

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecná sestra

PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY
V KRAJI VYSOČINA

Bakalářská práce

Autor práce: Michaela Nováková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kostecká

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Michaela Nováková**

Studijní program: Ošetřovatelství

Obor: Všeobecná sestra

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Paliativní péče v domovech pro seniory v Kraji Vysočina**

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kostecká

Cíl práce: Cílem bakalářské práce je zmapovat možnosti poskytování paliativní péče a zjistit postoje sester k poskytování paliativní péče v domovech pro seniory v Kraji Vysočina.

Abstrakt

Paliativní péče je součástí nevyléčitelně nemocných klientů v domovech pro seniory. Provází celkovou specifickou ošetrovatelskou péčí o nemocné, které nemají šanci na vyléčení kvůli různým druhům onemocnění např. nádorové onemocnění, vrozené vývojové vady, získané onemocnění či nehody během života. Paliativní péče klade velké nároky na osoby poskytující každodenní péči po stránce fyzické i psychické. Se stoupajícím nárůstem onemocnění stoupá i počet nevyléčitelně nemocných v populaci, kteří potřebují nepřetržitou každodenní pomoc. Cílem bakalářské práce je zmapovat využití postupů paliativní péče v domovech pro seniory.

Klíčová slova

Domovy pro seniory; klienti; paliativní péče; rodinní příslušníci

Abstract

Palliative care is part of terminally ill clients in homes for the elderly. It provides overall specific nursing care for patients who have no chance of recovery due to various types of diseases, e.g. cancer, congenital developmental defects, acquired diseases or accidents during life. Palliative care places great demands on people providing daily care, both physically and psychologically. As the disease increases, so does the number of terminally ill people in the population who need continuous daily help. The aim of the bachelor thesis is to map the use of palliative care procedures in homes for the elderly

Keywords

Homes for the elderly; clients; palliative care; family members

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a 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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě 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 1. května 2024

.....

Michaela Nováková

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Kostecké za velkou trpělivost, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Chtěla bych také poděkovat mé rodině za podporu během studia.

Obsah

Seznam grafů	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
Motivace	11
Cíl práce.....	11
1 Paliativní péče	12
1.1 Umírání.....	13
1.2 Profesionálové v paliativní péči	14
1.3 Multidisciplinární tým	14
1.4 Motivace pracovníků.....	15
1.5 Rodina	16
2 Nejčastější obtíže v paliativní péči.....	19
2.1 Dušnost	19
2.2 Bolest.....	19
2.3 Charakteristika ran.....	20
2.4 Potíže při příjmu stravy	21
2.5 Zácpa	21
2.6 Psychické obtíže	21
2.7 Syndrom geriatrické křehkosti	21
3 Postupy v paliativní péči	23
3.1 Problémy v paliativní péči	23
4 Domovy pro seniory	25
4.1 Statistiky.....	25
5 Výzkumná část	27
5.1 Výzkumné otázky	27
5.2 Metodika	27
5.3 Postup zkoumání.....	27
5.4 Charakteristika dat	27
6 Praktická část	28
Diskuze.....	42
Doporučení pro praxi	47
Závěr	48
Seznam použité literatury	49
Seznam příloh.....	51
Přílohy.....	52

Seznam grafů

Graf 1.....	28
Graf 2.....	28
Graf 3.....	29
Graf 4.....	30
Graf 5.....	30
Graf 6.....	31
Graf 7.....	31
Graf 8.....	32
Graf 9.....	32
Graf 10.....	33
Graf 11.....	34
Graf 12.....	35
Graf 13.....	35
Graf 14.....	36
Graf 15.....	36
Graf 16.....	37
Graf 17.....	38
Graf 18.....	39
Graf 19.....	40
Graf 20.....	40
Graf 21.....	41
Graf 22.....	41

Seznam zkratk

VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma, které dosud provází životem plno lidí kolem nás a senioři jsou skupinou lidí, o které je potřeba mluvit, a především jim věnovat více času oproti lidem mladším bez projevujících se nemocí. Práce se seniory naplňuje nitra lidí díky vděku, který nám vyjadřují. Celková neznalost paliativní péče v Kraji Vysočina by se měla prohloubit do podvědomí lidem a vysvětlení tématu taktéž. Cílem bakalářské práce je zmapovat možnosti poskytování paliativní péče a zjistit postoje sester k poskytování paliativní péče v domovech pro seniory v Kraji Vysočina.

Umírajících a nemocných seniorů je pořád více a více a je nedůstojné, aby naše společnost jim neumožnila podmínky i prostředí, které jsou jim samotným příjemné. Paliativní péče umožní seniorům podmínky vyhovující pro ně samotné a spokojená bude i strana rodiny, když vidí milující babičku či dědečka v prostředí, kde je šťastný. Paliativní péče by se měla více rozšířit v domovech pro seniory v Kraji Vysočina a prolomit tabuizace téma smrti i v okolí.

Paliativní péče je spíše chápána jako péče v závěru života, kde se již nebude nic dělat a nebude tedy ani snaha o prodloužení života právě umírajícím klientům, protože je brána spíše negativně. Často dochází k nedorozumění hlavně ze strany rodinných příslušníků, nebo samotných klientů. Jenže paliativní péče znamená péči, ve které je dostatek léku na tlumení bolesti, léky zmírňující symptomy vyvolané trpícím onemocněním klienta či laskavou ošetrovatelskou péčí. V této moderní době došlo k posunu lidského chápání a tím i vyspělému přístupu poskytování paliativní péče. Péče je poskytována vyškoleným multidisciplinárním týmem, který zmírňuje nepříjemné symptomy, ale také se stará o komplexní péči ne jenom o klienta, ale i jeho rodinné příslušníky a tím je více vyhledávána a rozvíjí se do sociálních zařízení. (Gříva, 2018)

V první kapitole se věnuji vysvětlení tématu paliativní péče, poté umírání, profesionálním odborníkům v paliativní péči, multidisciplinárnímu týmu, motivaci a rodině.

V druhé kapitole se věnuji nejčastějším obtížím v paliativní péči jako jsou dušnost, bolest, rány, potíže při příjmu stravy, hydratace, zácpa, psychické potíže a syndromu geriatrické křehkosti.

Ve třetí kapitole se věnuji postupům v paliativní péči a také problémům s tím spojené.

Ve čtvrté kapitole se věnuji vysvětlením poslání domovů pro seniory a jejím statistikám.

Motivace

Motivací pro napsání bakalářské práce na téma paliativní péče v domovech pro seniory v Kraji Vysočina byl stále narůstající počet klientů v domovech pro seniory. Rodiny umístí klienty do domova pro seniory, protože už nezvládali péči o nemocného doma, nebo se obávali příchodu smrti. Často se rozhodovalo, zda bude klient zaslán do nemocničního zařízení nebo ponechán v domově pro seniory. Hospitalizace se volila z důvodu tlaku rodiny, nebo nepřítomnosti ošetřujícího lékaře přímo v domově. Klienti tak umírali za podmínek, které jim nebyly příjemné a často sami, protože nebyla možnost ani nastavení paliativního plánu, nebo o tom ani rodiny neměli ponětí. Proto jsem chtěla prohloubit téma paliativní péče a jak problematiku vnímají samotné poskytovatelky péče všeobecné či praktické sestry.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat možnosti poskytování paliativní péče a zjistit postoje sester k poskytování paliativní péče v domovech pro seniory v Kraji Vysočina.

1 Paliativní péče

Paliativní péče nemá dodnes svoji pevně danou definici. Existují různé definice a ty se shodují, že paliativní péče je multidisciplinární přístup k péči poskytované klientům s nevléčitelným pokročilým onemocněním a vyskytujícím se symptomům ztěžující život. Cílem paliativní péče je zachování maximální kvality života klientů a jejich rodin tím, že se poskytuje nepřetržitá lékařská či ošetrovatelská péče s ohledem na všechny právní aspekty. (Paliativní medicína,2020)

Neexistuje správný model pro poskytování paliativní péče jak u nás, tak ve světě, ale existuje shoda v cílech, zásadách, přístupech, principech a hodnotách. V roce 2002 (WHO) posunula definici, a tedy i pojetí paliativní péče, jako „přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.“ (Paliativní péče v rezidenčních službách, 2020)

Můžeme sledovat i posun v přijetí klientů do paliativní péče. Dříve byli přijímáni především s onkologickým onemocněním v pokročilém stádiu, ale poslední dobou jsou přijímáni různé onemocnění v progresivním stádiu či chronicky nemocní do paliativní péče. Proto dochází k rozšiřování oboru a díky tomu začíná paliativní péče tam, kde končí kurativní péče.

Paliativní péče je jiný druh poskytované péče, než je známá například nemocniční. Péče je poskytována v jakýkoliv čas a při jakémkoliv onemocnění na jednom místě tzv. multioborová péče. Není orientována na poskytování pouze pro určitého klienta, ale vychází ze zhodnocení specifických potřeb jedince či celé rodiny. (Specifika ošetrovatelské péče v paliativní medicíně,2023)

Prioritou paliativní péče není co nejvyšší počet obsazených lůžek v zařízení, ale právě využití paliativní péče do různých zdravotnických zařízení ať už ambulantních, tak lůžkových či domácích.

Celkový cíl paliativní péče spočívá v tom, aby klienti mohli žít plnohodnotný zbývajících život s důstojností a zmírnění stávajících symptomů, které jim ubírají kvalitu života. (Kalvach,2010)

Nejčastější onemocnění pro vstup klienta do paliativní péče:

1. Nádorová onemocnění, které mají největší zastoupení u klientů v terminálním stádiu
2. Neurologická onemocnění
3. Demence provázející křehké geriatrické klienty
4. AIDS
5. Vrozené onemocnění či vývojové vady
6. Kriticky nemocnění či úrazy

Přijetí klienta do paliativního plánu

Pro přijetí klienta do paliativního plánu se multidisciplinární tým řídí indikačními fázemi, kde musí zhodnotit nejprve podnět, poté formulace postupů, konzultace lékařů, dále komunikace s rodinou a sestavení plánu péče. Poté dle klientových přání a potřeb se hodnotí a upravuje plán.

Podnět pro zahájení paliativní péče může dát kdokoliv, ať už samotný klient, rodina či ošetřující lékař. Vždy se musí dbát na dříve vyslovené klientovo přání, a to by mělo být obsahem paliativního plánu. S rodinou by se měl vést rozhovor a tím by měli být zahrnuti do plánu péče. Výsledkem o rozhodnutí přijetí do paliativní péče by měli rozhodovat všichni členi zdravotnického týmu i nelékařský zdravotnický personál a pokud se tak nestane, měl by situaci posoudit jiný lékař specializovaný v paliativní péči. Při rozhodnutí o nepokračování či nezahájení další léčby musí být všichni členové informováni a mělo by to být součástí léčebného plánu. Cíl péče, rizika i postupy zkrátka vše uvedené v plánu by se mělo pravidelně přehodnocovat a zvažovat, jakákoliv změna by měla být zaznamenána a změněná. Priorita plánu je vlastní cíl paliativní péče, a to odstranění bolesti, strádání a pokojné odejití ze života živých. (Paliatr Vysočina, 2017)

1.1 Umírání

Umírání je postupný proces, na jehož konci je smrt. Lékaři se snaží nemocné zachránit a smrti předejít do poslední chvíle. V dřívějších dobách se umíralo spíše doma a nebyly diagnostické možnosti jako jsou nyní. Moderní medicína umí zachraňovat životy, které dříve byly odsouzeny zemřít či trpět. Tak se stala z pohledu lidí medicína všemocná. Dříve rodina i příbuzní nemocného nebyla vítána v prostředí, kde měl zemřít, a proto umírali spíše v osamocení. V šedesátých letech 20. století se objevuje značný etický problém a to zadržená smrt. Díky tomuto stavu v přístupu k umírajícím měli dva důsledky, a to buď asistovaná smrt, nebo rozvoj hospicového hnutí. (Hašková, 2000)

Ve Velké Británii se stanovili zásady rozvoje paliativní medicíny. Založení oddělení paliativní medicíny, které odvádí kvalitní a specializovanou odbornou péči. Dále rozvoj domácí paliativní péče složené z týmů lékařů či sester. Založení hospicových oddělení v nemocnicích, nebo výuka všech zdravotnických pracovníků v základech péče. Především se díky zlepšení péče snížil počet umírajících nemocných. (Bužgová, 2015)

Moderní léčba

Musíme uznat velké díky rozvoji paliativní medicíny, protože pomůže plno nemocným odcházet s utlumenou a tím i snesitelnou bolestí, nebo dokonce žádnou bolest nepocítují. Předchozí generace neměla možnost takového využití a my si můžeme pouze domýšlet, jak to muselo být náročné a plno životů do kterých patřily i malé děti byly odsouzeny zemřít za strašlivých podmínek.

Rozdělení paliativní péče

Rozeznáváme dva druhy poskytované paliativní péče, a to obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče- Tato forma péče je v kompetenci každého ošetřujícího specialisty v jakémkoliv druhu zdravotnického zařízení např. internisté, geriatři, praktičtí lékaři. Její součástí

je zhodnocení zdravotního stavu nemocného a zaměření na zastavení či zpomalení postupu nemoci. (Paliativní péče- Masarykův onkologický ústav, online)

Specializovaná paliativní péče- Jsou už specializovaná zařízení na poskytování paliativní péče, je to hlavní zdroj činnosti. Pracuje zde přímo proškolený personál na tuto péči, služby jsou dostupné ve všech formách péče a umí poskytnout podporu vždy a všude. Patří sem několik zařízení, a to mobilní hospice, lůžkové hospice, konziliární týmy, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče např v domovech pro seniory. (Gříva, 2018)

1.2 Profesionálové v paliativní péči

Vztah člověka ke smrti se rozvíjí jako jiný vztah. Ovlivňují ho okolnosti, které nám zrovna život přináší. Náš pohled je nejen ovlivněn, jak často se se smrtí setkáváme, ale i tím jakou formou, zda osobně či mediálně. Při úmrtí v rodině nebo blízkého člena rodiny máme možnost na postoj k celé situaci a tím nás ovlivní emoce, a celkový postoj naší rodiny. Se smrtí se nesetkávají jenom dospělí lidé, ale i malé děti, kteří se většinou smrti bojí a staví si proti něm obrané reflexy.

U všeobecných či praktických sester je také podstatné, v jaké jsou životní situaci, ale také na jaké rovině profesionálů zrovna jsou. Většina mladých dívek se setkává se smrtí už na středních zdravotnických školách. Většina se shodne, že má strach komunikace s člověkem o smrti, jejich zkušenosti jsou různé od odbíhání od tématu po negativismus. Je škoda, že nastávající kolegyně ani profesionální sestry neumí podpořit či je vyzvat k oplakání prvního umírajícího pacienta či klienta. Tím je naučíme velkému pochopení a to, že člověk není profesionál ve všech ohledech a má právo i je na místě být smutný či plakat. Proto by měla být vedena pozornost na budoucí profesionální sestry. Vytvořená pozornost na konkrétní události a při setkání se smrtí mít dostatečnou míru řešení a pomoci, ale i také odstup. Každý člověk je jiný a také bude mít jiné nastavené hranice, a právě proto se to nejlépe naučí při přímém setkání se smrtí. (Marková, 2010)

Smutek je normální obranou reakcí na ztrátu, jak velkou ztrátu budeme prožívat nám dá intenzita vzájemného vztahu s mrtvým. Mladá sestra bude prožívat ztrátu svých představ o možnostech pomoci její či celkové medicíny, starší či letitá sestra přijme smrt jako přirozený fakt a nebude se litovat či pochybovat o svoji práci, ale přijme to jako jediné možné řešení a tím i vysvobození nemocného. Proto, aby se člověk s tím vypořádal musí mít dovoleno si žal připustit. Je dobré si smutek uvědomit a prožít, aby potom mohl člověk pomáhat dál a zvládat období smutku. Každý je jedinečný, a i přes zkušenosti tak někdo bude chtít o smrti a problémech s tím spojené mluvit a někdo ne. To prožívat smutek nás nesmí za žádnou cenu ohrozit na fungování v soukromém životě. Proto by si i profesionálové měli dovolit plakat či spojit si se ztrátou nějaký rituál ať už zapálení svíčky, tak poskytnutí rozloučení při bohoslužbě, nebo položení květin na lůžko. (Marková, 2010)

1.3 Multidisciplinární tým

Složení multidisciplinárního týmu jsou obvykle lékaři, všeobecné či praktické sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista, pastorační asistent a duchovní.

