

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Markéta Dlouhá

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Markéta Dlouhá

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ZÁJEM VŠEOBECNÝCH SESTER O PALIATIVNÍ PÉČI
A MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 10. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Soně Loudové za odborné vedení, poskytování cenných rad, za její ochotu a trpělivost při konzultacích. Poděkování patří také všem respondentkám, které mi věnovaly svůj čas při vyplňování dotazníku a děkuji také své rodině za trpělivost a podporu po celou dobu studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Dlouhá Markéta

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Zájem všeobecných sester o paliativní péči a možnosti vzdělávání

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

Počet stran – číslované: 77

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 12

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: paliativní péče, umírání, kvalita života, komunikace, vzdělávání, všeobecné sestry

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá tématem paliativní péče. Cílem bylo zjistit přístup všeobecných sester k poskytování obecné paliativní péče v nemocničním prostředí. Teoretická část poskytuje základní informace o paliativní péči, efektivní komunikaci, potřebách nemocného, umírání a smrti. Poslední kapitola teoretické části se pak věnuje možnostem vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči. Praktická část popisuje průzkum metodou dotazníkového šetření u všeobecných sester s různou délkou praxe. Výsledky jsou zpracovány do grafů a popsány slovně.

Annotation

Surname and name: Dlouhá Markéta

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The interest of general nurses about palliative care and educational opportunities

Consultant: Mgr. Soňa Loudová

Number of pages – numbered: 77

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 12

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 30

Keywords: palliative care, dying, quality of life, communication, education, general nurses

Summary:

The bachelor thesis deals theme about palliative care. The aim was to derermine the attitude of general nurses to provide palliative care in a hospital environment. The teoretical part provides basic information about palliative care, effective communication, needs of the patient, dying and death. The last chapter of the teoretical part is devoted to the education opportunities of nurses in palliative care. Practical part describes investigation using questionnaire inquiry in general nurses with the various length of practice. The results are given to the graphs and they are also described verbally his is a brief thesis description, without any description and used methods, but with result.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	11
1.1 Definice paliativní péče.....	11
1.2 Principy paliativní péče.....	12
1.3 Cílová skupina pacientů.....	12
1.4 Rozdělení paliativní péče.....	13
1.4.1 Obecná paliativní péče.....	13
1.4.2 Specializovaná paliativní péče.....	14
1.4.3 Základní organizační formy specializované paliativní péče.....	14
2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI.....	17
2.1 Efektivní komunikace v paliativní péči.....	17
2.1.1 Předpoklady efektivní komunikace na straně zdravotníka.....	18
2.1.2 Předpoklady efektivní komunikace na straně pacienta a jeho blízkých.....	18
2.1.3 Komunikační bariéry na straně zdravotníků.....	18
2.1.4 Komunikační bariéry na straně pacienta.....	18
2.2 Komunikace s těžce nemocným a umírajícím pacientem.....	19
2.3 Vyrovnávání se s náročnou životní situací.....	19
2.4 Význam fází dle E. Kübler-Ross.....	21
3 POTŘEBY NEMOCNÉHO.....	23
3.1 Kvalita života.....	23
3.2 Hierarchie potřeb.....	24
3.2.1 Potřeby biologické.....	24
3.2.2 Potřeby psychologické.....	24
3.2.3 Potřeby sociální.....	25
3.2.4 Potřeby spirituální.....	25
3.3 Představa umírajícího pacienta o laskavé péči.....	25
3.4 Lidské potřeby v souvislosti s právy pacientů.....	26
4 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	28
4.1 Pohled dnešní společnosti na umírání a smrt.....	28
4.2 Co ovlivňuje postoj člověka ke smrti.....	28
4.3 Definice smrti.....	29
4.4 Období umírání.....	29
4.4.1 Pre finem.....	29
4.4.2 In finem.....	29

4.4.3	Post finem	30
4.5	Rozhodnutí pro paliativní přístup	30
4.6	Dystanázie.....	31
4.7	Eutanázie.....	32
5	VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V PALIATIVNÍ PÉČI.....	33
5.1	Paliativní péče jako součást ošetrovatelství.....	33
5.2	Vzdělávání všeobecných sester	33
5.3	Význam vzdělávání v paliativní péči	34
5.4	Pregraduální vzdělávání.....	34
5.5	Postgraduální vzdělávání	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	36
6	FORMULACE PROBLÉMU	36
7	CÍL VÝZKUMU	37
7.1	Dílčí cíl č. 1.....	37
7.2	Dílčí cíl č. 2.....	37
7.3	Dílčí cíl č. 3.....	37
7.4	Dílčí cíl č. 4.....	38
8	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	39
9	METODA SBĚRU DAT	40
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	41
11	ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	42
12	PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ	43
13	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	67
14	DISKUSE	69
14.1	Doporučení pro praxi	74
15	ZÁVĚR.....	77
	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ	78
	SEZNAM ZKRATEK	81
	SEZNAM GRAFŮ	82
	SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

„Existují v zásadě dva způsoby, jak se vyrovnat se smrtí, dokud jsme naživu. Buď ji můžeme ignorovat, nebo se k ní postavit čelem a jasně o ní uvažovat, abychom zmenšili utrpení, které může přinést... Stejně důležité jako příprava na vlastní smrt je pomáhat druhým, aby umírali dobře a klidně. Jako novorozené děti jsme byli všichni bezmocní a nepřežili bychom bez lásky a péče, které se nám dostalo. Ani umírající nejsou mnohdy schopni sami sobě pomoci, a proto se jim snažíme ulehčit v jejich potížích a úzkosti, jak jen můžeme.“

J. S. 14. Dalajlama

Umírání, smrt, konec života, tato témata jsou pro většinu populace stále tabu, jsou jaksi nepatřičná, nevhodná. Začít hovořit na jedno z těchto témat zaručeně znamená zmrazit náladu kolem sebe. Hovorům o umírání a smrti se lidé vyhýbají z mnoha různých důvodů, jedni nechťejí smrt přivolávat, považují hovory na téma umírání a smrti za pragmatický cynismus a rouhání, jiní nemají partnera, který by jim naslouchal, pro další není toto téma ještě „na pořadu dne“, protože smrt je přece tak daleko..., ale je skutečně tak daleko jak si myslíme? A nebo jen chceme žít v klamně iluzi, že tomu tak je? Zdánlivě možná, protože díky pokroku, který medicína nabízí, novým léčebným postupům a znalostí antibiotik jsme si navykli, že umírání a smrt jde ruku v ruce s vysokým věkem, alespoň většinou. Nicméně popíráním této skutečnosti, existence smrti, zároveň popíráme život. Bereme mu jeho smysl, stává se nedokončeným..., je jako detektivní příběh bez poslední kapitoly. A ty předchozí najednou pozbývají svou důležitost.

Ať se nám to líbí, nebo ne, smrt je přirozenou součástí života. Troufalé tvrzení? Možná, ale možná jen jiný úhel pohledu. Každý z nás je jedinečný a právě díky tomu lze i na téma konečnosti života, umírání a smrti nahlížet z mnoha různých směrů.

Jako všeobecné sestry se problematice umírání a smrti nevyhneme ani v rámci svých profesí, pacienti umírají, v nemocnici častěji než kdekoliv jinde. Obecná paliativní péče by nám proto neměla být cizí. Péče o umírajícího člověka však nemůže být předem naplánována a stanovená, péče o umírajícího musí být flexibilní, dynamická, schopná reagovat na potřeby umírajícího a jeho rodiny. Abychom našim pacientům mohli takovou péči poskytnout, je třeba vyznat se v problematice paliativní péče, mít praktické znalosti a dovednosti, respektovat pacientovu autonomii, důstojnost, být empatické. Citlivý a zároveň profesionální přístup sestry k nevléčitelně nemocným a jejich rodinám, účinné

zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání a smrti je tou nejtěžší a zároveň nejlidštější službou, kterou všeobecné sestry mohou svým pacientům na sklonku jejich života poskytnout.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 Definice paliativní péče

Jednotná definice paliativní medicíny či paliativní péče, která by byla odbornou veřejností všeobecně přijímána, dosud neexistuje, a proto se v rámci odborné literatury můžeme setkat s celou řadou definic (Haškovcová,2007,s.37).

Světová zdravotnická organizace, WHO, uvádí, že paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné, jejichž nemoc už nereaguje na kurativní léčbu. Za nejdůležitější nadále považuje léčbu bolesti a dalších symptomů vyplývajících ze zhoršujícího se zdravotního stavu, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny dle WHO je tedy dosažení co největší kvality života nemocných a jejich rodin (Haškovcová,2007,s.37).

Evropská asociace pro paliativní péči navrhuje v rámci společné evropské terminologie používat pracovní definici paliativní péče, ve které paliativní péči popisuje jako aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je především mírnění bolesti a dalších příznaků, sociálních, psychologických a duchovních problémů. Dále uvádí, že paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu tedy paliativní péče nabízí nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na plnění pacientových potřeb a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však neurčuje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti (Radbruch et. al.,2010,s.14).

Odborníci ve Velké Británii paliativní medicínu definují podobně jako Světová zdravotnická organizace. Uvádějí, že paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím či pokročilým onemocněním. Délka života u těchto nemocných je omezená. Cílem léčby a péče je i zde kvalita jejich života, důraz je kladen na celostní, holistický přístup k nemocnému a jeho rodině (Haškovcová,2007,s.37).

Jednou z definic uváděných autory v české odborné literatuře je, že paliativní péče je aktivní péčí, která je poskytována pacientovi trpícímu nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnění bolesti a dalších tělesných či duševních strádání a udržení co nejvyšší kvality život (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.25).

1.2 Principy paliativní péče

Jak bylo již zmíněno v předchozí kapitole, paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče, která je poskytována nemocným, kteří trpí nevyléčitelným onemocněním v jeho pokročilém, nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit nejen bolest, ale i další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho rodině a blízkým (Sláma et.al.,2012,s.5).

Paliativní péče chápe umírání jako součást života a vychází z toho, že každý člověk závěr svého života prožívá individuálně, se všemi jeho fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty. Vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin, respektuje jejich hodnotové priority. Je založena na multioborové spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty. V neposlední řadě pak nabízí všestrannou a účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících, pomáhá zvládat zármutek i po smrti blízkého člověka (Sláma et.al.,2012,s.5).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že paliativní péče má být prováděna otevřeně, citlivě a s úctou k pacientovi a jeho rodině. Přičemž je nezbytné brát ohled také na osobní, kulturní a náboženské hodnoty, na přesvědčení a zvyklosti pacienta, jakožto i na zákony a zvyklosti každé jednotlivé země (Radbruch et al.,2010,s. 22).

1.3 Cílová skupina pacientů

Cílovou skupinu pacientů paliativní péče tvoří nemocní v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných onemocnění a závažných stavů. Patří sem pacienti s onkologickým onemocněním, dále nemocní s neurodegenerativním onemocněním jako roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, demence či ALS, pacienti v konečných stádiích chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných, pacienti s onemocněním AIDS a polymorbidní geriatřičtí pacienti. Je třeba si uvědomit, že do skupiny pacientů vyžadujících paliativní péči patří také kriticky nemocní pacienti s nezvratným orgánovým selháním v prostředí ARO a JIP, pacienti přetrvávající ve

vegetativním stavu a v neposlední řadě i některá vrozená pediatrická onemocnění (Sláma et.al.,2012,s.5).

Právo na paliativní péči by měli mít všichni pacienti žijící s onemocněním, které je ohrožuje na životě, a to bez ohledu na základní diagnózu. Paliativní péče se netýká jen pacientů, ale vztahuje se i na jejich rodiny a blízké (Sláma et.al.,2012,s.5).

Paliativní péče má být prováděna otevřeně, citlivě a s úctou k pacientovi a jeho rodině, přičemž je nezbytné brát ohled také na osobní, kulturní a náboženské hodnoty, na přesvědčení a zvyklosti pacienta, jakožto i na zákony a zvyklosti každé jednotlivé země (Radbruch et al.,2010,s.22).

1.4 Rozdělení paliativní péče

Nejen v laické společnosti přetrvává názor, že paliativní péče je především péčí hospicovou. Je to však omyl, který by mohl mít nedozírné následky na kvalitu poskytované péče o všechny ostatní umírající pacienty, kteří se do hospice nedostanou. Z Doporučení Rady Evropy č.1418/1999 o Ochráně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných vyplývá, že dobrou paliativní péčí by měli být schopni poskytnout všichni zdravotníci. Vlády členských států jsou proto vyzývány k zajištění vyškoleného ošetřujícího personálu tak, aby bylo možné každému nevléčitelně nemocnému a umírajícímu člověku poskytnout koordinovanou týmovou péči a to v souladu s nejvyššími možnými standardy (Marková,2010,s.20).

1.4.1 Obecná paliativní péče

Znalost problematiky obecné paliativní péče by měla být vlastní všem zdravotníkům ve všech zdravotnických zařízeních od ambulantních provozů přes lůžková oddělení, jednotky intenzivní péče, operační sály až po léčebny dlouhodobě nemocných a domovy pro seniory (Sláma et al.,2013,s.5-6).

Obecná paliativní péče by měla být běžnou součástí dobré klinické praxe, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odbornosti. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění, identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života, například využití služeb ostatních specialistů, racionální využití kauzálních léčebných postupů, pomoc při organizačním zajištění péče (Sláma et al.,2013,s.6).

Na úrovni obecné paliativní péče by měli být všichni zdravotníci schopní rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy a zajistit jejich adekvátní řešení. Být empatičtí a schopní porozumět tomu, co prožívá umírající pacient i jeho rodina. Umět s nimi vhodným způsobem komunikovat a respektovat jejich individuální potřeby a prožitky (O'connor,Aranda,2005,s.15).

Převážná část poskytované paliativní péče má charakter právě obecné paliativní péče. Celá řada aspektů obecné paliativní péče je tedy poskytována zdravotníky v rámci současných zdravotnických struktur, aniž by byla nazývána paliativní péčí (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.30).

1.4.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je pacientům a jejich rodinám poskytována týmem odborníků, kteří dosáhli v oblasti paliativní péče speciálního vzdělání a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní náplní tohoto týmu. Specializovaná paliativní péče má být indikována tam, kde obtíže pacienta a jeho rodiny svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Přechod mezi poskytováním obecné a specializované paliativní péče by měl být proto plynulý (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.30-31).

Každý medicínský obor by měl mít zpracovanou svojí strategii poskytování paliativní péče, protože žádný z oborů se nemůže vyvázat z péče o umírající pacienty, jejichž překlad do hospice je v danou chvíli nevhodný, nežádoucí a nebo nereálný (Haškovcová,2007,s.41).

1.4.3 Základní organizační formy specializované paliativní péče

V současné době v ČR působí 90 ambulancí léčby bolesti, ve kterých pracují lékaři s atestací v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti. Tyto ambulance však pečují převážně o neonkologické pacienty s chronickou bolestí a komplexní paliativní péčí se nezabývají. Pouze ve dvou onkologických centrech, v Brně a Hradci Králové, působí ambulance paliativní onkologie, kterou vedou specialisté na paliativní medicínu (Sláma et al.,© 2013).

Domácí paliativní péče, nebo také mobilní hospic, je možností jak poskytnout specializovanou paliativní péči v domácím či náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře-specialisty, sester, ošetřovatelek, dobrovolníků a dalších členů

paliativního týmu. Dostupnost této péče je garantována 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Důležitou součástí této práce je úzká spolupráce s rodinou a blízkými, kteří se aktivně podílejí na péči. V České republice zatím většímu rozvoji tohoto typu specializované paliativní péče brání problém úhrady za poskytnutou péči zdravotními pojišťovnami (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.31).

Občanské hospicové sdružení Cesta domů od roku 2001 rozvíjí v Praze model mobilního hospice. Jedná se o první mobilní hospic na území ČR. V roce 2013 současných 22 organizací poskytlo společně paliativní péči 1106 terminálně nemocných, z toho šesti dětem. Navzdory jednání se státní správou a VZP se stále nepovedlo dojednat vhodný způsob úhrady této zdravotní péče a tak jsou poskytovatelé mobilní hospicové péče i nadále závislí na financování z darů a grantů (Sláma et al.,©2013).

Lůžkový hospic je obvykle samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v preterminální a terminální fázi onemocnění. Obvyklá délka pobytu je zde několik dnů až týdnů. Důraz je kladen především na individuální potřeby a přání každého nemocného a snahu vytvořit prostředí, ve kterém by pacient mohl zůstat do konce života aniž by došlo k narušení intenzivních vztahů s rodinou (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.31).

Prostředí hospice je příjemné a svým zařízením připomíná spíše domov než nemocniční zařízení. Běžný denní režim v hospicu se výrazně liší od nemocničního a je zcela přizpůsoben potřebám jednotlivých umírajících. Denní hygiena, spánek či stravování není vymezené administrativně danou hodinou, režim je naopak volný a péče o nemocné je plně individualizována (Haškovcová,2007,s.49).

Oddělení paliativní péče vznikají v rámci jiných zdravotnických zařízení, např. nemocnic, léčeben, a pečují o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně se neobejdou bez ostatních služeb poskytovaných nemocnicí. Dle možností jednotlivých zařízení oddělení paliativní péče usilují o realizaci hospicového ideálu (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.31).

Konziliární týmy paliativní péče v zahraničí fungují v rámci zdravotnických zařízení. Díky svému působení přináší interdisciplinární externí znalost specializované paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu. Takto fungující systém poskytování paliativní péče lépe zpřístupňuje paliativní péče na jednotlivých lůžkových odděleních

a svým působením tak mimo jiné nepřímo přispívá k postupné edukaci dalších zdravotnických pracovníků. Součástí konziliárního týmu paliativní péče je ambulance paliativní medicíny ve složení: lékař, sestra, sociální pracovník. V České republice nejsou konziliární týmy zatím rozšířeny (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.31).

Kromě konziliárního týmu paliativní péče existují v zahraničí ještě další formy poskytování specializované paliativní péče a těmi jsou např. denní hospicový stacionář a specializovaná hospicová poradna (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.31).

Z výše uvedeného přehledu forem poskytování specializované paliativní péče vyplývá, že nabídka a dostupnost této péče je v České republice nízká. Úroveň paliativní péče u nás je tedy do značné míry závislá na kvalitě a dostupnosti obecné paliativní péče, která je poskytována lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky různých oborů. Závisí tedy především na etice jejich rozhodování, na jejich přístupu, motivaci, teoretických a praktických zkušenostech (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.32).

Existuje zásadní rozdíl mezi dobrou a špatnou péčí o nevléčitelně nemocné pacienty. Přestože i přes dobrou paliativní péči pacienti v důsledku své nemoci umírají, mohou a mají právě díky paliativní péči v závěru svého života zakoušet účinné mírnění tělesných potíží, podporu a pomoc v psychické a sociální oblasti, respekt ke své autonomii a důstojnosti (Sláma et.al.,2012,s.6).

2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

2.1 Efektivní komunikace v paliativní péči

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma a více jedinci buď přímo, nebo nepřímo, jedná se o proces situační, dynamický, verbální i neverbální, který je založený na sociální percepci. Komunikace je nezbytná pro vytváření a udržení mezilidských vztahů (Pavlíková,2006,s.24).

Mezi profesionální dovednosti sestry kvalitně zvládnutá komunikace patří. Efektivní komunikace je základem úspěšné ošetrovatelské péče (Kelnarová,2007,s.69).

Pokud chceme, aby nám pacienti a jejich rodinní příslušníci rozuměli a měli k nám kladný vztah, měli bychom si uvědomit, že bez kvalitní komunikace se neobejdeme (Šamánková,2011,s.10).

Efektivní komunikace je přínosem i pro samotné pro pacienty, kteří tak lépe získají dostatek informací o prognóze svého onemocnění, léčbě, jejích vedlejších účincích a mohou tak lépe rozhodovat o další péči. Pacienti, jejich blízcí a rodinní příslušníci potřebují od všeobecných sester a dalších zdravotnických pracovníků profesionální rady, které jim pomohou při rozhodování, sníží jejich nejistotu ohledně výsledků léčby, umožní jim reálně zhodnotit situaci, kognitivně a emocionálně se připravit na budoucnost. Všeobecné sestry zase potřebují znát pravděpodobné příčiny pacientových obav a tísně v dané situaci a musí být schopné správně odhadnout skryté problémy. Nezbytným předpokladem této efektivní komunikace jsou výborné komunikační dovednosti (O'connor et.al.,2005,str.31).

Cílem paliativní péče je pomáhat nevléčitelně nemocným a umírajícím udržet dobrou kvalitu života a to i v situaci těžkého onemocnění. Otevřená a empatická komunikace mezi zdravotníky, pacientem, a jeho rodinou je pro dosažení tohoto cíle klíčová (Radbruch et al.,2010,s.23).

Nespokojenost a stížnosti na péči vyplývají často právě z neefektivní komunikace, nikoliv z nedostatečného poskytování péče. Naopak efektivní komunikace, jak bylo prokázáno, vnímání o správné a kvalitně poskytnuté péči o pacienta zlepšuje (Radbruch et al.,2010,s.23).

2.1.1 Předpoklady efektivní komunikace na straně zdravotníka

Mezi předpoklady efektivní komunikace na straně zdravotníka patří nedirektivnost a úcta k nemocnému i jeho blízkým, umění mlčet a aktivně naslouchat, překonat vlastní úzkosti a nejistoty. Důležitá je také autenticita, schopnost být sám sebou, mít zdravé sebevědomí a být otevřený, empatický, schopný vyjádřit svou účast a vcítit se do situace. K předpokladům efektivní komunikace patří také schopnost týmové spolupráce mezi zdravotníky, dodržování stanoveného společného cíle, profesionalita a znalost problematiky (Sláma,Kabelka,Vorlíček,2007,s.33).

2.1.2 Předpoklady efektivní komunikace na straně pacienta a jeho blízkých

K základním předpokladům efektivní komunikace na straně pacienta patří důvěra ve zdravotníky a dostatek informací o zdravotním stavu. Důležitou roli zde pak sehrává schopnost otevřené komunikace mezi ostatními členy rodiny (Sláma,Kabelka, Vorlíček,2007,s.33).

