

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Specifika ošetrovatelské péče u pacientů v paliativním režimu

Alena Doušová

Bakalářská práce

2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Alena Doušová
Osobní číslo: Z10284
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Specifika ošetřovatelské péče u pacientů v paliativním režimu
Zadávající katedra: Katedra ošetřovatelství

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovení metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. MARKOVÁ, A. a kol. Hospic do kapsy. Praha: Hospicové občanské sdružení, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.
2. ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. Ošetřovatelství II: pro 1. ročník středních zdravotnických škol. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002, 239 s. ISBN 80-860-7397-1.
3. SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. et al. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
4. TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
5. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. Paliativní medicína. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 14. července 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Mária Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Čestné prohlášení

Prohlašuji,

že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména ze skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 18. 6. 2014

Alena Doušová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce PhDr. Kateřině Čermákové, DiS., za odborné vedení, cenné rady a především za trpělivost při tvorbě této bakalářské práce. Dále děkuji hlavní sestře z nejmenované nemocnice za umožnění provádění výzkumu a všeobecným sestřám za jejich ochotu a čas strávený vyplněním dotazníků.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku poskytování kvalitní paliativní péče. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. První, teoretická část, se zabývá paliativní péčí, potřebami pacientů v ošetrovatelském procesu, nejčastějšími symptomy v paliativní péči a problematikou umírání. Výzkumná část obsahuje interpretaci dat, které byly získány na základě dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Paliativní péče, potřeby pacienta, terminální stádium nemoci, symptomy nemoci, umírání a smrt

TITLE

The specifics of nursing for patients in palliative care.

ANOTATION

The bachelor work focuses on the topic of providing quality palliative care. The work contains the Theory Part and the Research Part. The first one, the Theory Part, deals with palliative care, patients' needs at the treatment process, the most frequent symptoms within palliative care and the phenomenon of dying. The Research Part comprises interpretation of the data which were gained on the grounds of the questionnaire survey.

KEYWORDS

Palliative care, needs of the patient, the terminal stage of the disease, symptoms of the disease, dying and death

OBSAH

ÚVOD	10
CÍLE PRÁCE	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1 Definice paliativní péče	12
1.2 Historie paliativní péče	12
1.3 Rozdělení paliativní péče.....	13
1.3.1 Obecná paliativní péče.....	13
1.3.2 Specializovaná paliativní péče.....	13
1.4 Paliativní péče v geriatrici	14
2 POTŘEBY PACIENTA V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU.....	15
2.1 Definice lidských potřeb.....	15
2.2 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb člověka	15
2.3 Teoretická východiska	16
2.4 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa.....	17
3 NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI.....	18
3.1 Bolest	18
3.1.1 Hodnocení bolesti	18
3.1.2 Farmakologické ovlivnění bolesti.....	18
3.1.3 Nefarmakologické ovlivnění bolesti	20
3.2 Dušnost	20
3.3 Výživa a hydratace.....	21
3.3.1 Příjem tekutin.....	21
3.3.2 Péče o dutinu ústní	21
3.3.3 Nechutenství	22
3.4 Nevolnost a zvracení.....	22
3.5 Zácpa.....	23
3.6 Maligní rány.....	24
3.6.1 Zápach.....	25
3.6.2 Exsudát.....	25
3.6.3 Krvácení.....	25
3.6.4 Bolest	25

3.6.5 Svědění.....	25
3.7 Psychické obtíže	26
3.7.1 Zmatenost, neklid a delirium	26
3.7.2 Terminální neklid.....	27
3.7.3 Deprese a úzkost	27
4 UMÍRÁNÍ A SMRT	28
4.1 Fáze nevléčitelného onemocnění	29
4.2 Období umírání	29
4.2.1 Klinické projevy umírání	30
4.3 Obecná pravidla péče o umírajícího	30
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	32
5.1 Výzkumné otázky	32
5.2 Metodika výzkumu	33
5.3 Charakteristika statistického souboru, doba šetření.....	33
5.3 Zpracování získaných dat	34
6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	35
6.1 Otázka č. 1: Pohlaví respondentů	35
6.2 Otázka č. 2: Věk respondentů	36
6.3 Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené odborné vzdělání	37
6.4 Otázka č. 4: Celková doba praxe	38
6.5 Otázka č. 5: Doba praxe v oblasti paliativní péče.....	39
6.6 Otázka č. 6: Chápání pojmu „paliativní péče“	40
6.7 Otázka č. 7: Potřeby pacientů v paliativním režimu	42
6.8 Otázka č. 8: Naplňování potřeb pacientů	45
6.9 Otázka č. 9: Příčiny nenaplňování potřeb pacientů	46
6.10 Otázka č. 10: Změny potřeb pacientů	47
6.11 Otázka č. 11: Důstojný přístup k umírajícímu	48
6.12 Otázka č. 12: Péče na daném pracovišti	51
6.13 Otázka č. 13: Zhodnocení stavu zmateného pacienta	52
6.14 Otázka č. 14: Specifické komunikační techniky.....	53
6.15 Otázka č. 15: Náročnost práce na daném pracovišti	55
6.16 Otázka č. 16: Hodnocení vlastních znalostí respondentů	58
6.17 Otázka č. 17: Zájem o další vzdělávání	60

DISKUZE	62
Výzkumná otázka číslo 1	62
Výzkumná otázka číslo 2	62
Výzkumná otázka číslo 3	63
Výzkumná otázka číslo 4	64
Výzkumná otázka číslo 5	65
Výzkumná otázka číslo 6	65
Výzkumná otázka číslo 7	66
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	71
SEZNAM TABULEK A ILUSTRACÍ.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73
Příloha A – Maslowova pyramida hierarchie lidských potřeb	73
Příloha B – Vizualní analogová škála	74
Příloha C – Analgetický třístupňový žebříček WHO	75
Příloha D – Dotazník	76

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je péče o pacienty v paliativním režimu. Paliativní péče je aktivní celková péče o pacienta, kdy jeho onemocnění nereaguje na kurativní léčbu. Na prvním místě při jejím poskytování je mírnění bolesti a dalších příznaků nemoci a také řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů. Primárně je zaměřena na naplňování potřeb pacienta v jakémkoli místě jeho pobytu a její snahou je zachovat maximální možnou kvalitu života až do smrti. Je však cílena také na pacientovu rodinu a společenství.

Na základě studií Evropské asociace paliativní péče (EAPC) jsou přítomny rozdíly v přístupu k paliativní péči v různých zemích Evropy, ale současně je uplatňována i celá řada společných hodnot a principů. Mezi ně patří autonomie a důstojnost pacienta, potřeba individuálního plánování, rozhodování a zásada holistického přístupu k pacientovi.

Dle výzkumu společnosti STEM/MARK, a. s. pro hospicové občanské sdružení Cesty domů z roku 2011 je v naší zemi péče o umírající neuspokojivá. Téma smrti a umírání je stále tabuizováno a největší obavy vyvolávají představy o bolesti, ztrátě důstojnosti a soběstačnosti.

Cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou znalosti všeobecných sester v problematice paliativní péče, zda tuto péči poskytují v jejím plném rozsahu a kde se případně objevují překážky v jejím kvalitním poskytování.

Teoretická část je zaměřena na vysvětlení pojmu paliativní péče, zabývá se potřebami pacienta v ošetrovatelském procesu, nejčastějšími symptomy v paliativní péči a umíráním.

Výzkumná část bakalářské práce zahrnuje sběr, vyhodnocení a interpretaci dat, které byly získány na základě dotazníkového šetření.

CÍLE PRÁCE

1. Na základě dostupné literatury seznámit čtenáře s pojmem paliativní péče, potřeby umírajících, nejčastějšími symptomy v paliativní péči a procesem umírání.
2. Zjistit, jaké jsou znalosti všeobecných sester v problematice paliativní péče.
3. Zjistit, jak náročnou vnímají všeobecné sestry svou práci.
4. Zjistit, zda všeobecné sestry dostatečně naplňují potřeby pacientů v paliativním režimu a v jakých oblastech se nejčastěji objevují překážky k jejich uspokojení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 Definice paliativní péče

Definice paliativní péče je mnoho. Všechny kladou důraz na kvalitu života, řešení obtíží symptomů a specifikují skupiny pacientů, kteří jsou příjemci této péče. Jako příklad jedné definice zde uvádíme definici WHO:

„Paliativní medicína je léčba a péče o nemocné, když nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Zajišťuje léčbu všech přítomných symptomů, včetně psychologických, sociálních a duchovních problémů člověka. Jejím cílem je dosažení co největší možné kvality života nemocných i jejich rodin“

(Vorlíček, 2004, s. 24).

Hovoříme o nemocných, jejichž nemoc nereaguje na běžnou léčebnou péči, tzv. kurativní léčbu, a kteří trpí pokračujícím a pokročilým onemocněním. Paliativní péče a léčba se nezaměřuje pouze na pacienty bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu celého trvání onemocnění. Právě tato definice je důkazem, že paliativní péče nezahrnuje péči pouze o nemocného, ale i o jeho blízké, kteří společně s pacientem tvoří jednu jednotku a kterým je třeba věnovat stejnou péči jako samotnému nemocnému. Pak jde o kvalitní paliativní péči a léčbu (Marková, 2010).

Tuto péči by bylo nejlepší poskytovat v domácím prostředí společně s rodinou. Pokud to není z nejrůznějších důvodů možné, je zde možnost poskytnout tento typ péče v prostředí podobném domovu, které může být vytvořeno např. v lůžkovém hospicu, domě s hospicovou péčí, oddělením paliativní péče v nemocnicích apod. (Marková, 2009).

1.2 Historie paliativní péče

Na první pohled se zdá, že se jedná o nový, ne příliš známý obor. Ale ve skutečnosti jde o nejstarší formu medicíny. Paliativní péče se uplatňovala po dlouhá staletí. Dříve bylo hlavním posláním lékařů, sester a ošetřovatelek mírnění lidského utrpení a provázení umírajícího k dobré smrti. Činnosti vedoucí k lepší kvalitě života nemocného byly přirozeně poskytovány rodinnými příslušníky v domácím prostředí, pak ve špitálech společně se „zdravotníky“ a duchovními. Tudíž můžeme už od počátku mluvit o multidisciplinární péči ověřené dějinami. V 19. století docházelo k častějšímu umírání bez přítomnosti

rodiny a přátel vlivem industrializace a stěhování velkého množství lidí do měst. Z tohoto důvodu začaly přibývat chudobince, které byly později nahrazeny moderními nemocnicemi a ústavy. V nich se kladl důraz především na léčbu a boj s chorobou. Ještě před druhou světovou válkou bylo stále běžné, že se o umírajícího člena rodiny starala vedle rodinného lékaře i samotná rodina, placené ošetřovatelky a nebylo nijak vzácné přivolání kněze pro udělení „posledního pomazání“. Po druhé světové válce se stalo umírání lékařskou záležitostí, patologií a něčím, co se mělo „vyléčit“ za každou cenu. Z důvodů úspěšnosti při léčbě infekčních nemocí došlo ve společnosti k pocitu, že medicína může opravdu vše a má se snažit bojovat proti nemoci až do vyčerpání organismu pacienta. Důsledkem bylo umírání v osamění, protože jinou možnost režim nemocnic neumožňoval. V 60. letech 20. století se poprvé objevil pojem dystanazie – zadržaná smrt. Zmíněným pojmem chápeme stav, kdy přístroje a medikamentózní léčba člověku nedovolí zemřít za normálních podmínek (Marková, 2010).

1.3 Rozdělení paliativní péče

1.3.1 Obecná paliativní péče

Tato forma paliativní péče se zabývá včasným vyhodnocením pacientova stavu a zhodnocením smysluplnosti další aktivní léčby. Dále je jedním cílem sledování, porozumění a poskytnutí léčby a péče, která udržuje nebo zvyšuje pacientovu kvalitu života. Především obsahuje respekt k pacientově autonomii, léčbu bolesti a dalších nepříjemných symptomů, podporu rodiny a doporučení k dalším odborníkům. Obecnou paliativní péči by mělo poskytovat každé zdravotnické zařízení (Marková, 2010).

1.3.2 Specializovaná paliativní péče

Tuto péči poskytují zařízení, která mají paliativní péči jako svoji hlavní činnost. Jsou zde kladeny vyšší nároky na personál, který musí mít v příslušné oblasti vyšší úroveň profesní kvalifikace, a dále je zde zapotřebí většího počtu zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Péče by měla být poskytována pacientovi i v domácím prostředí, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči či na specializovaném oddělení paliativní péče. V uvedených specializovaných zařízeních paliativní péče by v případě potřeby měli zdravotníci mít podporu specializovaných poskytovatelů paliativní

péče poskytnutou například ve formě odborných konzultací. (Marková, 2010).

Mezi tato zařízení patří oddělení paliativní péče v nemocnicích (Nemocnice Jihlava, Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze), domácí hospice (Hospicové hnutí – Vysočina, o. s., Hospicové občanské sdružení Duha), lůžkové hospice (Hospic Smíření Chrudim, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci), konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře (Hospic Dobrého Pastýře Čerčany) a zvláštní zařízení paliativní péče jako jsou poradny, tísňové linky, půjčovny příslušných pomůcek apod. (Marková, 2010).

1.4 Paliativní péče v geriatrii

Mezi priority paliativní péče v geriatrii patří multimorbidita – přítomnost více chorob u téhož jedince; geriatrická deteriorace – zhoršení, úpadek v určité výkonnostní oblasti jedince, rozvoj geriatrické křehkosti a syndromů vznikajících ve vyšším věku. Dále změny v psychosociálním chápání umírání a rozvoj onemocnění podmíněných věkem (např. Alzheimerova nemoc). Geriatrická křehkost vzniká na základě involučních změn, multimorbidity a životního stylu nemocného. S postupem času se prohlubuje a může dospět až do terminální fáze (Sláma, 2011).

2 POTŘEBY PACIENTA V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

V minulé kapitole jsme se zabývali pojmem paliativní péče. Nyní nahlédneme na problematiku potřeb pacienta.

2.1 Definice lidských potřeb

Potřeba člověka je projevem nějakého nedostatku, který je nutno odstranit. Nutí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu nebo naopak vede k vyhýbání se určitému stavu, který by byl pro život nepříznivý. Při nedostatečném naplnění nějaké potřeby je ovlivněna veškerá psychická činnost člověka – pozornost, emoce, myšlení, volní procesy.

Lidské potřeby nejsou stálé, na rozdíl od instinktů a pudů, které zvenčí neovlivníme, se postupně vyvíjejí a kultivují (Dvořáčková, 2012). Každá potřeba je potřebou něčeho a vztahuje se k něčemu ve vnějším prostředí. Existuje zde úzká vazba mezi prostředím vnitřním a vnějším (Trachtová, 2001).

Potřeby je možné uspokojovat žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Žádoucí způsoby neškodí ani nám, ani jiným. Za nežádoucí způsoby považujeme ty, které mohou škodit dané osobě či jiným nebo přesahují meze zákona a nejsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami společnosti (Trachtová, 2001).

Význam pojmu potřeba je biologický, kdy tato potřeba vyjadřuje stav narušené homeostázy. Dále ekonomický, kdy vyjadřuje nutnost vlastnit a užívat nějaký objekt (televizor, šaty, boty). A také psychologický význam, který je specifický a vyjadřuje psychický stav odrážející nějaký nedostatek. Je spojen se sociálním významem (Trachtová, 2001).

2.2 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb člověka

Patří sem nemoc, okolnosti, za kterých nemoc vzniká, osobnost, mezilidské vztahy a vývojové stádium člověka (Šamánková, 2011).

Vyjmenované faktory mohou znemožňovat, či alespoň znesnadňovat uspokojování základních lidských potřeb (Trachtová, 2001).

V průběhu onemocnění se lidské potřeby mění. Některé mizí a jiné se nově objevují. Je třeba se snažit uspokojovat potřeby, které jsou samotným onemocněním limitovány, např. změna

životního stylu, sociální potřeby, ekonomické problémy, ztráta pocitu bezpečí a jistoty (Dvořáčková, 2012).

Rozdělení potřeb jedince v těžké a vážné nemoci:

Fyziologické potřeby – tyto potřeby zůstávají v popředí po dlouhou dobu onemocnění, ovšem postupně je nemocní ztrácejí. Zdravotnický personál je stále povinen tyto potřeby uspokojit tak, aby nemocný člověk netrpěl jejich nedostatkem.

Jistota a bezpečí – priorita nemocného je především být bez bolesti a chce být zbaven nepříjemných doprovodných příznaků onemocnění, dále potřebuje mít jistotu, že není opuštěn a nezůstane v samotě.

Láska a pocit příslušnosti – je nutné projevovat individuální zájem o nemocného. Dávat mu najevo své porozumění, snažit se mu pomoci při vztahových nejasnostech. Pocit příslušnosti závisí na přijímání nemoci jedincem a na jeho změněných potřebách a nárocích.

Sebeúcta – je důležité maximálně dbát na soukromí a osobní čistotu, dávat nemocnému najevo, že nás ani okolí neobtěžuje.

Seberealizace – v průběhu těžké nemoci bohužel téměř zaniká. Nemocný potřebuje slyšet to, co za život zvládl, že byl užitečný (Šamánková, 2011).

2.3 Teoretická východiska

Budeme se zabývat především hierarchií potřeb podle Maslowa, která je všeobecně nejvíce uznávána (viz Příloha A).

Americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908–1970) vytvořil hierarchickou teorii potřeb, která vychází z teorie motivace. Dává důraz na těsné propojení filozofie a psychologie. Podle jeho názoru má každý jedinec individuální systém motivů, z nichž některé jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější, proto jsou hierarchicky uspořádány. Jeho žebříček zakreslený ve tvaru pyramidy obsahuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. Jsou seřazeny podle své naléhavosti. Pokud jsou „nižší“ potřeby neuspokojené, převládnou a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými potřebami „vyššími“. Na základě uspokojení nižší potřeby, jako je hlad, může dominovat vyšší potřeba, jako je seberealizace. Uvedený „soubor“ potřeb ovlivňuje celkové chování jedince (Trachtová, 2001).

2.4 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa

1. Fyziologické potřeby slouží k přežití, jsou potřebami „nejnižšími“. Jedinec se snaží tyto potřeby uspokojit, ještě než se stanou aktuálními. Pokud se aktuálními stanou, jsou dominantní a výrazně ovlivní celkové chování a jednání jedince.
2. Potřeba jistoty a bezpečí vyjadřuje touhu člověka po stabilitě, spolehlivosti, důvěře, vyvarování se strachu a úzkosti. Patří sem i potřeba ekonomického zázemí, řádu a pořádku v životě, která se objevuje vždy při pocitu ztráty životní jistoty.
3. Potřeba lásky a sounáležitosti vystupuje hlavně v situacích osamění a při opuštěnosti. Je to potřeba afiliační. Jedinec potřebuje cítit lásku, náklonnost, sounáležitost, být milován a milovat.
4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty. Uvedené potřeby vyjadřují potřebu sebeúcty, sebehodnocení, přání výkonu a koncepce. Patří sem důvěra okolí, nezávislost na druhých, touha po respektu druhých, statusu a prestiže v sociální skupině.
5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace stojí na vrcholu pyramidy. Jedinec má tendenci realizovat své schopnosti a záměry, chce být tím, kým může být. Zahrnuje spokojenost se sebou samým (Trachtová, 2001).

Dále k vyšším potřebám Maslow přiřazuje tzv. *metapotřeby*, do kterých patří potřeby *porozumění, jednoty, harmonie, rovnováhy, poznání, individuality, hravosti, spontaneity a autonomie* (Trachtová, 2001).

K dalším teoretickým východiskům patří potřeby v ošetrovatelském procesu dle Trachtové, která vychází z materiálů NANDA z roku 1994, podle nichž potřeby rozděluje na kategorie:

- hodnocení úrovně se péče a soběstačnosti
- péče o pohybovou aktivitu
- péče o hygienu a oblékání
- péče o spánek a odpočinek
- péče o výživu
- péče o vyprazdňování
- péče o dýchání
- tlumení bolesti
- jistota a bezpečí
- sebekoncepce a sebeúcta

3 NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI

Naší snahou bylo symptomy rozdělit podle jednotlivých kategorií podle Trachtové, avšak pro jejich specifčnost v paliativní péči je představme blíže samostatně.

3.1 Bolest

Tento symptom je v paliativní péči nejčastější, hlavně u pacientů v terminálním stádiu nemoci. Jde o subjektivní symptom. Existuje vždy, kdy to pacient říká. Jedná se většinou o chronickou bolest, která se zdá být zbytečná a snižuje kvalitu života pacienta. Je důležité dbát na její léčbu a nepodceňovat ji (Vorlíček, 2004).

3.1.1 Hodnocení bolesti

Intenzitu a účinky léčby může hodnotit pouze sám pacient. Lze ji hodnotit pomocí tzv. škály intenzity bolesti. Využívá se numerická škála v rozmezí 0 – 10, kdy číslo 0 značí žádnou bolest a hodnota 10 tu nejhorší bolest, nebo např. verbální škála, kdy pacient vyjádří míru bolesti slovně, např. pomocí slov žádná, mírná, středně silná, silná bolest. Další možnost jak zjistit intenzitu bolesti je využití vizuální analogové škály (viz Příloha B) (Marková, 2009).