Sestra potřebuje pracovat v dobrém týmu, ten má stejný cíl. Správně sehraný tým má velice dobré výsledky ohledně poskytované péče.

Komunikace v týmu

Všichni si musí být vědomi, že důležité informace o poskytování paliativní péče, které mohou pomoci či případně ublížit nemocnému se musí sdělovat ihned nebo v nejbližší možné době. Sdělování informací, které mohou pomoci v poskytování péče může sdělovat kdokoli ať už rodinní příbuzní či personál. Nemusíme komunikovat pouze verbálně, ale na sdělení, že se něco děje nám může pomoci i sám nemocný výrazem v obličeji či grimasy těla. I komunikace může být na formální nebo neformální úrovni. Formální provozujeme většinu času, a to mezi lékařem, zřizovatelem nebo rodinou. Ale i ta neformální která je vedena jako běžné informování či zjištění situace je provozována často mezi zdravotníky poskytující péči a rodinou. Často mají něco na srdci a jdou za sestrou na směně, která zrovna slouží se informovat o nynější situaci. (Holmerová, 2014)

Kvalita života

Kvalita života je základní cíl paliativní péče. Kvalitní život, ale zahrnuje velice široký pojem, a to nejen smysl života, ale i důvod existence a celkové pochopení žití. Zkoumá všechny složky a to duchovní, sociální nebo také další podmínky pro žití jako je zdraví a šťastný život. Celkový pohled na kvalitu života se samozřejmě mění, a to nejen během prožívání života, nebo věkem, ale hlavně díky onemocnění a sebeuspokojením svých potřeb. Pro takové zjištění je potřeba znát všechny potřeby, ale i potřeby rodiny a nebagatelizovat jakýkoliv nesouhlas.

1.4 Motivace pracovníků

K vykonávání práce pro poskytování paliativní péče je potřeba být motivován. Motivace je potřeba pro dobře vykonávanou práci, protože nedostatek motivace vede ke zhoršení kvality a také k syndromu vyhoření. Hlavním prvkem je uspokojování potřeb, vztahy na pracovišti mezi pracovníky a také vytvořený vztah k práci či klientům.

Syndrom vyhoření

Je ztrátou profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u lidí pomáhající profesí nebo vyhoření jako výsledek procesu. Nejčastější je chronický stres vykonávaný v pracovní činnosti opakovaně. Stres se prohlubuje, když je nadále spouštěn v prostředí svého domova, sociálního i fyzikálního okolí.

Životní hodnoty pracovníka

Každý člověk je individuální a je jinak nastaven. Každý potřebuje jinou míru povzbuzení a většinou se lidé na motivaci druhých pracovníků neohlíží. Peníze jsou skoro pro každého důležité a každý z nás je dostává za vykonanou práci, jen pro každého hrají jinak důležitou roli. Pracovní výsledky odvedené v práci jsou obrazem v pracovním postavení a snahou povýšení. Přátelství mezi pracovníky pro někoho je hlavním faktorem vykonávat vůbec práci a chodit tam. Dobrý manažer zná a využívá prostředky k motivaci a to je např. supervize. Často je pro vedoucí velice složité vyhovět všem zaměstnancům a řešit případné problémy. I když každý manažer by měl umět efektivně motivovat sestry, je každá zodpovědná sama za sebe a musí přemýšlet co je pro

ni nejvíce důležité. Když je sestra sama od sebe vnímavá, může ji to přimět k dobrovolnému přispění, jak zefektivnit ještě více dosavadní práci k lepšímu. (Niedermann, 2016)

Pravda a sdělování zpráv

Aby člověk mohl žít plnohodnotný život a řešit situace co mu život přináší, musí znát všechny podrobné informace o své nemoci. O tom, že nemocný má právo znát podrobné informace není pochyb i ke každému případnému zákroku musí podávat informovaný souhlas, takže by každý měl teoreticky vědět co se s ním děje. Přesto se stále stává, že nemocní nemají dostatek informací a více informací, než oni samotní má rodina či blízcí. Protože buď rodina či sám lékař se rozhodne, že bude lepší neříct pravdu. Pro lékaře to není jednoduchá situace, protože lékař je zvyklí pacienty léčit, a ne je zraňovat těžce snesitelnými informacemi. Proto tato informace by měla být promyšlený krok, kde lékař se rozhodne informaci předat formou rozhovoru, a to buď mezi čtyřma očima, nebo může přizvat i rodinu a blízké. Pro hladký průběh rozhovoru by se mělo vybrat vhodné prostředí. Neměla by to být například vyšetřovna či sестerna, kde jsou ostatní zaměstnanci a rozhovor ruší plno elementů, jako je zvonění telefonů či signalizační zařízení. Vhodný je pokoj pacienta, když by tam neměl spolubydlícího, nebo můžeme požádat o jeho odchod po dobu rozhovoru, případně kancelář lékaře. Personál přítomný u rozhovoru by měla být sestra s ošetřujícím lékařem, kteří se přesvědčí, co všechno nemocný zná a ví, případně jaké má zkušenosti od příbuzných o nemoci. Sdílet výsledky hodnot z laboratoře a tím nemocného usvědčit, že nemoc není námi vymyšlená, ale prověřená i výsledky ze zobrazovacích metod. Poskytnout případně letáčky či brožury pacientovi i rodině a očekávat i v dalších dnech zprávy a dotazy, které se budou postupně vytvářet v hlavě. Začíná období těžké pro pacienta, takže vlídné jednání a dotazy jsou na místě, přesto očekávat i výbuch pláče či zlé emoce ten moment sdělení vážné nemoci. (Marková, 2021)

1.5 Rodina

Jak již bylo zmíněno, že umírání dříve probíhalo více v domácnostech, tak tato moderní doba přinesla trend, starého člověka dávat více do domovů pro seniory, aby nebyl doma s rodinou a nemuseli se dívat, jak umírá. Pokud v této době umírá většina nemocných v prostředí domovů pro seniory, jsou vytrženy ze svého rodného domova jak místem, tak časem. Všechno, co prožíval nemocný běžně s rodinou, teď prožívá sám i ta komunikace je vyčleněna pouze do určitého časového úseku, kdy jsou návštěvní hodiny. Obvykle bývají ještě rušeni dalšími lidmi na pokoji či personálem. Tým poskytující paliativní péči by měl umožňovat setkání a dělat maximum pro pohodlí rodinných příslušníků.

Péče o rodinu jako celek

Musíme si uvědomovat, že poskytováním paliativní péče není jen péče o klienty či pacienty, ale i o rodinu nemocných. Rodinu, která má své zkušenosti s umíráním prababiček a pradědečků a teď jim odchází jejich máma či táta. Musíme brát zřetel, že rodina nemá jen starosti s tímto, ale každá rodina má i další trable. Tohle jsou okolní faktory, které opět ovlivňují celou rodinu při jednání, komunikaci či celkovému náhledu na nemoc. My, kteří do rodin nepatříme si můžeme jen domýšlet co řeší, zda další nemoci, ztrátu zaměstnání, finanční negramotnost, rizikové těhotenství, či pubertu nebo problémy s dětmi. Mělo by nás zajímat s kým klienti sdílí

domácnost, celkové vztahy k rodině, jak rodina přijmula fakt onemocnění, další onemocnění v rodině. Možnost ubytování rodiny přímo v domově pro seniory, poskytnou kontakt na psychologa či duchovního terapeuta domova pro seniory je velké pomocné gesto. Budeme-li znát otázky týkající se rodiny, bude se lépe sestavovat plán ošetrovatelské péče a lépe komunikovat, či vyvarovat chyb a nedorozumění. (Kabelka, 2020)

Potřeba bezpečí, jistoty a podpory

Rodina kolikrát odmítne ubytování v domově, protože se bojí příznaků smrti, bojí se komunikovat a být v blízkosti nemocného. Při jejich objevení, že mají za zády tým odborníků, kteří jim se vším poradí a pomůžou jim dodá kolikrát odvahu a strach překonají a my tím pomůžeme všem stranám jak nemocnému, tak rodině i vnitřní pocit v nás samotný bude blahodárný.

V paliativní péči je výhoda než na odděleních v nemocnicích se na příchod smrti připravit. Máme odborné pracovníky, co spolupracují s domovem, kteří jsou přímo vyškoleni, jak s rodinou hovořit a jak rodině pomáhat. Rodina se tím stane silná a semknutá a nebudou dávat najevo vlastní strach a smutek, tím pomůžou nemocnému. Samozřejmě pobavit se s rodinou či partnerem a probírat blízkého, jak odchází je normální a ani pláč či smutek by neměl být potlačován. Mělo by to být probráno v prostředí, kde nemocný není, protože jemu by tím přidělali starosti a obavy ještě větší, než on sám má. Rodina kolikrát potřebuje podporu od nás odborníků, nestranných lidí, kteří jim řeknou otevřený náhled na věc a poprosí je o smíření a dovolení v mysli nemocného odejít. (Bužgová, 2015)

Potřeba rozloučit se

Proto, aby rozloučení proběhlo správně, musí rodina prožívat různé fáze psychických faktů. Slovní spojení zhroutit se má různé podoby a časové nastavení. Většinou to začne po posledním vydechnutí nemocného či po sklápění rakve. Je to nepopsatelný pocit emocí, propukající se pláč, někdy se může objevit panika či zase opak úplné ohromení a zaskočení z celé situace, že člověk nevydá ani hlásku a je celý zkoprnlý. Zdravotníci musí zachovat klid a poskytnout emoční neutralitu a pár minut opravdu nehybně stát a nic nedělat. Proto tuto chvíli necháváme rodinu přijmout fakt úmrtí a popřát upřímnou soustrast a případně provést modlitbu. Rodině můžeme nabídnout setrvat u zemřelého těla se rozloučit dle vlastního přání a poté je ujistit o důstojné zacházení s tělem, konkrétní kroky jako umytí a popsání těla, poté oblečení a převoz do pohřební služby jimi zvolenou. Rodinu můžeme podpořit v řádném rozloučení dle jejich zvyklostí a rituálů. Nabídnout pohřebního průvodu po vesnici, slavnostního oblečení, pohled do otevřené rakve, biblická čtení a citace modliteb. (Bužgová, 2015)

Nitro člověka

Úkolem závěru života je uzavřít a opustit prožité či mrtvé. Přestat vnímat okolí, ale soustředit se sám na sebe a začít se věnovat i věcem co bylo dříve opomíjené, celkové uvědomění, že smrt se týká i nás samotných, tak proto si začít užívat život. Najít si směr i smysl našeho žití, žití s lidmi, které milujeme. Milovat a být milován je největší touha člověka. Být vděčný za dosud prožitý život a naučit se děkovat za dar vůbec život žít. Vděčný může být každý jinak někdo blízkému, někdo partnerovi či přírodě, zvířatům nebo Bohu. Potřeba odpuštění odproští člověka samotného a jeho nitro se přestane trápit nad věcmi co už dávno proběhli a uvolní se místo na

nové příležitosti vnímat svět lépe. Přemýšlet o nadějích budoucnosti, poučit se z chyb minulosti a žít přítomností. Naděje nám pomůže jít dál si za svým snem. (Kabelka, Weberová 2022)

Fáze dle Kübler-Rossové

Tématem smrti se zabývala jako jedna z nejvýznamnějších osobností Elizabeth Kübler Rossová. Díky tomu se prohloubilo uvažování o smrti a došlo k rozvoji kvality. Elizabeth Kübler Rossová strávila mnoho času s umírajícími nemocnými, a proto byla schopna shrnout pět fází umírání. (Heřmanová, 2012)

1. Fáze šoku a popírání – člověk nevěří, že umírá nebo mu někdo z blízkých odchází, popírá tento fakt a snaží se najít východisko.
2. Fáze zloby a agrese – člověk je plný negativních emocí a zmatku, nechápe, proč se mu tohle všechno děje.
3. Fáze smlouvání – člověk se pokouší najít možnosti, které by mu z dané situace pomohly.
4. Fáze deprese a smutku – období obav z budoucnosti, obavy z toho, co bude poté následovat.
5. Fáze smíření – v této fázi člověk přijímá danou situaci jako fakt, který se nezmění. (KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015)

2 Nejčastější obtíže v paliativní péči

Nemocné před koncem života může trápit celá řada potíží, mnohé se dají vyřešit léky či postupy v ošetrovatelství. Důležité je jednat jako tým, který si předává dostatečné informace a umí pohotově problémy řešit. (Kabelka, 2018)

2.1 Dušnost

Je pocit nedostatku vzduchu, v posledních týdnech života se projevuje u většiny nemocných. Jde o nejnepríznivější příznak, protože to souvisí s obavami o vlastní život a je to vše spojeno s psychickou složkou člověka. Dušnost má řadu příčin jako např. celkový stav, oslabení dýchacích cest nebo způsobeno i podáním léků.

Zásady při vzniklé dušnosti

Nejdůležitější je pracovat s psychickou stránkou nemocného, uklidňování či zachování klidu. Ujistění, že děláme vše, co můžeme. Často pomůže změření okysličení krve, podání kyslíku či inhalace, nebulizace na zvlhčení dýchacích cest a tím zlepšení vykašlávání, zvýšená poloha na lůžku a čerstvý vzduch. Příčin může být více od srdečního selhání po obstrukci dýchacích cest, či změny plicního parenchymu nebo anémie. (Marková, 2010)

Zvládání dušnosti

Správné navázání kontaktu, porozumění obavám a strachu nemocného. U klientů v terminálním stádiu jsou ordinovány opioidy, které tlumí dýchací centrum. Při neuspění farmakoterapii či psychoterapii je důležité stav nadále řešit a stav indikovat dále s lékařem. Většinou se lékaři přiklání na podání kyslíkové léčby, která by měla být doprovázena kontrolou saturace. (Marková, 2010)

Hemoptýza

Nebo-li vykašlávání krve, či krev ve sputu. Pro zdravotníky to je známka nějakého varovného signálu nádorového onemocnění. Méně často onemocnění plic nebo krvácivé stavy. Při řešení hemoptýzy je důležitá psychická podpora, vhodná poloha a obklad na hrudník. U nemocných v terminálním stádiu se snažíme odvést pozornost od chrlení krve, poskytnout savý materiál a informovat personál.

2.2 Bolest

Je nejčastější symptom v paliativní péči, je to vždy subjektivní pocit. Bolestí trpí více než polovina klientů a podílí se na tom řada faktorů.