2.1.3 Komunikační bariéry na straně zdravotníků

Osobní hodnoty, postoje a přesvědčení zdravotníků jsou častým problémem pro vedení efektivní komunikace, neboť nevyhnutelně ovlivňují interakce ve zdravotnictví v podobě skrytých kritérií, která pak ovlivňují jejich další rozhodování. Podle mnohých průzkumů se sestry chovají způsobem, který blokuje komunikaci, protože jim chybí právě dostatek komunikačních dovedností. Komunikaci může negativně ovlivnit také strach z toho, že sestra nebude umět odpovědět pacientovi na jeho otázky (O'connor et.al.,2005,s.32).

2.1.4 Komunikační bariéry na straně pacienta

Pacienti se z mnoha různých důvodů nechtějí všeobecným sestram a ostatním zdravotníkům svěřovat se svými problémy a starostmi, velké potíže jim pak dělá mluvit především o psychických záležitostech. Často je to proto, že nechtějí sestry zdržovat od jejich práce, myslí si, že mají příliš práce s péčí o fyzické aspekty onemocnění a s realizací léčby. Pacienti se také mohou obávat stigmatu psychiatrických potíží (O'connor et.al.,2005,s.33).

Mezi komunikační bariéry patří také stanovení rozsahu informací, které chce sám nemocný vědět. Vzhledem ke stoupající migraci obyvatel patří mezi komunikační bariéry také multikulturní odlišnosti, neboť v době velikých životních událostí, mezi něž nemoc patří, se lidé více než kdy jindy obrací ke svému kulturnímu dědictví a zvykům (O'connor et.al.,2005,s.34).

2.2 Komunikace s těžce nemocným a umírajícím pacientem

Dokud to člověk sám nezažije, možná si nedokáže dost dobře uvědomit, co všechno svou nemocí pacient ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, sociální kontakty, životní rytmus, ale také práce, možnost aktivity, zájmy, stravovací zvyklosti atd. K těmto ztrátám naopak přibyla bolest, strach, úzkost, obavy, únava, nepříjemná vyšetření, pobyty v nemocnici, možná i nepříjemní spolupacienti a mnoho dalšího, převážně také ne příjemného (Svatošová,2011,s.18).

Pacient má proto právo reagovat na novou situaci úzkostí, zmateností, depresí, agresí, poruchami chování apod. Okolí, které není na takové projevy pacientova chování připravené, obvykle reaguje negativně, takový přístup vede ke stupňování pacientovy agresivity, vzniká bludný kruh a nikomu to neprospívá. Naopak připravené okolí zvládne vzniklou situaci lépe a může tak být nemocnému v jeho těžké situaci oporou (Svatošová,2011,s.18).

2.3 Vyrovnávání se s náročnou životní situací

Doktorka Elizabeth Kübler-Ross je uznávána jako významná osoba, která se zasloužila o zvýšení kvality života umírajících pacientů. Na základě mnoha pozorování a rozhovorů se svými pacienty následně popsala a definovala následujících pět fází vyrovnávání se nejen se smrtí, ale jak sama poznamenala, i s jinými ztrátami v životě (Heřmanová at al.,2012,s.167).

1. fáze – negace, šok, popírání

První fází je fáze obranná – v tomto prvním stádiu může být pacient v šoku, jeho chování nese známky popření situace. Vědomě či nevědomě odmítá uzнат fakta o nemoci, nevěří v pravdivost informací, popírá známky nemoci. (např.: To není možné. Zaměnili výsledky. To je určitě omyl.) Někteří pacienti mohou ve fázi negace, šoku a popírání přetrvávat dlouhou dobu (Heřmanová et al.,2012,s.167).

Dr. Kübler-Ross doporučovala pacienty nepřesvědčovat o opaku a nesměřovat je násilně do reality. Nemocnému je třeba dopřát čas. Navázat s ním kontakt a získat důvěru (Heřmanová et al.,2012,s.167).

2. fáze – agrese, hněv, vzpoura

V této druhé fázi se hledá viník. Pacient může zlobu vztáhnout na sebe, vyčítat si, že například neprestal pít alkohol, kouřit, nenavštívil lékaře včas. Nebo může zlost obrátit proti ostatním, těm zdravým, například proti členům své rodiny, zdravotnickému personálu, kolegům v práci, atd. Takový pacient je hrubý, křičí, neustále si na něco stěžuje. (např.: Proč zrovna já ? Čí je to vina?) (Heřmanová et al.,2012,s.167).

Pro zdravotníky je velmi důležité nebrat projevy agrese, hněvu a vzpoury u pacienta osobně a vyhnout se nevhodnému chování, které by jen zbytečně zhoršilo situaci. Dr. Kübler-Ross ve své práci doporučuje naopak „přidat polínko do ohně“, přiznat se k tomu, že chápeme hněv pacienta, a kdybychom byli v jeho situaci, možná bychom jednali jako on. Je důležité umožnit pacientovi ventilovat svůj hněv bez pocitů viny (Heřmanová et al.,2012,s.168).

3. fáze – smlouvání, vyjednávání

Fáze smlouvání navazuje na dvě předchozí fáze, jde v ní o oddálení. Pacient nyní zkouší po dobrém oddálit nevyhnutelnou skutečnost, snaží se výměnou za „dobré chování“ získat více času. Pacienti mohou v této fázi také vyjadřovat přání dožít se pro ně významné události jako je například narození vnoučete, promoce syna, vyřešení pracovních záležitostí. Jde-li o události, které nastanou v krátkém časovém horizontu a je-li reálné, že se jich pacient dožije, můžeme například sdílet radost z narození očekávaného vnoučete. Pro pacienty je velmi důležité, umožnit jim sdílet s námi radostné očekávání, avšak neméně důležité je nevzbuzovat v nich falešné naděje (Heřmanová et al.,2012,s.168).

4. fáze – deprese

Je důležité si uvědomit, že pacienti neztrácejí pouze své zdraví, tělesné funkce a mentální schopnosti, ale také své sociální role, možnost vykonávat oblíbené činnosti. Při uvědomování si vlastního blížícího se konce mohou pacienti pociťovat anticipační smutek, kdy oplakávají blížící se ztrátu – ztrátu vlastního života. Mohou trpět obavami o budoucím zajištění své rodiny, starostmi o budoucí výchovu svých dětí, které se už nebudou účastnit.

V takové situaci budeme těžko hledat hodnoty, které tuto ztrátu nahradí. Naopak je velmi důležité být s pacientem a vyslechnout jeho obavy. Hluboký smutek je v takové situaci naprosto přirozený. Jestliže se budeme snažit pacienta za každou cenu rozveselit, můžeme v něm vyvolat pocit nepochopení a necitlivosti z naší strany, nebo naopak pocity viny z jeho vlastního prožívání (Heřmanová et al.,2012,s.168-169).

5. fáze – smíření

Pacienti, kteří se nachází ve fázi smíření, již podle Dr. Kübler-Ross nebojují, nezlobí se na celý svět. Tito pacienti si už prožili svůj velký smutek, ze ztráty všeho co měli rádi, a tiše očekávají blížící se konec života. Smíření však automaticky neznamená, že jsou šťastní a veselí. V této fázi jsou už většinou velmi slabí a téměř nemluví. Pokud ano, mohou svou rodinu zaskočit potřebou promluvit si o vlastním pohřbu, o místě posledního odpočinku. Jsou to právě členové rodiny, kteří nejsou ještě smíření se ztrátou milované osoby, kdo mohou v této situaci potřebovat více pomoci než samotný umírající. Zkušené zdravotníci by měli pomoci rodině rozpoznat současné potřeby pacienta a dovolit mu tak v klidu a důstojně zemřít (Heřmanová et al.,2012,s.169).

2.4 Význam fází dle E. Kübler-Ross

Schéma fází, jak jsou uvedené za sebou, nemusí být u pacientů vždy stejné. Někteří pacienti zůstanou až do konce života ve fázi popření, jiní se nezbaví zloby. Ti, kteří se dokáží se situací smířit, mohou i konec života využít k osobnímu růstu a k obdarování ostatních. To, čím nás obdarovávají je moudrost, laskavost, pochopení, odpuštění, láska, ale také životní síla (Heřmanová et al.,2012,s.170).

Je třeba si také uvědomit, že uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší, tedy rodina a přátelé. Ne vždy se však pacient a rodina nachází ve stejné fázi, obvykle dochází k časovému posunu. Není proto výjimkou, že pacient se už nachází ve fázi smíření a rodina ještě prožívá smlouvání. Dále je nutné vědět, že některé fáze se mohou opakovaně vracet a střídat, nebo klidně dvě až tři v jednom dni prolínat (Svatošová,2011,s.23-24).

Znalost výše uvedených pěti fází vyrovnávání se s náročnou životní situací může zdravotnickým pracovníkům pomoci porozumět někdy zdánlivě iracionálnímu chování

jejich pacientů a napovědět jim, jak se mají v dané chvíli k pacientovi chovat a jak mu mohou pomoci (Heřmanová at al.,2012,s.169).

3 POTŘEBY NEMOCNÉHO

3.1 Kvalita života

V souvislosti s vývojem hodnocení kvality života se uvádí tři metodologické přístupy: psychologický, sociologický a medicínský (Gurková,2011,s.29).

Sociologické pojetí, které zahrnuje sociálně-ekonomické aspekty, zdůrazňuje ve svém hodnocení atributy sociální úspěšnosti (sociální status, materiální podmínky apod.) a subjektivní pocit jednotlivce ve vztahu k nim (Gurková,2011,s.29).

V psychologickém přístupu pak dominují pojmy jako pohoda, štěstí, spokojenost, sebeaktualizace, smysl života a další. V medicínském přístupu je pro zhodnocení kvality nejdůležitější zase zdraví a funkční stav (Gurková,2011,s.30).

Hodnocení kvality života v klinické praxi vystupuje do popředí u pacientů s chronickými, často nevléčitelnými chorobami, jako například onkologická, psychiatrická, kardiovaskulární onemocnění apod. Jde o onemocnění, která jsou nevléčitelná, progredující, často invalidizující a vyžadují celoživotní dodržování zásad a opatření, která omezují nemocného v běžných, každodenních aktivitách. Dopad onemocnění na kvalitu života výrazně ovlivňují některé faktory jako například nároky selfmanagementu onemocnění, kdy pacient musí nemoc zakomponovat do svého života změnou životních návyků a chování. Dále záleží na charakteru léčby, která častokrát není kauzální, kurativní, ale substituční, zmírňující symptomy onemocnění. Významným faktorem majícím vliv na kvalitu života je nejasnost prognózy, nepředvídatelnost průběhu onemocnění stejně jako vědomí závažných chronických komplikací a akutních stavů (Gurková,2011,s.139).

Priority ošetrovatelské, ale i medicínské péče o pacienty s chronickými chorobami vychází často jen z fyzických aspektů onemocnění a jsou tak zaměřeny na zvládnutí exacerbace onemocnění, komplikací, na redukci symptomatologie a na co nejdelší udržení remise. V souvislosti se zvyšováním kvality života pacientů jsou však významné i intervence související s psychosociálními aspekty onemocnění (Gurková,2011,s.139).

Kvalita života patří mezi dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče, která by se právě v oblasti zvyšování kvality života měla zaměřovat nejen na již zmíněné fyzické aspekty,

ale především na podporu návratu pacientů do běžného života, zvládnutí denních aktivit. Zjištění vlivu onemocnění na pacientův život je velmi důležité pro naplánování adekvátních intervencí, které vedou k vytvoření lepšího terapeutického vztahu s pacientem a následně tak ke zlepšení jeho kvality života (Gurková,2011,s.140).

Kvalita pacientova života se týká především toho, jak sám pacient svojí situaci vnímá a hodnotí. Je důležité si uvědomit, že zvýšení kvality ošetrovatelské péče není automaticky zárukou subjektivní spokojenosti pacienta s kvalitou života (Dobříková-Porubčáková,2005,s.136).

3.2 Hierarchie potřeb

Při stanovení hierarchie pacientových potřeb si lépe uvědomíme, co všechno pro něho může udělat lékař, co pro něj naopak můžeme udělat my a v neposlední řadě i to, co pro sebe může udělat sám pacient. Na něho bychom zapomínat neměli, protože i on si může svým vlastním přičiněním, především pak svým postojem, svůj úděl usnadnit, nebo naopak ztížit. Potřeby těžce nemocného můžeme rozdělit do čtyřech okruhů na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Priorita těchto potřeb se v průběhu nemoci mění, a jestliže na začátku nemoci byly prvořadě potřeby biologické, v závěru se velmi často dostávají do popředí potřeby spirituální (Svatošová,2011,s.19).

3.2.1 Potřeby biologické

Do biologických potřeb patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i speciálně upravenou. Potřebuje se pokud možno co nejpřirozenějším způsobem zbavit všech produktů vlastního metabolismu, bez použití močových cévek a klystýrů. Potřebuje kyslík. O drtivou většinu biologických potřeb, včetně tišení bolesti je dobře postaráno v nemocnici, ale nemusí to tak být vždycky. Například pro naplnění potřeby klidného a nerušeného spánku může mít pacient mnohem lepší podmínky doma (Svatošová,2011,s.19).

3.2.2 Potřeby psychologické

Mezi psychologické potřeby patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk není jen dobře fungující soustavou orgánů, ale jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutné ho chápat a respektovat (Svatošová,2011,s.20).

Nemocný potřebuje se svým okolím také komunikovat, a my často zapomínáme, že více než slova mluví naše gesta, mimika, oči, ale také náš postoj a upravený zevnějšek (Svatošová,2011,s.20).

Nezastupitelné místo mezi psychologickými potřebami má potřeba bezpečí, která umožňuje člověku získání důvěry. A právě proto je velmi důležité, nemocnému nikdy nelhat, protože získaná důvěra se pak nevratně ztrácí (Svatošová,2011,s.20).

3.2.3 Potřeby sociální

Člověk je tvor společenský, izolovaně nežije a ani neumírá. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne, ale vždy a ne všechny a my bychom jeho přání a rozhodnutí měli plně respektovat. Nemocný může mít také starosti, které ho trápí, honí se mu hlavou a na které je lékařská věda krátká – možná musel přerušit nedokončenou práci, nedostavěl dům, nebo má finanční problémy (Svatošová,2011,s.20).

3.2.4 Potřeby spirituální

Není to tak dávno, kdy spirituální potřeby byly tabu. Nemůžeme se proto divit, že se stále ještě spousta lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o uspokojování potřeb věřících pacientů. Paradoxně je tomu právě naopak. Ne, že by věřící spirituální potřeby neměli, ale jejich víra je učí, co mají dělat, až se přiblíží konec jejich života a oni obvykle se podle toho zařídí. Jiná situace nastává u nemocných, kteří z víry nežijí, a kteří se právě až v průběhu vážného onemocnění začínají zabývat otázkami o smyslu života, především pak o smyslu vlastního života. Každý člověk potřebuje vědět, že život, který žil měl a do poslední chvíle má smysl. Pokud, ale potřeba smysluplnosti není naplněna, nemocný se nachází ve skutečném stavu nouze a velmi tím trpí. Je třeba mu pak ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně (Svatošová,2011,s.21).

3.3 Představa umírajícího pacienta o laskavé péči

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče by pro nás, zdravotní sestry, stejně jako pro další zdravotníky, nemělo být pouze dobře zvládnutou technikou, dovedností a zručností. Ostatně tento přístup by byl v rozporu s pojetím moderního ošetrovatelství, které se zabývá člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou. Péče o naše pacienty, vyžaduje osobní nasazení, opravdové porozumění, emoce. Pacienti potřebují vědět, že jsme lidé, ne stoje, a že oni jsou pro nás důležití, že jsme schopní je vnímat,

porozumět jim a respektovat je, jedině tak nám mohou důvěřovat, svěřit se se svými problémy a starostmi. Taková péče je efektivní a má smysl (Svatošová,2011,s.21-22).

Na otázku co si představuje pod pojmem „laskavá péče“ odpověděl jeden pacient v britském hospicu krátce před svou smrtí takto:

- Když ke mně přijdete i přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.
- Když ke mně přijdete, ačkoliv reprezentujete profese, které selhaly ve snaze o mé uzdravení.
- Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení – neuzdravení.
- Když se mnou trávíte čas, i když víte, že vám to nemohu vrátit.
- Když mě berete jako individualitu.
- Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, a když si vzpomenete i na mou rodinu a blízké.
- Když se zajímáte o mou minulost a dokážete se mnou mluvit o mé budoucnosti.
- Když se nesoustředíte jen na mé nálady, ale na mě jako osobu.
- Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se z toho, že jsme spolu.
- Když se dokážete smát a být šťastní i uprostřed vaší těžké práce.
- Tím vším se ve Vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde (Svatošová,2011,s.21-22).

3.4 Lidské potřeby v souvislosti s právy pacientů

Etický kodex práv pacientů byl v Československé republice přijat v roce 1992 a vznikl v návaznosti na Listinu základních práv a svobod (Šamánková,2011,s.122).

Základní ustanovení Listiny práv a svobod se snaží o vyjmenování všech obecně platných složek týkajících se kvalitního a bezpečného života v demokratické společnosti. Listina základních práv a svobod má právní charakter a byla zakotvena jako ústavní zákon, což znamená, že je soudně vymahatelná (Šamánková,2011,s.122).

Práva pacientů jsou oproti Listině základních práv a svobod „pouze“ morálním závazkem, protože byla sestavena nikoliv v obecné rovině, ale přímo na morální ochranu pacientů. Porušení některých práv pacientů může být předmětem soudní žaloby, ale pouze v návaznosti na čl. 10 Listiny základních práv a svobod, ne jako porušení Práva pacienta (Šamánková,2011,s.123).

4 UMÍRÁNÍ A SMRT

4.1 Pohled dnešní společnosti na umírání a smrt

Dnešní společnost smrt vytěsnila, chceme ji skrýt, popřít její existenci. Ale popření této nevyhnutelné skutečnosti má za následek, že umírající člověk, jeho rodina a přátelé nejsou na smrt vůbec připraveni. Nejsou připraveni na skutečnost, které se nelze vyhnout, že všichni jednou zemřeme (Ware,2011,s.31).

Pokud bychom se, ale dokázali se smrtí smířit, přijali fakt, že život jednou skončí, mohli bychom smysluplně využít čas, který máme. Mohli bychom svoje životní priority přehodnotit dlouho před tím, než bude pozdě. A tím by se nám dostalo příležitosti nasměrovat svoji energii směrem, který má skutečnou hodnotu. Jakmile si totiž připustíme, že zbývající čas je omezen, ačkoli nevíme, jestli to jsou roky, týdny, nebo hodiny, bude nás méně pohánět naše ego, nebo názory jiných lidí. Když uznáme, že naše smrt je nevyhnutelná a blíží se, poskytne nám to příležitost prožít zbývající čas podle svých představ a s větším uspokojením (Ware,2011,s.31-32).

4.2 Co ovlivňuje postoj člověka ke smrti

Vztah člověka ke smrti se stejně jako každý jiný vztah vyvíjí v čase. Je ovlivněn mnoha okolnostmi. Svou roli sehrávají věk, sociální prostředí a životní zkušenosti. Na utváření našeho postoje má zásadní vliv v první řadě způsob jakým jsme se smrtí konfrontováni. Je rozdíl mezi tím, zda se naše setkání odehrává pouze zprostředkovaně prostřednictvím médií, literatury, akčních počítačových her, anebo zda je setkání reálné. Zemře-li nám někdo blízký, stává se pro nás smrt skutečnou. Roli v utváření našeho postoje ke smrti pak hraje především doba, kdy k setkání dochází a postoj našich rodičů, případně dalších důležitých osob, které nás touto životní zkušeností provází (Marková,2010,s.29).

K našemu přijetí umírání a smrti jako přirozené součásti života je nejdůležitější právě již výše zmíněný postoj rodičů, který nás v mnoha oblastech ovlivňuje už do raného dětství. Pro utváření našeho správného postoje je pak zásadní, zda se v rodině o smrti a umírání vůbec hovoří, nebo zda je toto téma tabu, něco nepatřičného na co je nevhodné se ptát, protože to všechny kolem jen rozčiluje a uvádí do rozpaků (Marková,2010,s.29).

4.3 Definice smrti

Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy i člověka. Dá se říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem, život je umožňován smrtí (Haškovcová,2007,s.89).

Většina vědeckých komunit se shoduje na podmínkách jasně definujících smrt: osoba je mrtvá tehdy, je-li postižena ireverzibilní ztrátou všech schopností integrovat a koordinovat fyzické a mentální funkce těla jako jednotky. To znamená, že smrt mozku je brána jako jasné kritérium smrti člověka. Stejně tak i definitivní zástava kardiopulmonálních funkcí, která vede během několika minut k ireverzibilní zástavě funkcí mozku, a je proto také kritériem pro smrt (Munzarová,2005,s.132).

4.4 Období umírání

Je důležité chápat umírání jako proces, který k životu zákonitě patří. Jedná se o životní období, které může být různě dlouhé. Někdy je to jeden den, někdy tři měsíce před vlastní smrtí, kdy se člověk začne jakoby odpoutávat do svého okolí. Přestane se zajímat o noviny, televizi, později o návštěvy. Mnozí autoři, kteří se zabývají thanatologií, rozdělují proces umírání na tři různě dlouhá, ale výrazná období (Marková,2010,s.28).

4.4.1 Pre finem

Období pre finem začíná ve chvíli, kdy se zjistí, že onemocnění konkrétního jedince je natolik závažné a svou perspektivou neslučitelné se životem, že smrt je v časovém horizontu dříve či později nevyhnutelná. Nemocný si uvědomuje blížící se konec a příbuzní se vyrovnávají s blížící se ztrátou milovaného člověka (Marková,2010,s.28).

4.4.2 In finem

V období in finem se jedná o umírání v užším slova smyslu, tato fáze již úzce hraničí s fyzickou smrtí. Termín in finem je totožný s označením terminální stadium. Nemocnému postupně ubývají fyzické i psychické síly. Nemá zájem o dění ve svém okolí, odmítá příjem tekutin a potravy per os, nastupuje únava, slabost, změna vědomí, somnolence. Příbuzní se v tomto období loučí se svým umírajícím příbuzným a potřebují velkou míru podpory a pochopení (Marková,2010,s.28).

4.4.3 Post finem

Posledním obdobím je post finem. Do tohoto období patří nejen důstojné rozloučení a péče o zemřelé tělo, ale také péče o pozůstalé, a to nejen bezprostředně po úmrtí, ale i v delším časovém horizontu, podle jejich potřeb (Marková,2010,s.28).