Vedle intenzity zjišťujeme časový faktor bolesti (začátek, trvání), její lokalizaci a charakter, s čím je spojená, co ji ovlivňuje (denní režim, odpočinek, aktivita) a jaké má pacient předchozí zkušenosti s bolestí a její analgetickou léčbou (Marková, 2010).

3.1.2 Farmakologické ovlivnění bolesti

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1990 stanovila principy, které mají pomoci zdravotnickým pracovníkům při léčbě nádorové bolesti, ale i při jiných typech bolesti na konci života.

Konkrétně uvedla následující tři principy:

- „léčba podle žebříčku“
- „léčba podle hodin“
- „perorální podání“

„Léčba podle žebříčku“ řadí jednotlivé kroky léčby bolesti postupně za sebe (viz Příloha C). Pokud pacient udává mírnou bolest, volíme jako první krok léčby neopioidní analgetika. Pokud pacient i přes úpravy dávkování léků udává zhoršení, přetrvávání či zvyšování bolesti přistupujeme ke kroku druhému a podáváme slabý opioid. Při následném přetrvávání či zhoršování bolesti je nutné aplikovat silný opioid. Při každém kroku smíme podávat současně tzv. adjuvantní analgetika a neopioidní léky, které mohou tlumit některé typy bolestí a nežádoucí účinky analgetik (Vorlíček, 2004).

„Léčba podle hodin“ obnáší podávání analgetik ne podle potřeby, ale v pravidelných časových intervalech. Tím udržujeme hladinu těchto látek v krvi na stejné úrovni, a tak nehrozí tzv. „peak-and-through“ efekt. Při tomto efektu se bolest projevuje ve vlnách – bolest maximální a minimální.

„Perorální podání“ preferujeme vždy, je-li to je možné. Lze využít i podání transdermálně a rektálně (Vorlíček, 2004).

Neopioidní analgetika

Mezi nejčastější analgetika patří antipyretika a nesteroidní antiflogistika (Topinková, 2010). Nejčastějším antipyretikem je paracetamol a nejčastějším antiflogistikem Ibuprofen, Diclofenak, Indometacin. U nich je třeba brát na vědomí vedlejší účinky na gastrointestinální trakt (nauzea, zvracení, pyróza, vznik žaludečních vředů a jejich komplikace) (Sofaer, 1997).

Opioidní analgetika

Dělíme je na slabé a silné opioidy. Slabé bývají v perorální formě a nepodléhají opiátovému zákonu. Nejčastěji jde o kodein, dihydrocodein, tramadol. Nevýhodou těchto léků je jejich „stropový efekt“, kdy po dosažení jisté úrovně již nedochází ke zvyšování analgetických účinků, ale výrazně roste riziko nežádoucích účinků těchto léků (Sofaer, 1997). Zástupci silných opioidů jsou - Morfin (v různých lékových formách), Fentanyl (v injekční či transdermální formě), Oxykodon, Hydromorfon, Buprenorfin pro léčbu průlomové bolesti, Piritramid. Sufentanil a Alfentanil je vhodné aplikovat před bolestivými procedurami (Marková, 2010).

Vedlejší účinky opioidů

Pokud je pacient léčen opioidy, objevují se u něj často jejich nežádoucí účinky, které musíme aktivně řešit. Patří mezi ně zácpa, nauzea, zvracení, únava, ospalost, útlum, úzkost, neklid,

zmatenost, delirium, útlum dechového centra, pruritus, myoklonus, pocení, močová retence (Marková, 2009).

Při léčbě opioidy vzniká přirozeně fyzická i psychická závislost. Pokud chceme tuto léčbu ukončit, je třeba dávky snižovat postupně, abychom předcházeli abstinenčním příznakům. Psychická závislost na opioidech vzniká pouze u 1 % ze všech chronicky nemocných pacientů (Youngová, 2010).

Adjuvantní analgetika (koanalgetika)

Léky označované termínem adjuvantní analgetik používáme jako pomocné k léčbě analgetiky. Je třeba je podávat pravidelně (Marková, 2009). Patří sem kortikosteroidy, antidepresiva, antikonvulziva, psychostimulancia, bisfosfonáty.

3.1.3 Nefarmakologické ovlivnění bolesti

Bolest je vnímána nejen tělem, ale i psychikou. I po duševní stránce lze pocit bolesti pozitivně ovlivnit. Pomoci nám může např. relaxace, muzikoterapie, aromaterapie, ergoterapie, hypnóza a různé alternativní přístupy – např. akupunktura, akupresura (Vorlíček, 2004). Dále je využívána tzv. fyzikální terapie, kam patří fyzioterapie, termoterapie, fototerapie, hydroterapie, elektroterapie, mechanoterapie a ultrasonoterapie (Rozsypalová, 2002). Pro nemocné je rovněž důležité vědět, že jsme mu nablízku a při průlomové bolesti lze aktivně zasáhnout a bolest zmírnit (Marková, 2010).

3.2 Dušnost

Dušnost je charakterizována jako těžko definovaný subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Hrají zde roli společně faktory fyzické, psychické, citové a funkční (Vorlíček, 2004).

Má řadu příčin jako je srdeční selhání, lokální či generalizovaná obstrukce dýchacích cest, změny plicního parenchymu, perikardiální výpotek, anémie atd. (Marková, 2010).

Primárně zjišťujeme a léčíme řešitelné příčiny dušnosti, např. srdeční selhání, infekce, aspirace, obstrukce. Pokud ovšem léčba není možná, zaměřujeme se na faktory, které ovlivňují vnímání dušnosti, a na péči o psychiku pacienta. Je důležité navázat s pacientem kontakt, komunikovat s ním, podporovat ho a v neposlední řadě porozumět jeho úzkosti (Marková, 2009).

Dále je důležitá i rehabilitace, podávání kyslíku, anxiolytik, opioidů, kortikoidů a bronchodilatancií (Marková, 2009). Také pravidelně ochlazujeme a zvlhčujeme vzduch, větráme místnost (Youngová, 2010).

Při závažné dušnosti v posledních dnech života pacienta je důležité dušnost tlumit, a tím zmírnit pacientovo utrpení (Gulášová, 2009). Provádíme polohování nemocného, pečujeme o jeho dutinu ústní a zajistíme pravidelné podávání medikace, v případě nutnosti i podle potřeby. (Marková, 2009).

3.3 Výživa a hydratace

Poruchy příjmu potravy jsou zapříčiněny řadou skutečností: bolestí, dušností, depresí, potížemi v ústech, žaludečními a střevními problémy apod. (Marková, 2009). Nedostatečná výživa vede k následné malnutrici, kachexii, slabosti a únavě. Pokud je pacient v terminálním stádiu nemoci, není žádoucí ho do jídla nutit. Negativní vliv podávání stravy je třeba vysvětlit rodině umírajícího, která by „nekrmení“ mohla brát jako zanedbávání péče o nemocného (Marková, 2010).

3.3.1 Příjem tekutin

V terminálním stádiu nemoci pacienti ztrácejí pocit žízně. Je nutné upravit jejich pitný režim (Svatošová, 2008). Většinou nemají chuť na teplý čaj, ale naopak na vychlazené ovocné šťávy. Za nejvhodnější nápoj se uvádí ananasová šťáva, která je málo kyselá a je vhodná i pro pacienty s poraněním v ústech. Dobrý vliv na nauzeu má např. vychlazená kola. Pokud ovšem příjem tekutin per os není dostatečný, je nutné tekutiny podávat i parenterálně za účelem prevence dehydratace organismu (Marková, 2010).

3.3.2 Péče o dutinu ústní

Tato péče by se nikdy neměla zanedbávat a podceňovat. Zvláště onkologicky nemocní mají sklon k bolestivosti, mykózám, stomatitidám, což má za následek snížení příjmu potravy (Venglářová, 2007). Při infekci v dutině ústní je důležitá její lokální i celková léčba. Je nutné udržovat sliznici vlhkou příjmem tekutin či pomocí výplachů dutiny ústní fyziologickým roztokem. Dobrý efekt má i žvýkání žvýkaček pro podporu tvorby slin. Zubní hygiena by měla být prováděna měkkým kartáčkem, a to platí i u zubní protézy. Pokud nelze u nemocného zubní hygienu kartáčkem provést, použijeme tampon nebo gázu. Vhodné je i pravidelné promazávání rtů (Marková, 2010).

3.3.3 Nechutenství

V případě přítomnosti nechutenství je třeba upravit stravovací režim nemocného. Měli bychom zvážit důležitost jeho případného dietního omezení a upravit návyky při stravování (nepít u jídla, jíst malé porce častěji) (Svatošová, 2008). Dobré je navýšit nutriční hodnotu podávané stravy, zvýšit příjem bílkovin, podávat nutriční nápoje apod. Při obtížích v dutině ústní lze před jídlem aplikovat lokální anestetikum. Důležité je dbát i na psychiku pacienta – podporovat ho a napomáhat mu (Marková, 2009).

Sipping se využívá v případě, kdy nemocný je schopný přijímat potravu perorálně, ale nedaří se udržet jeho vhodnou tělesnou hmotnost. Toto popíjení farmaceuticky vyrobených formulí živin po malých dávkách je dnes moderní a trh nabízí velkou paletu přípravků se sladkými, slanými příchutěmi, či naopak bez příchuti. Nejčastěji pacientům vyhovují přípravky dobře vychlazené v denním množství asi 500 ml. Sipping se podává nad rámec normální stravy, tudíž pacient přípravky popíjí během dne mezi jídly (Sláma, 2011).

3.4 Nevolnost a zvracení

Nevolnost chápeme jako subjektivní pocit jedince popisovaný jako „nutkání na zvracení“. Pociťuje ji zhruba polovina onkologicky nemocných v terminálním stádiu nemoci. Doprovodnými příznaky je pocení, bledost, tachykardie, slinění. Nevolnost může nastat při plném žaludku, při cítění pachu či nějaké chuti, ale i při pocitu strachu a úzkosti. I bez přítomnosti zvracení je nutno nevolnost léčit, jelikož může mít negativní dopad jak na tělesnou, tak psychickou a sociální stránku pacienta (Gulášová, 2009).

Zvracení vzniká na podkladě kontrakce bránice, břišních svalů a hrudní stěny. Dochází k násilnému vypuzení žaludečního obsahu ven ústy. Má rovněž vliv na psychiku nemocného, vyvolává u něj strach, stres a následnou únavu (Vorlíček, 2004).

Příčinou nevolnosti může být postižení sliznice žaludku, zácpa, hepatomegalie, anatomické či funkční obstrukce gastrointestinálního traktu, radioterapie, bolest, strach, úzkost, léky, metabolické změny (Marková, 2009). Řešení nevolnosti a zvracení spočívá v bezprostředním nefarmakologickém opatření, podávání farmakologických prostředků (antiemetika), v mechanických a chirurgických zákrocích a alternativní léčbě (Vorlíček, 2004).

Mezi nefarmakologická opatření řadíme vhodnou přípravu jídel, úpravu prostředí, polohu nemocného při jídle i každodenní hygienu dutiny ústní (Svatošová, 2008).

Při farmakologické léčbě je nutné zvolit vhodnou formu podávání léků. Pokud je to možné, preferujeme podávání per os, pokud léky ústy nepřijmou, podáváme je rektálně či parenterálně (Svatošová, 2008).

U mechanických a chirurgických zákroků v paliativní péči je třeba pečlivě zvážit jejich výhody a možné následky. Patří sem zavedení nazogastrické sondy a perkutánní gastrostomie. V alternativní terapii nevolnosti a zvracení je využívána akupresura pro kontrolu zvracení, transkutánní elektrická stimulace nervů, relaxace, aromaterapie a masáže při úzkosti. V posledních hodinách života pacienta je nutno rozpoznat známky umírání a postupovat tak, aby byl zajištěn co největší komfort nemocného. Zvýšení pohodlí pacienta zajistí minimalizace pravidelného polohování, vysazení běžných léků a kontinuální podávání nezbytných léků. Po zvážení je dobré preventivně zavést nazogastrickou sondu z důvodu vypuzování velkého množství žaludečního obsahu, a tím předejít stresu pro rodinu či pečovatele (Vorlíček, 2004).

Než zvolíme parenterální výživu, je třeba pečlivě zhodnotit stav pacienta. Měla by zvyšovat pacientův komfort a kvalitu života, nikoli násilně prodlužovat jeho život. Je indikována především při selhávání trávicí trubice (Sláma, 2011).

3.5 Zácpa

Zácpa je nepříjemný symptom, který se objevuje u více jak 50 % paliativních pacientů. Nejčastěji se vyskytuje u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním (Vorlíček, 2004). Je definována jako méně časté nebo obtížné vyprazdňování střeva. V paliativní péči je nejčastějším důvodem zácpy podávání opioidů a imobilizace pacienta (Marková, 2010).

Primární zácpa je zácpa spojená s věkem, pohybem, stravou, naopak sekundární je následkem nemoci a podávání určitých léků. Příčiny zácpy mohou být obecné – anorexie, dehydratace, nedostatek vlákniny, soukromí, pohybu a celková slabost. Dále ji mohou způsobit chorobné stavy, jako jsou poruchy kognitivních funkcí, deprese, nádory a komprese mozku, metabolické změny. Svůj vliv mají i farmaka – opioidy, antidepresiva, antikonvulziva, antiemetika, diuretika, antacida, železo (Vorlíček, 2004).

Komplikace zácpy se mohou objevovat v trávicím ústrojí – nechutenství, nevolnost, zvracení, bolest břicha, vzednutí břicha, paradoxní průjem až inkontinence stolice, hemeroidy a fisury. V močovém ústrojí se jedná o retenci moči a infekci močových cest. Dále s sebou zácpa nese i psychické a kognitivní následky jako jsou zmatenost, úzkost a stres (Vorlíček, 2004).

Prevence zácpy spočívá v dostatečné péči o pacientovo vyprazdňování. Je nutné zajistit jeho pravidelný denní režim, dostatek soukromí při defekaci, dostatek tekutin, vlákniny a vhodného pohybu. Pokud pacienti užívají léky, které mají za nežádoucí účinek právě zácpu, lze podávat preventivně laxativa (Venglářová, 2007).

K **nefarmakologické léčbě** zácpy řadíme výše zmíněné preventivní opatření, dále klyzma a manuální vybavení stolice (Marková, 2009).

U **farmakologické léčby** zácpy preferujeme perorální podávání laxativ. Patří sem změkčující projímadla (Coloxyl), dráždivá projímadla (Senokot) a osmotická projímadla (sirup laktulózy). Rektální forma projímadel jsou čípky (Vorlíček, 2004).

U předčasného ukončení léčby zácpy v terminálním stádiu nemoci může docházet k nepříjemným pocitům u nemocného, jako je bolest, neklid a stres. A při prodlužování léčby zácpy můžeme způsobit nepříjemné a zbytečné potíže i rodině pacienta.

Řešení tohoto častého a obtížného problému u pacientů v paliativní péči závisí na individualizovaném přístupu a znalostech ošetřujícího personálu (Vorlíček, 2004).

3.6 Maligní rány

Maligní rány se v paliativní péči objevují velmi často. Jedná se o rány, které obnáší řadu nepříjemných projevů a u kterých nemůžeme čekat jejich zhojení. Dělíme je na rány proliferující (květákovité, houbovité) a na rány exulcerující. Objevují se i ve formě kombinované (Marková, 2010).

Maligní rány mohou vznikat následujícími způsoby:

- primární kožní nádor (maligní melanom, bazální karcinom)
- přímá invaze nádoru do kůže (nádor prsu, měkkých tkání)
- metastázy.

Obvykle se v časných stádiích objevuje uzlina v kůži, která je nenápadná a nebolí. Při jejím zvětšování dochází ke změně mikrocirkulace a koagulace v nádoru. Následuje hypoxie tkání a vznik nekrózy kůže. V některých případech se objevují i píštěle či sinusy, a to hlavně u ran v oblasti břicha. I v chronických ranách mohou nastat maligní změny. Příznaky uvedených změn jsou útvar v ráně, odlišná bolest, změna zápachu, charakteru, množství a vzhledu sekretu (Vorlíček, 2004).

Cílem léčby maligních ran je zamezení sociální izolace a získání co největšího komfortu pro pacienta. Snažíme se o potlačení zápachu a bolesti, léčbu nadměrné sekrece, prevenci a léčbu krvácení, péči o kůži v okolí rány, prevenci a léčbu infekce (Marková, 2009).

3.6.1 Zápach

Je nepříjemným příznakem zasahujícím do společenského života pacienta. Nejčastěji ho způsobuje anaerobní infekce, proto volíme léčbu antibiotiky, dále je třeba odstraňovat nekrotickou tkáň v ráně. Za vhodný obvazový materiál je považován obvaz s aktivním uhlím a stříbrem, okluzivní obvaz. V místnosti, kde nemocný leží, je vhodné často větrat, používat aromalampy a osvěžovače vzduchu (Marková, 2010).

3.6.2 Exsudát

Při malé exsudaci ránu chráníme před vysušením a případnému přilnutí materiálu k její spodině, proto používáme koloidy, polopropustné filmy a nízkoabsorbentní materiály. U ran s velkou exsudací je zapotřebí volit materiál, který má schopnost pojmout nadbytečný sekret a zároveň udržet ránu dostatečně vlhkou. Mezi ně patří algináty, pěnové obvazy, hydrovláknové obvazy. Je nutné pečovat i o okolí rány. Pro jeho ochranu můžeme využít bezalkoholové filmy (Vorlíček, 2004).

3.6.3 Krvácení

Situaci, kdy rána krvácí, musíme předcházet vhodnou volbou nepřilnavého materiálu, zajistit vlhké prostředí, eliminovat četnost převazů a provádět čištění rány pomocí výplachů. K zastavení krvácení můžeme použít tampony navlhčené hemostyptikem, použít Gelaspon či lokálně adrenalin (Marková, 2010). Při krvácení, které nelze zastavit, může být nutné využít kauterizaci či podvázat krvácející cévu (Vorlíček, 2004).

3.6.4 Bolest

Při její přítomnosti u maligních ran volíme celkovou léčbu bolesti. Důležité je také aplikovat další analgetika před převazem (Marková, 2010). K jejímu zmírnění přispívá i udržování vlhkého prostředí rány a aplikace analgetika přímo na ránu, kdy se osvědčila směs morfinu a mesocainu (Sofaer, 1997).

3.6.5 Svědění

Tento chronický problém vzniká na podkladě nově vznikajících nádorových uzlin v okolí rány, které mohou vést k biochemické reakci a ke vzniku zánětu. Používáme ochranné masti a chladivé gely s příměsí mentolu. Dále můžeme využít transkutánní elektrickou nervovou stimulaci (Vorlíček, 2004).

Tyto rány mají na pacienta velký dopad. Projevy příznaků ovlivňují jeho život po stránce fyzické, psychické i sociální. Důležité je dbát nejen na správné ošetřování, ale i na psychiku nemocného a jeho celkovou kvalitu života. Můžeme mu zajistit konzultaci s psychologem, oporu od rodiny a příbuzných, nabídnout duchovní podporu dle potřeb pacienta a podporovat ho v alternativních metodách terapie (masáže, aromaterapie, akupunktura) (Vorlíček, 2004).

3.7 Psychické obtíže

3.7.1 Zmatenost, neklid a delirium

V terminální fázi nemoci jsou jmenované fenomény častým problémem. V paliativní péči je třeba dbát na zlepšování kvality života, a proto tyto problémy musíme řešit, aby nedošlo k poškození pacienta. Hrozí zde riziko pádu a úrazu, zbytečného stresu a znemožnění komunikace s rodinou a zdravotnickým personálem (Vorlíček, 2004).

Příčin těchto stavů je celá řada. Mezi fyzické patří bolest, zácpa, hluchota, slepota, retence moči, krvácení, infekce, hypoxie, selhávání ledvin a jater, dehydratace, nízké hladiny minerálů a glykémie (Svatošová, 2008).

Psychickými příčinami jsou utrpení a rozrušení. Zmatenost mohou vyvolávat i léky jako jsou opioidy, kortikoidy, antidepresiva (tricyklická), neuroleptika, benzodiazepiny, anticholinergika, a také různé závislosti (na alkoholu, nikotinu apod.). V neposlední řadě má vliv i onemocnění mozku – nádory, metastáze, demence, psychické onemocnění, cerebrovaskulární onemocnění (Marková, 2009).

Delirium je změna mentálního stavu s akutním nástupem, fluktuací v čase, poruchami kognitivních funkcí, snížením pozornosti a celkovými poruchami bdělosti. Projevuje se rozrušením, neklidem, poruchami spánku, přítomností halucinací a bludů, nesoustředěností a nevhodným, někdy až agresivním chováním a izolací od okolí (Vorlíček, 2004).

