

Informovanost všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v paliativní péči

Nikola Zderčiková

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Nikola Zderčíková
Osobní číslo: H20228
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Informovanost všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v paliativní péči

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní péče a celostního přístupu k bolesti.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MATZO, M. and D. W. SHERMAN. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. Fifth edition. New York: Springer Publishing Company, 2019. ISBN 978-0-8261-2712-9.
- VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína: Druhé, přepracované a doplněné vyd.* Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 4.5.2023

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá informovaností všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v paliativní péči. V teoretické části je charakterizována paliativní péče, nejčastější potřeby a obtíže pacientů v paliativním režimu, včetně problematiky bolesti s celostním přístupem jejího řešení. V praktické části je uveden kvantitativní výzkum realizovaný prostřednictvím dotazníkového šetření u všeobecných sester pracujících v Uherskohradištské nemocnici a Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaká je informovanost všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v režimu paliativní péče. Hlavní cíl celostního přístupu k bolesti je sledován ve čtyřech dimenzích, ke kterým jsou stanoveny jednotlivé dílčí cíle. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všeobecné sestry mají povědomí o celostním přístupu k bolesti, avšak povědomí všeobecných sester o existenci totální bolesti není v klinické praxi dostačující.

Klíčová slova: paliativní péče, bolest, celostní přístup, všeobecné sestry, informovanost

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with general nurses' awareness of a holistic approach to pain in palliative care patients. The theoretical part describes palliative care, the most common needs and difficulties of patients in palliative care, including the issue of pain with a holistic approach to its management. In the practical part, quantitative research conducted through a questionnaire survey of general nurses working in the Uherské Hradiště Hospital and the Tomáš Baťa Regional Hospital in Zlín is presented. The main aim of this study was to investigate the awareness of general nurses about the holistic approach to pain in palliative care patients. The main objective of holistic approach to pain is pursued in four dimensions to which sub-objectives are set. The research investigation revealed that general nurses have awareness of the holistic approach to pain, but general nurses' awareness of the existence of total pain is not sufficient in clinical practice.

Keywords: palliative care, pain, holistic approach, general nurses, awareness

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Jitce Hůskové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její vstřícnost, čas a cenné rady. Velmi si jejího přístupu vážím. Děkuji rovněž své rodině za podporu při studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1 VYMEZENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.2 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	14
1.3 ZAŘÍZENÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE	14
1.4 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	15
1.4.1 Nejčastější obtíže pacientů v paliativní péči	16
1.4.2 Management symptomů v paliativní péči	20
1.5 HODNOTÍCÍ NÁSTROJE V PALIATIVNÍ PÉČI	24
1.6 ETICKÉ PRINCIPY A DILEMATA	24
2 BOLEST	26
2.1 VYMEZENÍ BOLESTI	26
2.2 ROZDĚLENÍ BOLESTI.....	26
2.3 HODNOCENÍ BOLESTI.....	28
2.4 FARMAKOLOGICKÉ POSTUPY OVLIVŇUJÍCÍ BOLEST	29
2.4.1 Přehled analgetik	29
2.5 NEFARMAKOLOGICKÉ POSTUPY OVLIVŇUJÍCÍ BOLEST	33
3 BOLEST V PALIATIVNÍ PÉČI.....	36
3.2 MULTIDIMENZIONÁLNÍ PŘÍSTUP K BOLESTI	37
3.2.1 Fyzická bolest.....	37
3.2.2 Psychická bolest	38
3.2.3 Sociální bolest	39
3.2.4 Spirituální bolest	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	42
4.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ	42
4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEJICH VÝBĚRU	43
4.3 TECHNIKA SBĚRU DAT	44
4.4 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	44
4.5 METODY ANALÝZY DAT	45
5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	46
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	46
5.1.1 Věková kategorie respondentů sledovaného souboru	46
5.1.2 Délka profese respondentů sledovaného souboru	46

5.1.3	Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání respondentů sledovaného souboru.....	47
5.1.4	Typy oborů respondentů sledovaného souboru.....	48
5.2	ANALÝZA A INTERPRETACE K HLAVNÍMU CÍLI CELOSTNÍHO PŘÍSTUPU K BOLESTI.....	49
5.2.1	Interval kontaktu respondentů sledovaného souboru s pacienty v režimu paliativní péče	49
5.2.2	Celostní přístup k bolesti dle respondentů sledovaného souboru	50
5.2.3	Povědomí respondentů sledovaného souboru o existenci totální bolesti	51
5.2.4	Význam totální bolesti dle respondentů sledovaného souboru	52
5.2.5	Setkání respondentů sledovaného souboru s pacientem s totální bolestí.....	53
5.2.6	Postup respondentů sledovaného souboru u pacienta s totální bolestí.....	54
5.3	ANALÝZA A INTERPRETACE K CÍLŮM V DIMENZI FYZICKÉ BOLESTI.....	55
5.3.1	Hodnotící nástroje pro bolest v praxi využívané respondenty sledovaného souboru	55
5.3.2	Nefarmakologické metody tlumení bolesti dle respondentů sledovaného souboru	56
5.3.3	Využití nefarmakologických metod respondenty sledovaného souboru	57
5.3.4	Sledované fyzické projevy respondenty sledovaného souboru u pacientů s bolestí v paliativní péči	59
5.4	ANALÝZA A INTERPRETACE K CÍLŮM V DIMENZI PSYCHICKÉ BOLESTI.....	60
5.4.1	Nabídka prostoru respondenty sledovaného souboru pro osobní rozhovor s pacienty	60
5.4.2	Průměrná doba komunikace respondentů sledovaného souboru s pacientem v paliativní péči	61
5.4.3	Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany ošetřujícího lékaře dle respondentů sledovaného souboru.....	62
5.4.4	Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany paliatra dle respondentů sledovaného souboru	63
5.4.5	Postup respondentů sledovaného souboru při zhoršení psychického stavu u pacientů v paliativní péči	64
5.4.6	Záznam o změně psychického stavu respondenty sledovaného souboru do dokumentace pacienta v paliativní péči	65
5.4.7	Hodnocení potřeb, přání a preferencí respondenty sledovaného souboru u pacientů v paliativní péči.....	66
5.5	ANALÝZA A INTERPRETACE K CÍLŮM V DIMENZI SOCIÁLNÍ BOLESTI.....	68
5.5.1	Přehled respondentů sledovaného souboru o sociální oblasti péče.....	68
5.5.2	Postup při řešení sociálních potíží u pacienta v paliativní péči dle respondentů sledovaného souboru	69
5.5.3	Poskytování návštěv rodiny a blízkých dle respondentů sledovaného souboru.....	70
5.5.4	Tolerování návštěv rodiny a blízkých dle respondentů sledovaného souboru.....	71
5.5.5	Zajišťování soukromí pacientů v paliativní péči dle respondentů sledovaného souboru	72

5.6	ANALÝZA A INTERPRETACE K CÍLŮM V DIMENZI SPIRITUÁLNÍ BOLESTI.....	73
5.6.1	Úroveň spirituální podpory u pacientů v paliativní péči na pracovišti respondentů sledovaného souboru	73
5.6.2	Podstata spirituality v životě respondentů sledovaného souboru.....	74
5.6.3	Význam spirituálních potřeb dle respondentů sledovaného souboru.....	75
5.6.4	Priorita péče respondentů sledovaného souboru při ošetřování pacienta v paliativní péči	76
	DISKUZE	77
	ZÁVĚR	82
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	83
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	90
	SEZNAM OBRÁZKŮ	92
	SEZNAM TABULEK.....	93
	SEZNAM GRAFŮ	95
	SEZNAM PŘÍLOH.....	97

ÚVOD

Téma bakalářské práce se zabývá informovaností všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v paliativní péči.

Díky pokrokům medicíny je lidský život prodlužován oproti minulosti, kdy se lidé ve společnosti nedoživali dlouhověkosti v takové míře, jak je tomu v současnosti. V souvislosti s prodlužováním života však vzrůstá počet chronických a nevléčitelných onemocnění, která výrazně zasahují do života jedince. Kvalita života lidí se závažnou, nebo život ohrožující diagnózou nemusí být optimální, je velkým zásahem do jeho integrity a v neposlední řadě ovlivňuje život i jeho příbuzných či pečujících osob.

Během své odborné praxe v rámci studia jsem se mohla několikrát setkat s pacienty v režimu paliativní péče, též jsem měla možnost v rámci odborné praxe pozorovat práci podpůrného a paliativního týmu v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, kde mě zaujal holistický přístup k pacientům a současně i velký důraz na management bolesti u pacientů. Rozhodla jsem se proto, že se budu zabývat právě tématem celostního přístupu k bolesti u pacientů v režimu paliativní péče.

Paliativní péče zajišťuje veškeré nepříjemné symptomy, jimiž pacienti trpí kvůli svému onemocnění. Vychází současně z potřeb pacientů a jejich rodin, kromě toho se podílí na zvyšování jejich kvality života. Typická je multidisciplinární péče s individualizovaným přístupem ke každému nemocnému. Paliativní péče se opírá o holistickou filozofii, kdy využívá bio-psycho-socio-spirituálního rozsahu ve svém přístupu k nemocným.

Jedním z nejčastěji uváděných symptomů v paliativní péči je právě bolest. Současná léčba bolesti se opírá o farmakologické a nefarmakologické metody, pomocí kterých lze bolest zmírnit nebo zcela odstranit. Přesto je nutno podotknout, že každý pacient má jiný prožitek bolesti, a proto je nutné ke každému přistupovat individuálně. Na vnímání bolesti se může podílet dokonce i více faktorů. U pacientů v paliativní péči můžeme hovořit o tzv. „totální bolesti“, která představuje fyzické, psychické, sociální a spirituální utrpení. Jednotlivé komponenty bolesti jsou mezi sebou propojeny a vzájemně se ovlivňují. Přítomnost „totální bolesti“ si vyžaduje celostní přístup, který by měl být součástí poskytování paliativní péče. V rámci multidisciplinární spolupráce mohou být pokryty všechny komponenty bolesti. Pokrytím všech složek bolesti mohou zdravotníci přispět k tlumení bolestivých stavů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

V současné době se paliativní péče dostává více do popředí. Příspěvajícím faktorem může být kupříkladu nárůst počtu nevléčitelně nemocných nebo prezentování myšlenek o životě a smrti, které již nejsou do takové míry tabuizovány, jako dříve v laické veřejnosti. Díky paliativní osvětě si zdravotníci začínají uvědomovat priority péče o nevléčitelně nemocné.

1.1 Vymezení paliativní péče

Dle legislativního ustanovení České republiky: „*Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách rozoznává paliativní péči jako jeden z druhů zdravotních služeb a jednoznačně ji zařazuje do systému zdravotní péče*“ (Osvěta – Advokacie, 2022).

Paliativní péči lze vymezit řadou odlišných definic, přesto záměr jednotlivých definic je téměř vždy shodný. Centrum paliativní péče (2022) definuje paliativní péči následujícím způsobem: „*Paliativní péče je přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí život ohrožující nemoci. Jejím cílem je komplexní léčba/řešení/tišení bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit*“ (O paliativní péči, 2022).

I přesto, že je definice Centra paliativní péče zcela přesná, starší definice Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) z roku 1990 vymezuje paliativní péči, jako péči určenou pacientům s těžkou nemocí, na kterou již kurativní léčba nezabírá. Naopak novější definice WHO z roku 2002 je zaměřena především na včasné zabránění utrpení nemocného (Bužgová, 2015).

Obecně se o paliativní péči hovoří, jako o péči poskytované zvláště pacientům s onkologickým onemocněním a pacientům umírajícím. Avšak toto tvrzení není zcela úplné. Možnosti poskytování paliativní péče jsou pestré, jelikož výskyt chronických onemocnění s progresivním průběhem narůstá. A proto může být tato péče poskytována nemocným, kteří trpí chorobou limitující či ohrožující jejich život (Závadová, 2019). Mimo jiné může být zaměřena na geriatrické pacienty, pacienty s kardiovaskulárním, plicním nebo neurodegenerativním onemocněním a jinými zatěžujícími stavy (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004).

Paliativní péče tkví v holistickém přístupu k péči o nemocné po zbytek jejich života. Zbytek života pacienta v paliativní péči však nemusí být časově ohraničen. Poskytování paliativní

péče je zajišťováno od období zjištění nemoci, progresu stavu, úmrtí pacienta až po období zármutku rodiny (Matzo, Sherman, 2019).

Na paliativní péči navazuje hospicová péče, která poskytuje péči nemocným v závěru jejich života. Závěr života může být různě vymezen, ale také různě ohraničen, nejčastěji však bývá uveden v rádech hodin či dnech nebo předpoklad úmrtí je stanoven do 6 měsíců (Bužgová, 2015).

1.2 Rozdělení paliativní péče

Poskytovat paliativní péči lze ve dvou základních formách, tj. obecné a specializované. Obecná paliativní péče je poskytována každým zdravotníkem, v každém zdravotnickém zařízení a bez ohledu na specializaci v oboru paliativní péče. Tato forma péče spočívá ve včasné zhodnocení stavu pacienta, poskytování péče a léčby za účelem udržování optimální kvality života, dále v psychické opoře nemocného a jeho rodiny (Marková, 2010).

Specializovanou paliativní péči zajišťuje multidisciplinární tým, který je složený z řad odborníků vzdělaných v této problematice. Tvoří jej lékaři, sestry, psychologové, sociální pracovníci, kaplani a další odborní pracovníci. Tým by měl být sestaven tak, aby naplňoval jednotlivé potřeby nemocného. Do náplně specializované paliativní péče patří rovněž konziliární činnost. Tato forma péče bývá využívána zejména tam, kde je nutnost intenzivního řešení potíží, zvláště v případě progresu stavu nemocného (Sláma, 2012).

1.3 Zařízení specializované paliativní péče

Jedním z míst pro poskytování paliativní péče je právě domácí prostředí. V takovém případě se jedná o mobilní paliativní péči, která bývá považována za nejvhodnější z možností výběru pro nemocné. Další z možností pobytu nevyléčitelně nemocných, jsou zařízení zprostředkávající sociální péči. Zařízení sociální péče obvykle využívají služby domácí paliativní péče, neboť většina nevyléčitelně nemocných překročilo hranici seniorského věku. V nemocničních zařízeních mohou fungovat oddělení, ambulance a také konziliární týmy, které poskytují výhradně specializovanou paliativní péči. Ačkoliv existují různé možnosti poskytování specializované paliativní péče, kamenné hospice jsou jedny z nejspecializovanějších zařízení, zvláště pro nemocné v závěru života (Marková, 2010).

Hospic je zdravotně sociální zařízení poskytující lůžkovou péči (Marková, 2010). Součástí zařízení může být denní stacionář, vzdělávací centrum či poradna. Personál, jakožto multidisciplinární tým, využívá speciálních pomůcek a zařízení, určených přímo pro

poskytování paliativní péče. Jednou z výhod je možnost pobytu rodiny, kdykoliv si nemocný přeje nebo individuální režim dne podle potřeb nemocného (Kupka, 2014).

1.4 Potřeby pacientů v paliativní péči

Potřeba je definována, jako stav nedostatku či nadbytku něčeho, pro člověka důležitého. Pro člověka má význam touhy po něčem, po čem prahne v oblasti bio-psycho-socio-spirituální. V případě naplnění potřeb dochází k zachování homeostázy čili vnitřního prostředí člověka. Zásadní roli hrají také faktory v životě člověka, které ovlivňují množství a intenzitu potřeb, např. zdravotní stav, pohlaví, stáří, prostředí, zkušenosti a jiné faktory (Šamánková a kol., 2012).

Kvalita života pacientů v paliativní péči úzce souvisí se saturací bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Multidisciplinární tým poskytuje mimo jiné individualizovanou péči, kdy přistupuje ke každému nemocnému podle jeho potřeb, přání a preferencí (Marková, 2010). Právě pořadí potřeb se v průběhu života může měnit, nebo mohou vznikat nové potřeby. Zpočátku obvykle převládají biologické potřeby, které se postupně střídají ke konci života s duchovními potřebami (Svatošová, 2008). Pozornost při saturaci potřeb je věnována nejen samotnému nemocnému, ale také jeho rodině. Pokud nejsou potřeby včasné a zároveň dostatečně satureovány, kvalita života nemocného a jeho rodiny výrazně klesá (Bužgová a kol., 2013).

Potřeby biologické

Řadí se mezi základní potřeby, které nemocný ale i zdravý člověk nejčastěji udává. Patří sem všechno, co si nemocné tělo vyžaduje. Z toho vyplývá potřeba zdraví, včetně spontánního dýchání, příjmu potravy a tekutin, pravidelného vyprazdňování, spánku, odpočinku také aktivity či udržení soběstačnosti (Svatošová, 2008). Všechny tyto potřeby vychází z podstaty člověka jakožto živé bytosti (Šamánková a kol., 2012).

Potřeby psychologické

Jsou velmi podstatnou složkou života nemocného, neboť vychází z individuálního prožívání a vnímání vnějšího okolí (Šamánková a kol., 2012). V medicíně mohou být opomínány podobně jako potřeby sociální a spirituální, protože se lékaři soustřeďují především na vyléčení nemoci, ne však na nemocnou duši. Jak píše Svatošová (2008, s. 20): „*Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše*

v období, kdy svůj specifický úkol završuje.“ Mezi potřeby psychologické řadíme, např. respekt k lidské důstojnosti, pocit bezpečí, porozumění nebo potřebu komunikace. Rovněž sem patří posilování pozitivních emocí, včetně zvládnání negativních emocí (Jankovský, 2003).

Potřeby sociální

Jedná se o potřeby, které souvisejí se společenským začleněním nemocného a směřují často k jeho sociálnímu zázemí a postavení (Šamánková a kol., 2012). Významný podíl má zde rodina a blízcí, kteří hrají nezastupitelnou roli zejména v těžkém období nemocného (Jankovský, 2003). Těžce nemocní se obvykle potýkají se záležitostmi v souvislosti s jejich společenským životem, jako jsou např. vztahy, zaměstnání, domov či finance. A proto je opora rodiny a blízkých v těchto záležitostech tak neocenitelná (Svatošová, 2008).

Potřeby duchovní

Spiritualita u nemocných nenabývala na důležitosti v minulých letech, než jak je tomu dnes, i díky rozvoji paliativní péči. I přesto se ve společnosti stále najdou jedinci, kteří nemají povědomí o významu duchovních potřeb. Mnozí označují duchovní potřeby za potřeby jedinců věřících v Boha. Avšak toto tvrzení není zcela přesné. Za duchovní potřeby jsou považovány kromě náboženského vyznání, rovněž i otázky smyslu života, naděje a jistoty, nebo dokonce strachu ze smrti (Svatošová, 2008).

1.4.1 Nejčastější obtíže pacientů v paliativní péči

Bolest

V obecném povědomí je problematika bolesti v paliativní péči velmi široká, proto bude podrobně rozebrána v následujících kapitolách.

Respirační obtíže

Poruchu dýchání čili dušnost udávají pacienti v paliativní péči, jako jeden z nejhůře snesitelných a nejčastěji projevených symptomů. Dušnost bývá zpravidla definována „jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu“ různé intenzity a s různou příčinou vzniku. Dýchání může být ovlivněno vnitřními anebo vnějšími faktory (Matzo, Sherman, 2019, s. 516). Porucha dýchání se nejčastěji vyskytuje u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním. Pacienti mohou mít různou formu dušnosti, nejčastěji uváděnou je však akutní a chronická forma (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004).

Jako jiný respirační symptom se může projevit kašel, který může výrazně potrápit pacienty v paliativní péči. Kašel je obranná reakce sloužící k odstranění nahromaděného hlenu nebo jiného patologického obsahu v dýchacích cestách (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004). Podobně jako dušnost, i kašel se vyskytuje u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním, zvláště u pacientů s bronchogenním karcinomem nebo jiným respiračním onemocněním. Jiným častým vyvolávajícím jevem může být také gastroezofageální reflux, aspirace či podávání některých léčiv. Kašel má zpravidla dvě podoby, tj. suchý kašel bez jakékoliv produkce, a naopak vlhký kašel s produkcí hlenu (Kala, Dorková, 2017).

Ke kašli se může vázat hemoptýza, kdy nemocný vykašlává krvavá koagula či sputum s příměsí krve. Tento průvodní symptom může vzbuzovat strach jak u nemocného, tak současně i u jeho okolí. Vykašlávání krve z dýchacích cest bývá zpravidla velmi nepříjemnou až dramatickou záležitostí. Hemoptýza má mnoho příčin, přičemž může vzniknout na podkladě respiračního, onkologického či iatrogenního původu nebo při poruchách srážlivosti krve (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2012). V důsledku masivního krvácení dochází obvykle k aspiraci a následnému úmrtí (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

Obtíže při příjmu potravy a tekutin

V paliativní péči jsou poruchy výživy velmi časté. Nemocní nemají obvykle potřebu přijímat stravu a tekutiny, zejména v ten moment, kdy je sužuje bolest nebo jiné nepříjemné symptomy. Postupně může docházet ke změnám ve vnímání chuti a k rozvoji nechutenství. Dlouhodobé nechutenství často přechází v kachexii či malnutrici, kdy se jedná o stav patologické vyhublosti (Matzo, Sherman, 2019).

Jednou z primárních příčin nechutenství bývá chronická nauzea, která negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Nauzea je zpravidla označována jako nepříjemný subjektivní pocit doprovázený vegetativními projevy. Současně s nauzeou se dostavuje zvracení, kdy dochází k vypuzení obsahu žaludku (Kala, Dorková, 2017). Nauzea a zvracení vznikají na podkladě multifaktoriální povahy. K těmto symptomům může docházet, např. při gastrointestinálních potížích, při podávání některých léčiv, v souvislosti s komplexní onkologickou terapií, anebo jako výsledek psychogenní reakce (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2012).

Mezi další poruchy výživy řadíme poruchu polykání neboli dysfagii. Dysfagie může souviset s potížemi v dutině ústní nemocného. Pacienty s onkologickou léčbou mohou obtěžovat, např. mykózy, stomatitidy, bolestivost dutiny ústní nebo suchost sliznic (Marková, 2010).

Všechny výše uvedené symptomy mají současně vliv i na hydrataci nemocného. Při nedostatečném příjmu tekutin se objevují známky dehydratace. Dehydratace je běžně projevoována suchostí sliznic a kůže, únavou a slabostí, křečemi až stavy neklidu či zmatenosti (Marková, 2010).

Obtíže při vyprazdňování

Pacienti v paliativní péči dosti často trpí obtížným a méně častým vyprázdněním tlustého střeva. Pokud se pacient nevyprázdní více jak za tři dny, dochází k rozvoji zácpy (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004). S rozvojem zácpy se projevují příznaky nechutenství, pocit plnosti, nadýmání, bolesti břicha a celkový neklid (Kala, Dorková, 2017). K rozvoji zácpy přispívá mnoho faktorů, kterými jsou zejména fyzická inaktivita v kombinaci se špatnou skladbou potravy a s nedostatečným příjmem tekutin. Následkem chronické nemoci může mít nemocný jinou životosprávu, a to může ovlivnit jeho vyprazdňování. V paliativní péči se často vyskytuje zácpa u pacientů, jimž jsou standardně podávány opioidy. V tomto případě hovoříme o tzv. „opioidní zácpě“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2012).

Opačným problémem je průjem, který může být přítomen u pacientů v paliativní péči v souvislosti s jejich léčbou, např. v rámci podávání antibiotik, prodělaných operačních zákroků, onkologické léčby apod. Průjem je charakteristický svou pravidelností až akutními epizodami, včetně řídké až tekuté konzistence stolice (Matzo, Sherman, 2019). Musíme však rozlišit, zda se jedná o průjem pravý nebo o průjem nepravý také paradoxní, kdy dochází k nahromadění stolice ve střevě, vytvoření zátky a obtékání tekutého střevního obsahu kolem tuhé zátky (Marková a kol., 2015).

Kožní obtíže

Kožní projevy vznikají na podkladě změn celkového stavu nemocného. U onkologicky nemocných pacientů se často setkáváme s maligními ranami (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004). Maligní rány jsou velmi nepříjemné nejen pro samotného nemocného, ale také pro jeho okolí. Důvodem je poměrně častá chronicita hojení, včetně zápachu, bolesti a zvýšené sekrece rány nebo jejího krvácení (Marková, 2010).

V důsledku imobility a špatného stavu výživy může docházet ke vzniku dekubitů, chronicky hojících se ran, které mohou zasáhnout všechny vrstvy kůže. Podobně jako maligní rány, dekubity negativně ovlivňují kvalitu života nemocného (Kala, Dorková, 2017).

Jiným kožním projevem bývá přítomnost infekce, která se vyskytuje současně s výše uvedenými chronickými ranami. Náchylní ke vzniku infektu jsou bezprostředně onkologičtí pacienti a jinak chronicky nemocní pacienti, kteří mají výrazně oslabenou imunitu (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

Typicky se s kožní infekcí objevuje svědění a zarudnutí jako kožní alergická reakce. Svědění však může být následkem i jiné choroby, jako je tomu například u ikteru (Kala, Dorková, 2017).

S kožními projevy souvisí mimo jiné i přítomnost otoků. Podstatou vzniku otoků je nahromadění tekutiny uvnitř organismu, kdy dojde k poruše jejího vylučování z organismu. Podkožní struktury mohou prosakovat lokálně, symetricky anebo celkově skrz celé tělo. Retence tekutin může být přítomna v podobě ascitu, fluidothoraxu, lymfedému anebo mohou vznikat otoky na podkladě kardiovaskulární příčiny (Kalvach, 2010).

Psychické obtíže

Soužití člověka s nemocí výrazně zasahuje do jeho psychického stavu a snižuje tak celkovou kvalitu jeho života. Psychický stav se s nemocí mění, obvykle dochází k pocitu strachu, úzkosti, smutku, deprese či hněvu. Určitý pokles můžeme zaznamenat i v komunikaci s nemocným, pokud právě prožívá úzkostné stavy. Zde je pravděpodobné riziko, že se nemocný uzavře do sebe, projeví nezáměr o své okolí, který poté může vést k apatii (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2012). Vlivem nemoci mohou pacienti trpět pocity vlastní slabosti nebo neschopnosti, problémy v rodinném kruhu, ztrátou sebekontroly a pocity závislosti na druhých. Všechny emoce se odrážejí na tělesném stavu nemocného (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

Často tak dochází k poruchám spánku, a tedy i k chronické únavě. S progresí stavu se únava čím dál více stupňuje. Příčiny vzniku únavy jsou různé a obvykle i komplexní. Kromě spánku může únavu způsobovat nedostatečný příjem potravy a tekutin, potíže s dýcháním, podávání léčiv či komplexní onkologická léčba (Kala, Dorková, 2017).

U nemocných mohou propuknout stavy zmatenosti až delirantní stavy, které se zpravidla projevují psychomotorickým neklidem. Tyto stavy se řadí do kvalitativních poruch vědomí, kdy je narušen obsah vnímání, nemocní jsou dezorientovaní a mají porušenou pozornost.

Jejich průběh je často dynamický a může kolísat. Stavby zmatenosti a deliria jsou nebezpečné, jak pro nemocného, tak pro jeho okolí. Na jejich výskytu se může podílet řada faktorů, včetně neurodegenerativních poruch, užívání některých léčiv a návykových látek, nebo fyzické či psychické utrpení nemocného (Marková a kol., 2015).

1.4.2 Management symptomů v paliativní péči

Prostřednictvím paliativní péče lze zajistit veškeré nepříjemné symptomy, se kterými se pacienti v režimu paliativní péče nejčastěji potýkají. Jednotlivé symptomy jsou tlumeny nebo zcela odstraněny pomocí cílených intervencí.

Management zvládnání bolesti

Následující kapitoly jsou zaměřeny na bolest a management jejího zvládnání z obecného hlediska a z hlediska přístupu paliativní péče.

Management zajištění dýchání

Základem paliativní ošetrovatelské péče u pacientů s respiračními potížemi je oxygenoterapie v kombinaci s podáváním léčiv, monitorováním dechu, vhodným polohováním, dechovou rehabilitací a relaxačními cviky. Kyslíková léčba neboli oxygenoterapie se využívá zejména u hypoxie a nízké saturace, avšak u pacientů může dobře působit i jako placebo efekt (Matzo, Sherman, 2019). Při využití oxygenoterapie je zapotřebí monitorovat dechovou frekvenci, včetně saturace, kterou měříme pomocí pulzního oxymetru. K lepšímu dýchání dopomůže prosté větrání nebo třeba proudící vánek vzduchu prostřednictvím stolního ventilátoru (Marková, 2010). Pacienti s dušností by měli být polohováni do zvýšené polohy, nejčastěji do sedu nebo polosedu. Vhodná je rovněž poloha na pravém boku nebo poloha vsedě s opřenými lokty o noční stolek. Ošetrovatelské intervence jsou zaměřeny na příčiny dušnosti, protože rozlišujeme dušnost vzniklou na podkladě úzkosti a dušnost způsobenou nemocí. V případě úzkostných stavů doprovázených dušností je vhodné podávat anxiolytika, pečovat o duševní komfort nemocného, např. pomocí psychoterapeutického rozhovoru a relaxačních technik (Marková a kol., 2015). V běžné farmakoterapii dušnosti se obvykle využívají opiáty, bronchodilatancia, kortikosteroidy a další léčiva tlumící dušnost (Kalvach, 2010). U pacientů v paliativní péči je možné provést punkci orgánu, kde se patologická tekutina zdržuje (Kala, Dorková, 2017). Pokud pacienty trápí kašel, podáváme léčiva, která tlumí zejména vlhký a suchý kašel. V případě léčby suchého kašle jsou podávána antitusika a případně k léčbě vlhkého kašle se

užívají mukolytika a sekretomotorika. Možná je i kombinace léčiv, kdy se přes den užívají léčiva k vlhkému kašli a na noc léčiva tlumící suchý kašel (Marková a kol., 2015).

Vykašlávání krve je nutno řešit terapeutickým zásahem, ale i s ohledem na psychický stav nemocného. Péče spočívá ve zklidnění nemocného, uvedení nemocného do zvýšené polohy, přiložení studeného obkladu na hrudník a omezení teplé stravy včetně horkých tekutin. Pokud je možné, povlékáme lůžkoviny tmavým povlakem (Marková, 2010).

Management příjmu stravy a tekutin

Podstatou péče o nutriční stav nemocného je obvykle včasný screening a vyhodnocení rizikových nemocných, kteří mohou být ohroženi poruchou výživy (Matzo, Sherman, 2019). Léčebný postup při poruchách výživy obvykle spočívá v zajištění nutriční podpory spolu s doplněním potřebných složek, které jsou nezbytné pro tělo nemocného. V první řadě je nutné odstranit či alespoň zmírnit změny ve vnímání chuti, vedoucí k rozvoji nechutenství. V současné době existují různé formy nutriční podpory, včetně úpravy diety, sippingu či umělé výživy (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2012). Pokud je zachována funkce trávicího traktu, volí se zpočátku perorální příjem potravy. V případě poruchy polykání nebo jiných obtíží v dutině ústní, přecházíme na enterální formu výživy. Enterální formu výživy můžeme označit, jako přímé podávání stravy do střeva, nebo též cestu pro podání stravy, která obchází dutinu ústní (Grofová, 2009). Zajištění stravy enterální cestou má podobu nutriční sondy nasogastrické (dále jen NSG), nasojejunální (dále jen NSJ), anebo perkutánní gastrostomie (dále jen PEG) či perkutánní jejunostomie (dále jen PEJ). K podání enterální výživy slouží speciálně vyráběné nutriční přípravky (Kalvach, 2010). Poslední možnou cestou podání stravy je parenterální výživa, která se využívá v případech porušené funkce zažívacího traktu. Parenterální výživa může doplňovat jiné formy výživy, nebo se stát zcela jediným zdrojem výživy pro nemocného (Grofová, 2009). Ke zlepšení výživy může postačit úprava stravy do podoby, jaká nemocnému nejvíce vyhovuje. Kromě úpravy stravy je vhodné zařadit oblíbené potraviny a nápoje, nenutit nemocného k požití stravy, podávat malé porce víckrát denně, zvýšit pohyblivost nebo udržovat zdravou dutinu ústní (Marková a kol., 2015).

Všechny výše uvedené zásady uplatňujeme, podobně jako u nechutenství i v případě přítomnosti nauzey a zvracení. Důležité je rovněž nespěchat při podání stravy, podávat lehkou stravu, chladnou a s nevýraznými pachy nejlépe v poloze vsedě. V rámci léčby nauzey a zvracení se využívají antiemetika, které potlačují pocity na zvracení a zároveň jej

tlumí. V kombinaci s antiemetiky dobře působí i prokinetika, kortikosteroidy anebo psychofarmaka se sedativním efektem (Kala, Dorková, 2017).

Péče o hydrataci má velký význam v celkové výživě nemocného. Dostatečnou hydratací předcházíme různým potížím, včetně zácpy či zmatenosti. Zejména při stavech, kdy nemocný ztrácí tekutiny, např. zvracení, průjem, krvácení, je nutné zajistit dostatečný příjem tekutin, ať už v perorální nebo v parenterální podobě. Vhodnou volbou jsou chlazené nebo oblíbené nápoje nemocného. V případě odmítání tekutin, dochází v úvahu alespoň zvlhčování ústní sliznice (Kalvach, 2010).

Management pravidelného vyprazdňování

Prevence zácpy patří mezi základní intervence paliativní ošetrovatelské péče. Preventivní opatření spočívá především v dostatečném přísunu tekutin, úpravě stravy bohaté na vlákninu, pohybové aktivitě a farmakoterapii. Na každého nemocného však působí něco jiného, a proto je nutný individuální přístup v řešení zácpy (Matzo, Sherman, 2019). Při farmakologickém řešení zácpy se využívá laxativ, mající různý účinek na prázdnění stolice. Ke zvládnutí zácpy mohou být také nápomocné speciální čaje s projímavým účinkem, různé druhy klysmat nebo v těžších případech, kdy nemocný trpí tzv. paradoxním průjmem, je nutné provést manuální vybavení stolice (Marková a kol., 2015). Pokud nemocný trpí zácpou, jeho psychický stav se také zhoršuje. Důležité je proto myslet na jeho soukromí, úpravu prostředí a vhodnou polohu při prázdnění (Marková, 2010).

Současně se zácpou se dostavuje i nadýmání, které může nemocného výrazně potrápít, proto je vhodné podávat laxativa v kombinaci s deflatulencii. Kromě farmakologického ovlivnění nadýmání, je možné využít funkce rektální rourky k lepšímu odchodu plynů ze střeva (Kalvach, 2010).

Při průjmovitých stavech zajišťujeme základní opatření, včetně dostatečného přísunu tekutin, dietního opatření a podání medikamentů (Kala, Dorková, 2017). Zpravidla se podávají antidiarhoika, opioidy, probiotika a při infekčních průjmech i antibiotika. Pokud nemocný trpí nadměrným odchodem stolice, nastává možnost zavedení tzv. „Flexi Sealu“ systému s odvodnou cévkou (Pokorná a kol., 2019).

Management péče o kůži

V paliativní ošetrovatelské péči by mělo být dbáno na důkladnou starostlivost o kůži. Péče o kůži je zajišťována prostřednictvím pravidelných převazů defektů s využitím řady čistících a léčivých přípravků. Někdy může být zapotřebí i chirurgického řešení hůře hojících se ran.

Chronické rány jsou v paliativní péči ošetřovány pomocí metod tzv. vlhkého hojení. Avšak přes veškerá léčebná opatření, má prevence poškození kožní integrity největší význam. Mezi preventivní kroky v péči o kůži patří, důkladná hygienická péče, včetně úpravy lůžka, pravidelného polohování, při němž jsou využívány antidekubitní pomůcky (Kala, Dorková, 2017). Součástí prevence může být také úprava stravy, dostatečný přísun tekutin a mobilita nemocného (Pokorná a kol., 2019).

Do léčebných opatření u pacientů s otoky řadíme podávání diuretik, omezení příjmu tekutin, elevování a bandážování končetin. Zmíněné intervence však nemusí být vždy efektivní, protože otoky trpí zejména většina nemocných s pokročilým onkologickým onemocněním (Kala, Dorková, 2017).

Management psychické pohody

Pacienty v paliativní péči často tíží nepříjemné pocity, které je nutno nejprve včasné identifikovat a poté začít řešit, stejně jako fyzické potíže. Za nezbytnou intervenci se považuje komunikace s nemocným. Rozhovor s pacientem by měl probíhat v soukromí s ohledem na dostatek prostoru pro komunikaci. Je nutné, aby ošetřující vedl konverzaci bez rušivých elementů, hovořil pomalu a srozumitelně, kladl otázky a projevoval určitý zájem. Někdy i mlčení společně se zapojením neverbální komunikace může být přínosné k tomu, aby se psychický stav nemocného zlepšil (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2012). V případě psychické nepohody, popřípadě depresivních stavů, užívá nemocný medikaci. Nejčastěji podávanými jsou léky ze skupiny anxiolytik, neuroleptik a antidepressiv, které pomáhají potlačovat pocity úzkosti, smutku a deprese (Kalvach, 2010). Pokud dojde ke zhoršení psychického stavu, převezme péči o psychickou pohodu pacienta psycholog či psychiatr (Marková, 2010).

Na utváření dobrého psychického stavu se podílí také dostatek spánku a odpočinku. Pokud pacient narušeně spí, věnujeme pozornost zásadám tzv. spánkové hygieny. Spánková hygiena může zahrnovat, např. střídání aktivity s odpočinkem, tlumení bolesti či jiných nepříjemných symptomů, dodržování režimu usínání a vstávání atd. Při chronické nespavosti jsou zpravidla podávány léky ze skupiny psychofarmak, včetně hypnotik navozujících spánek (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2012). Mimo jiné i vhodně upravené prostředí má vliv na psychický stav nemocného. Zvláště prostředí, kde pacient tráví veškerý čas, ovlivňuje jeho vnímání, proto by mělo být upraveno tak, aby se nemocný cítil dobře. Prostor by nemělo být rušné nebo vzbuzující pocit nebezpečí pro nemocného (Marková a kol., 2015).

1.5 Hodnotící nástroje v paliativní péči

Kvalita života pacientů v paliativní péči závisí zejména na saturaci jejich potřeb. Za účelem zlepšení poskytované péče, byly vytvořeny standardizované nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči. Většina hodnotících nástrojů či dotazníků pochází ze zahraničí. Jednotlivé dotazníky jsou rozdílné obsahem položek v základních oblastech potřeb, avšak z výzkumného šetření Bužgové a spoluautorek (2013, s. 314) vyplývá, že dotazník PNAP (Patient Needs Assessment in Palliative Care, dále jen PNAP) jako domácí nástroj, obsahuje většinu nejvíce hodnocených potřeb. Zahraniční nástroje CARES (Cancer Rehabilitation Evaluation System), PNPC (Problems and Needs in Palliative Care Instrument), OCPC (Oncology Clinic Patient Checklist) a SCNS (Supportive Care Needs Survey) zahrnují, podobně jako PNAP dotazník, většinu oblastí hodnocených potřeb (Bužgová a kol., 2013). V dotaznících jsou hodnoceny tři podstatné oblasti potřeb. První oblast zahrnuje biologické potřeby. Druhá oblast obsahuje psychosociální a spirituální potřeby. Poslední oblastí je hodnocení potřeb v souvislosti se zdravotníky a kvalitou poskytované péče (Bužgová, 2015). V rámci mobilní specializované paliativní péče byly vytvořeny dva základní hodnotící nástroje, které jsou zaměřeny na objektivizaci stavu pacienta přijatého do paliativní péče. Jedná se v tomto případě o PPS škálu (Palliative Performance Scale, dále jen PPS) a ESAS škálu (Edmonton Symptom Assessment Scale, dále jen ESAS). PPS škála je zaměřena na 5 základních oblastí, kde se hodnotí pohyb, aktivita, nemoc, míra soběstačnosti, výživa a stav vědomí. Jednotlivé oblasti jsou uváděny v procentech. Pokud pacient dosáhne PPS skóre pod 50 %, je indikován pro přijetí do domácí hospicové péče. Ke zhodnocení symptomů slouží ESAS škála, která zahrnuje 11 nejčastěji hodnocených symptomů, které se hodnotí prostřednictvím bodového systému (Gřiva a kol., 2018).

1.6 Etické principy a dilemata

Za základní etické principy, jimiž se řídí všichni lékaři, lze považovat zachování autonomie nemocného, beneficenci, nonmaleficenci a distribuční spravedlnost. Každý jedinec má plné právo rozhodovat o tom, co si přeje nebo nepřeje, proto by mělo být respektováno veškeré rozhodnutí nemocného. To se děje prostřednictvím metody sdíleného rozhodování mezi lékařem a nemocným. Beneficenci lze označit za prospěšnost nemocnému, kdy je nastavená léčba lékařem zajišťována v zájmu nemocného. Usilovat by se rovněž mělo i o zabránění poškození nemocného v každém možném případě, kde hrozí poškození. Poslední princip se

týká potřeb jedince a možností poskytování zdravotní péče v souvislosti s legislativou (Etické a právní aspekty paliativní péče, 2022).

Z etického hlediska patří dystanázie mezi často řešenou problematiku v paliativní péči. „*Dystanázie neboli zadržaná smrt je pak nepříjemným, ale logickým důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžadují paliativní přístup*“ (Haškovcová, 2007, s. 23). V případě terminální fáze onemocnění, má dystanázie za následek utrpení nejen nemocného, ale také jeho rodiny. Aby nedošlo k podobným situacím, v praxi uplatňujeme tzv. dříve vyslovená přání, kterých se využívá v případech, kdy nemocný nebude moci rozhodovat o svém stavu (Cimrmannová a kol., 2020). Pacienti s těžkým onemocněním mají rovněž právo na vyjádření DNR (z angl. Do Not Resuscitate, dále jen DNR), což znamená přání, nezahajovat resuscitaci v případě oběhové zástavy (Munzarová, 2005). Největším etickým dilematem je bezprostředně problematika eutanázie, kdy je nemocný usmrcen na podkladě vlastního rozhodnutí. Jedná se o složitý etický problém s řadou příznivců a odpůrců ve společnosti. Je však nutné podotknout, že eutanazie nepatří mezi přístupy paliativní péče (Etické a právní aspekty paliativní péče, 2022).

2 BOLEST

Bolest je jedním z nejčastěji projevených symptomů mnoha onemocnění. Jedná se zpravidla o ucelenou problematiku, které by měla být věnována maximální pozornost. Bolest může být totiž známkou poškození organismu, proto je nezbytnou součástí přístupu k bolesti i její časný monitoring. Pokud je přítomna bolest, nastává celková nepohoda organismu.

2.1 Vymezení bolesti

Mezinárodní společnost pro studium bolesti (dále jen IASP) upravila starou definici bolesti z roku 1979 a v roce 2020 vyšla nová verze definice, která zní následujíc: „*Bolest je nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně spojená*“ (Skála, Kozák, 2021, s. 3). Jedná se zpravidla o subjektivní příznak, projevující se různým způsobem a s různou délkou trvání (Hakl a kol., 2013). Bolest zasahuje do každodenního života jedince. Současně se podílí i na snižování kvality života. Každý jedinec prožívá bolest individuálně. Vnímání bolesti je komplexní, jelikož může být ovlivňováno osobností jedince, psychosociálními a spirituálními faktory (Kala, Dorková, 2017). Bolest nemusí být vždy jen nepříjemným vjemem, ale může sloužit i jako varovný signál, že se něco děje (Kalvach, 2010).

2.2 Rozdělení bolesti

V rámci posouzení bolesti se zpravidla posuzuje její původ, charakter, doba trvání, lokalizace, intenzita a jiné vlastnosti. Bolest lze proto rozdělit následujícím způsobem podle výše uvedených vlastností.

Dle patofyziologie bolesti

Podle původu jsou rozlišovány dva základní druhy bolesti, mezi něž patří bolest nociceptivní a neuropatická. Bolest nociceptivní může být vnímána třemi typy nocisenzorů, tj. vysoko prahové mechanoreceptory, polymodální nociceptory a specifické nocisenzory. Vysoko prahové mechanoreceptory jsou lokalizovány v kůži, podobně jako nízko prahové mechanoreceptory. Slouží zejména pro vnímání podnětů, jimiž jsou tlak, tah a vibrace. Polymodální receptory zprostředkovávají pocity tepla a chladu. Třetím typem jsou specifické nocisenzory, v podobě volných nervových zakončení, které jsou určeny pro vnímání bolesti. Oproti nociceptivní bolesti, která začíná na nocisenzorech, je neuropatická bolest vedena zpočátku nervovými vlákny a až poté přechází na bolest nociceptivní (Hakl a kol., 2013). Neuropatická bolest může být vyvolána jak centrálním, tak zároveň periferním

postížením nervového systému. Někdy se může projevit i jako smíšená forma. Psychogenní původ bolesti je přisuzován v případě negativního ladění anebo při projevech únavy. Mechanismus vzniku bolesti nemusí být vždy jednotný, zvláště pak u pacientů v paliativní péči, kde jsou promítány obvykle všechny složky bolesti. Tehdy hovoříme o tzv. „celkové bolesti“ (Kušnírová, 2020).

Dle časového průběhu

Z hlediska časového trvání rozlišujeme bolest akutní a chronickou. Akutní bolest vzniká náhle, z plného zdraví a má krátkodobý průběh. Obvykle slouží jako varovný signál, který nás upozorní na ohrožení či poškození organismu. Léčba akutní bolesti bývá zpravidla cílená a účinná. Opakem je bolest chronická, která vzniká postupně a může mít dlouhodobé až celoživotní trvání. Chronická bolest narušuje psychický stav jedince a často vede k utrpení až vyčerpání nemocného. Chronická bolest se léčí hůře, neboť příčina bolesti nemusí být vždy odhalena a často vyžaduje komplexní přístup (Rokyta a kol., 2017).

Reakce organismu na oba typy bolesti jsou rozdílné. V přítomnosti akutní bolesti dochází k aktivaci sympatiku, ke zrychlení některých vegetativních funkcí, následně ke zpomalení peristaltiky a rozvoji katabolismu. Naopak chronická bolest se projevuje především psychickými změnami, bolestivým chováním, poruchami spánku, celkovým vyčerpáním či dokonce sociálním odloučením. Chronická bolest výrazně zasahuje do každodenního života a celkově se podílí na snižování kvality života každého, kdo jí dlouhodobě trpí (Rokyta a kol., 2011).

Dle původu

Pacienti s onkologickým onemocněním mohou trpět chronickou onkologickou bolestí. Onkologická bolest je zapříčiněna především růstem tumoru a léčebnými postupy. Pokud intenzita bolesti náhle zesílí, hovoříme o tzv. průlomové bolesti. Nejčastěji se však v populaci vyskytuje chronická bolest, která není vyvolána onkologickým onemocněním, kdy se jedná o tzv. neonkologickou bolest, vyskytující se zvláště při osteoartróze či neuralgii (Hakl a kol., 2013).

Dle lokalizace

Bolest může vyzařovat jak z povrchu těla, tak z útrob organismu, proto se bolest rozlišuje na somatickou a viscerální. Po stránce charakteru bolesti je somatická bolest ostrá a lze ji obvykle dobře lokalizovat. U onkologicky nemocných se může vyskytovat při metastazování tumoru do povrchových struktur. Viscerální bolest pochází z hlubokých

tělních struktur a projevuje se především tupou a tlakovou bolestí s širokým rozsahem. Intenzita bolesti je obvykle daleko silnější než u somatické bolesti. Bolest bývá doprovázená vegetativními projevy a v případě některých chorob se mohou objevit dokonce záchvaty koliky (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

2.3 Hodnocení bolesti

Vlastní léčbě bolesti předchází nejprve komplexní zhodnocení bolesti. Součástí komplexního zhodnocení není pouze sběr anamnestických dat z dokumentace nemocného, nebo jeho vyšetření, ale také rozhovor s pacientem, v němž lékař pokládá pacientovi otázky (Kala, Dorková, 2017). Otázky mohou být strukturovány podle různých mnemotechnických pomůcek pro diagnostiku bolesti. Lékař se zpravidla ptá pacienta na oblast bolesti, její šíření, charakter, intenzitu, počátek, trvání, včetně faktorů ovlivňující bolest. V rozhovoru je nutné dbát na verbalizaci bolesti pacientem, neboť bolest je především subjektivní příznak, který nelze jednoduše objektivizovat (Management bolesti – Hodnocení bolesti, 2022).

V praxi se běžně využívají nástroje pro zhodnocení bolesti za účelem získání podrobnějších dat ve vztahu k vnímané bolesti. Nástroje jsou často vytvořeny do různé podoby, ať už v podobě škál či dotazníků, nebo mohou být určeny pro některé kategorie pacientů. Nejčastěji je hodnocena intenzita bolesti, kde se využívá numerická škála s číselnou stupnicí od nuly do desítky, tzv. Vizuálně analogová škála (dále jen VAS) nebo Číselná hodnotící škála (dále jen NRS). Na stupnici značí nula nepřítomnost bolesti a číslo deset značí největší možnou bolest (Munden a kol., 2006). Rovněž lze zhodnotit bolest verbálně, pomocí jednoduchých slovních výrazů, např. žádná, mírná, středně silná až nesnesitelná bolest (Marková a kol. 2015). U dětí a osob s mentální poruchou se bolest hodnotí pomocí obličejové škály (Hakl a kol., 2013). Dotazníkové hodnocení pomáhá lépe objasnit bolestivý stav nemocného. Mezinárodně využívaným dotazníkem k hodnocení nenádorové bolesti je McGillův dotazník. Pro zhodnocení nádorové bolesti se v praxi nejvíce využívá Krátký inventář bolesti (dále jen BPI) (Marková a kol., 2015). Je však nutné podotknout, že nemocniční zařízení mohou mít i jiné nástroje pro diagnostiku bolesti. Mimo jiné si nemocný může vést deník nebo záznam o probíhající bolesti (Munden a kol., 2006).

Pozornost by se měla soustředit i na bolestivé chování a na projevy nemocného, kdy můžeme zaznamenat celkový neklid, bolestivé grimasy ve tváři, pláč a nařikání nebo změny fyziologických funkcí. Rodina může být také cenným zdrojem informací, zejména při zjišťování bolestivosti nemocného (Kala, Dorková, 2017).

2.4 Farmakologické postupy ovlivňující bolest

Léčba bolesti spočívá především ve farmakoterapii. I přesto problematika zvládnutí bolesti není v praxi natolik řešena, jak by měla být. Lékaři i pacienti se obvykle chtějí vyvarovat užívání opiátů. Důvodem je zejména četnost výskytu nežádoucích účinků (Kala, Dorková, 2017). V rámci léčby bolesti vytvořila WHO třístupňový analgetický žebříček, který se již v současnosti využívá, jak u nádorové bolesti, tak u bolesti způsobené jiným chronickým onemocněním. První stupeň tvoří analgetika neopioidního typu, která se uplatňují zvláště při mírné intenzitě bolesti. Druhý stupeň navazuje na střední intenzitu bolesti, kdy jsou podávána slabší analgetika opioidního typu. Pokud střední intenzita bolesti přejde v silnou, je třeba přestoupit na silné opioidy. Jednotlivá léčiva může být vhodné doplnit o tzv. "koanalgetika", které mají v kombinaci s analgetiky větší efekt na působící bolest. Podávání analgetik podléhá určitým specifikům, na která by měl být brán ohled. Dávkování analgetik by mělo probíhat v pravidelných intervalech, avšak s ohledem na aktuální stav nemocného. Rovněž je doporučováno volit perorální cestu podání (Skála, Kozák, 2021). V případě akutní bolesti se postupuje od nejvyšší dávky po nejnižší dávku léčiva ve vztahu k analgetickému žebříčku. Naopak u chronické bolesti jsou dávky postupně navyšovány až do dosažení úlevy (Rokyta a kol., 2017).

V souvislosti s analgetickou léčbou u pacienta s bolestí, by měl ošetřující personál pozorovat nežádoucí účinky farmakoterapie. U pacienta se zavedenou analgetickou léčbou může sestra pozorovat, např. útlum dýchání, pocity na zvracení, zácpu, ospalost, zmatenost, zúžení zornic, ztuhlost svalů, zpomalenou srdeční frekvenci a jiné projevy. Při výskytu nežádoucích účinků je nutno informovat lékaře a vše zaznamenat do dokumentace pacienta (Pokorná a kol., 2014). V rámci ošetrovatelské péče může sestra rovněž provést intervence zaměřené na zpozorované projevy, např. monitoring vitálních funkcí, prevenci pádu či podání ordinovaných léků na konkrétní nežádoucí účinek.

2.4.1 Přehled analgetik

V léčbě bolesti patří analgetika mezi základní léčiva, která tlumí či zcela odstraňují bolest. Analgetika mohou mít i jiné účinky, ať už žádoucí či nežádoucí. Analgetika jsou dále dělena dle specifika jejich účinku na analgetika neopioidní, opioidní a adjuvantní. Do léčby bolesti jsou dále řazeny Kanabinoidy a invazivní metody tlumící bolest.

Neopioidní analgetika

Jedná se o lékovou skupinu, která snižuje tvorbu látek posilující vnímání bolesti. Neopioidní analgetika dělíme dále na analgetika-antipyretika a nesteroidní antiflogistika-antirevmatika (dále jen NSA) (Rokyta a kol., 2017). Mezi analgetika-antipyretika nejčastěji řadíme Paracetamol a Metamizol. Vzhledem k minimu nežádoucích účinků, je Paracetamol hojně využíván oproti Metamizolu, který se podílí na vzniku agranulocytózy (Hakl a kol., 2013). Jsou zde řazeny i léčiva s obsahem kyseliny acetylsalicylové. Ty však mohou být v některých případech kontraindikovány, např. při stavech zvýšené krvácivosti nebo u vředové choroby. Hlavní účinek analgetik-antipyretik spočívá v útlumu bolesti a ve snížení vysoké teploty. Nesteroidní antiflogistika-antirevmatika fungují zejména na bázi útlumu enzymů cyklooxygenázy, které se podílí na zvýšení vnímání bolesti (Rokyta a kol., 2017). Můžeme zde zařadit hlavně Ibuprofen, Diclofenak, Indometacin, Naproxen nebo Nimesulid. Obecně jsou NSA považována za riziková, vzhledem k velkému počtu nežádoucích účinků, včetně možného krvácení do GIT (Marková, 2010). Novodobými léčivy ze skupiny NSA jsou tzv. coxiby, které mají velmi nízké riziko nežádoucích účinků. Tato skupina léčiv se využívá kromě léčby bolesti, také při zánětlivých stavech (Hakl a kol., 2013).

Opioidní analgetika

Dělí se na dvě základní skupiny, tj. na slabé a silnější opioidy. Slabé opioidy nepodléhají zákonu o evidenci, na rozdíl od silnějších opioidů, které jsou přísně kontrolovány a jsou podávány za účelem tlumení mírné až středně silné bolesti. Hlavními zástupci jsou Kodein, Dihydrokodein a Tramadol (Kušnířová, 2020). Někdy může docházet k tzv. stropovému efektu, zejména při vyšších dávkách opioidů, kdy se objeví rezistence a jejich podávání je bez jakéhokoliv efektu. Současně stoupá i riziko vzniku nežádoucích účinků (viz Farmakologické postupy ovlivňující bolest) (Marková, 2010). Obvykle se kombinují společně s neopioidy a koanalgetiky pro lepší účinek. Pokud bolest přetrvává a nabývá na své intenzitě, je vhodné vystřídat slabé opioidy za silnější. V praxi je nejvíce využíván Morfin, Hydromorfon, Fentanyl, Buprenorfin, Oxykodon, Tapendatol či Piritramid (Kušnířová, 2020). Jinými silnými opioidy jsou Sufentanil nebo Alfentanil spadající spíše do rukou anesteziologů (Marková, 2010). Při aplikaci analgetik volíme takové formy léčiv, které vyhovují komfortu pacienta. Tak je tomu zvláště u pacientů v pokročilém stavu onemocnění, u nichž obvykle dochází k přechodu z perorální formy nejčastěji na transdermální a subkutánní formu daného léku. Další možnou cestou pro podání analgetika může být epidurální nebo subdurální prostor, popřípadě se mohou provést obštriky (Kala, Dorková, 2017).

Průlomová bolest se vyznačuje akutními a vysoce intenzivními bolestivými stavy s krátkodobým trváním. Bolest sužuje zejména pacienti, kteří jsou dlouhodobě léčeni opioidy (Kušnírová, 2020). Řešení průlomové bolesti spočívá v podání tzv. SOS medikace. Jedná se o lék první pomoci s rychlým nástupem a krátkodobým účinkem. Nověji se využívají transmukózní formy s obsahem Fentanylu, v případě léčby průlomové bolesti. Aplikovat jej můžeme prostřednictvím nosního spreje, sublingválních tablet, bukálních tablet či bukálního spreje (Marková a kol., 2015). K potlačení průlomové bolesti mohou být využita i ostatní zmíněná analgetika. Jiným řešením jsou invazivní postupy v souvislosti s protinádorovou léčbou (Kušnírová, 2020).

Při dlouhodobém podávání opioidů nemusí být bolest dostatečně tlumena, popřípadě může dojít k vážným nežádoucím účinkům (Marková a kol., 2015). Doporučuje se proto provádět tzv. rotace opioidů čili výměna opioidu jako takového, jeho formy a způsobu podání léku. Kromě toho je doporučováno postupovat podle tzv. ekvianalgetických dávek opioidů. Ekvianalgetické dávky opioidů jsou často zobrazeny v podobě tabulky, kde bývají uvedeny přepočty dávek pro konkrétní opioidy. Tabulky nejsou přesné, ale pouze orientační a lékař by se měl řídit především individuálním stavem každého pacienta (Skála, Kozák, 2021).

Adjuvantní analgetika

Snížit požadavky na opiáty a zvýšit tak efektivitu ostatních analgetik, zajistí adjuvantní čili doplňková léčba (El Hachem, Oliveira Rocha et al., 2019). Adjuvantní analgetika či koanalgetika mohou mít podobně jako opiáty řadu nežádoucích účinků, a proto je zapotřebí vhodná indikace k jejich podávání (Kušnírová, 2020). Podávány mohou být nejčastěji kortikosteroidy, které mají zejména protizánětlivý a analgetický účinek, avšak vyšší míru nežádoucích účinků zejména u geriatrických pacientů (El Hachem, Oliveira Rocha et al., 2019). Jinou doplňkovou léčbou jsou psychofarmaka, včetně celé řady antidepresiv (např. Citalopram), anxiolytik (např. Diazepam), antikonvulziv (např. Pregabalin), neuroleptik (např. Haloperidol) a některých anestetik (např. Ketamin). Při dlouhodobém užívání léčiv ze skupiny psychofarmak se potencuje riziko vzniku závislosti, ostatně jako i u jiných lékových skupin (Kušnírová, 2020).

Kanabinoidy

V současné medicíně je novinkou předepisovat léčebné konopí, které se používá podobně jako koanalgetika v doplňkové léčbě bolesti. Nejčastěji se indikuje v případě tzv. chronické neutišitelné bolesti, především u pacientů s neuropatickou bolestí a u pacientů s

onkologickým onemocněním. Kromě tlumení bolesti může mít konopí pozitivní vliv na psychiku, potlačovat nevolnost a zvracení, posilovat chuť k jídlu anebo působit proti zánětu. Výskyt nežádoucích účinků záleží na jeho dávkování. Léčebné složky konopí původně pochází ze sušených samičích květů rostliny *Cannabis sativa L.* či *Cannabis indica L.*, obsahující titrovanou hladinu tetrahydrokanabinolu (dále jen THC) a kanabidiolu (dále jen CBD) (Vondráčková, 2021).

Preskripce konopí pro léčebné účely musí splňovat několik kritérií, vzhledem k tomu že se jedná o nakládání s návykovými látkami. Jedním z kritérií je kupříkladu omezená doba užívání konopí do jednoho měsíce. Při nastavení léčby konopím je nezbytná informovanost pacientů o možných nežádoucích účincích a současně i dohled nad pacienty (Kušnírová, 2020).

Invazivní léčba bolesti

Pokud farmakoterapie nedostačuje ke zvládnutí chronické bolesti, lze využít invazivní metody léčby bolesti. Invazivní metody spočívají v aplikaci anestetik či léčebných směsí do okolí nervových struktur za účelem potlačení opakujících se bolestivých stavů (Kušnírová, 2020). Jako léčebné směsi jsou nejčastěji podávány lokální anestetika, opioidy, kortikosteroidy, alfa2 agonisté a neurolytická činidla. Nejčastěji se v praxi využívají intraartikulární, subarachnoidální, epidurální a periferní přístupy k aplikaci léčiv. Intraartikulární přístup je využit v případě potlačení bolesti a zánětu v kloubu. V rámci blokády nervových struktur jsou implantovány katetry i pumpy do subarachnoidálního či epidurálního prostoru (Hakl a kol., 2013). Prostřednictvím aplikace léčiva do subarachnoidálního prostoru, dochází k účinnému působení v jednotlivých místech míchy, včetně dlouhodobého trvání analgetického účinku. Zpravidla je nejčastěji aplikován Morfín v malých dávkách. Do epidurálního prostoru jsou často podávána lokální anestetika v kombinaci s kortikosteroidy. Aplikace probíhá také v malých dávkách, jako u aplikace do subarachnoidálního prostoru (Munden a kol., 2006). Další z možností může být periferní blokáda plexus brachialis, například u nádorové bolesti nebo u těžkých neuropatických stavů, kam jsou nejčastěji aplikována anestetika v kombinaci s léčebnou směsí (Hakl a kol., 2013). Přestože jsou tyto invazivní metody výhodné pro svůj dobrý analgetický účinek, hrozí zde riziko zavlečení infekce do CNS, krvácení či porucha citlivosti v místě aplikace (Munden a kol., 2006).

2.5 Nefarmakologické postupy ovlivňující bolest

Nefarmakologické postupy doplňují farmakoterapii a společně zvyšují účinnost tlumení bolesti. Dohromady vytváří komplexní přístup k léčbě bolesti. Samotná farmakoterapie nemusí dostačovat k potřebné úlevě od bolesti, nebo může být dokonce rizikem pro nemocného svými nežádoucími účinky. Proto je důležité využívat i jiné možné postupy, které mohou účinně ovlivnit bolestivé stavy. Nefarmakologické metody zpravidla zahrnují operativní řešení, rehabilitační a fyzikální léčbu, psychoterapii a duchovní péči (Marková, 2010).

Od nádorové bolesti může ulevit komplexní protinádorová léčba, včetně operativního řešení, chemoterapie, radioterapie, hormonální a biologické léčby. Tento komplexní přístup spočívá ve zmenšení či odstranění zhoubného ložiska, popřípadě v poklesu biologické aktivity nádoru (Kušnírová, 2020). V neurochirurgii je možné provést neurolyzu ggl. coeliaceum, zvláště v případě, kdy pacienti trpí chronickou bolestí dutiny břišní a malé pánve, zejména z důvodu onkologického nebo zánětlivého procesu. Při stavech chronických bolestí pohybového aparátu může dopomoci chirurgické řešení postiženého místa. Obvykle se jedná o stabilizační zákroky jako je osteosyntéza, vertebroplastika, kyfoplastika a jiné kostní operace (Management bolesti – Nefarmakologické metody léčby bolesti, 2022).

Obecně je rehabilitace považována za jednu z velmi účinných metod, která slouží ke zmírnění bolesti tím, že pomáhá zachovat, popřípadě navrátit porušenou tělesnou funkci. Do rehabilitačních postupů patří fyzioterapie, ergoterapie, fyzikální terapie a myoskeletální terapie (Hakl a kol., 2013). U pacientů trpících chronickou bolestí obvykle dochází k poklesu soběstačnosti. Chronická bolest vede nejen k omezenému vykonávání běžných denních činností, ale podílí se celkově na snižování kvality života. Zachování soběstačnosti a udržení mobility je z tohoto důvodu, jedním z primárních cílů rehabilitační léčby. Zlepšením fyzické kondice dojde současně ke zlepšení psychického stavu nemocného (Hobermann, Huhn, 2021). Součástí rehabilitace je rovněž i správné polohování, které má preventivní význam v období, kdy je nemocný upoutaný na lůžko. Nesprávná poloha se může podílet na zhoršení bolestivosti a být současně rizikem pro vznik dekubitů (Matzo, Sherman, 2019).

V rámci léčebných rehabilitačních postupů funguje fyzikální terapie, která zahrnuje celou řadu fyzikálních podnětů za účelem stimulace organismu, zvláště při stavech chronické bolesti. V praxi se nejčastěji využívá účinek tepla, chladu, vody, světla, elektrického proudu, tahu, tlaku či zvukových podnětů na lidský organismus (Hakl a kol., 2013). Využití tepla a

chladu má pozitivní účinky na bolest pohybového aparátu, kdy efektivně pomáhá snižovat intenzitu bolesti. Podobný účinek na bolest pohybového aparátu může mít voda či léčebné prameny, které jsou součástí hydroterapie (Munden a kol., 2006). Transkutánní elektrická nervová stimulace (dále jen TENS) patří mezi jednu z nejvíce rozšířených neurostimulačních a neinvazivních metod léčby bolesti. TENS funguje na bázi aplikace elektrického proudu s nízkým napětím přes elektrody připevněné na kůži, zejména na místech odkud vyzařuje bolestivý stimul (Coutaux, 2017). Jinou metodou v rámci fyzikální terapie může být imobilizace. Imobilizace se provádí v případě znehybnění postiženého a bolestivého místa, pomocí ortopedických či jinak podpůrných pomůcek (Matzo, Sherman, 2019).

Alternativní a doplňková terapie přistupuje k bolesti celostně, tzn., že se orientuje nejen na fyzickou oblast těla, ale současně i na psychiku nemocného. Léčebné techniky zahrnují akupunkturu, masáže, aromaterapii, muzikoterapii, reflexologii a jiné možné způsoby tlumení bolesti (Munden a kol., 2006). Akupunktura je považována za součást tradiční čínské medicíny, která klade důraz na zachování vnitřní energetické rovnováhy ve vztahu ke zdraví jedince. Terapie využívá speciálních jehel, které slouží ke stimulaci určitých bodů na těle, čehož je dosaženo vnitřní rovnováhy a nemocný jedinec přestane vnímat bolestivé stimuly (Coutaux, 2017). Současně s akupunkturou se provádí terapie baňkováním. Hojně využívanou metodou je bezprostředně masáž, která navozuje pocit relaxace a tlumí bolest. Masáž přispívá k lepšímu prokrvení, okysličuje tkáně a odstraňuje nahromaděné toxické látky z těla. Tato ozdravující metoda bývá často kombinována s aromaterapií, kdy se využívá různých esenciálních olejů pro lepší efekt. Součástí masáže může být také poslouchání relaxační hudby, jako jedné z forem muzikoterapie (Munden a kol., 2006). Reflexologie či terapie dotykem využívá jednotlivé části těla jako reflexní body. Jednotlivé body se nachází zejména na ploskách nohou a rukou. Prostřednictvím tlaku, masírování nebo doteku na tyto místa dochází k uvolnění ostatních částí těla a k znovuoobnovení energetické síly. Tato metoda přispívá nejen k tlumení bolesti, ale současně i ke zmírnění psychické nepohody (Embong et al., 2015).

Chronická bolest negativně ovlivňuje psychický stav nemocného. A proto je „fyzická“ terapie bolesti často doplněna o psychoterapeutické metody, které pomáhají nemocným zvládat jejich těžké a bolestivé stavy. Všechny metody jsou postaveny na kognitivně-behaviorální terapii (Pilátová, 2020). Kognitivně-behaviorální terapie zahrnuje přístup mindfulness, spočívající v otevřeném přístupu jedince s vnímáním přítomného prožitku. V průběhu si pacient všímá pouze svých emocí, myšlenek nebo pocitů a přijímá veškerou

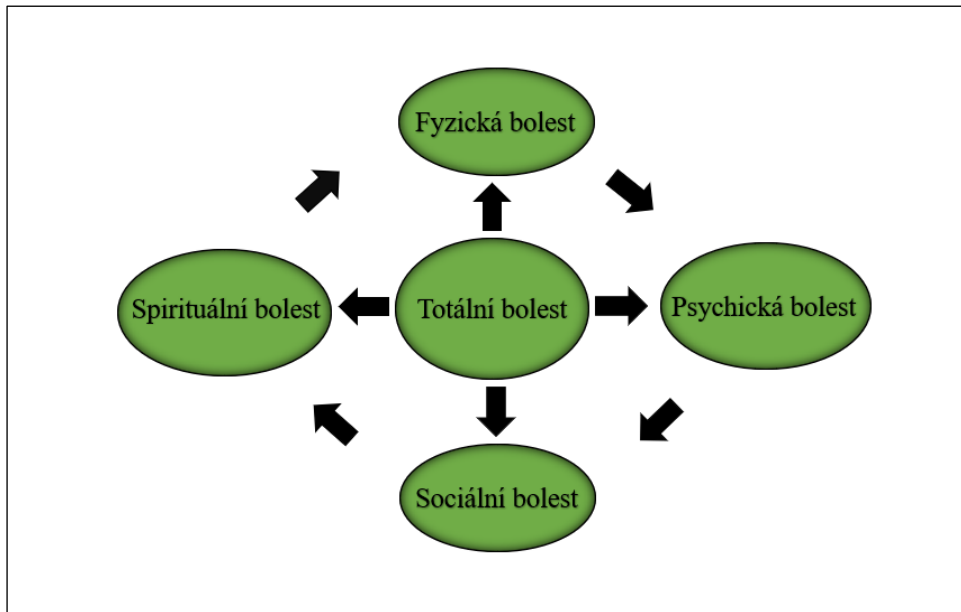
zkušenost v daný moment. Tento přístup vede podobně, jako ostatní psychoterapeutické metody k dosažení celkové pohody a odolnosti vůči bolesti (Matzo, Sherman, 2019). V praxi využívají psychologové zejména relaxační techniky, jako je autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, hluboké relaxační dýchání, popřípadě meditativní cvičení či vizualizační prvky. Relaxační techniky navozují pocit odpočinku a celkové pohody (Pilátová, 2020) Další psychoterapeutická metoda Biofeedback je založená na psychofyziologickém principu, přičemž spočívá v naučení vědomé kontroly nad tělesnými projevy. Využívá se zde zejména volní schopnost zvládat bolestivé stavy. V neposlední řadě lze využít sugestivní techniky, zvláště pak techniku hypnózy, která slouží k ovlivnění chování a navození celkové pohody (Munden a kol., 2006). Placebo efekt patří mezi léčebné přístupy s dočasným psychoterapeutickým účinkem. Rokyta a kol. (2017, s. 467) vysvětluje tento pojem následující: *„Placebo efekt můžeme definovat jako léčebnou intervenci bez specifického účinku na příslušnou nemoc nebo její projevy. Je to efekt, který nemá specifický kauzální účinek na nemoc, alespoň ne takový, jaký se předpokládá a jaký se nakonec vyskytuje.“* Jedná se o intervenci, která může být prospěšná k tlumení bolesti, ale nemusí být vždy efektivní, zejména v případě nádorové bolesti.

3 BOLEST V PALIATIVNÍ PÉČI

Jedná se o nepříjemný symptom, jimž trpí mnoho pacientů v paliativní péči. Bolest se výrazně podílí na snižování celkové kvality života nevléčitelně nemocných. Její vnímání může být ovlivněno řadou faktorů, které lze v paliativní péči řešit efektivně a zvládnout tak pacientovu bolest. V medicíně bylo na bolest vždy nahlíženo, jako na fyzické utrpení jedince. Přesto tento pohled stále nedostačuje, jelikož bolest může zasáhnout celého jedince, jakožto holistickou bytost s vlastní jedinečností. Paliativní péče proto působí na principu celostního přístupu. Celostní přístup lze zajistit prostřednictvím činnosti multidisciplinárního týmu, který pečuje o jednotlivé komponenty nemocného.

3.1 Koncept totální bolesti

V tradiční evropské medicíně existuje koncept celostního přístupu k těžce nemocným již několik stovek let (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004). Zakladatelka moderní hospicové péče ve světě, Cicely Saundersonová, představila myšlenky tzv. „totální bolesti“ (v angl. „total pain“) poprvé v 60. letech minulého století (Wood, 2021). Autorka konceptu se nechala inspirovat myšlenkami psychologa Carla Rogerse, které Rogers uvedl ve svém díle o naslouchání a komunikaci s nemocným (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004). Totální bolest Saundersonová chápe, jako celkové utrpení umírajícího jedince, který strádá ve všech směrech, tj. fyzicky, psychicky, sociálně a spirituálně. Konceptuálně tedy odráží holistickou filozofii čili celostní péči v závěru života jedince, přičemž se orientuje na jednotlivé aspekty bolesti. Celostní přístup zahrnuje multidisciplinární spolupráci, za účelem pokrytí všech aspektů bolesti (Wood, 2021). Jednotlivé aspekty jsou mezi sebou propojeny a navzájem se ovlivňují, a proto není možné jejich oddělení. Někdy však není možné odstranit všechny složky bolesti. Pomocí komplexního přístupu lze dosáhnout alespoň jejich zmírnění (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019). Saundersonová vybudovala v roce 1967 zařízení (Saint Christopher's Hospice v Londýně), ve kterém byla poprvé poskytována moderní hospicová péče, včetně vnesení myšlenek celostního přístupu zajišťovaného prostřednictvím multidisciplinárního týmu (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).



Obrázek 1: Schéma konceptu totální bolesti (autorka práce, 2023)

3.2 Multidimenzionální přístup k bolesti

Na bolest je nutno nahlížet z několika úhlů pohledu, neboť ovlivňuje veškeré složky nemocného. Vnímání bolesti zasahuje především do jeho psychického stavu, a naopak psychické potíže mohou přispět ke zvýšení intenzity vnímané bolesti nemocným. To samé platí v případě, kdy stav nemocného progreduje a ten musí dořešit záležitosti týkající se jeho sociálního života. Anebo pokud nemocný trpí existencionální tísní, v souvislosti se spirituálními potřebami, může tato potíže mít výrazný dopad na jeho celkový stav. K bolesti by mělo být přistupováno jako k bio-psycho-socio-spirituálnímu jevu. Na základě důkladného zhodnocení a cílených intervencí, lze bolest dostat pod kontrolu (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004). Celostní nebo také multidimenzionální přístup by měl být uplatňován především u pacientů v režimu paliativní a hospicové péče, kteří mohou zažívat celkové utrpení (Wood, 2021). V klinické praxi je však stále řešena primárně fyzická složka bolesti, což nedostačuje k jejímu optimálnímu zvládnutí (Prabhakar, Smith, 2021). Zvládnout přítomnost totální bolesti může být velmi obtížné, neboť nejsme často schopni rozeznat problematickou složku bolesti, ostatně jako sám nemocný nedokáže sdělit, co by mohlo přispívat k vnímání bolesti (Mehta, Chan, 2008).

3.2.1 Fyzická bolest

Spouštěčem fyzické složky bolesti je zejména základní onemocnění, kterým pacient trpí. Jedná se o onemocnění chronické, progredující a vyvolané na podkladě nádorové či

nenádorové příčiny. Promítají se zde i jiné symptomy, jimiž obvykle trpí pacienti v paliativní péči. Všechny fyzické projevy mají dopad na celkový stav jedince (Brant, 2017). Proto by měla být fyzická složka bolesti primárně řešena. Intenzita bolesti může být však současně ovlivněna psychosociálními a spirituálními aspekty (Beránek, 2010).

Fyzické projevy lze minimalizovat pomocí farmakologických a nefarmakologických postupů. Kombinací těchto postupů dokážeme lépe zvládat jednotlivé projevy. I přesto nemusí jednotlivé postupy zcela dostačovat k pokrytí celkového utrpení. V případě celkového utrpení, je zapotřebí pokrýt nejen fyzické aspekty způsobující bolest, ale rovněž psychické, sociální a spirituální aspekty, v rámci celostního přístupu paliativního týmu. Za nezbytné se považuje, věřit nemocnému jeho bolest (Mehta, Chan, 2008).

3.2.2 Psychická bolest

Strach, úzkost, deprese, nejistota či beznaděj patří mezi nejčastěji se vyskytující psychické potíže, kterými trpí pacienti s těžkým a progredujícím onemocněním. Psychické potíže obvykle doprovází fyzické, a naopak projev symptomů má podíl na zhoršení psychiky nemocného. Emocionální utrpení mohou způsobovat, např. poruchy dýchání (př. dušnost, hemoptýza), poruchy výživy (př. anorexie, nauzea a zvracení) poruchy vyprazdňování nebo vylučování (př. inkontinence, zácpa) a jiné (Wood, 2021). Pacienti se mimo jiné potýkají se sníženou soběstačností až úplnou imobilitou. Tato omezení mají rovněž podíl na zhoršení psychického stavu a celkově snižují kvalitu života nemocného. Na místě může být také touha po nezávislosti a naplněném zbytku života (Jespersen, 2022). V rámci komunikace s nemocným může nastat potíž se sdělováním pravdy. Lékař by se měl zajímat o to, co si pacient přeje či nepřeje vědět. Totiž milosrdné klamání nemocného nemusí vést k dobrému, ale lež může celou situaci dokonce zhoršit. Jedná se o citlivou záležitost, proto je zapotřebí přistupovat ke každému jedinci v rámci jeho individuality a křehkosti. Správné sdělování informací vede k dosažení vzájemné důvěry a pocitu bezpečí nemocného (Beránek, 2010).

Léčit bolavou duši lze prostřednictvím empatického přístupu, kdy se jedná o interakci pečujícího s nemocným. K vytvoření podmínek terapeutické přítomnosti je nezbytné, aby pečující komunikoval s nemocným, naslouchal mu a projevoval zájem. Někdy i gesta jako je dotyk či pohlazení postačí k lepšímu zvládnání utrpení (Prabhakar, Smith, 2021). Komplexní přístup dále tvoří odbornou pomoc psychologem, využití psychoterapeutických metod, včetně tlumení psychických projevů psychofarmaky (Matzo, Sherman, 2019).

Pokrytím psychických projevů pomůžeme k lepšímu zvládnání bolestivých stavů (Brant, 2017).

3.2.3 Sociální bolest

Vnímání bolesti může být výrazně ovlivněno sociálními aspekty. U těžce nemocného často dochází k projevům sociální izolovanosti, ke změně sociální role nebo jej mohou trápit různé socioekonomické potíže (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019). Se sociální složkou bolesti souvisí mimo jiné zátěž pečujících osob. Nemocný může mít obavy zejména z toho, že zůstane závislý na péči rodiny. To mimo jiné souvisí i se změnou role jak v rodinném, tak v osobním životě, kdy je omezen svou nemocí plnit funkce, které byl dříve schopen vykonávat. Díky těmto faktorům může být ohrožena nebo dokonce vytracena důstojnost nemocného (Prabhakar, Smith, 2021). Těžce nemocní mohou mít rovněž potřebu, dořešit si určité věci, které doposud nestihli. Zajištěním potřebných záležitostí, lze zvládnout vnímání bolesti. Mezilidských vztahy jsou poměrně častým zdrojem sociální složky bolesti. Nastavené vztahy mohou u nemocného výrazně ovlivňovat vnímání bolesti. Ať už pozitivní či negativní citový vztah, obojí může hrát důležitou roli při zvládnání bolesti, proto by měl být zajišťován i tento sociální aspekt (Mehta, Chan, 2008). Sociální složka bolesti může rovněž vyplývat z adaptace nemocného na změnu prostředí, např. při nutnosti hospitalizace v nemocničním zařízení. Nemocné trápí odcizení od rodiny a domova, kdy současně ztrácí i své soukromí. Všechny tyto aspekty mohou mít rovněž vliv na emoční složku nemocného (Phenwan, 2018). Za podstatný psychosociální aspekt můžeme také považovat narušenou osobní intimitu, která se objevuje zejména u mladých pacientek. Narušení intimity u žen je obvykle spjato se změnou vzhledu a sexuálními potížemi. Naopak u mladých pacientů mohou převládat zvláště existencionální potřeby (Gomez-Ferraz et al., 2022).

Zajištění sociální podpory a pomoci vede současně ke zlepšení psychického stavu těžce nemocného jedince. V případě přítomnosti sociální tísně je vhodné aplikovat intervence zaměřené na psychosociální stav jedince, včetně edukace, které poslouží k nácviku zvládnání takto složitých situací (Brant, 2017). Otevřená komunikace s pacientem, jeho rodinou či s odborníky poskytující péči nemocnému, je základem pro poskytování paliativní péče. Jedním z odborníků je právě sociální pracovník, který jako člen multidisciplinárního týmu pomáhá zajistit sociální záležitosti nemocného (Mehta, Chan, 2008).

3.2.4 Spirituální bolest

Význam spirituality se v průběhu onemocnění mění a nabývá na síle obvykle až v závěru života nemocného. Věřící pacienti mohou být přesvědčeni o tom, že je Bůh opustil a může se zdát, že se veškerá naděje na zlepšení stavu postupně vytrácí (Brant, 2017). Potřeba naděje může mít spirituální, ale současně i psychologický význam. Její ztrátou může dojít k zesílení fyzické bolesti. Pocity bezmoci může trpět nejen sám nemocný, ale i jeho rodina, která si nemusí přát pohled na trpícího člena rodiny. Z tohoto důvodu může dojít k omezení návštěv nemocného a rozvoji sociální izolovanosti. Nemocní mohou na závěr dokonce zpochybňovat celkový smysl jejich života (Prabhakar, Smith, 2021). Intenzita bolesti může být z tohoto důvodu zesílena. Podobně bolest ovlivňují situace, kdy si nemocní nepřipouští závažnost svého onemocnění. Jedná se často o pocity strachu ze smrti. V praxi se však vyskytují i ti, kteří si přejí slyšet pravdu a chtějí být plně informováni o svém stavu (Brant, 2017). Najdou se však nemocní, kteří trpí silnými bolestmi, které skrývají před zraky svého okolí, protože nechtějí být na obtíž. Tato situace souvisí s obrovskou existencionální tísní, kdy si připadají pro své okolí jako zátěž, a dokonce si mohou přát smrt, aby tak ulevily svým pečujícím od náročné péče (Phenwan, 2018). Existencionální tíseň může být mimo jiné výsledkem mnoha nedořešených záležitostí (Jespersen, 2022). Nemocný se obvykle může potýkat s pocity viny, hněvu a nespravedlnosti. Může se ale také stát, že nemocný odmítne veškerou péči, protože ztratí pocit důvěry. K tomu je zapotřebí přistupovat s ohledem na přání a individualitu nemocného (Mehta, Chan, 2008). Do hodnotového systému bývá také řazena autonomie nemocného čili právo se rozhodovat dle svého uvážení. Potřeba autonomie by měla být v praxi respektována, neboť její porušení může ovlivnit celkové utrpení nemocného (Marková, 2010).

V případě duchovního strádání, by měla být poskytnuta pastorační péče s ohledem na zachování individuality nemocného (Brant, 2017). Někdy však postačí pouhá přítomnost pečujících, prostě „bytí“ u lůžka nemocného (Mehta, Chan, 2008).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce jsou uvedeny výsledky kvantitativního výzkumu. Výzkum byl realizován v podobě dotazníkového šetření. Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjišťováno, nakolik jsou všeobecné sestry informovány o celostním přístupu k bolesti u pacientů v paliativní péči ve vybraných zařízeních.

4.1 Vymezení výzkumných cílů

Praktická část odráží zejména závěrečnou kapitolu teoretické části, kde je vymezena totální bolest, její jednotlivé komponenty a celostní přístup k bolesti. Cíle jsou seřazeny dle jednotlivých složek bolesti. Ke každé složce bolesti jsou stanoveny tři dílčí cíle. Hlavním výzkumným cílem této práce bylo zjistit, jaká je informovanost všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v paliativní péči. Z výzkumu také vyplývá další výzkumná otázka, zda se všeobecné sestry v praxi zaměřují na celkový stav nemocného, tj. fyzický, psychický, sociální a spirituální. Dílčí cíle jsou přiřazeny k jednotlivým dimenzím bolesti následujícím způsobem:

Fyzická bolest

1. Zjistit, jaké hodnotící nástroje pro posouzení bolesti nejvíce využívají všeobecné sestry v praxi při ošetřování pacientů v režimu paliativní péče.
2. Zjistit, zda všeobecné sestry pozorují kromě přítomnosti bolesti i vedlejší somatické projevy u pacientů v režimu paliativní péče.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry využívají nefarmakologické metody tlumení bolesti u pacientů v režimu paliativní péče.

Psychická bolest

1. Zjistit, zda se všeobecné sestry aktivně zajímají o potřeby, přání a preference pacientů v režimu paliativní péče.
2. Zjistit, jak všeobecné sestry nabízí pacientům v režimu paliativní péče psychologickou podporu.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry pozorují a dokumentují, taky jak často, změny psychického stavu u pacientů v režimu paliativní péče.

Sociální bolest

1. Zjistit, zda všeobecné sestry používají možnosti sociální opory zdravotnického zařízení.
2. Zjistit, zda mají všeobecné sestry povědomí o sociální oblasti péče.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry využívají možnosti návštěvy rodiny a blízkých, jako sociální podpory pro pacienty v režimu paliativní péče, i mimo stanovené návštěvní hodiny.

Spirituální bolest

1. Zjistit, zda mají všeobecné sestry povědomí o významu spirituality.
2. Zjistit, zda všeobecné sestry nabízí pacientům v režimu paliativní péče duchovní služby.
3. Zjistit, zda se všeobecné sestry zajímají o duchovní potřeby pacientů v režimu paliativní péče.

4.2 Výzkumný soubor a způsob jejich výběru

Výzkumným souborem jsou všeobecné sestry, které přichází do kontaktu s pacienty v režimu paliativní péče. Vzhledem k tomu, že jsou pacienti v režimu paliativní péče hospitalizováni na různě specializovaných odděleních, bylo požádáno o realizaci výzkumu napříč jednotlivými obory (intenzivní péče, chirurgie, interna, geriatric a klinické obory). Věková kategorie u všeobecných sester byla stanovena v rozmezí od 21 let do 50 let a více. Výzkumné šetření probíhalo v Uherskohradišťské nemocnici a Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Z oborů intenzivní péče se do výzkumného šetření zapojily všeobecné sestry z oddělení anesteziologie a resuscitace, jednotky intenzivní péče chirurgického a interního typu. Z chirurgických oborů se do výzkumného šetření zapojily všeobecné sestry z chirurgického oddělení. Z interních oborů se do výzkumného šetření zapojily všeobecné sestry z interního, plicního, neurologického, kardiologického a onkologického oddělení. Z geriatrických oborů se do výzkumného šetření zapojily všeobecné sestry z oddělení geriatric, oddělení následné péče a oddělení ošetrovatelské péče. Z klinických oborů se do výzkumného šetření zapojily všeobecné sestry z otorinolaryngologického oddělení. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 127 respondentů. Z oborů intenzivní péče se do výzkumného šetření zapojilo 23 respondentů, z chirurgických oborů 11 respondentů,

z interních oborů 62 respondentů, z geriatrických oborů 28 respondentů a z klinických oborů 3 respondenti.

4.3 Technika sběru dat

Téma se nese v duchu holistické teorie, tudíž je zaměřeno na bio-psycho-socio-spirituální oblast jedince. Z důvodu rozboru více oblastí byla zvolena ke sběru dat metoda kvantitativního výzkumu. V rámci kvantitativního výzkumu byla zvolena technika sběru dat v podobě dotazníku. Na základě stanovených cílů byl poté zpracován nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (viz Příloha P III).

„Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů“ (Kutnohorská, 2009, s. 21). Získaná data jsou následovně zpracována do tabulek a grafů. Jednou z hojně využívaných metod je technika dotazníku. Jedná se o předem připravený formulář se sadou položek, na které respondent odpovídá (Kutnohorská, 2009).

Použitý nestandardizovaný dotazník v této bakalářské práci tvoří 30 položek, které jsou seřazeny tak, aby kopírovaly jednotlivé dimenze bolesti. Dotazník obsahuje uzavřené i otevřené položky. Některé uzavřené položky mohou obsahovat i více možností na výběr. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni se zaměřením výzkumného šetření a rovněž byli informováni o anonymitě. V dotazníku jsou zahrnuty i cíle výzkumného šetření, aby byla respondentům blíže objasněna podstata výzkumu. Dotazník byl zhotoven v tištěné podobě.

První sada položek č. 1 až č. 4 je zaměřena na zjištění demografických údajů, včetně věku, délky vykonávání profese, vzdělání a oborového zaměření. Další sada položek č. 5 až č. 10 zjišťuje, jak často přichází všeobecné sestry do kontaktu s pacienty v režimu paliativní péče a zda mají povědomí o celostním přístupu k bolesti a znají pojem totální bolest. Položky č. 11 až č. 14 se vztahují k dimenzi fyzické bolesti a kopírují jednotlivé dílčí cíle. Položky č. 15 až č. 21 se vztahují k dimenzi psychické bolesti a kopírují jednotlivé dílčí cíle. Položky č. 22 až č. 26 se vztahují k dimenzi sociální bolesti a kopírují jednotlivé dílčí cíle. Poslední dimenzi spirituální bolesti tvoří položky č. 27 až č. 30 a kopírují jednotlivé dílčí cíle.

4.4 Průběh výzkumného šetření

Před zahájením vlastního šetření bylo nutné získat nejprve potřebná schválení o umožnění výzkumu (viz Příloha P I, II). Jakmile byl dotazník upraven do finální podoby, byl následně

distribuoován na smluvených odděleních v Uherskohradištské nemocnici a Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Výzkumné šetření probíhalo v období od 21. prosince 2022 do 20. ledna 2023.

Pro výzkumné šetření bylo pořízeno 175 dotazníků. Z celkového počtu distribuovaných dotazníků bylo navráceno 159 dotazníků, z čehož 32 bylo nevyplněných. Návratnost dotazníků byla zaokrouhlena na 91 %. Dohromady bylo zpracováno 127 dotazníků.

4.5 Metody analýzy dat

Data byla získána prostřednictvím dotazníku a následně zpracována v Microsoft Office Excel 2019. V tabulkách je uvedena absolutní (N) a relativní (%) četnost. Absolutní četnost (N) vyjadřuje počet respondentů, kteří se shodli na konkrétní položce v dotazníku. Relativní četnost (%) vyjadřuje procentuální zastoupení respondentů se stejnou odpovědí na jednotlivé položky. Získaná data byla poté zpracována do grafů a doplněna komentářem.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Získaná data jsou v této kapitole teoreticky popsána a následně rozebrána k jednotlivým cílům práce.

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

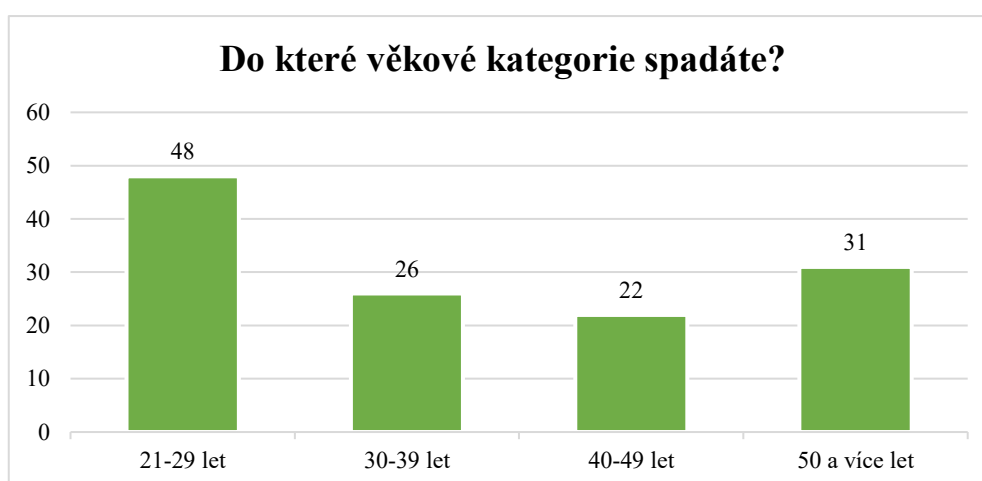
V charakteristice výzkumného souboru jsou uvedeny základní demografické údaje sledovaného souboru respondentů.

5.1.1 Věková kategorie respondentů sledovaného souboru

Do výzkumného šetření se zapojilo celkem 127 respondentů různé věkové kategorie, z toho 48 respondentů (37,80 %) ve věku od 21 do 29 let, dále 26 respondentů (20,50 %) ve věku od 30 do 39 let, 22 respondentů (17,30 %) ve věku od 40 do 49 let a 31 respondentů (24,40 %) ve věku 50 a více let (viz Tabulka a Graf 1).

Tabulka 1: Věková kategorie respondentů (autorka práce, 2023)

Věková kategorie	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
21-29 let	48	37,80 %
30-39 let	26	20,50 %
40-49 let	22	17,30 %
50 a více let	31	24,40 %



Graf 1: Věková kategorie respondentů (autorka práce, 2023)

5.1.2 Délka profese respondentů sledovaného souboru

Tabulka a Graf 2 znázorňují délku profese všeobecné sestry, přičemž 13 respondentů (10,20 %) vykonává profesi méně než 1 rok. Dalších 33 respondentů (25,90 %) pracuje v oboru po

dobu 1 roku až 5 let, 17 respondentů (13,40 %) pracuje po dobu 6 až 10 let a 15 respondentů (11,80 %) pracuje po dobu 11 až 15 let. Po dobu 16 až 20 let pracuje 16 respondentů (12,60 %) a 33 respondentů (25,90 %) pracuje po dobu 21 a více let.

Tabulka 2: Délka profese respondentů (autorka práce, 2023)

Délka profese	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Méně než 1 rok	13	10,20 %
1-5 let	33	25,90 %
6-10 let	17	13,40 %
11-15 let	15	11,80 %
16-20 let	16	12,60 %
21 a více let	33	25,90 %



Graf 2: Délka profese respondentů (autorka práce, 2023)

5.1.3 Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání respondentů sledovaného souboru

Tabulka a Graf 3 znázorňují nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání respondentů, z čehož 52 respondentů (40,90 %) uvedlo, že má vystudováno Střední zdravotnickou školu (dále jen SZŠ) v oboru všeobecná či zdravotní sestra. Vysokoškolské vzdělání uvedlo 21 respondentů (16,50 %), z toho ukončené vzdělání na Vyšší odborné škole zdravotnické (dále jen VOŠZ) v oboru diplomovaná sestra, 30 respondentů (23,60 %) má vystudováno Vysokou školu (dále jen VŠ) s bakalářským stupněm (dále jen Bc.) a v oboru všeobecná sestra a 3 respondenti (2,40 %) mají vystudováno VŠ s magisterským stupněm (dále jen Mgr.) a ve zdravotnických oborech. Specializační vzdělání v oborech intenzivní péče uvedlo 8 respondentů (6,30 %), 6 respondentů (4,70 %) uvedlo specializaci v interních oborech, další 2 respondenti (1,60 %) uvedli specializaci v chirurgických oborech a rovněž 2 respondenti

(1,60 %) uvedli specializaci v geriiatrii. Specializaci v oboru domácí a hospicové péče uvedl pouze 1 respondent (0,80 %). Zbylí 2 respondenti (1,60 %) uvedli jiné vzdělání.

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání respondentů (autorka práce, 2023)

Dosažené vzdělání respondentů	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
SZŠ – obor všeobecná/zdravotní sestra	52	40,90 %
VOŠZ – obor diplomovaná sestra	21	16,50 %
VŠ – Bc. stupeň, obor všeobecná sestra	30	23,60 %
VŠ – Mgr. stupeň, zdravotnické obory	3	2,40 %
Specializace v oborech intenzivní péče	8	6,30 %
Specializace v interních oborech	6	4,70 %
Specializace v chirurgických oborech	2	1,60 %
Specializace v geriiatrii	2	1,60 %
Specializace v domácí a hospicové péči	1	0,80 %
Jiné vzdělání	2	1,60 %



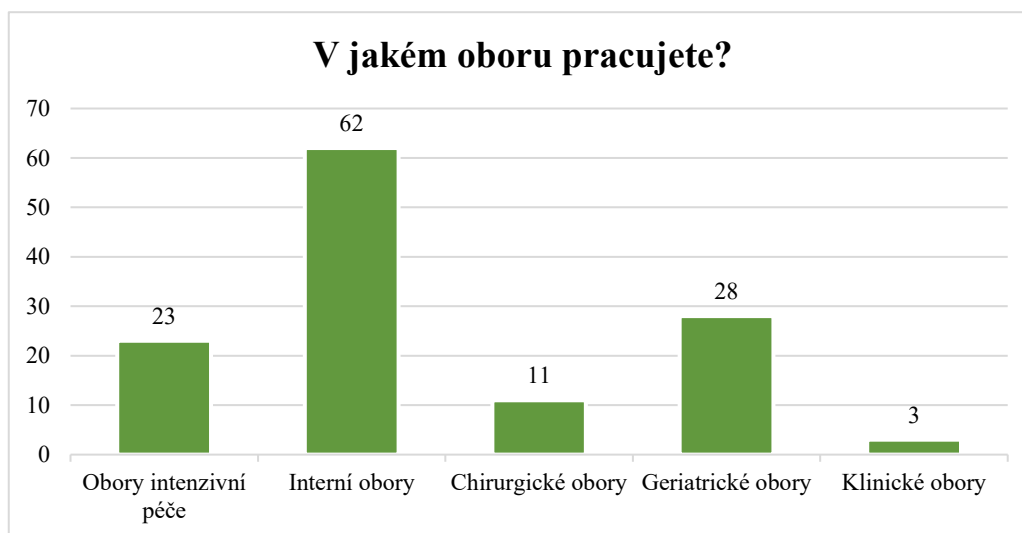
Graf 3: Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání respondentů (autorka práce, 2023)

5.1.4 Typy oborů respondentů sledovaného souboru

Tabulka a Graf 4 znázorňující jednotlivé typy oborů, ve nichž respondenti pracují. V oborech intenzivní péče pracuje 23 respondentů (18,10 %). Největší zastoupení mají interní obory s 62 respondenty (48,80 %). V chirurgických oborech pracuje 11 respondentů (8,70 %), v geriatrických oborech pracuje 28 respondentů (22,00 %) a v klinických oborech jsou to pouze 3 respondenti (2,40 %).

Tabulka 4: Typy oborů respondentů (autorka práce, 2023)

Typ oboru	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Obory intenzivní péče	23	18,10 %
Interní obory	62	48,80 %
Chirurgické obory	11	8,70 %
Geriatrické obory	28	22,00 %
Klinické obory	3	2,40 %



Graf 4: Typy oborů respondentů (autorka práce, 2023)

5.2 Analýza a interpretace k hlavnímu cíli celostního přístupu k bolesti

Hlavním výzkumným cílem této práce bylo zjistit, jaká je informovanost všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v paliativní péči.

V sadě položek č. 5 až č. 10 zjišťujeme, jak často přichází sestry do kontaktu s pacienty v režimu paliativní péče, také zda mají povědomí o celostním přístupu k bolesti a znají pojem totální bolest.

5.2.1 Interval kontaktu respondentů sledovaného souboru s pacienty v režimu paliativní péče

Z Tabulky a Grafu 5 lze vyčíst, že 48 respondentů (37,80 %) přichází do kontaktu s pacienty v režimu paliativní péče téměř denně, dalších 30 respondentů (23,60 %) přichází do kontaktu s pacienty v paliativní péči alespoň jednou za týden a 49 respondentů (38,60 %) alespoň jednou za měsíc. Z výsledných dat tudíž vyplývá, že se respondenti setkávají s nejvyšší četností pacientů v režimu paliativní péče, alespoň jednou za měsíc a vzápětí s nimi také

respondenti nejvíce přichází téměř do denního kontaktu. Nejnižší četnost pacientů v režimu paliativní péče uvedli respondenti v intervalu alespoň jednou za týden.

Tabulka 5: Interval kontaktu respondentů s pacienty v režimu paliativní péče (autorka práce, 2023)

Interval kontaktu s pacienty v režimu paliativní péče	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Téměř denně	48	37,80 %
Alespoň jednou za týden	30	23,60 %
Alespoň jednou za měsíc	49	38,60 %



Graf 5: Interval kontaktu respondentů s pacienty v režimu paliativní péče (autorka práce, 2023)

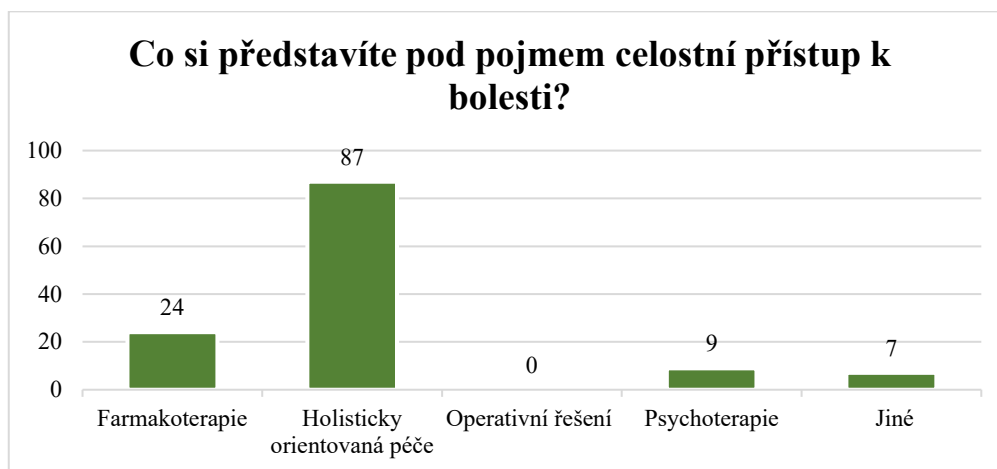
5.2.2 Celostní přístup k bolesti dle respondentů sledovaného souboru

V Tabulce a Grafu 6 je vyhodnoceno, co respondenti považují za celostní přístup k bolesti. Celostní přístup k bolesti je charakterizován holisticky orientovaným přístupem. Správnou odpověď tedy uvedlo 87 respondentů (68,50 %). Za farmakoterapii považuje celostní přístup k bolesti celkem 24 respondentů (18,90 %), za psychoterapii 9 respondentů (7,10 %) a jinou odpověď uvedlo zbylých 7 respondentů (5,50 %). Žádný z respondentů neuvědln operativní řešení, jako celostní přístup k bolesti.

Tabulka 6: Celostní přístup k bolesti dle respondentů (autorka práce, 2023)

Celostní přístup k bolesti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Farmakoterapie	24	18,90 %
Holisticky orientovaná péče	87	68,50 %
Operativní řešení	0	0,00 %

Psychoterapie	9	7,10 %
Jiné	7	5,50 %



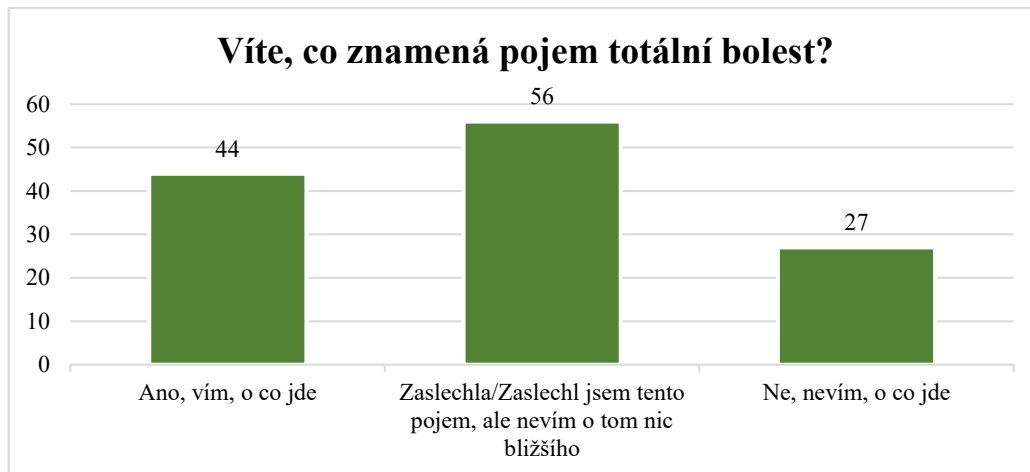
Graf 6: Celostní přístup k bolesti (autorka práce, 2023)

5.2.3 Povědomí respondentů sledovaného souboru o existenci totální bolesti

Tabulka a Graf 7 vyjadřuje, kolik respondentů zná pojem „totální bolest“. Z výzkumných dat vyplývá, že 56 respondentů (44,10 %) zaslechlo pojem „totální bolest“, avšak nejsou obeznámeni s dalšími podrobnostmi. Následujících 44 respondentů (34,60 %) uvedlo, že vědí o existenci totální bolesti a jsou obeznámeni s dalšími podrobnostmi. Zbýlých 27 respondentů (21,30 %) uvedlo, že neví, o co se jedná.

Tabulka 7: Povědomí respondentů o existenci totální bolesti (autorka práce, 2023)

Totální bolest	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, vím, o co jde	44	34,60 %
Zaslechla/Zaslechl jsem tento pojem, ale nevím o tom nic bližšího	56	44,10 %
Ne, nevím, o co jde	27	21,30 %



Graf 7: Povědomí respondentů o existenci totální bolesti (autorka práce, 2023)

5.2.4 Význam totální bolesti dle respondentů sledovaného souboru

Tabulka a Graf 8 navazuje na předchozí případ (viz Tabulka a Graf 7), kde jsou vyhodnoceny odpovědi respondentů, kteří mají povědomí o existenci „totální bolesti“ (viz Tabulka a Graf 7). Totální bolest zahrnuje všechny složky bolesti, tj. fyzické, psychické, sociální a spirituální utrpení. Vyžaduje multidisciplinární přístup s odrazem holistické filozofie. Z výzkumných dat vyplývá, že z původních 44 respondentů (34,60 %) (viz Tabulka a Graf 7) má 43 respondentů (33,90 %) přehled o významu totální bolesti. Pouze 1 respondent (0,80 %) uvedl, že se jedná pouze o fyzickou složku bolesti a vyžaduje komplexní léčbu bolesti.

Tabulka 8: Význam totální bolesti dle respondentů (autorka práce, 2023)

Totální bolest	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Jedná se o průlomovou bolest	0	0,00 %
Jedná se o všechny složky bolesti, tj. fyzické, psychické, sociální a spirituální utrpení. Vyžaduje multidisciplinární přístup s odrazem holistické filozofie	43	33,90 %
Jedná se pouze o fyzickou složku bolesti. Vyžaduje komplexní léčbu bolesti	1	0,80 %



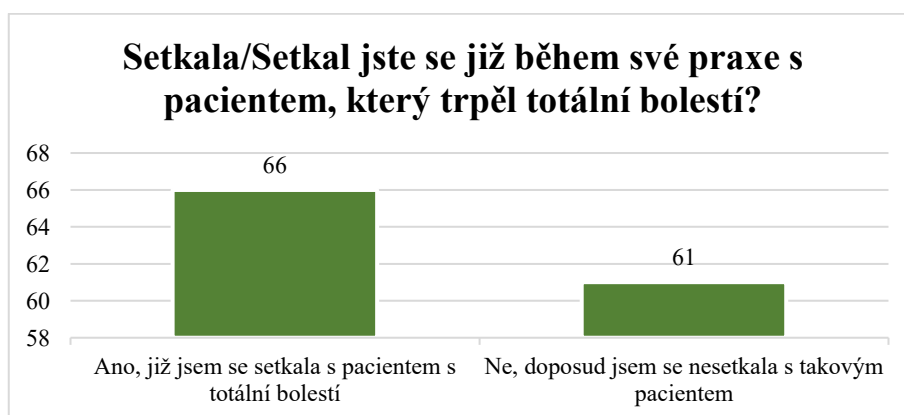
Graf 8: Význam totální bolesti dle respondentů (autorka práce, 2023)

5.2.5 Setkání respondentů sledovaného souboru s pacientem s totální bolestí

V Tabulce a Grafu 9 je vyhodnoceno, kolik respondentů se již během své praxe setkala s pacientem, který trpěl totální bolestí. Z výzkumných dat vyplývá, že 66 respondentů (52,00 %) se během své praxe již setkala s pacientem s totální bolestí. Naopak 61 respondentů (48,00 %) uvedlo, že se doposud neseťkala s pacientem s totální bolestí.

Tabulka 9: Setkání respondentů s pacientem s totální bolestí (autorka práce, 2023)

Pacient s totální bolestí	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, již jsem se setkal/setkala s pacientem s totální bolestí	66	52,00 %
Ne, doposud jsem se neseťkala s pacientem s totální bolestí	61	48,00 %



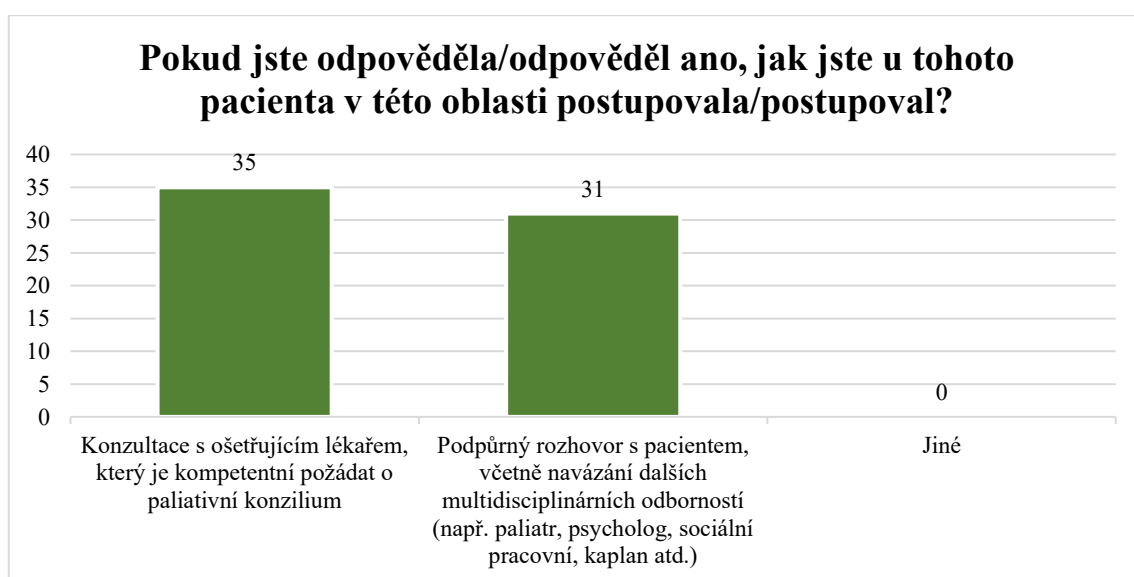
Graf 9: Setkání respondentů s pacientem s totální bolestí (autorka práce, 2023)

5.2.6 Postup respondentů sledovaného souboru u pacienta s totální bolestí

Tabulka a Graf 10 navazuje na předchozí případ (viz Tabulka a Graf 9), kde respondenti odpovídali, zda se během své praxe již setkali s pacientem, který trpěl totální bolestí. Pokud se respondenti již setkali s takovým pacientem, odpovídali dále, jak v této situaci postupovali. Z výzkumných dat vyplývá, že z původních 66 respondentů (52,00 %) (viz Tabulka a Graf 9) uvedlo 35 respondentů (25,60 %), že stav pacienta s totální bolestí, konzultovalo s ošetřujícím lékařem, který je kompetentní požádat o paliativní konzilium. Zbylých 31 respondentů (25,20 %) uvedlo, že s pacientem s totální bolestí zahájilo podpůrný rozhovor, včetně navázání na další multidisciplinární odbornosti. Žádný z respondentů (0,00 %) neuvedl jinou možnost.

Tabulka 10: Postup u pacienta s totální bolestí (autorka práce, 2023)

Pacient s totální bolestí	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Konzultace s ošetřujícím lékařem, který je kompetentní požádat o paliativní konzilium	35	25,60 %
Podpůrný rozhovor s pacientem včetně navázání dalších multidisciplinárních odborností (např. paliatr, psycholog, sociální pracovník, kaplan atd.)	31	25,20 %
Jiné	0	0,00 %



Graf 10: Postup u pacienta s totální bolestí (autorka práce, 2023)

5.3 Analýza a interpretace k cílům v dimenzi fyzické bolesti

K dimenzi fyzické bolesti byly stanoveny 3 dílčí cíle:

Fyzická bolest

1. Zjistit, jaké hodnotící nástroje pro posouzení bolesti nejvíce využívají všeobecné sestry v praxi při ošetřování pacientů v režimu paliativní péče.
2. Zjistit, zda všeobecné sestry pozorují kromě přítomnosti bolesti i vedlejší somatické projevy u pacientů v režimu paliativní péče.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry využívají nefarmakologické metody tlumení bolesti u pacientů v režimu paliativní péče.

Položky č. 11 až č. 14 se vztahují k dimenzi fyzické bolesti a kopírují jednotlivé dílčí cíle.

5.3.1 Hodnotící nástroje pro bolest v praxi využívané respondenty sledovaného souboru

V Tabulce a Grafu 11 je vyhodnoceno, jaké hodnotící nástroje nejběžněji respondenti používají ve své praxi. Respondenti zde mohli zvolit i více možností. Z výzkumných dat vyplývá, že nejběžněji používaným hodnotícím nástrojem je VAS škála, kterou uvedlo 97 respondentů (76,40 %). V praxi je rovněž běžně využíváno verbálního zhodnocení bolesti pacientem, které uvedlo 79 respondentů (62,20 %). Dalších 39 respondentů (30,70 %) uvedlo využití obličejových škál, 7 respondentů (5,50 %) využití dotazníků bolesti a 2 respondenti (1,60 %) využívají jiné hodnotící nástroje k posouzení bolesti.

Tabulka 11: Hodnotící nástroje pro bolest v praxi (autorka práce, 2023)

Hodnotící nástroje pro bolest	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
VAS škála	97	76,40 %
Obličejové škály	39	30,70 %
Dotazníky bolesti (např. McGillův, BPI apod.)	7	5,50 %
Verbální zhodnocení bolesti pacientem	79	62,20 %
Jiné	2	1,60 %



Graf 11: Hodnotící nástroje pro bolest v praxi (autorka práce, 2023)

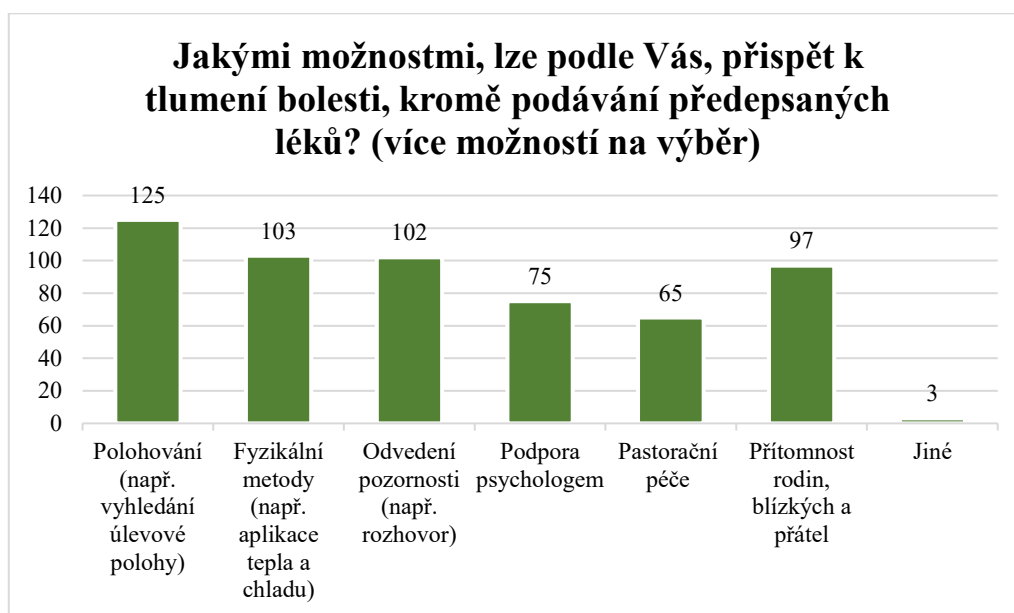
5.3.2 Nefarmakologické metody tlumení bolesti dle respondentů sledovaného souboru

Z Tabulky a Grafu 12 lze vyhodnotit, jakými nefarmakologickými metodami, lze přispět k tlumení bolesti podle respondentů. Respondenti zde mohli zvolit i více možností. Z výzkumných dat vyplývá, že až 125 respondentů (98,40 %) považuje za účinnou nefarmakologickou metodu tlumení bolesti polohování. Dalšími účinnými metodami tlumení bolesti jsou vzápětí fyzikální metody, které uvedlo 103 respondentů (81,10 %), dále odvedení pozornosti, které uvedlo 102 respondentů (80,30 %). Podle 97 respondentů (76,40 %) lze bolest u pacientů tlumit i prostřednictvím návštěvy rodiny, blízkých či přátel. Psychologickou podporu, jako metodu tlumení bolesti, uvedlo celkem 75 respondentů (59,10 %) a pastorační péči zvolilo 65 respondentů (51,20 %). Pouze 3 respondenti (2,40 %) uvedli jinou možnost.

Tabulka 12: Nefarmakologické metody tlumení bolesti (autorka práce, 2023)

Metody tlumení bolesti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Polohování (např. vyhledávání úlevové polohy)	125	98,40 %
Fyzikální metody (např. aplikace tepla a chladu)	103	81,10 %
Odvedení pozornosti (např. rozhovor)	102	80,30 %
Podpora psychologem	75	59,10 %
Pastorační péče	65	51,20 %
Prítomnost rodiny, blízkých a přátel	97	76,40 %

Jiné	3	2,40 %
------	---	--------



Graf 12: Nefarmakologické metody tlumení bolesti (autorka práce, 2023)

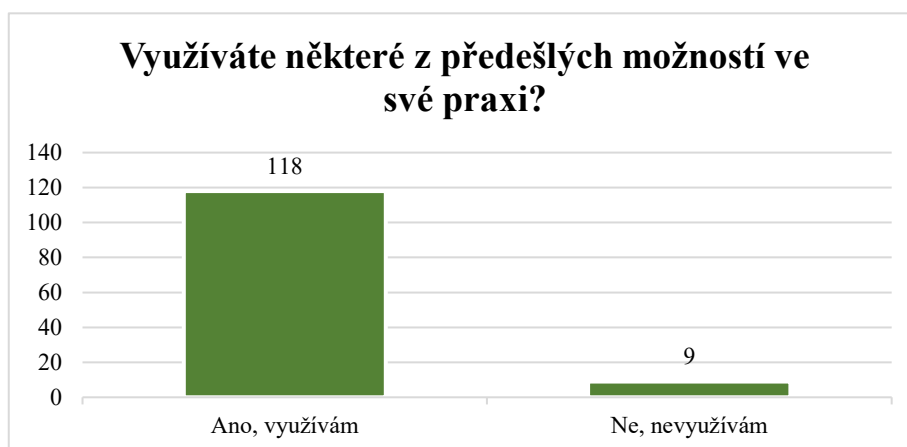
5.3.3 Využití nefarmakologických metod respondenty sledovaného souboru

Tabulka a Graf 13 navazuje na předchozí případ (viz Tabulka a Graf 12), kde je vyhodnoceno, jaké nefarmakologické metody mohou podle respondentů přispět k tlumení bolesti. V Tabulce a Grafu 13 je vyhodnoceno, zda respondenti využívají ve své praxi některé z výše uvedených možností (viz Tabulka a Graf 12), popřípadě jaké konkrétní nefarmakologické metody tlumení bolesti využívají (viz Tabulka a Graf 14). Z výzkumných dat vyplývá, že 118 respondentů (92,90 %) využívá některou z výše uvedených možností (viz Tabulka a Graf 12) a naopak 9 respondentů (7,10 %) uvedlo, že žádnou z výše uvedených možností ve své praxi nevyužívá (viz Tabulka a Graf 12). Z výše uvedených nefarmakologických metod tlumení bolesti je nejvíce využíváno polohování, které uvedlo až 101 respondentů (79,50 %). Dále to jsou fyzikální metody, které využívá 74 respondentů (58,30 %). Odvedení pozornosti pacienta od bolesti využívá 72 respondentů (56,70 %), 33 respondentů (26,00 %) využívá psychologickou podporu, 31 respondentů (24,40 %) využívá pastorační péči a přítomnost rodiny, blízkých a přátel využívá 38 respondentů (29,90 %) ve své praxi. Jinou možnost uvedli 4 respondenti (3,10 %) (viz Tabulka a Graf 14).

Tabulka 13: Využití nefarmakologických metod tlumení bolesti 1 (autorka práce, 2023)

Metody tlumení bolesti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, využívám	118	92,90 %

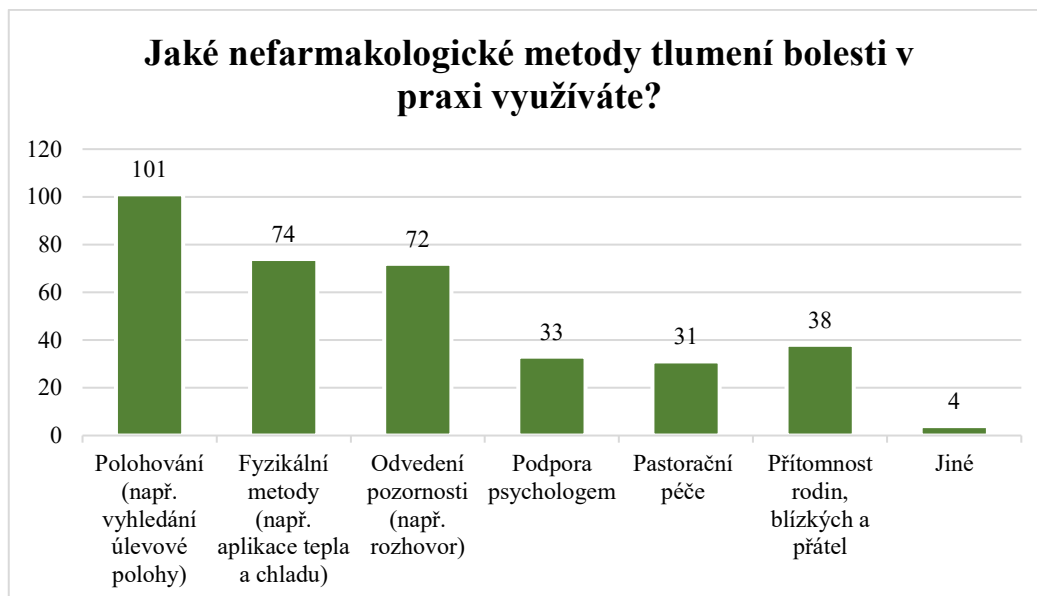
Ne, nevyžívám	9	7,10 %
---------------	---	--------



Graf 13: Využití nefarmakologických metod tlumení bolesti 1 (autorka práce, 2023)

Tabulka 14: Využití nefarmakologických metod tlumení bolesti 2 (autorka práce, 2023)

Metody tlumení bolesti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Polohování (např. vyhledávání úlevové polohy)	101	79,50 %
Fyzikální metody (např. aplikace tepla a chladu)	74	58,30 %
Odvedení pozornosti (např. rozhovor)	72	56,70 %
Podpora psychologem	33	26,00 %
Pastorační péče	31	24,40 %
Přítomnost rodiny, blízkých a přátel	38	29,90 %
Jiné	4	3,10 %



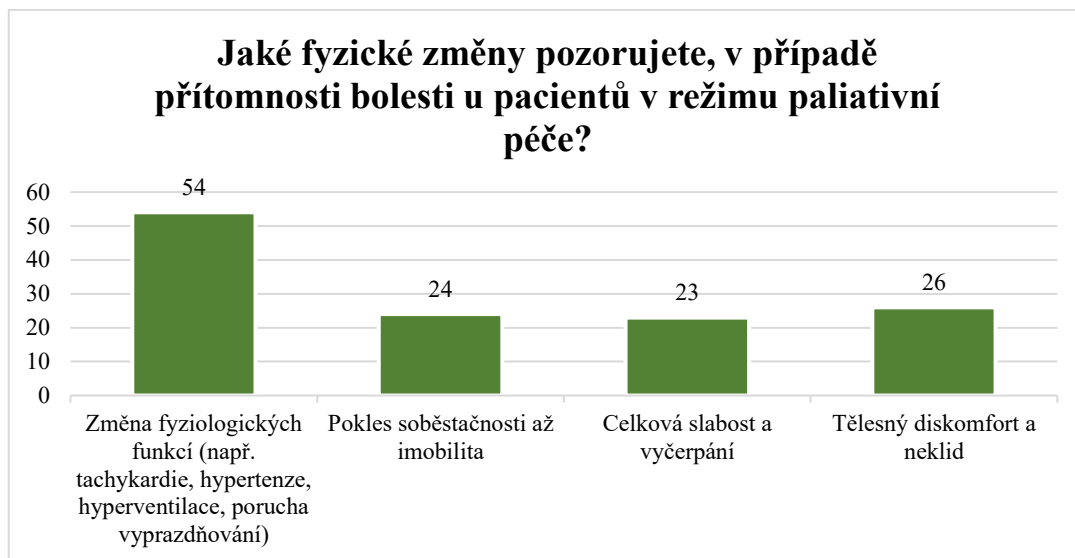
Graf 14: Využití nefarmakologických metod tlumení bolesti 2 (autorka práce, 2023)

5.3.4 Sledované fyzické projevy respondenty sledovaného souboru u pacientů s bolestí v paliativní péči

V Tabulce a Grafu 15 je vyhodnoceno, jaké fyzické změny nejčastěji respondenti pozorují, v případě přítomnosti bolesti u pacientů v režimu paliativní péče. Z výzkumných dat vyplývá, že nejvíce sledovaným projevem u bolesti je změna fyziologických funkcí, kterou uvedlo 54 respondentů (42,50 %). Mezi další často sledované fyzické projevy u bolesti patří tělesný diskomfort a neklid, který uvedlo 26 respondentů (20,50 %), dále pokles soběstačnosti až imobilitu, kterou uvedlo 24 respondentů (18,90 %) a 23 respondentů (18,10 %) uvedlo, že pozoruje u pacientů s bolestí projevy celkové slabosti až vyčerpání.

Tabulka 15: Sledované fyzické projevy u pacientů s bolestí v paliativní péči (autorka práce, 2023)

Fyzické projevy u bolesti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Změna fyziologických funkcí (např. tachykardie, hypertenze, hyperventilace, porucha vyprazdňování)	54	42,50 %
Pokles soběstačnosti až imobilita	24	18,90 %
Celková slabost až vyčerpání	23	18,10 %
Tělesný diskomfort a neklid	26	20,50 %



Graf 15: Sledované fyzické projevy u pacientů s bolestí v paliativní péči (autorka práce, 2023)

5.4 Analýza a interpretace k cílům v dimenzi psychické bolesti

K dimenzi psychické bolesti byly stanoveny 3 dílčí cíle:

Psychická bolest

1. Zjistit, zda se všeobecné sestry aktivně zajímají o potřeby, přání a preference pacientů v režimu paliativní péče.
2. Zjistit, jak všeobecné sestry nabízí pacientům v režimu paliativní péče psychologickou podporu.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry pozorují a dokumentují, taky jak často, změny psychického stavu u pacientů v režimu paliativní péče.

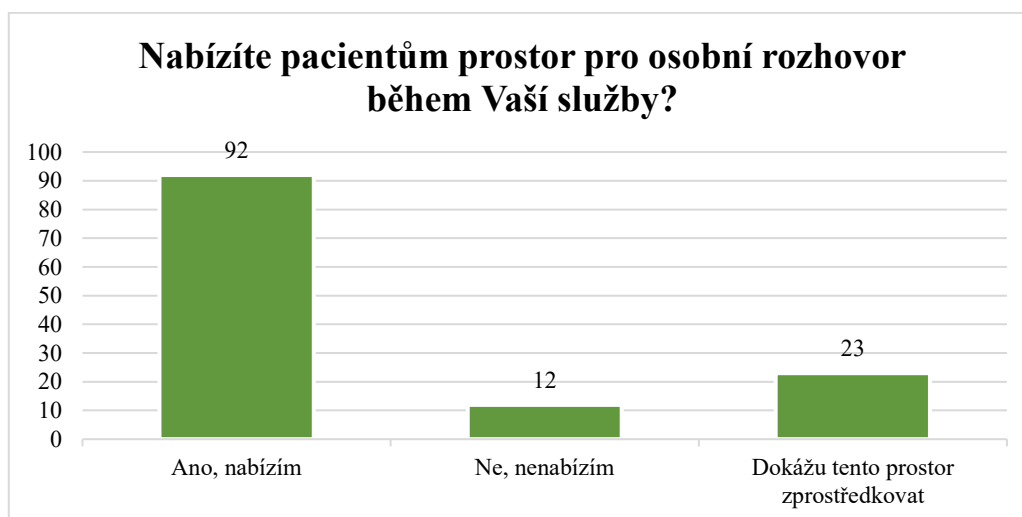
Položky č. 15 až č. 21 se vztahují k dimenzi psychické bolesti a kopírují jednotlivé dílčí cíle.

5.4.1 Nabídka prostoru respondenty sledovaného souboru pro osobní rozhovor s pacienty

Tabulka a Graf 16 vyjadřuje, zda respondenti nabízí prostor pro osobní rozhovor pacientům během své služby. Z výzkumných dat vyplývá, že si 92 respondentů (72,40 %) najde prostor pro osobní rozhovor s pacienty během své služby. Naopak 12 respondentů (9,40 %) uvedlo, že prostor pro osobní rozhovor nenabízí. Nejčastěji zmíněným důvodem, proč respondenti nenabízí prostor pro osobní rozhovor, byl zejména nedostatek času. Dalších 23 respondentů (18,10 %) uvedlo, že dokáže prostor pro osobní rozhovor s pacienty zprostředkovat.

Tabulka 16: Nabídka prostoru pro osobní rozhovor s pacienty (autorka práce, 2023)

Prostor pro osobní rozhovor s pacienty	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, nabízím	92	72,40 %
Ne, nenabízím, z důvodu...	12	9,40 %
Dokážu tento prostor zprostředkovat	23	18,10 %



Graf 16: Nabídka prostoru pro osobní rozhovor s pacienty (autorka práce, 2023)

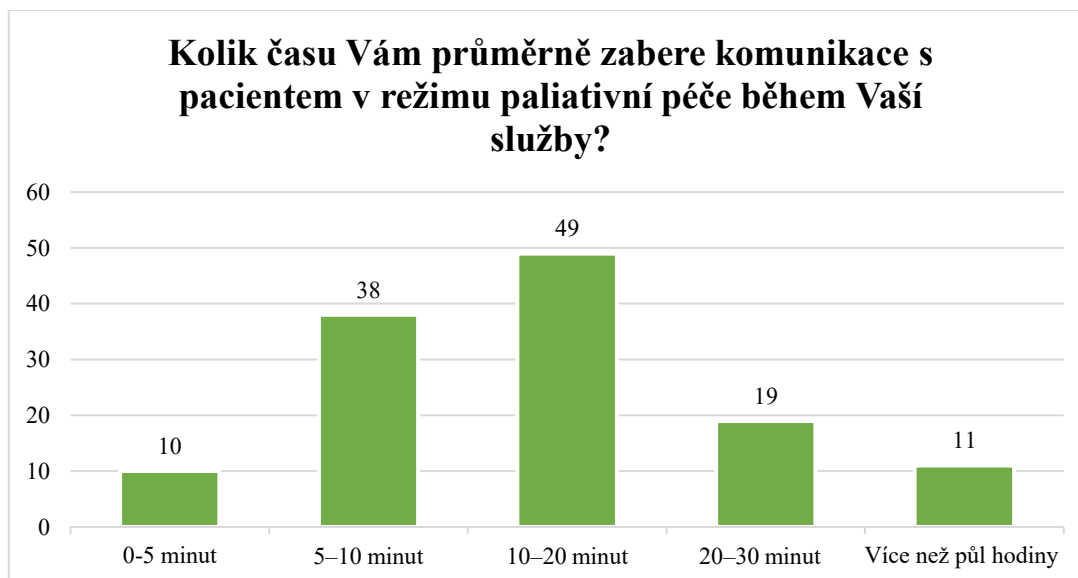
5.4.2 Průměrná doba komunikace respondentů sledovaného souboru s pacientem v paliativní péči

V Tabulce a Grafu 17 je zhodnoceno, kolik času v průměru zabere respondentům komunikace s pacientem v režimu paliativní péče. Z výzkumných dat vyplývá, že 49 respondentům (38,60 %) průměrně zabere komunikace s pacientem v režimu paliativní péče okolo 10 až 20 minut. Dalších 38 respondentů (29,90 %) uvedlo, že jim komunikace s pacientem v režimu paliativní péče zabere v průměru okolo 5 až 10 minut. Podle 19 respondentů (14,90 %) trvá jejich komunikace s pacientem v režimu paliativní péče průměrně 20 až 30 minut. U 11 respondentů (8,70 %) trvá průměrně komunikace s pacientem v režimu paliativní péče více než půl hodiny. Naopak 10 respondentů (7,90 %) uvedlo, že jim komunikace s pacientem v režimu paliativní péče zabere v průměru maximálně 5 minut. Ve výsledku trvá komunikace respondentů s pacienty v režimu paliativní péče nejvíce v průměru 10 až 20 minut a nejméně v průměru maximálně 5 minut.

Tabulka 17: Průměrná doba komunikace s pacientem v paliativní péči (autorka práce, 2023)

Komunikace s pacientem v paliativní péči	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
--	-----------------------	-----------------------

0-5 minut	10	7,90 %
5-10 minut	38	29,90 %
10-20 minut	49	38,60 %
20-30 minut	19	14,90 %
Více než půl hodiny	11	8,70 %



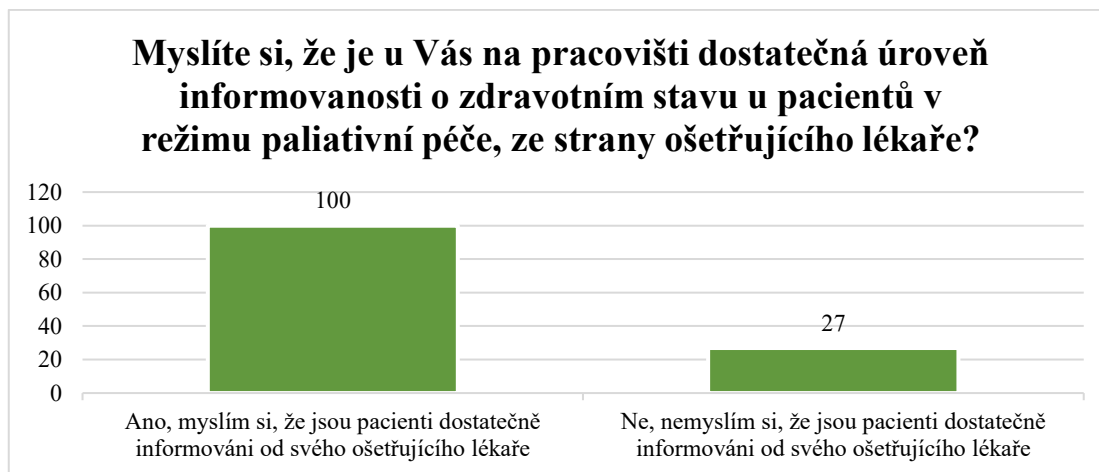
Graf 17: Průměrná doba komunikace s pacientem v paliativní péči (autorka práce, 2023)

5.4.3 Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany ošetřujícího lékaře dle respondentů sledovaného souboru

Z Tabulky a Grafu 18 lze vyhodnotit, zda si respondenti na svých pracovištích myslí, že jsou pacienti v režimu paliativní péče dostatečně informováni o svém zdravotním stavu od jejich ošetřujícího lékaře. Celkem 100 respondentů (78,70 %) uvedlo, že si myslí, že jsou pacienti v režimu paliativní péče dostatečně informováni o svém zdravotním stavu od svého ošetřujícího lékaře. Zbýlých 27 respondentů (21,30 %) si nemyslí, že jsou pacienti v režimu paliativní péče dostatečně informováni o svém zdravotním stavu od svého ošetřujícího lékaře.

Tabulka 18: Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany ošetřujícího lékaře (autorka práce, 2023)

Informovanost pacientů v paliativní péči ze strany ošetřujícího lékaře	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, myslím si, že jsou pacienti dostatečně informováni od svého ošetřujícího lékaře	100	78,70 %
Ne, nemyslím, že jsou pacienti dostatečně informováni od svého ošetřujícího lékaře	27	21,30 %



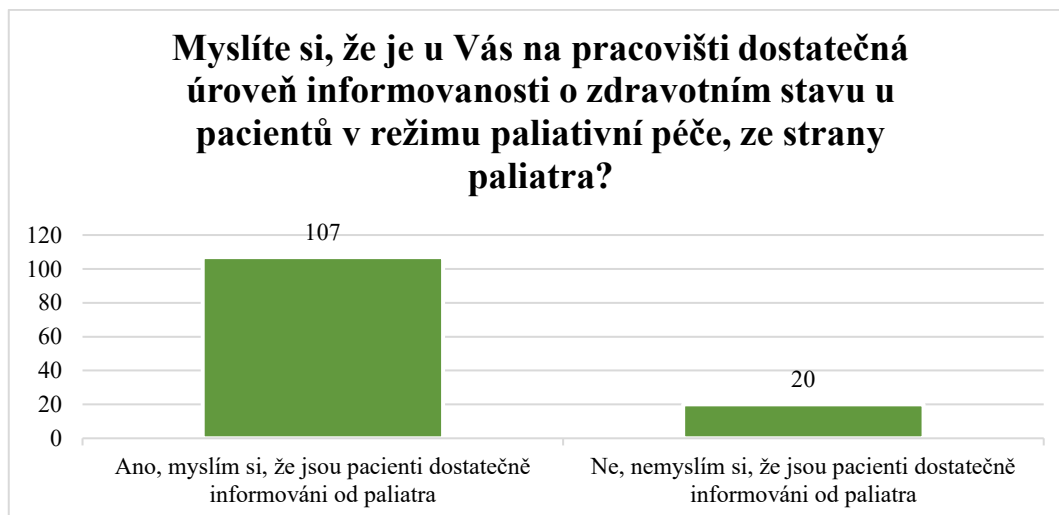
Graf 18: Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany ošetřujícího lékaře (autorka práce, 2023)

5.4.4 Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany paliatra dle respondentů sledovaného souboru

V Tabulce a Grafu 19 je podobně vyhodnoceno, zda si respondenti na svých pracovištích myslí, že jsou pacienti v režimu paliativní péče dostatečně informováni o svém zdravotním stavu, avšak ze strany paliatra. Dostatečnou informovanost u pacientů v režimu paliativní péče o svém zdravotním stavu ze strany paliatra považuje 107 respondentů (84,30 %). Ostatních 20 respondentů (15,70 %) nepovažuje dostatečnou informovanost u pacientů v režimu paliativní péče ze strany paliatra.

Tabulka 19: Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany paliatra (autorka práce, 2023)

Informovanost pacientů v paliativní péči ze strany paliatra	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, myslím si, že jsou pacienti dostatečně informováni od paliatra	107	84,30 %
Ne, nemyslím, že jsou pacienti dostatečně informováni od paliatra	20	15,70 %



Graf 19: Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany paliatra (autorka práce, 2023)

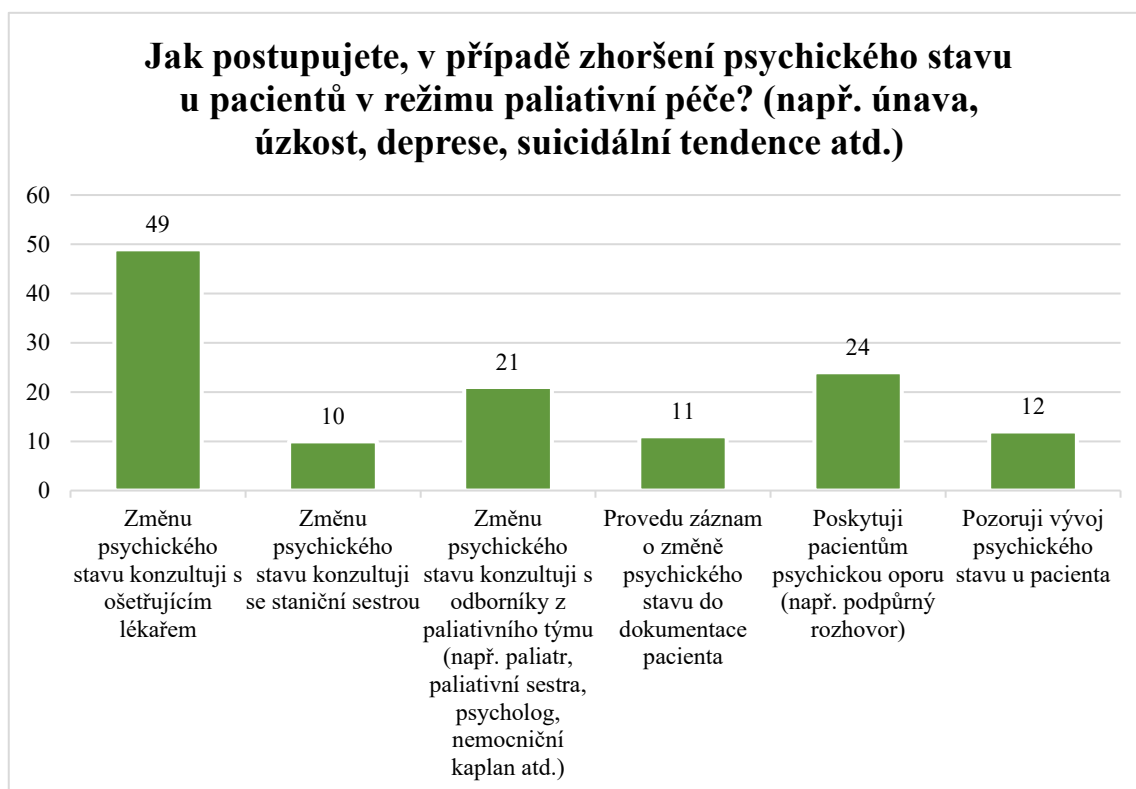
5.4.5 Postup respondentů sledovaného souboru při zhoršení psychického stavu u pacientů v paliativní péči

V Tabulce a Grafu 20 je vyhodnoceno, jak respondenti postupují, v případě zhoršení psychického stavu u pacientů v režimu paliativní péče. O změně psychického stavu informuje 49 respondentů (38,60 %) ošetřujícího lékaře. Psychickou oporu při změně psychického stavu poskytuje 24 respondentů (18,90 %). Změnu psychického stavu konzultuje 21 respondentů (16,50) s odborníky z paliativního týmu. V případě změny psychického stavu pacienta, pozoruje 12 respondentů (9,40 %) vývoj jeho psychického stavu. Záznam o změně psychického stavu do dokumentace pacienta provádí 11 respondentů (8,70 %) a 10 respondentů (7,90 %) konzultuje změnu psychického stavu pacienta se staniční sestrou. Z výsledných dat vyplývá, že nejvíce respondentů (38,60 %) jedná s ošetřujícím lékařem o změně psychického stavu pacienta a nejméně respondentů (7,90 %) konzultuje jeho změnu se staniční sestrou.

Tabulka 20: Postup při zhoršení psychického stavu u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)

Postup při zhoršení psychického stavu u pacientů v paliativní péči	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Změnu psychického stavu konzultuji s ošetřujícím lékařem	49	38,60 %
Změnu psychického stavu konzultuji se staniční sestrou	10	7,90 %

Změnu psychického stavu konzultují s odborníky z paliativního týmu (např. paliatr, paliativní sestra, psycholog, kaplan atd.)	21	16,50 %
Provedu záznam o změně psychického stavu do dokumentace pacienta	11	8,70 %
Poskytují pacientům psychickou oporu (např. podpůrný rozhovor)	24	18,90 %
Pozorují vývoj psychického stavu u pacienta	12	9,40 %



Graf 20: Postup při zhoršení psychického stavu u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)

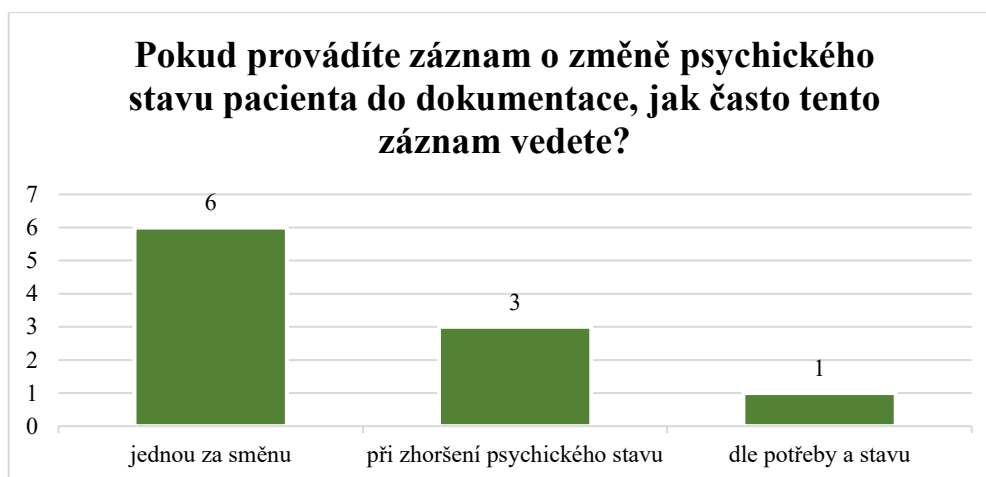
5.4.6 Záznam o změně psychického stavu respondenty sledovaného souboru do dokumentace pacienta v paliativní péči

Tabulka a Graf 21 navazuje na předchozí případ (viz Tabulka a Graf 20), kde respondenti uváděli, jak postupují v případě zhoršení psychického stavu u pacientů v režimu paliativní péče. Respondenti, kteří uvedli, že provádí záznam o změně psychického stavu do dokumentace pacienta (viz Tabulka a Graf 20) následně odpovídali na to, jak často tento záznam provádí (viz Tabulka a Graf 21). Z výzkumných dat vyplývá, že z původních 11

respondentů (8,70 %), kteří provádí záznam do dokumentace v případě zhoršení psychického stavu (viz Tabulka a Graf 20), uvedlo 6 respondentů (4,70 %) že tento záznam provádí jednou za směnu (a 12 hodin). Další 3 respondenti (2,40 %) uvedli, že tento záznam provádí při zhoršení psychického stavu a zbylí 2 respondenti (1,60 %) uvedli, že provádí záznam do dokumentace o změně psychického stavu podle potřeby a stavu.

Tabulka 21: Záznam o změně psychického stavu do dokumentace pacienta (autorka práce, 2023)

Záznam o změně psychického stavu	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Jednou za směnu	6	4,70 %
Při zhoršení psychického stavu	3	2,40 %
Podle potřeby a stavu	2	1,60 %



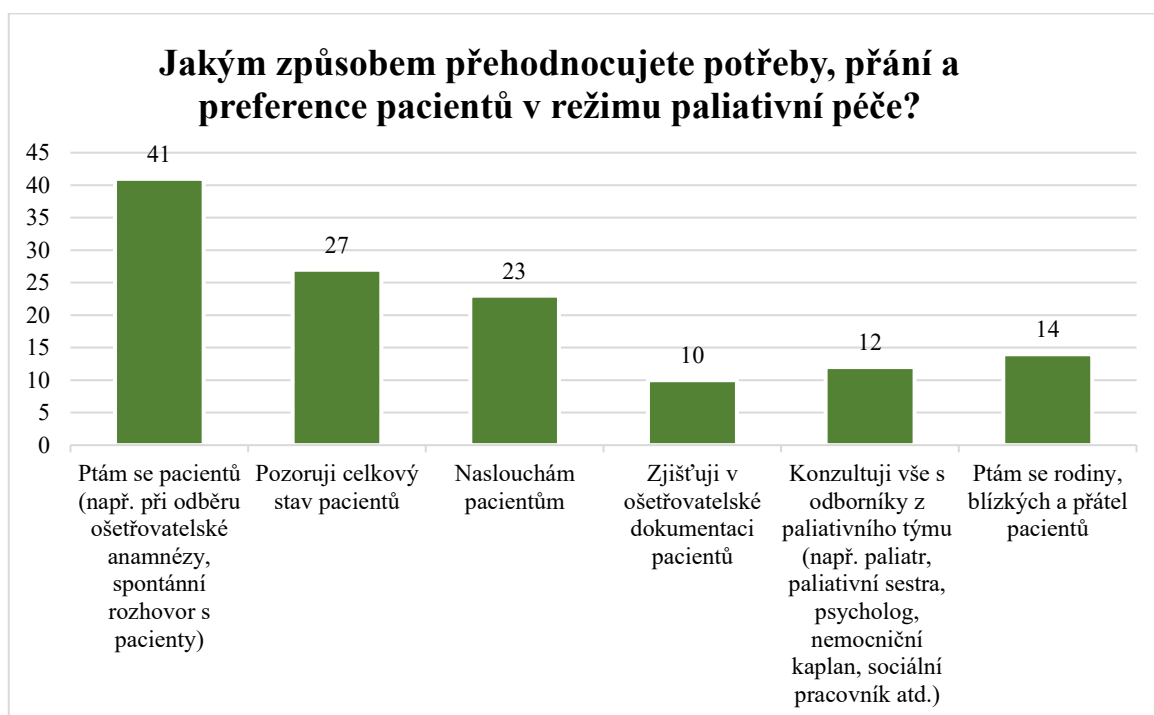
Graf 21: Záznam o změně psychického stavu do dokumentace pacienta (autorka práce, 2023)

5.4.7 Hodnocení potřeb, přání a preferencí respondenty sledovaného souboru u pacientů v paliativní péči

Tabulka a Graf 22 znázorňuje, jakým způsobem respondenti přehodnocují potřeby, přání nebo preference u pacientů v režimu paliativní péče. Výzkumná data ukazují, že 41 respondentů (32,30 %) přehodnocuje potřeby, přání a preference dotazováním se pacientů. Dalších 27 respondentů (21,30 %) přehodnocuje potřeby, přání a preference prostřednictvím pozorování celkového stavu pacientů, 23 respondentů (18,10 %) naslouchá pacientům, 14 respondentů (11,00 %) se ptá rodiny, blízkých a přátel pacientů, 12 respondentů (9,40 %) vše konzultuje s odborníky z paliativního týmu a 10 respondentů (7,90 %) zjišťuje potřeby, přání a preference v dokumentaci pacientů.

Tabulka 22: Hodnocení potřeb, přání a preferencí u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)

Hodnocení potřeb, přání a preferencí u pacientů	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ptám se pacientů (např. při odběru ošetřovatelské anamnézy, spontánní rozhovor s pacienty)	41	32,30 %
Pozoruji celkový stav pacientů	27	21,30 %
Naslouchám pacientům	23	18,10 %
Zjišťuji v ošetřovatelské dokumentaci pacientů	10	7,90 %
Konzultuji vše s odborníky z paliativního týmu (např. paliatr, paliativní sestra, psycholog, nemocniční)	12	9,40 %
Ptám se rodiny, blízkých a přátel pacientů	14	11,00 %



Graf 22: Hodnocení potřeb, přání a preferencí u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)

5.5 Analýza a interpretace k cílům v dimenzi sociální bolesti

K dimenzi sociální bolesti byly následovně stanoveny 3 dílčí cíle:

Sociální bolest

1. Zjistit, zda všeobecné sestry používají možnosti sociální opory zdravotnického zařízení.
2. Zjistit, zda mají všeobecné sestry povědomí o sociální oblasti péče.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry využívají možnosti návštěvy rodiny a blízkých, jako sociální podpory pro pacienty v režimu paliativní péče, i mimo stanovené návštěvní hodiny.

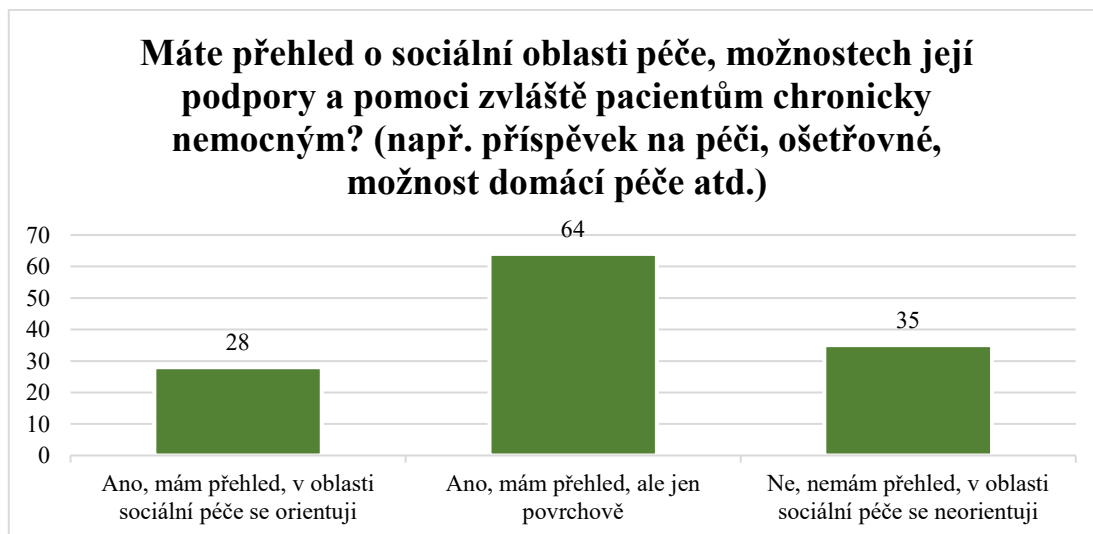
Položky č. 22 až č. 26 se vztahují k dimenzi sociální bolesti a kopírují jednotlivé dílčí cíle.

5.5.1 Přehled respondentů sledovaného souboru o sociální oblasti péče

V Tabulce a Grafu 23 je vyhodnoceno, zda mají respondenti přehled o sociální oblasti péče, včetně možností její podpory a pomoci u pacientů s chronickým onemocněním. Z výzkumných dat vyplývá, že 64 respondentů (50,40 %) má základní přehled o oblasti sociální péče, dalších 35 respondentů (27,60 %) nemá přehled o oblasti sociální péče a ani se v ní neorientuje. Přehled o oblasti sociální péče a orientaci v ní má 28 respondentů (22,00 %).

Tabulka 23: Přehled respondentů o sociální oblasti péče (autorka práce, 2023)

Sociální oblast péče	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, mám přehled, v oblasti sociální péče se orientuji	28	22,00 %
Ano, mám přehled, ale jen povrchově	64	50,40 %
Ne, nemám přehled, v oblasti sociální péče se neorientuji	35	27,60 %



Graf 23: Přehled respondentů o sociální oblasti péče (autorka práce, 2023)

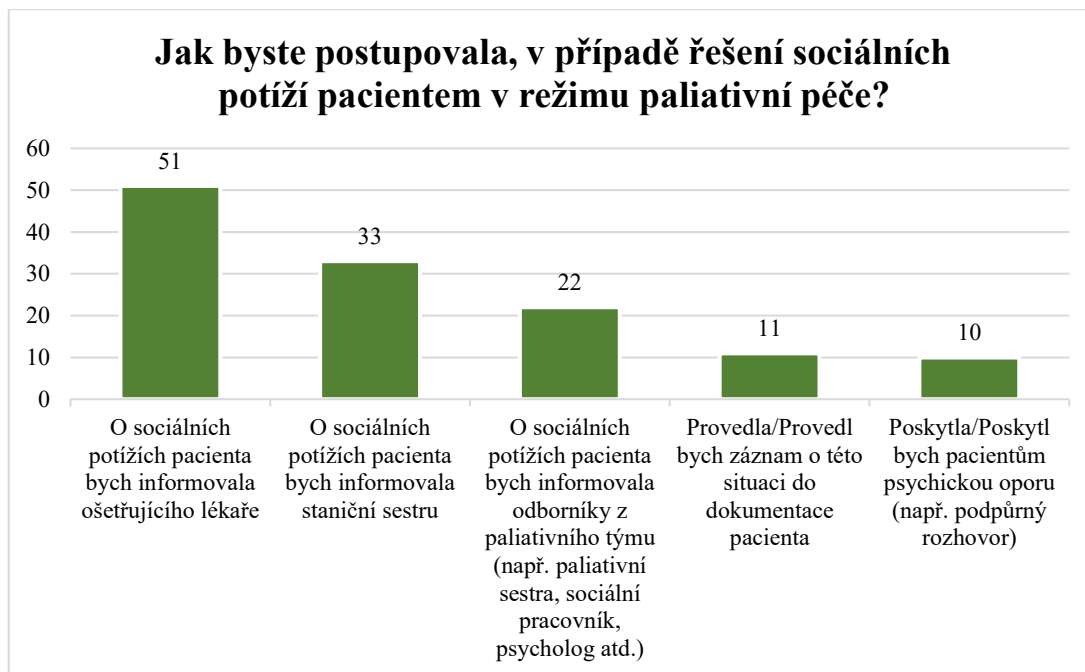
5.5.2 Postup při řešení sociálních potíží u pacienta v paliativní péči dle respondentů sledovaného souboru

Tabulka a Graf 24 znázorňuje, jakým způsobem by respondenti postupovali v případě řešení sociálních potíží u pacienta v režimu paliativní péče. Z výzkumných dat vyplývá, že 51 respondentů (40,20 %) by informovalo o sociálních potížích pacienta jeho ošetřujícího lékaře, staniční sestru by informovalo 33 respondentů (25,90 %) a odborníky z paliativního týmu by informovalo 22 respondentů (17,30 %). Záznam o sociálních potížích do dokumentace pacienta by provedlo 11 respondentů (8,70 %) a psychickou oporu pacientům by poskytlo 10 respondentů (7,90 %).

Tabulka 24: Postup při řešení sociálních potíží u pacienta v paliativní péči (autorka práce, 2023)

Postup při řešení sociálních potíží u pacienta v paliativní péči	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
O sociálních potížích pacienta bych informovala ošetřujícího lékaře	51	40,20 %
O sociálních potížích pacienta bych informovala staniční sestru	33	25,90 %
O sociálních potížích pacienta bych informovala odborníky z paliativního týmu (např. paliativní sestra, sociální pracovník, psycholog atd.)	22	17,30 %
Provedla/Provedl bych záznam o této situaci do dokumentace pacienta	11	8,70 %

Poskytla/Poskytl bych pacientům psychickou oporu (např. podpůrný rozhovor)	10	7,90 %
--	----	--------



Graf 24: Postup při řešení sociálních potíží u pacienta v paliativní péči (autorka práce, 2023)

5.5.3 Poskytování návštěv rodiny a blízkých dle respondentů sledovaného souboru

V Tabulce a Grafu 25 je zhodnoceno, zda respondenti poskytují návštěvy rodiny, blízkých či přátel, nejen v případě zhoršení stavu pacienta. Z výzkumných dat vyplývá, že 75 respondentů (59,10 %) poskytuje návštěvy po konzultaci s ošetřujícím lékařem i mimo stanovené návštěvní hodiny, 34 respondentů (26,80 %) poskytuje návštěvy pouze v době stanovených návštěvních hodin a 18 respondentů (14,20 %) poskytuje návštěvy po konzultaci s ošetřujícím lékařem kdykoliv na zavolání. Žádný z respondentů (0,00 %) neuvedl, že neposkytuje návštěvy mimo stanovené návštěvní hodiny.

Tabulka 25: Poskytování návštěv rodiny a blízkých (autorka práce, 2023)

Poskytování návštěv	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, poskytují návštěvy v době stanovených návštěvních hodin	34	26,80 %
Ano, poskytují návštěvy po konzultaci s ošetřujícím lékařem i mimo stanovené návštěvní hodiny (kdykoliv ve dne, v noci, přes víkendy a svátky)	75	59,10 %

Ano, poskytují návštěvy po konzultaci s ošetřujícím lékařem kdykoliv na zavolání	18	14,20 %
Ne, neposkytují návštěvy mimo návštěvní hodiny	0	0,00 %



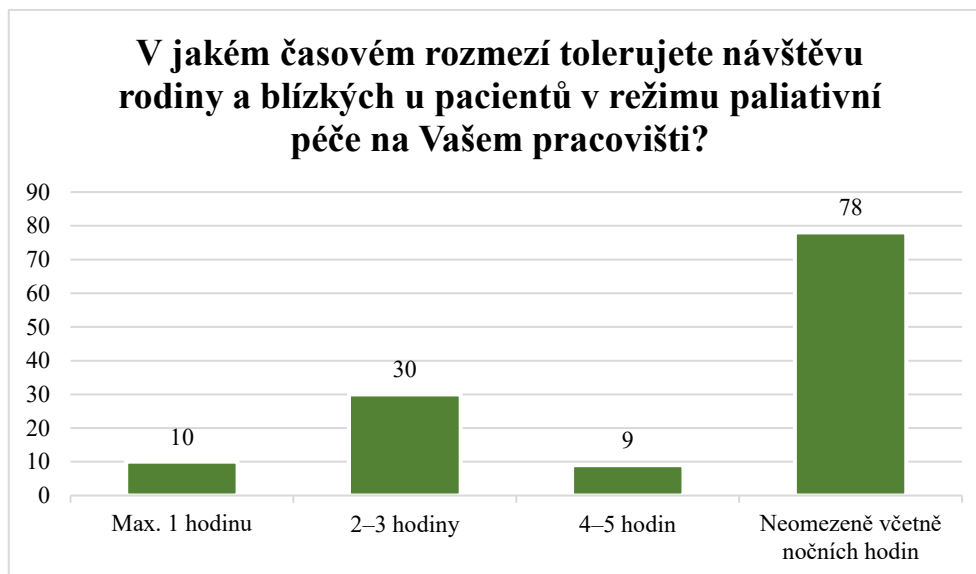
Graf 25: Poskytování návštěv rodiny a blízkých (autorka práce, 2023)

5.5.4 Tolerování návštěv rodiny a blízkých dle respondentů sledovaného souboru

Z Tabulky a Grafu 26 lze vyhodnotit, v jakém časovém rozmezí nejčastěji respondenti tolerují návštěvy rodiny, blízkých či přátel u pacientů v režimu paliativní péče na svém pracovišti. Z výzkumných dat vyplývá, že 78 respondentů (61,40 %) toleruje návštěvy rodiny, blízkých či přátel u pacientů v režimu paliativní péče neomezeně včetně nočních hodin. Návštěvu rodiny a blízkých u pacientů v režimu paliativní péče po dobu maximálně 2 až 3 hodin toleruje 30 respondentů (23,60 %), 10 respondentů (7,90 %) toleruje návštěvu maximálně 1 hodinu a 9 respondentů (7,10 %) toleruje návštěvu po dobu 4 až 5 hodin.

Tabulka 26: Tolerování návštěv na pracovišti (autorka práce, 2023)

Tolerování návštěv na pracovišti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Max. 1 hodinu	10	7,90 %
2-3 hodiny	30	23,60 %
4-5 hodin	9	7,10 %
Neomezeně včetně nočních hodin	78	61,40 %



Graf 26: Tolerování návštěv na pracovišti (autorka práce, 2023)

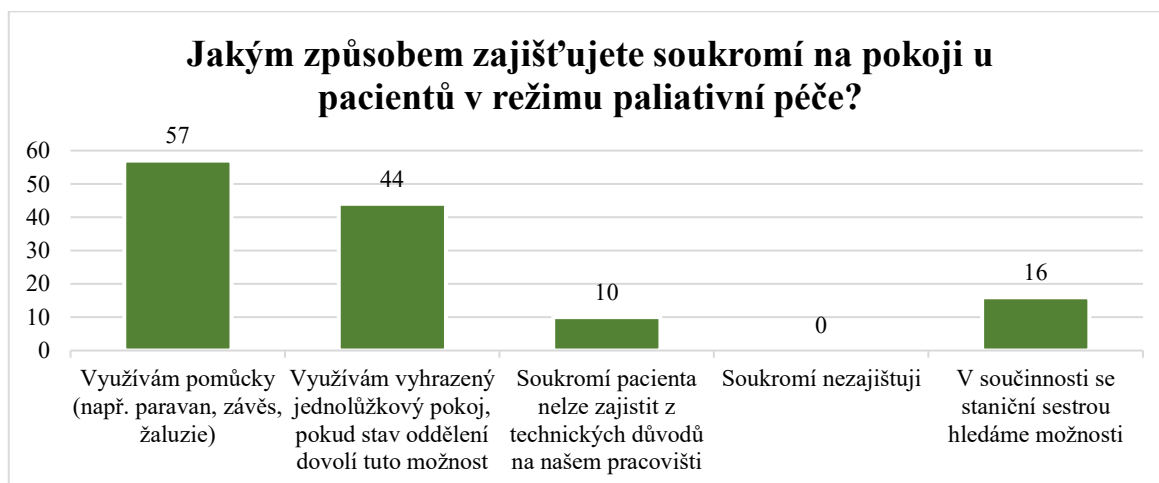
5.5.5 Zajišťování soukromí pacientů v paliativní péči dle respondentů sledovaného souboru

V Tabulce a Grafu 27 je vyhodnoceno, jakým způsobem zajišťují respondenti soukromí pacientů v režimu paliativní péče. Z výzkumných dat vyplývá, že 57 respondentů využívá pomůcky k zajištění soukromí na pokoji pacientů a dalších 44 respondentů (34,60 %) využívá vyhrazený jednolůžkový pokoj, v případě nutnosti a podle možností pracoviště. Podle 10 respondentů (7,90 %) nelze soukromí pacientů zajišťovat pro technické důvody pracoviště a 16 respondentů (12,60 %) se snaží ve spolupráci se staniční sestrou vymyslet jiné možnosti, jak zajistit soukromí pacientů. Všichni respondenti se určitým způsobem podílí na zajišťování soukromí pacientů v režimu paliativní péče a jednají podle možností pracoviště. Žádný z respondentů (0,00 %) nevedl, že by se vůbec nepodílel na zajišťování soukromí pacientů v režimu paliativní péče.

Tabulka 27: Zajišťování soukromí pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)

Soukromí pacientů v paliativní péči	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Využívám pomůcky (např. paravan, závěs, žaluzie)	57	44,90 %
Využívám vyhrazený jednolůžkový pokoj, pokud stav oddělení dovolí tuto možnost	44	34,60 %
Soukromí pacienta nelze zajistit z technických důvodů na našem pracovišti	10	7,90 %
Soukromí nezajišťuji	0	0,00 %

V součinnosti se staniční sestrou hledáme možnosti	16	12,60 %
--	----	---------



Graf 27: Zajišťování soukromí pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)

5.6 Analýza a interpretace k cílům v dimenzi spirituální bolesti

K dimenzi spirituální bolesti byly následovně stanoveny 3 dílčí cíle:

Spirituální bolest

1. Zjistit, zda mají všeobecné sestry povědomí o významu spirituality.
2. Zjistit, zda všeobecné sestry nabízí pacientům v režimu paliativní péče duchovní služby.
3. Zjistit, zda se všeobecné sestry zajímají o duchovní potřeby pacientů v režimu paliativní péče.

Dimenze spirituální bolesti tvoří položky č. 27 až č. 30, které kopírují jednotlivé dílčí cíle této dimenze.

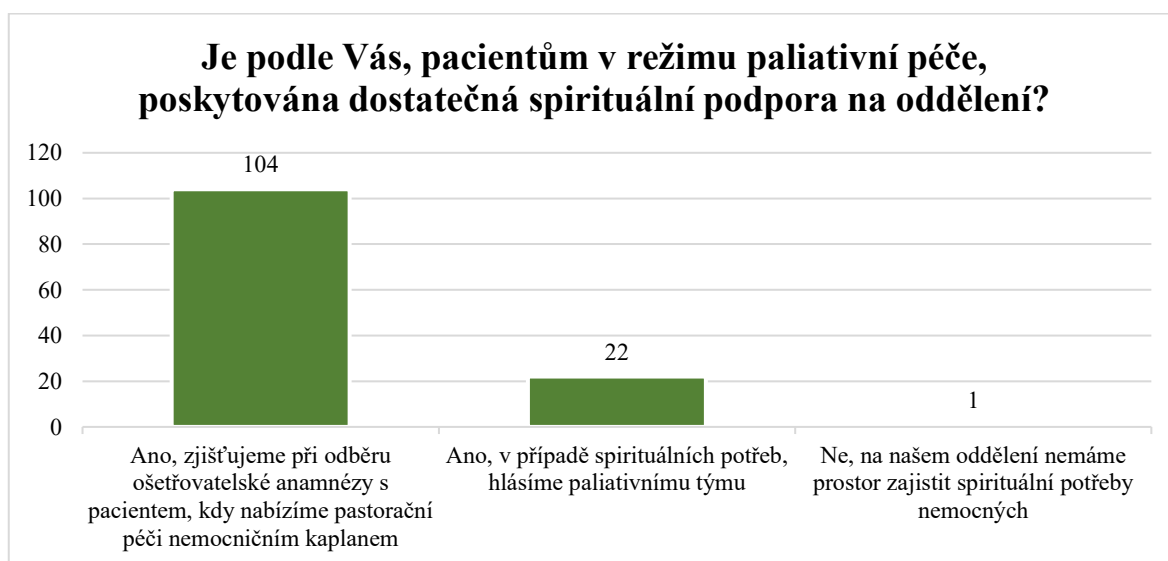
5.6.1 Úroveň spirituální podpory u pacientů v paliativní péči na pracovišti respondentů sledovaného souboru

Z Tabulky a Grafu 28 lze vyhodnotit, zda je podle respondentů na jejich pracovišti, dostačující spirituální podpora u pacientů v režimu paliativní péče. Z výzkumných dat vyplývá, že až 104 respondentů (81,90 %) považuje spirituální podporu na svém pracovišti u pacientů v režimu paliativní péče za dostačující, kdy nabízí v rámci odběru ošetřovatelské anamnézy pastorační péči. Podle 22 respondentů (17,30 %) je spirituální podpora na jejich pracovišti u pacientů v režimu paliativní péče rovněž dostačující a v případě spirituálních

potřeb pacientů podává hlášení paliativnímu týmu o této skutečnosti. Pouze 1 respondent (0,80 %) uvedl, že nepovažuje spirituální podporu na svém pracovišti za dostačující, z důvodu nemožnosti zajistit prostor pro uspokojování spirituálních potřeb.

Tabulka 28: *Spirituální podpora u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)*

Spirituální podpora u pacientů v paliativní péči	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, zjišťujeme při odběru ošetrovatelské anamnézy s pacientem, kdy nabízíme pastorační péči nemocničním kaplanem	104	81,90 %
Ano, v případě spirituálních potřeb, hlásíme paliativnímu týmu	22	17,30 %
Ne, na našem oddělení nemáme prostor zajistit spirituální potřeby nemocných	1	0,80 %



Graf 28: *Spirituální podpora u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)*

5.6.2 Podstata spirituality v životě respondentů sledovaného souboru

Z Tabulky a Grafu 29 lze vyhodnotit, zda respondenti považují spiritualitu za důležitý aspekt, zejména v případě přítomnosti nemoci. Z výzkumných dat vyplývá, že 101 respondentů (79,50 %) považuje spiritualitu za důležitou, zvláště v období nemoci. Dalších 25 respondentů (19,70 %) uvedlo, že neví a nedokážou tak posoudit, zda považují spiritualitu za významnou v jejich životě a pouze 1 respondent (0,80 %) uvedl, že nepovažuje spiritualitu za důležitý aspekt v životě.

Tabulka 29: Důležitost spirituality v životě respondentů (autorka práce, 2023)

Důležitost spirituality v životě	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, považuji	101	79,50 %
Nevím, nedokážu posoudit	25	19,70 %
Ne, nepovažuji	1	0,80 %



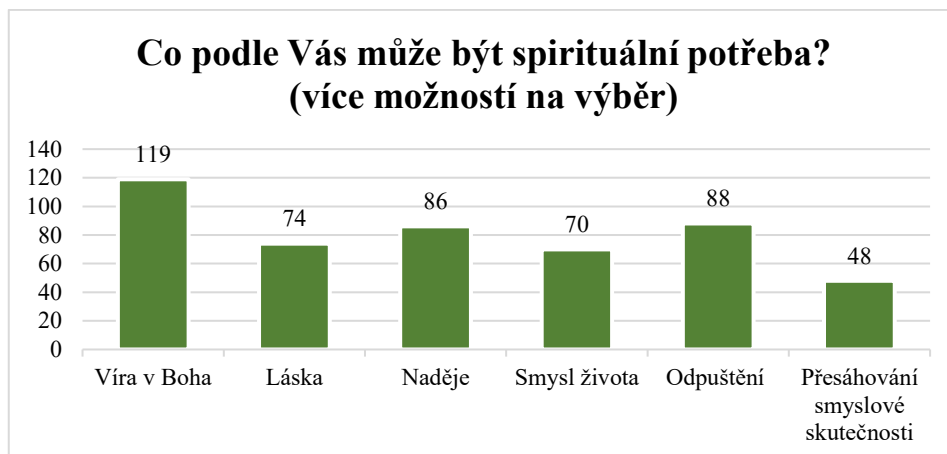
Graf 29: Důležitost spirituality v životě respondentů (autorka práce, 2023)

5.6.3 Význam spirituálních potřeb dle respondentů sledovaného souboru

V Tabulce a Grafu 30 je vyhodnoceno, jaké potřeby považují respondenti za spirituální. Respondenti zde měli na výběr z více uvedených možností. Z výzkumných dat vyplývá, že do spirituálních potřeb zařadilo 119 respondentů (93,70 %) víru v Boha, 88 respondentů (69,30 %) uvedlo odpuštění a naději zařadilo do spirituálních potřeb 86 respondentů (67,70 %). Podle 74 respondentů (58,30 %) patří do spirituálních potřeb rovněž láska a podle 70 respondentů (55,10 %) i smysl života. Za spirituální potřebu je považována také transcendence čili přesahování smyslové skutečnosti, kterou uvedlo 48 respondentů (37,80 %).

Tabulka 30: Spirituální potřeby dle respondentů (autorka práce, 2023)

Spirituální potřeby	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Víra v Boha	119	93,70 %
Láska	74	58,30 %
Naděje	86	67,70 %
Smysl života	70	55,10 %
Odpuštění	88	69,30 %
Přesahování smyslové zkušenosti	48	37,80 %



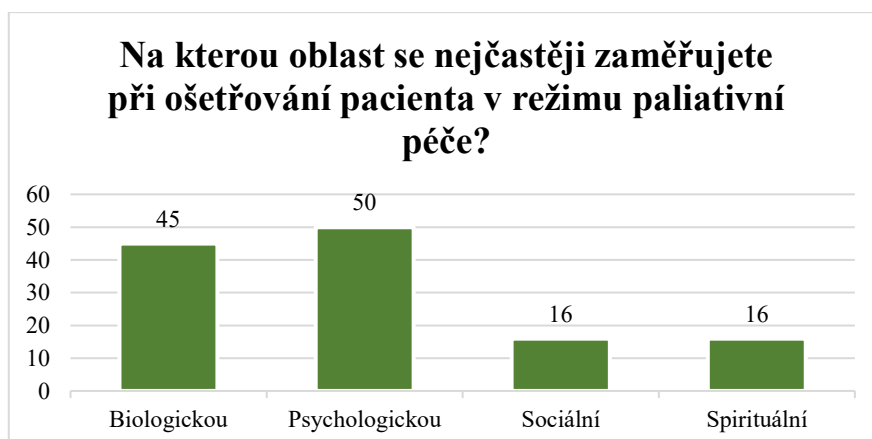
Graf 30: Spirituální potřeby dle respondentů (autorka práce, 2023)

5.6.4 Priorita péče respondentů sledovaného souboru při ošetřování pacienta v paliativní péči

Z Tabulky a Grafu 31 lze zhodnotit, na jakou oblast se nejčastěji respondenti zaměřují při ošetřování pacienta v režimu paliativní péče. Z výzkumných dat vyplývá, že 50 respondentů (39,40 %) se při ošetřování pacienta v režimu paliativní péče nejčastěji zaměřuje na psychologickou oblast a 45 respondentů (35,40 %) se zaměřuje na biologickou oblast. Na sociální (12,60 %) a spirituální (12,60 %) oblast se dohromady zaměřuje 32 respondentů (25,20 %).

Tabulka 31: Priorita péče při ošetřování pacienta v paliativní péči (autorka práce, 2023)

Oblast péče	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Biologická	45	35,40 %
Psychologická	50	39,40 %
Sociální	16	12,60 %
Spirituální	16	12,60 %



Graf 31: Priorita péče při ošetřování pacienta v paliativní péči (autorka práce, 2023)

DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaká je informovanost všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v režimu paliativní péče. Mimo jiné nás zajímalo, zda mají sestry povědomí o existenci totální bolesti.

Výsledky ukazují, že téměř 70 % respondentů uvedlo správně, že smyslem celostního přístupu k bolesti je holisticky orientovaná péče, z čehož vyplývá, že daný vzorek respondentů má toto povědomí. Na druhou stranu chybně odpovědělo zhruba 30 % respondentů, z čehož lze vydedukovat neznalost celostního přístupu k bolesti. Přibližně 35 % respondentů má povědomí o existenci totální bolesti, přičemž 44 % respondentů pouze zaslechlo pojem a neví další podrobnosti a zbylých 21 % neví vůbec o existenci totální bolesti.

Problematika konceptu celkové či totální bolesti a jejího celostního přístupu je v klinické praxi stále nedostačující. Tento fakt uvádí zejména ve výzkumných člancích zahraniční autoři Gomez-Ferraz (2022) se spoluautory či Mehta a Chan (2008), kteří zkoumají problematiku totální bolesti a jejího celostního přístupu. Své výzkumy orientují na správné vyhodnocení bolesti. Na toto vyhodnocení by měl být kladen velký důraz, aby byly příčiny bolesti správně rozklíčovány a následně aby byl nastaven efektivní přístup k bolesti.

Dílčí cíle se vztahují k fyzické, psychické, sociální a spirituální dimenzi bolesti, jež dohromady tvoří totální bolest.

Dimenze fyzické bolesti

Z výsledných dat bylo zjištěno, že nejvíce využívanými hodnotícími nástroji k posouzení bolesti jsou VAS škála, kterou využívá až 76 % respondentů. V praxi je dále často využíváno verbálního zhodnocení bolesti samotným pacientem, které uvedlo přibližně 62 % respondentů. Ostatní hodnotící nástroje k posouzení bolesti (př. dotazníky bolesti, obličejové škály atd.) nejsou v praxi využívány tak často, jako předešlé hodnotící nástroje.

Pokorná (2022) ve svém průzkumném šetření zjistila, že zhruba 58 % respondentů využívá ve své praxi k posouzení bolesti číselnou škálu a 42 % respondentů hodnotí bolest podle VAS škály. Obě škály fungují na stejném principu hodnocení bolesti.

Pokud je bolest přítomna, lze pozorovat i její projevy napříč celým tělem. Nejčastěji však respondenti registrují změnu fyziologických funkcí, kterou uvedlo přibližně 43 % respondentů.

Jak uvádí Rokyta a kol. (2011), v případě přítomnosti bolesti, zejména té akutní, dojde ke zrychlení určitých vegetativních funkcí, zpomalení procesu peristaltiky a k rozvoji katabolických dějů.

V rámci tlumení bolesti využívá téměř 93 % respondentů nefarmakologické metody, z nichž zhruba 80 % respondentů využívá nejčastěji polohovací techniky.

Z průzkumného šetření autorky Pokorné (2022) rovněž vyplývá, že přibližně 58 % respondentů považuje polohování za nejčastější nefarmakologickou metodu, prostřednictvím které lze přispět k tlumení bolesti.

Dimenze psychické bolesti

Podle výsledných dat lze usoudit, že se všichni respondenti aktivně zajímají o potřeby, přání a preference pacientů v režimu paliativní péče, přičemž 32 % respondentů přehodnocuje potřeby, přání a preference pomocí dotazování se pacientů (např. v rámci odebírání ošetřovatelské anamnézy apod.).

Bužgová (2015) ve své publikaci uvádí, že sami pacienti rozhodují o preferenci potřeb v rámci jejich zhodnocení. Komunikace s pacientem je v tomto směru považována za nezbytnou. Prostřednictvím pokládáním otázek během rozhovoru s pacientem zjišťujeme nejlépe aktuální potřeby pacientů.

Podle výzkumného šetření Novotné (2019) se na psychické potřeby dotazuje 68 % respondentů v rámci příjmu pacienta na oddělení a zbylých 32 % respondentů se během příjmu nedotazuje pacienta na jeho psychické potřeby.

Nabídku psychologické opory zprostředkovává 72 % respondentů nejčastěji prostřednictvím osobního rozhovoru s pacienty.

Tento fakt potvrzuje rovněž i průzkumné šetření Matějákové (2018), jejíž výsledná data ukazují, že nejčastější formou psychologické opory je podpůrný rozhovor, který uvedlo až 65 % respondentů.

Za psychologickou podporu můžeme současně považovat i dostatečnou informovanost pacientů o svém zdravotním stavu. Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali, jestli si respondenti myslí, zda jsou pacienti na jejich pracovišti dostatečně informováni od svého ošetřujícího lékaře a od paliatra. Výsledná data ukazují, že zhruba 79 % respondentů si myslí, že jsou pacienti dostatečně informováni od svého ošetřujícího lékaře a dostatečnou informovanost pacientů od paliatra považuje 84 % respondentů.

Marková (2010) ve své publikaci uvádí, že člověk, který trpí závažným onemocněním, potřebuje ve svém životě zachovat autonomii a mít přehled o svém zdravotním stavu. Každý člověk má právo na pravdivé informace nejen o jeho onemocnění, ale také o jeho prognóze.

Nedostatečná informovanost může hrát roli ve zhoršení psychického stavu pacientů. Následkem nedostatečné informovanosti může postupně docházet k úzkostem, obavám či vytrácení důvěry k ošetřujícímu pracovníkovi (Zacharová, 2016)

V případě změny psychického stavu u pacienta, informuje přibližně 39 % respondentů ošetřujícího lékaře o této situaci. Změnu psychického stavu tudíž nejčastěji respondenti konzultují s ošetřujícím lékařem, který má kompetenci zadat psychologické konzilium.

Ošetřovatelská dokumentace zahrnuje veškeré záznamy o vývoji stavu pacienta, které by měly být pořízeny pokaždé, kdy dojde ke změně pacientova stavu.

Pouze 9 % respondentů uvedlo, že provádí záznam do dokumentace pacienta o změně jeho psychického stavu, z čehož zhruba 5 % provádí tento záznam nejčastěji jedenkrát za směnu.

Překvapily nás však výsledná data Osičkové (2010), která ve svém průzkumném šetření zjistila, že téměř všichni respondenti provádí záznam o změně psychického stavu, vzhledem k přítomnosti bolesti či aktuálnímu stavu pacientů.

Dimenze sociální bolesti

V sociální dimenzi bolesti nás zajímalo, zda respondenti používají možnosti sociální opory daného zdravotnického zařízení. V případě řešení sociálních potíží by 40 % respondentů konzultovalo sociální stav pacientů zejména s ošetřujícím lékařem, podobně jako v předchozím případě souvisejícím se změnou psychického stavu. Každopádně služby paliativního týmu, konkrétně činnosti sociálního pracovníka, by využilo pouze 17 % respondentů v případě řešení sociálních potíží pacientem.

Z těchto zjištění můžeme usoudit, že sestry v praxi informují o psychosociálních potížích primárně lékaře a ten se následně rozhodne, zda zadá konzilium multidisciplinárního týmu. Role autority ošetřujícího lékaře je ve sledovaném souboru respondentů stále velmi důležitá.

Homolková (2017) ve svém průzkumném šetření zjistila, že přibližně 41 % respondentů využívá občasné spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem. Přesto mají ve spolupráci se zdravotně-sociálním pracovníkem větší zastoupení lékaři než sestry.

Péče sociálním pracovníkem, který tvoří multidisciplinární tým, by mohla být více využívána v praxi, aby mohly být pokryty veškeré potřeby pacientů v režimu paliativní péče.

Zajištěním sociální oblasti, lze dosáhnout lepší kvality života pacientů s těžkým onemocněním.

Sociální oporou mohou být mimo jiné i rodinní příslušníci, přátelé a blízcí pacientů. V nemocničních zařízeních jsou umožněny návštěvy rodiny a blízkých v doporučené návštěvní hodiny nebo dle hygienicko-epidemiologické situace na daném oddělení. Přesto jsou tu výjimečné situace, které umožňují návštěvy rodiny a blízkých neomezeně. Jedná se zpravidla o pacienty umírající. V tomto případě je nutné informovat rodinu a zajistit tak psychosociální oporu pro jejich člena rodiny.

Výsledná data ukazují, že 59 % respondentů poskytuje návštěvy po domluvě s ošetřujícím lékařem i mimo stanovené návštěvní hodiny, přičemž 61 % respondentů toleruje návštěvy na pracovišti po neomezenou dobu včetně nočních hodin.

V průzkumném šetření Flanderové (2009) jsme zjistili, že 43 % respondentů poskytuje na svém pracovišti neomezené návštěvy umírajícím pacientům, dalších 52 % respondentů uvedlo, že návštěvy jsou omezeny minimálně skrze ošetřovatelské úkony u pacientů, přičemž podle 5 % respondentů platí omezení návštěvních hodin pro všechny.

Pro srovnání obou výzkumů lze vyvodit, že okolo poloviny respondentů má snahu vyhovět pobytu návštěv pacientů na jejich pracovišti.

Možnosti sociální opory mohou sloužit k zachování komfortu nemocného, s tím úzce souvisí i soukromí pacientů. V rámci hospitalizace je nemocný odcizen od svého domácího prostředí, kde má obvykle zajištěno soukromí a intimitu. Soukromí a intimitu však lze určitým způsobem zajistit i v nemocnici. Nejideálnější způsobem je výběr vyhrazeného pokoje pro pacienty s větší potřebou soukromí. Přesto tato možnost není kolikrát možná, často z technických důvodů pracoviště, a proto jsou spíše využívány pomůcky k zajištění intimity a soukromí.

Tento fakt potvrzují i výsledná data našeho průzkumu, která ukazují, že soukromí pacientů zajišťuje zhruba 45 % respondentů nejčastěji prostřednictvím pomůcek (př. paravan, závěs či žaluzie) a přibližně 35 % respondentů využívá vyhrazený jednolůžkový pokoj, pokud stav oddělení dovolí.

V sociální dimenzi bolesti jsme prozkoumávali, zda jsou sestry informovány o sociální oblasti péče, kdy jsme zjistili, že až 72 % respondentů má přehled o sociální oblasti péče, z čehož 22 % respondentů je dobře orientováno v problematice sociální péče a 50 % má

alespoň základní informace o sociální péči. Z našeho zjištění tudíž vyplývá, že sestry jsou informovány o sociální oblasti péče, avšak v této problematice mají spíše základní přehled.

Již zmíněná Homolková (2017) ve svém průzkumném šetření zjišťovala již následnou spolupráci nejen sester, ale i lékařů se zdravotně-sociálním pracovníkem (viz výše) a přehled o jeho činnostech ve zdravotnickém zařízení. Z výsledných dat autorčina průzkumu vyplývá, že sestry a lékaři mají povědomí o činnostech zdravotně-sociálního pracovníka.

Dimenze spirituální bolesti

I v této dimenzi nás zajímalo, jaké mají sestry povědomí o významu spirituality. Z výsledných dat vyplývá, že respondenti mají přehled o spirituálních potřebách, přičemž víru v Boha řadí do spirituálních potřeb přibližně 94 % respondentů a zhruba 80 % respondentů nabízí duchovní služby pacientům v režimu paliativní péče, zejména v rámci odebrání ošetrovatelské anamnézy.

Boržiková (2011) ve svém průzkumném šetření zjistila, že pouze 29 % respondentů mělo správnou představu o významu spirituality a 18 % respondentů mělo pouze částečné povědomí. Autorka tohoto výzkumu se rovněž zajímala o to, při jaké příležitosti respondenti informují pacienty o duchovní službě na jejich pracovišti a zjistila, že 48 % respondentů informuje pacienty o duchovní službě během rozhovoru s pacientem a pouze 17 % respondentů zjišťuje duchovní potřeby při příjmu pacienta na oddělení.

Rašková (2014) naopak tvrdí, že se sestry zajímají o duchovní potřeby, zejména při odebrání ošetrovatelské anamnézy, kdy se dotazují na otázku víry. Toto tvrzení uvádí také Novotná (2019), která ve svém průzkumném šetření zjistila, že se na duchovní potřeby dotazuje 40 % respondentů, a to při příjmu pacienta.

Na závěr bylo zjištěno, že až 39 % respondentů se zaměřuje při ošetrování pacienta v režimu paliativní péče spíše na psychologickou oblast než na biologickou oblast, kterou uvedlo 35 % respondentů. Sociální a spirituální oblast pozoruje menší vzorek respondentů.

Z tohoto výsledku nás překvapilo, že respondenti pozorují více psychologickou oblast než biologickou oblast u pacientů v režimu paliativní péče. Sociální a spirituální oblast jsou pozorovány oproti psychologické a biologické oblasti méně.

Již zmíněná Novotná (2019) ve svém průzkumném šetření rovněž zjistila, že pouze 18 % respondentů se soustředí na biologickou oblast potřeb a 76 % respondentů se soustředí i na ostatní oblasti.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje tématu informovanosti všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v režimu paliativní péče.

Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou charakterizovány klíčové pojmy: paliativní péče, bolest a bolest v paliativní péči, se zřetelem na multidimenzionální přístup. V praktické části jsou vypracovány výsledky kvantitativního výzkumu. Tento výzkum byl realizován v podobě dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit, nakolik jsou všeobecné sestry informovány o celostním přístupu k bolesti u pacientů v režimu paliativní péče ve vybraných zařízeních.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že téměř 38 % respondentů přichází denně do kontaktu s pacienty v režimu paliativní péče. Důležitým cílem práce bylo zjistit povědomí o celostním přístupu k bolesti a existenci totální bolesti. Téměř 70 % respondentů uvedlo správně, že se jedná o holisticky orientovanou péči, která zahrnuje přístup k člověku v jeho bio-psycho-socio-spirituálním rozsahu. Přesto pouze 35 % respondentů má povědomí o existenci totální bolesti. S pacientem, který trpěl totální bolestí, se během své praxe již setkalo 52 % respondentů. Závěrečné zjištění ukázalo, že se sestry zaměřují při ošetřování pacienta v režimu paliativní péče nejvíce na psychologickou oblast, kterou uvedlo 39 % respondentů a vzápětí na biologickou oblast, kterou uvedlo 35 % respondentů. Na sociální a spirituální oblast se sestry v klinické praxi zaměřují méně oproti psychologické a biologické oblasti.

Péče o pacienty v režimu paliativní péče je pro všeobecné sestry náročná, jak po fyzické, tak i po psychické stránce, která vyžaduje vzdělanost a erudovanost. Z výsledků je patrné, že všeobecné sestry nahlíží na bolest ve většině případů jako na komplexní jev, jelikož má mnohorozměrný charakter v souvislosti s její fyzickou, psychickou, sociální a spirituální složkou mající významný dopad na kvalitu života pacienta v režimu paliativní péče, stejně tak na blízké rodinné příslušníky či pečující osoby. Z výzkumného šetření však vyplynulo, že problematika řešení totální či celkové bolesti je v klinické praxi všeobecných sester stále nedostačující, vyžadující další specializované vzdělání.

Zpracováním a analýzou uvedených informací v praktické části se podařilo naplnit zadané cíle této bakalářské práce. Praktickým výstupem bakalářské práce bude schůzka se členy podpůrného a paliativního týmu a jeho seznámení s výsledky výzkumného šetření, které mohou být podnětem pro efektivnější fungování týmu, zvláště v oblasti edukace paliativy v nemocnici.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BERÁNEK, P., 2010. *Dimenze bolesti umírajícího člověka v kontextu života a díla Cicely Saundersové*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/33008/DPTX_2010_1_0_75910_0_98361.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.

BORŽIKOVÁ, M. K., 2011. *Informovanost zdravotnických pracovníků o spirituální péči*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/37501/130035443.pdf?sequence=1>. Univerzita Karlova v Praze. 3. lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství.

BRANT, J. M., 2017. Holistic total pain management in palliative care: Cultural and global considerations. *Palliative Medicine and Hospice Care* [online]. Vol. 1, no. 108, pp. 32-38 [cit. 2022-12-02]. ISSN 2377-8393. Available from: <http://dx.doi.org/10.17140/PMHCOJ-SE-1-108>

BUŽGOVÁ, R. a kol., 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* [online]. Praha: Solen, roč. 7, č. 6, s. 310-314 [cit. 2022-10-21]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://solen.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

CIMRMANNOVÁ, T. a kol., 2020. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku: u osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1575-2.

COUTAUX, A., 2017. Non-pharmacological treatments for pain relief: TENS and acupuncture. *Joint Bone Spine* [online]. Vol. 84, no. 6, pp. 657-661 [cit. 2022-11-20]. ISSN 1297-319X. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2017.02.005>

EL HACHEM, G., F. OLIVIERA ROCHA et al., 2019. Advances in pain management for older patients with cancer. *Ecancermedicalscience* [online]. Vol. 13, no. 962-995, pp. 1-13 [cit. 2022-11-14]. ISSN 17546605. Available from: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.980>

EMBONG, N. H. et al., 2015. Revisiting reflexology: Concept, evidence, current practice, and practitioner training. *Journal of Traditional and Complementary Medicine* [online]. Vol.

5, no. 4, pp. 197-206 [cit. 2022-11-23]. ISSN 2225-4110. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2015.08.008>

Etické a právní aspekty paliativní péče, 2022. *Informační systém Masarykovy univerzity* [online]. [cit. 2022-11-02]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/08_02_eticke_principy.html

FLANDEROVÁ, H., 2009. *Změny psychického stavu u umírajícího pacienta z pohledu sestry*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/123456789/18408/Bc_prace.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

GOMES-FERRAZ, C. A., G. REZENDE et al., 2022. Assessment of total pain in people in oncologic palliative care: integrative literature review. *Palliative Care & Social Practice* [online]. Vol. 16, pp. 1-12 [cit. 2022-12-08]. ISSN 2632-3524. Available from: <https://doi.org/10.1177/sage-journals-update-policy>

GROFOVÁ, Z., 2009. Paliativní péče. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Solen, roč. 6, č. 5, s. 276-278 [cit. 2022-10-29]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2009/05/12.pdf>

GRŘIVA, M. a kol., 2018. *Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-481-1.

HAKL, M. a kol., 2013. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2. doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2902-5.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HOBELMANN, J. G., A. S. HUHN, 2021. Comprehensive pain management as a frontline treatment to address the opioid crisis. *Brain* [online]. Vol. 11, no. 11, pp. 1-6 [cit. 2022-11-17]. ISSN 2162-3279. Available from: <https://doi.org/10.1002/brb3.2369>

HOMOLKOVÁ, M., 2017. *Informovanost odborné veřejnosti o profesi zdravotně-sociální pracovník*. Pardubice: Univerzita Pardubice. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/69500/HomolkovaM_InformovanostOdborne_I_S_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese* [online]. Praha: Triton [cit. 2022-10-22]. ISBN 80-7254-329-6. Dostupné z: http://uhsl.wz.cz/distančni/zu-ba_Etika-pro-pomahajici-profese.pdf

JESPERSEN, E. et al., 2022. Symptoms of total pain experienced by older people advanced gastrointestinal cancer receiving palliative chemotherapy. *European Journal of Cancer Care* [online]. Vol. 31, no. 6, pp. 1-9 [cit. 2022-12-08]. ISSN 1365-2354. Available from: <https://doi.org/10.1111/ecc.13674>

KALA, M. a Z. DORKOVÁ, 2017. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [cit. 2022-10-23]. ISBN 978-80-7454-668-6. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/41526/Paliativni_a_hospicova_pece_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

KALVACH, Z. a kol., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-10-17]. ISBN 978-80-247-8884-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/psychosocialni-aspekty-paliativni-pece-992447/#>

KUŠNÍROVÁ, J., 2020. Komplexní přístup k léčbě bolesti v paliativní péči. *Medicina pro praxi* [online]. Praha: Solen, roč. 17, č. 2, s. 88-92 [cit. 2022-11-07]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2020/02/02.pdf>

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

Management bolesti – Hodnocení bolesti, 2022. *Informační systém Masarykovy univerzity* [online]. [cit. 2022-11-02]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/03_04_hodnoceni_bolesti.html

Management bolesti – Nefarmakologické metody léčby bolesti, 2022. *Informační systém Masarykovy univerzity* [online]. [cit. 2022-11-02]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/03_14_nefarmakologicke_metody.html

MARKOVÁ, A. a kol., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.

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

MATZO, M., D. W. SHERMAN, 2019. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. Fifth edition. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-2712-9.

MATĚJÁKOVÁ, L., 2018. *Zkušenosti sester s paliativní péčí v nemocničních zařízeních*. Praha: Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/103172/130237291.pdf?sequence=1> Univerzita Karlova v Praze. 3. lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství.

MEHTA, A., L. S. CHAN, 2008. Understanding of the Concept of „Total Pain“: A Prerequisite for Pain Control. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* [online]. Vol. 10, no. 1, pp. 26-32 [cit. 2022-12-04]. ISSN 1539-0705. Available from: doi: 10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a

MUNDEN, J. a kol. (eds.), 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.

MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-11-02]. ISBN 978-80-247-6535-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/eutanazie>

NOVOTNÁ, A., 2019. *Zájem sester aplikovat holistický přístup v praxi s ohledem na ošetrovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z:

https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/123456789/41395/Zajem_sester_aplikovat_holisticky_pristup_v_praxi_s_ohledem_na_soucasny_stav_oseetrovatelstvi.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

O paliativní péči, 2022. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2022-10-16]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

OSIČKOVÁ, E., 2010. *Audit ošetrovatelské dokumentace na kardiologickém oddělení*. Pardubice: Univerzita Pardubice. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/36633/Osi%20kov%20a1E_AuditO%20

alet%5%99ovatelsk%3%a9_ES_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

Osvěta – Advokacie, 2022. *Cesta domů* [online]. [cit. 2022-10-21]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/advokacie>

PHENWAN, T., 2018. Relieving total pain in an adolescent: a case report. *BMC Research Notes* [online]. Vol. 11, no. 265, pp. 1-4 [cit. 2022-12-07]. ISSN 1756-0500. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3368-8>

PILÁTOVÁ, R., 2020. *Nefarmakologické postupy v terapii bolesti v paliativní péči*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: https://theses.cz/id/80ul5m/Radka_Pilatova-_Bakalarska_prace.pdf. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství.

POKORNÁ, A. a kol., 2014. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech 2. díl*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7415-6.

POKORNÁ, A. a kol., 2019. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9297-6.

POKORNÁ, A., 2022. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/80414/PokornaA_BolestOsetrovatelstvi_IM_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

PRABHAKAR, A., T. J. SMITH, 2021. Fast facts and concepts: Total pain. *Palliative Care Network of Wisconsin* [online]. [cit. 2022-12-03]. Available from: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/total-pain/>

RAŠKOVÁ, E., 2014. *Paliativní péče v nemocnici a hospici*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/123456789/21865/Dipl._prace_Bc._Eva_Raskova.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

ROKYTA, R. a kol., 2011. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-11-03]. ISBN 978-80-247-6710-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/bolest-a-jak-s-ni-zachazet-1018705/#>

ROKYTA, R. a kol., 2017. *Léčba bolesti v primární péči* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-11-03]. ISBN 978-80-271-0941-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/lecba-bolesti-v-primarni-peci-1017959/#>

SKÁLA, B. a J. Kozák, 2021. *Léčba bolesti: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné lékaře* [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2022-11-02]. ISBN 978-80-88280-27-9. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2020/DP-Bolest.pdf>

SLÁMA, O., 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativní medicína a léčba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, roč. 5, č. 1, s. 10-12 [cit. 2022-10-16]. ISSN 1339-4193. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

SLÁMA, O., L. KABELKA, J. VORLÍČEK et al., 2012. *Paliativní medicína pro praxi* [online]. 2. nezměněné vydání. Praha: Galén [cit. 2022-10-23]. ISBN 978-80-7262-871-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/paliativni-medicina-pro-praxi-1000165/#>

SOCHOR, M., I. ZÁVADOVÁ, O. SLÁMA, 2019. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4223-9.

SVATOŠOVÁ, M., 2008. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2012. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-10-21]. ISBN 978-80-247-7350-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/lidske-potreby-ve-zdravi-a-nemoci-999796/#>

VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol., 2004. *Paliativní medicína: Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

VORLÍČEK, J. M. KREJČÍ, Z. ADAM, 2011. *Obecná onkologie* [online]. Praha: Galén [cit. 2022-11-07]. ISBN 978-80-7262-796-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/obecna-onkologie-1021546/#>

VONDRÁČKOVÁ, D., H. VORLÍKOVÁ, 2021. Konopí v léčbě bolesti. *Medicína po promoci* [online]. [cit. 2022-11-15]. ISSN 1212-9445. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/konopi-v-lecbe-bolesti/>

WOOD, J., 2021. Cicely Saunders, „Total Pain“ and emotional evidence at the end of life. *Medical Humanities* [online]. Vol. 48, no. 4, pp. 411-420 [cit. 2022-11-29]. ISSN 1473-4265. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-01]. ISBN 978-80-271-9239-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/komunikace-v-oseetrovatelske-praxi-1256929/>

ZÁVADOVÁ, I., 2019. Moderní paliativní medicína. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Solen, roč. 16, č. 4, s. 207 [cit. 2022-10-17]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2019/04/01.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol. a kolektiv

angl. angličtina

apod. a podobně

atd. a tak dále

Bc. bakalář

BPI Brief pain inventory

CARES Cancer Rehabilitation Evaluation System

CBD Kanabidiol

CNS Centrální nervový systém

č. číslo

DNR Do Not Resuscitate

ESAS Edmonton Symptom Assesment Scale

ggl. ganglium

GIT gastrointestinální trakt

IASP Mezinárodní společnost pro studium bolesti

Mgr. Magistr

např. například

NSG Nasogastrická sonda

NSA Nesteroidní antiflogistika-antirevmatika

NSJ Nasojejunální sonda

NRS Číselná hodnotící škála

OCPC Oncology Clinic Patient Checklist

PEG Perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ Perkutánní endoskopická jejunostomie

PNAP Patient Needs Assessment in Palliative Care

PNCP Problems and Needs in Palliative Care Instrument

PPS Palliative Performance Scale

př. příklad

s. strana

SOS Léč první pomoci

SCNS Supportive care needs survey

SZŠ Střední zdravotnická škola

TENS Transkutánní elektrická nervová stimulace

THC tetrahydrokanabinol

tj. to je

tzv. tak zvaný

VAS Vizuálně analogová škála

VOŠŽ Vyšší odborná škola zdravotnická

VŠ Vysoká škola

WHO Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1: Schéma konceptu totální bolesti (autorka práce, 2023)</i>	37
---	----

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Věková kategorie respondentů (autorka práce, 2023)</i>	46
<i>Tabulka 2: Délka profese respondentů (autorka práce, 2023)</i>	47
<i>Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (autorka práce, 2023)</i>	48
<i>Tabulka 4: Typy oborů respondentů (autorka práce, 2023)</i>	49
<i>Tabulka 5: Interval kontaktu respondentů s pacienty v režimu paliativní péče (autorka práce, 2023)</i>	50
<i>Tabulka 6: Celostní přístup k bolesti dle respondentů (autorka práce, 2023)</i>	50
<i>Tabulka 7: Povědomí respondentů o existenci totální bolesti (autorka práce, 2023)</i>	51
<i>Tabulka 8: Význam totální bolesti dle respondentů (autorka práce, 2023)</i>	52
<i>Tabulka 9: Setkání respondentů s pacientem s totální bolestí (autorka práce, 2023)</i>	53
<i>Tabulka 10: Postup u pacienta s totální bolestí (autorka práce, 2023)</i>	54
<i>Tabulka 11: Hodnotící nástroje pro bolest v praxi (autorka práce, 2023)</i>	55
<i>Tabulka 12: Nefarmakologické metody tlumení bolesti (autorka práce, 2023)</i>	56
<i>Tabulka 13: Využití nefarmakologických metod tlumení bolesti 1 (autorka práce, 2023)</i> ..	57
<i>Tabulka 14: Využití nefarmakologických metod tlumení bolesti 2 (autorka práce, 2023)</i> ..	58
<i>Tabulka 15: Sledované fyzické projevy u pacientů s bolestí v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	59
<i>Tabulka 16: Nabídka prostoru pro osobní rozhovor s pacienty (autorka práce, 2023)</i>	61
<i>Tabulka 17: Průměrná doba komunikace s pacientem v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	61
<i>Tabulka 18: Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany ošetřujícího lékaře (autorka práce, 2023)</i>	62
<i>Tabulka 19: Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany paliatra (autorka práce, 2023)</i>	63
<i>Tabulka 20: Postup při zhoršení psychického stavu u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	64
<i>Tabulka 21: Záznam o změně psychického stavu do dokumentace pacienta (autorka práce, 2023)</i>	66
<i>Tabulka 22: Hodnocení potřeb, přání a preferencí u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	Chyba! Záložka není definována.
<i>Tabulka 23: Přehled respondentů o sociální oblasti péče (autorka práce, 2023)</i>	68
<i>Tabulka 24: Postup při řešení sociálních potíží u pacienta v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	69
<i>Tabulka 25: Poskytování návštěv rodiny a blízkých (autorka práce, 2023)</i>	70
<i>Tabulka 26: Tolerování návštěv na pracovišti (autorka práce, 2023)</i>	71
<i>Tabulka 27: Zajišťování soukromí pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	72

<i>Tabulka 28: Spirituální podpora u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023).....</i>	<i>74</i>
<i>Tabulka 29: Důležitost spirituality v životě respondentů (autorka práce, 2023)</i>	<i>75</i>
<i>Tabulka 30: Spirituální potřeby dle respondentů (autorka práce, 2023).....</i>	<i>75</i>
<i>Tabulka 31: Priorita péče při ošetřování pacienta v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	<i>76</i>

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Věková kategorie respondentů (autorka práce, 2023)</i>	46
<i>Graf 2: Délka profese respondentů (autorka práce, 2023)</i>	47
<i>Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (autorka práce, 2023)</i>	48
<i>Graf 4: Typy oborů respondentů (autorka práce, 2023)</i>	49
<i>Graf 5: Interval kontaktu respondentů s pacienty v režimu paliativní péče (autorka práce, 2023)</i>	50
<i>Graf 6: Celostní přístup k bolesti (autorka práce, 2023)</i>	51
<i>Graf 7: Povědomí respondentů o existenci totální bolesti (autorka práce, 2023)</i>	52
<i>Graf 8: Význam totální bolesti dle respondentů (autorka práce, 2023)</i>	53
<i>Graf 9: Setkání respondentů s pacientem s totální bolestí (autorka práce, 2023)</i>	53
<i>Graf 10: Postup u pacienta s totální bolestí (autorka práce, 2023)</i>	54
<i>Graf 11: Hodnotící nástroje pro bolest v praxi (autorka práce, 2023)</i>	56
<i>Graf 12: Nefarmakologické metody tlumení bolesti (autorka práce, 2023)</i>	57
<i>Graf 13: Využití nefarmakologických metod tlumení bolesti 1 (autorka práce, 2023)</i>	58
<i>Graf 14: Využití nefarmakologických metod tlumení bolesti 2 (autorka práce, 2023)</i>	59
<i>Graf 15: Sledované fyzické projevy u pacientů s bolestí v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	60
<i>Graf 16: Nabídka prostoru pro osobní rozhovor s pacienty (autorka práce, 2023)</i>	61
<i>Graf 17: Průměrná doba komunikace s pacientem v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	62
<i>Graf 18: Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany ošetrujícího lékaře (autorka práce, 2023)</i>	63
<i>Graf 19: Úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v paliativní péči ze strany paliatra (autorka práce, 2023)</i>	64
<i>Graf 20: Postup při zhoršení psychického stavu u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	65
<i>Graf 21: Záznam o změně psychického stavu do dokumentace pacienta (autorka práce, 2023)</i>	66
<i>Graf 22: Hodnocení potřeb, přání a preferencí u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	67
<i>Graf 23: Přehled respondentů o sociální oblasti péče (autorka práce, 2023)</i>	69
<i>Graf 24: Postup při řešení sociálních potíží u pacienta v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	70
<i>Graf 25: Poskytování návštěv rodiny a blízkých (autorka práce, 2023)</i>	71
<i>Graf 26: Tolerování návštěv na pracovišti (autorka práce, 2023)</i>	72
<i>Graf 27: Zajišťování soukromí pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	73

<i>Graf 28: Spirituální podpora u pacientů v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	74
<i>Graf 29: Důležitost spirituality v životě respondentů (autorka práce, 2023).....</i>	75
<i>Graf 30: Spirituální potřeby dle respondentů (autorka práce, 2023)</i>	76
<i>Graf 31: Priorita péče při ošetřování pacienta v paliativní péči (autorka práce, 2023)</i>	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění výzkumu v Uherskohradištské nemocnici

Příloha P II: Žádost o umožnění výzkumu v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně


Příloha P III: Vzorový dotazník

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU V UHERSKOHRADIŠŤSKÉ NEMOCNICI

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Nikola Zderčíková		
Téma bakalářské práce	Informovanost všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v paliativní péči		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.		
 podpis		
Metoda výzkumu	kvantitativní šetření – technika dotazníku		
Skupina respondentů	Všeobecné sestry		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
UHK	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/>	Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/>	Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ...3.0.-11-2022

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU V KRAJSKÉ NEMOCNICI TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ



ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

(1/2)

KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE:

Jméno, příjmení, titul NIKOLA ZDEŇČÍKOVÁ datum narození 1.2.2001
adresa bydliště HLUKA 687 25, ZÁVODNÍ 1452

Zaměstnanec KNTB ANO uveďte pracoviště: _____
 NE uveďte název organizace: _____

Název ŠKOLY: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
 jiná vysoká/vyšší odborná škola uveďte název: _____

Název FAKULTY: FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ studovaný obor: VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Sběr dat za ÚČELEM: bakalářská práce rigorózní práce
 diplomová práce disertační práce
 jiný druh práce, upřesněte: _____

Název PRÁCE: INFORMOVANOST VŠEOBECNÝCH SESTĚR O CELOSTNNÍM PŘÍSTUPU K BOLESTI U PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Název PRACOVIŠTĚ, kde má být sběr dat proveden: ODDĚLENÍ LŮŽKOVÉ PÉČE

Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat: od: 15.12.2022 do: 1.4.2023

datum 30.11.2022 podpis žadatele _____

VYJÁDRĚNÍ VEDOUCÍHO dotčeného pracoviště: SOUHLASÍM NESOUHLASÍM podpis _____

VYJÁDRĚNÍ Krajské nemocnice T. Bati: se sběrem dat SOUHLASÍM NESOUHLASÍM

Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat: ANO NE

datum 31.11.2022 podpis a razítko _____

POVINNÉ přílohy žádosti:

- Stručná anotace odborné práce.
- V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek.
Krajská nemocnice T. Bati, a. s. se tímto zavazuje, že Vámi předložené podklady (dotazníky, výzkumné otázky) nebudou použity k žádnému výzkumnému účelu, ani dále distribuovány. Budou tvořit pouze součást (přílohu) této žádosti, která bude poslána do Centra evidence a kartována.
- Potvrzení o studiu:**

Jaturn 30.11.2022

razítko a podpis školy (fakulty, ústavu, studijního oddělení)

Potvrzenou žádost zašlete ve dvou stejnopisech (tzn. i po schválení vedoucím pracoviště), pro **nelékařské obory** náměstkyni pro ošetřovatelskou péči a pro **lékařské obory** náměstkovi pro léčebnou péči Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín.

PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI

(2/2)

V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení“) a také ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů

Já níže podepsaný/á:

jméno, příjmení, titul NIKOLA ZDEBČÍKOVÁ datum narození 1.2.2001
adresa bydliště HLUK 687 25, ZA VOZNI 1452

se tímto zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost

o všech informacích, které jsem získal/a v souvislosti se sběrem dat v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., IČO: 27661989, se sídlem Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín (dále jen „Správce OÚ“) za účelem uvedeným v tomto dokumentu.

Jedná se zejména o tyto informace:

1. Informace týkající se pacientů, které jsou součástí zdravotnické dokumentace, tj. **všechny osobní údaje a informace o zdravotním stavu pacienta** (zvláštní kategorie osobních údajů).
2. Informace o zdravotnickém zařízení, centru, odděleních, na kterých sběr dat probíhal, pokud uveřejnění těchto informací není Krajskou nemocnicí T. Bati, a. s. **výslovně dovoleno** (viz strana č. 1 dokumentu).

Dále se zavazuji **neposkytovat žádné informace** o Krajské nemocnici T. Bati, a. s. sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí apod.

- ✓ Jsem si vědom/a, že patientská data mohou ve své práci čerpat **pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas**. Pouze v případě, že se jedná o patientská data čerpaná v **přímé souvislosti** s poskytováním zdravotní péče, **není souhlas vyžadován**.
- ✓ Jsem si vědom/a, že získaná data mohou ve své práci použít pouze v **anonymní podobě**, tzn. konkrétní pacient nesmí být žádným způsobem identifikovatelný.
- ✓ Jsem si vědom/a, že povinnost mlčenlivosti nezaniká ukončením mé činnosti v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

Porušení výše uvedených zásad může být důvodem odebráním souhlasu ke sběru dat, rovněž může mít za následek důsledky plynoucí z porušení platné legislativy jak v rovině trestněprávní, tak v rovině občanskoprávní.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ – ARCHIVACE

Beru na vědomí, že v souladu s Nařízením GDPR dochází ke zpracování Vašich osobních údajů, a to na základě **oprávněného zájmu** Nemocnice T. Bati (správce osobních údajů).

Účel zpracování osobních údajů: **doložení existence udělující svolení se zpracováním dat pro studijní účely.**

Kategorie osobních údajů: **jméno, příjmení, bydliště, datum narození.**

Doba zpracování osobních údajů: **12 měsíců, popř. do doby uplatnění Vašich práv.***

*Informace o zpracování osobních údajů v Nemocnici T. Bati a o souvisejících právech subjektů údajů jsou k dispozici na www.kntb.cz

- ✓ Beru na vědomí, že v případě uplatnění práv dle Nařízení GDPR, je **působnost pouze do budoucna a není tedy dotčena zákonnost předchozího zpracování** osobních údajů založeného na základě výše uvedeného právního titulu.

Potvrzuji, že jsem byla poučen/a o zpracování osobních údajů a

Souhlasím s tím, aby Správce OÚ zpracovával mé osobní údaje v rozsahu, pro uvedený účel a po dobu, jak je výše uvedeno.

Prohlašuji, že výše uvedenému textu plně rozumím a stvrzuji ho svým podpisem dobrovolně.

datum 30.11.2022 podpis _____

PŘÍLOHA P III: VZOROVÝ DOTAZNÍK

Vážená respondentko/respondente,

obracíme se na Vás s prosbou o vyplnění příslušného dotazníku, který bude hlavním zdrojem informací v rámci výzkumné části bakalářské práce na téma „Informovanost všeobecných sester o celostním přístupu k bolesti u pacientů v paliativní péči.“ Dotazníkové šetření bude realizováno i v jiném zdravotnickém zařízení. Dotazník je určen výhradně všeobecným sestřám, které přichází do kontaktu s pacienty v režimu paliativní péče. Veškerá data budou anonymní a poslouží pouze pro statistické zpracování dat. Dotazník se skládá z 30 položek, z nichž některé položky obsahují i více možností na výběr. Vyplnění dotazníku Vám zabere nanejvýše 10 minut.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

Nikola Zderčíková

studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně,

3. ročník, všeobecné ošetřovatelství

Hlavní cíl celostního přístupu k bolesti je sledován ve 4 dimenzích, ke kterým jsou stanoveny jednotlivé dílčí cíle.

1. Fyzická bolest
 - Zjistit, jaké hodnotící nástroje pro posouzení bolesti nejvíce využívají všeobecné sestry v praxi při ošetřování pacientů v režimu paliativní péče.
 - Zjistit, zda všeobecné sestry pozorují kromě přítomnosti bolesti i vedlejší somatické projevy u pacientů v režimu paliativní péče.
 - Zjistit, zda všeobecné sestry využívají nefarmakologické metody tlumení bolesti u pacientů v režimu paliativní péče.
2. Psychická bolest
 - Zjistit, zda se všeobecné sestry aktivně zajímají o potřeby, přání a preference pacientů v režimu paliativní péče.
 - Zjistit, jak všeobecné sestry nabízejí pacientům v režimu paliativní péče psychologickou podporu.
 - Zjistit, zda všeobecné sestry pozorují a dokumentují (taky jak často) změny psychického stavu u pacientů v režimu paliativní péče.
3. Sociální bolest
 - Zjistit, zda všeobecné sestry používají možnosti sociální opory zdravotnického zařízení.
 - Zjistit, zda mají všeobecné sestry povědomí o sociální oblasti péče.
 - Zjistit, zda všeobecné sestry využívají možnosti návštěvy rodiny a blízkých, jako sociální podpory pro pacienty v režimu paliativní péče, i mimo stanovené návštěvní hodiny.
4. Spirituální bolest
 - Zjistit, zda mají všeobecné sestry povědomí o významu spirituality
 - Zjistit, zda všeobecné sestry nabízejí pacientům v režimu paliativní péče duchovní služby.
 - Zjistit, zda se všeobecné sestry zajímají o duchovní potřeby pacientů v režimu paliativní péče.

1. Do které věkové kategorie spadáte?
 - a) 21–29 let
 - b) 30–39 let
 - c) 40–49 let
 - d) 50 a více let

2. Jak dlouho vykonáváte profesi všeobecné sestry?
 - a) Méně než 1 rok
 - b) 1–5 let
 - c) 6–10 let
 - d) 11–15 let
 - e) 16–20 let
 - f) 21 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Střední zdravotnická škola – obor všeobecná sestra, zdravotní sestra
 - b) Vyšší odborná škola zdravotnická – obor diplomovaná sestra
 - c) Vysoká škola – bakalářské studium, obor všeobecná sestra
 - d) Vysoká škola – navazující magisterské studium (např. zdravotnický management, specializace v ošetrovatelství)
 - e) Specializační vzdělání – intenzivní péče
 - f) Specializační vzdělání – interní obory
 - g) Specializační vzdělání – chirurgické obory
 - h) Specializační vzdělání – geriatric
 - i) Specializační vzdělání – domácí a hospicová péče
 - j) Jiné, napište:
.....

4. V jakém oboru pracujete?
 - a) Obory intenzivní péče
 - b) Interní obory
 - c) Chirurgické obory
 - d) Geriatrické obory
 - e) Klinické obory

5. Přicházíte do kontaktu s pacienty v režimu paliativní péče?
 - a) Ano, přicházím téměř denně.
 - b) Ano, přicházím, alespoň jednou za týden.
 - c) Ano, přicházím, alespoň jednou za měsíc.

6. Co si představíte pod pojmem celostní přístup k bolesti?
 - a) Farmakoterapie
 - b) Holisticky orientovaná péče
 - c) Operativní řešení
 - d) Psychoterapie
 - e) Jiné, napište:
.....

7. Víte, co znamená pojem totální bolesti?
 - a) Ano, vím, o co jde.
 - b) Zaslýchla/Zaslýchl jsem tento pojem, ale nevím o tom nic bližšího.
 - c) Ne, nevím, o co jde.

- *8. Pokud jste odpověděla/odpověděl ano, jak byste tento pojem definovala/definoval?
 - a) Jedná se o průlomovou bolest.
 - b) Jedná se o všechny složky bolesti, tj. fyzické, psychické, sociální, spirituální. Vyžaduje multidisciplinární přístup s odrazem holistické filozofie.
 - c) Jedná se pouze o fyzickou složku bolesti. Vyžaduje komplexní léčbu bolesti.

9. Setkala/Setkal jste se již během své praxe s pacientem, který trpěl totální bolestí?
- Ano, již jsem se setkala s pacientem s totální bolestí.
 - Ne, doposud jsem se nesetkala s takovým pacientem.
- *10. Pokud jste odpověděla/odpověděl ano, jak jste u tohoto pacienta v této oblasti postupovala/postupoval/?
- Konzultace s ošetřujícím lékařem, který je kompetentní požádat o paliativní konzilium.
 - Podpůrný rozhovor s pacientem, včetně navázání dalších multidisciplinárních odborností. (např. paliatr, psycholog, sociální pracovní, kaplan atd.)
 - Jiné, napište:
.....
11. Jaké hodnotící nástroje pro posouzení bolesti používáte ve své praxi nejběžněji? (více možností na výběr)
- Vizuálně analogová škála
 - Obličejové škály
 - Dotazníky bolesti (např. McGillův otazník, BPI apod.)
 - Verbální zhodnocení bolesti pacientem
 - Jiné, napište:
.....
12. Jakými možnostmi, lze podle Vás, přispět k tlumení bolesti, kromě podávání předepsaných léků? (více možností na výběr)
- Polohování (např. vyhledání úlevové polohy)
 - Fyzikální metody (např. aplikace tepla a chladu)
 - Ovedení pozornosti (např. rozhovor)
 - Podpora psychologem
 - Pastorační péče
 - Přítomnost rodin, blízkých a přátel
 - Jiné, napište:
.....
13. Využíváte některé z předešlých možností ve své praxi?
- Ano, využívám. Napište:
.....
 - Ne, nevyžívám.
14. Jaké fyzické změny pozorujete, v případě přítomnosti bolesti u pacientů v režimu paliativní péče?
- Změna fyziologických funkcí (např. tachykardie, hypertenze, hyperventilace, porucha vyprazdňování)
 - Pokles soběstačnosti až imobilita
 - Celková slabost a vyčerpání
 - Tělesný diskomfort a neklid
15. Nabízíte pacientům prostor pro osobní rozhovor během Vaší služby?
- Ano, nabízím.
 - Ne, nenabízím. Napište důvod:
.....
 - Dokážu tento prostor zprostředkovat.
16. Kolik času Vám průměrně zabere komunikace s pacientem v režimu paliativní péče během Vaší služby?
- 0-5 minut
 - 5-10 minut
 - 10-20 minut
 - 20-30 minut
 - Více než půl hodiny
17. Myslíte si, že je u Vás na pracovišti dostatečná úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v režimu paliativní péče, ze strany ošetřujícího lékaře?
- Ano, myslím si, že jsou pacienti dostatečně informováni od svého ošetřujícího lékaře.
 - Ne, nemyslím si, že jsou pacienti dostatečně informováni od svého ošetřujícího lékaře.
18. Myslíte si, že je u Vás na pracovišti dostatečná úroveň informovanosti o zdravotním stavu u pacientů v režimu paliativní péče, ze strany paliatra?
- Ano, myslím si, že jsou pacienti dostatečně informováni od paliatra.

- b) Ne, nemyslím si, že jsou pacienti dostatečně informováni od paliatra.
19. Jak postupujete, v případě zhoršení psychického stavu u pacientů v režimu paliativní péče? (např. únava, úzkost, deprese, suicidální tendence atd.)
- Změnu psychického stavu konzultuji s ošetřujícím lékařem.
 - Změnu psychického stavu konzultuji se staniční sestrou.
 - Změnu psychického stavu konzultuji s odborníky z paliativního týmu. (např. paliatr, paliativní sestra, psycholog, nemocniční kaplan atd.)
 - Provedu záznam o změně psychického stavu do dokumentace pacienta.
 - Poskytuji pacientům psychickou oporu. (např. podpůrný rozhovor)
 - Pozoruji vývoj psychického stavu u pacienta.
- *20. Pokud provádíte záznam o změně psychického stavu pacienta do dokumentace, jak často tento záznam vedete?
- Napište:
.....
21. Jakým způsobem přehodnocujete potřeby, přání a preference pacientů v režimu paliativní péče?
- Ptám se pacientů. (např. při odběru ošetrovatelské anamnézy, spontánní rozhovor s pacienty)
 - Pozoruji celkový stav pacientů.
 - Naslouchám pacientům.
 - Zjišťuji v ošetrovatelské dokumentaci pacientů.
 - Konzultuji vše s odborníky z paliativního týmu. (např. paliatr, paliativní sestra, psycholog, nemocniční kaplan, sociální pracovník atd.)
 - Ptám se rodiny, blízkých a přátel pacientů.
22. Máte přehled o sociální oblasti péče, možnostech její podpory a pomoci zvláště pacientům chronicky nemocným? (např. příspěvek na péči, ošetrovné, možnost domácí péče atd.)
- Ano, mám přehled, v oblasti sociální péče se orientuji.
 - Ano, mám přehled, ale jen povrchově.
 - Ne, nemám přehled, v oblasti sociální péče se neorientuji.
23. Jak byste postupovala, v případě řešení sociálních potíží pacientem v režimu paliativní péče?
- O sociálních potížích pacienta bych informovala ošetřujícího lékaře.
 - O sociálních potížích pacienta bych informovala staniční sestru.
 - O sociálních potížích pacienta bych informovala odborníky z paliativního týmu. (např. paliativní sestra, sociální pracovník, psycholog atd.)
 - Provedla/Provedl bych záznam o této situaci do dokumentace pacienta.
 - Poskytla/Poskytl bych pacientům psychickou oporu. (např. podpůrný rozhovor)
24. Poskytujete návštěvy rodiny a blízkých, nejen při zhoršení zdravotního stavu?
- Ano, poskytují návštěvy v době stanovených návštěvních hodin.
 - Ano, poskytují návštěvy po konzultaci s ošetřujícím lékařem i mimo stanovené návštěvní hodiny. (kdykoliv ve dne, v noci, přes víkendy a svátky)
 - Ano, poskytují návštěvy po konzultaci s ošetřujícím lékařem kdykoliv na zavolání.
 - Ne, neposkytují návštěvy mimo návštěvní hodiny.
25. V jakém časovém rozmezí tolerujete návštěvu rodiny a blízkých u pacientů v režimu paliativní péče na Vašem pracovišti?
- Max. 1 hodinu
 - 2–3 hodiny
 - 4–5 hodin
 - Neomezené včetně nočních hodin
26. Jakým způsobem zajišťujete soukromí na pokoji u pacientů v režimu paliativní péče?
- Využívám pomůcky. (např. paravan, závěs, žaluzie)
 - Využívám vyhrazený jednolůžkový pokoj, pokud stav oddělení dovolí tuto možnost.
 - Soukromí pacienta nelze zajistit z technických důvodů na našem pracovišti.
 - Soukromí nezajišťuji.
 - V součinnosti se staniční sestrou hledáme možnosti.

-
27. Je podle Vás, pacientům v režimu paliativní péče, poskytována dostatečná spirituální podpora na oddělení?
- a) Ano, zjišťujeme při odběru ošetrovatelské anamnézy s pacientem, kdy nabízíme pastorační péči nemocničním kaplanem.
 - b) Ano, v případě spirituálních potřeb, hlásíme paliativnímu týmu.
 - c) Ne, na našem oddělení nemáme prostor zajistit spirituální potřeby nemocných.
28. Považujete spiritualitu za důležitý aspekt v životě, zvláště v období nemoci?
- a) Ano, považuji.
 - b) Nevím, nedokážu posoudit.
 - c) Ne, nepovažuji.
29. Co podle Vás může být spirituální potřeba? (více možností na výběr)
- a) Víra v Boha
 - b) Láska
 - c) Naděje
 - d) Smysl života
 - e) Opuštění
 - f) Přesáhování smyslové skutečnosti
30. Na kterou oblast se nejčastěji zaměřujete při ošetrování pacienta v režimu paliativní péče?
- a) Biologickou
 - b) Psychologickou
 - c) Sociální
 - d) Spirituální