4.5 Rozhodnutí pro paliativní přístup

Je potřeba si uvědomit, že ačkoliv lékařská věda zmůže hodně, není všemocná. Lpění na nereálném cíli pak musí dříve či později skončit zklamáním. Zdravotníci občas smrt pacienta chápou jako osobní prohru, přestože to jinak ani skončit nemohlo. Mohl by to být konečně jen jejich problém, kdyby na to nedopltil i pacient (Svatošová,2007,s.15).

Jednou z nejtěžších věcí na cestě k dobré paliativní péči je dospět k poznání, že stav nemocného je už natolik vážný, že žádné další léčebné postupy nepovedou k jeho uzdravení. Toto poznání je bolestné pro všechny zúčastněné. Jsou samozřejmě případy, kdy je naděje na úspěch léčby zhruba stejně velká jako možnost jejího neúspěchu. V takovém případě je nezbytná pravdivá komunikace s nemocným, zodpovězení všech jeho otázek a respektování jeho názoru na další léčebný postup (Marková,2010,s.25).

Lékaři nepřísluší rozhodovat o tom, zda pacientův život je, nebo není smysluplný a určovat jeho plnohodnotnost, nebo zbytečnost. Lékař je plně kompetentní a zodpovědný za rozhodnutí zda jsou další lékařské postupy a medicínsko-technické zásahy pro pacienta smysluplné či nikoliv (Cameron-Taylor,2012,s.98).

V únoru 2010 vydala Česká lékařská komora doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svobodně svou vůli. Toto doporučení se týká pacientů hospitalizovaných převážně na ARO a JIP u kterých i přes maximální podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování jejich zdravotního stavu. Vyvolávající příčina, nebo její důsledky nejsou léčebně ovlivnitelné a pacient je v hlubokém bezvědomí bez možnosti zlepšení stavu z důvodu ireverzibilního poškození mozku. Česká lékařská komora se tak stala první veřejnou institucí, která podporuje lékaře v upřednostnění paliativní léčby před léčbou kurativní v případě, že zahájení nebo pokračování ve stávající léčbě přináší pacientovi více komplikací, bolestí, dyskomfortu a strádání než je očekávaný přínos, navíc

bez vyhlídky na možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu, nebo záchrany života (Marková,2010,s.26).

4.6 Dystanázie

Zadržaná smrt, nebo-li dystanázie je stav, kdy smrt nemocného je již neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální nezodpovědnosti, která se nám vymstí, a to nejméně dvakrát (Haškovcová,2007,s.32).

Poprvé tehdy, když nejsou včas a správně zohledněny potřeby člověka, který právě vstoupil do procesu umírání. V této situaci už moc vítězné medicíny končí a nemocný i jeho rodina potřebují jiný typ pomoci. Bohužel dochází k situacím, kdy paliativní formy péče jsou zahajovány pozdě, nebo jsou zamlčovány. Není žádným tajemstvím, že některým profesionálům a laikům nejsou dokonce principy a možnosti paliativní péče známy. Rodiny pak pochopitelně bývají rozčarovány tím, že záchrana, kterou si tak přejí, není možná, nebo naopak tím, že se nemocnému nedostává laskavého doprovodu. Umírající na tom nejsou o nic lépe. Někteří doufají v zázrak, který není možný a mají pak pocit, že je lékaři v jejich těžké situaci zradili. Jiní pacienti těžce nesou, že poskytovaná péče nepokrývá jejich aktuální potřeby (Haškovcová,2007,s.32).

Té druhé zrady se pak v dobrém úmyslu dopouští sami zdravotníci tím, že jsou zbytečně aktivní. K této situaci dochází, protože drtivá většina z nich je školená na vítězný boj s nemocí, na neustálé provádění zásahu ve prospěch života a to bez ohledu na skutečnost, že život sám již nezadržitelně odchází. I nadále používají všech metoda a technik, které ještě mají k dispozici, aby zvrátili neblahý stav věci. Díky všem těmto zásahům prakticky nenechají člověka v klidu zemřít a umírající je tak do poslední chvíle zatěžován léčbou, která přináší více obtíží než prospěchu. Relativní omluvou pro počínání těchto zdravotníků je, že nemalá část veřejnosti od nich právě tento heroický zápas očekává (Haškovcová,2007,s.32-33).

Zdravotníci sami dobře vědí, že tato situace vyžaduje změnu. S úlevou by uvítali, kdyby někdo převzal péči o nemocného ve chvíli, kdy jsou jejich činy vysoce problematické a zjevně neúčinné (Haškovcová,2007,s.33).

4.7 Eutanázie

Většina autorů, kteří definovali eutanazii se ztotožňuje s holandskou definicí, která uvádí, že eutanazie je úmyslným ukončením života člověka někým jiným, než člověkem samotným na jeho vlastní žádost (Munzarová,2005,s.49).

Stanovisko České lékařské komory k problematice eutanazie ze dne 24. dubna 2001 je zcela jednoznačné a uvádí, že s úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratitelného ukončení života, je třeba respektovat etický kodex České lékařské komory, podle kterého lékař nemá právo prodlužovat utrpení nemocného s nevléčitelnou chorobou, ale eutanazie, stejně jako asistovaná sebevražda jsou nepřípustné. Eutanazie i asistovaná sebevražda jsou projevem selhání, neboť v dnešní době lze nemocným zajistit takovou péči v léčbě bolesti i jiných fyzických symptomů, psychického, sociálního a duchovního utrpení, aby k žádosti o usmrcení nemuselo docházet. Naše společnost disponuje dostatečnými finančními prostředky, znalostmi, dovednostmi, léky i přístrojovým vybavením, aby nemocným, u kterých kurativní léčba již vyčerpala všechny dostupné možnosti, byla poskytnuta léčba paliativní. Tímto přístupem jsme schopni nemocnému zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života a to včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti, fyzického, psychického, sociálního a duchovního utrpení. Pro rozhodování o poskytování nejvyšší etické služby nevléčitelně nemocným a umírajícím musí být lékařům nápomocná celá společnost, právo, ekonomická i zákonodárná systémová opatření neboť civilizovaný stát musí chránit život a ne legalizovat jeho likvidaci (Munzarová,2005,s.58).

5 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V PALIATIVNÍ PÉČI

5.1 Paliativní péče jako součást ošetřovatelství

Ošetřovatelství je definováno jako samostatná vědecká disciplína, která se zabývá aktivním vyhledáváním a uspokojováním biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jejich zdraví. Je zaměřeno na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, dále pak na zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocných a na zajištění klidného umírání a smrti (věstník MZČR č. 9/2004).

Z výše zmíněné definice oboru ošetřovatelství jasně vyplývá, že péče o nevyлéčitelně nemocné a umírající je plnohodnotnou a samozřejmou součástí práce všeobecných sester. Doslova se v ní uvádí, že ošetřovatelství je zaměřeno na zajištění klidného umírání a smrti. V péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající se tak odhaluje samotná podstata ošetřovatelství (Payneová, 2007, s. 221).

5.2 Vzdělávání všeobecných sester

Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, ukládá zdravotníkům celoživotní vzdělávání za povinné pro výkon jejich profese. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování, již získaných vědomostí a dovedností zdravotnických pracovníků v souvislosti s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Dle odstavce 1, § 54 zákona č. 105/2011 Sb. mezi formy celoživotního vzdělávání patří specializační vzdělávání, certifikované kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympóziích, publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, vypracování standardu nebo nového postupu, e-learningový kurz a samostatné studium literatury (zákon č. 105/2011 Sb.).

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. § 28 odst. 2 uvádí, že pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. Paragraf 49 téhož zákona, který pojednává o povinnostech zdravotnického pracovníka pak v odst. 1, písmenu a) dává zdravotníkovi za povinnost, aby zdravotní péči

na náležitě odborné úrovni poskytoval a mimo jiné se v poskytování této péče řídil i etickými principy (zákon č. 372/2011 Sb.).

5.3 Význam vzdělávání v paliativní péči

Aby se paliativní přístup mohl stát reálnou součástí rutinní péče praktických lékařů, personálu nemocnic, domovů důchodců a také agentur poskytujících domácí péči je k tomu nezbytné začlenit paliativní péči do učebních osnov pregraduálního vzdělání lékařů, všeobecných sester a dalších odborníků. Rada Evropy doporučuje, aby všichni zdravotničtí pracovníci byli seznámeni se zásadami paliativní péče tak, aby ji byli schopni v praxi využívat (Radbruch et al.,2010,s.26).

5.4 Pregraduální vzdělávání

Pregraduální vzdělávání v paliativní péči probíhá v rozsahu nejméně 10 hodin v rámci studijního programu, č. 5341-N/1, Diplomovaná všeobecná sestra, program pro Vyšší odborné zdravotnické školy a dále ve studijním bakalářském programu Ošetrovatelství, č. 5341 R (Metodický pokyn k vyhlášce č.39/2005 Sb.,©2008).

Standardní doba studia výše uvedených studijních programů je nejméně 3 roky v rozsahu 4 600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování, z toho praktické vyučování je v rozsahu nejméně 2 300 hodin a nejvýše 3000 hodin (Metodický pokyn k vyhlášce č.39/2005 Sb.,©2008). V programu Vyšší odborné zdravotnické školy probíhá studium formou denního, večerního, dálkového, distančního případně kombinovaného studia. (zákon č. 561/2004 Sb.) V bakalářském studijním programu lze studovat formou prezenční, distanční, případně kombinací zmíněných forem (zákon č. 111/1998 Sb.).

5.5 Postgraduální vzdělávání

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů má ve své nabídce jednodenní vzdělávací akci s názvem Paliativní péče. Tento kurz je určen všeobecným sestřím a je zařazen do projektu: Vzdělávání ke zvýšení kompetencí zdravotnických pracovníků se zaměřením na poskytování kvality a bezpečí zdravotních služeb. Kurz je ohodnocen 4 kreditními body (Nabídka vzdělávacích akcí 2015,2014,s.30).

Pobočka Charity České republiky, Oblastní charita Rajhrad pořádá cyklus celodenních seminářů o paliativní péči. Celý cyklus je možné absolvovat jako celek během půl roku, nebo je možné navštívit jen vybrané semináře podle zájmu a potřeb každého

účastníka. Semináře jsou akreditovány u Ministerstva práce a sociálních věcí a ohodnoceny 4 kreditními body (Edukační centrum, Oblastní charita Rajhrad, ©2007).

První seminář z cyklu o paliativní péči nese název: Základy doprovázení těžce nemocných a umírajících klientů sociálních služeb, je určen pro všeobecné sestry a sociální pracovníky, kteří pracují s umírajícími pacienty, chtějí získat základní informace, dozvědět se souvislosti, možnosti a doporučené postupy v paliativní péči. Druhým seminářem je: Úvod do psycho-socio-spirituální problematiky v paliativní péči je akreditovaný kurz u Ministerstva práce a sociálních věcí. Tento kurz je opět určen pro sociální pracovníky a všeobecné sestry. Třetí seminář nese název: Základy péče o pozůstalé a personál v paliativní péči. Tento kurz se věnuje výuce efektivní komunikace s rodinou, spolupráci a péči o rodinu, truchlení a vyrovnávání se se smrtí. Druhá část přednášek je pak zaměřena na zdravotníky, věnuje se psychohygieně, strategii zvládnání, zlepšování spolupráce v týmu (Edukační centrum, Oblastní charita Rajhrad, ©2007).

Přednáška MUDr. Marie Svatošové: Hospice a umění doprovázet je stejně jako předchozí semináře ohodnocena 4 kreditními body. Je určena pro všeobecné sestry, sociální pracovníky, nutriční terapeutky a rovněž je otevřena i pracovníkům nezdravotnických profesí (Edukační centrum, Oblastní charita Rajhrad, ©2007).

Občanské hospicové sdružení Cesta domů ve spolupráci se Vzdělávacím konsorciem všeobecných sester pracujících s pacienty v konečné fázi života, ELNEC-End of Life Nursing Education Consortium), pořádá: Vzdělávací kurz pro všeobecné sestry. Hlavním cílem tohoto akreditovaného kurzu je zlepšit oblast paliativní péče ve zdravotnictví. Primárním cílem je vzdělávání sester v péči o umírající nemocné. Studijní plán vzdělávacího kurzu byl vyvinut ve spolupráci s národně uznávanými odborníky v paliativní péči (Cesta domů, ELNEC kurz, ©2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Nedocení paliativní péče spolu se špatnou znalostí jejích postupů a nevyhovující odbornou přípravou zdravotníků mě přivedla k myšlence napsat bakalářskou práci na téma zabývající se zájmem všeobecných sester o problematiku paliativní péče v nemocničním prostředí. Domnívám se, že paliativní péče je stále stranou zájmu většiny zdravotníků, kteří si často myslí, že tento druh péče je pouze otázkou hospiců. Je důležité, aby se každý z nás zamyslel nad svým postojem k umírání a smrti, protože jedině tak můžeme poskytnout našim pacientům, jejich rodinám a blízkým adekvátní pomoc a podporu. Paliativní péče se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade důraz na kvalitu života, který jim zbývá. Umírající mají především právo na důstojné zacházení a řádnou péči. Poskytování paliativní péče na obecné úrovni by proto všeobecným sestram, a nejen jim, nemělo být cizí.

7 CÍL VÝZKUMU

Před začátkem samotného výzkumného šetření jsem si zvolila jeden hlavní cíl a čtyři cíle dílčí. K dílčím cílům jsem pro lepší přehlednost uvedla výzkumné předpoklady, kritéria předpokladu a čísla výzkumných otázek v dotazníku, která se k jednotlivým cílům vztahují.

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda všeobecné sestry mají zájem podílet se na poskytování paliativní péče v nemocničním prostředí.

7.1 Dílčí cíl č. 1.

Zjistit, zda všeobecné sestry vnímají obecnou paliativní péči jako samozřejmou součást ošetrovatelské péče, kterou poskytují pacientům v rámci svých oborů.

Výzkumný předpoklad č. 1.: Předpokládám, že většina všeobecných sester bude souhlasit s tím, že paliativní péče na obecné úrovni je součástí běžně poskytované ošetrovatelské péče.

Kritérium předpokladu: Více než 60% všeobecných sester odpoví kladně na výzkumné otázky č.5, 6, 8 a 9.

Výzkumná otázka: č. 5, 6, 7, 8, 9

7.2 Dílčí cíl č. 2.

Zjistit, jaký je osobní postoj všeobecných sester k umírání a smrti.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester je osobně vyrovnána s umíráním a smrtí.

Kritérium předpokladu: Více než 50% všeobecných sester odpoví kladně na 4 z 5 výzkumných otázek.

Výzkumná otázka: č. 10, 11, 12, 13, 14

7.3 Dílčí cíl č. 3.

Zjistit pohled všeobecných sester na poskytování paliativní péče v nemocničním prostředí.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že většina všeobecných sester bude toho názoru, že umírajícím v nemocničním zařízení není poskytována dostatečná paliativní péče.

Kritérium předpokladu: Více než 50% dotazovaných všeobecných sester odpoví záporně na výzkumné otázky č. 16, 17, 18.

Výzkumná otázka: č. 15, 16, 17, 18, 19

7.4 Dílčí cíl č. 4.

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

Výzkumný předpoklad č. 4: Předpokládám, že menšina všeobecných sester bude mít o vzdělávání v paliativní péči zájem.

Kritérium předpokladu: Minimálně 40% dotazovaných všeobecných sester odpoví kladně na výzkumné otázky č. 22, 23 a 24.

Výzkumná otázka: č. 20, 21, 22, 23, 24

8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Vzorek respondentů tvoří všeobecné sestry z ambulantních provozů, ze standardních lůžkových provozů a z oddělení ARO a JIP. Pro výběr zkoumaného vzorku není určeno žádné bližší kritérium, které by tuto skupinu více specifikovalo například v oblasti věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, nebo délky praxe.

9 METODA SBĚRU DAT

Pro kvantitativní výzkum v mé bakalářské práci jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Strukturovaný dotazník obsahuje celkem 24 otázek, z toho 18 otázek je uzavřených a 6 otázek je polozavřených a respondentkám se tak nabízí možnost vlastní odpovědi. Dotazník byl složen z demografické a vlastní části. První 4 otázky jsou demografické, jsou směřovány na zjištění nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek, oddělení, kde respondentky pracují, délku jejich praxe a věk. Zbýlých 20 otázek je pak přiřazeno v počtu po 5 otázkách k jednotlivým dílčím cílům.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkumné šetření jsem realizovala od 5.1.2015 do 13.2.2015. Vlastní výzkum probíhal v ambulantních provozech, na standardních lůžkových odděleních a na oddělení ARO a JIP v Domažlické nemocnici. Dotazníky jsem rozdala osobně prostřednictvím staničních sester jednotlivých oddělení. Pro zachování anonymity byla ke každému dotazníku přidána obálka pro jeho následné zapečetění. Rozdala jsem celkem 100 dotazníků, vrátilo se mi jich 92, návratnost činila 92 %. Výsledky jsem zpracovala a vyhodnotila pomocí absolutních a relativních čísel a vyjádřila v grafech.

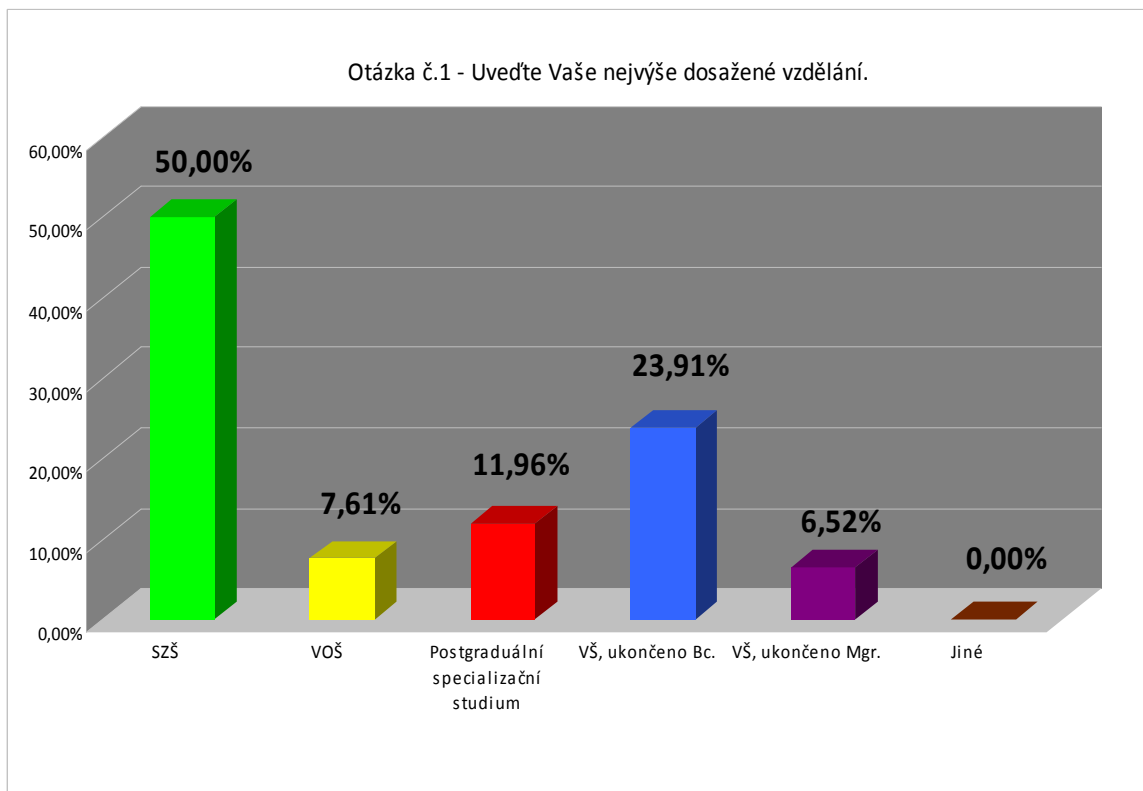
11 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Výsledky svého výzkumného šetření jsem zpracovala do sloupcových grafů pro lepší přehlednost jednotlivých odpovědí. Celkem bylo vypracováno 24 grafů. Každý graf znázorňuje jednu otázku z dotazníku. Pod grafem je vždy připojen detailní popis jednotlivých odpovědí respondentek včetně vyjádření odpovědí v číslech absolutní i relativní četnosti. Výsledné hodnoty vyjádřené v procentech jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ

Otázka č.1: Uved'te Vaše nevyšší dosažené vzdělání.

Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

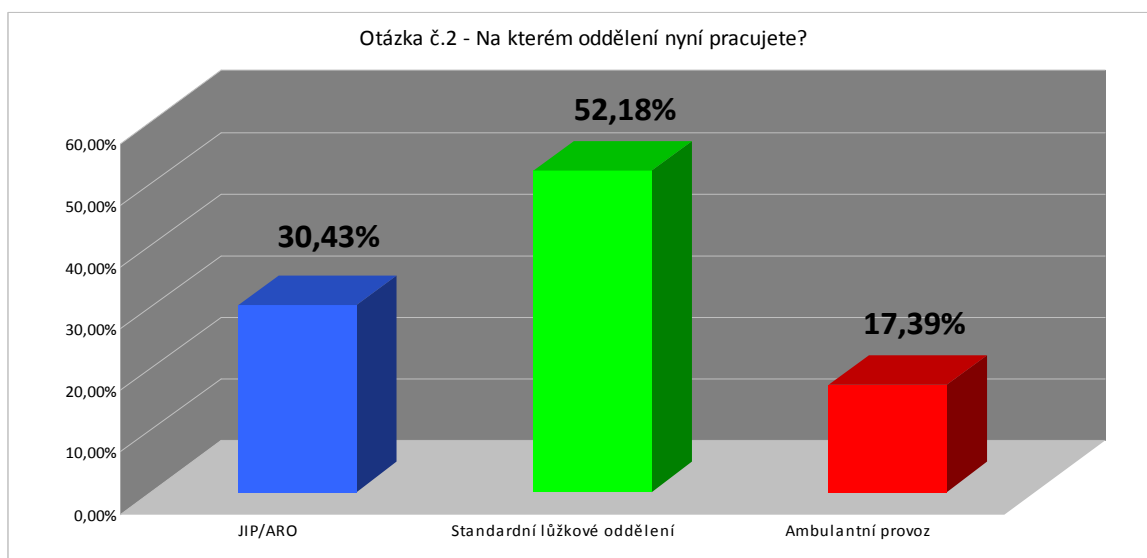


Zdroj: vlastní

Tento graf rozděluje respondenty do šesti skupin podle nejvyššího ukončeného vzdělání. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 92 respondentek, z toho je: 50,00% (46) respondentek, všeobecných sester, se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou, 7,61% (7) respondentek má vyšší odborné vzdělání, 11,96% (11) respondentek absolvovalo postgraduální specializační studium, 23,91% (22) respondentek vystudovalo bakalářské studium, 6,52% (6) respondentek získalo titul Mgr. a žádná z respondentek nevyužila možnosti jiné.