Faktory podílející se na bolesti

Jakákoliv bolest je důležitý signál pro organismus. Máme různé druhy bolesti, akutní a chronickou bolest. Akutní bolest trvá 3 až 6 měsíců, má náhlý začátek a prudký konec. Naopak chronická bolest trvá déle než 6 měsíců a má pozvolný začátek, ale zdoluhavý průběh a konec, který není možný ani za začátku určit. Záležitosti chronické jsou většinou dávné, ale má značný dopad na snížení kvality života klienta. Celkově léčba se velice podceňuje, a tak je to primární úkol pro zhodnocení bolesti ošetřující sestrou. (Holmerová, 2014)

Hodnocení bolesti

Pro hodnocení se využívají různé hodnotící škály. U starších lidí se využívá číselná, kde nám klienti sdělí slovně, jak to cítí. Při žádné bolesti se uvádí 0 a při největší se využívá 10. U nemocných klientů se občas vyskytne problém, že není schopen vlastního slovního vyjádření, a tak nelze zhodnotit bolest verbálně, i přes to musí sestra sledovat pohledem celkový zdravotní stav a být vnímavá při projevech tělesných grimas. Bývá to odpověď na určité stimuly nesouhlasu, nepohodlí nebo projevující se bolesti. Monitorace bolesti se provádí v různých časových intervalech, jak si zvolí lékař individuálně. Bolest musíme vždy nemocnému věřit, hodnotíme lokalizaci, charakter, intenzitu a s čím se bolest spojená, zda s onemocněním jiným, v jakém časovém intervalu se objevuje a kdy po jakých relaxačních technikách případně vymizí. Jak bolest zvládá, zda se musí už tlumit analgetiky případně jakými a jaké má zkušenosti s léky na tlumení bolesti. (Marková, 2021)

Hodnocení bolesti dle WHO

Světová zdravotnická organizace stanovila tři základní stupně bolesti.

1 stupeň je mírná bolest- léčba neopioidními analgetiky

2 stupeň středně silná bolest- léčba slabými opioidy

3 stupeň je silná bolest- léčba silnými opioidy (MUNI, Paliativní péče, online)

U nesteroidních analgetik by měla sestra mít na mysli, že při používání analgetik se mohou objevit potíže s trávicím systémem. Hrozí riziko žaludečních vředů, krvácení či perforace střev. Slabé opioidy se většinou podávají v perorální formě, některé v injekční formě. U silných opiátů je riziko nezvyšování účinku, ale zvyšování nežádoucích projevů především zácpy či útlumu dechového centra.

2.3 Charakteristika ran

Rány jsou nejobtížnější problém u nemocných v paliativní péči, protože u nich nemůžeme očekávat úplné zahojení.

Zápach

Rána, co zapáchá má spíše sociální problém, protože nemocný si zápach může i uvědomovat a může se proto vyhýbat společnosti. Pro nás je úkolem zápach odstranit a k tomu je důležité vystříhat nekrózu, ale tento zásah se provádí až při velmi rozsáhlých postiženích. Zápach velmi často doprovází infekci a ta se řeší antibiotickou léčbou. Pro pohlčení zápachu se mohou využívat namočené gázy s dezinfekčním roztokem či bylinné oplachy.

Při nízké exsudaci se nepoužívá absorpční krytí to by mohlo ránu vysušovat. Proto je třeba udržet vlhké krytí a tím zamezit případné krvácení. Při bolesti rány se musí využívat léky na tlumení bolesti, protože to je další faktor, který nemocného velice ovlivňuje. Je třeba hlídat i okolí rány, zda není kůže náchylná k alergické reakci či podráždění od různých mastí či lepení. (Kalvach, 2010)

2.4 Potíže při příjmu stravy

Snížený příjem stravy při terminálním stádiu onemocnění může mít velice rychlý spád, který ovlivní další potíže jako třeba malnutrici, slabost, únavu a další. V paliativní péči se, ale na druhou stranu klade důraz na přání klienta a při jeho výslovném nesouhlasu stravu přijímat, vyslovené přání je respektováno. Nechutenství často doprovází poruchu příjmu potravy, obecně říci, že každé závažné onemocnění v terminálním stádiu je doprovázeno sníženou chutí přijímat stravu, a tak musíme vyzkoušet celkovou psychickou složku nemocného. Je potřeba vedení rozhovoru případně komunikovat s rodinou a problém vyřešit, zajímat se o oblíbenou stravu nemocného, a tak přijít na důvod nechutenství

Hydratace

Podávání tekutin je základní jev pro přežití člověka. Při odmítání stravy je důležité nabízet tekutiny, které nemocný hlavně chce a chutnají mu. V paliativní péči při neustálém odmítání tekutin a dehydrataci je indikovaná parenterální podávání tekutin. Parenterální podávání tekutin je indikováno v případech, že nemocný ztrácí akutně tekutiny jako při průjmech, zvracení a pocení. V případě, že není schopen přijímat tekutiny z důvodu základní progresy onemocnění. Ztrácí tělesné tekutiny z důvodu vyvedení orgánu ven na povrch kůže např. ileostomie, nebo pokud následky dehydratace výrazně zhoršují kvalitu pacientova života. (Kalvach, 2010)

2.5 Zácpa

Zácpa je definovaná jako obtížné nebo úplná neschopnost samostatného vyprázdnění tlustého střeva. V paliativní péči je zácpa jako vedlejší účinek medikace, s tím je spojená imobilita nebo i neschopnost samostatného pohybu, který velmi ovlivňuje podporu pravidelné stolice. Zácpa má celkově velkou řadu příčin jako obecné faktory, psychické, chorobné stavy a vliv léků, jak již bylo zmíněno. Důsledky potíží s nevyprázdněním jsou nepříjemné, protože se objevuje bolest břicha, celková schvácenost, zvýšení tlaku na konečník, úzkost až to může vyvolat zvracení či obtékaní stolice zvané skybala. Prevence zácpy je věnování pozornosti na vyprazdňovací návyky a zavedení sledování vyprazdňování. Stolica se dá podpořit různými faktory ať pravidelným užíváním léků na změkčení, pravidelným pasivním cvičením či stravou, která je bohatá na vlákninu. Pokud se nedaří stolici v časovém intervalu podpořit musíme situaci vyřešit podáním perorálních projímadel či aplikace per rectum. (Kalvach, 2010)

2.6 Psychické obtíže

Úzkost je velice nepříjemný stav, který je definován ze strachu z něčeho neznámého doprovázeno bušením srdce, chvění či pocení. V paliativní péči je úzkost spojená se strachem ze smrti či neznámého prostředí. To můžeme eliminovat psychickou podporou, časovou komunikací či umožněním prožívání věcí co má nemocný rád.

2.7 Syndrom geriatrické křehkosti

Je typickým a častým modelem onemocnění při které později dochází k poskytování paliativní péče. Pokud se nepokusí o rychlé navrácení v řádu hodin, dnů či měsíců tak přechod do terminálního stavu může mít rychlý spád. Tento stav není pevně vázán s věkovou hranicí, podílejí

se na ní chronické nemoci, komplikace, dědičné predispozice, životní styl a celkové bio, psycho sociální aspekt klienta. (Kabelka,2022) Příklady onemocnění:

1. Zánět
2. Anorexie
3. Dysfunkce nervového systému
4. Apatie
5. Deprese
6. Úzkost
7. Svalová atrofie
8. Úbytek svalové hmoty
9. Menopauza
10. Stres
11. Nežádoucí účinky léků
12. Dechové či srdeční vady

Základním krokem geriatrické křehkosti je prevence či předcházení vzniku. Začátek je velice snadný, a to komunikace se samotným klientem nebo jeho rodinou a chtění získání nových informací. Díky informacím, které se přesně týkají nemocného se mohou sestavit realistické plány kterou jsou tzv. šity na míru. Dle anglické literatury je to nazváno FRAILTY.

F- food (jídlo) podpora stravy, příjem menších porcí, kontrola polykání, hygiena dutiny ústní

R- Resistance (pohyb) posilnění svalů, zátěž dolních končetin,

A -aterosklerosis (Ateroskleróza) předcházení ateroskleróze

I-Isolation (izolace) chození mezi lidmi, aktivní komunikace s druhými a udržování přátelských vztahů

L-Limit pain (kontrola bolesti) klientovi při objevení bolesti podávat dostatečná analgetika, umět bolest hodnotit vizuálními škálami

T-tai-chi (posilnění rovnováhy) účastnění se na aktivizačních akcí domovů

Y-yearly functional necking, dodržování zdravotního stavu (Frailty in Aging,2015)

3 Postupy v paliativní péči

Paliativní péče má řadu postupů a přístupů, které se poskytují jako komplexní péče klientům s pokročilými nevléčitelnými onemocněními.

1. Zhodnocení celkového zdravotního stavu klienta, jeho symptomů, ale také emočních, duševních či sociálních potřeb, které slouží personálu pro zhodnocení plánu péče.
2. Kontrola bolesti a symptomů je hlavní cíl paliativní péče. Díky tomu může lékař nastavit vhodné užití medikamentózní léčby či relaxačních technik.
3. Dalším klíčovým aspektem je poskytování emoční podpory nejen klientům i jejich rodinám díky službám domovů pro seniory jako jsou individuální terapie, podpůrné skupiny, poradenství ohledně zvládání smutku či zorganizování případného smutečního rozloučení.
4. Otevřená komunikace je důležitou součástí pro realizaci ošetrovatelských plánů nejen s rodinou, ale i mezi multidisciplinárním týmem. Slouží pro sdílení přání, potřeb, obav ale i léčebných možností či prognóze léčby.
5. Další jako jsou potřeba výživy, hydratace a různé symptomy závisí na individuálních potřebách klienta a jejich rodin. Nicméně klíčovým principem paliativní péče je zhodnocení celkové ošetrovatelské péče, která respektuje individuální přání klientů a jejich rodin a maximalizuje jejich kvalitu života v období umírání. (Paliativní péče v rezidenčních službách, 2020)

3.1 Problémy v paliativní péči

V paliativní péči existuje řada problémů, které jsou spojeny s jejím poskytováním.

1. Nedostatek informací o poskytování paliativní péče. Klienti často neví o průběhu poskytování paliativní péče a celkovému životě v sociálních zařízeních, tak mají časté zbytečné obavy. S tím jsou spojené obavy o odchod z nynějšího domova o svoji rodinu a blízké, jak to zvládnou. Nemají předchozí ujištění o poskytování paliativní péče kvalifikovaným a proškoleným personálem, který si umí poradit a vyřešit každý problém který je v jejich silách zvládnout. (Balíková, 2016)
2. Nedostatečná komunikace nejen mezi klienty a jejich rodinami, ale hlavně mezi rodinami a personálem což může vést k obavám o péči člena rodiny.
3. Nedostatečná podpora ze strany rodiny, protože rodiny mají většinou větší strach, co jejich člena rodiny čeká a vlastně ani sami neví, jak se cítí.

4. Chybění financí je problém asi všech institucí, a tak se to týká i domovů pro seniory. Péče je náročná, vyžaduje velkou spotřebu materiálu, který se stává v moderní době jednorázovým, což ušetří rizika infekcí i čas personálu.
5. Etické a morální dilemata jsou problémem týkající se paliativní péče, protože každý jedinec má jedinečný svůj názor tak i postoj. Etické dilemata se týkají léčby či umělé podpůrné péče.

Tyto problémy a výzvy ukazují důležitost dalšího rozvoje paliativní péče a poskytování podpory nejen samotným pacientům, ale i jejich rodinám a poskytovatelům péče.

4 Domovy pro seniory

Je druh poskytování sociální služby, která je určena seniorům. Obvykle je služba poskytována seniorům z důvodu snížené schopnosti i sebepečce kvůli onemocnění. Cílem služby jsou co nejvíce začlenit seniory do svého základního života a zajistit jim psychickou a fyzickou soběstačnost. Domovy pro seniory zajistí důstojné prostředí a pobyt je placenou sociální službou. (Pechová, 2020)

Podmínky pro přijetí

Podmínky pro přijetí jsou téměř všude stejné. Základem je podat žádost o umístění do domova s vyjádřením praktického lékaře. Při nástupu uzavře klient smlouvu s domovem o poskytnutí služby, smlouva obsahuje poskytování služeb, podmínky pro ubytování, strava a další služby poskytované domovem. Dále obsahuje podmínky o způsobu placení, dodržování právních norem či vnitřní předpisy. Nesmí chybět informace o výpovědním důvodu a doby platnosti. Smlouva je sepsána ve dvou vyhotoveních s tím, že jedno zůstává v domově a druhé si bere sám klient, dále jsou podány informace, že smlouva byla sepsána ze svobodné vůle a obě strany jsou vyrozuměny s jejím obsahem.

Poskytované služby

Domovy pro seniory poskytují služby ze zákona o sociálních službách. Zahrnuje to služby jako praní a žehlení prádla, dále celodenní nárok na stravu s možností i výběru jídla a podle zdravotního stavu vyjádření i nutriční terapeutky výběr vhodné konzistence stravy. Dále poskytování pomoci odborným personálem jako oblékání, pomoc při hygieně, péče o vlasy i nehty či orientace po budově. V domovech jsou aktivity či činnosti určené pro seniory ke zlepšení motoriky, slouží to i ke trávení společného času pohromadě a podpora mezilidských vztahů. Další aktivity jsou poskytovány individuálně jako je čtení z knih, cvičení v rámci fyzioterapie či pletení v rámci ergoterapie. Zájemem všech zaměstnanců je spokojenost klienta a podpora návštěvy s rodinnými příslušníky, vytvořit jim příjemné prostředí a plnit klientovo přání v rámci možností.

Práva a povinnosti

Klienti musí dodržovat domovní řád jako je noční klid, komu je domov přístupný, dále zákaz užívání alkoholu či drog, čas hygieny, čas podávání stravy, celkový provoz domova. Jakým přístupem by klienti hradili škody i sankce za porušení pravidel.

4.1 Statistiky

Domovy pro seniory v České republice jsou plné z 96 %. Chybějí stále místa pro fyzicky i psychicky postižené a ty služby právě poskytují domácí péče či domovy pro seniory se zvláštním režimem, kterých je stále v regionech nedostatek. Za dostupnost sociálních služeb na svém území odpovídají podle zákona kraje. Mají za úkol připravovat plán jejich rozvoje. Ministerstvo práce a sociálních věcí je kontroluje a připravuje dlouhodobé úpravy celého systému.

Hlavními zřizovateli domovů pro seniory v České republice jsou pak nejen kraje, ale především jednotlivé obce. Vedle nich provozují domovy důchodců i některé neziskové organizace, církve, ale i soukromé firmy. (Irozhlas.cz)

Téměř tři sta lůžek nabídnou domovy pro seniory, které co nevidět vyrostou na Vysočině. O umístění v domovech pro seniory je na Vysočině čím dál větší zájem. Je to zapříčiněné tím, že senioři rychle stárnou, ale také i tím, že se o ně nemá kdo starat. V další řadě i odporné způsobilosti provázené nemocemi jako jsou určité zdravotní potíže.

5 Výzkumná část

Výzkumná část je zaměřena na zpracování a vyhodnocení dotazníkového šetření do sloupcových grafů. Respondenti byly všeobecné či praktické sestry v domovech pro seniory v Kraji Vysočina.

5.1 Výzkumné otázky

Pro práci jsem si vytvořila čtyři výzkumné otázky.

Výzkumné otázky:

1. Jaké postupy v paliativní péči se využívají v domovech pro seniory?
2. S jakými problémy v poskytování paliativní péče se v domech pro seniory setkávají všeobecné či praktické sestry?
3. Jaký přínos vidí všeobecné či praktické sestry v poskytování paliativní péče v domovech pro seniory?
4. Sociodemografické údaje

5.2 Metodika

Praktická část bakalářské práce byla provedena formou kvantitativního výzkumu. Pro výzkumné šetření byla zvolena forma dotazníkového zpracování (viz příloha 5). Dotazníkové šetření jsem zvolila z důvodu získání velkého počtu dat od všeobecných či praktických sester. Dotazníky byly distribuovány v tištěné podobě do domovů pro seniory v Kraji Vysočina. Výzkum byl prováděn se souhlasem vrchních sester (viz příloha 1-4), kde bylo šetření realizováno. Šetření proběhlo v období únor 2024 až duben 2024.

