

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Eliška Kročová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče

Bakalářská práce

2024

Eliška Kročová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Eliška Kročová**
Osobní číslo: **Z20150**
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**
Téma práce: **Paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče**
Téma práce anglicky: **Palliative care in post-acute intensive care**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
DRÁBKOVÁ, Jarmila a Soňa HÁJKOVÁ. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4470-7.
MALÁSKA, Jan, Jan STÁŠEK, Milan KRATOCHVÍL a Václav ZVONÍČEK. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-675-7.
MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
SLÁMA, Ondřej a Ladislav KABELKA et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petra Šimková**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 4. 2024

Eliška Kročová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Petře Šimkové za věnovaný čas a trpělivost při tvorbě této práce. Také děkuji všem respondentkám za účast v průzkumu.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá paliativní péčí na oddělení následné intenzivní péče. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsán pojem paliativní péče, její historie, vztah s intenzivní medicínou, role rodiny, ale také vztah s etikou či právem. Dále je rozebrána následná intenzivní péče, její rozvoj a struktura pacientů. Výzkumná část je zaměřená na proces paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče a konkrétní zkušenosti a postoje nelékařských zdravotnických pracovníků.

KLÍČOVÁ SLOVA

paliativní péče, následná intenzivní péče, intenzivní medicína, všeobecná sestra

TITLE

Palliative care in post-acute intensive care

ANNOTATION

The bachelor's thesis deals with palliative care in post-acute intensive care. The work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part describes the concept of palliative care, its history, the relationship with intensive care medicine, the role of a family, but also a relationship with ethics and law. Further, post-acute intensive care, its development and the structure of patients are discussed. The research part is focused on the process of palliative care in post-acute intensive care and the specific experiences and attitudes of non-medical health workers.

KEYWORDS

palliative care, post-acute intensive care, intensive care medicine, general nurse

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl práce.....	13
1.2 Metody k dosažení cíle	13
Teoretická část	14
2 Paliativní péče.....	14
2.1 Historie a vývoj paliativní péče	14
2.1.1 Paliativní péče v ČR	15
2.2 Dělení paliativní péče	15
2.2.1 Základní organizační formy specializované paliativní péče.....	16
2.3 Pacienti v paliativní péči.....	18
2.4 Paliativní péče v intenzivní medicíně	18
2.5 Management symptomů v paliativní péči	20
2.5.1 Dušnost	20
2.5.2 Bolest	20
2.5.3 Paliativní (terminální) sedace	20
2.6 Rodina jako součást paliativní péče	21
2.7 Etika a právo v paliativní péči	22
2.7.1 Etické aspekty paliativní péče.....	22
2.7.2 Právní aspekty paliativní péče	23
3 Následná intenzivní péče	24
3.1 Historie a vývoj následné intenzivní péče	25
3.2 Pacienti v následné intenzivní péči	25
3.3 Paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče	26
Výzkumná (praktická) část	27
4 Metodika výzkumné (praktické) části.....	27

4.1	Charakteristika průzkumné metody a techniky sběru dat.....	27
4.2	Charakteristika průzkumného vzorku.....	28
4.3	Realizace průzkumu.....	28
4.4	Zpracování dat.....	28
5	Výsledky.....	30
5.1	Kategorie č. 1 – Znalosti problematiky paliativní péče.....	31
5.2	Kategorie č. 2 – Zkušenosti s paliativní péčí.....	31
5.3	Kategorie č. 3 – Paliativní péče na NIP.....	32
5.4	Kategorie č. 4 – Týmová spolupráce.....	34
5.5	Kategorie č. 5 – Vztah s paliativní péčí.....	35
6	Diskuze.....	36
7	Závěr.....	42
8	Použitá literatura.....	44
8.1	Literární zdroje.....	44
8.2	Internetové zdroje.....	44
8.3	Ostatní.....	47
9	Přílohy.....	48

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Úrovně paliativní péče (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2016, s 6)	16
Tabulka 1 - Identifikační údaje o respondentech (vlastní zdroj)	30
Tabulka 2 - Kategorie a podkategorie (vlastní zdroj)	30

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BPS	Behavioral pain scale
DC	Dýchací cesty
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DNI	Do Not Intubate
DNR	Do Not Resuscitate
EOL	End of Life
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry and Consolability (škála hodnocení bolesti)
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NIP	Následná intenzivní péče
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
OPP	Oddělení paliativní péče
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
TSK	Tracheostomická kanyla
UPV	Umělá plicní ventilace
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	World health organization

ÚVOD

Moderní medicína se neustále vyvíjí a nabízí nové přístupy ke kriticky nemocným pacientům. Intenzivní péče je základním kamenem kritické péče o pacienty, kteří čelí vážným onemocněním či zraněním a poskytuje jim život zachraňující intervence a podporu. Někteří pacienti po zvládnutí akutní fáze onemocnění ale stále potřebují nějakou formu orgánové podpory – nejčastěji umělou plicní ventilaci. Z tohoto důvodu vznikla oddělení následné intenzivní péče. Pro některé pacienty bohužel není kurativní léčba proveditelná. V této souvislosti se integrace paliativní péče do následné intenzivní péče ukázala jako klíčová součást řešení holistických potřeb pacientů a jejich rodin. Paliativní péče je aktivní poskytování péče pacientovi, který trpí vážnou, život ohrožující nemocí, či zraněním v pokročilém nebo konečném stadiu. Vyvinula se tak, aby zahrnovala široký záběr a zaměřila se na zvládnutí symptomů, psychosociální podporu a zlepšování kvality života.

Tato práce si klade za cíl prozkoumat průnik paliativní péče a následné intenzivní péče. Zkoumat průběh a zkušenosti spojené s poskytováním holistické péče pro tuto zranitelnou populaci pacientů. Oba obory jsou stále považovány za velice mladé, a tudíž i jejich spojení není tolik prozkoumáno.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část je dále rozdělena na dvě velké kapitoly. První kapitola *Paliativní péče* vysvětluje pojem paliativní péče, rozebírá historii a vývoj ve světě i v ČR, definuje pacienty v paliativní péči a ukazuje její vztah s etikou a právem. Druhá kapitola je zaměřena na následnou intenzivní péči. Představuje tento obor, jeho pacienty a je zde popsáno zařazení paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče. V rámci praktické části byl proveden kvalitativní výzkum týkající se paliativní péče v prostředí následné intenzivní péče. Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru a odpovědi respondentů byly dále zpracovány.

Jak uvádí WHO (2020), každý rok přes 50 milionů lidí potřebuje paliativní péči, ale pouze 14 % z nich ji dostane. Výzkum prokázal, že časné konzultace paliativní péče na JIP mohou vést ke zlepšení spokojenosti pacientů a rodiny, snížení zátěže symptomů, snížení nákladů na zdravotní péči, a dokonce i zvýšení míry přežití (May et al, 2015). Proto považuji téma za velice relevantní a přínosné.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Cíl teoretické části:

Popsat problematiku paliativní a následné intenzivní péče z dostupných literárních a internetových zdrojů.

Cíle praktické části:

- Zjistit jaké mají NLZP zkušenosti s paliativní péčí na NIP.
- Zjistit, jak probíhá paliativní péče na NIP.
- Zjistit, jak se NLZP na NIP zapojují do paliativní péče.

1.2 Metody k dosažení cíle

V rámci teoretické části probíhala rešerše odborných článků a literárních zdrojů. K naplnění cílů praktické části byl realizován kvalitativní výzkum ve formě polostrukturovaného rozhovoru.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je rozdělena do dvou hlavních kapitol – paliativní péče a následná intenzivní péče. Zabývá se teoretickým shrnutím obou oborů.

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří se potýkají s život ohrožujícím onemocněním. Předchází a zmírňuje utrpení prostřednictvím včasné identifikace, správného posouzení a léčby bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních nebo duchovních. Paliativní péče využívá týmový přístup k podpoře pacientů a jejich okolí. Nabízí podpůrný systém, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti. Paliativní péče je nepostradatelná u širokého spektra onemocnění. Většina dospělých, kteří potřebují paliativní péči, má chronická onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina, chronická respirační onemocnění, AIDS a diabetes. Mezi další časté stavy patří selhání ledvin, chronické onemocnění jater, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, demence a další. Bolest a potíže s dýcháním jsou dva z nejčastějších a nejzávažnějších příznaků, které pociťují pacienti, kteří tuto péči potřebují (WHO, 2020).

2.1 Historie a vývoj paliativní péče

Paliativní péče má bohatou historii, která se v průběhu let vyvíjela, aby řešila holistické potřeby jedinců, kteří čelí vážným onemocněním. Koncept paliativní péče má kořeny v hospicovém hnutí, které v polovině 20. století zahájila Cicely Saunders. Saunders, britská zdravotní sestra, lékařka a sociální pracovnice, založila v roce 1967 v Londýně Hospic St. Christopher's Hospice s důrazem na multidisciplinární přístup k péči zaměřený na zmírnění fyzického, emocionálního a duchovního utrpení. Byla první, kdo přišel s konceptem péče „o celkovou bolest“ (Stolberg, 2017).

Na přelomu 20. a 21. století zažila paliativní péče celosvětové uznání jako základní součást komplexní zdravotní péče. Světová zdravotnická organizace (WHO) hrála klíčovou roli při prosazování integrace principů paliativní péče do běžné lékařské praxe, přičemž zdůrazňovala důležitost řešení nejen fyzických příznaků, ale také psychologických, sociálních a duchovních aspektů utrpení. Dnes se paliativní péče neustále vyvíjí, přizpůsobuje se měnícímu se prostředí zdravotní péče a snaží se vyhovět vyvíjejícím se potřebám jedinců, kteří čelí vážným a život ohrožujícím onemocněním (NEJM Resident 360, 2020).

2.1.1 Paliativní péče v ČR

V České republice došlo k rozvoji paliativní péče až v 90. letech minulého století. Postupně vznikaly první hospice a prvním otevřeným byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. V roce 2001 byla ve FN Brno zřízena specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti. Dále vznikaly mobilní hospice a agentury se zaměřením na domácí paliativní péči. Důležitým faktorem rozvoje paliativní péče bylo získávání znalostí a zkušeností ze zahraničí (Peřina, 2016; Vorlíček, Sláma, 2005).

K dalšímu rozvoji paliativní péče v ČR přispěl výzkum provedený sdružením Cesta domů v letech 2003-2004, na jehož základě byla přijata *Koncepce paliativní péče v ČR*. Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče vydala v roce 2007 *Standardy hospicové paliativní péče*, které měly zajistit potřebnou úroveň a odpovídající kvalitu poskytované péče. Další důležitý krok byl vznik České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP v roce 2009 a vydání *Standardů paliativní péče 2013* (Bužgová, 2015).

2.2 Dělení paliativní péče

Z hlediska pokročilosti onemocnění paliativní péči rozdělujeme na časnou a terminální.

Časná paliativní péče

Časná paliativní péče je poskytována souběžně s probíhající terapií u pacientů s limitovanou dobou dožití. Cílem je individualizovaná léčba, kde jsou definovány priority a hodnoty pacienta. Cíl léčebných postupů se stanovuje společně s preferencemi pacienta (Jedličková, 2023).

Terminální paliativní péče

Terminální paliativní péče je poskytována pacientům v závěrečné fázi života. Cílem je zmírnění jakéhokoli diskomfortu u terminálních stádií závažných onemocnění. Vychází se z preferencí pacienta a součástí je i poskytnutí podpůrné intervence pacientovi i jeho blízkým (Jedličková, 2023).

Z hlediska komplexnosti dělíme paliativní péči na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče

Jako obecnou paliativní péči označujeme klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky různé odbornosti. Je indikována vždy, když je diagnostikováno konkrétní onemocnění. Vychází z včasného rozpoznání nevyléčitelného onemocnění či stavu pacienta a identifikací aspektů,

kteří jsou významné pro kvalitu pacientova života. Na obecné paliativní péči se podílejí kromě lékařů i agentury domácí péče, psycholog, sociální pracovník, nemocniční kaplan či jiní odborníci (Jedličková, 2023).

Specializovaná paliativní péče

Specializovanou paliativní péči poskytují odborníci, kteří absolvovali vzdělání v oboru paliativní péče a získali potřebné zkušenosti. Tuto péči poskytují v prostředích, která jsou na paliativní péči zaměřená – mobilní paliativní péče, lůžkové zařízení hospicového typu, ambulance paliativní medicíny.... Je indikovaná v případech, v nichž jsou možnosti obecné paliativní péče nedostačující pro rozmanitost potřeb pacienta i jeho blízkých (Bužgová, 2015; Jedličková, 2023).

2.2.1 Základní organizační formy specializované paliativní péče

Specializovaná paliativní péče má různé organizační formy (viz obrázek 1).

Úrovně paliativní péče (Národní strategie paliativní péče, Rakousko)

	Typ paliativní péče			
	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí		Specializovaná paliativní péče
Akutní péče	Nemocnice	Domácí hospicová péče (vyškolení dobrovolníci, poskytující poradenství a podporu, v ČR neexistující služba)	Nemocniční paliativní konziliární týmy	Oddělení paliativní péče
Dlouhodobá péče	LDN, domovy pro seniory		Mobilní specializovaná paliativní péče	Lůžkové hospice
Domácí péče	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče	Mobilní specializovaná paliativní péče, paliativní stacionáře		

Obrázek 1 - Úrovně paliativní péče (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2016, s 6)

Bližší je Sláma (2022) popisuje následovně:

Ambulance paliativní medicíny je specializovaná ambulance s odborností *paliativní medicína*. Ambulanci vede lékař s příslušnou atestací v oboru paliativní medicína. Tato služba je určena pacientům, kteří jsou schopni přicházet/být přiváženi k ambulantnímu vyšetření. Mezi činnostmi ambulance patří:

- jednorázové konziliární vyšetření (léčba symptomů, stanovení plánu péče a pomoc při organizačním zajištění péče a zprostředkování dalších specialistů),
- pravidelné ambulantní sledování (komplexí management pokročilého onemocnění),
- drobné „paliativní“ výkony (punkce a drenáže výpotků, podání infuzí a transfuzí, převazy ran atd.),
- telefonické konzultace (Sláma, Kabelka, 2022).