Otázka č.2: Na kterém oddělení nyní pracujete?

Graf 2: Pracoviště respondentů

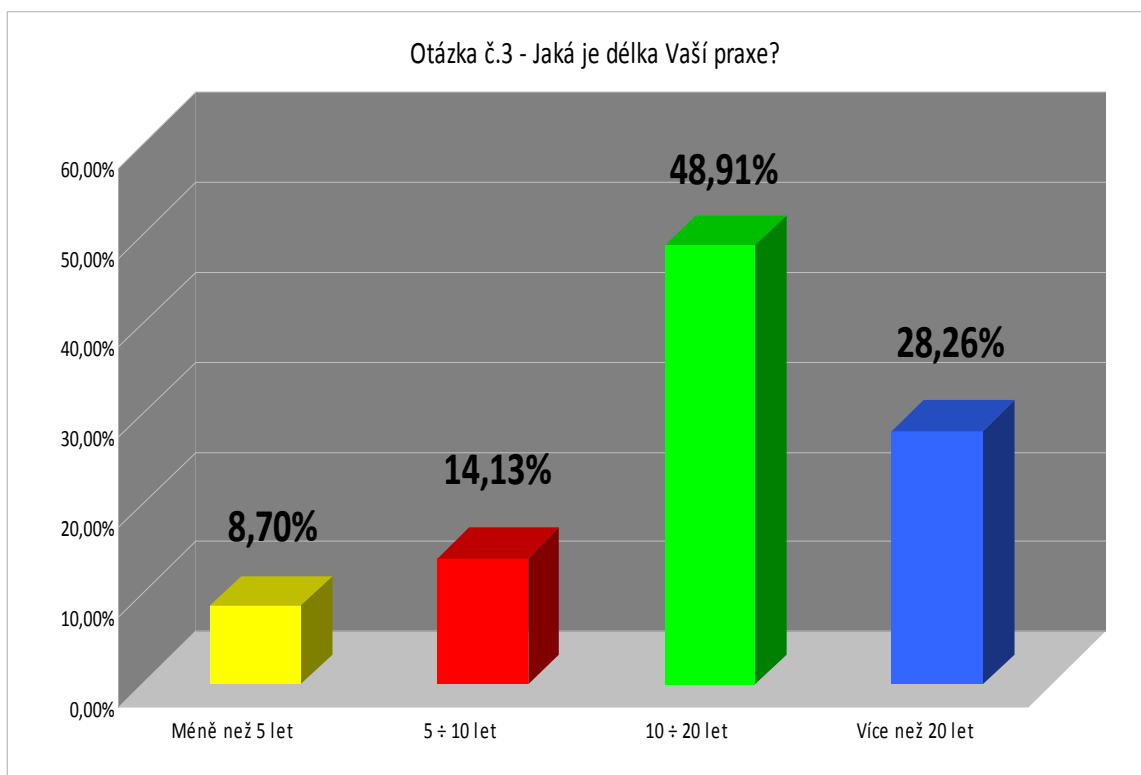


Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje, na kterých pracovních úsecích respondentky v době výzkumného šetření pracovaly, 30,43% (28) respondentek tvoří všeobecné sestry pracující na oddělení intenzivní péče a ARO, v 52,18% (48) jsou zde zastoupeny respondentky ze standardních lůžkových oddělení a poslední skupinu se 17,39% (16) tvoří respondentky z ambulantních provozů.

Otázka č.3: Jaká je délka Vaší praxe?

Graf 3: Délka praxe respondentů

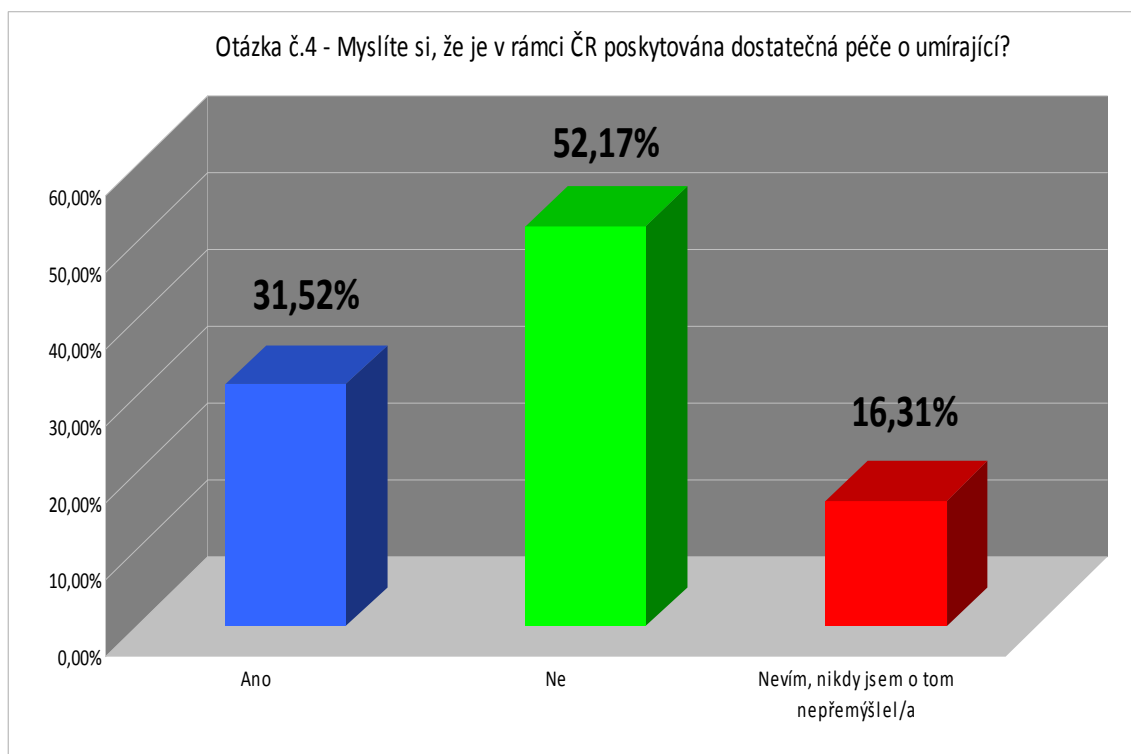


Zdroj: vlastní

Z grafu znázorňujícího délku praxe respondentů vyplívá, že vzorek respondentek tvoří v 8,70% (8) respondentky s praxí trvající méně než 5 let, které tak tvoří zároveň nejméně početnou skupinu, respondentky s délkou praxe 5-10 let jsou zastoupeny ve 14,13% (13), nejvíce, tedy ve 48,91% (45) jsou zde zastoupeny respondentky s délkou praxe 10-20 let, s 28,26% (26) tvoří druhou nejpočetnější skupinu respondentky s délkou praxe více než 20 let.

Otázka č.4: **Myslíte si, že je v rámci ČR poskytována dostatečná péče o umírající?**

Graf 4: Dostatečná péče o umírající v ČR

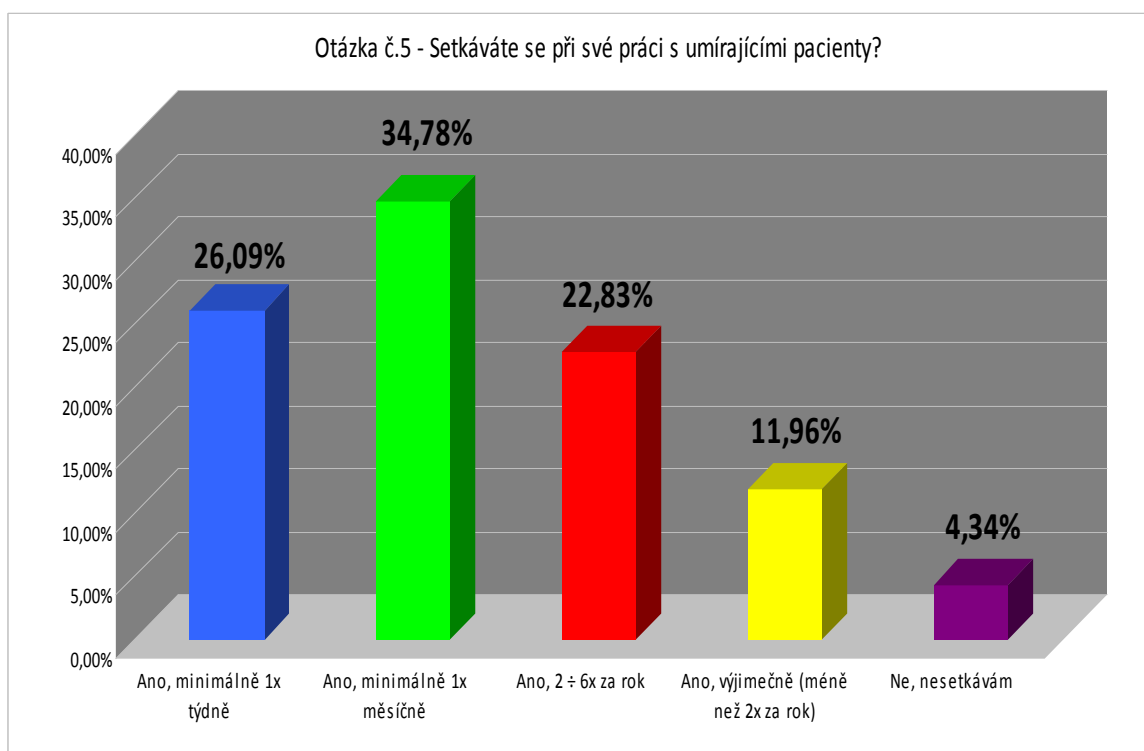


Zdroj: vlastní

Tento graf ukazuje, že 31,52% (29) respondentek s úrovní poskytované paliativní péče v ČR souhlasí, 52,17% (48) respondentek si nemyslí, že je v ČR umírajícím poskytována dostatečná péče a 16,31% (15) respondentek udalo jako odpověď, že neví, nikdy o tom nepřemýšlely.

Otázka č.5: Setkáváte se při své práci s umírajícími pacienty?

Graf 5: Četnost setkání s umírajícími pacienty

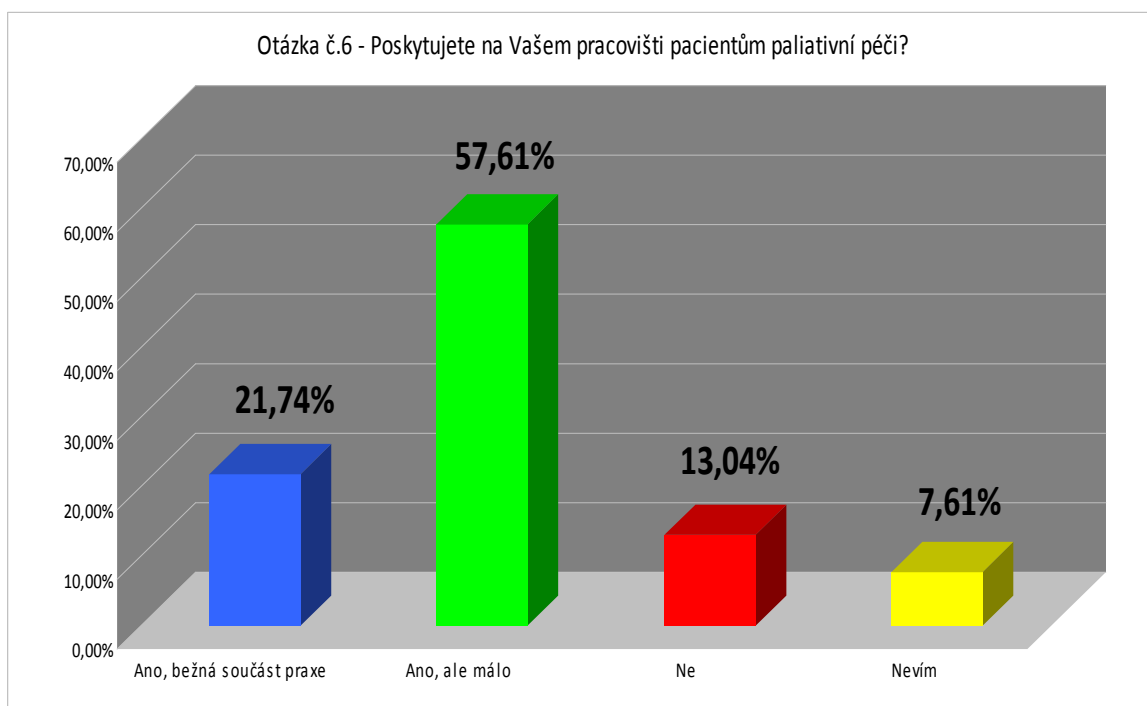


Zdroj: vlastní

V grafu je znázorněno, že 26,09% (24) respondentek se s umírajícími pacienty setkává minimálně jednou týdně, 34,78% (32) udává setkání minimálně jednou měsíčně, 22,83% (21) je v kontaktu s umírajícími pacienty 2-6x do roka, respondentky v 11,96% (11) uvádí výjimečné setkání, méně než 2x do roka a 4,34% (4) napsalo, že se s umírajícími pacienty ve své praxi nesetkává.

Otázka č.6: **Poskytujete na Vašem pracovišti pacientům paliativní péči?**

Graf 6: Poskytování paliativní péče na pracovišti

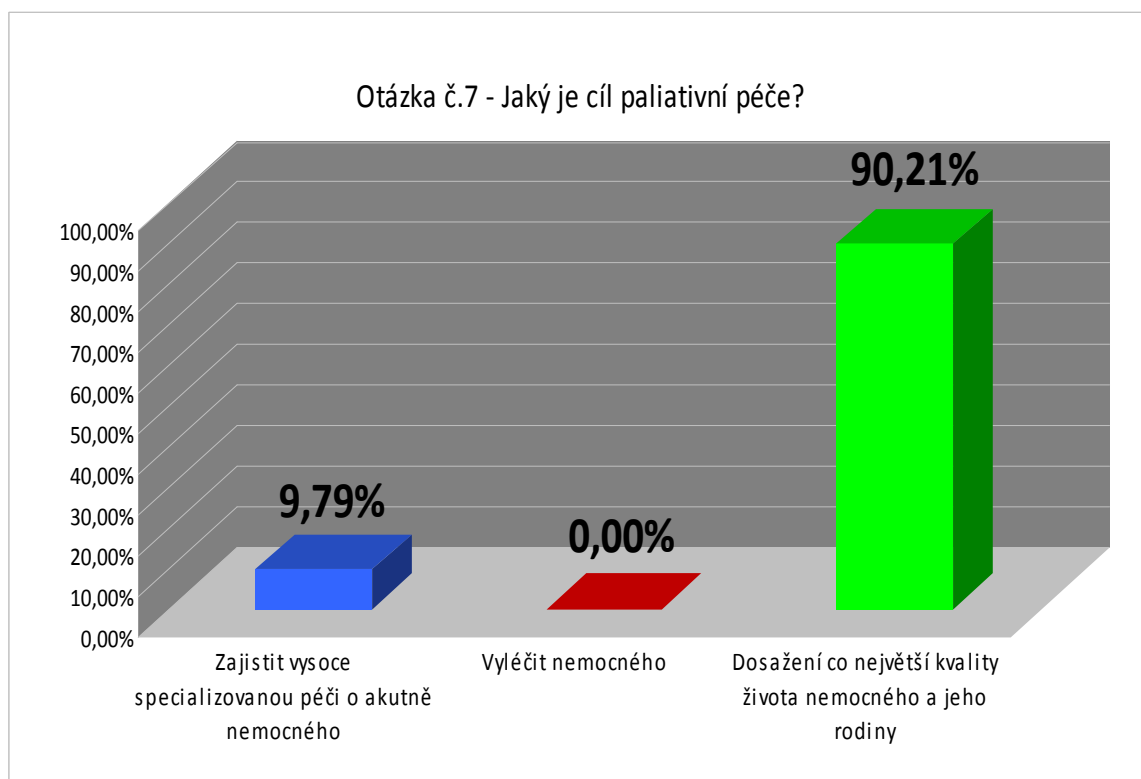


Zdroj: vlastní

Ve znázorněném grafu je vidět, že pro 21,74% (20) respondentek je paliativní péče běžnou součástí praxe, 57,61% (53) respondentek řeklo, že paliativní péči na pracovišti poskytují, ale málo, 13,04% (12) respondentek poskytování paliativní péče na oddělení rovnou zamítlo a 7,61% (7) respondentek, uvedlo, že neví, zda poskytují paliativní péči.

Otázka č.7: Co si myslíte, že je cílem paliativní péče?

Graf 7: Cíl paliativní péče

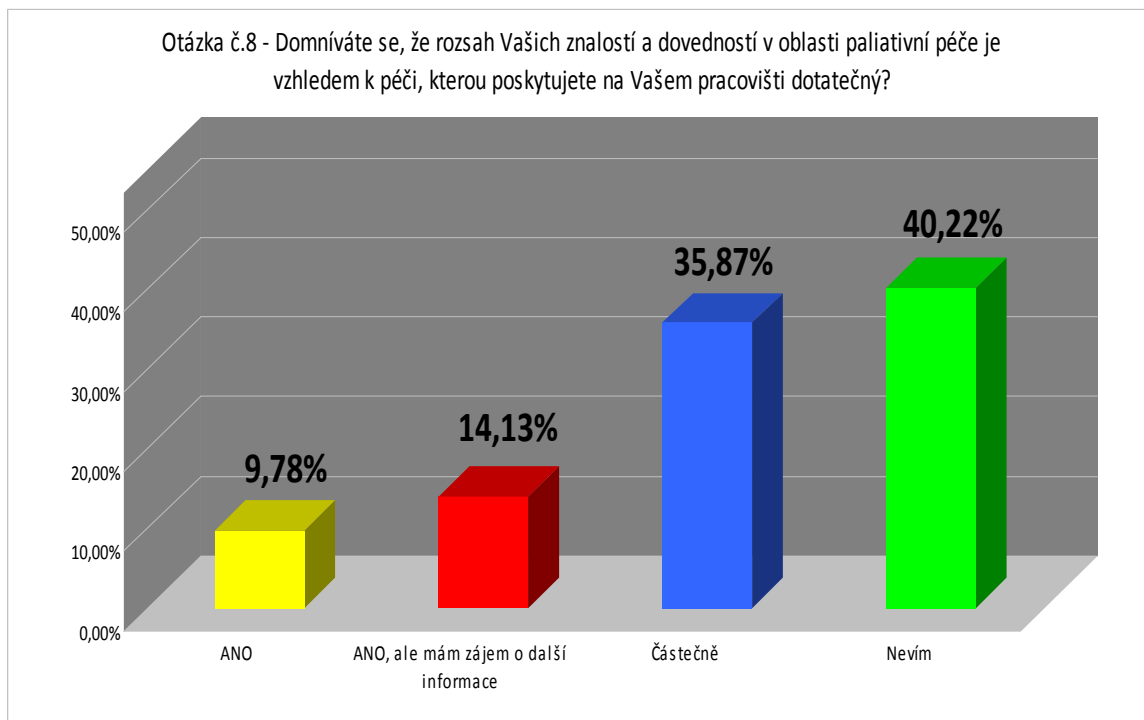


Zdroj: vlastní

Graf ukazuje, že 9,79% (9) respondentek považuje za cíl paliativní péče zajištění specializované péče o akutně nemocné pacienty, žádná z respondentek ne zvolila za cíl paliativní péče vyléčení nemocného a 90,21% (83) respondentek za cíl paliativní péče považuje dosažení co největší kvality života nemocného a jeho rodiny, což je jediná správná odpověď.

Otázka č.8: Domníváte se, že rozsah Vašich znalostí a dovedností v oblasti paliativní péče je vzhledem k péči, kterou poskytujete na Vašem pracovišti dostatečný?

Graf 8: Hodnocení rozsahu znalostí

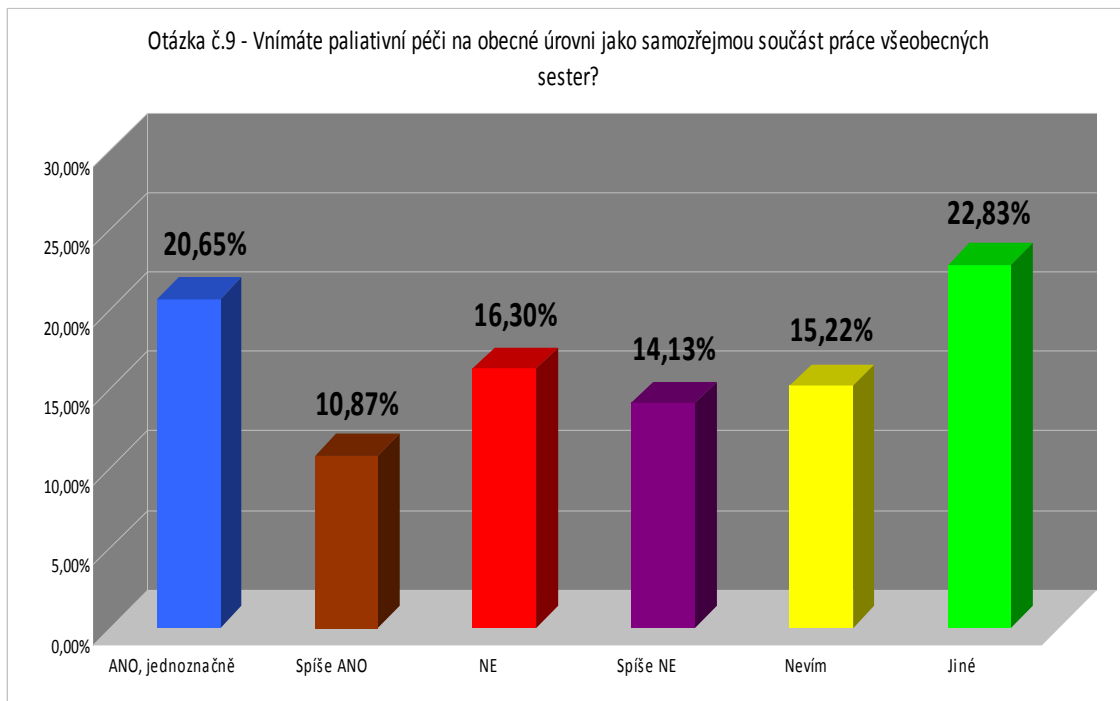


Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje, že 9,78% (9) respondentek považuje své znalosti a dovednosti v oblasti paliativní péče vzhledem ke své praxi za dostatečné, 14,13% (13) respondentek je také s rozsahem svých znalostí a dovedností spokojeno, ale má zájem o další informace, 35,87% (33) respondentek udává jen částečné znalosti a dovednosti v oblasti paliativní péče a 40,22% (37) respondentek zvolilo odpověď neví.

