domníváte se, že je informovanost o specializované paliativní péči a jejích možnostech mezi pacienty dostatečná?*“ I v jeho práci byla nejčastěji zastoupená část odpovědí *spíše ne*.

Na otázku číslo 19 měly respondentky odpovědět, zda mají ony dostatek informací o paliativní léčbě u onkologických pacientů. Nejvíce respondentek 41 (46,07 %) odpovědělo *spíše ano*, 34 respondentek (38,20 %) zvolilo odpověď *ano*. 12 respondentek (13,48 %) odpovědělo *ne – mám zájem informace získávat*, odpověď *ne – nemám zájem informace získávat* zvolila 1 respondentka (1,12 %), odpověď *nevím* zvolila také 1 respondentka (1,12 %). Při zvolené odpovědi *ne – mám zájem informace získávat* dále respondentky pokračovaly na otázku 21. Odpověďmi na tuto otázku jsem chtěla zjistit, zda se sestry domnívají, že jejich znalosti o paliativní péči jsou dostatečné, a pokud ne, zda chtějí další informace získávat. Odpovědi mohou být ovlivněny i dobou, kterou respondentky pracují na onkologickém oddělení (44,94 % respondentek pracuje v tomto oboru 11 a více let).

V otázce číslo 20 se ptám, jakou formou respondentky získávaly informace o paliativní péči. Nejčastěji volily odpověď *v rámci zdravotnického zařízení*, tuto odpověď zvolilo 56 respondentek (62,92 %). 32 respondentek (35,96 %) volilo odpověď *seminář na pracovišti*, 18 respondentek (20,22 %) odpovědělo *odborné konference*. *Odborné kurzy* by jako formu vzdělávání zvolilo 9 respondentek (10,11 %), 6 respondentek (6,74 %) zvolilo odpověď *stáž*. V rámci adaptačního procesu je v posledních 7 letech jedním z povinných školení v Masarykově onkologickém ústavu také školení o paliativní péči. Proto se odpověď *v rámci zdravotnického zařízení* vyskytuje nejčastěji. Tuto otázku jsem také porovnála s bakalářskou prací Švirika (2019), který se respondentů ptal „*Jaké vzdělání v oboru paliativní péče jste absolvoval/a?*“ V jeho práci byly nejčastější odpovědi semináře a kurzy.

V otázce číslo 21 jsem zjišťovala, jakou formou by respondentky rády informace o paliativní péči získávaly. *V rámci zdravotnického zařízení* odpovědělo 52 respondentek (58,43 %), odpověď *seminář na pracovišti* zvolilo 48 respondentek (53,93 %). 28 respondentek (31,46 %) zvolilo odpověď *odborné konference*, 18 respondentek (20,22 %) odpovědělo *odborné kurzy*, *stáž* by si jako informační formu zvolilo 7 respondentek (7,87 %). Dle mého názoru je nejčastější odpověď daná faktem, že tato problematika sestry zajímá jen okrajově a nevěnují jí tím pádem tolik pozornosti a času. Naopak respondentky, které se chtějí v paliativní péči dále vzdělávat, jsou ochotny se zúčastnit i vzdělávacích akcí mimo své pracoviště.

V otázce číslo 22 jsem zjišťovala, zda si respondentky myslí, že v Masarykově onkologickém ústavu existuje Paliativní tým. Převážná většina, 71 respondentek (79,78 %) odpovědělo *ano*, odpověď *nevím* zvolilo 9 respondentek (10,11 %). Odpověď *spíše ano* zvolilo 5 respondentek (5,62 %), *ne* zvolily 3 respondentky (3,37 %), *spíše ne* odpověděla 1 respondentka (1,12 %). Při volbě odpovědí *ne*, *spíše ne* a *nevím* pokračovaly respondentky na otázku 24. Záporné odpovědi mohou být uvedeny z důvodu příliš krátkého působení sestry v Masarykově onkologickém ústavu, nebo naopak příliš dlouhým působením na svém pracovišti. To by pak znamenalo, že v rámci adaptačního procesu nebyla sestra s fungováním týmu seznámena, nebo ho nevyužívá, a proto neví, zda existuje či nikoliv.