Deliriu lze předcházet úpravou okolního prostředí. Pacient se cítí lépe v klidné místnosti, kde má svoje pohodlí a soukromí. Vhodné je malé světlo, které svítí celou noc. Změny v ošetřujícím týmu by měly být minimální. Komunikace by měla být jasná, jednoduchá a srozumitelná, aby se pacient cítil klidně a bezpečně (Marková, 2010). Snažíme se zapojit do péče i rodinu pacienta, které předem poskytneme informace o stavu a vývoji situace a nabídneme podporu (Marková, 2009).

Léčba deliria je založena na řešení jeho příčiny. Je možné vysadit nepotřebné léky, podávat jen nezbytné množství sedativ a v případě abstinenčních příznaků podávat benzodiazepiny

(Marková, 2009). Nejčastěji se dnes při léčbě tohoto stavu používá haloperidol, z novějších léků pak antipsychotika a benzodiazepiny. Dbáme také na dostatečnou hydrataci pacienta (Vorlíček, 2004).

Chronická zmatenost se projevuje nenápadným nástupem, progresivním průběhem, s jasným vědomím a orientací až do poslední fáze a jen zřídka halucinacemi (Vorlíček, 2004). Při tomto druhu zmatenosti podáváme nejčastěji Tiapridal, Tisercin, Buronil či Respen (Marková, 2009).

3.7.2 Terminální neklid

Léčba terminálního neklidu se odlišuje v medikaci. Pacientovi podáváme benzodiazepiny, jelikož působí sedativně, anxiolyticky a antikonvulzivně. Jsou velmi účinné při abstinenčních příznacích, mají minimum vedlejších účinků a nemají dráždivé účinky na centrální nervovou soustavu. Při tomto stavu se nedoporučuje podávat haloperidol, který může zapříčinit snížení prahu záchvatů a neposkytuje potřebné uklidnění (Vorlíček, 2004).

3.7.3 Deprese a úzkost

V paliativní péči úzkost nejčastěji pramení ze strachu z bolesti a smrti. Projevuje se bušením srdce, třesem, pocením, ztíženým dýcháním, slabostí a návaly, po psychické stránce pocitem závratě, neklidu a strachem. Smutek je u umírajících pacientů pochopitelný, a proto je důležitý empatický přístup ošetřujícího personálu. Mnoho pacientů potřebuje o svých starostech hovořit či je pouze vypovědět druhé osobě (Venglářová, 2007).

Můžeme využít aromaterapii, relaxaci či meditaci pro navození klidnějších pocitů nemocného. Deprese se projevuje jako porucha nálady, kdy se pacient uzavírá do sebe, nevyhledává společnost ani aktivitu a prožívá patologický smutek. V tomto případě je zapotřebí zajistit psychologickou a psychiatrickou pomoc (Marková, 2010).

Depresi a úzkost v paliativní péči léčíme nefarmakologicky a farmakologicky. Nefarmakologická léčba spočívá v psychoterapii a empatickém přístupu. Farmakologická terapie je založena na podávání antidepresiv. Patří sem selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Zoloft), tricyklická a tetracyklická antidepresiva (Prothiaden, Mianserin), inhibitory monoaminoxidázy typu A (Aurorix) a jiná antidepresiva (Remeron). Dále je možné nemocným podávat antipsychotika jako metylfenidat a dexamfetamin (Vorlíček, 2004).

Ovšem nejdůležitějším léčebným opatřením stále zůstává lidská blízkost rodiny a zdravotníků (Sláma, 2011).

4 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání je proces, ve kterém se uplatňují objektivní lidské faktory jako je pohlaví, věk, příbuzní, vzdělání a diagnóza nemoci. O smrti a umírání se přemýšlí z hlediska medicínského, psychologického, filozofického, sociálního a etického. Smrt je konečný akt a nelze se na něj dopředu připravit, jelikož nikdo přesně neví, kdy a jak nastane. Tato lidská bezmoc v člověku vyvolá změny myšlení a jednání. V dřívějších dobách lidé umírali v domácím prostředí, a byli tak středem zájmu okolních příbuzných. Dnes jsou ovšem v nemocnicích a jsou často bráni jen jako případ, kterému je sice věnována pozornost, ovšem ta je zaměřena profesionálním směrem. Lidé si dnes myslí, že pro nemocného je nejdůležitější odborná péče s poskytnutím nejmodernějších léčebných metod. Ale nemocný se v průběhu nemoci mění a obrací se do svého nitra (Kutnohorská, 2007).

Problémem postupných změn psychiky umírajícího pacienta se zabývala švýcarsko-americká lékařka a psycholožka Elizabeth Kübler-Ross (1926–2004), která přehledně popsala fáze umírání ve své knize *On Death and Dying* z roku 1969:

- a) **První fáze – negace.** Nastává v momentě, kdy se nemocný dozvídá svoji diagnózu, která se neslučuje se životem. Výrazně odmítá fakt smrtelnosti a odmítá na svou smrt myslet, připustit si ji. Není schopen pochopit nově nastalou situaci.
- b) **Druhá fáze – agrese.** Nemocný se hněvá na všechno a všechny ve svém okolí. Zdravým lidem závidí. Je důležité jeho vztek pochopit a dovolit nemocnému odpočinek a odreagování.
- c) **Třetí fáze – vyjednávání.** Nemocný se uzavírá do svého nitra, obrací se k Bohu, slibuje a smlouvá, hledá další možnosti, jak nemoc překonat.
- d) **Čtvrtá fáze – deprese.** Nemocný se dostává do psychické tísně, má strach o rodinu. Je nutné nemocnému naslouchat, mít s ním trpělivost a respektovat důstojnost.
- e) **Pátá fáze – smíření.** Nastává období klidu, kdy pacient přestává mít zájem o informace, využívá gesta místo slov. Zde hraje důležitou roli přítomnost blízkých, aby nemocný neměl pocit osamění a opuštěnosti. Fáze smíření je přijetí stavu, nikoli rezignace. To je důležité rozlišit. Rezignaci chápeme, když u pacienta nedojde k přijetí svého osudu. Na umírajícím je vidět zahořklost, duševní trýzeň a pocit marnosti.

Uvedené fáze nemusí mít zmíněné pořadí, mohou se vracet a opakovat, nemusí být stejně dlouhé a dokonce může některá chybět. Netýkají se pouze nemocného, ale i jeho příbuzných, proto je vhodné zajistit, aby i rodina měla prostor si odpočinout a nabrat dech (Kutnohorská, 2007).

4.1 Fáze nevyléčitelného onemocnění

U nemocných s nevyléčitelnou chorobou se rozhodujeme o vhodném léčebném režimu na základě klinického obrazu choroby a její předpokládané prognóze. Prognóza do budoucna může být velmi různorodá, proto je třeba zvolit diferencovanější pohled na jednotlivé nemocné (Haškovcová, 2007).

Ve fázi kompenzovaného onemocnění je vhodné v kauzální a symptomatické léčbě pokračovat, neboť tato léčba drží projevy onemocnění pod kontrolou a celkový stav pacienta je relativně dobrý. Délka tohoto období může být měsíce, ale i roky. Po celou dobu jeho trvání, pokud je třeba, využíváme plnou intenzivní a resuscitační léčbu (Sláma, 2011).

Fáze zlomu nastává, když kauzální léčba přestává mít efekt. Postupně dochází k selhávání orgánových soustav a celkový stav pacienta se zhoršuje. Prognóza onemocnění je v této fázi těžko stanovitelná. Může trvat týdny, měsíce, ale pacient někdy umírá i během několika dnů. Intenzivní a resuscitační léčba je zvolena individuálně (Sláma, 2011).

V terminální fázi dochází k selhávání několika orgánových soustav. Je to období posledních týdnů či dnů života. Léčba je zaměřena na komfort pacienta, kvalitu života a důstojné umírání. Intenzivní a resuscitační léčba je ve většině případů kontraindikována. V této fázi není cílem smrt oddalovat a je nutné komunikovat s rodinou umírajícího (Sláma, 2011).

4.2 Období umírání

Dělí se na tři období - pre finem, in finem a post finem.

Období **pre finem** začíná, když k laickému podvědomí o nemoci, která je vážná a neslučuje se s životem, přibývají odborné důkazy. Smrt je do budoucna vysoce pravděpodobná, ať už za kratší či delší časový úsek. V tomto období je důležité zmírňovat potíže nemocného, který musí vědět, že v nemoci není sám a bude mu poskytnuta jak medicínská pomoc, tak i pomoc lidská. Měl by mít alespoň jednu blízkou osobu, se kterou by mohl volně komunikovat. Tím by nemělo dojít k tzv. psychické a sociální smrti nemocného (vysvětlení viz dále).

Období **in finem** je synonymem pro terminální stav. Zde je vhodná terminální péče, kdy není možné docílit žádného zlepšení smrtelné prognózy nemoci dostupnými lékařskými postupy. Období **post finem** zahrnuje péči o mrtvé tělo a péči o pozůstalé (Kutnohorská, 2007).

4.2.1 Klinické projevy umírání

Konečnou fázi onemocnění poznáme zhoršováním celkového stavu pacienta a prohlubováním symptomů jako jsou slabost, únava, častější spánek během dne, závislost na pomoci okolí, imobilita, nezáměr o okolní svět, dezorientace, neklid až halucinace, poruchy dýchání (chrčení, apnoické pauzy, Cheyneovo-Stokesovo dýchání), oligurie až anurie, změny vzhledu (špičatý nos, mramorová kůže, cyanóza na končetinách) (Sláma, 2011).

Z důvodů prohlubování těchto symptomů můžeme smrt rozdělit na smrt sociální, psychickou a fyzickou:

Sociální smrt je stav, kdy nemocný fyzicky žije, avšak je odtržen od dosavadních sociálních vztahů a společnosti. Pacient se není schopen do těchto vztahů opět vrátit (Haškovcová, 2007).

Psychická smrt znamená psychickou rezignaci na svět a okolí. Jde o silný pocit beznaděje a zoufalství. Tato smrt velmi usnadňuje vstup fyzické smrti.

Fyzická smrt se vykazuje úplnou ztrátou vědomí, která je trvalá. Již nefunguje žádná část mozku a po smrti mozku postupně následuje smrt orgánů celého lidského organismu (Kutnohorská, 2007).

4.3 Obecná pravidla péče o umírajícího

V péči o umírající je důležitá komunikace jak s pacientem samotným, tak s jeho rodinou a blízkými. Těm je třeba včas a vhodně sdělit stav nemocného a fázi, ve které se nachází (Sláma, 2011).

Pravidelně sledujeme, hodnotíme a zaznamenáváme objektivní projevy onemocnění. Důležitá je léčba bolesti a dušnosti, kdy podáváme naordinované léky pravidelně, hodnotíme jejich účinek v intervalech po hodině a případně upravujeme jejich dávkování a formu aplikace (Haškovcová, 2007). V případě, že pacient přestane být schopen přijímat farmaka per os, je nejvhodnější forma podání kontinuálně subkutánní infúzí pomocí lineárního dávkovače či infúzní pumpy. V této fázi je důležité přehodnotit důležitost podání některých doposud užívaných léků, jako jsou např. antiagregancia, antikoagulancia, hypolipidemika,

antidepresiva, hormony štítné žlázy, antihypertenziva, antiarytmika, antibiotika, kortikoidy a další. Rozhodneme-li se léky vysadit, je nutné naše počínání citlivě vysvětlit pacientovi i jeho rodině. V případě léků podávaných dle potřeby pacienta je důležité sledovat a hodnotit pacientovy obtíže (dušnost, úzkost, vědomí, nevolnost) a pokud je to možné, s pacientem komunikovat, sledovat jeho polohy, výraz ve tváři, zvuky apod. Dále je třeba zhodnotit důležitost diagnostických a ošetrovatelských postupů (odběry krve, měření TK, EKG, polohování, hygiena,...). Co se týče výživy a hydratace ve formě parenterální či sondové, indikujeme je pouze v případě, když zmírňují obtíže pacienta a zajišťují jeho důstojné umírání (Sláma, 2011).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

5.1 Výzkumné otázky

1. Znájí všeobecné sestry na sledovaném pracovišti správnou definici paliativní péče?
2. Domnívají se oslovené všeobecné sestry, že mezi potřebami pacientů v paliativním režimu jsou prioritní potřeby biologické?
3. Vnímají oslovené všeobecné sestry práci na svém oddělení více náročnou než na jiných odděleních téhož zdravotnického zařízení? Pokud ano, pocítují větší náročnost fyzickou nebo psychickou?
4. Jakým způsobem všeobecné sestry zjišťují potřeby u pacientů s omezenou možností komunikace?
5. Je rozdíl v přístupu k umírajícím pacientům u všeobecných sester s praxí do 10 let a s praxí nad 10 let?
6. Vyskytuje se rozdíl v názorech na vlastní znalosti v oblasti paliativní péče u všeobecných sester do 30 let věku, ve věkovém rozmezí 31 až 50 let a nad 50 let?
7. Jaký způsob vzdělávání v oblasti paliativní péče by všeobecné sestry volily nejraději?

5.2 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části bakalářské práce jsme se zaměřily na zjištění, zda všeobecné sestry pracující na odděleních pro dlouhodobě nemocné znají definici paliativní péče, zda chápání paliativní péče závisí na délce jejich praxe a na věku a také zda je péče u pacientů v paliativním režimu kvalitně naplňována. Dále nás zajímalo, jak všeobecné sestry vnímají své povolání na uvažovaných odděleních (např. po stránce náročnosti či úskalí při naplňování potřeb pacientů) a rovněž jaké formy dalšího profesního vzdělávání upřednostňují.

K dosažení cílů práce bylo použito dotazníkové šetření, jehož základem se stal nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby obsahující 18 otázek (viz Příloha D). Dotazník je soustava pečlivě připravených otázek, které slouží k získávání potřebných dat pro různé typy průzkumů. V dotazníku byly použity jak otázky otevřené, tak uzavřené. Jedna otázka byla dichotomická, u dvanácti otázek mohli respondenti zvolit vždy právě jednu z nabízených možností, u tří otázek mohli vybrat více z předložených variant a u dvou otázek měli odpovídat vlastními slovy. Po vytvoření dotazníku jsme provedly pilotní šetření na vzorku 3 zdravotních sester ve zmiňovaném pracovišti. Podle jejich připomínek byly otázky upraveny a dotazníky distribuovány vrchním zdravotnickým pracovníkům. Vyplňování formuláře se uskutečnilo v rámci porady se staničnými sestrami zcela anonymně a nebylo omezené časem. Formulace jednotlivých otázek však byly voleny tak, aby všeobecné sestry nebyly výzkumem příliš časově zatíženy, a odpovědi bylo možné napsat přibližně během několika minut. Tato časová úspora je jednou z nejvýznamnějších výhod dotazníku v porovnání s většinou ostatních způsobů sběru statistických dat.

V úvodu dotazníku byly zařazeny otázky, které zjišťovaly informace o respondentech, konkrétně jejich pohlaví, věk, délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání. Další část dotazníku obsahovala otázky týkající se chápání pojmu paliativní péče, potřeb pacientů v paliativním režimu a potíží všeobecných sester při praxi. Na závěr byly zařazeny otázky ohledně zájmu oslovených o celoživotní vzdělávání v oboru paliativní péče.

5.3 Charakteristika statistického souboru, doba šetření

Nejvýznamnějším faktorem pro výběr účastníků výzkumu byla jejich probíhající, téměř každodenní praxe s pacienty v paliativním režimu a samozřejmě jejich ochota odpovědět písemnou formou na položené otázky.

Šetření probíhalo v nejmenované nemocnici od začátku března 2014 do konce dubna 2014. Uvedená nemocnice je spravovaná Pardubickým krajem, poskytuje lůžkovou a ambulantní péči, působí u nás dlouhodobě a velikost spádové populace je přibližně 100 tisíc obyvatel. Podle dříve používané terminologie by patřila k tzv. okresním nemocnicím.

Dotazníky byly distribuovány všeobecným sestřím pracujících celkem na pěti lůžkových odděleních pro dlouhodobě nemocné, která budou v následujícím textu uváděna pod zkratkou LDN (Léčebny dlouhodobě nemocných). Mezi zmíněná oddělení patřila jak ta s blíže nespécifikovaným zaměřením, tak oddělení následné péče a také dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, tj. oddělení svým posláním blízká jednotkám intenzivní péče (JIP). Do šetření byly zahrnuty sestry pracující jak s pacienty schopnými verbální komunikace, tak s pacienty, s nimiž je jakákoliv komunikace velmi obtížná. Rozmanitá byla také doba praxe respondentů, a to jak z hlediska praxe celkové, tak praxe v oblasti paliativní péče.

Rozdáno bylo celkem 50 dotazníků, navraceno zpět 42, jejich návratnost tedy byla poměrně vysoká (84 %).

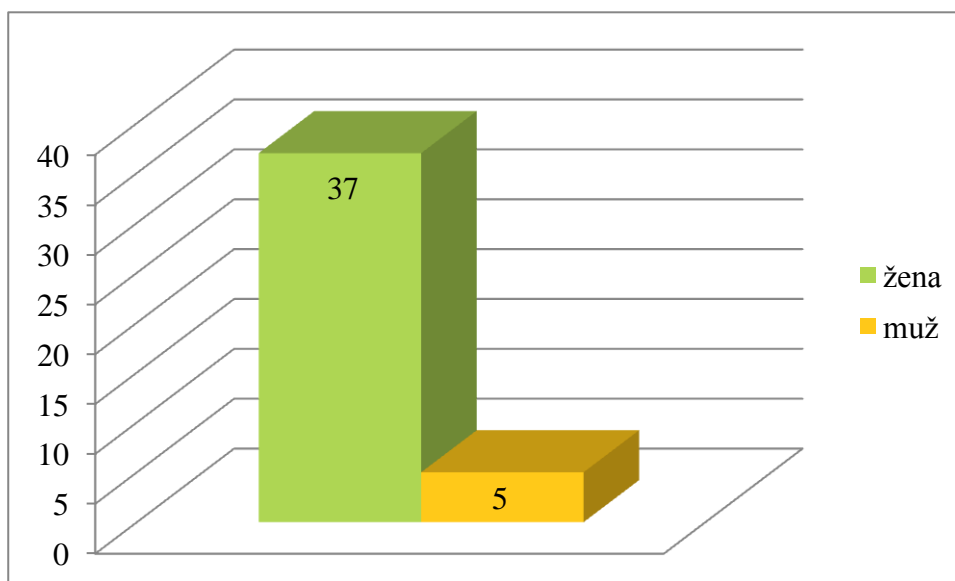
5.3 Zpracování získaných dat

Zpracování údajů proběhlo v období bezprostředně následujícím po navrácení dotazníků. K vyhodnocení a prezentaci získaných dat byly využity programy Microsoft Word 2007 a Microsoft Excel 2007.

Výsledky výzkumu jsou prezentovány (po jednotlivých otázkách dotazníku) na následujících stranách bakalářské práce. U jednotlivých zkoumaných znaků jsou uvedeny jejich absolutní a relativní četnosti (hodnoty jsou zaokrouhleny na celá čísla, což má za následek, že součet relativních četností se ne vždy rovná 100 %). Zjištěné informace jsou znázorněny grafem a dále slovně okomentovány. U dotazů, které se nejvíce váží k jednotlivým stanoveným výzkumným otázkám, je navíc provedena jejich podrobnější analýza (především je uvedena závislost jevu na charakteristice respondentů, např. na jejich věku, vzdělání nebo praxi).

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

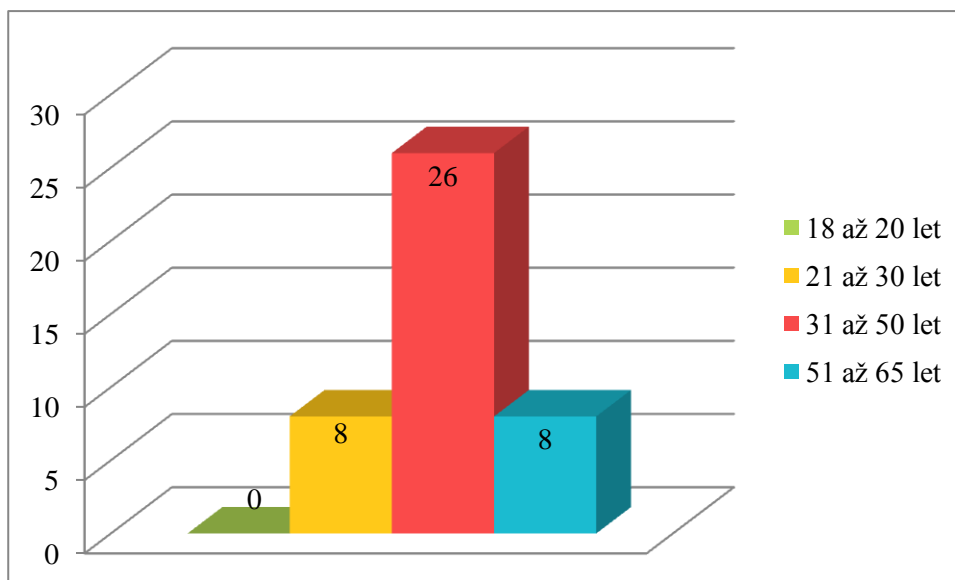
6.1 Otázka č. 1: Pohlaví respondentů



Obrázek 1 Pohlaví respondentů

Na otázku zjišťující pohlaví dotázaných odpovědělo 42 respondentů. Dle očekávání bylo ve zkoumaném vzorku více žen, konkrétně odpovídalo 37 žen (88 %) a 5 mužů (12 %).