Otázka č.9: Vnímáte paliativní péči na obecné úrovni jako samozřejmou součást práce všeobecných sester?

Graf 9: Paliativní péče jako běžná součást práce všeobecných sester

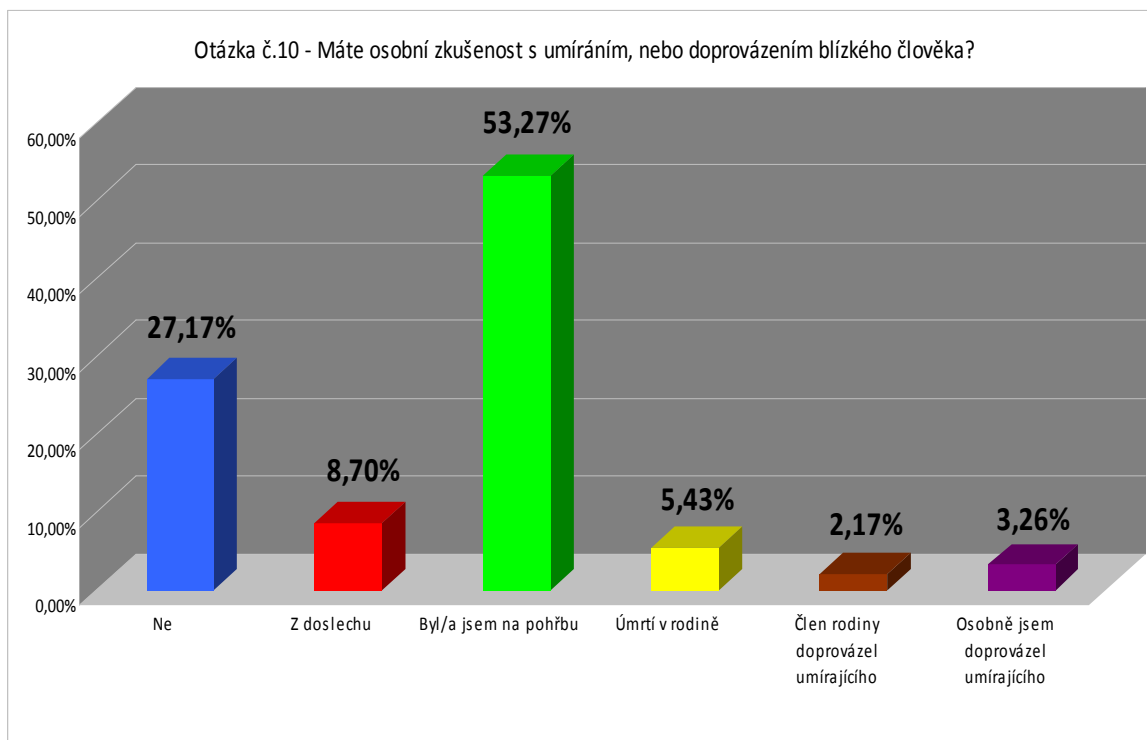


Zdroj: vlastní

Tento graf ukazuje, že 20,65% (19) respondentek vnímá paliativní péči jako samozřejmou součást své práce, 10,87% (10) respondentek spíše souhlasí, 16,30% (15) nepovažuje poskytování paliativní péče za samozřejmou součást své práce, 14,13% (13) respondentek zaškrtnulo odpověď spíše ne, 15,22% (14) respondentek neví, zda je paliativní péče součástí jejich práce a 22,83% (21) respondentek si myslí, že paliativní péči poskytují jen sestry pracující v hospicu a ve službách domácí péče.

Otázka č.10: Máte osobní zkušenost s umíráním, nebo doprovázením blízkého člověka?

Graf 10: Osobní zkušenost s doprovázením umírajícího blízkého člověka

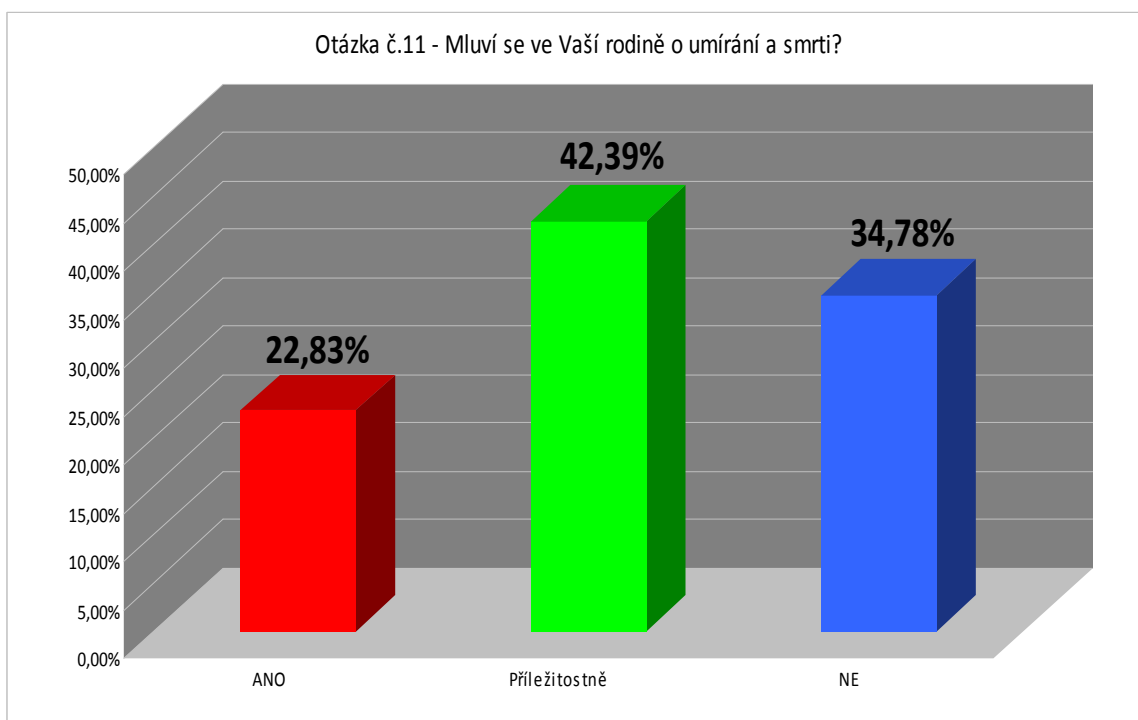


Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje osobní zkušenost sester s umíráním, nebo doprovázením blízkého člověka, 27,17% (25) respondentek uvedlo, že nemá žádnou osobní zkušenost, 8,70% (8) ví, že někdo v jejich okolí tuto zkušenost má, 53,27% (49) respondentek se zúčastnilo pohřbu, 5,43% (5) zažilo úmrtí v rodině, jen u 2,17% (2) respondentek člen rodiny doprovázel umírajícího a osobní zkušenost s umírajícím, kterého samy doprovázely, udává 3,26% (3) respondentek.

Otázka č.11: Mluví se ve Vaší rodině o umírání a smrti?

Graf 11: Hovory o smrti v rodině

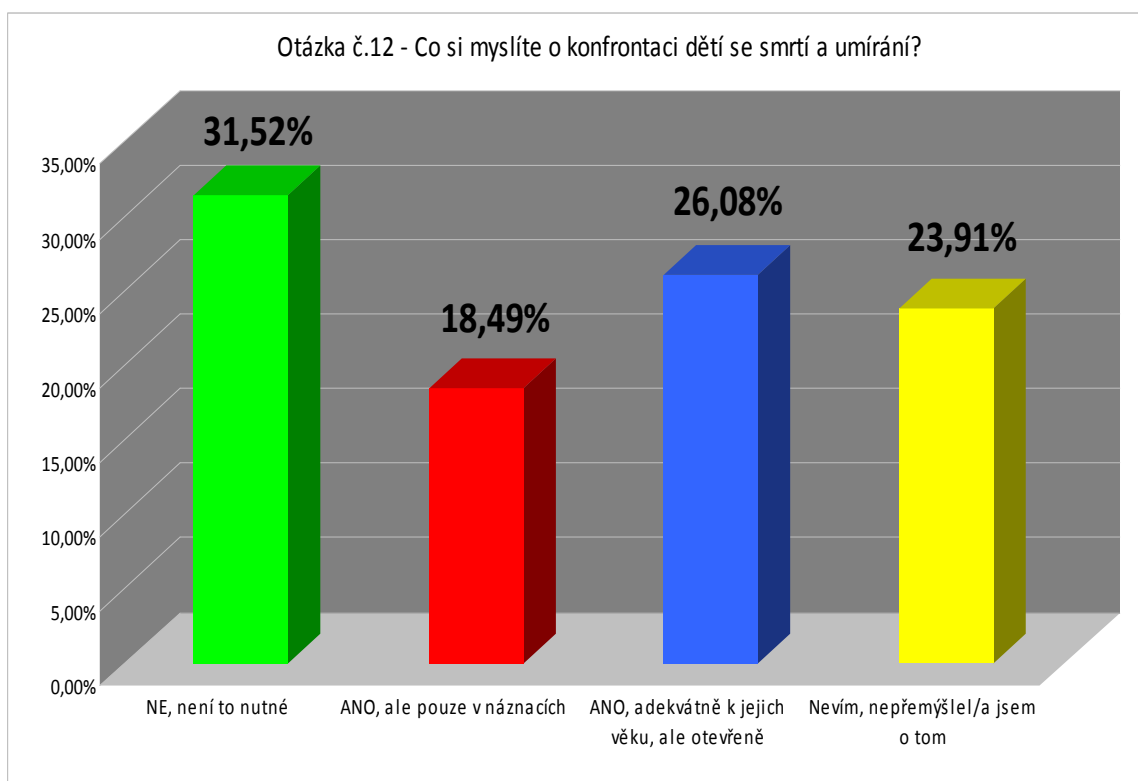


Zdroj: vlastní

Tento graf ukazuje, že 22,83% (21) respondentek o umírání a smrti v rodině otevřeně hovoří, 42,39% (39) respondentek na téma umírání a smrt hovoří jen ve chvíli, kdy někdo v jejich okolí zemře a 34,78% (32) respondentek uvedlo, že o umírání a smrti v rodině nehovoří.

Otázka č.12: Co si myslíte o konfrontaci dětí se smrtí a umíráním?

Graf 12: Konfrontace dětí se smrtí a umíráním

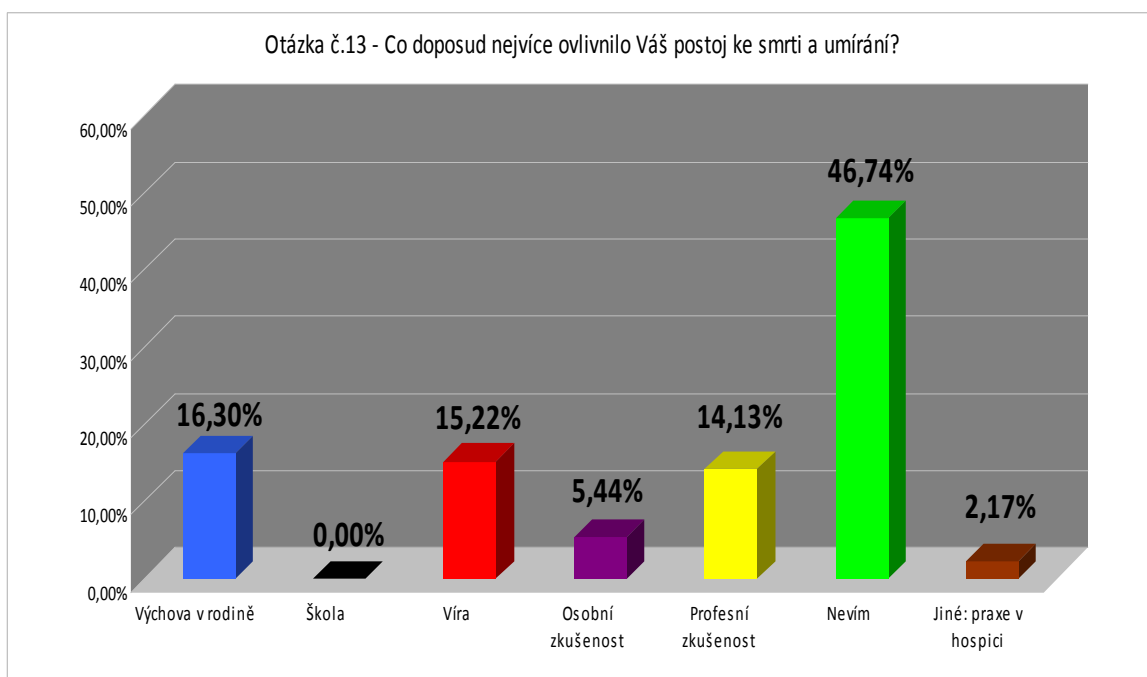


Zdroj: vlastní

V grafu je vidět, že na otázku o konfrontaci dětí se smrtí a umíráním 31,52% (29) respondentek odpovědělo, že s dětmi není nutné o smrti a umírání mluvit, 18,49% (17) respondentek si myslí, že se má s dětmi o smrti a umírání mluvit jen v náznacích, 26,08% (24) uvádí, že s dětmi se má mluvit adekvátně k jejich věku, ale otevřeně, 23,91% (22) nikdy nepřemýšlelo, zda má s dětmi na téma umírání a smrti hovořit.

Otázka č.13: Co doposud nejvíce ovlivnilo Váš postoj ke smrti a umírání?

Graf 13: Vliv na postoj ke smrti a umírání

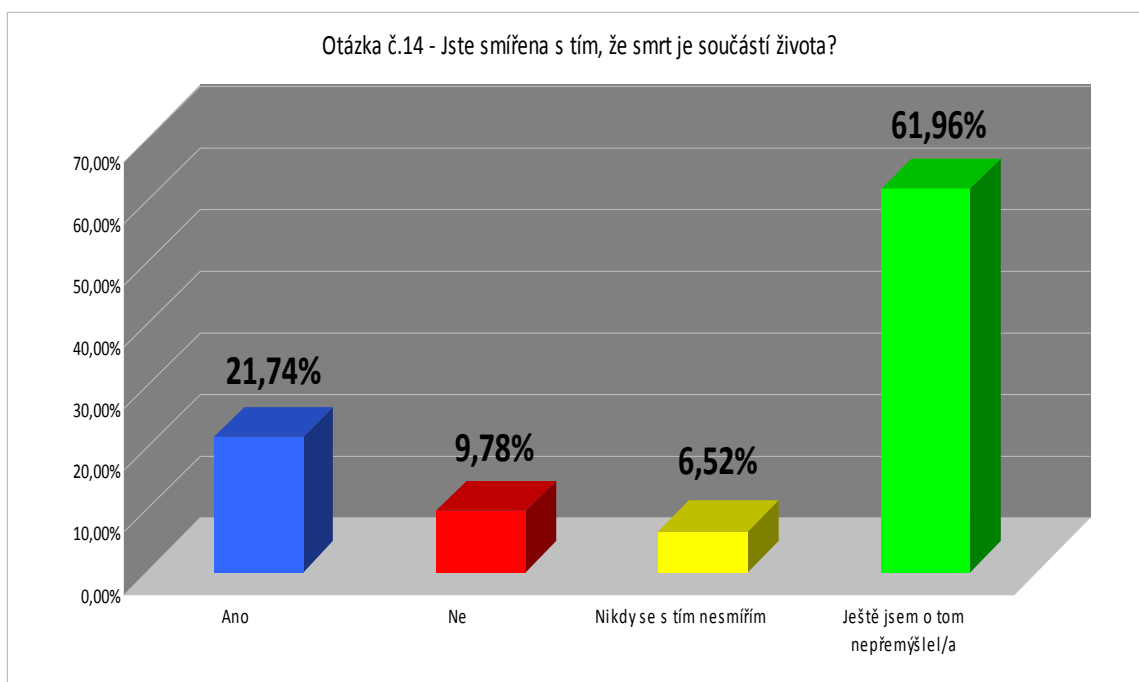


Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje, že postoj ke smrti a umírání u respondentek z 16,30% (15) nejvíce ovlivnila výchova v rodině, 15,22% (14) respondentek pro rozhodující postoj ke smrti a umírání uvádí víru, pro 5,44% (5) respondentek byla rozhodující osobní zkušenost, u 14,13% (13) respondentek má největší vliv na postoj k umírání a smrti profesní zkušenost, 46,74% (42) respondentek uvedlo, že neví co nejvíce ovlivnilo jejich postoj ke smrti a umírání, 2,17% (2) respondentky napsaly, že je nejvíce ovlivnila praxe v hospici a žádná z respondentek nezvolila skutečnost, že by její postoj ke smrti a umírání nejvíce ovlivnila škola.

Otázka č.14: Jste smířená s tím, že smrt je součástí života?

Graf 14: Smrt jako součást života

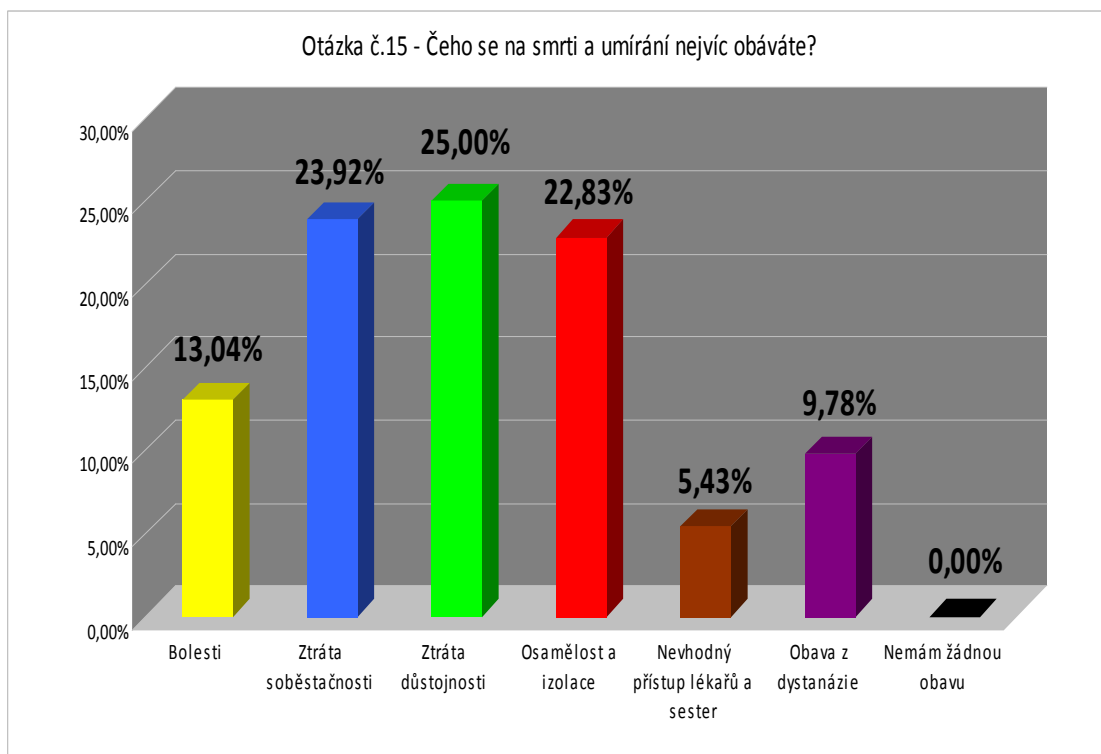


Zdroj: vlastní

Tento graf znázorňuje, zda jsou respondentky smířené se skutečností, že smrt je součástí života, 21,74% (20) dotázaných respondentek uvedlo, že ano, 9,78% (9) respondentek uvádí, že s touto skutečností nejsou smířené, 6,52% (6) respondentek se přiklonilo k odpovědi, že se nikdy nesmíří se skutečností, že smrt je součástí života a 61,96% (57) respondentek o této skutečnosti ještě nepřemýšlelo.

Otázka č.15: Čeho se na smrti a umírání nejvíce obáváte?