Odpovědi z otázky číslo 23 upřesňují, kde se respondentky o činnosti paliativního týmu dozvěděly. 68 respondentek (76,40 %) zvolilo odpověď *školení v rámci MOÚ*, 35 odpovědí (39,33 %) bylo *členové paliativního týmu dochází k nám na oddělení*, 33 respondentek (37,08 %) se o činnosti dozvěděly *z webových stránek MOÚ*. 17 respondentek (19,10 %) *každodenně s některými členy spolupracuje*. Možnost *jiné* zvolily 3 respondentky (3,37 %), které odpověděly, že jsou *členy tohoto týmu*. Celý multioborový paliativní tým je v Masarykově onkologickém ústavu tvořen mnoha profesemi, je tedy zřejmé, že se s některými odborníky mohly respondentky setkat nebo si jejich fungování v případě potřeby vyhledat na webových stránkách. O důležitosti adaptačního procesu a pravidelném docházení některých členů na oddělení jsem již hovořila. Také v této otázce se potvrdilo, že opakovanou zkušenost či vědomost si sestry lépe zapamatují.

3. Jaká jsou možná rizika při vytvoření pozice koordinátorky paliativní péče?

Na otázku číslo 24 měly respondentky odpovědět, jakou roli by podle nich měla na oddělení sestra koordinátorka paliativní péče mít. Nejvíce respondentek 44 (49,44 %) uvedlo odpověď *sestra „konziliářka“ – na vyžádání – sestrou nebo lékařem*. 39 respondentek (43,82 %) zvolilo odpověď *sestra, která sama aktivně vyhledává pacienty a zajistí u nich potřebné intervence*. 5 respondentek (5,62 %) odpovědělo, že by koordinátorka měla být *členka ošetrovatelského týmu na oddělení*, 1 respondentka

(1,12 %) uvedla, že by koordinátorka *nebyla vhodná, nepotřebujeme pomoci/poradit/zajistit – zvládneme to sami*. Odpověď, že by koordinátorka *nebyla vhodná – potřebujeme jen lékaře* nezvolila žádná z respondentek. Domnívám se, že by z kapacitních a jiných důvodů opravdu postačovalo, kdyby si sestra koordinátorka paliativní péče sama vyhledávala pacienty a poskytovala u nich potřebné intervence nebo byla vyzvána ošetřujícím lékařem či sestrou pacienta.

V otázce číslo 25 měly respondenty odpovědět, kolik času by měla koordinátorka paliativní péče na jejich oddělení strávit. 37 respondentek (41,57 %) zvolilo odpověď *přítomna pravidelně v určitých časových intervalech nebo na zavolání*. 28 respondentek (31,46 %) odpovědělo *přítomna dle aktuálních potřeb pacientů na oddělení*. Odpověď *přítomna v případě potřeby na zavolání* zvolilo 24 respondentek (26,97 %). Odpověď *přítomna stále* nebo *jiné* nezvolila žádná z respondentek. Belgický výzkum od Vanbutseleho (2018) také řeší, *jak často se setkává sestra specialista na paliativní péči s pacientem*. Při porovnání s odpověďmi v mém dotazníku je jistá shoda v tom, že se tato sestra setkává s paliativními pacienty v pravidelných intervalech a mimo to plánuje setkání s ostatními odborníky Paliativního týmu. Domnívám se, že schopnost správného načasování se od sestry koordinátorky předpokládá. V případě, že je jedna tato sestra specialista pro celou nemocnici, nemůže být na každém oddělení přítomna stále. Je ale plně v její kompetenci zvolit si správný čas, správné místo a správné lidi, se kterými potřebuje určitou situaci vyřešit.