5.3 Postup zkoumání

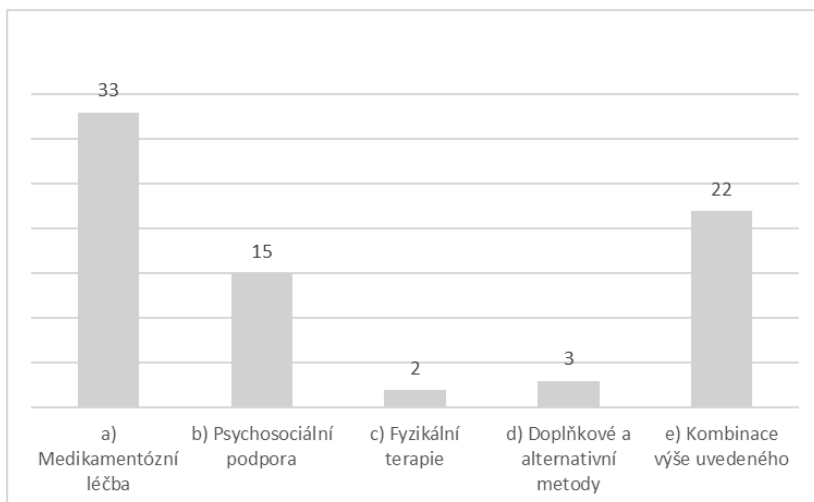
Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval celkem 22 otázek. Prvních 18 otázek bylo odborných, kde jsem zvolila 2 otevřené otázky číslo 11 a 18 na základě odborné literatury a poslední 4 otázky byli sociodemografické, kde jsem se dotazovala na věk, pohlaví, délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe přímo v domově pro seniory. Respondent mohl zvolit buď jednu správnou odpověď, nebo napsání svého vlastního textu, když bylo uvedeno.

5.4 Charakteristika dat

Pro uskutečnění jsem si vybrala 5 domovů pro seniory v Kraji Vysočina. V šestém domově pro seniory mi nebyl výzkum doporučen. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníkových šetření, kde se mi vrátilo 75 vyplněných dotazníků, vzhledem ke špatnému vyplnění či nevyplnění vůbec nebylo možné 25 vytištěných verzí zpracovat. Do každého domova pro seniory jsem zvolila stejný počet a to 15 vytištěných verzí. Grafy v praktické části jsou zpracované pomocí programu Microsoft Office Excel, kde jsou seřazeny ve sloupcových grafech.

6 Praktická část

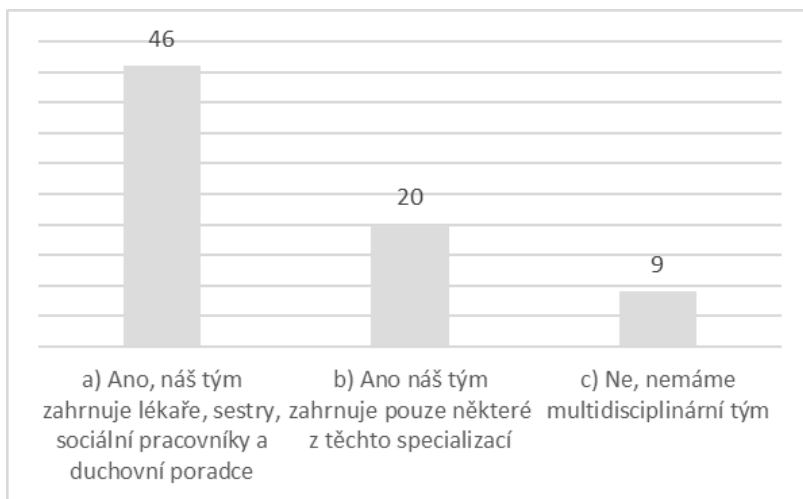
Otázka č.1 Jaké jsou nejčastější metody paliativní péče používané ve vašem zařízení pro seniory?



Graf 1

V otázce číslo 1 byla zjištěna nejčastější metoda paliativní péče. Z celkového počtu 75 všeobecných/praktických sester (100 %), 33 respondentů (44 %) odpovědělo medikamentózní léčbu, 15 respondentů (20 %) odpovědělo psychosociální podporu, 2 respondenti (2,7 %) odpovědělo fyzikální terapii, 3 respondenti (4 %) odpověděli doplňkové a alternativní metody a 22 respondentů (29,3 %) odpovědělo kombinace výše uvedeného.

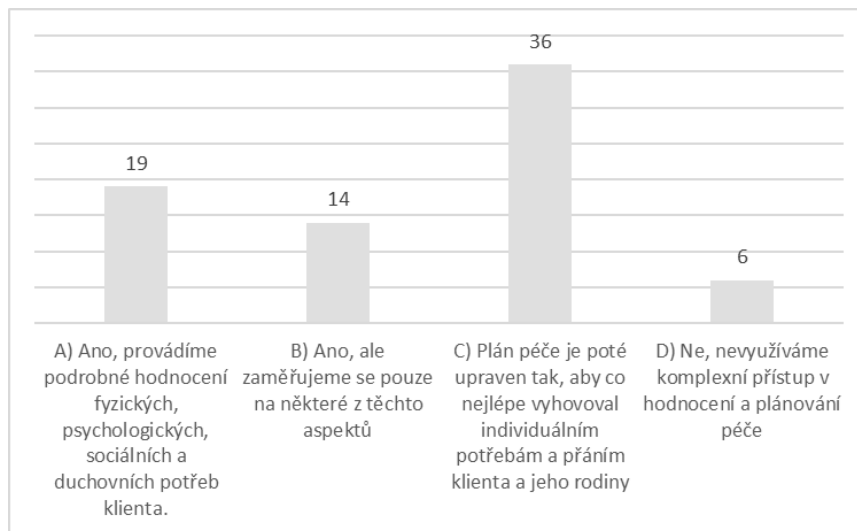
Otázka č.2. Je ve vašem zařízení realizován multidisciplinární přístup, na kterém se podílejí lékaři, sestry, sociální pracovníci, duchovní poradci a další specializovaní odborníci?



Graf 2

V otázce číslo 2 bylo zjišťováno realizace multidisciplinárního týmu. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 46 respondentů (61,3 %) odpovědělo ano, náš tým zahrnuje lékaře, sestry, sociální pracovníky a duchovní poradce, 20 respondentů (26,7 %) odpovědělo ano, náš tým zahrnuje pouze některé z těchto specializací a 9 respondentů (12 %) odpovědělo ne, nemáme multidisciplinární tým.

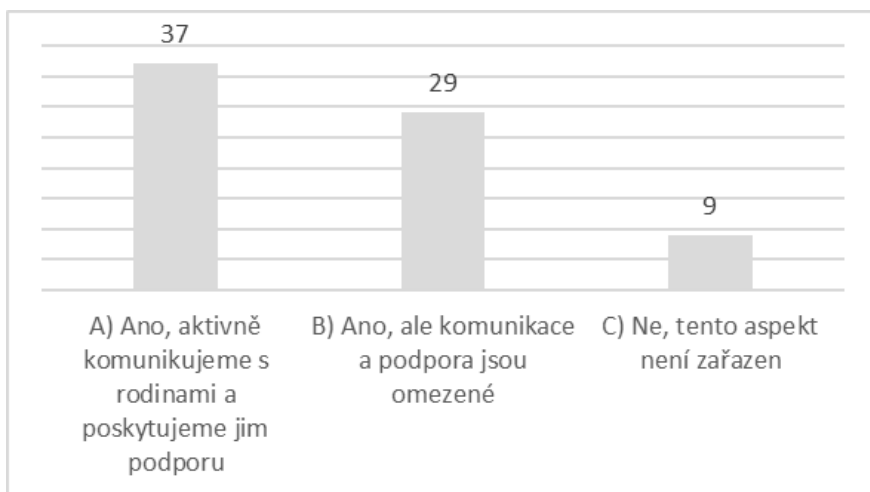
Otázka č.3 Máte u klientů v paliativní péči zavedenou dokumentaci, která zahrnuje podrobné hodnocení klientových potřeb, včetně fyzických, psychologických, sociálních a duchovních aspektů?



Graf 3

V otázce číslo 3 bylo zjišťováno zavedení dokumentace hodnocení klientových potřeb. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 19 respondentů (25,3 %) odpovědělo ano, provádíme podrobné hodnocení fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb klienta, 14 respondentů (18,7 %) odpovědělo ano, ale zaměřujeme se pouze na některé z těchto aspektů, 36 respondentů (48,0 %) odpovědělo plán péče je poté upraven tak, aby co nejlépe vyhovoval individuálním potřebám a přáním klienta a jeho rodiny, 6 respondentů (8 %) odpovědělo ne, nevyužíváme komplexní přístup v hodnocení a plánování péče.

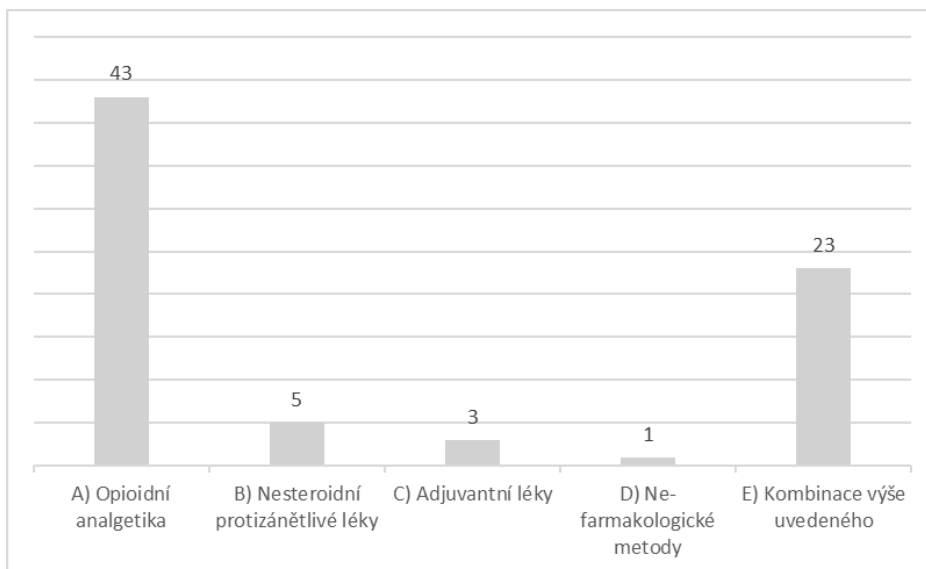
Otázka č. 4. Je kladen zvláštní důraz na komunikaci s klienty a jejich rodinami, informování o stádiu a možnostech péče, a poskytování podpory rodině během procesu péče?



Graf 4

V otázce číslo 4 bylo zjišťováno kladení zvláštního důrazu na komunikaci, informování, poskytování péče. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 37 respondentů (49,3 %) odpovědělo ano, aktivně komunikujeme s rodinami a poskytujeme jim podporu, 29 respondentů (38,7 %) odpovědělo ano, ale komunikace a podpora jsou omezené a 9 respondentů (12 %) odpovědělo ne, tento aspekt není zařazen.

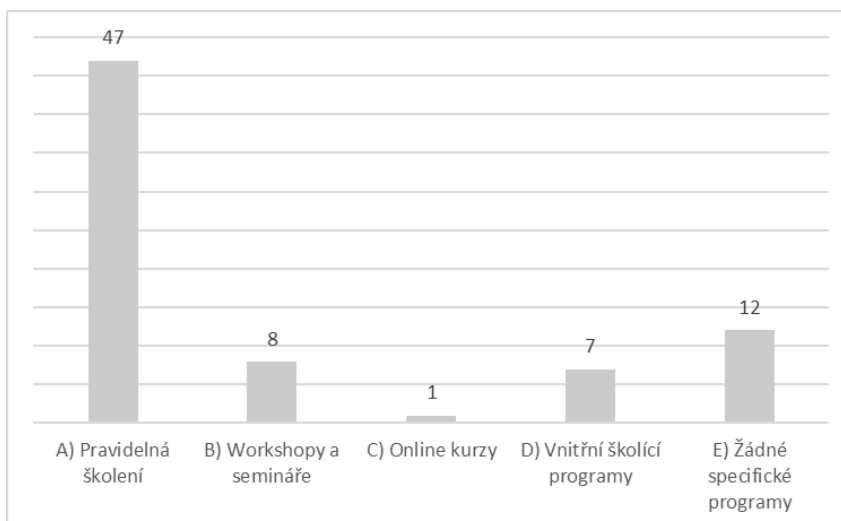
Otázka č. 5. Jaké typy léčby se nejčastěji používají pro zvládnání bolesti a nepohodlí u klientů v paliativní péči?



Graf 5

V otázce číslo 5 bylo zjišťováno nejčastější typy léčby. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 43 respondentů (57,3 %) odpovědělo opioidní analgetika, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo nesteroidní protizánětlivé léky, 3 respondenti (4 %) odpovědělo adjuvantní léky, 1 respondent (1,3 %) odpovědělo ne-farmakologické metody a 23 respondentů (30,7 %) odpovědělo kombinace výše uvedeného.

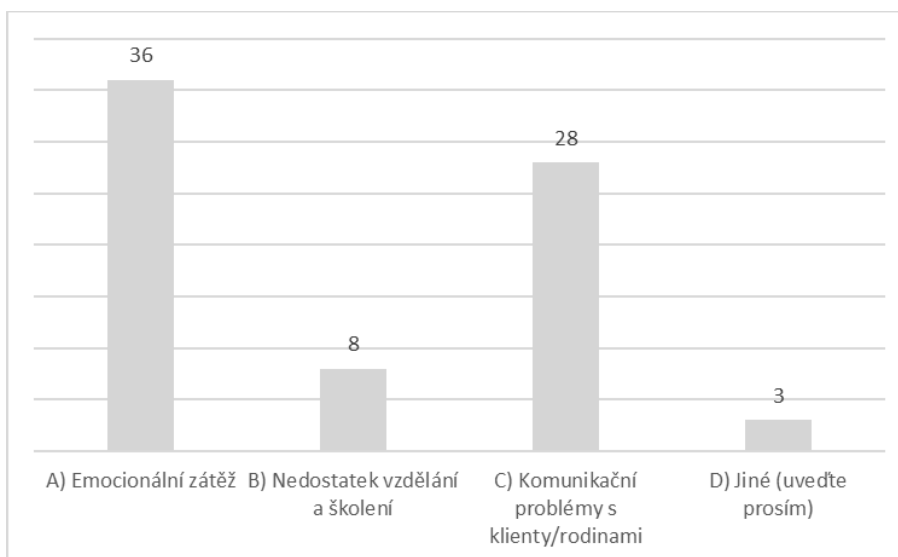
Otázka č. 6 Jaké vzdělávací programy jsou ve vašem zařízení realizovány pro personál, které podporují kvalitní poskytování paliativní péče?



Graf 6

V otázce číslo 6 bylo zjišťováno jaké vzdělávací programy jsou využívány. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 47 respondentů (62,7 %) odpovědělo pravidelná školení, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo workshopy a semináře, 1 respondent (1,3 %) odpovědělo online kurzy a 12 respondentů (16 %) odpovědělo žádné specifické programy.

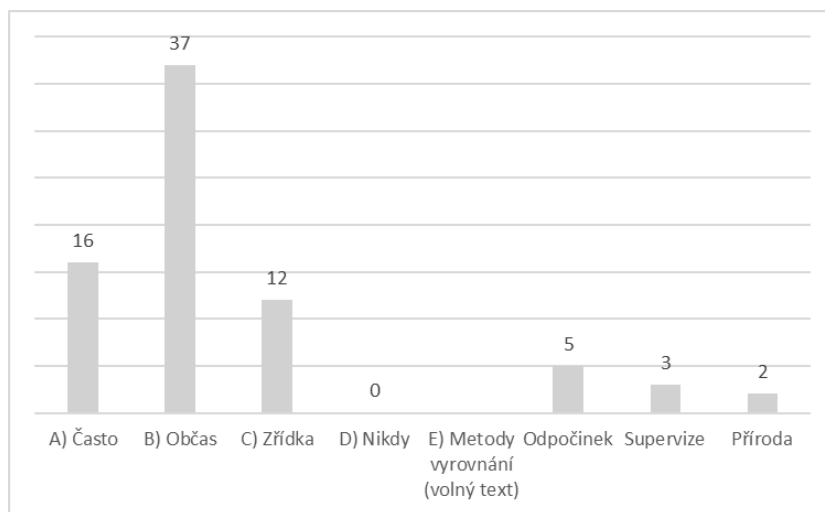
Otázka č.7 Jaké jsou největší výzvy, se kterými se setkáváte při poskytování paliativní péče v domově pro seniory?



