Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Paliativní a hospicová péče z pohledu sestry

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lucie Grausgruberová

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Abrmanová

České Budějovice 2021

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 9.8.2021 ……

Lucie Grausgruberová

Poděkování

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

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

Paliativní a hospicová péče z pohledu sestry

Abstrakt

Teoretická východiska

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

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

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

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

Na základě získaných výsledků je možné říct, že paliativní a hospicová péče se v dnešní době rozrůstá a více se o této problematice ví, avšak zdravotnického personálu, konkrétně všeobecných sester pracujících v tomto odvětví, je stále nedostatek.

Výsledky mohou vést k objasnění rozdílu mezi paliativní a hospicovou péčí pro laickou veřejnost nebo jako pomoc všeobecným sestrám při rozhodování se, zda se věnovat paliativní a hospicové péči.

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

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

Abstract

Theoretical points

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

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

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

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

Based on the results obtained, it is possible to say that palliative and hospice care is only growing nowadays and more is known about this issue, but there is still a shortage of medical staff, specifically general nurses working in this sector.

The results may clarify the difference between palliative and hospice care for the general public or to help general nurses decide whether to pursue palliative and hospice care.

Key words: Paliative care; hospic care; general nurse; dying; death; communication.

Obsah

Úvod 10

1. Současný stav 11

1.1 Paliativní péče 11

1.1.1 Charakteristika paliativní péče 11

1.1.2 Rozdělení paliativní péče 12

1.1.3 Místa poskytování paliativní péče 14

1.2 Hospicová péče 16

1.2.1 Charakteristika hospicové péče 16

1.2.2 Rozdělení hospicové péče 18

1.2.3 Smrt jako součást života 19

1.3 Důstojné umírání 21

1.3.1 Dobrá smrt 23

1.3.2 Etické přístupy v péči o umírající 24

1.3.3 Potřeby umírajících 24

1.3.4 Komunikace s umírajícími 27

1.3.5 Komunikace s pozůstalými 29

1.4 Role sestry v paliativní péči 30

1.5 Role sestry v hospicové péči 34

1.6 Zvládání zátěžových situací 37

1.7 Vztah sestry ke smrti 38

2. Cíle práce a výzkumné otázky 39

2.1 Cíl práce 39

Zjistit znalosti a dovednosti sester v poskytování paliativní a hospicové péči. 39

2.2 Výzkumné otázky 39

3. Metodika 40

3.1 Použité metody 40

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 41

3.3 Charakteristika výzkumného prostředí 41

4. Výsledky výzkumného šetření 42

4.1 Struktura výzkumného vzorku 42

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami 43

5. Diskuse 56
6. Závěr 61
7. Seznam použitých zdrojů 62
8. Seznam příloh 67

Úvod

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

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

Hospicová péče se nejčastěji poskytuje zároveň s péčí paliativní. Péče hospicová však klade důraz spíše na člověka jako takového. Jedná se o holistické pojetí člověka, kdy dochází k neustálému uspokojování základních potřeb nemocného, které též vede ke zkvalitnění života. Důležitý je respekt a úcta k člověku a laskavé jednání s nemocným, a i jeho rodinou. Hospicová péče se nesnaží o vyléčení nemoci, ale o to, aby závěrečná část života těžce nemocného byla maximálně kvalitní. Cílem hospicové péče je důstojné doprovázení umírajícího až do poslední chvíle jeho života.

1. Současný stav

V současné době je hospicová a paliativní péče poměrně aktuální téma, o kterém se začíná více mluvit. Mnoho lidí se nachází v situaci, kdy stojí před rozhodnutím, na koho se obrátit, či kam umístit svého příbuzného, když už mu sami nejsou schopni poskytnout kvalitní, a hlavně potřebnou ošetřovatelskou péči. Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným klientům (většinou v terminálním stádiu) a jejich blízkým účinnou pomoc, když už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného jsou vyčerpány. (Marková,2010).

Hospicová péče se nesnaží o vyléčení nevyléčitelných nemocí, ale o to, aby závěrečná část života nemocného byla maximálně kvalitní. Důležité je, aby klient netrpěl bolestí, aby mu byla poskytnuta kvalitní péče, a to jak fyzická, tak psychická a spirituální. Součástí komplexní hospicové péče je paliativní péče, která se zabývá odstraňováním, či zmírněním jakýchkoli bolestí pacienta (Vorlíček, 2004).

1.1 Paliativní péče

1.1.1 Charakteristika paliativní péče

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

„*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.*“ (American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 2017) (Marková, 2010).

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

Tato péče se využívá v případě, kdy se pacient, lékař i pacientova rodina rozhodnou, že kurativní léčba opravdu nepomáhá (Plakovic,2016). V definicích se hovoří o nemocných, jejichž nemoc nereaguje na běžnou léčbu a kteří trpí postupujícím, pokročilým onemocněním. Paliativní péče a léčba se tedy netýká jen lidí bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu trvání onemocnění, kdy mají být nepřetržitě řešeny všechny potíže spojené s onemocněním. Je velmi důležité zmínit, že podle definice WHO paliativní medicína zahrnuje léčbu a péči nejen o pacienta, ale i o jeho blízké. Tato definice zdůrazňuje, že nemocný a jeho blízcí jsou jednou jednotkou a že pokud je jim péče věnována odděleně, nebo jedné části není poskytována vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči a léčbě (Marková, 2010).

1.1.2 Rozdělení paliativní péče

Nejen v laické společnosti převládá názor, že paliativní péče znamená hospicová péče. To je omyl, který by mohl mít velmi negativní následky na poskytování kvalitní ošetřovatelské péče o všechny umírající, kteří se do hospice z jakýchkoliv důvodů nedostanou. Kvalitní paliativní péči by však měli být schopni poskytovat všichni zdravotníci (Nováková, 2011).

Dle Novákové (2011) by se paliativní péče tedy měla týkat všech umírajících a nevyléčitelně nemocných, a proto také všech zdravotníků.

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

Obecná paliativní péče

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

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

Patří sem především respekt k pacientově samostatnosti, léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny, nebo také doporučení k dalším odborníkům (Plakovic, 2016).

Specializovaná paliativní péče

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

Dle Markové (2011) se mezi zařízení paliativní specializované péče řadí:

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

1.1.3 Místa poskytování paliativní péče

Paliativní péče doma

Z hlediska psychického a sociálního bývá domácí paliativní péče tou nejlepší variantou poskytování jak pro pacienta samotného, tak i pro rodinu a blízké. I výzkumy věnující se problematice umírání potvrzují, že zemřít doma splňuje pro většinu nemocných představu dobré smrti. Pro poskytování paliativní péče doma musí být splněny následující podmínky: Rodina (alespoň jeden její člen) - je třeba, aby byli přítomni ve složitých životních situacích, podporovali svého blízkého nemocného, prožívali s ním momentální situaci, pocity, podíleli se na léčbě a poskytování péče. Avšak díky velmi úzkému kontaktu s rodinou nemocného na samotného zdravotníka, který do rodiny dochází, mnohem silněji dopadá bolest a smutek spojený s úmrtím nemocného (Marková, 2015).

Pro mnoho zdravotníků může být na poskytování domácí paliativní péče a docházení za nemocným a jeho rodinou domů obtížná také skutečnost, že nemají stálou kontrolu nad zdravotním stavem pacienta a přenechávají velkou část zodpovědnosti za pacienta na laicích (Nováková, 2011).

Proto je pro členy týmů domácí paliativní péče o to důležitější se pravidelně scházet, mluvit o své práci, o jednotlivých rodinách a pacientech a umět si říct o podporu ostatních profesionálů v týmu (Marková, 2015).

Paliativní péče v nemocnici

Nelze popsat umírání v nemocnici jako fenomén, neboť v současné době transformace českého zdravotnictví, jsme svědky značných rozdílů v kvalitě ošetřovatelské péče, která je poskytována v jednotlivých zdravotnických zařízeních (Marková, 2010).

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

Faktory ovlivňující paliativní péči v nemocnici:

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

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

Paliativní péče v lůžkových hospicích

Hospice se řadí mezi zdravotně sociální zařízení. To znamená, že je v nich vedle péče zdravotnické poskytováno také sociální poradenství a pomoc, a to nejen hospitalizovaným nemocným a jejich rodinám, ale také pozůstalým a dalším potřebným v souvislosti s umíráním a smrtí jejich blízkých (Marková, 2010).

Marková (2010) uvádí, že ne každý nemocný v hospici umírá. Zhruba třetina hospitalizovaných se po upravení léčby, při zlepšení zdravotního stavu nebo při upravení podmínek umožňujících domácí ošetřování vrací do domácí péče.

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

1.2 Hospicová péče

1.2.1 Charakteristika hospicové péče

Hospicová péče je často spojována s péčí paliativní. Ano, hospicová a paliativní péče jdou spolu ruku v ruce, jedna bez druhé by nemohla fungovat. Avšak jednotlivě se jedná o dva rozdílné pojmy. Hospicová péče se poskytuje pacientům na konci jejich života. Jedná se o pacienty nejčastěji nevyléčitelně nemocné v terminálním stádiu, kdy běžná léčebná péče nevede ke zlepšení zdravotního stavu pacienta (Slezáková a kol., 2007).

Poté, co lékařský tým společně s pacientem samotným a jeho rodinou zhodnotí, že kurativní léčba již nemá dále smysl, přichází na řadu péče paliativní, která je uvedena již v předešlé kapitole. Pro krátké zopakování, paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy spojenými s nevyléčitelným onemocněním. Cílem je ne pacienta vyléčit, ale dopřát dotyčnému co nejkvalitnější prožití posledního stádia jeho života, tlumit, či úplně odstranit bolesti a zmírnit příznaky spojené s onemocněním (Dragomirecká et al., 2015).