Odpovědi z otázky číslo 26, která zjišťuje, v čem by pro respondenty mohlo být vytvoření pozice koordinátorky paliativní péče rizikové, pro mě nejsou překvapivé. 52 respondentek (58,43 %) odpovědělo *nevidím žádný problém*. Odpověď *v předávání informací o pacientech a rodině či blízkých* zvolilo 15 respondentek (16,85 %), *v komunikaci* zvolilo 14 respondentek (14,61 %), *nenaplněná očekávání* zvolilo 13 respondentek (14,61 %). Jiné odpověděly 2 respondenty (2,25 %). Odpověď *nepotřebujeme tuto pozici* zvolila 1 respondentka (1,12 %). V odpovědích jiné respondenty uvedly: *Přesně dané kompetence a činnost; dostupnost*. Každá nová pozice vytváří mnoho otázek. Myslím si, že výše uvedené odpovědi jsou jen malým výčtem problémů, které může tato pozice přinést. O každé rizikové nově vzniklé situaci je třeba důsledně hovořit a hledat možnosti jejího řešení.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit možnosti, limity a rizika interdisciplinární spolupráce v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení. Jako úvodní text v dotazníkovém šetření jsem měla uvedenou pozici tzv. koordinátorky paliativní péče. Jde o jistou formu specializované paliativní péče v sesterském týmu. Mým záměrem bylo zmapovat, zda by o tuto pozici měly všeobecné a praktické sestry u lůžka nebo v ambulantním provozu zájem a co od této pozice očekávají. Z mnoha otázek z výzkumu je zřejmé, že o tuto pozici paliativní sestry mají ošetřující sestry zájem a za určitých podmínek by jim byla prospěšná.

Jako klíčové negativum je nedostatečná informovanost o této pozici v České republice a neukotvení pojmu koordinátorky paliativní péče ve zdravotnickém zařízení v legislativě. K tomuto problému lze přidat i další aspekty, které vývoj specializované paliativní péče v tomto směru mohou zpomalovat. Jako velký problém vnímám nedostatečné množství randomizovaných studií, zabývajících se problematikou časně paliativní péče, a to ani v lékařském ani v sesterském směru. Je samozřejmé, že u pacientů s vyčerpanou protinádorovou léčbou a u pacientů, u kterých probíhá paliativní terapie, je potřeba zvážit všechny aspekty možné probíhající studie, včetně etické a duchovní stránky. Touto oblastí bychom se měli dále zabývat a snažit se nacházet komunikační a jiné prostředky pro získání validních dat.

Dalším problémem, ke kterému se stručně vyjadřuji v teoretické části své práce, je nedostatečná informovanost lékařů kurativních oborů (v mém případě onkologů) o možnostech využití paliativních specialistů při náročnosti kompenzace symptomů pokročilého onkologického onemocnění. Z důvodu nedostatečné tolerance paliativních specialistů nebo obav z rozdílných názorů může ošetřující lékař neposkytnout možnost konzultace specialisty v paliativní péči a tím významně negativně ovlivnit kvalitu života pacienta. V tomto směru může být právě návrhem k řešení sestra koordinátorka paliativní péče. Přítomnost sestry při řešení symptomů nebo různých komunikačních situací je nezbytná a lékaři jsou na ni zvyklí. Proto by nemusela přítomnost této sestry vyvolávat obavy, ale naopak může zprostředkovaně vytvořit důležitý komunikační prostor pro řešení závažných témat.

Jako důležitým problémem k řešení se zdá malá informovanost personálu o pacientovi a jeho následné péče a informovanost o samotné paliativní péči. Bylo by vhodné, aby všeobecné a praktické sestry měly obecný a aktualizovaný pohled na to, co vše paliativní

péče může a umí. V tomto směru je nezbytné nabídnout ve vzdělávání dostatečné množství paliativních témat, aby se každá sestra mohla vzdělat v oblasti, která je pro ni nová nebo užitečná. Jako vhodné paliativní téma může být komunikační oblast, symptomová oblast, ale také duchovní a psychologická oblast a v neposlední řadě práce s rodinou. Ze své praxe vím, že poslední ze zmiňovaných témat bývá často zmiňováno při rozhovorech o tom, co sestry u paliativního pacienta nejčastěji řeší.

