

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**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. Luboru Kněžkovi za upřímnou podporu a trpělivost.

## Obsah:

Úvod .....	3
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>4</b>
1. 1 Povolání – Sestra .....	4
1. 1. 1 Krátce z historie českého ošetřovatelství .....	6
1. 2 Motivace .....	8
1. 2. 1 Pracovní motivace .....	9
1. 2. 2 Profesionální 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 nevyhlášenými nemocnými .....	24
1. 5. 1. 2 Komunikace sester s blízkými a 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
<b>2. Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>32</b>
2. 1 Cíl práce .....	32
2. 2 Hypotézy .....	32
<b>3. Metodika .....</b>	<b>33</b>
3. 1 Metodika práce .....	33
3. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku .....	33
<b>4. Výsledky .....</b>	<b>34</b>

<b>5. Diskuze .....</b>	<b>55</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>64</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>66</b>
<b>8. Klíčová slova .....</b>	<b>69</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>70</b>

## Úvod

O hospicích, o hospicové paliativní péči, o umírání, o bolesti nad ztrátou bylo již mnohé, 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 naši zvědavost. Samozřejmě jen do té doby, než se začala dotýkat někoho z nás, tehdy strach ze smrti přehluší 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 (ve většině 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 obdivují, někdo ji spojuje s vírou v Boha, a další (bohužel často i profesionální zdravotníci) hledí s despektem až odporem na tento 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 vytvoření 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 profesí „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.

Sestra byla a je považována za člena týmu, který pečuje o nemocného. Posláním je asistovat lékařům při léčebných postupech, ale také pomáhat pacientům a jejich rodinám v uspokojování bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb. Na jedné straně jde o obětavou ženu obdarovanou soucitem a schopností budovat kvalitní vztahy. Na druhé straně je to vzdělaná profesionálka, která se při rozhodování řídí rozumem, ne emocemi. Převážně je tato představa pravdivá, stále se však objevují a vyplývají nové kompetence a požadavky na sestry. Tyto vycházejí z orientace na člověka jako celostní bytost. Péče již není směřována pouze na nemocného, ale také na jeho prostředí, ve kterém žije a které ho ovlivňuje. Profese sestry prošla, v několika předchozích letech, mnoha změnami, od vzdělávání až po získávání nových kompetencí.

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 ošetrovatelství – 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 nepečuje také sám 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 teoretičkou v ošetřovatelství, dala také základy ošetřovatelskému vzdělávání. Udalá 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 trpícím, 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, plní jeho ordinace. Profesní prestiž v tuto dobu nebyla žádná.

Nový směr vývoje započal v roce 1990. Výrazným mezníkem v tomto procesu je schvalování nové koncepce dle požadavků Evropské unie. Jednou z největších osobností českého ošetřovatelství ve 21. století se stala doc. PhDr. Marta Staňková

(1938 – 2004), která rozvoj ošetrovatelství 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 ošetrovatelství (26).

Velkou a významnou osobností našeho současného ošetrovatelství je prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D., R. N, proděkanka pro pedagogickou činnost na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích, která zastává názor, že: „Je třeba respektovat osobnosti a jejich názory, ale je potřeba vždy říci i svůj vlastní názor a bojovat za něj, protože každá sestra je osobností“ (19, str. 39). Velký důraz klade na vzdělávání a výzkum v ošetrovatelství. S pomocí velkého úsilí a schopnosti stát za svým vlastním názorem vytvořila bakalářský a magisterský program pro nelékařské zdravotnické obory na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích. Za tuto práci byla v roce 2004 oceněna ministrem zdravotnictví. Paní profesorka říká: „Poslání sestry je pozvednout image profese, k tomu nepotřebujeme peníze, ani legislativu, ale naše vědomosti, dovednosti a náš přístup“ (19, str. 35).

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

## 1. 2 Motivace

Slovo motivace vzniklo z latinského moveo, movere - 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, jimiž tuto potřebu uspokojujeme. Potřeby dělíme na fyziologické (rovnovážný stav organismu nazýváme homeostáze), duševní a sociální. Motivací 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).

Známostou 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 pít, 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 uznávaný 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 oblíbenou profesí je kuchařka či učitelka. Kluci začínají u bagru a popelářského auta, přes vybavení pro policajta, malého elektronika nebo programátora a stále oblíbenou 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 budou 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 činitelé 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 naplnění 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 manažeři. 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, zábavnost 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 ošetrovatelská 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 spokojenosti, jestliže dobře uvážila, zda její ideál být 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 zaujal román či seriál se zdravotnickou tematikou. Dříve jimi byly také poválečné výzvy v médiích. Další chtějí být užitečné, pomáhat druhým, chtějí zachraňovat životy lidí, od malička si přejí být tou, která je nablízku nemocným a pečuje o ně, také se chtěly stát lékařem, ale nejsou studijní typy, tak budou alespoň sestrou.

Motivace k výběru profese sestry 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 patrné silné 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 lidi nebo nevléčitelně nemocné a umírající (3, 7, 15, 16, 24).

### 1. 3 Hospicová paliativní péče

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

Hospicová péče dle Marie Svatošové, zakladatelky hospicového hnutí u nás, je „umění doprovázet“.

Hospic není „dům smrti“, jak ho někteří hanlivě nazývají. Hospic není léčebnou dlouhodobě nemocných, ale také není sanatoriem nebo luxusním domovem pro seniory. Hospic je zařízením, jež pečuje o pacienty v terminální fázi jejich onemocnění. Poskytuje paliativní lékařskou i ošetrovatelskou péči nemocným, které onemocnění začíná ohrožovat na životě. Kübler-Rossová říká: „Myšlenka hospice je velice užitečná, protože můžete vybrat personál, který se dovede postarat o umírajícího a který utvoří ovzduší lásky, uznání, péče a naděje. Zároveň se mohou lékaři a sestry stát v péči smrtelně nemocné odborníky, kteří jsou schopni udržet pacienty v dobré tělesné i duševní kondici“ (32, str. 511).

Zdravotnická péče, kterou hospic poskytuje, se označuje termínem paliativní medicína. Jejím cílem je dosažení co možná nejlepší kvality života nejen pacientů, ale i jejich rodin. Zajišťuje, aby člověk mohl co nejplněji a nejaktivněji prožít poslední chvíle, pokud možno za doprovodu jemu blízkých lidí. Neslibuje uzdravení, ale nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost.

Paliativní péče poskytuje úlevu od bolesti a jiných tíživých projevů. Nemá za cíl ani oddalovat ani přibližovat smrt. Fandí životu a smrt považuje za přirozený proces. Nabízí podpůrný proces, který pomáhá nemocným prožít zbytek života v co největší kvalitě. Zapojuje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienta. Týmový přístup k nemocnému a jeho blízkým odpovídá jejich potřebám. Pro rodinu zajišťuje pomoc vyrovnat se s onemocněním a ztrátou blízké osoby (32).

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.

Komínková 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. Nenaplněnost 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 k 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 kladeny 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 pobyty 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 podobné 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 lůžkový 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 lůžkovém hospici umírají, někteří jsou propuštěni po nastavení léčby bolesti, někteří odcházejí bez známek aktivity onemocnění, další se opakovaně do hospice vracejí. Hospice se věnují zároveň nemocnému i jeho blízkým, to znamená, že pozůstalým se mohou v případě potřeby věnovat dlouhodobě. V současné době je v České republice 12 lůžkových hospiců.

Z hlediska časového hospicová péče není jen péčí 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 nežádoucích symptomů je nutná i z důvodu zachování co nejlepší kvality zbývajících 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 lůžkovém hospici.

Období „post finem“ je péče o zemřelé tělo, péče o pozůstalé. Časový horizont péče o pozůstalé je individuální, dle potřeby.

Základním předpokladem práce v hospici 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 všimnout 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. Objevují 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 dříve – suicida nebo prosby o aktivní ukončení života lékařem.

Slovy doktorky Svatošové: „Dokud to člověk nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, co všechno nemocný ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu atd. K tomu všemu přibyla bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření a možná i nepříjemní spolupacienti a mnoho dalšího, převážně také ne příjemného“ (24, str. 21). Pečující musejí být připraveni na jakékoliv reakce od nemocného, musejí na ně umět přiměřeně reagovat. Samozřejmě na obtížnou situaci reagují i příbuzní pacienta, proto je nutné na to nezapomínat. Reakce člověka jsou odvozeny od jeho osobnosti, věku, životních zkušeností, rodinného zázemí, ale i jeho životních hodnot, ovlivňuje je i opravdovost víry. I když jsou reakce i situace různé, mají určité zákonitosti. Velice zajímavě a přehledně tyto reakce uspořádala do „fází“ dr. Elisabeth Kübler Rossová, která měla mnohaleté zkušenosti s umírajícími (viz příloha 1).

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 nežádoucích projevů onemocnění, s cílem „dobré smrti“ 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 prvořadé 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 ošetrovatelské 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 povinností celoživotní vzdělávání. To však nestačí. V hospici dle Marie Svatošové může pracovat jen ten, kdo má rád lidi, je vyrovnán se svou vlastní smrtelností 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 hřívnách, 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 ošetrovatelskými 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 onkologii 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 nespokojeností s péčí o umírající a zemřelé v jiných zařízeních, kde ošetrovatelé 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 nemocnému, 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 tyto 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 nahradí 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).

Najít pro hospic kvalitní a motivované sestry (viz příloha 5) je podmínkou k úspěchu, vždy by mělo probíhat přísné výběrové řízení. V České republice je pro výběrové řízení sester do nově se otvírajících hospiců zvana zakladatelka hospicového hnutí paní MUDr. Marie Svatošová. Paní doktorka o sestrách v hospicích říká: „Sestry v hospicích si nestěžují, že jsou služkami lékaře. Pracují samostatně, kreativně a velmi zodpovědně. V práci aplikují metodu ošetřovatelského procesu, vzorně vedou ošetřovatelskou dokumentaci. Jelikož do ní denně barevně zakreslují fáze podle Kübler-Rossové, naučily se správně diagnostikovat psychický stav pacientů. I když to není snadné, většina z nich díky této praxi dokáže velice dobře doprovázet těžce nemocné a umírající ... (32, str. 513).

## 1. 4 Syndrom vyhoření - prevence

Jak je uvedeno výše, ti kteří ošetřují nevyлéčitelně 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, mysl, 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 neodstraní odpočinek, cesta k navrácení sil je mnohem náročnější a dlouhodobější, v některých případech by mohla být i nevratná. Obranou proti emocionálnímu vydírání 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 zaviněním. 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).

A kde síly hledáme? Toto záleží na osobním založení, zkušenostech, stupni víry, věku a dalších okolnostech. Za nejlepší se však považuje aktivní odpočinek, kdy mysl není zatěžována, ale zároveň není podáván profesionální výkon. Člověk by si měl uvědomit, že má právo být unavený, má právo na odpočinek. Někdy postačí se s někým o prožívání podělit, trávit chvíle odpočinku v přírodě. Na závěr Opatrný doporučuje: „Je třeba si několikrát denně říci a pravdivě uznat, že nejsem Pán Bůh všemohoucí, ani Atlas nesoucí na svých bedrech celou zeměkouli. A nemohu totéž čekat ani od svých spolupracovníků a spolupracovnic, ať jsou v postavení nadřízeném podřízeném nebo stejném jako je moje. Práce v pomáhajících profesích se podobá dávným mořeplaveckým výpravám: každý má na lodi svůj úkol, nemůže na ní být několik kapitánů, plavba je namáhavá a dlouhá, je nutno ji vydržet. Také proto je třeba vycházet co nejlépe se všemi členy té posádky, která se nalodila, protože po dobu plavby tato výměna není možná“ (17, str. 4).

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 sebereflexe (6, 14, 16, 18, 22, 31).

#### ***1. 4. 1 Využití sebereflexe***

Sebereflexe nebo také vědomí sebe je akt vědomí, jehož tématem či intencí (zamyšlení, směřování) 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 příležitost v klidu se zamyslet nad povahou a smyslem této práce. Schopnost sebereflexe 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, druhým, 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, sebezpozorování 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 nevléčitelné nemocné, umírající a jejich blízké (7, 14, 15, 18).



## 1. 5 Umění komunikovat

Říká se, že pokud člověk nežije sám na opuštěném ostrově, komunikace je pro něho životně důležitou dovedností a to ve všech oblastech jeho života. Žít, prý znamená komunikovat. Nelze tedy nekomunikovat, protože i ten, kdo mlčí – komunikuje, vyjadřuje se. Svými činy i svým chováním ovlivňujeme dění kolem sebe. Komunikace znamená způsob dorozumívání se. Dorozumíváme se buď verbálně, nebo neverbálně. Do verbální komunikace patří písmo a řeč. Termín neverbální komunikace hovoří o takzvané „řeči těla“. Do té patří například mimika – výrazy obličeje, gesta, fyzický postoj - neboli posturologie, dále pak haptika – dotek, pohyb – kinetika a nakonec proxemika – přiblížení či oddálení. Řeč, neboli mluvení a neverbální projev probíhají zároveň, někdy bohužel nevyjadřují totéž. Neverbální komunikace je považována za upřímnější. Obsah psaných či mluvených slov můžeme ovlivnit nebo si je připravit, což znamená, že to co říkáme, nemusí být pravdivé. Naopak neverbální projev nelze ovládat stále jen vědomě, proto většinou vyjadřuje naše skutečné emoce.

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 promlouvá něco, co je věčné“ (11, str. 5). Komunikovat tedy znamená tvořit si vztahy, je to nástroj, který se využívá při interakci mezi lidmi. Není pravdou, že někdo schopnost komunikovat má a někdo tento dar nevládní. 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).

### ***1. 5. 1 Komunikace sester v hospicové péči***

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 chvílích 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 individualit 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 nevléčitelně nemocnými, umírajícími a samozřejmě i 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 blížící 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 ošetrovatelských 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 ušima, 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).

Většina sester má teoretické znalosti komunikačních technik. Avšak terapeutická komunikace bývá zaměňována s poradenstvím. Bez disciplíny, opakovaných komunikačních nácviků a sebereflexe nikdy nemůže být komunikace efektivní - terapeutická. Je nutné pomocí vzdělávání zlepšit diagnostické a komunikační schopnosti sester. Především na komunikaci s umírajícími se ve vzdělávání sester stále „zapomíná“ (16).

### ***1. 5. 1. 1 Komunikace sester s nevléčitelně nemocnými***

Nevléčitelně nemocní a umírající tvoří velmi specifickou skupinu v nárocích na komunikaci s nimi. „Pokud jste už někdy byli u umírajícího, pak víte, že člověka, který stojí blízko smrti, bereme vážně. Nasloucháme-li slovům umírajícího, nejsou už naše reakce tak povrchní a nerozvážené a při čtení závěti, do níž člověk tváří v tvář svému poslednímu velkému kroku vložil své myšlenky a poslední vůli, se ztišíme. A tušíme něco z velikosti každého bytí. Vidíme člověka ve světle, v jakém jsme ho ještě nikdy neviděli. Zapadající slunce může všední scénu proměnit v nesmazatelnou vzpomínku“ – to říká Stecher (25, str. 1). Velmi důležité je, aby pacienti i jejich nejbližší měli dostatek aktuálních informací pro pochopení onemocnění i současného stavu. To jim může pomoci při zvládnání nemoci, či ve smířování se s nevyhnutelným. Je důležité, aby pečovatelé byli na otázky a potřeby nemocného pečlivě připraveni, aby je nezlehčovali a neodmítali. Pokud by totiž vznikl rozpor mezi potřebou nemocného vědět a poskytnutými informacemi, celá situace se stává těžší, někdy i neřešitelnou. Například těžko vysvětlíme nemocnému, proč dostává opiáty, když ani není seznámen se svou diagnózou. Pokud ho lží připravíme o důvěru k nám, těžko ho zbavíme strachu či bolesti. Proto je v hospicové péči kladen důraz na pravdu, která je však lékařem sdělována citlivě, po částech a jen tolik, kolik si přeje sám nemocný vědět.

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 srdcem“, 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, potřebují 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 plnohodnotnými 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) rozloučení se zesnulým, 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 projeví nějaké známky rizikového chování, příznaky patologického truchlení. Dále se zaznamenává měsíc od data úmrtí do kalendáře a o víkendu před tímto výročím sestra s ošetřovatelkou napíše pohled či dopis se vzpomínkou na zemřelého, ten se adresuje pozůstalým, kteří jsou vypsáni v dokumentu informací o zemřelém (příloha 6). Většina pozůstalých reaguje telefonicky, klasickou poštou, e-mailovou poštou nebo osobní návštěvou. Další korespondence již vyplývá z individuálních potřeb kontaktu ze strany pozůstalých s hospicem.