Graf 7

V otázce číslo 7 bylo zjišťováno setkání největších výzev. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 36 respondentů (48 %) odpovědělo emocionální zátěž, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo nedostatek vzdělávání a školení, 28 respondentů (37,3 %) odpovědělo komunikační problémy s klienty/ rodinami a 3 respondenti (4 %) odpověděli jiné.

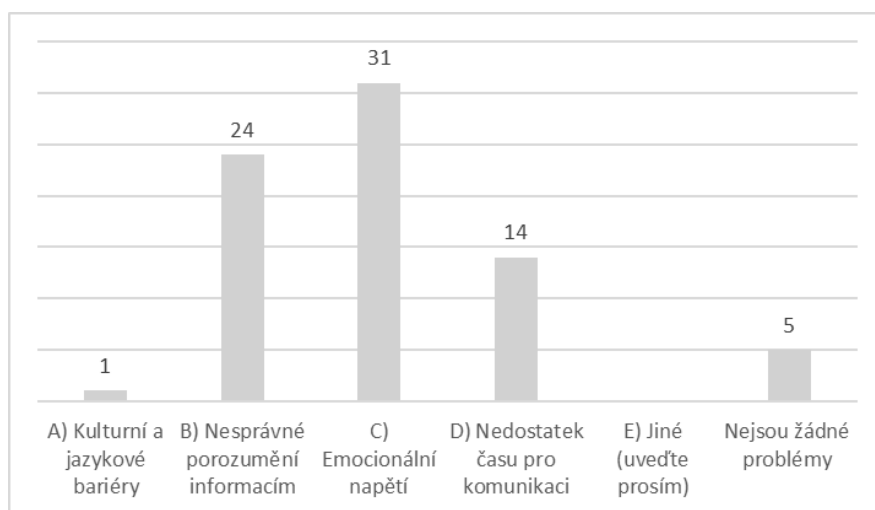
Otázka č. 8. Jak často se setkáváte s emočním vyčerpáním při poskytování paliativní péče a jak se s tím vyrovnáváte?



Graf 8

V otázce číslo 8 bylo zjišťováno setkání s emočním vyčerpáním. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo často, 37 respondentů (49,3 %) odpovědělo občas, 12 respondentů (16 %) odpovědělo zřídka, 0 respondentů (0 %) odpovědělo nikdy, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo metody vyrovnání odpočinek, 3 respondenti (4 %) odpovědělo metody vyrovnání supervize a 2 respondenti (2,7 %) odpovědělo metodu vyrovnání přírodu.

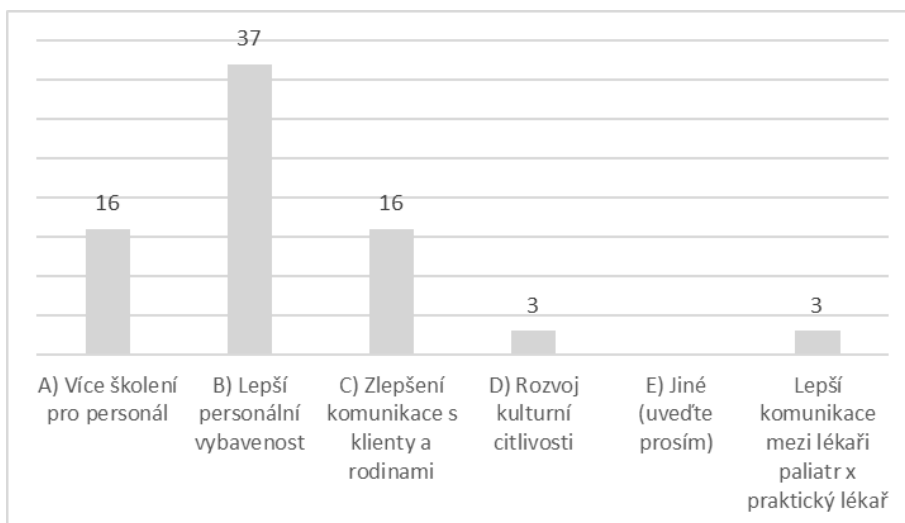
Otázka č. 9. Jaké jsou nejčastější komunikační problémy mezi zdravotním personálem, klienty a jejich rodinami v kontextu paliativní péče?



Graf 9

V otázce číslo 9 bylo zjišťováno nejčastější komunikační problémy. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 1 respondent (1,3 %) odpovědělo kulturní a jazykové bariéry, 24 respondentů (32 %) odpovědělo nesprávné porozumění informacím, 31 respondentů (41,3 %) odpovědělo emocionální napětí, 14 respondentů (18,7 %) odpovědělo nedostatek času pro komunikaci, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo jiné žádné problémy nejsou.

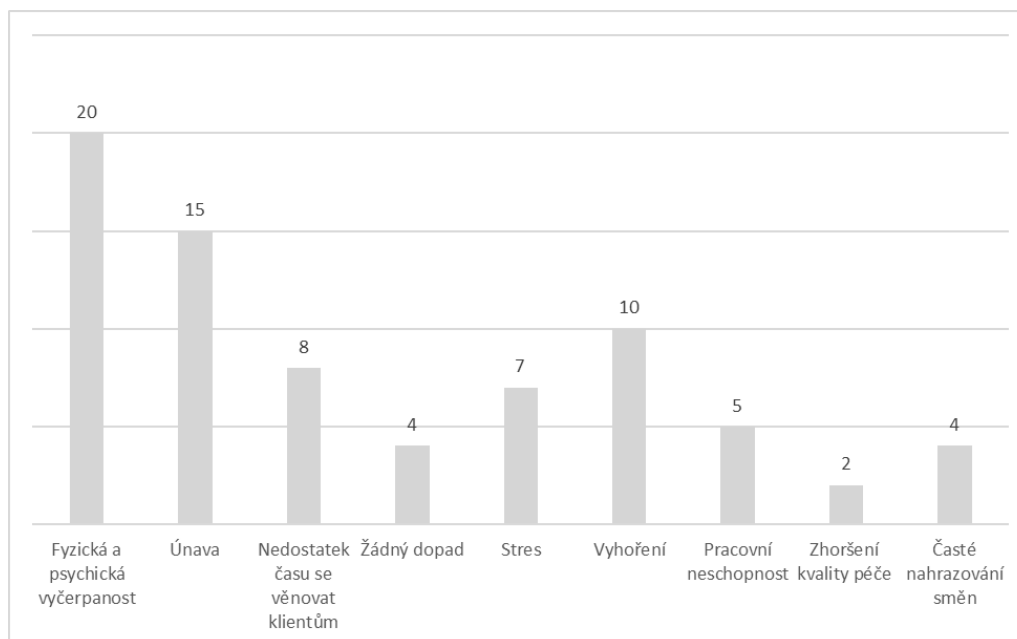
Otázka č. 10. Jaká opatření by podle vás pomohla zlepšit kvalitu paliativní péče v domovech pro seniory?



Graf 10

V otázce číslo 10 bylo zjišťováno opatření na zlepšení kvality péče. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo více školení pro personál, 37 respondentů (49,3 %) odpovědělo lepší personální vybavenost, 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo zlepšení komunikace s klienty a rodinami, 3 respondenti (4 %) odpovědělo rozvoj kulturní citlivosti a 3 respondenti (4 %) odpovědělo jiné lepší komunikace mezi lékaři paliatr x praktik.

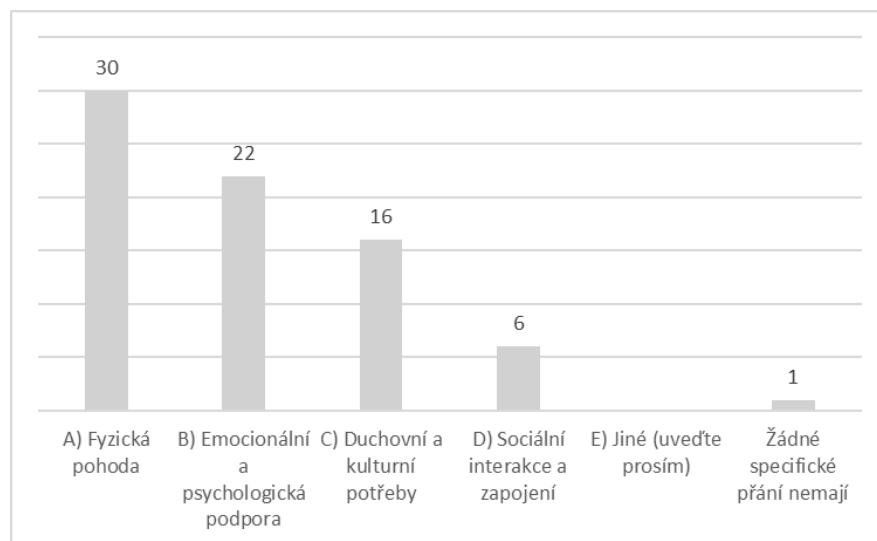
Otázka č. 11. Jaký dopad má personální nedostatek na poskytování paliativní péče ve vašem pracovišti?



Graf 11

V otázce číslo 11 bylo zjištěno dopad personálního nedostatku na zlepšení kvality péče. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo fyzická a psychická vyčerpanost, 13 respondentů (17,3 %) odpovědělo únavu, 10 respondentů (13,3 %) odpovědělo nedostatek času se věnovat klientům, 9 respondentů (12 %) odpovědělo žádný dopad to nemá, 4 respondenti (5,3 %) odpovědělo stres, 3 respondenti (4 %) odpověděli zátěž, 3 respondenti (4 %) odpověděli vyhoření, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli pracovní neschopnost, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo zvýšené nároky na personál, 6 respondentů (8 %) odpovědělo přetížení, 3 respondenti (4 %) odpověděli zhoršení kvality péče, 3 respondenti (4%) odpověděli časté nahrazování směn, 3 respondenti (4 %) odpověděli negativní dopad celkový.

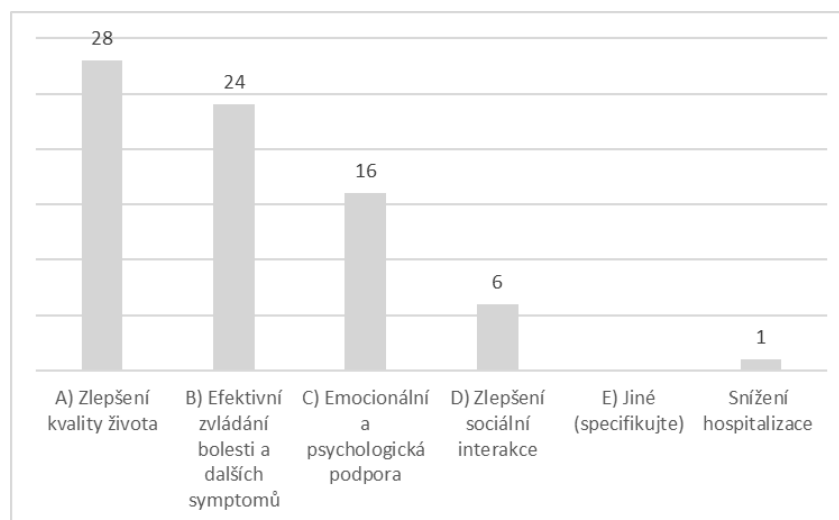
Otázka č. 12. Jaké jsou specifické potřeby a přání klientů v paliativní péči, se kterými se nejčastěji setkáváte?



Graf 12

V otázce číslo 12 bylo zjištěno specifické potřeby klientů. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 30 respondentů (40 %) odpovědělo fyzická pohoda, 22 respondentů (29,3 %) odpovědělo emocionální psychologická podpora, 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo duchovní a kulturní potřeby, 6 respondentů (8 %) odpovědělo sociální interakce a zapojení, 1 respondent (1,3 %) odpověděl jiné žádné specifické přání nemají.

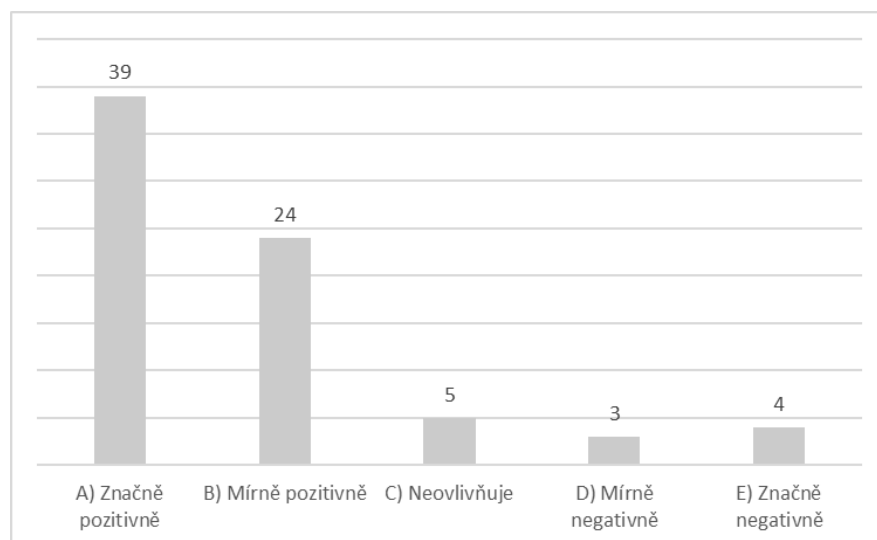
Otázka č. 13. Jaké jsou podle vaší zkušenosti hlavní přínosy paliativní péče pro klienty v domovech pro seniory?



Graf 13

V otázce číslo 13 bylo zjišťováno přínosy paliativní péče. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 28 respondentů (37,3 %) odpovědělo zlepšení kvality života, 24 respondentů (32 %) odpovědělo efektivní zvládání bolesti a dalších symptomů, 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo emocionální a psychická podpora, 6 respondentů (8 %) odpovědělo zlepšení sociální interakce, 1 respondent (1,3 %) odpovědělo jiné snížení hospitalizace.

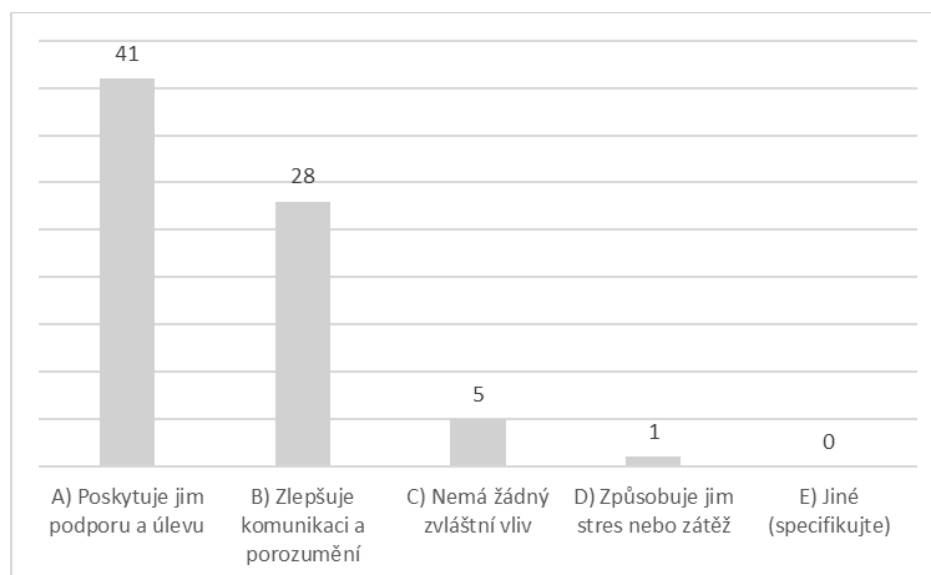
Otázka č. 14. Jak paliativní péče ovlivňuje kvalitu života klientů ve vašem zařízení?