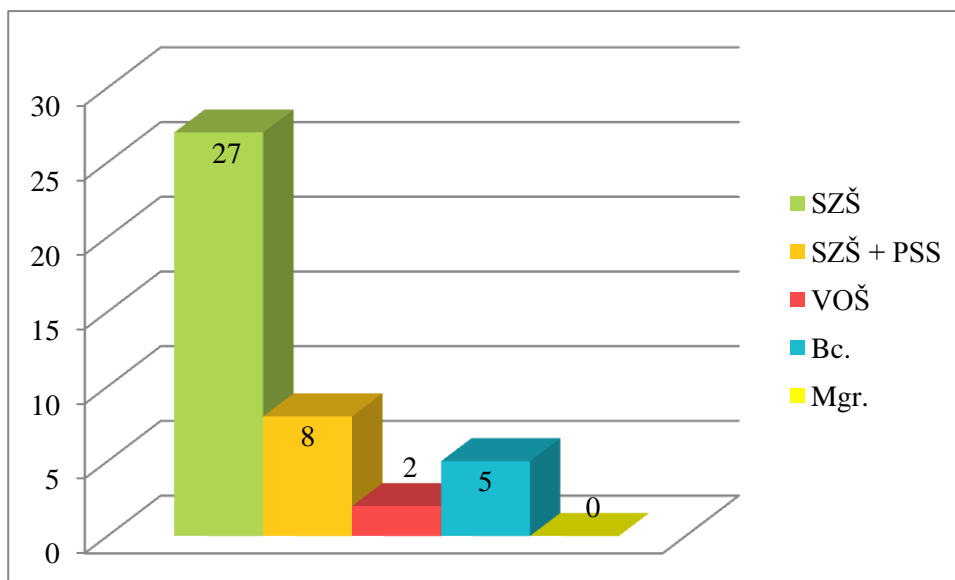
6.2 Otázka č. 2: Věk respondentů



Obrázek 2 Věk respondentů

Mezi účastníky šetření nebyl nikdo ve věkové skupině mezi 18 a 20 lety, do věkového rozpětí 21 až 30 let patřilo 8 sester (19 %). Nejpočetnější skupinu tvořilo 26 (62 %) osob mezi 31 a 50 lety, zbývajících 8 (19 %) dotázaných patřilo mezi nejstarší, tj. bylo jim mezi 51 a 65 lety.

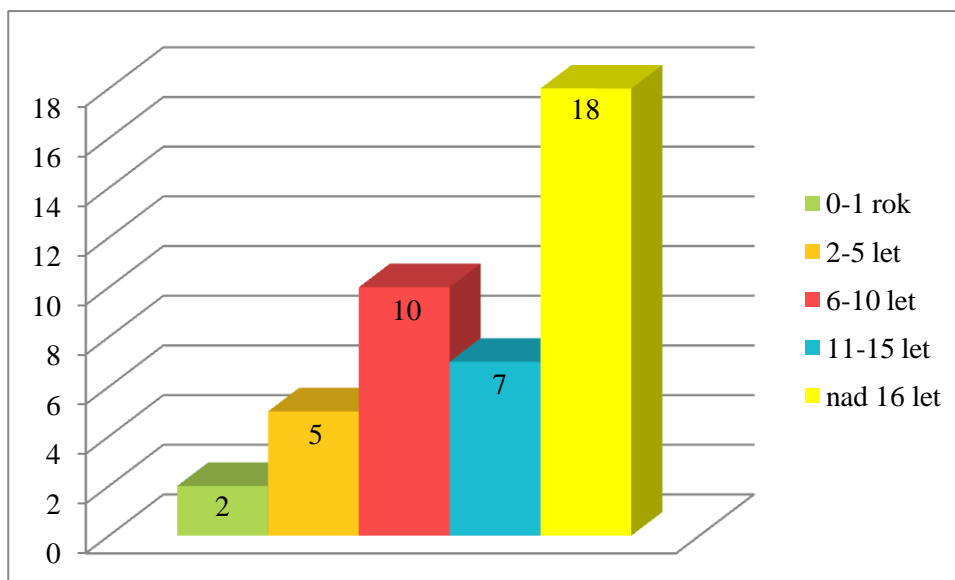
6.3 Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené odborné vzdělání



Obrázek 3 Nejvyšší dosažené odborné vzdělání

Jako nejvyšší dosažené odborné vzdělání uvedlo nejvíce osob, konkrétně 27 (64 %), střední zdravotnickou školu s maturitou (SZŠ), 8 (19 %) respondentů vedle středoškolského stupně vzdělání absolvovalo navíc pomaturitní specializační studium (SZŠ + PSS). Vyšší odbornou školu vystudovali 2 (5 %) účastníci šetření, 5 (12 %) respondentů dosáhlo na vysokoškolský titul bakalář (Bc.) a žádný z respondentů neabsolvoval magisterský stupeň vysokoškolského studia (Mgr.).

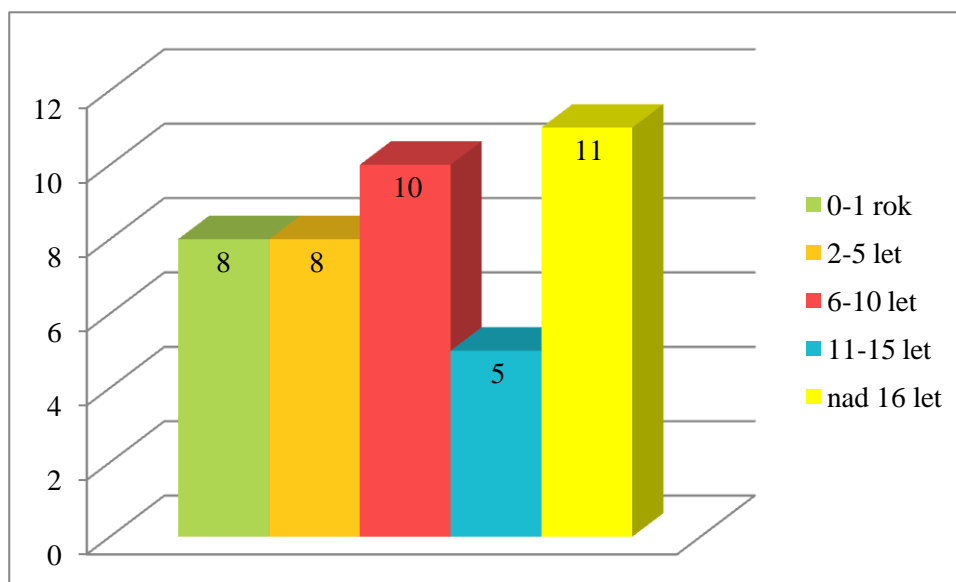
6.4 Otázka č. 4: Celková doba praxe



Obrázek 4 Celková doba praxe

Celkovou dobu praxe jsme rozdělili do pěti časových období. Nejkratší dobu praxe, tj. do 1 roku, uvedli 2 (5 %) respondenti, 2–5 let praxe 5 (12 %) dotázaných, 6–10 let 10 (24 %) respondentů, 11–15 let praxe 7 (17 %) účastníků šetření a nejdelší dobu praxe, tj. nad 16 let, mělo celkem 18 (43 %) dotázaných sester.

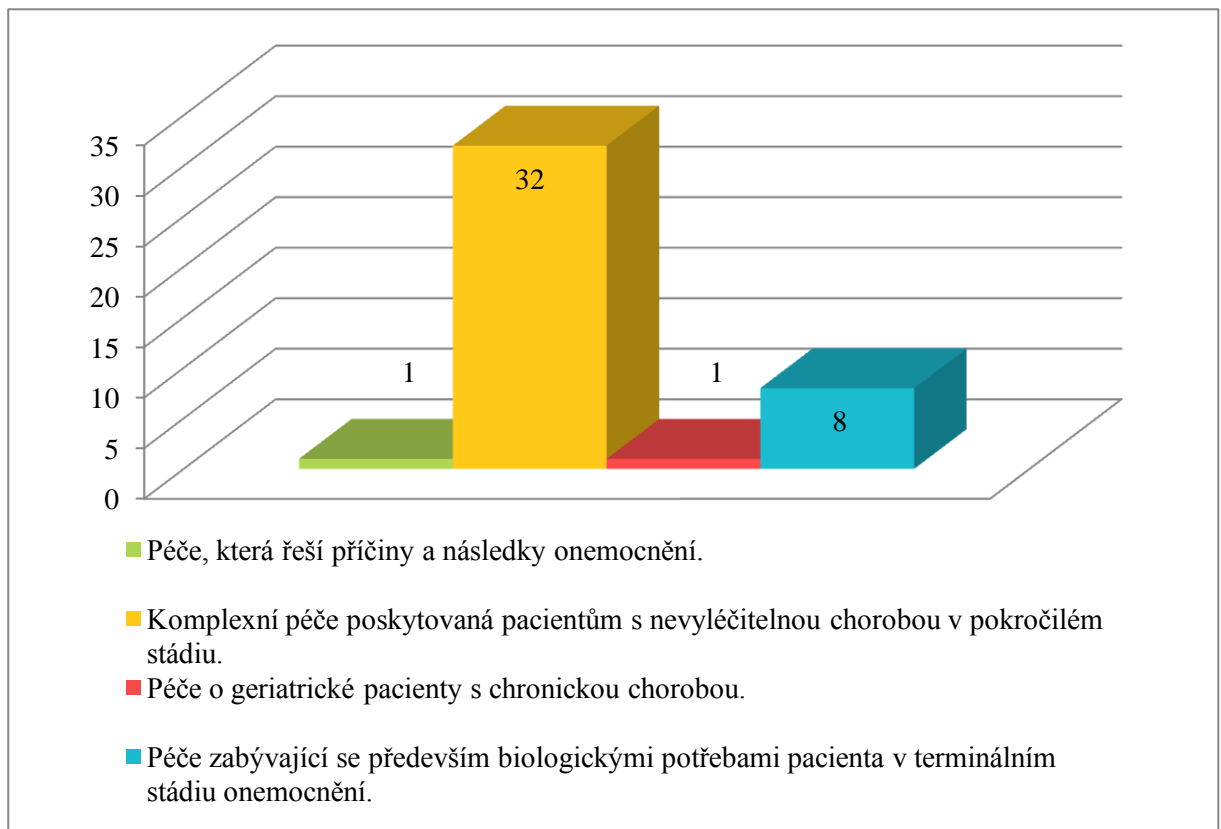
6.5 Otázka č. 5: Doba praxe v oblasti paliativní péče



Obrázek 5 Doba praxe v oblasti paliativní péče

Následovala otázka, která se, podobně jako otázka předchozí, dotazovala na celkovou délku praxe respondentů. Tentokrát však zjišťovala celkovou délku praxe přímo v paliativní péči. Časové rozmezí jednotlivých možností bylo stejné jako u otázky č. 4. Délku praxe v paliativní péči do 1 roku mělo celkem 8 (19 %) sester, 2–5 let také 8 (19 %) respondentů, 6–10 let praxe v tomto oboru uvedlo 10 (24 %) účastníků šetření a 11–15 let 5 (12 %) sester. Dobu praxe v paliativní péči nad 16 let uvedlo 11 (26 %) dotázaných sester.

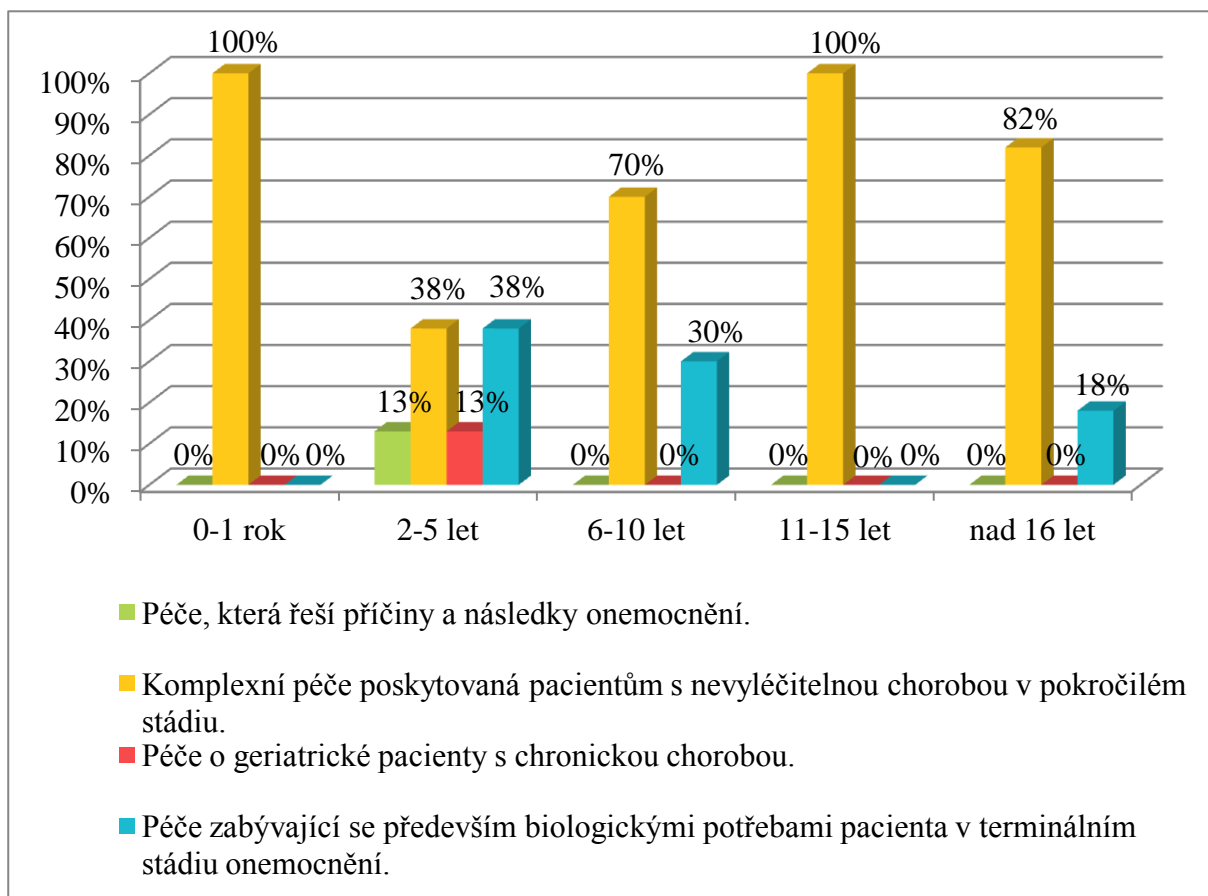
6.6 Otázka č. 6: Chápání pojmu „paliativní péče”



Obrázek 6 Chápání pojmu paliativní péče

Účelem této otázky bylo zjistit, zda sestry, poskytující pravidelně paliativní péči, znají správnou definici tohoto pojmu, která přesně vymezuje, co tento pojem znamená a zahrnuje. Odpověď uvedlo všech 42 zdravotníků. Podle našich předpokladů z nich 32 (76 %) uvedlo definici správnou. Pouze jedna (2 %) dotázaná sestra uvedla odpověď zcela mylnou, neboť se domnívala, že tato péče řeší příčiny a následky onemocnění, a jedna (2 %) sestra se domnívala, že paliativní péče se zaměřuje pouze na geriatrické pacienty. Možnost poslední, podle které paliativní péče upřednostňuje uspokojování především biologických potřeb pacientů, zvolilo celkem 8 (19 %) dotázaných sester.

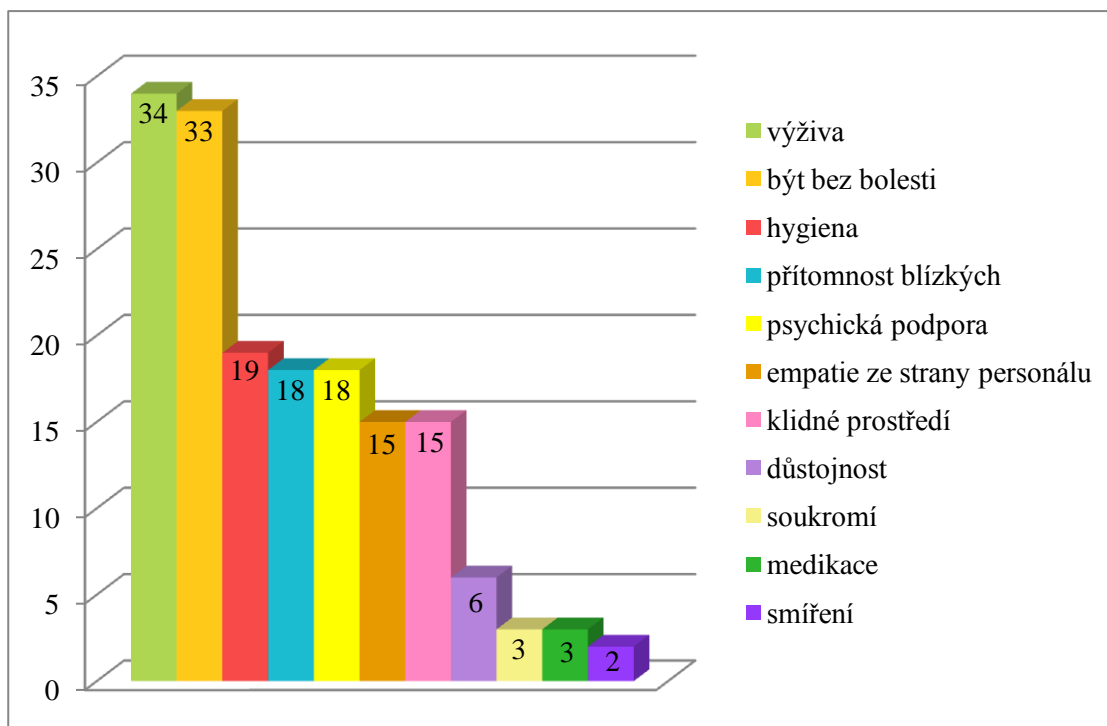
Na následujícím grafu jsou prezentovány odpovědi na tutéž otázku, ale jsou rozděleny v závislosti na délku praxe respondentů v paliativní péči.



Obrázek 7 Chápání pojmu paliativní péče v závislosti na délce praxe v paliativní péči

Všechny sestry, které pacientům poskytují paliativní péči pouze několik měsíců, odpověděly správně. Mezi respondenty pracující s pacienty v uvažovaném režimu 2 až 5 let se vyskytly obě zcela nesprávné odpovědi, tvořily 13 % jejich odpovědí. Zbývající dvě možnosti byly zvoleny také stejným relativním počtem dotázaných, konkrétně 38 %. Mezi sestrami s praxí 6 až 10 let 70 % odpovědělo správně, zbývající zvolilo definici upřednostňující biologické potřeby pacienta. Následující skupina dotázaných s praxí 11 až 15 let odpověděla zcela správně, mezi nejzkušenějšími sestrami bylo správných 82 % odpovědí, ostatní opět volily možnost popisující péči především po biologické stránce pacienta.

6.7 Otázka č. 7: Potřeby pacientů v paliativním režimu

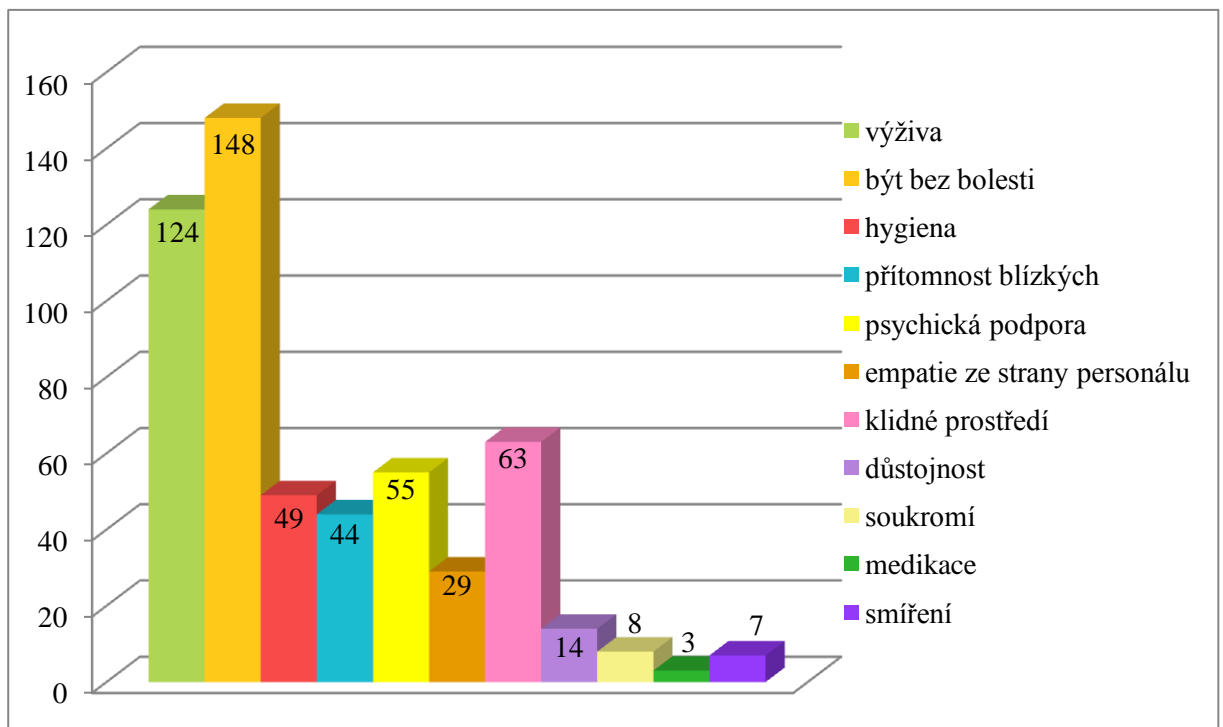


Obrázek 8 Potřeby pacientů v paliativním režimu

Dalším úkolem respondentů bylo vlastními slovy vyjádřit, jaké potřeby mají pacienti v paliativním režimu. Každá sestra měla napsat právě pět potřeb těchto nemocných a seřadit je podle důležitosti. Respondenty uvedené možnosti byly při vyhodnocování kategorizovány a jednotlivé skupiny nazvány nadřazeným termínem (např. v kategorii nazvané „výživa“ jsou zahrnuty potřeby hydratace, strava apod.).