V neposlední řadě je velkým problémem k řešení čas. Čas na řešení každého pacienta důkladně nemají většinou lékaři, a jak vyplývá z dotazníku, ani sestry. V tomto ohledu by sestrám pozice koordinátorky paliativní péče mohla být také přínosná. Ať by se jednalo o časnou integraci paliativní péče u probíhající paliativní protinádorové terapie nebo u pacienta s nově ukončenou protinádorovou léčbou, může sestra koordinátorka významně snížit obavy pacienta a tím i čas strávený při jeho přímé péči.

Další doporučení pro praxi vyplývá z té oblasti dotazníku, která se týká pacienta po propuštění do následného ošetřování. Velká nejistota pro pacienta a rodinu je vždy otázka, co bude dál. V tomto směru je plně v kompetenci vzdělané paliativní sestry s pacientem a rodinou probrat možnosti a rizika dalšího léčebného postupu. Zároveň je přínosné a pro ošetřující sestry úlevné, když při nutnosti v zaučení některých ošetřovatelských postupů nemusejí být ony, ale pacientovi a rodině se důkladně věnuje sestra, která k tomu má čas a prostor vyhrazený.

Velkým tématem je komunikační dovednost sestry koordinátorky. Kromě základních komunikačních předpokladů musí mít prostor, kde se všechna komunikace bude odehrávat. Někdy postačí pokoj pacienta, někdy je potřeba komunikační místnost, kde nebude všechny zúčastněné nikdo vyrušovat. Správná komunikace s pacienty, rodinami a blízkými byla, je a vždy bude dobrým základem pro úspěšnou spolupráci. Sestra specialista v paliativní péči musí mít toto vždy na paměti, a proto je její rozhovor vždy veden tak, aby společně s lékařem a celým týmem dosáhli co nejlepších výsledků v péči o pacienta.

Při vytváření každé nové pozice vznikají obavy a možná rizika. Domnívám se ale, že po upřesnění a vyjasnění cílů a kompetencí může být časná integrace paliativní péče v podobě koordinátorky paliativní péče velmi prospěšná.

Závěr

Ve své bakalářské práci s názvem „Přínos časné integrace paliativní péče v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení“ jsem výzkum zaměřila na sestry pracující v Masarykově onkologickém ústavu. Toto výjimečné pracoviště je považováno za špičkové komplexní onkologické centrum. Jeho komplexnost spočívá v přítomnosti a spolupráci mnoha oborů, z nichž jedním je i paliativní medicína. Tento obor je zde prozatím zastoupen Ambulancí paliativní medicíny a lékaři (paliatry), kteří provádí vyžádaná konzilia u jednotlivých pacientů. Důležitou činností zde má i Paliativní tým, který sestává z mnoha členů různých odborností a pracovního zařazení a který se společně snaží dostávat paliativní péči do povědomí všech ostatních. V onkologickém ústavu takové velikosti vnímám jako nezbytné službu paliativní péče rozšířit tak, aby co nejlépe pokryla potřeby všech pacientů. K tomu směřoval i cíl práce „Zjistit možnosti, limity a rizika interdisciplinární spolupráce v ošetrovatelském týmu na onkologickém oddělení.“ Výsledkem pak mělo být zjištění, zda by všeobecné a praktické sestry měly o pozici koordinátorky paliativní péče zájem, zda v ní vidí smysl a užitečnost. Dalším výsledkem pak bylo, jak jsou sestry s problematikou paliativní péče seznámeny a co vnímají jako komunikační či jiná rizika.