Konziliární tým paliativní péče je součástí zdravotnických zařízení lůžkové péče. Zapojuje se do péče o pacienta, který je hospitalizován v rámci jiného oboru. Podnět k intervenci konziliárního týmu může iniciovat ošetrovatelský tým, pacient sám či jeho blízcí. MZČR ve Věstníku č. 1 (2022) uvádí následující složení konziliárního týmu: lékař, sestra, zdravotně-sociální pracovník, psycholog nebo jiný zdravotnický pracovník s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem akreditovaným pro práci ve zdravotnictví (Sláma, Kabelka, 2022).

Mobilní specializovaná paliativní péče (mobilní hospic, domácí hospic) je formou poskytování paliativní péče ve vlastním sociálním zázemí pacienta. Cílovou skupinu pacientů mobilní specializované paliativní péče tvoří lidé v pokročilých stádiích nevyléčitelných onemocnění, kteří si přejí, aby péče probíhala v domácím prostředí. Péče je dostupná nepřetržitě a dle potřeby pacienta dochází k úpravám plánu péče. Mezi hlavní cíle řadíme předcházení hospitalizací v poslední fázi života (Sláma, Kabelka, 2022).

Lůžkový hospic je zdravotnické zařízení, které je určeno pacientům v terminální fázi onemocnění. Pacientům je zaručeno, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jejich důstojnost a nebudou při umírání opuštěni. Průměrná délka pobytu v lůžkových hospicích v ČR je cca 4 týdny (Sláma, Kabelka, 2022).

Oddělení paliativní péče (OPP) v rámci jiného zdravotnického zařízení má různé formy:

- oddělení „akutní“ paliativní péče/medicíny (více rozšířeno v zahraničí),
- oddělení s lůžky hospicového typu,
- samostatná („dedikovaná“) lůžka paliativní péče v rámci jiného lůžkového oddělení.

Obecně se jedná o lůžkové oddělení neakutní péče v rámci jiného zdravotnického zařízení. Výhodou těchto oddělení je možnost využití prostředků moderní medicíny, které nabízí prostředí nemocnice. Zároveň je zde nepřetržitě dostupný multidisciplinární tým – lékař paliatr, střední zdravotnický personál, sociální pracovník, psychoterapeut/psycholog... Rozdíl proti

lůžkovému hospici je v cílové skupině pacientů. Na OPP jsou hospitalizováni pacienti s potřebou paliativní i podpůrné péče ve všech fázích nemoci (Sláma, Kabelka, 2022).

2.3 Pacienti v paliativní péči

Každý pacient v terminálním stádiu onemocnění má právo na paliativní péči, která pro ně musí být dostupná bez výjimky. Nejčastější diagnostické skupiny pacientů, kteří mohou mít prospěch z paliativní péče:

- nádorová onemocnění;
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, amyotrofické laterální sklerózy;
- konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných;
- geriatričtí pacienti se syndromem křehkosti;
- pacienti po úrazech a cévní mozkové příhodě s výrazným neurologickým deficitem;
- HIV/AIDS;
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění;
- pacienti s dlouhodobými závažnými kvantitativními poruchami vědomí (např. perzistentní vegetativní stav);
- kriticky nemocní pacienti s ireverzibilním multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče (Jedličková, 2023; Sláma, Kabelka, 2022).

2.4 Paliativní péče v intenzivní medicíně

Intenzivní a paliativní péče jsou vnímány jako protichůdné přístupy v dnešní medicíně, ale můžeme u nich nalézt mnoho podobností. Paliativní péče se zaměřuje na kvalitu života terminálně nemocných, zatímco v intenzivní medicíně je hlavní cíl zachránit život. Jejich společný prvek je častá konfrontace se smrtí (Ševčík et al, 2014).

Hlavním cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví, tudíž odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu. Základní myšlenka je „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. Pokud tento cíl nelze splnit, je nutné pacientovi poskytnout péči, která odstraní bolest, diskomfort, strádání a zároveň zachová důstojnost pacienta. Záměrem vysazení některého léčebného postupu není v žádném případě urychlení procesu umírání či navození smrti, ale pouze nepokračování v postupech, které jsou z medicínského hlediska považovány za marné, neúčelné, tudíž neindikované (Ševčík et al, 2014).

Paliativní péče se stává přirozenou součástí intenzivní medicíny, jelikož se stará o nejvíce nemocné pacienty s život ohrožujícím onemocněním. Společné hodnoty paliativní a intenzivní péče jsou medicínské, právní a etické principy, sjednocená terminologie a pojmy, jako je neúčelná a marná léčba, ukončení orgánové podpory a nezahajování či nepokračování léčby (Ševčík et al, 2014). Cílem paliativní péče v intenzivní medicíně je zvýšení komfortu a důstojnosti umírání. Dále se klade důraz na kontrolu symptomů (tzv. *advanced symptom management*) (Maláska et al, 2020).

Experti paliativní péče popisují dvě metody paliativní péče na jednotkách intenzivní péče. Prvním je konzultační model využívající externí konzultanty, kteří nejsou součástí daného oddělení. Druhý, integrovaný model, kombinuje externí konzultanty a zdravotníky z JIP, kteří poskytují paliativní péči jako součást standardní péče. U integrovaného modelu se klade důraz na vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) v paliativní péči (Ganz, Nun a Raanan, 2020).

Změna intenzivní léčby na léčbu paliativní neznamena omezení pacientových práv. Naopak celý tým, který o pacienta pečuje, nadále zajišťuje maximální komfort a pečuje o jeho potřeby. Zároveň zabezpečují důstojnost při umírání v přítomnosti blízkých v takové podobě, jakou prostředí intenzivní medicíny dovoluje. Důležitá součást tohoto procesu je zachování empatického a profesionálního přístupu ošetřujícího personálu (Ševčík et al, 2014).

Rozhodování o ukončení či nerozšiřování orgánové podpory nebo jiné léčby patří k nejnáročnějším oblastem intenzivní medicíny. Mělo by zde dojít ke shodě mezi lékaři a ošetrovatelským týmem. Toto rozhodnutí musí zároveň pochopit a vzít za své rodina či blízcí pacienta. Pacient v intenzivní péči je často neschopen participovat na takovém rozhodnutí vzhledem k závažnosti stavu. Při rozhodování se proto musí zvažovat pravděpodobnost přežití, kvality života a pacientova přání a hodnoty (Maláska et al, 2020).

V rámci týmového rozhodování může dát podnět k zahájení EOL (end-of-life – krátké období před přirozenou smrtí pacienta) rozhodování kterýkoliv člen týmu (měl by však konkrétně formulovat, proč podnět dává). Do rozhodování by měli být přizváni všichni členové týmu a pokud by i jeden člen z týmu nesouhlasil, je doporučováno rozhodnutí odložit. Konečné rozhodnutí (v ČR) je na ošetřujícím či vedoucím lékaři (Maláska et al, 2020).

Při rozhodování o ukončení intenzivní péče by věk pacienta neměl být rozhodujícím kritériem. V rámci ukončení/nerozšiřování intenzivní péče je nutné specifikovat, kterou konkrétní intervenci chceme ukončit nebo nerozšiřovat. Řadíme sem ukončení umělé plicní ventilace,

terminální extubace (nebo DNI), DNR, ukončení podávání vazopresorů/inotropik, ukončení renální eliminační léčby, nepodstupování operací, vysazení/nepodávání antibiotik, vysazení nutrice či tekutin (Maláska et al, 2020).

V ČR se o oblast rozhodování o ukončení intenzivní péče zabývá Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010. Dokument formuluje základní principy a doporučení v oblasti EOL rozhodování (Maláska et al, 2020).

2.5 Management symptomů v paliativní péči

Mezi nejčastější a nejvíce stresující symptomy v závěru života řadíme dušnost a bolest.

2.5.1 Dušnost

Jedná se o jeden z nejvíce nepříjemných příznaků, protože je spojen s výraznou obavou o život. Jedná se o subjektivní pocit ztíženého dýchání, nedostatku vzduchu. Na vzniku a prožívání dušnosti se podílí i psychika pacienta. Zmírnění dušnosti je v první řadě řešení odstranitelných příčin a ve druhém kroku symptomatické potlačení dušnosti. Mezi odstranitelné příčiny dušnosti Maláska (2020) řadí anemii, fluidotorax, pneumonii a pneumotorax. Jako symptomatická léčba u pacientů v terminálním stádiu je indikováno podávání opioidů, které tlumí dechové centrum. Dále do této léčby spadá oxygenoterapie a paliativní sedace. Důležitá je taky péče o psychickou pohodu pacienta (Maláska et al, 2020; Marková, 2010; Kalvach 2019).

2.5.2 Bolest

Bolest patří mezi nejčastější symptom v paliativní péči. Na detekci a monitoraci se u komunikujících pacientů používá škála VAS (vizuálně analogová škála). U nekomunikujících je vhodné používat tzv. nonverbální škály, např. BPS (behavioral pain scale). Bolest je vždy subjektivní symptom. Cílem léčby bolesti v paliativní péči je snížit intenzitu a důsledky bolesti na pro pacienta dobře snesitelnou míru. U většiny pacientů k potlačení bolesti stačí standardní aplikace analgetické terapie. U jiných dosáhneme kontroly bolesti až po podání vysokých dávek opioidů. V neposlední řadě lze zvážit paliativní sedaci (Maláska et al, 2020; Marková, 2010; Sláma, Kabelka, 2022).

2.5.3 Paliativní (terminální) sedace

Pokud již zmíněné postupy a techniky k potlačení symptomů selžou, je možné začít uvažovat o použití paliativní sedace jako krajní varianty. Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) definuje paliativní sedaci jako monitorované podání léků (sedativ) s cílem dosažení minimální

úrovně sedace, která vede k odstranění nepříjemných symptomů a diskomfortu. V prostředí intenzivní medicíny se k navození sedace používají např. benzodiazepiny (midazolam), propofol, ketamin, barbituráty nebo dexamedetomidin. Léky mohou být podávány kontinuálně nebo intermitentně. Smrt nastane v důsledku základního onemocnění, i pokud se na ní podílejí nevyhnutelné nežádoucí efekty sedace (Arantzamendi et al, 2021; Maláska et al, 2020).

Paliativní sedace by měla splňovat tři základní charakteristiky:

- Terminálně nemocný pacient v závěru života.
- Utrpení a symptomy nereagují na maximální léčbu.
- Cíl sedace je kontrola symptomů, nikoliv urychlení umírání.

2.6 Rodina jako součást paliativní péče

Rodina hraje klíčovou roli v holistickém přístupu k paliativní péči, jejímž cílem je zlepšit kvalitu života jedinců, kteří čelí vážným onemocněním. V souvislosti s paliativní péčí termín „rodina“ přesahuje pokrevní příbuzenství a zahrnuje osoby, které poskytují pacientovi emocionální, praktickou a duchovní podporu. Rodinná jednotka se stává nedílnou součástí pečujícího týmu, který spolupracuje se zdravotnickými pracovníky na řešení fyzických, emocionálních a sociálních potřeb pacienta. V paliativní péči rodiny často poskytují pacientovi pohodlí, společnost a pocit kontinuity, což mu pomáhá procházet složitou cestou nemoci. Kromě toho jsou rodinní příslušníci nezbytní při usnadňování otevřené komunikace mezi pacientem, poskytovateli zdravotní péče a jimi samotnými a zajišťují, aby byla respektována přání a preference pacienta. Jako primární zdroj trvalé podpory rodiny významně přispívají k vytváření pečujícího prostředí, které podporuje důstojnost a pohodlí pacienta během jeho cesty na konci života (Glajchen et al, 2022).

Rodina se nejčastěji zapojuje v těchto třech kategoriích: asistence pacientovi při každodenních činnostech, účast na posmrtné péči a pomoc pečujícímu personálu ve zdravotnickém zařízení. Asistence při každodenních činnostech zahrnuje asistenci při chůzi, hygieně, toaletě, jídle a krmení, ustlání postele a polohování pacienta. Do posmrtné péče se může rodina zapojit na vlastní přání; může např. česat vlasy či pomoci s mytím a oblékáním těla. Spolupráce se zdravotníky má často za cíl připravit rodinu na péči v domácím prostředí. Dalším důležitým prvkem je emoční podpora. Pobyt rodiny u pacienta v terminálním stádiu onemocnění vytváří pocit bezpečí a pohodlí. Podpora poskytovaná zdravotníky pro účast rodiny sestává z aktivní komunikace a podávání adekvátních informací, poradenství a podpůrného nemocničního prostředí (Saarinen et al, 2021).

2.7 Etika a právo v paliativní péči

Jak již bylo řečeno, každý člověk má právo prožít závěr života v důstojných podmínkách. Musí mít možnost se spolehnout, že bude v poslední fázi svého života respektován se svými přáními, etickými měřítky a že budou činěna rozhodnutí, která respektují jeho vůli. Paliativní péče se řídí stejnými právními předpisy jako všechny ostatní oblasti zdravotní péče (Sláma, Kabelka, 2022).

