

Spolupráce onkologického oddělení s podpůrným a paliativním týmem

Adéla Chovancová

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Adéla Chovancová
Osobní číslo: H21353
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Spolupráce onkologického oddělení s podpůrným a paliativním týmem

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti onkologického onemocnění a paliativní péče.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovorů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

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

Seznam doporučené literatury:

- KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. 344 s. ISBN 978-80-204-5049-4.
- KISSANE, D. W., B. D. BULTZ, P. N. BUTOW et al. *Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. 2nd edition. United Kingdom: Oxford University Press, 2018. 464 p. ISBN 978-0198832010.
- SLÁMA, O., L. KABELKA a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. vyd. Praha: Galén, 2022. 352 s. ISBN 978-80-7492-627-3.
- SOCHOR, M., I. ZÁVADOVÁ a O. SLÁMA. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. 446 s. ISBN 978-80-204-4223-9.
- WATSON, M., R. CAMPBELL, N. VALLATH et al. *Oxford Handbook of Palliative Care*. 3rd edition. United Kingdom: Oxford University Press, 2019. 976 p. ISBN 978-0198745655.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

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 obhajoby ¹⁾;
- 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. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 § 60 ³⁾ 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

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 nahlázení 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá spoluprací mezi onkologickým oddělením a podpůrným, paliativním týmem. Cílem je popsat spolupráci multidisciplinárního týmu onkologického oddělení s podpůrným a paliativním týmem. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na význam paliativní péče, její rozdělení, cíle, historii a další vývoj. Také se zabývá důležitostmi podpůrného a paliativního týmu, způsobem spolupráce, péčí o symptomy a komunikací s pacienty i jejich blízkými a rolí všeobecné sestry. Praktická část předkládá informace z rozhovorů s personálem onkologického oddělení a podpůrného, paliativního týmu. Přínosem pro praxi je zjištění, jakým způsobem probíhá spolupráce mezi onkologickým oddělením a podpůrným, paliativním týmem a předložení možností pro zkvalitnění komunikace a vzájemné kooperace.

Klíčová slova: komunikace, onkologické oddělení, onkologický pacient, paliativní péče, podpůrný a paliativní tým, spolupráce

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with the cooperation between the oncology department and the support, palliative care team. The aim is to describe the cooperation of the multidisciplinary team of the oncology department with the support and palliative care team. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part focuses on the meaning of palliative care, its division, objectives, history and further development. It also deals with the importance of the support and palliative care team, the way of cooperation, symptom management and communication with patients and their loved ones and the role of the general nurse. The practical part presents information from interviews with the staff of the oncology department and the support, palliative care team. The benefit for practice is finding out how the cooperation between the oncology department and the support, palliative care team takes place and presenting options for improving the quality of communication and mutual cooperation.

Keywords: communication, cooperation, oncology department, oncology patient, palliative care, support and palliative care team

Ráda bych poděkovala PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za její trpělivost, ochotu a cenné rady při vedení mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem participantům za účast na výzkumu a za jejich drahocenný čas.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ONKOLOGICKÉ PRACOVIŠTĚ	12
1.1 CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ A SKLADBA NEMOCNÝCH.....	12
1.2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	13
1.3 POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	15
1.4 ONKOLOGICKÝ PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI	16
1.4.1 Sdělení diagnózy a prognózy	16
1.4.2 Indikace k paliativní péči	19
1.4.3 Komunikace týmu s onkologickým pacientem a rodinou.....	20
1.4.4 Péče o symptomy u onkologických pacientů	23
1.4.5 Zajištění potřeb.....	27
2 PALIATIVNÍ PÉČE	29
2.1 DEFINICE A VÝZNAM.....	29
2.2 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	30
2.3 CÍLE A ETICKÉ ASPEKTY	32
2.4 HISTORIE A VÝZNAMNÁ JMÉNA SOUVISEJÍCÍ S PALIATIVNÍ PÉČÍ	34
2.5 BUDOUCNOST PALIATIVNÍ PÉČE	35
2.6 PODPŮRNÝ A PALIATIVNÍ TÝM	36
2.6.1 Role a funkce.....	36
2.6.2 Členové podpůrného a paliativního týmu	37
2.6.3 Paliativní konzilium	37
3 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ A V PALIATIVNÍM TÝMU	39
3.1 SPECIFIKA PRÁCE A VÝZVY	39
3.2 SPOLUPRÁCE S MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMEM	41
3.3 PROFESNÍ ROZVOJ A VZDĚLÁVÁNÍ.....	41
3.4 POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	43
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	46
4.1 CÍL PRÁCE	46
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	46
4.3 VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA	46
4.4 CHARAKTERISTIKA PRACOVIŠTĚ	47
4.5 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	48
4.6 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	48

4.7	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	49
5	INTERPRETACE DAT	50
5.1	ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	50
5.2	PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU VE VZTAHU K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM.....	52
6	DISKUSE	66
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	73
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Paliativní péče je stejně důležitá, jako jiné lékařské obory. Onkologické pacienty čeká celoživotní sledování a prognóza některých nádorových onemocnění není příznivá, proto je v tomto oboru paliativní péče nepostradatelnou částí i klíčovým prvkem ke zvýšení kvality života.

Komunikace s těmito pacienty je náročná a vyžaduje dobré komunikační schopnosti ze strany zdravotníka. Personál v nemocnici by měl být dostatečně vzdělaný v dané oblasti. Stále jsou vedeny diskuse o tom, jak a za jaké situace pacientovi vhodně sdělit jeho diagnózu, zda je to prospěšné či nikoliv. Obor paliativy bude v budoucnosti stále více žádaný, jelikož je naší prioritou, aby pacient před smrtí prožil ještě příjemné chvíle a měl dostatečnou podporu. S narůstajícím věkem společnosti roste i větší požadavek péče o umírající. Komplexnost péče může být efektivně zajištěna díky multidisciplinárnímu týmu.

Zdravotnický personál pečující o onkologické pacienty své poslání vykonává s empatií, profesionalitou a respektem vůči klientům, kteří čelí náročným situacím. Jejich úkolem není pouze pečovat o fyzické obtíže, ale i poskytovat emocionální a psychosociální podporu v průběhu léčby. Lidský přístup a odbornost jsou nezbytné pro vybudování vzájemné důvěry.

Zkušenosti naznačují, že potřeby jako nemít bolest a umírat v domácím prostředí jsou velmi silné. Když už pacientům v léčbě nemůžeme více pomoci, nastupuje podstatná část, a tou je zbavit pacienty alespoň nepříjemných symptomů a dosáhnout lepší kvality života. Smrt může být děsivá, a proto se o ní příliš nemluví. Ovšem je nesmírně důležité, aby na ni byl pacient náležitě připraven a taktéž jeho rodina, kterou bychom měli doprovázet již od počátku zavedení paliativní péče, až do období po pacientově smrti.

Záměrem práce je objasnit spolupráci mezi onkologickým oddělením, podpůrným a paliativním týmem a dále zjistit efektivitu jejich péče. Výsledky práce mohou sloužit k optimalizaci komunikace, k lepší koordinaci mezi více členy týmu, k dokonalejšímu porozumění potřebám pacientů v pokročilých stádiích onkologického onemocnění, a také k identifikaci překážek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGICKÉ PRACOVÍŠTĚ

1.1 Charakteristika oddělení a skladba nemocných

Onkologie se dotýká široké oblasti pacientů. Jedná se o velké odvětví péče o pacienty s nádorovým onemocněním, kterým na onkologickém oddělení poskytujeme celistvou péči (Tomášek a kol., 2015).

McConnell a kol. (2014 cit. podle Kissane a kol., 2018) vymezují tři skupiny onkologických onemocnění, které mají více než 200 druhů. Do první skupiny spadá rakovina slinivky břišní, plic, aj. Pacienti s diagnózou z této skupiny nemají většinou příznivou prognózu a do roka umírají. Do druhé skupiny spadá např. rakovina prsu a pacient převážně žije přinejmenším jedno desetiletí. Ve třetí skupině jsou neléčitelná onkologická onemocnění, která jsou dočasně vyřešená, ale později se nemoc opět projeví. Může to být např. karcinom prostaty. Pacienti se dožívají více než jednoho roku, ale většinou ne více než pět let.

Důvodem mnoha případů úmrtí je právě nádorové onemocnění, které se v posledních letech rozšířilo. Spolu s nárůstem počtu onkologických pacientů se zvýšila i délka dožití (Watson a kol., 2019). Onkologická onemocnění jsou řazena mezi nejzávažnější zdravotní problémy, hojně působí smrt a omezení pacientů v běžném životě. Pacienti s nádory nejsou hospitalizováni pouze na onkologickém oddělení, ale i na odděleních dalších specializací podle toho, co je jejich aktuálním zdravotním problémem (Vorlíček a kol., 2012).

Rozeznáváme dva základní druhy nádorů, benigní a maligní. Každé onkologické onemocnění je specifické a liší se příznaky, růstem i postupem léčby. Benigní nádor je méně vážnou variantou, protože netvoří metastázy a nešíří se dál. Maligní nádor tvoří metastázy a rozšiřuje se tak různými cestami po těle, obvykle velkou rychlostí. U mužů převládají zhoubné nádory prostaty, tlustého střeva a konečníku, průdušnice, průdušky, plíce, močového měchýře a ledvin. U žen se jedná nejhojněji o maligní onkologickou diagnózu prsu, tlustého střeva a konečníku, dělohy, průdušnice, průdušky, plíce a vaječníku. U obou pohlaví jsou také časté maligní nádory kůže a slinivky břišní (Vorlíček a kol., 2012).

Vznik onkologické diagnózy a následné úmrtí může podpořit několik rizikových faktorů, mezi které řadíme kouření, alkohol, nevhodné stravování, chemické látky, nedostatečnou pohybovou aktivitu, riskantní sexuální chování, infekce různého původu, znečištěné životní prostředí a nevhodné pracovní prostředí, stres, záření, genetické faktory, léčebné zásahy a další. Vzniku nádorového onemocnění lze předcházet preventivními opatřeními jako je

sledování příznaků, znalost rizikového chování, dodržování zdravého životního stylu, účast na preventivních programech a kontrolách (Vorlíček a kol., 2012).

Na onkologickém oddělení často vidíme pacienty v terminálním stádiu. V této fázi dochází k dekompenzaci onemocnění a život se chýlí ke konci, to však trvá různě dlouhou dobu. V tomto stádiu pečujeme o obtěžující symptomy a plníme potřeby tak, aby byla zajištěna co nejvyšší kvalita závěru života. Neprovádí se již výkony, které pacientovi nepřináší žádný profit. S pacientem zacházíme opatrně a jednáme s citem (Kabelka, 2018). Onkologičtí pacienti v terminální fázi umírají, přestávají jim fungovat jednotlivé orgány a tuto situaci nelze odklonit. Dochází ke zhoršení stavu pacienta, jsou zesláblí, neklidní a mnohokrát odkázáni na druhé. U pacientů s nádorem, který metastazuje, se smrtí počítáme, předpokládá se to. Snažíme se pacientovi zajistit důstojné umírání a odstranit přitěžující symptomy, či je alespoň zmírnit (Sláma a kol., 2022).

Pro onkologické pacienty je typické tiché vystupování, často skrývají své city před ostatními. Připadá jim nevhodné zaměstnávat personál malichernostmi, za které považují své smutné myšlenky. Mnoho onkologických pacientů si plnilo své životní povinnosti a byli oddaní své práci. Někteří potlačují projevy nepříznivých pocitů. Vybudováním terapeutického, důvěrného vztahu napomůžeme otevření se a sdílení pocitů pacientem. Tito pacienti jsou velmi silní a učí se zvládat překážky, které jim život nadělil (Adam a kol., 2011).

1.2 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým tvoří zejména:

- Lékaři;
- Psycholog a psychoterapeut;
- Fyzioterapeut;
- Ergoterapeut;
- Nutriční terapeut;
- Sociální pracovník;
- Sestry;
- Duchovní (kaplani, kněz, pastorační asistenti, ...);
- Logoped;
- Dobrovolníci (Kabelka, 2018).

Vybraní členové týmu a jejich náplň práce:

Sociální pracovník se soustředí na sociální stav pacienta, na zjištění potřeb a poskytování rad ohledně financí, vhodných sociálních služeb, plynulý překlad a jiné. O sociálních věcech se vede záznam a informace jsou předávány v rámci multidisciplinárního týmu (Sláma a kol., 2022).

Nemocniční kaplan pečuje o pacienta, jeho rodinu i zdravotnické pracovníky. Jedná se o prostou lidskou přítomnost, kterou duchovní poskytne nemocnému podporu. Lze pomoci rozhovorem, modlitbou, nebo požehnáním. Pracovníkům může pomoci při zjišťování smyslu práce (Sláma a kol., 2022). Kaplani se stejně jako ostatní členové podílí na plnění potřeb, a to i u nevěřících pacientů. Dokáží mluvit o otázkách života a smrti, což nemocným dodává sílu a jistotu. S věřícím pacientem se společně modlí a využívají dalších obřadů (Kissane a kol., 2018). Pro onkologické pacienty má spiritualita a náboženství význam v jakémkoliv stadiu nemoci a vede ke zlepšení kvality života. Duchovní péče o pacienty je zajištěna citlivým způsobem. Sestra by měla rozeznat, kdy na poskytování spirituální péče nestačí a pacient by si rád promluvil s kaplanem, knězem, nebo jiným duchovním o otázkách života, nemoci, odpuštění a pro něj potřebném. Duchovní na podkladě výzvy sestry nebo jiného člena týmu následně navštíví pacienta (Sovářiová Soosová, 2022).

Sestra je s pacientem v kontaktu ze všech členů nejvíce. Pacienta podporuje ve všech ohledech a stará se o zajištění jeho pohodlí (Marková, 2010).

Úkolem **lékaře** je zajištění adekvátní léčby obtěžujících příznaků a rozhovor s klientem i rodinou o dalším průběhu a prognóze (Bužgová, 2015).

Psycholog pomáhá úzkostným, depresivním i osamoceným pacientům. Ovšem jeho specializovanou péči poskytuje i všem ostatním členům, za pomoci edukace a zasahuje zejména ve specifických okamžicích, vyžadujících jeho odbornost (Bužgová, 2015; Kupka, 2014). Psycholog vede klienta ke smíření se svou nemocí a všemi změnami s ní souvisejícími. Dodává pacientovi sílu v těžké chvíli, kdy jsou jeho emoce silnější než on sám a napomáhá při hledání jeho cesty (Tomášek a kol., 2015).

Dobrovolníci přispívají ke zkrácení času v nemocnici, rádi naslouchají a tuto službu poskytují ze svého vlastního podnětu (Bužgová, 2015).

Fyzioterapeut udržuje soběstačnost pacientů pomocí různých technik rehabilitace, které uzná u daného jedince za užitečné. Rozvíjí jejich mobilitu, nacvičuje rovnováhu při chůzi, přesun pacienta z lůžka na židli a využívá aktivních i pasivních metod (Watson a kol., 2019).

Ergoterapeuti rozvíjí zručnost pacienta tak, aby zvládal péči o sebe, běžné denní aktivity, ale i jeho práci. Jedná se např. o koupání, oblékání, péči o domácnost a další činnosti i s použitím vhodných pomůcek, které ulehčí danou činnost (Watson a kol., 2019).

Nutriční terapeut se snaží o optimální nastavení výživy u daného pacienta. Posuzuje jeho nutriční stav a rizika, která ve spojitosti s ním mohou vzniknout. Zvolí vhodnou dietu a doplňky stravy na základě toho, co pacient preferuje. Dává doporučení, v jakých dávkách, jak často a jakým způsobem stravu přijímat (Watson a kol., 2019).

Prací **logopeda** je pomoci pacientům s obtížemi při mluvení. Rozpoznává, o jaký problém se jedná a co je jeho příčinou. Učí je polykacím technikám, tréninku řeči, případně ukazuje alternativní metody komunikace pomocí obrázku, kartiček, aj. (Watson a kol., 2019).

Vztah mezi všemi členy by měl být partnerský a stejně tak jejich komunikace. Podstatným aspektem je předávání informací o pacientovi, ať už ústní či písemnou podobou. Jelikož se mnoho pacientů bojí personálu svěřit, připadá jim to obtěžující, se sdělením informací přijdou, až jsou si jisti, že daného člověka nezdržují. Podstatné tedy je, si se všemi zúčastněnými v týmu předat získané informace. Plán péče, který máme pro pacienta „ušitý na míru“ nám také prozradí, co je našim cílem a všichni společně se ho snažíme dosáhnout (Marková, 2010).

Práce v týmu by měla mít několik zásad:

- Vědět, co je cílem celého týmu.
- Vědět, za jakým účelem podstupujeme v týmu konkrétní kroky.
- Kvalitně odvádět práci podle své role v týmu.
- Podporovat dobré vztahy.
- Ochota pomáhat členům se rozvíjet (Kabelka, 2018).

1.3 Poskytování paliativní péče

Isabel Allendeová říká „*Ticho před narozením, ticho po smrti: život je hluk mezi dvěma neprozkoumatelnými obdobími ticha*“ (Kupka, 2014, s. 124).

Paliativní péče je vhodná pro onkologicky nemocné po zastavení protinádorové léčby, popřípadě s paliativní onkologickou léčbou a vyžadující podpůrnou paliativní léčbu (Kabelka, 2018).

Hlavním účelem poskytování paliativní péče v onkologii je především účinné zajištění bolesti a omezujících příznaků, díky jejich správnému zhodnocení. Poskytnutí opory pacientovi v nelehké životní situaci, zajištění péče o psychickou, sociální a duchovní stránku a pomoc s rozhodováním o vývoji léčby či vhodném a brzkém umístění pacienta do jiného zařízení nebo domácí péče (Tomášek a kol., 2015).

Důležité je zvolit plán péče, který bude shodný s přednostmi a názorem nemocného (Sochor a kol., 2019).

Kvalita života u nemocného se hodnotí pravidelně s pomocí standardizovaných nástrojů a podle ní se odvíjí následující kroky péče. Kvalita života je ovlivněna symptomy, kterými pacient trpí, hodnotami a potřebami, jež nebyly naplněny (Bužgová, 2015).

1.4 Onkologický pacient v paliativní péči

1.4.1 Sdělení diagnózy a prognózy

„Hovory o prognóze a konci života jsou extrémně náročné a vyčerpávající, ale umožní pacientovi vyjádřit svá přání a prožít zbývající život podle svých představ“ (Sochor a kol., 2019, s. 45).

Informaci o diagnóze a vývoji onemocnění klientovi sděluje lékař. Ideální by bylo, kdyby se diagnóza nemocnému sdělovala v pro něj příjemném prostředí, to jest nejčastěji doma, ale to není ve většině případů uskutečnitelné. Proto se snažíme alespoň zajistit při sdělování takto citlivé zprávy soukromí i tiché prostředí, a to odstraněním všech rušivých elementů. Nejprve je vhodné zmapovat situaci a přijít na to, co za informace pacient již má. Vždy ověříme kontrolní otázkou, že pacient předané informaci rozumí. Mluvíme v jazyce, který pacient chápe, nepoužíváme odborné výrazy. Sestra následně sehrává důležitou roli při vyrovnávání se se získanými informacemi a zapisuje tuto skutečnost do dokumentace. Předávání takovýchto informací by nemělo probíhat najednou (Marková, 2010).

Ošetřující lékař při sdělování špatných zpráv hovoří s pacientem vždy pravdivě. Informuje jej pouze v případě, kdy si to klient osobně přeje a v rozsahu, jaký uzná za vhodné. Nemocný má taktéž právo rozhodnout, komu dalšímu bude sdělení nepříznivé diagnózy poskytnuto. Informace podáváme dle jeho aktuálního stavu a již získaných faktů. Nemluvíme odborně, sdělení je nejefektivnější zjednodušit a nespěchat při něm. Lékař poskytne pacientovi a jeho rodině vysvětlení, jakým způsobem se bude nemoc pravděpodobně dále vyvíjet. S pomocí získaných informací se všichni společně rozhodnou, jak pokračovat v péči a budou

zodpovězeny případné dotazy. Poskytnutím falešné naděje situaci nezlepšíme. Pacient, který neví o svém závažném onemocnění, je ochuzen o možnost vyrovnat se s pravdou a podle toho dál postupovat. Lékař se přesvědčí otázkou, zda sdělení pacient porozuměl a shrne základní body rozhovoru. Zásadní informace o diagnóze podává sice lékař, ale pacient se s dotazy obrací i na jiné členy týmu a ti proto taktéž disponují schopnostmi pacienta v komunikaci podpořit (Kabelka, 2018).

Při rozhovoru o prognóze nemocného je dobré, když se sezení účastní i osoba blízká, která bude pro nemocnému oporou. Během rozhovoru se probírají cíle péče a představy nemocného (Kissane a kol., 2018).

Dle slov Sochora a kol. (2019) nás rozvoj v medicíně mnohokrát vede k tomu, abychom si mysleli, že medicína je všemocná. Často lidé umírají v nemocnicích, a proto už laická veřejnost není zvyklá pohlédnout smrti tváří v tvář, jako tomu bylo v dřívějších dobách. Jelikož lékaři jsou vyškoleni k léčení, mnohdy nejsou schopni špatnou prognózu pacientovi sdělit. Cítí selhání, když se pacient rozpláče a špatné zprávy se poté snaží sdělovat mechanicky a neprojeví své emoce. Pro pacienty je ve většině případů příjemnější znát pravdu, i když není zrovna veselá, než aby jim zdravotnický personál dával falešné naděje. Mnohokrát už nemůžeme poskytnout žádnou metodu léčby, ale samotná komunikace je mocným lékem na trápení. Nejčastější témata rozhovorů v paliativní péči jsou právě sdělení závažné diagnózy, o nevléčitelnosti nemoci ale i o udržení kvality života, o přáních klienta na konci života.

Model sdělování špatných zpráv Roberta Buckmana, dle protokolu S-P-I-K-E-S. Jedná se o postup při sdělení nepříznivých informací. **S** (prostředí) – Vybrat vhodné tiché místo, v okolí nebude nic, co by nás vyrušovalo. Příhodné je, aby klient měl svého nejbližšího v tento okamžik po svém boku. **P** (vnímání) – Vědět, jaké informace klient už má. Následně mu pokládáme otázky a budujeme si společnou důvěru. **I** (pozvání) – Každý klient je individuální, proto je rozdíl v tom, jak zvládne unést nepříznivou informaci. Zjistíme, jak podrobné informace o svém zdravotním stavu chce klient získat a podle toho postupujeme. **K** (poznání) – Po takto citlivém oznámení klient nedokáže dobře vnímat následující informace, mluvíme jednoduše bez lékařské terminologie a žargonu. Klient se může dotazovat. **E** (empatie) – Vyjádřit porozumění. Klientovi nedáváme falešné naděje a nesoudíme jej. **S** (strategie a shrnutí) – Na závěr zopakujeme nejdůležitější body sdělení, ověříme si dotazem, zda posluchač předané informace pochopil (Sláma a kol., 2022).

Klient má nárok na informace a ve většině případech jich chce o svém onemocnění získat co nejvíce, ale stává se, že někteří klienti nestojí o podrobnosti. Před začátkem sdělování nepříznivých zpráv je vhodné zjistit, jak dalece chce být daný klient informován, nebo zda být informován nechce. Pacientovi blízcí si v případě nepříznivé diagnózy mnohokrát přejí, aby pacientovi sdělena nebyla, domnívají se, že by mu tato informace uškodila. V tomto případě by bylo pacientovi odepřeno právo na informace o svém zdravotním stavu a možnost o sobě rozhodovat (Kissane a kol., 2018).

Prognózováním lékaři určují fázi onemocnění, v které se pacient nachází a pokládají si takzvanou „surprise question“. Jedná se o otázku, zda by lékař byl překvapen, kdyby jeho pacient o nedlouho zemřel. Prognózování má značný význam pro plánování další péče, také ale pro pacienty, mění se tím totiž jejich hodnoty. Většina pacientů jejich prognózu chce znát, i když je špatná (Kabelka, 2018).

Informovanost pacienta je důležitá, protože člověk se před smrtí potřebuje připravit a vykonat pro něj důležité úkoly. Když neví o své diagnóze a soustředí se na uzdravení, je pak ošizen o možnost rozhodnout se, jak jeho závěr života bude vypadat (Marková, 2010).

Fáze zpracování nepříznivých sdělení:

1. Fáze šoku a popření – nastává ihned po sdělení nepříznivé diagnózy, pacient nechce tomuto sdělení uvěřit, nemůže se s touto situací smířit, popírá sdělení. V tuto dobu je zbytečné pacienta dále informovat, soustředí se pouze na to, že se vyléčí a nechce dát za pravdu lékaři.
2. Fáze postupného přijetí – každý člověk je individuální, a tak se tato fáze u každého značně liší. Lze reagovat dvěma způsoby, a to je útok (odmítání, negativita) nebo únik (představitost, nějaká činnost). Coping je srovnávání se s aktuální situací, pacient ji nezvládá vyřešit, musí dojít ke smíření. Zaměstnanci by neměli nemocnému dávat falešné naděje, bylo by pro něj toto období ještě těžší.
3. Fáze smíření s onemocněním a důsledky – pacient se smíruje se svou nemocí, dokáže s ní žít. Mnozí pacienti ale smíření nikdy nejsou schopni. Průběh fází záleží na dané diagnóze a časovém rozpětí (Vaňásek a kol., 2013).

Známé jsou především fáze vyrovnávání se se smrtí od Elisabeth Kübler-Rossové. Fáze nemusí být řazeny přesně jak je napsáno a ani nemusí veškeré etapy nastat, avšak alespoň dvě z nich u nemocných proběhnou.

- Popírání – může trvat různě dlouhou dobu. Nemocný se snaží touto metodou chránit před realitou, myslí si, že se jedná o omyl.
- Hněv – nemocný se zlobí, cítí se vztekale a odpírá si pomoc.
- Smlouvání – nemocný věří, že ještě může najít nějakou metodu vedoucí k uzdravení. Když se stane lepším člověkem, odčiní si své chyby, tak se uzdraví.
- Deprese – nemocný má strach, je si vědom neodvratnosti konce. Je úzkostný a ztratil naději.
- Smíření – nemocný se postupně srovnává s blízcím se závěrem života. Je schopen spolupráce (Kabelka, 2018).

Někteří klienti si nepřejí, aby jim jejich diagnóza byla sdělena, a tak jmenovanými fázemi neprocházejí. Postup vyrovnávání se je u každého odlišný a specifický (Kabelka, 2018).

Reakce na sdělení vážného charakteru se u pacientů rozbíhají. Setkáváme se s pacienty, kteří si sdělení dočasně nevšímají, fungují jako dříve bez vážné diagnózy. Další reakcí je hledání alternativ, kdy se pacienti domnívají lékařské chyby, proto hledají jiného lékaře, a to se stále opakuje. Mnozí věří v různé metody léčby a jejich uzdravení (Vymětal, 2003 cit. podle Kupka, 2014).

Dle Kabelky (2018) jsou čtyři cesty, jakými lze uchopit špatnou zprávu: nařknout sebe, dát vinu ostatním, uvědomit si své emoce, své požadavky a rozpoznat pocity a potřeby druhých.

1.4.2 Indikace k paliativní péči

Paliativní péče je jako „*stavit most přes propast nevyléčitelné choroby*“ (Kabelka, 2018, s. 93).

Indikace paliativní péče je vhodná pro pacienty, jejichž onemocnění nedokážeme vyléčit, léčebné postupy už jim nepřinášejí žádný bonus, nepovedou k jejich vyléčení a pacientům hrozí smrt (i v řádu let). Nemoc způsobuje nepříjemné problémy, a to působí jak na pacienta, tak i na jeho rodinu. Následuje sestavení plánu péče dle přání pacienta, který má nárok určit, jak péče o něj bude zajištěna a podle toho se dále pokračuje v patřičných léčebných postupech (Sláma a kol., 2022; Marková, 2010).

Základem kvalitní péče je poznat vhodné pacienty pro paliativní péči, jejichž specifické potřeby vyžadují specializovanou péči. Pomoci můžou dotazníky jako je NECPAL a SPICT. Součástí dotazníku NECPAL je surprise question – „Byl byste překvapen, kdyby tento

pacient v následujících 12 měsících zemřel?“ Dotazník SPICT je určen k identifikaci pacientů vhodných k paliativní péči (Sláma a kol., 2022).

Vstupní rozhovor se provádí v první řadě s pacientem, ale i s rodinou. Na rozmluvu o minulosti a o tom, co je pro pacienta důležité, by si personál měl vymezit hodně času. Při rozpravě musí zdravotničtí pracovníci myslet na to, že každý je individuální (Marková, 2010).

Indikace má několik etap:

1. Podnět (může přijít od kohokoliv, ať už od rodiny, personálu či samotného pacienta);
2. Posouzení (lékaři se radí o postupu);
3. Komunikace (pacient a rodina);
4. Indikace, určení plánu péče, záznam;
5. Poskytování paliativní péče (přizpůsobování dle aktuálního stavu a vývoje) (Kabelka, 2018).

Při rozhodnutí o zařazení pacienta do paliativní péče, musí být respektován požadavek pacienta a blízkých. Rozhodnutí provedou všichni členové týmu, včetně nelékařských pracovníků, a to společně. Zvolí se cíl, který všichni chtějí splnit (Kabelka, 2018).

Nemocní s nevy léčitelnými onemocněními často trpí vážnými symptomy a v tom pomáhá paliativní péče. Toto období přecházení z kurativní léčby na jinou, vyvolává u pacienta strach. Přechod by měl být plynulý a časný. S pacientem komunikujeme ve více sezeních a v závěru zkontrolujeme, zda situaci pochopil. Průběžně zapisujeme údaje do dokumentace, aby ostatní personál věděl, jak navazovat. Paliativní péče zabraňuje zhoršování kvality života. I přes rozvoj medicíny, mnozí onkologičtí pacienti na diagnózu umírají (Kissane a kol., 2018).

1.4.3 Komunikace týmu s onkologickým pacientem a rodinou

„Dobře komunikovat znamená umět citlivě sdělit závažnou zprávu o zdravotním stavu, sdělit informace o prognóze onemocnění a pomoci vytvořit smysluplný plán budoucí péče“ (Sochor a kol., 2019, s. 14).

Před začátkem rozhovoru vybereme místo, kde bude klid a soukromí. Klientovi se představíme a uvedeme důvod rozhovoru, který bude následovat. Je vhodné předem říct, kolik máme času na tuto promluvu s pacientem. Mluvíme takový způsobem, aby nám klient porozuměl, nepoužíváme pro něj neznáme pojmy. Při rozhovoru se přesvědčíme, že se

pacient cítí pohodlně. Během rozhovoru si s pacientem vytváříme vztah. Během mluvení jej nezastavujeme. Na konci rozhovoru sumarizujeme důležité poznatky (Kissane a kol., 2018).

Důvěra je ve vztahu s pacientem nepostradatelným článkem. Pomocí dobré komunikace zvládneme vytvořit ideální plán péče, podle pacientových představ. Spokojenost pak zvyšuje kvalitu péče a může prodloužit délku života. Zdravotníci mají strach z rozhovoru s nevyлéčitelným pacientem, a to hned z několika důvodů. Jsou to pocity selhání, že budou obviněni za špatnou práci a z emocí. Lidé často po sdělení špatné prognózy nejsou schopni další informace vstřebat, mají pocit, jako by jim hučelo v uších a hlas lékaře mizel v dáli. Před očima vidí jen to, jak všechno bude pokračovat dál? Každý jsme individuální, a proto někteří pacienti jsou schopni o svém stavu mluvit otevřeně, jiní musí být vyzváni, aby nám sdělili to, co prožívají. Nemusíme se ptát pouze na nemoc. Nechejme mluvit samotného pacienta. Zjistíme, jak na tom je s jeho pocity, znalostmi o daném onemocnění a jaké jsou jeho obavy. Poté začneme mluvit my a kontrolujeme jeho porozumění dalšími otázkami. Principy komunikace, jako je oční kontakt a řeč těla, nám můžou ušetřit nedorozumění. Lze z nich poznat pocity osoby, se kterou vedeme konverzaci. Na pacienta nemluvíme zdálky, sedneme si vedle něj, ať jsme ve stejné úrovni. Můžeme naznačit i kolik času na něj máme. Pokládáním otevřených otázek ukážeme pacientovi, že jsme si na něj vyhradili čas. Nemluvíme pouze sami, ale buďme dobrými posluchači a dejme najevo, že posloucháme kývnutím i verbální odpovědí (Sochor a kol., 2019).

„Na rozhovor se můžeme dívat jako na rituál, který je základem transformace. Transformace, která z vyděšeného, bezmocného pacienta nechá vyrůst člověka, který má svůj osud pod kontrolou“ (Sochor a kol., 2019, s. 23).

Základní prvky komunikace v paliativní péči:

- První se dotazujeme.
- Klademe otevřené otázky.
- Nepřerušujeme pacienta, když mluví.
- I mlčením dokážeme pomoci.
- Informace sdělujeme v několika fázích, nikdy ne všechny najednou.
- Zajistíme péči o pacientovi pocity.
- Nepoužíváme odborné výrazy, kterým pacient nerozumí.
- Na konci setkání shrneme nejdůležitější body rozhovoru (Sochor a kol., 2019).

Marková (2010) považuje za kvalitně komunikující sestru tu, která má pro pacienty pochopení. Mnohdy se personál snaží rozhovor s pacientem urychlit, ptá se na otázky a pacient odpovídá. Avšak lepší je ponechat pacienta rozmluvit se a neomezovat jeho projev na strohé odpovědi. Stačí jej navést otevřenou otázkou. Sestra, která umí aktivně naslouchat, získá od pacienta mnohem více informací, vybuduje si u něj důvěru a vytvoří partnerský vztah. Aby pacient věděl, že mu naslouchá, reaguje na něj a doptává se. S pacienty, se kterými se nemůže dorozumívat verbálně, využívá jiný druh komunikace. Jedná se např. o mrknutí, stisknutí ruky, kývání hlavou, pomocí kartiček a jiných prostředků.

Kabelka (2018) dbá na to, aby při rozhovoru s pacientem ukázal svůj zájem o něj a nenechal se ničím vyrušovat. Proto je žádoucí zajistit příjemné a tiché prostředí. Na hovor si musíme vymezit více času, abychom na pacienta netlačili a stihli mu poskytnout žádané informace. Ukázat své pocity není považováno za neprofesionální, ba naopak za lidské. Personál zajistí efektivní komunikaci díky respektu k pacientovi a jeho rodině, pozorným nasloucháním, otevřenou komunikací, osobitostí, empatií, vzdělaností a multidisciplinárním přístupem.

Empatie je nepostradatelnou složkou při práci s pacientem. Díky empatii prohloubíme vztah a vyjádříme, že jsme si rovni. Kvalitní komunikace značně pomůže pacientovi a ušetří nám mnoho času. Studenti se učí prvkům komunikace během studia, využívá se hraní rolí, aby uměli v situacích vhodně reagovat a naučili se být autentičtí (Kissane a kol., 2018).

Důležitou součástí komunikace je neverbální projev. Vede nás k objevení symptomů, které pacient nesdělil pomocí slov, ale poznáme je z jeho chování a vystupování. Nezapomínáme ani na paralingvistiku. Jedná se především o hlasitost, výšku hlasu a intonaci projevu. Poskytuje nám možnost něco zdůraznit a odráží se v ní naše aktuální pocity a myšlenky (Kissane a kol., 2018).

Když nastane situace, kdy pacient nemůže rozhodnout, jak bude péče dále pokračovat, tento úkol připadne jeho blízkému, kterého si pacient zvolí. Blízký má postupovat tak, jak by si pacient přál, ale v mnoha případech určený člověk netuší, jaký postup je ten správný. To se stává v důsledku nedostatečné promluvy o závěru života. Následkem jsou rozhodnutí na základě toho, co by si přál rodinný příslušník či blízká osoba, kdyby byla v této situaci, i když pacientova představa by byla rozdílná (Fagerlin a kol., 2001 cit. podle Kissane a kol., 2018).

Watson a kol. (2019) spatřují jako překážku v komunikaci u zdravotnického personálu především strach z vyvolání smutku, negativních emocí, povinnosti odpovídat na pacientem

kladené otázky ohledně jeho zdravotního stavu, obavy ze sdělení nepříznivých zpráv a nemožnosti pomoci pacientovi k uzdravení. Pacienti mají strach z potvrzení obávané diagnózy a nezvládnutí návalu emocí v dané chvíli. Kumuluje se v nich mnoho otázek, ale nechtějí personál zdržovat. Bojí se vyslovit své přání a rozhodnutí, nemůžou se zbavit pocitu, že na toto nemají právo a měli by poslechnout členy týmu. V dané chvíli se cítí být ve stresu a nenachází správná slova, aby situaci popsali.

Komunikace s pozůstalými:

„George Bernard Shaw napsal: Největším problémem komunikace je iluze, že komunikace již proběhla“ (Sochor a kol., 2019, s. 15).

Bužgová (2015) si povšimla, že zprávu o úmrtí podává většinou lékař během telefonického rozhovoru, který by měl být proveden co nejdříve, aby rodina stihla rozloučení s jejich blízkým.

Před rozhovorem s pozůstalými o smrti, lékař zvolí vhodné místo, kde budou mít soukromí na takhle citlivé téma, které nesmí být opomíjeno a zanedbáváno. Lékař informace předává co nejjednodušším způsobem a do sdělení zahrne i informace týkající se samotné smrti – jak smrt probíhala, za jakých okolností, jestli byla klidná a podobně. Dopřejeme pozůstalým dostačující čas na zpracování těžkého okamžiku a poskytneme cenné rady, týkající se náležitostí, které musí po smrti blízké osoby zajistit. Ideální je informační leták, který si můžou doma dodatečně prostudovat (Kupka, 2014).

1.4.4 Péče o symptomy u onkologických pacientů

„Symptomy významně ovlivňují prožívání v oblasti tělesné, emoční a sociální a mají zásadní vliv na kvalitu života“ (Sochor a kol., 2019, s. 97).

Onkologické pacienty často omezují symptomy, které jsou s nádorovým onemocněním spojené. Snažíme se tyto symptomy eliminovat mnoha způsoby např. pomocí radioterapie, systémové léčby, ortopedických výkonů, endoskopických metod a chirurgických zákroků. Lékaři se s pacientem setkávají a probíhá rozhovor o pacientových cílech. Uvažuje se nad ukončením léčby, pokud pro pacienta již nemá žádné benefity a převažují spíše nežádoucí účinky. Pacienti poté využívají paliativní symptomovou péči. Často se využívá kombinace symptomatické a kauzální léčby (Sochor a kol., 2019).

K správnému hodnocení symptomů přispívá hlavně kvalitní komunikace, díky které zjistíme, co pacienta trápí. Netážeme se obecnou otázkou, co má pacient za obtíže, protože

mnoho z nich udává jen dva obtěžující symptomy, i když jich má mnohem více (Sochor a kol., 2019).

Dle Markové (2010) těžce nemocného pacienta obtěžuje velká škála příznaků. Péči o symptomy lze provádět jak farmakologickými, tak i ošetrovatelskými metodami.

World Health Organization (2020) zařazuje mezi nejvýznamnější symptomy bolest a obtíže s dechem.

Mezi hojně se vyskytující symptomy patří:

„Dušnost je charakterizována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. V posledních šesti týdnech života se objevuje až u 70 % onkologicky nemocných“ (Skříčková, 2004, s. 119 cit. podle Marková, 2010, s. 93). Často je doprovázená strachem ze smrti, ovlivňuje ji psychika člověka. Pacientovi v této situaci poskytneme podporu při zklidnění, pomůžeme zajištěním vzduchu díky prostému otevření okna, pokud to lze, posadíme jej a můžeme ho slovně navést ke správnému dýchání. Často pomáhá kyslíková terapie, u které sestra musí pravidelně kontrolovat saturaci. Podáme pacientovi předepsanou medikaci (Marková, 2010).

Raja a kol. (2020 cit. podle Sováriová Soósová, 2022, s. 71) tvrdí: *„Bolest je nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání nebo stav podobný tomuto zážitku.“* Nemocnému bychom v tomto ohledu hodnocení bolesti měli vždy důvěřovat, neustále hodnotit její intenzitu a doptávat se na podrobnější informace. Lze využít různé hodnotící metody, dle aktuálního stavu pacienta a těmi je nejčastěji číselná, verbální či vizuální škála. Hodnotícím nástrojem je taktéž vedení deníku bolesti, do kterého si pacient zaznamenává podrobnosti o tom, co bolest zhoršuje, co ji vyvolává, zda zabraly analgetika a další informace. Aby terapie bolesti byla účinná, musí být správně hodnocena její intenzita a vývoj. V léčbě bolesti využíváme opiátovou terapii, analgetika a odlehčující výkony. Vyjma farmakologických metod léčby bolesti lze zařadit širokou škálu alternativních metod jako je: rehabilitace, použití masáží, relaxace, doporučení polohy, jež pacientovi uleví od bolesti, termoterapie, využití hudby, kvalitního spánku a odvedení pozornosti aktivizací či rozhovorem. Ne vždy nefarmakologické a farmakologické metody zaberou tak, jak bychom si přáli a musíme řešit i nežádoucí účinky, které se případně vyskytnou (Marková, 2010; Kissane a kol., 2018; Vorlíček a kol., 2012; Tomášek a kol., 2015). Stává se, že dotaz na bolest není vždy účinný. Je proto žádoucí, aby sestry hodnotily pacientovo chování i během ošetrovatelských úkonů (Kabelka, 2018). Známým

a v paliativní péči hojně využívaným je tzv. koncept „totální bolesti“. Jeho zakladatelkou byla Cicely Saundersová, která se nesoustředila pouze na fyzickou stránku, ale taktéž na sociální a duchovní složku (Bužgová, 2015).

Maligní rány se většinou nevyhojí, a tak je pro nás podstatné zajistit primárně komfort pacienta. Ten je výrazně narušen zápachem z rány, bolestí a krvácením (Marková, 2010).

Těžkosti spojené s jídlem mohou zhoršovat vývoj nemoci. Je důležité o příjem potravy u nemocného pečovat, pokud se ovšem nemocný nenachází v konečném stádiu, tehdy pro nás není primární pacientovi jídlo vnučovat. U onkologických pacientů se mnohdy vyskytuje nechutenství, které může být způsobeno nejen léčbou, ale i psychickým strádáním. Preferujeme jídlo, které má nemocný rád a snažíme se o to, aby bylo vhodně upravené (Marková, 2010). Sláma a kol. (2022) konstatují, že nevolnost lze považovat za obtěžující pocit pacienta. Je způsobena léčbou, nebo vznikla z jiného důvodu. Nauzea vyvolává zvracení, pokles váhy a z dlouhodobějšího hlediska i malnutrici. U zvracení se jedná o vyloučení náplně žaludku, které způsobí stah svalů. K léčbě využijeme farmakologické (antiemetika, ...) i nefarmakologické metody jako je konzumace jídla po menších částech, při jídle nespěchat, nejíst příliš výrazná, mastná jídla, preferovat spíše jídla suchá, konzumovat potraviny ve zvýšené poloze a zajistit pacientovo pohodlí.

Zácpu charakterizujeme jako méně časté vyprazdňování. Může vznikat z mnoha příčin, a to hlavně kvůli snížené pohyblivosti, poklesu příjmu stravy a tekutin, podávání opiátové terapie a jiné medikace. Zácpa je důvodem mnoha dalších obtíží, např. bolestí, úzkosti, nevolnosti a dalších. Významné je především zajistit soukromí a zvolit vhodnou polohu, dle možností pacienta. Lze jí předcházet dostatečnou hydratací, zvýšeným příjmem vlákniny ve stravě a fyzickou aktivitou (Marková, 2010). Zácpu je možné léčit medikací, upřednostňuje se podání ústy. Zjišťuje se, zda se nejedná o střevní obstrukci (Sláma a kol., 2022).

Průjem u pacientů v paliativní péči je ojedinělejší než zácpa. Jedná se o řídkou stolici, která je vylučována více než třikrát za den. Ve spojitosti s průjmem hrozí dehydratace, bolesti, poškození kůže v okolí a mnohé další. U onkologických pacientů průjem způsobuje převážně protinádorová terapie, nádory ale i infekce a další. Dle příčiny se následně volí a upravuje léčba farmakologická a dietní pomocí vyřazení nevhodných kořeněných, smažených jídel a potravin bohatých na vlákninu. Podstatou je, aby pacient přijímal dostatek tekutin (Sláma a kol., 2022).

Do **psychického strádání** lze zařadit úzkost, smutek, zmatenost atd. Úzkost je obava z dosud nepoznaného a daného člověka ochromí. Úzkostný pacient je neklidný, napjatý, příliš se nevyjadřuje. Smutek je odezvou a běžnou reakcí na aktuální stav. U klientů způsobuje potřebu se vyplakat a jedinec je rád, když mu okolí porozumí. Zmatenost se může objevovat dlouhodobě, ale i nově. Značí změny ve stavu pacienta, které sestra musí sledovat a dbát na bezpečnost. Rozhovoru s pacientem věnuje více času a otázky pokládá jasně, aby byly srozumitelné. Pacientovi dovoluje ukázat pocity, kterými si prochází (Marková, 2010; Sláma a kol., 2022).

Únava je charakterizována vyšší potřebou odpočinku. Oslabeného pacienta omezuje v běžných aktivitách. Ani po odpočinutí si, únava nevymizí (Kabelka, 2018). Ovlivňuje stránku psychickou i fyzickou a znemožňuje běžné fungování. Je většinou odpovědí na nejrůznější problémy, jako je infekční onemocnění, podvýživa, způsobují ji také léčiva, chemoterapie apod. Léčba je nastavena po zjištění příčiny. Může jít o snížení dávek léčiv, které mohou únavu způsobit (Sláma a kol., 2022).

Sestra sleduje odvedené intervence, zda pacientovi pomohly ke zlepšení stavu a jestli se neobjevili jiné těžkosti. Všechny získané informace uvede do dokumentace a předává je více členům týmu (Marková, 2010).

Zásady léčby příznaků:

S více členy zajistíme konzultaci plánu péče. Klienta a jeho blízké varujeme před možnými zhoršeními stavu, komplikacemi. Jelikož se velké bolesti mohou objevit náhle a nečekaně, k dispozici musí být medikace, která téměř ihned pomůže. Taktéž zaopatříme dostupnost odborné péče (Kabelka, 2018).

Sláma a kol. (2022) uznávají, že obtěžující příznaky v mnoha případech nelze eliminovat, alespoň však snížit tak, aby se daly pacientem zvládnout. Při léčbě symptomů lze postupovat kauzálně, anebo většinou v paliativní péči spíše symptomaticky. Opakovaně se na příznaky dotazujeme, abychom mohli zajistit jejich řešení. Většina pacientů uvádí jen dva příznaky, i když jich mají ve skutečnosti mnohem více. Musíme proto pokládat otázky na konkrétní symptomy. Pacientům připadá, že jejich problémy jsou normální, nechtějí personál obtěžovat, myslí si, že by to nikoho nezajímalo a bojí se toho, aby nevypadali slabí. Dle Bužgové (2015) bychom měli při řešení příznaků postupovat dle představ pacienta, pokud je to možné.

U příznaků zjišťujeme, jak silné jsou, jak často se vyskytují a co způsobují. Pro zhodnocení využíváme slovní a číselné škály, nebo dotazníky. Využívá se např. Edmontonská škála hodnocení symptomů – ESAS (viz P I), Karnofského index a performance status podle WHO a Paliativní škála funkční zdatnosti – PPS (viz P II) (Sláma a kol., 2022).

Zdravotnický personál často klade velkou váhu symptomům fyzicky obtěžujícím a zapomínají na psychický stav klienta. V důsledku toho hrozí opomenutí důležitých symptomů, které by měly být řešeny, aby se pacientovi ulevilo. Po stránce psychické a sociální obtěžují klienta pocity nesoběstačnosti, slabosti a smutku. Klient myslí na nevykonané úkoly, stav rodiny a přichází o moc ovládat svůj život ve všech ohledech tak, jak by si přál. Obává se osamocení před smrtí a ztráty vlastní osobnosti (Bužgová, 2015).

1.4.5 Zajištění potřeb

Dostálová (2004 cit. podle Bužgová, 2015, s. 40) definuje potřeby následovně: „*Potřeba je stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost.*“ Nebo také „*Požadavky nezbytné pro biologický, psychický a sociální život člověka.*“

Potřeba je projevem strádání, něco danému člověku chybí. Sestry často zjišťují pouze potřeby fyzické, avšak hodně pacientů trpí hlavně po stránce duchovní či sociální, a tak personál není schopný zajistit kvalitní péči. Pacient chce, aby se k němu personál choval s úctou a snažil se jej pochopit. I když se nám některé potřeby můžou zdát malicherné, pro pacienta mohou být stěžejní a měnit se (Marková, 2010).

Marková (2010) se hojně setkává s potřebou urovnat nevyřešené spory z minulosti, což pacientovi přináší výraznou úlevu, být s rodinou, rozhodnout o dalším vývoji léčby a splňovat svou roli (matky, ...). Před smrtí se nemocní snaží zaopatřit své blízké, je to pro ně velmi důležitým úkolem. Stejně tak je pro ně žádoucí trávit poslední chvíle se svou rodinou. Pacient se cítí bezpečně v přítomnosti jeho milovaných, avšak konverzace je narušena přítomností dalších pacientů a omezenou dobou návštěv. Sestra dokáže dobře pečovat o potřeby nemocného díky komunikaci nejen se samotným klientem, ale i s jeho blízkými. Spolu konzultují postupy, jakými budou v ošetrovatelském plánu postupovat.

Bužgová (2015) považuje klienta za toho, který reguluje důležitost potřeb. Personál je následovně může lépe sledovat díky hodnotícím nástrojům. Poté se provedou vhodné intervence, aby klientovi potřeby biologické, psychosociální i spirituální byly splněny.

Sestra k pacientům přistupuje citlivě, jelikož hodně z nich považuje za složité, přijmout roly osoby, která vyžaduje něčí péči. Umírající pacienti mají speciální potřeby, obzvláště v nemocnicích. Řadíme mezi ně: léčbu bolesti a dalších příznaků, zajištění duchovních potřeb, péči o psychické strádání, volbu cílů péče pacientem, zajištění plynulého přechodu při změně léčby, možnosti změny typu péče a péči o rodinu (Kabelka, 2018; Bužgová, 2015). Často jsou blízcí nedoceněni a označeni za obtěžující, ale je logické, že mají starost o osobu, kterou mají v péči. Měli bychom k nim přistupovat jako ke společníkům, kteří pomůžou identifikovat dosud neobjevené potřeby. Nesmíme ale zapomínat na to, že oni samotní od nás potřebují podpořit (Kabelka, 2018).

Marková (2010) mluví o anticipačním truchlení u rodiny nemocného, jenž je přichystáním se na odchod blízké osoby. Mnozí rodinní příslušníci se snaží docílit toho, aby na nich nebyly poznat jejich starosti. Sestra proto může podat pomocnou ruku a k ulevení rodině postačí krátký rozhovor o tom, jak se cítí a co prožívají.

„Truchlení je určitý způsob zpracování zátěže a ztráty, s níž se člověk musí vyrovnat. Tento proces nelze urychlit ani nemá smysl jej potlačovat. Teprve po jeho prožití může člověk přijmout novou identitu i nové omezené možnosti a plánovat svůj další, byť limitovaný život“ (Vaňásek a kol., 2013, s. 49).

2 PALIATIVNÍ PÉČE

2.1 Definice a význam

Definice paliativní péče dle WHO z roku 2002: „*Paliativní péče je komplexní, multidisciplinární péče, směřující k udržení či zvýšení kvality života s nevléčitelnou, život ohrožující chorobou nebo souborem chorob. Nabízí podporu nemocným, ale i jejich blízkým. Zabývá se včasným vyhledáváním a léčbou závažných symptomů – tělesných, psychických, sociálních i spirituálních*“ (Kabelka, 2018, s. 30).

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

Kabelka (2018) konstatuje: Paliativní péče soustřeďuje svůj zájem na pacienty s těžkou nemocí, na jejich rodinu a zajišťuje pro ně vhodnou podporu. Nezáleží, v které fázi nemoci se klient nachází, snažíme se mu pomoci zbavit se trápení už v časně fázi.

World Health Organization (2020) přibližně uvádí, že každoročně vyžaduje paliativní péči 56,8 milionu lidí, z toho v konečném roce života 25,7 milionu. Avšak v současné době je po celém světě poskytnuta zhruba 14 % lidí, kteří ji potřebují.

Kabelka (2018) předkládá význam paliativní péče:

- Pomáhá kontrolovat příznaky vznikající v terminální fázi života.
- Má významný dopad na zlepšení kvality života.
- V některých případech i přispívá k prodloužení života.
- Klienti tráví své poslední chvíle dle jejich představ.
- Je hospodárná a snižuje náklady nemocniční péče.

Význam paliativní péče spočívá v mírnění trápení, zvyšuje kvalitu života, zlepšuje přizpůsobení se na nemoc, zdokonaluje souhrn péče o pacienta a pečuje o rodinu. Paliativní péče je poskytována dle předností pacienta tak, jak si přeje on sám (Sláma a kol., 2022).

Péče by měla být dostupná nepřetržitě 24 hodin, 7 dnů v týdnu, a to profesionály vzdělanými v tomto oboru, kteří mají zájem upřímně komunikovat s nemocným a snažit se léčit život omezující symptomy. Kvalitu zvýšíme, či alespoň udržíme propojením různých typů péče. Soustředíme se na potřeby nemocného, priority jeho rodiny a na plánování péče v závěru života. Častým omylem je považovat paliativní péči jako tu, která se týká pouze nemocných

v terminálním stádiu. Přístup je individualizovaný a může být propojený s kurativními postupy, avšak když léčba a diagnostické metody nepřináší zlepšení pro kvalitu života pacienta, upouští se od nich. Pacient má samozřejmě právo na rozhodnutí o pokračování terapie, což se konzultuje i s jeho rodinou. Také jí se snažíme poskytovat oporu, a to i po úmrtí pacienta. Bez spolupráce s rodinou není ani kvalitní paliativní péče (Kabelka, 2018; Marková, 2010).

Kabelka (2018) poukazuje na hojně umírá klientů v nemocničních zařízeních. Sestra má proto jedinečnou příležitost pomoci v období truchlení a doprovázení. Často jsou pacienti hospitalizováni kvůli očekávané progresi onemocnění, což je chybou. Proto také umírají na lůžku akutní péče velké počty osob. Nedokážeme ve většině případů zaopatřit péči v jejich přirozeném prostředí. Je zapotřebí zajistit rozvoj v oblasti domácí (mobilní) a ambulantní péče.

2.2 Rozdělení paliativní péče

Podle míry komplexnosti dělíme paliativní péči na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je zajištěna zdravotnickými pracovníky, kteří nejsou specialisty na paliativní péči. Jsou to např. praktičtí lékaři, geriatři, nejčastěji onkologové a jiní lékaři dle jejich zaměření. Jedná se především o určení vhodnosti pacienta do paliativní péče, tišení bolesti a léčbu symptomů, podporu pacienta i jeho rodiny. Měla by být poskytována ve všech zdravotnických a také sociálních zařízeních. Pacientům, kterým nestačí poskytnutí obecné paliativní péče a jejich potřeby i závažné symptomy doprovázející vážnou nemoc nelze vyřešit, nastupuje specializovaná paliativní péče. Ta je poskytnuta odborníky vzdělanými v odvětví paliativní péče (Kabelka, 2018).

Bužgová (2015) připomíná nutnost obstarat péči alespoň formou obecné paliativní péče, pokud není možnost specializované. Úkolem obecné paliativní péče bude účinná léčba symptomů, a to zejména bolesti, kvalitní komunikace o plánu péče, podpora pacienta a rodiny.

Místem pro poskytnutí paliativní péče je domov klienta, nemocnice a hospic. Převládá představa pacientů umírat doma, protože toto prostředí je jim příjemné, přirozené a mohou trávit čas se svými nejdražšími. Pro poskytnutí této péče musí být splněno několik bodů a těmi jsou: aby se měl kdo z blízkých o nemocného starat celodenně a aby byla zajištěna specializovaná péče (agentura domácí péče, domácí hospic, ambulantní paliativní péče, praktický lékař). Zmíněné služby poskytnou odbornost kdykoliv, kdy bude potřebná. I přes

snahu a v posledních letech i velký rozvoj paliativní péče, většina nemocných umírá v nemocnicích, jelikož jejich zhoršení stavu nemá kdo řešit. V blízkosti postrádají agenturu domácí péče. V hospicích pracují vysoce kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci, jež vědí, jak se o umírajícího pacienta co nejlépe postarat (Marková, 2010).

Sláma a kol. (2022) a Marková (2010) rozlišují několik forem specializované paliativní péče, do které spadá: mobilní specializovaná péče, lůžkový hospic, konziliární tým v nemocnici, oddělení paliativní péče a ambulance paliativní medicíny.

- Mobilní specializovaná paliativní péče – klient je v domácím prostředí. Jeho přáním je umírat v přirozených podmínkách, a proto je mu péče dostupná nonstop 24 hodin, 7 dnů v týdnu. Pro péči je charakteristická denní kontrola stavu pacienta. Pracovní tým po sléze pravidelně hodnotí vhodnost plánu péče (Sláma a kol., 2022).
- Lůžkový hospic – starostlivost je poskytována multidisciplinárním týmem. Většina pacientů zde, má onkologické onemocnění. Uvedená forma péče je vhodná pro pacienty v konečném stádiu. Hospic je pro nemocného jako druhý domov, je mu přizpůsobeno prostředí dle jeho představ. Zajišťuje vhodné podmínky pro pacienta i rodinu tím, že se zde nacházejí samostatné pokoje, a tak rodina může zůstat i přes noc dle přání nemocného. Klienti využívají hospice i opakovaně. Podmínkou k přijetí do hospice je hrozící klientova smrt, v důsledku vážné nemoci. Déle je u něj nepostradatelná paliativní péče, není nutná nemocniční péče a péče doma už je nedostačující (Sláma a kol., 2022; Kupka, 2014).
- Konziliární tým v nemocnici – zajišťuje speciálně orientovanou péči u nemocných ležících na odděleních různých odborností (Sláma a kol., 2022).
- Oddělení paliativní péče – je lůžkové oddělení, jehož tým, skládající se z několika členů, dokáže okamžitě a kvalitně reagovat na zhoršující se stav pacienta. Speciálně zaměřená paliativní péče má více druhů. Jedná se o oddělení akutní paliativní péče, o oddělení s hospicovými lůžky, anebo o lůžka paliativní medicíny na jiném oddělení (Sláma a kol., 2022).
- Ambulance paliativní medicíny – tato forma péče je poskytována nemocným, kterým jejich stav umožňuje přicházet do ambulance. Zajišťuje ji vzdělaný lékař paliatr ve spolupráci se sestrou. Mezi úkony ambulance patří jednorázově poskytnuté konzilium, opakovaná dispenzarizace pacienta, provádění menších výkonů a konzultování po telefonu (Sláma a kol., 2022).

Paliativní péči lze rozdělit podle času na terminální paliativní péči, nebo také starostlivost o klienty v konečné fázi, u kterých především eliminuje nepohodlí a časnou paliativní péči, ve které se jedná o brzké určení priorit, nebo také o dosažení delšího žití (Sláma a kol., 2022; Jedličková, 2023).

2.3 Cíle a etické aspekty

Cíle paliativní péče jsou následující:

- Poskytovat pomoc;
- Zachovat soběstačnost;
- Terapie příznaků nemoci;
- Sestavit plán péče na míru;
- Zajistit bezpečné prostředí (Sláma a kol., 2022).

Meier a kol. (2010 cit. podle Bužgová, 2015) specifikují šest cílů a charakteristik dobré paliativní péče:

1. Orientovaná na klienta;
2. Přínosná;
3. Poskytující bezpečí;
4. Včas začleněná;
5. Jistá;
6. Účinná.

Kvůli rozdílnosti hodnot pacienta, personálu a rodiny dochází k etickým konfliktům. Naučme se vnímat emoce, klidně naslouchat a znát právní rámec (Sochor a kol., 2019).

Z důvodu nemožnosti rozhodnout o budoucím zdravotním stavu, můžou lidé sepsat dříve vyslovené přání, v kterém charakterizují, jak by si svůj konec života představovali. Je možné v něm uvést, že daná osoba odmítá resuscitaci aj. život udržující výkony. Toto by mělo být sepsáno písemně a doloženo úředně ověřeným podpisem. Poté dříve vyslovené přání platí pro všechny poskytovatele služeb. Pokud je přání sepsáno během péče v nemocnici a není součástí ověřený podpis, platí jen po dobu hospitalizace na daném oddělení. Tento zápis je v dokumentaci podepsán pacientem, zdravotnickým pracovníkem (většinou lékařem) a svědkem (Sláma a kol., 2022; Sochor a kol., 2019).

Při poskytování péče pacientům hrozí vznik mnoha etických dilemat. Příkladem je ukončení léčby u pacienta, kterému léčba již nepřináší žádné benefity. Z důvodu rozdílnosti názorů

pacienta, rodiny, lékaře a dalších členů týmu není jednoduché zajistit, aby všichni byli spokojeni. Etické problémy však můžeme v četných případech vyřešit pomocí dobré komunikace a informovanosti. Jelikož etické problémy se vyskytují mnohem častěji u umírajících pacientů, řešení se ujme paliativní tým. Těžká rozhodnutí učiníme tak, abychom neporušili etické zásady péče. Předtím, než provedeme důležité rozhodnutí, pokládáme si otázku o prospěšnosti pro pacienta a zvažujeme jeho přání, přání rodiny a následky rozhodnutí. Může se jednat např. o ukončení léčby, poskytnutí resuscitace, sdělení prognózy v případě, kdy si to rodina nepřeje a mnohé další problémové situace (Watson a kol., 2019).

Watson a kol. (2019) uvádí jako velké téma eutanázii. Pacienti si přejí ukončit jejich trápení a žádají o smrt. To s sebou nese vážné etické problémy, zda by se pacientovi v takových situacích mělo vyhovět či naopak. Názory lékařů a veřejnosti se rozcházejí, každý toto téma vnímá jinak. Odpovědí je paliativní péče, která při dobrém poskytování oprostí pacienta od utrpení, zvýší spokojenost, naplní jeho potřeby a není nutné jeho život ukončovat.

Pacient by měl mít vždy možnost, se svobodně rozhodnout o pokračování léčby. I když s pacientem nesouhlasíme, měli bychom jeho rozhodnutí respektovat (Marková, 2010). Sláma a kol. (2022) k tomuto dodávají, že pacient má nárok na důstojné umírání a na splnění jeho představ ke konci života. Taktéž má nárok na celostní péči a zachování důstojnosti. Personál k pacientovi přistupuje s úctou, respektem a dodržuje mlčenlivost, komunikuje citlivě a naslouchá mu. Složkou etických aspektů je i ochrana života, ale ne za cenu toho, abychom pacientovi odepírali smrt. Postupujeme dle rozhodnutí pacienta, pokud jeho požadavek není proti lékařským zásadám. Onkologičtí pacienti se mnohdy ocitají ve fázi, kdy už léčba není účinná. Pověštinou pacient a jeho rodina tuto situaci chápou, ale stává se, že chtějí v léčbě pokračovat, což ale pro pacienta nemá žádný kladný přínos. V tomto případě lékař nemusí vyhovět rozhodnutím pacienta. Jednalo by se o neodbornou péči a mohla by pacientovi naopak uškodit. Ke všem pacientům přistupujeme stejně, aniž bychom přihlíželi na jeho váženost. Paliativní péče by měla být pro všechny přístupná.

V případě, kdy je poskytována terapie, která nepovede k příznivým výsledkům, je tato situace vedena pod souhrnným názvem marná léčba. Takovýto druh léčby by se měl přerušit v bodě zjištění nulového přínosu pro klienta. Trvání zmiňované léčby i přes její neúspěšnost by pro lékaře znamenalo porušení etické zásady (Jedličková, 2023).

2.4 Historie a významná jména související s paliativní péčí

Ve středověku se péče koncentrovala do nemocnic, které byly budovány u klášterů a nemocným byla zároveň se zdravotní péčí poskytována i péče duchovní. Za počátek hospicového hnutí lze považovat rok 1842. V tomto roce Jeanne Garnierová v Lyonu seskupila několik žen, jež pečovaly o nemocné s neléčitelným onemocněním. Později v roce 1847 toto seskupení založilo první hospic v Paříži. Významným jménem je Mary Aikenheadová, zakladatelka kongregace Sester lásky. S pomocí této kongregace byl založen hospic sv. Josefa v Londýně, který je spojován s Cecily Saundersovou, průkopnicí v moderně pojatém hospicovém hnutí. Ta poté zřídila hospic sv. Kryštofa v Londýně v roce 1967. Oddělení paliativní medicíny začaly vznikat posléze, co chirurg Balfour M. Mount v roce 1975 zařídil první z nich v Montrealu (Vaňásek a kol., 2013).

V ČR první společenství tvořily rytířské řády. Kolem roku 1232 jsou to templáři, jež pečovali o nemocné a putující ochraňovali. Ve 12. století řád maltézských rytířů zbudoval špitál v Praze na Malé Straně, který byl spíše noclehárnou pro poutníky. Nepostradatelnou roli v péči o nemocné má církev, jelikož díky ní pomoc trpícím fungovala na bázi dobrovolnosti a humanity. V 10. století byly zakládány první hospice v Praze. Významnou osobností je Sv. Anežka Česká, zakladatelka špitálu Sv. Františka (rok 1232). Matkou chudých se stala Zdislava z Lemberka, jelikož milého přivítání u ní dostáli všichni nemocní a poutníci. V 17. století byly budovány klasické nemocnice, chudobince i starobince. Péči o nemocné zajišťovaly řádové sestry, které neměly žádné vzdělání v tomto oboru. Také byla uplatňována forma vzájemné pomoci. Na poskytované péči byla výrazně znát její neodbornost. Následně díky Karolíně Světlé a Elišce Krásnohorské vznikla první ošetrovatelská škola v roce 1874. Rok 1919 je významný založením Československého červeného kříže za pomoci Alice Masarykové a kolem tohoto roku začaly vznikat i další charitativní organizace. Ve 20. století vznikaly domovy důchodců a domy s pečovatelskou službou. Vyvíjela se také specializovaná oddělení geriatrická. Jako první hospic vznikl hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. Poprvé vzniklo oddělení paliativní péče s rokem 1992 v Babicích nad Svitavou. V tomto oboru je nepostradatelné vzdělávání. Za poslední desítky let se paliativní péče posunula o kus v před a je čím dál žádanější (Vaňásek a kol., 2013). Další vývoj podpořila i Marie Svatošová, zakladatelka občanského sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí, které nese název Ecce homo (Bužgová, 2015).

Marková (2010) uvažuje nad skutečností, že v dnešní době chybí pomoc sousedů a blízkých, jako tomu bylo kdysi. V předchozích dobách se sousedé chodili navštěvovat, když byl někdo z nich nemocný. Nosili si jídlo a vzájemnou pomocí přispěli k ulehčení situace. Dnes rodiny žijí v menším počtu a málo kdy vícegeneračně se svými rodiči. To také způsobuje situaci, kdy není kam nesoběstačné klienty umístit. Rodina není ochotna se o blízké postarat.

Paliativní medicína se značně posunula, hlavně co se bolesti týče. Lidé už tak nemusí umírat ve velkých bolestech (Marková, 2010).

2.5 Budoucnost paliativní péče

World Health Organization (2020) udává fakt, že nezbytnost paliativní péče poroste v průběhu dalších let, jelikož věk obyvatelstva se zvyšuje a objevují se vážně zatěžující nemoci.

Opodstatněný posun pro paliativní péči mají programy, které se snaží kvalitu poskytované péče posouvat na vyšší úroveň. Jeden z nich je pilotní program Mobilní specializované paliativní péče. Započal v roce 2015 a usiluje o rozvoj poskytované domácí péče u vážně nemocných, ambulantní péče a zajímá se o týmy provádějící paliativní péči v nemocničních zařízeních. Podstatou je rozvíjet konziliární tým a dělat pokroky jak v ambulantní, tak i nemocniční péči. Cílem je zajistit v budoucnosti lepší vzájemné propojení zdravotního prostředí se sociálním a rozvoj mobilní specializované paliativní péče (Kabelka, 2018).

Sláma a kol. (2022) si představují v budoucnosti zakládat akutní oddělení paliativní péče, jako tomu je v cizích zemích. Toto oddělení je důležitou součástí, která zkvalitní poskytovanou péči. U nás zatím není příliš rozvíjeno a ukotveno v systému.

V současné době může být rodina u umírajícího pacienta přítomna kdykoliv, avšak prostředí většinou není přizpůsobeno přespání. V budoucnu by proto bylo výhodné budovat tzv. rodinné pokoje, kde by pacient s rodinou měl soukromí a vhodné podmínky (Kraj Vysočina, 2017).

Bužgová (2015) přichází s nápadem do multidisciplinárního týmu v nemocnici zařadit dalšího člena, poradce pro pozůstalé, který by se blízkým pečlivě věnoval.

Sestry i ostatní členové týmu jsou neznalí v ohledu duchovní péče, nemají dostatek vědomostí a pacientům nedokážou poskytnout oporu v této oblasti. Proto by se vzdělání v duchovní péči v budoucnosti mělo rozvíjet (Sovářiová Sošová, 2022).

2.6 Podpůrný a paliativní tým

Podpůrná péče jde ruku v ruce s péčí paliativní. Soustředí se na odstraňování obtěžujících problémů během celého nádorového onemocnění. Zajišťuje pohodlí pro nemocného a dbá na dostatek informací. Jejím posláním není odstraňovat onkologické bujení. Mezitím paliativní péče se zaměřuje na klienty v pokročilé či terminální fázi onemocnění, které nelze vyléčit. Mylné tvrzení, že paliativní péče je veškerá nekurativní léčba se hojně rozšířilo, avšak během paliativní péče mohou být poskytovány kurativní postupy, když tak bude zajištěno zvýšení kvality života (Bužgová, 2015; Vorlíček a kol., 2012).

2.6.1 Role a funkce

Členové paliativního týmu pacientovi věnují dostatek času, který mají k tomu, aby odhalili všechny jeho potřeby, symptomy a přání. Konzultují s pacientem fyzický stav a nezapomínají ani na psychosociální aspekty, které jsou mnohdy pro pacienta vyšší prioritou (Watson a kol., 2019).

Kabelka (2018) uznal za vhodné, aby podpůrný a paliativní tým pomohl klientovi zpracovat blížící se konec života.

Pro paliativní tým není středem zájmu výhradně pacient, ale péče je poskytována i jeho rodině při doprovázení v těžkém období, a to i po smrti jejich blízké osoby. I když mnozí pozůstali o tom, že jejich blízký zemře věděli, jsou přesto touto událostí ochromeni. Pomůžou jim odpovědi na otázky a milá slova personálu o jejich blízkém. Truchlení je projevem vypořádávání se s nezvratným koncem a probíhá ve třech fázích: 1. fáze – otřesení, 2. fáze – truchlení a 3. fáze – akceptování reality. Truchlení může trvat různě dlouhou dobu, ale není dobré, když trvá déle než rok (Marková, 2010).

Doprovázení je čas strávený s klientem a jeho rodinou v konečné fázi, jak uvádí Kabelka (2018). Je významný pro budování důvěry. Po doprovázení přichází péče o pozůstalé. Hlavním záměrem je zamezit patologickému truchlení. Rodina je na tuto chvíli připravována během celé paliativní péče. Blízcí členové jsou díky podpoře blíže ke smíření se skutečností. V případě chorobného truchlení, jenž trvá již více než jeden rok, je třeba vyhledat psychologickou až psychiatrickou pomoc.

Rodině pomůžeme informacemi o následujících krocích, ideálně poskytneme psanou informaci, protože v této těžké situaci se nedokážou soustředit. Při rozhovoru s nimi

zajistíme soukromí, nebráníme se pláči a podpoříme blízké v zachování běžného života (Sláma a kol., 2022).

2.6.2 Členové podpůrného a paliativního týmu

Součástí týmu jsou vzdělaní členové, kteří mají znalosti především z oblastí nemocí, příznaků a komunikace. Jedná se o týmovou práci řádně vyškolených specialistů, v níž každý sehraává důležitou roli. Členové jsou si vzájemnou oporou, mají předem určený reálný cíl, o kterém společně rozhodli a chtějí ho dosáhnout. Odvedenou práci uvádějí do příslušné dokumentace. Konflikty řeší vzájemnou pomocí (Kabelka, 2018).

Práce ve skupině s více členy je náročná z důvodu koordinace a komunikace, uvádí Dostálová (2016). Povahové rysy jednotlivců se liší, a tak názory méně se projevujících jsou utlačovány. Zařazení do týmu by proto mělo probíhat na základě příhodných rysů jedince, zejména otevřenosti, trpělivosti a ochotě pomáhat druhým.

Tým podporuje klienty a jejich blízké v procesu rozhodování se o tom, jak léčba a péče bude dále pokračovat. Členové poskytují kvalitní, specializovanou paliativní péči, a to díky vzájemnému působení mezi sebou. Vyměňují si své názory a společně přichází na co nejlepší řešení dané situace. Hlavními a nepostradatelnými členy jsou především lékaři, sestry, sociální pracovníci, kaplani a psycholog. Je možné využít i dalších specialistů, pokud to budou okolnosti vyžadovat (MacMartin a kol., 2024).

2.6.3 Paliativní konzilium

Konziliární tým v nemocnici zajišťuje speciálně orientovanou péči u nemocných ležících na odděleních různých odborností, jejichž specifické potřeby vyžadují specializovanou péči. Konziliární tým dochází k pacientovi kvůli velké bolesti, nastavení plánu péče a opoře rodiny. Poskytuje možnosti pokračování péče a plní další úkony. Tým pomáhá i personálu ve zvládnutí nelehkých situací. O provedené péči dělají záznam do dokumentace. Ta obsahuje informace o situaci klienta, indikaci, anamnéze, hodnocení potřeb a prognóze, určených cílech péče a údaje o následujícím plánu a intervencích. Účelem je vybudovat dobrou spolupráci konziliárního týmu s oddělením, na které docházejí a podávají nastavbovou službu převážně v opakovaných intervalech. Společně tak konzultují pacientovu situaci, jeho potřeby a následně je řeší. Vstupní konzilium začíná vysvětlením podstaty této činnosti pacientovi. Poté tým zjišťuje informace, které pacient už získal a jak dobře jim rozumí. Klient si určuje osobu blízkou, se kterou sdílí své životní situace, která

o něm bude dostávat informace a v případě neschopnosti pacienta rozhodnout, provede tento krok za něj. Následně se vyhodnocují klientovy potřeby. Během posuzování lze využít hodnotící nástroje jako je ESAS a IPOS. Cílem je poskytnout péči, jakou by si pacient představoval, ve vhodném prostředí a příhodným způsobem. Konziliární tým je prospěšný pro pacienta i nemocnici (Sláma a kol., 2022).

Kabelka (2018) klade velkou váhu na konziliární paliativní tým. Je zásadní pro paliativní péči poskytovanou v nemocnici. Mezi členy by měli patřit minimálně dva lékaři se specializací, zdravotní sestry (koordinátorky), nutriční terapeut, psycholog, zdravotně-sociální pracovník a nemocniční kaplan. Tento tým je poté přístupný oddělením, na kterých jsou nemocní hospitalizováni. S pacientem konzultují možnosti zlepšení péče ve všech ohledech a pečují o jeho blízké. Jestliže nastane situace, kdy pacient bude propuštěn domů je zajištěna pomoc mobilního týmu a kontinuita péče.

Členové poskytnou cenné rady i sestřám a lékařům na daném oddělení, kde přichází paliativní konzilium vykonat (Bužgová, 2015).

3 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ A V PALIATIVNÍM TÝMU

3.1 Specifika práce a výzvy

Charakteristické pro práci sestry je vést pacienty ke zdravému životnímu stylu, příhodným aktivitám, odpovídat na jakékoliv kladené dotazy, konverzovat o pacientově životě a současném stavu. Respektují potřeby a názory pacienta a poskytují podporu jemu i rodině. Aby se pacient cítil příjemně, nezapomínají na udržování jeho soukromí a sledují případné změny stavu a chování. Spolupracují s multidisciplinárním týmem a zajišťují kvalitní péči. Provedené úkony sestry zapisuje do dokumentace (Vorlíček a kol., 2012).

Specifickým úkonem pro sestru na onkologickém oddělení je podávat chemoterapii a mít dostatek vědomostí o možném vzniku nežádoucích účinků. Dodržuje zásady aplikace a práce s chemoterapií, jako je používání ochranných pomůcek. Ovládá potřebné dokumentování, vychystávání dle rozpisu a manipulaci se vstupy. Aplikace se provádí přes infuzní pumpy a během aplikace sestra pravidelně kontroluje stav pacienta. Při jakýchkoliv obtížích stav hlásí lékaři (Vorlíček a kol., 2012).

Dostálová (2016) uznává, že sestry jsou vystaveny téměř denně náročným situacím, a to především na onkologickém oddělení, kde poskytují péči a komunikují s pacienty s vážnou nemocí. Na kvalitu sestrami poskytované péče působí mnoho činitelů, jako je postoj k sobě samotné, kdy si dokáže uvědomit co ji motivuje, co pro ni práce znamená, zná své klady i zápory. Sestra by měla být znalá v péči o svou psychickou stránku, v tom, jak dobře relaxovat, motivovat se, myslet realisticky a zvládat práci tak, aby u ní nehrozilo riziko vzniku syndromu vyhoření.

Sováriová Soósová (2022) připomíná, že úkolem sestry je pozorně sledovat potřeby pacienta a následně je vyhodnocovat. Součástí potřeb jsou i potřeby spirituální, které jsou sestrami často opomíjeny a není na ně kladen dostatečný důraz. Možností, jak hodnotit duchovní stránku člověka je několik, např. pomocí spirituálního screeningu, jehož součástí jsou citlivé otázky týkající se duchovna nebo spirituální anamnézy, jež obsahuje podrobnější posudek spirituální stránky. Sestra posuzuje pacientův aktuální celkový stav, zjišťuje, co jej trápí, naslouchá mu a zlepšuje situaci svou přítomností.

Sestra monitoruje stav pacienta, zda se jeho stav zhoršuje, anebo setrvává, nebo jestli došlo k jeho zlepšení. Při rozhovoru s pacientem sleduje jeho projevy a tomu přizpůsobuje svoji komunikaci a starostlivost (Dostálová, 2016).

Vaňásek a kol. (2013) spatřují obtíž v tom, že práce v paliativní péči s sebou nese několik zátěžových faktorů. Mezi ně patří výskyt umírání a smrti, ztotožňování se s trpícím klientem, pocit selhání a bezmocnosti, nekontrolovatelnosti, zármutku, obtíže s financováním a systémem samotným. V neposlední řadě je to také osobnost dané sestry. Všeobecné sestry, které se pohybují v okruhu paliativní péče, se hojně setkávají s umíráním a měly by být v tomto směru vyrovnané a smířené se smrtí (Kupka, 2014).

Krátká a Šilháková (2008) uvádějí typické osobnostní předpoklady pro sestru, díky kterým svoji práci zvládne vykonávat kvalitně. Mezi některé z nich řadíme zachování důstojnosti pacienta, postoj k pacientovi jako k jedinečné osobě, neodsuzování pacienta kvůli jeho povahovým rysům, profesionalitu, udržování mlčenlivosti a jednání s úctou. Kupka (2014) řadí k dalším vhodným vlastnostem sestry vytrvalost, schopnost ovládat samu sebe a zvládat zátěž, klidnost, vlídnost atd. Pokud pracovník tyto silné stránky nemá, mohl by způsobit újmu nejen sobě, ale i pacientům.

Z důvodu těžké životní situace u onkologických pacientů nastávají i případy, kdy se pacienti chovají agresivně a nevhodně. Toto chování si sestra nemůže brát osobně, měla by pochopit, v jak složité situaci se právě pacienti nacházejí a za použití klidného vystupování, musí zabránit těmto projevům zlosti. I malé kroky, jako pochvala a naslouchání, pacienty potěší a zlepší jim náladu (Vorlíček a kol., 2012).

Syndrom vyhoření snadněji vzniká u personálu, kterého si nikdo nevšímá, kdy nadřizené nezajímají potřeby pracovníka. Riziková je práce na oddělení, kde si spolupracovníci nejsou vzájemnou oporou a mají mezi sebou pře. Nemají si proto ani s kým promluvit o tom, co v práci zažili a neví koho poprosit o radu (Krátká a Šilháková, 2008). Burn-out syndrom neohrožuje pouze danou sestru, ale i veškeré členy týmu, pacienta a jeho rodinu. Sestry mají potřebu být motivovány a oceněny (Marková, 2010).

Fáze vyhoření dle Maslachové a Goldberga (1998 cit. podle Kupka, 2014)

1. Fáze nadšení – zapálení pro práci, vymýšlí, jak práci zdokonalit, je aktivní, pracuje naplno.
2. Fáze stagnace – nepodaří se plnit vysněné, a to přináší zklamání.
3. Fáze frustrace – nespokojenost.

4. Fáze apatie – nemůže se dočkat konce směny, práce ji nebaví.
5. Fáze vyhoření – pocity vyčerpanosti, nezájmu, nesnášenlivostí lidí, doprovázeno příznaky.

Jak předcházet syndromu vyhoření? Zabránit jeho vzniku pomůžou následující rady.

- Dodržování zdravé výživy;
- Truchlení je povoleno;
- Duchovno;
- Nepracovat nadměru, relaxovat;
- Pozitivní nálada;
- Pohybová aktivita;
- Rovnováha s a kol. osobním životem;
- Vést rozhovory o obtížích, supervize, kontaktovat psychologa (Vaňásek a kol., 2013).

Supervize je důležitým nástrojem, díky kterému se vyrovnáme s náročnými situacemi. Jedná se o potřebu uvažovat nad svou odvedenou prací. Začneme tak nalézat lepší řešení situací a budeme je moct lépe pochopit. Supervizi lze provést ve formě individuální (jedna osoba), skupinové (více osob, které vykonávají podobnou práci, ale na různém místě) nebo týmové (více osob z jednoho pracoviště). Pomáhá zlepšit odvedenou práci a mimo jiné, snižuje riziko syndromu vyhoření, což je sester častým problémem (Marková, 2010).

3.2 Spolupráce s multidisciplinárním týmem

Základem dobře odvedené práce sestry a spokojenost s výkonem profese, je pracovat v dobrém týmu, jenž míří k dosažení vytyčeného cíle, a to za společného úsilí. Tento tým je složen z více členů, kteří se soustředí na různé složky péče. Součástí multidisciplinárního týmu je klient i jeho blízcí. Cílem je obzvláště zajistit kvalitní život a omezení nepříznivých vlivů na pacienta a blízké osoby v kontaktu s ním (Marková, 2010).

3.3 Profesionální rozvoj a vzdělávání

Už při kvalifikační přípravě všeobecné sestry probíhá výuka paliativní péče v rámci povinného předmětu, v rozsahu alespoň 16 hodin, který se zaměřuje na kvalitu života nevléčitelně nemocných a na poskytnutí podpory pacientovi i jeho blízkým. Student také absolvuje výuku ošetrovatelské péče v onkologii a hematoonkologii v rámci povinného předmětu, v rozsahu alespoň 26 hodin. Díky tomu získá znalosti o nádorovém onemocnění,

možnostech léčby, zásadách podávání chemoterapie a o potřebách charakteristických pro pacienty s onkologickým onemocněním (MZ ČR, 2021).

Pro pracovníky může profesní rozvoj znamenat velkou motivaci, možnost posunout se dál a stát se tak lepším. Vzdělávání v oblasti komunikace v těžkých situacích, praktických dovednostech a rozvoji zvládání stresu, je velkým přínosem a podporou pro vyčíslené zdravotnické pracovníky (Watson a kol., 2019).

Podmínkou pro poskytnutí kvalitní paliativní péče je vzdělaný personál v této oblasti. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP se podílela na rozvoji vzdělanosti sester. Díky Open Society Found a Evropské asociaci pro paliativní péči vznikl kurz ELNEC, v plném znění End Of Life Nursing Education Consortium. Vzdělání sester v okruhu paliativy je zajištěno Paliativním institutem Vysočina. Nyní existují nástavbové kurzy pro všechny členy týmu a zabývají se osmi oblastmi. Těmi jsou: úvod, terapie bolesti, terapie příznaků, etické záležitosti, kulturní a duchovní aspekty péče, komunikace, ztráty, zármutek, žal a poslední hodiny. Součástí vzdělávání jsou jak teoretické, tak i praktické hodiny (Kabelka, 2018).

Aby sestra mohla vykonávat dobře svou práci, musí znát i své kompetence. Jedná se o to, zda je k vykonání dané činnosti kvalifikovaná (Marková, 2010). Všeobecná sestra vykonává činnosti dle § 3 a § 4 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění (Česko, 2011).

Dle MZ ČR (2019) se všeobecná sestra může dále vzdělávat, a to ve specializačním vzdělávacím oboru Všeobecná sestra – domácí péče a hospicová péče. Tímto vzdělávacím programem sestra dosáhne odbornosti Sestra pro domácí a hospicovou péči. Cílem je, vést sestry k samostatnosti při práci, ke schopnosti spolupracovat s dalšími členy týmu, k získávání nových teoretických i praktických znalostí a zkušeností. Předpokladem je odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry, dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v platném znění. Musí být také splněna podmínka vykonávání tohoto povolání, a to alespoň jeden rok ve vlastním sociálním prostředí pacienta, nebo v hospici, popřípadě dva roky v lůžkové či ambulantní péči dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění. Možností je také vykonávat povolání všeobecné sestry dva roky, v rozsahu alespoň poloviny týdenní pracovní doby, v zařízení sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.

Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí vykonává činnosti dle § 54 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Sestra pro domácí a hospicovou péči dle § 66b může samostatně bez odborného dohledu a bez indikace lékaře vytvářet plán ošetrovatelské paliativní péče, posuzovat situaci pacienta týkající se zdravotního stavu a sociální stránky, posuzovat a pečovat o nehojící se rány a další (viz P III) (Česko, 2011).

MZ ČR (2023) uvádí jako další vzdělávací, specializační program Ošetrovatelskou péči v onkologii a hematologii. Sestra tak získá odbornost Sestra pro péči v onkologii a hematologii. Podmínkou je získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry nebo dětské sestry, podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v platném znění a dále výkon povolání při poskytování onkologické nebo hematologické péče, alespoň 12 měsíců s úvazkem minimálně poloviny týdenní pracovní doby.

Dle § 54 a § 67b vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, Sestra pro péči v onkologii a hematoonkologii může samostatně bez odborného dohledu a bez indikace lékaře provádět specializované činnosti ošetrovatelské péče u onkologického pacienta, pečovat o neúmyslný únik cytostatik mimo cévy, identifikovat nynější potřeby klienta a další (viz P IV) (Česko, 2011).

NCO NZO (2024) vede kurz s názvem Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči, který všeobecné sestry připraví na to, jak poskytovat kvalitní péči umírajícím pacientům, eliminovat obtěžující symptomy a plnit potřeby klientů. Na výběr je i z dalších vzdělávacích akcí a programů, dle preferencí sestry.

Vhodnou variantou je taktéž studium oblasti leadershipu, jenž přispívá ke zlepšení vedoucích vlastností. Leader si dokáže obhájit určené cíle a k tomu vede i ostatní členy týmu. Inspiruje tým k hledání správné cesty a ke zvýšení efektivity práce (Kabelka, 2018).

3.4 Poskytování paliativní péče

Postoj ke smrti se u každého liší, během života se mění a rozvíjí. Velkou roli hraje brzké seznámení se smrtí. Rodiče dětí se domnívají, že není vhodné s nimi o smrti mluvit, ale u dětí, které se o smrti s rodiči bavily otevřeně, je viditelně lepší smíření se smrtí v budoucnosti. Značně nás v tomto směru ovlivní přístup rodiny. Pokud pro rodiče bylo

zvykem o smrti nemluvit, je následně pro nás obtížnější se s ní vyrovnat. U sester je dovednost komunikace o smrti nepostradatelná, pokud mají s pacientem umět spolupracovat a poskytovat paliativní péči. Rozhovory by měly být vedeny od srdce. Spousta zdravotníků se domnívá, že projev emocí je známkou slabosti, avšak opak je pravdou. Když se sestra o pacienta stará dlouho, oblíbí si jej a on později na oddělení zemře, může pro ni být velmi těžké se s touto situací vyrovnat. Důležité je emoce nedusit v sobě. Není neprofesionální, když se i před pacientem ukáží emoce. Může to u něj naopak vyvolat příjemné pocity, když dá pracovnice najevo, že ho chápe. Je správné také dodržovat rituály po odchodu pacienta. Jsou to rituály rozloučení (bohoslužba za nemocného, rozsvícení svíce, otevření okna pro odchod duše, obléknutí svátečních šatů, provozování modlitby, házení hlíny na rakev, obřad) (Marková, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. „Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách“ (Kutnohorská, 2009, s. 22).

4.1 Cíl práce

- Cílem práce je popsat spolupráci multidisciplinárního týmu onkologického oddělení s podpůrným a paliativním týmem.

K dosažení stanoveného cíle napomáhají výzkumné otázky.

4.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

- Jaká je vzájemná spolupráce onkologického oddělení s podpůrným a paliativním týmem?

Vedlejší výzkumné otázky

- VO 1: Jak probíhá zařazení a indikace onkologického pacienta k paliativní péči?
- VO 2: Jaké jsou cíle paliativní péče?
- VO 3: Jak probíhá předávání informací mezi zdravotnickými pracovníky onkologického oddělení a podpůrného a paliativního týmu?

4.3 Výzkumná metoda a technika

Metoda kvalitativního výzkumu byla zvolena z důvodu bližšího kontaktu s participanty, možnosti zhodnotit jejich reakce na kladené otázky a prozkoumat tematiku více do hloubky.

Kvalitativní výzkum získává informace za pomoci různých technik. Nejvhodnější technikou se jevil polostrukturovaný rozhovor. Jelikož má řešitel práce předem zvolené otázky k rozhovoru, může následně participanty navést potřebným směrem. Není omezena ani možnost doptávat se dle potřeby na podrobnější informace a ověřit si, zda tvrzení bylo správně pochopeno.

Nevýhodou zvolené techniky je její časová náročnost a získání názoru omezeného počtu participantů. Hendl (2023) uvádí jako nevýhodu to, že výzkumník během procesu získá

určité informace na daném místě, ale tyto informace už nemusí být tak prospěšné pro ostatní a nelze je v mnoha případech uvést na obecnou rovinu.

Námi realizované rozhovory se skládaly z dvaceti tří otevřených otázek týkajících se zařazení onkologického pacienta do paliativní péče, cílů paliativní péče a spolupráce (viz P VI). Dopředu zformulované otázky byly během rozhovoru doplněny.

4.4 Charakteristika pracovišť

Pro realizaci výzkumu byla vybrána dvě oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně, odpovídající požadavkům práce. Jedná se o Podpůrný a paliativní tým a Onkologické oddělení 21 Západ.

Podpůrný a paliativní tým je součástí oddělení Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ARIM), které zahrnuje: Jednotku intenzivní resuscitační péče (I), Jednotku intenzivní péče chirurgických oborů (II, III), Jednotku následné intenzivní péče (NIP), Jednotku dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP), Ambulanci léčby bolesti I. a II., Anesteziologickou ambulanci I. a II., Ambulanci paliativní medicíny, Multidisciplinární tým podpůrné a paliativní péče a Poradnu pro pozůstalé.

Podpůrný a paliativní tým sídlí na 10. pavilonu, kde je také Ambulance léčby bolesti, Ambulance paliativní medicíny a Poradna pro pozůstalé. Podpůrný a paliativní tým poskytuje péči pacientům, rodinám a jejich blízkým, ale také pečujícím zdravotníkům, a to v oblasti duchovní, psychologické a sociální. Tento pavilon poskytuje klidné zázemí pro rodinné konference, to je při citlivých rozhovorech nesmírně důležité. Podpůrný a paliativní tým se skládá z lékařů, sester, sociálního pracovníka, psychologa a kaplanů.

Onkologické pracoviště sídlí na 21. pavilonu a zahrnuje oddělení klinické onkologie a radioterapie. Dohromady tvoří Komplexní onkologické centrum. Oddělení klinické onkologie se skládá z Ambulance 1–4, Pneumoonkologické ambulance, Ambulance pro venózní vstupy, Psychoonkologické ambulance a příslušných stacionářů. Součástí oddělení radioterapie jsou dvě ambulance. Lůžková část má kapacitu třicet čtyři lůžek a dělí se na Onkologické oddělení 21 Východ a 21 Západ.

Pro výzkum bylo zvoleno Onkologické oddělení 21 Západ. K volbě tohoto oddělení došlo na základě zájmu personálu o výzkum na dané téma, ale i na podkladě menších kapacitních možností zmiňovaného oddělení a z důvodu skladby pacientů. Ve většině případů se jedná o pacienty v paliativní péči, o které se rodina již nezvládá postarat. Oddělení je menší

velikosti, jelikož jeho součástí je i onkologická jednotka intermediární péče. Nachází se zde tři standartní pokoje a v nich šest lůžek. Jeden z pokojů je jednolůžkový a na ten jsou přednostně ukládáni pacienti v paliativní péči. Ti vyžadují starostlivost více členů týmu, z důvodu závažnosti jejich stavu a soukromí, aby je častěji mohli navštěvovat jejich blízcí. Onkologické oddělení se zaměřuje na pacienty s rakovinou různých druhů a stádií. Většinou jsou zde pacienti hospitalizováni kvůli zhoršení stavu, změně léčby, nastavení terapie, nebo probíhající chemoterapii a radioterapii. Pro hospitalizaci mohou být i jiné důvody.

4.5 Charakteristika participantů

Participantů byli zvoleni na základě předem určených kritérií:

- Všeobecná sestra nebo lékař;
- Minimálně rok praxe na pracovištích, kde probíhal výzkum;
- Ochota podílet se na výzkumu.

Do výzkumu byly nakonec zařazeny tři všeobecné sestry a jeden lékař. Vhodný se jevil sudý počet, proto se výzkumu účastnili čtyři participantů, dva participantů z onkologického oddělení a dva participantů z podpůrného a paliativního týmu. Pro větší přehlednost a z důvodu zachování anonymity, jsou participantů pro účely bakalářské práce označeni P1 – P4. Bližší charakteristika je uvedena v Tabulce 1.

Tabulka 1 Participantů

Rozhovor	Participant	Pohlaví	Věk	Pozice
Rozhovor 1	P1	žena	59 let	Paliatr
Rozhovor 2	P2	muž	30 let	Všeobecná sestra onkologického oddělení
Rozhovor 3	P3	žena	46 let	Všeobecná sestra onkologického oddělení
Rozhovor 4	P4	žena	59 let	Všeobecná sestra paliativního týmu

4.6 Organizace výzkumu

Po návštěvě Onkologického oddělení, na 21. pavilonu Západ a 10. pavilonu, v němž sídlí Podpůrný a paliativní tým, byli vybráni čtyři nejvhodnější participantů. Tito byli následně seznámeni s bližšími informacemi charakterizujícími účel rozhovoru a svůj souhlas stvrdili

podpisem informovaného souhlasu účastníka výzkumu. Originály jsou uloženy u autorky práce. Vzor informovaného souhlasu je součástí přílohy (viz P V).

Sběr dat se uskutečnil po schválení výzkumu vrchními sestrami onkologického oddělení, oddělení ARIM a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Rozhovory byly realizovány v období od února do března roku 2024, v předem dohodnutém čase, který vyhovoval individuálním potřebám každého účastníka. Většina participantů preferovala rozhovor během pracovní doby, pouze jeden mimo ni, a to z důvodu časové tísně. Rozhovory probíhaly v odpoledních hodinách, protože je v tuto dobu provoz v nemocnici klidnější a rušivé prvky jsou tak lépe eliminovány. Otázky byly participantům poskytnuty předem, aby se na rozhovor mohli předem připravit.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon v mobilním telefonu, s čímž všichni participanté souhlasili. Časové rozpětí rozhovorů je 17–65 minut.

4.7 Zpracování výsledků výzkumu

Jednotlivé rozhovory byly z nahrávky přepsány do Microsoft Word a následně analyzovány.

Došlo k vytvoření kategorií, jejichž vzniku napomohlo opakované čtení odpovědí a hledání společných jevů. Na základě shody vznikly kódy, které byly přiřazeny ke konkrétním kategoriím. Všechny otázky z rozhovorů směřují k výzkumným otázkám.

Přepisy zkrácených a upravených verzí rozhovorů jsou součástí přílohy (viz P VI).

5 INTERPRETACE DAT

5.1 Analýza získaných informací

Analýza kvalitativního výzkumu probíhá uspořádáním a zpracováním získaných informací tak, aby byly přínosné a poskytly potřebné odpovědi na námi položené otázky (Hendl, 2023).

Na základě analýzy transkriptu rozhovorů byly vytvořeny vhodné kategorie. Opakované pročítání a vyhledávání shody napomohlo formulaci kódů. Jednotlivé kódy jsou začleněny do stanovených kategorií, které spadají pod výzkumné otázky. U výzkumných otázek naleznete vždy napsaná čísla konkrétních otázek z rozhovorů.

Při analýze transkriptu byla využita metoda papír tužka. Pomocí techniky kódování bylo vytvořeno osm kategorií a došlo k objevení pravidelností sdělení a vztahů mezi nimi. Tento proces přispěl k vyhotovení zkrácených verzí rozhovorů (viz P VI) a tvorbě tabulek (viz Tabulka 3–5), které obsahují nejdůležitější odpovědi participantů, ve formě přímé řeči. Přínosné byly taktéž pro tvorbu komentářů a shrnutí získaných informací. Kategorie a kódy jsou uvedeny v následující Tabulce 2.

Tabulka 2 Kategorie a kódy

Kategorie	Kódy
VO 1: Jak probíhá zařazení a indikace onkologického pacienta k paliativní péči?	
Otázky č. 1-5	
Průběh zařazení	Vůle lékaře, kritérium, iniciativa, vstupní konzilium, vymezení nemoci, druh léčby, hodnotící nástroj, mapování potřeb, žádoucí péče, složitá situace, dokumentování, úkol sestry
Úkol pacienta a rodiny	Přání, informovanost, umístění, volba, komunikace s rodinou, smíření, schopnosti rodiny, zapojení do péče, ovlivnění
VO 2: Jaké jsou cíle paliativní péče?	
Otázky č. 6-12	

Význam paliativní péče	Dobry život, včasnost, souběžný průběh, zajištění bolesti, obtěžující symptomy, benefity, doprovázení, důstojný odchod
Volba cílů a jejich plnění	Bio-psycho-socio-spirituo, stejná nota, individuální přístup, komfort, pacientův názor, říct si stop, formulace, práce s pacientem a rodinou, vlivy, kvalita života, aktuální stav, důvěra, všichni, minulost, vhodné podmínky
Plán péče	Výstup práce, co bude dál, úsilí všech, vyhotovení, oddělenost, návštěvy, předání informace, narušení průběhu, zpětná vazba, doptávání se, soukromí, ošetrovatelské a odborné výkony, hodnocení odvedené práce, dokumentace pacienta, aktualizace plánu, omezení
VO 3: Jak probíhá předávání informací mezi zdravotnickými pracovníky onkologického oddělení a podpůrného a paliativního týmu?	
Otázky č. 13-23	
Sdílení informací	Ústní předání, písemně, zdokonalující nástroje, hierarchie, kontrola, vyhrazení časového prostoru, vizita
Aktuální spolupráce a komunikace	Zlepšení, pozdní péče, schůzky, vyčerpání, potenciální bariéry, nezájem, snaha, pocity, vztahy, návrhy na zlepšení, vzájemná interakce, dobrovolníci, spokojenost, efektivní práce
Přínos	Domácí prostředí, uspokojenost rodiny, splněná přání, poskytnutí podpory, hospodárnost, rychlá organizace, propojení, pohodlí

5.2 Prezentace výsledků výzkumu ve vztahu k výzkumným otázkám

Získané informace interpretujeme podle výzkumných otázek. Ke každé výzkumné otázce je vyhotovena tabulka odpovědí participantů (viz Tabulka 3–5), obsahující nejpodstatnější informace z rozhovorů, zařazené pod jednotlivé kategorie. Ty jsou před každou tabulkou blíže charakterizovány. Účastníci výzkumu jsou označeni písmenem P, jako participant a číslem 1 až 4. V odpovědích se jedná o přímou řeč účastníků výzkumu, označenou kurzívou. Odpovědi nebyly pozměněny, pouze zkráceny. Pod tabulkami se nachází komentář autorky a shrnutí zjištěných poznatků tak, aby byly srozumitelné a poskytly odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky.

- **VO 1: Jak probíhá zařazení a indikace onkologického pacienta k paliativní péči?**

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky 1–5, uvedené v rozhovoru.

Kategorie:

- **Průběh zařazení**

V této kategorii jsme se zajímali o hodnotící faktory, které přispívají k rozhodnutí zařadit pacienta do paliativní péče. Otázky směřovaly k tomu, kdo samotný podnět k zařazení může dát a jaké kroky budou následovat.

- **Úkol pacienta a rodiny**

Tato kategorie se zaměřovala na roli pacienta a rodiny v uvedeném procesu.

Tabulka 3 Zařazení a indikace pacienta

Participant	Kategorie	Odpovědi
P1	Průběh zařazení	<i>Tak zaprvé konzilium zadává ošetřující lékař, čili ten by se měl rozhodnout. Samozřejmě na nás se může obrátit rodina i samotný pacient. I když nás osloví rodina, já musím požádat ošetřujícího lékaře, aby mi poslal konzilium. Obecně funguje surprise question. Provádí se vstupní vyšetření, které mapuje potřeby pacienta. Vstupně u nás chodí sestra a po ní lékař, nebo sestra s lékařem současně. Pak probíhá ta péče podle potřeb pacienta. Pravidelné návštěvy týmu, pravidelné návštěvy kaplana, pravidelné návštěvy sociálního pracovníka.</i>

	Úkol pacienta a rodiny	<i>Pacient je ten, který by si měl určovat jakou péči chce. Bereme si dovolení na to zavolat rodinu a pak děláme prakticky u všech pacientů takzvanou rodinnou konferenci.</i>
P2	Průběh zařazení	<i>Myslím si, že primárním aspektem při rozhodování je diagnóza. Dalším aspektem je smíření pacienta, smíření rodiny. Pokud je to u pacienta, u kterého je to dost složité, je tam více alergií, nic nepomáhá, tak tam nastupuje taky paliativní tým. Zpravidla podnět dává lékař, z 90 %. Sestra může navést. Může to být i rodina, může to být pacient sám. První krok je vypsát paliativní konzilium a potom už vlastně přebírá tu péči, ten paliativní tým, který si tam přijde udělat k nám konzilium, projde si dokumentaci. Prvotní rozhovor s pacientem vede náš lékař, před zařazením do paliativní péče. Následně sestry paliativního týmu, naše sestry ne.</i>
	Úkol pacienta a rodiny	<i>Řekněme takové to smíření. Smíření toho pacienta, smíření té rodiny.</i>
P3	Průběh zařazení	<i>Nejčastější ten základní faktor je to, že se ukončí ta terapie aktivní. Podnět nejčastěji jde od lékařů, kteří vlastně tu léčbu ukončují. Ale může ten podnět vzniknout určitě i v rodině anebo od samotného pacienta, který prostě uzná, že té léčby má dost. Někdy i od středního zdravotnického personálu. Jak potíží přibývá, tak přibývá i těch intervencí z naší strany. Prvotní rozhovor s pacientem a rodinou vede vždycky ošetřující lékař a na základě toho rozhovoru se potom ta péče odvíjí. Volá se paliativní tým. Při vstupním rozhovoru je přítomna sestra z paliativního týmu, sestra od nás z oddělení většinou ne, když si to nepřejou.</i>
	Úkol pacienta a rodiny	<i>Role rodiny, jakmile má zájem, tak je klíčová. To samé s pacientem. Jestliže ten pacient má zájem řešit něco a je</i>

		<i>aktivní, tak je vždycky, nebo mělo by být vždycky prvořadé co si on přeje.</i>
P4	Průběh zařazení	<i>Nerozhodujeme se my, rozhodují se lékaři, kteří nám pacienta posílají. Existuje na to odborná škála. My jsme konziliární tým a na základě jejich pozvání vstupujeme do péče o pacienta. Nejčastěji podnět dává ošetřující lékař. Stává se, že i sestra z oddělení dá podnět. I rodina a pacient si může požádat o intervenci paliativního týmu. Dostaneme v systému konzilium. Vybíháme na oddělení a provádíme u pacienta vstupní pohovor. Snažíme se u pacienta zjistit v podstatě jeho potřeby ve všech sférách. Ať je to bio, psycho, socio, spirituo a tady potom následuje návštěva paliatra. Prvotní rozhovor u pacienta, zpravidla vede paliativní sestra a potom do toho vstupuje paliatr. Mnohdy jdeme společně sestra, lékař. Každý z nás v rámci toho vstupního pohovoru vyhodnocuje to, co je u pacienta třeba a oslovuje pak už další složky našeho týmu.</i>
	Úkol pacienta a rodiny	<i>Dbá se pacientových potřeb. Oslovení rodiny řešíme vždycky se souhlasem pacienta a potom aktivujeme rodinné konference.</i>

Komentář: P1 a P4 se shodli na tom, že rozhodnutí zařadit pacienta do paliativní péče přísluší ošetřujícímu lékaři. Rozhodnutí se zpravidla zakládá na odpovědi na tzv. surprise question, udává P1. P2 se domnívá, že na základě diagnózy, smíření pacienta i rodiny a v komplikovaných případech léčby. Nejčastějším faktorem pro rozhodnutí je ukončení aktivní terapie, podle P3. P4 zmínil existující odborné škály pro usnadnění rozhodnutí. Podnět k zařazení může dát lékař, rodina i pacient, říká P1. K tomu P2 přidává i podnět sestry a s tím se ztotožňuje i P3 a P4. P2 a P3 se shodují v odpovědi, že prvotní rozhovor před zařazením s pacientem vede onkolog, přičemž sestra z oddělení přítomna není. Paliativní tým po zadání konzilia provádí vstupní vyšetření a ve většině případech přichází sestra, uvádí všichni. P1 a P4 dle vstupního vyšetření osloví další členy týmu. Za úkol pacienta P1, P3 a P4 považují určit si, jakou péči dle potřeb vyžaduje. P2 za úkol pacienta i rodiny

pokládá smíření. Od pacienta si berou dovolení oslovit rodinu a provádí se rodinné konference, říká P1 a P4.

Shrnutí: Jestli je pacient vhodný do paliativní péče určí ošetřující lékař, který následně zadává konzilium. Může se rozhodnout na základě diagnózy, obtěžujících symptomů, které se nedaří eliminovat, odpovědi na tzv. surprise question, pomocí hodnotících nástrojů nebo když pacient v léčbě již nechce pokračovat. Nesprávně se onkologové rozhodují na základě ukončení aktivní terapie, během které paliativní péče již může probíhat a být obrovským přínosem pro pacienta. Podnět k zařazení pacienta do paliativní péče nejčastěji dává lékař, zřídka sestra nebo jiný střední zdravotnický personál, rodina a pacient sám. Po tom, co ošetřující lékař – onkolog zadá konzilium, podpůrný a paliativní tým získá přístup k datům pacienta. Onkolog do konzilia napíše svůj požadavek. Následuje vstupní rozhovor s pacientem, během kterého se mapují jeho potřeby, diskutují se možnosti péče, řeší se symptomy. Podle získaných informací se provádí následující kroky a zapojují se další členové týmu. Nadcházející péče se konzultuje s pacientem a jeho rodinou (poté, co k tomu dá pacient svolení) tak, aby bylo pokud možno všem vyhověno. Pořádají se rodinné konference, které napomáhají k získání většího množství informací, od více rodinných příslušníků/blízkých. Prvotní rozhovor obvykle provádí sestra z paliativního týmu. Ta má ovšem omezené kompetence, proto, když je potřeba, přichází paliatr. Podle časových možností mohou přijít i současně.

- **VO 2: Jaké jsou cíle paliativní péče?**

Touto výzkumnou otázkou se zabývaly otázky 6–12.

Kategorie:

- **Význam paliativní péče**

V této kategorii nás zajímal názor participantů týkající se smyslu paliativní péče v onkologii.

- **Volba cílů a jejich plnění**

Tato kategorie zjišťuje aspekty podstatné pro vytyčení cílů. Je uvedeno, kdo se podílí na formulaci a na základě čeho je vhodný cíl vytvořen. Participantů prezentují možnosti, jak cílů dosáhnout a který cíl považují za univerzální.

- **Plán péče**

V uvedené kategorii jsme měli potřebu zjistit, kdo se na tvorbě plánu péče podílí, aplikuje jej v praxi a zda nějakým způsobem probíhá i kontrola jeho plnění.

Tabulka 4 Cíle paliativní péče

Participanti	Kategorie	Odpovědi
P1	Význam paliativní péče	<i>Co největší kvalita života daného pacienta. Naším cílem je, aby souběžně probíhala ta časná paliativní péče, už i s tou onkologickou, což zatím moc není. Čili pro mě je paliativní péče dobrý život s těžkou nemocí.</i>
	Volba cílů a jejich plnění	<i>Každý člověk má jiný cíl, vždycky ten aspekt je to, co ten pacient chce. Ne za každou cenu léčit, ale aby mi bylo dobře. Tak vstupně, když jsme u onkologických, tak cíl formuluje onkolog a pak další cíl si může vytyčit ten pacient. Při tvorbě cíle by se měl podílet celý tým. Nezbytné pro dosažení cíle je, když se najdou dobří lidi, v dobrou dobu, na správném místě.</i>
	Plán péče	<i>Výstupem našeho paliativního zásahu u pacienta by měl být plán péče, vždycky. Určitě tam přispívají všichni a do toho plánu péče může kdokoliv zasáhnout. Nejčastěji to potom jakoby kontroluje ten lékař toho týmu. Na konci propouštěcí zprávy je vlastně jakoby ten plán péče ošetřujícího lékaře. Kontrola probíhá tím, že to třeba některé hospice hlásí. Občas ta kontrola přijde tak, že se ten člověk tady znovu ukáže. Někdy ta kontrola není. Jo anebo někdy zavolá rodina, poděkuje, takže to už je individuální. Nemáme jednotnou kontrolu.</i>
P2	Význam paliativní péče	<i>Myslím si, že smyslem paliativní péče v onkologii je ten doprovod, to smíření a důstojné podmínky pro umírání.</i>
	Volba cílů a jejich plnění	<i>Aspektem pro volbu v podstatě je ten stav pacienta, i diagnóza, individuální potřeby. Zajistit, aby umíral v minimální bolesti, nebo nejlépe v žádné. Potom zajistit i ten sociální aspekt, aby se rozloučil s rodinou. Myslet i na ty spirituální cíle. Nezbytná je určitě dobrá komunikace, takový i schopný zdravotnický personál, empatický a altruistický přístup té sestry. Najít si tu důvěru. Takové ty hlavní cíle a plán si myslím, že</i>

		<i>formuluje ten paliativní tým, ale takové ty malé cíle, dennodenní cíle každá sestra, každý lékař, každá sanitářka. Někdy si ty cíle formuluje i sám pacient.</i>
	Plán péče	<i>Takže myslím si, že tady je celá škála toho zdravotnického personálu ve spolupráci s pacientem. Musí to být v kooperaci. Je dobré pacienta dát na samostatný pokoj. Zajistit polohování, krmení i umývání, hygiena pacientů, podání analgetik. Kontrola plnění plánu je věc staničního, lékaře, případně vrchní sestry, hodně přes dokumentaci. I ta služba po službě to pozná, jestli to bylo splněno.</i>
P3	Význam paliativní péče	<i>Tak hlavním smyslem je pomoci mu překonat ty, vlastně ty poslední chvíle života, v co nejlepší kvalitě.</i>
	Volba cílů a jejich plnění	<i>Pro vytyčení cílů je vždycky nejdůležitější to, co sám pacient chce. Jde o aspekty jak fyzikální, tak i psychické, sociální a spirituální. Když jich chceme dosáhnout, tak musí být především prostředky a čas, dostatek ochotného personálu a taky musí být spolupracující ta rodina i pacient. Ten cíl formuluje asi někdo z toho paliativního týmu, na základě shody v té rodině a s pacientem.</i>
	Plán péče	<i>Podílí se celý ten multidisciplinární tým. Všichni, kteří o něj pečují, tak se můžou a mají vyjadřovat k tomu, co by mělo být pro pacienta prospěšné. Pak se to musí v souladu s přáním toho pacienta zrealizovat. Kontrola probíhá průběžně. Myslím, že každá interakce s tím pacientem je vlastně kontrolou. Celý ten ošetřovatelský proces je o tom, že něco děláme, a to průběžně vyhodnocuje.</i>
P4	Význam paliativní péče	<i>Hlavní smysl je zachování kvalityžití, i když je to v období vlastně se závažnou nemocí. Naším velkým přáním je taky to, aby onkologičtí pacienti se k nám</i>

		<i>dostávali včas, což se nám zatím neděje. Mnohdy se nám dostávají opravdu úplně na sklonku žití.</i>
	Volba cílů a jejich plnění	<i>Jsou to především aspekty fyzikální, psychické, sociální a spirituální. Za nezbytné považují včasnou komunikaci. Hodně tyto věci řešíme spíše po lékařské linii a pak následně podle potřeby pacienta k tomu přistupují další obory. V podstatě, aby ten člověk měl s tou závažnou nemocí to, v čem je mu dobře.</i>
	Plán péče	<i>Je to na základě naší intervence. Každý z nás u pacienta má mnohdy k tomu co říct, tak se to skloubí. Ve finále ten plán péče ale uzavírá lékař. Kontrola u nás, v našich podmínkách, je trochu složitější. Pro nás jako kontrola plnění plánu je v podstatě zpětná vazba z terénu. I rodina a pacient nám mnohdy dává zpětnou vazbu.</i>

Komentář: Z odpovědí participantů je patrné, že hlavním smyslem paliativní péče v onkologii je zajistit nejvyšší možnou kvalitu života, což je také univerzální cíl. P2 považuje za důležité zajistit doprovod a důstojné podmínky. P1 a P4 zdůrazňují důležitost časného zařazování pacientů a vyslovují přání dostávat pacienty do péče včas. Aspektem pro vytyčení cílů je to, co si daný pacient přeje, a to ve všech oblastech. Tuto skutečnost udávají shodně všichni dotazovaní. P2 zmiňuje jako další aspekt stav pacienta a diagnózu. Na tvorbě cílů se podílí celý multidisciplinární tým i pacient sám, uvádí všichni. Z odpovědi P1 vyplynula důležitost souhry několika složek, a to dobrých lidí, na správném místě, ve správný čas, aby došlo ke splnění cíle. P2 vyzdvihuje podstatnost důvěry, schopností personálu a komunikace. K důležitosti komunikace se přiklání i P4. P3 pro dosažení cílů potřebuje prostředky, čas, ochotný personál a spolupracujícího pacienta s rodinou. Na tvorbě plánu péče se podílí všichni, uvádí participant, ale kontrolu provádí lékař, tvrdí P1 a P4. Z odpovědi P1 vyplynulo, že jsou od sebe odděleny plány onkologického oddělení a paliativního týmu, co se týče formulace, jinak by se měly prolínat. Práci při plnění plánu nám ulehčí uložení pacienta na samostatný pokoj, říká P2 a následně se zajišťují potřebné intervence. S tím se ztotožňuje i P3 a P4. Kontrola plnění probíhá, když to ostatní zařízení jako jsou např. hospice hlásí, uvádí P1 a P4. Není ideální, když se pacient vrátí do nemocnice a v plánu bylo, že zůstane doma či v zařízení a nebude hospitalizován, ale i tímto způsobem dochází ke kontrole, udává P1. Jinak lze kontrolovat na základě zpětné vazby a interakce,

říká P1, P3 a P4. P1 přiznává, že občas kontrola není, protože podmínky jsou složité, souhlasí P4. P2 se přiklání k názoru, že kontrolu provádí nadřízený jako staniční či vrchní sestra a lékař. Lze to poznat i po službě, jak práce byla odvedena, dodává P2.

Shrnutí: Cílem paliativní péče je zlepšit kvalitu života, a to lze aplikovat u všech pacientů. Aby se pacient měl dobře i přesto, že trpí vážnou nemocí. Nebyl omezen nepříjemnými symptomy. Ideální by bylo, kdyby přibývalo případů časně paliativní péče. Mnohdy jsou onkologičtí pacienti součástí pouze paliativní péče pozdní, kdy přichází o mnohé benefity. Někdy jsou nesmyslně léčeni na úkor jejich kvality života. Multidisciplinární tým doprovází klienty a jejich rodiny v závěru života, usiluje o klidně prožitý zbytek času bez bolesti a jiných obtíží. Cíle jsou zvoleny na základě přání a individuálních potřeb pacienta. Pohlíží se při tom na zdravotní stav, na aspekty fyzické, psychické, sociální a duchovní. Díky schopnému multidisciplinárnímu týmu, včasné a dobré komunikaci, prostředkům a času, probíhá plnění vytyčených cílů, které formulují členové společně s klientem a rodinou. Častým požadavkem klientů je dostat se domů za rodinou, anebo chtějí být přemístěni do jiného zařízení. S tím personál pracuje a snaží se o realizaci důstojných podmínek. Na základě zvolených cílů dochází k formulaci plánu péče. Tvorbou plánu se zabývají všichni členové, ale vyhotovuje jej lékař. Onkologické oddělení má svůj plán péče a podpůrný, paliativní tým taktéž. Tyto plány se společně prolínají a po vzájemné domluvě by onkolog měl akceptovat zvolený postup paliativním týmem. Kontrola plnění plánu probíhá průběžně. To však není ve všech případech možné. Mnohdy personál po přeložení pacienta ztrácí přehled o průběhu péče. Některé organizace průběh péče hlásí, ale není to jejich povinností. V ojedinělejších případech s informacemi přichází rodina osobně, nebo telefonicky. Když pacient zůstává hospitalizován v nemocničním zařízení, kontrola probíhá na základě dotazování pacienta a vedením dokumentace. Pacientovi je poskytnuta potřebná péče a personál provádí intervence tak, aby postupně plnil plán péče. Podílí se na tom sestry, sanitáři, lékaři, psycholog, sociální pracovník, kaplani, nutriční terapeut, fyzioterapeuti a další.

- **VO 3: Jak probíhá předávání informací mezi zdravotnickými pracovníky onkologického oddělení a podpůrného a paliativního týmu?**

K výzkumné otázce směřovaly otázky 13–23.

Kategorie:

- **Sdílení informací**

V této kategorii jsme se zaměřili na způsob předávání informací a typy pro zefektivnění.

- **Aktuální spolupráce a komunikace**

Participantů bylo v této kategorii dotazováno na aktuální spolupráci mezi onkologickým oddělením a podpůrným, paliativním týmem. Měli jsme potřebu zjistit, zda probíhají pravidelné schůzky, kdo se podílí na vzájemné komunikaci a jak se při samotné komunikaci členové cítí. V neposlední řadě byly zmapovány překážky spolupráce a navrženy možnosti, jak je odstranit.

- **Přínos**

Tato kategorie zjišťuje, jak spolupráce přispívá ke zdokonalení poskytované péče a co je přínosem pro onkologického pacienta.

Tabulka 5 Komunikace a spolupráce

Participantů	Kategorie	Odpovědi
P1	Sdílení informací	<i>Jednak ústně, máme každý den ráno schůzku, kde se všichni aktuální pacienti probírají. Pak všichni píšou do jednoho systému čili já se podívám, co tam píše psycholog, psycholog se podívá, co tam píše já. Máme přístup do našich záznamů. Dřív jsme si psali e-maily.</i>
	Aktuální spolupráce a komunikace	<i>Spolupráce je postupně se zlepšující. Pořád ještě bojujeme na hraně toho, že 90 % pacientů je jenom pozdní paliativní péče, terminální, ale už se objeví těch 10 % i té časné. Párkrát jsme byli účastni jejich schůzky, kdy jsme se jim snažili jako nabízet, ale oni jsou jednak vytížení, takže úplně nemají zájem a není tam zatím v tenhle okamžik nikdo tak vyloženě pro paliativní, že by třeba měl zájem, že by třeba chodil na naše schůzky. Takže nemáme pravidelné schůzky, nemáme žádné bohužel. Jako všude jinde se ale cítíme dobře, samozřejmě.</i>

		<i>Komunikujeme na osobní úrovni bez problémů. Já, když tam jdu, tak první jdu za lékařem a na sesternu, ptám se sestřiček, jak ony to vidí, pak jdu za pacientem. Překážkou je čas, jednoznačně čas. Potřebujeme, aby nás bylo víc. Možná kdybychom se oddělili a byli jenom samostatní, tak by to asi bylo lepší pro nás.</i>
	Přínos	<i>Konkrétně pro jednoho pacienta bylo nesmírně významné, aby šel umřít domů a podařilo se nám ho dostat domů a celá rodina to hodnotila hrozně dobře.</i>
P2	Sdílení informací	<i>Funguje předávání hlášení, jak elektronická forma, tak ta stará, dobrá ústní forma. Máme nástěnku, tam jsou jména, vyšetření, návštěvy povoleny, zájem o nemocničního kaplana, sociální šetření zajistit. Ano, i tímto způsobem si předáváme.</i>
	Aktuální spolupráce a komunikace	<i>Já osobně myslím, že s paliativním týmem ta spolupráce je výborná. Oni přijdou brzo a mluví s tím pacientem o jeho potřebách. Myslím si, že je důležité, oni sami chtějí spolupracovat a my s nimi taky chceme spolupracovat. Na sesterně hodně, hodně komunikujeme o pacientech. Opravdu si ten člověk čas na to udělá. Bohužel to nejde zformulovat tak, v rámci i práce lékaře, že by u té společné schůzky byl i lékař. Nakonec jdou ještě teda za lékařem. Myslím si, že jsme na jedné lodi. Překážka je takový ten nemocniční shon. Pomohlo by navýšit počet personálu a zlepšit organizaci práce.</i>
	Přínos	<i>Je to obrovský krok dopředu v té spirituální péči.</i>
P3	Sdílení informací	<i>Informace jsou předávány na ranním hlášení, i na večerním. To si předává ošetrovatelský personál s tím, že průběžně informuje lékaře o stavu</i>

		<i>pacienta a vlastně na každé vizitě se průběžně hodnotí a řeší, co s pacientem dál. Hlášení si předáváme i v rámci počítačového programu, případně jedná-li se o něco mimořádného, tak používáme nějaké vzkazy na lepících lístečkách anebo kolikrát si i telefonujeme. Máme i tabuli.</i>
	Aktuální spolupráce a komunikace	<i>Spolupráce funguje velice dobře. Paliativní tým, když je zavoláme, chodí vždycky, vždycky ten den. Pokaždé, když přijdou, tak do té interakce vstupujeme dohromady. Vždycky se ptají staniční sestry, ptají se ošetřující sestry a lékaře. Celý ten tým je k dispozici. Při komunikaci se cítím vždycky dobře. Překážkou je časová tíseň. Překážka časová by se dala odstranit dostatkem personálu, ale to asi je utopie, takový přebytek personálu.</i>
	Přínos	<i>Mám spoustu příběhů, o situacích, kdy pacient se ráno dozvěděl na vizitě, že aktivní léčba je ukončena, byl aktivován paliativní tým a ten pacient byl ještě ten den doma, ačkoli byl třeba v těžkém stavu po operaci.</i>
P4	Sdílení informací	<i>Každé ráno u nás probíhá schůzka v podstatě multidisciplinárního týmu. Skutečně jsou tam úplně všechny obory. Ještě na to máme i takovou písemnou formu. Když je potřeba, tak máme i skupinu paliativní založenou.</i>
	Aktuální spolupráce a komunikace	<i>Troufám si říct, že ta spolupráce je hezká. Jediná věc, co bych vytkla a co mě hodně mrzí je to, že dostáváme pacienty mnohdy pozdě. Ze začátku byla snaha, abychom chodili na vizity, na onkologii, ale i časově, a tak trošku i z lidského hlediska, myslím si, že to nebylo bráno úplně vstřícně a takto typické schůzky, že by probíhaly, nejsou. Což by možná bylo s výhodou. Už od nás ty návrhy kolikrát padly.</i>

		<i>Nejčastěji informace máme od ošetrující sestřičky a jsou to i ty staniční sestry, lékaři. Pro mě je to příjemné. Je to oddělení, kam velmi ráda chodím. Myslím si, že tady ty mezilidské vztahy, i profesní máme navázané za tu dobu hezké. Ty překážky spolupráce jsou, příčinou si myslím, že je vytiženost personálu. Při všech možných variantách, které nás napadaly, tak jsme vyhodnotili, že je to v tuto chvíli nereálné.</i>
	Přínos	<i>Hlavní přínos pro pacienta je ten benefit, ten komfort v jeho žití.</i>

Komentář: P1 a P4 jsou účastní ranních schůzek, kde si paliativní tým předává informace. Předávání probíhá ústní formou, ale i písemnou v nemocničním informačním systému, uvádí P1 a P4. Dříve si psali emaily, říká P1. Nyní mají skupinu na dopisování, dodává P4. Na onkologickém oddělení probíhá předávání informací na ranním a večerním hlášení – jedná se o ústní formu, shoduje se P2 a P3. Stejně tak jako P1 a P4 si informace P2 a P3 předávají písemnou formou v elektronickém systému. Předávání informací zefektivňují díky nástěnce, prezentují P2 a P3. P3 uvádí, že informace si předávají i v průběhu dne s lékařem, i na vizitě. Pomůckou jsou lepící lístečky, na které píše vzkazy a telefonují si, dodává P3. P1 a P4 spolupráci považují za postupně se zlepšující, ale stále bojují s pozdním zařazováním pacientů. Zatímco P2 a P3 považují spolupráci za výbornou, jelikož členové paliativního týmu přijdou vždy včas a postarají se o pacienta. P2 zdůrazňuje důležitost, že vzájemně oba týmy spolu chtějí spolupracovat. V minulosti P1 a P4 nabízeli společné schůzky onkologickému oddělení, ale vnímali nezájem z jejich strany. Tudíž aktuálně se žádné společné schůzky nekonají, shodují se P1, P3 a P4. Při spolupráci se ale všichni účastníci cítí dobře a komunikují bez problémů. P1 a P4 před samotným konziliem, jdou za sestrami a lékařem pro podrobnější informace a toto předání neprobíhá zároveň, uvádí také P2 a P3. Překážku shledali všichni účastníci stejnou, a to vytiženost personálu, kvůli nedostatku času. P1 uvádí návrh na odstranění překážky navýšením počtu personálu, stejně jako P2 a P3. Pomohlo by zaměření pouze na samotnou paliativu, tvrdí P1. P2 souhlasí s tím, že by mohla pomoci lepší organizace práce, P4 připadá zlepšení spolupráce téměř nereálné. Přínosem je benefit pro pacienta v naplnění potřeb a na tom se shodli všichni účastníci.

Shrnutí: Informace si členové jak onkologického oddělení, tak i podpůrného a paliativního týmu předávají ústně i písemně. Paliativní tým má každý den ráno schůzku, během které si vymění informace o aktuálních pacientech všichni členové týmu, kteří u pacienta zasahovali. Získané údaje také zaznamenávají elektronicky a mají vzájemný přístup do svých záznamů. Ošetřující personál onkologického oddělení si informace sděluje během ranního a večerního hlášení. Také ale papírovou dokumentací a elektronicky v počítačovém programu. Vedou si nástěnku se jmény pacientů, nadcházejícími vyšetřeními, konzilií a mimořádně používají i vzkazy na lepících lístečcích a volají si. Průběžně informují lékaře a důležité věci jsou probrány s pacientem na vizitě. Spolupráci mezi těmito dvěma odděleními vnímají jinak členové onkologického oddělení a odlišně paliativní tým. Personál onkologického oddělení uvádí, že spolupráce je výborná. Kdykoliv si vyžádají pomoc paliativního týmu, jeho členové bez časové prodlevy přijdou. Svoji práci odvádějí velice kvalitně a efektivně. Paliativní tým si na spolupráci nestěžuje. S onkologickým oddělením spolupracují rádi a domnívají se, že se spolupráce dokonce zlepšuje. Uvádějí ale, že by si určité věci představovali jinak. Byli by rádi, kdyby s onkologickým oddělením probíhaly pravidelné schůzky, které by zefektivnily poskytovanou péči. Když paliativní tým v nemocnici začínal, účastnil se schůzek na onkologickém oddělení a docházel i na jejich vizity a nabízel pravidelná setkání. Ze strany personálu onkologického oddělení vnímali časové omezení, a neprojevíli příliš velký zájem. Proto v současné době pravidelné schůzky neprobíhají a komunikují spolu pouze po příchodu paliativního týmu na onkologické oddělení, před samotným konziliem. Problémem je i to, že mezi paliativním týmem, lékařem a sestrami z oddělení neprobíhá předání informací zároveň. Členové podpůrného, paliativního týmu komunikují s každým zvlášť. S lékaři, s ošetřujícími sestrami, staniční sestrou a následně po tom, co získají potřebné informace, jdou za pacientem. Také je velkým přáním paliativního týmu, aby pacienti dostávali do péče včas, což se moc často neděje. Jinak komunikace mezi nimi probíhá bez problémů a při spolupráci se obě strany cítí dobře. Mají k sobě vzájemný respekt a za tu dobu už si vytvořili hezký vztah. Mohlo by dojít ke zlepšení spolupráce, avšak v tom jim brání překážka, kterou všichni participanti vnímají jako aktuální a tou je časová tíseň. Zejména personál onkologického oddělení je vytížený, nemá čas věnovat více energie paliativní péči. Uvedená překážka je z pohledu všech těžce odstranitelná. Pomohlo by snad jen navýšit počet personálu a lépe si práci zorganizovat. Někdy ovšem ale ani to nepomůže, když přijde nečekaná situace. Ze strany paliativního týmu by pomohlo, kdyby se zaměstnanci věnovali pouze samotné paliativě a neangažovali se na jiných místech tak, jak je tomu ve většině případů. I když spolupráce není vždycky dokonalá,

vzešlo z ní už mnoho dobrého. Jedná se např. o případy, kdy se pacienty podařilo dostat domů, dle jejich přání a snížil se počet pacientů umírajících v nemocnici. Je zmíněna situace, kdy díky nemocničním kaplanům skvěle funguje duchovní péče a jsou naplněny spirituální potřeby pacientů.

Nespočet pacientů již okusilo plody spolupráce onkologického oddělení a paliativního týmu. Mnoha klientům, kteří už mezi námi nejsou, pomohli dosáhnout smíření, klidu a důstojných podmínek před jejich koncem. Rodinám byli nápomocni v tom, aby si stihli říct nevyřčené a posílili vzájemné pouto. Pacientům, kteří právě z jejich spolupráce těží, poskytují tu nejlepší péči a pomáhají dospět k nejvyšší možné kvalitě života. Zaměstnanci se od sebe vzájemně učí a v budoucnosti se tyto dva obory rozrostou ještě více, jelikož potřeba obou směrů neustále stoupá.

6 DISKUSE

Tato práce zkoumala spolupráci onkologického oddělení s podpůrným a paliativním týmem. Před zpracováním teoretické části byla nastudována odborná literatura a provedena rekognoskace terénu. Na tematiku paliativní péče jsou zpracovány mnohé, kvalitní práce. Jedna z nich je od autorky Hany Prochové (2020), která se zabývala znalostmi sester v této oblasti. V paliativní péči je mnoho směrů, kterým se lze věnovat, a proto jsou akademické práce na zmiňované téma opravdu různorodé. Jelikož nebyla nalezena žádná se zaměřením na spolupráci mezi podpůrným a paliativním týmem a onkologickým oddělením, rozhodla se autorka práce na toto téma zrealizovat výzkum.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že o vhodnosti zařazení pacienta do paliativní péče rozhodne ošetřující lékař a s tím se shoduje i Bužgová (2015). Podnět k zařazení dává většinou lékař, ale může vznést požadavek i sestra, rodina a samotný pacient. Po tom, co se pacient dostane do péče podpůrného a paliativního týmu, přichází nejčastěji sestra paliativního týmu provést vstupní pohovor. Zbytek péče se odvíjí od aktuální situace a individuálních potřeb. Na základě získaných informací přichází další členové týmu a tuto skutečnost zaznamenala i autorka Helena Křížová (2022) ve své bakalářské práci s názvem Přínos paliativních týmů pro zdravotnická zařízení. Všichni participanti považují za cíl paliativní péče zajistit nejvyšší možnou kvalitu života onkologického pacienta. Multidisciplinární tým se podílí na formulaci cílů. Na základě toho dochází k vyhotovení plánu péče lékařem, ovšem na jeho tvorbě pracuje více členů, kteří o pacienta pečují. Vzhledem k získaným výsledkům práce by bylo záhodno zdokonalit spolupráci mezi onkologickým oddělením a podpůrným a paliativním týmem. Z osobního pocitu autorka situaci vnímala tak, že personál onkologického oddělení je se spoluprací spokojený a nic by na ní neměnil, jelikož vždy, když potřebují, je o pacienta dobře a včas postaráno. Zato členové podpůrného a paliativního týmu by spolupráci chtěli zdokonalit v tom smyslu, aby se konaly pravidelné schůzky, které by jim pomohly získat cenné informace o pacientech a větší přehled. Taktéž je jejich velkým přáním pacienty dostávat již do časné paliativní péče. Získané informace ale naznačují, že vztahy mezi těmito odděleními jsou nekonfliktní v profesní i osobní rovině a předávání informací probíhá ústní i písemnou formou bez problémů.

Jak uvádí Sláma a kol. (2022), tak i autorka práce se ztotožňuje s tím, že aby byla péče poskytována kvalitně, musejí zdravotničtí pracovníci rozpoznat pacienty, kteří paliativní

péči potřebují a bude pro ně přínosem. Taktéž Kabelka (2018) se přidává ke stejnému názoru a vyzdvihuje důležitost časně paliativní péče, která pacientům poskytuje vyšší komfort.

Péče o onkologické pacienty by bez paliativní péče nebyla tak efektivní a kvalita života pacientů s nádorovým onemocněním by byla výrazně nižší. Výsledkem kvalitní spolupráce jsou spokojení klienti s naplněnými potřebami ve všech oblastech a tišenými symptomy. Proto je důležité si uvědomit, že spolupráce je klíčovým prvkem poskytování komplexní péče a přináší řadu výhod pro pacienty, zdravotnický personál a celý systém zdravotní péče. S tímto názorem se shoduje i Křížová (2022) po realizaci jejího výzkumu.

Výsledky mohly být ovlivněny nervozitou participantů při nahrávání rozhovoru. Nevýhodou výzkumu je jeho těžká zobecnitelnost. Výsledky jsou platné pro uvedené nemocniční zařízení, situace však nemusí být stejná v jiné instituci.

Pomocí výzkumu došlo k objevení překážek a nesrovnalostí vzájemné kooperace, které se nyní tyto dvě oddělení můžou pokusit společně eliminovat.

Doporučení pro praxi:

Organizace práce

- Zavést pravidelné schůzky onkologického oddělení s podpurným a paliativním týmem. Z důvodu časové tísně není možné schůzky pořádat každý den. Je zapotřebí pokusit se vymezit časový prostor alespoň dvakrát týdně.
- Rozdělit ošetrovatelské činnosti mezi více členů zdravotnického personálu, dle jejich kompetencí a snížit tak časové vytížení zaměstnanců.

Vzdělávání

- Edukovat personál o smyslu paliativní péče a samotném průběhu. Z důvodu nedostatečných znalostí personál nedává podnět k zařazení pacienta včas. Mnohé sestry ani netuší, že by impuls k zařazení pacienta do paliativní péče mohly lékaři předat a pomoci tak k zavedení časně paliativní péče.
- Zvýšit informovanost a zájem personálu onkologického oddělení o paliativní péči. Navrhnout a doporučit účast na konferencích, seminářích i přednáškách, které pořádá podpurný a paliativní tým jak v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. ve Zlíně (pavilon 1 neboli U 14 Centrum pro praktickou výuku zdravotnických oborů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně), tak i na jiných místech, jako je Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Zlín a Velkokavárna Gulliver. Taktéž je možnost účastnit se dne otevřených dveří na 10. pavilonu v KNTB a workshopů.

- Vzdělávat se celoživotně a číst odbornou literaturu z oblasti onkologie a paliativní péče. Využívat nemocniční knihovnu a vzdělávací kurzy v portálu zaměstnanců.
- Absolvovat stáž či praxi, ze strany sester, v podpůrném a paliativním týmu i na onkologickém oddělení.
- Realizovat supervizi zaměstnanců a klást důraz na prevenci syndromu vyhoření.

Dokumentace

- Zvolit srozumitelný nástroj k rozpoznání vhodných pacientů do paliativní péče (např. dotazníky NECPAL a SPICT) a zařadit do intervencí hodnotící škály, které pomůžou zmapovat obtěžující symptomy. Pracovat řádně s papírovou i elektronickou dokumentací pacienta.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat spolupráci multidisciplinárního týmu onkologického oddělení s podpůrným a paliativním týmem.

Teoretická část se zabývala onkologickým pracovištěm a samotným pacientem. Komunikací s ním a jeho rodinou, péčí o symptomy a zajištěním potřeb. Zaměřovala se zejména na význam paliativní péče, rozdělení, cíle, historii a budoucnost. Jsou uvedeni členové podpůrného a paliativního týmu, náplň jejich práce a role všeobecné sestry v onkologii i paliativní péči. Lze konstatovat, že paliativní péče v onkologii spočívá především v poskytování symptomatické léčby, psychosociální i duchovní podpory, v zajištění potřeb a důstojných podmínek pacientům a jejich rodinám.

Praktická část práce byla vedena kvalitativní metodou. Informace byly získány technikou polostrukturovaných rozhovorů, které proběhly v období od února do března roku 2024. Získaná data byla analyzována technikou kódování. K hlavním výsledkům práce patří zjištění průběhu zařazení onkologického pacienta do paliativní péče, pochopení cílů paliativní péče a objevení úskalí probíhající spolupráce.

Všichni členové multidisciplinárního týmu se snaží zajistit nejvyšší možnou kvalitu života onkologického pacienta. Ze získaných informací byla zjištěna časová tíseň, znemožňující lepší spolupráci. Ze strany podpůrného a paliativního týmu vzešly požadavky na zlepšení, i když onkologické oddělení vnímalo spolupráci jako bezchybnou. Problémem je pozdní zařazování pacientů do paliativní péče a neprobíhající pravidelné schůzky, na kterých by docházelo k výměně cenných údajů o aktuálních pacientech. Navzdory některým výzvám, a to zejména vytíženosti personálu, byla dosažena řada úspěchů, především v uspokojování individuálních potřeb. Je zřejmé, že obě strany mají zájem o poskytování kvalitní péče pacientům a jejich rodinám. Dle našeho názoru byl cíl bakalářské práce splněn a došlo k zodpovězení stanovených výzkumných otázek.

Dobrá spolupráce a efektivní komunikace je nepostradatelnou částí kvalitně poskytované péče. Zlepšení této spolupráce na podkladě výše zmíněných doporučení by mohlo přispět k poskytování komplexnější péče onkologickým pacientům a vedlo by tím ke zvýšení kvality života v období těžké nemoci. Vzhledem k omezenému rozsahu této práce se nabízí prostor pro další výzkum, který by se zaměřil na konkrétní strategie a vhodné intervence ke zlepšení spolupráce a zajištění časně paliativní péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Z.; KREJČÍ, M.; VORLÍČEK, J. a kol., 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.

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

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [cit. 2024-02-24].

DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5706-3.

HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

JEDLIČKOVÁ, A., 2023. Etické aspekty paliativní péče. Online. *Praktický lékař*. Roč. 103, č. 3, s. 153-156. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2023-3-12/eticke-aspekty-paliativni-pece-135119>. [cit. 2024-01-15].

KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.

KISSANE, D. W.; BULTZ, B. D.; BUTOW, P. N.; BYLUND, C. L.; NOBLE, S. a kol., 2018. *Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. 2nd edition. United Kingdom: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-883201-0.

Kraj Vysočina, 2017. *Strategie rozvoje paliativní péče Kraje Vysočina do roku 2027*. Online. Dostupné z: <https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2022/12/RK-40-2022-18pr01.pdf>. [cit. 2024-04-15].

KRÁTKÁ, A. a ŠILHÁKOVÁ, G., 2008. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-726-2.

KŘÍŽOVÁ, H., 2022. *Přínos paliativních týmů pro zdravotnická zařízení*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Jitka Doležalová. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/omqpyh/>. [cit. 2024-03-26].

KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

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

MACMARTIN, M.; ZHANG, J. a BARNATO, A., 2024. The role of specialty palliative care interdisciplinary team members in acute care decision support: a qualitative study protocol. Online. *BMP Palliative Care*. Vol. 23, no. 5, s. 1-4. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01328-9>. [cit. 2024-01-14].

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

MZ ČR, 2021. *KVALIFIKAČNÍ STANDARD PŘÍPRAVY NA VÝKON ZDRAVOTNICKÉHO POVOLÁNÍ VŠEOBECNÁ SESTRA*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/prehled-kvalifikacnich-standardu/>. [cit. 2024-01-14].

MZ ČR, 2023. *OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V ONKOLOGII A HEMATOONKOLOGII vzdělávací program specializačního vzdělávání pro VŠEOBECNÉ SESTRY nebo DĚTSKÉ SESTRY*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-nlzp/>. [cit. 2024-01-14].

MZ ČR, 2019. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – DOMÁCÍ PÉČE A HOSPICOVÁ PÉČE*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-nlzp/>. [cit. 2024-01-14].

NCO NZO, © 2024. *SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PALIATIVNÍ PÉČI*. Online. NCONZO. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/specificka-osetrovatejska-pecce-v-paliativni-peci-820-202024>. [cit. 2024-02-25].

PROCHOVÁ, H., 2020. *Znalosti sester v oblasti paliativní péče na vybraných pracovištích FN Brno*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Jiřina Večeřová. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/qwkvb/Bakalarska_prace_Hana_Prochova.pdf. [cit. 2024-04-07].

SLÁMA, O.; KABELKA, L. a kol., 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.

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

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3242-3.

TOMÁŠEK, J. a kol., 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-88046-01-1.

VAŇÁSEK, J.; ČERMÁKOVÁ, K. a KOLÁŘOVÁ, I., 2013. *Paliativní péče v onkologii*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-586-1.

VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

WATSON, M.; CAMPBELL, R.; VALLATH, N.; WARD, S. a WELLS, J., 2019. *Oxford Handbook of Palliative Care*. 3rd edition. United Kingdom: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-874565-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020. *Palliative care*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. [cit. 2024-01-14].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
ARIM	Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
atd.	a tak dále
cit.	citováno
č.	číslo
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ELNEC	End Of Life Nursing Education Consortium
ESAS	Edmontonská škála hodnocení symptomů
IPOS	Integrated Palliative Outcome Scale
KNTB	Krajská nemocnice T. Bati
např.	například
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NECPAL	NECesidades PALiativas/Palliative Needs
P	participant
PPS	Paliativní škála funkční zdatnosti
s.	strana
Sb.	Sbírka zákonů
SPICT	Supportive and Palliative Indicators Tool
T	tazatel
tzv.	takzvaně
VO	Výzkumná otázka
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Participanti	48
Tabulka 2 Kategorie a kódy	50
Tabulka 3 Zařazení a indikace pacienta.....	52
Tabulka 4 Cíle paliativní péče	56
Tabulka 5 Komunikace a spolupráce.....	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Edmontonská škála hodnocení symptomů (ESAS)

Příloha P II: Paliativní škála funkční zdatnosti (PPS)

Příloha P III: § 66b vyhlášky č. 55/2011 Sb., v platném znění

Příloha P IV: § 67b vyhlášky č. 55/2011 Sb., v platném znění

Příloha P V: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Příloha P VI: Rozhovory

PŘÍLOHA P I: EDMONTONSKÁ ŠKÁLA HODNOCENÍ SYMPTOMŮ (ESAS)

Označte prosím číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak se cítíte právě NYNÍ:

Žádná bolest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší představitelná bolest
Žádná únava	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší představitelná únava
Žádná ospalost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší představitelná ospalost
Žádná nevolnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší představitelná nevolnost
Žádné nechutenství	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší představitelné nechutenství
Žádná dušnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší představitelná dušnost
Žádné deprese	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší představitelná deprese
Žádná úzkost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší představitelná úzkost
Maximální celková pohoda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Naprostá nepohoda
Další problémy (např. zácpa...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší představitelná
Závažnost symptomů	Nízká			Střední			Vysoká					

Celkové skóre ESAS=součet hodnot pro jednotlivé symptomy

Zdroj: vlastní zpracování (dle Sláma a kol., 2022, s. 28)

PŘÍLOHA P II: PALIATIVNÍ ŠKÁLA FUNKČNÍ ZDATNOSTI (PPS)

Tab. 2.6. Paliativní škála funkční zdatnosti (PPS)

PPS	Pohyblivost	Aktivita	Symptomy nemoci	Soběstačnost	Příjem potravy	Stav vědomí
100	Neomezená	Normální	Žádné	Plná	Normální	Normální
90	Neomezená	Normální	Mírné	Plná	Normální	Normální
80	Neomezená	Normální, vyžaduje úsilí	Mírné	Plná	Normální nebo snížená	Normální
70	Omezená	Neschopen zaměstnání/práce	Významné	Plná	Normální nebo snížená	Normální
60	Omezená	Neschopen práce/činnosti doma	Významné	Příležitostná pomoc nutná	Normální nebo snížená	Normální nebo zmatenost
50	Převážně leží nebo sedí	Neschopen žádné práce	Plně rozvinutá choroba	Častá pomoc nutná	Normální nebo snížená	Normální nebo zmatenost
40	Převážně na lůžku	Neschopen většiny činnosti	Plně rozvinutá choroba	Nutná pomoc s většinou činnosti	Normální nebo snížená	Normální nebo spavost ± zmatenost
30	Trvale na lůžku	Neschopen žádné činnosti	Plně rozvinutá choroba	Úplná neso-běstačnost	Snížená	Normální nebo spavost ± zmatenost
20	Trvale na lůžku	Neschopen žádné činnosti	Plně rozvinutá choroba	Úplná neso-běstačnost	Srkání tekutin	Normální nebo spavost ± zmatenost
10	Trvale na lůžku	Neschopen žádné činnosti	Plně rozvinutá choroba	Úplná neso-běstačnost	Jen zvlhčování úst	Spavost nebo bezvědomí ± zmatenost
0	Smrt	-	-	-	-	-

Zdroj: (Sláma a kol., 2022, s. 30)

PŘÍLOHA P III: § 66B VYHLÁŠKY Č. 55/2011 SB., V PLATNÉM ZNĚNÍ

§ 66b

Sestra pro domácí a hospicovou péči

Sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává činnosti podle § 54 při poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče pacientovi ve vlastním sociálním prostředí nebo ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, kde je poskytována paliativní péče. Dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

- 1.** zjišťovat zdravotní a sociální situaci pacienta a osob blízkých ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům a následnému zajištění zdravotní a sociální péče,
- 2.** plánovat obsah, rozsah a časovou náročnost ošetrovatelské péče a vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče,
- 3.** edukovat pacienta a jeho osoby blízké v oblastech prevence onemocnění, přitom zejména spolupracovat s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, nutričním terapeutem, zdravotně-sociálním pracovníkem a sociálním pracovníkem,
- 4.** vyhotovovat plán ošetrovatelské paliativní péče ve spolupráci s pacientem a osobami jemu blízkými,
- 5.** pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
- 6.** pečovat o pacienta na domácí plicní ventilaci, včetně obsluhy zdravotnických prostředků, vyhodnocení ventilačních parametrů, výměny tracheostomické kanyly při komplikacích, provádět poučení pacienta a jím určených osob o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků,
- 7.** hodnotit a ošetrovat nehojící se rány,
- 8.** zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
- 9.** podávat očistné klyzma nebo provádět manuální vybavení stolice u pacienta staršího 15 let věku,
- 10.** aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci 20% glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií, včetně zavedení periferního žilního katetru,
- 11.** provádět výměnu močového katetru mužů a chlapců starších 15 let věku,

12. doporučovat pacienty do péče jiných poskytovatelů zdravotních služeb;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádět činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče. Přitom zejména může

- 1.** zavádět a ukončovat domácí péči, včetně její administrace,
- 2.** podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru,
- 3.** zavádět Huberovu jehlu do implantovaného portového katetru a provádět její odstranění,
- 4.** vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,
- 5.** provádět dialýzu u pacienta s chronickým selháváním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,
- 6.** provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
- 7.** nastavovat ventilační parametry při poskytování domácí umělé plicní ventilace,
- 8.** provádět katetrizaci močového měchýře mužů a chlapců starších 15 let věku.

Zdroj: (Česko, 2011)

PŘÍLOHA P IV: § 67B VYHLÁŠKY Č. 55/2011 SB., V PLATNÉM ZNĚNÍ

§ 67b

Sestra pro péči v onkologii a hematoonkologii

Sestra pro péči v onkologii a hematoonkologii vykonává činnosti podle § 54 při poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče dospělému pacientovi s onkologickým nebo hematologickým onemocněním. Dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře zejména

- 1.** vykonávat zdravotně výchovnou činnost v oblasti onkologické prevence, přitom spolupracovat s dalšími zdravotnickými pracovníky,
- 2.** vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče u pacienta s onkologickým a hematoonkologickým onemocněním,
- 3.** provádět poradenskou a dispenzární činnost v rozsahu své specializované způsobilosti, činnost zaměřenou na problematiku onkologického a hematoonkologického onemocnění,
- 4.** hodnotit a ošetřovat nehojící se rány,
- 5.** ošetřovat nechtěný únik cytostatika mimo cévy,
- 6.** hodnotit stav kůže, dutiny ústní a chrupu v souvislosti s plánovanou nebo prováděnou onkologickou léčbou a navrhnout opatření s možností indikace lokální léčby,
- 7.** hodnotit nutriční stav pacienta a navrhnout řešení, úpravu konzistence stravy a doplnění dalšího odborného nutričního poradenství,
- 8.** zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
- 9.** provádět činnosti při dekontaminaci pracoviště cytostatiky,
- 10.** vyhotovovat ošetrovatelský plán paliativní péče ve spolupráci s pacientem a osobami blízkými pacienta,
- 11.** vyhledávat aktuální potřeby pacienta a koordinovat týmovou spolupráci v péči o pacienta v terminálním stadiu,
- 12.** napomáhat adaptaci pacienta a jeho blízkých na změněné životní podmínky a podporovat zachování jejich fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit, v rozsahu své specializované způsobilosti poskytovat a zajišťovat psychosociální podporu,
- 13.** provádět nitrožilní aplikaci 20% glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií, včetně zavedení periferního žilního katetru;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádět činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména může

1. odvádět zvýšené množství volné tekutiny z dutiny břišní u pacientů se zavedeným permanentním peritoneálním katetrem,

2. podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru,

3. zavádět Huberovu jehlu do implantovaného portového katetru a provádět její odstranění,

4. vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,

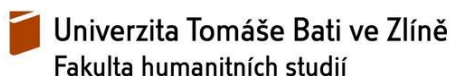
5. provádět odstranění centrálního žilního katetru,

6. koordinovat onkologickou léčbu;

c) pod odborným dohledem lékaře aplikovat transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady.

Zdroj: (Česko, 2011)

PŘÍLOHA P V: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU



INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Spolupráce onkologického oddělení s podpůrným a paliativním týmem

Řešitel projektu: Adéla Chovancová

Název pracoviště: Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

Vedoucí práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Cíl výzkumu: Popsat spolupráci multidisciplinárního týmu onkologického oddělení a podpůrného, paliativního týmu.

Popis výzkumu: Kvalitativní výzkum se uskuteční v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, v období od února do dubna roku 2024. Zkoumané osoby budou zapojeny do výzkumu prováděného technikou rozhovorů, které se uskuteční u participantů z onkologického oddělení na onkologickém oddělení Západ a u participantů z podpůrného, paliativního týmu na 10. pavilonu. Soubor otázek Vám bude poskytnut dopředu, abyste se na rozhovor mohl/a předem připravit. Pokud budete souhlasit, rozhovor bude nahráván na diktafon, pak přepsán, analyzován a upraven pro potřeby zpracování praktické části bakalářské práce. Předpokládaná délka trvání rozhovoru bude kolem 30 minut. Zapojení zkoumané osoby do výzkumu je dobrovolné a zkoumaná osoba má právo, kdykoliv bez udání důvodu výzkum opustit. Při zpracovávání výsledků výzkumu a jejich publikaci bude brán zřetel na ochranu osobních údajů a zachování anonymity zkoumaných osob tak, aby získané údaje byly chráněny před případným zneužitím dalšími osobami. Výsledky práce mohou sloužit k optimalizaci komunikace a ke zlepšení koordinace mezi více členy týmu.

.....
datum a podpis řešitele projektu

.....
datum a podpis vedoucího práce

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka:

PŘÍLOHA P VI: ROZHOVORY

Před samotným rozhovorem je vždy uvedena krátká charakteristika participantů, pro lepší orientaci. Účastníci výzkumu jsou označeni písmenem P, jako participant a číslem 1 až 4. Otázky kladené autorkou práce jsou uvedeny pod písmenem T, jako tazatel. Přímá řeč je označena kurzívou. Rozhovory uvádíme v upravené a zkrácené formě, v pořadí, v jakém byly realizovány.

Rozhovor s participantem P1

První rozhovor byl realizován s lékařkou podpůrného a paliativního týmu, která dlouhodobě působí na této pozici a je znalá dané tematiky. Rozhovor trval 26 minut.

T: Na základě jakých hodnotících faktorů se rozhodujete, zda je daný pacient vhodný pro paliativní péči?

P1: Rozhodnout by se měl ošetřující lékař, který zadává konzilium. Obecně funguje tzv. surprise question: *Překvapilo by Vás, kdyby tento pacient v následujícím týdnu, měsíci, roce zemřel?* Pokud si lékař na tuto otázku odpoví ne, každý takový pacient je vhodný do paliativní péče, jak už časně, tak pozdní.

T: Kdo dává podnět k zařazení pacienta do paliativní péče?

P1: Ošetřující lékař. I když paliativní tým osloví rodina, či samotný pacient, paliatr musí požádat ošetřujícího lékaře daného pacienta, aby zadal konzilium. Dokud není konzilium zadáno, členové paliativního týmu nemají přístup k datům pacienta.

T: Jaké následují kroky po zařazení pacienta do paliativní péče?

P1: Nejprve je zadáno konzilium, poté následuje vstupní vyšetření, které mapuje potřeby pacienta. Členové podpůrného a paliativního týmu jdou za ošetřujícím lékařem, sestrami, za pacientem a podle získaných informací provádí další kroky, shodně s potřebami pacienta. Probíhají pravidelné návštěvy různých členů, např. kaplana, sociálního pracovníka a dalších. Získaná data jsou zaznamenávána do nemocničního informačního systému. Nejčastěji se diskutují možnosti další péče a hledá se řešení obtěžujících symptomů, nejhojněji bolesti.

T: Jakou roli hraje samotný pacient a jeho rodina v tomto procesu a kdo s nimi vede prvotní rozhovor? Je při rozhovoru přítomná i sestra?

P1: Pacient je ten, který si určuje, jakou péči chce. Je dotazován, jaké informace o tom, co mu je už získal a jaká jsou jeho další přání. Může se jednat například o údaj, jestli si přeje jít

domů, chce návštěvy v nemocnici, či se touží dostat do jiného zařízení. Od pacienta si personál bere povolení a následně kontaktuje rodinu, s kterou probírá nadcházející péči. Probíhají rodinné konference a pacient určí, zda se jich chce účastnit. Tyto konference jsou realizovány na 10. pavilonu, anebo na pokoji pacienta, na onkologickém oddělení. Prvotní rozhovor provádí obvykle sestra paliativního týmu, anebo sestra a lékař současně, jelikož sestra pacientovi nemůže poskytnout veškeré informace.

T: *Co je podle Vás hlavním smyslem paliativní péče v onkologii?*

P1: Smyslem péče je zajistit co nejvyšší kvalitu života daného pacienta a časnou paliativní péči. *Čili pro mě je paliativní péče dobrý život s těžkou nemocí. Nejde o délku života, ale o to, jak s tou nemocí žiju.* Podle dostupných zdrojů je nejlepší, když má pacient dobře nastavenou paliativní péči už na začátku. *Správně by měla běžet ruku v ruce s onkologickou péčí.* Je tak zajištěna nejvyšší možná kvalita života a dost často i delší doba přežití. Zatím není mnoho případů časné paliativní péče, protože lékaři pacienta stále léčí, i když je to na úkor jeho kvality života a nenapadne je možnost zavedení paliativní péče.

T: *Jaké konkrétní aspekty jsou důležité pro vytyčení cílů?*

P1: Vždycky ten aspekt je to, co si pacient přeje.

T: *Co považujete za nezbytné pro dosažení stanovených cílů? Kdo cíl u konkrétního klienta formuluje a na základě čeho je vhodný cíl vytvořen?*

P1: Když se najdou dobří lidé, ve vhodnou dobu, na správném místě. U onkologických pacientů cíl vstupně formuluje onkolog, který má největší znalosti dané problematiky. Ví, jaké jsou možnosti a také pohlíží na přání a potřeby pacienta. Následně se na formulaci cílů podílí celý tým, i pacientovi blízcí. Členové paliativního týmu vyhotovují své plány péče a s těmi následně pacient odchází do jiných zařízení, domů anebo zůstává v nemocnici.

T: *Existuje univerzální cíl, kterého se snažíte u všech pacientů dosáhnout?*

P1: Zajistit co nejvyšší kvalitu života. Zabezpečit, aby se měl pacient co nejlépe.

T: *Jakým způsobem jsou cíle paliativní péče integrovány do konkrétního plánu péče, kdo se na tvorbě individuálního plánu péče podílí a následně jej aplikuje v praxi? Jak probíhá kontrola plnění plánu?*

P1: Dle přání pacienta a jeho blízkých, jsou zvoleny následující kroky plánu péče. Na formulaci plánu péče se podílí a přispívají do něj všichni, poté jeho formulaci upravuje lékař. Od ošetřujícího lékaře – onkologa je plán péče zaznamenán v propouštěcí zprávě. Členové

paliativního týmu si formulují svůj plán péče, do kterého onkolog nezasahuje, ale oba tyto plány jsou vyhotoveny a plněny na základě vzájemné domluvy. Jelikož onkolog zadal paliativní konzilium, respektuje potom domluvené kroky paliativním týmem. Kontrola plnění plánu ze strany paliativního týmu probíhá na základě dotazování pacienta, pokud zůstává v nemocničním zařízení. Jestliže je pacient přeložen do jiného zařízení, např. hospice, instituce nejsou povinné hlásit, jak péče o klienta pokračuje, takže kontrola plánu dále není možná. Pouze v případech, kdy s členy organizací jsou v kontaktu, anebo jsou také jejich součástí. V některých případech kontrola plánu proběhne tak, že se pacient vrátí do nemocnice, i když v plánu bylo, že zůstane v pobytovém zařízení. V tomto případě se zjistí, že plán péče splněn nebyl, jelikož péči o klienta v pobytovém zařízení nezvládali. Kontrola občas probíhá i způsobem telefonického kontaktu s rodinou.

T: Jak si všichni členové pečující o daného pacienta předávají informace? Existuje způsob, jakým zefektivňujete vzájemné předávání informací? Využíváte např. nějakých speciálních nástrojů?

P1: Informace si předávají ústně i písemně. Každý den ráno podpůrný a paliativní tým pořádá schůzku, kde si předávají zprávy o aktuálních pacientech všichni členové týmu. Informace se zaznamenávají i písemně do nemocničního informačního systému, kde provádí zápisy celý multidisciplinární tým a navzájem mají přístup do svých záznamů. Dříve předávání informací zefektivňovali psaním e-mailů mezi sebou, ale nyní je nejefektivnější schůzka a záznamy v elektronickém systému.

T: Jak byste popsala současnou úroveň spolupráce mezi onkologickým oddělením a podpůrným, paliativním týmem?

P1: *Postupně se zlepšující.* Paliativní tým vidí nepříznivost spolupráce v tom, že z 90 % se jedná o pozdní paliativní péči. Dostávají pacienty do péče pozdě. Nyní se procento časně paliativní péče začíná zvyšovat, díky podnětům sester a mladších lékařů, kteří prošli stáží v paliativní péči a uvědomují si, že jim paliativní tým může významně pomoci zkvalitnit poskytovanou péči.

T: Dochází k pravidelným setkáním a vzájemné komunikaci mezi pracovníky onkologického oddělení a členy podpůrného a paliativního týmu? Kdo se podílí na vzájemné komunikaci? Jak se cítíte při komunikaci s onkologickým oddělením?

P1: Bohužel nedochází k pravidelným setkáním. V minulosti byl paliativní tým účasten schůzek onkologického oddělení i vizit a nabízel vzájemná setkání, ale členové

onkologického oddělení neprojeví příliš velký zájem, z důvodu časové tísně. Vzájemná komunikace probíhá pouze před návštěvou pacienta na onkologickém oddělení, kdy komunikují jak s ošetřujícím lékařem, tak i se sestrami a následně s pacientem. Při komunikaci se členy onkologického oddělení se participantka cítí dobře a komunikace probíhá bez problémů.

T: Jsou podle Vás překážky spolupráce? Pokud ano, jaké? Jak by se vzniklé překážky daly odstranit?

P1: Jednoznačně se jedná o čas a tato překážka je těžce odstranitelná. Pomohlo by, kdyby bylo více personálu a také, kdyby se členové podpůrného a paliativního týmu věnovali pouze paliativní péči, avšak většina personálu pracuje i na jiném místě.

T: Můžete popsat konkrétní situaci, kdy spolupráce mezi onkologickým oddělením a paliativním týmem přinesla výrazné zlepšení výsledků péče o pacienta?

P1: Když se pacienta z onkologického oddělení podařilo dle jeho přání a přání rodiny dostat domů, i když jen na poslední dvě hodiny jeho života. Rodina následně tuto zkušenost hodnotila velmi kladně, jelikož si v závěru života jejich blízkého stihli říct vše podstatné.

Rozhovor s participantem P2

Druhým dotazovaným byl participant z onkologického oddělení, působící jako všeobecná sestra ve vedoucí pozici, která s paliativním týmem nejvíce komunikuje. Rozhovor s ním trval 65 minut.

T: Na základě jakých hodnotících faktorů se rozhodujete, zda je daný pacient vhodný pro paliativní péči?

P2: Při rozhodování je primární diagnóza pacienta. U diagnózy, která je závažná, by paliativní péče měla být stoprocentně zajištěna. Záleží také na smíření pacienta se situací, v které se nachází a také smíření jeho rodiny. Pokud se z psychologické stránky neztotožňují s tím, že pacient umírá, chtějí bojovat, často mají pocit, že paliativní péče není příhodnou variantou. Vhodným pacientem je také ten, který trpí silnými bolestmi, s kterými už si onkologové nevědí rady a nic nepomáhá. Situace u pacienta je komplikovaná.

T: Kdo dává podnět k zařazení pacienta do paliativní péče?

P2: Z 90 % podnět k zařazení dává lékař. Sestra jej může navést, ale záleží potom na lékaři, jak se rozhodne. Tento podnět může také dát pacientova rodina, ale i pacient samotný.

T: Jaké následují kroky po zařazení pacienta do paliativní péče?

P2: Lékař se radí s pacientem a s rodinou. Na základě toho vypíše paliativní konzilium. Sestra z onkologického oddělení konzilium nahlásí. Poté si zbytek přebírá paliativní tým, který přichází k pacientovi, projde si dokumentaci a komunikuje i s jeho rodinou.

T: Jakou roli hraje samotný pacient a jeho rodina v tomto procesu a kdo s nimi vede prvotní rozhovor? Je při rozhovoru přítomná i sestra?

P2: Pacient i rodina jsou účastni komunikace. Prvotní rozhovor s nimi vede lékař onkolog, před samotným zařazením do paliativní péče. Při tomto rozhovoru sestra onkologického oddělení přítomna není, pouze v případě, kdy by o to lékař zažádal, byli by potřeba svědci, či podobné, výjimečné situace. Při návštěvě paliativního týmu jsou prováděny prvotní rozhovory jejich sestrami.

T: Co je podle Vás hlavním smyslem paliativní péče v onkologii?

P2: Paliativní péče je nejen v onkologii velmi důležitá a stále je nedostatečně využít její potenciál. V mnoha případech by paliativní péče pacientovi pomohla jak s obtěžujícími symptomy, např. bolestí, tak i s umístěním do domácí péče či jiného zařízení. Ale lékaři pacienta stále léčí, i na úkor jeho kvality života. Pacient je zatěžován různými vyšetřeními a výkony, které mu již nezajišťují větší přínos. Participant spatřuje smysl paliativní péče v onkologii hlavně v doprovázení pacienta, před jeho smrtí. Zajistit mu důstojné podmínky a klidný odchod, pokud možno bez bolesti. Podstatné je také jeho smíření a rozloučení s rodinou.

T: Jaké konkrétní aspekty jsou důležité pro vytyčení cílů?

P2: Aspektem je stav pacienta a jeho diagnóza, jelikož cíle pacientů s odlišnými nádory se mohou různit. Při vytyčování cílů se pohlíží na individuální potřeby a je vhodné neopomíjet také potřeby spirituální. Nemocniční kaplani často dovedou pacienty ke smíření a jsou velkým přínosem. Pohlíží se tedy jak na fyzické aspekty (bolest, ...), tak i na aspekty psychické, sociální (pacient chce umírat doma, v hospici, ...) a spirituální.

T: Co považujete za nezbytné pro dosažení stanovených cílů? Kdo cíl u konkrétního klienta formuluje a na základě čeho je vhodný cíl vytvořen?

P2: Nezbytná je dobrá komunikace a schopný zdravotnický personál. Sestra by si měla zachovat empatický a altruistický přístup ke klientovi. Měla by vyslechnout jeho přání, pozorně monitorovat jeho potřeby a potřeby blízkých. Cílů bude snáze dosaženo, když si

sestra u klienta vybuduje důvěru a on s ní bude sdílet své pocity. Hlavní cíle paliativní péče si formulují členové paliativního týmu, např. nemocniční kaplan, sociální pracovník, psycholog, ale ty malé cíle každý lékař, každá sestra, každá sanitářka. Péče o pacienta musí probíhat ve vzájemné kooperaci multidisciplinárního týmu. Cíle si vlastně formuluje i sám pacient, který sdělí personálu, co si přeje a ten mu v tom rád pomůže.

T: Existuje univerzální cíl, kterého se snažíte u všech pacientů dosáhnout?

P2: Participant se dříve domníval, že cílem je, aby pacient zemřel doma v důstojných podmínkách. V některých případech se ale stane, že rodina péči doma nezvládá a tyto podmínky by nebyly důstojné. Proto nyní za cíl považuje zajistit důstojné podmínky ve zbývajícím životě, zvyšování kvality života pomocí mírnění nepříznivých symptomů, duchovní smíření a jiné. Zaopatřit pacientovo pohodlí, aby měl možnost rozloučit se s rodinou a dále dne individuálních potřeb.

T: Jakým způsobem jsou cíle paliativní péče integrovány do konkrétního plánu péče, kdo se na tvorbě individuálního plánu péče podílí a následně jej aplikuje v praxi? Jak probíhá kontrola plnění plánu?

P2: Situace se zjednoduší, když je pacient umístěn na samostatném pokoji, kdy jej rodina následně může neomezeně, po domluvě s lékařem, navštěvovat. Za pacientem poté nerušeně dochází blízcí, nemocniční kaplan a jiní. Dále sestra podává předepsanou medikaci a zajišťuje vše potřebné např. polohování, hygienu, krmení, rehabilitaci. I svou pouhou přítomností napomáhá pacientovi. Plán tedy aplikuje do praxe více členů, i sanitářka, samotná sestra a potřební členové. Na kontrolu plnění plánu dohlíží staniční sestra, vrchní sestra a lékař. Kontrolovat lze pomocí dokumentace, ale i pomocí více členů týmu, jelikož ostatní personál může následně objevit nějaké nesrovnalosti. Kontrola probíhá také doptáváním se konkrétního pacienta.

T: Jak si všichni členové pečující o daného pacienta předávají informace? Existuje způsob, jakým zefektivňujete vzájemné předávání informací? Využíváte např. nějakých speciálních nástrojů?

P2: Díky ústní formě a elektronické – písemné formě předání. Také díky dokumentaci, papírové formě, do které jsou provedené úkony zaznamenány. Předání proběhne i hodnocením odvedené práce spolupracovníky. Na onkologickém oddělení zefektivňují vzájemné předávání informací také nástěnkou, na které jsou uvedeni hospitalizovaní pacienti a očekávaná vyšetření či konzilia a podrobnější informace.

T: *Jak byste popsal současnou úroveň spolupráce mezi onkologickým oddělením a podpůrným, paliativním týmem?*

P2: *Spolupráce je výborná. Kdykoliv si onkologické oddělení vyžádá paliativní tým, ten bez prodlevy přijde. Komunikují s pacientem o jeho potřebách, i s nimi, aby si nejdříve zmapovali situaci. Duchovní i sociální péče je velice kvalitně zajištěna. Participant uvádí, že obě strany společně chtějí spolupracovat, a proto je situace v rovnováze.*

T: *Dochází k pravidelným setkáním a vzájemné komunikaci mezi pracovníky onkologického oddělení a členy podpůrného a paliativního týmu? Kdo se podílí na vzájemné komunikaci? Jak se cítíte při komunikaci s podpůrným, paliativním týmem?*

P2: Participant s podpůrným a paliativním týmem udržuje nadstandartní vztahy. Vzájemně komunikují na pracovně sester o stavu pacienta a jeho aktuální situaci. Participant se vždy snaží vyhradit si na členy týmu čas a věnovat se jim. Poté, co se člen paliativního týmu poptá ošetřujících sester, jde pro informace i k lékaři onkologického oddělení. Předání informací neprobíhá současně a nekonají se ani žádné schůzky. Informace jsou předány po příchodu jednotlivých členů na onkologické oddělení. Při komunikaci s podpůrným a paliativním týmem se cítí skvěle a vždy mu vyjdou vstříc. Líbí se mu, že projevují velký zájem o pacienta, jsou ochotní, mají komunikační schopnosti a myslí si, že jsou společně *na jedné lodi* a spolupráce funguje dobře.

T: *Jsou podle Vás překážky spolupráce? Pokud ano, jaké? Jak by se vzniklé překážky daly odstranit?*

P2: Je mnoho překážek, které by se mohly vyskytnout, ale naštěstí shledává dotazovaný překážku aktuálně akorát v nemocničním shonu. Jelikož paliativní tým má časový harmonogram během dne nastaven jinak než onkologické oddělení. Ať se zaměstnanci snaží sebe víc, nedaří se jim časovou tíseň odstranit. Pomohlo by jen navýšit počet personálu, a to není možné. I když se pracovníci snaží práci efektivně rozplánovat, mnohokrát jsou plány narušeny nečekanou situací.

T: *Můžete popsat konkrétní situaci, kdy spolupráce mezi onkologickým oddělením a paliativním týmem přinesla výrazné zlepšení výsledků péče o pacienta?*

P2: Od doby, kdy je v Krajské nemocnici T. Bati aktivní podpůrný a paliativní tým, pacienti méně umírají v nemocničním zařízení. Dotazovaný popisuje situaci, kdy pro pacienta sháněl kněze, volal na několik farností a nedovolal se pomoci. Avšak v současné době už tyto potíže řešit nemusí, jelikož součástí multidisciplinárního týmu jsou i nemocniční kaplani, kteří tuto

službu zajistí a péče o pacienty je tak zase o něco kvalitněji a efektivněji poskytnuta. *Je to obrovský krok vpřed.*

Rozhovor s participantem P3

Třetí rozhovor byl veden s všeobecnou sestrou pracující na onkologickém oddělení a mající zkušenosti z praxe. Rozhovor trval celkem 17 minut.

T: Na základě jakých hodnotících faktorů se rozhodujete, zda je daný pacient vhodný pro paliativní péči?

P3: Nejčastěji to bývá na základě ukončení aktivní onkologické terapie (např. chemoterapie, radioterapie, imunoterapie). Participantka se domnívá, že paliativní péče by měla být součástí již dříve, než skončí aktivní terapie. Také když pacient již další léčbu nechce absolvovat. U pacientů v paliativní péči se následně řeší jejich symptomy (např. nechutenství, problémy s výživou, bolesti, průjemy) a zvyšuje se kvalita zbývajících života.

T: Kdo dává podnět k zařazení pacienta do paliativní péče?

P3: Podnět jde nejčastěji od lékařů. Ale může se stát, že podnět dá i rodina, anebo samotný pacient. Také se v této oblasti může zapojit střední zdravotnický personál. Participantka však uvádí, že sama podnět zatím nikdy nedala.

T: Jaké následují kroky po zařazení pacienta do paliativní péče?

P3: To záleží na tom, jaký je stav pacienta a co si přeje jeho rodina. Odvíjí se to od toho, kolik daný pacient potřebuje péče. Pacient, který je v dobrém stavu, nepotřebuje paliativní péči tak intenzivní, a často o něj může být postaráno v domácích podmínkách. U pacienta se zajistí tišení bolesti analgetiky, další medikace, doplňky výživy a jiné. A jak potíží u pacienta přibývá, tak přibývá i intervencí ze strany personálu. Když se pacientův stav zhorší, může být krátce hospitalizován anebo stačí zajistit službu domácího hospice. Zároveň s touto péčí, běží psychologická podpora. V případě, že lékař uzná za vhodné, přijde za pacientem během hospitalizace paliativní tým. Ne u každého pacienta, který je paliativní, se aktivuje paliativní tým.

T: Jakou roli hraje samotný pacient a jeho rodina v tomto procesu a kdo s nimi vede prvotní rozhovor? Je při rozhovoru přítomná i sestra?

P3: Role pacienta a rodiny je klíčová. Přístup pacientů a rodiny je odlišný v tom, že někteří nechtějí spolupracovat a jsou pasivní. Jsou ale i pacienti a blízcí, kteří se chtějí podílet na

všem. Prvořadé by mělo být to, co si přeje pacient, pokud ho to nijak neohrozí na zdraví. Prvotní rozhovor s pacientem a rodinou vede vždy ošetřující lékař. Na základě tohoto rozhovoru se péče dále odvíjí. Stává se, že si hospic zařídí i rodina sama, bez přičinění paliativního týmu. Tudíž paliativní tým není aktivován. Jinak při vstupním rozhovoru s paliativním týmem je přítomna sestra z paliativního týmu. Sestra z oddělení přítomna většinou není, když si to nevyžadají.

T: Co je podle Vás hlavním smyslem paliativní péče v onkologii?

P3: Pomocť pacientovi překonat poslední chvíle života v co nejlepší kvalitě. Hlavním cílem je pacientům ulevit od obtíží, které pocit'ují.

T: Jaké konkrétní aspekty jsou důležité pro vytyčení cílů?

P3: Pro vytyčení cílů je vždy nejdůležitější to, co sám pacient chce. Od toho se odvíjí následující péče. Jde o aspekty fyzické, psychické, sociální a spirituální.

T: Co považujete za nezbytné pro dosažení stanovených cílů? Kdo cíl u konkrétního klienta formuluje a na základě čeho je vhodný cíl vytvořen?

P3: Když chceme dosáhnout stanovených cílů, musí být především prostředky a čas. Musí být také dostatek ochotného personálu a spolupracující pacient i rodina. U pacientů, kteří nedokáží s personálem spolupracovat, pomáhá psycholog se zpracováním jejich obtížné situace a emocí. Participantka uvádí, že cíl formuluje asi někdo z paliativního týmu na základě toho, co si přeje pacient. Pacient má někdy cíle nerealistické, a proto jsou tady zkušenosti členové týmu, aby jej usměrnili. Členové paliativního týmu s tím mají zkušenosti a ví, co je reálné. Musí dojít ke shodě více členů multidisciplinárního týmu, kteří cíl tvoří společně s pacientem.

T: Existuje univerzální cíl, kterého se snažíte u všech pacientů dosáhnout?

P3: *Tak asi by se to dalo nazvat co nejvyšší kvalita života.*

T: Jakým způsobem jsou cíle paliativní péče integrovány do konkrétního plánu péče, kdo se na tvorbě individuálního plánu péče podílí a následně jej aplikuje v praxi? Jak probíhá kontrola plnění plánu?

P3: Na tvorbě se podílí celý tým, záleží na tom, kde se pacient nachází. Když je pacient v lůžkovém zařízení, tak všichni, kteří o něj pečují by se měli vyjádřit k tomu, co je pro něj prospěšné. V domácím prostředí je to jiné, vstupuje do toho domácí péče a rodina. Tudíž každý člen týmu, který s pacientem pracuje, může vznášet nějaké návrhy, nápady na zlepšení

péče o pacienta a podle přání pacienta zrealizovat potřebné intervence. Kontrola plánu probíhá průběžně. *Myslím, že každá interakce s tím pacientem je vlastně kontrolou.* Když se řeší to, že pacient má bolesti, ptáme se jej, jak bolest hodnotí. *Vlastně celý ten ošetrovatelský proces je o tom, že něco děláme, a to průběžně vyhodnocujeme.* Plán se následně mění podle aktuálního stavu. Díky dotazování pacienta dochází k revizi.

T: *Jak si všichni členové pečující o daného pacienta předávají informace? Existuje způsob, jakým zefektivňujete vzájemné předávání informací? Využíváte např. nějakých speciálních nástrojů?*

P3: Informace jsou předávány na ranním a večerním hlášení, kdy si předává informace ošetrovatelský personál. O sděleních a stavu pacienta průběžně informují lékaře. Následující kroky, které budou realizovány, se řeší a hodnotí na vizitě. Na onkologickém oddělení nevyužívají žádných speciálních nástrojů na zefektivnění, ale mají tabuli se jmény pacientů a hlášení si předávají i písemně, v počítačovém programu. Jedná-li se o něco mimořádného, tak používají i vzkazy na lepících lístečcích, anebo si telefonují.

T: *Jak byste popsala současnou úroveň spolupráce mezi onkologickým oddělením a podpůrným, paliativním týmem?*

P3: *Spolupráce funguje velice dobře.* Paliativní tým chodí vždy včas, ještě ten daný den. Nestává se, že by v čekání na ně byla nějaká prodleva. Paliativní tým funguje perfektně, hodnotí dotazovaná.

T: *Dochází k pravidelným setkáním a vzájemné komunikaci mezi pracovníky onkologického oddělení a členy podpůrného a paliativního týmu? Kdo se podílí na vzájemné komunikaci? Jak se cítíte při komunikaci s podpůrným, paliativním týmem?*

P3: Pravidelně ne, akorát když členové paliativního týmu přijdou na oddělení za pacientem, tak do té interakce vstupují dohromady a sdílejí spolu informace. Na komunikaci se podílí staniční sestra, ošetřující sestra a lékař. Je-li pacient v péči psychologa, nutričního specialisty či farmaceuta, tak kontaktují i tyto členy. *Celý ten tým je k dispozici.* Při komunikaci s podpůrným, paliativním týmem se participantka cítí *vždycky dobře.*

T: *Jsou podle Vás překážky spolupráce? Pokud ano, jaké? Jak by se vzniklé překážky daly odstranit?*

P3: *Překážky spolupráce nejsou podle mě žádné.* Možná se někdy jedná o časovou tíseň, kdy se personál oddělení nemůže dostatečně věnovat příchozímu paliativnímu týmu. Podle

participantky jsou na oddělení omezeni časem, často kvůli akutním příjmům, ale podpůrný, paliativní tým má času více. Základní informace si ovšem společně předávají vždycky. Tato překážka, týkající se času, by se dala odstranit dostatkem personálu, ale asi se nestane, že by takový přebytek personálu mohl být.

T: *Můžete popsat konkrétní situaci, kdy spolupráce mezi onkologickým oddělením a paliativním týmem přinesla výrazné zlepšení výsledků péče o pacienta?*

P3: Participantka má spoustu příběhů o situacích, kdy se pacient ráno na vizitě dozvěděl, že aktivní terapie je ukončena. Byl aktivován paliativní tým a daný pacient se ještě ten den dostal domů, ačkoliv byl třeba v těžkém stavu po operaci. Překvapilo ji, jak rychle je paliativní tým schopen zorganizovat domácí péči, rodinu a všechny aspekty dohromady. Pacient se poté spokojeně dostal domů.

Rozhovor s participantem P4

Čtvrtou dotazovanou je sestra z podpůrného a paliativního týmu, která se této práci věnuje už od roku 2019, kdy paliativní tým v Krajské nemocnici T. Bati vznikl a má tedy mnohaleté zkušenosti. Rozhovor s ní trval 30 minut.

T: *Na základě jakých hodnotících faktorů se rozhodujete, zda je daný pacient vhodný pro paliativní péči?*

P4: Existuje na to odborná škála NECPAL. Jedná se o hodnotící nástroj, díky kterému lékaři můžou rychleji vyhodnotit, zda je pacient vhodný do paliativní péče. Pohlíží se na pohyblivost pacienta, aktivitu, symptomy nemoci, soběstačnost, příjem potravy a stav vědomí. Rozhodují se lékaři, kteří paliativnímu týmu posílají pacienta do paliativní péče. Jsou konziliární tým, a tak vstupují do péče na základě pozvání onkologa.

T: *Kdo dává podnět k zařazení pacienta do paliativní péče?*

P4: Nejčastěji ošetřující lékař. Zatím je málo v povědomí společnosti, že by podnět mohla dát i rodina. Podnět může dát i sestra, ale záleží, zda její názor bude lékař akceptovat.

T: *Jaké následují kroky po zařazení pacienta do paliativní péče?*

P4: V systému tým dostane konzilium se zadáním, co se od nich požaduje. Potom tedy někdo z členů týmu přichází na dané oddělení a probíhá u pacienta vstupní pohovor. Pokud jde na oddělení jen sestra, má omezené kompetence a mnohdy se domlouvá s lékařem na oddělení. Zjišťují se *potřeby ve všech sférách: bio, psycho, socio, spirituo*. Následuje návštěva paliatra.

Podle vyhodnocení rozhovoru se rozhoduje, kdo další z členů týmu bude vstupovat do péče o pacienta (např. sociální pracovník, kaplan, psycholog).

T: Jakou roli hraje samotný pacient a jeho rodina v tomto procesu a kdo s nimi vede prvotní rozhovor? Je při rozhovoru přítomná i sestra?

P4: Dbá se na potřeby pacienta. Je to ovlivněno zdravotním stavem, stavem vědomí, zda přijal onemocnění a jestli je o diagnóze informován. Stává se, že závažnou správu sděluje lékař paliativního týmu – paliatr. Rodinu oslovují až se souhlasem pacienta. Aktivují se rodinné konference, kdy se sejde co nejvíce členů rodiny a tímto způsobem se získá velké množství informací. Většinou schůzka probíhá na 10. pavilonu, kde jsou k tomu vhodné, nerušené podmínky, ale když chce být účasten i pacient, probíhá přímo na oddělení u lůžka. Prvotní rozhovor u pacienta zpravidla vede paliativní sestra. Následně do toho vstupuje paliatr a další členové týmu.

T: Co je podle Vás hlavním smyslem paliativní péče v onkologii?

P4: Zachovat co nejvyšší kvalitu života pacienta se závažnou nemocí. Přáním paliativního týmu je, aby se onkologičtí pacienti do péče dostávali včas, což se zatím moc neděje. Kdyby se paliativní péče zahajovala dříve, pacienti by nemuseli být hospitalizováni a mnohdy by mohli být v domácích podmínkách.

T: Jaké konkrétní aspekty jsou důležité pro vytyčení cílů?

P4: Především fyzické, psychické, duchovní a sociální. Pohlíží se na somatickou stránku.

T: Co považujete za nezbytné pro dosažení stanovených cílů? Kdo cíl u konkrétního klienta formuluje a na základě čeho je vhodný cíl vytvořen?

P4: Včasnou komunikaci považuje dotazovaná za nezbytnou. Nejlepší je, když je pacient do paliativní péče zařazen včas. Dochází do paliativní ambulance ve fázi, kdy je na tom výkonnostně dobře a už v této časné fázi se s ním konzultuje, co bude následovat, pacient je na to připravován. Pomocí časné paliativní péče už se nemusí dostat do nemocničního zařízení, může dožít doma, což je cílem mnoha pacientů. Toto časné zařazení se zatím moc neděje, ale drobnými krůčky přichází zlepšení. Cíl formuluje lékař, ale přidávají se další členové týmu, podle potřeb pacienta. Vhodný cíl je potom vytvořen na základě toho, co si pacient přeje.

T: Existuje univerzální cíl, kterého se snažíte u všech pacientů dosáhnout?

P4: Aby tímto těžkým obdobím prošel pohodlně a v poklidu ke konci v co nejvyšší kvalitě života.

T: *Jakým způsobem jsou cíle paliativní péče integrovány do konkrétního plánu péče, kdo se na tvorbě individuálního plánu péče podílí a následně jej aplikuje v praxi? Jak probíhá kontrola plnění plánu?*

P4: Cíle jsou integrovány na základě intervence paliativního týmu. Plán péče vytváří především lékař, ale zase se na tom podílí více složek, které následně aplikují plán péče do praxe (např. psycholog, sestra), i samotný pacient. Plán péče posléze uzavírá lékař. V podmínkách podpůrného, paliativního týmu je kontrola plnění plánu obtížná. Někdy mají zpětnou vazbu od lékařů, sester z mobilních hospiců, kamenných hospiců a jiných. Kontrolou je v podstatě zpětná vazba z terénu. I rodina může poskytnout zpětnou vazbu, anebo i samotný pacient, na základě dotazování. Pro paliativní tým je důležité vědět, jestli byl cíl a plán péče splněn, ale mnohdy se k této informaci nemají šanci dostat.

T: *Jak si všichni členové pečující o daného pacienta předávají informace? Existuje způsob, jakým zefektivňujete vzájemné předávání informací? Využíváte např. nějakých speciálních nástrojů?*

P4: *U nás v týmu je to krásně nastavené, trůfám si říct, protože každé ráno u nás probíhá schůzka v podstatě multidisciplinárního týmu. Skutečně jsou tam úplně všechny obory, všechna zastoupení, ať už to jsou kaplani, sociální pracovník, psycholog, my sestřičky a paliatři. Opravdu o pacientech krásně víme všichni vše. Domlouvají se na schůzce o tom, jestli pacient nepotřebuje péči dalšího člena týmu. Předávají si informace tak, aby pacienta zbytečně nezatěžovali a při návštěvě u něj neopakovali již zmíněné. Předání probíhá i písemnou formou. Především využívají tedy formu ústní a písemnou. Pro zefektivnění používají i skupinu, kde si dopisují, ale je to pouze okrajové, aby byla zachována diskretnost.*

T: *Jak byste popsala současnou úroveň spolupráce mezi onkologickým oddělením a podpůrným, paliativním týmem?*

P4: *Současná spolupráce je hezká, udává participantka. V tuto chvíli se spolupráce stále zlepšuje a na onkologické oddělení přichází ráda. Výhodu spatřuje v tom, že už zná ošetrující personál a lékaře. Úroveň respektuje je mnohem lepší, než byla na začátku, po tom, co vznikl paliativní tým. Co by vytkla je pozdní zařazování onkologických pacientů do paliativní péče. Pacienty dostávají mnohdy pozdě. Časná paliativní péče může přinést mnohé benefity pro pacienta, o které je tímto pozdním zařazením ošizen.*

T: Dochází k pravidelným setkáním a vzájemné komunikaci mezi pracovníky onkologického oddělení a členy podpůrného a paliativního týmu? Kdo se podílí na vzájemné komunikaci? Jak se cítíte při komunikaci s onkologickým oddělením?

P4: K pravidelnému setkání nedochází, neprobíhají schůzky. Když paliativní tým začínal, docházeli na vizity na onkologické oddělení a snažili se o to, pravidelné schůzky zavést. Participantka to ale vnímá tak, že to nebylo bráno úplně vstřícně, i když by tyto schůzky přinesly mnohé výhody. Komunikují spolu jen tehdy, kdy členové přichází na konzilium k pacientovi. Mluví před návštěvou pacienta se staniční sestrou, ošetřujícími sestrami i lékaři. Snaží se respektovat časovou vytíženost personálu. Při komunikaci s onkologickým oddělením se cítí příjemně a je to oddělení, kam velmi ráda chodí. Za tu dobu už navázali hezké mezilidské a profesní vztahy, než když ze začátku na oddělení chodila s respektem.

T: Jsou podle Vás překážky spolupráce? Pokud ano, jaké? Jak by se vzniklé překážky daly odstranit?

P4: Překážkou spolupráce je vytíženost personálu. *Vytíženost lékařů, zahlcenost nás všech, ale hlavně si myslím, že lékařů.* Zefektivnění jí proto v tuto chvíli přijde nereálné, i když nad možnostmi mnohokrát uvažovali, snažili se hledat cestu. Jelikož jsou konziliární tým, participantka uvádí, že na oddělení přichází jakoby na návštěvu, musí ctít a respektovat určitá pravidla, i když by některé věci chtěli jinak.

T: Můžete popsat konkrétní situaci, kdy spolupráce mezi onkologickým oddělením a paliativním týmem přinesla výrazné zlepšení výsledků péče o pacienta?

P4: Konkrétní příběh participantka nenašla, ale je jich spousta, po tom, co personál onkologického oddělení zjistil, že jim podpůrný, paliativní tým může výrazně pomoci zefektivnit poskytovanou péči, odlehčit, usnadnit a zrychlit. Hlavním přínosem pro pacienta je zajištění vyššího komfortu a naplnění potřeb. Aby pacient zbytečně netrpěl a nestrádal, bývá zajištěna blízkost jeho milovaných.