Graf 15: Obavy ze smrti a umírání

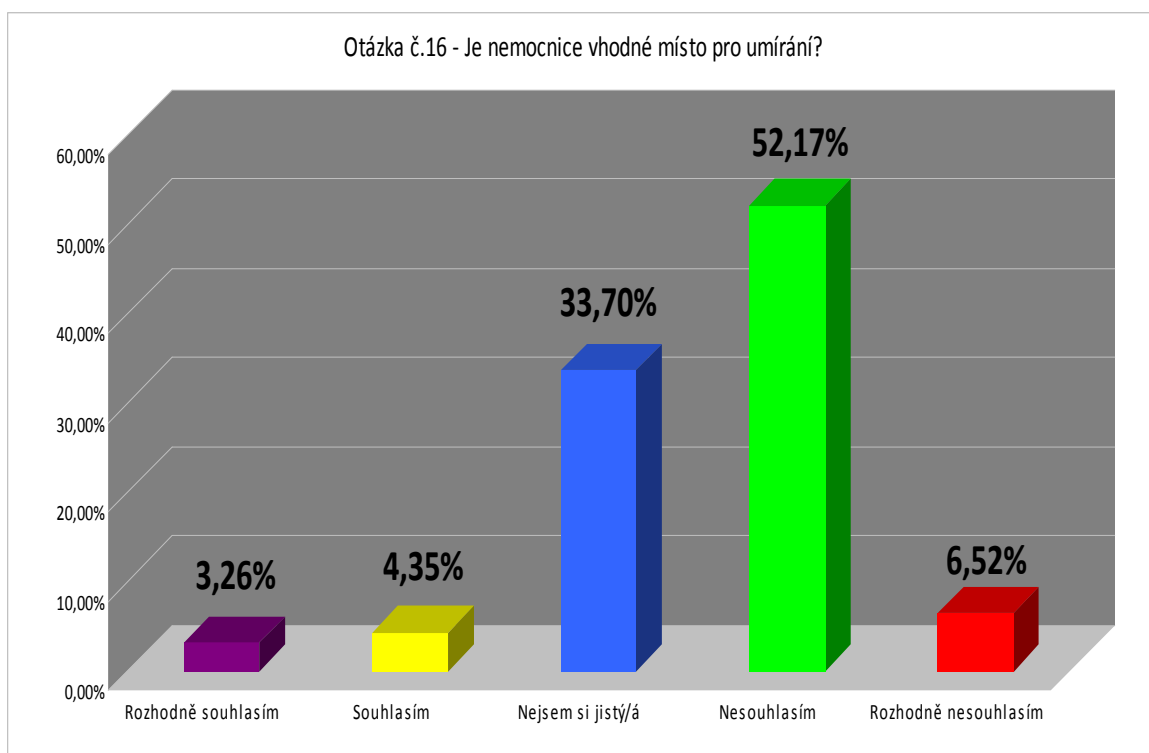


Zdroj: vlastní

V grafickém znázornění vidíme, že 13,04% (12) respondentek má na smrti a umírání největší obavy z bolesti, 23,92% (22) respondentek se nejvíce obává ztráty soběstačnosti, ze ztráty důstojnosti má obavy 25,00% (23) respondentek, osamělost a izolace vzbuzuje obavy u 22,83% (21) respondentek, 5,43% (5) uvedlo, že má obavy z nevhodného přístupu lékařů a sester, 9,78% (9) respondentek vyjádřilo obavy z umělého prodloužení života, dystanázie, žádná respondentka neuváděla variantu, že na smrti a umírání z ničeho obavu nemá.

Otázka č.16: Je nemocnice vhodné místo pro umírání?

Graf 16: Nemocnice a umírání

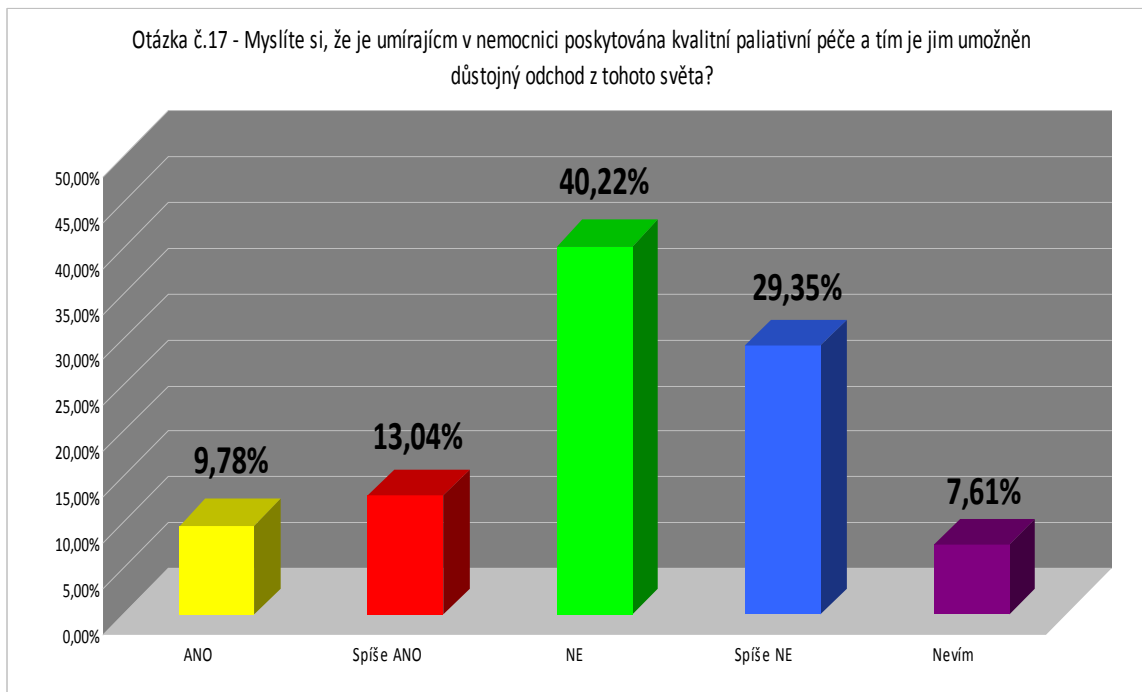


Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že 3,26% (3) respondentek rozhodně souhlasí s výrokem, že nemocnice je vhodné místo pro umírání, 4,35% (4) s výrokem souhlasí, 33,70% (31) respondentek si není jistých, zda je nemocnice vhodné místo pro umírání, 52,17% (48) respondentek nesouhlasí s tím, že je nemocnice vhodné místo pro umírání a 6,52% (6) respondentek s otázkou, zda je nemocnice vhodné místo pro umírání rozhodně nesouhlasí.

Otázka č.17: Myslíte si, že je umírajícím v nemocnici poskytována kvalitní paliativní péče a tím je jim umožněn důstojný odchod z tohoto světa?

Graf 17: Kvalita poskytované paliativní péče v nemocnici

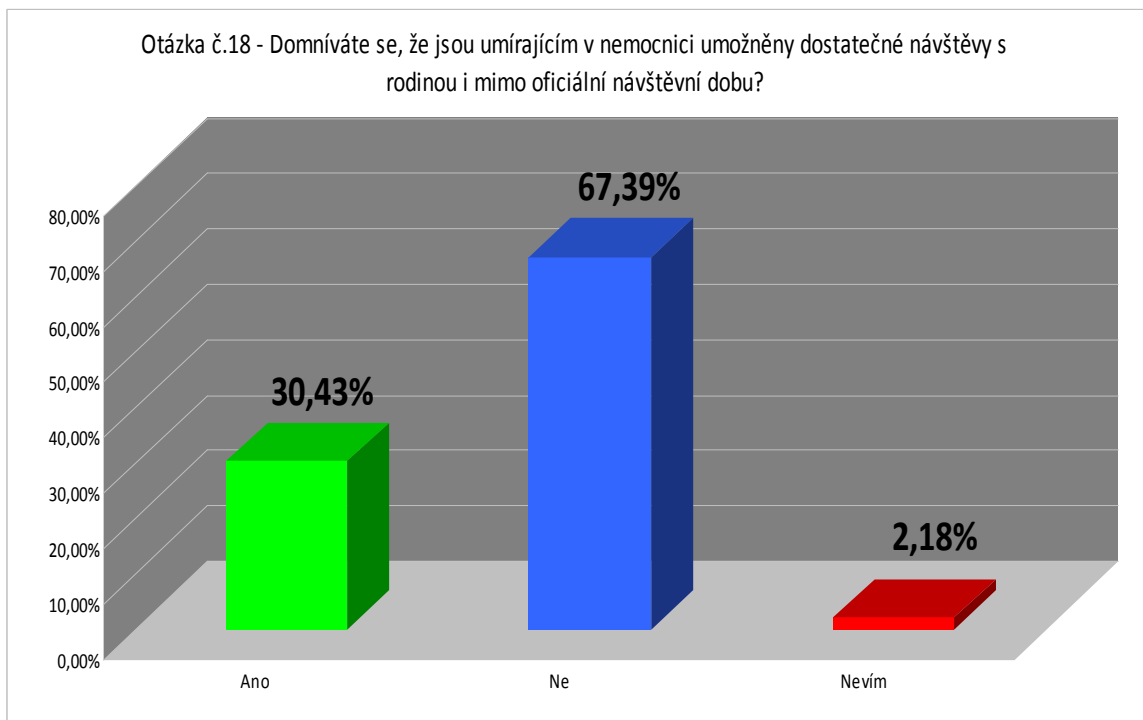


Zdroj: vlastní

Na otázku o kvalitě poskytované paliativní péče v nemocnici 9,78% (9) respondentek odpovědělo, že je v nemocnici poskytována kvalitní paliativní péče, 13,04% (12) respondentek s otázkou spíše souhlasí, 40,22% (37) si nemyslí, že je v nemocnici poskytována kvalitní paliativní péče, 29,35% (27) vybralo odpověď spíše ne a nevím odpovědělo 7,61% (7) respondentek.

Otázka č.18: Domníváte se, že jsou umírajícím v nemocnici umožněny dostatečné návštěvy s rodinou i mimo oficiální návštěvní dobu?

Graf 18: Návštěvy u umírajících

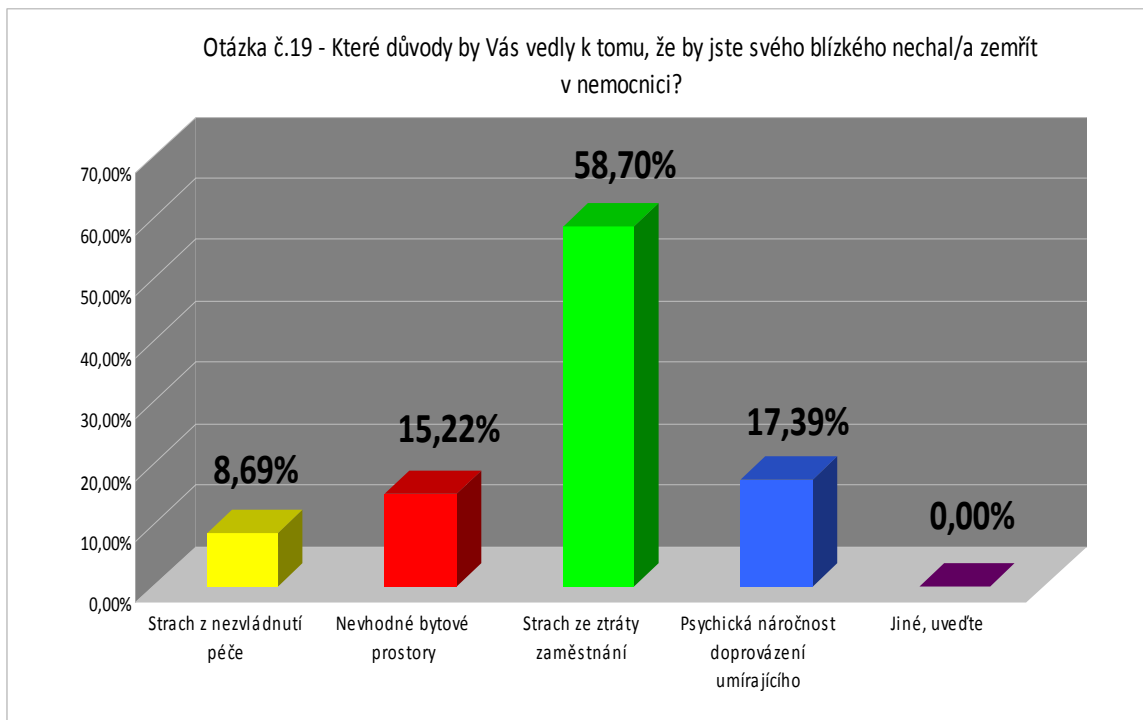


Zdroj: vlastní

Graf vypovídá, jak respondentky odpověděly na otázku, zda jsou umírajícím umožněny dostatečné návštěvy, 30,43% (28) respondentek uvádí, že návštěvy jsou umožněny dostatečně, 67,39% (62) respondentek s možnostmi návštěv u umírajících nesouhlasí a 2,17% (2) respondentky uvedly, že neví, zda jsou návštěvy umírajícím umožněny v dostatečné míře.

Otázka č.19: Které důvody by Vás vedly k tomu, že by jste svého blízkého nechala zemřít v nemocnici?

Graf 19: Důvod pro umírání blízké osoby v nemocnici

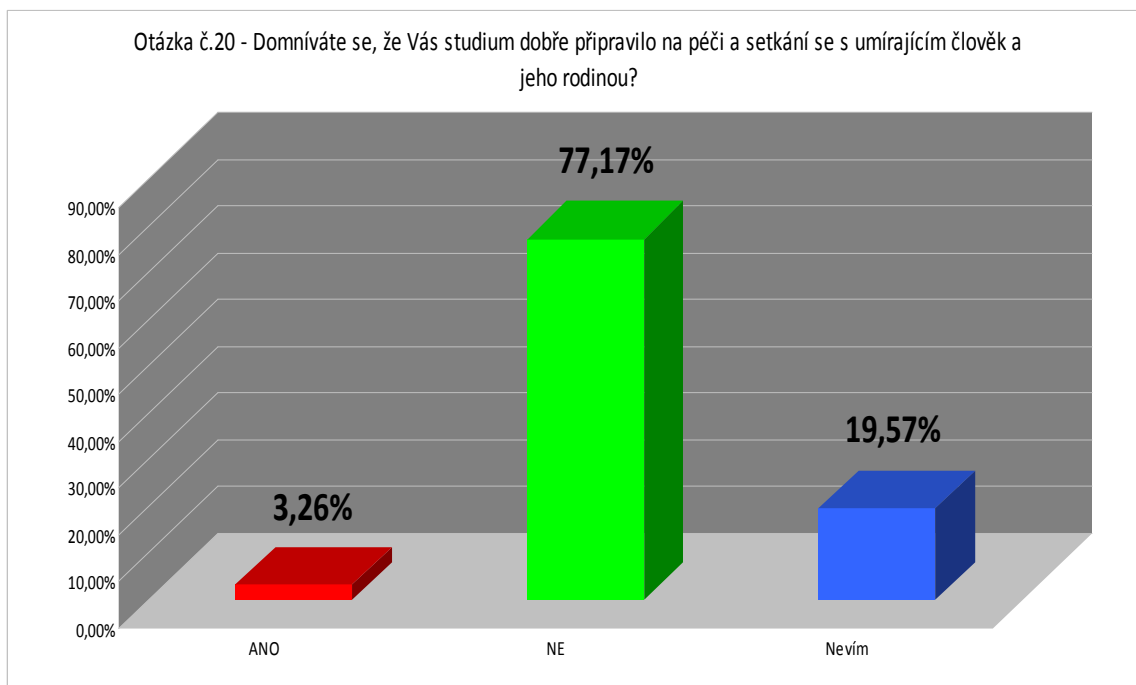


Zdroj: vlastní

V grafu je vidět, že 8,69% (8) respondentek uvádí jako důvod pro úmrtí svého blízkého v nemocnici strach z nezvládnutí péče, 15,22% (14) respondentek by k tomuto řešení přivedly nevhodné bytové prostory, 58,70% (54) respondentek vyjádřilo, že důvodem úmrtí blízkého člověka v nemocnici je obava ze ztráty zaměstnání, pro 17,39% (16) respondentek je důvodem psychická náročnost doprovázení umírajícího, 0,00% (0) respondentka nevyužila možnosti dopsat jinou možnost pro důvod úmrtí jejich blízkého v nemocnici.

Otázka č.20: Domníváte se, že Vás studium dobře připravilo na péči a setkání se s umírajícím člověkem a jeho rodinou?

Graf 20: Kvalitní příprava studiem na péči a setkání se s umírajícím člověkem

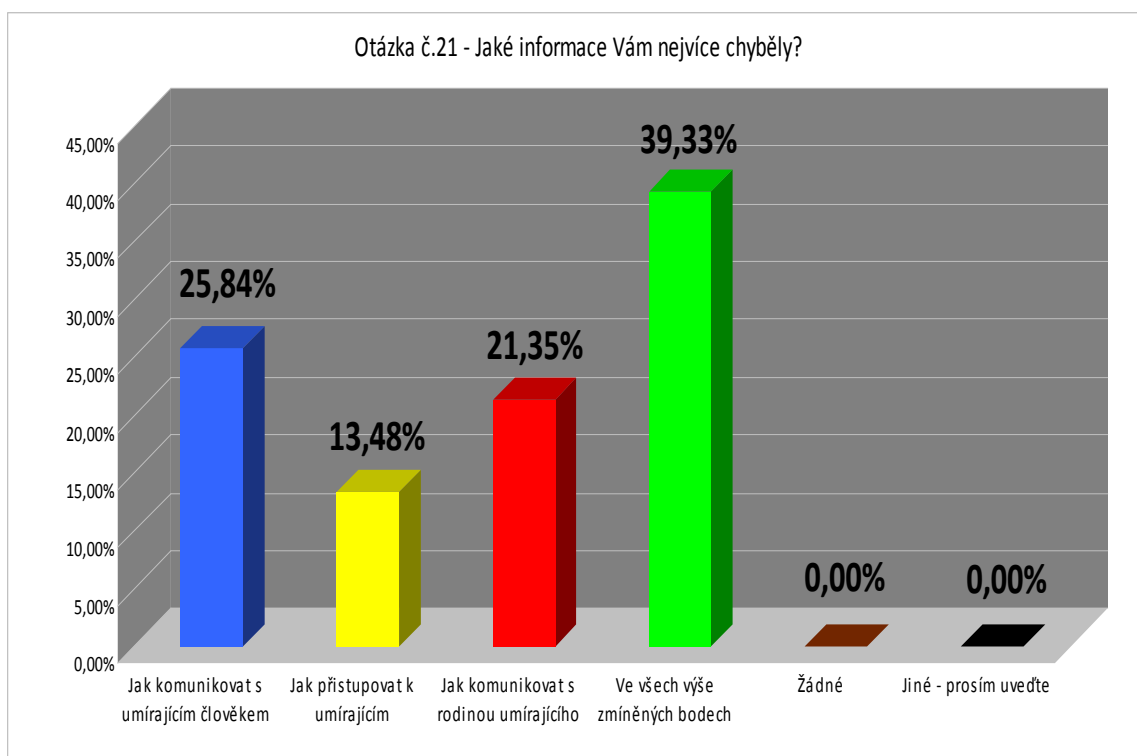


Zdroj: vlastní

Tento graf ukazuje, že jen 3,26% (3) respondentky se domnívají, že je studium na péči a setkání se s umírajícím člověkem připravilo dobře, 77,17% (71) respondentek nepovažuje školní přípravu za dostatečnou a 19,57% (18) respondentek neví, jestli jim znalosti získané studiem o problematice péče o umírající a setkání se s nimi stačí.

Otázka č.21: Jaké informace Vám nejvíce chyběly?

Graf 21: Informace o paliativní péči

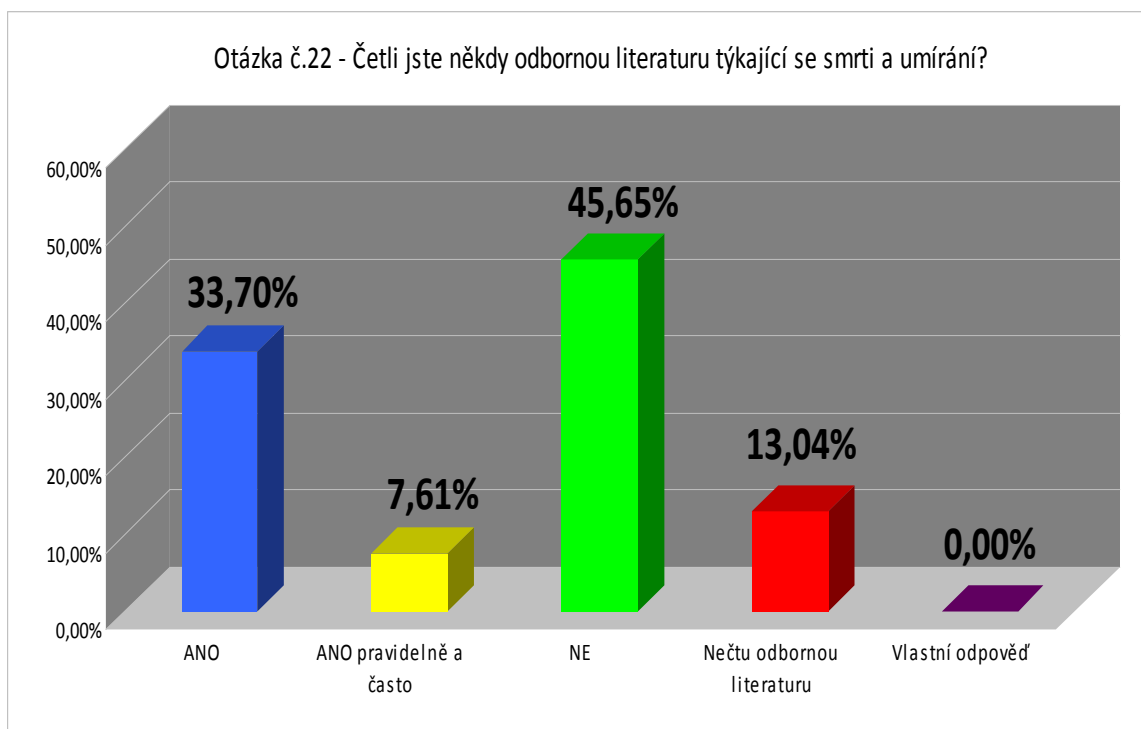


Zdroj: vlastní

Na otázku, jaké informace sestrám nejvíce chyběly, odpovědělo 25,84% (23) respondentek, že postrádaly dostatek informací o komunikaci s umírajícím člověkem, 13,48% (12) respondentek nevědělo, jak mají k umírajícím přistupovat, 21,35% (19) respondentek by potřebovalo více informací o komunikaci s rodinou umírajícího, 39,33% (35) respondentek uvedlo, že by potřebovalo více informací ve všech již zmíněných kategoriích, ani jedna respondentka neuvédla, že žádné informace nepotřebuje a žádná z respondentek nevyužila možnosti uvést jiný důvod.

Otázka č.22.: Četli jste někdy odbornou literaturu týkající se smrti a umírání.