Graf 14

V otázce číslo 14 bylo zjištěno ovlivnění života klientů. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 39 respondentů (52 %) odpovědělo značně pozitivně, 24 respondentů (32 %) odpovědělo mírně pozitivně, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo neovlivňuje, 3 respondenti (4 %) odpověděli mírně negativně a 4 respondenti (5,3 %) odpovědělo značně negativně.

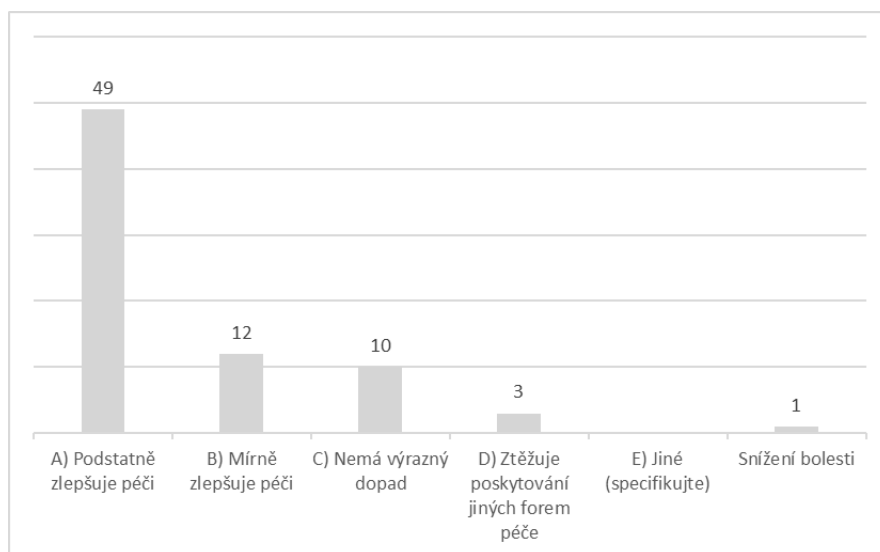
Otázka č. 15. Jaký vliv má paliativní péče na rodiny a blízké klientů?



Graf 15

V otázce číslo 15 bylo zjištěno vliv paliativní péče. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 41 respondentů (54,7 %) odpovědělo poskytuje jim podporu a úlevu, 28 respondentů (37,3 %) odpovědělo zlepšuje komunikaci a porozumění, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo nemá žádný zvláštní vliv, 1 respondent (1,3 %) odpověděl způsobuje jim stres nebo zátěž a 0 respondentů (0 %) odpovědělo jiné specifikujte.

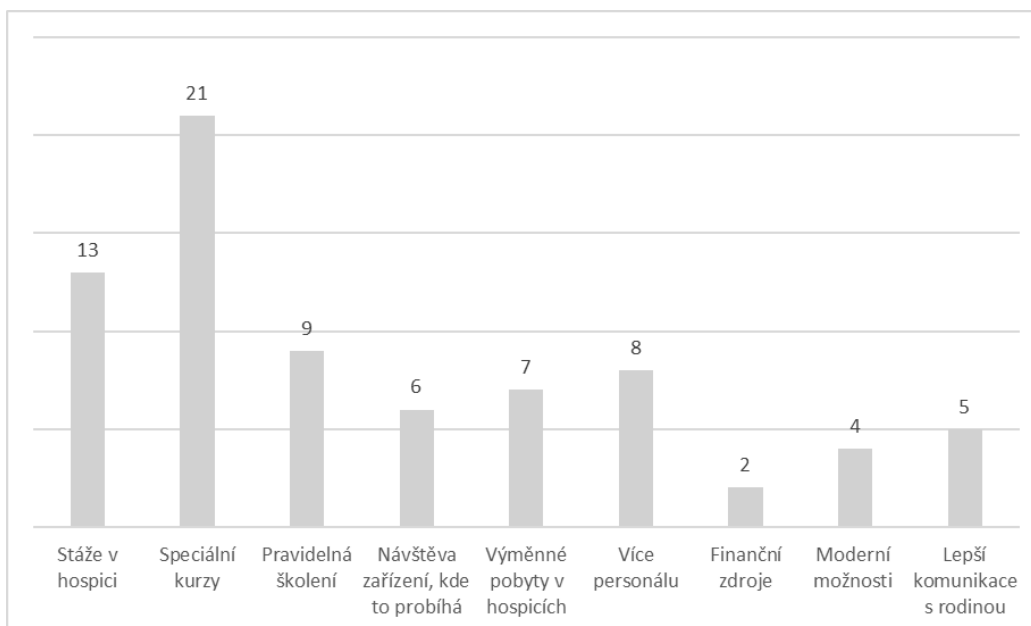
Otázka č. 16. Jak paliativní péče přispívá k celkové péči o seniory v domově?



Graf 16

V otázce číslo 16 bylo zjištěno přispívání paliativní péče. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 49 respondentů (65,3 %) odpovědělo podstatně zlepšuje péči, 12 respondentů (16 %) odpovědělo mírně zlepšuje péči, 10 respondentů (13,3 %) odpovědělo nemá výrazný dopad, 3 respondenti (4 %) odpověděli ztěžuje poskytování jiných forem péče, 1 respondent (1,3 %) odpověděl jiné snížení bolesti.

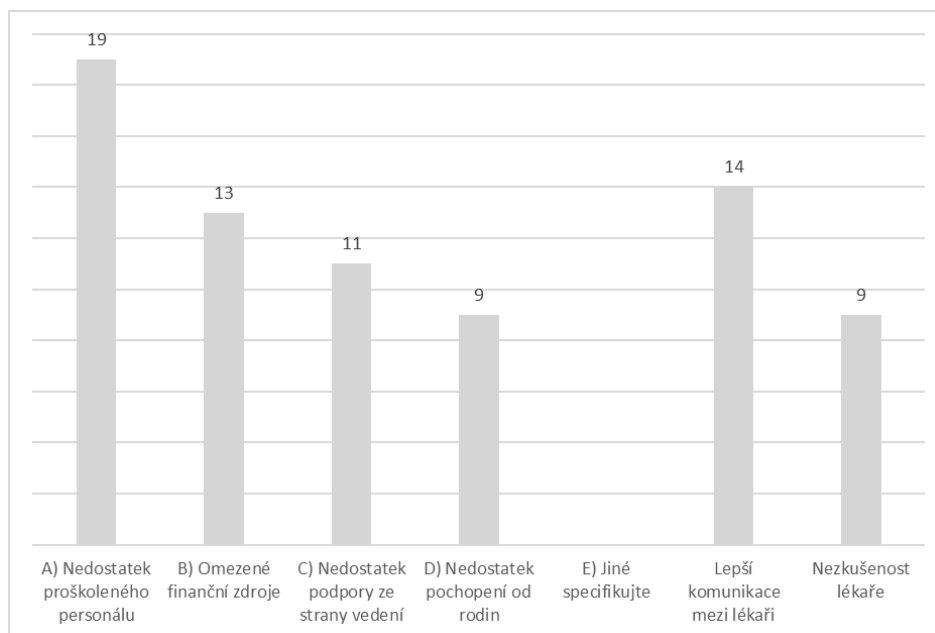
Otázka č. 17. Jaká školení nebo další zdroje by podle vás pomohly všeobecným či praktickým sestrám lépe poskytovat paliativní péči?



Graf 17

V otázce číslo 17 bylo zjištěno školení pro poskytování paliativní péče. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 12 respondentů (16 %) odpovědělo stáž v hospici, 10 respondentů (13,3 %) odpovědělo speciální kurzy, 15 respondentů (20 %) odpovědělo pravidelná školení, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo komunikace s rodinou, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli odborná péče, 1 respondent (1,3 %) odpověděl návštěva zařízení kde to probíhá, 7 respondentů (9,3 %) odpovědělo komunikace s klienty, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli výměnné pobyty v hospicích, 6 respondentů (8 %) odpovědělo finanční zdroje, 6 respondentů (8 %) odpovědělo více personálu, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli bolest, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli opioidní terapie, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli moderní možnosti.

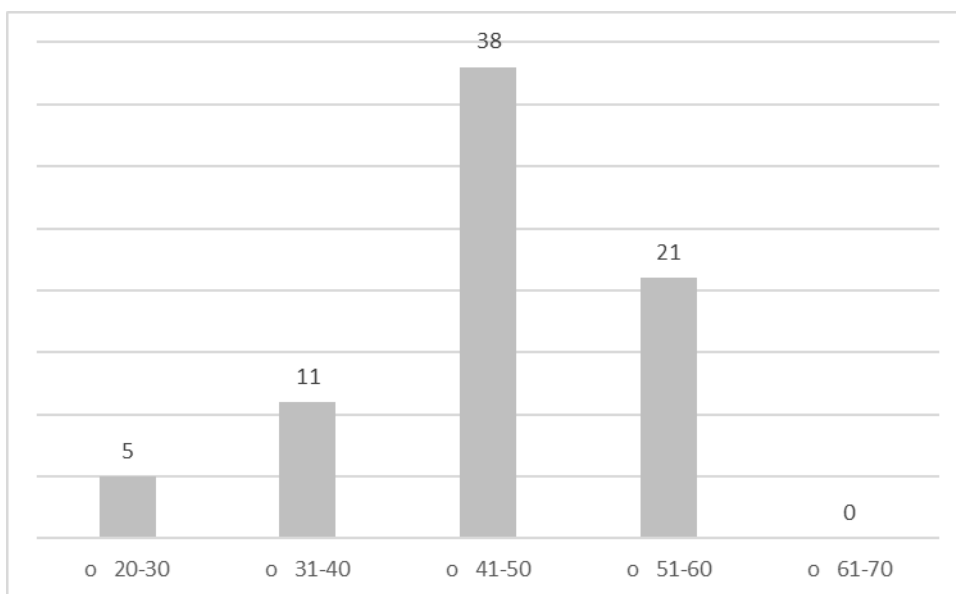
Otázka č. 18. Jaké jsou podle vašeho názoru největší překážky pro úspěšné začlenění paliativní péče do každodenní praxe v domovech pro seniory?



Graf 18

V otázce číslo 18 bylo zjištěno překážky paliativní péče. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 26 respondentů (36,7 %) odpovědělo nedostatek školeného personálu, 22 respondentů (29,3 %) odpovědělo omezené finanční a materiální zdroje, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo nedostatek podpory ze strany vedení, 11 respondentů (14,7 %) odpovědělo nedostatečné pochopení a podpora od rodin klientů, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo komunikace mezi praktikem a paliatrem, 4 respondenti (5,3 %) odpověděli nedostatek podpory od zaměstnavatele, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli nezkušený lékař.

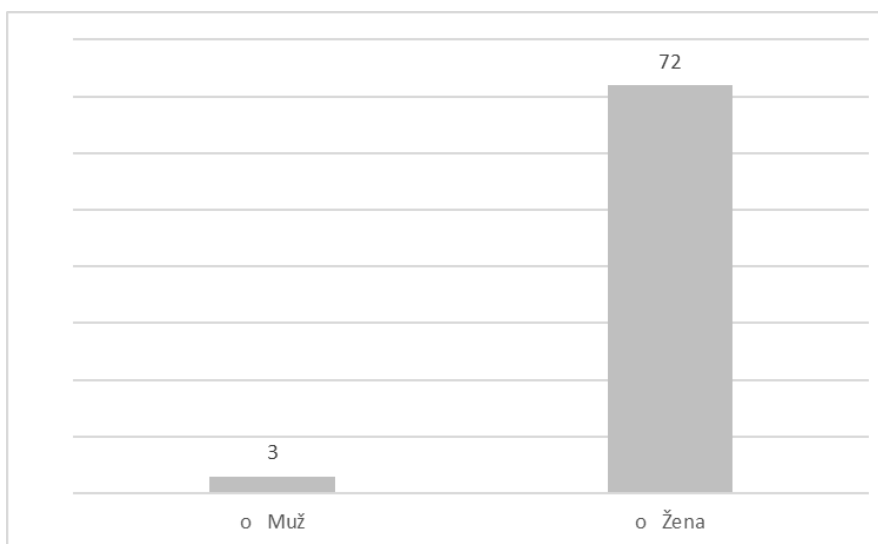
Otázka č. 19 váš věk?



Graf 19

V otázce číslo 19 bylo zjištěno váš věk. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo 20-30 let, 11 respondentů (14,7 %) odpovědělo 31-40 let, 38 respondentů (50,7 %) odpovědělo 41-50 let, 21 respondentů (28 %) odpovědělo 51-60 let, 0 respondentů (0 %) odpovědělo 61-70 let.

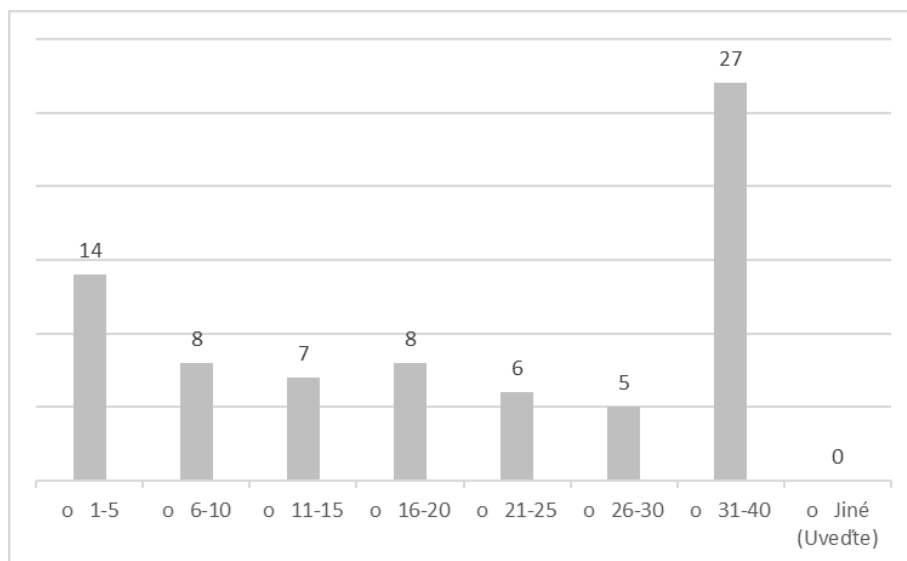
Otázka č. 20 vaše pohlaví?



Graf 20

V otázce číslo 20 bylo zjištěno vaše pohlaví. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 3 respondenti (4 %) odpověděli muž, 72 respondentů (96 %) odpovědělo žena.

