



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Paliativní a hospicová péče z pohledu sestry**

## **Bakalářská práce**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Lucie Grausgruberová

**Vedoucí práce:** Mgr. Michaela Abrmanová

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Paliativní a hospicová péče z pohledu sestry**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne...3.5.2021...

.....  
Lucie Grausgruberová

## **Poděkování**

Toto poděkování bych ráda věnovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Michaelae Abrmanové za odborné rady, ochotný a milý přístup, bezproblémovou komunikaci po celou dobu psaní této práce a za všechny čas, který mi věnovala.

Velké děkuji patří také všeobecným sestřím, které si udělaly čas na rozhovor i v této nelehké době, čímž mi velice pomohly k dokončení této bakalářské práce.

# **Paliativní a hospicová péče z pohledu sestry**

## **Abstrakt**

### **Teoretická východiska**

V současné době je hospicová a paliativní péče poměrně aktuální téma, o kterém se začíná více mluvit. Spousta lidí se nachází v situaci, kdy stojí před rozhodnutím, na koho se obrátit, či kam umístit svého příbuzného, když už mu sami nejsou schopni poskytnout kvalitní, a hlavně potřebnou ošetrovatelskou péči. Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stádiu) a jejich blízkým účinnou pomoc, když už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí péče o nemocného nedostačující. Hospicová péče se nesnaží o vyléčení nevléčitelných nemocí, ale o to, aby závěrečná část života nemocného byla maximálně kvalitní. Důležité je, aby klient netrpěl bolestí, aby mu byla poskytnuta kvalitní péče, a to jak fyzická, tak psychická a spirituální. Součástí komplexní hospicové péče je paliativní péče, která se zabývá odstraňováním, či zmírněním jakýchkoli bolestí pacienta.

Cílem práce je zjistit znalosti a dovednosti sester v poskytování paliativní péče, zkušenosti sester s poskytováním paliativní a hospicové péče.

V bakalářské práci byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, které byly položeny v souvislosti s cílem práce. První otázka je zaměřena na zmapování zásad, které jsou stanoveny pro poskytování paliativní a hospicové péče sestrou. Druhá otázka se týká osobnostních rysů sester, které poskytují paliativní a hospicovou péči. Třetí otázka mapuje, jaké znalosti a dovednosti má sestra v poskytování paliativní a hospicové péče. Poslední, čtvrtá otázka si kladla za svůj cíl zjistit, jaké zkušenosti mají sestry s poskytováním paliativní a hospicové péče.

Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sestrami v lůžkovém a domácím hospici.

**Klíčová slova:** Paliativní péče; hospicová péče; sestra; umírání; smrt; komunikace

## **Palliative and hospice care from the nurse's point of view**

### **Abstract**

#### **Theoretical points**

Currently, hospice and palliative care is a relatively current topic, which is becoming more talked about. A lot of people are in a standing position before deciding who to turn to or where to place their relative, when they themselves are no longer able to provide him with quality and especially necessary nursing care. Hospice care is care that offers the seriously ill (usually in the terminal stage) and their loved ones effective help, when the means are classic medicine strength and ability of the immediate surroundings to care for the patient is insufficient. Hospice care does not seek to cure incurable diseases, but to make the final one part of the patient's life was of the highest quality. It's important that the client does not suffer from pain, that he is provided with quality care, both physical, mental and spiritual. Part of comprehensive hospice care is palliative care, which deals with the elimination or alleviation of any patient pain.

The goals of the work is to learn the knowledge and skills of nurses in providing palliative care, the experience of nurses in providing palliative and hospice care.

The bachelor's thesis identified four research questions that were asked in relation to the aim of the work. The first question is aimed at mapping out the principles laid down for the provision of palliative and hospice care by nurses. The second question concerns the personality traits of nurses who provide palliative and hospice care. The third question maps out what knowledge and skills a nurse has in providing palliative and hospice care. The final, fourth questions sought to ascertain the experience of nurses in providing palliative and hospice care.

The research investigation was conducted by means of a semi-structured interview with nurses in a bed and home hospice.

**Key words:** Palliative care; hospice care; general nurse; dying; death; communication.

## Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav .....	9
1.1 Paliativní péče .....	9
1.1.1 Charakteristika paliativní péče.....	9
1.1.2 Rozdělení paliativní péče .....	10
1.1.3 Místa poskytování paliativní péče.....	11
1.2 Hospicová péče .....	13
1.2.1 Charakteristika hospicové péče .....	13
1.2.2 Rozdělení hospicové péče .....	15
1.2.3 Smrt jako součást života.....	16
1.3 Důstojné umírání .....	17
1.3.1 Etické přístupy v péči o umírající .....	18
1.3.2 Potřeby umírajících .....	19
1.3.3 Komunikace s umírajícími .....	21
1.3.4 Dobrá smrt.....	23
1.3.5 Komunikace s pozůstalými.....	24
1.4 Role sestry v paliativní péči .....	25
1.5 Role sestry v hospicové péči .....	26
1.6 Zvládání zátěžových situací .....	27
1.7 Vztah sestry ke smrti .....	28
2. Cíle práce a výzkumné otázky .....	29
2.1 Cíl práce .....	29
Zjistit znalosti a dovednosti sester v poskytování paliativní a hospicové péči. ....	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
3. Metodika.....	30
3.1 Použité metody .....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	31
3.3 Charakteristika výzkumného prostředí.....	31
4. Výsledky výzkumného šetření .....	32
4.1 Struktura výzkumného vzorku .....	32
4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami .....	33

5. Diskuse .....	44
6. Závěr.....	48
7. Seznam použitých zdrojů .....	49
8. Seznam příloh.....	52

## Úvod

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila z jednoho prostého důvodu. Jelikož již přes 2 roky pracuji pod Domácím hospicem sv. Veroniky v Českých Budějovicích, který funguje pod hospicem sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a mám tak možnost se touto problematikou i aktivně zabývat, je mi téma paliativní a hospicová péče velice blízké. Do práce sester v této oblasti jsem též již několikrát nahlédla a sama si ji vyzkoušela, tudíž pohled sestry na paliativní a hospicovou péči mohu brát taktéž i z pohledu svého. Ráda bych v profesi sestry v oblasti hospicové a paliativní péče pokračovala i nadále. Má to pro mě osobně velký smysl a vděčnost druhých lidí je nekonečná.

Cílem mé práce je seznámit veřejnost s poskytováním paliativní a hospicové péče, objasnit rozdíly, které mnoho lidí mezi jednotlivou péčí nezná a nechat veřejnost nahlédnout do této profese očima zdravotní sestry. Práce bude v praxi využitelná jak pro sestry, tak pro laickou veřejnost. Získané výsledky by měly vést k tomu, aby se budoucí všeobecné sestry mohly rozhodnout, zda by je zajímala tato problematika či jestli by zvládly pracovat v hospicovém zařízení a věnovat se péči o umírající klienty.

Paliativní péče je taková péče, která klade důraz na kvalitu života. Když kurativní léčba nemocného již nemá žádné výsledky a pacient nechce prožít závěr svého života v bolestech a utrpení, následuje léčba paliativní, která má za cíl zkvalitnit život nemocného, potlačovat nežádoucí symptomy daného onemocnění, a hlavně tišit či úplně odstranit veškeré bolesti. (Marková et al., 2015).

Hospicová péče se nejčastěji poskytuje zároveň s péčí paliativní. Péče hospicová však klade důraz spíše na člověka jako takového. Jedná se o holistické pojetí člověka, kdy dochází k neustálému uspokojování základních potřeb nemocného, které též vede ke zkvalitnění života. Důležitý je respekt a úcta k člověku a laskavé jednání s nemocným, a i jeho rodinou. Cílem hospicové péče je důstojné doprovázení umírajícího až do poslední chvíle jeho života. (Truhlářová et al., 2015).



## 1. Současný stav

V současné době je hospicová a paliativní péče poměrně aktuální téma, o kterém se začíná více mluvit. Spousta lidí se nachází v situaci, kdy stojí před rozhodnutím, na koho se obrátit, či kam umístit svého příbuzného, když už mu sami nejsou schopni poskytnout kvalitní, a hlavně potřebnou ošetrovatelskou péči. Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným klientům (většinou v terminálním stádiu) a jejich blízkým účinnou pomoc, když už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče se nesnaží o vyléčení nevléčitelných nemocí, ale o to, aby závěrečná část života nemocného byla maximálně kvalitní. Důležité je, aby klient netrpěl bolestí, aby mu byla poskytnuta kvalitní péče, a to jak fyzická, tak psychická a spirituální. Součástí komplexní hospicové péče je paliativní péče, která se zabývá odstraňováním, či zmírněním jakýchkoli bolestí pacienta. (Marková,2010), (Vorlíček, 2004).

### 1.1 Paliativní péče

#### 1.1.1 Charakteristika paliativní péče

Paliativní péče je všeobecně definována v několika variantách. Všechny definice mají však společný důraz na kvalitu života, řešení obtížných symptomů a specifikace skupiny pacientů, kteří jsou příjemci péče. Zde uvádíme alespoň dvě nejčastěji citované:

*„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.“* (American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 2017). (Marková,2010).

*„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“* WHO (Vorlíček, 2004).

Tato péče se využívá v případě, když se pacient, lékař i pacientova rodina rozhodnou, že kurativní léčba opravdu nepomáhá. (Plakovic,2016). V definicích se hovoří o

nemocných, jejichž nemoc nereaguje na běžnou léčbu, kteří trpí postupujícím, pokročilým onemocněním. Paliativní péče a léčba se tedy netýká jen lidí bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu trvání onemocnění, kdy mají být nepřetržitě řešeny všechny potíže spojené s onemocněním. Je velmi důležité zmínit, že podle definice WHO paliativní medicína zahrnuje léčbu a péči nejen o pacienta, ale i o jeho blízké. Tato definice zdůrazňuje, že nemocný a jeho blízcí jsou jednou jednotkou a že pokud je jim péče věnována odděleně, nebo jedné části není poskytována vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči a léčbě. (Marková, 2010).

### ***1.1.2 Rozdělení paliativní péče***

Nejen v laické společnosti převládá názor, že paliativní péče znamená hospicová péče. To je omyl, který by mohl mít velmi negativní následky na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o všechny umírající, kteří se do hospice z jakýchkoliv důvodů nedostanou. Kvalitní paliativní péči by však měli být schopni poskytovat všichni zdravotníci.

Paliativní péče by se tedy měla týkat všech umírajících a nevléčitelně nemocných, a proto také všech zdravotníků.

Výbor ministrů rady Evropy také rozdělil paliativní péči podle míry komplexnosti. Vyzývá členské státy k tomu, aby všechna zařízení byla schopna poskytnout obecnou paliativní péči a aby byla zřizována zařízení specializované paliativní péče.

#### Obecná paliativní péče

*„Obecnou paliativní péči rozumíme klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, jež jsou významné pro kvalitu pacientova života“ (Kabelka, 2017).*

Tuto formu paliativní péče by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Její součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování pacienta, porozumění pacientovi i jeho blízkým, a poskytnutí takové léčby a péče, jaká je důležitá pro kvalitu pacientova života. Patří sem především respekt k pacientově samostatnosti, léčba bolesti a dalších

symptomů, podpora rodiny, nebo také doporučení k dalším odborníkům. (Plakovic,2016).

### Specializovaná paliativní péče

Specializovaná zařízení pro poskytování paliativní péče se myslí taková zařízení, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Požadují vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru s počtem pacientů. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoliv: doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Specializovaná zařízení paliativní péče hrají také důležitou roli v podpoře ostatních zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích i mimo nemocnice. Všichni zdravotníci by měli mít v případě potřeby přístup ke konzultacím a podporu specializovaných poskytovatelů paliativní péče. (Stephen, 2017).

Mezi zařízení paliativní specializované péče se řadí:

- Oddělení paliativní péče
- Domácí hospice – mobilní paliativní péče
- Lůžkové hospice
- Konziliární týmy paliativní péče
- Ambulance paliativní péče
- Denní stacionáře
- Zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny kompenzačních pomůcek ...). (Marková, 2010).

#### ***1.1.3 Místa poskytování paliativní péče***

##### Paliativní péče doma

Z hlediska psychického a sociálního bývá domácí paliativní péče tou nejlepší variantou poskytování paliativní péče jak pro pacienta samotného, tak i pro rodinu a blízké. I výzkumy věnující se problematice umírání potvrzují, že zemřít doma splňuje pro většinu respondentů představu dobré smrti. Pro poskytování paliativní péče doma musí být splněny 3 podmínky: Rodina – alespoň jeden její člen – je třeba, aby byli přítomni

ve složitých životních situacích, podporovali svého blízkého nemocného, prožívali s ním momentální situaci, pocity, podíleli se na léčbě a poskytování péče. Avšak díky velmi úzkému kontaktu s rodinou nemocného na samotného zdravotníka, který do rodiny dochází, mnohem silněji dopadá bolest a smutek spojený s úmrtím nemocného. (Marková, 2015).

Pro mnoho zdravotníků může být na poskytování domácí paliativní péče a docházení za nemocným a jeho rodinou domů obtížná také skutečnost, že nemají stálou kontrolu nad zdravotním stavem pacienta a přenechávají velkou část zodpovědnosti za pacienta na laicích.

Proto je pro členy týmů domácí paliativní péče o to důležitější se pravidelně scházet, mluvit o své práci, o jednotlivých rodinách a pacientech a umět si říct o podporu ostatních profesionálů v týmu.

#### Paliativní péče v nemocnici

V současné době se o poskytování domácí paliativní péče a o umírání doma, ve své vlastní posteli a v kruhu rodiny a nejbližších, mluví čím dál více a tato přání nemocných se, pokud možno, uskutečňují. Nelze popsat umírání v nemocnici jako fenomén, neboť v současné době transformace českého zdravotnictví, jsme svědky značných rozdílů v kvalitě ošetrovatelské péče, která je poskytována v jednotlivých zdravotnických zařízeních. (Marková, 2010).

Smrt v nemocnici je často smutná, děje se v odloučení, o samotě, bez přípravy, jako rána osudu. Je to nutnost, ale ať už je to pryč. Zaopatřit a odvézt tělo a vše uklidit. Pro citlivé lidi je to frustrující. Umírá přece člověk, bytost opředena sítí vztahů, průsečík příběhů, tvor citlivý a přemýšlivý, ztělesněná paměť, která zaznamenává každou vteřinu a odnáší si ji kamsi do dále. (Vita Nostra Revue, 2017).

Faktory ovlivňující paliativní péči v nemocnici:

- Schopnost týmu včas rozpoznat, kdy běžná léčebná péče už nemocnému nemohou pomoci a spolu s nemocným a jeho rodinou se rozhodnou pro postupy paliativní péče.
- Kvalita vzdělání lékařů a sester v paliativní medicíně a paliativní péči
- Fungování multidisciplinárního týmu

Nemocnice budou pravděpodobně ještě dlouho místem, kde bude k úmrtí docházet nejčastěji, proto by každá z nich měla usilovat o stanovení rozvoje v oblasti paliativní péče a léčby. S důrazem na to, že paliativní péče se dotýká celé rodiny a že je tedy třeba posílit složku sociální práce s rodinou umírajícího. Rodina má právo nejen na kontinuální návštěvy u umírajícího, ale také na vlastní podporu v době umírání i poté. Rodina musí být šetrně a s účastí informována o úmrtí, musí jí být poskytnut čas i prostor pro vstřebání této zprávy, a i následně by ji měla být nabídnuta podpora v období truchlení. (Marková, 2010).

### Paliativní péče v lůžkových hospicích

Hospice se řadí mezi zdravotně sociálně zdravotní zařízení. To znamená, že je v nich vedle péče zdravotnické poskytováno také sociální poradenství a pomoc, a to nejen hospitalizovaným nemocným a jejich rodinám, ale také pozůstalým a dalším potřebným v souvislosti s umíráním a smrtí jejich blízkých.

Ne každý nemocný v hospici umírá. Zhruba třetina hospitalizovaných se po upravení léčby, při zlepšení zdravotního stavu nebo při upravení podmínek umožňujících domácí ošetřování, vrací do domácí péče.

Mezi pacienty hospice převažují nemocní s onkologickým onemocněním, a to především proto, že u těchto chorob lze, oproti jiným, zcela jednoznačně vyjádřit, že kurativní přístup již nepřináší žádný profit. (Marková, 2010).

## **1.2 Hospicová péče**

### *1.2.1 Charakteristika hospicové péče*

Hospicová péče je často spojována s péčí paliativní. Ano, hospicová a paliativní péče jdou spolu ruku v ruce, jedna bez druhé by nemohla fungovat. Avšak jednotlivě se jedná o dva rozdílné pojmy. Hospicová péče se poskytuje pacientům na konci jejich života. Jedná se o pacienty nejčastěji nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu, kdy běžná léčebná péče nevede ke zlepšení zdravotního stavu pacienta.

Poté, co lékařský tým společně s pacientem samotným a jeho rodinou zhodnotí, že kurativní léčba již nemá dále smysl, přichází na řadu péče paliativní, o které jsme si říkali již v předešlé kapitole. Pro krátké zopakování, paliativní péče je přístup zlepšující

kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy spojenými s nevy léčitelným onemocněním. Cílem je ne pacienta vyléčit, ale dopřát dotyčným co nejkvalitnější prožití posledního stádia jeho života, tlumit, či úplně odstranit bolesti a zmírnit příznaky spojené s onemocněním. (Dragomirecká et al., 2015).

Hospicová péče má v péči klienty, u kterých se snaží zmírnit jak fyzické strádání, tak duševní strádání, související s blížící se smrtí. Zaměřuje se na všechny složky člověka, tzn. biologické, psychické, sociální a spirituální (duchovní). Biologická složka pacientů znamená, že poskytovatelé hospicové péče pacientovi pomáhají s jeho biologickými potřebami, tzn. když je pacient, či klient plně nesoběstačný, pracovník vykoná např. všechnu osobní hygienu pacienta na lůžku. Když je pacient, či klient částečně soběstačný, je to ta lepší varianta a pracovník pouze dopomáhá s činnostmi. Psychická stránka zahrnuje hlavně komunikaci s nemocným a jeho rodinou, podporu, od pracovníka to vyžaduje dávku empatie, trpělivosti, umění poslouchat, ale hlavně naslouchat. Umět reagovat na jemu nepříjemná témata, otevřeně mluvit o životě, o smrti, problémech spojených například s nynějším onemocněním klienta. Lidé většinou nejsou zpravidla připraveni na smrt a zpráva, že se jich to bude brzy také týkat, je demoralizuje nebo skličuje. Sociální stránka znamená, z pohledu hospicové péče, zajištění kvalitních životních podmínek nemocného, zapůjčení například kompenzačních pomůcek atd. A v neposlední řadě, spirituální (duchovní) stránka obnáší převážně to, zda je nemocný, či někdo z pacientovi rodiny duchovně založen. Poskytovatelé hospicové péče by měli být připraveni i na tuto variantu a to tak, že při vzneseném dotazu, zda je možné se například pomodlit či provést poslední pomazání, by měl být k dispozici kněz, který spolupracuje s daným hospicem, pokud ovšem rodina nemá kněze již svého, a je schopen okamžitě nebo v určitou dobu dorazit na místo, kde se nemocný nachází. (Dvořáčková, 2012).

Členy hospicového týmu jsou lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník a duchovní, popř. pastorační asistent. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci hospicové a paliativní péče může být dále psycholog / psychoterapeut, fyzioterapeut, nutriční specialista a aktivizační pracovník.

- O činnostech hospicového týmu vedou všechny profese dokumentaci
- V zařízení hospicové péče se předpokládá 24hodinová dostupnost zdravotnických členů týmu (lékaře a zdravotní sestry)

- Dostupnost ostatních členů týmů je zajištěna dle individuálních potřeb pacienta
- Hospicový tým zajišťuje kontinuitu a koordinaci péče ve spolupráci s jinými ošetrujícími lékaři (např. praktickým lékařem), zvláště při potřebě změny místa poskytování péče (propuštění pacienta z nemocnice domů, nutnost hospitalizace, řešení sociální péče apod.)
- V rámci domácí hospicové a paliativní péče tým spolupracuje s pečujícími osobami – laiky.
- Nedílnou součástí práce týmu je dobrá komunikace s pacientem, jeho rodinou, ostatními pečujícími či jinými službami podílejícími se na péči. (Arnoldová, 2016).

### ***1.2.2 Rozdělení hospicové péče***

Hospicová péče je součástí systému zdravotní a sociální péče, nejčastěji se setkáváme s těmito typy.

Mobilní hospic – poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře, sester, ošetrovatelů, případně dalších odborníků. Garantuje trvalou dostupnost péče 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Důležitou součástí je komplexní podpora pacientovy rodiny a jeho blízkých, která ovšem nekončí úmrtím nemocného. Rodina a blízcí se většinou aktivně zapojují do péče o nemocného. Předpokládá se, že 80 % umírajících bude v domácím prostředí. (Brychtová a kol., 2016).

Lůžkový hospic – je to speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům s nevléčitelným onemocněním a jeho blízkým, především v terminální fázi onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou domácí atmosféru, maximální soukromí pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice.

Denní hospicový stacionář – Formou denních návštěv pacienta ve stacionáři pomáhá řešit zdravotní problémy pacienta a současně nabízí komplexní edukační a rekreační aktivity podle potřeb a možností pacienta. V zahraničí je obvyklá úzká vazba těchto denních stacionářů na lůžkový hospic.

## **Hospicová paliativní péče je poskytována v prostředí a místě, které v maximální míře odpovídá pacientově přání a potřebám**

Součástí plánu péče je zajištění, zda má pacient a jeho rodina specifická přání ohledně místa poskytování péče.

- Při poskytování péče má obecně přednost poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí pacienta.
- Při poskytování péče je pravidelně přehodnocováno, zda je zajištění péče v daném prostředí technicky možné, bezpečné a v souladu s přáním pacienta a jeho rodiny.
- Kontinuita péče při přechodech mezi různými zařízeními a poskytovateli je zajištěna přímou komunikací mezi poskytovateli a náležitě vedenou zdravotnickou dokumentací, ve které jsou popsány základní parametry plánu péče. (Vytejková et al.,2013).

### ***1.2.3 Smrt jako součást života***

Smrt je přirozenou součástí našeho života a jako takovou ji hospic respektuje. Nesnaží se však smrt v žádném případě urychlit. Snaží se nemocným umírajícím především pomáhat, zpříjemnit jim jejich závěr života všemi možnými a dostupnými způsoby, pokusit se splnit přání a touhy nemocných, dokud jim to jejich zdravotní stav alespoň trochu dovoluje. Pomoc je realizována jak po stránce fyzické (poskytování kvalitní ošetrovatelské péče), tak po stránce psychické (snaha o pochopení smyslu utrpení). Právě toto pochopení smyslu utrpení představuje pro nemocného a jeho rodinu největší službu. (Svatošová, 2011).

Díky pokroku medicíny se postupem času snížil počet úmrtí. Na počátku 20. stolní umírali lidé na banální choroby a smrt byla brána opravdu jako součást každodenního života. V minulosti se lidé se smrtí dokázali vyrovnat tak, aby smrt co nejméně zasáhla city pozůstalých. Důležitou roli hrály také rituály, které měla společnost v souvislosti se smrtí vytvořené. Dnes na tyto rituály a zvyklosti zapomínáme, což vede mnohdy k tomu, že si sami působíme větší psychickou újmu. V dnešní době je pro mnoho lidí smrt něco nepředstavitelného. Něco, co by se dít nemělo a z čeho má plno lidí velký strach. Většina lidí mnohdy nemá ani sebemenší zkušenosti se smrtí a před tématem o smrti raději zavírají dveře. Lidé si často myslí, že když se zmíní o smrti, nemocného tím



akorát rozruší či rozesmutní. Mnozí mají strach, že při konverzaci o smrti blízkého, či kohokoliv jiného, by nemocného rozplakali, či že sami propuknou v pláč. (Marková, 2010).

Je naprosto v pořádku a správné, když člověk dokáže otevřeně hovořit o smrti. S tím jsou spojené emoce a reakce na toto téma, které máme každý různé. I to je dobré a zcela přirozené. Lidé se potřebují podívat pravdě do očí, smířit se s tím, že i smrt je součástí života a každého z nás to jednou potká. Na druhou stranu přílišné sebeovládání a vyhýbání se tomuto tématu může být vnímáno jako lhostejnost a nezájem. Každopádně i tato reakce je zcela přirozená a nebylo by správné mít to někomu za zlé. (Haškovcová, 2010).

*„Pokud pochopíme a přijmeme smrt jako součást života, potom ji ve chvíli, kdy skutečně přijde, budeme čelit snadněji.“ (Martin, 2014).*

### **1.3 Důstojné umírání**

Důstojnost je pojem, který je nejčastěji spojován s lidmi starými, dementními, handicapovanými a umírajícími. Respektovat a chránit důstojnost smrtelně nemocných a umírajících by měla být brána jako samozřejmost v každodenní praxi. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

Faktory ovlivňující důstojné umírání:

- Malá dostupnost paliativní péče a kontrola bolesti
- Časté zanedbávání péče o tělesné utrpení a nedostatečný ohled na psychologické, sociální a duchovní potřeby.
- Umělé prodlužování procesu umírání buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků nebo pokračování v léčbě bez souhlasu nemocného.
- Nedostatečná péče věnována rodinným příslušníkům a přátelům nemocného, jež by mohla přispět ke zmírnění lidského utrpení.
- Obavy nemocného ze ztráty soběstačnosti, z úplné závislosti na druhých a z toho, že by mohl být ostatním na obtíž.
- Chybějící nebo nevhodné sociální prostředí umožňující pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.

- Nedostatečná dostupnost prostředků a zdrojů pro péči o nemocného a jeho podporu. (Heřmanová et. al., 2012).

Každý člověk má právo na důstojné umírání a stravení závěru svého života bez velkých bolestí a zbytečného trápení. U nemocného by měly být uspokojovány základní bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. V dřívějších dobách byly známy dva přístupy péče o umírajícího člověka. V prvním klasickém modelu, měla v péči hlavní roli rodina nemocného, kdy se jednotliví členové rodiny u nemocného střídali. Tento model měl výhodu v tom, že smrt byla brána více jako přirozená součást života. Nevýhodou v tom, že nebyli přítomni profesionálové. Druhý model, již modernější, kdy nemocný byl přesunut z domácího prostředí do zdravotnického zařízení. Největší výhodou tohoto modelu je neustálá přítomnost lékařů a zdravotních sester. Nevýhodou je, že nemocní umírají osamoceni, bez svých nejbližších a v neznámém prostředí. Je tedy nutné, abychom převzali pozitiva z klasického modelu a aplikovali je na model současný. Pomáhat zmírnit utrpení umírajícího a jeho rodiny mohou lékaři, zdravotní sestry, blízké osoby, psychologové, dobrovolníci či sociální pracovníci. (Mlýnková, 2010).

Pacient a jeho rodina potřebují dostatek času, aby přijali sdělenou informaci o zdravotním stavu a smířili se s ní. (Antonová, 2018).

Součástí multidisciplinárního jsou i tzv. duchovní. Ti by měli být přítomni vždy nebo připraveni vyjet k nemocnému vždy, když si duchovní pomoci umírající nebo jeho rodina vyžádají. Tato pomoc, když je nemocný i jeho rodina věřící, pomůže natolik, že se mnohdy nemocný tak dokonale uklidní, až si sám přeje v daný moment zemřít a někdy tomu tak opravdu je. (Bramadat et al., 2013).

### ***1.3.1 Etické přístupy v péči o umírající***

Péče o umírajícího člověka je velmi významnou záležitostí. Může zde však dojít k porušení mnoha etických zásad a principů.

Nejčastěji dochází k:

- Bagatelizaci nemoci a bolestí umírajícího a tím pádem nedostatečnému tišení bolesti
- Podávání nadměrných dávek sedativ a jiných léků, které způsobují celkový útlum nemocného.

- Nedostatečnému poskytování péče o umírajícího kvůli nedostatku času a nedostatku personálu.
- Neschopnosti personálu komunikovat s umírajícím (neumí to, bojí se).
- Nevhodným hovorům u klienta s poruchou vědomí (člověk v bezvědomí, zmatená osoba).
- Neposkytování některých úkonů v péči z důvodu, že to již není třeba, protože „stejně brzy zemře, je to zbytečné“.
- Propagování eutanazie
- Nedostatečné úctě při manipulaci a zacházení s umírajícím a zemřelým tělem.

(Timothy,2014).

Umírající člověk by se měl při poskytování péče cítit tak, aby měl pocit, že se v „našich“ rukou cítí bezpečně a dávají mu jistotu, že zvládne i okamžik smrti, až přijde. (Malíková, 2020).

### ***1.3.2 Potřeby umírajících***

Každý člověk má své individuální potřeby. Základní potřeby se neliší, ovšem individuální potřeby každého z nás se s nemocí mohou měnit nebo u některých se zvyšuje jejich potřeba.

Každý člověk by měl být brán holistickým způsobem, což znamená, že člověk je spojená nádoba, tudíž by se mělo pohlížet na všechny jeho potřeby stejně důležité a zdravotnický personál by se měl aktivně zapojovat do vyhledávání těchto potřeb a jejich následným uspokojováním. (Šamánková,2011).

Do **základních potřeb** se řadí:

- Potřeby biologické
- Potřeby psychologické a emocionální
- Potřeby sociální
- Potřeby spirituální

Tyto potřeby jsou společné pro nás všechny, i když si to často vůbec neuvědomujeme. Jsou to základní potřeby, které pokud nejsou uspokojovány, člověk se nachází v jakémisi nekomfortu. (Malíková, 2020), (Šamánková,2011).

Mezi specifické potřeby umírajících patří například otevřená komunikace o smrti, rozloučení a smíření se, spirituální podpora, pokud je umírající věřící, neomezený kontakt s rodinou a blízkými, pomoc s uspořádáním osobních záležitostí včetně poslední vůle apod. (Kalvach et al.,2012).

Do základních sociálních potřeb pacienta patří například také nebýt sám, hovořit o současnosti a vzpomínat na minulost, moci vyslovit obavy z budoucnosti a smrti, vyslovit i svá přání, moci projevit svoje city, být plně informován o svém zdravotním stavu, mít útěchu a podporu jak od členů rodiny, tak od profesionálů (např. sester), být respektován, moci dokončit nehotové, rozloučit se, vědět, že ti, co zůstanou, to zvládnou a jako jedna nejdůležitější z těchto potřeb je dostat dovolení zemřít. (Komunikace s umírajícím a blízkými [online]).

Některé potřeby umírajících jsou však velmi časté a ve výzkumech je uvedla většina klientů paliativní péče. Jsou to tlumení bolesti, nezadržování smrti, neodloučenost, samostatnost (soběstačnost), zachování důstojnosti a bezpečí. Ve většině případů stojí nemocní a jejich rodiny o kvalitní paliativní péči s možností tlumení bolestí a s tím spojené snížení utrpení. Místo, kde se nemocnému bude paliativní péče poskytovat, by si měl zvolit sám nemocný, popř. rodina, po domluvě s ním (nejčastěji domov). Pokud si nemocný přeje skonat v domácím prostředí, měl by mu kvalifikovaný tým poskytnout podporu. Zdravotníci by měli s pacientem konzultovat jeho zdravotní stav a respektovat jeho rozhodnutí, vůli a přání. Komunikace by měla fungovat také mezi zdravotníky a rodinou nemocného. (Bužgová,2015). Paliativní péče si zakládá na neomezeném kontaktu s blízkými lidmi. Paliativní péče úmrtím nemocného nekončí, podpora pozůstalých po smrti nemocného a v době truchlení je samozřejmostí a také hlavně

součástí poskytování paliativní péče. Stejně tak pomoc s uspořádáním osobních záležitostí a oficialit spojených s vyřizováním pohřbu. (Kalvach,2010).

Orientace pracovníků na uspokojení potřeb podle projevů nemocného je velmi důležité a pro umírajícího mnohdy velice zásadní. Je prospěšné aktivní vyhledávání potřeb nemocného a snaha o jejich uspokojení. (Vytejková,2013).

### ***1.3.3 Komunikace s umírajícími***

Ačkoli je v současné době dosti časté, že se lidé snaží reálnost smrti vytěsnit a hovorům o ni se vyhýbat, je velmi důležité toto téma otevírat a rozebírat ho s tím, koho se to týká nebo v blízké době týkat bude či s tím, koho ohledně smrti cokoliv zajímá. (Ptáček, 2011).

Významnou roli zde hraje také čas. Mnozí lidé si neuvědomují, že čas nás všech není nekonečný. Když přijde již několikrát zmiňované nevyléčitelné onemocnění, často se lidé snaží si na poslední chvíli splnit všechna svá přání, uspořádat si své záležitosti, vrátit se na některá místa, dokud jim to jejich zdravotní stav dovolí. Je poslední možnost si promluvit o některých věcech, např. s rodinou, o nevyřešených záležitostech, vyřešit je, urovnat, usmířit se. Mluvit o nikdy nevyřčených názorech, přáních, tužbách. I proto by umírající lidé měli znát svou situaci, svůj zdravotní stav a měli by být otevřeni pro komunikaci se svými blízkými. Zastírání pravdy, zapírání, mlčení přináší většinou uzavření se do sebe, prázdnotu, výčitky a utrpení umírajícím i jejich rodinám. (Šamánková,2011).

Komunikace by měla být empatická a otevřená. Pacient by měl mít pocit, že není sám. Že se na rodinu, i na zdravotnický personál může kdykoliv s čímkoliv obrátit. Měl by se uvolnit a cítit se v bezpečí. Komunikace probíhá jak verbálně, tak neverbálně. Z našeho postoje, výrazů a gest může pacient mnohé vyčíst. Proto je důležité si dávat pozor i na tento typ komunikace, aby pacient nenabil nesprávného dojmu, že se o něj nezajímáme, že je nám lhostejná jeho momentální situace apod. Velmi důležitou roli hraje umění naslouchat. Zdravotnický personál, zejména sestra, by toto měla ovládat. Není to o tom pouze poslouchat, co pacient říká, ale umět na to reagovat, vcítit se do pacientovy situace, řešit s ním jeho problémy, dokázat poskytnout mu radu, nabídnout mu pomocnou ruku, čímž dá nemocnému najevo, že je tam s ním a opravdu ho poslouchá. Nemocný by měl mít dostatek času na vyrovnání se se svým zdravotním stavem a

nepříznivou prognózou. Správně by si měl projít vlastním procesem truchlení. Komunikace je důležitou součástí, ale ne vždy je přímo vyžadována. Mnohdy si pacient přeje být sám a nezatěžovat svými problémy okolí. Např. při sdělení diagnózy nevyléčitelného onemocnění je dosti časté, že si přeje být sám, aby si vše dostatečně urovnal a promyslel, jak naloží s touto nově nabitou informací. Pro nemocného může být totiž mnohem jednodušší, když vše prožije sám bez přítomnosti svých blízkých a ve správný čas odejde sám. (Kübler-Rossová, 2012). Proto se tedy pacientovi nevnučíme, nenutíme ho ke komunikaci o této problematice a plně respektujeme jeho soukromí a rozhodnutí. (Marková, 2010).

Sestra by měla mít stále na paměti, že pacienti jsou převážně psychicky zdraví lidé, pouze kvůli jejich momentální situaci se někdy chovají neočekávaně, patologicky a mají na to plné právo. Měla by také umět zachovat klid v krizových situacích, kdy si pacienti mnohdy své negativní emoce "vybíjí" na personálu. Součástí komunikace je také bezpečný fyzický kontakt s pacientem. Někteří nemocní cítí zvýšenou potřebu komunikace dotykem, hlavně s jejich blízkými. Na místě je i podpora pacienta. Chválit ho za každý, i malý úspěch. Dodává to pacientovi pocit, že je potřebný a tlumí negativní emoce. (Vorlíček, 2012).

Umírající mnohdy nerozeznává, kdo je přítomný, což je pochopitelně pro blízké osoby někdy velice bolestivé. Důležité je, aby si toto nikdo nebral nijak osobně, že to není známka odmítnutí. Jedná se pouze o to, že umírající ztrácí spojení s naší realitou. V některých případech mohou umírající mluvit k Bohu nebo o osobách, které nejsou rodině známé. Někdy také mluví s lidmi, kteří už zemřeli, umírající se může cítit být jimi odváděn. Podstatné ale je nenažít se mu vymlouvat jeho realitu nebo ho přesvědčovat o něčem jiném. Je třeba zapojit se do jeho světa a naslouchat mu. Pro blízké osoby tak v mnoha případech začíná naprosto odlišná komunikace, kterou doposud nezažili. Může to být nepříjemné, avšak také velice obohacující, že se rodina bude snažit porozumět způsobu, jakým jim umírající sděluje svá přání. (Umírání, 2015 [online]).

### ***1.3.4 Dobrá smrt***

Pod pojmem dobrá smrt si každý představíme něco jiného. Se smrtí se setkáváme ve zprávách, hororech, filmech či výstavách jako je například „Bodies“ a vypadá to, jako by se společnost snažila tím vším smrt banalizovat (Ondračka, 2010). Termín „dobrá či šťastná smrt“ byl v 17. a 18. století poměrně často užívaný, vyskytoval se nejen v náboženské naučné literatuře, dobrá smrt měla i své nebeské patrony a ochránce. Správné úmrtí bylo považováno za umění. Bylo problematické tím, že každý se se smrtí setkal pouze jednou jedinkrát, tudíž nikdo neměl tu možnost opakovat tento proces a naučit se tak toto umění z vlastní zkušenosti. Dobrá smrt byla přitom velmi důležitá, znamenalo to, že mohla napomoci duši při přechodu do věčného života.

Aby člověk opustil tento svět dobrou či šťastnou smrtí, musel být především dokonale vyrovnán se svým osudem a s tím, co nevyhnutelně přijde. (Mikulec, 2013).

*„Smrt vnímáme většinou jako strašné zlo, neštěstí, které si přejeme, aby nemuselo být.“*  
(Kupka, 2014).

Definici dobré smrti si každý vytvoří sám podle sebe. Jistě se ale všichni, nebo alespoň většina z nás shodneme na tom, že pod pojmem „dobrá smrt“ si člověk nejčastěji představí to, aby měl tu možnost umírat doma, ve své posteli, v prostředí, které je mu nejpříjemnější, mezi svými nejbližšími. Netrpět bolestmi, mít své soukromí, necítit se sám, cítit se v bezpečí, mít jistotu, že až ten daný okamžik přijde, nebude na to sám, bude tu vždy někdo, kdo nás bude podporovat, držet za ruku a ujišťovat nás, že vše zvládneme. Toto je, mimo jiné, cílem právě paliativní a hospicové péče. Zároveň ale, najdou se mezi námi tací, kteří jsou povahy spíše introverta a mají pocit, že jejich zdravotní stav, péče s tím spojená a následný odchod, můžou těm nejbližším přidělovat akorát starosti. Proto jim je milejší a někteří to přímo i vyžadují, když si mohou touto nelehkou životní situací projít sami, bez druhých lidí. Každý jsme nějaký a na otázku „Jaká je dobrá smrt?“ můžeme každý odpovědět zcela odlišně, avšak závěr byl, je a bude vždy stejný. Se smrtí se nakonec přivítáme každý sám. (Halifax, 2015).

### *1.3.5 Komunikace s pozůstalými*

Pro pečující osoby a zdravotnický personál je komunikace s pozůstalými někdy velmi nepříjemná a stresující záležitost. Když hovoří o smrti pacienta, uvědomují si totiž realitu života a s tím spojené to, že smrt potká jednou každého z nás. Ne každý dokáže této skutečnosti čelit a přijmout ji takovou, jaká je. A jen pouhá zmínka o smrti v nich vyvolává různé pocity a emoce, které by jako zdravotnický pracovník čili profesionál, měl před pacienty nebo jejich rodinami, pokud možno, nedávat najevo. (Kalvach, 2012).

Pokud se jedná o úmrtí v nemocnici, nutná je citlivá komunikace, vytvoření alespoň základního pocitu soukromí. Po oznámení úmrtí rodině, je na místě s rodinou klidně bez spěchu setrvat, postát u lůžka, vyjádřit soustrast. Chvilí setrvat v klidném rozhovoru, rodině vysvětlit a popsat průběh závěru života zemřelého, ujistit, že pacient netrpěl, bolesti byly tlumeny, byla zachována důstojnost a soukromí. Poradit s dalším postupem (pohřební služba atd.), mnohdy je ovšem lepší tyto informace předat v tištěné formě, protože pozůstalí často nejsou schopni vstřebat tolik informací v tak složité situaci. Také je možnost rodině nabídnout možnost dalšího kontaktu, např. s psychologem, sociálním pracovníkem apod. (Lugton, 2002).

Další podpora pozůstalých může znamenat také kontaktování rodiny například měsíc až dva po smrti a pozvání na např. tzv. vzpomínkové setkání nebo pak individuální podpora a poradenství. (Sláma, 2011).

Zásady komunikace by měly být hlavně nepřerušovat toho, s kým mluvíme. Neodporovat, nesnižovat to, co je nám řečeno. Neodvádět řeč od daného tématu. Na nic nespěchat, počkat, až se blízký od pacienta vyjádří, vyslechnout si vše a umět ve správnou chvíli mlčet. Jak se říká, někdy mluví stříbro, mlčeti zlato. Nedávat rodině, tím pádem ani pacientovi, žádné falešné naděje. Nesnažit se za každou cenu být optimističtí a situaci, jakkoliv zlehčovat nebo "uvolňovat napětí". Druzí si mohou o to víc připadat v těchto těžkých chvílích sami, a ještě s pocitem, že se nemají na koho obrátit. (Komunikace s umírajícím a blízkými, [online]).



## 1.4 Role sestry v paliativní péči

Ať už sestry poskytují paliativní péči v nemocnici, v lůžkovém hospici, v mobilním hospici či v jiném zdravotnickém zařízení, je velmi podstatné a téměř zásadní, zda jsou schopné s nemocným pacientem hovořit o jejich zdravotním stavu, terminálním stádiu a o smrti. Jelikož diagnózu a postupy léčby má u nemocného na starosti ošetřující lékař, sestra plní pouze jeho ordinace. To znamená, že u nevyléčitelně nemocných pacientů, kde veškerá kurativní léčba selhala, se sestra stává taktéž i pečovatelkou, kde je nejdůležitější uspokojování pacientových potřeb, efektivní, empatická a zcela otevřená komunikace o jeho problémech, starostech a situaci, ve které se nachází a která ho čeká. (Marková, 2010).

Důležitou součástí paliativní péče je i spolupráce s rodinou pacienta. Jak bylo již definováno, kvalitní paliativní péče je poskytována tehdy, je-li pozornost věnována jak pacientovi, tak i jeho rodině. Sestra ve své práci musí respektovat čtyři základní prvky ošetrovatelství. Jsou jimi péče o zdraví, předcházení nemocem, zlepšování zdravotního stavu a tišení bolesti. Základním předpokladem pro vykonávání povolání sestry je kvalifikační vzdělání. Předpoklady pro zvládnutí nároků na osobnost sestry jsou poznat sám sebe, všimnout si sebe a svých reakcí, dokázat komunikovat o svých potřebách a potížích. Povolání sester se řadí mezi jedno z nejnáročnějších. Sestry se musí během své profesní kariéry neustále vzdělávat. Při svém povolání se sestra setkává s řadou stresujících faktorů, jako je smrt, umírající nebo trpící pacienti. (Venglářová, 2011).

## 1.5 Role sestry v hospicové péči

Péče o umírající je jedna z nejnáročnějších činností v ošetrovatelství. Pro sestru je to náročné jak fyzicky, tak hlavně psychicky. Proto by se mělo myslet i na podporu zdravotnických pracovníků. Měly by se pořádat například semináře, diskuse a různá školení na toto téma. Podporu by měly sestry dostávat i od svých blízkých a své rodiny. (Burda, Šolcová, 2016).

Sestra je v ošetrovatelském a edukačním procesu hlavním koordinátorem. Sleduje všechny pacientovy potřeby a rozhoduje o možnostech, jak tyto potřeby naplnit a maximálně tak zkvalitnit pacientovy poslední chvíle života. Nejdůležitějším aspektem péče je komunikace s pacientem a jeho rodinou. Sestra by měla umět využít otevřenosti pacienta a promluvit si o jeho nynější situaci, umět reagovat na pacientovy dotazy ohledně onemocnění a blížícího se konce. V případě, že pacient není sdílný, nechce se svěřovat nikomu, ani své rodině, není v dobré náladě a mnohdy ani nestojí o návštěvu zdravotnického pracovníka, tak se sestra zachová adekvátně situaci a pacienta do ničeho nenutí. Pouze se ujistí, že je vše v pořádku a pacienta nechá v klidu odpočívat.

Sestra by měla být samostatná, výkonná, měla by se umět rozhodnout a pohotově reagovat v různých ne příliš lehkých situacích. Péči zajišťuje jak osobní návštěvou u pacientů, tak telefonicky. Spolupracuje s lékařem, plní jeho ordinace a pokud je třeba, komunikuje a předává informace i jiným odborníkům multidisciplinárního týmu.

Sestra musí být edukována. Musí znát ošetrovatelský proces, je schopna fyzikálního vyšetření a má znalosti farmakologie. Edukuje pacienta i pečující osoby o ošetrovatelském procesu, vysvětluje lékařem stanovený léčebný proces. Během své péče sestra poskytuje také podpůrnou psychoterapii a také zná postupy při úmrtí pacienta, kdy dodržuje legislativní normy – zákon o zdravotních službách. (Zákon č. 372/2011 Sb.).

## 1.6 Zvládání zátěžových situací

Zátěžové situace jsou náročné životní situace, se kterými se člověk musí vyrovnávat a které mohou mít na jeho zdraví a psychiku různý dopad. Tvoří však nezbytnou součást života. Nebezpečí je však v jejich intenzitě a kumulaci v krátkém časovém úseku.

V průběhu života si osvojujeme různé způsoby, jak zátěž řešit a zvládat.

Jako nejčastěji uváděné zátěžové situace jsou úmrtí partnera, rozvod a úmrtí blízkého člověka.

Každý člověk se se zátěžovými situacemi vyrovnává jinak. Každý jsme jiné povahy, jiného charakteru, všichni jsme zcela odlišní. Nejčastější způsob, jak se vyrovnat se zátěžovou situací, jsou tzv. obranné mechanismy, kdy se člověk snaží "oklamat" sám sebe a transformuje informace tak, aby byly pro něj snesitelné. Jejich používání je většinou nevědomé. Nemění situaci, mění pouze vnímání dané situace. Patří mezi ně potlačení, vytěsnění, racionalizace (vysvětlení, omlouvání) a únik (fyzický – např. k návykovým látkám, do nemoci atd.)

U pacientů, kteří trpí nevyлéčitelným onemocněním, se bere jako zátěžová situace sdělení diagnózy, s tím spojené ukončení léčby a následná prognóza. Tam většinou přichází šok a smutek. Pacient a jeho rodina si uvědomují, že umírá. I tyto reakce mají své fáze a dle modelu Küblerové-Rossové jsou to popírání, kdy pacient začne popírat, co se právě dozvěděl, např. že došlo k záměně výsledků či k jinému pochybení. Následuje agrese/hněv, kdy pacient stále není schopen přijmout, co mu bylo sděleno, začne obviňovat lékaře, sestry a jiné zdravotnické pracovníky, život není fér apod. Poté fáze smlouvání, kdy pacient smlouvá s lékařem, prosí, zda by nešlo udělat něco pro to, aby se uzdravil, má naději, že může nějakým způsobem oddálit či odložit smrt. Pak přichází fáze deprese. Během této fáze si nemocný začíná uvědomovat jistotu blížící se smrti. Jde o důležité období smutku, které musí proběhnout. Nemocný může být zamlklý, uzavřený do sebe, chce být sám, nechce přijímat návštěvy, propukne v pláč, truchlí s pocitem strachu, úzkosti a beznaděje. Poslední fází je smíření. Nemocný se začíná vyrovnávat s tím, co nemůže změnit. Smíruje se s nevyhnutelným. Dochází k uvolnění a pacient je schopný začít spolupracovat při léčbě a přistupovat k ní s rozumem. (Moody, Raymond, 2011).

## 1.7 Vztah sestry ke smrti

Vztah ke smrti není odjakživa daný. Jako malé děti jsme se všichni jistě smrti báli. Nechtěli jsme o ni vůbec slyšet a bylo naprosto nepředstavitelné, že by jednou měla potkat i nás a naše blízké. Bylo to něco zlého a nepřijatelného.

Až s postupujícím věkem a životními zkušenostmi si každý z nás utvoří jakýsi vztah ke smrti. A nemusí být vždy jen pozitivní. Někteří mají vztah ke smrti celý život stejný. Od dítěte až do dospělosti. Zde hrají velmi důležitou roli rodiče. Jaký vztah ke smrti mají oni a co předávají svým dětem v tom nejdůležitějším věku, kdy se učí a začínají vnímat věci reálně tak, jak jsou.

U sester je podstatné jejich první setkání se smrtí. To mohlo přijít již při první odborné praxi na střední škole. (Marková, 2010).

Už na střední škole, kde probíhá příprava zdravotních sester, by tématu o smrti měla být věnována pozornost. Je to přece jenom nevyhnutelná součást života a jako zdravotní sestry, které se se smrtí jistě minimálně jednou profesně setkají, by měly být připraveny. *„Při setkávání se smrtí v profesním životě je potřeba naučit se zvolit správnou míru angažovanosti a správnou míru optimálního odstupu. Každý z nás máme tyto hranice nastavené trochu jinak a k jejich uvědomování dochází postupně a nejlépe právě v rozhovoru s jiným pracovníkem, který své hranice již zná.“* (Marková, 2010).

I profesionálové, kteří se se smrtí setkají, jsou pořád pouze lidé a nemůže od nich nikdo očekávat jen a jedině profesionální chování v některých, pro ně těžkých situacích. To znamená, že i sestry, které se setkají se smrtí poprvé nebo jsou přítomny u smrti někoho jim blízkého, mohou si dovolit a mají plné právo na to projevit své city a dát průchod emocím. Existuje mnoho projevů smutku a jedním z nejčastějších je pláč. Mnozí tvrdí, že pláč je projevem nízké profesionality. Není tomu tak. Pláč nad ztrátou pacienta je jen důkazem toho, že sestra měla s pacientem hluboký vztah. Být smutný je naprosto v pořádku. Smutek je přirozená reakce na ztrátu. Je nutné si touto reakcí projít, aby se smutek nehromadil. Obvykle je dobré o ztrátě mluvit, vypovídat se a ulevit sám sobě. Každý prožívá ztrátu a smutek jinak. Někdo se rád vypovídá, jiný chce být spíše v ústraní. Smutek nad ztrátou pacienta nesmí sestry ochromit, ba naopak jim má pomoci nabrat nové síly. (Zurek, 2014).

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

Tato kapitola poskytuje informace o ústředním cíli a výzkumných otázkách pro tuto bakalářskou práci.

### ***2.1 Cíl práce***

Zjistit znalosti a dovednosti sester v poskytování paliativní a hospicové péči.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jaké jsou zásady pro poskytování paliativní a hospicové péče?
2. Jaké osobnostní rysy by měla mít sestra poskytující paliativní a hospicovou péči?
3. Jaké znalosti a dovednosti má sestra v poskytování paliativní péče?
4. Jaké zkušenosti má sestra s poskytováním paliativní a hospicové péče?

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použité metody***

Pro výzkumnou část této bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření prováděné pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sestrami v paliativní a hospicové péči. Tyto rozhovory byly vedeny se všeobecnými sestrami pracujícími v domácím hospici sv. Veroniky v Českých Budějovicích a se všeobecnými sestrami poskytující paliativní a hospicovou péči v domácím hospici Ledax v Českých Budějovicích, na přelomu března–dubna 2021. Rozhovory byly realizovány distanční formou přes online videohovor nebo telefonní hovor. Rozhovory byly vedeny mezi tazatelem a dotazovaným za předpokladu, že dotazovaný byl předem seznámen s tazatelem a obeznámen o účelu rozhovoru, o názvu a cíli této bakalářské práce. Všichni respondenti byli předem ujištěni o anonymitě těchto rozhovorů. Domluveno bylo i to, že respondenti nemají povinnost odpovídat na všechny položené otázky či mají možnost rozhovor kdykoliv přerušit z jakéhokoliv důvodu. Rozhovory ze strany respondentů byly čistě dobrovolné.

Rozhovor se sestrami se skládal z 19 otázek. Některé sestry rozhovor odmítly, proto jim, po dohodě, byly otázky zaslány na e-mail a odpovědi byly tedy podány v písemné formě. Dvěma sestrám byly otázky položeny prostřednictvím telefonního hovoru a odpovědi byly, se souhlasem dotazovaných, nahrávány na diktafon. Po zpracování všech sebraných dat z rozhovoru, byly odpovědi, které sloužily čistě pro účely této práce, smazány. Získaná data byla zpracovávána metodou otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“, čímž byly informace rozříděny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Do rozhovoru k této bakalářské práci bylo zapojeno 5 kvalifikovaných všeobecných sester, které aktivně pracují v domácím hospici, a i jiných zdravotnických zařízeních, kde se poskytuje paliativní a hospicová péče. Kvůli pandemii Covid-19 nebylo možné se osobně sejít se všemi sestrami a provést rozhovory osobně. Otázky k rozhovoru byly tedy sestrám zaslány po domluvě předem na e-mail. Všechny sestry byly seznámeny s názvem a cílem práce a na otázky odpovídaly co nejvíce obsáhle, upřímně, srozumitelně a tak, jak vnímají paliativní a hospicovou péči a jak se cítí při vykonávání této profese. Rozhovory, které byly vedeny online přes videohovor či přes telefonní hovor, byly, se souhlasem, zaznamenávány na diktafon. Po zpracování dat bylo vše nahrané smazáno. Z důvodu citlivosti tématu a předem dohodnuté anonymity rozhovorů, jsou respondenti označováni jako „VS1 až VS5“ – všeobecná sestra. U všeobecných sester jsou uváděny identifikační údaje, jako je věk, dosažené vzdělání, celková praxe v oboru všeobecné sestry a délka praxe v paliativní a hospicové péči.

### ***3.3 Charakteristika výzkumného prostředí***

Kvůli pandemii Covid-19 nebylo možné provádět rozhovory osobně za přítomnosti tazatele a dotazovaných. Rozhovory byly vedeny online přes videohovor nebo telefonní hovor. Rozhovory, které nebylo možné provést ani jedním z uvedených způsobů, byly provedeny tak, že všechny otázky, které byly součástí rozhovoru, byly respondentům odeslány na e-mail i s názvem a cílem této bakalářské práce.

## 4. Výsledky výzkumného šetření

### 4.1 Struktura výzkumného vzorku

Tato kapitola obsahuje základní informace získané od všech respondentů během rozhovorů. Pro lepší přehlednost jsou tyto informace vloženy do následující tabulky.

Tabulka 1: Identifikační údaje všeobecných sester

	<b>VS1</b>	<b>VS2</b>	<b>VS3</b>	<b>VS4</b>	<b>VS5</b>
<b>Věk</b>	51	27	48	25	42
<b>Dosažené vzdělání</b>	Vysokoškolské	Vysokoškolské	Středoškolské	Vysokoškolské	Středoškolské
<b>Délka praxe v oboru</b>	cca 17 let	5 let	cca 15 let	4 roky	cca 15 let
<b>Délka praxe v paliativní a hospicové péči</b>	5 let	2,5 roku	4,5 roku	3 roky	4 roky

Tato tabulka znázorňuje rozhovorem získané základní informace od všeobecných sester pracujících v zařízeních, kde se poskytuje paliativní a hospicová péče. Věkové rozmezí sester se pohybuje od 26-51 let. Vysokoškolského vzdělání s bakalářským titulem dosáhly 3 z 5 sester. Dvě mají vystudovanou střední zdravotnickou školu, kdy byl ještě obor všeobecná sestra i na středních školách. Díky poměrně velkému věkovému rozdílu některých sester se i liší jejich délka praxe v oboru všeobecné sestry. Ovšem délka praxe v paliativní a hospicové péči není tolik jiná. Všechny sestry se tomuto odvětví věnují do 5 let.



## **4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami**

V této kapitole jsou vypsány všechny odpovědi z rozhovorů se všeobecnými sestrami, které vykonávají práci v domácím hospici či v jiném zdravotnickém zařízení, kde se poskytuje paliativní a hospicová péče. Výsledky odpovědí jsou rozděleny do kategorií a jejich podkategorií.

- Kategorie 1: Dovednosti sestry – jaké by sestra měla mít vzdělání, co by měla umět, jakou by měla mít praxi
- Kategorie 2: Práce v hospici – co sestry vedlo k vykonávání této práce
- Kategorie 3: Paliativní a hospicová péče-poskytování hospicové a paliativní péče – pozitiva a negativa, kapacita domácího hospice, perspektiva práce
- Kategorie 4: Definice – definice paliativní a hospicové péče podle všeobecných sester
- Kategorie 5: Komunikace – komunikace s umírajícím člověkem a jeho rodinou, vztah sestry ke smrti a jak se všeobecným sestram o smrti hovoří
- Kategorie 6: Závěrečná péče – Péče o klienta bezprostředně před smrtí a péče o mrtvé tělo, péče o pozůstalé osoby

### Kategorie 1: Dovednosti sestry

K otázkám, které směřovaly k tomu, jaké by měla mít sestra pracující v paliativní a hospicové péči dovednosti, konkrétně se týkající vzdělání, toho, co by sestra měla ovládat a jakou by měla mít praxi, než nastoupí do hospice. Kupodivu se všechny sestry, které odpovídaly, téměř shodly odpovědí již u první otázky. Dle VS1 je pro sestru pracující v paliativní a hospicové péči vzdělání nutné vyšší, než středoškolské nebo minimálně 5 let praxe v nemocnici na lůžkovém oddělení. VS2 odpovídá, že by to měla být kvalifikovaná zdravotní sestra se vzděláním minimálně Dis nebo Bc. a je vhodné, aby měla nějakou praxi u lůžka. Následně si VS2 myslí, že i po vystudování je potřeba se neustále věnovat vzdělávání zaměřené na paliativní a hospicovou péči. Dle jejího názoru by praktická sestra nemohla pracovat v hospicové péči, protože nemá kompetence k tomu, aby mohla provádět všechny úkony, které jsou potřeba dělat. VS3 říká, že stačí zdravotnická škola, ale při práci v hospici je nutné vzdělávání v paliativní

péči. Co se týká praxe, souhlasí s minimálně 1 rokem praxe u lůžka v nemocnici. „*Někomu to stačí, někdo potřebuje víc.*“ dodává VS3. VS4 odpovídá totožně, jako VS2. VS5 má podobný názor, jako VS3, ale praxe v nemocnici u lůžka je dle jejího názoru zcela zásadní.

Co se týče toho, co by sestra měla umět, pro vykonávání této práce, se všechny všeobecné sestry do jednoho shodly, že je to umění se rychle a samostatně rozhodnout, dobře zhodnotit a pohotově reagovat v téměř jakékoli situaci. Dle VS1 by to měla být „*hotová sestra, která by měla umět to, co ne každý má*“. Právě z tohoto důvodu jsou všechny všeobecné sestry toho názoru, že praxe v nemocnici u lůžka, nejlépe na nějakém urgentním oddělení, je tak důležitá. Dodá sestře zkušenosti, dovednosti, samostatnost a sebejistotu. Podle VS2 by měla sestra umět hlavně správně komunikovat. „*Samozřejmě je důležité umět i ošetrovatelské postupy, ale v domácí hospicové péči je důležité rodině vše vysvětlit. Proč to dělám, co se bude dál dít, jak budu postupovat, co rodinu může čekat.*“ Měla by znát základní symptomy onemocnění a jejich léčbu. „*Měla by být vzdělaná, ale zároveň i něžná a empatická.*“, mít čas na klienta i jeho rodinu. „*Důležitá je i upřímnost, na té se staví vztahy s rodinou. Na základech se dá dále stavět.*“ Podle VS3 by sestře neměla chybět empatie. Měla by pracovat srdcem a usmívat se. Umět naslouchat, pracovat s umírajícím, ale i s pečující rodinou a soustředit se na jejich potřeby. VS4 odpovídá, že by sestra měla budit, jak u klienta, tak u rodiny, pocit důvěry a bezpečí a to, že umírající není sám. Důvěra a upřímnost jsou základ pro komunikaci s klientem a jeho rodinou a tím spojenou poskytovanou péči. VS5 říká, že sestra by měla být empatická, trpělivá, umět naslouchat a adekvátně odpovídat. Rozmýšlet každé slovo. „*Nemocný je křehká bytost, jedno špatně vyřčené slovo a nejde to vzít zpět.*“

## Kategorie 2: Práce v hospici

Na otázku, co všeobecné sestry vedlo k vykonávání této práce, odpověděla VS1 zcela jednoznačně. „*Smrt tatínka. Chtěla jsem ho mít doma.*“. Odpověď VS5 byla stejná, jako VS1. VS2 odpovídá, že hlavním důvodem vykonávání této práce byla nespokojenost v nemocničním zařízení. A odstupem času také babička, která když VS2 již pracovala v hospici, začala umírat a její poslední přání bylo „*Prosím, nech mě doma.*“ VS2 se o babičku intenzivně starala a po 2 měsících se jí její přání splnilo, zemřela doma. Po pár měsících se tato situace opakovala s dědečkem, který si také přál zemřít doma, jako

babička. To mu díky domácímu hospici mohla VS2 též dopřát. „*Je to hezké, když můžete svého blízkého doprovázet doma a dát mu to, co má rád.*“ VS3 říká, že už jako malá chtěla tuhle práci dělat. „*Je to naplňující a potřebná práce. Moc mě baví. Všichni se chtějí starat a akutně léčit. Já chci pomáhat odcházet.*“ VS4 byla ještě při škole, když se začala věnovat paliativní a hospicové péči. Toto odvětví jí přišlo vždycky velmi zajímavé, už když se o tom učili ve škole, nadchla se pro to jako pro myšlenku, a tak to zrealizovala. „*Líbí se mi, že je na péči o klienty čas. Na hygienu, komunikaci, poznání klienta a jeho rodiny, na všechno. To v nemocnici není ani zdaleka.*“

### Kategorie 3: Paliativní a hospicová péče

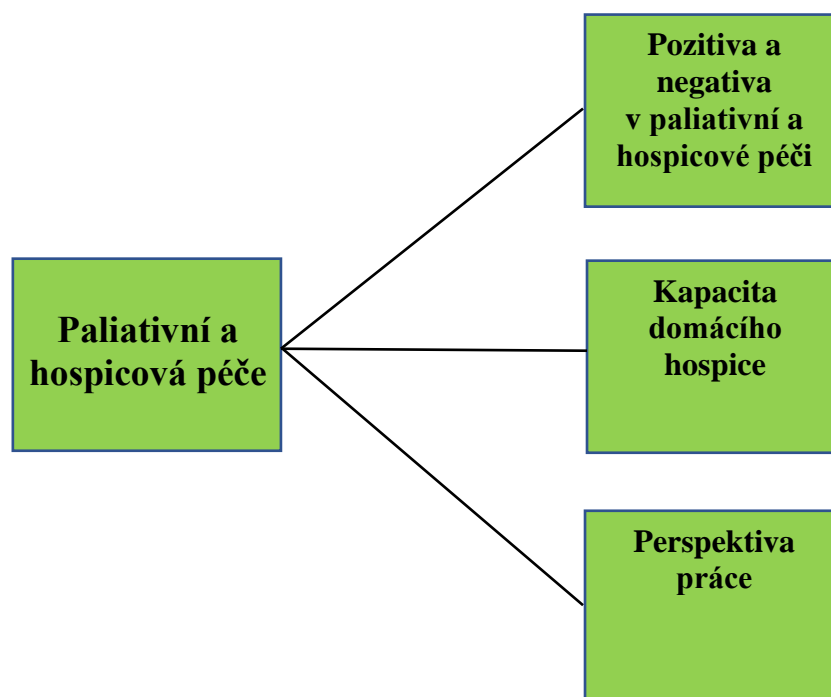


Schéma 1: Paliativní a hospicová péče

Podkategorie: Pozitiva a negativa v paliativní a hospicové péči

Na otázku, co všeobecné sestry na této práci nejvíce baví a naplňuje, VS1 odpověděla „*Snažíme se o to, aby se člověk dobře a bez problémů narodil a za to samé považují, aby člověk hezky umřel, to je cílem.*“ O toto se snaží. Nejvíce jí ale na této práci baví, že může lidem pomoci, aby nemuseli umírat v nemocnici. „*Já jsem maturovala ještě za totality a v nemocnici to opravdu byla smrt za plentou v osamocení. Lidem se píchnul*

*morfin, zavřely se dveře a jen se chodilo kontrolovat. Smrt se hodně vytěsňovala.*“. Pro VS2 je to pocit, že může umírajícímu a jeho rodině splnit jejich poslední přání. *„Být jim nablízku. Sledovat například, jak z člověka, který je absolutně nesmířen, někdy i slovně agresivní, se stane někdo, kdo je dobrosrdečný, smířený a umírá s úsměvem na tváři.*“. Pro VS2 je to velmi naplňující práce, která má obrovský smysl. *„Někdy se s rodinou smějeme a vtipkujeme. Rodina začne odkrývat svá tajemství. Můžete rodině pomoci vyřešit jejich trápení.*“. Navazování vztahů, ale i odborná péče. VS2 dodává, že díky této práci si člověk hodně uvědomí a začne pracovat také sám na sobě, aby byl lepším člověkem. VS3 na této práci nejvíce baví různorodost, práce jak s umírajícím, tak s jeho rodinou. Být u toho a pomoci důstojně a v klidu zemřít, bez bolesti, bez smutku a úsměvem na tváři. Pro VS4 je příjemné, že díky nám se klienti cítí v bezpečí, cítí podporu a to, že na nic nejsou sami. *„Chytnou umírajícího za ruku a ujistit ho, že není sám. Díky nám si umírající uvědomuje, že je pro nás důležitý a díky němu si i my uvědomujeme, že jsme důležité pro něj. Tím pádem i to, že naše práce má opravdu smysl.*“ VS5 nejvíce baví a naplňuje pomoc v nejtěžších momentech života, pozitivní odezva od klientů a jejich rodin. Vděčnost, navazování blízkých a upřímných vztahů, které trvají mnohdy i po ukončení péče o umírajícího.

Na otázku, co je naopak nejtěžší na této práci, VS1 odpověděla to, že pracuje s umírajícíma. Pocit, že je nemůže zachránit. *„Já jako zdravotní sestra, je mým posláním pomáhat lidem k uzdravení. Ale tady jim nepomáhám k uzdravení, tady jim pomáhám k dobré smrti.*“*„Ne, že by ta dobrá smrt nebyla důležitá, ale pokud je ten člověk mladý, je to to nejtěžší, co na té práci je.*“ Pro VS2 je nejtěžší, že zde není žádný proces uzdravení, téměř stejná odpověď, jako VS, ale také to, že je těžké nebrat si práci domů. Při této práci je to velmi těžké. Často jsou sestry s rodinami v kontaktu neustále 24 hodin denně. Pro VS3 je nejtěžší stálý kontakt se smrtí. Chvilé, kdy zemře dítě, ta bolest a bezmoc rodiny. Chvilé, kdy VS3 ví, že smrt je blízko, ale rodina není smířena a bojuje. *„Když se mi nepodaří navázat spolupráci s rodinou, když ve mně vidí smrt. Když nestihnu splnit to, co jsem slíbila. To pak bolí.*“ Pro VS4, podobně jako pro VS2 je nejtěžší věcí to, nebrat si práci domů. *„Někdy, i když nechcete, navážete s klientem tak silný osobní vztah, až to přestanete brát jako práci. A tomu se zkrátka nejde ubránit.*“ VS4 krátce popsala svou vlastní zkušenost. *„Já osobně jsem se se smrtí nejmenované klientky smířovala strašně dlouho. Návštěvou pohřbu jsem to v sobě musela uzavřít a slíbit si, že se mi nic podobného už stát nemůže, jinak bych v tomto dlouho pracovat*

*nevydržela. Od té doby se snažím držet si jakýsi citový odstup. To bych se jinak musela zbláznit.*“.

Pro VS5 je nejtěžší časové vytížení, fyzická náročnost, neustálé emoční vypjetí, stálý kontakt se smrtí, negativní emoce, pláč, smutek, bolest, bezmoc. Proto se všechny všeobecné sestry jednohlasně shodly, že velmi důležitá je následná psychohygiena sester, hodně odpočinku a věnování se svým zálibám, jako prevence syndromu vyhoření.

Podkategorie: Kapacita domácího hospice

Na otázku, zda je domácí hospic schopen zajistit péči všem žadatelům, VS1 odpověděla jen *„Nejsme, ne, v žádném případě. V krajském městě je to bohužel nemožné, poptávka je příliš vysoká a sester v hospici je příliš málo.*“.

VS2 za domácí hospic souhlasila. VS3, pracující v domácím hospici Ledax říká, že ano, snaží se o to a většinou se to i povede, ale jsou situace, kdy to opravdu nejde. *„Chybí minimálně jedna sestřička. Tahle práce není dobře placená, takže jdou raději do nemocnice. Bohužel.*“.

VS4 a VS5 odpovídají stejně, jako VS1, s tím, že si myslí, že to není možné zajistit téměř nikde, protože všude chybí personál. Zcela výjimečně se to podaří, aby se nabídka kryla s poptávkou.

Podkategorie: Perspektiva práce

Na otázku, jestli má tato práce perspektivu, se všechny všeobecné sestry shodly, že ano, má perspektivu a čím dál tím větší. Myslí si, že toto je oblast, ve které bude péče akorát narůstat. Na druhou stranu je spousta lidí, kteří svoje blízké “odloží” do nemocnice, ale dnešní doba přispívá tomu, aby se o paliativní a hospicové péči více mluvilo, ví se o tom víc než kdy předtím, rozšiřují se informace mezi lidmi, je snadno dostupné si o tom něco přečíst, více se dozvědět a o péči zažádat.

Kategorie 4: Definice

Co se týká definice paliativní a hospicové péče, s odpovědí začala VS1 a tím to shrnula za všechny ostatní všeobecné sestry. Paliativní péče dle sester pracujících v paliativní a hospicové péči, nevede k uzdravení, ale k utlumení symptomů nemoci. Tlumí veškeré vedlejší příznaky nemoci a nedokáže vyléčit tu hlavní nemoc. A hospicová péče pečuje o všechny složky člověka jako jsou bio-psycho-sociální a spirituální. *„Tím by se mohla lišit od paliativní péče.*“.

VS2 se k tomu vyjádřila za sebe a to tak, že paliativní péče je

taková péče, která je zaměřena na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v terminální fázi života. Jejím cílem je komplexní léčba, řešení, tišení bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit. Tato péče je velmi důležitá, protože převážná většina lidí chce umírat doma, s rodinou, v prostředí, kde to znají a je jim dobře. „*Mohu porovnat umírání na lůžkovém oddělení a v domácím prostředí. Často se jednalo o značný rozdíl. Rodina měla šanci se rozloučit a umírající na tuto zkoušku nebyl sám.*“. Samozřejmě ne vždy to jde, aby člověk mohl umírat v klidu doma. „*Myslím si, že by nebylo vůbec špatné zavést paliativní oddělení i do nemocnic, kam může rodina a být s tím umírajícím kdykoliv. Vím, že někde už to funguje a má to velmi kladné reference, ale není to všude. Je potřeba mít multidisciplinární tým.*“. A hospicová péče je dle VS2 péče taková, která je poskytována těžce nemocným (většinou v terminálním stádiu) a jejich blízkým v době, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče je určena většinou pro onkologicky nemocné pacienty, přijímání jsou ale pacienti i s jinými druhy nevyлéčitelného onemocnění. Tato péče je poskytována jak v lůžkovém zařízení, tak v domácím prostředí, na žádost a přání nemocného. Péče je dostupná 24 hodin denně, o víkendech i svátcích. V hospici je možnost také zapůjčení kompenzačních pomůcek usnadňující péči. „*Respektujeme přání pacienta a jeho rodiny, doprovázíme, podporujeme a pomáháme rodině v období těžké nemoci i v čase zármutku. Pomáháme v posledních záležitostech, jako je praktická pomoc při péči o zemřelého.*“

## Kategorie 5: Komunikace

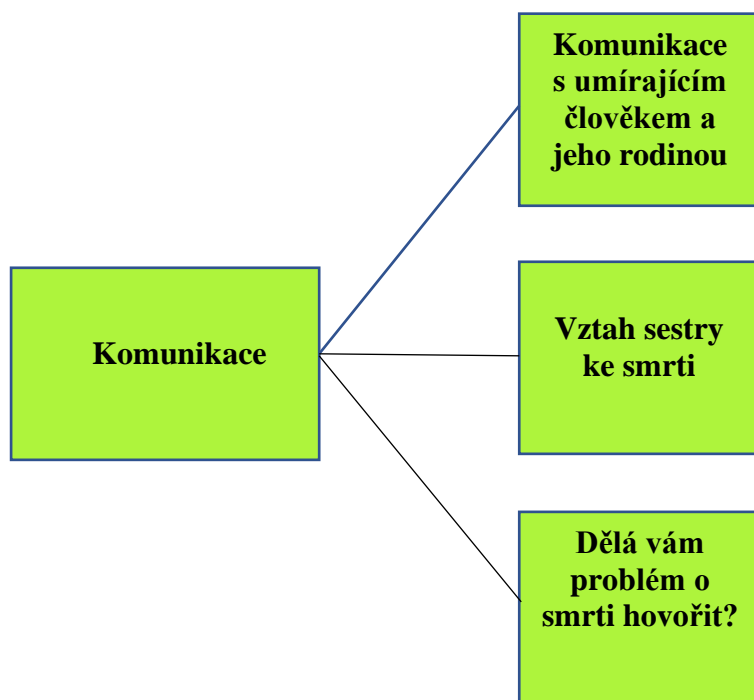


Schéma 2: Komunikace

Podkategorie: Komunikace s umírajícím člověkem a jeho rodinou

Na otázku, jaká je komunikace s umírajícím člověkem a jeho rodinou, VS1 odpovídá „*Pokud do té rodiny přijdeš s jistou dávkou pokory a přizpůsobíš se chodu té rodiny, tak si myslím, že sestra musí ke každé rodině přistupovat zcela individuálně, protože každá rodina je jiná. Vidět jejich potřeby a specifika a pak jim na jejich potřeby odpovědět nabídkou.*“ „*Velikou chybu jsem zažila, kdy mi rodina jednou líčila, že jim sestry téměř nutily kněze. Já jsem v té rodině primárně jako zdravotník a jako člověk, který umírajícímu člověku a jeho rodině má poskytnout všestrannou péči.*“ Rodina se musí respektovat a přizpůsobovat se mají sestry rodině, ne rodina sestram. Co se týká komunikace s umírajícím člověkem, ta dle VS1-VS5, nesmí být na bázi lítosti. K umírajícímu člověku musí sestra vstupovat jako profesionál. Ano, umírající a rodina potřebují cítit jistý náznak soucitu, ale nesmí to být jenom o tom. Úkolem sestry je dát mu jistotu, že mu pomůže a že zemře bez bolesti. Že sestra je člověk, kterému může rodina zavolat ve dne i v noci a vždy tady bude pro něj, aby se přestal bát. VS4 dodává,

že opravdu důležité je, aby komunikace byla zcela upřímná, otevřená, aby rodina i klient věděli, že se na sestru mohou obrátit se vším, mohou se zeptat na cokoliv. Dalším důležitým aspektem je důvěra. Rodina i klient by měl vědět, že se na sestru mohou spolehnout jak po odborné stránce, tak i po stránce osobní, zavolat ji kdykoliv je potřeba.

Podkategorie: Vztah sestry ke smrti

*„Smrt k životu patří stejně jako narození. Každý z nás se narodí a každý z nás zemře.“* odpovídají všechny všeobecné sestry. VS4 dodává *„Jako malá jsem měla myšlenku smrti často v hlavě. Téměř vlastně každou noc. Než jsem usínala, přemýšlela jsem, jaké to bude. Jestli ještě něco bude nebo jestli nebude vůbec nic. Že vlastně přijdu o všechny, budu sama. Brečela jsem takhle každý den před spaním. Když jsem se dala na zdravotnickou školu, začala jsem do toho více pronikat a vnímat realitu. Viděla jsem v nemocnicích spousty starých nemocných lidí, ten strach v jejich očích z toho, co s nimi bude, to trápení, bolest a bezmoc. Neslyšela jsem od nich skoro nic jiného než jen, že chtějí umřít. Někteří dokonce prosili. Tímto jsem pochopila, že v takových případech je smrt čisté vysvobození. Není to nic bolestivého, nic zlého, nic, čeho by se člověk měl bát. Je to přirozený koloběh života. Lidé na svět přijdou, zažijí krásný život, zanechají po sobě nezapomenutelné momenty, potomky, vzpomínky a odejdou. Někdo bohužel dřív, tím smutnějším způsobem, někdo později, přirozeně, ve správný čas. Smrt se neptá.“* Ani jedna VS nemá se smrtí problém. Konec konců, kdyby měla, nemohla by pracovat v tomto odvětví.

Podkategorie: Dělá vám problém o smrti hovořit?

Jak bylo zmíněno již v předešlé podkategorii, smrt patří k životu stejně jako narození. Na to VS3 navazuje, že nemá problém o smrti hovořit. VS1 říká, že o smrti hovořit také nemá problém. *„Samozřejmě jinak se hovoří o smrti, když umírá 18letý kluk a jinak se hovoří o smrti, když umírá 80letá babička obklopená vnoučaty.“* Ovšem ne vždycky je takový problém o smrti hovořit, když umírá mladý člověk. Pokud je rodina zcela smířená se situací a se smrtí, mnohdy bývají takovéto rodiny spolu v kontaktu daleko lépe než u umírajícího starého člověka. Hodně záleží na typu člověka a na fázích Kübler-Rossové. VS4 říká, že problém o smrti hovořit jí nedělá, ale někdy se jí umírající člověk nebo člen z jeho rodiny zeptají na takové otázky, na které mnohdy



neví, jak odpovědět. „*Stále se ještě učím, některé dotazy mě dokážou překvapit. Smrt je strašně široké téma, pro někoho velice zajímavé. Člověk o tom chce vědět buď všechno nebo raději vůbec nic.*“. VS2 a VS5 mají téměř stejný názor. Všechny sestry se shodují, že umírající člověk a jeho rodina, kteří si uvědomují vážnost situace a jsou zcela smíření s tím, co nastane, občas dokonce pocítují potřebu o smrti hovořit úplně otevřeně a narovinu. Většinou se tím lidé dokonce uklidní, když se ujistí, že smrt není nic, čeho by se měli bát.

#### Kategorie 6: Závěrečná péče

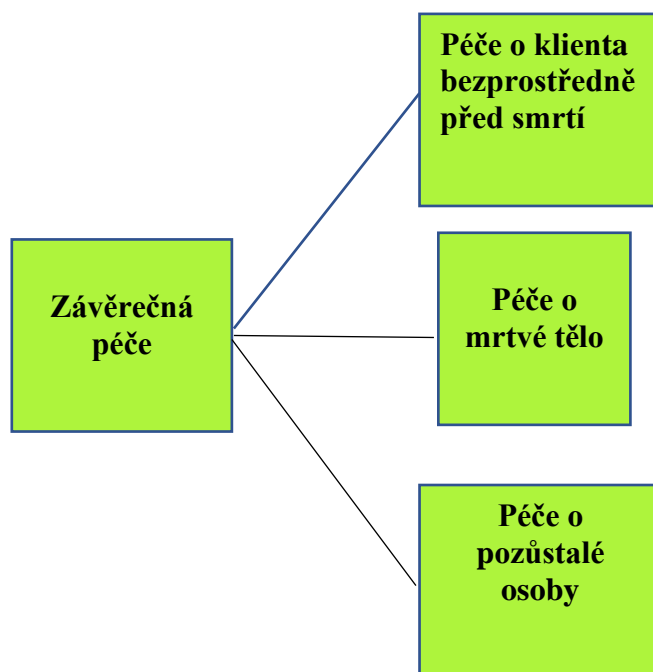


Schéma 3: Závěrečná péče

#### Podkategorie: Péče o klienta bezprostředně před smrtí

Podle VS1 je v tu chvíli důležité hodně moderovat rodinu umírajícího, protože čím víc se blíží čas smrti, tím víc se rodina bojí. Je potřeba s nimi trávit čas a vyloženě je navést, co mají dělat. „*Sed'te tady, držte ho za ruku, on vás slyší, i když vám neodpovídá, už nebude pít, ani jíst, ale je tady s vámi. Bud'te tady s ním, povídejte, vyprávějte situace, když jste byli malí, co jste tatínkovi provedli nebo si vezměte album, ať vás to k tomu vede a každou fotku komentujte.*“. Pokud má rodina víru, tak nabídnout

možnost zajistit duchovního nebo jim dát prostor k modlitbě, pomodlit se s nimi. VS5 dodává, že ve většině případů rodina zemřelého poprvé v životě vidí mrtvého člověka, takže je skutečně velmi důležité je podporovat, všechno jim srozumitelně vysvětlit jak předem, tak i v tu danou situaci. VS2 a VS4 se shodují, že po zkušenostech v paliativní a hospicové péči už dokážou předem odhadnout, kdy nemocný zemře. „*Většinou je to velký skok. Ráno se posadí k snídani, povídají si s námi, vtipkují a za 3 hodiny to je úplně jinak. To nám pak rodiny volají, my přijedeme a většinou je jasno.*“. V takových situacích je třeba si s rodinou sednout, nejlépe vedle do místnosti, než leží nemocný a všechno důkladně probrat. „*Rodina sice ví, že smrt nastane, ale i když jsou smíření, nikdy není nikomu příjemné to slyšet, že se to doopravdy děje a stane se to pravděpodobně už dnes v noci.*“. Rodinu je třeba upozornit, že nejspíš dnes nastane ta chvíle. Vysvětlit jim, že musí nemocného sledovat, nejlépe od něj vůbec neodcházet, protože smrt může nastat kdykoliv. Že v ten moment mají zavolat a sestry hned přijedou a o vše se postarají. Je třeba je poprosit, aby umírajícímu předem vybrali oblečení, ve kterém bude uložen do rakve. Někdy jsou součástí i některé osobní věci či talismany, které chce dát rodina zemřelému s sebou na cestu na druhou stranu.

VS5 říká, že vyloženě péče o umírajícího bezprostředně před smrtí se moc neliší od péče doposud. Pro umírajícího člověka je nejvíc, když má vedle sebe svou rodinu a má tak jistotu, že na to není sám. To samé mu můžou dopřát i pečující sestry, ale ve většině případů v posledních okamžicích života nechávají umírajícího samostatně jen se svou rodinou. Sestra může podat některá farmaka, aby umírající netrpěl bolestmi a tím mu aspoň trochu jeho odchod ulehčit. „*Snad v každé rodině slychám, že nejdůležitější je, aby umírajícího nic nebolelo. O to se samozřejmě snažíme po celou dobu péče, ale v tento moment je to pro umírajícího i jeho rodinu velice důležité.*“.

Podkategorie: Péče o mrtvé tělo

Dle VS1 péče o mrtvé tělo probíhá jinak než ve zdravotnických zařízeních. Liší se to tím, že zemřelý odchází oblečený, učesaný, navoněný, upravený. „*Jedna sestřička u sebe nosí suchý šampon, kdy ty vlasy krásně upraví, aby vypadaly lépe, což je prostě bombastická věc.*“. Jak bylo zmíněno již v předešlé podkapitole, rodina vybere zemřelému oblečení. VS3 dodává, že je pak čistě na rozhodnutí rodiny, zda se chtějí na péči o mrtvé tělo podílet nebo ne. Ve všech případech je to nabídnuto, ale nikoliv nuceno. Ti členové rodiny, kteří se na péči o zemřelého podílejí, i když zprvu nechtěli,

mají později dobrý pocit sami ze sebe, že byli nápomocní a o zemřelého člena rodiny se postarali až do úplného konce. Někteří na to samozřejmě nemají povahu, což je naprosto pochopitelné a nikomu není považováno nic za zlé. Od té základní péče je tam přece jenom sestra, která přijela k úmrtí. VS2 říká, že většinou k úmrtí jezdí dvě, jedna sestra a jedna pečovatelka. Péče o mrtvé tělo spočívá v tom, že se u zemřelého nejprve provede celková hygiena, odstraní se veškeré invazivní vstupy, které měl zemřelý zavedené, obleče se do svátečních šatů, které rodina připravila, popřípadě do kapes se dají věci, které rodina chce, aby si zemřelý vzal s sebou. Poté se nemocný uloží do polohy na zádech a většinou se mezi zkřížené ruce dá květina. Když zemřelému nedrží zavřená ústa, pod bradu se vloží například srolovaný ručník, aby zemřelý vypadal hezky a rodina si ho tak mohla pamatovat napořád. Po chvíli zemřelý vypadá naprosto klidně, uvolněně a vyrovnaně, že je na něj hezký pohled a rodina má pocit, že vše zvládnul v pořádku, a to i bez bolestí. Po tom, co je zemřelý fyzicky připravený, přichází na řadu spíše úřední věci. Rodina si vybere pohřební službu, která se následně hned zavolá, zemřelého uloží do rakve a po rozloučení s rodinou odvezou. Sestra s rodinou zůstává a předává veškeré informace týkající se úřadů, pohřbu, kremace a podobně. Po předání všech informací může sestra odjet nebo s rodinou ještě chvíli zůstat a popovídat si.

Podkategorie: Péče o pozůstalé osoby

Všechny všeobecné sestry, jelikož pracují ve stejném hospici, odpovídají, že důležitý kontakt je pohřeb zemřelého. Poté je určitě vhodné se rodině ozvat nejdéle do měsíce po úmrtí. Poté se pořádají pozůstalostní setkání, sestřičky zůstávají v kontaktu s rodinami, k někomu jezdí déle, k někomu jenom jednou na kávu. *„Určitě se snažíme minimálně jednou tu rodinu kontaktovat. Někdo to potřebuje podstatně déle, někdo to bere tak, že když skončí naše péče o zemřelého, skončí tak veškeré vazby s námi a celým hospicem spojené.“* Doba truchlení se odhaduje minimálně na rok. Během toho roku by sestry měly být pozůstalým stále oporou a zajímat se. Na svátky se rodinám posílají pohlednice a dopisy. Po tom roce truchlení, i během, je pak už čistě na rodině, zda se budou chtít dále scházet nebo ne. Některé rodiny mají sestry a hospic spojené se smrtí, se špatným obdobím, tudíž jim nikdo nemůže mít za zlé, že nadále nechtějí společnost sester, aby jim nepřipomínaly smutné časy a mohly se posunout v životě dál.

## 5. Diskuse

Cílem této bakalářské práce je zjistit znalosti a dovednosti sester v poskytování paliativní a hospicové péči. Pro tento cíl byly stanoveny 4 výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na zmapování zásad pro poskytování paliativní a hospicové péče. Druhá výzkumná otázka mapuje osobnostní rysy, které by měla mít sestra poskytující paliativní a hospicovou péči. Třetí výzkumná otázka analyzuje, jaké znalosti a dovednosti má sestra v poskytování paliativní a hospicové péče. Čtvrtá a poslední výzkumná otázka zjišťuje, jaké zkušenosti má sestra s poskytováním paliativní a hospicové péče.

Zásady pro poskytování paliativní a hospicové péče může každý pochopit jinak. Pro někoho to znamená osobnostní rysy sestry, která tuto péči poskytuje, pro někoho zkušenosti, které sestra s paliativní a hospicovou péčí má. Dle odborné literatury jsou zásady vhodné pro poskytování paliativní a hospicové péče například včasné vyhodnocení pacientova stavu, které se pojí s tím, jak odpověděly všeobecné sestry, které v tomto odvětví pracují. Nejčastější odpověď byla, že jedna z hlavních zásad pro poskytování této péče je, aby se sestra uměla samostatně rozhodnout na základě zhodnocení pacientova stavu. Tomu, dle VS-VS5, pomůže hlavně praxe u lůžka v nemocničním prostředí, minimálně 1-2 roky. Za další zásady se považují sledování, porozumění a poskytnutí takové péče, jaká je důležitá pro zkvalitnění pacientova života. Jako další se sem řadí respekt k pacientovi, léčba bolesti, která bývá nejobávanějším problémem nemocného i jeho rodiny a symptomů daného onemocnění a velmi důležitá věc je také podpora rodiny. (Brychtová a kol., 2016). Sem patří i názor VS2, která si myslí, že sestra by měla znát symptomy onemocnění, které se nejčastěji objevují a jejich léčbu. Další zásadou, kterou se VS-VS5 řídí a nalezneme ji i v odborné literatuře je, že paliativní a hospicová péče je poskytována v prostředí a místě, které maximálně vyhovuje pacientově přáním a potřebám. Obecně by mělo mít však přednost poskytování péče v přirozeném prostředí pacienta. (Svatošová, 2011). Pacientovi by nemělo být nic nuceno, avšak pouze nabídnuta možnost a je čistě na pacientovi a jeho rodině, zda možnosti využijí nebo ne. Každá poskytovaná zdravotní péče by měla být s dobrovolným souhlasem pacienta. K tomu slouží tzv. informovaný souhlas, který pacient podepíše, a tak souhlasí s poskytováním zdravotnické péče. (Nezbeda, 2016). Brát pacienta jako celek a zaměřit se na všechny jeho potřeby, které je třeba neustále

uspokojovat, je další zásadou pro poskytování paliativní a hospicové péče. (Trachtová,2013). Zásad například v komunikaci s nemocným je také mnoho. Mně osobně se moc líbila odpověď, která přišla od VS1 a to, že komunikace s nemocným by neměla být na bázi lítosti. Komunikace by měla být otevřená naprosto všemu, o čem chce pacient hovořit. V tomto se názory v odborné literatuře a názory všeobecných sester, které vedly rozhovor, nijak výrazně neliší. Naopak se navzájem doplňují a dávají to dohromady celek, kterým by se, dle mého názoru, měly řídit všechny sestry, které poskytují paliativní a hospicovou péči.

Osobnostní rysy, které by sestra v paliativní a hospicové péči měla mít, je poměrně diskutabilní téma, jelikož každý člověk je jiný a každému vyhovuje něco jiného. Jiný typ chování druhých lidí, komunikace na jiné bázi, jiný přístup k životu a v tomto případě i ke smrti. Odborná literatura vychází z úcty k člověku a z respektu k jeho životu. Například Kalvach (2012) tvrdí, že pacient je velmi křehká duše, která si vždy zaslouží to nejuctívější zacházení a jednání. Celkově hospic především garantuje, že člověk na konci svého života nebude nesnesitelně trpět, v každém případě bude respektován jako důstojná lidská bytost a v poslední chvíli svého života nebude sám. (Kupka, 2014). Moc hezky byla řečena odpověď od VS2, která obnášela to, že sestra by měla být vzdělaná, aby, jak bylo již řečeno, znala symptomy onemocnění a jejich léčbu, jak farmakologickou, tak alternativní. Zároveň však něžná a empatická. Měla by si umět udělat čas na klienta i na jeho rodinu. Ke klientovi a jeho rodině by měla být vždy upřímná a umět komunikovat, užívat správná slova v daný moment. Ani zde se odborná literatura názory nelišila od VS. Jen všeobecné sestry, které odpovídaly na otázky z rozhovoru, všechny osobnostní rysy sestry více dopodrobna rozebraly, jelikož mluvily z vlastních zkušeností.

Znalosti a dovednosti sestry v paliativní a hospicové péči je dosti všeobecné téma. VS, které byly součástí výzkumného šetření této bakalářské práce, mají zkušenosti a dovednosti v paliativní a hospicové péči každá rozdílné, avšak mají je všechny. Samozřejmě, že například VS1 a VS3 budou mít znalostí a zkušeností více než VS2 a VS3. Znalosti a dovednosti se váží k zásadám poskytování této péče. Dle VS1-VS5 se znalosti a dovednosti nejvíce získají minimálně roční praxí v nemocnici na lůžkovém oddělení. Avšak sestry, které pracují v hospici či jiném zdravotnickém zařízení, kde poskytují paliativní a hospicovou péči, zde získají zase daleko více zkušeností například

v komunikaci s nemocným člověkem než v nemocničním prostředí, kde na delší a hlubší komunikaci mezi sestrou a pacientem není moc vyhrazený čas. Komunikace je velice důležitá i s rodinou nemocného, na kterou též v nemocničním prostředí není tolik času, jako například v domácím hospici. Jak po celou dobu poskytované péče, tak o to důležitější je, když nastane daný moment úmrtí. Dle Antonové a kol (2018) je třeba vyjádřit rodině soucit a úctu a také respekt za to, že se dokázali o svého blízkého postarat až do úplného konce. Součástí jsou také znalosti a dovednosti odborné, které by sestra neměla postrádat, protože se využijí všude, kde je poskytována zdravotnická péče. Znáť symptomy onemocnění a jejich léčbu. Umět například zajistit žilní vstup a následně aplikovat farmaka, která by sestra měla znát a vědět zásady jejich podání. Všechny tyto dovednosti a znalosti všechny všeobecné sestry ovládají a když ne nebo mají osobní pocit, že mají jisté rezervy, navzájem si pomáhají nebo se dále vzdělávají v oblasti, která je jejich slabší stránkou.

Z rozhovorů, které byly vedeny, jsem vyzozorovala, že všeobecné sestry, i když v paliativní a hospicové péči pracují již nějakou dobu, se stále nedostaly do fáze, kdy by smrt braly jako samozřejmost. Myslím si, že taková fáze ani nenastane. Bylo naopak moc hezké, že i když pracují v domácím hospici a se smrtí se setkávají téměř denně, neberou svou profesi jako práci, ale jako poslání, které je zároveň i jejich koníčkem a radostí, a i po letech dokážou o smrti hovořit s jistou dávkou pokory a respektem a vždycky jim bude neustálý kontakt se smrtí jakýmsi způsobem trochu vadit. I když je to dle VS naprosto přirozená součást života, být v přítomnosti člověka, který prožil celý život a najednou jakoby nic, navždy odejde, je někdy vskutku dechberoucí.

I když byly rozhovory vedeny přes telefonní hovor nebo videohovor, nedaly se zcela úplně skrýt emocionální projevy některých všeobecných sester. Pro všeobecné sestry, které v domácím hospici nepracují tak dlouho, jako například VS1, která, mimo jiné, pracuje zároveň i v domově pro seniory, kde má na paliativní a hospicovou péči i jiný úhel pohledu, bylo v určitých momentech velmi obtížné odpovídat. Když je řeč o zkušenostech, které všeobecné sestry mají, vždycky by si každá VS vzpomněla na jednu nejlepší, možná emočně nejsilnější, zkušenost, která se nejvíce vryla do srdce a na jednu nejhorší, kterou by radši všechny VS hned zapomněly. Celá tato profese obnáší práci s lidmi, s různými lidmi, byly zde zmíněny i zkušenosti s jinak mluvící rodinou. Lidé jsou zkrátka naprosto odlišní a nemůžeme od všech očekávat jen to dobré. Všichni jsme

plní předsudků a mnohdy se přes to nedokážeme dostat nebo tomu nezkusíme dát ani šanci. Když se snažíme dělat pro ostatní dobré věci, často očekáváme, někdy i nevědomky, to samé od nich. To bohužel takto vždycky nefunguje a my jsme potom zklamaní a plní smutku. Největším problémem, který VS zmiňovaly, který zároveň není úplně problém, jen však není z hlediska psychického zdraví všeobecných sester zcela na místě je, že i když to nikdy není plánované, člověk si mnohdy vytvoří k druhému člověku, v tomto případě umírajícímu klientovi, tak blízké citové pouto, které je spíše ke škodě než k užitku. K tomuto tématu se otevřela VS4, která o své osobní zkušenosti hovořila, jako kdyby se to stalo včera. „*Odjakživa nás ve škole učili, že se musíme chovat profesionálně, nikoho si nepouštět k tělu a netahat si tak práci domů. To se tak strašně snadno řekne, ale o tolik hůř udělá. Sice je to součástí naší práce, ale pořád jsme jenom lidi. Někdy tomu prostě nejde zabránit.*“ Dodala VS4. Toto jsem vnímala jako jediný slabší moment mého výzkumného šetření. I když si myslím, že lidé by se za své projevy emocí neměli stydět, naopak, měl by se jim dát volný průchod, ne všichni jsou stejného názoru.

Jak tvrdí odborná literatura, například Truhlářová a kol. (2015) ve své knize zmiňuje, že poskytování takto specializované péče, je u některých lidí považováno jako povinnost, kdy je to bráno tak, že jdou ráno do práce, udělají vše potřebné a zase odchází domů. Někdo to naopak bere tak, že ráno vstává a odchází tam, kde udělá velice záslužnou práci, udělá někomu radost, co samo o sobě zlepšuje den i jemu samotnému. Někdo svou práci bere zároveň jako koníček a něco, co ho naplňuje dobrým pocitem.

Po rozhovorech se všeobecnými sestrami jsem vyzorovala, že ani jedna svou práci nebere jako povinnost. Z jejich vyprávění byla cítit láska k tomu, co dělají, radost a nadšení, ale zároveň také jistá dávka pokory a respektu. Ze své zkušenosti mohu říct a mám ten pocit, že tato práce se snad ani jako povinnost brát nedá. A myslím si, že pokud to tak někdo opravdu bere, není možné, aby byl schopen poskytovat tuto péči kvalitně a tak, jak by měla být správně poskytována. Jde o práci s lidmi. S lidmi, kteří v nás vidí alespoň špetku naděje, že vše bude v pořádku. Mají v nás důvěru, jistotu, cítí bezpečí, chtějí se svěřit a komunikovat o všem, tudíž potřebují čas, který bychom si na ně měli vyhradit. Ne z povinnosti, ale proto, že se o pacienta zajímáme a prožíváme s ním a jeho rodinou jejich nejtěžší chvíle v životě.

## 6. Závěr

Bakalářská práce s názvem „Paliativní a hospicová péče z pohledu sestry“ si kladla za svůj cíl zjistit znalosti a dovednosti sester v poskytování paliativní a hospicové péči. Pro tento cíl byly stanoveny 4 výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na zmapování zásad pro poskytování paliativní a hospicové péče. Druhá výzkumná otázka mapuje osobnostní rysy, které by měla mít sestra poskytující paliativní a hospicovou péči. Třetí výzkumná otázka analyzuje, jaké znalosti a dovednosti má sestra v poskytování paliativní a hospicové péče. Čtvrtá a poslední výzkumná otázka zjišťuje, jaké zkušenosti má sestra s poskytováním paliativní a hospicové péče.

Jelikož já osobně již pracuji v domácím hospici sv. Veroniky v Českých Budějovicích, všechny výzkumné otázky byly tedy směřovány na všeobecné sestry pracující v domácí hospicové péči.

V zásadách poskytování paliativní a hospicové péče se všechny respondentky shodly v podstatě už u první otázky rozhovoru nebo se navzájem doplňovaly. Já osobně jsem měla do té doby jiný názor, ale nyní jsem se přesvědčila, že se stále učím a sbírám poznatky od zkušenějších.

Dále jsem se ujistila v tom, že všechny osobnostní rysy, které by sestra v paliativní a hospicové péči měla mít, mé drahé kolegyně všeobecné sestry opravdu mají. To je podle mě velice důležité, jaké osobnosti v tomto odvětví pracují. Na položené otázky všechny odpovídaly tak soustředěně a se zájmem, že bylo krásně vidět, jak mají svou práci rády a rády se o ni podělí s ostatními.

Mají všechny potřebné znalosti a dovednosti pro poskytování paliativní a hospicové péče a vše tak předávají dalším sestrám, které jsou v této oblasti péče kratší dobu a vše potřebné se ještě učí. Fungují jako opravdový tým, což je, dle mého názoru, další velice důležitá věc, aby vše fungovalo tak, jak má.

Všechny respondentky se aktivně zapojovaly do rozhovoru, bez váhání popisovaly všechny svoje zkušenosti, jak ty dobré, tak ty špatné. Rozpovídaly se o svých, pro ně citlivých záležitostech a já se tak ubezpečila, že jsou to všeobecné sestry poskytující paliativní a hospicovou péči se srdcem na správném místě.



Z výzkumného šetření, i přes slabší stránky, které jsem popisovala v diskusi mám upřímnou radost. Vše proběhlo tak, jak jsem si představovala. Všechny respondentky byly ochotné odpovídat na všechny kladené otázky a díky svým zkušenostem přidaly i něco nad rámec toho, na co byly otázky zaměřeny. Zpracovávání všech výsledků se mi tedy dělalo velice dobře, protože jsem se i já, jako již pracující v domácím hospici sv. Veroniky, dozvěděla plno dalších věcí, které se mi budou jistě hodit pro budoucí vykonávání práce všeobecné sestry v paliativní a hospicové péči. Měla jsem tak možnost nahlédnout do této problematiky očima svých kolegyň, se kterými se o věcech takto zaměřených nikdy společně nepobavíme.

Myslím si, že výsledky z bakalářské práce mohou sloužit pro objasnění toho, co ve skutečnosti obnáší paliativní a hospicová péče. Spousta lidí, někdy i vystudovaných všeobecných sester, má zkreslené představy o tom, co opravdu dělají sestry v paliativní a hospicové péči. Pohled všeobecných sester je nezaujatý a všechny odpovědi jsou naprosto evidentně vyplývající z osobních zkušeností. Toto šetření by mohlo pomoci i sestřám k rozhodnutí, pokud váhají, zda nastoupit jako všeobecné sestry do lůžkového nebo domácího hospice.

## **7. Seznam použitých zdrojů**

ANTONOVÁ, B., a kol., 2018. *Praktický průvodce koncem života. Rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. 158 s. ISBN 978-80-266-1279-7.

ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 329 s. ISBN 8024751488, 9788024751481.

BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.

BRYCHTOVÁ, P. a kol., 2016. *Domácí hospicová péče základní informace*. Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň. ISBN neuvedeno.

BUŽGOVÁ, R., 2013. *Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči*. *Onkologie* 7(6). Praha: Grada. 310-314 s. ISSN 1802-4475.

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

Časopis 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, *Vita Nostra Revue*. 2017/2. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. 104 s. ISSN 1212-5083.

DRAGOMIRECKÁ, E., a kol., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Charles University in Prague, Karolinum Press. 168 s. ISBN 8024629710, 9788024629414.

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 8024741385, 9788024741383.

HALIFAX, JOAN., 2015. *Bytí v umírání – rozvíjení soucitu a překonávání strachu v přítomnosti smrti*. Praha: Maitrea. 240 s. ISBN 978-80-7500-118-4.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. 4. vydání. Praha: Galén. 229 str. ISBN 978-80-7492-204-6.

KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. 21 s. ISBN 8020442251, 9788020442253.

KALVACH, Z., a kol., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. Online [2019-06-20]. Dostupné z: <http://112102.w2.wedos.ws/wp-content/uploads/2015/10/Manual-paliativni-pece.pdf> ISBN 978-80-904516-4-3.

KALVACH, Z., a kol., 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 8024776286, 9788024776286.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E., 2012. *Světlo na konci tunelu*. Brno: Jota. 262 s. ISBN 978-80-7462-145-1.

KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty a paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 8024746506, 9788024746500.

MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 8027120306, 9788027120307.

MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 8024731711, 9788024731711.

MARKOVÁ, A., a kol., 2015. *Hospic do kapsy. Příručka pro domácí paliativní týmy*. Cesta domů. 2. vydání. 154 s. ISBN 978-80-905809-4-7.

MIKULEC, J., 2013. *Náboženský život a barokní zbožnost v českých zemích*. Praha: Grada. 394 s. ISBN 8024736985, 9788024736983.

MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 802477349X, 9788024773490.

NEZBEDA, O., 2016. *Průvodce smrtelníka Prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka. 288 s. ISBN 978-80-7432-747-6.

ONDRAČKA, L., et al. 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1.vyd. Praha: Cesta domů. 116 s. ISBN 978-80-904516-3-6.

PTÁČEK, R., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 8024739763, 9788024739762.

SLÁMA, ONDŘEJ, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

TRUHLÁŘOVÁ, Z., a kol., 2015. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus. 126 s. ISBN 978-80-7435-570-7.

Umírání [online]. 2010 [cit. 2009-05-31]. Dostupné z WWW: [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)

Komunikace s umírajícím a blízkými [online]. Dostupné: [www.elearning.cestadomu.cz](http://www.elearning.cestadomu.cz)

VORLÍČEK, JIŘÍ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

VYTEJČKOVÁ, R., et al. 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1.vyd. Praha: Grada, 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-802-4732- 237.

## **Zahraniční zdroje**

1. BRAMADAT, P., 2013. *Spirituality in hospice palliative care*. SUNY Press. 214 s. ISBN 1438447779, 9781438447779
2. CONNOR, S., 2017. *Hospice and palliative care – the essential guide*. Routledge. 290 s. ISBN 1317221168, 9781317221166
3. LUGTON, J., 2002. *Communicating with Dying People and Their relatives*. Radcliffe Publishing. 184 s. ISBN 1857755847, 9781857755848.
4. PLAKOVIC, K., 2016. When Family Has to Decide How Much Is Too Much. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. s. 388-389. Dostupné z: DOI: 10.1097/NJH.0000000000000281
5. TIMOTHY, et. al., 2014. *Palliative care and Ethics*. Oxford University Press. 336 s. ISBN 0199316686, 9780199316687.
6. ZUREK, R., 2014. *Psycho-emotional problems of nurses working in palliative care units and home-based hospices*. *Journal of Public Health, Nuursing and Medical Rescue*. 4(5), 51-58 s. ISSN 2391-4408.

## **8. Seznam příloh**

Příloha 1: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor se všeobecnými sestrami

Příloha 2: Fotografie týmu domácího hospice sv. Veroniky

### **Přílohy**

Příloha 1: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor se všeobecnými sestrami

A) Základní informace o respondentech

1. Věk
2. Pohlaví
3. Vzdělání

## B) Vlastní rozhovor

1. Jaké by podle Vás měla mít sestra vzdělání pro tuto práci?
2. Co by sestra pracující v hospicové péči měla umět?
3. Jakou by podle Vás měla mít sestra praxi?
4. Co je podle Vás nejdůležitější při poskytování paliativní a hospicové péče?
5. Jak dlouho jste v tomto oboru?
6. Jak byste definovala paliativní péči?
7. Jak byste definovala hospicovou péči?
8. Jak jste se k této práci dostala?
9. Co Vás vedlo k výkonu této práce?
10. Co Vás na Vaší práci nejvíce baví a naplňuje?
11. Co považujete na své práci naopak za nejtěžší?
12. Jak dlouho se věnujete paliativní a hospicové péči?
13. Jste jako domácí hospic schopni zajistit péči všem žadatelům?
14. Jaká je komunikace s umírajícím a jeho rodinou?
15. Je nutná nějaká příprava pro tuto práci? Může ji vykonávat každý?
16. Jaký máte vztah ke smrti? Dělá Vám problém o smrti hovořit?
17. Jak probíhá péče o klienta bezprostředně před smrtí a péče o mrtvé tělo?
18. Jakým způsobem pečujete o pozůstalé osoby?
19. Myslíte si, že má tato práce perspektivu?

Příloha 2: Fotografie týmu domácího hospice sv. Veroniky v Českých Budějovicích