Graf 22: Četba literatury o paliativní péči

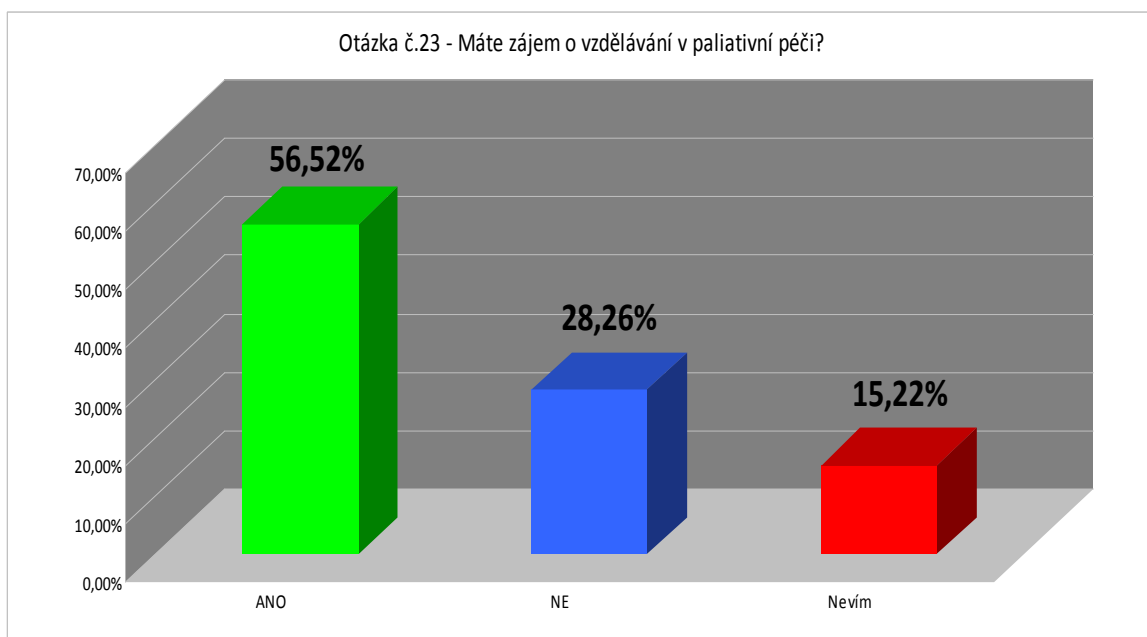


Zdroj: vlastní

Na grafickém znázornění vidíme, že 34,84% (31) respondentek četlo odbornou literaturu o paliativní péči, 7,61% (7) respondentek čte odbornou literaturu často, 45,65% (42) respondentek odbornou literaturu týkající se umírání a smrti nikdy nečetlo, 13,04% (12) odbornou literaturu nečte, žádná z respondentek nevyužila možnost vlastní odpovědi.

Otázka č.23: Máte zájem o vzdělávání v paliativní péči?

Graf 23: Zájem všeobecných sester o vzdělávání v paliativní péči

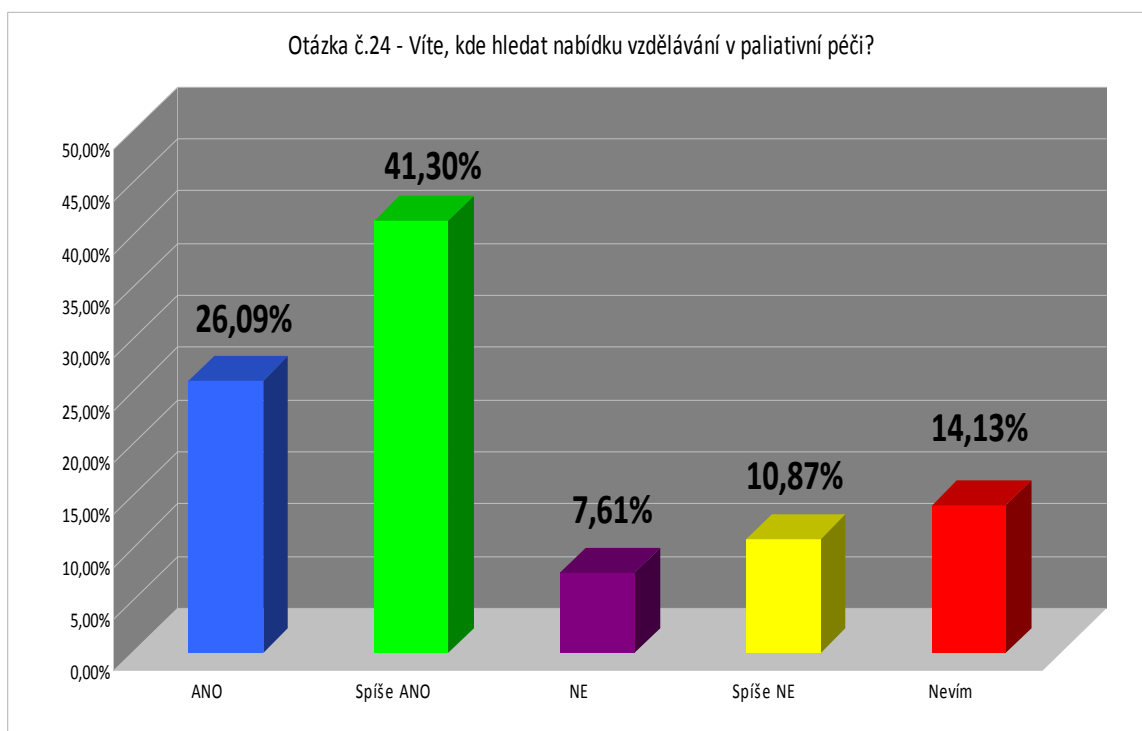


Zdroj: vlastní

Tento graf nám ukazuje, že 56,52% (52) respondentek má zájem o vzdělávání v paliativní péči, 28,26% (26) respondentek o vzdělávání v paliativní péči zájem nemá a 15,22% (14) neví, zda se chce vzdělávat v problematice paliativní péče.

Otázka č.24.: Víte, kde hledat nabídku vzdělávání v paliativní péči?

Graf 24: Vyhledávání vzdělávacích akcí



Zdroj: vlastní

Z grafu je čitelné, že 26,09% (24) respondentek uvedlo, že ví, kde vyhledávat nabídku vzdělávání v paliativní péči, spíše ano udalo jako odpověď 41,30% (38) respondentek, 7,61% (7) odpovědělo na otázku záporně a zvolilo tak odpověď ne, 10,87% (10) uvedlo v odpovědích spíše ne a 14,13% (13) respondentek napsalo, že neví, kde hledat nabídku vzdělávání v paliativní péči.

13 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Před začátkem samotného výzkumného šetření jsem si zvolila jeden hlavní cíl a čtyři cíle dílčí. Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry mají zájem podílet se na poskytování paliativní péči v nemocničním prostředí. Dílčí cíle č. 1, 2, 3 a 4 byly zvoleny spolu s výzkumnými předpoklady a kritérii, která byla orientována k tématu paliativní péče. K dílčím cílům jsem pro lepší přehlednost uvedla výzkumné předpoklady, kritéria předpokladu a čísla výzkumných otázek v dotazníku, která se k jednotlivým cílům vztahují.

V prvním dílčím cíli jsem zjišťovala, zda všeobecné sestry vnímají obecnou paliativní péči jako samozřejmou součást ošetrovatelské péče, kterou poskytují v rámci svých oborů. Předpokládala jsem, že většina všeobecných sester bude souhlasit s tím, že obecná paliativní péče je běžnou součástí jimi poskytované péče. Kritériem předpokladu bylo, že více než 60% všeobecných sester odpoví kladně na výzkumné otázky č. 5, 6, 8 a 9. Na otázku č. 5 odpovědělo kladně 83,10%. K výzkumné otázce č. 6 se vyjádřilo kladně 79,35% respondentek. Na otázku č. 8 kladně odpovědělo 57,61% respondentek. K výzkumné otázce č. 9 respondentky přiřadily 31,52% kladných odpovědí. Výzkumný předpoklad č. 1 se nepotvrdil. Všeobecné sestry paliativní péči nepovažují za samozřejmou součást péče, kterou poskytují v rámci svých oborů.

Ve druhém dílčím cíli jsem zjišťovala, jaký je osobní postoj všeobecných sester k umírání a smrti. Předpokládala jsem, že všeobecné sestry svůj osobní postoj k umírání a smrti budou mít vyřešený. Kritériem předpokladu bylo, že více než 50% všeobecných sester odpoví kladně na 4 z 5 výzkumných otázek. K dílčímu cíli č. 2 se vztahovaly výzkumné otázky č. 10, 11, 12, 13, a 14. Na výzkumnou otázku č. 10 odpovědělo kladně 10,86% respondentek. Otázka č. 11 získala od respondentek 22,83%. Na výzkumnou otázku č. 12 odpovědělo kladně 26,08% respondentek. Výzkumná otázka č. 13 konfrontovala všeobecné sestry přímým dotazem na skutečnost, zda osobní zkušenost s umíráním a smrtí je tím, co nejvíce ovlivnilo sestry v jejich postoji k umírání a vnímání konečnosti života. Tuto možnost si vybralo jen 5,43% dotazovaných respondentek. Otázka č. 14 získala jen 21,74% kladných odpovědí. Výzkumný předpoklad č. 2 se nepotvrdil. Všeobecné sestry, které se zúčastnily mého výzkumného šetření, mají jen velmi malou osobní zkušenost s doprovázením blízkého člověka v období umírání a smrti.

Ve třetím dílčím cíli jsem zjišťovala jaký je pohled všeobecných sester na poskytování paliativní péče v nemocničním prostředí. Předpokládala jsem, že většina všeobecných sester bude toho názoru, že umírajícím v nemocničním zařízení není poskytována dostatečná paliativní péče. Kritériem předpokladu bylo, že více než 50% dotazovaných všeobecných sester odpoví záporně na výzkumné otázky č. 16, 17 a 18. K otázce č. 16 se sešlo 58,17 % záporných odpovědí, na otázku č. 17 odpovědělo záporně 69,57% respondentek a u otázky č. 18 se vyjádřilo záporně 67,39% respondentek. Výzkumný předpoklad č. 3 se potvrdil. Všeobecné sestry si myslí, že v nemocničním zařízení není poskytována kvalitní paliativní péče a tím i umožněn důstojný odchod z tohoto světa.

V posledním, čtvrtém, dílčím cíli jsem zjišťovala, zda všeobecné sestry mají zájem o vzdělávání v paliativní péči. Předpokládala jsem, že menší polovina všeobecných sester bude mít o vzdělávání v paliativní péči zájem. Kritériem předpokladu bylo, že minimálně 40% respondentek odpoví kladně na výzkumné otázky č. 22, 23 a 24. Na otázku č. 22 odpovědělo kladně celkem 41,61% respondentek. K otázce č. 23 se kladně vyjádřilo 56,52% respondentek. Na poslední výzkumnou otázku určenou ke čtvrtému dílčímu cíli, otázku č. 24 kladně odpovědělo 67,39% respondentek. Výzkumný předpoklad č. 4 se potvrdil. Všeobecné sestry mají zájem o vzdělávání v paliativní péči.

14 DISKUSE

V prvním dílčím cíli jsem zjišťovala, zda všeobecné sestry vnímají obecnou paliativní péči jako samozřejmou součást ošetrovatelské péče, kterou poskytují v rámci svých oborů.

Na otázku č. 5, která zjišťovala, zda se všeobecné zdravotní sestry při své práci setkávají s umírajícími pacienty, odpovědělo kladně 83,10% respondentek, pouze 4,34% respondentek odpovědělo, že se při své práci s umírajícími pacienty nesetkává.

K výzkumné otázce č. 6, která se zabývala skutečností, zda všeobecné sestry poskytují na svých pracovištích paliativní péči, se vyjádřilo kladně 79,35% respondentek, 21,74% z těchto respondentek napsalo, že paliativní péče je běžnou součástí jejich praxe a zbylých 57,61% odpovědělo, že paliativní péči na svých odděleních poskytují, ale málo.

Na otázku č. 8, ve které měly všeobecné sestry zhodnotit, zda je rozsah jejich znalostí o paliativní péči vzhledem k jejich praxi dostatečný, kladně odpovědělo 57,61% respondentek. Z tohoto celkového počtu 17,39% uvedlo, že znalosti jsou dostatečné a 40,22% odpovědělo, že znalosti jsou sice dostatečné, ale mají zájem o další informace. Odpověď mám jen dostatečné znalosti a dovednosti zvolilo 29,35% respondentek a 13,04% uvedlo, že žádné znalosti a dovednosti v paliativní péči nemá. Výsledky odpovědí na otázku č. 8 mohu srovnat se zjištěním autorky Kaňové. Respondentky do jejího výzkumu o rozsahu a dovednostech v oblasti paliativní péče uvedly ze 13,32%, že jsou zcela dostatečné, 62,18% je hodnotí jako dostatečné, 23,70% jako částečné a 0,80% uvádí, že nemá žádné znalosti a dovednosti v oblasti paliativní péče (Kaňová, 2013, s. 54). Výsledky odpovědí u této výzkumné otázky se zdají být u obou výzkumných šetření vcelku vyrovnané, nejvýraznější rozdíl je vidět u poslední odpovědi, kdy respondentky uváděly, že nemají žádné dovednosti a znalosti v paliativní péči. V prvotním popisu jsem výsledky od autorky Kaňové uváděla v číslech relativní četnosti, vyjádřené v %, nyní bych ráda u této poslední odpovědi uvedla výsledek v číslech absolutní četnosti, aby byl lépe viditelný rozdíl, který se v této odpovědi odrazil. Ve studii autorky Kaňové udalo 6 respondentek ze 751, že nemají žádné znalosti a dovednosti v paliativní péči, v mé studii se těchto odpovědí sešlo 12 z 92, což je značný rozdíl vzhledem k celkovému počtu respondentek.

Ve výzkumné otázce č. 9, která zjišťovala, zda všeobecné sestry vnímají paliativní péči jak samozřejmou součást ošetrovatelské péče, respondentky přiřadily 31,52% kladných odpovědí. Paliativní péči za samozřejmou součást ošetrovatelské péče nepovažuje 16,30% respondentek, které odpověděly ne, 14,13% respondentek volilo odpověď spíše ne. Odpověď nevím volilo 15,22% respondentek a 22,83% respondentek si myslí, že paliativní péči poskytují jen sestry pracující v hospicu a ve službách domácí péče.

Vzhledem ke skutečnosti, že v otázce č. 5 s výjimkou 4,34% respondentek všechny ostatní potvrdily setkávání s umírajícími pacienty je pro mě zarážející, že paliativní péči za samozřejmou součást své ošetrovatelské péče nepovažuje více respondentek. Výzkumný předpoklad č. 1 se nepotvrdil, z čehož vyplývá, že všeobecné sestry paliativní péči nepovažují za samozřejmou součást péče, kterou poskytují v rámci svých oborů.

Mezi otázky, které se vztahují, k prvnímu dílčímu cíli patří i otázka č. 7, k této otázce jsem nestanovila žádné kritérium, jejím účelem bylo prověřit, zda všeobecné sestry vědí, co je cílem paliativní péče. Chybně odpovědělo jen 9,79% respondentek, které se domnívaly, že cílem paliativní péče je zajistit vysoce specializovanou péči o akutně nemocného. Zbýlých 90,21% odpovědělo správně, že cílem paliativní péče je dosažení co největší kvality života nemocného a jeho rodiny a žádná z respondentek ne zvolila možnost uzdravení nemocného. Výzkumnou otázku zaměřenou na zjištění cíle paliativní péče položila ve své práci respondentkám také autorka Roubalová. Obdržela 7,50% chybných odpovědí, neboť i u ní se tyto respondentky domnívaly, že cílem paliativní péče je vysoce specializovaná péče o akutně nemocného. Stejně jako v mém výzkumu, se žádná z respondentek se nedomnívala, že paliativní péče má za cíl uzdravit nemocného a 92,50% odpovědělo, že cílem paliativní péče je zajištění co největší kvality života nemocného a jeho rodiny (Roubalová, 2011, s.52). Je vidět, že vysoké procento všeobecných sester ví, jaký je cíl paliativní péče.

Prostřednictvím druhého dílčího cíle jsem chtěla zjistit, jaký je osobní postoj všeobecných sester k umírání a smrti.

Z odpovědí na respondentek na otázku č. 10 vyplynulo, že osobní zkušenost s umíráním blízké osoby má pouze 10,86%. Otázka č. 11 zjišťovala vliv rodiny na postoj k umírání a smrti. Ve 22,83% respondentky odpověděly, že o umírání a smrti mluví v rodině otevřeně. Celých 42,39% v rodině mluví o umírání a smrti jen když někdo v okolí zemře

a 34,78% uvedlo, že o umírání a smrti nemluví. Odpovědi na otázku č. 11 potvrzují fakt, že hovory na téma umírání a smrt jsou v naší společnosti stále tabuizované.

V otázce č. 12 mě zajímalo, jak respondentky hovoří o umírání a smrti s dětmi. Odpovědi v této otázce byly procentuálně velmi vyrovnané. Odpověď, že není nutné s dětmi o smrti a umírání mluvit si vybralo 31,52% respondentek. Jen v náznacích by s dětmi mluvilo 18,49% dotázaných a odpověď: mluvit s nimi otevřeně, ale adekvátně k jejich věku si vybralo 26,08%. Dáme-li otázku č. 11 a č. 12 do souvislosti, vidíme, že v možnosti otevřené komunikace o umírání a smrti je v otázce č. 12 jen mírné zlepšení oproti otázce č. 11. Ve většině případů tak přenášíme zaběhnuté vzorce chování na naše děti. Svým chováním dětem bráníme pochopit, že smrt je součástí života, bereme jim možnost se po svém s umírajícím rozloučit a v neposlední řadě, tím, že se s dětmi o umírání nebavíme, jim působíme zmatek v pochopení celé situace. Svým přístupem jim nedovolíme truchlit, vyrovnat se se ztrátou.

V odpovědích na otázku č. 13 je vidět, že rodina jako faktor, který nevíce ovlivnil postoj jednotlivce k smrti a umírání je vybrána jen ze 16,30%, 15,22% odpovědělo, že je nejvíce ovlivnila víra. Osobní zkušenost ovlivnila tento postoj u 5,43% respondentek, profesní zkušenost vybralo 14,13%, 2,17% napsalo, že jejich postoj nejvíce ovlivnila praxe v hospici a 46,75% respondentek neví, co ovlivnilo jejich postoj ke smrti a umírání. Rodina jako nositel tradice a zvyků propadající, umírání a smrt již není běžnou součástí rodinných rituálů.

V poslední otázce č. 14, která se váže ke druhému výzkumnému cíli jsem se respondentek ptala, zda jsou smířené se skutečností, že smrt je součástí života. Tuto stejnou otázku položila v rámci svého výzkumného šetření autorka Zoufalá. Nemohu zde použít přesné procentuelní porovnání, neboť autorka Zoufalá ve své práci měla odpovědi respondentů rozdělené do 8 skupin dle věku, ale není to v tomto konkrétním případě třeba. Rozdíl pro srovnání je patrný již na první pohled. Respondenti ze studie autorky Zoufalé jsou s faktem, že smrt je součástí života smířeni od 70,3-100,0%, přičemž nejméně procent měla věková skupina 25-34 let a to 70,3%, druhou skupinou s nejnižším počtem kladných odpovědí byla skupina 15-24 let se 74,6%. Respondentky v mém výzkumu jsou se smrtí smířeny jen z 21,74%. V první odpovědi je vidět velký rozdíl mezi respondenty z obou studií. Nejvíce záporných odpovědí bylo ve skupině respondentů 15-24 let a to 11,9%, v ostatních skupinách se hodnoty pohybovaly od 0,00%-8,1%. Všeobecné sestry uvedly

zápornou odpověď v 9,78%, procentuelně se tedy odpovědi sester přibližují odpovědím respondentů autorky Zoufalé. Odpověď, nikdy se s tím nesmírím, volili pouze respondenti ve věku 15-34 let, skupina 15-24 let uvedla tuto odpověď ve 4,5% a skupina 25-34 let v 5,4%. respondenti od 35-94 let tuto odpověď neuváděli. Všeobecné sestry, které se zúčastnily mého výzkumného šetření tuto odpověď volily v 6,52%. U poslední možné odpovědi, nevím, bylo nejvíce odpovědí ve skupině 25-34 let a to 16,2%, skupina 65-74 let měla 12,5% odpovědí, v kategorii 15-24 let odpovědělo 9,0% a poslední skupinou, která tuto odpověď volila byla věková kategorie 45-54 let s 5,9% odpovědí (Zoufala, 2009, s. 43). U všeobecných sester v mém výzkumu byla odpověď nevím zastoupena 61,96%. Domnívala jsem se, že všeobecné sestry, které jsou se smrtí často konfrontovány v rámci své profese, budou mít alespoň ve většině případů svůj postoj k umírání a smrti vyřešený, ale při srovnání se studií autorky Zoufalé se nabízí možnost, že je to právě naopak.

Výzkumný cíl č. 2 se nepotvrdil, všeobecné sestry svůj osobní postoj k umírání a smrti vyřešený nemají.

Úkolem třetího dílčího cíle bylo zjistit, jaký pohled mají všeobecné sestry na problematiku poskytování paliativní péče v nemocničním prostředí.

Na otázku č. 15 respondentky odpověděly, že se na umírání nejvíce, z 25,00%, obávají ztráty lidské důstojnosti.

Otázku č. 16, můžu porovnat s výzkumným šetřením autorky Hotařové. Tato otázka zjišťuje, zda si všeobecné sestry myslí, že nemocnice je vhodné místo pro umírání. V mém výzkumném šetření s tímto výrokem rozhodně souhlasí 3,26% respondentek a odpověď souhlasím, zvolilo 4,35% dotazovaných. V šetření autorky Hotařové rozhodně souhlasí 4% a souhlasí 24%. Zda je nemocnice vhodné místo pro umírání si není jistých 33,70% všeobecných sester, u autorky Hotařové tuto odpověď volilo 30% respondentek. Za místo nevhodné k umírání považuje nemocnici 52,17% všeobecných sester a 6,52% všeobecných sester si myslí, že nemocnice rozhodně není vhodným místem k umírání. Ve srovnávací studii se respondentky domnívají, že nemocnice není vhodné místo k umírání z 28% a rozhodně si to myslí 14% (Hotařová, 2012, s. 45). Ve výzkumném šetření autorky Hotařové nejvíce % získala odpověď, kdy si respondentky nejsou jisté, že nemocnice není vhodným místem k umírání. V mém šetření tuto odpověď vybralo 33,70% respondentek. Za vhodné místo k umírání považuje u autorky Hotařové nemocnici 24% respondentek a rozhodně si to myslí 4%. U mého šetření nemocnici za vhodné místo k umírání považuje

jen 4,35% respondentek a rozhodně si to myslí pouhých 3,26% respondentek. U autorky Hotařové nemocnici za místo nevhodné k umírání považuje 28% a rozhodně si to myslí 14% respondentek. V mém výzkumném šetření nemocnici za vhodné místo k umírání nepovažuje 52,17% a rozhodně si to myslí 6,52% respondentek.