Bakalářskou práci tvoří dva významné celky. Prvním je Současný stav problematiky a druhým je Výzkumná část. Současný stav problematiky pak zahrnuje základní informace o paliativní péči, včetně historie ve světě i u nás. Poté se zabývá obecnou a specializovanou paliativní péčí. Právě podrobné formy specializované paliativní péče nejlépe vystihují důležitost tohoto oboru a jeho potřebnost i pro onkologické pacienty. Dále v této části vyzdvihuji některé podstatné symptomy vyskytující se u onkologických pacientů. Jejich řešení bývá někdy obtížné a dobrá rada zkušeného specialisty v paliativní péči může pacientovi velmi zvýšit kvalitu života. Velkou pozornost v teoretické části věnuji také komunikaci a časné integraci paliativní péče probíhající v zahraničí a v České republice. Právě Česká republika je, co se týče časné integrace paliativní péče, poměrně v začátcích. Lékařskou časnou integraci už popsalo mnoho autorů a proběhly již některé studie. I toto je směr, který se musí dále vyvíjet, abychom mohli být pro pacienty více prospěšní. Oproti tomu sesterská časná integrace u nás nemá žádnou studii, publikace se o ní zmiňují jen okrajově. Díky zasvěcenému vedení některých nemocnic, které již

ukotvily ve svých vnitřních předpisech pozici koordinátorky paliativní péče, se mohou tyto sestry podílet na všech aktivitách spojených s touto pozicí.

Výzkumná část zahrnuje veškeré možnosti a limity spolupráce sestry koordinátorky paliativní péče. Nedílnou součástí jsou také možná rizika, která mohou tuto pozici ohrozit. To, že ne vždy máme dostatek času na všechny pacienty, je obecně známá věc. U paliativních pacientů je tento nedostatek času velmi zásadní. My víme, že je jejich onkologické onemocnění připraví v dohledné době o život, a je třeba si dát dostatečně záležet na tom, aby kvalita života před smrtí byla minimálně stejná jako doposud. U pacienta v závěru života se nesnažíme, aby nezemřel, ale aby zemřel dobře. Dobré umírání je zajištěno správnou kompenzací tělesných i duševních symptomů a správnou a dostatečnou komunikací se všemi blízkými pacienta. I v tomto může být sestra koordinátorka velmi prospěšná, protože rozhovory pacienta s jednotlivými členy rodiny nebo všemi společně jsou důležitým aspektem při vyjádření pocitů, obav, nálad a přání všech zúčastněných. Tím se při rozhovoru propojují i sociální a duchovní potřeby, pro jejichž řešení zprostředkuje sestra koordinátorka jiné odborníky z Paliativního týmu. Komunikace u paliativních pacientů bývá cílená, opakovaná a časově náročná. Z tohoto důvodu je zřejmé, že ošetřující sestra nemůže tuto činnost pravidelně vykonávat při současné náročné péči o další pacienty. Jedním z dalších limitů je nedostatek informací o paliativní péči. Někdy jsou to samotní pacienti, kteří nevědí, co dále očekávat, a někdy je tento nedostatek informací o paliativním pacientovi mezi ošetřujícím personálem. V případě, že ošetřující sestra dostane informaci, že pacient je již na symptomatické terapii, neznamená to vždy, že ošetřující sestra přesně ví, co tento pojem znamená. Základním předpokladem dobré spolupráce mezi ošetřujícími sestrami a sestrou koordinátorkou paliativní péče a dalšími členy paliativního týmu je předpoklad, že všechny ošetřující sestry budou dostatečně vzdělané v obecné paliativní péči tak, aby mohly správně vyhodnotit potřebu specializované paliativní péče. Toto vzdělání by mělo být pravidelné a aktuální, protože paliativní medicína je obor, který se stále vyvíjí a je potřeba se v něm i nadále základně orientovat. Jak již z teoretické části vyplývá, toto vzdělání by mělo být přístupné všem oborům a specialistům, zejména pak lékařům a sestrám, kteří se s paliativními pacienty setkávají častěji. Ze závěru výzkumné části a z dalšího doporučení pro praxi pak vyplývá fakt, že povědomí o specializované paliativní péči je malé i mezi lékaři.