Na otázku odpovědělo 38 respondentů a ne každý z nich uvedl právě pět možností. Nejčastěji, konkrétně u 34 (89 %) sester, se vyskytly potřeby spadající do kategorie „výživa“. Počet uvedení potřeb, které lze zahrnout do třídy „být bez bolesti“, byl pouze o jednu menší, tj. 33 (87 %). U poloviny sester, tj. u 19 (50 %), se objevily potřeby patřící do kategorie „hygiena“, 18 (47 %) respondentů uvedlo „přítomnost blízkých“ a stejný počet „psychickou podporu“. Rovněž další dvě třídy, „empatie ze strany personálu“ a „klidné prostředí“, uvedl stejný počet dotázaných, a to 15 (39 %). Méně než desetkrát se objevily potřeby patřící pod název „důstojnost“, „soukromí“, „medikace“ a „smíření“. Byly uvedeny po řadě v následujících četnostech: 6 (16 %), 3 (8 %), 3 (8 %) a 2 (5 %).

Graf znázorněný na obrázku č. 8 znázorňuje pouze absolutní četnosti výskytu jednotlivých potřeb ve vyplněných dotaznících, tj. nevyjadřuje důležitost, kterou jim respondenti přiřadili. Pořadí potřeb dle důležitosti bylo při vyhodnocení odpovědí zpracovááno následujícím způsobem: jestliže byla jistá potřeba v dotazníku respondenty uvedena na prvním místě, byla absolutní četnost výskytu a_1 na prvním místě vynásobena koeficientem 5, jestliže byla uvedena na druhém místě, byla absolutní četnost a_2 výskytu na druhém místě vynásobena koeficientem 4, atd. (v případě, v němž sestra uvedla více než 5 potřeb, nebyly údaje uvedené na šestém a dalších místech brány v úvahu). Výsledné součty $5a_1+4a_2+3a_3+2a_4+a_5$ příslušné k jednotlivým skupinám potřeb jsou znázorněny na následujícím grafu. (Raději zdůrazněme, že třídy potřeb jsou uvedeny ve stejném pořadí jako na předchozím grafu, tj. podle jejich absolutních četností výskytu v odpovědích sester, čímž je snáze čitelný jejich vztah mezi absolutní četností a důležitostí, kterou jim dotázaní přisoudili.)

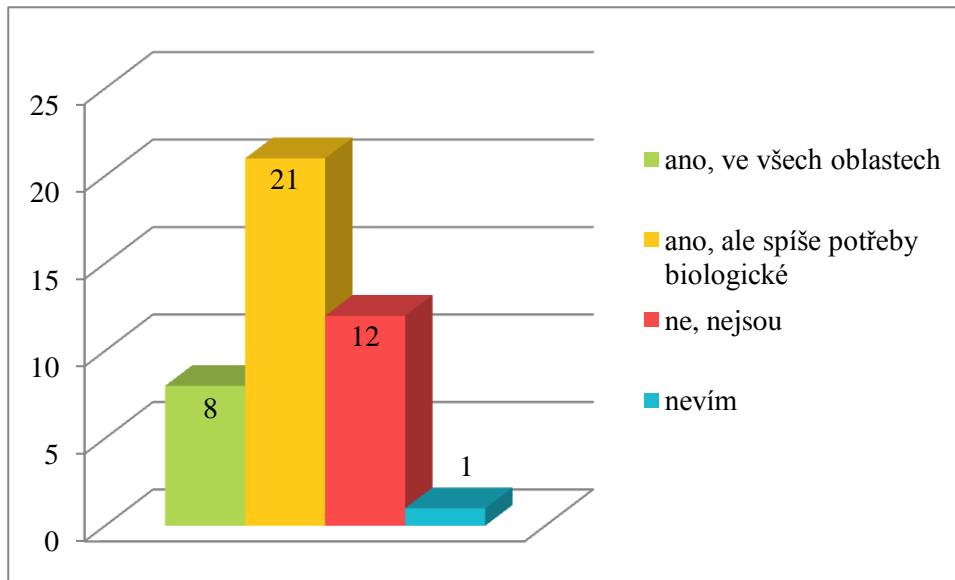


Obrázek 9 Potřeby pacientů v paliativním režimu dle důležitosti

Nejvíce bodů (148) tentokrát získala skupina potřeb „být bez bolesti“, třída potřeb s největší absolutní četností, tj. „výživa“, obdržela 124 bodů. Takřka o polovinu méně bodů obdržela skupina „klidné prostředí“, která byla, co se četností týče, mezi odpověďmi až na sedmém místě. Přibližně kolem 50 bodů se pohybovaly možnosti „psychická podpora“ (55), „hygiena“ (49) a přítomnost blízkých (44). Nad 10 bodů dostaly ještě třídy „empatie ze strany

personálu“ (29) a „důstojnost“ (14). Zbývající tři skupiny „soukromí“, „smíření“ a „medikace“ dosáhly po řadě 8, 7 a 3 bodů.

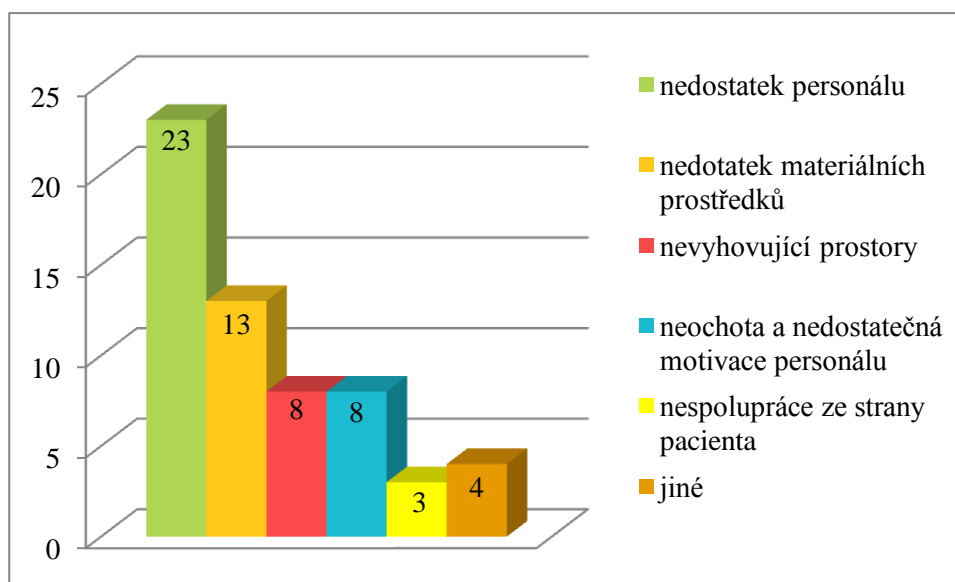
6.8 Otázka č. 8: Naplňování potřeb pacientů



Obrázek 10 Naplňování potřeb pacientů

Touto otázkou jsme se snažily zjistit, zda na pracovištích uvažované nemocnice poskytujících paliativní péči jsou potřeby pacientů dostatečně naplňovány. Otázku zodpověděli všichni zdravotníci. Kladnou odpověď, v níž je pacientovi péče poskytována dostatečně ve všech jejích oblastech, uvedlo 8 (19 %) dotázaných. Polovina respondentů, tj. 21 (50 %) sester, zvolilo také kladnou odpověď, ovšem s rozdílem, že jsou pacientovy potřeby naplňovány hlavně v oblasti biologické, nikoli komplexně. Dále 12 (29 %) respondentů odpovědělo záporně, tj. domnívali se, že tyto potřeby dostatečně naplňovány nejsou. Pouze jeden (2 %) respondent neměl vyhrazený názor.

6.9 Otázka č. 9: Příčiny nenaplnování potřeb pacientů

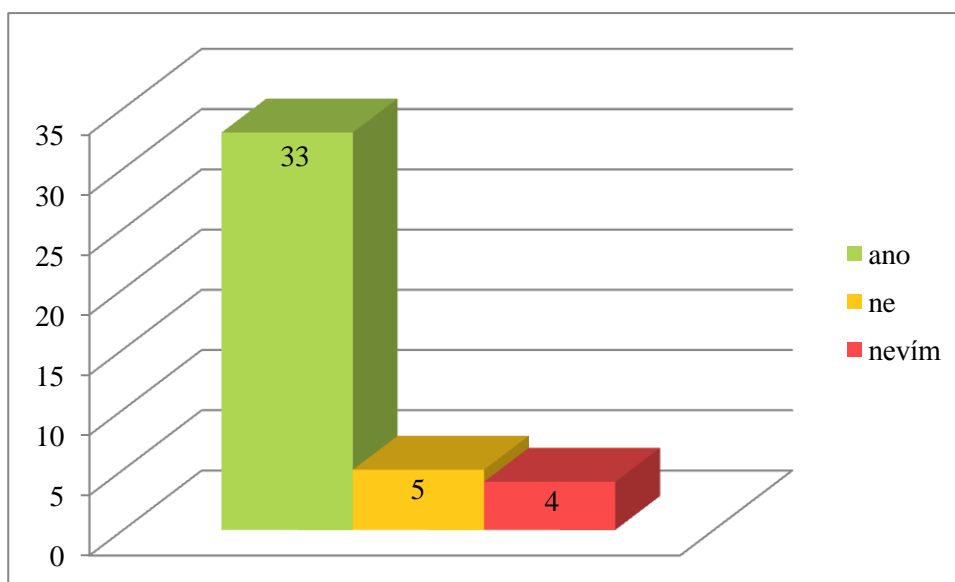


Obrázek 11 Příčiny nenaplnování potřeb pacientů

Další otázka studie zněla: „Co je příčinou nedostatečného naplnování potřeb u pacientů v paliativním režimu na Vašem pracovišti?“ Odpovědělo na ni 25 oslovených sester a mnohé z nich využily možnosti zatrhnout více odpovědí, 4 sestry zvolily možnost „jiné“ a vyjádřily další důvody nedostatečného naplnování potřeb pacientů vlastními slovy.

Většina z těch, kteří na otázku odpověděli, konkrétně 23 (92 %) dotázaných, se domnívá, že příčinou nedostatečného naplnování potřeb je nedostatek personálu. Dále 13 (52 %) sester uvedlo jako důvod nedostatek materiálních prostředků, 8 (32 %) respondentů nevyhovující prostory a stejný počet respondentů, tj. 8 (32 %) sester, shledalo jako důvod neochotu a nedostatečnou motivaci personálu. Jako nejméně častou příčinu nedostatečného naplnování potřeb pacientů, kterou napsaly pouze 3 (12 %) sestry, je nespolupráce ze strany pacienta. Možnost „jiné“ zvolily 4 (16 %) sestry, které odůvodnily nepříznivý stav nespoluprací rodiny, nepřítomností lékařů specialistů, nedostatečnou léčbou bolesti a zbytečným prodlužováním života.

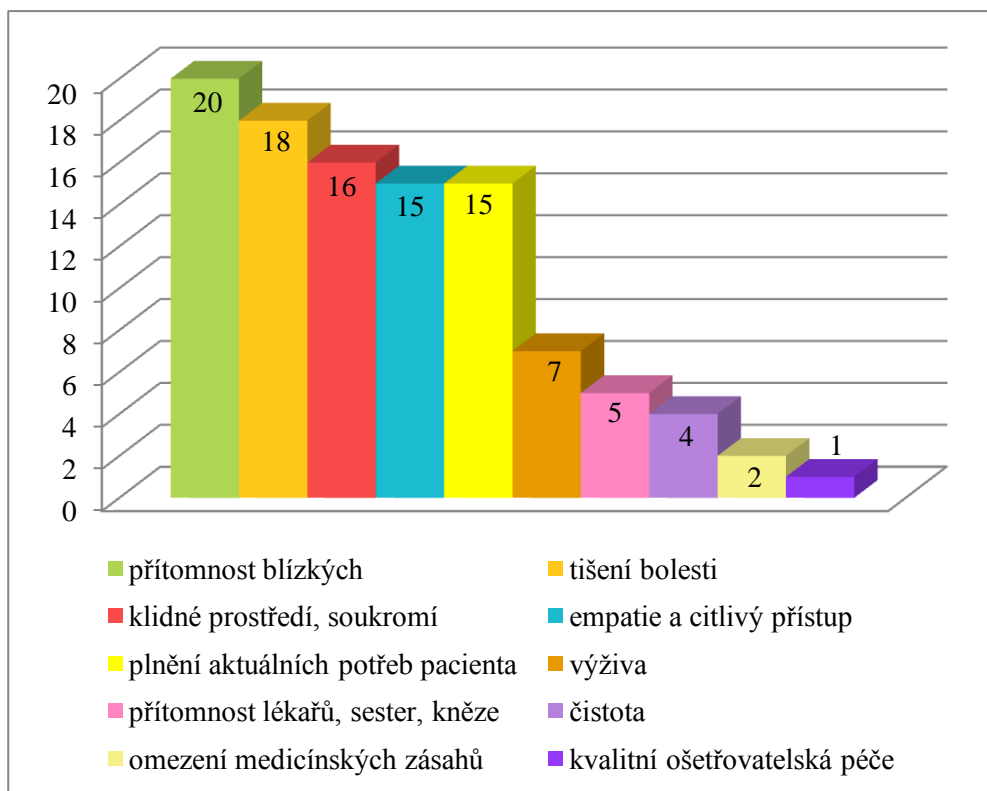
6.10 Otázka č. 10: Změny potřeb pacientů



Obrázek 12 Změny potřeb pacientů

V této otázce jsme zjišťovaly názor sester na proměnlivost potřeb pacientů v paliativním režimu. Odpovědělo všech 42 dotázaných sester, z nich 33 (79 %) bylo přesvědčeno, že se potřeby pacientů během paliativní péče mění, 5 (12 %) sester tvrdilo, že potřeby zůstávají stejné a 4 (10 %) respondenti se nepřiklonili ani k jednomu z předchozích názorů a zvolili možnost „nevím“.

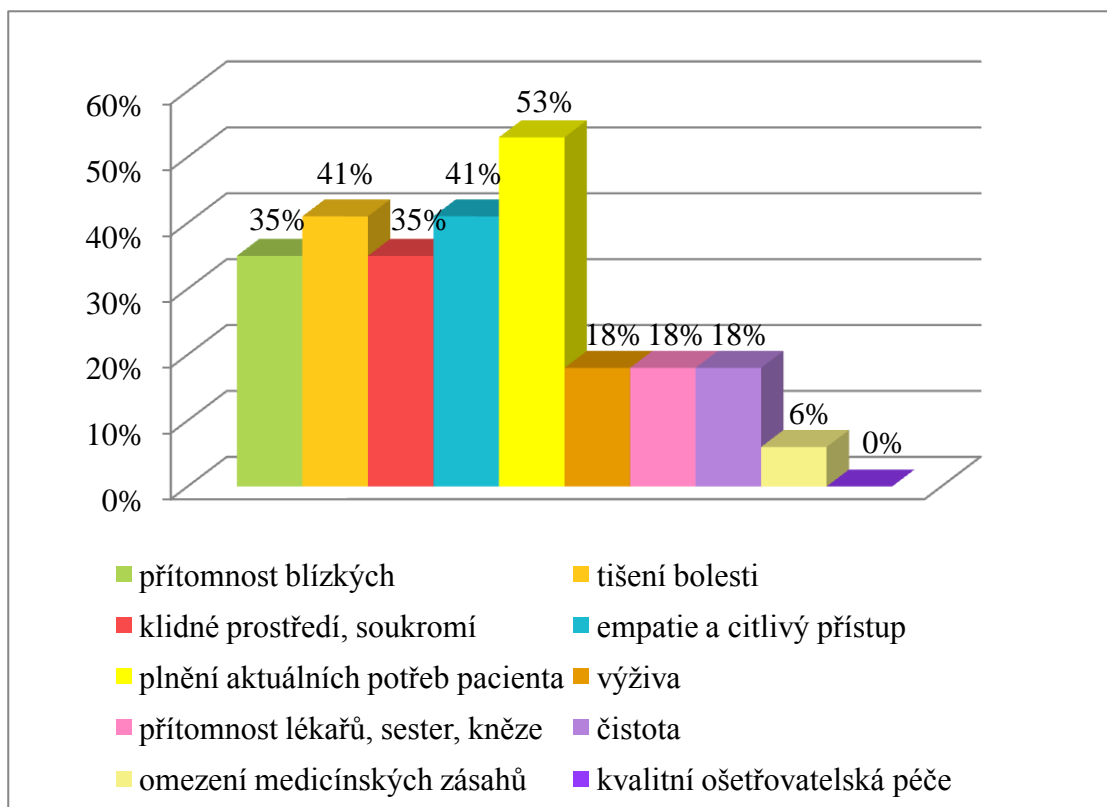
6.11 Otázka č. 11: Důstojný přístup k umírajícímu



Obrázek 13 Důstojný přístup k umírajícímu

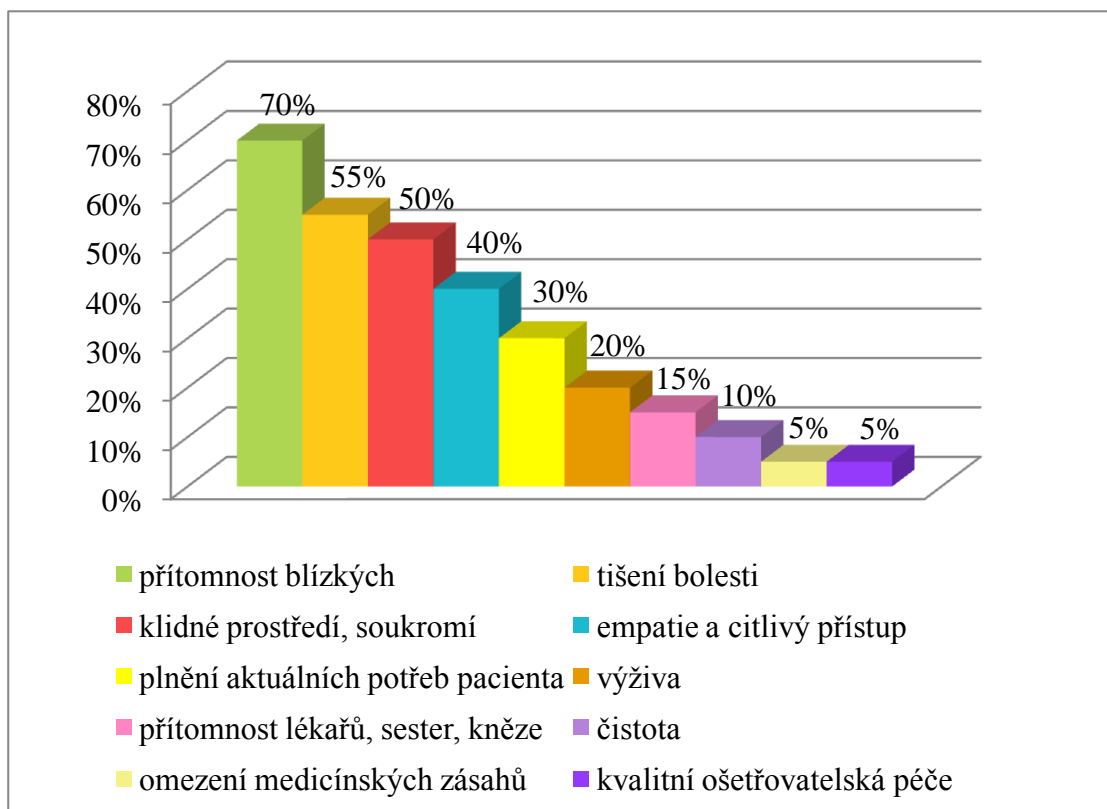
Na otázku zjišťující představu sester o důstojném přístupu k umírajícím pacientům se vyjádřilo 37 (88 %) dotázaných. Nejčastějšími odpověďmi, které shodně napsalo 20 (54 %) odpovídajících, byly přítomnost blízkých, dále tišení bolesti, které uvedlo 18 (49 %) sester a klidné prostředí, které bylo zmíněno 16 (43 %) sestrami. Za další důležité součásti důstojného umírání považovalo shodně 15 (41 %) respondentů empatii, citlivý přístup a plnění aktuálních potřeb. Méně dotázaných, konkrétně 7 (19 %) sester, kladlo důraz na výživu. Přítomnost lékařů, sester a kněze považovalo za důležitou 5 (14 %) respondentů, čistotu 4 (11 %) sestry a omezení medicínských zásahů 2 (5 %) sestry. Pouze 1 (3 %) dotázaný se domníval, že pro důstojné umírání je významná kvalitní ošetrovatelská péče.