Indikace pro přijetí do hospicové péče je velice důležitá. Kdyby byl hospic otevřený pro všechny, bylo by v něm stále plno jen díky tomu, jak krásně a prakticky jsou hospice vybaveny. Proto se stanovily podmínky, které nemocný musí splňovat, aby mu byla poskytována hospicová péče. Mezi základní indikace pro přijetí do hospice patří: zdravotní stav nemocného, který se vlivem postupující nemoci zhoršuje a ohrožuje tak nemocného na životě, nemocný potřebuje paliativní péči pro svou úlevu a nepotřebuje přitom léčbu a v neposlední řadě nemocnému nestačí nebo pro něj není možná péče v domácích podmínkách. Hlavním cílem, kterého chce hospicová péče dosáhnout, je zkvalitnit pacientův zbývající život na co nejvyšší úroveň a zbavit jej všech obtěžujících příznaků, které ho trápí (Svatošová, 2011).

Podle Svatošové (2011) je cílem hospicové péče dosáhnout důstojného a klidného umírání. Je důležité si uvědomit, že nejdůležitějším prvkem pro umírajícího je komunikace. Nemocnému nikdy nesmíme slíbit to, co nemůžeme splnit. Naopak můžeme slíbit tři základní věci: nemocný nebude trpět nesnesitelnými bolestmi, vždy bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích svého života nezůstane sám.

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

Členy hospicového týmu jsou lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník a duchovní, popř. pastorační asistent. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci hospicové a paliativní péče může být dále psycholog/psychoterapeut, fyzioterapeut, nutriční specialista a aktivizační pracovník (Arnoldová,2016).

- O činnostech hospicového týmu vedou všechny profese dokumentaci
- V zařízení hospicové péče se předpokládá 24hodinová dostupnost zdravotnických členů týmu (lékaře a zdravotní sestry)
- Dostupnost ostatních členů týmů je zajištěna dle individuálních potřeb pacienta
- Hospicový tým zajišťuje kontinuitu a koordinaci péče ve spolupráci s jinými ošetřujícími lékaři (např. praktickým lékařem), zvláště při potřebě změny místa

poskytování péče (propuštění pacienta z nemocnice domů, nutnost hospitalizace, řešení sociální péče apod.)

- V rámci domácí hospicové a paliativní péče tým spolupracuje s pečujícími osobami – laiky.

- Nedílnou součástí práce týmu je dobrá komunikace s pacientem, jeho rodinou, ostatními pečujícími či jinými službami podílejícími se na péči (Arnoldová, 2016).

1.2.2 Rozdělení hospicové péče

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

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

Lůžkový hospic – je to speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům s nevyléčitelným onemocněním a jeho blízkým, především v terminální fázi onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou domácí atmosféru, maximální soukromí pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice (Dragomirecká a kol., 2015).

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

Hospicová paliativní péče je poskytována v prostředí a místě, které v maximální míře odpovídá pacientově přání a potřebám (Vytejčková et al.,2013).

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

1.2.3 Smrt jako součást života

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

Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

Proslulá psychiatrička a spoluzakladatelka hospicového hnutí významným způsobem převratně změnila způsob nahlížení na smrt a umírání, zbavila smrt mýtů, nabídla nový přístup nejen k ní a k umírání, ale především změnila přístup k samotným umírajícím. Popsala a rozdělila rozsáhlý proces umírání do pěti stádií (Kübler-Ross, 2012).

- 1. stádium – popírání + izolace – šok, otřes, snaha zotavit se z první reakce na právě získanou informaci o terminální povaze onemocnění, kdy pacient nebyl zcela připravený přijmout tuto informaci.
- 2. stádium – zlost - reakce v návaznosti na nově nabitou informaci o svém zdravotním stavu, neschopnost smířit se s realitou. Stav, kdy nemocný "kope" kolem sebe, obviňuje všechny okolo (lékaře, zdravotnický personál). Objevuje se poměrně často otázka *„Proč zrovna já?“*.

- 3. stádium – smlouvání – úhybný manévr před skutečností je "odměna za dobré chování" a následná možnost splněného přání, uzavírání smlouvy s bohem.

- 4. stádium – deprese – pocit velké ztráty. Nemocný se může uzavírat sám do sebe s vlastními myšlenkami a propadat depresím na základně momentální situace v souvislosti se zjištěnou nepříznivou prognózou. Empatickým a citlivým přístupem lze bezpečně odhalit příčiny deprese, částečně zmírnit nerealistické pocity studu a viny. Přirozené je respektovat prožívání deprese a nezlehčovat ji.

- 5. stádium – akceptace – v mnoha případech potřebují podporu spíše příbuzní nemocného než sám nemocný. Pacient přechází v tomto stádiu do fáze smíření. Jsou ale pacienti, kteří této fáze nedosáhnou. *„Jsou pacienti, kteří bojují až do úplného konce, kteří zápasí a neustále v sobě živí naději, takže je téměř nemožné, aby dosáhli stádia akceptace. Jsou to ti pacienti, kteří jednoho dne řeknou – už prostě nemůžu dál."* (Kübler-Ross, 2012).

Dle Svatošové (2011) umírání dělíme na jednotlivá období:

Období prae finem, takzvaná doba před koncem, kdy se nemocný dozvídá o vážnosti své diagnózy, která může vést ke smrti. V této fázi má nemocný prostor nad svou situací přemýšlet a popřípadě vyhledat pomoc druhých lidí, např. psychologa či osobu jemu blízkou.

Období in finem, takzvané vlastní umírání, je terminální stav nemoci. Je zde individuální časové rozmezí, tím pádem i individuální přístup k nemocnému.

Období post finem je poslední období, období po smrti. V této fázi je zahrnuta závěrečná péče o mrtvé tělo a součástí je i péče o pozůstalé osoby.

Díky pokroku medicíny se postupem času snížil počet úmrtí. Na počátku 20. stolení umírali lidé na banální choroby a smrt byla brána opravdu jako součást každodenního života. V minulosti se lidé se smrtí dokázali vyrovnat tak, aby smrt co nejméně zasáhla city pozůstalých. Důležitou roli hrály také rituály, které měla společnost v souvislosti se smrtí vytvořené. Dnes na tyto rituály a zvyklosti zapomínáme, což vede mnohdy k tomu, že si sami působíme větší psychickou újmu. V dnešní době je pro mnoho lidí smrt něco nepředstavitelného. Něco, co by se dít nemělo a z čeho má plno lidí velký

strach. Většina lidí mnohdy nemá ani sebemenší zkušenosti se smrtí a před tématem o smrti raději zavírají dveře. Lidé si často myslí, že když se zmíní o smrti, nemocného tím akorát rozruší či rozesmutní. Mnozí mají strach, že při konverzaci o smrti blízkého, či kohokoliv jiného, by nemocného rozplakali, či že sami propuknou v pláč (Marková, 2010).

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

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

1.3 Důstojné umírání

Důstojnost je pojem, který je nejčastěji spojován s lidmi starými, dementními, handicapovanými a umírajícími. Respektovat a chránit důstojnost smrtelně nemocných a umírajících by měla být brána jako samozřejmost v každodenní praxi. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání (Heřmanová a kol., 2012).

Faktory ovlivňující důstojné umírání dle Heřmanové a kol. (2012)

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

- Chybějící nebo nevhodné sociální prostředí umožňující pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.

- Nedostatečná dostupnost prostředků a zdrojů pro péči o nemocného a jeho podporu.

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

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

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

1.3.1 Dobrá smrt

Pod pojmem dobrá smrt si každý představíme něco jiného. Se smrtí se setkáváme ve zprávách, hororech, filmech či výstavách jako je například „Bodies“ a vypadá to, jako by se společnost snažila tím vším smrt banalizovat (Ondračka, 2010). Termín „dobrá či šťastná smrt“ byl v 17. a 18. století poměrně často užívaný, vyskytoval se nejen v náboženské naučné literatuře, dobrá smrt měla i své nebeské patrony a ochránce. Správné úmrtí bylo považováno za umění. Bylo problematické tím, že každý se se smrtí setkal pouze jednou jedinkrát, tudíž nikdo neměl tu možnost opakovat tento proces a naučit se tak toto umění z vlastní zkušenosti. Dobrá smrt byla přitom velmi důležitá, znamenalo to, že mohla napomoci duši při přechodu do věčného života (Mikulec,2013).

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

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

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

„Na povolání se připravujeme často i mnohaletým studiem. Na manželství se stejně zodpovědně připravují jen někteří. Když se to napoprvé nevydaří, zkusí to na druhý pokus. Na smrt bychom se měli včas a velmi pečlivě připravit“ (Svatošová, 2011)

1.3.2 Etické přístupy v péči o umírající

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

Dle Timothyho (2014) nejčastěji dochází k:

- bagatelizaci nemoci a bolestí umírajícího a tím pádem nedostatečnému tišení bolesti
- bodávání nadměrných dávek sedativ a jiných léků, které způsobují celkový útlum nemocného
- nedostatečnému poskytování péče o umírajícího kvůli nedostatku času a nedostatku personálu
- neschopnosti personálu komunikovat s umírajícím (neumí to, bojí se)
- nevhodným hovorům u klienta s poruchou vědomí (člověk v bezvědomí, zmatená osoba)
- neposkytování některých úkonů v péči z důvodu, že to již není třeba, protože *„stejně brzy zemře, je to zbytečné“*
- propagování eutanazie
- nedostatečné úctě při manipulaci a zacházením s umírajícím a zemřelým tělem

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

1.3.3 Potřeby umírajících

Potřebou se rozumí projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je pro život člověka žádoucí. Je tím, co lidská bytost bezpodmínečně potřebuje k životu i vlastnímu vývoji. Případně podněcuje k vyhledávání životně důležité podmínky či naopak, jeví-li se tato podmínka pro lidský život nepříznivá (Trachtová, Fojtová, Mastiliaková, 2004).

Každý má své individuální potřeby. Základní potřeby se neliší, ovšem individuální potřeby každého z nás se s nemocí mohou měnit nebo u některých se zvyšuje jejich potřeba. S ohledem na skutečnost, že každý lidský jedinec je individualitou, v každé oblasti své osobnosti, není možné potřeby či problémy nemocných (ani umírajících) jednoznačně zevšeobecňovat (Špatenková, 2014).

Aniž by bylo pokaždé nezbytně nutné se do procesu saturace potřeb vědomě zapojit, probíhá neustále v průběhu celého života. V nemoci i ve stáří se jejich důležitost i význam ve vztahu ke zdraví zvyšuje i přesto, že jsou převážně pociťovány jako nutnost (vyprazdňování, spánek, jídlo či dýchání) (Přibyl, 2015).

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

Dle Malíkové (2020) se do základních potřeb řadí potřeby:

- biologické
- psychologické a emocionální
- sociální
- spirituální

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

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

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

Klíčovou rolí sestry jako nejbližší, pečující osoby umírajícího – člověka v terminálním stádiu nemoci – je saturace jeho potřeb, dle naléhavosti, s přihlédnutím na jeho vlastní preference v určování pořadí (Špatenková, 2014).

Žádoucí je zaměřit se nejen na potřeby biologické, jež jsou zpravidla velmi dobře saturovány, ale především na potřeby psychické a sociální (Svatošová,2005).

V blízkém kontaktu se smrtí a umíráním do popředí vystupují tzv. potřeby vyšší (psychosociální, kulturní, spirituální). Naopak uspokojení potřeb primárních (biologických) svou naléhavost ztrácí přesto, že bývají právě tyto potřeby umírajících zdravotníky upřednostňovány, a právě pro ně bývají ty vyšší zanedbávány (Špatenková, 2014).

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

Paliativní péče si zakládá na neomezeném kontaktu s blízkými lidmi. Paliativní péče úmrtím nemocného nekončí, podpora pozůstalých po smrti nemocného a v době truchlení je samozřejmostí a také hlavně součástí poskytování paliativní péče. Stejně tak pomoc s uspořádáním osobních záležitostí a oficialit spojených s vyřizováním pohřbu (Kalvach, 2010).

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

1.3.4 Komunikace s umírajícími

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

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

Komunikace by měla být empatická a otevřená. Pacient by měl mít pocit, že není sám. Že se na rodinu i na zdravotnický personál může kdykoliv s čímkoliv obrátit. Měl by se uvolnit a cítit se v bezpečí. Komunikace probíhá jak verbálně, tak neverbálně. Z našeho postoje, výrazů a gest může pacient mnohé vyčíst. Proto je důležité si dávat pozor i na tento typ komunikace, aby pacient nenabyl nesprávného dojmu, že se o něj nezajímáme, že je nám lhostejná jeho momentální situace apod. Velmi důležitou roli hraje umění naslouchat. Zdravotnický personál, zejména sestra, by toto měla ovládat. Není to o tom pouze poslouchat, co pacient říká, ale umět na to reagovat, vcítit se do pacientovy situace, řešit s ním jeho problémy, dokázat poskytnout radu, nabídnout mu pomocnou ruku, čímž dá nemocnému najevo, že je tam s ním a opravdu ho poslouchá. Nemocný by měl mít dostatek času na vyrovnání se se svým zdravotním stavem a nepříznivou prognózou. Správně by si měl projít vlastním procesem truchlení. Komunikace je důležitou součástí, ale ne vždy je přímo vyžadována. Mnohdy si pacient přeje být sám a nezatěžovat svými problémy okolí. Např. při sdělení diagnózy nevyléčitelného onemocnění je dosti časté, že si přeje být sám, aby si vše dostatečně urovnal a promyslel, jak naloží s touto nově nabitou informací. Pro nemocného může být totiž mnohem jednodušší, když vše prožije sám bez přítomnosti svých blízkých a ve správný

čas odejde sám. (Kübler-Rossová, 2012). Proto se tedy pacientovi nevnucujeme, nenutíme ho ke komunikaci o této problematice a plně respektujeme jeho soukromí a rozhodnutí (Marková, 2010).

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

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

Terapeutická komunikace

Terapeutickou komunikací se rozumí vědomé, záměrné a účelové užívání verbálních i neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi sestrou a pacientem. V první fázi je cílem zjistit pacientovy problémy, obavy, pocity a starosti. Ve fázi druhé může být již nezbytné zajistit profesionální intervenci (O'Connor, Aranda, 2005).

Podle Plevové a kol. (2019) má efektivita komunikace ze strany zdravotnického personálu dalekosáhlý dopad na pacienta či jeho rodinu. Odborník může svou komunikací podstatně ovlivnit psychické zdraví a pohodu pacienta.

Terapeutickou komunikaci může využívat jak sám pacient, tak i jeho rodina. Mezi klíčové techniky terapeutické komunikace se dle Plevové a kol. (2019) řadí aktivní naslouchání, asertivita, objasnění, řešení konfliktu, humor, vyjednávání, ticho a sumarizace.

1.3.5 Komunikace s pozůstalými

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

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

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

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

1.4 Role sestry v paliativní péči

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

Důležitou součástí paliativní péče je i spolupráce s rodinou pacienta. Jak bylo již definováno, kvalitní paliativní péče je poskytována tehdy, je-li pozornost věnována jak pacientovi, tak i jeho rodině. Sestra ve své práci musí respektovat čtyři základní prvky ošetřovatelství. Jsou jimi péče o zdraví, předcházení nemocem, zlepšování zdravotního stavu a tišení bolesti. (Venglářová, 2011).

Empatie

Termín empatie je řeckého původu a objevuje se hlavně v literatuře psychologické a zdravotnické. Dle Hartla a Hartlové (2008) se pojmem empatie rozumí jako *„schopnost vcítit se do pocitů myšlení a jednání druhých“*. Jedná se o jakési ztotožnění s tím, jak vše vidí, slyší a vnímají druzí lidé. Empatie je schopnost, kterou má v sobě každý, jen u každého se projevuje jinak. Jde o kognitivní schopnost, tedy schopnost poznávat, porozumět a pochopit důvod, příčinu a účel jednání druhých a pochopit, oč tím jednáním usilují. Empatie též úzce souvisí se schopností naslouchat a správně vykládat, co si člověk myslí.

Dle Zacharové (2011) bývá pojem empatie definován jako *„schopnost sestry pochopit stav a pocity pacienta a oznamovat mu, že mu rozumí.“* Ošetřovatelství v dnešní době považuje pacienta za holistickou bytost, to znamená, že svou pozornost orientuje na člověka jako takového, na jeho bio-psycho-sociální stránky v celém komplexu. Nejedná se pouze o pochopení nemoci a problémů, které jsou s ní spojené. Nestačí se jen vcítit do citového stavu pacienta, to není pravá empatie. Je třeba pochopit situaci komplexně,

uvažovat o ní, umět reagovat na potřeby pacienta, přemýšlet o tom, co pacientovi říct, jak, kdy a kde mu to říct.

V ošetřovatelské literatuře se můžeme setkat s tím, že schopnost empaticky reagovat může být jeden z faktorů, jak zlepšit vztah mezi sestrou a pacientem. Empatie je tak mnohdy považována za jeden z nejtěžší, ale zároveň nejdůležitějších faktorů, který působí a ovlivňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem (Kristová, 2009).

Dle Zacharové (2016) se do tohoto přístupu k pacientovi řadí vcítění se do pacientova duševního stavu, poznání a pochopení pacientova prožívání, mít pozitivní vztah k pacientovi, sounáležitost s pacientem a pozitivní naladění. Empatická sestra neomezuje, ale ulehčuje pacientovi vyjádření svých pocitů, aby mohla lépe pochopit pacientův emoční stav. Sestra by tyto pocity měla chápat, ne prožívat. Mezi empatií a soucitem je velmi tenká hranice a ten by mohl sestru negativně ovlivnit.

V souvislosti s komunikací můžeme empatii chápat jako zvnitřnělé informační propojení mezi člověkem a člověkem. Uplatnění empatie v práci sestry by se mělo stát základem pro kvalitnější vztah mezi sestrou a pacientem a mělo by vést k porozumění a vzájemnému pochopení. Sestra, která je schopna empatie, působí na pacienta pozitivně v mnoha ohledech. Zvláště v paliativní péči má pacient zvýšenou potřebu pocitu jistoty a bezpečí. Sestra využívající empatii je schopna pacientovi tuto jistotu poskytnout. Poskytuje citovou pomoct a oporu, pocit spoluúčasti, rozezná pacientovy psychické potřeby a na základě toho ví, co pro něj může udělat. Rozumí odchylkám v chování pacienta a umí díky tomu zvolit nejlepší přístup k němu. Věnuje pozornost subjektivním pocitům pacienta, jako např. bolest, strach, úzkost. Chápe životní situaci, ve které se pacient nachází a pomáhá mu zmírnit tíhu problémů s tím spojených (Zacharová, 20016).

Když pacient hovoří se sestrou, ne vždy dokáže sdělit vše, co cítí. Potřebuje mít proto jistotu, že sestra reaguje na prožívání pacienta, na jeho prosby a dotazy. Chce se ujistit, že sestra je tu pro něj, že naslouchá a chce pomoci (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Bolest

Společnost pro studium a léčbu bolesti (IASP – International Association for the Study of Pain) definuje pojem bolest jako *„nepříjemný, senzorický a emocionální zážitek, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takovéhoto poškození.“*

Bolest je nepříjemný zážitek, subjektivní pocit, často provázený obavami a strachem o vlastní zdraví (Sláma, 2012).

Prováděné výzkumy dokazují, že bolest se objevuje u 30-40 % případů v počáteční fázi a 60-90 % ve fázi terminální. Bolest se však odvíjí podle typu onemocnění (Křivohlavý, 2002).

Největším problémem při léčbě bolesti je dle Margaret O´Connor (2005) nedostačující léčba. Může se odvíjet od různých příčin. Vina může být jak na straně zdravotníků, tak na straně pacienta a v některých případech tak i jeho rodiny.

Dle odborné literatury, pokud je vina na straně zdravotníků, je příčinou nedostatečného tišení bolesti nedostačující znalost hodnocení a léčby bolesti. Proto je třeba znát příznaky nynějšího onemocnění pacienta, vědět indikaci podávaných léků, znát jejich efekt a nežádoucí účinky. Pokud je vina na straně pacienta, může to být způsobeno strachem, že se jejich zdravotní stav zhoršil. Pacient může bolest zatajovat, a to i proto, aby se necítil jako “problémový“ pacient a bolesti raději v tichosti přetrpí. V tuto chvíli je na místě efektivní komunikace jak s pacientem, tak jeho rodinou (O'Connor 2005).

Sestra by měla získat veškeré informace o bolesti nemocného a o tom, jakým způsobem dává pacient bolest najevo. Vše by mělo být zapsáno do dokumentace. V průběhu péče by si sestra měla všímat všech pacientových projevů, které můžou značit bolesti. Pro zhodnocení bolesti se nejčastěji využívá VAS neboli vizuální analogová škála bolesti, na které se bolest hodnotí na stupnici od 0 do 10. Na číslo na stupnici je nejjednodušší se pacienta přímo zeptat, jakou intenzitou bolest hodnotí, avšak pokud není možné se pacienta zeptat, je tedy opravdu nutné sledovat projevy bolesti (výrazy v obličeji, pláč, grimasy, pohyby těla) (Vorlíček, 2013).

Kromě podávání léků různými způsoby, sledování jejich účinku a zaznamenávání do dokumentace může sestra také pomoci pacientovi využitím jiných metod. Jako jinou

metodu může například použít odvedení pozornosti jinými činnostmi, intervence teplem nebo chladem nebo také dialogem (Plevová, 2011).

Komunikace

V paliativní péči je efektivní komunikace nezbytný nástroj. Aby pacienti a jejich rodiny mohli rozhodovat o své péči, potřebují k tomu odborné rady zdravotnického personálu, které jim pomohou v rozhodování. Jedná se o možnosti léčby, prognózu onemocnění a o vedlejší účinky léčby. K efektivní komunikaci jsou třeba znalosti. Tím se rozumí jak komunikační dovednosti, tak je třeba, aby sestra znala pravděpodobné příčiny pacientových problém a aby byla schopna odhadnout pacientovy skryté problémy a obavy (O'Connor, Aranda, 2005).

Zjištění pacientových hlavních problémů a pocitů je podle Debnath (2010) jedním z faktorů, jak umožnit efektivní komunikaci. Dále také pomoc při sdělování i přijímání špatných zpráv, spolupráce při rozhodování o léčbě a sledování nepříznivých reakcí pacienta, ať už tělesných či psychických.

Nedostatečné vzdělání, dovednosti a nedostatek času komunikaci komplikují v mnoha zdravotnických zařízeních. Komunikace mezi sestrou a pacientem bývá poměrně často náhodná, jen pro daný případ, kvůli určité věci, za daným účelem, čímž postrádá jakýkoliv smysl. Vzdělání sester se příliš nezabývá rozvojem znalostí a dovedností, které jsou nutné pro péči o pacienty v psychickém stresu způsobeném náročnou životní situací. Proto většina sester musí získat komunikační dovednosti až v prostředí, kde je komunikace s takovými pacienty nutná, metodou pokus omyl (O'Connor, Aranda, 2005).

1.5 Role sestry v hospicové péči

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

Všeobecná sestra jako součást multidisciplinárního týmu má několik důležitých úkolů v péči o umírajícího. Kromě uspokojování základních biologických potřeb musí umět umírajícího podpořit a ujistit ho, že ani v této těžké době není sám (Kalvach,2010).

Sestra je v ošetřovatelském a edukačním procesu hlavním koordinátorem. Sleduje všechny pacientovy potřeby a rozhoduje o možnostech, jak tyto potřeby naplnit a maximálně tak zkvalitnit pacientovy poslední chvíle života. Nejdůležitějším aspektem péče je komunikace s pacientem a jeho rodinou. Sestra by měla umět využít otevřenosti pacienta a promluvit si o jeho nynější situaci, umět reagovat na pacientovy dotazy ohledně onemocnění a blížícího se konce. V případě, že pacient není sdílný, nechce se svěřovat nikomu, ani své rodině, není v dobré náladě a mnohdy ani nestojí o návštěvu zdravotnického pracovníka, tak se sestra zachová adekvátně situaci a pacienta do ničeho nenutí. Pouze se ujistí, že je vše v pořádku, a pacienta nechá v klidu odpočívat (Burda, Šolcová, 2016).

Na samém začátku péče o nemocného je v hospicové péči cílem sestry udržet soběstačnost nemocného co nejdelší možnou dobu. Postupem času u nemocného dochází ke ztrátě soběstačnosti vlivem zhoršující se nemoci. Tato doba je u každého jiná. Proto je péče poskytována každému individuálně. Pokud již začne u nemocného docházet ke ztrátě životních funkcí, v této fázi sestra nepřerušuje ošetřovatelskou péči, pouze ji zmírní natolik, aby zcela minimálně či vůbec nezatěžovala nemocného (Svatošová, 2011).

Komunikace

Efektivní komunikace může zlepšit spokojenost pacienta, umožňuje kontrolu bolesti, tvoří důvěru a vztah a je podporou pro pacienta (Debnath, 2010).

Ať již komunikace probíhá jakýmkoliv způsobem, komunikující zdravotník by měl být schopen efektivně vyjádřit své myšlenky, protože pacienti i jejich blízcí jsou na informacích od zdravotnického personálu závislí (Payne, Seymour, Ingleton, 2007).

Pokud chce sestra navázat dobrý kontakt s pacientem i jeho blízkými, musí být na její straně opravdový zájem. Protože jinak není možné vytvořit prostor pro další kvalitní a efektivní komunikaci (Marková, 2010).

Sestra by měla být schopna přizpůsobit své komunikační dovednosti jednotlivcům i situacím. Měla by si být vědoma překážek komunikace a umět je překonávat (Debnath, 2010).

Pacienti v paliativní péči od zdravotníků neočekávají pouze to, že budou mít pod kontrolou příznaky jejich nemoci, očekávají od nich i psychickou a emoční podporu jak jich samotných, tak jejich rodiny, a to prostřednictvím dobré a účelné komunikace (Payne, Seymour, Ingleton, 2007).

Někdy nastanou situace, které se zdají bez jediného východiska. Potom jsou zdravotníci často ti jediní, kteří s nemocným pravdivě a bez marného utěšování komunikují (Marková, 2010).

Sestra by měla být samostatná, výkonná, měla by se umět rozhodnout a pohotově reagovat v různých ne příliš lehkých situacích. Péči zajišťuje jak osobní návštěvou u pacientů, tak telefonicky. Spolupracuje s lékařem, plní jeho ordinace a pokud je třeba, komunikuje a předává informace i jiným odborníkům multidisciplinárního týmu (Staňková,2002).

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

Podle Staňkové (2002) zaujímají sestry základní role, mezi které patří:

- sestra – pečovatel (uspokojování základních potřeb pacienta, zjištění ošetřovatelských problémů a samostatná péče o pacienta během pravidelné návštěvy)
- sestra – edukátor nemocného a jeho rodiny (poučení nemocného a rodiny, např. k předcházení komplikacím, k nácviku praktických dovedností usnadňující soběstačnost pacienta)
- sestra – obhájce nemocného (sestra jako mluvčí, kdy pacient nedokáže samostatně projevit své potřeby, zajišťuje pacientovi pocit bezpečí a jistoty)
- sestra – koordinátor (aktivně spolupracuje se zdravotnickým týmem a rodinou nemocného)
- sestra – asistent (provádí diagnostickou a terapeutickou lékařskou péči) apod.

1.6 Zvládání zátěžových situací

Zátěžové situace jsou náročné životní situace, se kterými se člověk musí vyrovnávat a které mohou mít na jeho zdraví a psychiku různý dopad. Tvoří však nezbytnou součást života. Nebezpečí je však v jejich intenzitě a kumulaci v krátkém časovém úseku (Paulík, 2017).

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

Dle Evangelu (2013) jsou jako nejčastěji uváděné zátěžové situace úmrtí partnera, rozvod a úmrtí blízkého člověka.

Každý člověk se se zátěžovými situacemi vyrovnává jinak. Každý jsme jiné povahy, jiného charakteru, všichni jsme zcela odlišní. Nejčastější způsob, jak se vyrovnat se zátěžovou situací, jsou tzv. obranné mechanismy, kdy se člověk snaží "oklamat" sám sebe a transformuje informace tak, aby byly pro něj snesitelné. Jejich používání je většinou nevědomé. Nemění situaci, mění pouze vnímání dané situace. Patří mezi ně potlačení, vytěsnění, racionalizace (vysvětlení, omlouvání) a únik (fyzický – např. k návykovým látkám, do nemoci atd.) (Evangelu, 2013).

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

1.7 Vztah sestry ke smrti

Vztah ke smrti není odjakživa daný. Jako malé děti jsme se všichni jistě smrti báli. Nechtěli jsme o ni vůbec slyšet a bylo naprosto nepředstavitelné, že by jednou měla potkat i nás a naše blízké. Bylo to něco zlého a nepřijatelného (Marková, 2010).

Dle Zurka (2014) až s postupujícím věkem a životními zkušenostmi si každý z nás utvoří jakýsi vztah ke smrti. A nemusí být vždy jen pozitivní. Někteří mají vztah ke smrti celý život stejný od dítěte až do dospělosti. Zde hrají velmi důležitou roli rodiče. Jaký vztah ke smrti mají oni a co předávají svým dětem v tom nejdůležitějším věku, kdy se učí a začínají vnímat věci reálně tak, jak jsou.

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

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

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

2. Cíle práce a výzkumné otázky

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

2.1 Cíl práce

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

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou zásady pro poskytování paliativní a hospicové péče?

2. Jaké osobnostní rysy by měla mít sestra poskytující paliativní a hospicovou péči?

3. Jaké znalosti a dovednosti má sestra v poskytování paliativní péče?

4. Jaké zkušenosti má sestra s poskytováním paliativní a hospicové péče?

3. Metodika

3.1 Použité metody

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

Rozhovor se sestrami se skládal z 19 otázek. Některé sestry rozhovor odmítly i formou on-line videohovorem, proto jim byly otázky po dohodě zaslány na e-mail a odpovědi byly tedy zaslány v písemné formě. Dvěma sestrám byly otázky položeny prostřednictvím telefonního hovoru a odpovědi byly nahrávány na diktafon se souhlasem dotazovaných. Po zpracování všech sebraných dat z rozhovoru byly odpovědi, které sloužily čistě pro účely této práce, smazány. Získaná data byla zpracovávána metodou otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“, čímž byly informace roztříděny do 6 kategorií a 9 podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

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

3.3 Charakteristika výzkumného prostředí

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

4. Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného vzorku

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

Tabulka 1: Identifikační údaje všeobecných sester

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

VS = Všeobecná sestra

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

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami

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

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

Kategorie 1: Dovednosti sestry

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

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

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

Kategorie 2: Práce v hospici

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

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

Kategorie 3: Paliativní a hospicová péče

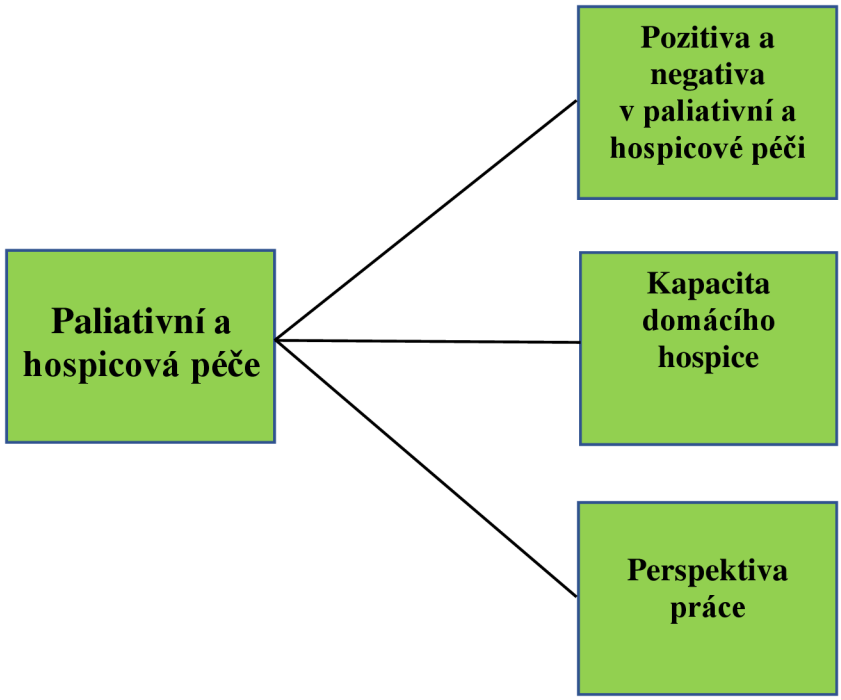

Schéma 1: Paliativní a hospicová péče

Podkategorie: Pozitiva a negativa v paliativní a hospicové péči

Na otázku, která se vztahuje k této podkategorii a je obsažena ve schématu č.1, co všeobecné sestry na této práci nejvíce baví a naplňuje, VS1 odpověděla: *„Snažíme se o to, aby se člověk dobře a bez problémů narodil a za to samé považuji, aby člověk hezky umřel, to je cílem.“* O toto se snaží. Nejvíce jí ale na této práci baví, že může lidem pomoct, aby nemuseli umírat v nemocnici. *„Já jsem maturovala ještě za totality a v nemocnici to opravdu byla smrt za plentou v osamocení. Lidem se píchnul morfin, zavřely se dveře a jen se chodilo kontrolovat. Smrt se hodně vytěsňovala.“* Pro VS2 je to pocit, že může umírajícímu a jeho rodině splnit jejich poslední přání. *„Být jim nablízku. Sledovat například, jak z člověka, který je absolutně nesmířen, někdy i slovně agresivní, se stane někdo, kdo je dobrosrdečný, smířený a umírá s úsměvem na tváři.“* Pro VS2 je to velmi naplňující práce, která má obrovský smysl. *„Někdy se s rodinou smějeme a vtipkujeme. Rodina začne odkrývat svá tajemství. Můžete rodině pomoci vyřešit jejich trápení.“* Navazování vztahů, ale i odborná péče. VS2 dodává, že díky této

práci si člověk hodně uvědomí a začne pracovat také sám na sobě, aby byl lepším člověkem. VS3 na této práci nejvíce baví různorodost, práce jak s umírajícím, tak s jeho rodinou. Být u toho a pomoct důstojně a v klidu zemřít, bez bolesti, bez smutku a úsměvem na tváři. Pro VS4 je příjemné, že díky nám se klienti cítí v bezpečí, cítí podporu a to, že na nic nejsou sami. *„Chytnou umírajícího za ruku a ujistit ho, že není sám. Díky nám si umírající uvědomuje, že je pro nás důležitý a díky němu si i my uvědomujeme, že jsme důležité pro něj. Tím pádem i to, že naše práce má opravdu smysl.“* VS5 nejvíce baví a naplňuje pomoc v nejtěžších momentech života, pozitivní odezva od klientů a jejich rodin. Vděčnost, navazování blízkých a upřímných vztahů, které trvají mnohdy i po ukončení péče o umírajícího.

Na otázku, co je naopak nejtěžší na této práci, VS1 odpověděla to, že pracuje s umírajícími. Pocit, že je nemůže zachránit. *„Já jako zdravotní sestra, je mým posláním pomáhat lidem k uzdravení. Ale tady jim nepomáhám k uzdravení, tady jim pomáhám k dobré smrti.“ „Ne, že by ta dobrá smrt nebyla důležitá, ale pokud je ten člověk mladý, je to to nejtěžší, co na té práci je.“* Pro VS2 je nejtěžší, že zde není žádný proces uzdravení, téměř stejná odpověď, jako VS, ale také to, že je těžké nebrat si práci domů. Při této práci je to velmi těžké. Často jsou sestry s rodinami v kontaktu neustále 24 hodin denně. Pro VS3 je nejtěžší stálý kontakt se smrtí. Chvíle, kdy zemře dítě, ta bolest a bezmoc rodiny. Chvíle, kdy VS3 ví, že smrt je blízko, ale rodina není smířena a bojuje. *„Když se mi nepodaří navázat spolupráci s rodinou, když ve mně vidí smrt. Když nestihnu splnit to, co jsem slíbila. To pak bolí.“* Pro VS4 podobně jako pro VS2 je nejtěžší věcí to, nebrat si práci domů. *„Někdy, i když nechcete, navážete s klientem tak silný osobní vztah, až to přestanete brát jako práci. A tomu se zkrátka nejde ubránit.“* VS4 krátce popsala svou vlastní zkušenost. *„Já osobně jsem se se smrtí nejmenované klientky smiřovala strašně dlouho. Návštěvou pohřbu jsem to v sobě musela uzavřít a slíbit si, že se mi nic podobného už stát nemůže, jinak bych v tomto dlouho pracovat nevydržela. Od té doby se snažím držet si jakýsi citový odstup. To bych se jinam musela zbláznit.“* Pro VS5 je nejtěžší časové vytížení, fyzická náročnost, neustálé emoční vypjetí, stálý kontakt se smrtí, negativní emoce, pláč, smutek, bolest, bezmoc. Proto se všechny všeobecné sestry jednohlasně shodly, že velmi důležitá je následná psychohygiena sester, hodně odpočinku a věnování se svým zálibám jako prevence syndromu vyhoření.

Podkategorie: Kapacita domácího hospice

Otázka této podkategorie, obsažena ve schématu č. 1, ve znění, zda je domácí hospic schopen zajistit péči všem žadatelům, byla zodpovězena VS1 jen takto: *„Nejsme, ne, v žádném případě. V krajském městě je to bohužel nemožné, poptávka je příliš vysoká a sester v hospici je příliš málo.“* VS2 za domácí hospic souhlasila. VS3, pracující v domácím hospici Ledax říká, že ano, snaží se o to a většinou se to i povede, ale jsou situace, kdy to opravdu nejde. *„Chybí minimálně jedna sestřička. Tahle práce není dobře placená, takže jdou raději do nemocnice. Bohužel.“* VS4 a VS5 odpovídají stejně, jako VS1, s tím, že si myslí, že to není možné zajistit téměř nikde, protože všude chybí personál. Zcela výjimečně se to podaří, aby se nabídka kryla s poptávkou.

Podkategorie: Perspektiva práce

Na otázku, jestli má tato práce perspektivu, která se vztahuje k této podkategorii a je obsažena ve schématu č. 1., se všechny všeobecné sestry shodly, že ano, má perspektivu a čím dál tím větší. Myslí si, že toto je oblast, ve které bude péče pouze narůstat, nikoli naopak. Na druhou stranu je spousta lidí, kteří svoje blízké "odloží" do nemocnice, ale dnešní doba přispívá tomu, aby se o paliativní a hospicové péči více mluvilo, ví se o tom víc než kdy předtím, rozšiřují se informace mezi lidi, je snadno dostupné si o tom něco přečíst, více se dozvědět a o péči zažádat.

Kategorie 4: Definice

Co se týká definice paliativní a hospicové péče, s odpovědí začala VS1 a tím to shrnula za všechny ostatní všeobecné sestry. Paliativní péče dle sester pracující v paliativní a hospicové péči, nevede k uzdravení, ale k utlumení symptomů nemoci. Tlumí veškeré vedlejší příznaky nemoci a nedokáže vyléčit tu hlavní nemoc. A hospicová péče pečuje o všechny složky člověka jako jsou bio-psycho-sociální a spirituální. *„Tím by se mohla lišit od paliativní péče.“* VS2 se k tomu vyjádřila za sebe a to tak, že paliativní péče je taková péče, která je zaměřena na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v terminální fázi života. Jejím cílem je komplexní léčba, řešení, tišení bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit. Tato péče je velmi důležitá, protože převážná většina lidí chce umírat doma, s rodinou, v prostředí, kde to znají a je jim dobře. VS1 uvádí *„Mohu porovnat umírání na lůžkovém oddělení a v domácím prostředí. Často se jednalo o*

značný rozdíl. Rodina měla šanci se rozloučit a umírající na tuto zkoušku nebyl sám.“ Samozřejmě ne vždy to jde, aby člověk mohl umírat v klidu doma. *„Myslím si, že by nebylo vůbec špatné zavést paliativní oddělení i do nemocnic, kam může rodina a být s tím umírajícím kdykoliv. Vím, že někde už to funguje a má to velmi kladné reference, ale není to všude. Je potřeba mít multidisciplinární tým.“* tvrdí VS1. A hospicová péče je dle VS2 péče taková, která je poskytována těžce nemocným (většinou v terminálním stádiu) a jejich blízkým v době, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče je určena většinou pro onkologicky nemocné pacienty, přijímáni jsou ale pacienti i s jinými druhy nevyléčitelného onemocnění. Tato péče je poskytována jak v lůžkovém zařízení, tak v domácím prostředí, na žádost a přání nemocného. Péče je dostupná 24 hodin denně, o víkendech i svátcích. V hospici je možnost také zapůjčení kompenzačních pomůcek usnadňující péči. *„Respektujeme přání pacienta a jeho rodiny, doprovázíme, podporujeme a pomáháme rodině v období těžké nemoci i v čase zármutku. Pomáháme v posledních záležitostech, jako je praktická pomoc při péči o zemřelého.“* odpovídá VS3.

Kategorie 5: Komunikace

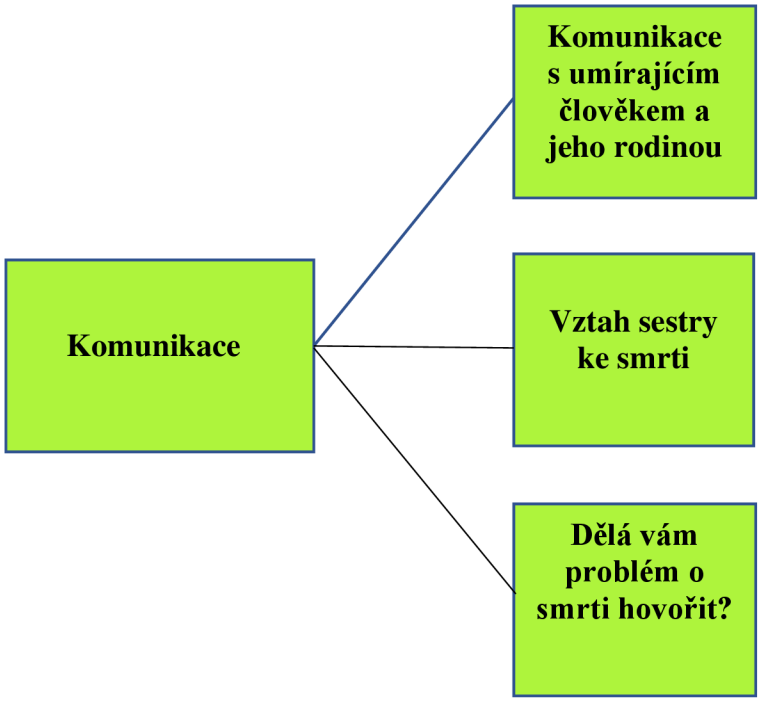

Schéma 2: Komunikace

Podkategorie: Komunikace s umírajícím člověkem a jeho rodinou

Na otázku, jaká je komunikace s umírajícím člověkem a jeho rodinou vztahující se k dané podkategorii, která se objevuje ve schématu č. 2, VS1 odpovídá: *„Pokud do té rodiny přijdeš s jistou dávkou pokory a přizpůsobíš se chodu té rodiny, tak si myslím, že sestra musí ke každé rodině přistupovat zcela individuálně, protože každá rodina je jiná. Vidět jejich potřeby a specifika a pak jim na jejich potřeby odpovědět nabídkou.“ „Velikou chybu jsem zažila, kdy mi rodina jednou líčila, že jim sestry téměř nutily kněze. Já jsem v té rodině primárně jako zdravotník a jako člověk, který umírajícímu člověku a jeho rodině má poskytnout všestrannou péči.“* Rodina se musí respektovat a přizpůsobovat se mají sestry rodině, ne rodina sestrám. Co se týká komunikace s umírajícím člověkem, ta dle VS1-VS5, nesmí být na bázi lítosti. K umírajícímu člověku musí sestra vstupovat jako profesionál. Ano, umírající a rodina potřebují cítit jistý náznak soucitu, ale nesmí to být jenom o tom. Úkolem sestry je dát mu jistotu, že mu pomůže a že zemře bez bolestí. Že sestra je člověk, kterému může rodina zavolat ve

dne i v noci a vždy tady bude pro něj, aby se přestal bát. VS4 dodává, že opravdu důležité je, aby komunikace byla zcela upřímná, otevřená, aby rodina i klient věděli, že se na sestru mohou obrátit se vším, mohou se zeptat na cokoliv. Dalším důležitým aspektem je důvěra. Rodina i klient by měli vědět, že se na sestru mohou spolehnout jak po odborné stránce, tak i po stránce osobní, zavolat ji kdykoliv je potřeba.

Podkategorie: Vztah sestry ke smrti

„Smrt k životu patří stejně jako narození. Každý z nás se narodí a každý z nás zemře.“ odpovídají všechny všeobecné sestry. Otázkou, jaký mají VS vztah ke smrti, vztahující se k této podkategorii a obsažena je ve schématu č. 2, nebyla ani jedna VS zaskočena. Všechny VS jsou toho názoru, že smrt k životu patří stejně jako narození. VS4, která v paliativní a hospicové péči pracuje nejkratší dobu, se podělila o svůj zážitek a dodává: *„Jako malá jsem měla myšlenku smrti často v hlavě. Téměř vlastně každou noc. Než jsem usínala, přemýšlela jsem, jaké to bude. Jestli ještě něco bude nebo jestli nebude vůbec nic. Že vlastně přijdu o všechny, budu sama. Brečela jsem takhle každý den před spaním. Když jsem se dala na zdravotnickou školu, začala jsem do toho více pronikat a vnímat realitu. Viděla jsem v nemocnicích spousty starých nemocných lidí, ten strach v jejich očích z toho, co s nimi bude, to trápení, bolest a bezmoc. Neslyšela jsem od nich skoro nic jiného než jen, že chtějí umřít. Někteří dokonce prosili. Tímto jsem pochopila, že v takových případech je smrt čisté vysvobození. Není to nic bolestivého, nic zlého, nic, čeho by se člověk měl bát. Je to přirozený koloběh života. Lidé na svět přijdou, zažijí krásný život, zanechají po sobě nezapomenutelné momenty, potomky, vzpomínky a odejdou. Někdo bohužel dřív, tím smutnějším způsobem, někdo později, přirozeně, ve správný čas. Smrt se neptá.“* Prací v hospici se však pohled na smrt VS4 kompletně změnil a stejně jako ostatní VS smrt již bere jako nevyhnutelnou součást života každého z nás. Ani jedna VS nemá se smrtí problém. Konec konců, kdyby měla, nemohla by pracovat v tomto odvětví.

Podkategorie: Dělá vám problém o smrti hovořit?

Jak bylo uvedeno již v předešlé podkategorii, smrt patří k životu stejně jako narození. Na to na otázku této podkategorie, obsažené ve schématu č. 2, VS3 navazuje, že nemá problém o smrti hovořit. VS1 říká, že o smrti hovořit také nemá problém. „S*amozřejmě jinak se hovoří o smrti, když umírá 18letý kluk, a jinak se hovoří o smrti, když umírá 80letá babička obklopená vnoučaty.*“ Ovšem ne vždycky je takový problém o smrti hovořit, když umírá mladý člověk. Pokud je rodina zcela smířená se situací a se smrtí, mnohdy bývají takovéto rodiny spolu v kontaktu daleko lépe než u umírajícího starého člověka. Hodně záleží na typu člověka a na fázích Kübler-Rossové. VS4 říká, že problém o smrti hovořit ji nedělá, ale někdy se jí umírající člověk nebo člen z jeho rodiny zeptají na takové otázky, na které mnohdy neví, jak odpovědět. *„Stále se ještě učím, některé dotazy mě dokážou překvapit. Smrt je strašně široké téma, pro někoho velice zajímavé. Člověk o tom chce vědět buď všechno nebo raději vůbec nic.“* VS2 a VS5 mají téměř stejný názor. Všechny sestry se shodují, že umírající člověk a jeho rodina, kteří si uvědomují vážnost situace a jsou zcela smíření s tím, co nastane, občas dokonce pociťují potřebu o smrti hovořit úplně otevřeně a narovinu. Většinou se tím lidé dokonce uklidní, když se ujistí, že smrt není nic, čeho by se měli bát.

Kategorie 6: Závěrečná péče

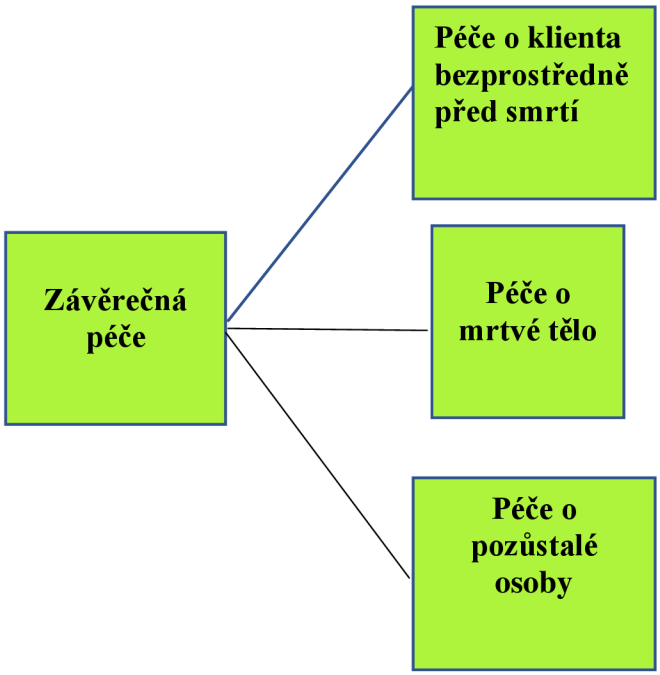

Schéma 3: Závěrečná péče

Podkategorie: Péče o klienta bezprostředně před smrtí

Odpověď podle VS1, na otázku týkající se závěrečné péče, vztahující se k podkategorii a je součástí schématu č. 3, je v tu chvíli důležité hodně moderovat rodinu umírajícího, protože čím víc se blíží čas smrti, tím víc se rodina bojí. Je potřeba s nimi trávit čas a vyloženě je navést, co mají dělat. *„Seďte tady, držte ho za ruku, on vás slyší, i když vám neodpovídá, už nebude pít, ani jíst, ale je tady s vámi. Buďte tady s ním, povídejte, vyprávějte situace, když jste byli malí, co jste tatínkovi provedli nebo si vezměte album, ať vás to k tomu vede a každou fotku komentujte.“* Pokud má rodina víru, tak nabídnout možnost zajistit duchovního nebo jim dát prostor k modlitbě, pomodlit se s nimi. VS5 dodává, že ve většině případů rodina zemřelého poprvé v životě vidí mrtvého člověka, takže je skutečně velmi důležité je podporovat, všechno jim srozumitelně vysvětlit jak předem, tak i v tu danou situaci. VS2 a VS4 se shodují, že po zkušenostech v paliativní a hospicové péči už dokážou předem odhadnout, kdy nemocný zemře. *„Většinou je to velký skok. Ráno se posadí k snídani, povídají si s námi, vtipkují a za 3 hodiny to je úplně jinak. To nám pak rodiny volají, my přijedeme a většinou je jasno.“* V takových

situacích je třeba si s rodinou sednout, nejlépe vedle do místnosti, než leží nemocný a všechno důkladně probrat. *„Rodina sice ví, že smrt nastane, ale i když jsou smíření, nikdy není nikomu příjemné to slyšet, že se to doopravdy děje a stane se to pravděpodobně už dnes v noci.“* Rodinu je třeba upozornit, že nejspíš dnes nastane ta chvíle. Vysvětlit jim, že musí nemocného sledovat, nejlépe od něj vůbec neodcházet, protože smrt může nastat kdykoliv. Že v ten moment mají zavolat a sestry hned přijedou a o vše se postarají. Je třeba je poprosit, aby umírajícímu předem vybrali oblečení, ve kterém bude uložen do rakve. Někdy jsou součástí i některé osobní věci či talismany, které chce dát rodina zemřelému s sebou na cestu na druhou stranu.

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

Podkategorie: Péče o mrtvé tělo

Na otázku vztahující se k podkategorii ze schématu č. 3, jaká je péče o mrtvé tělo, dle VS1 probíhá jinak než ve zdravotnických zařízeních. Liší se to tím, že zemřelý odchází oblečený, učesaný, navoněný, upravený. *„Jedna sestřička u sebe nosí suchý šampon, kdy ty vlasy krásně upraví, aby vypadaly lépe, což je prostě bombastická věc.“* Jak bylo zmíněno již v předešlé podkapitole, rodina vybere zemřelému oblečení. VS3 dodává, že je pak čistě na rozhodnutí rodiny, zda se chtějí na péči o mrtvé tělo podílet nebo ne. Ve všech případech je to nabídnuto, ale nikoliv nuceno. Ti členové rodiny, kteří se na péči o zemřelého podílejí, i když zprvu nechtěli, mají později dobrý pocit sami ze sebe, že byli nápomocní a o zemřelého člena rodiny se postarali až do úplného konce. Někteří na to samozřejmě nemají povahu, což je naprosto pochopitelné a nikomu není považováno nic za zlé. Od té základní péče je tam přece jenom sestra, která přijela k úmrtí. VS2 říká, že většinou k úmrtí jezdí dvě, jedna sestra a jedna pečovatelka. *„Péče o mrtvé tělo spočívá v tom, že se u zemřelého nejprve provede celková hygiena, odstraní se veškeré invazivní vstupy, které měl zemřelý zavedené, obleče se do svátečních šatů, které rodina*

připravila, popřípadě do kapes se dají věci, které rodina chce, aby si zemřelý vzal s sebou. Poté se nemocný uloží do polohy na zádech a většinou se mezi zkřížené ruce dá květina. Když zemřelému nedrží zavřená ústa, pod bradu se vloží například srolovaný ručník, aby zemřelý vypadal hezky a rodina si ho tak mohla pamatovat napořád. Po chvíli zemřelý vypadá naprosto klidně, uvolněně a vyrovnaně, že je na něj hezký pohled a rodina má pocit, že vše zvládnul v pořádku, a to i bez bolestí. Po tom, co je zemřelý fyzicky připravený, přichází na řadu spíše úřední věci. Rodina si vybere pohřební službu, která se následně hned zavolá, zemřelého uloží do rakve a po rozloučení s rodinou odvezou. Sestra s rodinou zůstává a předává veškeré informace týkající se úřadů, pohřbu, kremace a podobně. Po předání všech informací může sestra odjet nebo s rodinou ještě chvíli zůstat a popovídat si.“ popisuje VS2.

Podkategorie: Péče o pozůstalé osoby

Všechny všeobecné sestry, jelikož pracují ve stejném hospici, na otázku vztahující se k závěrečné péči této podkategorie, obsažené ve schématu č. 3 odpovídají, že důležitý kontakt je pohřeb zemřelého. Poté je určitě vhodné se rodině ozvat nejdéle do měsíce po úmrtí. Poté se pořádají pozůstalostní setkání, sestřičky zůstávají v kontaktu s rodinami, k někomu jezdí déle, k někomu jenom jednou na kávu. *„Určitě se snažíme minimálně jednou tu rodinu kontaktovat. Někdo to potřebuje podstatně déle, někdo to bere tak, že když skončí naše péče o zemřelého, skončí tak veškeré vazby s námi a celým hospicem spojené.“* Doba truchlení se odhaduje minimálně na rok. Během toho roku by sestry měly být pozůstalým stále oporou a zajímat se. Na svátky se rodinám posílají pohlednice a dopisy. Po tom roce truchlení, i během, je pak už čistě na rodině, zda se budou chtít dále scházet nebo ne. Některé rodiny mají sestry a hospic spojené se smrtí, se špatným obdobím, tudíž jim nikdo nemůže mít za zlé, že nadále nechtějí společnost sester, aby jim nepřipomínaly smutné časy a mohly se posunout v životě dál.

5. Diskuse

Zásady pro poskytování paliativní a hospicové péče může každý pochopit jinak. Pro někoho to znamená osobnostní rysy sestry, která tuto péči poskytuje, pro někoho zkušenosti, které sestra s paliativní a hospicovou péčí má. Dle odborné literatury jsou zásady vhodné pro poskytování paliativní a hospicové péče například včasné vyhodnocení pacientova stavu, které se pojí s tím, jak odpověděly všeobecné sestry, které v tomto odvětví pracují. Nejčastější odpověď byla, že jedna z hlavních zásad pro poskytování této péče je, aby se sestra uměla samostatně rozhodnout na základě zhodnocení pacientova stavu. Tomu, dle VS-VS5, pomůže hlavně praxe u lůžka v nemocničním prostředí, minimálně 1-2 roky. Za další zásady se považují sledování, porozumění a poskytnutí takové péče, jaká je důležitá pro zkvalitnění pacientova života. Jako další se sem řadí respekt k pacientovi, léčba bolesti, která bývá nejobávanějším problémem nemocného i jeho rodiny a symptomů daného onemocnění a velmi důležitá věc, je také podpora rodiny (Brychtová a kol., 2016). Sem patří i názor VS2, která si myslí, že sestra by měla znát symptomy onemocnění, které se nejčastěji objevují a jejich léčbu. Další zásadou, kterou se VS-VS5 řídí a nalezneme ji i v odborné literatuře je, že paliativní a hospicová péče je poskytována v prostředí a místě, které maximálně vyhovuje pacientovým přáním a potřebám. Obecně by mělo mít však přednost poskytování péče v přirozeném prostředí pacienta (Svatošová, 2011). Pacientovi by nemělo být nic nuceno, avšak pouze nabídnuta možnost a je čistě na pacientovi a jeho rodině, zda možnosti využijí nebo ne. Každá poskytovaná zdravotní péče by měla být s dobrovolným souhlasem pacienta. K tomu slouží tzv. informovaný souhlas, který pacient podepíše, a tak souhlasí s poskytováním zdravotnické péče (Nezbeda,2016). Brát pacienta jako celek a zaměřit se na všechny jeho potřeby, které je třeba neustále uspokojovat, je další zásadou pro poskytování paliativní a hospicové péče (Trachtová, 2013). Zásad například v komunikaci s nemocným je také mnoho. Mně osobně se moc líbila odpověď, která přišla od VS1, že komunikace s nemocným by neměla být na bázi lítosti. Komunikace by měla být otevřená naprosto všemu, o čem chce pacient hovořit (Plevová a kol. 2019). V tomto se názory v odborné literatuře a názory všeobecných sester, které vedly rozhovor, nijak výrazně neliší. Naopak se navzájem doplňují a dává to dohromady celek, kterým by se, dle mého názoru, měly řídit všechny sestry, které poskytují paliativní a hospicovou péči.

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

Znalosti a dovednosti sestry v paliativní a hospicové péči je dosti všeobecné téma. VS, které byly součástí výzkumného šetření této bakalářské práce, mají zkušenosti a dovednosti v paliativní a hospicové péči každá rozdílné, avšak mají je všechny. Samozřejmě, že například VS1 a VS3 budou mít znalostí a zkušeností více než VS2 a VS3. Znalosti a dovednosti se váží k zásadám poskytování této péče. Dle VS1-VS5 se znalosti a dovednosti nejvíce získají minimálně roční praxí v nemocnici na lůžkovém oddělení. Avšak sestry, které pracují v hospici či jiném zdravotnickém zařízení, kde poskytují paliativní a hospicovou péči, zde získají zase daleko více zkušeností například v komunikaci s nemocným člověkem než v nemocničním prostředí, kde na delší a hlubší komunikaci mezi sestrou a pacientem není moc vyhrazený čas. Komunikace je velice důležitá i s rodinou nemocného, na kterou též v nemocničním prostředí není tolik času, jako například v domácím hospici. Jak po celou dobu poskytované péče, tak o to důležitější je, když nastane daný moment úmrtí. Dle Antonové a kol. (2018) je třeba vyjádřit rodině soucit a úctu a také respekt za to, že se dokázali o svého blízkého postarat až do úplného konce. Součástí jsou také znalosti a dovednosti odborné, které by sestra neměla postrádat, protože se využijí všude, kde je poskytována zdravotnická péče. Znát symptomy onemocnění a jejich léčbu. Umět například zajistit žilní vstup a

následně aplikovat farmaka, která by sestra měla znát a vědět zásady jejich podání. Všechny tyto dovednosti a znalosti všechny všeobecné sestry ovládají a když ne nebo mají osobní pocit, že mají jisté rezervy, navzájem si pomáhají nebo se dále vzdělávají v oblasti, která je jejich slabší stránkou.

Dle Svatošové (2016), která ve své knize uvádí, že v hospicové a paliativní péči je třeba nazývat věci pravým jménem, nestydět se za to a jako cíl si stanovit důstojné a klidné umírání, si všeobecné sestry, které vedly rozhovor, zakládají na otevřené a upřímné komunikaci. Například VS2 a VS4, které jsou v tomto odvětví péče nejkratší dobu, se stále té správné a potřebné komunikaci učí, avšak všechny sestry si navzájem pomáhají a jelikož k nim do hospice občas zavítá osobně i paní doktorka Svatošová, která vždy předá celému týmu své cenné rady, je pro všechny tento proces učení o to příjemnější a jednodušší. *„Pro mladého a zdravého člověka se to může zdát jako malý cíl, ale pro člověka, který v té situaci je to hodně důležité, abychom společně společnými silami k tomu cíli došli.“*

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

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

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

Kupka (2014) ve své knize uvádí, že smrt je vnímána jako strašné zlo, jako neštěstí, které by nemuselo být. Podobný pohled na věc má z části i VS1, která v rozhovoru uvádí, že *„snadněji se hovoří o smrti, když se jedná o 80letou babičku, která je obklopena vnoučaty než u 18letého chlapce, který již nezvládne ani odmaturovat.“* Když je ovšem nutné o smrti hovořit, nedělá to VS1 žádný problém. I ona je toho názoru, že smrt k životu patří stejně jako narození. Avšak v některých případech jí takovýto brzký odchod mladého člověka přijde jednoduše nefér.

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

Mnohdy se v paliativní a hospicové péči setkáváme s tím, že pacienti a jejich rodiny přicházejí a mají obavy z toho, zda s nimi bude jednáno narovinu. Obavy mají nejčastěji na základě předchozích zkušeností, a to hlavně z nemocnice. Jak na své přednášce

v roce 2016 (dostupné online) uvádí MUDr. Svatošová „*Víte, kdykoliv jsem se chtěl zeptat pana doktora v nemocnici, jak to se mnou doopravdy je, utíkal přede mnou jako malý kluk.*“ To má za následek velmi častý stesk pacientů, protože se s nimi o této problematice nemluví a nevysvětluje vše potřebné. Po vlastní zkušenosti jako sestra v hospici jsem se na tento problém měla možnost sama osobně podívat a zhodnotit toto všeobecné tvrzení. Je samozřejmé, že ne všechny lékaře a celkově zdravotnické pracovníky nelze házet do “jednoho pytle“. Zkušenost s lékaři v domácí hospicové péči byla velmi pozitivní. Byla jsem svědkem naprosto upřímné a otevřené komunikace mezi lékařem a nemocným. Cokoliv chtěl sám pacient nebo člen rodiny vysvětlit, bylo vyhověno jak ze strany lékaře, tak ze strany sestry. Pacient i rodina jsou vždy dostatečně informováni, a to jim dodává pocit jistoty a bezpečí.

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

6. Závěr

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

V zásadách poskytování paliativní a hospicové péče se všechny respondentky shodovaly anebo se navzájem doplňovaly. Mé názory se původně neshodovaly, avšak po vypracování této práce jsem se přesvědčila, že se stále učím a sbírám poznatky od zkušenějších.

Po zpracování výsledků bylo zjištěno, že všechny osobnostní rysy, které by sestra v paliativní a hospicové péči měla mít, všechny všeobecné sestry opravdu mají. Jaké osobnosti v tomto odvětví pracují je velice důležité.

Dle teoretického výzkumu jejich zkušenosti odpovídají potřebným znalostem a dovednostem sester poskytujících paliativní a hospicovou péči. Fungují jako tým, což je další velice důležitá věc, aby vše fungovalo tak, jak má.

Zjištěné výsledky této bakalářské práce mohou sloužit pro objasnění toho, co ve skutečnosti obnáší paliativní a hospicová péče. Spousta lidí, někdy i vystudovaných všeobecných sester, má zkreslené představy o tom, co dělají sestry v paliativní a hospicové péči. Pohled dotazovaných všeobecných sester je nezaujatý a všechny odpovědi jsou zcela evidentně vyplývající z osobních zkušeností, což bylo taktéž jednou z podmínek výběru dotazovaných. Toto šetření by mohlo pomoci i sestrám k rozhodnutí, zda se jako všeobecné sestry věnovat právě paliativní a hospicové péči.

7. Seznam použitých zdrojů

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

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

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

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

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

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

O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů.* Praha: Grada. 324 s. ISBN 8024712954, 9788024712956.

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

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

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

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

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

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

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

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

KRISTOVÁ, J., 2009. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 182 s. ISBN 80-8063-160-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada. 198 s. ISBN 8024701790, 9788024701790

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

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

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

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

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

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

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

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

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2*. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. 208 s. ISBN 8024771012, 9788024771014.

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

PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, Ch., 2007. *Paliativní péče: principy a praxe.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 807 s. ISBN 978-80- 87029-25-1.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetřovatelství I.* Praha: Grada. 285 s. ISBN 8024735571, 9788024735573

PLEVOVÁ, I. a kol., 2019. *Ošetřovatelství II:* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 8027128633, 9788027128631.

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

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

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III – gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada. 214 s. ISBN 8024722704, 9788024722702.

STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-368-6

SVATOŠOVÁ, M., 2005. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

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

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

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

Komunikace s umírajícím a blízkými [online]. Dostupné: www.elearning.cestadomu.cz

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

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

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

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 8024740621, 9788024740621.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi.* Praha: Grada. 128 s. ISBN 8027192382, 9788027192380.

Zahraniční zdroje

1. BRAMADAT, P., 2013. *Spirituality in hospice palliative care.* SUNY Press. 214 s. ISBN 1438447779, 9781438447779

2. CONNOR, S., 2017. *Hospice and palliative care – the essential guide.* Routledge. 290 s. ISBN 1317221168, 9781317221166

3. DEBNATH, R., 2010. *Professional skills in nursing: a guide for the common foundation programme*. Los Angeles: Sage, 218 s. ISBN 978-1-84787-397-2.

4. LUGTON, J., 2002. *Communicating with Dying People and Their relatives.* Radcliffe Publishing. 184 s. ISBN 1857755847, 9781857755848.

5. PLAKOVIC, K., 2016. When Family Has to Decide How Much Is Too Much. Journal of Hospice and Palliative Nursing. s. 388-389. Dostupné z: DOI: 10.1097/NJH.0000000000000281

6. TIMOTHY, et. al., 2014. *Palliative care and Ethics.* Oxford University Press. 336 s. ISBN 0199316686, 9780199316687.

7. ZUREK, R., 2014. *Psycho-emotional problems of nurses working in palliative care units and home-based hospices. Journal of Public Health, Nuursing and Medical Rescue*. 4(5), 51-58 s. ISSN 2391-4408.

8. Seznam příloh

Příloha 1: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor se všeobecnými sestrami

Přílohy

Příloha 1: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor se všeobecnými sestrami

A) Základní informace o respondentech

1. Věk
2. Pohlaví
3. Vzdělání

B) Vlastní rozhovor

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