Ukotvení pozice sestry specialistky v paliativní péči bude chtít ještě více času a trpělivosti, než u pozice paliatra mezi lékaři. Ze zkušeností vím, že paliativní sestra toho může a zmůže mnoho. Je jedním ze základních článků v celém ošetrovatelském týmu, při své práci vykonává mnoho teoretických i praktických dovedností a mezi pacientem a ostatními členy týmu má nezastupitelnou úlohu. Je to osoba, která zná pacienta nejlépe a pacient jí důvěřuje. Proto vše je pozice sestry koordinátorky v paliativní péči tak důležitá. Při sdělování závažných zpráv nebo plánování dalšího postupu péče se pacient vedle této sestry necítí být sám, ale s důvěrou se na ni obrací. Pro tuto pozici je ale potřeba vždy pečlivě a důkladně zvolit správnou osobu, aby bylo pro pacienta v závěru života uděláno vše, co je v našich silách.

Seznam použité literatury

1. BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.
2. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.
3. KURUCOVÁ, Radka, Katarína ŽIAKOVÁ a Jana NEMCOVÁ a kol. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti: vysokoškolská učebnica*. 2. upravené. Martin: Osveta, 2017. ISBN 978-80-8063-457-5.
4. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
5. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
6. SLÁMA, Ondřej, Jiří KREJČÍ a Jana AMBROŽOVÁ. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019. 111 s. [cit. 2020-04-18]. Dostupné také z: <https://www.paliativa.cz/node/49>.
7. SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA, 2013. *Standardy paliativní péče*. [online]. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 2013. 18 s. [cit. 2020-04-18]. Dostupné také z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativnimedicina/standardy-paliativni-pece/>.
8. SOCHOR, Marek, Ondřej SLÁMA a Miloslav LOUČKA. Early Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care – Benefits, Limitations, Barriers and Types of Palliative Care. *Klinická onkologie*. 2015, 28(3), 171-176. DOI: 10.14735/amko2015171. ISSN 0862495X. Dostupné také z: <http://www.linkos.cz/klinicka-onkologie-journal/search-for-articles/skupina/a/zobrazit/ids/4688/>.
9. SOCHOR, Marek, Irena ZÁVADOVÁ a Ondřej SLÁMA, ed. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4223-9.
10. URÍČKOVÁ, Alena a Eva BAĐURÍKOVÁ. *Paliatívna starostlivosť*. Trnava: Typi Universitas Tyrnaviensis, 2015. ISBN 978-80-8082-919-3.

11. VANBUTSELE, Gaëlle, Koen PARDON, Simon VAN BELLE, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2018, 19(3), 394-404. DOI: 10.1016/S1470-2045(18)30060-3. ISSN 14702045. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1470204518300603>.
12. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013. ISBN 978-80-7395-586-1.
13. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
14. [Http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Bolest/Metodicke-pokyny-pro-farmakoterapii-nadorove-bolesti/8-T-NO.magarticle.aspx](http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Bolest/Metodicke-pokyny-pro-farmakoterapii-nadorove-bolesti/8-T-NO.magarticle.aspx) [online]. [cit. 2020-04-18].

Seznam zkratek

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (tj. syndrom získaného imunodeficitu)

ALS - Amyotrofická laterální skleróza

APPO – Ambulance podpůrné a paliativní onkologie – starší název pro dnešní Ambulanci paliativní medicíny

ATB – antibiotikum

CNS – centrální nervová soustava

CT - Computed Tomography - radiologická vyšetřovací metoda, která pomocí rentgenového záření umožňuje neinvazivní zobrazení vnitřních orgánů a tkání člověka

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

RTG - Rentgen je zařízení na vyšetřování, případně i terapii pomocí rentgenového záření
např. – například

NSAID - non-steroidal anti-inflammatory drugs – nesteroidní antiflogistikum

WHO - World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha číslo 1 – Co určuje kvalitu života v situaci pokročilého nevyléčitelného onemocnění

Příloha číslo 2 – Struktura regionálního paliativního programu

Příloha číslo 3 – Tabulky s hodnotícími škálami

Příloha číslo 4 – Dělení a hodnocení bolesti

Příloha číslo 5 – Farmakologické a nefarmakologické postupy léčby bolesti

Příloha číslo 6 – Tabulka s publikovanými studiemi

Příloha číslo 7 - Dotazník