Vzhledem k výzkumné otázce, která se ptá na souvislost mezi přístupem k umírajícímu a délkou praxe (do 10 let a nad 10 let), uvedeme i následující dva grafy.



Obrázek 14 Důstojný přístup k umírajícímu podle respondentů s praxí do 10 let

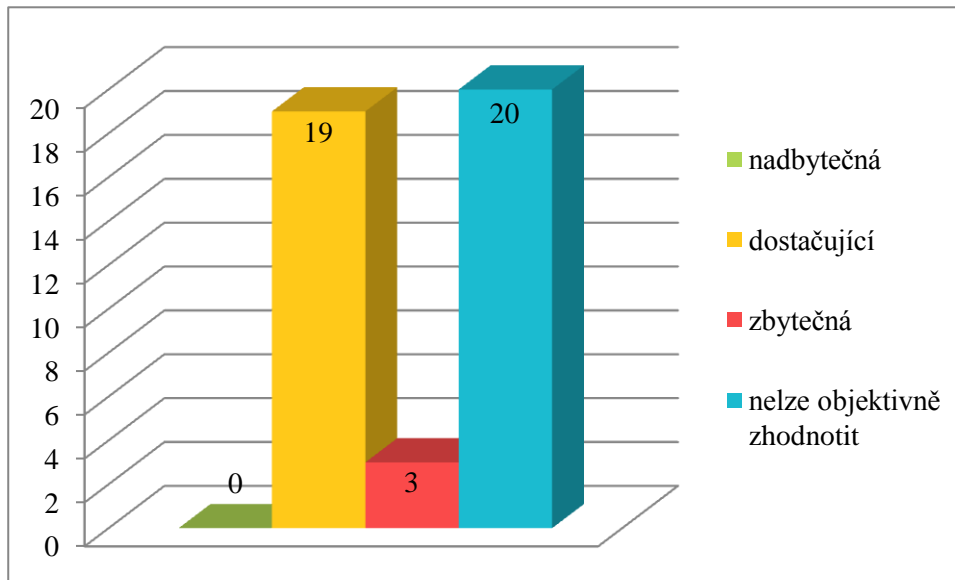
Na otázku č. 11 odpovědělo všech 17 sester s praxí do 10 let. Na uvedeném grafu můžeme vidět, že více jak polovina z nich, konkrétně 53 %, uvedla, že pro důstojný přístup k umírajícímu je důležité plnění aktuálních potřeb pacienta. Tišení bolesti, empatie spolu s citlivým přístupem byly druhými nejčastějšími odpověďmi, které napsalo 41 % sester. Do další početnější skupiny odpovědí s relativní četností 35 % patřila přítomnost blízkých, klidné prostředí a soukromí pacienta. Výživu, přítomnost lékařů, sester, kněze a čistotu považovalo za důležitou vždy 18 % dotázaných sester a omezení medicínských zásahů pouze 6 % respondentů. Žádná ze sester s praxí do 10 let neuváděla kvalitní ošetrovatelskou péči.



Obrázek 15 Důstojný přístup k umírajícímu podle respondentů s praxí nad 10 let

V grafu, který vyjadřuje názory na důstojný přístup k umírajícímu pouze od sester s celkovou praxí nad 10 let, je ponecháno seřazení jednotlivých odpovědí podle obrázku 13, tj. jsou řazeny od nejčastějších odpovědí po nejméně časté odpovědi v rámci všech respondentů. Sestupná tendence odpovědí zkušenějších sester, která je z grafu zřejmá, tedy kopíruje většinový názor. Raději podotkneme, že tento stav není ovlivněn tím, že sester s praxí nad 10 let bylo v šetření více, neboť z této kategorie odpovědělo na danou otázku pouze 20 sester, tj. pouze o 3 více než bylo odpovědí od zdravotníků s méně zkušenostmi. Mezi těmito 20 sestrami považovalo 70 % z nich za důležitý předpoklad důstojného přístupu k umírajícím pacientům umožnit jim přítomnost blízkých. Více než polovina z nich, konkrétně 53 %, kladla důraz na tišení bolesti a přesná polovina sester na klidné prostředí a soukromí pacienta. Empatii a citlivý přístup napsalo 40 % odpovídajících zdravotníků, plnění aktuální potřeb pacienta 30 % a výživu 20 % respondentů. Méně často, konkrétně v 15 % z odpovědí, zmiňovaly sestry přítomnost lékařů, sester a kněze. Čistotu považovalo za důležitou 10 % respondentů, omezení medicínských zásahů a kvalitní ošetrovatelskou péči pouhých 5 % z nich.

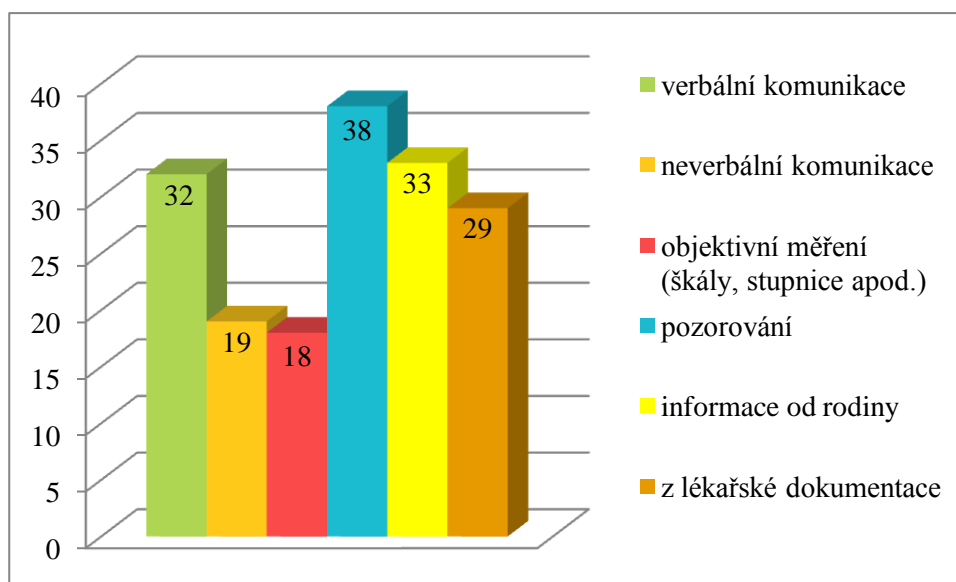
6.12 Otázka č. 12: Péče na daném pracovišti



Obrázek 16 Péče na daném pracovišti

Další otázka se týkala vnímání kvality péče poskytované sestrami umírajícím pacientům na daném pracovišti. Odpovědělo všech 42 dotazovaných sester. Žádný respondent (0 %) se nedomníval, že by tato péče byla nadbytečná, 19 (45 %) dotazovaných sester byla toho názoru, že je péče o umírající pacienty na jejich oddělení dostačující, 3 (7 %) sestry se domnívaly, že je jejich péče zbytečná a 20 (48 %) respondentů zvolilo možnost „nelze objektivně zhodnotit“.

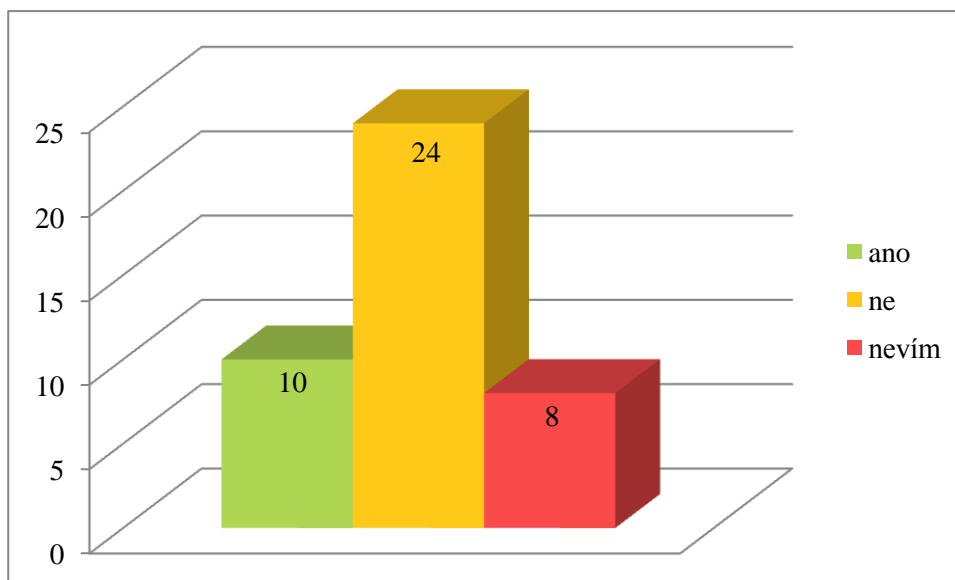
6.13 Otázka č. 13: Zhodnocení stavu zmateného pacienta



Obrázek 17 Zhodnocení stavu zmateného pacienta

Metody zjišťování a hodnocení potřeb zmateného pacienta jsme zjišťovali otázkou č. 13, v níž respondenti mohli vybrat více možností. Odpovědělo všech 42 dotázaných a většina z nich této možnosti využila. Verbální komunikaci se zmateným pacientem využívá 32 (76 %) sester, neverbální komunikaci 19 (45 %) sester, objektivní měření pomocí stupnic a škál aplikuje 18 (43 %) dotázaných, nejvíce sester, konkrétně 38 (90 %), využívá pozorování, 33 (79 %) respondentů spoléhá na informace od rodiny pacienta a 29 (69 %) čerpá z lékařské dokumentace.

6.14 Otázka č. 14: Specifické komunikační techniky

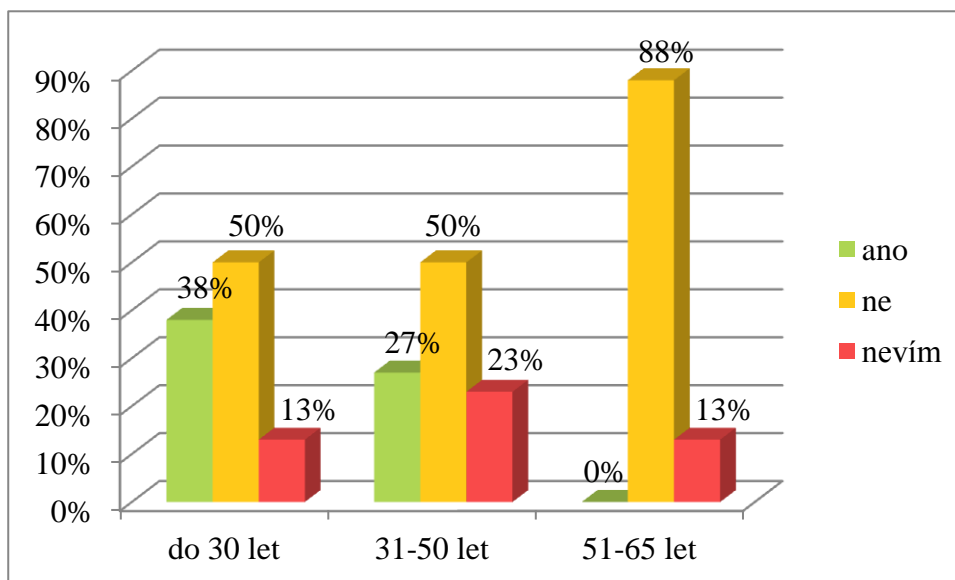


Obrázek 18 Specifické komunikační techniky

Rovněž na následující otázku odpovědělo všech 42 dotázaných. Kladnou odpověď zvolilo 10 (24 %) z nich, naopak zápornou 24 (57 %) z nich. Zbývajících 8 (19 %) sester bylo nerozhodných a vybralo možnost „nevím“.

V případě kladné odpovědi, tj. v deseti výše zmíněných případech, měli účastníci šetření slovně vypsát, jaké konkrétní specifické komunikační techniky používají. Mohli vyjmenovat i více možností. Mimiku a gestiku uvedly 4 (40 %) sestry z uvedených 10, stejný počet respondentů používá obrázky a tabulky, 3 (30 %) dotázaní si pomáhají tužkou a papírem, prvky bazální stimulace aplikují také 3 (30 %) sestry a 1 dotázaný zjišťuje potřebné informace pomocí intuice.

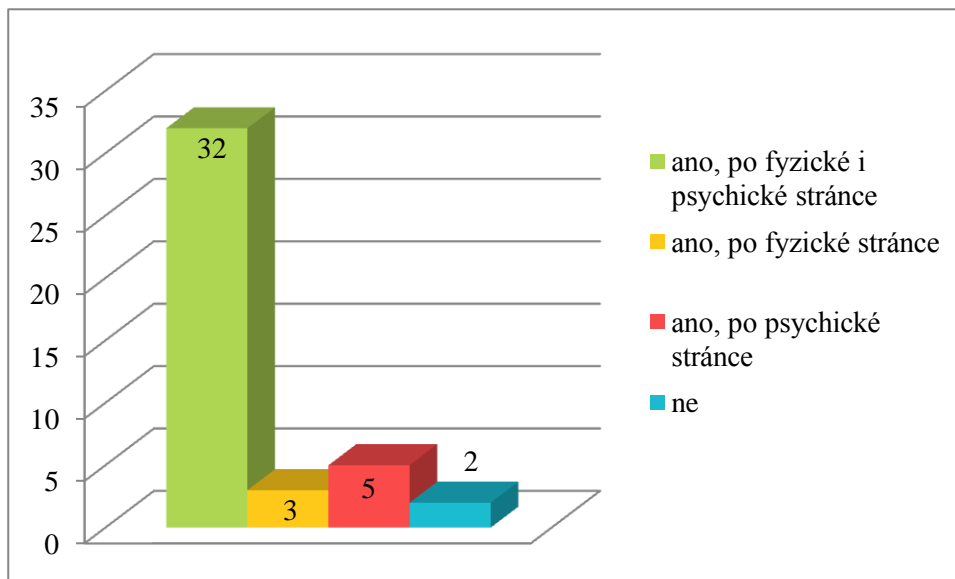
Výzkum prokázal závislost mezi věkem respondentů a používáním specifických komunikačních technik. Přesné výsledky jsou prezentovány následujícím grafem.



Obrázek 19 Specifické komunikační techniky v závislosti na věku

Ve věkové skupině do 30 let 38 % sester uvedlo, že využívá specifické komunikační prostředky, 50 % že je nepoužívá a 13 % zvolilo odpověď „nevím“. Mezi respondenty ve věku 31 až 50 let si těmito technikami pomáhá 27 % dotázaných, 50 % si jimi nepomáhá a 23 % se nepřiklonilo ani k jedné možnosti. Účastníci šetření z nejstarší věkové skupiny volili pouze mezi negativní (88 %) a neurčitou (13 %) odpovědí.

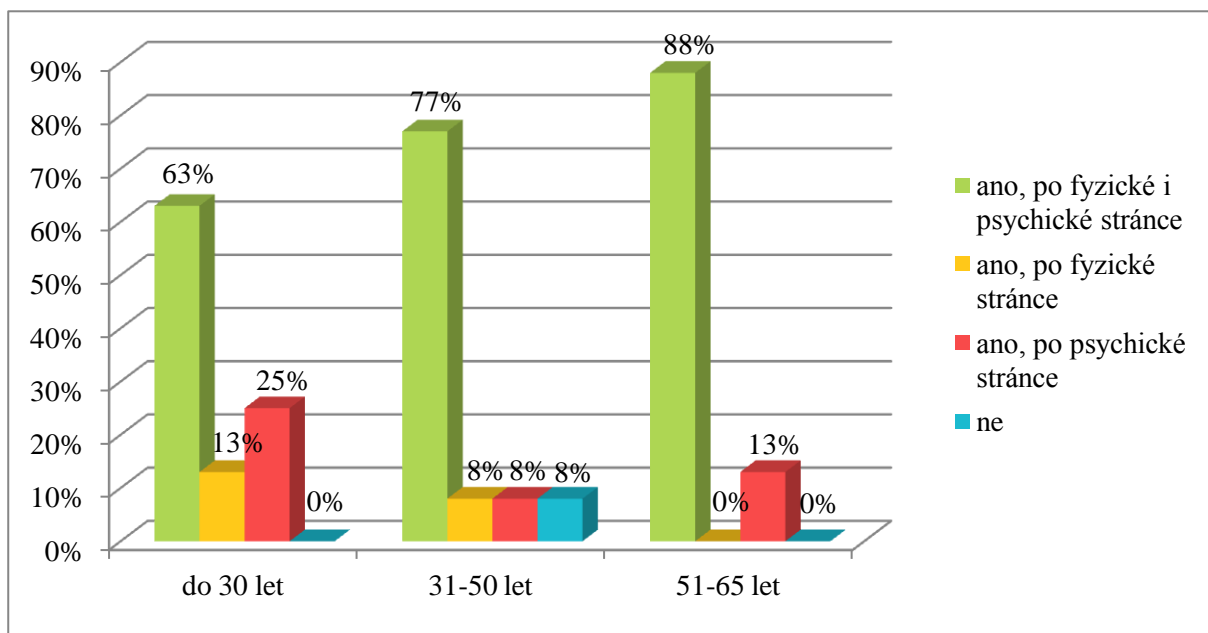
6.15 Otázka č. 15: Náročnost práce na daném pracovišti



Obrázek 20 Náročnost práce na daném pracovišti

Na otázku ohledně náročnosti práce ve srovnání s ostatními odděleními odpovědělo všech 42 respondentů. Poměrně velká část, konkrétně 32 (76 %) sester, považuje svou práci na příslušném oddělení náročnější po fyzické i psychické stránce. Svě povolání náročnější pouze po fyzické stránce vnímají 3 (7 %) sestry, naopak 5 (12 %) dotázaných uvedlo větší náročnost psychickou a zbývajících 2 (5 %) respondenti považují svou práci za srovnatelnou s prací na jiných odděleních.

Šetření prokázalo, že existuje souvislost mezi vnímáním náročnosti své práce a věkem, resp. pohlavím respondentů. Tyto závislosti jsou znázorněny na následujících dvou grafech.

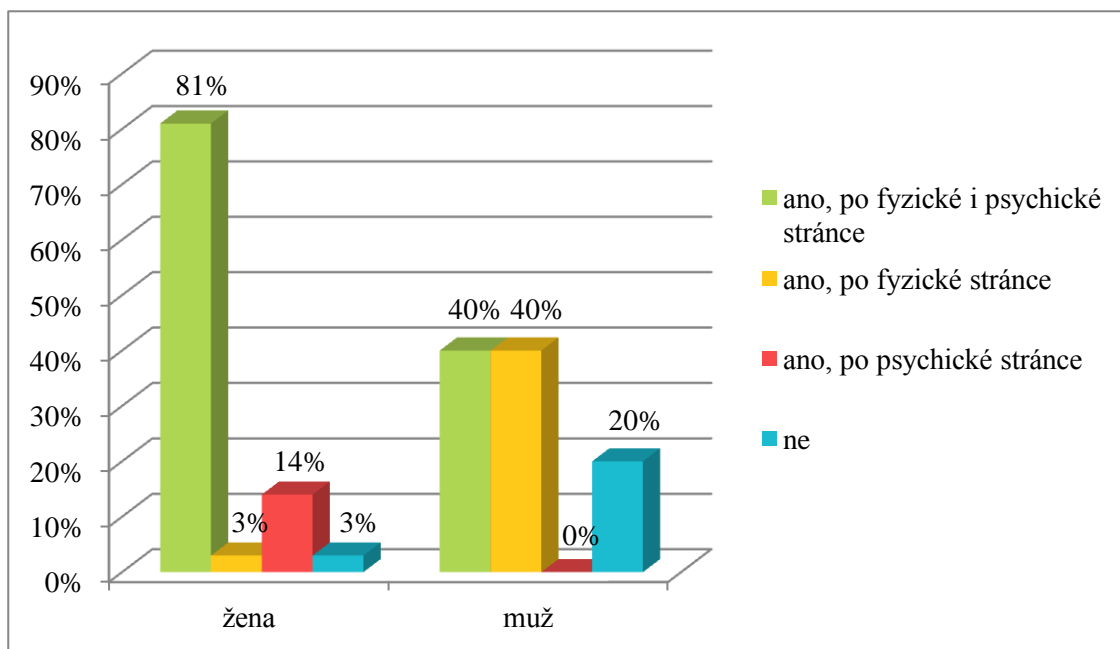


Obrázek 21 Náročnost práce na daném pracovišti v závislosti na věku

Ze sester ve věkové skupině do 30 let uvedlo 63 % z nich, že svou práci považují za těžší po stránce fyzické i psychické, 13 % ji vnímalo náročnější po stránce fyzické a v porovnání s ostatními věkovými skupinami relativně značná část, konkrétně 25 % sester v této věkové skupině uvedla, že práci na svém pracovišti vnímají náročnější pouze po psychické stránce. Mezi respondenty do 30 let není nikdo, kdo by považoval svou profesi za srovnatelnou s těmi na ostatních pracovištích.