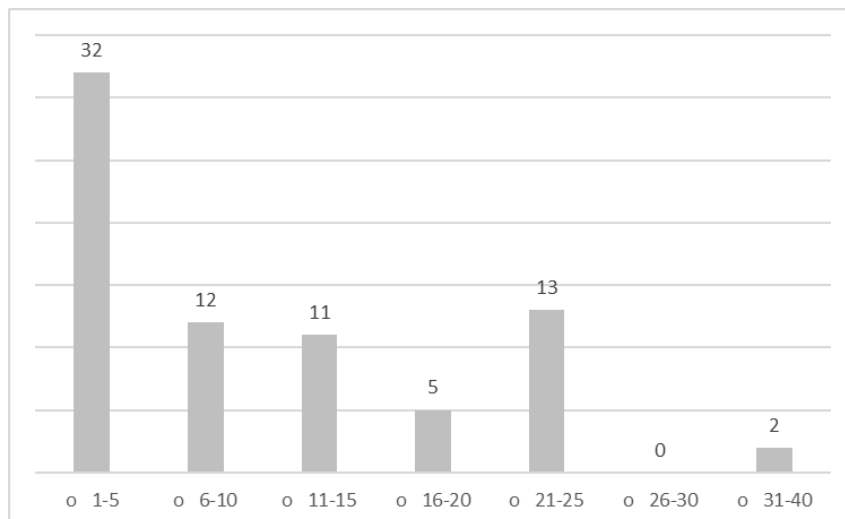
Otázka č. 21. Vaše délka praxe ve zdravotnictví?



Graf 21

V otázce číslo 21 bylo zjištěno vaše délka praxe ve zdravotnictví. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 14 respondentů (18,7 %) odpovědělo 1-5 let, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo 6-10 let, 7 respondentů (9,3 %) odpovědělo 11-15 let, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo 16-20 let, 6 respondentů (8 %) odpovědělo 21-25 let, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo 26-30 let, 27 respondentů (36 %) odpovědělo 31-40 let, 0 respondentů (0 %) odpovědělo jiné.

Otázka č. 22. Vaše délka praxe přímo v domově pro seniory?



Graf 22

V otázce číslo 22 bylo zjištěno vaše délka praxe přímo v domově pro seniory. Z celkového počtu 75 všeobecných/ praktických sester (100 %), 32 respondentů (42,7 %) odpovědělo 1-5 let, 12 respondentů (16 %) odpovědělo 6-10 let, 11 respondentů (14,7 %) odpovědělo 11-15 let, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo 16-20 let, 13 respondentů (17,3 %) odpovědělo 21-25 let, 0 respondentů (0 %) odpovědělo 26-30 let, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli 31-40 let.

Diskuze

V přiložené bakalářské práci s názvem Paliativní péče v domovech pro seniory v Kraji Vysočina jsem si zvolila za cíl zmapovat možnosti poskytování paliativní péče a zjistit postoje sester k poskytování paliativní péče v domovech pro seniory v Kraji Vysočina. Stanovila jsem si čtyři výzkumné otázky a pomocí kvantitativní metody získala odpovědi na stanovený cíl s využitím dotazníkového šetření.

Použitá metoda dotazníkového šetření je výhodná pro jednoduchost zpracování dat a možnost oslovení většího množství respondentů. Nicméně, absence přítomnosti výzkumníka může bránit v řešení případných nejasností či dotazů respondentů, což může ovlivnit kvalitu dat, dále může docházet k vzájemnému ovlivňování respondentů.

Dotazníkové šetření proběhlo v pěti domovech pro seniory, Domov pro seniory Koutkova-Kubešova Třebíč, Domov pro seniory Třebíč – Manželů Curieových, Diakonie ČCE - středisko v Myslibořicích, Integrované centrum sociálních služeb Jihlava Lesnov. Snaha byla šetření provést i v dalším šestém domově pro seniory Dům sv. Antonína v Moravských Budějovicích, ale po domluvě s paní vrchní mi šetření zamítla. Celkově se rozdalo 100 vytištěných dotazníkových šetření, zpět vyplněných se mi vrátilo 75 dotazníků pro vypracování výzkumné části bakalářské práce. Dotazníkové šetření probíhalo od února do dubna 2024.

Vyhodnocení výzkumné otázky číslo 1.

Jaké postupy v paliativní péči se využívají v domovech pro seniory?

Zde byly využity otázky číslo 1,2,3,4,5,6

Marková považuje poskytování paliativní péče, za péči, která je především orientovaná na zlepšení kvality života nemocného. Péče je poskytována všem nemocným, kteří trpí nevléčitelnou nebo nemocí v pokročilém terminálním stádiu. Cílem není ani nemůže být celkové vyléčení a úplné potlačení dosavadních příznaků, ale pouze zmírnění a tím i prodloužení života. Života, který v rámci terminálního stádia nemoci, může být i tak kvalitní a prožitý bez bolestí a obav. Díky tomu dosáhneme o zachování důstojnosti a podpoříme příbuzné s blízcím se období umírání. (Marková, 2015)

U první výzkumné otázky jsem zkoumala nejčastější postupy v paliativní péči. V otázce číslo 1 jsem se zabírala nejčastějšími metodami paliativní péče. S počtem 33 respondentů skoro polovina a nejvíce odpovědí bylo (44 %) odpovězeno medikamentózní léčbu, 15 respondentů (20 %) odpovědělo psychosociální podporu, 2 respondenti (2,7 %) odpovědělo fyzikální terapii, 3 respondenti (4 %) odpověděli doplňkové a alternativní metody a 22 respondentů skoro třetina (29,3 %) odpovědělo kombinace výše uvedeného. Předpokládám, že většina všeobecných/ praktických sester zná a ví jaké jsou postupy v paliativní péči, když ji poskytují, věk respondentů byl nejčastější odpověď 41- 50 let, což by měli být sestry zkušené a nějaké roky ve zdravotnictví pracovat. Myslím si, že mladší dotazovaní vrstevníci mají i přes to, že neznalost paliativní péče není vysoká více možností než dříve, jak se o tomto tématu informovat. Tato informace se také potvrdila ve výzkumu Bc. Bakalíkové, která se dotazovala na to, zda si respondenti myslí, že k paliativní péči je dostatek informací, 86 % dotazovaných jí uvedlo, že k problematice paliativní péče je nedostatek informací.

V otázce číslo 2 bylo zjišťováno realizace multidisciplinárního týmu. S počtem 46 respondentů přes půlku respondentů, největší část respondentů se shodlo na (61,3 %) odpovědi ano, náš tým zahrnuje lékaře, sestry, sociální pracovníky a duchovní poradce, 20 respondentů třetina dotazovaných (26,7 %) odpovědělo ano, náš tým zahrnuje pouze některé z těchto specializací a 9 respondentů (12 %) odpovědělo ne, nemáme multidisciplinární tým. Myslím, že při správném fungování je potřeba multidisciplinární tým, který spolu spolupracuje a navzájem se zaměstnanci doplňují.

V otázce číslo 3 bylo zjišťováno zavedení dokumentace hodnocení klientových potřeb. S počtem 19 respondentů třetina zodpovězených (25,3 %) odpovědělo ano, provádíme podrobné hodnocení fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb klienta, 14 respondentů (18,7 %) odpovědělo ano, ale zaměřujeme se pouze na některé z těchto aspektů, 36 respondentů skoro polovina (48,0 %) odpovědělo plán péče je poté upraven tak, aby co nejlépe vyhovoval individuálním potřebám a přáním klienta a jeho rodiny, 6 respondentů (8 %) odpovědělo ne, nevyužíváme komplexní přístup v hodnocení a plánování péče. Takže výsledek otázky týkající se na hodnocení klientových potřeb vyšla zcela pozitivní oproti výzkumu Jitky Ryškové Novákové, Dis, která se dotazovala, na co vůbec znamená vyslovené přání a přes 60 % respondentů ani nevědělo co to obnáší.

V otázce číslo 4 bylo zjišťováno kladení zvláštního důrazu na komunikaci, informování, poskytování péče. S počtem 37 respondentů necelá polovina nejčastější (49,3 %) odpověď ano, aktivně komunikujeme s rodinami a poskytujeme jim podporu, 29 respondentů třetina (38,7 %) odpovědělo ano, ale komunikace a podpora jsou omezené a 9 respondentů (12 %) odpovědělo ne, tento aspekt není zařazen. Výsledek otázky týkající informovanosti o zdravotním stavu uvedla ve svém výzkumu i Jitka Ryšková Nováková, Dis. která měla stejný výsledek o aktivním komunikování z 90% informovanosti.

V otázce číslo 5 bylo zjišťováno nejčastější typy léčby. S počtem 43 respondentů přes polovinu respondentů uvedlo (57,3 %) opioidní analgetika, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo nesteroidní protizánětlivé léky, 3 respondenti (4 %) odpovědělo adjuvantní léky, 1 respondent (1,3 %) odpovědělo ne-farmakologické metody a 23 respondentů třetina (30,7 %) odpovědělo kombinace výše uvedeného. Což si myslím skoro polovina odpověděla správně, protože hlavním záměrem je tlumení bolesti a odchod ze světa živých v klidu a pokoji. Výsledky můžeme porovnat s výzkumem Addington-Hallová a O'Callaghanová (2009), při kterém vyhodnocovaly spokojenost klientů s léčbou bolesti v sociálních zařízeních poskytující paliativní péči a v nemocnici. V nemocnici považovalo pouze 39 % pacientů kontrolu bolesti za dostatečnou, v hospicích i dalších sociálních zařízeních to bylo až 81 % klientů.

V otázce číslo 6 bylo zjišťováno jaké vzdělávací programy jsou využívány. S počtem 47 respondentů přes polovinu (62,7 %) odpovědělo pravidelná školení, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo workshopy a semináře, 1 respondent (1,3 %) Odpovědělo online kurzy a 12 respondentů (16 %) odpovědělo žádné specifické programy. Výsledek ve výzkumu Bc. Martina Kolářiková, DiS. Uvedl také velké pozitivum vzdělávání pracovníků poskytujících paliativní péči.

Vyhodnocení výzkumné otázky číslo 2.

S jakými problémy v poskytování paliativní péče se v domech pro seniory setkávají všeobecné sestry?

Zde byly využity otázky číslo 7,8,9,10,11,12

V otázce číslo 7 bylo zjišťováno setkání největších výzev. S počtem 36 respondentů necelá polovina (48 %) odpovědělo emocionální zátěž, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo nedostatek vzdělávání a školení, 28 respondentů (37,3 %) odpovědělo komunikační problémy s klienty/rodinami a 3 respondenti (4 %) odpověděli jiné. Oproti výzkumu Bc. Martina Kolářkové, DiS. která uvedla, že personál cítí velkou výzvu a obavy se smrtí, u mých respondentů vyšlo komunikační problémy.

V otázce číslo 8 bylo zjišťováno setkání s emočním vyčerpáním. S počtem 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo často, 37 respondentů necelá polovina (49,3 %) odpovědělo občas, 12 respondentů (16 %) odpovědělo zřídka, 0 respondentů (0 %) odpovědělo nikdy, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo metody vyrovnání odpočinek, 3 respondenti (4 %) odpovědělo metody vyrovnání supervize a 2 respondenti (2,7 %) odpovědělo metodu vyrovnání přírodu. Jak vychází i na statistikách (Statistikyamy, online) z 44 % zdravotníků jsou vyčerpané a objevují se zdravotní problémy i můj výzkum ukazuje, že polovina respondentů občas emoční vyčerpání prožilo.

V otázce číslo 9 bylo zjišťováno nejčastější komunikační problémy. S počtem 1 respondent (1,3 %) odpovědělo kulturní a jazykové bariéry, 24 respondentů (32 %) odpovědělo nesprávné porozumění informacím, 31 respondentů necelá polovina (41,3 %) odpovědělo emocionální napětí, 14 respondentů (18,7 %) odpovědělo nedostatek času pro komunikaci, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo jiné žádné problémy nejsou.

V otázce číslo 10 bylo zjišťováno opatření na zlepšení kvality péče. S počtem 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo více školení pro personál, 37 respondentů necelá polovina (49,3 %) odpovědělo lepší personální vybavenost, 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo zlepšení komunikace s klienty a rodinami, 3 respondenti (4 %) odpovědělo rozvoj kulturní citlivosti a 3 respondenti (4 %) odpovědělo jiné lepší komunikace mezi lékaři paliatr x praktik. Myslím, že tento údaj by měl zajímat každého nadřízeného či zaměstnavatele na správný chod zařízení.

V otázce číslo 11 bylo zjištěno dopad personálního nedostatku na zlepšení kvality péče. S počtem 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo fyzická a psychická vyčerpanost, 13 respondentů (17,3 %) odpovědělo únavu, 10 respondentů (13,3 %) odpovědělo nedostatek času se věnovat klientům, 9 respondentů (12 %) odpovědělo žádný dopad to nemá, 4 respondenti (5,3 %) odpovědělo stres, 3 respondenti (4 %) odpověděli zátěž, 3 respondenti (4 %) odpověděli vyhoření, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli pracovní neschopnost, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo zvýšené nároky na personál, 6 respondentů (8 %) odpovědělo přetížení, 3 respondenti (4 %) odpověděli zhoršení kvality péče, 3 respondenti (4%) odpověděli časté nahrazování směn, 3 respondenti (4 %) odpověděli negativní dopad celkový.

V otázce číslo 12 bylo zjištěno specifické potřeby klientů. S počtem 30 respondentů necelá polovina (40 %) odpovědělo fyzická pohoda, 22 respondentů (29,3 %) odpovědělo emocionální psychologická podpora, 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo duchovní a kulturní potřeby, 6 respondentů (8 %) odpovědělo sociální interakce a zapojení, 1 respondent (1,3 %) odpověděl

jiné žádné specifické přání nemají. Tyto výsledky jsem porovnála s výzkumem Ing. Denisy Benešové, 2018, která zjišťovala za pomoci dotazníku PNAP potřeby pacientů v paliativní péči. V jejím výzkumu bylo zjištěno v oblasti fyzických symptomů důležitost potřeb být bez bolesti, nemít problém se spánkem, s únikem moči a stolice, nemít problém se zácpou.

Vyhodnocení výzkumné otázky číslo 3

Jaký přínos vidí všeobecné sestry v poskytování paliativní péče v domovech pro seniory?

Zde byly využity otázky číslo 13,14,15,16,17,18

V otázce číslo 13 bylo zjišťováno přínosy paliativní péče. S počtem 28 respondentů skoro polovina (37,3 %) odpovědělo zlepšení kvality života, 24 respondentů (32 %) odpovědělo efektivní zvládání bolesti a dalších symptomů, 16 respondentů (21,3 %) odpovědělo emocionální a psychická podpora, 6 respondentů (8 %) odpovědělo zlepšení sociální interakce, 1 respondent (1,3 %) odpovědělo jiné snížení hospitalizace

V otázce číslo 14 bylo zjištěno ovlivnění života klientů. S počtem 39 respondentů více než polovina (52 %) odpovědělo značně pozitivně, 24 respondentů (32 %) odpovědělo mírně pozitivně, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo neovlivňuje, 3 respondenti (4 %) odpověděli mírně negativně a 4 respondenti (5,3 %) odpovědělo značně negativně.

V otázce číslo 15 bylo zjištěno vliv paliativní péče. S počtem 41 respondentů více než polovina (54,7 %) odpovědělo poskytuje jim podporu a úlevu, 28 respondentů (37,3 %) odpovědělo zlepšuje komunikaci a porozumění, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo nemá žádný zvláštní vliv, 1 respondent (1,3 %) odpověděl způsobuje jim stres nebo zátěž a 0 respondentů (0 %) odpovědělo jiné specifikujte. Myslím, že zvolené možnosti otázek byly trefné a respondenti neměli potřebu doplňovat vlastní.

V otázce číslo 16 bylo zjištěno přispívání paliativní péče. S počtem 49 respondentů více než polovina (65,3 %) odpovědělo podstatně zlepšuje péči, 12 respondentů (16 %) odpovědělo mírně zlepšuje péči, 10 respondentů (13,3 %) odpovědělo nemá výrazný dopad, 3 respondenti (4 %) odpovědělo ztěžuje poskytování jiných forem péče, 1 respondent (1,3 %) odpovědělo jiné snížení bolesti.

V otázce číslo 17 bylo zjištěno školení pro poskytování paliativní péče. S počtem 12 respondentů (16 %) odpovědělo stáž v hospici, 10 respondentů (13,3 %) odpovědělo speciální kurzy, 15 respondentů (20 %) odpovědělo pravidelná školení, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo komunikace s rodinou, 2 respondenti (2,7 %) odpovědělo odborná péče, 1 respondent (1,3 %) odpověděl návštěva zařízení kde to probíhá, 7 respondentů (9,3 %) odpovědělo komunikace s klienty, 2 respondenti (2,7 %) odpovědělo výměnné pobyty v hospicích, 6 respondentů (8 %) odpovědělo finanční zdroje, 6 respondentů (8 %) odpovědělo více personálu, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli bolest, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli opioidní terapie, 2 respondenti (2,7 %) odpověděli moderní možnosti. Myslím, že školení přímo v praxi a ukázka domovů či hospiců kde paliativní péče funguje by byla nejvíce přínosná pro představu personálu.

V otázce číslo 18 bylo zjištěno překážky paliativní péče. S počtem 26 respondentů skoro polovina (36,7 %) odpovědělo nedostatek školeného personálu, 22 respondentů (29,3 %) odpovědělo omezené finanční a materiální zdroje, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo nedostatek podpory ze strany vedení, 11 respondentů (14,7 %) odpovědělo nedostatečné pochopení a podpora od

rodin klientů, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo komunikace mezi praktikem a paliatrem, 4 respondenti (5,3 %) odpovědělo nedostatek podpory od zaměstnavatele, 2 respondenti (2,7 %) odpovědělo nezkušený lékař.

Vyhodnocení výzkumné otázky číslo 4

Sociodemografické údaje

Zde byly využity otázky číslo 19,20,21,22

V otázce číslo 19 bylo zjištěno váš věk. S počtem 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo 20-30 let, 11 respondentů (14,7 %) odpovědělo 31-40 let, 38 respondentů (50,7 %) odpovědělo 41-50 let, 21 respondentů (28 %) odpovědělo 51-60 let, 0 respondentů (0 %) odpovědělo 61-70 let. V porovnání s výzkumem Bc. Martina Kolářkové, DiS. Vyšel stejný výsledek nejčastějšího věku personálu pracujících s osobami v terminálním stádiu 41-55.

V otázce číslo 20 bylo zjištěno vaše pohlaví. S počtem 3 respondenti (4 %) odpověděli muž, 72 respondentů (96 %) odpověděli žena. Byla by potřeba do zdravotnictví nalákat pracovat i muže, protože kolikrát mužský pohled na ženský kolektiv přinese světlo na konci tunelu.

V otázce číslo 21 bylo zjištěno vaše délka praxe ve zdravotnictví. S počtem 14 respondentů (18,7 %) odpovědělo 1-5 let, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo 6-10 let, 7 respondentů (9,3 %) odpovědělo 11-15 let, 8 respondentů (10,7 %) odpovědělo 16-20 let, 6 respondentů (8 %) odpovědělo 21-25 let, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo 26-30 let, 27 respondentů (36 %) odpovědělo 31-40 let, 0 respondentů (0 %) odpovědělo jiné.

V otázce číslo 22 bylo zjištěno vaše délka praxe přímo v domově pro seniory. S počtem 32 respondentů (42,7 %) odpovědělo 1-5 let, 12 respondentů (16 %) odpovědělo 6-10 let, 11 respondentů (14,7 %) odpovědělo 11-15 let, 5 respondentů (6,7 %) odpovědělo 16-20 let, 13 respondentů (17,3 %) odpovědělo 21-25 let, 0 respondentů (0 %) odpovědělo 26-30 let, 2 respondenti (2,7 %) odpovědělo 31-40 let.

Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi je vytvořené na základě poznatků z praktické části.

Podle informací vyplývajících z bakalářské práce jsou všeobecné či praktické sestry zkušené, znalé a smířené s náplní poskytování paliativní péče. Podle dat komunikace s rodinnými blízkými probíhá na dobré úrovni, sestry umí energii čerpat z přírody i odpočinku.

Jako značné pozitivum vidí přínos hlavně pro nemocného klienta či rodině. Podle výsledků jsou klienti v dobré péči, poskytující školeným personálem a je jim poskytnuto vše potřebné. Nejen pomoc nemocným, ale i rodinám se dostává značně pozitivní. Největší problém je vyčerpanost a náročnost poskytování paliativní péče skrz nedostatek personálu. Tento problém se netýká jen domovů pro seniory v Kraji Vysočina, ale i v jiných zařízeních, proto podle mého názoru by bylo zásadní to vyřešit.

Poskytnout lepší akademické podmínky pro studenty středních zdravotnických škol či vysokých, nebo vyšších odborných škol. Více informací a propagace oboru zdravotnictví. Co se týká tématu paliativy, tak poskytující všeobecné či praktické sestry vědí a ví co práce obnáší, ale i tohle téma více medializovat lidem do okolí. Například u praktických lékařů poskytovat brožury s informacemi, při hospitalizaci v nemocnici a řešení s rodinou či sociálním pracovníkem o umístění nemocného samotné zdravotnické zařízení by měli poskytovat možnosti výběru v okolí domovů pro seniory s poskytováním paliativní péče.

Závěr

Přínosem bakalářské práce bylo milé zjištění, že poskytující personál vidí značné pozitivum a přijde jim paliativní péče přínosná. Samozřejmě problém s nedostatkem personálu je zavádějící, ale doufejme, že časem se zvýší nárůst všeobecných či praktických sester a budou mít zájem právě o práci v domovech pro seniory. Přitom práce se seniory mi přijde krásná, lidé jsou velice milí a ochotní, uvědomují si náročnost práce poskytujícím právě jim, a to nejlepší je poděkování a podpora právě od nich samotných. Díky tomu si každý člověk pracující v takových zařízeních uvědomí, že je na správném místě a práce ho naplňuje.

Seznam použité literatury

1. ADDINGTON-HALL, J., O'CALLAGHAN, A., 2009. A comparison of the quality of care provided to cancer patients in the UK in the last three months of life in in-patient hospices compared with hospitals, from the perspective of bereaved relatives: results from a survey using the VOICES questionnaire. *Palliative Medicine*, vol. 23, issue 3, p. 190-197. ISSN 1477-030X.
2. BAKALÍKOVÁ, Kateřina. Informovanost veřejnosti o problematice hospicové a paliativní péče, 2016.
3. BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. Frailty in Aging: Biological, Clinical and Social Implications. Karger Medical and Scientific Publishers, 2015. ilustrované vydání, 2015. ISBN 3318054577, 9783318054576.
5. GRŘIVA, Martin. Paliativní péče v kardiologii. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-481-1.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, c2000. ISBN 8072620347
7. HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ H., ZVONÍČKOVÁ, M., Slovák, J., 2012. Etika v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
8. HOLMEROVÁ, Ivana. Dlouhodobá péče. Grada. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5924-1.
9. Irozhlas- statistika domovy pro seniory. Dostupné z: (https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/kde-se-o-vas-postaraji-nejlip-atlas-domovu-pro-seniory-v-ceske-republice_201602280800_msulek)
10. KABELKA, Ladislav. Geriatrická paliativní péče v komunikaci a nemoci. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-5049-4.
11. KALVACH, Z. a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
12. KABELKA, Ladislav. Nemocné rozhovory. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1924-0.
13. KABELKA, Ladislav a CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, Magdaléna. Syndrom křehkosti. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-6754-8.
14. MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Tereza Vafková. Klinika komplexní onkologické péče, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. MUNI (online). Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/03_07_zebrice_k_who.html
15. KOLÁŘÍKOVÁ, Martina, Dis. Paliativní péče v domovech pro seniory, 2019.
16. KRAJ VYSOČINA, Paliatr Vysočina. www.paliatr-vysocina.cz [online] 2017, [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <https://www.paliatr-vysocina.cz/>

17. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
18. MARKOVÁ, Alžběta. Hospic do kapsy. Praha: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.
19. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN-978-80-247-3171-1.
20. NIEDERMANN, Eva, Claudia PFLUGSHAUPT, Heinz RÜEGGER a Beatrice SCHÄR. Paliativní péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. ISBN 978-80-906320-3-5.
21. Paliativní medicína. 2020-. Bratřínov (Praha-západ): Centrum pro rozvoj paliativní péče, 2020-. ISBN 978-80-270-8412-8. ISSN 2695-1495.
22. Paliativní péče- masarykův onkologický ústav. Online. <https://www.mou.cz/paliativni-pece/t1600>. [cit. 2024-04-13].
23. PECHOVÁ, Karolína a LEJSAL, Matěj. Paliativní péče v rezidenčních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-01-5.
24. Specifika ošetrovatelské péče v paliativní medicíně. ZAM měsíčník pro odborníky ve zdravotnictví. 2023, č. 10, s. 40. ISSN 2336-2987.

Seznam příloh

Příloha 5	52
-----------------	----

Přílohy

Příloha 5



Dobrý den,

jmenuji se Michaela Nováková a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické Jihlava, obor Všeobecná sestra. Chci vás požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci týkající se tématu Paliativní péče v domovech pro seniory v Kraji Vysočina. Cílem bakalářské práce je zmapovat možnosti poskytování paliativní péče a zjistit postoje sester k poskytování paliativní péče v domovech pro seniory v Kraji Vysočina. Dotazníkové šetření je anonymní, dobrovolné a slouží pro zpracování mé bakalářské práce. Jednotlivé otázky vyplňujte dle vlastního uvážení. Je možná jedna odpověď nebo napsání vlastního textu. Při jakýkoliv nesrovnalostech mě neváhejte kontaktovat formou emailu. Můj osobní email: Mysickan@seznam.cz

Předem děkuji za Váš čas, který jste věnovali k vyplnění dotazníku.

1. Jaké jsou nejčastější metody paliativní péče používané ve vašem zařízení pro seniory?

- A) Medikamentózní léčba
- B) Psychosociální podpora
- C) Fyzikální terapie
- D) Doplnkové a alternativní metody
- E) Kombinace výše uvedeného

2. Je ve vašem zařízení realizován multidisciplinární přístup, na kterém se podílejí lékaři, sestry, sociální pracovníci, duchovní poradci a další specializovaní odborníci?

- A) Ano, náš tým zahrnuje lékaře, sestry, sociální pracovníky a duchovní poradce
- B) Ano, ale náš tým zahrnuje pouze některé z těchto specializací
- C) Ne, nemáme multidisciplinární tým

3. Máte u klientů v paliativní péči zavedenou dokumentaci, která zahrnuje podrobné hodnocení klientových potřeb, včetně fyzických, psychologických, sociálních a duchovních aspektů?

- A) Ano, provádíme podrobné hodnocení fyzických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb klienta.
- B) Ano, ale zaměřujeme se pouze na některé z těchto aspektů
- C) Plán péče je poté upraven tak, aby co nejlépe vyhovoval individuálním potřebám a přáním klienta a jeho rodiny
- D) Ne, nevyužíváme komplexní přístup v hodnocení a plánování péče

4. Je kladen zvláštní důraz na komunikaci s klienty a jejich rodinami, informování o stádiu a možnostech péče, a poskytování podpory rodině během procesu péče?

- A) Ano, aktivně komunikujeme s rodinami a poskytujeme jim podporu
- B) Ano, ale komunikace a podpora jsou omezené
- C) Ne, tento aspekt není zařazen

5. Jaké typy léčby se nejčastěji používají pro zvládnání bolesti a nepohodlí u klientů v paliativní péči?

- A) Opioidní analgetika
- B) Nesteroidní protizánětlivé léky
- C) Adjuvantní léky
- D) Ne-farmakologické metody
- E) Kombinace výše uvedeného

6. Jaké vzdělávací programy jsou ve vašem zařízení realizovány pro personál, které podporují kvalitní poskytování paliativní péče?

- A) Pravidelná školení
- B) Workshopy a semináře
- C) Online kurzy
- D) Vnitřní školicí programy
- E) Žádné specifické programy

7. Jaké jsou největší výzvy, se kterými se setkáváte při poskytování paliativní péče v domově pro seniory?

- A) Emocionální zátěž
- B) Nedostatek vzdělání a školení
- C) Komunikační problémy s klienty/rodinami
- D) Jiné (uvedte prosím)

8. Jak často se setkáváte s emočním vyčerpáním při poskytování paliativní péče a jak se s tím vyrovnáváte?

- A) Často
- B) Občas
- C) Zřídka
- D) Nikdy
- E) Metody vyrovnání (volný text)

9. Jaké jsou nejčastější komunikační problémy mezi zdravotním personálem, klienty a jejich rodinami v kontextu paliativní péče?

- A) Kulturní a jazykové bariéry
- B) Nesprávné porozumění informacím
- C) Emocionální napětí
- D) Nedostatek času pro komunikaci
- E) Jiné (uved'te prosím)

10. Jaká opatření by podle vás pomohla zlepšit kvalitu paliativní péče v domovech pro seniory?

- A) Více školení pro personál
- B) Lepší personální vybavenost
- C) Zlepšení komunikace s klienty a rodinami
- D) Rozvoj kulturní citlivosti
- E) Jiné (uved'te prosím)

11. Jaký dopad má personální nedostatek na poskytování paliativní péče ve vašem pracovišti?

Uved'te:

12. Jaké jsou specifické potřeby a přání klientů v paliativní péči, se kterými se nejčastěji setkáváte?

- A) Fyzická pohoda
- B) Emocionální a psychologická podpora
- C) Duchovní a kulturní potřeby
- D) Sociální interakce a zapojení
- E) Jiné (uved'te prosím)

13. Jaké jsou podle vaší zkušenosti hlavní přínosy paliativní péče pro klienty v domovech pro seniory?

- A) Zlepšení kvality života
- B) Efektivní zvládnání bolesti a dalších symptomů
- C) Emocionální a psychologická podpora
- D) Zlepšení sociální interakce
- E) Jiné (specifikujte)

14. Jak paliativní péče ovlivňuje kvalitu života klientů ve vašem zařízení?

- A) Značně pozitivně
- B) Mírně pozitivně
- C) Neovlivňuje
- D) Mírně negativně
- E) Značně negativně

15. Jaký vliv má paliativní péče na rodiny a blízké klientů?

- A) Poskytuje jim podporu a úlevu
- B) Zlepšuje komunikaci a porozumění
- C) Nemá žádný zvláštní vliv
- D) Způsobuje jim stres nebo zátěž
- E) Jiné (specifikujte)

16. Jak paliativní péče přispívá k celkové péči o seniory v domově?

- A) Podstatně zlepšuje péči
- B) Mírně zlepšuje péči
- C) Nemá výrazný dopad
- D) Ztěžuje poskytování jiných forem péče
- E) Jiné (specifikujte)

17. Jaká školení nebo další zdroje by podle vás pomohly všeobecným či praktickým sestráům lépe poskytovat paliativní péči?

Uvedte:

18. Jaké jsou podle vašeho názoru největší překážky pro úspěšné začlenění paliativní péče do každodenní praxe v domovech pro seniory?

A) Nedostatek školeného personálu

B) Omezené finanční a materiální zdroje

C) Nedostatek podpory ze strany vedení

D) Nedostatečné pochopení a podpora od rodin pacientů

E) Jiné (specifikujte)

19. Váš věk?

- ☐ 20-30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ 61-70

20. Vaše pohlaví?

- ☐ Muž
- ☐ Žena

21. Vaše délka praxe ve zdravotnictví?

- ☐ 1-5
- ☐ 6-10
- ☐ 11-15
- ☐ 16-20
- ☐ 21-25
- ☐ 26-30
- ☐ 31-40
- ☐ Jiné (Uvedte)

22.Vaše délka praxe přímo v domově pro seniory?

- ☐ 1-5
- ☐ 6-10
- ☐ 11-15
- ☐ 16-20
- ☐ 21-25
- ☐ 26-30
- ☐ 31-40