2.7.1 Etické aspekty paliativní péče

Etika v paliativní péči hraje klíčovou roli při zajišťování toho, aby se jedincům, kteří čelí život ohrožující nemocí, dostalo důstojného zacházení. Základem etické praxe v tomto odvětví je respektování autonomie a hodnot pacientů a jejich zapojení do procesu rozhodování. Zdravotníci v paliativní péči se musí vypořádat se složitými etickými dilematy, jako je vyvážení pravdy a citlivosti, zvládnání kulturních a náboženských ohledů a řešení rozhodování v poslední fázi života. Důraz je kladen na otevřenou komunikaci, empatii a budování důvěryhodného vztahu mezi poskytovatelem péče, pacientem a jeho rodinou (Mohanti, 2009)

Nejčastější etická dilemata souvisejí právě s principem respektování autonomie pacienta. Pacientovi představy a přání se mnohdy neshodují s doporučením a možnostmi paliativního týmu. Pacienta je nutné respektovat, pokud jsou jeho přání proveditelná, na druhou stranu však lékař nese svou profesní odpovědnost za poskytnutou péči. Významnou roli zde hraje kvalitní vzájemná spolupráce lékaře a pacienta. Lékař nemůže být degradován na pouhého vykonavatele pacientových přání a vyjádřená přání je nutné odborně korigovat. Obtížné situace vznikají zejména u pacientů, kteří žijí sami a nemají blízké příbuzné a zároveň si přejí realizovat paliativní péči v domácím prostředí. Významné etické dilema vyvolávají aspekty při odepření zahájení marné léčby či při ukončení léčebných postupů z důvodu jejich neúčinnosti. Neúčelné diagnostické indikace a pokračování neúčelné terapie je eticky nepřijatelné. Další významnou skupinu etických dilemat tvoří management bolesti. Léčba bolesti patří mezi hlavní priority kvality paliativní péče. Přesto bývá podhodnocována a kvůli obavám zdravotnického personálu je nadále často volena nedostatečná analgetická léčba, a to z obavy vedlejších účinků, především v oblasti použití opioidů. Podstatnou část etických aspektů v paliativní péči tvoří také sdělování diagnózy nevyléčitelného onemocnění a nepříznivé prognózy, způsob informování a míra informovanosti nemocného, nevhodná komunikace zdravotníka s pacientem, nedostatečné naslouchání sdělením pacienta a další faktory související s komunikací. Způsob komunikace je totiž stěžejním činitelem pro vytvoření kvalitního vztahu mezi lékařem a nemocným. Citlivou oblast prezentují i otázky konce života, posuzování život

zachraňujících úkonů, rozhodnutí neprovádění resuscitace (DNR) a již zmíněná kontrolovaná terminální sedace (Jedličková, 2023; Černá Pařízková, 2019; Sláma, Kabelka, 2022).

2.7.2 Právní aspekty paliativní péče

Základní obecně závazné právní předpisy, které souvisejí s poskytováním paliativní péče jsou:

- Listina základních práv a svobod – článek 7 a 10;
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997 – čl. 4, 5 a 9;
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a prováděcí předpisy - §28, §4, §34, §36.

Ukončení protinádorové léčby

V onkologii někdy nastanou situace, kdy u pacienta postupně selhaly všechny postupy standardní léčby nebo je stav pacienta natolik závažný, že další léčba je spojena s vysokým rizikem závažných nežádoucích účinků. Z právního hlediska je situace poměrně jednoznačná. Zdravotnický pracovník nesmí poskytovat péči, která není péčí na náležitě odborné úrovni, i když by si to pacient přál. Posouzení náležitě odborné úrovně vyžaduje i zohlednění individuality pacienta. Pokud je společné rozhodnutí lékařů dobře zdůvodněno a zdokumentováno, nepředpokládá se, že by nepokračování v protinádorové léčbě mohlo být hodnoceno jako neposkytnutí pomoci, ublížení na zdraví, nebo jako některý z trestných činů proti životu. Podávání neúčinné chemoterapie či jiné léčby je považováno za nevhodné a neetické (Sláma, Kabelka, 2022)

Rozhodnutí o nezahájení kardiopulmonální resuscitaci

V ČR je na kardiopulmonální resuscitaci (KPR) pohlíženo jako na léčebný výkon, který má své indikace a kontraindikace. Terminální stádium nevléčitelného onemocnění je jednou z kontraindikací. Každý případ je ale nutno posuzovat individuálně. Rozhodnutí o nezahájení KPR by mělo být důkladně medicínsky zdůvodněno a zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. Dalším důvodem pro nezahájení KPR je přání pacienta. Takové přání musí být zaznamenáno způsobem, který vyžaduje zákon pro tzv. dříve vyslovená přání (podle § 36 odst. 3 a 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Jednou z forem dříve vysloveného přání je samostatná listina s úředně (notářem) ověřeným podpisem pacienta. Takové dříve vyslovené přání je platné pro jakéhokoli poskytovatele zdravotní péče. Alternativně lze dříve vyslovené přání sepsat formou záznamu ve zdravotnické dokumentaci s podpisem pacienta, zdravotnického pracovníka (nejčastěji ošetřujícího lékaře) a svědka. Tato forma je zavazující pouze pro daného poskytovatele zdravotnických služeb (Sláma, Kabelka, 2022).

3 NÁSLEDNÁ INTENZIVNÍ PÉČE

Oddělení následné intenzivní péče (NIP) poskytuje zdravotní péči dlouhodobějšího charakteru a navazuje na péči jednotek intenzivní péče (JIP) nebo anesteziologicko-resuscitačních oddělení (ARO). Zákon 372/2011 Sb. uvádí, že na akutní intenzivní lůžkovou péči u pacientů, kteří jsou nadále částečně nebo úplně závislí na podpoře životních funkcí, může navázat následná intenzivní péče. Jedná se o specifickou intenzivní péči, která se liší obsahově, organizačně i časově od klasické intenzivní péče. Překládaní pacienti z prostředí intenzivní péče na NIP jsou nejčastěji závislí na umělé plicní ventilaci (UPV). Na NIP může posléze navázat dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP). Dlouhodobý kritický stav mívá svá specifika v klinickém obrazu: omezená komunikace a hybnost, snížená možnost spolupráce, změny vnitřního prostředí, problémy s výživou, rizika tlakových poranění a problémy nervosvalové a muskuloskeletární. NIP disponuje všemi základními složkami intenzivní medicíny: umělou plicní ventilací (UPV), farmakologickou podporou, základní monitorací i umělou výživou v enterální i parenterální podobě. Cílem je odvykání od UPV formou weaningu, případně převod na některý typ domácí plicní ventilace. Využívají se i metody všech druhů rehabilitace, fyzioterapie a stimulace. Důraz je kladen na spolupráci jak s pacientem, tak s jeho rodinou a blízkými. Doba hospitalizace v takovémto typu zařízení se pohybuje spíše v řádu měsíců než týdnů (Drábková, Hájková, 2018; Djakow, 2020).

Příjem pacienta na oddělení následné intenzivní péče je vždy po předchozí domluvě mezi jednotlivými zařízeními. O rozhodnutí je včas informován sám pacient i jeho rodina. Většina přijímaných pacientů je z počátku zcela odkázáno na ventilační podporu. Odlišností od JIP je minimalizace invazivních vstupů. V NIP se preferují periferní žilní katetry namísto centrálních žilních vstupů. Při předpokladu dlouhé hospitalizace nejsou žádoucí dlouhodobé invazivní vstupy jako možné brány infekce. Péče na oddělení NIP podporuje pozvolné odpojování z UPV, přechod z parenterální výživy na enterální s podporou sippingu. Neoddělitelnou roli zde hraje i zapojení rodiny, neurorehabilitace, edukace v bazální stimulaci, navazování kontaktu s pacientem při obnově vědomí a vysazování analgosedace. Důležitá je také mezioborová spolupráce s fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy, klinickým psychologem (Drábková, Hájková, 2018).

Po úspěšném odpojení pacienta od UPV je indikován překlad na jiné oddělení. Navazující péči se zabývá již zmíněný DIOP. Patří sem pacienti, kteří již nevyžadují umělou plicní ventilaci, ale stále vyžadují umělý vstup do dýchacích cest tracheostomickou kanylou (TSK). Nejčastější důvody jsou např. přetrvávající porucha vědomí a pokročilá chronická obstrukční plicní nemoc

(CHOPN). Pacienti jsou překládáni na DIOP za účelem dalšího zlepšování zdravotního stavu s cílem dosažení soběstačnosti (Drábková, Hájková, 2018).

3.1 Historie a vývoj následné intenzivní péče

Následná intenzivní péče je velice mladý obor. Za počátek NIP lze označit konec 20. století, kdy poskytovatelé zdravotní péče rozpoznali potřebu specializovaných zařízení pro řešení jedinečných požadavků pacientů se složitými a dlouhodobými zdravotními stavy. Tento koncept se objevil jako reakce na omezení tradičních nemocnic intenzivní péče, kde pacienti s těžkým onemocněním často čelili problémům při poskytování rozšířené a intenzivní péče. První zařízení s následnou intenzivní péčí (v zahraničí tzv. long-term acute care hospitals) byla založena, aby překlenula tuto mezeru a nabízela vyhrazené prostředí pro jednotlivce vyžadující dlouhodobou hospitalizaci a rehabilitaci. V průběhu let se model NIP vyvinul tak, aby zahrnoval multidisciplinární přístup, který kombinuje specializované lékařské služby, respirační terapii a rehabilitaci. Dnes tato zařízení hrají klíčovou roli v kontinuitě péče a poskytují komplexní a rozšířené lékařské služby pro pacienty zotavující se z kritických onemocnění nebo operací (Munoz-Price, 2009).

Následná intenzivní péče v ČR nejprve vznikla v rámci oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP). První takové zařízení s 10 lůžky vzniklo v Praze v roce 1998 ve Fakultní nemocnici Motol. Následně se OCHRIP rozdělilo na následnou intenzivní péči a dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči. Postupně se oddělení rozšiřovala do více měst (Drábková, Hájková, 2018). V roce 2024 se zařízení NIP nacházejí ve všech 14 krajích ČR (viz Příloha A; VZP, 2024).

3.2 Pacienti v následné intenzivní péči

Původně byla NIP určena hlavně pro pacienty, kteří potřebovali delší odvykání od UPV. Současně však vstupní diagnózy zahrnují širokou škálu onemocnění. Pacienti přijatí na oddělení NIP mají komplexní onemocnění, mnohočetné komorbidity a akutní lékařské potřeby. Do komorbidit se řadí: respirační selhání, které vyžaduje odvykání od UPV, PEG nebo jiný přístup do gastrointestinálního traktu, příjem parenterální výživy, permanentní močový katetr, centrální cévní katetr, diabetes a dekubity. Pacient v NIP má za sebou většinou dlouhý pobyt na JIP. Výše zmíněné aspekty vystavují pacienty vysokému riziku kolonizace multirezistentními bakteriemi (Munoz-Price, 2009).

Nejčastější vstupní diagnózy na NIP:

- postižení respiračního systému s podporou UPV;
- kožní vředy;
- sepse;
- plicní edém a respirační selhání;
- respirační infekce a záněty;
- pneumonie;
- chronická obstrukční plicní nemoc;
- degenerativní poruchy nervového systému (Munoz-Price, 2009).

3.3 Paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče

Při zavádění paliativních programů na dosud nepaliativních pracovištích je užitečné formulovat a dodržovat základní principy. Kalvach (2019) zmiňuje např.:

- Smyslem paliativní péče je i v zařízeních následné intenzivní péče zkvalitnit závěr života, nikoli zkrátit umírání.
- Vysokou prioritou je empatická komunikace a kontakt s rodinou.
- Umírající lidé potřebují vztahově chráněný prostor, aby byli sami sebou.
- Očekávané umírání a paliativní péče nevyklučují zanedbání péče.
- Mimořádnou pozornost a opatrnost vyžaduje indikace paliativní péče u jiných než onkologických pacientů.
- Vysokou prioritou jsou důstojnost a přání umírajícího člověka a jejich plnění i spokojenost s náplní bdělého času.

Nemocnice akutní a následné péče jsou v ČR nejčastějším místem úmrtí pacientů. V zařízeních následné péče nastává každoročně až 12 % úmrtí. Většina těchto pacientů umírá v důsledku progresu nebo komplikace svého onemocnění. Tato úmrtí jsou tedy většinou očekávatelná. Zároveň zařízení NIP jsou místem, kde dochází k téměř každodennímu rozhodování o rozsahu péče. Proto zde vyvstává otázka dostupnosti a kvality paliativní péče se zvýšenou naléhavostí. Kromě dobrého managementu symptomů a ošetrovatelské péče je zásadní komunikace o pacientových hodnotách a spolupráce s rodinou (Kalvach, 2019). Paliativní péče má i v NIP multidisciplinární a týmový úkol – optimalizovat průběh konečné fáze života po stránce psychické, spirituální, sociální i emocionální. Hlavním cílem pro tým je zajištění komfortu, klidu a důstojnosti (Drábková, Hájková, 2018).

VÝZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

V rámci výzkumné části byly stanoveny tři hlavní cíle. Hlavní záměr výzkumu byl zjistit, jak probíhá paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče. Dalším cílem bylo zjistit konkrétní zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s paliativní péčí na NIP a jejich zapojení do paliativní péče.

4 METODIKA VÝZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

4.1 Charakteristika průzkumné metody a techniky sběru dat

Pro získání odpovědí na výzkumné cíle byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum představuje systematický proces a subjektivní přístup k interpretaci životních zkušeností a umožňuje poznání širšího kontextu daného tématu. V kvalitativním výzkumu badatel získá velké množství informací a musí se umět rozhodnout, které jsou vhodné právě pro jeho výzkum. Soubor respondentů bývá malý a neklade si za cíl statistickou reprezentativnost. Důležitou roli zde hrají otevřenost, subjektivita, reflexivita a zaměření na případ. Výhodou kvalitativního výzkumu je získání podrobného popisu zkoumaného tématu. Nevýhodou může být fakt, že získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci nebo jiné prostředí. Rozhovor je přirozený prostředek lidské komunikace a je to nejčastěji používaný nástroj k získání informací. Rozhovor (interview) patří mezi nejobtížnější, ale zároveň nejvýhodnější způsobem pro získání kvalitativních dat. (Kutnohorská, 2009; Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008). Polostrukturovaný rozhovor má definované schéma, které je závazné. Obvykle specifikuje okruhy otázek, které budou položeny respondentovi. Polostrukturovaný rozhovor je dále doplněn o podotázky. U tohoto typu rozhovoru mají význam i vnější okolnosti: např. prostředí, v němž rozhovor probíhá, doba rozhovoru atd. Výhodou polostrukturovaného interview je jeho kreativita (Kutnohorská, 2009).

Téma rozhovoru se zaměřilo na zkušenosti sester s paliativní péčí na NIP. Na toto téma byly vybrány otázky, které odpovídaly cílům práce. V úvodní části byly obecné otázky, které měly za úkol navázat kontakt s respondentem a uvést ho do rozhovoru. Následovaly hlavní otázky, díky kterým byla sesbírána potřebná data. Rozhovor obsahoval celkem 13 otázek. První tři otázky byly identifikační (zjišťován byl věk, délka praxe a účast na kurzu/semináři o paliativní péči). Pokud bylo uznáno za vhodné, byly respondentkám pokládány další doplňující otázky. Rozhovory byly realizovány do tzv. teoretického nasycení. K teoretické saturaci dochází, když se získávaná data opakují a v odpovědích dotazovaných se nevyskytují nové informace (Saunders et al, 2018).

4.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Účastníky výzkumu se stali NLZP, konkrétně všeobecné sestry pracující na oddělení následné intenzivní péče. Výběr respondentů byl zcela náhodný. Pro výzkumný soubor byla zvoleno zásadní kritérium, a to zkušenost s paliativní péčí na oddělení NIP. Průzkumu se účastnily všeobecné sestry s víceletou praxí v prostředí NIP (pouze respondentka č. 2 uvedla praxi jeden rok, ale zároveň prokázala zkušenosti z tohoto prostředí), které mají bohaté zkušenosti s paliativní péčí na tomto oddělení. Vybrané respondentky jsou ženy pracující na oddělení NIP ve zdravotnickém zařízení Estrella Health, a.s. v Hradci Králové. Účastnice průzkumu byly anonymně označovány čísly podle pořadí, v jakém rozhovory probíhaly.

4.3 Realizace průzkumu

Sběr dat probíhal pomocí již zmíněného polostrukturovaného rozhovoru. Průzkum probíhal v období únor 2024–březen 2024. Respondentky byly osloveny prostřednictvím vrchní sestry NIP. Součástí emailu byl i kontakt na autorku v případě dotazů ohledně rozhovoru. Následně byla prostřednictvím vrchní sestry domluvena schůzka přímo na pracovišti. Jednotlivé rozhovory probíhaly v prostředí denní místnosti v rámci domluvené pauzy v pracovní době. Zároveň ostatní zaměstnanci byli požádáni, aby v době rozhovoru nevstupovali do denní místnosti, aby byl zajištěn potřebný klid a soukromí. Respondentky byly předem seznámeny s otázkami a cíli rozhovoru. Na úvod schůzky proběhlo seznámení s respondentkou a vysvětlení cílů rozhovoru. Dále jí byl předložen Informovaný souhlas (viz příloha B), kde podpisem potvrdila souhlas s poskytnutím rozhovoru, souhlas s nahráváním, možnost odmítnout zodpovědět jakoukoli z položených otázek. Zároveň byl poskytnut i prostor pro případné dotazy k rozhovoru.

4.4 Zpracování dat

Zpracování dat z rozhovorů probíhalo přepisem z audio nahrávek. Výpovědi byly přepsány (viz příloha C) a následně smazány. Získaná data byla několikrát přečtena. Následně byla analyzována formou kódování. Prvním krokem je otevřené kódování, které je základním analytickým krokem. V rámci tohoto kroku probíhá podrobné rozebrání dat. Porovnáváním dat se zjišťuje jejich podobnost a rozdíly (Kutnohorská, 2009). V získaných údajích byly identifikovány pojmy, které se dále kategorizovaly do velkých skupin. U každé velké skupiny (kategorie) dále vznikaly podkategorie na základě podobností odpovědí.

Struktura kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru

Úvodní část

1. Kolik Vám je let?
2. Jak dlouhou máte praxi na NIP?
3. Absolvoval/a jste nějaký kurz či školení ohledně paliativní péče? Pokud ano, jaký?

Hlavní část

4. Může mi popsat, kde vidíte hlavní rozdíly mezi intenzivní a paliativní péčí?
5. Máte zkušenost paliativní péčí na NIP? Pokud ano, můžete mi popsat Vaše zkušenosti?
6. Jak často a za jakých podmínek řešíte přechod do paliativní péče na NIP?

Doplňující otázka: U jakých pacientů nejčastěji řešíte převedení do paliativní péče?

7. Má rodina pacienta možnost se jakkoliv zapojit do paliativní péče? Pokud ano, jak?
8. Je na Vašem oddělení k dispozici paliativní tým?
9. S jakou formou paliativní péče se na NIP setkáváte nejčastěji a jaké úkony jako NLZP vykonáváte?

Doplňující otázka: Můžete uvést konkrétní léky či techniky?

10. Podílíte se jako NLZP na rozhodování o přechodu na paliativní péči?

Doplňující otázka: Myslíte si, že názory NLZP by měly být součástí rozhodování o přechodu do paliativní péče?

11. Jak vnímáte rozhodnutí o přechodu do paliativní péče a ovlivňuje Vás to nějak v péči o pacienta?
12. Jaký je Váš postoj k paliativní péči?
13. V rámci paliativní péče se setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty. Jak se vypořádáváte se stresem a kde hledáte odpočinek?

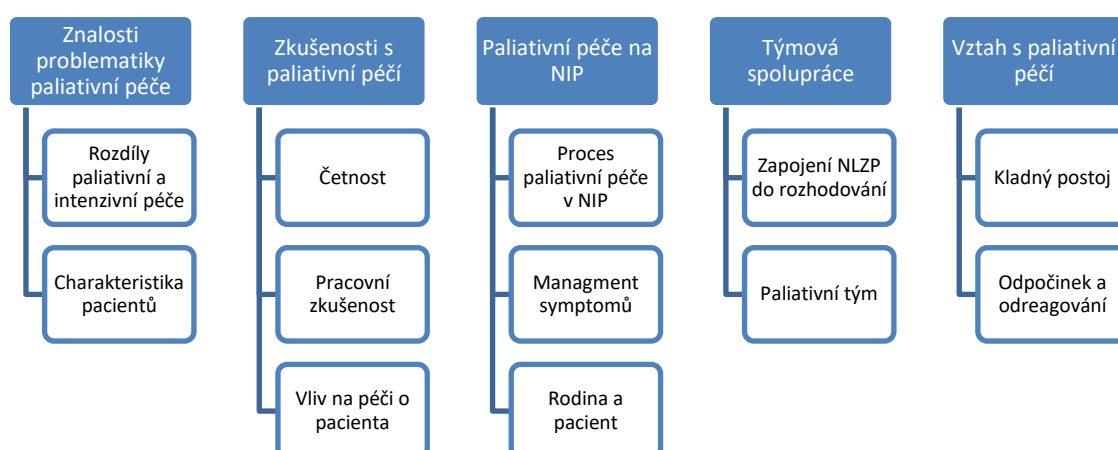
5 VÝSLEDKY

Průzkumu se zúčastnilo celkem sedm zdravotních sester ve věku 24 až 44 let. Respondentky měly praxi na oddělení následné intenzivní péče v rozmezí 1-7 let a dvě z nich absolvovaly kurz či školení týkající se paliativní péče.

Tabulka 1 - Identifikační údaje o respondentech (vlastní zdroj)

Respondent	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Kurz/školení o paliativní péči
1	Ž	24	2,5	ne
2	Ž	24	1	ne
3	Ž	44	2	ne
4	Ž	41	3	ne
5	Ž	26	3	školení v rámci ARIP, pracovní školení na oddělení
6	Ž	39	6	kurz Elnac
7	Ž	40	7	ne

Tabulka 2 - Kategorie a podkategorie (vlastní zdroj)



5.1 Kategorie č. 1 – Znalosti problematiky paliativní péče

Úvodní kategorie se zabývá pojmem paliativní péče. Je rozdělena do dvou podkategorií. V první bylo zkoumáno, kde sestry vidí hlavní rozdíly mezi paliativní a intenzivní péčí. Nejčastěji se respondenti shodovali v odpovědi, že intenzivní medicína zachraňuje život a paliativní péče přináší komfort pacientovi v poslední fázi života. Do druhé kategorie byl zařazen popis pacientů, u kterých se nejvíce setkávají s převedením do paliativní péče. Zde dotazovaní uváděli různý profil pacientů.

První podkategorie: Rozdíly mezi paliativní a intenzivní péčí

Na otázku, kde vidí největší rozdíl mezi paliativní a intenzivní péčí odpovídaly respondenty bez zaváhání. Většina dotazovaných odpovídala podobně. Definicí intenzivní péče shrnuje respondentka č. 3 jako: *„Intenzivní péče je plnou terapií, jejíž součástí jsou invazivní vstupy a intenzivní léčba pacienta za účelem zachránit život.“* Respondentky 1, 5 a 6 dále uvedly využití většího spektra léčiv a invazivních výkonů. Co se týče paliativní péče, nejčastěji v odpovědích najdeme fráze jako klidný odchod, zpříjemnění konce života či komfort. Respondentka č. 2 uvedla: *„...snažíme se o zmírnění příznaků jako je například bolest. Pacienta chceme nechat v klidu odejít.“* Dále respondenty 1, 3, 5, 6 a 7 zmínily i důležitost rodiny např. respondentka č. 1 uvedla: *„...my chceme ten konec života zpříjemnit, tak aby pacient netrpěl a samozřejmě i jeho rodina.“* Respondentka č. 4 se zaměřila i na důstojnost.

Druhá podkategorie: Charakteristika pacientů

V této podkategorii se dozvídáme o širším spektru pacientů, kteří se dostávají do paliativní péče. Každá sestra subjektivně posoudila, u kterých pacientů se s paliací setkává nejčastěji. Respondentky č. 4 a 5 nedokázaly vybrat konkrétní diagnózy/onemocnění, proto na doplňující otázku neodpověděly. Respondenty č. 1, 2 a 6 uvedly jako nejčastější stav respirační selhání/problémy. Respondentka č. 3 dodala: *„...tak mě napadají různé neurologické stavy nebo ventilovaní pacienti.“* Neurologické postižení zmínila i respondentka č. 7. Mezi další časté stavy respondenty zařadily polymorbidní a onkologické pacienty (R6), stavy po prodělání covidu a stavy po pádech (R1).

5.2 Kategorie č. 2 – Zkušenosti s paliativní péčí

V této části průzkumu dotazy směřovaly na to, jak často se sestry s paliativní péčí na NIP setkávají. Zde se všechny respondenty shodly na tom, že často. Dále bylo zjišťováno, jaké

mají zkušenosti s paliativní péčí. A v poslední řadě respondentky odpovídaly na to, zda je rozhodnutí o paliativní péči nějak ovlivňuje v péči o pacienta.

První podkategorie: Četnost

První podkategorie měla za cíl zjistit, jak často se sestry s paliativní péčí na NIP setkávají. Respondentka č. 2 odpověděla: „*Asi třičtvrtě pacientů zde nakonec skončí v paliativní péči*“. Podobnou odpověď uvedla i respondentka č. 5: „*Asi nedokážu dát nějaké číslo, ale pacientů v paliativní péči máme hodně*“. Respondentky č. 1, 3, 6 a 7 odpověděly jednotně pojmem „často“ a respondentka č. 4 uvedla že: „*Velká část našich pacientů je nakonec převedena do paliativní péče*.“

Druhá podkategorie: Pracovní zkušenost

Druhá podkategorie zjišťovala, jaké zkušenosti mají sestry s paliativní péčí na oddělení NIP nebo na předchozím pracovišti. Zde se většina dotázaných shodla na kladné zkušenosti. Pouze respondentka č. 2 uvedla: „*Zkušenost z tohoto oddělení je určitě kladná, ale bohužel jsem zažila i pracoviště, kde léčbu uměle prodlžovali*.“ Respondentka č. 1 zmínila profesionalitu zdravotníků. Dále zazněl důraz na komfort a zapojení rodiny. Respondentka č. 7 poznamenala pandemii covid-19: „*Napadá mě například pandemie, která proběhla před pár lety a přinesla na oddělení NIP mnoho pacientů a bohužel i ty, kterým jsme dále nemohli pomoci v rámci kurativní léčby*.“

Třetí podkategorie: Vliv na péči o pacienta

Vliv umírání či paliativní péče na zdravotníka je velice individuální. Z rozhovorů bylo však zjevné, že respondentky se s paliativní péčí a umírajícími pacienty setkávají často a celý tento proces berou jako součást práce. Jak uvedla respondentka č. 1: „*Neřekla bych, že mě to ovlivňuje v péči o pacienta. Máme tu pacienty na delší dobu, takže často vidíme jejich posun nebo naopak to, že se nikam neposouvají, netolerují výživu atd.*“, což napovídá i tomu, že mnohdy mohou přechod do paliativní péče předpokládat vzhledem ke stavu pacienta. Ostatní odpovědi měly vesměs stejný obsah jako např.: „*Rozhodnutí mě nijak neovlivňuje, péči provádím stále stejně* (R6).“

5.3 Kategorie č. 3 – Paliativní péče na NIP

Tato kategorie se zabývá jedním z hlavních cílů praktické části. Tím cílem bylo zjistit, jak probíhá paliativní péče na oddělení NIP. Zjišťován byl samotný proces převedení pacienta do paliativní péče. S jakými technikami se nejčastěji sestry setkávají v rámci managementu

symptomů. Nejvíce zmiňovali bolest, ale několik respondentek si vzpomnělo i na další oblasti péče. V poslední řadě padla otázka, jak se může zapojit rodina pacienta. Z rozhovoru bylo patrné, že sestry oceňují, když se rodina chce jakkoliv zapojit a být s pacientem i v poslední chvíli života.

První podkategorie: Proces paliativní péče v NIP

Respondentky se shodly, že paliativní péče se začne řešit tehdy, kdy lékaři nebo někdo jiný z ošetrujícího personálu nevidí účinnost dosavadní léčby. Respondentka č. 1 definovala moment, kdy se začne uvažovat nad paliativní péčí takto: *„Když lékaři vidí, že dosavadní léčba nemá smysl, tak začnou uvažovat nad převedením do paliace.“* Respondentka č. 5 dodává: *„Zároveň jsou vypotřebované všechny léčebné metody“*. Opět byla zdůrazněna i spolupráce a komunikace s rodinou např. respondentka č. 4 uvedla: *„Poté se komunikuje i s rodinou pacienta.“*

Druhá podkategorie: Management symptomů

V rámci paliativní péče se můžeme setkat s více oblastmi péče, na které je potřeba se zaměřit. Každá z dotázaných subjektivně vybrala oblast, se kterou se setkává nejčastěji. Všechny respondentky uvedly, že nejvíce se setkávají s péčí o bolest. Respondentka č. 4 rozvedla odpověď následovně: *„Podávání předepsaných analgetik a snižování algických podnětů.“* Respondentka č. 3 doplnila: *„V rámci péče o bolest se jako sestry staráme o pravidelné sledování VAS, popřípadě FLACC. Dále sledujeme, jak pacient reaguje na předepsaná analgetika“*. Mezi nejčastěji používaná farmaka v rámci managementu o bolest respondentka č. 5 zařadila: *„...morphin s možnou kombinací midazolamu.“* Respondentka č. 2 dodala důležitost komplexní ošetrovatelské péče a polohování. Respondentky č. 6 a 7 navíc zmínily i dohled nad dostatečnou hydratací a zvolení správné výživy. Další velkou oblastí je dušnost a péče o DC. Zde dotazované uváděly odsávání DC (R1, R3), sledování saturace a hodnocení dušnosti (R3). Respondentka č. 5 zmínila i *„terminální weaning“*.

Třetí podkategorie: Rodina a pacient

Zapojení rodiny do paliativní péče je velice individuální a citlivé téma. Z rozhovorů bylo poznat, že sestry jsou vděčné, když se rodina zapojí, ale existují i momenty, kdy rodina či pacient zájem nemají. Všechny respondentky uvedly, že rodina má možnost se zapojit, pokud projeví zájem. Respondentky č. 1, 2, 4, 6 a 7 uvedly zapojení rodiny v rámci bazální stimulace. Respondentka č. 2 konkrétně uvedla: *„V rámci bazální stimulace rodina nosí oblíbené vůně,*

plyšáky, něco, na co byli zvyklí, nahrávky, fotky.“ Respondentky č. 3 a 4 do své odpovědi zahrnuly „dopomoc v každodenních činnostech“. Součástí paliativní péče jsou i poslední momenty života a respondentky č. 1, 5, 6 a 7 uvedly možnost rodiny být u pacienta do poslední chvíle.

5.4 Kategorie č. 4 – Týmová spolupráce

Při dotazech na týmovou spolupráci respondentky neodpovídaly zcela jednotně. Hlavní roli zde mohla hrát subjektivita a délka praxe. Cílem bylo zjistit, jestli v rámci pracoviště mají speciální tým určený pouze na paliativní péči tzv. paliativní tým. V první podkategorii bylo zjišťováno, jak se rozhoduje o paliativní péči a zda jsou sestry zapojovány do tohoto procesu. V rámci této podkategorie padla zároveň otázka na názory sester na jejich zapojení do procesu rozhodování.

První podkategorie: Zapojení NLZP do rozhodování

V této podkategorii bylo důležité subjektivní vnímání situace. Z rozhovorů vyplynulo, že některé respondentky vnímají zapojení do rozhodování odlišně. Podle respondentky č. 1: *„Rozhodují samozřejmě lékaři mezi sebou. Nám jako sestřám se poté v rámci dokumentace oznámí, že pacient je převeden např. na DNR a že se převádí na paliativní péči.“* Respondentka č. 2 uvedla, že finálně rozhodují lékaři, ale: *„Při vizitách se lékaři ptají, jak my, jako sestry, vnímáme stav pacienta, takže názor říct můžeme.“* Podobnou odpověď měla i respondentka č. 7: *„...můžeme lékařům sdělit svůj pohled.“* Respondentky č. 3, 4, 5 a 6 se shodly na odpovědi, že jsou součástí týmu a rozhodnutí o paliativní péči konzultují společně s lékaři. Součástí tohoto okruhu byl i dotaz, zda si myslí, že by jejich názor měl být zahrnut do procesu rozhodování.

Druhá podkategorie: Paliativní tým

Další část této kategorie se zabývala tím, kdo paliativní péči zajišťuje na oddělení NIP. Na otázku, zda mají na tomto oddělení dostupný paliativní tým, se všechny dotazované shodly, že ne. Respondentka č. 1 konkrétně uvedla: *„Paliativní tým zde nemáme. Máme primáře a kmenovou lékařku. Paliativní péči zajišťují běžní zaměstnanci.“* Respondentka č. 4 dodala: *„Speciální personál pouze na paliativní péči zde nemáme.“* Zbylé dotazované uváděly podobné odpovědi jako např. respondentka č. 7: *„...na paliativní péči se podílíme všichni.“* Respondentka č. 5 rozvedla svou odpověď o dílčí pozice: *„podílíme se na tom všichni: ošetřovatelky, rehabilitační, sestry a samozřejmě lékaři.“*

5.5 Kategorie č. 5 – Vztah s paliativní péčí

Paliativní péče a umírající pacienti jsou rozhodně citlivé téma pro každého zdravotníka. Zároveň pocity a vztah k této problematice je velice individuální a na odpovědích bylo znát, že někteří nechtěli zabíhat do podrobností. Zjišťován byl postoj k paliativní péči a zvládání těžkých situací, se kterými se téměř denně setkávají.

První podkategorie: Kladný postoj

Většina dotazovaných odpovídalo velice krátce a stručně. Z odpovědí ale bylo znát, že k paliativní péči mají pozitivní vztah. Několik respondentek zdůraznilo důležitost správného provádění např. respondentka č. 4: „*Pokud se provádí správně, tak určitě souhlasím.*“ Podobně odpovídala i respondentka č. 5: „*Se zařazením paliativní péče do moderní medicíny jediné souhlasím, pokud je ovšem prováděna správně.*“ Následně dodala, že by uvítala i větší osvětu ohledně tohoto tématu. Respondentka č. 3 uvedla: „*Jsem ráda, že se zdravotnictví stále vyvíjí a přináší nám i pacientům takovéto možnosti.*“ Respondentky č. 1 a 6 zmínily, že tato péče může přinést úlevu i rodině pacienta. Se špatnou zkušeností z jiného pracoviště se svěřila respondentka č. 2: „*Dříve jsem se setkala na jiném oddělení, kde pacienty vyloženě trápili, takže paliativní péče mi v tomhle přijde velice přínosná.*“

Druhá podkategorie: Odpočinek a odreagování

V rámci této kategorie byla položena poslední otázka rozhovoru, která se týkala odpočinku a zvládání stresu. Z celého průzkumu bylo zřetelné, že respondentky se s umírajícími pacienty setkávají téměř každý den a péči o své duševní zdraví dávají velkou váhu. Respondentky č. 2, 3, 4 a 6 nejvíce zmiňovaly sport: např. běh, plavání nebo pilates. Respondentky č. 2 a 5 uvedly důležitost dobrého kolektivu v práci: „*Máme zde výborný kolektiv, takže se s těžkými chvílemi mohu vypořádat už v práci...*“ (R5) a „*Hodně mi pomáhá si o tom popovídat s kolegy...*“ (R2). Důležitá je i podpora rodiny a přátel, jak zmínily respondentky č. 1, 4, 6 a 7. Právě respondentka č. 7 to shrnula jednou větou: „*Nejlépe si odpočínu doma s rodinou.*“

6 DISKUZE

V této kapitole dochází k diskuzi výsledků výzkumné části bakalářské práce. Diskuze odpovídá na předem určené cíle a porovnává je s informacemi jiných autorů a výzkumů. K porovnání výsledků je využita řada bakalářských a diplomových prací, zahraniční výzkum a doporučení ČLK. Kapitola je rozdělena podle jednotlivých stanovených cílů.

Zkušenosti s paliativní péčí

Prvním z cílů této práce bylo zjistit, jaké zkušenosti mají sestry s paliativní péčí na NIP. Z rozhovorů vyplynulo, že všechny dotazované mají kladné zkušenosti z tohoto oddělení. V rámci tohoto cíle bylo dále zjišťováno, jak často se s paliativní péčí setkávají. Četnost je porovnávána s výsledky bakalářské práce Boumové (2021), která zjišťovala, jaké zkušenosti mají sestry s paliativní péčí v intenzivní medicíně. Dále je porovnáno, za jakých podmínek dochází k přechodu na paliativní péči s výsledky práce Beranové (2021), jejíž cílem bylo zjistit, jaké zkušenosti mají sestry s paliativní péčí na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO). Na závěr je zhodnocení péče o stres a duševní zdraví sester, které se setkávají s umírajícími pacienty v rámci paliativní péče. Výsledky této práce jsou srovnány s výsledky práce Boumové (2021) i Beranové (2021) a zahraničním výzkumem, který realizovali Kim H. a Kim K. (2020) v Koreji.

- **Četnost**

Při zjišťování, jaké zkušenosti mají sestry pracující na NIP s paliativní péčí, byly respondentky dotazovány na to, jak často se s paliativní péčí setkávají. Z průzkumu vyplynulo, že sestry pracující na NIP se setkávají s paliativní péčí velmi často. Většina respondentek se shodlo na tom, že velká část pacientů na NIP je převáděna do paliativní péče. Boumová (2021) ve svém výzkumu uvádí, že sestry, pracující v intenzivní medicíně, se s paliativní péčí setkávají méně. Konkrétně uvádí: „*Ve většině případů (68 %) se respondenti s paliativní péčí v průměru setkávají a poskytují ji minimálně 1x měsíčně (24 odpovědí, 44 % případů) či min 1x týdně (13 odpovědí, 24 % případů).*“ Ve svém průzkumu zkoumala zkušenosti sester z oddělení ARO a JIP. Tato skutečnost může být dána tím, že na těchto odděleních probíhá převážně kurativní léčba. Sama Boumová (2021) také uvádí v teoretické části, že: „*...prostředí intenzivní péče je pro poskytování paliativní péče náročné.*“

- **Přechod do paliativní péče**

Dalším tématem týkající se zkušeností byla otázka na to, jak často a za jakých podmínek se na oddělení následné intenzivní péče přechází do paliativní péče. Sestry zapojené do tohoto

výzkumu se v odpovědích shodly na tom, že o paliativní péči se začne uvažovat tehdy, když aktuální léčba nezabírá a zároveň jsou vyčerpány veškeré jiné možnosti. Samotný proces začíná na základě podnětu někoho z ošetřujícího týmu a poté dochází ke konzultaci lékařů či celého týmu. Některé respondentky také uvedly důležitost zapojení rodiny např. R3: „...*A zároveň probíhá komunikace s rodinou pacienta.*“ Beranová (2021) ve svém výzkumu uvádí podobné zjištění. Respondentky jejího výzkumu odpovídají, že načasování změny léčby z akutní na paliativní je velice individuální. Uvádějí, že roli zde hraje mnoho faktorů. Jako například: přidružená onemocnění, věk, pohlaví nebo komplikace spojené s akutním stavem pacienta. Jedna z respondentek zdůraznila i kvalitu života: „*Záleží i na tom, jaká kvalita života bude po té dané léčbě. Jestli má opravdu význam pokračovat v léčbě a z daného člověka udělat pacienta upoutaného na lůžko, v bezvědomí, upoutaného na ventilátor, který nebude schopen naprosto ničeho, a bude to zátěží nejen pro toho daného pacienta, ale i pro rodinu a zdravotnický personál. Ten zlom vidím v tom, že si člověk musí připustit to, že už tomu danému pacientovi nemůže nijak pomoci a že by se měla zahájit ta péče paliativní.*“ Další respondentky uváděly podobné odpovědi jako respondentky výzkumu této bakalářské práce, a to: „*vyčerpání léčba*“ nebo „*nereagování na dosavadní léčbu*“.

- **Odpočinek a odreagování**

Součástí zkušeností bylo i zjišťování, jak respondentky pečují o své duševní zdraví a kde hledají odpočinek. Respondentky se obecně shodly, že odpočinek a odreagování nejvíce nacházejí ve sportu a času stráveným s rodinou či přáteli. Dále zmínily důležitost dobrého kolektivu na pracovišti. Boumová (2021) ve svém průzkumu uvádí, že 40 % respondentů z JIP a ARO považují péči o paliativní pacienty za průměrně náročnou a 49 % za náročnou. Na otázku, jak se tedy vyrovnávají s náročnými případy paliativní péče, odpovídali velice podobně. Mezi nejčastější odpovědi se řadí: rodina, hobby/koníčky, kolegové, přátelé a sport. Beranová (2021) měla obdobné zjištění. Často se opakovaly odpovědi jako sport, procházka či rodina. Dále ale respondenti zmiňovali lásku k práci např. R2: „*Tahle práce mě baví. Není to pro mě žádné poslání, ale ta práce, co dělám, má význam. Má význam, a i přes veškeré nezdary, co se stávají, tak je pár případů, pro který má cenu tu práci dělat...*“ Ze všech zmíněných průzkumů je jasné, že se nejedná o lehké situace a je potřeba pečovat o svoje duševní zdraví a naučit se zvládat stres.

V Koreji proběhl výzkum zaměřený na zvládání stresu sester pracujících s onkologickými pacienty. Fyzická i emocionální náročnost vztahu mezi sestrou a pacientem v poslední fázi života vytváří značný stres. Kim H. a Kim K. (2020) uvádějí, že tyto sestry jsou pravidelně

vystavovány vysoce stresovým situacím, které mohou způsobit např. syndrom vyhoření častěji než u sester, které se s umírajícími pacienty setkávají méně. Ve své studii zkoumali strategie zvládání stresu u paliativních sester pracujících na onkologickém oddělení (palliative cancer care nurses). Výzkumu se účastnilo 185 registrovaných sester (registered nurses) pracujících na onkologických odděleních, paliativních odděleních nebo v hospicích zaměřených na onkologické pacienty. Mezi největší stresové faktory patřilo: nadměrná pracovní zátěž, mezilidské konflikty s lékaři a neuspokojivý vztah s nadřízeným. Nejčastější metody zvládání stresu zúčastnění uváděli: spánek, podpora okolí (přátelé, rodina, kolegové) a volnočasové aktivity (sport, cestování, čtení knih, sledování televize). Zde je vidět jistá podobnost s odpověďmi účastníků výzkumu této bakalářské práce. Dále Kim H. a Kim K. (2020) zdůrazňují využití psychologických strategií a rozvoj dovedností pro zvládání stresu. Zároveň říkají, že je nezbytné vyvinout a realizovat efektivní školicí programy zaměřené na zvládání stresu pro sestry pečující o umírající pacienty.

Paliativní péče na NIP

Dalším z cílů bylo zjistit, jak probíhá paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče. Zjišťovalo se, s jakou formou se dotazované setkávají nejčastěji, zda mají dostupný paliativní tým a jak oddělení následné péče dokáže zapojit rodinu a blízké, když mají zájem.

- **Paliativní tým**

V Estrella Health se dotazované shodly na tom, že žádný speciální (paliativní) tým k dispozici nemají a paliativní péči zde zajišťuje ošetrující tým (lékaři, NLZP a další zdravotničtí pracovníci). Pavlíková (2023) ve své práci dělala průzkum ve dvou zařízeních: VFN Praha a Karlovarska krajská nemocnice (KKN). Mimo jiné zjišťovala i dostupnost konziliárního týmu paliativní péče (KTPP). V rámci průzkumu bylo zjištěno, že VFN Praha konziliárním týmem paliativní péče disponuje, ale Karlovarská krajská nemocnice nikoli. V dotazníkovém šetření se dále ptala, kde respondenti vidí změnu, když s nimi spolupracuje KTPP. Respondenti uváděli, že např. dochází ke zvýšené empatii, úlevě, lepšímu pochopení svého stavu, zlepšení návaznosti péče (hospic), přínos pro rodinu a blízké pacienta a zároveň, že tým zajišťuje komunikaci s pacientem i rodinou. Mezi nejzajímavější odpovědi Pavlíková (2023) zařadila: *„Péče KTPP má dobrý dosah na psychický stav pacienta ve smyslu pozitivnějšího přístupu pacienta k jejich diagnóze. Vnímám lepší nastavení a plánování budoucí péče. Bohužel ne vždy je ze stran našich lékařů vyslyšeno a aplikováno.“* A *„Lidský přístup k pacientovi i rodině, ne*

každý lékař chce spolupráci s KTHP, nicméně přístup lékařů k umírajícím je lepší.“ Což ukazuje, že přítomnost paliativního týmu může být přínosem.

- **Metody při přechodu do paliativní péče**

Na otázku, jaké metody jsou v těchto zařízeních uplatňovány při ukončování intenzivní péče, Pavlíková (2023) uvedla, že nejčastější metodou je DNR, což uvedla i respondentka č. 1 v průzkumu této bakalářské práce. Pavlíková (2023) dále uvádí paliativní sedaci, vysazení léků na podporu oběhu či postupné snižování ventilační podpory. Respondentky z oddělení následné intenzivní péče uvedly: paliativní sedaci a terminální weaning. Vondráčková (2017) prováděla dotazníkové šetření ve třech různých zdravotnických zařízeních na odděleních JIP a ARO a mezi postupy, které jsou uplatňované při ukončení intenzivní péče zjistila, že nejvíce respondentů zvolilo odpovědi: „nerozšiřování stávající léčby“, „nasazení paliativní sedace“, „nezahájení dialyzační léčby“ a „vysazení léků na podporu oběhu“.

Jako metody paliativní péče na NIP potom respondentky uváděly: péči o bolest a hodnocení bolesti pomocí škály VAS nebo FLACC, péči o respirační systém, hydrataci a výživu, polohování a psychologickou podporu pro pacienta i rodinu.

- **Rodina**

Důležitou součástí paliativní péče je i rodina pacienta. Ve zdravotnickém zařízení Estella Health se všechny respondentky shodly na odpovědi, že se rodina a blízcí mohou do paliativní péče zapojit, když mají zájem. Zapojení rodiny do péče o pacienta v paliativní péči je velice individuální, jak vyplynulo z rozhovorů. Dotazované uváděly, že na NIP se rodina nejčastěji zapojuje v rámci bazální stimulace (fotky, vůně, předměty z domácího prostředí) a při dopomoci v každodenních činnostech. Zároveň Estrella Health nabízí možnost být u pacientova lůžka do poslední chvíle. Podobné zjištění uvedla ve své práci i Peloušková (2016), která prováděla kvantitativní výzkum ve třech zdravotnických zařízeních na jednotkách intenzivní péče. Na otázku, zda se mohou blízcí pacienta zapojit do péče, odpovědělo 77 % respondentů „ano“, 15 % „ne“ a 8 % uvedlo odpověď „nevím“. Respondenti, kteří odpověděli kladně, dále uváděli, jak se rodina může zapojit. Mezi nejčastější odpovědi patřilo: „krmení pacienta“, „bazální stimulace“, „rehabilitace“ a „hygienická péče“. Dle zvyklosti oddělení je toto nejspíše individuální, ale odpovědi respondentů z obou výzkumů jsou podobné. Jak bylo zmíněno, respondentky z NIP uváděly, že rodina a blízcí mají možnost se rozloučit s umírajícím pacientem. Stejně výsledky přinesl i průzkum Pavlíkové (2023), všichni dotazovaní z obou

zdravotnických zařízení (KKN a VFN Praha) se jednohlasně shodli, že jejich oddělení (JIP) nabízí možnost rozloučení s umírajícím pacientem pro rodinu a blízké.

Jak vyplynulo z průzkumu na oddělení následné intenzivní péče, zapojení rodiny je velice individuální. Ryšková Nováková (2023) ve své diplomové práci *Role rodiny v implementaci paliativní péče v následné intenzivní péči* mimo jiné zjišťovala, zda mají blízcí a rodina pacienta v paliativní péči zájem o zapojení do péče ze strany zdravotníků. V dotazníkovém šetření zvolilo odpověď „rozhodně ano“ pouze 2 % dotazovaných. 28 % odpovědělo „spíše ano“, 34 % „nevím“ a nejvíce respondentů (36 %) zvolilo možnost „spíše ne“. I tyto odpovědi ukazují, že zapojení rodiny do péče není samozřejmost.

Zároveň všechny výzkumy potvrzují, že možnost zapojení rodiny do paliativní péče jednotlivá zařízení umožňují a rozhodnutí je poté na rodině či pacientovi.

Zapojení NLZP do paliativní péče

V rámci posledního cíle bylo zjišťováno, jak se NLZP zapojují do paliativní péče na NIP a zda se podílí na rozhodování při změně léčby z kurativní na paliativní. Samy sestry uvedly, že si myslí, že by jejich názor měl být zahrnut do rozhodování, protože s pacientem tráví více času než lékaři. Výsledky výzkumu jsou porovnány s průzkumy realizovanými na odděleních NIP, DIOP, JIP a ARO.

Respondentky z Estrella Health se víceméně shodly na tom, že jsou do rozhodování zapojeny a že rozhodnutí konzultují jako tým společně s lékaři. Jedinou výjimkou byla respondentka č. 1, která uvedla, že se o rozhodnutí dozvídá až v rámci dokumentace. Šlo o subjektivní pocity a každá sestra může vnímat zapojení do rozhodování jinak.

Malá (2022) v rámci své diplomové práce prováděla výzkum pomocí dotazníků na 15 různých pracovištích NIP a DIOP. Jeden z cílů byl zjistit, zda se sestry pracující na DIOP a NIP zapojují do rozhodovacích procesů u pacientů v konečné fázi života. K porovnání výsledku byla vybrána část respondentů pracujících v zařízení NIP. Na otázku, zda jsou zapojeni do rozhodovacích procesů, odpovědělo „ano“ 50,7 % respondentů a 49,3 % zvolilo odpověď „ne“.

Pavlíková (2023) uvádí, že zapojení nelékařských zdravotnických pracovníků je stále nízké. Respondenti z VFN Praha a KKN nejčastěji uváděli, že na jejich pracovišti probíhá rozhodnutí o ukončení intenzivní péče domluvou mezi lékaři. Podobné výsledky měla i kolegyně Vondráčková (2017), jejíž respondenti nejvíce označovali odpověď „domluva mezi lékaři“.

Na základě těchto odpovědí lze říci, že zapojení nelékařských zdravotnických pracovníků do rozhodovacích procesů je rozdílné pracoviště od pracoviště. Přitom se v doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 v článku č. 6 uvádí: „*Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model)* (Doporučení představenstva ČLK č.1/2010).

7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce zkoumala specifika paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče. Hlavním cílem bylo zjistit, jak probíhá paliativní péče na oddělení NIP. Dále byly zkoumány zkušenosti NLZP s paliativní péčí a jejich zapojení do paliativní péče.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou kapitoly zaměřené na dvě hlavní témata: paliativní péče a následná intenzivní péče. Zároveň teoretické části byly vybrány tak, aby souvisely s praktickou částí. V první části, která je zaměřena na paliativní péči, jsou rozebrány základní pojmy, historie, vývoj v ČR, základní rozdělení paliativní péče a její formy a řešení nejčastějších symptomů jako je bolest a dušnost. Dále je rozebráno, jak je paliativní péče začleněna v intenzivní medicíně. Poslední kapitoly pojednávají o zapojení rodiny a vztahu paliativní péče s etikou a právem. Druhá část je zaměřena na následnou intenzivní péči. Zde jsou opět shrnuty základní pojmy a historie. Je popsána skupina pacientů, kteří jsou nejčastěji hospitalizováni na oddělení následné intenzivní péče. Závěrečná kapitola mluví o paliativní péči na oddělení následné intenzivní péče.

V rámci praktické části probíhal průzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním cílem bylo získat odpovědi na to, jak probíhá paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče. Respondenty se stali NLZP pracující v zařízení Estrella Health v Hradci Králové. Jednotlivé rozhovory byly analyzovány formou kódování a následně rozebrány v určených kategoriích. Výsledky byly poté diskutovány a porovnány s informacemi jiných autorů.

V průzkumu bylo zjištěno, že všechny respondentky se pravidelně setkávají s paliativní péčí na oddělení NIP. Převedení pacienta do paliativní péče probíhá na základě podnětu někoho z ošetřujícího týmu. Většina respondentek se shodla na tom, že rozhodnutí konzultují společně s lékaři a že jsou plně zapojeni do rozhodovacího procesu. Respondentky také uvedly, že na pracovišti, kde probíhal výzkum, nemají k dispozici paliativní tým. V diskuzi vyplynulo, že možnost KTPP může být přínosem pro pacienty i zdravotníky. Mezi metody paliativní péče dotazované zařadily primárně péči o bolest, respirační systém, hydrataci a výživu a psychickou podporu pro pacienta i rodinu. Co se týče zapojení rodiny – jedná se o citlivé a individuální téma. Respondentky uvedly, že se rodina a blízcí mohou do paliativní péče zapojit, pokud mají zájem. Nejčastěji se tak děje v rámci bazální stimulace nebo dopomoci při každodenních činnostech.

Výzkum byl prováděn pouze na jednom pracovišti a účastnilo se sedm NLZP, a to může představovat jistou limitaci. Získaná data tudíž nemusí být zobecnitelná na populaci či jiné zařízení, což bylo zjištěno i v diskuzi.

Zjištění této práce poskytují cenný přehled o tom, jak může být paliativní péče efektivně integrována na odděleních následné intenzivní péče, a tím výrazně zlepšit kvalitu života pacientů i jejich rodin. Bakalářská práce rozšiřuje znalosti o paliativní péči na oddělení následné intenzivní péče a doufám, že práce poskytne inspiraci pro další výzkumy v této oblasti.

8 POUŽITÁ LITERATURA

8.1 Literární zdroje

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

DRÁBKOVÁ, Jarmila a Soňa HÁJKOVÁ. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4470-7.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MALÁSKA, Jan et al. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-675-7.

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

SLÁMA, Ondřej a Ladislav KABELKA. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

ŠEVČÍK, Pavel et al. *Intenzivní medicína*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.

8.2 Internetové zdroje

ARANTZAMENDI, Maria et al. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2021, 61(4), 831-844 [cit. 2024-02-17]. ISSN 0885-3924. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022>

ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R. Etika a paliativní péče v intenzivní péči v roce 2019. *Anaesthesiology & Intensive Medicine* [online]. 2019, 30(6), 281-287 [cit. 2024-02-17]. ISSN

12142158.

Dostupné

z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=142473372&scope=site>

Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P. Úrovně paliativní péče (Národní strategie paliativní péče, Rakousko). In: *paliativa.cz* [online]. 2016 [cit. 2024-03-25]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/pro-odbornou-spolecnost/paliativni-pece-v-ceske-republice>

DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. In: *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 2010, 21(3), s. 165-167 [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: https://www.aimjournal.cz/artkey/aim-201003-0010_doporuceni-predstavenstva-clk-c-1-2010-k-postupu-pri-rozhodovani-o-zmene-lecby-intenzivni-na-lecbu-paliativni.php

DJAKOW, J. Year 2020 in review - Post-acute intensive care. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 2020, 31(6), 305-309 [cit. 2024-03-03]. ISSN 12142158. Dostupné z: doi:10.36290/aim.2020.063

GANZ, Freda DeKeyser, Maureen Ben NUN a Ofra RAANAN. Introducing palliative care into the intensive care unit: An interventional study. *Heart & Lung* [online]. 2020, 49(6), 915-921 [cit. 2024-02-15]. ISSN 0147-9563. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956320303071>

GLAJCHEN, Myra et al. Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Current Treatment Options in Oncology* [online]. 2022, 23(5), 658-667 [cit. 2024-02-17]. ISSN 1527-2729. Dostupné z: doi:10.1007/s11864-022-00957-1.

JEDLIČKOVÁ, A. Etické aspekty paliativní péče. *General Practitioner* [online]. 2023, 103(3), 152-158. ISSN 00326739. [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=172285794&scope=site>

KIM, Hyunju a Kisook KIM. Palliative Cancer Care Stress and Coping Among Clinical Nurses Who Experience End-of-Life Care. In: *Journal of hospice and palliative nursing* [online]. 2020, 22(2), s. 115-122 [cit. 2024-04-13]. ISSN 1539-0705. Dostupné z: doi:10.1097/NJH.0000000000000624

MOHANTI, Bidhu K. Ethics in Palliative Care. In: *Indian Journal of Palliative Care* [online]. 2009, s. 89–92 [cit. 2024-02-03]. ISSN 0973-1075. Dostupné z: doi:10.4103/0973-1075.58450

MUNOZ-PRICE, L. Silvia. Long-Term Acute Care Hospitals. In: *Clinical Infectious Diseases* [online]. 2009, 43(3), 438-443 [cit. 2024-02-25]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/40308710>

MZČR. Standardy poskytování specializované paliativní péče ve formě konziliárního týmu paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR. *Věstník MZČR* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022(1), 2-7 [cit. 2024-02-05]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-1-2022/>

NEJM RESIDENT 360. Brief History of Palliative Care. *Resident360.nejm.org* [online]. 2020 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://resident360.nejm.org/content-items/history-of-palliative-care>

PEŘINA, Jakub. Historie paliativní péče. *Umírání.cz – Umírání.cz* [online]. 2016 [cit. 2024-01-21] Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>

SAARINEN, Johanna et al. Family members' participation in palliative inpatient care: An integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences* [online]. 2021, 37(4), 897-908 [cit. 2024-02-17]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1111/scs.13062>

SAUNDERS, Benjamin et al. *Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization*. Quality & quantity [online]. 2018, 52(4), 1893-1907 [cit. 2024-03-29]. ISSN 0033-5177. Dostupné z: doi:[10.1007/s11135-017-0574-8](https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8)

STOLBERG, Michael. *A history of palliative care, 1500-1970: concepts, practices, and ethical challenges* [online]. Cham, Switzerland: Springer, [2017] [cit. 2024-01-24]. Philosophy and medicine. ISBN 978-3-319-54178-5.

VORLÍČEK, Jiří a Ondřej SLÁMA. Paliativní medicína – historie a současnost. *SANQUIS* [online]. 2005, 2005(41), 34 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art345>

VZP. Pracoviště NIP a DIOP [online]. 2024 [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/pracoviste-nip-a-diop>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. WHO. *Who.int* [online]. 2020 [cit. 2024-01-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

8.3 Ostatní

BERANOVÁ, Eva. *Paliativní péče na anesteziologicko-resuscitačním oddělení* [online]. Pardubice, 2021. Dostupné také z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/77766>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina HORÁČKOVÁ, Ph.D.

BOUMOVÁ, Romana. *Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny* [online]. Praha, 2021. Dostupné také z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/151197>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství 3. LF UK. Vedoucí práce Mgr. Jana HEŘMANOVÁ, Ph.D.

MALÁ, Andrea. *Zapojení sester do rozhodovacích procesů u nemocných v následné intenzivní péči a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči* [online]. Brno, 2022. Dostupné také z: <https://is.muni.cz/th/vr9d6/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jiřina Večeřová.

PAVLÍKOVÁ, Tereza. *Paliativní péče v intenzivní medicíně z pohledu všeobecných sester* [online]. Praha, 2023. Dostupné také z: <https://is.vszdrav.cz/th/dt7xx/>. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická. Vedoucí práce Mgr. Eva MARKOVÁ, PhD.

PELOUŠKOVÁ, Michaela. *Paliativní péče v intenzivní medicíně z pohledu všeobecných sester* [online]. Jihlava, 2016. Dostupné také z: <https://isz.vspj.cz/bp/get-bp/student/46986/thema/6121>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Iveta JIREŠOVÁ.

RYŠKOVÁ NOVÁKOVÁ, Jitka. *Role rodiny v implementaci paliativní péče v následné intenzivní péči* [online]. Brno, 2023. Dostupné také z: <https://is.muni.cz/th/zzhxm/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jiřina VEČEŘOVÁ.

VONDRÁČKOVÁ, Jitka. *Paliativní péče v prostředí intenzivní péče* [online]. Pardubice, 2017. Dostupné také z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/68028>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jitka RUSOVÁ, DiS.

9 PŘÍLOHY

Příloha A - Pracoviště NIP k 1. 2. 2024 (VZP, 2024)	49
Příloha B – Informovaný souhlas	51
Příloha C – Přepis rozhovorů.....	52

Příloha A - Pracoviště NIP k 1. 2. 2024 (VZP, 2024)

Kraj	Smluvní poskytovatel	Ulice	Místo	PSČ	Typ
Hlavní město Praha	MEDITERRA s.r.o.	U Malvazinky 1500/5	Praha 5	15000	NIP, DIOP
Hlavní město Praha	Fakultní nemocnice v Motole NIP,DIOP	V Úvalu 84/1	Praha 5	15000	NIP, DIOP
Hlavní město Praha	ÚVN - Vojenská fakultní nemocnice Praha	U Vojenské nemocnice 1200/1	Praha 6	16902	NIP
Hlavní město Praha	ETOILE CZ a.s.	Šrobárova 1150/50	Praha 10	10000	NIP
Hlavní město Praha	Nemocnice Vršovice a.s.	U Vršovického nádraží 1547/5	Praha 10	10100	NIP
Hlavní město Praha	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	Šrobárova 1150/50	Praha 10	10034	NIP
Středočeský kraj	NH Hospital a.s.	K Nemocnici 1106/14	Hořovice	26801	NIP, DIOP
Středočeský kraj	Oblastní nemocnice Kladno, a.s.	Vančurova 1548	Kladno	27201	NIP, DIOP
Středočeský kraj	ANESAN, s.r.o.	Žižkova 282	Český Brod	28201	NIP
Středočeský kraj	Oblastní nemocnice Kolín,a.s.	Vojtěšská 237	Kutná Hora	28401	NIP
Středočeský kraj	ALMEDA, a.s.	Alšova 462	Neratovice	27711	NIP, DIOP
Středočeský kraj	Městská nemocnice Městec Králové, a.s.	Prezidenta Beneše 343	Městec Králové	28903	NIP, DIOP
Středočeský kraj	Chronicare s.r.o.	Spojovací 873	Milovice	28924	NIP, DIOP
Středočeský kraj	MEDITERRA Sedlčany, s.r.o. - NIP, DIOP	Tyršova 161	Sedlčany	26401	NIP, DIOP
Středočeský kraj	Dlouhodobá intenzivní oš. péče	Dukelských hrdinů 200/II.	Rakovník	26929	NIP, DIOP
Jihočeský kraj	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	U Nemocnice 380	Jindřichův Hradec	37701	NIP
Plzeňský kraj	Klatovská nemocnice, a.s.	Plzeňská 929	Klatovy	33901	NIP, DIOP
Plzeňský kraj	Fakultní nemocnice Plzeň	Edvarda Beneše 1128/13	Plzeň	30100	NIP, DIOP
Plzeňský kraj	Mulačova nemocnice s. r. o.	Dvořákova 1207/17	Plzeň	30100	NIP
Karlovarský kraj	Nemocnice Ostrov s.r.o.	U Nemocnice 1161	Ostrov	36301	NIP, DIOP
Ústecký kraj	Nemocnice Roudnice nad Labem s.r.o.	Alej 17. listopadu 1101	Roudnice nad Labem	41301	NIP, DIOP
Ústecký kraj	Krajská zdravotní, a.s.-Nemoc.Most,o.z.	J. E. Purkyně 270/5	Most	43401	NIP, DIOP
Liberecký kraj	Nemocnice Tanvald, s. r. o.	Nemocniční 287	Tanvald	46841	NIP, DIOP
Královéhradecký kraj	ESTRELLA Health a.s.	Nezvalova 265	Hradec Králové	50003	NIP
Královéhradecký kraj	Oblastní nemocnice Náchod a.s.	Smetanova 91	Broumov	55016	NIP

Královéhradecký kraj	Nemocnice Vrchlabí, s.r.o.	Fügenerova 50	Vrchlabí	54301	NIP
Pardubický kraj	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.	Václavská 570	Chrudim	53727	NIP
Vysočina	Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.	Žďárská 610	Nové Město na Moravě	59231	NIP
Vysočina	Nemocnice sv.Zdislavy,a.s.	Mostišťe 93	Velké Meziříčí	59401	NIP
Jihomoravský kraj	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	Pekařská 664/53	Brno	65691	NIP
Jihomoravský kraj	Chronicare Mund s.r.o	Polní 553/3	Brno	63900	NIP
Jihomoravský kraj	Chronicare Mund s.r.o	Terezy Novákové 2260/62b	Brno	62100	NIP, DIOP
Jihomoravský kraj	Fakultní nemocnice Brno	Černopolní 212/9	Brno	62500	NIP, DIOP
Jihomoravský kraj	SurGal Clinic s.r.o.	Drobného 307/38	Brno	60200	NIP, DIOP
Jihomoravský kraj	Nemocnice TGM Hodonín, příspěvková org.	Purkyňova 2731/11	Hodonín	69501	NIP
Olomoucký kraj	AGEL Středomoravská nemocniční a.s.	Dvořákova 1800/75	Přerov	75002	NIP
Olomoucký kraj	AGEL Středomoravská nemocniční a.s.	Mathonova 291/1	Prostějov	79604	NIP
Olomoucký kraj	Fakultní nemocnice Olomouc	Zdravotníků 248/7	Olomouc	77900	NIP, DIOP
Olomoucký kraj	Vojenská nemocnice Olomouc	Sušilovo náměstí 1/5	Olomouc	77900	NIP, DIOP
Olomoucký kraj	Nemocnice Šumperk a.s.	Nerudova 640/41	Šumperk	78701	NIP, DIOP
Moravskoslezský kraj	Nemocnice ve Frýdku-Místku, přís. organ.	El. Krásnohorské 321	Frýdek-Místek	73801	NIP, DIOP
Moravskoslezský kraj	Nemocnice Karviná - Ráj, příspěvková org	Masarykova třída 900	Orlová - Lutyně	73514	NIP, DIOP
Moravskoslezský kraj	Chronicare Nord s.r.o.	Pavlovova 2626/33	Ostrava - Zábřeh	70030	NIP, DIOP
Zlínský kraj	Uherskohradištská nemocnice a.s.	J. E. Purkyně 365	Uherské Hradiště	68606	NIP
Zlínský kraj	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	Havlíčkovo nábřeží 600	Zlín	76275	NIP, DIOP

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru pro bakalářskou práci

Název bakalářské práce: Paliativní péče na oddělení následné intenzivní péče

Student: Eliška Kročová

Kontakt: eliskakrocova@seznam.cz

Předmět a provedení:

Výzkum je zaměřen na zkušenosti a postoje nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) s paliativní péčí na oddělení následné intenzivní péče (NIP). Hlavním cílem je zjistit, jaké zkušenosti mají NLZP s paliativní péčí na NIP. Výzkum je prováděn v rámci zpracování bakalářské práce na Univerzitě Pardubice.

Výzkum bude veden formou rozhovoru. Průběh rozhovoru bude nahráván a následně bude vytvořen doslovný přepis, který bude dále analyzován a interpretován v praktické části bakalářské práce. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu a po skončení výzkumu bude smazán. Doslovný přepis bude anonymní, aby na základě přepisu nebylo možné identifikovat respondenty.

Prohlášení:

- Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a dalších souvisejících informací.
- Rozumím výše uvedenému textu a souhlasím s jeho obsahem.
- Rozumím tomu, že obsahem rozhovoru a dalších informací mohou být i osobní a citlivé záležitosti a obtížná témata.
- Rozumím tomu, že nemusím odpovídat na obtížné nebo nepříjemné otázky a zároveň mám možnost ptát se na jakékoliv otázky ohledně výzkumu a dané práce.
- Rozumím tomu, že mohu úplně zrušit moji účast na výzkumu.

Jméno a příjmení:

Datum a podpis:

Příloha C – Přepis rozhovorů

1. Vám je let?

R1: 24

R2: 24

R3: 44

R4: 41

R5: 26

R6: 39

R7: 40

2. Jak dlouhou máte praxi na NIP?

R1: 2,5 roku, předchozí praxi jsem absolvovala na standardním oddělení

R2: 1 rok

R3: 2 roky

R4: 3 roky

R5: 3 roky, předchozí praxe byla na interním oddělení a LDN

R6: Celkově 6 let

R7: 7 let

3. Absolvoval/a jste nějaký kurz či školení ohledně paliativní péče? Pokud ano, jaký?

R1: Byla zde na oddělení možnost školení, ale bohužel jsem se nemohla účastnit.

R2: Ne.

R3: Ne, ale ráda bych.

R4: Zatím ne.

R5: Měla jsem školení v rámci ARIP studia a pracovní školení zde na oddělení.

R6: Absolvovala jsem kurzy Elnec.

R7: Ne.

Hlavní část

4. Může mi popsat, kde vidíte hlavní rozdíly mezi intenzivní a paliativní péčí?

R1: Intenzivní péče je komplexní léčba pacienta. Taková péče, která zachraňuje pacienta za jakýchkoli okolností. Používá se široké spektrum léků, pacient podstupuje různá vyšetření a výkony. Paliativní péče se zvažuje v moment, kdy se život chýlí ke konci, a my chceme ten konec života zpříjemnit, tak aby pacient netrpěl a samozřejmě i jeho rodina.

R2: V intenzivní péči se snažíme obnovit zdraví pacienta tím, že děláme komplexní ošetrovatelskou péči, plníme ordinace lékaře. Lékaři nastavují léčbu za účelem záchrany života. Kdežto paliativní péče je na sklonku života pacienta, kdy se snažíme o zmírnění příznaků, jako je například bolest. Pacienta chceme nechat v klidu odejít.

R3: Intenzivní péče je plnou terapií, jejíž součástí jsou invazivní vstupy a intenzivní léčba pacienta za účelem zachránit život. Paliaci bych popsala jako moment, kdy léčbu nerozšiřujeme, snažíme se udržet komfort pacienta. Dále se zaměřujeme na bolest a spolupráci s rodinou.

R4: Intenzivní péče je o primární záchraně života. Paliativní péče je spíše o důstojném odcházení.

R5: Intenzivní péče má za cíl zachránit pacientův život. Využívá se rozsáhlá péče, široké spektrum léků, popřípadě různé invazivní zákroky. Paliativní péče méně zatěžuje pacienta a rodinu léčbou a výkony. Více dbáme na komfort a jsme více benevolentní k různým věcem a péči ohledně pacienta a rodiny.

R6: Intenzivní péče se zaměřuje na obnovení zdraví a vyřešení momentálního onemocnění za pomoci různých výkonů, léků atd. Paliace se zaměřuje na komfort s přáním pacientů a případně i rodiny.

R7: Intenzivní péče léčí onemocnění. Paliace se zaměřuje na komfort a přání pacienta, případně rodiny.

5. Máte zkušenost paliativní péčí na NIP? Pokud ano, můžete mi popsat Vaše zkušenosti?

R1: S paliativní péčí se tu setkáváme poměrně často. Poprvé jsem se s paliativní péčí asi setkala v rámci praxí při studiu. Obecně bych řekla, že mám kladné zkušenosti a setkala jsem se s profesionalitou zdravotníků.

R2: I přes to, že zde pracuji první rok, tak bych řekla, že se tu setkávám s paliativní péčí docela často. Zkušenost z tohoto oddělení je určitě kladná, ale bohužel jsem zažila i pracoviště, kde léčbu uměle prodlužovali.

R3: Z mého pohledu je na našem oddělení přístup k paliativní péči pozitivní. Nesečkala jsem se zde s umělým prodlužováním života. Zaměřujeme se zde na spolupráci s rodinou, např. umožnit jim kontakt s pacientem kdykoliv.

R4: Ano, s paliativní péčí se zde na oddělení setkávám. Jedná se o pacienty ve finálním stádiu jejich onemocnění, kdy jim už nezabírá žádná léčba. Mohu říct, že moje zkušenosti jsou víceméně kladné.

R5: Ano, zkušenosti mám. Z valné většiny jsou kladné, dbáme na prvním místě na komfort pacienta, na jeho klid a smíření rodiny. Redukuje se medikace, výkony apod. Ze své zkušenosti mohu říct, že paliativní péče většinou přinese nějaký komfort pacientovi i rodině v této nelehké situaci.

R6: Zkušeností mám mnoho. Obecně mohu říct, že jde o pacienty, u kterých přestala zabírat léčba. Někdo z ošetřujícího personálu dá podnět ostatním a společně konzultujeme další možnosti. Podobně tomu bylo i na bývalém pracovišti. Klademe tady i důraz na zapojení rodiny, pokud o to stojí. Jakmile je pacient převeden do paliativní péče, je to zaznamenáno v dokumentaci. V rámci péče se omezí „nepotřebné“ léky, omezí se výkony a řešíme pacientův komfort.

R7: Zkušeností mám za svou praxi mnoho. Napadá mě například pandemie, která proběhla před pár lety a přinesla na oddělení NIP mnoho pacientů a bohužel i ty, kterým jsme dále nemohli

pomoci v rámci kurativní léčby. Na našem oddělení je paliativní péče běžnou součástí. Obecně jde vždy o pacienty, kteří nereagují dál na léčbu a není už jiná možnost, jak vyléčit jejich stav.

6. Jak často a za jakých podmínek řešíte přechod do paliativní péče na NIP?

Doplňující otázka: U jakých pacientů nejčastěji řešíte převedení do paliativní péče?

R1: Jak jsem již zmiňovala, s paliací se setkáváme často. Když lékaři vidí, že dosavadní léčba nemá smysl, tak začnou uvažovat nad převedením do paliace. S rozhodnutím musí být seznámena rodina. Poté se postupně podle potřeby pacienta nasazují analgetika nebo paliativní sedace.

Do nejčastějších diagnóz u nás na oddělení bych zařadila respirační selhání, post covid stavy a stavy po pádech.

R2: Asi třičtvrtě pacientů zde nakonec skončí v paliativní péči. Přechod se řeší v moment, kdy pacientovi už nemůžeme pomoci a lékaři se shodnou, že přejdeme na paliativní péči. Budeme tišit bolest – opiáty a celkovou sedací, pokud je to potřeba a zdravotní stav pacienta to vyžaduje. Myslím, že nejčastěji jsem se setkala s paliativní péčí u pacientů s respiračním selháním.

R3: S paliací se zde setkáváme často. Přesné číslo asi nedokážu říct, ale odhadem asi v 50 %, kdy se stav pacienta nevyvíjí kupředu a již se vyčerpaly všechny možnosti léčby. Paliace se řeší v týmu složeného z personálu, který se o pacienta stará. A zároveň probíhá komunikace s rodinou pacienta.

Paliativní péče je u širokého spektra pacientů, pokud bych měla vybrat nějaký stav, tak mě napadají různé neurologické stavy nebo ventilovaní pacienti.

R4: Velká část našich pacientů je nakonec převedena do paliativní péče. Jakmile někdo z týmu, který se o pacienta stará, vyzoruje, že předepsaná léčba nemá žádný vliv, tak to začneme řešit. O finálním převedení na paliativní péči sice rozhoduje lékař, ale hovoříme o tom všichni společně. Poté se komunikuje i s rodinou pacienta.

R5: Asi nedokážu dát nějaké číslo, ale pacientů v paliativní péči máme hodně. K přechodu do paliativní péče dochází v moment, kdy vývoj a léčba pacienta neprosperuje. Zároveň jsou vypotřebované všechny léčebné metody. K rozhodnutí dochází v rámci celého týmu i se zapojením rodiny.

R6: Z mého pohledu přechod do paliace řešíme poměrně často. Podmínky jsou velice individuální, ale většinou jde o to, že pacient nijak neprosperuje z léčby, která mu byla nastavena, a ostatní možnosti už byly vyčerpány. Někdo z týmu (lékař, sestry, staniční sestra či vrchní sestra) dá podnět a začne se to řešit.

Často se setkávám s paliací u pacientů s respiračními problémy, polymorbidní pacienti nebo i onkologičtí pacienti.

R7: Řekla bych, že často. Když u pacienta nevidíme pokroky, tak sestra či lékař podají návrh na přechod do paliace. V týmu se to probere a když dojde ke shodě, tak to lékař schválí. Nejčastěji to bude asi neurologické postižení.

7. Má rodina pacienta možnost se jakkoliv zapojit do paliativní péče? Pokud ano, jak?

R1: Určitě ano. Rodina to často „nechce vzdát“ i přes převedení pacienta do paliativní péče a zapojují se do bazální stimulace. Zvukové, chuťové stimulace. Když už se odstoupí od bazální stimulace, tak mají možnost rozloučení.

Doplňující otázka: *Je u vás na odd. možnost převedení pacienta do domácí paliativní péče?*

Vzhledem k tomu, že většina pacientů je na ventilátorech, tak to u nás není běžné.

R2: Samozřejmě že má. Zapojuje se v rámci bazální stimulace. Dopomoc při hygienách se zde nedělá. V rámci bazální stimulace rodina nosí oblíbené vůně, plyšáky, něco, na co byli zvyklí, nahrávky, fotky.

R3: Rodina se zapojuje vždy, pokud o to stojí. Jedná se o návštěvy, péči o pacienta pod dohledem nebo dopomoc v každodenních činnostech.

R4: Ano, rodina se může zapojit. Většinou v rámci bazální stimulace, kde donesou např. fotky. Časté návštěvy nebo třeba pomoc s každodenními činnostmi.

R5: Ano, necháváme čistě na rodině, na co si troufnou, mají možnost se podílet na péči, konzultacích a mají možnost být u odchodu pacienta.

R6: Ano, rodina se zapojuje v rámci bazální stimulace. A pokud o to mají zájem je možnost být přítomen u lůžka pacienta při umírání.

R7: Ano, zapojují se v rámci asistence při péči, bazální stimulace. Mají možnost být přítomni u pacienta do poslední chvíle.

8. Je na Vašem oddělení k dispozici paliativní tým?

R1: Paliativní tým zde nemáme. Máme primáře a kmenovou lékařku. Paliativní péči zajišťují běžní zaměstnanci.

R2: Paliativní tým vyloženě nemáme. O paliaci se starají naši lékaři.

R3: Paliativní tým zde nemáme. Paliaci zajišťuje běžný personál.

R4: Za paliativní tým považuji tým zdravotníků, který se zrovna o pacienta stará. Speciální personál pouze na paliativní péči zde nemáme.

R5: Paliativní tým tu nemáme, podílíme se na tom všichni: ošetřovatelky, rehabilitační, sestry a samozřejmě lékaři.

R6: Ne. Paliativní péči zajišťují sestry, lékaři a ostatní personál.

R7: Ne, na paliativní péči se podílíme všichni.

9. S jakou formou paliativní péče se na NIP setkáváte nejčastěji a jaké úkony jako NLZP vykonáváte?

Doplňující otázka: Můžete uvést konkrétní léky či techniky?

R1: Nejčastěji to je management bolesti, podávání opiátů. Péče o respirační systém – odsávání DC, polohování...

R2: Komplexní ošetrovatelská péče, polohování, tišení bolesti podle ordinace lékaře.

R3: V rámci péče o bolest se jako sestry staráme o pravidelné sledování VAS, popřípadě FLACC. Dále sledujeme, jak pacient reaguje na předepsaná analgetika. Co se týče respiračního systému, tak hodnotíme dušnost, sledujeme SpO₂, pečujeme o DC odsávání, popřípadě podáváme nebulizace.

R4: Nejčastěji se setkávám s péčí o bolest. Podávání předepsaných analgetik a snižování algických podnětů.

R5: Největší část tvoří asi péče o bolest. Snížení algických podnětů, méně zatěžujeme organismus medikamenty, které neslouží k docílení komfortu. Při diskomfortu volíme terminální sedaci a analgosedaci. Eventuelně se může zvolit i terminální weaning.

K tišení bolesti nejčastěji používáme morphin s možnou kombinací midazolamu.

R6: Nejčastěji asi léčba bolesti. Potom také hlídání dostatečné hydratace a výživy. Zároveň zajišťujeme psychickou podporu pacientovi i rodině.

R7: Nejvíce se setkáváme s léčbou bolesti, která může probíhat např. jako analgosedace. Zde plníme ordinace lékaře a sledujeme odezvu na podané léky. Dále bych zařadila určitě péči o hydrataci a výživu nebo respirační systém.

10. Podílíte se jako NLZP na rozhodování o přechodu na paliativní péči?

Doplňující otázka: Myslíte si, že názory NLZP by měly být součástí rozhodování o přechodu do paliativní péče?

R1: Rozhodují samozřejmě lékaři mezi sebou. Nám, jako sestřám, se poté v rámci dokumentace oznámí, že pacient je převeden např. na DNR a že se převádí na paliativní péči.

R2: Při vizitách se lékaři ptají, jak my, jako sestry, vnímáme stav pacienta, takže názor říct můžeme, ale finálně rozhodují lékaři.

Myslím, že je správné, že můžeme vyjádřit svůj názor, i když je rozhodnutí na lékaři.

R3: Z mého pohledu ano a je to dobře, protože přece jen já, jako sestra, strávím s pacientem více času než lékař.

R4: Ano, vždy probíhají konzultace s týmem, kde může každý říct svůj názor.

Ano a jsem ráda, že zde fungujeme jako tým.

R5: Vždy toto rozhodnutí konzultujeme jako tým. Lékaři vyslechnou náš názor.

Myslím, že bychom měli být součástí.

R6: Ano, podílím. Konzultujeme to v rámci týmu společně s lékaři.

Určitě ano.

R7: Ano, můžeme lékařům sdělit svůj pohled a oni poté finálně rozhodnou.

11. Jak vnímáte rozhodnutí o přechodu do paliativní péče a ovlivňuje Vás to nějak v péči o pacienta?

R1: Neřekla bych, že mě to ovlivňuje v péči o pacienta. Máme tu pacienty na delší dobu, takže často vidíme jejich posun nebo naopak to, že se nikam neposouvají, netolerují výživu atd. V tom případě, kdy už pacient nereaguje na léčbu a je převeden do paliativní péče, je vidět úleva i u rodiny. Myslím, že v tomto případě je to pro ně i vysvobození – často na nich je vidět psychické i fyzické vyčerpání, když se péče zbytečně protahuje.

R2: Už to беру jako součást práce, takže mě to nijak neovlivňuje.

R3: Pokud pacient dojde do takového stavu, kdy mu již nemůžeme pomoci, tak si myslím, že paliace je správnou volbou pro pacienta i jeho rodinu. V péči mě to nijak neovlivňuje a o pacienta se starám stále stejně.

R4: Pokud pacient dojde do bodu, kdy jeho stav nebenefituje z léčby, tak toto rozhodnutí беру jako pozitivní. V rámci péče o pacienta mě nijak neovlivňuje.

R5: Vnímám to jako další krok, kdy pacientovi můžeme pomoci jinak a dopřát mu klidný odchod. V péči mě to neovlivňuje.

R6: Vnímám to kladně, když už nemůžeme zajistit pacientovi kurativní léčbu, tak v rámci paliace můžeme alespoň zajistit nějaký komfort v poslední fázi života. Rozhodnutí mě nijak neovlivňuje, péči provádím stále stejně.

R7: Pokud pacientovi už nemůžeme nijak víc pomoci, vnímám toto rozhodnutí kladně. V práci mě to nijak neovlivňuje.

12. Jaký je Váš postoj k paliativní péči?

R1: Když jsou vyčerpány možnosti léčby, tak si myslím, že je vhodné paliativní péči zařadit než uměle prodlužovat trápení pacienta i rodiny.

R2: Rozhodně je to přínos. Dříve jsem se setkala na jiném oddělení, kde pacienty vyloženě trápili, takže paliativní péče mi v tomhle přijde velice přínosná. Hlavně tím, že se snažíme pacientům zajistit co největší komfort v jejich odchodu.

R3: Jsem ráda, že se zdravotnictví stále vyvíjí a přináší nám i pacientům takovéto možnosti. Za sebe mohu říci, že paliativní péči schvaluji.

R4: Pokud se provádí správně, tak určitě souhlasím.

R5: Se zařazením paliativní péče do moderní medicíny jediné souhlasím, pokud je ovšem prováděna správně. Zároveň si myslím, že by měla být větší osvěta na toto téma.

R6: Můj postoj je kladný. Věřím, že pacientovi i jeho rodině může právě tato péče pomoci a zároveň je na blížící se odchod alespoň trochu připravit.

R7: Pokud je paliativní péče zvolena ve správný moment a je prováděna správně, tak mám kladný postoj.

13. V rámci paliativní péče se setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty. Jak se vypořádáváte se stresem a kde hledáte odpočinek?

R1: Posezení s přáteli, odjet na wellness víkend a vlastně cokoliv, kde přijdu na jiné myšlenky.

R2: Hodně mi pomáhá si o tom popovídat s kolegy. Zároveň chodím běhat a u toho si vyčistím hlavu. Ale narůstající praxí to беру jako součást této práce.

R3: Největší odpočinek mi přináší moje aktivní sportování.

R4: Nejvíce mi pomáhají procházky v lese, plavání a posezení s přáteli.

R5: Máme zde výborný kolektiv, takže se s těžkými chvílemi mohu vypořádat už v práci. Ve volných chvílích hledám odpočinek v domácích pracích nebo ráda vyrazím na dovolenou či wellness.

R6: Nejvíce mi pomáhá rodina, výlety po přírodě a koníčky, jako např. pilates.

R7: Nejlépe si odpočinu doma s rodinou.