Mezi dotázanými, jejichž věk byl v rozmezí 31 až 50 let, se objevily, na rozdíl od ostatních věkových skupin, i odpovědi záporné. Tvořily 8 % odpovědí. Zbývající počet respondentů volilo mezi dalšími možnostmi, jednotlivé relativní četnosti jejich odpovědí jsou následující: „ano, po fyzické i psychické stránce“ zvolilo 77 %, „ano, po fyzické stránce“ 8 % a „ano, po psychické stránce“ také 8 %.

Všichni nejstarší účastníci volili pouze ze dvou možností. Konkrétně 88 % z nich pocituje větší náročnost fyzickou i psychickou a 13 % vnímá větší náročnost pouze po stránce psychické.

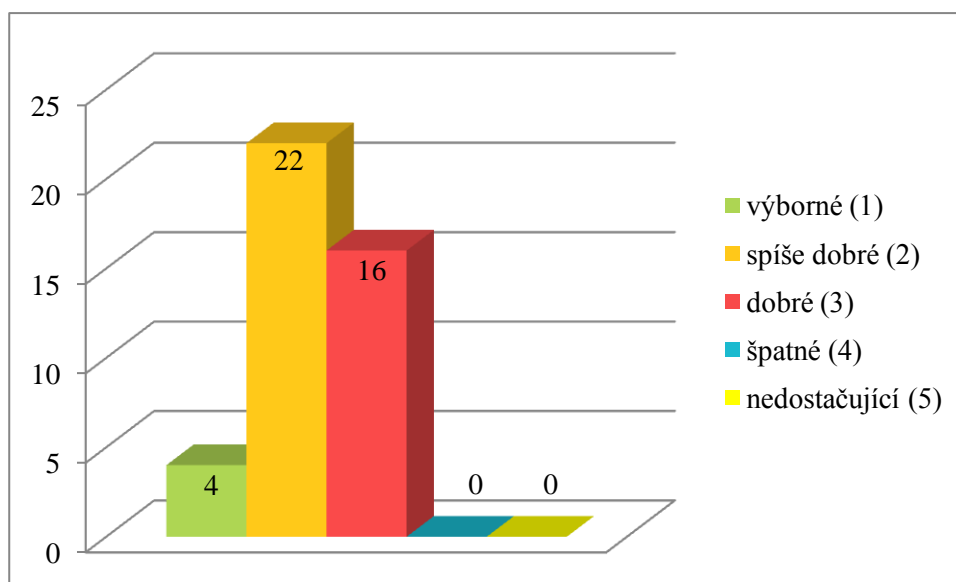


Obrázek 22 Náročnost práce na daném pracovišti v závislosti na pohlaví

Většina, konkrétně 81 % dotázaných žen považuje svoji práci za fyzicky i psychicky náročnější než na jiných pracovištích. Pouhé 3 % žen spatřují svou profesi více náročnou po fyzické stránce, 14 % po psychické stránce a 3 % hodnotí náročnost svého povolání za srovnatelnou s jinými pracovišti.

Mezi muži dopadlo šetření následovně: 40 % zvolilo možnost zahrnující náročnost fyzickou i psychickou, stejný podíl mužů vnímá větší náročnost fyzickou a 20 % nepocítuje větší nároky ani po stránce fyzické ani po stránce psychické. Variantu vyjadřující větší psychickou náročnost nevybral žádný muž.

6.16 Otázka č. 16: Hodnocení vlastních znalostí respondentů

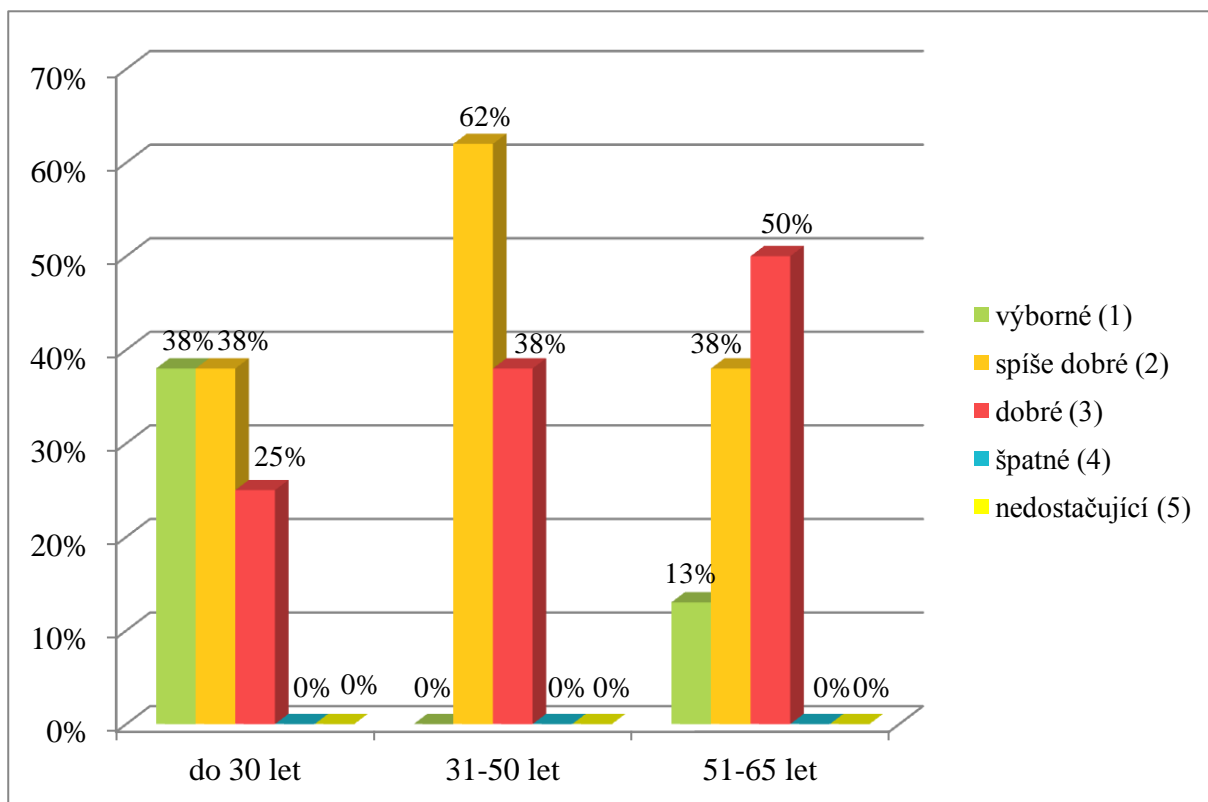


Obrázek 23 Hodnocení vlastních znalostí respondentů

Pomineme-li dotazy týkající se věku a praxe respondentů, byla otázka č. 16 v dotazníku jediná, v níž jsme sledovaly kvantitativní znak. Přesněji řečeno, odpovědi na uvažovanou otázku lze interpretovat jak v řeči kvantitativních, tak i kvalitativních znaků. Respondenti totiž měli ohodnotit své znalosti v oblasti paliativní péče, přičemž jim byla nabídnuta jak číselná stupnice odpovídající škále používané v českém školství (známky 1 až 5), tak i slovní vyjádření. Svě znalosti zhodnotilo všech 42 respondentů. Z navržené stupnice si všichni zvolili známku od 1 do 3, rozdělení četností je tedy značně asymetrické. Nejlepší hodnocení si udělily 4 (10 %) všeobecné sestry, známkou 2 ohodnotilo své znalosti 22 (52 %) respondentů a zbývajících 16 (38 %) dotázaných zvolilo možnost „dobré“, která odpovídala číselné hodnotě 3.

Aritmetický průměr známek zaokrouhlený na dvě desetinná čísla tedy je 2,28, medián a modus byly shodné 2.

Poměrně zajímavé jsou výsledky v případě, kdy odpovědi na 16. otázku budeme analyzovat pro jednotlivé věkové skupiny účastníků výzkumu zvlášť. Situace je vizualizovaná následujícím grafem.



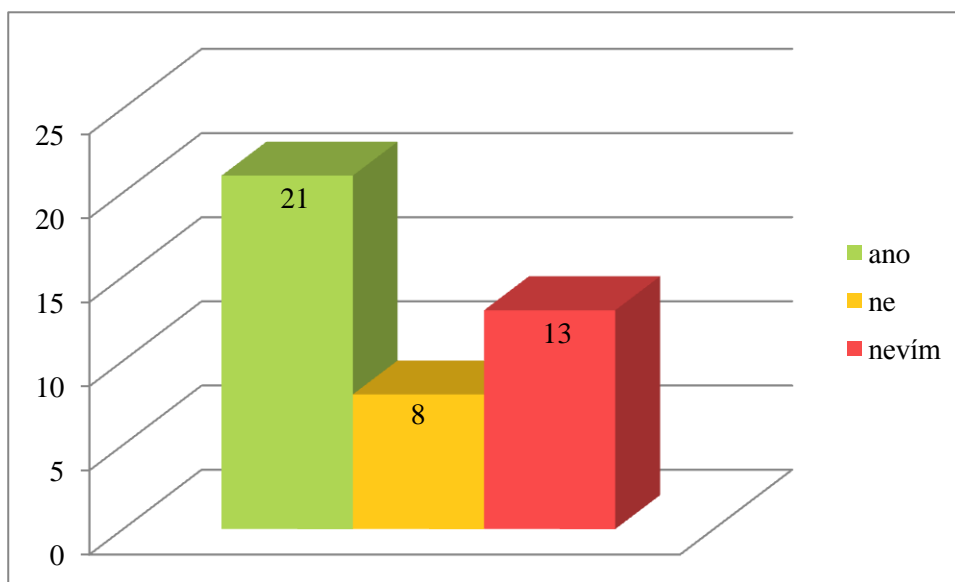
Obrázek 24 Hodnocení vlastních znalostí respondentů v závislosti na věku

Nejlépe své znalosti ohodnotily všeobecné sestry, kterým je 30 a méně let. V šetření jich bylo 8 (viz otázka č. 2), 38 % z nich považují své znalosti za výborné, zaškrtnly tedy možnost odpovídající známce 1, stejný počet zvolilo známku 2 a zbývajících 25 % respondentů se ohodnotilo známkou 3.

Přestože ve věkové kategorii 31 až 50 let bylo dotázaných nejvíce, konkrétně 26, nikdo nezvolil hodnocení známkou 1. Známkou o stupeň horší zvolilo 62 % a známku 3 si přidělilo 38 % dotázaných z uvažované věkové skupiny.

Mezi nejstaršími respondenty dopadlo šetření následovně. Slovem „výborné“ odpovídající číselné hodnotě 1 se ohodnotilo 13 % sester, 38 % zvolilo známku 2 a přesná polovina, tj. 50 % sester v této věkové skupině ohodnotila své znalosti známkou 3.

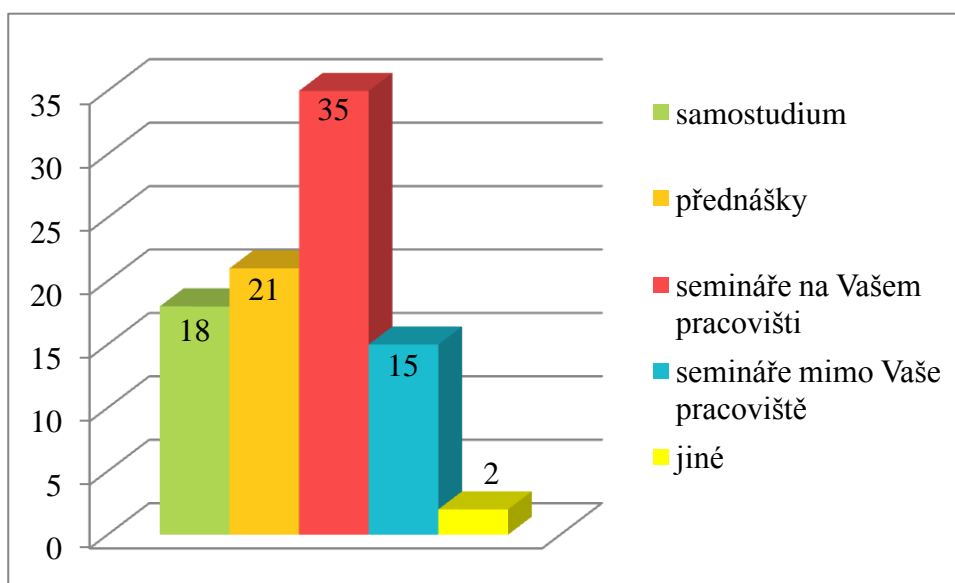
6.17 Otázka č. 17: Zájem o další vzdělávání



Obrázek 25 Zájem o další vzdělávání

Zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče má ze 42 účastníků šetření celá polovina, tj. 21 (50 %) sester, zápornou odpověď uvedlo 8 (19 %) sester a 13 (31 %) respondentů nemělo vyhraněný názor a zvolilo možnost „nevím“.

6.18 Otázka č. 18: Preferovaná forma vzdělávání



Obrázek 26 Preferovaná forma vzdělávání

Poslední otázka našeho dotazníku byla zaměřena na konkrétní formy dalšího vzdělávání, které oslovené sestry upřednostňují. Odpovědělo všech 42 respondentů a mnozí z nich využili možnosti zatrhnout více odpovědí. Samostudium uvedlo 18 (43 %) sester, vzdělávání formou přednášek 21 (50 %) dotázaných, semináře na vlastním pracovišti 38 (90 %) sester a semináře mimo jejich pracoviště preferuje 15 (36 %) sester. Možnost „jiné“ zvolily pouze 2 (5 %) dotázané sestry, které upřednostňují i vzdělávání pomocí televize, internetu a dalšího studia na odborné škole.

DISKUZE

Výzkumná otázka číslo 1

První výzkumná otázka zněla: „Znají všeobecné sestry na sledovaném pracovišti správnou definici paliativní péče?“ Většina respondentů dle očekávání odpověděla správně. Přesto byly zaškrtnuty všechny ze čtyř nabízených definic této péče. Dvě zcela mylné odpovědi sice zvolil vždy jen jediný respondent, ale definici, která preferuje biologické potřeby pacienta v paliativním režimu, zvolilo 8 z celkových 42 dotázaných. Toto relativně velké číslo je zřejmě způsobeno jejich každodenní rutinou, při níž v první řadě uspokojují právě tělesné potřeby pacientů. I z odpovědí na otázku č. 9 tážající se na důvody nenaplňování všech potřeb pacientů lze soudit, že na odděleních tohoto typu chybí dostatečné množství personálu a sestry jsou tak nucené v první řadě zajistit základní biologické potřeby. Zmíněný názor lze možná také podepřít odpověďmi nejméně zkušených respondentů, kteří všichni zvolili správnou definici paliativní péče. Důvodem jejich dobrých znalostí může být jednak skutečnost, že dosud nejsou každodenní praxí ovlivněni, ale současně uznáváme, že by se mohlo jednat o čerstvé absolventy škol nabyté teoretickými znalostmi. Naše výsledky šetření se ovšem neshodují s výsledky výzkumu Polívkové (2011), která se ve své bakalářské práci zabývala přípravou sester na poskytování paliativní a hospicové péče. V jejím výzkumu až 60 % respondentů, kteří vyplnili otázku týkající se definice paliativní péče, uvedlo definici nesprávnou. Jako důvod neshodných výsledků lze považovat výběr respondentů. V našem výzkumu jsme se zaměřily na všeobecné sestry pracující na LDN, zatím co Polívková prováděla dotazníkové šetření na různých pracovištích, kde se sestry s paliativní péčí nemají možnost tak často setkat. Navíc jednou skupinou dotázaných byli teprve studenti zdravotnické školy.

Výzkumná otázka číslo 2

Druhá výzkumná otázka zněla: „Domnívají se oslovené všeobecné sestry, že mezi potřebami pacientů v paliativním režimu jsou prioritní potřeby biologické?“ Na základě odpovědí na otázku číslo 7 můžeme s určitostí tvrdit, že dle názoru oslovených sester jsou skutečně pro pacienty v tomto režimu prioritní potřeby biologické. Zcela nejčastěji se v odpovědích objevily potřeby spadající do kategorie „výživa“ a „být bez bolesti“. Převaha těchto dvou skupin je ještě více zřejmá, pokud uvážíme i důležitost, která jim byla respondenty přiřazena.

Dle tohoto kritéria je nejdůležitější potřebou pacientů „být bez bolesti“ následovaná potřebami související s výživou. Rovněž další potřebou, která měla největší četnost mezi odpověďmi, je potřeba biologická, neboť se jedná o potřeby zajišťující dostatečnou hygienu. Tato potřeba však v šetření dosáhla nižší pozice, pokud jsme brali v úvahu i její důležitost. Prvními potřebami, které nespádají do biologických potřeb, byly, alespoň co se četnosti týče, „přítomnost blízkých“ a „psychická podpora“. Pokud uvažujeme i důležitost jednotlivých potřeb, potom nejvýše postavenou potřebou nepatřící mezi potřeby biologické bylo „klidné prostředí“.

Rovněž na základě otázky číslo 8, v níž odpověděla plná polovina respondentů, že na jejich pracovišti jsou sice naplňovány potřeby pacientů v paliativním režimu, ale především potřeby biologické, můžeme soudit, že potřeby, související s fyzickou stránkou života, jsou pro sestry na předních místech.

Na druhou stranu u otázky č. 11 tážající se na přístup k umírajícímu pacientovi, sestry uváděly především nutnost zajištění klidného prostředí, přítomnosti blízkých, empatie apod. s tím požadavkem, že je pacient bez bolesti.

Naše výsledky, kdy všeobecné sestry upřednostňují především biologické potřeby pacienta, jsou v rozporu s výsledky šetření Macháčkové (2011), která se zabývala důležitostí uspokojování spirituálních potřeb pacienta. Na otázku, zda je zjišťování spirituálních potřeb pacienta důležité, se až 70 % dotázaných sester vyjádřilo kladnou odpovědí a na duchovní potřeby kladou velký důraz. Rozdílnost výsledků si můžeme vysvětlit tím, že se otázka týkala pouze zjišťování spirituálních potřeb pacienta, nikoliv aktivním uspokojováním, které je spolu s naplňováním komplexně všech potřeb pacienta v praxi náročnější.

Výzkumná otázka číslo 3

Třetí výzkumná otázka zněla: „Vnímají oslovené všeobecné sestry práci na svém oddělení více náročnou než na jiných odděleních téhož zdravotnického zařízení? Pokud ano, cítí větší náročnost fyzickou nebo psychickou?“

Rovněž na první část této otázky můžeme s jistotou odpovědět kladně, neboť většina sester považuje práci na daném pracovišti za náročnější. Navíc velké procento z nich cítí tuto větší náročnost jak po stránce fyzické, tak i psychické.

Šetření ukázalo, že mezi jeho nejmladšími účastníky je v porovnání s ostatními věkovými skupinami relativně více těch, kteří se domnívají, že jejich práce je náročnější pouze po

stránce psychické. Mezi nejstaršími sestrami překvapivě nebyl nikdo, kdo by vnímal práci náročnější pouze po fyzické stránce. Pouze 2 respondenti nepociťují své povolání náročnější ani v jedné oblasti, oba spadají do střední věkové kategorie.

Co se týče pohlaví, tak pouze větší psychickou náročnost práce volily jen ženy. Muži uváděli se stejnou četností jak větší náročnost po obou stránkách, tak pouze po stránce fyzické. Jejich mínění zřejmě vychází ze skutečnosti, že jsou vzhledem k jejich lepším tělesným dispozicím ženami často žádáni o pomoc u fyzicky náročnějších činností. Podle předpokladů větší procento mužů než žen považuje svou práci za srovnatelnou s činnostmi na jiných odděleních. Vašutová (2010), která ve své bakalářské práci zkoumala úzkost a strach ze smrti zdravotnického personálu na oddělení ARO, do dotazníku také zařadila otázku týkající se vnímání náročnosti práce na daném pracovišti. Z jejího výzkumu vyplývá, že i na oddělení ARO jsou všeobecné sestry přesvědčeny o vysoké pracovní zátěži po stránce fyzické i psychické. Tato shoda nás může utvrdit v názoru, že práce s umírajícími pacienty náročná je a většina všeobecných sester tak svou práci i vnímá.