Na otázku č. 17, která zjišťovala, zda si všeobecné sestry myslí, že je pacientům v nemocnici poskytována kvalitní paliativní péče opovědělo 9,78% respondentek, že ano, 13,04% rozhodně ano, 7,61% respondentek udalo odpověď nevím. S kvalitou poskytované paliativní péče nesouhlasí 40,22% respondentek a spíše s ní nesouhlasí 29,35% respondentek. Pro zajímavost bych zde ráda uvedla srovnání s otázkou č. 4, která je součástí mého strukturovaného dotazníku. Tuto výzkumnou otázku jsem nepřičadila k žádnému z výzkumných cílů, zjišťovala jsem v ní, zda si sestry myslí, že je v rámci ČR poskytována umírajícím dostatečná péče. 28,37% uvedlo, že ano, 14,50% volilo odpověď nevím a 57,13% odpovědělo ne. Z tohoto srovnání je patrné, že všeobecné sestry vidí nedostatky v poskytování paliativní péče nejen v rámci nemocnic, ale napříč všemi úrovněmi zdravotnického systému.

Z odpovědí na otázku č.18 a č.19 vyplynulo, že většina všeobecných sester považuje současné umožnění návštěv u umírajících za dostatečné. Jako důvod, který by respondenty vedl k tomu, nechat svého blízkého zemřít v nemocnici většina respondentek uvedla, strach ze ztráty zaměstnání.

Výzkumný cíl č. 3 se potvrdil, všeobecné sestry si myslí, že umírajícím v nemocnici není poskytována dostatečná paliativní péče a tím i umožněn důstojný odchod z tohoto světa.

Ve čtvrtém dílčím cíli jsem si dala za úkol zjistit, zda všeobecné sestry mají zájem o vzdělávání v paliativní péči.

U výzkumné otázky č. 20 většina, 77,17%, respondentek uvedlo, že je studium dostatečně nepřipravilo na setkání s umírajícím člověkem. Otázka č. 21 vypovídá o skutečnosti, že respondentkám nejvíce chyběly informace o komunikaci a přístupu k umírajícím a jejich rodinám. Na otázku č. 22 většina respondentek odpověděla, že odbornou literaturu na téma umírání a smrti nikdy nečetla, ale v otázce č. 23 celých 56,52% respondentek uvedlo, že má zájem o vzdělávání v paliativní péči. Jak ukazují

odpovědi respondentek na otázku č. 24, jen 41,30% ví, kde mají nabídku vzdělávání v paliativní péči hledat.

Výzkumný cíl č. 4 se potvrdil, všeobecné zdravotní sestry mají zájem o vzdělávání v paliativní péči.

14.1 Doporučení pro praxi –

S pacienty vyžadujícími paliativní péči se v nemocnici setkáváme na všech úrovních, a proto se domnívám, že by této problematice měla být věnována větší pozornost než tomu doposud je. Ve svém strukturovaném dotazníku hodnotím vždy po 5 výzkumných otázkách 4 oblasti, a na základě výsledků výzkumného šetření z nich plynou doporučení pro praxi, která se vzájemně prolínají, neboť spolu úzce souvisí.

První hodnocená oblast se týkala otázek č. 5, 6, 7, 8 a 9. Otázky byly sestaveny v takovém pořadí, aby jejich postupné zodpovězení a zamyšlení se nad nimi dovedlo sestry k poznání, že paliativní péči by měly vnímat jako samozřejmou součást péče, kterou poskytují v rámci svých jednotlivých oborů. To se však nestalo, protože jak jinak by bylo možné, že, s výjimkou 4,34% dotazovaných všeobecných sester, které uvedly, že se s umírajícími pacienty nesečávají, 79,35% uvádí, že paliativní péči na svých odděleních poskytují běžně nebo málo, 90,21% ví jaký je cíl paliativní péče, 57,61% uvádí, že má znalosti o paliativní péči a přesto si 30,43% z nich myslí, že paliativní péče nemá být běžnou součástí jimi poskytované péče, 22,83% uvádí, že ji poskytují jen sestry v hospicu a domácí péči a 15,22% dokonce neví co si o tom má myslet? Z výzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry nemají jednotný pohled, na začlenění paliativní péče do běžné praxe. Bylo by třeba zapracovat paliativní péči do standardů oddělení a zlepšit management poskytování paliativní péče. Vzhledem ke každoroční vysoké úmrtnosti pacientů v nemocničních zařízeních je nezbytné nasměrovat ošetrovatelskou péči i tímto směrem. V opačném případě nemůžeme hovořit o komplexní péči a holistickém přístupu k pacientovi, a prakticky tímto postojem popíráme podstatu moderního ošetrovatelství.

Druhá hodnocená oblast zkoumala osobní postoj všeobecných sester k umírání a smrti. Zajímala jsem se o osobní zkušenosti s umíráním a doprovázením blízkého člověka, o komunikaci na téma umírání a smrt v rodině, ale také co si myslí všeobecné sestry o konfrontaci dětí se smrtí a umíráním, v poslední otázce mě zajímalo, zda jsou všeobecné sestry smířeny s faktem, že smrt je součástí života. Jak vyplynulo z mého

výzkumu, hovory v rodinách na téma umírání a smrti nejsou zcela běžné, konfrontace dětí se smrtí nedopadla o nic lépe, v rodinách se tedy zjevně samo od sebe nic nezmění, anebo velmi, velmi pozvolna. Nabízí se proto otázka, zda vyčkat, jestli si rodiny dokáží pomoci samy, nebo je nasměrovat, seznámit děti alespoň se základními informacemi o umírání a smrti například v rámci školní docházky. Děti by měly mít možnost dozvědět se, že poskytnout pomoc a oporu je normální, že stáří není nemoc a nemoc není neřešitelný problém? Upřímně, jak můžeme chtít, aby se něco změnilo, když i další generace vychováváme s vědomím, že umírání a smrt je něco nepatřičného? Bylo by proto žádoucí pomoci rodinám změnit postoj k této problematice.

Stávající systém vzdělávání zdravotníků v oblasti paliativní péče by také bylo vhodné upravit. Rozsah informací, který se studentům nyní dostává, nestačí a vzhledem ke stárnoucí populaci, četnosti úmrtí v nemocnicích, by studenti měli být řádně teoreticky připraveni. Zajímavé by bylo, kdyby součástí výuky paliativní péče bylo i povinné absolvování praxe v hospicu. Studenti by tak získali teoretické poznatky obohacené o praktickou zkušenost, viděli by aplikování paliativní péče i v její specializované formě.

Třetí hodnocená oblast zkoumala kvalitu poskytované péče v nemocnici. Z výsledku mého šetření vyplynulo, že sestry nepovažují paliativní péči v nemocnici za kvalitní. Z dotázaných respondentek 58,69% nepovažuje nemocnici za vhodné místo k umírání!!! Ale, kdo z nás si může vybrat, kde umře? A není dostatečně alarmující, že sami zdravotníci by nechtěli umřít tam, kde pracují? Výsledky z této tématické oblasti jen potvrzují navrhované řešení z oblasti první, je třeba změnit strategii, zlepšit management, upevnit pozici paliativní péče v nemocničním prostředí.

Poslední zkoumaná oblast byla zaměřena na zájem všeobecných sester o vzdělávání v paliativní péči. Byly zde i otázky, které měly zhodnotit, zda studium sestry dostatečně připravilo na setkání s umírajícím člověkem a jaké informace jim nejvíce chyběly. Nejvíce alarmující byl výsledek, kdy 77,17% všeobecných sester uvedlo, že je studium dostatečně nepřipravilo! A jsme zpátky u změny koncepce vzdělávání, jak je vidět paliativní péče si zaslouží více prostoru, je možná méně atraktivní než vítězná, akutní medicína, ale ne méně důležitá. Z výzkumu vyplynulo, že sestry mají o vzdělávání v paliativní péči zájem. Bylo by proto dobré semináře o paliativní péči všeobecným sestrám více přiblížit, především zlepšit jejich dostupnosti. Praxe je bohužel taková, že zaměstnavatelé sestrám nevycházejí vstříc. Problematika účasti na kurzech a seminářích je závislá na organizačním zajištění

chodu jednotlivých oddělení. Ve většině případů se sestry účastní kurzů a seminářů ve svém volném čase a tuto účast si finančně zajišťují samy v plné výši.

Bohužel neexistuje nikde komplexní přehled kurzů na téma paliativní péče. Většina současných kurzů a seminářů je pořádána zavedenými hospici. Bylo by zajímavé, kdyby se organizace, která kurz pořádá, neomezovala jen na svou domácí půdu, ale kurz, seminář či přednášku nabídla i do nemocnic. Takto rozšířená nabídka vzdělávacích akcí nad rámec hospicu by podporovala myšlenku multioborové spolupráce. Pro kvalitní a efektivní spolupráci je třeba umět spolu vzájemně komunikovat, sdílet informace a praktické poznatky. Bylo by proto žádoucí nabídnout více přednášek do nemocnic, tím je přiblížit většímu počtu všeobecných sester a ostatním zdravotníkům.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala přístupem všeobecných sester k paliativní péči v nemocničním prostředí, zajímalo mě, zda všeobecné sestry vnímají paliativní péči na obecné úrovni jako samozřejmou součást ošetrovatelské péče, kterou poskytují v rámci svých oborů. Téma, které jsem si vybrala je aktuální nejen vzhledem k většinovému počtu úmrtí v nemocničních zařízeních a stárnoucí populaci, ale také proto, že samotná podstata paliativní péče je pevně zakotvena v závěru definice ošetrovatelství, kde se uvádí, že ošetrovatelství je zaměřeno na zmírňování utrpení nevléčitelně nemocných a na zajištění klidného umírání a smrti. Poskytování paliativní péče by nám proto nemělo být cizí.

Současná situace paliativní péče v rámci ČR je složitá, bohužel přes snahu mnohých lékařů a sester, stále nemůžeme tvrdit, že kvalitně poskytovaná péče je snadno dostupná všem potřebným. Paliativní péče je multioborová, ale právě v oblasti paliativní péče, poskytované na obecné úrovni nás čeká ještě spousta práce, tu však nelze zvládnout, nebudou-li se jí účastnit zdravotníci, kterých se týká a přiznejme si - týká se nás všech. Je však důležité chtít to změnit a s tím můžeme začít každý u sebe, vlastně, správné je říct, že s tím musíme začít každý u sebe. Zvládnout poskytovat kvalitní paliativní péči je dnes v zájmu pokojného umírání našich pacientů, ale jednoho dne se paliativní péče může dotýkat přímo nás.

„Dobrý příklad není jednou z možností jak ovlivnit jiné lidi. Je to možnost jediná.“

Albert Schweitzer

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

CAMERON-TAYLOR, Erica. *The palliative approach: a resource for healthcare workers*. Cumbria, Great Britain: M&K Publishing, c2012. 125 p. ISBN 9781905539673.

Cesta domů: Občanské hospicové sdružení. *ELNEC kurz: Základní kurz paliativní a hospicové péče* In: *Cesta domů* [online]. [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/elnec.html>

DOBÍRKOVÁ-PORUBČÁKOVÁ, Patricia. *Nevyléčitelné choroby v současnosti*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2005. 280 ISBN 80-7162-581-7.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

HOTAŘOVÁ, Margaréta, 2012. *Představy všeobecných sester o paliativní péči*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marie MACKOVÁ.

Charita Česká republika: Oblastní charita Rajhrad. *Edukační centrum: Aktuální vzdělávací akce* In: *Charita Česká republika* [online]. [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: http://www.dlsh.cz/index.php?page=26&podpage=28&podpageage=&akce=&detail_educace=159

KAŇOVÁ, Michaela, 2013. *Vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marta ŠENKYŘÍKOVÁ.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-8576-336-2.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008, částka: 6. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

NCO NZO. *Nabídka vzdělávacích akcí 2015*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014, 165 s. ISBN 978-80-7013-572-3. Dostupné z: http://www.nconzo.cz/elearning/download/nva/NVA_2015.pdf

RADBUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 2010, 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2012 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/standardy-normy/standardy-paliativnich-postupu/standardy-paliativni-pece-2013>

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ. Paliativní péče v ČR v roce 2013. In: *Paliativní medicína* [online]. 12.2.2013 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/paliativni-pece-v-ceske-republice-v-roce-2013>

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christiane INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-870-2925-1.

ROUBALOVÁ, Hana, 2011. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Lenka KROUPOVÁ.

Vyhláška č. 39/2005 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. 1. 3. 2011. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 39/2005 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky. Požadavky na studijní programy nelékařských zdravotnických povolání. [online]. [Cit. 2011-04-02].

Dostupné na:
http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/701/.cmd/ad/c/313/.ce/10821/p/8411/s.155/701?PC_8411_number1=39/2005&PC_8411_p=4&PC_8411_l=39/2005&PC_8411_ps=10#10821

WARE, Bronnie. *Čeho před smrtí nejvíce litujeme*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 307 s. ISBN: 978-80-2620-168-7

Zákon č. 105/2011 Sb., změna zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních. In.: *Sbírka zákonů*. 25. 3. 2011. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In.: *Sbírka zákonů*. 6. 11. 2011. ISSN 1211-1244.

ZOUFALÁ, Kamila, 2009. *Paliativní péče a doprovázení umírajících a těžce nemocných osob*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Tomáš DVORÁČEK.

Seznam zkratk

apod. a podobně

ARO..... Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Bc..... akademický titul bakalářského studia

č. číslo

ČR..... Česká republika

ELNEC End of Life Nurse Educational Consortium

JIP Jednotka intenzivní péče

KPR. kardiopulmonální resuscitace

Mgr. akademický titul magisterského studia

PŽK..... permanentní žilní katétr

s. strana

Sb. sbírka

SZŠ Střední zdravotnická škola

VOŠ Vyšší odborná škola

VŠ Vysoká škola

VZŠ..... Vyšší zdravotnická škola

Seznam Grafů

Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf 2: Pracoviště respondentů

Graf 3: Délka praxe respondentů

Graf 4: Dostatečná péče o umírající

Graf 5: Četnost setkávání s umírajícími pacienty

Graf 6: Poskytování paliativní péče na pracovišti

Graf 7: Cíl paliativní péče

Graf 8: Hodnocení rozsahu znalostí

Graf 9: Paliativní péče

Graf 10: Osobní zkušenost s doprovázením umírajícího blízkého člověka

Graf 11: Hovory o smrti v rodině

Graf 12: Konfrontace dětí se smrtí a umíráním

Graf 13: Vliv na postoj ke smrti a umírání

Graf 14: Smrt jako součást života

Graf 15: Obavy ze smrti a umírání

Graf 16: Místo úmrtí

Graf 17: Kvalita poskytované paliativní péče v nemocnici

Graf 18: Návštěvy u umírajících

Graf 19: Důvod pro umírání blízké osoby v nemocnici

Graf 20: Kvalitní příprava studií na péči a setkání se s umírajícím člověkem

Graf 21: Informace o paliativní péči

Graf 22: Četba literatury o paliativní péči

Graf 23: Zájem sester o vzdělávání v paliativní péči

Graf 24: Vyhledávání vzdělávacích akcí

Seznam příloh

Příloha č. 1	Povolení o provedení výzkumného šetření
Příloha č. 2	Dotazník

Příloha č.1:

Paní
Mgr. Jana Barbora Boučková
Manažer pro NLP
Domažlická nemocnice, a.s.
Kosinova 292

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

studuji 3. ročník oboru všeobecná sestra – kombinované studium na FZS ZČU v Plzni. Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas s provedením výzkumného šetření v Domažlické nemocnici. Jednalo by se o výzkum na lůžkových a ambulantních provozech.

V bakalářské práci se zabývám tématem paliativní péče. Mým cílem je zjistit zájem všeobecných sester k poskytování paliativní péče v nemocničním prostředí.

V rámci svého výzkumu bych ráda oslovila sestry jak středoškolsky, tak vysokoškolsky vzdělané.

Jako techniku výzkumu jsem si zvolila dotazníkovou metodu.

Samotné výzkumné šetření by bylo v nemocnici provedeno od 5.1.2015 do 13.2.2015.

Výsledky budou zpracovány anonymně. V případě zájmu Vás s nimi ráda seznámím.

Děkuji.

10.12.2014

Dlouhá Markéta
Jesenická 3, Plzeň

SCHVALUJI DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ



Mgr. Boučková J.B.
DOMAŽLICKÁ NEMOCNICE, a.s.
Kosinova 292
344 22 Domažlice
HLAVNÍ SESTRA

Příloha č.2:

Vážený kolegové, kolegyně,

jsem studentka 3. ročníku kombinované formy studia, obor všeobecná sestra, na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Dotazník, který nyní máte v ruce, nese název: ***Zájem všeobecných sester o paliativní péči a možnosti vzdělávání.*** Vyplnění tohoto dotazníku je hlavní částí výzkumného šetření pro mou bakalářskou práci. Dotazník je určen pro všechny všeobecné sestry, které pracují na lůžkových odděleních, ale i v ambulantních provozech. Ráda bych Vás požádala o jeho pravdivé a pečlivé vyplnění. Dotazník je zcela anonymní, vyplněný jej vložte do přiložené obálky.

Předem Vám děkuji za čas, který jste mi vyplněním tohoto dotazníku věnovaly. Velmi si Vaší spolupráce vážím.

Markéta Dlouhá

DOTAZNÍK:

1. Uveďte Vaše nejvýše dosažené odborné vzdělání:

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) Postgraduální specializační studium
- d) VŠ, ukončeno Bc.
- e) VŠ, ukončeno Mgr.
- f) jiné, uveďte

2. Na kterém oddělení nyní pracuje?

- a) JIP/ARO
- b) standardní lůžkové oddělení
- c) ambulantní provoz

3. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 10 – 20 let
- d) 20 let a více

4. Myslíte si, že je v rámci ČR poskytována dostatečná péče o umírající?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

5. Setkáváte se při své práci s umírajícími pacienty?

- a) ano, minimálně jednou týdně
- b) ano, minimálně jednou měsíčně
- c) ano, 2-6x do roka

- d) výjimečně, méně než 2x do roka
- e) ne

6. Poskytujete na Vašem pracovišti pacientům paliativní péči?

- a) ano, je běžnou součástí mé praxe
- b) ano, ale málo
- c) ne
- d) nevím

7. Jaký je cíl paliativní péče?

- a) zajistit vysoce specializovanou péči o akutně nemocného
- b) vyléčit nemocného
- c) dosažení co nejlepší kvality života nemocného a jeho rodiny

8. Domníváte se, že rozsah Vašich znalostí a dovedností v oblasti paliativní péče je vzhledem k péči, kterou poskytujete na Vašem pracovišti dostatečný?

- a) ano, je dostatečný
- b) ano, ale mám zájem o další informace
- c) mám jen částečné dovednosti a znalosti
- d) ne, žádné dovednosti a znalosti v paliativní péči nemám

9. Vnímáte paliativní péči na obecné úrovni jako samozřejmou součást práce všeobecných sester?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím
- f) poskytují ji jen sestry pracující v hospicu a ve službách domácí péče

10. Máte osobní zkušenost s umíráním, nebo doprovázením blízkého člověka?

- a) ne
- b) z doslechu
- c) byl/a jsem na pohřbu
- d) úmrtí v rodině
- e) člen rodiny doprovázel umírajícího
- f) osobně jsem doprovázel umírajícího

11. Mluví se ve Vaší rodině o umírání a smrti?

- a) ano, mluví se otevřeně
- b) jen když někdo v okolí zemře
- c) nemluví

12. Co si myslíte o konfrontaci dětí se smrtí a umíráním?

- a) není nutné s nimi o tom mluvit
- b) mluvit jen v náznacích
- c) mluvit s nimi adekvátně k jejich věku, ale otevřeně

d) nevím, nepřemýšlel(a) jsem o tom

13. Co doposud nejvíce ovlivnilo Váš postoj ke smrti a umírání?

- a) výchova v rodině
- b) škola
- c) víra
- d) osobní zkušenost
- e) profesní zkušenost
- f) nevím
- g) jiné, doplňte

14. Jste smířen/a se skutečností, že smrt je součástí života?

- a) ano
- b) ne
- c) nikdy se s tím nesmírím
- d) Ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

15. Čeho se na umírání nejvíce obáváte?

- a) bolesti
- b) ztráty soběstačnosti
- c) ztráty lidské důstojnosti
- d) osamělosti a izolace
- e) ničeho
- f) jiné, doplňte

16. Je nemocnice vhodné místo pro umírání?

- a) rozhodně souhlasím
- b) souhlasím
- c) nejsem si jistá/jistý
- d) nesouhlasím
- e) rozhodně nesouhlasím

17. Myslíte si, že je umírajícím v nemocnici poskytována kvalitní paliativní péče a tím umožněn důstojný odchod z tohoto světa?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

18. Domníváte se, že jsou umírajícím v nemocnici umožněny dostatečné návštěvy s rodinou a blízkými i mimo oficiální návštěvní dobu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19. Které důvody by Vás vedly k tomu, že by jste svého blízkého nechala zemřít v nemocnici?

- a) strach z nezvládnutí péče
- b) nevhodné bytové prostory
- c) strach, ze ztráty zaměstnání
- d) psychická náročnost doprovázení umírajícího
- e) jiné, uveďte.....

20. Domníváte se, že Vás studium dobře připravilo na péči a setkání se s umírajícím člověkem a jeho rodinou? Pokud odpovíte Ano, pokračujte otázkou č.22.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

21. Jaké informace Vám nejvíce chyběly?

- a) jak s umírajícím komunikovat
- b) jak přistupovat k umírajícím lidem
- c) jak komunikovat s rodinou umírajícího
- d) všechny výše zmíněné
- e) žádné
- f) jiné, doplňte

22. Četli jste někdy odbornou literaturu týkající se smrti a umírání?

- a) ano
- b) ano, čtu si o tom často
- c) ne
- d) nečtu odbornou literaturu
- e) jiné, doplňte

23. Máte zájem o vzdělávání v paliativní péči?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24. Víte, kde hledat nabídku vzdělávání v paliativní péči?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím