

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Představy všeobecných sester pracujících na ARO o paliativní péči

Michaela Řehouňková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Řehounková**
Osobní číslo: **Z12036**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Představy všeobecných sester pracujících na ARO o paliativní péči**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

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

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


1. KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
2. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 97 8-80-247-3171-1.
3. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. Paliativní péče - pro sestry všech oborů. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
4. PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ. Paliativní péče: Principy a praxe. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kristýna Šoukalová**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. července 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. dubna 2015

Prohlašuji:

Tuto práci 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., autorský zákon, 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 17. 7. 2015

Michaela Řehounková

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Kristýně Šoukalové za odborné vedení, ochotu a trpělivost, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Děkuji také všem, kteří mi během studia poskytovali cenné rady a psychickou podporu.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na paliativní péči na lůžkovém oddělení anesteziologie a resuscitace. Cílem bylo zjistit informovanost a postoje sester pracujících na tomto typu oddělení k paliativní péči a umírání. Teoretická část se zabývá paliativní péčí, intenzivní medicínou a jejich vzájemným propojením. V praktické části jsou uvedena data z dotazníkového šetření u sester pracujících v intenzivním prostředí. Výsledky jsou zpracovány do tabulek nebo grafů a komentovány.

Klíčová slova

paliativní péče, intenzivní medicína, ARO, umírání, smrt, sestry

Title

The ideas of nurses working on Anesthesiology and Resuscitation Department about palliative care

Annotation

Bachelor thesis is focused on palliative care on the anesthesiology and the resuscitation department. The purpose was to find the awareness and attitudes of nurses working in this type of department about palliative care and dying. The theoretical part is dealing of palliative care, intensive medicine and their interconnections. There is listed data the practical part from questionnaire of nurses working in intensive care. The results are summarized in tables or graphs and commented.

Keywords

palliative care, intensive medicine, anesthesiology and resuscitation department, dying, death, nurses

Obsah

Úvod.....	10
1. Paliativní péče.....	11
1.1 Historie paliativní péče	12
1.2 Obecná a specializovaná paliativní péče.....	13
1.2.1 Obecná paliativní péče.....	13
1.2.2 Specializovaná paliativní péče.....	14
1.3 Formy paliativní péče.....	14
1.3.1 Domácí paliativní péče - „mobilní hospic“.....	14
1.3.2 Lůžkový hospic.....	14
1.3.3 Konziliární tým paliativní péče.....	14
1.3.4 Oddělení paliativní péče	15
1.3.5 Denní hospicový stacionář.....	15
1.3.6 Specializovaná hospicová poradna	15
1.4 Vzdělávání zdravotníků v paliativní péči.....	15
2. Intenzivní medicína	17
2.1. Anesteziologicko - resuscitační oddělení.....	17
2.2. Vzdělání sester na ARO	18
3. Paliativní péče na ARO	19
3.1. Ukončení intenzivní péče.....	19
3.2. Nejčastější symptomy v paliativní péči na ARO	20
3.2.1. Bolest	20
3.2.2. Dušnost	22
3.2.3. Únava.....	23
3.2.4. Úzkost.....	23
4. Cíle práce a výzkumné otázky.....	24

4.1. Cíle práce	24
4.2. Výzkumné otázky.....	24
5. Metodika výzkumu	25
5.1. Použitá výzkumná metoda	25
5.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	25
5.3. Organizace dotazníkového šetření	26
5.4. Zpracování získaných dat.....	26
6. Analýza výsledků.....	27
7. Diskuze	46
8. Závěr.....	51
9. Použitá literatura.....	52
10. Přílohy.....	55

Seznam obrázků

Obrázek 1 Graf místa využití paliativní péče podle sester pracujících na oddělení ARO.....	29
Obrázek 2 Graf týkající se četnosti výskytu paliativní péče na oddělení ARO.....	32
Obrázek 3 Graf četnosti výskytu umírajících pacientů na oddělení ARO.....	33
Obrázek 4 Graf odpovědí respondentů týkající se utrpení v období umírání.....	35
Obrázek 5 Graf odpovědí respondentů týkající se snižování důstojnosti v období smrti.....	36
Obrázek 6 Graf týkající se omezených možností ke zlepšení kvality života.....	39
Obrázek 7 Graf výskytu doprovázení nemocných na jednotce ARO.....	40
Obrázek 8 Graf výskytu špatného pocitu při péči o umírajícího pacienta.....	41
Obrázek 9 Graf týkající se špatných pocitů při rozhovoru o smrti s rodinou.....	42
Obrázek 10 Graf věku respondentů na oddělení ARO.....	43
Obrázek 11 Graf dosaženého vzdělání.....	44
Obrázek 12 Graf délky praxe respondentů na jednotce ARO.....	45

Seznam tabulek

Tabulka 1 Oddělení A - znalost pojmu paliativní péče.....	27
Tabulka 2 Oddělení B - znalost pojmu paliativní péče.....	27
Tabulka 3 Oddělení A - první setkání s pojmem.....	28
Tabulka 4 Oddělení B - první setkání s pojmem.....	28
Tabulka 5 Oddělení A - příjemci paliativní péče podle sester pracujících na oddělení ARO.....	30
Tabulka 6 Oddělení B - příjemci paliativní péče podle sester pracujících na oddělení ARO.....	30
Tabulka 7 Oddělení A - cíle paliativní péče.....	31
Tabulka 8 Oddělení B - cíle paliativní péče.....	31
Tabulka 9 Oddělení A - zájem o informace.....	34
Tabulka 10 Oddělení B - zájem o informace.....	34
Tabulka 11 Oddělení A - potřeba být bez bolesti.....	37
Tabulka 12 Oddělení B - potřeba být bez bolesti.....	37
Tabulka 13 Oddělení A - kvalitní život u umírajících.....	38
Tabulka 14 Oddělení B - kvalitní život u umírajících.....	38

Úvod

Život každého člověka se v určitém okamžiku ocitne na konci. Dále pokračuje fáze umírání a smrti, která je v současné době odmítána. Vyvolává v nás úzkost, nežádoucí pocity a hlavně spoustu otázek týkajících se smrti a především procesu umírání, jehož se nejvíc bojíme. Přitom tato konečná část života nemusí být při dobré péči nijak dramatická a hrůzostrašná. Typ péče, která se zabývá problematikou infaustních pacientů, se nazývá paliativní péče.

Současná moderní medicína může vyvolávat iluzi určité výhry nad smrtí. Ovšem ani nejmodernější diagnosticko – terapeutické metody nedokážou řešit vážné stavy vzniklé těžkým úrazem nebo náhlým zhoršením akutní či chronické choroby.

Péče o umírající pacienty v intenzivní medicíně je jiná než na standartním oddělení. Umírající jsou zde obklopeni spoustou přístrojů, které sestra stále sleduje. Uspořádání těchto pracovišť nedovoluje nepřetržitou přítomnost doprovázející osoby z okolí umírajícího a nejbližší musí docházet formou návštěv, které mohou být limitovány počtem osob. Pacienti tak v mnoha případech umírají v osamocení.

Sestry pracující na anesteziologicko – resuscitačním oddělení se musejí vyrovnat s celou řadou náročných situací a mohou se setkávat s umírajícími pacienty často. Přesto na tento okamžik nejsou všechny sestry stejně připraveny a často s umírajícím neumějí správně pracovat. Pro tyto sestry může být smrt velice silný a traumatizující zážitek.

Ve své bakalářské práci, s názvem Představy všeobecných sester pracujících na ARO o paliativní péči, zjišťuji postoje sester k umírání a smrti a četnost paliativní péče na oddělení s komplexní ošetrovatelskou péčí.

Cíle práce

Cíl 1 - Zjistit informovanost sester pracujících na ARO o paliativní péči.

Cíl 2 - Zjistit představy sester pracujících na ARO o paliativní péči.

Cíl 3 - Zjistit postoje sester pracujících na ARO k paliativní péči.

Cíl 4 - Zjistit, jestli se na oddělení ARO využívá paliativní péče.

1. Paliativní péče

Termín paliativní péče pochází z latinského *pallium* (maska, zakrytí). Z tohoto překladu podle Munzarové (2005, s. 62) vychází podstata typu péče. Cílem je zakrývat projevy nemoci, která již nereaguje na kurativní léčbu.

Naprosto jednoznačná a oficiálně užívaná definice paliativní péče (medicíny) dosud neexistuje. Všechny dosavadní formulace se shodují, že se paliativní péče zabývá hlavně kvalitou života, léčbou bolesti, potlačením dalších projevů onemocnění a specifikací skupiny pacientů, kteří jsou příjemci péče. Pro přiblížení jsou níže uvedeny některé definice. (Vorlíček, 2004, s. 19)

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ American Academy of Hospice and Palliative Medicine (Marková, 2010, s. 19)

Sláma (2011, s 25) ve své knize definuje paliativní péči jako aktivní péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Za cíl péče uvádí zmírnění bolesti a jiných utrpení a udržení co možná nejvyšší kvality života.

„Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením, léčbou a mírněním bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních i duchovních.“ (WHO, 2002)

Dlouhá léta je paliativní péče jako komplexní přístup spojována s terminálním stádiem onkologického onemocnění. V definici WHO z roku 2002 je patrné rozšiřování pojetí komplexu, a to ve dvou rovinách. První rovina se zabývá rozšířením spektra diagnóz i o neonkologická onemocnění, např. ve vnitřním lékařství a neurologii je mnoho onemocnění, které již od začátku nereagují na kauzální léčbu. Druhá rovina rozšiřuje časový úsek, kdy se již nezabývá konceptem terminálního onemocnění (péče o pacienta v posledních několika hodinách nebo dnech života), ale pracuje s termínem život ohrožující onemocnění bez ohledu na aktuální prognózu, kdy je třeba mírnit utrpení spojené s onemocněním. Podle Vaňáska (2013, s. 6) tato definice opouští představu, že po neúspěšné kurativní péči pokračuje péče paliativní, ale přiklání se k pojetí, že paliativní léčba jde paralelně s podpůrnou a případnou kurativní terapií.

Součástí dokumentu WHO o paliativní péči z roku 2001 jsou i základní principy, podle kterých funguje paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných symptomů způsobujících utrpení,
- podporuje vůli k životu a chápe umírání jako přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti,
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty,
- nabízí systém podpory, který pomáhá pacientům žít co možná nejaktivněji až do smrti,
- nabízí systém podpory, který rodinám nemocných umožňuje vyrovnat se a pacientovou nemocí i vlastním zármutkem,
- užívá týmový přístup k uspokojování potřeb pacientů a jeho blízkých, včetně podpory v období truchlení,
- snaží se zvyšovat kvalitu života a tím pozitivně ovlivňovat průběh nemoci,
- je použitelná v dřívějších stádiích nemoci s propojením některých typů léčby prodlužujících život (např. chemoterapie či radioterapie). (Sláma, 2004. s. 42)

1.1 Historie paliativní péče

Péče o umírající byla popsána již v období antiky, kdy pacienti zůstávali doma ošetřováni rodinou. Ve středověku se péče o těžce nemocné soustřeďovala v nemocnicích zřizovaných při kláštorech, kde byla poskytována jak zdravotní, tak duchovní výpomoc. O tomto typu zařízení se dá mluvit jako o prvním systému paliativní medicíny. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 7)

V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen, které se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. Toto společenství je považováno za začátek hospicového hnutí. Tento spolek v roce 1874 v Paříži otevřel první dům pojmenovaný hospic. V roce 1878 je v irském Dublinu založena kongregace Sestry lásky, která měla za cíl doprovázet nemocné při umírání. Touto komunitou bylo založeno několik domů ve Velké Británii. Nejznámější ze všech je hospic sv. Josefa v Londýně, kde působila Cecily Saundersová. Nejprve jako sestra a později jako lékařka. Je považována za významnou osobnost moderního pojetí hospicového hnutí. Jejím přínosem je především koncept „celkové bolesti“ (total pain), podle tohoto pojetí je tělesná bolest spjata s psychickým, duchovním a sociálním utrpením (bolestí).

V roce 1967 založila hospic sv. Kryštofa v Londýně, kde byla péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných poprvé zajišťována multidisciplinárním týmem.

Rozvojem a úspěchem medicíny zůstalo pojetí celkové bolesti v pozadí. Společnost byla přesvědčena, že je pouze otázkou času, kdy lidstvo zvítězí nad všemi chorobami. Nemocní, u kterých nová léčba nezabírala, se ocitali na okraji zájmu zdravotníků a umírali v nemocnicích často bez zájmu rodin a blízkých. Docházelo (a dodnes v některých oblastech dochází) k rozbrojům mezi prvními hospici a medicínou. Akademickému prostředí medicíny byla vytýkána agresivita a nedostatek empatie poskytované péče. Hospicovému hnutí byla vyčítána neprofesionalita a podceňování výsledků výzkumu. V současné době jsou již tyto rozbroje překonány a hospice se staly místem, kde jsou aplikovány moderní léčebné postupy. (Vorlíček a kol., 2012, s. 219 – 221)

Roku 1975 založil doktor Balfour M. Mount v Kanadě první oddělení paliativní péče. Tato zařízení se stala součástí zdravotnických zařízení nejprve v Severní Americe a později po celém světě. Jejich rozvoj probíhá dodnes.

V České republice je zájem především o hospicovou formu paliativní péče. Na základě zahraničních zkušeností bylo v 90. letech 20. století otevřeno několik hospiců. Jako první byl v roce 1995 založen hospic Anežky České v Červeném Kostelci. První oddělení paliativní péče bylo zřízeno již roku 1992 jako součást zařízení TRN v Babicích nad Svitavou. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 8)

1.2 Obecná a specializovaná paliativní péče

1.2.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme klinickou péči o pacienta s progresivní nemocí, která je poskytována zdravotníky v prostředí, jenž nejsou na paliativní péči specializovaná. (Vaňásek, 2013, s. 6) Jejím základem je léčba symptomů, podpůrná komunikace s pacientem a rodinou, celkové zhodnocení stavu pacienta a poskytování terapie vedoucí k zvyšování kvality pacientova života. Měli by ji být schopni poskytovat všichni lékaři v rámci své klinické práce. Velká část postupů je prováděna zdravotníky, aniž by nesla nálepku paliativní. (Sláma, 2005, s. 30)

1.2.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována interdisciplinárním týmem vyškolených odborníků, pro které je poskytování paliativní péče hlavní pracovní náplní. Tým tvoří vedle rodiny a blízkých pacienta lékaři, sestry, sociální pracovníci, psycholog, fyzioterapeut, duchovní, dobrovolníci a další. (Šamánková, 2006, s. 96)

1.3 Formy paliativní péče

Sláma (2011, s. 31 - 32) ve své publikaci uvádí, že podle zahraničních zkušeností by měla paliativní péče zahrnovat několik forem. V České republice se zatím některé z následujících forem nevyskytují.

1.3.1 Domácí paliativní péče - „mobilní hospic“

Poskytuje specializovanou paliativní péči v domově pacientů. Lze ji realizovat pouze ve funkčním rodinném zázemí. Představuje ideální formu péče o umírající v jejich přirozeném prostředí, které pacient důvěrně zná, a v přítomnosti rodiny, která se aktivně podílí na péči. Ošetřování je maximálně individualizováno, probíhá formou pravidelných návštěv lékaře, sestry, dobrovolníků a dalších. (Kupka, 2014, s. 29)

1.3.2 Lůžkový hospic

Hospic je klasická forma paliativní péče. Jedná se o samostatný objekt s 20 až 30 lůžky. Důraz je zde kladen na intimitu prostředí, které se podobá spíše domácímu než nemocničnímu uspořádání. Obvykle nabízí jednolůžkové pokoje s přistýlkou. Zde mohou přátelé i rodinní příslušníci neomezeně pobývat s pacientem. Ubytování rodinní příslušníci se zpravidla na ošetrovatelské činnosti podílejí pouze částečně, pacienta spíše doprovázejí. (Vorlíček, 2012, s. 233-234)

1.3.3 Konziliární tým paliativní péče

Konziliární tým se skládá z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka, kteří fungují v rámci zdravotnického zařízení. Přináší znalosti paliativní medicíny do ostatních lůžkových oddělení. Pacient tak zůstává na původním oddělení v péči svého lékaře, který společně s konziliárním týmem hledá optimální způsob péče. (Kupka, 2014, s. 29)

1.3.4 Oddělení paliativní péče

Oddělení paliativní péče jako součást zdravotnického zařízení vzniká v zahraničních nemocnicích v posledních 20 letech. Využívají se možnosti odborných konzilií a vedení intenzivní podpůrné léčby a paliativní péče. Stálá přítomnost kvalifikovaných sester a lékařů umožňuje rychlé řešení i velmi komplikovaných stavů. (Vorlíček, 2012, s. 234)

1.3.5 Denní hospicový stacionář

Představuje stacionář pro těžce nemocné pacienty. Během dne probíhají některé léčebné postupy (např. psychoterapie) nebo podávání léků (např. aplikace infuze). Večer se pacienti vrací domů, doprava je zajištěna hospicem nebo rodinou. V ČR zatím takové zařízení nefunguje. (Vorlíček, 2012, s. 234)

1.3.6 Specializovaná hospicová poradna

Hospicová poradna poskytuje poradenství pro pacienty, pečující a také pro pozůstalé. (Kupka, 2014, s. 29) Poradenství poskytuje informace a kontakty na další poskytovatele zdravotních, sociálních a právních služeb, např. o důchodovém pojištění, ošetřovatelských a pečovatelských službách. Dále poskytuje praktické rady jak zlepšit péči o nemocného tak, aby mohl co nejdéle zůstat v domácím prostředí. Poradenské služby jsou poskytovány formou rozhovoru v poradně, telefonického rozhovoru nebo jednorázovými návštěvami v domácnostech nemocných. (Hospic sv. Alžběty v Brně, 2015)

1.4 Vzdělávání zdravotníků v paliativní péči

Vorlíček (2004, s. 459-411) ve své publikaci uvádí, že paliativní péče je základní právo pacienta v terminálním stádiu nemoci. Povinností každého ošetřujícího zdravotníka je poskytnout tuto péči v nejvyšší možné kvalitě. Cílem vzdělání je připravený zdravotník, který rozpoznává potřeby pacienta a jeho blízkých, zároveň je schopen pracovat multidisciplinárně.

Všichni, kteří pečující o umírající, mají teoretické znalosti na stejné úrovni. Dle Vorlíčka (2004, s. 4459-461) se v proběhlých dotazníkových šetřeních nejvíce respondenti svěřují, že největším problémem bývá komunikace v období umírání. Kontakt s takovým pacientem patří k nejvíce náročným. Proto je důležité, aby zdravotník získal dostatečné znalosti a určitou formu profesního chování.

V současnosti probíhá výuka sester v paliativní péči na vyšších a vysokých školách zdravotnických. Nejčastěji se s ní studenti setkají v rámci předmětů onkologie, psychologie, zdravotnická psychologie a sociologie. Bohužel je v těchto oborech obsažena jen okrajově. V poslední době se však podařilo paliativní péči zahrnout do osnov bakalářských programů vysokých škol. (Pfefferová, 2009, s. 29)

Některé sestry mohou zvolit možnost specializačního studia v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO), které nabízí certifikovaný kurz: Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči (NCONZO, 2015) Sestry s ukončeným bakalářským studiem mohou na některých univerzitách studovat navazující magisterský program Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, kde je paliativní péče více zastoupena. (Pfefferová, 2009, s. 29)

2. Intenzivní medicína

Pracoviště intenzivní medicíny se zabývá diagnostikou, sledováním a terapií pacientů s potenciálně léčitelnými chorobami, úrazy a komplikacemi, kde je péče nezbytná a nelze ji poskytovat na standartním oddělení. (Ševčík a kol., 2014, s. 2)

Ve většině zdravotnických systémů se intenzivní péče rozděluje dle rozsahu a možnosti poskytované péče do následujících stupňů. Intenzivní péče I. stupně (nižší), která se obvykle soustřeďuje do menších oblastních nemocnic. Zde se zajišťuje kontinuální monitorování se zvýšenou sesterskou péčí a možností okamžité resuscitace s krátkodobou ventilací (do 24 hodin). V některých zdravotnických systémech tento stupeň splývá s vyšším stupněm péče. Intenzivní péče II. stupně (vyšší), jenž poskytuje pacientovi specializovanější péči. Kromě základního monitorování a dlouhodobé umělé plicní ventilace je zajištěno i invazivní monitorování. Chybí ale speciální metody sledování, např. měření intrakraniálního tlaku. I když tento typ péče má po 24 hodin zajištěnou přístupnost zobrazovacích metod, neposkytuje však některé výkony potřebné ke komplexní péči, jako hemodialýza a další. Oproti tomu intenzivní péče III. stupně, která je poskytována ve velkých oblastních nebo fakultních nemocnicích, poskytuje péči v plném rozsahu intenzivní péče se zaměřením na kritické stavy. Má přístup k technologicky pokročilým diagnostickým technikám a okamžitou dostupnost specialistů velkého spektra medicínských oborů. (Zadák a kol., 2007, s. 11-15)

Intenzivní péče se ve velkých nemocnicích rozděluje na obecné jednotky intenzivní péče (JIP) typu ARO a oborové nebo specializační JIP, kam patří například koronární jednotky, transplantační jednotky, popáleninové jednotky, pediatrické jednotky intenzivní péče a další. (Zadáka a kol., 2007, s. 11-15)

Na těchto typech oddělení dochází k velice úzké spolupráci mezi sestrou a lékařem v péči o kriticky nemocné a umírající pacienty. Podle některých sester mají lékaři na odděleních intenzivní péče větší respekt vůči sestram. (O'Connor, Aranda, 2005, s. 271)

2.1. Anesteziologicko - resuscitační oddělení

Anesteziologie a resuscitace je lékařský obor zajišťující anesteziologickou, resuscitační a intenzivní péči. Anesteziologická péče užívá takové postupy, díky nimž lze provádět

operační a diagnostické výkony. Resuscitační a intenzivní péče je poskytována na lůžkovém anesteziologicko - resuscitačním oddělení, dále jen ARO. (Veberová, 2011, s. 10-11)

Na ARO jsou přijímáni pacienti, u nichž hrozí selhání základních životních funkcí, nebo takoví pacienti, u kterých k takovému selhání již došlo. Pacientům je poskytována resuscitační péče a léčba v závislosti na aktuálním stavu. Stav pacientů je nepřetržitě sledován sestrou. Lékař je kontinuálně přítomen na oddělení. Pacienti jsou přijímáni z jiného zdravotnického zařízení, především od rychlé záchranné služby nebo z jiného oddělení nemocnice popřípadě z ambulance. (Kapounová, 2007, s. 19 - 21)

Pacienti hospitalizovaní ARO jsou většinou v bezvědomí nebo v analgosedaci, i tak je pro ně důležitá interakce se zdravotnickým personálem. Sestra musí být schopna s pacientem komunikovat, rozpoznávat jeho potřeby a být schopna pečovat o jeho pohodlí a klid. (Pfefferová, 2009, s. 29)

2.2. Vzdělání sester na ARO

Podle vyhlášky č. 99/2012 (2012, příloha 3, část 2) o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb, mají být 4 sestry nebo zdravotnický asistent na každé lůžko intenzivní péče 3. stupně. Z toho dvě sestry musí být sestrami pro intenzivní péči pracujícími bez dohledu.

Sestra pracující na ARO by podle zákona č. 96/2004Sb. ve znění pozdějších předpisů měla mít vyšší odborné vzdělání v oboru Diplomovaná všeobecná sestra, nebo vysokoškolské vzdělání v oborech Zdravotnický záchranář nebo Všeobecná sestra. Díky tomuto vzdělání může na oddělení působit jako zdravotník bez odborného dohledu. (Kapounová, 2007, s. 24, 26)

Od roku 2007 mohou zdravotníci – bakaláři studovat navazující magisterský program Specializace ve zdravotnictví obor Intenzivní péče, nebo v rámci celoživotního vzdělávání navštěvovat některé certifikované kurzy pořádané NCONZO. (Pfefferová, 2009, s. 40-41)

3. Paliativní péče na ARO

Poskytování paliativní a intenzivní péče je stále v některých oblastech společnosti vnímáno jako dva protichůdné postupy současné medicíny. Mají však mnoho společného. Oba typy péče svým působením zasahují do všech ostatních medicínských oborů. Dalším společným znakem jsou nejvíce nemocní pacienti – primárně ve stavu ohrožení života a většinou s různým stupněm multiorgánového selhání. (Sláma a kol., 2011, s. 279-280)

Hlavním cílem intenzivní péče je záchrana života, druhým cílem je kvalita života pacienta. Zdravotníci poskytující paliativní péči staví tyto priority v opačném pořadí. Na základě tohoto úzkého provázání obou zdánlivě protichůdných oborů lze konstatovat, že kvalitní na pacienta orientovaná péče na ARO by měla být kombinací obou výše uvedených oborů. (Sláma a kol., 2011, s. 279-280)

V posledních několika desetiletích došlo k značnému vývoji v chápání a začlenění paliativní péče do intenzivní medicíny. Základním společným cílem obou přístupů je poskytování co nejlepší péče pacientům s život ohrožujícím onemocněním a traumaty a zajištění podpory pro příbuzné pacientů. (Pfefferová, 2009, s. 29)

Moderní medicínské postupy dokáží podporovat nebo nahrazovat většinu životních funkcí, a to i u stavů s nepříznivou prognózou. Vznikají otázky na postup u nemocných závislých na podpoře základních funkcí, u kterých dlouhodobě nedochází k zlepšování stavu. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 15)

3.1. Ukončení intenzivní péče

Paliativní péče je v intenzivní medicíně zařazována zejména do oblastí péče o pacienty na konci života (end-of-life care). Rozhodnutí týkající se intenzity a redukce léčby se mezi jednotlivými centry liší v závislosti na místních zvyklostech a jednotlivých lékařích. Učinit rozhodnutí o přechodu z intenzivní na paliativní péči je v kompetenci ošetřujícího lékaře, vhodné je, aby svůj názor vyslovil celý ošetřující tým, ale odpovědnost za rozhodnutí nese ošetřující lékař. V praxi většinou smysluplnost péče posuzuje vedoucí lékař oddělení. Ošetřující lékař určuje další způsob vedení péče a vysazuje nepotřebné diagnosticko-terapeutické postupy. (Slám a kol., 2011, s. 279-282)

Konkrétně se jedná o tzv. nerozšiřování zavedené léčby (withholding). Na základě zhodnocení stávajícího stavu se již nerozšiřuje spektrum diagnostických či terapeutických

metod, které by nezměnily současný stav pacienta. Současná terapie je považována za maximální. Další úvahy směřují k rozhodnutí nezahájení kardiopulmonální resuscitace tzv. D.N.R. (Do Not Resuscitate). (Sláma a kol., 2011, s. 279-282)

Další možnost je omezování léčby (withdrawal). Provádí se u nemocných s jednoznačně nepříznivou diagnózou. Omezuje se intenzivní terapie a podpora orgánů. Zachována je analgosedace, základní výživa a umělá plicní ventilace (UPV). (Sláma a kol., 2011, s. 279-82, Zadák a kol.. 2007, s. 11-15)

Terminální odpojování od UPV a terminální extubace se jako metoda paliativní péče v současnosti přehodnocuje. Odpojování (weaning) se provádí pozvolným snižováním inspirační frakce kyslíku i objemu minutové ventilace. To vede k hypoxii a hyperkapnii. Pokud je odpojování prováděno pomalu, je komfortní pro pacienta a lépe vnímáno rodinou i ošetřujícím personálem. Terminální extubace znamená odstranění tracheální kanyly, tento postup není upřednostňován pro eventuální vznik obstrukce dýchacích cest a náhlou hypoxii. Oba postupy lze provádět pouze jen s důsledným zajištěním analgosedace, zatím ale obě výše uvedené metody nejsou považovány za standartní. (Sláma a kol., 2011, s. 279-282, Zadák a kol.. 2007, s. 11-15)

3.2. Nejčastější symptomy v paliativní péči na ARO

Nejčastějšími symptomy u pacientů v intenzivní péči jsou bolest, dušnost, pocit žízně a hladu, nevolnost, únava, úzkost a celkový diskomfort. Tyto symptomy je nutno monitorovat a sledovat jejich dynamiku. K tomu pomáhají skórovací systémy. U lucidních pacientů, se kterými je možno navázat kontakt, se uplatňují skórovací systémy jako např. Edmonton Symptom Assessment Scale. Pacientovi je předkládána škála a on udá tíži jednotlivých symptomů. (Sláma a kol., 2011)

U pacientů s omezeným vědomím je třeba využívat nonverbálních příznaků diskomfortu, které jsou sledovány zdravotnickým personálem. Mezi tyto symptomy patří především tachykardie, hypertenze, slzení a jiné. (Sláma a kol., 2011)

3.2.1. Bolest

Bolest je nejčastější symptom u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Bývá až u 90% pacientů s nádorovým onemocněním. O'Connor (Aranada, 2005, s. 89) ve své knize považuje za největší problém nedostatečné tišení bolesti u umírajících, kdy způsobuje zbytečné utrpení

a má velice závažný dopad na fyzickou, psychickou, sociální a duchovní stránku kvality života. Bolest je naštěstí v současné době velice dobře léčena u více než 90 % všech pacientů. Podle obecné definice WHO je bolest nepříjemný smyslový a emocionální pocit spojený s akutním nebo potencionálním poškozením tkáně a je subjektivní. Pouze sám pacient nám může svou bolest nejlépe popsat.

V klinickém prostředí je popsáno několik typů bolesti. Přechodná bolest se vykytuje, aniž by došlo k nějakému poškození tkáně. Dochází k aktivaci sensitivních receptorů v tkáni, které má organismus chránit před fyzickým poškozením v důsledku poškozujících vlivů z vnějšího prostředí. S touto bolestí se nejčastěji setkáváme v souvislosti s různými procedurami, například při endoskopických vyšetřeních nebo při injekční aplikaci léků. (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s 285 – 287)

Akutní bolest je definována jako předvídatelná fyziologická reakce na poškozující podnět chemického, tepelného nebo mechanického charakteru. Zpravidla jí předchází zánět nebo poranění tkáně a přítomnost bolesti umožňuje nerušené hojení a regeneraci tkáně, plní biologicky regenerační funkci. Zanícená nebo poraněná tkáň a její okolí je vysoce citlivé a člověk se přirozeně vyhýbá všem kontaktům s vnějšími podmínkami. Typickým příkladem je pooperační bolest. Včasná mírnění akutní bolesti urychluje proces hojení, zabraňuje tomu, aby se změnila na dlouhodobou. U mnoha pacientů může minimalizace bolesti vést ke zlepšení klinických výsledků. (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 285 – 287)

Chronická bolest přetrvává dlouho po vyléčení poškození tkáně, které ji původně spustilo. Podle zprávy Komise pro taxonomii Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti trvá chronická bolest déle než půl roku. Někteří jedinci trpí bolestivými obtížemi, aniž by u nich došlo k nějakému poškození tkáně, například chronická bolest v kříži nebo migréna. Tato bolest je léčena na základě klinických kritérií, protože dosud neexistují nezpochybnitelné postupy v diagnostice a léčbě. Tento dlouhodobý diskomfort má na celkový stav pacienta mnohem větší dopad než bolest akutní. Ovlivňuje dlouhodobou náladu, osobnost a sociální vztahy pacienta. Mohou se vyskytnout i deprese a poruchy spánku. (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s 285 – 287)

Adekvátní monitorace bolesti je nezbytná pro efektivní léčbu. Bolest je vedle pulzu, krevního tlaku, dechu a teploty pátou nejvíce sledovanou hodnotou v medicíně. U bolesti zjišťujeme lokalizaci intenzitu, charakter a změny bolesti v čase. Tyto hodnoty zjišťujeme pomocí

anamnézy bolesti, grafické mapy bolesti, vegetativních projevů (změny v tepové frekvenci, TK, pocení, mydriáza) a škál bolesti, mezi nejznámější patří vizuálně – analogová škála bolesti nebo verbální většinou pětistupňové škály. (Kasal, 2006, s. 174- 174)

Cílem léčby je vymizení nebo výrazné zmírnění bolesti. V paliativní péči se nejčastěji využívá symptomatická léčba, kdy jsou analgetika podávána tak, aby se bolest nestačila rozvinout. Při silné bolesti jsou předepisovány opioidy v mnoha formách (tablety, injekce, náplasti, čípky nebo kapky). Při šetrném zacházení je možné zmírnit bolest při zachovalém vědomí. (Zemanová, 2013, s. 45)

3.2.2. Dušnost

Projevuje se jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu a je jedním z nejčastějších příznaků v pokročilých stádiích onkologických i neonkologických onemocnění. Dušnost (dyspnoe) se rozvine u 50-80% pacientů se v posledních týdnech života. Vnímání těchto obtíží závisí na psychických, duševních a sociálních faktorech. Podobně jako u bolesti může být dyspnoe akutní a chronická. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 169)

S dušností může být u umírajícího spojeno levostranné srdeční selhání, infekce, plicní embolie, obstrukce dýchacích cest (například nádorem s řadou příčin), pleurální výpotek nebo únava a slabost dýchacích svalů třeba při malnutrici a kachexii. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 169)

Dýchání umírajícího se často mění, může se střídát tachypnoe a bradypnoe s obdobím nepravidelného dýchání přerušovaného různě dlouhými přestávkami mezi nádechy, které připomínají poslední nádech. V dýchacích cestách vzniká hlen, který pacient není schopen vykašlat a způsobuje chrčivé zvuky. V tomto případě je třeba důkladná toaleta dýchacích cest. (Zemanová, 2013, s 45 - 46)

Léčba dušnosti závisí na vyvolávající příčině, rychlosti jejího vzniku a na psychickém stavu pacienta. Úkolem sestry je sledovat a pečovat o psychickou pohodu nemocného. Dušnému pacientovi ulehčí dýchání poloha se zvýšením horní poloviny těla, zvlhčováním vzduchu nebo pravidelné větrání místnosti. Někdy je ale nezbytná farmakologická terapie dušnosti. Mezi preparáty k léčbě dušnosti patří opiáty (dávky jsou nižší než u analgetické léčby), anxiolytika, kortikosteroidy, bronchodilatancia, expektorancia, diuretika a další. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 170 - 173)

Nezanedbatelný význam při léčbě dušnosti má oxygenoterapie. Pacienti a jejich okolí tuto metodu vnímá velice pozitivně. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 173). Mnohdy bývá tento postup aplikován častěji, než je indikováno. O potřebě kyslíkové léčby bychom se měli vždy přesvědčit srovnáním hodnoty saturace s podáváním kyslíku a bez něj. Pokud jsou hodnoty značně rozdílné, je oxygenoterapie na místě. (Vorlíček a kol., 2004, s. 125)

3.2.3. Únava

Únava je typický příznak pokročilého onemocnění. Je charakterizována jako extrémní vyčerpanost, kterou nezlepší ani adekvátní odpočinek. Nemocní pociťují ztrátu energie jak fyzické, tak psychické. Ztrácejí zájem o cokoliv, mají pocit nedostatku dechu až manifestace dušnosti, trpí nespecifickými bolestmi svalů a kloubů, začínají se projevovat poruchy spánku a koncentrace. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 173)

Příčiny únavy bývají komplexní a mohou být způsobené i léčbou jiných obtíží. Mezi nejčastější příčiny patří: malnutrice, kachexie, anémie, respirační insuficience, infekce. Má i psychologické příčiny (úzkost, deprese, nespavost), také terapeutické postupy jako chemoterapie a radioterapie mají vliv na vznik únavy. Mezi léky, při jejichž užívání se projevuje únava, patří opioidy, benzodiazepiny, antidepresiva a β -blokátory. U pacienta trpícího únavou je třeba zhodnotit vliv únavy na kvalitu života a aplikovat terapii dle vyvolávající příčiny. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 173)

3.2.4. Úzkost

Úzkost je strach z něčeho neznámého. U pacientů v terminálním stádiu nemoci to je strach z umírání a smrti. Tento stav může výrazně narušit pacientovo vnímání a schopnost komunikace. Obyčejně méně mluví, vyhýbají se očnímu kontaktu nebo naopak zrychleně mluví nebo mají potřebu hodně mluvit. Úzkost se projevuje některými dalšími symptomy, mezi které patří například pocení, agitovanost, tachykardie, hyperventilace, poruchy spánku, napětí. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 173)

Nejčastěji se vedle psychologické terapie využívá i farmakologická léčba. Pro ošetřující personál je nejdůležitější je rozpoznat úzkost a navázat užitečný kontakt s pacientem nebo rodinou. (Hotařová, 2012, s. 22)

4. Cíle práce a výzkumné otázky

4.1. Cíle práce

Cíl 1 - Zjistit informovanost sester pracujících na ARO o paliativní péči.

Cíl 2 - Zjistit představy sester pracujících na ARO o paliativní péči.

Cíl 3 - Zjistit postoje sester pracujících na ARO k paliativní péči.

Cíl 4 - Zjistit, jestli se na oddělení ARO využívá paliativní péče.

4.2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1 - Jaká je informovanost sester o paliativní péči?

Výzkumná otázka č. 2 - Jaké jsou představy sester pracujících na ARO o paliativní péči?

Výzkumná otázka č. 3 - Jaké jsou postoje sester pracujících na ARO k paliativní péči?

Výzkumná otázka č. 4 - Používá se paliativní péče na oddělení ARO?

5. Metodika výzkumu

5.1. Použitá výzkumná metoda

K získání potřebných dat byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí anonymního dotazníkového šetření. Použitý nestandardizovaný dotazník (viz Příloha č. A) byl sestaven pro účely tohoto výzkumu. Otázky byly formulovány podle předem stanovených cílů a výzkumných otázek.

Dotazník obsahoval celkem 19 otázek rozdělených do třech částí. První část se týkala znalosti pojmu a výskytu paliativní péče na pracovišti (otázky č. 1 až 8). Druhá část, tedy otázky č. 9 až 16, se zaměřila na představy a postoje sester k paliativní péči. Otázky byly součástí tabulky s odpověďmi. Tato část byla inspirována prací Margaréty Hotařové s názvem Představy všeobecných sester o paliativní péči (2012, s. 79). Zjištěné výsledky jsou porovnávány právě s touto bakalářskou prací.

Třetí část dotazníku byla zaměřena na získání identifikačních údajů o respondentech (věk, dosažené vzdělání, délka praxe na oddělení typu ARO). Na konci dotazníku měli respondenti prostor k vlastním názorům k tématu, který nemuseli vyplňovat.

Většina otázek byla uzavřených, čtyři otázky byly polouzavřené a první otázka v dotazníku byla filtrační. Téměř všechny otázky jsem sestavila tak, aby respondent označil právě jednu odpověď. Pouze na jednu uzavřenou otázku bylo možno odpovídat více možnostmi.

5.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracujícími na dvou anesteziologicko – resuscitačních odděleních ve dvou vybraných nemocnicích. Na menším pracovišti, které je součástí krajské nemocnice, je k dispozici osm resuscitačních lůžek a jeden příjmový box. Zde podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. má pracovat 32 sester. Větší oddělení fungující při fakultní nemocnici má k dispozici 12 lůžek, zde má pracovat 48 sester na plný úvazek. Výzkumu se mohli účastnit všichni zdravotníci pracující na pozici sestry (všeobecné a diplomované sestry, zdravotničtí asistenti a zdravotničtí záchranáři).

5.3. Organizace dotazníkového šetření

Výzkum probíhal na dvou jednotkách intenzivní péče typu ARO na území dvou různých krajů v období od poloviny ledna do poloviny března roku 2015. Nejdříve byli neformálně osloveni vedoucí pracovníci z obou pracovišť. Poté byly odeslány žádosti o povolení výzkumu hlavním sestřám obou nemocnic. Po schválení žádosti o provedení výzkumu hlavní sestrou musela být žádost podepsána i od vrchní nebo staniční sestry. Na větším oddělení A byla možnost rozdat si dotazník v rámci plnění odborné praxe na pracovišti. Z důvodu vysoké nemocnosti personálu byly dotazníky rozdávány staniční sestrou, protože oddělení bylo v době výzkumu pro návštěvníky uzavřeno. Výzkum musel být z tohoto důvodu na tomto pracovišti prodloužen.

Na oddělení B byly dotazníky také rozdávány staniční sestrou. Na obě oddělení byly dotazníky dodány v obálkách, ze kterých si sestry braly prázdné dotazníky. Pro zachování anonymity je vyplněné vracely zpět do obálky a obálku odevzdaly staniční sestře.

Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků na dvě oddělení v různých nemocnicích. Každé z nich jich obdrželo 30. Větší návratnost dotazníků byla z oddělení A, kde se vrátilo všech 30 (100 %) dotazníků, 3 dotazníky musely být vyřazeny pro neúplné vyplnění. Celkem se tedy vrátilo 27 (90 %) kompletně vyplněných dotazníků.

Z oddělení B se vrátilo 28 (93 %) dotazníků a 2 dotazníky byly vyřazeny pro nesprávné vyplnění. Celkem bylo použito 26 (87 %) správně vyplněných dotazníků. Obě výše uvedená čísla znamenají 100 % pro každé pracoviště.

5.4. Zpracování získaných dat

Údaje zjištěné v dotazníkovém šetření byly zaneseny do programu Microsoft Excel za účelem popisné statistiky. Následně byla data zpracována do tabulek četností, ze kterých byly vygenerovány grafy, které jsou znázorněny v následující kapitole. Tabulky četností obsahují absolutní a relativní četnost, která je uvedena v procentech.

Výsledky v tabulkách a grafech jsou barevně rozlišeny dle oddělení. Pracoviště A je znázorněno modrou barvou a je vždy první komentováno. Oddělení B je barvou červenou. Z obou tabulek četností jsou v některých otázkách vytvořeny grafy pro lepší přehlednost.

6. Analýza výsledků

Otázka č. 1 Slyšel/a jste někdy o paliativní péči?

Tabulka 1 Oddělení A - znalost pojmu paliativní péče

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	96 %
Ne	1	4 %
Celkem	27	100 %

Tabulka 2 Oddělení B - znalost pojmu paliativní péče

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	26	100 %

V tabulce č. 1 jsou znázorněny odpovědi z oddělení A, 26 (96 %) respondentů se s termínem již setkala a jeden respondent (4 %) uvedl, že o paliativní péči nikdy neslyšel. Tento respondent není v následujících pěti otázkách součástí celku (100 %). Na pracovišti B (tabulka 2) se všichni respondenti (100 %) již setkali s paliativní péčí.

Otázka č. 2 Kde jste se poprvé setkal/a s termínem paliativní péče?

Tabulka 3 Oddělení A - první setkání s pojmem

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ve škole	22	85 %
Na pracovišti	4	15 %
Na internetu	0	0 %
V médiích	0	0 %
V odborné literatuře	0	0 %
Na konferenci	0	0 %
Jinde	0	0 %
Celkem	26	100 %

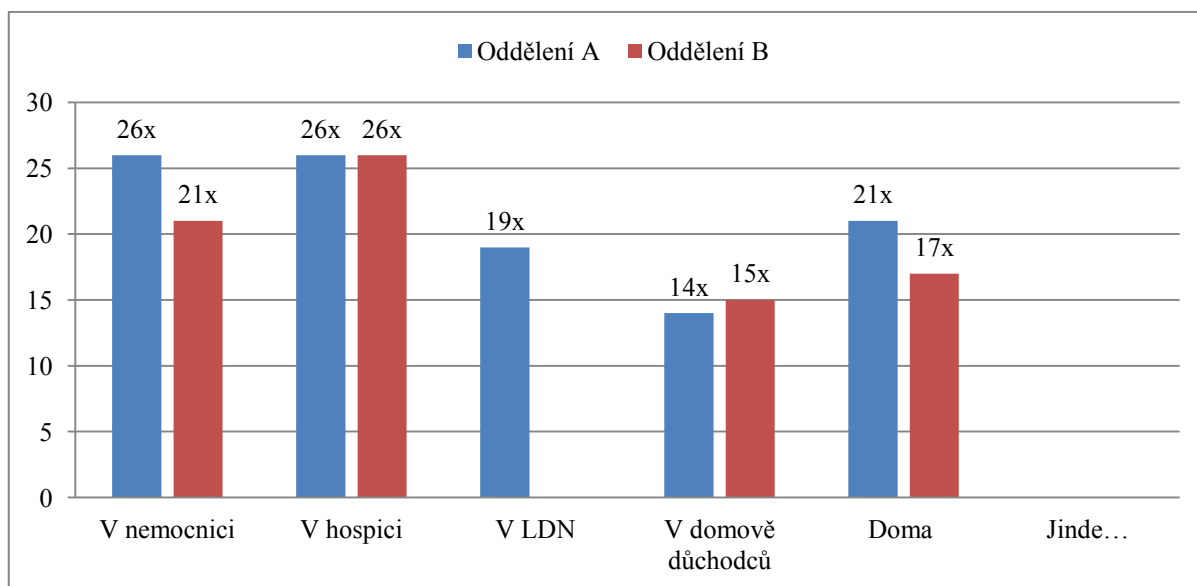
Otázka č. 2 zjišťuje, kdy se sestry poprvé setkaly s termínem paliativní péče. Na pracovišti A (tabulka 3) se 22 (85 %) dotazovaných poprvé setkala s paliativní péčí již ve škole a 4 (15 %) na pracovišti.

Tabulka 4 Oddělení B - první setkání s pojmem

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ve škole	24	92 %
Na pracovišti	1	4 %
Na internetu	0	0 %
V médiích	0	0 %
V odborné literatuře	0	0 %
Na konferenci	0	0 %
Jinde	1	4 %
Celkem	26	100 %

V tabulce č 4 je znázorněno, že se s paliativní péčí ve škole setkala 92 % respondentů z oddělení B. Jeden (4 %) se setkal s tímto pojmem až na pracovišti, další (4 %) zvolil odpověď „Jiné”, kde uvedl první setkání s tímto pojmem na přednášce MUDr. Marie Svatošové.

Otázka č. 3 Kde se provádí paliativní péče (možno zaškrtnout i více možností)



Obrázek 1 Graf místa využití paliativní péče podle sester pracujících na oddělení ARO

V otázce týkající se místa, kde je paliativní péče prováděna, bylo možné zvolit více odpovědí. Všichni respondenti (100 %) z oddělení A volili možnost v nemocnici a v hospici. 21 x byla zvolena odpověď doma, 19 x byla zvolena odpověď LDN a 14 x byla uvedena možnost provádění paliativní péče v domově důchodců.

Všichni zaměstnanci druhého oddělení zaškrtnuli volbu v hospici (100 %). Nemocnice jako místo provádění paliativní péče byla zvolena 21 x, 17 x byl uveden domov a 15 x byl zaškrtnut domov důchodců. Možnost jinde nezvolil žádný z respondentů. Podle dostupné české literatury by měla být prováděna paliativní péče na obecné úrovni na všech výše uvedených místech.

Otázka č. 4 Kdo je příjemcem paliativní péče?

Tabulka 5 Oddělení A - příjemci paliativní péče podle sester pracujících na oddělení ARO

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pouze nevléčitelně nemocný pacient	4	15 %
Všichni nemocní	0	0 %
Pacient v terminálním stádiu nemoci a jeho blízcí	22	85 %
Jiná odpověď:..	0	0 %
Celkem	27	100 %

Tabulka 6 Oddělení B - příjemci paliativní péče podle sester pracujících na oddělení ARO

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pouze nevléčitelně nemocný pacient	11	42 %
Všichni nemocní	0	0 %
Pacient v terminálním stádiu nemoci a jeho blízcí	15	58 %
Jiná odpověď:..	0	0 %
Celkem	26	100 %

Na otázku, kde měl být respondenty označen příjemce paliativní péče, odpovědělo správně, tedy za C, že se jedná o pacienta v terminálním stádiu nemoci a jeho blízké, 22 (85 %) respondentů na pracovišti A a 15 (58 %) dotazovaných z pracoviště B. Možnost nevléčitelně nemocný pacient uvedli 4 respondenti (15 %) na pracovišti A a 11 (42 %) respondentů na oddělení B. Nikdo nezvolil možnost všichni nemocní, ani neuvedl jinou odpověď.

Otázka č. 5 Jeden z cílů paliativní péče je:

Tabulka 7 Oddělení A - cíle paliativní péče

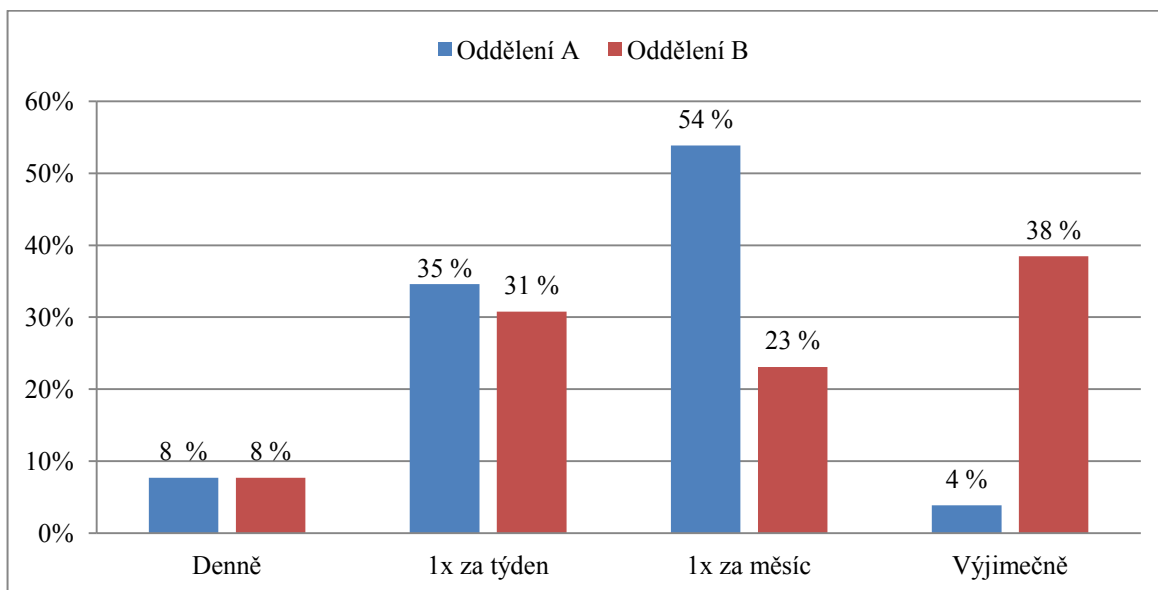
Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Uzdravení akutní nemoci	0	0 %
Zvýšit kvalitu života u pacientů v terminálním stádiu nemoci	26	100 %
Co nejvíce oddálit smrt u pacientů s život ohrožujícím onemocněním	0	0 %
Celkem	27	100 %

Tabulka 8 Oddělení B - cíle paliativní péče

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Uzdravení akutní nemoci	0	0 %
Zvýšit kvalitu života u pacientů v terminálním stádiu nemoci	26	100 %
Co nejvíce oddálit smrt u pacientů s život ohrožujícím onemocněním	0	0 %
Celkem	26	100 %

Na obou odděleních uvedli všichni respondenti (100 %), správnou odpověď, tedy že cíl paliativní péče je zvyšování kvality života pacientů v terminálním stádiu onemocnění.

Otázka č. 6 Jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s paliativní péčí?

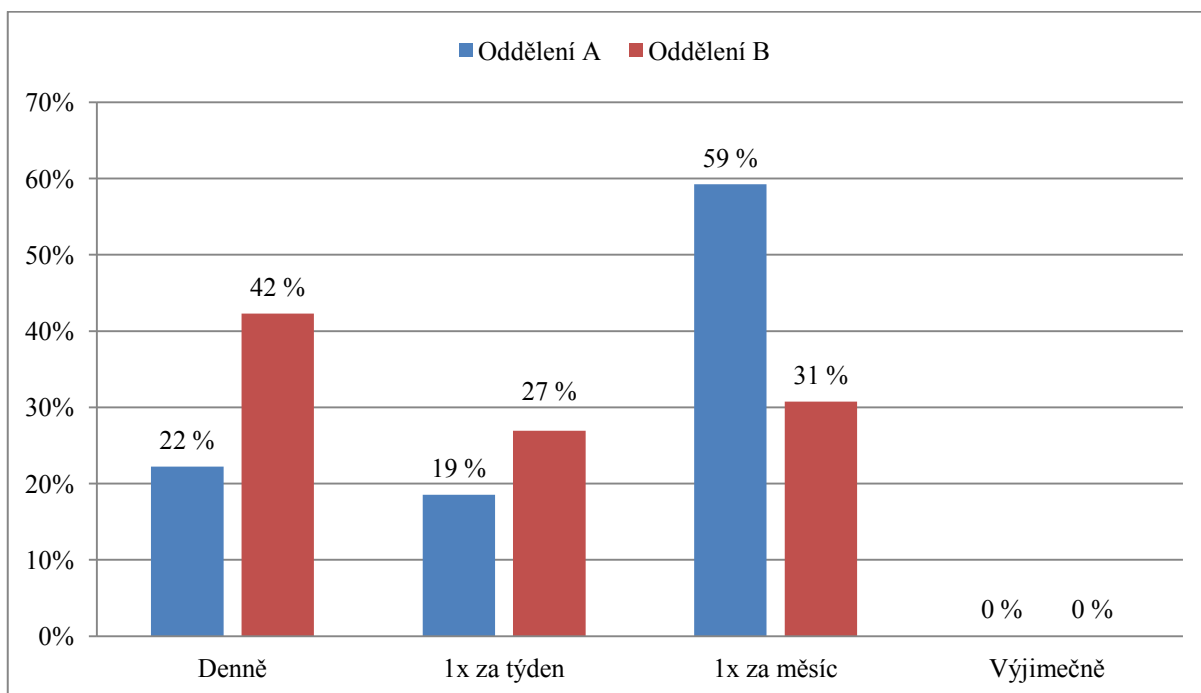


Obrázek 2 Graf týkající se četnosti výskytu paliativní péče na oddělení ARO

Z celkem 26 respondentů (100 %) na oddělení A uvedlo 14 (54 %), že se s paliativní péčí setkají přibližně 1x za měsíc, 9 (35 %) dotazovaných se setkává s paliativní péčí přibližně 1x za týden, denní výskyt zvolili 2 (8 %). Odpověď výjimečně zaškrtl jeden dotazovaný (4 %).

Výjimečně se s paliativní péčí setkává 10 (38 %) respondentů z oddělení B, 8 (31 %) dotazovaných zvolilo odpověď 1x za týden, 6 (23 %) respondentů 1x za měsíc a pouze 2 dotazovaní (8 %) uvedli denní výskyt.

Otázka č. 7 Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s umírajícími pacienty?



Obrázek 3 Graf četnosti výskytu umírajících pacientů na oddělení ARO

U této otázky je celkový počet respondentů z pracoviště A opět 27, z důvodu záporné odpovědi na první otázku jednoho respondenta, který měl přeskočit otázky týkající se znalosti pojmu paliativní péče a ve vyplňování dotazníku pokračovat touto otázkou. Podle grafu 3 se na oddělení A s umírajícími pacienty setkává denně 6 (22 %) respondentů. 5 respondentů (19 %) uvádí výskyt umírajících na oddělení přibližně 1x za týden a 16 (59 %) zdravotníků uvedlo setkání s umírajícím 1x za měsíc.

Na oddělení B se denně se smrtí setkává 11 respondentů (42 %), 7 (27 %) zdravotníků uvedlo četnost výskytu umírajících pacientů přibližně 1x za týden a 8 (31 %) dotazovaných zvolilo možnost 1x za měsíc.

Otázka č. 8 Chtěl/a byste více informací o této problematice?

Tabulka 9 Oddělení A - zájem o informace

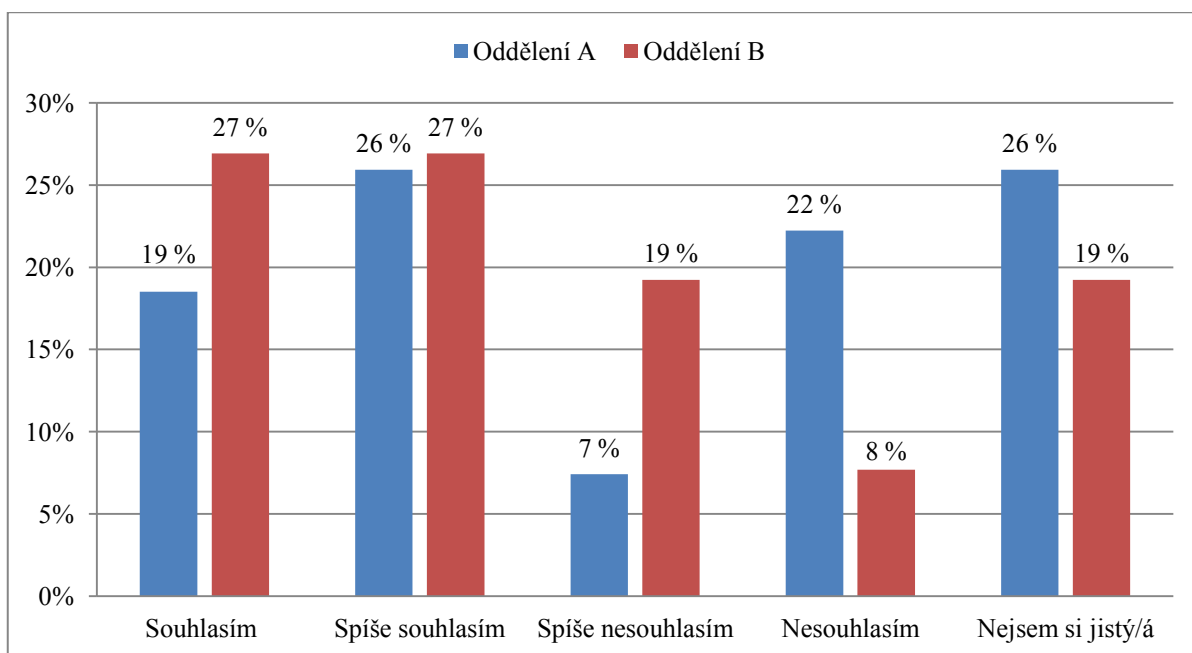
Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	52 %
Ne	13	48 %
Celkem	27	100 %

Tabulka 10 Oddělení B - zájem o informace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	58 %
Ne	11	42 %
Celkem	26	100 %

Na otázku číslo 8 odpovědělo 14 (52 %) respondentů z pracoviště A, že by mělo zájem o více informací, na oddělení B by mělo zájem informace 15 (58 %) dotazovaných. O informace týkající se této problematiky nemá zájem 13 (48 %) respondentů z oddělení A a 11 (42 %) respondentů z oddělení B.

Otázka č. 9 V období umírání člověk velice trpí.

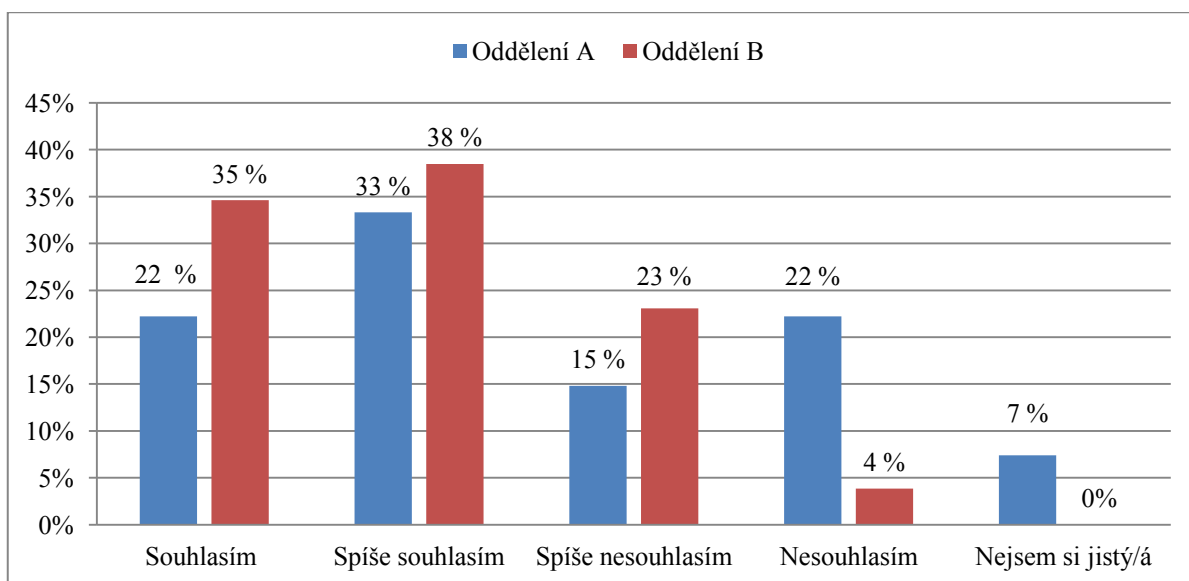


Obrázek 4 Graf odpovědí respondentů týkající se utrpení v období umírání

Na oddělení A si celkem 5 (19 %) respondentů myslí, že umírání je provázeno utrpením, 7 (26 %) respondentů spíše souhlasí s tímto tvrzením, 2 respondenti (7 %) spíše nesouhlasí, 6 respondentů (22 %) nesouhlasí a 7 (26 %) respondentů si není jistých.

Na oddělení B s tímto tvrzením souhlasí 7 (27 %) respondentů, 7 (27 %) dotazovaných spíše souhlasí, 5 (19 %) respondentů spíše nesouhlasí a 2 zdravotníci (8 %) nesouhlasí. Svým postojem si není jisto 5 (19 %) dotazovaných.

Otázka č. 10 Důstojnost člověka se v období umírání a smrti snižuje.



Obrázek 5 Graf odpovědí respondentů týkající se snižování důstojnosti v období smrti

Na otázku číslo 10 odpovědělo 6 (22 %) dotazovaných, že souhlasí s uvedeným tvrzením, 9 (33 %) s tímto tvrzením spíše souhlasí, 4 (15 %) spíše nesouhlasí a 6 (22 %) nesouhlasí. Jisti si nebyli 2 (7 %) respondenti pracující na oddělení A.

Na oddělení B souhlasí 9 (35 %) respondentů, spíše souhlasí 10 (38 %), 6 (23 %) spíše nesouhlasí a 1 respondent (4 %) nesouhlasí s tvrzením, že se důstojnost umírajícího člověka snižuje.

Otázka č 11 Pro umírajícího člověka je důležité být bez bolesti.

Tabulka 11 Oddělení A - potřeba být bez bolesti

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	26	96 %
Spíše souhlasím	1	4 %
Spíše nesouhlasím	0	0 %
Nesouhlasím	0	0 %
Nejsem si jistý/á	0	0 %
Celkem	27	100 %

Tabulka 12 Oddělení B - potřeba být bez bolesti

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	26	100 %
Spíše souhlasím	0	0 %
Spíše nesouhlasím	0	0 %
Nesouhlasím	0	0 %
Nejsem si jistý/á	0	0 %
Celkem	26	100 %

Z výše uvedených tabulek vyplývá, že na oddělení A 26 (96 %) respondentů souhlasí s tvrzením, že pro člověka v terminálním stádiu je důležité být bez bolesti. Jeden respondent (4 %) s tímto tvrzením spíše souhlasí. Na oddělení B všech 26 (100 %) respondentů souhlasí.

Otázka č. 12 Pacient s život ohrožující nemocí může žít kvalitní život

Tabulka 13 Oddělení A - kvalitní život u umírajících

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	14	52 %
Spíše souhlasím	8	30 %
Spíše nesouhlasím	0	0 %
Nesouhlasím	2	7 %
Nejsem si jistý/á	3	11 %
Celkem	27	100 %

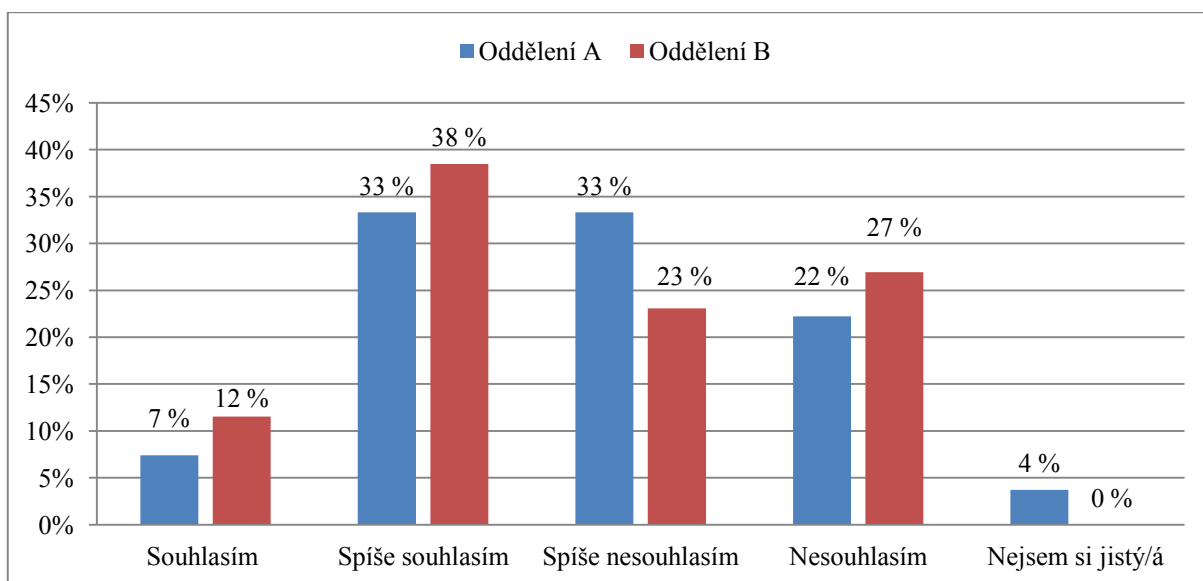
Tabulka 14 Oddělení B - kvalitní život u umírajících

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	12	46 %
Spíše souhlasím	11	42 %
Spíše nesouhlasím	3	12 %
Nesouhlasím	0	0 %
Nejsem si jistý/á	0	0 %
Celkem	26	100 %

Na tvrzení, že pacient s život ohrožujícím onemocněním může žít kvalitní život, odpovědělo na oddělení A 14 (52 %) respondentů že souhlasí, 8 (30 %) spíše souhlasí, 2 (7 %) dotazovaných nesouhlasí a 3 (11 %) respondenti si nejsou jisti svým postojem k tomuto tvrzení.

Na oddělení B souhlasí s tvrzením 12 (46 %) respondentů. Spíše souhlasí 11 (42 %) dotazovaných a 3 (12 %) spíše nesouhlasí.

Otázka č. 13 Máme jen omezené možnosti jak zvyšovat kvalitu života umírajících.

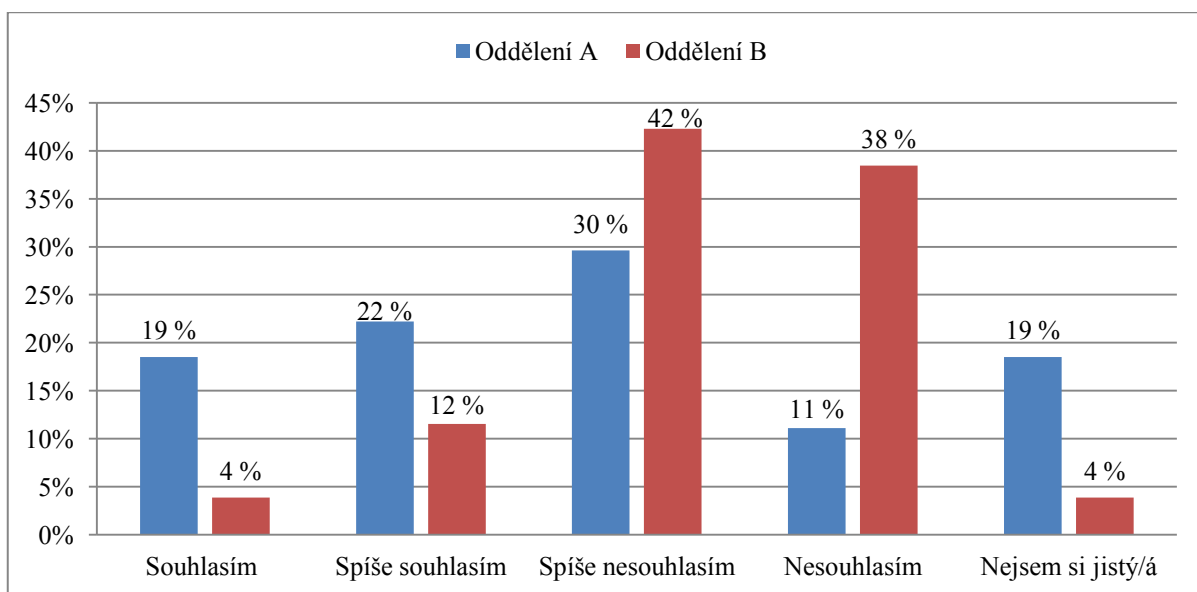


Obrázek 6 Graf týkající se omezených možností ke zlepšení kvality života

S tvrzením v otázce číslo 13 souhlasí 2 respondenti (7 %) z oddělení A, spíše souhlasí 9 (33 %), spíše nesouhlasí také 9 (33 %) respondentů, nesouhlasí 6 (22 %) dotazovaných a jeden zdravotník (4 %) si není jistý.

Na oddělení B s tímto tvrzením souhlasí 3 respondenti (12 %) a spíše souhlasí 10 (38 %) zdravotníků. Spíše nesouhlasí 6 (23 %) dotazovaných a 7 (27 %) respondentů nesouhlasí s tvrzením, že máme jen omezené možnosti k zvyšování kvality života umírajících.

Otázka č. 14 Na tomto pracovišti se provádí tzv. doprovázení nemocných

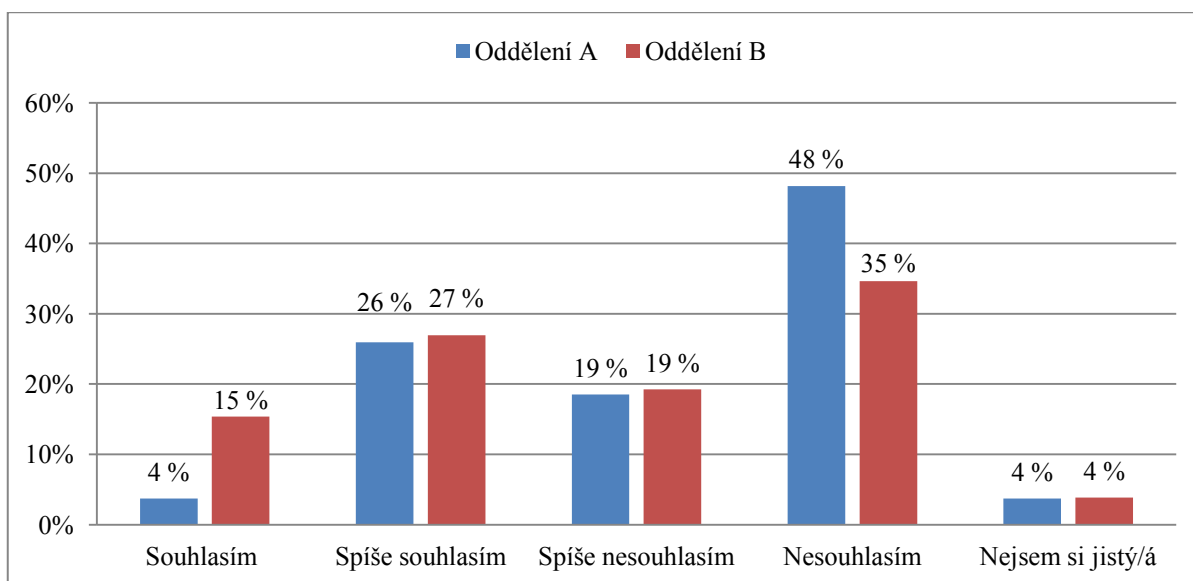


Obrázek 7 Graf výskytu doprovázení nemocných na jednotce ARO

S tím, že se na pracovišti provádí doprovázení nemocných, souhlasilo 5 (19 %) respondentů a nesouhlasili 3 respondenti (11 %) z oddělení A. Jistých si bylo 5 (19 %) dotazovaných. S tímto názorem spíše souhlasí 6 (22 %) a spíše nesouhlasí 8 (30 %) respondentů.

Na oddělení B souhlasí pouze 1 respondent (4 %), také jeden si není jist (4 %), spíše souhlasí 3 respondenti (12 %). Nejvíce respondentů odpovědělo záporně, z toho 10 (38 %) nesouhlasí a 11 (42 %) spíše nesouhlasí.

Otázka č. 15 Nemám dobrý pocit, když pečuji o umírajícího pacienta.

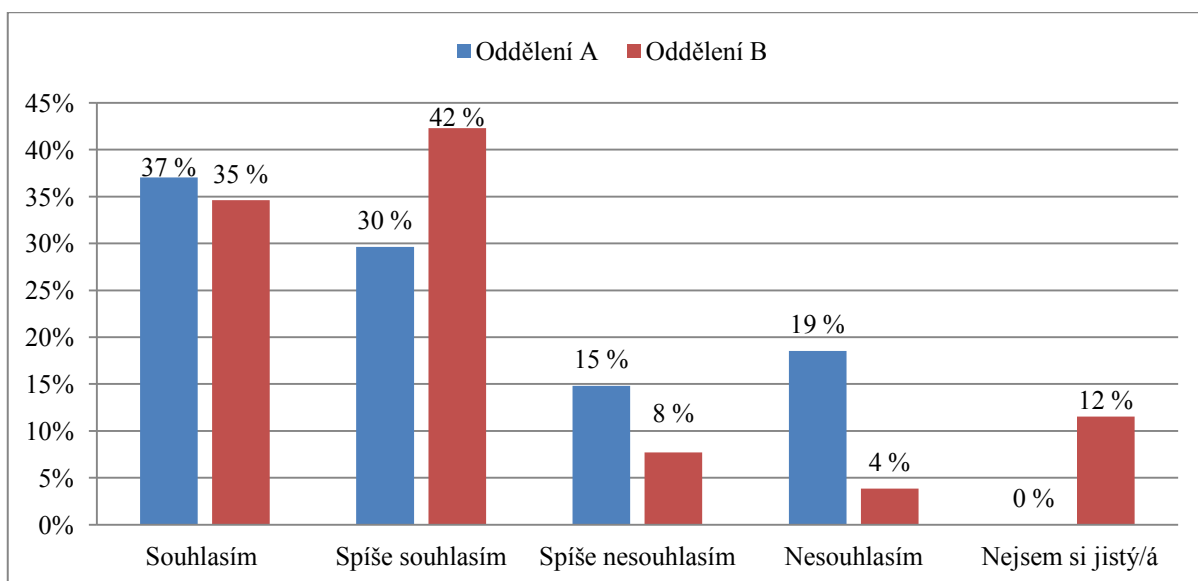


Obrázek 8 Graf výskytu špatného pocitu při péči o umírajícího pacienta

Na otázku, zda mají respondenti špatný pocit, když musí pečovat o umírajícího pacienta, odpověděl jeden respondent (4 %) z oddělení A kladně, 7 (26 %) respondentů na tomto oddělení spíše souhlasí, 5 (19 %) spíše nesouhlasí a skoro polovina, 13 (48 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a jeden respondent (4 %) si není jistý.

Na oddělení B je situace obdobná, svým postojem si není jistý jeden respondent (4 %). Stejně jako na druhém pracovišti spíše nesouhlasí 5 (19 %) respondentů a spíše souhlasí 7 (27 %) dotazovaných. Při ošetřování umírajícího nemají dobrý pocit 4 respondenti (15 %) a 9 (35 %) zaměstnanců s tímto výrokem nesouhlasí.

Otázka č. 16 Je mi nepříjemné hovořit o smrti s rodinou pacienta.

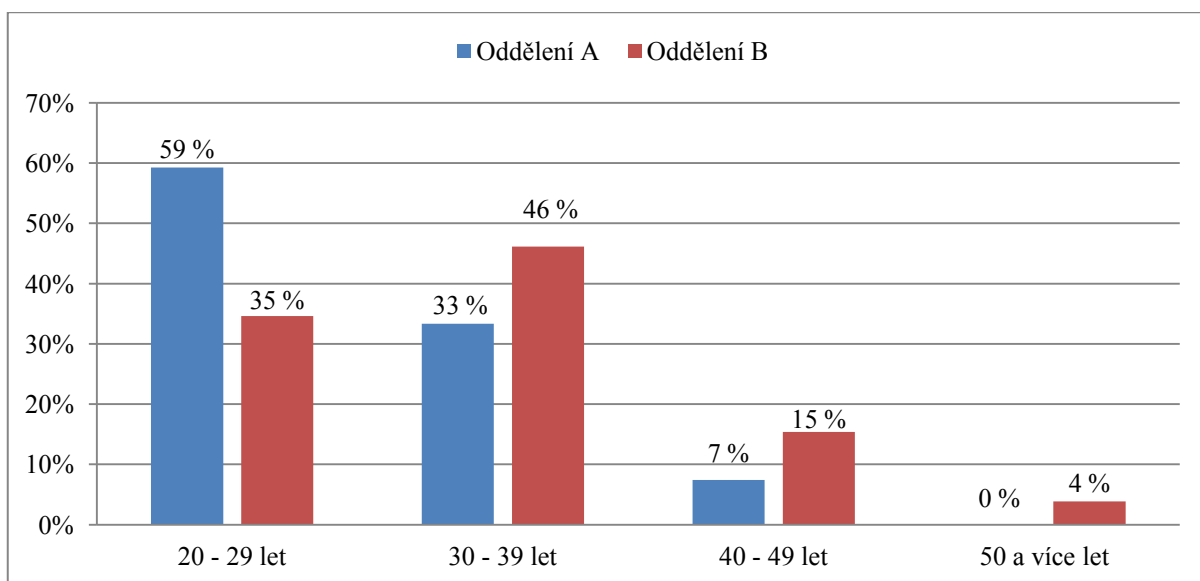


Obrázek 9 Graf týkající se špacných pocitů při rozhovoru o smrti s rodinou

Na oddělení A je nepříjemné hovořit o smrti s rodinou pacienta 10 (37 %) respondentům. 8 (30 %) dotazovaných s tímto tvrzením spíše souhlasí, 4 (15 %) dotazovaní spíše nesouhlasí a 5 (19 %) dotazovaných nesouhlasí.

Z oddělení B, 9 (35 %) dotazovaných s tvrzením souhlasí, 11 (42 %) respondentů spíše souhlasí, 2 respondenti (8 %) spíše nesouhlasí a jeden respondent (4 %) nesouhlasí. 3 zdravotníci (12 %) si nejsou jisti.

Otázka č. 17 Jaký je Váš věk?

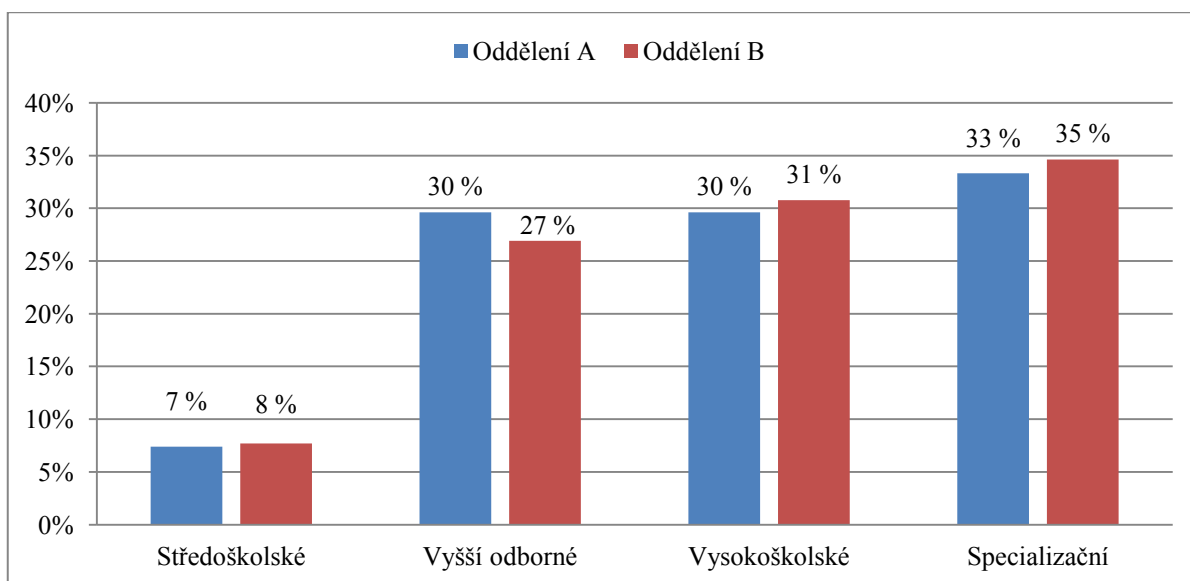


Obrázek 10 Graf věku respondentů na oddělení ARO

Nejpočetnější věkovou skupinu z oddělení A tvořili respondenti ve věku 20 – 29 let. Svůj věk v tomto rozmezí uvedlo celkem 16 (59 %), druhou nejpočetnější skupinou byla skupina od 30 do 39 let, zastoupena 9 respondenty (33 %). 2 dotazovaní (7 %) uvedli svůj věk ve skupině 40 – 49 let.

Na oddělení B byla nejvíce zastoupena věková skupina 30 – 39 let, tj. 12 (46 %) respondentů, dále 20 – 29 let uvedlo 9 (35 %) respondentů. Do skupiny 40 – 49 let patří 4 (15 %) dotazovaných. Jeden respondent (4 %) je starší 50-ti let.

Otázka č. 18 Dosažené vzdělání:

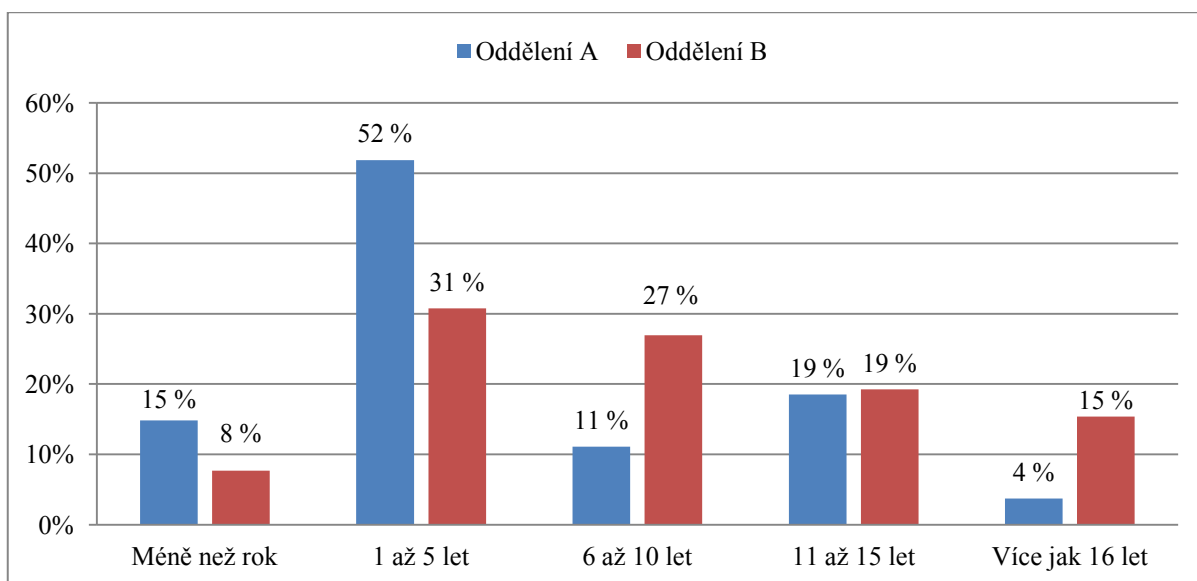


Obrázek 11 Graf dosaženého vzdělání

Na oddělení A uvádí nejvíce respondentů (33 %) jako své nejvyšší dosažené vzdělání pomaturitní specializaci ARIP. Jedná se celkem o 9 dotázaných. Další velmi početnou skupinou jsou respondenti s ukončeným vyšším odborným vzděláním, jedná se celkem o 8 (30 %) dotazovaných. Stejný počet zaměstnanců (30 %) má ukončené vysokoškolské vzdělání. 2 zaměstnanci (7 %) zvolili možnost středoškolské vzdělání.

Z celkového počtu 26 (100 %) respondentů má na oddělení B 9 (35 %) respondentů pomaturitní specializaci ARIP, 8 (31 %) vysokoškolské, 7 (27 %) vyšší odborné vzdělání a nejméně 2 respondenti (8 %) uvedli středoškolské vzdělání.

Otázka č. 19 Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?



Obrázek 12 Graf délky praxe respondentů na jednotce ARO

Nejdelší praxi (více jak 16 let) má na pracovišti typu ARO z oslovených respondentů na oddělení A pouze jeden respondent (4 %). Nejvíce početnou skupinu (52 %) tvoří respondenti s praxí 1 – 5 let, a to celkem 14 zdravotníků. 4 respondenti (15 %) mají praxi kratší než jeden rok. Praxi dlouhou 6 až 10 let udávají 3 zdravotníci (11 %) a 5 respondentů (19 %) má praxi dlouhou 11 až 15 let.

Na oddělení B byli 2 respondenti (8 %) s praxí kratší než rok, 8 (31 %) s praxí 1 až 5 let, 7 (27 %) s praxí od 6 do 10 let, praxi dlouhou 11 až 15 let uvedlo 5 (19 %) dotazovaných a nejdelší praxi (nad 16 let) uvedli 4 respondenti (15 %).

7. Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo nahlédnout z pozice sestry do problematiky paliativní péče v intenzivním prostředí nejvyšší úrovně, tedy na jednotkách typu ARO. Vzhledem k rostoucí tendenci počtu chronicky nemocných a pacientů závislých na přístrojích se dá říci, že se jedná o aktuální téma. (Bendová, 2011, s. 60) Bohužel jsem nenašla literaturu, která by se primárně zabývala problematikou paliativní péče v intenzivním prostředí. V české knižní literatuře zabývající se paliativní péčí je intenzivní prostředí zmiňováno pouze okrajově.

Výzkumná otázka č. 1 - Jaká je informovanost sester o paliativní péči?

Na tuto výzkumnou otázku se zaměřovaly otázky 1 až 5 z dotazníku (viz. Příloha A). V prvních otázkách měli respondenti uvést, jestli mají znalosti o této problematice a kdy o ní poprvé slyšeli. V následujících otázkách zaškrtovali odpovědi týkající se místa provádění, příjemce a základního cíle paliativní péče.

O paliativní péči (otázka č. 1) slyšelo 26 (96 %) respondentů z oddělení A a všichni respondenti (100 %) z oddělení B. Našel se i jeden respondent (4 %) z oddělení A, který o paliativní péči nikdy neslyšel.

Na obou odděleních se nejvíce respondentů poprvé setkalo s tímto typem péče již ve škole. Celkem to bylo 22 (85 %) respondentů na oddělení A a 24 (92 %) dotazovaných na oddělení B. Tyto výsledky potvrzují tvrzení Vorlíčka (2004, s. 459 - 460), který ve své publikaci považuje za důležité školit zdravotníky o paliativní péči již při studiu, vzdělávání má pojmout tři základní oblasti: kognitivní (znalosti), psychomotorickou (dovednosti) a afektivní (postoje).

Na otázku č. 3 o místech provádění paliativní péče většina sester z obou oddělení zvolila kombinaci možností: v hospici a v nemocnici (v obou případech to uvedlo 100 % respondentů). Je zajímavé, že v prvním oddělení byla LDN vybrána devatenáctkrát (73 %), ale v oddělení B si léčebnu, jako možné místo provádění paliativní péče, vybrali pouze dva respondenti (8 %).

Kdo je příjemcem paliativní péče, měli dotazovaní uvést v otázce č. 4. Správná odpověď byla možnost C, tedy pacient v terminálním stádiu nemoci a jeho blízcí. Tuto možnost uvedlo na oddělení A 85 % respondentů, ale na oddělení B pouze 58 %. Vzhledem k tomu, že zbytkem uváděná odpověď byla možnost A (pouze nevléčitelně nemocný pacient),

si myslím, že tito respondenti neznají postavení rodiny v paliativní péči. Tuto otázku má ve svém dotazníku Hotařová (2012, s. 52). Správně na ni odpovědělo 70 % zdravotníků. Na otázku č. 5, která se ptala na hlavní cíl paliativní péče, zvolili všichni (100 %) respondenti z obou oddělení možnost: zvyšování kvality života pacientů v terminálním stádiu nemoci. Tento výsledek je pravděpodobně dán vysokým počtem sester s nedávno ukončeným vzděláním nebo všeobecným rozhledem v této oblasti.

Na základě průměrného počtu správných odpovědí je možno se domnívat, že se na oddělení A pracovníci dobře orientují v problematice paliativní péče. Na oddělení B se podle průměrného počtu správných odpovědí v dané problematice orientují hůře. Lepší výsledky na oddělení A jsou pravděpodobně dány poměrně mladým personálem a krátkou praxí (viz otázky 17 a 19), z tohoto důvodu je možno se domnívat, že se jedná o sestry, které v nedávné době ukončily studium.

Výzkumná otázka č. 2 - Jaké jsou představy sester pracujících na ARO o paliativní péči?

Tato výzkumná otázka byla hodnocena z otázek č. 9, 10, 11, 12 a 13. V otázce míry strádání v době umírání byly odpovědi mezi odděleními poměrně překvapivé a na první pohled velice rozdílné. Po sečtení kladných a záporných odpovědí jsou výsledky celkem vyrovnané. Polovina zdravotníků se domnívá že, období umírání je spojeno s velkým utrpením. Jedna třetina si myslí, že umírání není spojeno s výrazným utrpením. Svým postojem si není jisto 26 % respondentů z oddělení A a 19 % z oddělení B. Obdobné výsledky byly zjištěny i v otázce č. 10. Podle oslovených respondentů na obou odděleních se snižuje důstojnost umírajících lidí. Na oddělení A si to myslí 55 % respondentů a na oddělení B až 73 % respondentů.

Všichni respondenti na obou odděleních se v otázce č. 11 shodli, že je pro pacienta důležité být bez bolesti. V definici paliativní péče se hovoří o zvyšování kvality života těchto nemocných. V minulosti někteří autoři analyzovali definice tohoto konceptu. V anglickém jazyce bylo nalezeno celkem 37 definic. Zajímavé je, že i když se definice lišily, všechny měly jako jeden z cílů zvyšování kvality života. (Bužgová, 2015, s. 17) Podle tabulek 13 a 14 si celkem 80 % respondentů z obou oddělení myslí, že umírající mohou žít kvalitní život. Pouze 11 % dotazovaných z oddělení A si tímto tvrzením nebylo jisto. Celkem 7 % respondentů na oddělení A a 12 % respondentů z oddělení B nesouhlasí s tvrzením,

že umírající mohou žít kvalitně. Odpovědi respondentů jsou pravděpodobně ovlivněny zkušenostmi respondentů. Rozdílné výsledky vyšly z šetření studentky Hotařové (2012, s. 58). Dle jejích respondentů není konec života provázen velkým utrpením a ztrátou důstojnosti.

Omezené možnosti jak zvyšovat kvalitu života máme podle poloviny respondentů. Celkem podle 40 % dotazovaných z pracoviště A a 50 % dotazovaných z oddělení B. Tento výsledek je pravděpodobně ovlivněn informovaností personálu o paliativní péči.

Výzkumná otázka č. 3 - Jaké jsou postoje sester pracujících na ARO k paliativní péči?

Odpovědi respondentů z obou oddělení se v otázce číslo 15 shodují, že pečovat o umírajícího pacienta nevdá více než 50 % ošetrovatelského personálu. Ovšem hovořit o smrti s blízkými klienta je podle odpovědí na otázku číslo 16 nepříjemné až dvěma třetinám zdravotníků, 67 % z oddělení A a 77 % z oddělení B.

Výsledky těchto dvou otázek se shodovaly s výsledky šetření provedeného v bakalářské práci Hotařové (2012, s. 41-42). V tomto výzkumu nevdálo pečovat o umírajícího člověka celkem 54 % respondentům. Nepříjemné pocity mělo při komunikaci s rodinou o smrti 61 % respondentů.

Ve své práci se Bendová (2011, s. 50) ptá, jaké pocity ve zdravotnicích vyvolává péče o umírajícího pacienta. Respondenti pracující v intenzivní péči udávali nejčastěji (ve 42 %) pocit úzkosti. Žádné pocity smrti nevyvolávala ve 23 % dotazovaných.

O více informacích týkajících se paliativní péče má podle odpovědí na otázku č. 8 zájem více než 50 % zdravotníků na obou pracovištích. Ve své diplomové práci s názvem Umírání s smrtí na ARO, Pfefferová (2009, s. 48) uvádí závěr, že 38 % respondentů má zájem se vzdělávat v péči o umírající. Bendová (2011, s. 60) ve své práci vyzývá k pořádání seminářů na téma paliativní péče v intenzivní medicíně.

Výzkumná otázka č. 4 - Používá se paliativní péče na oddělení ARO?

V poslední výzkumné otázce byla zjišťována četnost využívání paliativní péče v intenzivním prostředí. Tato výzkumná otázka byla hodnocena z otázek č. 6 a 7. Otázka č. 6 se ptala na četnost výskytu paliativní péče. Podle respondentů z pracoviště A se s paliativní péčí setkávají přibližně 1x za měsíc, což uvádí 54 % dotazovaných. Dalších 35 % respondentů se setkává s touto péčí 1x za týden. Výsledky byly zřejmě ovlivněny zkrácenými úvazky

personálu. Podobné výsledky jsou i na opačném oddělení. 38 % zdravotníků se s paliativní péčí setkává výjimečně, oproti tomu setkání s touto péčí 1x za týden udává 31% respondentů.

Obdobná situace je i v otázce číslo 7, která se zaměřila četnost úmrtí pacientů. Podle 59 % respondentů na oddělení A, umře jeden pacient každý měsíc, 22 % uvádí denní výskyt úmrtí na pracovišti. Na oddělení B nejvíce (42 %) dotazovaných setkává s umírajícími denně, 31 % se s úmrtím setkává přibližně 1x za měsíc. Tyto rozdílné hodnoty mohou být následkem zkrácených úvazků některých respondentů.

Diplomová práce Pavly Zemanové s názvem Hospicová péče a umění doprovázet (2013) pro mě byla inspirací pro zařazení otázky takzvaného doprovázení nemocných do dotazníku jako dalšího příkladu paliativního postupu. Doprovázení umírajících je umění být na blízku nemocnému a jeho nejbližším již od sdělení nepříznivé diagnózy. Po smrti pacienta se tato péče dále věnuje pozůstalým (Zemanová, 2013, s. 32). Z odpovědí respondentů se aplikace tohoto postupu na obou pracovištích liší. Na oddělení B se tento postup podle respondentů moc neuplatňuje. Na oddělení A se respondenti na výskytu jednoznačně neshodli. Na tomto pracovišti bylo zajímavých 19 % nejistých respondentů. Vedle nejistoty může být dána četnost odpovědí i neznalostí pojmu.

Poslední tři otázky v dotazníku byly zaměřeny na charakteristiku zkoumané skupiny respondentů. 17. otázka zjišťovala věk respondentů. Většina dotazovaných je ve dvou prvních věkových kategoriích. To znamená ve věku 20 až 29 let, 59 % personálu z oddělení A, ale pouze 35 % zdravotnického personálu z oddělení B. Věk mezi 30 až 39 lety udává pouze 33 % na oddělení A a 46 % z oddělení B.

V otázce číslo 18, týkající se vzdělání, je překvapivá vyrovnanost výsledků. Obě oddělení mají srovnatelné množství absolventů vyššího odborného, vysokoškolského a specializačního studia (konkrétně ARIP). Každý typ tohoto vzdělání je zastoupen přibližně v 30 % respondentů. Personálu se středoškolským vzděláním je v obou případech zbývajících, průměrně 10 %. Zajímavé je že, rozdíly mezi odděleními se u jednotlivých možností neliší o více než 3 %. Ve výzkumu studentky Radové (2012, s. 44) vyšel obdobně vyrovnaný výsledek s tím rozdílem, že zdravotníci se středoškolským vzděláním mají největší zastoupení 39 %. Ve své práci se však neptá na specializační studium typu ARIP. Na toto se ve své práci zaměřila studentka Bendová (2011, s. 42). Z jejího výzkumu vychází, že na počátku roku 2011 má toto studium ukončeno 26 % jí oslovených respondentů.

Podle obrázku č. 12 je možno tvrdit, že na oddělení A pracuje poměrně nestálý personál. To dokazuje 52 % respondentů, kteří uvedli délku své praxe na pracovišti od jednoho do pěti let. Vzhledem k tomu, že na oddělení pracuje 60 % zdravotníků s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním ve věkové skupině 20 až 29 let, je tento výsledek zcela pochopitelný. Více jak 16 let na tomto oddělení pracuje pouze jeden (4 %) z dotazovaných zaměstnanců. Na oddělení B je podle výše uvedeného obrázku stabilnější kolektiv. Od jednoho do pěti let zde pracuje pouze 31 % zdravotnického personálu, ale 27 % respondentů pracuje na ARO 6 až 10 let, na oddělení A to je 11 % dotazovaných. Výsledky podobné pracovišti A předkládá ve svém výzkumu i Pfefferová (2009, s. 48). Naprostá většina sester v Praze pracuje na tomto náročném pracovišti méně než 5 let. Víc než 10 let zde pracuje pouze 11 % respondentů.

V poslední části dotazníku mohli respondenti napsat své názory nebo postřehy k tématu, které nebyly předmětem mého šetření. Žádný z oslovených respondentů však této možnosti nevyužil.

8. Závěr

Téma paliativní medicíny, umírání a smrti je velice obsáhlé. Poskytování paliativní péče v intenzivním prostředí je současnou veřejností stále vnímáno jako dva protichůdné postupy. Nejenže tyto dva medicínské obory, jako jedny z mála, zasahují do všech ostatních medicínských oblastí, ale mají i společný cíl, a to kvalitu života. (Sláma a kol., 2011, s. 279-280)

Moje bakalářská práce se zabývala paliativní péčí z pohledu sester pracujících na jednotkách typu ARO. Pro potřeby výzkumu byly stanoveny čtyři cíle, ke kterým se vztahovaly čtyři výzkumné otázky. Prvním cílem výzkumu bylo zjistit základní informovanost o paliativní péči u sester pracujících na oddělení typu ARO. V šetření byly na základě průměrného počtu správných odpovědí zjištěny dobré znalosti respondentů o konceptu paliativní péče na obecné úrovni, které jsou získávány již během odborného studia.

Druhým cílem bylo zjistit představy o paliativní péči u sester na ARO. Dotazovaní se z uvedených tvrzení shodli pouze na tom, že pro umírajícího je důležité být bez bolesti. Rozdílnosti ve zbylých tvrzeních jsou obhajovány pouze základním povědomím o paliativní péči a nedostatkem zkušeností v dané oblasti. Vzhledem k těmto výsledkům by bylo vhodné vytvořit publikaci primárně zaměřenou na paliativní péči v intenzivním prostředí.

Třetí cíl se zaměřil na postoje sester k paliativní péči. Bylo zjištěno, že sestry nemají problém uspokojovat potřeby pacientů s infaustní diagnózou, ale hovořit o smrti s jejich příbuznými. Proto by měly být maximálně podporovány kolegy i vedoucími pracovníky oddělení ke zlepšování komunikace s blízkými umírajícího. Například formou supervize, kde si mohou jistě komunikační schopnosti osvojit, nebo rozhovorem s klinickým psychologem.

Posledním, čtvrtým cílem bylo zjistit, zda se na oddělení ARO využívají paliativní postupy. Podle výsledků mého výzkumu se dá tvrdit, že se na anesteziologicko-resuscitačním oddělení paliativní postupy využívají. Samozřejmě nelze z výsledků ze dvou oddělení dělat závěr pro všechny jednotky typu ARO v našem území, určitě by nebylo na škodu ověřit zjištěné informace s významnějším počtem respondentů.

9. Použitá literatura

1. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
2. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., ISBN 978-80-247-1830-9.
3. KASAL, Eduard. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče: pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2006, 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
4. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 216 s. Psych. ISBN 978-802-4746-500.
5. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
6. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
7. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
8. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
9. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
10. ŠEVČÍK, Pavel. *Intenzivní medicína*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Garlén, 2014, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

11. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013, 61 s. ISBN 978-80-7395-586-1.
12. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
13. VORLÍČEK, Jiří, Yvona POSPÍŠILOVÁ a Zdeněk ADAM. *Paliativní medicína*. Vyd. 2. přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2004, 537 s., [4] s. obr. příl. ISBN 80-247-0279-7.
14. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 335 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

Internetové zdroje

1. BENDOVIÁ, Zdeňka. *Etika umírání a smrti v intenzivní péči* [online]. Hradec Králové, 2011 [cit. 2014-12-28]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/110138/?lang=cs>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové.
2. Cancer. *World Health Organization*. [online]. © 2015 [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. Hospicová poradna – odborné sociální poradenství. *Hospic sv. Alžběty v Brně*. [online]. [2015] [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.hospicbrno.cz/index.php/hospicova-poradna>.
4. HOTAŘOVÁ, Margaréta. *Představy všeobecných sester o paliativní péči* [online]. Brno, 2012 [cit. 2014-12-11]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/67734/lf_b/Bakalarska_prace-Hotarova.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.

5. PFEFFEROVÁ, Eva. *Umírání a smrt na ARO* [online]. Praha, 2009 [cit. 2015-05-17]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/umirani-a-smrt-na-aro.html>. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta.
6. RADOVÁ, Lucie. *Problematika umírání v intenzivní péči* [online]. Plzeň, 2012 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/3780/Problematika_umirani_v_intenzivni_peci.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
7. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi* [online]. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. [cit. 2015-01-08]. ISBN 80-239-4330-8. Dostupné z: www.cestadomu.cz/res/data/028/003426.pdf.
8. Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči. *NCO NZO*. [online]. 6.5.2015 [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/specificka-osetrovatelska-pecce-v-paliativni-peci>
9. VEBEROVÁ, Nikola. *Metoda kvantifikace základní a specializované ošetrovatelské péče na ARO* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/ked5f1/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta.
10. ZEMANOVÁ, Pavla. *Hospicová péče a umění doprovázet* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2015-05-18]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/studentske-prace.html?page=3>. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
11. ČESKO, Vyhláška č. 99/2012 Sb. ze dne 22. 3. 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. 2012, Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0>.

10. Přílohy

Příloha A – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Michaela Řehouňková a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Představy všeobecných sester pracujících na ARO o paliativní péči. Dotazník je anonymní a zjištěné informace budou použity pouze pro potřeby mé práce. *(v dotazníku je vždy jedna odpověď, pokud není uvedeno jinak)*

1. Slyšel/a jste někdy o paliativní péči?

- a) Ano
- b) Ne *(pokud jste zvolil/a tuto odpověď pokračujte na otázku 8)*

2. Kde jste se poprvé setkal/a s termínem paliativní péče?

- a) Ve škole
- b) Na pracovišti
- c) Na internetu
- d) V médiích (TV, rádio)
- e) V odborné literatuře (knížky, časopisy)
- f) Na konferenci
- g) Jiné:.....

3. Kde se provádí paliativní péče? (možno zaškrtnout i více možností)

- a) V nemocnici
- b) V hospici
- c) V léčebně dlouhodobě nemocných
- d) V domově důchodců
- e) Doma
- f) Jinde *(napište kde)*:.....

4. Kdo je příjemcem paliativní péče?

- a) Pouze nevléčitelně nemocný pacient
- b) Všichni nemocní
- c) Pacient v terminálním stádiu nemoci a jeho blízcí
- d) Jiná odpověď:.....

5. Jeden z cílů paliativní péče je:

- a) Uzdravení akutní nemoci
- b) Zvýšit kvalitu života u pacientů v terminálním stadiu nemoci
- c) Co nejvíce oddálit smrt u pacientů s život ohrožujícím onemocněním

6. Jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s paliativní péčí?

- a) Denně
- b) 1x za týden
- c) 1x za měsíc
- d) Výjimečně

7. Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s umírajícími pacienty?

- a) Denně
- b) Několikrát za týden
- c) Několikrát za měsíc
- d) Výjimečně

8. Chtěl/a byste více informací o této problematice?

- a) Ano
- b) Ne

V následující tabulce prosím označte, jak moc souhlasíte s uvedenými tvrzeními. Udělejte křížek v příslušném poli, které nejvíce vystihuje **Vaše pocity**.

	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Nejsem si jistý/á
9. V období umírání člověk velice trpí.					
10. Důstojnost člověka se v období umírání a smrti snižuje.					
11. Pro umírajícího člověka je důležité být bez bolesti.					
12. Pacient s život ohrožující nemocí může žít kvalitní život					
13. Máme jen omezené možnosti jak zvyšovat kvalitu života umírajících.					
14. Na tomto pracovišti se provádí tzv. doprovázení nemocných (pomoc s vyrovnání se s nemocí a smrtí).					
15. Nemám dobrý pocit, když pečuji o umírajícího pacienta.					
16. Je mi nepříjemné hovořit o smrti s rodinou pacienta.					

17. Jaký je Váš věk?

18. Dosažené vzdělání:

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné (Dis.)
- c) Vysokoškolské (Bc. Mgr.)
- d) Specializační (napište jaké):.....

19. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

- a) Méně než rok
- b) 1 až 5 let
- c) 6 až 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) Více jak 16 let

Zde je prostor pro Vaše názory k tématu.

Děkuji za váš čas a ochotu.