



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Sestra v hospicové péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Anna Dvořáková

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, PhD.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci s názvem *Sestra v hospicové péči* jsem vypracovala 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 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 práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systém na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: *17.8.2018*

.....
Anna Dvořáková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové, PhD. za její odborné vedení, trpělivost, čas a cenné rady během zpracování bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala všem dotazovaným sestřám za jejich ochotu a vstřícnost.

Sestra v hospicové péči

Abstrakt

Být všeobecnou sestrou není jen povolání, je to poslání. Každé oddělení nebo každé zdravotnické zařízení nese s sebou různá specifika práce. Práce sestry v hospicové péči je vysoce specifická. Stejně jako v jiných zdravotnických zařízeních je jedním z cílů její práce uspokojovat potřeby pacientů. V hospicové péči to není za účelem úplného uzdravení, ale pro zmírnění obtěžujících příznaků a zvýšení kvality života nevyléčitelně nemocného v terminální fázi života.

Tato práce se zabývá sestrou v hospicové péči. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na paliativní péči, definici hospice a jeho historii, na potřeby umírajících klientů, a v neposlední řadě na respitní péči – péči o pečující.

Ve výzkumné části práce byly stanoveny dva cíle: porovnat specifika práce sestry v pobytovém zařízení a v mobilní hospicové péči a zmapovat kompetence všeobecné sestry v pobytových zařízeních hospicové péče a v agenturách domácí hospicové péče.

Pro zpracování kvalitativního výzkumu byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Bylo sestaveno 10 rozhovorů se sestrami z kamenného hospice i z mobilních zařízeních hospicové péče.

Z výsledků vyplynulo, že práce sestry se v pobytových zařízeních a agenturách domácí hospicové péče neliší. Jediným odlišným specifikem je prostředí, ve kterém je péče poskytována, kdy agentury domácí hospicové péče uspokojují všechny potřeby klientů v jejich domácím, přirozeném prostředí. U sester se neliší ani jejich kompetence. Sestry z obou skupin uvedly, že musí být rozhodné a zkušené, ale nemají vyšší kompetence, než např. sestra pracující v nemocnici.

Práce by mohla sloužit studentům zdravotnických oborů a také laické veřejnosti pro ujasnění a upřesnění informací o hospicové péči.

Klíčová slova

sestra; hospic; umírání; paliativní péče; potřeby

Nurse in hospice care

Abstract

To be a nurse is not only a job, it is a calling. Every department or every medical facility has its own work specifics. A nurse in a hospice care has a very specific work. Like other medical facilities, one of her targets is to meet needs of patients. In a hospice care, it is not meant to fully heal the patient, but to mitigate annoying symptoms and to improve quality of life of an incurably ill person in the terminal part of his life.

This thesis aims at a nurse in a hospice care. It is divided to theoretical and practical part. The theoretical part is focused on palliative care, definition of a hospice and its history, on needs of incurably ill clients and finally on respite care – a care for carers.

There were stated two targets in the practical part: to compare specifics of work of a nurse in an inpatient hospice care facility and in an agency of home hospice care.

A method of semi-structured interview was used to process a quantitative research. There were 10 interviews assembled, with nurses employed in inpatient hospices and in mobile hospice care facilities.

The conclusion was that the work of a nurse in inpatient hospices and in mobile hospice care facilities is almost the same. The only different specific is the environment, where the care is provided. Agencies of home hospice care meet needs of their clients in their home, natural environment. There are no differences in the competences of the nurses. Nurses from both groups stated, that they must be decisive and experienced, but they have no higher competences than a nurse working e.g. in a hospital.

This work should serve to students of medical specializations and to public to clarify and refine their knowledge about the hospice care.

Key words

nurse, hospice, dying, palliative care, needs

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Paliativní péče	9
1.1.1 Cíle paliativní péče	10
1.1.2 Principy paliativní péče	10
1.1.3 Formy paliativní péče	11
1.1.4 Hlavní symptomy v terminálním stadiu života a jejich léčba.....	11
1.1.5 Bolest jako nepříjemný symptom	12
1.1.5.1 Ošetrovatelské postupy při zvládnání bolesti	14
1.2 Hospicová péče	14
1.2.1 Historie hospicové péče	15
1.2.2 Historie hospiců v ČR.....	16
1.2.3 Formy hospicové péče	16
1.2.4 Dětská paliativní péče	19
1.2.5 Složení multidisciplinárního týmu v hospici	20
1.3 Práce sestry v hospici	21
1.3.1 Potřeby umírajícího.....	21
1.3.1.1 Biologické potřeby	22
1.3.1.2 Psychické a sociální potřeby	24
1.3.1.3 Spirituální potřeby	25
1.3.2 Komunikace s umírajícím.....	27
1.3.3 Péče o tělo zemřelého	28
1.3.4 Respitní péče – péče o pečující – péče o pozůstalé	29
1.3.4.1 Potřeby pozůstalých.....	30
1.3.4.2 Komunikace s pozůstalými, péče o ně	30
1.3.5 Truchlení.....	31

2	Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1	Cíle práce	33
2.2	Výzkumné otázky.....	33
3	Operacionalizace pojmů	34
3.1	Sestra.....	34
3.2	Hospic	34
3.3	Ošetrovatelství.....	34
4	Metodika	35
4.1	Použitá metoda výzkumného šetření.....	35
4.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	36
5	Výsledky	37
5.1	Identifikační údaje respondentek	37
5.2	Kategorizace zpracovaných výsledků	38
6	Diskuze	60
7	Závěr	67
8	Seznam literatury a elektronických zdrojů	69
9	Seznam příloh	74
10	Seznam použitých zkratk	76

Úvod

Téma umírání a smrti je v dnešní době stále tabuizováno. Současní mladí lidé si nepřipouští svou vlastní smrtelnost a smrt ze svého života úplně vytěsňují. Pro svou bakalářskou práci jsem si úmyslně vybrala téma *Sestra v hospicové péči*, protože jsem se chtěla o hospicové péči dozvědět více, hovořit se sestrami, které denně pracují s umírajícími klienty a na základě těchto informací mít přehled o problematice umírání, protože ta patří k práci každé všeobecné sestry.

Hospicová péče už není v České republice úplně „v plenkách“. První hospic v Červeném Kostelci byl otevřen před více jak dvaceti lety. Přesto lidé nejsou dostatečně informováni o možnosti této péče. Paliativní péče, která může být poskytována i mimo hospicová zařízení, zaručuje člověku bezbolestný „přechod na druhý břeh“. Snaží se u nevléčitelně nemocných zvýšit kvalitu posledních okamžiků jejich života.

Cílem této práce je zjistit, jaká jsou specifika práce a kompetence sester pracujících v pobytových zařízeních a v agenturách domácí hospicové péče a vzájemně je porovnat. Pro dosažení tohoto cíle budou provedeny rozhovory s všeobecnými sestrami, které pracují v hospicové péči (v pobytových zařízeních nebo v agenturách domácí péče).

Ráda bych, aby tato práce posloužila nejen studentům zdravotnických oborů, ale i široké veřejnosti pro získání základních informací o paliativní a hospicové péči.

1 Současný stav

Pallium je slovo latinského původu a jeho význam je „plášť“ nebo „obal“. Od tohoto slova je odvozen název paliativní. V souvislosti s péčí lze použít jako ochrana klienta (plášťem) a poskytnutí záštity ve chvíli, kdy mu hrozí nebezpečí v podobě konce života (Haškovcová, 2007).

1.1 Paliativní péče

Paliativní péče představuje především zmírňující a útěšnou medicínu, která je nejstarší lékařskou i ošetrovatelskou disciplínou (Kupka, 2014). Dle Markové (2010) se jedná o interdisciplinární obor, který zahrnuje práci několika odborníků, ale také laiků.

Haškovcová (2007) upozorňuje, že paliativní péče je terminologicky zaměňována za terminální péči o umírajícího. Oproti terminální péči umírajícímu se paliativní péče využívá v ranějším stádiu nemoci, tj. dříve, než klient dojde do terminálního stadia nemoci. Vždy se tak musí dít s ohledem na postup rozvoje nemoci.

Přestože existuje mnoho definic paliativní péče, jak v anglickém, tak německém jazyce, všechny se shodují na nejpodstatnějším, a to je zvyšování kvality života a mírnění utrpení, jak je uvedeno i v definici dle WHO: „*Paliativní medicína je aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin*“ (definice WHO in Huneš, 2008).

Dle Haškovcové (2007, str. 44) „*Paliativní medicína respektuje umírání jako přirozenou a konečnou fázi lidského života a smrt jako danost, kterou je třeba přijmout, a nikoli pokládat za nepřítele, s nímž je třeba bojovat i za stavu, kdy nelze zvítězit.*“

V souvislosti s paliativní péčí bývá často zmiňován termín hospicová péče. Ačkoli jsou tyto pojmy úzce spojeny, neznamenají totéž. Marková (2010) uvádí, že paliativní péče je potřebná ve všech zdravotnických zařízeních, kde se setkáme s nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím člověkem, bez ohledu na typ pracoviště. Naproti tomu hospicová péče je poskytována klientům, kteří jsou jakýmkoli způsobem spojeni s hospicovými zařízeními, ať už se jedná o lůžkové zařízení, denní stacionáře nebo domácí hospic. Podle

Slámy (2012) byla paliativní medicína zařazena mezi specializační lékařské obory, ve Velké Británii v roce 1986, v České republice v roce 2004.

1.1.1 Cíle paliativní péče

Cílem každého zdravotníka je uzdravení pacienta/klienta, navrácení jeho zdraví, a jiná možnost, než vyléčení je brána jako neúspěch a selhání (Sláma et al., 2007). Haškovcová (2007) ale tvrdí, že cílem paliativní medicíny není uzdravit pacienta/klienta, nýbrž zlepšit kvalitu jeho života.

Kvalitu života na jeho samotném konci lze zvýšit různými prostředky. Zvýšením kvality života lze dosáhnout pozitivního účinku na průběh onemocnění (Haškovcová, 2007). Kvalitu života lze mimo jiné také podpořit dostatečnou úctou a respektováním důstojnosti každého člověka (Skála, 2011). Za základní faktor, který výrazně ovlivňuje kvalitu života, považuje Haškovcová (2007) bolest. Proto paliativní medicína usiluje především o to, aby byl klient bez bolesti a dalších podobných symptomů.

Paliativní medicína usiluje o to, aby umírání bylo chápáno jako přirozený proces, proto si nepřeje urychlení smrti ani její nepřirozené zadržování. Sjednocuje psychologické a spirituální stránky péče o klienty. Neoddělitelnou součástí paliativní péče je starost o rodinu klienta (Skála, 2011). V první řadě je velice důležité podpořit ji v náročné životní situaci, kdy se dozví o nezměnitelném zdravotním stavu svého blízkého (Haškovcová, 2007).

1.1.2 Principy paliativní péče

Paliativní péče je zpravidla poskytována osobám s nevléčitelnou chorobou, u nichž není možné nemoc řešit kauzálně, přičemž se většinou jedná o onkologicky nemocné pacienty (Huneš, 2008).

Dle Haškovcové (2007, str. 44) jsou základními principy paliativní péče: „*Symptomatická léčba, zmírňující péče, efektivní terapie somatické a psychické bolesti, emoční podpora, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající, doprovodná odborná pomoc rodině umírajícího.*“ Všechny tyto principy se musí shodovat s potřebami umírajících.

Skála (2011) uvádí, že mezi základní principy nepochybně patří společné plánování péče s klientem samotným a s jeho rodinou.

1.1.3 Formy paliativní péče

Obecně můžeme paliativní péči rozdělit dle místa jejího poskytování na: paliativní péči v domácím prostředí, paliativní péči v nemocnici a paliativní péči v lůžkových hospicích (Marková, 2010). Systém poskytování podpůrné péče v různých zemích není stejný (Haškovcová, 2007).

V ideálním případě by do paliativní péče měly být zařazeny tyto podoby poskytování péče: lůžkový hospic, domácí hospic, ambulance paliativní medicíny – konziliární tým paliativní péče, oddělení paliativní péče, stacionární paliativní péče a speciální hospicová poradna (Sláma et al., 2007).

Podle Haškovcové (2007) je potřebné zařadit paliativní péči do všech zdravotnických zařízení, protože v každém z nich se může vyskytnout osoba, která tento typ péče potřebuje. Dle zařízení, kde je paliativní péče poskytována, se dělí na obecnou a specializovanou (Marková, 2010).

Dle Markové (2010) může být obecná paliativní péče poskytována ve všech zdravotnických zařízeních bez ohledu na jejich specializaci, a každý zdravotník by měl být schopen poskytnout terminálně nemocnému alespoň základní prvky paliativní péče, tzn. léčbu bolesti a dalších obtěžujících příznaků, zachování lidské důstojnosti až do smrti.

Specializovaná paliativní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních, jejichž hlavním posláním je paliativní péče. Pracují zde odborníci s vyšší úrovní profesní kvalifikace v oblasti paliativní medicíny, proškolení pracovníci, kteří mají s tímto typem práce již zkušenosti (Marková, 2010). Jak je již zmíněno výše, může být poskytována v domácím prostředí, v denních stacionářích, na specializovaných odděleních paliativní péče nebo v samostatně stojících hospicích (Tomeš, 2015).

1.1.4 Hlavní symptomy v terminálním stadiu života a jejich léčba

Podle Svatošové (2008) má až 90 % pacientů přijímaných do hospicových zařízení onkologickou diagnózu.

Sláma (2012) tvrdí, že onkologická onemocnění provází symptomy, které omezují kvalitu klientova života. Symptomatická léčba, ke které lékař přistupuje po zhodnocení, že příčinu nemoci nelze ovlivnit, není vždy snadná, protože léčba jednoho příznaku může vést ke vzniku jiných nepříjemných obtíží. Tuto skutečnost musí mít lékař vždy na paměti

a vhodně kombinovat typ léčby (Sláma, 2012). Příznaky nemoci lze tlumit farmakologicky, ale pro všeobecnou sestru jsou stěžejní především vhodné ošetrovatelské postupy (Marková, 2010).

Dušnost

Dušnost je dle Markové (2010) jedním z nejnepříjemnějších symptomů. Bývá často propojena s úzkostí. Pokud se jedná pouze o symptomatickou léčbu, nikoli kauzální, lze začít základními intervencemi, jako jsou: čerstvý vzduch v místnosti, uklidnění klienta, zaujetí pohodlné a ulevující polohy, dechová rehabilitace, popř. oxygenoterapie (Sláma, 2012). Kalvach (2010) v manuálu paliativní péče o umírající pacienty zmiňuje fyzioterapeutické uvolnění hrudníku. Sláma (2012) dále vypisuje několik medikačních skupin, jejichž zástupce lékaři předepisují při závažných dušnostech. Řadí sem: bronchodilatancia, aminofylin, opioidy, anxiolytika, kortikosteroidy, mukolytika apod.

Nauzea a zvracení

Příčinou chronického zvracení u onkologických pacientů může být dle Slámy (2012) patologie v zažívacím traktu (např. stenóza) a různé typy léků. Tesařová (2014) ještě dodává, že příčinou může být samotná onkologická léčba – chemoterapie, radioterapie.

Sláma (2012) uvádí jako základní intervenci dietu, která by měla být s ohledem na pacientova přání a chuť. Dále je dle Slámy potřeba zhodnotit podávanou medikaci a interakci jednotlivých léčiv a dle příčiny zvracení podávat antiemetika. Zavedení nasogastrické sondy je vždy na uvážení lékaře, který ji indikuje s ohledem na stav nemocného / umírajícího.

Mezi další symptomy patří: anorexie, kachexie, kašel, terminální chrčivé dýchání, zácpa, syndrom střevní obstrukce, nechutenství, nádorová kachexie, škytavka, svědění, delirium, úzkost a deprese a bolest (Sláma, 2012).

1.1.5 Bolest jako nepříjemný symptom

Bolest je nepříjemný zážitek, subjektivní pocit, často provázený obavami a strachem o vlastní zdraví (Sláma, 2012). Základní rozdělení bolesti je na bolest akutní a chronickou. „*Akutní bolest často vzniká náhle z pocitu plného zdraví, je charakterizována náhlým začátkem a předvídatelným koncem.*“ (Jirkovský, 2012, str.

366). Za chronickou bolest je označována bolest, která trvá zpravidla déle jak tři měsíce a nemá signalizační a ochranný charakter (Jirkovský, 2012).

Chronická bolest se dělí dle původu na nádorovou a nenádorovou. Stává se pro pacienta novou – samostatnou diagnózou a ovlivňuje ho po všech stránkách jeho osobnosti (Jirkovský, 2012). Hegmonová (2011) tvrdí, že omezuje klienta nejen po stránce fyzické (např. vznik nechutenství, nemožnost pohybu), ale také z hlediska psychického a sociálního. Jirkovský (2012) upozorňuje na skutečnost, že klienti většinou upadají do beznaděje a depresí, jsou frustrováni. Hegmonová (2011) dodává, že jsou postupně sociálně izolováni a Skála (2011) vše shrnuje a tvrdí, že se tím bolest stává utrpením, které ovlivňuje kvalitu života.

Důsledkem bolesti je nejen zhoršení komfortu a nálady klienta, ale navíc ztráta radosti ze života, ztráta naděje a motivace k životu, což má negativní dopad na spolupráci klienta v léčbě (Skála, 2011).

Při stanovení onkologické diagnózy trpí chronickou bolestí 40 % klientů, během protinádorové léčby 60 % a v terminálním stádiu již 90 % klientů (Sláma, 2012).

Bolesti vzniklé nádorovým onemocněním nemusí mít vždy příčinu v nádorové nemoci samotné, uvádí Hegmonová (2011), a dodává, že často bývají spojené s diagnostickými metodami nebo terapeutickými protinádorovými postupy. Je proto naprosto vhodné, aby klienta vyšetřil paliativní lékař a konzultoval s ním následnou analgetickou léčbu.

Ne vždy trpí klienti jedním typem bolesti. Pokud se u klienta současně objeví několik druhů bolesti, musí lékař přistupovat ke každému typu specificky (Skála, 2011). Intenzita bolesti je u každého klienta jiná, protože je zcela subjektivním příznakem (Jirkovský, 2012). Její vnímání je ovlivněno několika faktory. V první řadě se jedná o kulturní a etnické faktory a hodnoty dané kultury. Dalšími aspekty jsou bio-psycho-sociální, kam patří věk, aktuální psychický stav nemocného, zkušenosti s bolestí a utrpením, vztahy s rodinou a podpora ze strany rodiny (Zacharová, 2008). Jirkovský (2012) zmiňuje faktory životního prostředí, kam bezpochyby patří chlad a teplo. V neposlední řadě ovlivňují prožívání bolesti emoční reakce. Na intenzitě emočních reakcí se odráží sociální aktivity, které bolest omezuje (Zacharová, 2008). Sláma (2012) navíc tvrdí, že v případě nádorové bolesti je zásadní typ nádoru: nejbolestivější jsou nádory slinivky břišní, žaludku, jícnu a kostí, méně bolestivá je leukémie nebo nádory kůže.

Všechny tyto faktory by měl lékař zohlednit při stanovování analgetických postupů a léčit pacienta komplexně (Sláma, 2012). O mnohostranné léčbě bolesti se zmiňuje také Barash et al. (2009) a do farmakologické léčby bolesti zahrnuje mimo analgetik také antidepresiva, antikonvulziva, nesteroidní protizánětlivé léky, kortikosteroidy apod.

1.1.5.1 Ošetřovatelské postupy při zvládnání bolesti

Jak je psáno již výše, bolest je zcela subjektivní prožitek, její objektivní hodnocení je velmi náročné a vyžaduje zkušenost a vzdělanost všeobecné sestry. Proto základem ošetřovatelské péče o klienta s bolestí je kontakt s ním, zájem o klienta a vhodná a správná komunikace (Zacharová, 2008).

Sestra nikdy nesmí podceňovat bolest a měla by být tolerantní ke všem projevům bolesti (Zacharová, 2014). Pokud ji klient informuje o bolesti, nespíchá a trpělivě naslouchá. Podle Jirkovského (2012) je důležité, aby sestra nebagatelizovala klientovu bolest a nesrovnávala ji s bolestí jiných lidí. Zacharová (2014) upozorňuje, že s bolestí se často pojí strach, který bolest může ještě prohlubovat. Snižovat klientův strach lze i pouhou přítomností sestry u pacienta a její naslouchání, což navíc prohlubuje vzájemnou důvěru. *„Psychoterapeutické účinky dobrého vztahu mezi zdravotníkem a nemocným jsou známé. Bolest ovlivňuje informovanost, pokud pacient neví, co ho čeká, může pociťovat úzkost a strach.“* (Jirkovský, 2012, str. 373). Povinností sestry je, aby klient byl dostatečně o bolesti informovaný. Informace musí být srozumitelné a především pravdivé. Sestra zajistí klientovi rozhovor s lékařem a sama mu poskytne dostatek informací o možných relaxačních technikách a možnosti jiných specializovaných pracovišť jako jsou např. ambulance bolesti (Zacharová, 2014).

Ve chvíli, kdy lékař naordinuje vhodnou analgetickou léčbu, je vždy úkolem sestry v pravidelných intervalech sledovat a monitorovat bolest, na kterou musí vhodně reagovat (Zacharová, 2014). U onkologicky nemocných pacientů je pro účinnou analgetickou léčbu nezbytné, aby analgetika byla podávána v pravidelných časových intervalech, tzv. „podle hodin“, nikoli pouze ve chvíli, kdy nemocný bolest pociťuje (Kalvach, 2010).

1.2 Hospicová péče

Hospice jsou specializovaná zdravotnická zařízení, ve kterých je poskytována speciální paliativní péče (Závorková, 2011). Dle Tomeše (2015) jsou hospice

nejcharakterističtějším a nejrozšířenějším způsobem poskytování paliativní péče. Paliativní medicíně obecně je již řadu let věnována zvýšená pozornost, především v souvislosti s rozvojem vítězné medicíny a nových medicínských technologií. V důsledku rozvoje paliativní medicíny vznikají i její různé formy, které odpovídají nárokům na poskytování péče nevléčitelně nemocným klientům (Sláma, 2009). Podle Hawley (2017) je hospicová péče poslední částí jednotné paliativní péče o klienta.

Podle WHO:

„Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče“ (Osobní asistence [online] [cit. 2017-04-06]).

Hawley (2017) definuje hospicovou péči jako péči, jež se zaměřuje na zmírnění příznaků, které doprovází klienty s nevléčitelnou chorobou, u nichž je předpokládaná doba přežití několik týdnů až měsíců.

Definice hospicové péče dle Radbrucha (2009, str. 16) je poměrně obsáhlá, ale obsahuje všechny její základní principy: *„Hospicová péče se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální i duchovní. Doma, v rámci denní péče či v hospici se pečuje o osobu, která se nachází na konci svého života, stejně jako o ty, kdo tuto osobu milují. Zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multiprofesního týmu, který posiluje péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobní přání. Hospice se snaží nabídnout úlevu od bolesti, důstojnost, klid a pokoj.“*

1.2.1 Historie hospicové péče

Původně bylo slovo hospic používáno jako útočiště či útulek a ten sloužil především pro unavené poutníky. V souvislosti s péčí o pacienty na konci života byl termín „hospic“ použit v roce 1874, kdy Jeanne Garnierová otevřela v Paříži první dům označený jako „hospic“. O několik let později, v roce 1878, byla v Dublinu založena Marií Aikenheadovou kongregace Sester lásky, která se zasloužila o vznik několika domů v Irsku a v Anglii. Jejich cílem bylo rovněž doprovázení nemocných osob v posledních chvílích života (Sláma, 2012).

Za počátek moderního hospicového hnutí je považováno založení hospice sv. Kryštofa, ke kterému došlo v roce 1967. Zakladatelkou tohoto hospice je Cicely Saunders (Sláma, 2012). C. Saunders pracovala několik let jako zdravotní sestra (Haškovcová, 2007), mimo jiné také v hospici sv. Josefa v Londýně, který byl založen řádem Sester lásky (Sláma, 2012), následně si doplnila lékařské vzdělání a stala se „druhou Florence Nightingalovou“. Jakožto první a hlavní protagonistkou hospicového hnutí (Haškovcová, 2007).

Haškovcová (2007) také uvádí, že její neutuchající obětavostí se nechalo inspirovat mnoho dalších osobností, které se zasloužily o založení dalších hospicových zařízení, a tak se myšlenka hospicového hnutí dostala do 95 zemí světa. Jedná se o vyspělé země, v nichž současně dominuje vítězná medicína.

1.2.2 Historie hospiců v ČR

Historie hospiců v České republice začíná rokem 1989. Hlavní propagátorkou se stala MUDr. Marie Svatošová, pod jejímž vedením byl v roce 1995 otevřen Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci (Haškovcová, 2007). Dle Bužgové (2015) nebylo otevření lůžkového hospice v Červeném Kostelci první snahou o specializovanou paliativní péči v České republice. Tři roky před tím, v roce 1992, bylo otevřeno oddělení paliativní péče v Babicích nad Svitavou. Přesto se v ČR uplatňuje model lůžkových hospiců více než specializovaná oddělení paliativní péče. Sedlářová (2015) zmiňuje, že od roku 1996 do roku 2011 vzniklo v ČR 18 hospiců.

1.2.3 Formy hospicové péče

Dle Hawley (2017) je hospicová péče poskytována ve většině případů v domácím prostředí pacienta. Přesto existují ještě další možnosti a těmi jsou samostatné hospice, nemocnice, domy s pečovatelskou službou či jiná zařízení specializující se na dlouhodobou péči.

Lůžková hospicová zařízení

Hospic je lůžkové zařízení, ve kterém je poskytována specializovaná paliativní péče. Nejedná se pouze o zdravotnické zařízení, vhodnější označení je: zdravotně sociální, protože vedle zdravotnických služeb je klientům a jejich blízkým nabídnuto sociální poradenství (Marková, 2010). Ačkoli klient nemůže být ve svém domácím prostředí, jsou

lůžkové hospice koncipovány tak, aby byl klient ve stálém kontaktu se svými blízkými a prostředí a atmosféra hospice byla dle možností domácí (Sláma, 2007).

Haškovcová (2007, str. 49) píše: „*Prostředí hospice je příjemné a interiér připomíná spíše domov než nemocnici.*“ V hospicích jsou k dispozici převážně jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro jednoho člena rodiny, který může být s umírajícím 24 hodin denně. Dle Haškovcové (2007) disponují hospice zpravidla 25 lůžky, dle Slámy (2012) je toto zařízení tvořeno 20–30 lůžky, ale kapacita každého hospice je zcela individuální.

Hospicová péče je primárně určena pacientům, u kterých se nepokračuje v kauzální (zpravidla protinádorové) léčbě a nachází se v terminální fázi nemoci (Sláma, 2012). Z toho vyplývá, že pro přijetí do hospice nejsou indikováni všichni dlouhodobě nemocní. V zahraničí se uplatňuje podmínka související s klientovo prognózou života, která není delší než 6 měsíců. České hospice se touto podmínkou neřídí, protože dle odborníků hospicové péče je popsán kritérium, především z psychologického hlediska, velmi tvrdé (Haškovcová, 2007).

K lůžkovým hospicům se navíc přidružují další služby, jako jsou různé vzdělávací projekty pro zaměstnance i pro veřejnost, odlehčovací služby pobytové či terénní, odborné sociální poradenství, půjčovna pomůcek nebo ambulance paliativní léčby bolesti (Sedlářová, 2015). Sedlářová ale dodává, že ačkoli ne každý hospic poskytuje všechny tyto další služby, jedno mají společné, a to komplexní hospicovou péči, která zahrnuje zdravotní, sociální, psychologické a duchovní služby.

Domácí hospicová péče

Jedna ze starších definic hospicové péče uvádí Christakis (1996). Dle jeho článku je hospicová péče péčí, jejímž primárním cílem je zmírnit až utišit tělesné i duševní utrpení všem jejich klientům. Popisuje, že pokud je péče poskytována v domácím prostředí, přináší to mnoho výhod zejména pro klienta. Domácí prostředí u klienta zlepšuje úlevu od bolesti a zvyšuje jeho spokojenost a tím se péče stává efektivnější. „*Domácí hospicová péče je z hlediska sociálního a psychického pro většinu pacientů tou nejlepší alternativou.*“ (Marková, 2010, str. 21). Mobilní hospice, jak jsou domácí hospice označovány, bývají často úzce spojeny s lůžkovými zařízeními (Sláma, 2012).

Kritéria pro přijetí nemocného do mobilního hospice jsou zpravidla podobná kritériím přijetí do lůžkového hospice. Další podmínkou je však svobodné přání pacienta zůstat

v domácím prostředí a jeho informovanost o možnostech a limitech mobilní péče, a navíc ochota rodiny spolupracovat (Skála, 2011).

Zemřít v domácím prostředí znamená pro většinu lidí dobrou smrt. Nezbytným aspektem domácí péče je ochota a schopnost alespoň jednoho člena rodiny pečovat o umírajícího (Marková, 2010). V této snaze nezůstává rodinný příslušník nikdy sám. Z řad odborníků je mu nabídnuta pomoc v podobě psychické podpory i praktické pomoci. Tuto pomoc nabízí mobilní hospice tvořené multidisciplinárním týmem, který poskytuje kvalifikovanou pomoc a komplexní služby v péči o umírajícího (Haškovcová, 2007). Rodina, případně všeobecná sestra s ošetřovatelkou, zpravidla obstarává hygienickou péči, podávání stravy, převazy apod. I pro ni je však tato situace velkou zátěží, a to nejen po stránce fyzické, ale především po stránce psychosociální. Musí se umět smířit s odchodem svého blízkého a se změnou sociálních rolí (Kabelka, 2007).

Přestože zemřít doma je přáním většiny lidí, ne každému se toto přání splní. „*Domácí péče je zpravidla ideální, ale ne vždy možná*“ (Kupka, 2014, str. 31). Marková (2010) upozorňuje na skutečnost, že pro zdravotníky bývá poskytování domácí péče velmi náročné. Často se s klientem a jeho rodinou sblíží a klientův odchod je pro ně o to náročnější. Navíc musí umět dobře zhodnotit náhle vzniklé situace a vhodně zasáhnout.

Hospicový stacionář

Stacionární hospicová péče bývá součástí kamenných hospiců. Není však pravidlem, aby kamenný hospic organizoval i denní pobyty (Haškovcová, 2007). Dle Kupky (2014) je tento typ péče vhodný pro klienty, kteří bydlí poblíž hospice a rodina je schopná je každý den dovážet. Autor tím myslí péči, která probíhá několik hodin denně. Shoduje se s Haškovcovou (2007), která hospicový stacionář popisuje obdobně. V hospicovém stacionáři se snoubí pozitiva domácí péče a pozitiva lůžkového hospice. Klientovi je poskytována odborná péče, která mu zajišťuje uspokojování základních potřeb a případné léčebné výkony (Sláma, 2012). Tento typ péče umožňuje pacientovi stálý kontakt s domácím prostředím a oddaluje hospitalizaci (Haškovcová, 2007). Jedním z hlavních cílů hospicového stacionáře je dle Radbrucha (2009) sociální péče, díky níž je pacient stále ve společnosti a předchází tím sociální izolaci.

1.2.4 Dětská paliativní péče

Smrt dítěte je většinou lidí považována za jednu z nejhorších životních situací, která může rodiče potkat (Kupka, 2014).

Hospitalizované dítě zpravidla touží po domově (Haškovcová, 2007). Dětská paliativní péče může být poskytována v nemocnici, hospici nebo v domácím prostředí (Dětský hospic, [online] [cit. 2017-05-02]). Význam domácího prostředí je v tom, že dítě je v trvalém spojení s rodinou a svými blízkými a zároveň je snazší uspokojit potřebu bezpečí v prostředí, které je dítěti dobře známé (Ligas, 2016).

Paliativní péče u dětí začíná stanovením diagnózy, která je zpravidla fatální. Jedná se o diagnózy, které limitují život dítěte nebo ho přímo ohrožují na životě a neexistuje téměř žádná šance na vyléčení (Coombes, 2016). Nejčastěji se jedná o nenádorové diagnózy (80 %), zde je patrný rozdíl oproti dospělým klientům, u kterých se zpravidla jedná o onkologická onemocnění. Mezi nenádorové diagnózy u dětí řadíme některé svalové dystrofie, degenerativní onemocnění CNS, metabolické dědičné poruchy, vážné úrazy CNS apod. (Dětský hospic, [online] [cit. 2017-05-02]). Velká část těchto onemocnění vyžaduje dlouhodobou paliativní péči. Hlavní náplní dětského hospice pak není přímo terminální péče, ale péče respitní (odlehčovací) (Nadační fond Klíček [online] [cit. 2017-05-02]). Ta zahrnuje především péči o rodinné příslušníky, protože péče o umírající dítě je náročná nejen po stránce fyzické, ale také po stránce psychické a sociální.

Stejně jako paliativní péče o dospělé je paliativní péče u dětí komplexní a trvá od stanovení diagnózy až po smrt dítěte. Zahrnuje péči po fyzické, emocionální, sociální a duchovní stránce nemocného dítěte a snaží se o zvyšování kvality jeho života. Zaměřuje se na podporu rodiny umírajícího dítěte. Podpora rodiny zahrnuje zvládání stresu během nemoci, poskytnutí oddychového pobytu dítěte, péči o dítě na konci života a podporu rodiny při úmrtí (Bergstraesser, 2013).

Paliativní péče o děti zahrnuje klienty v několika věkových obdobích, přičemž pro každé vývojové období má dítě jiné potřeby (Haškovcová, 2007). Například v období adolescence jsou pacienti většinou schopni uvědomit si ohrožení svého života. Ošetřující personál si musí být vědom skutečnosti, že při rozhovoru s adolescentem jedná po kognitivní stránce na úrovni dospělého, avšak po emocionální stránce se může adolescent chovat jako dítě (Kupka, 2014). Dle standardů a dle bioetické literatury by se mladiství měli podílet na rozhodování o následné léčbě a zdravotní péči. Dané onemocnění mívá

pro adolescenty horší dopad než pro děti nebo dospělé (Day, 2016). Vedle obav z budoucnosti se objevuje strach z tělesných změn a zapojení do společnosti (Kupka, 2014). Ke strachu ze smrti se přidávají obavy z toho, jak mě přijmou ostatní (Haškovcová, 2007).

V ČR je stav dětské paliativní péče nedostatečný. Zdravotníci nejsou dostatečně připraveni na komunikaci s umírajícím dítětem, pediatri nejsou dostatečně proškoleni a dostupnost speciální paliativní péče je velmi limitována. V současné době poskytují dětskou paliativní péči: Nadační fond Klíček, Mobilní hospic Ondrášek, Nadační fond Krtek, Cesta domů a Nejste sami – mobilní hospic, z. ú. (Dětský hospic, [online] [cit. 2017-05-02]).

1.2.5 Složení multidisciplinárního týmu v hospici

Skladba osob pečujících o umírajícího by měla být přinejmenším velmi podobná v hospicovém zařízení a v mobilním hospici (Kalvach, 2010). Cílem každého týmu mají být základní pilíře, o které se opírá celá paliativní medicína, tzn. dosáhnout co nejvyšší kvality života umírajícího a zmírnění jeho utrpení (Marková, 2010). Dle Radbrucha (2009, str. 45) musí být každý člen týmu „*vybaven znalostmi a dovednostmi ve všech aspektech procesu péče souvisejících s jejich profesí.*“ Hierarchie zdravotnických pracovníků je v hospicích obdobná skladbě v nemocnicích, zahrnuje lékaře, sekundární lékaře, konziliární lékaře, hlavní (vrchní, popř. staniční) sestry, všeobecné sestry a ošetřovatelky (Haškovcová, 2007). Ale Radbruch (2009) se opírá přímo o požadavky Rady Evropy a Národního poradního výboru pro paliativní péči, které zahrnují specialisty více profesí. Kromě lékařů a sester by multiprofesní tým specializované péče měl zahrnovat navíc: sociální pracovníci, odborníky ovládající psychosociální podporu, administrativní pracovníky, fyzioterapeuty, profesionály ovládající podporu v truchlení, koordinátory duchovní péče, koordinátory dobrovolných pracovníků, kaplany, odborníky na léčbu ran, specialisty na mízní otoky, ergoterapeuty, logoterapeuty, nutriční terapeuty, lékárníky, specialisty na podpůrnou terapii, školitele a knihovníky. Ne všechny vypsané profese musí být přímo zaměstnanci daného hospice, postačí fungující spolupráce formou doporučení kontaktů. Neoddělitelnou součástí týmu je však pacient a jeho rodina (Marková, 2010). Nezastupitelnou roli rodiny uvádí i Kalvach (2010) v rámci mobilní paliativní péče. V souvislosti s hospicovou péčí se často setkáváme s dobrovolnickou činností. Ta se realizuje v různých podobách. Zahrnuje péči o klienta formou rozhovorů nebo četbou. Dobrovolníci se mohou také zapojit do administrativní činnosti, do

propagačních aktivit, realizovat kulturní programy pro klienty, vypomáhat při opravách prádla atd. (Haškovcová, 2007).

Vzájemná komunikace v rámci týmu se v hospici stává nepostradatelnou. Dle Markové (2010) si všichni členové týmu uvědomují, že každý z nich může mít nějakou novou informaci o pacientovi. Formální komunikace funguje jednak formou písemnou a dále ústní při pravidelných schůzkách celého týmu.

Každý člen týmu musí přesně znát své kompetence, ale zároveň se orientovat i v typu práce ostatních profesí. Tato schopnost je nezbytná pro možnost akutního zastoupení dané profese. Každý si ale musí být vědom, v jakou chvíli by měl vyhledat specialistu a probrat s ním daný problém, čímž zkvalitňuje paliativní péči (Kalvach, 2010).

Role všeobecné sestry je pro tým velice důležitá. „*Ona je pacientovi nejbližším profesionálem a musí mu umět správně vysvětlit vše, na co se ptá, stejně tak jako musí předat ostatním členům týmu své poznatky o pacientovi a rodině*“ (Marková, 2010, str. 36).

1.3 Práce sestry v hospici

Všeobecná sestra jako člen 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).

1.3.1 Potřeby umírajícího

V souvislosti s potřebami se mluví o čtyřech dimenzích člověka. Uvádí je Nováková (2014), kdy se zmiňuje o biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřebách. Toto rozdělení potvrzuje i Marková (2010). Ta však tvrdí, že potřeby nelze striktně rozdělit, protože člověk je celistvá bytost, a tak nelze vnímat jeho biologickou, psychickou, sociální a spirituální složku odděleně.

Kalvach se rovněž zmiňuje, že „*potřeby a problémy umírajících lidí jsou komplexní*“ (Kalvach, 2011, str. 85). Ke každé kategorii potřeb uvádí příklad. Oblast biologických potřeb zastupuje především bolest, únava a dušnost. K psychickým potřebám řadí úzkost, strach, osamělost, sebeúctu, nejistotu a potřebu bezpečí a podpory. Ze sociálních potřeb vyzdvihuje sociální vztahy a např. zabezpečení dětí, rodiny. Do poslední skupiny

(spirituálních potřeb) dle Kalvacha (2011) patří hodnocení a naplnění života, vztah k Bohu či „smířenost“.

Cílem hospicové péče je uspokojení všech potřeb (Sláma, 2007). Dle Kaly (2012) se v hospici snaží klientům vyjít vstříc i v takových prosbách a přáních, které by v jiných zdravotnických zařízeních nebylo možné splnit. Jako příklad uvádí pacienty kuřáky, kterým kouření nezakazují, ale samozřejmě všichni zdravotníci dbají na bezpečnost klienta a na ohleduplnost vůči ostatním klientům. Veškerá péče v hospici tak směřuje k individualizovanému přístupu ke klientovi.

Kalvach (2011) upozorňuje na skutečnost, že potřeby se mění. Ke změnám může dojít v souvislosti s onemocněním, zdravotním stavem a soběstačností umírajícího a v neposlední řadě v souvislosti se změnou rodinné a sociální situace.

Podle Kalvacha (2011, str.86) je pro umírající nejdůležitější tlumení bolesti a utrpení, dále „*neprodlužování bolestné předsmrtné fáze*“, nebýt osamocen, zachování autonomie, lidské důstojnosti a co největší možné soběstačnosti. Marková (2010) se rozepisuje o dalších potřebách umírajícího, mezi které patří potřeba zůstat sám sebou, potřeba cítit se žensky/mužně, potřeba splnit svůj úkol. Neopomenutelnou potřebou je potřeba plakat, potřeba se smát a také potřeba mít pravdivé informace.

1.3.1.1 Biologické potřeby

Do oblasti biologických potřeb spadá „*všechno, co potřebuje nemocné tělo*“ (Svatošová, 2012, str. 21). Dle Bužgové (2015) řadíme mezi tělesné potřeby péči o symptomy a fyzickou pohodu pacienta. Nováková (2014) uvádí, že ošetrovatelský personál by měl na prvním místě dbát o utišení tělesných potřeb. Mezi biologické potřeby patří, mimo již výše zmiňované, potřeba hydratace, vyprazdňování, tepla, hygieny apod. Neuspokojení potřeb biologických se pak snadno může přenést do psychosociální oblasti a projevuje se podrážděností klienta, klient nespolupracuje a může být až agresivní.

Ošetrovatelské postupy při zvládnutí bolesti jsou popsány v podkapitole 1.1.5.1. Ošetrovatelské postupy při zvládnutí bolesti.

Výživa

V souvislosti s paliativní péčí se všeobecná sestra často setkává s nechutenstvím, které většinou provází protinádorovou léčbu. Vzniká také v souvislosti s každým závažným

onemocněním, které snižuje chuť k jídlu (Marková, 2010). Pokud klient v terminálním stádiu nemoci stravu odmítá, není vhodné ho do stravy nutit, jedná se o jeden z náznaků blížící se smrti (Sláma, 2012). Volbou číslo jedna se při nutriční podpoře stává přirozený příjem potravy (Jurašková, 2011). Enterální výživu preferuje i Hrnčiariková (2007). Dle jejího mínění je příjem potravy per os fyziologičtější a podporuje tak imunitní systém. U umírajících pacientů je podávání stravy jinou než fyziologickou cestou kontraindikované (Sláma, 2012). Pokud je klient schopný přijímat jídlo ústy, je dle Markové (2010) dalším krokem při nechutenství poskytnout klientovi jídlo, na které má chuť, a podávat mu ho v menších porcích (Marková, 2010). Lékařskou intervencí v podpoření chuti k jídlu je vysazení léků ovlivňujících chuť k jídlu nebo podání medikace, která chuť „povzbuzuje“. K těmto preparátům patří např. Prednison, Megace nebo Provera (Sláma, 2012). Do ošetrovatelských postupů patří dle Markové (2010) podávat klientovi stravu s ideální teplotou. Při nevolnosti zvolit chladnější pokrmy, které nejsou aromatické, a nevyvolávají tak nechutenství. Kalvach (2010) zdůrazňuje skutečnost, že se klientům v terminálním stádiu nemoci jídlo nevnučuje a respektuje se jejich přání. Mezi zásady ošetrovatelské péče o výživu umírajících patří, mimo již zmiňované: podávat klientovi jídlo v hezky upravených porcích (Marková, 2010), klienta časově nestresovat, na jídlo mít dostatek času, neřídít se přesně stanovenou dobou podávání jídla, ale spíše pacientovo přání a jeho chuti k jídlu. Mezi jídly je vhodné podávat nutriční nápoje (Nutridrink, Diasip apod.) (Jurašková, 2011).

Hydratace

S výživou souvisí hydratace pacienta. Ta se řídí podobnými pravidly jako výživa, tzn. nevnučovat tekutiny pacientům v terminálním stádiu nemoci. Mnozí geriatřičtí pacienti mají snížený pocit žízně. Proto je vhodné, aby každý zdravotník, nabídl pacientovi tekutiny, kdykoli s ním přijde do kontaktu. Pitný režim se odvíjí od ztrát tekutin, sestra proto u pacienta pravidelně sleduje pocení, průjmy, zvracení a množství vyloučené moči (Kalvach, 2010). Hranice denního příjmu tekutin je v terminálním stadiu snížena na 1000 ml (Sláma, 2007). Marková (2010) dodává, že většina pacientů volí spíše chladivé nápoje nežli čaj. Vhodné je podávat např. vychlazenou kolu nebo ananasovou šťávu. Specifikem paliativní medicíny je dle Slámy (2007) tzv. hypodermoklýza. Jedná se o subkutánní podání tekutin, což je v mnoha případech vhodnější metoda než intravenózní podávání tekutin. Dříve byla tato metoda více využívána, dnes se s ní setkáme především u umírajících klientů.

Vyprazdňování

V paliativní medicíně se sestra setkává se zácpou, která vzniká zpravidla dlouhodobým podáváním opioidů nebo imobilizací klienta (Marková, 2010). U klientů se může rozvinout tzv. opioidní střevní dysfunkce, která špatně reaguje na léčbu projímadly. To následně vede k nutným změnám v podávání opioidů (Tomáška, 2007).

Úkolem sestry je sledovat pravidelnost defekace a výrazné výchylky řešit s lékařem (Kalvach, 2010). Z nefarmakologických prostředků k odbourání zácpy patří dostatečný přísun tekutin (Kalvach, 2010), ráno na lačno požití hrnku teplé vody (Marková, 2010) a zvýšení přísunu vlákniny. Problémy s vylučováním je nutné konzultovat s lékařem, který zpravidla naordinuje projímadla (Kalvach, 2010).

Hygienická péče

Obzvláště v oblasti hygienické péče klient pociťuje ztrátu své soběstačnosti. Sestra se má snažit klienta zapojit a podporovat k samostatnosti, což ovlivňuje jeho psychický stav (Vytejková, 2013). V hospicích je většina pomůcek určena k jednorázovému použití, je jich zde dostatečné množství. Hygiena se provádí např. v pojízdné vaně (Haškovcová, 2007). Při manipulaci s klientem musí mít sestra vždy na paměti, že změna polohy je pro klienta bolestivá (Vytejková, 2013).

Sestra dále zajišťuje péči o dýchací cesty, dbá na prevenci vzniku proleženin (Vytejková, 2013), pečuje o rány klienta a nikdy nesmí opomenout ošetření dutiny ústní (Marková, 2010). Musí ji udržovat stále vlhkou, což zabezpečí dostatečným přísunem tekutin, popřípadě výplachy. Dbá o zuby či zubní náhrady a pravidelně sleduje, zda se v dutině ústní neobjevují povlaky, které mohou znamenat mykózy či jiné komplikace (Marková, 2010).

1.3.1.2 Psychické a sociální potřeby

Nemoc se stává pro pacienta i pro jeho blízké skutečnou životní krizí. Tento stav zpravidla provází strach a úzkost (Zacharová, 2007). v souvislosti se strachem a nejistotou se objevují potřeby týkající se úzkosti, vztahů s blízkými lidmi, osamělosti, důstojnosti, a především potřeba bezpečí (Kalvach, 2011). Marková (2010) upozorňuje na to, že klientovy obavy se nesmí zlehčovat či podceňovat. Sestra by se měla zajímat o klientovu minulost, o jeho hodnoty, a přizpůsobit tak téma rozhovoru (Marková, 2010). Hodnotu kvalitní komunikace podtrhuje i Kupka (2014).

Kupka (2014, str. 98) mimo jiné uvádí další potřeby umírajících. Řadí k nim: „*potřebu pochopit, co je nutné před smrtí zařídit, rekapitulace vlastního života, trávení času s rodinou a rozloučení se s blízkými osobami.*“

Mezi psychosociální potřeby umírajícího klienta se řadí také potřeba mít pravdivé informace. Nejedná se pouze o potřebu, ale také o základní právo každého pacienta. Ačkoli se mezi odborníky vede mnoho diskuzí na téma informovanost – neinformovanost pacienta, má každý člověk právo být pravdivě informován o svém stavu (Marková, 2010). Klientovi se nikdy nesmí lhát (Svatošová, 2012).

Základní potřebou z psychologické oblasti je potřeba lidské důstojnosti. Každý člověk je jedinečnou osobností. Sestra a každý zdravotník jsou povinni toto respektovat (Svatošová, 2012).

Základními postupy při péči o psychosociální stránku umírajícího uvádí Zacharová (2007). Zdůrazňuje individuální přístup ke každému pacientovi. Z tohoto důvodu by měl být věnován dostatek času vstupnímu rozhovoru s klientem a jeho rodinou (Marková, 2010). Sestra se u klienta snaží o vhodnou formu komunikace a zároveň respektuje změny psychických funkcí. Při rozhovoru uplatňuje nedirektivní přístup a předkládá pacientovi pouze pravdivé informace. Ze sociální oblasti, která je úzce propojena s psychickou, se snaží o zajištění kontaktu s rodinou a také o její podporu v průběhu klientovy nemoci i po jeho smrti (Zacharová, 2007).

Člověk, ani v době smrti, nesmí být izolovaný od svého okolí. Zpravidla touží po společnosti, proto by neměl být omezován v návštěvách. Ty si ale reguluje sám, podle svých potřeb. Jedná se zpravidla o rodinné příslušníky (Svatošová, 2012). Pokud se stane, že klient nemá žádné vazby s rodinou nebo přáteli, je na zdravotnických pracovnících, aby tuto roli zastoupili. V dnešní době plní tuto funkci často někdo z řady dobrovolníků (Sláma, 2012).

Důležitý aspekt péče podtrhuje Kalvodová (2012, str. 436): „*Pamatujte, že své pacienty můžete dobře ošetřovat jen tehdy, když budete samy v dobré psychické a fyzické kondici, naučte se odpočívat, radovat se, dělat něco pro sebe.*“

1.3.1.3 Spirituální potřeby

„*Spirituální péče je nedílnou součástí specializované paliativní péče.*“ (Sláma, 2013, str. 14).

Spirituální potřeby se netýkají pouze klientů v hospici, ale i pacientů hospitalizovaných na akutních lůžkách v nemocnici a dalších zdravotnických zařízeních. (Kvasničková, 2016). Nejčastěji se objevují u pacientů s infaustní prognózou (Svatošová, 2012).

Bývají zdravotníky často ztotožňovány s potřebami náboženskými. Tyto potřeby nejsou ale záležitostí pouze „věřících“ klientů, jelikož „*spiritualita znamená poznávání smyslu života*“ (Kvasničková, 2016, str. 22).

Svatošová (2012) uvádí, že spirituální potřeby se týkají nevěřících osob ještě víc než věřících. Odůvodňuje to tak, že věřící člověk zpravidla ví, jak se zachovat a dovede se podle dané situace zařídit. Nevěřící člověk se v období těžké nemoci střetává s otázkou smyslu vlastního života. Dále píše, že je nezbytně nutné, aby každý umírající člověk měl uspokojenou potřebu smysluplnosti. Při jejím nenaplnění se umírající může dostat až do stavu duchovní krize. V. E. Frankl říká: „*O smysluplnosti života rozhodují jeho vrcholné body a jediný okamžik může dát zpětně smysl celému životu.*“ (in Svatošová, 2012, str. 66).

Dle Kvasničkové (2016) jsou k uspokojení spirituálních potřeb pacientů nutné osobnostní předpoklady sestry. Svatošová (2012) tvrdí, že nejdůležitější dovedností v oblasti uspokojování spirituálních potřeb nemocného je umění naslouchat. Velkým úskalím se může stát „nálepkování“ pacientů jako „věřící – nevěřící“. K tomu by sestra nikdy neměla dospět, protože pak jen stěží rozpozná duchovní potřeby pacienta.

Úkolem paliativního týmu je, zvláště v spirituální oblasti potřeb člověka, respektovat jeho přání a neustále mít na paměti lidskou důstojnost každé osoby (Kalvach, 2010). Všichni členové týmu musí uznávat klientovy hodnoty a názory a dle jeho individuálních, kulturních či náboženských hodnot o něj pečovat. Měli by také zohledňovat přání klienta a jeho rodiny v oblasti náboženských a duchovních rituálů ve chvíli smrti (Sláma, 2013).

K uspokojování spirituálních potřeb klienta je nezbytná vhodná komunikace ošetřujícího personálu a klienta. K dalším potřebným schopnostem ošetřujících patří empatie, a jak již zmiňovala Svatošová (2012), umění naslouchat. Každý člen paliativního týmu má možnost nemocnému naslouchat a vést s ním rozhovor, který často uspokojí jeho spirituální potřeby. Pokud by k uspokojení na základě tohoto rozhovoru nedošlo, je na místě přivolat ke klientovi pastoračního pracovníka, kněze nebo jinou duchovní osobu (Kvasničková, 2016), která je součástí paliativního týmu nebo na kterou má tým kontakt

(k dispozici musí být seznam kontaktů na duchovní osoby dalších církví) (Kalvach, 2010).

1.3.2 Komunikace s umírajícím

Komunikace s umírajícím klientem patří mezi specifické dovednosti všeobecné sestry. Sestra i ostatní členové paliativního týmu by se měli držet určitých zásad. Dané zásady nejsou jakýmsi návodem, jak přesně komunikovat, protože pro správnou a vhodnou komunikaci je nepostradatelná především empatie (Kutnohorská, 2007). Marková (2010) zdůrazňuje, že vhodnou komunikací zbavíme klienta pocitu osamělosti. Navíc podtrhuje význam neverbální komunikace, kterou dáváme klientovi najevo náš „*niterný postoj k němu*“ (Marková, 2010, str. 51). Zbavit klienta pocitu osamělosti patří dle Kutnohorské (2007) k hlavním úkolům sestry v péči o umírajícího. Kromě pocitu osamělosti je potřeba klienta zbavit pocitu strachu a deprese, a naopak nabudit u něj pocit jistoty, důstojnosti, sebeúcty a sebedůvěry. v neposlední řadě povzbuzujeme jeho naději, protože jak uvádí i Zacharová (2007, str. 100) „*člověk, který ztratí naději, psychicky umírá.*“

Pro navázání dobrého vztahu s klientem a tím navázání i dobré komunikace je potřebné dát najevo svůj zájem. Zájem o klienta může sestra projevit již při příjmu. Jednou z metod může být kladení otázek při vyplňování údajů v anamnéze. Klienta podporujeme, aby se rozhovořil a aktivně mu nasloucháme (Marková, 2010).

Každý člověk je individuální osobnost a při rozhovoru na téma smrt a umírání reaguje jinak. Raudenská (2011) vypisuje několik příkladů: klient je se smrtí smířen, nebo mu je vše lhostejné a pasivně rezignuje, někteří klienti utíkají od myšlenek na smrt a baví se o všedních záležitostech, jiní se ponoří do vzpomínek nebo do své fantazie o nesmrtnosti.

Kutnohorská (2007) stejně jako mnoho jiných autorů uvádí, že pro umírajícího je velmi důležitá přítomnost další osoby, která mu naslouchá, psychicky podporuje a v posledních chvílích mu poskytuje uklidňující slova nebo ho drží za ruku.

Klient by se při rozhovoru nikdy neměl přerušovat, neodporuje se mu a nezlehčuje nebo nesnižuje se to, co sděluje. Hned na začátku rozhovoru by měl být ujištěn, že má na rozhovor dostatek času. S každým člověkem je jednáno s úctou a respektem (Cesta domů: e – learning, [online] [cit. 10.5.2017]).

1.3.3 Péče o tělo zemřelého

Ještě před samotnou smrtí je vhodné připravit na blížící se konec rodinu klienta a šetrným způsobem je navést, aby se s klientem přijeli rozloučit, protože „*nejdůležitějším léčebným opatřením je a vždy zůstane autentická lidská blízkost rodiny a zdravotníků*“ (Sláma, 2007, str. 309).

Pokud se sestra na základě nejistých známek smrti domnívá, že klient zemřel, informuje o této skutečnosti bez prodlení lékaře (Vytečková, 2013). Prohlídku zemřelého provádí vždy lékař (ošetřující lékař nebo lékař ve službě). Dojde-li k úmrtí mimo zdravotnické zařízení, jedná se o praktického lékaře nebo lékaře z rychlé zdravotnické pomoci (Sláma, 2007).

Zpravidla je úlohou lékaře informovat o úmrtí rodinu. Pokud se jedná o předpokládanou smrt, měl by být lékař s rodinou domluven, zda chce být o smrti blízkého informována okamžitě, i v nočních hodinách, nebo až ráno (Sláma, 2007).

Sestra musí při péči o tělo zemřelého dbát především na intimitu mrtvého těla. Obecně platí, že tělo zůstává na pokoji 2 hodiny po smrti, než je převezeno do chladicí místnosti. Je nanejvýš vhodné nechat tělo chvíli „odpočinout“ a péči zahájit až vzápětí (Haškovcová, 2007).

Péče o mrtvé tělo je v kompetenci všeobecné sestry (Haškovcová, 2007). Jak z právní, tak i z praktické stránky je vhodné péči provádět alespoň ve dvou osobách (Vytečková, 2013). Lůžko je potřeba zbavit všech polštářů, polohovacích pomůcek, dek a nechat na něm pouze čisté bílé prostěradlo (Vytečková, 2013). Dále se svlékne i mrtvé tělo a uloží se do vodorovné polohy (Haškovcová, 2007). Z těla se vyjmou všechny cévky, katétr, odstraní převazový materiál (Vytečková, 2013) a rány se čistě převážou (Haškovcová, 2007), drény se pouze zastříhávají a následně je zahájena hygiena těla. K té se řadí také odstranění všech šperků a vyjímatelné zubní protézy (Vytečková, 2013), které musí být zaznamenány v dokumentaci (Haškovcová, 2007). Tělu je podvázána brada obinadlem, aby se předešlo otevřeným ústům a oční víčka se zavírají nebo lehce přelepí náplastí. Na závěr péče musí být tělo označeno pro následnou identifikaci. Označení se provádí zpravidla na pravou dolní končetinu. K identifikačním údajům pak patří jméno a příjmení zemřelého, jeho rodné číslo, datum a oddělení, na kterém k úmrtí došlo. Tím ještě práce sestry nekončí, další povinností je zpracování dokumentace, která zahrnuje zdravotnickou dokumentaci, list o prohlídce zemřelého (vystavuje lékař) a sepsání pozůstalosti, popř.

formulář pro zaslání telegramu (Vytejková, 2013). Takto probíhá dle standardů péče o tělo zemřelého v nemocničním prostředí.

Péči o tělo zemřelého v domácím prostředí podrobně popisuje Kalvach (2010). Pokud je rodina domluvena s agenturou domácí péče, informuje ji o pravděpodobném úmrtí (laické zhodnocení). Po příjezdu sestra zhodnotí, zda k úmrtí došlo a vysloví rodině upřímnou soustrast. Stejně jako uvádí Haškovcová (2007), je i zde tělo uloženo do vodorovné polohy a také, jak píše Vytejková (2013) se tělu podváže brada obinadlem, aby se předešlo otevřeným ústům. Kalvach (2010) dále pokračuje přivoláním lékaře, který je kompetentní ke stanovení smrti a informování dalších příbuzných o úmrtí. Úlohou sestry je domluva s pozůstalými o provedení hygieny. Rodinní příslušníci mají možnost provést hygienu sami nebo požádají o pomoc. Tělo je oblečeno do připraveného oblečení. Jedním ze zvyků je zapálení svíčky. Na závěr je přivolána pohřební služba a provedení zápisu do hospicové dokumentace. V neposlední řadě je nabídnuta rodinným příslušníkům pomoc v období truchlení (Kalvach, 2010).

1.3.4 Respítní péče – péče o pečující – péče o pozůstalé

Neoddělitelnou součástí péče o umírajícího je péče o rodinu, jak v době nemoci klienta, tak v době jeho smrti a v období následného truchlení rodiny (Marková, 2010).

Při umírání a smrti blízkého člověka prožívají jeho blízcí tzv. vztahovou ztrátu, která je v tomto případě trvalá a úplná a stává se tak skutečnou krizí (Špatenková, 2011). v souvislosti s institucionalizovaným umíráním dochází k tomu, že klienti „*jsou vytrženi ze své rodiny nejen místem, ale i komunikačně a citově.*“ (Marková, 2010, str. 75). Proto by snahou každého zdravotnického zařízení mělo být udržovat stále kontakt s rodinou klienta, protože ani v terminálním stádiu nemoci nepřestává být klient součástí své rodiny (Marková, 2010).

Ačkoli se stává, že rodina je zdravotníky považována především jako opora pro klienta, nesmí se zapomínat, že i ona potřebuje pozornost a péči (Sláma, 2012).

Pro dobrou orientaci v rodinných vztazích je velmi prospěšné sestavení tzv. genogramu, který všem pečujícím podává přehled o rodině a blízkých nemocného. Lze na něm vyčíst i intenzitu vztahů, zda se jedná o problematický vztah, či o člověka výjimečně blízkého, kdo má ke klientovi nejbližší apod. (Marková, 2010).

1.3.4.1 Potřeby pozůstalých

Nejen klienti, ale také jejich rodina a pečující osoby mají své potřeby. U rodinných příslušníků se jedná o specifické potřeby, kterými jsou dle Markové (2010) potřeba jistoty a bezpečí, potřeba emoční podpory, potřeba smíření a potřeba rozloučit se. Dle Slámy (2012) mají doprovázející tyto čtyři hlavní potřeby: potřeba dostatku informací, vědomí, že pacient netrpí, praktické dovednosti a emocionální podpora.

Potřeba bezpečí a jistoty souvisí s informovaností, protože pokud má rodina dostatek informací, cítí se jistě a nově vzniklá situace pro ni není tolik stresující. Potřebu jistoty a bezpečí uspokojuje také fakt, že rodina na péči o klienta není sama, pokud využívá služby domácí péče (Marková, 2010).

Potřebu emoční podpory podtrhuje Marková (2010) i Sláma (2012). Rodina se zpravidla brání projevovat své emoce v blízkosti klienta, proto je nanejvýš vhodné umožnit jí, aby projevila své emoce pláčem nebo jiným způsobem.

V bezprostředním okamžiku smrti dochází k potřebě rozloučení se. Ta je často doprovázena zhroucením, které se projevuje pláčem, naprostým ochromením apod. Úlohou zdravotníka je nabídnout nejen emoční, ale také fyzickou podporu. S pozůstalým se může krátce pomodlit, což zpravidla přijímají i lidé nevěřící (Marková, 2010).

1.3.4.2 Komunikace s pozůstalými, péče o ně

„Psychologové okamžik sdělení o úmrtí řadí mezi nejvíce stresové chvíle v životě pozůstalých“ (Kutnohorská, 2007, str. 79).

Setkání a komunikace s pozůstalými vyžaduje po zdravotníkovi mimořádné komunikační dovednosti a dodržování etických zásad a pravidel (Kutnohorská, 2007). Nemělo by se stát a je velmi nežádoucí, aby zprávu o smrti vyslechli jeho blízcí na chodbě, mezi dveřmi. Sdělení této zprávy je v kompetenci lékaře a ten by měl pro rozhovor s pozůstalými zvolit vhodný prostor (Kupka, 2014). Rozhovor by měl probíhat v klidné místnosti, kde nebude nikdo rušit a lékař bude mít dostatek času probrat s rodinou vše potřebné (Kutnohorská, 2007). Zpravidla ji informuje o „*průběhu závěru života*“ (Kabelka, 2007, str. 317) a předává osobní věci zesnulého. Dále poradí rodině, co je potřeba zařídit – pohřební službu, vystavení úmrtního listu apod. (Kabelka, 2007). Vhodné je podat rodině informace v tištěné podobě, protože ve chvíli, kdy se dozví tak

smutnou zprávu, není zpravidla schopna zapamatovat si všechny důležité údaje (Marková, 2010).

Pokud je rodina svědkem chvíle smrti, je dle Slámy (2007) vhodné s rodinou u lůžka chvíli setrvat a dát jí prostor, aby vyjádřila své emoce. Pokud k sdělení o smrti pacienta dojde telefonickou cestou, musí být informace sdělena nanejvýš citlivě a pozůstalým poskytnuta možnost rozloučit se se zemřelým.

„Základní schopností, která se vyžaduje od pomáhajícího, je schopnost soustrastně naslouchat“ (Špatenková, 2011, str. 76). Často se stává, že pozůstalým se mnohem lépe mluví s cizími lidmi než s ostatními členy rodiny. Proto by sestra měla být připravena jim naslouchat. Špatenková (2011) uvádí několik rad, kterými by se měla řídit při soustrastném naslouchání. Stejně jako jiní autoři (Kutnohorská, 2007 a Sláma, 2007) vyzdvihuje dostatek času pro rozhovor. Pozůstalého nechat mluvit a projevit své emoce, nebránit mu v tom. Hovořit by měl především on. Důležitější je naslouchat. Je vhodné pozůstalého uklidnit, že pro zesnulého udělal maximum.

Kontakt s rodinou smrti klienta nekončí. I dál s ní mohou být udržovány styky formou různých poradenství či formálních setkání (Marková, 2010). Pravidlem bývá kontaktování rodiny měsíc po smrti formou kondolenčního lístku nebo pozvánkou na setkání. V hospicových zařízeních se zpravidla konají vzpomínkové programy a setkání pozůstalých. Dále může být nabídnuta pomoc psychoterapeutů či jiných poradenství (Kabelka, 2007).

1.3.5 Truchlení

„Truchlení není nemoc, ale přirozený způsob zpracování ztráty“ (Špatenková, 2011, str. 69).

Nejedná se o patologický stav (ve většině případů), jedná se o adaptování se na novou situaci. Truchlení je normální reakce na vyrovnání se se smrtí blízkého člověka (Špatenková, 2011). Pozůstalí by měli prožít fázi truchlení, protože pokud je truchlení vytěšňováno, nedojde u nich k vyrovnání se se smrtí (Kabelka, 2007).

Truchlení se může projevit několika způsoby – od psychických potíží až k somatickým a sociálním. Základními projevy jsou smutek, žal, hněv, vztek, agrese, pocit viny nebo opuštěnosti a mnohdy pozůstalí ztrácí smysl života, cítí se bezmocně, jsou zoufalí. Ze somatických projevů se může dostavit až nechutenství apod. a po sociální stránce se

pozůstali mohou vyhýbat ostatním lidem, omezují své sociální kontakty, jejich jednání bývá chaotické (Špatenková, 2011). U každého člověka se i dle Haškovcové (2007) truchlení projevuje jinak. Sestra se může setkat s pláčem, u jiných lidí se pláč nedostaví a jsou i lidé, kteří svůj žal projevují hysterickým smíchem. Dát najevo své emoce je však důležité. Stejně jako se dává najevo radost, měl by se vyjádřit i smutek (Kutnohorská, 2007).

Podle Markové (2010) je pro podpoření normálního truchlení důležité, aby se rodina rozloučila se zesnulým a nebála se setkání s mrtvým tělem. Bohužel pohřební rituály se v dnešní době podceňují a loučení probíhá bez různých obřadů nebo neprobíhá vůbec. Marková ale upozorňuje na význam těchto rituálů. Uvádí, že bez nich je truchlení zbytečně protahováno a mohou tak vyvstat různé psychické poruchy a problémy. Haškovcová doplňuje, že přirozené truchlení trvá zpravidla rok a bývá zakončeno „*nalezením nové identity*“ (Haškovcová, 2007, str. 106).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Porovnat specifika práce sestry v pobytovém hospicovém zařízení a v mobilní hospicové péči.
- 2) Zmapovat kompetence všeobecné sestry v pobytových zařízeních hospicové péče a v agenturách domácí hospicové péče.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaká jsou specifika práce sestry v pobytových zařízeních hospicové péče?
- 2) Jaká jsou specifika práce sestry v agenturách domácí hospicové péče?
- 3) Jaké kompetence mají všeobecné sestry v pobytových zařízeních hospicové péče?
- 4) Jaké kompetence mají všeobecné sestry v agenturách domácí hospicové péče?

3 Operacionalizace pojmů

3.1 Sestra

Sestra je členem zdravotnického týmu. Mezi její základní povinnosti patří „*podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírnění utrpení*“ (Zacharová et al., 2007, str. 66). Předmětem její péče je pacient (Zacharová et al., 2007). U pacienta uspokojuje jeho fyzické, psychické a sociální potřeby (Plevová et al., 2011). Pacient od ní očekává odborné znalosti v dané problematice. S pacientem je více v kontaktu než lékař, proto je i pro lékaře důležitým zdrojem informací. Do péče zahrnuje pacientovu rodinu. Pro vykonávání své profese musí vykazovat určité schopnosti: senzomotorické (zručnost), intelektové (schopnost rozhodnout se v dané situaci), sociální a komunikační (Plevová et al., 2011) a také osobnostní předpoklady (vyrovnanost, sebekritičnost, empatie) (Zacharová et al., 2007).

3.2 Hospic

Hospic je zdravotně – sociální zařízení primárně určené umírajícím pacientům. Je jim zde poskytována specializovaná péče zaměřená na odstranění bolesti a jiných symptomů. Pacienti zde nejsou opuštěni, je u nich přítomna jejich rodina, profesionální zdravotníci, dobrovolníci nebo duchovní. Hospic zaručuje klientům, že v každém případě bude respektována jejich lidská důstojnost (Hospice.cz. [online] [cit. 2018-03-22]).

3.3 Ošetřovatelství

„*Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví*“ (Koncepte ošetřovatelství, Věstník č.9 – MZ ČR, 2004). Jedním z charakteristických rysů ošetřovatelství je holistický přístup k pacientovi. Holistická teorie poskytování péče vnímá každého člověka jako celek, složený z mnoha částí (bio – psycho – sociální). Každý člověk / pacient je pokládán za jedinečnou osobnost. O pacienta je pečováno jako o celek, ne pouze o nemocnou část jeho těla (Plevová et al., 2011).

4 Metodika

4.1 Použitá metoda výzkumného šetření

Pro zpracování empirické části práce byla zvolena kvalitativní metoda výzkumného šetření, která byla provedena formou polostrukturovaných rozhovorů. Polovinu rozhovorů poskytly sestry pracující v pobytovém zařízení hospicové péče, druhou polovinu sestry pracující v agenturách domácí hospicové péče. Rozhovory proběhly v klidném prostředí daného zařízení.

Většina rozhovorů byla hlasově zaznamenána, kromě dvou rozhovorů, které byly zaznamenány písemně. Polostrukturovaný rozhovor byl stejný pro sestry z pobytových zařízení i z agentur domácí hospicové péče. Skládal se ze 14 otázek, všechny jeho otázky jsou součástí přílohy (Příloha 1). Následný rozbor dat byl zpracován technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Na základě kódování vznikly 3 kategorie a k nim 13 subkategorií.

V první kategorii jsou uvedeny identifikační údaje sester, a to především předchozí zaměstnání a praxe v hospicové péči. Do druhé kategorie spadaly otázky týkající se obecné práce sestry v hospicové péči, jako jsou vzdělání, kompetence, motivace pro práci s umírajícími, duševní hygiena a doporučení pro práci v hospicové péči. Třetí kategorie byla orientována na umírajícího pacienta a péči o něj, na ošetřovatelské diagnózy, komunikaci s umírajícím, bio – psycho – socio – spirituální oblast péče, na složení ošetřovatelského týmu a také na péči o tělo zemřelého. V poslední kategorii sestry odpovídaly na otázky ohledně komunikace a spolupráce s rodinou.

Kvalitativní výzkum proběhl díky ochotě ke spolupráci všeobecných sester pracujících v hospicových zařízeních, které odpovídaly na otázky rozhovoru. Sestry byly seznámeny s tématem bakalářské práce i cílem jejího výzkumu. Každý rozhovor trval přibližně 20-30 minut. Sestry z pobytových zařízení hospicové péče (dále kamenný hospic) jsou ve výzkumné části označeny R1 – R5, sestry z agentur domácí hospicové péče (dále mobilní hospice) jsou označeny R2.1 – R 2.5.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen deseti sestrami pracujícími v hospicové péči. Jejich výběr byl záměrný, podmínkou byla praxe v hospicovém zařízení. Vždy se jednalo o sestry – ženy. Pět z nich v pobytových zařízeních hospicové péče, zbylých pět v agenturách domácí hospicové péče. Všechny sestry uvedly i předchozí praxi v nemocničním nebo jiném zdravotnickém zařízení a délku praxe v hospicové péči. S každou sestrou byl rozhovor veden zvlášť, aby nedošlo k vzájemnému ovlivňování, a na otázky byly předem připraveny. Po každé otázce měly dostatek času na odpověď.

K výzkumnému šetření dala svolení vrchní sestra nebo vedoucí zařízení.

5 Výsledky

5.1 Identifikační údaje respondentek

Z otázek 1 a 2 byla sestavena tabulka (Tabulka č.1), která odráží délku praxe v hospicové péči a předchozí praxi, případně konkrétní pracoviště.

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

Respondent	Kamenný hospic Mobilní hospic	Předchozí praxe v jiném zdravotnickém zařízení	Délka praxe v hospicové péči
R1	Kamenný hospic	Ano, ONP	9 let
R2	Kamenný hospic	Ano, interna, DpS	8 let
R3	Kamenný hospic	Ano, nemocnice, obvodní lékař, DpS	8 let
R4	Kamenný hospic	Ano, nemocnice	4 roky
R5	Kamenný hospic	Ano, domácí péče	9 let
R2.1	Mobilní hospic	Ano, traumatologie, RHB, ONP, plicní léčebna	1 rok
R2.2	Mobilní hospic	Ano, chirurgie, IKEM	1 rok
R2.3	Mobilní hospic	Ano, ARO, interní ambulance	4 měsíce
R2.4	Mobilní hospic	Ano, oddělení popálenin	13 let
R2.5	Mobilní hospic	Ano, gastroenterologie, Home care	1 rok

Tabulka 1 zahrnuje identifikační údaje sester, které se účastnily výzkumného šetření. Je zde uvedena jejich předchozí praxe v zdravotnických zařízeních, délka praxe v hospicové péči a zda pracují v kamenném hospici nebo v agentuře domácí hospicové péče.

5.2 Kategorizace zpracovaných výsledků

Kvalitativní výzkumné šetření proběhlo formou polostrukturovaných rozhovorů. Z analýzy odpovědí byly sestaveny 3 kategorie a 13 subkategorii.

Tabulka 2 Kategorie a subkategorie

Název kategorie	Název subkategorie
Všeobecná sestra v hospicové péči	Vzdělání všeobecné sestry v hospicové péči
	Kompetence všeobecné sestry v hospicové péči
	Motivace pro práci v hospicové péči
	Duševní hygiena všeobecné sestry pracující v hospicové péči
	Doporučení pro práci v hospicové péči
Všeobecná sestra a umírající pacient	Nejčastější ošetrovatelské diagnózy
	Bio – psycho – socio – spirituální oblasti péče o pacienta
	Komunikace s umírajícím
	Složení ošetrovatelského týmu pečujícího o umírajícího
	Péče o tělo zemřelého
Všeobecná sestra a rodina umírajícího pacienta	Komunikace s rodinou
	Spolupráce s rodinou
	Respitní péče

V tabulce 2 jsou uvedeny kategorie a subkategorie, které byly sestaveny na základě odpovědí z rozhovorů.

Kategorie 1 Všeobecná sestra v hospicové péči

První kategorie zahrnuje sestru v hospicové péči. Bylo zjišťováno její vzdělání, kompetence, motivace k práci, duševní hygiena a také doporučení, jaké sestry mohou pracovat v hospicové péči.

Subkategorie 1.1 Vzdělání všeobecné sestry pracující v hospicové péči

Pro práci v hospici je nutné být kvalifikovanou všeobecnou sestrou. Nestačí být zdravotnickým asistentem, jak naznačuje R1: *„A protože tu je sestra převážně sama na směnu, musí zvládnout péči o nemocného s tracheostomií, péči o dementního nemocného a zkrátka spoustu věcí. Takže podle mého názoru by si měla projít několika odděleními, kde získá spoustu zkušeností a následně může pracovat u nás. To samozřejmě zahrnuje i to, že zde vlastně nemůže pracovat zdravotnický asistent jako sestra.“*

Dle ostatních rozhovorů vyplynulo, že speciální vzdělání v paliativní péči probíhá formou samostudia, konferencí, seminářů a kurzů. A jak uvádí R2: *„Spíš šlo o samostudium, že jsem si koupila nějaké knížky o paliativní péči, medicíně, hospicové péči. Abych o tom něco věděla, ale to udělala asi každá tady z nás. Abych podchytila ducha hospice.“*

Navíc všeobecné sestry pracující v mobilním hospici uvedly, že musely absolvovat týdenní stáž v kamenném hospici, jako např. R 2.2: *„Než jsem nastoupila do mobilního hospice, tak jsem byla na stáži v kamenném hospici... Proto jsme byli všichni na stáži v hospici, kde jsme si to ozkoušeli, protože je to trošku jinačí než u pacientů, u kterých víme, že se vrátí domů.“* Jiná respondentka odpověděla (R 2.1): *„Ačkoli jsem pracovala dlouho v nemocnici a věděla jsem, co hospicová péče obnáší, stejně jsem musela na stáž do P. hospice, abych opravdu hospicovou péči poznala.“*

Mezi kurzy, které sestry absolvovaly, se objevují např. kurz bazální stimulace, kurz práce s dementními pacienty nebo kurz sebeobrany.

Všeobecné sestry pracující v hospicové péči se musí zajímat i o chod jiných hospicových zařízení. *„Jezdily jsme na stáže do jiných hospicových zařízení“* (R3) nebo *„Posloucháme zkušenosti jiných hospiců“* (R2).

Subkategorie 1.2 Kompetence všeobecné sestry v hospicové péči

Sestry respondentky uvedly, že se jejich kompetence nijak neliší od kompetencí sester v nemocnici. *„Tak z právního hlediska se samozřejmě kompetence nijak neliší, oficiálně ne. Zkrátka nemáme vyšší „pravomoce“ než jakákoli sestra v nemocnici“* (R1). Avšak většina sester z kamenného i z mobilního hospice, se shoduje na tom, že hospicová sestra musí být velmi samostatná, musí se umět rozhodnout, protože oproti nemocnici není v kamenném ani v mobilním hospici 24 hodin denně přítomen lékař. Sestra musí umět vyhodnotit situaci a rozhodnout se, zda lékaře přivolá nebo problém vyřeší sama v rámci svých kompetencí. *„No jako, ta sestra se musí umět rozhodnout“* (R5). *„Nemám tam toho lékaře po ruce a musím si v některých případech zkrátka poradit sama“* (R2.1). *„Takže jak v hospici, tak v domácím hospici, musí být sestra taková více samostatná. Umět se rozhodovat a vyhodnotit tu situaci. Kdy to zvládne sama a kdy bude volat toho doktora. Popřípadě co bude dělat, když se tomu doktorovi nedovolá“* (R2.2). *„Tady musí pracovat lidi, kteří jsou schopni se v tu chvíli rozhodnout“* (R2.3).

Pro práci v hospici je velmi důležitá důvěra v rámci ošetřujícího týmu: *„Sestra často navrhuje i změny v medikaci – to je další rozdíl od nemocnic. Naši lékaři se sestrami spolupracují a berou je za parťáky. Vztah sestra – lékař je klíčový. Bez vzájemné důvěry a dobrých vztahů mezi nimi si to neumím představit“* (R2.4).

Pokud není lékař fyzicky přítomen, měl by být vždy dostupný na telefonu: *„Lékař musí být na telefonu i v noci a musí mi to zvednout“* (R3).

„Protože v některých situacích si musíme poradit samy a až když si nevíme rady, tak si zavoláme nebo pozveme lékaře, který slouží, a ten nám je ochotný poradit“ (R2.1). R1 přímo popisuje: *„Lékař, ačkoli tu fyzicky není, tak je stále na telefonu a my mu můžeme kdykoli zavolat a po telefonické domluvě např. aplikovat dané léčivo apod. Následující den to lékař samozřejmě dopíše do dekurzu.“* Sestra z kamenného hospice uvádí: *„Lékaři jsou tu každý den do půl čtvrté a v sobotu a neděli jen dopoledne“* (R5).

Samostatnost sestry však nezahrnuje aplikaci nepředepsaných léčiv a sestra nemůže sama ordinovat pacientovi nový lék. Proto jsou lékaři neustále na telefonu. Ačkoli z odpovědi jedné sestry z mobilního hospice vyplývá, že telefonická domluva není rozhodně jednoduchá. *„Tady je to složitější, že máme lékaře jen na telefonu, a ne všichni lékaři znají toho daného pacienta. A taky člověk musí hlavně vycházet z toho, co má s sebou v té*

tašce. Může se stát, že nastane nějaká situace a lékař nám řekne: Tak píchněte to a to. Jenže my víme, že tohle zrovna běžně s sebou nevozíme. Takže pak se musí hledat alternativní cesta“ (R2.2). Sestry z kamenného hospice se ve většině rozhovorů, shodují na tzv. SOS medikacích, což jsou léky, které lékař dopředu předepíše pro danou situaci, která může u pacienta nastat. A zde je opět na sestře, jak vyhodnotí situaci a zda medikaci využije nebo ne. „Jinak tu máme tzv. SOS léky, kdy lékař již předem napíše, že v případě bolesti podejte to a to, v případě dušnosti zas něco jiného, a takto je vybaven v podstatě každý pacient, takže lékaři v noci nemusíme volat tak často“ (R1).

„Ale dalo by se říci, že máme vyšší pravomoce, protože u našich klientů můžou nastat nejrůznější komplikace a většinou nám k tomu lékař předem na vizitě řekne, co můžeme udělat, co bychom mohli podat, takže máme takové „SOS“ dávky. Ty podáváme při vzniku nějaké komplikace“ (R2).

„My máme v dekurzu napsané od lékaře léky, které můžeme v případě nutnosti podat, je tam napsaný lék, a to při jakých potížích. My to třeba označujeme jako SOS značení a sestra to může aplikovat, aniž by volala doktora, protože to má předepsané od doktora. Ale samozřejmě pokud si myslím, že by pacient potřeboval něco jiného, tak bych ho kontaktovala“ (R3).

„SOS ordinace. To je, že lékař napíše, co se může dát při bolesti, při dušnosti, při zvracení, a on v podstatě vypíše celou škálu léků a je na rozhodnutí a na posouzení té sestry, dle stavu pacienta, pro co se rozhodne a co mu podá a lékař to dodatečně podepisuje, např. podání opiátů“ (R4).

Subkategorie 1.3 Motivace pro práci v hospicové péči

Každou sestru motivuje pro práci s umírajícími něco jiného. Častou odpovědí je ale smysluplnost práce.

„A tohle je to prostředí, kde se já jako zdravotník cítím být na tom pravém místě,“ uvádí v rozhovoru jedna ze sester (R4). Pro práci v hospici se rozhodla na základě vlastní zkušenosti se svými onkologicky nemocnými rodiči. „V mém případě motivace velmi souvisí s důvodem, proč jsem sem do hospice vlastně nastoupila. Protože předtím oba moji rodiče zemřeli na onkologické onemocnění, a to bylo v době, kdy tu hospic ještě nebyl. A v té době jsem si palčivě uvědomila, jak ta péče o umírající je v nemocnici hanebná“ (R4).

Podobný zážitek popisuje i sestra z mobilního hospice: „Já osobně jsem se setkala s hospicem před třemi a půl lety, když mi tu umíral tatínek. Původně jsem myslela, že si

ho nechám doma, ale protože jsem měla tři malé děti a bydlím 70 km odtud, tak jsem tam nemohla zůstat. Takže s pomocí hospice jsme zvládli péči o tatínka doma. Poznala jsem tedy hospic z té druhé strany a byla to pro mě ta největší zkušenost“ (R2.3).

Každou sestru pro práci v hospici motivuje něco jiného. Jedná se o zcela individuální záležitost, protože každý člověk je jiný. Ale z odpovědí lze poznat, že zásadní je zde smysluplnost a potřebnost takové práce. *„Ta potřebnost této práce. Je to láska na celý život“ (R2.3). „Tohle mi přišlo strašně smysluplný“ (R4). „Najednou si uvědomíte, že vaše práce má smysl, a to je to, co mě nejvíc motivuje pokračovat“ (R1).*

Jiná sestra zase uvádí: *„Mě hrozně baví a dělá mi dobře, že mohu někomu pomáhat. Takže je to o té pomoci. A ti lidé tady potřebují pomoci, když umírají a mají bolesti“ (R2.5).*

Velkým motivačním aspektem je pozitivní zpětná reakce rodiny. *„Kolikrát se stane, že rodina přijde s květinami a děkuje nám za naši práci. Ocení ji, řeknou, že pro svého blízkého nemohli nic lepšího udělat. Chodí nám děkovné maily, dopisy“ (R1).* Podobný motivační faktor popisuje i R2.1: *„Umírající lidé jsou nesmírně vděční a šťastní za tu naši práci a říkají, že kdybychom tu nebyli, tak by to nezvládli. Takže to, že mohu být ještě někomu nápomocná a ta krásná vděčná zpětná vazba mě motivuje, proč tuto práci dělat. Zpětná reakce je vážně úžasná a člověk na těch nemocných vidí ten jejich vděk, že jsme s nimi byli na konci života, a to je krásné.“*

Sestra z mobilního hospice parafrázuje M. Svatošovou a vlastní zkušeností ztvrdzuje pravdivost těchto slov: *„Ale Marie Svatošová řekla, že z hospice odchází sestřička po dvou exitech s pocitem dobře odvedené práce, kdežto já, když jsem odcházela z ARA po exitu, tak úplně vyčerpaná a neměla jsem v tu chvíli sílu na nic. Každá sestra pracující v hospici by měla mít srovnanou vlastní smrtelnost“ (R2.3).*

Subkategorie 1.4 Duševní hygiena všeobecné sestry pracující v hospicové péči

Duševní hygienu u sester pracujících v hospicové péči lze rozdělit do dvou kategorií. Do první kategorie patří osobní metody a způsoby relaxace, do druhé benefity, které nabízí zaměstnavatel.

Většina sester se shoduje na zásadním faktu, který předchází syndromu vyhoření, a to je „netahat si práci domů“. Použití vstupní dveře do zaměstnání jako „filtr“ a doma na nic pracovního nemyslet. Tento aspekt uvádí sestry z mobilního i kamenného hospice. *„Ale obecně bych shrnula, že je důležité netahat si práci domů. Použití vstupní dveře jako takovou očistu, vytěsnění myšlenek. Jít domu s čistou hlavou a nemyslet na práci“ (R1).*

Podobně odpovídá i R3: „Ale kdyby si to člověk bral domů a zabýval se tím i mimo pracovní dobu, tak se z toho zblázní.“ Nebo R2.5: „Dřív jsme to dělaly tak, že jsme si tu práci nosili domů a mysleli na toho člověka, že umírá, jestli vydrží, jestli ho to nebude bolet. Ale doma se na to nesmí myslet. Musí se to nechat plynout.“

Důležitost duševní hygieny podtrhuje sestra v R2.3: „My o sebe musíme pečovat. To je prvořadé. Každý z nás si musí najít nějaký způsob, jak si odpočinout, zastavit se. Já mám dobrou fungující rodinu a manžela, který je ochotný mě vyslechnout.“

Častou odpovědí na oblast osobní duševní hygieny je pobyt v přírodě.

„Jinak máme asi každý nějaký svůj ventil, já například běhám po lese“ (R4). „Jinak já osobně mám ráda přírodu, mám psa, se kterým chodím na procházky“ (R5). „Já mám pejska, takže s ním chodím ven, ráda si zajdu do lesa. S pejskem si hezky popovídám a provětráme se, takže si myslím, že je to určitě třeba“ (R2.1). „Pro mě osobně je to příroda. Tak já jsem měla vždycky náročnou práci – na ARU. Uvařím si kafe a chodím po zahradě, než ho vypiju a pak jsem zase našla sílu pokračovat“ (R2.3). „Ráda chodím do lesa na houby, běhám“ (R1). „Také procházky lesem mi pomáhají srovnat si myšlenky a přijít k sobě i k Bohu“ (R2.4).

Kromě přírody novou energii doplňují děti, vnoučata, což je vlastně opačnou stranou života. „...ale ony mě děti hlavně dobíjí, chodíme spolu do přírody“ (R2). „Ale zase vím, že mě doma čeká malá holčička, která mě prostě vždycky nakopne a rozesměje“ (R2.2).

Některé respondentky z kamenného hospice zdůrazňují význam dobrého kolektivu a společnému humoru.

„My jsme tady hlavně úžasná parta. Ten, kdo by k tomu nebyl, tak by tu prostě nevydržel. Jsme taková parta, že se navzájem podržíme, povídáme si, co doma, když má někdo doma nějaký problém, tak se vypovídá, vybrečí“ (R2). „Asi si to kompenzujeme trošku tady, že se snažíme nebyť smutné, nebyť depresivní. Dokážeme se leccemu zasmát. Občas je to trochu černý humor, který by ostatní lidé nebyli schopni pochopit, ale prostě jde to“ (R3).

Jedna ze sester doporučuje osobního psychoterapeuta: „Já osobně mám i svého psychoterapeuta, což bych doporučila každému. Jde i o osobní život a práci na sobě samém. Také bych doporučila nějaký kurz Logoterapie. Sama mám poradenský výcvik Logoterapie a existenciální analýzy, a to je dobrá opora“ (R2.4).

Benefitů, které nabízí sestřím jejich zaměstnavatel, ředitel hospice, je celá řada. R1 uvádí v rozhovoru příspěvky na dovolenou, možnost půjčení rekreační chaty, kterou hospic vlastní, nebo rekondiční víkend pro všechny zaměstnance. Podobné benefity se objevují i v dalších rozhovorech. Nabízené benefity se dle rozhovorů výrazně neliší u sester v kamenném hospici a u sester pracujících v agentuře domácí hospicové péče. Např.: „Jezdíme do Krkonoš asi tak dvakrát do roka, skupinka lidí. Na konci roku máme takové sezení spojené s oslavou konce roku. Také nám přispívá na dovolené. Občas dostáváme různé benefity, například poukázku na nákup do nějakého obchodního domu“ (R3). „Tak například jsme měli společné setkání právě s naším knězem na Lomečku formou duševní očisty. Nebo se chystá pobyt na Šumavě. Na Lipně máme rekreační zařízení. Takže pan ředitel se o nás opravdu hezky stará“ (R2.1). „Pořádáme setkání, kde si můžeme popovídat. Je to jednou za čtvrt roku. Jsou to setkání, kdy se nebavíme o práci, ale o běžném životě, jsme tam ve svém volnu. Jsou to třeba grilovačky, víkend strávený na Lipně apod.“ (R2.2).

Z rozhovorů sester z kamenného hospice lze vypožorovat, že důležitější, než vyjmenované benefity je pro sestry přístup zaměstnavatele k jejich práci. „Jak může, tak nám přilepší, ať už finančně, nebo tak, že sem přijde na sesternu, poděkuje nám a řekne: Holky, jste úžasný a děkuju... a to je pro nás mnohdy ještě důležitější než ta výplatní páska. Když víte, že to vedení za vámi stojí a že si uvědomují, že děláte těžkou práci - a to určitě hodně pomáhá“ (R4).

„Pan ředitel se o nás zajímá, zajde a zeptá se, jestli je doma všechno v pořádku, jestli nás něco netrápí, když mě něco trápí, vím, že můžu zajít za vrchní sestřičkou nebo za panem ředitelem a oni dokáží naslouchat, dokážou poradit, a hlavně dokážou pomoci, a jak vlastně říkám – od uklízeček až po vedení jsme jedna velká fajn parta“ (R2).

Subkategorie 1.5 Doporučení pro práci v hospicové péči

Na tuto oblast odpověděla každá z dotazovaných sester jinak, specificky. V prvním rozhovoru to respondentka pojala dle předchozích profesních zkušeností: „Dále bych práci nedoporučila sestřím, které jsou tak zvanými „zachraňujícími sestrami“, které pracovaly třeba na ARO, protože práce zde by je nenaplňovala, většina z nich vidí jako svůj cíl uzdravení klienta a k tomu zde nedochází“ (R1).

Sestrám z urgentní medicíny by to nedoporučila ani respondentka R2.2: „*Myslím si, že třeba sestřičky z urgentního příjmu by to nemohly dělat. Jsou určitě luxusní, ale tam je to navyklé tak, že prostě to půjde tak, tak a tak. Ale my tady musíme dělat kompromisy a různě kličkovat a nejde to kolikrát tak, jak si představujeme.*“

Jiný úhel pohledu zaujímá sestra R2., která své doporučení specifikuje takto: „*Kterým sestřím bych to rozhodně nedoporučila – nesmí být ty holky líné, musí být citlivé a musí je bavit, že jsou sestřičkou – musí je bavit vynášet mísu, musí je bavit administrativa, povídat si s klienty, prostě musí mít ty lidi rády. Musí tu být snaha a práce je musí bavit. Musí mít lásku k lidem, ať už se to týká uzdravení nebo klidného odchodu*“ (R2).

Respondentka (R3) doporučuje vykonání dobrovolné stáže před nástupem do zaměstnání: „*Každopádně každý, kdo sem nastoupí, musí vykonat tří denní dobrovolnou stáž, kdy ve svém volnu a neplaceně tady odslouží tři osmihodinové směny. Nezáleží na tom, jestli hnedka za sebou, nebo rozděleně. Buďto si uvědomí, že na tu práci nemá nebo se mu ta práce bude líbit.*“

Podobný názor má i jiná sestra (R5): „*Ale každopádně si myslím, že by každý, kdo tady chce pracovat, měl absolvovat nějakou stáž. Protože tady byly sestřičky, které prostě řekly: tohle ne. Nemůžu nikomu říct, pojd' k nám pracovat, spíš bych řekla: pojd' to k nám zkusit. Někdo to prostě dá, někdo to nedá.*“

Dobrou psychickou odolnost zdůrazňuje R2.3: „*No, musí to být v osobnosti a nesmí být psychicky labilní. Musí mít svůj život uspořádaný. Musí mít ve svém životě jasno a potom tuhle práci může dělat.*“ A na to navazuje s odpovědí R2.4: „*Musí být ukotvený v životě, mít znalosti, být komunikativní, musí mít sebeúctu, lásku a pokoj. To je to, co potřebují rodiny a pacienti. A když to sestra nemá, nemůže to ani dát.*“

Ve třech rozhovorech se setkávám s myšlenkou, že každá sestra pracující v hospicové péči by měla mít srovnanou svou vlastní smrtelnost a nevidět ve smrti jen prohru.

Dotazovaná v R2.5 shrnuje představu o hospicové sestře jednou větou: „*Hospicová sestra se pozná podle toho, že když ji vidím, tak mám chuť ji obejmout.*“

Kategorie 2 Všeobecná sestra a umírající pacient

Druhá kategorie byla zaměřena na práci sestry konkrétně s umírajícím pacientem, která zahrnuje bio – psycho – socio – spirituální oblast péče, ošetrovatelské diagnózy,

komunikace s umírajícím. Dále je do této kategorie zařazeno složení ošetrovatelského týmu a péče o tělo zemřelého.

Subkategorie 2.1 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy

Sestry z obou forem hospicové péče uvádí, že přímo s NANDA systémem nepracují, ale samozřejmě se zajímají o potřeby svých pacientů a reagují na ně. „*Tak popravdě, my tu přímo s ošetrovatelskými diagnózami tak úplně nepracujeme, jako vypracovávání plánu a tak podobně. Ale samozřejmě to neznamená, že problémy klientů přeskakujeme*“ (R1). Nebo: „*U nás se úplně s ošetrovatelskými diagnózami nepracuje, ale dalo by se říct, že to máme formou hlášení*“ (R2.1). Z rozhovorů vyplynulo, že nejčastěji se sestry v hospici setkávají s bolestí jako ošetrovatelským problémem. Bolest zmiňuje osm sester z deseti. Zmiňují ji sestry z kamenného hospice, ale také z mobilního hospice. „*Hlavně je to bolest, ta je nejdůležitější*“ (R2). „*Z ošetrovatelských je na prvním místě určitě bolest, pro nás tedy znamená hlavně tišení bolesti*“ (R4).

Dalším nejčastěji zmiňovaným ošetrovatelským problémem jsou dekubity. Ačkoli se neřadí přímo mezi ošetrovatelské diagnózy, mohou být zařazeny do diagnózy 00046, narušená integrita kůže. Proleženiny zmiňuje šest dotazovaných z deseti. Opět se na nich shodují sestry z kamenného i mobilního hospice. Např.: „*Z ošetrovatelského hlediska jsou to především dekubity, proleženiny*“ (R5). „*Další jsou dekubity, když pacient delší dobu leží nebo přijde z nemocnice již proležený*“ (R2.1). „*Proleženiny, pokud jsou zejména v péči dlouhou dobu. Lidé se musí polohovat, masírovat jim záda, nohy*“ (R2.3).

Mimo proleženiny se sestry setkávají s ošetřováním tzv. nádorových ran. Uvádí je např. dotazovaná R1: „*Nejvíce byste se setkala ale s bolestí, zvracením, nechutenstvím, zácpou a s nádorovými ranami – to přesně nevím, jaká by to byla ošetrovatelská diagnóza, pak dále dušnost, deprese, úzkosti a nespavost.*“ Nebo dotazovaná R4: „*Pak jsou to tak zvané nádorové rány. Takže naší prací jsou často péče o rány.*“

Dalšími uvedenými diagnózami jsou potíže se zažíváním – průjem a zácpa. „*...dost často je to zácpa nebo průjem*“ (R2.2).

Dvě sestry z kamenného hospice také zmiňují psychické problémy, jakými jsou deprese, úzkost apod. „*pak dále dušnost, deprese, úzkosti a nespavost*“ (R1). „*...různé psychické potíže – úzkost, depresivní stavy*“ (R2).

Subkategorie 2.2 Bio – psycho – socio – spirituální oblasti péče o klienta

Zde bylo především zjišťováno, jakou roli má v hospicové péči sestra, jaké všechny role plní či zastupuje a co všechno obstarává u umírajícího klienta. Většina sester odpověděla bez rozmýšlení, že obstarávají všechny oblasti, alespoň na základní úrovni. Dále některé uvádí, že pokud je potřeba hlubší péče v některé oblasti, kontaktují jiného člena týmu, který se zaměřuje na daný problém. *„Na základní úrovni jej ošetřuje po stránce fyzické, psychické, sociální i spirituální. Tam, kde je potřeba péče hlubší, nabídne a přivolá člena týmu, který je v daném oboru specialistou“* (R2.4). Dotazovaná R3 odpovídá podobně: *„Takže tu vlastně trochu suplujeme práci i těch jiných odvětví, ale potom, když se konkrétně řeší nějaký problém, tak je to diferencované, proto tu také máme sociální pracovníci, máme tu řádové sestřičky, máme tu doktora a ošetřovatelky.“*

Mezi sesterské výkony dle dotazovaných patří: podávání injekcí a léků, výměna obvazů a péče o rány, péče o invazivní vstupy a cévky, péče o PEG, příprava infuzí, ošetřování stomií, měření fyziologických funkcí, zavedení s.c. kanyly, edukace rodiny.

Sestry z kamenného hospice uvedly, že v hospici není markantní rozdíl mezi sestrou a ošetřovatelkou. Samozřejmě ošetřovatelka nemůže vykonávat sesterskou práci a nemá její kompetence. Ale sestra, pokud má čas, jde pomoci ošetřovatelkám s uspokojováním základních potřeb, jako je podávání stravy, hygiena apod. *„My tady neděláme nějaké velké rozdíly mezi tím, jestli jsem sestra nebo ošetřovatelka. Když člověk potřebuje přebalit, tak sestra jde a přebalí ho“* (R5). *„Já si vlastně udělám tu svou sesterskou práci, za tu si také zodpovídám za svoji službu a zodpovídám i za práci těch ošetřovatelek, ale to neznamena, že ošetřovatelkám nepomůžu s prací, kterou potřebují udělat“* (R3). *„Moc tu nerozlišujeme mezi sestrou a ošetřovatelkou. Tady prostě děláme všichni všechno a hodně si předáváme a hodně mluvíme o klientech, protože ošetřovatelky jsou s klienty víc, takže si během dne předáváme, co kdo u jakého klienta pochytil a pak tu dáváme dohromady, jak se o něj budeme starat dál, jak k němu budeme dále přistupovat“* (R2). Sestra z mobilního hospice R2.2, popisuje, že ošetřovatelka nemůže vykonat sesterskou návštěvu, ale naopak není výjimkou, že sestra vykonává práci ošetřovatelky.

Sestra zajišťuje umírajícímu i potřeby psychické. *„Popravdě, my jsme tu vlastně takoví psychologové. Určitě je to o tom, že když sem ten pacient přijde, tak si s ním musíme navázat nějaký vztah. Od začátku se snažíme být těm lidem nablízku, ale nevnucovat se, protože někteří lidé o to v první chvíli nestojí. Musíme být připraveni ve chvíli, kdy dá*

pacient najevo, že si chce popovídat, že se chce svěřit, dát mu najevo, že může, že na to máme čas a že nikoho nezdržuje, že jsme tady pro něj“ (R4). „Psychickou stránku, aby ta rodina fungovala, říkám jim, ať je drží za ruku, povídali si s nimi, vyprávěli. A já jako sestra tam musím vnést pohodu do té rodiny, oni prostě potřebují to sluníčko“ (R2.3). „Ta sestra je psycholog. Psycholog je tam ve chvíli, kdy už jsou na tom ty lidi hodně špatně. Tak ten psycholog je přeci jen psycholog. To znamená, že umí asi víc. Ale jinak ta sestra na hospici musí být psycholog. To jinak nejde“ (R2.5).

Sociální sféra souvisí především s rodinou umírajícího. Sestra musí umět dobře jednat nejen s klientem, ale také s jeho příbuznými. Někdy se stává mezi nimi komunikačním prostředníkem. *„Tak občas sloužíme jako prostředníci mezi pacientem a jeho rodinou. Stává se, že pacient nám říká spoustu věcí, protože tím nechce obtěžovat svou rodinu. Takže my jsme tam tou třetí plochou, kdy my to musíme zas přefiltrovat té rodině, že pacient již chce zemřít a mít od všeho klid, aby ho nechali...“ (R2.2).* Podobný případ uvádí i dotazovaná R2.5: *„A pokaždé, když jsem přišla, tak mi řekl, že to umírání je strašně těžký, protože on už chce umřít, ale ono to nepřichází. Ale své manželce to neřekl. S tou se bavil o tom, jaké to bude fajn a jak to bude dobrý a jak je rád, že tu s ní je.“* v některých případech se sestra snaží, aby mezi klientem a jeho rodinou došlo ke smíření: *„...stále spolupracujeme s rodinou, snažíme se s ní udržovat kontakt, popř. se snažíme o smíření se s některými členy...“ (R1).*

V kamenném hospici se konají také různé dobrovolnické akce, představení, vystoupení, pro zpestření dní: *„... jsou zde různé koncerty, baletní školy, holky z pedáku, snažíme se, aby nebyli izolovaní...“ (R2).*

Spirituální oblast potřeb člověka je v hospici velmi zdůrazňována. *„Tady nejde o víru, o propagaci Boha, ale mnoho lidí v sobě má tu myšlenku, že jejich život nekončí, v nějakém způsobu“ (R2.3).* Ačkoli do multidisciplinárního hospicového týmu patří také řádové sestry nebo přímo kněz, nemusí být tato duchovní osoba přítomna zrovna ve chvíli, kdy ji pacient potřebuje. Proto jejich roli a funkci musí umět částečně zastoupit i všeobecná sestra. *„A v neposlední řadě sestra uspokojuje alespoň zčásti duchovní potřeby, zvlášť pokud tu zrovna není řádová sestřička nebo kněz, v podobě rozhovorů, nabídnutí možnosti rozhovoru s knězem a všelijak ještě jinak“ (R1).* Udává to také dotazovaná v R3: *„Také když není zrovna přítomna řádová sestra, tak ji zastoupím v těch spirituálních věcech.“*

Pokud sestra nemůže uspokojit spirituální potřeby sama osobně, jejím úkolem je zajistit někoho, kdo by tyto potřeby naplnil. Na tomto faktu se shodují sestry z kamenného i mobilního hospice. S hospicem spolupracují kněží římskokatolické církve a řádové sestry. Měly by být také schopny zajistit duchovního z jiné církve. „*Takže je velice dobře, že tu máme psychologa i duchovního kněze katolické církve, ale myslím si, že by se dal zajistit i z jiných církví, protože jsme je oslovili, že tady fungujeme. Ale i my bychom měli být schopni tu naději lidem dát*“ (R2.3).

Subkategorie 2.3 Komunikace s umírajícím

Z rozhovorů vyplynuly dva zásadní poznatky.

Prvním je skutečnost, že komunikace s umírajícím je zcela individuální. Každý pacient je jiný, a v neposlední řadě, i každá sestra je jiná. „*A další komunikace záleží jak na osobnosti klienta, tak na osobnosti a typu povahy každé z nás*“ (R1). „*Je to hrozně individuální. Většinou tu není nikdy nic dramatického, že by někdo odcházel a my musely nějak specificky zasahovat. Ale každý klient je jiný, má jinou diagnózu a také jinak odchází*“ (R2).

A druhým poznatkem je, že před umírajícími se nemá nic zamlčovat, nic tajit a má se s nimi jednat přímo. Uvádí to několik dotazovaných bez rozdílu, zda pracují v kamenném či mobilním hospici. R2.3 popisuje: „*S lidmi určitě jednat na rovinu, ale musím si tu cestu k nim otevřít.*“ Nebo R4: „*My tady vždycky tak říkáme, že my tady lidem nelžeme. Takže my se snažíme, pokud si to rodina přímo jako nezakáže, jednat s těmi lidmi na rovinu.*“ Jedná se zejména o sdělování diagnózy, prognózy apod. „*Když ten pacient přijde, tak podepisuje souhlas s tím, že jde do hospice, takže by relativně měl být dost informován o svém zdravotním stavu*“ (R3). „*Ale myslím si, že člověk ještě v takovém tom aktivním životě, který je lucidní, tak má právo být plně informován o diagnóze i o prognóze. Vlastně on na prvním místě*“ (R4).

Jedním z cílů hospicové péče je, aby u pacienta (pokud možno i u jeho rodiny) došlo ke smíření se s nemocí a se svou smrtelností. „*V hospici je smrt brána jako jakési vyvrcholení života, kdy se snažíme, aby během pobytu se klient smířil se smrtí, s tím, že je smrtelný. Vlastně k úplnému smíření se se smrtí nedojde pokaždé, je to velmi náročné, ale převážná většina našich klientů, kteří se se smrtí přímo nesmíří, tak se alespoň vyprostí z depresí a úzkostí*“ (R1).

Dotazované uvádí jako častý jev, že pacient není informovaný, neví, co to hospic je. O jeho stavu ví jen rodina a ta si nepřeje, aby se před pacientem mluvilo o smrti, o tom, že je nevyлéčitelně nemocný apod. Sestry se s tímto stavem setkávají jen nerady. Snaží se rodině vysvětlit, že pro nemocného – umírajícího je důležité, aby znal svůj zdravotní stav a prognózu. Přání rodiny se však snaží respektovat. „*Oni sice podepíšou informovaný souhlas, ale ne vždy jsou z nemocnice dostatečně informováni o tom, co jim vlastně je. Nebo si rodina nepřeje, aby pacient věděl, jak na tom je, což není zrovna nejšťastnější řešení*“ (R3). „*Takže my, když narazíme na to, že přijde pacient a rodina řekne: On tatínek vůbec neví, že má rakovinu, to před ním vůbec nesmíte říkat, on neví, že je v hospici, my jsme mu řekli, že je v sanatoriu a my jsme mu řekli, že tady se rozchodí a pak půjde domů, tak to my tady nemáme rádi. Samozřejmě se snažíme respektovat přání té rodiny. Dále se snažíme pak pracovat s tou rodinou a dovést je k té myšlence, že ten příbuzný by to vlastně vědět měl. A snažíme se pak ve společné shodě ty informace předat pacientovi*“ (R4). Sestra R2.1 přímo popisuje: „*V každém případě se snažíme jak rodinu, tak toho klienta navést na to, aby byl seznámen s tou nejzávažnější situací. Snažíme se jim postupně vysvětlovat, k čemu může docházet a k čemu dojde, zkrátka aby byli obeznámeni a připraveni na to, jak ten stav, ta situace může probíhat.*“ Sestry se ale vždy snaží respektovat přání rodiny. Rodina může mít nejrůznější požadavky a přání. Jeden příklad uvádí sestra R2.2: „*Třeba jsme byli u rodiny, která po nás chtěla, abychom tu nemoc nepojmenovávali. Oni věděli, že pán umírá, ale nechtěli tam slyšet slovo rakovina. Takže jsme všichni věděli, že pán umírá, on svou diagnózu také věděl, ale mluvili jsme o tom jako o základním onemocnění.*“

Jedna z dotazovaných vysvětluje také důvod, proč se umírajícímu nemá lhát. „*My je nepřesvědčujeme o tom, že to bude dobrý. Protože jednak si myslím, že má pacient právo vědět, jak na tom je, a za druhé si myslím, že když mu my začneme lhát, tak k nám ztratí důvěru a nebude se nám svěřovat vůbec s ničím a bude mít trápení, které bude v sobě dusit a bude s ním i umírat, a to není vůbec naším cílem*“ (R4).

Podle sestry R2.4 vyplývá, že komunikace s umírajícím by měla být především empatická. „*Jde hlavně o navázání vztahu, schopnosti vyhodnotit stav nemocného, jeho rodiny, celkovou situaci. Jednám tak, jak by bylo milé mně, být na jejich místě. Rozhodně netlačíme, řídíme se tím, co si přeje pacient, případně rodina*“ (R2.4).

Jiná sestra popisuje konkrétní postupy při komunikaci s umírajícím: „*Když je čas, tak u umírajícího sedíme, držíme ho za ruku, a to poznáte, že se ten člověk celkově jako zklidní*“ (R5).

Zachování důstojnosti lidské bytosti zdůrazňuje sestra R1: „*Tak v první řadě, a to nám stále připomíná pan ředitel, je zachování důstojnosti nemocného jakožto jeho osoby v jakékoli situaci. Proto například klepeme na pokoj, než vejdemo, pokaždé klienta oslovíme, oslovení si vybírá klient sám a my respektujeme jeho přání. Většinou oslovujeme pane/paní a příjmením. Ale pokud si to přeje jinak, tak je to uvedeno v dokumentaci.*“

Pokud je to možné, sestry z kamenného hospice se snaží navázat kontakt s rodinou, aby u umírajícího byli především jeho blízcí. Když to není z nějakého důvodu možné, supluje roli rodiny sestra nebo jiný pracovník hospicového týmu. „*Snažíme se, aby tu rodina byla včas a mohla se rozloučit nebo ho doprovodit, že tam s ním sedí, povídají si s ním, modlí se*“ (R2). „*Nebo se hodně snažíme do toho zapojovat rodinu. Když tu je, tak na ní apelujeme, ať si k němu sednou a něco hezkého mu povídají, aby se s ním rozloučili, vyprávěli mu nějaké veselé zážitky, co prožili nebo na co si vzpomínají děti z dětství. Protože pak se opravdu ti lidi zklidní a daleko lépe se jim odchází*“ (R5). U klientů v domácí hospicové péči je podmínkou přítomnost rodinného příslušníka.

Subkategorie 2.4 Složení ošetřovatelského týmu pečujícího o umírajícího

Většina sester hodnotí vzájemnou spolupráci v rámci ošetřovatelského týmu kladně. Také uvádí, že vzájemná spolupráce je naprosto nutná a bez ní by se to neobešlo. „*Týmová spolupráce je klíčová*“ (R2.4). Jiná sestra uvádí: „*Spolupráce zde je naprosto nutná*“ (R2.3). Dobrou vzájemnou spolupráci popisuje např. sestra v R4: „*Já bych řekla, že u nás, konkrétně v našem hospici, je naprosto výborná týmová spolupráce.*“ Odůvodňuje to následujícími slovy: „*Tady ta hierarchie, která je ve špitále dost citelně nastavená, úplně až tak není. Tady prostě všichni ví, že ostatní jsou pro něj důležití. Doktor ví, že potřebuje sestry a ošetřovatelky. Protože vždycky se říkalo, že sestra je nejlepší monitor.*“ Vzájemná spolupráce platí mezi všemi pracovníky. Nejedná se pouze o spolupráci sestry s ošetřovatelkou, ale také s řadovými sestrami, knězem, sociálním pracovníkem a lékařem.

Dotazovaná R5 uvádí příklad spolupráce mezi sestrou a ošetřovatelkou: „*Spolupráce mezi sestrou a ošetřovatelkou je pak hlavně o tom, že ošetřovatelky třeba jdou koupat a já jsem s nimi domluvená, že mi řeknou, až budou téměř hotové a já tam jdu udělat převaz, vyměnit stomický sáček...*“

U sester z mobilního hospice bylo navíc zjišťováno, jak mají rozdělenou práci a v jakém počtu jezdí ke klientům. Dotazovaná R2.2 odpověděla: „*Jak kdy. Většinou jezdíme zvlášť. Ale občas se stává, že například klient potřebuje vykoupat a je tam potřeba pomoc dvou osob. A buďto tam jedou dvě sestry, nebo sestra a ošetřovatelka. Pokud máme pouze pacienty v takzvané odlehčovací péči, jen na provedení hygieny nebo pohlídnání, když si rodina potřebuje něco vyřídit, tak tam jezdí samotné ošetřovatelky. Pouze v případě, že zrovna pečovatelky nemůžou, v období dovolených apod., tak sestry zaskakují i v téhle sekci. Ale nikdy se nestane, že by ošetřovatelka jela sama na sesterskou návštěvu.*“

Sestra z kamenného hospice popisuje spolupráci s duchovními osobami, tedy s řádovými sestrami a s knězem: „*Spolupráce, snažíme se obzvláště s řádovými sestřičkami. Při příjmu klienta zjišťujeme, jestli je pokřtěný, jestli je praktikující věřící.*“ A dále pokračuje: „*Většinou ale chodí na všechny pokoje a povídají si s lidmi nebo se s nimi i modlí. Někdo chce raději kněze, tak zavoláme kněze*“ (R2). U pacientů, o kterých sestry ví, že jsou velmi věřící, se v kamenném hospici snaží, aby měli u sebe přítomnou duchovní osobu i v posledních minutách života: „*Když víme, že je hodně věřící, tak se snažíme, aby v té finální fázi života měl u sebe ještě kněze nebo řádovou sestřičku...*“ (R2). Sestra z mobilního hospice R2.5 píše, že někdo o Boha nemá zájem vůbec a až v té poslední chvíli se to změní a přejí si mít přítomného kněze.

Vzájemnou kooperaci s řádovými sestrami popisuje i dotazovaná R3: „*Takže já sestřičkám řeknu v kostce, co jim můžu říct, co můžou slyšet o tom pacientovi a oni si s ním jdou promluvit. Pokud jsou ti lidé věřící, tak je to poměrně snadné pro tu sestru, ale pokud tu víru nepraktikují, tak si k nim musí najít takovou cestičku.*“ Jak je již uvedeno výše v subkategorii bio – psycho – socio – spirituální oblasti péče o klienta, víra není pacientům vnucována, a také možnost návštěvy řeholní sestry či kněze je naprosto dobrovolná a na uvážení pacienta. Pacienti jsou při příjmu informováni, že se tu pohybují řádové sestry. Pokud si to vyloženě nepřejí, tak k nim sestry nechodí. „*Ale pak jsou lidé, kteří nejsou věřící a odmítají přítomnost našich řádových sestřiček. Tak tam to samozřejmě respektujeme, je to jejich právo*“ (R4). Mezi pacienty jsou však také lidé,

kteří sami sebe nepokládají za věřící, ale ani za nevěřící. Těmto lidem je pak nabídnuta služba duchovních osob a je na jejich uvážení, zda ji využijí nebo ne. Sestra R4 takovou situaci popisuje: „*A to jsou ty lidi, co se na konci života chtějí k té víře ještě vrátit. A bez pomoci těch pastoračních asistentek by k tomu vůbec nedospěli. A když tady chodí naše sestřičky, tak si s nimi začnou povídat a mnohdy se jim tak otevrou a vypráví jim, že jako malí ministrovali. A na to jim sestřičky řeknou, že je tady v pondělí mše a jestli by tam nechtěl.*“

Do vzájemné spolupráce patří ranní hlášení, kdy se sejdou zástupci jednotlivých profesí a předávají si informace o každém pacientovi. „*Jinak se každé ráno koná takzvané ranní hlášení, jehož se účastní sestra daného patra, která má směnu, vrchní sestra, lékaři, sociální pracovnice, pastorační asistent a také pan ředitel. Na ranním hlášení se probírá každý klient zvlášť, jak nově přichází, tak stávající. Ošetřující sestra nahlásí, když se něco u klienta změnilo, má nové potřeby a v rámci tohoto týmu se snažíme najít řešení, protože všichni jsou ti, co se o klienta starají*“ (R1). V mobilním hospici jak klientům, tak rodině klienta nabízí mimo služby kněze také psychologa. „*Máme tady vlastně navíc kněze, a také psychologa, který tady přímo s námi sídlí a můžeme ho kdykoli zavolat. Problém je spíš v tom, že ta rodina to občas nechápe. Když jim nabídneme službu psychologa, tak oni ji odmítnou, protože oni jsou přece zdraví, nejsou blázni a psychologa nepotřebují. Nebo kněze nechtějí, protože nejsou věřící. Ale pak zpětně si to třeba přeberou a tu nabídku využijí*“ (R2.2).

Multidisciplinární tým musí být v hospici opravdu široký a každá profese je pro péči o klienta důležitá. „*A je úžasné, že to tu máme, protože v multidisciplinárním týmu máme všechno, co potřebujeme*“ (R2.3).

Význam takového týmu pak zdůrazňuje sestra R2.4: „*Dohromady můžeme pacienta lépe „vidět“ a poskytnout mu dobrou péči.*“

Subkategorie 2.5 Péče o tělo zemřelého

Bezprostředně po úmrtí ve většině rozhovorů sestry uvádí, že otevrou okno a zapálí svíčku. Dávají tím znamení, že duše zemřelého může „odejít“. „*Tak ve chvíli, kdy klient zemře, tak jako první většina z nás otevře okno a zapálí svíčku*“ (R1). „*My tu máme ve zvyku, že jim na pokoji zapálíme svíčku a podle zimy venku jim otevřeme okno*“ (R3). „*Když ten člověk zemře, jako první otevřeme okno a zapálíme svíčku*“ (R4).

Další kroky se odvíjí od toho, zda je při úmrtí přítomna rodina.

Pokud rodina přítomna není, telefonicky se úmrtí oznámí. „*Když tedy klient zemře a není přítomna rodina, tak ji informujeme*“ (R2).

Pokud rodina je přítomna úmrtí, respektují se její přání ohledně hygieny, oblečení apod. Především se jí nechává prostor pro rozloučení se. „*Pokud je úmrtí přítomna rodina, dáváme jí prostor, aby se mohla se zemřelým rozloučit*“ (R1).

Předchozí řádky o informovanosti rodiny se týkaly kamenných hospiců, protože v mobilním hospici je rodina přítomna při úmrtí vždy. V domácí hospicové péči se dokonce může stát, že sestry k úmrtí vůbec nejedou: „*Někdy rodina řekne, že nás nechce, že chtějí pouze zavolat koronera a všechno ostatní zvládnou sami. Ale to jsou výjimečné případy. Většinou po nás rodina chce, abychom dojeli*“ (R2.2).

Ihned po smrti se nezačíná s hygienou. Tělo se nechá půl hodiny „odpočinout“ a až následně se provádí hygiena atd. „*Většinou u toho úmrtí někdo z nás je, takže vlastně necháme takovou tu půlhodinku jako odpočinout, že je tam necháme*“ (R2). I tato půlhodina se ale využívá, a to zejména pro spirituální oblast péče: „*Mezitím ještě většinou sháníme někoho z hospice, kdo by se za zemřelého pomodlil*“ (R4). Dotazovaná sestra z mobilního hospice uvádí: „*Já, protože jsem věřící, tak jim nabízím, že se můžeme pomodlit za toho zemřelého. Pokud je rodina věřící, tak na to přistoupí a je ráda, pokud je nevěřící, tak třeba řekne: Jestli chcete, vy se pomodlete, ale my se modlit nebudeme, anebo se pomodlete a my se k vám připojíme, i když nebudeme nic říkat, ale potěšilo by nás to*“ (R2.2).

Po uplynutí výše popsané půlhodiny se provádí hygiena celého těla a oblékání. „*Následně se tělo symbolicky omyje a zbavíme ho různých invazivních vstupů, ať už se jedná o močovou cévku nebo sondu a tak podobně. Pokud je úmrtí očekávané, včas rodinu informujeme a ta nám doveze oblečení, ve kterých je klient pohřben. Do těchto šatů ho po hygieně oblékneme*“ (R1). O zmiňované oblečení žádají sestry rodinu ve chvíli, kdy vidí, že pacientův stav se výrazně zhoršuje a k úmrtí může dojít v blízké době. Šaty jsou uschovány na skladě, nesmí být na pokoji. „*Někdy je velmi náročné rodinu připravit na odchod a prosit je o šaty, které dotyčnému obléknou po smrti a ve kterých bude pochován. Pokud to tak jde a šaty tu máme, tak po hygieně je zemřelému oblékneme. Ty šaty jinak máme tady na skládku, z etických důvodů je nemáme na pokoji*“ (R2). Hygienu a oblékání

zpravidla provádí sloužící sestra a ošetřovatelka, ale pokud je rodina dostatečně silná a přeje si to, může s hygienou pomoci. *„Pokud je úmrtí přítomna rodina, necháváme jí prostor na rozloučení a pokud chtějí a jsou toho schopni, tak nám pomáhají s hygienou a oblékáním. Naprosto ve všem rodinu respektujeme a necháváme rozhodnutí na ní“* (R4).

I v mobilním hospici sestry respektují rozhodnutí rodiny, zda péči o tělo zvládne sama nebo budou potřebovat pomoc. Sestra R2.5 popisuje: *„Ale potom už to je jak kdo a taky podle situace. Jednou přijde rodina a řekne: „Tady si to všechno udělejte a já mizím,“ a potom pokračuje: „Ale pak jsou lidi a ti chtějí od „a“ do „zet“ udělat všechno sami, protože řeknou, že jejich taťka by nechtěl, aby mu někdo cizí myl genitálie.“ „My se domluvíme s rodinou, jestli chtějí naši pomoc, abychom umyli a oblékli toho zesnulého, podvázali mu bradu. Většinou to tak bývá, protože rodina je v takovém stavu, že to nezvládají“* (R2.1).

Přáním rodiny se sestry řídí i v dalším kroku, při péči o mrtvé tělo. Jedná se o složení rukou. Většinou dotazované uvádí, že do rukou vkládají nějaké předměty: růženec nebo svatý obrázek, pokud byl klient věřící, fotografii či jiný předmět dle přání rodiny. Nejčastěji se do rukou vkládá květina. *„Tady v hospici jsme zvyklí, že zemřelému dáme do rukou kytičku ze zahrady, třeba růži a pokud se jednalo o věřícího klienta, dáme mu do ruky růženec, svatý obrázek nebo podobné předměty“* (R1). *„... a dáváme kytičku do ruky, i když v zimním období je někdy dost obtížné květinu sehnat“* (R3). *„Zemřelému dáváme do ruky kytičku, růženec nebo fotku svých příbuzných“* (R4).

Pokud klient zemře v domácím prostředí, je nutné při každém úmrtí přivolat koronera a následně pohřební službu. *„Když už máme všechny tyto faktické věci, tak já volám koronera a vyřizují věci s koronerem“* (R2.2). *„Pokud dojde k exitu, tak zavoláme koronera, to je podmínka. Koroner musí přijet, to je služba, která funguje v jihočeském kraji a objíždějí exity v domácnostech... Koroner nám sepíše příslušnou dokumentaci a potom se může zavolat pohřební služba“* (R2.1).

Sestry z kamenného hospice uvádí, že po smrti zůstává tělo ještě dvě hodiny na pokoji a následně je převezeno do chladicího boxu. *„Tělo pak zůstává ještě dvě hodiny na pokoji přikryté bílým prostěradlem. Pak tělo převážíme do tzv. chladicí místnosti, kde si ho pak převezme pohřební služba“* (R1). *„...a vlastně dvě hodiny jsou potom na lůžku. Rodina*

během té doby může přijet a být s ním na pokoji a po těch dvou hodinách je odvážíme do chladicí místnosti“ (R2).

V kamenném hospici je speciálně vyhrazena místnost pro rozloučení se se zemřelým. Je označována jako rozlučková místnost a slouží především pro rodinu a nejbližší zemřelého, pokud nestihli přijet do dvou hodin po smrti. *„Pokud příbuzní nejsou přítomni při umírání a chtějí se se svým blízkým ještě rozloučit, tak pro tyto účely tu máme tzv. rozlučkovou místnost“ (R4).* *„V případě, že si to rodina přeje, máme zde ještě rozlučkovou místnost, kde se může se svým tatínkem, maminkou rozloučit. Člověk tam vypadá moc hezky, okolo jsou slavnostní roucha, je zde zapálená svíčka, otevřená Bible a židle, takže rodina zde může být dlouho, jak sama chce“ (R1).*

Kategorie 3 Všeobecná sestra a rodina umírajícího pacienta

Práce sestry v hospicové péči zahrnuje také péči o rodinu umírajícího, která je neméně důležitá jako samotná péče o pacienta. Ve třetí kategorii je zahrnuta komunikace s rodinou, spolupráce s ní a respitní péče.

Subkategorie 3.1 Komunikace a spolupráce s rodinou

Rodina je pro hospicový tým nepostradatelnou součástí a sestry se vždy snaží s ní navázat kontakt. *„Jednak se snažíme zajistit s ní kontakt, aby se s klientem mohla rozloučit, udobřit, ale také, abychom jim pomohli v tom těžkém období“ (R1).* Pokud je člověk v hospicové péči delší dobu, vytvoří si rodina a sestry většinou dobrý a hezký vztah: *„Když je rodinný příslušník tady s klientem, tak navazujete ten kontakt už v průběhu pobytu. A zvlášť, když jsou tu už delší dobu, tak si k nim vytváříme skoro až citové pouto...“ (R5).* Je klíčová při uspokojování především psychických potřeb pacienta a v domácí péči také pro uspokojování také potřeb fyzických. *„Ten člověk nesmí být sám. Rodina se stará úplně o všechno, takže rodina krmí, přebaluje, dělá všechno, pokud to zvládá“ (R2.5).* Fungující rodina, popř. osoba pečující o pacienta, je, dalo by se říci, podmínkou pro přijetí do mobilního hospice. *„Na to, abychom vzali lidi do péče, tak tam musí být 24 hodinová péče někoho jiného. Pokud budu bydlet sama doma, tak mě do hospice nikdo nepřijme“ (R2.5).*

„Rodina je vlastně členem týmu. Komunikace s jejími členy je stejně důležitá, jako komunikace s nemocným“ (R2.4). Sestra R1 popisuje, že spolupráce a komunikace s rodinou je snad ten největší rozdíl v péči o pacienta v nemocnici a v hospici: *„Jako*

první a největší rozdíl bych uvedla rodinu nemocného. V nemocnici je rodina něco, co většinou zdravotníky zdržuje, nechci použít přímo „otravuje“, ale bohužel mám takovou zkušenost, zkrátka není zahrnuta do péče. V hospici je rodina v podstatě na stejné úrovni jako samotný klient. Dalo by se říci, že každý nový příjem do hospice zahrnuje dva klienty – nemocného a rodinu.“ Rodina není pouze jedním z pečujících o klienta, ale sama péči potřebuje. Je důležité jí věnovat čas a psychicky ji podporovat a ujistovat ji, že na tu bolest nebude sama. „Spíš si sednout s rodinou a vysvětlit jim, že to přijde, že to přijde brzo a bude to bolet, bude to hrozný, ale my tady budeme s vámi. Vždycky je ubezpečit o tom, že na to nejsou sami. To je strašně důležitý. Nejste na to sami, máte nás tady a my víme a my vám pomůžeme“ (R2.3).

Spolupráce s rodinou je stejně jako péče o pacienta velmi individuální. Velmi záleží na tom, zda je rodina smířená s hrozcí ztrátou blízkého či nikoli. *„Někdy je méně obtížná, někdy je obtížnější. Záleží na tom, jak je rodina vyrovnaná, jak rychle se smíří s úmrtím...“ (R3). „Hodně záleží na tom, jak je rodina smířená se stavem svého příbuzného“ (R4).*

Vyrovnaní se s nezvratným odchodem blízkého člověka je velice důležité. Sestra R1 také podtrhuje význam truchlení. *„Ačkoli to dnes lidi vytlačují z mysli a nechtějí truchlit, je fáze truchlení pro ně nesmírně důležitá. Pokud ji přeskočí, nechtějí např. vidět, jak dotyčný klient umírá a ani jeho tělo, nechtějí, aby jim ostatní kondolovali, po roce se dostaví truchlení o to silnější a je nesmírně obtížné se s tím vyrovnat. Proto u nás klademe důraz na to, aby se rodina přišla rozloučit, podívat se na svého příbuzného a připustit si smrtelnost. Truchlení pak trvá obvykle rok, a jakmile rodina prožije celý rok, všechny svátky, narozeniny, Vánoce bez dotyčné osoby, truchlení zpravidla končí.“*

Subkategorie 3.2 Respitní péče o rodinu

Sestry z mobilního hospice uvádí, že se snaží přijít na pohřeb jejich pacienta, vyjádřit tím rodině soustrast a zároveň jim tak poskytnout podporu a porozumění. *„Snažíme se, pokud se to dozvíme, jít někdo z nás na pohřeb. Nejde to pokaždé. V našem počtu pacientů se nám ne vždy podaří jít na ten pohřeb, protože té práce přibývá. Ale pokud to jde, tak to je první věc, u které prokážeme, že jsme s nimi“ (R2.3).*

Další péče o rodinu je opět individuální. Záleží především na zájmu rodiny. „*Někdy péče o rodinu po smrti blízkého pokračuje, někdy ne. Záleží na tom, v jakém kontaktu s námi byli. Někdy se od nás úplně odstříhnou a chtějí být v tom svém zármutku sami*“ (R2.2).

Další postup sestry uvádí podobný. Sestry z mobilních hospiců vykonávají pozůstalostní návštěvy (jednu nebo dvě). „*Druhá věc je, že pokud jsme někdo z nás měli nějakou vazbu s tou rodinou, tak třeba i zavoláme, jak se daří, nebo zajdeme na návštěvu*“ (R2.3). „*Snažíme se alespoň nějaký čas udržet vztah s rodinou. Samozřejmě to nejde napořád. Ale někdy jim třeba zavoláme, oni nás pozvou na kávu, ať je přijedeme navštívit*“ (R2.1).

Sestry z kamenného hospice uvádí, že měsíc po úmrtí klienta posílají rodině kondolenční lístek. „*Je to taková vzpomínka, že je to ten měsíc a že i v tomto těžkém období na ně někdo myslí*“ (R2). „*A vlastně po měsíci posíláme pozůstalým pohled, že na toho jejich zemřelého myslíme a dáváme tam i takový vklad, že pokud mají nějaké vlastní osobní problémy nebo se s tím úmrtím nemůžou vyrovnat, tak je tu kontakt na sociální pracovníci našeho hospice, že jsme schopni si s nimi domluvit schůzku a projednat to*“ (R3).

Třikrát nebo čtyřikrát do roka se koná tzv. pozůstalostní setkání, kdy se mají možnost sejít příbuzní klientů, kteří v předchozím období zemřeli, s hospicovým personálem. „*Naše zařízení pořádá asi tak třikrát ročně setkání pozůstalých. Zahrnuje to bohoslužbu a posezení. Účastní se toho také sestřičky, ošetřovatelky ve svém volném čase a povídají si a vzpomínají na klienta. Na toto setkání se rodinní příslušníci zpravidla zvou až čtvrt roku po smrti klienta*“ (R1). „*Naše sociální pracovníce vede všechny lidi, co tu s námi byli, a tak jednou za čas obvolá všechny pozůstalé a máme takové vzpomínkové setkání s pohoštěním, my, když máme čas a chuť, také přijedeme a po mši si sedneme a povídáme si. S některými lidmi jsme vážně v několikaletém kontaktu, kdy nám napíšíou pokaždé na Velikonoce, Vánoce a tak podobně*“ (R2).

Podle sestry R5, sestry z kamenného hospice, vyplývá, že vztah sester a rodinných příslušníků je více osobní než formální. „*Ale potom třeba přijedou si jen tak popovídat. Nebo jedou zrovna kolem, tak se tu zastaví na deset minut si popovídat. Někteří také volají*“ (R5). Podobný vztah popisuje i sestra z mobilního hospice: „*Oni čas od času zavolají, zajdou za námi na hospic, prostě už nám ty lidi zůstávají*“ (R2.5).

Několik sester také uvádí, že z rodinných příslušníků se často stávají dobrovolníci v jejich hospici – kamenném i mobilním. „*Pár z nich máme jako dobrovolníky*“ (R2.5). „*Také nás vždy potěší, když se z pozůstalých stanou dobrovolníci v našem hospici*“ (R1).

6 Diskuze

V této části bakalářské práce se snažíme o diskuzi a srovnání rozhovorů sester pracujících v kamenných a mobilních hospicích. Nedílnou součástí diskuze je porovnání výsledků s údaji uvedenými v teoretické části práce a také se zkušenostmi, kterých bylo dosaženo při praxi v kamenném hospici.

Z identifikačních údajů vyplynulo, že nezáleží na předchozí praxi, v hospicové péči (v pobytových zařízeních i v agenturách domácí hospicové péče) pracují sestry s různými předchozími zkušenostmi. Jak je uvedeno v tabulce 1, předchozím zaměstnáním sester byla oddělení následné péče, domovy pro seniory či domácí péče, ale není zde výjimkou ani předchozí praxe na oddělení popálenin nebo IKEM. Překvapilo mě, že ačkoli jedna ze sester v rozhovoru uvedla: *„Dále bych práci nedoporučila sestrám, které jsou tak zvanými „zachraňujícími sestrami“, které pracovaly třeba na ARO, protože práce zde by je nenaplňovala, většina z nich vidí jako svůj cíl uzdravení klienta a k tomu zde nedochází“* (R1), tak se přesto mezi dotazovanými objevila sestra s předchozí praxí právě na ARO. Také jsem se během provádění rozhovorů setkala se sestrou (nebyl s ní veden rozhovor, proto není uvedena v tabulce), která zároveň pracuje v rychlé záchranné službě. Podle mého názoru, pro práci s umírajícími nezáleží na předchozím oddělení, kde sestra pracovala, ale je důležité, aby každá sestra byla smířena i se svou vlastní smrtelností, to stejné uvedla i sestra R2.3: *„Každá sestra pracující v hospici by měla mít srovnanou vlastní smrtelnost.“*

Jedním z cílů bakalářské práce bylo zmapovat kompetence všeobecné sestry v pobytových zařízeních hospicové péče a v agenturách domácí hospicové péče. Z rozhovorů vyplynulo, že lékaře sestra nemá přítomného 24 hodin v kamenném ani mobilním hospici. Proto hraje důležitou roli samostatnost, rozhodnost a zkušenost sestry. Dle vyhlášky 55/2011 Sb. má všeobecná sestra kompetenci podávat léčivé přípravky, nezahrnuje to ale jejich předepisování. Ordinace léčivých přípravků je v kompetencích lékaře. To také potvrdily sestry v rozhovorech, ale zároveň uvedly, že lékař jim ordinuje tzv. „SOS“ léky, které mají pacientovi podat v kritické situaci. Zhodnocení této situace je pak na sestře samotné, protože nemá lékaře u sebe. Také Světová (2015, str. 28) poukazuje na skutečnost, že sestra „musí umět samostatně podávat léky označené lékařem v preskripci - „dle potřeby“.“ Pokud se u pacienta vyskytla zdravotní komplikace či stav, na který lékař „SOS“ medikaci nepředepsal, kontaktuje ho sestra telefonicky. Lékař by

měl být stále dostupný na telefonu, popřípadě schopný k pacientovi dojet. Oficiální kompetence všeobecných sester pracujících v hospicové péči se nijak neliší od kompetencí sester pracujících v nemocničních zařízeních, avšak jak vyplynulo z rozhovorů, sestra v hospicové péči musí být rozhodná, schopná rozpoznat danou situaci a umět na ni adekvátně reagovat. Kompetence všeobecné sestry se také neliší u sester pracujících v kamenných a mobilních hospicích. Myslím si, že všeobecná sestra v kamenném hospici má více příležitostí konzultovat stav pacienta s lékařem, který je v hospici každé dopoledne. Takové možnosti sestra v mobilní hospicové péči nemá.

Světová (2015) uvádí, že základem pro paliativní péči je osvojení si standardů péče. Všeobecná sestra musí být dobře seznámena s tím, jak ošetřovat pacienta s danými příznaky a jednotlivé postupy také aplikovat v praxi. Myslím si, že sestra pracující v hospicové péči se neobejde bez předchozích zkušeností z jiného zdravotnického zařízení. Jak je již uvedeno i výše, sestra se musí umět v daných situacích rozhodnout, musí naprosto důvěřovat svému úsudku a nepřenášet tak nervozitu na pacienta. Svým názorem se shoduji i s názorem sestry R1: *„A protože tu je sestra převážně sama na směnu, tak musí zvládnout péči o nemocného s tracheostomií, péči o dementního nemocného a zkrátka spoustu věcí. Takže podle mého názoru by si měla projít několika odděleními, kde získá spoustu zkušeností, a následně může pracovat u nás.“*

Jednou z otázek v rozhovoru také bylo, zda se v hospicové péči setkáme s jinými sesterskými výkony, oproti práci všeobecné sestry v nemocničním zařízení. Sestry nejčastěji uváděly subkutánní infuze. Tyto infuze se dle Schulera (2010) podávají např. u pacientů, kterým hrozí dehydratace. Schuler (2010) také uvádí, že se jedná o bezpečnou a účinnou metodu, která nahradí intravenózní podávání léčiv.

Během praxe v kamenném hospici jsem se také poprvé setkala se subkutánní infuzí a byla skrze ni pacientce podávána analgetika. Myslím si, že subkutánní infuze jsou méně traumatizující a pro klienta více šetrné. Navíc nehrozí vznik flebitidy ani jiných komplikací, které jsou spojovány s intravenózním podáváním léčiv.

Ačkoli sestra při péči o umírajícího klienta aplikuje holistický přístup, má k dispozici vždy odborníka dané oblasti. Do multidisciplinárního týmu v hospici totiž patří navíc sociální pracovnice, psycholog, duchovní a jiní. Dle Smilkové (2013, str. 34) je spolupráce týmu důležitá a nepostradatelná jak v kamenném, tak v mobilním hospici. „I proto, že v konečné fázi bývá pro nemocného ze všeho nejdůležitější přítomnost blízkého

člověka.“ Ke stejnému závěru jsme došli i v našem výzkumu. Dle mého názoru je multidisciplinární tým velmi důležitý, nezbytný, ale zároveň si myslím, že každá všeobecná sestra (nejen hospicová) musí umět u pacienta uspokojit všechny potřeby bez ohledu na to, zda má nebo nemá možnost kontaktovat osobu dané specializace. Samozřejmě nemůže plnohodnotně zastoupit např. osobu duchovní, ale měla by si umět poradit ve chvíli, kdy člověk duchovně strádá. Můj názor potvrzuje i Kalvach (2010, str. 33): „Je žádoucí až nezbytné, aby jednotlivé pečující profese dobře chápaly své kompetence, znaly zásady péče ostatních profesí a byly schopny se alespoň v elementární podobě vzájemně zastupovat, což zvyšuje flexibilitu systému i zabezpečení klientů, ale aby také dobře věděly, kdy a proč je možné či dokonce nezbytné konzultovat či povolání příslušnou další profesi (službu), což zvyšuje kvalitu, bezpečnost a ucelenost paliativní péče.“ To ovšem klade na sestru vysoké nároky. Musí být dostatečně orientována ve všech oblastech péče a umět správně reagovat v jakékoli situaci. Musí znát psychologickou problematiku umírajících, vhodně s umírajícím komunikovat a také předat informace o klientovi ostatním členům týmu.

Z rozhovorů vyplynulo, že v kamenném hospici, ve kterém výzkumné šetření proběhlo, byl tým rozšířen také o řádové sestry. Sestry z mobilních hospiců se ve svých rozhovorech o řádových sestřích nezmínily. Myslím si, že řádové sestry mají pro hospic velký význam, jednak po stránce duchovní, kdy s pacienty hovoří, tak i po stránce tělesné. Pomáhají ošetřovatelkám uspokojovat tělesné potřeby pacientů. Obtížná situace pro sestry nastává ve chvíli, kdy si některý z pacientů přítomnost řádové sestry nepřeje. Řádové sestry někdy suplují také úlohu ošetřovatelky a k takovému pacientovi nemají přístup. Proto si druhá ošetřovatelka musí umět poradit sama, nebo jí pomáhá všeobecná sestra. Při příjmu klienta do hospice se zjišťuje, zda je nějakého vyznání, pokud ano, které církve. Zda je pokřtěný a zda je pro klienta víra významná nebo ne. Také je informován, že v hospici se pohybují i řádové sestry, které pracují jako pastorační asistentky nebo také jako ošetřovatelky. Pacient má možnost volby, zda si jejich přítomnost přeje nebo ne. V hospici, kde výzkumné šetření probíhalo, byl u jména praktikujícího věřícího vždy obrázek ovečky, pokud si pacient výslovně nepřál přítomnost duchovní osoby, obrázek byl škrtnutý.

Specifika práce sestry v hospicové péči jsou především v péči o rodinu a individuální přístup ke klientovi. Na každého klienta má sestra dostatek času a přistupuje ke každému holisticky. Hospicová sestra musí být samostatná, psychicky stabilní, rozhodná,

a především smířena s vlastní smrtelností. Rozdíl práce všeobecné sestry v pobytových zařízeních a agentuře domácí hospicové péče je především v prostředí, ve kterém péče probíhá, a ve spolupráci s rodinou – spoluúčasti rodiny na péči.

Sestry s několikaletou praxí také v nemocnici uvádí, že nejmarkantnější rozdíl v péči o pacienta v nemocnici a v hospicové péči je právě v rodině. Jedním ze základních pilířů hospicové péče se stal slib, že pacient nezemře opuštěn. Proto se sestry vždy snaží zajistit kontakt s rodinou. Marková (2010) se zmiňuje, že pacientova rodina je součástí týmu pečujícího o pacienta. S tím se shoduje i výsledek našeho výzkumu. Tento fakt totiž popisuje sestra R2.4: „*Rodina je vlastně členem týmu. Komunikace s jejími členy je stejně důležitá, jako komunikace s nemocným.*“ Podle mého názoru jsou rodinní příslušníci nejdůležitějšími členy týmu. Pro psychickou pohodu umírajícího je, myslím si, základní právě přítomnost blízké osoby.

Marková (2010) dále píše, že členem týmu není pouze rodina, ale především pacient sám. On sám by se měl rozhodnout o následné léčbě a jeho slovo má zásadní význam.

Během své praxe v kamenném hospici jsem měla možnost slyšet jednání s dcerou terminálně nemocné pacientky. Jednalo se o telefonickou domluvu, kdy dcera byla u pacientky na návštěvě, viděla, že její stav se velice zhoršil a k úmrtí může dojít během několika hodin. Musela se vrátit domů. Když dorazila domů, volala do hospice, že v pořádku dorazila a jak je na tom maminka. Jednání sestry bylo velice empatické. Upřímně byla ráda, že paní dobře dorazila domů a nic se jí po cestě nestalo a pak ji uklidnila, že maminka usnula a že zavolá ráno v sedm hodin, až se dcera v klidu vyspí. Klientka zemřela v deset hodin večer, asi půl hodiny po telefonátu. Sestra s ošetřovatelkou se radily, zda to mají nebo nemají zavolat. Nakonec rozhodly, s ohledem na rodinu – dceru, že zavolají až v sedm hodin ráno a odůvodnily to tím, že paní by v noci nespala a ráno by se jí po cestě mohlo něco stát. Jednání s rodinou je dle mého názoru nanejvýš citlivé a ohleduplné.

Myslím si, že jedním ze základních rozdílů v péči o pacienta v kamenném a mobilním hospici je ten, že v kamenném hospici může být přítomna rodina, ale péči o pacienta zajišťují sestry a ošetřovatelky. V mobilním hospici je naprosto nutná přítomnost rodiny (nebo jiné blízké osoby) 24 hodin denně. I v kamenném hospici může být s pacientem přítomna rodina 24 hodin denně, ale během své praxe jsem si všimla, že péči zajišťují především zdravotníci. Vše je ale velmi individuální a záleží na domluvě. Pokud by si

rodina přála pečovat o svého příbuzného sama, myslím si, že by jí to sestry umožnily. V mobilním hospici nezajišťují zdravotníci pacientovi základní péči 24 hodin denně. Jezdí na domluvené pravidelné návštěvy a rodině pomáhají nebo provádí výkony, které by nezdravotník (rodinný příslušník) sám nezvládl. Dle Haškovcové (2007) se některé výkony musí rodinný příslušník naučit, ale některé jsou pouze v kompetencích zdravotníků. Nepřetržitou péči o umírajícího zajišťuje rodina. Kalvach (2010) řadí rodinu na první místo v péči o umírajícího v domácím prostředí a potvrzuje, že rodina musí být neustále přítomna a uspokojovat u pacienta základní biologické potřeby. Pro přijetí pacienta do mobilního hospice je jednou z podmínek 24 hodinová přítomnost jiné osoby. Vyplývá to nejen z rozhovorů, ale uvádí to i Kalvach (2010). Měla by to být osoba, která bude schopna se o pacienta postarat. Důležité je dle Kalvacha (2010) ochota převzít péči, ale ta sama o sobě nestačí. Pečující osoba musí „mít reálné podmínky a předpoklady – zdravotní, mentální, psychické, finanční, bytové, vztahové“ (Kalvach, 2010, str.44). Úkolem sestry v domácím prostředí není podle mého názoru pouze provést některé zdravotnické výkony, ale měla by do tohoto prostředí vnést pohodu a klid, mít dostatek času i na rozhovor a povzbuzení rodiny. Kabelka (2007) zdůrazňuje vytvoření si vzájemné důvěry mezi zdravotníky a rodinou.

Dalším rozdílem, který souvisí s rodinou, je fakt, že v mobilním hospici je úmrtí vždy rodina přítomna. Sestry z kamenného hospice se snaží informovat rodinu včas, že se smrt blíží, a že by bylo vhodné, aby přijela. Rodina ale nemusí vždy přijet včas, nebo úmrtí nechce být přítomna. Naopak v mobilním hospici se může stát, že si rodina nepřeje, aby sestry přijely a zvládne vše sama. „*Někdy rodina řekne, že nás nechce, že chtějí pouze zavolat koronera a všechno ostatní zvládnou sami. Ale to jsou výjimečné případy. Většinou po nás rodina chce, abychom dojeli.*“ (R2.2) Od toho se odvíjí následně péče o tělo zemřelého. Z rozhovorů sester z mobilního hospice vyplynulo, že vše se děje podle přání rodiny. Je zde kladen důraz na individualitu, sestra rodině nabídne, zda s péčí o tělo pomůže, nebo to nechá na nich. Sestry z kamenného hospice uvedly, že i v kamenném hospici je rodině nabídnuto, zda chce s péčí o tělo sestrám pomoci. Na individualitu je brán ohled v obou typech péče. Pokud ale dojde k úmrtí v domácím prostředí za přítomnosti rodinného příslušníka, odvíjí se všechny kroky podle jeho přání.

Specifikem práce všeobecné sestry v hospicové péči je tzv. respitní péče. Repitní péče představuje péči o pečujícího. Rodina není pouze spolupracovníkem, členem týmu, je

také sama hospicovým klientem. Jak se zmiňuje i R1: *„Dalo by se říci, že každý nový příjem do hospice zahrnuje dva klienty – nemocného a rodinu.“*

Ve standardech paliativní péče z roku 2013 se uvádí, že je pravidelně prováděno hodnocení psychického stavu nejen pacienta, ale také jeho rodiny (Sláma, 2013). Ve standardu 3.1 je přímo uvedeno: *„Pravidelně je hodnocena schopnost adaptace na závažné onemocnění u pacientovy rodiny, je hodnocena přítomnost známek vyčerpání a dalších psychických syndromů (úzkost, deprese)“* (Sláma, 2013). Sestry v rozhovorech se o tomto faktu nezmínily, ale v každém případě rodině věnují dost pozornosti a individuální péči. Ze svých vlastních zkušeností vím, že na rodinu je v hospici brán maximální ohled a přistupuje se k ní nanejvýš citlivě. Ve standardu 3.2 je pak zmiňována komunikace s rodinou pacienta před a bezprostředně po smrti pacienta. Sestry v rozhovorech uvádí, že s některými rodinnými příslušníky si vytváří až citové pouto a jsou s nimi v kontaktu i po smrti klienta. Myslím si, že rodina je skutečně na stejné úrovni jako pacient, ve smyslu potřeby péče. Ačkoli se zdá být silná, na náhlé odloučení se od milovaného člověka nemusí být vždy dostatečně připravena a potřebuje pomocnou ruku, nebo spíš pomocnou a naslouchající duši. Zpravidla nejbliž rodinným příslušníkům bývá z hospicového týmu (dle mého názoru) sestra, popř. ošetřovatelka, která s umírajícím klientem byla nejvíce v kontaktu.

Ve finálním období je vhodné zajistit klientovi a jeho rodině soukromí (Kabelka, 2007). V kamenném hospici, kde výzkumné šetření probíhalo, jsou převážně jednolůžkové pokoje. Proto není velký problém soukromí zajistit. Kabelka (2007) uvádí, že by se měl brát ohled na náboženské či jiné rituály, které si rodina či pacient přeje.

Bezprostředně po smrti klienta je vhodné, dle Kalvacha (2010), vyslovit rodině upřímnou soustrast a pokud je to třeba, upokojit rodinu. Kalvach (2010) zde už ale neuvádí, zda k vyslovení upřímné soustrasti má dojít opravdu během prvních minut, nebo až po nějaké době ticha a klidu. Myslím si, že bezprostředně po smrti by měla nastat chvíle ticha, setrvání v naprostém klidu, ale je to zcela individuální a záleží na psychickém stavu rodiny. A až po uplynutí nějaké doby vyslovit upřímnou soustrast. Podobný názor má i sestra R2.2: *„Takže když tam přijedeme, já třeba nevyjadřuji hnedka upřímnou soustrast, protože mi to přijde takové falešné. Spíš se snažím zaměstnat rodinu nějakými praktickými věcmi.“* Více se názorově shodují s postupem sestry R2.3: *„V první řadě jdu*

k tomu partnerovi a obejmu ho, a to samé i děti. Jít k nim, podat jim ruku a dát najevo, že teď jsem tu nejvíc pro vás.“

Haškovcová (2007) sděluje, že je takovou nepsanou tradicí po smrti otevřít okno. Sestra R2.3 popisuje svou zkušenost s jednou paní, pro kterou bylo otevření okna nádherným gestem, které mělo poukázat na to, že duše její maminky může opravdu odejít. Podle mého názoru je otevření okna zdůrazněním skutečnosti, že nyní už je utrpení konec.

Podle Haškovcové (2007) by měla být sestra (doprovázející) připravena na individuální projevy smutku a žalu. Reagovat na ztrátu mohou někteří pozůstalí až paradoxně. Haškovcová uvádí např. motorický neklid a nepřirozený, hlasitý smích.

Kalvach (2010) a Haškovcová (2007) se shodují na tom, že pokud rodina není úmrtí přítomna, je nanejvýš vhodné ji ujistit, že pacient zemřel bezbolestně a klidně.

Péče o rodinu smrti klienta pro hospicové sestry nekončí. Výsledky výzkumného šetření se shodují s Kabelkou (2007), který vypisuje několik forem podpory rodiny. Jednou z nich je kontaktování rodiny měsíc po smrti. Sestry z kamenného hospice uvedly, že zasílají tzv. kondolenční lístek, na kterém je zmíněno, že na jejich zemřelého stále myslí. Jedna ze sester dodala, že součástí tohoto lístku je také kontakt na sociální pracovníci hospice, která si s nimi může domluvit schůzku a pomoci jim v případě náročného vyrovnání se se smrtí. V mobilním hospici se sestry nezmínily o kondolenčních lístcích, ale uvedly, že vykonávají pozůstalostní návštěvy. Ty však záleží na rodině, zda si je přeje, jak se se smrtí vyrovnává a jaký měla s hospicovým týmem vztah. V mobilním hospici jsou sestry zvyklé, pokud je to z kapacitních důvodů možné, jít na pohřeb. Ale oba typy péče se shodují na pozůstalostních setkáních, která probíhají třikrát až čtyřikrát do roka. Všechny sestry tato setkání popisují stejně. Nejprve se koná bohoslužba, po níž následuje posezení zdravotníků s pozůstalými.

Práce sestry v hospicové péči je velmi náročná. Myslím si, že stejně jako práce sestry v jiných zdravotnických zařízeních je nejen povoláním, nýbrž také posláním, které nedokáže vykonávat každý.

7 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na všeobecnou sestru v hospicové péči. Cílem práce bylo zmapovat specifika a kompetence všeobecných sester v hospicových zařízeních a následně porovnat, jak se liší v pobytových zařízeních hospicové péče a v agenturách domácí hospicové péče.

Pro dosažení cíle byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Na začátku výzkumného šerení byly stanoveny dva cíle a čtyři výzkumné otázky.

Náplň práce všeobecné sestry je vždy specifická pro dané pracoviště/oddělení v nemocnici. Pro práci sestry v hospicových zařízeních jsou jistá specifika, která uvedly sestry z mobilního i kamenného hospice. Jedná se především o péči o rodinu a více možností individuálního přístupu ke klientovi. Tzv. respitní neboli odlehčovací péče je nabízena každé rodině. Nejedná se pouze o fyzickou pomoc, ale především o psychickou podporu. Tu rodině může poskytnout i více profesionálů, z kterých se skládá multidisciplinární hospicový tým. Na základě rozhovorů lze konstatovat, že specifika práce sestry v agenturách domácí péče a v pobytových hospicových zařízeních se neliší. Oba typy péče se snaží o uspokojování všech klientových potřeb. Sestry ke každému klientovi přistupují individuálně a pokládají ho za jedinečnou bytost, což je základním předpokladem pro holistický přístup. Z rozhovorů vyplynulo, že rozdíl mezi péčí poskytovanou agenturami domácí péče a v pobytových zařízeních se týká prostředí, ve kterém je o klienta pečováno. Na rozdíl od kamenného hospice má sestra mobilního hospice velmi omezené možnosti, pokud je u klienta doma a nemá k dispozici všechny potřebné materiály.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zmapovat kompetence všeobecné sestry v pobytových hospicových zařízeních a v agenturách domácí hospicové péče. Kompetence všeobecné sestry v pobytových hospicových zařízeních a v agenturách domácí hospicové péče se neliší. Sestry v obou typech zařízení musí být v každé situaci připraveny správně reagovat na změněný klientův stav. Protože sestra nemá stále u sebe přítomného lékaře, musí umět zhodnotit klientův stav a dle svého rozhodnutí podat klientovi předem předepsanou medikaci. Pokud došlo k situaci, která nebyla předpokládaná, musí telefonicky kontaktovat lékaře. Z tohoto výzkumného šetření lze tedy usoudit, že se jejich kompetence neliší.

Práce by mohla sloužit pro studenty zdravotnických škol a také pro širokou veřejnost pro přiblížení problematiky hospicové péče.

8 Seznam literatury a elektronických zdrojů

1. BARASH, G., CULLEN, B., STOELTING, R., CAHALAN, M., STOCK M., 2009. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
2. BERGSTRAESSER, E., 2013. Pediatric Palliative Care: a Reflection on Terminology. *Palliative Care: Research and Treatment*. 2013:7 31- 36 DOI: 10.413/PCRT.S12800.
3. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. Cesta domů: e – learning. *Komunikace s umírajícím člověkem a jeho blízkými*. [online] [cit. 10.5.2017] Dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz/komunikace-s-umirajicim-a-blizkymi.html>
5. COOMBES, L., H., WISEMAN, T., LUCAS, G., SANGHA A., MURTAGH, F., EM, 2016. Health- related quality – of- life outcome measures in paediatric palliative care: a systematic review of psychometric properties and feasibility of use. *Palliative Medicine*. 30 (10), 935-949, DOI: 10.1177/0269216316649155.
6. DAY E., JONES, L., LANGNER, R., BLUEBOND-LANGNER, M., 2016. Current understanding of decision- making in adolescents with cancer: a narrative systematic review. *Palliative Medicine*. 30 (10) 920-934, DOI: 10.1177/0269216316648072.
7. Dětský hospic. *Stav paliativní péče v České republice*. [online] [cit. 2017-05-02] Dostupné z: www.detsky-hospic.cz
8. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Galén. 244s. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. HAWLEY, P., 2017. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliative Care: Research and Treatment*. 1-6, DOI: 10.1177/1178224216688887.
10. HEGMONOVÁ, E., 2011. *Léčba bolesti a paliativní medicína*. [online]. Česká společnost paliativní medicíny [cit. 2016-11-19]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/category/lecba-bolesti/>
11. Hospice.cz. *Co je hospic?* [online] [cit. 2018-03-22] Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>
12. HRNČIARIKOVÁ, D., HRNČIARIK, M., JURAŠKOVÁ, B., ZADÁK, Z., 2007. Nutriční podpora v terminální péči. *Medicína pro praxi*. 4 (12), 511 – 513, ISSN 1214-8687 (tištěná verze) 1803-5310 (online verze).
13. HUNEŠ, R., 2008. Hospic – místo radosti. *Kontakt*. 1-107. ISSN 1212-4117.

14. CHRISTIAKIS, N., A., ESCARCE, J., J., 1996. Survival of medicare patients after enrollment in hospice programs. *The New England Journal of Medicine*. Volume 335, Number 3.
15. JIRKOVSKÝ, D., HLAVÁČOVÁ, M., NIKODEMOVÁ, H., TOMOVÁ, Š., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence – učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
16. JURAŠKOVÁ, B., Výživa a její poruchy. In: KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
17. KABELKA, L., Podpora truchlících pozůstalých. In: SLÁMA, O., KABELKA, L., et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
18. KALA, M., 2012. Možnosti individuálního přístupu k nemocným v zařízení paliativní hospicové péče. *Interní medicína pro praxi*. 14 (12), 484-485, ISSN 1803-5256. (ISSN tištěná verze: 1212-7299).
19. KALVACH, Z., et al., 2010. [online] *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů. 136 s. ISBN 978-80-904516-4-3. Dostupné z: <http://112102.w2.wedos.ws/wp-content/uploads/2015/10/Manual-paliativni-pece.pdf>
20. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
21. KALVODOVÁ, L., Psychologický přístup sester k onkologickým nemocným. In: VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
22. *Koncepce ošetrovatelství, Věstník č.9 – MZČR*, 2004. [online]. [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html
23. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
24. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
25. KVASNIČKOVÁ, V., 2016. Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta. *Florence*. 7-8/16, ISSN 1801-464X.

26. LIGAS, A., 2016. *Umírajícím dětem nemá kdo pomáhat, hospice chybí, pojišťovny péči neproplácí. Rodiny končí v izolaci.* [online] Aktuálně.cz [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/rodiny-nevylecitelne-nemocnych-deti-se-castokrat-nachazi-v-z/r~9bffc778b7ca11e6af6e002590604f2e/?redirected=1494840486>
27. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
28. Nadační fond Klíček. *Dětský hospic.* [online] [cit. 2017-05-02] Dostupné z: <http://www.klicek.org/hospic/>
29. NOVÁKOVÁ, D., Potřeby člověka a posuzování funkčních schopností člověka jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V., DOLÁK, F., HUDÁČKOVÁ, A., NOVÁKOVÁ, D., TREŠLOVÁ, M., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
30. Osobní asistence. *Co je hospicová péče.* [online] [cit. 2017-04-06] Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>
31. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství I.* 1. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
32. RADBRUCH, L., PAYNE, S., et al., 2009. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči.* [online]. Přeložil Jan DVOŘÁK. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. [cit. 2017-05-02]. 65 s. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf
33. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* 1. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
34. SEDLÁROVÁ, K., Hospicová péče v ČR. In: TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4
35. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od a do z pro sestry.* Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
36. SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., KABELKA, L., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci.* Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0.

37. SLÁMA, O., KABELKA, L., et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
38. SLÁMA, O., 2009. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*. 22 (4), 183-185. ISSN 0862-495. (online ISSN 1802-5307)
39. SLÁMA, O. Paliativní péče. In: VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
40. SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M., KABELKA, L., 2013. *Standardy paliativní péče*. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
41. SMILKOVÁ, B., 2013. *Umírání a potřeby umírajících*. České Budějovice. Bakalářská práce. TF JCU.
42. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. [videozáznam] Záznam ze tří přednášek z roku 2008. TV-MIS, [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <http://www.tv-mis.cz/titul.php?id=477>.
43. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
44. SVĚTOVÁ, J., 2015. *Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků*. Praha. Bakalářská práce. 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze.
45. ŠPATENKOVÁ, N., et al., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
46. TESAŘOVÁ, P., Chemoterapie. In: KRŠKA, Z., HOSKOVEC, D., PETRUŽELKA, L., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
47. TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4
48. TOMÍŠKA, M., Zácpa. In: SLÁMA, O., KABELKA, L., et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
49. Vyhláška č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

50. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., PAVLÍKOVÁ, P., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II. / Speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada. 272 s + 16 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3420-0.
51. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
52. ZACHAROVÁ, E., 2008. Faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí. *Interní medicína pro praxi*. 10 (5), ISSN 1803-5256. (ISSN tištěná verze: 1212-7299).
53. ZACHAROVÁ, E., 2014. Zvládnutí bolesti u onkologických pacientů v ošetrovatelské péči. *Onkologie*. 8(1), 44-46. ISSN 1802-4475 (online verze 1803-5345)
54. ZÁVORKOVÁ, P., 2011. Smrt očima personálu hospice. *Sociální studia*. 2/2011, S. 137–150. ISSN 1214-813X.

9 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k rozhovoru

Příloha 2: CD – přepisy rozhovorů

Příloha 1

Otázky k rozhovoru

1. Jak dlouho již v hospici pracujete?
2. A pracovala jste předtím někde v nemocnici?
3. Jaký vidíte největší rozdíl v poskytování péče v hospici a v nemocnici, popř. vyskytují se v hospici některé sesterské výkony, se kterými se v nemocnici běžně nesetkáme?
4. Ačkoli jste před nástupem do hospice měla již praxi a jste kvalifikovaná všeobecná sestra, musela jste si nějakým způsobem doplnit vzdělání nebo absolvovat nějaké kurzy, školení, stáže?
5. Když jste pracovala v nemocničním zařízení, kde jste měli stále v dosahu lékaře, jak byste zhodnotila kompetence sestry, jak se liší zde a v nemocnici?
6. Když byste měla shrnout, co všechno tedy zahrnuje práce sestry, jaké všechny oblasti obstarává u umírajícího klienta?
7. A máte například vyzorované nejčastější ošetrovatelské diagnózy?
8. Řídíte se zde nějakými specifiky při komunikaci s umírajícím?
9. Všimla jsem si, že zde máte oproti nemocnici trochu rozšířený ošetrovatelský tým, jak byste zhodnotila spolupráci v rámci týmu?
10. Když klient zemře, máte tu nastavené nějaké rituály? Co všechno zahrnuje péče o zemřelého?
11. Jak zde funguje komunikace a spolupráce s rodinou?
12. Vaše práce musí být jak z fyzické, tak z psychické stránky velmi náročná. Co byste doporučila jako duševní hygienu sestrám pracujícím v hospicích?
13. Co vás pro práci v hospici motivuje?
14. Existuje nějaká skupina nebo typ sester, kterým byste práci v hospici doporučila nebo naopak nedoporučila?

10 Seznam použitých zkratk

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

DpS – Domov pro seniory

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

ONP – Oddělení následné péče

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

RHB – Rehabilitační oddělení

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)