Předpoklady pro práci sester v hospici

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PhDr. Marie Trešlová, Ph.D. 2009 Klára Kněžková
Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: Předpoklady pro práci sester v hospici vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a 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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích ....................

..............................................

Klára Kněžková
Poděkování

Děkuji PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji mému manželovi MUDr. L uboru Kněžkovi za upřímnou podporu a trpělivost.
Obsah:

Úvod .......................................................................................................................... 3

1. Současný stav ....................................................................................................... 4
  1. 1 Povolání – Sestra ......................................................................................... 4
  1. 1. 1 Krátké z historie českého ošetřovatelství ........................................... 6
  1. 2 Motivace ...................................................................................................... 8
  1. 2. 1 Pracovní motivace ................................................................................. 9
  1. 2. 2 Profesní motivace sester ..................................................................... 10
  1. 3 Hospicová paliativní péče ....................................................................... 12
  1. 3. 1 Rozdělení hospicové péče .................................................................... 13
  1. 3. 2 Lidský a profesionální přístup ............................................................. 15
  1. 3. 3 Sestra v hospicové péči ...................................................................... 16
  1. 4 Syndrom vyhoření – prevence .................................................................. 19
  1. 4. 1 Využití sebereflexe .............................................................................. 20
  1. 5 Umění komunikovat .................................................................................... 22
  1. 5. 1 Komunikace sester v hospicové péči .................................................... 23
  1. 5. 1. 1 Komunikace sester s nevyléčitelně nemocnými .......................... 24
  1. 5. 1. 2 Komunikace sester s blízkými a s pozůstalými ......................... 25
  1. 6 Vzdělávání – cesta k důstojnému umírání ............................................. 28
  1. 6. 1 Vývoj vzdělávání v paliativní péči ...................................................... 29
  1. 6. 2 Možnosti vzdělávání paliativní hospicové péče v ČR .................... 29

2. Cíl práce a hypotézy ......................................................................................... 32
  2. 1 Cíl práce ..................................................................................................... 32
  2. 2 Hypotézy .................................................................................................... 32

3. Metodika .......................................................................................................... 33
  3. 1 Metodika práce .......................................................................................... 33
  3. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku ....................................................... 33

4. Výsledky ............................................................................................................ 34
5. Diskuze ........................................................................................................... 55
6. Závěr .............................................................................................................. 64
7. Seznam použitých zdrojů .......................................................... 66
8. Klíčová slova ................................................................................. 69
9. Přílohy ............................................................................................................. 70
Úvod

O hospicích, o hospicové paliativní péči, o umírání, o bolesti nad ztrátou bylo již mnohě, především v posledních letech, napsáno a řečeno. Svým způsobem jde v současné době o velmi, s nadsázkou myšleno, oblíbené a aktuální téma. Vždy byla smrt brána jako něco, čeho se na jedné straně člověk bál a na straně druhé podněcovala náš zájem a naší zvědavost. Samozřejmě jen do té doby, než se začala dotýkat někoho z nás, tehdy strach ze smrti přehlušil vše ostatní a člověk reaguje zcela jinak, než by si sám dovedl představit. Ještě začátkem minulého století bylo běžné, že lidé umírali především doma, stejně jako se tam také rodili. Posléze se medicína a ošetřovatelství začali přesouvat do nemocnic a doslovně institucionalizovat. V té době přestala být smrt přirozenou součástí života a stala se spíše jakýmsi nezdarem medicíny, protože „dobře“ znamenalo vyléčit a propustit. Také rodina zemřelého vnímala smrt jako prohru. Jen málokdy bylo možné, aby blízcí mohli umírajícího doprovázet na „cestě“, aby se směli rozloučit se zemřelým (většinou případů však ani nechtěli). Přesto dnes víme, jak velmi je toto rozloučení důležité, především pro další život pozůstalých.

Ti lidé, kteří s odvahou a vytrvalostí vystavěli a se stejnou vůlí stále budují v České republice další hospice, všemožně prosazují myšlenku hospicové paliativní péče, ale také ti, kteří v těchto zařízeních pečují o takto nemocné a jejich blízké, ti všichni se snaží, aby člověk až do svého konce života zůstal člověkem, člověkem vnímaným s co největší důstojností a úctou - aby smrt, i přes bolest, kterou s sebou přináší, byla opět vnímána jako přirozená součást života. Těm, kteří svůj život spojili s péčí o umírající a jejich nejbližší, zatím příliš pozornosti věnováno není. Někdo tuto službu bere jako samozřejmost, jiní ji zdáli obdivuji, někdo ji spojuje s vírou v Boha, a další (bohužel často i profesionální zdravotníci) hledí s despektu a odporu, ten již ne nový obor.

V této práci bych se chtěla věnovat především sestrám, které v hospicích již pracují. Poznat jejich skutečnou motivaci, proč se rozhodly právě pro tento obor, jestli je k tomu vedly osobní důvody a jaké, jestli jejich volba souvisela s vírou v Boha či jiným filozofickým postojem. Co očekávaly, když do hospice nastupovaly, jestli se jim jejich očekávání alespoň částečně plní? Většina z těchto sester se také pravidelně
vzdělává v tomto oboru, či studuje vysokou školu. Zajímá nás, jestli vzdělávání jejich pohled na smrt a umírání změnilo nebo ovlivňuje a jak?

Tyto sestry mají co předat svým kolegyním a kolegům z jiných oborů zdravotnictví. Například jim vysvětlit, jaké priority a specifika tento obor má, jaké jsou nejdůležitější předpoklady pro tuto práci a jaké nároky na sestru z toho vyplývají. Je možné, že pochopením myšlení těchto sester se změní pohled na umírání a přístup k zemřelým u ostatních zdravotníků a tím i v ostatních zdravotnických zařízeních. Další možností je vytvoření modelu sestry pro hospicovou paliativní péči nebo utvoření standardu požadavků na sestru, která je do hospice přijímána.
1. Současný stav
1. 1 Povolání – Sestra

Pod tímto si každý něco, přesněji někoho, dovede představit. Jistě každý se někdy s profesi „Sestra“ setkal, ať už jako pacient, rodič, blízký, kolega, přítel, soused… Prostě většině z nás se vykreslí podoba a chování konkrétní osoby. Ne vždy je v této pozici žena, ač tomu ve většině případů tak je.


Dle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a dle vyhlášky 424/2004 Sb. MZ, která stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je sestra osobou, která byla přijata na studium ošetřovatelství – obor všeobecná sestra a toto studium úspěšně ukončila a získala profesionální uznání a je registrována ve svém státě a má povolení vykonávat tuto profesi (28).

Povolání sestry patří mezi ta povolání, která kladou specifické požadavky na osobnost, charakterové vlastnosti, psychické předpoklady, schopnosti, dovednosti a sociální inteligenci. Tato profese patří mezi takzvané pomáhající profese, v nichž lze dosáhnout naplnění a uspokojení, ale pokud pečující nepeče o sebe, pak je značně ohrožen nejen syndromem pomocníka, ale především životním vyhořením. Přes
veškerou náročnost, konfliktnost a ohrožení vnímá většina sester svoji profesi stále jako poslání, s cílem pomáhat (2, 7, 19, 21).

1. 1. 1 Krátce z historie českého ošetřovatelství

Ošetřovatelství se vyvíjí několik desítek let, ale v poměrně krátkém časovém úseku prodělalo převratné změny. Pokud neznáme historii, nemůžeme pochopit současné ošetřovatelství, které z historie vychází. Prvním jménem, které ztělesňuje osobnost sestry je Florence Nightingalová (1820 – 1910), anglická ošetřovatelka, pocházející z bohaté rodiny. Stala se zakladatelkou profesionálního ošetřovatelství a první teoretikou v ošetřovatelství, dala také základy ošetřovatelskému vzdělávání. Udala směr ošetřovatelské péči na dlouhá léta. Svou prací značně ovlivnila současné české ošetřovatelství.

Raná historie ošetřování v českých zemích je spojena především s křesťanstvím. Šlo o charitativní péči, laickou službu trpícímu, která však byla na vysoké úrovni. Od 18. století byly zakládány první všeobecné nemocnice, pečující zde byli bez odborného vzdělání. Ve druhé polovině 19. století začaly vznikat první ošetřovatelské školy. Tento vývoj se zasloužil o vznik prvních osobností českého ošetřovatelství. Ženy, které se podílely na vývoji ošetřovatelství a vzniku ošetřovatelských škol se snažily o společenské přiblížení k mužům, šlo o snahu emancipace žen. Mezi jejich zástupkyně patřila Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská (8).

Po roce 1945 došlo k dalšímu rychlému vývoji, ošetřovatelský personál byl rozdělen dle pracovní náplně na řádové sestry, diplomované sestry a ošetřovatelky. Po roce 1948 došlo v důsledku politické situace na mnoho let ke stagnaci vývoje profese, došlo ke změně ve vzdělávání, které bylo orientováno převážně všeobecně, bylo průpravou ke studiu na jakékoliv vysoké škole. Sestra se stává pomocnicí lékaře, plnící jeho ordinace. Profesní prestiž v tuto dobu nebyla žádná.

(1938 – 2004), která rozvoj ošetřovatelství chápala jako nutný prostředek ke zkvalitnění péče o pacienta. Prosazovala názor, že cílem sestry je člověk ve zdraví i v nemoci. Říkala, že vzdělání je zárukou emancipace sester, života a životaschopnosti ošetřovatelství (26).


Tyto ženy přistupovaly k rozvoji ošetřovatelství velmi zodpovědně. Jejich motivací byla upřímná snaha pomáhat lidem, ale také snaha změnit statut sester a zvýšit profesní prestiž ošetřovatelství. Na této cestě je provázela životní zkušenost a moudrost (4, 8, 20, 28).
1. 2 Motivace

Slovo motivace vzniklo z latinského moveo, pohybovat, měnit. Motivace je psychologický proces, který udává směr chování a energii, tedy ovlivňuje naše chování a jednání, směřuje k dosažení určitého cíle. Motivy jsou osobní příčiny chování, jsou to pohnutky, psychologické příčiny reakcí, činností a jednání člověka zaměřené na uspokojování určitých potřeb a očekávání příjemné změny. Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, tento stav nás vede k činnostem, jimž tuto potřebu uspokojujeme. Potřeby dělíme na fyziologické (rovnovážný stav organismu nazýváme homeostáze), duševní a sociální. Motivaci se také rozumí usměrňování, udržení a energetizace chování u jednotlivce. Motivace pak souvisí s vnitřní pohnutkou (motivem) a chování člověka je tím ovlivněno danou situací. Jednání člověka není zpravidla ovlivněno jedním motivem, ale celým komplexem motivů, které mohou mít odlišný směr, intenzitu a stálost. Lidskou motivaci ovlivňují a rozhodují o ní tři faktory. Jsou to osobnost člověka, prostředí, ve kterém žije a současná situace, ve které se člověk právě nachází (1, 15).

Známou klasifikací potřeb je „pyramida potřeb“ od Abrahama Maslow, amerického psychologa, který rozdělil potřeby člověka do pěti kategorií, od potřeb základních po potřeby nejvyšší. Maslow zobrazil lidské potřeby jako pyramidu, na které vysvětluje, že člověk nejdříve potřebuje uspokojit své fyziologické potřeby – hlad a žízeň, dále potřebu bezpečí, jistoty, potřebu sounáležitosti, uznání, úcty a nakonec potřebu seberealizace. To znamená, že člověk potřebuje mít nejprve zajištěny základní potřeby, potřebuje dýchat, mít co jíst, co pit, mít domov a přátele a až teprve potom se zajímá o potřeby na vyšší úrovni. Pokud tedy nejsou splněny potřeby základní, vyšší potřeby ustupují do pozadí a naopak se manifestují po uspokojení základních potřeb. Potřeby jsou uspokojovány, dle Maslowa, hierarchicky, s tím, že každý člověk má tuto hierarchii odlišnou (15).

Jednou z motivací, která se příkladně prolíná celou hierarchicky utvořenou pyramidou potřeb od Maslowa, je motivace pracovní.
1. 2. 1 Pracovní motivace

Pracovní motivace může být klíčem k úspěchu. Člověk musí pracovat, aby přežil, touží po pocitu jistoty, touží po partnerství a přátelství, má potřebu být uznáváný a nakonec chce dosáhnout pocitu sebenaplnění, chce realizovat svůj talent, své schopnosti, své umění. Toto vše je velkou motivací pro potřebu pracovat, být zaměstnaný.

I u dětí je velmi oblíbená hra na povolání a práci ze světa dospělých. Holčičky si hrají na maminku, sestřičku v nemocnici nebo lékařku, další oblibenou profesí je kuchařka či učitelka. Kluci začínají u bagru a popelářského auta, přes vybavení pro policajtu, malého elektronika nebo programátora a stále oblibenou hru na vojáky, k touze být Spidermanem nebo Supermanem. Jejich motivací je být dospělý, chodit do práce a dostávat peníze, za které budou nakupovat vše, co budu chtít. V neposlední řadě stojí touha zachraňovat, ochraňovat a léčit druhé lidi.

Velmi důležitým faktorem motivace, tedy i pracovní motivace, je očekávání kladných výsledků dané činnosti. Bude-li daný úkol splněn, jaká bude získána odměna a jaké výdaje s tím budou spojeny. Obvykle se jako činitel pracovní motivace uvádí mzda, sociální prostředí pracoviště, uspokojení z odvedené práce. Práce je tedy prostředkem k dosažení určitých hodnot nebo osobních cílů, ať už je to očekávání kariérního postupu, zvýšení mzdy nebo naplněni touhy pomáhat.

Motivace k určité činnosti není stálý stav, proto je nutné ji vhodně podporovat a udržovat, pečovat o ni, aby pracovní výkon byl co nejvyšší a odvedená práce co nejkvalitnější. O motivaci zaměstnanců se starají nejen oni sami, ale zároveň jejich manažeré. Schopnost účinně motivovat dává manažerům šanci zvýšit výkon jejich zaměstnanců, ale i překonávat problémy spojené s pracovní absencí, vysokou fluktuací či nízkou kvalitou práce. Faktory pracovní motivace se dají rozdělit do pěti skupin. První skupinou jsou faktory vnitřní motivace, mezi ně patří například atraktivita, záabnost práce, osobní růst, prožitek, odpovědnost. Mezi faktory vnější motivace řadíme především získání finanční odměny. Další je motivace založená na osobní pověsti či odborné reputaci, motivace založená snahou vyřešit problém nebo překonat
překážky a nakonec motivace spočívající ve společenském poslání práce. Dobrý manažer se o své zaměstnance a jejich potřeby dostatečně stará a zajímá, umí rozlišit vnitřní a vnější motivační faktory u sebe i svých zaměstnanců, tvoří a zavádí motivační systémy do praxe, což je soubor pravidel a opatření, která vedou ke splnění cíle, jež si organizace stanovila. I pro manažera je pracovní motivace klíčem k úspěchu (14, 15).

1. 2. 2 Profesní motivace sester

Profesor MUDr. František Slabihoudek řekl: „Povolání sestry je ošetřovatelská služba nemocnému. To znamená postavit se do boje za nejvyšší hodnoty člověka, do boje za zdraví a za navrácení nemocného do rodiny a do společnosti. V tomto významném povolání může sestra dojít štěstí a spokojenost, jestliže dobře uvážila, zda její ideál být si sestrou se kryje s povinnostmi, které tato služba obsahuje“ (20, str. 9).

Motivace k vykonávání tohoto povolání jsou různé. Z vyprávění sester se dozvídáme, že se pro toto povolání rozhodly, protože někdo z rodiny je zdravotník nebo mají rády malé děti a péči o ně, sami jsou nebo byly nemocné, a proto se rozhodly se sestrou také být. Jiným se líbí čisté pracovní prostředí a práce sester, jiné pečovaly o nemocného člena rodiny nebo se na této péči podílely, nebo je zaújal román či seriál se zdravotnickou tematikou. Dříve jimi byly také poválečné výzvy v médiích. Další chtěli být užitečné, pomáhat druhým, chtěli zachraňovat životy lidí, od malička si přejí být tou, která je nablízku nemocným a péče o ně, také se chtěly stát lékařem, ale nejsou studijní typy, tak budou alespoň sestrou.

Motivace k výběru profese sestery jsou sice různé, ale vždy jsou propleteny touhou a snahou pomáhat, potřebou být oblíbený, být vnímán jako ten, kdo má vždy dobré úmysly, kdo rozhoduje pro dobro druhého = být dobrým člověkem. Téměř vždy je patrná silná sociální cítění.

Motivace finančního ohodnocení nebývá v tomto oboru dominantní. Jde spíše o potřeby být užitečný, potřebný, vysoce hodnocený společností. Také o potřebu seberealizace a osobního růstu. Někdy bývá motivem naplnění spojené s vírou v Boha, pocit osobního nenaplnění.
Se silnou motivací „být dobrým člověkem“ však souvisí i ohrožení. Ohrožení z popírání vlastních potřeb, z nedostatečného pocitu naplnění, zklamání, z nedostatečného finančního ohodnocení, které vedou k profesnímu až životnímu vyhoření. I proto je tolik důležité, dodržovat v těchto profesích důslednou psychohygienu. Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy ty obory zdravotnictví, kde je péče o staré lidí nebo nevyléčitelně nemocné a umírající (3, 7, 15, 16, 24).
1. 3 Hospicová paliativní péče

Hospic již od 30 let minulého století neznamená pojem instituce, ale koncept, holisticky zaměřený koncept podpory umírajícím lidem a jejich nejbližším, nabízí možnost zemřít v klidu a bezpečí.


Péče v hospicovém zařízení je na rozdíl od ostatních medicínských oborů zaměřena z velké části na duchovní oblast člověka, jde o spirituální péči. Je tomu tak proto, že v konečné fázi se u člověka, nejen věřícího, tato oblast dominantně projevuje.
Kominková říká, že mnoho lidí, včetně zdravotníků, se stále domnívá, že jde pouze o uspokojování potřeb věřících. Tato domněnka je mylná, protože většina lidí se na sklonku svého života začíná zabývat otázkami o smyslu svého života, každý potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a sám má potřebu odpouštět. Každý potřebuje vědět, že jeho život měl smysl. Nenaplňenost této potřeby způsobuje duchovní nouzi (dle taxonomie NANDA – oš. diagnóza č. 00066), která způsobuje nemožnost řešit jiné potíže, které se duchovní oblasti přímo nedotýkají. Vorlíček zmiňuje, že jednotlivé oblasti potřeb člověka nelze, z pohledu holistického, od sebe oddělovat (9, 32).

Umění a ochota hovořit s umírajícím člověkem o jeho životě a smrti dává šanci emočně i duchovně se připravit na smrt a možná ji i vnitřně přijmout. Hospicová paliativní péče se snaží o vytvoření a zavedení nové kultury umírání, která umožňuje člověku lépe žít i umírat.

Do hospice jsou přijímáni nemocní v terminálních stádiích různých nevyléčitelných onemocnění, většinou jde o onkologická onemocnění. Ne všechna chronická onemocnění splňují indikace k přijetí do hospice. Doporučené indikace (viz příloha 4) vypracoval MUDr. Ondřej Sláma – významný český paliativní lékař (5, 10, 13, 16, 18, 23, 24).

1. 3. 1 Rozdělení hospicové péče

Podle typu péče můžeme rozdělit hospicovou péči na domácí hospicovou péči, péči stacionární a lůžkovou.

Prvním typem je domácí hospicová péče neboli mobilní hospic. Tato forma je pro pacienta tou nejideálnější, bohužel ne vždy je možná. Péče poskytuje podporu rodině, která o nemocného pečuje, zprostředkovává kontakty a informace s péčí související, je ke dispozici 24 hodin denně, snaží se zvládat průvodní jevy onemocnění, pomáhá zvládat stres týkající se smrti a doprovází pozůstalé. Na členy domácí hospicové péče jsou kladený zvýšené nároky ve znalostech, zkušenostech a v umění poradit si v krizových situacích. Důvod, proč je tato forma nejideálnější, že většina
umírajících by si přála zemřít doma, v kruhu svých blízkých. V současné době funguje pět mobilních hospiců na území České republiky, další jsou v přípravné fázi.

Druhou formou je Stacionární hospicová péče, kdy je nemocný do stacionáře přivážen na část dne nebo několik dní v týdnu. Jde spíše o odlehčovací pobyt jak pro pacienty tak pro pečující blízké. Nabízejí způsob setkávání pro ty, kterým jejich nemoc narušila sociální vztahy a možnost běžných denních aktivit. Nemocní se zde mohou setkat s lidmi v podobně situaci, tím hospic umožňuje tvorbu nových vztahů, posiluje sebevědomí u nemocných. Denní hospice přispívají k tomu, že nemocní lidé mohou zůstat co nejdéle doma. V České republice formou stacionáře částečně funguje pouze dětský hospic v Malejovicích.

Třetí forma hospice péče je lůţkový hospic, kdy je nemocný do hospice přijat po vyplnění žádosti ošetřujícím lékařem a schválení žádosti hospicovým lékařem. Zde s ním může být ubytovaný i někdo z rodiny. Ne všichni pacienti v lůţkovém hospicí umírají, někteří jsou propuštěni po nastavení léčby bolesti, někteří odcházejí bez známek aktivity onemocnění, další se opakovaně do hospice vracejí. Hospic se věnuje zároveň nemocnému i jeho blízkým, to znamená, že pozůstalým se mohou v případě potřeby věnovat dlouho dobu. V současné době je v České republice 12 lůţkových hospiců.

Z hlediska časového hospicová péče není jen péče o umírající nemocné a jejich blízké osoby. Může jít o poměrně dlouhé období, které se rozděluje na tři období. Jde o péči prae finem, in finem a post finem.

Období „prae finem“ začíná tehdy, kdy akutní léčba je ukončena a onemocnění pacienta zatím přímo neohrožuje na životě, ale léčba nežádoucí symptomů je nutná i z důvodu zachování co nejlepší kvality zbývajícího života. Ideální pro tyto nemocné je domácí hospicová péče nebo hospicový stacionář. Toto období může trvat řadu let, ale také několik týdnů.

Období „in finem“ je období péče o umírajícího, toto období je velmi krátké, v intervalu několika dnů až hodin. Vhodná je domácí hospicová péče, častější však péče v lůţkovém hospicí.
Období „post finem“ je péče o zemřelé tělo, péče o pozůstalé. Časový horizont péče o pozůstalé je individuální, dle potřeby.

Základním předpokladem práce v hospicí je lidský a zcela profesionální přístup všech odborně pečujících. (23, 24, 32).

1. 3. 2 Lidský a profesionální přístup

Remenová uvádí: „Soucit začíná tím, že si uvědomíme co je v nás lidské, co nejvíce trpí. Pokud si budeme všimat toho, jak sami trpíme, odkryjeme jednoduché a hluboké spojitosti mezi naší vlastní zranitelností a zranitelností druhých. Tato zkušenost nám umožní najít instinktivní laskavost k životu, která je základem veškerého soucitu a opravdové péče“ (16, str. 49).

Ke smrti vede stále méně akutních příčin, naopak se zvyšuje počet chronických onemocnění. To zvyšuje strach z dlouhého a svízelného umírání. Objeví se dvě konkrétní obavy. Obava z bolestí a strach z osamocení. Tyto obavy se týkají i pečujících. Strach ze smrti se rovná strachu z něčeho, co nemohu kontrolovat, co nemohu příliš ovlivnit. Tento strach a úzkost mohou vést k touze po ukončení života – suicida nebo prosby o aktivní ukončení života lékařem.

Ideou hospicové péče je vyzvednutí hodnoty života i na jeho sklonku a snaha o zachování lidské důstojnosti i v poslední fázi života nemocných. Proto je nutný velmi specificky lidský a profesionální přístup, který je očekáván od každého člena týmu hospice. Lidským a profesionálním přístupem je myšlena snaha o co možná nejcitlivější vnímání a uspokojování potřeb nemocných lidí i jejich blízkých pomocí velké dávky empatie, pochopení a tolerance, ale i kvalitními odbornými znalostmi a postupy, dále schopnostmi je využít v praxi. To vše se snahou o zachování důstojnosti postižených lidí a zbavení strachu z bolesti i dalších nežadučích projevů onemocnění, s cílem „dobre smrtí“ nemocného a „dobrého života“ pozůstalých. Představy nemocných lidí, o lidské a profesionální péči, mají mnoho společného (viz příloha 2), je tedy možné, udělat si představu jak by konkrétní péče měla vypadat a jak by měla probíhat. Priorita potřeb se v průběhu onemocnění mění, zpočátku jsou prvéřadé biologické potřeby, ke konci života bývají nejsilnější spirituální potřeby. I proto je nutné o nemocném co nejvíce vědět, veškeré změny pečlivě zaznamenávat pro ostatní členy týmu, plán péče dle potřeby aktualizovat, s nemocným pokud je to možné spolupracovat, zapojit do péče i rodinu (blízké) nemocného. Při tom všem je nutné dbát na své vlastní zdraví, jen zdravý a spokojený pečovatel může dovést druhého člověka ke spokojenému konci života.

Při popisu ideální či dobré smrti se užívá výraz „umění komunikace“ (tomuto tématu se věnuje kapitola 1.5), která je v lidském a profesionálním přístupu vysoce hodnocena stejně jako například empatie nebo týmová práce (23, 24).

1. 3. 3 Sestra v hospicové péči

Požadavky na sestru v hospicové péči jsou stejně specifické jako i druh ošetřovatelské péče, který v hospici vykonává. Na otázku, kdo může v hospici pracovat, odpovídá MUDr. Marie Svatošová, že rozhodně ne každý. Samozřejmě jednou z podmínek je odborné vzdělání a povinnosti celoživotní vzdělávání. To však nestačí. V hospici dle Marie Svatošové může pracovat jen ten, kdo má rád lidí, je vyrovnan se svou vlastní smrtností a také ten, kdo umí a chce pracovat v týmu. Paní doktorka říká:
Mezi lidmi je hodně rozšířen jeden blud či mýtus nebo jak to chcete nazvat. Prostě představa, že v hospici může pracovat jen člověk vyššího věku, snad pár let před důchodem. Pro mladé to prý není. Naše zkušenost je ale jiná. Ono to není ani tak o věku, jako o hřivnách, o schopnostech, o ochotě sloužit, o schopnosti mít rád lidi“ (13).

Podle „Standardu hospicové paliativní péče“ (22) je kladen důraz na osobnostní předpoklady. Je to například vhodná motivace k práci, profesionální a lidský přístup k pacientům a jeho blízkým osobám, umění komunikovat, schopnost pružně jednat v nečekaných a krizových situacích. Dále jsou to psychická stabilita, empatie, tolerance k věku, rasovým a náboženským skupinám, v neposlední řadě schopnost přebírat odpovědnost, ochota k týmové spolupráci atd. Odbornostní požadavky na sestru jsou shodné s ostatními ošetřovatelskými obory. Důležitý je také zdravotní stav sestry, která bude v hospici pracovat.

Jak již bylo uvedeno, tak i motivace sester k této práci má své zvláštnosti. Dle Vachona se ukázalo, že v onkológií a paliativní péči pomáhají duchovní a náboženské aspekty. Vnímání duchovna prý pomáhá nalézt smysl v této práci. V hospicích je více věřících sester než v ostatních oborech. Tyto sestry mají smysl pro duchovno a na duchovní péči se dívají pozitivně. Dalším motivem bývá touha po osobním růstu. Ošetřující si většinou utváří s nemocným a jeho blízkými hluboký vztah, který končí až smrtí pacienta, někdy pokračuje s blízkými i dále. Jiné důvody jsou vyvolané nespokojenosti s péčí o umírající a zemřelé v jiných zařízeních, kde ošetřovatelé neměli možnost pracovat dle svých znalostí a představ, protože na to nebyl prostor nebo chyběla snaha ostatních kolegů. Z vyprávění hospicových sester dále vyplývá, že důležitým mezníkem pro výběr tohoto povolání je přístup k nemocněmu, především respektování jeho originality, vůle a svobody. Dále vnímají jako důležité i to, že v hospici většina pacientů „netrpí“ na rozdíl od nemocnic, kde umírání je nežádoucí.

Teolog Nouven vychází z hypotézy, že úspěšní pečovatelé bývají sami „ranění léčitelé“. Snaha léčit své rány je nevědomě či vědomě vede k péči o druhé (16).

Jiným pohledem je přesvědčení, že výběr tohoto povolání pomůže lidem uspokojit si potřeby, které nebyly v dětství naplněny, splnit rodinné touhy. Tito začínají
své povolání s vysokým očekáváním, zapojením svého ega, velkým citovým zaujetím. Pokud tito lidé jsou ve své práci úspěšní, mohou čerpat uspokojení, pokud však jejich představy nejsou naplněny, ztrácejí smysl, dochází k celkovému vyhoření (16).

Také kompetence a náplň práce sester v hospicové paliativní péči jsou přizpůsobené zvláštnostem této péče (viz příloha 7). Prioritou pro hospicovou paliativní péči je týmová práce, kdy práce jednoho člena přesně navazuje na práci druhého člena týmu, v některých případech se jejich činnosti doplňují, jindy jdou jedna vedle druhé. Sestra by měla umět a chtít kdykoliv zastoupit ošetřovatelku, v některých případech nahradit psychologa, duchovního nebo sociální pracovníci a v některých možných případech také lékaře. Sestra musí mít dobré znalosti z oboru paliativní péče a léčby bolesti, základní znalosti z onkologie, interny, chirurgie, gerontologie, fyzioterapie a ostatních oborů, aby byla schopna reagovat na jakoukoliv změnu u pacienta a vhodně informovat lékaře i rodinu dle svých kompetencí. Sestra pracuje samostatně pod vedením manažera a dle lékařských ordinací, spolupracuje s lékařem na možnostech léčebného postupu. Součástí péče je podrobná a důsledná dokumentace pacienta, významnou složkou je pečlivý zápis sesterské vizity. Velmi důležitou součástí ošetřovatelské péče je trvalý zájem o psychický stav pacienta i jeho blízkých osob a jejich podpora, která vychází ze schopnosti efektivní komunikace a empatie (16, 32).

1. 4 Syndrom vyhoření - prevence

Jak je uvedeno výše, ti kteří ošetřují nevyléčitelně nemocné a umírající pacienty, patří mezi značně ohrožené profese syndromem vyhoření, protože: „paliativní péče je péče o celostního člověka nejen v tom smyslu, že předmětem péče je celá osobnost pacienta (tělo, mysli, duše), ale také celá osobnost pečovatele. Paliativní péče je péče par excellence, která je poskytována prostřednictvím mezilidských vztahů“ (16, str. 45)

Syndrom vyhoření, neboli burn out efekt je ztráta ideálů, ubývání energie, ztráta smyslu toho co děláme, stav tělesného, emočního a duševního vyčerpání. To se projevuje ztrátou empatie, dlouhodobou depresivní náladou, ztrátou umění prožívat emoce. Vyhořelá osoba je strnulá s malou nebo žádnou mimikou a gestikulací, uzavírá se postupně do sebe, až nakonec ztrácí smysl života. Jedním z rizikových faktorů vyhoření v hospicové péči je neustálá přítomnost smrti a umírání, identifikace s trpícím pacientem, nedostatek kontroly nad situací, pocit vlastního selhání, pocit bezmoci a velmi silným faktorem jsou problémy v týmu pečujících o tyto nemocné a jejich blízké.

Podle zahraničních zkušeností dochází u hospicových sester (také u dalších členů týmu) k příznakům syndromu vyhoření průměrně každé dva roky. V českých hospicích se toto nepotvrdilo, což svědčí i o tom, jak je důležitá důsledná a systematická prevence. Vždy je dobré, zabývat se ohrožením dříve než k němu dojde.

Nad ztrátou a získáváním sil v péči o druhé, se zamýšlel i teolog P. Ing. ThDr. Aleš Opatrný. Hovoří o tom, že síly ztrácíme, když je nevhodně vynakládáme nebo se o ně necháme připravit druhými. Nehovoří však o síle fyzické, ale o čerpání sil především emocionálních. Kdy jejich vyčerpání neodstraníme odpocínkem, cesta k navrácení sil je mnohem náročnější i dlouhodobější, v některých případech být i nevratná. Obranou proti emocionálnímu vyčerpání jedince druhými, je vymezení povinností a práv, hledání smyslu ve formulacích povinností a práv a dále jejich dodržování. Člověk může přicházet o síly i vlastním zavírěním. Jako příklad uvádí: Neadekvátní představa o vlastních silách, nerespektování hranic (pokud například ošetřovatel bere bolest pacienta příliš osobně), dále je to touha po trvalém nadšení
(každá práce se po čase stane rutinou), sebetrestání, nadměrné zabývání se druhými a nakonec enormní touha po zážitku vděčnosti (17).


Důležitá je péče o vlastní tělo, ale i o vlastní nitro, které není potřebou jen nábožensky zaměřených lidí. Jedná se všech, především těch, kteří pečují o druhé. Jednou z metod péče o vlastní nitro je seberereflexe (6, 14, 16, 18, 22, 31).

1. 4. 1 Využití seberereflexe

Seberereflexe nebo také vědomí sebe je akt vědomí, jehož tématem či intencí (zamyšlení, směrování) je toto vědomí samo.

Velká váha se dnes v oboru hospicové paliativní péče, jako prevence vyhoření, klade na sebeuvědomování, na schopnost reflexe (viz příloha č. 3). Pečujícímu může hodně pomoci, má-li přiležitost v klidu se zamyslet nad povahou a smyslem této práce. Schopnost seberereflexe je velmi důležitou prevencí životního vyhoření. Je otázkou kultury našeho vlastního života, jestli jsme schopni a ochotni přemýšlet o sobě, upevňovat své jistoty, odpouštět sobě, drugým, Bohu, jestli umíme zvládat osobní prohry. Je zjištěno, že ten, kdo je schopný přijmout vlastní zranitelnost a nesnaží se
obhájit, má cennou zkušenost pro sebe i své pacienty. Dokážeme prý dávat jedině, když
si uvědomujeme své vlastní potřeby. Můžeme dávat, když víme, že máme co nabídnout
a ne proto, že bychom měli, když si to pacient přeje. Pomocí sebeuvědomění,
sebeopozorování lze lépe plánovat a také realizovat jednání s druhými lidmi, také směr
sebevýchovy a sebezdokonalení. Toto klade na pomáhající zodpovědnost za aktivity při
uspokojování svých vlastních potřeb.

Oblíbenou metodou v těchto oborech je klinická supervize, ať už individuální
nebo ve skupině. Supervize je forma podpory, při níž je umožněno soustředit se na své
problémy v práci a také předat supervizorovi část odpovědnosti v práci pomáhajícího.
Dále je supervize součástí našeho profesního učení a vývoje, včetně toho, že nás naučí
jak se stát sám sobě supervizorem.

Supervize využívá metodu efektivní komunikace, která je jedním z předpokladů
pro dobrou práci v pomáhajících profesích, zejména v péči o nevyléčitelně nemocné,
umírající a jejich blízké (7, 14, 15, 18).
1. 5 Umění komunikovat


Většina z nás komunikuje od prvního dne svého života, i přesto však není naše komunikace vždy efektivní. Mnoho lidí má s komunikací problémy a dorozumívání s jinými lidmi jim dělá potíže. Přitom způsob naší osobní prezentace a sdělování našich myšlenek, pocitů má velký vliv na život každého jednotlivce. Umění komunikace tak hraje podstatnou roli i v každodenním osobním životě jednotlivce. Buber říká: „Kdo mi řekne TY, vstupuje se mnou do vztahu a v tom vztahu promluví něco, co je věčné“ (11, str. 5). Komunikovat tedy znamená tvořit si vztahy, je to nástroj, který se využívá při interakci mezi lidmi. Nestatní pravdu, že někdo schopnost komunikovat má a někdo tento dar nevlastní. Komunikovat se učíme celý život, komunikaci lze stále rozvíjet, stále se máme čemu učit. Ten, kdo je s námi v interakci, ten se stává zároveň naším učitelem.

Zejména v pomáhajících profesích se velmi často používá termín „umění komunikovat“ či „efektivní komunikace“. Většina zdravotníků přiznává, že se v komunikaci (především s umírajícími a jejich příbuznými) má stále čemu učit (1, 14, 30).
Sestry používají komunikaci k navázání kontaktu s pacientem (nebo jeho rodinou), dále pak k rozvíjení a upevňování vzniklých vztahů. Základním předpokladem pro dobrou hospicovou paliativní péči je empatická a otevřená komunikace. Efektivní komunikace je pro sestru jedním z nástrojů profesionálního přístupu k nemocným a jeho blízkým. Sestra jim při ní poskytuje oporu a pomoc v těžkých chvílích, je s nimi i ve chvilkách radostných, pomáhá jim při adaptaci na změny, je poradcem při rozhodování, také může být školitelkou nebo vychovatelkou. Situací, ve kterých se projevuje její umění komunikovat je tolik, kolik je potřeb a individuality člověka. U sester v hospicové péči je však důležitá i dobrá komunikace s ostatními členy týmu, neboť dobré vztahy jsou také prevencí syndromu vyhoření (30).

Komunikaci s nevyléčitelně nemocnými, umírajícími i samozřejmě s jejich blízkými je v poslední době věnována zvýšená pozornost. Především v této oblasti medicíny je důležité, jak co říkáme a zároveň jak se u toho chováme - jaké máme neverbální projevy. Jde především o terapeutickou komunikaci, která se odvíjí od diagnostikovaných potřeb pacienta. Tato komunikace souvisí s upravenými kompetencemi, které sestra v této péči má. Například podle zákona smí informaci o změněném zdravotním stavu a úmrtí podat pouze lékař. Sestra v hospici po předchozí domluvě kontaktuje rodinu (kterou lékař předem informoval o bližící se smrti) v případě, že dojde ke zhoršení stavu jejich blízkého a oni si přáli tuto informaci dostat. Sestra většinou potvrdí přítomné rodině i skutečnost smrti (samozřejmě pouze lékař konstatuje definitivní smrt a provádí ohledání těla zemřelého), protože pečuje o umírajícího a bývá v prvotním kontaktu s těmi, jejichž blízký „odešel“. Další komunikace se následně odvíjí od potřeb, které mají pozůstalí po zemřelém člověku.

Nejlépe hodnocenou komunikační dovedností je v této péči „naslouchání“, také v ostatních ošetřovatelských oborech je tato dovednost jednou z nejdůležitějších, bohužel také nejméně využívanou. „Úroveň, na níž naši pacienti jsou ochotni a připraveni s námi hovořit, závisí na úrovni naší vlastní dostupnosti.“ – toto je zkušenost lékaře Pavla Touniera. Naslouchat můžeme ušíma, očima a srdcem – kdy
zapojíme také emoce. Nasloucháním podáváme pomyslnou ruku, nabízíme svoji pomoc, pomáháme splnit přání druhému. Naslouchání nás učí život, lze se mu naučit, ale nutno to chtít. Někdy stačí mlčet a komunikace probíhá mlčky (11).


1. 5. 1. 1 Komunikace sester s nevyléčitelně nemocnými

Dále je důležité, abychom nemocného akceptovali se všemi jeho projevy, abychom jeho chování v žádné situaci nehodnotili. Naopak vyjadřujeme pochopení (vhodný je nedirektivní způsob komunikace), reflektujeme a snažíme se o pochopení toho, co nám nemocný říká (sděluje). Není důležité, abychom na všechny otázky znali odpověď, ale abychom o nich přemýšleli. Vždy se snažíme o sladění verbálního i neverbálního projevu, takto nemocní jsou totiž obzvláště citliví na způsob našeho chování a vyjadřování.

Mezi nejpoužívanější komunikační metody v péči o umírající patří umění naslouchat a umění mlčet. Rozhovor s umírajícím není diskusí, jde o naslouchání člověku, který otevírá své nitro. Podle Tourniera jde o „naslouchání srdecem“, což je schopnost empaticky se naladit do emocionální a psychické atmosféry nemocného. Pokud nemocný již nemůže nebo nechce hovořit, je neméně důležitá komunikace s neverbálními projevy, kdy pohledem do očí a stiskem ruky lze říci mnohé i beze slov (12).

Pro dobrou komunikaci potřebuje sestra hluboké znalosti, aby mohla rychle a dobře reagovat na potřeby pacienta, na změnu jeho stavu, aby mu mohla být oporou v této těžké situaci, na které by neměl být nikdy sám. Pokud se sestra cítí jistě, je klidná a ví si rady, i pacientovy obavy bývají menší (7, 5, 11, 16, 18, 27, 30, 32).

1.5.1.2 Komunikace sester s blízkými a s pozůstalými

Významná je v hospicové péči samozřejmě také komunikace s blízkými nemocného a s pozůstalými po zemřelém pacientovi. Důležité je, abychom vnímali blízké nemocného jako jeho součást. I oni prožívají vše, co se onemocnění dotýká, stejně jako pacient, bohužel velmi často je jejich reakce ve zpoždění od nemocného, proto je důležité k nim zaujmout maximálně individuální přístup.

Pro rodinu a blízké umírajícího pacienta je důležité, aby věděli, že nemocný netrpí, že nemá bolesti nebo jsou alespoň snesitelné. Velice citlivě vnímají, jak pečující tým přistupuje k nemocnému, ale také to, jakým způsobem reagují členové týmu na ně samotné. Všichni společně potřebují stálé emocionální ujištění, že na nic nezůstanou
sami. Stejně jako nemocný, potřebuji i jejich blízcí dostatečné a upřímné informace a pocit, že jsou stále součástí dění, které se jich bezprostředně dotýká (16).

Navázání dobrého a důvěryhodného vztahu s rodinou usnadňuje pozdější práci s pozůstalými. Vždyť oni znají nemocného lépe nežli my, a proto je důležité, abychom je do péče o nemocného zapojili. Stanou se tak plnohnodnotnými členy týmu. Mohou se přiměřeně zapojit také do konzultací o léčbě nežádoucích projevů onemocnění. Podílejí se často na péči o umírající a péči o zemřelého, která se tak může stát důležitou součástí jejich procesu truchlení.

Kontakt s pozůstalými v českých hospicích probíhá následně po smrti nemocného, kdy ošetřující tým zůstává v kontaktu s pozůstalými dle potřeby. Na začátku většinou v tichosti sdílí jejich bolestnou, ale přirozenou reakci. Umožní jim (zároveň je v tom podporuje) rozložení tohoto zásahu, které je velmi důležité pro jejich další život. Pokračováním péče o pozůstalé může být vzájemná výměna korespondence.

Ta je zpočátku ze strany hospice automatická. Při úmrtí nemocného se pečlivě vyplňují jako součást dokumentace, informace o pozůstalých. Zda byli přítomni v den úmrtí, jak se chovali, jestli se u nich projevili nějaké známky rizikového chování, příznaky patologického truchlení. Dále se zaznamenává měsíční podílečná výměna korespondence.

Pravidelně, většinou 2-3x ročně pořádá tým hospice pro pozůstalé společné setkání, takzvané „setkání pozůstalých“(viz příloha 8), kdy sociální pracovnice obešle pozůstalé zaznamenané v dokumentaci s pozváním na tuto akci. Setkání pozůstalých začíná slavnostní bohoslužbou a pokračuje rozhovory mezi pečujícími a pozůstalými nebo mezi pozůstalými rodinami navzájem, kdy oni vzpomínají a vypravějí. Toto setkání napomáhá uzavřít fázi truchlení, kterou prodělává každý pozůstalý jinak dlouho. Z některých pozůstalých se stávají přátelé, dobrovolníci, sponzoři.
Další službou, kterou některé české hospice (například Hospic Anežky České v Červeném Kostelci a od roku 2009 HSJNN v Prachaticích) nabízejí, jsou krátkodobé „kurzy pro pečující“. Tyto kurzy vznikly s cílem podpořit, poradit a pomoci pečujícím v domácím prostředí. Dále je cílem snaha, aby nemocní mohli trávit co nejdelší čas ve svých domovech, tedy v prostředí jim blízkém. Ve většině hospiců u nás je jim k dispozici i poradna s půjčovnou pomůcek.

Sestra by měla umět rozoznat pocity pacientů a jejich rodin, měla by jim umožnit vyjádřit se. Proto je pro práci sester, které pracují s umírajícími a jejich blízkými, důležité stálé sebevzdělávání, ale nejen v komunikaci (3, 11, 18, 27, 32).
1. 6 Vzdělávání – cesta k důstojnému umírání


Stále víc je v oblasti paliativní péče připomínána nutnost dostatečné kvalifikace a nutnost dalšího vzdělávání. Ať už v oblasti schopností jednat a komunikovat s umírajícími lidmi, jejich rodinami, ale také umění komunikovat v týmu. Další oblastní pro vzdělávání v hospicích je také oblast rozvoje péče o klienty hospice a péče o sebe samého. Poslední neméně důležitou oblastí je supervize, zaměřená na zlepšení psychosociální péče o nemocné a také na podporu všech pětících, jejíž součástí je sebereflexe - vypořádání se s vlastním prožitím a se smrtelností. Formou dalšího vzdělávání mají přiležitost učinit něco pro sebe i pro druhé.

V poskytovaném vzdělávání by se mělo studentům umožnit realizovat osobní potenciál, protože k dobrému vykonávání práce je nutné, aby uměli aplikovat metody a strategie, ale také individuálně reagovat jako blízcí nemocného. Je důležité, aby se studenti věnovali sebeoživotvávání (aby uměli rozlišit své silné a slabé stránky), aby získávali sebedůvěru a odvahu využívat své intuice. Kličovou složkou v paliativní péči je multiprofesní vzdělávání, které bylo dříve pouze akceptováno, dnes je v tomto oboru nutností pro zajištění profesionální péče (18).

Hlavním cílem vzdělávání v paliativní péči je zlepšení medicínské a ošetřovatelské péče v tomto oboru, především v péči o onkologicky nemocné, protože tvoří největší část klientů, dalším mezníkem kvality je léčba bolesti nejen u onkologicky nemocných. Nakonec je důležité zmínit, že nedostatky jsou stále
v komunikaci. Proto i té je nutno se věnovat zcela specificky a pravidelně. Pedagogové by měli dbát na to, aby se z programů nevytrácely prvky, které tuto péči odlišují od jiných oborů. Je to především filozofie hospicové paliativní péče. Vypracování standardů by mohlo usnadnit vzdělávání v tomto oboru (18, 32).

1. 6. 1 Vývoj vzdělávání v paliativní péči


Vzdělávání v paliativní péči se dlouhou řadu let snažilo dostat tento termín do podvědomí širší veřejnosti, snahou bylo dosáhnout důvěryhodnosti a přesvědčit odborníky, že paliativní péče obsahuje více než jen dobrou ošetřovatelskou péči o umírající. Dříve panoval názor, že k paliativní péči stačí klidné prostředí a dostatek personálu, který by o nemocné pečoval. To, že dosavadně poskytovaná péče vykazuje řadu chyb, přiznávali odborníci až po provedeném výzkumu, který předložil Mills et al (studie byla zaměřená na umírající na odděleních akutní péče). Tato studie vyvolala na začátku velký odpor, protože odborníci z jakéhokoliv oboru je těžké převzít zodpovědnost za chyby v poskytované péči.

Především díky zájmu ošetřovatelů, začalo vznikat velké množství odborných kurzů, postupně vznikly postgraduální a magisterské programy. Rychle začaly vznikat programy i v jiných státech, například v USA, Jižní Austrálii, Skotsku, Francii. V ostatních evropských státech jde vývoj značně pomaleji (18).

1. 6. 2 Možnosti vzdělávání paliativní hospicové péče v ČR

Na lékařských fakultách v oboru Všeobecného lékařství a ani v oboru Ošetřovatelství nebyvá paliativní péče v rámci pregraduálního studia vyučována jako samostatný předmět. Témata, která souvisejí s paliativní péčí (léčba bolesti, zvládání
běžných symptomů, komunikace s nemocným, podpora rodiny, etické a medicínské aspekty rozhodování na konci života, zármutek a truchlení, práce multidisciplinárního týmu, péče o vlastní emoce) bývají obsažena v jiných předmětech.


Z výzkumu, který v roce 2004 provedli zástupci Hospicového občanského sdružení Cesta Domů, vyplývá, že také na středních a vyšších odborných školách je obor paliativní medicína a léčba bolesti rozložen mezi jiné předměty (pouze na VZŠ Bílá Vločka je paliativní péče vyučována samostatně) – mezi ně patří ošetřovatelství, psychologie, komunikace, etika a další. Jako velký nedostatek je vnímána absence výuky péče o pozůstalé, truchlící (tzv. bereavement care) (29). Toto vzdělávání pro lékařské i nelékařské obory je možné doplňovat četbou příslušné odborné literatury, které je na současném trhu dostatek, dále pak účasti na odborných seminářích (konferencích) eventuálně odbornými státními, které nabízejí všech hospicová zařízení.

Další možností vzdělávání v paliativní hospicové péči nabízí většina českých hospiců ve svých vzdělávacích centrech, které vznikly s cílem prosazovat ideál hospicové myšlenky ve společnosti. To znamená, vzděláváním odborné zdravotnické, ale i laické veřejnosti proměnit její postoj směrem ke zvýšení úcty k těžce nemocnému a umírajícímu pacientu v myšlení, slovech i skutcích těch, kdo o něj pečují (29, 32).
**Motto:**

„Náš život se v posledním století změnil. Žijeme výrazně déle a v mnohém ohledu pohodlněji. Platíme však za to nemalou daň: déle (a vůbec ne lehčěji) totiž také umíráme.

Moderní paliativní péče se snaží na tuto novou situaci reagovat a nabízet účinnou pomoc. Jejím mottem je idea důstojného a kvalitního života až do konce, nástrojem odborná léčba příznaků provázejících umírání a jejím nesporným trumfem účinná léčba bolestí.

Velikým přínosem může pak být proměna našeho vztahu nejen ke smrti, ale i k celému našemu životu“

(Hospicové občanské sdružení Cesta Domů, 2004)

Přes klidné a pěkné prostředí, ve kterém nechybí šťastný smích pečujících a nemocných, je práce v hospicích mimořádně náročná a vysilující. Emoční zatížení a zároveň zodpovědnost sester je enormně vysoká a tím klade značné nároky na její osobnost a životní zralost, ale i na její odbornou úroveň. Náročnost této práce se projevuje „plíživě“ a následky fyzického a psychického vyčerpání mohou být nevratné, proto je nutné těmto následkům včas předcházet. Možností je mnoho - někomu pomáhá modlitba, někomu sepětí s přírodou, jinému umění sebereflexe, většině vyrovnaný osobní život a často pomáhá zvyšování odborné způsobilosti.
2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1/ Zjistit motivační faktory sester, které se rozhodly pro práci v hospici.

Cíl 2/ Zjistit, jestli vzdělávání sester má vliv na jejich postoj a přístup k péči o terminálně nemocné.

2.2 Hypotézy práce

H1/ Náboženské přesvědčení je rozhodujícím faktorem pro výběr práce sestry v hospici.

H 2/ Práce v hospici je sestrami vyhledávaná v souvislosti s jejich osobním životním selháním.

H 3/ Postoj sester k péči o terminálně nemocné klienty v hospici je závislý na jejich vzdělávání.
3. Metodika

3.1 Metodika práce


3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvořilo 107 všeobecných sester pracujících ve 12 již fungujících českých lůžkových hospicích. Osloveny byly všechny všeobecné sestry (včetně sester manažerek) bez rozdílu věku, délky praxe, nejvyššího dosaženého vzdělání a výše pracovního úvazku.
4. Výsledky

Graf 1 Věková kategorie

Z celkového počtu respondentů 107 (100 %), kteří spolupracovali na výzkumu, bylo 35 respondentů ve věku 20 – 34 let (33 %), 38 respondentů ve věku 35 – 45 let (36 %) a 34 respondentů ve věku 46 a více let (31 %).

Graf 2 Délka praxe v hospici

Z dotázaných je v hospici zaměstnáno na pozici sestry méně než dva roky 35 respondentů (33 %), 2 – 5 let 38 respondentů (36 %) a 34 respondentů (31 %) tam pracuje 5 a více roků.
Výzkumu se účastnilo 107 všeobecných sester (100 %), z toho 11 sester (10 %) vysokoškolsky vzdělaných, 15 diplomovaných sester (14 %), 63 sester (59 %) absolvovalo SZŠ s maturitou a 18 sester (17 %) potvrzuje specializační studium.
Do hospice přišlo pracovat na pozici všeobecné sestry 23 sester (21 %) z operačních oborů (například z chirurgie, gynekologie, ORL), 27 sester (25 %) z klinických oborů (například z interny, onkologie, dětského oddělení), z oborů akutní medicíny nastoupily 3 sestry (3 %), z oborů následné a dlouhodobé péče 30 sester (28 %). Další všeobecné sestry 11 (10 %) odpověděly, že přešly z jiných oborů medicíny (například z rehabilitace, diagnostických oborů, z ambulance). 13 sester (12 %) nastoupilo po ukončení studií.
Schéma 1 Hlavní motivace respondentů pro práci v hospici

filosofie hospicové péče
35

- pozitiva pro sestru
  - touha pomáhat lidem
    - 31
  - výborný kolektiv a pracovní tým
    - 18
  - nespojenost v nemocnici
    - 14
  - vlastní víra
    - 11
  - potřeba pracovat
    - 5

- v zájmu pacient
  - touha pečovat o umírající
    - 28
  - dostatečný prostor pro pacienty
    - 18
  - léčba bolesti
    - 11
  - důstojnost
    - 10

- zkušenosti
  - studium
    - 8
  - stáž
    - 7

- nevědomý přístup
  - náhoda
    - 1
  - na zkoušku
    - 1

Na otevřenou otázku odpověděli respondenti následovně: 35 respondentů si myslí, že hlavním motivem pro její výběr práce v hospici je pozitivní postoj k filozofii hospicové péče nebo ztotožnění se s touto myšlenkou. Další výběr motivů můžeme rozdělit na pozitiva pro sestru, zájem o pacienta, dále zkušenosti a nakonec nevědomý přístup při volbě této profese. Ve výběru pozitiv pro sestru volili respondenti touhu pomáhat lidem 31 (29 %). V zájmu o pacienta převažovala touha pečovat o umírající 28 respondentů (26 %). Do zkušeností můžeme zahrnout studium, které vnímá jako svůj motiv 8 respondentů (7 %) a dále stáž v tomto zařízení, která zvolilo 7 respondentů. Jen 1 sestra udává, že do hospice šla na zkoušku a 1 sestra (1 %) vnímá svůj výběr jako náhodný.
Hlavní důvodem pro výběr povolání je láskyplné prostředí 64 sester, touha pečovat o druhé 53 sester a myšlenka hospicové péče 53 sester. Naopak malé sebevědomí 75 sester, problémový osobní život 63 sester a důvod, že jinde nebylo místo 55 sester nejsou vybírány respondenty jako důvod pro výběr povolání v hospici.
Toto schéma ukazuje, které předpoklady pro práci v hospicové péči jsou pro sestru nezbytné z pohledu sester samých. Schopnosti jsou rozděleny na osobnostní předpoklady sester a předpoklady, které jsou hodnotné pro profesí sestry. Jako základní předpoklad je vnímána životní filozofie 36 respondentů a správně urovnáný žebříček hodnot 18 respondentů.
Toto schéma ukazuje, které předpoklady pro práci v hospicové péči u sebe sestry vnímají. Schopnosti jsou opět rozděleny na osobnostní předpoklady sester 72 a předpoklady, které jsou hodnotné pro profesí sestry 56. Jako základní předpoklad vnímá většina sester svou životní filozofii 54
Na základě životopisu bylo přijato 8 sester (7 %), 61 sester (57 %) bylo přijato po pohovoru s vrchní sestrou nebo ředitelem hospice, výběrové řízení proběhlo s 12 (11 %) dotázanými, 22 (21 %) respondentů prošlo přijímacím testem a pohovorem s MUDr. Svatošovou, jiný způsob přijetí podstoupily 4 (4%) sestry.

Pro 85 sester (79 %) je naplněna jejich představa o hospicové péči, 22 sester (21 %) přiznává pouze částečné propojení mezi představou a skutečností, 0 sester (0 %) udává, že představy neodpovídají.
Graf 8 Uspokojení z práce v hospicí

91 respondentů (85 %) vnímá uspokojení ze své práce, 1 sestra (1 %) spokojena není a 15 sester (14 %) je spokojeno jen částečně.

Graf 9 Pocity respondenta v týmu

Z grafu vyplývá, že v práci jsou raději než doma 3 sestry (3 %), moc dobře se v týmu cítí 66 respondentů (62 %), 4 sestry (4 %) mají rozporuplné pocity, 4 sestry se v kolektivu cítí podle toho, kdo je s nimi ve službě, špatně se v týmu cítí 0 respondentů (0 %).
98 sester (92 %) souhlasí s názorem, že hospic je místo, kde panuje láska, uznání, naděje a dobrá péče, 9 sester (8 %) s tímto názorem nesouhlasí.

18 respondentů (17 %) udělá pro pacienta cokoliv, aby netrpěl, 89 dotazovaných (83 %) udělá to, co je v jejich silách a možnostech, 0 respondentů (0 %) udělá jen to, co musí a 0 sester (0 %) necítí zodpovědnost za pacienta, protože mají svých starostí dost.
Graf 12 Zvládání reakce pozůstalých sestrou

Bez problémů snáší reakce nejbližších nemocného 21 respondentů (20 %), někdy se neubrání slzám 79 sester (74 %), 6 sester (6 %) cítí smutek i doma a trápí se tím, 1 sestra (1 %) se těmto lidem raději vyhýbá.

Graf 13 Smysl pro humor u respondenta

Za člověka se smyslem pro humor se považuje 69 respondentů (64 %), 38 sester (36 %) má humor rádo, ale nepovažuje se za baviče, 0 respondentů (0 %) nemá smysl pro humor.
V komunikaci s umírajícími a jejich nejbližšími si věří 17 sester (16 %), slova někdy hledá 51 sester (48 %), u 38 sester (36 %) záleží na situaci a příliš si nevěří 1 respondent (1 %).

51 sester (48 %) bylo ovlivněno při výběru profese životní zkušeností, 22 sester (21 %) bolestivou osobní zkušenost má, ale neovlivnila je při výběru profese, 30 sester (27 %) neprožila bolestivou životní zkušenost, 4 sestry (4 %) si nepamatují, jestli náročnou životní zkušenost mají.
Víru v Boha přiznává 51 respondentů (48 %), svoji vlastní víru udává 26 dotazovaných (24 %), za věřící se nepovažuje 25 respondentů (23 %), na otázku víry nechtějí odpovědět 4 respondenti (5 %).

S vlastní smrtností je smířeno 45 sester (42 %), není smířeno 5 respondentů (5 %), 34 respondentů (32 %) udává, že se smrtností smíření jsou, ale se smrtí ne. 23 respondenti (21 %) neví, jestli jsou vyrovnáni se smrtností.
Ze 107 sester, které se účastnily výzkumu 33 respondentů (31 %) udává stav svobodná/svobodný, vdaná/ženatý vyplňuje 50 respondentů (47 %), 5 respondentů (5 %) jsou vdova/vdovec a mezi rozvedené patří 19 respondentů (18 %).
Práce v hospici zasahuje, aniž by jim to vadilo, do osobního života 36 respondentům (34 %), 3 sestrám (3 %) také práce zasahuje do jejich osobního života, vadí jim to, nejsou však schopny světy rozdělit. 20 sester (18 %) se o rozdělení pokouší, protože jim práce zasahuje do osobního života částečně. 45 sestrám (43 %) nezasahuje práce do jejich osobního života, protože oboji umějí oddělit. 2 sestry (2 %) přísně rozdělují svůj pracovní i osobní život a proto jim práce osobní život neovlivňuje.
Jako možnou příčinu vlastního vyhoření udává 31 respondentů stálé setkávání se smrtí, největší počet respondentů 69 udává jako možnou příčinu velké utrpení lidí. Pokud by představa o práci neodpovídala skutečnosti, bude ohroženo vyhořením 25 respondentů. 14 respondentů vnímá jako ohrožení příliš velkou zodpovědnost. Při nedostatečném počtu personálu hrozí vyhoření 59 respondentům, 36 sester ohrožuje nedostatečné finanční ohodnocení, potíže v rodině by zatížily 48 dotazovaných. 12 sester označilo odpověď „jiné“.
Nejvíce důležité jsou pro sestry v prevenci syndromu vyhoření vztahy 105 sester, mezi nejsilnější zástupce patří láská 35 sester a rodina 24 sester. Další důležitý fenomén je optimismus 43 sester, jehož důležitým zástupcem je především humor 26 sester. Neméně důležité jsou koníčky, zájmy 37 respondentů (35 %) a formy odpočinku zvolilo 22 sester (21 %).
Graf 21 Vyrovnanost s vlastní smrtelností

49 respondentů (46 %) je přesvědčeno, že pro práci sestry v hospici je nutné, aby byly vyrovnány s vlastní smrtelností, 19 sester (18 %) si toto nemyslí a 39 sester (36 %) neví, jestli to nutné je.

Graf 22 Nutnost sebevzdělávání pro kvalitní hospicovou péči

95 respondentů (89 %) je přesvědčeno, že pro kvalitní hospicovou péči je nutné stálé sebevzdělávání, 8 respondentů (7 %) si myslí, že nutné není a 4 respondenti (4 %) neví.
Graf 23 Studium respondenta

V současné době studuje 62 sester (58 %) pracujících v hospici, 23 respondentů (21 %) nestuduje a 22 sester (21 %) nestuduje v současné době, ale studovat by chtěly.

Graf 24 Postoj respondentů k vlastnímu vzdělání

Dosažené vzdělání ovlivnilo v pohledu na smrt a přístupu k nevyléčitelně nemocným 59 respondentů (55 %), vzdělání neovlivnilo 48 respondentů (45%).
Na otázku zda vzdělání sester má vliv na péči o umírající nemocné odpovědělo souhlasně 59 sester (55 %) – některé z nich dodaly, že mají poté více zkušeností, jsou moudřejší, umějí rychleji reagovat na změny. Nesouhlasně odpovědělo 25 sester (23 %) a 25 sester (22 %) neví, protože nemohou posoudit.
Schéma 5 Vzkaz respondentů sestrám z jiných ošetřovatelských oborů

Není třeba se práce v hospici bát, vždyť smrt k životu patří, jen je třeba k ní přistupovat s úctou.

Moc si vážím toho, že mohu pracovat v hospici, přála bych i ostatním sestrám zakusit jedinečnou atmosféru, kterou zažíváme my.

Hospic není jen budova, ale hlavně způsob myšlení, jednání a přístup k nemocným a jejich blízkým. Proto může být uplatňován v kterémkoliv zdravotnickém zařízení a oboru. A mohl by přispět k lidštější podobě našeho zdravotnictví.

Hospicová a paliativní péče je obor, ve kterém se stále učíme, jsme nuceni na sobě pracovat. Je zde spousta úžasných osobností, ale nemůže tuto práci dělat každý.

Hospic není místo, kam se chodí jen umřít a není to ani domov důchodců.

Hospicová péče je náročná, ale krásná.

Detaily jsou důležité i pro pacienta, který vypadá, že nevnímá...

Nebojme se smrti. Jsme lidé a nic lidského nám nesmí být cizí!

Na volnou otázku reagovali někteří respondenti následujícími názory.
5 Diskuze


Největší věkové zastoupení v českých lůžkových hospicích (viz Graf 1) je ve věku 35 – 45 let (36 %), dále pak ve věku 20 – 34 let (33 %), nejmenší počet sester je ve věku 46 a více let (31 %). Zastoupení věkových kategorií je celkem rovnoměrné, lehce převažuje věk střední. Lze z toho usuzovat, že tvrzení MUDr. Marie Svatošové (jak již bylo uvedeno v teoretické části) o tom, že: „Mezi lidmi je hodně rozšířen jeden blud či mýtus nebo jak to chcete nazvat. Prostě představa, že v hospici může pracovat jen člověk vyššího věku, snad pár let před důchodem. Pro mladé to právě není. Naše zkušenost je ale jiná. Ono to není ani tak o věku, jako o hřivnách, o schopnostech, o ochotě sloužit, o schopnosti mít rád lidi“ (13), je pravdivé. Věk respondentů může souviset také s jejich psychosociální vyzrálostí a zároveň s tím, že disponuji dobrou fyzickou kondicí. Což je jedním z předpokladů pro práci v hospici, který si respondenti sami určili (viz Schéma 3).

Z dotázaných je v hospicí zaměstnáno na pozici sestry méně než dva roky 33 %, 2 – 5 let 36 % a 31 % tam pracuje 5 a více roků (viz Graf 2). Toto se shoduje s názorem paní doktorky Svatošové, která tvrdí, že u nás se sestry v hospicích nestřídají pravidelně
po dvou letech, jak je tomu v jiných zemích (24). Naskýtá se otázka, zda je dobře, že sestry v této všestranně náročné péči zůstávají déle než zmíněné dva roky. Zamýšlíme se nad vysvětlením proč tomu tak je. Jedním z důvodů by mohla být poměrně krátká historie hospicové péče v České republice, a tím i větší nadšení pro tento typ péče. Dalším důvodem by mohl být strach z nedostatku pracovní příležitostí v oblastí trvalého bydlíště respondentů. Velmi pozitivně jsou sestrami vnímány reakce pacientů na péči a kladně znějí zpětné vazby od blízkých těchto nemocných. Další možností by mohla být péče o sestry samotné ze strany jejich zaměstnavatelů. Nejeden český hospic pořádá pro své zaměstnance dlouhodobější odpočinkové pobyty, vikendové společné akce, pro věřící personál jsou pravidelně pořádány duchovně zaměřené aktivity. Přesný důvod toho, proč sestry v českých hospicích zůstávají déle než v jiných zemích, by bylo možné zjistit kvalitativním výzkumem pomocí cílených otázek, při individuálním rozhovoru s každou z nich.

59 % sester v hospicové péči má nejvyšší vzdělání ukončené maturitou, 14 % je sester diplomovaných, 17 % je sester se specializací v některém z ošetřovatelských oborů a 10 % je sester s vysokoškolským diplomem (viz Graf 3). Vysoké procento sester, které mají vzdělání ukončené maturitou, pravděpodobně souvisí s tím, že dříve nebylo vyšší vzdělání možné a ani potřebné. Některé sestry si doplňovaly v průběhu praxe odbornost, ve které působily, specializačním vzděláváním. Bylo by zajímavé vědět, jestli vysokoškolsky vzdělané sestry v hospicové péči jsou převážně na manažerských pozicích nebo i v přímém provozu. Tato informace v tomto výzkumu nebyla upřesněna.

Z ošetřovatelských oborů, z kterých sestry do hospice přišly (viz Graf 4), jednoznačně převažují obory následné péče 28 % a klinické obory 25 %. Což může svědčit o bližším vztahu k nevyléčitelně a dlouhodobě nemocným, jež se ve obou oborech velmi často vyskytují. Z operačních oborů přišlo 21 % respondentů, z oborů akutní medicíny 3 % a z jiných oborů (do nichž jsou zařazeny například ambulance, rehabilitace a diagnostické obory) nastoupilo 10 % sester. Další nezanedbatelnou informací je pro nás informace o sestrách, které si tuto práci vybraly následně po ukončení studia 10 %. Rozhodnutí může vycházet z prožité zkušenosti při stáži
v hospicí (viz Schéma 1) nebo z praktické výuky na některé z odborných škol. Také víme, že dosažené vzdělání (Graf 24) ovlivnilo v pohledu na smrt 55 % dotazovaných sester. Předpokládáme, že obojí přímo souvisí s třetí hypotézou, že: „Postoj sester k péči o terminálně nemocné klienty v hospicí je závislý také na jejich vzdělávání“. Sestry v rozhodování při výběru profese mohla ovlivnit filozofie paliativní péče. Jak tvrdí Sheldová a Smithová: „Vzdělání v paliativní péči by mělo odrážet filozofii poskytované péče, neboť je to proces, v němž se pracuje spíš s lidmi a pro lidi než na lidech“ (18, str. 671). Nebo respondentům v rozhodnutí pomohla osobní zkušenost, kterou prožili v průběhu studia. Přesnější odpověď bychom mohli získat při osobním rozhovoru s těmito sestrami. Pravdou je, že: „Nejlepší důkazy o osobním růstu a o změněných postojích a hodnotách podává člověk sám“ (18, str. 681).

Pokud chceme potvrdit či vyloučit hypotézu, že: „Práce v hospicí je sestrami vyhledávána v souvislosti s jejich osobním životním selháním“, pak je pro nás jednou z důležitých informací i rodinný stav respondentů (Graf 18). 47 % z nich je vdaných/ženatých, 31 % svobodná/svobodný, rozvedených v tomto oboru pracuje 18 % a 5 % sester v hospicové péči udává stav vdova/vdovec. Můžeme z těchto výsledků usuzovat, že osobní Život sester je spíše uspokojivý. Toto ovšem nelze s určitostí potvrdit. Výsledky totiž nehovoří o tom, zda jsou sestry v osobním životě opravdu spokojené. Danou hypotézu vylučuje Graf 5, který naznačuje, že důvodem pro výběr tohoto povolání není problémový osobní život ani malé sebevědomí. Na druhé straně se musíme pozastavit nad informací, že 48 % sester bylo při výběru své současně profese ovlivněno životní zkušeností (viz Graf 15). 60 % respondentů si o ostatních myslí, že si tuto profesi vybrali v touze být v láskyplném prostředí a s možností pečovat o druhé. Obojí by mohlo svědčit o neuspokojivém osobním i profesním životě. Proti této negativní úvaze stojí informace (Schéma 1), že pro 33 % sester byla mezníkem pro volbu jejich profese filozofie hospicové péče. Dále šlo o touhu pomáhat lidem, kvalitní léčbu bolesti, vlastní víru, nespokojenost s péčí v nemocnici a další. Předpoklady pro tuto práci u sebe sestry nacházejí například v sebejistotě, spolehlivosti, odbornosti, fyzické i psychické stabilitě, asertivitě a mnohých dalších vlastnostech (viz Schéma 2 a Schéma 3), které nás opět utváří spíše o opaku dané hypotézy. Tedy o tom, že sestry
někdy tomu bylo naopak. Její smích byl velmi znělý a upřímný, podobně, jako projev nevole, když s něčím nesouhlasila. Svůj život uzavřela ve vzpomínkách těch, kteří o ni pečovali větou: „Pocitově jsem zemřela ve chvíli, kdy mi lékař sdělil, že moje onemocnění je nevyléčitelné. Tady jsem se opět probudila, výkouřila spoustu cigaret a užila si tolik legrace, že snad začnu věřit v Boha. Já ateistka! A nebrečte, já vás budu chodit strašit“. Tímto příběhem bylo prezentováno, jak je smích v paliativní péči důležitý pro pacienty i pro pečující.


S dobrými vztahy nepřímo souvisí proces přijímání sester do pracovního procesu v hospici (viz Graf 6). Říká se: „jaký pán, takový krám“. Tím lze říci, že jakým způsobem je prováděno výběrové řízení, a kteří lidé budou do hospice přijat, souvisí s pečlivou přípravou managementu hospice. Čím více je přípravě na přijetí personálu do hospice věnováno, tím kvalitnější bývá volba. 57 % sester bylo přijato po předchozím pohovoru s ředitelem nebo vrchní sestrou, 21 % sester podstoupilo příjezdové pohovor přímo se zakladatelkou hospicové péče v ČR – MUDr. Marií Svatošovou. Paní doktorka, podle zkušeností, byla účastná prvního výběrového řízení zaměstnanců v každém doposud otevřeném hospicí.

Životní filozofie a víra v Boha, které se objevují v Hypotéze 1: „Náboženské přesvědčení je rozhodujícím faktorem pro výběr práce sestry v hospicí“ jsou vyjádřeny v Grafu 16. 48 % sester věří v Boha a 24 % sester má svou vlastní víru. Z tohoto vyplývá, že 72 % respondentů je religiozitou ovlivněno. Dle Vachona v paliativní péči

Prof. Haškovcová publikuje názor, že většina lidí vytěšuje myšlenky na smrt. Svou smrtelnost si uvědomují až v průběhu života, většinou až tehdy, kdy jsou přímo konfrontováni se smrtí někoho blízkého. Dále prof. Haškovcová tvrdí, že především velká část zdravotníků bere smrt jako osobní prohru nebo jako něco, co jich se osobně netýká. Mají problém o smrti i hovořit (5). Připustit si vlastní smrtelnost znamená přijmout zodpovědnost za svůj vlastní život. Paní doktorka Svatošová opakovaně prohlašuje, že vyrovnanost s životní konečností a se svou vlastní smrtelností je podmínkou pro práci s umírajícími (24). Z tohoto výzkumu vyplývá, že 42 % sester zaměstnaných v českých hospicích je s vlastní smrtelností vyrovnáno. Dalších 32 % sester je smířeno se smrtelností, ne však s definitivní smrtí; 21 % neví a 5 % smířeno není. Akceptování vlastní smrtelnosti sestrami v hospicové péči souvisí pravděpodobně s hloubkou jejich víry. Věřící lidé vnímají smrt jako „nový začátek“. Neznamená to ale, že nad ztrátou blízkého netruchlí. Také se s nimi loučí, s vírou, že se opět setkají. Pro ty, kteří v nekonečnost života nevěří, je smrt více definitivním pojmem.

Paynová tvrdí, že: „Nejčastějším zdrojem stresu, který uvádějí sestry v hospicích, je smrt a umírání“ (16). Naproti tomu 64 % sester v českých hospicích za největší ohrožení považuje stálé utrpení lidí (Graf 20). Utrpením lidí v hospicové péči je myšlena nesnesitelná bolest nemocného, neřešitelná úzkost nemocného i jeho rodiny a také to, když nemoc zbavuje člověka důstojnosti a on si toho je alespoň částečně vědom. Venglářová a Mahrová jsou názoru, že: „Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché“ (30, str. 7). Pečující sestry mohou v těchto situacích pocíťovat beznaděj nebo pocit vlastního selhání. Je dobré, když se pečující mohou u těchto pacientů střídat, aby si od pocitu bezmoci mohly takzvaně odpočinout. Na střídání pečujících se váže strach z přetížení v důsledku nedostatku personálu, kterého se boji 59 % sester. Potíže v rodinném životě
považuje za ohrožující 45 % sester a 31 % sester myslí, že stálé setkávání se smrtí by u nich syndrom vyhoření mohlo vyvolat. 23 % respondentů vnímá rizikově, pokud by jejich představa o této práci neodpovídala skutečnosti. Ztráta iluzí by v současné době ohrozit sestry hospicové péče neměla, protože dle Grafu 7 odpovídá původní představa o hospicové péči v 79 %. Ve 21 % odpovídá představa skutečnosti alespoň částečně. Také z Grafu 8 lze předpokládat, že toto sestry neohrožuje. Práce totiž naplňuje 85 % dotazovaných a jen 1 % respondentů tato práce nenaplňuje. 14 % respondentů ohrožuje příliš velká zodpovědnost. Avšak 83 % sester udává (Graf 11), že pro pacienta udělá jen tolik, co sami unesou. Jako ohrožující pro sestry cítí také reakce pozůstalých. Podle Grafu 12 nemá problémy s reakcemi (truchlením) pozůstalých 20 % dotazovaných, 74 % sester přiznává občasnou lítost, kterou sdílí spolu s pozůstalými. Tyto sestry dle mého bezprostředně ohroženy nejsou. Avšak 5 % sester, které přiznávají, že se trápí i doma a 1 % sester, které se vyhýbají pozůstalým, je vyhořením bezprostředně ohroženo. Zmiňované sestry samozřejmě mohou být pouze v přechodné frustraci. Vzhledem k anónymitě dotazníků by bylo vhodné informovat o tomto výsledku všechny manažery, aby mohli provést individuální analýzu potřeb svých zaměstnanců. O tom, že situace není příliš vážná, svědčí i Graf 19, který ukazuje, že náročná práce s umírajícími lidmi negativně ovlivňuje pouze 3% respondentů. 77 % práce do života nezasahuje nebo jim zásah nevadí a 20 % respondentů se pokouší o úplné rozdělení osobního a pracovního života nebo jej již oddělují.

Sestry v hospicové péči jsou si vědomy, že je obklopuje mnoho faktorů, které by mohly být přičinou jejich syndromu vyhoření. Sami se pokoušejí jim předcházet (viz Schéma 4), ať už odpočinkem, relaxací, sportem, jinou prací. Většina z nich má své koničky, rodiňu, lásku, přátele. Některé z nich se v těžkých chvílích modlí, jině si užívají pochvaly, další chce být chvíličku sama. Některé pomáhají hry na PC, další si hrají se svými dětmi nebo vnoučaty. Většina z nich vyhledává chvíliku ticha v přírodě nebo i doma. Je toho hodně, co pro sebe sestry v hospicové péči dělají. Důležité však je, aby i jejich nadřízení věnovali tomuto tématu dostatek času a prostoru (viz kapitola 1. 4). Dle doktorky Svatošové je důležité vyvarovat se přeceňování vlastních sil a pracovat s prevencí vyhoření od samého počátku (24). Syndrom vyhoření je rozsáhlé téma a jeho
prevenci v jakémkoliv zdravotnickém zařízení lze věnovat široké spektrum výzkumných otázek.

Mezi schopnosti, které jsou pro hospicovou péči nezbytné, patří umění komunikovat. Graf 14 ukazuje pocitky sester při komunikaci s nemocnými nebo s jejich nejbližšími. 16 % sester nemá absolutně žádné potíže při takové komunikaci. Největší množství respondentů - 48 % přiznává, že někdy hledají slova a u 38 % záleží na situaci, v které komunikace probíhá. Jen 1 sestra si při komunikaci s nevyšlechtelně nemocnými a jejich rodinami příliš nevěří. Z tohoto výsledku lze odvodit závěr, že komunikace je umění, v kterém se je stále co učit a s čím je nutné neustále pracovat. Myslím, že v této péči je nejvíce důležité, aby si sestra osvojila umění „naslouchat“, které často a rád při své práci zmínuje profesor Křivohlavý (11, 12).


Závěr výzkumu byl věnovaný myšlenkám sester v hospicové péči (viz Schéma 4). Z odpovědí je patrné, že sestry hospicové péče mají pocit, že „jejich“ obor není příliš atraktivní a je vnímán spíše s despektrem. Obecný názor na sestry v hospicové péči bývá
6 Závěr

Hospice a kvalitní péče o umírající jsou v poslední době velmi aktuálními tématy. Tato práce je věnována motivaci sester zaměstnaných v českých hospicích a předpokladům pro práci sester s nevyléčitelně nemocnými. Pro zpracování byly stanoveny dva cíle a tři hypotézy.


Druhým cílem bylo zjistit, jestli má vzdělávání vliv na postoj sester k přístupu v péči o terminálně nemocné. Byla vytvořena hypotéza: H3 Postoj sester k péči o terminálně nemocné klienty v hospici je závislý na jejich vzdělávání. Cíl práce byl naplněn a hypotéza potvrzena. Z výzkumu vyplývá, většina sester se cítí v péči o nevyléčitelně nemocné a umírající ovlivněna jejich vzděláním a dalším vzděláváním. Do vzdělávání sestry řadí studium na vysoké škole, studium na odborných školách, účast na seminářích (konferencích), také četbu odborné literatury a stáže v hospicích. K tomuto sestry dodávají, že studium jim dodává jiný pohled na smrt a umírání, více

Z výzkumu vyplývá, že předpoklady a motivační prvky pro práci v hospici jsou především filozofie hospicové péče, lásku k lidem a fyzická i psychická odolnost. Neméně důležité je vnímáno umění dobré komunikace. Jde o komunikaci s nemocnými, jejich blízkými, a také s ostatními členy pečujícího týmu. Důležité je i schopnost sebereflexe, tedy uvědomění si a pojmenování svých vlastních potřeb. Nutná je ochota stále se vzdělávat, protože dle sester v hospicové péči vzdělání souvisí s přístupem k umírání a bezprostředně souvisí s péčí o nevyléčitelně nemocné.

Výsledky práce budou poskytnuty všem spolupracujícím hospicům pro možnost zamyšlení a zkvalitnění péče o své zaměstnance. Dále by práce mohla sloužit v ostatních zdravotnických oborech a při studiích ke zvýšení informovanosti o hospicové péči a o práci sester v nich.
7. Seznam použitých zdrojů


ISBN neuvedeno.

23. STUDENT, J-CH., MÜHLUM A. Sociální práce v hospici a paliativní péče. 1.

24. SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 5. Vydání. Praha: Ecce homo,

25. SVATOŠOVÁ, M. Milosrdná pravda místo (ne)milosrdné lží [online].

26. ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H. Sestra, o životní cestě ženy, která dala svému

27. THEOVÁ, A. M. Paliativní péče a komunikace. 1. Vydání. Brno: Společnost pro

28. UHEREK, P. Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků. 1. Vydání. Praha:

29. Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky), Projekt Podpora rozvoje
paliativní péče v České republice v programu Public Health Nadace Open Society Fund
Praha, Nositel projektu Hospicové občanské sdružení Cesta domů 2004.


31. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. A KOL. Klinická

32. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. Paliativní medicína. 2.
80-247-0279-7.
8. Klíčová slova

Hospic
Motivace
Sebereflexe
Sestra
Vzdělávání
9. Přílohy

1/ fáze prožívání podle E. Kübler-Rossové
2/ přehled představ pacienta o dobré péči
3/ Kazuistika – sebereflexe sestry v hospicové péči
4/ doporučené indikace k přijetí do hospice
5/ žádost o práci v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích
6/ Okolnosti smrti – dokumentace
7/ Setkání pozůstalých - fotodokumentace
8/ dotazník
Příloha 1 Barevné značení reakcí člověka dle Kübler-Rossové v hospicích

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barva</th>
<th>Fáze</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Černá</td>
<td>Negace, šok, popírání</td>
</tr>
<tr>
<td>Červená</td>
<td>Hněv, agrese</td>
</tr>
<tr>
<td>Zelená</td>
<td>Smlouvání</td>
</tr>
<tr>
<td>Fialová</td>
<td>Deprese</td>
</tr>
<tr>
<td>Žlutá</td>
<td>Smíření, akceptace</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zdroj: vlastní zdroj – studijní poznámky
Příloha 2 Představa umírajícího pacienta o laskavé péči

„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.

Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijdete a věříte ve mě, uzdravení – neuzdravení.

Když se mnou trávite čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na malíčkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké.

Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukách citím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnu i okamžik smrti, až přijde.“

Zdroj: 24
Příloha 3a Sebereflexe sestry z Hospice Prachatice

Lidé z Hospice

1) Jmenuji se Marie Livancová, jsem 36 let, jsem svobodná, pocházím z Jižních Čech, jsem bydli v Prachaticích. Původně jsem vystudovala SEŠ z zemědělského zaměření, pak jsem rok pracovala jako ošetřovatelka v domově důchodců, následovalo povinné studium na střední zdravotnické škole, později specializace v geriatrii. Dva roky jsem pracovala jako sestra na interně v NMSKB pod Petřínem, poté 10 let nestátním zdravotnickém zařízení pro seniory v Milevsku.


3) O hospic a vše, co se s ním souvise, jsem se začala zajímat už v době, kdy u nás vznikl první hospic v Červeném Kostelci. Zaujaly mne tehdy přístup k nemocnému – respektování jeho originality a do určité míry i jeho vůle a svobody – zkrátka vše, co toto zařízení odlisuje „zaběhnutých“ ústavních zvyklostí. Po absorbování několika přednášek a kurzu pro sestry pracující v hospici, jsem podnikla dvě stáže: v Hospicí v Litoměřicích a v Červeném Kostelci. Když se objevily zprávy o chystaném hospici v Jižních Čechách, byla jsem rozhodnuta, že to zkusím. A tak jsem tady!

4) Myslím, že práce s nemocnými a umírajícími (nejen v hospicích) určitě nějak ovlivni každého. Nemůžu říct, že by zásadně změnila můj žebříček hodnot, spíše můžu považovat na některých názorech a postojech, jiné naopak vyvrátila.

Když jsem z domova odjížděla na svoji první službu v hospici, několik km od Prachatic do našeho autobusu čelně narazilo osobní auto. I přes záchranou akci hasičů a zdravotníků řidič nepřežil. Tento zážitek se mi raději vyvíjí pod kůží. Vše se odehrálo během několika týdnů a bez jakéhokoli předchozího varování. Myslela jsem na mrtvého řidiče, že měl jisté „nedoděláno“ spoustu věcí, před chvílížíži a na mnoho bylo. Časem jsem si uvědomila, že naši pacienti, návzdory utrpení provázející nevolněstaticně nemají oproti onomu řidiče a všem nálde zemřelým, výhodu v tom, že dostávají čas dát mnohé záležitosti svého života do pořádku. Nemůžeme pochopit smysl utrpení, ale můžeme využít tvrdých vážných čas a tomatu čas dát smysl...

Než jsem nastoupila do hospice, setkala jsem se s názorem, že pro lidí, kteří žádou na vlastní kůži umírání blízké osoby, je snazší včit se do druhého člověka, který se nachází v podobné situaci. Musím říct, že to není tak docela pravda. Doma jsem zažila umírání a smrt babičky a o pár let později i svého otce. Ani jeden nezemřel na rakovinu, ale nešlo ani o náhlo smrt. Měla jsem možnost zaušit vše, co provádí smrti, od příjmu tkutí, přesí smrti, vyřizování pohřbu, dědictví, atd. To byla moje osobní zkušenost. Kdykoli se setkám s umírajícími, jejich blízkými a pak s pozůstalými, musím se oprostit od vlastní zkušenosti prožití, protože jsem značně, když se situace prožije po svém. Tato skvělá jsou školou pokory, protože mohu i přes osobní zkušenost zažitou bezradnost a případně si jako slon v porcelánce. Nefunguje to jako v reklamě na Coldrex, kdy ten drugý nejlepší vás právě má,...

5) Tak tady si vyslovačům menším přirovnáním. Určité je snazší prevence než likvidace následků... Mě osobně je zvýšení „nehořlavosti materiálu“ pomáhá povaha, kterou mi Pán Bůh nadělil.

Myslím, že jsem optimisticky laděný realista s tak akorát dlouhými křídly, která má dovol povznést se do výšin, ale ne zas tak vysoko, abych nezapočnula přítást pevně nohama na zemi.
Příloha 3b Sebereflexe sestry z Hospice Prachatice

Zdroj: archiv Hospice SJNN v Prachaticích
Indikační kriteria pro přijetí do lůžkového hospice

Základní teze
- Většina chronicky nemocných pacientů může mít prospěch z paliativního přístupu (dobra léčba bolesti a dalších symptomů, péče o psychosociální a spirituální aspekty nemoci, podpora pečující rodiny atd.), který je aplikován současně s kauzální léčbou (chemoterapie, operace, transplantace, dialýza, atd.…)
- Hospic je zařízení pro chronicky nemocné pacienty v pokročilých a konečných stádích nemoci.
- Řada pacientů tedy potřebuje v různé míře paliativní péči, přesto nejsou vhodní kandidáti pro hospic.

Základní indikační kriteria pro přijetí do lůžkového hospice
A. U nemocného není možná, nebo byla vyčerpána kauzální léčba (např. chemoterapie, transplantace orgánu) a další léčba a péče jsou zaměřeny na mírnění potíží, které základní onemocnění působí. Pacient a jeho rodina jsou s touto skutečností rámcové srozumění.
B. Onemocnění pacientovi působí vážné tělesné a psychické obtíže
C. Při obvyklém průběhu nemoci lze očekávat, že má pacient před sebou život v řadu týdnů až několika měsíců
D. Dostatečnou péči nelze zajistit v domácím prostředí, popř. na lůžku následně zdravotní péče nebo v zařízení sociální péče
E. Zdravotní stav nevyžaduje léčbu na jednotce intenzivní péče

Diagnostické skupiny
- Pokročilá stádia nádorových onemocnění. Samotná diagnóza nádorového onemocnění („C“) není automatický indikací k přijetí do hospice, pokud nesplňuje současně kriteria A, B, C, D
- Pokročilá stádia onemocnění nervové soustavy s postupným zhorkováním klinického stavu (např. ALS, SM). Samotná diagnóza ALS nebo SM není automaticky indikací k přijetí do hospice, pokud nesplňuje kriteria A, C, D, E
Příloha 4b Indikační kritéria k přijetí do hospice

Zdroj: archiv Hospice SJNN Prachatice
# Příloha 6a – vzor dokumentace

## Okolnosti smrti pacienta

<table>
<thead>
<tr>
<th>Údaj</th>
<th>Poznámka</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jméno zemřelého</td>
<td>Rodné číslo</td>
</tr>
<tr>
<td>Adresa bydliště</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum a hodina úmrtí</th>
<th>Kdo byl přítomen</th>
<th>Jméno přítomné sestry</th>
<th>Lékař, který vyplnil obědávou list</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pacient umíral ve fázi:</th>
<th>Jiné nimořádné okolnosti:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>při plném vědomí</td>
<td>zcela klidně</td>
</tr>
<tr>
<td>při zastřením vědomí</td>
<td>mírně neklid</td>
</tr>
<tr>
<td>ve spánku nebo v agnizu</td>
<td>výrazně neklid</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Případně vědělo umírajícího:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Objevení pro zemřelého:</th>
<th>Úmrtí bylo oznameno: (konu z rodiny)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>v hod. osobně - telefonicky - telegramem</td>
</tr>
<tr>
<td>poskytl hospic</td>
<td>kym:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Soupis cenných věcí předaných

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hotovost</th>
<th>Poznámky</th>
<th>Do trezoru</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>předán(a)</td>
<td>předán(a)</td>
<td>předán(a)</td>
</tr>
<tr>
<td>vkládané knihy</td>
<td>svědek</td>
<td>svědek</td>
</tr>
<tr>
<td>sporky – tlač nebo bělý kov</td>
<td>převázal(a)</td>
<td>převázal(a)</td>
</tr>
<tr>
<td>klíče</td>
<td>číslo OP</td>
<td>číslo OP</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné cennosti</td>
<td>adresu</td>
<td>adresu</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Soupis ostatní pozůstalostí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sčetla(a)</th>
<th>Předal(a)</th>
<th>Převázal(a)</th>
<th>Svědek převezli</th>
</tr>
</thead>
</table>
Zdroj: dokumentace Hospic SJNN Prachatice
Příloha 7a Foto – Setkání pozůstalých v Hospici Prachatice

sociální pracovnice hospice (na levé)

vrchní sestra (uprostřed), sestra (napravo)

všeobecná sestra (2 zleva)
Příloha 7b Foto – setkání pozůstalých v Hospici Prachatice

„kniha živých“

koně mše za zemřelé ...

Zdroj: archiv Hospice SJNN Prachatice
Příloha 8

Dotazník


Vaše odpovědi prosím zaškrtněte nebo vepište.

Upřímně děkuji všem, Klára Kněžková

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Kolik je Vám let?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ 20 – 34</td>
</tr>
<tr>
<td>□ 35 – 45</td>
</tr>
<tr>
<td>□ 46 a více</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>2. Jak dlouho v hospici na pozici sestry pracujete?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ méně než 2 roky</td>
</tr>
<tr>
<td>□ 2 – 5 roků</td>
</tr>
<tr>
<td>□ 5 a více roků</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ středoškolské s maturitou</td>
</tr>
<tr>
<td>□ vyšší odborné</td>
</tr>
<tr>
<td>□ vysokoškolské</td>
</tr>
<tr>
<td>□ specializace v oboru (PSS)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>4. Z jakého oddělení (zařízení) jste do hospicí přišla/přišel?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ operační obory (chir., gyn., ORL …)</td>
</tr>
<tr>
<td>□ klinické obory (interna, onkologie, dětské …)</td>
</tr>
<tr>
<td>□ obory akutní medicíny (ARO, záchraná služba)</td>
</tr>
<tr>
<td>□ obory následné péče (LDN, DD, ÚSP …)</td>
</tr>
<tr>
<td>□ jiné obory (diagnostické obory, RHB …)</td>
</tr>
<tr>
<td>□ po ukončení studií</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>5. Jaký byl hlavní motiv, který Vás vedl k rozhodnutí pracovat jako sestra v hospici?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>…………………………………………………………………………………………………………</td>
</tr>
<tr>
<td>…………</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6. Myslíte, že důvodem, proč si ostatní sestry vybírají obor hospicové péče je:
(prosím, očišťujte všechny možnosti dle škály: 1 - ano, 2 – spíše ano, 3 – spíše ne, 4 – ne)

- náboženské přesvědčení  ____
- životní filozofie  ____
- ztotožnění se s myšlenkou hospicové péče  ____
- možnost přivydat si  ____
- jinde nebylo místo  ____
- malé sebevědomí (nemohu zde nic pokazit)  ____
- klidné a láskyplné prostředí  ____
- ovlivnění životní zkušeností  ____
- schovávání se před problémovým osobním životem  ____
- možnost uspokojení touhy pečovat o druhé  ____

7. Jaké vlastnosti podle Vás by měla sestra v hospicové péči určitě mít (vepište 3)?

- …………………………………………………………………………………………………………………
- ………
- …………………………………………………………………………………………………………………
- ………
- …………………………………………………………………………………………………………………
- ………

8. Jaké osobní předpoklady pro tuto práci máte Vy sama/sám (vepište 3)?

- …………………………………………………………………………………………………………………
- ………
- …………………………………………………………………………………………………………………
- ………
- …………………………………………………………………………………………………………………
- ………

9. Jakým způsobem probíhalo Vaše přijímací řízení do hospice?

- byla jsem přijata bez osobního pohovoru na základě životopisu
- byla jsem přijata po osobním pohovoru s vrchní sestrou (nebo s ředitelem hospice)
- byla jsem přijata na základě výběrového řízení
- vyplnila jsem přijímací test a proběhl ústní pohovor s vrchní sestrou, ředitelem, MUDr. Svatošovou
10. Odpovídá filozofie hospicové péče Vaším představám?
   □ ano
   □ ne
   □ částečně

11. Naplňuje Vás tato práce?
   □ ano
   □ ne
   □ částečně

12. Jak se cítíte ve Vašem týmu?
   □ jsem tam raději než doma
   □ dobře, všem důvěřuji
   □ mám rozporuplné pocity
   □ podle toho, kdo je ve službě
   □ špatně

13. Vnímáte prostředí v hospici jako ovzduší plné lásky, uznání, péče a naděje?
   □ ano
   □ ne

14. Cítíte osobní zodpovědnost za péči o hospicového pacienta?
   □ ano, udělám cokoli, aby netrpěl
   □ udělám tolik, co je v mých silách a možnostech
   □ udělám jen to, co musím
   □ ne, mám dost svých starostí

15. Jak snášíte reakce rodiny nemocného a pozůstalých?
   □ bez problémů
   □ dobře, ale někdy se neubráním slzám
   □ ještě doma cítím smutek a trápím se
   □ vyhýbám se těmto lidem

16. Myslíte, že máte smysl pro humor?
   □ ano
   □ směji se ráda, ale nejsem bavič
   □ ne

17. Moje komunikační schopnosti s umírajícími a jejich rodinami hodnotím takto:
   □ ano, v tomto si věřím
   □ ano, ale někdy hledám slova
18. Prožil/a jste Vy osobně větší životní zklamání či bolest, které Vás ovlivnily při výběru profese sestry v hospicové péči?
☐ prožila a ovlivnily mne
☐ prožila, neovlivnily mne
☐ neprožila
☐ nevím, nepamatuji se

19. Jste věřící?
☐ ano, věřím v Boha
☐ ano, mám však svou vlastní víru
☐ ne
☐ nechci odpovědět

20. Jste vyrovnaná s vlastní smrtelností?
☐ ano
☐ ne
☐ se smrtelností ano, se smrtí ne
☐ nevím

21. Jaký je Váš rodinný stav?
☐ svobodná/ý
☐ vdaná/ženatý
☐ vdova/vdovec
☐ rozvedená/ý

22. Zasahuje práce v hospici do Vašeho osobního života?
☐ ano, ale nevadí mi to, chci to tak mít
☐ ano a vadi mi to, neumím to však oddělit
☐ částečně, pokouším se o úplné rozdělení
☐ nezasahuje, daří se mi odlišit osobní a pracovní život
☐ nezasahuje, striktně rozlišuji pracovní a osobní život

23. Které z uvedených zdrojů si myslíte, že by mohly být příčinou Vašeho vyhoření? (zaškrtněte 3)
☐ stálé setkávání se smrtí
☐ utrpení lidí
☐ moje představa o této práci neodpovídá skutečnosti
☐ příliš velká zodpovědnost
☐ nedostatek personálu - přetížení
☐ malé finanční ohodnocení
☐ potíže v mé rodině

☐ jiné ............................................................................................................................

24. Co Vám osobně nejvíce pomáhá v prevenci syndromu vyhoření, jak „dobijíte baterky“?
........................................................................................................................................
........................................................................................................................................
........................................................................................................................................

25. Myslíte, že pro práci sester v hospicové péči je nutné, aby byly vyrovnané s vlastní smrtelností?
   ☐ ano
   ☐ ne
   ☐ nevím

26. Věříte, že pro dobrou hospicovou paliativní péči je potřebné stálé sebevzdělávání?
   ☐ ano
   ☐ ne
   ☐ nevím

27. Studujete?
   ☐ ano
   ☐ ne
   ☐ ne, ale chtěla bych

28. Myslíte, že Vaše dosažené vzdělání ovlivnilo Váš pohled na smrt a přístup k nevyléčitelně nemocným?
   ☐ ano
   ☐ ne

29. Myslíte, že vzdělání sester má vliv na péči o umírající a zemřelé?
   ☐ ano (prosím, upřesněte)..............................................................................................
   ☐ ne
   ☐ nevím, nemohu posoudit
30. Závěrem prosím vepište cokoliv, co byste chtěla říci či předat Vašim kolegyním z ostatních ošetřovatelských oborů.

.........................................................................................................................................................

........
.........................................................................................................................................................

........
.........................................................................................................................................................

........
.........................................................................................................................................................

......
.........................................................................................................................................................

......
.........................................................................................................................................................

......


Ještě jednou velmi děkuji za čas, který jste věnoval/a mému dotazníku a přeji hodně sil ve Vaší náročné a úctyhodné práci!