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 vyprávějí. 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 rozeznat 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

Jarvis řekl: „Vzdělávání není nějaká samostatná událost, nýbrž proces, který má humanistický základ a jehož účelem je prohloubit účastníkovu chápání a schopnost učit se“ (18, str. 669). Quinn vysvětluje, že: „V humanistickém přístupu jde o lidský rozvoj, individuální naplnění a seberealizaci“ (18, str. 669). Podle teoretiků vnitřní hodnota vzdělání spočívá v tom, že se mění vnímání zkušenosti a reakce na ni. Tito teoretici dále tvrdí, že člověk, který se pouští do studia vybraného programu, již má vnímání a potřeby ovlivněné předchozími zkušenostmi. Klíčovým principem vzdělávání tedy je potvrzení již dříve rozpoznávaného a uznání jeho potřeb. Vzdělávání je tedy proces, který umožňuje člověku růst a učí lidi učit se (18).

Stále více 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 oblastí 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 pečujících, jejíž součástí je sebereflexe - vypořádání se s vlastním prožíváním a se smrtelností. Formou dalšího vzdělávání mají příležitost 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 sebepoznávání (aby uměli rozlišit své silné a slabé stránky), aby získávali sebedůvěru a odvalu využívat své intuice. Klíčovou složkou v paliativní péči je multiprofesní vzdělávání, které bylo dříve pouze akceptované, dnes je v tomto oboru nutností pro zajištění profesionální péče (18).

Hlavním cílem vzdělávání v paliativní péči je zlepšení medicínské a ošetrovatelské péče v tomto oboru, především v péči o onkologicky nemocné, protože ti 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***

Moderní hospicové hnutí vzniklo současně s otevřením prvního hospice v Londýně (1967 - Hospic Sv. Kryštofa, jehož zakladatelkou byla Madame Cecily Saunders), avšak teprve v roce 1987 Královská lékařská kolej ve Velké Británii uznala paliativní péči jako specializační obor medicíny.

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 ošetrovatelskou 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 pro odborníky z jakéhokoliv oboru je těžké převzít zodpovědnost za chyby v poskytované péči.

Především díky zájmu ošetrovatelů, 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 Ošetrovatelství nebývá paliativní péče v rámci pregraduálního studia vyučována jako samostatný předmět. Témata, která souvisejí s paliativní péčí (léčba bolesti, zvládnání



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.

Specializační příprava lékařů po absolvování lékařské fakulty v ČR je zajišťována státním Institutem pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) v Praze. Do roku 2003 nebyla Paliativní medicína v ČR uznána jako samostatný lékařský obor. V roce 2004 byl Parlamentem ČR přijat zákon č. 95/2004 o podmínkách získání a uznání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Tento zákon poprvé uvádí samostatný specializační obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“ (29).

V ČR byl prvním lékařem specializovaným v paliativní péči MUDr. Zdeněk Bystřický, který tuto specializaci získal ve Velké Británii. Byl jedním ze zakladatelů DLBSH sv. Josefa v Rajhradě u Brna, v současné době působí na subkatedře paliativní medicíny IPVZ v Praze a podílí se na vzdělávání lékařů v tomto oboru. Tento lékař přeložil Chartu práv umírajících z anglického originálu (příloha 9).

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 účastí na odborných seminářích (konferencích) eventuálně odbornými stážemi, které nabízejí všechna hospicová zařízení.

Další možností vzdělání 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 lehčeji) 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 bolesti.

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**

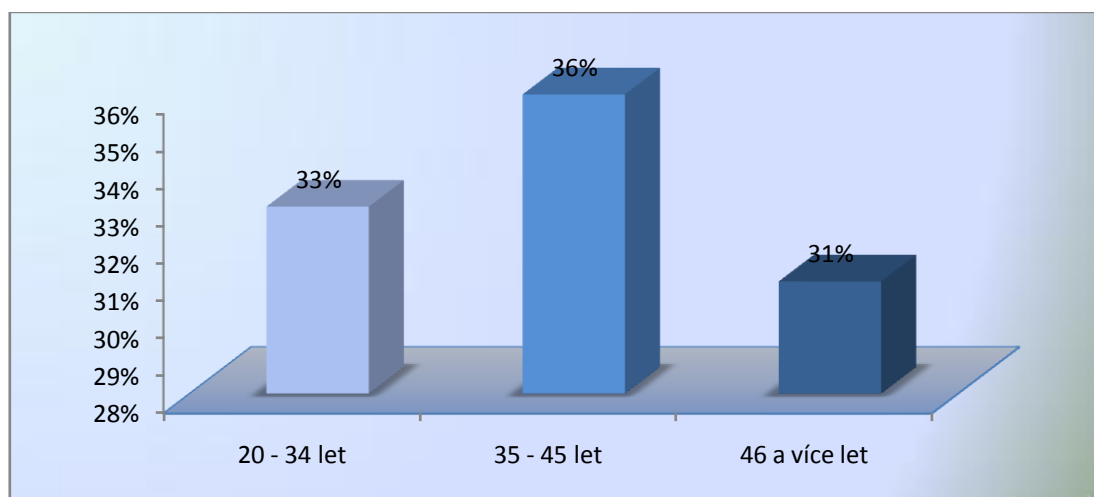
Pro tuto práci byl zvolen kvantitativní výzkum dotazníkovou metodou. Technikou ke sběru dat byl anonymní dotazník zaměřený na sestry, které pracují v českých hospicích. Výzkum probíhal od 3. ledna do 31. ledna 2009. Po předchozí domluvě s vrchními nebo staničními sestrami bylo odesláno celkem 110 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 97%. 3 dotazníky se vrátily nevyplněné a 107 dotazníků bylo vyplněno dostatečně pro zařazení do výzkumu. Výzkumný soubor tvořilo 107 respondentů (100 %). Dotazník byl anonymní, obsahoval celkem 30 otázek. Byly použity otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené, v kterých mohly respondentky vyjádřit svůj názor. Otázky 1 – 4, 9, a 21 byly identifikační; motivací k práci v hospici, se zabývaly otázky 5, 6, 14, 18; na předpoklady pro tuto práci se zaměřily otázky 7, 8, 16, 17, 20; na víru a filozofické přesvědčení sester se ptá otázka 19 a 25; otázky 10, 11, 12, 13, 15, 22, 23, 24 zjišťují spokojenost s touto prací ve vztahu k ohrožení syndromem vyhoření; vztah mezi studiem sester a kvalitní péčí o umírající zjišťovaly otázky 26 – 29. Otázka číslo 30 umožnila sestrám v hospici, aby napsaly sestrám z ostatních oborů libovolný vzkaz. Data z dotazníků byla zpracovaná formou grafů Microsoft Excel Office 2007 a schémat Microsoft Word Office 2007.

#### **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.

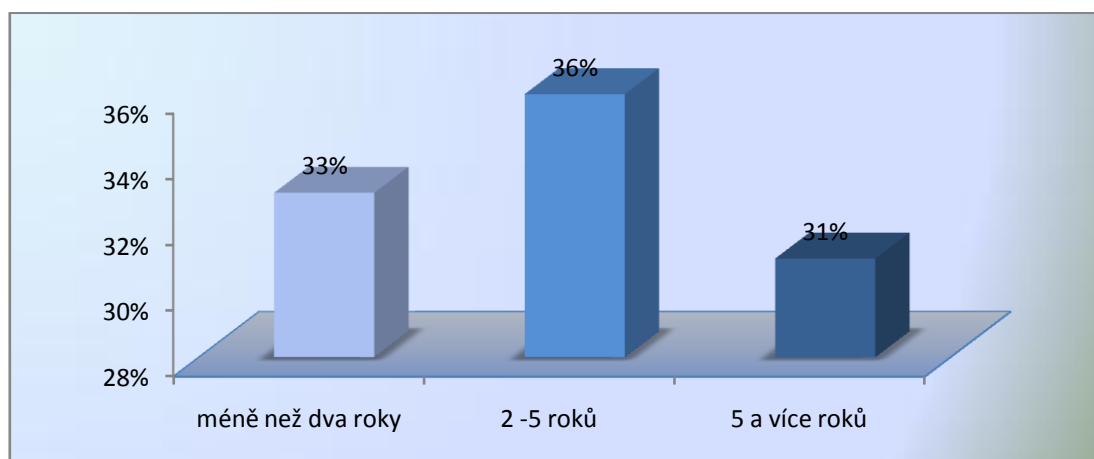
## 4. Výsledky

**Graf 1 Věková kategorie**



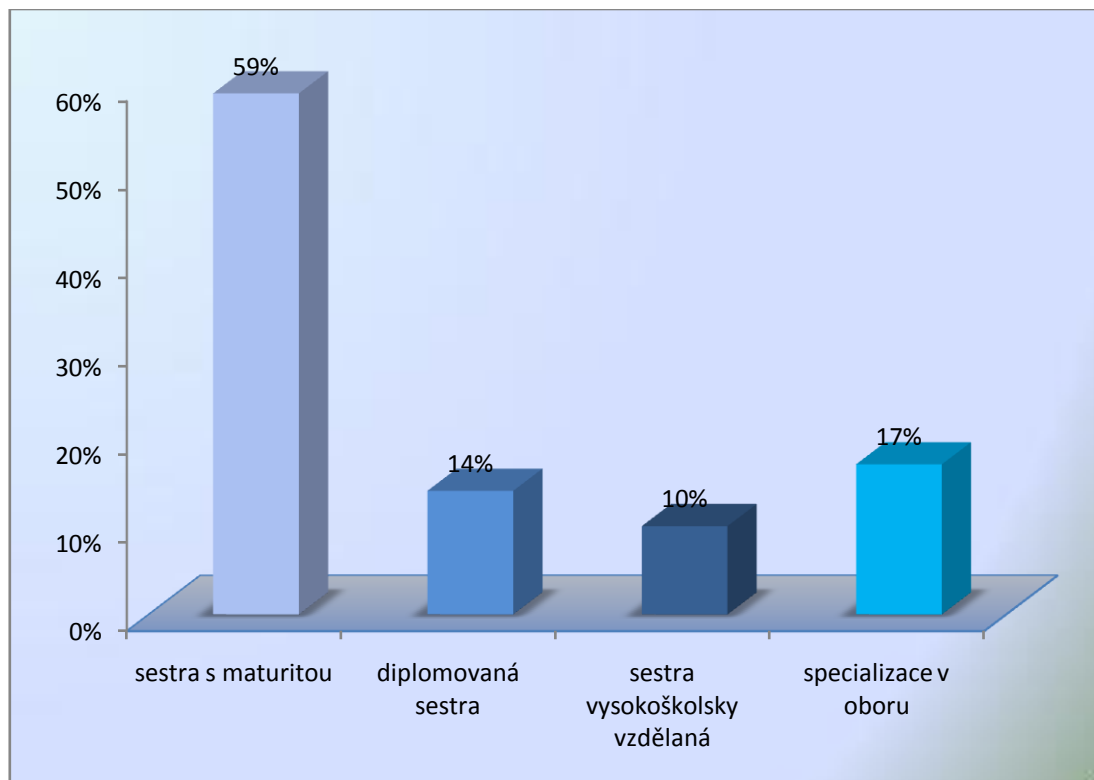
Z celkového počtu respondentů 107 (100 %), kteří spolupracovali na výzkumu, bylo 35 respondentů ve věku 20 – 34 let (33 %), 38 respondentů ve věku 35 – 45 let (36 %) a 34 respondentů ve věku 46 a více let (31 %).

**Graf 2 Délka praxe v hospici**



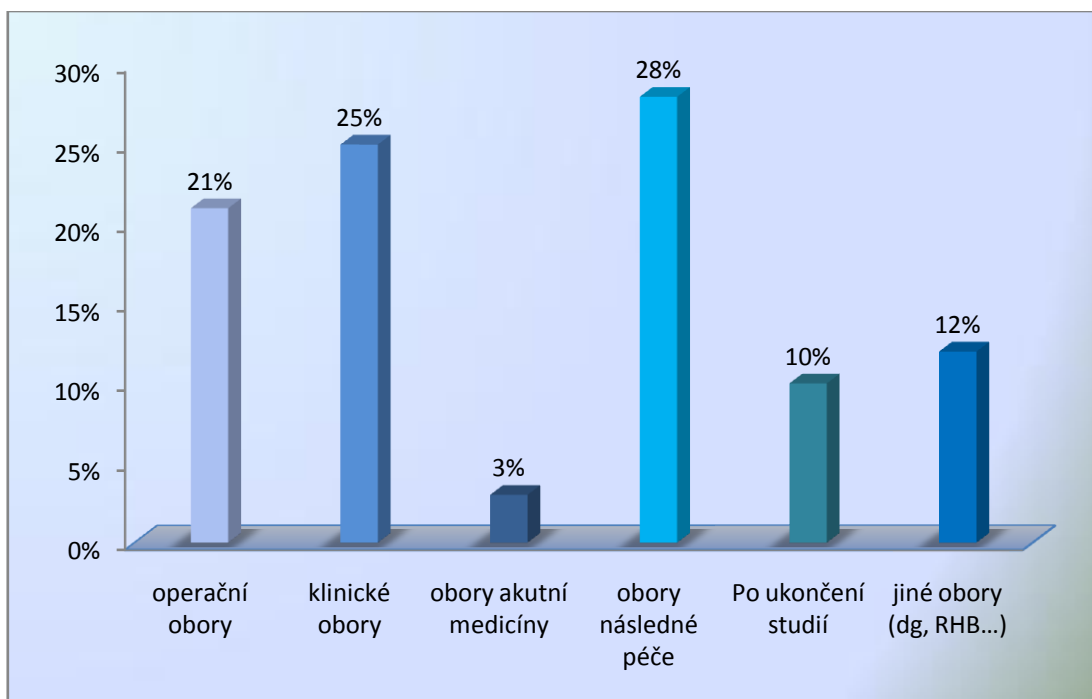
Z dotázaných je v hospici zaměstnáno na pozici sestry méně než dva roky 35 respondentů (33 %), 2 – 5 let 38 respondentů (36 %) a 34 respondentů (31 %) tam pracuje 5 a více roků.

**Graf 3 Dosažené vzdělání**



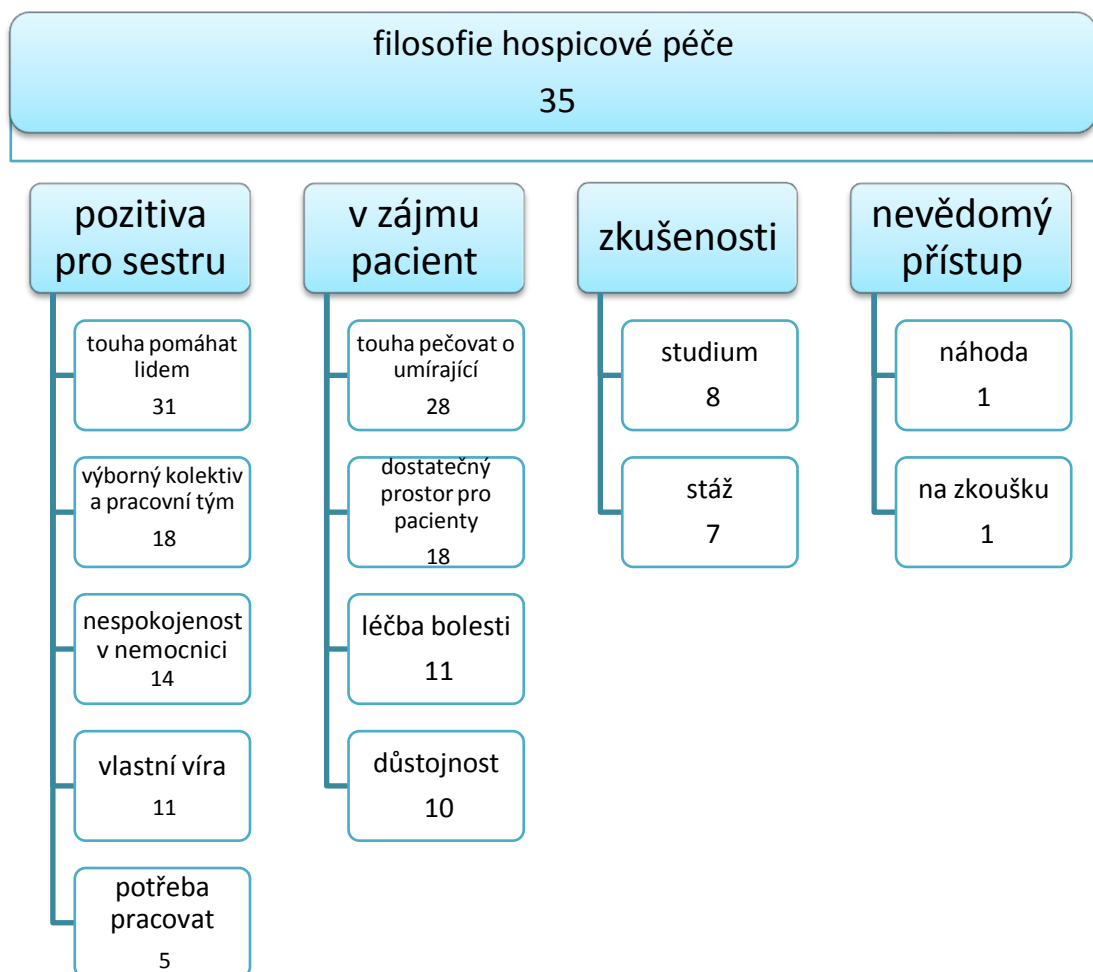
Výzkumu se účastnilo 107 všeobecných sester (100 %), z toho 11 sester (10 %) vysokoškolsky vzdělaných, 15 diplomovaných sester (14 %), 63 sester (59 %) absolvovalo SZŠ s maturitou a 18 sester (17 %) potvrzuje specializační studium.

**Graf 4 Původní obor respondenta**



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.

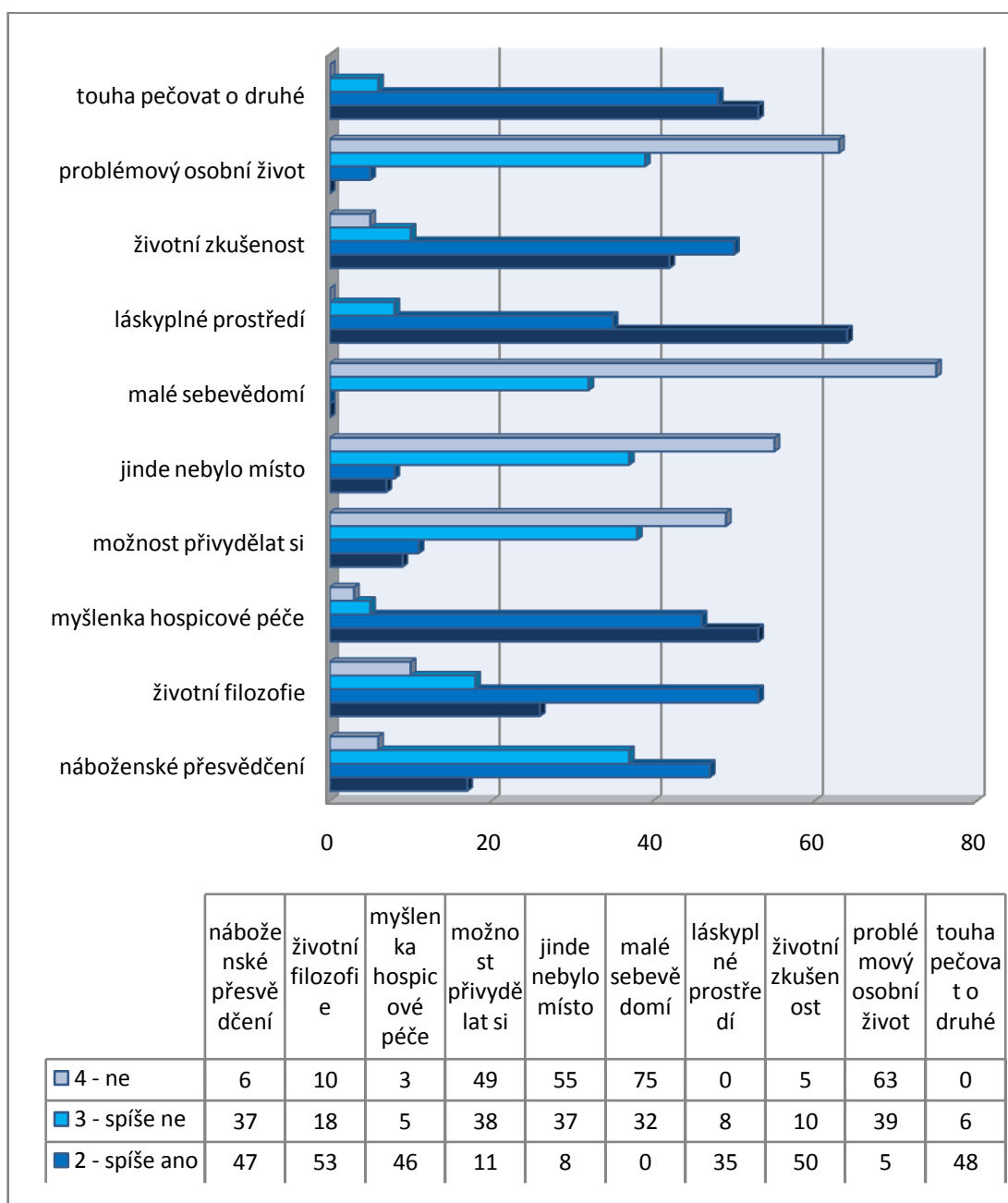
**Schéma 1 Hlavní motivace respondentů pro práci v hospici**



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, kterou zvolilo 7 respondentů. Jen 1 sestra udává, že do hospice šla na zkoušku a 1 sestra (1 %) vnímá svůj výběr jako náhodný.

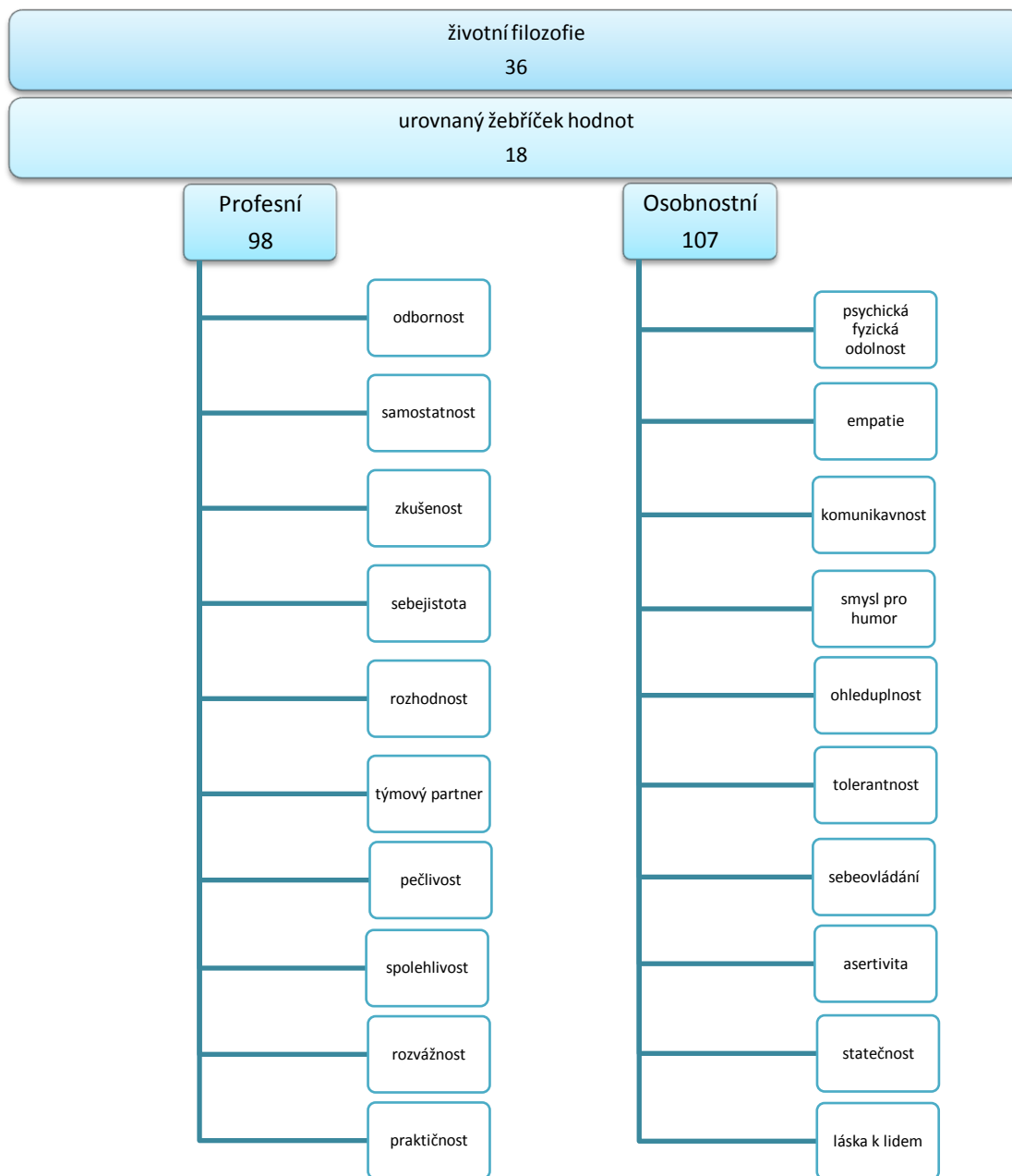


**Graf 5** Názor respondentů na důvod pro práci v hospici u ostatních sester



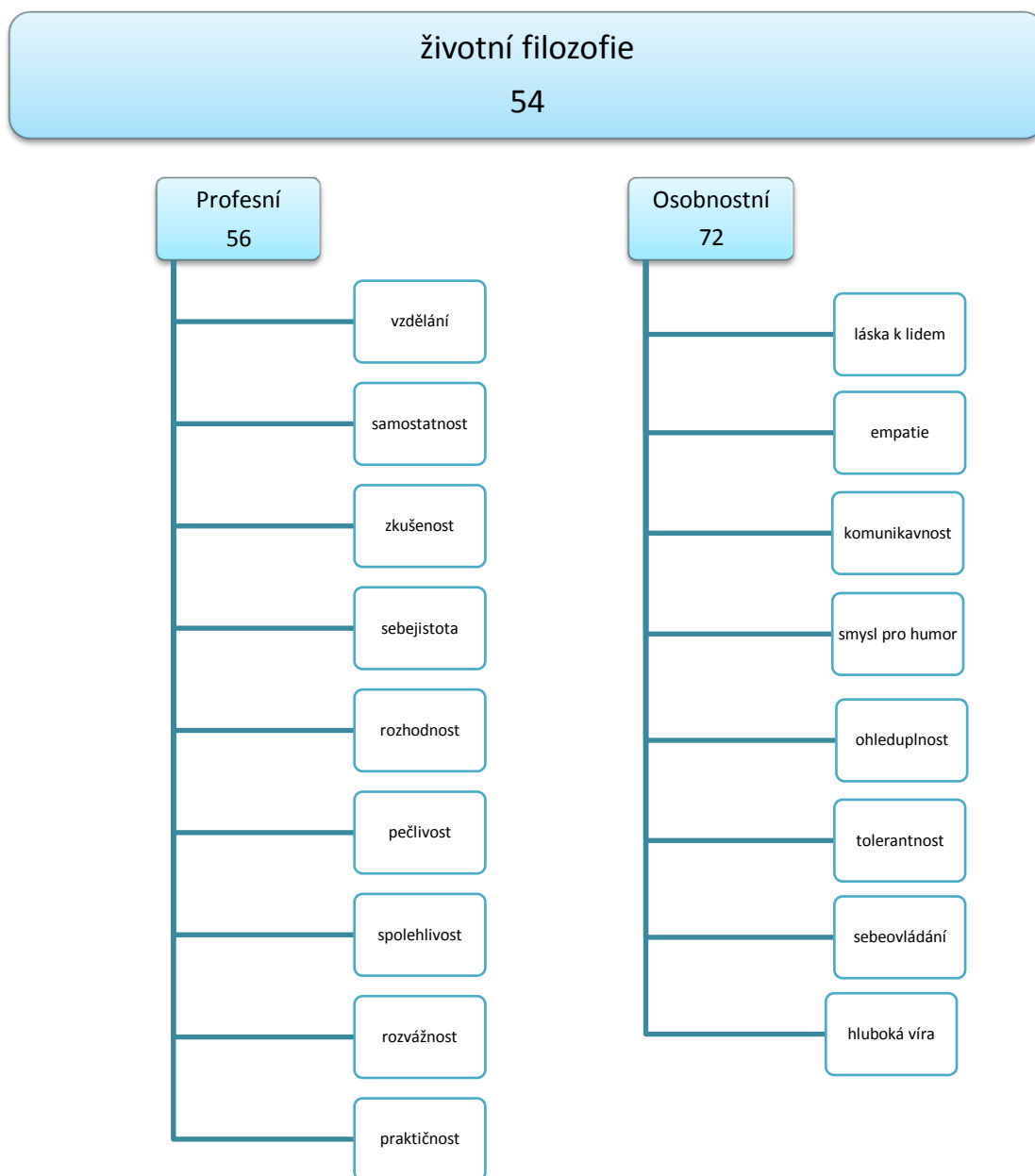
Hlavní důvodem pro výběr povolání je láskyplné prostředí 64 sester, touha pečovat o druhé 53 sester a myšlenka hospicové péče 53 sester. Naopak malé sebevědomí 75 sester, problémový osobní život 63 sester a důvod, že jinde nebylo místo 55 sester nejsou vybírány respondenty jako důvod pro výběr povolání v hospici.

**Schéma 3 Předpoklady pro práci sester v hospicové péči pohledem sester**



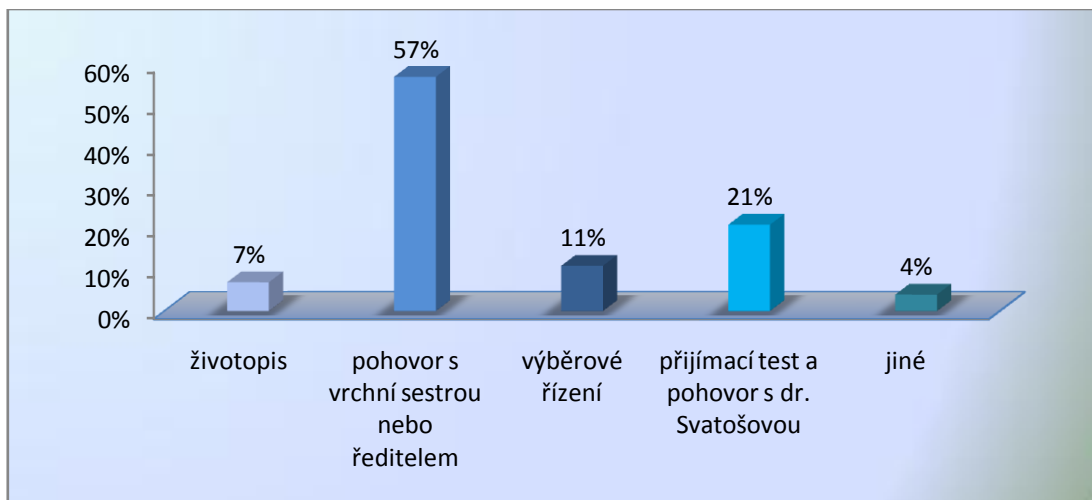
Toto schéma ukazuje, které předpoklady pro práci v hospicové péči jsou pro sestru nezbytné z pohledu sester samých. Schopnosti jsou rozděleny na *osobnostní* předpoklady sester a předpoklady, které jsou hodnotné pro *profesi* sestry. Jako základní předpoklad je vnímána životní filozofie 36 respondentů a správně urovnaný žebříček hodnot 18 respondentů

## Schéma 4 Předpoklady, které mají sestry v hospicové péči



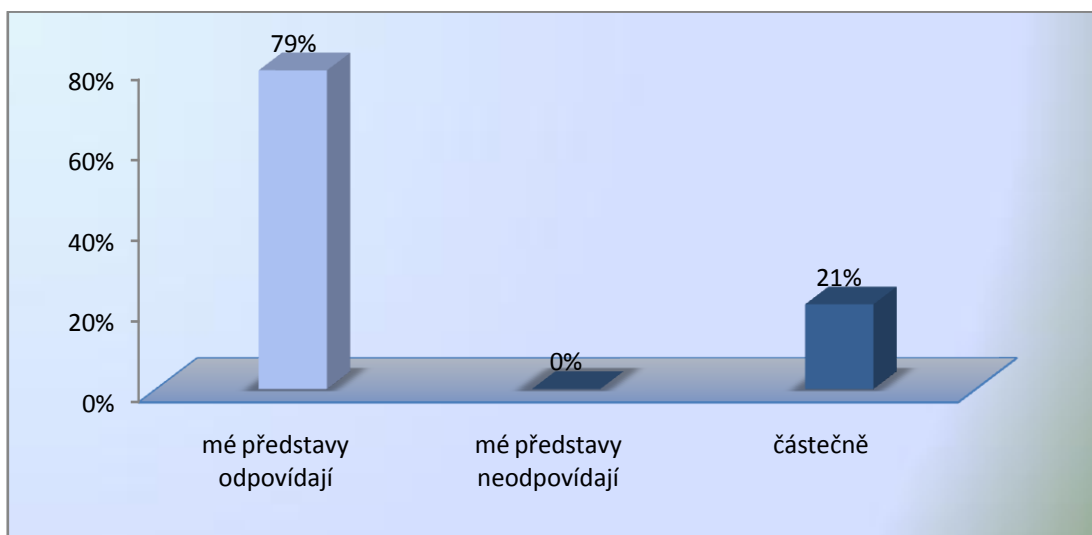
Toto schéma ukazuje, které předpoklady pro práci v hospicové péči u sebe sestry vnímají. Schopnosti jsou opět rozděleny na *osobnostní* předpoklady sester 72 a předpoklady, které jsou hodnotné pro *profesi* sestry 56. Jako základní předpoklad vnímá většina sester svou životní filozofii 54

**Graf 6 Způsob přijetí do zaměstnání v hospici**



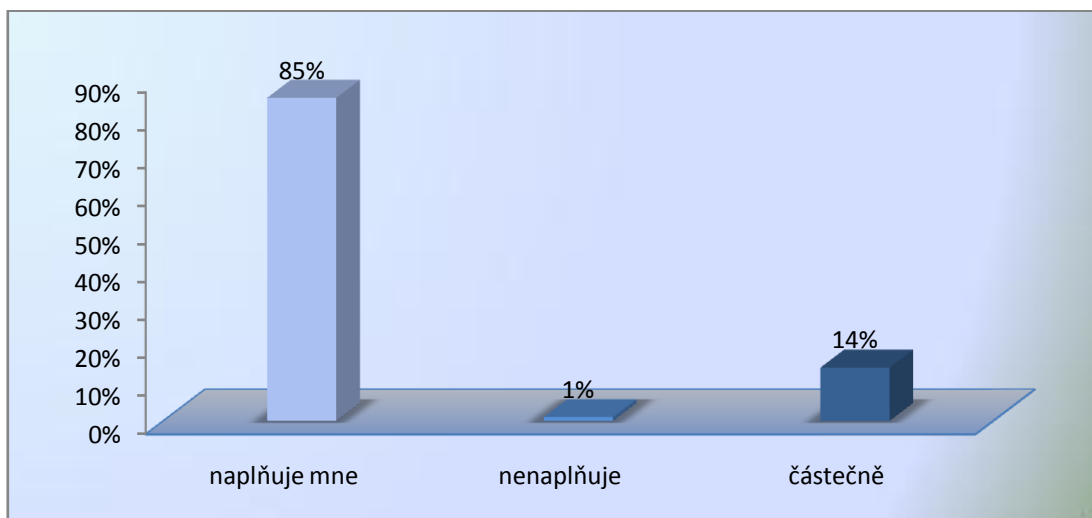
Na základě životopisu bylo přijato 8 sester (7 %), 61 sester (57 %) bylo přijato po pohovoru s vrchní sestrou nebo ředitelem hospice, výběrové řízení proběhlo s 12 (11 %) dotázanými, 22 (21 %) respondentů prošlo přijímacím testem a pohovorem s MUDr. Svatošovou, jiný způsob přijetí podstoupily 4 (4%) sestry.

**Graf 7 Naplnění představ o filozofii hospicové péče**



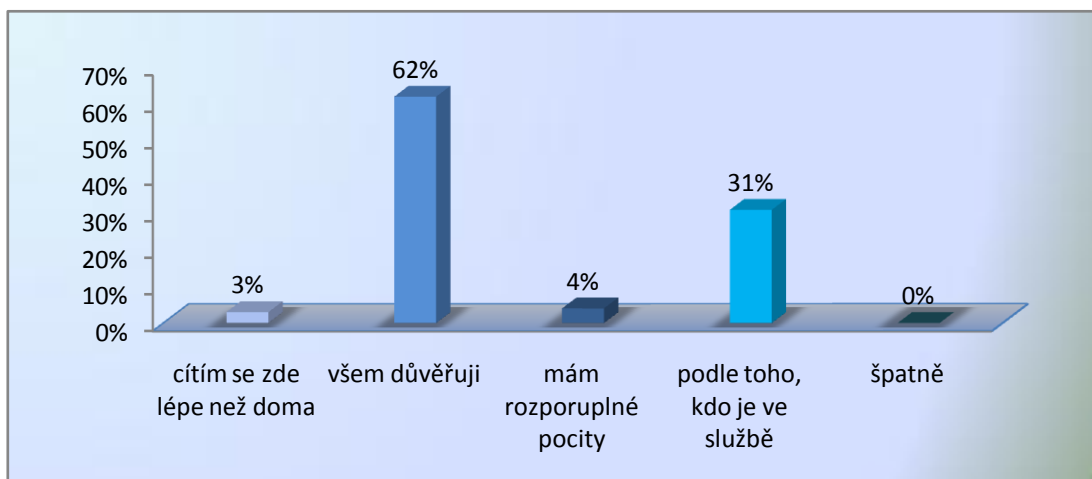
Pro 85 sester (79 %) je naplněna jejich představa o hospicové péči, 22 sester (21 %) přiznává pouze částečné propojení mezi představou a skutečností, 0 sester (0 %) udává, že představy neodpovídají.

**Graf 8 Uspokojení z práce v hospici**



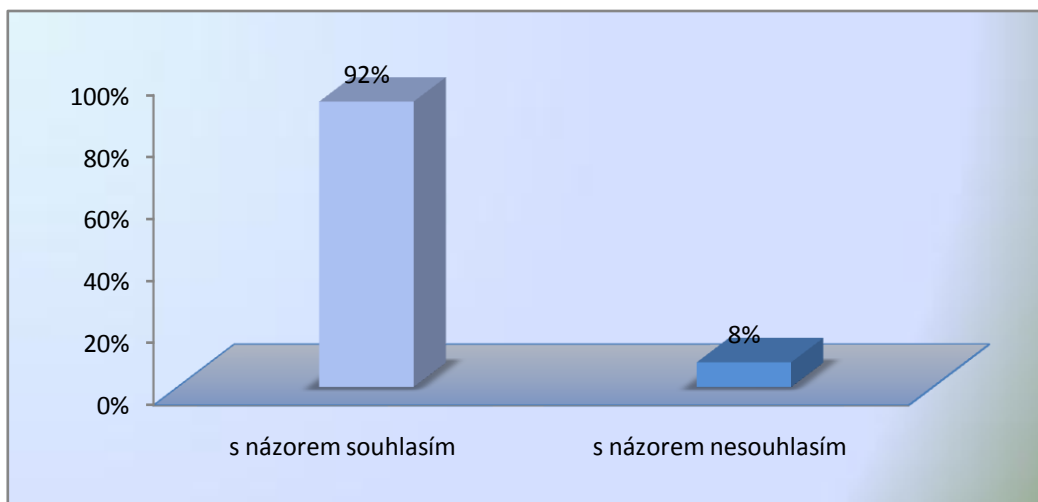
91 respondentů (85 %) vnímá uspokojení ze své práce, 1 sestra (1 %) spokojena není a 15 sester (14 %) je spokojeno jen částečně.

**Graf 9 Pocity respondenta v týmu**



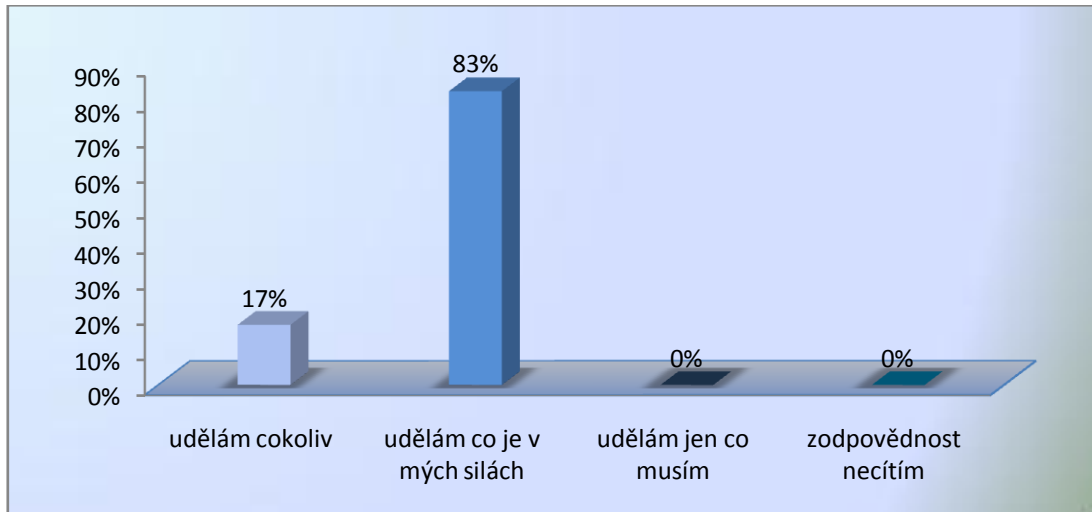
Z grafu vyplývá, že v práci jsou raději než doma 3 sestry (3 %), moc dobře se v týmu cítí 66 respondentů (62 %), 4 sestry (4 %) mají rozporuplné pocity, 4 sestry se v kolektivu cítí podle toho, kdo je s nimi ve službě, špatně se v týmu cítí 0 respondentů (0 %).

**Graf 10 Hospic - prostředí lásky, uznání, naděje a péče**



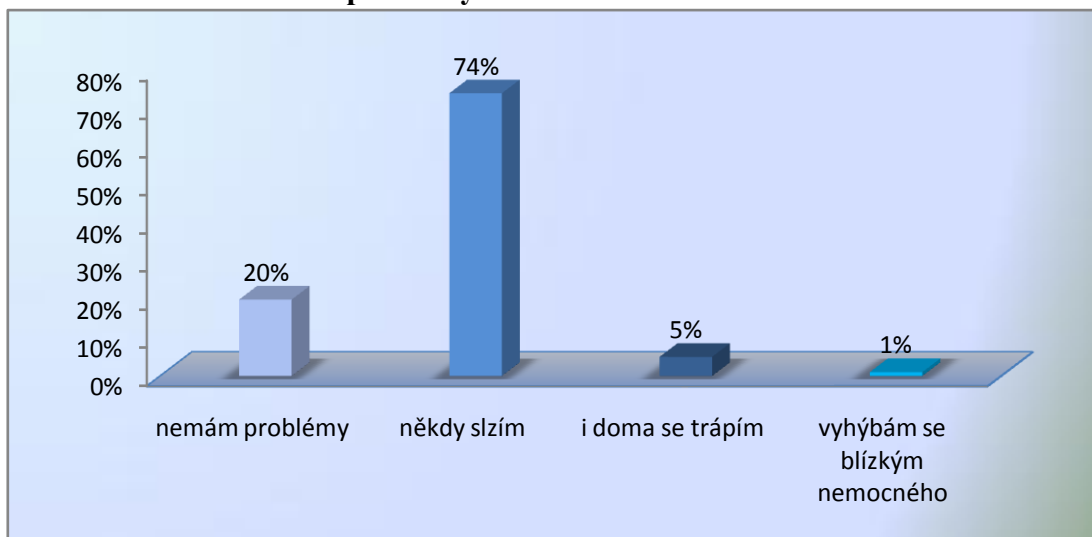
98 sester (92 %) souhlasí s názorem, že hospic je místo, kde panuje láska, uznání, naděje a dobrá péče, 9 sester (8 %) s tímto názorem nesouhlasí.

**Graf 11 Osobní přístup respondenta k péči o pacienta**



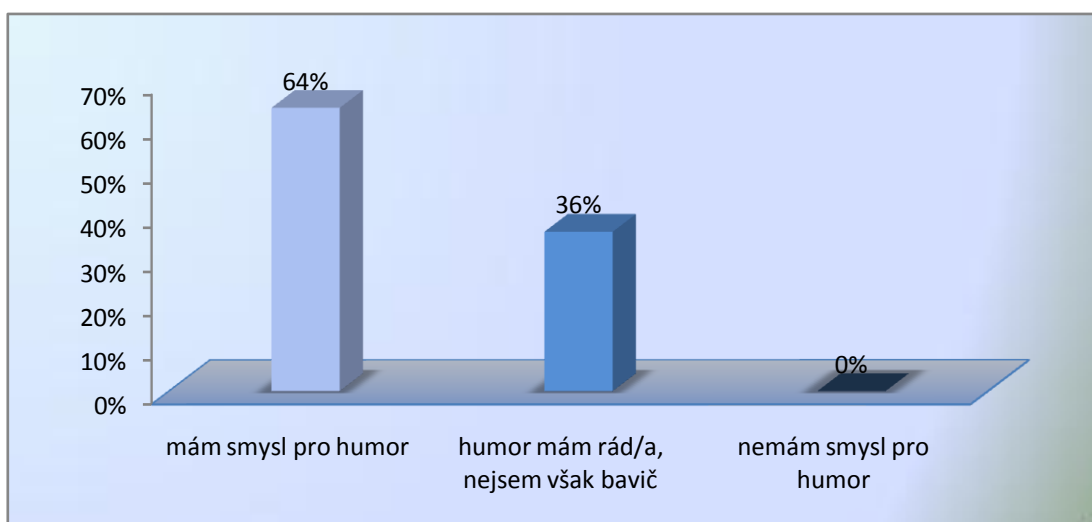
18 respondentů (17 %) udělá pro pacienta cokoliv, aby netrpěl, 89 dotazovaných (83 %) udělá to, co je v jejich silách a možnostech, 0 respondentů (0 %) udělá jen to, co musí a 0 sester (0 %) necítí zodpovědnost za pacienta, protože mají svých starostí dost.

**Graf 12 Zvládání reakce pozůstalých sestrou**



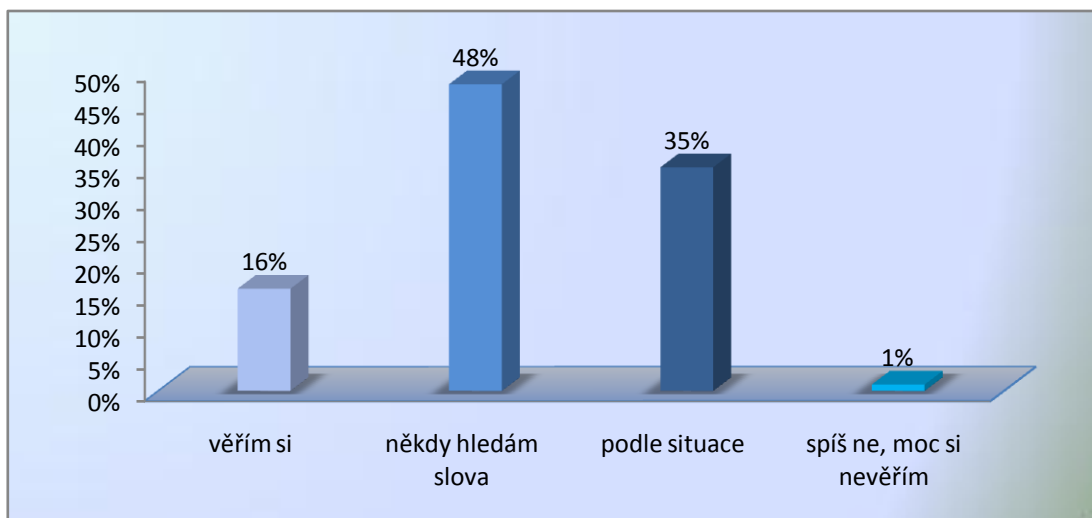
Bez problémů snáší reakce nejbližších nemocného 21 respondentů (20 %), někdy se neubrání slzám 79 sester (74 %), 6 sester (6 %) cítí smutek i doma a trápí se tím, 1 sestra (1 %) se těmito lidem raději vyhýbá.

**Graf 13 Smysl pro humor u respondenta**



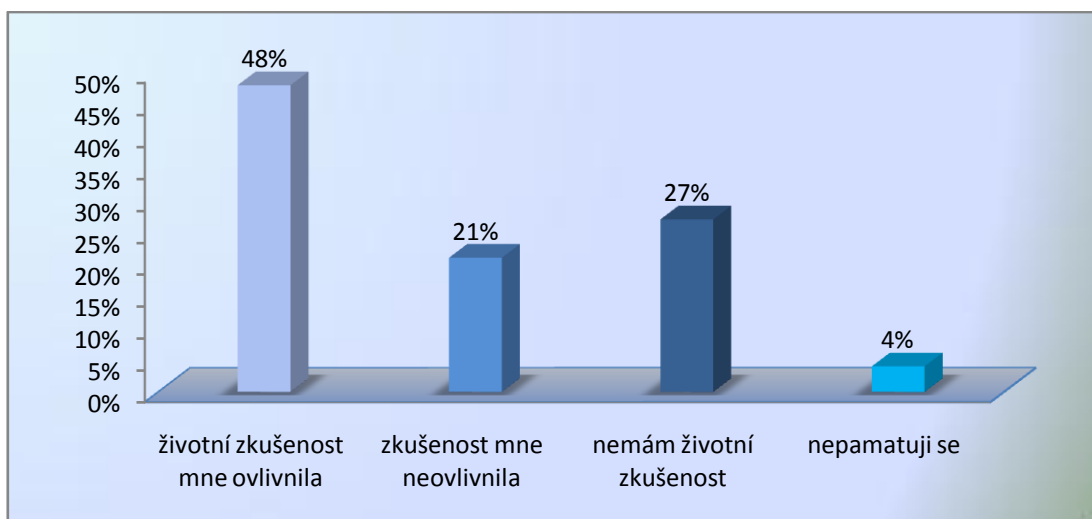
Za člověka se smyslem pro humor se považuje 69 respondentů (64 %), 38 sester (36 %) má humor rádo, ale nepovažuje se za baviče, 0 respondentů (0 %) nemá smysl pro humor.

**Graf 14 Komunikační schopnost**



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 %).

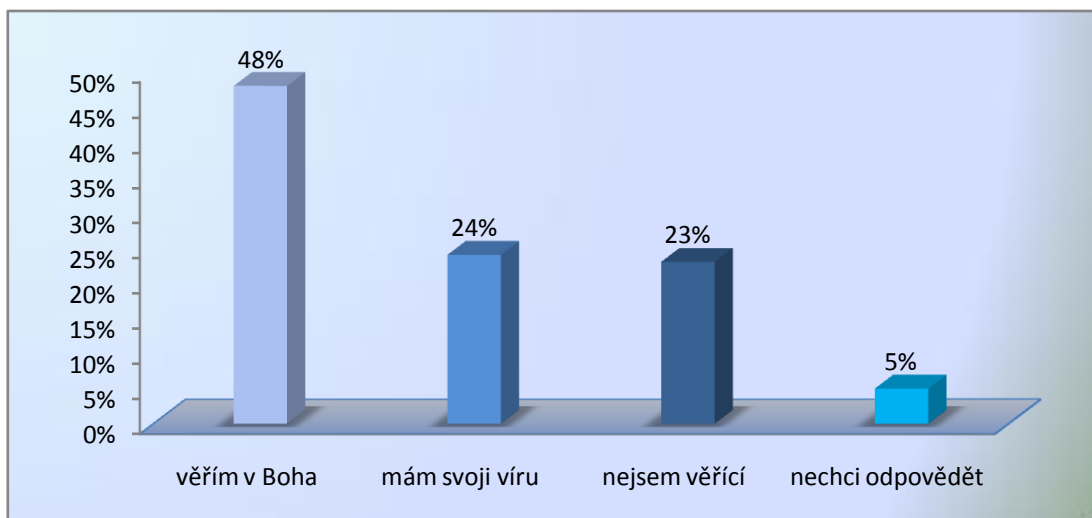
**Graf 15 Vliv životních zkušeností na výběr profese**



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.

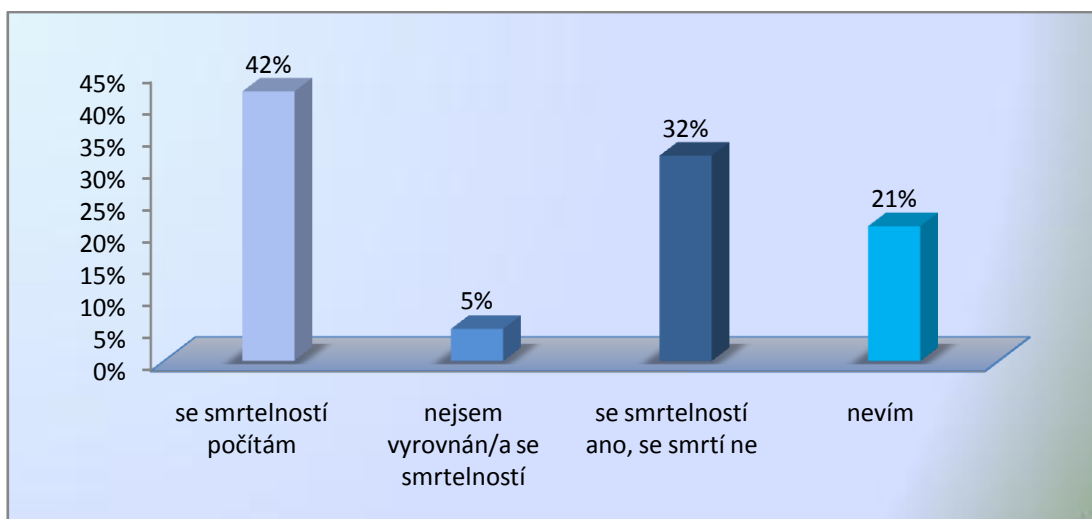


**Graf 16 Víra respondenta**



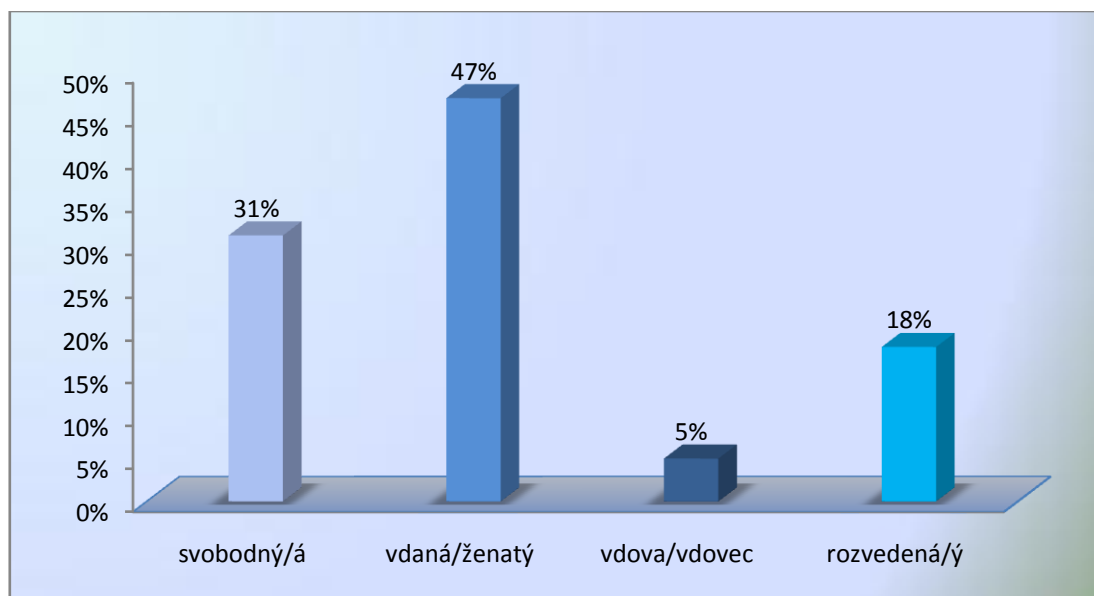
Víru v Boha přiznává 51 respondentů (48 %), svoji vlastní víru udává 26 dotazovaných (24 %), za věřící se nepovažuje 25 respondentů (23 %), na otázku víry nechtějí odpovědět 4 respondenti (5 %).

**Graf 17 Vyrovnanost respondenta se smrtelností**



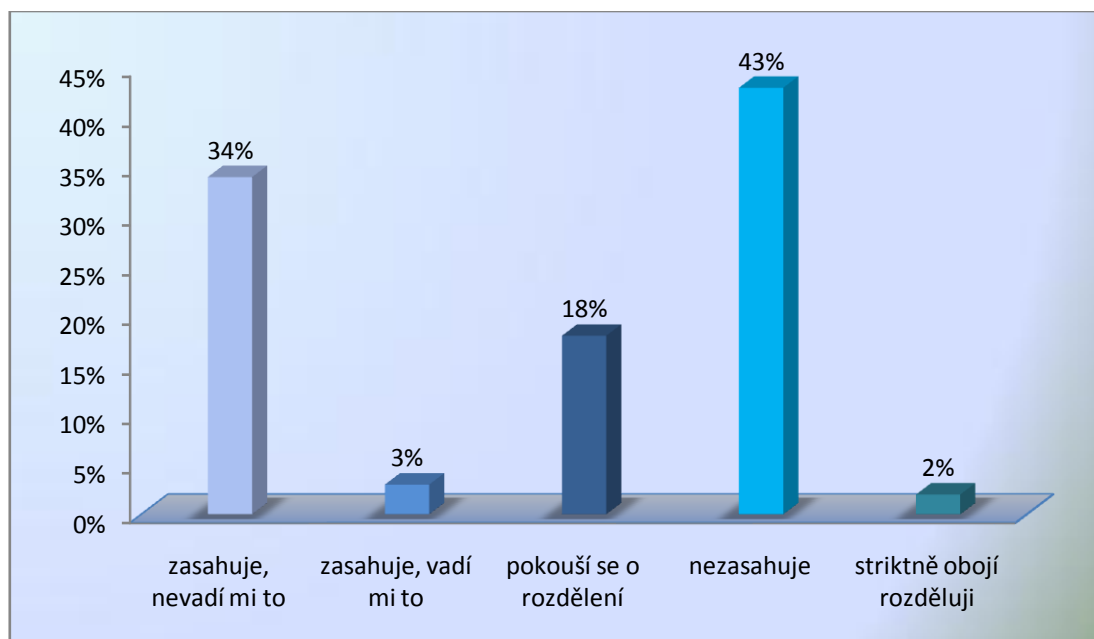
S vlastní smrtelností je smířeno 45 sester (42 %), není smířeno 5 respondentů (5 %), 34 respondentů (32 %) udává, že se smrtelností smířeni jsou, ale se smrtí ne. 23 respondenti (21 %) neví, jestli jsou vyrovnáni se smrtelností.

**Graf 18 Rodinný stav respondenta**



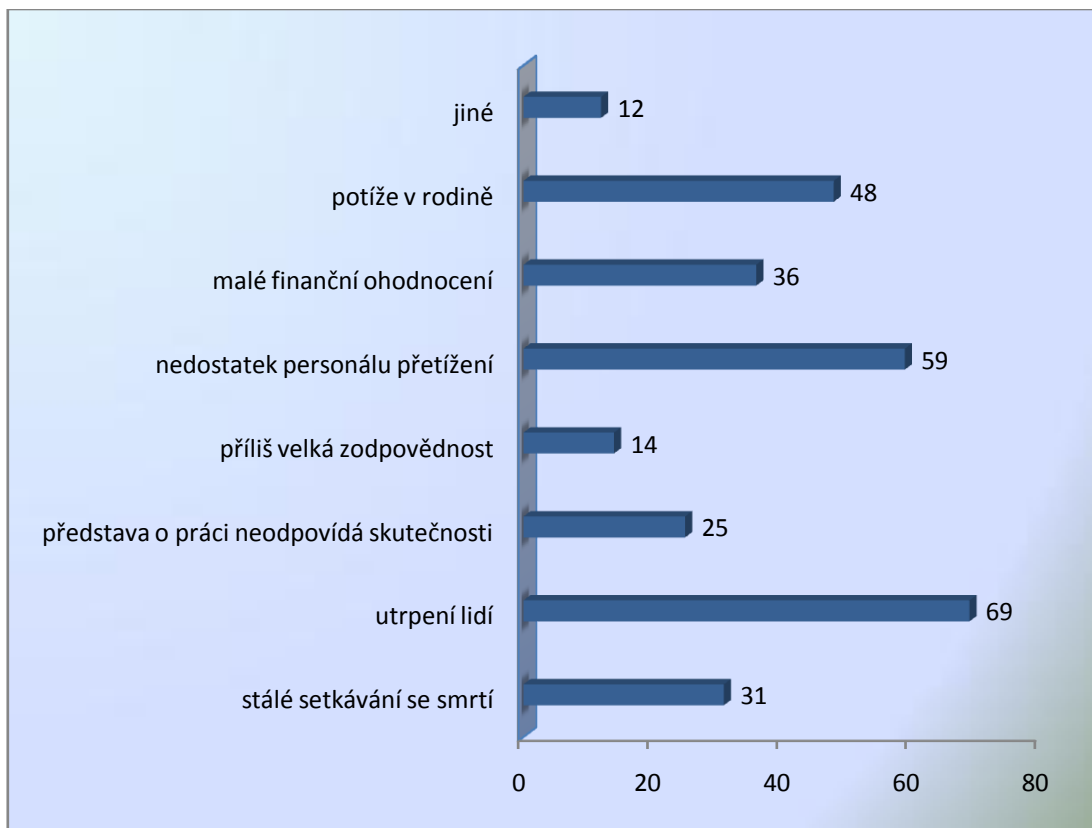
Ze 107 sester, které se účastnily výzkumu 33 respondentů (31 %) udává stav svobodná/svobodný, vdaná/ženatý vyplňuje 50 respondentů (47 %), 5 respondentů (5 %) jsou vdova/vdovec a mezi rozvedené patří 19 respondentů (18 %).

**Graf 19 Ovlivnění osobního života sester prací v hospici**



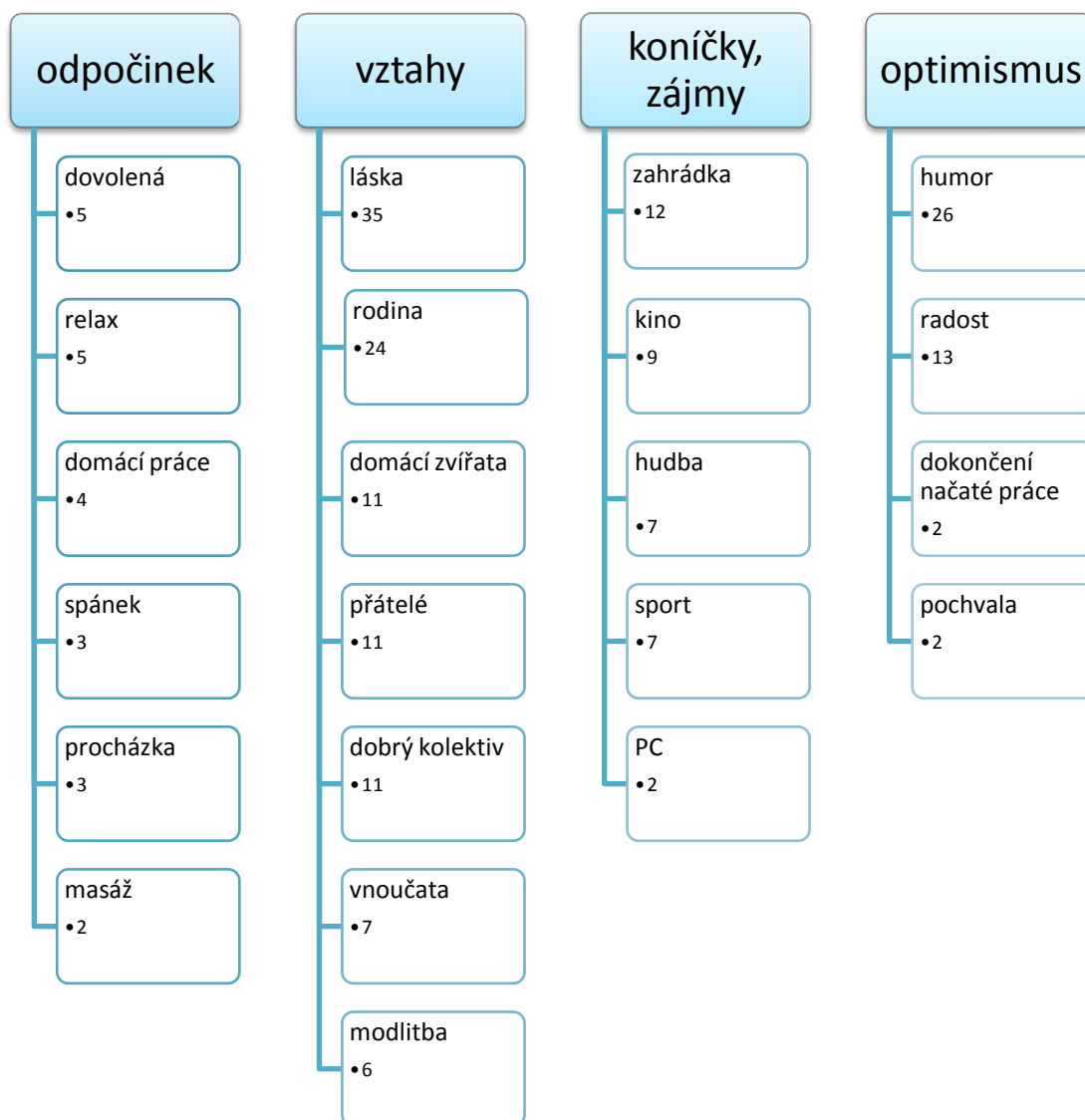
Práce v hospici zasahuje, aniž by jim to vadilo, do osobního života 36 respondentům (34 %), 3 sestrám (3 %) také práce zasahuje do jejich osobního života, vadí jim to, nejsou však schopny světy rozdělit. 20 sester (18 %) se o rozdělení pokouší, protože jim práce zasahuje do osobního života částečně. 45 sestrám (43 %) nezasahuje práce do jejich osobního života, protože obojí umějí oddělit. 2 sestry (2 %) přísně rozdělují svůj pracovní i osobní život a proto jim práce osobní život neovlivňuje.

**Graf 20 Možné příčiny respondentova vyhoření**



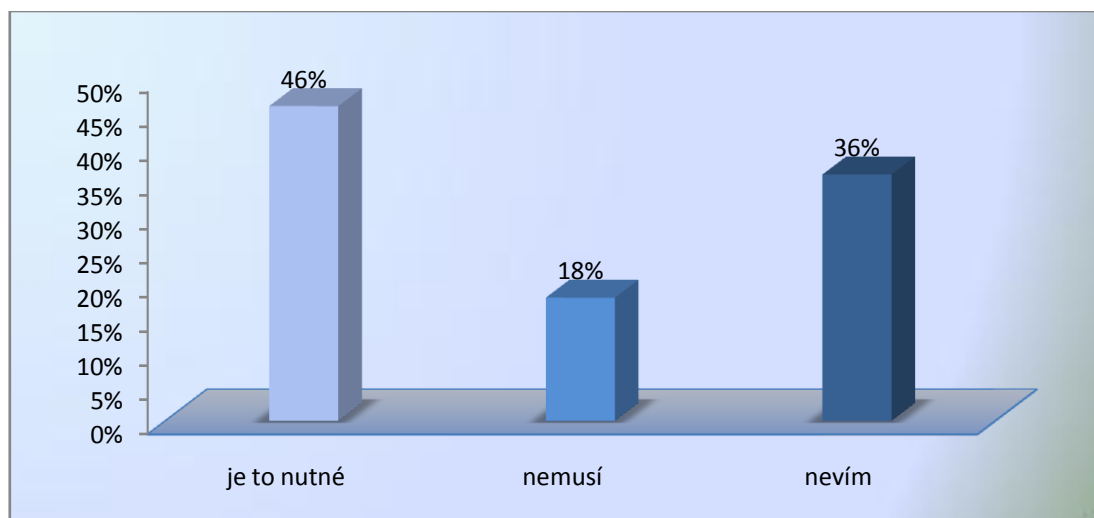
Jako možnou příčinu vlastního vyhoření udává 31 respondentů stálé setkávání se smrtí, největší počet respondentů 69 udává jako možnou příčinu velké utrpení lidí. Pokud by představa o práci neodpovídala skutečnosti, bude ohroženo vyhořením 25 respondentů. 14 respondentů vnímá jako ohrožení příliš velkou 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“.

**Schéma 4** Sestrami využívaná prevence syndromu vyhoření



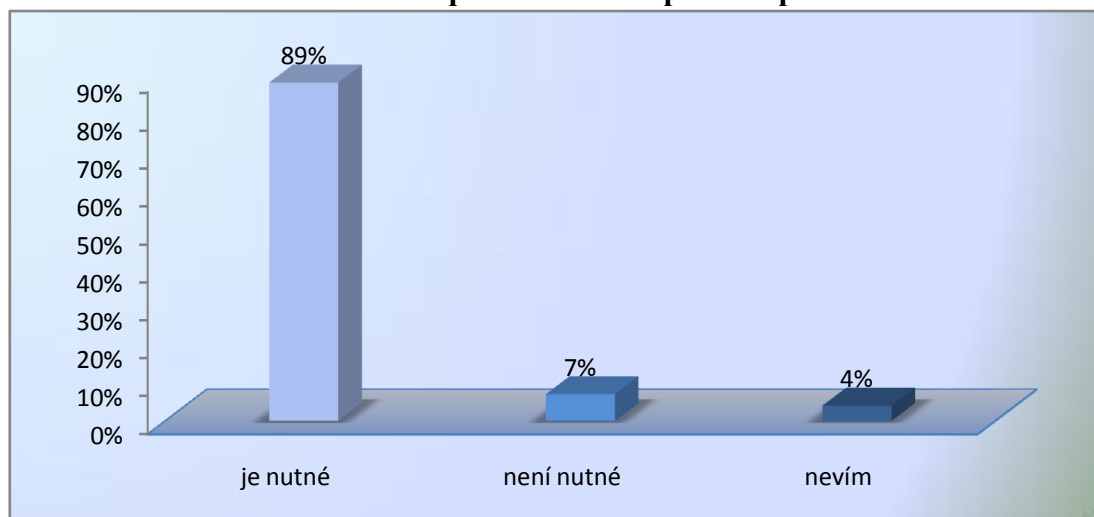
Nejvíce důležité jsou pro sestry v prevenci syndromu vyhoření *vztahy* 105 sester, mezi nejsilnější zástupce patří láska 35 sester a rodina 24 sester. Další důležitý fenomén je *optimismus* 43 sester, jehož důležitým zástupcem je především humor 26 sester. Neméně důležité jsou *koníčky, zájmy* 37 respondentů (35 %) a formy *odpočinku* zvolilo 22 sester (21 %).

**Graf 21 Vyrovnanost s vlastní smrtelností**



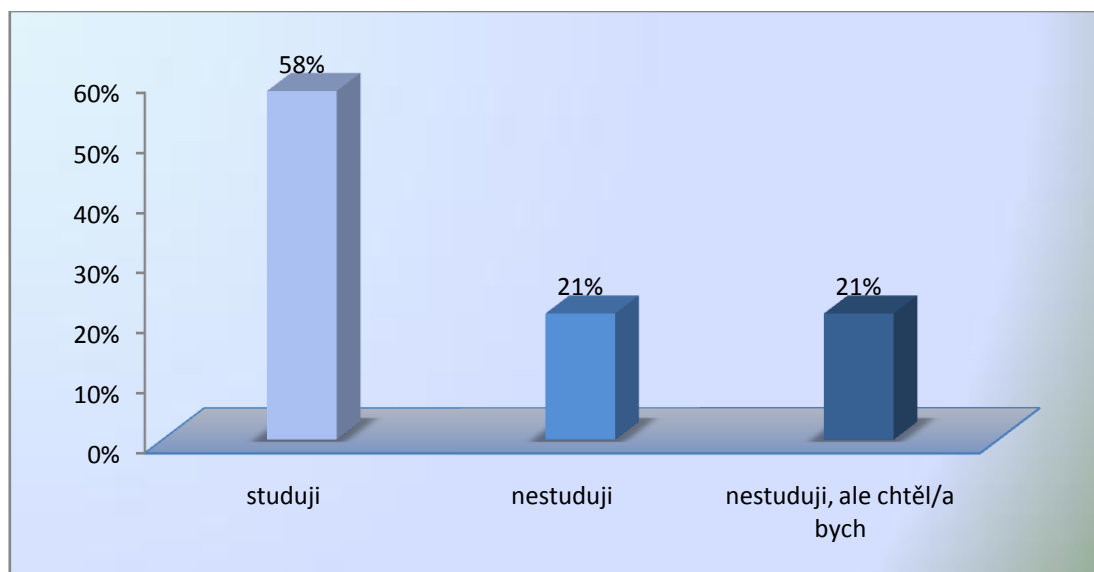
49 respondentů (46 %) je přesvědčeno, že pro práci sestry v hospici je nutné, aby byly vyrovnány s vlastní smrtelností, 19 sester (18 %) si toto nemyslí a 39 sester (36 %) neví, jestli to nutné je.

**Graf 22 Nutnost sebevzdělávání pro kvalitní hospicovou péči**



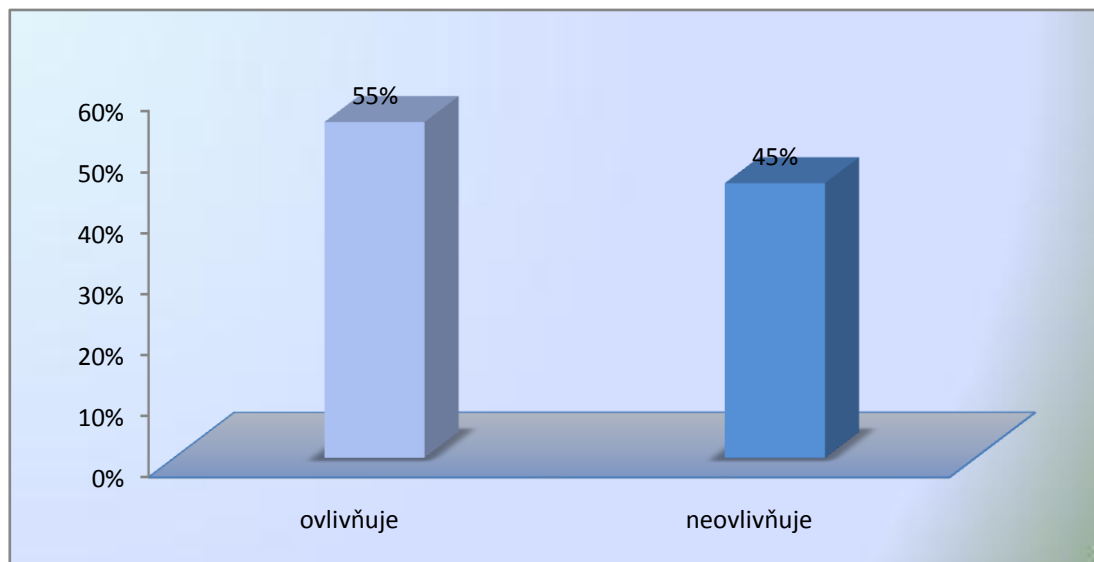
95 respondentů (89 %) je přesvědčeno, že pro kvalitní hospicovou péči je nutné stále sebevzdělávání, 8 respondentů (7 %) si myslí, že nutné není a 4 respondenti (4 %) neví.

**Graf 23 Studium respondenta**



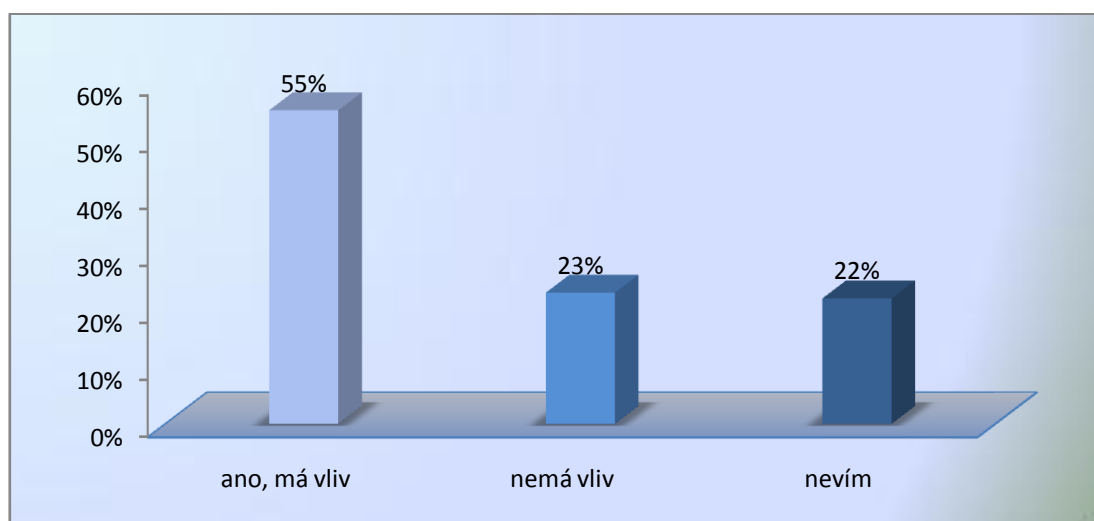
V současné době studuje 62 sester (58 %) pracujících v hospici, 23 respondentů (21 %) nestuduje a 22 sester (21 %) nestuduje v současné době, ale studovat by chtěly.

**Graf 24 Postoj respondentů k vlastnímu vzdělání**



Dosažené vzdělání ovlivnilo v pohledu na smrt a přístupu k nevléčitelně nemocným 59 respondentů (55 %), vzdělání neovlivnilo 48 respondentů (45%).

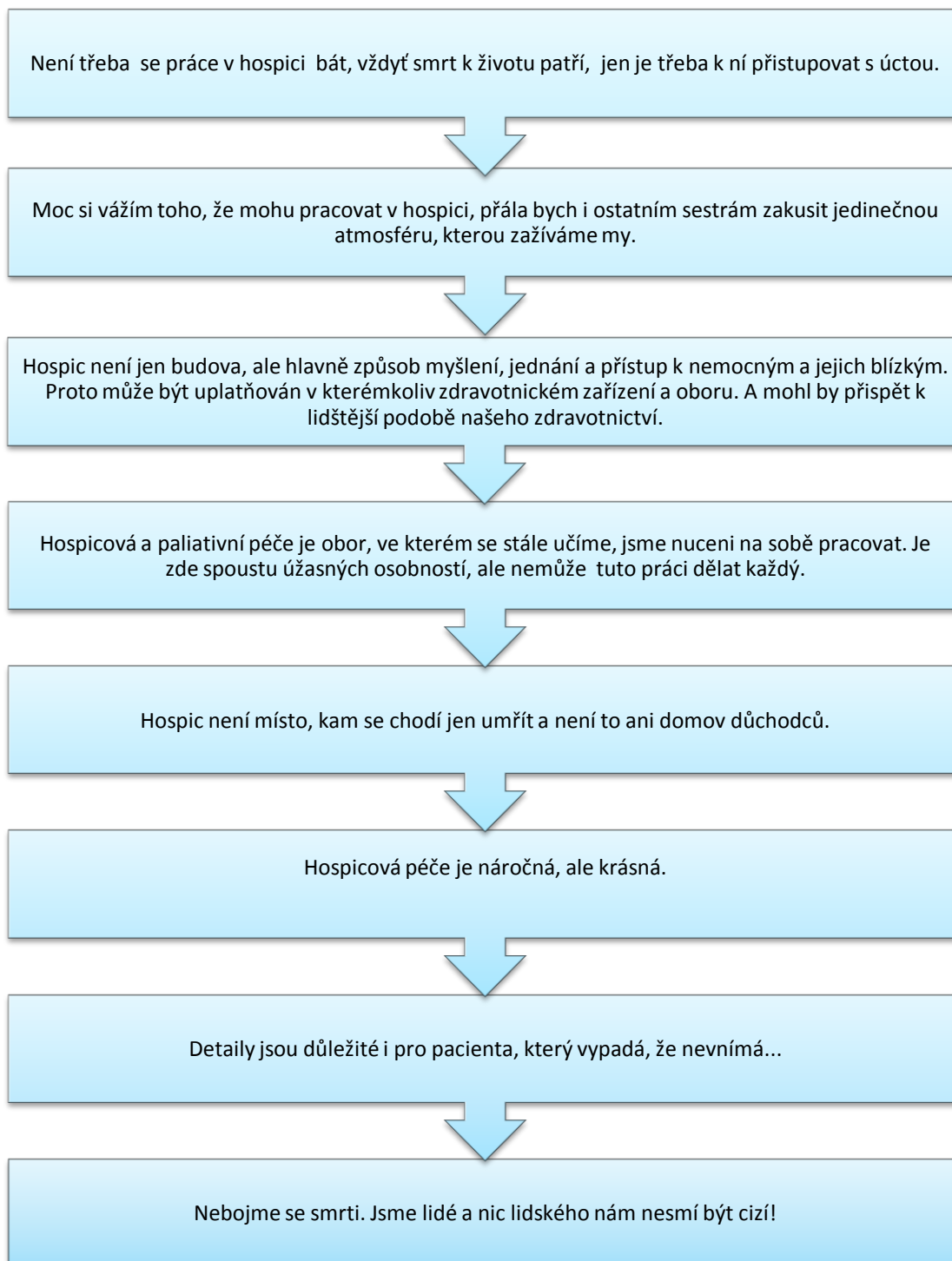
**Graf 25 Vliv vzdělání sestry na přístup k umírajícím**



Na otázku zda vzdělání sestry 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 sestřám z jiných ošetrovatelských oborů



Na volnou otázku reagovali někteří respondenti následujícími názory.

## 5 Diskuze

Byl proveden kvantitativní výzkum dotazníkovou metodou, který probíhal v měsíci lednu roku 2009. Výzkum byl směřován na sestru a na její předpoklady pro práci v českém hospici. Zajímali jsme se o předpoklady a motivační faktory sester, které pracují s terminálně nemocnými. Druhým cílem bylo zjistit, jestli vzdělávání má u sester v hospicové péči vliv na postoj a přístup k péči o terminálně nemocné. S prosbou o spolupráci byly osloveny všeobecné sestry, které pracují v některém z 12 lůžkových hospiců v České republice. O pomoc byly telefonicky požádány vrchní nebo staniční sestry, které zajistily distribuci dotazníků mezi ostatní respondenty. Celkem se výzkumu účastnilo 107 sester (100 %). Některé vrchní sestry si nepřály, aby byly zveřejněny přesné počty zaměstnaných sester. Jako důvod své prosby uvedly, že přesný počet je proměnný. Co platí v lednu, nemusí platit v květnu stejného roku. Dále se počty liší podle velikosti hospice (počtu lůžek), což znamená, že v některém z hospiců bylo v lednu (2009) 5 sester v pracovním poměru a jinde se počet pohyboval okolo dvaceti sester.

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 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), je pravdivé. Věk respondentů může souviset také s jejich psychosociální vyzrálostí a zároveň s tím, že disponují dobrou fyzickou kondicí. Což je jedním z předpokladů pro práci v hospici, který si respondenti sami určili (viz Schéma 3).

Z dotázaných je v hospici 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). Naskytá 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 příležitosti v oblasti trvalého bydliště respondentů. Velmi pozitivně jsou sestrami vnímány reakce pacientů na péči a kladně znějící zpětné vazby od blízkých těchto nemocných. Další možností by mohla být péče o sestry samotné ze strany jejich zaměstnavatelů. Nejedna česká hospice pořádá pro své zaměstnance dlouhodobější odpočinkové pobyty, víkendové 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 ošetrovatelských 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 ošetrovatelských 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 nevyлéčitelně a dlouhodobě nemocným, jež se v 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 prožitých zkušeností při stáži

v hospici (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 hospici 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 spíše 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 hospici je sestrami vyhledávána v souvislosti s jejich osobním životním selháním“, pak je pro nás jednou z důležitých informací i rodinný stav respondenta (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 současné 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 utvrzují spíše o opaku dané hypotézy. Tedy o tom, že sestry

v hospicových zařízeních jsou si vědomy náročnosti této profese a že jsou schopny vnímat vlastní potřeby, které se pokoušejí alespoň částečně naplňovat. Dalším faktorem, který by mohl vyvrátit hypotézu, je smysl pro humor. 64 % respondentů sama sebe vnímají jako člověka se smyslem pro humor a 36 % má humor rádo, i když se nepovažují za „baviče“ (viz Graf 18). Hospic opravdu není místem, kde by byl slyšet jen pláč a panoval smutek. Hospic není „dům smrti“ ani „umírárna“, jak často slycháváme od některých lidí. Prof. Haškovcová uvádí: „Přestože většina pacientů v hospici s vysokou pravděpodobností zemře, toto označení devaluje ušlechtilé cíle i praktický vstřícný přístup k trpícím lidem. Hospic poskytuje péči, která umožňuje nemocným důstojný a hodnotný život“ (5, str. 76). Zaměstnanci Hospice Sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích říkají, že se chodby hospice velmi často „rozeznívají“ smíchem a je v něm také „cítit“ radost. Radost i přesto, že většinu nevléčitelně nemocných doprovázejí ke smrti. Nejde o vyhoření personálu, jak by se mohlo zdát. Jejich radost spočívá z dobře vykonané práce, z pocitu uspokojení a pocitu naplnění. Přístup těchto pečujících je prostě jiný, neberou smrt jako prohru, ale spíš jako přirozenou část ve vývoji člověka. Převažují zde totiž jiné hodnoty a zájmy než v medicíně, kde smrt pacienta je vnímána jako prohra. Pocit dobře vykonané práce prožívají tehdy, když pacient netrpí děsem nebo bolestí a rodina ač nemůže být šťastná, není nešťastná ani bezmocná. Nemocní lidé (ale i jejich blízcí) pocítují smích na rtech pečujících jako naději, pocit bezpečí a ujištění, že jejich nemoc a její projevy nejsou pro nikoho přítěží. Někteří z nich se také rádi zasmějí, třeba i sami sobě. Příkladem by mohl být příběh již zesnulé bývalé vrchní sestry – paní M., která do hospice přišla ve velmi „zbědovaném“ psychickém i fyzickém stavu. Věděla co je hospic a s přijetím naprosto rezignovaně souhlasila, ač se svým onemocněním nebyla ani částečně smířena. Zpočátku byla velmi negativistická a velmi uzavřená. Bylo náročné její nedůvěru a strach prolomit, nakonec se to však podařilo a paní M. se stala partnerem pro všechny členy pečujícího týmu. Byla silnou kuřačkou, a protože ji nemoc upoutala na lůžko, své „cigaretky“ si vychutnávala v přítomnosti někoho z personálu. Když dosáhla „správné hladinky“ nikotinu (jak sama říkávala), přímo „sršela“ humornými vzpomínkami ze svého poměrně „pestrého“ života. Někdy smích plynule navazoval na lítost a pláč,

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, vykouřila 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.

Velmi příznivé jsou i další výsledky výzkumu. V 92 % je hospic sestrami vnímán jako prostředí lásky, uznání, naděje a péče. Pouze 8 % respondentů s tímto názorem nesouhlasí (viz Graf 10). Vztahy v hospicových týmech jsou uspokojující (viz Graf 9). 62 % respondentů uvádí, že všem ve svém týmu důvěřuje. Je třeba však poukázat i na fakt, že 31 % sester prožívá pocity podle toho, kdo je s nimi ve službě. To je důkazem, že ani hospic není místem dokonalých vztahů. Je nutné se vztahy pracovat, protože někteří respondenti (viz Schéma 4) vnímají dobrý kolektiv také jako prevenci syndromu vyhoření. Kerney zdůrazňuje, že: „Každý pracovník zapojený do péče o pacienta musí mít jasnou představu vlastní profesionální identity. Musí také znát a vážit si přínosu ostatních pracovníků“ (16, str. 48).

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 přijati, 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 přijímací pohovor přímo se zakladatelkou hospicové péče v ČR – MUDr. Marií Svatošovou. Paní doktorka, podle zkušenosti, byla účastna prvního výběrového řízení zaměstnanců v každém doposud otevřeném hospici.

Životní filozofie a víra v Boha, které se objevují v Hypotéze 1: „Náboženské přesvědčení je rozhodujícím faktorem pro výběr práce sestry v hospici“ 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

pozitivně fungují duchovní a náboženské systémy (16). Jak uvedla prof. Haškovcová: „Zakladateli všech českých hospiců jsou církevní instituce. V každém hospici je akceptován duchovní rozměr péče“ (5, str. 62 - 63). To však neznamená, že víra by byla podmínkou pro přijímání sester do hospice. Toto dokazuje fakt, že 23 % sester v hospicové péči jakoukoliv víru popírá a 5 % jich odmítá na otázku víry odpovědět.

Prof. Haškovcová publikuje názor, že většina lidí vytěšňuje 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 pociťovat 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 bojí 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 cítím také reakce pozůstalých. Podle Grafu 12 nemá problémy s reakcemi (truchlením) pozůstalých 20 % dotazovaných, 74 % sester přiznává občasnou lítost, kterou sdílejí 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 anonymitě 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 nevádí 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 příčinou jejich syndromu vyhoření. Sami se pokoušejí jim předcházet (viz Schéma 4), ať už odpočinkem, relaxací, sportem, jinou prací. Většina z nich má své koníčky, rodinu, lásku, přátele. Některé z nich se v těžkých chvílkách modlí, jiné si užívají pochvaly, další chce být chvíli sama. Některé pomáhají hry na PC, další si hrají se svými dětmi nebo vnoučaty. Většina z nich vyhledává chvíli ticha v přírodě nebo i doma. Je toho hodně, co pro sebe sestry v hospicové péči dělají. Důležité však je, aby i jejich nadřazení věnovali tomuto tématu dostatek času a prostoru (viz kapitola 1. 4). Dle doktorky Svatošové je důležité vyvarovat se přečerpávání 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 pocity 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 nevléčitelně 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 zmiňuje profesor Křivohlavý (11, 12).

S ochotou učit se souvisí pohled na vzdělávání sester v hospicové péči. Je mu věnovaná Hypotéza 3: „Postoj sester k péči o terminálně nemocné klienty v hospici je závislý na jejich vzdělávání“. Z Grafu 23 je patrné, že vzdělávání je v hospicích důležitým mezníkem. V současné době studuje 55 % respondentů, dalších 22 % nestuduje, ale chtěli by. Nebylo specifikováno, o jaký typ studia jde. Některé sestry aktivně vypsaly, že jde o studium vysokoškolské, jiné vypsaly, že se vzdělávají při seminářích, čtením odborné literatury apod. Graf 22 je důkazem, že 89 % z dotazovaných sester je přesvědčeno o nutnosti sebevzdělávání pro poskytování kvalitní hospicové paliativní péče. Toto si nemyslí 7 % dotazovaných a 4 % si nejsou jisti. Názor sester v hospicové péči na souvislost mezi vzděláváním a kvalitou péče je znázorněn v Grafu 25. 55 % dotázaných sester si myslí, že vzdělávání má vliv na postoj k péči o umírající. Nesouhlasně odpovědělo 23 % sester. Jodrellová konstatuje: „Existuje velmi málo vědeckých dokladů pozitivního dopadu na vzdělávání“. Další výzkumný názor je, že: „Jako je v paliativní péči kvantitativní hodnocení těžké, je těžké také měřit vzdělávání“. Lze prý tvrdit, že: „Osobní důkazy o odborném růstu, postojích a hodnotách ukazuje člověk sám“ (18, str. 681)

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 despektem. Obecný názor na sestry v hospicové péči bývá

často rozporuplný. Dle Arandy: „Jde o prostředí, které je pro ostatní oblasti zdravotní péče spojeno s představou, že se moderní medicíně nepodařilo udržet smrt v šachu“ (18, str. 651). Bradshaw míní, že: „paliativní péče je jakási zhuštělá podstata ošetřovatelství, kde stačí jen hlídat životní funkce“ (18, str. 651). Svými odpověďmi se oslovení respondenti pokoušejí tento názor veřejnosti změnit.

## 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 nevléčitelně nemocnými. Pro zpracování byly stanoveny dva cíle a tři hypotézy.

Prvním cílem práce bylo zjistit motivační faktory sester, které se rozhodly pracovat v hospici. Cíl byl naplněn pouze částečně. S daným cílem souvisejí první dvě zvolené hypotézy: H1 Náboženské přesvědčení je rozhodujícím faktorem pro výběr práce sestry v hospici a H2 Práce v hospici je sestrami vyhledávána v souvislosti s jejich osobním životním selháním. Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že mezi sestrami v českých hospicích je většina sester věřících, avšak víra není podmínkou pro přijetí do zaměstnání v hospici. Z výsledků dotazníku nelze s určitostí tvrdit, že náboženské přesvědčení je rozhodujícím mezníkem pro výběr práce v hospici. Pro úplné potvrzení první hypotézy by měl být dotazník více zaměřen na problematiku víry jako motivačního prvku. Hypotéza druhá se nepotvrdila. Sestry si tuto práci nevybírají v důsledku životního selhání. Nejčastějším motivem pro práci v hospicovém zařízení je myšlenka filozofie hospicové péče, touha pomáhat lidem a přání pečovat o umírající. Většina sester je se svou volbou spokojena. Avšak z těchto výsledků hypotézu nelze ani vyloučit. Jen málokdo se spontánně a anonymně komukoliv svěří s osobním zklamáním a neúspěchem. Forma kvantitativního výzkumu dotazníkovou metodou není pro tento typ zjišťování zcela vhodná. Doporučila bych dotazník kombinovaný opakovaným řízeným rozhovorem.

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 nevléčitelně 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

znalostí v oboru, rychlejší a přesnější reakce na změny. Jako formu vzdělávání vnímají také životní zkušenost a víceletou praxi v daném oboru. Závěr je, že sestry v hospicové péči mají velmi kladný vztah ke vzdělávání. Vzdělávání vnímají jako samozřejmou součást oboru hospicové péče.

Z výzkumu vyplývá, že předpoklady a motivační prvky pro práci v hospici jsou především filozofie hospicové péče, láska 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. Důležitá 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 nevléčitelně 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

1. ATKINSONOVÁ, R. L., ATKINSON, R. C. A SPOL. *Psychologie*. 1. Vydání. Praha: Victoria Publishing, a. s., 1995. 863 s. ISBN 80-85605-35-x.
2. BÁRTLOVÁ, S. *sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Přepřacované vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. CALLANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary, jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. 1. Vydání. Praha: Vyšehrad, 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.
4. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství teorie*, 1. české vydání. S. R. Martin: Osveta, spol. s. r. o, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. Přepřacované vydání. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
6. HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. Vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
7. JOBÁNKOVÁ, M., BOUCHAL, M., HÁJKOVÁ, J., ŠOPEK, J. *Vybrané kapitoly psychologie zdravotnické činnosti*. 3. Vydání. Brno: IDVPZ, 1996. 215 s. ISBN 80-7013-209-4.
8. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*, 1. vydání. Brno: IDVZP, 1992. 154 s.
9. KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby*. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s.
10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I.*, 1. Vydání. Vydavatelstvo Osveta, Martin, 1995. 836 s. ISBN 80 – 217 – 0528 – 0.

11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej naslouchám*. 1. Vydání. Praha: návrat, 1993. 105 s. ISBN 80-85495-18-x.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
13. SVATOŠOVÁ M., *Lidé z hospice* [online]. [cit. 2009-03-25]  
Dostupné z: <http://hospice.cz/hospice1/index2.php?id=629>.
14. MIKULÁŠÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.
15. MIKULÁŠÍK, M. *Manažerská psychologie*. 2. Vydání. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 384 s. ISBN 978-80-247-1349-6.
16. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 324 stran. ISBN 80-247-1295-4.
17. OPATRŇY, A. *Kde síly v péči o druhé ztrácíme a kde je hledáme* [online]. [cit. 2009-03-25]. Dostupné z: <http://hospice.cz/hospice1/index1.php>.
18. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. (EDS.). *Principy a praxe paliativní péče*. 1. Vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
19. PISTULKOVÁ, A., *Osobnosti českého ošetrovatelství*. Diplomová práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007. 116 s. 24.
20. ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M. *Sestry vzpomínají*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 88 s. ISBN 80-247-1503-1.
21. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 1. Vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.

22. *Standardy hospicové paliativní péče*, 1. Vydání. APHPP Praha, 2007.  
ISBN neuvedeno.
23. STUDENT, J-CH., MÜHLUM A. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. Vydání. Praha: H&H Vyšehradská, s. r. o., 2006. 161 s. ISBN 80-7319-038-9.
24. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. Vydání. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s., ISBN 80-902049-4-5.
25. SVATOŠOVÁ, M. *Milosrdná pravda místo (ne)milosrdné lži* [online]. [cit. 2009-03-25] Dostupné z: <http://hospice.cz/hospice1/index1.php>.
26. ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H. *Sestra, o životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. 1. Vydání. Brno: NCONZO, 2004. 140 s. ISBN 80-7013-407-0.
27. THEOVÁ, A. M. *Paliativní péče a komunikace*. 1. Vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. ISBN 978-80-87029-24-4.
28. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8.
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.
30. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
31. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. A KOL. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
32. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. Přepřacované vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 540 s. + 4 s. přílohy. ISBN 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-Rossově v hospicích**

<b>Barva</b>	<b>Fáze</b>
<b>Černá</b>	<b>Negace, šok, popírání</b>
<b>Červená</b>	<b>Hněv, agrese</b>
<b>Zelená</b>	<b>Smlouvání</b>
<b>Fialová</b>	<b>Deprese</b>
<b>Žlutá</b>	<b>Smíření, akceptace</b>

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 trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na maličkosti, 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 cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“

**Zdroj: 24**

## Příloha 3a Sebereflexe sestry z Hospice Prachatic

### Lidé z Hospice

- 1) Jmenuji se **Marie Lívancová**, je mi 36 let, jsem svobodná, pocházím z Jižních Čech, nyní bydlím v Prachaticích.  
Původně jsem vystudovala SEŠ se zemědělským zaměřením, pak jsem rok pracovala jako ošetrovatelka v domově důchodců, následovalo pomaturitní studium na střední zdravotnické škole, později specializace v geriatrici. Dva roky jsem pracovala jako sestra na interně v NMSKB pod Petřínem, poté 10 let nestátním zdravotnickém zařízení pro seniory v Milevsku.
- 2) V hospici Sv. J. N. Neumanna v Prachaticích pracuji od zahájení jeho provozu, to je od 1. 11. 2005.
- 3) O hospici a vše, co s ním souvisí, jsem se začala zajímat už v době, kdy u nás vznikl první hospic v Červeném Kostelci. Zaujal mne tehdy přístup k nemocnému – respektování jeho originality a do určité míry i jeho vůle a svobody – zkrátka vše, co toto zařízení odlišuješ „zaběhnutých“ ústavních zvyklostí. Po absolvování několika přednášek a kurzu pro sestry pracující v hospici, jsem podnikla dvě stáže: v Hospici 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 hospici) určitě nějak ovlivní každého. Nemůžu říct, že by zásadně změnila můj žebříček hodnot, spíše mě utvrdila v některých názorech a postojích, 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 záchrannou akci hasičů a zdravotníků řidič nepřežil. Tento zážitek se mi nadlouho vryl pod kůži. Vše se odehrálo během několika vteřin a bez jakéhokoliv předchozího varování. Myslela jsem na mrtvého řidiče, že měl jistě „nedoděláno“ spoustu věcí, před chvílí žil a najednou je konec. Časem jsem si uvědomila, že naši pacienti, navzdory utrpení provázející nevyčísitelnou nemotají oproti onomu řidiči a všem náhle zemřelým, výhodu v tom, že dostávají čas dát mnohé záležitosti svého života do pořádku. Nemůžeme pochopit smysl utrpení, ale můžeme využít zbývající čas a tomuto času dát smysl...  
Než jsem nastoupila do hospice, setkala jsem se s názorem, že pro lidi, kteří zažijí na vlastní kůži umírání blízké osoby, je snazší vcítit 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 náhlou smrt. Měla jsem možnost zakusit vše, co provází umírání, od přijetí skutečnosti, že stav už se nezlepší až po samotnou smrt, vyřizování pohřbu, dědictví, atd. To byla moje osobní zkušenost. Kdykoli se setkám s umírajícími, jejich blízkými a pak s pozůstalými, musím se oprostít od vlastní zkušenosti prožívání, protože každý jsme originál a každý stejnou situaci prožíváme po svém. Tato setkání jsou školou pokory, protože mnohdy i přes osobní zkušenost zažívám bezradnost a připadám si jako slon v porcelánu. Nefunguje to jako v reklamě na Coldrex, kdy ten druhý nejlip ví, jak vám je, protože má taky chřipku.
- 5) Tak tady si vypomůžu menším přirovnáním. Určitě je snazší prevence než likvidace následků...  
Mě osobně ke zvýšení „nehořlavosti materiálu“ pomáhá povaha, kterou mi Pán Bůh nadělil. Myslím, že jsem optimisticky laděný realista s tak akorát dlouhými křídly, která mi dovolí povznést se do výšin, ale ne zas tak vysoko, abych nezapomněla přistát pevně nohama na zemi 😊

### Příloha 3b Sebereflexe sestry z Hospice Prachatic

☺ ☺. Určitě je to také rodina, ze které pocházím a se kterou se ráda setkávám. Mám skvělou mamku a dva ženaté bratry. Pokaždé, když opustím Prachatic, zapomenu na hospic, zvláště se synovci a neteří se rázem ocitám v úplně jiném světě. Jsem vděčná za to, že se mám stále kam vracet. Nemůžu zapomenout ani na přátele, přírodu, koníčky a taky na kolegyně a kolegy – v dobrém kolektivu se i těžká práce lépe zvládá. Velkou pomocí je pro mě víra v Boha.

Sama „nehořlavost materiálu“ ještě nezaručí, že nedojde k jeho „vyhoření“. Jsou i vnější okolnosti, které nelze ovlivnit nebo změnit. A tak dlouhodobé působení vysoké teploty může zapříčinit deformaci jinak celkem odolného materiálu, takže pomalu přestává plnit svoji funkci. Nejvíce mi ubírají sílu a chuť některé „zlepšováky“ zdravotnického systému, množství administrativy, jistě dobře míněná zdravotnická dokumentace. Zvláště ve zdravotnictví platí, že co je psáno, to je dáno – ať už kvůli zdrav. pojišťovně nebo kvůli případnému soudnímu sporu s klientem. A tak spoustu času věnuji psaní, odškrtování, razítkování – a času skutečně stráveného s pacientem už mnoho nezbývá. Doprovázení je běh na delší trať a vyžaduje dostatek času, důvěru – a ta se rodí ve vztahu. Bohužel ne vždy jsou tomu nakloněna různá organizační opatření, předpisy atd. Jsem si vědoma toho, že mám svoje hranice a že může nastat okamžik, kdy si budu muset ze zdravotnictví (tedy nejen z hospice) „na chvíli odskočit“. Doufám, že pokud k tomu někdy dojde a já za sebou zavřu pomyslné dveře s nápisem „PŘIJDU HNED“, že to bude skutečně jen na „chvíle“ a že se zase vrátím zpět.

- 6) V hospici máme starší paní, která zpočátku trpěla velkými bolestmi kostí a kloubů, každý pohyb byl pro ni utrpením, bez pomoci se neotočila na lůžku. Paní se časem „vylepšila“, bolesti se zmírnily natolik, že se sama byla schopna pohybovat na vozíku. Jednou „zaparkovala“ u nás na sesterně a dala se s námi do řeči. Byla tam i službukonající lékařka. Paní se ptala doktorky, zda se úplně vyléčí. Ta jí vysvětlila, že se už bohužel nevyléčí, ale že i přesto může prožít něco hezkého a že se může radovat z toho, jak je schopna bez cizí pomoci si přesednout na vozík a pohybovat se po hospici. Paní pokyvovala hlavou a říkala: „To je pravda, to je pravda“. Pak se zeptala, co má tedy dělat. Na to jí paní doktorka odpověděla, aby bojovala tak, jako dosud a že si třeba může říct: „Ať mi ty bolesti vlezou na záda...“ Než to stačila doříct, paní vytřeštila oči a zavolala: „Proboha, jen to ne! Ony už mi na ty záda vlezly a já potřebuju, aby zase pěkně slezly dolů!“ Paní totiž i přes velkou úlevu stále pociťovala bolesti, především v zádech. A tak skončil jeden „terapeutický“ rozhovor.

Nesla jsem pacientovi léky a odměrku s Lactulosou. Pán ukázal na odměrku a povídá: „Na co to je?“ Vysvětlila jsem, že je to sirup proti zácpě. On na to otráveně. „Jé, koho zase zajímá moje h....? Jestlipak se taky někdo zajímá o h..... pana prezidenta!? „Já na to: „to si pište, že zajímá – a možná víc, než o to Vaše...“. Pán se šibalsky zasmál, vzal si „panáka“ s Lactulosou a „kopnul“ ho do sebe. Pak si položil hlavu na polštář, zavřel oči a odevzdaně pronesl: „Děj se vůle boží!“ ...

**Zdroj: archiv Hospice SJNN v Prachaticích**

## Příloha 4a Indikační kritéria k přijetí do hospice



### Indikační kritéria pro přijetí do lůžkového hospice

#### Základní teze

- **Většina chronicky nemocných pacientů** může mít prospěch z **paliativního přístupu** (dobrá 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 stádiích nemoci**.
- Řada pacientů tedy **potřebuje v různé míře paliativní péči**, přesto **nejsou vhodní kandidáti pro hospic**.

#### Základní indikační kritéria 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 rámcově srozuměni.
- B. Onemocnění pacientovi působí vážně tělesné a psychické obtíže
- C. Při obvyklém průběhu nemoci lze očekávat, že má pacient před sebou život v řádu týdnů až několika měsíců
- D. Dostatečnou péči nelze zajistit v domácím prostředí, popř. na lůžku následné 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 automaticky indikací k přijetí do hospice, pokud nesplňuje současně kritéria A, B, C, D*
- Pokročilá stádia onemocnění nervové soustavy s postupným zhoršováním klinického stavu (např. ALS, SM). *Samotná diagnóza ALS nebo SM není automaticky indikací k přijetí do hospice, pokud nesplňuje kritéria A, C, D, E*

## Příloha 4b Indikační kritéria k přijetí do hospice

- Terminální stádia chronických onemocnění srdce, plíce (např. CHOPN, ICHS aj.), ledvin, trávicího traktu a dýchacího traktu. *Indikaci hospicové péče je třeba stanovit na základě konsenzu pacienta, jeho relevantních blízkých, lékaře hospice a příslušného lékaře specialisty. Je třeba výslovně a písemně stanovit roli léčebných postupů, které by u těchto nemocných přicházely v úvahu, ale jejich dostupnost v hospici je omezená (např. přístrojová podpora oběhu, dialýza, plná parenterální výživa, invazivní i neinvazivní mechanická ventilace atd.)*

### **Diagnostické skupiny a klinické stavy, které nepovažujeme za indikované k přijetí do lůžkového hospice**


- Stavy po CMP, traumatech a operacích vyžadující intenzivní rehabilitační léčbu. *Nesplňují kriteria A, C, D - léčba by měla být poskytována doma, popř. v odborných léčebných ústavech*
- Stavy po CMP, traumatech a operacích s ireversibilním poškozením hybnosti vyžadující dlouhodobou ošetrovatelskou péči. *Nesplňují kriteria A, C, D - léčba a péče by měly být poskytovány doma nebo na ošetrovatelských lůžkách, popř. na lůžkách léčebných ústavů charakteru LDN*
- Pacienti v persistentním nebo permanentním vegetativním stavu. *Nesplňují kriteria A, C, D - léčba a péče by měly být poskytovány na lůžkách chronické resuscitační péče, popř. ošetrovatelských lůžkách a lůžkách léčebných ústavů.*
- Pacienti s chronickými interními chorobami, jež bezprostředně neohrožují pacienta na životě (např. ICHS, CHOPN, DM) a neurologickými (např. Alzheimerova demence, Parkinsonova choroba) chorobami vyžadující dlouhodobou ošetrovatelskou péči. *Nesplňují kriteria D, E)- péče a léčba by měly probíhat na lůžkách LDN.*
- Polymorbidní interní a geriatřičtí pacienti, u nichž je však dominantním důvodem ústavní nemocniční léčby problematika sociální. *Nesplňují kriteria A, B, C, D, - léčba a péče by měly být poskytována v zařízeních sociální péče.*

**V případě jakýchkoliv pochybností či nejasností je Vám k dispozici náš lékař, podílející se na schvalování žádosti pro přijetí pacienta do Hospice SJNN Prachatice**

**Tel.: 388 311 727**

Zdroj: archiv Hospice SJNN Prachatice

Příloha 6a – vzor dokumentace

		<h2>Okolnosti smrti pacienta</h2>		Číslo pokoje
Jméno zemřelého		Rodné číslo		Číslo chorobopisu
Adresa bydliště				
Datum a hodina úmrtí		Kdo byl přítomen		Jméno přítomné sestry: Lékař, který vyplnil ohledací list:
Pacient umíral ve fázi:				Jiné mimořádné okolnosti:
při plném vědomí		zcela klidně		
při zastřeném vědomí		mírný neklid		
ve spánku nebo v agónii		výrazný neklid		
zcela bez bolesti		mírné bolesti		
silné bolesti				
Případné vzkazy umírajícího:				
Oblečení pro zemřelého:		Úmrtí bylo oznámeno: (komu z rodiny)		
zajistila rodina		v _____ hod. osobně - telefonicky - telegramem		
poskytl hospic		kým:		
<b>Soupis cenných věcí předaných</b>		<b>pozůstalým</b>		<b>do trezoru</b>
hotovost		předáno dne		Předáno dne
vkladní knížky		předal(a)		předal(a)
šperky – žlutý nebo bílý kov		svědek		svědek
klíče		převzal(a)		převzal(a)
jiné cennosti		číslo OP adresa		číslo OP adresa
<b>Soupis ostatní pozůstalosti</b>				
Sepsal(a)		Předal(a)		Převzal(a)
				Svědek převzetí





**Příloha 7a Foto – Setkání pozůstalých v Hospici Prachatice**



sociální pracovnice hospice (nalevo)



vrchní sestra (uprostřed), sestra (napravo)



všeobecná sestra (2 zleva)

**Příloha 7b Foto – setkání pozůstalých v Hospici Prachatice**



„kniha živých“



končí mše za zemřelé ...

Zdroj: archiv Hospice SJNN Prachatice

*Vážené kolegyně,*  
*jmenuji se Klára Kněžková a jsem studentkou bakalářského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a zároveň jsem jednou z Vás, pracuji v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala „Předpoklady pro práci sester v hospici“. Tímto Vás prosím o pomoc prostřednictvím co nejupřímnějšího vyplnění dotazníku, který máte před sebou. Dotazník je samozřejmě anonymní a výsledky budou využity jen pro potřebu mé práce.*

*Vaše odpovědi prosím zaškrtněte nebo vepište.*

*Upřímně děkuji všem, Klára Kněžková*

**1. Kolik je Vám let?**

- 20 – 34
- 35 – 45
- 46 a více

**2. Jak dlouho v hospici na pozici sestry pracujete?**

- méně než 2 roky
- 2 – 5 roků
- 5 a více roků

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- specializace v oboru (PSS)

**4. Z jakého oddělení (zařízení) jste do hospice přišla/přišel?**

- operační obory (chir., gyn., ORL ...)
- klinické obory (interna, onkologie, dětské ...)
- obory akutní medicíny (ARO, záchranná služba)
- obory následné péče (LDN, DD, ÚSP ...)
- jiné obory (diagnostické obory, RHB ...)
- po ukončení studií

**5. Jaký byl hlavní motiv, který Vás vedl k rozhodnutí pracovat jako sestra v hospici?**

.....  
.....

**6. Myslíte, že důvodem, proč si ostatní sestry vybírají obor hospicové péče je:**

(prosím, očísľujte 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 přivydělat 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

- jiné.....  
.....

**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

- záleží na situaci
- spíše ne, moc si nevěřím

**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 vadí 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 „dobíjíte 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 stále 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 nevléčitelně 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 Vaším kolegyním z ostatních ošetrovatelských oborů.**

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

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