



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Práce sestry v oblasti hospicové péče**

**Bakalářská práce**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Veronika Herzogová

**Vedoucí práce:** Mgr. Lucie Rolantová, PhD.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Práce sestry v oblasti hospicové péče“ 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. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2020

.....

Veronika Herzogová

## **Poděkování**

Poděkování bych chtěla věnovat vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Lucii Rolantové, PhD. za pomoc při vedení bakalářské práce, cenné rady, a především ochotu a milý přístup. Velké poděkování dále patří všem dotazovaným, kteří měli trpělivost a udělali si čas na zodpovězení mých otázek.

# Práce sestry v oblasti hospicové péče

## Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá hospicovou péčí a zaměřuje se na práci sestry v oblasti hospicové péče. Hospicová péče je komplexní forma zdravotní, psychologické a sociální péče, jež je poskytována všem pacientům, kteří trpí nevléčitelným onemocněním či se nacházejí v terminálním stádiu nemoci. Hospicová péče úzce souvisí s péčí paliativní, která se primárně zaměřuje na zkvalitňování života pacientů a tišení bolesti.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat práci sestry v oblasti hospicové péče. Empirická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativně výzkumného šetření. Pro techniku sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly vedeny se sestrami pracujícími v hospicových zařízeních po celé České republice.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že práce v hospicovém zařízení je pro sestry psychicky i fyzicky náročná, protože v hospicích chybí dostatek personálu k zajištění kvalitní péče a k obsazení služeb. Vyšlo najevo, že lékaři často delegují svoji práci na sestry. Nejčastěji delegovanou prací je vyřizování pozůstalosti pacienta, což není v kompetencích sestry. Většina sester pracujících v hospicovém zařízení věnuje veškeré své úsilí do práce a zapomíná tak na svůj osobní život. Převážná část sester by práci v hospicovém zařízení ostatním sestrami nedoporučila z důvodu finanční nespokojenosti a náročnosti této práce.

Dosažené výsledky z kvalitativního výzkumného šetření mohou sloužit jako studijní podklad pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a dále mohou pomoci sestrami, které se rozhodují pro výběr povolání v hospicovém zařízení.

## Klíčová slova

Sestra; hospicová péče; práce sestry; paliativní péče; potřeby; komunikace; smrt; truchlení; motivace; syndrom vyhoření

# **The job of a nurse in hospice care**

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with hospice care and focuses on the work of a nurse in the field of hospice care. Hospice care is a comprehensive form of health, psychological and social care that is provided to all patients who suffer from an incurable disease or are in the terminal stage of the disease. Hospice care is closely related to palliative care, which focuses primarily on improving patients' lives and relieving pain.

The aim of the bachelor thesis was to map the work of a nurse in the field of hospice care. The empirical part of the bachelor thesis was processed using a qualitative research survey. A semi-structured interview was chosen for the data collection technique. Interviews were conducted with nurses working in hospice facilities throughout the Czech Republic.

The interviews revealed that working in a hospice facility is mentally and physically demanding for the nurses, because the hospices lack enough staff to provide quality care and staff. It turned out that doctors often delegate their work to nurses. The most frequently delegated work is the handling of the patient's estate, which is not within the competence of the nurse. Most nurses working in hospice facilities devote all their efforts to work and forget about their personal lives. Most nurses would not recommend working in a hospice facility to other nurses due to financial dissatisfaction and the complexity of this work.

The achieved results of the qualitative research survey can serve as a study basis for students of the Faculty of Health and Social Sciences of the University of South Bohemia and can also help nurses who decide to choose a profession in a hospice facility.

## **Keywords**

Nurse; hospice care; nurse's work; palliative care; needs; communication; death; mourning; motivation; burnout syndrome

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Současný stav</b> .....	<b>10</b>
1.1 Paliativní péče.....	10
1.1.1 Dělení paliativní péče .....	10
1.1.2 Principy paliativní péče .....	11
1.1.3 Cíle paliativní péče .....	11
1.2 Hospicová péče.....	12
1.2.1 Hospicové hnutí ve světě .....	12
1.2.2 Historie hospicové péče v České republice.....	13
1.2.3 Formy hospicové péče .....	13
1.2.4 Složení multidisciplinárního týmu .....	15
1.3 Práce sestry v hospici.....	16
1.3.1 Sestry a jejich vztah ke smrti .....	17
1.3.2 Motivace sester.....	17
1.3.3 Syndrom vyhoření .....	18
1.3.4 Komunikace s umírajícím pacientem a rodinou.....	19
1.3.5 Péče o tělo zemřelého .....	20
1.3.6 Truchlení.....	21
1.4 Potřeby umírajícího pacienta.....	21
1.4.1 Biologické .....	22
1.4.2 Psychosociální .....	24
1.4.3 Spirituální.....	24
1.4.4 Bolest jako nepříjemný symptom.....	24
<b>2 Cíl práce a výzkumné otázky</b> .....	<b>26</b>
2.1 Cíl práce .....	26
2.2 Výzkumné otázky .....	26

2.3 Operacionalizace pojmů použitých v práci a výzkumných otázkách .....	26
<b>3 Metodika .....</b>	<b>27</b>
3.1 Popis metodiky .....	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	27
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>28</b>
4.1 Identifikační údaje sester.....	28
4.2 Seznam kategorií a podkategorií.....	29
<b>5 Diskuse .....</b>	<b>41</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>46</b>
<b>7 Seznam literatury .....</b>	<b>48</b>
<b>8 Seznam příloh .....</b>	<b>52</b>
<b>9 Seznam zkratk .....</b>	<b>54</b>

## Úvod

Hospicovou péčí lze definovat jako formu komplexní péče, která je poskytována všem nevyлéčitelně nemocným či umírajícím lidem s nepříznivou prognózou. Do hospicového zařízení jsou přijímáni pacienti s onkologickým onemocněním, s chronickým nevyлéčitelným onemocněním nebo pacienti v terminálním stádiu nemoci. Tato péče je určena pro pacienty, u kterých je předpokládána délka života kratší než šest měsíců. Multidisciplinární tým hospice nepečuje pouze o pacienta, ale i o jeho blízké a rodinu, která je vystavena fyzické a psychické zátěži v souvislosti s onemocněním člena rodiny. Hospicová péče se rozděluje na tři formy, a to na lůžkové hospicové zařízení, domácí hospicové zařízení a hospicový stacionář.

V lůžkovém hospicovém zařízení je pacientům poskytována péče 24 hodin 7 dní v týdnu. Některé lůžkové hospice akceptují, aby člen rodiny byl hospitalizován s pacientem a byl tak v neustálé blízkosti člena rodiny. Pacienti si mohou vybavit pokoj podle sebe, aby se cítili jako doma. Domácí hospicové zařízení zajišťují terénní pracovníci hospice, kteří poskytují péči formou návštěv v domácím prostředí pacienta. Pomáhají rodinám s výkony, které rodina nemá v kompetencích při zajišťování péče o člena rodiny. Dále terénní pracovníci poskytují rodinám psychickou podporu a potřebné informace při zajišťování ošetrovatelské péče. Hospicový stacionář je vhodný pro pacienty, kteří bydlí poblíž či v místě hospice. Hospicový stacionář funguje také na principu návštěv. Pacient je ráno přijat do hospice, zde je pacientům poskytnuta komplexní péče, chemoterapie, tlumení bolesti, ale i také různé rekreační aktivity. V odpoledních či večerních hodinách se pacient vrací domů.

Paliativní péče je spjata s hospicovou péčí. Zaměřuje se na pacienty s nevyлéčitelným onemocněním a na pacienty v terminálním stádiu nemoci. Cílem paliativní péče není vyléčení pacienta, ale zmírnění obtíží, a zejména tišení bolesti, která mnoho pacientů vlivem chronického onemocnění doprovází. Paliativní péče nebere ohled na věkovou hranici či náboženské vyznání, je poskytována v jakémkoliv věku a stádiu onemocnění pacienta. Paliativní péče může být poskytována v nemocnicích, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domácím prostředí pacienta, v lůžkových a domácích hospicích, ve stacionářích a v domovech pro seniory.



Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že velká část veřejnosti neví o této formě pomoci a nemá dostatek informací o hospicové péči. Dále jsem si toto téma pro svou bakalářskou práci vybrala proto, že jsem se chtěla o hospicové a paliativní péči dozvědět více.

# 1 Současný stav

## 1.1 Paliativní péče

Pojem paliativní péče vznikl z latinského slova *pallium*, který znamená „plášť“ nebo „rouška“. Tato definice poukazuje na to, co je úlohou paliativní péče. Zahalit „rouškou“ vliv nevléčitelné nemoci a dát „plášť“ nemocným, kterým léčba již nemůže pomoci a hrozí jim tak smrt (Bužgová, 2015). Marková (2015) uvádí, že paliativní péče se zaměřuje na pacienty s život ohrožující chronickou nemocí. Týká se všech nevléčitelně nemocných pacientů, ale také i všech zdravotníků, neboť pacientům poskytují komplexní péči. Paliativní péči lze poskytovat zároveň s léčbou základního onemocnění. Kupka (2014) definuje paliativní péči jako péči útěšnou a považuje ji za jednu z nejstarších ošetrovatelských a lékařských disciplín. Je důležité vědět, že paliativní péče nenapomáhá pacientům ke smrti, ale pomáhá k bezbolestnému umírání.

Bhatnagar a Gupta (2015) se ztotožňují s Markovou (2015) a dodává, že se paliativní péče spíše zaměřuje na pacienta nežli na nemoc jako na stěžejní pojetí. Snaží se zlepšit kvalitu života pacienta i rodinných příslušníků.

Paliativní péči lze poskytovat v hospicových zařízeních, zdravotnických zařízeních a domácím prostředí. Dnes již existuje mnoho definic paliativní péče, nicméně všechny se shodují v nejdůležitějším, a tím je zvyšování kvality života pacienta, léčba symptomů a mírnění utrpení (Mlýnková, 2017).

### 1.1.1 Dělení paliativní péče

Obecně lze paliativní péči dle komplexnosti rozdělit na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči (Nováková, 2012). Podle Bužgové (2015) je obecná paliativní péče poskytována zdravotním specializovaným personálem ve zdravotnickém zařízení. Úkolem specializovaného personálu je rozpoznávání a sledování pacientova stavu a poskytnutí adekvátní léčby, která vede ke zlepšení života. Bere ohled na pacientovu autonomii, léčbu symptomů a na komunikaci s pacientem a rodinou.

Dle Tomeše et al. (2015) poskytuje specializovanou paliativní péči tým odborníků, jehož členové jsou speciálně vzděláni ve svém oboru. Specializovaná paliativní péče se využívá u pacientů, kde intenzita potíží přesahuje možnosti obecné paliativní péče.

Mezi formy specializované paliativní péče řadíme lůžkové hospice, domácí hospice, ambulance paliativní medicíny, stacionární paliativní péče, speciální hospicovou poradnu, oddělení paliativní péče a konziliární týmy paliativní péče (Marková, 2010).

Plevová (2011) udává, že nejčastější formou specializované paliativní péče v České republice jsou hospicové zařízení a domácí hospicová péče.

### *1.1.2 Principy paliativní péče*

Péče se zaměřuje na nevyлéčitelně nemocné pacienty, v dnešní době jde především o pacienty s nádorovým onemocněním. Dále se věnuje pacientům s chronickým onemocněním. V obou případech se paliativní péče snaží mírnit a odstranit potíže nemocného (Kupka, 2014).

Dle Arnoldové (2016) patří mezi základní principy paliativní péče léčba symptomatická, zmírňující péče, emotivní podpora pacienta, sociální zázemí, efektivní terapie psychické a somatické bolesti, doprovodná odborná pomoc rodině a aktivní individuální program pro umírající pacienty.

Mezi principy paliativní péče se dále řadí fakt, že se neodklání od pacienta, ale klade důraz na kvalitu života a chrání jeho důstojnost. Poskytuje oporu rodině a přátelům pacienta a pomáhá jim zvládat těžké období. Dává možnost nemocnému strávit své poslední chvíle života s rodinou a přáteli v příznivém prostředí a vychází z individuálních potřeb nemocného a respektuje jejich přání (Bužgová, 2015).

### *1.1.3 Cíle paliativní péče*

Bužgová (2015) popisuje šest základních cílů, které by paliativní péče měla splnit. Mezi ně patří zejména péče orientovaná na pacienta a jeho přání. Aby byla paliativní péče kvalitní, musí být prospěšná, efektivní, včasná, spolehlivá a bezpečná.

Cílem paliativní péče není pacienta vyléčit, přestože je to cílem každého zdravotníka, ale zaměřit se komplexně na chronicky nemocné pacienty (Bužgová, 2015). Faktorem ovlivňujícím kvalitu života je bolest, proto je hlavním cílem paliativní medicíny především to, aby pacient umíral bez bolesti v kruhu své rodiny. Důležité je, aby byl brán ohled na lidskou důstojnost a byla poskytnutá opora rodině i nemocnému pacientovi (Mlýnková, 2017). Marková (2010) dodává, že aby pacient mohl žít kvalitní život, nestačí

pouze tišit bolest, ale je podstatné saturovat jeho základní potřeby a adekvátně na ně reagovat.

## ***1.2 Hospicová péče***

Pojem hospic pochází z latinského slova *hospitium* a jeho význam znamená „útulek“. Původ slova pochází z raného středověku, kdy hospicovou péčí začaly poskytovat kláštery poutníkům, kteří se vydali na cestu do Jeruzaléma. Zde poutníci dostali jídlo, léky a byly jim ošetřeny putováním znavené nohy (Tomeš et al., 2015). Hospic je specializované zařízení, které poskytuje paliativní péči pacientům v terminálním stádiu onemocnění. Péče je především zaměřena na tišení bolesti, kterou postupující nemoc přináší (Umírání, 2015). Dle Arnoldové (2016) hospicová péče nabízí pacientům, a i jejich blízkým, pomoc, když už jsou všechny prostředky klasické medicíny vyčerpány. Tomeš et al. (2015) uvádí rozdíly mezi hospicovou péčí a paliativní péčí. Hospicová péče se zaměřuje pouze na terminální stádium nevléčitelné nemoci, zatímco paliativní péče se zaobírá všemi zdravotními aspekty dlouhodobé péče o nevléčitelné pacienty.

Definice Světové zdravotnické organizace 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 života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče*“ (Bužgová, 2015).

Slámová et al. (2018) uvádí, že hospice nejsou sociálními zařízeními, jako jsou například domovy pro seniory, ale zařízeními zdravotnickými. Cílem nemocnic a léčeben pro dlouhodobě nemocné je vyléčit zdravotní stav pacienta, zatímco cílem hospicového zařízení není pacienta léčit, ale tišit jeho obtěžující a nepříjemné projevy nemoci.

### ***1.2.1 Hospicové hnutí ve světě***

Podle Tomeše et al. (2015) došlo k obnovení hospicového hnutí ve 20. století, kdy v roce 1967 založila MUDr. Cecily Saundersová v Londýně Hospic svatého Kryštofa. Založení hospice svatého Kryštofa je považováno za počátek moderního hospicového hnutí v Anglii. Sláma (2009) dodává, že v Hospici svatého Kryštofa je poprvé pacientům v terminálním stádiu zajištěna péče multidisciplinárním profesionálním týmem.

Cecily Soundersová vystudovala v Anglii zdravotní sestru, později si doplnila i medicínské vzdělání. Své pacienty vnímala jako celek a trápila ji neuspokojivá péče o umírající pacienty. Za své činy byla zvolena členkou Světové organizace domácí a hospicové péče a získala od anglické královny titul „Dáma“ (Svatošová, 2012).

### *1.2.2 Historie hospicové péče v České republice*

První pokusy o poskytování specializované hospicové péče se začaly v ČSFR objevovat na konci roku 1989. Jako první s touto myšlenkou přišla MUDr. Marie Opatrná. Začala budovat hospicové zařízení v Praze v Rooseveltově ulici v budově bývalé gynekologie, avšak později byl tento projekt zrušen (Tomeš et al., 2015). V roce 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Po několika letech bylo oddělení paliativní péče přeměněno na léčebnu pro dlouhodobě nemocné (Sláma, 2009). Následně po MUDr. Marii Opatrné začala v České republice hospicové hnutí propagovat MUDr. Marie Svatošová. V roce 1995 založila první lůžkový hospic, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Marková et al., 2015). „*Od roku 1996 vzniklo v ČR do roku 2011 18 hospiců, z toho pět vzniklo z iniciativy církví, jeden jako příspěvková organizace a ostatní z iniciativy občanských sdružení nebo obecně prospěšné společnosti anebo Diakonie Českobratrské církve evangelické*“ (Sedlářová, 2015, s. 39).

### *1.2.3 Formy hospicové péče*

V České republice je hospicová paliativní péče prvkem systému sociální a zdravotní péče. Mezi formy hospicové péče řadíme lůžková hospicová zařízení, domácí hospicová zařízení a denní hospicový stacionář (Marková, 2010).

#### *Lůžková hospicová zařízení*

Lůžkový hospic poskytuje specializovanou paliativní péči zaměřenou na nevyлéčitelné onemocnění vedoucí v dohledné době týdnů či dnů ke smrti pacienta. Péče je poskytována i blízké rodině pacienta, některé lůžkové hospice akceptují souhlas pacienta, aby byl člen rodiny hospitalizován s pacientem (Mlýnková, 2017). Kupka (2014) dodává, že lůžková péče se skládá z 25 až 35 lůžek a péče je tak poskytována nepřetržitě 24 hodin 7 dní v týdnu. Pokoj si pacient může vybavit podle sebe, aby se co nejvíce cítil jako v domácím prostředí. Multidisciplinární tým klade důraz na to, aby se pacient cítil jako doma, nikoliv jako v nemocničním prostředí. Arnoldová (2016) popisuje lůžkový hospic jako místo, kde je neomezený přístup návštěv blízké rodiny pacienta. Od návštěvy pacienta se zde

neočekává, že bude člena rodiny ošetřovat, jak to chodí u domácí péče, ale pokud rodina chce, tak je jí to umožněno. Poměrná část pokojů je jednolůžková nebo s postelí navíc, jež je určená pro návštěvu pacienta, tímto je zajištěno maximální soukromí pacienta. Každý pokoj má samostatnou koupelnu s WC. Arnoldová (2016) se shoduje s Kupkou (2014), který popisuje lůžkový hospic obdobně a dodává, že přítomnost blízkých členů rodiny dodává umírajícímu pacientovi větší pocit bezpečí. Dle Studenta et al. (2006) lůžkový hospic není konečnou stanicí, kde pacient musí zemřít. Pacienti zde mohou zůstat, jak dlouho chtějí, dokud se jejich potíže nezlepší natolik, aby mohli odejít do domácího prostředí, kde budou ošetřováni. Arnoldová ve své práci uvádí (2016, s. 72): *„Ošetrovatelský tým hospice pečuje nejen o samotného pacienta, ale i o jeho příbuzné, kteří jsou vystaveni velké psychické i fyzické zátěži související s onemocněním jejich blízkého a péčí o něho.“*

Kritéria pro přijetí pacienta do hospicového zařízení závisí na hospicovém lékaři, jenž posuzuje zdravotní stav nemocného a možnosti hospice. Přednost je především dána lidem, u kterých lze předpokládat, že jejich zdravotní stav povede v nejbližší době ke smrti. Obdobně jako v nemocničním zařízení probíhají v hospici lékařské i sesterské vizity, avšak režim hospice se zásadně liší od nemocnice. Pacienta zde nikdo nebudí a nevyhání z postele v ranních hodinách z důvodu vykonání hygieny. Pokud chce pacient otevřeně mluvit o svých problémech či starostech, je zde k dispozici personál, kterému se může svěřit nejen v denních, ale i v nočních hodinách (Marková, 2010). V hospicovém zařízení lze využít vzdělávací centrum nebo také poradnu. Pacienti se mohou volně pohybovat po hospici a pokud jim to zdravotní stav dovolí, mohou chodit ven na procházky. Jestliže nemají chuť jíst, pak jim není jídlo nuceno, naopak si mohou vybrat stravu, která jim chutná. Hospicový tým se snaží vyhovět individuálním potřebám pacienta (Kupka, 2014).

#### *Domácí hospicová zařízení*

Marková (2015) definuje domácí hospicové zařízení nebo také mobilní hospic jako tým složený z terénních pracovníků, kteří zajišťují komplexní péči formou návštěv u pacientů a rodin, jež se starají se o nevléčitelně nemocného. Tuto péči zajišťuje rodina nebo multidisciplinární tým, který je sestaven z lékařů, sester, dobrovolníků, psychologů, terapeutů pro pozůstalé a duchovních. Dle Kupky (2014) nelze pochybovat o tom, že se většina umírajících pacientů bude nejlépe cítit doma,

v kruhu své nejbližší rodiny nejen po psychické stránce, ale pacient bude taktéž spokojenější, a tím bude léčba efektivnější. Je velmi důležité, aby byla rodinám nabídnuta psychická podpora, praktická pomoc a za pomoci zdravotníka jim byla objasněna ošetrovatelská péče, jež se bude každodenně u nemocného vykonávat. Některé úkony, které nemá rodina v kompetencích, musí zajišťovat zdravotnický personál sám.

Kritéria pro přijetí do domácího hospicového zařízení jsou takřka stejná jako kritéria pro přijetí do lůžkového hospicového zařízení. Dalším kritériem pro přijetí je ochota rodiny se o umírajícího člena rodiny postarat a nejdůležitější podmínkou je, aby toto rozhodnutí záviselo na rozhodnutí pacienta (Čeledová a Holčík, 2017).

### *Hospicový stacionář*

Dle Kupky (2014) lze definovat hospicový stacionář jako denní pobyt pro pacienty. Tato forma je zcela odlišná od lůžkového a mobilního hospice v tom, že pacient je přijat v ranním hodinách a v odpoledních nebo večerních hodinách se vrací domů. Asociace hospiců (2016) dodává, že hospicový stacionář probíhá formou denních návštěv a poskytuje rekreační a edukační aktivity dle možností a potřeb klienta. Kupka (2014) zmiňuje, že tato forma hospice je vhodná pro pacienty, kteří bydlí v místě hospice nebo poblíž. Pacientovi se zde dostává komplexní zdravotní péče, chemoterapie, tlumení bolesti a možnosti otevřené komunikace s lidmi se stejným problémem. Student et al. (2006) poukazují na důležitý cíl, týká se toho, aby byla těžce nemocným poskytnuta příležitost k aktivizaci a rozvíjení svých schopností. Denní stacionář napomáhá pacientům zapojit se do společenských vztahů, posilovat jejich sebevědomí a pomáhá utvářet nové vztahy s lidmi v podobné situaci.

#### *1.2.4 Složení multidisciplinárního týmu*

Multidisciplinární tým poskytuje koordinovanou, a především kvalitní péči pacientovi. Součástí týmu je rodina, která se taktéž řadí do multidisciplinárního týmu (Kučírek, 2017). Důležitá je vzájemná spolupráce mezi multidisciplinárním týmem a pacientovou rodinou. Multidisciplinární tým, který komplexně pečuje o pacienta, se skládá z lékařů, kteří mají specializaci v paliativní medicíně a lékařů různých profesí dle aktuálních pacientových zdravotních potíží. Dále zahrnuje všeobecné sestry, praktické sestry, sociální pracovníky, psychology, psychiatry, fyzioterapeuty, nutriční specialisty, duchovní, pastorační pracovníky, dobrovolníky, a především pacientovu rodinu

(Marková, 2010). Baldwin a Woodhouse (2011) dodávají, že multidisciplinární tým zahrnuje profesionály, kteří pracují samostatně, ale komunikují a spolupracují s ostatními členy týmu, aby naplánovali komplexní a cílenou péči o pacienta. Týmová práce je základním aspektem současné paliativní péče, jež vyžaduje týmové dovednosti.

Student et al. (2006) poukazují na to, že práce v hospicovém zařízení vyžaduje určité zkušenosti. Především schopnost komunikovat a zacházet s umírajícím pacientem a rodinou. Proto je nezbytně nutné vzdělávání a školení pracovníků včetně dobrovolníků.

Cílem multidisciplinárního týmu je dosáhnout co nejvyšší kvality života pacienta a jeho rodiny, a především zmírnit jeho utrpení. Vztah sestry k pacientovi musí být přátelský a otevřený, sestra musí být schopná adekvátně odpovědět na otázky a být pro něj oporou. Při komunikaci s pacientem sestra zaznamenává veškeré jeho potřeby a pomáhá je s ostatními členy týmu uspokojovat (Bužgová, 2015).

Komunikace je nejdůležitějším aspektem týmu, a proto musí být vztahy mezi sebou přátelské a na profesionální úrovni. Dle zvyklosti různých zařízení se konají minimálně jednou za týden pravidelné schůzky celého multidisciplinárního týmu, kde se individuálně zabývají pacienty. Posuzuje se vývoj zdravotního stavu pacienta od poslední schůzky, kdy se ostatní členové týmu mohou seznámit s potřebami a problémy pacienta (Marková, 2010).

Pacient má možnost se svěřit o svých problémech komukoliv z multidisciplinárního týmu, avšak toto není pravidlem, proto je důležité, aby mezi sebou tým komunikoval. Tím se docílí uspokojení individuálních potřeb pacienta (Tomeš et al., 2015).

### ***1.3 Práce sestry v hospici***

Práce sestry v hospicovém zařízení je psychicky, fyzicky a emočně náročná. Je to způsobeno zvýšenými emočními a psychickými nároky na odolnost pracovníka. Práce je zaměřená na lidi, kteří jsou nevléčitelně nemocní a jejich prognóza je nepříznivá (George, 2016). Marková (2010) považuje za důležité, aby sestra pracovala v dobrém a přátelském týmu. Vystupovala profesionálně, vlídně a byla empatická vůči všem pacientům, vzdělaná a spolehlivá. Kupka (2014) upozorňuje, že pro tuto práci nelze zaměstnat osoby, které jsou výbušné, nevyrovnané a nepřátelské. Zdůrazňuje předpoklad pro výkon povolání, a tím je schopnost sebeovládání, trpělivost a osobnostní zralost. Práce v hospicovém zařízení klade zvýšené nároky na osobnost člověka.



Proto se při nástupu do výkonu povolání uplatňuje zkušební lhůta, během které si mohou zájemci o toto povolání nebo nadřizení ověřit, jestli se na takovou práci dotyčný hodí, či ne. Dle Tomeše et al. (2015) má každý pacient své specifické a individuální potřeby. Multidisciplinární tým proto pořádá pravidelná setkání a diskutuje o všech aspektech péče u jednotlivých pacientů. Specifika ošetrovatelské péče v hospicovém zařízení, která vykonává sestra, zahrnují péči o dekubity, bazální stimulaci, péči o pacienta trpícího bolestí a komunikaci s umírajícím pacientem. Pro výkon povolání v hospicové péči je nutným kritériem, aby sestry byly smířeny se smrtelností a měly správný postoj ke smrti (Tomeš et al., 2015).

### *1.3.1 Sestry a jejich vztah ke smrti*

Vztah ke smrti se formuje v každém člověku již od dětství. Důležitou roli zde hrají rodiče, kteří nás v životě provázejí smrtí blízkých osob. Lze říct, že pokud rodiče s dětmi otevřeně o smrti mluví, budou mít v budoucnosti jednodušší postoj ke smrti, než když je smrt v rodině tabu. Sestry se při praxích na středních či vysokých školách setkávají se smrtí běžně. Důležité je věnovat jim pozornost při přípravě na budoucí povolání, promluvit si o smrti a nechat je vyplakat se (Marková, 2010). Kupka (2014) poukazuje na důsledek špatného postoje ke smrti. Sestry si nechtějí připustit svou úzkost ze smrti a potlačují ji omezenou komunikací s pacientem nebo únikem k administrativním záležitostem. Dále sestry mohou bránit své lítosti k pacientovi a projevují se hrubým chováním. Mezi vážnější citové deformace patří citová oploštělost, která se projevuje nezájmem a lhostejností k pacientům. Marková (2010) uvádí několik potřeb, jež v budoucnosti mohou vést k tomu, aby sestry v sobě nehromadily problémy. Zařazuje sem potřebu být smutný, potřebu plakat, potřeba smyslu a mnohotvárnosti života.

### *1.3.2 Motivace sester*

V současné době je pojem motivace chápán jako důležitý faktor úspěchu. Jsou to veškeré vnitřní hnací síly člověka, které jej uvádí do pohybu (Vévoda, 2013). Nedostatečná motivace se dle Markové (2010) může později projevit syndromem vyhoření. Motivace je u každého člověka odlišná a velmi individuální. Mezi motivátory řadíme peněžní ohodnocení, které je pro většinu lidí největším motivem k práci. Naopak pro některé lidi je důležitější přátelství mezi kolegy na pracovišti nežli peníze. Dále mezi motivátory patří osobní postavení, samostatnost a odbornost. Marková (2010) popisuje Herzbergovu dvou faktorovou teorii, která rozlišuje dva motivační podněty na pracovišti. Rozlišuje

faktory, jež způsobují spokojenost a nespokojenost. Mezi uspokojující faktory patří uznání, výkon, samostatná práce, odpovědnost a růst. Mezi faktory způsobující nespokojenost řadíme pracovní podmínky, výdělek, vztahy s nadřízeným a pracovní pravidla. Podle Markové (2010) je základním hnacím faktorem k výkonu povolání v hospicové péči především potřeba zkvalitňovat pacientům závěr života.

### *1.3.3 Syndrom vyhoření*

V současné době, kdy se potýkáme s nedostatkem personálu, lékaři a sestry pracují více než obvykle, nemají dostatek odpočinku a dělají vše na více jak 100 %. *„Burnout syndrom neboli syndrom vyhoření je definován jako stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace, či ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí vedoucí k poklesu efektivity práce“* (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 481). Podle Bridgmana et al. (2018) postihuje syndrom vyhoření 70 % sester a až 50 % lékařů.

Venglářová (2011) rozděluje příznaky syndromu vyhoření do tří oblastí, které zahrnují psychické, tělesné a emocionální vyčerpání. Psychické vyčerpání je charakteristické negativním postojem, střídáním nálad, člověk je pesimistický a dochází k útlumu celkové aktivity člověka. Nepřijímají žádné změny a přestávají si věřit.

Ptáček a Bartůněk (2011) popisuje tělesné vyčerpání, jež se projevuje ztrátou energie, únavou, zvyšuje se potřeba spánku, objevují se bolesti hlavy a zvyšuje se sklon k psychosomatickému onemocnění.

Stock (2010) doplňuje emocionální vyčerpání. Člověk pociťuje pocit beznaděje, vyhýbá se lidem, je citově vysátý, ztrácí sebeovládání, které se může projevit pláčem nebo vztekem. Dále přichází bezmoc, beznaděj a uzavírání se do sebe. Později může tyto příznaky člověk převést i do rodinného života.

Jestliže se u zdravotníka objevil syndrom vyhoření, je důležité včas vyhledat pomoc. Pomoc může člověk hledat u své rodiny nebo přátel. Pokud zdravotník pracuje v dobrém kolektivu, může požádat o pomoc spolupracovníky. Je možnost vyměnit oddělení za méně náročné nebo například umožnit, aby člověk pracoval pouze jednu stejnou směnu (Venglářová, 2011). Poslední možností je hledat pomoc u odborníka, jestliže selhala výše zmíněná doporučení. Poradenství, které je zaměřené na řešení problémů nebo koučing, který podporuje pracovní dovednosti, se uvádí jako nejvhodnější forma

pomoci. Dále je možné využít krizová centra či telefonickou linkou důvěry. Existuje řada pravidel, při jejichž dodržování předejdeme syndromu vyhoření (Stock, 2010).

#### *1.3.4 Komunikace s umírajícím pacientem a rodinou*

Původ slova komunikace pochází z latinského slova *communico*, které znamená „povídat si s někým o něčem“. Komunikace je procesem dorozumívání mezi dvěma nebo více lidmi, přenášení pocitů, myšlenek a dalších informací, včetně neverbálního chování (Plevová, 2011). „*Sdělování špatných zpráv zůstává a patrně i zůstane velkým problémem současné medicíny*“ (Kupka, 2014, s. 125). Kupka (2014) dále vysvětluje, že tento typ komunikace s pozůstalými nejčastěji přivodí u lékařů a sester pocit nejistoty, z důvodu toho, že se jedná o konečný a nevratný stav pacienta, který vyvolává pocit neúspěchu z medicínského hlediska.

Kelnarová a Matějková (2014) uvádí, že mezi základní dovednosti každého zdravotníka patří empatická komunikace s umírajícím pacientem a rodinou. Komplexní ošetrovatelskou péči o umírajícího pacienta nelze poskytovat bez efektivní a dobré komunikace. Marková (2010) se shoduje s Kelnarovou a Matějkovou (2014) a dodává, že lékaři a sestry by se měli při komunikaci držet jistých zásad.

Dát najevo svůj zájem o pacienta je klíčem pro navázání dobrého kontaktu. Je potřeba klást otevřené otázky, aby se pacient rozpovídal a abychom se dozvěděli, co pacienta trápí. Nejčastější chybou sester při kladení otázek pacientovi je, že na otázku může pacient odpovědět pouze ano, či ne. Tím sestra docílí špatné komunikace s pacientem a pro navázání kontaktu nenalezne místo (Marková, 2010).

Kelnarová a Matějková (2014) vysvětlují, že v minulosti neměli pacienti právo znát pravdivé informace o svém zdravotním stavu, ale byly používány „milosrdné lži“, které se ospravedlňovali tím, že by pacient neunesl pravdu. V současné době mají pacienti právo znát pravdivé informace o svém zdravotním stavu, ale mohou mít přání, aby o něm nebyli informováni oni, ale jejich rodina.

Při rozhovoru na téma smrt reaguje každý pacient jinak. Člověk je individuální osobnost a každý na smrt reaguje jiným způsobem. Někteří se uzavrou do sebe, jiní se se smrtí smíří nebo myšlenku na ni vytěsní. Sestry se mohou setkat i s agresivním pacientem nebo s pacientem, který rezignuje a uzavře se do sebe (Raudenská a Javůrková, 2011).

### *1.3.5 Péče o tělo zemřelého*

Dříve než přijde smrt pacienta je vhodné, aby ošetřující lékař nebo lékař ve službě informoval ohleduplným způsobem rodinu umírajícího pacienta. Rodina dostane na výběr, zda chce být informována i v nočních hodinách u předem očekávaného úmrtí pacienta (Veverková et al., 2019). Štefan a Hladík (2012) sdělují, že jestliže sestra usuzuje na základě nejistých známek smrti, že pacient zemřel, neprodleně oznamuje tuto skutečnost lékaři. Lékař je povinen provést důkladné ohledání těla a stanovit čas smrti.

Veverková et al. (2019) doplňují, že lékař musí vyplnit list o prohlídce zemřelého, který obsahuje stanovená data a čas smrti, příčinu a rozhodnutí o pitvě pacienta. K vykonání pitvy zemřelého lékař nepotřebuje souhlas rodiny a zároveň rodina nemůže pitvu zakázat. Pitva může vyvolat u rodiny frustraci a stres, proto je z lidského hlediska žádoucí respektovat přání rodiny.

Péče o tělo zemřelého pacienta je podstatnou součástí poskytování zdravotní péče. Po stanovení smrti lékařem sestra neprodleně zahajuje péči o mrtvé tělo. Tento výkon je brán jako poslední povinnost vůči zemřelému a je potřeba postupovat k tělu ohleduplně, profesionálně a důstojně. (Burda a Šolcová, 2016). Mlýnková (2017) píše, že se z lůžka zemřelého pacienta odstraní lůžkoviny a veškeré další pomůcky, které by mohly zamezovat v šetrné manipulaci s tělem. Podle Burdy a Šolcové (2016) musí o mrtvé tělo pečovat minimálně dva členové multidisciplinárního týmu. Po smrti musí sestra dát tělo do vodorovné polohy, šetrně zavřít oči, svléknout šaty a odstranit invazivní vstupy z těla. Veverková et al. (2019) dále pokračují odstraněním šperků, vyjmutím zubní náhrady, podvázáním brady obinadlem a provedením celkové hygienické péče těla. Burda (2016) se ztotožňuje s Veverkovou et al. (2019) a doplňuje, že se musí tělo zemřelého identifikovat. Provádí se speciálním fixem, kdy se křížem popisuje mrtvé tělo, konkrétně se udává jméno, příjmení, oddělení, rodné číslo, čas a datum úmrtí. Po dokončení výše uvedených činností se tělo zemřelého zabalí do prostěradla a ponechává se dvě hodiny na oddělení, poté je odvezeno na patologické oddělení nebo pohřební službou.

Pokud si pozůstalí přejí provést hygienu zemřelého pacienta, je vhodné, aby jim bylo vyhověno. Každá rodina má individuální zvyky, jak vyprovodit duši zemřelého. Nejčastěji se otevírá okno, aby duše mohla odejít nebo se zapaluje svíčka (Kalvach, 2010). Dále sestra sepíše veškeré věci pacienta a může je vydat pozůstalým, kteří musí přebrání věcí stvrdit podpisem (Veverková et al., 2019).

### *1.3.6 Truchlení*

Špatenková (2011) definuje ztrátu blízké osoby jako náročnou životní situaci, kterou lze charakterizovat jako dlouhodobé, a hlavně ireverzibilní odloučení od jedince. Přírozenou reakcí každého člověka na ztrátu je smutek. Kupka (2014) dodává, že úmrtí klade jisté nároky na psychiku člověka. Dále také zasahuje do tělesného fungování, sociálních vztahů a duchovní oblasti člověka.

Dle Špatenkové (2011) je proces smutku individuální záležitostí každého člověka a každý může smutek projevat jinak. Sestra se může setkat s pláčem, u některých lidí se vztekem nebo se smíchem. V některých případech se nemusí dostavit ani pláč. Mezi základní projevy smutku řadíme žal, zármutek, pocity viny, úzkost, strach, šok, pocit bezmoci a beznaděje apod.

Dle Kupky (2014) by měla být zdrojem pomoci rodina, blízcí přátelé nebo sousedé. Převážná část lidí neví, jak se k truchlícím lidem chovat a obávají se, že by mohli truchlícímu člověku ublížit. Tento problém vede k tomu, že převážná část truchlících lidí vyhledává odbornou pomoc a omezuje s okolím veškeré sociální kontakty. Terapeut může pomoci pozůstalému projít smutkem na druhou stranu k zcela nové identitě člověka.

Při práci s pozůstalými je velmi důležité, aby jim sestra poskytla dostatek času v klidném prostředí a vyjádřila svou upřímnou soustrast. Jestliže sestra vyřizuje pozůstalost, je vhodné, aby nechala pozůstalým dostatek prostoru na otázky, nabídla oporu, pronesla pár vlídných slov o zemřelém a aktivně naslouchala (Marková, 2010).

Kupka (2014) zdůrazňuje, že vyřídit pozůstalost s rodinou zemřelého může provést pouze ošetřující lékař. Tuto práci by neměl lékař delegovat na sestry, ani se situaci vyhnout. Informace o úmrtí by měly být sdělovány pouze osobně. Tato zásada se dle Kupky (2014) neustále ignoruje. Jako vhodnější se uvádí postup, kdy je rodina nejprve informována o zhoršeném zdravotním stavu pacienta.

### ***1.4 Potřeby umírajícího pacienta***

Multidisciplinární tým má hlavní cíl v péči o umírajícího pacienta, a to uspokojit jeho základní potřeby. Každý člověk má jiné potřeby a záleží především na individualitě dané osoby. Je nezbytně nutné vyhledávat a sledovat veškeré potřeby pacienta a rodiny,

rozpoznat je a včas nabídnout účinnou podporu (Kalvach, 2011). Svatošová (2012) uvádí, že do biologických potřeb patří vše, co nemocné tělo pacienta potřebuje. Bužgová (2015) rozděluje potřeby do tří oblastí, a to na biologické, psychologické a spirituální. Marková (2010) s rozdělením nesouhlasí, protože se člověk nedá rozdělit, a tímto se přehlíží, že člověk je celistvou osobností.

#### *1.4.1 Biologické*

Mezi biologické potřeby řadíme výživu, hydrataci, spánek, teplo, vyprazdňování, hygienu a potřebu být bez bolesti (Svatošová, 2012). Plevová (2011) poukazuje na to, že se u pacienta v závěrečné fázi života potřeby mění. Pacienti vyměňují biologické potřeby za spirituální, které se zdají být pro ně důležitější.

#### *Výživa*

V paliativní medicíně se nejčastěji sestra setkává s nechutenstvím, které je často způsobeno protinádorovou léčbou. Pacienty v terminálním stádiu nemoci není nutné přesvědčovat, aby jedli. Velká část závažných onemocnění je doprovázena sníženou chutí k jídlu. Nechutenství může dále podpořit strach, úzkost nebo nejasná prognóza (Marková, 2010). Úlohou sestry je zaznamenávání porcí do kalorického profilu, čímž se snadno zjistí, jaké množství porce pacient snědl. Dále je vhodné provádět týdenní vážení pacienta (Kalvach, 2010). Plevová (2011) zmiňuje, že je žádoucí upravit jídelníček pacienta a dopřát mu to, na co má chuť.

Dalším krokem, kterým docílíme, aby pacient zvýšil svůj přísun jídla, je podávat stravu, na kterou má chuť. Jídlo by mělo vypadat hezky, chutně a mít správnou teplotu. Pokud pacient potřebuje mixovanou stravu, je důležité, aby viděl jídlo dříve, než se rozmělní. Silně aromatické jídlo může vyvolávat nevolnost, proto je důležité odstranit taková jídla z jídelníčku (Marková, 2010).

#### *Hydratace*

Podávání tekutin nese stejná pravidla jako výživa pacienta. Tekutiny pacientům v terminálním stádiu nesmíme nutit (Marková, 2010). Kalvach (2010) doplňuje, že není třeba hlídat bezprostředně umírajícím pacientům příjem tekutin, pouze tekutiny nabízíme. U pacientů, kteří mají lepší prognózu, je zaznamenávání množství tekutin nezbytností.

Většina onkologických pacientů má snížený příjem tekutin, proto je vhodné, aby sestra aktivně nabízela tekutiny při jakémkoliv kontaktu s pacientem.

Pacienti v terminálním stádiu většinou odmítají teplý čaj a mají chuť na chlazené nápoje. Je vhodné, aby sestra vyhověla přáním pacienta a nezakazovala mu v určité míře pít tekutiny, které má rád. Je vhodné dopřát pacientovi v terminálním stádiu nemoci skleničku piva či diabetikovi sladké pití (Marková, 2010). Bužgová (2015) se ztotožňuje s Markovou (2010) a dodává, pacienti často trpí suchostí v ústech, proto je důležité dutinu ústní pravidelně zvlážovat.

### *Hygienická péče*

Součástí každodenní péče o pacienta je hygiena, jež je velmi důležitá. Pokud personál odbude hygienickou péči, může vzniknout řada obtíží. Velká část pacientů se stydí za svou nesoběstačnost vykonat osobní hygienu, proto je důležité pacienta aktivně zapojovat a podporovat tak jeho soběstačnost (Bužgová, 2015). Dále sestra zajišťuje péči o dutinu ústní, sleduje povlaky, které mohou značit mykózu a pravidelně čistí zuby. Udržuje vlhké sliznice, kterých docílí pravidelnými proplachy nebo speciálními napuštěnými štětkami. Dále pečuje o pokožku pacienta, a především udržuje čisté lůžko (Kalvach, 2010). Plevová (2011) zdůrazňuje, že správná hygiena vede k prevenci dekubitů. Je obzvláště důležité udržovat pokožku v suchu, pravidelně ji promašťovat a kontrolovat, aby pacient neležel ve vlhku.

### *Vyprazdňování*

U pacientů v terminálním stádiu nemoci se sestra nejčastěji setkává se zácpou, která zpravidla vzniká následkem imobilizace nebo jako vedlejší nežádoucí účinek opiátové léčby (Marková, 2010). Dle Kalvacha (2010) je důležité, aby sestra sledovala pravidelnost defekace u pacienta. Jestliže zjistíme, že pacient nebyl na stolicí více jak pět dní nebo se objeví tenesmy, je důležité toto zjištění konzultovat s lékařem. Při zácpě je vhodné přijímat stravu bohatou na vlákninu, pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje, přijímat dostatek tekutin a především se, pokud možno, hýbat.

Zácpa se může dále řešit farmakologickou léčbou, kterou indikuje zpravidla lékař. Zejména se podávají projímadla v podobě laktulózy nebo čípků (Marková, 2010).

#### *1.4.2 Psychosociální*

Pro pacienta a jeho rodinu se nemoc spojená se smrtí stává životní krizí, kterou doprovází úzkost, beznaděj a strach. Vlivem strachu vznikají u pacienta potřeby bezpečí, jistoty, důstojnosti, potřeba nebýt sám a potřeba pravdivých informací (Svatošová, 2012). Podle Markové (2010) je nejdůležitější potřeba být s rodinou. Multidisciplinární tým by měl udělat maximum proto, aby pacient byl s rodinou a nebyl sám. Bužgová (2015) dodává, že psychosociální potřeby pacienta utváří a uspokojuje komunikace s rodinou a multidisciplinárním týmem. Za nejdůležitější potřebu umírajícího pacienta Bužgová (2015) považuje potřebu nebýt sám, tzn. přítomnost blízkého člověka.

Kupka (2014) doplňuje že je nutné dát pacientovi prostor, aby si před smrtí zařídil vše, co je nutné, například pozůstalost, vyřešení negativních vztahů v rodině a rozloučení se s blízkými členy rodiny nebo kamarády.

#### *1.4.3 Spirituální*

I u spirituálních potřeb je nezbytné sledovat pacientovy potřeby, včas je rozpoznat a nabídnout adekvátní pomoc. Doprovázení a duchovní podpora může mít několik podob, které jsou dány kulturním, náboženským prostředím pacienta, zvyky a chápáním smyslu života (Kalvach, 2010). Sestra může pomoci nemocnému uspokojovat jeho spirituální potřeby tím, že bude aktivně naslouchat a dle přání může zajistit rabína či kněze. Bude respektovat víru nemocného, získávat informace o duchovních potřebách a poskytnout dostatek času pacientovi při modlení. V terminálním stádiu onemocnění mohou být spirituální potřeby nadřazené biologickým potřebám (Kutnohorská, 2013). Dle Markové (2010) se může u věřících pacientů objevit krize víry, kdy si pacient pokládá otázky, jestli bůh, ve kterého věří, opravdu existuje, když dopustil, aby onemocněl. V paliativní péči se sestry často setkávají s pacienty, kteří svou víru teprve objevují nebo se k ní vracejí.

#### *1.4.4 Bolest jako nepříjemný symptom*

Kalvach (2010) definuje bolest jako varující příznak na poškození tkání, který se projevuje negativní emoční reakcí pacienta. McGuire et al. (2016) uvádí, že bolest je signál v našem nervovém systému, který nám říká, že je něco špatně. Je to nepříjemný pocit, který je subjektivní, protože jeho váhu nelze ničím změřit. Marková (2010) dodává, že bolest je v paliativní medicíně nejčastějším symptomem. McGuire et al. (2016) rozdělují bolest podle délky trvání na dva typy, a to na bolest akutní a chronickou. Akutní bolest vzniká



náhle a nepředvídatelně. Je krátkodobá, ale pokud se nebude včas léčit, může přejít v bolest chronickou. Chronická bolest je dlouhotrvající a trvá měsíce až roky.

Úlohou sestry v paliativní péči je monitorovat a zaznamenávat bolest pomocí vizuální analogové škály. Především se ptáme na intenzitu bolesti, charakter, lokalizaci a co bolest vyvolává. Každá sestra musí bolest pacientovi věřit (Marková, 2010). Bolest má negativní dopad na psychiku pacienta, která se může projevovat poruchou nálad, depresí, ztrátou chuti žít, zhoršením komfortu nebo ztrátou komunikace s pacientem, což vede ke zhoršení spolupráce (Kalvach, 2010). Pokročilá terminální fáze onkologického onemocnění způsobuje pacientům především bolest. Léčba bolesti je komplexní a individuálně zaměřená na pacienta. Lze ji rozdělit dle Vorlíčka et al. (2012) na kauzální protinádorovou léčbu a symptomatickou léčbu bolesti. Sláma (2012) doplňuje, že lokalizace a typ nádoru je zásadní. Mezi nádory, jež jsou pro pacienty nejbolestivější, patří nádory žaludku, slinivky břišní a kostí.

Léčbu bolesti řešíme pomocí analgetik, které můžeme dále rozdělovat na neopiátová a opiátová analgetika. Neopiátová analgetika jsou využívána nejčastěji a můžeme mezi ně zařadit antipyretika a nesteroidní antiflogistika. Opiátová analgetika rozdělujeme na slabé opioidy, kam řadíme Tramadol nebo také Codein. A silné opioidy, do kterých spadá transdermální Fentanyl, Morfin, Oxykodon, Hydromorfon apod. Opiátová analgetika způsobují mnoho nežádoucích účinků, která musí sestra zohlednit a předcházet jim (Marková, 2010).

Kromě analgetické terapie můžeme využít i farmakologickou terapii, především antidepresiva, kortikoidy, nesteroidní protizánětlivé léky a někdy anxiolytika (Kalvach, 2010).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíl práce***

Zmapovat práci sester v oblasti hospicové péče.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jaká je náplň práce sestry v hospicovém zařízení?
2. Jak ovlivňuje práce v hospicovém zařízení osobní život sestry?
3. Jaká jsou pozitiva a negativa práce v hospicovém zařízení?
4. Jak se sestry pracující v hospicovém zařízení vyrovnávají se smrtí pacientů?

### ***2.3 Operacionalizace pojmů použitých v práci a výzkumných otázkách***

*„Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc, když už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující“ (Arnoldová, 2016, s. 70).*

## **3 Metodika**

### ***3.1 Popis metodiky***

Empirická část této bakalářské práce s názvem „Práce sestry v oblasti hospicové péče“ byla vytvořena pomocí metody kvalitativně výzkumného šetření. Pro techniku sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor tvořilo 23 pevně stanovených otázek (viz. příloha 1), které vycházejí ze stanoveného cíle. V průběhu rozhovoru se sestrami byly dle odpovědí kladeny i doplňující otázky. Otázky byly zaměřeny na identifikaci sester, výběr povolání, komunikaci a psychickou podporu, náplň práce, péči o psychickou podporu sester a doporučení práce v hospicovém zařízení.

Výzkumné šetření probíhalo v různých hospicových zařízeních v celé České republice. Hospicová zařízení, ve kterých sestry pracují, se nacházejí v Plzeňském, Jihočeském a Královéhradeckém kraji a v Praze. Rozhovory byly uskutečněny pouze se sestrami pracujícími v hospicovém zařízení.

Sestry byly před zahájením každého rozhovoru seznámeny s využitím rozhovorů pro potřeby bakalářské práce a byly informovány o zachování anonymity. V této bakalářské práci se nenacházejí jména sester či jména pracovišť z důvodu přání o zachování mlčenlivosti. Rozhovory se sestrami trvaly přibližně 25 až 30 minut. Výzkumné šetření prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů bylo realizováno v období duben–květen 2020.

Data, která byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů, byla následně zpracována technikou otevřeného kódování, metodou zvanou „tužka a papír“. Zpracovaná data byla rozdělena do pěti kategorií.

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

Výzkumný soubor tvořilo 8 dotazovaných sester, které pracují v odlišných hospicových zařízeních v České republice. Celkem bylo s žádostí o účast na výzkumném šetření osloveno 13 sester. Z tohoto počtu tři sestry rozhovor zamítly a dvě neodpověděly. Pět rozhovorů probíhalo osobně v klidném prostředí, zbývající tři rozhovory se uskutečnily prostřednictvím videohovoru přes aplikaci Skype z důvodu vzdálenosti a časové náročnosti rozhovorů se sestrami.

## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikační údaje sester

Tabulka 1 obsahuje přehled identifikačních údajů sester, jako je označení sester, věk, stupeň vzdělání a délka praxe v hospicovém zařízení.

Tabulka 1: Identifikační údaje sester

Označení sester	Pohlaví	Věk	Stupeň vzdělání	Délka praxe
S1	Žena	35 let	VŠ – Mgr.	16 let
S2	Žena	50 let	Bc.	15 let
S3	Žena	54 let	Bc.	31 let
S4	Žena	34 let	SŠ	14 let
S5	Žena	30 let	Bc.	6 let
S6	Žena	59 let	Mgr.	35 let
S7	Žena	23 let	Bc.	1 rok
S8	Žena	29 let	Bc.	8 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Sestra 1 (S1) je žena ve věku 35 let s magisterským vzděláním a délkou praxe 16 let v hospicovém zařízení.

Sestra 2 (S2) je žena ve věku 50 let s bakalářským vzděláním a délkou praxe 15 let v hospicovém zařízení.

Sestra 3 (S3) je žena ve věku 54 let s bakalářským vzděláním a délkou praxe 31 let v hospicovém zařízení.

Sestra 4 (S4) je žena ve věku 34 let se středoškolským vzděláním a délkou praxe 14 let v hospicovém zařízení.

Sestra 5 (S5) je žena ve věku 30 let s bakalářským vzděláním a délkou praxe 6 let v hospicovém zařízení.

Sestra 6 (S6) je žena ve věku 59 let s magisterským vzděláním a délkou praxe 35 let v hospicovém zařízení.

Sestra 7 (S7) je žena ve věku 23 let s bakalářským vzděláním a délkou praxe 1 rok v hospicovém zařízení.

Sestra 8 (S8) je žena ve věku 29 let s bakalářským vzděláním a délkou praxe 8 let v hospicovém zařízení.

#### ***4.2 Seznam kategorií a podkategorií***

Kategorie:

Podkategorie:

1. Výběr práce

2. Komunikace a psychická podpora mezi sestrami

A. Komunikace na pracovišti

B. Psychická podpora sester

3. Práce sestry v hospicovém zařízení

A. Motivace sester

B. Náplň práce sester

C. Pozitiva práce

D. Negativa práce

4. Péče o psychickou stránku sester

A. Vliv profese na osobní život sester

B. Péče o duševní hygienu

C. Syndrom vyhoření

D. Vyrovnanost sester se smrtí pacienta

### Kategorie 1. Výběr práce

Na začátku jsme se ptali, zda sestry pracovaly v jiném zdravotnickém zařízení před nástupem do hospicového zařízení a proč předchozí zaměstnání opustily. „*Pracovala jsem před nástupem do hospice jako sestra na LDN*“ (S8). „*Byla jsem sestra na chirurgickém oddělení*“ (S5). S1 a S3 se shodly na stejné odpovědi. Obě sestry před nástupem do hospicového zařízení pracovaly na interním oddělení. „*Pracovala jsem v intenzivní domácí péči o pacienty v kómatu*“ (S2). „*Pracovala jsem jako sestra na onkologickém oddělení*“ (S4). S6 a S7 uvedly, že nastoupily do hospicového zařízení ihned po studiu. „*Nastoupila jsem do hospicového zařízení ihned po studiu*“ (S6). Dále nás zajímalo, proč sestry opustily předchozí zaměstnání. Převážná část sester odpověděla, že předchozí zaměstnání opustily kvůli své nadřízené. „*Hlavní důvod, proč jsem opustila předchozí zaměstnání byl ten, že jsem nevycházela se svojí nadřízenou. Práci jsem milovala, ale když Vám někdo hází klacky pod nohy, tak není zbylí,*“ vypověděla S1. S2 uvedla, že zaměstnání opustila kvůli rodině: „*Opustila jsem předchozí zaměstnání kvůli své malé dceři a také kvůli náročnému dojíždění*“ (S2). S8 odpověděla, že ji práce nenaplňovala: „*Práce mě nenaplňovala a chtěla jsem pracovat v hospici, kde má moje pomoc větší smysl*“. Na tuto otázku nemohly odpovědět S6 a S7 z toho důvodu, že nastoupily do hospicového zařízení ihned po studiu. Následně jsme se ptali sester, proč se rozhodly pracovat v hospicovém zařízení. Všechny sestry uvedly, že tato práce má největší smysl. „*Chtěla jsem si rozšířit obzory a vyzkoušet jinou práci. Myslím si, že zde pacienti moji pomoc opravdu potřebují než na odděleních v nemocnici, kde se péče často zneužívá. Tato práce má největší smysl*“ (S1). Dalším kritériem pro výběr povolání byla vzdálenost hospicového zařízení od místa bydliště. „*Hlavním kritériem pro výběr této práce byl ten, že bydlím 10 minut od hospicového zařízení a nemusím daleko za prací dojíždět,*“ uvedla S6. Dále to také bylo doporučení přátel, jak zmínila S1: „*Hospicovou péči mi doporučila kamarádka, která v něm pracuje a vím, že vždy byla spokojená*“. Dalším kritériem pro výběr povolání to byla pomoc lidem. „*Protože chci pomáhat lidem, to je moje poslání už od dětství, kdy jsem pomáhala mé prababičce, když nemohla chodit*“ (S7). S4 uvedla, že hledala podobné zaměření jako v předchozím zaměstnání: „*Hledala jsem podobné zaměření jako mělo onkologické oddělení, kde jsem předtím pracovala*“. Dále jsme se ptali sester, zda by si vybraly práci v hospicovém zařízení znova, kdyby měly možnost se opět rozhodovat. Pět z osmi sester odpovědělo, že by si tuto práci

vybraly znovu. „Práce v hospici je cenná zkušenost a krásná smysluplná práce. Uvědomíte si, že Vás potřebuje nejen rodina, ale i pacienti,“ vysvětlila S8. Naopak práci v hospicovém zařízení by si znovu nevybraly S1, S3 a S6. S1 to vysvětlila slovy: „Spíše ne, protože tato práce hodně ovlivňuje psychiku člověka, ale mám tady dobré vztahy, takže bych práci momentálně nevyměnila“.

## **Kategorie 2. Komunikace a psychická podpora mezi sestrami**

### **A. Komunikace na pracovišti**

„Komunikace mezi sestrami je na profesionální úrovni, ale umíme si také v práci udělat legraci. Podle mého názoru je to základ pro dobrý den se smát v práci. Nemyslíme jen na smrt a usnadní nám to den. Komunikace s lékaři je někdy obtížná, protože stále více práce delegují na sestry, ale to se děje i v nemocnici a nejen tady,“ vysvětlila situaci S8. Čtyři sestry odpověděly stejně a to, že komunikace mezi sestrami je dobrá a nevyskytují se mezi nimi konflikty. „Komunikace je velmi dobrá a konflikty mezi sebou nemáme. Konají se pravidelné supervize, kde máme prostor a čas na řešení problémů, ale raději si vše hned mezi sebou vyříkáme u hrnku kávy,“ vypověděla S3. Důležité je, aby sestry spolu měly dobré vztahy. „Máme mezi sebou všichni přátelský a otevřený vztah, můžeme si popovídat o čemkoliv, o rodině, o dětech nebo o problémech. Navzájem se vždy podržíme“ (S4). Zcela odlišně odpověděla S6: „Řekla bych, že komunikace na pracovišti mezi sestrami se mění podle toho, s kým jste v danou směnu v týmu. Problémy v kolektivu se rozhodně vyskytují, ale individuálně a řeší se. Komunikace se odvíjí od toho, s kým sloužíte ráda či nerada. Se sestrami v mém věku si popovídám raději než s mladými sestrami“. Obdobně odpověděla i S7, jež uvedla že ostatní sestry s ní nekomunikují. „Komunikace zde není taková, jakou jsem si představovala. Pracuji v hospici krátce a sestry se mnou moc nekomunikují“ (S7). Následně jsme sestram položili doplňující otázku, kde jsme se ptali na to, jakou práci lékaři na sestry nejčastěji delegují. Všechny sestry se shodly na tom, že nejčastěji delegovanou prací je vyřizování pozůstalosti zemřelého a informování rodiny o úmrtí pacienta. S8 se vyjádřila slovy: „Nejčastěji po nás lékaři chtějí abychom informovali rodinu o úmrtí pacienta. Já to dělám velmi nerada, přeci jen je to práce lékařů. Několikrát se mi také stalo, že jsem musela s rodinou zemřelého vyřizovat pozůstalost, protože sloužící lékař měl mnoho práce“. Sestra 3 má podobný názor: „Rozhodně to není náplň práce sestry dělat práci za lékaře. Každý den komunikujete s rodinou pacienta a víte, jak to máte správně dělat,

*ale komunikovat s rodinou zemřelého je jako nebe a dudy“.* Dále jsme se ptali sester, jak se cítí v kolektivu spolupracovníků. *„V kolektivu se cítím přirozeně, protože všichni máme společné cíle“* (S4). Valná většina sester odpověděla, že se v kolektivu cítí příjemně. *„V kolektivu jsem šťastná, protože jsme dobrá parta sester. S lékaři je to jiné, protože nevíte, co máte očekávat, ale to je všude stejné. Pravidelně nás navštěvuje kněz asociální pracovnice a se všemi vycházím velmi dobře. Nevěřila bych nikdy, že s knězem může být sranda, někdy nám vypráví vtipy, abychom se trochu rozesmáli,“* vypověděla S8. *„Kolektiv mě mezi sebe přijal dobře, vytvořili jsme si mezi sebou krásné vztahy, které by nám mohli ostatní závidět“* (S5). Podobně odpověděla i S1, S2 a S3. *„V kolektivu sester se cítím dobře, zlý na mě nejsou. Ale myslím si, že bych se mohla cítit lépe, kdyby se mnou více komunikovali“* (S7). S6 vypověděla: *„Cítím od ostatních sester oporu a přátelství, takže se cítím dobře. Ne vždycky mě práce baví, jsou i dny, kdy bych nejraději okamžitě odešla z práce domů, ale holky mě dokážou uklidnit a vyslechnout“.*

## B. Psychická podpora sester

V této podkategorii nás zajímalo, jakou formu podpory by sestry od kolektivu uvítaly. Nejčastější odpovědí byla komunikace a psychická podpora od kolektivu a lékařů. *„Uvítala bych psychickou podporu od sester a lékařů. Nejvíce mi pomůže komunikace o daném problému a vyslechnutí,“* uvedla S1. S2 uvedla, že by uvítala menší tlak na výkon, protože práce je náročná. Výpověď rozvedla slovy: *„Nevíce bych uvítala ze strany nadřízených menší tlak na výkon, protože tato práce je náročná a jsme také jen lidé. Navíc ve velkém nátlaku v práci se zvyšuje riziko toho, že můžete chybovat, a to se tady nesmí stát“* (S2). S4 uvedla, že se všichni podporují navzájem a sdělují si své pocity. *„Všichni se podporujeme navzájem. Každé ráno začínáme poradou a společnou snídání v zázemí hospice. Tam si sdělujeme naše pocity, z čeho máme obavy, co se nám povedlo, či nepovedlo a jaké pokroky nás těší. Rozhodně není ostuda, pokud si někdo z kolektivu potřeboval ulevit pláčem“* (S4). Naopak S8 by uvítala, aby se o úmrtí pacienta nemluvílo. Svou výpověď odůvodnila slovy: *„Když mi zemře někdo, ke komu jsem si vytvořila citovou vazbu a je to pro mě opravu těžké, tak bych nejvíce uvítala klid a nemluvíla o tom. Někomu vyhovuje nemluvit o problému a já jsem na tohle výborný kandidát“* (S8). Dále jsme se ptali sester, jestli jim zaměstnavatel poskytuje psychickou podporu. Šest sester z osmi odpovědělo, že jim je psychická podpora od zaměstnavatele poskytnuta. *„Moje vedoucí mi psychickou podporu poskytuje a je mi i nabízen místní psycholog“* (S2). *„Konají se pravidelné supervize, kde nám je nabízena psychická podpora ze strany*



zaměstnavatele a pokud je to potřeba, tak nám zaměstnavatel poskytuje placené volno“ (S4). „Psychická podpora je nám poskytnuta. Máme k dispozici místního psychologa, ale nikdo z personálu jeho služby nevyužívá. Každá sestra se snaží vyrovnat se se smrtí po svém,“ sdělila S8. Odlišný názor má S7 a S6. „Řekla bych, že nám psychickou podporu nikdo neposkytuje. Pracuji v hospicovém zařízení krátce a podporu bych velmi uvítala, abych se mohla vyrovnat se smrtí pacientů“ (S7). „Psychickou podporu, když jsem nastoupila, mi nikdo v hospicovém zařízení nenabídnul, proto jsem největší psychickou podporu našla doma u své rodiny“ (S6).

### **Kategorie 3. Práce sestry v hospicovém zařízení**

#### **A. Motivace sester**

Každou sestru pracující ve zdravotnictví motivuje k práci něco jiného. Sestry nejčastěji odpovídaly, že motivací pro výkon profese sestry je ochota pomáhat lidem a poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, kterou si každý pacient zaslouhuje. S4 výpověď rozvedla slovy: „Pro mě je nejkrásnější motivací poděkování od pacientů nebo rodin. Každý člověk ví, že sestra nemůže fungovat bez pořádného hrnku kávy, proto nám sem často návštěvy pacientů nosí kávu jako dar za péči o člena jeho rodiny. Někdy to jsou květiny, zákusky nebo třeba i hezký dopis adresovaný nám. Ale toto není podmínkou! Mě nejvíce potěší poděkování nebo uznání naší práce“. S3 uvedla, že za nimi chodí ředitel hospicového zařízení a za práci jim děkuje: „Občas k nám na denní místnost přijde ředitel hospice si popovídat a zjistit, jak se máme. Pokaždé nám řekne, že si nás váží za dobře odváděnou práci a poděkuje“. S2 motivuje k práci to, že může pomoci pacientovi a jeho rodině. Rozvedla to slovy: „Motivuje mě moci pomáhat pacientům a ulevovat rodinám. Rozhodně každému se nechce vstávat ráno z postele s myšlenkou, že musí do práce. Ani mě se nechce, ale pak si vzpomenu na pacienty, že na mě čekají, na mou pomoc. A tohle mě zvedne z postele a je to pro mě nejhezčí motivace“. Obdobně odpověděla i S5 a dodala, že ji práce baví. „Práce mě baví, a to je podle mého úsudku to nejdůležitější“ (S5).

#### **B. Náplň práce sester**

Všechny sestry se víceméně shodly na stejné odpovědi. „Práce sestry v hospici je každodenní výzva. Do harmonogramu práce bych zařadila vedení dokumentace pacientů, podávání léků i.v, i.m, s.c, per os nebo per rectum. Podávání infuzí, péče o rány a převazy ran, tišení bolesti a sledování je nejdůležitější, protože našim cílem je, aby byl pacient

bez bolesti. Komunikace s pacientem a rodinou k práci v hospici rozhodně patří a patří vždy bude. Pacienti mají potřebu si s někým popovídat, nechtějí být sami se svou nemocí, proto musíme být jako sestry pacientovi k dispozici 24 hodin denně. Dále bych sem zařadila příjem nových pacientů, ale i také péči o mrtvé tělo. Poslední za to nejvíce důležitá činnost je uspokojování potřeb pacienta a plnění přání,“ rozvedla svou výpověď S1. S3 vyjmenovala svoji náplň práce slovy: „Příjem pacienta do péče lékařem, podpora nemocných pacientů a jejich rodin, které o ně pečují. Dále aplikace léků i.v, s.c, opiátů, i.m, per os. Využíváme zde i kyslíkovou terapii, plníme přání pacientům, měříme FF, pomáháme rodinám s hygienou a krmením pacientů, převazujeme chronické rány. Často zde polohujeme pacienty a pečujeme o proleženiny. Dále také pečujeme o mrtvé tělo, o psychický stav pacienta a sledujeme bolest. Nejméně zajímavou prací je administrativní“. S8 doplnila, že nejčastěji se v hospicovém zařízení setkávají s dekubity nádorovými ránami. „Staráme se zde i o pacienty s ránami. Nejčastěji to jsou dekubity, kterých můžeme docílit, když pacienta nebudeme aktivně polohovat, promazávat záda a paty. Často pacienti s dekubity přijíždějí z nemocnic. Dále to jsou rány nádorové, které se mohou u pacientů vyskytovat. Rány se převazují, ošetřují a zaznamenávají“ (S8). S5 kladla důraz na týmovou práci v hospicovém zařízení a vysvětlila: „V hospici se práce nerozděluje na práci sestry a práci ošetřovatelky, tady děláme všichni všechno a navzájem si pomáháme a spolupracujeme jako jednotný tým. Nemám nutkání sedět na denní místnosti, pít kávu a koukat se, jak ošetřovatelky lítají po chodbě sem a tam a neví, kde jim hlava stojí. Když mám svou práci hotovou, tak jim jdu ráda pomoci s hygienou, krmením nebo přebalováním. Jde přeci o plnění základním fyziologických potřeb, a to je náplň práce sestry“. S4 popsala zásady komunikace s pacientem. „Naší prací je nejen komunikace s pacientem, ale také rodinou. Musíme vědět, co máme říct a vyvarovat se nevhodné komunikaci. Neslibovat zázraky, které se nemohou uskutečnit, ale dopřát pacientovi věci, které má rád v rámci jeho přání“ (S4). S7 ještě doplnila, že všichni pracují spolu v jednom týmu. „Pracujeme v týmu s lékařem, psychologem, sociální pracovníci a knězem“ (S7).

### C. Pozitiva práce v hospicovém zařízení

Zde jsme se sester ptali, jaká jsou pozitiva práce v hospicovém zařízení. Všechny sestry odpověděly stejně a mezi pozitiva práce zařadily smysl a podstatu této práce. „Kromě toho, že tato práce má opravdu největší smysl, bych ještě zařadila jako pozitivum úsměv na tváři pacienta a rodiny. Když se o pacienty hezky staráte, tak vám to vrátí, a to mě

vždy potěší“ (S1). „*Já bych řekla, že to je vyprovození pacienta ze světa důstojným způsobem*“ (S3). „*Pozitivní věc je to, že tady si může sestra určovat svůj harmonogram práce podle svých možností a priorit*“ (S8). S6 doplnila, že pozitivem je to, když pacient neumírá sám „*Rozhodně to, když zemře pacient v okruhu svojí rodiny, blízkých přátel a bez bolesti*“ (S6).

#### D. Negativa práce v hospicovém zařízení

Všechny sestry uvedly, že mezi negativa práce by rozhodně zařadily finanční ohodnocení, které je velmi nízké. S4 kladla důraz na psychickou náročnost „*Psychická náročnost téhle práce je velké mínus*“ (S4). „*Když jsme v práci bez sloužícího lékaře a potká nás nějaká akutní nečekaná situace, tak si musíme umět poradit samy. V případě, že situace nelze bez lékaře vyřešit, tak až pak si seženeme lékaře. Tahle situace vyvolává ve všech sestrách stres*“ vypověděla S7. S3 doplnila další negativum práce: „*Velké negativum této práce je to, že všichni pacienti, které přijmeme do hospice zemřou. Nemůžeme je poslat domů jako v nemocnici se zprávou od lékaře, že je pacient zdrav. Bohužel to tady není možné*“. Na doplňující otázku, která se týkala toho, zda sestry pociťují na pracovišti nedostatek personálu či materiálu k zajištění péče, nám většina sester odpověděla, že pociťují spíše nedostatek personálu, nikoli materiálu. „*Nedostatek personálu, hlavně sester. Práce je velmi náročná a každá ruka je zde potřeba*“ (S2). S6 uvedla, že bez sester nemůže hospicové zařízení fungovat. „*Vnímám nedostatek sester, které jsou potřebné hlavně k tomu, aby hospic fungoval. Nedostatek sester se odráží na nás všech, a hlavně na rodině, protože máme více směn a jsme více v práci*“ (S6). Stejně odpověděly i S1, S7 a S8. Zbytek sester se shodl na tom, že nedostatek personálu nepociťují. „*U nás v hospici tento problém není tak markantní, je nás tu celkem dost*“ (S4).

### **Kategorie 4. Péče o psychickou stránku sester**

#### A. Vliv profese na osobní život sester

Zde jsme se soustředili na osobnost sestry, zda se změnila vlivem práce v hospici, či nikoli. Valná většina sester odpověděla, že na sobě změny vnímají. S2 odpověděla, že je vystresovanější než dříve. „*Ano vnímám, jsem více vystresovaná, ale pokaždé, když zvládnou nějakou novou situaci nebo problém, tak jsem na sebe pyšná. Stále se učím a postupuji k větší profesionalitě ve své práci*“ (S2). S3 uvedla, že díky práci v hospicovém zařízení má jiné priority a náhled na život: „*Ano, změny na sobě vnímám. Jsem více citlivá*

vůči lidem a mám úplně jiné priority a náhled na život než obyčejní lidé. Takže bych řekla že jsou pozitivní změny, které ve všech profesích jen tak nezískáte“. Na tuto otázku nám S1 a S5 odpověděly totožně. Uvedly, že jsou citlivější vůči pacientům. „Vnímám na sobě změny, týkají se především mé citlivosti k pacientům. Také si uvědomuji, že deleguji práci ženy v domácnosti na svého manžela a chlapům se obecně nelíbí věšet prádlo či umývat nádobí, a to po nějakém čase vede k častějším hádkám“ (S5). S4 odpověděla, že se naučila neřešit nepodstatné věci a vyjádřila se slovy: „Myslím si že ano, přijdu si více nepostradatelná, než v předchozím zaměstnání a naučila jsem se neřešit nepodstatné věci ve svém životě“. S7 a S8 uvedly, že vnímají strach a jsou vystresovanější „Změny na sobě rozhodně vnímám. Hlavně je to strach, strach z toho, že jsem v práci něco zanedbala. Jsem také více vystresovaná a často smutná, ale přijde mi být smutná přirozené, když pracujete v téhle profesi“ (S8). S6 uvedla, že na sobě změny vnímá a vnímá je i její manžel. „Dříve jsem na sobě změny pociťovala více a vnímal je i můj manžel, byl to převážně smutek z úmrtí pacienta. Teď bych řekla, že jsem spíše méně citlivá vůči lidem a unavená“ (S6). Následně jsme se sester ptali, jaký vliv má profese sestry v hospicové péči na jejich osobní život. S4 svou odpověď rozvedla slovy: „Často se setkávám s nepochopeným ze strany blízkého okolí, protože lajk si podle mého názoru nedokáže představit, co ta práce obnáší a vyžaduje. Někdy bylo opravdu náročné, až nemožné fungovat po náročném dni v práci ještě doma a tvářit se, že je všechno v pořádku“. S5 uvedla, že je často po práci smutná a nedokáže si oddělit osobní život od pracovního. „Víte, já si často nedokážu oddělit pracovní život od osobního. Takže se vracím domů se smutnou náladou a přemýšlím nad prací a pacienty, jestli jsem vše udělala, zda pacient nezemře a vydrží do druhého dne. Smutná nálada se odráží hlavně na mé rodině. Oni většinou poznají na mé náladě, jak se mnou mají po práci komunikovat, a to mě mrzí“ (S5). S8 odpověděla, že tráví méně času s rodinou a je více v práci než doma. „Manžel moji práci neakceptuje. Vždy se mě snažil ve všem podporovat, ale nerad mě vidí smutnou a unavenou po 12hodinové směně. Podle jeho názoru z práce šlím, ale to určitě přehání. Určitě trávím méně času se svou rodinou, než bych chtěla a věnuji svůj čas a úsilí do své práce“ (S8). S2, S7 a S1 se shodly na stejné odpovědi. Odpověděly, že je na ně rodina pyšná. „Můj manžel a má rodina jsou na mě velmi hrdí a já si vážím času, který mohu s nimi společně trávit“ (S2). Na S6 má práce v hospicové péči negativní vliv, a to hlavně na rodinu: „Manžel si přeje abych změnila profesi, protože více času trávím v práci než doma“. Naopak na S3 nemá práce v hospicovém zařízení žádný vliv. „Nemyslím si, že

*by práce měla ve zdravotnictví měla nějaký velký vliv na můj osobní život. Práce má obecně vliv na rodinu, se kterou trávíte méně času, ale ne nějak markantně“ (S3).*

#### B. Péče o duševní hygienu

Zde jsme se zabývali tím, jak sestry pečují o svoji duševní hygienu. Každá sestra o svou duševní hygienu pečuje jinak. Většina sester se shodla na stejné odpovědi. Nejčastěji sestry odpovídaly, že pro duševní hygienu je důležitý kvalitní a dostatečně dlouhý spánek. *„O svou duševní hygienu pečuji kvalitním spánkem, který je podle mého názoru důležitý. Dále se snažím relaxovat nebo meditovat na zahradě“ (S1).* S2 uvedla, že modlení napomáhá tomu, aby se duše očistila a vyjádřila se slovy: *„Často se modlím a věřím, že mi modlení pomůže, abych měla duši čistou a byla vyrovnaná. Po velké stresové zátěži chodím nakupovat a udělám si radost oblečením, ale to děláme všechny ženy“.* Další nejčastější odpovědí byl pobyt v přírodě, kde sestry nejčastěji relaxují. *„Nejčastěji relaxuji v přírodě, to mi nejvíce pomáhá“ (S8).* S4 uvedla, že si v přírodě srovnává myšlenky. *„S rodinou jezdíme na výlety do přírody, kde si většinou srovnávám svoje myšlenky“ (S4).* Další důležitou součástí péče o duševní hygienu je, podle S6, pravidelné stravování a dostatek pohybu. *„Snažím se nebýt ve stresu a pravidelně jíst. Důležitou zásadou podle mého názoru je hlavně dostatek pohybu a spánku. Musíme o sebe pečovat a dokázat se také na malou chvilku zastavit“ (S6).*

#### C. Syndrom vyhoření

Zde jsme se sester ptali, jestli na sobě někdy pociťoval syndrom vyhoření. Čtyři z osmi sester odpověděly, že na sobě syndrom vyhoření pociťují. *„Syndrom vyhoření jsem na sobě pociťovala v předchozím zaměstnání a bohužel se u mě vyskytuje i zde. Snažím se tomu vyhnout, protože nechci znova měnit zaměstnání a mám tuhle práci ráda,“* vysvětlila S2. S3 se rozhoduje, že zaměstnání změní: *„Ano, syndrom vyhoření pociťuji a rozhoduji se, že změním zaměstnání“.* S6 a S5 popisovaly, že jsou unavenější a citově odtažitější vůči pacientům. *„Práce mě nenaplňuje tak, jako před lety, když jsem nastoupila do hospice. Pociťuji na sobě, že jsem více unavená, vystresovaná a citově odtažitá“ (S6).* Naopak zbývající čtyři sestry na sobě syndrom vyhoření nepociťují. *„Zatím na sobě syndrom vyhoření nepociťuji a byla bych moc ráda, kdyby to tak do budoucna zůstalo“ (S1).*

#### D. Vyrovnanost sester se smrtí pacienta

Zde nás zajímalo, jak sestry zvládají své pocity při práci s umírajícími pacienty. Tři z osmi sester odpověděly, že se svými pocity svěřují ostatním kolegyním, ale je to pro ně velmi těžké. *„Práce v hospici je hodně emoční. Zatím cítím jako pozitivum, když si s kolegyněmi o náročných situacích pohovoříme a já se tímto způsobem vyventiluji. Přímo při komunikaci s pacientem nebo rodinou pacienta své emoce zvládám většinou ukočírovat, ale je to velmi těžké“* (S2). Pro některé sestry je práce s umírajícími pacienty o zvyku. *„Myslím si, že tohle je hodně o zvyku. Základem je umět se odosobnit a příliš se neangažovat,“* řekla S4. *„Je to těžké. Pečujete o pacienta, který může zemřít za pár dní, týdnů nebo měsíců a vy v podstatě nevíte, kdy smrt přijde a ani na to nechcete myslet. Mezitím si vytvoříte s pacientem a jeho rodinou sympatie a hezký vztah, ale stále máte ve tváři smutek, protože víte, jak to skončí,“* povzdechla si S8. S7 uvedla, že na sobě nesmí dát znát to, že je smutná. *„Při komunikaci s pacientem nesmím na sobě dát znát smutek a bráním se častokrát pláči zuby nehty. Co mi nejvíce pomáhá je to, než vstoupím do pokoje pacienta, tak si vzpomenu na něco hezkého nebo na rozhovor s pacientem o čem jsme spolu komunikovali a té myšlenky se držím. Dokáže mi na dlouhou dobu udržet úsměv na tváři, než z pokoje zase odejdu“* (S7). S1 a S6 odpověděly stejně. Uvedly, že smrt k životu patří a jsou s tím smířené. *„V začátcích, když jsem nastupovala do hospice jako sestra, tak to bylo strašné. Dnes už se cítím více vyrovnaná a smířená s jejich smrtí“* (S1). *„Je to život a smrt k životu patří, musíme se na smrt dívat jako na osvobození“* (S6). Každá sestra se vyrovnává se smrtí pacienta odlišně. S1 a S3 odpověděly, že se se smrtí pacienta vyrovnávají pláčem. *„Vyrovnám se s tím pláčem, ale je to u každého pacienta individuální. Když Vám umírá malé dítě nebo mladá maminka, tak je to těžší než, když umírá starší člověk“* (S1). *„Beru smrt pacientů jako dar, že se mohli osvobodit od bolesti. Dříve to bylo tak obyčejné, v jedné místnosti chalupy se rodilo dítě a ve vedlejší umíral člen rodiny. Myslím si, že zemřít v kruhu své rodiny a bez bolesti si přeje každý člověk“* (S2). S4 a S6 odpověděly, že smrt pacienta vnímají jako rutinní záležitost. *„Bude to znít ošklivě, ale dnes už to vnímám jako rutinu. Dříve mi trvalo i několik dní se s tím vypořádat, ale dnes už to tolik neřeším. Naučila jsem se zavřít v práci za sebou dveře, odejít domu a nemyslet na to“* (S4). S7 odpověděla, že se člověk za pláč nesmí stydět. Je to přirozená reakce člověka na smutnou událost. *„Vyrovnávám se s tím velmi těžce. Když pacient zemře, tak si popláču, a dokonce i s rodinou pacienta a nestydím se za to. Na denní místnosti si většinou poté dám čokoládu, protože ta dokáže dokonale obalit mé nervy a uklidnit mě. Řekla bych, že je to hlavně o času. Všímám si toho na ostatních sestrách, které tu pracují déle než já a berou smrt pacienta jako na denním pořádku“*

(S7). Některé sestry zapalují za zemřelého svíčku. „Když přijdu z práce domů, tak si vždy za zemřelého pacienta zapálím svíčku a chvíli na něj myslím, tímto způsobem se s tím vyrovnávám“ (S8). S5 uvedla, že otevírají okno na pokoji pacienta, aby mohla duše odejít do nebe. „Když zabalíme na pokoji tělo zemřelého, tak poté otevíráme okno, aby mohla duše pacienta v klidu odejít do nebe. Tímto způsobem se s ním rozloučíme, a i třeba si společně popláčeme“ (S5).

#### E. Volný čas

Všechny sestry odpověděly, že svůj volný čas tráví nejvíce se svojí rodinou nebo v přírodě. „Čas nejvíce trávím se svojí rodinou, protože díky téhle práci jsem si uvědomila, co je v životě opravdu důležité. Když jsem doma, tak se snažím nemyslet na práci, nemyslet na umírání, které nás sestry pracující v hospicovém zařízení neustále doprovází jako stín. Chodím ráda na procházky se svým psem do lesa, kde mohu přemýšlet a vyčistit si hlavu“ (S8). „Trávím spoustu času na své zahradě, kde se mohu starat o květiny, které pěstuji. Večer si většinou se svým manželem dáváme víno. Mám ráda čtení a cyklovýlety“ (S2). „Ráda trávím čas s dětmi a manželem, jezdíme na výlety, do kina a chodíme plavat, člověk si odpočine a přijde na jiné myšlenky. Rodina je lék na všechno“ (S1). „Chodím s rodinou do přírody a ráda je v přírodě fotografuji, poté společně vytváříme rodinné album“ (S4). Tři sestry z osmi uvedly, že si rády čtou knihy. „Ráda si čtu romány a trávím čas se svou rodinou“ (S3). S5 odpověděla, že chodí běhat a věnuje se pečení sladkého: „Když nejsem z práce příliš unavená, tak chodím běhat. Ráda si pouštím hudbu, sleduji filmy a peču dorty, kterými pak rozmazluji personál v práci“ (S5). S7 uvedla, že ráda jezdí na koni. „Nejvíce času trávím doma nebo chodím ven za kamarády. Ráda chodím do kina a jezdím na koni“ (S7).

#### Kategorie 5. Doporučení práce v hospicovém zařízení

V této kategorii nás zajímalo, zda by sestry změnily něco ve svém zaměstnání. Většina sester se shodla na tom, že by změnila finanční plat. „Změnila bych rozhodně platové ohodnocení, které je mizerné. Podle mého názoru je práce v hospici nedocenená. Myslím si, že kdyby se zvýšil plat, tak bychom měli více zaměstnanců a nemuseli bychom řešit nedostatek sester“ (S2). S7 měla zcela odlišný názor než ostatní sestry. „Ve svém zaměstnání bych změnila komunikaci na pracovišti a psychickou podporu ze strany personálu, která by mohla být lepší. Plat je sice nízký, ale to mi nevadí. Naše práce je přeci poslání“ (S7). S1 uvedla, že by si přála více financí k plnění přání pacientů: „Chtěla

*bych více financí na plnění posledních přání umírajícím pacientům. Nemáme tolik finančních prostředků, abychom pacientům splnili přání, která si před smrtí přeji, a to mě mrzí“ (S1). S4 by neměnila ve svém zaměstnání nic. „Myslím, že hospic, ve kterém pracuji funguje skvěle a mnohá zařízení by si mohla vzít příklad“ (S4). Dále jsme se zabývali tím, zda by sestry pracující v hospicovém zařízení doporučily práci ostatním sestrám nebo sestřám, jež se rozhodují pracovat ve zdravotnictví. Valná většina sester se shodla na tom, že by práci ostatním sestrám rozhodně nedoporučila. „Nedoporučila bych práci v hospicovém zařízení nikomu, kdo není smířený s vlastní smrtelností, tohle je věc, kterou musí mít sestra před nástupem do hospicového zařízení ujasněnou. Tato práce dokáže člověka po psychické stránce vyčerpat. Když jsem nastoupila do hospice, tak jsem nebyla smířená se smrtí a po úmrtí mého prvního pacienta jsem byla psychicky vyčerpaná“ (S8). S3 uvedla, že práce v hospicovém zařízení není pro každého. „Je to velmi těžká práce, ale i krásná a rozhodně není pro každého. V nemocnici máte vše u ruky, materiál a doktora, ale v hospici jste sama, jen s tím, co máte“ (S3). S4 také nedoporučuje práci v hospicovém zařízení: „Není to práce pro někoho, kdo je líný a pracovat se mu nechce. Pro takové lidi zde místo není“. S1 dodala, že práci v hospicovém zařízení nemůže vykonávat někdo, kdo neumí komunikovat s lidmi. Svou výpověď osvětlila slovy: „Tuto práci bych nedoporučila někomu, kdo není komunikativní a nemá uspořádaný svůj život. Sestra musí mít v sobě lásku k druhým lidem a sebeúctu, protože to přesně nemocný pacient a jeho rodina od sester očekává a pokud tohle sestra nemůže nabídnout, tak to ani nemůže dělat“. S6 dodala, že v hospicovém zařízení nezachraňují pacientům životy. „Nedoporučuji práci sestrám, které jsou zvyklé zachraňovat životy. Zde v hospici životy nezachraňujeme, ale osvobozujeme tělo pacienta od utrpení a bolesti“ (S6). Naopak S2 a S5 se shodly na tom, že by práci v hospicovém zařízení doporučily ostatním sestrám. „Ano, doporučila bych tuto práci ostatním sestrám nebo sestřám, které se teprve rozhodují, kam jít pracovat. Je to krásná práce pomáhat lidem v takovéto situaci a člověk si zde uvědomí spoustu věcí, hlavně svoji smrtelnost, která k životu neodmyslitelně patří. Tato práce naučí sestry se dívat na svět jinýma očima, a hlavně není stereotypní. Zde může sestra získat cenné zkušenosti“ (S2).*



## 5 Diskuse

Práce sestry v hospicovém zařízení je psychicky náročná, neboť se sestry téměř denně setkávají se smrtí pacientů. Proto jsme zjišťovali, proč se sestry rozhodly pracovat právě v hospicovém zařízení místo nemocničního zařízení. Z odpovědí vyplynulo, že se sestry pro tuto práci rozhodly, protože má největší smysl a chtějí pomáhat lidem, kteří si péči sester nejvíce zaslouhují. Vaněk a Krátká (2014) tvrdí, že důležitým předpokladem pro efektivní léčbu pacienta je empatický přístup, zájem, a především ochota pomoci pacientům. Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že všechny dotazované sestry vykonávají povolání sestry za účelem pomoci pacientům, nikoli za finančním účelem.

Komunikace s členy multidisciplinárního týmu je součástí každodenního harmonogramu práce každého zdravotníka. Vévoda (2013) tvrdí, že komunikace mezi sestrami i jinými zdravotníky je velmi důležitá, protože správná komunikace vede k týmové spolupráci a také ke kvalitní a efektivní péči o pacienty. Od šesti sester jsme se dozvěděli, že komunikace na pracovišti je bezproblémová a nevyskytují se zde konflikty mezi spolupracovníky. Z tohoto počtu pět sester uvedlo, že se občasně vyskytují konflikty v komunikaci s lékaři. Souhlasíme s Ptáčkem (2011) který tvrdí, že komunikace lékařů se sestrami je většinou problematická. Další dotazovaná sestra uvedla, že se konají pravidelné supervize, kde mají sestry prostor pro řešení veškerých problémů. Souhlasíme s Markovou (2010) která ve své publikaci uvádí, že se konají pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu minimálně jednou týdně. Zbylé dvě sestry odpověděly, že komunikace mezi sestrami je špatná a vyskytují se zde konflikty.

Vztahy na pracovišti nejen mezi sestrami, ale i mezi jinými členy multidisciplinárního týmu by měly být především přátelské a otevřené. Špatné vztahy snižují pracovní výkon a vedou tak ke špatné náladě celého týmu. Z rozhovorů jsme zjistili, že valná většina sester se cítí v kolektivu sester i jiných členů týmu příjemně. Nejčastější odpovědí sester bylo, že se mezi sebou vzájemně podporují a mají mezi sebou hezké vztahy. Souhlasíme s Markovou (2010), jež tvrdí, že vztahy na pracovišti by měly být přátelské.

Nejdůležitější součástí práce v hospicové péči je psychická podpora. Každý člen týmu se denně setkává s umírajícími pacienty a vytváří si k nim přátelský vztah. Je proto důležité, aby sestrám byla poskytnuta psychická podpora v nelehkých situacích, kterou zajišťuje zaměstnavatel hospice. Z rozhovorů jsme se od sester dozvěděli, že jim je nabízen místní psycholog, avšak většina sester tuto formu pomoci nikdy nevyužila.

Zbylé dvě sestry uvedly, že jim psychická podpora nabízena není, a proto hledají podporu u své rodiny. Dle Kupky (2014) by měl být poskytnut zaměstnancům psycholog, sociální pracovník či služebně starší zaměstnanec. Někdo, na koho by se mohl člověk obrátit v nelehké situaci a svěřit se. S Kupkou (2014) nesouhlasíme, neboť dvěma sestrám psychickou podporu zaměstnavatel neposkytuje.

Jak uvádí Dostálová (2016), nejčastějším motivem pro výkon povolání sestry je ochota pomáhat lidem. S Dostálovou (2016) můžeme souhlasit, protože z našeho výzkumu vyplývá, že většina sester si povolání vybrala právě kvůli tomu, že chtějí pomáhat lidem. Každého ale motivuje k práci něco jiného. Podle jedné dotazované sestry je nejlepší motivací poděkování od pacienta či rodiny. S tímto názorem nesouhlasí Marková (2010), která uvádí, že pro většinu lidí je největším motivem k práci finanční ohodnocení.

Práce v hospicovém zařízení je pro sestry každodenní výzvou. Denně se sestry starají o umírající pacienty, komunikují s nimi i jejich rodinou a také se setkávají se smrtí pacientů. Podle Tomeše et al. (2015) je specifikem práce sestry v hospicovém zařízení především péče o dekubity, bazální stimulace, komunikace s umírajícím pacientem a péče o pacienty trpící bolestí. S Tomešem et al. (2015) souhlasíme pouze částečně, protože jsme se od dotazovaných sester dozvěděli více informací, co se týče specifik práce v hospicovém zařízení. Zjistili jsme, že mezi specifika práce v hospicové péči ještě zařazují péči o nádorové rány, převazy chronických ran, péči o kůži, polohování pacientů, péči a komunikaci s pozůstalými, péči o mrtvé tělo, plnění přání pacientů, uspokojování potřeb, sledování a tišení bolesti, aplikaci opiátů, kyslíkovou terapii a spolupráci s psychologem, sociální pracovníci, lékaři a knězem. Dále jsme zjistili, že převážnou část dne sestrám zabere administrativa. Dle našeho názoru je zde administrativa zbytečná. Veškerá práce a úsilí by měla být věnována pacientům, nikoli administrativě. Myslíme si, že tímto by se zvýšila efektivita péče a zbylo by více času na plnění přání pacientů.

Na doplňující otázku, zda lékaři delegují práci na sestry, nám dvě sestry z osmi odpověděly, že nejčastěji lékaři na sestry delegují vyřizování pozůstalosti. Zbytek dotazovaných sester odpovědělo, že na ně svoji práci lékaři nedelegují. Marková (2010) uvádí, že pokud sestra vyřizuje pozůstalost s pozůstalými, je třeba, aby jim poskytla dostatek času a prostor na otázky. S tímto názorem zásadně nesouhlasí Kupka (2014) a zdůrazňuje, že vyřídít pozůstalost s rodinou zemřelého může provést pouze ošetřující lékař.

Práce sestry v hospicové péči má mnoho pozitiv, ale i také řadu negativ. Zaměříme se prvně na pozitiva práce v hospici. Každý zdravotník vnímá individuálně pozitiva práce. V rozhovorech jsme se od sester zjistili, že jako pozitivum vnímají to, když pacient zemře v kruhu své nejbližší rodiny nebo když pacienta vyprovodí důstojným způsobem. Od jedné sestry jsme se dozvěděli, že jí stačí úsměv na tváři pacienta či rodiny za dobře odvedenou péči. Všechny dotazované sestry pozitivně zdůraznily podstatu této práce, a tím je smysl a ochota pomáhat lidem.

Mezi negativa práce sestry v hospicové péči všechny sestry uvedly finanční plat, který je nízký. Podle sester by zvýšením platu české zdravotnictví dosáhlo i zvednutí počtu sester, které by o toto zaměstnání projevilo zájem. Mellanová (2017) souhlasí s názorem sester a uvedla, že zvýšením finančního platu by rozhodně vzrostl zájem o toto zaměstnání a nevznikal by tak nízký počet sester nejen v hospicovém zařízení, ale i v nemocnicích.

Nedostatek sester je v současné době největším problémem českého zdravotnictví. Z rozhovorů vyplývá, že pět dotazovaných z osmi pocítuje nedostatek sester a mají tak více směn i přesčasů. Dle našeho názoru je nedostatek sester velkým problémem českého zdravotnictví. Více směn a přesčasů vede k vyčerpanosti sester po fyzické i psychické stránce. Tato skutečnost má také zásadní vliv na rodinu, neboť sestry tráví méně času s rodinou a více času v práci.

Z rozhovorů jsme již zjistili, že sestry mají často přesčasy a většinu času tráví v práci vlivem nedostatku personálu. Proto nás zajímalo, jak ovlivňuje práce sestry v hospicovém zařízení jejich osobní život. Valná většina sester odpověděla, že netráví s rodinou tolik času, kolik by si doopravdy přály a často si nedokážou oddělit pracovní život od osobního. Dle Mellanové (2017) si sestry odnášejí své návyky z práce do osobního života. Souhlasíme s Mellanovou (2017) protože jsme se z rozhovorů dozvěděli, že sestry častokrát myslí na své pacienty, i když jsou doma, a to často vede ke smutné náladě a stresu. Dále jsme se od sester dozvěděli, že většinu svého úsilí věnují práci než své rodině. Tři sestry odpověděly také tak a dodaly, že je na ně rodina pyšná. Venglářová (2011) tvrdí, že pokud se sestra po práci nevěnuje sobě a osobnímu životu, tak ho postupně ztrácí. Dále Venglářová (2011) tvrdí, že převážně začínající sestry radí práci na první místo kvůli nadšenosti z práce a také kvůli dobrému kolektivu, namísto své rodiny. S Venglářovou (2011) souhlasíme.

Duševní hygiena má mnoho různých podob. Mezi nejčastější aktivity zařazuje Dosedlová (2017) pohyb, sport, relaxaci, trávení času v přírodě, spánek a pravidelné stravování. Z odpovědí sester jsme se dozvěděli, že nejčastěji sestry pečují o svoji duševní hygienu tak, že chodí do přírody nebo relaxují. Dále nejčastější odpovědí byla potřeba dostatečně dlouhého a kvalitního spánku. Jedna sestra uvedla, že o duševní hygienu pečuje tak, že se modlí. Dosedlová (2017) tvrdí, že pokud člověk provozuje více než jednu aktivitu, jež podporuje duševní pohodu, má předpoklad pro nižší emocionální vyčerpání. Souhlasíme s Dosedlovou (2017).

Výše jsme popsali, že práce v hospicovém zařízení je psychicky i fyzicky náročná a může vést ke dlouhodobému pracovnímu stresu. Dlouhodobý stres vede k pracovnímu vyčerpání, ztrátě motivace a zvyšuje se tím předpoklad toho, že se u sester projeví syndrom vyhoření. Čtyři z osmi sester odpověděly, že na sobě syndrom vyhoření pociťují. Z toho dvě sestry uvedly, že jsou unavenější, vyčerpanější a vůči pacientům citově odtažitější. Jedna sestra dokonce uvažuje o změně zaměstnání. Zbylé čtyři sestry na sobě syndrom vyhoření nikdy nepociťovaly. Dle Bridgeman et al. (2018) syndrom vyhoření postihuje až 70 % sester. S tímto názorem se ztotožňuje i Ptáček a Bartůněk (2011), kteří uvádí, že rizikovou skupinou jsou především sestry a lékaři, neboť jsou v neustálém kontaktu s lidmi. Venglářová (2011) uvádí, že mezi příznaky syndromu vyhoření patří ztráta empatie vůči pacientům, změny nálad, únava a vyčerpání. Souhlasíme s Venglářovou (2011), neboť tyto příznaky popsaly dvě výše uvedené sestry.

Každý člověk se dle našeho názoru setkal se smrtí blízkého člena své rodiny, protože smrt je nevyhnutelným osudem každého z nás. Sestry v hospicovém zařízení se setkávají se smrtí častěji než lidé, kteří v tomto zařízení nepracují, a proto je důležité, aby se sestry vyrovnávaly se smrtí přijatelně. Tomeš et al. (2015) tvrdí, že důležitým předpokladem k tomu, aby sestra mohla pracovat v hospicovém zařízení, je, aby byla smířená s vlastní smrtelností, a i se smrtí ostatních lidí. S Tomešem et al. (2015) nesouhlasíme. Z rozhovorů jsme zjistili, že pouze dvě sestry z osmi jsou smířené se smrtelností. Tyto dvě sestry odpověděly, že vnímají smrt pacientů jako rutinní záležitost. Dle našeho názoru se u těchto dvou sester rozvíjí syndrom vyhoření, protože jsou citově odtažité vůči svým pacientům. Souhlasíme s Markovou (2010), jež ve své publikaci uvedla, že mezi vážné citové deformace patří citová oploštělost k pacientům, kterou projevily dvě naše dotazované sestry. Zbývajících šest sester odpovědělo, že se vyrovnávají se smrtí těžce a pomáhá jim převážně pláč nebo zapalují za zesnulého pacienta svíčku. Dle Markové

(2010) představuje pláč potřebu, jež v budoucnu pomůže sestřím k tomu, aby v sobě nehromadily problémy a smutek.

Jako poslední nás zajímalo, jestli by sestry pracující v hospicovém zařízení tuto práci doporučily ostatním sestřím, které uvažují o práci sestry v hospici. Šest sester z osmi se shodlo na tom, že by tuto práci ostatním sestřím nedoporučily z toho důvodu, že tato práce není pro každého. Další dotazovaná sestra by tuhle práci nedoporučila nikomu, kdo není smířený s vlastní smrtelností. Podle další dotazované sestry tato práce není pro někoho, kdo není komunikativní a je líný. Práce v hospicovém zařízení je psychicky i fyzicky náročná, proto se podle dotazovaných sester nehodí pro každého. Dvě sestry odpověděly, že by práci v hospici rozhodně ostatním sestřím doporučily z toho důvodu, že tato práce je krásná a není stereotypní. Následně jedna sestra dodala, že zde mohou sestry získat cenné zkušenosti. Podle našeho názoru má práce v hospicovém zařízení největší smysl. Zde sestry pomáhají lidem v konečné fázi života a pokud nad tímto zaměstnáním nějaká sestra uvažuje, tak by se měla svého rozhodnutí držet a neřídít se doporučením ostatních sester. V období zkušební lhůty může sestra opustit zaměstnání, pokud by jí práce s umírajícími lidmi nevyhovovala.

## 6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na práci sestry v oblasti hospicové péče. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat práci sestry v oblasti hospicové péče. Cíl byl splněn.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že práce v hospicovém zařízení je pro sestry psychicky náročná a fyzicky zatěžující, protože v hospicích chybí dostatek personálu k obsazení služeb. Z toho důvodu sestry často slouží přesčasy a jsou vystresovanější a přepracovanější. Překvapujícím zjištěním bylo, že lékaři na sestry často delegují svoji práci. Zjistili jsme, že nejčastěji jde o vyřizování pozůstalosti, přičemž tuto činnost nemá sestra ve svých kompetencích. Co se týče administrativní stránky práce, bylo zjištěno, že administrativa sestrám zabírá převážnou část dne. Sestry by více uvítaly, kdyby bylo méně administrativy a více času na plnění přání pacientům.

Sestry vnímají jako pozitivum práce v hospicovém zařízení, když pacient zemře důstojně v kruhu své rodiny a nejbližších přátel. Pro některé sestry je pozitivní věcí, když vidí úsměv na tváři pacienta či jeho rodiny. Většina sester však zdůraznila jako pozitivum podstatu této práce, a tím je smysl a ochota pomáhat pacientům v závěru jejich životů. Dále jsme zjistili, že pro všechny sestry je největším negativem nízký finanční plat a psychická náročnost práce sester.

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že většina sester pracujících v hospicovém zařízení není smířená se smrtelností. Sestry mají možnost využít psychickou podporu a pomoc u psychologa, kterého zajišťuje vedení hospicového zařízení. Ale bylo zjištěno, že tuto formu pomoci sestry nerady využívají z toho důvodu, že se chtějí se smrtí pacienta vyrovnat po svém. Nejčastěji se vyrovnávají se smrtí pacienta pláčem nebo zapalují za zesnulého pacienta svíčky.

Práce v hospicovém zařízení ovlivňuje negativně osobní život sester. Dozvěděli jsme se, že sestry většinu času tráví v práci, nikoli doma s rodinou. Sestry většinu svého úsilí věnují práci a často práci staví na první místo oproti rodině. Z toho důvodu často zapomínají na svůj osobní život a nedokážou si oddělit práci od osobního života, což má negativní vliv na rodinu.

Většina sester, jež pracuje v hospicovém zařízení, by tuto práci ostatním sestrám nebo sestrám, které se právě rozhodují pro tuto práci nedoporučila, a to z toho důvodu, že tato práce je psychicky i fyzicky náročná, a hlavně nedostatečně finančně ohodnocená.

Považuji za užitečné, že jsem se věnovala tomu, jaká je práce sestry v oblasti hospicové péče. Tato práce mi ukázala, jak je práce sestry v hospicovém zařízení náročná hlavně po psychické stránce, a především jsem si doplnila informace o této problematice.

Výsledky kvalitativního výzkumného šetření mohou sloužit jako studijní podklad pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a dále mohou pomoci sestřím, jež se rozhodují pro výběr povolání v hospicovém zařízení.

Na základě výsledků kvalitativního výzkumného šetření byly stanoveny dvě hypotézy pro další výzkumné šetření. H1: Sestry pracující v hospicové péči se smiřují se smrtí pacientů lépe než sestry pracující v nemocničním zařízení. H2: Práce sestry v hospicovém zařízení je psychicky náročnější než práce v nemocničním zařízení.

## 7 Seznam literatury

ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.

Asociace hospiců, 2016. *Standardy hospicové paliativní péče*. [online] [cit. 2016-9-1]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>.

BALDWIN, M., WOODHOUSE, J., 2011. *Key concepts in palliative care*. London: SAGE. 264 p. ISBN 978-1-84860-871-9.

BHATNAGAR, S., GUPTA, M., 2015. Future of palliative medicine. *Indian journal of palliative care*. 21 (1), 95-104, doi: 10.4103/0973-1075.150201.

BRIDGEMAN, P. et al., 2018. Burnout syndrome among healthcare professionals. *American journal of health-system pharmacy*. 75 (3), 147-152, doi: 10.2146/ajhp170460.

BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.

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

ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova. Nakladatelství Karolinum. 202 s. ISBN 978-80-246-3809-6.

DOSEDLOVÁ, J., 2017. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita. 222 s. ISBN 978-80-210-8458-2.

DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

GEORGE, T., 2016. Role of the advanced practice nurse in palliative care. *International journal of palliative nursing*. 22 (3), 137-40, doi: 10.12968/ijpn.2016.22.3.137.



- KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2. vydání. Praha: cesta domů. 160 s. ISBN 978-80-88126-54-6.
- KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
- KUČÍREK, J., 2017. *Aplikovaná psychologie: vybraná témata: teleworking, leadership, sociálně psychologický výcvik*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-0187-0.
- KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- MARKOVÁ, A., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. vydání. Praha: Cesta domů. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MCGUIRE, D. et al., 2016. Pain assessment in noncommunicative adult palliative care patients. *The nursing clinics of North America*. 51 (3), 397-431, doi: 10.1016/j.cnur.2016.05.009.
- MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 112 s. ISBN 978-80-274-5589-2.
- MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 300 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
- NOVÁKOVÁ, I., 2012. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
- PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

- PTÁČEK, R., BARTUŇEK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
- 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).
- SLÁMOVÁ, R. et al., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. 160 s. ISBN 978-80-266-1279-7.
- STUDENT, J. et al., 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jihočany: H & H. 162 s. ISBN 80-7319-059-1.
- STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
- ŠPATENKOVÁ, N., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
- ŠTEFAN, J., HLADÍK, J., 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3594-8.
- TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Nakladatelství Karolinum. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
- Umírání. *Hospic a mobilní hospic*. [online] [cit. 2015-9-21]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/hospic-a-mobilni-hospic>.
- VANĚK, M., KRÁTKÁ, L., 2014. *Příběhy (ne)obyčejných profesí: česká společnost v období tzv. normalizace a transformace*. Praha: Karolinum. 543 s. ISBN 978-80-246-2813-4.
- VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-271-2099-4.

VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

## 8 Seznam příloh

### Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor

#### 1. Identifikační údaje

- a. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
- b. Jak dlouho pracujete v hospici?
- c. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- d. Kolik je Vám let?

2. Pracovala jste v jiném zdravotnickém zařízení před nástupem do hospicového zařízení? Pokud „ano“, tak v jakém? Pokud „ne“, tak přejděte na otázku číslo 4.

3. Proč jste opustila předchozí zaměstnání?

4. Proč jste se rozhodla pracovat v hospici?

5. Kdybyste se měla znova rozhodovat pro výběr povolání, byl by to hospic? Pokud „ano“, tak proč?

6. Jak byste popsala komunikaci na pracovišti?

7. Jak se cítíte v kolektivu spolupracovníků?

8. Jakou formu podpory byste od Vašeho kolektivu uvítala?

9. Poskytuje Vám zaměstnavatel psychickou podporu?

10. Co Vás motivuje k práci?

11. Jaká je Vaše náplň práce v hospici?

12. Jaké jsou pozitivní práce v hospici?

13. Jaké jsou negativní práce v hospici?

14. Pociťujete na svém pracovišti nedostatek personálu či materiálu k zajištění péče o nemocné?

15. Vnímáte nějaké změny na Vaší osobnosti, když jste začala pracovat v hospici?

16. Jaký vliv má Vaše profese na Váš osobní život?
17. Jak pečujete o Vaší duševní hygienu?
18. Pociťovala jste někdy na sobě syndrom vyhoření tzn. pocit zbytečnosti, tělesné vyčerpání?
19. Jak zvládáte své pocity při práci s umírajícími pacienty?
20. Jak se vyrovnáváte se smrtí pacientů?
21. Jak trávíte svůj volný čas?
22. Změnila byste něco ve svém zaměstnání?
23. Doporučila byste práci v hospici ostatním sestřám? Pokud „ano či ne“, tak proč?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

## **9 Seznam zkratek**

ČSFR – Česká a Slovenská Federativní Republika

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

FF – fyziologické funkce