Výzkumná otázka číslo 4

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: „Jakým způsobem všeobecné sestry zjišťují potřeby u pacientů s omezenou možností komunikace?“

Odpovědi na tuto výzkumnou otázku nám poskytne vyhodnocení především otázky č. 13 a dále také otázky č. 14 našeho dotazníku. Odpovědi byly poměrně vyrovnané, žádnou z metod či zdrojů informací ne zvolilo výrazně více sester. Nejvíce respondenti používají pozorování pacienta, informace od jeho rodiny a verbální komunikaci s pacientem. Dále relativně často získávají potřebná data z lékařské dokumentace a méně často pomocí neverbální komunikace s pacientem a z objektivního měření.

Více než polovina dotázaných si nepomáhá při komunikaci s jakýmkoliv, tedy i se zmateným a dementním pacientem, žádnou specifickou technikou. Zde však existuje souvislost s věkem dotázaných sester, neboť s rostoucím věkem klesá počet kladných odpovědí, a to dokonce tak, že mezi nejstaršími účastníky výzkumu nepoužívá specifickou komunikační techniku nikdo.

Výzkumná otázka číslo 5

Pátá výzkumná otázka zněla: „Je rozdíl v přístupu k umírajícím pacientům u všeobecných sester s praxí do 10 let a s praxí nad 10 let?“ Rozdíly mezi odpověďmi v obou skupinách nebyly výrazně odlišné, respondenti obou věkových skupin nejvíce zmiňovali tytéž podstatné zásady přístupu k umírajícímu. Přesto však lze vidět jisté rozdíly. Zatímco mezi mladšími respondenty bylo nejčastěji uvedeno plnění aktuálních potřeb pacienta, následované shodně tišením bolesti a empatií, resp. citlivým přístupem, zkušenější sestry kladly důraz na přítomnost blízkých, tišení bolesti, klidné prostředí, empatii a citlivý přístup. Naplnění aktuálních potřeb pro ně bylo až na pátém místě. Přístupem k umírajícím z pohledu laické veřejnosti se zabývala Slivanská (2011) ve své diplomové práci s názvem „Paliativní péče o seniory“. Většina respondentů kladla důraz na umírání v klidném domácím prostředí s přítomností rodiny a na co nejdéle zachování soběstačnosti. Tyto výsledky se shodují s odpověďmi obou našich skupin sester rozdělených dle doby praxe.

Výzkumná otázka číslo 6

Šestá výzkumná otázka zněla: „Vyskytuje se rozdíl v názorech na vlastní znalosti v oblasti paliativní péče u všeobecných sester do 30 let věku, ve věkovém rozmezí 31 až 50 let a nad 50 let?“ Odpověď na 6. výzkumnou otázku je pozitivní. Šetření prokázalo, že s rostoucím věkem se respondenti hodnotí své znalosti z oblasti paliativní péče hůře. Všichni dotázaní volili pouze mezi známkami 1 (výborné), 2 (spíše dobré) a 3 (dobré). Nejlépe tedy dopadly sestry do 30 let věku, které se nejčastěji ohodnotily známkou 2. Medián byl totožný jako modus, tj. také 2. Aritmetický průměr známek zaokrouhlený na dvě desetinná čísla byl 1,88. Méně optimisticky své znalosti hodnotí sestry ve věku 31 až 50 let. Nejlepší známkou 1 se nikdo neohodnotil, nejčastěji sestry volily opět známkou 2, medián byl také 2, aritmetický průměr známek zaokrouhlený na dvě desetinná čísla byl 2,38. Nejhůře vnímají své znalosti v oblasti paliativní péče nejstarší respondenti, z nichž se přesná polovina hodnotila své znalosti slovem „dobré“, tedy známkou 3. Tento stupeň byl uváděn nejčastěji, medián byl 2,5, aritmetický průměr známek zaokrouhlený na dvě desetinná čísla byl 2,38.

Výzkumná otázka číslo 7

Sedmá výzkumná otázka zněla: „Jaký způsob vzdělávání v oblasti paliativní péče by všeobecné sestry volily nejraději?“ Předně uvedme, že přesná polovina sester by se vzdělávat v oblasti paliativní péče chtěla, takřka pětina respondentů se k dalšímu vzdělávání staví naopak negativně a ostatní dotázaní nemají vyhraněný názor. Přesto se v otázce na další vzdělávání vyjádřili všichni dotázaní. Celkem očekávaně nejvíce sester upřednostňuje další vzdělávání formou seminářů na vlastním pracovišti. Dále by relativně velká skupina dotázaných volila vzdělávání formou přednášky, a o něco méně sester se přiklání k samostudiu. Z odpovědí je zřejmé, že respondenti nejsou příliš ochotni docházet či dojíždět za vzděláváním mimo své pracoviště. Rovněž ve výzkumu Peňázové (2011), která se v bakalářské práci zabývala tématem registrace všeobecných sester, je publikováno, že většina dotázaných sester upřednostňuje jako formu celoživotního přednášky a konference s pasivní účastí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována problematice poskytování paliativní péče. Zabývá se základními informacemi o paliativní péči, potřebami pacienta, symptomy v paliativní péči a umíráním.

Prvním cílem bylo seznámit čtenáře s vlastním pojmem paliativní péče, potřebami umírajících, nejčastějšími symptomy v paliativní péči a procesem umírání. Tento cíl byl splněn v teoretické části práce, kde jsme pomocí patnácti zdrojů provedli teoretickou rešerši studované problematiky.

Jako druhý cíl jsme si stanovili zjistit znalosti všeobecných sester v problematice paliativní péče. Proto byl vypracován dotazník, který jsme následně distribuovali všeobecným sestřám na pěti lůžkových odděleních LDN jedné nejmenované nemocnice. Správnou definici paliativní péče z nabízených čtyř variant zvolilo 76 % ze všech dotázaných sester. Druhý cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, jak subjektivně hodnotí všeobecné sestry náročnost své práce. Z navrhovaných možností zvolilo opět 76 % dotázaných sester možnost, která zároveň zahrnovala větší náročnost fyzickou i psychickou. Tímto byl i třetí cíl splněn.

Čtvrtým cílem bylo stanovit, zda všeobecné sestry naplňují potřeby pacientů v paliativním režimu a v jakých oblastech případně nastávají překážky. Takřka pětina respondentů, konkrétně 19 % z nich, se domnívala, že potřeby pacientů jsou naplňovány dostatečně. Navíc přesná polovina dotázaných sester zvolila také kladnou odpověď, tedy že potřeby pacientů v paliativním režimu jsou naplňovány dostatečně, ovšem zároveň uvedla, že jsou upřednostňovány potřeby biologické. Naopak 29 % respondentů se domnívalo, že potřeby pacientů dostatečně naplňovány nejsou. Jako nejčastější příčina tohoto stavu byl uváděn v naprosté většině nedostatek personálu, dále pak nedostačující množství materiálních prostředků. Poslední, čtvrtý cíl byl také splněn.

Z výsledků našeho šetření je patrné, že znalosti dotázaných všeobecných sester v oblasti paliativní péče jsou dostačující. Problém ovšem nastává v samotné praxi, kdy pro poskytování této péče nejsou zajištěny vhodné podmínky a, dle mínění respondentů, kvalitní paliativní péči tak nelze do důsledků aplikovat. Za následky těchto zjištěných faktů můžeme považovat pasivní přístup zdravotnického personálu k zavádění inovativních přístupů v paliativní péči, např. využívání prvků bazální stimulace, speciálních komunikačních technik na jejich odděleních, a k dalšímu vzdělávání v této oblasti. Pro odstranění negativ zabraňujících poskytování správné paliativní péče by bylo vhodné zlepšit podmínky na pracovišti, zajistit

dostatek kvalifikovaných pracovníků a zvýšit motivaci zdravotnického personálu k výkonu povolání a k dalšímu vzdělávání, což lze realizovat např. zařazením více odborných seminářů a přednášek přímo na daném pracovišti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-802-4741-383.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-807-2624-713.

MARKOVÁ, Alžběta a kol. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.

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

ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetřovatelství II pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-860-7397-1.

SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav; VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SOFAER, Beatrice. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-716-9309-X.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vyd. Kostelní Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesy*. 1. vyd. Praha: Tiskárny Havlíčkův Brod, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-365-5.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-701-3324-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-802-4721-705.

VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdeněk; POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

YOUNGOVÁ, Adriana. Terminální stavy a paliativní péče. *Lékařské listy* [online]. 2010, roč. 2010, č. 18 [cit. 2013-03-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/terminalni-stavy-a-paliativni-pece-455167>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
cit.	citace
č.	číslo
EAPC	European Association for Palliative Care Evropská asociace paliativní péče
EKG	elektrokardiogram
JIP	jednotka intenzivní péče
kol.	kolektiv
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
ml	mililitr
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association Severoamerická asociace pro sesternské diagnózy
např.	například
o. s.	občanské sdružení
PSS	pomaturitní specializační studium
resp.	respektive
roč.	ročník
s.	strana
Sb.	sbírka
SZŠ	střední zdravotnická škola
tj.	to je
TK	tlak krevní
tzv.	takzvaně
vyd.	vydání
WHO	World Health Organization Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK A ILUSTRACÍ

Obrázek 1: Pohlaví respondentů

Obrázek 2: Věk respondentů

Obrázek 3: Nejvyšší dosažené odborné vzdělání

Obrázek 4: Celková doba praxe

Obrázek 5: Doba praxe v oblasti paliativní péče

Obrázek 6: Chápání pojmu paliativní péče

Obrázek 7: Chápání pojmu paliativní péče v závislosti na délce praxe v paliativní péči

Obrázek 8: Potřeby pacientů v paliativním režimu

Obrázek 9: Potřeby pacientů v paliativním režimu dle důležitosti

Obrázek 10: Naplňování potřeb pacientů

Obrázek 11: Příčiny nenaplňování potřeb pacientů

Obrázek 12: Změny potřeb pacientů

Obrázek 13: Důstojný přístup k umírajícímu

Obrázek 14: Důstojný přístup k umírajícímu podle respondentů s praxí do 10 let

Obrázek 15: Důstojný přístup k umírajícímu podle respondentů s praxí nad 10 let

Obrázek 16: Péče na daném pracovišti

Obrázek 17: Zhodnocení stavu zmateného pacienta

Obrázek 18: Specifické komunikační techniky

Obrázek 19: Specifické komunikační techniky v závislosti na věku

Obrázek 20: Náročnost práce na daném pracovišti

Obrázek 21: Náročnost práce na daném pracovišti v závislosti na věku

Obrázek 22: Náročnost práce na daném pracovišti v závislosti na pohlaví

Obrázek 23: Hodnocení vlastních znalostí respondentů

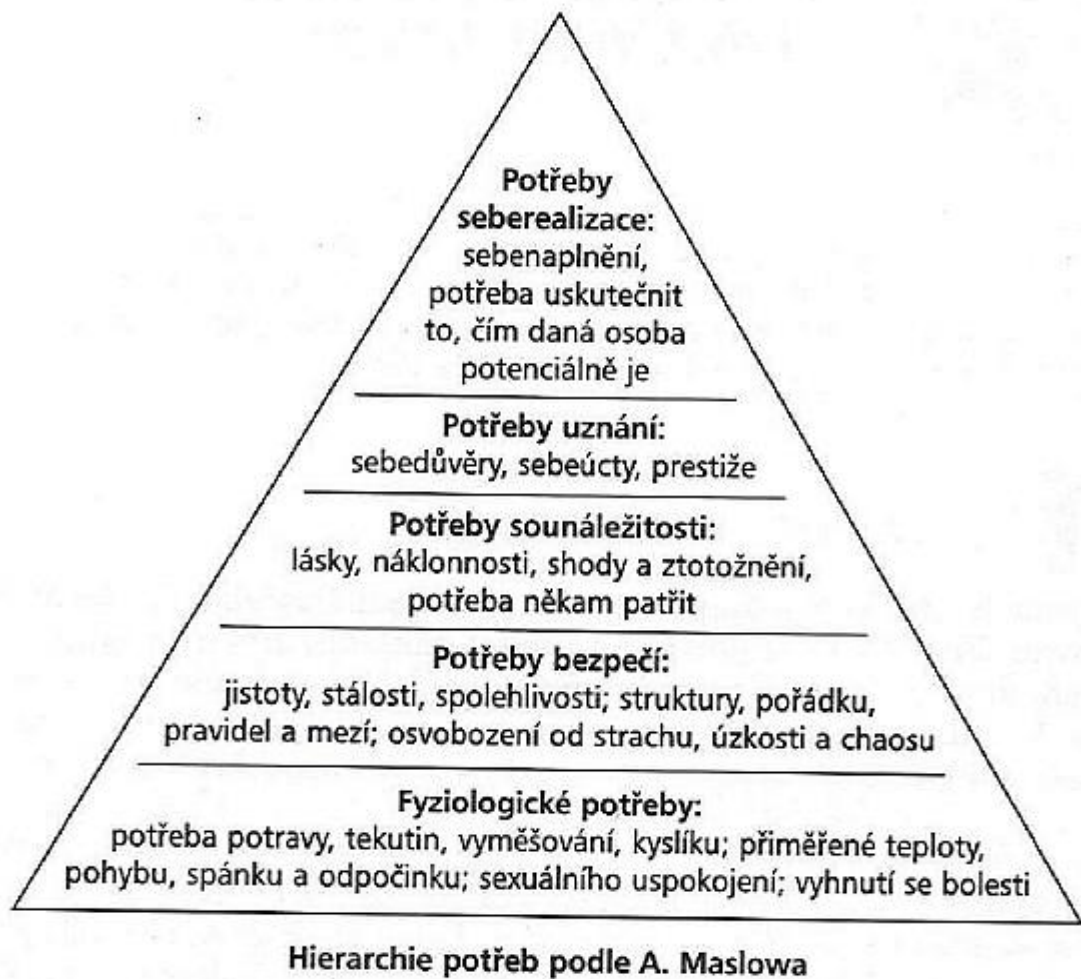
Obrázek 24: Hodnocení vlastních znalostí respondentů v závislosti na věku

Obrázek 25: Zájem o další vzdělávání

Obrázek 26: Preferovaná forma vzdělávání

SEZNAM PŘÍLOH

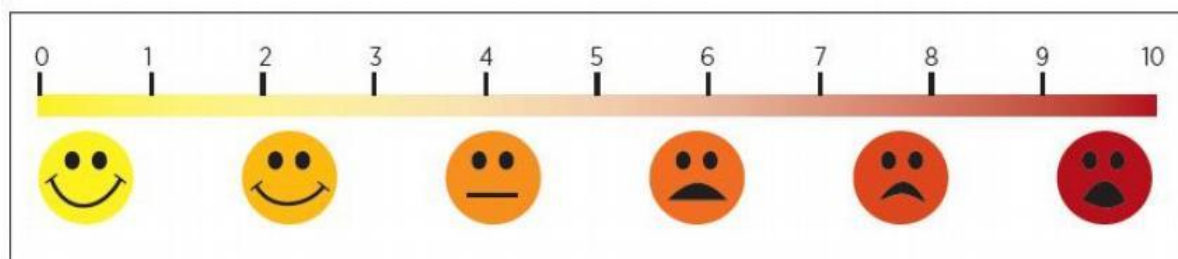
Příloha A – Maslowova pyramida hierarchie lidských potřeb



Obrázek 1 Maslowova pyramida hierarchie lidských potřeb

Zdroj: <http://www.otevrene-vyucovani.cz/ov/vychodiska/masl.jpg>

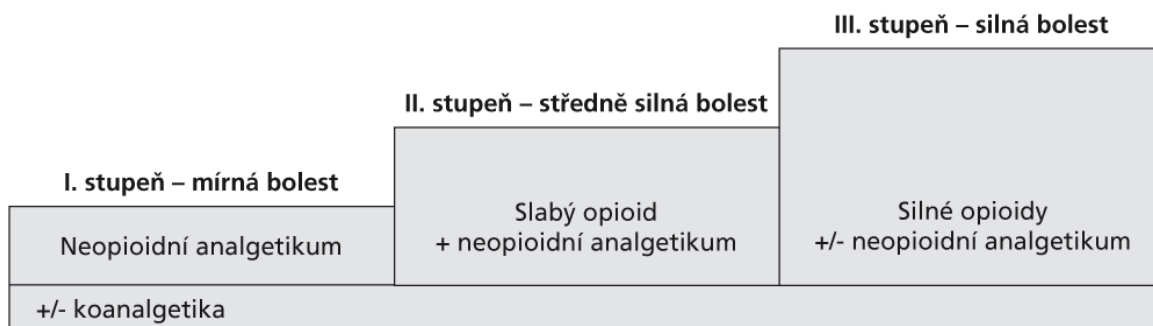
Příloha B – Vizuální analogová škála



Obrázek 2 Vizuální analogová škála

Zdroj: <http://img.mf.cz/459/240/2-432a.jpg>

Příloha C – Analgetický třístupňový žebříček WHO



Obrázek 3 Analgetický třístupňový žebříček WHO

Zdroj: <http://www.linkos.cz/informace-pro-praxi/modra-kniha/30-farmakoterapie-nadorove-bolesti/>

Příloha D – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Alena Doušová a studuji 3. ročník bakalářského programu Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Do Vašich rukou se dostal dotazník, který je součástí mé bakalářské práce na téma Specifika ošetrovatelské péče u pacientů v paliativním režimu. Vaši odpověď, prosím, zakroužkujte. V dotazníku se nacházejí i otázky, kde budete mít možnost vybrat z více odpovědí. Na tuto skutečnost budete upozorněni. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou pouze použity pro bakalářskou práci. Každý Vámi vyplněný dotazník je pro mě velmi cenný. Předem děkuji za spolupráci.

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2) Jaký je Váš věk?

- 18-20 let
- 21-30 let
- 31-50 let
- 51-65 let

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené odborné vzdělání?

- střední škola s maturitou (SZŠ)
- střední škola s maturitou + specializace (SZŠ + PSS)
- vyšší odborná škola (VOŠ)
- vysoká škola – dosažený stupeň vzdělání Bc.
- vysoká škola – dosažený stupeň vzdělání Mgr.

4) Jaká je Vaše celková doba praxe?

- 0-1 rok
- 2-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let

nad 16 let

5) Vaše doba praxe v oblasti paliativní péče:

0-1 rok

2-5 let

6-10 let

11-15 let

nad 16 let

6) Co z následujících nejvíce vystihuje podle Vás pojem „paliativní péče“?

Péče, která řeší příčiny a následky onemocnění.

Komplexní péče poskytovaná pacientům s nevléčitelnou chorobou v pokročilém stádiu.

Péče o geriatrické pacienty s chronickou chorobou.

Péče zabývající se především biologickými potřebami pacienta v terminálním stádiu onemocnění.

7) Vypište dle důležitosti 5 potřeb pacientů v paliativním režimu:

.....

.....

.....

.....

.....

8) Jsou tyto potřeby pacientů na Vašem pracovišti dostatečně naplňovány?

ano, ve všech oblastech

ano, ale spíše potřeby biologické

ne, nejsou

nevím

Pokud jste zaškrtnuli odpověď ne, odpovězte, prosím, na následující otázku č. 9.

9) Co je příčinou nedostatečného naplňování potřeb u pacientů v paliativním režimu na Vašem pracovišti? (lze zvolit více možností)

nedostatek personálu

nedostatek materiálních prostředků

- nevyhovující prostory
- neochota a nedostatečná motivace personálu
- nespolupráce ze strany pacienta
- jiné. Doplněte, prosím:

10) Domníváte se, že se potřeby pacientů v paliativním režimu mění?

- ano
- ne
- nevím

11) Jaká je Vaše představa o důstojném přístupu k umírajícím?

.....

.....

.....

.....

12) Domníváte se, že péče, kterou Vaše oddělení poskytuje umírajícím pacientům, je:

- nadbytečná
- dostačující
- zbytečná
- nelze objektivně zhodnotit

13) Pokud pečujete o zmateného, dementního pacienta, jaké metody ke zjišťování a zhodnocení jeho potřeb využíváte? (lze zvolit více možností)

- verbální komunikace
- neverbální komunikace
- objektivní měření (škály, stupnice, apod.)
- pozorování
- informace od rodiny
- z lékařské dokumentace

14) Používáte specifické komunikační techniky?

- ano - jaké?
- ne
- nevím

15) Domníváte se, že práce na Vašem oddělení je náročnější než na ostatních?

- ano, po fyzické i psychické stránce
- ano, po fyzické stránce
- ano, po psychické stránce
- ne

16) Jak hodnotíte své znalosti v oblasti paliativní péče?

výborné	spíše dobré	dobré	špatné	nedostačující
1	2	3	4	5

17) Máte zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče?

- ano
- ne
- nevím

18) Uveďte, jakou formou vzdělávání upřednostňujete? (lze zvolit více možností)

- samostudium
- přednášky
- semináře na Vašem pracovišti
- semináře mimo Vaše pracoviště
- jiné. Doplňte, prosím: