

Jedním z diskutovaných témat byly bariéry při poskytování paliativní péče. Data byla nahrávána, následně byl vytvořen transkript, který byl zpracováván metodou tematické analýzy. Článek je věnován analýze tématu bariéry.

Výsledky a diskuze

Analýzou dat zaměřených na hodnocení bariér byly stanoveny čtyři stěžejní kategorie s příslušnými podkategoriemi (Obr. 1) charakterizující danou problematiku: 1. Prostředí, determinanty, 2. Vzdělávání a dovednosti sester, 3. Osobní limity, 4. Organizace, management. Výsledky provedené studie, které jsou popisovány dále v článku, korespondují s jinými výzkumy na dané téma. Byly identifikovány podobné bariéry v podmínkách poskytování paliativní péče na neonatologických JIP v ČR ve srovnání s výsledky ze zahraničí. Velmi diskutovaným problémem mezi respondenty bylo téma **prostředí**: „...je jedno, jestli je to boxový systém nebo něco jiného... moc se s tím nepočítalo... vždy je to improvizace...“; „...jsme malé oddělení a prostě nemáme kapacitu...“; „...snažíme se to odizolovat... ať jsou sami, ale ne vždy se to podaří...“; „...je špatné, když v jednom inkubátoru je dítě a ti rodiče jsou vedle a vedle toho je novorozenec, který křičí...“; „... Také Kyc et al. (8) uvádí, že personál považuje za nevyhovující prostředí JIP v otevřeném uspořádání, jako vhodnější se jeví design individuálního pokoje/boxu pro umírajícího novorozence a jeho rodinu. Také výzkum V. Kain (9) poukazuje na neadekvátní prostředí, ale také časovou a psychickou náročnost práce v návaznosti na emocionální aspekty péče. Respondenti našeho výzkumu se shodli, že se dostávají do konfliktu rolí, časovému dyskomfortu: „...když máte na starosti ještě další dvě děti, které jsou na JIP, potřebují neustálou péči a vy pak nemáte ani tolik času být s tím rodičem... věnovat se víc... dostáváte se do takové dvojrole...“; „... ty sestry jsou s tím dítětem nejvíc...“; „...to čekání na to, kdy už to bude... to mi dělá špatně...“; Dostatečnou pozornost je třeba věnovat také **vzdělávání personálu**. Respondenti uváděli nedostatek vzdělávacích kurzů, nedostatečné zkušenosti, připravenost: „...ony (absolventky) se s tím setkávají až na místě, v praxi, až v rámci té profese...“; „...komunikační vzdělávací kurzy pro personál, to strašně chybí...“; „...je důležité, aby to mladé kolegyně správně napozorovaly...“.

Na tento problém poukazují také Wraight et al. (10), jež apelují na to, aby lékaři a sestry v první linii absolvovali takové vzdělávací kurikulum v klíčových oblastech paliativní péče, které by poskytlo adekvátní znalosti, kompetence a dovednosti (např. v náročných konverzích), což by následně vedlo také ke zkvalitnění péče a zlepšení úrovně psychického komfortu poskytovatelů. Také Steen (11) poukazuje na potřebu zařazení problematiky jak v učebních osnovách studijních programů ošetrovatelství a porodní asistence, tak v klinické praxi, protože nedostatek znalostí a dovedností je hlavním důvodem negativních postojů a nepohodlí zdravotníků vůči perinatální paliativní péči. Vzdělání a vzdělávání je jedním z faktorů, které vytváří osobnost sestry, na což poukazuje také Fortney, Steward (12), které nabízí rámec pro optimální poskytování kvalitní paliativní péče v prostředí neonatologických jednotek intenzivní péče – ten je ovlivněn zejména právě osobností sestry (vzdělávání, zkušenosti z praxe, životní a osobní zkušenosti, kontinuita péče, soudržnost týmu na JIP). Dalcali et al. (13) zaznamenali u sester taktéž problémy v komunikaci, s předáváním závažných zpráv, ale také s vyrovnáváním se smrtí pacientů, pocity psychického dyskomfortu, nedostatečným prostorem pro sdílení emocí sester po ztrátě dítěte. Autoři charakterizovali emocionální aspekty sester poskytujících pa-

liativní péči jako štěstí, smutek, profesní spokojenost, vyčerpání, empatie, zodpovědnost, vina, naděje, zoufalství, přičemž v návaznosti na jejich výsledky doporučují vyvinout strategii k možnostem zvládnutí negativních emocí sester, vytvoření prostředí, kde mohou sestry sdílet své emoce po ztrátě dítěte. Také respondenti naší studie vyslovili pocity dyskomfortu a **osobní limity**: „...ne každá to zvládá. Je to hodně náročné. I já často mám problém – nevím, co mám říct, jestli tam mám být...“; „...je to pro mě psychicky strašně těžko zvládnutelná situace...“; Mezi identifikovanými bariérami v rámci **organizace** byly také nespolečné týmu, neexistence paliativního týmu, limity kolektivu: „...ta Nedomluva, Netýmovost... musím říct, že my jako sestry pracujeme v týmu, ale jako sestra – lékař, to teda u nás nefunguje...“; „...my jsme s hrdostí přišli s nápady na gynekologii a porodní sál a narazili jsme...“; „...my jsme se chtěli na patologii domluvit, ale tam jsme teda narazili...“; „...jeden člověk z managementu řekl, že to prostě nejde...“; „...záleží také na skladbě kolegyň...“; Zapojení týmu s odborností v oblasti paliativní péče vede ke komplexnější péči, znalost dostupných zdrojů umožňuje optimální plánování péče, lepší péči zaměřenou na rodinu, pomoci může také zvýšená spolupráce a včasné zapojení navazujících služeb, odborníků (14). Na deficity ve fungování mezioborové spolupráce, stejně jako na

Obr. 1. Bariéry při poskytování paliativní péče v neonatologii pohledem sester

